

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาภาวะสุขภาพทางเพศ การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก โรคเอดส์เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในลำดับที่ 6 (WHO, 2557) มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์กว่า 1.6 ล้านคน รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 35.3 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ 32.1 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปีจำนวน 3.3 ล้านคน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในทวีปแอฟริกาแถบตอนใต้ของทะเลทรายซาฮาราประมาณ 25.0 ล้านคน รองลงมาอยู่ในทวีปเอเชียแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 3.9 ล้านคน (WHO, 2556) โดยประเทศไทย เมียนมาร์ และเวียดนาม มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี สูงกว่าประเทศอื่นในอาเซียน คืออยู่ระหว่าง 0.2 - 0.3 (สุชาติ ทวีสิทธิ์ และคณะ, 2556)

สำหรับประเทศไทยการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวียังคงมีมาอย่างต่อเนื่อง และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับรวมทั้งมีแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติเพื่อเป้าหมายสู่ความเป็นศูนย์ 3 ศูนย์ คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์และไม่มีการติดเชื้อกลับปีละประมาณร้อยละ 1 ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,928.25 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 เป็น 9,921.65 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2554 โดยรายจ่ายเอดส์ปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติหรือร้อยละ 2.43 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดโดยรายจ่ายส่วนใหญ่ถูกใช้กับกิจกรรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นหลัก (ชาสิดา วิริยาทร และคณะ, 2556) จากการสำรวจของสำนักระบาดวิทยาได้รายงานว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 376,274 คน เป็นเพศชาย 255,923 คน และเพศหญิง 120,351 คน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2555) มีการคาดประมาณ โดยใช้ The Asian Epidemic Model (AEM) ว่าปี พ.ศ. 2555 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์

สะสมประมาณ 695,905 คน ซึ่งคาดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 9,473 คน โดยเฉลี่ยวันละ 26 คน (จิระวัฒน์ อุปริรัตน์และคณะ, 2555)

ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขของไทยจะมีระบบการเฝ้าระวังและติดตามการรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในไทยมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประชากรบางกลุ่มกลับเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มสูงขึ้น ในทุกกลุ่มอายุของทุกจังหวัด (จิระวัฒน์ อุปริรัตน์ และคณะ, 2555) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุ 15-24 ปี มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 6.13 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 11.0 ในปี พ.ศ. 2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) และกลุ่มเยาวชนที่มีอายุ 15 - 24 ปี มีจำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้นจากจำนวน 692 คนในปี พ.ศ. 2551 เป็นจำนวน 902 คนในปี พ.ศ. 2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) นอกจากนี้ยังพบปัญหาในกลุ่มเยาวชนหญิงมีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (จิระวัฒน์ อุปริรัตน์ และคณะ, 2555) จากการติดตามการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ปี พ.ศ. 2554 พบว่ากลุ่มเยาวชนมีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้น จากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งสำรวจโดยสำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขพบว่านักเรียนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องอีกทั้งการใช้ถุงยางอนามัยในรอบปีที่ผ่านมากับคู่นอนประเภทต่างๆ อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนหญิงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่อริจะใช้ถุงยางอนามัยต่ำกว่าคู่นอนประเภทอื่นๆ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2554)

ท่ามกลางปัญหาเรื่องพฤติกรรมทางเพศและปัญหาโรคเอดส์ของเยาวชนที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์การพัฒนาเอกชนนำโดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้พยายามผลักดันการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูล การสร้างความรู้ความเข้าใจโรคเอดส์และความตระหนัก โดยการจัดทำคู่มือการเข้าถึงบริการของรัฐ การหนุนเสริมขององค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดและอุปสรรคบางประการที่ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ ได้แก่ การขาดการประสานงานที่ชัดเจนในพื้นที่ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ทั่วถึง โครงการส่วนใหญ่เน้นไปในกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษาเป็นหลัก ในขณะที่เยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษาซึ่งหมายถึงเยาวชนที่ไม่ได้รับการศึกษาโดยตรง บางคนทำงาน บางคนเรียนหนังสือนอกเวลา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร (น้ำผึ้ง ทัศนัยพิทักษ์กุล, 2557) เนื่องจากการเข้าถึง

ยาก การอยู่อย่างกระจัดกระจายตามที่ทำงานต่างๆ ได้แก่ แคมป์คนงานก่อสร้างตามสถานที่ก่อสร้าง โรงงาน สถานประกอบการ ร้านค้าต่างๆ รวมทั้งในแหล่งชุมชนแออัดซึ่ง ในกลุ่มแรงงานข้ามชาตินี้มีการอพยพจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยตลอดและต่อเนื่องตามการขยายตัวของเศรษฐกิจที่ทำให้มีความต้องการด้านแรงงานเพิ่มมากขึ้น แรงงานอพยพข้ามชาติจึงเป็นส่วนสำคัญที่เข้ามาช่วยเติมเต็มและขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยมากระยะหนึ่ง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) อีกทั้งในปี พ.ศ. 2558 ประเทศในภูมิภาคอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ กำลังยกระดับความร่วมมือระหว่างประเทศโดยก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน บนฐานความร่วมมือ 3 เสาหลัก คือ ด้านการเมือง ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่งจะส่งผลให้มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในหลายด้าน ซึ่งสิ่งหนึ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือการหลั่งไหลเข้ามาของประชากรแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่อพยพเข้าสู่ประเทศไทยตามแนวชายแดนเพื่อหลีกเลี่ยงจากความยากจน และปัญหาทางการเมือง ซึ่งการเข้ามาอยู่ของแรงงานข้ามชาติที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นย่อมส่งผลต่อการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุข งบประมาณที่รัฐบาลต้องแบกรับในการดูแลรับผิดชอบแรงงานต่างด้าวและระบบสุขภาพชุมชนที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555)

จากรายงานสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน เดือนสิงหาคม 2557 พบว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักรมีจำนวนทั้งสิ้น 1,541,343 คน(สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2557) โดยแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มาจากประเทศพม่า กัมพูชาและลาว ซึ่งอยู่ในวัยแรงงานมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยทำงานรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ งานภาคเกษตร การก่อสร้าง การผลิต ในโรงงานอุตสาหกรรม สถานประกอบการ การให้บริการ การขนส่ง การทำงานในครัวเรือนและบริการชุมชน แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ประสบปัญหาด้านการสื่อสารและไม่มีความรู้ถึงวิธีในการป้องกันและดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ที่พักอาศัยที่ไม่ถูกสุขอนามัย การกินที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบางส่วนจะซื้อยาจากร้านขายยา บางส่วนใช้บริการคลินิก สถานบริการของรัฐหรือคลินิกเฉพาะสำหรับแรงงานข้ามชาติซึ่งแสดงให้เห็นว่าขาดการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ไม่มีโอกาสเข้าถึงการบริการให้คำปรึกษาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ อีกทั้งการจากครอบครัวมาเป็นเวลานานโดยไม่มีการวางแผนครอบครัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว มีส่วนทำให้แรงงานมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิสรวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่โรคอื่นๆ เช่น วัณโรคมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในชุมชนแรงงานข้ามชาติที่มีความแออัดและสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ(ชนพรรณ จรรยาศิริ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, 2551)

ปัญหาโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีอายุ 15 - 24 ปี ประมาณได้ว่าร้อยละ 0.8 ติดเชื้อเอชไอวี และมีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2555) โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพประมงมีอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555) แรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ถึงแม้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้จะรู้จักและเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์มาอยู่ก่อนแล้วแต่ยังมีความสับสน ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์รวมไปถึงการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี (อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, 2553) นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญคือ การใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำ (Mullany L.C., 2546) มีแรงงานข้ามชาติบางรายเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการแล้วไม่ใส่ถุงยางอนามัย และมีพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Htun Nan ShweNwe, 2551) อีกทั้งมีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่อีกลดลงแต่การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทอื่นๆเพิ่มสูงขึ้น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อีกเพศสัมพันธ์ประเภทต่างๆมีแนวโน้มลดลงมาก และพบว่ากลุ่มแรงงานที่มีอายุ 15 - 25 ปี มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันมากกว่าในกลุ่มแรงงานที่มีอายุ 26 - 35 ปี (Htoo K Maler, 2552) และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มลดลงด้วยเช่นกัน(อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, 2553)

หน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมคือกระทรวงสาธารณสุข โดยมีมาตรการและแนวทางในการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวโดยมีภารกิจในการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพ ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญ 4 ด้านคือการตรวจสุขภาพ การบริการด้านการรักษาพยาบาล การบริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคและการเฝ้าระวังโรคซึ่งกิจกรรมเหล่านี้รวมไปถึงการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยง การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การวางแผนครอบครัว การควบคุมป้องกันโรคและการให้คำปรึกษาสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และได้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับประชากรกลุ่มนี้คือการพัฒนาพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสด.) และอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว (อสต.) เพื่อให้การบริการด้านสุขภาพต่อแรงงานข้ามชาติดียิ่งขึ้นทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณที่จะได้เผยแพร่ความรู้และเฝ้าระวังในเรื่องโรคติดต่อในชุมชนของแรงงานต่างด้าว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2556) นอกจากนี้โครงการฟามิตร (PHAMIT-2) ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลกฯได้ดำเนินงานด้านการป้องกันสำหรับประชากรแรงงานข้ามชาติในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2554 ได้แก่ การแจกถุงยางอนามัยมากกว่า 2.5 ล้านชิ้นต่อปี การกระจายสื่อหลายรูปแบบแก่แรงงานข้ามชาติมากกว่า 250,000 คน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพื่อให้เข้าถึงการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแรงงาน

ข้ามชาติมากกว่า 400 คน เข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจและมีแรงงานข้ามชาติ 2,500 คน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555) แม้ว่าความพยายามในการดำเนินงานหลายเรื่องจะเป็นไปได้ด้วยดีแต่ก็ยังมีประเด็นปัญหาที่ยังเป็นความท้าทายและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขสำหรับประชากรในกลุ่มนี้หลายประการ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของนโยบายจากภาครัฐที่มีการปรับเปลี่ยนนโยบายบ่อยครั้ง โดยเฉพาะผู้ที่ลักลอบเข้าประเทศและกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทยทำให้ภาครัฐออกกฎระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการเข้าประเทศการอยู่อาศัยและการเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ของประชากรกลุ่มนี้ซึ่งกฎระเบียบปฏิบัติดังกล่าวมีผลกระทบเชิงลบอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพรวมถึงบริการป้องกันและการดูแลรักษา (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555) การบริหารจัดการด้านงบประมาณสำหรับกิจกรรมต่างๆ ในปี พ.ศ. 2554 ใช้จ่ายด้านเอดส์และกิจกรรมด้านเอดส์สำหรับกลุ่มผู้อพยพและประชากรที่ย้ายถิ่นฐานทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมายพบว่าโดยรวมเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 จาก ร้อยละ 2.2 เป็น ร้อยละ 2.4 แต่กิจกรรมด้านการป้องกันลดลงจาก ร้อยละ 3.0 เหลือ ร้อยละ 2.7 และกิจกรรมการดูแลรักษาตกลงจากร้อยละ 1.2 เหลือร้อยละ 1.0 ตามลำดับ (ชาลีดา วิริยาทร และคณะ, 2556) รวมไปถึงปัญหาการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติซึ่งมักไม่ทราบสิทธิต่างๆ ที่พึงมีพึงได้ของตนเอง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

จังหวัดเชียงใหม่ถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการการเจริญเติบโตและมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงต้องการแรงงานจำนวนมาก โดยเฉพาะเยาวชนข้ามชาติที่มีแนวโน้มเข้ามาหางานทำในเมืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว รายงานเมื่อเดือนมกราคม 2556 ว่ามีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ 77,616 คนเป็นชาวพม่า 633,707 คนที่เหลือเป็นชาวลาวและกัมพูชา (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2556) และในกลุ่มนี้มีเยาวชนแรงงานรวมอยู่ด้วย การศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม (2552) พบว่า สตรีไทใหญ่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยร้อยละ 69.5 การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ร้อยละ 13.0 การไม่ใช้วิธีป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 73.1 การขาดการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์และการต่อรองทางเพศ ร้อยละ 13.0 สตรีไทใหญ่ประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีอยู่ในสถานบริการที่ตนเลือกใช้ที่รวมถึงการบริการเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาปัญหาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ สตรีไทใหญ่เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยผู้ที่ละเมิดทางเพศคือนายจ้างและเพื่อนประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของสตรีที่มีสามีหรือคู่รักแล้วมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามีหรือคู่รักร้อยละ 16.0 เคยถูกคู่รักหรือคู่ครองทำร้ายร่างกายโดยร้อยละ 13.0 ของผู้ที่ถูกทำร้าย

ร่างกายนั้นเคยบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นต้องไปปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้สามารถนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้ในที่สุด ดังเช่นผลการสำรวจของงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่รายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ล่าสุดเมื่อ 30 กันยายน 2556 ที่เป็นชาวพม่า/ไทใหญ่ที่เป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 490 คน (สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2556)

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าเยาวชนข้ามชาติจัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางหรือเป็นกลุ่มเสี่ยง อยู่ในฐานะผู้อาศัยหรือเป็นผู้อพยพที่เข้ามาทำงานทั้งแบบที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย เป็นกลุ่มที่ถูกหาผลประโยชน์ถูกเอารัดเอาเปรียบและใช้ความรุนแรง อีกทั้งประชากรกลุ่มนี้อายุยังน้อยจึงทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา มีความรู้ที่น้อย มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านข้อมูลข่าวสารได้ มีปัญหาด้านการสื่อสาร ขาดโอกาสในการเข้าถึงการรับบริการทางสุขภาพและสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งไปถึงการติดเชื้อเอชไอวีที่ทำให้เป็นโรคเอดส์ เพราะฉะนั้นเยาวชนข้ามชาติกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มที่ยังต้องการความรู้ การสนับสนุนส่งเสริมและต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการบริการทางสุขภาพ การดำเนินกิจกรรมต่างๆจากหน่วยงานของรัฐ แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังพบปัญหาด้านการจัดสรรทั้งกำลังคนและงบประมาณ และนโยบายที่ยังไม่มีความชัดเจนทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถบรรลุตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติและเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ได้ อีกทั้งข้อมูลจากการวิจัยที่มีการศึกษาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติมีความจำกัดทางข้อมูลเป็นอย่างมาก และยังไม่พบการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติ ซึ่งผลการศึกษาที่คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการเพื่อสื่อสารกับกลุ่มเยาวชนข้ามชาติให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติของจังหวัดเชียงใหม่และพื้นที่อื่นๆในประเด็นการเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งยังเป็นการเตรียมรับการเคลื่อนย้ายของแรงงานกลุ่ม

เยาวชนข้ามชาติในด้านการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เป็นไปอย่างมีระบบและได้มาตรฐานในประชาคมอาเซียนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

1.2.1 เพื่ออธิบายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1.3 คำถามการศึกษา

1.3.1 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร

1.3.2 ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนข้ามชาติ โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ เยาวชนข้ามชาติที่มีอายุตั้งแต่ 15 - 24 ปีที่เข้ามาทำงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 395 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2557

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 เยาวชนข้ามชาติ หมายถึงแรงงานที่อพยพมาจากประเทศอื่นๆ ที่ยังไม่ได้สัญชาติไทย มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี และทำงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1.5.2 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง พฤติกรรมของเยาวชนข้ามชาติที่มีโอกาสจะนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย การมีคู่นอนหลายคน และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

1.5.2.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี

1.5.2.2 การมีคู่นอนหลายคน หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นมากกว่า 1 คนขึ้นไป

1.5.2.3 พฤติกรรมการไม่ใช้ถุงยางอนามัย หมายถึง เยาวชนข้ามชาติไม่เคยมีประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

1.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง สิ่งที่มีผลชักนำให้เยาวชนข้ามชาติมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1.5.3.1 ปัจจัยภายใน หมายถึง สิ่งที่มีผลชักนำจากภายในตัวเยาวชนข้ามชาติที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องเอชไอวี/โรคเอดส์ ความคิดเห็นที่มีต่อถุงยางอนามัย

1.5.3.2 ปัจจัยภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกของเยาวชนข้ามชาติที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นให้เยาวชนข้ามชาติปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การถือใบอนุญาตการทำงานรวมถึงบัตรประจำตัวเพื่อการอยู่อาศัยในประเทศไทย สิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การได้รับความรู้และแหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รายได้ต่อเดือน สื่อลามกอนาจาร การใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลและกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อเยาวชนข้ามชาติ ได้แก่ ครอบครัว/บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่รู้จักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงบุคคลที่บังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ยินยอม

1.5.3.3 ปัจจัยด้านอื่นๆ หมายถึง สิ่งอื่นๆ ที่นอกเหนือจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นให้เยาวชนข้ามชาติปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและจังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved