

โครงการวิจัย เรื่อง สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา: พื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน

สนับสนุนโดย
International Planned Parenthood Federation (IPPF)



จัดทำโดย
สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท)
ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

บทสรุปผู้บริหาร

เหตุการณ์รัฐประหารในประเทศไทยเมื่อวันที 1 กุมภาพันธ์ 2564 ที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งทางอาวุธเพิ่มมากขึ้น และนำมาสู่การเคลื่อนย้ายอย่างเร่งด่วนของประชากรเมียนมาระลอกใหม่ข้ามพรมแดนมายังประเทศไทย กระจายตัวอยู่นอกพื้นที่พักพิงชั่วคราวบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา โดยเฉพาะในจังหวัดตาก และแม่ฮ่องสอนพบว่าผู้หนีภัยชาวเมียนมาอาศัยอยู่มากที่สุด การอพยพเข้ามาอย่างเร่งด่วนทำให้พวกเขาใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก โดยไม่สามารถเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการต่าง ๆ จากรัฐไทย ซึ่งรวมถึงสิทธิและสวัสดิการในการรับบริการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท) ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในพื้นที่พักพิงชั่วคราวและภายนอกมาอย่างยาวนาน เห็นความสำคัญในการพัฒนาการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เร่งด่วนและซับซ้อน จึงได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง “สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา: พื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน” โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation: IPPF) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา 2) ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา และ 3) ศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) และใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยทำการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guideline) เป็นเครื่องมือ กลุ่มเป้าหมายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ผู้หนีภัยชาวเมียนมา จำนวนทั้งสิ้น 17 คน ประกอบไปด้วย กลุ่มเยาวชน (อายุระหว่าง 15 - 24 ปี) กลุ่มผู้หญิง (อายุระหว่าง 25 - 49 ปี) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี) และกลุ่มผู้พิการ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี) 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ และเจ้าหน้าที่ NGOs และ 3) เจ้าหน้าที่ สวท จำนวนทั้งสิ้น 2 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ โดยองค์ความรู้ที่ได้ทั้งหมดนั้นจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและยั่งยืน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้หนีภัยชาวเมียนมาตามหลักมนุษยธรรมต่อไป ซึ่งมียุทธศาสตร์การศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

โดยภาพรวมแล้วผู้หญิงวัยสาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ยังจำกัด และมีระดับความรู้ในแต่ละประเด็นแตกต่างกัน กล่าวคือ ด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ต้องการและครบถ้วน และสิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง ด้านเพศศึกษา ส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐาน เช่น การใช้ผ้าอนามัย และการดูแลสุขอนามัยในช่วงที่มีประจำเดือน แต่ยังคงขาดความรู้ในเรื่องอื่น ๆ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุม การฉีดยาคุม การฝังเข็ม การใส่ห่วงอนามัย และการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังคงขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีความรู้อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเอดส์และเอชไอวีและเอดส์ ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง ด้านความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับหนึ่ง ยังขาดความเข้าใจในบางประเด็น เช่น สาเหตุของความรุนแรง หรือวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง และ ด้านการหาประโยชน์ทางเพศ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเบื้องต้น แต่ยังคงขาดความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับรูปแบบของการหาประโยชน์ทางเพศ หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ถูกหาประโยชน์ทางเพศ

ทัศนคติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น โดยภาพรวมแล้วผู้หญิงวัยสาวเมียนมาทุกกลุ่มตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามระดับความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของตน โดยต่างเห็นตรงกันว่า การดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญ และแสดงความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม รวมถึงต้องการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ โดยมองว่าเป็นเรื่องผิดบาปและไม่ควรทำ และตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงทางเพศและการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ อีกทั้งยังเห็นตรงกันว่า การหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง และไม่ควรทำ

สำหรับพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยภาพรวมแล้วผู้หญิงวัยสาวเมียนมาซึ่งเป็นเยาวชน ผู้หญิง และหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่จะรักษาด้วยตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เช่น การซื้อยารับประทานเอง หรือการใช้ยาสมุนไพร ทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่สาว ญาติผู้ใหญ่ หรือเพื่อน ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการเข้ารับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง และส่วนหนึ่งมีการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล รวมถึงกลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลายวิธี

จากผลการศึกษาในข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงวัยสาวเมียนมา ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้หญิงวัยสาวเมียนมาส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับ

ความรู้และทัศนคติเช่นกัน เนื่องด้วยข้อจำกัดหรือปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่มีความมั่นคง ดังนี้

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เช่น การกินยาคุม การฉีดยาคุม การฝังเข็ม การใส่ห่วงอนามัย และการใช้ถุงยางอนามัย และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ทำให้พวกเขาโดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีพฤติกรรมการคุมกำเนิด เช่น การกินยาคุม การฉีดยาคุม การฝังเข็ม และการใช้ถุงยางอนามัย

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับความรุนแรงดังกล่าว ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปข้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพวกเขายังขาดความรู้ในบางประเด็น เช่น สาเหตุของความรุนแรง หรือวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหความรุนแรง รวมถึงการใช้ชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง ทำให้หลายครั้งพวกเขาไม่อาจหลีกเลี่ยงที่จะข้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์นั้น มีทั้งประสบการณ์ตรงและรับรู้เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทำร้ายจิตใจด้วยคำพูด การถูกข่มขู่ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มแม้จะมีทัศนคติเชิงลบต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเอดส์และเอชไอวีเท่านั้น ยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส และหนองใน ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมที่อาจละเลยการสังเกตอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่เอชไอวีและเอดส์ในร่างกายของตน

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับการหาประโยชน์ทางเพศ ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมไม่ค้าประเวณี อย่างไรก็ตาม บางคนแม้จะมีความรู้ว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นสิ่งที่ไม่ดี และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับการหาประโยชน์ทางเพศ แต่ยอมรับว่าด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งความยากจน การขาดโอกาสในการทำงาน การใช้ชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง อาจทำให้จำเป็นต้องค้าประเวณีเพื่อความอยู่รอด

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ แต่อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรายละเอียดและกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ เพราะมองว่าเป็นบาป ทำให้พวกเขาตัดสินใจไม่ยุติการตั้งครรภ์แม้ว่าจะตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมก็ตาม

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองน้อยมาก และมีทัศนคติว่าตนเองยังเด็ก ยังอยู่ในวัยเรียน

ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมที่ต้องพึ่งพาและขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะคนในครอบครัว เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของตนเอง

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เช่น การวางแผนจำนวนบุตร และการวางแผนระยะห่างของบุตร และมีทัศนคติที่ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัวให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจและสุขภาพร่างกาย ทำให้พวกเขามีการวางแผนครอบครัว ทั้งการวางแผนจำนวนบุตร และการวางแผนระยะห่างของบุตร ในขณะที่กลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวว่าคืออะไร และมีทัศนคติว่าตนเองยังเด็กยังอยู่ในวัยเรียน จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากนัก ทำให้พวกเขาไม่มีการวางแผนครอบครัว

ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ว่าสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องใส่ใจดูแลอยู่เสมอ และมีทัศนคติว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้พวกเขาเลือกที่จะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างไรก็ตาม บางคนแม้จะมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติว่าสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายที่มีไม่เพียงพอและการเดินทางที่ไม่สะดวก ทำให้เลือกตัดสินใจที่จะไม่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

โดยภาพรวมแล้วผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความต้องการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตน เช่น ผ้าอนามัย ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย มีความต้องการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว และมีความต้องการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการตรวจสุขภาพทั่วไป อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้พิการได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพิการของตนเองเป็นหลักก่อนเสมอ จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตมากกว่าคือ ยา อาหาร และที่พักอาศัย

การจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้หนีภัยชาวเมียนมา ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และสวท ต่างประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหน่วยงานรัฐด้านการปกครองและสาธารณสุขในพื้นที่ได้ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หนีภัยชาวเมียนมา เช่น การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด และการคุมกำเนิด อีกทั้งยังมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสมค.) และผดุงครรภ์บ้าน (ผดบ.) เพื่อให้พวกเขาสามารถดำเนินงานบริการในพื้นที่ได้ พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ปัญหา

เรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องแบกรับ ความไม่สะดวกในการเดินทาง โดยเฉพาะในฤดูฝนนั้นเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ เช่น ดันไม้ล้ม น้ำป่าไหลหลาก และสภาพถนนที่เป็นร่องลึก ความแตกต่างด้านภาษา และทรัพยากรที่มีจำกัด

ในส่วนของ NGOs มีคลินิก 2 แห่งในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ไปจนถึงการดูแลสุขภาพมารดาและทารก หลังคลอด และมีหน่วยงานที่ให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด รวมถึงมีหน่วยงานที่ให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนและชุมชน นอกจากนี้ หน่วยงานทั้งหมดยังช่วยส่งต่อผู้ป่วยเอชไอวีไปยังโรงพยาบาลแม่สอด และแจกจ่ายถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้หญิงชาวเมียนมา สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้หญิงชาวเมียนมาเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการให้บริการและกลัวการถูกจับส่งกลับบ้านเกิด ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรทำให้การดำเนินงานไม่ทั่วถึง ปัญหาด้านกฎหมายและข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากผู้หญิงชาวเมียนมาส่วนใหญ่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก รวมถึงการทำงานในพื้นที่ชายแดนยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายและความมั่นคง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างลำบากยิ่งขึ้น และปัญหาด้านกายภาพ เช่น ภัยธรรมชาติในพื้นที่ อาทิ ไฟป่าและดินโคลนถล่ม ทำให้การเดินทางไปให้บริการมีความยากลำบาก

สำหรับ สวท นั้นได้ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ให้คำปรึกษา และให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชาวเมียนมา ทั้งในและนอกพื้นที่พักพิงชั่วคราว ซึ่งรวมถึงการบริการตรวจคัดกรองเอชไอวี เพื่อให้สามารถตรวจพบและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และทำการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้หญิงชาวเมียนมาเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีเอกสารแสดงตัวตนและกลัวการถูกจับส่งกลับบ้านเกิด ความไม่ปลอดภัยของบางพื้นที่ ความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรมซึ่งทำให้การสื่อสารทำความเข้าใจกันเป็นไปได้อย่างยาก ความขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรทำให้การดำเนินงานไม่ทั่วถึง และความไม่เพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น การคุมกำเนิดชนิดฝัง ซึ่งมีราคาแพงและไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่า ผู้หญิงชาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างจำกัด และมีระดับความรู้ ความเข้าใจ ในแต่ละประเด็นแตกต่างกันไป ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วน ครอบคลุมทุกมิติของเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่พวกเขา เพื่อให้พวกเขาสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ปกป้องตนเองได้ และทราบถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อประสบกับปัญหาสุขภาพหรือความรุนแรง

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะสร้างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องได้ จำเป็นต้อง ส่งเสริมทัศนคติของพวกเขาก็จะตระหนักถึงความสำคัญด้วยเช่นกัน โดยจะต้องไม่ลืมว่าทัศนคติของพวกเขานั้น บางส่วนอาจเป็นผลมาจากค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ติดตัวมาจากบ้านเกิด และแม้ว่าพวกเขาจะมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง สอดคล้องกัน แต่ด้วยข้อจำกัดหรือปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ โดยเฉพาะฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่มีความมั่นคง ความไม่สะดวกในการเดินทาง และการขาดอาชีพและ รายได้เพียงพอ อยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจไม่เอื้อต่อการเข้าถึงความรู้ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยน ทัศนคติและพฤติกรรมได้ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้หนีภัย ขาวเมียนมา โดยพิจารณาการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่มด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือนั้นมี ประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสูญเสียชีวิต ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง เเท่าที่จะสามารถทำได้

นอกจากนี้ แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้หนีภัยขาวเมียนมาจะตระหนักถึงความสำคัญของ การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและ ครอบคลุมผู้หนีภัยขาวเมียนมาได้มากที่สุด แต่ยังพบช่องว่างของการแบ่งปันข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน ซ้ำซ้อนได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วน ควรมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงาน หรือผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานช่วยเหลือผู้หนีภัย ลดปัญหาการ ทำงานซ้ำซ้อนและกระจายการช่วยเหลือให้ครอบคลุมความต้องการและจำนวนของผู้หนีภัยมากที่สุด

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยเรื่อง “สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา: พื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และ 3) ศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้หนีภัยชาวเมียนมา จำนวน 17 คน ประกอบไปด้วย กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้หญิง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้พิการ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ และเจ้าหน้าที่ NGOs และ 3) เจ้าหน้าที่ สวท จำนวน 2 คน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้หนีภัยชาวเมียนมามีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างจำกัด ขาดความรู้อย่างถ่องแท้เรื่องสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง สาเหตุของความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง และการหาประโยชน์ทางเพศ ส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีความกังวลเรื่องการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ปัญหาความรุนแรงทางเพศและการหาประโยชน์ทางเพศ และมีความคิดเห็นเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ปรึกษาครอบครัวและญาติในการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง กลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลายวิธี ส่วนใหญ่มีความต้องการยาและเวชภัณฑ์ เช่น ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย ต้องการความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว ต้องการบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด ขณะที่กลุ่มผู้พิการได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพิการของตนเองเป็นหลัก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้หนีภัยชาวเมียนมา ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และ สวท มีขอบเขตการจัดบริการที่แตกต่างกัน โดยหน่วยงานรัฐเน้นการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝากครรภ์ และการคลอดบุตร ในขณะที่ NGOs และ สวท มีบริการที่หลากหลายและครอบคลุมมากกว่า เช่น การให้คำปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว และการส่งต่อผู้ป่วย อีกทั้งมีกระบวนการทำงานที่ยืดหยุ่นสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ฉุกเฉินได้เร็วกว่าหน่วยงานภาครัฐที่มีกระบวนการทำงานที่เป็นทางการและมีขั้นตอน

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรเร่งส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วนครอบคลุมทุกมิติของเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หนีภัยชาวเมียนมา และจัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานร่วมกัน เพื่อลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและกระจายการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง

สารบัญ

บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	3
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.4 นิยามศัพท์.....	4
1.5 จริยธรรมการวิจัย	5
บทที่ 2	6
ทบทวนวรรณกรรม	6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Sexual and Reproductive Health in Emergencies: SRHiE)	6
2.1.1 ความหมายของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน	6
2.1.2 ปัญหาและความท้าทายในสถานการณ์ฉุกเฉิน	7
2.1.3 การจัดการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน	8
2.1.4 ชุดบริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (MISP)	8
2.1.5 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และโรคเอดส์ (AIDS).....	12
2.1.6 สุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด	19
2.1.7 ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (Sexual and Gender Based Violence: SGBV)	24
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAB Model).....	31
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
2.3.1 งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน	34
2.3.2 งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	38
บทที่ 3	41
ระเบียบวิธีวิจัย	41
3.1 กลุ่มเป้าหมายการวิจัย	41
3.2 พื้นที่วิจัย	42
3.3 ระยะเวลาในการวิจัย	43
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือวิจัย.....	43

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	44
3.6 จริยธรรมการวิจัย	44
บทที่ 4	45
ผลการศึกษา.....	45
4.1 ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ของผู้หนีภัยชาวเมียนมา	45
4.2 ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของ ผู้หนีภัยชาวเมียนมา.....	107
4.3 การจัดการบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา	121
บทที่ 5	135
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	135
5.1 ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ของผู้หนีภัยชาวเมียนมา	135
5.2 ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของ ผู้หนีภัยชาวเมียนมา.....	143
5.3 การจัดการบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัย การ เจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา.....	144
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	147
บรรณานุกรม.....	149

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท) ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นองค์กรเอกชนสาธารณกุศลที่เป็นผู้นำแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Sexual and Reproductive Health: SRH) และเป็นหนึ่งในสมาชิกของสหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation: IPPF) ที่สนับสนุนและให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับสากลอย่างเท่าเทียม โดย IPPF ได้จัดตั้งโครงการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์วิกฤตและหลังวิกฤต (The Sexual and Reproductive Health in Crisis and Post-Crisis Situations: SPRINT) เพื่อสนับสนุนสุขภาพทางเพศ สิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในสถานการณ์ฉุกเฉิน (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ, 2566) หรือเรียกว่า “สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน” (Sexual and Reproductive Health in Emergency: SRHiE) ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ สงคราม หรือวิกฤตการณ์ที่มีผลต่อมนุษย์ โดยการดำเนินงานมุ่งให้บริการที่เป็นมิตรต่อเพศสภาพ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ทุกรูปแบบ (Askew et al., 2016)

จากข้อมูลสถิติ ณ วันที่ 30 เมษายน 2564 พบว่า มีผู้หนีภัยจากการสู้รบชาวเมียนมา¹ (Displaced person) อพยพเข้าสู่ประเทศไทยจำนวน 91,795 คน แบ่งเป็นผู้หนีภัยที่ลงทะเบียนจำนวน 45,005 คน และไม่ลงทะเบียนจำนวน 46,790 คน โดยพื้นที่บ้านแม่ละ อำเภอสบเมย จังหวัดตาก มีผู้หนีภัยจำนวน 34,291 คน แบ่งเป็นผู้หนีภัยที่ลงทะเบียนจำนวน 15,877 คน และไม่ลงทะเบียนจำนวน 18,414 คน พื้นที่บ้านแม่ละมา หลวง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีผู้หนีภัยจำนวน 9,905 คน แบ่งเป็นผู้หนีภัยที่ลงทะเบียนจำนวน 4,080 คน และไม่ลงทะเบียนจำนวน 5,825 คน และพื้นที่บ้านแม่ละฮู อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีผู้หนีภัยจำนวน 9,046 คน แบ่งเป็นผู้หนีภัยที่ลงทะเบียนจำนวน 4,946 คน และไม่ลงทะเบียนจำนวน 4,100 คน (UNHCR, 2021) ผู้หนีภัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่พักพิงชั่วคราวส่วนใหญ่เป็นชาวกะเหรี่ยงและชาวกะเหรี่ยง ซึ่งข้อจำกัด

¹ เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้เข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยสถานะของผู้ลี้ภัย ค.ศ. 1951 ดังนั้น รัฐบาลไทยจึงเรียกผู้ลี้ภัย (refugee) ว่า “ผู้หนีภัยจากการสู้รบชาวเมียนมา” หรือ Displaced persons (คนพลัดถิ่น) และได้ดำเนินนโยบายสิทธิมนุษยชนตามหลักสากล โดยรับผู้หนีภัยให้เข้ามาอยู่ในพื้นที่พักพิงชั่วคราวตามแนวชายแดนไทย - เมียนมา ในจังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี และราชบุรี ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร บริการสุขภาพ การศึกษาและการฝึกอบรม อย่างจำกัด (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ), 2565)

ภายใต้กรอบกฎหมายระดับชาติไม่อนุญาตให้ผู้หนีภัยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการศึกษา รวมถึงการย้ายออกจากพื้นที่พักพิงชั่วคราว (UNHCR, 2023) ผู้หนีภัยในพื้นที่พักพิงชั่วคราวได้อาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นระยะเวลานานแล้วและไม่สามารถย้ายออกจากพื้นที่ดังกล่าวได้ ในขณะที่ผู้หนีภัยที่อพยพเข้ามาใหม่นั้นได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ผันผวนในเมียนมาหลังการรัฐประหารเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งทางอาวุธเพิ่มมากขึ้น และมีการพลัดถิ่นของประชากรตามมาทั้งภายในเมียนมาและข้ามพรมแดนมายังประเทศไทย รัฐบาลไทยรายงานว่ามิชนวนมีชาวเมียนมามากกว่า 50,000 คน ขอความปลอดภัยชั่วคราวในประเทศไทย ความขัดแย้งนี้คาดว่าจะคงอยู่หรือสถานการณ์อาจแย่ลง และจะถูกส่งกลับเมียนมาเมื่อการสู้รบสงบลงตามการเปิดเผยของทางการ อย่างไรก็ตาม ผู้พลัดถิ่นเหล่านี้หลายคนอาจยังคงหลบหนีและพักอยู่ในประเทศไทย แม้ว่ารัฐบาลไทยจะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นในประเทศไทย แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้หนีภัยจากการสู้รบและผู้ขอหนีภัย (Onarheim, 2018)

ด้วยเหตุนี้ ปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้หนีภัยชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่พักพิงชั่วคราวและนอกพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ดังงานศึกษาของ Salisbury et al. (2016) เรื่อง Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women in the Thailand-Myanmar border - a mixed methods study ซึ่งศึกษาความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้ลี้ภัย และผู้อพยพที่เป็นหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา พบสิ่งที่น่ากังวลคือ ส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายใช้การคุมกำเนิดแบบออกฤทธิ์ยาวนานต่ำ และขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดฉุกเฉิน อีกทั้งมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการทำหมัน โดยเข้าใจว่าการผ่าตัดคลอดและผ่าตัดมดลูกเทียบได้กับการทำหมัน ซึ่งล้วนทำให้เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และงานศึกษาของ Asnong et al. (2018) เรื่อง Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ลี้ภัย รวมถึงโครงสร้างการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนผู้อพยพที่ชายแดนไทย - เมียนมา โดยกลุ่มเป้าหมายมองว่าตนเองยังเด็กเกินไปสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นพ่อแม่ วัยรุ่นหญิงมีความกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับสภาพร่างกายที่อาจไม่พร้อมให้กำเนิดบุตรและความไม่มั่นคงทางการเงิน ส่วนวัยรุ่นชายกังวลว่าการขาดโอกาสทางการศึกษาและผลกระทบทางสังคมจะทำให้มีชีวิตที่ยากลำบากในอนาคต ทั้งนี้ ในบริบทของครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและการตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน หากพบว่าการนัดพบกันระหว่างหนุ่มสาวโดยไม่มีผู้ปกครองอยู่ด้วยอาจส่งผลให้เกิดการบังคับแต่งงานขึ้นอย่างรวดเร็ว

สวท เป็นหนึ่งในองค์กรที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในพื้นที่พักพิงชั่วคราวและภายนอก จากข้อมูลบันทึกการให้บริการและให้คำปรึกษาปี 2564 พบว่า มีผู้หนีภัยชาวเมียนมา

ให้บริการด้านการวางแผนครอบครัวจำนวน 1,023 คน แบ่งเป็นผู้ให้บริการใหม่จำนวน 116 คน และผู้ให้บริการเดิมจำนวน 907 คน และให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้ให้บริการใหม่ อีกทั้งในเรื่องการให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว เป็นผู้ให้บริการใหม่จำนวน 114 คน และผู้ให้บริการเดิมจำนวน 100 คน และด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นผู้ให้บริการใหม่จำนวน 116 คน และผู้ให้บริการเดิมจำนวน 100 คน ในขณะที่การให้คำปรึกษาแก่คู่แต่งงาน เป็นผู้ให้บริการใหม่เพียง 1 คนเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้หนีภัยชาวเมียนมาทั้งหมดที่อพยพเข้ามานับว่าการเข้าถึงบริการและการใช้บริการมีจำนวนน้อย ประกอบกับงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินยังมีจำกัด ซึ่งประเด็นดังกล่าวครอบคลุมถึงความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมทางเพศ ความรุนแรงทางเพศ การตอบสนองความต้องการของผู้รอดชีวิต การป้องกันการแพร่กระจายและลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ การป้องกันการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด และการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม

จากช่องว่างขององค์ความรู้ (knowledge gaps) ข้างต้น จึงนำมาสู่การวิจัยเรื่อง “สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา: พื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน” ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้หนีภัยชาวเมียนมามากที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา 2) ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา และ 3) ศึกษาการให้บริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้ทั้งหมดนั้นจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมและยั่งยืน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้หนีภัยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา
- 1.2.2 เพื่อศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา
- 1.2.3 เพื่อศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.3.1 ทราบถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน
- 1.3.2 ทราบถึงความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้หญิงชาวเมียนมา
- 1.3.3 ทราบถึงการให้บริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

1.4 นิยามศัพท์

- 1.4.1 **ผู้หญิงชาวเมียนมา** หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่อพยพหรือหนีออกจากประเทศเมียนมาเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยภายในประเทศเข้ามาอาศัยอยู่ตามแนวพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน ของประเทศไทย
- 1.4.2 **สถานการณ์ฉุกเฉิน** หมายถึง สถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งเกิดจากสงคราม ความขัดแย้ง และการละเมิดสิทธิมนุษยชน
- 1.4.3 **สุขภาพทางเพศ** หมายถึง การมีชีวิตทางเพศที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 1.4.4 **สิทธิทางเพศ** หมายถึง สิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคนในการตัดสินใจเรื่องเพศของตนเอง ซึ่งผู้อื่นต้องเคารพและยอมรับ
- 1.4.5 **อนามัยการเจริญพันธุ์** หมายถึง การมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ และสังคม ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและการมีบุตร
- 1.4.6 **สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์** หมายถึง สิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคนในการตัดสินใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และการมีบุตรของตนเอง ว่าจะมีหรือไม่มี จะมีกี่คน และจะมีเมื่อใด โดยต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน รวมทั้งมีวิธีการที่เข้าถึงได้ เป็นที่ยอมรับ และมีคุณภาพ
- 1.4.7 **เยาวชน** หมายถึง ผู้หญิงชาวเมียนมาที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน โดยการแบ่งช่วงอายุดังกล่าวใช้เกณฑ์ของ WHO (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

- 1.4.8 **ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์** หมายถึง ผู้หญิงซึ่งเป็นผู้หญิงวัยสาวเมียนมาที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน โดยการแบ่งช่วงอายุดังกล่าวใช้เกณฑ์ของ WHO (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)
- 1.4.9 **ผู้หญิง** หมายถึง ผู้หญิงซึ่งเป็นผู้หญิงวัยสาวเมียนมาที่มีอายุระหว่าง 25 - 49 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน
- 1.4.10 **หญิงตั้งครรภ์** หมายถึง ผู้หญิงซึ่งเป็นผู้หญิงวัยสาวเมียนมาที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน และกำลังตั้งครรภ์ในช่วงที่ให้ข้อมูล
- 1.4.11 **ผู้พิการ** หมายถึง ผู้หญิงวัยสาวเมียนมาที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน โดยพิการตั้งแต่อยู่ที่ประเทศเมียนมา ก่อนที่จะอพยพเข้าสู่ประเทศไทย
- 1.4.12 **ภาครัฐ** หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐไทย ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้หญิงวัยสาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน
- 1.4.13 **องค์กรนอกภาครัฐ (NGOs)** หมายถึง เจ้าหน้าที่องค์กรนอกภาครัฐ (NGOs) ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้หญิงวัยสาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน
- 1.4.14 **สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ (สวท)** หมายถึง เจ้าหน้าที่ สวท ที่ทำงานโครงการเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน

1.5 จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หนังสือรับรองหมายเลข IHRP2024060, IHRP No. 049 - 2567 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2567

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา และศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา โดยได้ทำการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบงานวิจัย ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (SRHiE)

2.1.1 ความหมายและความสำคัญของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRH)

2.1.2 ปัญหาและความท้าทายในสถานการณ์ฉุกเฉิน

2.1.3 การจัดการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

2.1.4 ชุดบริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (MISP)

2.1.5 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และโรคเอดส์ (AIDS)

2.1.6 สุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด

2.1.7 ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (SGBV)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAB Model)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Sexual and Reproductive Health in Emergencies: SRHiE)

2.1.1 ความหมายของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Sexual and Reproductive Health: SRH) หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ในทุกช่วงวัยของชีวิต ซึ่งครอบคลุมถึงการมีชีวิตด้านเพศ (sex life) ที่พึงพอใจและปลอดภัย และสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัยและเหมาะสม เพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างเสรี

การบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (WHO, 2018) มีความสำคัญดังนี้

- 1) ลดความเปราะบางของประชากรกลุ่มเสี่ยงก่อนที่จะมีกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้น
- 2) สร้างขีดความสามารถของชุมชนในการป้องกันและเตรียมความพร้อมในการตอบสนองและฟื้นตัวจากเหตุการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งนับเป็นการปกป้องระบบสาธารณสุข บริการด้านสุขภาพ และโครงสร้างพื้นฐานด้วย
- 3) จัดเตรียมพื้นฐานสำหรับการขยายมาตรการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างเป็นวงกว้างในกรณีฉุกเฉิน

4) ป้องกันการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่หลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในผู้หญิง เด็ก และวัยรุ่น

5) ใช้โอกาสในระยะฟื้นฟูเพื่อเสริมสร้างบริการและลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ในอนาคต

ดังนั้น สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Sexual and Reproductive Health in Emergencies: SRHiE) จึงหมายถึง การจัดการและให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในช่วงที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติ สงคราม และความขัดแย้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คน เนื่องจากในสถานการณ์ดังกล่าวการให้บริการทางการแพทย์อาจถูกจำกัด ผู้คนอาจเผชิญกับความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และความรุนแรงทางเพศ การจัดการและให้บริการที่เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ และช่วยประคับประคองสภาพจิตใจและสังคมของผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินครอบคลุมการให้คำปรึกษา การจัดหา และการจัดการความเสี่ยงทางเพศ

2.1.2 ปัญหาและความท้าทายในสถานการณ์ฉุกเฉิน

สถานการณ์ฉุกเฉินมักส่งผลกระทบต่อโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจึงไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างเพียงพอ (UNFPA, 2015) ความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงทางเพศเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงและเด็กที่ขาดพื้นที่ปลอดภัย (IASC, 2015) การขาดแคลนการให้ความรู้และการเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (WHO, 2006) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น โดยบริการทางการแพทย์อาจถูกจำกัดหรือไม่สามารถเข้าถึงได้ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานถูกทำลาย มีการย้ายถิ่นฐานเป็นจำนวนมาก และการขาดแคลนยาหรือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

2) ความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในสถานการณ์ที่มีความไม่ปลอดภัย อัตราการเกิดความรุนแรงทางเพศอาจเพิ่มขึ้น และขาดพื้นที่ปลอดภัยและการสนับสนุนทางกฎหมายสำหรับผู้ถูกรังแก

3) การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การขาดแคลนการให้ความรู้และอุปกรณ์คุมกำเนิด และไม่มีการดูแลสุขภาพการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม

4) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) การขาดแคลนความรู้เรื่องการป้องกันและการรักษา และไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจและรักษาได้

2.1.3 การจัดการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

1) การเตรียมความพร้อมและการวางแผนล่วงหน้า (Preparedness and Planning) โดยทำการประเมินความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงทรัพยากรที่มีอยู่และขาดแคลน (Sphere Association, 2018) เพื่อให้สามารถจัดเตรียมชุดบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ฉุกเฉินที่มีอุปกรณ์และยาที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม และทำการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในการให้บริการดังกล่าวด้วย (IAWG, 2018)

2) การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Service Provision) โดยจัดตั้งศูนย์สุขภาพชั่วคราวที่สามารถให้บริการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ จัดบริการคลอดบุตรที่ปลอดภัย และดูแลสุขภาพหลังคลอด (WHO, 2017) รวมถึงให้บริการคุมกำเนิด โดยการจัดหายาคูมกำเนิดและอุปกรณ์คุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม (UNFPA, 2015)

3) การป้องกันและตอบสนองต่อความรุนแรงทางเพศ (Prevention and Response to Sexual Violence) โดยจัดหาพื้นที่ปลอดภัยให้แก่ผู้หญิงและเด็กที่เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (IASC, 2015) และจัดการสนับสนุนทางจิตวิทยาและกฎหมายให้แก่ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Chynoweth, 2015)

4) การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Control and Prevention of Sexually Transmitted Infections) โดยให้บริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV และหนองใน (Casey et al., 2015).

5) การศึกษาและการเผยแพร่ข้อมูล (Education and Information Dissemination) โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ชุมชน (WHO, 2017) และใช้สื่อสารมวลชนและสื่อสังคมเพื่อเผยแพร่ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ (IAWG, 2018)

2.1.4 ชุดบริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (MISP)

ชุดบริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Minimum Initial Service Package: MISP) เป็นชุดบริการขั้นพื้นฐานสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติ สงคราม และความขัดแย้ง โดยคณะทำงานระหว่างหน่วยงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในภาวะวิกฤต (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises: IAWG) ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้บริการในการป้องกันและตอบสนองความต้องการเฉพาะทางด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพภายใน 48 ชั่วโมงแรก ซึ่งมุ่งลดอัตราการเสียชีวิตและลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตั้งครกโดยไม่พร้อม และความรุนแรงทางเพศ โดยยึดหลักสิทธิมนุษยชนที่มุ่งช่วยชีวิตผู้คนในการดำเนินงาน (IAWG, 2018)

วัตถุประสงค์หลักของ MISP ได้แก่

- 1) การป้องกันการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของมารดาและทารก โดยมุ่งมั่นให้บริการการคลอดที่ปลอดภัย การดูแลหลังคลอด และการดูแลสุขภาพแบบครอบคลุมสำหรับมารดาและทารก
- 2) การป้องกันการตั้งครกโดยไม่พร้อม โดยมุ่งมั่นให้บริการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
- 3) การป้องกันและลดการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมุ่งมั่นให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้ และการแจกจ่ายยางอนามัย
- 4) การให้การดูแลและสนับสนุนผู้ที่ประสบความรุนแรงทางเพศ โดยมุ่งมั่นให้บริการด้านสุขภาพจิต การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือทางกฎหมาย และการส่งต่อผู้ประสบเหตุสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การบริการของ MISP มีหลายด้านซึ่งครอบคลุมการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพของผู้ประสบภัย ดังนี้

- 1) การประสานงานและการจัดการเพื่อบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRH) โดยจัดตั้งการประสานงานและการจัดการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หน่วยงานรัฐบาล องค์กรไม่แสวงหากำไร และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้การบริการดังกล่าวมีความสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ
- 2) การป้องกันและการรักษาผู้ประสบความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (SGBV) โดยให้บริการดูแลทางการแพทย์และการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ประสบความรุนแรงทางเพศ รวมถึงการให้คำปรึกษาทางด้านกฎหมายด้วย
- 3) การให้บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว โดยให้บริการคุมกำเนิด เช่น ยางอนามัย ยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงคุมกำเนิด และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม
- 4) การให้บริการดูแลการคลอดบุตรและดูแลหลังคลอด โดยจัดให้มีการบริการคลอดบุตรที่ปลอดภัยในสถานที่ที่มีความเหมาะสม และมีการดูแลหลังคลอดทั้งมารดาและทารกเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต
- 5) การป้องกันและการจัดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) โดยให้บริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ซิฟิลิส และเอชไอวี พร้อมจัดหาและแจกจ่ายยางอนามัยให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง
- 6) การจัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น ยาคุมกำเนิด ยาต้านจุลชีพ (แบคทีเรีย เชื้อรา และไวรัส ยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอุปกรณ์การคลอดที่ปลอดภัย

7) การให้ข้อมูลและให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยให้ข้อมูล และให้การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

การดำเนินงานตามแผน MISP ในสถานการณ์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม มีการประสานงานที่ดี และมีการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัยเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินสถานการณ์และการเตรียมความพร้อม โดยทำการประเมินพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ เพื่อระบุจำนวนประชากร ความต้องการทางสุขภาพที่เร่งด่วน และความพร้อมของทรัพยากร และจัดตั้งทีมปฏิบัติการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ผู้ประสานงาน และอาสาสมัคร รวมถึงทำการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเกี่ยวกับการให้บริการ MISP เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

2) การประสานงานและการจัดการทรัพยากร โดยการสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานรัฐบาล NGOs และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกัน และจัดหาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีเพียงพอและสามารถเข้าถึงได้ทันเวลา

3) การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ โดยจัดให้มีบริการคลอดบุตรในสถานที่ที่ปลอดภัย มีผู้เชี่ยวชาญดูแลก่อนคลอดและหลังคลอด ซึ่งเป็นการดูแลทั้งมารดาและทารก และจัดให้มีบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการแจกถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีป้องกัน นอกจากนี้ ยังให้บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว โดยให้บริการอุปกรณ์คุมกำเนิดและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม

4) การจัดการและการป้องกันความรุนแรงทางเพศ โดยจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์และดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ประสบความรุนแรงทางเพศ รวมถึงการให้คำปรึกษาทางด้านกฎหมาย นอกจากนี้ ยังสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิง และเด็ก ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ

5) การให้ข้อมูลและการศึกษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันความรุนแรงทางเพศ รวมถึงการใช้สื่อที่เหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ดังกล่าว เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ หรือวิทยุท้องถิ่น

6) การติดตามและการประเมินผล โดยสร้างระบบการติดตามและประเมินผลการให้บริการ เพื่อระบุปัญหาและความท้าทายในการดำเนินงาน และปรับปรุงการให้บริการตามความจำเป็น รวมถึงการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเพื่อใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการให้บริการในอนาคต

7) การวางแผนระยะยาวและยั่งยืน โดยพัฒนากลยุทธ์สำหรับการเปลี่ยนผ่านจาก MISP ไปสู่การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ยั่งยืนในระยะยาว รวมถึงสร้างความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างระบบบริการดังกล่าวในระยะยาวและเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต

SRH Kit (Sexual and Reproductive Health Kit) เป็นชุดอุปกรณ์ที่จัดเตรียมไว้สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ชุด SRH Kit ถูกออกแบบมาให้มีความหลากหลายและครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชากรที่ได้รับผลกระทบ (IAWG, 2018) ซึ่งประกอบด้วยอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ ดังนี้

Kit 1 ชุดอุปกรณ์การคุมกำเนิด (Contraception Kit) ประกอบด้วย ยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงคุมกำเนิด (Intrauterine Device: IUD) ถุงยางอนามัยชายและหญิง และอุปกรณ์ให้คำปรึกษาและสื่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

Kit 2 ชุดอุปกรณ์การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI Kit) ประกอบด้วย ยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน อุปกรณ์ตรวจโรค เช่น แผ่นสไลด์ กระดาษกรอง สารเคมีที่ใช้ตรวจวิเคราะห์ และอุปกรณ์สำหรับให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Kit 3 ชุดอุปกรณ์การทำคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด (Safe Delivery and Newborn Care Kit) ประกอบด้วย อุปกรณ์คลอด เช่น ถุงมือปลอดเชื้อ ผ้าคลุมคลอด สำลี ผ้าสำหรับคลอด อุปกรณ์ดูแลทารกแรกเกิด เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิทารก ผ้าห่อตัวทารก และอุปกรณ์ดูแลหลังคลอด เช่น แผ่นซับน้ำนม เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารก

Kit 4 ชุดอุปกรณ์การดูแลหลังคลอด (Post-Partum Care Kit) ประกอบด้วย ยาและอุปกรณ์สำหรับการดูแลหลังคลอด เช่น ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ และอุปกรณ์ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดและการวางแผนครอบครัว

Kit 5 ชุดอุปกรณ์การจัดการความรุนแรงทางเพศ (Management of Sexual Violence Kit) ประกอบด้วย ยาและอุปกรณ์สำหรับการรักษาผู้ที่ประสบความรุนแรงทางเพศ เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ชุดอุปกรณ์ตรวจและรักษา และอุปกรณ์ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรุนแรงทางเพศ

Kit 6 ชุดอุปกรณ์การตรวจและรักษาโรคมาลาเรีย และเอชไอวี/เอดส์ (Malaria and HIV/AIDS Kit) ประกอบด้วย อุปกรณ์ตรวจมาลาเรีย เช่น แผ่นสไลด์ สารเคมีที่ใช้ตรวจวิเคราะห์ และยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมาลาเรีย รวมถึงอุปกรณ์ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโรคดังกล่าว

Kit 7 ชุดอุปกรณ์การวางแผนและการจัดการสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ (SRH Planning and Management Kit) ประกอบด้วย อุปกรณ์สำหรับการเก็บข้อมูลและการวางแผน เช่น แบบฟอร์มการรายงานข้อมูลประชากร และอุปกรณ์ให้คำปรึกษาและฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร

Kit 8 ชุดอุปกรณ์การจัดการภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (Obstetric Complication Management Kit) ประกอบด้วย ยาและอุปกรณ์สำหรับการจัดการภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ยาหยุดเลือด ยากระตุ้นการคลอด อุปกรณ์ช่วยชีวิต และเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ

Kit 9 ชุดอุปกรณ์การดูแลทารกและเด็ก (Neonatal and Child Care Kit) ประกอบด้วย อุปกรณ์และยาสำหรับการดูแลทารกและเด็ก เช่น ยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก และวิตามินเสริม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการฉีดวัคซีนและการตรวจสุขภาพเด็ก

Kit 10 ชุดอุปกรณ์การให้ข้อมูล การศึกษา และการสื่อสาร (IEC Kit) ประกอบด้วย สื่อการเรียนการสอนและให้ข้อมูล เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ และคู่มือการให้คำปรึกษา และอุปกรณ์การฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร เช่น หนังสือคู่มือและวิดีโอการสอน

กล่าวโดยสรุป ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น การนำชุดบริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (MISP) มาใช้ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของผู้คนที่อยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว และยังช่วยสร้างพื้นฐานในการให้บริการในระยะยาวหลังจากที่สถานการณ์ฉุกเฉินสิ้นสุดลง

2.1.5 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และโรคเอดส์ (AIDS)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections: STIs) คือ กลุ่มโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง ส่วนใหญ่ติดต่อโดยการร่วมเพศ บางโรคอาจติดต่อกันโดยการสัมผัสทางเพศ หรือการถ่ายทอดสู่ลูกขณะอยู่ในครรภ์ แบ่งตามลักษณะอาการ อาทิ 1) แผล ได้แก่ ซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริ่มอวัยวะเพศ 2) ฝี ได้แก่ กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หรือฝีมะม่วง 3) หนอง ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม 4) อื่น ๆ ได้แก่ หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก พยาธิช่องคลอด เชื้อราช่องคลอด โលน

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นเกิดจากเชื้อโรคได้หลายชนิด โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียจะรักษาหายแต่เป็นซ้ำได้ถ้าได้รับเชื้อมาใหม่ ติดต่อกับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส โรคแผลริมอ่อน ส่วนโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสจะรักษาหายแต่เป็นซ้ำได้แม้ไม่ได้รับเชื้อเพิ่ม ติดต่อกับการมีเพศสัมพันธ์หรือการสัมผัสเชื้อ ภูโถ แม้จะไม่สอดใส่ เช่น โรคเริ่มอวัยวะเพศ โรคหูดหงอนไก่ และโรคที่เกิดจากเชื้อราหรือโปโตซัว ไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นได้ เช่น โรคเชื้อราช่องคลอด (กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.)

สภากาชาดไทย (ม.ป.ป.) ได้ให้ความหมายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ว่าหมายถึง โรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งโดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ เดิมใช้ว่า “กามโรค” ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมน้ำเหลือง ปัจจุบันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความหมายกว้างขึ้นโดยรวมโรคติดต่ออีกหลายชนิดที่นอกจากจะติดต่อทางวิธีอื่น ๆ แล้ว ยังสามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วย ได้แก่ โรคตับอักเสบบี โรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อเอชไอวี

ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านมนุษยธรรม (Humanitarian emergencies) ไม่ว่าจะเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความขัดแย้ง หรือการพลัดถิ่น เป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่เพียงแต่เพื่อปกป้องสุขภาพของผู้ได้รับผลกระทบเท่านั้น แต่ยังเพื่อรักษาเสถียรภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชนโดยรวมอีกด้วย ซึ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านมนุษยธรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากปัจจัยหลายประการ รายละเอียดดังนี้

1) ผลกระทบต่อสุขภาพ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายชนิด เช่น เอชไอวี ซิฟิลิส หนองใน สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้อย่างรุนแรง ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ระบบสาธารณสุขอ่อนแอ การเข้าถึงการรักษาอาจเป็นไปได้ยาก จึงทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2006)

2) ความเสี่ยงต่อกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิง เด็ก และกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศในสถานการณ์ฉุกเฉิน การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นการปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (IASC, 2010)

3) ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของชุมชน การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการรับมือกับวิกฤต (Sphere Association, 2018)

มาตรการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

1) การให้ความรู้และการสื่อสารที่ถูกต้องและเข้าถึงง่าย สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีการติดต่อ อาการ และความสำคัญของการป้องกันและรักษา ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงได้ง่ายในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การให้คำปรึกษาส่วนบุคคล การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการกระจายเสียงตามสาย (WHO, 2010) พร้อมทั้งปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สื่อสารข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิง เด็ก และผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย (IAWG, 2018) และส่งเสริมการสื่อสารแบบเปิด สร้างบรรยากาศที่ผู้คนสามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศได้อย่างเปิดเผยและไม่ถูกตัดสิน (UNHCR and UNFPA, 2020)

2) การเข้าถึงการป้องกัน โดยจัดหาถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นอย่างเพียงพอและทั่วถึงในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ศูนย์พักพิงชั่วคราว คลินิกเคลื่อนที่ และจุดแจกจ่ายสิ่งของจำเป็น (UNFPA, 2017) ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ (WHO, 2006) และให้บริการคุมกำเนิด เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ หรือการฝังยาคุมกำเนิด (UNFPA, 2017)

3) การตรวจคัดกรองและการรักษา จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และเป็นความลับ พร้อมทั้งการรักษาที่รวดเร็ว ให้การรักษาที่ทันที่และมีประสิทธิภาพแก่ผู้ที่ติดเชื้อ รวมถึงการติดตามผลการรักษา (WHO, 2006) อีกทั้งการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมแก่ผู้ที่ติดเชื้อและผู้ที่มีความเสี่ยง (UNHCR and UNFPA, 2020)

4) การคุ้มครองกลุ่มเปราะบาง โดยระบุกลุ่มเปราะบางและให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และรักษา (UNHCR and UNFPA, 2020) ป้องกันความรุนแรงทางเพศ ดำเนินมาตรการเพื่อป้องกันและจัดการกับความรุนแรงทางเพศในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การจัดแสงสว่างในพื้นที่สาธารณะ การจัดให้มีห้องน้ำแยกชายหญิง การจัดตั้งระบบการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง (IASC, 2015) และการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงทางเพศหรือมีความเสี่ยงสูง (IAWG, 2018)

5) การประสานงานและการสนับสนุน โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และชุมชนท้องถิ่น เพื่อบูรณาการบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้ากับการตอบสนองด้านมนุษยธรรมอื่น ๆ (Sphere Association, 2018) พร้อมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ สนับสนุนการฟื้นฟูและเสริมสร้างระบบสาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้สามารถให้บริการด้านสุขภาพทางเพศได้อย่างต่อเนื่อง (WHO, 2010) อีกทั้งติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Sphere Association, 2018)

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และโรคเอดส์ (AIDS)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ส่วนใหญ่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์เหมือนกัน การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์มีกลวิธีหลักและกลุ่มเป้าหมายเหมือนกัน อุบัติการณ์และแนวโน้มของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใช้เป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ได้ดีกว่าการวัดจากแนวโน้มการติดเชื้อเอดส์หรือจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ เพิ่มอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่เสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น (กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.)

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV)

เอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือทีเซลล์ (T cells) ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์จนมีปริมาณไม่เพียงพอ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เอชไอวีคือเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) ซึ่งเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป หากมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่ในปัจจุบันจะมียาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน และช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไวรัสนี้ไปยังผู้อื่นด้วย (กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.)

ความสำคัญของการป้องกันเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉิน

การป้องกันเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านมนุษยธรรม เนื่องจากสถานการณ์นี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการติดและแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ การดำเนินมาตรการป้องกันเอชไอวีจึงไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของสุขภาพ แต่ยังเป็นส่วนสำคัญในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและส่งเสริมการฟื้นฟูในระยะยาว

การแพร่เชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านมนุษยธรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และบริบทแวดล้อม อาทิ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและความเสี่ยงของกลุ่มประชากรบางกลุ่มในถิ่นเดิมและประชากรในพื้นที่รองรับ ระดับการติดต่อระหว่างประชากรที่ไร้ที่อยู่อาศัยกับประชากรโดยรอบ ระยะเวลาที่ไร้ที่อยู่อาศัย รวมถึงที่ตั้งและขอบเขตของการแยกตัวของประชากรที่ไร้ที่อยู่อาศัย ตัวอย่างเช่น ผู้ลี้ภัยในเมือง เทียบกับผู้ลี้ภัยในค่ายพักพิง (IAFM, 2018)

ลักษณะเฉพาะที่กำหนดภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อน อาทิ ความขัดแย้ง การไร้ที่อยู่อาศัยจำนวนมาก การสูญเสียแหล่งเลี้ยงชีพ ภาวะความไม่มั่นคงด้านอาหาร ความไม่มั่นคงทางสังคม ภาวะการว่างงาน โครงสร้างพื้นฐานที่เปราะบาง การทำลายสิ่งแวดล้อม และภาวะไร้อำนาจ ล้วนส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงและช่องโหว่ต่อการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรที่ได้รับผลกระทบ (IAFM, 2018)

เหตุผลสำคัญที่สนับสนุนความจำเป็นในการป้องกันเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉิน

1) ลดการติดเชื้อใหม่ สถานการณ์ฉุกเฉินทำให้ระบบสาธารณสุขอ่อนแอลง และประชาชนเข้าถึงบริการป้องกันได้ยากขึ้น การป้องกันเอชไอวีอย่างเข้มข้นช่วยลดโอกาสการติดเชื้อใหม่ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมการระบาด (UNAIDS, 2020)

2) ปกป้องกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิง เด็ก และผู้พลัดถิ่น ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉิน การป้องกันเอชไอวีมุ่งเน้นช่วยปกป้องสิทธิและสุขภาพ (IASC, 2010)

3) ลดภาระระบบสาธารณสุข การป้องกันเอชไอวีไม่เพียงแต่ลดจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ แต่ยังช่วยลดความต้องการบริการดูแลและรักษาเอชไอวีในระยะยาว ซึ่งเป็นการบรรเทาภาระของระบบสาธารณสุขที่มีความตึงเครียดในสถานการณ์ฉุกเฉิน (IASC, 2010)

4) ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน การเข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน การป้องกันเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉินจึงเป็นการยืนยันและปกป้องสิทธิของผู้ได้รับผลกระทบ (UNAIDS, 2020)

5) สนับสนุนการฟื้นฟูระยะยาว การป้องกันเอชไอวีเป็นรากฐานสำคัญของการฟื้นฟูชุมชนและสังคมในระยะยาว การควบคุมการระบาดของเอชไอวี ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถมีส่วนร่วมในการสร้างอนาคตที่ดีขึ้นได้ (WHO, 2016)

ผลกระทบของสถานการณ์ฉุกเฉินต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1) การหยุดชะงักของการรักษา สถานการณ์ฉุกเฉินทำให้ระบบสาธารณสุขหยุดชะงักหรือเข้าถึงได้ยากลำบาก ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ตามปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่การเพิ่มจำนวนไวรัส ภาวะดื้อยา และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (WHO, 2016) นอกจากนี้ การขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นยังส่งผลให้การรักษาโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ที่เกิดร่วมกับเอชไอวีเป็นไปได้ยากขึ้น (UNAIDS, 2014)

2) การเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สถานการณ์ฉุกเฉินทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานจำนวนมาก การพลัดพรากจากครอบครัว และการล่มสลายของระบบการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้สารเสพติดชนิดฉีด และการค้าประเวณี ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวี (IASC, 2010; UNHCR, 2012) นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย และการให้คำปรึกษา ก็ยังทำให้สถานการณ์เลวร้ายลง (Sphere Association, 2018)

3) ผลกระทบทางจิตสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์ฉุกเฉิน เนื่องจากความไม่แน่นอน ความกลัว ความสูญเสีย และการพลัดพรากจากคนที่รัก (Bogic et al., 2015) นอกจากนี้ การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวียังคงเป็นปัญหาใหญ่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ทรัพยากรมีจำกัดและผู้คนต่างดิ้นรนเอาตัวรอด (Nyblade et al., 2009)

4) ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ สถานการณ์ฉุกเฉินทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น การตรวจสุขภาพ การวางแผนครอบครัว และการรักษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นไปได้ยากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Blanchet et al., 2017)

ความท้าทายในการให้บริการเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉิน

1) ทรัพยากรที่จำกัด ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้นทรัพยากรมีจำกัด ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ เวชภัณฑ์ และโครงสร้างพื้นฐาน ส่งผลให้การให้บริการเอชไอวีทำได้ยากขึ้น (WHO, 2016) ยกตัวอย่างเช่น อาจมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ หรือขาดแคลนยาต้านไวรัส และอุปกรณ์ตรวจวินิจฉัย (UNAIDS, 2015)

2) การเข้าถึงบริการที่ยากลำบาก สถานการณ์ฉุกเฉินอาจทำให้การเดินทางและการสื่อสารเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ตามปกติ (IASC, 2010) นอกจากนี้ การอพยพย้ายถิ่นฐานและการพลัดพรากจากครอบครัวก็เป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง (UNHCR, 2012)

3) การหยุดชะงักของระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง อาจหยุดชะงักในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือต้องการการดูแลเป็นพิเศษไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Sphere Association, 2018)

4) การติดตามและการเลือกปฏิบัติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเผชิญกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งอาจรุนแรงขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉิน เนื่องจากความกลัว ความตื่นตระหนก และข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง (Nyblade et al., 2009) สิ่งนี้อาจทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยสถานะของตนและไม่กล้าเข้ารับบริการ (Link et al., 2001)

5) ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล สถานการณ์ฉุกเฉินอาจทำให้การดูแลเอชไอวีขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสถานที่ การสูญเสียข้อมูลการรักษา หรือการขาดการติดตามผล (Blanchet et al., 2017)

6) ความต้องการด้านอื่น ๆ ที่แข่งขันกัน ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้นมีความต้องการด้านมนุษยธรรมอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการจัดการพร้อมกัน เช่น อาหาร น้ำ ที่พักอาศัย และการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งอาจทำให้การให้บริการเอชไอวีไม่ได้รับความสำคัญ (IFRC, 2023)

ดังนั้น เพื่อให้การดูแลเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ การวางแผนล่วงหน้า การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการปรับบริการให้สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ (WFP, 2014)

การดำเนินการบริการแบบครบวงจรสำหรับการป้องกันและดูแลเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Implementing Comprehensive Services for HIV Prevention and Care in Humanitarian Emergencies) เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง แม้ในภาวะวิกฤต (WHO, 2016) บริการแบบครบวงจรครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนทางสังคม (UNAIDS, 2015) โดยหลักการสำคัญในการดำเนินการบริการแบบครบวงจรในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีดังนี้

1) การบูรณาการการบริการ การบริการเอชไอวีควรบูรณาการเข้ากับการตอบสนองด้านมนุษยธรรมโดยรวม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจะได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและไม่ถูกทอดทิ้ง (IASC, 2010) ซึ่งอาจรวมถึงการรวมการบริการเอชไอวีเข้ากับคลินิกสุขภาพทั่วไป การแจกจ่ายอาหารและน้ำ หรือการให้บริการที่พักพิง (UNHCR, 2012)

2) การเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ รสนิยมทางเพศ เชื้อชาติ ศาสนา หรือสถานะทางสังคม (Sphere Association, 2018) สิ่งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่เดิมอาจทวีความรุนแรงขึ้น (IFRC, 2023)

3) การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและชุมชนที่ได้รับผลกระทบในการวางแผนและการดำเนินการบริการ จะช่วยให้มั่นใจได้ว่าบริการต่าง ๆ ตอบสนองความต้องการได้

อย่างแท้จริง (WFP, 2014) การสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือกับชุมชนยังเป็นกุญแจสำคัญในการลด การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

4) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้นทรัพยากรมีจำกัด ดังนั้น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งอาจรวมถึงการใช้ชุดตรวจเอชไอวีแบบเร็ว (Rapid HIV test) การจัดหายาด้านไวรัสในรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ ให้บริการ (UNAIDS, 2020)

5) การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สถานการณ์ฉุกเฉินมีความผันผวนและไม่แน่นอน ดังนั้น การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจึงเป็นสิ่งสำคัญ (WHO, 2021) ซึ่งอาจรวมถึงการปรับเปลี่ยน รูปแบบการให้บริการ การจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติม หรือการเปลี่ยนแปลงสถานที่ให้บริการ (UNAIDS, 2020)

การดำเนินการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Implementing Comprehensive Care for People Living with HIV) เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับความท้าทาย มากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2016) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) จะมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีในทุกมิติ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี (UNAIDS, 2014) โดยองค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม มีดังนี้

1) การดูแลทางการแพทย์ เป็นพื้นฐานสำคัญของการดูแลผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี โดยเน้นการให้ ยาต้านไวรัส การตรวจติดตามสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่ จำเป็น (IASC, 2010) ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น การเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและการดูแลรักษาโรค แทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (UNHCR, 2012)

2) การดูแลทางจิตใจและสังคมของผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี ซึ่งต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ (Bogic, 2015) การดูแลทางจิตใจและสังคมจึงมีความสำคัญอย่าง ยิ่งในการช่วยให้ผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีสามารถรับมือกับความเครียด ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และพัฒนา คุณภาพชีวิต (WHO, 2015) บริการนี้อาจรวมถึงการให้คำปรึกษา การบำบัดทางจิตวิทยา การฝึกอบรมทักษะชีวิต และการสร้างกลุ่มสนับสนุน (Patel et al., 2011)

3) การดูแลทางสังคม ผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีอาจประสบปัญหาทางสังคมต่าง ๆ เช่น การตีตรา การเลือกปฏิบัติ การสูญเสียรายได้ การไร้ที่อยู่อาศัย และการขาดแคลนอาหาร (Blanchet, 2017) การดูแลทาง สังคมจึงมุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนทางการเงิน การจัดหาที่พักอาศัย การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี ในสังคม (Sphere Association, 2018)

4) การดูแลทางจิตวิญญาณ การดูแลทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี บางรายที่ต้องการค้นหาความหมายและคุณค่าในชีวิตหรือต้องการการสนับสนุนทางศาสนา (Puchalski, 2009) การดูแลนี้อาจรวมถึงการให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การจัดกิจกรรมทางศาสนา และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางจิตวิญญาณ (Koenig, 2008)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดูแลแบบองค์รวมในสถานการณ์ฉุกเฉินต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ และชุมชน การวางแผนล่วงหน้า การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการปรับบริการให้สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์เป็นสิ่งสำคัญ (WFP, 2014) นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยี เช่น การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และแอปพลิเคชันสุขภาพ ก็สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้ (UNAIDS, 2020)

2.1.6 สุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด

สุขภาพมารดา (Maternal health) หมายถึง สุขภาพของสตรีในระหว่างตั้งครรภ์ คลอดบุตร และหลังคลอด สุขภาพทารกแรกเกิด (Newborn health) หมายถึง สุขภาพของทารกในช่วงเดือนแรกของชีวิต การมีสุขภาพที่ดีตั้งแต่เริ่มต้นชีวิตนั้นส่งผลกระทบบ่อยมากต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลทั้งในวัยทารก วัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น ทุกประเทศจึงจำเป็นต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเพื่อให้แน่ใจว่ามีการดูแลสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด (Maternal and newborn health: MNH) อย่างมีคุณภาพ ยิ่งไปกว่านั้น การดูแลสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดที่มีคุณภาพสูงเป็นส่วนสำคัญของสิทธิในการมีสุขภาพที่ดี ความเสมอภาค และการรักษาสีตของมารดาและทารก (WHO, 2024)

สุขภาพของมารดาและทารกมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉิน เนื่องจากทั้งมารดาและทารกมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิต สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น สถานการณ์ฉุกเฉินอาจเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ เช่น ภัยธรรมชาติ โรคระบาด ความขัดแย้ง หรืออุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับมารดาและทารก เหตุผลที่สุขภาพมารดาและทารกมีความสำคัญในสถานการณ์ฉุกเฉิน (WHO, 2024; Cooper, 2018; ICM, 2023) มีดังนี้

1) ความเปราะบาง มารดาและทารกมีความเปราะบางและอ่อนแอต่อผลกระทบจากสถานการณ์ฉุกเฉินมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากสภาพร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตสูงกว่า

2) ผลกระทบระยะยาว สุขภาพของมารดาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพและการพัฒนาการของบุตรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หากมารดาไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในสถานการณ์ฉุกเฉิน อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของบุตรในระยะยาว

3) ความมั่นคงของครอบครัวและชุมชน สุขภาพของมารดาและทารกเป็นรากฐานของความมั่นคงของครอบครัวและชุมชน หากมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงจะส่งผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว ในทางกลับกัน หากมารดาและทารกเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของครอบครัวและเป็นภาระต่อสังคม

4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้นระบบสาธารณสุขได้รับผลกระทบ ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับมารดาและทารกลดลง ซึ่งส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การดูแลสุขภาพมารดาและทารกในสถานการณ์ฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าได้รับการดูแลที่จำเป็นและทันที่

5) หลักสิทธิมนุษยชน สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน การดูแลสุขภาพมารดาและทารกในสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นการคุ้มครองสิทธิในการมีชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

The Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: IAFM (2018) ได้กล่าวถึงบริการขั้นพื้นฐานสำหรับการป้องกันการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด ไว้ดังนี้

1) การดูแลฉุกเฉินด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิด (Emergency Obstetric and Newborn Care: EMONC) มีความจำเป็นอย่างยิ่งในระดับสถานีนอมนัย เพื่อรองรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการคลอดบุตร ซึ่งรวมถึงภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด กรณีที่บริการเหล่านี้ไม่สามารถเบิกได้ เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องทำการปฐมพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดก่อนที่จะส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาล รวมถึงสัญญาณ (Signal Functions) เป็นการแทรกแซงทางการแพทย์ที่สำคัญ ซึ่งใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมโดยตรง สาเหตุหลักของการเสียชีวิตมารดาส่วนใหญ่ทั่วโลกครอบคลุมการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่สมบูรณ์ แม้ว่าจะมีบริการสำคัญบางอย่างที่ไม่ได้กล่าวถึงโดยตรง แต่ถือว่ารวมอยู่ในสัญญาณเหล่านี้ เช่น การผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งโดยนัยหมายถึงการมีบริการยาสลบประเภทต่าง ๆ อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการยุติการเสียชีวิตของมารดาที่ป้องกันได้คือ การขาดแคลนเวชภัณฑ์จำเป็นคุณภาพสูงอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ยาเม็ตมิโซพรอสโทล (Misoprostol) ควรมีอยู่ในสถานพยาบาลทุกแห่ง เนื่องจากเป็นเวชภัณฑ์จำเป็นต่อการช่วยชีวิต ใช้ป้องกันและรักษาภาวะเลือดออกหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) โดยไม่จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมผู้ให้บริการอย่างเข้มข้น นอกจากนี้ แมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium Sulfate: MgSO₄) เป็นยาที่เลือกใช้สำหรับการป้องกันและรักษาภาวะครรภ์ (Eclampsia)

การผ่าตัดคลอดบุตร ถือเป็นทางเลือกที่จำเป็นเมื่อการคลอดธรรมชาติมีความเสี่ยงต่อมารดาหรือทารก เช่น ภาวะคลอดติดขัด (Prolonged Labor) ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (Fetal Distress) หรือทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ (Abnormal Presentation) อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อาจ

ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง ความพิการ หรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการผ่าตัดอย่างปลอดภัยหรือขาดศักยภาพในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ภาวะฉุกเฉินของทารกแรกเกิดนั้น ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าเสมอไป เช่นเดียวกับภาวะฉุกเฉินด้านสูติกรรม กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอดและไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรับมืออย่างถูกต้องทันเวลาที่ อาจส่งผลให้ทารกคลอดตาย หรือคลอดออกมาเป็นทารกที่มีชีวิต แต่มีภาวะเครียดรุนแรง และอาจไม่สามารถหายใจเองได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation) ในการคลอดทุกกรณี โดยสถานพยาบาลต้องมีเครื่องมือช่วยหายใจและหน้ากากทารกแรกเกิด (Neonatal Bag-and-Mask Ventilation) ไว้ให้บริการ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องมีความพร้อมในการระบุและรักษาภาวะติดเชื้อรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เน้นสุขอนามัยขณะคลอด ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสทารก ดูแลสายสะดืออย่างถูกวิธี ส่งเสริมการให้นมทันทีหลังคลอดบุตรและเป็นอาหารเดียว ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ ยังมีอัลกอริทึมที่ได้รับการปรับปรุงให้ใช้งานง่ายสำหรับการวินิจฉัยและรักษาภาวะติดเชื้อรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด ครอบคลุมทั้งแนวทางการรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่า และแนวทางการรักษาในกรณีที่ไม่สามารถส่งต่อได้ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีความสามารถในการวินิจฉัย ป้องกัน และจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดต่ำ โดยขึ้นอยู่กับขีดความสามารถและโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างครอบคลุม ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างทันเวลาที่และมีคุณภาพเพื่อให้สามารถมีชีวิตรอด ซึ่งรวมถึงการจัดการให้อบอุ่น การสนับสนุนการบริโภคอาหาร และการดูแลแบบเข้มข้นในบางกรณี

สำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรดำเนินการประกันให้ผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติหัตถการดูแลฉุกเฉินด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิด ตลอดจนมีความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่าเมื่อจำเป็น ทั้งนี้ ควรมีการเผยแพร่มาตรการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน จัดให้มีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้งานในทุกสถานพยาบาล

2) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรม (Referral systems) เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกระหว่างคลอดส่วนใหญ่เกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ เมื่อเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด การมีระบบการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจึงถือเป็นหัวใจสำคัญ ระบบนี้ทำหน้าที่ในการระบุภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมและรับรองว่าผู้ป่วยจะได้รับการบริหารจัดการภาวะดังกล่าวอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการรักษาเบื้องต้นหรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลฉุกเฉินด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิดอย่างครอบคลุม

ระบบนี้ครอบคลุมการจัดทำและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน ซึ่งระบุถึงข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่ออย่างครบถ้วน ซึ่งหมายรวมถึงชื่อผู้ป่วย สาเหตุการส่งต่อ ผลการรักษาที่สถานพยาบาลปลายทาง การกลับไปรับการติดตามผลการรักษาที่สถานพยาบาลต้นทาง และการประสานงานต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่ที่สถานพยาบาลต้นทาง)

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมถึงระบบการส่งกลับ จำเป็นต้องอาศัยทั้งแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ระบบการสื่อสาร ระบบขนส่ง ตลอดจนความเชื่อมั่นและความเข้าใจระหว่างชุมชน ผู้ให้บริการ สถานีนอนามัย และโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องพึงตระหนักว่าระยะทางระหว่างสถานพยาบาลต้นทางกับปลายทางส่งผลต่อการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย ยิ่งระยะทางไกลนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยิ่งจำเป็นต้องตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมโดยเร็ว

3) ชุดคลอดสะอาด ปลอดภัย สำหรับสถานการณ่ฉุกเฉิน (Clean, safe delivery, and newborn care kits) ในสถานการณ่ฉุกเฉินด้านมนุษยธรรมนั้นย่อมมีผู้หญิงและวัยรุ่นหญิงที่อยู่ในช่วงปลายของการตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องคลอดบุตรระหว่างวิกฤตการณ์ ในช่วงเริ่มต้นของเหตุการณ์หรือในพื้นที่ที่มีอัตราการคลอดบุตรนอกสถานพยาบาลสูง การคลอดบุตรอาจเกิดขึ้นนอกสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการคลอดบุตร ดังนั้น ชุดคลอดสะอาด ปลอดภัย สำหรับสถานการณ่ฉุกเฉิน จึงควรแจกจ่ายให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มองเห็นได้ชัดเจน เพื่อยกระดับมาตรฐานการคลอดบุตรในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้ การแจกจ่ายชุดอุปกรณ์เหล่านี้อาจดำเนินการได้ที่จุดลงทะเบียนหรือผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชนในกรณีที่มีเครือข่ายการสาธารณสุขชุมชนที่มั่นคง

ชุดอุปกรณ์ขั้นพื้นฐาน ควรประกอบด้วย แผ่นพลาสติกใสสะอาด 1 แผ่น สำหรับรองคลอด โดยต้องคำนึงถึงท่าคลอดที่หญิงตั้งครรภ์เลือก (สบู่ 1 ก้อน ถูมืออย่าง 1 คู่ ใบมีดโกนใหม่ 1 อัน สำหรับตัดสายสะดือ สายสำหรับมัดสายสะดือ 3 เส้น ผ้าผ้าย 2 ผืน โดยผืนหนึ่งสำหรับเช็ดตัวทารก อีกผืนสำหรับห่มคลุมทารก) เจลฆ่าเชื้อคลอร์เฮกซิดีนไดกลูโคเนต 7.1% 1 หลอด สำหรับดูแลสายสะดืออย่างถูกวิธี

ในพื้นที่ควรมีข้อกำหนดสำหรับการแจกจ่ายยาเม็ดมิโซพรอสโตนอล่วงหน้า เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกหลังคลอด เวชภัณฑ์สำคัญที่ช่วยชีวิตชนิดนี้ควรบรรจุรวมอยู่ในชุดอุปกรณ์ขั้นพื้นฐานด้วย งานวิจัยหลายทศวรรษได้พิสูจน์แล้วว่าการใช้ยาเม็ดมิโซพรอสโตนอลในฐานะยาสลายมดลูกชนิดป้องกัน มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการลดภาวะเลือดออกหลังคลอดเมื่อรับประทานทันทีหลังคลอดบุตร องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสามารถให้ยานี้แก่หญิงตั้งครรภ์ได้ในกรณีที่ไม่มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการคลอดบุตรและไม่มีออกซิโตซิน งานวิจัยจากทั้งในพื้นที่ที่มั่นคงและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตการณ์ชี้ให้เห็นว่า การรับประทานยาเม็ดมิโซพรอสโตนอลด้วยตนเองสามารถทำได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาชนิดนี้สามารถเข้าถึงหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องคลอดบุตร ไม่ว่าจะเป็น

เลือกคลอดเองที่บ้านหรือคลอดที่สถานพยาบาลที่ขาดแคลนไฟฟ้า เครื่องทำความเย็น และบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

คุณภาพการดูแลสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด เป็นรากฐานสำคัญของบริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิด้านสุขภาพ เส้นทางการส่งเสริมความเท่าเทียม และการยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและบุตร บริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดที่มีคุณภาพสูงจะมีลักษณะดังต่อไปนี้ (IAFM, 2018)

1) ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) ทุกพื้นที่ที่มีประชากร 500,000 คน ควรมีสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการดูแลฉุกเฉินด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิด อย่างน้อย 5 แห่ง (รวมถึงสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการดูแลฉุกเฉินด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิดอย่างครอบคลุม อย่างน้อย 1 แห่ง) สถานพยาบาลเหล่านี้จำเป็นต้องเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ พร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีจำนวนเพียงพอ เนื่องจากการคลอดบุตรและภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

2) การเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก (Accessibility) สถานพยาบาลควรตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สามารถเดินทางไปถึงได้สะดวก ไม่ว่าจะเป็นทางถนนหนทาง หรือทางน้ำ พร้อมทั้งมีระบบขนส่งสาธารณะที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ในราคาที่เหมาะสม

3) การยอมรับบริการ (Acceptability) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีความมุ่งมั่นและได้รับการสนับสนุนเพื่อให้บริการแก่ทุกคนด้วยความมีศักดิ์ศรีและความเคารพ สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความต้องการใช้บริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด

4) ประสิทธิภาพของบริการ (Effectiveness) บริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดควรประกอบด้วยแนวทางการแทรกแซงทางการแพทย์ที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อช่วยปรับปรุงสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด และส่งเสริมอัตราการรอดชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด

5) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) ควรมีการดำเนินการเพื่อให้บริการในราคาที่ถูกลงหรือไม่คิดค่าใช้จ่าย เพื่อลดภาระทางการเงินในการเข้าถึงบริการ

6) ความเหมาะสมทางวัฒนธรรม (Cultural Competency) บริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดควรคำนึงถึงภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นเพศหญิง อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนเจ้าหน้าที่พยาบาลหญิงไม่ควรเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

7) ความปลอดภัย (Safety) กระบวนการดูแลและบริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดไม่ควรส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

8) ความรวดเร็ว (Timeliness) การดูแลและบริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดควรได้รับการจัดการอย่างรวดเร็ว เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในเวลาและสถานที่ที่ต้องการมากที่สุด

9) ความเคารพ (Respect) บริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดจำเป็นต้องเคารพในศักดิ์ศรีความรู้สึก สิทธิในการเลือก และความต้องการของผู้หญิงทุกคน โดยควรยึดตามหลักการของกฎบัตรการดูแลสุขภาพมารดาอย่างเคารพสิทธิสากลของผู้หญิงมีครรภ์ (The Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Childbearing Women)

ที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ว่า บริการสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดที่มีคุณภาพสูงในทุกพื้นที่จำเป็นต้องมีรากฐานที่มั่นคง ซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถ และโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข

2.1.7 ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (Sexual and Gender Based Violence: SGBV)

ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพนั้น เป็นความรุนแรงที่มุ่งเป้าไปที่บุคคลตามเพศหรือเพศ รวมถึงการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ หรือการข่มขู่ บีบบังคับ และการลิดรอนสิทธิและเสรีภาพ (UNHCR, 2003) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรุนแรงทางเพศซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรุนแรงทางเพศสภาพ อันเป็นการแสวงหาประโยชน์ การละเมิด ตลอดจนการกระทำทางเพศ โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ถูกกระทำ (Araujo et al., 2019; UNCHR, 2003) ซึ่งภายในกลุ่มประชากรผู้ลี้ภัยจะใช้คำว่า “ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (UNHCR, 2011; Simon-Butler and McSherry, 2019) เนื่องจากความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพมีความรุนแรงที่หลากหลาย ตั้งแต่การกล่าวย่ำยีทางวาจาไปจนถึงการฆาตกรรม และเพื่อให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (IPPF, 2020) คณะผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ” ซึ่งหมายถึง การกระทำที่เป็นอันตรายใด ๆ ที่ทำผิดต่อบุคคล และอยู่บนพื้นฐานของบรรทัดฐานทางเพศและความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยปราศจากการยินยอมจากอีกฝ่าย รวมถึงการกระทำที่ก่อให้เกิดหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ หรือทางการเงินของอีกฝ่าย ผู้กระทำผิดจะใช้กำลัง การบังคับ และการหลอกลวง (IPPF, 2020; IOM, 2019) ซึ่งเป็นอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือการทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งทนทุกข์ทรมานจากสาเหตุด้านเพศสภาพของตน เป็นผลมาจากความไม่เท่าเทียมกันทางเพศสภาพและการใช้อำนาจในทางที่ผิด (UNHCR, 2003) แม้ว่าผู้ถูกกระทำและผู้รอดชีวิตจากความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพส่วนใหญ่จะเป็นเด็กหญิงและผู้หญิง แต่เด็กชายและผู้ชายก็สามารถได้รับอันตรายจากความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพได้เช่นกัน

ธรรมชาติของความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ มีรากฐานมาจากความไม่สมดุลทางอำนาจระหว่างชายหญิง โดยใช้ความรุนแรงทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเพื่อบีบบังคับ และสิ่งที่เชื่อมโยงความรุนแรงอีกสิ่งหนึ่งก็คือ บทบาทที่ได้รับมอบหมายระหว่างชายหญิง สถานที่ และบริบททางประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจัยที่สนับสนุนความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ ได้แก่ บริบททางสังคมของสังคมชายขอบและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ผู้หญิงถูกเลือกปฏิบัติและมีความเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทาง

เพศมากกว่า โดยผู้อพยพที่เป็นผู้หญิงมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะตกเป็นเหยื่อของการแสวงหาผลประโยชน์ การละเมิดทางเพศ และการค้ามนุษย์ (Le Monde selon les femmes, 2019) ต่อมาคือ วัฒนธรรมการข่มขืน เกิดจากบริบททางสังคมจากการล่าอาณานิคม วัฒนธรรมการทำลามกอนาจารที่ส่งเสริมกลไกของการครอบงำ และการยอมจำนนซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กสาวโดยเฉพาะ การแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศเชิงพาณิชย์ ซึ่งเป็นการสร้างอคติทางเพศและการเหยียดเชื้อชาติ (Maquestiau, P. and Duysens, C., 2016; Le Monde selon les femmes, 2019) และการมีเพศสัมพันธ์ การสร้างพฤติกรรมหรือผลิตภัณฑ์ทางเพศทำให้การมีเพศสัมพันธ์เข้ามา อยู่ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในพื้นที่สาธารณะ โทรศัพท์ วิทยุ สื่อออนไลน์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทัศนคติและ พฤติกรรมของคนทั่วไปในสังคม (Le Monde selon les femmes, 2019)

ความรุนแรงทางเพศแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงทางร่างกาย ความรุนแรงทางอารมณ์และจิตใจ ความรุนแรงทางความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี และวัฒนธรรม และความรุนแรงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (UNHCR, 2003)

1) ความรุนแรงทางเพศ

- การข่มขืน และการข่มขืนคู่สมรส (Rape and marital rape) เป็นการบุกรุกร่างกายของเหยื่อโดยใช้อวัยวะเพศของผู้กระทำผิด หรือการบุกรุกทวารหนักหรืออวัยวะเพศของเหยื่อด้วยวัตถุใด ๆ หรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย โดยบังคับหรือข่มขู่ด้วยความรุนแรง และการใช้เหตุผลในสภาพแวดล้อมที่บีบบังคับ
- การล่วงละเมิดทางเพศเด็ก (Child sexual abuse, defilement and incest) และการร่วมประเวณีระหว่างพี่น้อง โดยเป็นการกระทำใด ๆ ที่ใช้เด็กเพื่อความพึงพอใจทางเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก
- การบังคับเล่นสวาทหรือการข่มขืนทางทวารหนัก (Forced sodomy/anal rape) เป็นการร่วมเพศทางทวารหนักแบบบังคับ โดยจะเป็นชายกับชายหรือชายกับหญิงก็ได้
- การพยายามข่มขืนหรือพยายามบังคับเล่นสวาท (Attempted rape or attempted forced sodomy/anal rape) เป็นการพยายามข่มขืนทางทวารหนัก
- การล่วงละเมิดทางเพศ (Sexual abuse) เป็นการบุกรุกร่างกายหรือคุกคาม รวมถึงสัมผัสร่างกายในจุดที่ไม่เหมาะสม โดยใช้กำลังกายได้สภาวะที่ไม่เท่าเทียมกันหรือการบีบบังคับ
- การแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศ (Sexual exploitation) เป็นการแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศจากผู้อื่น รวมถึงการแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศที่มีจุดประสงค์ในการค้ามนุษย์ อาทิ การบังคับเปลี่ยนผ้าเปลี่ยนเปล้า การบังคับแต่งงาน การบังคับคลอดบุตร การมีส่วนร่วมในสื่อลามก การค้าประเวณี การขู่กรรโชกทางเพศเพื่อให้ได้สินค้า บริการ สวัสดิการความช่วยเหลือ และทาสทางเพศ

- การบังคับค้าประเวณี หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการแสวงประโยชน์ทางเพศ (Forced prostitution or sexual exploitation) เป็นการบังคับค้าบริการทางเพศเพื่อแลกกับทรัพยากร บริการ และความช่วยเหลือ ซึ่งมุ่งเป้าไปที่ผู้หญิงหรือเด็กผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง

- การคุกคามทางเพศ (Sexual harassment) เป็นการคุกคามทางเพศใด ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะเกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่ได้รับการเยียวยา โดยเป็นการเสียดสีทางเพศ ทั้งทางวาจา ทางกาย ที่มีลักษณะไปในเชิงคุกคามทางเพศ การแสดงสื่อลามกอนาจาร รวมถึงการจ้างงานโดยสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็น การข่มขู่ ไม่เป็นมิตร

- ความรุนแรงทางเพศใช้เป็นส่วนหนึ่งของสงครามและการทรมาน (Sexual violence as a weapon of war and torture) เป็นการการข่มขืน การบังคับให้ทำแท้ง ทำหมัน หรือรูปแบบอื่นใดเพื่อป้องกันการเกิด การบังคับตั้งครุฑ การบังคับคลอดบุตร การบังคับเลี้ยงดูเด็ก และความรุนแรงทางเพศในรูปแบบการทรมาน เป็นการกระทำการคุกคามทางเพศซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทางจิตใจหรือร่างกายอย่างรุนแรง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลการสารภาพ การลงโทษเหยื่อหรือบุคคลที่สาม การข่มขู่หรือทำลายชาติพันธุ์ เชื้อชาติ หรือศาสนา

2) ความรุนแรงทางร่างกาย

- การทำร้ายร่างกาย (Physical assault) เป็นการทุบตี ต่อย ตะ กัด เฆา ทำให้พิการ หรือการฆ่า โดยใช้อาวุธหรือไม่ใช้อาวุธ ซึ่งใช้ร่วมกับความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงในรูปแบบอื่น ๆ

- การค้ามนุษย์ (Trafficking, slavery) เป็นการบังคับขายหรือการค้ามนุษย์เพื่อกิจกรรมทางเพศ การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ และการถอดอวัยวะ

3) ความรุนแรงทางอารมณ์และจิตใจ

- การล่วงละเมิด/การดูหมิ่นเหยียดหยาม (Abuse/Humiliation) เป็นการล่วงละเมิดทางวาจาที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางเพศ ซึ่งเป็นการดูถูก การทำให้เสื่อมเสีย การบังคับเหยื่อ/ผู้รอดชีวิตให้อับอาย ไม่ว่าจะในที่สาธารณะหรือพื้นที่ส่วนตัว

- การคุมขัง (Confinement) เป็นการแยกบุคคลออกจากเพื่อนหรือครอบครัว การจำกัดการเคลื่อนไหว และการลิดรอนเสรีภาพ

4) ความรุนแรงทางความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี และวัฒนธรรม

- การตัดอวัยวะเพศหญิง (Female genital mutilation: FGM) การตัดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยเหตุผลที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ซึ่งทำตั้งแต่อายุน้อย มีตั้งแต่การตัดบางส่วนหรือทั้งหมด และการตัดเย็บอวัยวะเพศ โดยจะกระทำกับผู้หญิงหลังจากที่คลอดบุตร รวมถึงเด็กหญิงหรือผู้หญิงที่เคยเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศ

- การแต่งงานตั้งแต่อายุน้อย (Early marriage) เป็นการแต่งงานที่จัดให้มีการแต่งงานภายใต้อายุที่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองตามกฎหมาย โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจ

- การแต่งงานแบบคลุมถุงชน (Forced marriage) เป็นการแต่งงานโดยขัดต่อความปรารถนาของเหยื่อหรือผู้รอดชีวิต โดยมีการยัดยืมสอดใส่กับครอบครัว ซึ่งหากปฏิบัติจะมีผลกระทบที่รุนแรงเกิดขึ้นตามมา

- การฆ่าหรือทำให้พิการเพื่อรักษาเกียรติ (Honors killing and maiming) เป็นการทำร้ายร่างกาย ฆ่าผู้หญิงหรือเด็กหญิง เพื่อเป็นการลงโทษสำหรับการกระทำที่ถือว่าไม่เหมาะสมกับเพศ โดยเชื่อกันว่าจะนำความอับอายมาสู่ครอบครัวหรือชุมชน เช่น การราดน้ำกรดบนใบหน้าของหญิงสาวเพื่อเป็นการลงโทษที่นำความอับอายมาสู่ครอบครัว เนื่องจากเหยื่อพยายามแต่งงานกับคนที่ไม่ได้เลือกโดยครอบครัว

- การฆ่าทารกหรือละเลย (Infanticide and/or neglect) เป็นการฆ่า การงดอาหาร หรือการละเลยเด็กผู้หญิง เนื่องจากถือว่ามีความผิดน้อยกว่าเด็กผู้ชาย

- การปฏิเสธการศึกษาสำหรับเด็กผู้หญิงหรือผู้หญิง (Denial of education for girls or women) เป็นการย้ายเด็กผู้หญิงออกจากโรงเรียน ห้ามหรือขัดขวางการเข้าถึงความรู้พื้นฐาน เทคนิค วิชาชีพ หรือทางวิทยาศาสตร์ของเด็กผู้หญิงและผู้หญิง

5) ความรุนแรงทางสังคมและเศรษฐกิจ

- การเลือกปฏิบัติหรือการปฏิเสธโอกาสและการบริการ (Discrimination and/or denial of opportunities, services) เป็นการยกเว้น การปฏิเสธการเข้าถึงการศึกษา ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ หรือการจ้างงานที่ได้รับค่าตอบแทน และการปฏิเสธสิทธิในทรัพย์สิน

- การกีดกันทางสังคม/การกีดกันจากรสนิยมทางเพศ (Social exclusion/ostracism based on sexual orientation) เป็นการปฏิเสธการเข้าถึงบริการหรือผลประโยชน์ทางสังคม การป้องกันการเข้าถึงสิทธิพลเมือง สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง การบังคับใช้บทลงโทษทางอาญา การเลือกปฏิบัติหรือการทำร้ายร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

- การกระทำทางกฎหมายที่มีลักษณะขัดขวาง (Obstructive legislative practice) เป็นการจำกัดสิทธิของพลเมือง โดยเฉพาะผู้หญิง ในการเข้าถึงความบันเทิง สิทธิพลเมือง สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง

การดูแลผู้ประสบความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและซับซ้อน โดยต้องคำนึงถึงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ได้รับผลกระทบเป็นสำคัญ แนวทางการดูแลจึงครอบคลุมตั้งแต่การให้ความช่วยเหลือเร่งด่วน การเยียวยาฟื้นฟูสภาพจิตใจ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม ไปจนถึงการส่งเสริมให้ผู้ประสบปัญหาสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข การดำเนินการทั้งหมดนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยของผู้ได้รับผลกระทบ การดูแลผู้ประสบ

ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาให้สามารถฟื้นตัวจากบาดแผลทางร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับมาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (IPPF, 2022)

1) แนวทางที่ยึดผู้รอดชีวิตเป็นศูนย์กลาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและเคารพสิทธิของผู้ที่ผ่านภาวะวิกฤติ ซึ่งได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพ แนวทางนี้ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ผ่านภาวะวิกฤติ โดยสามารถระบุและแสดงความต้องการ ตลอดจนเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจองค์ประกอบของแนวทางนี้ได้แก่

- ความปลอดภัย ความปลอดภัยและความมั่นคงของผู้รอดชีวิตและบุตรหลานถือเป็นข้อพิจารณาเบื้องต้น

- การรักษาความลับ ผู้รอดชีวิตมีสิทธิเลือกที่จะเล่าเรื่องราวหรือไม่เล่าก็ได้ และข้อมูลที่ได้นั้นต้องได้รับความยินยอมและแจ้งให้ทราบก่อนการเผยแพร่

- การเคารพการตัดสินใจ การดำเนินการทั้งหมดควรอยู่บนพื้นฐานของความเคารพ ความปรารถนา สิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้รอดชีวิต บทบาทของผู้ช่วยเหลือคือการอำนวยความสะดวกในการพักผ่อน และจัดหาทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้รอดชีวิต

- การไม่เลือกปฏิบัติ ผู้รอดชีวิตควรได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกัน ยุติธรรม โดยไม่คำนึงถึงอายุ ความพิการ อัตลักษณ์ทางเพศ ศาสนา สัญชาติ ชาติพันธุ์ รสนิยมทางเพศ หรือลักษณะอื่น ๆ

2) แนวทางการดูแลผู้ประสบความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ ได้แก่

- ดำเนินการขั้นแรกของการสนับสนุน คือ รับฟัง สอบถาม และตรวจสอบ
- ซักประวัติ ตรวจสอบ ประเมินอารมณ์ และการตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์หากจำเป็น
- รักษาอาการบาดเจ็บทางร่างกาย
- เสนอ PEP หรือ Post-Exposure Prophylaxis ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสฉุกเฉินเพื่อป้องกันเอชไอวี ภายใน 72 ชั่วโมง

- เสนอการคุมกำเนิดฉุกเฉิน ภายใน 5 วัน

- เสนอป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดภัย

- ประเมินสุขภาพจิต หรือเกี่ยวกับการดูแลตนเองและวางแผนการนัดตรวจติดตามผล

3) คู่มือการจัดการทางคลินิกของผู้รอดชีวิตจากการถูกข่มขืนและผู้รอดชีวิตจากความรุนแรงจากคู่ครอง เป็นการเสนอแนวทางในการให้บริการที่ยึดผู้รอดชีวิตเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจัดลำดับความสำคัญของสิทธิ ความต้องการ และความปรารถนาของผู้รอดชีวิต โดยมีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 การเตรียมการ ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้รอดชีวิตจาก ความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงจากคู่ครอง โดยจะต้องสนับสนุนการตอบสนองอย่างถ่วงและด้วยความเข้าใจต่อผู้รอดชีวิต ซึ่งระเบียบดังกล่าวจำเป็นต้องเตรียมการอย่างรอบคอบในการจัดตั้งบริการและพัฒนาระเบียบวิธีการรักษา รวมถึงขั้นตอนที่พัฒนาขึ้นเพื่อการดำเนินการภายในบริบทของแต่ละพื้นที่

- การทำความเข้าใจกฎหมายและนโยบาย
- ความตระหนักรู้ถึงทรัพยากรและบริการที่มีอยู่
- การระบุตำแหน่งที่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้หากยังไม่มี
- การเตรียมสถานที่ดูแลสุขภาพ
- การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่
- การพัฒนาระเบียบ
- ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน
- ดำเนินการประชาสัมพันธ์ภายในชุมชน
- การดูแลในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การให้การสนับสนุนขั้นแรก เป็นส่วนสำคัญของการดูแลที่สามารถมอบให้กับผู้รอดชีวิตจาก ความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงจากคู่ครอง โดยตอบสนองความต้องการและจัดลำดับความสำคัญของความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ก้าวล่วงความเป็นส่วนตัว การสนับสนุนขั้นแรกจะช่วยตอบสนองความต้องการทางอารมณ์และเป็นการเสนอแนวทางในการช่วยเหลือต่อไป

- การรับฟังอย่างใกล้ชิดด้วยความเห็นอกเห็นใจและไม่มีการตัดสิน
- สอบถามความต้องการจำเป็น ประเมินและตอบสนองต่อความต้องการและข้อกังวลต่าง ๆ ทั้งทางอารมณ์ ร่างกาย และสังคม

- การตรวจสอบ โดยแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและเชื่อในตัวผู้รอดชีวิต รับฟังผู้รอดชีวิตโดยไม่ตำหนิ

- สร้างพื้นที่ปลอดภัย โดยทำแผนการป้องกันตนเองจากอันตรายหากเกิดความรุนแรงขึ้นอีก

- สนับสนุนการช่วยเหลือด้านข้อมูล บริการต่าง ๆ และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 การจัดการทางคลินิกเรื่องการข่มขืน ผู้รอดชีวิตจากการข่มขืนจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเภทของความรุนแรงที่ประสบ

- การรับฟัง สอบถามเกี่ยวกับความต้องการและข้อกังวล โดยใช้หลักการสนับสนุนขั้นแรก

- การได้รับความยินยอมและการเตรียมสอบสวนผู้รอดชีวิตจะต้อง จะต้องอธิบายชี้แจงจำกัดของการรักษาความลับให้แก่ผู้รอดชีวิตได้ทราบ หากผู้รอดชีวิตไม่ยินยอมที่จะให้ดูแลก็ไม่เป็นไร เพราะไม่ได้ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลในอนาคต ในการเตรียมสอบสวนผู้รอดชีวิตนั้นจำเป็นที่จะต้องสื่อสารให้ชัดเจนและมีผู้สังเกตการณ์อยู่ด้วยเพื่อเป็นพยาน

- การซักประวัติ จะต้องแจ้งผู้รอดชีวิตว่าเป็นการตรวจร่างกายและรักษาอาการบาดเจ็บทั้งหมด และประเมินสภาพจิตใจ

- ตรวจร่างกาย โดยตรวจทางกายภาพ อวัยวะเพศ ซึ่งจะสามารถทำได้ก็ต่อเมื่อได้รับความยินยอมในการเก็บหลักฐาน โดยยึดหลักแนวทางที่ยึดผู้รอดชีวิตเป็นศูนย์กลาง อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการตรวจร่างกาย แจ้งผู้รอดชีวิตทุกครั้งก่อนที่จะสัมผัสร่างกาย

- ให้การรักษาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ ให้รักษาบาดแผล การตรวจการตั้งครภ์ การคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาและการตรวจเอชไอวี และการฉีดวัคซีน การรักษาภายใน 120 ชั่วโมง (5วัน) หลังการเกิดเหตุ นั้น ให้รักษาบาดแผล การตรวจการตั้งครภ์ การคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาและการตรวจเอชไอวี และการฉีดวัคซีน ส่วนการรักษาหากเกิน 120 ชั่วโมง นับตั้งแต่เกิดเหตุ ให้รักษาบาดแผล ตรวจการติดเชื้อ การตรวจการตั้งครภ์ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาและการตรวจเอชไอวี และการฉีดวัคซีน

- การเพิ่มความปลอดภัยและการส่งต่อเพื่อรับการสนับสนุนเพิ่มเติม โดยการวางแผนความปลอดภัยและการส่งต่อ

- การประเมินสุขภาพจิตและการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยสอบถามผู้รอดชีวิตเกี่ยวกับความกังวลที่ใหญ่ที่สุด และสังเกตแต่ไม่ตัดสิน โดยสังเกตรูปร่าง ท่าทางพฤติกรรม ความรู้สึก คำพูด ความคิด

- การดูแลและติดตามผล ซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้ของผู้มารับบริการ

ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพเกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกเวลา และถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของสงคราม โดยกระทำเพื่อความปลอดภัยในบ้านของตน เช่นเดียวกับที่กฎหมายและโครงสร้างที่ควบคุมสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ทักษะคติของแต่ละบุคคลก็สามารถมีอิทธิพลต่อวิถีที่ครอบครัว ชุมชน และสังคมตอบสนองต่อพฤติกรรมบางประเภทได้เช่นกัน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (KAB Model)

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (KAB Model) เป็นแนวคิดที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Behavior) ว่ามีความสัมพันธ์กัน โมเดลความคิดนี้ยืนยันว่าความรู้และทศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Schneider และ Cheslock, 2003 อ้างถึงใน Ichayaporn Chuaychoo, 2021) KAB Model ถูกนำมาใช้ในการวิจัยในหลายสาขา เช่น สาธารณสุข การศึกษา และการพัฒนาสังคม โดยมีความสำคัญในการทำความเข้าใจและวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มประชากรในบริบทต่าง ๆ

Singh และ Malaviya (1994) ได้นำเสนอถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตน โดยสรุปได้ดังนี้

- 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงทศนคติและพฤติกรรม ความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอจะช่วยเสริมสร้างทศนคติที่ดี และนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม
- 2) ทศนคติ (Attitude) ความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงทศนคติของบุคคลได้ ทศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง
- 3) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตน (Practice) ทศนคติที่ถูกต้องและเป็นบวกจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้องในที่สุด

การวิเคราะห์ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตน ของ Singh และ Malaviya ได้ชี้ให้เห็นว่าการมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การป้องกันโรคหรือการดูแลสุขภาพ จะนำไปสู่การพัฒนาทศนคติที่ดีต่อเรื่องนั้น ๆ และทศนคติที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงในด้านหนึ่งจะส่งผลต่ออีกสองด้าน

Launiala (2009) ได้เน้นการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของสาธารณสุขและการพัฒนา โดย Launiala ได้วิพากษ์และพัฒนาแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย โดยมีแนวคิดหลักดังนี้

- 1) การมีความรู้ไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเสมอไป ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แม้บุคคลจะมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพหรือการป้องกันโรค แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น บริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงทรัพยากร
- 2) ทศนคติที่ดีสามารถส่งผลบวกต่อการปฏิบัติ ทศนคติของบุคคลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม หากบุคคลมีทศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติใด ๆ พวกเขามีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามนั้นมากขึ้น

3) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายประการ การปฏิบัติของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้และทัศนคติเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนจากชุมชน นโยบายของรัฐ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

4) ความสำคัญของการวิจัยในบริบทที่เฉพาะเจาะจงเน้นว่า การวิจัยและการประเมินผลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนนั้นควรคำนึงถึงบริบทเฉพาะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ การศึกษาในบริบทที่แตกต่างกันอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

การประยุกต์ใช้แนวคิดของ Launiala นั้น ถูกนำไปใช้ในการวางแผนและดำเนินโครงการด้านสุขภาพและการพัฒนาในหลายประเทศ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวช่วยให้สามารถระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของบุคคลและชุมชนได้อย่างละเอียดมากขึ้น ส่งผลให้การวางแผนและดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

KAB Model เป็นวิธีการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติที่นำไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพในหลายด้าน (Schrader and Lawless, 2004 อ้างถึงใน Ichayaporn Chuaychoo, 2021) ในทางปฏิบัติ KAB Model ถูกนำไปใช้ในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การฝึกอบรมและการให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีในการดำเนินชีวิต การวิจัยส่วนใหญ่ที่ใช้โมเดล KAB Model มุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ (ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์, 2556) การดูแลสุขภาพทางเพศ (คลังพลอย เอื้อวิทยาสุกร และคณะ, 2554) การดูแลสุขภาพการบริโภคอาหาร (นวพร นาคะนิธ, 2563) การป้องกันโควิด-19 (ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาไม่พบการประยุกต์ใช้โมเดลนี้กับกลุ่มประชากรที่เป็นผู้หนีภัยชาวเมียนมาที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย

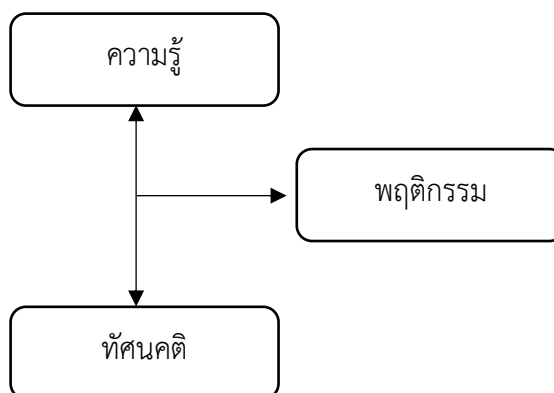
จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า KAB Model มีความสำคัญกับ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Behavior) (นวพร นาคะนิธ, 2563) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอนของประเทศไทย และได้แบ่งรูปแบบความสัมพันธ์ออกเป็น 4 รูปแบบ (ภณิตา อทินวงศ์, 2565) ดังนี้

1) ความรู้ของผู้หนีภัยชาวเมียนมาในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีผลต่อทัศนคติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และทัศนคติดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ตามมาในที่สุด



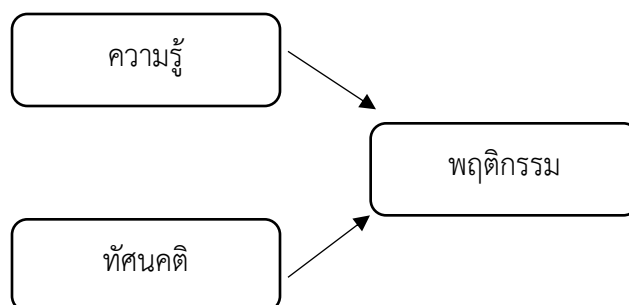
ภาพที่ 1 โมเดลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม รูปแบบที่ 1

2) ความรู้และทัศนคติของผู้หนีภัยชาวเมียนมาในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น ๆ ตามมา



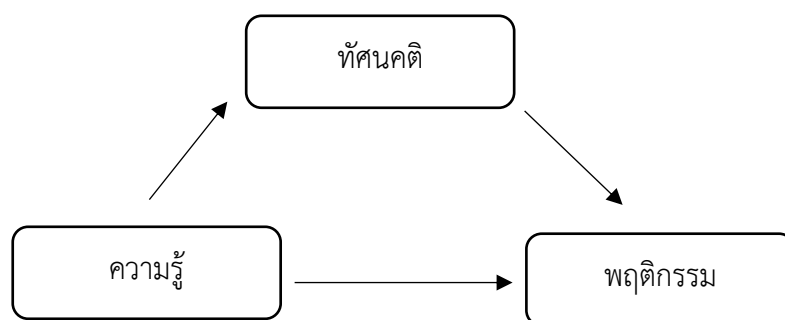
ภาพที่ 2 โมเดลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม รูปแบบที่ 2

3) ความรู้และทัศนคติของผู้หนีภัยชาวเมียนมาในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น ๆ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



ภาพที่ 3 โมเดลความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม รูปแบบที่ 3

4) ความรู้ของผู้หญิงชาวเมียนมาในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม มีทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น



ภาพที่ 4 โมเดลความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม รูปแบบที่ 4

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้ KAB Model รูปแบบที่ 4 ในการอธิบายปรากฏการณ์ โดยมองว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน โดยความรู้และทัศนคติจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในขณะเดียวกัน ความรู้จะส่งผลให้เกิดทัศนคติ ซึ่งทัศนคติจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตามมา

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบงานวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย โดยแบ่งงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และ 2) งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

Salisbury et al. (2016) ศึกษาเรื่อง Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women in the Thailand - Myanmar border - a mixed methods study เป็นการศึกษาความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ลี้ภัย และผู้อพยพหญิงที่ตั้งครรภ์และหลังคลอด ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา พื้นที่ศึกษาคือ Shoklo Malaria Research Unit (SMRU) ตั้งอยู่จังหวัดตาก ซึ่งให้บริการด้านการคลอดบุตร และให้บริการด้านการวางแผนครอบครัวแก่ผู้ลี้ภัยโดยสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross - sectional survey) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 120 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ในกลุ่ม

หญิงหลังคลอดที่มีบุตร 3 คนขึ้นไป จำนวน 21 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงมากกว่า 90% ทราบถึงวิธีการคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะห่างของการมีบุตร ผู้หญิงมากกว่า 50 % ทราบว่าการทำหมันสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ และเชื่อว่าผู้หญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อนก็สามารถคุมกำเนิดได้ รวมถึงทราบว่าสามารถหาซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิดได้จากแหล่งใด และผู้หญิงมากกว่า 60% เคยใช้บริการวางแผนครอบครัว อย่างไรก็ตาม พบสิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้หญิงมากกว่า 90% ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดฉุกเฉิน อีกทั้งมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการทำหมัน โดยเข้าใจว่าการผ่าคลอดและผ่าตัดมดลูกเทียบได้กับการทำหมัน และกลัวว่าการผ่าตัดนั้นจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้ รวมถึงไม่สามารถประมาณการได้ว่าควรเริ่มมีบุตรและสิ้นสุดการมีบุตรเมื่อใด ซึ่งล้วนทำให้เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม อย่างไรก็ตาม งานศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษามุมมองของผู้หญิงที่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วเท่านั้น ไม่มีมุมมองของเด็ก เยาวชน หรือผู้หญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน

Asnong et al. (2018) ศึกษาเรื่อง Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study เป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ลี้ภัย รวมถึงโครงสร้างการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนที่ชายแดนไทย - เมียนมา ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลเป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนทั้งสิ้น 76 คน ซึ่งเข้ารับบริการดูแลสุขภาพก่อนคลอดบุตรที่ The Antenatal clinic ใน Mae La refugee camp จำนวน 40 คน และใน Maw Ker Thai clinic 36 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นทุกคนมองว่าตนเองยังเด็กเกินไปสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ พวกเขาคิดว่าอายุ 20 ปี เป็นอายุน้อยที่สุดที่จะสามารถตั้งครรภ์และเป็นแม่ได้ วัยรุ่นหญิงมีความกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับสภาพร่างกายที่อาจไม่พร้อมให้กำเนิดบุตรและความไม่มั่นคงทางการเงิน ส่วนวัยรุ่นชายกังวลว่าการขาดโอกาสทางการศึกษาและผลกระทบทางสังคมจะทำให้มีชีวิตที่ยากลำบากในอนาคต ทั้งนี้ ในบริบทของครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและการตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน หากพบว่ามีกรณีดังกล่าวระหว่างหนุ่มสาวโดยไม่มีผู้ปกครองอยู่ด้วยอาจส่งผลให้เกิดการบังคับแต่งงานขึ้นอย่างรวดเร็ว หากวัยรุ่นหญิงคนใดตั้งครรภ์โดยที่ยังไม่ได้แต่งงาน โรงเรียนบางแห่งจะให้ออกจากโรงเรียน หรือบางโรงเรียนจะอนุญาตให้เรียนต่อได้หากยอมแต่งงานกัน อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์และคู่มักจะเลือกออกจากโรงเรียนเพราะรู้สึกอับอาย หรือออกไปเพราะมีความรับผิดชอบใหม่ในฐานะพ่อแม่ กล่าวโดยสรุปคือ สาเหตุหลักในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนั้นเกี่ยวข้องกับทัศนคติแบบดั้งเดิมและการตีตราในประเด็นด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งผลให้เกิดช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและทักษะชีวิตที่จำเป็นในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงาน

Perera et al. (2022) ศึกษาเรื่อง Access to community-based reproductive health services and incidence of low birthweight delivery among refugee and displaced mothers: a retrospective study in the Thailand-Myanmar border region เป็นการศึกษาที่มุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชนของมารดาที่เป็นผู้ลี้ภัยและพลัดถิ่นก่อนคลอดบุตร และผลลัพธ์หลังคลอดบุตร เพื่อประเมินผลกระทบของบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน พื้นที่ศึกษาคือ Mae Tao Clinic ให้บริการด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ใหญ่ที่สุดในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนกลับในกลุ่มหญิงที่คลอดบุตรระหว่างปี 2551 - 2562 จำนวน 34,240 คน ผลการศึกษาพบว่า บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับมารดาก่อนคลอดที่จัดทำขึ้นในชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการคลอดบุตรที่ดีเป็นอย่างมาก ดังนั้น การดูแลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ก่อนคลอด การเข้าถึงบริการด้านการวางแผนครอบครัว และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารกจึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังเสนอว่าควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้ลี้ภัยหรือผู้อพยพ โดยให้ผู้ลี้ภัยหรือผู้อพยพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนหรือการพัฒนาดังกล่าว

Lee et al. (2017) ศึกษาเรื่อง Sexual and reproductive health needs and risks of very young adolescent refugees and migrants from Myanmar living in Thailand เป็นการศึกษาความต้องการที่จำเป็นด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และความเสี่ยงของเด็กวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ลี้ภัยและผู้ย้ายถิ่นจากเมียนมาที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย ในพื้นที่เมืองแม่สอดและ Mae La refugee camp ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มจำนวน 22 ครั้ง กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 176 คน ซึ่งเป็นเด็กหญิงและเด็กชายอายุระหว่าง 10 - 16 ปี และผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในสองพื้นที่ ทั้งเมืองแม่สอดและ Mae La refugee camp มุ่งเน้นเก็บข้อมูลเกี่ยวกับมุมมอง ประสบการณ์ และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของพวกเขา รวมถึงความเสี่ยงในเรื่องดังกล่าวด้วย ผลการศึกษาพบว่า เด็กชายและเด็กหญิงแสดงความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยทางกายภาพของพวกเขา โดยเด็กหญิงกลัวการข่มขืนและการล่วงละเมิดทางเพศ และเด็กชายกลัวการจับกุมจากเจ้าหน้าที่และตำรวจไทย

Hobstetter et al. (2015) ศึกษาเรื่อง “In rape cases we can use this pill”: A multimethods assessment of emergency contraception knowledge, access, and needs on the Thailand-Burma border เป็นการศึกษาประเมินความรู้ การเข้าถึง และความต้องการยาคุมกำเนิดฉุกเฉินในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ย้ายถิ่นฐานและผู้หนีภัยข้ามพรมแดน ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายจำนวน 46 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 25 องค์กร และสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 18 คน ซึ่งเป็นผู้ย้ายถิ่นวัยผู้ใหญ่ ผู้ย้ายถิ่นวัยรุ่น และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงทำ service mapping exercise กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 22 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินต่ำ เนื่องจากมีอุปสรรคเชิง

โครงสร้าง กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทั้งในเรื่องของคุณสมบัติ ระยะเวลาในการใช้ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน เช่น การเข้าใจว่ายาคุมกำเนิดฉุกเฉินที่ใช้ฮอร์โมนโปรเจสติน (Progestins) เพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเท่านั้น ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่หายาคุมกำเนิดฉุกเฉินกับผู้ย้ายถิ่นฐานและผู้หนีภัย อีกทั้งคำจำกัดความภาวะฉุกเฉินของแต่ละองค์กรแตกต่างกัน ความแตกต่างดังกล่าวได้จำกัดการจัดเตรียมยาคุมกำเนิดฉุกเฉินให้กับผู้ถูกข่มขืน เช่น องค์กรบางแห่งถือว่าผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจและวัยรุ่นไม่มีสิทธิ์ได้รับยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน โดยเฉพาะคลินิกในค่ายผู้หนีภัยได้จำกัดการเข้าถึงยาคุมกำเนิดฉุกเฉินให้เฉพาะผู้รอดชีวิตจากการล่วงละเมิดทางเพศเท่านั้น แม้ว่าการตอบสนองความต้องการของคนกลุ่มนี้จะเป็นสิ่งสำคัญ แต่การให้บริการยาคุมฉุกเฉินไม่ควรจำกัดอยู่แค่คนกลุ่มนี้เท่านั้น แต่ควรขยายครอบคลุมถึงผู้หญิงทุกคนที่ต้องการป้องกันการตั้งครรภ์หลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อันตรายภายใน 120 ชั่วโมง และสามารถขอรับยาคุมกำเนิดฉุกเฉินได้บ่อยครั้งตามที่จำเป็น

Ivanova et al. (2018) ศึกษาเรื่อง A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประสบการณ์ และการเข้าถึงบริการของผู้ลี้ภัย ผู้อพยพ และผู้พลัดถิ่นซึ่งเป็นเด็กหญิงและหญิงสาวในแอฟริกา ผลการศึกษาพบว่า เด็กหญิงและหญิงสาวเป็นกลุ่มที่ถูกมองข้ามภายในประชากรที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งหรือภัยพิบัติ และความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของพวกเขามักถูกละเลย การบังคับย้ายถิ่นฐานและการเคลื่อนย้ายของมนุษย์ทำให้เด็กหญิงและหญิงสาวมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ดี เช่น พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง การขาดการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี/เอดส์ และหลักฐานที่มีอยู่บ่งชี้ว่าความรู้ของเด็กหญิงและหญิงสาวเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี/เอดส์ยังมีจำกัด พวกเขามักประสบกับความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศ การเข้าถึงและความพร้อมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มักถูกจำกัด เนื่องจากระยะทาง ค่าใช้จ่าย และการตีตราเชิงลบต่อพวกเขา

Marlow et al. (2022). ศึกษาเรื่อง The Sexual and Reproductive Health Context of an Internally Displaced Persons' Camp in Northeastern Nigeria: Narratives of Girls and Young Women เป็นการศึกษาบริบทด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของค่ายผู้หนีภัยภายในประเทศ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไนจีเรีย ผ่านประสบการณ์ของเด็กหญิงและหญิงสาวที่อาศัยอยู่ในค่ายดังกล่าวจำนวนทั้งสิ้น 25 คน แบ่งเป็นเด็กหญิง (อายุ 15 - 19 ปี) จำนวน 13 คน (โสด 8 คน และแต่งงานแล้ว 5 คน) และหญิงสาว (อายุ 20 - 24 ปี) จำนวน 12 คน (โสด 3 คน และแต่งงานแล้ว 9 คน) พวกเขาต้องเผชิญกับความขาดแคลนอาหารและทรัพยากรที่จำเป็น ความยากจน จึงถูกบีบบังคับให้มีเพศสัมพันธ์และแต่งงานตั้งแต่

ยังเด็กเพื่อแลกกับอาหารและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลต่อทั้งสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของพวกเขา ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงทางเพศ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเด็กหญิงที่ยังไม่ได้แต่งงานจะทำแท้งในบริเวณใกล้เคียงค่าย เพราะคลินิกของค่ายไม่ได้ให้บริการทำแท้ง พวกเขาจะเก็บเป็นความลับเพราะรู้สึกอายและกลัวการถูกตีตรา เว้นแต่จะมีภาวะแทรกซ้อนหลังทำแท้งถึงจะเข้าไปใช้บริการดูแลสุขภาพของคลินิกในค่าย

Magezi and Mairah (2022) ศึกษาเรื่อง Sexual and Reproductive Health and Rights in Emergency Communities. A survey on the Kyaka II Refugee Settlement, South Western Uganda เป็นการสำรวจสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิทางเพศในสถานพักพิงผู้ลี้ภัย Kyaka II ทางตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศยูกันดา ซึ่งเป็นงานศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งศึกษาความชุกของ 4 ประเด็น ได้แก่ สุขภาพทางเพศ สิทธิทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิทางอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 36 - 50 ปี (ร้อยละ 57) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 19 - 35 ปี (ร้อยละ 29) อายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 8) และอายุระหว่าง 12 - 18 ปี (ร้อยละ 6) ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (20%) โดยกลุ่มตัวอย่าง 71% มีโอกาสเข้าถึงการให้คำปรึกษาเรื่องเพศวิถี อัตลักษณ์ทางเพศ และเพศสัมพันธ์เล็กน้อย ส่วน 21% ไม่สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาได้เลย ส่วนความชุกด้านสิทธิทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (20%) เช่นกัน โดยกลุ่มตัวอย่างเพียง 54% เท่านั้นที่มีโอกาสเข้าถึงความรู้ด้านสิทธิทางเพศบ้างเล็กน้อย ในขณะที่ 10% ไม่มีโอกาสเข้าถึงความรู้ได้เลย สำหรับความชุกด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับต่ำ (20%) โดยกลุ่มตัวอย่าง 74% มีโอกาสเข้าถึงการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยเมื่อได้รับความรุนแรงจากคู่ครองและความรุนแรงทางเพศในรูปแบบอื่น ๆ ในขณะที่ 6% ไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้เลย ส่วนความชุกด้านสิทธิทางอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งความเท่าเทียมทางเพศ การมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะมีบุตรเมื่อใด และการมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเว้นระยะห่างของบุตร อยู่ในระดับต่ำ (20%) เช่นกัน กล่าวโดยสรุปคือ งานศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ในสถานการณ์ฉุกเฉินนั้นเด็กหญิงและผู้หญิงมีความเปราะบางและตกเป็นเหยื่อของความไม่เท่าเทียมทางเพศ จึงควรจัดสรรเงินทุนเพิ่มเติมในการดูแลและให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้ลี้ภัย

2.3.2 งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม

ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์ (2556) ศึกษาเรื่อง การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ ของคนประจำเรือไทย เป็นการศึกษาความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของคนประจำเรือไทย ผลการศึกษาพบว่า คนประจำเรือไทยที่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเฝ้าระวังและการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อระวังและป้องกันการติดเชื้อ ในทางตรงกันข้ามคนประจำเรือไทยที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ จะมีทัศนคติเชิงลบต่อการระวังตัวและ

ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อระวังและป้องกันการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม พบความไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาวเมียนมาเช่นกัน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของพวกเขาที่แตกต่างกันไป

สุดารัตน์ โตลานุวัตร และคณะ (2022) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการชดเชยคาร์บอนของผู้โดยสารชาวไทยเป็นผลมาจากความรู้โดยมีทัศนคติเป็นตัวแปรส่งผ่าน เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการช่วยลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการเดินทางทางอากาศของผู้โดยสารชาวไทย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้โดยสารชาวไทย จำนวน 222 คน ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการชดเชยคาร์บอนของผู้โดยสารชาวไทยเป็นผลมาจากความรู้และทัศนคติ โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการชดเชยคาร์บอนของสายการบินมีผลกระทบโดยตรงต่อความตั้งใจที่จะชดเชยคาร์บอนจากการเดินทางโดยเครื่องบินของผู้โดยสารชาวไทย และทัศนคติต่อการชดเชยคาร์บอนทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมบางส่วนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้โดยสารมีความตั้งใจที่จะชดเชยคาร์บอนจากการเดินทาง

Hsiu-Yueh Liu et al. (2017) ศึกษาเรื่อง Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อเด็กพิการ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและเด็กพิการ ยิ่งผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพียงพอมากเท่าใด ผู้ดูแลก็จะมีแนวโน้มที่จะขับเคลื่อนทัศนคติเชิงบวกเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับเด็กพิการมากขึ้นเท่านั้น และสิ่งนี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากของเด็กพิการมากขึ้น

Saraswat et al. (2022) ศึกษาเรื่อง Knowledge, Attitudes and Practices of Indian Immigrants in Australia towards Oral Cancer and Their Perceived Role of General Practitioners: A Cross-Sectional Study มุ่งศึกษาความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติของผู้อพยพชาวอินเดียเกี่ยวกับมะเร็งช่องปากในออสเตรเลีย เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากของพวกเขา รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว อันนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์การป้องกันที่เป็นไปได้ โดยทำการเก็บข้อมูลกับชาวอินเดียทั่วออสเตรเลีย จำนวนทั้งสิ้น 164 คน ผลการศึกษาพบว่า ชาวอินเดียมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปากในระดับต่าง ๆ (คะแนนรวมเฉลี่ย 61%) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้หมากตลอดจนสัญญาณหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก ชาวอินเดียส่วนใหญ่ (87.7%) ไม่ได้รับข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับมะเร็งช่องปากจากสถานพยาบาล แต่ยอมรับให้แพทย์ทั่วไป (71 - 90%) เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในด้านนี้ ชาวอินเดียส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพช่องปากในเชิงบวก และเหลือเพียงไม่กี่คนที่ยังกลัวยาสูบซึ่งส่งผลเสียต่อ

สุขภาพช่องปาก ดังนั้น ควรพัฒนากลยุทธ์ที่ปรับให้เข้ากับวัฒนธรรม โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทั่วไป เพื่อเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปากและคัดกรองผู้ป่วยชาวอินเดียในระยะเริ่มต้น

ภณิดา อธิทวงศ์ (2565) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็ก เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองที่มีเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 ปี ที่อยู่ในการดูแลมีรถยนต์ส่วนตัว มีเบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กและมีประสบการณ์ในการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กขณะใช้รถยนต์ส่วนตัวในการเดินทาง จำนวนทั้งสิ้น 28 คน และตัวแทนผู้ประกอบการเกี่ยวกับเบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กจำนวน 5 บริษัท ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในเชิงบวก โดยผู้ปกครองมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กค่อนข้างดีและมีทัศนคติเชิงบวกต่อเบาะนิรภัยสำหรับเด็ก โดยส่วนมากจะตระหนักถึงความสำคัญในการมีเบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กและความปลอดภัยของเด็กเป็นอันดับแรก ในส่วนของประสบการณ์ในการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กของผู้ปกครองพบว่า ระยะทางมีผลต่อการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็ก โดยผู้ปกครองจะมีความถี่ในการใช้มากขึ้นหากมีการเดินทางในระยะทางที่ไกลขึ้น สำหรับประสบการณ์ที่ดีที่ผู้ปกครองประสบในการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กคือ การที่เด็กนั่งอยู่กับที่ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีสมาธิในการขับรถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์ และลัดดาวัลย์ กงพลี (2561) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลจากนักศึกษาสาขาดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วนในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนระดับปานกลางเช่นกัน สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตามมา ทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับพฤติกรรมคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และพฤติกรรมจะเกิดไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง “สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา: พื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่มุ่งศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา และศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและผลประโยชน์ของทุกภาคส่วน ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

3.1 กลุ่มเป้าหมายการวิจัย

คณะผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

3.1.1 ผู้หนีภัยชาวเมียนมา จำนวนทั้งสิ้น 17 คน ประกอบไปด้วย

- กลุ่มเยาวชน (อายุระหว่าง 15 - 24 ปี) จำนวน 5 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตาก 3 คน และพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2 คน
- กลุ่มผู้หญิง (อายุระหว่าง 25 - 49 ปี) จำนวน 5 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตาก 3 คน และพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2 คน
- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี) จำนวน 5 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตาก 4 คน และพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน 1 คน
- กลุ่มผู้พิการ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี) จำนวน 2 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากทั้งหมด

3.1.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ประกอบไปด้วย

- เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ ด้านการปกครองและสาธารณสุข ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้หนีภัยชาวเมียนมาในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน จำนวน 4 คน
- เจ้าหน้าที่ NGOs ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้หนีภัยชาวเมียนมาในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน จำนวน 6 คน

3.1.3 เจ้าหน้าที่ สวท ซึ่งทำงานดูแลโครงการเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในพื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน จำนวนทั้งสิ้น 2 คน

ตารางที่ 1 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่		จำนวนรวม (คน)
	จังหวัดตาก	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	
ผู้หนีภัยชาวเมียนมา			
- กลุ่มเยาวชน (อายุระหว่าง15 - 24 ปี)	3	2	5
- กลุ่มผู้หญิง (อายุระหว่าง 25 - 49 ปี)	3	2	5
- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	4	1	5
- กลุ่มผู้พิการ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี)	2	-	2
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			
- เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ ด้านการปกครองและสาธารณสุข	2	2	4
- เจ้าหน้าที่ NGOs	3	3	6
- เจ้าหน้าที่ สวท	2	-	2
รวม	29 คน		

3.2 พื้นที่วิจัย

คณะผู้วิจัยทำการเลือกพื้นที่ศึกษาคือ จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้หนีภัยชาวเมียนมาอาศัยอยู่จำนวนมากที่สุด และเป็นพื้นที่ที่ สวท ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่คนในพื้นที่มาอย่างยาวนาน รวมถึงเลือกศึกษานอกพื้นที่พักพิงชั่วคราวเนื่องจากผู้หนีภัยชาวเมียนมาที่อพยพเข้ามาระลอกใหม่นั้นได้กระจายตัวอยู่นอกพื้นที่พักพิงชั่วคราว โดยพวกเขาได้อพยพเข้ามาอย่างเร่งด่วนเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ผันผวนในบ้านเกิดที่ประเทศเมียนมาหลังการรัฐประหารเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งทางอาวุธเพิ่มมากขึ้น

3.3 ระยะเวลาในการวิจัย

คณะผู้วิจัยวางแผนปฏิบัติงานตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรมจนถึงการจัดทำรายงานวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัย รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2567 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เดือน					
	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
	2567	2567	2567	2567	2567	2567
1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง						
2. สร้างเครื่องมือวิจัย						
3. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย						
4. เก็บรวบรวมข้อมูล						
5. วิเคราะห์ผลการวิจัย						
6. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย						
7. จัดทำรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัย						

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือวิจัย

3.4.1 ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่คณะผู้วิจัยได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ จัดทำไว้แล้ว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการวิจัย

3.4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการดังนี้

3.4.2.1 การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เป็นการสังเกตดูบริบทแวดล้อม พฤติกรรม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มเป้าหมาย

3.4.2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ต้องการข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้น จึงเป็นการสัมภาษณ์ที่อยู่ในรูปแบบของการสนทนาซึ่งเปิดกว้างให้กลุ่มเป้าหมายได้บอกเล่าความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียด คณะผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวิจัยคือ แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ซึ่งเป็นการกำหนดข้อคำถามตามประเด็นที่ต้องการทราบเพื่อให้ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้บอกเล่า อธิบาย หรือแสดงทัศนคติ มุมมอง ความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ข้อคำถามเป็นการกำหนดไว้อย่างคร่าว ๆ สามารถปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ขณะสัมภาษณ์และบุคคล

ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดการตกหล่นของข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือในการบันทึกข้อมูลคือ เครื่องบันทึกเสียงและการจดบันทึกในสมุดโน้ต โดยการบันทึกเสียงและการจดบันทึกนั้นคณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายทุกครั้ง

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ เพื่อตีความและสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

3.6 จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จึงได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการรับรองแล้วจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หนังสือรับรองหมายเลข IHRP2024060, IHRP No. 049 - 2567 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2567

ทั้งนี้ ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ก่อนทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทุกครั้ง คณะผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพื่อความถูกต้องของข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มเป้าหมายแล้วจึงจะทำการสัมภาษณ์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมา ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมา และศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมา โดยมีผลการศึกษาดังนี้

4.1 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมา

4.1.1 ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพศศึกษา การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ และการหาประโยชน์ทางเพศ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Sexual and Reproductive Health and Rights: SRHR)

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง หรือการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การคุมกำเนิด การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เข้าใจว่าสิทธิคืออะไร แต่รู้ว่ามีสิทธิในการทำที่นาของพ่อแม่ ถ้าพ่อแม่อนุญาตค่ะ” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม บางส่วนแสดงให้เห็นว่ามีความเข้าใจในสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์บางด้าน เช่น สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง หรือสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าใครจะมาทำอะไรเราไม่ได้นะ แล้วก็สมมติว่าการรับบริการบริการอะไรอย่างนี้ ก็จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนการให้คำปรึกษาเราก็จะขอคำปรึกษาจากแม่เราก่อน” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่ามีสิทธิในการไปรักษาสุขภาพตัวเอง แต่ทุกวันนี้ไม่สบายก็คือให้เจ้านายซื้อยาให้กิน แต่คิดว่าถ้ามันหนักจริง ๆ คงต้องไปโรงพยาบาลแน่นอน” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

และบางส่วนสามารถเชื่อมโยงสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์กับประสบการณ์ของตนเองได้ เช่น สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการมีบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่ามีสิทธิในการวางแผนแต่งงานในอนาคต ถ้าจะมีลูกหรือไม่มีลูกต้องคุยกัน” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง บางคนไม่เข้าใจความหมายของคำว่า “สิทธิ” อย่างชัดเจน แต่ก็มี การพูดคุยถึงประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง สิทธิในความเป็นส่วนตัว สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ สิทธิในการย้ายถิ่นฐาน และสิทธิในการศึกษา โดยส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้ามาที่นี่เหมือนได้ยินว่ามีสิทธิที่จะ resettlement ซึ่งด้านสุขภาพอนามัยเนี่ย ก็คิดว่ามีโรงพยาบาลที่น่าจะไปขอการรักษาจากโรงพยาบาลอย่างแม่ตาวคลินิกอย่างนี้ได้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าเรามีสิทธิในทุกอย่างที่เราจะมา สิทธิที่จะมีสุขภาพร่างกายที่ดี สุขภาพทางเพศที่ดี” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางส่วนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง เช่น การตัดสินใจเรื่องการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว แม้ว่าบางคนจะยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างถ่องแท้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่ามีสิทธิค่ะ เพราะว่าสามีเราแล้วแต่การตัดสินใจของเรา ไม่มีการห้ามจากสามีใด ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของเรา” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางส่วนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการลี้ภัยและการถูกละเมิดสิทธิ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความเป็นส่วนตัวรู้จัก ที่นั่นไม่มีความเป็นส่วนตัว เช่น พม่ามารุกรานตลอด ไม่มี
ความเป็นส่วนตัว ที่นั่นพม่ามาคั้น บางคนก็ไปเป็นอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้โดนรุกรานตลอด”
(T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“เข้าใจเรื่องของความเป็นส่วนตัวนะ ถ้าจะไปหาหมอก็คงมีแค่หมอกับครอบครัวเรา
เท่านั้น” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางส่วนแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์
ฉุกเฉินที่ชีวิตของพวกเขาตกอยู่ในอันตราย ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่าในฐานะแม่คนหนึ่งเรามีสิทธิที่จะมีชีวิตค่ะ” (MHS04 ผู้หญิง, 16 พฤษภาคม
2567)

บางส่วนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการย้ายถิ่นฐานและการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
สถานการณ์ฉุกเฉิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรารู้ว่าเราจะได้สิทธิในการโยกย้ายถิ่นฐาน เพราะว่าตอนนี้เราก็ทำเรื่องเกี่ยวกับ
resettlement ลูกเราเองก็จะได้รับการศึกษาที่สมบูรณ์แบบมากกว่าที่เขาอยู่ที่โน่น ที่แบบ
จะต้องเรียนหนังสือได้ตั้งไม้ แล้วก็หนีบ้างอยู่บ้าง ไม่ได้เรียนบางวัน ก็แทบจะไม่ได้เรียน
หนังสือ ไม่ได้เรียนเต็มรูปแบบอะไรอย่างเงี้ย แต่ว่าพอเรามาอยู่ที่เนี่ย เขาได้เรียนเต็มรูปแบบ
เลย” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการ
เจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและ
ครบถ้วนเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการ
เจริญพันธุ์ของตนเอง และสิทธิในการได้รับความคุ้มครองจากความรุนแรงทางเพศ

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการ
เจริญพันธุ์ มีเพียงบางรายที่พอจะทราบว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้ว่ามีสิทธิในการตัดสินใจ หากป่วยก็สามารถไปหาหมอและรักษาได้” (T07
หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่ามีสิทธิในการชีวิต การเอาตัวรอดอยู่ แล้วก็สุขภาพ” (T010 หญิงตั้งครรภ์,
สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์น้อยมาก

กลุ่มผู้พิการ มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน บางคนมีความรู้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยและไม่รู้วิธีใช้ นอกจากนี้ ยังมีความเชื่อว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ผิดและไม่ควรทำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่เคยได้เลย ไม่มีใครมาแจก เราคิดว่าการป้องกันของเราคือการไม่ไปหาผู้หญิงอื่น ถ้าท้องแล้วก็ต้องยอมรับว่ามีลูก ถ้าไปทำแท้งจะเป็นบาป” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางคนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่า โดยรู้จักวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุมกำเนิด การฉีดคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ ยังรู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรค เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี และซิฟิลิส อย่างไรก็ตาม ก็ไม่เคยได้รับการบริการสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มาก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มียากิน ยาฉีด แล้วก็ถุงยางอนามัย โรคมะเร็ง เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ซีฟิลิส” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กล่าวโดยสรุป จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มพบว่า ยังมีช่องว่างในความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับประเด็นสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ควรได้รับการแก้ไข และควรได้รับข้อมูลและการบริการด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมและเข้าถึงการบริการ เพื่อให้พวกเขาสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างรอบด้านและมีข้อมูลที่ถูกต้อง

4.1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา (Sexual education)

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาไม่มากนัก ซึ่งเรียนรู้จากโรงเรียนเป็นหลัก และบางส่วนนั้นเรียนรู้จากโรงเรียนเพียงอย่างเดียว โดยโรงเรียนสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับวัยรุ่น การใช้ถุงยางอนามัย และมีบางส่วนไม่เคยเรียนรู้เรื่องเพศศึกษามาก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้เรียนที่โรงเรียนอย่างเดียว พ่อแม่ไม่ได้เรียน” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ตอนที่เรียนครูก็เคยสอนเหมือนกันค่ะ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็ได้อ่านจากหนังสือ แล้วก็ครูสอน ส่วนที่บ้านยังไม่มีใครสอนเรา” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางส่วนเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาจากการอบรม ก่อนจะอพยพมาที่ประเทศไทย และมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้เรื่องเพศระหว่างเรื่องผู้หญิงกับผู้ชายบ้างนิดหน่อย เราเพิ่งไปอบรมที่อย่างกรุงเทพฯ ความรู้เรื่อง sex ก็คือมีผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ที่ไม่ใช่หมอหรือพยาบาลมาให้บริการความรู้เรื่องเพศ เรื่อง sex ประมาณนี้ค่ะ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ในเรื่องการดูแลตนเองช่วงที่มีประจำเดือนนั้น ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการมีประจำเดือน และการดูแลตนเองในระดับหนึ่ง โดยได้รับการสอนจากแม่หรือพี่สาว ดังคำกล่าวที่ว่า

“แม่สอนค่ะ” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ก่อนมีประจำเดือน มีพี่สาว พอพี่สาวมีประจำเดือนเขาก็ไปซื้อผ้าอนามัย พี่สาวก็บอกว่าถ้าเป็นประจำเดือนต้องใช้แบบนี้ ล้างแบบนี้ ดูแอลอย่างนี้” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และเรื่องการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อนามัยนั้น ส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อนามัยที่จำเป็น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าอยู่บ้าน บางทีก็ใช้ 3 ผืน แต่ถ้าจำเป็นต้องออกจากบ้านก็ใช้ผ้าอนามัย” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ถ้ามีผ้าอนามัยก็ดี เพราะเขาต้องซื้อ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเพศศึกษา เช่น การมีประจำเดือน การมีประจำเดือนครั้งแรก การใช้ผ้าอนามัย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลในช่วงมีประจำเดือน อย่างไรก็ตาม บางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ผ้าอนามัยที่ถูกต้อง โดยยังคงใช้ผ้าซั้ ๆ ในช่วงมีประจำเดือน ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่นู่นไม่ได้ใช้ผ้าอนามัย ใช้ผ้า แม่เป็นคนสอน” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ก็ต้องใช้ให้มันสุภาพหน่อย ไม่ให้ผู้ชายมาเห็นอะไรอย่างนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ปกติประจำเดือนมานิดหน่อย ถ้าหมดแล้วก็ปล่อย ไม่ใช้ผ้าอนามัย ใส่เป็นกางเกงอีกชั้นหนึ่ง เพราะมาไม่เยอะ” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าสุขอนามัยทางเพศไม่ดี การคลอดลูก การให้นมลูกจะเป็นเรื่องที่ยากลำบาก” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาน้อยมาก เมื่อสอบถามพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสอนหรืออบรมเรื่องเพศศึกษามาก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เข้าใจเรื่องเพศเลย” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่ได้สอนเรื่องเพศ” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“มีคนมาสอนอยู่ เป็นองค์กรผู้หญิง เผลอว่าไปนั่งฟัง แต่ไม่เข้าใจเพราะเขาสอนเป็นภาษากะเหรี่ยง ซึ่งตัวเองไม่เข้าใจ” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราไม่ได้เรียนรู้จากโรงเรียน แต่มีการให้ความรู้ มีการมาอบรมบ้าง เหมือนมีการเรียกชุมชนมาคลินิกให้ความรู้เรื่องเพศก็มีบ้าง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เคยเรียนเกี่ยวกับผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ มีประจำเดือนต้องดูแลยังไง การนอนด้วยกัน ผู้หญิงผู้ชายจะเกิดอะไรขึ้น ถึงแม้ว่ามีเพศสัมพันธ์กัน ก็ต้องระวัง มีการป้องกัน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมแล้ว ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเพศศึกษา ซึ่งความรู้เหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพทางเพศ และแม้ว่าบางคนจะมีความรู้เกี่ยวกับการมีประจำเดือนจากการบอกเล่าหรือการอบรม แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะมีความรู้ในเรื่องนี้ เนื่องจากบางคนไม่ได้รับการศึกษาหรือการอบรมเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ได้รับมาจากโรงเรียนในประเทศเมียนมา เช่น เรื่องเพศชาย/หญิง การมีประจำเดือน หรือความเสมอภาคระหว่างเพศ อย่างไรก็ตาม บางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อีกทั้งส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาจากโรงเรียน ขณะที่บางส่วนได้รับความรู้จากการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเพศสภาพ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการดูแลสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคนมาให้ความรู้เหมือนกัน เกี่ยวกับเพศภาวะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ HIV ความสะอาดร่างกาย ต้องดูแลอย่างไร” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เรียนจากโรงเรียนที่บ้านไม่ได้สอน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“สิทธิทางเพศ sex ผู้หญิงมีประจำเดือน ผู้ชายไม่มี ความเสมอภาคทั้งผู้หญิงผู้ชาย ผู้หญิงไว้ผมยาวได้ผู้ชายก็ไว้ได้เช่นกัน เกี่ยวกับ sex ก็คือไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ผู้หญิงก็คือผู้หญิง ผู้ชายก็คือผู้ชายนั่นแหละ” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.1.3 ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวว่าคืออะไร โดยบางส่วนได้ให้เหตุผลว่ายังไม่ได้เรียนรู้และยังไม่มีใครสอน และยังไม่ได้วางแผนสำหรับเรื่องนี้เนื่องจากยังเรียนหนังสืออยู่ มีเพียงส่วนน้อยที่รู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้ก็ยังไม่ plan เรื่องแบบนี้ เพราะว่าเรียนหนังสืออยู่” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ไม่รู้เรื่องการวางแผนครอบครัว” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็ยังไม่ได้เรียนรู้ แล้วก็ยังไม่มีการบอก ไม่มีใครสอน” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การกินยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด และการฝังเข็ม ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้แค่ 3 วิธี ก็คือ การใช้ condom แล้วก็กินยาคุมกำเนิด แล้วก็ฉีดยาคุมกำเนิด คิดว่าน่าจะมีแค่ 3 อย่าง” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“การวางแผนครอบครัวไม่ให้มีลูก การวางแผนการมีลูก ก็ควรที่จะเหมือนกับว่าด้วยการกินยา การฉีดยา แล้วก็การใช้ถุงยางอนามัย” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ที่เคยรู้มาก็มีฝังเข็ม ฉีดยาคุมกำเนิด ใช้ถุงยางอนามัย แล้วก็กินยาคุมกำเนิด” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการวางแผนครอบครัว สำหรับคนที่แต่งงานแล้วยังไม่ยอมมีลูก สามารถวางแผนได้ว่าจะใช้ถุงยางอนามัยหรือกินยาคุม แต่ถ้าคนที่แต่งงานแล้วยอมมีลูกก็สามารถทำกิจกรรมได้เลย” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“รู้ค่ะ มีการฝังเข็ม ฉีดยา กินยา แล้วก็ใช้ถุงยางค่ะ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความรู้และให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัว โดยส่วนมากต้องการวางแผนจำนวนบุตร และวางแผนระยะห่างในการมีบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า

“วางแผนว่าจะมีลูก 3 คน ห่างกัน 5 ปี” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“จะมีลูกแค่ 4 คนเท่านั้น” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เคยวางแผนไว้ว่าถ้าแก่มาแล้ว มีลูกตอนอายุเยอะขึ้นไม่น่าจะดี เลี้ยงไม่ไหว แล้วเคยท้องแบบไม่พึงประสงค์ เลยคิดว่าจะมีคนเดียว” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

บางรายไม่สามารถทำตามแผนการมีบุตรที่วางไว้ได้ เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในการคุมกำเนิด หรือเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิด ทำให้ไม่สามารถวางแผนครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ระหว่างคนที่ 1 กับ 2 ไม่ทันได้กิน แต่ไปรับยามาแล้ว พอได้ยามาแล้วรู้สึกเหมือนจะท้อง เลยไปตรวจดู ปรากฏว่าท้อง” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ก็มีการ plan เหมือนกัน คือ plan ให้แบบ 2 ปีครั้ง ก็จะมีลูก แต่ก็ไปฝังเข็มเสร็จแล้ว มันไม่โอเคก็เลยเอาออก เอาออกก็เลยกินยาคุม กินไม่สม่ำเสมอ ก็เลยท้องลูกคนหนึ่งออกมาอะไรแบบนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โดยรู้จักวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุม ฉีดยาคุม ใส่ห่วงอนามัย และใช้ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตาม บางรายยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองและยังไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดนั้น ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดหลากหลายวิธี เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การกินยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การฝังเข็ม และการทำหมัน และบางรายยัง

มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เช่น การใช้ยาคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ หรือการใช้ยาคุมกำเนิด ร่วมกับการฉีดยาคุมกำเนิด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีถุงยาง ฉีดยา กินยา ใส่ห่วง” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เรารู้ว่าวางแผนครอบครัว การ planning ก็ต้องมีแบบการกินยาคุม ฉีดยาคุม ใส่ห่วง แล้วก็ฝังเข็ม รู้ว่ามีประมาณนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ฝังเข็ม ถุงยาง กินยา ฉีดยา แล้วก็ทำหมัน ทำหมันแล้วจบเลย” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก่อนหน้านี้เคยกิน แต่ตอนนี้มาฉีด” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวใน ภาพรวม เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างการมีบุตร การเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว และผลกระทบของการมี บุตรจำนวนมากต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราอยากได้ 3 คน ไม่รู้เหมือนกันว่าจะได้ 3 คนไหม เราอยากได้แค่ 3 คน” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“บางทีก็วางแผนที่จะมีลูกเหมือนกัน เช่น สองคนนี่เราจะเอาพร้อมกัน แต่สำหรับคนที่ 3 เราจะรออีก 5 ปี” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราไม่ได้วางแผนอะไร อยากมีก็มี วางแผนแค่ว่าจะมีลูกหรือไม่มีลูกช่วงนี้ หรือการ เข้ารับบริการ เป็นการวางแผนร่วมกันเฉย ๆ เช่น ตอนนี้มีลูกไปแล้วค่อยกินยาคุม” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุข การบอกเล่าต่อ ๆ กันมาในกลุ่มแม่บ้าน และการพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคนมาอบรม” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์ และ T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็กลุ่มแม่บ้านที่คุยกัน บอกต่อกัน ก็ได้ความรู้จากตรงนั้นด้วย” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่หลากหลาย ได้แก่ การกินยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีการฉีดยาคุม ยาเม็ด การฝังเข็ม” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่ามี 4 อย่าง คือการใส่ถุงยาง กินยา ฉีดยา แล้วก็ใส่ห่วง” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“4 อย่าง การฝังเข็ม ฉีดยา กินยา และ condom” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“วางแผนครอบครัวก็มีการคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดก็มีการฝังเข็ม ฉีดยา กินยา แล้วก็ใช้ถุงยาง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“กินยา ฉีดยา ฝังเข็ม” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

บางรายเคยมีประสบการณ์การคุมกำเนิดมาก่อน เช่น การกินยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนหน้านี้กินยาคุมอยู่ แม่สามีอยากได้หลาน เราก็เลยหยุดกิน หยุดกินได้ 1 อาทิตย์ ก็ตั้งท้องเลย” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เคยคุมกำเนิดโดยการฉีดยามาแล้ว แต่ฉีดแล้วเวียนหัว เลยกลับมาใช้วิธีการกิน และไม่เคยใช้ condom” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจและการวางแผนครอบครัวในอนาคตได้

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราไม่รู้ เราไม่ได้เรียน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

บางส่วนมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย แต่ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการอื่น ๆ และสถานที่ให้บริการที่สามารถเข้าถึงได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉีดที่ขายแดน จะมีโรงพยาบาลคุมกำเนิดของศูนย์อพยพขายแดน” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“มียากิน ยาฉีด แล้วก็ถุงยางอนามัย” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการฝากครรภ์ แต่ยังไม่ได้ฝากครรภ์ เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น เรื่องระยะเวลาในการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์บางคนตั้งใจจะไปฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 3 เดือน เรื่องค่าใช้จ่าย หญิงตั้งครรภ์บางคนกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ และเรื่องการเดินทาง หญิงตั้งครรภ์บางคนไม่สามารถเดินทางไปฝากครรภ์ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากอยู่ระหว่างการหนีภัยและยังไม่ได้ตั้งถิ่นฐาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ท้องแรกก็ไปฝากตลอด ส่วนท้องนี้ยังไม่ได้ฝาก กำลังเริ่ม” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่าการฝากครรภ์ แต่ไม่ได้ไปตอนนี้ จะไปเดือนหน้า” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ยังไม่ได้ฝากครรภ์” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ยัง ไม่ได้ฝากครรภ์” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

4.1.1.4 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมว่าเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีบางส่วนที่ระบุสาเหตุของการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมว่าเกิดจากการไม่ป้องกันตนเอง โดนข่มขืน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือไม่ป้องกัน ไม่ป้องกันตัวเอง” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“การไม่ป้องกันตนเอง โดนข่มขืน แล้วก็ไม่รู้แล้วค่ะ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“การไม่มีการป้องกัน ผู้หญิงกับผู้ชายอยู่ด้วยกันอายุยังน้อย ไม่ระวังตัวเอง ” (T03
เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์
16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เช่น การไม่ใช้ถุงยาง
อนามัย การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และการมีเพศสัมพันธ์กับหลายคน บางรายยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน
เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ โดยเชื่อว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรมและผิดกฎหมาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะมิแค่ว่ามันไป แล้วจู้ ๆ ก็ท้องไม่ใช่ลูกตัวเอง ” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์
16 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือ คนพวกนี้ มันเกิดจากเขาไม่แพลนตัวเอง ” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์
14 พฤษภาคม 2567)

“เกิดจากความต้องการของตัวเองล้วน ๆ ” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม
2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมว่า
เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีคู่นอนหลายคน หรือการมี
เพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คุมกำเนิดหลังจากหยุดใช้ยาคุมกำเนิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางทีก็เกิดจากการตั้งครรภ์แล้วไปยุติการตั้งครรภ์ หรือบางคนไม่ยอมมีลูกแล้วก็
ยุติการตั้งครรภ์ ทิ้งลูกไว้เฉย ๆ ” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ถ้ากรณีที่ฉีดยาอยู่หมดอายุไป อาจจะเว้นแค่ 1 วัน แล้วมีสัมพันธ์กับสามีก็อาจเกิด
การตั้งครรภ์ได้ เพราะยังไม่ได้ต่อ หรือยังไม่ทันตั้งตัว ยาหมดไปแล้วคิดว่าคงไม่เป็นอะไร
อาจจะเกิดในวันสองวัน ช่วง 7 วันก็ได้ มันเกิดได้ทั้งการกินยาแล้วก็ลืม การฉีดยาแล้วก็ลืม”
(T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และการไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น การไม่พร้อมด้านการเงิน ฐานะทางบ้าน หรือธุรกิจที่
ไม่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะเกิดจากผู้ชายไม่ดี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่เอาลูก หรือค่าใช้จ่ายในบ้าน ธุรกิจไม่ดี
ไม่มีเงิน เลยไม่พร้อม ” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยมีมุมมองเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ มองว่าเป็นสิ่งที่ผิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้ว่ามีผิดกฎหมายไหม แต่การยุติการตั้งครรภ์โดยปลอดภัยนี้ก็ไม่รู้เหมือนกัน”
(T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“แถวที่อยู่ ไม่มี” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคยได้ยินเลย แต่เราเห็นแต่พวกที่แอบทำ ไม่เคยได้ยินว่ามีสิทธิที่ปลอดภัย” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม มีรายหนึ่งระบุว่า การยุติการตั้งครรภ์ไม่ผิดกฎหมาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่นั่นต่อให้มีเหตุการณ์ต้องทำ พยาบาล โรงพยาบาล ก็ทำให้ได้ ไม่ผิดอะไร” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โดยระบุสาเหตุว่ามาจากหลายปัจจัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ การข่มขืน หรือการตีมีสุราจนขาดสติ นอกจากนี้ ยังมีความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ แต่มีความเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยได้ยินเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ แต่ไม่ทราบรายละเอียด และมีความเห็นว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาป หากไม่ต้องการมีบุตรก็ไม่ควรตั้งครรภ์” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่าสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ และรู้ว่าสามารถทำได้ภายใน 3 เดือน แต่หากเลยกำหนดต้องทำลายเด็กในครรภ์ก่อน ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การยุติการตั้งครรภ์ไม่ใช่ความผิดที่ร้ายแรง และเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะตัดสินใจ” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมจะเห็นว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ แต่อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรายละเอียดและกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ ยังมีความเห็นที่หลากหลายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องนี้แก่พวกเขา

4.1.1.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเชไอวีและเอดส์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้แค่เชไอวีกับเอดส์” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักแค่อันเดียว คือ เชไอวี” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเชไอวีและเอดส์ อย่างไรก็ตาม บางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะเป็นโรคมะเร็ง แต่มีอีก แต่บอกไม่ได้เป็นโรคร้าย” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ก็รู้บ้างพอสมควรนะ ได้ยินว่าโรคเชไอวีติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เชไอวี เอดส์ รู้จักแค่อันเดียว” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เชไอวี เอดส์” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

บางรายมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คลาดเคลื่อน โดยอาจเข้าใจว่าอาการเป็นเพียงอาการทางผิวหนัง หรืออาการทั่วไป เช่น ไม่มีแรง หรือผิวไม่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“อวัยวะเพศมีคัน มีตุ่มขึ้น เหม็น มีน้ำออกจากอวัยวะเพศ เป็นหนอง รูปลักษณะภายนอกจะตัวเหลือง น่าจะเป็นแบบนี้ที่ได้ยินมา” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“สุขภาพไม่ดี ภาพที่ออกมาคือไม่ค่อยมีแรง ทำงานไม่ไหว ผิวจะไม่ดี” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิงส่วนใหญ่ทราบว่า การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่บางรายยังไม่เห็นความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่ทราบวิธีการป้องกันอื่น ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็สำคัญ แต่ถ้าสามีภรรยาไม่ได้ผิดลูกผิดเมีย ไม่ไปหาหญิงอื่นก็ไม่ต้องป้องกันอะไร ถ้าสามีไปมีหญิงอื่นแล้วเรารู้ ก็ต้องป้องกันตัวเอง” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“จริง ๆ ก็รู้ว่าต้องป้องกันด้วยถุงยาง แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ เพราะไม่ได้มีความเสี่ยง” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่รู้จักกันดี คือ เอชไอวี และเอดส์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยได้ยินเฉย ๆ แต่ไม่รู้” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักแค่เอชไอวี” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เอชไอวี ซิฟิลิส” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักเอดส์” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม บางรายยังสามารถระบุชื่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ เช่น ซิฟิลิส ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยได้ยินเฉย ๆ แต่ไม่รู้ว่ามีอาการอย่างไร” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

มีเพียงรายเดียวที่สามารถอธิบายอาการของโรคเอดส์ได้ นอกจากนี้ บางรายยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี โดยเชื่อว่าการมีคู่นอนหลายคน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าแรก ๆ ถ้าเป็นคนติดเชื้อแรก ๆ จะดูไม่ออก แต่หลังจากนั้น 6 เดือน จะมีอาการใช้ขึ้น นานไปจะเริ่มผอมลงและมีตุ่มตามผิวหนัง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่าเกิดจากผู้หญิงที่สับเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ผู้ชายที่สับเปลี่ยนคู่นอนบ่อย” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยมาก และยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย โดยรู้จักเพียงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อย เช่น เอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีและซี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยได้ยินแต่โรคเอชไอวีเท่านั้น และไม่รู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ” (T11 ผู้พิการ, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรค เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี และซิฟิลิส แต่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเหล่านี้เพียงเล็กน้อย เช่น ตัวเหลือง ไม่มีแรง และผิวไม่สวย” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม ผู้พิการทั้งสองคนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย และไม่รู้จักวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ นอกจากการไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่เคยใช้ และไม่รู้จักวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวงจำกัด และยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้

4.1.1.6 ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เข้าใจว่าความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากการทะเลาะกัน การใช้ความรุนแรง การดื่มสุรา และปัญหาเศรษฐกิจ โดยมีมุมมองว่าเป็นเรื่องของการใช้กำลังทำร้ายร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เกิดจากการเกิดปากเสียงกันเนาะ และความไม่เข้าใจกันในครอบครัว ต่างคนต่างแบบพูดคุยกไม่เข้าใจกันเลย ก็เลยทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวได้” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“กินเหล้า พุดมาก แล้วก็ทะเลาะกัน บางทีแบบว่าครอบครัวดูแลกันไม่ได้ ยากจนมีเงินไม่พอที่จะบริหารครอบครัว ประมาณนี้” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักความรุนแรงในครอบครัว เช่น สามีไปกินเหล้ากินเบียร์ กลับมาตีภรรยาและลูก” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว และมีประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์จากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว บางรายยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ โดยไม่ทราบว่า การข่มขืนเป็นความรุนแรงทางเพศ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการทำร้ายร่างกาย เช่น การตีเมื่อย ขกต้อย พุดจาทำร้ายจิตใจ ผัวเมาเหล้ากลับมาตี” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราก็เคยเจอเหมือนกัน อันนี้เราเจอในครอบครัวเราเอง เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงทางเพศในครอบครัวนะ อันนี้น่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจกันมากกว่า” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ต้องการทำร้ายให้ตาย การทะเลาะกัน การตีเมื่อย ผัวต้อยเมื่อย การพุดจาไม่ดีใส่กัน แต่การข่มขืนไม่รู้” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว โดยสามารถระบุรูปแบบความรุนแรง เช่น การทุบตี การใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตีลูกตีเมีย กินเหล้าเยอะ มาทำร้ายคนในครอบครัว” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าถ้าอยู่ด้วยกันไม่ได้ ไม่จำเป็นต้องมาทะเลาะกันหรือตีกัน ออกไปจากชีวิตของกันและกันได้ ไม่ต้องอยู่ด้วยกันก็ได้” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เข้าใจว่าการใช้ความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจ เช่น พ่อตีลูก สามีตีภรรยา เป็นเรื่องผิด” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

บางรายเคยมีประสบการณ์หรือเคยพบเห็นความรุนแรงมาก่อน และบางรายไม่เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรง แต่รับรู้ถึงความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยเห็นผู้ชายคนหนึ่งข่มขืนเด็กจนเสียชีวิต” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว โดยสามารถระบุรูปแบบความรุนแรงในครอบครัวได้ เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดรุนแรง หรือการบังคับให้ทำงานหนัก และส่วนใหญ่มองว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่ควรกระทำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าการตีลูก ถ้าลูกทำผิดแล้วตีเป็นสิ่งที่ดี เมียไม่ดีไปตีก็เป็นสิ่งที่ดี แต่ถ้าลูกหรือเมียดีแล้วไปตีอันนี้ก็ผิด เป็นสิ่งไม่ดี” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ความโกรธ ความทะเลาะกัน อะไรแบบนี้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ทำร้าย ตีกันในครอบครัว ชอบใช้งานลูกเมียหนัก ๆ ตีกันถ้าไม่พอใจ เกิดจากแม่ทำร้ายลูกเราก็เคยเจอมาเหมือนกัน แม่เราก็เคยตี แต่ถือว่าไม่รุนแรงมาก” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.1.7 ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศอย่างจำกัด โดยมักมองว่าเป็นเรื่องของการข่มขืน เกิดจากคู่นอนทำร้ายกัน หรือไปมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าเกิดจากคู่นอนของกันและกันเนี่ยไปทำร้ายกัน แล้วก็เหมือนกับแบบว่าไปนอนกับคนอื่น แล้วก็ทำให้เกิดปากเสียง แล้วก็ทะเลาะกันในครอบครัว” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็ที่เคยได้ยินมาคือผู้ชายข่มขืนผู้หญิง” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และมีบางส่วนที่ไม่รู้จักความรุนแรงทางเพศ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ถ้าเป็นในครอบครัวเนอะก็เกิดจากพ่อตีลูก พ่อตีเมีย พ่อตีแม่อะไรอย่างนี้คะ ส่วนความรุนแรงทางเพศเราก็ไม่รู้เหมือนกัน” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ไม่ทราบว่าความรุนแรงทางเพศคืออะไร” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ โดยบางรายไม่สามารถให้คำจำกัดความหรือยกตัวอย่างได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องการทำร้ายให้ตาย การทะเลาะกัน การตีเมีย ผัวต่อยเมีย การพุดจาไม่ดีใส่กัน แต่การข่มขืนไม่รู้” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

บางรายเข้าใจว่าการบังคับแต่งงานเป็นความรุนแรงทางเพศ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สำหรับเราคิดว่า เราไม่เห็นว่ามันเป็นการหาประโยชน์ทางเพศ แต่เห็นว่าเป็นการบังคับไม่ให้ผู้หญิงมีสิทธิตัดสินใจเลือกชีวิตของตัวเอง ได้เลือกคู่ครองของตนเอง การตัดสินใจของครอบครัวอาจจะเป็นเรื่องที่ผิด เพราะผู้หญิงไม่ได้อยากจะแต่งงานแต่จำเป็นต้องแต่งงาน” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางรายเคยมีประสบการณ์หรือเคยเห็นความรุนแรงในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราก็เคยเจอเหมือนกัน อันนี้เราเจอในครอบครัวเราเอง เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงทางเพศในครอบครัวนะ อันนี้น่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจกันมากกว่า ซึ่งเมื่อพ่อเราเนี่ยมีเงินมากขึ้น เหมือนกับว่าไปขายวัวขายควายได้เงินมากก็จะไปหาเมียบ่อย ไปหาผู้หญิงที่เขาสามารถมีความสุขมากขึ้นอย่างนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่เคยเจอป่าตีหลานด้วยความรุนแรง พี่สาวตีหลานหรือลูก พ่อตีลูก แม่ตีลูก มีปากเสียงกัน” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศของผู้หญิงเมียนมาที่หนีภัยความขัดแย้งมายังประเทศไทย ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยส่วนใหญ่มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ สามารถระบุรูปแบบของความรุนแรงทางเพศได้ เช่น การข่มขืน การล่วงละเมิดทางเพศ การบังคับค้าประเวณี และการแต่งงานโดยไม่เต็มใจ อย่างไรก็ตาม ระดับความเข้าใจในรายละเอียดของแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป นอกจากนี้ บางคนมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศที่ได้รับจากการอบรมหรือการให้ความรู้ ซึ่งอาจเป็นการอบรมที่จัดโดยองค์กรที่ทำงานด้านสิทธิสตรี หรือการให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การอบรมหรือการให้ความรู้อาจไม่ครอบคลุมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางเพศ เช่น สิทธิของผู้ถูกระบาดความรุนแรง หรือกระบวนการขอความช่วยเหลือ และบางคนมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศที่ได้รับจากประสบการณ์ตรงหรือจากการได้ยินเรื่องราวของผู้อื่น ซึ่งอาจทำให้มีความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์เหล่านี้อาจเป็นประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และอาจไม่ได้ให้ความรู้ที่ถูกต้องหรือครบถ้วนเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ ซึ่งความหลากหลายและความแตกต่างในความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศของผู้หญิงเมียนมาที่หนีภัยความ

ขัดแย้งมายังประเทศไทย สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าใจและรับมือกับความรุนแรงทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้แค่ว่าความรุนแรงน่าจะมีอย่างเดียวคือการข่มขืน เราเคยเจอมาก่อน ผู้ชายที่รับเลี้ยงเด็กข่มขืนจนเด็กคนนั้นตาย” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราเข้าใจว่าการข่มขืนเป็นอย่างไร” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“การใช้ความรุนแรงในครอบครัวก็คือการทุบตีกัน การใช้ความรุนแรงทางเพศไม่ยินยอมให้สามีร่วมเพศด้วย แต่ถ้าสามีบังคับก็ถือว่าเป็นการใช้ความรุนแรง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ผู้พิการ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศในระดับหนึ่ง โดยสามารถระบุรูปแบบความรุนแรงทางเพศได้ เช่น การข่มขืน การล่วงละเมิดทางเพศเด็ก และการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เกิดจากแบบว่า เหมือนกับข่มขืนเกิดขึ้นได้ ผู้ใหญ่ไปเล่นจู้เด็ก ไปดูคนม มันก็เกิดแบบไม่ดีขึ้นได้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความเข้าใจในบางประเด็น เช่น สาเหตุของความรุนแรง หรือวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ควรให้ความรู้เพิ่มเติมแก่พวกเขา

4.1.1.8 ความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ แต่ไม่เคยประสบด้วยตนเอง โดยมักได้รับข้อมูลจากการบอกเล่าหรือข่าวสารเรื่องการหลอกลวงไปค้าประเวณี ข่าวสารเกี่ยวกับการค้ามนุษย์เพื่อการค้าประเวณี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยอ่านข่าวเกี่ยวกับว่า คนนี้โดนพาไปขายบริการ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“พอจะรู้อ้าง ตามที่เข้าใจคือ มีคนมาบอกให้ไปทำงานที่ร้านอาหาร แต่จริง ๆ ไม่ได้ไปทำที่ร้านอาหาร คือโดนหลอกให้ไปค้าประเวณี” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ แต่มีความเข้าใจว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม บางรายแสดงความคิดเห็นว่าการหาประโยชน์ทางเพศอาจเกิดขึ้นได้จากความยากลำบากทางเศรษฐกิจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“การหาประโยชน์ทางเพศ เช่น การค้าประเวณี เป็นเรื่องที่ไม่ปกติ เพราะว่าเป็นการบังคับ ล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่น อาจเกิดจากการหลอกลวงหรือไม่ได้บอก แต่การหาประโยชน์ก็เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“การหาประโยชน์ทางเพศมีอยู่จริง เช่น มีเพื่อนล่อลวงกันไป หลอกว่าจะไปทำงาน เช่น ที่พม่า สุดท้ายก็ไปทำในตึกลับ สุดท้ายก็คือบริการทางเพศ” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคยเจอกับตัว แต่พอรู้ว่าการหาประโยชน์ทางเพศ เช่น การค้าประเวณี การค้าบริการ เกิดขึ้นจริง โดยเคยดูในวิดีโอที่มีคนเอาเด็กไปไว้ในครอบครั แล้วก็ทำร้ายร่างกายทารุณทางเพศ” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เคยเห็นการหาผลประโยชน์ทางเพศที่พม่า แต่ไม่เคยเจอกับตัวเอง” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มผู้หญิงมีความเข้าใจในระดับหนึ่งเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ แม้จะไม่ได้มีประสบการณ์ตรงก็ตาม พวกเขาตระหนักดีว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายและไม่ถูกต้อง แต่อาจมีปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ผลักดันให้บางคนเข้าสู่การหาประโยชน์ทางเพศได้

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการค้าประเวณีและการบังคับแต่งงาน แต่ยังขาดความรู้ในประเด็นอื่น ๆ เช่น การค้ามนุษย์ การล่วงละเมิดทางเพศเด็ก และการแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันรู้ว่าการบังคับให้ขายตัวเป็นการหาประโยชน์ทางเพศ แต่ไม่รู้ว่าการหลอกลวงให้ทำงานที่ไม่เหมาะสม หรือการบังคับให้แต่งงานกับคนที่ไม่ได้รักก็เข้าข่ายด้วย” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ข่าวสาร สื่อสังคม หรือประสบการณ์ตรงของคนใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่ทันสมัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันเคยได้ยินเรื่องการค้ามนุษย์จากข่าว แต่ไม่รู้รายละเอียดว่ามันเป็นอย่างไร และมีวิธีป้องกันตัวเองอย่างไร” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการตกเป็นเหยื่อของการหาประโยชน์ทางเพศ แต่ยังคงขาดความรู้และทักษะในการป้องกันตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันรู้ว่าต้องระวังตัว แต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรถ้ามีคนมาชักชวนให้ไปทำงานต่างประเทศ” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมแล้ว ความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ยังมีข้อจำกัดและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการป้องกันและแก้ไขปัญหา

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ โดยมักเชื่อมโยงกับปัญหาความยากจนและการขาดโอกาสในการทำงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่ชอบ ไม่ดี ถ้าสมมติการหาประโยชน์ทางเพศโดยการขายบริการ ถ้าอยากได้สามี ก็เอาสามีไปเลย ไม่ต้องไปขายบริการ” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เกิดจากความยากจน แล้วก็ไม่มีงานทำ อยากได้งานทำ ไม่มีเงินน่าจะประมาณนี้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมจะเห็นว่า กลุ่มผู้พิการมีความเข้าใจว่าการหาประโยชน์ทางเพศมักเกิดจากความยากจน แต่ก็มีความเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม พวกเขายังไม่ได้แสดงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับรูปแบบอื่น ๆ ของการหาประโยชน์ทางเพศ หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ถูกหาประโยชน์ทางเพศ

4.1.1.9 ความเหมือนและความต่างของความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ความเหมือนเรื่องความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่เข้าใจสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง

ความเหมือนเรื่องความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา เช่น ประจำเดือน การมีประจำเดือนครั้งแรก การใช้ผ้าอนามัย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลในช่วงมีประจำเดือน แต่ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องอื่น ๆ เช่น การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความเหมือนเรื่องความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุม ฉีดยาคุม ใส่ห่วงอนามัย และใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง

ความเหมือนเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเอดส์และซิฟิลิส และยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง

ความเหมือนเรื่องความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความเข้าใจในบางประเด็น เช่น สาเหตุของความรุนแรง หรือวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง

ความเหมือนเรื่องความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ โดยมักเชื่อมโยงกับปัญหาความยากจนและการขาดโอกาสในการทำงาน แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับรูปแบบอื่น ๆ ของการหาประโยชน์ทางเพศ หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ถูกหาประโยชน์ทางเพศ

ความต่างเรื่องความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว กลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การป้องกันการตั้งครรภ์เนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียน ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความสนใจในการวางแผนจำนวนบุตรและระยะห่างของการมีบุตร

ความต่างเรื่องความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์

ความต่างเรื่องความรุนแรงในครอบครัว ในกลุ่มผู้หญิงและผู้พิการพบว่ามีความรุนแรงในครอบครัวสูง และมีประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์จากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว

ความต่างเรื่องความรู้เกี่ยวกับการมีประจำเดือน กลุ่มเยาวชนและผู้หญิงมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการมีประจำเดือนและการดูแลตนเองในระดับหนึ่ง แต่ผู้หญิงบางรายยังคงใช้ผ้าชุบน้ำ ๆ ในช่วงมีประจำเดือน

ความต่างเรื่องแหล่งที่มาของความรู้ กลุ่มเยาวชนได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาจากโรงเรียนเป็นหลัก ในขณะที่กลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ ได้รับความรู้จากช่องทางอื่น ๆ เช่น การอบรม การบอกเล่า และประสบการณ์ตรง

ข้อสังเกต

กลุ่มผู้พิการ จากข้อมูลพบว่ามีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้พิการเพียง 2 คน ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการสรุปผลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนี้

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์น้อยมาก เมื่อสอบถามเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษานั้น หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสอนหรืออบรมมาก่อน

โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ยังจำกัดและแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องมีการให้ความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ความรู้	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
สิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRHR)	ขาดความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง	บางคนไม่เข้าใจ ความหมายของคำว่า “สิทธิ” อย่างชัดเจน แต่ก็มี การพูดคุยถึงประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์	ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีเพียงบางรายที่พอจะทราบว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง	มีความรู้แตกต่างกัน บางคนมีความรู้ค่อนข้างจำกัด
เพศศึกษา	เรียนรู้จากโรงเรียนเป็นหลัก บางส่วนไม่เคยเรียนรู้มาก่อน	มีความรู้พื้นฐาน แต่บางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ผ้าอนามัยที่ถูกต้อง	ส่วนใหญ่มีความรู้น้อยมาก ไม่เคยได้รับการสอนหรืออบรมมาก่อน	ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ได้รับมาจากโรงเรียนในเมียนมา แต่บางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และ

ความรู้	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
				โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
การวางแผนครอบครัว	ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว	ส่วนใหญ่มีความรู้และให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัว	ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในภาพรวม	ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว
การคุมกำเนิด	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี	บางส่วนมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด
การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม	ส่วนใหญ่มีความรู้ที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเชไอวีและเอดส์	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเชไอวีและเอดส์	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเชไอวีและเอดส์	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย
ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ	ส่วนใหญ่เข้าใจว่าความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากการทะเลาะกัน การใช้ความรุนแรง การดื่มสุรา และปัญหาเศรษฐกิจ	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว และมีประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์จากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว	ส่วนใหญ่มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว โดยสามารถระบุรูปแบบความรุนแรง เช่น การทุบตี และการใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ	ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว โดยสามารถระบุรูปแบบความรุนแรงในครอบครัวได้ เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดรุนแรง

ความรู้	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
				หรือการบังคับให้ทำงานหนัก
การหาประโยชน์ทางเพศ	ส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศแต่ไม่เคยประสบด้วยตนเอง	ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศแต่มีความเข้าใจว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย	ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศแต่มีความเข้าใจว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย	ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศโดยมักเชื่อมโยงกับปัญหาความยากจนและการขาดโอกาสในการทำงาน

4.1.2 ทศนคติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบไปด้วย ทศนคติเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ การป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ และการหาประโยชน์ทางเพศ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1.2.1 ทศนคติเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับสิทธิในการมีชีวิตรอดและการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยบางส่วนคิดว่าตนมีสิทธิในร่างกายและสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าเรามีสิทธิในด้านนี้ เรามีอยู่แล้ว ก็จะเหมือนเวลาที่เราไม่สบายอย่างเจ็ยเราจะไปหาหมอที่แถว ๆ นี้ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาล เพราะว่าที่นี่ เหมือนมีพยาบาลคอยดูแลอยู่ เราสามารถไปหาได้เลย” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เรารู้ว่าเรามีสิทธิในการปรึกษาสุขภาพตัวเอง แต่ทุกวันนี้เราไม่สบายก็คือให้เจ้านายซื้อยาให้กิน แต่เราคิดว่าถ้ามันหนักจริง ๆ เราคงต้องไปโรงพยาบาลแน่นอน” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม บางรายยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น คิดว่าตนเองไม่มีสิทธิในการมีชีวิตรอด และเข้าใจสิทธิในการทำมาหากินและการช่วยเหลือตนเองให้อยู่รอด แต่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่าไม่มีค่ะ” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราก็บอกว่าเราก็มีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าใครจะมาทำอะไรเราไม่ได้นะ แล้วก็สมมติว่า การบริการบริการอะไรอย่างนี้ เราก็จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนการให้คำปรึกษาอะไร อย่างนี้ เราก็จะขอคำปรึกษาจากแม่เราก่อน” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ส่วนสิทธิความเป็นส่วนตัวนั้น ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว แต่บางรายอาจไม่สามารถใช้สิทธินี้ได้เต็มที่ เนื่องจากสถานการณ์ในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“สำคัญค่ะ ความเป็นส่วนตัวในความคิดเรา เราก็อยากอยู่คนเดียวได้ แล้วก็ไม่อยาก ให้ใครมายุ่งอะไรกับเราเยอะ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็สำคัญ เรียนรู้ตัวเองได้ แล้วก็ไม่มีใครมาทำร้ายร่างกายเราได้ เราก็สามารถที่จะมี ความเป็นส่วนตัวมากขึ้น” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“เรารู้จักความเป็นส่วนตัว แต่ความเป็นส่วนตัวไม่ได้มีร้อย” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“รู้ค่ะ เราคิดว่าความเป็นส่วนตัวสำหรับเรา เราไม่แน่ใจเหมือนกัน แต่ถ้าความเป็น ส่วนตัวของคนอื่น ถ้ามีคนมาพูดคุยบอกให้เก็บเป็นความลับ เราก็จะเก็บเป็นความลับ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

สำหรับสิทธิในการสมรสที่เท่าเทียม ส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสมรสเท่า เทียม มีเพียงรายเดียวที่แสดงความคิดเห็นว่า

“คิดว่าการสมรสเท่าเทียมเป็นเรื่องของคนสองคน ผู้ชายจะแต่งงานกับผู้ชายหรือ ผู้หญิงจะแต่งงานกับผู้หญิงก็ได้ แต่ว่าตัวเราไม่สามารถทำอย่างนั้นได้ เพราะเรายังมีแม่อยู่ ต้องแล้วแต่แม่ด้วย เราไม่อยากทำให้แม่เสียใจ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ด้านความกังวลและความไม่มั่นใจในเรื่องเพศ ส่วนใหญ่มีความกังวลและความไม่มั่นใจใน เรื่องเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจทำให้พวกเขาไม่กล้าพูดคุยหรือขอคำปรึกษาเรื่องนี้ บาง รายรู้สึกเขินอายหรือไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่กล้าถามใคร ถ้าถามเรื่องเพศ ไม่กล้าพูดกับใครเลย แม้แต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่กล้า พูด” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคยเรียนรู้เรื่องเพศมาก่อน และไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครหากมีปัญหาเรื่องเพศ”
(MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เคยเข้ารับการอบรมเรื่องเพศ แต่ก็ยังไม่มั่นใจในความรู้ความเข้าใจของตนเอง”
(MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิใน 2 ประเด็นหลัก คือ 1) สิทธิในร่างกาย และการตัดสินใจ โดยมีความเข้าใจว่าตนเองมีสิทธิในร่างกายและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราบอกว่าการคุมกำเนิดเป็นสิ่งสำคัญ สำคัญสำหรับเรา” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่าสามารถอยู่ที่นี่ได้ อนาคตต้องมีบัตรที่จะอยู่ต่อไปได้ เป็นความกังวลใจ เวลาไป รักษาที่โรงพยาบาล อย่างแม่ตาวคลินิกก็ไปรับบริการได้ อยู่ที่นี่ก็สบายใจไม่มีใครรุกราน”
(T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่ามีสิทธิค่ะ เพราะว่าเรามีเราแล้วแต่การตัดสินใจของเรา ไม่มีการห้ามจากสามี ไต ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของเรา” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และ 2) สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าตนเองมีสิทธิที่จะ เข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ แต่ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเดินทาง และความไม่รู้เกี่ยวกับบริการที่มีอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรารู้ว่าเรามีสิทธิสำหรับตัวเราเอง สำหรับด้านสุขภาพ เรารู้ว่าเวลาเราไปที่นี้ เราสามารถตัดสินใจได้ เราเจ็บป่วยเสียสามารถที่จะไปโรงพยาบาลได้เลยอะไรอย่างงี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่าต้องไปรับบริการที่ไหน ส่วนใหญ่จะไปแม่ตาวคลินิก” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็ถ้าต้องการใช้บริการถ้าอยู่ฝั่งนั้นเราไปที่คลินิกได้ แต่ที่นี้เรากลัวมากก็ไม่กล้าไปขอ”
(MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพื้นฐาน แต่ยังคงขาดความรู้เชิงลึกในประเด็นต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า ตนมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายและการเจริญพันธุ์ของตนเอง เช่น การคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้ว่ามีสิทธิในการตัดสินใจ” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่ามีสิทธิในการตัดสินใจดูแลร่างกายตัวเอง” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าตัวเองมีสิทธิในการตัดสินใจในการเว้นระยะห่างในการมีลูก” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“มีสิทธิในความปลอดภัย เรียกร้องหาความปลอดภัยก็เลยหนีมาที่นี่” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองในระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดความเข้าใจในบางประเด็น โดยได้แสดงความคิดเห็นว่าเข้าใจในสิทธิของตนเองที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ได้ และเข้าใจในสิทธิที่จะไม่ถูกทำร้ายร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าการป้องกันของเราคือการไม่ไปหาผู้หญิงอื่น” (T11 ผู้พิการ, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือไม่มีใครสามารถมาทำร้ายเราได้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ส่วนสิทธิในความเป็นส่วนตัวนั้น ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว แต่ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราและการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความเป็นส่วนตัวก็อยู่บ้านคนเดียวได้ ต้องอยู่ที่ที่มีความเป็นส่วนตัว แต่ถ้าออกไปข้างนอกอาจถูกจับได้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เขามีความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราเมื่อออกไปสู่สาธารณะ ในขณะที่บางรายไม่ได้แสดงความคิดเห็นโดยตรงเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว แต่การที่ไม่รู้จะไปขอความช่วยเหลือจากใครเมื่อมีปัญหาเรื่องเพศอาจสะท้อนให้เห็นถึงความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับสิทธิที่จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติ บางรายมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจากความพิการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็มี แต่ด้วยความที่ร่างกายเราเป็นแบบนี้ก็มีคนมาหย่าอะไรแบบนี้เหมือนกัน แต่เราเลือกที่จะอยู่หนึ่ง ไม่ได้ตอบ แต่ในใจเราอาจจะคิดอยู่ เราอยู่รู้ว่าร่างกายเราไม่ได้สมบูรณ์แบบเหมือนคนทั่วไป ก็มีคนมาหย่ามาเล่นเหมือนกัน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.2 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญ แต่ยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือเรามีสิทธิในการเลือกจะใช้อย่างไร จะดูแลอย่างไร จะใช้อะไรถ้าประจำเดือนมา และถ้ามีการดูแลที่ดี สุขภาพอนามัยทางเพศก็จะดี แต่ถ้าไม่ได้รับการใส่ใจก็จะมีปัญหา ด้านสุขภาพ” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราคิดว่าเรื่องสุขภาพทางเพศมีความสำคัญ เพราะว่าถ้ามีสุขภาพทางเพศที่ดี แสดงว่ามีสุขภาพที่ดี ก็สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ และคิดว่าการคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะในพม่าคนที่มีแฟนแล้วอยู่ด้วยกัน ถ้าไม่ป้องกันก็มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อติดต่ออะไรแบบนี้ แต่ถ้าป้องกันก็จะสบายใจ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“การดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยเจริญพันธุ์แล้วนะ ก็สมมุติว่าถ้าประจำเดือนมาเราก็ต้องดูแลสุขภาพตัวเองดี ๆ ไม่ให้เจ็บป่วยมากขึ้น แล้วก็ใช้ผ้าอนามัยในการดูแลความสะอาดของร่างกายด้วยเช่นกัน เราว่ามันสำคัญนะ เพราะว่าเราที่ไม่มีการคุมกำเนิดอาจจะทำให้มีลูกแบบถี่ ๆ เกินไป แล้วลูกก็อาจจะยากลำบาก แล้วก็อีกอย่างลูกเราอาจจะสุขภาพไม่ดี การให้นมบุตรด้วยเช่นกัน ก็อาจจะมีน้อยมาก” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือเราดูแลสุขภาพด้วยการทานอาหารที่มีประโยชน์นะ เราก็ไม่ได้ดูแลอะไรเยอะแยะ เราก็ดูแลเฉพาะแค่ความสะอาดของร่างกายของเรา มีการคุมกำเนิดอะดี” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยให้ความสำคัญกับสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีประจำเดือน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ต้องใช้ให้น้ำสุภาพหน่อย ไม่ให้ผู้ชายมา เห็นอะไรอย่างนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับประจำเดือน ถ้าเมนส์มาจะไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามี และจะไม่กินของแสลง” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

หญิงตั้งครรภ์ ทุกคนเห็นว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น เนื่องจากส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและลูก แม้จะยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในบางเรื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันต้องดูแลตัวเอง ก็ต้องมีความสำคัญ ก็คือถ้าไม่ดูแลตัวเองก็จะสุขภาพไม่ดี และถ้าเป็นในเรื่องของสุขภาพที่มันจำเป็นและดีกว่าเรื่องอื่น เพราะตอนที่เรานี้มามันมีปัญหาหลายอย่าง เราไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การที่เราหนีมาฉุกเฉิน การดูแลด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก มากกว่าเรื่องอื่น ๆ” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“มันสำคัญ เพราะถ้าจะเป็นอะไรขึ้นมาจะได้รู้ก่อน ถ้าสุขภาพไม่ดีจะได้หาหมอก่อน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“สำคัญ การเลี้ยงลูก การดูแลสุขภาพตัวเองไม่ให้เป็นโรค และลูก” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ทุกคนเห็นว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มีความสำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เกี่ยวกับเพศของเราดูแลอะไรบ้าง ก็ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง อาบน้ำก็ดูแลให้สะอาด” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.3 ทศนคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด แต่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดยรวม บางส่วนไม่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว แต่เข้าใจถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด โดยให้เหตุผลว่าเพื่อไม่ให้มีลูกที่เกินไป และเพื่อสุขภาพของแม่และเด็ก อย่างไรก็ตาม ยังมีความเข้าใจที่

คลาดเคลื่อนและไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรารู้ว่ามันสำคัญนะ เพราะว่าการที่ไม่มีการคุมกำเนิดอาจจะทำให้มีลูกแบบถี่ ๆ เกินไป แล้วลูกก็อาจจะยากลำบาก แล้วก็อีกอย่างลูกเราอาจจะสุขภาพไม่ดี การให้นมบุตร ด้วยเช่นกัน ก็อาจจะมีน้อยมาก” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

บางรายมีความต้องการที่จะวางแผนครอบครัวในอนาคต แต่บางรายยังไม่ได้คิดถึงเรื่องนี้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้คือเรายังไม่มี plan เรื่องแบบนี้ เพราะว่าเราเรียนหนังสืออยู่” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ยังไม่ได้วางแผน” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางส่วนเชื่อว่าตนเองมีสิทธิในการวางแผนการมีลูกหรือไม่มีลูกในอนาคต และเชื่อว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องการมีลูก โดยไม่มีใครมาบังคับได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรารู้ว่าเราสามารถที่จะตัดสินใจเองได้ โดยที่ไม่มีใครมาบังคับเรา” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่ามีสิทธิในการวางแผนแต่งงานในอนาคต ถ้าจะมีลูกหรือไม่มีลูก ต้องคุยกัน” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัว โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น สถานการณ์ความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก ความสามารถในการดูแลบุตร และสุขภาพของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยวางแผนไว้ว่า ถ้าแก่มาแล้ว มีลูกตอนอายุเยอะขึ้นไม่น่าจะดี เลี้ยงไม่ไหว แล้วเคยท้องแบบไม่พึงประสงค์ เลยคิดว่าจะมีคนเดียว” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราก็มีการ plan เหมือนกัน ก็คือ plan ให้แบบสองปีครั้ง ก็จะมีลูก” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“วางแผนว่าจะมีลูกสามคน ห่างกันห้าปี” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

สำหรับการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่เห็นว่าการคุมกำเนิดเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ยากลำบากและมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราว่าการคุมกำเนิดเนี่ยสำคัญ สำคัญสำหรับเรา” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“สำคัญ ถ้าไม่สำคัญก็ไม่ใช่ เพราะว่าถ้าเรามีลูกอีกในขณะที่สุขภาพไม่ดี ก็จะมีปัญหา” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เห็นว่าการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยากลำบาก โดยในเรื่องการวางแผนครอบครัวนั้น ส่วนใหญ่ต้องการวางแผนจำนวนลูกและระยะห่างระหว่างการมีบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็รู้จัก คุยกับสามีเราอยู่ว่าอยากได้ลูกสองคน” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“มีการวางแผน อย่างลูกคนนี้ได้ท้องก่อนแต่ง ตอนนี้อยากท้องลูกคนแรกเลยวางแผนกัน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เรารู้ค่ะ คือว่าเราอยากมีลูกสามคน ถ้าไม่อยากมีลูกต้องกินยาคุมกำเนิด” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“บางทีก็วางแผนที่จะมีลูกเหมือนกัน เช่น สองคนนี่เราจะเอาพร้อมกัน แต่สำหรับคนที่สาม เราจะรออีกห้าปี” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ส่วนการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่ทราบถึงความจำเป็นของการคุมกำเนิด โดยเฉพาะเมื่อยังไม่พร้อมที่จะมีลูกหรือต้องการเว้นระยะห่างระหว่างการมีบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า

“จำเป็น ถ้าไม่ป้องกันหรือไม่คุมกำเนิด ก็เสี่ยงตลอดเดี๋ยวก็มีใหม่อีกแล้ว ก็เป็นปัญหาอีก” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“การวางแผนครอบครัวสำคัญ การคุมกำเนิดนี่ก็สำคัญ แต่ไม่รู้จะพูดอย่างไร การไม่พร้อมมีลูก” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมนั้น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด แต่ยังคงมีความท้าทายในการเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว

กลุ่มผู้พิการ ทุกคนเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โดยให้ความสำคัญกับการเว้นช่วงการมีบุตรเพื่อสุขภาพของแม่และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว แม้จะมีความรู้และวิธีการคุมกำเนิดที่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการให้ความรู้และการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมสำหรับผู้พิการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“จริง ๆ รู้จักวิธีคุมกำเนิด อย่างคนแรกไม่ได้คุม เพราะตั้งใจอยากให้มี แต่พอคนที่สองเริ่มฉีดยาคุมให้ลูกเราอายุห่างกันสัก 3 - 4 ปี แล้วค่อยปล่อย” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

อีกทั้งทุกคนมีความเห็นเชิงบวกต่อการคุมกำเนิด โดยคนหนึ่งเลือกให้ภรรยาใช้วิธีการฉีดยาคุม ส่วนอีกคนหนึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันผลกระทบทางเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของครอบครัวจากการมีลูกจำนวนมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเป็นเรื่องวางแผนครอบครัว คือให้แฟนฉีดยาคุม” (T11 ผู้พิการ, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็สำคัญ ถ้าเราไม่ได้คุมกำเนิด มีลูกเยอะ ๆ ก็จะมีผลกระทบกับครอบครัว การหาเงินก็จะลำบากมากขึ้น” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.4 ทศนคติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ โดยมองว่าเป็นเรื่องผิดบาปไม่ดี และไม่ควรทำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“การยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องผิด เพราะเด็กไม่ได้ทำอะไรผิด” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ไม่ควรทำ” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม มีบางส่วนที่แสดงความคิดเห็นว่าการยุติการตั้งครรภ์อาจเป็นสิ่งที่จำเป็นในบางสถานการณ์ เช่น การยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องไม่ดี แต่หากไม่พร้อมมีลูกก็จำเป็นต้องทำ และเป็นสิทธิของแต่ละคนที่จะตัดสินใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าผิด แต่เราคิดว่าเราอาจจะยังไม่พร้อม เราก็คงต้องเอาออก ถ้าเรายังไม่พร้อมที่จะมีลูก” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็แล้วแต่คน ถ้าเราจะทำ ก็เป็นสิทธิของเรา” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ทศนคติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่มองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องผิดและบาป ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผิด ผิดบาปมาก” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่มี ไม่มีกฎหมายด้านนี้ ถ้าอันนี้ก็คือเราพูดอีกประเด็นหนึ่งเนาะ ก็คือถ้าในทางศาสนาของเราเอง ถ้าสมมุติว่าคนยุติการตั้งครรภ์ก็จะเป็นบาปสูงมากอะไรสำหรับเรา” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ยุติการตั้งครรภ์ทำได้ มีคนยุติการตั้งครรภ์ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ หน้ามืด เวียนหัว ตัวเย็น ที่นั่นใช้วิธีกินยาบ้าง กินยาสมุนไพรบ้าง แต่การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่มีอันตราย ไม่รู้ว่ามีไหม” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม บางส่วนมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นทางเลือกส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่พร้อมหรือมีปัญหาด้านสังคมหรือเศรษฐกิจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่าในปัจจุบันก็ไม่น่าจะผิดอะไร เพราะว่าการจะเลี้ยงลูกแต่ละคนลำบากมาก ถ้าไม่พร้อมก็ยุติการตั้งครรภ์ดีกว่า ดีกว่าให้ลูกเกิดมาลำบาก” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่ควรทำ แม้ว่าจะตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมก็ตาม โดยหลายคนมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาป หรือเป็นความผิดที่ร้ายแรง และบางคนเน้นถึงความรับผิดชอบต่อเด็กในท้อง และเชื่อว่าควรคลอดและเลี้ยงดูเด็กแม้ว่าจะไม่พร้อมก็ตาม มีบางคนที่ยกอ้างถึงกรณีที่ถูกระงับ แต่ก็ยังเชื่อว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาปอยู่ดี โดยรวมแล้วทัศนคติของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เห็นว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นไปในทางลบ โดยมีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางศาสนา และความรับผิดชอบต่อชีวิต ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ ต่อให้ท้องไม่พร้อมก็ตาม ท้องแล้วก็ต้องคลอดแล้วเลี้ยง และถ้าเราตั้งครรภ์ไม่พร้อมเราจะไม่ยุติการตั้งครรภ์ ก็ท้องต่อแล้วเลี้ยงดูลูก ถ้ามีคนมาขอคำปรึกษาเราจะให้คำแนะนำเหมือนกัน” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่ดี และจะไม่ยุติการตั้งครรภ์ เพราะมันเป็นบาป ให้เลี้ยงต่อไป” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ผิด” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ต่อให้ตัวเราเองที่ท้องไม่พร้อม เราก็ไม่กล้ายุติการตั้งครรภ์ เพราะกลัวเป็นบาป เราก็จะเลี้ยงลูกต่อไป และเราก็บอกว่ามันผิด มันเกิดจากสาเหตุที่ชายหญิงเป็นแฟนกัน ไม่ได้ป้องกันแล้วมันเกิดขึ้น แต่ถ้าทำการยุติการตั้งครรภ์มันก็จะบาปไป” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เป็นความผิดที่ร้ายแรง” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

บางรายระบุว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาป และบางรายกล่าวถึงความรับผิดชอบต่อเด็กใน

ท้อง

“มันเป็นบาป” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ท้องแล้วก็ต้องคลอดแล้วเลี้ยง” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ให้เลี้ยงต่อไป” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราก็จะเลี้ยงลูกต่อไป และก็บาปค่ะ เป็นบาปประเภทหนึ่ง ถึงแม้ว่าเราจะถูกกระทำ แต่เราก็ทำบาปต่อมันก็เลยเป็นบาป” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ให้คำปรึกษาให้ตั้งครรภ์ต่อไป ยังมีพ่อแม่อยู่ น่าจะดูแลตัวเองได้” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ทุกคนมีความแตกต่างกันในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ โดยคนหนึ่งมองว่าเป็นเรื่องบาปและไม่ควรทำ ในขณะที่อีกคนหนึ่งมองว่าไม่ใช่เรื่องผิด แต่ไม่ควรทำร้ายเด็กในครรภ์ ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากพื้นฐานทางความเชื่อ ศาสนา และประสบการณ์ส่วนตัวที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยุติการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นบาป และถ้าคุณท้องแล้วก็ต้องยอมรับว่าคุณมีลูก ถ้าไปยุติการตั้งครรภ์จะเป็นบาป” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็ไม่ใช่ความผิดที่ยิ่งใหญ่ เด็กที่จะคลอดออกมาแล้วเราไปทำร้ายเขาก็ผิด แต่สำหรับสิทธิของเราเองก็เป็นเรื่องของเรา จะทำหรือไม่ทำก็ได้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.5 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่มีความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการป้องกันและการรักษาที่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันได้หากมีการป้องกันที่ถูกต้อง และควรไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษหากติดเชื้อ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าเราไม่มีความรู้ แต่เราคิดว่าควรจะป้องกัน” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ต้องค่ะ เพราะกลัวว่าถ้าสมมติเราเป็นโรคแล้วถ้ามีลูกหลาน ลูกหลานก็จะติดโรคนี้นี้ไปด้วย” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ควรจะป้องกัน เพราะว่าถ้าติดคนหนึ่ง อีกคนที่ป้องกันก็อาจจะไม่ติด แต่ถ้าไม่ป้องกันอีกคนก็จะติดเลย” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอชไอวีและเอดส์ และเห็นว่าการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญ แต่ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็สำคัญ แต่ถ้าสามีภรรยาไม่ได้ฉีดลูกฉีดเมีย ไม่ไปหาหญิงอื่นก็ไม่ต้องป้องกันอะไร ถ้าสามีไปมีหญิงอื่นแล้วเรารู้ก็ต้องป้องกันตัวเอง” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เรารู้บ้างพอสมควรนะ เกี่ยวกับเขาได้ยินเฉย ๆ ว่าเป็นโรคเอชไอวีที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความตระหนักในเรื่องของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังคงขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเห็นว่าการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือถ้าจะมีเพศสัมพันธ์ก็ต้องใช้ถุงยางเวลามีเพศสัมพันธ์” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ใช่ คิดว่าต้องใช้” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ส่วนการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างไร หากติดโรคแล้วจะต้องทำอย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ควรจะไปหาหมอที่คลินิก ที่คลินิกจะส่งต่อไปเองว่าจะส่งต่อไปไหน” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็ต้องใช้ถุงยาง และก็ควรจะไปหาหมอที่คลินิก ที่คลินิกจะส่งต่อไปเองว่าจะส่งต่อไปไหน” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

โดยภาพรวมแล้ว ส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการศึกษาหรือการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศศึกษาและสุขภาพทางเพศ นอกจากนี้ บางคนอาจไม่กล้าเข้ารับบริการด้านสุขภาพทางเพศเนื่องจากความกลัวหรือความอาย ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การให้ความรู้และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพวกเขา

กลุ่มผู้พิการ ทุกคนมีความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่า การป้องกันของเราคือการไม่ไปหาผู้หญิงอื่น” (T11 ผู้พิการ, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็ต้องดูแลสุขภาพตัวเองนั่นแหละ ถ้าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เราก็จะใช้ถุงยางอนามัย ไม่ควรที่จะไปนอนมั่วซั่วกับใครทั้งนั้น เราก็ไม่เคยทำ เราก็ไม่รู้ว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.6 ทศนคติเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ

กลุ่มเยาวชน เชื่อว่าความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากการที่พ่อตีลูก หรือพ่อตีแม่ และมองว่าเป็นสิ่งที่ผิด และเชื่อว่าความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากการทะเลาะเบาะแว้งและความไม่เข้าใจกันในครอบครัว และมองว่าความรุนแรงทางเพศเกิดจากการที่คู่ขนอนนอกใจกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ถ้าเป็นในครอบครัวเนอะก็เกิดจากพ่อตีลูก พ่อตีเมีย พ่อตีแม่อะไรอย่างนี้ค่ะ” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“เราคิดว่าเกิดจากแบบว่าคู่นอนของกันและกันเนี่ยไปทำร้ายกัน แล้วก็เหมือนกับแบบว่าไปนอนกับคนอื่น แล้วทำให้เกิดปากเสียง แล้วก็ทะเลาะกันในครอบครัว” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางส่วนไม่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ จึงไม่สามารถแสดงความคิดเห็นในเรื่องนี้ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่ทราบว่าความรุนแรงทางครอบครัวเป็นแบบไหน ไม่ทราบว่าความรุนแรงทางเพศคืออะไร” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศเป็นเรื่องที่ผิดและยอมรับไม่ได้ โดยบางรายเคยประสบหรือพบเห็นความรุนแรงในครอบครัวด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในรูปแบบของความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ และการข่มขู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการทำร้ายร่างกาย เช่น การตีเมื่อย ชกต่อย พุดจาทำร้ายจิตใจ ผัวเมาเหล้ากลับมาตี” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ต้องการทำร้ายให้ตาย การทะเลาะกัน การตีเมื่อย ผัวต่อยเมีย การพุดจาไม่ดีใส่กัน แต่การข่มขืนไม่รู้” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราคิดว่ามันไม่ดี แต่ว่าในชีวิตเรา เราก็กังไม่เคยเจอ” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่เคยเจอป่าตีหลานด้วยความรุนแรง พี่สาวตีหลานหรือลูก พ่อตีลูก แม่ตีลูก มีปากเสียงกัน” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือเจอมาเยอะเหมือนกัน เวลาที่การสื่อสารไม่ตรงกันทำให้มีการทำร้ายร่างกายกัน” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางคนเคยประสบพบเจอความรุนแรงทางเพศด้วยตนเองหรือคนใกล้ชิด คำกล่าวที่ว่า

“เราก็กังเคยเจอเหมือนกัน อันนี้เราเจอในครอบครัวเราเอง เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงทางเพศ ในครอบครัวเนาะอันนี้น่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจกันมากกว่า” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ที่ได้ยินคือ มีตะรามีคนหนึ่งไม่อยากมีลูกแล้ว แต่สามียังข่มขืนอยู่” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ เช่น การทุบตี หรือการดุด่าว่ากล่าว เป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่ถูกต้อง บางรายแสดงความกังวลถึงผลกระทบในระยะยาวที่เด็กจะได้รับจากการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เช่น การพูดจาตำหนิหรือการว่าร้ายรุนแรงต่อหน้าลูกจะส่งผลต่อลูกในระยะยาว และส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการใช้ความรุนแรงทางเพศ เช่น การข่มขืน เป็นเรื่องที่ไม่ดีและไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่ผิด” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ผิด และไม่ดีที่พ่อตีลูก ดีเมีย” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่ใช่สิ่งที่ควรทำ” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าผิด เด็กควรจะสอนไม่ใช่ตี สามีภรรยาก็ควรจะคุยดี ๆ ไม่ใช่ทะเลาะกัน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ผิด ถ้าคนเรารักกันต้องเข้าใจกัน ไม่ใช่มาทำร้ายกัน” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“มันจะเป็นการส่งผลกระทบระยะยาว ถ้าเราเป็นคู่สามีภรรยาก็จะใช้ความรุนแรง พูดจาตำหนิกัน ว่าร้ายรุนแรงต่อหน้าลูก ก็ส่งผลกระทบต่อลูกในระยะยาว ลูกก็จะจำว่าพ่อแม่ตีกันทะเลาะกัน” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“การใช้ความรุนแรงทางเพศ ไม่ยินยอมให้สามีร่วมเพศด้วย แต่ถ้าสามีบังคับก็ถือว่าเป็นการใช้ความรุนแรง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้แค่ว่าความรุนแรงน่าจะมีอย่างเดียวคือการข่มขืน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ มีความเห็นต่อความรุนแรงในครอบครัวต่างกัน โดยคนหนึ่งมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี แต่มีข้อยกเว้นในบางกรณี ส่วนอีกคนหนึ่งมองว่าเป็นสิ่งที่ผิดและละเมิดสิทธิของผู้อื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าการตีลูก ถ้าลูกทำผิดแล้วตี เป็นสิ่งที่ดี เมียไม่ดีไปตี ก็เป็นสิ่งที่ดี แต่ถ้าลูกหรือเมียดีแล้วไปตีอันนี้ก็ผิด เป็นสิ่งไม่ดี” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ผิด ก็ถ้ามองว่าผิดก็ผิดมากเลย เรื่องตีกันครอบครัวอะไรแบบนี้ มันเรื่องของสิทธิของเด็ก สิทธิของคน ไปตีเขาก็ไม่ควร” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.7 ทศนคติเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศของผู้หญิงชายวัยเยาว์

กลุ่มเยาวชน ทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า การหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดี ไม่ปกติ และไม่ควรทำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่ามันไม่ดีเนาะสำหรับการหาผลประโยชน์ทางเพศ” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เราไม่รู้จะพูดอย่างไร แต่มันผิดแน่นอน แต่อธิบายไม่ได้ว่ามันต้องอย่างไร” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ได้ยินมาก็ส่วนใหญ่มันผิด แล้วก็เกิดจากมัน เกิดจากเขาต้องการเงินอะไรอย่างนี้ค่ะ เขาต้องการเงิน ความยากลำบากแบบนี้มากกว่า” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“มันเป็นเรื่องที่ไม่ปกติ ไม่ควรทำ เพราะการทำแบบนี้เป็นสิ่งไม่ดี” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เป็นเรื่องที่ไม่ดี เพราะถ้าเขาเป็นคนถูกกระทำเขาก็จะไม่สบายใจ” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงทางเพศและการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ แต่ยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ที่เคยได้ยินมาคือผู้ชายข่มขืนผู้หญิง” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ตามที่เข้าใจคือ มีคนมาบอกให้ไปทำงานที่ร้านอาหาร แต่จริง ๆ ไม่ได้ไปทำที่ร้านอาหาร คือโดนหลอกให้ไปค้าประเวณี” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ผิดและไม่ควรเกิดขึ้น โดยบางรายเคยพบเห็นหรือทราบว่ามีการหาประโยชน์ทางเพศเกิดขึ้นในชุมชนของตน และรู้ว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นสิ่งที่ผิดและมีผลกระทบต่อผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผิด เข้าใจว่าเป็นงานสบาย หาเลี้ยงครอบครัวได้ แต่มีงานหลายอย่างให้ทำ เป็นเรื่อง
ที่ผิด” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เป็นเรื่องที่ผิด” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และบางรายแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ โดยเข้าใจถึงความยากลำบากและแรงกดดันทางเศรษฐกิจที่อาจเป็นสาเหตุให้ต้องเข้าสู่วงจรการค้าประเวณี ดังคำกล่าวที่ว่า

“คิดว่าบางคนก็เกิดความยากลำบาก เลยต้องหาเงินด้วยการค้าบริการ บางคนก็
อยากทำ ห้ามตัวเองไม่ได้ ถามว่าผิดไหม ผิด แต่ก็เป็นความจำเป็นของแต่ละคน” (T06
ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

อีกทั้งบางรายมองว่าการบังคับแต่งงานเป็นการละเมิดสิทธิของผู้หญิงและเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
ดังคำกล่าวที่ว่า

“สำหรับเราคิดว่า เราไม่เห็นว่ามันเป็นการหาประโยชน์ทางเพศ แต่เห็นว่าเป็นการ
บังคับไม่ให้ผู้หญิงมีสิทธิตัดสินใจเลือกชีวิตของตัวเอง ได้เลือกคู่ครองของตนเอง
การตัดสินใจของครอบครัวอาจจะเป็นเรื่องที่ผิด เพราะผู้หญิงไม่ได้อยากจะแต่งงาน
แต่จำเป็นต้องแต่งงาน” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เห็นว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องไม่ดี ไม่ถูกต้อง และไม่
ควรทำ แม้บางรายจะไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้ชัดเจน บางรายไม่เข้าใจประเด็นนี้ และบางรายมีความเห็น
แตกต่าง โดยเฉพาะในกรณีการขายบริการด้วยความสมัครใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เห็นว่ามันไม่ดี ไม่ควรทำ เพราะเป็นสิทธิร่างกายของตัวเอง ต่อให้ไม่มีจะกิน
แต่ขายร่างกายก็เป็นสิ่งที่ไม่ดี แต่ถามว่าไม่ใช่อะไรก็ตอบไม่ได้ แต่ไม่ควรทำ” (T09 หญิง
ตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคยรู้และไม่เคยเจอ คิดว่าไม่ดี” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม
2567)

“ไม่ปกติที่คนหาประโยชน์จากเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็สามักรรยาภิตาม ก็คือการค้ามนุษย์ การหาประโยชน์อย่างสามักรรยาภิเพื่อผลประโยชน์ก็เป็นการคุกคาม เป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เคยเจอ เคยเห็น คิดว่ามันผิด ไม่ดี ไม่ควรที่จะหาผลประโยชน์ทางเพศแบบนี้” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ มีความเห็นที่แตกต่างกัน คนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการค้าประเวณี และมองว่าหากต้องการมีสามักรรยาภิควรแต่งงาน ไม่ใช่ขายบริการ แต่อีกคนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการบังคับค้าประเวณี แต่หากเป็นไปได้โดยสมัครใจและถูกกฎหมายก็ยอมรับได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่ชอบ ไม่ดี ถ้าสมมติการหาประโยชน์ทางเพศโดยการขายบริการ ถ้าอยากได้สามักรรยาภิเอาสามักรรยาภิไปเลย ไม่ต้องไปขายบริการ” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าหากินด้วยการขายบริการถูกกฎหมายเรายอมที่จะไป แต่ถ้าบังคับให้เราไปทำงานอันนั้นผิดเยอะ” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.2.8 ความเหมือนและความต่างของทัศนคติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ความเหมือนเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน

ความเหมือนเรื่องความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มแสดงความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และต้องการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว

ความเหมือนเรื่องทัศนคติเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ โดยมองว่าเป็นเรื่องผิดบาปและไม่ควรทำ

ความเหมือนเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับความตระหนักถึงความเสี่ยงทางเพศ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความตระหนักถึงปัญหาความเสี่ยงทางเพศและการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ แต่ยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้

ความเหมือนเรื่องทัศนคติเชิงลบต่อการหาประโยชน์ทางเพศ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง และไม่ควรทำ

ความต่างเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจในเรื่องนี้มากกว่ากลุ่มเยาวชนและผู้พิการ

ความต่างเรื่องความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด กลุ่มเยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ และยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด

ความต่างเรื่องประสบการณ์และความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ กลุ่มผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีประสบการณ์หรือความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ความต่างเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีทัศนคติเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ แต่ผู้หญิงบางคนมองว่าเป็นทางเลือกส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่พร้อมหรือมีปัญหาสุขภาพ

ความต่างเรื่องความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มเยาวชน เยาวชนหญิงมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องนี้มากกว่าเยาวชนชาย

ความต่างเรื่องความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของกลุ่มเยาวชน เยาวชนหญิงมีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าเยาวชนชาย

ความต่างเรื่องประสบการณ์ความรุนแรงทางเพศของกลุ่มเยาวชน เยาวชนหญิงมีแนวโน้มที่จะมีประสบการณ์ความรุนแรงทางเพศมากกว่าเยาวชนชาย

กล่าวโดยสรุปแล้ว กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ยังมีความแตกต่างในระดับความเข้าใจ ความรู้ และประสบการณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ข้อมูลและบริการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของทัศนคติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ทัศนคติ	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
ความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์	สำคัญ แต่ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง	สำคัญ โดยเฉพาะสุขอนามัยส่วนบุคคลในช่วงที่มีประจำเดือน	สำคัญและจำเป็นเนื่องจากส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและลูก	สำคัญ แต่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง
การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม	กังวล และสนใจเรียนรู้การวางแผน	กังวล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่	ต้องการวางแผนจำนวนบุตรและ	เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว

ทัศนคติ	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
	ครอบครัวและการ คุมกำเนิด	ยากลำบากและมีข้อจำกัดทาง เศรษฐกิจ	ระยะห่างระหว่าง การมีบุตร	และการคุมกำเนิด เพื่อสุขภาพของแม่ และฐานะทาง เศรษฐกิจ
การยุติการตั้งครรภ์	ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย มองว่าเป็นเรื่องผิด บาป ไม่ดี และไม่ ควรทำ	ส่วนใหญ่ไม่เห็น ด้วย มองว่าเป็น เรื่องผิดและบาป แต่บางส่วนมองว่า เป็นทางเลือกส่วน บุคคล	ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย มองว่าเป็นบาปหรือ เป็นความผิดที่ร้ายแรง	ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย มองว่าเป็นบาป แต่บางส่วนมองว่า ไม่ผิด แต่ไม่ควรทำ ร้ายเด็ก
ความรุนแรงทางเพศ	ตระหนักถึงปัญหา แต่ขาดความรู้และ ทักษะในการป้องกัน และรับมือ	ตระหนักถึงปัญหา โดยบางรายเคย ประสบหรือพบ เห็น	ส่วนใหญ่มีความเห็น ว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดีและ ไม่ถูกต้อง	ส่วนใหญ่มีความเห็น ว่าเป็นสิ่งที่ผิดและ ละเมิดสิทธิของผู้อื่น
การหาประโยชน์ทาง เพศ	ไม่ดี ไม่ปกติ และไม่ ควรทำ	ไม่ควรเกิดขึ้น โดยบางรายเคย พบเห็นหรือ ทราบว่ามีการหา ประโยชน์ทาง เพศเกิดขึ้นใน ชุมชนของตน	ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ดี ไม่ถูกต้อง และไม่คว รทำ แม้บางรายจะ ไม่สามารถอธิบายเหตุ ผลได้ชัดเจน	ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย กับการค้าประเวณี และมองว่าหาก ต้องการมีสามีก็ควร แต่งงาน ไม่ใช่ขาย บริการ

4.1.3 พฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา ประกอบไปด้วย พฤติกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1.3.1 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มเยาวชน พฤติกรรมมีความหลากหลายและแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ทัศนคติส่วนบุคคล และบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยเยาวชนบางคนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ทำให้พวกเขาต้องพึ่งพาและขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราจะปรึกษาเพื่อนก่อน แล้วก็จะขอปรึกษาพ่อแม่ แล้วก็ขออาจารย์ที่ปรึกษาเรา”

(T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เราจะปรึกษาแม่เราก่อน แต่ว่าเราก็จะไปโรงพยาบาล เพราะเราไม่กล้าปรึกษาใคร”

(T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ถ้ามีปัญหาเรื่องเพศเราจะปรึกษาใคร ก็ขอจากแม่ก่อน” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางคนเลือกที่จะรักษาด้วยตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศ เช่น ใช้ผ้าถุงแทนผ้าอนามัยเมื่อมีประจำเดือน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่ใส่ผ้าอนามัย ถ้าประจำเดือนมา เราจะใส่ผ้าถุง นี่คือวิธีการที่เราเลือกเอง และถ้าเยอะก็ใช้ ถ้าไม่เยอะก็ไม่ใช้” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ก่อนมีประจำเดือน เรามีพี่สาว พอพี่สาวมีประจำเดือนเราก็ไปซื้อผ้าอนามัยให้พี่สาวก็บอกว่าถ้าเป็นประจำเดือนต้องใช้แบบนี้ ล้างแบบนี้ ดูแฉะแบบนี้” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยบางคนเลือกที่จะรักษาด้วยตนเอง ด้วยการซื้อยารับประทานเองหรือใช้ยาสมุนไพร และบางคนอาจมีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกการรักษา รวมถึงการรักษาที่สถานพยาบาลมีค่าใช้จ่าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเจ็บป่วยจะซื้อยามากินเอง หรือว่าต้มยากิน ส่วนใหญ่จะสั่งให้คนซื้อกลับมาให้ ถ้าสมุนไพรก็จะให้ป่าทำให้ เพราะป่าเก่ง มีความรู้เรื่องนี้” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ไปซื้อตามร้านค้า แต่ใช้เยอะไม่ได้ ใช้แล้วเวียนหัว เลยไม่ค่อยใช้” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ส่วนผู้หญิงบางคนเลือกที่จะปรึกษาบุคคลใกล้ชิด เช่น ป้าที่อยู่ใกล้บ้าน หรือญาติผู้ใหญ่ ก่อนที่จะตัดสินใจไปพบแพทย์ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเจ็บป่วยเลือกที่จะปรึกษาใคร ก็ขอคำปรึกษาจากป้าที่อยู่ที่นี่” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าต้องการใช้บริการ ถ้าอยู่ฝั่งนู้นไปที่คลินิกได้ แต่ที่นี้ลี้ภัยมาก็ไม่กล้าไปขอ” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ผู้หญิงบางคนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล และพยายามที่จะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลหรือคลินิก ดังคำกล่าวที่ว่า

“จะไปที่แม่ตาวคลินิกเพื่อไปหาหมอ” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าอยู่ที่นี่จะขอความช่วยเหลือจากคนที่ดูแลเราก่อนที่จะไปโรงพยาบาล ถ้าเป็นที่นู่นจะบอกพ่อแม่ก่อน ให้พาไปโรงพยาบาล” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

การตัดสินใจในการเลือกการรักษาของผู้หญิงกลุ่มนี้มักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ด้วยตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเป็นเรา เราจะกินยาคุม” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราก็จะไป แต่ที่นี้จะต้องไปฝากท้องที่โรงพยาบาลแม่เสริญ ไกลอยู่” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางรายมีการปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกับสามีหรือคนในครอบครัวในการเลือกการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องรอคนพาไป ไม่มีกำหนด เราจะบอกพี่สาวให้พาไป” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

มีบางรายที่ใช้ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าในกรณีที่ไม่ปกติ ท้องโตแล้วเด็กไม่มีปฏิกิริยาใด ๆ หรือท้องไม่โตขึ้น อันนี้แสดงว่าผิดปกติแล้ว” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และบางรายมีประสบการณ์การตรวจสุขภาพที่ดีและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือเราก็ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นอย่างไร ไปหาหมอเดือนละครึ่ง หมอบอกว่าปกติดี” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางรายยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยังไม่ได้ฝากครรภ์” (T010 หญิงตั้งครรภ์ และ MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ในส่วนของการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ โดยได้รับความรู้จากการบอกต่อ การอบรม หรือประสบการณ์ตรง ได้แก่ การรับประทานอาหาร และให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผลไม้ และบางรายมีความเชื่อเรื่องการงดเว้นอาหารบางประเภท หรือการอาบน้ำในเวลายืน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่จะเป็นการกินอาหาร กินผลไม้มากกว่าอย่างอื่น” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ดูแลตัวเองเรื่องอาหารการกิน งดอาหารร้อน ไม่ให้ตัวร้อน จะอาบน้ำก่อน ไม่อาบน้ำกลางคืน อาบในช่วงที่ฟ้ายังไม่ตกดิน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จะไปขอรับคำปรึกษาจากคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เช่น แม่ ยาย และพี่สาว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเจอเหตุที่กระทบร่างกายจิตใจจะปรึกษาใคร ก็ปรึกษาแม่แล้วก็ยายก่อน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ถ้ามีปัญหาเรื่องสุขภาพ หรือเรื่องเพศ จะไปหาใครหรือปรึกษาใคร เราก็จะบอกพี่สาวให้พาไป” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่บางรายมีความลังเลที่จะขอรับคำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากกังวลว่าจะทำให้คนอื่นไม่สบายใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเกิดขึ้นจริง ๆ ก็จะเลือกเก็บไว้กับตัวเอง ไม่บอกใคร ไม่บอกพ่อแม่” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะขอรับคำปรึกษาจากคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด แต่ก็มีความต้องการที่จะได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนั้นจะขอความช่วยเหลือจากคนที่อยู่ใกล้ก่อน ให้นำส่งโรงพยาบาล” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรม การตรวจสุขภาพเป็นประจำ โดยจะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าตรวจร่างกายไม่มี แต่ถ้าไม่สบายหาหมอก็มีบ้าง” (T11 ผู้พิการ, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคยไป ถ้าจะไป ที่เราได้ยินมาก็ไปที่แม่ตาวคลินิก” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ในเรื่องการขอรับคำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น ส่วนใหญ่ไม่เคยขอรับคำปรึกษามาก่อน โดยไม่ทราบว่าจะไปขอคำปรึกษาที่ไหน และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการขอความช่วยเหลือ ในขณะที่บางรายไม่เคยมีประสบการณ์ในการขอคำปรึกษามาก่อน และอาจจะรู้สึกอายหรือไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยเรื่องนี้กับคนอื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้ว่าจะไปไหน เราฆ่าตัวตายดีกว่าถ้าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (T11 ผู้พิการ, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เรายังไม่เคยเกิด ถ้ามันเกิด เราจะถามแม่เราก่อน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.3.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว แต่เข้าใจถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด และส่วนใหญ่ยังไม่ได้คิดเรื่องการวางแผนครอบครัวในอนาคต ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้ก็คือเรายังไม่มี plan เรื่องแบบนี้ เพราะว่าเราเรียนหนังสืออยู่” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ยังไม่ได้วางแผน” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“การที่ไม่มีการคุมกำเนิดอาจจะทำให้มีลูกแบบถี่เกินไป” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โดยส่วนใหญ่ต้องการมีบุตรจำนวนจำกัด โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น สถานการณ์ความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก ความสามารถในการดูแลบุตร และสุขภาพของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยวางแผนไว้ว่า ถ้าแก่มาแล้ว มีลูกตอนอายุเยอะขึ้นไม่น่าจะดี เลี้ยงไม่ไหว แล้วเคยท้องแบบไม่พึงประสงค์ เลยคิดว่าจะมีคนเดียว” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราก็มีการ plan เหมือนกัน ก็คือ plan ให้แบบสองปีครั้ง ก็จะมีลูก” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“วางแผนว่าจะมีลูกสามคน ห่างกันห้าปี” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

บางรายมีการวางแผนเรื่องเพศของบุตร โดยต้องการมีบุตรทั้งชายและหญิง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้วางแผนเหมือนกัน วิธีการคือ คิดว่าตอนนี้ยังไม่มีลูกสาว มีแต่ลูกชาย แต่ไม่ได้วางแผนว่ากี่ปีถึงจะมี ถ้ามีลูกสาวเมื่อไหร่ก็จะหยุด” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ในเรื่องการคุมกำเนิดนั้น ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย และการฝังเข็ม ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีถุงยาง ฉีดยา กินยา ใส่ห่วง” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“รู้ว่าวางแผนครอบครัว การ planning ก็ต้องมีแบบกินยาคุม ฉีดยาคุม ใส่ห่วง แล้วก็ฝังเข็ม” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ฝังเข็ม ถุงยาง กินยา ฉีดยา แล้วก็ทำหมัน ทำหมันแล้วจบเลย” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และส่วนใหญ่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธี

“กินยาคุมอย่างเดียว” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ตอนนี้ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันไม่ให้มีบุตร” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“กินยาคุมอย่างเดียว” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ส่วนบางรายเคยประสบปัญหาจากการใช้วิธีการคุมกำเนิด เช่น ผลข้างเคียงจากยาคุมกำเนิด หรือการคุมกำเนิดที่ไม่ได้ผล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันไม่ให้มีบุตร แต่ก็คือเราไม่ฉีดยา ไม่ฝังเข็มนะ เพราะว่าเรารู้สึกว่าเราใส่แล้ว ฉีดไปแล้ว เราทำไปแล้วอย่างนี้ เรารู้สึกแบบอยู่ไม่ได้ อยู่แบบไม่มีความสุขแล้ว ก็สุขภาพเราเหมือนเรารู้สึกว่ามันแย่ แล้วก็กินยา บางทีก็ลืมกินยาจนต้องลูกอีกคนขึ้นมาอะไรอย่างนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีการวางแผนเกี่ยวกับการมีบุตร โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความพร้อมด้านการเงินและสุขภาพของมารดา และมีการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกันในครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็รู้จัก แล้วก็คุยกับสามีเราอยู่ว่าอยากได้ลูกสองคน” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราวางแผนไว้ว่ามีลูกจะมีแค่สามคน จะไม่มีมากกว่านี้แล้ว” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“มีการวางแผนครอบครัว เช่น การจะมีลูกต้องคุยกัน การคุมกำเนิด ก่อนหน้านี้เรามีลูกสองคน ก่อนมีลูกเราปรึกษาแผนว่าจะมีลูกหรือจะคุม วิธีคุมก็คือการกินยา” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“บางทีก็วางแผนที่จะมีลูกเหมือนกัน เช่น สองคนนี่เราจะเอาพร้อมกัน แต่สำหรับคนที่สาม เราจะรออีกห้าปี” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ต้องคุยกันมากกว่า ไม่ใช่เราคนเดียว” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ในเรื่องการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยรู้จักวิธีการคุมกำเนิดหลากหลายวิธี เช่น การกินยาคุม ฉีดยาคุม ฟังเข็ม และการใช้ถุงยางอนามัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยคุมกำเนิดโดยการฉีดยามาแล้ว แต่ฉีดยาแล้วเวียนหัว เลยกลับมาใช้วิธีการกิน และไม่เคยใช้ condom” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“รู้จักการวางแผนครอบครัวไหม ก็รู้ มีการวางแผน อย่างลูกคนนี้ก็ไม่ได้ท้องก่อนแต่งงาน ตอนนี้อยากท้องลูกคนแรก เลยวางแผนกัน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ส่วนเรื่องการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะเก็บเด็กไว้เมื่อตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต่อให้ตัวเราเองที่ท้องไม่พร้อม เราก็ไม่กล้ายุติการตั้งครรภ์ เพราะกลัวเป็นบาป เราก็จะเลี้ยงลูกต่อไป” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราก็จะท้องต่อไป เราจะไม่ยุติการตั้งครรภ์” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าจะให้คำปรึกษาให้ตั้งครรภ์ต่อไป ยังมีพ่อแม่อยู่ น่าจะดูแลตัวเองได้” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“จะไม่ให้เขายุติการตั้งครรภ์ เพราะมันเป็นบาป ให้เลี้ยงต่อไป” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในระดับหนึ่ง แต่ไม่ได้วางแผนครอบครัวอย่างเป็นระบบ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเป็นเรื่องวางแผนครอบครัว คือให้แฟนฉีดยาคุม และไม่ได้ตั้งใจ ปล่อยให้มาเอง จริง ๆ รู้จักวิธีคุมกำเนิด อย่างคนแรกไม่ได้คุม เพราะตั้งใจอยากให้มี แต่พอคนที่สองเริ่มฉีดยาคุมให้ลูกเราอายุห่างกันสัก 3 - 4 ปี แล้วค่อยปล่อย” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ส่วนการคุมกำเนิดนั้น คนหนึ่งมีการใช้การคุมกำเนิด เช่น การฉีดยาคุมกำเนิด แต่อีกคนหนึ่งไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดใด ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเป็นเรื่องวางแผนครอบครัว คือให้แฟนฉีดยาคุม” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราเองไม่เคยใช้หรอก แต่เราเคยเห็นอยู่พวกถุงยางอนามัยกับยากิน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.3.3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มเยาวชน พฤติกรรมมีความหลากหลายและแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ทักษะคิดส่วนบุคคล และบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยบางส่วนความเข้าใจว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันได้หากมีการป้องกันที่ถูกต้อง เช่น การใช้ถุงยางอนามัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าเราก็ต้องแบบใช้วิธีการป้องกันตัวเองโดยการใช้ถุงยางอนามัย แล้วก็ให้แฟนเราอะกินยาคุมกำเนิดถ้าเราไม่พร้อม” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เราจะป้องกันโรค สมมตินะ ถ้ามีการอยู่กับผู้ชายอย่างนี้เนาะ เราก็จะใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรค” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ควรจะป้องกัน เพราะว่าถ้าติดคนหนึ่ง อีกคนที่ป้องกันก็จะไม่ติด แต่ถ้าไม่ป้องกัน อีกคนก็จะติดเลย” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ในส่วนของการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะไปพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษาหากติดเชื้อ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมมุติว่าถ้าเรามีปัญหาเรื่องเพศอย่างนี้อะ หรือว่าเราเป็นอะไรจริง ๆ อะ เราคิดว่าเราจะไปหาหมอที่โรงพยาบาลใหญ่” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“การป้องกันก็คือเราควรจะไปปรึกษาแพทย์ ส่วนการรักษาถ้าไปหาหมอ หมอให้ยาอะไรก็กินตามที่แนะนำ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เราจะไปโรงพยาบาลก่อน เราไม่ซื้อยากินเอง” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าเป็นที่ผมว่า ถ้าติดเชื้อไปหาหมอ ก็ไปที่โรงพยาบาล แต่พอมาที่นี่เห็นว่ามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนอยู่ ก็คิดว่าไปได้” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีความพยายามในการป้องกัน แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่การใช้ถุงยางอนามัยยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“แฟนเราอะใช้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าน่าจะมีแค่อย่างเดียวคือการใส่ถุงยาง อย่างอื่นไม่รู้” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“จริง ๆ ก็รู้ว่าต้องป้องกันด้วยถุงยาง แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ เพราะไม่ได้มีความเสี่ยง” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

บางรายเน้นการรักษาความสะอาดร่างกายเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่สามารถป้องกันอะไรได้มากเป็นพิเศษ แต่ก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ก็จะทำความสะอาดร่างกายตามความเข้าใจของเรา หมายถึงว่าล้างอะไรแบบนี้” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

ส่วนเรื่องการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง และบางรายมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีหนองออกมาทางกันอะไรอย่างนี้ เราก็ไปรักษา แต่สุดท้ายแล้วก็คือผู้ชายสองคนนี้ก็ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่เป็นคนที่เรารู้จัก เราก็เลยติดกัน พ่วงกัน เลยไปรักษาเสร็จแล้วคนทั้งหมู่บ้านก็รังเกียจเราที่เป็นแบบนี้ อะไรอย่างนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เอชไอวี เอดส์ รู้จักแค่อันเดียว” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และบางรายเข้าไม่ถึงบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“ก็เห็นว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะถ้าไม่ป้องกันก็就会有การแพร่เชื้อ ติดเชื้อ แล้วพอแพร่เชื้อ ติดเชื้อ ก็ไม่รู้จะไปรักษาที่ไหนเพราะที่นี่ไม่มียาอะไรเลย” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย
ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือถ้าจะมีเพศสัมพันธ์ ต้องใช้ถุงยางเวลามีเพศสัมพันธ์” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ต้องป้องกันตัวเอง ควรจะใช้ถุงยาง” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เคยใช้เลย” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“การเข้าถึงถุงยางเรายังไม่เคยใช้ แต่มีคนมาขาย ไม่ได้รับการแจกฟรี” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.1.3.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ

กลุ่มเยาวชน บางรายมีความรู้เกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญความรุนแรง ขณะที่บางรายยังไม่ทราบว่าต้องทำอะไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าถ้าสมมุติว่ามีการทำร้ายเราอย่างรุนแรงเรื่องเพศเนี่ย เราจะปรึกษาขอความช่วยเหลือจากเพื่อนเราก่อน ถ้าเพื่อนเราช่วยไม่ได้เนี่ย เราก็จะขออาจารย์ที่นี่ให้ช่วยเรา” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าสมมุติว่าเราถูกตีในหมู่บ้าน เราจะไปฟ้องผู้ใหญ่บ้านก่อน” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เราก็จะขอความช่วยเหลือจากองค์กรใดองค์กรหนึ่งที่ทำให้ความช่วยเหลือได้” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความตระหนักและไม่เห็นด้วยกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ โดยมีพฤติกรรมและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือ บางรายเคยประสบหรือพบเห็นความรุนแรงในครอบครัวด้วยตนเองหรือคนใกล้ชิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการทำร้ายร่างกาย เช่น การตีเมื่อย ชกต่อย พุดจ่าทำร้ายจิตใจ ผัวเมาเหล้ากลับมาตี” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราก็เคยเจอเหมือนกัน อันนี้เราเจอในครอบครัวเราเอง เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงทางเพศ ในครอบครัวเนาะอันนี้น่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจกันมากกว่า” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่เคยเจอป่าตีหลานด้วยความรุนแรง พี่สาวตีหลานหรือลูก พ่อตีลูก แม่ตีลูก มีปากเสียงกัน” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือเจอมาเยอะเหมือนกัน เวลาที่การสื่อสารไม่ตรงกันทำให้มีการทำร้ายร่างกายกัน” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และบางรายระบุประเภทของความรุนแรงในครอบครัวที่พบเห็น เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ การข่มขู่ และการล่วงละเมิดทางเพศ

ในส่วนการตอบสนองต่อความรุนแรงในครอบครัวนั้น มีวิธีการตอบสนองต่อความรุนแรงในครอบครัวที่หลากหลาย บางคนเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรือหนีออกมา บางคนเลือกที่จะแจ้งเจ้าหน้าที่ บางคนเลือกที่จะพูดคุยและให้คำปรึกษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็จะต้องไปพูดให้เข้าใจ จะไปดิ่งกันออกไป ไม่ชอบความรุนแรง” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“สถานการณ์ที่เราเคยเจอมาก่อน เราใช้วิธีการแบบว่าช่วยทีละอะไรแบบนี้” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าจะไปให้คำปรึกษา ถ้ามีการใช้อาวุธก็ไม่กล้า ถ้าแค่ตีกันหรือทะเลาะเบาะแว้ง ถ้าเป็นคนรู้จักก็จะบอกว่าไม่สมควร เป็นสามีภรรยาต้องนึกถึงวันที่รักกันให้มาก ๆ” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าเจอแบบนี้ เราเป็นผู้หญิงไม่กล้าเข้าไปยุ่ง จะไปตามผู้ชายละแวกนั้นไปไกลเกลี้ย” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

และบางรายไม่รู้จะขอความช่วยเหลือจากใครเมื่อเผชิญกับความรุนแรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้ว่าจะไปปรึกษาใคร แต่ถ้าผิดที่เรา เราจะตีตัวให้ตายไปเลย ไม่สนใจอะไร ไม่ขอความช่วยเหลือจากใคร” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“มันยากที่จะขอความช่วยเหลือ เพราะในหมู่บ้าน บ้านเราไม่อยู่ใกล้ใครเลย ถ้าอยู่ใกล้โรงพยาบาลก็จะไปขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล แต่ตอนนี้ไม่ได้อยู่ใกล้ใครเลย จะมีมือใครที่สามารถช่วยเราได้บ้าง” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าจะจัดการกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศอย่างไร แต่บางรายระบุว่าขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนหรือบุคคลใกล้ชิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนี้จะขอความช่วยเหลือจากคนที่อยู่ใกล้ก่อน ให้นำส่งโรงพยาบาล” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าเจอเหตุความรุนแรงทางด้านร่างกาย หรือว่าจิตใจ เราจะปรึกษาผู้ใหญ่บ้านที่อยู่ที่นี่” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ แต่บางรายเคยประสบพบเห็นหรือรับรู้เรื่องราวความรุนแรงจากคนรอบข้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่เคยเห็นหรือมีประสบการณ์ แต่ถ้ามีเคสมาก็จะทำให้กำลังใจ ปลอบใจก่อน แล้วพาไปหาหมอ ให้หมอตตรวจว่ามีความเสี่ยงแค่ไหน แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เคยเจอ เคยเห็น คิดว่ามันผิด ไม่ดี ไม่ควรที่จะหาผลประโยชน์ทางเพศแบบนั้น แล้วการบังคับแต่งงานก็ไม่สมควร” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ เมื่อเจอเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ อาจมีความรู้สึกกลัวหรือไม่มั่นใจในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความไม่รู้ว่าจะช่วยเหลืออย่างไร หรือกลัวว่าจะได้รับผลกระทบจากการเข้าไปยุ่งเกี่ยว และเมื่อเจอเหตุการณ์ความรุนแรงทางเพศ มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงทางเพศ โดยให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากช่วย แคมองเฉย ๆ ก็พอ ไม่อยากเข้าไปยุ่ง” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เราก็จะไปดึงออกมาเลย ให้คำปรึกษาว่าใจเย็น ๆ ไม่ควรทะเลาะกัน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พวกเขาจะพยายามไกล่เกลี่ย แต่ไม่ได้เข้าไปช่วยเหลือในเชิงอื่น ๆ

4.1.3.5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะป้องกันตนเองจากการหาประโยชน์ทางเพศได้อย่างไร และจะขอความช่วยเหลือจากใครเมื่อตกเป็นเหยื่อ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราจะหนีแล้วไปขอความช่วยเหลือ” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เราก็หนีเพราะเรากลัว” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราก็จะหนีไป” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง จากการสัมภาษณ์นั้นไม่พบข้อมูลที่ระบุถึงการปฏิบัติตนหากพบกับพฤติกรรมการหาประโยชน์ทางเพศ แต่ส่วนใหญ่ทราบดีว่าการหาประโยชน์ทางเพศ เช่น การค้าประเวณี การบังคับแต่งงาน และการล่วงละเมิดทางเพศ เป็นสิ่งที่ผิดและมีผลกระทบต่อผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ โดยบางรายเคยพบเห็นหรือทราบว่ามีการหาประโยชน์ทางเพศเกิดขึ้นในชุมชนของตน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เข้าใจว่าเป็นงานสบาย หาเลี้ยงครอบครัวได้ แต่มีงานหลายอย่างให้ทำ เป็นเรื่องที่ผิด” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าเกี่ยวกับ human trafficking ค่าประเวณี ค่าบริการอย่างนี้ เราก็ไม่เคยเจอกับตัว แต่เราพอรู้ว่ามันมีแบบนี้เกิดขึ้น เราเคยดูในวิดีโอแบบว่ามีเด็กคนนึงขอพ่อแม่ไปทำงาน แต่สุดท้ายที่ทำงานก็เอาเงินไปคนเดียว แล้วก็เอาเด็กคนนั้นไปให้ครอบครัว แล้วก็ทำร้ายร่างกาย ทารุณทางเพศ เกิดขึ้นในนั้น” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็มีอยู่ เช่น มีเพื่อนล่อลวงกันไป หลอกว่าจะไปทำงาน เช่น ที่พม่า สุดท้ายก็ไปทำที่ไนต์คลับ สุดท้ายก็คือค่าบริการทางเพศ ตอนหลังแพนรู้เลยไปตามกลับมา” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“จากที่รู้มาก็ไม่ค่อยมี หมายความว่า อาจจะมีเด็กถูกบังคับให้แต่งงานด้วยสถานะครอบครัว เด็กที่อยู่ในครอบครัวก็เลือกตกลงแต่งงาน ถ้าถามว่าถูกบังคับไหม ก็ถูกบังคับ” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เป็นเรื่องที่ผิด” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ แต่บางรายเคยประสบพบเห็นหรือรับรู้เรื่องราวการหาประโยชน์ทางเพศจากคนรอบข้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยได้ยินมาจากข่าวเฉย ๆ ไม่ได้เกิดขึ้นในหมู่บ้าน” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เคยเจอ เคยเห็น คิดว่ามันผิด ไม่ดี ไม่ควรที่จะหาผลประโยชน์ทางเพศแบบนี้ แล้วการบังคับแต่งงานก็ไม่สมควร” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“เคยได้ยินคนพูด แต่ยังไม่เคยเห็นด้วยตัวเอง” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ที่พบเจอกับการหาประโยชน์ทางเพศ เมื่อยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ตอบพบว่า คนหนึ่งหากมีคนเข้ามาบังคับ ช่มชู้ จะมีพฤติกรรมขอความช่วยเหลือ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่มี ไม่เคยมีใครมาขอเราแบบนี้” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“จะขอคนข้าง ๆ ตะโกนเรียกให้มาช่วยเรา” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์
19 พฤษภาคม 2567)

4.1.3.6 ความเหมือนและความต่างของพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้พิการชายเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ความเหมือนเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ทั้งกลุ่มเยาวชนหญิง เยาวชนชาย ผู้หญิง และหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่จะรักษาด้วยตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การใช้ผ้าอนามัย การซื้อยารับประทานเอง หรือการใช้ยาสมุนไพร

ความเหมือนเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการปรึกษาบุคคลใกล้ชิด กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่สาว ญาติผู้ใหญ่ หรือเพื่อน ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการขอรับบริการ

ความเหมือนเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่บางส่วนก็ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางหรือค่าใช้จ่าย

ความเหมือนเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ ทั้งกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักและไม่เห็นด้วยกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ โดยมีประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ การข่มขู่ และการล่วงละเมิดทางเพศ

ความเหมือนเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ ทั้งกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ และบางรายเคยประสบพบเห็นหรือรับรู้เรื่องราวการหาประโยชน์ทางเพศจากคนรอบข้าง

ความเหมือนเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการคุมกำเนิด กลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยส่วนใหญ่รู้จักวิธีการคุมกำเนิดหลากหลายวิธี เช่น การกินยาคุม ฉีดยาคุม ผังเข็ม และการใช้ถุงยางอนามัย

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา เยาวชนบางคนยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ทำให้พวกเขาต้องพึ่งพาและขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจในการเลือกการรักษาได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาหารือร่วมกับสามีหรือคนในครอบครัว

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีการวางแผนครอบครัวอย่างจริงจัง โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความพร้อมด้านการเงินและสุขภาพของตนเอง ในขณะที่กลุ่มเยาวชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัวมากนัก

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มเยาวชน แม้จะมีความรู้ ความเข้าใจ ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันได้หากมีการป้องกันที่ถูกต้อง เช่น การใช้ถุงยางอนามัย แต่การใช้ถุงยางอนามัยกลับยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการรักษา

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการตัดสินใจเก็บเด็กไว้เมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในขณะที่ข้อมูลนี้ไม่ปรากฏในกลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และผู้พิการ

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ในขณะที่กลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และผู้พิการ ไม่ได้มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ในขณะที่ข้อมูลนี้ไม่ปรากฏในกลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และผู้พิการ

ความต่างเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการขอรับคำปรึกษาเรื่องเพศ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาเรื่องเพศจะไปขอรับคำปรึกษาจากคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ในขณะที่กลุ่มผู้พิการไม่เคยขอรับคำปรึกษาเรื่องเพศมาก่อน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

พฤติกรรม	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
การปรึกษาบุคคลใกล้ชิด	ปรึกษาพ่อแม่ พี่สาว ญาติผู้ใหญ่ หรือเพื่อน	ปรึกษาเพื่อนบ้าน และญาติ	ปรึกษาแม่ ยาย และพี่สาว	ปรึกษาแม่
การเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล	ซื้อยารับประทานเองและใช้ยาสมุนไพร	เข้ารับบริการจากสถานพยาบาล ซื้อยา รับประทานเอง และใช้ยาสมุนไพร	เข้ารับบริการจากสถานพยาบาล ซื้อยา รับประทานเอง และใช้ยาสมุนไพร	ไม่ได้มีพฤติกรรม การตรวจสุขภาพเป็นประจำ
การคุมกำเนิด	ยังไม่ได้วางแผน คุมกำเนิดเพราะอยู่ในวัยเรียนและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการกินยาคุม ฉีดยาคุม และใช้ถุงยางอนามัย	ก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้มีการคุมกำเนิด แต่หลังคลอดมีการคุมกำเนิด	มีการคุมกำเนิด เช่น การฉีดยาคุม

พฤติกรรม	กลุ่มเป้าหมาย			
	เยาวชน	ผู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์	ผู้พิการ
			โดยการกินยาคุม และ ฝังยาคุม	
ความรุนแรงใน ครอบครัวและ ความรุนแรงทาง เพศ	ไม่มีประสบการณ์ เกี่ยวกับความรุนแรง ในครอบครัวและ ความรุนแรงทางเพศ	มีประสบการณ์ตรง และรับรู้เกี่ยวกับความ รุนแรงรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำร้าย ร่างกาย การใช้คำพูด ทำร้ายจิตใจ การข่มขู่ และการล่วงละเมิด ทางเพศ	มีประสบการณ์ตรง และรับรู้เกี่ยวกับความ รุนแรงรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำร้าย ร่างกาย การใช้คำพูด ทำร้ายจิตใจ การข่มขู่ และการล่วงละเมิด ทางเพศ	มีแนวโน้มที่จะไม่ เข้าไปยุ่งเกี่ยวเมื่อ พบเห็นเหตุการณ์ ความรุนแรงใน ครอบครัว และ เหตุการณ์ความ รุนแรงทางเพศ
การหาประโยชน์ ทางเพศ	ไม่มีประสบการณ์ ตรงและไม่เคยพบ เจอสถานการณ์การ หาประโยชน์ทางเพศ รวมถึงไม่ทราบว่าจะ ปกป้องตนเองหรือ ขอความช่วยเหลือ จากใครเมื่อตกเป็น เหยื่อ	ไม่มีประสบการณ์ตรง และไม่เคยพบเจอ สถานการณ์การหา ประโยชน์ทางเพศ รวมถึงไม่ทราบว่าจะ ปกป้องตนเองหรือขอ ความช่วยเหลือจาก ใครเมื่อตกเป็นเหยื่อ	ส่วนใหญ่ไม่เคยมี ประสบการณ์ตรง แต่บางรายเคยพบ เจอสถานการณ์หรือ รับรู้เรื่องราวการหา ประโยชน์ทางเพศ จากคนรอบข้าง	ไม่มีประสบการณ์ ตรงและไม่เคยพบ เจอสถานการณ์ การหาประโยชน์ ทางเพศ

4.2 ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา

4.2.1 การเข้าถึงบริการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มเยาวชน ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย เนื่องจากพวกเขาขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดโอกาสในการเข้ารับบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราเคยได้รับการด้านเพศ เพราะว่าที่โรงเรียนที่นั่นก็มีคนไปแจก condom อะไรอย่างนี้ให้เราด้วย แต่ไม่เคยเข้ารับบริการด้านอื่น ๆ” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคย ไม่เคยให้บริการด้านนั้นเลย และก็ไม่เคยใช้มาก่อนด้วย” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“อยู่ที่นี้เรากียังไม่ได้ไปโรงพยาบาล ไม่ได้ไปหาหมอ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ โดยการซื้อจากร้านค้า หรือบางส่วนได้รับบริการจากคลินิกในประเทศเมียนมา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไปซื้อตามร้านค้า แต่ใช้เยอะไม่ได้ ใช้แล้วเวียนหัว เลยไม่ค่อยใช้” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราไปซื้อมาจากที่ร้าน เพราะว่าที่นี้ข้างหน้าเป็นร้านค้า” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เอามาเผื่อด้วย” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ปกติจะสั่งให้คนซื้อกลับมาให้ ถ้าสมุนไพรก็จะให้ป่าทำให้ เพราะป่าเองมีความรู้เรื่องนี้” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็ไม่ได้รับบริการอะไรเป็นพิเศษ แต่ถ้าจะฉีดยาคุมก็ไปคลินิก” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

และส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปกติยาคุมซื้อหรือหาได้จากร้านขายยา หรือตามร้านค้า” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“แม่ตัวคลินิกให้มา ให้เราใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันไม่ให้มีบุตร” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็ไม่ได้รับบริการอะไรเป็นพิเศษ แต่ถ้าจะฉีดยาคุมก็ไปคลินิก” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ โดยมีช่องทางการเข้าถึงบริการที่หลากหลาย โดยเข้าถึงบริการได้ที่คลินิกในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นจุดให้บริการเบื้องต้นที่ใกล้บ้านและสะดวกในการเดินทาง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็มาที่คลินิกของหมู่บ้าน เขาแจกคะ” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และสามารถเข้าถึงบริการได้ที่โรงพยาบาลรัฐใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลในพื้นที่พักพิงชั่วคราว ซึ่งให้บริการที่ครอบคลุมมากกว่าคลินิกในหมู่บ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราที่จะไป แต่ที่นี้จะต้องไปฝากท้องที่โรงพยาบาลแม่เสด็จ ไกลอยู่” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“จะไปฝากที่โรงพยาบาลพบพระ เพราะย้ายมาอยู่แถวนี้ ต้องจ่ายเงิน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการได้จากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ ซึ่งมักจะให้บริการฟรีหรือในราคาที่เข้าถึงได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคลินิกของที่นี่นะคะ ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลอยู่โดยตรงกับผู้ที่ลี้ภัยมา” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ยังไม่มีองค์กรพาเราไปฝากครรภ์ เราจะไปฝากเองที่โรงพยาบาลมอเกลอไทย ถัดไปอีกนิดจากที่นี่” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ ไม่เคยได้รับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ รวมถึงให้ความสำคัญกับการรักษาอาการบาดเจ็บจากความพิการมากกว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากได้การบริการดูแลเรามากกว่า” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“จริง ๆ มันก็ไม่ได้สำคัญมากขนาดนั้น ตอนที่หนีมันไม่ได้จำเป็นเพราะตัวเราเองคนเดียวก็ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับใคร เรื่องโรคเรายังไม่เจอ ณ ขณะนั้น” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้พิการอาจขาดความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ข้อจำกัดทางภาษา การขาดข้อมูลข่าวสาร ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของตนเอง ความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ

4.2.2 อุปสรรคการเข้าถึงบริการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

กลุ่มเยาวชน ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อะไรบ้างที่พวกเขาสามารถเข้าถึงได้ และหลายคนรู้สึกกลัวหรืออายที่จะพูดคุยหรือขอรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่รู้เหมือนกันว่าต้องไปที่ไหน” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“ไม่กล้าพูดกับใครเลย แม้แต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่กล้าพูด” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“คิดไม่ออกเลย ไม่รู้จะปรึกษาใคร” (MHS01 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

จะเห็นได้ว่า เยาวชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ แม้ว่าบางคนจะมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดบ้าง แต่ก็ยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของพวกเขาในระยะยาว

กลุ่มผู้หญิง อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์คือ ข้อจำกัดทางด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมถึงความไม่คุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าอยู่ที่นี่จะขอความช่วยเหลือจากคนที่ดูแลเราก่อนที่จะไปโรงพยาบาล ถ้าเป็นที่นู่นจะบอกพ่อแม่ก่อนให้พาไปโรงพยาบาล” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราจะไปเอายาที่โรงพยาบาลแม่ตาวคลินิก เพราะว่าเรามาอยู่ที่นี่ เราไม่มีบัตร เราเลยไม่กล้าออกไปซื้อยา” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ไม่เคยไปตรวจ แต่เคยไปฝากครรภ์ แต่เขาแนะนำการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่จะสั่งให้คนซื้อกลับมาให้ ถ้าสมุนไพรมันก็จะให้ป่าทำให้ เพราะป่าเองมีความรู้เรื่องนี้” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ก็ถ้าเป็นที่นี่ใกล้ ๆ ก็ต้องมีการแจ้ง ประสานงาน กระจายข่าวสาร ที่นี้อาจจะไม่อนุญาต ทำให้ผู้รับบริการไม่กล้าเข้ารับบริการ” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ บางรายอาจมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการหรือค่าบริการที่อาจมีราคาแพง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปกติมีค่าใช้จ่าย ต้องเสียเงิน” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“จะไปฝากที่โรงพยาบาลพบพระ เพราะย้ายมาอยู่แถวนี้ ต้องจ่ายเงิน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และบางรายอาจอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทำให้การเดินทางไปรับบริการเป็นไปได้ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราก็จะไป แต่ที่นี้จะต้องไปฝากท้องที่โรงพยาบาลแม่เสวียง ไกลอยู่” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

อีกทั้งบางรายอาจขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงสถานที่ให้บริการและขั้นตอนการขอรับบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้เลยว่ารับที่ไหน” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราไม่เข้าใจว่าสิทธิมีอะไรบ้าง สิทธิคืออะไร” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

4.2.3 ความเหมือนและความต่างของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หญิงชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ความเหมือนของการเข้าถึงบริการ ได้แก่

1) การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ทั้งกลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และหญิงตั้งครรภ์ มีการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ ทั้งจากการซื้อตามร้านค้า การได้รับบริการจากคลินิก หรือการได้รับยาคุมกำเนิดจากองค์กรต่าง ๆ

2) อุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมถึงความไม่คุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

3) ความต้องการบริการ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ แม้ว่าจะมีความรู้หรือประสบการณ์ในการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน

ความต่างของการเข้าถึงบริการ ได้แก่

1) กลุ่มเยาวชน ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ได้ แม้ว่าบางคนจะมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดบ้าง แต่ก็ยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

2) กลุ่มผู้หญิง ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ โดยการซื้อจากร้านค้า หรือบางส่วนได้รับบริการจากคลินิกในประเทศเมียนมา นอกจากนี้ ยังสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ได้ โดยเฉพาะการฝากครรภ์และการคลอดบุตร

3) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ โดยมีช่องทางการเข้าถึงบริการที่หลากหลาย ได้แก่ คลินิกในหมู่บ้าน โรงพยาบาลรัฐใกล้บ้าน โรงพยาบาลในพื้นที่พักพิง และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่

4) กลุ่มผู้พิการ ไม่เคยได้รับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องนี้ เนื่องจากให้ความสำคัญกับการรักษาอาการบาดเจ็บจากความพิการมากกว่า

4.2.4 ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

4.2.4.1 ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มเยาวชน มีความต้องการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จำเป็นและเข้าถึงได้ง่าย ส่วนใหญ่มีความต้องการความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย เนื่องจากขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องนี้มาก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็อยากจะเรียนเกี่ยวกับการคุมกำเนิดอะไรอย่างนี้นะ แล้วก็การดูแลตัวเองของผู้หญิง” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

นอกจากนี้ ยังมีความต้องการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ยารักษาโรค ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และผ้าอนามัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราเพิ่งคิดว่าควรจะให้บริการด้านยาสามัญทั่วไปได้บ้าง ก็คือ เกี่ยวกับการให้บริการแบบแจกถุงยางอนามัยบ้างกับเยาวชนที่อยู่แถวนี้” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“อยากให้เอาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองของผู้หญิงแล้วก็ผู้ชายนะ เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ แล้วก็การคุมกำเนิดอะไรอย่างเงี้ย อยากให้มาให้ความรู้ด้วย แล้วก็ให้ยาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของผู้หญิงแล้วก็ผู้ชายด้วย” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

“ต้องการความช่วยเหลือ ถ้ามีผ้าอนามัยก็ดี เพราะเราต้องซื้อ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

อีกทั้งบางรายประสบปัญหาสุขภาพทางเพศและต้องการเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพและการรักษา แต่ไม่สามารถเข้าถึงได้เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“จะไปโรงพยาบาลก่อน ไม่ซื้อยากินเอง” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้หญิง จำนวนมากขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์สุขอนามัยที่จำเป็น เช่น ผ้าอนามัย ถุงยางอนามัย และยาคุมกำเนิด เนื่องจากมีข้อจำกัดทางการเงินและการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ ยังต้องการการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ และการดูแลหลังคลอด ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มาให้ความรู้ในการดูแลครอบครัวมากกว่า บริการด้านยาคุมมากกว่า” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“อยากรับบริการสุขภาพที่ดี ยาที่ต้องใช้ ที่อยู่อาศัยสำคัญที่สุด การรับบริการจากรัฐที่ไม่เสียเงิน” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“การดูแลผู้หญิง ส่วนใหญ่น่าจะบริการเรื่องการให้ยาสามัญ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตัวเอง การดูแลบุตร การวางแผนครอบครัว” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

นอกจากนี้ จำนวนมากขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ พวกเขาต้องการการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว รวมถึงยังต้องการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตเพื่อรับมือกับความเครียดและบาดแผลทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ฉุกเฉิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้ว่่าอันไหนสำคัญที่สุด จำเป็นทุกเรื่องเลย ทั้งการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การใช้ยาคุมกำเนิดแต่ละประเภท เพราะมันจำเป็นหมดเลย” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“อยากอบรมเรื่องแม่และเด็ก ว่าแม่ควรดูแลตัวเองอย่างไร ดูแลลูกอย่างไร” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

อีกทั้งความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของพวกเขา ดังนั้น ในการบริการควรคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมเหล่านี้ และให้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าอยู่ที่นี้จะขอความช่วยเหลือจากคนที่ดูแลเราก่อนที่จะไปโรงพยาบาล ถ้าเป็นที่นู่นจะบอกพ่อแม่ก่อนให้พาไปโรงพยาบาล” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราจะไปเอายาที่โรงพยาบาลแม่ดาวคลินิก เพราะว่าเรามาอยู่ที่นี่ เราไม่มีบัตรเราเลยไม่กล้าออกไปซื้อยา” (T05 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เช่น การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพ การได้รับยาและวิตามิน และการคลอดที่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ควรจะมีอาหาร ยาเด็ก” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ข้าวสาร ยา ที่สามารถช่วยเหลือในเหตุการณ์ฉุกเฉิน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่ามีแค่ผ้าอ้อมเด็ก เสื้อผ้าเด็กที่อยากได้” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

และต้องการได้รับความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอด การดูแลทารกแรกเกิด และการคุมกำเนิด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและลูกได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากเรียนเหมือนกัน เช่น การอยู่กับครอบครัว สุขภาพอนามัยในครอบครัว โรคติดต่อในครอบครัว” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“อยากเรียนรู้เรื่องคู่นอน การไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ใช้เครื่องป้องกัน เช่น หลังก่อน ทำอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“อยากเรียนวางแผนครอบครัวมากกว่า การดูแลครอบครัว ลูก สามี การคุมกำเนิด” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

รวมถึงต้องการเข้าถึงเครื่องมือคุมกำเนิดได้ง่ายและสะดวก เพื่อวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหรือการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจขาดแคลนทรัพยากร ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มียุทธศาสตร์ที่ ให้บริการคุมกำเนิด” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“อยากได้เพิ่ม ถ้ามีคลินิกอยู่ใกล้ที่พักก็จะสะดวกมากขึ้นสำหรับคนที่อยากคุมกำเนิด” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังต้องการความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น อาหาร ที่พักอาศัย และความช่วยเหลือด้านการเงิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ข้าวสาร ยา ที่สามารถช่วยเหลือในเหตุการณ์ฉุกเฉิน” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“คิดว่าขอให้เรามีชีวิตที่ดี มีความสุขก็พอแล้ว” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ มีความต้องการที่แตกต่างกัน คนหนึ่งต้องการการบริการดูแลสุขภาพทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความพิการมากกว่า เช่น การดูแลรักษาขา เนื่องจากเขาให้ความสำคัญกับการรักษาอาการบาดเจ็บจากความพิการมากกว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากได้การบริการดูแลเรามากกว่า” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

ในขณะที่อีกคนให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ ที่พักอาศัย ยา และอาหาร โดยไม่ได้กล่าวถึงความต้องการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เนื่องจากเขาไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากนัก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในช่วงเวลาฉุกเฉิน ตอนเราหนี เราต้องการที่อยู่อาศัยที่สบาย ๆ มียาสำคัญ แค่นี้ก็กินอาหารก็พอ” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่ากลุ่มผู้พิการมีความต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ได้แก่ ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ พวกเขาขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องนี้ เช่น วิธีการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ดังนั้น การให้ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งจำเป็น ส่วนการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดนั้น พวกเขามีความสนใจในการคุมกำเนิด แต่ไม่ทราบว่าเข้าถึงบริการได้อย่างไร ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการคุมกำเนิดและการสนับสนุนให้เข้าถึงบริการเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ และการเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพทางเพศนั้น พวกเขาไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพทางเพศมาก่อน ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจสุขภาพทางเพศและการสนับสนุนให้เข้าถึงบริการเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษานั้น ผู้พวกเขาไม่ทราบว่าขอคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศได้ที่ไหน ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการให้คำปรึกษาและการสร้างความไว้วางใจเพื่อให้พวกเขาล้าเข้ามาขอรับคำปรึกษาก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

4.2.4.2 ความเหมือนและความต่างของความต้องการด้านบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

ความเหมือนของความต้องการ ได้แก่

- 1) ความต้องการยาและเวชภัณฑ์ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มต้องการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น ฟ้าอานามัย ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย
- 2) ความต้องการความรู้และข้อมูล กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มต้องการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว
- 3) ความต้องการการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มต้องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการตรวจสุขภาพทั่วไป
- 4) ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านภาษา การเงิน และวัฒนธรรม

ความต่างของความต้องการ ได้แก่

- 1) กลุ่มเยาวชน ให้ความสำคัญกับการได้รับความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย เนื่องจากขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องนี้มาก่อน
- 2) กลุ่มผู้หญิง ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขอนามัยที่จำเป็น เช่น ผ้าอนามัย ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย นอกจากนี้ ยังต้องการการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ และการดูแลหลังคลอด
- 3) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เช่น การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพ การได้รับยาและวิตามิน และการคลอดที่ปลอดภัย นอกจากนี้ ยังต้องการความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอด การดูแลทารกแรกเกิด และการคุมกำเนิด
- 4) กลุ่มผู้พิการ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความพิการ และปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ ที่พักอาศัย ยา และอาหาร

4.2.4.3 ข้อเสนอแนะในการจัดบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มเยาวชน มีข้อเสนอแนะดังนี้

- 1) การจัดบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นการให้ความรู้ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น และการจัดบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย รวมถึงควรจะให้บริการอาสาสมัครทั่วไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องการความช่วยเหลือ ถ้ามีผ้าอนามัยก็ดี เพราะต้องซื้อ” (MHS02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราเพิ่งคิดว่าควรจะให้บริการอาสาสมัครทั่วไปได้บ้าง ก็คือเกี่ยวกับการให้บริการแจกถุงยางอนามัยบ้างกับเยาวชนที่อยู่แถวนี้” (T01 เยาวชนชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

- 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย และเป็นภาษาของพวกเขา ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้เอาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองของผู้หญิงแล้วก็ผู้ชายนะ เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ แล้วก็การคุมกำเนิดอะไรอย่างเงี้ย อยากให้มาให้ความรู้ด้วย แล้วก็ให้ยาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของผู้หญิงและผู้ชาย” (T03 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

และพวกเขาต้องการพื้นที่ปลอดภัยที่สามารถพูดคุยหรือขอรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้โดยไม่รู้สีกายหรือถูกตัดสิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้ามาให้บริการถึงบ้าน เราก็สามารถให้ได้ค่ะ เราก็สามารถเปิดใจได้” (T02 เยาวชนหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

3) คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้หญิง เพื่อให้บริการนั้น ๆ เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้หญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มผู้หญิง มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ให้ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น หรือคลินิกที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ เพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
ดังกล่าวที่ว่า

“ถ้า PPAT จะเข้าไปให้บริการสามารถไปร่วมมือกับคลินิก คิดว่าจะมีคนมาเข้ารับบริการเยอะเหมือนกัน ฝั่งรัฐกะเหยิง” (MHS04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

2) การกระจายข่าวสารและให้ความรู้เกี่ยวกับบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่ รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากบางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีอยู่ในประเทศไทย และไม่รู้ว่าจะเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างไร ดังกล่าวที่ว่า

“ถ้ามีการมาสอนก็ดี แต่ไม่รู้ว่าจะไปรับบริการที่ไหน” (T04 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

3) การจัดให้มีบริการที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากหลายรายประสบกับสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม หรือการถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ดังกล่าวที่ว่า

“การให้บริการในสถานการณ์ฉุกเฉินควรเป็นยังไง เสื้อผ้า อาหาร ยา” (T06 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4) ควรมีการฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านสุขภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวัฒนธรรมและความต้องการของผู้หญิง เพื่อให้สามารถให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังกล่าวที่ว่า

“อยากให้มาให้ความรู้ในการดูแลครอบครัวมากกว่า บริการด้านยาคุมมากกว่า” (MHS03 ผู้หญิง, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ควรมีหน่วยงานให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์แก่หญิงตั้งครรภ์อย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม อาจจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย มีล่ามแปลภาษา จัดอบรมให้ความรู้ หรือให้คำปรึกษาผ่านช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ และเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากเรียนเหมือนกัน เช่น การอยู่กับครอบครัว สุขภาพอนามัยในครอบครัว โรคติดต่อในครอบครัว” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“อยากเรียนรู้เรื่องคู่นอน การไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ใช้เครื่องป้องกัน เช่น หลั่งนอก ทำอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“อยากเรียนวางแผนครอบครัวมากกว่า การดูแลครอบครัว ลูก สามี การคุมกำเนิด” (MHS05 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2567)

“เราอยากได้ความรู้เพิ่มในเรื่องของสุขภาพ ทำอย่างไรให้สุขภาพดี” (T09 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

2) จัดหาล่ามที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นไปอย่างราบรื่นและเข้าใจตรงกัน นอกจากนี้ ควรมีบุคลากรทางแพทย์ที่เข้าใจความต้องการและความกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคนมาสอน แต่พอรู้ว่าไปนั่งฟัง แต่ไม่เข้าใจเพราะเขาสอนเป็นภาษากะเหรี่ยง ซึ่งตัวเองไม่เข้าใจ” (T08 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

3) สร้างความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และกลุ่มสตรี เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนั้นจะขอความช่วยเหลือคนที่อยู่ใกล้ก่อนให้นำส่งโรงพยาบาล” (T07 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

4) ควรมีการจัดหาชุดคลอดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่อาจต้องคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างปลอดภัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“กรณีที่ไม่คัดลอกก่อนกำหนด หรือคัดลอกเงิน มีชุดแบบนี้ใหม่ ไม่เคยเห็น” (T010 หญิงตั้งครรภ์, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

กลุ่มผู้พิการ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากบางรายไม่รู้จักรักษาป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง จึงควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะภาษาที่ผู้หนีภัยใช้ เช่น ภาษาพม่า ภาษากะเหรี่ยง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราคิดว่าการป้องกันของเราคือการไม่ไปหาผู้หญิงอื่น” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ไม่ควรที่จะไปนอนมั่วซั่วกับใครทั้งนั้น เราไม่เคยทำ เราก็ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตัวเองอย่างไร” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

2) ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ครอบคลุมเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ และการดูแลสุขภาพหลังคลอด โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้หนีภัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากเรียนเรื่องโรค การป้องกันดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรคต่าง ๆ การควบคุมจิตใจตนเองถ้าจิตใจอ่อนนุ่ม” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

3) ควรจัดให้มีบริการคุมกำเนิดที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย เช่น ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย การฝังยาคุมกำเนิด โดยคำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ควรจัดให้มีถุงยางอนามัยฟรี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราไม่รู้ รู้แค่นิยายคุมอย่างเดียว” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ก็ดีเหมือนกัน ถึงเราไม่ใช่ ก็ไปให้คนอื่นที่เขาใช้ก็ได้” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4) ควรจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพทางเพศแก่ผู้หนีภัยในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้พิการที่อาจมีข้อจำกัดในการเดินทาง เนื่องจากบางรายไม่เคยรับการตรวจสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เคยไป” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

5) ควรจัดให้มีล่ามหรือผู้ให้คำปรึกษาที่สามารถสื่อสารภาษาของผู้หนีภัยได้ เพื่อให้ผู้หนีภัยสามารถสื่อสารปัญหาและความต้องการของตนเองได้อย่างสะดวกและเข้าใจ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่เคยขอรับคำปรึกษาเรื่องเพศมาก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้ว่าจะไปไหน เราฆ่าตัวตายดีกว่าถ้าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (T11 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2567)

“ยังไม่เคยเกิด ถ้ามันเกิดขึ้นเราจะถามแม่เราก่อน” (T12 ผู้พิการชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.2.4.4 ความเหมือนและความต่างของข้อเสนอแนะในการจัดบริการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

ความเหมือนของข้อเสนอแนะ ได้แก่

- 1) การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มเน้นความสำคัญของการให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการดูแลสุขภาพ
- 2) การเข้าถึงบริการที่จำเป็น กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มเน้นความสำคัญของการเข้าถึงบริการที่จำเป็น เช่น การตรวจสุขภาพ การคุมกำเนิด และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 3) การจัดบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มเน้นความสำคัญของการจัดบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกสะดวกสบายและปลอดภัยในการขอรับบริการ
- 4) การคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มเน้นความสำคัญของการคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้รับบริการ เพื่อให้บริการนั้น ๆ เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

ความต่างของข้อเสนอแนะ ได้แก่

- 1) กลุ่มเยาวชน เน้นการให้ความรู้ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น และการจัดบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย รวมถึงควรจะให้บริการยาสามัญทั่วไป
- 2) กลุ่มผู้หญิง เน้นความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นหรือคลินิกที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ การกระจายข่าวสารและให้ความรู้เกี่ยวกับบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่ และสิทธิในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ รวมถึงการจัดให้มีบริการที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- 3) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เน้นการให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การจัดหาล่ามที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาและวัฒนธรรม การสร้างความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และกลุ่มสตรี และการจัดหาชุดคลอดฉุกเฉิน

4) กลุ่มผู้พิการ เน้นการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย การจัดอบรมให้ความรู้ การจัดให้มีบริการคุมกำเนิดที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และการจัดให้มีล่ามหรือผู้ให้คำปรึกษาที่สามารถสื่อสารภาษาของผู้พิการได้

4.3 การจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการ

เจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมา

ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมาของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และ สวท ได้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่แตกต่างกันและความซับซ้อนในการดำเนินงาน ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

4.3.1 หน่วยงานรัฐ

การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของหน่วยงานรัฐ มีการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชาวเมียนมา เช่น การฝากครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด การคุมกำเนิด และการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งมีทั้งการให้บริการโดยหน่วยงานรัฐ และ NGOs โดยมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสค.) และผดุงครรภ์บ้าน (ผดบ.) เพื่อให้สามารถให้บริการในพื้นที่ได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเนื่องจากปัญหาการเดินทางและการสื่อสาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีการอบรม ผดบ. ทุกปี อย่างผั่งนี้ อย่างสามเงา เหนื่อน้ำ เหนือเขื่อนยังมีอยู่ มีที่วังเจ้า มาอบรม ก็พยายามให้เขาสามารถทำคลอดลูกเองได้ แต่ถ้าทำไม่ได้ให้ทำเหมือนคนตามมา refer แตนนโยบายตอนนี้อย่าพยายามให้มาคลอดที่โรงพยาบาลทุกเคส” (T014 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2567)

“ในส่วนในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ต้องประสานทางโรงพยาบาลทางสาธารณสุขต้องดูหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ที่เข้าไปคนนั้นเขาอยู่ตรงไหนในเขตไหนพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลไหม หรืออยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลนครแม่สอด” (MHS07 ภาครัฐชาย, สัมภาษณ์ 18 พฤษภาคม 2567)

การทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง แต่ละคนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานตนเองในการดูแลผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งมีทั้งการดูแลด้านความมั่นคง การจัดการพื้นที่พักพิงชั่วคราว การให้บริการด้านสาธารณสุข และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความจริงแล้วที่ผมเรียนก็คือ การดูแลในพื้นที่พักพิงมันเริ่มตั้งแต่อพยพข้ามเข้ามา เราทหาร เราดูเรื่องความมั่นคง อำนาจอธิปไตย เราต้องคัดแยก กรองบุคคลที่เข้ามา” (MHS06 ภาครัฐชาย, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

“ในส่วนที่อำเภอเข้าไปบริหารจัดการกับส่วนงานอื่น ๆ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรบ้างคะ หลักปัจจัยการดำรงชีวิต อาหารการกิน น้ำดื่ม ที่ขั้วท้าย” (T013 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของ หน่วยงานรัฐ

1) ภาระค่าใช้จ่าย ผู้หนีภัยบางกลุ่มไม่มีประกันสุขภาพ ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันมีหลายกลุ่ม ถ้าเป็นต่างดาวบางกลุ่มที่ไม่มีประกันมันก็เป็นเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับเรา” (T014 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2567)

2) การเข้าถึงบริการ หญิงตั้งครรภ์มักมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหนัก เนื่องจากปัญหาการเดินทาง และการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า

“อันที่สองคือ เรื่องของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ถ้าไม่มีสิทธิอะไรเลยส่วนมากอาการที่มากจะหนักมา” (T014 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2567)

3) การสื่อสาร มีปัญหาการสื่อสารกับผู้หนีภัยชาติพันธุ์ เนื่องจากความแตกต่างทางภาษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ก็มีอีกอันเรื่องของการสื่อสาร ถ้าชาติพันธุ์เราจะคุยกันไม่ค่อยชัด แต่ก็พยายามจะคุยกัน มีล่ำมอะไรแบบนี้” (T014 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2567)

“ด้วยความที่ผู้ที่เราหนีภัยความมั่นคงมาเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ในเรื่องของการสื่อสารมีปัญหาพอสมควร เจ้าหน้าที่ของเรามีบ้างที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์สามารถสื่อสารกับเขารู้เรื่อง แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่สามารถสื่อสารได้โดยตรง ต้องใช้ล่าม” (MHS07 ภาครัฐชาย, สัมภาษณ์ 18 พฤษภาคม 2567)

4) ข้อจำกัดด้านทรัพยากร จำนวนผู้หนีภัยที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเพิ่มขึ้นคิดว่าจะกระทบต่อการทำงานแน่นอน เพราะว่าจำนวนผู้หนีภัยเพิ่มขึ้น แต่จำนวนเจ้าหน้าที่เท่าเดิม เราก็ไม่สามารถดูแลผู้หนีภัยได้อย่างทั่วถึง ไม่สามารถควบคุมดูแลให้อยู่ในกฎระเบียบได้อย่างทั่วถึง คนเยอะขึ้นความคิดหรืออะไรต่าง ๆ ก็หลากหลายขึ้นนะครับ รวมถึงการแบ่งปันการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ด้วย ก็จะต้องถูกแชร์กันมากขึ้น” (MHS07 ภาครัฐชาย, สัมภาษณ์ 18 พฤษภาคม 2567)

5) การเดินทางเข้าพื้นที่ โดยสภาพถนนที่ยากลำบากเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงพื้นที่พักพิงชั่วคราว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในเรื่องของสภาพพื้นที่ของเรา ในเรื่องของการเดินทางเข้าไปปฏิบัติงานถนนหนทางค่อนข้างยากลำบาก โดยเฉพาะหน้าฝน พบในเรื่องของต้นไม้ล้มกลางทาง น้ำป่าไหลหลาก แม้แต่ในเรื่องของสภาพถนนเองที่เป็นร่องลึก การเดินทางจะเพิ่มเวลามากขึ้น ส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงานเอง” (MHS07 ภาครัฐชาย, สัมภาษณ์ 18 พฤษภาคม 2567)

ประเด็นเพิ่มเติมของหน่วยงานภาครัฐ

1) การจัดการพื้นที่ปลอดภัยชั่วคราว มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดการพื้นที่ปลอดภัยชั่วคราว โดยทหารเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องความปลอดภัยและการคัดกรองผู้หนีภัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“คัดแยกให้ออกว่ามีกองกำลังติดอาวุธเข้ามาไหม นำเข้ามาในส่วนของพื้นที่ที่เราจัดเตรียมไว้ที่เหลือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าช่วยกัน” (MHS06 ภาครัฐชาย, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

“จากเหตุการณ์ล่าสุดที่ผ่านมาที่มีเหตุการณ์การสู้รบฝั่งประเทศมาเมียน มีผู้อพยพหนีภัยเข้ามา แต่พื้นที่ที่เขาเข้ามาอยู่เรียกพื้นที่ปลอดภัยชั่วคราว ก็ให้การช่วยเหลือในระยะเวลาหนึ่งที่เขาได้ผลกระทบ แต่ว่าเหตุการณ์สงบลงเขาก็กลับไป” (T014 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2567)

2) ความร่วมมือกับ NGOs มีการประสานความร่วมมือกับ NGOs ในการให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ผู้หนีภัย เช่น การสนับสนุนด้านอาหารและการรักษาพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“เอาจริงพื้นที่แม่สอดมี NGO ที่อยู่ในพื้นที่ ที่เขาคอยจะสนับสนุนอยู่แล้ว เราได้รับการสนับสนุนเยอะมากและไว เพราะว่าเราทำงานแข่งกับเวลา ไม่รู้ว่าเขาจะเข้ามาตอนไหน เข้ามาแข่งกับเวลา” (T014 ภาครัฐหญิง, สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2567)

4.3.2 องค์การนอกภาครัฐ (NGOs)

การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของหน่วยงาน NGOs คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ไปจนถึงการดูแลหลังคลอด ซึ่งมีคลินิก 2 แห่งในจังหวัดแม่ฮ่องสอน นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานที่ให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โดยเน้นการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเป็นหลัก ไม่ได้มีการให้บริการทางการแพทย์โดยตรง มีหน่วยงานที่เน้นให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ครูในโรงเรียน เพื่อให้ครูนำความรู้ไปถ่ายทอดต่อนักเรียน รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอื่น ๆ เช่น การคุกคามทางเพศและวิธีการป้องกันตนเอง และมีหน่วยงานที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนและชุมชน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการอบรมครูและบุคลากรทางการศึกษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในโรงเรียนมีเด็กตั้งครรภ์ ในชุมชนมีผู้หญิงหรือเด็กที่เป็น sexual harassment ค่อนข้างเยอะ เราก็เลยต้องมาแก้ปัญหา ร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชนกัน แล้วฝั่งกะเหรี่ยงเราจะมีพาร์ทเนอร์ที่ทำงานเป็นเหมือนกับกระทรวงสาธารณสุขของกะเหรี่ยงแบบนี้ครับ ก็ทำงานด้วยกัน เขาก็จะมีเก็บวิจัย เก็บข้อมูลมา หญิงที่ตั้งครรภ์หรือเด็กที่สมรสที่ยังไม่ถึงอายุมันจะเยอะ ใช้ยาคุมถุงยางอนามัยเกือบไม่ใช้เลยแบบนี้ ยาคุมที่ทันสมัยพวกนี้เขาไม่ค่อยใช้กัน แล้วก็มาฝากครรภ์น้อยมาก ไม่ถึงประมาณ 10% ปัญหาพวกนี้มันก็เข้าถึงการบริการของอนามัยเจริญพันธุ์ในคลินิกด้วย ในโรงเรียนด้วย ในชุมชนด้วย ก็เลยคิดว่ามีพวกนี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่เท่าเทียมทางเพศก็ต้องมาแก้ไข เราต้องไปทำการแก้ไข ไปให้ความรู้อย่างเดียวไม่ได้ ต้องไปจุดบริการคลินิกด้วย ไปดูในโรงเรียนด้วยว่ามีการเรียนการสอนไหม เด็กหรือครูทัศนคติต่อการเรียนการสอนเป็นอย่างไร แล้วก็เรื่องมียาคุมแจกใหม่ หรือมีบริการพวกนี้ไหม เราก็ไปดูแล้วมีออกแบบกิจกรรมโครงการพวกนี้ครับ มีพาร์ทเนอร์เข้ามาทำงานด้วย” (T015 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือตอนนี้เรา จะดูแลเรื่องโรงเรียน migrants ทั้งหมดในแม่ฮ่องสอน เพราะฉะนั้นงานของเขาจะเป็นการให้ความรู้เรื่อง SRHR มีครูที่เข้าไปสอนในหลักสูตร” (T016 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าในแคมป์จะมีการแบ่งเขตเป็นจุด ๆ 1 - 7 แล้วในแต่ละเขตจะมี MCH ที่ดูแลแม่และเด็กโดยเฉพาะ แล้วก็จะมีคนที่ดูแลเรื่องสุขภาพชุมชนเหมือนกัน เป็นเจ้าหน้าที่ของเรา เขาก็จะดูแลแต่ละเขต วางคนไว้เลย เวลาเขาเจอคนไข้ที่มาหาเขา ถ้าเป็น MCH ก็จะมาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล มีการดูแลต่อจากนั้น ดูแลแต่ละเขตของตัวเอง” (MH508 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“มี service ของ ANC PNC ครบทุก service ยกเว้นวางแผนครอบครัว เขาก็จะมี Preventive healthcare เหมือนการลงให้ความรู้ ลงในชุมชน ให้คำปรึกษา โภชนาการอาหาร” (MHS09 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่ที่ทำการให้การให้คำแนะนำ คำปรึกษา ทำโปสเตอร์ให้ความรู้อนามัยเจริญพันธุ์ต่าง ๆ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตัวเอง มีการจัดรวมประชุมแชร์ประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะอะไรบ้างที่ควรแชร์ประสบการณ์ ให้ความรู้ด้านหญิงที่อายุน้อยแล้วก็ตั้งครรภ์ หญิงที่อายุมากแล้วก็ตั้งครรภ์ ก็ควรที่จะดูแลตัวเอง” (MHS010 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

“ก็คือส่วนใหญ่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์มาขอความช่วยเหลือ เขาจะให้ Giftset ไป อย่างผ้าอ้อมที่หญิงตั้งครรภ์ต้องใช้ อาหารที่มีประโยชน์ แต่ยาที่ต้องใช้กินเพื่อที่จะบำรุงครรภ์เขาก็ไม่มีให้ อาหารที่พึ่งจะได้รับไม่ได้ให้” (MHS010 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

การทำงานของหน่วยงาน NGOs หน่วยงาน NGOs ที่ให้ข้อมูลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงมายาวนานกว่า 30 ปี ผ่านโครงการสาธารณสุขและสุขอนามัยที่ช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กที่เผชิญความรุนแรง ให้ที่พักพิง อาหาร และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในพื้นที่พักพิงและศูนย์อพยพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับสิทธิสตรี สนับสนุนให้ผู้หญิงหลุดพ้นจากสถานการณ์เลวร้าย และให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRHR) แก่ครูและนักเรียนในโรงเรียนผู้หญิงชายแดนมาเพื่อเด็ก ๆ จะได้มีชีวิตและการศึกษาที่ดีขึ้น มีการจัดหลักสูตร SRHR สำหรับนักเรียน ป.4 - ม.6 และอบรมครูผู้สอน นอกจากนี้ มุ่งเน้นการทำงาน 3 ด้านหลักคือ สุขภาพ การศึกษา และพัฒนาสังคม โดยให้ความรู้ SRHR ทั้งในโรงเรียนและชุมชน จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษาและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อบรมครูและบุคลากร และส่งต่อผู้ป่วยเอชไอวีไปยังโรงพยาบาลแม่สอด นอกจากนี้ ยังแจกจ่ายถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้หญิง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนจดทะเบียนแจ้งไว้ว่าจะทำสามอย่าง คือ เรื่องสุขภาพ การศึกษา และพัฒนาสังคม” (T015 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เด็กไม่หลบแคในศูนย์การเรียน เด็กที่มาอยู่ในศูนย์ต้องมีคุณภาพด้านการศึกษา ด้านชีวิตด้วย แล้วก็จะได้ไปต่อมหาวิทยาลัย ภายใน 20 ปีนี้ 500 กว่าคนแล้วที่จบไป” (T017 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เป้าหมายหลักเลยคือดูแลชีวิตของผู้ลี้ภัย (Safe life) แล้วก็ดูแลด้านสุขภาพของผู้ลี้ภัย มี 2 โครงการที่เป็นด้านสาธารณสุข แล้วก็งานดูแลเรื่องสุขอนามัย เรื่องน้ำ ห้องน้ำ น้ำสะอาด น้ำดื่ม” (MHS08 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“เขาก็ตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือคนทุกคน โดยเฉพาะผู้หญิง เกี่ยวกับสิทธิอะไรต่าง ๆ ของผู้หญิง ที่เขาควรได้รับ การบีบบังคับไม่ว่าจะอะไรก็ตามเขาอยากช่วยให้ผู้หญิงพ้นจากอะไรที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทั้งหมด” (MHS010 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของหน่วยงาน NGOs มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงบริการ ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร ปัญหาด้านกฎหมายและข้อจำกัดในการทำงาน ปัญหาด้านกายภาพ และปัญหาทัศนคติของคนในพื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัญหาการเข้าถึงบริการ ผู้หนีภัยบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีเอกสาร ไม่กล้าเข้ารับบริการ ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากกลัวถูกจับส่งกลับประเทศ นอกจากนี้ บางกลุ่มยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และไม่ทราบว่า จะเข้าถึงบริการได้อย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“กลุ่มต่างด้าว สิทธิต่าง ๆ เราก็ทราบพวกเขาผ่านพ่อแม่ บางครั้งมีเครือข่ายก็จะทราบแบบกลุ่ม เด็กไปเรียนเมื่อจบมัธยมแล้วจะหาทุนไปมหาวิทยาลัยอย่างไร แต่ว่าผู้ลี้ภัยแค่ emergency response เฉย ๆ BM จะเข้าไปช่วยเหลือ ส่วนมากจะเป็นอาหารแห้งพวกนี้ มันก็มีอะไรรวม ๆ กันอยู่ ถ้ามีอะไรเกิดขึ้นก็มีระบบช่วยเหลือ” (T017 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“เรื่องสุขภาพ คนที่ไม่มีเงินไปรักษาตายไปก็เยอะ พี่ก็เคยรู้จักคนหนึ่งตายไป ลูกยังอยู่ แต่แม่ไม่มีเงินรักษาตัวเอง ก็มองว่าเป็นความรุนแรงก็ได้ จะออกไปข้างนอกก็ไม่กล้า เรื่องกินอาหารสุขภาพ น่าจะรุนแรงอยู่ เราก็บอกไม่ได้” (T017 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

2) ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร ส่งผลให้การดำเนินงานและการให้บริการไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อจำนวนผู้หนีภัยเพิ่มขึ้น ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การที่บุคลากรลาออกเพื่อไปตั้งถิ่นฐานในประเทศที่สาม ทำให้ต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรใหม่มาทดแทนอยู่เสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือใช้แน่นอน เนื่องจากว่าจำนวนผู้ลี้ภัยเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนสตาฟเท่าเดิม มีงบประมาณเท่าเดิม เช่น มีงบ refer 5 คน แต่จำเป็นอาจจะมากถึง 8 - 10 คน มีปัญหาในการจัดสรรงบ” (MHS08 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“เนื่องจากสตาฟในโรงพยาบาลเป็นผู้พักพิงในพื้นที่ลี้ภัย เพราะฉะนั้นสตาฟที่มีความหวังที่จะไปประเทศที่สามก็ลงทะเบียนไว้ อาจจะขอลาออกเพื่อเตรียมตัวไปประเทศที่สาม ทำให้ขาดบุคลากรต้องเทรนใหม่เรื่อย ๆ” (MHS09 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของเขาส่วนใหญ่คือ การข้ามฝั่ง เขาก็จะมีปัญหาในหลายด้าน อย่างการส่งของไปฝั่งโน้นก็จะเจอพวกคนที่คอยดูแลท่าข้ามสอบถาม ก็เกิดปัญหาเหมือนกัน แต่เขาก็อยากจะช่วยคนที่มีความเหมือนกันให้ได้รับมากที่สุด ต้องหาผู้สนับสนุนเพราะต้องหางบประมาณ องค์กรของเขาไม่ได้มีงบประมาณมากมายอะไรในแต่ละปี เขาก็ไม่ได้มีรายได้” (MHS010 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

3) ปัญหาด้านกฎหมายและข้อจำกัดในการทำงาน เนื่องจากผู้หนีภัยส่วนใหญ่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ การทำงานในพื้นที่ชายแดนยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายและความมั่นคง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างลำบากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหาที่ทำงานกับผู้ลี้ภัย เนื่องจากว่าผู้ลี้ภัยไม่มีสถานะ การที่จะเข้าไปดำเนินงานช่วยเหลือมันก็ต้องประสานกับหลาย ๆ หน่วยงาน เนื่องจากตัวผู้ลี้ภัยไม่มีสถานะต้องช่วยประสานงานให้เขา แล้วก็อย่างการตัดสินใจหลาย ๆ อย่าง ตัวผู้ลี้ภัยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ ต้องขึ้นอยู่กับองค์กรที่ไปช่วยเหลือเขาหรือดูแลเขา เวลาเราถามเขา เขาไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ ต้องถามองค์กรที่ช่วยเหลือเขาก่อน เนื่องจากตรงนี้พื้นที่ชายแดน ผู้ลี้ภัยไม่สามารถควบคุมการดูแลเข้าออกได้ ก็ส่งผลต่อการควบคุมโรคต่าง ๆ ด้วย อย่างปัจจุบันมีเรื่องของไข้เลือดออกก็ไม่สามารถควบคุมได้ พอกลับไปมันก็มีอีก ยอดก็เลยควบคุมไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นไข้เลือดออกหรือมาลาเรีย” (MHS08 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าเกิดว่าทางอำเภอห้ามไม่ให้ทำอะไร ขัดขวางการดำเนินงานไม่มี เพราะดำเนินการตามคำสั่งกระทรวงมหาดไทยไป วันหยุดก็ตามรัฐบาลไทยกำหนด อีกอันที่เป็นเรื่องของยอด ตัวเลขสถิติบางอย่างมันมีแต่ไม่สามารถแจ้งออกมาได้” (MHS08 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

“ถ้าเขามีสถานะก็ได้อยู่ แต่ถ้าไม่มีสถานะมันก็ทำหายมากกว่าเราทำผิดกฎหมายไหม ทางกฎหมายเห็นว่าพวกเขาผิดกฎหมาย สิ่งที่อันตราย ถ้ามองด้านสิทธิมนุษยธรรมพวกเขามีสิทธิ

ทุกอย่าง มันก็เลยจะขัดแย้งตรงนี้ เวลาเราทำงานกับกลุ่มที่ไม่มีสถานะก็คืออันตราย ผิดกฎหมาย บางที่เราไปช่วยเฉย ๆ กลายเป็นว่าเราผิดกฎหมายด้วย” (T017 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

4) ปัญหาด้านกายภาพ เช่น ภัยธรรมชาติในพื้นที่ อาทิ ไฟป่าและดินโคลนถล่ม ทำให้การเข้าถึงพื้นที่ เพื่อให้บริการเป็นไปได้ยากลำบาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือในปัญหาการทำงาน ถ้าช่วงหน้าแล้งจะเกิดไฟไหม้ ไฟป่า ทำให้ส่งผลกระทบกับท่อน้ำ ทำให้น้ำที่ส่งต่อเข้ามาในค่ายหรือในโรงพยาบาลมีปัญหาระบบน้ำ เรื่องที่สองคือระยะทางในการดำเนินงาน ช่วงหน้าฝนทางจะเละ ระยะเวลาในการเดินทางจะนานขึ้น บางที่เกิดภัยพิบัติฝนเข้าพายุ เข้า สภาพแคมป์เป็นดอยเป็นเขามันก็จะมีดินสไลด์ หินสไลด์ ทำให้เกิดปัญหาค่าเนินงาน” (MHS09 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

ประเด็นเพิ่มเติมของหน่วยงาน NGOs

1) ความรุนแรงทางเพศและเพศสภาพ (Sexual and Gender-Based Violence: SGBV) พบว่า มีปัญหาเรื่องความรุนแรงทางเพศในผู้หนีภัยชาวเมียนมา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและผู้หญิง มีรายงานการล่วงละเมิดทางเพศ การทารุณกรรม และการใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งปัญหานี้มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความยากจน การขาดโอกาสทางเศรษฐกิจ และความไม่มั่นคงทางสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่น้าเป็นห่วงคือ เด็กที่ถูกทำร้ายทางเพศจะเยอะกว่าครับ เพราะว่าสถานการณ์มันทำให้เด็กพวกนี้เปราะบางขึ้น เพราะเขาต้องอยู่ในหอพักที่คนเยอะ ๆ เขาต้องฟังพาดู โรงเรียน ผู้ปกครอง ครูการเทรนก็น้อยลง ครูเข้ามาใหม่เยอะ ทำให้ความเสี่ยงเรื่อง sexual harassment ก็เยอะขึ้น ปีที่แล้วก็ได้เห็นในเคสที่เข้ามาแจ้งเคส sexual harassment ก็เยอะขึ้น ต่ำกว่าอายุ 18 ปี ในโรงเรียนในหอพัก แล้วเคสพวกนี้ไม่ได้ถูกรายงานโดยตรง เราต้องไปดูอ้อม ๆ แล้วก็มาแก้ไขบ่อยครั้งที่เด็กไม่รู้หรือกลัวที่จะมาแจ้งว่าถูกทำร้าย” (T015 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

“ส่วนใหญ่ถ้าเป็นเด็กก็ตั้งแต่อายุห้าปีขึ้นไปก็จะโดนทำร้าย ส่วนใหญ่ให้ทำงานหนัก กดขี่ ข่มเหง ให้ทำงานเกินกำลังที่เขามีอยู่” (MHS010 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

2) สุขภาพจิต ผู้หนีภัยชาวเมียนมาหลายคนประสบปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด เนื่องจากต้องเผชิญกับความยากลำบากและความไม่แน่นอนในชีวิต การพลัดพรากจากบ้านเกิด เมืองนอน การสูญเสียคนรัก และการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้หนีภัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าดูแบบ mental น่าจะรุนแรง พวก depress น่าจะเยอะ แต่ก่อนเคยมีฆ่าตัวตาย คนที่จะไปต่างประเทศ อยู่ที่นี่มานานแต่ไม่มีงานทำ อันนั้นขนาดองค์กรดูแลเขาก็มีฆ่าตัวตาย แต่ข้างนอกที่ไม่มีคนดูแลเราไม่ทราบความรุนแรงของเขาระดับไหน ขนาดมีคนดูแลสภาพจิตยังไม่ได้” (T017 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 14 พฤษภาคม 2567)

3) การศึกษา เด็กผู้หนีภัยชาวเมียนมาจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงระบบการศึกษาได้อย่างเต็มที่เนื่องจากปัญหาเรื่องสถานะทางทะเบียนและข้อจำกัดทางภาษา ทำให้เด็กเหล่านี้ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองและการมีอนาคตที่มั่นคง ดังคำกล่าวที่ว่า

“กลุ่มเราเป็นผู้ไม่มีสถานะ พวกปัญหาต่าง ๆ ก็เยอะ เด็กจริง ๆ แล้วกฎหมายไทย 2015 บอกว่าเด็กทุกคนไม่เกี่ยวกับสถานะ มีสิทธิเรียน ไม่ว่าจะโรงเรียนหรือศูนย์การเรียน กฎนี้ยังมีอยู่ แต่มันจะยากนิดหน่อย ในโรงเรียนคือเราเรียน แต่ข้างนอกถ้าไม่มีเอกสารก็จะผิดกฎหมายอยู่ดี ถ้าถูก ตม. จับ ก็จะถูกส่งกลับเพราะไม่มีเอกสารอะไร ถึงแม้จะมีเอกสาร ความกลัวอะไรพวกนี้ก็จะมาอยู่ หลักสูตรก็มีปัญหา ต้องเอาหลักสูตรพม่ามาเพราะเป็นเด็กพม่า ครูก็เอาครูพม่ามา ไม่มีครูไทย แต่ว่าอันนั้นคือยังได้อยู่ เราก็ทำงานกับเขตพื้นที่ ตม. หรือทหารก็จะไม่เข้ามาในศูนย์การเรียนเหมือน lockdown เหมือนแต่ก่อน การเรียนปลอดภัยอยู่ แต่ข้างนอกมีปัญหาการเดินทางอยู่ แต่ของเราเมื่อเรียนจบไปวุฒิการศึกษาของเราก็เข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้อยู่ดี เพราะไม่มีรัฐบาลไหนที่รับรองไว้ อีกปัญหาคือเงินทุน ถึงแม้ว่ากลุ่มจะยากจน แต่ส่วนมากคนจะมองไม่เห็น คิดว่าได้อยู่แล้ว มีองค์กร INGO พวกเขาทำงานผ่านกฎหมายจะเข้าถึงพวกเรายาก หลัก ๆ จะเป็นเรื่องเงินทุนสถานะ ถ้าไม่มีพวกนี้สิทธิอะไรต่าง ๆ เราก็เข้าถึงไม่ได้” (MHS010 NGOs หญิง, สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2567)

4) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน หน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้หนีภัยชาวเมียนมามีความร่วมมือกันในระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างในการประสานงานและการแบ่งปันข้อมูล ทำให้การทำงานบางครั้งไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เหมือนอย่างที่พูดไปเมื่อสักครู่นี้ ต้องไปคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนว่าให้ได้มากน้อยแค่ไหนก็ต้องดูแผนและนโยบายของเราด้วยว่ามันมีข้อขัดแย้งอะไรบ้าง ตรงไหนทำได้ ตรงไหนทำไม่ได้ก็ต้องมาคุยรายละเอียดกันอีกถ้าจะดำเนินการร่วมกันในอนาคต” (MHS08 NGOs ชาย, สัมภาษณ์ 15 พฤษภาคม 2567)

4.3.3 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ (สวท)

การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของ สวท มีความสำคัญกับการให้ความรู้ให้คำปรึกษา และให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชายวัยมีเพศสัมพันธ์ ทั้งในและนอกพื้นที่พักพิงชั่วคราว โดยมีบริการหลักดังนี้

1) การให้ความรู้ โดยมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการวางแผนครอบครัว แก่เจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และผู้หญิง เพื่อให้อาสาสมัครสามารถดูแลสุขภาพตนเองและเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ผ่านมาเราให้การอบรมในแคมป์ เจ้าหน้าที่ สวท เป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เราทำคือให้ความรู้ ให้การอบรมเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร องค์กรในแคมป์ เพื่อที่เขาจะได้ไปให้ความรู้กันต่อ” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

2) การให้คำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้หญิงแต่ละราย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเขาติดต่อมาว่าอยากได้ยาหรือถุงยางอนามัยต่าง ๆ เขาก็เอาไปให้ ถ้ามีคนท้อง เขาก็ประสานงานให้ไปส่งที่โรงพยาบาล” (T019 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

3) การคัดกรองเอชไอวี โดยให้บริการตรวจคัดกรองเอชไอวีแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติชายมีเพศสัมพันธ์ในพื้นที่พักพิงชั่วคราว เพื่อให้สามารถตรวจพบและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“นอกพื้นที่พักพิงเราให้บริการการตรวจคัดกรองเอชไอวีในพื้นที่นะครับ” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4) การส่งต่อ โดยส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประสานงานและติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“พอเราพบผู้ติดเชื้อ เราจะไม่บอกผลทันที เราจะรู้กันเอง เราขอเบอร์โทรติดต่อเขาไว้ มีบางเคสที่จะเป็น ขอเป็นผู้ปกครองที่เราไว้ใจได้ พอให้บริการเสร็จอีกวันเราก็โทรคุยกับเขา ขอนัดเจอเพราะมีเรื่องจะคุยด้วย” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

การทำงานของ สวท มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การลงพื้นที่ การให้บริการ การเก็บข้อมูล และการติดตามผล โดยให้ความสำคัญกับการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้หนีภัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนอื่นต้องวางแผนเตรียมของ เตรียมอุปกรณ์ที่จะจัดกิจกรรม จากนั้นโทรติดต่อประสานงานกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าไปจัดกิจกรรมให้ ถ้าบางครั้งเขาไม่ว่างก็อาจจะเลื่อนเวลาทำนู่นทำนี้ได้ บางทีเข้าไปพื้นที่ตรงนั้นแล้วก็อาจจะหากกลุ่มเป้าหมายเพิ่ม แล้วก็หาคนที่จะช่วยประสานงานเพิ่ม เป็นคนที่ติดต่อประสานงานเพื่อที่จะเข้าไปทำงานในพื้นที่นั้นได้เพิ่มขึ้น” (T019 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของ สวท

1) การเข้าถึงบริการ ผู้หนีภัยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีเอกสารแสดงตน กลัวถูกจับกุม หรือมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง นอกจากนี้ บางพื้นที่ยังไม่มีความปลอดภัย ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหาที่การเข้าถึงผู้รับบริการ เพราะในบางพื้นที่เขาไม่สามารถรวมตัวกันได้ เนื่องจากผู้เข้ารับบริการไม่มีบัตร เขาเป็นกลุ่มแรงงานที่เข้ามาไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ย้ายเข้ามาเพื่อหางานทำ เขาก็เลยไม่กล้ารวมกลุ่มกัน กลัวถูกจับ” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

2) ข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม ผู้หนีภัยบางส่วนมีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่ ทำให้การสื่อสารและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาบางอย่างอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ เช่น การคุมกำเนิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราใช้คนละภาษากัน มันจะมีปัญหาตรงนี้ บางส่วนใช้ภาษาพม่า บางส่วนใช้ภาษากะเหรี่ยงก็จริง แต่ภาษากะเหรี่ยงมีหลายแบบ ภาษาที่มีการเข้าถึงอย่างยิ่ง แค่สื่อสารกับผู้รับบริการก็สื่อสารกันไม่ตรง ข้อมูลก็เพี้ยนหมด” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

3) การขาดแคลนกำลังคนและงบประมาณ จำนวนเจ้าหน้าที่และงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานให้ครอบคลุมผู้หนีภัยทั้งหมด ทำให้ต้องใช้เวลานานในการดำเนินงานและไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปกติลงพื้นที่เราไปกัน 5 คน แต่ตอนนี้เจ้าหน้าที่มี 3 คน มีอาสาสมัครด้วย พยาบาลที่มาช่วยเรา มันทำหลาย ๆ อย่าง คนก็จะไม่พอ เลยใช้เวลาเยอะขึ้น” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4) ความไม่เพียงพอของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดฝังนั้นมีราคาแพงและไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากทำครบถ้วนกว่านี้ ทั้งวางแผนครอบครัว การส่งต่อที่สมบูรณ์” (T018 PPAT ชาย, สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2567)

4.3.4 ความเหมือนและความแตกต่างเรื่องการให้บริการ การทำงาน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมาแต่ละกลุ่ม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมามีความเหมือนในเรื่องการให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชาวเมียนมาทุกหน่วยงานต่างตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาวเมียนมา และพยายามให้บริการที่จำเป็น เช่น การฝากครรภ์ การคลอด การคุมกำเนิด การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้คำปรึกษา รวมถึงการให้ความรู้และการอบรม ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และ สวท ต่างให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และการอบรมแก่เจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และผู้หญิง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเข้าถึงบริการที่จำเป็น อีกทั้งทุกหน่วยงานต่างตระหนักถึงความสำคัญของการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมผู้หญิงได้มากที่สุด

ในส่วนความแตกต่างในการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมาพบว่า ด้านขอบเขตการให้บริการนั้น หน่วยงานรัฐจะเน้นการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐาน ในขณะที่ NGOs และ สวท มีบริการที่หลากหลายและครอบคลุมมากกว่า เช่น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การให้ความรู้เรื่องสิทธิสตรี และการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนด้านกลุ่มเป้าหมายนั้น หน่วยงานรัฐให้บริการแก่ผู้หญิงชาวเมียนมาทั่วไป ในขณะที่ NGOs อาจเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็ก และสตรี หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงด้านลักษณะการดำเนินงานนั้น หน่วยงานรัฐมีการดำเนินงานที่เป็นทางการและมีขั้นตอน ในขณะที่ NGOs และ สวท มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีกว่า และด้านข้อจำกัดและอุปสรรคนั้น หน่วยงานรัฐประสบปัญหาเรื่องข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร ในขณะที่ NGOs และ สวท ประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงผู้รับบริการ ข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม และความไม่เพียงพอของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 สรุปความเหมือนและความแตกต่างในการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา

ประเด็น	ภาครัฐ	NGOs	สวท
การให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐาน	✓	✓	✓
การให้ความรู้และการอบรม	✓	✓	✓
การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ	✓	✓	✓
การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต		✓	✓
การให้ความรู้เรื่องสิทธิสตรี		✓	
การส่งต่อผู้ป่วย		✓	✓
การเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ		✓	
ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร	✓		
ปัญหาการเข้าถึงผู้รับบริการ		✓	✓
ข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม		✓	✓
ความไม่เพียงพอของยาและเวชภัณฑ์			✓

4.3.5 ความเหมือนและความต่างของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และ สวท ต่างประสบปัญหาในการเข้าถึงผู้รับบริการ เนื่องจากผู้หนีภัยบางส่วนไม่มีเอกสารแสดงตน กลัวถูกจับกุม หรือมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง นอกจากนี้ บางพื้นที่ยังไม่มีความปลอดภัย ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก อีกทั้งพบว่ามีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม โดยผู้หนีภัยบางส่วนมีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่ ทำให้การสื่อสารและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาบางอย่างอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ เช่น การคุมกำเนิด รวมถึงการขาดแคลนทรัพยากร ซึ่งทุกหน่วยงานประสบปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร หรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินงานไม่ทั่วถึงและไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยพบความแตกต่างของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา โดยหน่วยงานรัฐมีปัญหาและอุปสรรคในเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้หนีภัยบางกลุ่มไม่มีประกันสุขภาพ ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งจำนวนผู้หนีภัยที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ

ทรัพยากรในพื้นที่ รวมถึงการเดินทางเข้าพื้นที่ โดยสภาพถนนที่ยากลำบากเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงพื้นที่พักพิง ในขณะที่หน่วยงาน NGOs นั้นมีปัญหาและอุปสรรคในเรื่องทัศนคติของคนในพื้นที่ โดยบางครั้งอาจมองว่าการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หนีภัยเป็นเรื่องไม่เหมาะสม อีกทั้งปัญหาด้านภัยธรรมชาติ เช่น ไฟป่า และดินโคลนถล่ม ทำให้การเข้าถึงพื้นที่เพื่อให้บริการเป็นไปได้ยากลำบาก รวมถึงปัญหาด้านกฎหมายและข้อจำกัดในการทำงาน เนื่องจากผู้หนีภัยส่วนใหญ่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก และสำหรับ สวท นั้น ความไม่เพียงพอของผลิตภัณฑ์เป็นอีกหนึ่งปัญหา เนื่องจากผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดฝัง มีราคาแพงและไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา: พื้นที่จังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน” ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้หนีภัยชาวเมียนมามากที่สุด มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา
- 2) ศึกษาความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา และ
- 3) ศึกษาการจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมา

คณะผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตการณ์อย่างไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) ซึ่งเป็นการสังเกตบริบทแวดล้อมและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายโดยไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มเป้าหมาย และใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยทำการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guideline) เป็นเครื่องมือ การเลือกกลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

- 1) ผู้หนีภัยชาวเมียนมา จำนวนทั้งสิ้น 17 คน ประกอบไปด้วย กลุ่มเยาวชน (อายุระหว่าง 15 - 24 ปี) กลุ่มผู้หญิง (อายุระหว่าง 25 - 49 ปี) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี) และกลุ่มผู้พิการ (อายุระหว่าง 15 - 49 ปี)
- 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ และเจ้าหน้าที่ NGOs และ
- 3) เจ้าหน้าที่ สวท จำนวนทั้งสิ้น 2 คน

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ เพื่อตีความและสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัยชาวเมียนมา

5.1.1 ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยภาพรวมแล้วกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มทั้งเยาวชน ผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ยังจำกัด กล่าวคือ ด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน และสิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง ด้านเพศศึกษา ส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐาน เช่น เรื่องประจำเดือน การใช้ผ้าอนามัย และการดูแลสุขภาพอนามัยในช่วงที่มีประจำเดือน แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องอื่น ๆ เช่น การคุมกำเนิด และ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุม การฉีดยาคุม การใส่ห่วงอนามัย และการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังคงขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีความรู้อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเอดส์และเอชไอวีและเอดส์ ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง ด้านความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับหนึ่ง ยังขาดความเข้าใจในบางประเด็น เช่น สาเหตุของความรุนแรงหรือวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง และ ด้านการหาประโยชน์ทางเพศ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเบื้องต้นโดยมักเชื่อมโยงกับปัญหาความยากจนและการขาดโอกาสในการทำงาน แต่ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจ อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับรูปแบบของการหาประโยชน์ทางเพศ หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ถูกหาประโยชน์ทางเพศ

อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่ให้ความสนใจในความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ เนื่องจากตนอยู่ในวัยเรียน ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความสนใจในความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำนวนบุตรและระยะห่างของการมีบุตร กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ กลุ่มผู้หญิงและผู้พิการพบว่ามีความรุนแรงในครอบครัวสูง และมีประสบการณ์ตรงหรือรับรู้ประสบการณ์ความรุนแรงในครอบครัวจากคนใกล้ชิด กลุ่มเยาวชนและผู้หญิงส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการมีประจำเดือนและการดูแลสุขภาพอนามัยของตนในช่วงที่มีประจำเดือน แต่ยังพบว่าผู้หญิงบางคนยังคงใช้ผ้าชุบน้ำ ในช่วงที่มีประจำเดือน และกลุ่มเยาวชนได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาจากโรงเรียนเป็นหลัก ในขณะที่กลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการได้รับความรู้จากช่องทางอื่น ๆ เช่น การอบรม การบอกเล่าต่อ ๆ กัน และประสบการณ์ตรงของตน

ผลการศึกษาในข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงชาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างจำกัด และมีระดับความรู้ ความเข้าใจ ในแต่ละประเด็นแตกต่างกันไป สอดคล้องกับงานศึกษาของ Salisbury et al. (2016) ที่พบว่า ผู้สีก๊ยและผู้อพยพหญิงที่ตั้งครรภ์และหลังคลอดชาวเมียนมา ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ของประเทศไทย มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างจำกัดเช่นกัน โดยแม้จะมีความรู้ด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เช่น วิธีการคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะห่างของการมีบุตรและป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม แต่ยังพบความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเข้าใจว่าการผ่าคลอดและผ่าตมดลูกเทียบได้กับการทำหมัน ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวนี้ทำให้เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม สอดคล้องกับงานศึกษาของ Asnong et al. (2018) ที่พบว่าวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้สีก๊ยชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ของประเทศไทย ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและทักษะชีวิตที่จำเป็นในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงาน เนื่องจากบริบทชุมชนของพวกเขามีทัศนคติที่ไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน หากผู้หญิงพบว่าการนัดพบกันระหว่างหนุ่มสาวโดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่ด้วย อาจส่งผลให้เกิด

การบังคับแต่งงานขึ้นอย่างรวดเร็ว และสอดคล้องกับงานศึกษาของ Hobstetter et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ย้ายถิ่นและผู้หนีภัยทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย – เมียนมา ของประเทศไทย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทั้งในเรื่องของคุณสมบัติ ระยะเวลาในการใช้ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน เช่น การเข้าใจว่ายาคุมกำเนิดฉุกเฉินที่ใช้ฮอร์โมนโปรเจสติน (Progestins) เพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเท่านั้น ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินกับผู้ย้ายถิ่นและผู้หนีภัยด้วย

ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วน ครอบคลุมทุกมิติของเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพศศึกษา การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ และการหาประโยชน์ทางเพศ ให้แก่กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง อันนำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสูญเสียชีวิต ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคงเท่าที่พวกเขาจะสามารถทำได้

5.1.2 ทศนคติเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยภาพรวมแล้วกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามระดับความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของตน กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มแสดงความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และต้องการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ โดยมองว่าเป็นเรื่องผิดบาปและไม่ควรทำ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงทางเพศและการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ แต่ยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว และกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง และไม่ควรทำ

อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ต่างกัน โดยกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจในเรื่องนี้มากกว่ากลุ่มเยาวชนและผู้พิการ กลุ่มเยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ และยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด กลุ่มผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีประสบการณ์หรือความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีทัศนคติเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ แต่ผู้หญิงบางคนมองว่าเป็นทางเลือกส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่พร้อมหรือมีปัญหาสุขภาพ และในกลุ่มเยาวชนพบว่า เยาวชนหญิงมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าเยาวชน

ชาย เยาวชนหญิงมีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าเยาวชนชาย และเยาวชนหญิงมีแนวโน้มที่จะมีประสบการณ์ความรุนแรงทางเพศมากกว่าเยาวชนชาย

ผลการศึกษาในช่วงต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงชาวเมียนมาทุกกลุ่มตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแสดงความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม สอดคล้องกับงานศึกษาของ Salisbury et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ลี้ภัยและผู้อพยพหญิงที่ตั้งครรภ์และหลังคลอดชาวเมียนมา ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ของประเทศไทยนั้น มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคุมกำเนิด โดยมองว่าผู้หญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อนก็สามารถคุมกำเนิดได้ และสอดคล้องกับงานศึกษาของ Asnong et al. (2018) ที่พบว่า วัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ลี้ภัยชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ของประเทศไทย ทุกคนมองว่าตนเองยังเด็กเกินไปสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ พวกเขาคิดว่าอายุ 20 ปี เป็นอายุน้อยที่สุดที่จะสามารถตั้งครรภ์และเป็นแม่ได้ และวัยรุ่นหญิงมีความกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับสภาพร่างกายที่อาจไม่พร้อมให้กำเนิดบุตร

ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วน ครอบคลุมทุกมิติของเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องนั้น สามารถนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นแรงจูงใจหรือปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองตามมา อันนำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสูญเสียชีวิต ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง เท่าที่พวกเขาจะสามารถทำได้

5.1.3 พฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยภาพรวมแล้วกลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่จะรักษาด้วยตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การซื้อยารับประทานเอง หรือการใช้ยาสมุนไพร กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่สาว ญาติผู้ใหญ่ หรือเพื่อน ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการขอรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่บางรายก็ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการเนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอหรือไม่สะดวกในการเดินทาง กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักและไม่เห็นด้วยกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ โดยมีประสบการณ์ตรงและรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ การข่มขู่ และการล่วงละเมิดทางเพศ กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศ และบางรายเคยประสบพบเห็นหรือรับรู้เรื่องราวการหาประโยชน์ทางเพศจากคนรอบข้าง และกลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยส่วนใหญ่รู้จักวิธีการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น การกินยาคุม การฉีดยาคุม การฝังเข็ม และการใช้ถุงยางอนามัย

อย่างไรก็ตาม พบความต่างของกลุ่มตัวอย่างคือ ในกลุ่มเยาวชนนั้นบางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและครบถ้วน ทำให้พวกเขาต้องพึ่งพาคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของตนเอง ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาหารือร่วมกับสามีและคนในครอบครัว กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีการวางแผนครอบครัวอย่างจริงจัง โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความพร้อมด้านการเงินและสุขภาพของตนเอง ในขณะที่กลุ่มเยาวชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัวมากนัก เพราะมองว่าตนเองยังอยู่ในวัยเรียน กลุ่มเยาวชนแม้จะมีความรู้ ความเข้าใจ ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันได้ หากมีการป้องกันที่ถูกต้อง เช่น การใช้ถุงยางอนามัย แต่ปรากฏว่าการใช้ถุงยางอนามัยกลับยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีการตัดสินใจไม่ยุติการตั้งครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพราะมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาป ซึ่งข้อมูลนี้ไม่ปรากฏในกลุ่มอื่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีการตรวจสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ในขณะที่กลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และผู้พิการ ไม่ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งข้อมูลนี้ไม่ปรากฏในกลุ่มอื่น และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จะไปขอรับคำปรึกษาจากคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ในขณะที่กลุ่มผู้พิการไม่เคยขอรับคำปรึกษามาก่อน

5.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาวเมียนมา เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยแนวคิด KAB Model จะพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับทัศนคติและความรู้ โดยความรู้และทัศนคติส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกัน ความรู้อาจส่งผลให้เกิดทัศนคติ และทัศนคติได้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตามมา อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความรู้และทัศนคติเช่นกัน เนื่องด้วยปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรม เช่น บริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ทำให้พวกเขาโดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีพฤติกรรมการคุมกำเนิด เช่น การกินยาคุม การฉีดยาคุม การฝังเข็ม และการใช้ถุงยางอนามัย

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับความรุนแรงดังกล่าว ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปข้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพวกเขายังขาดความรู้ในบางประเด็น เช่น สาเหตุของความรุนแรง หรือวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง รวมถึงการใช้ชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง ทำให้หลายครั้งพวกเขาไม่อาจหลีกเลี่ยงที่จะข้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์นั้น มีทั้งประสบการณ์ตรงและรับรู้เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น เช่น

การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทำร้ายจิตใจด้วยคำพูด การถูกข่มขู่ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สอดคล้องกับงานศึกษาของ Magezi and Mairah (2022) ซึ่งสำรวจสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิทางเพศ ในสถานพักพิงผู้ลี้ภัย Kyaka II ทางตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศยูกันดา ที่พบว่าผู้ลี้ภัยซึ่งเป็นเด็กหญิงและผู้หญิงมีความเปราะบางและตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางเพศ โดยส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าถึงการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยเมื่อได้รับความรุนแรงจากคู่ครองและความรุนแรงทางเพศในรูปแบบอื่น ๆ ในขณะที่ส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้เลย และสอดคล้องกับงานศึกษาของ Ivanova et al. (2018) ซึ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประสบการณ์ และการเข้าถึงบริการของผู้ลี้ภัย ผู้อพยพ และผู้พลัดถิ่นซึ่งเป็นเด็กหญิงและหญิงสาวในแอฟริกา ที่พบว่าเด็กหญิงและหญิงสาวมักประสบกับความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศ การเข้าถึงและความพร้อมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มักถูกจำกัดเนื่องจากระยะทาง ค่าใช้จ่าย และการตีตราเชิงลบต่อพวกเขา

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มแม้จะมีทัศนคติเชิงลบต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจำกัด โดยรู้จักเพียงโรคเอดส์และเอชไอวีและเอดส์เท่านั้น ยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส และหนองใน ทำให้พวกเขามีแนวโน้มของพฤติกรรมที่อาจละเลยการสังเกตอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่เอดส์และเอชไอวีในร่างกายของตน

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการหาประโยชน์ทางเพศว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับการหาประโยชน์ทางเพศ ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมไม่ค้าประเวณี อย่างไรก็ตามบางคนแม้จะมีความรู้ว่าการหาประโยชน์ทางเพศเป็นสิ่งที่ไม่ดี และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับการหาประโยชน์ทางเพศ แต่ยอมรับว่าด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งความยากจน การขาดโอกาสในการทำงาน การใช้ชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง ทำให้จำเป็นต้องค้าประเวณีเพื่อความอยู่รอด ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Marlow et al. (2022) ที่ศึกษาบริบทด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของค่ายผู้หนีภัยภายในประเทศ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไนจีเรีย ที่พบว่าผู้หนีภัยซึ่งเป็นเด็กหญิงและผู้หญิงถูกบีบบังคับให้แต่งงานตั้งแต่วัยเด็กเพื่อแลกกับอาหารและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ แต่อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรายละเอียดและกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อการยุติการตั้งครรภ์ เพราะมองว่าเป็นบาป ทำให้พวกเขาตัดสินใจไม่ยุติการตั้งครรภ์แม้ว่าจะตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมก็ตาม

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองน้อยมาก และมีทัศนคติว่าตนเองยังเด็ก ยังอยู่ในวัยเรียน ทำให้พวกเขามี

พฤติกรรมที่ต้องพึ่งพาและขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะคนในครอบครัว เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของตนเอง

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เช่น การวางแผนจำนวนบุตร และการวางแผนระยะห่างของบุตร และมีทัศนคติที่ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัวให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจและสุขภาพร่างกาย ทำให้พวกเขามีการวางแผนครอบครัว ทั้งการวางแผนจำนวนบุตร และการวางแผนระยะห่างของบุตร สอดคล้องกับงานศึกษาของ Salisbury et al. (2016) ที่พบว่า ผู้สภักย์และผู้อพยพหญิงที่ตั้งครรภ์และหลังคลอดชาวเมียนมา ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ของประเทศไทยนั้น มากกว่า 60% มีการวางแผนครอบครัว ในขณะที่กลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวว่าคืออะไร และมีทัศนคติว่าตนเองยังเด็ก ยังอยู่ในวัยเรียน จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากนัก ทำให้พวกเขาไม่มีการวางแผนครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ว่าสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องใส่ใจดูแลอยู่เสมอ และมีทัศนคติว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้พวกเขาเลือกที่จะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างไรก็ตาม บางคนแม้จะมีความรู้ ความเข้าใจ ว่าสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องใส่ใจดูแลอยู่เสมอ และมีทัศนคติว่าการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายที่มีไม่เพียงพอและการเดินทางที่ไม่สะดวก ทำให้เลือกตัดสินใจที่จะไม่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

จากผลการศึกษาในข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานศึกษาของ ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์ (2556) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของคนประจำเรือไทย ที่พบว่าคนประจำเรือไทยที่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเฝ้าระวังและการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ในทางตรงกันข้ามคนประจำเรือไทยที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ จะมีทัศนคติเชิงลบต่อการเฝ้าระวังตัวและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม พบความไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาวเมียนมาเช่นกัน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของพวกเขาที่แตกต่างกันไป สอดคล้องกับงานศึกษาของ สุดารัตน์ โตลานุวัตร และคณะ (2065) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการช่วยลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการเดินทางทางอากาศของผู้โดยสารชาวไทย ที่พบว่าพฤติกรรมการชดเชยคาร์บอนของผู้โดยสารชาวไทยเป็นผลมาจากความรู้และ

ทัศนคติ โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการชดเชยคาร์บอนของสายการบินมีผลกระทบโดยตรงต่อความตั้งใจที่จะชดเชยคาร์บอนจากการเดินทางโดยเครื่องบินของผู้โดยสารชาวไทย และทัศนคติต่อการชดเชยคาร์บอนทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมบางส่วนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้โดยสารมีความตั้งใจที่จะชดเชยคาร์บอนจากการเดินทาง สอดคล้องกับงานศึกษาของ Hsiu-Yueh Liu et al (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อเด็กพิการ ที่พบว่าความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและเด็กพิการ ยิ่งผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพียงพอมากเท่าใด ผู้ดูแลก็จะมีแนวโน้มที่จะขับเคลื่อนทัศนคติเชิงบวกเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับเด็กพิการมากขึ้นเท่านั้น และสิ่งนี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากของเด็กพิการมากขึ้น และสอดคล้องกับงานศึกษาของ Saraswat et al. (2022) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติของผู้พยาบาลอินเดียเกี่ยวกับมะเร็งช่องปากในอออสเตรเลีย ที่พบว่าชาวอินเดียส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้หมาก ตลอดจนสัญญาณหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก และมีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลสุขภาพช่องปากและต้องการได้รับข้อมูลความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้นจากสถานพยาบาล ส่งผลให้ชาวอินเดียส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพช่องปากในเชิงบวก และเหลือเพียงไม่กี่คนที่ยังเคี้ยวยาสูบซึ่งเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมของพวกเขา อันส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากของพวกเขาเช่นกัน

ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หญิงไทยชนชั้นกลางเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะสร้างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของพวกเขา จำเป็นต้องส่งเสริมทัศนคติของพวกเขาให้ตระหนักถึงความสำคัญด้วยเช่นกัน โดยจะต้องไม่ลืมว่าทัศนคติของพวกเขาบางส่วนอาจเป็นผลมาจากค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ติดตัวมาที่บ้านเกิดที่ประเทศเมียนมา และแม้ว่าพวกเขาจะมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง สอดคล้องกัน แต่ด้วยข้อจำกัดหรือปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ โดยเฉพาะฐานะทางสังคม และเศรษฐกิจที่ไม่มีความมั่นคง ความไม่สะดวกในการเดินทาง และการขาดอาชีพและรายได้ที่เพียงพอ อยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจไม่เอื้อต่อการเข้าถึงความรู้ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้หญิงไทยชนชั้นกลาง โดยพิจารณาการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่มด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือนั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสูญเสียชีวิต ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่มั่นคง เท่าที่จะสามารถทำได้

5.2 ความต้องการด้านการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้หนีภัย ชาวเมียนมา

โดยภาพรวมแล้วกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ทั้งเยาวชน ผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน โดยกลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานพยาบาลของรัฐ เนื่องจากไม่มีสถานะทางทะเบียน กลุ่มผู้หญิงและหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้หลายช่องทาง โดยเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพและคุมกำเนิดจากสถานพยาบาลของรัฐใกล้บ้าน คลินิกในหมู่บ้าน การซื้อยาคุมกำเนิดจากร้านค้า การช่วยเหลือจาก NGOs ที่ทำงานในพื้นที่ และเข้าถึงบริการฝากครรภ์และคลอดบุตรในสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนกลุ่มผู้พิการนั้นไม่เคยได้รับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครบถ้วนในเรื่องนี้ เนื่องจากได้ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการบาดเจ็บจากความพิการของตนเองมากกว่า

ทั้งนี้ พบความเหมือนในการเข้าถึงบริการคือ กลุ่มเยาวชน ผู้หญิง และหญิงตั้งครรภ์ มีการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ทั้งจากการซื้อตามร้านค้า การรับบริการจากคลินิก หรือการได้รับยาคุมกำเนิดจากหน่วยงานต่าง ๆ และกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางภาษาและวัฒนธรรม รวมถึงความไม่คุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

ในส่วนของความต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นพบว่า โดยภาพรวมแล้วกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ทั้งเยาวชน ผู้หญิง หญิงตั้งครรภ์ และผู้พิการ มีความต้องการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตน เช่น ฝ้ายอนามัย ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย มีความต้องการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว มีความต้องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการตรวจสุขภาพทั่วไป ซึ่งข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการดังกล่าวของพวกเขาคือ ข้อจำกัดทางด้านภาษา วัฒนธรรม และค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ

อย่างไรก็ตาม พบความต้องการที่ต่างกันของกลุ่มเป้าหมายคือ ส่วนใหญ่กลุ่มเยาวชนต้องการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับวัยของพวกเขา โดยพวกเขาไม่ได้ให้ความสำคัญกับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวเพราะมองว่าตนเองยังอยู่ในวัยเรียน กลุ่มผู้หญิงต้องการผลิตภัณฑ์สุขอนามัย เช่น ฝ้ายอนามัย ยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย และต้องการเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก เช่น การฝากครรภ์ การรับยาและวิตามิน และการคลอดที่ปลอดภัย รวมถึงต้องการความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอด การดูแลทารกแรกเกิด และการคุมกำเนิด

และกลุ่มผู้พิการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพิการของตนเอง จึงต้องการปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตมากกว่า คือ ยา อาหาร และที่พักอาศัย

จากผลการศึกษาในข้างต้นจะเห็นว่า แม้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มจะตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง แต่ความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของพวกเขา ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องพิจารณาความต้องการเฉพาะของผู้หญิงชาวเมียนมาแต่ละกลุ่มด้วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อความต้องการของพวกเขาได้อย่างตรงจุด

5.3 การจัดบริการ การทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หญิงชาวเมียนมา

โดยภาพรวมแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้หญิงชาวเมียนมา ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และ สวท ต่างประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานแตกต่างกัน ดังนี้

5.3.1 หน่วยงานรัฐ หน่วยงานรัฐด้านการปกครองและสาธารณสุขของไทยที่ทำงานเกี่ยวกับผู้หญิงชาวเมียนมาในพื้นที่ที่มีการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชาวเมียนมา เช่น การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด และการคุมกำเนิด มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ต้องแก่อสาสมัครสาธารณสุข (อศค.) และผดุงครรภ์บ้าน (ผดบ.) เพื่อให้พวกเขาสามารถดำเนินงานบริการในพื้นที่ได้

ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หญิงชาวเมียนมา ได้แก่ **ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่าย** โดยผู้หญิงบางกลุ่มไม่มีประกันสุขภาพ ไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้รัฐต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล **ปัญหาเรื่องความสะดวกในการเดินทางมารับบริการของผู้หญิง** เนื่องจากพวกเขาไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ **ปัญหาเรื่องความสะดวกในการเดินทางไปให้บริการของเจ้าหน้าที่รัฐ** โดยเฉพาะในฤดูฝนนั้นเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ เช่น ต้นไม้ล้มกลางทาง น้ำป่าไหลหลาก และสภาพถนนที่เป็นร่องลึก **ปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและผู้หญิง** เนื่องจากมีการใช้ภาษาแตกต่างกัน และ **ปัญหาด้านข้อจำกัดของทรัพยากร** โดยจำนวนผู้หญิงที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่ให้เพียงพอต่อการบริการที่ครอบคลุมความต้องการของผู้หญิง

5.3.2 องค์การนอกภาครัฐ (NGOs) มีคลินิก 2 แห่งในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงชาวเมียนมา ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ไปจนถึงการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานที่ให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โดยเน้นการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเป็นหลัก ไม่ได้ให้บริการทางการแพทย์โดยตรง มีหน่วยงานที่เน้นให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ครูในโรงเรียน เพื่อให้ครูนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่นักเรียน และมีหน่วยงานที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและ

อนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนและชุมชน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษาและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการอบรมครูและบุคลากรทางการศึกษาด้วย

หน่วยงาน NGOs ที่ให้ข้อมูลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงมายาวนานกว่า 30 ปี ผ่านโครงการด้านสาธารณสุขและสุขอนามัยที่ช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กที่เผชิญความรุนแรง ให้ที่พักพิง อาหาร และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในพื้นที่พักพิงและศูนย์อพยพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับสิทธิสตรี สนับสนุนให้ผู้หญิงหลุดพ้นจากสถานการณ์เลวร้าย และให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ครูและนักเรียนในโรงเรียนของผู้หนีภัยชาวเมียนมา เพื่อให้เด็กได้มีการศึกษา มีความรู้ที่ดีขึ้น มีการจัดหลักสูตรให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับนักเรียนระดับชั้น ป.4 - ม.6 และอบรมครูผู้สอน นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการทำงาน 3 ด้านหลักคือ สุขภาพ การศึกษา และพัฒนาสังคม โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งในโรงเรียนและชุมชน จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษาและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อบรมครูและบุคลากร ส่งต่อผู้ป่วยเอชไอวีไปยังโรงพยาบาลแม่สอด และแจกจ่ายถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้หนีภัย

ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หนีภัยชาวเมียนมา ได้แก่ *ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้หนีภัย* เนื่องจากผู้หนีภัยบางกลุ่มไม่มีสถานะทางทะเบียน จึงไม่กล้าเข้ารับบริการเพราะกลัวจะถูกส่งกลับประเทศเมียนมา และบางกลุ่มยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และไม่ทราบว่าเข้าถึงบริการได้อย่างไร *ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร* ส่งผลให้การดำเนินงานและการให้บริการไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อจำนวนผู้หนีภัยเพิ่มขึ้น ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น รวมถึงบุคลากรบางส่วนเป็นผู้หนีภัยซึ่งมีความหวังที่จะไปอยู่ประเทศที่สามได้ขอลาออกเพื่อเตรียมตัวเดินทางไปยังประเทศที่สาม ทำให้ต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรใหม่มาทดแทนอยู่เสมอ *ปัญหาด้านกฎหมายและข้อจำกัดในการทำงาน* เนื่องจากผู้หนีภัยส่วนใหญ่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก รวมถึงการทำงานในพื้นที่ชายแดนยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายและความมั่นคง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างล่าช้า และ *ปัญหาด้านกายภาพ* เช่น ภัยธรรมชาติในพื้นที่ อาทิ ไฟป่าและดินโคลนถล่ม ทำให้การเข้าถึงพื้นที่เพื่อให้บริการเป็นไปได้อย่างล่าช้า

5.3.3 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ (สวท) ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หนีภัยชาวเมียนมา ทั้งในและนอกพื้นที่พักพิงชั่วคราว โดยมีบริการหลักคือ *การให้ความรู้* ซึ่งมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการวางแผนครอบครัว แก่เจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และผู้หนีภัย เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม *การให้คำปรึกษา* เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้หนีภัยแต่ละราย *การคัดกรองเอชไอวี* โดยให้บริการตรวจคัดกรองเอชไอวีนอกพื้นที่พักพิงชั่วคราว เพื่อให้สามารถตรวจพบและเข้าสู่

กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว การส่งต่อ โดยส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลรักษา เฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการประสานงานและติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด

ในส่วนของการดำเนินงานของ สวท นั้น มีความเป็นระบบและครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การลงพื้นที่ การให้บริการ การเก็บข้อมูล และการติดตามผล โดยให้ความสำคัญกับการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้หนีภัย

สำหรับปัญหาและอุปสรรคของ สวท ในการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หนีภัยชาวเมียนมา ได้แก่ การเข้าถึงบริการของผู้หนีภัย โดยผู้หนีภัยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีเอกสารแสดงตัวตน กลัวถูกจับกุม หรือมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง นอกจากนี้ บางพื้นที่ยังไม่มีความปลอดภัย ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม ผู้หนีภัยบางส่วนมีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่ ทำให้การสื่อสารและการทำความเข้าใจกันเป็นไปได้ยาก อีกทั้งความเชื่อทางศาสนาบางอย่างอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ เช่น การคุมกำเนิด การขาดแคลน กำลังคนและงบประมาณ ด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่และงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมผู้หนีภัยทั้งหมด และ ความไม่เพียงพอของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดฝัง ซึ่งมีราคาแพงและไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอต่อความต้องการของผู้หนีภัย

หากพิจารณาการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมาจะพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ทั้งหน่วยงานรัฐ NGOs และ สวท ต่างตระหนักและให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หนีภัย และพยายามให้บริการที่จำเป็นแก่พวกเขา เช่น การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การคุมกำเนิด การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษา รวมถึงการให้ความรู้และการอบรมเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ทุกหน่วยงานต่างให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และการอบรมเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และผู้หนีภัย เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเข้าถึงบริการที่จำเป็น อีกทั้งทุกหน่วยงานต่างตระหนักถึงความสำคัญของการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมผู้หนีภัยได้มากที่สุด

ในส่วนความแตกต่างในการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้หนีภัยชาวเมียนมาพบว่า ด้านขอบเขตการให้บริการนั้น หน่วยงานรัฐจะเน้นการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐาน ในขณะที่ NGOs และ สวท มีบริการที่หลากหลายและครอบคลุมมากกว่า เช่น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การให้ความรู้เรื่องสิทธิสตรี และการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนด้านกลุ่มเป้าหมายนั้น หน่วยงานรัฐให้บริการแก่ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทั่วไป ในขณะที่ NGOs อาจเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็ก และสตรี หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงด้านลักษณะการดำเนินงานนั้น หน่วยงานรัฐมีการดำเนินงานที่เป็นทางการและมีขั้นตอน ในขณะที่ NGOs และ สวท มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีกว่า และด้านข้อจำกัดและอุปสรรคนั้น หน่วยงานรัฐประสบปัญหาเรื่องข้อจำกัดด้าน

งบประมาณและบุคลากร ในขณะที่ NGOs และ สวท ประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงผู้รับบริการ ข้อจำกัดด้านภาษา และวัฒนธรรม และความไม่เพียงพอของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 จากผลการศึกษาทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่า ผู้หนีภัยชาวเมียนมาทุกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างจำกัด และมีระดับความรู้ ความเข้าใจ ในแต่ละประเด็น แตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททางสังคม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

5.4.1.1 **กลุ่มเยาวชน** ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว อีกทั้งเยาวชนส่วนใหญ่ให้ความสนใจเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และไม่ได้ให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัว รวมถึงต้องการคำปรึกษาจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง เนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการให้ความรู้ด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะการให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวิธีการคุมกำเนิด

5.4.1.2 **กลุ่มผู้หญิง** ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในช่วงที่มีประจำเดือน โดยพบว่าบางรายยังคงใช้ผ้าผืนเดิมซ้ำ ๆ ในช่วงที่มีประจำเดือน การวางแผนครอบครัว วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งบางรายยังมีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงในครอบครัว ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการให้ความรู้ด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้หญิง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง วิธีการใช้ผ้าอนามัยที่ถูกต้อง วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และช่องทางในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด

5.4.1.3 **กลุ่มหญิงตั้งครรภ์** ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุของความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ความสนใจเรื่องการวางแผนครอบครัว ทั้งจำนวนบุตรและระยะห่างของบุตร รวมถึงการ

ป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการให้ความรู้ด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นที่การให้ความรู้เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และช่องทางในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว

5.4.1.4 กลุ่มผู้พิการ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุของความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังมีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงในครอบครัว และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพิการของตนเองมากกว่า การดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้น นอกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้พิการ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สิทธิในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศ วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองและช่องทางในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ยังจำเป็นต้องสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่กลุ่มผู้พิการด้วย

5.4.2 แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้หนีภัยชาวเมียนมาจะตระหนักถึงความสำคัญของการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมผู้หนีภัยได้มากที่สุด แต่ยังพบช่องว่างของการแบ่งปันข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานซ้ำซ้อนได้ โดยขอบเขตการจัดบริการของหน่วยงานภาครัฐนั้นจะเน้นการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลหลังคลอด และการคุมกำเนิด ในขณะที่ NGOs และ สวท มีบริการที่หลากหลายและครอบคลุมมากกว่า เช่น การให้คำปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว การให้ความรู้เรื่องสิทธิสตรี การส่งต่อผู้ป่วย มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็ก สตรี และผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งมีกระบวนการทำงานที่ยืดหยุ่น สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ฉุกเฉินได้เร็วกว่าหน่วยงานภาครัฐที่มีกระบวนการทำงานที่เป็นทางการและมีขั้นตอน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานหรือผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานช่วยเหลือผู้หนีภัยลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและกระจายการช่วยเหลือให้ครอบคลุมความต้องการและจำนวนของผู้หนีภัยมากที่สุด ภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของแต่ละหน่วยงาน

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections STIs). ค้นหาค้นหาเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=30
- กรมอนามัย. (2564). คู่มือการดูแลแม่ด้วยวิธีแบบบูรณาการ. นนทบุรี: บริษัท ซีจีที จำกัด.
- คลังพลอย เอื้อวิทยาสุกร และอรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. (2554). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 17(2), 15-16.
- ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปทุมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 36(5), 597-604.
- ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. (2556). การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 8(2), 84-102.
- นพพร นาคะนิธิ. (2563). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคเนื้อจากพืชของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์ และลัดดาวัลย์ กงพลี. (2561). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี, 87-94.
- ภณิดา อทินวงศ์. (2565). ความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็ก. สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2565). ผู้หนีภัยการสู้รบจากเมียนมา-ไม่ใช่ผู้ลี้ภัย? ค้นหาค้นหาเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก <https://tdri.or.th/2022/02/refugee-asylum-seeker>
- สภากาชาดไทย. (ม.ป.ป.). โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections: STI). ค้นหาค้นหาเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000150/sti/060661/3.%20STI%206%20Jun%202018%20FINAL%20MARKED.pdf>
- สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ. (2561). คำแถลงการณ์จาก IMAP เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ด้านมนุษยธรรม. ค้นหาค้นหาเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก https://ppat.or.th/wp-content/uploads/2023/12/IMAP-Statement-กัญยาน-2561_.pdf

- สุดารัตน์ โตลานวัตร และคณะ. (2022). พฤติกรรมการชดเชยคาร์บอนของผู้โดยสารชาวไทยเป็นผลมาจากความรู้โดยมีทัศนคติเป็นตัวแปรส่งผ่าน. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร, 19(1), 1-20.
- Araujo et al. (2019). Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saude Publica*, 53, 1-15. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001081
- Askew, I. et al. (2016). Sexual and reproductive health and rights in emergencies. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 311. doi: 10.2471/BLT.16.173567
- Asnong et al. (2018). Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. *Reproductive health*, 15, 1-13. doi: 10.1186/s12978-018-0522-7
- Blanchet et al. (2017). Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Policy Management*, 6(8), 431-435.
- Bogic et al. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 1-41. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9
- Casey, M., Smith, J., & Johnson, R. (2015). Control and prevention of sexually transmitted infections: Providing testing and treatment for STIs such as HIV and gonorrhea. *Journal of Infectious Diseases*, 45(3), 123-130.
- Chynoweth. (2015). From Policy to Practice: Sexual & Reproductive Health in Humanitarian Crises ค้นหามี 10 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2015/05/Sarah-K.-Chynoweth-Wilson-Center.pdf>
- Cooper, R. (2018). Maternal, newborn, and child health in emergency settings. ค้นหามี 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://reliefweb.int/report/world/maternal-newborn-and-child-health-emergency-settings>
- Hobstetter et al. (2015). "In rape cases we can use this pill": A multimethods assessment of emergency contraception knowledge, access, and needs on the Thailand-Burma border. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130, 37-41. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.008

- Hsiu-Yueh Liu et al. (2017). Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities. *Journal of Dental Sciences*, 12(4), 388-395. doi: 10.1016/j.jds.2017.05.003
- IASC. (2010). Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. ค้นหาค้นหาเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-03/IASC%20Framework%20on%20Durable%20Solutions%20for%20Internally%20Displaced%20Persons%2C%20April%202010.pdf>
- IASC. (2015). Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. ค้นหาค้นหาเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-03/IASC%20Guidelines%20for%20Integrating%20Gender-Based%20Violence%20Interventions%20in%20Humanitarian%20Action%2C%202015.pdf>
- IAWG. (2018). Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. ค้นหาค้นหาเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-English.pdf>
- Ichayaporn Chuaychoo. (2021). A study of cabin safety awareness among Thai passengers using knowledge, attitudes, and behaviors (KAB) approach. *Humanities, Arts and Social Sciences Studies Journal*, 21(1), 78-87.
- ICM. (2023). Health of Women and Children in Disasters. ค้นหาค้นหาเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://internationalmidwives.org/resources/health-of-women-and-children-in-disasters>
- IFRC. (2023). Annual report 2023. ค้นหาค้นหาเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.ifrc.org/document/annual-report-2023>
- IOM. (2019). IOM Global report 2019 Operation and emergency. ค้นหาค้นหาเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/documents/IOM-Global-Report-2019-Operations-and-Emergencies.pdf>
- IPPF. (2020). IMAP Statement on Sexual and Gender-based Violence. ค้นหาค้นหาเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-08/IMAP%20statement%20on%20Sexual%20%26%20Gender-based%20Violence_0.pdf

- IPPF. (2022). Sexual and Gender-based Violence (SGBV) Communications Guidance for IPPF Member Associations. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.ippf.org/resource/sexual-and-gender-based-violence-communications-guidance>
- Ivanova et al. (2018). A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1-12. doi: 10.3390/ijerph15081583
- Koenig. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349-355. doi: 10.1097/NMD.0b013e31816ff796
- Launiala. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, 11(1), 1-13. doi: 10.22582/am.v11i1.31
- Le Monde selon les femmes. (2019). Sexual and Gender-Based Violence in a Migration Context. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://eea.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/1.PROTECT-Sexual-Violence-Training-Handbook.pdf>
- Lee et al. (2017). Sexual and reproductive health needs and risks of very young adolescent refugees and migrants from Myanmar living in Thailand. *Conflict and Health*, 11, 43-65. doi: 10.1186/s13031-017-0130-0
- Link et al. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Magezi & Mairah. (2022). Sexual and Reproductive Health and Rights in Emergency Communities: A survey on the Kyaka II Refugee Settlement, South Western Uganda. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 7(7), 959-964.
- Maquestiau, P. & Duysens, C. (2016). Perspectives de genre dans la lutte contre les violence sexuelles, Coll. Focus genre, Le Monde selon les femmes, Bruxelles.
- Marlow et al. (2022). The Sexual and Reproductive Health Context of an Internally Displaced Persons’ Camp in Northeastern Nigeria: Narratives of Girls and Young Women. *Frontiers in Reproductive Health*, 3, 1-7. doi: 10.3389/frph.2021.779059

- Nyblade et al. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works?. *Journal of the International AIDS Society*, 12, 1-7. doi: 10.1186/1758-2652-12-15
- Onarheim et al. (2018). Towards universal health coverage: including undocumented migrants. *BMJ global health*, 3(5), 1-6. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001031
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., & Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 523-528. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.012
- Perera et al. (2022). Access to community-based reproductive health services and incidence of low birthweight delivery among refugee and displaced mothers: a retrospective study in the Thailand-Myanmar border region. *BMJ Open*, 12(1), 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052571
- Puchalski. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142
- Salisbury et al. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand-Myanmar border—a mixed methods study. *Reproductive health*, 13, 1-13. doi: 10.1186/s12978-016-0212-2
- Saraswat, N. et al. (2022). Knowledge, Attitudes and Practices of Indian Immigrants in Australia towards Oral Cancer and Their Perceived Role of General Practitioners: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 1-16. doi: 10.3390/ijerph19148596
- Simon-Butler, A. & McSherry, B. (2019). Defining Sexual and Gender-Based Violence in the Refugee Context. IRiS Working Paper Series, No. 2/2018, Birmingham: Institute for Research into Superdiversity.
- Singh, I. N. & Malaviya, A. N. (1994). Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas. *International Journal of STD and AIDS*, 5(2), 137-138. doi: 10.1177/095646249400500212
- Sphere Association. (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition, Geneva, Switzerland.

- UNAIDS. (2015). HIV in Emergency Contexts. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150729_UNAIDS_PCB36_ppt_15-13_HIV_emergency_contexts.pdf
- UNAIDS. (2020). Seizing the moment Tackling entrenched inequalities to end epidemics. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- UNFPA. (2015). Annual report 2015. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://www.unfpa.org/modules/custom/unfpa_global_annual_reports/docs/UNFPA_2015_Annual_Report.pdf
- UNFPA. (2017). Unified Budget Results and Accountability Framework (UBRAF) 2016-2021. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://open.unaids.org/sites/default/files/documents/UNFPA_organizationalreport_final_tmp_f_0.pdf
- UNHCR and UNFPA. (2020). Operational Guidance Responding to the health and protection needs of people selling or exchanging sex in humanitarian settings. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Op_Guidance_-_Sex_work_in_humanitarian_settings.pdf
- UNHCR. (2003). Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/3f696bcc4.pdf>
- UNHCR. (2011). Action against Sexual and Gender-Based Violence: An Updated Strategy. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/4e1d5aba9.pdf>
- UNHCR. (2012). Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://iris.who.int/handle/10665/76796>
- UNHCR. (2012). UNHCR guidelines on HIV and refugees. ค้นหามื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/4885959c2.pdf>
- UNHCR. (2021). Thailand Border Operation: RTG/MOI-UNHCR Verified Refugee Population (30 April 2021). ค้นหามื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก <https://reliefweb.int/report/thailand/thailand-border-operation-rtgmoi-unhcr-verified-refugee-population-30-april-2021>

- UNHCR. (2023). UNHCR Thailand Operational Fact Sheet (30 SEPTEMBER 2023). ค้นหามีเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก https://www.unhcr.org/th/wp-content/uploads/sites/91/2023/10/UNHCR-Thailand_Operational-Factsheet-July-September-2023.pdf
- WFP. (2014). The world food programme in 2014 facts and figures. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp274971.pdf?_ga=2.212921235.608452084.1726198347-2135091825.1726198347
- WHO. (2006). Reproductive Health Indicators. ค้นหามีเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43185/924156315X_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2010). Developing sexual health programmes. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-10.22>
- WHO. (2015). mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>
- WHO. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://iris.who.int/handle/10665/206498>
- WHO. (2017). Service provision: Establishing temporary health centers to provide care during pregnancy, safe delivery, and postnatal care. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.who.int>
- WHO. (2017). A Strategic Framework for Emergency Preparedness. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254883/9789241511827-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2018). Sexual and reproductive health during emergencies. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.who.int>
- WHO. (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery, and monitoring: recommendations for a public health approach. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- WHO. (2024). Child Health and Development: Children in humanitarian settings. ค้นหามีเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/children-in-humanitarian-settings>



เลขที่ 8 ซอยวิภาวดีรังสิต 44 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงลาดยาว

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร +2320 941 2 66 โทรสาร +5130 561 2 66

Email: info@ppat.or.th Website: www.ppat.or.th

Facebook: PPATBANGKOK Youtube: PPAT Channel