

ถึงเวลา.. ต้องเข้าใจ และแก้ไข... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม

กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการ



แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และ



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล

รู้จักแผนงานสร้างเสริม สุขภาพทางเพศ

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้ดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นแผนงานแรกของ สสส. ที่มุ่งทำความเข้าใจเรื่องเพศในมิติต่างๆ อย่างรอบด้าน ทั้งในแง่มุมมองความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ความพึงพอใจทางเพศ ความรุนแรงทางเพศ และโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยยึดแนวคิดเพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิมนุษยชนเป็นกรอบในการทำงาน ส่งผลให้แผนงานมุ่งเปลี่ยนแปลงทัศนคติเรื่องเพศในระดับบุคคล และวิถีคิดเรื่องเพศที่ดำรงอยู่ในสังคมวัฒนธรรมไทย เพื่อให้ทั้งหมดนี้สอดคล้องประสานกันในการสร้างพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในสังคม นิยามของเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในมุมมองของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศจึงครอบคลุมทั้งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความสุข ความพึงพอใจ และความปลอดภัยจากการท้องที่ไม่พร้อม ความรุนแรง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แผนงานมียุทธศาสตร์การทำงานที่เน้นการใช้ข้อมูลความรู้เป็นฐานในการสื่อสารปรับเปลี่ยนวิถีคิดเรื่องเพศในสังคม มุ่งพัฒนานโยบาย มาตรการ และระบบบริการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพทางเพศของผู้คน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการทำงานสุขภาพทางเพศที่ร่วมขับเคลื่อนสังคมไทยไปด้วยกันในระยะยาว

ติดตามข้อมูลดีๆ จากแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศได้ที่ www.thaihealth.or.th และ www.whaf.or.th

ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม

กฤตยา อาชวนิจกุล
บรรณาธิการ

จัดพิมพ์โดย



แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และ



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล

ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข...ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม

บรรณาธิการ กฤตยา อาชวนิจกุล

กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการ

ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม... /

กฤตยา อาชวนิจกุล. บรรณาธิการ - - พิมพ์ครั้งที่ 1. - -

กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.)

มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552

(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 363)

ISBN 978-974-235-781-8

1. สุขภาวะทางเพศ. 2. การตั้งครรภ์ไม่พร้อม 3. เอดส์และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ 4. อนามัยเจริญพันธุ์. 5. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. III. ชื่อเรื่อง. IV. ชื่อชุด.

HQ56 ก276ถ 2552

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2552 จำนวน 5,000 เล่ม © สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

จัดพิมพ์: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล

website: <http://www.healthysexuality.info>

ปกและรูปเล่ม : <http://khunnaipui.multiply.com>

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์เดือนตุลา

39/200-201 ซอยวิภาวดีรังสิต 84 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 02-996 9471-3 โทรสาร 02-996 9474

<http://www.winyuchon.co.th>

รายชื่อหน่วยงานและองค์กรที่ร่วมขับเคลื่อน

นโยบายสุขภาพทางเพศ

ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

และเรื่องเพศกับโรคเอดส์/โรคติดต่อ

เครือข่าย

1. เครือข่ายสุขภาพทางเพศ
2. เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม
3. เครือข่ายยุติความรุนแรงทางเพศ
4. เครือข่ายแนวร่วมเพื่อความก้าวหน้าผู้หญิงและสันติภาพ

หน่วยงานภาครัฐ

5. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
6. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
7. คณะทำงานด้านการดูแลผลกระทบจากการตั้งครรภ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลตำรวจ
9. ศูนย์นเรนทรฟังได้ และฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
10. ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
11. ศูนย์ฟังได้ โรงพยาบาลปทุมธานี
12. ศูนย์ฟังได้ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ
13. ศูนย์ฟังได้ โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

14. ศูนย์ฟุ้งได้ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
15. ศูนย์ฟุ้งได้ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

หน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน

16. องค์การแพธ
17. มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)
18. มูลนิธิเพื่อนหญิง
19. มูลนิธิผู้หญิง
20. สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
21. สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ (สวท.)
22. บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี
23. ชมรมเครือข่ายครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว
24. สหทัยมูลนิธิ
25. โครงการบ้านพระคุณ ภายใต้มูลนิธิคริสตจักรลูเธอรัน
26. สหพันธ์แรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอการตัดเย็บเสื้อผ้าและผลิตภัณฑ์หนังแห่งประเทศไทย
27. กลุ่มบูรณาการแรงงานสตรี
28. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อ
29. ศูนย์ธารทิพย์

หน่วยงานวิชาการ

30. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
31. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
32. ศูนย์สิทธิมนุษยชนศึกษาและการพัฒนา มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศเป็นแผนงานแรกของ สสส. ที่ทำความเข้าใจเรื่องเพศในมิติต่างๆ อย่างรอบด้าน ทั้งในแง่มุมมองความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ความพึงพอใจทางเพศ และโรคในระบบสืบพันธุ์ โดยยึดกรอบแนวคิดเพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิมนุษยชนในการทำงาน ซึ่งทำให้แผนงานมุ่งเปลี่ยนแปลงระบบฐานคิดเรื่องเพศ และโครงสร้างสังคมที่ทำให้บุคคลไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ มากกว่ามุ่งจัดการที่ตัวบุคคล นิยามของเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจึงครอบคลุมถึงการปลอดภัยจากความรุนแรง ปลอดภัยจากการตั้งท้องที่ไม่พร้อม และปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ โดยแผนงานมียุทธศาสตร์การทำงานที่เน้นการใช้ข้อมูล ความรู้ เป็นฐานในการสื่อสารปรับเปลี่ยนวิถีคิดเรื่องเพศในสังคม มุ่งพัฒนานโยบาย มาตรการและระบบบริการที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะทางเพศ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการทำงานสุขภาวะทางเพศที่มีฐานคิดเรื่องเพศเชิงบวก

แผนงานตระหนักว่า การขับเคลื่อนเพื่อผลักดันนโยบายสุขภาวะทางเพศต้องทำงานอย่างเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ผลการผลักดันมติสุขภาวะทางเพศในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่อยู่ในหนังสือเล่มนี้ มาจากการทำงานร่วมกันกับองค์กรต่างๆ มากกว่า 30 องค์กร ที่ช่วยกันชูประเด็นความรุนแรงทางเพศ ท้องไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์ ว่าถึงเวลาแล้วที่เราต้องเข้าใจ แก้ไข และร่วมมือกันพัฒนาฐานคิด และโครงสร้างสังคมไทยให้ลดปัญหาเหล่านี้ให้น้อยที่สุด

หวังว่าผู้อ่านที่สนใจและให้ความสำคัญกับการมีสุขภาวะทางเพศ หลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาวะทางเพศ 3 ด้านจากหนังสือเล่มนี้แล้ว และเห็นภาพรูปธรรมความก้าวหน้าของงาน รวมถึงอุปสรรคที่ทำให้งานแต่ละส่วนยังขยับไปได้น้อย คงเกิดแรงบันดาลใจเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในขบวนการขับเคลื่อนความมีสุขภาวะทางเพศต่อสังคมไทย

แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ (สสส.)



คำในใจของบรรณาธิการ

หนังสือเล่มนี้เป็นความตั้งใจของภาคีเครือข่ายที่ร่วมผลักดันมติสุขภาวะทางเพศ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ว่าจะจัดพิมพ์เพื่อแจกจ่ายในการประชุมสมัชชาฯ ปีที่แล้ว แต่ด้วยอุปสรรคของเวลาและการติดตามเนื้อหา ทำให้การจัดพิมพ์ได้เลื่อนออกไปถึงหนึ่งปี ซึ่งกลายเป็นข้อดี เพราะหนังสือเล่มนี้ นอกจากบอกเล่าสถานการณ์ในเรื่องความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับโรคเอดส์/โรคติดต่อ (บทที่ 1 และ 3) ยังได้เสนอภาพกระบวนการทำงานของเครือข่ายว่ามีวิธีพัฒนาข้อเสนอนโยบายสุขภาวะทางเพศอย่างไร (บทที่ 4) และรายงานความคืบหน้า (ที่หลายส่วนคือความก้าวหน้า) ของการดำเนินงานตามมตินี้ ดังรายละเอียดในบทที่ 5

สาระที่บรรจุในหนังสือเล่มนี้ เป็นเสมือนฉายแสงให้กับบุคคลและองค์กรที่สนใจใคร่รู้ในสถานการณ์และการทำงานเรื่องความรุนแรงทางเพศ ทั้งองไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์ โดยเฉพาะในภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่ไม่เคยสัมผัสกับการทำงานสุขภาวะทางเพศมาก่อน แม้ในสถานการณ์จริงของชีวิตอาจเคยประสบพบพานปัญหาเหล่านี้มาบ้างก็ตาม

ความสำเร็จเป็นรูปเล่มของหนังสือนี้ ผู้มีส่วนอย่างสำคัญคือ ‘คุณนายปุย’ ผู้อดทนและรอคอยต้นฉบับเพื่อจัดหน้าให้ทันกาล และ ‘กุลภา วจนสาระ’ ผู้ช่วยพิสูจน์อักษรทั้งเล่มอย่างรวดเร็วและ

มีประสิทธิภาพ รวมถึง ‘เบญจมาศ รอดภัย’ ที่ช่วยประสานงานด้าน
ต่างๆ ข้าพเจ้าขอขอบคุณทุกคน และทุกองค์กรที่ทำให้หนังสือนี้เกิดขึ้น
แจกจ่ายให้กับพี่น้องที่มาร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2
ในวันที่ 16-18 ธันวาคม 2522 และจะแจกจ่ายให้กับผู้สนใจจนกว่า
หนังสือจะหมด

กฤตยา อาชวนิจกุล

27 พฤศจิกายน 2552

(คืนที่กรุงเทพฯ ก็หนาวเป็น)



สารบัญ

รายชื่อหน่วยงานและองค์กรที่ร่วมขับเคลื่อน นโยบายสุขภาวะทางเพศ	3
คำนำ แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	5
คำในใจของบรรณาธิการ	7
บทที่ 1 : ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย และข้อเสนอเชิงนโยบาย โดย กฤตยา อาชวนิจกุล	11
บทที่ 2 : การตั้งท้องไม่พร้อมและข้อเสนอเชิงนโยบาย โดย ณัฐยา บุญภักดี	47
บทที่ 3 : เพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์	33
บทที่ 4 : การทำงานของเครือข่ายผู้มิตีสุขภาวะทางเพศ โดย กฤตยา อาชวนิจกุล และองค์กรร่วมจัดการประชุม	89
บทที่ 5 : ความก้าวหน้าในรอบหนึ่งปีของข้อเสนอ เชิงนโยบายสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน โดย กฤตยา อาชวนิจกุล	123
ภาคผนวก : มติคณะรัฐมนตรี	165



1 ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย และข้อเสนอเชิงนโยบาย

โดย กฤตยา อาชวนิจกุล¹

การทำร้ายทางเพศ ไม่ว่าจะเป็น การข่มขืน การทารุณกรรมทางเพศ การคุกคามทางเพศ หรือการละเมิดทางเพศอื่นๆ ล้วนคือภาวะการคุกคามความมั่นคงของมนุษย์ที่เป็นปัญหาสำคัญยิ่งของสังคมไทย โดยกลุ่มผู้ตกเป็นเหยื่อมากกว่าร้อยละ 90 คือ ผู้หญิงและเด็กตลอดช่วงทศวรรษ (พ.ศ. 2541-2550) ที่ผ่านมานี้ การรณรงค์เพื่อยุติความรุนแรงทางเพศมักจะรณรงค์ควบคู่ไปกับความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กในครอบครัว โดยเป็นความพยายามร่วมกันระหว่างภาคประชาสังคมกับหน่วยงานของรัฐที่ร่วมรณรงค์ต่อต้านให้ยุติลงในสังคมไทยอย่างชัดเจน แต่ขนาดของความรุนแรงก็ไม่ปรากฏว่าลดลงแต่อย่างใด

¹ รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (prkac@mahidol.ac.th)

รูปแบบความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กสามารถแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ การทารุณกรรมทางร่างกาย (physical abuse) การทารุณกรรมทางเพศ (sexual abuse) การทารุณกรรมทางจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional abuse) และสุดท้ายคือการละเลยทอดทิ้ง (neglect) ซึ่งเกิดขึ้นกับเด็กและผู้สูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ การทารุณกรรมหลายรูปแบบที่กล่าวมานี้ หลายกรณีนับได้ว่าเป็นอาชญากรรมอย่างหนึ่ง แต่มักเกิดขึ้นภายใต้หลังคาบ้าน ซึ่งคนทั่วไปเข้าใจว่าจะจะเป็นสถานที่ปลอดภัยสูงสุด ทำให้เป็นอาชญากรรมที่ยากแก่การป้องกันมากที่สุด เพราะผู้กระทำส่วนใหญ่ คือ ผู้ชายที่เป็นสมาชิกในครอบครัว การระมัดระวังหรือการป้องกันตนเองจึงเป็นสิ่งที่ถูกมองข้าม เป็นผลให้โอกาสในการกระทำรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อการกระทำรุนแรงในบ้านเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวมักช่วยกันปกปิดและไม่ต้องการเอาผิด เพื่อไม่ให้เรื่องขยายใหญ่โตหรือล่วงรู้ถึงบุคคลอื่นนอกครอบครัว ดังคำพังเพยของไทยที่ว่า ‘ไฟในอย่านำออก ไฟนอกอย่านำเข้า’ ผู้ถูกกระทำจึงจำเป็นต้องเป็นฝ่ายอดทน กล้ากลืนรับการกระทำนั้น ทำให้ในหลายกรณีเกิดเป็นความรุนแรงต่อเนื่องซ้ำซากนานหลายปี ขณะที่ความรุนแรงที่เกิดนอกบ้าน ได้แก่ ในโรงเรียน ในที่ทำงาน ในวัด และที่สาธารณะ ผู้กระทำส่วนใหญ่คือ คนสนิท หรือคนรู้จักกัน และส่วนน้อยคือ คนแปลกหน้า ข้อควรสังเกตต่อเรื่องความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงในสังคมไทย คือ ลักษณะวัฒนธรรมไทยกลับตั้งคำถามต่อผู้ถูกกระทำมากกว่าผู้กระทำ ดังจะกล่าวละเอียดต่อไป

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาี้ ประเด็นความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กได้รับความสนใจในเชิงนโยบายอย่างชัดเจนคือ ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ การบังคับค้าประเวณี ในขณะที่ความรุนแรงรูปแบบ

อื่นๆ เช่น การคุกคามทางเพศ (sexual harassment) การเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิง และความรุนแรงต่อผู้หญิงที่รักเพศเดียวกัน ยังได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย (กฤตยา 2542) ในบทนี้ตั้งใจเน้นเรื่องความรุนแรงทางเพศที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุดในประเด็นความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก โดยจะอภิปรายถึงความหมายและรูปแบบของความรุนแรงทางเพศ ทบทวนสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย ซึ่งถึงความคืบหน้าในการทำงานด้านนี้ในประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จ ที่ยังต้องทำงานขับเคลื่อนต่อเนื่อง และช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาท้ายสุดคือ การเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อยุติความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

1. ความหมายและรูปแบบของความรุนแรงทางเพศ

ความรุนแรงทางเพศมีความหมายถึง พฤติกรรมทางเพศที่กระทำต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยบุคคลนั้นไม่ยินยอม จากสถิติทั่วโลกและในประเทศไทยยืนยันว่า ผู้ถูกระทำรุนแรงทางเพศเกือบทั้งหมดคือผู้หญิง ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย และมักเป็นบุคคลที่ผู้หญิงที่ถูกกระทำรู้จักหรือคุ้นเคย โดยรูปแบบความรุนแรงมีหลากหลาย (ดูรูป 1.1) ตั้งแต่การใช้วาจาข่มขู่ลามกโดยไม่มีการสัมผัส การตามตื้อ โทรศัพท์ลามก การอวดอวัยวะเพศ กระทำการสำเร็จความใคร่หรือกระทำต่อหน้า รวมถึงการแสดงภาพโป๊ สื่อลามก และการข่มขืนทางเพศโดยการสัมผัสจนถึงความพยายามที่จะข่มขืน และการข่มขืน รูปแบบของความรุนแรงทางเพศจาก ก. ถึง ง. นี้ มีโอกาสเกิดขึ้นได้เท่าๆ กัน โดยไม่จำเป็นต้องมีพัฒนาการจากความรุนแรงทางเพศในระดับน้อยไปหามาก

โดยทั่วไปแล้ว การกระทำรุนแรงทางเพศมักเกิดขึ้นโดยการบังคับ ตรงๆ คือ อาจเป็นการใช้อาวุธ หรือใช้กำลังที่เหนือกว่าคุกคาม กดดัน และบังคับ โดยอีกฝ่ายไม่ยินยอม แต่ **‘การไม่ยินยอมพร้อมใจ’** ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้สำคัญที่สุดของความรุนแรงทางเพศ อาจดูพรั่นเลือนจนดูเหมือนเป็นความยินยอม เพราะเป็นผลจากการบังคับทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นการข่มขู่ คุกคามด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้อำนาจหน้าที่ หรือสถานภาพที่เหนือ

รูป 1.1 รูปแบบต่างๆ ของความรุนแรงทางเพศ

ก บ ก ง			
คุกคามทางเพศ โดยไม่มีการสัมผัส	การละเมิดทางเพศ โดยการสัมผัส ไม่มีการสอดใส่	พยายามขืนใจ/ ปลุกปล้ำ เพื่อจะร่วมเพศ	การข่มขืน
1. แชว	1. จูบ	1. พยายาม จับต้อง อวัยวะเพศ	1. จับต้อง อวัยวะเพศ
2. จดหมาย ลามก	2. ฟอนเฟ้น	อวัยวะเพศ	2. บังคับ ร่วมเพศ
3. ใช้อุปกรณ์	3. จับ/ล้วง ใต้เสื้อผ้า	2. พยายาม สอดใส่ อวัยวะเพศ	โดยการ สอดใส่
4. โทรศัพท์ลามก	4. สำเร็จความใคร่ ผ่านเสื้อผ้า		
5. ถ้ามอง	5. ถูไถอวัยวะเพศ		
6. โขว้ของลับ			
7. แก้วผ้าโขว้			
8. สำเร็จความใคร่ ต่อหน้า			
9. ตามตื้อ			

โดยผู้ถูกกระทำไม่ได้ยินยอม (non-consent)



กว่าทำให้ต้องจ่ายอม เพราะอายุที่น้อยกว่า หรือเพราะเจ็บป่วย พิกการ หรือเพราะความมีนเมา หรือถูกมอมด้วยยา เป็นต้น

ในระดับโลก องค์การอนามัยโลกให้ความหมายและขอบเขตความรุนแรงทางเพศไว้ว่า “การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ หรือความพยายามที่จะมีเพศสัมพันธ์ การลวนลาม หรือการพูดลวนลามในเชิงเพศที่ไม่เป็นที่ต้องการ หรือการล่อลวงให้มีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำอย่างไร” (WHO 2002) นั่นคือความรุนแรงทางเพศครอบคลุมกว้างกว่าการใช้กำลังบังคับเพื่อละเมิดทางเพศ ไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจา หรือการสัมผัสดังรูป 1.1 ข้างต้น แต่ยังรวมถึงการค้ำมนุษย์เพื่อการค้าประเวณีด้วย (ดูตาราง 1.1)

ตาราง 1.1 รูปแบบของความรุนแรงทางเพศ

บริบท	ผู้กระทำ	รูปแบบความรุนแรง
ความรุนแรงทางเพศระหว่างคู่สมรส	- สามี/คู่สมรส	- ใช้กำลังบังคับ - ชู หรือทำให้รู้สึกต่ำต้อย ไม่มีทางสู้ ซึ่งรวมถึงการชูที่จะทำร้าย การถูกทอดทิ้ง การไม่ให้เงิน ฯลฯ
ความรุนแรงทางเพศก่อนแต่งงานหรือนอกสมรส	- เพื่อน - คู่รัก - สมาชิกในครอบครัว - ผู้มีอำนาจ/หน้าที่ เช่น ครู นายจ้าง - คนรู้จัก - คนแปลกหน้า	- ใช้กำลังบังคับชูและทำให้รู้สึกต่ำต้อย ไม่มีทางสู้ - การข่มขู่/ชักจูงทางจิตใจ หลอกลวง ล่อลวง - ชูเชิญว่าจะเปิดเผยความลับเพื่อเรียกรองเงินทองหรือของแลกเปลี่ยน

บริบท	ผู้กระทำ	รูปแบบความรุนแรง
พยายามข่มขืน ลวนลามทางเพศ โดยไม่มีการสอดใส่ การลวนลาม ด้วยวาจา การบังคับให้ดูรูป/ หนังอนาจาร	- เพื่อน - คู่รัก - สมาชิกในครอบครัว - ผู้มีอำนาจ/หน้าที่ เช่น ครู นายจ้าง - คนรู้จัก - คนแปลกหน้า	- ใช้กำลังบังคับ - ขู่และทำให้รู้สึกต่ำต้อย ไม่มีทางสู้ - หลอกกลวง ล่อลวง - ขู่เชิญว่าจะเปิดเผยความลับ เพื่อเรียกกรังเงินทองหรือของแลกเปลี่ยน
การให้สิ่งของหรือเงิน เพื่อมีเพศสัมพันธ์	- ชาย/หญิง สูงวัย - เพื่อน	- เพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ
การค้าหญิง การบังคับให้ค้า ประเวณี	- บุคคลที่สาม	- กลุ่ม/เครือข่าย ที่ทำงาน เป็นกระบวนการ ทั้งระหว่างประเทศ และภายในประเทศ เพื่อการค้าประเวณี - การใช้กำลังบังคับ หรือข่มขู่
การข่มขืนในช่วง สงคราม/ความไม่สงบ	- ทหาร/ผู้สู้รบ	- ใช้กำลังบังคับ หรือข่มขู่

ที่มา : ปรับจาก Jejeebhoy and Bott. 2003.

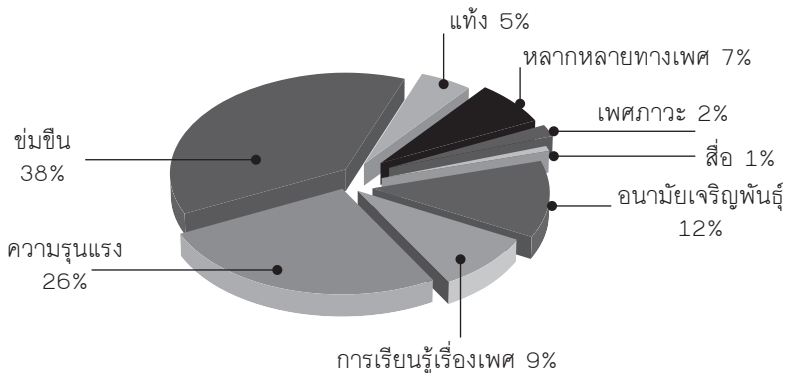
2. สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

ข้อมูลจากงานวิจัย และสถิติของภาครัฐล้วนชี้ตรงกันว่า ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาทางเพศที่ใหญ่อันดับหนึ่งในสังคมไทย ดังข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ที่จะกล่าวต่อไปนี้

2.1 ฐานข้อมูลข่าวและบทความเรื่องเพศในประเทศไทย ในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2541–2550)²

จากจำนวนข่าวและบทความ 17,529 ข่าว (ดูรูป 1.2) พบว่า สัดส่วนข่าวข่มขืนสูงสุดคือสูงถึงร้อยละ 38 และข่าวการกระทำความรุนแรงทางเพศในประเด็นอื่นๆ ได้แก่ การค้าประเวณี การลวนลามทางเพศ การตื้ออวยวะเพศ ทัศนคติและความเชื่อ การทำร้ายหรือการฆ่ากันตาย

รูป 1.2 การกระจายร้อยละของประเด็นเรื่องเพศในข่าว
และบทความในช่วง 10 ปี
(พ.ศ.2541-2550 รวม 17,529 ข่าว)



N=17,529

ที่มา : กฤตยา วจนสาระ. 2551. มี ‘เรื่อง’ เพศแบบไหนในห้องสมุดและในข่าว. รายงานในชุดโครงการวิจัย ‘การวิจัยและการพัฒนาฐานข้อมูลเรื่องเพศวิถี เพศภาวะ และสุขภาพทางเพศ’ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสร้างความรู้เข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.).

² ผู้สนใจในฐานข้อมูลข่าวและบทความชุดนี้ โปรดติดต่อ มูลนิธิสร้างความรู้เข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) contact@whaf.or.th

เพราะความหึงหวง เป็นต้น เป็นลำดับที่สองคือร้อยละ 26 ซึ่งรวมกันแล้วข่าวและบทความเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมีสัดส่วนสูงถึงเกือบสองในสาม (64%) ของจำนวนข่าวทั้งหมด (กฤษภา 2551)

ประเด็นข่าวข่มขืน

กฤษภา (2551) ได้วิเคราะห์ให้เห็นลักษณะการรายงานข่าวความรุนแรงของการข่มขืน ทั้งที่เป็น รายงานสถานการณ์และเหตุข่มขืนที่เกิดขึ้นรายวัน ซึ่งจะให้รายละเอียดเรื่องราวหรือหลักฐาน แสดงข้อมูลของผู้กระทำผิด ซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นญาติและคนใกล้ชิดของเหยื่อ เช่น พ่อ พ่อเลี้ยง น้ำ ตา ลุง ปู่ เพื่อน ฯลฯ นอกจากนี้ก็มีครู ตำรวจ พระ ซึ่งพบข่าวเป็นระยะๆ ตลอด 10 ปีที่ผ่านมา โดยอายุน้อยที่สุดของผู้กระทำผิดคือ 7 ปี ซึ่งศึกษาอยู่ในระดับอนุบาล 2 เท่านั้น ดังข่าว อนาคต อนุบาล 2 ข่มขืน นร.ป.2 (2550) และอายุสูงที่สุดคือ 82 ปี

สำหรับ ข้อมูลในส่วนของผู้ถูกกระทำ ส่วนใหญ่เป็นเด็ก ทั้งชายและหญิง ในกรณีที่เป็นการข่มขืนในสายเลือดนั้นพบว่า เหยื่อมักถูกญาติข่มขืนต่อเนื่อง มีทั้งที่เป็นเหยื่อของญาติมากกว่า 1 คน ดังข่าว อา-ลุง-ตา รุมขยี้หลาน (2541) สาว 15 ‘พรหมพิราม’ เหยื่อมากม 12 ญาติโหด ยันถูกข่มขืนนาน 10 ปี (2546) อนาคต!8ขวบ โดนขืนใจ 2 ปี 6 ขวบถูกพ่อเลี้ยงขยี้ หนีเจอเพื่อนพ่ออีก 2 (2548) ปู่+ตา 138 ปีเลวขยี้ 6 ขวบแม่จูงมือแจ้งรวบ (2548) และตกเป็นเหยื่อข่มขืนร่วมกับพี่น้องคนอื่นๆ เช่นข่าว ลุงจัญไรข่มขืน 3 หลานสังเวยกาม-นานกว่า 2 ปี (2546) แม่พาดร.จับตัวใหม่ ขยี้ 2 พี่น้องลูกเลี้ยง “ดญ.12-16” (2550) สลด!เด็กม.2เขียนเรียงความ ระบายโดนตาข่มขืนพร้อมน้อง (2550) อนาคตสังคมสุดเลื่อม พ่อเลี้ยงข่มขืนลูก 2 พี่น้องท้อง 8 ด. (2550) เป็นต้น อายุต่ำสุดของเหยื่อข่มขืนที่พบในฐานข้อมูลเรื่องเพศ

ครั้งนี้ คือ 13 เดือน ขณะที่อายุสูงสุดคือ 105 ปี ดังข่าว *พ่อเฒ่าบุกข่มขืนแม่เฒ่าวัย 105 ปี* (2541) ข้อมูลในส่วนของการเหยื่อผู้ถูกระทำแสดงให้เห็นภาวะเสี่ยงของเพศหญิงต่อการกระทำรุนแรงจากเพศชาย โดยเฉพาะในเด็ก ผู้สูงวัย และแม้กระทั่งผู้พิการ ทั้งทางร่างกาย สายตา การได้ยิน จิต และสมอง

ที่สำคัญคือ ข่าวได้ชี้ให้เห็นถึง **ลักษณะและผลต่อเนื่องของความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการข่มขืน** โดยเฉพาะการข่มขืนในสายเลือด ซึ่งมักเป็นการข่มขืนต่อเนื่องซ้ำซาก ดังข่าวในปี 2541 ที่รายงานการข่มขืนยาวนานที่สุดคือ 17 ปี และมีผู้ร่วมกระทำมากกว่า 1 คน ในกรณีรูปโฉมพบว่ามีผู้ร่วมกระทำผิดสูงสุดถึง 30 คน ส่วนผลต่อเนื่องของการข่มขืนนั้นมีตั้งแต่การชิงทรัพย์ ทำร้ายร่างกาย ท้อง ติดโรค มา ไปจนถึงผลกระทบทางจิตใจของเหยื่อข่มขืนที่บางรายถึงกับฆ่าตัวตาย

ถัดมาคือ **ข่าวการเคลื่อนไหวรณรงค์** ตั้งแต่ปี 2541 เพื่อให้แก้ไขกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดทางเพศ มาตรา 276 ที่ให้สิทธิสามีข่มขืนภรรยาได้โดยไม่ผิดกฎหมาย นอกจากนี้ก็มีความเคลื่อนไหวในแง่ของการเพิ่มบทลงโทษในคดีข่มขืน การปรับปรุงกฎหมายให้ครอบคลุมทุกบุคคล ทุกเพศภาวะ เช่น กรณีข่มขืนเพศที่สาม *หนูนกแก้วกฎหมายผู้ชายถูกข่มขืน* (2550) *ชาวเกย์จี้กฎหมายข่มขืน ครอบครัวประตูล้าง* (2550)

สุดท้ายคือ **ประเด็นสื่อร่วมสมัย** ได้แก่ การหลอกไปข่มขืนผ่านทางแชทไลน์ อินเทอร์เน็ต เริ่มพบในปี 2545-2546 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมามีข่าวคดีข่มขืนเพิ่มทั้งจำนวนและความรุนแรงมากขึ้น และตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมาเริ่มมีข่าวถ่ายคลิปวิดีโอขณะข่มขืน แล้วเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ

น่าสนใจว่า ลักษณะการเขียนหัวเรื่องของข่าวข่มขืน สื่อสิ่งพิมพ์ โดยเฉพาะหัวสีมักใช้ภาษาที่เรียกร้องความสนใจจากสาธารณะ โดยในบางกรณีกลายเป็นการลดทอนความรุนแรงที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์แต่ละครั้ง ให้กลายเป็นเรื่องโจษจันติดปาก เช่น การพาดหัวข่าว *เมาแล้วเซ็กซ์ พระธุดงค์หีนข่มขืนสาว 66* (2547) หรือ *หลานชั่วเมาหีนขยี้แม่เฒ่าวัย 60* (2547) เป็นต้น

สำหรับประเด็นข่าวความรุนแรงทางเพศอื่นๆ

กุลภา (2551) ชี้ว่าการขายบริการทางเพศ เพศพาณิชย์ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงทางเพศในแง่ของการแสวงประโยชน์ และเอารัดเอาเปรียบทางเพศ พบรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ การที่พ่อแม่บังคับให้ลูกขายบริการ ครูล่อลวงลูกศิษย์ให้ขายบริการ ดังข่าว *ตีแม่แก๊งค้ากามข้ามชาติ ปีนี้ออเดอร์ “หมิ่นคน” พ่อ-แม่จูงลูกขายช่อง* (2541) *แฉครูบงการเด็กสาวค้าน้ำกาม* (2545) *สลดแม่จูงลูก ด.ญ. 12 ปี เซนคามเศรษฐกิจเฒ่า* *สูตรันทดเงินแค่ 200 บ. (2545)* *ครูชั้วลวงศิษย์ 4 รายขายกาม* (2546) *ตะครุบแม่ใจร้ายจูง “ลูก-หลาน” เร่ขายตัว* (2546) *แม่อุ้มลูก 8 ขวบขาย สังเวยกามฝรั่งเฒ่า* (2548) เป็นต้น โดยผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์และถูกกระทำความรุนแรงทางเพศนั้น ได้แก่ผู้ที่อยู่ในสถานะเสี่ยงต่อการหาประโยชน์ ทั้งที่เป็นผู้หญิง นักศึกษา เป็นเด็กทั้งหญิงและชาย หรือเป็นชนกลุ่มน้อยชาติพันธุ์ต่างๆ เช่นข่าว *แฉชาวเขาต้องพลีกายแลกสัญชาติ* (2544) โดยอายุน้อยที่สุดของเด็กชายขายบริการคือ 11 ปี ขณะที่เด็กหญิงคือ 8 ปี

นอกจากนี้ยังรวมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจทางเพศ เช่น การโฆษณาผ่านสมุดโทรศัพท์ เว็บไซต์ เช็คสโโฟน แคมฟร็อก ฯลฯ เช่น *จับ 2 นศ.สวิงกิ้งเซ็กซ์ขายโจ่งครีမ် กามวิปริตผ่านเน็ต* (2546) *จับหนุ่มซื้อดัง*

ใช้เน็ตเร่ขายยาเสพติดทางเพศ (2546) วัยรุ่นสาวอิตเก็บไดอารี่คลิป
เช็กช้สะสมแต้มอวดเพื่อน-โชว์ขายตัว (2549) สายเถื่อนแฮตไลน์ลอก
ซ้ำเรา (2550) เป็นต้น

สำหรับข่าวเกี่ยวกับนักเรียนนักศึกษาขายบริการนั้น ที่จริงแล้วเริ่ม
มีข่าวมาตั้งแต่ต้นทศวรรษ แต่เป็นข่าวมากขึ้นในช่วงปี 2544-2545
นำมาสู่การจัดระเบียบรูปแบบต่างๆ เช่น การเข้าตรวจค้นสถานบันเทิง
หอพัก สี่อมวลชน ในช่วงปี 2545-2546 จำนวนข่าวในหัวข้อนี้ขยายตัว
เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เนื่องจากมีข่าวจับเเยนต์ค้าบริการที่เป็นนักศึกษา
ข่าวนักศึกษาค้าบริการเป็นอาชีพเสริมมีมากขึ้น รูปแบบและสถานที่
ขายบริการทางเพศมีลักษณะหลากหลายมากขึ้น เช่น ร้านตัดผม สวน
สาธารณะ ร้านคาราโอเกะ ชาน้ำ โรงภาพยนตร์ ในรถ ตู้รถไฟ ในเรือ
กลางทะเล ในห้องน้ำสาธารณะ ฯลฯ โดยภาษาหัวข้อข่าวมีลักษณะหรือ
หว่าเพื่อดึงดูดความสนใจเช่นเดียวกับข่าวข่มขืน เช่น ทาสกามวิปริต
แก๊งค์น้ำกาม ดุ่ย ค้าสาวท ขายนางีน้อย ช่องนรก ตกเขียว คุณตัวค้ำ
กาม ฮาเริ่มดุย ช่องถั่วดำ ค้าเนื้อสดบำเรอกาม กัลบกกาม ยูแม่เล่า
แม่เล่าจิว โพนสวาท เสพกาม มั่วกาม บำเรอสวาท ฯลฯ

ถัดมาคือประเด็น **ความรุนแรงในครอบครัว** ทั้งสามีทำร้ายภรรยา
พ่อทำร้ายลูก รวมถึงความรุนแรงที่เกิดจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน
เช่น เพื่อน คนรัก ซึ่งมีลักษณะของการทำร้ายหลายรูปแบบ ไปจนถึงฆ่า
แล้วทำลายศพ ในแบบที่เรียกว่า “พิศวาสฆาตกรรม” ดังข่าว ดร.นิด้าฆ่า
ภรรยาในปี 2544 หรือข่าว สุดทนผัวชาติสัตว์คว่ำขวานจามดับ (2541)
ท้อง 5 เดือนโดนผัวซ้อมแทงสวนดับ (2546) พ่ออนาจารลูกสาว
ลูกชายถั่วเจดีย์คู่ถูกแฟนแฉงซ้อมบังคับทำแท้ง (2548) ผัวหึงโหดระแวง
บั้นใจแทงเมียดับ (2549) คลิปดวลตบโผล่อีก 2 สาว ปวช. เปิดศึกแย่ง
นศ. ชาย (2549) เป็นต้น

ที่น่าสนใจคือ ในประเด็น การล่วงละเมิดหรือการคุกคามทางเพศ นอกจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรายวันทั่วไป ยังพบข่าวที่ถือว่าใช้วัฒนธรรมความเชื่อในการหาประโยชน์ทางเพศคือ กรณีของเณรแอที่เป็นหมอทำเสน่ห์ ล่วงละเมิดทางเพศหญิงสาวกว่า 1,000 คน และถ่ายวิดีโอไว้แบล็คเมล์ ในช่วง พ.ศ. 2545-2551 พบว่ามีการละเมิดหรือคุกคามทางเพศในโรงเรียน สถานศึกษา สถานที่ราชการ และในระหว่างการทำงาน เกิดขึ้นอยู่เสมอๆ ในองค์กรต่างๆ แต่เป็นข่าวใหญ่เพียงไม่นานและอาจเกิดขึ้นได้ไม่ว่ามีเพศภาวะใดก็ตาม ได้แก่ข่าว คุกคามเพศ ‘ชรก.สาว’ เลขาภพ.แฉ ‘หน.’ หัวงู-สลอน (2545) ลวนลามนักข่าวสาว บิ๊ก ปชป. ฉาวชั้น 28 เอ็มเมอรัลด์ (2545) หวังชัยกามนักข่าว พล.ต.อ. ฉาวส่งผู้การตื้อขอเลี้ยง (2546) นศ.ถูกคุกคามทางเพศ ร้อง สกอ. (2548) ปีละ 200 แอร์สาวเหยื่อขยา (2549) เผยสจ๊วตการบินไทยถูกอนาจารทางเพศ (2549) ฟ้องซีอีโอ ‘โตโยต้า’ จ้องเคลม พนง.สาว (2549) ชรก.ชายร้องถูกนายหญิงคุกคาม ‘เพศ’ (2548) ติดตู้แดงหน้าวัดกันเณรถูกตืดลวนลาม (2549) ร้องระงับเพลงลูกทุ่ง ‘เบอร์ไหนดี’ หยามสดริ (2545) นร.หญิงตบกันนัว แย่งนร.ชาย วาเลนไทน์ คึกคัก (2549) เป็นต้น

กล่าวเฉพาะการละเมิดทางเพศในสถานที่ศึกษา ในปี 2551 พบว่ามีรวมสูงถึง 16 กรณี ที่เกิดกับนักเรียนหญิงและชายในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา จนถึงนักศึกษาหญิงในระดับมหาวิทยาลัย โดยบางรายถูกระทำซ้ำซากติดต่อกันหลายปี โดยผู้กระทำทั้งหมดเป็นครู/อาจารย์ผู้ชาย ดังรายละเอียดในตาราง 1.2

ตาราง 1.2 จำนวนและเหตุการณ์การละเมิดทางเพศในสถานศึกษา
ในสื่อสิ่งพิมพ์ พ.ศ.2551 รวม 16 กรณี

วันที่ ลงข่าว	ผู้กระทำ (จังหวัด)	เหยื่อ	เหตุการณ์
14 ม.ค.	ครูสอนดนตรี	นักเรียน ม.1 (12)	พูดจาหว่านล้อมแล้วลงมือขืนใจ ในห้องซ้อมดนตรี
29 ก.พ.	ครูสอนวิชา ภาษาไทยและ คอมพิวเตอร์ (ราชบุรี)	ลูกศิษย์หญิง 11 ขวบ (ตั้งแต่ ป.4)	แกล้งทำที่เข้ามาสอนทางด้านหลัง จากนั้นลูบคลำขาอ่อน ก่อนล้วงลึกเข้าไปที่อวัยวะเพศ พร้อมกับใช้นิ้วสอดใส่
29 ก.พ.	ผอ.โรงเรียนมัธยม (ชลบุรี)	นักเรียน ม.1 (13)	เรียกเข้าไปในห้องกับเพื่อนอีก 3 คน แล้วถูกลวนลามจับก้น โอบกอดลูบคลำ
24 มี.ค.	ครูสอนภาษาไทย (ขอนแก่น)	นักเรียน ม.1 (13) 5 คน	เข้าไปในห้องเรียน พยายาม ลวนลามกอดจูบ ข่มขืนจนสำเร็จ และเสนอเงินให้จนตั้งท้อง
25 มี.ค.	ครูพละ (สิงห์บุรี)	นักเรียน ป.4 (10)	เรียกไปหาที่ห้องพลศึกษา และทำอนาจาร
28 มี.ค.	ครูสอนวิชาชีว (ลำปาง)	นักเรียน ม.1	หลอกลวงไปลวนลามทางเพศ และข่มขืนไม่ให้เอาเรื่อง
24 เม.ย.	อาจารย์ (ม.ธรรมศาสตร์)	นักศึกษา	บังคับนักศึกษาอนมกเขาแลกเกรด (ยังมีอีกหลายกรณีก่อนหน้านี้ ที่ข่มขืนนักศึกษาในรถ ข่มขืนจนท้อง - ทุกรายถูกไล่ออก จากราชการ)
09 พ.ค.	ครูสอนฟิสิกส์ (ศรีสะเกษ)	นักเรียน ม.6 (17)	หลอกไปซื้อชุดนักเรียนใหม่ พาเข้ามานวด

วันที่ ลงข่าว	ผู้กระทำ (จังหวัด)	เหยื่อ	เหตุการณ์
29 มิ.ย.	อาจารย์ (ม.อุบลราชธานี)	นักศึกษา ปีที่ 3	ลวนลามและชวนหลับนอน เพื่อแลกกับเกรด นักศึกษาแอบ ถ่ายคลิปวิดีโอขณะถูกลวนลาม ใช้เป็นหลักฐาน
06 ก.ค.	ครูสอนมวย (จันทบุรี)	นักศึกษา ปวช. ปี 1 (16)	บังคับให้ไปที่โรงแรมเพื่อข่มขืน
22 ก.ค.	ผอ.โรงเรียนมัธยม (สกลนคร)	นักเรียน มัธยม	ลวนลามนักเรียนสาว ทั้งจับหน้าอก ลูบกัน
30 ก.ค.	ครู (พิษณุโลก)	นักเรียน ม.2	โอบกอด พร้อมกับลวนลาม แล้วซื้อของให้เพื่อไม่ให้เอาเรื่อง
08 ต.ค.	ครูสอนคอมฯ (ชลบุรี)	นักเรียนชาย ป.6 (12) 2 คน	กอดจูบ แล้วให้ถอดกางเกง กระทำอนาจาร ด้วยการอม อวัยวะเพศ
30 พ.ย.	ผอ.ร.ร.กีฬา (สุรินทร์)	นักเรียนชาย ม.1 (12) 4 คน	ทำอนาจาร และข่มขืนใจ จับของลับ และกอดจูบจนสำเร็จ อารมณ์ใคร่ แล้วให้เงินปิดปาก
13 ธ.ค.	ผอ.สารพัดช่าง (เชียงใหม่)	นักเรียน ม.6	จับหน้าอก ลวนลามบนรถทัวร์
24 ธ.ค.	ครูศิลปะ (ฉะเชิงเทรา)	นักเรียน ม.3 (16)	กระทำอนาจารมานานเกือบ 2 ปี

* กรณีอื่นๆ จากการจัดเสวนาเรื่อง ‘การคุกคามทางเพศในมหาวิทยาลัย...การแก้ไข
และทางออก’ จัดโดยโครงการสตรีและเยาวชนศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่
8 พ.ค. 2551.

กรณีการทำร้ายร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะเพศนั้น ส่วนใหญ่เป็นการตัดและทำลายอวัยวะเพศชาย (ไม่รวมการตัดอวัยวะเพศอันเนื่องจากการแปลงเพศ) เนื่องจากเรื่องชู้สาวและความเจ้าชู้ นอกจากนี้ก็เป็นกรณีใช้เชือกมัด ใช้ไฟฟ้าช็อต และการทำทารุณต่ออวัยวะเพศในการรับน้อง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีกรณีที่กระทำรุนแรงต่ออวัยวะเพศหญิงด้วยเช่นกัน แต่ก็มีเพียง 2 รายเท่านั้น สุดท้ายคือประเด็น **อคติทางเพศและการถูกเลือกปฏิบัติทางเพศ** ได้แก่ข่าว ‘ก.วัฒนธรรม’ ยี่ ตู๊ด-เกย์-ทอม-ดี้ ไม่รับเข้าทำงาน (2547) และเรื่อง**ความเคลื่อนไหว**ในเชิงรณรงค์ให้ยุติความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง การเรียกร้องในเชิงนโยบาย การปรับปรุงกฎหมาย

2.2 ขนาดของความรุนแรงทางเพศจากรายงานวิจัย

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเฉพาะงานวิจัยสำรวจขนาดใหญ่ที่มีจำนวนตัวอย่างมากพอที่เป็นตัวแทนระดับพื้นที่ได้ (population-based survey) เรื่องแรกคือ การวิเคราะห์คำถามเรื่องประสบการณ์ทางเพศครั้งแรก จากข้อมูลการสำรวจระดับชาติเรื่องพฤติกรรมทางเพศ เมื่อพ.ศ. 2549 ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้ให้เห็นว่าเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของคนไทยมีสัดส่วนมากน้อยเพียงใดที่ได้เกิดขึ้นจากความยินยอมพร้อมใจ คณะนักวิจัย (กฤตยา และคณะ 2551) ได้ข้อค้นพบว่า หนึ่งในห้าของผู้หญิงไทยรวมทุกกลุ่มอายุ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ตนเองไม่ได้ยินยอมพร้อมใจ คือไม่ได้สมัครใจ ไม่ตั้งใจ และถูกบังคับ ที่น่าตกใจคือ สัดส่วนนี้สูงมากในกลุ่มเด็กอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 46) โดยผู้ละเมิดทางเพศส่วนใหญ่คือ คนที่สนิทสนม คู่ンเคย ได้แก่ สามี หรือแฟน หรือเพื่อน และเช็กส์ครั้งแรกที่เกิดขึ้นระหว่างคนรัก/คนรู้จัก/คนคู่ンเคย มักจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย

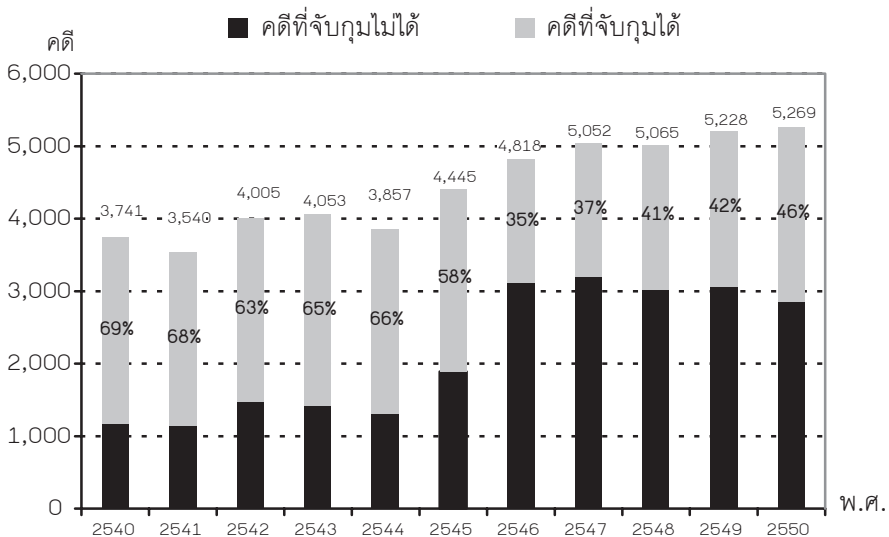
เรื่องที่สองคือ การสำรวจเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงในชีวิตคู่ (กฤตยา และคณะ 2546) พบว่าร้อยละ 44 ของผู้หญิงไทยที่มีคู่มือหรือเคยมีคู่มือ เคยถูกระทำรุนแรงทางกายหรือทางเพศโดยคู่มือของตน โดยแยกได้เป็นกลุ่มที่เคยถูกระทำรุนแรงทางกายอย่างเดียว (15%) ทางเพศอย่างเดียว (16%) และทางกายและทางเพศ (13%) ในกลุ่มที่ประสบความรุนแรงทางเพศจากคู่มือ (29%) นั้น ร้อยละ 20 รายงานว่าต้องยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วยทั้งที่ไม่ต้องการ เพราะกลัว ร้อยละ 6 ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 3 ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ในท่าที่ผู้หญิงรู้สึกน่ารังเกียจ ทั้งนี้กลุ่มผู้หญิงที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มที่ชีวิตจะตกไปอยู่ในบริบทที่เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหลายประการ เช่น สูบบุหรี่หนัก ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีปัญหาความรุนแรงทางเพศที่น่าสนใจคือ กลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงทั้งทางกายและทางเพศเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างเด่นชัด โดยเฉพาะถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่นานคือในช่วงหนึ่งปีก่อนการสำรวจ เช่นเดียวกับกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ถูกล่วงเกินทางเพศทั้งในวัยเด็กและโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว และเนื่องจากค่านิยมของสังคมที่มองว่าปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นปัญหาของสามีภรรยาที่ต้องจัดการแก้ไขกันเอง ผู้หญิงจึงมักไม่ไปปรึกษาใคร ผู้หญิงที่ถูกกระทำส่วนใหญ่จึงต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง

2.3 สถิติความรุนแรงทางเพศจากหน่วยงานของรัฐ

ปัจจุบันหน่วยงานของรัฐหลายแห่งได้จัดเก็บสถิติความรุนแรงทางเพศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจของหน่วยงานตนเอง ซึ่งสามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดถึงสถานการณ์ภัยทางเพศต่อผู้หญิงและเด็กได้ เริ่มต้นจากภาพรวมสถิติตัวเลขคดีอาชญากรรมทางเพศที่มีการแจ้งความทั่วประเทศพบว่า

เพิ่มขึ้นทุกปี หากดูเฉพาะจำนวนคดีที่ผู้เสียหายแจ้งตำรวจเปรียบเทียบระหว่างปี 2540 ที่มีอยู่ 3,741 คดี กับปี 2550 ที่จำนวนคดีพุ่งขึ้นเป็น 5,269 คดี เท่ากับว่าในรอบ 11 ปีที่ผ่านมา อัตราคดีอาชญากรรมทางเพศสูงขึ้นถึง 41% ที่น่าสังเกตคือ มีผู้กระทำผิดจำนวนไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่เจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถจับกุมตัวได้ ดังพบว่าในพ.ศ. 2550 มีคดีรับแจ้งความเกี่ยวกับการข่มขืนกระทำชำเราและข่มขืน/ฆ่ามากถึง 5,269 คดี แต่จับผู้กระทำผิดได้เพียง 2,411 รายเท่านั้น (ดูรูป 1.3)

รูป 1.3 จำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศที่รับแจ้งจำแนกเป็นคดีที่จับกุมได้และคดีที่จับกุมไม่ได้ และร้อยละของคดีที่จับกุมได้ตั้งแต่พ.ศ. 2540-2550



ที่มา: โครงการสุขภาพคนไทย. 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (คำนวณจาก สถิติคดีข่มขืนกระทำชำเราและฆ่าข่มขืน ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สืบค้นจาก http://www.police.go.th/statistic/dn_main.htm)

สิ่งที่ควรต้องย้ำก็คือ ตัวเลขผู้เข้าแจ้งความเป็นเพียงปลายยอดของภูเขาน้ำแข็ง เพราะมีผู้เสียหายจากการถูกข่มขืนจำนวนมากที่ไม่แจ้งความ สถิติอาชญากรรมทางเพศของทุกประเทศจึงต่ำกว่าความเป็นจริงมาก (กฤตยา 2542) นั่นคือยังมี ‘ตัวเลขมืด’ อีกมากมายที่ไม่ถูกบันทึกไว้ในระบบของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาสถิติการดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กในภาวะวิกฤตจากความรุนแรง (ศูนย์ฟิงไต้) ที่ตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนมิถุนายน 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มจัดทำโครงการนำร่องขึ้นในโรงพยาบาล 20 แห่ง จนถึงปี 2547 โครงการดังกล่าวได้ขยายครอบคลุมการให้บริการไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วประเทศ โดยเริ่มมีการจัดเก็บสถิติผู้มารับบริการอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา พบว่ามีผู้หญิงและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงเข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจำนวนเด็กที่มารับบริการ เป็นเด็กหญิงมากกว่าเด็กชายประมาณ 3-6 เท่า และมีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 19 ราย ในปี 2547 และเพิ่มเป็น 52 รายในปี 2550 (ตาราง 1.3) สะท้อนว่าผู้ที่ประสบปัญหาได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น เนื่องจากมีสถานให้บริการเพิ่มขึ้น ประกอบกับการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานทำให้เป็นที่รู้จักของประชาชนมากขึ้นด้วย

**ตาราง 1.3 จำนวนผู้หญิงและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรง
และมารับบริการในศูนย์พึ่งได้ พ.ศ. 2547-2550**

พ.ศ.	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน ผู้หญิงและ เด็กที่มา รับบริการ	จำนวนที่มารับบริการ			เฉลี่ย (ราย/วัน)
			ผู้หญิง	เด็กชาย	เด็กหญิง	
2547	70	6,951	3,585	690	2,676	19
2548	109	11,542	5,656	792	5,094	32
2549	110	15,882	7,901	1,601	6,380	44
2550	297	19,068	9,470	1,826	7,772	52

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรม
สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จากสถิติของผู้หญิงและเด็กที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้³ เมื่อแยก
ประเภทของความรุนแรงที่ได้รับจนต้องมาโรงพยาบาลพบว่า มีความ
ต่างกันระหว่างผู้หญิงกับเด็กชัดเจนคือ สัดส่วนของผู้หญิงถูกกระทำ
รุนแรงทางกายมาเป็นลำดับแรก (64-75%) รองลงมาคือทางเพศ แต่
สัดส่วนสูงสุดของเด็กคือ การถูกกระทำรุนแรงทางเพศ (64-68%) รอง
ลงมาคือทางกาย (ตาราง 1.4) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง
ประเทศระบุว่า ปัญหานี้ส่งผลเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ
เศรษฐกิจ ทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นมูลค่าถึง 36,687 ล้านบาทต่อปี³

³ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานการประชุม
กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10/2550 วันจันทร์ที่ 19 พฤศจิกายน 2550.

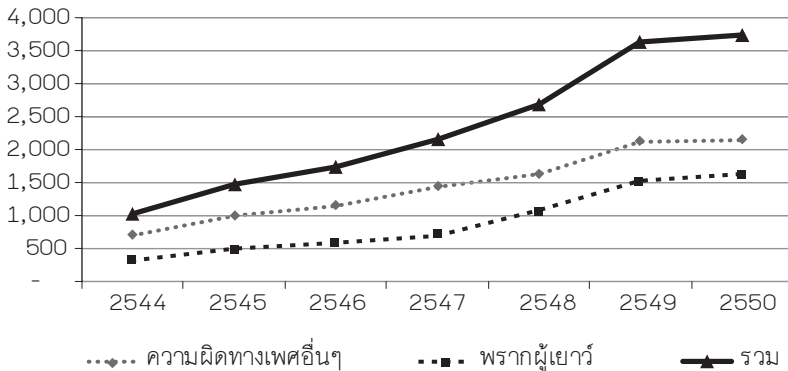
ตาราง 1.4 การกระจายร้อยละของผู้มารับบริการ
จำแนกตามประเภทของความรุนแรง พ.ศ. 2547-2550

ประเภทของ ความรุนแรง	2547		2548		2549		2550	
	ผู้หญิง	เด็ก	ผู้หญิง	เด็ก	ผู้หญิง	เด็ก	ผู้หญิง	เด็ก
ร่างกาย	64	21	65	23	73	28	75	28
เพศ	28	68	23	67	19	68	18	64
จิตใจ	7	8	10	7	7	3	5	6
ถูกทอดทิ้ง	1	3	2	3	1	1	2	2
รวม: ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวน	3,504	3,151	6,115	6,096	7,874	7,820	7,599	9,475

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ขณะที่สถิติจากกระทรวงยุติธรรม ซึ่งถึงจำนวนเยาวชนที่กระทำ ความผิดละเมิดทางเพศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2544 อย่างน่าตกใจ (ดูรูป 1.4) รูปแบบของการละเมิดทางเพศมีทั้งการข่มขืนแบบรุนแรง การข่มขืนที่ลงมือคนเดียว ซึ่งบ่อยครั้งเป็นการกระทำโดยเพื่อนชาย คนสนิท เฉลี่ยแล้วมีเยาวชนที่กระทำผิดทางเพศและถูกจับดำเนินคดี สูงจนถึงวันละ 10 คน หากรวมผู้กระทำผิดที่จับไม่ได้ซึ่งคงมีจำนวน มากกว่านี้มาก

รูป 1.4 จำนวนเยาวชน (7-18 ปี) ที่กระทำผิดทางเพศในสถานพินิจ
และคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ (2544-2550)



ที่มา : โครงการสุขภาพคนไทย. 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (คำนวณจากสถิติคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีอาญาในความผิดเกี่ยวกับเพศทั่วประเทศ จากสถิติของกลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม)

ควรกล่าวด้วยว่า มีรายงานที่ชี้ถึงสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศต่อเด็กชัดเจนมากขึ้น ดังรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังเด็กไทยในช่วง พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันรามจิตติ เปิดเผยว่าในปี 2548 มีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีถูกละเมิดทางเพศจำนวน 3,825 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 5,211 คนในปี 2549 หรือมีจำนวนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10 คนต่อวัน เป็น 14 คนต่อวัน (ผู้จัดการรายวัน 29 ธันวาคม 2549) นับเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 36 ตัวเลขนี้สอดคล้องกับสถิติจากการดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กในภาวะวิกฤติ (ศูนย์พึ่งได้) ที่เมื่อขยายจำนวนโรงพยาบาลจังหวัดที่เปิดศูนย์พึ่งได้เพิ่มขึ้น และศูนย์พึ่งได้เป็นที่

รู้จักกันทั่วไปมากขึ้น ปรากฏว่า ผู้หญิงและเด็กที่มาเข้ารับบริการจึงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2547 มีผู้หญิงและเด็กมารับบริการจากศูนย์ฯ โดยเฉลี่ยร้อยละ 19 รายและเพิ่มเป็น 47 รายในปี 2550

สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศข้างต้นนี้ สรุปได้ว่าเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปีเป็นชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในบรรดาผู้ถูกละเมิดทางเพศ ขณะที่ผู้กระทำการละเมิดทางเพศก็มีอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยรวมแล้วผลของความรุนแรงทางเพศต่อเด็กและผู้หญิงในระดับบุคคลมีมากมายมหาศาล ไม่ว่าจะเป็น **ผลกระทบทางกาย** มีตั้งแต่บาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต เกิดติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ชั่วคราวหรือเรื้อรัง ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและตกเลือด **ผลกระทบทางจิตใจ** ซึมเศร้า หวาดกลัว เครียด เก็บกด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประณามตนเองฆ่าตัวตาย สูญเสียความรู้สึกทางเพศ กินผิดปกติ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ย่ำคิดย่ำทำ ติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติด และในระดับ **ชุมชนและสังคม** ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสงบสุขในสังคม และปัญหาสังคม ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาสุขภาพเด็กที่อาจแท้ง หรือไม่สมบูรณ์ น้ำหนักน้อย หรือพิการ ปัญหาฆาตกรรม เช่น ภรรยาบางคนสู้กลับจนสามีตาย หรือฆ่าตัวตาย หรือ ลูกบางคนฆ่าพ่อเพื่อช่วยแม่ ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและในวัยรุ่น และชุมชนไม่มีความสุข

3. ความคืบหน้าในการแก้กฎหมายเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศและข้อห้วงโยกั้ติดตามมา

พ.ศ. 2550 เป็นปีที่ต้องจารึกไว้ในประวัติศาสตร์ของกฎหมายเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ เพราะประมวลกฎหมายอาญามาตรา 276 และมาตรา 277 ว่าด้วยเรื่องความผิดฐานข่มขืนที่ใช้กันมาร่วมครึ่งศตวรรษ ซึ่งเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านผู้หญิงและเด็กเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง พยายามผลักดันให้มีการแก้ไขกันมาเนิ่นนาน มาประสบผลสำเร็จเมื่อปลายปี 2550 นอกจากนี้ ยังมีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ขึ้นมาเป็นการเฉพาะ เพื่อตอบสนองต่อความละเอียดอ่อนของปัญหาความรุนแรงในครอบครัวซึ่งมีความแตกต่างจากปัญหาอาชญากรรมทั่วไป

การแก้กฎหมายข่มขืน แม้ประสบความสำเร็จ แต่ก็ยังคงมีผู้คัดค้าน และมีผู้ตั้งคำถามต่อการใช้ภาษาในกฎหมาย เครือข่ายยุติความรุนแรงทางเพศได้ส่งจดหมายเปิดผนึกถึงประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2550 ระบุประเด็นห่วงใยที่ยังคงดำรงอยู่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 276 และมาตรา 277 ดังนี้

3.1 กรณีให้พู้กระทำพิฒมีอายุไม่ถึง 18 ปี แต่งงานเพื่อไม่ต้องรับโทษ ซึ่งเครือข่ายยุติความรุนแรงทางเพศมองว่าเป็นการแก้ปัญหาค่ผิดทาง และอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้นจากการที่เยาวชนอาจยังไม่มีความพร้อมที่จะสร้างครอบครัว

3.2 แรงจูงใจของการข่มขืนกระทำชำเรามีมากกว่าเรื่องสนองความใคร่ การระบุถ้อยคำว่า “เป็นการกระทำเพื่อสนองความใคร่ของผู้กระทำ” ไว้ในมาตรา 276 และ 277 นั้น อาจทำให้ไม่สามารถคุ้มครองผู้เสียหายในกรณีที่ผู้กระทำความผิดมีเจตนาอื่น เช่น การแก้แค้น การแสดงอำนาจที่เหนือกว่า การผลิตสื่อลามกที่มุ่งกระตุ้นความใคร่ในทางกามารมณ์ของผู้เสพสื่อ เพราะการข่มขืนกระทำชำเราไม่ได้เกิดจากสาเหตุเพียงประการเดียวคือ การมีอารมณ์ทางเพศเท่านั้น

3.3 กฎหมายยังมีอคติทางเพศเพราะลิดโทษกรณีสามีข่มขืนภรรยา ในวรรค 4 ของมาตรา 276 มีการกำหนดโทษที่ต่ำลงในกรณีที่คู่กรณีเป็นสามีภรรยา ซึ่งสะท้อนถึงอคติทางเพศของระบบกฎหมายไทยที่ยังคงมองว่า ภรรยา มีหน้าที่ตอบสนองความต้องการทางเพศของสามี ดังนั้นการบังคับภรรยาให้ร่วมเพศด้วยจึงเป็นเรื่องปกติไม่ใช่อาชญากรรมทางเพศแต่อย่างใด

4. ช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

(1) ในชั้นรากฐานของปัญหา สังคมไทยมีวัฒนธรรมทางเพศที่ใช้มาตรฐานซ้อนทางเพศ มุ่งปลูกฝังและกำกับพฤติกรรมผ่านกรอบการควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ปลดปล่อยและส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจนจัด เป็นการสร้างระบบเพศภาวะที่ ‘ผู้หญิงไร้เสียงสา ผู้ชายซ้ำช่อง’ ทำให้การเรียนรู้เรื่องเพศ ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้หล່หลอมและขัดเกล่าให้เพศชายทำร้าย

เพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว ขณะที่สอนให้มองไม่เห็นและตีตราผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือก ได้แก่ ชายรักชาย หญิงรักหญิง สาวประเภทสอง และคนข้ามเพศ (กฤตยา และพริสรา 2551) มุมมองข้างต้นนี้ตีตราและตั้งคำถามกับผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศ ว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหา

(2) แม้รัฐบาลมีนโยบายเปิดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ ใน ‘ศูนย์พึ่งได้’ ของโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ แต่บุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการยังขาดความละเอียดอ่อนต่อความหลากหลายทางเพศในคนทุกวัย และทุกชาติพันธุ์ และไม่ไวต่อปัญหา คือ ยังขาดทักษะที่จะสามารถระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นผู้ถูกระทำรุนแรงทางเพศหรือไม่ ขณะที่การทำงานช่วยเหลือและคุ้มครองพร้อมให้ความเป็นธรรมต่อผู้เสียหาย ยังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสหสาขา ทั้งภาครัฐและเอกชน คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชน

(3) ในกรณีที่ผู้ประสบปัญหาการละเมิดทางเพศต้องการแจ้งความเอาผิด เพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำก็ยังเป็นไปด้วยความยากลำบาก ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมที่จะตีตราผู้เสียหาย โดยเฉพาะหากเป็นผู้หญิงในขั้นตอนการไต่สวนและพิจารณาคดี กลับเป็นกระบวนการที่ซ้ำเติมให้รู้สึกเสมือนกับถูกระทำรุนแรงซ้ำซ้อน ขณะที่ตัวบทกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการอำนวยความสะดวก ยังมองไม่เห็นความซับซ้อนของการละเมิดทางเพศที่มาจากการใช้อำนาจเหนือกว่าบังคับ ซึ่งในหลายสถานการณ์คือ ‘command rape’ รวมถึงการถูกข่มขืนโดยสามี/แฟนหรือกิ๊กของตนเอง

(4) บริการบ้านพักพิงให้เด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาของรัฐ/เอกชนยังมีช่องว่าง ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที สถานการณ์อย่างเพียงพอ แม้ปัจจุบันกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบ้านพักพิงอยู่ทุกจังหวัด แต่มีข้อกำหนดเวลาที่อนุญาตให้อยู่พักพิงได้สั้น บางแห่ง 3 เดือน แต่บางแห่งก็สั้นเพียง 7 วัน ซึ่งทำให้ไม่สามารถเยียวยาและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาอย่างมีคุณภาพและครบกระบวนการ บ้านพักที่มีบริการครบวงจรในปัจจุบันมีเพียงภาคละ 1 แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อขนาดของปัญหา

(5) รัฐยังขาดการควบคุมการนำเสนอให้เกิดและหรือผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศที่แฝงฝังอยู่ในสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เกมออนไลน์ รวมสื่อพื้นบ้าน สื่อโฆษณา ฯลฯ แม้จะมีการใช้มาตรการจัดระบบเรตติ้งกับรายการต่างๆ ทางโทรทัศน์แล้วก็ตาม ขณะที่สื่อเองยังคงผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิง และต่อผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือกในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกรณีข่าวข่มขืน หรือการละเมิดทางเพศอื่นๆ และความรุนแรงในครอบครัว สื่อยังคงตีพิมพ์รูปถ่ายผู้เสียหายอย่างเปิดเผย ทั้งที่เป็นข้อห้ามตามกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2552 แล้วก็ตาม

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อยุติความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

จากสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศข้างต้น ชี้ว่าขนาดของความรุนแรงทางเพศในสังคมไทยนับว่าอยู่ในระดับที่สูงมาก และเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญลำดับต้นๆ คือเป็นปัญหาทั้งทางด้านสิทธิมนุษยชน และ

ปัญหาสุขภาพของผู้หญิงและเด็กที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสังคมโดยรวม และมีความสำคัญเร่งด่วนที่หน่วยงานและกลไกที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ ข้อเสนอแนะต่อไปนี้จะแบ่งเป็นการปรับมุมมองและทัศนคติ โดยผู้เขียนรวบรวมมาจากงานเขียนของตนเองที่ผ่านการระดมสมองในที่ประชุมมาแล้ว และงานเขียนจากเครือข่ายสุขภาวะทางเพศและองค์กรอื่นๆ รวม 22 องค์กร (2551) คือ เสนอให้มีการปรับมุมมองของสังคมไทยใหม่ 3 ด้าน และเสนอมาตรการรณรงค์ป้องกันและคุ้มครองผู้เสียหาย 8 ด้านดังนี้

5.1 การปรับมุมมองของสังคมไทย 3 ด้าน

(1) ต่อเรื่องการละเมิดทางเพศ นั่นคือ ต้องเข้าใจว่ารากเหง้ามาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำ มีข้อเท็จจริงจากคดีการละเมิดทางเพศจำนวนมากชี้ว่า ในหลายกรณีผู้หญิงหรือเด็กไม่กล้าขัดขืน เพราะตกอยู่ในวงจรของอำนาจที่แยบยล ทำให้ต้องจำยอมคล้อยตาม เช่น ความเชื่อเรื่องบทบาทของภรรยา ที่มีหน้าที่ให้บริการทางเพศแก่สามี หรือการยอมมีเซ็กซ์เพื่อความรักของฝ่ายหญิง ตลอดจนถึงการบังคับข่มขู่ ด้วยเงื่อนไขเชิงอำนาจในเรื่องอื่นๆ เช่น ใช้สถานภาพความเป็นครูกับศิษย์ ผู้ใหญ่กับผู้น้อย พ่อกับลูก ผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา นายจ้างกับลูกจ้าง เจ้าหนี้กับลูกหนี้ รุนพี่กับรูน้อง มาเป็นแรงกดดันบีบบังคับให้ ‘ผู้หญิง’ ต้องยอมตามความต้องการ นั่นคือ คำอธิบายที่ว่า การข่มขืน/ละเมิดทางเพศ ไม่ได้หมายความว่าความถึงการต่อสู้และร้องรอยবাদเจ็บทางกายเสมอไป แต่ต้องรวมถึงการใช้อำนาจที่มีไม่เท่ากันมากระทำต่อกันด้วย

การมองว่าการละเมิดทางเพศเป็นปัญหาเชิงอำนาจ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจได้มากขึ้นว่า เหตุใดการละเมิดทางเพศจึงเกิดกับกลุ่มเด็กอายุน้อยลงเรื่อยๆ เพราะ “อายุ” ในวัฒนธรรมไทยนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้อ่อนวัยกว่าต้องยินยอมจำนนต่ออำนาจของ “ผู้ใหญ่” โดยไม่เกิดการตั้งคำถาม/การต่อรอง และถ้ามีสถานภาพทางสังคมเข้ามาซ้อนทับเป็นปัจจัยร่วม ดังเช่น ข่าวนบนหน้าหนังสือพิมพ์เมื่อพ.ศ. 2549 ที่เกิดกรณีครูระดับ 7 ข่มขืนนักเรียนหญิงอายุ 8 ปี หรือกรณีของอาจารย์ขอมิเพศสัมพันธ์กับนักเรียน นักศึกษา เพื่อแลกกับการให้เกรด จึงเป็นเรื่องที่ต้องหาทางลงมือแก้ไขจากรากเหง้าของปัญหา

ดังนั้น จึงควรมีการรณรงค์สร้างเสริมความเข้าใจทุกระดับ ถึงรากเหง้าของการละเมิดทางเพศว่ามาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำ โดยควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ในบริบทสังคมไทย เพื่อหาแนวทางในการปรับมุมมองและแก้ไขปัญหานี้

(2) ต่อวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทย คือต้องตั้งคำถาม วัฒนธรรมทางเพศที่ขัดเกล่าให้ผู้ชายไม่ต้องเก็บกดเก็บงำความรู้สึกทางเพศ เมื่อมีความต้องการทางเพศแล้วจึงมักไม่ยับยั้งชั่งใจ และยังสอนให้สะสมประสบการณ์ทางเพศก่อนการแต่งงานว่า มิใช่เป็นเพียงเรื่องถูกต้อง แต่ถ้ายังมีประสบการณ์มาก ก็ยิ่งจะได้รับความนิยมยกย่องในกลุ่มเพื่อนมากขึ้นเท่านั้น ในทางตรงข้ามก็ควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิง สอนให้ผู้หญิงรักษาวงศ์วงศ์วาน ภาพพจน์ของกุลสตรีไทยคือ รักษาพรหมจรรย์ไว้จนถึงวันแต่งงาน เป็นแม่บ้านที่ปรนนิบัติสามีและดูแลสมาชิกทุกคนในบ้าน การสอนให้ชายพยายามมีประสบการณ์ทางเพศให้เร็วที่สุด ทำให้ผู้ชายไทยไม่มีความละอายใจอ่อนในเรื่องเพศ และสังคมความไม่รับผิดชอบต่อเพศสัมพันธ์ที่ตนเองเป็นคนเริ่มขึ้น

วัฒนธรรมทางเพศที่ว่ามานี้ ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้หญิงมากกว่าผู้ชายอย่างเห็นได้ชัด เลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงอย่างยิ่ง และลดทอนคุณค่าของความเป็นหญิง และขัดเกลาให้ผู้ชายทำร้ายทางเพศต่อผู้หญิงที่มีแม่หรือพี่สาว น้องสาวตนเอง และนี่คือรากเหง้าของความรุนแรงทางเพศที่ผู้หญิงไทยจำนวนมากต้องประสบ

จึงควรต้องรณรงค์และสร้าง ‘วัฒนธรรมทางเพศใหม่’ คือเน้นค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทยให้ได้ นั่นคือ เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง ต้องมาจากความสมัครใจ ไม่บังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือผลที่ไม่ต้องการคือ ท้องไม่พร้อม นั่นคือเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมิฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย

(3) เสริมสร้างวัฒนธรรมไม่ยอมรับเรื่องความรุนแรงทางเพศทุกรูปแบบ โดยรัฐต้องมีนโยบายและมาตรการสนับสนุนองค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการรณรงค์ผ่านสื่อทุกชนิดให้ร่วมต่อต้านความรุนแรงทางเพศ และประชาสัมพันธ์ให้ช่วยกันสอดส่องดูแล เพื่อร่วมกันขจัดปัญหานี้ในสังคมไทย รวมถึงการสร้างมุมมองใหม่ต่อผู้ถูกระทำ ความรุนแรงทางเพศ คือ ไม่ตีตรา และต้องสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ถูกระทำสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาไปได้

5.2 การสร้างเสริมมาตรการรณรงค์ป้องกันและคุ้มครอง รวม 8 ด้าน⁴

(1) จัดให้มีการเรียนการสอน เพศศึกษารอบด้าน⁵ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับนักเรียนทุกชั้น เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาวะทางเพศ เนื้อหาหลักสูตรต้องสอดแทรกการเรียนรู้เรื่องเนื้อตัวร่างกายตนเอง เรื่องเพศกับเอดส์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และทักษะการจัดการความสัมพันธ์กับผู้อื่น ครูผู้สอนทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน เพื่อแก้ปัญหานำครูที่ไม่มีทักษะและไม่มีควมเข้าใจเรื่องเพศศึกษารอบด้านมาสอน และกำหนดให้การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้านในโรงเรียน เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของ การประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

(2) สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการให้คำปรึกษา โดยเน้นการสร้างเสริมกระบวนการให้การปรึกษาแบบเสริมศักยภาพและสร้างทางเลือก (empowerment and option counseling) และการให้คำปรึกษาก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling)

⁴ ปรับจากข้อเสนอของเครือข่ายสุขภาวะทางเพศและองค์กรอื่นๆ 22 องค์กร. 2551. การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551. รายงานเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

⁵ หมายถึงกระบวนการต่อเนื่องของชีวิตในการเรียนรู้ การปลูกฝังทัศนคติ ความเชื่อ และคุณค่าของอัตลักษณ์ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ และความสัมพันธ์แบบรักใคร่เชิงพิศวาส มีสาระเกี่ยวกับการพัฒนาการทางเพศ สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ความปรารถนา ภาพพจน์ในร่างกายตัวเอง และบทบาททางเพศภาวะต่าง ๆ เพศศึกษารอบด้าน จึงนำเสนอและค้นหาเรื่องราวเกี่ยวกับระบบชีววิทยาที่เกี่ยวกับเพศ สังคมวัฒนธรรม จิตใจ และวิญญาณเกี่ยวกับ ‘เพศ’ ของมนุษย์

ในที่นี้เสนอให้สร้างหลักสูตรการให้คำปรึกษาแบบก้าวหน้าที่เน้นปรับทัศนคติและฐานคิดของผู้ให้คำปรึกษาให้คำนึงถึงความแตกต่างทางอาชีพ ศาสนา วัย เพศวิถี ชาติพันธุ์ ของผู้รับคำปรึกษา และเข้าใจถึงวัฒนธรรมทางเพศที่ครอบงำและกดขี่ (dominant culture and oppression) เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาเกิดทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจ ร่วมสร้างทางเลือกของชีวิตกับผู้มารับคำปรึกษา เป้าหมายคือเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศในระยะยาวอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถนำมาใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งท้องที่ไม่พร้อม ลดการระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บุคลากรที่ให้คำปรึกษาสำคัญๆ คือ ครู/อาจารย์แนะแนวในสถานการศึกษาทุกระดับ บุคลากรในสถาบันที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ในบริการขององค์กรภาคประชาสังคม ในโรงพยาบาลจังหวัด/ชุมชน ควรได้รับการอบรมตามหลักสูตรแบบก้าวหน้าข้างต้น นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนระบบการศึกษาโดยกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญปัญหาเดียวกัน รวมถึงพัฒนาเครือข่ายผู้ให้การศึกษาและการส่งต่อ

(3) พัฒนาบริการรักษาพยาบาลต่อผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ ให้ละเอียดอ่อนต่อความหลากหลายทางเพศในคนทุกวัย และทุกชาติพันธุ์ และไวต่อปัญหา คือ มีทักษะที่จะสามารถระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นกรณีถูกกระทำรุนแรงทางเพศหรือไม่ โดยหน่วยงานรัฐควรสนับสนุนการจัดอบรมบุคลากรสหสาขาทั้งภาครัฐและเอกชน (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชน) ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และความเข้าใจในปัญหาความรุนแรงทางเพศ และเพื่อให้เกิดความร่วมมือสหสาขาให้ความช่วยเหลือและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงบริการต่อไปนี้ด้วย

- จัดให้มีแหล่งงบประมาณในการรักษาพยาบาลและคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ โดยเป็นความร่วมมือบริหารจัดการงบประมาณจากกองทุนฉุกเฉินของ สปสช. กองทุนประกันสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสวัสดิการรักษายาบาลส่วนราชการ

- จัดให้มีศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน โดยเฉพาะเยาวชนที่ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ เยาวชนที่ท้องไม่พร้อม เยาวชนติดเชื้อ เยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ และเยาวชนกลุ่มหลากหลายทางเพศในทุกจังหวัด โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรมและปัญหานามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนเพียงพอเป็นผู้ให้บริการ

(4) สนับสนุนการจัดตั้งที่พักพิงและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ อย่างน้อยในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เป็นหน่วยงานที่ทำงานปัญหาความรุนแรงทุกรูปแบบที่มีคุณภาพ เพียงพอครอบคลุมและครบวงจร คือ รับแจ้งเหตุ ให้คำปรึกษา ให้ที่พักพิง และฟื้นฟูสภาพทางกาย จิตใจและสังคม พร้อมๆ กับการสร้างเสริมกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันเหตุ ลดความรุนแรงของความเสียหาย และคุ้มครอง/เยียวยาให้ผู้เป็น “เหยื่อ” กลับคืนสู่ความเป็น “ผู้ผ่านพ้น” ประสบการณ์เลวร้ายได้โดยเร็ว ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะด้าน เช่น ทางกฎหมาย การดำเนินคดี และการรักษาพยาบาล ต้องมีการประชาสัมพันธ์และทำงานประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านนั้นๆ โดยตรงต่อไป รวมถึงการสร้างเสริมประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์รับแจ้งเหตุ (ที่มีอยู่หลายหน่วยงาน) โดยการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และมีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงการทำงานกัน

(5) เสริมสร้างแบบแผนในการดำเนินคดีอย่างเที่ยงธรรมต่อผู้เสียหาย โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ในทุกระดับจากโรงพักถึงศาล โดยขจัดมายาคติที่ครอบงำกระบวนการยุติธรรม ทั้งในเชิงตัวบทกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต่อประเด็นความรุนแรงทางเพศ โดยเฉพาะประเด็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำ

(6) สร้างเสริมเครือข่ายการทำงานสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ประเด็นระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) กับองค์กรชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญห สุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน จากทรัพยากรของ อปท. ทั้งนี้ต้องสร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชนด้วย พื้นฐานสำคัญคือ ชุมชนต้องสามารถเป็นที่พึ่งในเบื้องต้นได้ และอาจส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ถ้ากรณีที่เกิดขึ้นรุนแรงมากเกินไปจนเกินกว่าชุมชนจะเยียวยาได้

(7) สนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรที่ทำงานตรวจสอบสื่อ และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อดำเนินการทางกฎหมายกับสื่อทุกชนิดที่ละเมิดทางเพศ เพราะความรุนแรงทางเพศมักแฝงฝังอยู่ในสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยู โทททัศน์ ภาพยนตร์ เกมสื่อออนไลน์ รวมสื่อพื้นบ้าน สื่อโฆษณา ฯลฯ ซึ่งยังขาดการควบคุมอย่างแท้จริง และสนับสนุนการรณรงค์กับผู้ผลิตสื่อเพื่อปรับมุมมองเรื่องความรุนแรงทางเพศ รวมถึงการสร้างเนื้อหาหรือวิธีการนำเสนอที่เน้นเรื่องความเท่าเทียมระหว่างเพศภาวะต่างๆ ทั้งหญิงชายและเพศที่สามว่ามีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เหมือนกัน

(8) รณรงค์ชี้แจง ทำความเข้าใจ และเรียกร้องไปยังพรรคการเมือง นักการเมือง รวมทั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสมาชิก ให้พรรคการเมืองและนักการเมืองยอมรับเป็นสัญญาประชาคมว่าต้องมุ่งแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศอย่างจริงจัง เพื่อให้ร่วมผลักดันกฎหมายใหม่และระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องให้มีความเที่ยงธรรมต่อผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนจากปัญหานี้



เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และวาสนา อิ่มเอม. 2551. ‘เช็กส์ครั้งแรกของคนไทย... ต้องการหรือถูกบังคับ? คุณนอนใคร และใช้อย่างหรือไม่?’ ใน *มิติ ‘เพศ’ ในประชากรและสังคม*. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): 30-46. เอกสารวิชาการหมายเลข 346. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันต์. 2546. *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง*. เอกสารวิชาการหมายเลข 271. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และพริสรา แซ่ก้วย. 2551. ‘การควบคุมเรื่องเช็กส์กับเพศวิถีที่เปลี่ยนไป’ ใน *มิติ ‘เพศ’ ในประชากรและสังคม*. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): 80-95. เอกสารวิชาการหมายเลข 346. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. 2542. ‘ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่างบนทุกเส้นทางชีวิตผู้หญิง’. ใน *ร้อยสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ*. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และคันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ): 487-544. กรุงเทพฯ: เจนเดอร์เพรส.
- กุลภา วจนสาระ. 2551. *มี ‘เรื่อง’ เพศแบบไหนในห้องสมุดและในข่าว*. รายงานในชุดโครงการวิจัย ‘การวิจัยและการพัฒนาฐานข้อมูลเรื่องเพศวิถี เพศภาวะ และสุขภาพทางเพศ’ แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสร้างความรู้เข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.).
- เครือข่ายสุขภาวะทางเพศและองค์กรอื่นๆ 22 องค์กร. 2551. *การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551*. รายงานเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549. รายงานสุขภาพคนไทย 2549. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. รายงานสุขภาพคนไทย 2550. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2550. รายงานการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10/2550 วันจันทร์ที่ 19 พฤศจิกายน 2550.
- Finkelhor, D. 1984. *Child Sexual Violence: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Jejeebhoy, Shireen J. and Sarah Bott. 2003. *Non-consensual sexual experiences of young people: A review of the evidence from developing countries*. Population Council Regional Working Papers No.16. South and East Asia.
- Sanderson, R. 1995. *Child Sexual Abuse: Sociological Perspective*. London: Sage.
- World Health Organization (WHO). 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.



2 การตั้งท้องไม่พร้อม และข้อเสนอเชิงนโยบาย

โดย ญัฐยา บุญภักดี¹

1. เกริ่นนำ

เมื่อผู้หญิงคนหนึ่งตั้งท้อง ผลจากการตั้งท้องแต่ละครั้งสามารถลงเอยได้ 4 ทางคือ คลอดมีชีวิ ตายคลอด และแท้ง ซึ่งแยกออกได้เป็นการแท้งเอง (miscarriage or spontaneous abortion) และการทำแท้ง (induced abortion) สถาบันอัลันกัทมัคเคอร์ (The Alan Guttmacher Institute-AGI) ได้ศึกษาเรื่องผลการตั้งท้องในระดับโลกและคาดประมาณไว้ในปีพ.ศ. 2542 ว่า

¹ ผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ และผู้ประสานงานมูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) [nattaya.boonpakdee@gmail.com]

ทั่วโลกมีการตั้งท้องรวม 210 ล้านท้อง ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 38 หรือ 80 ล้านท้องเป็นการตั้งท้องโดยไม่พร้อม ซึ่งร้อยละ 22 ยุติด้วยการทำแท้ง ร้อยละ 15 ยุติด้วยการแท้งเองและการตายคลอด และประมาณร้อยละ 63 เป็นการเกิดมีชีวิต (AGI 1999) จากผลการติดตามเรื่องนี้ของสถาบันออลันท์ทาคเคอร์ ในรายงานปีล่าสุดคือ พ.ศ. 2552 (AGI 2009a) ชี้ว่า จำนวนการทำแท้งลดลงจากเกือบ 46 ล้านครั้งในพ.ศ. 2542 เหลือ 42 ล้านครั้งในพ.ศ. 2546 แต่เมื่อแยกพิจารณาระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันมาก คือ ในพ.ศ. 2546 จำนวนการทำแท้งในประเทศกำลังพัฒนามีสูงถึง 35 ล้านครั้ง เปรียบเทียบกับจำนวน 7 ล้านครั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วในช่วงปีเดียวกัน

สำหรับในภูมิภาคเอเชีย ในพ.ศ. 2546 มีการทำแท้งรวม 26 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้เป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย 10 ล้านครั้ง สันนิษฐานได้ว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่การทำแท้งยังผิดกฎหมาย (รวมถึงประเทศไทย) และอัตราการทำแท้งสูงสุดเกิดขึ้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (39 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน) โดยภาพรวมทั้งเอเชีย (AGI 2009b) พบว่า ร้อยละ 12.5 ของการตายของมารดาเป็นผลมาจากการทำแท้ง และมีผู้หญิง 2.3 ล้านคนต้องเข้าโรงพยาบาลเพราะตกเลือดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ในรายงานนี้ยังระบุสถิติของประเทศไทยว่า บุคลากรที่ทำให้ผู้ป่วยตกเลือดเพราะทำแท้งร้อยละ 11 มาจากสูตินรีแพทย์ และร้อยละ 27 มาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รายงานนี้ยังกล่าวถึงอัตราการท้องไม่พร้อม (หรือไม่วางแผน หรือไม่ตั้งใจ) ในเอเชีย โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราท้องไม่พร้อมสูงสุด คือ ร้อยละ 48 เปรียบเทียบกับร้อยละ 44 ในเอเชียตะวันตก ร้อยละ 33-38 ในเอเชียตะวันออกเฉียงกลาง และเอเชียใต้ตามลำดับ

โดยเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการท้องไม่พร้อมต่ำสุดคือ เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น

ตัวเลขสถิติเหล่านี้บ่งบอกว่า ผู้หญิงทั่วโลก โดยเฉพาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยังขาดโอกาสและความสามารถในการมีบุตรและมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเสมอ

เหตุผลเบื้องหลังการตั้งท้องไม่พร้อมมีความคล้ายคลึงกันในหลายพื้นที่ทั่วโลก อาทิเช่น การขาดข้อมูลและโอกาสในการเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ความล้มเหลวของการคุมกำเนิด ความรุนแรงทางเพศ และการไม่ยอมรับการตั้งท้องด้วยเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรม อย่างเช่น การตั้งท้องของผู้หญิงโสด การตั้งท้องของวัยรุ่น ยิ่งกว่านั้น มีการศึกษาจำนวนหนึ่ง (Blanc 2001) พบว่าอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างคู่สามีภรรยา มีผลทางลบต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงซึ่งรวมถึงปัญหาการตั้งท้องไม่พร้อม การแท้งบุตร และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งท้องด้วย

การท้องไม่พร้อมหรือไม่ได้วางแผนเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลเสียต่อเด็ก ผู้หญิง ผู้ชาย และครอบครัว ดังการสำรวจที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การตั้งท้องไม่พร้อม ได้เพิ่มภาระทางสุขภาพและทางสังคมให้แก่เด็กที่เกิดมาและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้หญิงโสดที่เผชิญปัญหานี้ และมักจะนำไปสู่การทำแท้ง (Brown and Eisenberg 1995) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจวิจัยในหลายประเทศทั่วโลก (Henshaw, 1998; AGI, 1999; Okonofua et al. 1999; Pulley et al. 2002; Le et al. 2004; Singh et al., 2006) คือ ทุกครั้งที่มีการทำแท้งเท่ากับนำไปสู่โอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ

จากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ขาดบริการการทำแท้งที่ปลอดภัย หรือมีบริการแต่บริการนั้นมีคุณภาพไม่สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยทางการแพทย์

องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่า การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ถูกละเลยในประเทศกำลังพัฒนา โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าเฉพาะในปีพ.ศ. 2543 มีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นทั่วโลกจำนวน 19 ล้านครั้ง หรือพูดอีกอย่างหนึ่งได้ว่าในการตั้งท้อง 10 ท้องมีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น 1 ท้อง หรือในการเกิดมีชีพ 7 ครั้งมีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น 1 ครั้ง (WHO 2004) ซึ่งนับเป็นจำนวนที่น่าตกใจ สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจอย่างเป็นทางการเมื่อปีพ.ศ. 2542 พบว่าอัตราส่วนของการทำแท้งต่อการเกิดมีชีพเท่ากับ 19.5 ต่อ 1000 ซึ่งคำนวณได้ว่าการทำแท้งประมาณ 175,000 ครั้งในปีนั้น โดยร้อยละ 29 ของการทำแท้งทั้งหมดได้เกิดภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรงต่อสุขภาพ อย่างเช่น การตกเลือด และมดลูกฉีก ซึ่งนำไปสู่การตายรวม 14 ราย (Warakamin, Boonthai, and Tangcharoensathien 2004)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ลงนามรับรองแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาในปีพ.ศ. 2537 ซึ่งแผนนี้ได้ระบุถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยไว้ว่า “รัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนจะต้องสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพผู้หญิง ต้องจัดการกับปัญหาสุขภาพอันเกิดมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และต้องลดโอกาสของการทำแท้งโดยการขยายระบบบริการวางแผนครอบครัวให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพดี ต้องให้ความสำคัญแก่การป้องกันการตั้งท้องไม่พร้อม และต้องพยายามทุกวิถี

ทางเพื่อบริหารจัดการความต้องการที่จะทำแท้ง ผู้หญิงที่มีปัญหาดังตั้งท้องโดยไม่พร้อมควรต้องเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้และบริการปรึกษาที่มีความเห็นอกเห็นใจ” (UN 1994)

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังกำหนดไว้ในมาตรา 6 วรรค 1 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ด้วยว่า “สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม” (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการตั้งท้องไม่พร้อม ไม่ใช่เรื่องเล็ก แต่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ สมควรที่ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพจะให้ความสนใจผลักดันให้เกิดรูปธรรมของการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

2. ความหมายของการตั้งท้องไม่พร้อม

ความพร้อม หรือความตั้งใจของการตั้งท้องนั้นเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนอย่างยิ่ง เมื่อปีพ.ศ. 2540 มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความตั้งใจของการตั้งท้อง พบว่ามีการใช้ศัพท์ “การตั้งท้องที่ไม่พึงปรารถนา” “การตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ” และ “การตั้งท้องที่ไม่ได้วางแผน” อยู่บ่อยครั้งและใช้สลับแทนที่กันไปมา โดยไม่มีการกำหนดนิยามความหมายที่ชัดเจนหรือกำหนดความแตกต่างระหว่างศัพท์ทั้งสาม คำนี้ ก่อนหน้าปีพ.ศ. 2516 นักวิจัยในสหรัฐอเมริกาที่ศึกษาประเด็นนี้ต่างสันนิษฐานเอาเองว่า การตั้งท้องที่เกิดขึ้นในคู่สมรสย่อมเป็นการตั้งท้องที่พึงปรารถนาทั้งหมด และการตั้งท้องที่เกิดขึ้นนอกการสมรสเป็นการ

ตั้งท้องที่ไม่พึงปรารถนาทั้งหมด แต่แนวความคิดในเรื่องนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปหลังจากสหรัฐอเมริกายินยอมให้การทำแท้งเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายในปี 2516 โดยพบจากงานวิจัยต่างๆ ว่า นักวิจัยมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้นว่าการตั้งท้องที่เกิดขึ้นระหว่างคู่สามีภรรยาที่แต่งงานกันก็สามารถเป็นการตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมได้ เพราะมีหญิงตั้งท้องที่สมรสแล้วหลายคน ยุติการตั้งท้องด้วยการทำแท้ง นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่าการตั้งท้องนอกสมรสในบางกรณีเป็นการตั้งท้องที่ผู้หญิงต้องการมีบุตร (Petersen and Moos 1997)

ข้อค้นพบเหล่านี้สอดคล้องตรงกันกับผลการวิจัยในประเทศไทย ซึ่งพบว่าเมื่อสถานการณ์ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เช่น สามีเสียชีวิต หรือสามีทอดทิ้ง ผู้หญิงซึ่งเดิมตั้งท้องโดยตั้งใจอาจยุติการตั้งท้องโดยการทำแท้งในขณะเดียวกันพบว่าผู้หญิงโสดที่ตั้งท้องโดยไม่ตั้งใจจำนวนหนึ่งได้ตั้งท้องต่อไปและเลี้ยงลูกด้วยตัวเอง (นภาพรณ 2538, สุชาดา 2541, กนกวรรณ 2545) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่ลึกซึ้งลงไปอีกและพบว่าความตั้งใจของผู้หญิงเกี่ยวกับการตั้งท้องนั้นเป็นเรื่องที่ไม่คงเส้นคงวา เช่น อาจไม่ตั้งใจที่จะตั้งท้อง แต่เมื่อเกิดท้องแล้วก็มี ความตั้งใจที่จะตั้งท้องนั้นต่อไปจนคลอด หรือไม่ตั้งใจที่จะตั้งท้องและไม่สามารถยอมรับการตั้งท้องนั้นได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปก็สามารถยอมรับและเกิดความเต็มใจที่จะตั้งท้องต่อไป (Sable and Libbus, 2000; Joyce et al., 2000; D' Angelo et al., 2004) นอกจากนี้ “ผู้หญิง” ยังไม่ใช่วิถีเพียงหนึ่งเดียวที่จะกำหนดว่าการตั้งท้องหนึ่งๆ เป็นความพร้อมหรือความไม่พร้อม หรือเป็นความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ เพราะมีการศึกษาอีกจำนวนหนึ่งที่พบว่าความคิดของสามีหรือคู่ที่มีต่อการตั้งท้องนั้นเป็นมิติที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการตั้งท้องนั้นๆ ด้วย (Montgomery, 1996; Joyce et al., 2000; Stanford et al. 2000)

สำหรับการศึกษาประเด็นการตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมในประเทศไทยนั้น นักวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของตัวผู้หญิงนิยมใช้วิธีให้ผู้หญิงที่ศึกษาเป็นผู้ให้ความหมายเองว่า การตั้งท้องของเธอเป็นการตั้งท้องที่ตั้งใจหรือเป็นการตั้งท้องที่พร้อมหรือไม่ ดังที่พบในงานวิจัยของนภาภรณ์ (2538) สุชาติดา (2541) และ กนกวรรณ (2545) โดยสรุปแล้ว จนถึงปัจจุบันพบว่า วงการวิชาการนานาชาติยังไม่มีคำนิยามที่สอดคล้องตรงกันเป็นหนึ่งเดียวของคำว่า “การตั้งท้องไม่พร้อม” หรือ “การตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ” หรือ “การตั้งท้องที่ไม่ได้วางแผน”

3. ขนาดของปัญหาการตั้งท้องไม่พร้อม

การศึกษว่าการตั้งท้องไม่พร้อม เป็นปัญหาใหญ่ขนาดไหนนั้น เป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก สาเหตุมาจากความกำกวมและซับซ้อนของการกำหนดนิยามความหมายของการตั้งท้องไม่พร้อม ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อการศึกษาวิจัยต่างๆ กำหนดความหมายที่แตกต่างไม่คงเส้นคงวา จึงส่งผลต่อการสรุปหรือการเปรียบเทียบตัวเลขขนาดของปัญหา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเท่าที่มีอยู่ต่างชี้ให้เห็นว่า การตั้งท้องไม่พร้อม หรือ การตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ นับเป็นปัญหาที่มีขนาดใหญ่และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรอย่างยิ่ง

สภาสุขภาพแห่งโลก (Global Health Council) ได้ศึกษาจำนวนผู้หญิงที่ตายเพราะการท้องไม่พร้อมหรือไม่ตั้งใจในช่วงเวลา 6 ปี คือระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2538 ถึง 31 ธันวาคม 2543 โดยเก็บข้อมูลแยกรายประเทศ จำนวนถึง 227 ประเทศ และเขียนรายงานออกมาในปีพ.ศ. 2545 พบว่าทั่วโลกมีการตั้งท้องไม่พร้อม เกิดขึ้นกับผู้หญิงในกลุ่มอายุ 15-45 ปีมากถึง 338 ล้านท้อง หรือคิดเป็นร้อยละ 28 ของ

การตั้งท้องทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั่วโลกในช่วง 6 ปีนั้น โดยจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของการตั้งท้องไม่พร้อม จบลงด้วยการทำแท้ง และเป็นสาเหตุของการตายของผู้หญิงมากกว่า 400,000 คน เพราะการทำแท้งไม่ปลอดภัยเพียงพอ ตัวเลขนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอีกด้วย (Daulaire et al. 2002)

รายงานฉบับนี้ยังพบด้วยว่า อัตราส่วนของการตั้งท้องไม่พร้อมต่อการตั้งท้องในภาพรวมมีความแตกต่างกันไปตามภูมิภาคทั่วโลกและประเทศต่างๆ โดยพบว่าในประเทศที่มีการพัฒนาแล้วอย่างเช่นในแถบยุโรป มีอัตราการตั้งท้องไม่พร้อมสูงถึงร้อยละ 41 ในขณะที่ประเทศแถบแอฟริกา มีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้น ส่วนเอเชียกับอเมริกาเหนือมีอัตราส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 27-28 แต่หากเราดูตัวเลขจริงของการตั้งท้องไม่พร้อมในทวีปต่างๆ ในช่วงปีพ.ศ. 2538-2543 พบว่าการตั้งท้องไม่พร้อม เกิดขึ้นกับผู้หญิงในทวีปเอเชียมากที่สุด คือ 174 ล้าน ใน 338 ล้านท้องที่เกิดขึ้นทั่วโลก รายงานนี้ได้วิเคราะห์และสรุปไว้ว่า **สัดส่วนและจำนวนของการตั้งท้องไม่พร้อม จะขยับสูงขึ้นไปตามระดับการพัฒนาของประเทศ** จากประเทศที่ด้อยพัฒนาซึ่งมีระบบเศรษฐกิจและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม ไปสู่ประเทศที่พัฒนามากขึ้นซึ่งมีระบบเศรษฐกิจและวัฒนธรรมแบบอุตสาหกรรมสมัยใหม่ โดยที่กุญแจดอกสำคัญคือบรรทัดฐานของสังคมในเรื่องขนาดของครอบครัวที่พึงประสงค์ และการเข้าถึงระบบบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพ (Daulaire et al. 2002)

อย่างไรก็ดี พบว่ามีบางประเทศที่ระดับการพัฒนาแตกต่างกัน แต่มีอัตราการตั้งท้องไม่พร้อมคล้ายคลึงกัน ดังกรณีของสหรัฐอเมริกา ฟิลิปปีนส์ และเวียดนาม ซึ่งพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของการตั้งท้องที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาเป็นการตั้งท้องไม่พร้อม (Henshaw 1998) เช่น

เดียวกับที่ฟิลิปปินส์ (Singh et al. 2006) และที่ประเทศเวียดนาม (Le et al. 2004) ส่วนในประเทศไทยนั้น เคยมีศึกษาและคาดประมาณไว้ในปีพ.ศ. 2542 ว่ามีอัตราการตั้งท้องไม่พร้อมอยู่ประมาณร้อยละ 31 (AGI 1999) ขณะที่สภาสุขภาพแห่งโลก (Global Health Council) ศึกษาพบว่าในช่วงปีพ.ศ. 2538-2543 ประเทศไทยมีอัตราการตั้งท้องไม่พร้อมประมาณร้อยละ 40 (Daulaire et al. 2002) และมีการศึกษาในระดับชุมชนหมู่บ้านพบว่าอัตราการตั้งท้องไม่พร้อม มีอยู่ราวร้อยละ 45 ของการตั้งท้องทั้งหมดของผู้หญิงอายุ 15-59 ปีที่อาศัยในชุมชนแบบกึ่งชนบทกึ่งเมือง (Nattaya 2006)

4. เหตุผลเบื้องหลังการตั้งท้องไม่พร้อม

ในระดับนานาชาติ มีการศึกษาพบว่าเหตุผลของการตั้งท้องไม่พร้อม มีความคล้ายคลึงกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งมีทั้งการขาดแคลนบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การเข้าไม่ถึงบริการที่มีอยู่ การขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิด และความล้มเหลวกรณีที่มีการคุมกำเนิดแล้ว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลอื่นๆ อีกเช่น ความยากจน ปัญหาเศรษฐกิจ การไม่ยอมรับของสังคม การใช้ความรุนแรงทางเพศ และการอพยพย้ายถิ่นฐานในบางกรณีก็มีผลต่อการคุมกำเนิดด้วย (AGI 1999; Daulaire et al. 2002)

การศึกษาหลายครั้งในประเทศไทยเองก็ได้ข้อค้นพบคล้ายคลึงกัน (นภกรณ์ 2538, สุขาดา 2541, ศุภมาส และเดือนเพ็ญ 2541) ประกอบด้วย การขาดแคลนความรู้ความเข้าใจในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะเรื่องการคุมกำเนิด การขาดแคลนข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้าน

เกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทำให้ไม่มีการใช้วิธีป้องกัน การไม่ยอมรับของครอบครัวและชุมชนในการตั้งท้องบางกรณี ผู้หญิงมีสุขภาพที่ไม่ดีทำให้ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด สถานการณ์ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปภายหลังการตั้งท้อง เช่น สามีเสียชีวิต สามีทอดทิ้ง สามีมีภรรยาอีกคน หรือสามีไม่ร่วมรับผิดชอบ

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุเกี่ยวกับความไม่พร้อมทางฐานะเศรษฐกิจของผู้หญิงเอง หรือการมีลูกจำนวนมากพอแล้ว และการตั้งท้องที่เกิดขึ้นจากการถูกข่มขืน การศึกษาระดับลึกในช่วงปีพ.ศ. 2543 ยังพบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างคู่สามีภรรยาเป็นสาเหตุรากเหง้าที่ทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสที่จะควบคุมเรื่องการตั้งท้องของตนเองอีกด้วย (กนกวรรณ 2545) ซึ่งพบว่าบทบาทของฝ่ายชายในการตัดสินใจเรื่องการมีบุตรเป็นอีกปัจจัยสำคัญอันหนึ่งส่งผลต่อการตั้งท้องไม่พร้อม หรือการทำแท้ง โดยพบว่าการทำแท้งมากถึงร้อยละ 43 ในประเทศฟิลิปปินส์เป็นการทำแท้งที่ฝ่ายสามีหรือคู่มีบทบาทในการตัดสินใจ (Singh et al. 2006) แต่ประเด็นนี้ยังมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก

ควรกล่าวด้วยว่า สาเหตุของการตั้งท้องไม่พร้อม มักไม่ใช่เหตุผลใดเหตุหนึ่งแบบเดียวๆ แต่เป็นสาเหตุที่ผสมผสานกัน อย่างเช่น สุขภาพและฐานะเศรษฐกิจไม่ค่อยดี (นภาพรณี 2538, สุชาดา 2541, กนกวรรณ 2545) ในการศึกษาระดับชุมชนครั้งใหญ่ที่สำรวจประวัติการตั้งท้องของผู้หญิงอายุ 15-59 ปีจำนวน 913 คนมีข้อค้นพบเช่นเดียวกัน แต่มีการเก็บข้อมูลที่ลึกลงไปว่าอะไรคือเหตุผลที่ถูกเอ่ยอ้างถึงบ่อยครั้งที่สุด ได้ผลสรุปดังตาราง 2.1 (Nattaya 2006)

ตาราง 2.1 เหตุผลของการตั้งท้องไม่พร้อม
เรียงตามลำดับความถี่ที่ถูกเอ่ยอ้าง

ลำดับที่	เหตุผล	ร้อยละ
1	ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี	45.0
2	ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด	27.9
3	คุมกำเนิดแต่ล้มเหลว	23.7
4	มีลูกถี่เกินไป	20.4
5	ไม่คิดว่าตัวเองจะตั้งท้องได้ทำให้ไม่คุมกำเนิด	19.7
6	เพิ่งแต่งงานหรืออยู่กินกับคู่	17.6
7	มีลูกเพียงพอแล้ว	17.5
8	สามีหรือคู่ไม่ช่วยรับผิดชอบ	9.3
9	อายุน้อยเกินกว่าจะเป็นแม่คน	9.0
10	ครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งท้อง	6.7
11	ยังไม่ได้แต่งงาน	5.6
12	มีปัญหาสุขภาพร้ายแรงตอนที่ตั้งท้อง	2.5
13	ตั้งท้องเพราะถูกข่มขืน	1.2
14	ยังเรียนหนังสือไม่จบ	0.7

ที่มา Nattaya Boonpakdee. 2006.

“ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี” เป็นเหตุผลที่ถูกเอ่ยอ้างบ่อยครั้งที่สุดว่าเป็นสาเหตุของการตั้งท้องไม่พร้อม ซึ่งไม่ได้พบเฉพาะในรายงานวิจัยนี้เท่านั้น แทบทุกครั้งที่มีการศึกษาวิจัย รวมทั้งในการสำรวจโดยกรมอนามัย ก็พบเช่นเดียวกัน (Warakamin, Boonthai, and Tangcharoensathien,

2004) เหตุผลลำดับที่ 5 เรื่องคาดไม่ถึงว่าตัวเองจะมีโอกาสตั้งท้องได้นั้น มีรายละเอียดของข้อมูลว่า ผู้หญิงมักไม่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในชีวิตจะนำไปสู่การตั้งท้อง หรือมีความเชื่อว่าถ้าตนเองมีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยครั้งก็ไม่น่าจะท้อง ส่วนคนที่เพิ่งแต่งงานหรือเพิ่งเริ่มอยู่กับคู่ มักไม่ทันเตรียมตัวเรื่องการคุมกำเนิด ทำให้เกิดการตั้งท้องในจังหวะที่เพิ่งตั้งครรภ์และนำไปสู่ความไม่พร้อมในที่สุด (Nattaya 2006)

5. ผู้หญิงกลุ่มไหนที่ตั้งท้องโดยไม่พร้อม

มีการศึกษาครั้งใหญ่ในสหรัฐอเมริกาเมื่อปีพ.ศ. 2538 พบว่า ผู้หญิงจากทุกกลุ่มชนชั้น อาชีพ การศึกษา อายุ สถานภาพสมรส ล้วนแล้วแต่ประสบปัญหาตั้งท้องไม่พร้อมทั้งสิ้น โดยอัตราส่วนของการตั้งท้องไม่พร้อม จะค่อนข้างสูงในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นโสดและมีฐานะไม่ค่อยดี รวมถึงกลุ่มผู้หญิงอายุน้อยและกลุ่มผู้หญิงอายุค่อนข้างมาก (Brown and Eisenberg 1995) ข้อค้นพบนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศเวียดนามซึ่งพบว่า การตั้งท้องไม่พร้อมมีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย เช่น แต่งงานเมื่ออายุยังน้อย ตั้งท้องเมื่ออายุมากแล้ว สามีอายุเท่าๆ กัน หรือต่ำกว่า ไม่มีลูกชายหรือมีน้อยคน เคยประสบปัญหาดังท้องไม่พร้อมมาก่อน ไม่มีความพึงพอใจในระบบบริการคุมกำเนิด เป็นต้น (Le et al. 2004)

สำหรับประเทศไทย พบว่าการศึกษาเรื่องการตั้งท้องไม่พร้อม มีจำนวนน้อยมาก งานวิจัยที่พอจะเกี่ยวข้องบ้างมักจะมุ่งความสนใจเฉพาะเรื่องการทำแท้ง โดยเชื่อมโยงการทำแท้งเข้ากับการตั้งท้องไม่พร้อม ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่ประสบปัญหามาจากทุกกลุ่มอายุ การศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพสมรส (Cook and Leoprapai

1974; Koetsawang 1980; Warakamin et al., 2004; นภาพรณั 2538; สุชาติดา 2541; เทพนม 2521) แต่มีการศึกษาการตั้งท้องที่ไม่ต้องการในช่วงปีพ.ศ. 2541 โดยเก็บข้อมูลจากผู้หญิงที่ประสบปัญหา จำนวน 417 คนที่อาศัยอยู่ในบ้านพักพิงชั่วคราวและที่มาใช้บริการคลินิก เอกชน พบว่า 2 ใน 3 ของทั้งหมดเป็นผู้มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีอายุเฉลี่ย 4 ปี ร้อยละ 33 เป็นคนโสด ร้อยละ 33 เป็นคนที่มิคู่ และอีกร้อยละ 33 โดยประมาณเป็นคนที่เลิกร้างกับคู่ ผู้หญิงส่วนใหญ่เรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลายและมาจากครอบครัวที่ยากจน (ศุภมาส และเดือนเพ็ญ 2541)

ในแง่ของกลุ่มอายุ การศึกษาระดับชุมชนหมู่บ้าน (Nattaya 2006) พบว่าผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และผู้หญิงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการตั้งท้องไม่พร้อมค่อนข้างสูง กล่าวคือถ้ามีการตั้งท้องเกิดขึ้นในกลุ่มผู้หญิง 2 วัยนี้ จะเป็นการตั้งท้องไม่พร้อมในอัตราสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ดังรายละเอียดในตาราง 2.2

ตาราง 2.2 ร้อยละของเจตนา ก่อนตั้งท้อง จำแนกตามอายุขณะที่ตั้งท้อง

อายุขณะ ตั้งท้อง (ปี)	จำนวน (ท้อง)	เจตนา ก่อนการตั้งท้อง		
		ตั้งใจ มีบุตร	ไม่ได้ วางแผน	ตั้งใจว่าจะ ไม่มีบุตร
ต่ำกว่า 20	412	47.1	18.7	34.2
20-24	922	57.8	17.0	25.2
25-29	679	58.2	15.6	26.2
30-34	298	58.7	12.4	28.9
35 ขึ้นไป	152	36.8	19.7	43.4

จำนวน = 2,463 ท้อง จากจำนวนผู้หญิงที่เคยตั้งท้องรวม 913 คน

ที่มา Nattaya Boonpakdee. 2006.

6. การคุมกำเนิดกับการตั้งท้องไม่พร้อม

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้หญิงที่ตั้งท้องโดยไม่พร้อมเป็นผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิด ในประเทศเวียดนาม ผู้หญิงที่ไม่ได้คุมกำเนิดมีสัดส่วนประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้หญิงที่ตั้งท้องโดยไม่พร้อม อีกประมาณ 1 ใน 3 มีการคุมกำเนิดแต่ล้มเหลว (Le et al. 2004) ในสหรัฐอเมริกา ผู้หญิงที่ไม่ได้คุมกำเนิดมีประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้หญิงที่ตั้งท้องโดยไม่พร้อม (Henshaw 1998) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาระดับลึกผู้หญิงจำนวน 77 คนที่ตั้งท้องโดยไม่พร้อม พบว่าในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีส่วนหนึ่งที่ไม่คุมกำเนิด เพราะไม่สามารถทนกับผลข้างเคียงของวิธีคุมกำเนิดได้ อีกส่วนหนึ่งใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ใช้ผิดวิธี บางคนคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ค่อนข้างได้ผลแต่ยังเกิดความผิดพลาด เช่น การใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด และมีหลายคนที่ใช้วิธีซึ่งได้ผลน้อยในการคุมกำเนิด เช่น การหลังข้างนอก การใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินบ่อยครั้งเกินไป และมีบางคู่สมรสที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดเลยเนื่องมาจากสุขภาพไม่ค่อยดีทั้งสองฝ่าย (กนกวรรณ 2545)

นอกจากนี้ มีการศึกษาในระดับหมู่บ้าน พบว่าบรรยากาศที่ไม่เป็นมิตรของสถานบริการด้านวางแผนครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้หญิงในหมู่บ้านไม่ออกไปใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการประกาศใช้นโยบายวางแผนครอบครัวเมื่อกว่าสามสิบปีที่ผ่านมา ที่ยังส่งผลขัดแย้งระหว่างวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่กับวิธีคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมอยู่ ยกตัวอย่าง เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมักคะยั้นคะยอให้ผู้หญิงทำหมันทันทีที่คลอดลูกคนที่สองในขณะที่ผู้หญิงยังไม่มีความพร้อม และยังเชื่อว่าการทำหมัน

จะส่งผลให้สุขภาพอ่อนแอและทำงานหนักไม่ได้ นอกจากนี้ผู้หญิงในงานวิจัยนี้ยังระบุด้วยว่า วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อย่างเช่นยาฉีดและยาเม็ดคุมกำเนิด อาจส่งผลให้หมดลูกของเธอแห้งและทำให้สุขภาพอ่อนแอได้ (Whittaker 2000)

ในทางกลับกัน การศึกษาของ ทรัสเซล แวงฮัน และสแตนฟอร์ด (Trussell, Vanghan, and Stanford) พบว่าร้อยละ 68 ของการตั้งท้องไม่พร้อมเกิดขึ้นกับคนที่คุมกำเนิด และยังพบว่าคนที่ตั้งท้องเพราะการคุมกำเนิดล้มเหลวถึงร้อยละ 90 บอกว่าตัวเองมีความสุขมากที่ได้ตั้งท้อง ผลการศึกษานี้ชี้ว่าการตั้งท้องที่เกิดขึ้นจากการคุมกำเนิดผิดพลาด อาจไม่ใช่การตั้งท้องไม่พร้อมก็ได้ คำถามสำคัญจึงเกิดขึ้นว่าเพราะเหตุใดผู้หญิงที่อยากมีลูกถึงได้คุมกำเนิด ต่อคำถามนี้คณะผู้วิจัยพบว่า ตัวผู้หญิงและคู่ครองนั้นมีความสลับซับซ้อนในแง่ของบุคลิกภาพ ความต้องการ และความตั้งใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่หลากหลายและซับซ้อนมาก ทั้งในแง่ของการป้องกันการตั้งท้องและการตั้งใจที่จะตั้งท้องซึ่งซับซ้อนกว่าเรื่องใช้หรือไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด (Trussell et al., 1999)

ในการศึกษาประวัติการตั้งท้องของผู้หญิงอายุ 15-59 ปีที่อาศัยในชุมชนกึ่งชนบททั้งเมืองจำนวน 913 คน จำนวนการตั้งท้อง 2,463 ท้อง พบว่าร้อยละ 85 ของการตั้งท้องเกิดขึ้นขณะที่ไม่มีการคุมกำเนิด แต่ยังคงมีการตั้งท้องอีกร้อยละ 15 ที่เกิดขึ้นทั้งที่มีการคุมกำเนิด โดยร้อยละ 66 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่คุมกำเนิดด้วยการกินยาเม็ดคุมกำเนิด ดังรายละเอียดในตาราง 2.3

ตาราง 2.3 ร้อยละของการตั้งท้อง จำแนกตามวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ ณ เวลาที่ตั้งท้อง

การคุมกำเนิด ณ เวลาที่ตั้งท้อง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการคุมกำเนิด	2089	84.8
คุมกำเนิด	374	15.2
ยาเม็ดคุมกำเนิด	247	66.0
ยาฉีดคุมกำเนิด	51	13.6
ห่วงอนามัย	44	11.8
วิธีธรรมชาติ	21	5.6
ถุงยางอนามัย	4	1.1
ถุงยางอนามัยควบคู่กับวิธีคุมกำเนิดอื่น	3	0.8
อื่นๆ (ทำหมันชาย ทำหมันหญิง ผังยาคุม ยาเม็ดฉุกเฉิน)	4	1.1

ที่มา Nattaya Boonpakdee, 2006.

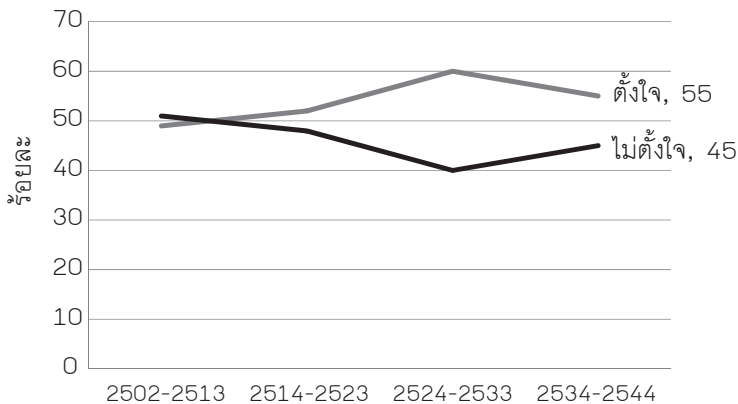
ในรายงานวิจัยเดียวกันนี้ เมื่อศึกษาสิกลงไปพบว่า ในการตั้งท้องไม่พร้อม เป็นการตั้งท้องทั้งที่มีการคุมกำเนิดถึงร้อยละ 37.7 และมีการตั้งท้องที่พร้อมแต่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดอีกร้อยละ 5.5 สะท้อนถึงความซับซ้อนระหว่างเจตนาเกี่ยวกับการตั้งท้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด ซึ่งไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกันเสมอไป (Nattaya 2006)

7. แนวโน้มของปัญหาการตั้งท้องไม่พร้อม

อัตราของการตั้งท้องไม่พร้อม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากแผนภูมิข้างล่างนี้ พบว่าอัตราการตั้งท้องไม่พร้อม เคยมีสัดส่วนที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ การตั้งท้องที่พร้อมในช่วงพ.ศ. 2524-2533 แต่พอถึงช่วงพ.ศ. 2534-2544 ปรากฏว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจนเกือบมีอัตราส่วน 1 ต่อ 1 กล่าวคือในจำนวนท้อง 2 ท้อง เป็นการตั้งท้องที่พร้อม 1 ท้องและไม่พร้อม 1 ท้อง ซึ่งนับว่าเป็นอัตราการตั้งท้องไม่พร้อม ซึ่งสูงอย่างน่าเป็นห่วง ดังรูป 2.1 (Nattaya 2006)

รูป 2.1 อัตราของการท้องที่ไม่ตั้งใจในช่วงพ.ศ.2502-2544

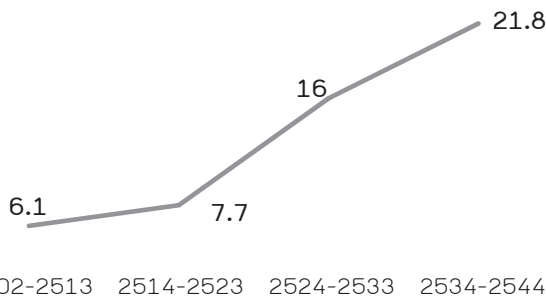


ที่มา Nattaya Boonpakdee. 2006.

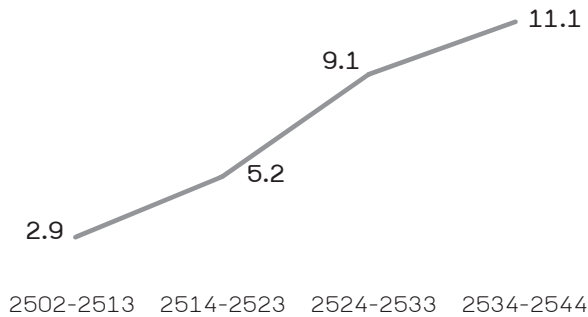
8. พลสะท้อนของการตั้งท้องไม่พร้อม

- เด็กถูกทอดทิ้งเป็นจำนวนมาก โดยในปีพ.ศ. 2546-2547 มีเด็กอย่างน้อย 1,975 คนถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล ทิ้งไว้กับผู้รับจ้างเลี้ยง รวมถึงการทิ้งในที่สาธารณะ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก 2548) และในปีพ.ศ. 2548 พบว่ามีเด็กถูกทอดทิ้งเฉลี่ยวันละ 2 คน หรือกว่า 700 คนตลอดทั้งปี (โครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด 2549)
- อัตราของความพยายามทำแท้งและการทำแท้งสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาประวัติการตั้งท้องของผู้หญิงที่อาศัยในชุมชนกึ่งชนบททั้งเมืองระหว่างปีพ.ศ. 2502-2544 พบว่าความพยายามทำแท้ง หลังจากรู้ตัวว่าตั้งท้องโดยไม่พร้อมจะมีบุตรนั้นมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เริ่มต้นจากร้อยละ 6.1 ในปีพ.ศ. 2502 จนถึงร้อยละ 21.8 ในปีพ.ศ. 2544 ในขณะที่อัตราการทำแท้งสำเร็จก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (ดังรูป 2.2 และ 2.3)

รูป 2.2 อัตราของความพยายามทำแท้งในช่วงพ.ศ.2502-2544



รูป 2.3 อัตราของการทำแท้งสำเร็จที่เกิดขึ้นในช่วงพ.ศ.2502-2544



ที่มา Nattaya Boonpakdee. 2006.

- ร้อยละ 29 ของการทำแท้งเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีการเสียชีวิต โดยข้อมูลอย่างเป็นทางการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีพ.ศ. 2542 มีผู้หญิงทำแท้งจำนวนประมาณ 175,000 คน โดยมีประมาณ 50,750 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และในจำนวนนี้ 14 คน ถึงแก่ชีวิต (Warakamin, Boonthai, Tangcharoen-sathien 2004)

9. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่ที่เปรียบเสมือนพายเรือไปคนละทาง

- การป้องกันปัญหาด้วยการจัดการศึกษาเรื่องเพศและการบริการคุมกำเนิดยังคงมีความไม่ชัดเจน จนถึงบัดนี้ยังไม่ปรากฏว่ากระทรวงศึกษาธิการจะวางนโยบายเรื่องการจัดหลักสูตรเพศศึกษาในระดับการศึกษาต่างๆ อย่างไร ทั้งที่สภาพปัญหาเริ่มสูงงอม และมีผลการวิจัยยืนยันจากหลายประเทศทั่วโลกกว่า การมีหลักสูตรเพศศึกษาที่รอบด้านในระดับชั้นเรียนต่างๆ นั้น ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและลดการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ได้มากกว่าการไม่จัดหลักสูตรเพศศึกษา หรือการจัดหลักสูตรเพศศึกษาที่แคบโดยเน้นเรื่องการรณรงค์ลงสวนตัวเท่านั้น นอกจากนี้ การบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นยังมีสถานะเป็น “ของต้องห้าม” สำหรับสังคมไทย จากกรณีวิวาทะเกี่ยวกับการติดตั้งถุงยางอนามัยในสถานศึกษา ซึ่งมีผลให้ผู้นำในสังคมหลายคนออกมาแสดงทัศนะในเชิงไม่เห็นด้วยในระดับต่างๆ ที่เป็นการให้สัญญาณตรงกันว่า “สังคมไทยควรมองว่าการให้ความรู้และเครื่องมือป้องกันโรคและการตั้งท้องเป็นการชี้โพรงให้กระรอกซึ่งไม่สมควรทำ” ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการคุมกำเนิดที่ฝ่ายสาธารณสุขอยากจะขยับให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ยังโสดและกลุ่มวัยรุ่นต้องชะลอตัวไปในที่สุด

- การบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งโดยไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ทำให้กฎหมายไม่มีผลลดการทำแท้ง แต่กลับทำให้การตายและบาดเจ็บจากการทำแท้งเพิ่มสูงขึ้น ผลการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาดังท้องไม่พร้อมและการทำแท้งทุกครั้งได้ผลตรงกันประการหนึ่งว่า ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ของการตัดสินใจทำแท้ง จึงเป็นเหตุผลสำคัญของความล้มเหลวของกฎหมายห้ามทำแท้งที่อนุญาตให้มีการทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีที่เป็นการตั้งท้องเพราะถูกข่มขืน และการตั้งท้องที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงเท่านั้น ผู้ตั้งท้องไม่พร้อมเพราะมีปัญหาเศรษฐกิจจึงต้องใช้บริการทำแท้งเถื่อน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต
- ขาดมาตรการลดแรงกดดันทางสังคมต่อผู้หญิงที่ตั้งท้องไม่พร้อม ส่งผลให้อัตราการทิ้งเด็กทารกยังคงมีสูง เนื่องจากการตั้งท้องในหลายสถานการณ์ที่สังคมไม่ให้การยอมรับและกลายเป็นแรงกดดันมหาศาลให้ผู้หญิงเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะเลือกการทำแท้งหรือการอุ้มท้องจนคลอดแล้วทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานที่สาธารณะ แม้ว่าการทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลช่วยเฝ้าระวังการทอดทิ้งเด็กหลังคลอด รวมถึงให้รับเด็กไว้ดูแลชั่วคราวกรณีผู้หญิงไม่สามารถรับกลับไปเลี้ยงเองได้จริง แต่

มาตรการนี้ไม่ได้ช่วยลดอัตราการทอดทิ้งเด็ก เพียงแต่ลดอัตราการทิ้งในที่สาธารณะได้บ้างเท่านั้น ขณะนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องเผชิญกับสถานการณ์จำนวนสถานสงเคราะห์ และบุคลากรมีไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่รับไว้ดูแล มาตรการสำคัญอย่างเช่น การศึกษาที่เสริมพลังใจและเน้นทางเลือกที่หลากหลายให้แก่ผู้ประสบปัญหา รวมถึงการรณรงค์สาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ประสบปัญหา เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดแรงกดดันต่อผู้หญิงและส่งผลต่อการตัดสินใจแก้ไขปัญหา แต่ยังคงเป็นมาตรการที่ถูกละเลยจากทุกภาคส่วนในสังคม



เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ธารวรรณ. 2545. *บันทึกประสบการณ์ผู้หญิงที่ท้องเมื่อไม่พร้อม*.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างสุขภาวะเรื่องสุขภาพผู้หญิง.
- โครงการติดตามสภาวะการตั้งครรภ์และเยาวชนรายจังหวัด, 2549. (เอกสารอัดสำเนา)
ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550
- นภาพร หะวานนท์. 2538. *การตอบโต้ของผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์*. เชียงใหม่ : ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา รัชชกุล. 2541. *การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตัดสินใจทำแท้ง*.
วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล และเดือนเพ็ญ อีรวรรณวิวัฒน์. 2541. *การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก. 2548. *กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*.

ภาษาอังกฤษ

- Alan Guttmacher Institute. 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society, and Abortion Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- The Alan Guttmacher Institute. 2009a. *Facts on Induced Abortion Worldwide*. [the PDF fact sheet download from <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>]
- The Alan Guttmacher Institute. 2009b. *Facts on Induced Abortion and Unintended Pregnancy in Asia*. [the PDF fact sheet download from <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>]

- Blanc, Ann K. 2001. The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: An examination of the evidence. *Studies in Family Planning*. 32(3), 189-213.
- Boonpakdee, Nattaya. 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.
- Brown, Sarah S.; and Eisenberg, Leon (Editors.). 1995. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Committee on Unintended Pregnancy, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy of Sciences.
- Cook, Michael J.; and Leoprapai, Boonlert. 1974. *Some Observation on Abortion in Thailand*. Asian Region Research Seminar on Psychosocial Aspects of Abortion, 26-29 November, Kathmandu, Nepal.
- D'Angelo, Brenda, Gilbert, Colley, Rochat, Roger W., Santelli, John S., and Herold, Joan M. 2004. Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 36(5), 192-197.
- Daulaire, Nels, Leidl, Pat, Mackin, Laurel, Murphy, Colleen and 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.
- Henshaw, Stanley K. 1998. Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspective*, 30(1), 24-29 and 46.
- Joyce, Ted, Kaestner, Robert, and Korenman, Sanders. 2000. The stability of pregnancy intentions and pregnancy-related maternal behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 171-178.

- Le, Linh Cu, Magnani, Robert, Rice, Janet, Speizer, Ilene and Bertrand, William. 2004. Reassessing the level of unintended pregnancy and its correlates in Vietnam. *Studies in Family Planning*, 35(1), 15-26.
- Montgomery, Mark R. 1996. Comments of men, women, and unintended pregnancy. *Population and Development Review*, 22, (suppl: *Fertility in the United States: New Patterns, New Theories*), 100-106.
- Okonofua, Friday E, Odimegwu, Clifford, Ajabor, Helen, Daru, Patrick H, and Johnson, Agnes. 1999. Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Studies in Family Planning*, 30(1), 67-77.
- Petersen, Ruth and Moos, Merry-K. 1997. Defining and measuring unintended pregnancy: issues and concerns. *Women's Health Issues*, 7(4), 234-240.
- Pulley, Lea Vonne, Klerman, Lorraine, Tang, Hao, and Baker, Beth A. 2002. The extent of pregnancy mistiming and its association with maternal characteristics and behaviors and pregnancy outcomes. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 206-211.
- Sable MR and Libbus MK. 2000. Pregnancy intention and pregnancy happiness: Are they different? *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 191-196.
- Singh, Susheela, Juarez, Fatima, Cabigon, Ball, Haley, Hussain, Rubina, and Nadeau, Jennifer. 2006. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Philippines: Causes and Consequences*. New York: The Guttmacher Institute
- Stanford J.B., Hobbs R., Jameson P, DeWitt M.J., and Fischer R.C. 2000. Defining dimensions of pregnancy intendedness. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 183-189.

Trussell, James, Vanghan, Barbara, and Stanford, Joseph. 1999. Are All Contraceptive Failures Unintended Pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspective*, 31(5), 246-247+260.

United Nations (UN), Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13, September 1994, New York: UN, 1994, para. 8.25, pp. 58-59.

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.

Whittaker, Andrea. 2000. *Intimate Knowledge: Women and Their Health in North-East Thailand*. New South Well: Allen and Unwin.



3 เพศกับเอดส์/ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์¹

1. สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กับการระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์

(1) การสูญเสียสุขภาพดีของคนไทยเนื่องจากเพศสัมพันธ์ ที่ไม่ปลอดภัย

เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยาง
อนามัย กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย เพราะเป็นที่มาของการเจ็บ
ป่วยและการตายที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพดีของประชากร

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
(prstw@mahidol.ac.th)

(DALYs) สูงเป็นอันดับต้น DALYs มีชื่อเต็มว่า Disability-adjusted life years เป็นดัชนีวัดสุขภาพแบบองค์รวมที่ใช้วัดปีสุขภาพดีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วย โดยในปี 2547 พบว่าเอชไอวีเอดส์ทำให้ผู้หญิงอายุระหว่าง 15-29 ปี สูญเสียปีสุขภาพดีสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือร้อยละ 19.4) ในขณะที่เอชไอวีเอดส์เป็นสาเหตุอันดับสองที่ทำให้ผู้ชายไทยวัย 15-29 ปี สูญเสียปีสุขภาพเพราะเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 15.1 (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข 2551) ซึ่งการตายและเจ็บป่วยด้วยเอดส์เกี่ยวข้องโดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือการไม่สวมถุงยางอนามัยนั่นเอง

กล่าวได้ว่า พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ยังมีวัฒนธรรมทางเพศของคนไทย และยังคงเป็นปัญหาอยู่มากในประเทศไทย ด้วยเหตุผลทัศนคติเชิงลบที่มีต่อถุงยางอนามัย เช่น ถุงยางอนามัยถูกใช้เฉพาะในบริบทของการซื้อขายบริการทางเพศ ถุงยางอนามัยกลายเป็นสัญลักษณ์ของความไม่ไว้วางใจและความไม่ให้เกียรติกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ ถุงยางอนามัยทำให้การมีเพศสัมพันธ์ไร้ซึ่งอารมณ์ การสอนเรื่องถุงยางอนามัยให้กับเยาวชนเป็นการชี้โพรงให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์กันง่ายขึ้น วัฒนธรรมเรื่องเพศวิถีในสังคมไทยทำให้อำนาจการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยอยู่ที่ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เป็นต้น ทำให้การรณรงค์สาธารณะเพื่อส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยดังเช่น สโลแกน “ยึดอกพกถุง” ประสบกับแรงต้านทานจากกลุ่มจารีตนิยมที่มักกุมอำนาจในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ทั้งหมดนี้ทำให้การใช้ถุงยางอนามัย ไม่สามารถกลายเป็นหัวใจหลักของวัฒนธรรมทางเพศสัมพันธ์ของคนไทยได้ การใช้ถุงยางอนามัย

เมื่อมีเชื้กส์ครั้งแรกและครั้งต่อๆ จึงมีอัตราต่ำ โดยเฉพาะเชื้กส์ภายใต้เงื่อนไขความสัมพันธ์แบบคู่รัก หรือคู่ขาประจำรูปแบบอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยควรต้องวางเป้าหมายไว้ที่การทำให้ประชากรมีสุขภาพทางเพศที่ดี โดยต้องลดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนในระยะยาว โดยต้องรื้อถอนวิธีปฏิบัติเรื่องเพศที่ไม่ปลอดภัยในระดับฐานรากของปัญหา นั่นคือ การเปลี่ยนระบบความคิดและความเชื่อเรื่องเพศเดิมๆ ขณะเดียวกันก็ต้องสร้างระบบคิดเรื่องเพศใหม่ที่เอื้อให้คนมีสุขภาพทางเพศที่ดีได้ ทั้งนี้การรื้อถอนมายาคติต่างๆ ในเรื่องเพศต้องอาศัยระยะเวลาในการทำงาน และควรชูแนวคิดเรื่อง “สุขภาวะทางเพศ” เพื่อสื่อสารประเด็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยแบบรอบด้านกับสาธารณะ โดยส่งสารให้สังคมมองเห็นว่า “เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย” ไม่ได้หมายถึงการใช้ถุงยางอนามัยเพียงอย่างเดียว แต่กินความกว้างและครอบคลุมถึงการปรับแก้มิติสังคม-วัฒนธรรมที่หล่อหลอมเรื่องเพศในสังคมไทยด้วย

(2) สถานการณ์แพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์

เมื่อสิ้นสุดปี 2550 สำนักกระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้วิเคราะห์ว่า แม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมลดลงจากร้อยละ 1.7 ปี ในพ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 0.8 ในปีพ.ศ. 2550 แต่พบแนวโน้มอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นในผู้หญิง อัตราส่วนการติดเชื้อของผู้ชายต่อผู้หญิงปีพ.ศ. 2545 เท่ากับ 1:7 และในปี 2548 ลดเหลือ 1:2.5 และตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 เห็นอัตราการป่วยด้วยเอดส์ในเยาวชนเพศหญิง อายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงกว่าเพศชายในช่วงอายุเดียวกัน คือมีอัตราส่วนการป่วยของเยาวชนหญิงต่อเยาวชนชายเท่ากับ 2:1

มีการคาดคะเนว่า การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเยาวชนหญิงที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการคลอดเพิ่มขึ้นด้วย เพราะที่ผ่านมาพบว่าเพศสัมพันธ์ของเยาวชนมักเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และบ่อยครั้งมีการตั้งครรภ์ตามมา เนื่องจากทักษะเชิงลบที่สังคมมีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ของเยาวชน ทำให้มีการปิดกั้นการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันโรค เครื่องมือคุมกำเนิด ตลอดจนเข้าไม่ถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และบริการรับฝากครรภ์ เยาวชนหญิงที่ตั้งท้องโดยไม่พร้อมไม่กล้าเปิดเผยการตั้งครรภ์ของตนเอง จึงมีความเป็นไปได้สูงว่าหากมีเยาวชนหญิงติดเชื้อเอชไอวีและอาจไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อแต่เกิดตั้งครรภ์และคลอด อาจจะทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กคลอดใหม่เพิ่มขึ้นตามมา พบว่าเมื่อสิ้นปี 2550 มีเด็กติดเชื้อที่คลอดจากแม่ที่มีเชื้อเอชไอวีเอดส์แล้วทั้งสิ้นจำนวน 12,745 ราย (สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2550)

ถึงแม้ขณะนี้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในภาพรวมนั้นลดลง แต่ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พบว่าเอดส์ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย ผลการศึกษาของสำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยังพบว่าเมื่อสิ้นปี 2550 ประเทศไทยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งสิ้น 325,811 ราย โดยมีรายงานเสียชีวิตแล้ว 90,637 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 27.8 อัตราส่วนการป่วยเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.3:1 และข้อมูลทางระบาดวิทยายังชี้ชัดอีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทยระหว่างปี 2547-2550 มีแนวโน้มกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ เยาวชนทั้งหญิงและชาย หญิงขายบริการทางเพศแบบแฝงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยในปี 2548 มีอัตราการป่วยด้วยเอดส์ในเยาวชนเพศหญิงต่อเยาวชนเพศชาย อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 2:1

(3) สถานการณ์พัวอยู่กับเชื้อเอชไอวี/เอดส์

แม้ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่า มีการดำเนินงานในการป้องกันเอดส์อย่างเข้มแข็งและประสบผลสำเร็จ แต่ทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบยังคงพบเห็นทั่วไป นำมาสู่ปัญหาและอุปสรรคทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตัว ส่งผลให้เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและการรักษา นอกจากนี้ พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหนึ่งยังมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในคู่นอนที่มีผลเลือดต่าง ยังคงมีสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน หญิงทั่วไป และแม่บ้าน มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย

นอกจากนี้ พบว่าอัตราการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในระหว่างคู่สามี-ภรรยาที่มีผลเลือดบวกเหมือนกัน ยังมีอยู่ถึงร้อยละ 13.2 ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-39 ปี รองลงมาคืออายุ 40-49 ปี และอายุ 20-29 ปี (สุชาติดา และสุรีย์พร 2551) สาเหตุเพราะผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อ มักไม่ต่อรองหรือขาดอำนาจต่อรองกับคู่ในการใช้ถุงยางอนามัย การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในคู่นอนที่มีผลเลือดบวกเหมือนกันอาจนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีซ้ำซ้อน (reinfection) คือ การติดเชื้อซ้ำด้วยเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่แตกต่างไปจากที่ได้รับครั้งแรก ซึ่งนอกจากจะส่งผลเสียต่อคุณภาพของยาต้านไวรัสสูตรที่รับประทานอยู่ ยังส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงและชายในระยะยาวอีกด้วย

ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีบางรายยังเผชิญกับปัญหาการกระทำความรุนแรงในครอบครัวหลังจากเปิดเผยสถานะติดเชื้อต่อสามีหรือคู่ การมีส่วนร่วมของสามีในการมารับการตรวจเลือดแบบสมัครใจ ภายใต้โครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT-Preventing Mother-to-Child Transmission) ยังอยู่ในระดับต่ำ ทำให้มีปัญหามิสามารถป้องกันการ

ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในคู่ที่มีผลเลือดต่างกันได้ ผู้ติดเชื้อหญิงจำนวนมากไม่สามารถต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่/สามีได้ ขณะที่บางกรณียังขาดความรู้ในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การตัดสินใจทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยจึงอาจเป็นสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในหลายกรณี และยังพบปัญหาการไม่เคารพในสิทธิและการเลือกที่จะตั้งครรภ์หรือทำแท้งของผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อเอชไอวี

ในด้านการเข้าถึงยาต้านไวรัส พบว่าผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งแม้เข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอแซดที (AZT - azidothymidine) แต่ไม่สามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอด้วยเหตุผลที่หลากหลาย ทำให้โอกาสเสี่ยงที่ลูกจะติดเชื้อเอชไอวีมีสูงตามมา ส่วนเด็กที่มีเอชไอวีและอยู่ในข่ายต้องรับประทานยาต้านไวรัส พบว่ายังไม่มีการจัดทำขนาดเม็ดยาที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และรูปลักษณะยายังไม่จูงใจให้เด็กรับประทาน ซึ่งรวมทั้งยาป้องกันรักษาโรคฉวยโอกาสด้วย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายขาดการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง ทำให้เข้าไม่ถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ เพราะบริการด้านนี้สำหรับผู้ชายโดยเฉพาะทั้งติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวียังไม่มี นอกจากนี้วัฒนธรรมความเป็นชายที่สอนให้ผู้ชายเข้มแข็งและไม่พึ่งพิง จึงทำให้ผู้ชายไม่แสวงหาการปรึกษาจากผู้อื่น แต่มักแก้ปัญหาด้วยตัวเองหรือทนอยู่กับปัญหาโดยไม่ปรึกษาใคร

องค์กรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นไม่เข้มแข็ง การขับเคลื่อนผลักดันเรื่องต่างๆ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน จึงไม่สามารถกระทำได้ หากปราศจากการหนุนเสริมจากองค์กรและภาคีที่ทำงานด้านเอดส์ทั้งภาควิชาการ ภาครัฐราชการ ภาคธุรกิจ และภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(4) สถานการณ์การโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจุบันพบว่า อัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยเชื่อกันว่าลดลงไปแล้วตั้งแต่ปี 2540 กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น สืบเนื่องมาจากการมีแบบแผนพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กล่าวคือ มีอัตราป่วยสูงขึ้นจาก 22.7 ในปี 2544 เป็น 29.29 ในปี 2547 และ 25.8 ในปี 2550 ต่อประชากรแสนคน และพบแนวโน้มการระบาดของในกลุ่มแรงงานต่างชาติ รวมถึงกลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้หญิงวัยทำงาน เยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง 15-19 ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2550)

ประเทศไทยเคยเป็นตัวอย่างที่ดี ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยความสำเร็จนี้เกิดขึ้นภายในระยะเวลาเพียง 5 ปี อันเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่มีการระบาดของเอดส์อย่างรุนแรง มาตรการที่นำมาใช้และนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมกามโรคในขณะนั้น ได้แก่ การปรับปรุงประสิทธิภาพของการวินิจฉัยโรคและประสิทธิภาพของระบบการรักษาโรคให้ได้มาตรฐาน และการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% ในกลุ่มประชากรเฉพาะและในสถานบันเทิงที่ขายบริการทางเพศ โดยสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคกลุ่มนี้ลงได้มากกว่าร้อยละ 80 ดังนั้น กรณีของประเทศไทยเป็นที่ประจักษ์ว่าการลดลงของอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆ มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการลดลงของอัตราการติดเชื้อเอดส์/เอชไอวี

การยุบเลิกคลินิกกามโรค อันเนื่องมาจากการปรับโครงสร้างของหน่วยงานราชการ ทำให้ประชาชนหลายกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ขายบริการทางเพศเข้าไม่ถึงการตรวจรักษา เพราะระบบการตรวจรักษาที่ดำเนินการโดย

โรงพยาบาลจังหวัดมักทำงานเชิงตั้งรับ และสถานที่ตรวจรักษาไม่มีความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ามารับบริการการตรวจรักษา เพราะมีความเขินอาย กลัวการตีตรา และกลัวการเลือกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่

กล่าวโดยสรุป ข้อมูลการสูญเสียสุขภาพดีและแบบแผนการระบาดใหม่ของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่งชี้ว่า สถานการณ์ข้างต้น ทำให้มีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์ อาจกลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง ถ้าหากไม่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

ดังนั้น สิ่งที่ภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านเอดส์และรัฐบาลอยากเห็นและอยากให้เกิดขึ้นในการทำงานแก้ไขปัญหาด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของแผนงานการบูรณาการการทำงานเอดส์ในระยะปัจจุบัน คือ ประชาชนมีพฤติกรรม และมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัว ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข ขณะที่ครอบครัว ชุมชน ก็มีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเอง และสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ เกิดการยอมรับ ไม่รังเกียจ และอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนบุคคล องค์กร ชุมชน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

2. ช่องว่างในการแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา

ถึงแม้ที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จและมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายด้าน กระนั้นก็ตามยังคงมีช่องว่างเดิมๆ และความท้าทายใหม่ๆ หลายประการในการดำเนินงาน ที่ยังไม่สามารถจัดการให้งานป้องกัน งานแก้ไขปัญหาและการลดผลกระทบอันเนื่องมาจากเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่องว่างและข้อท้าทายเหล่านั้นประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

(1) ปัญหาอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ยังเป็นปัญหาในประชากรทุกกลุ่ม เพราะทัศนคติเชิงลบที่มีต่อถุงยางอนามัย และกระแสต้านจากกลุ่มจารีตนิยมที่กุมอำนาจในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลกันระหว่างการดูแลรักษาและการป้องกันโรค โดยพบว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 70 ของงบประมาณเอดส์ได้ทุ่มเทไปเพื่อการดูแลรักษาเอดส์มากกว่าเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (UNGASS² 2008) ส่งผลให้งบประมาณในการจัดหาถุงยางอนามัยเพื่อให้บริการแก่ประชาชนมีน้อยมากหรือแทบจะไม่มี

(2) การสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเพื่อนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสอนและการอบรมเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้าน ที่มุ่งสอนให้เยาวชนรู้เท่าทันพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และค่านิยมด้านเพศ

² UN (United Nations) GA (Global Crisis Global Action) SS (Special Session on HIV/AIDS)

ภาวะ เพศวิถี ตลอดจนสอนให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องเพศของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ให้ความรู้เรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธีการป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง ยังคงเผชิญกับความไม่เข้าใจและการไม่สนับสนุนของคนในสังคม สิทธิในการได้รับความรู้และข้อมูลเรื่องเพศของเยาวชนถูกละเมิดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เยาวชนทั้งหญิงชาย รวมทั้งเยาวชนที่เป็นเพศทางเลือกขาดความรู้ที่ครบถ้วนเพียงพอและถูกต้องในเรื่องการมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย เป็นสุข และปราศจากโรค

(3) การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขของเยาวชนกลุ่มต่างๆ การจัดระบบบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และไม่เป็นมิตรต่อเยาวชนทั่วไปและเยาวชนเพศทางเลือก ที่สำคัญคือผู้ให้บริการมักมีทัศนคติเชิงลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของเยาวชน และมักไม่ยอมรับเยาวชนที่เป็นเพศทางเลือก จึงขาดความละเอียดอ่อนและให้บริการที่เต็มไปด้วยอคติ เพราะมีการตัดสินคุณค่าของเยาวชนจากพฤติกรรมทางเพศของพวกเขา ส่งผลให้เยาวชนไม่กล้าไปใช้บริการเมื่อมีปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ให้แก่เยาวชนทุกเพศและทุกประเภท

(4) ระบบบริการดูแลสุขภาพและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนมาอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัด มีข้อจำกัดในทางปฏิบัติหลายประการ เช่น การให้บริการตรวจรักษาที่ไม่เป็นมิตร ไม่รักษาความลับ ไม่มีระบบที่

มีประสิทธิภาพเพื่อติดตามคู่นอนมารักษา และไม่มีระบบการรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การนำระบบบริการรักษาโรคไปผูกติดกับเรื่องสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ทำให้เกิดผลเสียหลายในการควบคุมโรค ซึ่งเป็นปัญหามากในพื้นที่ที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจำนวนมาก เนื่องจากแรงงานย้ายถิ่นทั้งไทยและต่างชาติมักมีปัญหาเรื่องการไม่มีสิทธิและ/หรือเข้าไม่ถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

(5) ปัญหาสุขภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ทศนคติที่เป็นลบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ เช่น บุตรและสมาชิกในครอบครัว ยังพบเห็นทั่วไปโดยเฉพาะในระดับชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่กล้าเปิดเผยตัว จึงเข้าไม่ถึงสวัสดิการและบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อโดยตรง รัฐยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกลุ่ม ตลอดจนขาดข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตหลังการใช้ยาต้านไวรัสของพวกเขา ปัญหาการละเมิดสิทธิและทางเลือกในการตั้งครรรภ์และการทำแท้งของผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีโดยบุคลากรทางการแพทย์ยังคงมีอยู่ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการคลอดได้รับการนำกลับมาตรวจเอชไอวีซ้ำเมื่ออายุครบ 18 เดือน เพียง 54% การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการรับการตรวจเลือดแบบสมัครใจยังอยู่ในระดับต่ำ (UNGASS 2008) การไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในคู่นอนที่มีผลเลือดต่างและผลเลือดบวกเหมือนกันยังมีอยู่ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อรายใหม่และสุขภาพของผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ พบว่าประเด็นเรื่องสิทธิทางเพศและคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในขณะคลอดซึ่งขณะนี้เติบโตเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

(6) การทำงานที่จำกัดตัวเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อปท.ในทุกระดับทั่วประเทศ ยังขาดการทำงานเพื่อป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ/เอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเชิง รุกร่วมกับองค์กรอื่นๆ โดยบทบาทที่ผ่านมา มักจำกัดตัวเองอยู่กับ บทบาทตั้งรับ เช่น การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รอให้กลุ่ม/ องค์กรในระดับชุมชนมาของบประมาณไปทำงานด้านการป้องกันเอชไอวี/ เอดส์และ/หรือช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ โดย อปท.ไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการทำงานด้านนี้ขึ้นมา อีกทั้งเมื่อมีกลุ่ม/องค์กรอาสาทำงานขึ้นมา อปท. ก็ไม่ได้เข้าไปช่วยเสริมการทำงานของกลุ่ม/องค์กรเหล่านั้นให้เข้มแข็ง แต่อย่างใด โดยทำบทบาทเป็นเพียงผู้ให้เงินเท่านั้น

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นเพศกับเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(1) ส่งเสริมทางเลือกและเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อเอช ไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย และ ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความสุขและ ปลอดภัยสำหรับ ผู้หญิง เยาวชน ผู้ติดเชื้อ พนักงานบริการ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น การให้ความรู้เรื่องการมีความสุขทางเพศ โดยไม่สอดใส่ การมีบริการถุงอนามัยผู้หญิง การมีตู้ถุงยางอนามัยอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ และในกรณีของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดควรจัดให้มีบริการ เข็มฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัย เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็ม ฉีดยาร่วมกัน

(2) ใหัรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมจัดบริการคลินิก
 กามโรคที่เป็นมิตร โดยสถานที่ที่จัดบริการต้องมีความเป็นส่วนตัว เข้าถึง
 ได้ง่าย และเป็นมิตรกับคนทุกเพศ ทุกวัย และทุกอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่ม
 พนักงานบริการ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ เยาวชนทุกประเภท
 ผู้ต้องขัง กลุ่มชาติพันธุ์ และแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งบริการต้องมี
 มาตรฐานทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยบุคลากรที่มีความ
 เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค ให้สถานบริการ
 พัฒนาระบบการรายงานผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และควรมีการสำรวจ
 เพื่อระบุพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูงเป็นระยะๆ และให้รื้อฟื้นและพัฒนา
 คลินิกกามโรคขึ้นใหม่ในพื้นที่เหล่านี้ พร้อมทั้งรัฐควรจัดระบบบริการตรวจ
 รักษาแบบพิเศษที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครอง
 ส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพเข้าถึงบริการ
 การตรวจรักษา

(3) จัดสรรงบประมาณเพื่อการรณรงค์ป้องกันเอดส์อย่าง
 ต่อเนื่องและเพียงพอ ใ้หน่วยงานรัฐระดับชาติและระดับจังหวัดที่มีงบ
 ประมาณส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค จัดสรรเงินส่วนนี้มาใช้
 เพื่อรณรงค์ป้องกันเอดส์เพิ่มขึ้น และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ควรจัดสรรเงินส่วนหนึ่งให้แก่องค์กรประชาสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายการ
 ทำงานเอดส์ที่เข้มแข็งและสนับสนุนงบประมาณให้ทำงานรณรงค์ป้องกัน
 เอดส์อย่างต่อเนื่อง

(4) ให้ความสำคัญต่อการรณรงค์ผ่านสื่อสาธารณะหลายช่องทาง
 เพื่อให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ลดการตีตราผู้ติดเชื้อ รวมถึง
 การมีนโยบายและมาตรการที่ปฏิบัติได้จริงเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านต่าง ๆ
 รวมทั้งสิทธิทางเพศของผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ

(5) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะทาบจากโรคเอดส์อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสมัครใจ ในโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น

(6) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าใจปัญหาเรื่องเพศและเอดส์ ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมทำงานป้องกันเอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเชิงรุกมากขึ้น เพื่อหนุนเสริมคนทำงานเอดส์ในท้องถิ่น และสนับสนุนการจัดทำโครงการที่ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบสามารถพึ่งพาตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ และการจัดบริการรวมทั้งสวัสดิการต่างๆ แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ควรให้ครอบคลุมกลุ่มคนที่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามระบบประกันสุขภาพด้วย



เอกสารอ้างอิง

สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสุรียพร พันพิ่ง. 2551. “เข้าใจและเข้าถึงโลกทัศน์เพศวิถีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยมุมมองเพศวิถี”. ใน มิติ ‘เพศ’ ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ) : 180-193. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. ผลการศึกษาขั้นต้นภาระโรค/ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและทิศทางการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554). เอกสารนำเสนอในการประชุมปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาภาระโรค/ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี 11 สิงหาคม 2551.

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2550. สถานการณ์โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.

UNGASS. 2008. *UNGASS Country Progress Report-Thailand*. Reporting period: January 2006-December 2007.



4 การทำงานของเครือข่าย สู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย สุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน

โดย กฤตยา อาชวนิจกุล
และองค์กรร่วมจัดการประชุม

1. ที่มาของเครือข่ายที่ร่วมสร้างมติสุขภาวะทาง IWFC

การเกิดมติสุขภาวะทางเพศขึ้นในพ.ศ. 2551 เป็นผลพวงจากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาวะทางเพศอย่างน้อย 5 เครือข่ายคือ (1) เครือข่ายยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก (2) แนวร่วมเพื่อความก้าวหน้าผู้หญิง (3) เครือข่ายผู้หญิงกับเอดส์ (4) เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกเพื่อผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม และเครือข่ายที่เกิดขึ้นล่าสุดคือ (5) เครือข่ายสุขภาวะทางเพศ ซึ่งแม้มาทีหลังสุด แต่เป็นเจ้าภาพหลักของการผลักดันมติสุขภาวะทางเพศ เครือข่ายทั้งหมดนี้มีการทับซ้อนกันบ้างในเชิงชื่อเครือข่าย การเกิดชื่อเครือข่ายที่คล้ายคลึง

กันนั้น เพราะการรวมตัวกันมีลักษณะหลวมๆ ชื่อของเครือข่ายมิได้มีการจดทะเบียนนิติตรานำไปใช้ จึงเกิดการตั้งชื่อซ้ำกันบ้าง และการทับซ้อนของชื่อองค์กร รวมถึงการทับซ้อนของตัวคนทำงาน เช่น มูลนิธิหนึ่งอาจมีชื่ออยู่ใน 3-4 เครือข่าย และคนทำงานบางคนก็เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงหลักอยู่ในหลายเครือข่าย เป็นต้น ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

เครือข่ายสุขภาวะทางเพศ เกิดจากการทำงานของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ที่ดำเนินการโดยมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ย่างสู่ปีที่ 4 ในเดือนตุลาคม 2552 ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การเกิดขึ้นของภาคีสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ มีเป้าหมายที่จะยกระดับสุขภาวะทางเพศของสังคมไทยในระยะยาว ประกอบด้วยภาคีทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆ ของสุขภาวะทางเพศ อาทิเช่น มูลนิธิรักภัยไทย มูลนิธิศุภกภาพเยาวชน เครือข่ายเด็กและเยาวชนด้านเอดส์ประเทศไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ มูลนิธิเพื่อนหญิง สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน องค์กรการแพช กลุ่มบูรณาการแรงงานสตรี เครือข่ายความหลากหลายทางเพศแห่งประเทศไทย คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ องค์กรพิพิธภัณฑวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย โครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและยุติธรรม เป็นต้น โดยมีการรวมกลุ่มภาคีเป็นเครือข่ายเฉพาะด้าน 3 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายภาคีสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม และเครือข่ายยุติความรุนแรงทางเพศ (แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ระยะที่สอง 2551)

อย่างไรก็ตาม ประเด็นความรุนแรงทางเพศ ได้มีการเคลื่อนไหวอย่างเข้มข้นมานานมากกว่า 10 ปีแล้ว โดยรณรงค์ผ่านเครือข่ายเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก ในเดือนพฤศจิกายนทุกปี¹ และการรณรงค์มักมีข้อเสนอที่ต่อยอดจากงานวิจัยเสมอ ดังเช่น ผลการประชุมยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงระดับชาติ ที่จัดขึ้นที่บ้านมนังคศิลา ในเดือนพฤศจิกายน 2544 ในนามของ ‘คณะทำงานเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและแนวร่วมเพื่อก้าวหน้าของผู้หญิง’ ซึ่งเป็นเครือข่ายระดับชาติประกอบด้วยองค์กรของภาครัฐและเอกชนรวม 58 องค์กร เริ่มจากการจัดแถลงข่าวผลการวิจัยและปฏิทินการจัดงานตลอดเดือนพฤศจิกายนในวันที่ 1 พฤศจิกายน โดยมีองค์กรที่ร่วมจัดงานร่วมแถลงข่าวด้วยคือ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง สหทัยมูลนิธิ สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (หรือปัจจุบันคือมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง) สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) กลุ่มไม้ขีดไฟ และกลุ่มอัญจารี เป็นต้น (กตยา และคณะ 2546) ข้อเสนอในการประชุมครั้งนี้ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศที่สำคัญคือ การเสนอให้การกระทำผิดอาญาเรื่องข่มขืน ไม่สามารถยอมความได้

สำหรับเครือข่ายผู้หญิงกับเอดส์ เกิดมาจากหลักฐานทางสถิติของการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่มีสาเหตุหลักมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และมีรากเหง้ามาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายในเรื่องเพศ ซึ่งยึดโยงแน่นแฟ้นกับระบบเศรษฐกิจ ระบบ

¹ รัฐบาลได้ประกาศตั้งแต่ปี 2542 ให้เดือนพฤศจิกายนเป็นเดือนแห่งการรณรงค์เพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก

บริการสุขภาพ และระบบอื่นๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรม การศึกษา และการเมือง (กฤตยา และกนกวรรณ 2545) สุภัทรา นาคะผิว (2543) แก่นนำสำคัญของการทำงานด้านสิทธิเอดส์ สรุบบทเรียนจากการทำงานด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ประมาณพ.ศ. 2539-2540 องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชนหลายองค์กร ได้รวมตัวกันจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเรื่อง **‘ทักษะการสื่อสารเรื่องเอดส์และเรื่องเพศเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม’** เพื่อใช้สำหรับการอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ทั้งภาครัฐและเอกชน ปัจจุบันเครือข่ายนี้ยังคงรวมตัวกันหลวมๆ และในปีหลายๆ ได้จัดกิจกรรมในพื้นที่ภาคเหนือมากขึ้น

ส่วน **แนวร่วมเพื่อกำหนดหน้าของผู้หญิง** เกิดขึ้นจากเวทีสัมมนา ขบวนการยุทธหญิงไทยในศตวรรษที่ 21 ในพ.ศ. 2543 โดยองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านผู้หญิงได้ร่วมกันก่อตั้งขึ้น เพื่อปรับยุทธศาสตร์การทำงานให้ทันต่อสถานการณ์ มีมูลนิธิผู้หญิงเป็นองค์กรประสานงานกลาง ประกอบด้วยสมาชิกองค์กรและกลุ่มผู้หญิงจากภูมิภาคต่างๆ รวม 39 องค์กร งานเด่นๆ ที่แนวร่วมฯ ทำได้แก่ ติดตามความก้าวหน้าจากการที่ประเทศไทยเป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบต่อสตรี ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศเรื่องผู้หญิง ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 และการที่รัฐบาลไทยได้เข้าร่วมประชุมระดับโลกเรื่องผู้หญิง เมื่อพ.ศ. 2538 และร่วมรับมติ ‘แผนปฏิบัติการผู้หญิง’ โดยแนวร่วมฯ เป็นกลไกติดตามว่า รัฐบาลไทยได้ดำเนินการตามพันธะสัญญาต่างๆ มากน้อยเพียงไร ขณะเดียวกันก็เป็นกลไกการรณรงค์ผลักดันเรื่องผู้หญิงในประเด็นอื่นๆ ด้วย ได้แก่ การผลักดันประชามติกรณี สว. ละเมิดเด็กทางเพศ กรณี ดร.นิดาอัมรภรรยา และการรณรงค์แก้ไขกฎหมายข่มขืน มาตรา 276 เป็นต้น

เครือข่ายน้องใหม่แต่ไฟแรงสุดท้ายคือ **เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม** เกิดจากการรวมตัวกันของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนกว่า 20 องค์กร ที่ทำงานด้านสุขภาพทางเพศ อनाมายะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว การให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรงหรือคุกคามทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้หญิงในเรื่องที่พักพิง บ้านพักฉุกเฉิน บ้านพักรอคคลอด สถานที่ให้การเลี้ยงดู และรับอุปการะเด็กเป็นบุตรบุญธรรม เป็นต้น โดยเริ่มรวมตัวครั้งแรกในเดือนมีนาคม พ.ศ.2550 และจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และการทำงานระหว่างหน่วยงานทุก 2 เดือน ภายใต้การประสานงานขององค์กรแพธ และมูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง โดยสถานที่ประชุมใช้วิธีจัดเวียนไปตามองค์กรสมาชิก มีผลการประชุมต่อเนื่องจนถึงครั้งที่ 16 ในเดือนพฤศจิกายน 2552 ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ รวมถึงเกิดเครือข่ายส่งต่อให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังเกิดการแลกเปลี่ยนพัฒนาสื่อให้ความรู้ และการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกองค์กรให้มีทักษะในการปรึกษาทางเลือกแบบเสริมพลัง เพื่อช่วยให้ผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องเมื่อไม่พร้อมได้รับข้อมูลที่จำเป็นรอบด้าน บนพื้นฐานความเข้าใจต่อสภาพแวดล้อม และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อปัญหาและการตัดสินใจ เพื่อเสริมพลังให้ผู้หญิงมีศักยภาพที่จะเลือกหรือหาทางออกที่เหมาะสมให้กับตัวเอง (เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม 2552)

ควรกล่าวด้วยว่า คนทำงานและองค์กรในเครือข่ายข้างต้นทั้งหมดนี้ หลายคนและเกือบทุกองค์กรได้คลุกคลีอยู่ในแวดวงการทำงานเรื่องสุขภาพทางเพศ ไม่ด้านใดด้านหนึ่งก็หลายด้านประกอบกันนานพอสมควร ดังนั้น เมื่อเกิดข้อเสนอจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งแรก ให้เครือข่ายภาคประชาสังคมทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่เสนอเรื่องของตนเข้าไป เพื่อคัดเลือกประเด็นเข้าสู่การพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ‘เครือข่ายสุขภาวะทางเพศ’ เป็นหนึ่งในเครือข่ายต่างๆ ประมาณ 50 เครือข่าย ที่เสนอประเด็นสุขภาวะทางเพศ 3 ด้านคือ ความรุนแรงทางเพศ ท้องไม่พร้อม และเพศกับเอดส์ เป็นนโยบายสาธารณะเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีประเด็นที่ถูกเสนอรวม 68 ประเด็น และได้รับการคัดเลือกให้เป็น 1 ใน 12 ประเด็นที่คณะกรรมการฯ เห็นควรผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะ

แม้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 นับเป็นครั้งแรก แต่เวทีที่เรียกว่า ‘สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ’ นั้นทดลองจัดมาแล้ว 6 ครั้ง และจัด ‘สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และหรือเชิงประเด็น’ มาแล้วไม่ต่ำกว่า 900 เวที เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้คน ชุมชน องค์กรเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาวะไปสู่กลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ ในการสะท้อนปัญหาและการผลักดันนโยบายสุขภาวะ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2552) แต่ กฤตยา และกุลภา (2551) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและระดับชาติ มีแนวโน้มมองไม่เห็นประเด็นมิติหญิงชาย ประเด็นเพศภาวะ และเพศวิถี (Genders and Sexualities) ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและการถูกเลือกปฏิบัติทางเพศ ทั้งจากระบบเศรษฐกิจ กฎหมาย การศึกษา และวัฒนธรรม และเป็นเรื่องสำคัญที่ถูกขับเคลื่อนจากภาคประชาชน โดยเฉพาะองค์กรผู้หญิง ภาครัฐ และภาคประชาคมโลก เช่น ปัญหาความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิง เป็นต้น

การผลักดันประเด็นสุขภาวะทางเพศในเวทีสมัชชาสุขภาพ ที่
แวดล้อมด้วยองค์กรและคนทำงานเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะหลากหลาย
ประเด็นได้สำเร็จ จึงนับเป็นครั้งแรกที่ประเด็นที่เกี่ยวกับเพศและผู้หญิง
ถูกนำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2. กระบวนการหารือเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิง นโยบายสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน

ในการจัดประชุมเพื่อให้คนทำงานในองค์กรเครือข่ายทั้งในกรุงเทพฯ
และต่างจังหวัด ได้เข้าร่วมหารือถกแถลงเพื่อหาข้อตกลงร่วมในข้อเสนอ
เชิงนโยบายสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน คณะทำงานได้กำหนดให้มีฝ่าย
วิชาการทำงานสรุปสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศ ท้องไม่พร้อม และ
เรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการจัดประชุมรวม
3 ครั้งคือ

- (1) ครั้งแรกวันที่ 29 กรกฎาคม 2551 เป็นการประชุมเต็มวัน
มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 150 คน โดยในช่วงเช้ามีผู้แทน
จากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มาอธิบายความสำคัญ
และความคาดหวังของการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
จากนั้นเป็นการนำเสนอสถานการณ์ทั้ง 3 ด้าน และเปิดเวที
แลกเปลี่ยน ในภาคบ่ายแบ่งเป็นห้องย่อย 3 ห้อง เพื่อหารือ
แลกเปลี่ยนข้อเสนอเชิงนโยบายในแต่ละด้าน ช่วงท้ายของ
การประชุมก็กลับมาสรุปรวมข้อเสนอทั้งหมดที่ได้จากการ
ประชุมกลุ่มย่อย

(2) ครั้งที่สองจัดทำประชาพิจารณ์ วันที่ 14-15 สิงหาคม 2551 โดยคณะทำงานรวบรวมข้อเสนอทั้งหมดที่ได้จากการประชุมครั้งแรกจัดทำเป็นแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเวทีหนึ่งทศวรรษศูนย์พึงได้ฯ ซึ่งเป็นงานประชุมใหญ่ระดับชาติ จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้าร่วมประชุมจากทั่วประเทศมากกว่า 500 คน ทั้งนี้หนึ่งในคณะทำงานคือ รศ.กฤตยา อาชวนิจกุล ได้รับเชิญจากผู้จัดให้บรรยายเรื่อง สุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน และนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในที่ประชุมรวมช่วงเช้า เพื่อให้ภาพรวมของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาวะทางเพศทั้งหมด และเชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมประชุมตอบแบบสอบถาม ได้ข้อสรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางสรุปผลประชาพิจารณ์ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องสุขภาพทางเพศ:
ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
และเรื่องเพศกับเอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
(ไม่รวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหรือความคิดเห็นต่อข้อเสนอ
เชิงนโยบายในแต่ละด้าน)

1. ประเด็นความรุนแรงทางเพศ (จำนวนผู้ตอบ 277 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. เสริมสร้างวัฒนธรรมไม่ยอมรับความรุนแรงทุกรูปแบบ โดยเฉพาะความรุนแรงทางเพศ โดยรัฐต้องรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชนให้ร่วมต่อต้านความรุนแรงทางเพศ และประชาสัมพันธ์ให้ช่วยกันสอดส่องดูแลเพื่อร่วมกันขจัดปัญหานี้ในสังคมไทย	94.58 (262 คน)	4.69 (13 คน)	0.72 (2 คน)
2. สร้างเสริมความเข้าใจรากเหง้าของการละเมิดทางเพศว่ามาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำ และควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ในบริบทสังคมไทย เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงมองและแก้ไขปัญหา	87.73 (243 คน)	11.91 (33 คน)	0.36 (1 คน)
3. ทบทวนเนื้อหาสื่อทุกชนิด รวมสื่อพื้นบ้านที่จะเฝ้าทางเพศ เพื่อช่วยปรับความคิดเรื่องความรุนแรง ความเท่าเทียมระหว่างเพศภาวะต่างๆ ทั้งหญิงชายและเพศที่สามว่ามีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เหมือนกัน	91.34 (253 คน)	8.3 (23 คน)	0.36 (1 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
4. จัดตั้งหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ที่ประสบปัญหาความรุนแรงต่างๆ อย่างน้อยในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เป็นหน่วยงานที่ทำงานปัญหาความรุนแรงทุกรูปแบบอย่างครบวงจร คือ ให้คำปรึกษา ให้ที่พักพิง และฟื้นฟูสภาพทางกายและจิตใจ ในกรณีที่ต้องการช่วยเหลือเฉพาะด้าน เช่น ทางกฎหมาย การดำเนินคดี และการรักษาพยาบาล ต้องทำงานประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยตรงต่อไป	91.34 (253 คน)	8.3 (23 คน)	0.36 (1 คน)
5. พัฒนาบริการรักษาพยาบาลต่อผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ ให้กระบวนการทำงานมีความละเอียดอ่อนต่ออัตลักษณ์ทางเพศ และไวต่อปัญหา มีทักษะที่สามารถระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นกรณีฉุกเฉินทำรุนแรงทางเพศหรือไม่ โดยต้องจัดอบรมบุคลากรสหสาขา (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย และผู้นำชุมชน) ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และความเข้าใจในปัญหาความรุนแรงทางเพศ และเพื่อให้เกิดเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ	93.50 (259 คน)	5.78 (16 คน)	0.72 (2 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
6. สร้างความตระหนักรู้ในเรื่องอคติที่บุคลากรในสายพานอำนวยความสะดวก (ทนาย นักสังคมสงเคราะห์ ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา) มีต่อประเด็นความรุนแรงทางเพศ เพื่อสร้างแบบแผนในการดำเนินคดีอย่างเที่ยงธรรมต่อผู้เสียหายโดยไม่เลือกปฏิบัติในทุกระดับจากโรงพักถึงศาล	93.50 (259 คน)	6.14 (17 คน)	0.36 (1 คน)
7. รณรงค์ชี้แจง ทำความเข้าใจ และเรียกร้องไปยังพรรคการเมือง นักการเมือง รวมทั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสมาชิก เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้ร่วมผลักดันกฎหมายใหม่และระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องให้มีความเที่ยงธรรมต่อผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนจากปัญหานี้ ให้พรรคการเมือง และนักการเมืองยอมรับเป็นสัญญาประชาคมว่าต้องมุ่งแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศอย่างจริงจัง	90.61 (251 คน)	8.66 (24 คน)	0.72 (2 คน)

● ข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่อง “ความรุนแรงทางเพศ” ที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญมากที่สุดคือ

☐ ข้อ 1 ☐ ข้อ 2 ☐ ข้อ 3 ☐ ข้อ 4 ☐ ข้อ 5 ☐ ข้อ 6 ☐ ข้อ 7
 39.34% 9.84% 7.38% 18.85% 9.84% 8.61% 16.39%
 (96 คน) (24 คน) (18 คน) (46 คน) (24 คน) (21 คน) (40 คน)

2. ประเด็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (จำนวนผู้ตอบ 274 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. รัฐควรจัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดที่มีผู้ให้บริการเข้าใจและบริการที่เป็นมิตรต่อกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะที่ต้องการบริการที่ละเอียดอ่อน แตกต่างจากกลุ่มทั่วไป เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้พิการ แรงงานข้ามชาติ เป็นต้น รวมถึงต้องสนับสนุนให้มีอุปกรณ์คุมกำเนิดอย่างเพียงพอทั่วถึงเหมาะสม เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการหลากหลายได้	87.96 (241 คน)	12.04 (33 คน)	0 (0 คน)
2. รัฐควรจัดให้มีบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้หญิงอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพ/ประกันสังคม และจัดให้มีบริการให้กับผู้ที่ไม่มีสิทธิประกัน รวมทั้งมีบริการให้ปรึกษาก่อนและหลังยุติการตั้งครรภ์	72.62 (199 คน)	19.30 (53 คน)	4.38 (12 คน)
3. รัฐควรพัฒนาให้มีเครือข่ายข้อมูล และส่งต่อผู้ที่ประสบปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการปรึกษาทางเลือก (Option Counseling) โดยให้เป็นเครือข่ายกับบริการทางโทรศัพท์ที่มีบริการตลอด 24 ชั่วโมง เช่น 1133 191 1669 เป็นต้น	87.96 (241 คน)	12.04 (33 คน)	0 (0 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
4. รัฐควรจัดให้มีบริการช่วยเหลือผู้หญิงท้องไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป ตั้งแต่ระหว่างท้อง-ก่อนคลอด-หลังคลอด โดยส่งเสริมให้แม่ช่วยตัวเองได้ และสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ เช่น บ้านพักโรคคลอด-หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ เป็นต้น	87.96 (241 คน)	11.68 (32 คน)	0.36 (1 คน)
5. รัฐควรจัดให้มีนโยบายและงบประมาณเพื่อสนับสนุนการสร้างเครือข่ายของกลุ่มพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บริการให้การปรึกษา และบริการอื่นๆ เพื่อให้เลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ	79.56 (218 คน)	19.7 (54 คน)	0.73 (2 คน)
6. รัฐควรสนับสนุน/สร้างแรงจูงใจให้มีสถานรับเลี้ยงเด็กทารก และสถานที่ดูแลเด็กในระหว่างปิดภาคเรียนในที่ทำงาน โดยให้สถานประกอบการได้รับการสนับสนุนจากกองทุนประกันสังคม หรือหน่วยงานอื่นๆ	82.12 (225 คน)	16.40 (45 คน)	1.46 (4 คน)
7. รัฐควรพัฒนาขั้นตอนในการรับบุตรบุญธรรมอย่างถูกต้องตามกฎหมายให้ชัดเจน ไม่ยุ่งยากและเข้าถึงได้จริง	68.98 (189 คน)	28.10 (77 คน)	2.92 (8 คน)

● ข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่อง “การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม” ที่ท่าน
คิดว่ามีความสำคัญมากที่สุดคือ

☒ ข้อ 1 ☐ ข้อ 2 ☐ ข้อ 3 ☐ ข้อ 4 ☐ ข้อ 5 ☐ ข้อ 6 ☐ ข้อ 7
36.90% 16.67% 19.05% 21.03% 5.56% 5.56% 2.83%
(93 คน) (42 คน) (48 คน) (53 คน) (14 คน) (14 คน) (6 คน)

3. ประเด็นเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (จำนวนผู้ตอบ
271 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ส่งเสริมทางเลือกและเครื่องมือในการ ป้องกันการติดเชื้อที่หลากหลาย เพื่อการมี เพศสัมพันธ์ที่มีความสุขและปลอดภัย สำหรับผู้หญิง เยาวชน พนักงานบริการ ผู้มี ความหลากหลายทางเพศ และผู้ใช้สารเสพติด เช่น การให้ความรู้เรื่องการมีความสุขโดยไม่ สอดใส่ ถุงอนามัยผู้หญิง harm reduction	80.44 (218 คน)	18.08 (49 คน)	1.47 (4 คน)
2. สปสช. และกรมควบคุมโรคพิจารณาให้ ความสำคัญกับการขยายบริการคลินิกามโรค ที่เป็นมิตร รักษาความลับ สำหรับกลุ่ม เป้าหมายพนักงานบริการ ผู้มีความหลากหลาย ทางเพศ เยาวชน และกลุ่มชาติพันธุ์ รวมทั้งพัฒนาระบบการรายงาน	83.39 (226 คน)	16.24 (44 คน)	0.37 (1 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
3. รัฐจัดสรรงบประมาณด้านการรณรงค์ป้องกันเอดส์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 50 ของงบประมาณเอดส์ทั้งหมด และให้การสนับสนุนองค์กรหน่วยงานต่างๆ และองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ให้มีบทบาทที่เข้มแข็งในระดับชุมชน	80.07 (217 คน)	19.19 (52 คน)	0.74 (2 คน)
4. จัดสรรงบประมาณต่อเนื่องในการรณรงค์สาธารณะผ่านสื่อสาธารณะหลายช่องทาง เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ	81.92 (222 คน)	10.32 (28 คน)	0.37 (1 คน)

● ข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่อง “เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ที่ท่านคิดว่าจะมีความสำคัญมากที่สุดคือ

☐ ข้อ 1	☐ ข้อ 2	☐ ข้อ 3	☐ ข้อ 4
35.20%	24.00%	28.40%	17.60%
(88 คน)	(60 คน)	(71 คน)	(44 คน)

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายในภาพรวมต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน (จำนวนผู้ตอบ 253 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. เพศศึกษา: รัฐควรจัดหลักสูตรเพศศึกษาให้สอดคล้องเหมาะสมกับนักเรียนทุกชั้น เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตที่เป็นมาตรฐานเดียวกันตามบริบทของชุมชน เนื้อหาของหลักสูตรต้องสอดแทรกการเรียนรู้เรื่องเนื้อตัวร่างกายตนเอง เรื่องเพศกับเอดส์ และเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์	96.04 (253 คน)	3.56 (9 คน)	0.40 (1 คน)
2. รณรงค์และสร้างค่านิยมเรื่องเพศที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นในสังคมให้ได้ เริ่มตั้งแต่เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง ต้องมาจากการสมัครใจ ไม่บังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือผลที่ไม่ต้องการคือการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม นั่นคือเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย	92.49 (234 คน)	7.51 (19 คน)	0 (0 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
3. สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการให้คำปรึกษา ทั้งของรัฐและเอกชนที่ทำงานด้านนี้ เช่น ครู/อาจารย์แนะแนวในสถานการศึกษาทุกระดับ สถาบันที่ทำงานด้านสุขภาพจิต และบริการให้คำปรึกษาขององค์กรพัฒนาเอกชน และบูรณาการลักษณะงานนี้เข้าไปในงานของโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอทั่วประเทศ เน้นส่งเสริมกระบวนการ pre-post counseling และปรับทัศนคติและฐานคิดที่คำนึงถึงความแตกต่างทางอาชีพ ศาสนา วัย อัตลักษณ์ทางเพศ และชาติพันธุ์ ให้มีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ ป้องกันการตั้งท้องที่ไม่พร้อม ต่อต้านการระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีและเอดส์ การให้คำปรึกษาทักษะชีวิตก่อนมีชีวิตร่วม และหรือให้คำปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์ และมาฝากครรภ์ เพื่อให้ทั้งสามีและภรรยาได้เข้าใจบทบาทของตน เป็นต้น	95.26 (241 คน)	4.74 (12 คน)	0 (0 คน)
4. จัดให้มีศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน เยาวชนที่ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ เยาวชนที่ท้องไม่พร้อม เยาวชนติดเชื่อ เยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ และเยาวชนกลุ่มหลากหลายทางเพศในทุกจังหวัด โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรมและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนเพียงพอเป็นผู้ให้บริการ	88.93 (225 คน)	11.07 (28 คน)	0 (0 คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย	ระดับความเห็นด้วย (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
5. สร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชน เช่น การสร้างครอบครัวอาสาดูแลในชุมชน หรือการหาแกนนำชุมชนมาอบรม เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน พื้นฐานสำคัญคือชุมชนต้องสามารถเป็นที่พึ่งในระดับต้นได้และอาจส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ถ้ากรณีที่เกิดขึ้นรุนแรงมากเกินไปกว่าชุมชนจะเยียวยาได้	93.68 (237 คน)	5.93 (15 คน)	0.40 (1 คน)
6. สร้างเสริมเครือข่ายการทำงานเรื่องสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ประเด็นระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล อบต.) กับองค์กรชุมชน ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้านคือท้องไม่พร้อม เอดส์ และความรุนแรงทางเพศอื่นๆ ในชุมชน โดยใช้ทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	91.67 (232 คน)	7.91 (20 คน)	0.40 (1 คน)

● ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ

☐ ข้อ 1	☐ ข้อ 2	☐ ข้อ 3	☐ ข้อ 4	☐ ข้อ 5	☐ ข้อ 6
31.91%	21.28%	15.74%	4.26%	19.57%	14.67%
(75 คน)	(50 คน)	(37 คน)	(10 คน)	(46 คน)	(36 คน)

(3) ครั้งที่สามวันที่ 28 สิงหาคม 2552 เป็นการประชุมภาคีเครือข่ายที่ได้รับเชิญในครั้งที่ 1 และขยายวงไปยังผู้สนใจด้วย เพื่อนำผลประชาพิจารณ์มาหาข้อสรุปร่วมกันเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฉบับยาว โดยได้ผลสรุปเป็นมติร่วมกันดังนี้ (เครือข่ายสุขภาวะทางเพศและองค์กรอื่นๆ 22 องค์กร. 2551)

ข้อเสนอเชิงนโยบายในภาพรวมต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน

(1) จัดให้มีการสอนเพศศึกษาครบด้าน² ให้สอดคล้องเหมาะสมกับนักเรียนทุกชั้น เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาวะทางเพศ เนื้อหาหลักสูตรต้องสอดแทรกการเรียนรู้เรื่องเนื้อตัวร่างกายตนเอง เรื่องเพศกับเอ็ดส์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และทักษะการจัดการความสัมพันธ์กับผู้อื่น ครูผู้สอนทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการสอนเรื่องเพศศึกษาครบด้าน เพื่อแก้ปัญหาการนำครูที่ไม่มีทักษะและไม่มีความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาครบด้านมาสอน และกำหนดให้การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาครบด้านในโรงเรียน เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของการประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

² หมายถึง กระบวนการต่อเนื่องของชีวิตในการเรียนรู้ การปลูกฝังทัศนคติ ความเชื่อ และคุณค่าของอัตลักษณ์ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ และความสัมพันธ์แบบรักใคร่เชิงพิศवास มีสาระเกี่ยวกับการพัฒนาการทางเพศ สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ความปรารถนา ภาพพจน์ในร่างกายตัวเอง และบทบาททางเพศภาวะต่างๆ เพศศึกษาครบด้าน จึงนำเสนอและค้นหาเรื่องราวเกี่ยวกับระบบชีววิทยาที่เกี่ยวกับเพศ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ และวิญญาณเกี่ยวกับ ‘เพศ’ ของมนุษย์

(2) รณรงค์และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทยให้ได้ คือ เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง ต้องมาจากความสมัครใจ ไม่บังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือผลที่ไม่ต้องการคือ ท้องไม่พร้อม นั่นคือเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีความมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย

(3) สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการศึกษา โดยเน้นการสร้างเสริมกระบวนการให้การศึกษาก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) ปรับทัศนคติและฐานคิดของผู้ให้คำปรึกษาให้คำนึงถึงความแตกต่างทางอาชีพ ศาสนา วัย ความหลากหลายทางเพศ ชชาติพันธุ์ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งท้องที่ไม่พร้อม ลดการระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ บุคลากร/หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาสำคัญๆ คือ ครู/อาจารย์แนะแนวในสถานการศึกษาทุกระดับ สถาบันที่ทำงานด้านสุขภาพจิต บริการให้การปรึกษาขององค์กรภาคประชาสังคม การให้การปรึกษาในงานโรงพยาบาลชุมชน ที่ควรเน้นการปรึกษาทักษะชีวิตก่อนมีชีวิตคู่ และช่วงการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนระบบการศึกษาโดยกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มผู้เผชิญปัญหาเดียวกัน รวมถึงพัฒนาเครือข่ายผู้ให้การปรึกษาและการส่งต่อ

(4) จัดให้มีศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน โดยเฉพาะเยาวชนที่ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ เยาวชนที่ท้องไม่พร้อม เยาวชนติดเชื้ เยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ และเยาวชนกลุ่มหลากหลายทางเพศในทุกจังหวัด โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรมและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนเพียงพอเป็นผู้ให้บริการ

(5) สร้างเสริมเครือข่ายการทำงานสุขภาพทางเพศทั้ง 3 ประเด็นระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) กับองค์กรชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญาสุขภาพทางเพศทั้ง 3 ด้าน จากทรัพยากรของ อปท. ทั้งนี้ต้องสร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชนด้วยพื้นฐานสำคัญคือ ชุมชนต้องสามารถเป็นที่พึ่งในเบื้องต้นได้ และอาจส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ถ้ากรณีที่เกิดขึ้นรุนแรงมากเกินไปกว่าชุมชนจะเยียวยาได้

ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นความรุนแรงทางเพศ

(1) เสริมสร้างวัฒนธรรมไม่ยอมรับเรื่องความรุนแรงทางเพศทุกรูปแบบ โดยรัฐต้องมีนโยบายและมาตรการสนับสนุนองค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการรณรงค์ผ่านสื่อทุกชนิดให้ร่วมต่อต้านความรุนแรงทางเพศ และประชาสัมพันธ์ให้ช่วยกันสอดส่องดูแล เพื่อร่วมกันขจัดปัญหานี้ในสังคมไทย รวมถึงการสร้างมุมมองใหม่

- ต่อผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ คือ ไม่ตีตรา และต้องสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ถูกระทำสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาไปได้

- สร้างเสริมความเข้าใจทุกระดับ ถึงรากเหง้าของการละเมิดทางเพศว่ามาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำ โดยควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ในบริบทสังคมไทย เพื่อหาแนวทางในการปรับมุมมองและแก้ไขปัญหา

(2) พัฒนาบริการรักษาพยาบาลต่อผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ ให้ละเอียดอ่อนต่อความหลากหลายทางเพศในคนทุกวัย และทุกชาติพันธุ์ และไวต่อปัญหา คือ มีทักษะที่จะสามารถระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นกรณีถูกระทำรุนแรงทางเพศหรือไม่ โดยหน่วยงานรัฐควร

สนับสนุนการจัดอบรมบุคลากรสหสาขาทั้งภาครัฐและเอกชน (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชน) ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และความเข้าใจ ในปัญหาความรุนแรงทางเพศ และเพื่อให้เกิดความร่วมมือสหสาขาให้ความช่วยเหลือและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง **จัดให้มีแหล่งงบประมาณในการรักษาพยาบาลและคุ้มครองผู้ถูกระทำรุนแรงทางเพศ** โดยเป็นความร่วมมือบริหารจัดการงบประมาณจากกองทุนฉุกเฉินของ สปสช. กองทุนประกันสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสวัสดิการรักษายาบาลส่วนราชการ

(3) **เสริมสร้างแบบแผนในการดำเนินคดีอย่างเที่ยงธรรมต่อผู้เสียหาย** โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ในทุกระดับจากโรงพักถึงศาล โดยขจัดอคติที่กระบวนการยุติธรรม ทั้งในเชิงตัวบทกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคคลากรที่เกี่ยวข้องต่อประเด็นความรุนแรงทางเพศ

(4) **สนับสนุนการจัดตั้งที่พักพิงและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ** อย่างน้อยในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เป็นหน่วยงานที่ทำงานปัญหาความรุนแรงทุกรูปแบบที่มีคุณภาพ เพียงพอครอบคลุมและครบวงจร คือ รับแจ้งเหตุ ให้คำปรึกษา ให้ที่พักพิง และฟื้นฟูสภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะด้าน เช่น ทางกฎหมาย การดำเนินคดี และการรักษาพยาบาล ต้องมีการประชาสัมพันธ์และทำงานประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านนั้นๆ โดยตรง รวมถึง การสร้างเสริมประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์รับแจ้งเหตุ (ที่มีอยู่หลายหน่วยงาน) โดยการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และมีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงการทำงานกัน

(5) ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรที่ทำงานตรวจสอบสื่อ และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อดำเนินการทางกฎหมายกับสื่อทุกชนิดที่ละเมิดทางเพศ เพราะความรุนแรงทางเพศมักแฝงอยู่ในสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เกมส์ออนไลน์ สื่อพื้นบ้าน สื่อโฆษณา ฯลฯ ซึ่งยังขาดการควบคุมอย่างแท้จริง และสนับสนุนการรณรงค์กับผู้ผลิตสื่อเพื่อปรับมุมมองเรื่องความรุนแรงทางเพศ และเน้นเรื่องความเท่าเทียมระหว่างเพศภาวะต่างๆ ทั้งหญิงชาย และเพศที่สามว่ามีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เหมือนกัน

(6) ทรนงค์ชี้แจง ทำความเข้าใจ และเรียกร้องไปยังพรรคการเมือง นักการเมือง รวมทั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสมาชิก ให้พรรคการเมืองและนักการเมืองยอมรับเป็นสัญญาประชาคมว่าต้องมุ่งแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศอย่างจริงจัง เพื่อให้ร่วมผลักดันกฎหมายใหม่และระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องให้มีความเที่ยงธรรมต่อผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนจากปัญหานี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นกองไม่พร้อม

(1) จัดให้มีการรณรงค์สาธารณะเพื่อให้สังคมเกิดความเข้าใจต่อรากเหง้าของปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสังคมไทย รวมทั้งความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ความเป็นหญิงเป็นชาย และวัฒนธรรมทางเพศที่ส่งผลต่อการป้องกัน และการตัดสินใจคุณค่าของผู้หญิงที่เผชิญปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยสร้างความตระหนักให้สังคมมีทัศนคติที่เข้าใจผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และให้โอกาสเด็กที่เกิดจากครอบครัวที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ประสบปัญหาได้รับการยอมรับและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

(2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของมาตรการด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างจริงจัง โดยการให้ความรู้เพศศึกษา จัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดที่ผู้ให้บริการเข้าใจและมีบริการที่เป็นมิตรต่อกลุ่มวัยรุ่น คนโสด และกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะที่ต้องการบริการที่ละเอียดอ่อนแตกต่างจากกลุ่มทั่วไป เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้พิการ แรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น รวมถึงต้องสนับสนุนให้มีอุปกรณ์คุมกำเนิดอย่างเพียงพอ ทั้งถึง เหมาะสม เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการหลากหลายได้ในทุกสถานการณ์ โดยเน้นกิจกรรมเชิงรุก เพื่อให้มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้นเหตุนี้มีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(3) จัดให้มีการให้บริการปรึกษาทางเลือก (Option Counseling) ให้เข้าถึงผู้ที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยจัดให้มีสถานที่ให้การปรึกษาเป็นการเฉพาะ และให้เป็นบริการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ การรักษาความลับ และเคารพการตัดสินใจของผู้หญิงให้เพียงพอ โดยพัฒนาบุคลากรและบูรณาการงานด้านการบริการปรึกษาทางเลือกให้กับหน่วยงานให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่น ศูนย์พึ่งได้ ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก และสตรี เป็นต้น มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือได้เข้าถึงบริการปรึกษาทางเลือก และแหล่งให้บริการทางเลือกต่างๆ ทั้งนี้ จัดให้มีเครือข่ายข้อมูลและส่งต่อผู้ประสบปัญหาดังครรภ์ที่ไม่พร้อมให้เป็นเครือข่ายกับบริการทางโทรศัพท์ที่มีบริการตลอด 24 ชั่วโมง เช่น 1133 191 1669 เป็นต้น

(4) รัฐควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันและขจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ให้โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน บุคลากรสาธารณสุขยอมรับ ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและทางใจที่สามารถยุติการตั้ง

ครรภ์ได้ตามข้อบังคับแพทยสภา (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 118 ง ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2548) โดยจัดให้มีบริการฯ ที่ปลอดภัย อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีบริการปรึกษาก่อนและหลังยุติการตั้งครรภ์ด้วย ทั้งนี้ ควรสร้างความเข้าใจในสังคมให้ตระหนักต่อความสำคัญของบทบาทของ ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงเพื่อการยุติการ ตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยด้วย

(5) พัฒนาและเพิ่มจำนวนแหล่งบริการเพื่อช่วยเหลือผู้หญิงตั้ง ครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและ เอกชนอย่างครอบคลุม ครบวงจร เพียงพอ โดยมีบริการที่ดีและเข้าถึงได้ ตั้งแต่ระหว่างท้อง-ก่อนคลอด-หลังคลอด ทั้งในด้านสุขภาพ และจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้หญิงที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปสามารถช่วยตนเองได้ แบ่ง เบาภาระการเลี้ยงดูบุตร เพื่อให้เด็กเติบโตได้อย่างมีคุณภาพ เช่น บ้านพัก รอคคลอด-หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ เป็นต้น ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นนักเรียน/นักศึกษา สถาน ศึกษาควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดำเนินงานได้จริง เพื่อให้สามารถ ศึกษาต่อได้

(6) ส่งเสริมให้มีนโยบายและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการ สร้างเครือข่ายและบริการแก่แม่/พ่อเลี้ยงลูกเดี่ยว เพื่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ บริการให้การปรึกษา และบริการอื่นๆ เพื่อให้เลี้ยงดูลูกอย่างมี คุณภาพ ทั้งนี้ ต้องมีการสำรวจจำนวนแม่/พ่อเลี้ยงเดี่ยวที่ต้องการความ ช่วยเหลือเพื่อการจัดเครือข่ายและบริการให้ครอบคลุมและเพียงพอ รวมทั้งการสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแม่/พ่อเลี้ยง เดี่ยว เช่น การแจ้งเกิดที่ไม่จำเป็นต้องระบุชื่อบิดา เป็นต้น นอกจากนี้ ควรสนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้มีสถานรับเลี้ยงเด็กทารก และสถานที่ดูแล

เด็กในระหว่างปิดภาคเรียนในที่ทำงานและสถานประกอบการ เพื่อช่วยเหลือแม่/พ่อเลี้ยงเดี่ยวให้สามารถทำงานและเลี้ยงลูกได้อย่างมีคุณภาพ โดยอาจได้รับการสนับสนุนจากกองทุนประกันสังคม หรือจากหน่วยงานอื่นๆ

(7) ส่งเสริมและพัฒนาขั้นตอนในการรับบุตรบุญธรรมอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีความรัดกุม ชัดเจน และเข้าถึงได้โดยสะดวก โดยขั้นตอนไม่ยุ่งยาก โปร่งใส และใช้เวลาไม่นาน ทั้งนี้ ควรมีกระบวนการให้ความรู้ ให้การศึกษาในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะรับบุตรบุญธรรม และพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่สายโลหิต มีกระบวนการติดตามผลเพื่อป้องกันการนำเด็กไปใช้ประโยชน์ในทางที่ผิดหรือการล่วงละเมิดสิทธิเด็ก และมีกระบวนการด้านกฎหมายเพื่อตรวจสอบการรับบุตรบุญธรรมที่ไม่ถูกต้อง

(8) สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและจัดทำฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม เพื่อให้สังคมไทยมีสถานะความรู้ที่เท่าทันต่อปัญหานี้ ได้แก่ ขนาดของปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้ง การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การทอดทิ้งเด็ก การเลี้ยงลูกของพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น

ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(1) ส่งเสริมทางเลือกและเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย และครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความสุขและปลอดภัยสำหรับผู้หญิง เยาวชน ผู้ติดเชื้อ พนักงานบริการ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น การให้ความรู้เรื่องการมีความสุขทางเพศ

โดยไม่ทอดใส่ การมีบริการถุงอนามัยผู้หญิง การมีตู้ถุงยางอนามัยอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ และในกรณีของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดควรจัดให้มีบริการเข็มฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัย เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

(2) **ให้รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมจัดบริการคลินิก** **กามโรคที่เป็นมิตร** โดยสถานที่จัดบริการต้องมีความเป็นส่วนตัว เข้าถึงได้ง่าย และเป็นมิตรกับคนทุกเพศ ทุกวัย และทุกอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มพนักงานบริการ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ เยาวชนทุกประเภท ผู้ต้องขัง กลุ่มชาติพันธุ์ และแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งบริการต้องมีมาตรฐานทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค ให้สถานบริการพัฒนาระบบการรายงานผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และควรมีการสำรวจเพื่อระบุพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูงเป็นระยะๆ และให้รื้อฟื้นและพัฒนาคลินิกกามโรคขึ้นใหม่ในพื้นที่เหล่านี้ พร้อมทั้งรัฐควรจัดระบบบริการตรวจรักษาแบบพิเศษที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพเข้าถึงบริการการตรวจรักษา

(3) **จัดสรรงบประมาณเพื่อการรณรงค์ป้องกันเอดส์อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ** ให้หน่วยงานรัฐระดับชาติและระดับจังหวัดที่มีงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค จัดสรรเงินส่วนนี้มาใช้เพื่อรณรงค์ป้องกันเอดส์เพิ่มขึ้น และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติควรจัดสรรเงินส่วนหนึ่งให้แก่องค์กรประชาสังคมเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานเอดส์ที่เข้มแข็ง และสนับสนุนงบประมาณให้ทำงานรณรงค์ป้องกันเอดส์อย่างต่อเนื่อง

(4) ให้ความสำคัญต่อการรณรงค์ผ่านสื่อสาธารณะหลายช่องทาง เพื่อให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ลดการติดเชื้อผู้ติดเชื้อ รวมถึงการมีนโยบายและมาตรการที่ปฏิบัติได้จริง เพื่อคุ้มครองสิทธิด้านต่างๆ รวมทั้งสิทธิทางเพศของผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ

(5) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบจากโรคเอดส์อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสมัครใจ (VCT) ในโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น

(6) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าใจปัญหาเรื่องเพศและเอดส์ ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมทำงานป้องกันเอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเชิงรุกมากขึ้น เพื่อหนุนเสริมคนทำงานเอดส์ในท้องถิ่น และสนับสนุนการจัดทำโครงการที่ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบสามารถพึ่งพาตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ และการจัดบริการรวมทั้งสวัสดิการต่างๆ แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ควรให้ครอบครัวกลุ่มคนที่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามระบบประกันสุขภาพด้วย

3. มติสุขภาวะทางเพศที่นำเสนอในการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารที่นำเสนอจริงในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ถูกกำหนดให้เขียนสั้นและกระชับ โดยมีคณะทำงานฝ่ายวิชาการเข้ามา ช่วยขัดเกลาและสรุปย่อให้ รวมทั้งจัดให้อยู่ในรูปแบบที่เลียนแบบการประชุมนานาชาติ และใช้สถานที่จัดเป็นห้องประชุมเอสแคปที่ดูเป็นทางการอย่างยิ่ง ข้อเสนอของมติสุขภาวะทางเพศที่ถูกนำเข้าหารือในที่ประชุมทางการเมืองนี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1

ร่างมติ 1/10

ระเบียบวาระที่ 3.10

20 พฤศจิกายน 2551

สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่องสุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตระหนัก ว่าสถานการณ์สุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน คือ ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางกาย ใจ และสังคม

ตระหนัก ถึงช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ สืบเนื่องจากการที่สังคมไทยมีวัฒนธรรมทางเพศที่เป็นมาตรฐานซ้อน ที่มุ่งปลูกฝัง ควบคุม และกำกับพฤติกรรมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจนจัด อีกทั้งติตราผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

รับทราบ ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมขยายตัวรุนแรงมากขึ้น โดยผู้หญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่งผลให้เกิดการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บ พิการ และตายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

เข้าใจดี ว่าแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมจะลดลง แต่มีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์ อาจกลับมาระบาดในประเทศไทย อีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากอัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยเชื่อกันว่าลดลงไปแล้วตั้งแต่ปี 2540 กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติด และกลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้หญิงวัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง 15-19 ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงยุติธรรม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

1.1 จัดให้มีการสอนเพศศึกษาที่รอบด้าน (comprehensive sexuality education) ทั้งในและนอกระบบการศึกษา โดยจัดให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชาชนทุกเพศทุกวัย

- 1.2 สร้างความเข้มแข็งให้แก่วัฒนธรรมให้การศึกษาทุกระบบ โดยเน้นการจัดบริการให้การศึกษาทั้งก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) การศึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer-to-peer counseling) และการศึกษาแบบเสริมพลังและเน้นทางเลือก (empowerment and option counseling)
- 1.3 จัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ครบวงจรที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความต้องการบริการที่ละเอียดอ่อนเป็นการเฉพาะ รวมทั้งจัดบริการคลินิกกามโรคที่เป็นมิตร เพื่อเป็นกลไกในการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพแก่คนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
- 1.4 สนับสนุนให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบ
- 1.5 สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและจัดทำฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- 1.6 จัดตั้งที่พักพิงและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศในทุกจังหวัด โดยเน้นระบบบริการที่มีความครอบคลุมและครบวงจร ควบคู่กับการพัฒนาและเพิ่มสถานบริการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ต่อ ให้มีความครอบคลุม ครบวงจร เข้าถึงได้ง่าย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด และหลังคลอด

1.7 จัดอคติทางเพศในกระบวนการยุติธรรมทุกระดับจาก
โรงพักถึงศาล ทั้งในเชิงตัวบทกฎหมายและระเบียบ
ปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีสมาชิกสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติจัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างสุขภาวะทางเพศทั้ง 3
ด้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันผลักดัน
สู่การปฏิบัติ

3. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

3.1 ผลักดันให้เกิดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อ
ป้องกันและจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

3.2 สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานสุข
ภาวะทางเพศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนใน
การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
ความรุนแรงทางเพศ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธรารวรรณ. 2545. ‘ขบวนการ, ทางสังคมบน
มิติการเมืองเรื่องเพศและร่างกายผู้หญิง’. ใน *วิถีชีวิต วิถีสู้: ขบวนการ
ประชาชนร่วมสมัย*. ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ. หน้า 34-129. เชียงใหม่:
ซิลค์เวอร์มบุ๊ก.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อัมเม และอุษา เลิศศรีสันต์.
2546. *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง*. เอกสารวิชาการหมายเลข
271. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. 2551. *บทสำรวจวาทกรรมเรื่องสุขภาวะ
และการเมืองเรื่องสมัชชาสุขภาพ*. นนทบุรี: คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- เครือข่ายสุขภาวะทางเพศและองค์กรอื่นๆ 22 องค์กร. 2551. *การจัดทำข้อเสนอเชิง
นโยบายเรื่องสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน: ความรุนแรงทางเพศ การ
ตั้งครภที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อ
เสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551*.
รายงานเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม. 2552. *ถึงเวลา..ต้องเข้าใจ..
แก้ไข..และดูแล*. (หนังสือเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม)
กรุงเทพฯ: องค์การแพธ และมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.
- มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. 2551. *แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ
ระยะที่สอง (ตุลาคม 2551-กันยายน 2554)*. เอกสารนำเสนอในการประชุม
พิจารณาโครงการของผู้ทรงคุณวุฒิ สสส. วันที่ 18 มิถุนายน.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552. “ก้าวแรกของสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ : นวัตกรรมสังคมเพื่อร่วมสร้างและผลักดันนโยบายสุขภาวะ”
ใน *รายงานสุขภาพคนไทย 2552*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัทรา นาคะผิว. 2543. *ผู้หญิงกับเอดส์*. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง ‘ขบวนการ
ผู้หญิงกับการเมืองเรื่องร่างกายสตรี’ จัดโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร. 6 มีนาคม.

5 ความก้าวหน้าในรอบหนึ่งปี ของข้อเสนอเชิงนโยบาย สุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน

รวบรวมโดย กฤตยา อาชวนิจกุล

หลังจาก ร่างมติ 1/10 สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับโรคเอดส์/โรคติดต่อ (ดูหน้า 118) เข้ารับการพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ในการประชุมวันที่ 13 ธันวาคม 2551 ร่างมติดีมีการปรับเปลี่ยนไปตามข้อเสนอในที่ประชุมและได้เป็นมติสมบรูณ์ โดยมีการปรับแก้เพิ่มเติมจากร่างเดิมพอสมควร คือ นอกจากมีการปรับภาษาให้ชัดเจนและกระชับขึ้นแล้ว ยังมีการเพิ่มเติมสาระสำคัญ ดังนี้

ข้อดำเนินการที่ 1 เพิ่มชื่อกระทรวงและองค์กรที่เกี่ยวข้อง จาก 8 หน่วยงานเป็น 14 หน่วยงาน และให้ 14 หน่วยงานดำเนินการในประเด็นต่างๆ จาก 7 เรื่อง เพิ่มเป็น 13 เรื่อง

ข้อดำเนินการที่ 2 นอกจากให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันผลักดันสู่การปฏิบัติแล้ว ยังกำหนดกรอบว่า **ควรจัดตั้งกองทุนสุขภาพเพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ และเสริมสร้างกลไกการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาวะทางเพศในระดับท้องถิ่น**

ข้อดำเนินการที่ 3 เพิ่มข้อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จาก 2 ข้อ เป็น 3 ข้อ โดยขอให้สช. จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมตินี้ และนำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง ปี 2552



1. มติ 1.10 สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีรายละเอียดตามการรับรองของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2551 ดังนี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่หนึ่ง

มติ 1.10

ระเบียบวาระที่ 3.10

13 ธันวาคม 2551

สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่องสุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตระหนัก ว่าสถานการณ์สุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน คือ ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางกาย ใจ และสังคม

ตระหนัก ถึงช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ สืบเนื่องจากการที่สังคมไทยมีวัฒนธรรมทางเพศที่เป็นมาตรฐานซ้อน ที่มุ่งปลูกฝัง ควบคุม และกำกับพฤติกรรมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจนจัด อีกทั้งติตราผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

รับทราบ ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมขยายตัวรุนแรงมากขึ้น โดยผู้หญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่งผลให้เกิดการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บ พิการ และตายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

เข้าใจดี ว่าแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมจะลดลง แต่มีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์ อาจกลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากอัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยเชื่อกันว่าลดลงไปแล้วตั้งแต่ปี 2540 กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติ กลุ่มประชากรหนุ่มสาว และผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง 15-19 ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น

รับทราบ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สื่อทุกรูปแบบที่มีเนื้อหาผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. ให้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม และกระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย องค์การวิชาชีพ องค์การวิชาการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ดำเนินการ ดังนี้

- 1.1 ส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเพศศึกษาที่รอบด้าน (Comprehensive sexuality education) และมีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน โดยเน้นสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสร้างความปลอดภัยต่อสุขภาวะทางเพศ รวมถึงทักษะชีวิต ทั้งในและนอกระบบการศึกษา และการศึกษาตามอัธยาศัย รวมถึงผ่านสื่อมวลชน โดยจัดให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชาชนทุกเพศทุกวัย
- 1.2 สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบให้การปรึกษาทุกระบบ ทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงในระดับชุมชน และครอบครัว โดยเน้นการจัดบริการให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) การปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer-to-peer counseling) และการปรึกษาแบบเสริมพลังและเน้นทางเลือก (empowerment and option counseling)

- 1.3 จัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ครบวงจรทุกระดับที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความต้องการบริการที่ละเอียดอ่อน เป็นการเฉพาะ รวมทั้งบริการการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์ และจัดบริการคลินิกกามโรคที่เป็นมิตรเพื่อเป็นกลไกในการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ แก่คนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
- 1.4 สนับสนุนให้รวมบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการที่ปลอดภัยภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบ
- 1.5 สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วม และจัดทำฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาสุขภาพทางเพศ ทั้งด้านความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 1.6 ให้องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชนและครอบครัว ดำเนินการโดยเร่งด่วนให้มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันและขจัดความรุนแรงทางเพศทุกรูปแบบ
- 1.7 จัดตั้งที่พักพิงและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศในทุกจังหวัด โดยเน้นระบบบริการที่มีความครอบคลุมและครบวงจร โดยผู้ที่มีความชำนาญและทัศนคติที่เหมาะสม ควบคู่กับการพัฒนา และเพิ่มสถานบริการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านสุขภาพกาย

จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้หญิงตั้งครรภ์ ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ให้มีความครอบคลุม ครบวงจร เข้าถึงได้ง่าย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด และหลังคลอด

- 1.8 เสริมสร้างความเข้าใจ และเคารพความแตกต่างระหว่างเพศ ความหลากหลายทางเพศ และความละเอียดอ่อนในมิติการเจ็บป่วย ความพิการ และชาติพันธุ์ แก่ทุกภาคส่วนรวมถึงสื่อมวลชน
- 1.9 สนับสนุนการพัฒนาระบบยุติธรรมที่เป็นมิตรและปราศจากอคติทางเพศในทุกระดับ จากสถานีตำรวจถึงอัยการและศาล ทั้งในเชิงตัวบทกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ความพร้อมของระบบ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 1.10 พัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาวะทางเพศ
- 1.11 จัดตั้งกลไกระดับชาติที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เพื่อดำเนินการ ประสานงาน พัฒนาและติดตามประเมินผลนโยบายในการจัดการกับปัญหาสุขภาวะทางเพศ โดยมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ
- 1.12 ผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ครอบคลุมประเด็นความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์

1.13 ควบคุมการนำเสนอเนื้อหาของสื่อทุกรูปแบบที่มีผลกระทบเชิงลบต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ

2. **ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** จัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างสุขภาพทางเพศทั้ง 3 ด้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและร่วมกันผลักดันสู่การปฏิบัติ

2.1 จัดตั้งกองทุนสุขภาพ เพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

2.2 เสริมสร้างกลไกการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางเพศในระดับท้องถิ่น

3. **ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**

3.1 ผลักดันให้เกิดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศอย่างรอบด้าน

3.2 สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานสุขภาพทางเพศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ความรุนแรงทางเพศ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.3 จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมตินี้ และนำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สอง ปี 2552

2. ความก้าวหน้า ปัญหา และโอกาสการพัฒนาต่อ ข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน

หลังจากมติ 1.10 ได้รับการรับรองจากสมัชชาฯ และที่ประชุม คณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้ลงมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2551 (ดูรายละเอียดมติครม. ในภาคผนวก) และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

เกือบหนึ่งรอบปีที่ผ่านมา การดำเนินงานด้านสุขภาวะทางเพศโดย องค์การพัฒนาเอกชนและนักวิชาการที่ทำงานด้านนี้มามากกว่า 20 ปี รวมทั้งหน่วยราชการหลักที่เกี่ยวข้อง ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับ สุขภาวะทางเพศ 3 ด้านนี้ และมีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องมา ตลอดพ.ศ.2552 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งถูกกำหนด โดยมติ 1.10 ให้ต้องจัดทำรายงานความก้าวหน้า เพื่อเสนอในสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ที่จะจัดขึ้นวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 นี้ สช. จึงจัดการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมติ 1.10 ในช่วงเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน และขอให้หน่วยงานเหล่านี้ส่งข้อมูลกิจกรรมที่ ดำเนินการมาตลอดตั้งแต่ต้นปีว่าได้ทำอะไรไปบ้าง พบปัญหาและหรือ อุปสรรคอะไรบ้าง รวมถึงข้อเสนอที่อาจมีการพัฒนาต่อไป ได้ผลเป็น รายงานตามรายละเอียดต่อไปนี้

รายงานความก้าวหน้าอย่างเป็นทางการที่จัดทำโดย สช.¹

สภากะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับโรคเอดส์/โรคติดต่อ (มติ 1.10)

(1) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม และกระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย องค์กรวิชาชีพ องค์กรวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ดำเนินการ ดังนี้

- 1.1 ส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเพศศึกษาที่รอบด้าน (Comprehensive sexuality education) และมีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน โดยเน้นสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสร้างความปลอดภัยต่อสภากะทางเพศ รวมถึงทักษะชีวิตทั้งในและนอกระบบการศึกษา และการศึกษาตามอัธยาศัย รวมถึงผ่านสื่อมวลชน โดยจัดให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชาชนทุกเพศทุกวัย

¹ เป็นรายงานที่ประชุมคณะกรรมการติดตามผลของสช. รับรองแล้ว เมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน 2552.

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงานในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานการศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย มีโครงการ กิจกรรม คู่มือ แนวทางการจัดอบรม วิทยากร ครูสอนเพศศึกษา กิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจด้านเพศศึกษา

2) กระทรวงสาธารณสุข อาทิ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มียุทธศาสตร์ในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง มีการให้ความรู้ความเข้าใจด้านเพศศึกษาในรูปแบบต่างๆ

3) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีแผนการดำเนินการโครงการ “แม่วัยใส” ปีงบประมาณ 2553 มีโครงการที่เกี่ยวข้อง 3 โครงการ ได้แก่ 1) ศูนย์ 3 วัยสานสายใยแห่งครอบครัว โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็ก วัยแรงงาน และผู้สูงอายุ มี 42 ศูนย์ใน 40 จังหวัด 2) โครงการคาราวานเสริมสร้างเด็ก ช่วงอายุ 0-18 ปี ในพื้นที่นำร่องในภูมิภาค 3) โครงการเด็กไทยรู้รักษ์ ห่วงใยตนเอง กลุ่มเด็กเยาวชนในสถานศึกษา ในพื้นที่นำร่องในภูมิภาค

4) กระทรวงวัฒนธรรม โดยสำนักวัฒนธรรมและศูนย์วัฒนธรรม มีการสอดแทรกความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาไว้ในโครงการสอนให้นักเรียนเรียนรู้วิธีการปฏิเสธ และเน้นวัฒนธรรมในการป้องกันโดยตรงรวมถึงเน้นเรื่องความรักและความอบอุ่นในครอบครัว

5) อปท. เช่น หน่วยงานเทศบาลนามะเฟื่อง มีตัวอย่างการให้ความรู้ การป้องกัน สร้างความเข้าใจให้ผู้บริหาร เช่น ชุมชนช่วยกันตั้งชมรมทำดีให้เด็กดู มีพื้นที่นำร่องเกิดเครือข่ายสายใยรักกับครอบครัวครอบครัวแห่งชาติ ทักชะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

6) กรุงเทพมหานคร มีสำนักที่เกี่ยวข้อง 10 สำนัก มีสำนักพัฒนาสังคมรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายและผู้ด้อยโอกาส การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา

7) สสส. โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ซึ่งดำเนินงานโดยมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) และได้รับงบประมาณจาก สสส. ได้นำมติสุขภาวะทางเพศไปเผยแพร่แก่ภาคีที่ทำงานร่วมกัน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานและอ้างอิง รวมทั้งทำลิงค์เผยแพร่มตินี้ในเว็บไซต์วิกิพีเดียไทย ภายใต้ชื่อ “สุขภาวะทางเพศ” ที่ www.th.wikipedia.org/wiki/สุขภาวะทางเพศ มีโครงการเรียนรู้เรื่องเพศในหลายลักษณะ ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้นอกระบบการศึกษา เช่น เรียนรู้ผ่านกระบวนการละคร การเรียนรู้เรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและลูก การเรียนรู้ตามอัธยาศัยผ่านชุดนิทรรศการขององค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งชาติ (อพวช.) และพยายามที่จะพัฒนาให้เป็นต้นแบบการเรียนรู้เรื่องเพศทางเลือกที่จะนำไปขยายผลได้ รวมทั้งยังได้จัดทำโครงการสร้างแกนนำสุขภาวะทางเพศในกลุ่มเยาวชนอาชีวศึกษา 4 ภาค

8) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี มีการพัฒนาหลักสูตรและการบริหารจัดการหลักสูตรกิจกรรมลูกเสือ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

9) องค์กรแพธ สนับสนุนงบประมาณให้กับเครือข่าย ภาควิชาการ คณะพยาบาล มอ. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และภาคเครือข่ายจากเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสตูล มีหลักสูตรอบรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านเพศศึกษาเพื่อเป็นวิทยากร อบรมครู มีโรงเรียนร่วมกิจกรรม

ปัญหาและอุปสรรค

1) หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการขับเคลื่อนสุขภาวะทางเพศมีความหลากหลาย ยังขาดการเชื่อมโยงการทำงานที่เป็นระบบ ขาดเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ

2) ในส่วนกระทรวงศึกษา มีหน่วยงานที่รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายหลายหน่วยงาน จึงขาดความเป็นเอกภาพ ขาดการบูรณาการ และการส่งเสริมป้องกันอย่างรอบด้าน

3) การใช้หลักสูตรส่งเสริมความรู้ดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่กับนโยบายระดับกระทรวง ผู้บริหารพิจารณาเห็นชอบ (โรงเรียนมีอิสระในการกำหนดหลักสูตรเอง)

4) หลายโครงการมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ สามารถทำเป็นโครงการนำร่องได้เฉพาะบางพื้นที่

5) สื่อการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังมีน้อย ขาดความต่อเนื่องในการจัดกิจกรรม

6) นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวระหว่างการมีเพศสัมพันธ์

7) ข้อความตามมติมีขอบเขตกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1) ขอให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข องค์การภาคเอกชนและประชาสังคม เป็นเครือข่ายหลักในการเชื่อมโยงด้านสุขภาวะทางเพศสู่การปฏิบัติ ควรตั้งกลไกระดับชาติเพื่อดำเนินการประสาน พัฒนา และติดตาม ประเมินผลนโยบาย

2) รัฐควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อป้องกันปัญหา การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม รวมทั้งปัญหา สุขภาพทางเพศด้านอื่นๆ

3) ให้น่วยงานที่ดำเนินงานมีการถอดบทเรียนด้านการจัดการ สุขภาวะทางเพศ เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่เพื่อการขยาย ผลคนทำดีต่อไป

4) ควรกำหนดเป็นนโยบายในสถานศึกษาบรรจุในหลักสูตรเป็น วิชาบังคับเลือก เพื่อให้เด็กนักเรียนทุกคนได้เรียนอย่างน้อย 18 คาบต่อปี การศึกษา หรือควรมีการบรรจุไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนบทเรียน เสริมทักษะชีวิต

5) ควรมีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาวะทางเพศ



1.2 สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบให้การปรึกษาทุกระบบ ทั้งในภาครัฐ และเอกชน รวมถึงในระดับชุมชนและครอบครัว โดยเน้นการจัดบริการให้การปรึกษา ทั้งก่อน และหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) การปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer-to-peer counseling) และการปรึกษาแบบเสริมพลังและเน้นทางเลือก (empowerment and option counseling)

wanasปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงาน ในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีโครงการ “แม่วัยใส” โดยมีโครงการการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างความตระหนัก การเสริมสร้างองค์ความรู้และทัศนคติแก่บุคลากรในสถานศึกษา

2) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการ จัดตั้งศูนย์พึ่งได้ขึ้นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อพัฒนาบุคลากร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพร่วมกับ เครือข่าย ในการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และ สร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาค รัฐและเอกชน

3) หน่วยงาน อปท. เช่น เทศบาลนามะเฟือง ได้สร้างความ เข้าใจให้ผู้บริหาร เพื่อให้ท้องถิ่นเองได้ตระหนักหาพี่เลี้ยงที่ปรึกษา โดยให้ สสจ.เข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงาน สกว.ช่วยสร้างการเรียนรู้กับการจัดการ ปัญหาการทะเลาะวิวาทของเด็กนักเรียน โดยให้ชาวบ้านได้คุยกัน ทำให้ ทราบว่าปัญหาของเด็กส่วนหนึ่งมาจากปัญหาที่ผู้ใหญ่สร้างขึ้นเช่นกัน

4) สสส. โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ซึ่งดำเนินงานโดยมูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) จัดทำโครงการสร้างแกนนำสุขภาวะทางเพศในกลุ่มเยาวชนอาชีวศึกษา 4 ภาค เพื่อทำงานกับกลุ่มเพื่อนเยาวชนในลักษณะ peer to peer education

5) สสส. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ และโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ร่วมกันพัฒนาแนวทางการอบรมการให้การให้คำปรึกษาที่เสริมสร้างพลังและเน้นทางเลือกผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม

6) มูลนิธิผู้หญิง สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบให้การปรึกษาทุกระบบ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิของผู้หญิงและเด็กที่ประสบปัญหาความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ เช่น ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงในครอบครัว โดยเน้นการปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และมีอาสาสมัครเป็นคนในชุมชนดำเนินการให้ความช่วยเหลือ

ปัญหาและอุปสรรค

1) บุคลากรไม่เพียงพอในการดำเนินงาน และบางหน่วยงานเป็นบุคลากรใหม่ ยังไม่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา

2) ผู้ปฏิบัติงานยังมีอคติในเรื่องเพศ หรือมีทัศนคติที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหาเชิงสุขภาวะ ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างภาคี ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน งบประมาณ และมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างเป็นรูปธรรม

3) การทำงานโครงการแม่วัยใสของสำนักกิจการสตรี พม. มีงบประมาณน้อย ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง

4) มติมีขอบเขตกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1) ในส่วนขององค์กรภาคประชาสังคม ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุน ทั้งด้านองค์ความรู้และงบประมาณ

2) เพื่อให้การดำเนินงานในลักษณะวิชาชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการบูรณาการให้เกิดความชัดเจนทางด้านงบประมาณ บุคลากร พัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง องค์ความรู้ ยุทธศาสตร์การพัฒนา รวมทั้งทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องร่วมกับศูนย์ฟังได้ (OSCC)

3) ควรเน้นการพัฒนาหลักสูตรกลาง และมีการอบรมเพื่อเป็นวิทยากร เพื่อสร้างกระบวนการที่ศรัทธาและเข้าใจในกระบวนการและแนวคิดนี้

1.3 จัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ครบวงจรทุกระดับ ที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความต้องการบริการที่ละเอียดอ่อนเป็นการเฉพาะ รวมทั้งบริการการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์ และจัดบริการคลินิกกามโรคที่เป็นมิตร เพื่อเป็นกลไกในการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ แก่คนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ทางเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการจัดตั้งศูนย์ฟังได้ประจำโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นศูนย์บริการสุขภาพทางเพศ หรือศูนย์ฟังได้เป็นกลไกในการให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำ

รุนแรง และขยายบริการไปสู่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 150 แห่ง กรมควบคุมโรค มีการจัดตั้งคลินิกนิรนามสำหรับให้บริการคลินิกกามโรค ที่เป็นมิตร

ปัญหาและอุปสรรค

1) ความไม่ชัดเจนทางด้านนโยบายในระดับชาติ สำหรับหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย คือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ คือกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังขาดงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน

2) เนื่องจากศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ดำเนินงานแบบสหวิชาชีพ มีปัญหาเชิงโครงสร้างและนโยบาย การทำงานเชิงบูรณาการ ขาดงบประมาณ บุคลากร ทักษะ องค์ความรู้ ห้องบริการยังไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3) การประชาสัมพันธ์ในเรื่องการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ยังไม่เพียงพอ ประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบว่ามีการให้บริการนี้เกิดขึ้น

4) การตั้งครกไม่พึงประสงค์ในเด็กและสตรี ยังไม่มีแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดปัญหาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

5) การตรวจทางนิติเวช เช่น การเก็บวัตถุพยาน การตรวจ Specimen ที่เกี่ยวข้อง เช่น Acidphosphates การตรวจ DNA พบว่าการตรวจได้ผลล่าช้า เพราะต้องส่ง Lab ข้างนอก

6) ไม่มีระบบการรักษาความลับของผู้ป่วย

7) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมได้ ยังขาดการทำงานเชิงรุก การประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนยังเข้าถึงน้อย และการจัดตั้งคลินิก ขึ้นมาใหม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน

8) กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งคลินิกนิรนามสำหรับให้บริการคลินิกแกมโรคที่เป็นมิตร แต่ประชาชนยังเข้าถึงน้อย อาจเนื่องมาจากเป็นการทำงานเชิงตั้งรับเป็นหลัก

9) กรุงเทพมหานคร อาสาสมัครที่ทำงานในศูนย์รับแจ้งเหตุในชุมชนจำนวน 1,918 ศูนย์ ขาดทักษะและความรู้ในการทำงาน

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1) ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับชาติ เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี และครอบครัวในระดับชาติ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน การประสานความร่วมมือที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหา สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

2) ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ที่เหมาะสมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทุกระดับและทุกวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยประสานกับนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญร่วมกันถ่ายทอดบทเรียนของคนทำงาน จัดทำเป็นหลักสูตรในการอบรม ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

3) ควรผลักดันการจัดตั้งคลินิกามโรคในระดับชาติ และมีการกำหนดตัวชี้วัดการจัดตั้งคลินิกในโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็นตัวชี้วัดระดับกรม

1.4 สนับสนุนให้รวมบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการที่ปลอดภัย ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน มีสถานพยาบาลเพื่อรับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา หากครรภ์มีอายุไม่เกิน 12 สัปดาห์ องค์การเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข มีการให้คำปรึกษา ให้การอบรม รวมทั้งหางบประมาณเพื่อดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย

ปัญหาและอุปสรรค

- 1) แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะเป็นผู้ดำเนินงานยุติการตั้งครรภ์
- 2) การสนับสนุนให้รวมบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการปลอดภัยของกฎหมาย ให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบทำได้ยาก

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ควรใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการหาทางออกในการยุติการตั้งครรภ์ของแพทย์ โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ สสส. เป็นแกนกลางดำเนินงาน

**1.5 สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วม และจัดทำ
ฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาสุขภาวะทางเพศ ทั้งด้าน
ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่อง
เพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**

วางแผนปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงาน
ในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) สสส. โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศ ได้มีการ
สนับสนุนชุดโครงการวิจัยเพื่อวางรากฐานองค์ความรู้สู่การขับเคลื่อน
นโยบายสุขภาวะทางเพศ ผ่านสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล มีโครงการย่อย 7 โครงการที่อยู่ในระหว่างดำเนิน
การ คือ (1) การสร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศในวัฒนธรรมบริโภค
(2) การได้เถียงสาธารณะ/ทางเลือกเชิงนโยบาย “ท้องไม่พร้อม”
(3) การได้เถียงสาธารณะ/ทางเลือกเชิงนโยบาย “การค้าบริการทางเพศ”
(4) การศึกษาติดตามปัญหาและอุปสรรคของพรบ.ความรุนแรงใน
ครอบครัว: ฐานความคิด โอกาส และอุปสรรค (5) การเขียนตำรา
“ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย: แนวคิด สถานการณ์ และการ
เคลื่อนไหว” (6) การเขียนตำรา “ความหลากหลายทางเพศ: แนวคิด
สถานการณ์ และการเคลื่อนไหว” และ (7) ฐานข้อมูลนัยในการดำเนิน
ชีวิตทางเพศในสังคมไทย นอกจากนั้น มีการศึกษาวิจัยในด้านนี้อีกหลาย
หน่วยงานโดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา

2) มูลนิธิผู้หญิง ได้สนับสนุนให้ทีมงานวิจัยอย่างมีส่วนร่วม เช่น กรณีผู้หญิงต้องคดีฆ่าสามีเนื่องจากความรุนแรงในครอบครัว การคุกคามทางเพศในการทำงาน

ปัญหาและอุปสรรค

1) นักวิจัยมักมีข้อจำกัดในการทำให้งานวิจัยสามารถสื่อสารต่อสังคมให้เข้าใจได้

2) ข้อความตามมตินี้มีขอบเขตกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่ทุกหน่วยงานสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันได้ โดยไม่เกิดการซ้ำซ้อนของการจัดเก็บข้อมูล

2) ควรให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานด้านการวิจัยของประเทศ จัดทำแผนการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมในปัญหาสุขภาวะทางเพศ ทั้งด้านความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3) ควรส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก การป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ และให้มีการประสานงานความร่วมมือหลายภาคส่วน รวมทั้งเพิ่มการผลิตและสนับสนุนถุงยางอนามัยที่มีขนาดต่ำกว่า 49 มม. รวมถึงการหาข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจนต่อการผลิตและจัดซื้อ

1.6 ให้องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชน และครอบครัว ดำเนินการโดยเร่งด่วนให้มีมาตรการที่มี ประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันและขจัดความรุนแรงทางเพศ ทุกรูปแบบ

มาตรการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงาน ในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้มีการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นในจังหวัดสุพรรณบุรี ราชบุรี และ มหาสารคาม โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนและครอบครัว

2) มูลนิธิผู้หญิง ได้สร้างกลไกระดับชุมชนในพื้นที่จังหวัดพังงา หลังจากเหตุการณ์สึนามิ และสนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบในการจัดการ ดูแลเยียวยาผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง ทั้งในครอบครัวและชุมชน ใน กทม. สงขลา และพังงา

3) สสส. โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศ ร่วมกับมูลนิธิ รักษ์ไทย ได้ทำโครงการลดอันตรายจากเหล้าเพื่อลดความรุนแรงใน ครอบครัว ดำเนินการในชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด พัทลุง พะเยา และ ลำพูน โดยเน้นการดึงชุมชนเข้ามาร่วมเรียนรู้ปัญหา เป็นต้น

4) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินโครงการ ส่งเสริมการเผยแพร่ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงใน ครอบครัว พ.ศ.2550 จำนวน 8 จังหวัดในภาคเหนือและภาคอีสาน

5) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครนายก ได้ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว โดยได้ประชาสัมพันธ์ และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวให้กับกรรมการในจังหวัด และอบรมให้กับสหวิชาชีพ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น อัยการ ตำรวจ ทนายความ แพทย์ พยาบาล อปท อาสาสมัครชม. ประธานศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค

1) ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงไม่แจ้งความดำเนินคดีต่อผู้กระทำ ความรุนแรง เนื่องจากมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาหรือเครือญาติกับ ผู้กระทำ ความรุนแรงในครอบครัว

2) ข้อความตามมตินี้มีขอบเขตกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงให้เป็นที่รู้จักแพร่หลายมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เป็นที่รับรู้ว่าคุณคน สามารถเข้ามาปรึกษาหารือมีส่วนร่วมในการลดความรุนแรงในครอบครัว



1.7 จัดตั้งที่พักพิงและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศในทุกจังหวัด เน้นระบบบริการที่มีความครอบคลุมและครบวงจร โดยผู้ที่มีความชำนาญและทัศนคติที่เหมาะสม ควบคู่กับการพัฒนาและเพิ่มสถานบริการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ให้มีความครอบคลุม ครบวงจร เข้าถึงได้ง่าย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด และหลังคลอด

wanasปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงานในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดบ้านพักพิงสำหรับผู้ประสบปัญหาต่างๆ ซึ่งรวมปัญหาความรุนแรงทางเพศด้วยใน 49 จังหวัด โดยอนุญาตให้พักพิงได้ภายในกำหนดเวลาระยะสั้นประมาณ 7 วันถึง 3 เดือน และมีบ้านพักที่สามารถให้บริการครบวงจร มีเพียงภาคละ 1 แห่ง

2) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี ได้ดำเนินการตามมติ ประสานร่วมมือกับ พมจ.มีการอบรม เผยแพร่บริการให้ อสม./ผู้นำชุมชน/เยาวชนในพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรค

1) ขาดการพัฒนาบ้านพักพิงในทุกจังหวัดอย่างเพียงพอ ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ ตลอดจนคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการยังไม่ครอบคลุมต่อสภาพปัญหา

2) ไม่สามารถจัดการให้ผู้กระทำความรุนแรงมารับผิดชอบต่อผลกระทบได้ ทำให้ปัญหาถลักลับซ้ำ เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทอดทิ้งเด็กแล้วตำหนิแต่มารดา พบแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มไม่พร้อมเลี้ยงดูบุตรสูงขึ้น เป็นงานบริการที่เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลามากทุ่มเทพลัง/เวลา มากขึ้นในการจัดการระยะสั้นและระยะยาว

3) ข้อความตามมตินี้มีขอบเขตกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1) ควรให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดทำและพัฒนาที่ฝึกพิงที่มีมาตรฐาน และคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศที่มีอยู่ในทุกจังหวัด ให้ครอบคลุมและครบวงจร โดยผู้ที่มีความชำนาญและทัศนคติที่เหมาะสม ควบคู่กับการพัฒนาและเพิ่มสถานบริการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ให้มีความครอบคลุม ครบวงจร เข้าถึงได้ง่าย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด และหลังคลอด และเพิ่มบุคคลและพัฒนาทักษะองค์ความรู้ให้กับบุคลากร และมีระบบส่งต่อที่เื้อต่อสภาพปัญหาของบุคคลนั้น

2) การสอนทักษะการปฏิเสธ ทักษะชีวิตที่จำเป็นแก่เด็ก วัยรุ่น หญิงชาย ความรับผิดชอบ การคุมกำเนิดหากยังไม่พร้อม ให้เด็กเห็นคุณค่าและป้องกันปัญหาได้

3) กฎหมายและสังคมต้องไม่เพิกเฉยกับสื่อ/สิ่งกระตุ้นทางลบที่มีอยู่ในสังคม

1.8 เสริมสร้างความเข้าใจ และเคารพความแตกต่างระหว่างเพศ ความหลากหลายทางเพศ และความละเอียดอ่อนในมิติการเจ็บป่วย ความพิการ และชาติพันธุ์ แก่ทุกภาคส่วนรวมถึงสื่อมวลชน

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงานในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) มูลนิธิผู้หญิง ทำโครงการสุขภาวะผู้หญิง เรื่องของผู้หญิงที่ประสบปัญหา มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทำแผนงานที่สอดคล้องกับสุขภาวะทางเพศหลายข้อ

2) สสส. โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศ สร้างความเข้าใจโดยการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เน้นแนวคิดเกี่ยวกับการเคารพสิทธิและความหลากหลายทางเพศทางสื่อต่างๆ มีการจัดการอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาวะทางเพศภาครัฐและเอกชน มีการจัดหลักสูตรอบรมเพื่อเป็นวิทยากรหลักสูตร

3) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ มีโครงการส่งเสริมทักษะชีวิตเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคำนึงมิติหญิงชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน สังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ปัญหาและอุปสรรค

ข้อความตามมตินี้มีขอบเขตกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

การสร้างค่านิยมต่อบทบาทของครอบครัวทั้งหญิงและชาย ควรเริ่มจากบ้านโดยการเลี้ยงดูลูกสาว ลูกชาย การให้คุณค่าอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน ในโอกาสของผู้ปกครองที่ผ่านมาให้โอกาสลูกชายมากกว่าลูกสาว

1.9 สนับสนุนการพัฒนากระบวนยุติธรรมที่เป็นมิตรและปราศจากอคติทางเพศในทุกระดับ จากสถานีดำรวจ ถึงอัยการและศาล ทั้งในเชิงตัวบทกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติต่างๆ ความพร้อมของระบบ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงานในหลายหน่วยงาน อาทิ

1) สสส. โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศ ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ทำงานเพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างภาครัฐและประชาสังคม เพื่อให้เห็นต่อการแก้ไขกฎหมายอาญาที่เกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับเพศ เพื่อเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาสังคมได้มีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขกฎหมายมากขึ้น และให้กฎหมายปราศจากอคติทางเพศ

2) กระทรวงยุติธรรม โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ มีการกำหนดภารกิจในการส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ โดยการสร้างมาตรการ กลไก เครื่องมือต่างๆ ที่จะเป็นสิ่งประกันให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายฐานความผิดทางเพศและจำเลยในคดีอาญา ให้การคุ้มครองพยานในคดีอาญา

3) มูลนิธิผู้หญิง ได้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนยุติธรรมที่เป็นมิตรและปราศจากอคติทางเพศ โดยการเผยแพร่แนวคิด Battered Wife Syndrome ให้ครอบครัว สังคม ศาลยุติธรรมให้เกิดความเข้าใจและการยอมรับและใช้แนวคิดนี้เป็นแนวทางพิจารณาให้ความยุติธรรม

ปัญหาและอุปสรรค

1) ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะเพศชาย ยังไม่เข้าใจ การรับรู้ปัญหาความตระหนัก รวมถึงความรู้และการมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพทางเพศ

2) กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ สามารถดำเนินการให้ความช่วยเหลือได้เฉพาะด้านการเงิน ในส่วนของการช่วยเหลือทางจิตใจ การเยียวยาเพื่อให้ผู้เสียหายมีวิถีชีวิตตามปกติ ยังไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

3) กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ พบปัญหาการช่วยเหลือพยานด้านอื่นๆ อยู่ในความคุ้มครองต้องให้ความช่วยเหลือในด้านการศึกษา การฝึกอาชีพ การสาธารณสุข แต่ในทางปฏิบัติ การประสานขอความช่วยเหลือได้อย่างไม่เต็มที่ เนื่องจากติดขัดเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และแนวปฏิบัติ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1) สร้างความเข้าใจให้กับประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะเพศชาย ด้วยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลกระทบเรื่องสุขภาพ สิทธิ หน้าที่ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศ และสนับสนุนการมีส่วนร่วม

2) ควรให้กระทรวงยุติธรรมเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบ ยุติธรรมที่เป็นมิตรและปราศจากอคติทางเพศในทุกระดับ มีการผลักดัน มาตรการป้องกันปัญหาความรุนแรงทางเพศ ประสานความร่วมมือเพื่อให้ความช่วยเหลือพยานในคดีอาญาอย่างเหมาะสม

1.10 พัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาวะทางเพศ

วงการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า

1) ขณะนี้คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ได้ให้ความเห็นชอบต่อร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2552-2556) สร้างชีวิตเด็กเกิดใหม่ให้มีคุณภาพ ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี มี 6 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนไทยทุกเพศทุกวัย มีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 4) ยุทธศาสตร์การร่วมกับภาคีเครือข่าย ผลักดันให้งานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นเป็นวาระแห่งชาติ 5) ยุทธศาสตร์

การพัฒนากฎหมาย กฎระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และ
สุขภาวะทางเพศ และ 6) ยุทธศาสตร์การพัฒนาดังกล่าวและ
เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์

2) สสส. โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศ และมูลนิธิ
สร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน
สถาบันวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ตั้งคณะทำงานขับเคลื่อน
งานอนามัยผู้หญิงให้เป็นทางเลือกเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อ
กำหนดยุทธศาสตร์การทำงานผลักดันให้อยู่ในระบบบริการของรัฐ

ปัญหาและอุปสรรค

ยังไม่มีประกาศใช้นโยบาย

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้ชัดเจน โดยมีกลไกเจ้าภาพหลัก

- 1.11 จัดตั้งกลไกระดับชาติที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เพื่อ
ดำเนินการ ประสานงาน พัฒนา และติดตามประเมินผล
นโยบายในการจัดการกับปัญหาสุขภาวะทางเพศ โดยมี
งบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ได้มีมติ ครม.กำหนด
ให้มีคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ โดยมี
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประธาน มีอธิบดีกรม
อนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดนโยบายด้านการ
อนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศอยู่แล้ว

ปัญหาและอุปสรรค

หน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการขับเคลื่อน
สุขภาวะทางเพศมีหลากหลาย ยังขาดการเชื่อมโยงการทำงานที่เป็นระบบ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

คณะกรรมการอำนวยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ เป็นกลไกเชื่อมโยง
ประสานการทำงานระหว่างองค์กรต่างๆ ให้เป็นระบบ และมีเป้าหมาย
เชิงบูรณาการ

1.12 ผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการ
เจริญพันธุ์ ที่ครอบคลุมประเด็นความรุนแรงทางเพศ
การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
และเอดส์

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า กระทรวงสาธารณสุข
โดยกรมอนามัย ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้มีการประชุมทบทวนร่าง
พระราชบัญญัติคุ้มครองการอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ... . ตามข้อคิด
เห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ปัญหาและอุปสรรค

มีความล่าช้าในการดำเนินงาน

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

รัฐบาลเร่งผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ... ที่ครอบคลุมประเด็นความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ให้มีการประกาศใช้โดยเร็ว

1.12 ควบคุมการนำเสนอเนื้อหาของสื่อทุกรูปแบบ ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า

1) คณะรัฐมนตรีสมัชชานายกรัฐมนตรีสมชาย วงษ์สวัสดิ์ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และมีการจัดตั้งอนุกรรมการ รวม 6 คณะ คือ (1) อนุกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ (2) อนุกรรมการกำหนดแนวทางการปราบปรามสื่อฯ (3) คณะอนุกรรมการกองทุนเพื่อพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ (4) คณะอนุกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์จังหวัด (5) คณะอนุกรรมการศูนย์ปฏิบัติการพัฒนาสื่อฯ (6) คณะอนุกรรมการฯ กรุงเทพมหานคร (7) คณะอนุกรรมการบูรณาการและปรับปรุงกฎหมายด้านสื่อฯ และขณะนี้ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์เสร็จเรียบร้อยแล้ว

2) กระทรวงวัฒนธรรม ได้มีการขับเคลื่อนงานการเฝ้าระวังสื่อทุกรูปแบบ ผ่านนโยบายสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ โดยมีอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องถึง 7 คณะ

3) มูลนิธิผู้หญิง ได้สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายทำการตรวจสอบสื่อในมิติหญิงชาย สุขภาวะผู้หญิงที่ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างทางเพศ จัดทำรายงานละเมิดหรือส่งเสริมสิทธิผู้หญิง

ปัญหาและอุปสรรค

สื่อขาดความระมัดระวังการนำเสนอส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

สร้างความเข้าใจให้กับประชาชนทั่วไปสนับสนุนการมีส่วนร่วมรวมถึงการรู้เท่าทันสื่อ

2. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างสุขภาวะทางเพศทั้ง 3 ด้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันผลักดันสู่การปฏิบัติ

2.1 จัดตั้งกองทุนสุขภาพ เพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า

1) ในปัจจุบัน สปสช. ได้ร่วมกับ อปท. จัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลขึ้นประมาณ 50% ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศได้

2) สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร ได้มีการดำเนินงานตั้งกองทุนเพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศสำหรับลดความรุนแรงและการป้องกัน

ปัญหาและอุปสรรค

การจัดตั้งกองทุนระดับท้องถิ่นรวมถึงกรุงเทพมหานครยังไม่ครอบคลุม และมีงบประมาณไม่เพียงพอ เพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ สำหรับลดความรุนแรงและการป้องกัน รวมทั้งอาสาสมัครในศูนย์รับแจ้งเหตุยังขาดทักษะและความรู้ในการร่วมดำเนินงาน

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ให้ สปสช. พิจารณายกยุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการปลอดภัย และควรขยายกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยเพิ่มการจัดสรรค่าใช้จ่ายส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคในสถานพยาบาลให้กับกองทุน เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพทางเพศ

2.2 เสริมสร้างกลไกการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางเพศในระดับท้องถิ่น

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีการดำเนินงานในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุในชุมชนจำนวน 1,918 ศูนย์ มีอาสาสมัครกว่า 1,800 คน ทำงานเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา ฟันฟูและเยียวยา นอกจากนั้น ยังมีการดำเนินการในอีกหลายพื้นที่ เช่น เทศบาลตำบลนามะเฟือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นต้น นอกจากนั้น มูลนิธิผู้หญิง ร่วมกับ อปท. สถาบันการศึกษา รวมถึงหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ มีการเสริมสร้างกลไกและมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันเฝ้าระวังปัญหาในระดับชุมชน

ปัญหาและอุปสรรค

มติมีขอบเขตกว้างขวาง ไม่เฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่ชัดเจน

3. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

3.1 ผลักดันให้เกิดนโยบาย และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศอย่างรอบด้าน

ทางเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และสนับสนุนข้อเสนอของกรมอนามัยที่ต้องการให้มีแผนยุทธศาสตร์การอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ในการพิจารณาของคณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2552 นอกจากนั้น ยังได้ผลักดันให้มีการบรรจุสาระสำคัญด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ข้อ 31 ว่า “ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินการตามแผนให้เป็นรูปธรรม” และข้อ 31 วรรคสองว่า “ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย”

ปัญหาและอุปสรรค

ยังไม่มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ขอให้ สช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกลไกในการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ

- 3.2 สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงาน
สุขภาวะทางเพศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน
ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
ความรุนแรงทางเพศ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านนี้ไปแล้ว 3 ครั้ง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายที่ทำงานด้านนี้

- 3.3 จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตาม
มตินี้ และนำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่สอง ปี 2552

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ได้ดำเนินการแล้วตามเอกสารข้างต้น

3. ข้อสังเกตเพื่อการติดตามความก้าวหน้าต่อไป

ความก้าวหน้าที่น่าเสนอนี้ อาจพิจารณาได้ว่าเป็นเพียงความคืบหน้าเบื้องต้นเท่านั้น เนื่องจากรายงานของคณะกรรมการติดตามผลของสช. ยังไม่สามารถรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงอีกมากมายได้ นอกจากนี้ เพราะเป็นผลของข้อจำกัดแห่งเวลาและบุคคล ในการติดตามการทำงานจากหน่วยงานทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นจากภาคราชการ ภาคประชาสังคม และภาคท้องถิ่นแล้ว ยังเป็นเพราะมีรายละเอียดในเชิงอุปสรรคของข้อกฎหมายและการปฏิบัติจริงหลายประการ ที่อาจทำให้การทำงานเรื่องความรุนแรงทางเพศ ท้องไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์ยากจะทะลุไปได้ กล่าวโดยสรุปก็คือ รายงานคงสะท้อนภาพได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ดังตัวอย่างข้อเท็จจริงดังนี้

(1) ในพ.ศ.2552 มีการรณรงค์และการดำเนินงานต่อเนื่องของภาครัฐและภาคประชาสังคมอีกมากที่มีได้ถูกบันทึกในรายงานดังตัวอย่าง²

- มูลนิธิผู้หญิง กฎหมาย และการพัฒนาชนบท (ผกฎ) และศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดประชุมปฏิบัติการกับผู้พิพากษา อัยการ นักวิชาการสตรีนิยม และผู้ทำงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เกี่ยวกับกฎหมายอาญาในความผิดเกี่ยวกับเพศหลายครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา โดยครั้งสุดท้ายจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ

² ที่ยกตัวอย่างได้ ก็เพราะเป็นกิจกรรมที่ผู้เขียนมีส่วนร่วมด้วย ที่จริงยังมีการรณรงค์และหรือกิจกรรมอีกมากมายที่สมควรบันทึกไว้ หากมีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ

เรื่อง ‘ร่วมคิดร่วมสร้างในการปกป้องและเยียวยาผู้หญิงในคดีความผิดเกี่ยวกับเพศ : ช่มชืดหรือไม่ช่มชืด’ จัดร่วมกับสถาบันวิจัยรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม และสถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด เมื่อวันที่ 28-29 พฤศจิกายน 2552

- ศาลอาญานบุรี ได้จัดอบรมเจ้าหน้าที่ของศาลทุกระดับ ตั้งแต่ผู้พิพากษา เจ้าหน้าที่ศาลทุกระดับ ถึงเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) เกี่ยวกับความละเอียดอ่อนของกระบวนการทางศาลในกรณีความรุนแรงทางเพศ และความรุนแรงในครอบครัว โดยได้วางแนวทางปฏิบัติหลายอย่าง เช่น การสืบพยานแบบไม่เผชิญหน้า โดยมีการปรับห้องพิจารณาคดีให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ศาลทุกระดับรับทราบแนวปฏิบัติดังกล่าว และได้ผลิตซีดีเรื่อง ผู้หญิงต้องการอะไรในกระบวนการยุติธรรม เริ่มใช้ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา

- สถาบันวิจัยรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม กำลังจัดพิมพ์หนังสือศาลยุติธรรมและความเสมอภาคทางเพศ (Court and Gender Justice) เริ่มเผยแพร่ได้ในเดือนธันวาคม 2552 นี้

- คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ จัดสัมมนาหลายครั้งเกี่ยวกับคดีทางเพศและการละเมิดทางเพศ เช่น การสัมมนาสิทธิมนุษยชนในกระบวนการยุติธรรม: กลไกคุ้มครองสิทธิผู้เสียหายคดีความผิดเกี่ยวกับเพศ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2552 และร่วมกับ มูลนิธิธีรนาถ กาญจนอักษร และเครือข่ายหลากหลายทางเพศ จัดประชุมกับตัวแทนจากกระทรวงกลาโหมหลายครั้งในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา เรื่องการบันทึกในเอกสาร สด. 43 ที่ระบุว่า กะเทยหรือสาวประเภทสองที่เข้ารับการตรวจเกณฑ์ทหารว่าไม่ผ่านการเกณฑ์ทหารเพราะ ‘เป็นโรคจิตถาวร’ ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2552

- การจัดประชุมเพศวิถีศึกษาครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 25-27 พฤศจิกายน 2552 และกิจกรรมการรณรงค์ด้านเพศและเอดส์อีกหลายกิจกรรม ที่จัดขึ้นตลอดปี โดยเฉพาะในเดือนธันวาคม 2552 เป็นต้น

(2) ยังไม่มีระบบการกำกับ ติดตาม และรวบรวมข้อมูล ทั้งในระดับนโยบาย และในระดับปฏิบัติจริงว่าต้องประสบปัญหาอย่างไรบ้าง ดังที่มีการระบุไว้ในบทความทางวิชาการ รายงานวิจัย และประเด็นอภิปรายในการประชุมต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศทั้ง 3 ด้าน ดังเช่น

- ตำรวจยังมีแนวโน้มที่จะไม่รับแจ้งความในกรณีผู้เสียหายจากการละเมิดทางเพศเป็นเด็กอายุน้อยมาก (เพราะเด็กให้การอะไรไม่ได้) หรือเพราะเป็นกะเทย หรือสาวประเภทสอง หรือหญิงบริการ (เพราะมีอคติต่อกลุ่มคนเหล่านี้)

- เด็กหญิงที่ถูกละเมิดทางเพศมากกว่า 80% ถูกบังคับแต่งงาน และผลพวงของการบังคับให้ผู้หญิงหรือเด็กแต่งงานเนื่องจากถูกข่มขืน ทำให้ชีวิตของครอบครัวใหม่ที่เริ่มต้นอย่างอ่อนแอมีปัญหาต่างๆ ติดตามมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงต่อลูกตนเอง ต่อภรรยา และความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในครอบครัว³

³ ผู้เขียนสรุปจากการนำเสนอประสบการณ์การทำงาน โดยนักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลประจำจังหวัดตรัง ในการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง ‘ร่วมคิดร่วมสร้างในการปกป้องและเยียวยาผู้หญิงในคดีความผิดเกี่ยวกับเพศ : ข่มขืนหรือไม่ข่มขืน’ จัดโดยมูลนิธิผู้หญิง กฎหมาย และการพัฒนาชนบท ร่วมกับศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันวิจัยรพพัฒนาศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม และสถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด เมื่อวันที่ 28-29 พฤศจิกายน 2552.

- กรณีเด็กหรือผู้หญิงถูกข่มขืนต้องการตรวจร่างกาย แพทย์จะไม่ตรวจให้ในทันที แต่ต้องแจ้งความก่อน แล้วนำไปแจ้งความกลับมาที่โรงพยาบาล จึงจะตรวจร่างกายให้ นอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายค่อนข้างสูง ที่ทางโรงพยาบาลเรียกเก็บไม่ได้ ทำให้เกิดความตึงเครียดในการปฏิบัติงานระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล

- การปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองเด็กของตำรวจและนักจิตวิทยา ในกรณีที่เด็กถูกละเมิดทางเพศ ยังมีปัญหาอยู่มาก และบางเรื่องก็เป็นพื้นฐานมาก เช่น ตำรวจไม่มีกล้องวิดีโอ หรือมีก็เป็นระบบเก่า ไม่ใช่ระบบดิจิทัล ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการแปลงเป็นระบบดิจิทัลที่ไม่สามารถเบิกจากหน่วยงานได้ หรือไม่มีห้องชี้ตัวแบบไม่ต้องให้ผู้ถูกชี้ตัวกับพยาน หรือเหยื่อเผชิญหน้ากัน หรือไม่มีห้องสอบสวนที่เป็นสัดส่วน เป็นต้น

- การดำเนินงานแบบสหวิชาชีพในคดีละเมิดทางเพศ ไม่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ที่เปิดศูนย์พึ่งได้ ทำให้ขาดเอกภาพในการช่วยเหลือผู้ตกเป็นเหยื่อ และขาดระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพ เพราะไม่มีเจ้าภาพหลัก หน่วยงานมักโยนภาระกันไปมา เป็นผลให้เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจ ผู้ที่ยังทำงานอย่างเข้มแข็งก็มักถูกปล่อยให้ต่อสู้กับระบบอย่างโดดเดี่ยว เพราะส่วนใหญ่จะทำงานแบบตัวใครตัวมัน

ดังนั้น ในการติดตามความคืบหน้าของแต่ละภารกิจ ในแต่ละหน่วยงาน องค์กร และภาคประชาสังคม ควรคำนึงถึงประเด็นละเอียดอ่อนต่างๆ ข้างต้นเหล่านี้ด้วย





ກາລະພຸດ



ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๖/พพธ

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

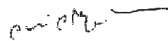
อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สช ๒๓๑/๒๕๕๒
ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๒

ตามที่ได้เสนอเรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ไปเพื่อดำเนินการ
ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ลงมติรับทราบ
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณา
ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ทั้งนี้
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำรายงานผลการดำเนินการ พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรค
เพื่อแจ้งต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ทั้งนี้ ขอให้โปรดแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
และถือปฏิบัติต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิชัย วิทวัสการเวช)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักกวีเคราะห์เรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๒๗

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๖๕ www.cabinet.thaigov.go.th

LS-38-52(บันทึกมกราคม)ปี๒๕๕๒



รู้จัก ‘สข.’ : พุฒานพลัง

สข. ย่อมาจาก “สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ตั้งขึ้นเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการให้กับ “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “คสช.” โดยเป็นองค์กรของรัฐในรูปแบบใหม่ อยู่ในกำกับนายกรัฐมนตรี โดยมี “คณะกรรมการบริหาร” หรือ “คบ.” ที่แต่งตั้งโดย คสช. ทำหน้าที่กำกับดูแลนโยบายและทิศทางการทำงานโดยตรง โดย **สข.** ทำหน้าที่เป็นกลไกให้ คสช. ปฏิบัติภารกิจหลักดังนี้ สนับสนุนการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาคการเมืองและราชการ ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาชนและประชาสังคม รวมไปถึงการขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายสาธารณะเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลจริง

ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรี หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจน องค์กรชุมชนต่างๆ ในการดำเนินการเพื่อให้เกิดสุขภาพ หรือ “สุขภาวะ” ของประชาชน

สนับสนุนการจัด “สมัชชาสุขภาพ” ทั้งในระดับพื้นที่ เฉพาะประเด็น และในระดับชาติ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อันจะนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันให้เกิดผลจริง

สนับสนุน “การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” ที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อเป็นกระบวนการปกป้องสุขภาวะของคนในชาติก่อนเกิดปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ดูแลการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งจะถูกใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยจะมีการทบทวนทุก ๕ ปี

ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนไทยใช้ “สิทธิและทำหน้าที่ด้านสุขภาพ” ตามที่กำหนดไว้ในหมวดที่ ๑ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ในการทำงานเพื่อให้บรรลุภารกิจข้างต้น **สข.** ได้กำหนดหลักการทำงานคือ ทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคมให้เข้ามาร่วมกันทำงานพัฒนาสุขภาวะให้เกิดขึ้นแก่ประชาชนทั้งชาติตามแนวคิด “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

สข. จึงเป็นเสมือน “ผู้สานพลัง” ที่ทำหน้าที่เกาะเกี่ยวองค์ประกอบสำคัญทั้งหลายในการขับเคลื่อนสังคมสู่การพัฒนาสุขภาวะ ให้มีการสื่อสาร สัมพันธ์และผสมผสานความร่วมมือกัน ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลองค์ความรู้ ความต้องการ ตลอดจนข้อเสนอแนะต่างๆ นำไปสู่การพัฒนาสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์ ต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่ง

รายชื่อหน่วยงานและองค์กรที่ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพทางเพศ ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับโรคเอดส์/โรคติดต่อ

เครือข่าย

1. เครือข่ายสุขภาพทางเพศ
2. เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม
3. เครือข่ายยุติความรุนแรงทางเพศ
4. เครือข่ายแนวร่วมเพื่อความก้าวหน้าผู้หญิงและสันติภาพ

หน่วยงานภาครัฐ

5. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
6. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
7. คณะทำงานด้านการดูแลผลกระทบจากการตั้งครรภ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลตำรวจ
9. ศูนย์เรนทรฟิงได้ และฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
10. ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
11. ศูนย์ฟิงได้ โรงพยาบาลปทุมธานี
12. ศูนย์ฟิงได้ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ
13. ศูนย์ฟิงได้ โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ
14. ศูนย์ฟิงได้ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
15. ศูนย์ฟิงได้ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

หน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน

16. องค์การแพธ
17. มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)
18. มูลนิธิเพื่อนหญิง
19. มูลนิธิผู้หญิง
20. สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
21. สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ (สวท.)
22. บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี
23. ชมรมเครือข่ายครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว
24. สหทัยมูลนิธิ
25. โครงการบ้านพระคุณ ภายใต้มูลนิธิคริสตจักรลูเธอรัน
26. สหพันธ์แรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอการตัดเย็บเสื้อผ้าและผลิตภัณฑ์หนังแห่งประเทศไทย
27. กลุ่มบูรณาการแรงงานสตรี
28. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้หญิงติดเชื่อ
29. ศูนย์ธารทิพย์

หน่วยงานวิชาการ

30. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
31. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
32. ศูนย์สิทธิมนุษยชนศึกษาและการพัฒนา มหาวิทยาลัยมหิดล



9 789742 357818