

ส่วนที่หนึ่ง

นโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพ

ในส่วนนโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพนี้ จะเป็นการวิเคราะห์นโยบาย 3 เรื่องด้วยกันคือ **เรื่องแรก** นโยบายการลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) **เรื่องที่สอง** นโยบายการพัฒนาบริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยมีผู้ให้บริการเป็นผู้ชักชวน (Provider Initiated Counseling and Testing/PICT) และ**เรื่องที่สาม** นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child Transmission/PMTCT) ซึ่งทั้งสามเรื่องส่งผลให้เกิดการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยเฉพาะด้านการป้องกันการรับ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

เรื่องแรก นโยบายการลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011)

นับแต่ปีพ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นปีของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ (พ.ศ. 2550 – 2554) ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายและการสนับสนุนงาน

ด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนการจัดตั้งคณะกรรมการ กำกับการขับเคลื่อนการป้องกันเอดส์ การกำหนดให้มีนโยบายการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 (Half by 2011) โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานใน 4 กลุ่มประชากรที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด (Most At Risk Populations/MARPs) คือ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (Intravenous Drug User: IDU) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) แรงงานหญิงบริการทางเพศ (Female Sex Worker: FSW) และแรงงานข้ามชาติ (Migrant Worker: MW) และการดำเนินแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ ในรอบที่ 8 โดยเฉพาะการดำเนินงานในรอบที่ 8 ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณดำเนินการในกลุ่มประชากร 4 กลุ่มข้างต้นโดยตรง ทำให้เห็นได้ว่า การดำเนินนโยบายดังกล่าวมีนัยยะที่มุ่งเน้นการดำเนินงานใน 4 กลุ่มประชากรหลักดังกล่าว

ภาคประชาสังคมมองว่า การพัฒนาและดำเนินนโยบาย Half by 2011 เป็นการใช้ฐานความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นหลัก โดยใช้รูปแบบหรือเครื่องมือทางระบาดวิทยาในการคำนวณและคาดประมาณการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งมุ่งมองช่องทางการแพร่ระบาดของ การรับ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเป็นหลัก เพื่อทำให้เห็นภาพตัวแทนของกลุ่มประชากรที่มีอัตราการรับ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีว่ามีอัตราส่วนสูงอยู่ในประชากรกลุ่มใดบ้าง โดยมุ่งเน้นการค้นหา จำแนก และนำมาจัดลำดับเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง (Risk Group) และประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงสุด (Most At Risk

Populations/MARPs) ทั้งในความหมายของการรับ ถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มประชากรตนเองและกระจายไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น ๆ

สิ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาทำได้หรือบอกได้คือ การคำนวณอัตราการแพร่ระบาดในกลุ่มประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทำให้เห็นช่องทางการระบาดหลัก ๆ ในประเทศว่ามีช่องทางใดและเกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มใดบ้าง อาทิ การใช้เข็มฉีดยาของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ทั้งในการซื้อขายบริการทางเพศ ในเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และในความสัมพันธ์ทางเพศระหว่าง คู่สามี ภรรยา และนำมากำหนดเป็นมาตรการด้านการป้องกัน คือ การส่งเสริมความรู้ด้านการติดต่อของเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด

ภาคประชาสังคมมองว่า การพัฒนานโยบายดังกล่าวที่มุ่งเน้นการใช้ฐานความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นมิติหลัก และกำหนดมาตรการในการป้องกันตามการจำแนกประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูงสุด บนเงื่อนไขที่ต้องมีการระดมทรัพยากรและความร่วมมืออย่างแข็งขัน อาจช่วยลดอัตราการรับ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้แต่ก็จะเป็นเพียงในระยะสั้น แต่จะไม่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวีได้ในระยะยาว

ทั้งนี้ เนื่องจากสิ่งหนึ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาทำไม่ได้หรือบอกไม่ได้คือ “อัตลักษณ์ทางเพศ ที่มีความหลากหลายและสิ้นไหล” ที่แสดงผ่านเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ที่

ทำให้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งประชากร 4 กลุ่มดังกล่าวมีอัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศที่หลากหลายและสิ้นไหลเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยไม่ได้ผูกติดกับเพศสรีระ และ/หรืออัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศแบบตายตัวแบบเดียว อันหมายถึง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก็ไม่ได้มีตัวตนที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายในรูปแบบเดียว เพราะอาจยังมีตัวตนที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิง และเพศอื่น ๆ ได้ด้วย แรงงานหญิงผู้ให้บริการทางเพศ ก็ไม่ได้มีตัวตนหรือรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศแบบซื้อขายบริการรูปแบบเดียว แต่ยังมีตัวตนหรือรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศแบบคู่รัก คู่สามี ภรรยา หรือรูปแบบอื่น ๆ ได้อีก เป็นต้น

แม้ว่าองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาอาจไม่สนใจหรือให้ความละเอียดอ่อนกับอัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศที่หลากหลายและสิ้นไหลเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยมองว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ การส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการรับถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่านั้นก็ตาม

แต่สิ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาทำไม่ได้หรือบอกไม่ได้ก็คือ แม้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ จะมีความรู้เรื่องช่องทางการป้องกันการติดต่อของเชื้อเอชไอวี รวมทั้งได้รับแจกจ่ายถุงยางอนามัยแล้วก็ตาม แต่ทำไม การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สามี ภรรยา การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และการมีเพศสัมพันธ์ในการซื้อขายบริการทางเพศ จึงยังเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ “อำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศ” ที่ไม่เท่าเทียมกัน อันเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดรูปแบบความ

สัมพันธ์ทางเพศในเพศวิถีหนึ่ง ๆ ว่า จะมี/ไม่มีเพศสัมพันธ์ จะมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย/ไม่ปลอดภัย จะมีเพศสัมพันธ์แบบป้องกัน/ไม่ป้องกัน จะมีเพศสัมพันธ์แบบมี/ไม่มีความสุข ความรื่นรมย์ จะมีเพศสัมพันธ์แบบกดบังคับ/ทำตามหน้าที่/มีตามความต้องการของตนเอง ซึ่งการดำเนินการเฉพาะการส่งเสริมความรู้เรื่องช่องทางการติดต่อของ เอชไอวี และการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย จะไม่ช่วยให้ผู้คนกลุ่มต่างๆ รวมทั้งกลุ่มประชากรหลักๆ ทั้ง 4 กลุ่มนี้มีเพศสัมพันธ์ที่ดีและปลอดภัยได้

นอกจากนี้ อีกสิ่งหนึ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยา ไม่ได้ทำ แต่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการกำหนดนโยบาย และมาตรการดังกล่าวคือ การส่งผลให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรทั้ง 4 กลุ่ม ที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด ซึ่งจะถูกมองว่าเป็นกลุ่มประชากรที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเอชไอวี และยังเป็นการตอกย้ำทัศนคติและอคติต่อกลุ่มคนที่แตกต่าง ทำให้เกิดเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและได้รับบริการ การรับรองสิทธิและสถานะ

การพัฒนานโยบาย กำหนดมาตรการเพื่อการป้องกันแก้ไข ปัญหา จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ในระดับที่กว้างขวางออกไปทั้งในมิติทางสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งใช้ฐานคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนเข้ามาผสมผสาน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเงื่อนไขความเปราะบางทางสังคม วัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิทางเพศและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผ่านอคติและสภาพการถูกปฏิเสธ ไม่ได้รับการยอมรับสถานะ

ตัวตนทางเพศที่หลากหลาย การด้อยอำนาจในการจัดการเรื่องทางเพศของตนเอง หรืออีกด้านหนึ่งคือ การตีตรา การแบ่งแยกก็ดกันและเลือกปฏิบัติทางเพศและตัวตนด้านอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กัน ที่ทำให้คนอยู่ในสถานะด้อยอำนาจ เข้าไม่ถึงบริการในการป้องกัน ดูแล รักษาตนเอง จนนำไปสู่ภาวะความเสี่ยงต่อการได้รับ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

ชายที่รักและมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ไม่ได้รับการยอมรับ การมีสถานะตัวตนทางเพศในสังคม โดยอัตลักษณ์ทางเพศในสังคมมักถูกกำหนดให้เป็นภาพตายตัว ที่ผูกโยงเข้ากับอัตลักษณ์ทางเพศสรีระ (Biological Sexual Identity) เท่านั้น ทำให้ความแตกต่างทางเพศที่ปรากฏ ไม่ได้รับการยอมรับ อีกทั้งยังถูกนำมาลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไปอีกด้วย

แรงงานหญิงบริการทางเพศ ต้องเผชิญสถานะด้อยโอกาสในการจัดการเรื่องทางเพศของตนเอง อันเกิดจากสถานะด้อยอำนาจทางเศรษฐกิจ การไม่มี/ไม่ได้รับความปลอดภัยและสวัสดิการทางสังคมจากการทำงาน และการมองอัตลักษณ์/ตัวตนของแรงงานหญิงบริการทางเพศแบบตายตัว ผูกติดกับความเป็นแรงงานหญิงบริการทางเพศตลอดเวลา ทำให้ไม่เข้าใจ เกิดการละเลย สถานภาพและตัวตนทางเพศและทางสังคมด้านอื่น ๆ ของแรงงานหญิงบริการทางเพศและไม่สามารถเสริมสร้างศักยภาพ เพิ่มโอกาสและทางเลือกอื่น ๆ ให้กับแรงงานหญิงบริการทางเพศ

แรงงานย้ายถิ่น และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดก็เช่นเดียวกัน ที่มักถูกมองแบบตายตัว และมองเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเชื้อโรค

ช่องทางการรับ ถ่ายทอดเชื้อ ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นเรื่องเฉพาะทางการแพทย์ ทำให้มองไม่เห็นอัตลักษณ์และตัวตนทางเพศที่แตกต่างหลากหลาย เช่นกัน

ภาพการมองประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มที่ถูกระบุว่า เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด เป็นการมองและทำให้ภาวะความเปราะบาง ความเสี่ยง ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องตายตัว (Static) โดยมองไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา (Dynamism) และทำให้เรื่องนี้ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องเฉพาะทางการแพทย์ (Medicalization) ที่เมื่อผูกโยงเข้ากับอัตลักษณ์/ตัวตนของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มแรงงานย้ายถิ่น กลุ่มชายรักชาย และกลุ่มแรงงานหญิงบริการทางเพศ ซึ่งเผชิญกับภาวะการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติทางสังคมอยู่แล้วย่อมทำให้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ตกอยู่ในภาวะความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

ภาคประชาสังคมจึงมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินนโยบาย Half by 2011 ดังนี้

- รัฐควรสนับสนุนการทำงานที่เป็นการทำความเข้าใจต่อเรื่องวิถีชีวิตของคนแต่ละกลุ่ม เพื่อที่จะเข้าใจบริบทการใช้ชีวิตของคนเหล่านั้นแบบไม่แยกส่วน รวมถึงการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตทางเพศที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการทำงานด้านการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตรา ทั้งนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ในมิติที่หลากหลาย

แบบผสมผสาน ทั้งฐานคิดด้านระบาดวิทยา สังคม วัฒนธรรม และสิทธิมนุษยชน

- รัฐควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับสาธารณะถึงเรื่องโอกาสเสี่ยงและแนวทางการป้องกันที่ไม่จำเป็นต้องระบุงุ่ม ในขณะเดียวกันยังคงต้องทำงานกับกลุ่มประชากรกลุ่มต่างๆ ในวิถีที่หลากหลายในการดำเนินชีวิตขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความหลากหลายในเพศวิถี บนการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อจะทำให้ทุกคนได้ปลอดภัยและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

- รัฐควรที่จะสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยการปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อที่จะให้คนทุกคนหรือทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการการป้องกันและการดูแลรักษาได้ ทั้งนี้โดยปรับปรุงกฎหมายบนฐานความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนให้มากขึ้น อาทิ กฎหมายที่จะสามารถลดเรื่องของการทำให้ผู้ใช้ยาเป็นอาชญากร หรือ ลดการถูกคุกคามโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐต่อพนักงานบริการทางเพศ และการมองว่าความรักและเพศสัมพันธ์ของคนรักเพศเดียวกันเป็นเรื่องผิดปกติและอันตราย เป็นต้น

- มีนโยบายและมาตรการด้านการป้องกันที่ให้ความสำคัญกับเรื่องอำนาจ ความไม่เสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ การขจัดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจาก ความแตกต่างหลากหลายทางเพศภาวะ เพศวิถี

เงื่อนไขและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยนำกรอบความคิดเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เข้ามาใช้ในการทำงาน ทั้งนี้ หมายความว่า ให้มองคนเหล่านั้นมากไปกว่าชั้นส่วนอวัยวะ ที่เป็นกลไกการรับถ่ายทอดเชื้อฯ แต่ให้มองในฐานะมนุษย์และเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย

- มีการส่งเสริมการเคารพสิทธิทางเพศ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะทางเพศที่ดีและปลอดภัย เหมาะสม สอดคล้องกับเพศภาวะ เพศวิถี ที่บุคคลนั้น ๆ เป็นผู้เลือกในการดำเนินชีวิตของตนเอง

- การส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ และคู่มือเพศสัมพันธ์ที่ดี ปลอดภัย มีการป้องกัน และมีสุขภาวะทางเพศที่ดี จึงจำเป็นต้องมองเรื่อง “อัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศ ที่มีความแตกต่าง หลากหลาย และสิ้นไหล” และจำเป็นต้องมองเรื่องการจัดการ “อำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศ” ที่ไม่เท่าเทียมกันพร้อมกันไปด้วย ซึ่งก็คือการให้ความสำคัญกับเรื่อง “สิทธิทางเพศ”

- การสนับสนุนงบประมาณ ควรให้ความสำคัญต่อการสร้างเครือข่ายการเสริมศักยภาพการทำงาน การเชื่อมประสานระหว่างกลุ่มคนที่ทำงาน ทั้งนี้ในการจัดทำโครงการของกลุ่มเป้าหมาย ควรเปิดให้มีการจัดทำงานงบประมาณสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย

เพื่อให้กระบวนการเครือข่ายเป็นกระบวนการเสริมศักดิ์ศรีของคนที่เป็นเจ้าของปัญหาและต้องการมีชีวิตที่ปลอดภัยเอชไอวีเช่นเดียวกับคนทุกคนในสังคม

เรื่องที่สอง นโยบายการพัฒนาบริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยมีผู้ให้บริการเป็นผู้ชักชวน (Provider Initiated Counseling and Testing/PICT)

การดำเนินงานส่งเสริมบริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) ถูกหยิบยกขึ้นมาพัฒนาเป็นมาตรการและนโยบายสำคัญอีกครั้งในช่วงหลังจากมีการขยายผลการดำเนินงานให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในประเทศ นับว่าเป็นการยกระดับการดำเนินงาน VCT ให้เป็นบริการ ที่จะช่วยให้คนที่มีเอชไอวีได้รับรู้สถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเองได้เร็วขึ้น และสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น รวมทั้งสามารถป้องกันการรับถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้ด้วย

หลายภาคส่วนได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน VCT เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งในรูปแบบการมีบริการ VCT ที่เคลื่อนที่เข้าไปในชุมชน (Mobile VCT) จนถึงล่าสุดได้มีการรวม VCT เข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการขยายผลการฝึกอบรมการให้บริการปรึกษาเบื้องต้นให้กับพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐด้วย

อย่างไรก็ตามพบว่า มีคนทั่วไปที่ตัดสินใจเข้ารับบริการ VCT ในจำนวนที่น้อยมาก จึงมีความพยายามในการส่งเสริมมาตรการใหม่ ที่เรียกว่า PICT (Provider Initiated Counseling and Testing) คือ การให้ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้หันมาหรือชักชวนให้ผู้มารับ บริการเข้ารับบริการการปรึกษาและตรวจเลือด ซึ่งในทางปฏิบัติก็น่า จะมีการดำเนินการในทำนองนี้มาแล้วในช่วงก่อนหน้า

การส่งเสริมมาตรการ PICT ที่มีแนวโน้มว่าจะยกระดับให้กลายเป็นนโยบายที่มีแนวปฏิบัติที่เข้มข้นขึ้นนี้ ดำเนินการบนสมมติฐานว่า การที่มีคนมาตรวจเลือดจำนวนมาก จะช่วยให้เกิดการตรวจคัดกรองผู้ ที่มีเชื้อเอชไอวีได้เร็วและพบผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในจำนวนมากด้วย ทำให้ เป้าหมายในการตรวจค้นหาผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีให้ได้จำนวนมากและ รวดเร็ว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการแพทย์ทั้งการรักษาและป้องกัน มีแนวโน้มความสำเร็จสูงขึ้น

ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา มีงานวิจัยชื่อ “ศักยภาพในการที่จะ ดำเนินการในแนวทาง ผู้ให้บริการเป็นผู้ริเริ่มการให้คำปรึกษาและ ตรวจเลือดอย่างสมัครใจในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย” (The Potential of Provider - Initiated Voluntary Counseling and Testing in Health Care Setting in Thailand: PI(V)CT) ซึ่งดำเนินการโดย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) โดยได้รับการสนับสนุนจาก Global Development Network มูลนิธิ ส่งเสริมสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพประเทศไทย

ซึ่งผลการศึกษาได้ตอบโจทยที่ว่า การให้บริการรูปแบบ PI(V)CT มีผู้เข้ามาใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คือมีอัตราการเข้าตรวจเพิ่มขึ้นถึง 50 เท่า

นอกจากนั้นในแง่ของความคุ้มค่าต่อการลงทุนที่เป็นตัวเลขของเม็ดเงินที่จะใช้ไปกับคน ๆ หนึ่ง ในการทำงานตามแนวทาง PI(V)CT ก็พบว่ามีความคุ้มค่าด้วย (ยศ ตีรวัดนานนท์, 2553) และผลจากการศึกษานี้ได้ถูกนำเสนอไปในระดับนโยบายให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปแล้ว

เมื่อมองการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็น VCT, VCCT (Voluntary Confidential and Testing), PIVCT และ PICT ก็ตาม จะพบว่ามาตรการหรือรูปแบบดังกล่าวน่าจะมีวัตถุประสงค์/ความต้องการในลักษณะที่คล้ายคลึงกันอยู่ คือ ความต้องการพัฒนารูปแบบ/ช่องทางให้คนเข้ารับบริการและได้รับรู้สถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนได้เร็วขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันการรับ ถ่ายทอดเชื้อของตนเองและผู้อื่น และเพื่อให้เข้าถึงการรักษาได้เร็ว อันจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

จุดที่แตกต่างกันของมาตรการ/รูปแบบนี้ น่าจะอยู่ที่เจตนาเบื้องต้นของความต้องการที่ทำให้มีความพยายามส่งเสริมการพัฒนาและใช้รูปแบบต่าง ๆ ขยาย เพิ่มเติมเข้ามาอีก จาก VCT ไปสู่ PI(V)CT และ/หรือ PICT และนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่แตกต่างกันออกไปตามเจตนา นั้น ๆ กล่าวคือหากมีเจตนาในการใช้มาตรการนี้ไปเพื่อการเป็นเครื่องมือในการตรวจหาผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีให้ได้เร็วขึ้น

เพื่อนำไปสู่ช่องทางในการควบคุม/ป้องกันการรับ ถ่ายทอดเชื้อ ก็จะมีการเลือกใช้/ส่งเสริมรูปแบบ PICT ซึ่งการใช้รูปแบบดังกล่าว มีความสัมพันธ์ต่อการทำให้เจตนาพื้นฐานเบื้องต้นของการพัฒนา มาตรการ VCCT เบี่ยงเบน ผิดเพี้ยนไปเป็น CCTV หรือกล้องวงจรปิด เพื่อการค้นหาและตรวจจับ คือ ต้องมีมาตรการในการตรวจจับ ค้นหาผู้มีเชื้อให้รวดเร็ว เพื่อคัดกรอง แยกกลุ่มคนเหล่านี้ออกไป ดังจะเห็นจากปรากฏการณ์ที่รัฐพยายามจะตรวจค้นหาผู้มีเชื้อ ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ไปเมื่อเร็ว ๆ นี้ ที่ทำให้เห็นผลกระทบเรื่องการแบ่งแยก ตีตรา และอคติที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีเชื้อว่าเป็นผู้คนอันตราย ได้อย่างชัดเจน

แม้ว่าส่วนสำคัญของการดำเนินแนวทาง PICT จะนำไปเพื่อทำให้ผู้คนในสังคมมีทางเลือกในการรับบริการและส่งเสริมพฤติกรรม ความปลอดภัย แต่หากเข้มมุ่งของการดำเนินนโยบายดังกล่าว เน้นไปที่การเพิ่มจำนวนของผู้ที่เข้ารับบริการตรวจเลือด นับว่าเพื่อการค้นหา ตัวผู้มีเชื้อเอชไอวีให้ได้เร็วและมากที่สุด ที่แม้จะมีเจตนาดีที่จะทำให้เกิดการป้องกันการรับ ถ่ายทอดเชื้อเพิ่ม หรือเพื่อให้เข้าถึงบริการการรักษาได้เร็วก็ตาม

หากการดำเนินนโยบายดังกล่าวก็คาบเกี่ยวอยู่บนเส้นของการ ละเมิดสิทธิและก้าวล่วงเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะอาจทำให้เกิดการกะเกณฑ์คนมาตรวจ เพื่อต้องการนับเอาแต่จำนวนตัวเลขผู้มา ตรวจเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย อันจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปสู่การให้บริการ การปรึกษาที่ไม่มีคุณภาพ ละเลย เพิกเฉย ในการให้ความสำคัญ

กับความละเอียดอ่อนเรื่องความแตกต่างหลากหลายของผู้มารับบริการ ทั้งอัตลักษณ์ ตัวตนทางเพศและตัวตนด้านอื่น ๆ

ทั้งนี้การมุ่งหวังผลให้มีจำนวนผู้ที่มาตรวจเลือดให้มาก ยังจะเป็นปัจจัยให้เกิดการละเลยเรื่องสิทธิการตัดสินใจบนหลักการได้รับข้อมูลที่รอบด้าน และสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองดูแลรักษาความลับอีกด้วย ดังเช่นที่เห็นและปรากฏอยู่ในการดำเนินและจัดบริการแบบ PICT ในการจัดบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่มุ่งเน้นเรื่องการโน้มน้าวชักชวนให้หญิงตั้งครรภ์ตรวจเลือดหาสถานะการมีเชื้อเอชไอวี เพื่อผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่บริการ PMTCT โดยไม่ได้ตระหนักเรื่องความสมัครใจ ส่งผลให้เกิดการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้านการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยการมองเนื้อตัวร่างกายและระบบอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวีให้กลายเป็นเพียงกลไกในการรับ ถ่ายทอดเชื้อ ซึ่งจะขอลงถึงรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนการวิเคราะห์นโยบายถัดไป

ส่วนที่ภาคประชาสังคมกังวลเพิ่มเติมคือ อาจมีการนำเอาแนวปฏิบัติเดียวกันนี้มาเลือกใช้กับกลุ่มประชากรที่ถูกเพ่งมองทางระบาดวิทยาว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดด้วยเช่นกัน

ส่วนสำคัญที่ขาดหายไปสำหรับการดำเนินนโยบายดังกล่าว น่าจะอยู่ตรงที่ การให้ความเคารพในเรื่องความพร้อม ความสมัครใจ (Voluntary) และการตัดสินใจของผู้คนอย่างแท้จริง โดยให้การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวไปเพื่อการจัดบริการการศึกษา ส่งเสริมให้เกิด

การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในการประเมินพฤติกรรม โอกาส และทางเลือกในการจัดการกับความเปราะบางความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตของตนเอง และการเลือกรับหรือไม่รับบริการตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะการมีเชื้อเอชไอวีนั้นให้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคนนั้น ๆ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการรักษาความลับ (Confidentiality) อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับบริการนั้น

สิ่งที่สำคัญในการใช้มาตรการการจัดและพัฒนาบริการ VCCT ให้เป็นเครื่องมือหรือช่องทางในการส่งเสริมให้ผู้มารับบริการเข้าใจสถานะความเปราะบาง และพฤติกรรมความเสี่ยงของตนได้นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องมีทัศนคติที่ดี เปิดกว้าง ในการทำความเข้าใจ และยอมรับ อັตลักษณ์/ตัวตนทางเพศที่แตกต่าง หลากหลาย และสิ้นไหลไปมา รวมทั้งเข้าใจเรื่องอำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียมกันด้วย และพร้อมที่จะให้บริการโดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ จึงจะทำให้ VCT, VCCT, PIVCT และ PICT กลายเป็นเครื่องมือหรือช่องทางในการทำงานควบคู่ไปกับการดำเนินนโยบาย Half by 2011 ได้อย่างมีประสิทธิภาพบนฐานการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือการเข้าถึงและได้รับบริการ VCT ของเยาวชนที่อายุไม่เกิน 18 ปี ซึ่งแม้จะมีการรวมสิทธิในการเข้ารับบริการ VCT เข้าไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่การให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า

18 ปี ก็ยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากขัดกับ “แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเรื่องเอดส์” (แพทยสภา, 2545) ซึ่งระบุไว้ว่า

ข้อ 2.4 การรักษาความลับของผู้รับการตรวจ และการแจ้งผลแก่ผู้เกี่ยวข้อง หากผู้รับการตรวจเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้ที่บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการปรึกษาก่อนตรวจ การขอความยินยอมในการตรวจ และการแจ้งผลต่อผู้รับการตรวจ และการให้คำปรึกษาแนะนำหลังทราบผลการตรวจ ให้ดำเนินการดังกล่าวแก่ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับการตรวจแทน

ความท้าทายสำคัญประการหนึ่งจึงอยู่ที่ การร่วมกันพิจารณาแก้ไขแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เยาวชนได้เข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และนำไปสู่บริการอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อไป โดยไม่ขัดกับหลักกฎหมาย และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กและเยาวชน ซึ่งภาคประชาสังคมโดยองค์การแพธ ได้รวบรวมกฎหมายหรือหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องเสนอให้กับคณะกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของแพทยสภาได้พิจารณาอยู่ในขณะนี้

นอกจากนี้ยังมีปัญหาสำคัญอีกประการในเรื่องบริการ VCT คือ การที่กลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติยังเข้าไม่ถึงบริการ VCT ซึ่งปัจจุบันสามารถกล่าวได้ว่า ยังไม่มีบริการ VCT ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ

ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอต่อการดำเนินนโยบาย VCCT ดังต่อไปนี้

- ให้พิจารณาและจัดบริการ VCCT เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล การปรึกษา และทางเลือกในการเข้าถึงบริการป้องกันดูแล รักษาบนความสมัครใจ และการรักษาความลับ มากกว่าใช้มาตรการดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการเร่งรัดการตรวจหาบุคคลที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อการควบคุมและป้องกันโรค
- ไม่มุ่งเน้นใช้มาตรการนี้กับคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง บนฐานอคติ ความเชื่อ/ความรู้เดียว แต่ให้ใช้มาตรการนี้เป็นช่องทางในการจัดบริการให้กับทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม
- มีระบบบริการที่เหมาะสม/ เป็นมิตร มีความครบวงจรทั้งในเรื่องของการให้บริการปรึกษา บริการฉวยางอนามัย บริการอนามัยเจริญพันธุ์ บริการเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ บริการยาต้านไวรัส บริการกลุ่มตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยให้มีระบบ VCCT กับทุกกลุ่มและให้บริการโดยมีความเข้าใจและคำนึงถึงความละเอียดอ่อน วัฒนธรรม วิถีชีวิต และวิถีชีวิตทางเพศ
- เพื่อให้การเข้าถึง VCT ในคนทุกกลุ่ม ควรส่งเสริมให้มีกระบวนการทำงานในการให้ข้อมูล จัดบริการปรึกษาให้กับชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการเพิ่มบุคลากรในการ

ทำงานให้คำปรึกษา ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐ ควรหาแนวร่วมจากภาคประชาสังคม โดยพัฒนาศักยภาพให้กลุ่มคนเหล่านั้น ให้สามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้ตามมาตรฐานการให้คำปรึกษา รวมถึงการให้ผู้ติดต่อเอชไอวีที่ร่วมบริการในศูนย์องค์รวมของโรงพยาบาลกว่า 500 แห่งทั่วประเทศ ทำหน้าที่ให้บริการ VCCT โดยให้มีการสนับสนุนงบประมาณให้กลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการบริการโดยรวมอยู่ในระบบที่มีอยู่

- มีการให้บริการที่เป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ กรณีอาสาสมัคร หรือเจ้าหน้าที่องค์พัฒนาเอกชนที่ได้รับการอบรมในการให้บริการการปรึกษาที่ผ่านเกณฑ์ ก็ให้นับเป็นผู้ให้บริการด้วย โดยให้ร่วมจัดบริการ VCT ในกลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติ อย่างเป็นมิตร มีผู้ให้คำปรึกษาที่พูดภาษาเดียวกันกับแรงงานและกลุ่มชาติพันธุ์และมีความเข้าใจในวัฒนธรรมและสังคมของกลุ่มคนเหล่านั้นเป็นอย่างดี

- ให้มีการติดตามและจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน VCCT, VCT, PICT เพื่อสรุปบทวนและปรับกลยุทธ์ กลวิธี ในแผนบูรณาการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แผนอนามัยเจริญพันธุ์แผนคุ้มครองสิทธิ เพื่อให้การดำเนินงานด้านนี้ส่งผลกระทบอย่างแท้จริงในการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่และการเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ โดยความร่วมมือของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องกับประชาสังคม

เรื่องที่สาม นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)

มองย้อนไปนับแต่ปี 2542 ที่กรมอนามัย ได้ประกาศให้มีการดำเนินมาตรการ PMTCT ไว้เป็นนโยบายระดับชาติ จนถึงปัจจุบันนับเป็นเวลากว่า 10 ปีแล้ว ภาคประชาสังคมได้วิเคราะห์และมีความเห็นว่า นโยบาย PMTCT ดังกล่าว แต่เดิมเป็นนโยบายที่พัฒนาขึ้นมาจากฐานความรู้ทางการแพทย์ และทำให้เรื่องของการป้องกันการรับ ถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกเกิดใหม่ กลายเป็นเรื่องเฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น เห็นได้จากการกำหนดชื่อเรียกนโยบายดังกล่าว ที่สะท้อนเฉพาะข้อเท็จจริงทางการแพทย์ แต่ละเลยผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรมที่เกิดขึ้นกับตัวผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวี ที่จะถูกตีตราทางสังคมว่าเป็นผู้ที่แพร่เชื้อเอชไอวีให้กับทารกเกิดใหม่ จึงมีความเห็นว่า ควรมีการเปลี่ยนแปลงชื่อเรียกขานนโยบายดังกล่าวใหม่จาก การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ไปเป็นการป้องกันการรับ ถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกเกิดใหม่ อันเป็นชื่อที่ยังคงข้อเท็จจริงทางการแพทย์ไว้ แต่เพิ่มความตระหนักทางสังคม วัฒนธรรม ที่จะไม่นำไปสู่การกล่าวโทษ ตีตราทางสังคมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวี

และเมื่อมองการพัฒนาของนโยบายดังกล่าวนี้ คู่ไปกับการพัฒนานโยบายการให้และขยายผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยกรมควบคุมโรค ที่เริ่มต้นพัฒนาขึ้นมาในระยะเวลาใกล้เคียงกัน จะพบว่า การดำเนินนโยบายและการจัดบริการยังคงมีการแยกส่วน ไม่เชื่อมโยงกัน

กลายเป็นช่องว่างในระดับของการประสานงานเพื่อการจัดบริการของกรมนามัยที่ดูแลบริการแม่และเด็กในคลินิกแม่และเด็ก กับการจัดบริการของกรมควบคุมโรคที่ดูแลเรื่องบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในคลินิกการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้หญิงหลังคลอดที่มีเชื้อเอชไอวี แต่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงไม่ถึงเกณฑ์ในการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หลายรายขาดการรับรู้ข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อใช้ประกอบในการวางแผนเรื่องทางเลือกในการดูแลสุขภาพในอนาคต ที่แม้ภายหลังก็มีความพยายามในการปรับปรุงการประสานงานส่งต่อให้ดีขึ้น แต่ก็ยังคงพบช่องว่างดังกล่าวในการประสานความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคและกรมนามัยอยู่เช่นเดิม

ภาคประชาสังคมมองว่า นโยบาย PMTCT ยังเป็นเรื่องของการคุ้มครองการเกิดเป็นหลัก เพื่อให้ทารกที่เกิดใหม่มีความปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี โดยละเอียดไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากข้อถกเถียง และความกังวลใจเรื่องแม่ตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่บริการ PMTCT ในการรับยาต้านเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกเกิดใหม่ แล้วอาจเกิดภาวะดื้อยาจากสูตรยาป้องกันดังกล่าวขึ้นได้

โดยความพยายามผลักดันของภาคประชาสังคม นำโดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ประเทศไทยและภาคี ทำให้ในปี 2552 ได้มีข้อสรุปจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมนามัยในการปรับเปลี่ยนสูตรยาในบริการ PMTCT ให้เป็นสูตรยา 3 ตัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อในทารกเกิดใหม่และ

ป้องกันภาวะคือยาในแม่ตั้งครรภ์ด้วย โดยได้มีการให้บริการนาร่องและ
จะขยายทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2553

นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมยังมองว่า PMTCT ยังไม่ได้
คุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ทั้งในด้านการตัดสินใจ
วางแผนการดำเนินครรภ์ต่อ การยุติการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ใหม่ และ
จำนวนบุตรที่หญิงและคู่ต้องการ ทั้งนี้การให้ข้อมูล การจัดบริการ และ
การตัดสินใจกรณีดังกล่าว ยังอิงอยู่กับอำนาจการตัดสินใจของแพทย์
และพยาบาลอยู่มาก ซึ่งบุคลากรทางแพทยดังกล่าวยังมีทัศนคติต่อ
เอชไอวี และผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่แตกต่างหลากหลายกันไป และบาง
คนก็มีทัศนคติที่เป็นอคติต่อการให้และวางแผนการให้บริการ ทำให้
หลายครั้งเกิดการละเมิดสิทธิทางเพศ และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของ
หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีและคู่

นอกจากนี้ การจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเอชไอวี
ในบางครั้งยังเป็นการละเมิดสิทธิทางเพศอีกด้วย ทั้งในเรื่องการดำเนิน
ชีวิตทางเพศ การตัดสินใจมีคู่อื่นๆ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการมักถูก
โน้มน้าวให้หยุดคิดเรื่องการมีคู่อื่นๆ ด้วยคำอธิบายว่า จะทำให้คู่อื่นได้
รับเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการทำบาป ทำให้หญิงที่มารับบริการทั้งที่คลินิก
แม่และเด็กและคลินิกยาต้านไวรัสต้องตกอยู่ในภาวะกดดันจากการรับ
บริการ

ภาคประชาสังคมมองว่านโยบายการจัดบริการ PMTCT จะต้อง
มองให้ครอบคลุมเรื่องการเคารพสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญ
พันธุ์ บนการตัดสินใจของผู้หญิงด้วย โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการ

การให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ และต้องมีการดูแลรักษา ความลับเรื่องสถานะการมีเชื้อเอชไอวีด้วย ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาเสริมสร้าง บริการการปรึกษาที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้หญิงมีการตัดสินใจวางแผนรองรับ ทั้งความต้องการหรือไม่ต้องการตรวจเลือดหาสถานะการมีเชื้อเอชไอวี รวมทั้งวางแผนรองรับในกรณีต่าง ๆ อาทิ

หากพบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินชีวิตต่ออย่างไร ต้องการเข้าหรือไม่เข้ารับบริการ PMTCT รวมทั้งการตัดสินใจและ วางแผนบอกสถานะการมีเชื้อเอชไอวีกับคู่ การพาหรือไม่พาคู่มารับบริการ ตรวจหาเชื้อ

หากพบว่าตนเองไม่มีเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินชีวิตต่ออย่างไร เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและลดภาวะความเปราะบางต่อความ เสี่ยงในการได้รับเอชไอวีของตนเองและคู่ได้อย่างไร

บริการปรึกษาดังกล่าวต้องครอบคลุมเรื่องการวางแผนการ คู่มีกำเนิด การตั้งครรภ์ซ้ำ และทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ เข้าไว้ด้วย

ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอแนะต่อนโยบายการป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกดังต่อไปนี้

- เปลี่ยนชื่อมาตรการนี้จาก การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจาก แม่สู่ลูก ไปเป็น “การลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกเกิดใหม่” บนหลัก การที่ไม่ต้องการให้เกิดการตีตราและสร้างการรังเกียจก็ดกัน

● ให้ระบบบัตรทอง หลักประกันสุขภาพ ดูแลตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโครงการ PMTCT ที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย โดยที่ให้สูตรยาต้านไวรัส ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสูตรยา 3 ตัว ให้หญิงทุกคนที่มาฝากครรภ์ได้รับบริการ VCCT ที่ไม่ใช่นม น้ำ ให้ตรวจเลือดอย่างเดียว และไม่มีการบังคับว่าเอาสามีมาตรวจด้วย

● ในการให้บริการ VCCT ต้องมีการให้ข้อมูลที่รอบด้าน อาทิ ข้อมูลความเสี่ยงในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน ข้อมูลบริการยาต้าน ข้อมูลการดูแลหลังคลอด และข้อมูลว่าด้วยผลกระทบต่อตนเอง ความลับ ชีวิตคู่ ฯลฯ ให้เป็นส่วนหนึ่งที่หญิงตั้งครรภ์ จะตัดสินใจรับบริการตรวจหรือไม่ตรวจเลือด และแม่จะตั้งครรภ์และคลอดแล้ว

● ต้องมีการให้ข้อมูลบริการ VCCT ไปด้วยว่า ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หญิงตั้งครรภ์และคู่ ก็เช่นเดียวกับทุกคนที่มีสิทธิประโยชน์ที่จะเข้ามาใช้บริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจได้ปีละสองครั้งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แม่เหล่านี้ก็เป็นแม่ตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการ เช่น แม่ตั้งครรภ์ โดยทั่วไป

● ผู้หญิงที่มีเอชไอวีทุกคน มีสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิทางเพศ ในเรื่องการตัดสินใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การวางแผน

การตั้งครรภ์/ยุติการตั้งครรภ์ การวางแผนคุมกำเนิด โดยต้องได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องทางเลือกต่าง ๆ ที่ครบถ้วนรอบด้าน เช่นเดียวกับ การมีสิทธิเข้าถึงและได้รับบริการ ข้อมูลข่าวสารเรื่อง บริการดูแลรักษา สุขภาพและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยยืนยันว่าสิทธินี้ครอบคลุม การตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเอชไอวี ว่าต้องการได้รับการบริการ มาตรการการลดการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกเกิดใหม่ด้วยหรือไม่

- ควรคำนึงถึงโอกาสและทางเลือกของหญิงตั้งครรภ์ที่แตกต่าง กันอันเนื่องมาจาก ปัจจัยเรื่อง สถานะการมีเอชไอวี สถานะการมีคู่ สถานะความเป็นพลเมืองไทย (หรือเป็นแรงงาน/ผู้ติดตามแรงงาน/ ผู้ที่ไม่มีเอกสารการเข้าเมืองตามกฎหมาย) ทางเลือกและโอกาสทาง เศรษฐกิจและการยังชีพ ฯลฯ ซึ่งเรื่องดังกล่าวอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ เหล่านี้มีความต้องการได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลที่แตกต่างกัน ไปด้วย

- พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้เกิดความเข้าใจโดยเฉพาะในหลักสูตรการ ให้คำปรึกษา โดยเพิ่มประเด็น เพศสภาวะ และ เพศวิถี ตลอดจนสิทธิ มนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธ์ เพื่อเจ้าหน้าที่สามารถให้การ บริการ ให้ข้อมูลและทำกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยสามารถ เข้าใจประเด็นเพศวิถี สนับสนุนให้มีการพูดคุยปัญหาที่เกี่ยวกับเพศ สัมพันธ์ ความรุนแรง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้ติด เชื้อ สามารถสนับสนุนผู้หญิงที่ไม่สามารถเปิดเผยผลเลือด ถูกกระทำ

ความรุนแรง และช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคม หรือ กฎหมายกับผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง

- ส่งเสริมความร่วมมือกับเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และเครือข่ายภาคประชาสังคมอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมกันทำงานอย่างเท่าเทียมแท้จริงในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์และแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

- ผลักดันให้มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย เพื่อรองรับกับความจำเป็นที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงและผู้หญิงติดเชื้อ โดยอย่างน้อยที่สุดควรจัดให้มีสถานบริการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

- สนับสนุนให้กรมอนามัย มีแผนงานอนามัยเจริญพันธุ์ในประชาชนทุกเพศ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในมุขลิตติมมนุษยชน นั่นคือ ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานะ สามารถเข้าถึงความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศ เพศสภาพ เพศวิถี ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน การให้บริการในสถานบริการเป็นบริการที่ทุกคนตระหนักและพร้อมจะเข้ารับบริการโดยสมัครใจ ผู้หญิง ผู้ชาย มีศักยภาพในการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง

