

ลองชวณกันวิเคราะห์นโยบาย

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด

Most At Risk Populations/MARPs

เวทีวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ # 3

นิวัตร สุวรรณพัฒนา

คณะทำงานจับตานโยบาย กพอ.ชาติ

16 กันยายน 2552 ที่ บ้านสบาย เมืองบางกอก

มองการเคารพสิทธิ และศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ผ่านเลนส์

เรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์
ในการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ของ
ประเทศไทย

ก. ชวนมองการพัฒนานโยบาย ลดอัตราการติดเชื้อลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) ในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (ปี 2550 – 2554)

1. ที่มาที่ไป
2. Half by 2011 กับมาตรการการทำงานกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด MARPs
3. ส่วนที่ระบุในแผนเอดส์ชาติ ฉบับปัจจุบัน

ข. ชวนก้นวิเคราะห์เรื่องผลกระทบ

- ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งด้านบวก และลบ และด้านที่ยังเบลอ ๆ

ค. ชวนครุ่นคิดแนวนโยบายเรื่อง สิทธิทางเพศ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

- ข้อเสนอเรื่องการพัฒนาโยบายสิทธิทางเพศ ในแผนเอดส์ชาติ ฉบับต่อไป

ก. ชวนมองการพัฒนานโยบาย ลดอัตราการติดเชื้อลง
ครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) ในการตอบสนอง
ต่อปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ภายใต้แผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (ปี 2550 – 2554)

1. ที่มาที่ไป

2. Half by 2011 กับมาตรการการทำงานกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด
(MARPs – Most At Risk Populations)

3. ส่วนที่ระบุในแผนเอดส์ชาติ ฉบับปัจจุบัน

หนึ่งในที่มาที่ไปคือ การจัดประชุมของ A²

ทันสถานการณ์กับประเทศไทย
ช่องว่างในการตอบสนอง การเฝ้ามองไปในอนาคต
และผลที่เกิดขึ้นจากยาต้านไวรัส

Tim Brown, Wiwat Peerapatanapokin, and Emiko Masaki

Integrated Analysis and Advocacy (A²) Meeting

18 April 2005

Bangkok, Thailand

สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวไป

- นับแต่การเฝ้ามองเมื่อครั้งก่อน มีประเด็นเฉพาะบางประเด็นที่เกิดขึ้น
 - การเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างกว้างขวาง โดยมีการผลิต GPO vir ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสราคาต่ำผลิตได้เองในประเทศ
 - มีการตรวจพบอัตราการมีเอชไอวีสูงในกลุ่ม MSM
 - สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในกลุ่ม IDU
 - มีหลักฐานแสดงเรื่องการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความเสี่ยงของ Youth
 - อะไรคือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ?
- ทำให้เห็นความจำเป็นที่ชัดเจนในการทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบ

เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย

คนกลุ่มต่าง ๆ ไม่ได้มีการใช้ถุงยางอนามัย 100 % ในการมีเพศสัมพันธ์ (ทั้งกับคู่อุปการะกับคู่อุปการะ และกับลูกค้าบริการทางเพศ)

- นักเรียนในจ.เชียงราย (ปี 1999)
- IDU ในกรุงเทพฯ (2002) และภาคใต้ (1999)
- ชายขายบริการในเชียงใหม่ (ปี 2003)

MSM และการแพร่ระบาดของประเทศไทย

- ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีรายแรก ๆ ในประเทศไทยเป็น MSM
- แต่ด้วยการแพร่ระบาดแบบลูกกระเบิดในงานบริการทางเพศ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนจุดเน้นไป
 - การศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ช่วงแรก ๆ ไม่ได้แสดงผลอะไรชัดเจนมาก
 - แต่ต่อมาในปี 2538 ก็เริ่มแสดงให้เห็นนัยสำคัญ
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องพบว่า
 - อัตราการมีเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM อยู่ที่ 10% อยู่หลายปี
- การศึกษาในกลุ่ม MSM ในกรุงเทพฯ (ปี 2547) พบอัตราการมีเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ 17%

กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด

- อัตราการมีเชื้อเอชไอวียังคงสูงอยู่ในทุกภาคนับตั้งแต่ปี 1990 จนถึง ปี 2004
- แต่มีความเปลี่ยนแปลงในเชิงจำนวน ดูจากกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในกรุงเทพฯ ที่ลดจำนวนลง (ดูจากจำนวนคาดประมาณ และจำนวนที่เข้ามารับการรักษา)
 - การคาดประมาณ ปี 1993 มี 32,974 คน ปี 2002 มี 9,612 คน
 - ผู้ที่เข้ามารับการรักษา ปี 1993 มี 13,340 คน ปี 2002 มี 5,336 คน

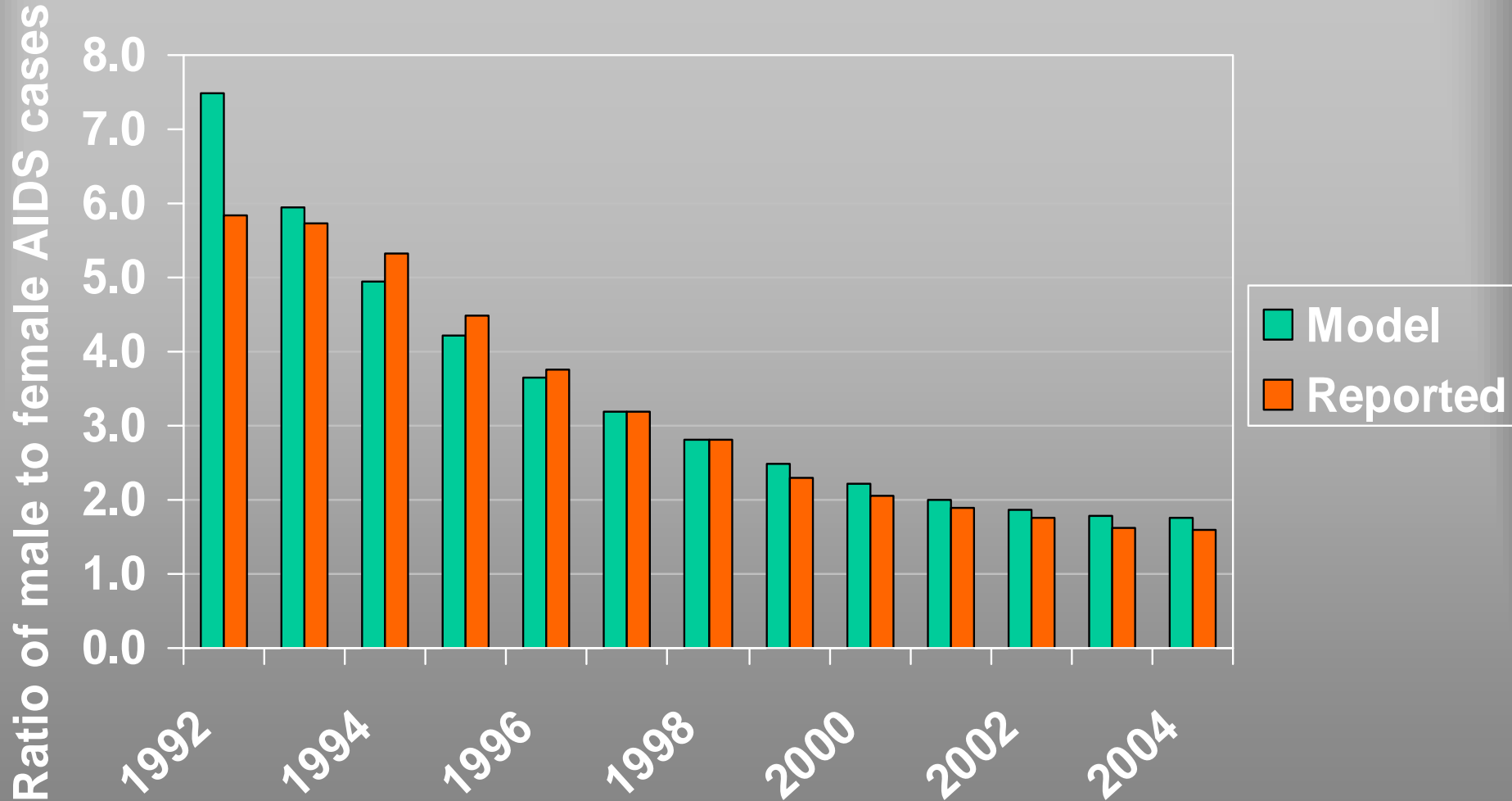
ช่องว่างทางข้อมูลส่วนอื่น ๆ

- การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไปในภาวะปัจจุบัน
 - สภาพการณ์/สถานะของแบบสัมพันธ์ทางอ้อม
 - ความเข้าใจต่อเรื่องความไม่คงที่/แน่นอนของการใช้ถุงยางอนามัย
- พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในภาพระดับประเทศ

การเฝ้าจับตามองในช่วงก่อน (ปี 2543) ยังใช้ได้หรือไม่ ?

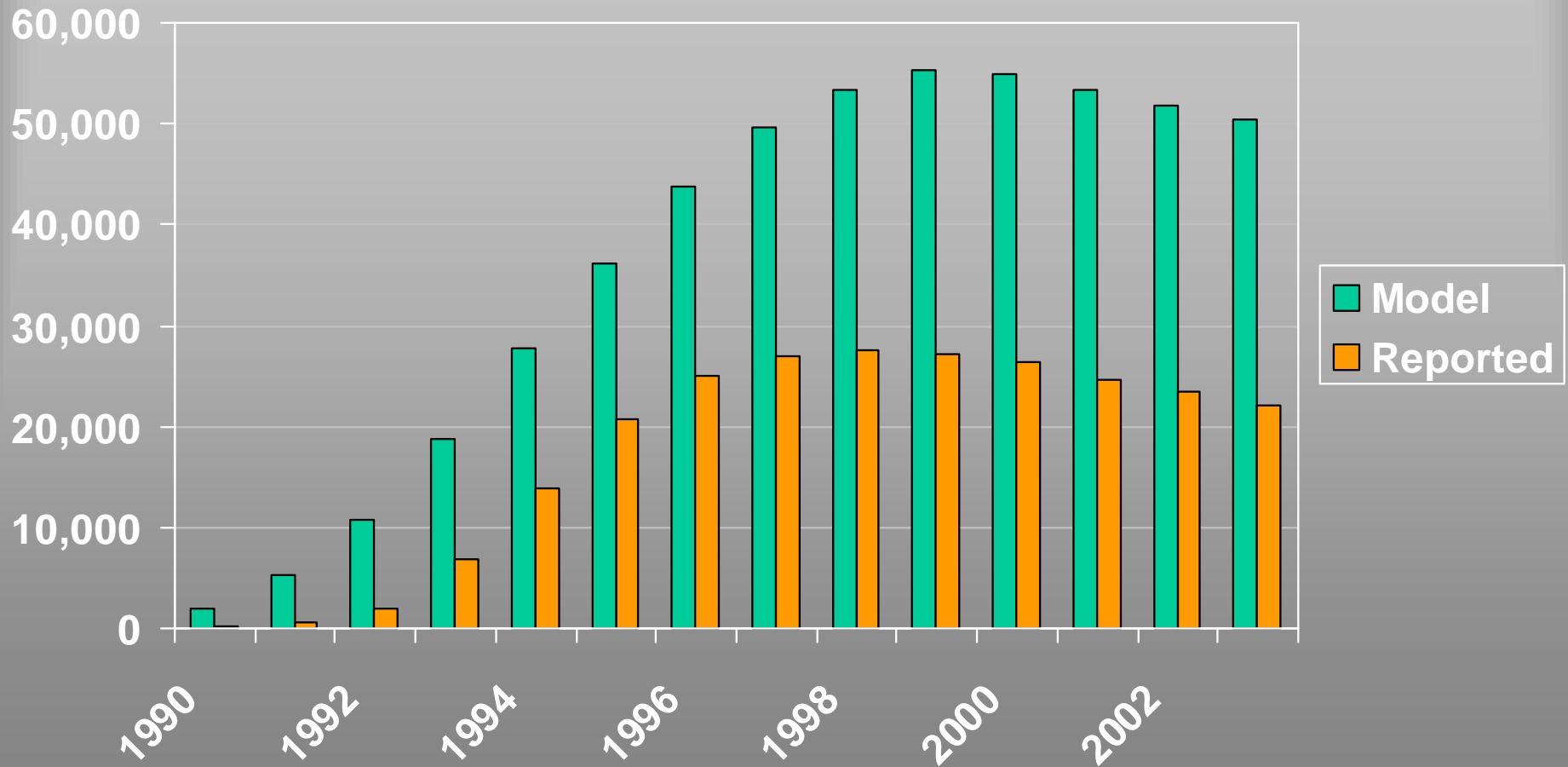
- การเฝ้าระวังรูปแบบการแพร่ระบาดของเอชไอวีในปี 2543 (2000 AEM projection) ได้ทำนายการแพร่ระบาดในประเทศไทยในช่วงสองสามปีนั้นไว้ในเรื่อง
 - จากการเฝ้าระวังจะพบอัตราการติดเชื้อลดลง
 - จำนวนผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบระหว่างชายกับหญิง
 - แนวโน้มรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์
 - การศึกษาเรื่องอัตราการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์

อัตราเปรียบเทียบระหว่างเพศชายกับเพศหญิงดูจาก กลุ่มผู้ป่วยเอดส์รายใหม่



ปรับเปลี่ยนจาก 5.8 : 1 ในปี 1992 ไปเป็น 1.6 : 1 ในปี 2004

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ : ที่คาดประมาณ & ที่มีรายงาน

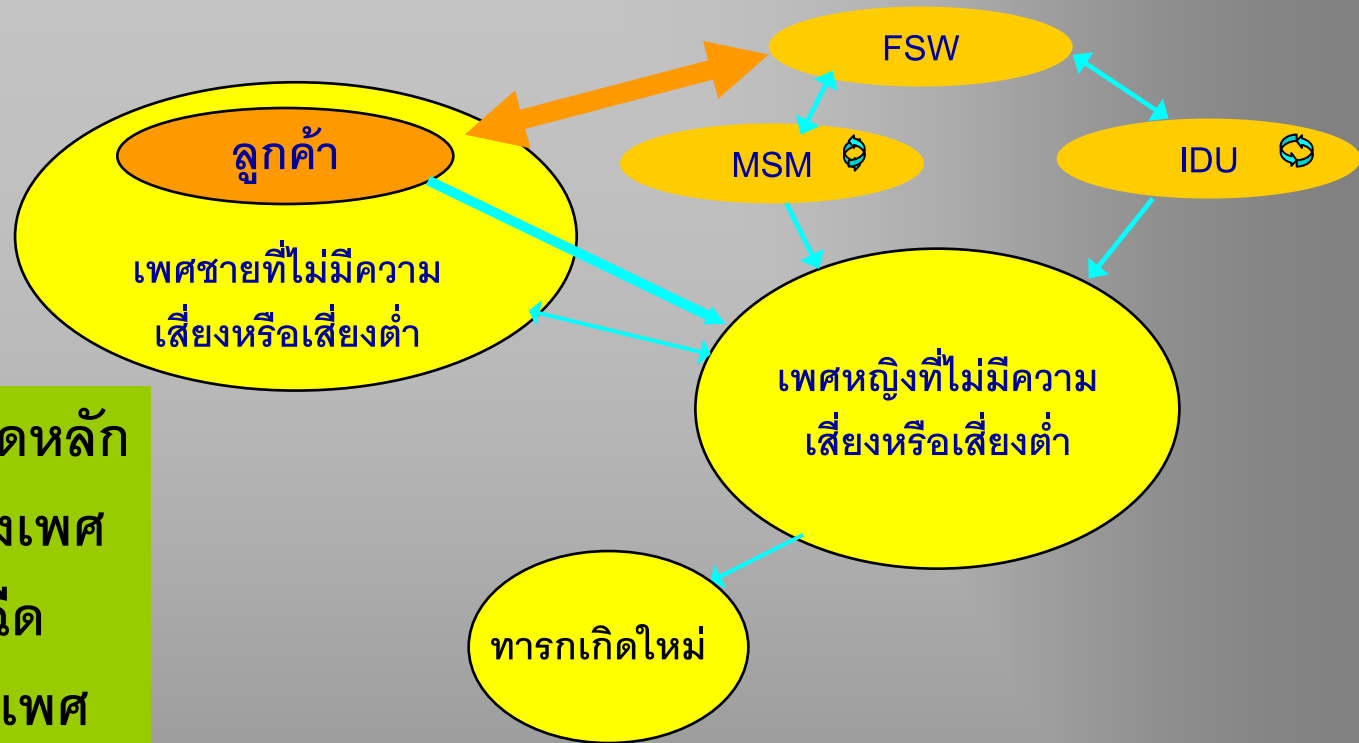


Average reporting fraction = 48%

ทำไมเราจึงจำเป็นต้องปรับการเฝ้าจับตามองให้ทัน สถานการณ์ในตอนนี ? (ปี 2548)

- กระทรวง สธ. กำลังเตรียมแผนเอดส์ชาติ ฉบับใหม่
- รัฐบาลไทยได้เพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส ซึ่งจะส่งผลต่อการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในอนาคต
- ควรมีการปรับปรุงแบบแผนโดยเพิ่มข้อมูลใหม่ ๆ ที่รวมเรื่อง
 - MSM
 - การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- ข้อสมมติฐานบางประการได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว
 - ขนาดของกลุ่ม IDU
 - การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

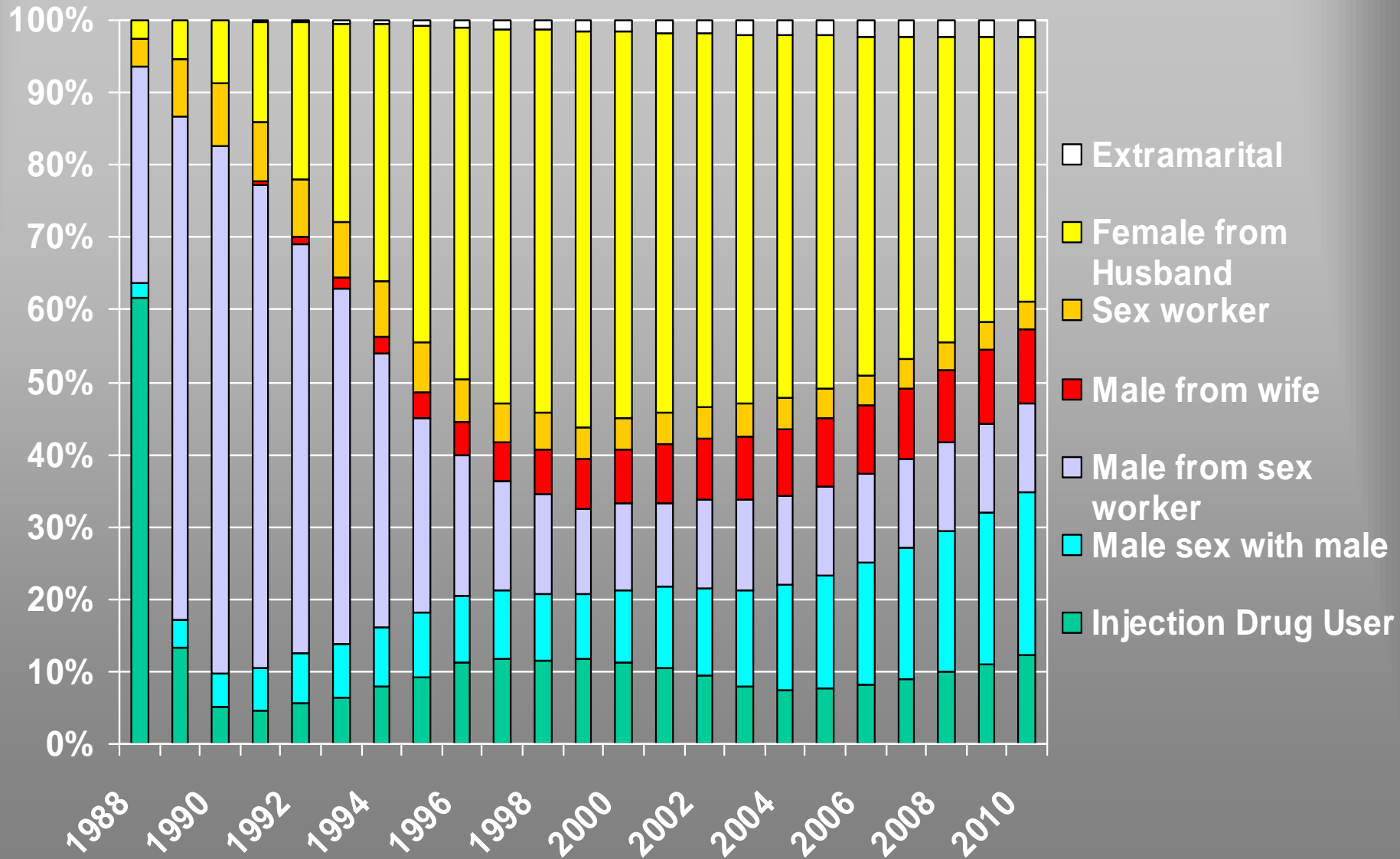
การรับ-ถ่ายทอดเชื้อในทวีปเอเชีย



- ช่องทางการแพร่ระบาดหลักอยู่ที่ การค้าบริการทางเพศ การใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เพศสัมพันธ์ของคนรักเพศเดียวกัน เพศสัมพันธ์ใน/นอกสมรส และจากแม่สู่ลูก (commercial sex, injecting drug use, homosexual, intramarital/extramarital sex, mother to child)

- แผนผังแสดงแบบแผนการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ในเอเชียระบุกลุ่มประชากรอยู่ 6 กลุ่ม MSM, FSW, IDU, ลูกค้า เพศชาย เพศหญิง ทารกเกิดใหม่

การปรับเปลี่ยนช่องทางการถ่ายทอดเชื้อแสดงให้เห็น การแพร่ ระบาดที่กำลังปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา



นัยยะที่ได้จากผลสำรวจเบื้องต้น

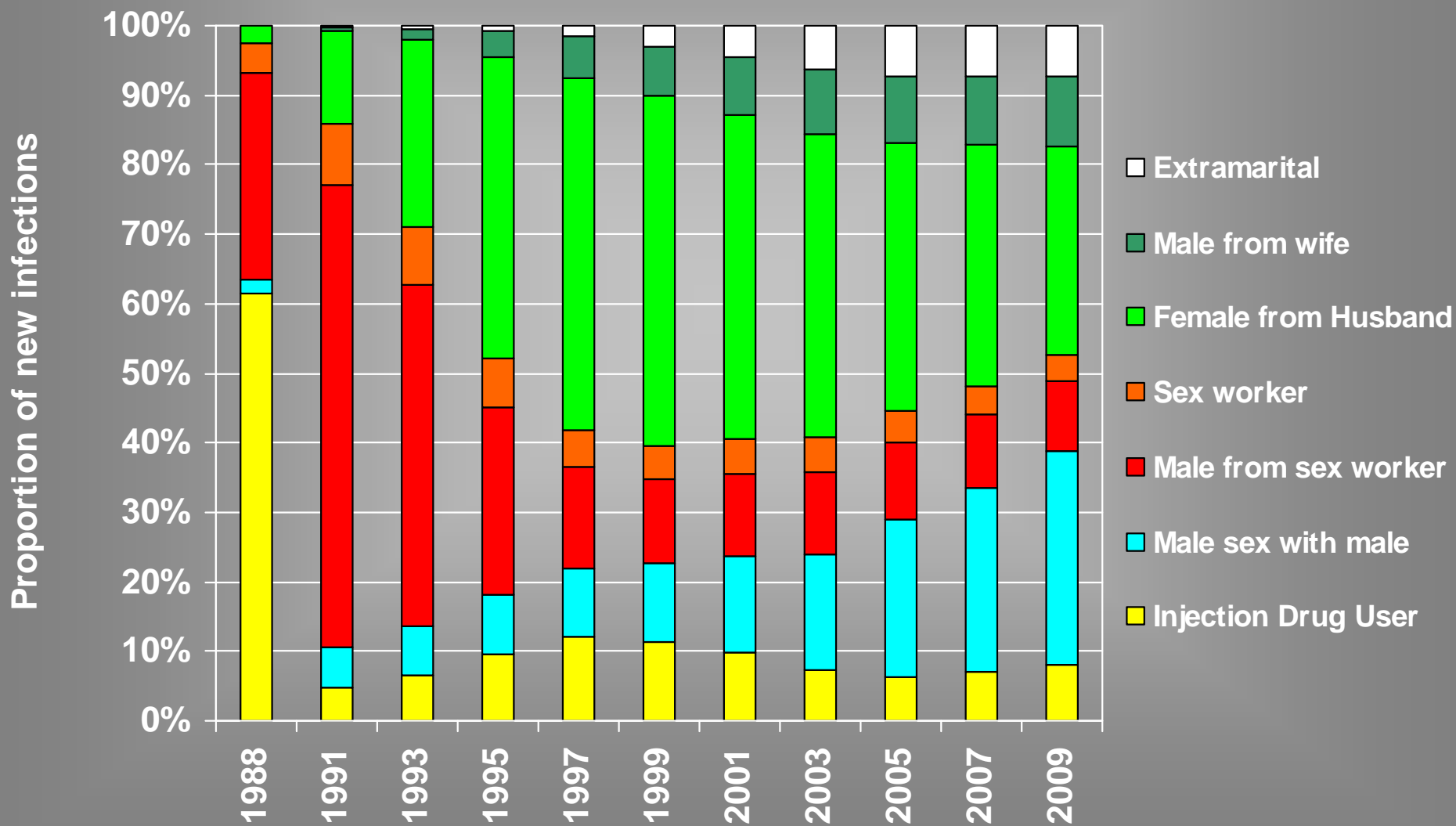
- ประเทศไทยยังคงมีช่องว่างในการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่
 - กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด
 - ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
 - การถ่ายทอดเชื้อระหว่างสามี-ภรรยา
- ความจำเป็นด้านการดูแลและค่าใช้จ่ายเรื่องยาต้านไวรัสจะสูงเป็นเวลาอีกหลายปี

The National AIDS Plan
and
Half by 2010

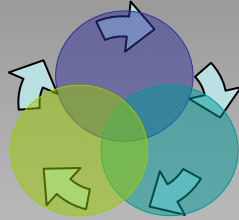
Wiput Phoolcharoen

A² Thailand

สำหรับประเทศไทยแล้ว แบบแผนหลักของการแพร่ระบาดอยู่ที่
 เพศสัมพันธ์ 3 รูปแบบ 1) ภายในการแต่งงาน 2) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
 และ 3) เพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวย



กลุ่มประชากรเป้าหมายในการทำงาน



- คู่ผลเลือดต่าง หรือคู่นอน
- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- พนักงานค่าบริการทางเพศและลูกค้า
- ผู้ใช้ยาเสพติดทั้งทั่วไปและชนิดฉีด
- เยาวชนในฐานะที่เป็นกลุ่มที่อยู่ในทุกกลุ่มประชากร

กลยุทธ์หลัก ๆ ในแต่ละกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร	Strategy 1	Strategy 2
คู่ผลเลือดต่าง	VCT สำหรับผู้ที่มีเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้รับรู้สถานะการมีเอชไอวี	การให้ VCT แบบคู่ สำหรับคู่แต่งงานหรือคู่นอนประจำ
แรงงานหญิงบริการทางเพศ	การประสานความร่วมมือกับสถานบันเทิง/บริการต่าง ๆ และแรงงานหญิงบริการเพื่อเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย	บริการด้านสุขภาพให้กับแรงงานหญิงบริการทางเพศ
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	การให้การศึกษแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและบริการต่าง ๆ ในสถานที่ ๆ MSM ไปรวมตัว/ใช้บริการ	การรณรงค์สื่อสารตามเป้าหมายที่กำหนดไว้/การริเริ่มดำเนินการต่าง ๆ
ผู้ใช้ยาเสพติด	การออกไปทำงานในชุมชนและ VCT	บริการรักษาด้านยาเสพติด
เยาวชน	การให้การศึกษารื่องเพศและสุขภาพทางเพศให้กับนักเรียน	การให้การศึกษแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและบริการต่าง ๆ ในชุมชน

(ร่าง)

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

โดย

นางบุษบา ตันติศักดิ์

เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ 26 สิงหาคม 2549

Half by 2010 (A²)

เป็นแผนการลดการติดเชื้อลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2010 เป็นแผนด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มสามีภรรยา หรือคู่อรั่กที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ
2. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. กลุ่มหญิงบริการและผู้ซื้อบริการ
4. กลุ่มผู้ไ้ยา
5. กลุ่มเด็กและเยาวชน
6. กลุ่มประชากรอื่น ๆ
 - 6.1 กลุ่มผู้ต้องขัง
 - 6.2 ประชากรในสถานควบคุมตามกระบวนการยุติธรรม
 - 6.3 กลุ่มแรงงานข้ามชาติ
 - 6.4 กลุ่มแรงงานไทยไปต่างประเทศ
 - 6.5 กลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่น
 - 6.6 กลุ่มผู้ลี้ภัย/ผู้อพยพ
 - 6.7 กลุ่มแรงงานในสถานประกอบกิจการ แรงงานเคลื่อนย้าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ภาพความสำเร็จ

- การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประชากรกลุ่มต่างๆ ลดลง
- การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น
- ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม และส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ลดลง

ตัวชี้วัด

- อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ จากร้อยละ 0.95 ในปี 2549 ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.90 ทุกจังหวัด ในปี 2550 และลดลงร้อยละ 0.05 ในแต่ละปี
- อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในชายไทยก่อนเข้าเป็นทหารกองประจำการ จากร้อยละ 0.45 ในปี 2549 ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.40 ทุกจังหวัด ในปี 2550 และลดลงร้อยละ 0.05 ในแต่ละปี
- จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จากจำนวน 82,000 ราย ในปี 2549 เป็นจำนวน 138,000 ราย ในปี 2550 และเพิ่มขึ้นปีละ 40,000 ราย
- อัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ของเด็กต่ำกว่า 2 ปี จากร้อยละ 3 ในปี 2549 ให้ต่ำกว่าร้อยละ 3 ในแต่ละปี
- ร้อยละของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ได้รับการส่งเสริมอาชีพและมีรายได้ อย่างน้อยร้อยละ 80 เมื่อสิ้นสุดแผน
- ร้อยละของเด็กที่ได้รับการผลกระทบจากเอดส์เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา และบริการทางสังคมอื่น ๆ อย่างน้อยร้อยละ 80 เมื่อสิ้นสุดแผน
- ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์และผู้สูงอายุที่ได้รับการผลกระทบจากเอดส์ ได้รับเบี้ยยังชีพเพื่อการดำรงชีวิต อย่างน้อยร้อยละ 80 เมื่อสิ้นสุดแผน

1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ภาพความสำเร็จ

- การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประชากรกลุ่มต่างๆ ลดลง

ตัวชี้วัด

- อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ จากร้อยละ 0.95 ในปี 2549 ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.90 ทุกจังหวัด ในปี 2550 และลดลงร้อยละ 0.05 ในแต่ละปี
- อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในชายไทยก่อนเข้าเป็นทหารกองประจำการ จากร้อยละ 0.45 ในปี 2549 ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.40 ทุกจังหวัด ในปี 2550 และลดลงร้อยละ 0.05 ในแต่ละปี

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มสามีภรรยา หรือคู่รักที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ

1.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีมาฝากครรภ์

มาตรการ

- พัฒนาการให้คำปรึกษาและตรวจเลือด สำหรับคู่สามีภรรยา และการให้การปรึกษาในการเปิดเผยสถานะ
- เสริมสร้างความตระหนักและทัศนคติทางบวกและลดปัญหาทางเพศ โดยการรณรงค์ผ่านสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
- ส่งเสริมพฤติกรรมกำบังกั้นการติดเชื้อเอชไอวีและการใช้ถุงยางอนามัย
- ส่งเสริมการยอมรับและไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง/หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ
- พัฒนาระบบการให้บริการกำบังกั้นการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี
- ส่งเสริมการกำบังกั้นการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- ศึกษาวิจัยการกำบังกั้นและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้หญิง/หญิงตั้งครรภ์

1.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการสุขภาพ อยู่ในระบบบริการสุขภาพ มาตรการ

- ส่งเสริมพฤติกรรมការป้องกัน และการใช้ถุงยางอนามัย
- ส่งเสริมการให้บริการปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับคู่ของผู้รับบริการ
- สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

1.3 ประชาชนที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการสุขภาพ มาตรการ

- ผลักดันให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนการบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์
- เสริมสร้างความตระหนักในการประเมินความเสี่ยงและการตรวจหาการติดเชื้อ
- ส่งเสริมพฤติกรรมការป้องกัน และการใช้ถุงยางอนามัย
- ขยายการบริการและเพิ่มคุณภาพการให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ
- สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

1.4 ประชาชนทั่วไปที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่ได้อยู่ในระบบบริการ

มาตรการ

- เสริมสร้างความตระหนักในการประเมินความเสี่ยง และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มคู่สามีภรรยา คู่รัก แฟน และชายที่มีความเสี่ยงสูง
- เสริมสร้างความตระหนักและทัศนคติเชิงบวก ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงปัญหาระหว่างเพศ โดยผ่านสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
- ส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยรวมบริการเหล่านี้เข้ากับการบริการสุขภาพประจำอื่น ๆ
- สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

หนึ่ง กลุ่มสามมีภรรยาหรือคู่ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเอชไอวี

(1.หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ 2. PLHA ที่มารับบริการ 3.คนทั่วไปที่มารับบริการ และ 4.คนทั่วไปที่ไม่อยู่ในระบบบริการ)

มาตรการที่กำหนด

1. VCT และ การเปิดเผยสถานะการมีเอชไอวี (Disclosure)
2. การใช้ถุงยางอนามัย (Condom use)
3. สร้างความตระหนักและทัศนคติเชิงบวก เพื่อลดปัญหาทางเพศ (A = งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ B = มีคู่คนเดียว)
4. สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดการตีตราและแบ่งแยกกีดกัน (Stigma & Discrimination)
5. การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT)

2. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

มาตรการ

- ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การให้บริการปรึกษาและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ที่เหมาะสมกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- สร้างเข้าใจเรื่องเพศ เพศวิถี เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
- ส่งเสริมการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น
- ส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วมของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ และการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาวะ
- พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่
- สร้างสภาพแวดล้อมเชิงนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- ส่งเสริมการจัดการความรู้และการสื่อสารสาธารณะผ่านกลุ่มเพื่อน และเครือข่ายในรูปแบบที่หลากหลาย
- ประสานงานกับกลุ่มเครือข่ายการทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มยาเสพติด เยาวชน หรือผู้ต้องขังเรือนจำที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สอง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

มาตรการที่กำหนด

1. สร้างความตระหนัก
2. พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ สร้างการเข้าถึงและมีบริการที่เหมาะสม (ถูกยางและสารหล่อลื่น)
3. ความเข้าใจเรื่อง เพศและเพศวิถี เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม
5. สร้างสภาพแวดล้อมทางนโยบายที่เอื้อ
6. มีการจัดการความรู้และสื่อสารสาธารณะ
7. การประสานงานกับกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ

3. กลุ่มหญิงบริการและผู้ซื้อบริการ

3.1 กลุ่มหญิงบริการที่อยู่ในสถานบริการ

มาตรการ

- สร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องของหญิงบริการ ผู้ซื้อบริการ และเจ้าของสถานบริการในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- ปรับเปลี่ยนทัศนคติและภาพลักษณ์ที่ดีของสังคมที่มีต่อหญิงบริการ
- ผลักดันให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการใช้สารหล่อลื่นที่เหมาะสม
- เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการปรึกษา และบริการตรวจรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้หญิง รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- จัดตั้งศูนย์บริการเคลื่อนที่
- เพิ่มศักยภาพของหญิงบริการในการดูแลสุขภาพผู้หญิง รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- สร้างสภาพแวดล้อมเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานบริการ

3.2 กลุ่มหญิงบริการที่อยู่นอกสถานบริการ

มาตรการ

- สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของหญิงบริการ และผู้ซื้อบริการในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- ปรับเปลี่ยนทัศนคติและภาพลักษณ์ที่ดีของสังคมที่มีต่อหญิงบริการ
- ผลักดันให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการใช้สารหล่อลื่นที่เหมาะสม
- เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการให้การศึกษา และบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- เพิ่มศักยภาพของหญิงบริการและผู้ซื้อบริการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- สร้างสภาพแวดล้อมเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์นอกสถานบริการ
- ศึกษาวิจัยเพื่อติดตามรูปแบบการบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

3.3 กลุ่มลูกค้า กลุ่มคู่ประจำ หรือสามีของหญิงบริการ

มาตรการ

- สร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องในกลุ่มผู้ซื้อบริการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง
- ผลักดันให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการใช้สารหล่อลื่นอย่างเหมาะสม
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ บริการให้การศึกษา และบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพ

3.4 กลุ่มหญิงบริการที่อยู่ในสถานบริการ นอกสถานบริการ กลุ่มลูกค้า กลุ่มคู่ประจำ หรือสามีของหญิงบริการ

มาตรการ

- ศึกษาวิจัยเพื่อติดตามรูปแบบการบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

สาม กลุ่มหญิงบริการและผู้ซื้อบริการ

(1. หญิงบริการในสถานบริการ 2. นอกสถานบริการ 3. ลูกค้า คู่ประจำหรือสามี 4. รวม 1 - 3)

มาตรการที่กำหนด

1. สร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่อง STIs และ HIV
2. ปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ของสังคมที่มีต่อหญิงบริการ
3. ส่งเสริมการใช้ถุงยางรวมทั้งการใช้สารหล่อลื่นให้ถูกต้องและทุกครั้ง
4. เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการปรึกษาและตรวจรักษา
5. มีศูนย์บริการเคลื่อนที่
6. เพิ่มศักยภาพในการดูแลและการป้องกันของหญิงบริการ และผู้ซื้อบริการ
7. สร้างสภาพแวดล้อมทางนโยบายที่สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาในสถานบริการ
8. ศึกษาติดตามรูปแบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

4. กลุ่มผู้ใช้ยา

4.1 กลุ่มผู้ใช้ยา

มาตรการ

- รณรงค์ส่งเสริมเพื่อลดการติดยา เลือกปฏิบัติ และการใช้นโยบายและกฎหมายที่เหมาะสม
- ศึกษาและพัฒนาข้อมูลข่าวสารและบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- พัฒนาการเข้าถึงผู้ใช้ยา
- พัฒนาการดูแลรักษาผู้ใช้ยาแบบครบถ้วน

4.2 กลุ่มผู้ใช้ยาที่เป็นผู้ต้องหา ผู้ต้องขัง และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก ฯลฯ

มาตรการ

- พัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาที่เป็นผู้ต้องหา ผู้ต้องขัง และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก ฯลฯ
- ขยายการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และวัณโรคในกลุ่มผู้ใช้ยาที่เป็นผู้ต้องหา ผู้ต้องขัง และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก ฯลฯ

สี่ กลุ่มผู้ช้ยา

(1. ผู้ช้ยา 2. กลุ่มในเรือนจำและเยาวชนในสถานพินิจ)

มาตรการที่กำหนด

1. ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และให้มีการช้นโยบายและกฎหมายที่เหมาะสม
2. ศึกษาและพัฒนาข้อมูลข่าวสารและบทเรียนเรื่องยาเสพติด
3. พัฒนาการเข้าถึง
4. พัฒนาการดูแล รักษา และป้องกัน

5. กลุ่มเด็กและเยาวชน

5.1 กลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา

มาตรการ

- จัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศและเอดส์อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาและสนับสนุนให้เยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์
- จัดและส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศในครอบครัวและชุมชน
- พัฒนาการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการตัดสินใจและดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ทุกระดับ
- ส่งเสริมความร่วมมือขององค์กรส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ในสถานศึกษา

5.2 กลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานประกอบการ

มาตรการ

- ส่งเสริมและผลักดันให้สถานประกอบการมีบทบาทในการป้องกันการแพร่ระบาดและจัดการเลือกปฏิบัติกีดกัน
- สนับสนุนแรงงานที่ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบให้เข้าถึงการบริการความช่วยเหลือด้านการรักษา ด้านเศรษฐกิจและสังคม และการคุ้มครองสิทธิ

5.3 กลุ่มเด็กและเยาวชนในชุมชน

มาตรการ

- จัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศและเอดส์อย่างต่อเนื่องที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม
- พัฒนาและสนับสนุนให้เยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพ และอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์
- จัดและส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารเรื่องเพศและเอดส์ในครอบครัวและชุมชน
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการตัดสินใจและดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ทุกระดับ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ในชุมชน

5.4 กลุ่มเด็กและเยาวชนที่สมควรได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตาม พรบ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

มาตรการ

- จัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาและสนับสนุนให้เยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ โดยสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์

ห้า กลุ่มเด็กและเยาวชน

(1. ในสถานศึกษา 2. ในสถานประกอบการ 3. ในชุมชน และ 4. ตามพ.ร.บ.คุ้มครองเด็กปี 2546)

มาตรการที่กำหนด

1. กระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศและเอดส์
2. เข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการป้องกัน
3. ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารเรื่องเพศและเอดส์
4. พัฒนาการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการตัดสินใจและดำเนินงาน
5. ส่งเสริมความร่วมมือขององค์กรส่วนท้องถิ่น
6. ให้สถานประกอบการมีบทบาท
7. สนับสนุนบริการความช่วยเหลือด้านการรักษา ด้านเศรษฐกิจและสังคม และการคุ้มครองสิทธิ ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ

6. กลุ่มประชากรอื่นๆ

6.1 กลุ่มผู้ต้องขัง

มาตรการ

- ส่งเสริมการให้ความรู้โดยใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อนในเรือนจำ เพื่อสร้างเพื่อนช่วยเพื่อน
- จัดบริการปรึกษาและการตรวจเลือดโดยสมัครใจ
- ส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยของผู้ต้องขัง
- ส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์
- พัฒนาระบบบริการป้องกันดูแลรักษาแบบครบถ้วนและต่อเนื่องในกลุ่มผู้ต้องขัง ระบบการส่งต่อโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอก
- วิจัยและพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในเรือนจำ

6.2 ประชากรในสถานควบคุมตามกระบวนการยุติธรรม (เด็กเยาวชน ผู้ต้องขัง ผู้รับการบำบัดยาเสพติดติดตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

มาตรการ

- ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เรื่องเอดส์ เพศศึกษา เพศวิถี และทักษะชีวิต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันและลดการตีตราบาปและเลือกปฏิบัติ โดยใช้กลไก เพื่อนช่วยเพื่อน
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็ก/เยาวชนและผู้ต้องขังในการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์
- ส่งเสริมการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดโดยสมัครใจ
- ส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้ถุงยางอนามัย
- พัฒนาระบบบริการ ส่งต่อ ด้านการป้องกัน ดูแลรักษาอย่างครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยประสานกับหน่วยงานภายนอก
- พัฒนาการวิจัยและรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในสถานควบคุม

6.3 กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

มาตรการ

- พัฒนาระบบข้อมูลแรงงานข้ามชาติให้มีความเชื่อมโยงมิติต่าง ๆ
- ส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ และสามารถใช้บริการป้องกัน ดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพได้ครบถ้วน ตามสิทธิ
- พัฒนาการให้บริการด้านการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกัน ติดตาม และควบคุมโรค ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม
- สนับสนุนการมีส่วนร่วมของแรงงานข้ามชาติหรือ/และผู้ติดตามในการดำเนินงานเอดส์
- พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ แรงงานข้ามชาติ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- พัฒนากลไก เครือข่าย การประสานความร่วมมือการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทุกระดับ ทั้งในประเทศ และระหว่างประเทศ
- พัฒนารูปแบบและแนวทางการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

6.4 กลุ่มแรงงานไทยไปต่างประเทศ

มาตรการ

- ผลักดันให้แนวทาง/มาตรการการป้องกัน ดูแลเรื่องโรคเอดส์ และการให้ความช่วยเหลือเมื่อติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในแผนคุ้มครองดูแลแรงงานไทยในต่างประเทศของกระทรวงแรงงาน หรือ การให้บริการด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลแรงงานในประเทศและระหว่างประเทศ ข้อมูลสถานการณ์ที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์
- ส่งเสริมการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง สร้างความตระหนัก และเสริมทักษะการป้องกันจากการได้รับเชื้อเอชไอวีให้แก่แรงงานไทย ในระยะก่อนออกเดินทางและระยะที่อาศัยในต่างประเทศ
- สนับสนุนให้แรงงานไทย คนไทย ที่ทำงานในต่างประเทศทุกสถานภาพเข้าถึงบริการการป้องกัน การดูแลรักษา และข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

6.5 กลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่น ได้แก่ ชาวไทยภูเขา ผู้ที่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ตกสำรวจ เกิดในไทยรอการรับรอง ฯลฯ

มาตรการ

- พัฒนารูปแบบและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในกลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่น
- ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่กลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่น
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

6.6 กลุ่มผู้ลี้ภัย/ผู้อพยพ

มาตรการ

- ส่งเสริมให้ผู้อพยพได้รับการป้องกัน ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แต่ต้องอยู่ภายใต้ข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับ UNHCR

6.7 กลุ่มแรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการ แรงงานเคลื่อนย้าย (เกษตรกรรม ประมง ก่อสร้าง เร่ขายสินค้า รับจ้าง)

มาตรการ

- ผลักดันเชิงนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ เพื่อการจัดการและแก้ไข
ปัญหาเอ็ดส์อย่างเหมาะสม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาค
ประชาชนในการกำหนดนโยบาย
- พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมการเข้าถึงสื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมที่เหมาะสม
- ส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรม
- จัดระบบบริการดูแลช่วยเหลือกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรม

ข. ชวนกันวิเคราะห์ผลกระทบ

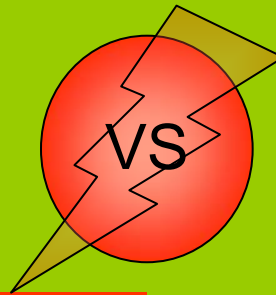
- ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งด้านบวก และลบ และด้านที่ยังเบลอ ๆ

ทราบว่า ขณะนี้อยู่ในช่วงเริ่มกระบวนการติดตามประเมินผล เมื่อมีการดำเนินงานผ่านช่วงครึ่งเทอมของแผนฯ อยู่ และเนื่องจากเรายังไม่ทราบผลการดำเนินงาน จึงชวนดูสิ่งที่ระบุไว้ในรายงาน UNGASS ของประเทศ เมื่อปี 2551

ผลกระทบด้านที่ส่งผลบวก

1. ประเทศมีการให้ความสำคัญกับเรื่องการป้องกันมากขึ้น
2. การทำงานกับกลุ่ม MSM, IDU, SW.....MMP ถูกยกระดับขึ้นมาให้ความสำคัญในระดับนโยบาย
 - ต่างกันตรงที่มองเป็นกลุ่มชายขอบ/กลุ่มเปราะบาง หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด
(Most At Risk Populations)



กลุ่ม(ที่ถูกทำให้เป็น)คนชาย
ขอบ Marginalized People

มีนัยยะมองว่าเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิด
การแพร่ระบาดของเอชไอวี

ถูกแบ่งแยกกีดกัน ทำให้ขาด
โอกาส-ทางเลือกในการดูแลตนเอง

3. มีการเพิ่มพื้นที่การมีส่วนร่วม และพัฒนายุทธศาสตร์ จัดสรรและระดมงบประมาณจากทั้งใน (อนุฯ ขับเคลื่อนฯ และนอกประเทศ GFATM-R.8)

แล้วผลกระทบด้านลบจะมีอะไรบ้าง

กรอบการมองเรื่องการป้องกันฯ ที่ระบุไว้ใน แผนฯ เอดส์ชาติ และรายงาน CAA ก็ใช้กรอบเดียวกันในการมองเรื่อง “กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด”

กลไกขับเคลื่อนที่ดี

สภาพแวดล้อมที่เอื้อ

Three Ones
CCM

ความมุ่งมั่นทางการเมือง

สามี/คู่/ภรรยา

PMTCT
VCT

เยาวชน

ภรรยา/คู่

(สามี)
ลูกค้า

เพศศึกษา

IDU

MSM

FSW

MMP

Peer Education

Outreach

ระบบส่งต่อ

Harm Reduction

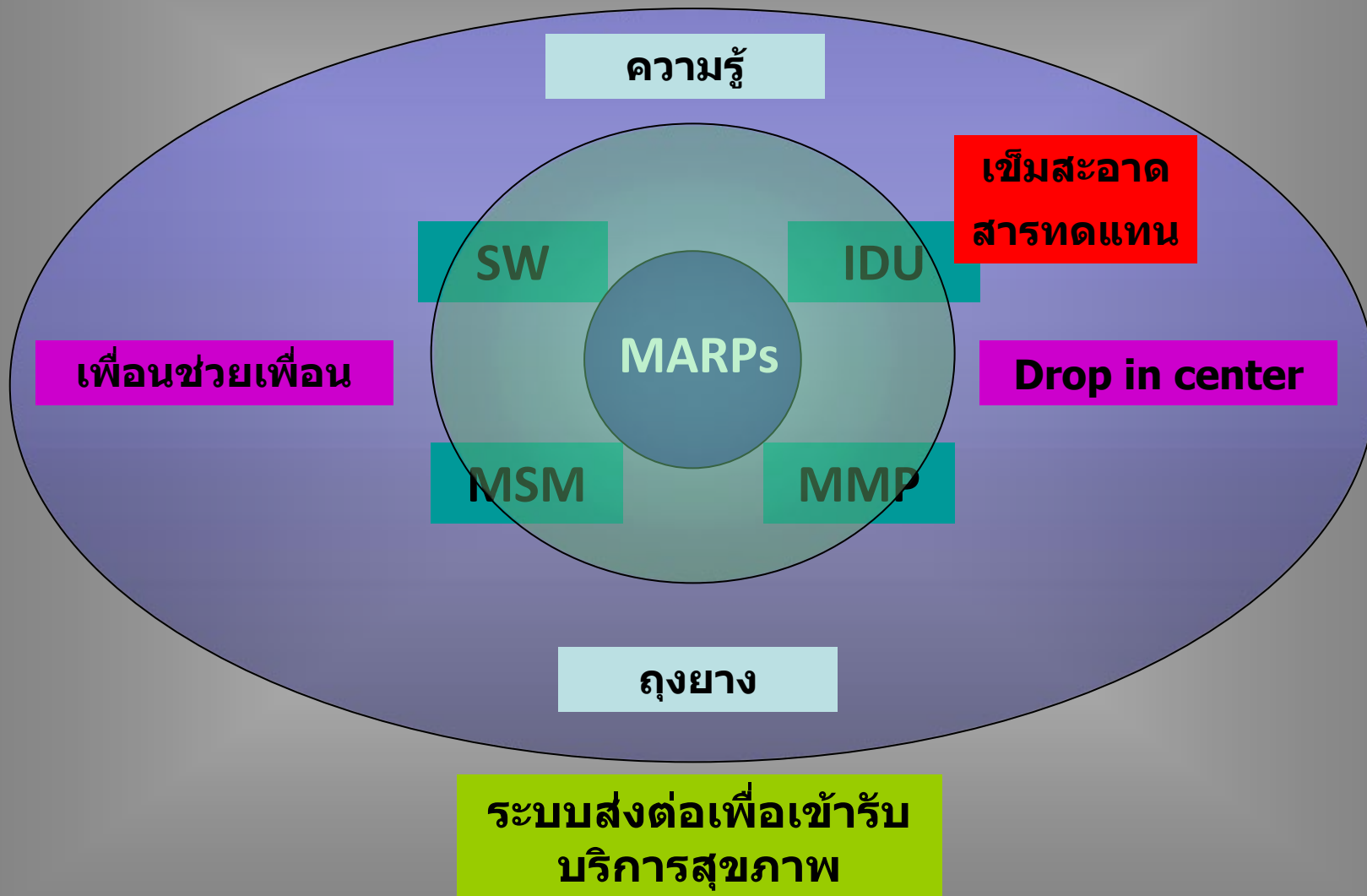
Drop in center

ถุงยางอนามัย

การมีส่วนร่วม
ของชุมชน

การระดม
ทรัพยากร

กรอบการมองเรื่องการป้องกันฯ ใน “กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงสุด” ระบุไว้ในรายงาน UNGASS ประเทศไทย # 3 (P.27-30)



นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs แสดงให้เห็นว่า

1. การพัฒนานโยบายนี้ ใช้ฐานความรู้หลักทางระบาดวิทยา ซึ่งใช้วิธีคิด/วิธีมองแบบแยกส่วน คือ

- การมองที่ที่เน้นไปที่เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย
- มองคนแบบแยกกลุ่ม โดยเน้นกลุ่มเสี่ยง และเสี่ยงสูงสุด
- มองคนแบบแยกส่วน โดยแยกชั้นส่วน/อวัยวะที่เป็นช่องทางของการรับเชื้อ

นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs แสดงให้เห็นว่า

2. มาตรการที่ส่งเสริม เป็นการมุ่งมองไปที่การจ้องกำจัด/ปิดช่องทางการรับ-ถ่ายถอดเชื้อแบบแยกส่วน แยกอวัยวะ คือมองช่องทาง/กลไกในการรับ-ถ่ายถอดเชื้อ อาทิ จีเอ็ม ฐทวาร มดลูก

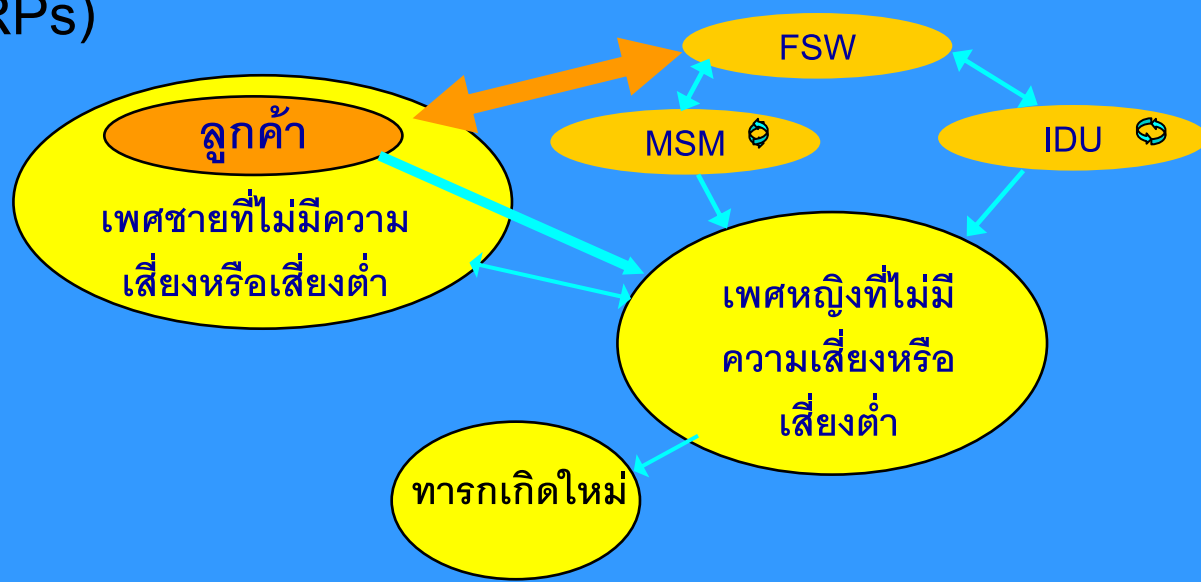
- ไม่ได้มองคนในฐานะที่เป็นมนุษย์ ขาดความละเอียดอ่อนในการเคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ขาดความละเอียดอ่อนเรื่อง Gender and Sexuality เพราะมองกลุ่มคนแบบเหมารวม
- มองไม่เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันในการมีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้ฝ่ายหนึ่งไม่สามารถดูแลและป้องกันตนเองได้

นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs แสดงให้เห็นว่า

3. การแก้ปัญหาที่เน้นไปที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด และทุ่มทรัพยากรลงไป อาจช่วยให้เกิดผลในการชะลอการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ในระยะสั้น เพราะเป็นการมุ่งไปที่เฉพาะตัวคน พฤติกรรมเฉพาะด้าน
 - ไม่ได้มองอัตลักษณ์ตัวตนด้านอื่น ๆ (เพราะมุ่งมองแต่ตัวตนที่มีความเสี่ยง)
 - ไม่ได้มองเรื่องบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยม คุณค่า ฯลฯ ที่มีส่วนโครงสร้างทางสังคม ที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อเพศภาวะและเพศวิถี ของบุคคลและชุมชน
4. การเสนอนโยบายแบบกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ทำให้คนที่ไม่ถูกระบุหรือเข้าใจว่าตนเองไม่ได้อยู่ในกลุ่มนั้น ละเลยความสำคัญในการดูแลและป้องกันตนเอง

นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs ส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง

1. การทำงานกับกลุ่ม MSM, IDU, SW.....MMP ถูกยกระดับขึ้นมาให้ความสำคัญในระดับนโยบาย แต่ถูกมองและตีตราว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด ซึ่งมีนัยยะว่าเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้
2. ในขณะที่ แม้จะมีข้อมูลทางระบาดวิทยาว่ามีเพศหญิงที่ได้รับเอชไอวีกว่า 50 % แต่ก็ยังไม่มีการทำงานเพื่อป้องกัน/ลดอัตราการมีเอชไอวีที่ชัดเจนในเพศหญิง (เพราะไม่มีนัยยะทางระบาดวิทยาในการถ่ายทอดเชื้อไปยังคนอื่น ๆ เหมือน MARPs)



นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs ส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง

3. แม้ว่าอาจแก้ไข/ป้องกันการมีเอชไอวีได้ในระยะสั้น แต่คนที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดจะได้รับผลกระทบเรื่อง การถูกตีตราและแบ่งแยกกีดกัน และยังเป็นการตอกย้ำทัศนคติและอคติต่อกลุ่มคนที่แตกต่าง (และเป็นกลุ่มชายขอบ) ทำให้เกิดเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและได้รับบริการ การรับรองสิทธิ สถานะการมีตัวตน
4. มาตรการนี้จะยังไม่เป็นการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ในระยะยาว เห็นได้จากมีแนวโน้มจะมีการปรับระดับการป้องกันการติดเชื้อให้เข้มข้นขึ้น โดยมีการผลักดันกฎหมายในหลายประเทศให้ การแพร่เชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องอาชญากรรม (criminalization of HIV transmission)

นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs ส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง

5. จุดมุ่งเน้นการมองตลาดเคลื่อน ไปสู่กลุ่มคน และพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้เกิดการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการการดำเนินงานแบบแยกส่วน ที่มุ่งมองเฉพาะจุด เฉพาะส่วนที่เป็นความเสี่ยง แทนที่จะเป็นเรื่องอำนาจและความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี และการทำความเข้าใจเรื่องที่มาที่ไปของความไม่เท่าเทียมทางเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่นำไปสู่ความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ที่ได้ระบุไว้เป็นการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ภาคตัดขวางในวาระเอ็ดส์ภาคประชาชน รวมทั้งการมองเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่เป็นสุข ไม่เคารพ ไม่เข้าใจ ซึ่งเป็นเรื่องสิทธิทางเพศ ที่ กพอ.วิเคราะห์ว่า เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์

นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs ส่งผลกระทบอะไรบ้าง

- ทั้งนโยบายและมาตรการที่วางอยู่บนฐานความรู้ทางระบาดวิทยา **ไม่ได้** ให้ความสนใจกับการยอมรับสิทธิและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ บนความแตกต่างหลากหลายทางเพศภาวะและเพศวิถี ส่งผลให้ไม่มีการดำเนินนโยบายหรือพัฒนามาตรการใด ๆ ที่จะรองรับสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของมนุษย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายทางเพศ แม้จะมีการระบุไว้อยู่บ้างในแผนเอดส์ชาติ (ฉบับที่ผ่านมาและฉบับปัจจุบัน)
- กรอบการมองการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของเรา **ยังเน้น** “การป้องกันการติดเชื้อ” ที่เป็นมาตรการระยะสั้น มากกว่าการขยายกรอบการมองเป็นเรื่อง การส่งเสริมให้ทุกคนมี “สุขภาวะทางเพศที่ดี”

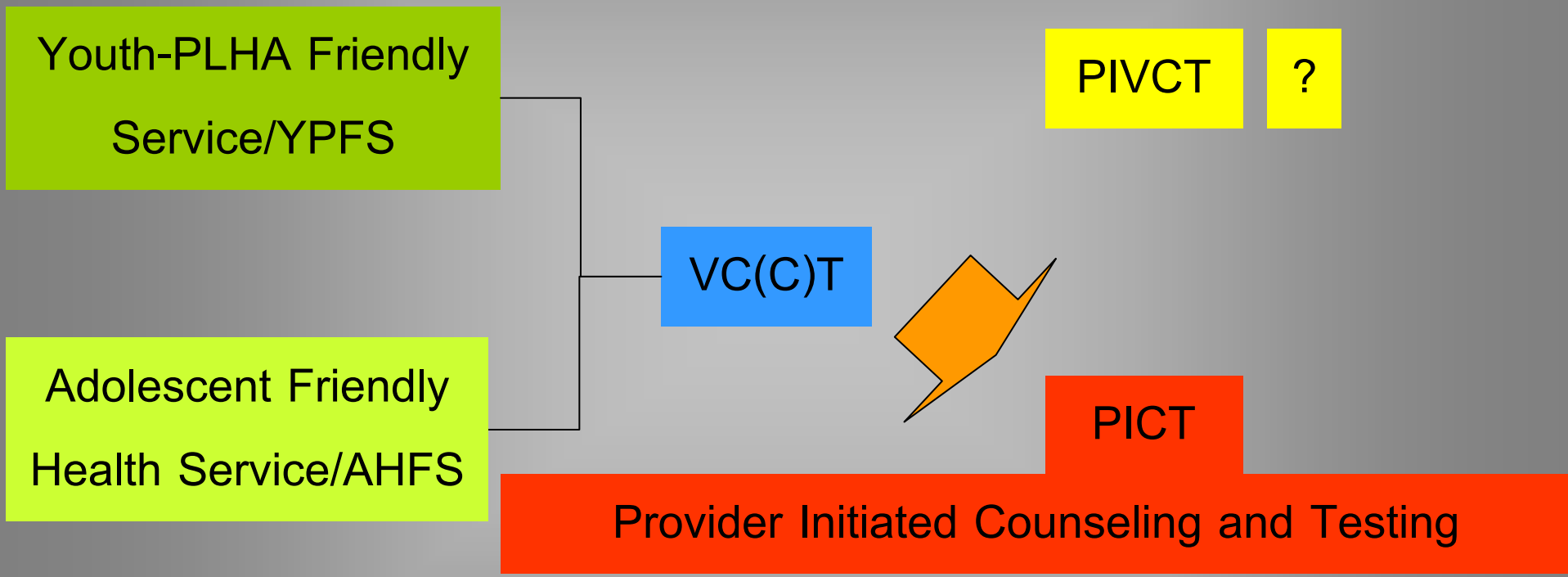
นโยบาย Half by 2011 ที่มุ่งเน้น MARPs ส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง

8. ไม่มีการพัฒนาองค์ความรู้และการเรียนรู้เรื่องความแตกต่างหลากหลายของเพศภาวะ และเพศวิถี อันมีส่วนสัมพันธ์กับการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
9. ไม่มีการพัฒนานโยบายหรือมาตรการ เพื่อส่งเสริมเรื่องสิทธิและการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี ปลอดภัย ในระยะยาวในสังคม อันจะส่งผลให้คนปลอดภัยจากการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

สิทธิทางเพศและการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี

สิทธิในการดำรงชีวิตเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน

การมุ่งเน้นไปที่ การกระตุ้น/ส่งเสริมให้คนตรวจเลือดเพื่อค้นหาเอชไอวีได้เร็วและทัน
ในการรักษา จะทำให้เกิดการละเมิดสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้



ความสำคัญของ V = Voluntary หรือความสมัครใจ และ C = Confidentiality หรือ
การเคารพรักษาความลับ หายไป

ค. ชวนครุ่นคิดแนวนโยบายเรื่อง สิทธิทางเพศ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

- ข้อเสนอเรื่องการพัฒนา นโยบายสิทธิทางเพศ ในแผนแอดส์ชาติฉบับต่อไป

กรอบการมองเรื่องการป้องกันฯ ที่ระบุไว้ใน แผนฯ เอดส์ชาติ และรายงาน CAA ก็ใช้กรอบเดียวกันในการมองเรื่อง “กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด”

สิทธิทางเพศ สิทธินามัยเจริญพันธุ์

กลไกขับเคลื่อนที่ดี

ความมุ่งมั่นทางการเมือง

สภาพแวดล้อมที่เอื้อ

Three Ones CCM

สามี/คู่/ภรรยา

PMTCT
VCT

เยาวชน

ภรรยา/คู่

(สามี) ลูกค้า

เพศศึกษา

IDU

MSM

FSW

MMP

Decriminalization

Peer Education

Outreach

ระบบส่งต่อ

Harm Reduction

Drop in center

ถุงยางอนามัย

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การระดมทรัพยากร

สิทธิทางเพศ
Sexual Rights
(SR)

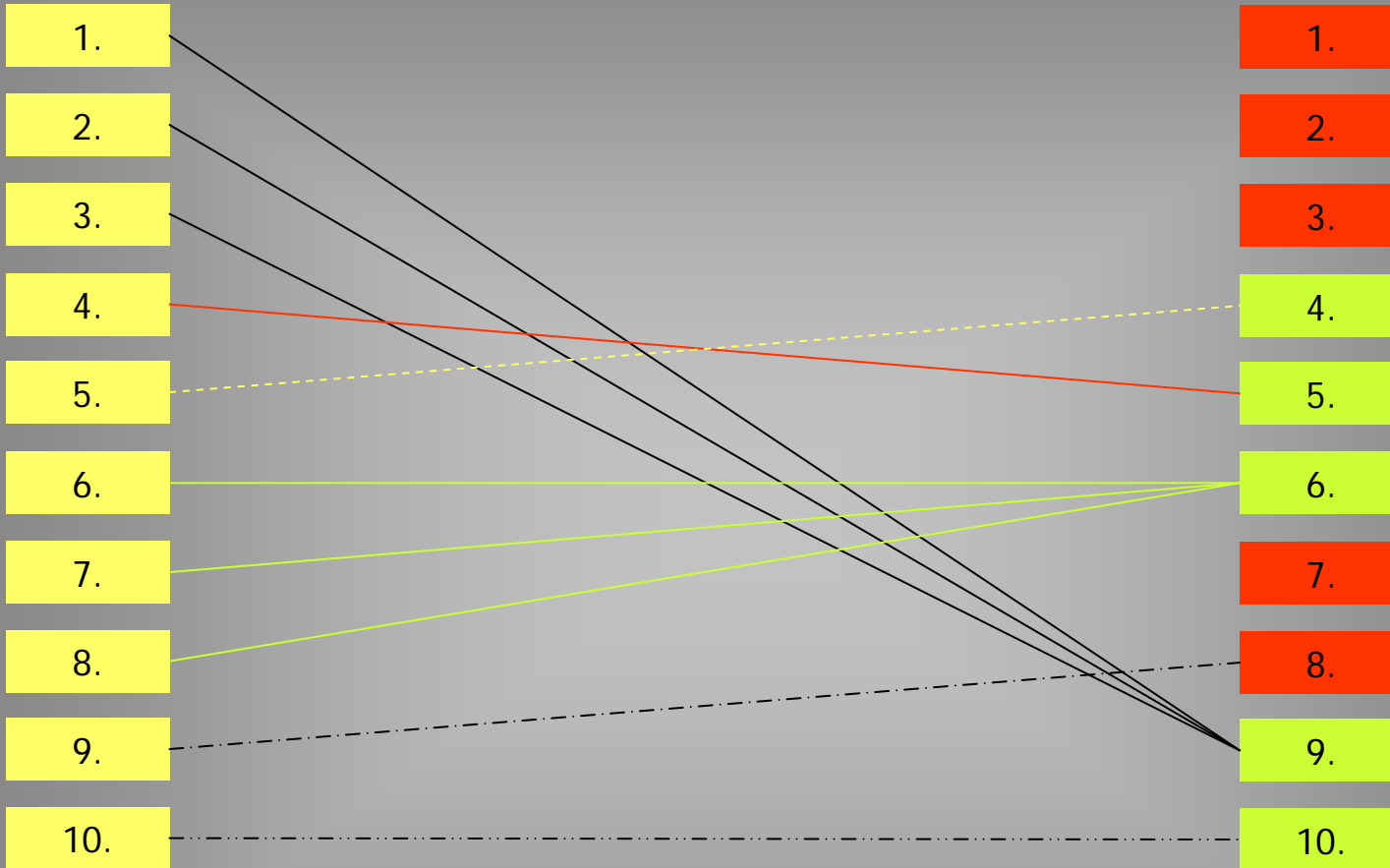
1. สิทธิในการมีสุขภาพทางเพศสูงสุดตามมาตรฐาน รวมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์
2. สิทธิในการแสวงหาและได้รับข้อมูลรอบด้านเกี่ยวกับเรื่องเพศวิถี
3. สิทธิในการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา (sexuality education)
4. สิทธิที่จะได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของร่างกาย (bodily integrity)
5. สิทธิในการเลือกคู่ชีวิต
6. สิทธิในการตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่
7. สิทธิในการมีเพศสัมพันธ์ด้วยความยินยอมพร้อมใจ
8. สิทธิในการแต่งงานด้วยความยินยอมพร้อมใจ
9. สิทธิในการตัดสินใจว่าจะมีลูกกี่คน และเมื่อไหร่ที่จะมีลูก
10. สิทธิในการแสวงหาความสุขทริย์ของเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและ
รื่นรมย์

