

ทบทวนมาตรการและนโยบายด้านเพศภาวะและเอดส์ในประเทศไทย
(*A Review of Measures and Policies on Gender and AIDS in Thailand*)

รองศาสตราจารย์วิระดา สมสวัสดิ์

ธันวาคม 47

Associate Professor Virada Somsasdi

December 2004

ทบทวนมาตรการและนโยบายด้านเพศภาวะและเอดส์ ในประเทศไทย

(A Review of Measures and Policies on Gender and AIDS in Thailand)

ผู้วิจัย : รองศาสตราจารย์วิระดา สมสวัสดิ์

ผู้ช่วย : ไชยสิน คงสวัสดิ์

ผู้ช่วยรวบรวมข้อมูล : อัจฉรา ด้านพิทักษ์

ภักวดี ลักษณะศิริ

รุ่งนภา อาชากิจ

สรุปสำหรับผู้บริหาร

นับแต่การรายงานเรื่องโรคเอดส์เป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2524 และมีรายงานว่าเริ่มเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 คือผู้ป่วยเอดส์รายแรกซึ่งติดเชื้อจากสหรัฐอเมริกาและเดินทางมารักษาในประเทศไทย และพบในคนไข้ที่อยู่ในประเทศไทยเองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 รายงานนำเสนอว่าโรคเอดส์แพร่เข้าไปในครอบครัวเต็มรูปแบบ กล่าวคือสามีแพร่ให้ภรรยา เมื่อภรรยาตั้งครรภ์ก็ถ่ายทอดไปสู่ลูก แล้วด้วยอคติทางเพศก็มีการตัดตอนข้อมูลการแพร่เชื่อว่าเป็นจาก”แม่สู่ลูก” แท้ที่จริงแล้วควรจะเป็น”จากพ่อสู่แม่และลูก” โดยที่แม่ก็ติดเชื้อมาจากพ่อ การรณรงค์เพื่อตอบโต้เอชไอวี/เอดส์ในหัวข้อ “จากแม่สู่ลูก” เช่นนี้เป็นการสร้างภาพที่ไม่ถูกต้องและป้ายสีให้ความผิดแก่ผู้หญิงฝ่ายเดียวในขณะที่ปกป้องผู้ชาย

ผู้เขียนอยากตั้งสมมุติฐานว่าในเริ่มแรกนั้นการจัดการหรือความสนใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์เป็นประเด็นเกี่ยวข้องกับอคติของสังคมที่มีต่อกลุ่มคนชายขอบ เช่น เกย์ นักโทษ ทหารเกณฑ์ พวกติดยาเสพติด โสเภณี ผู้ใช้แรงงานซึ่งสังคมถือว่าเป็นคนชั้นล่างและผู้หญิงซึ่งในสังคมชายเป็นใหญ่ถือว่าเป็นเพศที่ต่ำต้อย โดยมองข้าม(ด้วยเจตนาหรือฉันทาคติของระบบโครงสร้างสังคมชายเป็นใหญ่)กลุ่มผู้ชายชนชั้นกลาง (โดยเฉพาะผิวขาว) ที่เป็นสามี คู่รักและคู่ขา นักเที่ยวที่เป็นผู้ชายทั่วไปและเป็นคนกลุ่มใหญ่ ผู้ชายจำนวนมากมีพฤติกรรมทางเพศสำส่อนและไม่ป้องกันตนเองซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มใหญ่จนกระทั่งเวลาผ่านไปนานเป็นยี่สิบปีรัฐก็ยังไม่มุ่งจัดการกับกลุ่มนี้ ซึ่งจากข้อมูลที่บ่งว่ากว่าครึ่งของผู้ติดเชื้อเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายคนเดียวตลอดทั้งชีวิต น่าจะบอกได้ว่าปัญหาอยู่ตรงไหน

การมองข้ามไม่ได้ให้ความเอาใจใส่ผู้ชายที่อยู่นอกกลุ่มคนชายขอบเพราะคิดว่าเป็นพวก “คนดี” และการจับจ้องกลุ่มคนชายขอบทำให้เป้าหมายในการดำเนินการและมาตรการมากมายไม่สัมฤทธิ์ผล ขณะนี้กลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มชายขอบอีกกลุ่มหนึ่งก็กำลังถูกทำให้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินคดีและสร้างภาพให้เป็น “คนเลว” ของสังคม เช่นในเรื่อง “ติดเช็กส์” หรือ “นักเรียนนักเลง” เป็นต้น ทั้งๆที่คนกลุ่มเหล่านั้นก็เป็นผลิตผลของสังคมและเป็นผลิตผลของคนดีในสังคมอยู่ด้วยเหมือนกันอย่างปฏิเสธมิได้

การศึกษาและ/หรือการตอบโต้โรคเอดส์นั้นจำต้องพิจารณาถึงประเด็นเกี่ยวข้องกับเพศภาวะมาเป็นประเด็นสำคัญ ทั้งนี้ไม่ใช่เพียงเพราะจำนวนผู้ติดเชื้อซึ่งมีหลายแสนคนนั้นเป็นผู้หญิง

เกือบครึ่งหนึ่ง ไม่ใช่เพราะเป็นโรคระบาดที่อาจติดต่อกันได้ทั่วไปไม่ว่าหญิงไม่ว่าชาย ไม่ใช่เพียงเพราะสภาวะทางสรีระของผู้หญิงที่ติดเชื้อง่าย หากแต่เป็นเพราะบริบทสำคัญด้านเพศภาวะที่สังคมประกอบสร้างขึ้นได้ทำให้พวกเธอกลายเป็นผู้อ่อนแอทางสังคมวัฒนธรรมเศรษฐกิจและการเมืองอันทำให้การติดเชื้อและการรับผลจากการติดเชื้อของผู้ชายเป็นไปอย่างง่ายดายและรุนแรง เพราะความเป็นผู้หญิงและเพศภาวะที่สังคมกำหนดขึ้นทำให้ผู้หญิงหลายคนนั้นติดเชื้อและผู้หญิงอีกหลายคนต้องรับภาระดูแลสมาชิกทั้งผู้หญิงและผู้ชายในครอบครัวที่ติดเชื้อ

แม้ว่าโดยทางสรีระแล้วผู้หญิงจะเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าแต่การติดเชื้อก็เป็นเรื่องการใช้อำนาจในการควบคุมร่างกายของตนและชีวิตด้านเพศของตนมากกว่า

เนื่องจากความไม่เสมอภาคทางสังคมเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้หญิงอ่อนแอในการรับเชื้อและไม่อาจรับมือกับเอชไอวีและในวิถีปฏิบัติทางวัฒนธรรมและศาสนาบางประการรวมทั้งการค้ามนุษย์เพื่อการค้าประเวณีและความยากจนได้ทำให้ผู้หญิงสาวอ่อนแอในการติดเชื้อเพิ่มยิ่งขึ้นด้วย

การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยขยายตัวอย่างรวดเร็วขึ้นพร้อมกับพื้นที่ส่วนอื่นในโลกโดยเฉพาะทวีปอาฟริกาและในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา

แต่เป็นเวลาเกือบยี่สิบปีภายหลังจากมีปัญหาโรคเอดส์กลไกที่สำคัญขององค์การสหประชาชาติคือคณะมนตรีความมั่นคงมาเริ่มให้ความสำคัญเรื่องเอดส์คือเมื่อต้นปี พ.ศ.2543นี้เองว่าโรคเอดส์เป็นภัยต่อความมั่นคงปลอดภัยอย่างใหญ่หลวง และแม้จะมีความพยายามขององค์กรผู้หญิงและองค์กรสิทธิที่ได้นำเสนอในเวทีต่างๆว่าเพศภาวะมีความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แต่ก็มิได้มีการขานรับจากสหประชาชาติหรือประเทศภาคีสมาชิกอย่างชัดเจนจนกระทั่งในปี พ.ศ.2547 ที่มีการตอกย้ำในเอกสารของเลขาธิการสหประชาชาติที่นำเสนอต่อที่ประชุมระหว่างประเทศ ปัญหาคือการขานรับจากประเทศภาคีสมาชิก สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชน และครอบครัว

มาตรการการต่อสู้การขยายตัวของเอดส์และการป้องกันรักษาผู้ติดเชื้อจึงไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามเป้าหมายหากมิได้มีการพิจารณาเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายซึ่งเป็นรากเหง้าของการประกอบสร้างเพศภาวะในสังคม การมองข้ามประเด็นความไม่เสมอภาคระหว่างเพศในสังคมหรืออคติทางเพศที่แฝงอยู่ในนโยบาย มาตรการและแนวทางการต่อสู้ปัญหาเอดส์ของรัฐและองค์กรเอกชนมีส่วนทำให้ปัญหาขยายตัวไปอย่างที่ได้

เป็นมาและเป็นอยู่ขณะนี้ การขยายตัวของปัญหานี้น่าตระหนกเพราะมันเกี่ยวข้องกับบริบทของเพศภาวะที่ส่งผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้หญิงที่ต้องดิ้นรนและได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาที่รุนแรงเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงที่เชื่อมโยงกันและแบ่งแยกไม่ได้ไม่ว่าจะเป็นสิทธิทางการเมือง สิทธิของประชาชน สิทธิทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมแล้วยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์อีกด้วย

แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ฉบับปัจจุบัน (2545-2549) ดูดีกว่าฉบับอื่นๆในเรื่องการเอาใจใส่ต่อผู้หญิง กล่าวถึง ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย การมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบและปลอดภัย การส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของสตรีทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุนและให้โอกาสสตรีเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจแก้ปัญหาทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันอย่างรอบคอบก่อนการมีเพศสัมพันธ์และก่อนมีบุตร จะมีความเด่นชัดขึ้นในเรื่องเพศ เพศภาวะในเรื่องของยุทธศาสตร์ในการป้องกันปัญหาเอดส์มีมาตรการต่างๆซึ่งดูดีมาก การรณรงค์ที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้หญิง ของคน ครอบครัวและชุมชน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงมีคำถามว่า"ถูกต้อง"คืออะไร หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ในกรอบของการสมรสหรือการแต่งงานหรืออย่างไร

รวมทั้งต้องมีการตั้งคำถามและเฝ้าระวังต่อไปว่าในตัวอักษรที่บันทึกมาและดูดีนั้นจะมีการดำเนินการเพียงไรจะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับแผนและยุทธศาสตร์เพียงไร และยิ่งไปกว่านั้นจากตัวอักษรที่ดูดีนั้นมีนัยยะที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับผิดชอบว่าไม่ต้องผูกมัดอะไรมากนัก เช่นการใช้คำว่า "ส่งเสริม" ให้ทุกฝ่ายยอมรับบทบาทสตรี ส่งเสริมให้สตรีมีบทบาทมากขึ้น ทำให้เข้าใจว่าเป็นการเขียนแบบลอยตัว เพราะไม่ชัดเจนว่าการ"ส่งเสริม"และ "สนับสนุน"นั้นมีการออกเป็นมาตรการเพื่อปฏิบัติกันอย่างเป็นรูปธรรมอย่างไร

จนถึงขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงโดยเฉพาะการคุ้มครองสิทธิของผู้หญิงซึ่งอยู่ในสถานะที่ถูกละเมิดได้หนักกว่าผู้ชายในทุกด้าน ซึ่งมีการแสดงความห่วงใยจากผู้เชี่ยวชาญในด้านโรคเอดส์ว่าหากมีกฎหมายออกมาเกรงว่าจะเป็นกฎหมายที่รุกรานบุคคลมากกว่าจะคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนเหล่านั้น ซึ่งในข้อห่วงใยนี้ต้องมีการทำความเข้าใจกันให้ชัดเจนว่าเจตนารมณ์ของกฎหมายนั้นก็เพื่อปกป้องสิทธิ ดังนั้นองค์กรที่ออกกฎหมายต้องประกอบด้วยสมาชิกที่สำนึกในเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง

หน่วยงานสำคัญๆอันประกอบด้วย กระทรวงทบวงกรม หน่วยงานต่างๆของรัฐ เครือข่ายสถาบันศาสนาที่ทำงานในประเด็นเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ) องค์กรเอกชนระหว่างประเทศและในประเทศสื่อมวลชนส่วนใหญ่ ยังไม่มีความตระหนัก นโยบาย มาตรการและโครงการที่ชัดเจนในเรื่องเพศภาวะ UNAIDS กลุ่มหน่วยงานสหประชาชาติที่ทำงานเรื่องเอดส์ในประเทศไทยยกเว้น UNIFEM (United Nations Funds for Women) เพิ่งให้ความสนใจในเรื่องเอดส์และเพศภาวะไม่กี่ปีมานี้หลังจากที่ปัญหาขยายตัวอย่างรุนแรงจนเอาไว้มองแล้ว ทั้งหมดนี้เห็นได้จากงบประมาณและบุคลากรที่ดำเนินการเรื่องเพศภาวะซึ่งมีจำนวนน้อยมากสะท้อนให้เห็นความไม่เอาใจใส่ไม่เห็นความสำคัญว่าโรคเอดส์ไม่มีทางป้องกันและควบคุมได้เลยหากไม่ยอมรับประเด็นเพศภาวะและไม่ส่งเสริมอำนาจให้ผู้หญิงไม่เร่งให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมระหว่างเพศ รัฐบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานขององค์กรพัฒนาเอกชนอย่างแท้จริง ในขณะที่ให้ความสำคัญกับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยจัดสรรงบประมาณให้กว่าห้าสิบลเปอร์เซ็นต์ของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา ทำให้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอยู่ในการควบคุมของนักวิทยาศาสตร์ตะวันตกซึ่งมีมโนทัศน์กระแสหลักและกระแสชายเป็นใหญ่ และจากการที่รัฐเล็กที่สืบทอดผลิตซ้ำโครงสร้างชายเป็นใหญ่ ขานรับกระแสเศรษฐกิจโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้บรรษัทข้ามชาติสามารถควบคุมยาและวัคซีนในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและมีผู้หญิงเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์เป็นสองเท่าเพราะเพศภาวะที่ด้อยอำนาจ การใช้วัคซีนและยาที่ยังไม่ปลอดจากผลข้างเคียงเป็นภัยต่อผู้หญิงและเด็กทั่วโลก

ประเทศด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนาไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่สามารถคุมประเด็นที่ยิ่งใหญ่เกินกำลังทางเศรษฐกิจและศักยภาพในการเข้าถึงองค์ความรู้และใช้ข้อมูลได้ ต้องอาศัยองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) หรือ UNAIDS ซึ่งในขณะเดียวกันก็อาจอยู่ภายใต้อิทธิพลและการชี้นำของประเทศหรือบรรษัทข้ามชาติผู้ผลิตและค้าขายรายใหญ่ได้เหมือนกัน

ความไม่ชัดเจนในเรื่องสาเหตุและที่มาของโรคเอดส์ทำให้กระแสเรื่องไวรัสเอชไอวีครอบงำประเด็นโรคเอดส์ นักวิทยาศาสตร์ที่อยู่นอกกระแสหลักทั้งในตะวันตกและนอกตะวันตกพบ

อุปสรรคในการถ่ายทอดข้อมูลและงานวิจัยให้แพร่หลายในวงกว้าง การป้องกันและรักษาเอตส์ใน
วิถีธรรมชาติหรือกระแสทางเลือกไม่มีช่องทางและพื้นที่ในสื่อใหญ่ๆของโลก

ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิง เอดส์และเพศภาวะในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน
องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ รัฐ และระหว่างรัฐยังมีน้อยมาก จำเป็นต้องมีการค้นคว้าวิจัย
กันอย่างกว้างขวางในทุกระดับเพื่อสร้างวาทกรรมขององค์ความรู้เผยแพร่ผลักดันวิชาการให้เป็น
ฐานคติของสิทธิเสมอภาค สร้างสรรค์ การพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์หญิงชาย

Executive Summary

The first reported incidence of HIV/AIDS in the United States was in 1981. Reports of AIDS began to come into Thailand starting in 1984 when the first gay patient contracted the virus in America and traveled back to receive treatment in Thailand. HIV/AIDS began being discovered in patients residing within Thailand in 1985. These first reports proposed that HIV/AIDS spread among Thai families when husbands infected their wives. When the wives became pregnant, the infection was passed on to the children, and gender bias gave rise to the common notion that HIV is spread from “mother to child.” Actually, it should be “from father to mother and child,” since wives are first infected by their husbands. Subsequent campaigns to fight the spread of HIV/AIDS “from mother to child” have thus created an inaccurate image, portraying women as the sole guilty party while at the same time protecting men.

The author would like to propose that from the beginning, the management of the spread of HIV/AIDS and interest around AIDS issues has been characterized by social bias towards marginalized groups, such as gays, prisoners, drafted soldiers, drug users, women in prostitution, laborers who are considered by society as lower class, and women, who, in patriarchal society, are considered the inferior sex. The role of middle class men, especially white men, as husbands and partners in the spread of HIV/AIDS is typically overlooked (whether intentionally or through the prejudice inherent in the structure of patriarchy). A great number of men engage in promiscuous sexual behavior and fail to protect themselves, and may in fact be considered a large group with high-risk behavior. Although twenty years have passed, the state still hasn't made a serious effort to address issues involving this group. This is despite the fact that data shows that more than half of the people infected with HIV/AIDS are women who have had a sexual relationship with only one man their entire lives, which should be a good indicator of where the problem lies.

Men outside of the marginalized groups are overlooked and not taken seriously because they are considered “good people.” The targeting of marginalized people has made many of the goals and standards in the fight against AIDS fall short of expectations. Currently, young people and children, who form another marginalized group, are being specifically targeted, blamed and stigmatized as “bad people” in society, often referred to as being “addicted to sex” or “teenaged gangsters.” It can nevertheless not be denied that this group is the product of society and the product of the “good people” in society.

Education around and/or responses to the HIV/AIDS pandemic must include consideration of the importance of sexuality and related issues. This is not only because people in Thailand living with HIV/AIDS number in the hundreds of thousands, and nearly half of them are women. It's not only because the infection can be transmitted to anyone, whether male or female, and not only because the biological conditions of women make them more susceptible to

infection. It's because the socially constructed context of gender disempowers women socially, culturally, economically, and politically and makes infection from men easy and with severe impacts. Social constructs of gender have led hundreds of thousands of women to become infected and hundreds of thousands more to take on the burden of caring for both male and female family members who are infected. Although biologically women are at a higher risk for contracting HIV/AIDS, infection is more a matter of lack of power in controlling one's own body and sexual life. Socio-economic inequality makes women more susceptible to HIV infection. The practice of certain cultural and religious traditions, human trafficking for prostitution and poverty are all factors that make young women more vulnerable to contracting HIV/AIDS.

The spread of the HIV/AIDS pandemic in Thailand has been increasingly rapid, as in other parts of the world, especially in the Asian Pacific region and in under developed and developing countries. Nearly twenty years later after the occurrence of AIDS, the Security Council, as an important instrument of the United Nations, has begun to place importance on AIDS. Only in the beginning of 2000 was AIDS recognized as a great danger to safety and security. Although there have been efforts on the part of women's and human rights organizations to stress the importance of addressing sexuality in preventing AIDS, there was not a clear response on the part of the United Nations or member nations until 2004, when it was affirmed in the documents of the Secretary General of the United Nations. There remain problems in gaining a response from member countries, the media, non-government organizations, communities and families.

Measures to fight the spread of AIDS and to treat people living with the virus are ineffective and fail to meet their goals if there is no consideration of the importance of gender power relations, which is the root of the construction of sexuality in society. Overlooking issues of sexuality in society or the gender bias inherent in government and NGO policies and measures to fight AIDS causes the problem to expand. The frightening spread of this problem calls for consideration because the context of sexuality affects the lives and well being of women living with AIDS and those affected by the HIV/AIDS pandemic. In addition to being a serious problem concerning the human rights of women, it is inseparable political rights, civil rights, social rights, economy, and culture, and has an overall effect on human security.

The current plan for the control and prevention of AIDS (2002-2006) appears to be an improvement over previous plans in its consideration for women. The plan addresses gender equality, safe and responsible sex, the promotion of activities to build the capacity of women at every level, and support and opportunities for women to increase their roles in decision making and problem solving at the family and community level. The plan also promotes activities for comprehensive and participatory decision making before having sexual relations and before having children. There appears to be more clarity around issues of sex, sexuality, and strategies in preventing AIDS, and the various measures proposed

appear to be quite good. Calling for the development of the capability of women, people, families, and communities to change their behavior to be appropriate, however, leads one to question the meaning of "appropriate." Is this limited to sexual relations within the framework of marriage?

There must also be caution around wording while monitoring needs attention. Although much of what has been drafted looks good, how much will actually get done, and to what extent will the work be conducted in accordance with the plan and its proposed strategies? Furthermore, although the wording sounds good on the surface, there is an implication of safety for those responsible so they won't be bound to specific action. For example, use of the word "promoting," as in "promoting greater roles for women," is ambiguous. It is not clear what concrete measures will be taken to put this "promotion" into practice.

There is currently no law protecting the rights of people living with HIV/AIDS and those directly affected, and there is particularly no protection of the rights of women, who are in the position to be affected more adversely than men in every aspect. HIV/AIDS experts have expressed concern that if such laws do emerge, they may infringe upon rather than protect human rights. To address this concern, it must be made clear that the intention of these laws is to protect rights. Therefore, organizations involved in drafting the laws must be made up of members who are conscious of human rights issues, especially those of women.

Important players, including the various ministries and offices of the state, religious institutions working on HIV/AIDS issues, groups of people living with AIDS, the commission of non-government organizations working on AIDS issues, international NGOs, and the media generally lack awareness, policies, measures, and programs that have a clear analysis of gender and AIDS. UNAIDS, the UN organization that works on AIDS issues in Thailand in addition to UNIFEM (the United Nations Fund for Women), has only in recent years begun taking interest in AIDS and gender after the problem reached crisis proportions. This is evident in the budget and personnel allocated for gender programs, which is quite small. The situation reflects the lack of initiative and understanding of the fact that AIDS can not be prevented and controlled if there is no acceptance of issues of gender, no empowerment of women, and no urgency placed on creating gender equality and equity. The government has not truly placed importance on the work of non-government organizations. At the same time, it has placed importance on anti-retro viral treatment by allocating over fifty percent of the entire budget to prevent and combat AIDS to this area.

The unequal power relations between developed and developing nations places science and technology under the control of Western scientists who adhere to mainstream patriarchal ideology. Smaller states tend to reproduce these patriarchal structures and accept the world economic order in the era of

globalization. This makes trans-national corporations able to control access to the medicine and vaccines necessary to prevent and treat AIDS. There is little consideration for people living with AIDS, most of whom reside in developing countries. It is women who make up nearly half of those affected by AIDS due to their lack of power. The use of medicine and vaccines that still have unsafe side effects poses a further danger to women and children throughout the world.

Under developed or developing countries are not able to handle the problem alone due to its magnitude and the economic power and capacity required to access knowledge and information. They must depend on international organizations such as the World Health Organization (WHO) or UNAIDS, which at the same time may be under the influence of countries or trans-national corporations who are big drug producers and distributors.

The lack of clarity around the origins of AIDS leads to further problems. Scientists outside the mainstream both in and outside the West come up against barriers in transmitting information and research findings in wider circles. There is little or no space for natural or alternative methods of treatment and prevention within the larger global media.

Knowledge and information concerning women, AIDS, and gender on individual, family, and community levels, as well as among NGOs, groups of people living with AIDS, government, and inter-government agencies, is still quite lacking. It is necessary to work together at every level to conduct wider research and create discourse on the body of knowledge to be used as a conceptual basis to advocate for the equal rights, creativity, and sustainable development necessary to ensure the human security of both men and women.

สารบัญ

	หน้า
1. เกริ่นนำ	1
2. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจด้านเพศภาวะและเอดส์	11
3. เอดส์และสิทธิมนุษยชน	27
4. ยุทธศาสตร์ในการตอบโต้โรคเอดส์	54
5. ครุ่นคิด	111
6. ภาคผนวก	119
7. บรรณานุกรม	132

โครงการทบทวนมาตรการและนโยบายด้านเพศภาวะและเอดส์ในประเทศไทย (A Review of Measures and Policies on Gender and AIDS in Thailand)

รองศาสตราจารย์วิระดา สมสวัสดิ์ Associate Professor Virada Somswasdi
ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ Women's Studies Center
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Social Sciences, Chiangmai University
Tel (053) 943 572; 943 592-3 Fax (053) 219 245; 892464
Email: virada@chiangmai.ac.th Email: viradasomswasdi@yahoo.com

ปฏิญญาร่วมด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ของสหประชาชาติ

ข้อ 14 “ขอเน้นว่าความเสมอภาคระหว่างเพศและการเสริมอำนาจให้ผู้หญิงเป็นปัจจัยพื้นฐานในการลดความเปราะบางของผู้หญิงและเด็กหญิงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์”¹

1. เกริ่นนำ

มีการรายงานเรื่องโรคเอดส์เป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2524² และมีรายงานว่าเริ่มเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 โดยได้มีรายงานผู้ป่วยเกย์รายแรกซึ่งติดเชื้อจากสหรัฐอเมริกาและเดินทางมารักษาในประเทศไทย และพบในคนไข้ที่อยู่ในประเทศไทยเอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 โดยในช่วง 3-4 ปีแรก มุ่งตรวจในกลุ่มเกย์³ ได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพวกรักชาย (Homosexual) ในคนไทยและชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย⁴ ต่อมาปี พ.ศ. 2531⁵ จึงเริ่มตรวจกลุ่มที่ติดยาเสพติดโดยการฉีด และต่อมาตรวจพบในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ในปี พ.ศ. 2533 เริ่มพบว่าชายที่เกี่ยวหญิงบริการและเป็นกามโรคมีการติดเชื้อเอดส์เพิ่มสูงขึ้น และตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา รายงานนำเสนอว่าโรคเอดส์แพร่เข้าไปในครอบครัวเต็มรูปแบบ

¹ ประกาศ ณ ที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ ในการประชุมพิเศษว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์ 25-27 มิถุนายน 2544

² ประพันธ์ ภานุภาค, HelpAIDS Data Center. แหล่งที่มา: <http://www.helpaids.org/datacenter.htm>.

³ http://www.alphainfo.co.th/exper/aids/know/his_aids/his_aids.htm

⁴ <http://www.alphainfo.co.th/exper/aids/know/know.htm>

⁵ ในเรื่องปีพ.ศ. มีความขัดแย้งระหว่างข้อมูลของไทยและหน่วยงานองค์การสหประชาชาติ ที่ปรากฏใน Country Facts - Thailand ของ UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office ระบุว่าประมาณกลางคริสต์ทศวรรษ 1980 คือราวๆช่วง พ.ศ. 2528

กล่าวคือสามีแพร่ให้ภรรยา เมื่อภรรยาดำรงครรภ์ก็ถ่ายทอดไปสู่ลูก⁶ แล้วด้วยอคติทางเพศก็มีการตัดตอนข้อมูลการแพร่เชื่อว่าเป็นจาก"แม่สู่ลูก" แท้ที่จริงแล้วควรจะเป็น"จากพ่อสู่แม่และลูก" โดยที่แม่ก็ติดเชื้อมาจากพ่อ การรณรงค์เพื่อตอบโต้เอชไอวี/เอดส์ในหัวข้อ "จากแม่สู่ลูก" เช่นนี้เป็น การสร้างภาพที่ไม่ถูกต้องและป้ายสีให้ความผิดแก่ผู้หญิงฝ่ายเดียว

จากสถิติของพื้นที่ภูมิภาคแม่โขงที่ปรากฏใน พ.ศ.2546 นั้น จำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยเอดส์มี สูงกว่าผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โรคหัวใจและมะเร็ง⁷ และในประเทศไทยนั้น ผู้หญิงที่ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีถึง 34 % ของผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่ทั้งหมด⁸ และเพิ่มขึ้นมากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ซึ่งสัดส่วนของผู้ติดเชื้อชายหญิงอยู่ที่ 97:3 ในปี พ.ศ.2535 จำนวนผู้ติดเชื้อหญิงเพิ่มสูงกว่าผู้ชาย คืออยู่ที่ 46:54 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2548 สัดส่วนจะอยู่ที่ 60:40⁹

แม้จะปรากฏว่าอัตราการลดลงของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยดู จะเห็นเด่นชัดในช่วงปีหลังๆนี้ แต่ก็ยังคงอยู่ในจำนวนที่น่าเป็นห่วง และยังไม่สามารถหยุดยั้งหรือ ขจัดปัญหาออกไปได้อย่างสิ้นเชิงในระยะเวลาอันใกล้นี้ ในปี พ.ศ. 2533 พบว่าผู้หญิงติดเชื้อจาก สามีเป็นจำนวน 10 % แต่ในทศวรรษต่อมาสัดส่วนนี้ได้พุ่งกระฉูดขึ้นถึง 50%¹⁰ ซึ่งกว่าครึ่งของผู้ติดเชื้อหญิงเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายคนเดียวตลอดทั้งชีวิต¹¹ และมีรายงานเมื่อเร็วๆนี้ว่า มีการสำรวจพบว่าในคลินิกรับฝากครรภ์จำนวนหนึ่งพบว่า 80% ของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่มี เพศสัมพันธ์กับผู้ชายเพียงคนเดียวเช่นกัน¹²

ส่วนอัตราความเร็วของการแพร่ระบาดในระดับโลกก็ไม่น่าวิตกน้อยลงเพราะกลับ เป็นไปอย่างน่าตกใจ ประมาณกันว่าสิ้นปี พ.ศ.2546 มีประชากรติดเชื้อเอชไอวีจำนวนประมาณ

⁶ ประพันธ์ ภาณุภาค, โรคเอดส์ และ ตัวแทน. แหล่งที่มา: <http://www.helpaids.org/datacenter/history.htm>. 2544.

⁷ The POLICY Project, US Agency for International Development, HIV/AIDS in the Mekong Region: Cambodia, Lao PDR, Thailand, and Vietnam: Current Situation, Future Projections, Socioeconomic Impacts, and Recommendations. (N.P.: n.p., 2003)

⁸ ESCAP, Economic and Social Progress in Jeopardy: HIV/AIDS in the Asian and Pacific Region. (N.P.: n.p., 2003)

⁹ Langkarpint Prathana, Abstract from the XI International Conference on AIDS, Vancouver. (Chiangmai: Department of Surgical Nursing, Faculty of nursing, Chiangmai University, 1996)

¹⁰ Tim Brown, "Dynamics of Asian HIV Epidemics." Paper presented at the Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Melbourne, Australia, October 6, 2001

¹¹ <http://w3.whosea.org/women2/aids.htm>

¹² The Nation Newspaper, March 9th 2004.

38 ล้านคน (ระหว่าง 35 - 42 ล้าน) ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงประมาณ 17 ล้าน (ระหว่าง 15.8 - 18.8 ล้านคน) ผู้หญิงในประเทศไทยติดเชื้อประมาณ 200,000 คน (ระหว่าง 110,000 - 370,000 คน) จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดประมาณ 570,000 คน (ระหว่าง 310,000 - 1,000,000 คน) ¹³ ในปี พ.ศ. 2533 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 10 ล้าน แต่เพียงหนึ่งทศวรรษกว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบสี่เท่า และ 95 เปอร์เซ็นต์จากจำนวนนี้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศแถบตอนใต้ทะเลทรายซาฮาราในอาฟริกาประชากรเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2546 มีประมาณ 25,000,000 (25 ล้านคน) (ระหว่าง 23,100,000 - 27,900,000 คน) ตายเพราะเอดส์สูงสุดตั้งแต่การระบาดเริ่มปรากฏจนถึงในปลายปี พ.ศ. 2543 ผู้ตายจากโรคเอดส์ในโลกมีจำนวนประมาณ 21.8 ล้านคน (เช็คข้อมูลปี 2546) ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 9 ล้านคน ผู้ชาย 8.5 ล้านคน เด็ก 4.3 ล้านคน เฉพาะในปี พ.ศ. 2546 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจำนวนอาจถึงประมาณ 3,300,000 (สามล้านสามแสนคน) อยู่ในอาฟริกา 2,200,000 (สองล้านสองแสนคน) ดังนั้นจำนวนกว่าสองในสามอยู่ในอาฟริกาและผู้หญิงมีจำนวนสูงกว่าผู้ชาย สถานการณ์ของผู้หญิงในเขตทะเลทรายซาฮาราอาฟริกาที่น่าตระหนกยิ่ง เพราะผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีมีถึง 57 % เด็กสาวอายุระหว่าง 15- 24 ปี ติดเชื้อมากกว่าเด็กชายอายุรุ่นเดียวกันถึงสามเท่า ในรายงานฉบับ *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*¹⁴ เปิดเผยว่าในบรรดาผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้หญิง 48% ซึ่งเพิ่มจาก 35% ที่ปรากฏในปี พ.ศ. 2528 และ 41% ในปี 2540¹⁵

มีเด็กกำพร้าเพราะโรคเอดส์ มากกว่า 13.2 ล้านคน กว่า 12 ล้านคนอยู่ในอาฟริกา การตายจากสาเหตุอื่นเป็นระดับรองลงไป¹⁶

ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยรายแรกอาจถึงจำนวน 1,000,000 (หนึ่งล้านคน)¹⁷ เฉพาะผู้หญิงในกลุ่มอายุ 15-49 ปี ตัวเลขปรากฏในปี พ.ศ. 2544 อาจถึง 340,000 คน แต่การคาดการณ์สำหรับปี พ.ศ. 2546 รวมตัวเลขของผู้หญิงติดเชื้อสูงขึ้นอาจถึง

¹³ UNAIDS, 2004 Report on the global AIDS epidemic: 4th global report, (N.P.: n.p., 2004).

¹⁴ http://www.unifem.org/pressreleases.php?f_page_pid=6&f_pritem_pid=171

¹⁵ UNAIDS, 2001, "Gender and AIDS Almanac." cited in UNIFEM, *Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic*. (N.P.: n.p., 2001). p.2.

¹⁶ Division for the Advancement of Women, Department for Economic and Social Affairs (DESA), *The HIV/AIDS pandemic and its gender implications: Report of the Expert Group Meeting*. (Windhoek, Namibia, 13-17 November 2000). p.7

¹⁷ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, *ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย*. (กรุงเทพฯ: ม.ป.พ., 2547). หน้า 1.

370.000 คน¹⁸ ตัวเลขการเสียชีวิตของผู้หญิงตั้งแต่เชื้อเอชไอวีระบาดไม่ปรากฏแม้ในรายงานปี พ.ศ. 2547 ของ UNAIDS แต่ในเฉพาะในปีพ.ศ. 2546 ผู้หญิงเสียชีวิตไปแล้ว อาจถึงประมาณ 97,000 คน (ระหว่าง 37,000 – 97,000 คน) ซึ่งน่าตระหนกแม้ว่าจะมีภาพประทับใจที่ชมเชยกันว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นใหม่ได้ถึง 83 เปอร์เซ็นต์ เมื่อดูเปอร์เซ็นต์อาจไขว้เขวได้เพราะอย่างไรก็ตามการคาดการณ์ ตัวเลขผู้หญิงที่ติดเชื้อใหม่ของปี พ.ศ. 2546 ยังมีถึง 21.260 คน (สองหมื่นหนึ่งพันสองร้อยหกสิบคน)¹⁹ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้หญิงที่ติดเชื้อมีอีกหลายสิบเท่าตัว

ผู้เขียนอยากตั้งสมมุติฐานว่าในเริ่มแรกนั้นการจัดการหรือความสนใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์เป็นประเด็นเกี่ยวข้องกับอคติของสังคมที่มีต่อกลุ่มคนชายขอบ เช่น เกย์ นักโทษ ทหารเกณฑ์ พวกติดยาเสพติด โสเภณี ผู้ใช้แรงงานซึ่งสังคมถือว่าเป็นคนชั้นล่างและผู้หญิงซึ่งในสังคมชายเป็นใหญ่ถือว่าเป็นเพศที่ต่ำต้อย โดยมองข้าม(ด้วยเจตนาหรือฉันทาคติของระบบโครงสร้างสังคมชายเป็นใหญ่)กลุ่มผู้ชายชนชั้นกลาง (โดยเฉพาะผิวขาว) ที่เป็นสามี คู่รักและคู่ขา นักเที่ยวที่เป็นผู้ชายทั่วไปและเป็นคนกลุ่มใหญ่ แม้ว่าจะมีคำอธิบายว่าเนื่องจากมีการพบเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนเหล่านั้นการทำงานเรื่องโรคเอดส์จึงมุ่งไปที่คนกลุ่มนั้นๆ แต่คำถามคือเมื่อมันเป็นไวรัสร้ายที่มีผู้ติดเชื้ออาจถึงแก่ชีวิตและเป็นโรคระบาดที่รุนแรงและกว้างขวางในระดับที่เรียกว่าเป็นโรคระบาดร้ายแรงเป็นpandemicไม่ใช่โรคระบาดธรรมดาหรือ epidemic ทำไมไม่ค้นคว้าให้กว้างขวางและจับตาดูให้ทั่วๆว่าผู้ที่ปล่อยเชื้อทางเพศสัมพันธ์ก็คือผู้ชายทั่วไปที่มีพฤติกรรมทางเพศสำสอนและไม่ป้องกันตนเองซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มใหญ่จนกระทั่งเวลาผ่านไปนานเป็นยี่สิบปีก็ยังไม่มุ่งจัดการกับกลุ่มนี้ แล้วข้อมูลก็ปรากฏว่าครึ่งหนึ่งของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่พบใหม่นั้นเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ชายกับคู่ครองหรือคู่นอน ทั้งนี้จากข้อมูลที่บ่งว่ากว่าครึ่งของผู้ติดเชื้อหญิงเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายคนเดียวตลอดทั้งชีวิต²⁰ น่าจะบอกได้ว่าปัญหาอยู่ตรงไหน

ผู้หญิงมีครรภ์ติดเชื้อจากสามีและผู้ชายมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสหรือมีคู่นอนชั่วคราวเพิ่มขึ้นและสัดส่วนในการใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ชั่วคราวมีน้อยมาก และคิด

¹⁸ UNAIDS, 2004 Report on the global AIDS epidemic: 4TH global report. p.198

¹⁹ UNAIDS, UNAIDS at Country Level Progress Report. (N.p.: n.p., 2004).

²⁰ <http://w3.whosea.org/women2/aids.htm>

กันว่าเป็นเรื่องใหม่และปัญหาใหม่²¹ แต่น่าคิดว่าหากเป็นเรื่องอดีตของสังคมดังกล่าวแล้วการค้นพบใหม่อาจไม่ใช่เรื่องใหม่ก็ได้ หากแต่เป็นเรื่องการมองข้ามไปไม่ได้ให้ความเอาใจใส่เพราะคิดว่าเป็นพวก “คนดี” จึงไม่อยู่ในกลุ่มที่ควรจับตามองการติดเชื้อและเมื่อเริ่มยอมรับความเกี่ยวข้องของผลกระทบจากเพศภาวะต่อการป้องกันและแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ก็เน้นที่ผู้หญิงคือ “จากแม่สู่ลูก” ไม่ยอมรับสถานการณ์จริงคือ “จากพ่อสู่แม่และลูก” หรือ “จากชายสู่หญิงและเด็ก” เพราะส่วนใหญ่การติดเชื้อของผู้หญิงเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่อวัยวะเพศและผู้หญิงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ติดเชื้อเพราะเสพยาโดยใช้เข็มฉีดยา การจับจ้องกลุ่มคนชายขอบทำให้เป้าหมายในการดำเนินการและมาตรการมากมายไม่สัมฤทธิ์ผล จากการที่ตัวเลขของเยาวชนติดเชื้อเอดส์สูงขึ้นแม้การไปเที่ยวช้อปปิ้งโสเภณีของผู้ชายไทยโดยทั่วไปจะลดลงแต่ขณะนี้กลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มชายขอบอีกกลุ่มหนึ่งก็กำลังถูกทำให้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินคดีเตี้ยนและสร้างภาพให้เป็น “คนเลว” ของสังคม เช่นในเรื่อง “ติดเช็กส์” หรือ “นักเรียนนักเลง” เป็นต้น ทั้ๆที่คนกลุ่มเหล่านั้ก็เป็นผลิตผลของสังคมและเป็นผลิตผลของคนดีในสังคมอยู่ด้วยเหมือนกันอย่างปฏิเสธมิได้

การศึกษาและ/หรือการตอบโต้โรคเอดส์นั้นจำต้องพิจารณาถึงประเด็นเกี่ยวข้องกัเพศภาวะมาเป็นประเด็นสำคัญ ทั้ๆนี้ไม่ใช่เพียงเพราะจำนวนผู้ติดเชื้อซึ่งมีหลายแสนคนนั้นเป็นผู้หญิงเกือบครึ่งหนึ่ง ไม่ใช่เพราะเป็นโรคระบาดที่อาจติดต่อกันได้ทั้ๆไปไม่ว่าหญิงไม่ว่าชาย ไม่ใช่เพียงเพราะสภาวะทางสรีระของผู้หญิงที่ติดเชื้อได้ง่าย หากแต่เป็นเพราะบริบทสำคัญด้านเพศภาวะที่สังคมประกอบสร้างขึ้นได้ทำให้พวกเธอกลายเป็นผู้อ่อนแอทางสังคมวัฒนธรรมเศรษฐกิจและการเมืองอันทำให้การติดเชื้อและการรับผลจากการติดเชื้อของผู้ชายเป็นไปอย่างง่ายดายและรุนแรง เพราะความเป็นผู้หญิงและเพศภาวะที่สังคมกำหนดขึ้นทำให้ผู้หญิงหลายแสนคนนั้นติดเชื้อและผู้หญิงอีกหลายแสนคนต้องรับภาระดูแลสมาชิกทั้ๆผู้หญิงและผู้ชายในครอบครัวที่ติดเชื้อ

ในหลายๆประเทศ ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนมากกว่าผู้ชาย²² และต้องรับภาระหนักกว่าผู้ชายคือถูกตราหน้าว่าเป็นผู้ผิดเป็นผู้แพร่เชื้อและยังต้องนั่งเลียงดูพยาบาลคนในครอบครัวที่ติดเชื้ออีกด้วยเมื่อข้อมูลถูกเปิดเผยว่าพวกเธอติดเชื้อก็มักถูกครอบครัวทำร้ายหรือทอดทิ้งไม่มีสิทธิในตัวลูกและทรัพย์สินสมบัติ

²¹ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย. หน้า 7.

²² UNAIDS, 2004 Report on the global AIDS epidemic: 4th global report. 2004.

แม้ว่าโดยทางสรีระแล้วผู้หญิงจะเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าแต่การติดเชื้อก็เป็นเรื่อง การไร้อำนาจในการควบคุมร่างกายของตนและชีวิตด้านเพศของตนมากกว่า

เนื่องจากความไม่เสมอภาคทางสังคมเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้หญิงอ่อนแอในการรับเชื้อและ ไม่อาจรับมือกับเอชไอวีและในวิถีปฏิบัติทางวัฒนธรรมและศาสนาบางประการรวมทั้งการค้า มนุษย์เพื่อการค้าประเวณีและความยากจนได้ทำให้ผู้หญิงสาวอ่อนแอในการติดเชื้อเพิ่มยิ่งขึ้นด้วย

กระนั้นก็ตามบทบาททางเพศภาวะและความสัมพันธ์ที่เกิดจากเพศภาวะได้ทำให้ ผู้หญิงอ่อนแอต่อเอดส์ลงไปอีกในขณะที่เพิ่มความเสี่ยงสำหรับผู้ชายเพราะอุดมการณ์ว่าด้วย ความเป็นชายที่ครอบงำสังคมอยู่ได้ส่งเสริมผู้ชายให้แสดงอำนาจทางเพศโดยการมีคู่นอนหลาย คนและการดื่มแอลกอฮอล์หนักเสพยาที่กระตุ้นให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและ ใช้ความรุนแรง อุดมการณ์เหล่านี้เองที่ส่งเสริมการกำหนดโดยตรงว่าการพยายาลดลงเป็นเรื่องความรับผิดชอบ ของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

ครอบครัวขยายซึ่งเป็นกระดูกสันหลังของสังคมในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศ ไทยด้วยกำลังถูกเอดส์ทำลายอย่างยับเยินเพราะเอดส์ส่งผลกระทบต่อกลุ่มอายุที่ขยับขึ้นแข่งทาง เศรษฐกิจที่สุดในครอบครัวดังนั้นครอบครัวจึงสูญเสียผู้หาเลี้ยง ภาระของการดูแลคนป่วยและคน ไกล่เสียดชีวิตเป็นการดูพลังกายและทรัพยากรทางการเงินของครอบครัวมีผลกระทบต่อการผลิต ทางเกษตรกรรม เช่นเด็กต้องออกจากโรงเรียน ภายใต้บริบทนี้ผู้หญิงและเด็กหญิงอ่อนแอเป็น พิเศษ ครอบครัวจำนวนมากต้องเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอนและขัดสนซึ่งทำให้เพิ่มความอ่อนแอ ในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากยิ่งขึ้น

ในสถานะของสังคมที่อยู่ในขั้นตอนกำลังพัฒนา โภชนาการที่ไม่มีคุณค่า การใช้พลกำลัง ทำงานหนัก ความเครียดเพราะความอดสูเนื่องจากติดเชื้อ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะสูงทำ ให้ภูมิคุ้มกันถูกทำลายและการไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องทำให้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เสี่ยงชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความไม่มั่นคงของลูก เด็กกำพร้าจึงมักจะไม่มีโภชนาการที่ถูกต้อง มีการศึกษาต่ำ อารมณ์บอบช้ำและแปลกแยกจาก สังคม เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็อาจไม่สามารถเป็นพ่อแม่ที่ดีให้กับคนรุ่นต่อไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อสันติภาพ และความมั่นคงภายในและระหว่างรัฐด้วย

การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยมิได้เป็นปัญหาที่โดดเดี่ยวแยกออกมาจากพื้นภูมิภาคและชุมชนโลก หากแต่มีความโยงใยสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงต้องศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีที่เกิดขึ้นในพื้นที่อื่นๆ ประสานสร้างองค์ความรู้และความร่วมมือจากรัฐทั้งหลาย ประชาสังคม องค์การระหว่างประเทศ องค์การพัฒนาเอกชนและภาคเอกชนในชุมชนระหว่างประเทศด้วย

จากปี พ.ศ. 2524ที่ได้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการระบาดของเชื้อเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว คร่าชีวิตผู้คนเป็นจำนวนหลายสิบล้าน แต่เป็นเวลาเกือบยี่สิบปีที่กลไกขององค์การสหประชาชาติ มาเริ่มให้ความสำคัญเรื่องเอดส์เมื่อต้นปีพ.ศ.2543นี้เองที่คณะมนตรีความมั่นคงขององค์การสหประชาชาติเห็นว่าหากละเลยแล้วจะเป็นภัยต่อความมั่นคงปลอดภัยอย่างใหญ่หลวงและมีไม้ที่สังคมในพื้นที่ภูมิภาคที่มีการระบาดมากที่สุดในโลกนี้จะปลอดจากผลกระทบของโรคระบาด ผลกระทบจากโรคเอดส์ต่อการผลิตทางการเกษตรและอุตสาหกรรมคือมีต่อแรงงาน มีต่อการศึกษาจากการขาดครูและนักเรียน กระทบต่อการบริการสาธารณสุขทั้งในแง่ของอุปสงค์และอุปทาน คุณภาพธรรมรัฐเพราะความไม่มั่นคงด้านสังคมและเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของนักการเมือง ผู้ตัดสินใจและแรงงานที่อยู่ในภาคการผลิตและพนักงานของรัฐ

สำหรับประเด็นเอดส์กับเพศภาวะนั้น กรรมาธิการว่าด้วยสถานภาพของสตรีแห่งองค์การสหประชาชาติ การประชุมสุดยอดว่าด้วยสหัฐวรรษ การประชุมสมัยพิเศษของสมัชชาใหญ่ องค์การสหประชาชาติว่าด้วยห้าปีหลังการประชุมโลกว่าด้วยการพัฒนาประชากร(ICPD+5) ห้าปี หลังจากการประชุมโลกว่าด้วยสตรี (Beijing+5) ห้าปีหลังจากการประชุมระดับสูงสุดว่าด้วยสังคม (Social Summit+5) และการประชุมระหว่างประเทศที่จัดขึ้นในระยะหลังๆเมื่อเร็วๆนี้ได้ ยืนยันถึงความสำคัญของการทำงานที่จะหยุดและเริ่มต้นใหม่เพื่อสู้กลับและยอมรับในประเด็นเรื่องเพศภาวะและสิทธิมนุษยชนในโรคเอดส์ คณะกรรมการว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ(CEDAW) ได้เสนอแนะหลายต่อหลายครั้งว่าควรมีการให้ข้อมูลเรื่องการป้องกัน การศึกษาเรื่องอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งขยายการให้การศึกษาเรื่องเอชไอวี/เอดส์และให้ผู้หญิงทั้งหลายมีโอกาสรับฟังเมื่อประเทศภาคีสมาชิกของอนุสัญญาฯเสนอรายงาน

มาตรการการต่อสู้การขยายตัวของเอดส์และการป้องกันรักษาผู้ติดเชื้อจึงไม่สามารถทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามเป้าหมายหากมิได้มีการพิจารณาเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายซึ่งเป็นรากเหง้าของการประกอบสร้างเพศภาวะในสังคม การมองข้ามประเด็นความไม่เสมอภาคระหว่างเพศในสังคมหรืออคติทางเพศที่แฝงอยู่ในนโยบาย มาตรการและแนวทางการต่อสู้ปัญหาเอดส์ของรัฐและองค์กรเอกชนมีส่วนทำให้ปัญหาขยายตัวไปอย่างที่ได้

เป็นมาและเป็นอยู่ขณะนี้ การขยายตัวของปัญหานี้น่าตระหนกเพราะมันเกี่ยวข้องกับบริบทของเพศภาวะที่ส่งผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้หญิงที่ต้องดิ้นรนและได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาที่รุนแรงเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงที่เชื่อมโยงกันและแบ่งแยกไม่ได้ไม่ว่าจะเป็นสิทธิทางการเมือง สิทธิของประชาชน สิทธิทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมแล้วยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์อีกด้วย

ความไม่สมดุลทางอำนาจและความไม่เสมอภาคระหว่างหญิงชายมีรากลึกอยู่ในความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ในโครงสร้างของครอบครัว ในความแตกต่างทางการศึกษาและประสบการณ์ การถูกกระทำรุนแรงและความคาดหวังทางวัฒนธรรม ได้ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากตกอยู่ในสภาพที่ไม่อาจต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคู่ของพวกเขาได้ ไม่อาจหย่าร้างกับสามี เพราะเสี่ยงต่อการที่จะยากจนลง เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย เสี่ยงถูกไปให้กับสามีหากหย่าร้าง ปทัสถานทางสังคมอาจทำให้ต้องปิดปากเงียบไม่ลุกขึ้นต่อสู้ ยอมอยู่ในความสัมพันธ์ต่อไป แล้วปล่อยให้ผู้ชายเป็นผู้ตัดสินว่าจะมีเพศสัมพันธ์อย่างไรและเมื่อไร

ความไม่สมดุลของอำนาจภายในความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่นอุปสรรคด้านกฎหมายในการหย่าขาดจากการสมรส การบังคับให้สมรส การที่ผู้ชายเป็นเจ้าของและควบคุมทรัพยากรของครอบครัวและการที่ผู้ชายมีอำนาจตัดสินใจในเรื่องที่จะเกิดผลกระทบกับครอบครัว

การที่ต้องพึ่งพาผู้ชายที่เป็นสามีและญาติผู้ชายในทางเศรษฐกิจ พี่พานายจ้างและผู้ชายที่ให้การอุปการะเลี้ยงดูเป็นการแลกเปลี่ยนกับการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้หญิงไม่อาจปฏิเสธความสัมพันธ์ที่แม้เธอจะเห็นว่าเป็นอันตรายก็ตาม

มีข้อจำกัดมากมายที่ทำให้ผู้หญิงไม่อาจมีเพศสัมพันธ์และปฏิบัติการทางเพศที่เธอเลือกและปรารถนาด้วยตนเองเท่านั้น ผู้หญิงจะมีอิสระในการต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยก็ต่อเมื่อผู้หญิงมีสิทธิเสมอภาคในหลายๆพื้นที่ของชีวิต

จากปรากฏการณ์ของปัญหาได้นำไปสู่ความร่วมมือกันในการประกาศปฏิญญาว่าด้วยพันธกิจเรื่องเอชไอวี/เอดส์ของสหประชาชาติเมื่อปี ค.ศ. 2001 อันเป็นผลพวงของการศึกษาวิจัยการเรียกร้องเคลื่อนไหวขององค์กรสิทธิ องค์กรผู้หญิงทั่วโลกให้ประเด็นปัญหาเป็นที่สนใจของรัฐและประชาคมทั้งหลาย ประเด็นมีว่าหลังจากล่าช้าในการเอาใจใส่เรื่องเพศภาวะและเอดส์ของกลไกสำคัญในโลกมานานกว่าสิบปีแล้วจะติดตามทำให้ปฏิญญามีผลทำให้การควบคุมและ

จัดการกับโรคเอดส์อย่างมีมิติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจตามเพศภาวะได้เพียงไรอย่างไรและเมื่อไร หากปราศจากยุทธศาสตร์ที่เน้นไปที่ผู้หญิงจะไม่ได้มีความก้าวหน้าในการสู้กับโรคเอดส์ในโลกได้ ส่วนใหญ่แล้วผู้หญิงไม่รู้เท่าผู้ชายว่าจะป้องกันเอดส์ได้อย่างไร แต่หากว่าพวกเธอก็รู้ก็แทบจะไม่มีประโยชน์เพราะถูกเลือกปฏิบัติและต้องเผชิญกับความรุนแรง²³ และเมื่อติดเชื้อแล้วยังป่วยเป็นโรคไปแล้วผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหานานัปการที่หนักกว่าผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยชาย

ในรายงานของโครงการร่วมมือขององค์การสหประชาชาติเรื่องเอชไอวี/เอดส์ (UNAIDS) กองทุนพัฒนาเพื่อผู้หญิง (United Development Fund for Women-UNIFEM) กองทุนพัฒนาประชากร (United Nations Population Fund – UNFPA) เสนอต่อการประชุมนานาชาติว่าด้วยเอดส์เมื่อเดือนกรกฎาคม 2547 ระบุว่า การดำเนินการเพื่อต่อสู้โรคเอดส์โดยไม่จับเรื่องความไม่เสมอภาคระหว่างเพศย่อมจะพังพินาศล้มเหลว²⁴ และให้ข้อสังเกตว่าผู้ติดเชื้อหญิงมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งต้องพิจารณาผลกระทบอันวิบัติของโรคเอดส์ต่อผู้หญิงและเด็กหญิงซึ่งมักมองกันไม่เห็นนี้ และเน้นว่าการเลือกปฏิบัติ ความยากจนและความรุนแรงจากเพศภาวะทำให้การระบาดของโรคถูกโหมให้รุนแรงยิ่งขึ้น

ประเทศไทยได้รับการกล่าวขวัญจากสหประชาชาติว่าสามารถตอบโต้กับโรคเอดส์ได้ โดยจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงเพราะความเอาใจใส่และการเอาจริงเอาจังจากฝ่ายการเมือง จากการที่ผู้นำทางการเมืองได้มีบทบาทอย่างแข็งขันให้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างมากมา และการระดมความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในกระบวนการกำหนดนโยบายและแผนงาน... โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข... ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่น่าเชื่อถือ... การกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานโดยเน้นแหล่งใหญ่ของการแพร่ระบาดในขณะนั้น...”²⁵ แต่กระนั้นก็ตามการระบาดของโรคเอดส์ยังอยู่ในระดับน่าวิตกมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านผลกระทบต่อผู้หญิง ดังนั้น หากผู้นำทางการเมือง หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งในกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานอื่นๆ และองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์จะมีมุมมองด้านเพศภาวะและผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแผนโดยมีส่วนร่วมจากองค์กรผู้หญิงและ

²³ http://www.unifem.org/pressreleases.php?f_page_pid=6&f_pritem_pid=171

²⁴ เพิ่งอ้าง

²⁵ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย. หน้า 29.

กลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อและผู้ป่วยหญิง ก็จะทำให้การตอบโต้กับโรคเอดส์สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและใกล้เคียงกับความคาดหวังในการเผชิญกับสิ่งท้าทายอันยิ่งใหญ่นี้บ้าง

2. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจด้านเพศภาวะ (Gender Power Relations) และเอดส์

“ความสนใจในเรื่องเพศภาวะจะช่วยให้เข้าใจบทบาทที่เพศภาวะส่งผลกระทบต่อความเปราะบางในการติดเชื้อเอดส์ของผู้หญิง รวมทั้ง เด็ก ผู้เยาว์ และผู้ชาย รวมถึงผลกระทบของโรคระบาดในด้านส่วนตัว สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นควรถือว่าเพศภาวะเป็นประเด็นตัดขวางที่มีนัยในทุก ๆ ด้านของโรคระบาดนี้ ที่สำคัญกว่านี้ก็คือความสัมพันธ์ระหว่างเพศภาวะและเอชไอวี/เอดส์แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายเป็นรากฐานสำคัญของการจัดการกับโรคระบาดนี้อย่างมีประสิทธิภาพ”²⁶

“จุดเริ่มต้นในเรื่องเพศภาวะและเอดส์คือความเข้าใจในบริบทที่แท้จริงของเพศภาวะในการดำรงชีวิต ของผู้ที่ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์และเพศภาวะทำให้คนเหล่านั้นเปราะบางอย่างไรมันกระทบสิทธิของพวกเขาอย่างไร”²⁷

“คำถามคือเพราะเหตุใดเอชไอวีจึงเป็นประเด็นเรื่องเพศภาวะ? ในขณะที่เพศทางสรีระเป็นเรื่องของชีวภาพ เพศภาวะเป็นการจำกัดความของสังคม เพศภาวะหมายถึงการเป็นผู้หญิงหรือผู้ชายในสังคมที่ต่างจากโครโมโซมตามพันธุกรรมของคนที่มาแต่กำเนิด เพศภาวะกำหนดโอกาสในชีวิต กำหนดบทบาทและประเภทของความสัมพันธ์ที่บุคคลควรมี และเป็นบรรทัดฐานของสังคมที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการระบาดของเอชไอวี”²⁸

เพศภาวะ ซึ่งคือการกล่าวอ้างหรือการประกอบสร้างทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และโอกาสในสังคมเพราะการเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง เป็นกรอบคิดสำคัญที่จัดตั้งขึ้นในสังคม เพศภาวะกำหนดว่าความคาดหวังในผู้หญิงเป็นอย่างไร เพศภาวะยินยอมและให้คุณค่าผู้หญิงหรือผู้ชายในบริบทที่ได้รับมอบมา ในสังคมส่วนใหญ่ ซึ่งมีความแตกต่างและความไม่เสมอ

²⁶ Division for the Advancement of Women, Department for Economic and Social Affairs (DESA EGM/HIV-AIDS/2000/Rep.1), The HIV/AIDS pandemic and its gender implications, Report of the Expert Group Meeting. (Windhoek Namibia 13-17 November 2000).

²⁷ UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office, Women, Gender and HIV/AIDS in East and Southeast Asia. Available: <http://www.unifem-eseasia.org/resources/others/genaids/genaids8.htm>

²⁸ Ibid., <http://www.unifem-eseasia.org/resources/others/genaids/genaid1a.htm>

ภาคระหว่างหญิงชายในความรับผิดชอบที่ได้รับมา กิจกรรมที่กระทำ การเข้าถึงและการควบคุมทรัพยากรรวมทั้งโอกาสในการตัดสินใจ²⁹

เพศภาวะถูกใช้เพื่อบรรยายลักษณะต่างๆของผู้หญิงและผู้ชายที่กำหนดในสังคมหนึ่งๆ ทำให้เราเห็นไปว่าผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกันมากกว่าความแตกต่างทางยีนส์ตามธรรมชาติเพราะสังคมต้องการให้เราคิดถึงผู้หญิงและผู้ชายในลักษณะแบบนั้น ดังนั้นเพศภาวะ(Gender) จึงเป็นตรรกะทางสังคมตรงกันข้ามกับสิ่งที่กำหนดโดยสรีระ ในขณะที่เพศทางสรีระ (Sex) หมายถึงลักษณะทางร่างกายของผู้หญิงและผู้ชาย

เพศภาวะเป็นความคิดและความคาดหวังต่อผู้หญิง ความคิดว่าผู้หญิงตามแบบฉบับเป็นอย่างไรและลักษณะของผู้ชายมีอย่างไร ความสามารถและพฤติกรรมของผู้หญิงและผู้ชายว่าควรจะมีอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ ความเป็นและความคาดหวังพวกนี้เป็นการเรียนรู้จากครอบครัว เพื่อน ผู้นำทางความคิด สถาบันศาสนาและวัฒนธรรม โรงเรียน สถาบันการศึกษา ที่ทำงาน และสื่อต่างๆ ซึ่งสะท้อน ผลิตซ้ำความคิด และมีอิทธิพลต่อบทบาทที่แตกต่างกัน สถานะทางสังคม เศรษฐกิจและอำนาจทางการเมืองของผู้หญิงและผู้ชายในสังคม

คนเกิดมา มีเพศเป็นหญิงเป็นชาย และเรียนรู้การเป็นหญิงการเป็นชายว่าต้องมีความประพฤติที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างไร มีเจตคติอย่างไร บทบาทและกิจกรรมได้ถูกกำหนดสำหรับแต่ละเพศและต้องสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างไร ความประพฤติที่เกิดจากการเรียนรู้ไปสร้างอัตลักษณ์ของเพศภาวะและกำหนดบทบาทของเพศภาวะ

“เพศภาวะคือระบบคิดที่เป็นพลวัต สนใจในระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงและผู้ชายในบริบทของสังคม ความสัมพันธ์ทั้งหลายแตกต่างกันไปภายในวัฒนธรรมหนึ่งๆและระหว่างวัฒนธรรมต่างๆ ความสัมพันธ์นี้เป็นผลจากระบบคุณค่าของสังคมที่แสดงผ่านกฎหมาย ปฏิบัติการทางวัฒนธรรมและวัฒนธรรม บทบาททางเพศภาวะเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาและช่วงชีวิตของคน ในทางปฏิบัติแล้วผู้หญิงมีสถานภาพที่ต่ำกว่าผู้ชายในเกือบทุกวัฒนธรรม

การวิเคราะห์เพศภาวะแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่มีผู้หญิงอยู่ในสถานะที่ต่ำกว่าต้องขึ้นอยู่กับผู้ชาย แนวพินิจในสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์จะสำรวจว่า

²⁹ Carolyn Hannan, Women and HIV/AIDS, Division for the Advancement of Women. (N.P.: United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2003).

ความแตกต่างทางเพศภาวะทำให้เกิดความแตกต่างในการเสี่ยง การเข้าถึงผลประโยชน์ทางเทคโนโลยี ข้อเสนอเทศ ทรัพยากรและการรักษาพยาบาล การใช้สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสิทธิทางเพศและความรับผิดชอบในเรื่องเพศวิธีอย่างไร”³⁰

บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะ (Gender Roles) สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่สังคมเชื่อว่าเหมาะสมสำหรับปัจเจกบุคคลตามเพศของเขาและเธอ บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้มีขึ้นมาแต่กำเนิดและจะแตกต่างกันไปในวัฒนธรรมหนึ่งสู่วัฒนธรรมหนึ่งและจากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง เปลี่ยนแปลงในกาลเวลาที่ผ่านไปเพราะผลพวงจากปัจจัยต่างๆ เช่น เศรษฐกิจ การศึกษา เทคโนโลยี ศาสนาและโครงสร้างทางการเมือง

บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะเป็นลักษณะที่ทรงอำนาจขององค์กรทางสังคมที่ไม่เพียงแต่กำหนดว่าผู้ชายและผู้หญิงถูกคาดหวังว่าต้องประพฤติปฏิบัติอย่างไร แต่ยังมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจ อำนาจในการตัดสินใจและความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล

บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะและความสัมพันธ์หญิงชายตามเพศภาวะมีอิทธิพลต่อเส้นทางและผลกระทบของการแพร่ระบาดของเอดส์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะกำหนดขอบเขตของความเปราะบางในการติดเชื้อของผู้ชาย ผู้หญิง เด็กชายและเด็กหญิง ว่าพวกเขาติดเชื้ออย่างไร ได้รับผลกระทบและดำรงชีวิตอย่างไรเมื่อติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และกำหนดวิธีการตอบโต้ที่เห็นได้ในชุมชนและสังคมต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร

กล่าวถึงที่สุดแล้ว การสร้างบทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะในส่วนที่เกี่ยวกับมิติทางประเวณีอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการจำกัดไม่ให้ผู้ชายและผู้หญิงมีการป้องกันที่เหมาะสมแบบแผนที่ผู้หญิงต้องไร้เดียงสาในเรื่องเพศ ไม่รู้เรื่องและว่าง่ายไม่ตอบโต้ไม่ได้เกิดขึ้นโดดๆ หากแต่เดินไปพร้อมกับแบบแผนที่ผู้ชายต้องไม่ระมัดระวังในเรื่องเพศ ขาดความรับผิดชอบ เป็นฝ่ายรุกและครอบงำ แม้ว่าอัตราการติดเชื้อของผู้หญิงจะสูงขึ้นมากแต่จำนวนผู้ชายก็สูงกว่าผู้หญิง

³⁰ Gender Advisory Panel of the Special Programme of Research in Human Reproduction (HRP). HRP is co-sponsored by UNDP, UNFPA, WHO and the World Bank. Available: <http://www.hivnet.ch:8000/topics/gender-aids/viewR?42>.

อยู่ดี ผู้ชายทำให้ตัวเองและต่อไปก็คู่ของตัวเสี่ยงเพราะความหมายทางวัฒนธรรมที่พวกเขาได้รับในเรื่องมิติประเพณีของพวกเขาเอง

ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ นอกจากจะเป็นเพราะปัจจัยด้านชีวภาพของผู้หญิงที่ไวต่อการติดเชื้อเพราะอวัยวะเพศมีพื้นที่ที่อาจถูกละเลยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ได้มากและน้ำเมือกในอวัยวะเพศไม่มากพอที่จะทำให้เชื้อเอดส์ที่เข้มข้นในน้ำอสุจิของผู้ชายเจือจาง ในกรณีของเด็กหญิงยังมีความเสี่ยงในลักษณะนี้มากขึ้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายผู้ใหญ่ แต่ในขณะเดียวกัน ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ไว้นั้นสัมพันธ์กับสถานะทางสังคมของผู้หญิงด้วยไม่น้อยไปกว่าตำแหน่งทางการเมืองและเศรษฐกิจ ในขณะที่บรรทัดฐานและความคาดหวังตามเพศภาวะไม่เพียงแต่ทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ของผู้หญิงและเด็กหญิงเพิ่มขึ้นอย่างมากเท่านั้น แต่ยังส่งผลให้ผู้ชายและเด็กชายติดเชื้อด้วย

ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ของผู้หญิงและเด็กหญิงทั่วโลกสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของพวกเธอ ที่ไม่อาจเลือกมีสุขอนามัยได้เหมือนคนอื่น ไม่อาจเลือกมีชีวิตที่ปลอดภัยได้ ดรรชนีทางเศรษฐกิจและสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการรู้หนังสือ รายได้และการศึกษามุ่งแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงและเด็กหญิงไม่ได้มีสถานภาพที่เท่าเทียมกับผู้ชายและเด็กชาย ซึ่งแน่นอนประเทศไทยมิได้เป็นกรณียกเว้น

เพราะสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้หญิงและเด็กผู้หญิงมีความยากลำบากในการตัดสินใจทางการเมืองที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และความสัมพันธ์ว่าจะมีเพศสัมพันธ์เมื่อไร ที่ไหน และอย่างไร ผลกระทบที่เกิดจากการไม่สามารถต่อรองในเรื่องเพศที่ถือว่าเป็นเรื่องการเมืองในความหมายอย่างกว้างจึงตกหนักอยู่กับตัวผู้หญิงเอง ส่วนหนึ่งส่งผลทำให้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างไม่ถูกต้องปลอดภัย

ผู้หญิงส่วนใหญ่ติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศกับเพศตรงข้าม และในขณะที่คนมักคิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคของคนสำส่อน ปรากฏว่าผู้หญิงจำนวนมากติดเชื้อจากสามี เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และเพราะว่าผู้หญิงได้รับเชื้อไวรัสเอดส์จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดแนบแน่นกับสามีและผู้ชายที่เป็นคู่รัก ความสัมพันธ์เชิงอำนาจจากเพศภาวะที่มีอยู่ภายในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภริยาและคู่นั้นมักจะส่งผลในการทำให้ผู้หญิงเปราะบางยิ่งขึ้น

การมีโอกาสทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน บทบาทและความคาดหวังได้สร้างเพศภาวะที่แตกต่างกันในสังคม เหล่านี้ทำให้ส่งผลต่อความเปราะบางต่อเอชไอวี/เอดส์ของผู้หญิงและผู้ชาย เช่นการที่ผู้หญิงต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุรุนแรงประการหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงไม่อาจพูดเรื่องเอดส์หรือต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยกับคู่นอนได้หรือไม่อาจเลิกรากจากคู่นอนได้และดังนั้นไม่อาจยุติความสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้ บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะอาจทำให้เป็นเรื่องยุ่งยากเพิ่มขึ้นไปอีกและกลายเป็นการสนับสนุนพฤติกรรมเสี่ยงของทั้งสองฝ่าย

บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะ เป็นตัวเพิ่มความเสี่ยงในเรื่องเอดส์เช่น เรื่องความรู้เรื่องเอดส์ที่ถูกต้องและเพียงพอสำคัญยิ่งยวด การที่คนไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยง งานวิจัยหลายๆแห่งชี้ให้เห็นว่าคนไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการแพร่เชื้อ การป้องกันและอันตรายที่เกี่ยวกับโรคเอดส์³¹ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สำคัญยิ่งต่อการป้องกันการแพร่ระบาดแต่ความรู้จะเป็นประโยชน์ต่อเมื่อคนสามารถใช้ความรู้ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้

บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะและความคาดหวังจากเพศภาวะทำให้การใช้ความรู้เป็นเรื่องยาก หากเป็นเรื่องที่ปกติผู้หญิงเขาไม่ทำกัน คือไปทำท่าแสดงว่ามีความรู้เรื่องเพศ แสดงว่าเป็นผู้หญิงไม่เรียบร้อยเป็นผู้หญิงก้ำกั้น แม้มีความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอดส์ก็อาจไม่กล้าพูดคุยกับสามีหรือคู่รัก วิธีการป้องกันต่างๆที่ผู้หญิงรับถ่ายทอดมาไม่ว่าจะเป็นการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ความซื่อสัตย์ต่อคู่ของตนไม่ไปหาคนอื่นหรือมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น หรือการใช้ถุงยางอนามัย ผู้หญิงอาจไม่มีอำนาจที่จะควบคุมเรื่องเหล่านี้ได้เลยก็เป็นได้

ในทางกลับกัน การที่ผู้ชายถูกคาดหวังให้รู้เรื่องเพศก็อาจเป็นปัญหา “การเป็นลูกผู้ชาย” คือต้องรู้วิธีการร่วมประเวณีว่าจะทำอย่างไร ซึ่งอาจทำให้ผู้ชายอึดอัดหรืออายในการที่จะบอกว่าเขาไม่รู้อะไรบ้าง ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์ การที่ผู้ชายถูกคาดหวังให้เป็นผู้ตัดสินใจเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของครอบครัวก็อาจทำให้สร้างภาระความเสี่ยงกับผู้ชายก็ได้ เด็กผู้หญิงถูกคาดหวังว่าต้องไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเยาว์ดังนั้นจึงลำบากที่จะเข้าถึงข้อมูลเรื่องเอดส์ เด็กผู้หญิงจะเหนียมอายที่จะถูกมองว่ามีพฤติกรรมส่อว่ามีเพศสัมพันธ์แล้วหาก

³¹ UNAIDS, Gender and AIDS Almanac. 2001, p.23.

ไปอยากรู้เรื่องเอดส์เข้า³² แต่ก็ปรากฏอีกว่าแม้ว่าเด็กผู้หญิงจะรู้เรื่องการติดเชื่อมีข้อมูลถูกต้องในเรื่องป้องกัน แต่ว่าเด็กผู้หญิงก็มักจะไม่มีอำนาจต่อรองให้คู่ของตนใช้ถุงยางอนามัย³³

การเป็นฝ่ายรับและฝ่ายรุกในเรื่องเพศมักสัมพันธ์กับบทบาทหญิงชายตามเพศภาวะ เพราะส่วนใหญ่แล้วผู้หญิงจะถูกตีกรอบทางวัฒนธรรมไม่ให้เป็นผู้ริเริ่มในเรื่องเพศสัมพันธ์ ดังนั้นแม้ว่าผู้หญิงจะรู้ว่าควรป้องกันการติดเชื่ออย่างไรแต่ก็ถูกบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมจู้จี้ไม่ให้เป็นผู้ริเริ่มป้องกันตนเอง และกลายเป็นการส่งเสริมให้ผู้ชายเป็นฝ่ายรุก เป็นฝ่ายเปิดฉาก กำหนดรูปแบบวิธีการและช่วงเวลาของการมีเพศสัมพันธ์โดยที่ผู้หญิงไม่อาจต่อรองได้ ในแง่ของสังคมวัฒนธรรมนั้น คนส่วนใหญ่คิดว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ยังไม่สมรสไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการแสดงตัวว่าใครรู้ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยจึงไม่น่าจะง่ายนัก พรหมจรรย์เป็นเรื่องความคาดหวังของสังคมที่ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากไม่ต้องการให้คนเห็นภาพว่าตนมีกิจกรรมทางเพศจึงไม่สะดวกใจที่จะหาข้อมูล ในขณะที่ผู้ชายและเด็กชายมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลมากกว่า

การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนก็ไม่อาจแก้ไขปัญหานี้ได้ หากในการถ่ายทอดความรู้ที่ผู้ถ่ายทอดหรือครูมีอคติและไม่ได้รับการฝึกอบรมให้แนะนำนักเรียนในด้านสังคมวัฒนธรรมที่การมีเพศสัมพันธ์ต้องไม่เอาเปรียบกันและข้อมูลที่ถ่ายทอดให้ต้องทั่วถึงและเท่าเทียมกันด้วย และเพศศึกษาหรือความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ในโรงเรียนอาจไม่ไปสู่เด็กผู้หญิงได้เท่ากับเด็กผู้ชายเพราะในกรณีที่ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจเด็กผู้หญิงจะถูกออกจากโรงเรียนก่อนเด็กชายดังนั้นจึงอยู่ในโรงเรียนน้อยกว่าเด็กชาย

ลักษณะเฉพาะประจำเพศหรือเพศจำลอง (Gender stereotype) นั้น สังคมกำหนดว่าผู้ชายเป็นฝ่ายรุกทางเพศ มีนายว่าผู้ชายต้องมีแฟนหรือมีคู่หลายคนและไม่เป็นเรื่องผิดปกติหรือเสียหาย แถมยังเป็นฝ่ายคุมเกมเมื่อมีเพศสัมพันธ์อีกด้วย ลักษณะเฉพาะประจำเพศของผู้ชายในมีทั้งการครอบงำ พละกำลัง ความสามารถในการมีลูก และชอบเสี่ยงภัย ความกดดันทางวัฒนธรรมนี้ทำให้ผู้ชายเองก็ถูกผลักดันให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้เพื่อแสดงลักษณะของความเป็นชายเหล่านั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันนำไปสู่ความรุนแรงทางเพศได้ด้วย ผู้หญิงต้องเป็นฝ่าย

³² Weiss, E., Whelan, D., and Gupta, G., *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the developing world*, (Washington, D.C.: International Center for Research on Women, 1996).

³³ Rivers, K., and Aggleton, P., *Adolescent Sexuality, gender and the HIV epidemic*. (London: Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, n.d.) cited in UNAIDS, *Gender and AIDS Almanac*, 2001

ความก้าวร้าวของผู้ชายเชื่อมโยงกับความรุนแรงทางเพศ การขู่ข่มขู่และการข่มขืนผู้หญิง ในหลายๆแห่งพบว่าผู้หญิงไม่กล้ายกเรื่องการขู่ข่มขืนมาพูดกับคู่ของตนเพราะกลัวผู้ชายตอบโต้ด้วยความรุนแรง

ความรุนแรงทางเพศที่ผู้หญิงได้รับนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้นเพราะผู้หญิงไม่มีโอกาสป้องกันตนเองไม่ว่าความรุนแรงในครอบครัว การถูกข่มขืนจากสามีและญาติ ในชุมชนและที่สาธารณะอื่นๆ

ในการสำรวจเรื่องมิติทางประเพณีและความรุนแรงทางเพศในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่านักศึกษาหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือแฟนเมื่ออายุน้อยๆนั้นส่วนใหญ่ถูกผู้ชายรุกเร้าและใช้ความรุนแรงเพื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วย แล้วใช้ประวัติการมีเพศสัมพันธ์นั้นในการเรียกร้องที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไป หรือใช้เป็นเครื่องมือในการตัดความสัมพันธ์กับผู้หญิง³⁴

แม้ว่าสังคมไทยปัจจุบันจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นบ้างแล้วในทางการผ่อนปรนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงก่อนแต่งงาน แต่ส่วนใหญ่แล้วสังคมวัฒนธรรมก็ยังกำหนดให้คุณค่าพรหมจรรย์ของผู้หญิงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้หญิงถูกคาดหวังว่าจะไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน แต่ผู้ชายอาจทดลองมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงได้จำนวนมากและไม่เลือกหน้า และเมื่อแต่งงานแล้วมาตรฐานเรื่องการสำส่อนทางเพศทางเพศของผู้ชายและผู้หญิงก็ยังคงแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ทวิมาตรฐานทางพฤติกรรมทางเพศหรือแบบแผนของเพศภาวะของความเป็นชายส่งเสริมให้ผู้ชายแสวงหาคู่ก่อนได้หลายคนและมีพฤติกรรมและกิจกรรมทางเพศที่เสี่ยง จากการที่มีการสร้างความเชื่อว่าผู้ชายมีธรรมชาติที่จะต้องเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ดังนั้นจึงปรากฏว่าผู้ชายที่แต่งงานแล้วอาจมีคู่นอนหรือไปหาโสเภณีที่เป็นหญิงหรือชายด้วยกันก็ได้ และกระบวนการสร้างการยอมรับในพฤติกรรมสำส่อนทางเพศของผู้ชายมันมีรากลึกทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมที่ส่งผลให้รูปแบบของมิติทางประเพณีมีคุณค่าและได้รับการยอมรับมากกว่าเรื่องอื่นๆ

³⁴ รายงานนักศึกษาในวิชาผู้หญิงกับกฎหมาย สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2545

เมื่อมาถึงเรื่องเอดส์แล้วมาตรฐานสองระดับหรือทวิมาตรฐานเรื่องเพศนี้อาจทำให้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายเกิดความเสียขึ้นได้ เพื่อรักษาพรหมจรรย์ผู้หญิงอาจเลี่ยงไปมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะอื่นเช่นทางปาก หรือเวจมรรค ทั้งนี้ก็ผู้ชายสูงอายุก็น่าจะไปแสวงหาเด็กหญิงเพราะน่าจะปลอดภัยจากโรคมากกว่าผู้หญิงที่เป็นสาวเต็มตัวแล้ว เด็กหญิงก็ถูกล่อลวงด้วยเล่ห์เหลี่ยมต่างๆ รวมทั้งการใช้อำนาจทางเศรษฐกิจ หรือการบังคับขู่เข็ญ

การแบ่งแยกเพศภาวะและเพศสรีระที่อาจเห็นได้อย่างชัดเจนหรือทำอย่างซับซ้อนก็ตาม ทำให้คนบางกลุ่มเปราะบางต่อเอชไอวี/เอดส์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นบรรทัดฐานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนจึงแสวงหาทางในทุกระดับที่จะส่งเสริมศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ไม่ว่าจะเพศใดมีเพศภาวะและมิติทางประเพณีอย่างไร

ในขณะที่สรีระของผู้หญิงเปิดรับความเสี่ยงจากการติดเชื้อ แต่การที่ผู้หญิงและเด็กหญิงขาดอำนาจในเนื้อตัวร่างกายและเพศวิถี เพราะความไม่เสมอภาคทางเพศและเศรษฐกิจ ทำให้พวกเขตกลอยู่ในสถานะที่เปราะบาง ในการติดเชื้อเอชไอวีและไม่สามารถต่อสู้กับโรคได้ สาเหตุอื่นๆก็อาจเพิ่มความเปราะบางให้ผู้หญิงได้ไม่ว่าจะเป็นวิถีวัฒนธรรม ศาสนา การค้ำมนุษย์ทางเพศและความยากจน แต่ความยากจนมิใช่เป็นเพียงสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้นหากแต่เป็นผลของการติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย และผู้หญิงอยู่ในกลุ่มคนยากจนเป็นจำนวนมากกว่าผู้ชายในกลุ่มคนยากจนด้วยกันเองผู้หญิงจะยากจนกว่า พูดายๆก็คือผู้หญิงคือกลุ่มที่ยากจนที่สุด ดังนั้นจึงได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์

บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะ(gender roles) และความสัมพันธ์หญิงชายตามเพศภาวะ (gender relations) ได้เพิ่มความเปราะบางในการติดเชื้อให้ผู้หญิงและเพิ่มความเสี่ยงของผู้ชายด้วยจากอุดมการณ์ของ “ความเป็นชาย” ที่ครอบงำสังคมอยู่ทำให้ “ถูกผู้ชาย” ต้องเสพยาสุราและยาสารกระตุ้นอื่นๆที่เป็นการเตรียมการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงและรุนแรง และส่งผลทำให้ผู้หญิงเปราะบางต่อการติดเชื้อเอดส์ และจากอคติของสังคมที่มีต่อผู้หญิงทั้งที่ผู้หญิงติดเชื้อจากผู้ชายซึ่งเป็นผู้ปล่อยเชื้อแต่ผู้หญิงกลับถูกกล่าวหาว่าเป็นผู้แพร่เชื้อ การติดเชื้อเหล่านั้นส่วนใหญ่เกิดกับผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ระยะยาวกับคู่ของตน แล้วผู้ชายซึ่งเป็นคู่ไปมีกามกิจนอกความสัมพันธ์หรือเพราะไปเสพยาเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ³⁵ ที่เห็นได้ชัดที่สุดในเรื่องอคติของสังคมต่อเพศหญิงก็คือการตราบาปให้ผู้หญิงในการตั้งชื่อกลุ่มประชากรติดเชื้อที่ถูก

³⁵ “Fact Sheet on Gender and HIV/AIDS” United Nations Special Session on HIV/AIDS, Global Crisis- Global Action (New York 25-27 June 2001).

สำรวจว่าเป็น “กลุ่มหญิงบริการทางเพศ” แทนที่จะเป็น “กลุ่มผู้ติดเชื้อจากผู้ขายนักร้อง” หรือกลุ่ม “จากแม่สู่ลูก”³⁶ แทนที่จะเป็นกลุ่ม “จากพ่อสู่แม่และลูก” หรือ “จากชายสู่หญิงและเด็ก” เป็นต้น ในต่างประเทศบางแห่งได้เริ่มเลี้ยงที่จะมุ่งเป้าไปกล่าวโทษผู้หญิงหรือแม่ว่าทำให้ลูกต้องติดเชื้อเอดส์เพราะไม่เป็นธรรมชาติแก่ผู้หญิงโดยเน้นในวัตถุประสงค์ของโครงการเช่นเรื่อง “การรักษาชีวิตเด็ก” (Keep a child alive) และไม่ระบุว่าเป็นการแพร่เชื้อ “จากแม่สู่ลูก” เป็นต้น

ด้วยโครงสร้างสังคมในระบบชายเป็นใหญ่นี้ทำให้ผู้ชายได้รับการปกป้องและเกิดอคติต่อคนกลุ่มอื่นๆ ในเรื่องการเผยแพร่ข้อมูลเรื่องเอดส์เห็นได้ชัดว่าการพุ่งเป้าหาผู้รายนั้นเชื่อมโยงกับอคติในสังคม เพราะเป็นการพุ่งเป้าไปยังกลุ่มคนที่ถูกรังเกียจ กลุ่มคนที่เสียเปรียบในสังคมและกลุ่มคนชายขอบที่ไร้อำนาจก่อนอื่น เช่น กลุ่มนักโทษ กลุ่มผู้เสพยาเสพติด กลุ่มหญิงค้าประเวณี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเกย์ ในขณะที่ละเลยกลุ่มผู้ชายปกติทั่วไปซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดของสังคมและเป็นผู้แพร่เชื้อในวงกว้างให้กับคนจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นคนในระยะยาว ระยะสั้นหรือครั้งเดียวของตน และผู้ชายที่เป็น “พ่อบ้าน” แม้จะล่าช้าทางเพศก็มักถูกกันออกจากการเพ่งเล็งจากสังคมไม่ให้เป็นผู้ผิดเพราะผู้ผิดคือหญิงค้าประเวณีที่ไม่มีปากมีเสียงในชุมชนและสังคม

ความไม่เสมอภาคระหว่างเพศและการเลือกปฏิบัติคือลักษณะของเพศภาวะที่เป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญของการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้เกิดความแตกต่างในอำนาจและบทบาทที่สังคมกำหนดให้ผู้หญิงและผู้ชายส่งผลอย่างลึกซึ้งต่อความสามารถในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์และการรับมือกับผลกระทบทั้งหลายที่เกิดขึ้น หากจะหยุดยั้งการแพร่เชื้อเอดส์ก็ต้องมีการเรียกร้องให้สิทธิแก่ผู้หญิงและให้มีการเสริมอำนาจให้กับผู้หญิงในทุกๆ ด้านของชีวิต

ความไม่เสมอภาคที่ตั้งอยู่บนฐานของเพศเชื่อมกับความไม่เสมอภาคทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง และส่งผลกระทบต่อผู้หญิงและผู้ชายทุกวัย

ความไม่เสมอภาคส่งผลทำให้ผู้หญิงเปราะบาง ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ไม่ใช่เพราะเป็นผู้หญิงแต่เป็นเพราะการเลือกปฏิบัติและความไม่เสมอภาคที่ทำให้ชีวิตของผู้หญิงผิดจากที่ควรเป็นและเสียหายในทุกด้านของชีวิต

³⁶ UNFPA, 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic. (N.P.: n.p., 2002). p.7-8.

ความไม่เสมอภาคและการเลือกปฏิบัติทำให้ผู้หญิงกลุ่มต่างๆ เช่นเด็กหญิง ผู้หญิงชนบท และผู้หญิงชนกลุ่มน้อย ผู้หญิงที่อยู่ในการค้าประเวณี ผู้หญิงลี้ภัยและผู้หญิงที่พลัดถิ่นต้องเปราะบางเป็นพิเศษและได้รับผลกระทบอย่างหนักจากโรคเอดส์

โรคเอดส์ทำให้ความไม่เสมอภาคและการเลือกปฏิบัติที่กระทบต่อชีวิตด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงหนักขึ้นไปอีก ผู้หญิงที่มีครรภ์อาจถูกบังคับให้ตรวจเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังคลอด อาจถูกบังคับให้ทำแท้งแม้ต้องการจะมีบุตร ในขณะที่ผู้หญิงจำนวนหนึ่งอาจประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์เมื่อพบว่าติดเชื้อแต่ก็มีอุปสรรคทางกฎหมายที่ไม่อาจทำได้ ไม่ว่าในกรณีใดก็ตามพวกเขาไม่อาจตัดสินใจได้โดยอิสระ หรือไม่ก็ได้รับข้อมูลผิดๆ หรือถูกกดดันจากสังคมที่ให้คุณค่าผู้หญิงเมื่อมีลูกและการไม่มีลูกเป็นตราบาป ทำให้เธอพยายามตั้งท้องโดยเสี่ยงกับสุขภาพและไม่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและเมื่อตั้งท้องแม้ติดเชื้อเอชไอวีก็ปฏิเสธที่จะทำแท้ง

โรคเอดส์มีผลกระทบต่อผู้หญิงถึงรากลึก การตอบโต้จะไม่มีประสิทธิผลหากว่าไม่ดำเนินการนานับประการที่จะให้เกิดความสมดุลทางอำนาจระหว่างหญิงชาย ในโครงสร้างด้านครอบครัว ในการศึกษา ในเศรษฐกิจ ในปทัสถานทางวัฒนธรรม ความคาดหวังและในธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ได้ส่งเสริมให้โรคเอดส์มีอำนาจรุนแรง

ประเด็นคือมิติของการปฏิเสธสิทธิเสมอภาคและสิทธิที่จะปลอดจากการเลือกปฏิบัติในอนามัยของผู้หญิงทุกๆด้านไม่ใช่เรื่องสิทธิในความหมายแคบๆ

หากยึดถือตามอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบจะเห็นว่าจำเป็นต้องมีการจัดการเลือกปฏิบัติในทุกด้านของชีวิตผู้หญิง ในเรื่องการบริหารสุขภาพ การศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำงาน ความรุนแรงต่อผู้หญิง ลักษณะเฉพาะเพศจำลอง การปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นผลร้าย การมีบุตร สถานการณ์ของผู้หญิงชนบทและผู้หญิงพื้นเมือง และการมีส่วนร่วมทางการเมือง

ความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะที่ไม่ละเลยประสบการณ์และความจำเป็นของผู้หญิงและผู้ชายกลุ่มต่างๆ จึงสำคัญยิ่งในการตอบโต้เอดส์ ความเข้าใจในเรื่องความสัมพันธ์ของเพศภาวะกับโรคเอดส์ทำให้เข้าใจในระดับของความไม่เสมอภาคหลายชั้นและเชื่อมโยงกัน ที่ไปสร้างความเปราะบางต่อการติดเชื้อและกระทบต่อการแพร่ระบาดของโรคทั้งในระดับบุคคล สังคมและ

เศรษฐกิจ ดังนั้นเรามองเห็นกันว่าเพศภาวะเป็นประเด็นที่ตัดขวางทุกประเด็นและมีนัยในทุกๆ ด้านของโรคเอดส์ ที่สำคัญมากที่สุดคือความสัมพันธ์ของเพศภาวะและเอดส์เผยให้เห็นถึงการก่อตัวของความสัมพันธ์หญิงชายตามเพศภาวะ ว่าเป็นรากฐานของความสามารถในการเสนอเรื่องโรคระบาดนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านหนึ่งนั้นการระบาดของเอชไอวีเอดส์พัฒนาและขยายตัวภายใต้บริบททางสังคม ปัจจัยทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันไปในเรื่องการเป็นอาณานิคม การเอารัดเอาเปรียบ ระบบแรงงานตามสัญญาและแรงงานอพยพ สงคราม และความขัดแย้งของประชาชนมีผลตามมาอย่าง ยิ่งยวดว่าบุคคลจะดำเนินชีวิตอย่างไร เสี่ยงภัยอย่างไร กระบวนการของการเข้าสู่ยุคสมัยใหม่และโลกาภิวัตน์มีผลกระทบต่อนักปัจเจกบุคคลทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ แล้วกำหนดสภาวะแวดล้อมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่ต่อเนื่องไปถึงความคาดหวังในอนาคต ความคาดหวังจากวัฒนธรรมและความเชื่อที่มีมาแสนนาน ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในความเชื่อเหล่านี้การระบาดของเชื้อเอชไอวีสร้างความเปราะบางของปัจเจกและชุมชน กระบวนการทั้งหมดที่กล่าวมานี้ไม่ได้ปลอดภัยจากเพศภาวะที่ส่งผลกระทบกับผู้หญิง ผู้ชาย เด็กหญิงและเด็กชายแตกต่างกันไป

ในระดับปัจเจกนั้น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับผลของการติดเชื้อที่มีทางอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจระดับของผลกระทบถูกกำหนดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ชนชั้นทางสังคม ระดับรายได้ แนวเพศพันธะ/เพศมุ่งสมาน³⁷ (sexual orientation) และเพศภาวะ (Gender) ซึ่งมีส่วนสำคัญเช่นกันแต่ขณะนี้ยังไม่มีการวิจัยหรือความสนใจในเรื่องผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องความแตกต่างและความไม่เสมอภาคในระดับที่เพียงพอ

ในขณะที่ประเทศไทยได้รับคำชมเชยจากหลายประเทศรวมทั้งสหประชาชาติด้วยว่าประสบความสำเร็จในการตอบโต้เอชไอวี/เอดส์แต่ปรากฏว่าการรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยของหน่วยงานระหว่างประเทศที่รับผิดชอบในเรื่องนี้โดยตรงกลับไม่ได้สนใจเรื่องเพศภาวะหรือปัญหาที่ผู้หญิงได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์เนื่องจากเพศภาวะว่าเป็นประเด็นสำคัญแต่จะแทรกอยู่ในหัวข้อเรื่องการศึกษาที่ระบุว่าความแตกต่างด้านเพศภาวะและการแยก

³⁷ ผู้เขียนเริ่มใช้ คำว่าแนวเพศพันธะ/เพศมุ่งสมานเพื่อแทนภาษาอังกฤษของคำว่า sexual orientation (ซึ่งแต่เดิมมีการใช้คำว่าเพศวิถีซึ่งน่าจะตรงและครอบคลุมแนวคิดและนัยยะแล้ว แต่ได้มีการใช้ภาษาไทยว่าเพศวิถีสำหรับ sexuality และดูจะติดตลาดอยู่ขณะนี้) เพราะคำว่า orientation นอกจากจะหมายถึงความคุ้นเคย (familiarization) แล้วยังหมายถึง bearing หรือความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องอีกด้วย จึงขอเสนอเป็นแนวเพศพันธะ/เพศมุ่งสมานไปพลางๆ ในขณะนี้ยังไม่สามารถหาคำที่ถูกต้องกว่านี้ได้

บทบาททางเพศทำให้เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์หรือเป็นห่วงในเรื่องเพศ
พาณิชย์โดยไม่ดูเพศภาวะ เป็นต้น

ทั้งนี้ จากการนำเสนอหัวข้อเรื่องประเด็นสำคัญของผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ใน
ประเทศไทย (Key Issues of HIV/AIDS Impact in Thailand) ของ UNAIDS ระบุว่าประเด็น
ดังต่อไปนี้เท่านั้นคือ

เยาวชนและเด็ก

- การที่เยาวชนมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ระมัดระวังและอยู่ในเพศพาณิชย์ในอัตราที่สูงมาก
- จำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่ถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น

ผู้อพยพ

- มีผู้อพยพอยู่ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก อุตสาหกรรมเพศพาณิชย์เห็นได้เป็นเนื้อเป็นหนัง
- และมีความเชื่อมโยงกับผู้ค้าบริการทางเพศที่อพยพเข้ามาและการท่องเที่ยว
- แรงงานอพยพที่เข้ามาโดยผิดกฎหมายไม่เพียงแต่มีอุปสรรคด้านภาษาเท่านั้น แต่ยังไม่มี
ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์อย่างเพียงพอ ยิ่งไปกว่านั้น คนกลุ่มนี้ยังเข้าไม่ถึงโรงพยาบาลและ
คลินิกและต้องพึ่งองค์การเอกชนเป็นส่วนใหญ่

การศึกษา

- นักการศึกษาและพ่อแม่จำนวนหนึ่งต่อต้านเพศศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา
- ความแตกต่างด้านเพศภาวะและการแยกบทบาททางเพศทำให้เป็นอุปสรรคต่อการป้องกัน
และควบคุมโรคเอดส์

ภาคสาธารณะ

- การลดงบประมาณของรัฐบาลไทยและแหล่งทวิภาคี/พหุภาคีในขณะที่สถานการณ์ของโรค
เอดส์ยังรุนแรงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคอื่นๆของประเทศไทยทำให้น่าห่วงใย
มาก
- การบริการทางสังคมของรัฐบาลมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลสุขภาพ
และการศึกษา

- ในการจัดการกับผลกระทบของโรคเอดส์ต้องสนับสนุนความพยายามของชุมชน ต้องมีโครงการให้สาธารณชนรับรู้มากขึ้นอย่างรีบด่วน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่เข้าถึงไม่ถึงและมีค่าใช้จ่ายสูงในการเข้าถึง
- อัตราของการใช้เข็มฉีดยาของกลุ่มติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นและดังนั้นการติดเชื้อในกลุ่มนี้ยังคงสูง โครงการในการช่วยเหลือการเปลี่ยนเข็มฉีดยาจำเป็นต้องมีเพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อ

การเลือกปฏิบัติ

- การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและลูกยังคงมีสูงมากส่งผลให้มีการละเมิดสิทธิในที่ทำงานและในโรงเรียน
- ต้องสนับสนุนการรณรงค์ให้มีเมตตาและความสามัคคีโดยผ่านสื่อหลายประเภท รวมทั้งละครโทรทัศน์ที่เรียกว่าเป็นละคร“น้ำเน่า”ด้วย

จึงเห็นได้ว่าแม้กระทั่งหน่วยงานระดับระหว่างประเทศ(UNAIDS) ที่มีข้อมูลมีพันธกรณีในการดำเนินงานด้านโรคเอดส์โดยเฉพาะยังไม่วิเคราะห์หรือเห็นถึงปัญหาสำคัญของการระบาดและผลกระทบจากการติดเชื้อจากเพศภาวะ ดังนั้น

“การตอบโต้เอชไอวี/เอดส์โดยใช้แนวพินิจด้านเพศภาวะเน้นความแตกต่างในความคาดหวังของสังคม ในบทบาท สถานภาพและอำนาจทางเศรษฐกิจของผู้ชายและผู้หญิงที่ส่งผลกระทบและถูกผลกระทบจากโรคระบาด วิเคราะห์เพศจำลองและสำรวจวิธีการที่จะลดความไม่เสมอภาคระหว่างหญิงชายเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนให้ผู้หญิงและผู้ชายสามารถป้องกันและรับมือกับโรคระบาดได้”³⁸

หากดูงานของUNIFEMซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำงานในประเด็นผู้หญิงโดยเฉพาะแล้วเห็นว่าการสรุปว่า³⁹ สำหรับผู้หญิงนั้นความเปราะบางในการติดเชื้อและความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นมาเกิดจากสิ่งต่อไปนี้

³⁸ Gender Advisory Panel of the Special Programme of Research in Human Reproduction (HRP). Available: <http://www.hivnet.ch:8000/topics/gender-aids/viewR?42>.

³⁹ UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office, Women, Gender and HIV/AIDS in East and Southeast Asia. Available: <http://www.unifem-eseasia.org/resources/others/genaids/genaid1a.htm>.

- วัฒนธรรมที่ทำให้ดูเหมือนว่าเป็นการไม่เหมาะสมที่ผู้หญิงจะรู้เรื่องเพศหรือแนะนำให้ผู้ชายใส่ถุงยางอนามัย
- การใช้ยาเสพติดแบบใช้เข็มฉีดยาและการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับยาเสพติด
- ความจำเป็นทางเศรษฐกิจที่ทำให้แรงงานอพยพและผู้หญิงที่ลี้ภัยต้องค้าประเวณี (ขณะที่มีรายงานว่าผู้หญิงที่ค้าประเวณีในสถานที่ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าผู้หญิงที่ค้าประเวณีนอกสถานที่ เพราะมีการใช้ถุงยางอนามัยในสถานที่มากกว่านอกสถานที่)]

ซึ่งได้กล่าวถึงประเด็นเกี่ยวกับเพศภาวะในเรื่องโรคเอดส์แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมประเด็นทั้งหมดของเอชไอวี/เอดส์และเพศภาวะ

สรุป ผู้หญิงเผชิญกับภัยของการติดเชื้อเอชไอวีเพราะเหตุทางสรีระและทางสังคมด้วย ปทัสถานทางวัฒนธรรมที่ผู้หญิงไร้เสียงและบริสุทธ์ทางเพศทำให้เป็นอุปสรรคไม่อาจเข้าถึงข้อมูล ความไม่สมดุลทางอำนาจด้านเพศภาวะทำให้ยากที่ผู้หญิงจะเจรจาต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคู่ของตนได้ รวมทั้งการต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจและความกลัวว่าจะถูกกระทำรุนแรงทำร้ายทำให้ผู้หญิงต้องยอมที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน

ผู้หญิงไม่ได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลอาจเป็นเพราะถูกกีดกันโดยตรง หรือเพราะเข้าไม่ถึงการดูแลรักษาพยาบาลหรือการดูแลรักษาพยาบาลไม่ตรงกับความต้องการของผู้หญิง ภาระในการดูแลผู้อื่นและตนเองได้ทำให้ครอบครัวยากจนยิ่งขึ้นไปอีกและอาจถึงขนาดอดอยาก เพราะผู้หญิงไม่อาจเข้าถึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจและเพราะว่ารัฐบาลไม่ช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระหน่ำและต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด

ยุทธศาสตร์ในการตอบโต้วิกฤตเอชไอวี/โรคเอดส์ไม่ได้มีมุมมองด้านเพศภาวะและที่ผิดพลาดอย่างรุนแรงที่สุดคือการไม่ให้ผู้หญิงมีส่วนร่วมอย่างมากพอในการวางแผนนโยบายและการดำเนินการตามนโยบาย...ประการสำคัญที่สุดประการหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถต่อสู้กับโรคระบาดนี้ได้คือการให้หลักประกันการมีส่วนร่วมของผู้หญิงในทุกระดับ⁴⁰

⁴⁰ Turning the Tide, อ้างแล้ว.

ดังนั้นจึงมีการผลักดันให้เอาแนวคิดในเรื่องเพศภาวะบูรณาการ (Gender mainstreaming) ไปบรรจุไว้ในโครงสร้างกลไกและโครงการของสหประชาชาติประเทศภาคีสมาชิกทั้งหลาย

เพศภาวะบูรณาการ (Gender mainstreaming)

คือการพัฒนาความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศภาวะและความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย

ความเสมอภาคระหว่างหญิงชายหมายถึงสิทธิเสมอภาค ความรับผิดชอบและโอกาสของผู้หญิงและผู้ชาย ของเด็กหญิงและเด็กชาย ความเสมอภาคมิได้หมายความว่าผู้หญิงและผู้ชายจะกลายเป็นเหมือนกันหมดแต่หมายถึงสิทธิของผู้หญิงและผู้ชาย ความรับผิดชอบและโอกาสที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับกำเนิดมาเป็นหญิงหรือเป็นชาย ความเสมอภาคระหว่างเพศมีนัยยะว่ามีการพิจารณาถึงผลประโยชน์ ความประสงค์และลำดับความสำคัญของความต้องการของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โดยยอมรับในความหลากหลายของกลุ่มต่างๆของผู้หญิงและผู้ชาย

ความเสมอภาคระหว่างเพศมิใช่ประเด็นของผู้หญิงเท่านั้นแต่ควรเกี่ยวข้องกับผู้ชายเท่าๆกับผู้หญิง ความเสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชายเป็นประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนเป็นเงื่อนไขและ เป็นตัวบ่งชี้ของการพัฒนาแบบยั่งยืนที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

เพศภาวะบูรณาการเป็นยุทธศาสตร์ที่ยอมรับกันทั่วโลกเพื่อส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ การบูรณาการมิใช่วัตถุประสงค์ในตัวเองแต่เป็นยุทธศาสตร์ แนวพินิจ และวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายของความเสมอภาคระหว่างเพศ การบูรณาการคือการประกันว่ามุมมองเรื่องเพศภาวะและความใส่ใจเรื่องความเสมอภาคระหว่างเพศเป็นเรื่องสำคัญของกิจกรรมทุกอย่าง คือ การพัฒนานโยบาย การวิจัย การรณรงค์และการแลกเปลี่ยนความเห็น การบัญญัติกฎหมาย การจัดสรรทรัพยากร การวางแผนและเฝ้าติดตามโครงการทั้งหลายที่ดำเนินการทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ความจำเป็นในการทำให้ยุทธศาสตร์ของเพศภาวะบูรณาการบรรลุผลต้องมีการแทรกแซงที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศและการส่งเสริมอำนาจให้ผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีตัวอย่างของกรณีการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงอย่างไม่หยุดหย่อนและเมื่อมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย

จากการประชุมโลกว่าด้วยสตรีครั้งที่ 4 จัดโดยสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2538 มีการประกาศใช้แผนปฏิบัติการกรุงปักกิ่ง ซึ่งให้อาณัติ รัฐสมาชิกของสหประชาชาติให้ทำงานด้านเพศภาวะบูรณาการ ความจำเป็นที่จะใส่ใจกับมุมมองเรื่องเพศภาวะว่าเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการในทุกด้านของการพัฒนาสังคมมีระบุไว้อย่างชัดเจนมากในแผนปฏิบัติการ ในวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ทุกข้อได้ให้ความสำคัญของยุทธศาสตร์การบูรณาการ เช่นในบทว่าด้วยผู้หญิงในอำนาจและการตัดสินใจ ย่อหน้าที่ 189 ได้กล่าวถึงการบูรณาการโดยเฉพาะ ซึ่งคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมและคณะกรรมการว่าด้วยสถานะภาพสตรีได้นำเสนอต่อสมัชชาใหญ่สหประชาชาติคือ

"ในเรื่องความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ชายและผู้หญิงในการแบ่งปันอำนาจและการตัดสินใจในทุกระดับนั้น รัฐบาลและผู้ปฏิบัติอื่นควรส่งเสริมนโยบายที่แข็งแกร่งและชัดเจนของการบูรณาการมุมมองเรื่องเพศภาวะในทุกนโยบายและโครงการก่อนที่จะมีการตัดสินใจใดๆ เพื่อที่จะได้มีการวิเคราะห์ผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้หญิงและผู้ชายทั้งหลาย"

คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมของสหประชาชาติได้สรุป⁴¹ ความหมายของยุทธศาสตร์ในการบูรณาการว่า "เป็นกระบวนการในการประเมินเนื้อหาของปฏิบัติการใดๆต่อผู้หญิงและผู้ชาย คือการบัญญัติกฎหมาย นโยบายหรือโครงการทุกอย่าง ในทุกเรื่องและทุกระดับ เป็นยุทธศาสตร์ที่ทำให้ผู้หญิงและผู้ชายห่วงใยและมีประสบการณ์ในส่วนสำคัญของการออกแบบ วางแผน ติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลนโยบายและโครงการในทุกด้านของการเมือง เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ผู้หญิงและผู้ชายได้รับผลประโยชน์อย่างเสมอภาคและความไม่เสมอภาคจะไม่มีสืบเนื่อง เป้าหมายสุดท้ายคือการบรรลุซึ่งความเสมอภาค"

นอกจากอาณัติทั่วไปเรื่องเพศภาวะบูรณาการแล้วยังมีอาณัติที่แสดงอย่างชัดเจนในเรื่องเฉพาะ เช่น มติของคณะกรรมการความมั่นคงซึ่งแสดงอย่างชัดเจนถึงขั้นตอนต่างๆที่ต้องดำเนินการเพื่อให้เอาใจใส่มุมมองด้านเพศภาวะในเรื่องสันติภาพและความมั่นคง⁴² หรือในกรณีอาณัติเรื่องกระบวนการจัดสรรงบประมาณของประเทศ และการพัฒนางบประมาณสำหรับโครงการของสหประชาชาติ

⁴¹ "Generic Mandates" ECOSOC Agreed Conclusions, 1997/2

⁴² Security Resolution 1325, (N.P.: n.p., 2000)

3. เอดส์และสิทธิมนุษยชน

เป็นเวลาสี่สิบปีให้หลังนับแต่มีการพบการระบาดของเชื้อในปี พ.ศ. 2524 สมัชชาใหญ่ องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมวิสามัญว่าด้วยเรื่องเอชไอวี/เอดส์เป็นครั้งแรก(UNGASS on HIV/AIDS)ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 ถือว่าเป็นความสนใจต่อมิติของเพศภาวะในวิกฤตเรื่องนี้ และมีความสำคัญอันไม่เคยปรากฏมาก่อน ในปฏิญญาฉบับสุดท้ายผู้นำของโลกได้ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขว่า**"ความเสมอภาคระหว่างเพศและการส่งเสริมอำนาจให้ผู้หญิงเป็นองค์ประกอบ พื้นฐานของการลดความเปราะบางต่อเอชไอวี/เอดส์ของผู้หญิงและเด็กหญิง"**⁴³ มุมมองนี้ได้ ทำให้องค์กรที่เป็นกลไกขององค์การสหประชาชาติได้รับการกระตุ้นให้ทำงานนำเสนอเรื่องเพศ ภาวะ สิทธิมนุษยชนและเอชไอวี/เอดส์ ดังปรากฏในเอกสารของกองทุนพัฒนาเพื่อผู้หญิง (UNIFEM)⁴⁴

โดยที่แบบแผนโดยทั่วไปของการติดเชื้อเอดส์ส่วนหนึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เสมอภาค ในด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นผลจากโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง ส่วนความไม่เสมอภาค จากเพศภาวะนั้นทำให้ผู้หญิงและเด็กผู้หญิงเปราะบางและการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างรวดเร็ว ดังนั้นความเข้าใจในมิติด้านเพศภาวะของโรคเอดส์คือการแสดงถึงการที่ความไม่เสมอภาคทางสังคมและเศรษฐกิจทำให้ผู้หญิงและเด็กผู้หญิงขาดอำนาจในเนื้อตัวร่างกายและวิถีชีวิต ทางเพศและทำให้พวกเขามีความเสี่ยงในการติดเชื้อและมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์

ความเสมอภาคระหว่างเพศและทางเพศรวมถึงแนวคิดเรื่องการมีอำนาจให้เนื้อตัวร่างกาย ของปัจเจกบุคคลที่รับรองไว้ในหลักการของสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้หญิงไม่มี อำนาจในเนื้อตัวในบริบทของเอชไอวี/เอดส์ทั้งด้านสรีระ จิตใจและศีลธรรมถือว่าการละเมิด สิทธิมนุษยชนด้านชีวิต ความเป็นส่วนตัว เสรีภาพและความมั่นคงในตัวบุคคลและสุขภาพ

การตอบโต้โรคระบาดนี้ต้องนำเสนอระดับต่างๆของไม่เสมอภาคตามเพศภาวะและความ ไม่เสมอภาคในโลกที่เป็นสาเหตุของความไม่เสมอภาคจากเพศภาวะด้วย เช่นความสัมพันธ์ ระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา และอำนาจทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน

⁴³ Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Global Crisis - Global Action. Available:

www.unaids.org/UNGASS/docs/ARES26-2_en.pdf

⁴⁴ www.unifem.org/filesconfirmed/24/173-agreement.pdf

3.1 แนวพินิจ (Approach) ในการทำงานด้านเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องเน้นว่าสิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องสำคัญ แนวพินิจ (Approach) เรื่องสิทธิมนุษยชนเน้นในการเรียกร้องสิทธิว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิสมบูรณ์ในชีวิตตามที่ตนปรารถนาจะพัฒนาศักยภาพตามสิทธิเหล่านั้นได้อย่างเต็มที่ สิทธิมนุษยชนยังกำหนดพันธะต่อรัฐและเอกชนในการให้หลักประกันในสิทธิต่างๆ เป็นการยืนยันหลักการประชาธิปไตยของความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วม ที่สำคัญยิ่งคือสิทธิมนุษยชนวางมาตรฐานให้กับสุขภาวะและการพัฒนามนุษย์ และยังวางวิธีการที่จะทำให้สัมฤทธิ์ผลด้วย

แม้ว่าอาจจะมึงานเกี่ยวกับประเด็นสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและงานด้านเอชไอวี/เอดส์กับสิทธิมนุษยชนแต่ก็ไม่ค่อยปรากฏความสนใจในเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เป็นประเด็นของเพศภาวะและเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นจึงมีการนำเสนอเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้นแม้ว่าในเอกสารระหว่างประเทศสำคัญๆที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง เช่นปฏิญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อผู้หญิง แผนปฏิบัติการของการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยประชากรและการพัฒนา แผนปฏิบัติการกรุงปักกิ่งและเอกสารจากการประชุมวาระพิเศษของสมัชชาใหญ่ขององค์การสหประชาชาติห้าปีหลังจากการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยประชากรและการพัฒนาในปีพ.ศ. 2542และห้าปีหลังการประชุมกรุงปักกิ่งในปี พ.ศ.2543 เรียกร้องให้ต้องมีการทำให้ความห่วงใยในเรื่องเพศภาวะเป็นความห่วงใยที่ตัดขวางทุกประเด็น การเน้นประเด็นเรื่องสิทธิในการตอบโต้เอชไอวี/เอดส์ดังที่ระบุไว้ในแนวนโยบายระหว่างประเทศเรื่องเอชไอวี/เอดส์ว่า

“ในบริบทของเอชไอวี/เอดส์นั้น สิ่งแวดล้อมที่มีการเคารพสิทธิมนุษยชนจักต้องให้หลักประกันว่าต้องมีการลดความเปราะบางในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ เพื่อที่ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์อาจดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีปราศจากการเลือกปฏิบัติ และขจัดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในระดับส่วนตัวและสังคม” ⁴⁵

แนวนโยบายนี้ได้สร้างที่มาสำคัญของแนวพินิจด้านสิทธิมนุษยชนในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ได้ทำให้เป็นวิธีการสำคัญที่จะสนับสนุนทั้งสิทธิมนุษยชนและสาธารณสุขได้เน้นถึงการประสานของสองเรื่องในขณะที่เน้นในเรื่องความเปราะบางของผู้หญิง ในแนวนโยบายนี้แสดงถึงว่าต้องมีการขยายขอบเขตเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เพิ่มมุมมองด้านเพศภาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องเสนอเรื่องความไม่เสมอภาคในโลกรวมทั้งความไม่เสมอภาคทางเพศที่ทำให้โหมการระบาดอย่างรุนแรง

⁴⁵ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, HIV and Human rights. *International Guidelines*. (New York: n.p., 1998)

รวมทั้งพันธกรณีของรัฐบาลคู่สมาชิกและหน่วยปฏิบัติการอื่นๆซึ่งมิใช่รัฐที่จะนำเสนอเรื่องความไม่เสมอภาคนี้ ความสำคัญถูกเน้นที่การแบ่งแยกมิได้และความสัมพันธ์ของสิทธิทางการเมือง ประชาชน สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวพินิจด้านเพศภาวะในประเด็นสิทธิมนุษยชนและเอดส์ต้อง

- แสดงถึงสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับเพศภาวะและเอดส์โดยเฉพาะ
- ตระหนักถึงความเชื่อมโยงและแบ่งแยกมิได้ของสิทธิทางการเมือง สิทธิของประชาชน สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม
- แสวงหาหลักประกันให้มีการเคารพ ค้ำครองและการใช้สิทธิเหล่านี้ในทุกระดับ คือครอบครัว ชุมชน ที่ทำงานและรัฐในยามปกติและในช่วงของความขัดแย้งทางอาวุธ
- เคารพ ค้ำครองและใช้สิทธิของรัฐบาลคู่สมาชิกภายในชุมชนโลก
- กำหนดพันธกรณีของรัฐและที่ไม่ใช่รัฐ รวมทั้งสถาบันระหว่างประเทศ บรรษัทระหว่างประเทศและภาคเอกชน
- ให้หลักประกันว่าวัฒนธรรมปฏิบัติและการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ส่งเสริมสุขภาพและความมั่นคงให้กับผู้หญิงและผู้ชาย
- ให้หลักประกันว่ามีการสะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้หญิงและผู้ชายที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ในการแปลความหมายและใช้สิทธิมนุษยชนในเอกสารระหว่างประเทศและในประเทศ
- กำหนดยุทธศาสตร์ทางกฎหมายและยุทธศาสตร์อื่นๆเพื่อให้การใช้สิทธิสัมฤทธิ์ผล
- กำหนดกรอบงานที่สามารถปฏิบัติได้เพื่อเป็นหลักประกันว่าสิทธิของสตรีและบุรุษได้รับการเคารพ การค้ำครองและการส่งเสริม

ตามที่นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านเพศภาวะและเอดส์ของสหประชาชาติตั้งข้อสังเกตว่าในขณะที่มีความก้าวหน้าในด้านสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและสิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์ ความสนใจในส่วนที่เกี่ยวกับเพศภาวะและเอดส์มีน้อยกว่า ทำให้เพิ่มมีเอกสารสากลเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงด้านสุขภาพที่อาจถือว่าเกี่ยวกับโรคเอดส์ คือ

ในอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ค.ศ.1979 ข้อ12 ระบุว่า “รัฐภาคีสมาชิกจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านการรักษาสุขภาพเพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ รวมทั้งบริการที่เกี่ยวข้อง การวางแผนครอบครัวบนพื้นฐานของความเสมอภาคของบุรุษและสตรี”

ในปฏิญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี (1993) ข้อ3 จ ที่ระบุว่าสตรีควรได้รับความเสมอภาคในสิทธิที่จะสามารถบรรลุถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานสมบูรณ์

ในแผนปฏิบัติการว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (กรุงไคโร 1994) ปฏิญญากรุงปักกิ่ง และแผนปฏิบัติการกรุงปักกิ่งปี ค.ศ. 1995 สตรีมีสิทธิที่จะได้รับมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ และ

ในการประชุมพิเศษของสมัชชาใหญ่สหประชาชาติว่าด้วยห้าปีหลังการประชุมว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (1999) และการประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติห้าปีหลังจากการประชุมว่าด้วยสตรีของสหประชาชาติ (2000) และก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ประเด็นนี้เป็นประเด็นหลักที่ตัดขวางทุกประเด็นของความห่วงใย⁴⁶

ประเด็นเรื่องเอดส์เป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนในสุขภาพ ที่หมายถึงการที่คนทุกกลุ่มทุกคน รวมทั้งผู้หญิงด้วย มีสิทธิมนุษยชนในสุขภาพกายและจิตในระดับมาตรฐานสูงสุดปราศจากการเลือกปฏิบัติใดๆ การมีสิทธิมนุษยชนในสุขภาพสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อทุกๆด้านของชีวิตและสุขภาพของบุคคล แล้วจึงสำคัญต่อการมีสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานอื่นๆหลายประการอีกด้วย

3.2 ประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับสุขภาพมีปรากฏในสนธิสัญญาว่าด้วยสุขภาพและยังรวมถึง⁴⁷

- สิทธิมนุษยชนที่จะมีสุขภาพกายและจิต รวมทั้งอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

⁴⁶ Expert Group Meeting, The HIV/AIDS pandemic and its gender implications. p.10

⁴⁷ Randall, Vernellia R. Available: <http://academic.udayton.edu/health/07HumanRights/health.htm>

- สิทธิมนุษยชนที่จะเข้าถึงการรักษาพยาบาลและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงเพศ เชื้อชาติหรือสถานภาพอื่นใด
- สิทธิมนุษยชนที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ
- สิทธิมนุษยชนที่จะมีการศึกษาและเข้าถึงข้อสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวเพื่อให้ผู้ที่อยู่กินด้วยกันและปัจเจกบุคคลสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระโดยมีความรับผิดชอบในทุกๆเรื่องเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์และมีมติประเวณี

สำหรับประเด็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะและเอชไอวี/เอดส์โดยตรงต้องรวมถึง

ก. สิทธิที่จะปลอดภัยจากความอับยศอดสูและการเลือกปฏิบัติ เอชไอวี/เอดส์ได้ตราบาปให้กับผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกันโดยเพศภาวะและทำให้เขาสูญเสียสิทธิมนุษยชน ความอดสูในเรื่องเอดส์ได้ไปทำให้เกิดความอดสูในเรื่องอื่นๆด้วยเช่นเรื่องมิติทางประเวณี มักจะมีการโทษว่าผู้หญิงเป็นผู้กำหนดเส้นทางของโรคระบาดคือแพร่เชื้อต่อให้คู่่นอนคูรักหรือสามีและลูก เห็นความเชื่อนี้ได้จากการพูดถึงเอดส์ว่าเป็น“โรคผู้หญิง”หรือว่าเป็น“โรคของโสเภณี” เมื่อผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี ก็มีการตอกย้ำลักษณะเฉพาะทางเพศที่เป็นอคติต่อผู้หญิงและตรานำว่าเป็นเพราะ“สำส่อน”และไร้ศีลธรรม กระบวนการตราบาปเช่นนี้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้หญิงและผู้ชายที่อ่อนแอในสังคมอันประกอบด้วยผู้ที่อยู่ในการค้าประเวณี ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ผู้เสพยา (ที่ใช้เข็มฉีดยา) ผู้อพยพและนักโทษ

การตราบาปให้กับผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มที่อ่อนแอในสังคมทำให้เขาถูกเลือกปฏิบัติทั้งในปริมาณทาสสาธารณะและปริมาณทาสส่วนตัว เมื่อปรากฏว่าผู้หญิงติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อพวกเขาก็จะถูกประณามถูกทำให้เหยียดหยามและแม้กระทั่งถูกทอดทิ้งจากครอบครัวของตนเอง กลุ่มที่อ่อนแอทางสังคมเช่นกลุ่มที่อยู่ในการค้าประเวณีและกลุ่มเกย์และพวกที่รักเพศเดียวกันที่ยังมีกิจกรรมทางเพศอยู่จะกลายเป็นคนขายขบ ถูกรังเกียจต่อต้านและทำร้ายจากสังคม ผู้หญิงและกลุ่มที่อ่อนแอทางสังคมพวกนั้นจะเผชิญกับความเครียดส่วนตัวมากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้ออื่นๆและถูกโดดเดี่ยวทางสังคมพร้อมกับที่ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการเช่นการรักษาพยาบาลและการศึกษา ที่อยู่อาศัยและในการใช้สิทธิอื่นๆ การตราบาปและการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานหมายถึงว่าผู้ที่ติดเชื้อมักจะถูกบังคับให้ออกจากงานและต้องดิ้นรนในการหางานใหม่ การตราบาปและการทำให้อดสูทำให้มีปัญหาในเรื่องเข้าตรวจรักษา การให้คำปรึกษาและบริการทางสุขภาพอื่นๆ

ข. สิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลและได้รับการศึกษา ประชาชนมีสิทธิในการป้องกันจากการติดเชื้อ เข้าถึงข้อมูลและได้รับการศึกษา ซึ่งรวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทด้านเพศภาวะ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มิติทางประเพณีและความสัมพันธ์ทางเพศรวมทั้งเรื่องเอชไอวีและเอดส์ ไม่ว่าที่ไหนในโลกคุณจะมีการกดดันอย่างมากจากสังคมที่จะให้ผู้หญิงและเด็กผู้หญิงไม่รู้เรื่องทางเพศ พวกผู้หญิงเข้าไม่ถึงข้อมูลและทรัพยากรและความชำนาญที่จะใช้ข้อมูลที่อาจหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ และลดระดับของผลกระทบหากติดเชื้อไปแล้ว เด็กผู้ชายเองก็อาจเข้าถึงข้อมูลที่ถูกตัดได้จำกัด เพราะมีการสันนิษฐานทั่วไปว่าพวกเด็กผู้ชายรู้เรื่องเพศแล้วหรือมีฉะนั้นก็ควรจะรู้จากเพื่อนได้

การศึกษาเพื่อป้องกันเอชไอวี/เอดส์และการจัดการผลกระทบจะได้ผลดีที่สุดเมื่อเนื้อหาตรงกับความต้องการของผู้ศึกษา ของครอบครัว และชุมชนพร้อมกับส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ ในเรื่องเจตคติและพฤติกรรม เยาวชนอาจเข้าถึงข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและเอชไอวี/เอดส์ที่โรงเรียนแต่เนื่องจากยังมีช่องว่างระหว่างเพศที่กว้างมากในการเข้าโรงเรียนและเรียนต่อในโรงเรียน เด็กผู้หญิงจึงมักเข้าไม่ค่อยถึงข้อมูล ความเสียเปรียบนี้ได้รุนแรงยิ่งขึ้นในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่เด็กผู้หญิงมักถูกให้ออกจากโรงเรียนเพื่อไปดูแลญาติที่ป่วยหรือเพื่อหาเงินเลี้ยงครอบครัว ด้วยบรรทัดฐานเรื่องความเป็นชายที่ครอบงำสังคมอยู่ผู้ชายจึงไม่จำเป็นต้องมีส่วนในเรื่องการพยาบาลดูแลครอบครัวเท่าไรนักและสามารถเรียนต่อไปได้

ค. สิทธิที่จะเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรักษาและบริการสาธารณสุข

ในขณะที่ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ชายเป็นเครื่องมือที่ใช้และควบคุมโดยผู้ชาย เป็นเทคโนโลยีที่ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุด การเข้าถึงถุงยางสำหรับผู้หญิงถูกจำกัดเพราะราคาและไม่มีทั่วไป การพัฒนา Microbicides ที่ทำอยู่เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการเพิ่มให้ผู้หญิงมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องเพศ ขณะนี้การพัฒนามีข้อจำกัดหลายประการ ที่สำคัญที่สุดคือไม่มีการลงทุนวิจัยและพัฒนายาฆ่าเชื้อ (Microbicides) ที่ไม่มีผลข้างเคียงต่อผู้หญิงที่ต้องใช้มัน

วัคซีนป้องกันเชื้อเอชไอวีจะมีค่ามากต่อทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงไทยส่วนใหญ่และผู้หญิงในโลกที่สามหรือประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีความยากลำบากในการตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ เมื่อไร อย่างไรและกับใคร แต่ก็อีกนั่นแหละผู้หญิงและโดยเฉพาะ

เด็กผู้หญิงอาจมีข้อจำกัดในการจะเข้าถึงวัคซีนอีกเพราะถูกกำหนดโดยทวิมาตรฐานว่าเด็กผู้หญิงไม่ควรมีส่วนร่วมทางเพศซึ่งตรงกันข้ามกับเด็กผู้ชายที่ไม่ได้ถูกกำหนดเช่นนั้น

ความไม่เสมอภาคระหว่างเพศในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและการบริการสุขภาพ จำกัดการเข้าถึงการรักษาเอชไอวี/เอดส์ของผู้หญิง การดูแลและการช่วยเหลือรวมทั้งการบำบัดด้วย antiretroviral ซึ่งเป็นปัญหามากในกรณีที่มีการข่มขืนที่เหยื่อต้องเข้ารับการบำบัดด้วย antiretroviral เพื่อป้องกันหลังจากการรับเชื้อไปแล้ว

การที่ผู้หญิงไม่มีอำนาจในเนื้อตัวร่างกายตนเองไม่อาจตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับร่างกาย และสุขภาพของตนเอง การตรวจเอชไอวีกับผู้หญิงจึงอาจทำโดยไม่ได้บอกและรับความยินยอมจากผู้หญิง ซึ่งเท่ากับเป็นการลิดรอนสิทธิของผู้หญิงเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิในการรักษาพยาบาลและสิทธิในชีวิตและการตรวจอาจไปกระทบกับความมั่นคงทางกายและอารมณ์

ง. ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและวัฒนธรรมกับสิทธิและความมั่นคง

วัฒนธรรมและศาสนามีอิทธิพลในชีวิตคนและพลวัตทางสังคมของผู้หญิงและผู้ชาย เพราะเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมทางสังคมและมีศักยภาพที่จะทำให้เกิดความไม่เสมอภาคเลวร้ายลง ในขณะเดียวกันก็คุกคามการอยู่รอดของชุมชน จำเป็นที่จะต้องแสดงถึงปฏิบัติการทางวัฒนธรรมและศาสนาที่อาจทำให้ชุมชนเปราะบางต่อเอชไอวี/เอดส์ และที่เกื้อหนุนการป้องกัน การรักษา การดูแลช่วยเหลือและช่วยให้สุขภาพและความมั่นคงของผู้หญิงและผู้ชายดีขึ้น

การเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมและศาสนามีพลวัตและช่วยในการคุ้มครองและให้หลักประกันการดำรงอยู่และความมั่นคงของคน การตีความและชำระสะสางปฏิบัติการทางวัฒนธรรมและศาสนาเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ โดยการระดมความคิดและสื่อสารกับชุมชนนั้นๆ

จ. ความยากจน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสิทธิ

ความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจในโลกที่เกิดจากนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ระดับมหภาคซึ่งให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ทางกลยุทธ์เศรษฐกิจของประเทศที่พัฒนาแล้ว

ได้ทำให้ผู้หญิงและผู้ชายในประเทศกำลังพัฒนายากจนลงไปอีกและยากจนต่อไป ระบบเศรษฐกิจโลกแบบนี้ได้ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาอ่อนแอต่อเอชไอวี/เอดส์ลงไปอีกทั้งในแง่ของการติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อ

ความสัมพันธ์ด้านเพศภาวะและการเข้าถึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่ไม่เสมอภาคทำให้ผู้หญิงยากจนกว่าผู้ชาย ในขณะที่ความยากจนเป็นประเด็นสิทธิมนุษยชนและความมั่นคงของมนุษย์ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีของทั้งผู้หญิงและผู้ชายและการรักษาสุขภาพและสุขภาวะภายหลังจากการติดเชื้อแล้ว จึงเป็นการประสานระหว่างความยากจนกับความไม่เสมอภาคระหว่างเพศที่ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในสภาพที่อ่อนแอเป็นพิเศษ การที่ผู้หญิงเข้าไม่ถึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจและการพึ่งพาทางเศรษฐกิจต่อผู้ชายทำให้ผู้หญิงมักจะไม่อาจเจรจาต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าในระดับใด ผู้หญิงจำนวนมากถูกบังคับให้แลกการมีเพศสัมพันธ์กับการอยู่รอดเพราะผู้ชายให้สิ่งจำเป็น เช่น รายได้ ที่พักพิง ค่าเล่าเรียน ฯลฯ แลกกับการหล้นบนอนด้วยระยะสั้นหรือระยะยาว หลายคนอาจถูกบังคับให้ค้าประเวณีในรูปแบบต่างๆเพื่อความอยู่รอดของตนเองหรือครอบครัว

นโยบายเศรษฐกิจแบบมหภาคทำให้การบริการสังคมพังทลาย เช่น การรักษาสุขภาพ การศึกษาและสวัสดิการสังคมที่ไม่เพียงแต่เพิ่มภาระของความยากจนในประเทศกำลังพัฒนาแต่ยังมีผลกระทบต่อผู้หญิงและผู้ชายอย่างไม่เท่าเทียมกัน

ความอ่อนแอทางเศรษฐกิจของผู้หญิงเป็นเพราะความไม่เสมอภาคในด้านการทำงานด้วยทั้งในภาคที่อยู่ระบบและภาคนอกระบบ ผู้หญิงส่วนใหญ่อยู่ในภาคนอกระบบในภาคชายขอบเช่น การค้าประเวณี ทำงานบ้านและแรงงานในไร่สวนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย และทำให้ผู้หญิงยากจนได้ง่ายขึ้นดังนั้นก็ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ง่ายขึ้นด้วย ผู้หญิงในภาคเศรษฐกิจในระบบผู้หญิงก็มักไม่ได้ค่าจ้างแรงงานเท่ากับผู้ชายจึงทำให้ผู้หญิงอ่อนแอทางเศรษฐกิจ

ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในชนบททำให้เกิดการอพยพไปอยู่ในที่แออัดและไม่ถูกสุขลักษณะในเขตเมือง ผู้ชายและผู้หญิงที่ออกจากบ้านไปหางานทำอาจเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ชายที่ไปหางานทำในเมือง ผู้ชายที่เป็นทหาร ทำงานเหมืองแร่ ทำงานประมง เมื่อแยกจากครอบครัวลูกเมียเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพราะไปมีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นๆ

ฉ. ความมั่นคงของชาติและอธิปไตยในอาหารของครัวเรือน

ประเทศที่ได้รับผลกระทบจากโรคระบาดเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทยด้วย ต้องพึ่งการเกษตรกรรมและแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศก็อยู่ในภาคเกษตร หากมีความยากจนเพิ่มขึ้นหมายความว่าเกษตรกรไม่สามารถหาซื้อสิ่งจำเป็นในการผลิต เช่น เมล็ดพันธุ์ ปุ๋ยและยาฆ่าแมลง ทำให้ผลผลิตพืชเศรษฐกิจตกลงและสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมนี้คือเด็กต้องออกจากโรงเรียนมากขึ้น ความเชี่ยวชาญที่เป็นตามเพศภาวะก็เสียหายไปด้วย คือผู้ชายเชี่ยวชาญในการผลิตพืชเศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้หญิงเชี่ยวชาญในการผลิตพืชพันธุ์ธัญญาหาร ผู้หญิงในฐานะที่เป็นเกษตรกรเผชิญกับการจำกัดการแปรรูปอาหารและการจำหน่ายอาหารสู่ตลาด รวมทั้งสิทธิในที่ดินที่จำกัดหรือไม่มีเลยและความเป็นไปได้ของการสูญเสียที่ดินเมื่อสามีเสียชีวิตไป

ภาระในการดูแลญาติที่ใกล้เสียชีวิตทำให้หันเหความเอาใจใส่ในงานด้านเกษตรหลักไป เพราะความยากจน การไม่รู้หนังสือและข้อจำกัดทางวัฒนธรรมที่ไม่ให้ผู้หญิงใส่เสื้อผ้าแบบ "ผู้ชาย" เช่นต้องนุ่งผ้าถุงทำนาทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการรับพิษจากยาฆ่าแมลงมากขึ้นและเกี่ยวพันไปถึงการอ่อนแอยิ่งขึ้นเมื่อติดเชื้อเอชไอวี ความอ่อนแอและความเหนื่อยล้าจากการติดเชื้อเอชไอวี อาจนำไปทำให้ไม่สามารถทำงานประเภทขุด ปลูกและถอนหญ้าได้ ผลผลิตจึงตกต่ำและเลิกจากการปลูกพืชที่ต้องการแรงงานสูง เช่น ข้าวโพด ถั่วลิสงและพืชสวนต่างๆ ในการเน้นผลผลิตสูงในบางแห่งทำให้พืชพื้นบ้านในท้องถิ่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและไม่ต้องใช้แรงงานมากหายไปหรือถูกทำให้เป็นพืชราคาต่ำ ในพื้นที่เหล่านั้นอาจจะเกิดทุโภชนาการได้ ประเด็นอธิปไตยในอาหารเป็นเรื่องสิทธิที่ปรากฏอยู่ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)

ช. สิทธิที่จะมีส่วนร่วมและสิทธิในธรรมชาติ

ธรรมชาตินำไปสู่รัฐบาลที่มีประสิทธิภาพซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของหลักนิติธรรมปราศจากการคอร์รัปชันและผูกพันตนในการเคารพ ปกป้องและปฏิบัติตามหลักการสิทธิมนุษยชน มีกลไกความรับผิดชอบของระบอบประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมของประชาชน

การที่รัฐจะสามารถจัดการเรื่องเอชไอวี/เอดส์ได้ต้องมีเจตนารมณ์ทางการเมืองและปฏิบัติการที่ปรากฏอย่างชัดแจ้งถึงเสียงของสาธารณะในเรื่องโรคติดต่อนี้ การปราศจากธรรมชาติไม่เพียงพอแต่เพิ่มความไม่มั่นคงทางสังคมและการเมืองเท่านั้นแต่ยังเพิ่มความอ่อนแอต่อเอชไอวี/เอดส์ของประชากรอีกด้วย การตรวจสอบระดับของธรรมชาติทำได้จากการสำรวจนโยบายที่มีประสิทธิผล

และบทบัญญัติของกฎหมายที่ว่าด้วยความเสมอภาคระหว่างเพศ ในเรื่องนี้จึงจำเป็นที่จะต้องมีการผู้หญิงเป็นจำนวนมากอยู่ในตำแหน่งของการตัดสินใจ การให้ปฏิญญาทางการเมืองผูกมัดตนของผู้บริหารทางการเมืองและผู้นำชุมชนและสถาบันต่างๆที่จะให้ความสำคัญกับความเสมอภาคระหว่างเพศและการทำให้กรอบของรัฐธรรมนูญและกฎหมายยึดในหลักการและสิทธิที่ยืนยันความเสมอภาคระหว่างเพศ

สิ่งที่เป็หัวใจสำคัญของธรรมรัฐคือการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งและแข่งขัน ได้มีการประจักษ์แล้วว่าองค์กรทางสังคมและการเคลื่อนไหวทางสังคมสำคัญต่อความสำเร็จของการริเริ่มการป้องกันและรักษาเอชไอวี/เอดส์ การเพิ่มการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการตัดสินใจและได้รับอำนาจที่จะดำเนินการในเรื่องสุขภาพได้เพิ่มพูนต้นทุนทางสังคมซึ่งจะหนุนช่วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเพิ่มการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองในระดับฐานราก (Grassroots) ก็เป็นคุณต่อการนำไปสู่ความสัมพันธ์แบบประชาธิปไตยและความสัมพันธ์ทางสังคมที่มั่นคงและความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่จะจัดการกับเอชไอวี/เอดส์

ซ. ผู้หญิงในฐานะผู้ดูแลพยาบาล

ในหลายๆสังคม บทบาทดั้งเดิมของผู้หญิงในฐานะที่เป็นผู้พยาบาลดูแลได้ตอกย้ำความอ่อนแอของผู้หญิงต่อเอชไอวี/เอดส์และผลกระทบของโรคระบาดต่อผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ความล้มเหลวของรัฐและการที่ระบบดูแลสุขภาพไม่สามารถรับมือกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อได้ผลักดันความรับผิดชอบในการดูแลพยาบาลไปยังพื้นที่ส่วนตัวของครอบครัวและชุมชน แม้ว่าการดูแลที่บ้านอาจเป็นกลยุทธ์ของการดูแลและช่วยเหลือที่มีประสิทธิผล แต่มันก็อาจมีผลร้ายตามมาในด้านร่างกายและอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจสำหรับผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ทำให้ครอบครัวผู้หญิงและเด็กหญิงที่ต้องทำหน้าที่ดูแลพยาบาลไม่อาจทำการผลิตและสูญเสียสภาพชีวิตที่มีคุณภาพ สถานการณ์เลวร้ายลงอีกเมื่อผู้ดูแลพยาบาลผู้ติดเชื้อถูกโดดเดี่ยวจากเครือข่ายเพื่อนทางสังคมเพราะไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามปกติได้

พลังกายของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงถูกดูถูกไปเพราะภาระงานบ้านที่เพิ่มขึ้นแล้วยังถูกบังคับให้ปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรที่มีน้อยนิดไปกับการรักษาพยาบาลเมื่อไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลระดับพื้นฐานที่ควรมีให้โดยทั่วไปอย่างทั่วถึง ผู้หญิงสูงอายุก็ยังคงรับภาระดูแลหลานกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ในสถานการณ์ที่ข้อมูลไม่ดีและการป้องกันไม่ถูกต้อง บรรดาพยาบาลทั้งหลายก็เสี่ยงต่อการติดเชื้อเช่นกัน เหล่านี้มีนัยของสิทธิมนุษยชนทั้งสืบตั้งแต่เรื่องสิทธิในความมั่นคงทางสังคม ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและการศึกษาที่ระบุในกติกาว่าด้วยสิทธิทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ฏ. การทำร้ายและความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก

ความรุนแรงต่อผู้หญิงทำให้ผู้หญิงเปราะบางต่อเอชไอวีและความสามารถในการจัดการกับการติดเชื้อทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ความรุนแรงต่อผู้หญิงมีรากลึกอยู่ในความเชื่อเรื่องเพศภาวะและบทบาททางเพศ ผู้หญิงต้องทุกข์ทรมานกับความรุนแรงจากเหตุผลเรื่องการไม่เชื่อฟัง การโต้เถียง การไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์หรือทำอาหารไม่เสร็จตรงเวลาและผู้ชายใช้ความรุนแรงเป็นหนทางเดียวในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและเพื่อ"ควบคุม" เมียหรือ/คู่รัก ฯลฯ ความรุนแรงทางตรงต่อร่างกาย การข่มขู่ว่าจะใช้ความรุนแรงและความหวาดกลัวว่าจะถูกทอดทิ้งเป็นอุปสรรคสำคัญในการที่ผู้หญิงจะต่อรองให้ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยหรือพูดเรื่องความไม่ซื่อสัตย์ทางเพศของผู้ชายหรือยุติความสัมพันธ์ที่ดูเสี่ยง

ผู้หญิงที่ปรากฏว่าติดเชื้อหรือถูกสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมักจะเปราะบางและถูกกระทำ ความรุนแรงง่าย ไม่ว่าจะเป็นการทำร้าย ถูกทิ้งขว้างหรือแม้กระทั่งถูกฆ่า รวมทั้งผู้หญิงและเด็กหญิงที่ถูกนำไปค้าประเวณีแล้วเกิดติดเชื้อเอชไอวีเจ้าก็จะถูกรังเกียจ ถูกเลือกปฏิบัติ ถูกละทิ้ง และตัดขาดจากครอบครัวและชุมชน ถูกขับไล่ให้ไปจากช่อง ถูกทำร้ายและอาจถึงถูกกำจัดได้

ความเชื่อและความกลัวการติดเชื้อทำให้ผู้ชายเสาะแสวงหาเด็กผู้หญิงที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือมีพรหมจรรย์ เด็กผู้หญิงกลุ่มนี้จึงเสี่ยงที่จะถูกข่มขืน บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ถูกล่อลวงบังคับไปค้าประเวณี ซึ่งทำให้พวกเธออยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การติดเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์และเอชไอวี รวมถึงเด็กที่เป็นกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ตกอยู่ในความเสี่ยงเป็นพิเศษเพราะตกเป็นเหยื่อของการทำร้ายทางเพศและความรุนแรงได้ง่าย

การเอารัดเอาเปรียบทางเพศต่อผู้หญิงและเด็กหญิงเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้หญิงและเด็กเหล่านั้นยิ่งขึ้น ความเปราะบางจะเกิดขึ้นสูงมากในกรณีที่มีการบังคับขู่เข็ญให้มีเพศสัมพันธ์ผู้หญิงและเด็กหญิงไม่มีอำนาจในการเรียกร้องให้ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยหรือสามารถควบคุมเงื่อนไขที่มีเพศสัมพันธ์นั้น การค้าหญิงและเด็กหญิงเข้าสู่การค้าประเวณีและทางเพศเป็นรูปแบบรุนแรงของความรุนแรงต่อผู้หญิงซึ่งมีความยากจน

การท่องเที่ยวและพลังของโลกาภิวัตน์เป็นเชื้อเพลิงใหม่การระบาดของเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี ประเด็นการวิจัยเรื่องความสนใจในกลุ่มผู้ชายนอกจากในฐานะที่พวกเขาเป็นผู้กระทำ ความรุนแรงแล้วน่าจะเป็นเรื่องความรุนแรงที่พวกเขากระทำและถูกกระทำจากผู้ชายอื่นด้วย

ท. สถานการณ์สงครามและความขัดแย้งเป็นเหตุของความเปราะบางเป็นพิเศษ

สงครามและความขัดแย้งทางอาวุธทำให้ผู้หญิงและเด็กหญิงเปราะบางยิ่งขึ้นทั้งในการติดเชื้อและผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ตัวอย่างผิวเผินจะคิดว่าประเทศไทยไม่ได้อยู่ในสถานการณ์เช่นนั้น แต่ขณะนี้ได้ปรากฏแล้วว่าผลกระทบจากความขัดแย้งและสงครามกับชนกลุ่มน้อยของประเทศเพื่อนบ้านทำให้ประเทศไทยต้องพลอยตกอยู่ในสถานการณ์ความขัดแย้งด้วย (เมื่อความขัดแย้งในภาคใต้ได้ก่อตัวขึ้นและขยายระดับความรุนแรงอย่างเห็นได้ชัดประเทศไทยก็เสมือนอยู่ในภาวะความขัดแย้งทางอาวุธไปแล้ว) ส่งผลต่อความเปราะบางของผู้หญิงชนกลุ่มน้อยในประเทศเพื่อนบ้านที่ถูกข่มขืนอย่างเป็นระบบจากกองกำลังทุกกลุ่ม ถูกทำร้ายจากทั้งพลเรือนและทหาร ผู้ชายต้องจากครอบครัวไปสู้รบแล้วผู้หญิงและเด็กอยู่ตามลำพังที่บ้านจึงถูกข่มเหงรังแกทางเพศในฐานะที่เป็นศัตรู ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชายแดนและในเขตสามจังหวัดภาคใต้ก็เริ่มไม่มีความมั่นคงเพราะเป็นเป้าของการแก้แค้น และยากจนลงเพราะไม่สามารถประกอบอาชีพหรือออกไปทำการเพาะปลูกได้เหมือนก่อน เพิ่มความเปราะบางของประชาชนโดยเฉพาะผู้หญิงที่ไม่อาจหลบหนีไปที่อื่นได้จึงเป็นความไม่มั่นคงปลอดภัยของชาติด้วย

3.4 กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในสุขภาพ

- ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 บัญญัติว่า "บุคคลทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยและการดูแลสุขภาพทางแพทย์และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในความมั่นคงยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกการ ..."
- กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ข้อ 7 ข้อ 11 และข้อ 12 "รัฐภาคี...รับรองสิทธิของบุคคลทุกคนที่จะมี...ความเป็นอยู่ที่ดีพอสมควรสำหรับตนและครอบครัว" ... "มาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับตนเองและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยที่เพียงพอ ตลอดจนสภาวะการครองชีพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง...จะดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อให้หลักประกันสิทธินี้สัมฤทธิ์ผล..." "รัฐภาคี...รับรองสิทธิของบุคคลทุกคนที่จะมีมาตรฐานแห่งสุขภาพทั้งทางกายและทางใจที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้...ป้องกัน บำบัดและควบคุมโรคระบาด... สร้างสภาวะที่ให้ประกันบริการทางแพทย์และการดูแลสุขภาพใจใส่รักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วย"

- อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ข้อ 10 ข้อ 12 และข้อ 14 " รัฐภาคีจะ...ให้หลักประกันแก่สตรีทั้งหลาย...ให้มีโอกาสได้เข้าถึงข้อเสนอแนะทางการศึกษา เฉพาะด้าน เพื่อช่วยให้หลักประกันด้านสุขภาพและสุขภาวะของครอบครัว รวมทั้ง ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว...รัฐภาคีจะ...จัดการเลือก ปฏิบัติต่อสตรีใน...ด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการ รักษาสุขภาพ รวมทั้งบริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว บนพื้นฐานของความเสมอ ภาคของบุรุษและสตรี ...รัฐภาคีจะประกันให้สตรีได้รับบริการที่เหมาะสมเกี่ยวกับการ ตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและระยะหลังคลอดบุตร ...รัฐภาคีจะประกันว่าสตรีชนบทจะมี โอกาสได้รับความสะดวกด้านการรักษาสุขภาพอย่างเพียงพอ รวมทั้งข้อเสนอแนะ การ ปรึกษาหารือและการบริการในการวางแผนครอบครัว
- อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติด้านเชื้อชาติทุกรูปแบบ ข้อ 5 " รัฐภาคีจัก ดำเนินการเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติด้านเชื้อชาติ...และให้หลักประกันในสิทธิของทุกคน โดยปราศจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ สีผิวหรือประเทศชาติ ชาติพันธุ์ให้เสมอภาคกัน ตามกฎหมาย ...สิทธิในสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การประกันสังคมและบริการทาง สังคม..."
- วาระของศตวรรษที่ 21 บทที่ 6 ย่อหน้า 1 และ 12
“สุขภาพและการพัฒนามีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด การพัฒนาที่ไม่เพียงพอของ สุขภาพและการพัฒนานำไปสู่ความยากจนและการพัฒนาที่ไม่เหมาะสม...อาจส่งผลต่อ ปัญหาสิ่งแวดล้อมของสุขภาพอย่างรุนแรง...”
“ทุกคนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับมาตรฐานสูงสุด รัฐควรใช้มาตรการ ที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุข ทั้งหลายรวมทั้งการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเสมอภาคกันระหว่างหญิงชาย บทบาท ของผู้หญิงในฐานะที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัวควรได้รับการยอมรับและสนับสนุน การเข้าถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การขยายการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดให้มีการ นำบำบัดเยียวยาที่ราคาไม่สูง...”

- แผนปฏิบัติการกรุงไคโร หลักการข้อ 8 และย่อหน้า 8.6

“ทุกคนมีสิทธิในสุขภาพกายและจิตในมาตรฐานสูงสุดที่จะพึงมีได้ รัฐควรดำเนินมาตรการที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อให้หลักประกันบนพื้นฐานของความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพรวมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์...ควรตระหนักและสนับสนุนผู้หญิงที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัว การเข้าถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เข้าถึงการศึกษาด้านสุขภาพที่สูงขึ้น จัดให้มีการรักษาที่ค่าใช้จ่ายไม่สูง...”

- ปฏิญญากรุงโคเปนเฮเกน ข้อผูกพันที่ 6

“เราผูกพันตนเองที่จะส่งเสริมและบรรลุเป้าหมายสากลและการเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพกายและจิต การเข้าถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน พยายามที่จะแก้ไขความไม่เสมอภาคที่เกี่ยวกับสภาพสังคมและโดยไม่มีความแตกต่างในเชื้อชาติ ประเทศ เพศ อายุหรือความทุพพลภาพ...”

- ปฏิญญากรุงปักกิ่ง ย่อหน้าที่ 17 และ 30

“....การยอมรับอย่างชัดแจ้งถึงสิทธิของสตรีทั้งหมดที่จะได้ควบคุมสุขภาพของตนเองในทุกด้าน โดยเฉพาะเรื่องการเจริญพันธุ์นั้น เป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างอำนาจให้สตรี...เรามุ่งมั่นที่จะประกันการเข้าถึงและการปฏิบัติต่อหญิงชายอย่างเสมอภาค ในเรื่องดูแลสุขภาพและการทำให้สุขภาพทางเพศและสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง...”

- แผนปฏิบัติการกรุงปักกิ่ง ย่อหน้าที่ 89

“ผู้หญิงมีสิทธิที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิทธิดังกล่าวสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตและสุขภาพของผู้หญิง และต่อการที่ผู้หญิงจะสามารถมีส่วนร่วมในทุกด้านของชีวิตสาธารณะและชีวิตส่วนตัว... สุขภาพคือสถานะของสุขภาพะที่พร้อมมูลทั้งกาย ใจและสังคม ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคภัยหรือไม่ทุพพลภาพเพียงเท่านั้น สุขภาพของผู้หญิงเกี่ยวข้องกับสุขภาพะทางอารมณ์ สังคมและกายภาพ และถูกกำหนดโดยบริบททางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจในชีวิตของผู้หญิง แต่ละคนรวมทั้งทางสรีระด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้มีสุขภาพและพลานามัยที่สมบูรณ์ อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่กีดขวางไม่ให้ผู้หญิงมีสุขภาพในมาตรฐานสูงสุดที่จะเป็นไปได้คือความไม่เสมอภาค ทั้งระหว่างชายหญิงและระหว่าง

ผู้หญิงด้วยกันเองในความแตกต่างด้านถิ่นที่อยู่ ชนชั้นทางสังคม เผ่าพันธุ์และเชื้อชาติ รวมทั้งการแบ่งภาระความรับผิดชอบในครอบครัวล้วนเป็นเงื่อนไขที่ขาดไม่ได้”

- แผนปฏิบัติการรณรงค์ ย่อหน้าที่ 109

“สุขภาพของมนุษย์และคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการพัฒนาที่อยู่อาศัยที่ยั่งยืนของมนุษย์ เรา...ผูกพันตนมุ่งไปสู่เป้าหมายสากลและการเข้าถึงอย่างเสมอภาค...ที่จะได้มาซึ่งมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพกายและจิต สิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานทั้งหมด จะพยายามแก้ไขความไม่เสมอภาคที่เกี่ยวกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจ ...โดยปราศจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ ประเทศ เพศ อายุหรือความทุพพลภาพ สุขภาพที่ดีตลอดชีวิตของผู้ชายและผู้หญิง เด็กทุกคน.. เป็นหลักการพื้นฐานที่จะให้หลักประกันว่าประชาชนทุกกลุ่มอายุสามารถจะมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ ...ที่อยู่อาศัยที่ยั่งยืนของมนุษย์ย่อมต้องขึ้นอยู่กบนโยบาย ...ที่จัดให้สามารถเข้าถึงอาหารและโภชนาการ น้ำดื่มที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ และการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง จะขจัดโรคภัยร้ายแรงที่คร่าชีวิตมนุษย์ ... เพื่อสร้างสถานที่ปลอดภัยในการทำงานและการอยู่อาศัย และเพื่อรักษาสีเขียวสิ่งแวดล้อม มาตรการเพื่อป้องกันการป่วยไข้และโรคภัยไข้เจ็บสำคัญเท่าๆกับการได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแนวนโยบายสุขภาพแบบองค์รวม ที่การป้องกันและการรักษาพยาบาลถูกจัดไว้ในบริบทของนโยบายสิ่งแวดล้อม ...”

- แผนปฏิบัติการรณรงค์ ย่อหน้าที่ 106

“ผู้หญิงมีสิทธิที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิทธิดังกล่าวสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตและสุขภาวะของผู้หญิง และต่อการที่ผู้หญิงจะสามารถมีส่วนร่วมในทุกด้านของชีวิตสาธารณะและชีวิตส่วนตัว... สุขภาพคือสถานะของสุขภาวะที่พร้อมมูลทั้งกาย ใจและสังคม ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคภัยหรือไม่ทุพพลภาพเพียงเท่านั้น สุขภาพของผู้หญิงเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางอารมณ์ สังคมและกายภาพ และถูกกำหนดโดยบริบททางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจในชีวิตของผู้หญิงแต่ละคน รวมทั้งทางสรีระด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้มีสุขภาพและพลานามัยที่สมบูรณ์ อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่กีดขวางไม่ให้ผู้หญิงมีสุขภาพในมาตรฐานสูงสุดที่จะเป็นไปได้คือความไม่เสมอภาค ทั้งระหว่างชายหญิงและระหว่างผู้หญิงด้วยกันเองใน

ความแตกต่างด้านถิ่นที่อยู่ ชนชั้นทางสังคม เผ่าพันธุ์และเชื้อชาติ รวมทั้งการแบ่งเบาความรับผิดชอบในครอบครัว”

- วาระที่อยู่อาศัย ย่อหน้าที่ 36 และ 128

“ สุขภาพของมนุษย์และคุณภาพของชีวิตเป็นศูนย์กลางของความพยายามที่จะพัฒนาที่อยู่อาศัยของมนุษย์อย่างยั่งยืน เรา...ผูกพันตนที่จะไปสู่...เป้าหมายสากลและการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม ...ที่จะบรรลุถึงมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ของสิ่งแวดล้อมของสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียม จะใช้ความพยายามเป็นพิเศษที่จะแก้ไขความไม่เท่าเทียมในสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ...โดยปราศจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ ประเทศที่เป็นแหล่งกำเนิด เพศ อายุหรือความทุพพลภาพ สุขภาวะตลอดช่วงชีวิตของผู้ชายและผู้หญิง สุขภาวะของเด็กทุกคน ...เป็นเรื่องพื้นฐานที่จะให้หลักประกันว่าประชาชนทุกวัยสามารถมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ ... การตั้งถิ่นฐานของมนุษย์อย่างยั่งยืนต้องมีนโยบายที่จะเอื้อให้มีการเข้าถึงอาหารและโภชนาการ น้ำดื่มที่ปลอดภัย สุขอนามัยและการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพพื้นฐานอย่างทั่วถึงและกว้างขวางที่สุด... การขจัดโรคภัยที่คร่าชีวิตมนุษย์มากมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกิดกับเด็ก เพื่อสร้างสถานที่ทำงานและสถานที่ใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย และเพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อม มาตรการที่จะป้องกันการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญเท่าๆกับการได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะใช้แนวทางที่รอบด้านในเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะจัดการป้องกันและการดูแลรักษาภายใต้บริบทของนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม...”

3.5 การเฝ้าระวังสิทธิของผู้หญิงในด้านสุขภาพ

เครื่องมือระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดมาตรฐานทั่วไปสำหรับสิทธิมนุษยชน การส่งเสริมและปกป้องสิทธิที่ยกมากล่าวข้างต้นนั้นต้องมีกลไกในการเฝ้าระวังการดำเนินงานของรัฐบาลและประเมินว่าเป็นไปตามแนวทางที่ระบุไว้เพียงไร

ภายในระบบขององค์การสหประชาชาตินั้นกติการะหว่างประเทศหลักๆนั้นกำหนดให้รัฐภาคีต้องรายงานความพยายามในการดำเนินงานของตนอย่างสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น เมื่อลงนามหรือให้สัตยาบันอนุสัญญาแล้ว รัฐภาคีต้องมีพันธกรณีที่จะยื่นรายงานต่อองค์การสหประชาชาติ

เรื่องมาตรการที่ได้ตั้งขึ้นและความก้าวหน้าที่ได้ดำเนินการในการที่จะบรรลุถึงการปฏิบัติตามอนุสัญญา ส่วนใหญ่แล้วรัฐภาคีต้องเสนอรายงานดังกล่าวภายในเวลาที่อนุสัญญากำหนด หนึ่งปี สองปี นับแต่ลงนามและหลังจากนั้นต้องรายงานเป็นช่วงๆ อาจเป็นทุกสี่หรือห้าปี เป็นต้น และจะมีผู้เชี่ยวชาญชุดหนึ่งมาวิจารณ์รายงานเหล่านั้น

อย่างไรก็ตาม ได้มีการประเมินการดำเนินงานของประเทศที่ได้ให้สัตยาบันหรือลงนามในอนุสัญญาต่างๆอย่างเป็นระบบน้อยอยู่ ตัวอย่างเช่น การเฝ้าระวังสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ต้องประกอบด้วย⁴⁸

- 1) แนวคิดที่ชัดเจนขององค์ประกอบของสิทธิและพันธกิจของรัฐภาคีที่มาควบคู่กัน
- 2) การวางมาตรฐานของการดำเนินงานที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบแต่ละเรื่อง รวมทั้ง
- 3) การเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยมีการแยกเพศและตัวแปรอย่างอื่นอย่างเหมาะสม
- 4) การพัฒนาระบบการบริหารข้อมูลเหล่านั้น เพื่อสะดวกต่อการวิเคราะห์แนวโน้มที่ผ่านมาและการเปรียบเทียบสถานการณ์ของกลุ่มต่างๆในประเทศและ
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้น

มีความเห็นจากงานวิจัยของ Audrey R. Chapman ว่าไม่มีการดำเนินการตามที่กล่าวมา 5 ข้อเบื้องต้นในเรื่องสิทธิของผู้หญิงด้านสุขภาพ และแม้ว่าจะมีโวหารเรื่องพันธกิจในสิทธิมนุษยชน แต่ชุมชนระหว่างประเทศรวมทั้งขบวนการเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชนระดับสากลได้ละเลยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเสมอ โดยมุ่งเน้นเรื่องการแสวงหาการชดใช้ให้กับการละเมิดสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง การเฝ้าระวังสิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมสะดุดเพราะปัญหาด้านกรอบคิดและระเบียบวิธี และการประเมินว่ามีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อนยุ่งยากอย่างยิ่ง

ตัวอย่างเช่น แม้ว่าจะมีรัฐภาคีสมาชิกในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมจำนวนร้อยละมากกว่าประเทศก็ตามที่มีประเทศที่จริงจังกับความรับผิดชอบของตนเป็นจำนวนน้อยนิด และส่วนใหญ่ไม่ได้ส่งรายงานตามที่องค์การสหประชาชาติกำหนดเลย รัฐภาคีสมาชิกยังคงไม่ให้เงินสนับสนุนกิจกรรมด้านสิทธิมนุษยชนเท่าไรนักและยังไม่ส่งเสริมการพัฒนาสถาบันสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่จะเฝ้าระวังและมีศักยภาพในการปฏิบัติตามพันธกิจในอนุสัญญาต่างๆ กรรมการว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม กรรมการว่าด้วย

⁴⁸ Chapman, Audrey R., 44 American University Law Review. Available at: <http://www.law-lib.utoronto.ca/Diana/fulltext/CHAP.htm>

อนุสัญญาการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบเองก็ปฏิบัติงานภายใต้ข้อเสียเปรียบอย่างยิ่ง

ดังนั้นจึงได้มีข้อเสนอแนวพินิจใหม่ในการเฝ้าระวังสิทธิของผู้หญิงด้านสุขภาพที่อิงกับการระบุการละเมิดที่อาจเกิดขึ้นและที่ได้เกิดขึ้นแล้วสามประการ เพื่อเป็นขั้นตอนแรกในการพัฒนาทรัพยากรให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนให้ใช้ประเมินการดำเนินงานของรัฐบาลได้

3.6 ข้อจำกัดในการเฝ้าระวังการดำเนินงานภายในระบบขององค์การสหประชาชาติ

ในขณะที่มีการยืนยันหลักการแบ่งแยกมิได้และความสัมพันธ์เชื่อมโยงของสิทธิมนุษยชนในการประชุมโลกว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1993 นั้น ชุมชนระหว่างประเทศได้ลงทุนด้านทรัพยากรและเอาใจใส่ในเรื่องการทำให้สิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเกิดเป็นจริงน้อยมาก

ยกเว้นกรณีการว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมแล้ว องค์กรด้านสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติเช่นกรรมการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเองก็ไม่ค่อยจับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเท่าใดนัก เช่นเดียวกับองค์กรเฝ้าระวังการปฏิบัติตามสนธิสัญญาอื่นๆขององค์การสหประชาชาติ กรรมการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนไม่มีงบประมาณ บุคลากร หรือเวลาในการประชุมที่เพียงพอ แม้ว่าอนุกรรมการจะมีการประชุมเพื่อเตรียมการประชุมแต่การประชุมเต็มชุดก็มีเพียงปีละครั้งเดียวและประชุมกันเพียงสามอาทิตย์เท่านั้น ในการประชุมประจำปีของกรรมการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนจะมีการทบทวนวิจารณ์รายงานของ 6 ประเทศสมาชิกของคณะกรรมกรที่ได้รับการเลือกตั้งจากสภาเศรษฐกิจและสังคมนี้ไม่ได้รับเงินตอบแทน ค่าเวลาของเขา และไม่มีเจ้าหน้าที่ช่วยทำวิจัยหรือช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ส่งผลทำให้ไม่อาจพัฒนามโนทัศน์และทำให้สิทธิมนุษยชนในหลายประเทศไม่เกิดเป็นจริง

รัฐภาคีสมาชิกส่วนใหญ่ไม่ส่งรายงานอย่างสม่ำเสมอ หรือมีฉะนั้นก็เตรียมรายงานอย่างฉาบฉวยและไม่มีข้อมูลที่คณะกรรมการขอให้ส่ง แม้ว่ารัฐภาคีสมาชิกจะถูกขอให้รายงานเรื่อง “ปัจจัยและความยากลำบาก” ในการทำให้สิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเป็นจริงได้ตามกติการะหว่างประเทศด้วย ไม่ใช่แต่เพียงรายงานเรื่องความก้าวหน้าที่ได้ดำเนินการไปก็ตาม แต่ส่วนใหญ่แล้วรายงานทั้งหลายดูจะเป็นการรายงานที่จัดรูปแบบที่อำพรางตัว มากกว่าการเปิดเผยตนในเรื่องปัญหาและสิทธิที่ยังไม่ให้อย่างพอเพียง ยิ่งไปกว่านั้น รายงานเกือบทั้งหมดละเลยข้อแนะนำสำหรับการให้ข้อมูลที่แยกแยะเป็นเฉพาะกลุ่มระหว่างสถานภาพด้านสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและของผู้ชาย

รัฐบาลไม่ค่อยเต็มใจจะยอมรับว่ามีการละเมิดสิทธิมนุษยชน ดังนั้น สังคมและความสำคัญของกระบวนการทบทวนสิทธิมนุษยชนจึงขึ้นอยู่กับแหล่งข้อมูลของทางเลือก ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศได้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังสิทธิมนุษยชนและการส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของสิทธิมนุษยชนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา

แม้ว่าคณะกรรมการจะยินดีรับข้อมูลจากองค์กรพัฒนาเอกชนและให้เจ้าร่วมประชุมในกระบวนการทั้งหลายได้ กลุ่มสิทธิมนุษยชนจำนวนน้อยที่ฉวยโอกาสในการมีส่วนร่วม ซึ่งก็คงจะมาจากเหตุผลเดียวกันกับคณะกรรมการเองคือมีข้อจำกัดด้านข่าวสาร บุคลากร และงบประมาณ

มีความแตกต่างอย่างมหาศาลระหว่างกลุ่มที่ร่วมในงานของคณะกรรมการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติและองค์กรเฝ้าระวังตามสนธิสัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรรมการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่เฝ้าระวังตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมืองและกรรมการว่าด้วยเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เหตุผลเรื่องความแตกต่างประการหนึ่งก็คือการละเมิดสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมืองที่ได้รับความสนใจจากระบบภายในขององค์การสหประชาชาติอย่างมาก และมากกว่าเรื่องการเคารพในสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม อีกประการก็คือองค์กรระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่มีสถานภาพหรือ "มีสถานะที่ปรึกษาเต็มรูป" ในระบบขององค์การสหประชาชาติและเข้าถึงองค์กรสิทธิมนุษยชนได้ มีความสนใจหลักในเรื่องสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง กลุ่มระดับชาติและกลุ่มระดับท้องถิ่นไม่มีสิทธิที่จะ "มีสถานะที่ปรึกษาเต็มรูป" ดังนั้นองค์กรที่สนใจในประเด็นสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมจำนวนน้อยเท่านั้นที่ได้รับจากแจ้งข่าวเรื่องการประชุมแบบรายงานจากกรรมการ หรือได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมในงานขององค์กรที่ตั้งขึ้นตามสนธิสัญญา องค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญ เช่นกลุ่มที่สนใจในเรื่องสุขภาพ มักจะไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการทบทวนหรือวิจารณ์รายงานของรัฐบาลสมาชิก จวบจนเมื่อเร็ว ๆ นี้เอง มีองค์กรระดับฐานรากเพียงจำนวนน้อยที่สนใจในเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง ส่วนคู่มือ ทรัพยากรหรือเครื่องมือทางระเบียบวิธีในการช่วยให้กลุ่มแสดงถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนหรือบันทึกการละเมิดสิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมก็มีน้อย

การใช้สิทธิและการเฝ้าระวังสิทธิดังที่แสดงไว้ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมมีอุปสรรคเพราะขาดความชัดเจนทางวิชาการเรื่องคำนิยามและขอบเขตของสิทธิและพันธกรณีของรัฐบาลสมาชิกในอนุสัญญาต่างๆ การเข้าใจถึงนัยทั้งหมดของสิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมมีน้อยกว่าสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมืองมากนัก สิทธิที่ระบุในกติการะหว่างประเทศทางเศรษฐกิจไม่มีพื้นที่อยู่ในองค์กรสำคัญๆ ทางนิติศาสตร์ของ

ประเทศและระหว่างประเทศ ลักษณะที่แตกต่างไปของสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ความคลุมเครือของบรรทัดฐานจำนวนมาก การขาดสถาบันในประเทศที่มุ่งมั่นทำงานเพื่อส่งเสริมสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในฐานะที่เป็นสิทธิและข้อมูลต่าง ๆ นานาที่จำต้องมีในการเฝ้าระวังการปกป้องสิทธิต่างเป็นสิ่งที่ท้าทายองค์กรเฝ้าระวังสิทธิทั้งสิ้น

การประเมินการดำเนินงานภายในระบบขององค์การสหประชาชาติมุ่งที่จะประเมิน”ความก้าวหน้าของการใช้สิทธิ” มากกว่าการแสดงถึงการละเมิดสิทธิทั้งหลายทำให้เรื่องยุ่งยากเพิ่มขึ้นไปอีก การประเมินความก้าวหน้าของการใช้สิทธิเป็นเรื่องซับซ้อน ต้องการสถิติข้อมูลจากหลายช่วงเวลาของแนวโน้มด้านสถิติ การแยกกลุ่มตามประเภทของเพศ เชื้อชาติ พื้นภูมิภาคและกลุ่มภาษา รัฐบาลจำนวนมากไม่มีข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับการวิเคราะห์แบบ นี้ และหากมีข้อมูลก็มักไม่ส่งให้องค์การสหประชาชาติหรือองค์กรพัฒนาเอกชน คณะกรรมการก็ไม่สามารถเข้าถึงสถิติข้อมูลที่หน่วยงานอื่นของระบบขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกรวบรวมไว้ได้เสมอไปหรืออย่างสม่ำเสมอ

3.7 ความพยายามในการเฝ้าระวังสิทธิด้านสุขภาพของผู้หญิงในระบบขององค์การสหประชาชาติ

ในขณะที่ข้อมูลในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศและระดับระหว่างประเทศในเรื่องสถานการณ์ของสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพมีมากพอควร หากจะมีการเฝ้าระวังเรื่องสิทธิด้านสุขภาพบ้างก็มีแต่เพียงเล็กน้อย และการเฝ้าระวังนั้นไม่เพียงแต่ไม่เกิดผลเท่านั้น หากแต่ความพยายามเหล่านั้นไม่ได้มุ่งไปที่ผู้หญิงเลย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในช่วงที่ร่างกติการะหว่างประเทศเรื่องสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเหล่านั้นไม่ได้คำนึงถึงความเอาใจใส่และละเอียดอ่อนในเรื่องความประสงค์ของผู้หญิงในเรื่องสุขภาพเลย ภายใต้หน้ากากของความ เป็นกลางในเรื่องเพศภาวะ ในมาตรา 12 ของกติกานั้นเป็นแนวโน้มไปทางแนวคิดในเรื่องสิทธิด้านสุขภาพของผู้ชาย ตัวอย่างเช่น เห็นได้ชัดว่าเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ตกหล่นไปจากรายการ องค์ประกอบสิทธิที่สำคัญ มาตรา 12 บัญญัติว่าให้รัฐภาคีสมาชิกดำเนินการให้มีการลดอัตราการตายของทารกในครรภ์มารดาและการตายของทารกเมื่อคลอด แต่เจียบสนิทเรื่องการตายของหญิงมีครรภ์และการเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ การให้แนวทางแก่รัฐภาคีสมาชิกในการเตรียมรายงานก็ไม่ได้กำหนดให้มีการแบ่งแยกข้อมูลตามเพศทั้งหมด และในกรณีที่กำหนดให้มีการแบ่งแยกเพศในข้อมูลเหล่านั้นคณะกรรมการก็ได้เน้นหรือบังคับให้เป็นไปตามข้อกำหนดนั้น

ควรมีการตั้งข้อสังเกตว่าสิทธิด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ในกติกานั้นกว้างขวางครอบคลุมหมด ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของสาธารณสุข สุขวิทยาของอุตสาหกรรมและสิ่งแวดล้อมและรวมทั้งการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และการเอาใจใส่ในเมื่อเจ็บป่วยด้วย ดังนั้นสิทธิด้านสุขภาพจึงสัมพันธ์กับสิทธิด้านอื่นๆในกติกา ตัวอย่างเช่น สิทธิในการมีสภาพการทำงานที่ปลอดภัย เพราะสุขภาพจะขึ้นอยู่กับสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ มากอยู่ เป็นต้นว่าสภาพของโภชนาการ สิทธิด้านสุขภาพยังเชื่อมต่อกับสิทธิในอาหารและสิทธิในการศึกษา และการบังคับใช้มาตราอื่นของกติกามีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงในเรื่องการคุมครองครอบครัวและมารดา ก่อนและหลังการคลอดลูก

การนิยามขอบเขตของสิทธิด้านสุขภาพหรือกำหนดพันธกรณีขั้นต่ำหลักๆของรัฐบาลในเรื่องนี้ต้องกระทำเพื่อให้มีการเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมและตัวชี้วัดที่จะประเมินการบังคับใช้กติกาและแนวทางในการรายงานที่กำหนดให้มีข้อมูลในการประเมินการดำเนินงานอย่างถูกต้อง ต้องไม่ใช่แนวทางที่กว้างเกินไปและไม่มีการเปรียบเทียบกับมาตรฐานเฉพาะเจาะจงและต้องมีการประเมินตัวรายงานที่รัฐภาคีนำเสนอด้วยว่าดำเนินงานไปเพียงไรหรือรายงานตามที่กรรมการกำหนดไว้อย่างไรหรือไม่

รายงานต้องเสนอสุขภาพของผู้หญิงที่มีตัวชี้วัดมากกว่าการเข้าถึงบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญระหว่างการจัดตั้งและขณะคลอดลูก เพราะสุขภาพของผู้หญิงต้องพิจารณาจากหลายๆด้านและช่วงเวลามีใช้ขณะตั้งครรภ์และคลอดลูกเท่านั้น เช่นต้องมีข้อมูลด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แบ่งแยกเพศและกลุ่มต่างๆในสังคม ต้องพิจารณานโยบายสาธารณสุขแห่งชาติขณะนั้นและตัวเลขของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) รวมทั้งงบประมาณของประเทศและของพื้นที่ภูมิภาคในส่วนของารดูแลสุขภาพ มาตรการในการให้ชุมชนและผู้หญิงมีส่วนร่วมในการวางแผน จัดตั้ง ดำเนินการและควบคุมเรื่องการดูแลสุขภาพ ให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

มาถึงจวบจนขณะนี้ก็ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีกระจายอยู่ในระบบขององค์การสหประชาชาติ จะเป็นด้วยไม่มีบุคลากรที่จะเก็บและประเมินข้อมูลเหล่านั้นหรือจะเป็นด้วยศูนย์สิทธิมนุษยชนไม่อาจเข้าถึงฐานข้อมูลภายในองค์การสหประชาชาติและหน่วยงานเฉพาะด้านขององค์การสหประชาชาติ ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) มีบุคลากรจำนวนน้อยที่ห่วยใยเป็นส่วนตัวกับเรื่องสิทธิมนุษยชน ในฐานะที่เป็นองค์กรนั้นองค์การอนามัยโลกปฏิบัติงานที่จะส่งเสริมความเชื่อมโยงสุขภาพและสิทธิมนุษยชนน้อยมาก ขณะนี้องค์การอนามัยโลกได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม แต่องค์การอนามัย

โลกก็ไม่ให้เจ้าหน้าที่ช่วยคณะกรรมการฯอีกทั้งยังไม่แสวงหาข้อมูลหรือประเมินข้อมูลด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน

การเฝ้าระวังเป็นสิ่งจำเป็นและส่งผลมากกว่าการคอยแต่อ้างถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เพราะการเฝ้าระวังไม่ได้หมายถึงการเข้าถึงข้อมูลทางสถิติมากมายอะไร และองค์กรสิทธิมนุษยชนระดับฐานรากก็อาจทำได้ การเฝ้าระวังการละเมิดสิทธิมนุษยชนในด้านสุขภาพนั้น อาจเทียบเคียงได้กับการประเมินการปฏิบัติการของเครื่องมือด้านสิทธิมนุษยชน

การยอมให้องค์กรพัฒนาเอกชนนำเสนอรายงานต่อคณะกรรมการคณะต่างๆขององค์การสหประชาชาติในขั้นตอนแรกเริ่มของการทบทวนรายงานของรัฐภาคีสมาชิกจะเป็นการวิเคราะห์การละเมิดสิทธิมนุษยชนได้เป็นอย่างดี

ในการเฝ้าระวังการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงในเรื่องสุขภาพนั้น ต้องพิจารณาถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่แตกต่างกันสามด้าน ดังต่อไปนี้

1. การละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกิดจากการกระทำและนโยบายของรัฐบาล
2. การละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการเลือกปฏิบัติหรืออคติ
3. การละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เป็นความล้มเหลวของรัฐในการปฏิบัติตามพันธกรณีขั้นต่ำของสิทธิที่ได้กล่าวมาเบื้องต้น

การละเมิดต่างๆเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้สิทธิของผู้หญิงในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในฐานะที่เป็นผู้หญิง

การละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกิดจากการกระทำของรัฐเทียบเคียงได้อย่างใกล้เคียงที่สุดก็คือการละเมิดสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง การกระทำและกิจกรรมจำนวนมากของรัฐและของรัฐบาลที่ขัดแย้งกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยเศรษฐกิจ นอกจากนี้ก็มีนโยบายหรือกฎหมายที่สร้างสภาวะการณที่เป็นปฏิปักษ์หรืออุปสรรคต่อการใช้สิทธิเหล่านั้น

การละเมิดที่สัมพันธ์กับรูปแบบของการเลือกปฏิบัติแสดงถึงการละเมิดที่เป็นพื้นฐานของกติกา เพราะในกติกานั้นรัฐภาคีสมาชิกมีพันธะทันทีที่จะต้องให้หลักประกันการไม่เลือกปฏิบัติทุกประเภท คือ "เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือความคิดเห็นอื่นๆ ประเทศที่อาศัยอยู่หรือแหล่งกำเนิดทางสังคม สถานภาพจากการเกิดหรือสถานภาพอื่นๆ" รัฐภาคีสมาชิกถูกกำหนดให้ "ให้หลักประกันในสิทธิเสมอภาคของชายหญิงที่จะใช้สิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมทั้งหมดที่ระบุไว้ในกติกา พันธกิจในกติกาและการเลือกปฏิบัติต้องไม่ใช่การ

ให้สิทธิแบบก้าวหน้า คือ การตีความบทบัญญัติทั้งหลายต้องเป็นไปในลักษณะที่เป็นมาตรการภาคเสริมที่จะหลีกเลี่ยงการเลือกปฏิบัติและการริเริ่มมาตรการพิเศษเชิงบวกเพื่อชดเชยกับการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นมาในอดีต มาตรการเชิงบวกจำเป็นต้องมีเพื่อให้เกิดผลตามกติกามากกว่าเพียงการออกกฎหมายใหม่

คำนิยามของการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงในอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกประติบัติครอบคลุมประเด็นจำนวนมาก คือ “คำว่า การเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง” หมายถึง การแบ่งแยก (Distinction) การกีดกัน (Exclusion) หรือ การจำกัดใดๆ (Restriction) เพราะเหตุแห่งเพศ ซึ่งมีผลหรือเจตนาที่จะทำให้ทำลายหรือทำให้เสื่อมเสียการยอมรับ การมีหรือใช้สิทธิของผู้หญิง ไม่ว่าจะมีความสามารถสมรสอย่างไร บนพื้นฐานของความเสมอภาคของชายและหญิง ของสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม พลเมืองหรือด้านอื่นๆ”⁴⁹

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกประติบัติต่อสตรีทุกรูปแบบกำหนดพันธะให้รัฐภาคีสมาชิก “ใช้มาตรการที่เหมาะสมทั้งปวงและนโยบายในการจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงโดยไม่ชักช้า และยังสร้างแนวคิดใหม่ ขยายขอบเขตของสิทธิด้านสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมถึงความต้องการของผู้หญิงในเรื่องการเจริญพันธุ์ ดังนั้นการจัดการที่มาพื้นฐานของการเลือกปฏิบัติในคำนิยามและขอบเขตของสิทธิ โดยกำหนดให้รัฐภาคีสมาชิก “จัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงในด้านการรักษาสุขภาพ ... เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ รวมทั้งบริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว บนพื้นฐานของความเสมอภาคระหว่างชายหญิง”⁵⁰

การละเมิดสิทธิประเภทที่สามเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดขั้นต่ำของพันธกิจหลัก แม้ในช่วงเวลาที่ทรัพยากรขาดแคลนอย่างมาก สมาชิกที่อ่อนแอของสังคมต้องได้รับการคุ้มครองจากโครงการที่ใช้เงินน้อย ในสังคมส่วนใหญ่นั้นผู้หญิงยังเป็นกลุ่มที่อ่อนแอและถูกละเลยจากชุมชน

3.8 การละเมิดสิทธิจากการกระทำของรัฐบาล กฎหมายและนโยบาย

สิทธิด้านสุขภาพสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสิทธิในชีวิตที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนถือว่าเป็น “สิทธิสูงสุดที่ไม่อาจลดทอนไปเสียได้แม้ในยามมีเหตุฉุกเฉินสาธารณะที่คุกคามการดำรงอยู่

⁴⁹ อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกประติบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ข้อ 1

8 เพิ่งอ้าง ข้อ 12

ของชาติ”⁵¹ และแม้ว่าสิทธิในชีวิตมักถูกเปรียบเทียบกับ การคุ้มครองจากการเอาชีวิตรอดโดยพลการ ในความเห็นทั่วไปได้ตั้งข้อสังเกตว่า “สิทธิในชีวิต เป็นสิทธิที่ไม่ควรตีความอย่างแคบๆ”⁵² คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนตีความสิทธิในชีวิตที่กำหนดให้รัฐภาคีสมาชิกต้องเข้ามาจัดการ ชั่วคราวพิเศษ เช่น การริเริ่มขนานใหญ่ที่จะ “ลดอัตราการตายของเด็กทารกและเพิ่มระยะเวลา ของอายุขัยโดยเฉลี่ย” (Live expectancy) ⁵³

หากขยายความแล้ว นโยบายของรัฐหรือรัฐบาล การดำเนินการ และกฎหมายทั้งหลายซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้หญิงอาจถูกให้คำนิยามว่าเป็นการละเมิดสิทธิในชีวิตก็ได้ ผู้หญิงจำนวนมากตายหรือพิการเพราะป่วยเรื้อรังเนื่องจากเข้าไม่ถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในแต่ละปีมีผู้หญิงเสียชีวิตจากสาเหตุที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ จำนวน 500,000 คน 25 -50 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนนี้เกิดจากการไม่มีบริการวางแผนครอบครัว หรือการเข้าถึงกระบวนการที่ปลอดภัยหรือการรักษาพยาบาลที่มีมนุษยธรรมสำหรับการยุติครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อันซับซ้อน กฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนระบุว่า รวมถึง “ สิทธิในการใช้วิธีการใดๆที่มีอยู่เพื่อการคุมกำเนิด การทำหมันและการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อการตั้งครรภ์อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้หญิง”⁵⁴ ดังนั้นรัฐภาคีสมาชิกของกติกาว่าด้วย เศรษฐกิจที่มีกฎหมายหรือนโยบายที่ห้ามการคุมกำเนิด การทำหมันหรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ละเมิดพันธกรณีที่ส่งเสริมสิทธิในชีวิต

การบังคับให้ทำการคุมกำเนิดรวมถึงการทำแท้งและการทำหมันเป็นจำนวนมากเป็นการ ละเมิดสิทธิในชีวิตของผู้หญิงด้วยเช่นกัน⁵⁵ การละเมิดเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศเอเชียหลาย ประเทศ ที่เด่นชัดคือสาธารณรัฐประชาชนจีนที่รัฐมีนโยบายที่จะควบคุมการเจริญพันธุ์ กฎหมาย และนโยบายที่ขัดขวางไม่ให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์หรือความพยายามที่จะ ควบคุมพฤติกรรมทางเพศหรือการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงถือเป็นการละเมิดไปถึงรากฐานของสิทธิ ในชีวิตของผู้หญิงด้วย ตัวอย่างเช่น กำหนดและกฎระเบียบที่กำหนดว่าผู้หญิงที่สมรสแล้วต้องขอ ความยินยอมจากคู่สมรสก่อนที่จะได้รับบริการด้านการเจริญพันธุ์เป็นการขัดขวางผู้หญิงไม่ให้ เข้าถึงบริการเหล่านั้น นอกจากนี้ กฎหมายและระเบียบที่กำหนดเงื่อนไขที่อาจทำหมันโดยสมัครใจ

⁵¹ Human Rights Treaty Bodies U.N. HRI, Human Rights committee. “Compilation of General Comments and General Recommendations” การประชุมสมัยที่ 16 ความเห็นทั่วไป มาตราที่ 6, 1, HRI/GEN/I. (4 Sept. 1992). หน้า 1170

⁵² เพิ่งอ้าง

⁵³ เพิ่งอ้าง หน้า1171.

⁵⁴ Cook, Rebecca J. “International Protection of Women’s Reproductive Rights”, *Journal of International Law and Politics*. 24(1992). p. 645-646, 660.

⁵⁵ U.N.ESCOR. รายงานการประชุมสมัยที่ 8 และ 9 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน. หน้า 1171

ได้เช่นปัจจัยเรื่องจำนวนลูกที่ยังมีชีวิตอยู่ อายุของผู้หญิง หรือจำนวนครั้งที่ผู้หญิงคลอดลูกโดยการผ่าตัด เป็นการละเมิดสิทธิในชีวิตของผู้หญิงทั้งสิ้น⁵⁶

การที่กฎหมายหรือนโยบายรับรองการปฏิบัติการทางแพทย์หรือวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของเด็กหญิงและผู้หญิงถือว่าการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย การขลิบอวัยวะเพศของผู้หญิงก็เป็นการกระทำที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพของเด็กหญิงและผู้หญิง การขลิบอวัยวะเพศเหล่านั้นโดยมากทำก่อนมีประจำเดือนครั้งแรกและไม่ถูกสุขลักษณะ ผลที่ตามมาต่อสุขภาพกายอาจเป็นการติดเชื้อ บาดทะยัก หมดสติ การตกเลือด เลือดเป็นพิษและปัสสาวะไม่ออก และอาจก่อให้เกิดภาวะซับซ้อนทางร่างกายในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปัสสาวะและการติดเชื้อในระบบการเจริญพันธุ์ที่ทำให้เป็นหมันและการมีประจำเดือนผิดปกติและทำให้คลอดลูกยาก ความพยายามในการควบคุมการขลิบอวัยวะเพศของผู้หญิง รวมทั้งการที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศอียิปต์ออกกฎหมายกำหนดว่าการขลิบอวัยวะเพศต้องทำโดยผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาล ก็คือการอนุญาตให้ทำมากกว่า ความล้มเหลวของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหลาย เหตุผลทางศาสนาและศีลธรรมอาจถือได้ว่าเป็นการละเมิดสิทธิในชีวิตของผู้หญิง

3.9 การละเมิดที่เกิดจากการเลือกปฏิบัติ

การละเมิดที่เกิดจากการเลือกปฏิบัติอย่างแรกและแพร่หลายมากที่สุดเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของสิทธิด้านสุขภาพในกติการะหว่างประเทศเรื่องเศรษฐกิจฯ แม้ว่าโดยทฤษฎีแล้วสิทธิด้านสุขภาพที่กำหนดในกติการะหว่างประเทศเป็นกลางเรื่องเพศภาวะ ที่จริงแล้วมันโน้มเอียงไปทางผู้ชาย ดังนั้นการพิจารณาหลักๆเมื่อประเมินการละเมิดที่เกิดจากการเลือกปฏิบัติ คือรัฐบาลได้ใช้แนวพินิจเรื่องสิทธิด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางไปถึงเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้ระบุไว้ในกติกาหรือไม่และได้เน้นในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงหรือไม่ ซึ่งมีไม่รัฐบาลที่ทำเช่นนั้น

มีเรื่องที่ต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

1) มีการผนวกเอาเรื่องการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและมีบริการมากไหม

⁵⁶ Cook, Rebecca J. *Journal of International Law and Politics*. p. 648-649

2) การจัดสรรค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในงบประมาณของประเทศและพื้นที่ภูมิภาคมีเป็นสัดส่วนที่ยุติธรรมหรือไม่กับความจำเป็นของสุขภาพผู้หญิงและเมื่อเปรียบเทียบกับความห่วงใยในเรื่องอื่นๆ

3) การเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพอื่นๆที่มีผลกระทบเฉพาะต่อผู้หญิงและกระทบอย่างมากเช่น มะเร็งทรวงอก ได้รับการเอาใจใส่ไหม

ประเด็นที่เกี่ยวข้องคือความคิดเรื่องสุขภาพผู้หญิงเป็นการให้ความสำคัญเป็นตัวตนและเจ้าของเนื้อตัวร่างกายของผู้หญิงอย่างแท้จริง หรือว่าเป็นการตีกรอบสถานภาพของสุขภาพผู้หญิงจากบทบาทการเป็นแม่และการเจริญพันธุ์ของพวกเธอเท่านั้น ความใส่ใจของสังคมที่จะทำให้เกิดมีสุขภาพสมบูรณ์มักส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงเพราะถูกมองว่าเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับการเจริญพันธุ์ ความจำเป็นของสุขภาพของผู้หญิงและสถานภาพของสุขภาพของผู้หญิงจึงเป็นรองสุขภาพะของตัวอ่อนที่อยู่ในครรภ์ของเธอ ร่องรอยของความคิดว่าสุขภาพของผู้หญิงจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับบทบาทของการเจริญพันธุ์และการเป็นมารดาของพวกเธอเห็นได้ในกติกาว่าด้วยสิทธิสตรีอื่นๆ

ในบางสังคมจึงห้ามผู้หญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทำงานที่อันตราย ในบางสังคมก็อ้างความชอบธรรมให้กับการใช้วิธีบังคับทางการแพทย์ เช่น การผ่าเอาลูกออกและการถ่ายเลือด โดยผู้หญิงไม่เต็มใจหรือไม่ยินยอม หรือเช่นการยกเลิกกระบวนการที่ต้องแจ้งให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์หรือเพิ่งคลอดลูกยินยอมให้ตรวจเอชไอวีในสหรัฐอเมริกา

ปัจจุบันนี้ งานวิจัยด้านสุขภาพมักจะมีการเลือกปฏิบัติอยู่สองระดับ

ระดับแรกคือ ปัญหาด้านสุขภาพจำนวนมาก หรือเฉพาะพวกที่กระทบต่อผู้หญิงยังไม่ได้ได้รับความสนใจอย่างเพียงพอ อดคิดเช่นนี้ไม่ว่าจะจากการปฏิบัติหรือดเว้นไม่ปฏิบัติ สะท้อนถึงการกีดกันผู้หญิงออกจากกระดับการตัดสินใจของนโยบายสุขภาพสาธารณะ ดังนั้นการจัดวาระของงานวิจัยที่เป็นธรรมชาติอาจจำต้องเปลี่ยนแปลงอีกมากในวิธีการจัดลำดับความสำคัญใหม่รวมทั้งเรื่องที่เป็นลำดับสำคัญเองด้วย

ระดับที่สอง คือ ผู้หญิงมักไม่ค่อยอยู่ในงานวิจัยทดลอง เช่น ใน Department of Health and Human Services และ Food and Drug Administration ของสหรัฐอเมริกาที่กักตัวผู้หญิงที่มีครรภ์และผู้หญิงที่อาจมีลูกได้ควรจะถูกกันออกจากงานศึกษาด้านคลินิก การกั้นผู้หญิงออกจากงานวิจัยด้านคลินิกส่งผลร้ายต่อผู้หญิงหลายประการด้วยกัน อัตราความแตกต่างระหว่างผู้ชายและผู้หญิงด้านน้ำหนักตัว ผิวกาย และสัดส่วนของเนื้อเยื่อที่จะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการใช้ยาใน

ระดับสูงสุด มีการเก็บตัวเลขที่เป็นระบบเรื่องอัตราการเผาผลาญอาหารของผู้ชายตามปกติที่สูงกว่าเสมอและความแตกต่างในความหนาแน่นของสเตอรอยด์และฮอร์โมนในร่างกายเมื่อปฏิบัติทางเภสัชกรรมไปแปรตัวยาที่รับประทานเข้าไป หรือระยะเวลาของรอบประจำเดือน ที่มีผลต่อยาและการผ่าตัด ทำยที่สุดคือความแตกต่างทางจิตวิทยาสังคมของผู้หญิงและผู้ชาย เช่นเหตุการณ์และรูปแบบของความหดหู่อาจทำให้การใช้ยาและผลที่ชะงัดของยาแตกต่างกันไปต่างๆเหล่านี้้น้อยมาก⁵⁷

อีกด้านหนึ่งที่อาจเป็นการเลือกปฏิบัติคือการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพที่เป็นผู้หญิงในหลายวัฒนธรรม ผู้หญิงจะต้องไปรักษากับแพทย์ผู้หญิงและพยาบาลผู้หญิงเท่านั้น การขาดแคลนผู้หญิงที่ได้รับการฝึกอบรมจึงทำให้ประชากรผู้หญิงจำนวนมากไม่อาจเข้าถึงการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ได้ แม้ในประเทศที่มีการแบ่งแยกเพศในเรื่องการให้การรักษาทางการแพทย์ไม่ใช่ประเด็น การขาดแคลนผู้หญิงในวิชาชีพเหล่านี้ก็ทำให้ผู้หญิงถูกลิดรอนเสียงในการกำหนดการดำเนินงานและลำดับสำคัญของงานในวิชาชีพเหล่านี้ หากผู้หญิงเข้าไปเป็นตัวแทนน้อยมากดังที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ ก็จำเป็นต้องประเมินตัวอุปสรรคของการฝึกอบรมและความก้าวหน้าของผู้หญิง

การบรรยายถึงการละเมิดสิทธิด้านสุขภาพของผู้หญิงที่อาจเกิดขึ้นหรือที่เกิดขึ้นจริงต้องแสดงให้เห็นจาก"ล่างขึ้นสู่บน" นั่นคือ จากประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นปัจเจกและกลุ่มฐานราก (ที่ส่วนใหญ่เรียกกันว่า"รากหญ้า") ก็ด้วยหวังว่าจะเป็นการขยายความสนใจขององค์กรพัฒนาเอกชนสตรีไปสู่ประเด็นสุขภาพอันจะเป็นพาหนะไปสู่การเริ่มต้นของกระบวนการนี้ การจัดทำบัญชีประเภทของความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาทรัพยากรที่จะทำให้กลุ่มฐานรากสามารถเฝ้าระวังสิทธิของผู้หญิงด้านสุขภาพได้ การทำงานของสมาคมเสริมสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส) ในการรายงานการเสนอข่าวของสื่อในเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงถือว่าเป็นการจัดทำบัญชีประเภทของความรุนแรงต่อผู้หญิง

⁵⁷ Merton, Vanessa. "Review Essay: Women and Health Research" J.L.MED.ÐICS. 22 (1994). P. 272,277

4. ยุทธศาสตร์ในการตอบโต้โรคเอดส์

4.1 ระดับรัฐบาล: แผนระดับประเทศ กระทรวง และโครงการต่างๆ

ในช่วงแรกๆ นั้นรัฐบาลไทยในขณะนั้น ไม่เอาใจใส่และไม่ยอมรับว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ละเมิดที่อันตรายต่อประชาชน รายงานมีเฉพาะในระบบการแพทย์ และเมื่อเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการเป็นระยะเวลาหลายปีทำให้ไม่สามารถตรวจพบการแพร่เชื้อที่เป็นไปอย่างรวดเร็วได้⁵⁸

มีการจัดช่วงยุคต่างๆ ของการระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยว่า⁵⁹

ช่วงที่หนึ่ง	พ.ศ. 2527 เป็นช่วงที่ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย
ช่วงที่สอง	พ.ศ. 2531 เป็นช่วงที่ผู้ขายเสพติดโดยเข็มฉีดยา
ช่วงที่สาม	พ.ศ. 2532 เป็นช่วงของผู้หญิงค้าบริการทางกามารมณ์
ช่วงที่สี่	พ.ศ. 2533 เป็นช่วงลูกของผู้หญิงค้าบริการทางกามารมณ์
ช่วงที่ห้า	พ.ศ. 2534 เป็นช่วงผู้หญิงโดยทั่วไปและเด็ก
ช่วงที่หก	พ.ศ. คือปัจจุบัน เป็นประชากรโดยทั่วไป

เมื่อประกาศใช้แผนป้องกันและควบคุมเอดส์ระยะกลาง (พ.ศ. 2532-2534) นั้นยังคิดกันว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาทางการแพทย์ แล้วจึงค่อยมาตระหนักกันว่า โรคเอดส์เป็นปัญหาทางสังคมด้วย ในเอกสารการรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ของ UNAIDS เสนอว่าปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์และจากที่มีรายงานว่าโรคเอดส์เริ่มเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จากผู้ป่วยเกย์ ซึ่งติดเชื้อมาจากสหรัฐอเมริกา และพบในคนใช้ติดยาเสพติดที่ซื้อในในประเทศไทยเอง ในปี พ.ศ. 2528 ในปีนั้นเองจึงมีการตั้งคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติขึ้น โดยอยู่ภายใต้กรมควบคุมโรคระบาด มีอธิบดีเป็นประธานกรรมการ จวบจนปี พ.ศ. 2534 จะเป็นเพราะมีรายงานนำเสนอว่าโรคเอดส์แพร่เข้าไปในครอบครัวเต็มรูปแบบ กล่าวคือ สามีแพร่เชื้อให้ภรรยา เมื่อภรรยาตั้งครรภ์ ก็ถ่ายทอดไปสู่ลูก⁶⁰ จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

⁵⁸ 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2002).

⁵⁹ 2004 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2004).

⁶⁰ ประพันธ์ ภาณุภาค, โรคเอดส์และตัวท่าน. แหล่งที่มา <http://www.helpads.org/datacenter/history.htm>. 2544.

แห่งชาติที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและต่อมาก็มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ

การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ค่อยปรากฏเป็นความห่วงใยของชาติในสมัยรัฐบาลอานันท ปันยารชุน (นายกรัฐมนตรีระหว่าง ปี พ.ศ. 2534-2536) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติรับผิดชอบในการดูแลว่ารัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนปฏิบัติตามนโยบายและ สันนิบาตอนุสัญญาประสงฆ์ที่ระบุในแผนงานของรัฐบาล

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีความรับผิดชอบในการวางยุทธศาสตร์ระดับชาติและวางแผน 5 ปี และตั้งงบประมาณให้กับโครงการควบคุมเอดส์ (ปี พ.ศ. 2535-2539) และจัดสรรงบประมาณให้กับกระทรวงต่างๆ (นอกเหนือไปจากกระทรวงสาธารณสุข) และองค์กรพัฒนาเอกชน

สรุปสาระสำคัญของ “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ”

□ สรุปแผนฯ พ.ศ. 2535-2539

สำหรับประเทศเริ่มพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 ต่อมาในปี พ.ศ. 2532 ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการตามแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระยะกลาง (พ.ศ. 2532-2534) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบเนื่องจากว่า HIV/AIDS เป็นโรคติดต่อและมีสาเหตุมาจากเชื้อโรค(ไวรัส) ทำให้ทุกคนเข้าใจว่ามันเป็นปัญหาทางด้านการแพทย์ ต่อมาเห็นว่ามีผลกระทบของเชื้อโรคดังกล่าวอย่างรวดเร็วในทุกจังหวัดของประเทศไทยและในแต่ละวัน มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งการติดเชื้อและการเจ็บป่วยรวมทั้งการตายของประชาชนจำนวนมากนั้น ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชนดังนั้นจึงเห็นว่ามีปัญหาทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว แต่มันเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมส่วนบุคคลและเป็นปัญหาของสังคมจนกลายเป็นปัญหาใหญ่ระดับชาติ

ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในช่วงระยะ 5 ปี ขึ้น (พ.ศ. 2535-2539) ภายใต้กรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 เพื่อเป็นกรอบและแนวทางของชาติ ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

แผนฯ ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย: ในการป้องกันพฤติกรรมและความคุมการระบาดของโรคเอดส์ในการรักษาพยาบาลรวมทั้งการสร้างความเข้าใจช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้อยู่ในสังคมได้ตามปกติ และมีการระดมทรัพยากรและบุคลากรในทุกส่วนราชการ ภาคธุรกิจ และ ภาคเอกชน สาธารณประโยชน์รวมทั้งหน่วยงานต่างประเทศ เข้ามามีส่วนร่วมทั้งป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

ได้กำหนดไว้ 4 แผนงานคือ:

❖ แผนงานประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ

4. แนวทางและมาตรการในการดำเนินงาน:

4.1 สร้างความเข้าใจให้ทั่วถึงทุกกลุ่มอายุ อาชีพ และพื้นที่โดยเน้น:

- ข้อ 4: การเสริมสร้างค่านิยมและวัฒนธรรม ที่ส่งเสริมความอบอุ่นในครอบครัวความรัก สื่อสัตย์กับคู่สมรสและศีลธรรมจรรยา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสำส่อนทางเพศ รวมทั้งเพื่อดึงผู้ขายบริการออกจากอาชีพนี้
- ข้อ 5: เร่งรัดการประชาสัมพันธ์และอบรมให้หญิง ชาย วัยรุ่น บิดามารดา และผู้นำชุมชน ตระหนักในโทษของการซื้อและขายบริการทางเพศในด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและผลเสียด้านสุขภาพอนามัย

4.2 เร่งระดมการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนเพศศึกษาในสถาบันศึกษาโดยเน้น:

- ข้อ 1: การบรรจุเนื้อหาในหลักสูตร ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับเพศศึกษา การตัดสินใจในความสัมพันธ์ทางเพศรวมทั้งชีวิตครอบครัวตลอดจนการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อและการสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการป้องกันโรคดังกล่าว

❖ แผนงานบำบัดและฟื้นฟู

❖ แผนงานคุ้มครองสิทธิของประชาชนและให้ความช่วยเหลือทางสังคม

❖ แผนงานศึกษาวิจัยและประเมินผล

□ **สรุปแผนฯ พ.ศ. 2540-2544**

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 มุ่งเน้นการพัฒนาที่ตัวคน สภาพแวดล้อมรอบตัวคน ปัญหาสังคมอื่นๆ และปรับทิศทางการแก้ไขปัญหาเอดส์แบบแยกส่วนมาเป็นแบบองค์รวม เพื่อให้มีความสอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ โดยเน้นบทบาท ภารกิจ หน้าที่ขององค์กรนั้น ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอดส์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะพหุภาคีในทุกขบวนการ ตั้งแต่การร่วมคิด วางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตาม

ประเมินผล เพื่อให้แผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติเป็นไปอย่างมีเอกภาพและเกิดการแปลงแผนลงสู่การปฏิบัติที่แท้จริง อันจะส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนและประหยัดทรัพยากรของประเทศ

แผนดังกล่าวมี 8 ยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์:

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสังคมจิตวิทยา
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ
- ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์
- ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมีปัญญาและการวิจัย
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาร่วมมือต่างประเทศ
- ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการบริหารจัดการ

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบโครงสร้างงบประมาณ ดังแผนภูมิที่สำนักงานประมาณกำหนดให้ แบ่งเป็น 2 แผนงานได้แก่

- แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นแผนงานที่เน้นการบริการสังคมเพื่อการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายพิเศษ
- แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นแผนงานที่เน้นด้านการสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

โดยแบ่งเป็น 5 แผนงานรอง และ 8 งาน/4 โครงการ ดังนี้

1) แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แบ่งเป็น 3 แผนงานรอง และ 2 งาน/4 โครงการได้แก่

ก. แผนงานรองพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน แบ่งเป็น 2 โครงการได้แก่

- (1) โครงการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- (2) โครงการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ข. แผนงานรองบริการสังคมและจิตวิทยา แบ่งเป็น 1 งาน/ 2 โครงการ (งบประมาณ 89,478,000 บาท)ได้แก่

1. งานจิตสวัสดิการและสงเคราะห์ผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์(งบประมาณ 83,189,500 บาท)

กิจกรรมหลัก:

ข้อ 1.3. สงเคราะห์เงินทุนประกอบอาชีพได้แก่:

สตรีผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์(จำนวน 1,000 คน) งบประมาณ 6,000,000 บาท

1. โครงการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อและครอบครัว
2. โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์

ค. แผนงานรองบริหารจัดการ แบ่งเป็น 1 งาน ได้แก่

1. งานประสานนโยบายและแผนเอดส์

2) แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แบ่งเป็น 2 แผนงานรอง และ 4 งาน/2 โครงการได้แก่

ก. แผนงานรองส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ แบ่งเป็น 4 งาน/ 1 โครงการ (งบประมาณ 1,044,030,200 บาท) ได้แก่

1. งานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์(งบประมาณ 138,799,500 บาท)
- ศึกษา วิจัย พัฒนาการองค์ความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์หญิงตั้งครรภ์ และทารก แบ่งเป็น 2 ระดับ
 - ระดับประเทศ มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และทารก (งบประมาณ 2,075,800 บาท)
 - ระดับท้องถิ่น ดำเนินการโดย สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์/ชุมชน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินการรวบรวม พัฒนาการองค์ความรู้ทางสังคมและวัฒนธรรมในการแสวงหาทางเลือกอื่น ตลอดจนผสมผสานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในงานพัฒนาชุมชนและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในแม่และเด็ก
 - การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกได้แก่
 - สนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์และเด็กที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 12,200 คน (งบประมาณ 26,436,000 บาท)
 - สนับสนุนนมผงสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 69,000 คน (งบประมาณ 80,109,000 บาท)
1. งานบริการรักษาพยาบาลโรคเอดส์
 2. งานสนับสนุนการบริการรักษาพยาบาลโรคเอดส์
 3. งานบริการคำปรึกษา

4. โครงการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยโรคเอดส์

ข. แผนงานรณรงค์พัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย แบ่งเป็น 1 โครงการ ได้แก่

1. โครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์

ในแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ฉบับที่สอง (พ.ศ. 2540-2544) ชุมชนและผู้ติดเชื้อเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน แต่ในแผนฉบับนี้ก็ยังไม่เห็นความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ และในทางกลับกันการส่งผู้ป่วยกลับชุมชนเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้หญิงแต่ไม่มีการเสริมสร้างอำนาจให้กับผู้หญิงในการเตรียมรับสถานการณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อชีวิตอย่างมากในทุกด้าน และการพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชนไม่ได้กล่าวอย่างชัดเจนเฉพาะเจาะจงว่าเป็นศักยภาพของผู้หญิง

□ สรุปแผนฯ พ.ศ. 2545-2549

• สาระสำคัญของแผนฯ

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 คือแผนที่สืบเนื่องมาจากแผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 โดยได้มีการปรับปรุงแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคเอดส์ที่แปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมภายในประเทศที่ได้ปรับเปลี่ยนไปตามกระแสโลกาภิวัตน์

แผนฯดังกล่าวเน้นพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของคน ครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ ที่มีลักษณะองค์รวมในทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ครอบครัว ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอดส์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ กล่าวคือทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ในลักษณะมีส่วนร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาร่วมกัน

• ยุทธศาสตร์แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคม

เน้นให้มีทักษะที่เหมาะสม มีจิตสำนึก คุณธรรม จริยธรรม มีความรับผิดชอบร่วมกัน และเอื้ออาทรต่อกัน

เน้นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมของสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ และส่งเสริมอาชีพแก่คนในชุมชน ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม

สร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม สำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ พร้อมเดียวกันส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้สามารถช่วยเหลือสมาชิกเมื่อยามเจ็บป่วยหรือเดือดร้อน

- ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนานาฏมิปัญญาและการวิจัย

เน้นให้มีการติดตาม ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์และองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีอยู่ในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง

- ยุทธศาสตร์ที่ 4 ความร่วมมือระหว่างประเทศ

เน้นความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาค เพื่อแลกเปลี่ยน การประเมินเทคโนโลยีและวิทยาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กับนานาชาติ

- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบองค์รวม เพื่อบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เน้นการเสนอแนวทางในการบริหารจัดการแบบองค์รวมทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และท้องถิ่นเพื่อให้แผนงานดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด

• มาตรการตามยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง“เพศและเพศภาวะ”

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคม

มาตรการที่ 1 สร้างความตระหนักด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างจิตสำนึกในภาระหน้าที่ และดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่อง

กลวิธีหลัก

1) รณรงค์ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและค่านิยมเรื่องเพศที่ถูกต้อง

- a) เสริมสร้างค่านิยม วัฒนธรรม กระแสสังคม ส่งเสริมกิจกรรมที่เกื้อหนุนให้เกิดความรัก ความอบอุ่น ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ สัมพันธภาพและความผูกพันของคน ครอบครัวและชุมชน รวมไปถึงสร้างทักษะการสื่อสารที่ถูกต้องและเหมาะสมในการ

ป้องกันเอดส์ในครอบครัว พร้อมเดียวกันส่งเสริมให้ความรู้ที่จำเป็นต่อคน ครอบครัว ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพศศึกษา เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์

- b) ส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนค่านิยมที่เป็นปัจจัยเอื้อหรือสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงของคน ครอบครัว ชุมชน: สร้างกระแสค่านิยมใหม่ที่ส่งเสริมให้ตระหนักคุณค่าที่แท้จริงของหญิงชาย ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ และสร้างค่านิยมเศรษฐกิจพอเพียง ไม่นิยมในวัตถุนิยมหรือบริโภคนิยม ซึ่งจะนำไปสู่การขายบริการทางเพศและปัญหาเอดส์
- c) ส่งเสริมให้ทุกฝ่ายยอมรับบทบาทสตรีและส่งเสริมให้สตรีมีบทบาทในการร่วมคิดวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาในเรื่องต่างๆ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายที่เหมาะสม
 - สร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย การมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบและปลอดภัย
 - ส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของสตรีทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุนและให้โอกาสสตรีเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจแก้ปัญหาทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน
 - ส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันอย่างรอบคอบก่อนการมีเพศสัมพันธ์และก่อนมีบุตร

มาตรการที่ 3 พัฒนาหลักสูตร กิจกรรม และกลวิธีการให้การศึกษา เพื่อพัฒนาการศึกษาทั้งในและนอกระบบ ในทุกระดับและทุกช่วงวัย

กลวิธีหลัก

- 3. เสริมสร้างครูและบุคลากรทางการศึกษาให้มีศักยภาพเพียงพอในการสอนและให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.1. พัฒนาศักยภาพทางการศึกษาให้มีความรู้และทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากรทางการศึกษาในการใช้ทักษะการสื่อสารทักษะชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เพศศึกษา

แผนฉบับนี้ดูดีกว่าฉบับอื่นๆในเรื่องการเอาใจใส่ต่อผู้หญิง กล่าวถึง ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย การมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบและปลอดภัย การส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของสตรีทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุนและให้โอกาสสตรีเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจแก้ปัญหาทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันอย่างรอบคอบก่อนการมีเพศสัมพันธ์และก่อนมีบุตร ดูจะมีความเด่นชัดขึ้นในเรื่องเพศ เพศภาวะในเรื่องของยุทธศาสตร์ในการป้องกันปัญหาเอดส์ มีมาตรการต่างๆซึ่งดูดีมาก การรณรงค์ที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้หญิง ของคน

ครอบครัวและชุมชนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงมีคำถามว่า“ถูกต้อง”คืออะไร หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ในกรอบของการสมรสหรือการแต่งงานหรืออย่างไร

รวมทั้งต้องมีการตั้งคำถามและเฝ้าระวังต่อไปว่าในตัวอักษรที่บันทึกมาและดูตินั้นจะมีการดำเนินการเพียงไรจะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับแผนและยุทธศาสตร์เพียงไร และยังไปกว่านั้นจากตัวอักษรที่ดูตินั้นมีนัยยะที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับผิดชอบว่าไม่ต้องผูกมัดอะไรมากนัก เช่นการใช้คำว่า “ส่งเสริม”ให้ทุกฝ่ายยอมรับบทบาทสตรีส่งเสริมให้สตรีมีบทบาทมากขึ้น ทำให้เข้าใจว่าเป็นการเขียนแบบลอยตัว เพราะไม่ชัดเจนว่าการ“ส่งเสริม”และ “สนับสนุน”นั้นมีการออกเป็นมาตรการเพื่อปฏิบัติกันอย่างเป็นรูปธรรมอย่างไร

4.2 บทบาทของกระทรวงต่างๆ ในเรื่องเอดส์

สำนักนายกรัฐมนตรี

- เผยแพร่ข้อสนเทศสาธารณะให้สื่อมวลชนและเครือข่ายบัณฑิตต่างๆ
- เฝ้าระวังการดำเนินงาน และประสานงานในกิจกรรมต่างๆ
- ร่างแผนงานสนับสนุนและให้แนวทางในการใช้แผนเอดส์ชาติร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข

- จัดบริการดูแลรักษาสุขภาพให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผ่านกรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กองเอดส์ กรมควบคุมโรคระบาดตามนโยบายรัฐบาลและนโยบายที่วางโดยผู้บริหารสาธารณสุขระดับสูง
- กรมอื่นๆ ของสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวง กรมสุขภาพ กรมการแพทย์ องค์การอาหารและยา องค์การเภสัชกรรมและสถาบันวิจัยสุขภาพ
- การบริหารงานวิจัยเรื่องการทดลองวัคซีนเอชไอวีและยารักษา โดยร่วมมือประสานงานกับผู้ผลิต สถาบันศึกษาและวิจัยต่างๆ

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

- จัดให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ พัฒนาฝีมือและจัดหางานให้กับผู้ป่วยเอดส์ และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกกลุ่มเด็ก

- จัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพให้คนงาน เช่น โครงการนำร่องในการให้การศึกษาเรื่องเอดส์และแนวทางในการปฏิบัติตนในที่ทำงาน การจัดโครงการนี้ทำร่วมกับกระทรวงหลายกระทรวง องค์การแรงงานระหว่างประเทศ องค์การพัฒนาเอกชน สมาคมนายจ้างและสหภาพแรงงาน

กระทรวงศึกษาธิการ

- หาวิธีการที่เยาวชนจะได้ความรู้ สร้างความเชี่ยวชาญและพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่ จากการศึกษาในระบบและนอกระบบ เพื่อให้พวกเขาป้องกันตนจากการติดเชื้อเอดส์
- การช่วยเหลือเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีให้มีการศึกษาและใช้วิธีการทางวัฒนธรรมและศาสนาช่วยผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

ทบวงมหาวิทยาลัย

- ทำการศึกษาและวิจัย และประเมินงานดังกล่าวที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ดัดแปลงความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อจัดและป้องกันโรคเอดส์
- สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้นักศึกษาและจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย

กระทรวงกลาโหม

- ให้บริการและดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลทหาร
- ป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนทหารและครอบครัวของทหาร ตลอดถึงชุมชนที่อยู่ในละแวกใกล้เคียง รวมถึงการสอดส่องทหารเกณฑ์ของกรมการแพทย์ทหารและป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มบุคลากรในกองทัพที่ไปในภารกิจนอกประเทศ

กระทรวงมหาดไทย

- ให้ความช่วยเหลือแก่ชุมชนในการทำงานเรื่องเอดส์และผลกระทบจากโรคเอดส์โดยการส่งเสริมความสามารถขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในการป้องกันและดูแลโรคเอดส์ได้
- วางแผนและดำเนินโครงการเอดส์ให้กับกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น นักโทษ

กระทรวงการคลัง

- จัดหาและแผ้วถางการช่วยเหลือด้านงบประมาณให้กับกระทรวงต่างๆ ที่จะดำเนินการตามนโยบายเอดส์และโครงการต่างๆ ผ่านสำนักงานงบประมาณแผ่นดิน

กระทรวงการต่างประเทศ

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชน กระทรวงต่างๆ องค์กรเอกชนและผู้ติดเชื้อเอดส์ในการประชุมระหว่างประเทศ เช่น ประชุมอาเซียน ประชุมสมัยพิเศษของสหประชาชาติว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2527 ภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยโรคระบาด เอดส์กลายเป็นโรคที่ถูกบังคับให้ต้องรายงาน แพทย์ต้องรายงานชื่อและที่อยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดต่อรัฐบาล
- ในยุคต้นๆของการระบาด มีการคิดจะเสนอร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเอดส์ที่กำหนดให้ต้องรายงานคนไข้ภายใน 24 ชั่วโมง มาตรการอื่นๆที่มีการถกกัน คือการบังคับให้ตรวจเชื้อ (โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกตรวจก่อน) การแยกประเภทของการบริจาคเลือดของผู้ติดเชื้อว่าเป็นความผิดทางอาญา และการห้ามผู้ติดเชื้อค้าประเวณี
- รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน ได้ยกเลิกนโยบายที่มีแนวการปราบปรามไปจำนวนหนึ่ง คือ ในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้ถอนการติดเชื้อเอชไอวีออกจากโรคที่ถูกบังคับให้มีการรายงานตามกฎหมาย ในปี พ.ศ. 2535 มีการแก้ไขพระราชบัญญัติคนเข้าเมืองที่ห้ามคนต่างชาติที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามาในประเทศไทย
- ระหว่างสมัยรัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน มีการทำประชาพิจารณ์หลายครั้ง ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยโรคเอดส์ตกไปและมีการใช้หลักการว่าด้วยความสมัครใจและตรวจเชื้อโดยไม่แสดงชื่อและการให้คำปรึกษาที่ปิดลับ

จนถึงขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงโดยเฉพาะการคุ้มครองสิทธิของผู้หญิงซึ่งอยู่ในสถานะที่ถูกละเมิดได้หนักกว่าผู้ชายในทุกด้าน ซึ่งมีการแสดงความห่วงใยจากผู้เชี่ยวชาญในด้านโรคเอดส์ว่าหากมีกฎหมายออกมาเกรงว่าจะเป็นกฎหมายที่รุกรานบุคคลมากกว่าจะคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนเหล่านั้น ซึ่งในข้อห่วงใยนี้ต้องมีการทำความเข้าใจกันให้ชัดเจนว่าเจตนารมณ์ของกฎหมายนั้นก็เพื่อปกป้องสิทธิ ดังนั้นองค์กรที่ออกกฎหมายต้องประกอบด้วยสมาชิกที่สำเนียงในเรื่องสิทธิมนุษยชน

องค์กรที่สำคัญ

คณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ⁶¹

คณะกรรมการชุดนี้เมื่อก่อนมีชื่อว่า **คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ** ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 เพื่อประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้โดยมีกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน และเนื่องจากสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยได้มีการพบว่าเชื้อแพร่ติดต่อไปยังประชาชนกลุ่มต่างๆ มากขึ้น จึงเริ่มมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติขึ้นในเดือนมิถุนายน 2534 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข เป็น รองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการ และในปีเดียวกัน เดือนสิงหาคม 2534 ได้มีการปรับปรุงคณะกรรมการฯ โดยเพิ่มปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นเลขานุการร่วม กระทรวง ทบวง กรม ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

จากกระบวนการแต่งตั้งคณะหรือหน่วยงานดังกล่าว เห็นได้ว่าเป็นเวลา 7 ปีหลังจากมีการพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศ(พ.ศ. 2527) จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงขึ้นมา(พ.ศ. 2534) นับว่าเป็นการดำเนินการที่ช้ามากไม่ทันต่อเหตุการณ์และความรุนแรงของโรค และน่าสังเกตว่าเป็นเพราะมีการรายงานเรื่องเชื้อเอชไอวีได้แพร่เข้าไปในครอบครัวเต็มรูปแบบที่ผู้ขายแพร่เชื้อให้กับภรรยาและเมื่อภรรยาตั้งครรภ์เชื้อนั้นก็ถ่ายทอดไปถึงลูกในครรภ์ด้วยหรือไม่จึงทำให้เริ่มตระหนักว่าต้องปรับกระบวนการทำการตั้งรับโรคเอดส์เสียใหม่

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศไทยได้พัฒนาให้มีขอบเขตกว้างขวางออกไป ซึ่งในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการ

จากองค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้จะเห็นได้ว่าไม่สามารถมีทัศนคติที่จะเอื้อให้การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่จะเป็นประโยชน์และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างรอบด้านเพราะไม่มีข้อมูลที่เป็นปฐมภูมิอย่างเพียงพอ ด้วยจำนวนผู้แทนหน่วยงานรัฐบาล 21 คน ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน(ให้รองนายกรัฐมนตรีปฏิบัติกรแทน) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงต่างๆ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณแผ่นดิน

⁶¹ <http://www.aidsthai.org> เข้าค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2547

เลขาธิการสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ(ขณะนี้เปลี่ยนชื่อเป็นสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว) เลขาธิการสำนักงานเยาวชนแห่งชาติ ประธานกรรมการว่าด้วยสุขภาพของสภาผู้แทนราษฎร ประธานกรรมการว่าด้วยสุขภาพของวุฒิสภา อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ อธิบดีกองเอดส์ กรรมการกิตติมศักดิ์ 6 คน (ซึ่งแม้จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อมูลความรู้แต่เมื่อพิจารณาถึงจำนวนและอาจไม่มีอำนาจเท่ากับกรรมการส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้แทนหน่วยงานรัฐบาล) ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน 3 คน และผู้แทนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียง 1 คน เมื่อประเด็นด้านสิทธิเองก็อ่อนในการพิจารณาอยู่แล้วในเรื่องประเด็นด้านเพศภาวะก็ยิ่งจะมีอุปสรรคด้านเพราะอีกเช่นกันที่กรรมการส่วนใหญ่(หากไม่ใช่ทั้งหมด)ไม่ได้มีข้อมูลความรู้ความเข้าใจหรือยอมรับในเรื่องที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศซึ่งฝังรากลึกอยู่ในระบบคิดและวัฒนธรรมของสังคมไทยและสังคมทั่วโลกเป็นหลายศตวรรษ ระบบคิดที่ครอบงำสังคมอยู่แม้จะเป็นผู้หญิงก็อาจจะซึมซับเอาการกดขี่เข้าไปภายในจิตสำนึกของตน (internalized oppression) จนไม่ตระหนักว่าเป็นการกดขี่ต่อเพศเดียวกันก็ได้

ในเดือนตุลาคม 2536 ได้มีการหารือร่วมกันระหว่างสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายแห่ง ซึ่งร่วมกันพัฒนารูปแบบของ**องค์กรบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ**ขึ้นมา เพื่อทำหน้าที่แปลงนโยบายจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมขึ้นและรวมไปถึงการติดตามทิศทางการทำงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านเอดส์ให้มีเอกภาพกันมากขึ้น

คณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

คณะกรรมการชุดนี้ตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2537 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2537 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นเลขานุการ มีความรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้จากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และให้แนวทางรวมทั้งข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานรัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเรื่องเอดส์

วันที่ 29 ธันวาคม 2538 ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการในคณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ

ครั้งที่ 6-7/2538 เพื่อให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา และทันต่อสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการต่างๆ 9 คณะ

จากตัวเลขที่บ่งชี้ว่าการระบาดในภาคเหนือรุนแรงกว่าภาคอื่นๆ จากตารางเบื้องล่างนี้⁶² ตัวเลขการติดเชื้อจากจำนวน 100.000 คนแสดงตามภาค

ภาค	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543
กลาง	38.4	46.5	49.4	50.3	53.5	45.5
เหนือ	76.2	75.9	78.6	65.9	63.9	53.5
อีสาน	15.6	19.3	19.2	20.2	21.7	17
ใต้	18.6	23.7	32.3	33.0	31.2	28.6
ทั่วประเทศ	34.8	40	42.5	40.7	42.6	36.2

จึงมีการตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมเอดส์ภาคเหนือตอนบนขึ้นมาหาแนวทางและวางยุทธศาสตร์ให้รัฐบาลและองค์กรเอกชนปฏิบัติงานในเรื่องการควบคุมการแพร่เชื้อโดยคำนึงถึงวิถีทางสังคมวัฒนธรรมของประชาชนในภาคเหนือ และประสานงานกับส่วนกลาง จัดสรรงบประมาณติดตามการดำเนินงานและประเมินโครงการ และดำเนินการตามที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติร้องขอ⁶³ แต่ขณะนี้กรรมการชุดนี้ได้ถูกยกเลิกไปแล้ว

พ.ศ. 2545 มติการประชุมเอดส์ชาติของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ครั้งที่ 2/2545 (วันที่ 5 มิถุนายน 2545) มีรับทราบคำสั่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ ที่ 1/2545 ลงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2545 แต่งตั้งคณะกรรมการในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ 2 คณะ คือ

1. คณะกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์
2. คณะกรรมการพัฒนาศักยภาพการวิจัยเพื่อการผลิตยา วัคซีน และนำยาตรวจเกี่ยวกับโรคเอดส์

⁶² 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2002).

⁶³ Ibid., p. 16.

วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 มีคำสั่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ที่ 2/2545 แต่งตั้งคณะกรรมการในกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 6 คณะ คือ

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
2. คณะอนุกรรมการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
5. คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด
6. คณะอนุกรรมการติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ดังนั้น คณะอนุกรรมการในกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมทั้งสิ้น มี 8 คณะ ดังที่กล่าวมานั้นและผู้เขียนยังประสงค์ที่จะย้ำว่าไม่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการทำงานของคณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และคณะอนุกรรมการในกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 6 คณะนั้นได้มีทิศทางและการดำเนินงานที่ละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ ไม่เข้าใจในความสำคัญเรื่องเพศภาวะ บุรณาการ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง หน่วยงานหรือบุคคลที่ทำงานพัฒนาสตรีมิได้มีโนทัศน์สตรีนิยมในแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่ยังอาจมีกรอบคิดสตรีนิยมแนวเสรีนิยมซึ่งมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายจากตัวบทกฎหมายเท่านั้น

ในวันที่ 22 มีนาคม 2547 มีมติการประชุมเอดส์ชาติของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ครั้งที่ 1/2547 เห็นชอบให้มีการปรับปรุงโครงสร้างคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตามที่ฝ่ายเลขาเสนอให้ปรับปรุงคณะอนุกรรมการฯ จากเดิม 8 คณะ เป็น 3 คณะคือ

1. ให้เพิ่มบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ด้านโรคเอดส์
2. เพิ่มผู้แทนจากฝ่ายชุมชนและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์
3. มอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการติดตามผลการดำเนินงานด้านประชาสัมพันธ์ 6 เดือนที่ผ่านมา

คณะกรรมการเอดส์ชาติ 3 คณะ (ในปัจจุบัน) มีดังนี้

คณะที่ 1: คณะอนุกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| 1. นายประยูร ภูนาส | ที่ปรึกษา |
| 2. รองศาสตราจารย์วิชัย โปษยะจินดา | ที่ปรึกษา |
| 3. ศาสตราจารย์ประพันธ์ ภาณุภาค | ที่ปรึกษา |
| 4. อธิบดีกรมควบคุมโรค | ประธานอนุกรรมการ |
| 5. ผู้แทนสำนักงบประมาณ (สำนักจัดทำงบประมาณ
ด้านพัฒนาสังคม อาชีพ และสุขภาพ) | อนุกรรมการ |
| 6. ผู้แทนสำนักงบประมาณ (สำนักประเมินผล) | อนุกรรมการ |
| 7. ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย | อนุกรรมการ |
| 8. ผู้แทนกระทรวงแรงงาน | อนุกรรมการ |
| 9. ผู้แทนกระทรวงกลาโหม | อนุกรรมการ |
| 10. ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 11. ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ | อนุกรรมการ |
| 12. ผู้แทนกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ | อนุกรรมการ |

13. ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต อนุกรรมการ
สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ
14. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา อนุกรรมการ
15. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อนุกรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
16. ประธานคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ อนุกรรมการ
หรือผู้แทน
17. ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย อนุกรรมการ
หรือผู้แทน
18. ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค อนุกรรมการและเลขานุการ
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
19. หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการผู้ช่วยเลขานุการ
20. เจ้าหน้าที่ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจ และหน้าที่

1. เสนอยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี และ
การจัดทำแผนปฏิบัติการ รวมทั้งการเสนอมาตรการในการกำกับติดตามประเมินผล
การดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ.
2545 –2549) ต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์
2. ประสานแผนการดำเนินงานและกิจกรรมของหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่
เกี่ยวกับงานเอดส์

3. ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวกับงานเอดส์ ให้เกิดการ
ทำงานร่วมกันในเชิงบูรณาการ
4. พิจารณากลับกรองแผนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เพื่อเสนอต่อ
คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
5. จัดทำระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุก
ระดับให้มีประสิทธิภาพและลดความซ้ำซ้อน
6. พิจารณาแต่งตั้งคณะทำงานได้ตามที่เห็นสมควร
7. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ คณะกรรมการแห่งชาติฯ มอบหมาย

คณะที่ 2: คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด

องค์ประกอบ

1. ที่ปรึกษาโดยผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง ที่ปรึกษา
2. ผู้ว่าราชการจังหวัด ประธานอนุกรรมการ
3. ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์จังหวัด
รองประธานอนุกรรมการ
4. ผู้แทนจากภาครัฐที่รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาในจังหวัด อนุกรรมการ
(จำนวนตามความเหมาะสม เช่น ผู้บังคับบัญชาหน่วยทหารในพื้นที่ อัยการจังหวัด ปลัดจังหวัด
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้บังคับการ
ตำรวจภูธรจังหวัด ผู้กับการตำรวจตระเวนชายแดน อธิบดีมหาวิทยาลัยท้องถิ่น/ อธิการบดี
สถาบันราชภัฏ แรงงานจังหวัด จัดหางานจังหวัด สถิติการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด พัฒนา
สังคมและสวัสดิการจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด พัฒนาการจังหวัด เกษตรและสหกรณ์จังหวัด
ผู้อำนวยการเขตพื้นที่การศึกษา ประชาสัมพันธ์จังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด ผู้บัญชาการ
เรือนจำจังหวัด/กลาง นายอำเภอ/ ปลัดอำเภอผู้เป็นหัวหน้าประจำกิ่งอำเภอ)
5. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อนุกรรมการ
6. ผู้แทนจากภาคธุรกิจเอกชน(เช่น ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัดหรือผู้แทน ประธาน
หอการค้าจังหวัดหรือผู้แทน) อนุกรรมการ

7. นายกเหล่ากาชาดจังหวัด
อนุกรรมการ
8. ผู้ทรงคุณวุฒิ/หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ในจังหวัด(ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง)
อนุกรรมการ
9. ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ (ที่ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง)อนุกรรมการ
10. ผู้แทนจากองค์กรชุมชน
อนุกรรมการ
11. ผู้แทนจากองค์กรศาสนา
อนุกรรมการ
12. ผู้แทนผู้ติดเชื้อเอดส์ในจังหวัด
อนุกรรมการ
13. หัวหน้าหน่วยงานในระดับจังหวัดที่ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง
อนุกรรมการและเลขานุการ
14. หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานจังหวัด
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
15. ผู้รับผิดชอบงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจ และหน้าที่

1. กำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทาง และจัดสรรงบประมาณการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ และทันต่อสถานการณ์
2. พิจารณากลับกรองบูรณาการแผนงานและดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด
3. ส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือและประสานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ให้แก่หน่วยงาน ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ภาคธุรกิจ เอกชนและองค์กรชุมชนและระดมทุนเพื่อเสริมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัด
4. กำกับดูแลติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทุกระดับและหน่วยงานต่างๆให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5. ดำเนินการแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้แทนจากภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน และองค์กรชุมชน โดยให้ผู้แทนจากภาครัฐและภาคส่วนอื่นมีส่วนร่วมใกล้เคียงกันตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในจังหวัดทำหน้าที่กำหนดนโยบายติดตามกำกับกับการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในจังหวัดอย่างจริงจังเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
6. แต่งตั้งคณะทำงานด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามความเหมาะสม กับสภาพปัญหาในพื้นที่
7. จัดประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง และรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการ แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปีละ 2 ครั้ง ตามแบบรายงานผล การดำเนินงานที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กำหนด
8. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ทำหน้าที่บริหารจัดการ งานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในจังหวัด
9. จัดทำแผนงานและเร่งรัดงานประชาสัมพันธ์ด้านโรคเอดส์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์และมีทัศนคติที่เหมาะสม ต่อปัญหาโรคเอดส์
10. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์มอบหมาย และให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขเอดส์

คณะที่ 3: คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์

องค์ประกอบ

- | | |
|--|---------------------|
| 1. ดร. กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 2. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ | ประธานอนุกรรมการ |
| 3. รองอธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิด้าน | รองประธานอนุกรรมการ |
| เวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรคที่ได้รับมอบหมาย | |
| 4. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล | อนุกรรมการ |

- | | |
|---|-------------------------------|
| 5. ศาสตราจารย์ ดร. ภัคดี โพธิศิริ | อนุกรรมการ |
| 6. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อมร ลีลารัศมี | อนุกรรมการ |
| 7. ศาสตราจารย์ ดร. ภััสสร ลิมานนท์ | อนุกรรมการ |
| 8. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวงผึ้ง สุทเธนทร์ | อนุกรรมการ |
| 9. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | อนุกรรมการ |
| 10. ดร. สุทธิ ยกสำน | อนุกรรมการ |
| 11. ผู้แทนคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชน
ด้านเอดส์ | อนุกรรมการ |
| 12. ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์
ประเทศไทย | อนุกรรมการ |
| 13. ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 14. หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 15. เภสัชกรหญิงวิภา เทียมชัย | ผู้ช่วยเลขานุการ |

อำนาจ และหน้าที่

- กำหนดนโยบาย แผนงาน ข้อกำหนด หลักเกณฑ์ต่าง ๆ และงบประมาณที่จะอำนวยให้ประเทศไทยสามารถดำเนินการวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์ โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรหรือ ผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศ
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เกิดการวิจัยและพัฒนาวัคซีน ป้องกันและรักษาโรคเอดส์ที่สามารถนำไปใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย

3. ติดตามตรวจสอบการดำเนินงานตามนโยบาย แผนงาน และข้อกำหนดเกี่ยวกับการวิจัย พัฒนาและ ประเมินผลวัคซีนเอดส์ทดลองเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม
4. ประมวลความรู้และวิชาการเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์เพื่อประกอบการพิจารณาวัคซีน เอดส์ทดลองที่สมควรจะนำมาดำเนินการในประเทศไทย และนำเสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
5. กลั่นกรองโครงการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลองป้องกันและรักษาโรคเอดส์ ที่จะนำมาทำการศึกษาในประเทศไทย ให้มีความรัดกุมเหมาะสมทั้งในด้านระเบียบวิธีวิจัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ และความต้องการของประเทศไทย
6. ติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลองป้องกันและรักษาโรคเอดส์ให้เป็นไปตามโครงการวิจัยและแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี
7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสาธารณชน
8. แต่งตั้งคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญได้ตามเห็นสมควร
9. ปฏิบัติภารกิจอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มอบหมาย

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในปัจจุบันมีหน้าตาดีขึ้นในด้านการคำนึงถึงสิทธิของผู้ติดเชื้อแต่ก็ไม่มีส่วนร่วมอย่างเพียงพอในส่วนของผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเช่นผู้หญิงที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อในครอบครัว ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านเพศภาวะโดยตรง สัดส่วนขององค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์และสิทธิมีต่ำมาก

4.3 องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชน

ภูมิหลัง

กระทรวงสาธารณสุขรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2538 ว่ามีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเรื่องเอดส์ในประเทศไทยมากกว่า 200 องค์กรและหลังจากนั้นก็ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก สถิติจากกองเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขแสดงว่าในปี พ.ศ. 2544 ได้จัดสรรงบประมาณให้องค์กรพัฒนาเอกชนรวม 371 องค์กรจากจำนวน 472 องค์กร ที่ได้ยื่นความจำนงขอสนับสนุนงบประมาณ

กิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชนมีเพิ่มขึ้นและการยื่นของบประมาณที่เพิ่มขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีเงินสนับสนุนและทรัพยากรทางวิชาการจากองค์กรระหว่างประเทศและงบประมาณประจำปีของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นสำหรับสนับสนุนโครงการป้องกันเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรชุมชนทั่วประเทศ

องค์กรระหว่างประเทศที่สนับสนุนเรื่องเอดส์อย่างเข้มข้น เช่น หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของออสเตรเลีย (The Australian Agency for International Development-AusAID) Medicins sans Frontieres และ European Union

องค์กรพัฒนาเอกชนที่อยู่ในสายตาขององค์กรระหว่างประเทศและหน่วยงานของรัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขคือใหญ่ๆที่ทำงานด้านเอดส์ เช่น สถาบันพัฒนาประชากร และแม่สภากาชาดไทย สมาคมไอลออนส์ ก็ถูกจัดว่าเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน⁶⁴ องค์กรอื่นๆ ที่อยู่ในบัญชีของ UNAIDS เช่น AIDS Net, EMPOWER, ACCESS, มูลนิธิริษัทไทย FARM มูลนิธิเฟิร์ล เอส บัค องค์กรเอกชนระดับระหว่างประเทศที่มีกิจกรรมหนาแน่น เช่น World Vision PATH และ CARE International ทั้งหมดที่ระบุนี้นี้จะอยู่ในบัญชีรายชื่อที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐและองค์กรระหว่างประเทศ ตั้งแต่เริ่มทำงานเรื่องเอดส์และจะได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมวางแผนและประเมินกระบวนการทั้งหลายรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ ดังนั้นองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆก็จะอยู่ชายขอบหรือไม่อยู่ในสายตาตามระเบียบ

บทบาทและส่วนดีขององค์กรพัฒนาเอกชน

ในขณะที่นักการเมืองให้ภาพขององค์กรพัฒนาเอกชนว่า เป็นผู้ร้าย ฝ่ายก่อความไม่หวังดีต่อประเทศชาติ เพราะกิจกรรมและการเคลื่อนไหวขององค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงที่ผ่านมาคือเป็นฝ่ายตรวจสอบ ฝ่ายระวังแทนสาธารณะชนในหลายเรื่อง ตั้งแต่เรื่องเศรษฐกิจ สังคม ไปจนถึงการเมืองที่ยึดมั่นในการปฏิรูปสังคมและการเมืองไปสู่ประชาธิปไตยและธรรมรัฐ เคารพในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพของประชาชนตามหลักการประชาธิปไตยรักษาดุลประโยชน์และภาพลักษณ์ของประชาชนมิให้ถูกมกลายไปในวงจรของคอร์รัปชันแบบบูรณาการ จนกระทั่งสาธารณสุขชนบางส่วนไขว่เขวและพัฒนาความไม่เป็นมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชนถึงขนาดรังเกียจและต่อต้านชื่อเสียง

⁶⁴ Ibid.

ของประชาสังคมกลุ่มนี้หรือพยายามแยกประเภทว่า มีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ “ดี” และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็น “พวกไม่หวังดี” และ “ไม่ซื่อสัตย์”

ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งพยายามเปลี่ยนชื่อตนเองว่าเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์เพื่อแยกตัวออกมาจากกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งมีภาพพจน์ไม่ดี ในระดับสากลนั้นมีข้อเสนอแนะในการเปลี่ยนชื่อเรียกองค์กรพัฒนาเอกชนจาก Non-Governmental Organizations ซึ่งมีนัยด้านลบเพราะ Non เป็นภาคเสรี Governmental โยงกับรัฐบาล ซึ่งมักจะเป็นรัฐที่ก้าวร้ายและ Organization ซึ่งทำให้นึกถึงระบบราชการ (ซึ่งยึดवादอดัดอาดรุ่มร่าม) และเสนอให้เปลี่ยนเป็น Solidarity Institutions หรือสถาบันแห่งความเป็นปึกแผ่นแน่นแฟ้น(ซึ่งมีนัยทางบวก) หรือ Humanitarian Institutions คือสถาบันด้านมนุษยธรรม⁶⁵

ซึ่งเรื่องชื่อนี้คงไม่ได้มีผลทำให้สังคมยอมรับหรือเห็นว่าการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนมีประสิทธิภาพเป็นประโยชน์มีความสำคัญต่อพัฒนาการการตรวจสอบรัฐ ชี้นำวาระของสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่และเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่สังคมประชาธิปไตยอย่างแท้จริง เพราะหากรัฐของคนส่วนน้อยเสียประโยชน์จากการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนหรือภาคประชาสังคมรัฐก็คงต้องใส่โคลักันเรื่อยไป

อย่างไรก็ดี องค์การระหว่างประเทศเห็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในเรื่องการทำงานการต่อสู้โรคเอดส์ว่า⁶⁶

“องค์กรพัฒนาเอกชนได้มีส่วนในการสร้างโมเดลสำหรับการให้การศึกษาเรื่องเอดส์และการหนุนช่วยทางสังคมในกรณีที่รัฐบาลไม่ได้เข้าไปทำ องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานกับชุมชนด้อยโอกาสและกลุ่มทางสังคมอย่างใกล้ชิดสามารถทำงานเรื่องปัญหาสังคมได้ง่ายกว่ารัฐบาลและคล่องตัวกว่ามาก นัก สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกรณีที่ต้องมีมติฉับพลันทันทีหรือในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

องค์กรพัฒนาเอกชนสามารถระดมทรัพยากรและกองทุนในขณะที่หน่วยงานของรัฐบาลมีข้อจำกัดหลายประการด้วยระบบราชการที่งุ่มง่ามและทื่อทะ

องค์กรพัฒนาเอกชนได้เป็นผู้นำในการทำงานกับกลุ่มในสังคมที่ถูกตราบาป พัฒนาการให้บริการการศึกษา ฝึกอบรม และจ้างคนมาเป็นนักการศึกษา และผู้ให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์

⁶⁵ Jacques Attali, “Consider General Assembly of NGOs” Global View Point, The Bangkok Post (3 October 2004).

⁶⁶ Ibid.

องค์กรพัฒนาเอกชนมีความยืดหยุ่นในโครงสร้างและการบริหารองค์กร สนับสนุนและให้ความสะดวกในการเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคต่างๆ และระดับประเทศ โดยการร่วมมืออย่างใกล้ชิดในการวางแผน การรณรงค์และการพัฒนากรอบคิด

องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทสำคัญในการให้หลักประกันการไม่เลือกปฏิบัติและเคารพในสิทธิมนุษยชน”

องค์กรพัฒนาเอกชนในฐานะใกล้เคียง

องค์กรระหว่างประเทศเห็นภาพดีที่ปรากฏขององค์กรพัฒนาเอกชนอีกด้านหนึ่งคือการร่วมมือกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในการรณรงค์เรื่องการประกันสุขภาพโดยรวมจากการล่ารายชื่อผู้สนับสนุน 50.000 ชื่อและรณรงค์ในนามผู้ติดเชื้อตั้งคำถามเรื่องการละเมิดสิทธิของพนักงานดับเพลิงที่ถูกบังคับให้ตรวจเชื้อเอชไอวี

องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลในการทำงานป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะอยู่ในฐานะที่สามารถเข้าถึงกลุ่ม “เสี่ยง” และอยู่แยกออกไปจากประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ดีกว่าใครอื่นโดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐบาล เช่น กลุ่มผู้ค้าบริการทางเพศที่ไม่ได้อยู่ในภาคการค้าทางเพศโดยตรงเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมที่ผิดกฎหมาย จึงทำให้ยากที่หน่วยงานของรัฐบาลจะเข้าไปทำงานด้วย

องค์กรพัฒนาเอกชนยังสามารถทำงานในลักษณะที่จะลดตราบาปที่ผู้ติดเชื้อรู้สึกได้ ผิดกับรัฐบาลที่ไม่มีแนวโน้มเรื่องความระอัยอ่อนนในเรื่องนี้และไม่อาจทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ)

เป็นแนวร่วมฯตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2532 มีศูนย์อยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยความริเริ่มของสมาชิกขององค์กรพัฒนาเอกชนที่พบปะแลกเปลี่ยนประเด็นและแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเริ่มแรกนั้นไม่มีวาระที่เป็นทางการของเครือข่าย ในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการเปลี่ยนโครงสร้างของเครือข่าย และเครือข่ายในภูมิภาคซึ่งมีลักษณะที่ขึ้นต่อกันแต่ในขณะเดียวกันก็เป็นเครือข่ายเดียวกัน ประกอบด้วย แนวร่วมองค์กรพัฒนาเอกชนเรื่องเอดส์ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคอีสาน มีสมาชิก 168 องค์กร 50 องค์กรในภาคเหนือ 58 องค์กรในภาคอีสาน 40 องค์กรในภาคกลาง และ 20 องค์กรในภาคใต้

งบประมาณปี พ.ศ. 2543-2545 ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิฟอร์ด และ กระทรวงสาธารณสุข

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย

เครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบนตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2538⁶⁷ ก่อนหน้าการประชุมเอดส์แห่งเอเชียปacific ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 มีการตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทยขึ้น และเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคอีสานตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2541 เส้นทางของการก่อตั้งน่าจะทำให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและความเข้มแข็งของการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในแต่ละพื้นที่ได้

ขณะนี้สมาชิกรวม 495 กลุ่ม⁶⁸ ก่อตัวในภาคเหนือพื้นที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดและกลุ่มผู้ติดเชื้อมีจำนวนสูงที่สุด ในภาคเหนือนี้ความสับสนและความหวาดกลัวในโรคที่ไม่รู้จักและรักษาไม่หายนี้ อยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2531-2537 หลังจากนั้นช่วงปี พ.ศ. 2538-2541 เริ่มมีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนที่ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในหลายพื้นที่โดยเฉพาะการตั้งกลุ่มเพื่อที่ผู้ติดเชื้อสามารถพบและช่วยเหลือกันเองได้ ในช่วง 5 ปี หลังนี้คนเริ่มยอมรับรู้เรื่องเอดส์และมีเจตคติในลักษณะที่เป็นความเห็นใจผู้ติดเชื้อมากขึ้นในขณะที่องค์กรชุมชนและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นก็เริ่มให้การช่วยเหลือสนับสนุน

แต่การสำรวจของกองเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นเรื่องกิจกรรมของกลุ่มและแนวโน้มในอนาคตเพิ่งมีเมื่อปี พ.ศ. 2542-2543 นี้เอง (ขณะนั้นพบว่าทั่วประเทศมี 304 กลุ่ม) รายงานการสำรวจเปิดเผยว่ากลุ่มส่วนใหญ่ตั้งขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2539-2542 และทำงานในเขตชนบท 99% อยู่ภาคเหนือตอนบน 46% เกือบครึ่งหนึ่งทำงานที่โรงพยาบาลและได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชน

กลุ่มผู้ติดเชื้อมีขนาดแตกต่างกันไป ขนาดเล็กประมาณ 6-20 คน ขนาดกลางระหว่าง 21-50 คน และจำนวนน้อยที่เป็นขนาดใหญ่ มีสมาชิก 100 กว่าคนขึ้นไป กิจกรรมเน้นให้การบริการคำปรึกษา การแก้ไขปัญหา สิทธิในการศึกษาของผู้ติดเชื้อ การป้องกันและควบคุมเอดส์

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ <http://www.tncathai.org/history.html>.

ทีมวิจัยจากกองเอดส์ กรมควบคุมโรคระบาด ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงการคลังว่า ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับคนกลุ่มนี้โดยให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินโครงการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยรวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้ให้คำปรึกษา โรงพยาบาล ตำบล และจังหวัดควรสร้างเครือข่ายกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในท้องถิ่นเพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาโรคเอดส์ได้อย่างเสมอภาค ที่ปรึกษาที่อยู่ประจำโรงพยาบาลและกลุ่มผู้ติดเชื้อควรทำงานร่วมกับโรงพยาบาลเห็นได้ชัดว่าไม่มีการเสนอแนะในเรื่องการใช้แนวพินิจเรื่องเพศภาวะในการทำงานทุกด้าน ของคนทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง แม้จะมีผู้หญิงเป็นผู้นำกลุ่มเป็นจำนวนมากก็ตาม

4.4 กิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ในกลุ่มที่มีผู้นำเข้มแข็งมุ่งทำงานอุทิศตนจะมีการประชุมกลุ่มเป็นประจำสม่ำเสมอ บางครั้งจะมีที่ปรึกษาซึ่งเอามาจากชุมชนเข้าร่วมประชุมด้วยที่ปรึกษาจะเป็นผู้ที่สามารถหาทุนช่วยเหลือและคำแนะนำในการรักษาตัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกิจกรรมรวมถึงการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การชำระร่างกายด้วยสมุนไพร การฝึกอบรมเกี่ยวกับยาและอาชีพ ฯลฯ

ในกรุงเทพฯ มีชมรมเพื่อนวันพุธ ตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2533 เป็นชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ของสภาวิชาชีพไทยเกิดจากการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งเป็นคนไข้ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มาตามแพทย์นัดก็จะมาชุมนุมปรึกษาหารือกันโดยมีนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ผู้ติดเชื้อเอดส์จะปรับทุกข์และเล่าสู่กันฟังถึงความรู้หรือความก้าวหน้าใหม่ๆ เกี่ยวกับการศึกษา โรคเอดส์ที่ตนทราบ คนไข้ใหม่จะได้พบกับคนไข้เก่า ได้เรียนรู้ถึงวิธีปรับตัวปรับใจหลังการตรวจพบเอดส์ ซึ่งคนที่ปลอบใจหรือให้คำปรึกษาที่ดีที่สุดแก่ผู้ติดเชื้อก็คือผู้ที่ติดเชื้อด้วยตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้คำปรึกษาในลักษณะเป็นกลุ่ม ให้แต่ละคนมีโอกาสดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรองบองซึ่งกันและกันจะได้ผลดีกว่าการที่แพทย์หรือนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษาคนไข้ที่ทำหน้าที่ช่วยในการทำกิจกรรมกลุ่ม จะได้รับการอบรมจากมหาวิทยาลัยของสภาวิชาชีพไทยให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และรู้จักเทคนิคในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งแบบ ตัวต่อตัวและแบบเป็นกลุ่ม

“ชมรมเพื่อนวันพุธ” ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การฝึกนั่งสมาธิภาวนาเพื่อผ่อนคลายเครียด การให้บริการตัดผมฟรีแก่สมาชิก การฝึกการบรรยายทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นต้น

สมาชิกมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดจากการเดินทางทัศนศึกษาตามที่ต่างๆ ร่วมกันเป็นวิทยากร รับเชิญบรรยายตามที่ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคเอดส์

ทบทวนบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย)⁶⁹

นับตั้งแต่มีการตรวจพบผู้ติดเชื้อเอดส์รายแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 โดยมีการระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และต่อมาการระบาดของโรคดังกล่าวมีการกระจายออกไปในกลุ่มอื่นๆ อีก สำหรับวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามการระบาดและแต่ละยุคและแต่ละช่วงเวลาดังนี้

ช่วง พ.ศ.	การระบาด	การแก้ไขปัญหา
2527-2529	ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ	เน้นการให้สุศึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
2530-2531	ในผู้ขายเสฟติชนิดฉีด	มีการให้สุศึกษาเรื่องการงดการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีด รวมทั้งการป้องกันการขายเสฟติ
2532-2533	มีการระบาดอันมีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์เป็นหลัก	จึงได้เริ่มโครงการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศ ให้ความรู้ ให้ข้อมูลข่าวสาร โดยเน้นภาพความน่าเกลียดน่ากลัวและความตาย เช่น “โรคเอดส์เป็นแล้วตาย รักษาไม่หาย”

จากตารางข้างบนเราสามารถเห็นได้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2532-2533 วิธีการแก้ไขปัญหาในรูปแบบดังกล่าว เป็นแนวทางการรณรงค์สร้าง “คลื่นของความรังเกียจ” และการปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ตกอยู่ภายใต้ภาวะกดดันจากสังคม และนำไปสู่ความพยายามดิ้นรนต่อสู้ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้พ้นจากโรคภัยและความตาย และจากการดิ้นรนแสวงหาทางเลือกดังกล่าว จึงได้นำไปสู่การรวมกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยในช่วงเวลาต่อมา

⁶⁹ คณะทำงานกรณีศึกษาที่ 4 พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ(กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย). พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ(กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย), (มปพ., มกราคม 2544)

ในปี พ.ศ.2534 ได้มีการรวมกลุ่มและก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบนขึ้น ซึ่งมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนขบวนการเคลื่อนไหวในแต่ละช่วง แต่ละยุค ตามเงื่อนไขและสถานการณ์ของปัญหา เช่น มีพัฒนาการเป็น 4 ยุค ดังนี้

ยุค	ช่วงเวลา	สิ่งที่เกิดขึ้น	เงื่อนไขที่มีผลต่อการพัฒนา	
			ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
ยุคแรก (ยุคกอดตัน)	พ.ศ. 2534-2536	- ผู้ติดเชื้ออยู่ในภาวะถูกกอดตันจากความรังเกียจและกีดกันอย่างรุนแรงของสังคม - ต้องมีชีวิตอย่างหลบซ่อน ไม่กล้าเปิดเผยตัว - เริ่มมีบางองค์กรยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน	- ปัจจัยภายใน: ช่วง 2536-2537 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ 13 กลุ่ม ที่เกิดจาก - ภาวะการถูกกอดตันจากสังคม - ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพหลังการติดเชื้อ - เริ่มมีการแสวงหาทางเลือกในการรักษาตนเองของผู้ติดเชื้อในรูปแบบต่างๆ เช่น “การใช้สมาริหมุน” ที่วัดดอยเก็ง อ.แม่สะเรียง และ การรวมตัวกันเพื่อมาขอรับยารักษาโรคเอดส์คือ “หมอเทวดารักษาโรคเอดส์” ที่จังหวัดเชียงใหม่ - ปัจจัยภายนอก: - เริ่มมีบางองค์กร	

ยุค	ช่วงเวลา	สิ่งที่เกิดขึ้น	เงื่อนไขที่มีผลต่อการพัฒนา	
			ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
			เข้ามามีบทบาทสำคัญในการ “หนุนใจ” โดยการให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัว	
ยุคที่สอง (ยุครวมตัว)	พ.ศ. 2537-2538	ผู้ติดเชื้อกล้าเปิดเผยตัวก้าวออกสู่ชุมชนมา รวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อเคลื่อนไหวต่อสู้โดยเริ่มจากการแสวงหาทางเลือกในการรักษาตัวเอง แล้วเคลื่อนไหวขยับไปสู่การต่อสู้เชิงนโยบายเพื่อสิทธิของผู้ติดเชื้อ	- ในช่วง 2538-2539 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ 78 กลุ่ม - ปัจจัยภายใน: - การแสวงหาการรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ด้วย “หมอเวทดา” - ปัจจัยภายนอก: (พ.ศ. 2538) - มีการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและวิชาการ - รวมทั้งนโยบายและแนวทางการทำงานที่สอดคล้องกันจากทั้งภาครัฐและเอกชน⁷⁰ - ส่วนการขยายตัวในเชิงคุณภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อ: จากสถานการณ์ปัญหาและ	- ปัจจัยภายนอก: - มีอิทธิพลต่อการก่อเกิดและ พัฒนาการ เครือข่ายค่อนข้างมาก โดยเฉพาะบทบาทของ กพอ. ภาคเหนือ - การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ พัฒนาการ สถานการณ์ และปัญหาการ ถูกกลืนรอนสิทธิของผู้ติดเชื้อ - และการเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้นตาม

⁷⁰ โดยภาคเอกชนที่สำคัญคือ โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ(NAPAC) และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ (กพอ.ภาคเหนือ) ในส่วนของภาครัฐคือ ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอนบ.)

ยุค	ช่วงเวลา	สิ่งที่เกิดขึ้น	เงื่อนไขที่มีผลต่อการพัฒนา	
			ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
			ประสบการณ์ของการเคลื่อนไหวต่อสู้ร่วมกับพันธมิตรในแต่ละช่วงเวลา ทำให้มีผลต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนทั้งในด้านแนวคิดและทิศทางการเคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อ นับจากปี พ.ศ. 2536 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อเพียง 1 กลุ่ม มาถึง 2537 มี 13 กลุ่ม และ 2538 มี 35 กลุ่ม	สถานการณ์ - ปัจจัยภายใน: - ผู้ติดเชื้อได้เรียนรู้คุณค่าประโยชน์และความหมายจากการรวมกลุ่มและผลจากกระบวนการกลุ่ม - ความพร้อมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเองที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองและกลุ่ม - และมีความพร้อมในเชิงศักยภาพที่มีการพัฒนามากขึ้น
ยุคที่สาม (ยุคแตก)	พ.ศ. 2539-2541	เป็นยุคที่มีการก่อเกิดขึ้นของ	หลังจากปี 2540 เป็นต้นมา ภายได้	ได้รับการเสริมหนุนจาก NAPAC⁷¹

⁷¹ NAPAC =โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ

ยุค	ช่วงเวลา	สิ่งที่เกิดขึ้น	เงื่อนไขที่มีผลต่อการพัฒนา	
			ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
ตัว)		เครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือ ตอนบน(พ.ศ. 2539)ซึ่งทำให้เกิดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจนเป็นครั้งแรก • ขบวนการผู้ติดเชื้อเริ่มปรับเปลี่ยนแนวคิดและแนวทางการดำเนินงาน ผลักดันให้เกิดการกระจายกลุ่มผู้ติดเชื้อกลับคืนลงไปในกลุ่มของตนเองโดยไม่ต้องหลบซ่อนเหมือนยุคแรก	สภาวะการณ์ทางสังคม และการเมืองที่เปิดกว้าง มีการผลักดันเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของประชาชนระดับรากหญ้า ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อมีโอกาสที่จะขยายพื้นที่ทางความคิดและขยายขับเคลื่อนไปสู่ความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากขึ้น • ผู้ติดเชื้อสามารถทำกิจกรรมกับร่วมกับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์และปัญหาอื่นๆ ในชุมชนด้วย • กลุ่มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น จากปี 2539 มี 78 กลุ่ม ปี 2540 มี 105 กลุ่ม และปี 2541 มี 195 กลุ่ม	และ กพอ.⁷² ภาคเหนือ เป็นปัจจัยสำคัญในการหนุนและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ
ยุคที่สี่ (ยุคคืนดี)	พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา	• ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ต้องการที่	• ปี 2542 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ 224 กลุ่ม	

⁷² กพอ. คือ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

ยุค	ช่วงเวลา	สิ่งที่เกิดขึ้น	เงื่อนไขที่มีผลต่อการพัฒนา	
			ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
		จะกลับไปมีชีวิตร่วมกับสังคม ชุมชนเดิมของตนหรือเคลื่อนสู่ความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนดังเช่นที่เคยเป็นมาก่อนการติดเชื้อโดยไม่มีการรังเกียจ กีดกันและแบ่งแยกอีกต่อไป	สำหรับเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้น มีผลสืบเนื่องมาเป็นสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นในปี 2542 เป็นต้นมาที่ผู้ติดเชื้อกลับไปชุมชนเดิมของตนเพื่อใช้เป็นที่พักแหล่งสุดท้ายของตน	

บทบาทและกิจกรรมของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน

บทบาทและกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน:

การรวมตัวและก่อตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อนั้น มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ส่วนใหญ่ต้องการที่จะพบปะเพื่อเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน ต้องการเพื่อนปรับทุกข์ ปกป้องและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของแต่ละคน

โดยมีกิจกรรมหลัก(ของกลุ่ม) คือ การให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ การเยี่ยมบ้าน กรดูแลรักษาสุขภาพ

จากความมุ่งหวังและกิจกรรมของผู้ติดเชื้อต้องการได้รับการรวมกลุ่มนั้น มีความสัมพันธ์กับช่วงเวลา สถานการณ์และระดับความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ซึ่งแตกต่างกัน

บทบาทและกิจกรรมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน:

จัดตั้งขึ้น เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อในทุกระดับ เพื่อเข้าไปมีอำนาจต่อรองในชุมชนได้ เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ให้มากขึ้น และเพื่อส่งเสริมบทบาทของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และอยู่ร่วมในชุมชนอย่างปกติสุข

ช่วงเวลา	บทบาทและกิจกรรมของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน	
	ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
ช่วงแรก: พ.ศ.2536-2537 (ยุคกดดันและการรังเกียจของสังคม)	- บทบาทและกิจกรรมส่วนใหญ่ จึงมุ่งตอบสนองปัญหาทางด้านจิตใจและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพเป็นหลัก: - การให้การปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การใช้สมุนไพร การใช้สมาธิ มาช่วยเหลือนทางจิตใจ การให้บริการดูแลสุขภาพ เป็นต้น	- บทบาทและภารกิจของคณะกรรมการเครือข่ายฯ ในการดำเนินงานแต่ละระดับ: 1. ระดับโซน/เขต(อำเภอ) 2. ระดับจังหวัด 3. ระดับภาค สำหรับในสองระดับแรก ดำเนินงานลักษณะเดียวกัน แต่อยู่ในคนละระดับ คือ หนุนช่วยกลุ่มผู้ติดเชื้อ ประสานงานกับองค์กร กระจายข้อมูลข่าวสาร พิจารณางบประมาณและรวบรวมข้อมูลข่าวสารของกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่(ในเขตและจังหวัด) แต่สำหรับระดับภาค: รวบรวมข้อมูลความเคลื่อนไหวและปัญหาต่างๆ ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ มาหาแนวทางการแก้ไข จัดหาและจัดสรรงบประมาณให้กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผลักดันเรื่องสิทธิของผู้

ช่วงเวลา	บทบาทและกิจกรรมของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาคเหนือตอนบน	
	ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
		ติดเชื้อและนโยบายเกี่ยวกับยาและการรักษาพยาบาลและยาเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ
ช่วงที่สอง: พ.ศ.2538-2539 (ยุคผู้ติดเชื้อเผชิญปัญหาบีบคั้นใหม่ๆ: ถูกปฏิเสธจากนายจ้าง มีปัญหาทางเศรษฐกิจ แต่มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เริ่มให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มมากขึ้น)	- เริ่มมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมอาชีพและการหาตลาด เพิ่มมากขึ้น(แต่จะมีลักษณะเป็นการส่งเสริมอาชีพที่เป็นการสงค์เคราะห์ พื้นฟูสภาพจิตใจหรือที่เรียกว่า “อาชีวนำบัด” มากกว่าจะเพื่อหารายได้จริงจัง) - ขณะเดียวกันบางกลุ่มก็ได้เริ่ม กิจกรรมด้านการสงเคราะห์ ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์: การให้ทุนการศึกษา เงินค่าเลี้ยงดูบุตร กองทุนกู้ยืม นอกเหนือจากได้รับเบี้ยยังชีพจากหน่วยงานประชาสงเคราะห์และสวัสดิการแรงงาน เป็นต้น	- บทบาทเครือข่ายในการผลักดันเชิงนโยบาย: มีการจัดทำข้อเสนอเชิงสิทธิและนโยบายของกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อเสนอต่อรัฐบาล หรือ ที่เรียกว่า “แผ่นเหลือง” - ทิศทางและยุทธศาสตร์ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน: เครือข่ายฯ ได้กำหนดภารกิจและทิศทางการดำเนินงานในอนาคตไว้ 7 ประการ ได้แก่: - เน้นการปกป้องเรื่องสิทธิและการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อ - ผลักดันให้นโยบาย “ยา” สำหรับผู้ติดเชื้อมีความชัดเจนและเพียงพอ - ผลักดันการช่วยเหลือเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ - สนับสนุนให้มีการกระจายกลุ่มผู้ติดเชื้อลงชุมชนใน

ช่วงเวลา	บทบาทและกิจกรรมของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาคเหนือตอนบน	
	ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
		พื้นที่ที่กว้างขวางขึ้น และ ดึงความช่วยเหลือจาก องค์กรต่างๆ ในชุมชนเช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามาให้กลุ่ม 5. พัฒนาขีดความสามารถ ของคน กลุ่มและเครือข่าย ผู้ติดเชื้อ 6. ผลักดันให้เกิดการแก้ไข ปัญหาร่วมกันเพื่อเพิ่ม อำนาจต่อรอง 7. ส่งเสริมการทำงานของกลุ่ม โดยพยายามเชื่อมสัมพันธ์ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน
ช่วงที่สาม: พ.ศ.2540-2541 (ยังเป็นผู้ที่มีปัญหาเรื่อง เศรษฐกิจและสุขภาพของ กลุ่มผู้ติดเชื้อ ส่วนองค์กร พัฒนาเอกชนได้เคลื่อนไป ประเด็นการทำงานไปสู่เรื่อง เด็กที่ได้รับผลกระทบจาก เอดส์ และความร่วมมือกับ องค์กรชุมชนในรูปของ ประชาคมตำบล)	เป็นกิจกรรมด้านการ ส่งเสริมอาชีพ กิจกรรม ด้านการสงเคราะห์ ช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ติดเชื้อและ ครอบครัวโดยมีบางกลุ่มที่ สามารถทำงานร่วมกับ องค์กรชุมชนได้เป็นอย่างดี ในขณะที่กลุ่มยังคงดำเนิน กิจกรรมเหมือนกับช่วงแรก อยู่ โดยสรุปบทบาทของกลุ่มผู้ติด	โดยสรุปแล้วบทบาทและ กิจกรรมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาคเหนือตอนบน พบว่ามี บทบาทสำคัญในการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ และการต่อสู้ผลักดันเชิง นโยบาย โดยได้ดำเนินการผ่าน บทบาทและภารกิจของ คณะกรรมการเครือข่ายระดับ ต่างๆ คือ โชน/เขต(อำเภอ) จังหวัดและภาค และการจัดสรร งบประมาณลงไปสนับสนุนการ ดำเนินงานและกิจกรรมของผู้

ช่วงเวลา	บทบาทและกิจกรรมของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาคเหนือตอนบน	
	ในกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ	ในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
	เชื้อส่วนใหญ่ ได้แก่: 1. การสร้างเสริมกำลังใจของสมาชิกภายในกลุ่ม 2. การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการรับสวัสดิการ 3. การแสวงหาทางเลือกร่วมกัน เช่น การดูแลรักษาตนเอง การหาอาชีพเสริมรายได้ การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ 4. การเสริมสร้างความเคลื่อนไหวทางสังคมทั้งในระดับกลุ่มชุมชนและเครือข่าย	ติดเชื้อในจังหวัดต่างๆ โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและวิชาการจากพันธมิตรทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาเอดส์และสิทธิของผู้ติดเชื้อ รูปธรรมของกระบวนการดำเนินงานเชิงการเมืองและการต่อรองเชิงนโยบายที่ชัดเจนที่สุด คือการร่วมจัดทำ "ข้อเสนอเชิงสิทธิหรือนโยบายของผู้ติดเชื้อเพื่อเสนอต่อรัฐบาล"

อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏแน่ชัดว่าบทบาทและกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อและเครือข่ายมีแนวพินิจด้านเพศภาวะ แม้ว่าจะมีการประเมินว่าภารกิจหลักที่เกี่ยวกับการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านต่าง ๆ นั้นจะเป็นการส่งเสริมบทบาท ความเข้มแข็งและพัฒนาทักษะความสามารถในการแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมทั้งการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และการอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติสุขก็ตาม เพราะการประเมินเหล่านั้นมิได้มีวัตถุประสงค์และเครื่องมือในการวิเคราะห์ด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจและผลกระทบที่เกิดจากเพศภาวะต่อผู้ติดเชื้อเหล่านั้น

ภาคเอกชนสัมพันธ์

ภาคเอกชนเริ่มทราบถึงความเป็นไปได้สูงของเอชไอวี/เอดส์ในที่ทำงานใน พ.ศ. 2534 สมัยรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุนที่ธุรกิจเอกชนได้ให้บริจาคกว่า 30,000,000 (สามสิบล้านเหรียญสหรัฐ) สำหรับโครงการการศึกษาในที่ทำงานบริจาคถุงยางอนามัยฟรีราคา 48 ล้านเหรียญสหรัฐ และ 80 ล้านเหรียญสหรัฐสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อ

แนวร่วมธุรกิจด้านเอดส์ให้ข้อมูลการสนับสนุนด้านวิชาการและการฝึกอบรมให้กับภาคธุรกิจช่วยพัฒนามาตรการที่มีประสิทธิภาพและไม่เลือกปฏิบัติในนโยบายเรื่องเอดส์สำหรับสถานที่ทำงาน ให้บริการกับบริษัทหลายสิบบริษัทและช่วยในการพัฒนาองค์กรพี่น้องให้กับภาคเอกชนในมาเลเซีย อาฟริกาใต้ บอตสวานา และแซมเบีย

ในประเทศไทยนั้นบริษัทข้ามชาติขนาดใหญ่หลายบริษัทได้มีส่วนร่วมในโครงการให้การศึกษากับพนักงานของบริษัทเช่น “โครงการความรู้ที่ปั้มน้ำมัน” โดยบริษัทเชลล์ ประเทศไทย และยูนิเซฟให้การศึกษารื่องเอดส์กับคนหนุ่มสาว 800 กว่าคนที่ทำงานเป็นพนักงานเติมน้ำมัน โรงแรมรีเจนท์ให้การศึกษารื่องเอดส์กับพนักงานใหม่และพนักงานที่ทำงานอยู่เดิม บริษัททำความสะดวกฝึกอบรมให้พนักงานให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยเอดส์และถุงยางอนามัยฟรี บริษัทประกันภัยอเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มธุรกิจด้านเอดส์ลดเบี้ยประกันภัย 10% สำหรับผู้เอาประกันภัยที่มีโครงการศึกษารื่องเอดส์ในสถานที่ทำงาน

ในขณะนี้แนวร่วมธุรกิจด้านเอดส์เป็นกลุ่มเดียวที่เข้าติดต่อกับภาคธุรกิจเพื่อสนับสนุนการจัดฝึกอบรมและกิจกรรมอื่นๆเพื่อป้องกันเอดส์ องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะของตน เช่น ชุมชนแออัดผู้เสพยาโดยเข็มฉีดยาหรือหญิงมีครรภ์ องค์กรพัฒนาเอกชนขอความช่วยเหลือจากแนวร่วมธุรกิจในการฝึกอบรมลูกจ้างของตน

ในจังหวัดพะเยามีเครือข่ายธุรกิจเอดส์เพื่อการพัฒนาซึ่งเป็นแนวร่วมของกลุ่มธุรกิจขนาดเล็ก รัฐบาลองค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ช่วยเหลือคนหนุ่มสาวและผู้ที่มีพ่อแม่ป่วยเอดส์ให้การฝึกอบรมทางวิชาการ ทุนการศึกษาการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวและโครงการเพิ่มรายได้องค์การแรงงานระหว่างประเทศมีส่วนช่วยในการฝึกอบรมและการพัฒนานโยบายในสถานที่ทำงานและประสานงานกับแนวร่วมธุรกิจด้านเอดส์

สถาบันศาสนาที่ทำงานในประเด็นเอชไอวี/เอดส์

กลุ่มด้านศาสนาจำนวนมากช่วยเหลือชุมชนทำงานเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ตัวอย่างกลุ่มใหญ่ๆ บางกลุ่ม เช่น

วัดในศาสนาพุทธและองค์กรทางศาสนาพุทธ

มูลนิธิธรรมรักษ์ ของวัดพระประธานน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ป่วยในขั้นสุดท้าย

สวนสันติธรรม จังหวัดปทุมธานี ให้ที่พักและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประสานงานกับองค์กร Medicines sans Frontiers (MSF)

วัดหนองสามพราณ จังหวัดปทุมธานี ให้ที่พักและเยียวยาโดยใช้สมุนไพรและการนั่งสมาธิแก่ผู้ป่วยเอดส์ขั้นสุดท้าย

ศูนย์อบรมจริยธรรมและพุทธศาสนา ดอยมูเซอร์จัดสอนพุทธศาสนาแก่ผู้ป่วยเอดส์

โครงการธรรมรักษ์นิเวศ วัดธรรมวุฒาราม จังหวัดระนองจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนเพื่อช่วยผู้ป่วยและระดมทุนเพื่อช่วยผู้ป่วยให้ที่พักและการดูแล จัดการฝึกอบรมและสอนหลักพุทธศาสนา

วัดถ้ำขุนทรัพย์จามเทวี จังหวัดลำปางช่วยก่อตั้งศูนย์รักษาโรคเอดส์โดยวิธีธรรมชาติ ให้ที่พักแก่ผู้ป่วยเอดส์และรักษาโดยการให้สมุนไพร

องค์กรของคริสต์ศาสนา

องค์กรของคริสต์ศาสนาส่วนใหญ่มีกิจกรรมอยู่ในภาคเหนือ

บ้านสุขุณหทัย กรุงเทพมหานคร ให้ที่พักแก่หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด

คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อส่งเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานครด้านเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้คำปรึกษาและคำแนะนำตามความเชื่อของคาทอลิก

AIDS Care, Education and Training (ACET) กรุงเทพฯ ให้คำแนะนำและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

Mercy Centre กรุงเทพฯ ให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและให้ที่พักชั่วคราวส่งเสริมการศึกษาในเขตชุมชนแออัดและเปิดโรงพยาบาลให้บริการด้านสุขภาพพื้นฐานที่ดีแห่งหนึ่ง

ศูนย์สังคมนาคามีเลียน จังหวัดระยอง สนับสนุนผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยขั้นสุดทำให้ที่พักชั่วคราว และจัดกิจกรรมป้องกันเอดส์ในสถานที่ทำงานคริสเตียนสามัคคีธรรม จังหวัดเชียงใหม่ จัดตั้งกลุ่มใหม่ของผู้ป่วยเอดส์ในระดับตำบลและระดมทุน

คริสเตียนสันติสุข จังหวัดเชียงรายเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจกลุ่มนี้ พยายามลดการติดยาเสพติดด้วย

ศูนย์คริสเตียนรุ่งเรืองธรรมเพื่อการพัฒนาเยาวชนและผู้หญิง จังหวัดเชียงใหม่สนับสนุนครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์และดูแลเด็กช่วยฝึกอาชีพ

คริสเตียนอรุณชัย เชียงรายให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสนับสนุนครอบครัวเพื่อเปลี่ยนเจตคติเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่มผู้ป่วยเอดส์

องค์กรของศาสนาอิสลาม

องค์กรเยาวชนมุสลิมแห่งประเทศไทย จังหวัดยะลา ฝึกผู้ป่วยเอดส์ผลิตรายการวิทยุและจัดสัมมนา

สมาคมไทย-มุสลิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดสอนการป้องกันเอดส์ตามความเชื่อของศาสนาอิสลาม ประสานงานกับองค์กรอื่นๆในการจัดกิจกรรมทางสังคม

เอดส์และสื่อ

การรณรงค์ต่อสาธารณะในเรื่องเอดส์เริ่มมีในปี พ.ศ. 2534 โดยมีการให้การศึกษาเรื่องเอดส์ในโทรทัศน์และวิทยุ ช่วงหนึ่งนานาที่เนื้อหาครอบคลุมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันเอดส์

สื่อส่งเสริมและถ่ายทอดความรู้ที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนโดยเฉพาะเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของผู้หญิงที่ผู้หญิงเป็นวัตถุรับกามารมณ์และคุณค่าแบบดั้งเดิมที่ผู้ชายยิ่งใหญ่หากมีผู้หญิงตอมมากหรือหากสามารถพิชิตผู้หญิงได้หลายคน ผู้หญิงไม่ได้รับความรู้เรื่องเพศอย่างถูกต้องแต่กลับไม่ได้จากสื่อ และทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ว่าโรคเอดส์อาจติดต่อได้กับทุกคน ทุกวัย ทุกเพศและทุกชนชั้น ชาติพันธุ์ไม่ใช่แต่เฉพาะ “คนมีความประพฤติไม่ดี” เท่านั้น

4.5 งบประมาณ

งบประมาณ⁷³ ที่ได้รับเป็นภาพสะท้อนของการมองปัญหา ความเอาใจใส่ความพร้อมในการตอบโต้เรื่องโรคเอดส์ของรัฐบาลและองค์การระหว่างประเทศดังนี้

1. ช่วงปีงบประมาณ 2531-2534 ซึ่งยังไม่มี การตั้งคณะกรรมการด้านเอดส์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณแต่เพียงหน่วยงานเดียว
2. ช่วงปีงบประมาณ 2535-2540 ในปี พ.ศ. 2535 สำนักนายกรัฐมนตรีได้รับมอบอำนาจในการจัดสรรงบประมาณแต่หน่วยเดียวและจัดสรรให้กับ 13 กระทรวง และหน่วยงานคือ สำนักนายกรัฐมนตรีกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานศาลฎีกา และจัดสรรงบประมาณให้กับ กรมควบคุมโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาจัดสรรให้กับหน่วยงานนอกภาครัฐที่เหลือ

ในช่วงปีงบประมาณ 2536 มีการเพิ่มงบประมาณจากปี พ.ศ. 2535 จำนวน 125 เปอร์เซ็นต์ และกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 81 เปอร์เซ็นต์ของงบประมาณทั้งหมด เนื่องจากปรากฏมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นมา และในปีงบประมาณ 2539 มีงบประมาณสูงสุดตั้งแต่มีการทำงานด้านเอดส์มาจนกระทั่งปัจจุบัน (2,057,095,600 บาท)⁷⁴

ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา สำนักงบประมาณเป็นผู้พิจารณางบประมาณของทุกกระทรวง แล้วคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติเป็นผู้ดูแลว่ากระทรวงและหน่วยงานต่างๆ ได้ใช้งบประมาณตามที่ได้รับจากสำนักงบประมาณสำหรับกิจกรรมและเป้าหมายที่ได้เสนอของงบประมาณไว้จริง เพื่อติดตามให้มีการปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของแผนแม่บท

⁷³ เรื่องเดียวกัน

2004 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (Bangkok: n.p., 2004).

⁷⁴ เพิ่งอ้าง

งบประมาณที่องค์กรพัฒนาเอกชนได้รับในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศช่วงปี พ.ศ. 2534-2541 จะเห็นว่าต่ำมากอยู่ในระหว่าง 4 เปอร์เซ็นต์เป็นมาตรฐาน และในจำนวนที่สูงที่สุดคือปี พ.ศ. 2542 มีเพียง 6 เปอร์เซ็นต์

การเปรียบเทียบงบประมาณระหว่างแผนป้องกันและควบคุมเอดส์แห่งชาติ และ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ช่วงปี พ.ศ. 2534-2547			
ปี (พ.ศ.)	National Plan(NP)	NGOs	คิดเป็นร้อยละ(%) (NGOS เทียบกับ NP)
2534	182,662,087	-	-
2535	637,492,000	11,917,450	1.87
2536	1,121,540,700	15,000,000	1.34
2537	1,142,536,800	10,000,000	0.88
2538	1,558,350,500	75,000,000	4.81
2539	2,057,095,600	80,000,000	3.89
2540	1,987,126,080	90,000,000	4.53
2541	1,372,304,000	90,000,000	6.56
2542	1,439,053,500	87,598,700	6.09
2543	1,460,272,700	60,000,000	4.11
2544	1,486,878,300	70,000,000	4.71
2545	1,472,896,300	70,000,000	4.75
2546	1,188,347,500	70,000,000	5.89
2547	1,629,767,000	70,000,000	4.29
รวมทั้งสิ้น	18,736,323,067	799,516,150	4.26

น่าสังเกตว่ารัฐบาลมีนโยบายให้ความเอาใจใส่ต่อการจัดงบประมาณค่ายาต้านไวรัสเอดส์⁷⁵ สูงกว่าการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนในการทำงานด้านป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์มาก คือเป็นจำนวน 822,680,278 บาท แต่งบประมาณที่แบ่งให้องค์กรพัฒนาเอกชนมีเพียง 70,000,000 บาทหรือคิดเป็นประมาณ 11.75 เท่าของงบประมาณที่

⁷⁵ ซึ่งน่าจะยังเป็นปัญหาเรื่องการยังไม่มีข้อมูลรูปในเรื่องผลข้างเคียงและผลในการสกัดการขยายตัวของเชื้อไวรัสเอชไอวี ในขณะที่ข้อได้เปรียบในเรื่องไวรัสเอชไอวีจะเป็นที่มาของโรคเอดส์หรือไม่นั้นก็ยังคงถกเถียงกันต่อไป โปรดอ่านในบทที่ 5 ครุ่นคิด (ผู้เขียน)

จัดสรรให้องค์กรพัฒนาเอกชน(องค์กรสาธารณประโยชน์) และเป็นสัดส่วนถึง 50.48 เปอร์เซ็นต์ของงบประมาณป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมดของประเทศ⁷⁶

ยุทธศาสตร์การป้องกันโดยการให้การศึกษา

หลังจากที่รัฐบาลเริ่มรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนภาคโทรทัศน์และวิทยุทั่วประเทศเพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2534 แล้ว จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขถึงการรับรู้ของประชาชนใน พ.ศ. 2536 และ พ.ศ. 2538 พบว่าประชาชนถึง 20 เปอร์เซ็นต์ยังไม่ทราบว่าการติดเชื้อเอชไอวีเกิดได้อย่างไรและวิธีการป้องกันมีอะไรบ้าง

ข้อมูลเรื่องเอดส์ได้ถูกใส่เข้าไปในหลักสูตรการฝึกอบรมของครูและโรงเรียนระดับประถมและมัธยมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 มีการเริ่มโครงการนำร่องที่เป็นกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตรในเรื่องการให้การศึกษาระหว่างเพื่อนในเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์เป็นต้น และรัฐบาลเน้นเรื่องการศึกษาเกี่ยวกับเอดส์และโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ในแผนการป้องกันและควบคุมเอดส์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2538-2539 โดยเน้นเรื่องการพัฒนา Life Skill Development (UNAIDS, 2002: 25) ครอบคลุมและเพศศึกษาเริ่มในปี พ.ศ. 2540 ครูได้รับการฝึกให้ทำการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนและเข้าใจปัญหาของเด็กนักเรียนที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์เพื่อให้กำลังใจและหนุนช่วยเรื่องอื่นๆ

ในปี พ.ศ.2543 เริ่มมีหลักสูตรเรื่องเพศศึกษาเบื้องต้น แต่ปรากฏผลของการสำรวจของ UNAIDS ว่าเยาวชนไทยมีความรู้เรื่องเอดส์ดีอย่างไรก็ตามไม่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและบริษัทถุงยางอนามัยพบว่า 88 เปอร์เซ็นต์ของเยาวชนไทยเป็นกังวลเรื่องเอดส์ แต่จำนวนผู้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีเพียง 23 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น

ส่วนในกลุ่มเด็กเร่ร่อนนั้นได้รับข้อมูลและการฝึกอบรมกิจกรรมด้านการใช้ชีวิตจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นที่รู้จัก คือ กลุ่มอาสาสมัครพัฒนาเด็กในจังหวัดเชียงใหม่ องค์กรพัฒนาเอกชนประสานงานกับครูในโครงการเช่น เยาวชนเข้าใจเอดส์ กรุงเทพฯเข้าใจเอดส์

⁷⁶ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วิเคราะห์งบประมาณแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-2547, 2547, หน้า ก. และ 9.

การเตรียมคู่มือเพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันเอดส์ทำในปี พ.ศ. 2534 เพื่อให้ครูใช้สำหรับเป็นแนวทางสร้างหลักสูตรสำหรับนักเรียนมัธยมโดยเน้นข้อควรรู้ 6 ประการคือ ความสามารถประเมินศักยภาพของตนเอง การตัดสินใจและจะนำไปสู่อะไร ความสามารถในการพัฒนาและเปลี่ยนความคิดและอื่นๆ

การค้าทางกามารมณ์

UNAIDS คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีเดียวในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี เพราะเหตุผลที่ว่ากันว่าประเทศไทยเป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการใช้นโยบายและโครงการโรคเอดส์กับผู้ชายที่อยู่ในการค้าทางกามารมณ์ในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ทันกาลและมีประสิทธิผล เพราะสามารถเข้าถึงคนกลุ่มที่อยู่ในพฤติกรรมเสี่ยงได้โดยง่ายตายและองค์ประกอบสำคัญคือการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรณรงค์ทางสื่อมวลชนเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ของการค้าทางกามารมณ์ โครงการป้องกันผู้ค้าทางกามารมณ์ที่อยู่นอกสถานการค้าทางกามารมณ์ทำได้ยากกว่าเพราะเข้าไม่ถึง แต่งานที่ทำได้คือการผลักดันนโยบายเรื่องลดการตราบาปทางสังคมการเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้เงินช่วยเหลือแก่องค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อให้สามารถทำงานด้านการป้องกันได้และเสนอว่าการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ 100 เปอร์เซ็นต์ที่เป็นความสำเร็จในส่วนของผู้หญิงที่อยู่ในการค้าบริการทางกามารมณ์จะมีปัญหาจากผู้หญิงที่เข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นทุกขณะและเสี่ยงมากในการติดเชื้อและแพร่เชื้อให้กับลูกค้าชาวไทยและต่างประเทศ

มีการเสนอแนะจาก UNAIDS ว่าหากจะป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากการค้าทางกามารมณ์ต้องพยายามให้มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคนกลุ่มนี้ให้มาก ในขณะที่เดียวกันต้องขยายการใช้ถุงยางอนามัยในคนกลุ่มอื่นๆนอกกลุ่มค้าทางกามารมณ์นี้ด้วย

ในช่วงหลังๆนี้พบว่าเยาวชนชายติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น แม้ว่าจะไปซื้อบริการจากหญิงค้าบริการกามารมณ์น้อยลง แต่มีเพศสัมพันธ์ในลักษณะอื่นๆ และไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัยรวมทั้งใช้ยาเสพติดโดยทางเข็มฉีดยาซึ่งส่งผลกระทบถึงการตัดสินใจในการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ระวังและไม่ป้องกันด้วย ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนและภาคธุรกิจในการทำงานกับกลุ่มเยาวชนยังไม่มากจึงยังไม่สามารถลดการติดเชื้อและแพร่เชื้อในคนกลุ่มนี้ได้

อย่างไรก็ตามผู้เขียนเห็นว่าการส่งเสริมการให้ใช้ถุงยางอนามัยอาจไม่สำเร็จเสมอไป เพราะความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้มีเพศสัมพันธ์หากปัญหานี้หากไม่มีการแก้ไขให้หมดไป หรือทำให้ลดลงได้การขอให้ใช้ถุงยางอนามัยก็อาจไม่สำเร็จหรือไม่ลดลง ในทางกลับกันอาจเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ในสถานภาพทางอำนาจที่เหนือกว่าเรียกร้องมีเพศสัมพันธ์โดยขึ้นใจผู้อื่นได้ เพิ่มขึ้นเพราะมั่นใจในการป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อจากการใช้ถุงยางอนามัยได้ ดังนั้นการรณรงค์ให้เคารพในสิทธิมนุษยชนในเนื้อตัวร่างกายและมิติทางประเพณีของผู้หญิงซึ่งตรงประเด็น การป้องกันการติดเชื้อและจัดการเอาตัวเขาเปรียบทางเพศต่อผู้หญิงจึงสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนมากกว่าที่จะรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยแต่เพียงประการเดียว

การแพร่เชื้อจากพ่อสู่แม่และลูก

มีการประเมินว่าหากไม่มีโครงการเข้าช่วยเหลือใดๆเลยเมื่อผู้หญิงได้รับเชื้อเอชไอวีจากผู้ชายแล้วตั้งครรภ์ แม่ที่ติดเชื้อจะให้นมลูกด้วยนมตนเองจำนวน 30 เปอร์เซ็นต์และจะแพร่เชื้อไปยังลูก ดังนั้นการให้นมแม่แก่ผู้หญิงที่ติดเชื้อใช้เลี้ยงลูกสามารถลดการแพร่เชื้อไปยังเด็กแรกเกิดได้จำนวนหนึ่งในสามของทารกทั้งหมด⁷⁷

การรณรงค์เรื่อง “จากแม่สู่ลูก” ที่ผู้เขียนเลือกที่จะเปลี่ยนชื่อเป็น “จากพ่อสู่แม่และลูก” นี้สร้างภาพคนผิดให้กับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในขณะที่ผู้หญิงเป็นผู้รับเชื้อจากผู้ชาย ทำให้ตนตั้งครรภ์แต่ผู้รับผิดชอบอยู่ที่ตัวผู้หญิงแต่ฝ่ายเดียว ปัญหาตามมามากสำหรับผู้หญิงที่ไม่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์เมื่อติดเชื้อแล้วอาจไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ครอบครัว แพทย์ โรงพยาบาล ฯลฯ แต่ในทางกลับกันผู้ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ก็ทำได้ลำบากเพราะไม่มีกฎหมายรองรับ หรือเมื่อคลอดแล้วถูกระงับการรณรงค์ให้ทารกกินนมแม่ก็อาจเป็นการบีบคั้นผู้หญิงที่ต้องการให้นมลูกอีกเหมือนกัน ทั้งๆที่การแพร่เชื้อไปสู่ลูกเกิดได้ไม่เกิน 30 เปอร์เซ็นต์ และหากทารกยังไม่ได้ติดเชื้อมาก่อนเลยก็ไม่มีทางจะตรวจได้ก่อนอายุ 6 เดือน ทำให้การตัดสินใจเพราะถูกแทรกแซงจากรัฐไม่ได้เกิดขึ้นจากตัวผู้หญิงเอง

⁷⁷ 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2002).

4.6 สถาบันวิจัย (และการพัฒนาวัคซีน)

การวิจัยที่อยู่นอกขอบเขตของคณะแพทย์เริ่มในช่วงประมาณ พ.ศ. 2530 ไปแล้ว งานวิจัยที่ถือว่าเป็นสหสาขาวิชาคือ bio molecular เกี่ยวกับการรักษาและโรคระบาดพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ทำโดยภาครัฐ สถาบันขององค์กรพัฒนาเอกชนและรายบุคคลที่เป็นภายในประเทศและจากต่างประเทศรวมทั้งสถาบันการแพทย์ของทหารไทยและสหรัฐอเมริกาด้วย มีงานประเมินผลกระทบจากโครงการเอดส์แห่งชาติเรื่องการพัฒนาและการใช้ระบบรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

เพิ่งมีการบรรจุการวิจัยเรื่องเอชไอวี/เอดส์ไว้ในแผนการป้องกันและควบคุมเอดส์แห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 งานวิจัยที่ทำมาแล้วเน้นหนักเรื่องทางการแพทย์และโดยเฉพาะการรักษาเท่าที่ผ่านมานั้นการจัดการในการรักษาเน้นการวิจัยผู้ขายมานานแล้วนานเกินไปและด้วยจากสภาพทางสรีระและเวชศาสตร์ของผู้ชายและผู้หญิงแตกต่างกันจึงต้องจัดโครงการวิจัยเฉพาะสำหรับอาการของผู้หญิง การพัฒนาของโรคและอาการป่วยที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีที่เน้นผู้หญิงโดยเฉพาะ

4.7 การเข้าถึงการให้คำปรึกษา การดูแลและบริการในการรักษา

การให้บริการด้านการปรึกษาอยู่ในแผนเอดส์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2533 มีคลินิกให้คำปรึกษาประมาณ 546 แห่งในจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ ในตอนแรกๆนั้นอคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโดยทั่วไปทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหาคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือได้และการให้คำปรึกษาก็ทำได้ไม่ดี ไม่มีเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ยังไม่ทราบการติดเชื้อของตนและผู้ที่ทราบถึงการติดเชื้อแล้ว

ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ในประเทศไทยเข้าไม่ถึงโครงการป้องกันที่ได้ผลการรักษาและดูแลการติดเชื้อโดยบังเอิญแม้ว่างบประมาณด้านเอดส์ไปใช้ในการรักษาและดูแลเสีย 63 เปอร์เซ็นต์⁷⁸ ตัวเลขผู้ป่วยเอดส์เป็นวัณโรคขึ้นสูงมากเช่นเดียวกับโรคปอดอักเสบ แม้ว่ามียาซึ่งรักษาได้และราคาต่ำด้วย ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน มีสมาชิกในครอบครัวดูแลและบางครั้งก็มีองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชนช่วยเหลือ

⁷⁸ 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2002).

ผู้ติดเชื้อเอดส์จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเรื่องป้องกัน ดูแลและหนุนช่วยในกิจกรรมต่างๆและมีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลปฏิรูปการดูแลและการให้บริการปรึกษาโดยปฎิรูประบบสุขภาพซึ่งให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลและนโยบายของรัฐบาลในการให้บริการสุขภาพทุกด้าน

ส่วนใหญ่แล้วเน้นปัญหาของผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงยาราคาของยาและการขาดแคลนยาซึ่งอาจเป็นเรื่องที่อยู่อาศัยที่ห่างไกล เรื่องทางสังคม วัฒนธรรมที่กล้าแสดงตัว เรื่องทางเศรษฐกิจที่ไม่มีเงินซื้อยาและเรื่องการบริหารของรัฐที่ไม่ได้จัดยาให้เพียงพอ แต่มักไม่ได้พิจารณาถึงเรื่องเพศภาวะซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเรื่องที่ถูกกล่าวมาข้างต้นทั้งหมด คือการเข้าไปไม่ถึงยาของผู้ชายว่ายากแล้ว แต่หากเป็นผู้ป่วยหญิงปัญหาการเข้าไม่ถึงนั้นมีมากกว่า เพราะไม่คล่องตัวในการเดินทางมีภาระทางบ้านต้องทำงานบ้านต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว ไม่มีโอกาสออกไปนอกบ้านตามลำพัง ฯลฯ ราคาของยาที่ไม่สามารถจ่ายได้นั้นสำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่แล้วจะอยู่ในฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าผู้ชายเพราะได้รับค่าจ้างเงินเดือนน้อยกว่าผู้ชายหากทำงานนอกบ้านด้วย⁷⁹

4.8 UNAIDS กลุ่มหน่วยงานสหประชาชาติที่ทำงานเรื่องเอดส์ในประเทศไทยและผู้ร่วมงานนอกประเทศ

UNAIDS ซึ่งเป็นองค์การร่วมขององค์กรในระบบของสหประชาชาติรวม 8 องค์กรคือ United Nations Children's Fund (UNICEF) UNDP (United Nations Development Programme) United Nations Population Fund (UNFPA) UNODC (United Nations International Drug Control Programme) ILO (International Labour Organization) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) World Health Organization (WHO) World Bank และ WFP (World Food Program) ที่เอทริพยากรมาลงร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่โครงการนี้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 นี่เองเป็นเวลาหลังจากพบโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกา 15 ปี UNAIDS มีภาระหน้าที่ในการรณรงค์ให้มีปฏิบัติการ

⁷⁹ UNAIDS, Women and AIDS. Available: http://www.unaids.org/wad2004/EPlupdate2004_html_en/Epi04_04_en.htm#P28_3962. 2004.

ทั่วโลกในการดูแลและหนุนช่วยในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ เพื่อลดความเปราะบางต่อโรคระบาดเอดส์ของปัจเจกบุคคลและชุมชนและเพื่อบรรเทาผลกระทบของโรคเอดส์⁸⁰

ในระดับประเทศถือว่า UNAIDS เป็นการรวมโครงการที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ทั้งหมดของ 8 หน่วยงานของสหประชาชาติโดย UNAIDS ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและทรัพยากรเพื่งตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2543 เป็นเวลา 16 ปี หลังจากพบเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยโดยมี UN Theme Group on HIV/AIDS และคณะทำงานด้านวิชาการเรื่องเอชไอวี/เอดส์เป็นหน่วยปฏิบัติงาน บทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรที่ประกอบกันเป็น Theme Group ของสหประชาชาติว่าด้วยเอดส์นี้มีปัจจัยเหมือนกัน ซึ่งสะท้อนถึงอาณัติของ UNAIDS ที่ทำงานในระดับโลก⁸¹ คือ

- รณรงค์เรื่องพันธกรณีทางการเมือง การมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงานและนโยบายที่เหมาะสม
- การระดมวิชาการและทรัพยากรทางการเงิน
- การเผยแพร่ การแลกเปลี่ยนและการแบ่งปันข้อมูล
- ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างองค์กรซึ่งร่วมให้ทุนผู้มีส่วนได้เสียระดับประเทศและหุ้นส่วนระดับระหว่างประเทศ

UN Theme Group on HIV/AIDS ในประเทศไทยมีหน้าที่ดังนี้

- ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการและระดมทุนให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชนที่ทำงานในระดับชุมชน
- ช่วยหาทางที่จะเพิ่มภาคเอกชนให้เข้าร่วมในการระดมทรัพยากรและดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์
- สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยและระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน
- ช่วยโครงการเอดส์แห่งชาติในการประเมินกิจกรรมรวมทั้งการบริหารโครงสร้างของโครงการ

⁸⁰ 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2002).

⁸¹ http://www.un.or.th/unaidsth/unaidsth_in_thailand.php

- ปฏิรูปการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความร่วมมือที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ภายในระบบสหประชาชาติและระหว่างระบบสหประชาชาติและผู้บริจาคให้กับโครงการเอดส์แห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

แผนปฏิบัติการร่วมของ UNAIDS พ.ศ. 2545-2549 ได้ออกแบบมาเพื่อช่วยให้การใช้แผนป้องกันและลดโรคเอดส์แห่งชาติมีการประสานงานภายในระบบสหประชาชาติอย่างมีประสิทธิภาพและผลงานร่วมกับรัฐบาล หุ้นส่วนในการพัฒนาประชาสังคมและภาคเอกชน รวมทั้งเพิ่มการรณรงค์เพื่อให้การทำงานในระดับชาติในเรื่องที่ทำทายนี้นี้ดีขึ้น และช่วยให้ประเทศไทยสามารถรักษาแนวโน้มที่ดีในการควบคุมการระบาดของเอชไอวี

คณะทำงานด้านวิชาการของสำนักงานว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย ประกอบด้วยกลุ่มสำคัญต่างๆของผู้ให้ทุน เป็นหน่วยงานวิชาการที่เตรียมข้อมูลและความเห็น รวมถึงวาระการประชุมให้กับ UN Theme Group ตั้งขึ้นมาเพื่อเสนอประเด็นสำคัญที่เป็นการตอบโต้ระดับประเทศ

ในบรรดางานที่ UN Theme Group ได้ดำเนินการมาทั้งหมดที่ดูจะมีมากมายนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 นั้นมีที่เกี่ยวกับเพศภาวะอยู่เพียงไม่กี่โครงการ เช่น การปลูกระดมชุมชนสื่อมวลชนให้สำรวจวัฒนธรรมด้านเพศของไทยจากมุมมองเพศภาวะเสียใหม่ และโครงการเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและการป้องกันเอดส์

โครงการพัฒนาของสหประชาชาติ (UNDP) มีการจำแนกโครงการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนจากข้อพิจารณานัยด้านสังคมและเศรษฐกิจของโรคระบาด การฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ/การพัฒนาและแม่บ้านเรื่องการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือนและการป้องกันเอชไอวี การฝึกอบรมผู้นำชุมชน พระภิกษุและครูเพื่อช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ฝึกอบรมครูให้มีความเชี่ยวชาญให้เรื่องการสื่อสารและการสอนเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในห้องเรียนมีการฝึกอบรมเภสัชกรแลพนักงานร้านขายยาถึงการให้ความรู้และการป้องกันเอดส์กับลูกค้า ให้การศึกษาเรื่องการป้องกันเอชไอวีกับคนงานและผู้บริหารในโรงงาน และคนในชนบท การจัดทัศนศึกษาเรื่องการตอบโต้เอชไอวี/เอดส์ของหลายๆภาคส่วนในประเทศไทย และการให้ความร่วมมือระหว่างประเทศกำลังพัฒนาและกรจัดประชุมต่างๆเพื่อสร้างความร่วมมือระดับไตรภาคีและการสร้างเครือข่ายกับรัฐบาลไทยกับประเทศอื่นๆในพื้นที่ภูมิภาคและหน่วยงานของ

สหประชาชาติมากมาย แต่มีกิจกรรมที่อาจเกี่ยวกับเพศภาวะน้อยมากหรือเพียงโครงการเดียวที่เป็นการเสริมสร้างอำนาจให้กับผู้หญิงในเรื่องการต่อรองในเรื่องเพศและสิทธิในเรื่องเพศ

UNICEF มีเพียงโครงการเดียวที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับผู้หญิงโดยเฉพาะคือ การให้การศึกษาแก่ผู้หญิงและเด็กสาวพม่าในเรื่องการค้ามนุษย์เพื่อการค้าประเวณี

UNESCO ไม่มีโครงการที่เกี่ยวกับเพศภาวะโดยตรง

UNFPA มีโครงการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศภาวะบ้างแต่ก็ยังเป็นส่วนน้อย เช่น โครงการฝึกอบรมผู้ชายให้มีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัว การให้ความสนับสนุนจังหวัดพะเยาและจังหวัดปัตตานีในการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่บูรณาการและมีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะมีการตั้งศูนย์ขึ้น 9 แห่ง เพื่อดำเนินโครงการให้ข้อมูลแก่เยาวชนเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และเอชไอวี/เอดส์ การผลิตเอกสารสัมมนาเกี่ยวกับวัฒนธรรมย่อยเรื่องเพศการวิจัยเรื่องการอพยพและพฤติกรรมในโครงการเพิ่มความรับรู้ประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่เพื่อสร้างเครือข่ายในการบริหารจัดการและส่งเสริมการดูแลผู้เป็นเหยื่อของเอชไอวี/เอดส์

ธนาคารโลก เท่าที่ทราบนั้นจนถึงปี พ.ศ. 2545 ยังไม่มีโครงการเอดส์ที่มีประเด็นเรื่องเพศภาวะโดยตรง

United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) ไม่มีโครงการเกี่ยวกับประเด็นเพศภาวะโดยตรง

World Health Organization มีโครงการเดียวที่ศึกษาพฤติกรรมและเจตคติทางเพศ

International Labour Organization ไม่มีโครงการที่เกี่ยวกับประเด็นเพศภาวะโดยตรง

นอกจากนั้นมีโครงการร่วมมือที่เป็นลักษณะของทวิภาคี คือโครงการสหรัฐอเมริกาเป็นเรื่องเอชไอวี/เอดส์โดยเฉพาะคือ The HIV/AIDS Collaboration ซึ่งเป็นโครงการร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและ The US Centers for Disease Control and Prevention และมีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก Japan International Cooperation Agency (JICA) ซึ่งไม่ปรากฏชื่อโครงการโดยเฉพาะ⁸²

⁸² 2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, (N.P.: n.p., 2002).

4.9 United Nations Development Fund for Women (UNIFEM)

เนื่องจากเป็นองค์กรที่มุ่งส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศและความก้าวหน้าของสถานภาพของผู้หญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกรุงปักกิ่งและพันธกิจของสหประชาชาติในโลก โดยการเสริมสร้างอำนาจให้ผู้หญิงในด้านการเมืองและเศรษฐกิจที่มีการเคารพในสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงอย่างครบถ้วน ในการทำงานกับรัฐบาลองค์พัฒนาเอกชนองค์กรอื่นๆและปัจเจกบุคคล⁸³ จึงมีวัตถุประสงค์โดยตรงที่จะรณรงค์เรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและยกระดับการรับรู้เรื่องมุมมองด้านเพศภาวะของโรคระบาดเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย แต่อีกเช่นกันงานของ UNIFEM ด้านเพศภาวะและเอดส์ในพื้นที่ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเพิ่งเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2544 โดยการจัดตั้งโครงการ “Enhancing Human Security through Gender Equality in the Context of HIV/AIDS.” และสำนักงานที่กรุงเทพฯรับโอนงานอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงมาเมื่อปลายปี พ.ศ. 2546

โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการ⁸⁴ คือ

- สร้างความเข้มแข็งด้านกฎหมายและนโยบายที่ส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ การเสริมอำนาจให้ผู้หญิงและการลดความอับยศอดสูหรือตราบาปจากการติดเชื้อ ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน
- เพิ่มการรับรู้ในเรื่องการสร้างความปลอดภัยจากมุมมองด้านสิทธิมนุษยชนในเรื่องความจำเป็นของความเสมอภาคระหว่างเพศเพื่อแสดงถึงการท้าทายของเอชไอวี/เอดส์
- เพื่อแสดงถึงแนวพินิจของชุมชนในการไปสู่ความเสมอภาคระหว่างเพศที่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและครบด้านโดยใช้กฎหมายและนโยบายที่มีอยู่ เพราะคิดว่าอาจลดอัตราการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ลดการสร้างตราบาปที่ทำให้อดสูและการเลือกปฏิบัติ และลดผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของโรคระบาด

กิจกรรมในปี พ.ศ. 2547 ที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่ยังดำเนินการอยู่⁸⁵ ประกอบด้วย

⁸³ http://www.unifem.org/index.php?f_page_pid=2

⁸⁴ <http://www.unifem-eseasis.org/projects/HIVgender/HIVhome.htm>

- การประชุมผู้นำในกลุ่มประเทศลุ่มแม่น้ำโขงเรื่องผู้หญิงและเอดส์ ในวันสตรีสากล 8 มีนาคม 2547 เพื่อเป็นเวทีให้รัฐบาลและผู้นำชุมชนที่อยู่ในเครือข่ายผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศกัมพูชา จีน ลาว ไทย และเวียดนาม ถกเรื่องมิติด้านเพศภาวะของเอชไอวี/เอดส์ในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง

ที่ประชุมที่ประกอบไปด้วยผู้นำหญิงและชายในประเทศลุ่มแม่น้ำโขงมีความเห็นว่าผู้หญิง (ในแถบลุ่มแม่น้ำโขง) มักตกอยู่ในภาวะการที่ขัดแย้งกันระหว่าง “พฤติกรรมไม่เสี่ยง” และ “เพราะบางสูง” โดยที่ผู้หญิงส่วนใหญ่มิเพศสัมพันธ์กับคู่คนเดียวและไม่ได้มีพฤติกรรมทางเพศที่ล่าช้าแต่ก็ตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพราะพฤติกรรมทางเพศของคู่ชายของตนได้มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมไม่เสี่ยงผู้หญิงจึงมักจะเข้าไม่ถึงบริการการป้องกันและข้อมูลเรื่องเอชไอวี จะควบคุมโรคระบาดเอชไอวีไม่ได้หากไม่ป้องกันกลุ่มผู้หญิงที่มีพฤติกรรมไม่เสี่ยงไม่ให้ติดเชื้อ

มีการถกกันถึงวิธีการต่างๆเป็นทางเลือกของยุทธศาสตร์ที่จะนำเสนอประเด็นผู้หญิงและเพศภาวะในการตอบโต้เอชไอวี/เอดส์ในพื้นที่ภูมิภาคประเทศและชุมชน มีการเน้นถึงบทบาทของผู้นำในกลุ่มการเมือง ธุรกิจ และชุมชนมีการรณรงค์การเพิ่มการรับรู้ในประเด็นผู้หญิงและเอดส์ซึ่งเป็นสิ่งที่เห็นพ้องกันว่าบรรดาผู้นำควรพูดถึงประเด็นผู้หญิงและเอดส์ ดำเนินการที่จำเป็นเพื่อทำให้ความห่วงใยของผู้หญิงในการตอบโต้เอชไอวีกลายเป็นกระแสหลักและพยายามที่จะหาความคิดใหม่ๆในการนำเสนอมิติด้านเพศภาวะของเอชไอวี/เอดส์

- การเปิดตัวกลุ่มพันธมิตรผู้หญิงและเอดส์ในประเทศลาวกรรมาธิการแห่งชาติว่าด้วยความก้าวหน้าของแม่หญิง (National Commission for the Advancement of Women - NCAW) และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการควบคุมเอดส์ (National Committee for the Control of AIDS-NCCA) ได้จัดกองประชุมเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2547 เพื่อเปิดตัวกลุ่มพันธมิตรผู้หญิงและเอดส์ในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงในเวียงจันทน์โดยการสนับสนุนของ UNIFEM และ UNAIDS

⁸⁵ http://www.unifem.org/global_spanner/index.php?f_loc=e_se_asia

การประชุมได้แถลงถึงเจตนารมณ์ของกลุ่มที่ได้เพิก่ก่อตั้งขึ้นเป็นกลุ่มแรกก็ว่าได้ที่มีการตั้งขึ้นหลังจากได้มีการจัดตั้งกลุ่มพันธมิตรผู้หญิงและเอดส์ระดับโลกเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2547 อันเป็นการแสดงถึงพันธกิจของรัฐบาลลาวในการนำเสนอประเด็นความเปราะบางของผู้หญิงและเด็กต่อเอชไอวี/เอดส์ที่ทวีขึ้นเป็นลำดับ

ได้มีการเรียกร้องจากรองนายกรัฐมนตรีและประธานคณะกรรมการว่าด้วยความก้าวหน้าของแม่หญิง (นายเลงสหวัด) ให้มีการดำเนินการในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงโดยทันที ซึ่งผู้อำนวยการองค์กร UNIFEM ได้แนะนำให้มีความมาตรการที่จำเป็นในการเสริมสร้างอำนาจให้กับผู้หญิงและเด็กเพื่อพวกเขาจะได้ป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การป้องกันไม่ให้ผู้หญิงได้รับการติดเชื้อเป็นกุญแจสำคัญในการยับยั้งการระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศลาว ที่ขณะนี้มียัตราการติดเชื้อของผู้ใหญ่น้อยกว่า 1 เปอร์เซ็นต์

ผู้เข้าร่วมประชุมได้กระตือรือร้นที่จะทราบข้อมูลเรื่องการพัฒนาวัคซีนป้องกันเอชไอวีและการรักษาด้วย Anti-Retroviral treatment (ART) มีผู้ติดเชื้อจากสามีที่เสียชีวิตไปแล้วขอเข้ารับบริการรักษา ART โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่ขณะนี้ยังไม่มีในเวียงจันทน์

ที่ประชุมได้สรุปโดยการเรียกร้องให้มีการตอบโต้เอชไอวี/เอดส์ในประเทศและชุมชนอย่างมีมุมมองด้านเพศภาวะเพื่อให้ลาวเป็นประเทศแรกในการหยุดยั้งการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ได้

องค์กรเอกชนระหว่างประเทศ

- **Medicins Sans Frontiers Belgium (MSF)** ซึ่งระบุว่าเริ่มให้ทุนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2526⁸⁶ (แต่ดูจะขัดแย้งกับรายงานที่ปรากฏว่าพบเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527) กิจกรรมของ MSF รวมถึงการทำงานกับองค์กรท้องถิ่นของไทยเพื่อปรับปรุงมาตรฐานการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะในเขตจังหวัดกาญจนบุรี และเพชรบุรี ในกรุงเทพฯ โครงการ Bangkok Plus ทำงานด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมเพื่อช่วยผู้มีรายได้น้อยและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ มีนางพยาบาลที่ไปช่วยงานในสถานพยาบาลและเยี่ยมผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในเขตชุมชนแออัด

⁸⁶ เรื่องเดียวกัน

มีโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัยในเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อจาก “แม่สู่ลูก” จัดการรณรงค์ระหว่างระดับประเทศเพื่อให้คนยากจนเข้าถึงยาที่จำเป็นเช่น ART ได้ ช่วยเหลือในการจัดหายาในพื้นที่ที่ใกล้กับค่ายผู้อพยพในแม่สอดและราชบุรี ที่เขตชายแดนไทย-พม่า

- **มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์** ให้ความช่วยเหลือสามด้านคือ ความมั่นคงทางอาหาร ความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการพัฒนาภูมิภาคคือทำงานเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในโครงการความเป็นธรรมด้านสุขภาพเช่น โครงการสุขภาพทางเพศและเพศภาวะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และโครงการแนวพินิจรอบด้านเรื่องเอดส์ในชุมชนเขตลุ่มแม่น้ำโขงโดยสนับสนุน AIDS Net ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยมหิดล Population and Development International มูลนิธิรักษ์ไทย และสภาประชาชาติไทย
- **Family Health International (FHI)** ช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์เป็นโครงการที่ได้รับงบประมาณบางส่วนจาก USAID เคยทำโครงการ AIDS TECH และ AIDS CAP ขณะนี้ทำงานด้านการนำเสนองานลักษณะด้านบวกเพื่อสู้กับอคติและตราประทับโดยให้ข้อมูลด้านการดูแลตนเองผ่านเครือข่ายและช่องทางของสื่อมวลชนและเสริมสร้างการสนทนาเชิงสร้างสรรค์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับชาติระดับจังหวัดและตำบล

มีกิจกรรมฝึกอบรมผู้ป่วยเอดส์ให้เพิ่มความเชี่ยวชาญในการทำงานเข้าใจเรื่องการป้องกันดูแลและรักษาสำหรับการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งเสริมการเข้าถึงการรักษา พัฒนาความเชี่ยวชาญในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับครอบครัวและประชาชน ในชุมชนได้ ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อในจังหวัดและภาคต่างๆ วางแผนและร่วมทำงานกับกลุ่มหลักๆของผู้ติดเชื้อเพื่อให้ข้อมูลกับสมาชิกของกลุ่มพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถใช้ร่วมกันทั่วประเทศส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาและเจตคติด้านบวกต่อผู้ติดเชื้อผ่านเครือข่ายและการเผยแพร่โปสเตอร์และรายการวิทยุ

- **Save the Children (UK)** มีโครงการช่วยเหลือเด็กที่เกี่ยวกับยาเสพติดและเอชไอวีในศูนย์กักกันต่างๆ ดำเนินงานในเขตชายแดนจีน พม่าและไทย ซึ่งเป็นโครงการป้องกันให้กับเยาวชนเพื่อให้ห่างไกลจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในลักษณะของกิจกรรมทางเลือกเช่น สอนศิลปะ การเลี้ยงสัตว์ และให้การศึกษาในหัวข้อต่างๆ รวมทั้งเรื่องเอชไอวี/เอดส์

- **Programme for Appropriate Technology in Health (PATH)** เป็นโครงการที่มุ่งปฏิรูปสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพของผู้หญิงและเด็ก ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ สนับสนุนงบประมาณให้องค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานรัฐตลอดจนติดตามดูการปฏิบัติตามนโยบาย

กิจกรรมเช่น โครงการ Bangkok Positive และ Bangkok Understands AIDS ซึ่งทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน PATH ทำโครงการที่สำรวจว่าเพศภาวะอาจมีผลต่อการป้องกันหรือลดผลกระทบของเอดส์ได้อย่างไรบ้าง ร่วมงานกับ UNIFEM ทำโครงการเวทีว่าด้วยเพศที่มีนักเขียน เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรพัฒนาเอกชนมาร่วมด้วยมีโครงการซึ่งได้รับเงินจาก USAID ให้การศึกษาและฝึกอบรมชาวประมงอพยพจากพม่าที่จังหวัดระยองและชาวประมงไทยที่ไปทำงานในอินโดนีเซียที่มหาชัย สมุทรสาคร และโครงการที่ทำกับเยาวชนในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์และทักษะในชีวิต

4.10 หน่วยงานในประเทศ

- **สภาอากาศ** มีศูนย์วิจัยที่สร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2532 ให้การดูแลและช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อและครอบครัวร่วมกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีบทบาทสำคัญในการต่อสู้ด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อโดยให้การศึกษแก่สาธารณะและมีส่วนในการวางนโยบายและแผนชาติในเรื่องเอดส์เช่น การสร้างทักษะให้กลุ่มเพื่อนและการให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเช่น ผู้อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เด็กเร่ร่อน ชาวเขา ผู้ค้าบริการทางเพศและคนงานเป็นต้น ให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ในเรื่องยา ที่ออกมาใหม่ๆทำงานด้านการให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อ
- **องค์กรแคร์และมูลนิธิรักไทย** เป็นโครงการร่วมมือที่ทำงานกับชุมชนด้อยโอกาส สร้างกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมของการศึกษาที่จะช่วยให้การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนปลอดภัยจากเอดส์ โครงการ “อยู่กับเอดส์” และการฝึกอาชีพในจังหวัดอุดรธานี ให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่ผู้อพยพจากพม่า โครงการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มชาวประมงในจังหวัดสมุทรปราการ ทำการประเมินอุปกรณ์การศึกษาและการพัฒนาหลักสูตรในเขตชายแดนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนและผู้ย้ายถิ่น

- **สมาคมอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Reproductive Health for Quality of Life Development Association of Thailand-HAT)** แต่เดิมคือสมาคมวางแผนครอบครัว ให้การศึกษาและสนับสนุนเครือข่ายคนข้ามรัศมีเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวีในจังหวัดภาคตะวันออกและมีโครงการฝึกอบรมคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมให้เข้าใจเรื่องเอดส์และผลกระทบ
- **สมาคมประชากรและการพัฒนาชุมชน (Population and Community Development Association-PDA)** ทำงานในหลายกลุ่มของสังคมได้จัดตั้ง AIDS Prevention and Information Bureau และรณรงค์อย่างหนักในการให้การศึกษาด้านการป้องกันมีงานในเขตชายแดนพม่าแถบจังหวัดกาญจนบุรี งานดูแลผู้สูงอายุ โครงการให้นักศึกษาเรื่องสิทธิของผู้หญิงและเด็กในจังหวัดลำพูน
- **AIDS Net Development Foundation (AIDSNET)** ตั้งขึ้นเริ่มแรกเป็น Thai-Australian Aid Prevention and Care ในปี พ.ศ. 2536 แล้วเป็นองค์กรระดับประเทศในปี พ.ศ. 2539 เพื่อสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านการป้องกันและดูแลสำนักงานใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่มีพื้นที่ทำงานอยู่ใน 6 จังหวัดภาคเหนือและสำนักงานที่จังหวัดขอนแก่น ทำงานใน 19 จังหวัดภาคอีสาน

ให้ทุนสนับสนุนองค์กรขนาดเล็กที่ทำงานเรื่องเอดส์ในชุมชน ช่วยในการเพิ่มศักยภาพขององค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ องค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสานงานและพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรเครือข่ายที่ทำงานด้านเอดส์ในระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ

- **กลุ่มธุรกิจด้านเอดส์ (Thailand Business Coalition on AIDS)** ส่งเสริมนโยบายในการทำงานที่ไม่เลือกปฏิบัติและให้การศึกษาแก่ภาคธุรกิจหนุนช่วยด้านการเงินและบุคคลในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์กิจกรรมที่ทำเช่น พัฒนาเครือข่ายเอดส์กับธุรกิจในประเทศและในพื้นที่ภูมิภาค ให้การศึกษาแก่พนักงานบริษัทที่ฝึกอบรมวิทยากร ให้การศึกษาในกลุ่มเพื่อนและฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษา ตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์และส่งเสริมให้ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมในกองทุน

- **มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (ACCESS AIDS)** ได้ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ.2534 โดยฐานะ “โครงการเข้าถึงเอดส์” เป็นโครงการหนึ่งที่มีมุมมองในการตอบโต้โรคเอดส์ว่า โรคเอดส์ คือปัญหาสังคมที่เป็นผลพวงมาจากความไม่เท่าเทียมระหว่างหญิงชาย ซึ่งไม่ได้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างเดียว

เป็นโครงการที่ชัดเจนในมุมมองเรื่องเพศภาวะในประเด็นตอบโต้ภัยเอดส์ ซึ่งในกิจกรรมก็จะเน้นการทำงานในเรื่องบริการให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องสุขภาพ การลงติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจให้กับชุมชนในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ รวมไปถึงการจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ เพื่อสร้างทักษะและทัศนคติที่ดีในการดำเนินงานเอดส์ได้อย่างมีทิศทาง และสอดคล้องกับสภาพปัญหา นอกจากนี้โครงการดังกล่าวยังมีการผลักดันในเชิงนโยบายด้านสังคมที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น ผลักดันให้เกิดระบบบริการรักษาเอดส์ (ระบบการเข้าถึงยาต้านไวรัส ระบบการให้ยาป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส ฯลฯ) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของรัฐในทุกระดับ และผลักดันให้พรรคการเมืองมีนโยบายและทิศทางการแก้ไขปัญหาเอดส์ และนอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมระดมทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของมูลนิธิในการแก้ไขปัญหาเอดส์ในรูปแบบต่างๆ

5. ครุ่นคิด

ความรู้ที่ไม่ทัดเทียมเท่ากัน

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา ทำให้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอยู่ในการควบคุมของนักวิทยาศาสตร์ตะวันตกซึ่งมีมีโนทัศน์กระแสหลักและกระแสชายเป็นใหญ่ และจากการที่รัฐเล็กที่สืบทอดผลิตซ้ำโครงสร้างชายเป็นใหญ่ขานรับกระแสเศรษฐกิจโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้บรรษัทข้ามชาติสามารถควบคุมยาและวัคซีนในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและมีผู้หญิงเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์เป็นสองเท่าเพราะเพศภาวะที่ด้อยอำนาจ

ประเทศด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนาไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่สามารถกุมประเด็นที่ยิ่งใหญ่เกินกำลังทางเศรษฐกิจและศักยภาพในการเข้าถึงองค์ความรู้และใช้ข้อมูลได้ ต้องอาศัยองค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) หรือ UNAIDS ซึ่งในขณะเดียวกันก็อาจอยู่ภายใต้อิทธิพลและการชี้นำของประเทศหรือบรรษัทข้ามชาติผู้ผลิตและค้าขายรายใหญ่ได้เหมือนกัน

นักวิทยาศาสตร์ที่อยู่นอกกระแสหลักทั้งในตะวันตกและนอกตะวันตกพบอุปสรรคในการถ่ายทอดข้อมูลและงานวิจัยให้แพร่หลายในวงกว้าง การป้องกันและรักษาเอดส์ในวิถีธรรมชาติหรือกระแสทางเลือกไม่มีช่องทางและพื้นที่ในสื่อใหญ่ๆของโลก

ความหวังใ

- สิ่งที่เราเรียกว่าเป็น “ความสำเร็จในการแก้ปัญหาเอดส์” ซึ่งพิจารณาตัวเลขของผู้ติดเชื้อเพิ่มว่าลดลงจากในปี พ.ศ. 2534 ที่มีถึงประมาณ 143,000คน เป็นมีเพียงประมาณ 19,000 คนในปี พ.ศ. 2546⁸⁷ เห็นได้คร่าวๆว่าลดลงจากเกือบหนึ่งแสนห้าหมื่นคนเป็นประมาณไม่ถึงสองหมื่นคน ดูจะเป็นตัวเลขที่น่าประทับใจและทำให้สร้างชื่อเสียงแก่ประเทศไทยว่าเป็นกรณีตัวอย่างของความสำเร็จในการจัดการปัญหาโรคเอดส์

⁸⁷ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย. กรุงเทพมหานคร 2547.

แต่น่าจะคิดในอีกด้านหนึ่งว่าตัวเลขนี้ที่ยังมีคนติดเชื้ออยู่เป็นเรือนหมื่นต่อปี**และทั้งหมดนับแต่ปรากฏโรคเอดส์ในประเทศไทยขณะนี้ผู้ป่วยนับล้านคนแล้ว**นั้นไม่ใช่เรื่องที่น่ายินดีเลย และที่จริงก็น่าเป็นห่วงอยู่อย่างมาก เพราะการคิดว่าประสบความสำเร็จแล้วอาจทำให้มีการหย่อนยานในการติดตามหาทางแก้ไขวิธีหรือพิจารณาแนวพินิจใหม่ๆ เพื่อไปสู่การขจัดปัญหาอย่างสิ้นเชิง

- การที่ปรากฏว่าอัตราผู้หญิงติดเชื้อที่ตั้งครรภ์ในภาคใต้มีแนวโน้มสูงขึ้นในขณะที่ภาคอื่นๆมีแนวโน้มของอัตราความทุกข์ของผู้หญิงมีครรภ์ติดเชื้อลดลงในปีหลังๆนี้⁸⁸ น่าจะเป็นตัวอย่างของการไม่ได้คำนึงถึงบริบทและปัจจัยของปัญหาของพื้นที่เฉพาะ แต่เป็นการวางแผนหวานทั่วไปซึ่งทำให้ปัญหาเฉพาะในพื้นที่บางแห่งถูกละเลย และจะรู้ตัวก็เมื่อถูกโจมตีไปแล้ว

- ผู้หญิงในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อเป็นผู้ที่แต่งงานแล้วและมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเพียงคนเดียว

- มาตรการการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมโรคเอดส์ของรัฐที่มีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะมีการดำเนินการซ้ำมาก ไม่ทั่วถึง ไม่มีประสิทธิภาพ

- จากฐานคติของการมีอคติทางเพศ ชนชั้นชาติพันธุ์ อายุ จึงมีการเน้นความสนใจไปที่กลุ่มคนชายขอบคือ ผู้หญิง คนจน แรงงานอพยพ ชาวเขา และวัยรุ่น เกิดการมองข้ามกลุ่มที่เป็นภัยต่อสังคมกลุ่มใหญ่คือ ผู้ชายชนชั้นกลางและชั้นสูงที่อาจแพร่เชื้อโรคเอดส์ได้ในขอบเขตที่กว้างได้

- การทำรายงานและการวิจัยไม่สะท้อนข้อมูลอย่างเป็นจริงและทั่วถึง และไม่ละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ ทำให้ภาพความเสียหาย ความทุกข์ทรมานของผู้หญิงไม่ปรากฏแจ่มชัด⁸⁹

⁸⁸ เพิ่งอ้าง

⁸⁹ ดูการคำนวณรายได้จากตารางที่ 7.6 สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งที่ท้าทาย, อ้างแล้ว, หน้า 65 ปรากฏตัวเลขรายได้ที่ผู้หญิงนำมาสุ่ครอบครัวและต้องสูญเสียไปเพราะป่วยเป็นโรคเอดส์ดูต่ำมาก ซึ่งอาจไม่ได้คิดคำนวณรวมส่วนที่เป็นงานบ้านที่ผู้หญิงทำแล้วเป็นการลดรายจ่ายแล้วเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว

- วาทกรรมสตรีนิยมว่าด้วยสุขภาพผู้หญิงยังมีน้อยมากในขณะที่ยังคงมีความรู้เรื่องผู้หญิงกับโรคเอดส์หรือเพศภาวะและเอดส์แทบจะค้นหาไม่ได้⁹⁰

คำถาม

1. ความหมายของ “การตรวจเชื้อเอดส์” คงไม่ได้หมายความว่า เป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเท่านั้นใช่ไหม

2. จะมีคำตอบอย่างไรกับ

2.1 เอดส์เป็นผลมาจากการทดลองวัคซีนกำจัดฝิ่น (ใช้ทรพิษ) ในทวีปแอฟริกาและวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีที่ทดลองกับผู้ชายเกย์ในกรุงนิวยอร์ก ลอสแอนเจลิสและซาน ฟรานซิสโก ในกลางทศวรรษ ค.ศ. 1970 หรือกลางทศวรรษของ พ.ศ. 2513

ซึ่งบางกระแสก็บอกว่าการสร้างไวรัสเอดส์ขึ้นมาเพื่อเป็นมาตรการควบคุมประชากรที่เจาะจงกลุ่มคนบางเชื้อชาติ ที่สนับสนุนโดยสำนักงานข่าวกลางของสหรัฐอเมริกา – ซีไอเอ (Central Intelligence Agency) ในสมัยที่นายจอร์จ บุช เป็นผู้อำนวยการและปรากฏรายงานของบันทึกความมั่นคงแห่งชาติ 200 ซึ่งเขียนโดยนายเฮนรี คิสซิงเจอร์ ในสมัยประธานาธิบดีเจอรัลด์ ฟอर्ड ที่แนะนำว่าการรักษาผลประโยชน์ทางการเมืองและการค้าของสหรัฐอเมริกานั้น “จำเป็นที่ประธานาธิบดีและรัฐมนตรีกระทรวงต่างประเทศต้องถือว่าการควบคุมประชากรในโลกที่สามเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ...”⁹¹

การตั้งเป้าหมายของแผนการพัฒนาแห่งสหประชาชาติของประเทศไทย 2547 ที่จะขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศเรื่องการเพิ่มสัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา องค์การบริหารส่วนตำบลและตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลางเป็นสองเท่าในช่วงปี 2545-2549 ไม่มีกฎหมายรองรับให้มีการดำเนินการตามแผน

⁹⁰ หนังสือ “รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ” โดย พิมพัลย์ บุญมงคล นิภรณ์ สันทศกรียาและคันสนีย์ เรืองสอน บรรณาธิการ สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส 2542 ยังคงเป็นเอกสารที่สร้างองค์ความรู้ใหม่ของผู้หญิงที่ดูจะเป็นหนังสือเล่มเดียว

⁹¹ The New Dawn vol.1.No.1, may, 1991.

2.2 การใช้ AZT ที่น่าจะเป็นพิษและทำให้คนไข้ป่วยยิ่งขึ้นไปอีก และทำให้เสียชีวิต การมีผลข้างเคียง การให้ใช้กับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์

ควรต้องไตร่ตรองอย่างระมัดระวังอย่างไรหรือไม่ในการให้ยา AZT แก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ แทนที่จะทำโดยหลับหูหลับตาเพราะมีผลข้างเคียงมากมาย และปรากฏว่ายาด้านเอชไอวี (เช่นของบริษัท Glaxo Wellcome) อาจส่งผลทำให้ทารกเป็นเอดส์มากกว่าที่จะป้องกันเอดส์ มีหลักฐานของงานศึกษาชิ้นหนึ่งทำในเด็กทารกจำนวน 400 คนที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในไม่อาบี - เดค สหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อและถูกให้ใช้ยา AZT ได้รับเชื้อเอดส์อย่างเต็มที่ และลูกกลามรวดเร็วมากกว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่ไม่ได้รักษาด้วย AZT ถึงสามเท่า⁹²

นักวิทยาศาสตร์จำนวนมากที่คิดว่าสมมุติฐานเรื่องเอชไอวี/เอดส์เป็นความผิดพลาดอย่างสิ้นเชิงและตั้งคำถามกับความหมายของการตรวจเอดส์ วิพากษ์วิจารณ์การใช้ AZT ที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นพิษและทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเป็นเหตุให้ถึงแก่ชีวิตในที่สุด และได้แย้งกับทฤษฎีที่ว่าเอชไอวีเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ หากแต่เป็นไวรัสหลายตัวรวมกัน เอชไอวีเป็นเชื้อโรคที่ไม่มีภัยสำหรับเอดส์แต่ยาและเชื้อโรคอื่นๆต่างหากที่เป็นสาเหตุของเอดส์⁹³ และเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกเองก็ได้ยอมรับว่าน่าเชื่อในทฤษฎีเรื่องการฉีดวัคซีนไข้ทรพิษในอาฟริกาเป็นสาเหตุของการระบาดของเชื้อเอดส์และเช่นการที่ดร. Robert Gallo แห่ง National Institutes of Health สหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นผู้ค้นพบโรคเอดส์และยืนยันว่าเอชไอวีเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ร่วมกับ Dr. Montagnier ได้กล่าวว่า "ความเชื่อมโยงระหว่างโครงการขององค์การอนามัยโลกกับโรคระบาดเอดส์เป็นเรื่องน่าสนใจและเป็นสมมุติฐานที่สำคัญ"⁹⁴

ตัวเลขที่ว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1 ล้าน 5 แสนคนในสหรัฐอเมริกาแต่มีผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์เพียง 8 หมื่นคนในเวลา 8 ปีซึ่งต่ำกว่า 6 เปอร์เซ็นต์ ทำให้ความเห็นเรื่องเอชไอวีไม่ใช่เชื้อโรคร้ายสำหรับเอดส์มีน้ำหนักยิ่งขึ้น⁹⁵ นักวิทยาศาสตร์กลุ่มนี้ประกอบด้วย อาทิเช่น Kary Mullis ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาเคมีในปี พ.ศ. 2536 จากการประดิษฐ์ปฏิกิริยาลูกโซ่ของการรวมอณูที่ใช้

⁹² [Eyelreland Online News](http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids_part2.htm) ใน http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids_part2.htm

⁹³ ความเห็นของ Dr. Peter H. Duesberg ใน <http://www.virusmyth.net/aids/data/alinterviewrg2.htm>

⁹⁴ [The Origin of AIDS: Man-Made Holocaust?](http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids_origin.htm) ใน http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids_origin.htm

⁹⁵ เพิ่งอ้าง

ในการทดสอบเอชไอวี⁹⁶ รวมทั้งมีผู้เชื่อว่า AZT ทำให้เกิดพิษโดยการทำลายไขในกระดูกและระบบการผลิตเซลล์เลือด⁹⁷ คือ Dr. Peter H. Duesberg แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย วิทยาเขตเบอร์keley ซึ่งคิดว่าความรู้เรื่องการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในตัวคนยังมีน้อยมาก

Wangari Maathai ศาสตราจารย์หญิงชาวเคนยาซึ่งได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพปี พ.ศ. 2547 จากคุณูปการของเธอด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน ประชาธิปไตยและสันติภาพ ย้ำว่าเอดส์เกิดจากการสร้างเชื้อโรคที่มีเจตนาใช้เป็นอาวุธที่มีอำนาจทำลายล้างที่ร้ายแรง (Weapons of Mass Destruction) ใช้ในวัตถุประสงค์ของสงครามชีวภาพ⁹⁸ แม้ว่าเธอไม่ได้กล่าวอย่างชัดเจนว่าเอดส์เกิดจากอะไรแต่ความเสียหายร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับชีวิตคนอาฟริกาคือ โรคที่คนอาฟริกานถือว่าเป็นความปวยไข้ธรรมดาถูกให้ความหมายใหม่ว่าเป็นเอดส์และรักษาด้วยยาที่เป็นพิษสูงมาก (retrovirals) ซึ่งมีผลเหมือนกับเมื่อคนถูกทำร้ายด้วยอาวุธทำลายล้างที่ร้ายแรง (weapons of mass destruction)

ไม่มีสื่อของโลกตะวันตกถ่ายทอดความเห็นของ วาการ์รี มาอาไธในเรื่องเอดส์ยกเว้นสื่อของออสเตรเลีย ข้อมูลเมื่อเร็วๆ นี้ชี้ให้เห็นว่าเอดส์ยาอาจรักษาได้ด้วยธรรมชาติและสารอาหารอื่นๆ วาฟาย ฟอซี (Wafaie Fawzi) อาจารย์คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดเสนองานวิจัยว่าวิตามินทำให้เอดส์ขยายตัวช้าลง ฮาโรลด์ ฟอสเตอร์ นักวิทยาศาสตร์ชาวแคนาดา เขียนในหนังสือชื่อ "เอดส์เกิดจากอะไรแน่" ว่า "ไม่มีอะไรน่าประหลาดใจเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่พัฒนาไปเป็นโรคเอดส์ เพราะเขากินอาหารที่ถูกต้อง เอดส์คือโรคของการขาดสารอาหารที่เกิดจากไวรัส หากเรากินอาหารมากกว่า 4 หมู่ตามปกติที่ถูกเอดส์กำจัดไป คือ selenium, cysteine, tryptophan and glutamine เราจะไม่พัฒนาความบกพร่องต่างๆ และดังนั้นก็จะเป็นเอดส์ในทางกลับกัน หากเราเป็นเอดส์แต่กินอาหาร 4 หมู่ด้วยปริมาณที่เหมาะสม อาการทั้งหลายก็จะหายไปและกลับไปทำงานได้ภายใน 1 เดือน"

⁹⁶ James DeMeo, Ph.D., Director of Orgone Biophysical Research Lab, and Peter H. Duesberg, Ph.D., a professor of molecular and cell biology at the University of California, Berkeley อ้างใน AIDS/HIV/AZT Controversy. <http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids.htm>

⁹⁷ Peter H. Duesberg, Ph.D. เป็นศาสตราจารย์ด้านชีววิทยาของโมเลกุลและเซลล์ที่ University of California วิทยาเขต Berkeley. อ้างใน <http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids.htm> และ <http://www.virusmyth.net/aids/data/alinterviewrg2.htm>
1. <http://www.newmediaexplorer.org/sepp/2004/10/12/>

2.3 ต้องมีคำตอบสำหรับการพบเชื้อไอวีในผู้ป่วยเอดส์ 90 % ทำให้เกิดทฤษฎีว่าเชื้อไอวีเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ แต่ไม่มีนักวิทยาศาสตร์คนใดอธิบายว่าไวรัสเชื้อไอวีทำให้เกิดโรคเอดส์ได้อย่างไร ในขณะที่อธิบายในกรณีอื่นๆที่ไม่ใช่เชื้อไอวีได้ และดังนั้นมีผู้เชื่อว่าไวรัสเชื้อไอวีไม่ใช่ตัวสาเหตุที่ทำให้เกิดเอดส์เพราะมีคนจำนวนหลายพันคนที่ติดเชื้อไอวีแต่ไม่ปรากฏอาการโรคเอดส์ หากมันเป็นสมมุติฐานของโรคทำไมจึงไม่ปรากฏโรคแบบเดียวกันในผู้ป่วยทุกคน

นำติดตาม เช่น

เกี่ยวกับผู้หญิง(และผู้ชาย)

- ความเปราะบางในทางการเมืองและสังคมของผู้หญิงและผู้ชายจากผลกระทบของโรคเอดส์
- ประสบการณ์และวิธีการตอบโต้ของการถูกรับผิดชอบ/ทำให้อดสูของผู้หญิงที่ติดเชื้อและป่วยเป็นโรคเอดส์กลุ่มต่างๆในแต่ละขั้นตอนของสถานการณ์ในครอบครัว ที่ทำงานและ ชุมชน
- การสร้างศักยภาพและเสริมอำนาจให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์
- ผลกระทบจากความไม่เสมอภาคทางเพศและสถานะแวดล้อมที่ผู้หญิงที่ติดเชื้อในกลุ่มชนชั้นต่างๆ
- การมีส่วนร่วมของผู้หญิงในระดับตัดสินใจของงานด้านเอดส์ ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาด รักษาพยาบาล การออกกฎหมาย
- ความหมายของเพศภาวะในกระบวนการทัศน์ของผู้หญิงที่ป่วยเอดส์และผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์กลุ่มต่างๆ
- เส้นทางการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของผู้หญิงและผู้ชายที่ติดเชื้อ
- วิธีการเข้าถึงข้อสนเทศ การตระหนักในสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และยุทธวิธีป้องกันสิทธิของผู้หญิง
- ปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้หญิงป้องกันและรับมือกับโรคเอดส์
- การเข้าถึงการรักษาและปัจจัยแวดล้อมในการดูแลตนเองของผู้หญิงที่ติดเชื้อ
- การยุติการตั้งครมที่มิพึงประสงค์เพราะโรคเอดส์ในผู้หญิงกลุ่มต่างๆของกลุ่มต่างๆ
- ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มผู้หญิงชายขอบ เช่น วัยรุ่น ชชาติพันธุ์ แรงงานย้ายถิ่น ผู้ลี้ภัย ผู้พลัดถิ่น ผู้ประกอบการค้าทางเพศในประเทศไทย และผู้หญิงในประเทศลุ่มแม่น้ำโขง
- ความแตกต่างในด้านเพศมุงสมาน(sexual orientation)และผลกระทบทางอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้หญิงที่ติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์

- สภาวะอำนาจของผู้ใช้ถุงยางอนามัยและบริบทในการใช้ถุงยางอนามัย
- บทบาทของเพศภาวะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจตามเพศภาวะที่มีอิทธิพลต่อเส้นทางการแพร่ระบาดของเอดส์
- บริบทของเพศภาวะในวิถีแห่งเอดส์ ปัจจัยของ ความเปราะบาง และสิทธิที่ถูกปฏิเสธของผู้หญิงและผู้ชาย
- ยุทธศาสตร์ในการอยู่รอดของแรงงานย้ายถิ่นหญิงก่อนและหลังการติดเชื้อ

เกี่ยวกับครอบครัว ชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อและองค์กรพัฒนาเอกชน

- ระบบคิด การมอง รับรู้และการอยู่ร่วมเอดส์ของครอบครัว และชุมชน
- กรณีศึกษาของความสำเร็จในการจัดตั้งกลุ่มต่างๆที่มีกิจกรรมอันละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ
- ความคิดริเริ่มในการสร้างกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแนวคิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
- บริบทของเพศภาวะในวิถีแห่งเอดส์ ปัจจัยของ ความเปราะบาง และสิทธิที่ถูกปฏิเสธของผู้หญิงและผู้ชาย
- การแทรกแซงขององค์กรพัฒนาเอกชนในการเสริมสร้างอำนาจและศักยภาพของผู้หญิงที่ติดเชื้อ
- วิธีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ บทบาท มโนทัศน์ของสมาชิกหญิงชายต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจด้านเพศสัมพันธ์

เกี่ยวกับรัฐและเรื่องข้ามรัฐ

- การเมืองเรื่องเพศภาวะและผู้หญิงผู้ป่วยเอดส์: มุมมองจากประเทศไทยและประเทศลุ่มน้ำโขง
- ยุทธศาสตร์เพศภาวะข้ามแดนในการตอบโต้โรคเอดส์: เอเชีย ออฟริกาและปาซิฟิก
- วิธีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของชุมชนและครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์
- ความเข้าใจและนัยเรื่องเพศภาวะของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านเอดส์ในองค์กร สถาบันของรัฐและเอกชนอยู่ในระดับใด
- ความรับรู้ของหน่วยงานและบุคลากรระดับตัดสินใจเกี่ยวกับพันธกรณีของรัฐในเอกสารข้อตกลงระหว่างประเทศ อนุสัญญาต่างๆเกี่ยวกับสิทธิของผู้หญิงและผู้ติดเชื้อหญิง

- การดำเนินการเรื่องเพศภาวะบูรณาการในหน่วยงานรัฐและรูปแบบของการจัดขึ้นในระดับบุคคล และหน่วยงาน
- การดำเนินการตามแผนเอดส์แห่งชาติ อุปสรรคและเจตนาารมณ์ทางการเมือง
- ความคิดริเริ่มของหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในการสร้างกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแนวคิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ฯลฯ

เพื่อร่วมสร้างวาทกรรมขององค์ความรู้เผยแพร่ผลักดันวิชาการให้เป็นฐานคติของสิทธิ
เสมอภาค สร้างสรรค์ การพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์หญิงชาย

ภาคผนวก

ภาคผนวก

จากหนังสือ “ทำเนียบองค์กรเอกชนด้านเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544”^{*} นั้นมีองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์ทั้งหมด 161 องค์กรทั่วประเทศ (รวม 6 ภาคคือกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออกและภาคใต้)

ในที่นี้ได้ทำการค้นหาองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศภาวะ (Gender) และมิติทางเพศ (Sexuality) ซึ่งปรากฏอยู่ในทำเนียบองค์กรเอกชนด้านเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 ในสองภาค คือ **ภาคกลางและภาคเหนือ** ซึ่งภายในสองภาคนี้มีองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์ทั้งหมด 72 องค์กรคิดเป็นร้อยละ 44.72 % (ภาคกลาง มี 17 องค์กร และภาคเหนือ มี 55 องค์กร) และส่วนมากทำในประเด็นที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการแพทย์และการให้ความรู้ในทางพฤติกรรม และการป้องกันการติดเชื้อ

จาก 72 องค์กรของสองภาคดังกล่าว มีเพียง 8 องค์กรเท่านั้นที่มีกิจกรรมที่ทำในประเด็นเรื่องเพศภาวะและมิติทางเพศ (Sexuality) กร ดังนั้นคิดเป็นร้อยละ 11.11 % (ภาคกลาง มี 3 องค์กร และภาคเหนือ มี 5องค์กร) และใน 8 องค์กรนี้ก็มักมีกิจกรรมที่ไม่ต่างไปจากกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ

แต่ที่แยก 8 องค์กรดังกล่าวออกมาในประเด็นเรื่อง เพศภาวะและSexuality นี้ก็เพราะว่ากลุ่มเป้าหมายขององค์กรที่ทำอยู่นั้น **เป็นกลุ่มผู้หญิงโดยตรง**

^{*} สมอาจ วงษ์มทอง และ Takashi Wagatsuma. ทำเนียบองค์กรเอกชนด้านเอดส์ในประเทศไทย ปี 2544, (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2544), หน้า 105-252.

ทำเนียบองค์กรเอกชนด้านเอดส์ในภาคกลางและภาคเหนือ ปี พ.ศ.2544

หมายเหตุ: เลขลำดับที่มีเครื่องหมาย (*) หมายถึงกลุ่มองค์กรทำงานด้านเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับ
ประเด็นเรื่องเพศภาวะ (Gender) และวิถีทางเพศ (Sexuality)

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
ภาคกลาง					
1	กลุ่มปัญญา วิวัฒน์				
2*	กลุ่มพันธกิจเพื่อ สังคม(พพส.)	• รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเด็กเร่ร่อน • จัดการศึกษาและฝึกอบรมเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ • ประสานงานกับครอบครัวเด็กที่ติดเชื้อเอดส์	• (หลัก)เด็กและเยาวชนหญิงที่หนีออกมาจากบ้านซึ่งอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง • (รอง)เด็กและเยาวชนชายและผู้ปกครองเด็ก	• กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข	• 1526/13-14 ถ.เทพารักษ์ ต.สำโรงเหนือ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 • โทรศัพท์ (02)758-3182, 758-4783 • โทรสาร (02)758-2989 • E-mail: csd.org@hotmail.com
3	การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย				

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
	ไทย(กฟผ) เชื้อนครินทร์				
4	โครงการธรรมรักษานิเวศน์ มูลนิธิธรรมรักษ์ วัดพระบาทน้ำพุ				
5	ชมรมแสงเทียน เพื่อชีวิต				
6	พุทธรักษา(วัด หนองสามพราณ)				
7	มูลนิธิคณะชา เลเขียนแห่ง ประเทศไทย/ บ้านกลาร่า สวน สันติธรรม				
8	มูลนิธิป้องกันโรค เอดส์				
9	มูลนิธิพัฒนา สุขภาพสังคม				
10	“ร่วมญาติ”				
11	วัดเชิงหวาย				
12	ศูนย์การศึกษา โรคเอดส์สระบุรี				
13	ศูนย์ความ ร่วมมือการวิจัย โรคเอดส์				
14	ศูนย์พัฒนา ทรัพยากรมนุษย์				
15*	สมาคมแม่บ้าน สาธารณสุข	• ออกเยี่ยม หญิงบริการ	• หญิงบริการ	• องค์กร เอกชนด้าน	• สำนักงาน สาธารณสุข

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
	จังหวัดนครนายก	ตามสถาน บริการต่างๆ (โดยให้ความรู้ ความเข้าใจใน เรื่องเอดส์ และ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์) • พาหญิงบริการ ดูงานที่วัดพระ บาทน้ำพุ		เอดส์ของ กระทรวง สาธารณสุข	ขจังหวัด นครนายก ต.ท่าช้าง อ.เมือง จ. นครนายก 26000 • โทรศัพท์ (037)312- 718 ต่อ 121 โทรสาร (037)312- 202
16*	สมาคมส่งเสริม วัฒนธรรมหญิง จังหวัดสิงห์บุรี	• เป็นวิทยากร ผู้ดำเนินการ อภิปรายใน การสัมมนา ร่วมกัน ระหว่าง ภาครัฐและ เอกชน • จัดสัมมนาให้ ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์ทุก ตำบล ตำบล ละ 100 คน • นำไปศึกษาดู ผู้ป่วยเอดส์วัด พระบาทน้ำพุ	• ผู้นำท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ผู้นำสตรี และประชาชน แต่ละตำบล	• เงินบริจาค ทั่วไป • กองโรคเอดส์ สาธารณสุข	• สำนักงาน เหล่า กาชาด จังหวัด สิงห์บุรี ศาลา กลาง จังหวัด สิงห์บุรี จังหวัด สิงห์บุรี 16000 • โทรศัพท์ (036)512- 130, 511- 021

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
		ตำบลเขาสาม ยอดอำเภอ เมือง จังหวัด ลพบุรี • หลังจากได้รับ ความรู้และ ศึกษาดูงาน นำผลสรุป ปฏิบัติเป็น แนวทางต่อไป			
17	สมาคมเอื้ออาทร				
ภาคเหนือ					
1	กลุ่มกำลังใจ				
2	กลุ่มดอกฝ้าย				
3	กองทุนเด็ก กำพร้าเอดส์ มูลนิธิพัฒนา ศักยภาพชุมชน				
4	คณะกรรมการ องค์กรพัฒนา เอกชนด้านเอดส์ ภาคเหนือ (กพอ. ภาคเหนือ)				
5	คริสตจักรสันติ สุข				
6	คริสตจักรสามัคคี ธรรมเชียงใหม่				
7	คริสตจักรอรุณ ชัย				
8	โครงการจุด				

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
	ประกายสายธาร ธรรม				
9*	โครงการร่วม พัฒนาชนบท ลำพูน	• รณรงค์ เผยแพร่ ปัญหาโรค เอดส์ เช่น การ อบรมชาวบ้าน การจัดงานวัน เอดส์โลก ฯลฯ • จัดตั้งกลุ่ม และเครือข่าย ระดับอำเภอ และจังหวัด ของผู้ติดเชื้อ • ด้านภาคีความ ร่วมมือ/ เครือข่าย องค์กรด้าน เอดส์ระดับ อำเภอ/จังหวัด ฯลฯ	• ผู้ติดเชื้อ/สตรี/ เด็ก/หน่วยงาน- องค์กรต่างๆ	• ยูนิเซฟ • กองโรคเอดส์ กระทรวง สาธารณสุข • เงินกู้เพื่อการ ลงทุนจาก รัฐบาล • เงินรายได้ จากการจัด กิจกรรม • องค์กร Sidenet	• 58 หมู่ 2 ต.ทุ่งหัว ช้าง อ.ทุ่ง หัวช้าง จ. ลำพูน 51160 • โทรศัพท์ (053) 597-097 • โทรสาร (053) 597-097
10	โครงการวิจัย พัฒนาชุมชน เมือง				
11	เครือข่ายผู้ติด เชื้อ HIV/AIDS ภาคเหนือ ตอนล่าง				
12	โครงการสุขภาพ ชุมชน				

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
13	โครงการสุขภาพ แบบองค์รวม				
14*	ชมรมชาวแดง	- ฝึกอบรม เยาวชนและ ประชาชน ทักษะชีวิต ด้านเอดส์ เพศศึกษา - สนับสนุน กิจกรรมการ ดำเนินงาน กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ - สนับสนุน กิจกรรมด้าน เอดส์ให้กับ หน่วยงานรัฐ บาล	เยาวชน ผู้ติด เชื้อผู้ป่วยโรค เอดส์ ประชาชน	- เงินบริจาค ทั่วไป - กองโรคเอดส์ กระทรวง สาธารณสุข	72 ถ.นิกร บำรุง ต.ใน เมือง อ. เมือง จ. เพชรบูรณ์ 67000 - โทรศัพท์ 01-604- 1882
15	ชมรมทีนเอจ โมเดิร์นจังหวัด พิษณุโลก				
16	ชมรมพบแสง ตะวัน				
17	ชมรมพยาบาล พิจิตร				
18	ชมรมพัฒนา เครือข่ายองค์กร ชุมชนจังหวัด พิษณุโลก				
19	ชมรมพิชัยอาสา				

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
20	ชมรมศิษย์เก่า วิทยาลัยการ สาธารณสุข สิริน ธรพิชญ์โลก จังหวัดแพร่				
21*	ชมรมส่งเสริม สุขภาพเชียงราย	ดำเนินการ ศึกษาวิจัย ทางการแพทย์ สาธารณสุข และสังคมที่ เกี่ยวข้องกับ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์	เยาวชน หญิง อาชีพพิเศษ คู่ สมรสและ ผู้หญิงวัยเจริญ พันธุ์	- USA/CDC - กองโรคเอดส์ กระทรวง สาธารณสุข	- ถ.จำเมือง ต.เวียง อ. เมือง จ. เชียงราย 57000 - โทรศัพท์ (053)711- 234 โทรสาร (053) 711-827 - E-mail: chiangrai @cdc.go v
22*	ชมรมสตรีศรีสอง แควจังหวัด พิษณุโลก	- อบรมให้ ความรู้ความ เข้าใจแก่ อบต. สตรีและ ประชาชนที่ เป็นผู้นำใน หมู่บ้าน - เยี่ยมเยียนให้ กำลังใจแก่ผู้ ติดเชื้อ	อบต. สตรีใน จังหวัด และ ประชาชน(เน้น ผู้หญิงเป็นหลัก)	- จาก ภาครัฐบาล - รายได้จาก การจัด กิจกรรม	83/65 ถ. ประชา อุทิศ ซ.5 ต.ในเมือง อ.เมือง จ. พิษณุโลก 65000 - โทรศัพท์ (055) 252-632

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
		ติดตามผลจากการอบรมแก่กลุ่มสตรีและประชาชนที่ขยายผลต่อไป			
23	ชมรมสมุนไพรรักษาโรค				
24	ชมรมหัวใจสีแดง				
25	ชมรมอาสาพัฒนาเมืองตาก (เครือข่ายอาสาพัฒนาเมืองตาก)				
26	บ้านอาภาเป้				
27	บ้านเพื่อนชีวิต				
28	บ้านเมตตาธรรมพะเยา คณะศิษย์เมตตาธรรมแห่งประเทศไทย				
29	บ้านระพีพรรณ				
30	แผนกพันธกิจเอดส์ มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย				
31	มูลนิธิเกื้อกูล				
32	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เชียงราย				
33	มูลนิธิชาวพิษณุโลกรวมใจต้านภัยเอดส์				

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
34	มูลนิธิพัฒนา ชุมชนและเขต ภูเขา(พชภ)				
35	มูลนิธิพัฒนา เครือข่ายเอดส์ สำนักงาน ภาคเหนือ(เอดส์ เน็ต)				
36	มูลนิธิฮอทไลน์				
37*	มูลนิธิฟื้นฟู ชนบท ภาคเหนือ	- พัฒนา ศักยภาพและ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น จัดฝึกอบรม เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา เป็นต้น - สนับสนุน ชุมชนในการ แก้ไขปัญหา เอดส์ เช่น เวที แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ระหว่างชุมชน เปิดเวที ประชาคม ด้านสุขภาพ กองทุนของ หมู่บ้าน ช่วยเหลือ	ผู้นำชุมชน ผู้นำสตรี ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และ ครอบครัว	- DAN-CHURCHAD) ประเทศ เดนมาร์ก - กองโรคเอดส์ กระทรวง สาธารณสุข	357 ถ. ภูมิรินทร์ ซ.3 ต. แม่ต๋ำ อ. เมือง จ. พะเยา 56000 - โทรศัพท์ (054) 480-066 - โทรสาร (054) 413-222 - E-mail: farmpay@ksc.th.com

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
		ผู้ด้อยโอกาส			
38	โรงเรียนวังทอง พิทยาคม				
39	Y.M.C.A ลำพูน				
40	ศูนย์พัฒนา การศึกษาเพื่อลูก หญิงและชุมชน				
41	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิต				
42	ศูนย์อบรม ศีลธรรมและ ส่งเสริม พระพุทธศาสนา บนพื้นที่สูงดอย มูเซอร์				
43	ศูนย์เพื่อชีวิตใหม่				
44	สถานธรรมชาติ บำบัด HIV/AIDS				
45	สมาคมปราบวัณ โรคเชียงใหม่ใน พระอุปถัมภ์ สมเด็จพระเจ้าพี่ นางเธอเจ้าฟ้า กัลยาณิวัฒนา กรมหลวง นราธิวาสราชนครินทร์				
46	สมาคมพัฒนา ประชากรและ ชุมชน สาขา				

ภาค	ชื่อองค์กร	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ที่อยู่
	พิชญ์โลก				
47	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สำนักงานภาคเหนือ)				
48	สมาคมส่งเสริมวัฒนธรรมสตรีศรีลานนาไทย เชียงใหม่				
49	สโมสรโรตารี น่าน				
50	สโมสรโรตารี สุโขทัย				
51	สละมาเรีย				
52	สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดสุโขทัย				
53	องค์กรสมุหทัย				
54	เอดส์เซ็นเตอร์ เชียงคำ				
55	เอื้องผิงคลินิก				

บรรณานุกรม

- กองควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร. 2541. “ประวัติโรคเอดส์.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.alphainfo.co.th/exper/aids/know/his_aids/his_aids.htm (25 พฤษภาคม 2547.)
- กองควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร. 2541. “ความรู้โรคเอดส์.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.alphainfo.co.th/exper/aids/know/know.htm> (25 พฤษภาคม 2547.)
- คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.). ม.ป.ป. “ความเป็นมา กพอ.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.tncathai.org/history.html> (12 กรกฎาคม 2547.)
- คณะทำงานกรณีศึกษาที่ 4 พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย). 2544. พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ(กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย) ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. 2544. “โรคเอดส์และตัวท่าน.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.helpaids.org/datacenter/history.htm> (24 มิถุนายน 2547.)
- ประพันธ์ ภาณุภาค. 2544. “HelpAIDS Data Center.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.helpaids.org/datacenter.htm>. (18 มิถุนายน 2547.)
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ม.ป.ป. “อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ข้อ 1.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.childthai.org/cic/c2192.htm> (13 กรกฎาคม 2547.)
- _____. ม.ป.ป. “อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ข้อ 12.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.childthai.org/cic/c2194.htm> (13 กรกฎาคม 2547.)
- สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. 2547. ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. หน้า 1, 7, 29
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2547. วิเคราะห์งบประมาณแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-2547. นนทบุรี: ม.ป.พ. หน้า ก, 9.

- Al-Bayati, Mohammed Ali. 2004. "Stop Giving People Toxic Drugs: HIV Does Not Cause AIDS" [Online] Available: http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids_part2.htm (23 August 2004.) cited in Eyelreland Online News [Online] Available: <http://eionews.com/>
- Attali, Jacques. 2004. "Consider General Assembly of NGOs." **The Bangkok Post**. 3 October : 12
- Brown, Tim. 2001. "Dynamics of Asian HIV Epidemics." Paper presented at the Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Melbourne, Australia 6 October 2001.
- Carolyn Hannan. 2003. **Women and HIV/AIDS, Division for the Advancement of Women**. N.P.: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Chapman, Audrey R. n.d. "44 American University Law Review." [Online] Available: <http://www.law-lib.utoronto.ca/Diana/fulltext/CHAP.htm> (23 August 2004.)
- Cook, Rebecca J. 1992. "International Protection of Women's Reproductive Rights." **Journal of International Law and Politics**. 24, 2 (April-June) : 645-646, 648-649, 660.
- DeMeo, James and Peter H. Duesberg. 2004. "AIDS/HIV/AZT Controversy" [Online] Available: <http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids.htm> (23 August 2004.)
- Department for Economic and social Affairs (DESA). Division for the Advancement of Women. 2000. **The HIV/AIDS pandemic and its gender implications: Report of the Expert Group Meeting**. 13-17 November 2000. Windhoek, Namibia.
- Duesberg, Peter H. 2004. "AIDS/HIV/AZT Controversy" [Online] Available: <http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids.htm> (23 August 2004.)
- _____. 1989. "Interview Robert Gallo" [Online] Available: <http://www.virusmyth.net/aids/data/alinterviewrg2.htm> (25 August 2004.)
- ECOSOC Agreed Conclusions. 1997. **Generic Mandates**. N.p.: n.p.
- ESCAP. 2003. **Economic and Social Progress in Jeopardy: HIV/AIDS in the Asian and Pacific Region**. N.P.: n.p.
- Expert Group Meeting. **The HIV/AIDS pandemic and its gender implications**. N.P. : n.p.

- Gender Advisory Panel of the Special Programme of Research in Human Reproduction (HRP). 1998. "Conclusion of Gender not sex." [Online] Available <http://www.hivnet.ch:8000/topics/gender-aids/viewR?42>. (30 July 2004)
- Girald, Roberto A. 2004. "The Origin of AIDS: Man-Made Holocaust?" [Online] Available: http://www.shirleys-wellness-cafe.com/aids_origin.htm (23 July 2004.)
- Human Rights Treaty Bodies. Human Rights committee. 1992. **Compilation of General Comments and General Recommendations**. p.1170-1171
- Liversidge, Anthony. 2004. "Interview Robert Gallo" [Online] Available: <http://www.virusmyth.net/aids/data/alinterviewrg2.htm> (2 August 2004.)
- Merton , Vanessa. 1994. "Review Essay: Women and Health Research." **J.L.MED.ÐICS**. 22, 272: P. 272, 277
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Joint United Nations. Programme on HIV/AIDS. 1998. **HIV and Human rights : International Guidelines**. New York: n.p.
- Prathana Langkarpint. 1996. **Abstract from the XI International Conference on Aids, Vancouver**. Chiangmai : Department of Surgical Nursing. Faculty of nursing. Chiangmai University.
- Randall, Vernellia R. 2004. "The Human Right to Health." [Online] Available: <http://academic.udayton.edu/health/07HumanRights/health.htm> (23 July 2004.)
- Rivers, K. and Aggleton, P. 2001. **Adolescent Sexuality, gender and the HIV epidemic**. London: Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, cited in UNAIDS. 2001. Gender and AIDS Almanac.
- UNAIDS. 2004. **2004 Report on the global AIDS epidemic: 4TH global report**. N.P.: n.p. : p.198.
- _____. 2004. **UNAIDS at Country Level Progress Report**. N.P.: n.p.
- _____. 2004. "UNAIDS in Thailand." [Online] Available: http://www.un.or.th/unaidsth/unaidsth_in_thailand.php (25 July 2004.)
- _____. 2004. **Women and AIDS**. [Online] Available: http://www.unaids.org/wad2004/EPlupdate2004_html_en/Epi04_04_en.htm#P28_3962. (15 December 2004).

- _____. 2001. *Gender and AIDS Almanac*. N.P.: n.p. p.23.
- _____. 2001. "Gender and AIDS Almanac." cited in UNIFEM. n.d. *Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic*. N.P.: n.p.
- _____. n.d. Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Global Crisis - Global Action. [Online] Available: www.unaids.org/UNGASS/docs/ARES26-2_en.pdf (14 July 2004.)
- U.N. ESCOR. ม.ป.ป. รายงานการประชุมสมัยที่ 8 และ 9 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน. ม.ป.ท.: ม.ป.พ. หน้า 1171
- UNFPA. 2002. *2002 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic*. N.P.: n.p. p.7-8.
- UNFPA. 2004. *2004 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic*. N.P.: n.p.
- UNIFEM. 2003. "About Us" [Online] Available <http://www.unifem-eseasia.org/projects/HIVgender/HIVhome.htm> (14 July 2004.)
- UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office. 2004. "UNIFEM E/SE Asia" [Online] Available http://www.unifem.org/global_spanner/index.php?f_loc=e_se_asia (25 July 2004.)
- UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office. 2003. "GENDER and HIV/AIDS" [Online] Available <http://www.unifem-eseasia.org/projects/HIVgender/HIVhome.htm> (25 July 2004.)
- UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office. 2001. "Women, Gender and HIV/AIDS in East and Southeast Asia: Why is HIV a Gender Issue?." [Online] Available <http://www.unifem-eseasia.org/resources/others/gendaids/genaids1a.htm> (25 May 2004.)
- UNIFEM East and Southeast Asia Regional Office. n.d. "Women, Gender and HIV/AIDS in East and Southeast Asia: HIV: a Woman's Human Rights Issue" [Online] Available <http://www.unifem-eseasia.org/resources/others/gendaids/genaids8.htm> (25 May 2004)
- United Nations. 2000. **Security Council: Resolution 1325**. [Online] Available: http://www.un.org/events/res_1325e.pdf (25 August 2004.)

United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). 2004. "Action Against AIDS Must Address Epidemic's Increasing Impact on Women, says UN Report."

[Online] Available http://www.unifem.org/pressreleases.php?f_page_pid=6&f_pritem_pid=171 (14 July 2004.)

United Nations Special Session on HIV/AIDS, Global Crisis- Global Action. 2001. **Fact Sheet on Gender and HIV/AIDS**. New York : n.p.

US Agency for International Development. The POLICY Project. 2003. **HIV/AIDS in the Mekong Region: Cambodia, Lao PDR, Thailand, and Vietnam: Current Situation, Future Projections, Socioeconomic Impacts, and Recommendations**. N.p.: n.p.

WHO Regional Office for South-East Asia. 2002. "Women's Health in South-East Asia: HIV/AIDS." [Online] Available <http://w3.whosea.org/women2/aids.htm>. (24 August 2004)

Weiss, E., Whelan, D. and Gupta, G. 1996. **Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the developing world**. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.