

สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาวะทางเพศทั้งด้านความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มคนชายขอบของสังคม เช่น ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แรงงานต่างชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เป็นต้น ในการนี้เครือข่ายคนทำงานด้านสุขภาวะทางเพศกว่า 20 เครือข่ายซึ่งรวมผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ และมหาวิทยาลัย ได้ประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ครั้งในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2551 เพื่อแลกเปลี่ยนและสังเคราะห์องค์ความรู้ทางวิชาการ สำหรับพัฒนาเอกสารหลักประกอบระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งยังร่วมกันพิจารณาจัดสรรข้อเสนอเชิงนโยบายและนำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อพัฒนาเป็นร่างมติ สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

1.1 สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

1) **ข่าวเรื่องความรุนแรงทางเพศถูกตีพิมพ์ในหน้าหนังสือพิมพ์ทุกวัน** จากฐานข้อมูลข่าวและบทความเรื่องเพศในประเทศไทยในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2541 – 2550) รวม 17,529 ชิ้น¹ พบว่าข่าวข่มขืนมีสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 38 และข่าวการกระทำรุนแรงทางเพศในประเด็นอื่น ๆ (การค้าประเวณี การลวนลามทางเพศ การตัดอวัยวะเพศ ทศนคติและความเชื่อ การทำร้ายหรือการฆ่ากันตายเพราะความหึงหวง) เป็นลำดับที่สอง (ร้อยละ 26) รวมกันแล้วข่าวและบทความเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมีสัดส่วนสูงถึงเกือบสองในสาม หรือร้อยละ 64 ของจำนวนข่าวทั้งหมด

2) **จำนวนผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศเพิ่มขึ้นทุกปี** จากงานวิจัยที่ชี้ถึงขนาดของความรุนแรงทางเพศ^{2,3} และสถิติความรุนแรงทางเพศจากหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ จำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศ จำนวนเยาวชนที่กระทำความผิดละเมิดทางเพศ และจำนวนผู้หญิงและเด็ก

¹ กุลภา วจนสาระ. 2551 (กำลังตีพิมพ์). มี 'เรื่อง' เพศแบบไหนในห้องสมุดและในข่าว. รายงานในชุดโครงการวิจัย 'การวิจัยและการพัฒนาฐานข้อมูลเรื่องเพศวิถีเพศภาวะ และสุขภาพทางเพศ' แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสร้างความรู้เรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.).

² กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนจิตตรา วาสนา อิมเอม. 2551. 'เช็กส์ครั้งแรกของคนไทย... ต้องการหรือถูกบังคับ? คุณนอนใคร และใช้อย่างหรือไม่?' ใน 'มติ' เพศ' ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): 30-46. เอกสารวิชาการหมายเลข 346. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

³ กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนจิตตรา วาสนา อิมเอม อุษา เลิศศรีสันต์. 2546. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. เอกสารวิชาการหมายเลข 271. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

3) **ผู้ถูกละเมิดทางเพศได้รับผลกระทบทั้งทางกายและทางใจ** ทางกาย คือ บาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต เกิดติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและตกเลือด ทางจิตใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า หวาดกลัว เครียด เก็บกด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประณามตนเอง ฆ่าตัวตาย สูญเสียความรู้สึกทางเพศ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ย้ำคิดย้ำทำ ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อเนื้อหาให้เกิดปัญหาสังคม เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำแท้งไม่ปลอดภัย ปัญหาสุขภาพเด็กที่อาจแท้ง หรือน้ำหนักน้อย หรือพิการ และปัญหาฆาตกรรม เป็นต้น

1.2 ช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

1) **รากฐานของปัญหามาจากวัฒนธรรมมาตรฐานซ้อนทางเพศในสังคมไทย** ซึ่งมุ่งปลูกฝังและกำกับพฤติกรรมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ปล่อยหรือส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจเนจัด ทำให้การเรียนรู้เรื่องเพศทั้งในและนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้หลอหลอมและขัดเกลาให้เพศชายทำร้ายเพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว ขณะที่ตีตราผู้ที่มีเพศภาวะทางเลื้อก (เช่น ชายรักชาย หญิงรักหญิง สาวประเภทสอง และคนข้ามเพศ)⁴

2) **บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังขาดความละเอียดอ่อนต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ** และไม่ไวต่อปัญหา โดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในคนทุกวัย และทุกชาติพันธุ์ โดยยังขาดทักษะที่จะระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นผู้ถูกระทำรุนแรงทางเพศหรือไม่ อีกทั้งยังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสหสาขาทั้งภาครัฐและเอกชน คือ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชน ในการช่วยเหลือ ค้ำครอง และให้ความเป็นธรรมต่อผู้เสียหาย

3) **ผู้ถูกละเมิดทางเพศประสบความยากลำบาก ในการแจ้งความเอาผิดเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำ** กรณีถูกระทำเป็นผู้หญิง ขั้นตอนการไต่สวนและพิจารณาคดี กลายเป็นกระบวนการที่ซ้ำเติมเสมือนถูกระทำรุนแรงซ้ำซ้อน ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมที่ตีตราผู้เสียหาย ขณะที่กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการอำนวยความสะดวก ยุติธรรม ยังไม่เข้าใจความซับซ้อนของการละเมิดทางเพศที่มาจากการใช้อำนาจเหนือกว่าบังคับ โดยเฉพาะกรณีการละเมิดทางเพศที่มาจากคู่ของผู้เสียหาย

⁴ กฤตยา อาชวนิจกุล และพริสรา แซ่ก้วย. 2551. 'การควบคุมเรื่องเช็กส์กับเพศวินที่เปลี่ยนไป' ใน *มิติ เพศ ในประชากรและสังคม*. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการหมายเลข 346. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม

4) บริการบ้านพักพิงสำหรับเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาอย่างไม่เพียงพอและสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบันกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดบ้านพักพิงใน 49 จังหวัด โดยอนุญาตให้พักพิงได้ภายในกำหนดเวลาระยะสั้น ประมาณ 7 วัน ถึง 3 เดือน ทำให้ไม่สามารถเยียวยาและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาอย่างมีคุณภาพและครบกระบวนการ และบ้านพักที่สามารถให้บริการครบวงจรมีเพียงภาคละ 1 แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อขนาดของปัญหา

5) รัฐยังขาดการควบคุมการนำเสนอให้เกิดและ/หรือผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศที่แฝงฝังอยู่ในสื่อต่าง ๆ แม้จะมีการใช้มาตรการจัดระบบเรตติ้งกับรายการโทรทัศน์แล้วก็ตาม แต่สื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เกมออนไลน์ รวมถึงสื่อพื้นบ้าน สื่อโฆษณา ฯลฯ ยังคงนำเสนอหรือเผยแพร่ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิง และต่อผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือกซ้ำในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกรณีข่าวข่มขืน หรือการละเมิดทางเพศอื่น ๆ และความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งยังคงตีพิมพ์รูปถ่ายผู้เสียหายอย่างเปิดเผย ทั้งที่เป็นข้อห้ามตามกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวแล้วก็ตาม

2. ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ในช่วงพ.ศ. 2530 ถึง พ.ศ. 2549 สัดส่วนของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในจำนวนการตั้งครรภ์รวมมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในชุมชนมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอยู่ราวร้อยละ 45⁵ และในระดับประเทศมีประมาณร้อยละ 31-40^{6,7} โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมประมาณร้อยละ 53 ส่วนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมีอัตราสูงกว่าคือร้อยละ 63 ในขณะที่กลุ่มอายุ 20-34 ปีมีอัตราเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ 42⁸ จะเห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยผู้ประสบปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่เป็นคนโสด มีคู่ หรือหย่าร้าง มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 33.33⁹

สาเหตุหลักมาจากความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือขาดความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเรื่องการคุมกำเนิด และอันดับสามคือ คุมกำเนิดแล้วแต่ยังตั้งครรภ์¹⁰ ผลสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมีทั้งการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยในช่วง พ.ศ.2546-2547 มีเด็กอย่างน้อย 1,975 คนถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล หรือทิ้งไว้กับผู้รับจ้างเลี้ยง รวมถึงทิ้งไว้ในที่สาธารณะ¹¹ ส่วนการทำแท้งนั้นพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 6.1 ในช่วงปี

⁵ Nattaya Boonpakdee. 2006. *Relationship between pregnancy intention and outcome of pregnancy: An in-depth study of two communities*. M.A.Thesis (Population and Reproductive Health Research). Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.

⁶ Alan Guttmacher Institute. 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society, and Abortion Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute.

⁷ Daulaire, Nels, Leidl, Pat, Mackin, Laurel, Murphy, Colleen & Stark, Laura. (2002). *Promise to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, DC: The Global Health Council.

⁸ Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

⁹ ศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล และเดือนเพ็ญ ชีววรรณวิวัฒน์. 2541. *การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนศึกษาศาสตร์.

¹⁰ Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

¹¹ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

2.2 ความพยายามป้องกันและแก้ไขปัญหายของภาครัฐยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

1) **ขาดความชัดเจนในการจัดการศึกษาเรื่องเพศที่รอบด้าน¹⁴ และการบริการคุมกำเนิดที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์** ขณะที่ปัญหาการท้องไม่พร้อมขยายตัวรุนแรงมากขึ้นมาก ผลการวิจัยจากหลายประเทศทั่วโลกยืนยันว่า การมีหลักสูตรเพศศึกษาที่รอบด้านในระดับชั้นเรียนต่าง ๆ ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้มากกว่า การไม่จัดหลักสูตรเพศศึกษา หรือการจัดหลักสูตรเพศศึกษาที่แคบโดยเน้นเรื่องการรักนวลสงวนตัวเท่านั้น การบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นยังเป็น “เรื่องต้องห้าม” โดยพิจารณาจากกรณีวิาทะเรื่องการติดตั้งถุงยางอนามัยในสถานศึกษา ที่มีผู้นำในสังคมหลายคนแสดงทัศนะในเชิงไม่เห็นด้วย ส่งผลให้เกิดการชะลอการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มประชากรที่ยังโสดและกลุ่มวัยรุ่น

2) **การบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา** กฎหมายห้ามทำแท้งอนุญาตให้มีการทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์เพราะถูกข่มขืน และการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงเท่านั้น ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเพราะมีปัญหาเศรษฐกิจจึงต้องใช้บริการทำแท้งเถื่อนและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ทำให้กฎหมายไม่มีผลลดการทำแท้ง แต่กลับทำให้การตายและบาดเจ็บจากการทำแท้งเพิ่มสูงขึ้น

3) **ขาดมาตรการลดแรงกดดันทางสังคมต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่งผลให้อัตราการทิ้งเด็กทารกยังคงมีสูง** การตั้งครรภ์ในหลายสถานการณ์ที่สังคมไม่ให้การยอมรับกลายเป็นแรงกดดันให้ผู้หญิงเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะเลือกการทำแท้งหรือการอุ้มท้องจนคลอดแล้วทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานที่สาธารณะ แม้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) จะมีบันทึกข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้โรงพยาบาลช่วยเฝ้าระวังการทอดทิ้งเด็กหลังคลอด รวมถึงรับเด็กไว้ดูแลชั่วคราวกรณีผู้หญิงไม่สามารถรับกลับไปเลี้ยงเองได้จริง ซึ่งสามารถลดอัตราการทิ้งเด็กในที่สาธารณะได้บ้าง แต่ไม่ได้ลดอัตราการทอดทิ้งเด็กโดยรวม ในขณะที่จำนวนสถานสงเคราะห์และบุคลากรของ พม. มีไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่รับไว้ดูแล มาตรการสำคัญที่ช่วยลดแรงกดดันต่อผู้หญิงและส่งผลกระทบต่อตัดสินใจแก้ไขปัญหายอย่างเช่น การปรึกษาที่เสริมพลังใจและเน้นทางเลือกที่หลากหลายให้แก่ผู้ประสบปัญหา (empowerment and option counseling) รวมถึงการรณรงค์สาธารณะอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ประสบปัญหายยังคงเป็นมาตรการที่ถูกละเลยจากทุกภาคส่วนในสังคม

¹² Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

¹³ 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.

¹⁴ เพศศึกษาแบบรอบด้านครอบคลุมเรื่องการทำแท้งพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ ค่านิยมด้านเพศภาวะ-เพศวิถี ทักษะในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องเพศของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ความรู้เรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธีการป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง

3. เรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.1 สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับการระบาดของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทย รองจากอุบัติเหตุ แม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมจะลดลง ผลจากการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ระหว่างปี 2547-2550 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อยู่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เยาวชนหญิงและชาย หญิงขายบริการทางเพศแบบแฝง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยอัตราการติดเชื้อหญิงต่อชายเท่ากับ 1:2.5 และอัตราการป่วยด้วยเอดส์ในเยาวชนเพศหญิงต่อเยาวชนเพศชาย อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 2:1¹⁵

ขณะเดียวกันก็พบว่า อัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และกลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้หญิงวัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง 15-19 ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น¹⁶ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์ ได้กลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง

3.2 ช่องว่างในการแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา

1) **ปัญหาการใช้ถุงยางอนามัย** ทักษะคติเชิงลบที่มีต่อถุงยางอนามัย และกระแสนั้นจากบางกลุ่ม ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลกันระหว่างการดูแลรักษาและการป้องกันโรค โดยร้อยละ 70 ของงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์มากกว่าเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี¹⁷ ส่งผลให้การบริการถุงยางอนามัยแก่ประชาชนมีน้อยมากหรือแทบจะไม่มี นอกจากนี้ การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในคู่นอนที่มีผลเลือดต่างและผลเลือดบวกเหมือนกันยังต่ำมาก ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อรายใหม่และสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

2) **ขาดการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเพื่อนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** แม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนารูปแบบการสอนและการอบรมเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้าน ที่รวมถึงการให้ความรู้เรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธีการป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง แต่สังคมยังไม่เข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนให้นำไปขยายผลในวงกว้าง

3) **การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ** การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ยังไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และไม่เป็นที่มิตรต่อเยาวชนทั่วไปและเยาวชนเพศทางเลือก ที่สำคัญคือผู้ให้บริการขาดความละเอียดอ่อน และมักมี

¹⁵ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคเอดส์เมื่อสิ้นเดือน ธันวาคม 2550.

¹⁶ National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. Thailand-UNGASS Country Progress Report. [สืบค้นจาก http://data.unaids.org/pub/Report/2008/thailand_2008_country_progress_report_en.pdf].

¹⁷ National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. อ้างแล้ว.

4) **ระบบบริการดูแลรักษาและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** การบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยโรงพยาบาลจังหวัด มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การให้บริการตรวจรักษาที่ไม่เป็นมิตร ไม่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อรักษาความลับ และไม่มีระบบการติดตามคู่นอนมารักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเชื่อมโยงการให้บริการรักษาโรคกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพทำให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจำนวนมาก เนื่องจากแรงงานย้ายถิ่นทั้งไทยและต่างชาติมักมีปัญหาเรื่องการไม่มีสิทธิ และ/หรือเข้าไม่ถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

5) **ปัญหาสุขภาวะทางเพศและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี** ในระดับชุมชนยังมีทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ เช่น บุตรและสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่กล้าเปิดเผยตัว และไม่กล้ารับสวัสดิการและบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ทั้งยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกลุ่ม ตลอดจนขาดข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและพฤติกรรมหลังการใช้ยาต้านไวรัสของพวกเขา การมีส่วนร่วมของผู้ชายในเข้ารับการตรวจเลือดแบบสมัครใจยังอยู่ในระดับต่ำ¹⁸ นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องสิทธิทางเพศและคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกคลอดซึ่งขณะนี้เติบโตเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

6) **ข้อจำกัดในการทำงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.)** อปท.ทั่วประเทศยังขาดการทำงานเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ/เอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเชิงบูรณาการกับองค์กรอื่นๆ โดยเป็นเพียงผู้ให้เงินอุดหนุนเมื่อมีกลุ่ม/องค์กรอาสาทำงาน ยังไม่ได้เสริมการทำงานของกลุ่ม/องค์กรเหล่านั้นให้เข้มแข็งขึ้น

3. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ1/10

¹⁸ National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. อ้างแล้ว.