1. สิทธิในความสุข ความฝัน และจินตนาการต่าง ๆ
2. สิทธิในการสำรวจเพศวิถีของตนเองที่เป็นอิสระจากความหวาดกลัว ความอาย ความเชื่อที่ผิด ๆ และอุปสรรคทั้งปวงที่อาจเป็นตัวขัดขวางการแสดงออกซึ่งความปราถนาทางเพศอย่างเสรี
3. สิทธิในการใช้ชีวิตด้วยเพศวิถีหนึ่ง ๆ ที่ปราศจากความรุนแรง การเลือกปฏิบัติ และการบังคับด้วยกำลัง ภายใต้กรอบการทำงานของความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานบนความเท่าเทียม ความเคารพ และเป็นธรรม
4. สิทธิในการเลือกคู่สัมพันธ์ทางเพศ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ
5. สิทธิในการได้มาซึ่งความเคารพในศักดิ์ศรีของร่างกาย (bodily integrity)
6. สิทธิในการเลือกมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิที่จะมีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมพร้อมใจ และเข้าสู่การสมรสด้วยความเต็มใจอย่างเป็นอิสระทั้งสองฝ่าย
7. สิทธิที่จะแสดงออกถึงรสนิยมทางเพศอย่างเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง
8. สิทธิในการแสดงออกถึงเพศวิถีที่เป็นอิสระจากการมีหรือไม่มีลูก
9. สิทธิในการได้มาซึ่งสุขภาพทางเพศที่ดี เข้าถึงข้อมูล การศึกษา และบริการในเรื่องเพศวิถีและสุขภาพทางเพศในทุก ๆ เรื่องที่เป็นความลับ การบริการเหล่านี้ต้องมีคุณภาพสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้
10. สิทธิในการยืนยันและมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อเป็นการป้องกัน การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการแพร่โรคติดต่อทางเพศและเอชไอวี/เอดส์

องค์การอนามัยโลก

สิทธิทางเพศ

HERA



ค.ศ.
2004

ค.ศ.
1999

4. สิทธิในการเลือกคู่สัมพันธ์ทางเพศ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ (HERA)
5. สิทธิในการได้มาซึ่งความเคารพในศักดิ์ศรีของร่างกาย (bodily integrity)
6. สิทธิในการเลือกมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิที่จะมีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมพร้อมใจ และเข้าสู่การสมรสด้วยความเต็มใจอย่างเป็นอิสระทั้งสองฝ่าย
9. สิทธิในการได้มาซึ่งสุขภาพทางเพศที่ดี เข้าถึงข้อมูล การศึกษา และบริการในเรื่องเพศวิถีและสุขภาพทางเพศในทุก ๆ เรื่องที่เป็นความลับ การบริการเหล่านี้ต้องมีคุณภาพสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้
10. สิทธิในการยืนยันและมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีสุนทรีย์ (WHO) เพื่อเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการแพร่โรคติดต่อทางเพศและเอชไอวี/เอดส์

1. สิทธิในความสุข ความฝัน และจินตนาการต่างๆ
2. สิทธิในการสำรวจเพศวิถีของตนเองที่เป็นอิสระจากความหวาดกลัว ความอาย ความเชื่อที่ผิด ๆ และอุปสรรคทั้งปวงที่อาจเป็นตัวขัดขวางการแสดงออกซึ่งความปราถนาทางเพศอย่างเสรี
3. สิทธิในการใช้ชีวิตด้วยเพศวิถีหนึ่ง ๆ ที่ปราศจากความรุนแรง การเลือกปฏิบัติ และการบังคับด้วยกำลัง ภายใต้กรอบการทำงานของความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานบนความเท่าเทียม ความเคารพ และเป็นธรรม
7. สิทธิที่จะแสดงออกถึงรสนิยมทางเพศอย่างเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง
8. สิทธิในการแสดงออกถึงเพศวิถีที่เป็นอิสระจากการมีหรือไม่มีลูก

ยังไม่ได้มีการทบทวนคำประกาศสิทธิทางเพศ ของการ
ประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องเพศวิทยา

ครั้งที่ 13 คำประกาศวาเลนเซีย มิถุนายน 1997

ครั้งที่ 14 คำประกาศฮ่องกง เดือนสิงหาคม 1999

XIII World Congress of Sexology, Valencia Declaration on Sexual Rights, Spain, June 1997

1. The right to freedom, which excludes all forms of sexual coercion, exploitation and abuse at any time and in all situations in life. The struggle against violence is a social priority. All children should be desired and loved.
2. The right to autonomy, integrity and safety of the body. This right encompasses control and enjoyment of our own bodies, free from torture, mutilation and violence of any sort.
3. The right to sexual equity and equality. This refers to freedom from all forms of discrimination, paying due respect to sexual diversity, regardless of sex, gender, age, race, social class, religion and sexual orientation.
4. The right to sexual health, including availability of all sufficient resources for development of research and the necessary knowledge of HIV/AIDS and STDs, as well as the further development of resources for research, diagnosis and treatment.
5. The right to wide, objective and factual information on human sexuality in order to allow decision-making regarding sexual life.
6. The right to a comprehensive sexuality education from birth and throughout the life cycle. All social institutions should be involved in this process.
7. The right to associate freely. This means the possibility to marry or not, to divorce, and to establish other types of sexual associations.
8. The right to make free and responsible choices regarding reproductive life, the number and spacing of children and the access to means of fertility regulation.
9. The right to privacy, which implies the capability of making autonomous decisions about sexual life within a context of personal and social ethics. Rational and satisfactory experience of sexuality is a requirement for human development.

SEXUAL HEALTH IS A BASIC AND FUNDAMENTAL HUMAN RIGHT. Approved June 1997

XIV World Congress of Sexology, Hong Kong Declaration on Sexual Rights, August 1999

1. The right to sexual freedom. Sexual freedom encompasses the possibility for individuals to express their full sexual potential. However, this excludes all forms of sexual coercion, exploitation and abuse at any time and situations in life.
2. The right to sexual autonomy, sexual integrity, and safety of the sexual body. This right involves the ability to make autonomous decisions about one's sexual life within a context of one's own personal and social ethics. It also encompasses control and enjoyment of our own bodies free from torture, mutilation and violence of any sort.
3. The right to sexual privacy. This involves the right for individual decisions and behaviors about intimacy as long as they do not intrude on the sexual rights of others.
4. The right to sexual equity. This refers to freedom from all forms of discrimination regardless of sex, gender, sexual orientation, age, race, social class, religion, or physical and emotional disability.
5. The right to sexual pleasure. Sexual pleasure, including autoeroticism, is a source of physical, psychological, intellectual and spiritual well being.
6. The right to emotional sexual expression. Sexual expression is more than erotic pleasure or sexual acts. Individuals have a right to express their sexuality through communication, touch, emotional expression and love.
7. The right to sexually associate freely. This means the possibility to marry or not, to divorce, and to establish other types of responsible sexual associations.
8. The right to make free and responsible reproductive choices. This encompasses the right to decide whether or not to have children, the number and spacing of children, and the right to full access to the means of fertility regulation.
9. The right to sexual information based upon scientific inquiry. This right implies that sexual information should be generated through the process of unencumbered and yet scientifically ethical inquiry, and disseminated in appropriate ways at all societal levels.
10. The right to comprehensive sexuality education. This is a lifelong process from birth throughout the life cycle and should involve all social institutions.
11. The right to sexual health care. Sexual health care should be available for prevention and treatment of all sexual concerns, problems and disorders.

Sexual Rights are Fundamental and Universal Human Rights Adopted in Hong Kong August 26, 1999

Decriminalization of HIV Transmission and
Stigma and Discrimination on Gender and Sexuality



การทำให้การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องของอาชญากรรม
กับ

การตีตราและแบ่งแยกกีดกันในเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี

การประชุมของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ ในปี 1994 ได้พิจารณาตัดสินว่า กฎหมายประเภทดังกล่าวเป็นความรุนแรง และละเมิดสิทธิ รวมทั้งเป็นการแบ่งแยกกีดกันมนุษย์ อันเนื่องมาจากการมี Sexual Orientation ที่แตกต่างกัน



องค์กรสากลของ LGBT, the Intersex Association และองค์กรพันธมิตรอื่น ๆ ประเมินว่า ยังคงมีอีกกว่า 70 ประเทศ ที่ยังคงใช้กฎหมายลงโทษต่อ การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ใหญ่ที่มีเพศเดียวกัน

ในประเทศไทย อาจไม่มีกฎหมายระบุชัด แต่ว่ามี การแบ่งแยกกีดกัน รวมทั้งอคติทางเพศ อันเนื่องมาจาก การมีเพศวิถีที่แตกต่าง มองผ่าน ร่างกฎหมายเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ ม.276 – 279 และ 285 ที่ถกเถียงกันอยู่ในขณะนี้

ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติเมื่อเดือนธันวาคม 2008 มี 66 ประเทศ ได้สนับสนุนแถลงการณ์ที่ยืนยัน การปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนสากล ที่ครอบคลุมเรื่อง Sexual Orientation and Gender Identity (ไม่รู้รวมไทยด้วยหรือเปล่า)

หมายถึงอะไร ?

- สิทธิในการใช้ชีวิตด้วยเพศวิถีหนึ่ง ๆ ที่ปราศจากความรุนแรง การเลือกปฏิบัติ และการบังคับด้วยกำลัง ภายใต้กรอบการทำงานของความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานบนความเท่าเทียม ความเคารพ และเป็นธรรม
- สิทธิที่จะแสดงออกถึงรสนิยมทางเพศอย่างเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง
- สิทธิในการแสดงออกถึงเพศวิถีที่เป็นอิสระจากการมีหรือไม่มีลูก

บทสัมภาษณ์ในรายงาน

“These Everyday Humiliations: Violence Against Lesbians, Bisexual women and Transgender men” ระบุถึง

การถูกทุบตี บังคับแต่งงาน บังคับข่มขืน และล่วงละเมิดทางร่างกาย
จิตใจ ต่อ Lesbians, Bisexual women and Transgender men
เพื่อลงโทษที่คนกลุ่มนี้ที่ไม่ได้ดำรงเพศวิถีตามแบบประเพณี
หรืออ้างว่า เพื่อทำการรักษา

โดยที่กระบวนการยุติธรรมในประเทศก็เพิกเฉย

ข้อเรียกร้องของ NGO ใน เคิร์ดส์จีสถาน

บริการ/การดำเนินงาน

ปรับปรุงให้มีบริการที่มีความละเอียดอ่อนและมีทัศนคติที่ไม่เป็นอุปสรรค

ผู้ให้บริการ/ผู้ดำเนินงาน

อบรมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเรื่อง Sexual Orientation and Gender Identity

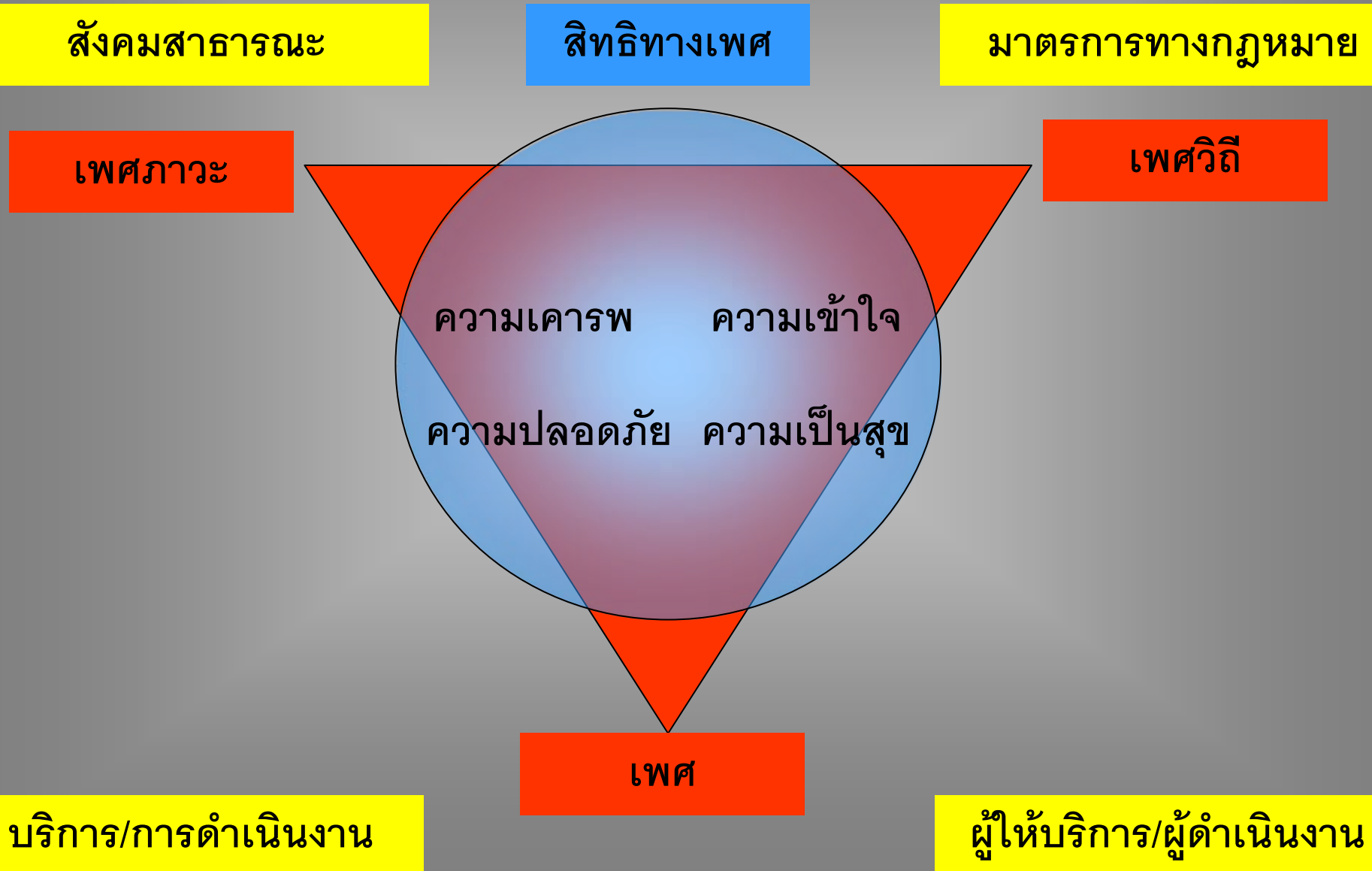
สังคมสาธารณะ

รณรงค์ให้การศึกษาเรื่อง สิทธิทางเพศ และ ความรุนแรงในครอบครัว

มาตรการทางกฎหมาย

พัฒนานโยบายและมาตรการที่รองรับความเปลี่ยนแปลงด้านอัตลักษณ์/สถานะบุคคล และ มาตรการที่รับรอง เคารพการกำหนดอัตลักษณ์ทางเพศของแต่ละบุคคลด้วยตนเอง

หากจะส่งเสริมเรื่องสิทธิทางเพศ เราคาดหวังถึงการกำหนดมาตรการ/การดำเนินงานอะไรบ้าง ?



WHO ระบุว่า การทำงานส่งเสริมสุขภาพทางเพศควรคำนึงถึง หลักการ 6 ข้อ คือ

1. วัฒนธรรมความเป็นเพศ (gender) มีอิทธิพลต่อสุขภาพทางเพศ
2. เคารพในความหลากหลายทางเพศ
3. เคารพในสิทธิของบุคคล
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคนโดยเฉพาะคนที่เปราะบางและอยู่ชายขอบมากที่สุด
5. การดำเนินงานเรื่องนี้ต้องละเอียดอ่อนต่อความเปราะบางและความเสี่ยงของแต่ละคนซึ่งมีไม่เท่ากันและไม่เหมือนกัน
6. ต้องมีการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้คนมีสุขภาพทางเพศที่ดีด้วย

จากอีเมลล์ของ ผึ้ง สคส.เมื่อ

10 กย.52

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์
Reproductive Rights (RR)

ช่วง 5 ปีหลัง (นับแต่ปี 2547) มีการพูดถึงเรื่อง การรวมเอาการทำงานเรื่องเอชไอวี/เอดส์ เข้าไว้กับเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

Sexual and Reproductive Health

HIV/AIDS

ถ้ารวมกันเข้าจริง ๆ

- อะไรอาจหายไปบ้าง
- และอะไรที่ไม่เคยปรากฏอยู่

องค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้ให้บริการสุขภาพมักใช้อธิบายเสมอ ๆ



ครอบคลุมประเด็น

บทบาทชาย-หญิง ความเท่าเทียมกันทางเพศ สิทธิสตรี สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

บริการอนามัยเจริญพันธุ์ 4 มิติ

(อ.กตยา อาชวณิชกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล)



ส่วนที่หายไป

- ความรุนแรงทางเพศ
- วิธีการมองหรืออธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่เสมอกันกับสภาพเป็นมิติตัดขวาง ที่หมายถึงต้องมีการเรียนรู้ เข้าใจ และดำเนินการเรื่องนี้ในทุก ๆ องค์ประกอบ
- การรับรองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

เรามีข้อเสนออะไรในเรื่องนี้บ้างหรือไม่ ?

มุมมอง

สิทธิการตัดสินใจบนเนื้อตัว ร่างกายของผู้หญิง

1. การมีเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงกับการมีลูก : มีเมื่อใด กับใคร และจะมีลูกหรือไม่ ก็คน เว้นช่วงการมีลูกนานแค่ไหน
2. ผู้หญิงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ : คุมกำเนิด/ท้อง/แท้ง/คลอดลูกไปจนถึงลูกมีสุขภาพดี
3. การที่ผู้หญิงต้องมีสิทธิที่จะตัดสินใจเรื่องนี้ทั้งหมด โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ การบังคับขู่เข็ญ และความรุนแรง

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ยังต้องคำนึงถึง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ 5 ระดับ

อำนาจระหว่าง หญิงกับชาย/คู่

อำนาจระหว่าง พ่อแม่กับลูก/ครอบครัว

อำนาจระหว่าง ผู้ให้กับผู้รับบริการ/บริการ

อำนาจระหว่าง รัฐกับประชาชน/กฎหมาย-นโยบาย

อำนาจระหว่าง ประเทศซีกโลกเหนือกับซีกโลกใต้

เอชไอวี/เอดส์ (+ 2)

อำนาจระหว่าง การแพทย์เรื่องเชื้อ/โรค กับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

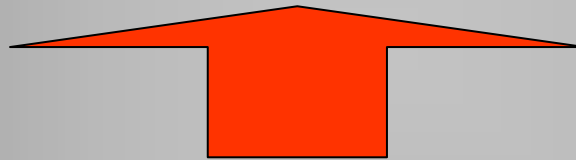
อำนาจระหว่าง ศีลธรรมความถูกต้อง กับทัศนคติ/อคติต่อความเป็นมนุษย์

ส่วนที่ไม่เคยปรากฏอยู่

ไม่คุ้มครองกิจกรรมของคนรักเพศเดียวกัน
และกิจกรรมทางเพศที่ไม่ก่อให้เกิดการสืบพันธุ์

ขาดมิติอัตลักษณ์ทางเพศ : เพศภาวะ และลี้มเลือนผู้ชาย

ขาดมิติด้านความสุข จินตนาการ ความสุนทรีย์



จึงต้องควบคุม/ป้องกัน ดูแล รักษา

มองเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีหน้าที่สืบทอดเผ่าพันธุ์มนุษย์ และ
ต้องการการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี

บริการอนามัยเจริญพันธุ์

วางอยู่บนกรอบเรื่องเพศสัมพันธ์แบบต่างเพศ (Heterosexual)

เพศศึกษา

บริการสุขภาพทางเพศและ
อนามัยเจริญพันธุ์

ความรุนแรงต่อผู้หญิง

Sexual Reproductive Health (and Rights)

รายงาน UNGASS

PMTCT

รายงานสุขภาพทางเพศ
และอนามัยเจริญพันธุ์

รักษ์ไทยและภาคี

ข้อ 37
เรื่องภาวะผู้นำของรัฐบาล

ข้อ 52 53 และ 54
เรื่องการป้องกัน

ข้อ 59 60 และ 61
เรื่องสิทธิมนุษยชน

ข้อ 62, 63 และ 64
เรื่องการลดภาวะความเปราะบาง

(สิทธิ)สุขภาพทางเพศ
และอนามัยเจริญพันธุ์

ข้อ 65
เรื่องเด็กกำพร้า

ข้อ 68
เรื่องการลดผลกระทบ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อ 72
เรื่องการวิจัยและพัฒนา

ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ 103 ข้อ (UNGASS) ปี 2544

สิทธิทางเพศ สิทธิด้านเอดส์ คือสิทธิมนุษยชน

- เคารพ** ทุกอัตลักษณ์ ทุกเพศวิถี มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน
- เข้าใจ** เรื่องเพศไม่ใช่เรื่องธรรมชาติ แต่เป็นเรื่องที่เกิดจากการเรียนรู้
- ปลอดภัย** อบอุนใจ ปราศจากอคติ ความรุนแรง และการเลือกปฏิบัติ
- เป็นสุข** มีความมั่นใจกับเพศวิถีที่เลือก

12 – 18 เครือข่ายฯ ใน กพอ.