



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
(Harm Reduction) ทางเลือกใหม่ของประเทศไทย

จัดทำโดย นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย
รหัส 2031

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 2 ปี 2553
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)
ทางเลือกใหม่ของประเทศไทย

จัดทำโดย นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย
รหัส 2031

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 2 ปี 2553
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทสรุป

ปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เป็นปัญหาดังคม ปัญหาอาชญากรรม และก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ผู้ที่ติดยาเสพติดมักจะมีประวัติการกลับไปใช้ซ้ำหลายครั้งกว่าที่จะเลิกยาได้ การเข้าใจว่า โรคติดยาเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ ต้องยอมรับความจริงว่า กระบวนการช่วยให้เลิกยาเสพติดไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาข้ามคืน แต่ต้องกินเวลานานเป็นเดือน หรือเป็นปี การลดอันตรายจึงเป็นมาตรการที่ช่วยลดผลเสียขณะยังเสพยาเสพติด โดยเฉพาะผลเสียที่อาจมีผลในระยะยาวกับผู้เสพ อาทิ การติดเชื้อเอดส์ หรือเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี เพราะสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ หลังจากที่เราลงทุนลงแรง จนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ เราคงไม่ต้องการได้คนที่มียาเรื้อรัง เอดส์ ตับแข็ง มะเร็งตับ หรือมีสุขภาพไม่ดี กลับคืนสู่สังคม มาตรการลดอันตรายจึงเป็นมาตรการที่ช่วยป้องกันผลเสียเหล่านี้

เนื่องจากแนวความคิดเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ได้รับการยอมรับมากขึ้นในต่างประเทศ และถูกผลักดันเพิ่มมากขึ้นในองค์กรระหว่างประเทศ แต่ที่ผ่านมาประเทศไทยเน้นนโยบายสงครามยาเสพติด ที่จะเอาชนะโดยเด็ดขาดแต่ก็ยังไม่มีความยั่งยืน

การศึกษาลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนี้ เพื่อให้ทราบว่า ปัจจุบันองค์กรระหว่างประเทศ (UNODC, WHO, UNAIDS) มีการดำเนินการอย่างไร และสำหรับประเทศไทยควรมีหลักการ การปฏิบัติ เป็นอย่างไร ที่จะเป็นประโยชน์สูงสุด โดยศึกษาจากเอกสาร รายงาน ข้อมูล รวมทั้งเอกสารวิชาการ และข้อปฏิบัติของหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวความคิดที่จะใช้ในการศึกษา ได้ใช้การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ประเมินสภาพแวดล้อม ทั้ง จุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) อุปสรรค (Threats) (SWOT Analysis) เพื่อพิจารณาสภาพการณ์ มาตรการ ความเหมาะสมของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศไทย

ผลการศึกษาและวิเคราะห์พบว่า **ต้องเพิ่มจุดแข็ง (Strengths)** ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่คำนึงถึงการดูแลมนุษย์ที่เป็นปัจเจกบุคคล และยึดธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นฐานในการยืดหยุ่นการดูแลอย่างรอบด้าน มีมาตรการที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้ยากับผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ที่ดีนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการจูงใจให้ผู้ใช้น้ำยาสามารถลด ละและเลิกใช้น้ำยาในที่สุด เป็นความสอดคล้องกับเป้าหมายในอุดมคติของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้การสนับสนุนและเพิ่มการบริการให้ครอบคลุมมากที่สุด และสร้างความร่วมมือ

ระหว่างหน่วยงานอย่างมีส่วนร่วม

การลดจุดอ่อน (Weaknesses) โดยเพิ่มเป้าประสงค์นอกจากเป้าประสงค์มุ่งลดการติดเชื้อ เอชไอวีเฉพาะผู้สูงอายุเสพติดด้วยวิธีนี้ ต้องเพิ่มเป้าประสงค์ที่ครอบคลุมการดูแลรักษาการติด ยาเสพติด ที่ถือเป็นโรคสมองติดยาด้วย เน้นการพัฒนาศักยภาพ หน่วยงาน ให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยเฉพาะในที่ชุมชน เรือนจำ รวมทั้งพัฒนารูปแบบ และแนวทางปฏิบัติของการบริการที่มี มาตรฐานเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสร้างความยั่งยืน

การเพิ่มโอกาส (Opportunities) ซึ่งทั้งในประเทศและต่างประเทศ ให้ความสำคัญกับการ ป้องกันและดูแลที่รอบด้านเชิงรุกขยายทั้งนโยบายและกระบวนการดูแลช่วยเหลือ มีเทคโนโลยีและ นวัตกรรมที่หลากหลายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

การลดอุปสรรค (Threats) ของกลไกขับเคลื่อนนโยบาย โดยมีการจัดสรรงบประมาณและ บูรณาการเข้าสู่ระบบปกติ ต้องระวังผลเสียทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเสพติดและสังคมโดยรวม โดยสร้าง มาตรฐานและการจัดการที่ดี สร้างความเข้าใจ ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ยอมรับและสร้างผลดำเนินการที่มีผลสำเร็จในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศไทย ควรเลือกกลยุทธ์เชิงรุก เพราะปัจจัยภายในเองมีจุดแข็ง (Strengths) ที่ดี และปัจจัยภายนอกมีโอกาส (Opportunities) อย่าง มาก ที่จะดำเนินการให้เกิดความสำเร็จในบริบทสังคมไทย โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

1) เป้าประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด นอกจากลดอันตรายจาก การติดเชื้อเอดส์ หรือไวรัสตับอักเสบบี ซี แล้ว ต้องรวมการดูแลบำบัดผู้สูงอายุเสพติดโดยองค์รวม ของปัญหาสุขภาพ ให้เกิดความต่อเนื่อง และมีมาตรฐาน

2) พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ความยอมรับ การลดอันตรายจากการใช้ ยาเสพติดของบุคลากรทุกภาคส่วน ภาคการเมือง ภาคราชการ ทั้งส่วนสาธารณสุขที่ให้การดูแล บำบัดรักษา รวมทั้งส่วนการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กับทั้งภาคประชาสังคม สื่อมวลชน จนถึงผู้สูงอายุเสพติด และครอบครัวด้วย โดยต้องเป็นความรู้ที่ทันสมัย มีหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้

3) พัฒนาหน่วยงานที่รับผิดชอบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ให้มี โครงสร้างที่ชัดเจนในกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานการลดอันตรายจากการใช้ ยาเสพติด เข้าสู่ระบบการทำงาน ทั้งการจัดสรรงบประมาณ และบูรณาการงานร่วมกันเป็นแผนงาน โครงการ ระดับชาติ

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารการศึกษา เรื่อง การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ทางเลือกใหม่แห่งประเทศไทย เป็นการศึกษในช่วงที่ประเทศไทยต้องตัดสินใจเลือกการดำเนินงานในทางเลือกใหม่ๆ ของการแก้ไขปัญหายาเสพติด และมีพื้นฐานแนวความคิดที่แตกต่างจากแนวความคิดที่ปฏิบัติอยู่ การศึกษาเรื่องนี้ จึงคาดหวังจะเป็นส่วนที่ประกอบการพิจารณาตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม กับบริบทสังคมไทย

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.อนุสรณ์ ลีมนณี ดร.สมเกียรติ อริยะปริญ และ รองศาสตราจารย์ ดร.พลภัทร นุราคม เป็นอย่างสูง ที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้การศึกษานี้มีคุณค่าและสำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณคุณฉวีวรรณ ปัญญาบุษย์ และเจ้าหน้าที่สถาบันธัญญารักษ์ที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยเตรียมและเสนอเอกสารประกอบการศึกษานี้ รวมทั้งขอขอบคุณสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ ที่สนับสนุนให้การศึกษานี้สำเร็จได้ตามที่มุ่งหวัง

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		ง
กิตติกรรมประกาศ		ฉ
สารบัญ		ช
สารบัญตาราง		ซ
สารบัญแผนภูมิ		ฅ
บทที่ 1	บทนำ	1
	1.1 ภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์	4
	1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	4
	1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา	4
	1.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ นิยามศัพท์	4
บทที่ 2	แนวคิดทฤษฎีและผลงานการวิจัย การศึกษาที่เกี่ยวข้อง	7
	กรอบแนวคิดที่จะใช้ในการศึกษา	
	2.1 กรอบแนวความคิดที่จะใช้ในการศึกษา	7
	2.2 แนวความคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	7
	2.3 วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	8
	2.4 มุมมองการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	8
	2.5 มาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	12
บทที่ 3	ผลการศึกษา	17
	3.1 สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด และปัญหาทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง	17
	3.2 สภาพการผลักดันนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	25
	ขององค์กรระหว่างประเทศ (Key International Commitments to Harm Reduction)	
	3.3 ผลการวิเคราะห์หากนำมาตรการทั้ง 9 ด้าน มาดำเนินการในประเทศไทย	28
บทที่ 4	ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	48	
ประวัติผู้เขียน	52	

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา จำแนกตามช่วงอายุ	18
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามประเภทยา และสารเสพติด	20
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามระบบบำบัดรักษา	21
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนของผู้ได้รับการจำหน่ายทั้งหมดเทียบกับผู้ได้รับการจำหน่าย แบบครบเกณฑ์ที่กำหนด	23

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามเพศ	17
แผนภูมิที่ 2	แสดงร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามช่วงอายุ	19
แผนภูมิที่ 3	แสดงร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามประเภทสารเสพติด	20
แผนภูมิที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามระบบการบำบัดรักษา	21
แผนภูมิที่ 5	แสดงร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามรูปแบบวิธีการบำบัดรักษา	22

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง ความเป็นมา ความสำคัญ

เนื่องจากแนวความคิดเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ได้รับการยอมรับมากขึ้นในต่างประเทศ และถูกผลักดันเพิ่มมากขึ้นในองค์กรระหว่างประเทศ แต่ที่ผ่านมาประเทศไทยเน้นนโยบายสงครามยาเสพติด ที่จะเอาชนะโดยเด็ดขาดแต่ก็ยังไม่มีความยั่งยืน จึงยังมีความจำเป็นต้องศึกษาทั้งแนวความคิด หลักการว่า นโยบายเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะเหมาะสมหรือเป็นประโยชน์กับประเทศไทยมากน้อยเพียงใด

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด และปัญหาของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางกระแสเลือด ไม่ว่าจะเป็นการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี หรือการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ซี ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่รับผิดชอบเร่งหามาตรการในการลดการแพร่ระบาดของเชื่อดังกล่าว ความพยายามนี้เป็นที่มาของการใช้มาตรการลดอันตราย สำหรับผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดชนิดฉีด อาทิ มาตรการการแลกเปลี่ยนเข็ม การให้ยาเมทาโดนระยะยาว มาตรการดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แต่ได้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการสร้างมาตรการที่ครบถ้วนและได้ผล ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจนพัฒนาเป็นแนวทางนโยบายที่สำคัญขึ้น

ประเด็นสำคัญเบื้องต้นที่ต้องทำความเข้าใจ คือ ปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่เรื้อรัง โรคติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่ติดยาเสพติดมักจะมีประวัติการกลับไปใช้ยาซ้ำหลายครั้งกว่าที่จะเลิกยาได้ การเข้าใจว่า โรคติดยาเป็นโรคเรื้อรังนี้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้เข้าใจได้ง่ายว่า ถึงแม้เป้าหมายของเราจะเป็นการช่วยให้ผู้ที่ติดยาเลิกใช้ยาได้เด็ดขาด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข เราก็ต้องยอมรับความจริงว่า กระบวนการช่วยให้เขาเหล่านั้นเลิกยาไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาข้ามคืน แต่ต้องกินเวลานานเป็นเดือน หรือเป็นปี มาตรการลดอันตรายจึงเป็นมาตรการที่ช่วยลดผลเสียจากการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะผลเสียที่อาจมีผลในระยะยาวกับผู้เสพยา อาทิ การติดเชื้อเอดส์ หรือเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ ภายหลังจากที่เราลงทุน

ลงแรง จนช่วยให้ผู้ป่วยคนหนึ่งสามารถหยุดยาได้ เราคงไม่อยากได้คนที่มีโรคเรื้อรัง เอ็ดส์ ตับแข็ง มะเร็งตับ หรือมีสุขภาพไม่ดี กลับคืนสู่สังคม มาตรการลดอันตรายจึงเป็นมาตรการที่ช่วยป้องกัน ผลเสียเหล่านี้ เพื่อช่วยให้เราได้คนที่มีคุณภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ กลับคืนสู่สังคม

นอกจากนั้น มาตรการลดอันตรายยังเป็นการที่ดีในการใช้สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เสพยา กับผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ที่ดีนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการจูงใจให้ผู้ป่วย และเลิกใช้ยา ในที่สุด

มาตรการลดอันตรายนั้น มิได้เป็นมาตรการที่ขัดแย้งกับมาตรการในการแก้ปัญหาเสพยาเสพติด อื่นๆ หากแต่เป็นมาตรการที่เป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหา ทั้งนี้มาตรการลดอันตรายจะได้ผลดี หรือไม่อย่างนั้น จำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงของมาตรการดังกล่าว กับมาตรการการแก้ปัญหาเสพยาเสพติดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับมาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วย

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มีแนวคิดเพื่อลดความเสี่ยง ลดความสูญเสีย ทั้งในส่วนบุคคล และชุมชน เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติด มีการวางแผนในการจัดกลยุทธ์เพื่อลดผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการใช้ยา และกลวิธีเพื่อการใช้ยาเสพติด อย่างปลอดภัย กระบวนการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นกลยุทธ์ที่ให้ผู้เสพยาเสพติดทราบ เงื่อนไขในการใช้ยาดด้วยตัวของเขาเอง ลดการตราบาปเกิดขึ้นในกลุ่มนี้ และทำให้ผู้เสพยาเสพติด ได้รับการยอมรับโดยสังคม ชุมชน และมีพฤติกรรมอื่นที่ถูกกฎหมาย กระบวนการลดอันตราย ต้องการดำเนินการและการวางแผนในเชิงนโยบาย เพื่อสะท้อนทั้งในเรื่องของรายบุคคล และความ ต้องการของชุมชน โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

1) การยอมรับสิ่งที่ดีขึ้น หรือแย่ลง ทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย และการเลือกที่จะทำงานให้เกิดลดความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด มากกว่าการประณามว่าชั่วร้าย ความผิด

2) การเข้าใจในความซับซ้อนของผู้ใช้ยาเสพติดว่า มีหลายองค์ประกอบที่แวดล้อมพวกเขาให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการทำในสิ่งผิดมากขึ้น ให้เขากลับมาคิดถึงความพอประมาณ (เพียงพอ) และยอมรับในแนวทางที่ถูกต้องในการใช้ยาให้กระจ่าง และปลอดภัยมากกว่าวิธีการอื่นที่เข้ามา

3) ให้มีการวางมาตรฐานของชีวิตของแต่ละคน ทั้งในส่วนตนเอง และชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่จำเป็นต้องใช้ยาเช่นเดียวกับการตั้งเกณฑ์ในการดำเนินงาน และนโยบายให้ประสบผลสำเร็จ

4) ขอความร่วมมือจากกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ตัดสินใจ ผู้พิพากษา หรือกลุ่มทางกฎหมาย โดยให้มาร่วมกันจัดบริการ และติดต่อกับกลุ่มผู้ใช้ยาในชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้ใช้ยา

5) แน่ใจว่า ผู้ที่เข้าร่วมวางแผนการจัดบริการ และนโยบาย มีผู้เสพยาด้วย ต้องให้กลุ่มผู้ใช้ยาได้มีส่วนร่วมในการลดการเสี่ยงต่ออันตราย ในการใช้ยาของพวกเขา และสร้างเสริมพลังในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามสภาพความเป็นจริง

6) ยอมรับความเป็นจริงว่า คนเหล่านี้ด้อยโอกาส การแบ่งชั้น การถูกแบ่งเรื่องความผิดตามกฎหมาย การถูกแยกจากสังคม และการได้รับความกระทบกระเทือนความชอกช้ำทางจิตใจ การถูกดูถูก ผลกระทบกระเทือนจากการไม่ได้รับการยอมรับทางสังคม

7) ความพยายามที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหาย และอันตรายที่สัมพันธ์กับการใช้ยาที่ถูกกฎหมาย และผิดกฎหมายจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข

8) ทางออกของการต่อสู้ระหว่างการผลิตทางกฎหมาย และมาตรการให้บุคลากรทางการแพทย์กำหนดให้บริการแก่ผู้เสพยาเสพติด หรือการรักษาผู้เสพยาเป็นเสมือนผู้ป่วย มิใช่อาชญากร ซึ่งทั้งครอบครัว และชุมชนไม่ต่อต้าน การวางแผนการรักษา รวมทั้ง การจัดลำดับการให้ยา และการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

9) การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญในแต่ละปี การจัดโครงการและการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการดูแลและช่วยในการป้องกัน และสามารถบอกถึงจำนวนผู้ที่ตายจากการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด รวมถึงคู่นอน และบุตรด้วย

นอกจากกระบวนการลดอันตรายจะช่วยในการลดอันตราย หรือความเสี่ยงแล้ว หลักของการลดอันตราย คือ การทำให้ผู้เสพยาเสพติดเกิดความตระหนักในปัญหา และทำให้ค้นหาการแก้ไข และทำให้ชีวิตให้มีคุณค่าได้

การจะนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาใช้กับสังคมไทยจึงมีหลายประเด็นที่ขัดกับความคิด ความเห็น ความรู้สึก และสิ่งที่สังคมไทยปฏิบัติต่อผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติด และยังมี

ประเด็นที่ห่วงถึงผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงต้องศึกษาวิเคราะห์หาความเหมาะสม แนวทาง และนโยบายที่จะดำเนินการที่เป็นประโยชน์กับประเทศมากที่สุด

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 ศึกษานโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มีหลักการ และการปฏิบัติในทางสากลอย่างไร ปัจจุบันองค์กรระหว่างประเทศ (UNODC, WHO, UNAIDS) มีการดำเนินการอย่างไรบ้าง

1.2.2 หลักการและการปฏิบัติ ของนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด สำหรับประเทศไทยเป็นอย่างไร และควรจะดำเนินการต่อไปอย่างไรให้เป็นที่ยอมรับ และเป็นประโยชน์สูงสุดของประเทศ

1.3 ขอบเขตของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา ระเบียบวิธีการศึกษา

ศึกษาจากเอกสาร และรายงาน ข้อมูล รวมทั้งเอกสารวิชาการ และข้อปฏิบัติของหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงคุณภาพให้เห็นข้อดี ข้อเสีย ข้อเหมาะสม ไม่เหมาะสม นำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายทางเลือก ที่จะประโยชน์กับประเทศไทย

1.4 ประโยชน์ของการศึกษา

การศึกษาประเด็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะเป็นประโยชน์ในการทำ ความเข้าใจ และมองถึงบริบทของสังคมไทย เพื่อจะได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ปฏิบัติได้จริง และเป็นประโยชน์แก่ประเทศไทย ทั้งในเวทีระหว่างประเทศ และการดำเนินการในประเทศ

1.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ นิยามศัพท์

1.5.1 ยาเสพติด (Drug Dependence) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของยาเสพติดว่า สิ่ง ที่เสพเข้าไปแล้ว จะเกิดความต้องการ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคภัยเจ็บป่วยต่อร่างกายและจิตใจขึ้น

1.5.2 การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มีคำจำกัดความที่ใช้ สำหรับ มาตรการลดอันตรายหลายแบบ

องค์การอนามัยโลกให้คำนิยาม "ลดอันตราย" ว่าเป็นแนวความคิดหรือการทำงานที่มี

วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบเชิงลบด้านสุขภาพอันเกิดจากพฤติกรรม ในบริบทของ ยาเสพติด การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ การแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มและอุปกรณ์ที่สกปรกใช้ร่วมกัน¹

UNAIDS กล่าวว่า ‘Harm Reduction’ คือ เป้าหมาย นโยบาย และ โครงการต่างๆ เพื่อการ แก้ไขปัญหาการแพร่เชื้อเอชไอวีเอดส์ ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด²

แต่ที่ได้รับความนิยมมากนั้นเป็นคำจำกัดความของ International Harm Reduction Association (IHRA) ซึ่งให้ไว้ว่า การลดอันตราย หมายถึง นโยบาย มาตรการ และโครงการที่มี เป้าหมายในการลดผลเสียทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ อันเป็นผลจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ต้องเป็นมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือผลการวิจัยรองรับว่า เป็นมาตรการที่มี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล คำนึงค่า ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม³

นอกจากนี้ Harm Reduction Coalition ยังได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า มาตรการลดอันตราย หมายความว่า ชุดของแนววิธีปฏิบัติ หรือนโยบายที่สามารถทำได้จริง มีความเหมาะสมกับ สถานการณ์ สามารถลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยต้องมีมาตรการที่ครอบคลุมตั้งแต่การช่วย ให้ใช้ยาเสพติดอย่างปลอดภัย การช่วยให้ควบคุมการใช้ยาเสพติดได้ จนกระทั่งช่วยให้เลิกยาเสพติด อย่างเด็ดขาด

คำจำกัดความด้านบนเป็นคำจำกัดความของการลดอันตรายในเรื่องยาเสพติด อย่างไรก็ตาม มาตรการลดอันตรายมิได้จำกัดอยู่แค่เพียงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเท่านั้น มาตรการลด อันตรายยังสามารถนำไปใช้ในเรื่องอื่นๆ ด้วย อาทิ การบังคับสวมหมวกกันน็อค การบังคับ รัดเข็มขัดนิรภัย มาตรการ “เมาไม่ขับ” การห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่

1.5.3 ระบบการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการ บำบัดรักษา ในสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งแผน ปัจจุบัน และแผนโบราณ

1.5.4 ระบบการบำบัดรักษาแบบบังคับรักษา หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งดำเนินการทั้งแบบไม่ควบคุมตัวใน โปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติเอง และแบบผู้ป่วยนอกของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งแบบ ควบคุมตัวแบบผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุข และในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่

¹ Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction: WHO 2005

² <http://hivthisweek.unaids.org/2007/05/07/harm-reduction-2/>

³ http://www.ihra.net/Assets/2316/1/IHRA_HRStatement.pdf

จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

1.5.5 ระบบการบำบัดรักษาแบบต้องโทษ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

1.5.6 *Strengths* คือ จุดแข็ง หมายถึง ความสามารถ และสภาพการณ์ภายในที่เป็นบวก ซึ่งเป็นประโยชน์ในการบรรลุปารวมของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.5.7 *Weaknesses* คือ จุดอ่อน หมายถึง สภาพการณ์ภายในที่เป็นลบและด้อย หรือทำได้ไม่ดี ซึ่งส่งผลต่อการบรรลุปารวมของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.5.8 *Opportunities* คือ โอกาส หมายถึง ปัจจัย และสภาพการณ์ภายนอกที่เอื้ออำนวยให้บรรลุปารวมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.5.9 *Threats* คือ อุปสรรค หมายถึง ปัจจัยและสภาพการณ์ภายนอกที่ขัดขวางการบรรลุปารวมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานการวิจัย การศึกษาที่เกี่ยวข้อง กรอบความคิดที่จะใช้ในการศึกษา

การติดเชื้อเอดส์ในปัจจุบัน มีแนวความคิดที่ถือว่า เป็นการเจ็บป่วย เป็นโรคติดเชื้อ ที่สังคมควรให้การช่วยเหลือ พร้อมกับแนวคิดว่าการติดเชื้อเอดส์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในสังคมที่ซับซ้อน และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2.1 กรอบแนวความคิดที่จะใช้ในการศึกษา

จะใช้การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ประเมินสภาพแวดล้อม ทั้ง จุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) สิ่งคุกคาม (Threats) (SWOT Analysis) เพื่อพิจารณาสถานการณ์ ผลกระทบกับมาตรการหรือนโยบายอื่น โอกาสและอุปสรรค ความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

2.2 แนวความคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ในแง่ของการสาธารณสุข เคยมีการอธิบายถึงการลดอันตรายว่า เป็นแนวคิดที่มุ่งป้องกันหรือลดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ อันเกิดมาจากพฤติกรรมบางส่วน แต่ในส่วนที่เกี่ยวกับเอชไอวีและการใช้ยาเสพติด การลดอันตรายมุ่งป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อชนิดอื่นที่เกิดขึ้นจากการใช้เข็ม และอุปกรณ์ที่ไม่สะอาดร่วมกัน ในการฉีดและการเตรียมยา^{4,5} การลดอันตรายดำเนินการด้วยท่าทีที่เป็นกลางต่อการใช้ยา คือ ไม่ได้ให้อภัยเรื่องการใช้ยา ขณะเดียวกันก็ไม่รังเกียจการใช้ยาด้วย แต่เน้นที่อันตรายที่เกิดขึ้นจริง และถือสมมติฐานว่า แม้จะมีการปราบปรามจากทางภาครัฐก็ตาม ผู้ใช้ยาบางคนจะยังใช้ยาเสพติดต่อไป ดังนั้น พวกเขาสมควรมีโอกาสที่จะกระทำเช่นนั้นได้ ในลักษณะที่มีความเสี่ยงน้อยลง หรือทำให้เกิดอันตรายน้อยที่สุด ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

⁴ การใช้ยาเสพติดและเอชไอวี. การณรงค์เรื่องเอดส์ทั่วโลก, UNAIDS, 2544.

⁵ การลดอันตรายประกอบด้วยบริการต่างๆ หลายอย่าง สำหรับผู้ใช้ยา เช่น การแลกเปลี่ยนอุปกรณ์ฉีดยา ห้องฉีดยา การให้สารทดแทน สุขศึกษา บริการส่งต่อเพื่อการรักษา และสนับสนุน

2.3 วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ

2.3.1 ให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าถึงบริการแบบรอบด้าน ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะหากเป็นโครงการที่บำบัดโดยการให้ยาทดแทนระยะยาว เช่น เมทาโดน จะได้ผลดี

2.3.2 ลดจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด หากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดได้ ให้เปลี่ยนจากการฉีด เป็นการใช้ที่ไม่ต้องฉีด

2.3.3 หากยังเลิกไม่ได้ยังฉีดยาต่อไป ให้ใช้อุปกรณ์การฉีดยาที่สะอาดทุกครั้ง และไม่ใช้อุปกรณ์หรือน้ำผสมร่วมกับคนอื่น

2.3.4 ลดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ให้ใช้ถุงยางอนามัยเสมอ

2.3.5 ลดอันตรายการเกิดอาชญากรรมจากผู้ใช้ยาเสพติด

2.4 มุมมองการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

มุมมองด้านสังคม :

- การที่สังคมตีตราผู้ใช้ยาเสพติด ถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญ ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
 - การลดอันตรายไม่มีการแบ่งแยก และยิ่งกว่านั้น การลดอันตรายยังเน้นความสำคัญต่อการให้บริการทางสุขภาพ ต่อกลุ่มประชากรชายขอบ (marginalized)
 - การให้บริการทางสุขภาพที่มีอยู่ มิได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้ยาเสพติด
- หลักการของการลดอันตราย การบริการจะต้องสอดคล้อง กับความต้องการของผู้รับบริการ สิ่งที่สำคัญคือ แนวทางการลดอันตราย เป็นวิธีที่ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ใช้ยา ที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวตน เมื่อสามารถเข้าถึงและสร้างความไว้วางใจได้ ก็จะสามารถให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพได้ และสามารถส่งต่อไปยังการบริการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บำบัด การพัฒนาอาชีพ เป็นต้น

มุมมองด้านสาธารณสุข :

การใช้เข็ม กระบอกฉีดยา และอุปกรณ์การฉีดร่วมกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่เร่งการระบาดของเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด และนโยบายควบคุมยาเสพติดควรมีจุดมุ่งหมายเพื่อการลดความ

เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ใช้ยาชนิดฉีดเผชิญอยู่ ยุทธศาสตร์เชิงปราบปรามและทำลายที่นิยมใช้กันนั้น ไม่สามารถยับยั้งการระบาดของโรคเร็วของเอชไอวีได้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่า การระบาดของเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดนั้น มีหนทางยับยั้งได้ หรืออีกกรณีหนึ่ง หากผู้ใช้ยาชนิดฉีดได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผ่านโครงการลดอันตรายแบบครบวงจร ตั้งแต่ระยะต้นๆ ก็สามารถลดหรือหลีกเลี่ยงการระบาดได้

การทบทวนโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม และอุปกรณ์ฉีดทั่วโลก ที่ดำเนินการใน 29 เมืองใหญ่ ในช่วงตั้งแต่ปี 2536 ถึง 2541 พบว่า อัตราความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดลดลงร้อยละ 58 ต่อปีโดยเฉลี่ย ในขณะที่จำนวนผู้ใช้น้ำได้เพิ่มขึ้น ในทางตรงข้าม ในอีก 52 เมืองใหญ่ที่ไม่ได้มีการดำเนินโครงการลดอันตรายจากการใช้ยา อัตราความชุกของเอชไอวีเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 6 ต่อปี

มุมมองด้านมนุษยธรรม :

ผู้ใช้ยาชนิดฉีดส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และการติดเชื้ออื่นๆ มักจะต้องทนทุกข์กับการถูกตีตรา ถูกเลือกปฏิบัติ และต้องเผชิญภัยกับการถูกขังในเรือนจำเสมอๆ ผู้ใช้ยาชนิดฉีดเป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องการความช่วยเหลือ และมีบ่อยครั้งที่ประเด็นเรื่องการใช้ยา การติดเชื้อเอชไอวี และวิธีลดอันตรายจากการใช้ยา มักจะถูกนำไปเกี่ยวพันกับการถกเถียงกันในการเมือง ศาสนา และวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลเสียต่อความพยายามด้านการป้องกันและการดูแล

มุมมองด้านสิทธิมนุษยชน :

ผู้ใช้น้ำเสพติดควรได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ได้รับรองสิทธิในการมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะมีได้

ผู้ใช้น้ำเสพติดต้องไม่ถูกลิดรอนสิทธิในการมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะมีได้

“Individual who use drugs do not forfeit the right to the highest attainable standard of health”. –Navanathem Pillay – UN High Commissioner for Human Rights

สิทธิในสุขภาพ ได้รับการบรรจุไว้เป็นพิเศษในกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน แม้ว่าจะไม่ได้แสดงไว้ ภายได้หัวข้อที่ตั้งชื่อไว้อย่างชัดเจนว่า “สิทธิในสุขภาพ” ก็ตาม และแม้ว่าจะขึ้นอยู่กับ การเสริมสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง และขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สิทธินี้ก็ก่อให้เกิดภาระผูกพันบางประการ ภาระผูกพันที่เกิดขึ้นทันทีคือ การรับประกันเรื่องการรักษาที่เท่าเทียม ปราศจากการเลือกปฏิบัติ และการดำเนินขั้นตอนต่างๆ อย่างรอบคอบ เป็นรูปธรรม และมีเป้าหมายชัดเจน ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้อย่างถ่องแท้ถึงสิทธิของทุกคน ที่

จะได้รับการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่รัฐจะสามารถจัดให้ได้ ทั้งนี้ อาจรวมถึงการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของชาติ การเสริมสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง หมายความว่า รัฐมีภาระผูกพันที่จำเพาะ และต่อเนื่องในการดำเนินการอย่างเร่งด่วน และมีประสิทธิผลที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิทธินี้

ในบทนำของกฎบัตรแห่งองค์การอนามัยโลก กล่าวไว้ว่า

สุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีได้หมายถึงเพียงการไม่มีโรค หรือความเจ็บป่วยเท่านั้น การได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่รัฐจะจัดให้ได้ นั้น เป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม สุขภาพของประชาชนทุกคนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะนำมาซึ่งความสงบ และความมั่นคงที่ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเต็มที่ ระหว่างบุคคล และรัฐ ความสำเร็จของรัฐ หรือประเทศใดๆ ในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน รัฐบาลของแต่ละประเทศมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชนของตน ซึ่งสามารถเติมเต็มได้ ด้วยวิธีการเดียว คือ การจัดให้มีมาตรการต่างๆ อย่างเพียงพอ ทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคม⁶

สิทธิของทุกคนในการได้รับการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่รัฐจะสามารถจัดให้ได้ ปรากฏอยู่ในมาตรา 25(1) ของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ปี 2491⁷ มาตรา 12 ของข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ปี 2509⁸

⁶ กฎบัตรขององค์การอนามัยโลก ได้รับการเห็นชอบในการประชุมระหว่างประเทศ ว่าด้วยเรื่องสุขภาพ ที่จัด ณ กรุงนิวยอร์ก ระหว่างวันที่ 19 มิถุนายน ถึง 22 กรกฎาคม 2489 และลงนามเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2489 โดยตัวแทนจาก 61 ประเทศ <http://www.who.int/governance/en/>.

⁷ ทุกคนมีสิทธิในการมีมาตรฐานการดำเนินชีวิตที่ดีพอ สำหรับสุขภาพ และสุขภาพะของตนเอง และครอบครัว ซึ่งรวมถึงเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย บริการทางการแพทย์ และบริการทางสังคมที่จำเป็น รวมทั้งสิทธิในการมีความมั่นคง ในกรณีที่ว่างงาน เจ็บป่วย พิการ เป็นหม้าย เป็นผู้สูงอายุ หรือการไร้อาชีพ อันเนื่องมาจากบางสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้

⁸ ประเทศสมาชิกแห่งข้อตกลงฉบับปัจจุบัน ต่างตระหนักถึงสิทธิของทุกคน ในการได้รับการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่รัฐจะสามารถจัดให้ได้

มาตรา 24 ของข้อตกลงว่าด้วยสิทธิเด็ก ปี 2532⁹ และมาตรา 12 ของข้อตกลงว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ¹⁰

สิทธิในการไม่ถูกเลือกปฏิบัติได้แสดงไว้ในมาตรา 5(e)(iv) ของข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติ เรื่องเชื้อชาติในทุกรูปแบบ ฉบับปี 2508¹¹ การรับรองเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ และการให้การรักษาต่อทุกคนอย่างเท่าเทียม ตามหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน หมายถึง การที่ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่รัฐจะจัดให้ได้ ทั้งนี้เพื่อพิจารณาจากความจำกัดความแล้ว ก็หมายรวมถึงผู้ที่ใช้ยาชนิดฉีด และผู้ที่ใช้ยาชนิดฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย

ขณะที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ มักจะกล่าวว่า โครงการใดๆ ที่ส่งเสริมการเข้าถึงเข็ม และอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดอาจส่งผลให้มีการเสพยามากขึ้น หลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ได้สนับสนุนมุมมองนี้ การวิจัยต่างๆ ในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา สวีเดน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา¹² ต่างแสดงให้เห็นว่า โครงการต่างๆ ดังกล่าว เมื่อดำเนินการร่วมกับวิธีการอื่นๆ ช่วยลดอัตราการใช้อุปกรณ์การฉีดร่วมกัน และลดอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีด้วย ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ใดๆ ที่แสดงว่า โครงการเหล่านี้ทำให้จำนวนผู้ที่ใช้ยาชนิดฉีดเพิ่มขึ้น หรือทำให้มีการใช้ยาชนิดฉีดบอยขึ้น

⁹ ประเทศสมาชิกต่างตระหนักถึงสิทธิของเด็ก ในการได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดที่รัฐจะสามารถจัดให้ได้ และสิทธิในการเข้าใช้บริการของสถานบริการ ด้านการรักษาความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ประเทศสมาชิกจะต้องพยายามดำเนินการให้แน่ใจว่า ไม่มีเด็กคนไหนคนใด ถูกริรอนสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าว

¹⁰ ประเทศสมาชิกจะต้องดำเนินการที่เหมาะสมที่มีอยู่ทั้งหมด เพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี ในเรื่องของการบริการสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อรับประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งผู้หญิง และผู้ชาย รวมทั้งบริการวางแผนครอบครัวด้วย

¹¹ เพื่อให้เป็นภาระผูกพันพื้นฐานที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 ของข้อตกลงนี้ ประเทศสมาชิกจะดำเนินการเพื่อห้าม และจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติทุกรูปแบบ และจะรับประกันสิทธิของทุกคน ในการได้รับการปฏิบัติต่ออย่างเท่าเทียมในทางกฎหมาย โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ สีผิว หรือสัญชาติ/ชนชาติเดิม ที่สำคัญๆ คือ สิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข และการรักษาความเจ็บป่วย ความมั่นคงทางสังคม และบริการทางสังคมต่างๆ

¹² เมษายน 2541 Donna E. Shalala กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา, คำแถลงต่อสื่อมวลชน, 20 เมษายน 2541.

2.5 มาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ที่ต้องดำเนินการให้ครบถ้วน เป็นชุดบริการแบบครบวงจร ประกอบด้วยบริการ 9 ด้าน ให้ผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละคนได้เข้าถึงบริการ ทุกด้านอย่างเหมาะสม และทั่วถึง โดยหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม มาตรการตาม ข้อเสนอของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมีดังนี้

- 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และยาเสพติด
- 2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาทดแทนระยะยาว ได้แก่ เมทาโดน
- 3) การเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
- 4) การแจกถุงยางอนามัย
- 5) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อรับบริการดูแลรักษา
- 6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 7) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- 8) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช และการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด
- 9) การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึง กิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการเสพยาซ้ำ

ตัวอย่างรายละเอียดมาตรการบางมาตรการของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1) รายละเอียดมาตรการเพื่อนให้ความรู้เพื่อน

หนึ่งในหลายๆ เหตุผลที่ทำให้บุคคลเข้ามาพัวพันกับการใช้ยา ก็คือ การขาดข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้อง เกี่ยวกับผลและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัด สภาพแวดล้อมในลักษณะที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริง และสอดคล้องแก่ผู้ใช้ยาได้ และสามารถ แจ้งให้ทราบว่า มีบางคนที่ยังใช้ยาต่อไป หลังจากได้รับทราบข้อมูลเป็นอย่างดีแล้ว แต่ส่วนใหญ่มี แนวโน้มที่จะจัดการกับความเครียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การให้เพื่อนเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อนที่ได้รับการ ไว้วางใจจากผู้ยา เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผล และได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีที่สามารถเข้าถึง ผู้ใช้ยาที่อยู่ในสภาพแวดล้อมปกติของพวกเขาได้

ลักษณะต่าง ของกิจกรรมเพื่อนให้ความรู้เพื่อนที่สมควรกล่าวถึง คือ

- สามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ใช้ยาทั่วไป และผู้ใช้ยาชนิดฉีด ในสภาพแวดล้อม

ปกติของพวกเขา

- กิจกรรมการให้ความรู้ ต้องทำในสภาพแวดล้อมที่มีการไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งที่จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ดีที่สุด คือ ข้อมูลข่าวสารที่นำไปให้ โดยผู้ที่ใช่ยาทั่วไป หรือยาชนิดฉีดในปัจจุบัน หรืออดีตผู้ใช่ยาทั่วไป / อดีตผู้ใช่ยาชนิดฉีด

- ในการพัฒนาและออกแบบเอกสาร หรือแนวทางต่างๆ สำหรับการให้ความรู้ นั้น ทั้งผู้ใช่ยาทั่วไป และผู้ใช่ยาชนิดฉีด ควรมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น

- เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อการให้ความรู้ สามารถใช้เป็นช่องทางในการให้ข้อมูลข่าวสารได้ แต่เป็นที่ทราบกันดีว่า วิธีนี้ไม่สามารถส่งผลกระทบต่อทัศนคติ และพฤติกรรมได้มากนัก ดังนั้นจึงควรพิมพ์รายละเอียดสำหรับการติดต่อ (กับผู้ให้บริการ) ไว้ในเอกสารสิ่งพิมพ์นั้นด้วย

2) **รายละเอียดมาตรการกำกับการติดยาโดยการให้ยาทดแทน** : โครงการที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงน้อยที่สุด

ปัญหาร้ายแรงบางประการทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้ยา ก็คือ ชนิดของยาที่เข้าสู่ร่างกาย โดยการฉีด และทำเลที่ตั้งของบริเวณที่มีการใช้อุปกรณ์การฉีดยาร่วมกัน ในบรรดาช่องทางทั้งหมดของการแพร่เชื้อเอชไอวี การฉีดสารบางอย่างที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีเข้าไปในกระแสเลือดโดยตรง เป็นช่องทางที่แพร่เชื้อได้ง่ายที่สุด เช่น การฉีดสารเข้าเส้นต่างๆ (เช่น เฮโรอีน เมทาโดน หรือมอร์ฟีน) หรือสารอื่นๆ เช่น โคเคน แอมเฟตามีน อนุาโบลิค สเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ หรือไวตามิน เป็นต้น

ในกรณีของเฮโรอีน ผู้ใช้ยาชนิดฉีดสามารถเข้ารับการบำบัดโดยการให้ยาบางตัวทดแทนภายใต้การดูแลของแพทย์ ซึ่งฤทธิ์ของยาทดแทนนั้น อาจเทียบได้กับฤทธิ์ของเฮโรอีนจริงๆ ยาทดแทนที่ให้อาจช่วยบรรเทาอาการขาดยา และอาการอยากยา แต่จะไม่ทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบายในระดับที่ต้องการ ประโยชน์ของยาทดแทน ก็คือ การบำบัดโดยการให้ยาทดแทนจะช่วยปรับชีวิตของผู้ใช้ยาให้อยู่ในระดับคงที่และปกติ ยาทดแทนที่นิยมใช้ ได้แก่ เมทาโดน และบูพริโนรฟีน และระหว่างทั้งสองตัวนี้ เมทาโดนจะมีการวิจัยรองรับมากกว่า

ข้อเท็จจริงบางประการเกี่ยวกับการบำบัดโดยการให้เมทาโดนทดแทน และประโยชน์ของเมทาโดน

- เมทาโดนเป็นฝิ่นสังเคราะห์ ที่มีฤทธิ์ในการกล่อมประสาทไม่แรงมากนัก
- เมทาโดนสามารถให้โดยการกินในรูปของยาเม็ด หรือน้ำเชื่อม ดังนั้น จึงสามารถหลีกเลี่ยงการฉีด และความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เข็ม อุปกรณ์ฉีดยา หรืออุปกรณ์การฉีดอื่นๆ ร่วมกัน

- เมทาโดนทำให้เกิดอาการติดยาได้น้อยกว่าสารเข้าฝิ่นอื่นๆ
- บุคคลสามารถเลิกใช้เมทาโดนได้ โดยการลดขนาดลงทีละน้อย
- การดึงตัวผู้ติดยาชนิดนี้ให้อยู่กับโครงการบำบัดโดยการให้ยาทดแทน ช่วยลด

ผลเสียทางด้านสุขภาพ และทางสังคม ที่อาจเกิดตามมาจากการใช้ยา และท้ายที่สุดอาจช่วยล้างพิษยาได้หมด และทำให้เลิกใช้ยาไปเลย

- เพื่อให้มีประสิทธิผลสูงสุด การบำบัดการติดยาด้วยการให้ยาทดแทน ควรดำเนินการควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้ผู้ติดยาชนิดนี้เตรียมตัวกลับไปอยู่ร่วมในสังคมต่อไป ซึ่งรวมถึงการจ้างงานที่จำเป็นต้องให้การสนับสนุนในสถานประกอบการด้วย

3) รายละเอียดมาตรการการเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด

การจัดให้มีอุปกรณ์การฉีดที่สะอาด เพื่อให้การฉีดแต่ละครั้งปราศจากการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี ถือเป็นขั้นตอนพื้นฐานของการทำลายวงจรของการระบาด

โครงการเข็มและอุปกรณ์ฉีด นอกจากการแจกจ่ายเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดแล้วยังต้องดำเนินการพร้อมกับเอกสารข้อมูลความรู้ แจกถุงยางอนามัย และเก็บรวบรวมเข็ม และอุปกรณ์ฉีดที่ใช้แล้ว สิ่งสำคัญคือ ต้องแน่ใจว่า เข็มและอุปกรณ์ฉีดถูกกำจัดด้วยวิธีที่ปลอดภัย

ในหลายๆ ประเทศ ถึง หรือภาชนะสำหรับรองรับวัสดุมีคม จะวางไว้ในห้องน้ำ หรือในสถานที่อื่นๆ ที่รอดพ้นจากสายตาของสาธารณชนทั่วไป การกำจัดเข็มและอุปกรณ์ฉีดอย่างไม่เหมาะสม มักจะนำไปอ้างเป็นเหตุผลเบื้องต้น ที่ทำให้ชุมชนปฏิเสธโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม และอุปกรณ์ฉีด

ข้างล่างนี้ เป็นวิธีที่ได้ผลในการทำให้เข็มและอุปกรณ์ฉีดหาได้ง่ายขึ้น

- การขายเข็มและอุปกรณ์ฉีด ในราคาที่ต่ำสุด ผ่านทางร้านขายยา หรือช่องทางการจำหน่ายอื่นๆ

- โครงการแลกเปลี่ยนเข็ม และอุปกรณ์ฉีด โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
- การจัดให้มีวิธีที่เหมาะสมสำหรับการกำจัดเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่ใช้แล้ว

โครงการเข็มและอุปกรณ์ฉีด สามารถดำเนินการได้ใน

- ศูนย์ครอบ-อิน ที่มีที่ตั้งแน่นอน และเป็นมิตรกับผู้ใช้บริการ
- ที่ทำการของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- ผ่านเจ้าหน้าที่ภาคสนาม ที่ออกไปให้บริการในพื้นที่
- ผ่านเพื่อนผู้ให้ความรู้เพื่อน
- รถตู้เคลื่อนที่

- ตู้แจกจ่ายอัตโนมัติ ในสถานที่ที่ผู้ใช้ยานิรโรคเข้าถึงได้ง่าย
- ห้องนิรโรค

ในสถานที่ที่ไม่สามารถจัดให้มีโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม หรืออุปกรณ์นิรโรคได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางกฎหมาย หรือนโยบาย เช่น ในเรือนจำ หรือศูนย์ควบคุมตัว ก็สามารถแจกจ่ายน้ำยาฆ่าเชื้อ (น้ำยาฟอกขาว) เพื่อใช้ทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์นิรโรคก่อนการฉีด อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวก็ไม่ได้รับการพิสูจน์ว่า เป็นวิธีการที่เชื่อถือได้ในการหยุดการแพร่เชื้อเอชไอวี และเมื่อการใช้วิธีนี้ยังดีกว่าการไม่ทำอะไรเลย จึงต้องพิจารณายอมรับให้ใช้วิธีนี้แทน

4) รายละเอียดมาตรการออกไปให้บริการในชุมชน (Community outreach)

ในหลายๆ ประเทศ การใช้ยาเสพติดเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และผู้ใช้ยาเสพติดมักจะถูกดำเนินคดี หรือถูกรวบกุมอยู่เสมอ การเข้าถึงผู้ใช้ยานิรโรคจึงทำได้ค่อนข้างลำบาก และผู้ใช้ยาเกิดการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการสุขภาพด้วย ในสถานการณ์เช่นนี้ เพื่อให้สามารถดำเนินโครงการลดอันตรายที่มีประสิทธิภาพได้ จึงมีความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ภาคสนาม จะต้องเข้าไปยังชุมชนของผู้ใช้ยานิรโรค ในสถานที่ที่ผู้ใช้ยาอาศัยอยู่ หรือเข้าไปในสถานที่ที่ผู้ใช้ยามักรวมตัวกัน เช่น ได้สะพาน สถานีรถโดยสาร ถนนบางสาย หรือสวนสาธารณะบางแห่ง

ลักษณะบางประการของบริการภาคสนาม ได้แก่

เจ้าหน้าที่ภาคสนามเข้าไปแสดงตนในท้องถิ่นที่ผู้ใช้ยานิรโรคมักมาพบกัน

สร้างการติดต่อแบบตัวต่อตัวกับผู้ใช้ยานิรโรค การดำเนินการในลักษณะดังกล่าว จะช่วยให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และช่วยเอื้อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และความจำเป็นของผู้ใช้ยานิรโรค

ให้บริการต่างๆ เช่น ให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ให้การปฐมพยาบาล แจกเข็ม และอุปกรณ์นิรโรคที่สะอาด หรือให้ข้อมูลว่า พวกเขาสามารถไปรับเข็ม และอุปกรณ์นิรโรคได้ ณ สถานที่ใดบ้าง

จัดตั้งเครือข่ายร่วมกับกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อช่วยบูรณาการผู้ใช้ยานิรโรคเข้าเป็นส่วนหนึ่งในโครงสร้างของสังคม

บุคคลที่เกี่ยวข้องกับบริการภาคสนาม ต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ ก่อนที่จะเข้าไปปฏิบัติงานในชุมชนของผู้ใช้ยานิรโรค

พิจารณาจ้างผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ใช้ยานิรโรคมาก่อน ให้เข้ามาทำงาน

บริการภาคสนาม

วิธีการให้บริการภาคสนามดังข้างต้นจะมีประโยชน์มากที่สุด สำหรับการเข้าถึงตัวผู้ใช้ ชีวชนิตคิด เฉพาะที่หาเจอได้ง่ายกว่าคนอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่เปราะบางมากกว่าคนอื่นอยู่แล้ว นอกจากนี้ ควรพิจารณาเรื่องการเข้าไปให้ถึงด้วยผู้ชีวะชนิตคิดกลุ่มที่ใหญ่กว่านั้น ซึ่งได้แก่ ผู้ชีวะ ชนิตคิดที่กระจายตัวอยู่ในสถานที่ต่างๆ ทั่วไปหมด (เช่น ผู้ที่ชีวะเพื่อการหย่อนใจ) และแน่นอนว่า กลุ่มนี้มักจะหลบซ่อน ทำให้หาตัว และเข้าถึงตัวได้ยากกว่า

5) รายละเอียดมาตรการศูนย์ครอบ-อิน (Drop in center)

สถานการณ์หนึ่งที่พบได้ในหลายประเทศ ก็คือ ผู้ชีวะชนิตคิดจะถูกผลักดันให้ เคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ดังนั้น ผู้ชีวะชนิตคิดหลายคนจึงได้รับการช่วยเหลือจาก รัฐบาล การช่วยเหลือทางสังคม หรือการช่วยเหลือต่อครอบครัวน้อยมาก หรือไม่ได้รับการ ช่วยเหลือเลย ศูนย์ครอบ-อิน (Drop in center) ที่บางครั้งก็เรียกว่า ร้านค้า (boutique) เป็นสถานที่ที่ จัดพื้นที่ที่ปลอดภัยไว้ให้ผู้ชีวะชนิตคิดเข้ามาพักผ่อน อาบน้ำ ชักผ้า ดื่มเครื่องดื่มเบาๆ และผ่อนคลาย และเพื่อให้ศูนย์เหล่านี้ดำเนินการได้ผล ผู้รับบริการต้องไม่เป็นผู้ที่ตัดสินคนอื่น หรือเป็นผู้ที่ ก่อให้เกิดความกดดัน

บริการต่างๆ ในศูนย์ครอบ-อิน ได้แก่

- ห้องอาบน้ำ ที่พักอาศัย อาจมีเครื่องซักผ้าไว้บริการ
- ซา คาเฟ่ อาหาร
- การปฐมพยาบาลสำหรับปัญหาสุขภาพ
- แผ่นพับให้ความรู้ด้วยภาษาที่อ่านง่าย และเข้าใจง่าย พร้อมทั้งรายละเอียดสำหรับ

การติดต่อ

- มีใครบางคนที่สามารถคุยด้วยได้

บทที่ 3

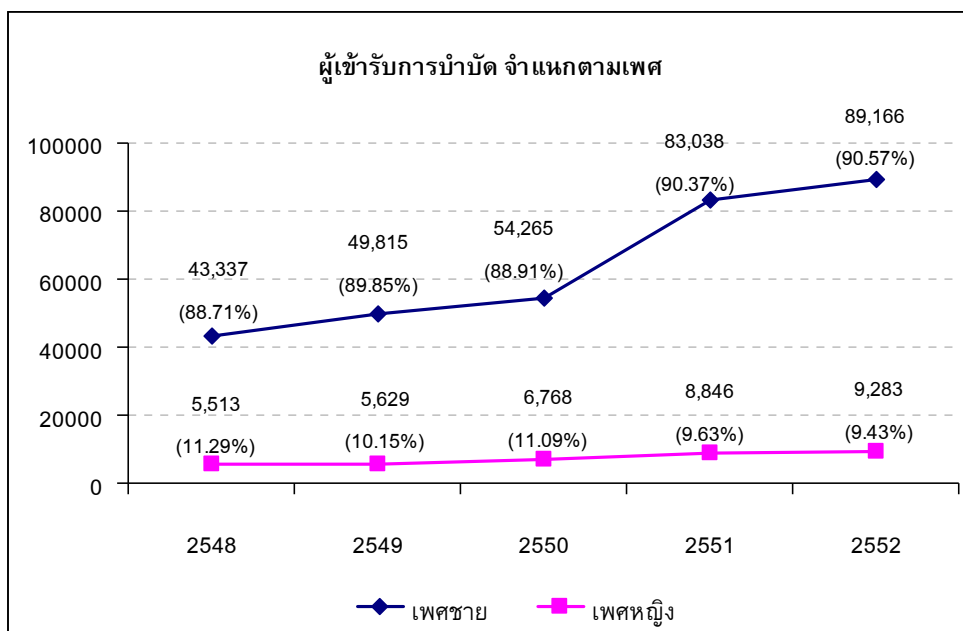
ผลการศึกษา

3.1 สถานการณ์ปัญหายาเสพติด และปัญหาทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ปัญหา ยาเสพติด ยังคงมีความรุนแรง รัฐบาลหลายชุดมีนโยบาย / ยุทธศาสตร์ในการแก้ไข ปัญหา ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และมีการจับกุมผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา ทำให้คดียาเสพติดล้นศาล ผู้ต้องขังล้นคุก และมีผลกระทบเชิงลบหลาย ประการ ทั้งต่อตัวผู้ต้องขังที่เป็นผู้กระทำความผิดคดีเล็กน้อย ต่อครอบครัว สังคม และรัฐ ที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ต้องขังเหล่านี้

จากข้อมูล ระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 ถึงปีงบประมาณ 2552 รวม 5 ปี มีผู้ได้รับการบำบัดทั้งสิ้นจำนวน 355,708 ราย แยกเป็นเพศชาย จำนวน 319,621 ราย เพศ หญิง จำนวน 36,039 ราย เพิ่มขึ้นจาก 48,850 รายในปีงบประมาณ 2548 เป็น 98,449 รายในปีงบประมาณ 2552

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามเพศ



แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

อายุ

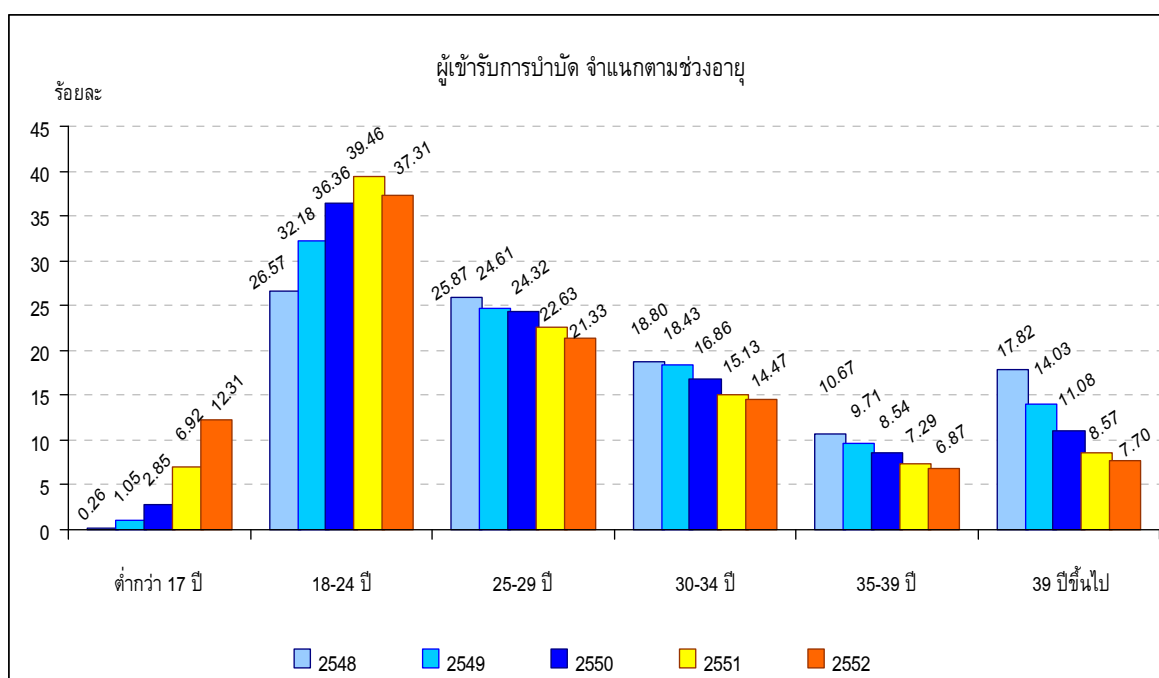
ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในปีงบประมาณ 2548 ถึงปีงบประมาณ 2552 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-24 ปี จำนวน 126,091 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.43 รองลงมาช่วงอายุ 25 – 29 ปี จำนวน 82,928 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.31 แต่ช่วงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วง 5 ปี คือช่วงอายุต่ำกว่า 17 ปี จาก 127 ราย (ร้อยละ 0.26) เพิ่มขึ้นเป็น 12,116 ราย (ร้อยละ 12.31) และช่วงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นรองลงมาในช่วง 5 ปี คือช่วงอายุ 18-24 ปี จาก 12,986 ราย (ร้อยละ 26.57) เพิ่มขึ้นเป็น 36,773 ราย (ร้อยละ 37.31)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา จำแนกตามช่วงอายุ

ปี งบประมาณ	ช่วงอายุ [จำนวน (ร้อยละ)]						รวม
	ต่ำกว่า 18 ปี	18-24 ปี	25-29 ปี	30-34 ปี	35-39 ปี	มากกว่า 39 ปี	
2548	127 (0.26)	12,986 (26.57)	12,642 (25.87)	9,189 (18.80)	5,214 (10.67)	8,708 (17.82)	48,866 (100.00)
2549	581 (1.05)	17,849 (32.18)	13,649 (24.61)	10,220 (18.43)	5,384 (9.71)	7,780 (14.03)	55,463 (100.00)
2550	1,738 (2.85)	22,194 (36.36)	14,843 (24.32)	10,289 (16.86)	5,212 (8.54)	6,764 (11.08)	61,040 (100.00)
2551	6,359 (6.92)	36,257 (39.46)	20,791 (22.63)	13,907 (15.13)	6,702 (7.29)	7,873 (8.57)	91,889 (100.00)
2552	12,116 (12.31)	36,733 (37.31)	21,003 (21.33)	14,248 (14.47)	6,768 (6.87)	7,581 (7.70)	98,449 (100.00)
รวมทั้งสิ้น	20,921 (5.88)	126,019 (35.43)	82,928 (23.31)	57,853 (16.26)	29,280 (8.23)	38,706 (10.88)	355,707 (100.00)

แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของผู้เข้ารับการรักษา จำแนกตามช่วงอายุ



แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ประเภทยาและสารเสพติด

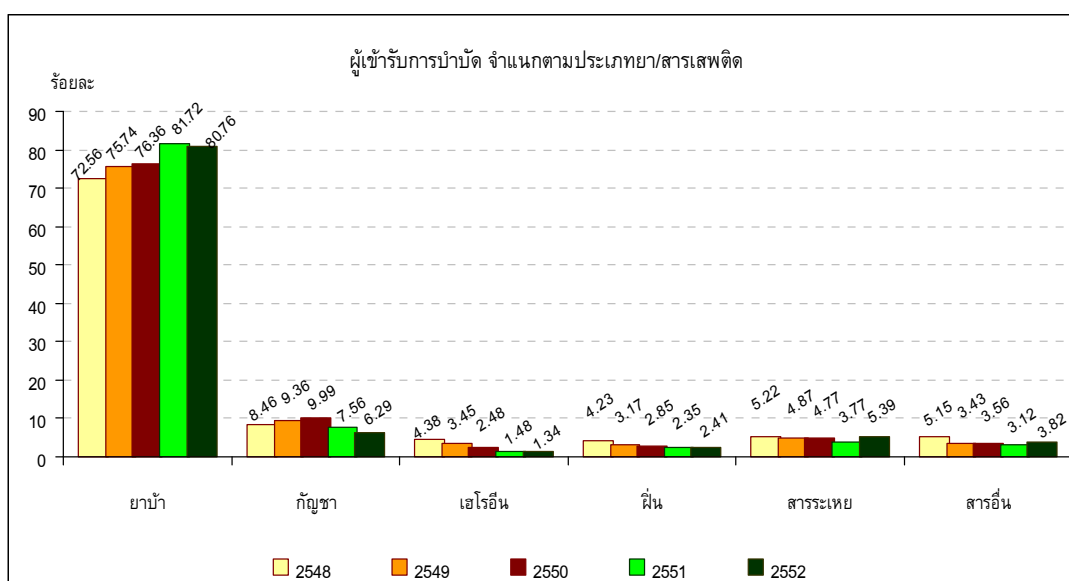
ผู้เข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เสพยาเสพติดประเภทยาบ้า เมทแอมเฟตามีน มากที่สุด จำนวน 278,671 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.34 รองลงมาคือกัญชาและสารระเหย จำนวน 28,555 ราย และ 16,934 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.03 และ 4.76 ตามลำดับ ประเภทยาเสพติดที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วง 5 ปี คือยาบ้า เมทแอมเฟตามีน จาก 35,456 ราย (ร้อยละ 72.56) เพิ่มขึ้นเป็น 79,506 ราย (ร้อยละ 80.76)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามประเภทยาและสารเสพติด

ปี งบประมาณ	ประเภทยาและสารเสพติด [จำนวน (ร้อยละ)]						รวม
	ยาบ้า	กัญชา	เฮโรอีน	ฝิ่น	สารระเหย	อื่นๆ	
2548	35,456 (72.56)	4,135 (8.46)	2,140 (4.38)	2,069 (4.23)	2,550 (5.22)	2,517 (5.15)	48,867 (100.00)
2549	42,005 (75.74)	5,189 (9.36)	1,911 (3.45)	1,756 (3.17)	2,700 (4.87)	1,902 (3.43)	55,463 (100.00)
2550	46,611 (76.36)	6,098 (9.99)	1,511 (2.48)	1,737 (2.85)	2,910 (4.77)	2,173 (3.56)	61,040 (100.00)
2551	75,093 (81.72)	6,944 (7.56)	1,362 (1.48)	2,158 (2.35)	3,468 (3.77)	2,864 (3.12)	91,889 (100.00)
2552	79,506 (80.76)	6,189 (6.29)	1,320 (1.34)	2,369 (2.41)	5,306 (5.39)	3,759 (3.82)	98,449 (100.00)
รวมทั้งสิ้น	278,671 (78.34)	28,555 (8.03)	8,244 (2.32)	10,089 (2.84)	16,934 (4.76)	13,215 (3.72)	355,708 (100.00)

แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามประเภทสารเสพติด



แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะการเข้ารับการบำบัดรักษา

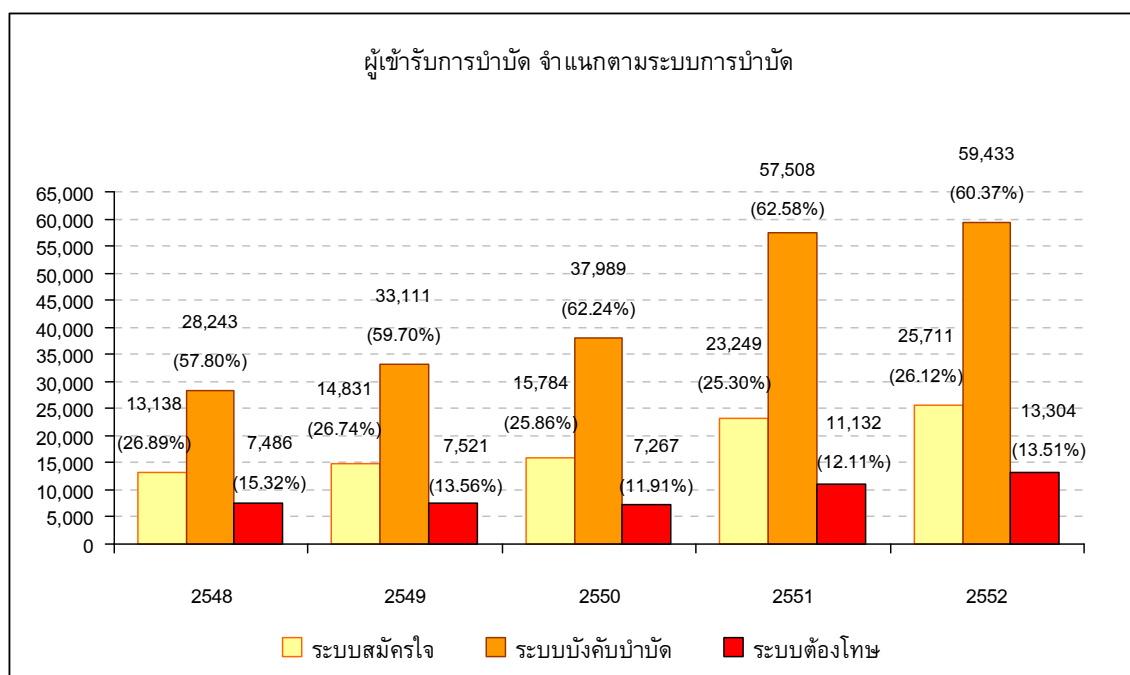
ลักษณะการเข้ารับการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ามาบำบัด ในระบบบังคับบำบัด จำนวน 216,284 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.80 รองลงมาระบบสมัครใจ จำนวน 92,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.06 น้อยที่สุดระบบต้องโทษ จำนวน 46,710 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.13

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามระบบบำบัดรักษา

ปี งบประมาณ	ระบบสมัครใจ		ระบบบังคับบำบัด		ระบบต้องโทษ		รวม	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
2548	13,138	26.89	28,243	57.80	7,486	15.32	48,867	100.00
2549	14,831	26.74	33,111	59.70	7,521	13.56	55,463	100.00
2550	15,784	25.86	37,989	62.24	7,267	11.91	61,040	100.00
2551	23,249	25.30	57,508	62.58	11,132	12.11	91,889	100.00
2552	25,711	26.12	59,433	60.37	13,304	13.51	98,448	100.00
รวมทั้งสิ้น	92,713	26.06	216,284	60.80	46,710	13.13	355,707	100.00

แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามระบบการบำบัดรักษา

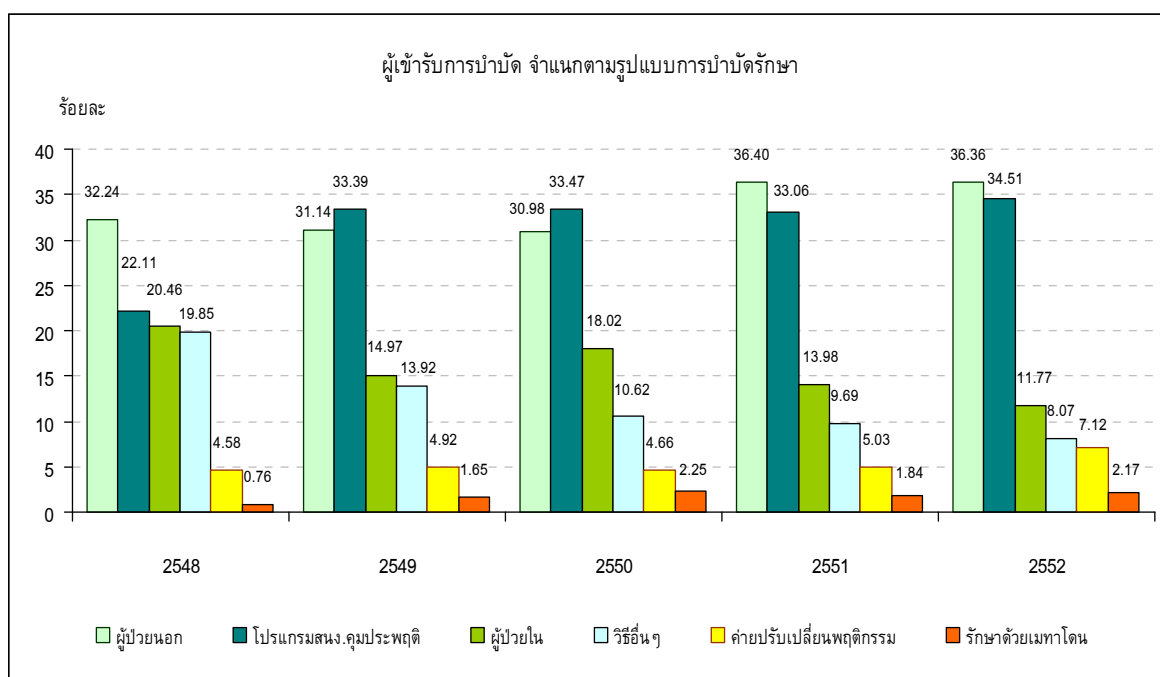


แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบวิธีการบำบัดรักษา

พบว่า ปีงบประมาณ 2548-2552 ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบวิธีการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด จำนวน 121,185 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.07 รองลงมาวิธีการบำบัดโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 114,101 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.08 สำหรับวิธีการบำบัดที่น้อยที่สุดคือ รักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว จำนวน 6,484 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82

แผนภูมิที่ 5 แสดงร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามรูปแบบวิธีการบำบัดรักษา



แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ผลการบำบัดรักษา

ผู้ได้รับการจำหน่ายแบบครบเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้ได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ 2548-2552 จำนวน 181,761 ราย เป็นผู้ได้รับการจำหน่ายแบบบำบัดครบเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 145,455 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.03

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนของผู้ที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมดเทียบกับผู้ได้รับการจำหน่ายแบบครบเกณฑ์ที่กำหนด

ปีงบประมาณ	ผู้ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด (ราย)	ผู้ได้รับการจำหน่ายแบบครบเกณฑ์ที่กำหนด (ราย)	จำหน่ายแบบครบเกณฑ์ร้อยละ
2548	32,936	25,557	77.60
2549	31,380	24,397	77.75
2550	32,470	25,667	79.05
2551	40,909	33,452	81.77
2552	44,066	36,382	82.56
รวมทั้งสิ้น	181,761	145,455	80.03

แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาลที่ดำเนินการในปัจจุบัน ส่งผลให้การจับกุมผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดจำนวนมาก แม้จะมีการเบี่ยงเบนคดีที่เกี่ยวข้องกับการเสพ ไปสู่การบังคับบำบัดรักษา ตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แล้วก็ตาม เนื่องจากยังมีผู้ต้องหา จำเลยคดียาเสพติดที่ไม่สำคัญ และไม่เข้าหลักเกณฑ์ตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจำนวนมาก ส่วนการป้องกันยังมีจุดอ่อน เช่น ยังไม่สามารถป้องกันผู้ใช้ ผู้ติดยาเสพติดรายใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็ก เยาวชน และผู้ว่างงาน ไม่ให้เข้าสู่วงจรยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ การปราบปรามยังไม่ได้ผลเท่าที่ต้องการ จับได้แต่ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ส่ง ผู้ค้าเลียงไม่สามารถจับกุมถึงผู้ค้ารายกลางและรายใหญ่ได้

นอกจากนั้น ในส่วนการบำบัดรักษาผู้เข้าบำบัดรักษาแม้เพิ่มขึ้นมากแต่ก็ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนกับขนาดของปัญหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และมีการติดซ้ำสูง ส่วนระบบบังคับบำบัดรักษายังมีปัญหทั้งในด้านการบริหาร ปฏิบัติ เช่น การมีนักค้าปะปนเข้ามา ปัญหาพื้นที่ควบคุมตัว และกิจกรรมระหว่างรอผลตรวจพิสูจน์ การหลบหนีในระหว่างการบำบัดรักษา และส่งผลต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญา การติดตามช่วยเหลือ พัฒนาผู้ผ่านการบำบัดรักษายังทำได้น้อยมาก ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษากลับไปใช้ ติดยาเสพติดซ้ำอีก เป็นต้น ผู้ที่ยังใช้ ติดยาเหล่านี้ส่วนหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับการค้า เลียง เพื่อให้ได้ยาเสพติดมาเสพ อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ไม่ติดยา แต่มาค้ายา เพื่อหวังผลตอบแทนซึ่งมีจำนวนมาก

ปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ

นอกจากปัญหาสุขภาพทางกายที่เกิดจากยาเสพติด

โดยตรง จากการทำลายสมอง และอวัยวะสำคัญๆ ของร่างกาย เช่น ปอด ตับ ไต และปัญหาสุขภาพทางจิตที่เกิดจากยาเสพติด ทั้งโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ภาวะประสาทหลอน และการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ยังมีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ทำให้เกิดเป็นโรคร้ายแรง และเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ ตับอักเสบ บี และ ซี ปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 500,000 คน ในแต่ละปี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ เป็นผู้ติดเชื้อ จากการฉีดยาเสพติด กิดเป็นร้อยละ 8.7 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด และในการติดตามแนวโน้มของการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พบว่า อัตราความชุกการติดเชื้อ ในช่วงปี 2543-2552 อยู่ระหว่างร้อยละ 30-40 มาโดยตลอด ทั้งนี้ จำนวนผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในประเทศไทย จากการคาดประมาณโดยหน่วยงานต่างๆ ไม่ต่ำกว่า 20,000 คน และด้วยอัตราการใช้เข็ม และอุปกรณ์ฉีดร่วมกันที่สูงถึงร้อยละ 36 ในปี พ.ศ.2551 ทำให้คาดประมาณว่า มีผู้ติดเชื้อ รายใหม่ที่เป็นผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในปี 2553 จำนวนประมาณ 900 คน หากสามารถดำเนินการเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโดยวิธีที่ได้ผล จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ก็จะลดลงเหลือประมาณ 400 คน นอกจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดยาเสพติดยังติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบ บี และไวรัสตับอักเสบ ซี ในอัตราสูงเช่นกัน

การใช้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ของผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยังต่ำ มีโอกาสนำไปสู่การรับ และการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ระหว่างผู้ติดยาเสพติดกับประชากรกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ผู้ติดยาเสพติด และด้วยเหตุที่การใช้เข็ม และอุปกรณ์ฉีดร่วมกัน ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย ทำให้ผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง เป็นการส่งผลกระทบอย่างมากต่อการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศ

นอกจากยาเสพติดชนิด เช่น เฮโรอีนแล้ว ยังมีการใช้สารอื่นชนิดด้วย จากการศึกษาในปี 2552 กลุ่มตัวอย่างที่ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 746 คน และ ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 309 คน พบว่า มีการฉีดแอมเฟตามีนอย่างเดียว หรือร่วมกับสารอย่างอื่น ที่ กรุงเทพมหานครร้อยละ 63 และจังหวัดเชียงใหม่ร้อยละ 32

นอกจากนี้ การติดยาเสพติดยังก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ รวมด้วย เช่น ปัญหาอาชญากรรม เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดต้องการเงิน เพื่อไปซื้อยาเสพติด หรือการถูกครอบงำจากฤทธิ์ยาเสพติด หรือตกอยู่ในอาการขาดยาเสพติด อาจทำให้ผู้ติดยาเสพติด และก่อความรุนแรงต่อทรัพย์สิน หรือบุคคล

การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง จึงเป็นการยากที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกเสพนอกจากจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน แม้ถึงกระนั้น ผู้ติดยาเสพติดก็อาจกลับมาเสพยาได้อีก ดังนั้น ในระหว่างที่ยังเลิกเสพยาไม่ได้ จำเป็นต้องหาวิธีลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อป้องกันปัญหา และผลกระทบอื่นๆ ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ให้เกิดการรับ และถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดจากการใช้เข็ม และอุปกรณ์ร่วมกัน รวมถึงระหว่างผู้ติดยาเสพยาขายกับรายใหม่ และต้องป้องกันการระบาดของเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ โดยการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยด้วย การเข้าถึงบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างสะดวก และรวดเร็วที่สุดนั้น มีประโยชน์ทั้ง ต่อผู้ติดยาเสพติด และครอบครัว อีกประการหนึ่ง กล่าวคือ ถ้าผู้ติดยาเสพติดอยู่ในวัยแรงงาน และได้รับการจกเลิกใช้ยา หรือใช้เฉพาะสารทดแทน ภายใต้การกำกับของแพทย์ เช่น เมทาโดน ก็จะสามารถกลับมาทำงานได้

ดังนั้น วิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาดังกล่าว คือ การดำเนินการป้องกัน ไม่ให้ประชาชนใช้ยาเสพติด ควบคู่ไปกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในระหว่างที่ผู้ติดยาเสพติดยังเลิกไม่ได้

เนื่องจากยาเสพติด เฮโรอีน และเพรสซัมพินซ์ มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด ดังนั้น การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จึงต้องมีบริการหลายด้านประกอบกันเป็นชุด ซึ่งจะต้องให้กับผู้ติดยาเสพติด เพื่อเป็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ จากรายงานของโครงการเฮดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) กองทุนช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ตลอดจนคณะทำงานป้องกันเฮดส์โลก พบว่า โครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับ และถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติด ที่ยังเลิกใช้ยาเสพติดไม่ได้ มีผลให้ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และทำให้ผู้ติดยาเสพติดได้เข้าถึงบริการบำบัดรักษาเสพติดเป็นจำนวนมากขึ้น ตัวอย่างของประเทศที่ประสบความสำเร็จ เช่น จีน มาเลเซีย อิหร่าน สวิตเซอร์แลนด์ รัสเซีย บราซิล และออสเตรเลีย เป็นต้น

3.2 สภาพการณ์ผลักดันนโยบายและมาตรการ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ขององค์การระหว่างประเทศ (Key International Commitments to Harm Reduction)

เวทีและองค์การระหว่างประเทศได้เสนอแนะและสนับสนุน ให้มีนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ดังนี้

- สมัชชาองค์การสหประชาชาติ

- Resolution of the United Nations General Assembly High-Level Meeting on HIV/AIDS (June 2006)

- Declaration of Commitment of HIV/AIDS by the United Nations General Assembly 26th Special Session (UNGASS) 27th June 2001

- องค์การอนามัยโลก

- สำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรมรวมทั้งกรรมการด้านยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ

โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ

- WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Target for HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (2009)

- Universal access for PWUD to all HIV and AIDS treatment is articulated in the WHO/UNAIDS: An Essential Practice Guide

- สำนักงานข้าหลวงใหญ่ด้านสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

- สหพันธ์สภากาชาดและสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ (IFRC)

ปี 2551 เลขานุการองค์การสหประชาชาติ (United Nations) นายบัน คี มูน ได้กล่าวไว้ว่า “การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้ากลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสยังไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงทางบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและสิทธิมนุษยชน เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หญิงบริการ กลุ่มชายรักชาย และผู้ฉีดยาเสพติดชนิดฉีด”¹³

และเพื่อให้ประเทศในเอเชีย และแปซิฟิกได้ดำเนินการเร่งลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) WHO ได้จัดทำข้อเสนอกลยุทธ์ในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (A strategy for harm reduction in Asia and the Pacific) โดยให้แต่ละประเทศจัดทำแผนงานระดับชาติในการดำเนินการ ดังนี้

- Understanding the twin epidemic of injecting drug use, HIV and other blood borne viruses

¹³ Submission to the Office of the High Commissioner for Human Rights from the biennial report on HIV/AIDS requested by Commission on Human Rights Resolution E/CN.4/RES/2005/84

- Identifying the barriers to scaling-up of harm reduction services and to the achievement of Universal Access together with the development of realistic mechanisms and strategies to overcome these barriers
- Setting realistic targets – taking into account capacity of both human and financial responses are already in place and which elements are lacking or inadequate
- Developing appropriate advocacy strategies that will focus on specific issues
- Developing a costed plan of action to address gaps in capacity to reach set targets steps potential sources of required technical assistance as necessary

WHO, UNODC, UNAIDS ให้แนวทางสำหรับประเทศ เพื่อกำหนดมาตรการการเข้าถึงการรักษา (Universal Access) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เสพยาโดยวิธีฉีด แบบองค์รวมประกอบไปด้วย

- 1) การออกไปให้บริการในชุมชนโดยเน้นรูปแบบ และวิธีการเพื่อนช่วยเพื่อน (Community outreach)
- 2) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ กับ ผู้เสพยา และ คู่นอน
- 3) การเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด
- 4) การบำบัดรักษาการติดยาโดยการให้ยาทดแทน
- 5) การให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
- 6) การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การแจกถุงยางอนามัย สำหรับผู้เสพยาและคู่นอน
- 7) การดูแลรักษาเอชไอวีรวมทั้งการรับยาต้านไวรัส การป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาวัณโรค โรคฉวยโอกาสอื่นๆ
- 8) การดูแลทางสาธารณสุขพื้นฐานรวมทั้งการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และการดูแลปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากการเสพยา
- 9) สนับสนุนนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

Key Components of Harm reduction¹⁴

- 1) Community outreach, with a focus on peer approaches;
- 2) Behavior change communication, including risk reduction information;
- 3) Access to clean needles and syringes as well as safe disposal;
- 4) Drug dependence treatment, particularly OST;
- 5) HIV testing and counseling (Voluntary & Confidential, provider initiated);
- 6) Prevention of sexual transmission through intervention such as providing condoms, and STI Prevention and Treatment;
- 7) HIV/AIDS care and treatment, including ART;
- 8) Primary health care, including hepatitis B Vaccination, vein and abscess/ulcer care, overdose management; and
- 9) Supportive policy & legislative environment

3.3 ผลการวิเคราะห์หากนำมาตรการทั้ง 9 ด้านมาดำเนินการในประเทศไทย

เมื่อพิจารณามาตรการทั้ง 9 ด้าน พบว่า มาตรการที่มีผลกระทบสูงต่อผลสำเร็จการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมี 3 มาตรการ คือ

- 1) การบริการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment, MMT)
- 2) การบริการเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด (Needle and Syringe Program, NSP)
- 3) การบริการเชิงรุกในชุมชน (Outreach Program)

จึงทำการวิเคราะห์โดยใช้ SWOT Analysis โดยพิจารณาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส หรือ อุปสรรค แยกแต่ละมาตรการ ทั้ง 3 มาตรการ ดังนี้

¹⁴ HIV/AIDS Care and Treatment for People Who Inject Drugs in Asia and the Pacific: An Essential Practical Guide: WHO & UNDOC: 2008: P7

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ SWOT Analysis โดยพิจารณาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของมาตรการรวมทั้ง 9 ด้าน ดังนี้

3.3.1 ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths)

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับพระราชดำรัสของสมเด็จพระบรมราชชนนี ที่ทรงรับสั่งว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้ เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา เราก็ควรทำ” ภาพรวมของนโยบายมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่น คือ คำนึงถึงการดูแลมนุษย์ที่เป็นปัจเจกบุคคล ยึดธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นฐานในการยืดหยุ่นการดูแล หลักการและเหตุผลชัดเจน เป็นนโยบายที่ครอบคลุมไม่เฉพาะด้านการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องจากเหตุผลสำหรับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วย

1) **ด้านมนุษยธรรม** เป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ของมนุษย์ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในส่วนไหนของโลกก็ตาม ไม่เว้นแม้แต่ในเรือนจำในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง

2) **ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข** การใช้เข็ม อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเร่งการระบาดของเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด นโยบายควบคุมยาเสพติดควรมีจุดมุ่งหมายเพื่อลด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

3) **ด้านสิทธิมนุษยชน** สิทธิในสุขภาพได้รับการบรรจุไว้เป็นพิเศษในกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิของทุกคนที่จะได้รับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจตามมาตรฐานที่รัฐจะสามารถจัดให้ได้ รัฐมีภาระผูกพันที่จำเพาะและต่อเนื่อง ในการดำเนินการอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้อย่างถ่องแท้เกี่ยวกับสิทธิ องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย สุขภาพ คือ การที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งไม่ได้หมายถึงเพียงความไม่มีโรค หรือความเจ็บป่วยเท่านั้น การได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานที่รัฐจะจัดหาให้ได้ เป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน

4) **ด้านเศรษฐกิจ** การลดอันตรายจากการใช้ยาเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าใช้จ่ายโครงการลดอันตรายที่มีการขยายผลและความยั่งยืน เป็นวิธีที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมการระบาดของเอชไอวีและโรคติดเชื้ออื่นๆที่ติดต่อทางเลือด เช่น สามารถป้องกันบุคคลให้รอดพ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นต้น ซึ่งจะประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี และซี ในระยะยาว

นอกจากนี้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ยังเป็นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้

ให้บริการและผู้รับบริการที่เป็นปัจจุบัน และเป็นช่องทางสู่เป้าหมายในอุดมคติของการบำบัดรักษา ยาเสพติด คือ การลด ละ เลิก โดยให้สามารถดำรงสถานภาพการไม่เสพยาให้นานที่สุด สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการดูแลและบริการที่รอบด้านเนื่องจากมีเครื่องมือและกลวิธีที่หลากหลายให้เป็นทางเลือกตามความต้องการและเหมาะสมกับปัจเจกบุคคล รวมถึงเป็นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นบริการแบบให้เปล่า ผู้ใช้ยาไม่ต้องหาเงิน เพื่อไปซื้อยาเสพติดที่มีราคาแพง ลดปัญหาการก่ออาชญากรรม ลดการถูกจับกุมคุมขัง ลดการถูกตีตรา สามารถทำงานได้อย่างปกติ

3.3.2 ผลการวิเคราะห์จุดอ่อน (Weaknesses)

จุดอ่อนของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พบว่า

1) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป้าประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายของนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มุ่งลดการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งเป้าประสงค์ควรครอบคลุมรวมถึงการดูแลโรคเอดส์ในผู้ใช้ยาเสพติด และการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้ใช้ยาเสพติด ไม่ควรดูแลเฉพาะการป้องกันและลดเอดส์เท่านั้น ซึ่งจากหลักการและเหตุผลที่ระบุว่า ยาเสพติด เอดส์และเพศสัมพันธ์มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจึงควรป้องกันและปกป้องครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด วัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดอาชญากรรมจากผู้ใช้นาเสพติดด้วยวิธีฉีดเป็นวัตถุประสงค์ที่น่าจะเป็นผลกระทบ ตัวชี้วัดบางตัวไม่สื่อถึงความก้าวหน้า และประสิทธิผลที่ชัดเจนของการดูแลเอดส์ในผู้ใช้ยาเสพติด การติดตามประเมินผลไม่ชัดเจน

2) ด้านการดำเนินงาน

มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลากหลาย ทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม แต่ละองค์กรล้วนมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น การป้องกัน การปราบปราม การดูแลช่วยเหลือโดยไม่หวังผลกำไร เป็นต้น ร่วมกับ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ จรรยาบรรณวิชาชีพ คุณธรรมของปัจเจกบุคคลซึ่งปฏิบัติการกับชีวิตมนุษย์ ล้วนส่งผลถึงชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดและการลดอันตรายของสังคมโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทันเวลา ทัวถึงและเท่าเทียมกันในฐานมนุษย์เหมือนกันต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนบูรณาการร่วมกัน เช่น การใช้เข็มและอุปกรณ์สะอาด โปรแกรมการแลกเปลี่ยนเข็ม อุปกรณ์ฉีดยา ในสถานการณ์ความพร้อมของมาตรฐานตามโปรแกรมสากลที่นำมาใช้ในประเทศไทย มีเส้นแบ่งที่เปราะบางเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

ของการลดเอดส์ กับวัตถุประสงค์ของการลดปริมาณการใช้ยาเสพติด เนื่องจากยังไม่พบโปรแกรมมาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินการ และรายงานการศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากการติดยามีสมาเหตุและปัจจัยที่สลับซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับสมองและระบบประสาท การเสพยาเสพติดนานมีภาวะเสี่ยงต่อการที่สมองและระบบประสาทถูกทำลาย เราคงไม่ยากได้ผู้ใช้ยาที่คืนสู่สังคมในสภาพสมอง และระบบประสาทถูกทำลาย สูญเสียบุคลิกภาพแห่งตน เซลล์สมองของบุคคลที่เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะสูญเสียความสามารถในการทำงานอย่างปกติ

กลไกขับเคลื่อนนโยบาย เนื่องจากมีกลไกระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องใน 2 ส่วน คือ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ทำหน้าที่กำหนดและกำกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ซึ่งเป็นกรรมการระดับชาติทั้ง 2 คณะ รวมถึงการจัดตั้งคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อเป็นกรรมการอำนวยการ กำกับการดำเนินงาน ประสานงาน ติดตามและประเมินผล โดยกำหนดให้มีองค์ประกอบมาจากผู้แทนของคณะกรรมการและเลขานุการจากคณะกรรมการระดับชาติทั้ง 2 คณะ ทำให้มีความไม่คล่องตัวในการนำเสนอร่างนโยบายให้คณะกรรมการทั้ง 2 คณะ ให้ความเห็นชอบ ทำให้เกิดความล่าช้าในการขับเคลื่อนนโยบาย

3.3.3 ผลการวิเคราะห์โอกาส (Opportunities)

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีการเสริมหนุนและเอื้อต่อการพัฒนาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เป็นกระแสการป้องกันและดูแลที่รอบด้านเชิงรุกขยายทั้งเชิงนโยบายและกระบวนการดูแลช่วยเหลือ ช่องทางการพัฒนาเปิดกว้างให้ชุมชนเป็นหุ้นส่วนร่วม และมีทัศนคติที่เหมาะสมต่อผู้ใช้ยาเสพติดทั้งที่เข้าสู่ระบบบริการและผู้ใช้ยาเสพติดที่ยังไม่เปิดเผยตัว ซึ่งจะส่งผลถึงความสำเร็จของการพัฒนานโยบายได้อย่างต่อเนื่อง วิธดำเนินการ และผลที่คาดว่าจะได้รับเป็นโอกาสในการพัฒนาทั้งระบบ รูปแบบ กระบวนการ และมาตรฐานการบริการระดับสากล

3.3.4 ผลการวิเคราะห์อุปสรรค (Threats)

อุปสรรคหรือภาวะคุกคามต่อนโยบายการลดอันตรายของประเทศไทย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีดังนี้

ในประเทศ พบว่า โครงสร้างหลักของการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งด้านบุคลากร ระบบ/เครื่องมือ และงบประมาณยังไม่มี การจัดสรรและบูรณาการเข้าสู่ระบบปกติ ซึ่ง

เป็นระบบที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน แต่มีการสนับสนุนภาคประชาสังคมให้ดำเนินการในบางส่วน

หน่วยงานและองค์กรต่างประเทศ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับประเทศไทย พบว่า มีเจตนารมณ์ที่ดีในการปกป้องสิทธิมนุษยชน แต่การเร่งรัดการดำเนินการบนพื้นฐานวัฒนธรรมกฎหมาย ความรู้ การศึกษา ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สภาพสังคม เศรษฐกิจ และรัฐสวัสดิการที่แตกต่างกันอาจมีผลเสียทั้งต่อตัวผู้ขายเสพติดและสังคมโดยรวม รวมถึงน้ำหนักของการสนับสนุนงบประมาณที่จะส่งผลถึงประโยชน์สูงสุด และการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว รวมถึงกลไกขับเคลื่อนนโยบายที่มีองค์ประกอบหลักจากภาคการเมือง ราชการ ท้องถิ่น จนถึงภาคประชาสังคม

บทที่ 4

ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อสรุป

ปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เป็นปัญหาดังคม ปัญหาอาชญากรรม และก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ผู้ที่ติดยาเสพติดมักจะมีประวัติการกลับไปใช้ซ้ำหลายครั้งกว่าที่จะเลิกยาได้ การเข้าใจว่า โรคติดยาเป็นโรคเรื้อรังนี้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้เข้าใจได้ว่า ถึงแม้เป้าหมายของเราจะเป็นการช่วยให้ผู้ที่ติดยาเลิกใช้ยาได้เด็ดขาด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข แต่ก็ต้องยอมรับความจริงว่า กระบวนการช่วยให้เลิกยาเสพติดไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาข้ามคืน แต่ต้องกินเวลานานเป็นเดือน หรือเป็นปี การลดอันตรายจึงเป็นมาตรการที่ช่วยลดผลเสียของยาเสพติด โดยเฉพาะผลเสียที่อาจมีผลในระยะยาวกับผู้เสพอาทิ การติดเชื้อเอดส์ หรือเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี เพราะสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ หลังจากที่เราลงทุนลงแรง จนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ เราก็คงไม่อยากได้คนที่มีโรคเรื้อรัง เอดส์ ตับแข็ง มะเร็งตับ หรือมีสุขภาพไม่ดี กลับคืนสู่สังคม มาตรการลดอันตรายจึงเป็นมาตรการที่ช่วยป้องกันผลเสียเหล่านี้ เพื่อช่วยให้เราได้คนที่มีคุณภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ กลับคืนสู่สังคม

เนื่องจากแนวความคิดเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ได้รับการยอมรับมากขึ้นในต่างประเทศ และถูกผลักดันเพิ่มมากขึ้นในองค์กรระหว่างประเทศ แต่ที่ผ่านมามาประเทศไทยเน้นนโยบายสงครามยาเสพติด ที่จะเอาชนะโดยเด็ดขาดแต่ก็ยังไม่มีความยั่งยืน จึงยังมีความจำเป็นต้องศึกษาทั้งแนวความคิด หลักการว่า นโยบายเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะเหมาะสมหรือเป็นประโยชน์กับประเทศไทยมากน้อยเพียงใด

การศึกษาลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนี้ เพื่อให้ทราบว่า มีหลักการและการปฏิบัติในทางสากลอย่างไร ปัจจุบันองค์กรระหว่างประเทศ (UNODC, WHO, UNAIDS) มีการดำเนินการอย่างไรบ้าง และ สำหรับประเทศไทยควรมีหลักการ การปฏิบัติ เป็นอย่างไร ที่จะเป็ประโยชน์สูงสุด โดยศึกษาจากเอกสาร รายงาน ข้อมูล รวมทั้งเอกสารวิชาการ และข้อปฏิบัติของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวความคิดที่จะใช้ในการศึกษา ได้ใช้การวิเคราะห์ SWOT Analysis ประเมินปัจจัย

ต่างๆ สภาพแวดล้อม ทั้งจุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) อุปสรรค (Threats) เพื่อพิจารณาสภาพการณ์ ผลกระทบ มาตรการ หรือนโยบาย ความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ผลการวิเคราะห์ของมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 9 ด้าน พบว่า มาตรการที่มีผลกระทบสูงต่อผลสำเร็จการดำเนินการ 3 มาตรการ คือ การบริการให้เมทาโดนระยะยาว การบริการเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด และการบริการเชิงรุกในชุมชน และเมื่อใช้ SWOT Analysis วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยรวม ทั้ง 9 ด้าน พบว่า ควรกำหนดกลยุทธ์เชิงรุก (SO, Strengths + Opportunities) โดยลดจุดอ่อน (Weaknesses) และอุปสรรค (Threats) มีเพียงมาตรการให้เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด ที่ควรกำหนดกลยุทธ์ป้องกันตัว (ST, Strengths + Threats) เนื่องจากยังมีอุปสรรคที่สังคมยังไม่เชื่อมั่น กับ ลักษณะและรูปแบบการให้บริการ เกรงจะยิ่งทำให้มีการเสพยาเสพติดมากขึ้น

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด **ต้องเพิ่มจุดแข็ง (Strengths)** ที่การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่น คำนึงถึงการดูแลมนุษย์ที่เป็นปัจเจกบุคคล ยึดธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นฐานในการยืดหยุ่นการดูแลอย่างรอบด้าน หลักการและเหตุผลชัดเจน เนื่องจากภาวะการติดยาเป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่สลับซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับสมอง การเลี้ยงดูของครอบครัว สภาพาสังแวดล้อม และปัญหาของสังคม การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการลดอันตรายหรือผลกระทบอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่รอบด้าน สนับสนุนยุทธศาสตร์การบริการแบบบูรณาการและครบวงจร การบริการเชิงรุก การศึกษาวิจัย และการประเมินผล มาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นมาตรการที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้อายากับผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ที่ดีนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการจูงใจให้ผู้ใช้อายาสามารถลด ละและเลิกใช้ยาในที่สุดเป็นความสอดคล้องกับเป้าหมายในอุดมคติของการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สนับสนุนและเพิ่มการบริการลดอันตรายให้ครอบคลุมมากที่สุด และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอย่างมีส่วนร่วม

การลดจุดอ่อน (Weaknesses) โดยเพิ่มเป้าประสงค์นอกจากเป้าประสงค์มุ่งลดการคิดเชื่อเอชไอวีเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ต้องเพิ่มเป้าประสงค์ที่ครอบคลุม และรวมถึงการดูแลรักษาการติดยาเสพติด ที่ถือเป็นโรคสมองติดยาด้วย และการมีหน่วยงานรับผิดชอบที่หลากหลายทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม จึงต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยน และบูรณาการร่วมกัน การใช้เข็มและอุปกรณ์สะอาด ต้องพัฒนาโปรแกรมมาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินการ เนื่องจากการเสพยาเสพติดนาน สมองเหมือนถูกยาเสพติดยึดครองครอบงำ มีภาวะเสี่ยงต่อการที่สมองและระบบ

ประสาทถูกทำลาย และต้องสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร หน่วยงาน ให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยเฉพาะในที่ชุมชน เรือนจำ รวมทั้งพัฒนารูปแบบ และแนวทางปฏิบัติของการบริการที่มาตรฐานเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสร้างความยั่งยืน

การเพิ่มโอกาส (Opportunities) ซึ่งทั้งในประเทศและต่างประเทศ ให้ความสำคัญกับการป้องกันและดูแลที่รอบด้านเชิงรุกขยายทั้งเชิงนโยบายและกระบวนการดูแลช่วยเหลือ ช่องทางการพัฒนาเปิดกว้าง ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนานโยบายที่ต่อเนื่อง มีเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่หลากหลายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

การลดอุปสรรค (Threats) ของกลไกขับเคลื่อนนโยบาย ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการขับเคลื่อนนโยบาย พัฒนาโครงสร้างหลักของการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การจัดสรรงบประมาณ และบูรณาการเข้าสู่ระบบปกติ ในส่วนต่างประเทศมีเจตนารมณ์ที่ดี แต่ความแตกต่างทางวัฒนธรรม กฎหมาย ความรู้ การศึกษา ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สภาพสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินการโดยไม่มีมาตรฐาน และการจัดการที่ดี อาจมีผลเสียทั้งต่อตัวผู้ใช้ยาเสพติดและสังคมโดยรวมได้ ต้องสร้างความเข้าใจ และให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ใช้ยา เพื่อให้ยอมรับและดำเนินการให้มีผลสำเร็จในระยะยาว

4.2 ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ของประเทศไทย ควรเลือกกลยุทธ์เชิงรุก เพราะปัจจัยภายในเองมีจุดแข็ง (Strengths) ที่ดี และปัจจัยภายนอกมีโอกาสดังนี้ (Opportunities) อย่างมาก ที่จะดำเนินการให้เกิดความสำเร็จในบริบทสังคมไทย โดยมีข้อเสนอดังนี้

1) เป้าประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด นอกจากลดอันตรายจากการติดเชื้อเอดส์ หรือไวรัสตับอักเสบบี / ซี แล้ว ต้องรวมการดูแลบำบัดผู้ใช้ยาเสพติดโดยองค์รวมของปัญหาสุขภาพ ให้เกิดความต่อเนื่อง และมีมาตรฐาน

2) พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ความยอมรับ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของบุคลากรทุกภาคส่วน ภาคราชการ ภาควิชาการ ทุกส่วนทั้งส่วนสาธารณสุข ที่ให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งส่วนการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กับทั้งภาคประชาสังคม สื่อมวลชน จนถึงผู้ใช้ยาเสพติด และครอบครัวด้วย โดยต้องเป็นความรู้ที่ทันสมัย มีหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้ และเป็นประโยชน์กับสังคม

3) พัฒนาหน่วยงานที่รับผิดชอบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ให้มี

โครงสร้างที่ชัดเจนในกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เข้าสู่ระบบการทำงาน ทั้งการจัดสรรงบประมาณ และบูรณาการงานร่วมกันเป็นแผนงานโครงการ ระดับชาติ

กระบวนการพัฒนาและดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ต้องมีการวิเคราะห์ที่รอบด้าน ทั้งเหตุผล และความจำเป็น เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ มาตรการ วิธีดำเนินการ กลุ่มเป้าหมาย ผลที่คาดว่าจะได้รับ กลไกขับเคลื่อนนโยบาย การติดตามประเมินผล หน่วยงานรับผิดชอบ รวมทั้งหน่วยงานสนับสนุน ซึ่งในแต่ละส่วนต่างส่งผลต่อกันและกันถึงการสร้างการพัฒนา ความสำเร็จ ความมีประสิทธิภาพ ต้นทุน-ประสิทธิผล เท่าเทียม ทัวถึง ครอบคลุม และทันเวลา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

บรรณานุกรม

- Abdala N, Stephens PC, et al. 1999 “Survey of HIV-1 in syringes”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 20(1) pp.73-80.
- AidsAlliance. 2003 “Developing HIV/AIDS work with Drug Users’ A Guide to Participatory Assessment and Response”. [Online]. Available: <http://www.aidsalliance.org/>.
- Asian Harm Reduction Network, 2001. “Supporting responses to HIV and Injecting drug use in Asia, case study”. UNAIDS.
- Australian National Council on Drugs. 1998. “Needle and syringe programme”. position paper, ministerial council on drug strategy.
- Australian National Council on Drugs. 2001. “Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use”.
- Australian National Council on Drugs. 2002. “National Council backs investment on needle programme”.
- Australian National Council on Drugs. 2002. “Needle and Syringe Programs, position paper”. [Online] Available: http://www.ancd.org.au/publocations/pdf/pp_needle_syringe.pdf.
- Ball AL, Rana S and Dehne KL, ‘HIV prevention among injecting drug users: Responses in developing and transitional countries’, *Public Health Report*, 113, supplement 1, pp.170-181, 1998.
- Barnard M, Risky Business. 1993. *The International Journal of Drug Policy*.
- Broner R, Kidrof M, et.al. 1998. “A drug abuse treatment success among needle exchange participants”. *Public Health Report*, 113, supplement 1, pp.130-139.
- Centre for Harm Reduction, Macfartane Burnal Centre for Medical Research, HIV and injecting drug use: A new challenge to sustainable Human Development, 2000.

Centre of Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction Network, Manual for reducing drug related harm in Asia, 2003.

Correctional Service Canada, *National Inmate Survey*: Final Report, Ottawa, 1996.

Des Jarlais DC, Friedman SR, et.al, Harm Reduction: A public Health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. 1993. *Annual Revue of Public Health*, 14:pp.413-450.

Health Canada, HIV/AIDS Among Injecting Drug Users in Canada, April 2003.

Holan K, Topp L and MacDonald M, NSP: needle and syringe programs: a review of the evidence, In NSP: Needle and Syringe Programs (information kit), Canberra: Australian National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases, pp, 18, 2000.

Hottgrave DR, Pinkerton SD, Jones T, Lurie P, Vlahov, D, 'Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States'. 1998. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18 (supplement), pp. S133-S138.

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies and Henry Dunant Institute, Activities of National Red Cross and Red Crescent Societies in prisons, 1994.

Kurmaranayake L, Watts C, Vickerman P, Walker D, Zviagin V, Samoshkin S, Romantzov V. 2000. "The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk", *Belarus (draft)*, UNAIDS, [Online]. Available: <http://www.ahrn.net/pdf/Belarus.pdf>.

Lurie P and Drucker E. 1997. "An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA". *Lancet*, 349(9052), pp.604-608.

Nichol T. 1996. "Second unpublished account of the introduction of bleach at Matsqui Institution", *Bleach Pilot Project*, on file with Canadian Legal Network.

- Pecheny M. 2001. "Argentina: Discrimination and AIDS Prevention", *Drug abuse and AIDS' stemming the epidemic*, UNESCO, European Commission and UNAIDS.
- Rhodes T, Stimson GV, Crofts N, Ball A, Dehne K and Khodakevich. L. 1999. "Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': Implications for assessment and response".
- Roy E, Haley N, Bolvn. J et.al. 1997. "Injection Drug Use among Street Youth: A Dynamic Process". *Paper presented at the 6 th Annual Conference on HIV/AIDS Research*, Ottawa, Canadian Journal of Infectious Diseases (abstract 225).
- Spittal PM, Craib KJ, Wood E, Laliberte N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. 2002. "Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injecting drug users in Vancouver, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS", St.Paul's Hospital, Vancouver, 166(7) pp. 894-899.
- Strathdee SA, el al. 1997. "Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study".
- Steffanie A, Strathdee, Viahov D. 2001. "The effectiveness of needle program: A review of the science and policy", Vol. 1, No. 16, *AIDScience*.
- Stimson G, Adelekan M, Rhodes T. 1995. "The Diffusion of Drug Injection in Developing Countries, The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, University of London. This article is based on a presentation at the Sixth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm", Florence, Italy. [Online]. Available: <http://www.drugtext.org/library/articles/96754.htm>.
- Stimson G, Des Jarlis DC and Ball A (Eds). 1998. "Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses". *London UCL Press*.
- Tyndall MW, Currie S, Spittle P, Li K, Wood E, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. 2003. "Intensive Injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic". British, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, St. Paul's Hospital, Vancouver.

UNAIDS and WHO, “Drug Injection doubles the HIV rate in the former Soviet Union, Aids epidemic” update, 1999.

UNAIDS, “Drug Use and HIV”, Statement presented at the United Nations General Assembly Special Session on Drugs, March 1999.

UNAIDS, Preventing the transmission of HIV among drug users: A position paper of the United Nations system, 2000.

UNAIDS, “Eastern Europe and Central Asia: Drug Injection is still the main risk”, Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2000.

UNAIDS, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002.

UNDCP and UNAIDS, Drug abuse and HIV/AIDS, lesson learned, case study booklet, Central and Eastern Europe and Central Asian Studies, 2001.

UNODC, World Drug Report, 2001.

World Health Organization, Constitution of the World Health Organization, 1946.

World Health Organization regional office Europe, Principles for preventing HIV infection among drug users, 1998.

World Health Organization, Harm reduction approach to injecting drug use, 2003.

ประวัติผู้เขียน

1. ชื่อ นายวิโรจน์ วีรชัย

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์

2. ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2500

เครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสูงสุดที่ได้รับ มหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม) เมื่อ 5 ธันวาคม 2551

3. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
วิทยาศาสตร์บัณฑิต	2521	คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แพทยศาสตรบัณฑิต	2523	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	2529	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช
วุฒิปัตร์ผู้ชำนาญในการประกอบ วิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์	2529	แพทยสภา
อนุมัติบัตรผู้ชำนาญในการประกอบ วิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ ครอบครัว	2546	แพทยสภา

4. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 9967

ออกให้ ณ วันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2524 วันหมดอายุ ตลอดชีพ

5. ประวัติการรับราชการ

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
1 เมย.2524	นายแพทย์ 4 รักษาการผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก
1 เมย.2526- 31 มีค.2529	ลาศึกษาต่อหลักสูตร ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล และวุฒิบัตรผู้ชำนาญการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
1 ตค.2534	นายแพทย์ 7 หัวหน้าฝ่ายสถานพยาบาล	กองประสานการปฏิบัติการ บำบัดรักษาผู้ติดยาและสาร เสพติด กรมการแพทย์
1 ตค.2535	นายแพทย์ 7	โรงพยาบาลธัญญารักษ์
15 กค.2551	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้อำนวยการ	กรมการแพทย์ สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์

6. ประวัติการฝึกอบรมและงานประชุมวิชาการต่างประเทศ

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน, ประเทศ
2536	2-10 ตค.2536	การบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	ประเทศมาเลเซีย และประเทศ สิงคโปร์
2537	24-28 พค.2537	International Conference of Alcohol and Drugs Awareness Resource Network	ประเทศสหรัฐอเมริกา
2541	19-24 กค.2541	การบำบัดรักษาด้วยการฝังเข็ม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ประเทศ สาธารณรัฐ ประชาชนจีน
2543	21 กค.-5 สค. 2543	Matrix Model of Outpatient Treatment	Matrix Institute, University of California, Los Angeles (UCLA) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน, ประเทศ
2545	10 มิ.ย.-6 กค. 2545	Graduate Summer Institute of Epidemiology and Biostatistics	Johns Hopkins University ประเทศสหรัฐอเมริกา
	8-9 กค.2545	การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	Daytop International, New York U.S.A.
2546	14-15 ตค.2546	The 24 th Meeting of the ASEAN Senior Officials on Drug Matters (ASOD)	ย่างกุ้ง, ประเทศพม่า
2547	11-14 มิ.ย.2547	The 2004 NIDA International Forum	National Institute on Drug Abuse USA.
	12-17 มิ.ย.2547	The 66 th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence (CPDD)	San Juan, Puerto Rico ประเทศ สหรัฐอเมริกา
2548	7-11 กค.2548	National Institute on Drug Dependence, Peking University	ประเทศสาธารณรัฐ ประชาชนจีน
2549	28-31 มีค.2549	Thirty-fourth Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) meeting, WHO	WHO Geneva ประเทศสมาพันธรัฐสวิส
2550	27-30 สค.2550	Opioid Substitution Preventing HIV Transmission - Program Governance WHO Collaborating Center	Turning Point, Melbourne Adelaide University ประเทศออสเตรเลีย
	13-15 กย.2550	Practical Responses and Approaches to Drug Addiction	เลียมเรียบ, ประเทศกัมพูชา

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน, ประเทศ
2551	22-25 ตค.2550	IX ISAM (The International Society of Addiction Medicine) Annual Meeting and Scientific Conference	ไคโร ประเทศอียิปต์
	15-18 พย.2550	The 1 st International Conference of Addiction Medicine	ประเทศมาเลเซีย
	10-14 มีค.2551	Fifty-first Session Commission on Narcotic Drugs	UNODC เวียนนา ออสเตรีย
	24-27 สค.2551	The 29 th Meeting of the ASEAN Senior Officials on Drug Matters (ASOD)	ประเทศบรูไนดารุซซาราม
	30 สค.- 3 กย. 2551	The 21 st ECNP Congress (European Collage of Neuropsychopharmacology)	บาเซิลนา ประเทศสเปน
	16-18 ธค.2551	Technical seminar on drug addiction prevention and treatment: from research to practice	UNODC, เวียนนา ประเทศออสเตรีย
2552	16-20 มีค.2552	Fifty-second Session Commission on Narcotic Drugs	UNODC เวียนนา ประเทศออสเตรีย
2552	5-8 สค.2552	The 8 th Meeting of ASEAN-China Cooperative Operation in Response to Dangerous Drugs (ACCORD) Task Forces on Demand Reduction	จาร์กาดา ประเทศอินโดนีเซีย

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน, ประเทศ
	2-4 กันยายน 2552	First meeting of the Working Group on Article 14 of the WHO FCTC “Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation”	WHO โซล ประเทศเกาหลี
	29 กย.-1 ตค. 2552	The 30 th Meeting of the ASEAN Senior Officials on Drug Matters (ASOD)	ประเทศกัมพูชา
	14-17 ตค.2552	Workshop on Practical Approaches to the Effective Treatment of Drug Addiction in Asia	หลวงพระบาง ประเทศลาว
	7-9 ธค.2552	Meeting on the Development of the Regional Strategy for Harm Reduction in Asia and the Pacific 2010 - 2015 Confronting HIV among People who Inject Drugs	WHO กัวดาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย
	16-19 กพ.2553	Second meeting of the Working Group on Article 14 of the WHO FCTC “Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation”	WHO ไอซ์แลนด์ ประเทศนิวซีแลนด์

7. ผลงานวิชาการ

- ผลงานวิชาการ “Eosinophilic Meningitis’s : ศึกษาผู้ป่วย 226 ราย ของโรงพยาบาล ชัยภูมิ” วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2531 หน้า 337-43
- ผลงานวิชาการ “การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล” วารสาร กรมการแพทย์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 12 ธันวาคม 2531 หน้า 743-50 ผลงานวิชาการ “การศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ ในผู้ติดยาเสพติด” วารสารโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กค.-กย. 2532 หน้า 131-35
- เสนอผลงานวิชาการ “การติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาล ราชบุรี” ในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย 28-30 ตุลาคม 2535
- เสนอผลงานวิชาการ “ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2538 ของ โรงพยาบาลราชบุรี” ในการประชุมวิชาการ การป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติด ครั้งที่ 18 กรมการแพทย์ 5-7 สิงหาคม 2539
- ผลงานวิชาการ “ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี ของ โรงพยาบาลราชบุรี” วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 8 สิงหาคม 2539 หน้า 273-9
- ผลงานวิชาการ “Septicemia in Drug Addicts at Thanyarak Hospital” J Infect Dis Antimicrob Agents 1998;15:1-3.
- เสนอผลงานวิชาการ “Methadone maintenance : A 7 years study in Thanyarak Hospital (1990-1996)” ในการประชุมวิชาการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 13 วันที่ 23 เมษายน 2540
- ผลงานวิชาการ “Methadone Maintenance: Results of Treatment in Heroin Addict at Thanyarak Hospital (1990-1996)” J Med Assoc Thai 1998;12:947-952.
- ผลงานวิชาการ “การรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า” วารสารโรงพยาบาลราชบุรี ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 2543 หน้า 20-37.
- ผลงานวิชาการ “Drug dependence treatment by therapeutic community at Thanyarak Hospital (1986-1997)” Chula Med J 1999 Oct;43(10):701-710.

- เสนอผลงานวิชาการ “การเปรียบเทียบผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย เมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีน ที่ได้รับการถอนพิษยาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์” ในการประชุมใหญ่วิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 44 ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย วันที่ 11 ตุลาคม 2543
- ผลงานวิชาการ “Drug addicts treatment for ten years in Thanyarak Hospital (1989-1998)” J Med Assoc Thai 2001;84(1):24-29.
- นิพนธ์ต้นฉบับ 3 เรื่อง คือ 1.เส้นทางสู่การติดยาและหนทางสู่การเลิกยาเสพติด, 2. เป้าหมายของการบำบัดรักษา, 3. สารระเหย (Inhalant) ในตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: พิมพ์ครั้งที่ 1. พฤศจิกายน พ.ศ.2544:116-128,136-144,333-339. รับเชิญให้เสนอผลงานวิชาการ “The result of drug dependence treatment by therapeutic community (TC) for Thais in Thanyarak hospital” in Plenary Session 5 “Program Evaluation and Outcome Studies” ของการประชุม The 5th Asian Federation on Therapeutic Community Conference วันที่ 21 สิงหาคม 2545
- ผลงานวิชาการ “Prevalence and Genotypes of Hepatitis C Virus Infection among Drug Addicts and Blood Donors in Thailand” Southeast Asian J Trop Med Public Health 2002;33(4):849-851.
- ผลงานวิชาการ “The Result of Drug dependence treatment by therapeutic community in Thanyarak Institute on Drug Abuse” J Med Assoc Thai 2003;86(5):407-414.
- บรรยายวิชาการ “Government’s Role in Empowering Recovery persons to achieve Whole Person Recovery” in Plenary 1: Partnership in Recovery ของการประชุม Asian Recovery Symposium วันที่ 1 กันยายน 2547
- ผลงานวิชาการ “HIV Infection among Substance Abusers in Thanyarak Institute on Drug Abuse,Thailand,1987-2002” J Med Assoc Thai 2005: 88(1):76-9.
- นิพนธ์ต้นฉบับ 3 เรื่อง คือ 1.เส้นทางสู่การเสพติดและหนทางสู่การเลิกเสพติด, 2.ยาบ้า, ยาบ้า (Amphetamine, Methamphetamine), 3. สารระเหย (Inhalant) ในตำราเวชศาสตร์การเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน พ.ศ.2547:116-128,136-144,333-339

- ผลงานวิชาการ “อาการทางคลินิกของผู้ติดยาเสพติดกระท่อม” วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 30 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2548.
- ผลงานวิชาการ “ผลการใช้ Yi AN Decoction ในการรักษาผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน ของ สถาบันธัญญารักษ์” วารสารสถาบันธัญญารักษ์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2548 หน้า 1-11.
- สมาชิก 1 ใน 9 คน ของ WHO Expert Advisory Panel on Drug Dependence ตั้งแต่ พ.ศ.2548 ถึง ปัจจุบัน

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
1. การให้ยา เมทาโดนระยะยาว (MMT)	1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข			
	● เป็นการดูแลรักษาที่ตรงจุด ตรงประเด็นทดแทนความอยากยาที่เกิดจากสมองติดยา และเป็นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นการลดการใช้เฮโรอีนหรือฝิ่น ● ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินขนาดและการเสียชีวิตเนื่องจากการใช้ยาเสพติด	● การดูแลผู้ป่วยรายบุคคลแบบองค์รวม (Case management) ยังไม่สมบูรณ์ รวมถึงการทำงานกับครอบครัวยังไม่เป็นรูปธรรม	● รูปแบบการบำบัดรักษามีจำกัด ทำให้มีโอกาพัฒนาแนวทางการดูแลที่เปิดกว้าง และหลากหลายทั้งระบบ รูปแบบ และกระบวนการ รวมถึงการกำกับติดตาม ประเมินผลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ท้นเวลาทั้งการป้องกันและลดอัตราการบำบัดซ้ำและการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เช่นการพัฒนาขาดแทนที่สะดวก	● ความซื่อสัตย์ต่อกระบวนการบำบัดและระเบียบวินัยของผู้ใช้ยามีผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และชีวิตผู้ใช้ยา ● ผู้ใช้ยาเสพติดมีสาเหตุการใช้ยา สภาพการใช้ยา ปัจจัยด้านสุขภาพ ความจำเป็นส่วนตัวและบริบทแวดล้อมจะใช้มาตรการชุดเดียวกันแก้ปัญหาทุกกลุ่มไม่ได้เพื่อให้คนเหล่านี้มีชีวิตอยู่ได้โดยเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคมน้อยที่สุด

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
			เป้าหมายสำคัญของMMTได้แก่ การชักชวนให้ผู้ใช้ยาอยู่ในโครงการยิ่งนานยิ่งมีความสำเร็จมากขึ้นในการลดการแพร่เชื้อเอชไอวี และลดปัญหาสังคม และเป็น การเปลี่ยนมาใช้ยาถูกกฎหมาย	
	2. ด้านเศรษฐกิจ			
	เป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐาน (ฟรี) ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผู้ใช้จ่ายทุกคนสามารถเข้ารับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภายใต้การดูแลของแพทย์ สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้จ่าย ครอบครัวผู้ใช้จ่าย และของสังคม	- การบริการให้เปล่าเป็นข้อดี แต่เป็นการทำให้ไม่ได้ร่วมรับผิดชอบ ทั้งต่อตนเอง และต่อส่วนรวม - ความครอบคลุมบริการฟรีแบบรอบด้านยังไม่ครบถ้วน เช่น การฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี		

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
	3. ด้านการดำเนินงาน			
	● เป็นบริการที่รอบด้านในการสร้างเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ของบุคคล ครอบครัว และสังคม ตามความต้องการและความจำเป็นของมนุษย์อย่างมีศักดิ์ศรี และความเท่าเทียมผู้ป่วยอื่นที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ ● เป็นการเปลี่ยนมาใช้ยาถูกกฎหมายภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ใช้ยาไม่ต้องเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมการถูกจับกุมคุมขังที่ต้องหาเงินมาซื้อยาเสพติด ลดอัตราการเกิด	● บริการส่วนใหญ่ยังไม่เป็นบริการครบวงจรรวมจุดเดียว ทำให้การบริการภาพรวมไม่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประทับใจและพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่ไม่สามารถอดทนรอคอยสิ่งต่างๆ ได้ ● เป็นการดูแลระยะยาวผู้ใช้ยาต้องมารับยาทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 2-3 วัน ● ยังไม่มีการควบคุมคุณภาพสถานบำบัดที่ดีพอ มาตรการป้องกันการรั่วไหลของยาที่ใช้ในการรักษา การ	● การส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนร่วมทุกระดับระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข ปราบปราม ศาล และกระบวนการยุติธรรม หน่วยงานท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ● กฎหมายมีบทลงโทษว่า การใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย เป็นการสร้างสภาพเอื้อในการสร้างเสริมสุขภาพและสภาพเศรษฐกิจ/สังคมโดยรวม รวมถึงการลดและป้องกันอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดแก่บุคคลที่ยังไม่อยากเลิกเสพ ให้เข้าสู่ระบบบริการมากขึ้น	● ทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้ยา ผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยรวม ยังส่งผลกระทบทางลบในการสนับสนุน ส่งเสริม และสร้างสภาพเอื้อในการพัฒนาและเข้าถึงบริการของผู้ใช้ยา ● ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของบุคคลที่เกี่ยวข้องต่อเป้าหมายการบำบัดและการลดอันตรายซึ่งเป็นเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อให้เลิกยาเสพติดได้ในที่สุดยังไม่ตรงกัน ● ประเด็นหลักในยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านยาเสพติด แผนการดำเนินการ รวมถึงการสนับสนุน

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
	อาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ● มีหลักสูตรการบริการลดอันตรายจากการใช้ยา หลักสูตรการบริการเมทาโดนระยะยาว ในการจัดการดูแลผู้ติดโอปิออยด์และการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และแนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้เสพติดเฮโรอีน ซึ่งใช้เป็นหลักในการดำเนินการของประเทศ ● ทำให้ผู้ใช้ยาได้มีโอกาสเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา	ป้องกันมิให้ผู้ที่มาบำบัดสร้างความเดือดร้อนในสถานบำบัด มาตรฐานของบุคลากรสาธารณสุข ● ไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกพื้นที่ รวมถึงในเรือนจำ และระบบบริการยังไม่เอื้อต่อกระบวนการป้องกันและดูแลต่อเนื่องตามเวลาจริง ส่วนใหญ่เปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการ ● ระบบข้อมูลยังไม่สามารถออนไลน์เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการป้องกันการรับบริการซ้ำซ้อน	● ถ้าระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษที่มีอยู่มีความศักดิ์สิทธิ์ และมีสภาพบังคับใช้จะมีบทบาทสำคัญในการเสริมประสิทธิภาพการบำบัดรักษาช่วยให้ผู้ใช้ยาและผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจเข้ารับการบำบัดและคงอยู่ในการบำบัดแทนการรับโทษทางอาญา เนื่องจากบางคนอยากเข้ารับการบำบัด บางคนต้องให้ศาลสั่งเพื่อให้เห็นคุณค่าของการเลิกยา บางคนยังไม่ต้องการเลิกใช้ยาเสพติด	งบประมาณไม่ครอบคลุมถึงการลดอันตรายจากการใช้ยาและการบริการ MMT ยังไม่ปรากฏในนโยบายรวมของการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับประเทศ

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
		● คู่มือการควบคุมคุณภาพในเรื่องต่างๆ เช่นมาตรฐานสถานบำบัด มาตรการการป้องกันการรั่วไหลของยาที่ใช้ในการรักษา คู่มือการพัฒนางานด้านคลินิก คู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือด้านจิตวิทยา เป็นต้น ยังต้องพัฒนาเพิ่มเติม		
	สรุป SWOT Analysis ของการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) ควรกำหนดกลยุทธ์เชิงรุก (SO, Strengths + Opportunities) เป็นหลัก โดยลดจุดอ่อน (Weaknesses) และอุปสรรค (Threats) 1. สนับสนุนและเพิ่มบริการเมทาโดนระยะยาวให้ครอบคลุมมากที่สุด และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอย่างมีส่วนร่วม 2. ลดจุดอ่อน โดยการพัฒนาบุคลากร และหน่วยงานให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยเฉพาะในที่คุมขัง เรือนจำ 3. ลดอุปสรรคในการทำความเข้าใจ ให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เข้ายา เพื่อให้ยอมรับและสร้างผลดำเนินการที่มีผลสำเร็จในระยะยาว			

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
2. การบริการ	1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข			
เข็มและ อุปกรณ์ฉีดที่ สะอาด (NSPs)	การใช้เข็มร่วมกันแต่ละครั้งมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 3.475 และเสี่ยงต่อการได้รับไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 78 ไวรัสตับอักเสบบีมีความทนทานสูงซึ่งการล้างเข็มไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ การบริการเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาดจึงเป็นการลดอันตรายต่อสังคม ครอบครัว และผู้ใช้งาน เป็นการป้องกันชุมชนจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรค เป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงการติดต่อกับผู้ใช้งาน	ยังไม่มีโปรแกรม/การบริการที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงรายงานการติดตาม ประเมินผลและรายงานจำนวนผู้รับเข็มที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด มีเพียงรายงานจำนวนผู้ใช้เข็มเป็นรายและจำนวนรวมของเข็มที่ใช้เพิ่มขึ้น ไม่มีการรายงานจำนวนครั้งและจำนวนเข็มที่ใช้รายบุคคล หรือรายงานการใช้ยาฉีดตัวใหม่ ซึ่งสามารถส่งสัญญาณการเฝ้าระวังและการแพร่ระบาดของผู้เสพยาใหม่ได้	เป็นการคำนึงถึงความปลอดภัยของสังคมโดยรวม	ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะจิต วิญญาณในการดูแลมนุษย์ของผู้เกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้ยอมรับผู้ใช้งาน ในกรณีเล็กไม่ได้ และต้องแลกแลกเข็ม และอุปกรณ์ฉีด

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
	2. ด้านเศรษฐกิจ			
	ต้นทุนต่ำ-ประสิทธิภาพสูง ถ้าใช้ได้อย่างทันเวลาและ เหมาะสมในการป้องกันเอดส์			
	3. ด้านการดำเนินงาน			
	เป็นโปรแกรมที่มุ่ง ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี โดยตรง โปรแกรมการบริการ ที่สมบูรณ์จะเป็นบริการที่ เชื่อมต่อกับบริการที่ ครอบคลุมรอบด้าน	ระบบรหัสนิรนามยังไม่ ต่อเนื่องเชื่อมโยงกับระบบ การบำบัดรักษาส่งผลต่อ ประสิทธิภาพการป้องกัน และดูแลรายบุคคลที่ทันเวลา	- องค์กรระหว่างประเทศ สนับสนุนนโยบายลดอันตรายจาก การใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะ โครงการให้บริการเข็มและ อุปกรณ์ - การศึกษาวิจัยและทดลองยัง เปิดกว้างเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบและแนวทางการลด อันตรายที่เหมาะสมกับบริบทของ ประเทศไทย	สังคมยังไม่เชื่อมั่นกับลักษณะ และรูปแบบการให้บริการ เกรงจะ ยิ่งทำให้มีการเสพยาเสพติดมากขึ้น

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
	สรุป SWOT Analysis ของการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด (Needle Sharing Program) ควรกำหนดกลยุทธ์ป้องกันตัว (ST, Strengths + Threats) เป็นหลัก โดยลดจุดอ่อน (Weaknesses) - ดำเนินการโครงการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด ในส่วนที่เหมาะสมให้ครอบคลุมกลุ่มที่ต้องการและจำเป็น โดยกำหนดการบริการที่ตรวจสอบได้ และสร้างความรู้ความเข้าใจผู้เกี่ยวข้องให้ยอมรับมาตรการนี้ - ลดจุดอ่อน โดยพัฒนารูปแบบและแนวทางปฏิบัติของการให้บริการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ			

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
3. การให้บริการ ในชุมชน (Outreach Program)	1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข			
	● เป็นการสร้างช่องทาง และโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพให้แก่ผู้ไ้ยาในด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ชุมชนได้มากขึ้น ● เป็นการบริการเชิงรุก เชิง ลึกในชุมชน ทั้งระบบสาย ตรงและระบบเครือข่าย เพื่อเข้าถึงตัวผู้ไ้ยาในชุมชน ซึ่งมีประสิทธิภาพมากที่สุด เป้าหมายสำคัญเพื่อให้ข้อมูล หรือกระตุ้นและสนับสนุนให้ มีพฤติกรรมที่ปลอดภัย แต่ ยึดหยุ่นเหมาะสมกับ ธรรมชาติของผู้ไ้ยา	● ศักยภาพของอาสาสมัครที่ แตกต่างกัน ส่งผลถึงความ ยั่งยืนและความคงอยู่ของ อาสาสมัครรวมถึงการดูแล และการฝึกอบรมที่ต่อเนื่อง ซึ่งยังไม่มีระบบการดูแล ช่วยเหลืออาสาสมัครอย่าง ชัดเจน ● ระบบการดูแลสุขภาพ ทั้ง ของภาครัฐ และภาคประชา สังคมยังไม่ครอบคลุม ทัวถึง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงการรายงานข้อมูล เชื่อมต่อการได้รับบริการ สาธารณสุขขั้นพื้นฐาน	● การบริการสาธารณสุขขั้น พื้นฐานที่ครอบคลุม เท่าเทียม และ เป็นธรรมเทียบเท่าผู้ป่วยด้วยโรค ต่างๆ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ เอื้อทั้งเชิงนโยบาย กฎหมาย สวัสดิการสังคม ยังเปิดกว้าง และ เป็นความท้าทายการพัฒนาความ ต่อเนื่องในอนาคต ในการบริการ เชิงรุก	● ความรู้ ประสบการณ์และ ทักษะของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เข้าใจกระบวนการ Outreach Program

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
	2. ด้านเศรษฐกิจ			
	● เป็นการบริการโดยผู้ใช้จ่ายและอาสาสมัครที่มีจิตสาธารณะเพื่อผู้ใช้จ่ายโดยให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้จ่ายในชุมชน จึงมีค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่าการดำเนินงานโดยบุคลากรสาธารณสุข	● ค่าใช้จ่ายบุคลากรโดยรวมยังสูง เพราะเป็นรูปแบบเชิงรุกเข้าไปในชุมชน จึงได้ปริมาณน้อย ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก จึงจะได้ผลงานตามเป้าหมาย		● งบประมาณและการสนับสนุนที่ต่อเนื่องส่งผลกระทบต่ออาสาสมัครและผู้ใช้จ่ายในชุมชนที่ต้องการการดูแลประคับประคองที่ต่อเนื่อง
	3. ด้านการดำเนินงาน			
	● เป็นการทำงานบูรณาการระบบเครือข่ายที่ใช้ศักยภาพหรือจุดเด่นของแต่ละหน่วยอย่างมีส่วนร่วม โดยเฉพาะหน่วยงานส่วนท้องถิ่น	● ยังไม่มีระบบการรับรองและการเชื่อมต่อกับหน่วยบริการสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการของภาคประชาสังคมเพื่อเป็นหลักประกันในการ	● การเชื่อมและสร้างเครือข่ายและระบบรับ-ส่งต่อผู้ใช้จ่ายของภาคประชาสังคมและภาครัฐเป็นโอกาสพัฒนาของทุกระดับ	● การสนับสนุนการพัฒนาที่ครอบคลุมรอบด้านทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ● วัฒนธรรม และบรรยากาศของประเทศไทยในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชนไทยต่อสังคมโดยรวมต้องใช้เวลาในการ

มาตรการ	S (จุดแข็ง)	W (จุดอ่อน)	O (โอกาส)	T (อุปสรรค)
		ให้บริการแก่ผู้เข้าในชุมชน เช่น ใบบรรองการเป็น อาสาสมัคร มาตรฐานความรู้ และการได้รับการอบรม		สร้างสรรค์และตั้งสมบตเรียน จนกระทั่งเป็นวัฒนธรรมที่งดงาม
	สรุป SWOT Analysis ของ Outreach Program ควรกำหนดกลยุทธ์เชิงรุก (SO, Strength + Opportunities) เป็นหลัก โดยลดจุดอ่อน (Weaknesses) และอุปสรรค (Threats) - สนับสนุน เพิ่มการบริการ Outreach เพื่อให้เข้าถึง และครอบคลุมผู้เข้าที่ยังไม่เปิดเผยตัว หลบซ่อนอยู่ ในพื้นที่ที่มีการระบาดของยาเสพติดมาก เพื่อให้ประหยัดและมีประสิทธิภาพสูง - ลดจุดอ่อนโดยการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครให้มีความสามารถ เพื่อเกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืน - ลดอุปสรรค โดยการสร้างเสริมความรู้ และทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน			