

การเสียชีวิตและ เอชไอวี / เอดส์ใน ประเทศไทย

1

เอกสารเรื่องนี้เป็น 1 ใน 6 เรื่องที่จัดพิมพ์ไว้ในชุดเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตและเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

1. เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบซีในประเทศไทย : ผลกระทบต่อนโยบายด้านยาเสพติดแห่งชาติ
2. การลดอันตรายจากการใช้ยา : บทเรียนจากภูมิภาค
3. โครงการการระบอบกัญชาระบาด
4. การบำบัดการติดยาโดยการให้สาร “โอปิ-ออด” ทดแทน
5. โครงการลงพื้นที่ชุมชนและโครงการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร
6. การลดอันตรายจากการใช้ยาในเรือนจำและสถานควบคุมตัวอื่น ๆ

บทนำ

ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก การระบาดของเอชไอวี (HIV) และไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ช่วยเน้นย้ำให้เห็นว่า นโยบายด้านยาเสพติดทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติสามารถส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและต่อสิทธิมนุษยชนอย่างไรบ้าง ไม่เว้นแม้แต่ในประเทศไทย ปัญหาท้าทายต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขที่เกิดจากความเกี่ยวพันกันระหว่างการใช้สารเสพติดและโรคติดเชื้อต่างๆ ได้กลายเป็นกรณีที่มีน้ำหนักพอที่จะทำให้เห็นนโยบายด้านยาเสพติดแห่งชาติต้องตั้งจัดทำในลักษณะที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่ดีที่สุด ทั้งนี้ เพื่อให้การคุ้มครองครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุขและด้านสิทธิมนุษยชน

หากจะพูดแบบกว้างๆ นโยบายด้านยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ จะประกอบด้วย การปฏิบัติแบบผสมผสานระหว่างการป้องกันการรักรักษา การบังคับใช้กฎหมาย และการลดอันตรายจากการใช้ยา รายงานฉบับหนึ่งของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) กล่าวว่า

การปรับปรุงการปฏิบัติงานของระบบการควบคุมยาเสพติด ... ต้องอาศัยการดำเนินการ 4 ประการที่ต้องทำไปพร้อมๆ กัน กล่าวคือ การบังคับใช้กฎหมาย การป้องกันพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การบำบัดการติดยาสำหรับ

เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบซีในประเทศไทย: ผลกระทบต่อนโยบายด้านยาเสพติดแห่งชาติ

บุคคลที่เราไม่สามารถป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้พวกเขาใช้ยาผิดกฎหมายได้ และการลดผลกระทบด้านลบหลังการใช้ยาสำหรับทั้งบุคคลในเครือข่ายการติดยาและบุคคลในสังคมทั่วไป การดำเนินการประการสุดท้ายนี้ เรียกโดยทั่วไปว่า “การลดอันตราย”¹

เพื่อให้เกิดประสิทธิผล สิ่งสำคัญคือการถ่วงน้ำหนักของทุกเรื่องให้สมดุลกัน แต่เดิมมา นโยบายเรื่องยาผิดกฎหมายจะเน้นที่การลดอุปทานและอุปสงค์ของยา ประเด็นเหล่านี้เป็นส่วนที่ชัดเจนของนโยบายยาเสพติดเนื่องจากการใช้ยาบางชนิดทำให้เกิดภาวะคุกคามรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข แต่การจะลดอุปสงค์และอุปทานดังกล่าวให้สำเร็จ ทำได้เพียงวิธีเดียวคือการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งบ่อยครั้งทำให้เกิดผลกระทบด้านลบมากขึ้นต่อสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยาและต่อระบบสาธารณสุข กรณีเช่นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อการดำเนินนโยบายด้านยาเสพติดแห่งชาติในส่วนของ การบังคับใช้กฎหมาย เป็นไปในลักษณะที่บ่อนทำลายหรือตัดอีก 3 ส่วนของนโยบายนี้ออกไป (ซึ่งได้แก่ การป้องกัน การรักษา และการลดอันตราย)

การเสียชีวิตกฎหมายในประเทศไทย

สิ่งสำคัญที่ควรทราบคือ การพยายามศึกษาธรรมชาติของการใช้ยาผิดกฎหมายในประเทศไทยทำได้ลำบาก เนื่องจากมีการ

ติดตาม กีดกัน และลดโอกาสของผู้ใช้ยากันอย่างแพร่หลาย ข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวกับความชุกและธรรมชาติของการใช้ยารวบรวมมาจากผู้ใช้ยาที่สมัครใจเข้ารับบริการในศูนย์บำบัดการติดยาและบุคคลที่ถูกจับและคุมขังโดยหน่วยงานผู้บังคับใช้กฎหมาย

ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 การใช้ยาเสพติดในประเทศไทยก็ขยายตัวจากการใช้ฝิ่น เฮโรอีน และกัญชา มาเป็นการใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) ยาชนิดหนึ่งที่ใช้กันมากคือ เมทแอมเฟตามีน ที่เรียกกันทั่วไปว่า ยาบ้า หรือ ยาม้า² ในระหว่างปี 2536 ถึง 2544 การใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 1,000 และเข้ามาแทนที่เฮโรอีนในการเป็นยาเสพติดที่นิยมใช้ที่สุดในประเทศ³ อัตราการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในประเทศไทยถือว่าสูงที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยส่วนใหญ่เป็นการสูบ แต่ก็ยังมีบ้างที่ฉีด ส่วนการใช้เมทแอมเฟตามีนแบบเม็ดยานั้น มีข้อบ่งชี้ว่าลดลง ขณะที่การใช้ชนิดผงผลึกกลับเพิ่มขึ้น⁴

จำนวนผู้ใช้ยาชนิดฉีดในประเทศไทยนั้น มีประมาณการไว้หลายจำนวนที่แตกต่างกันมาก จำนวนที่มีรายงานล่าสุดอยู่ระหว่าง 160,000 ถึง 270,000⁵

มีรายงานเมื่อไม่นานมานี้แจ้งว่ามีการใช้ “ไมดาโซแลม (midazolam)” เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น “เป็นโซโดอาเซพีน” ที่มีฤทธิ์ค้ำในร่างกายนได้เป็นระยะเวลาสั้นๆ และต้องใช้ใบสั่งจากแพทย์ในการซื้อ (หรือไม่ต้องใช้ เมื่อ

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



ซึ่งจากคลินิกหรือแพทย์ที่ทุจริต)⁶ การใช้เมตาโซแลมนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและปัญหาร้ายแรงอื่นๆ ทางสุขภาพ เช่น เป็นฝี หรือ หลอดเลือดดำเสื่อม⁷ รายงานยังชี้ด้วยว่ามีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นด้วย⁸

เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดในประเทศไทย

สำหรับความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดในประเทศไทย มีรายงานว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 30-50 ตั้งแต่ปี 2532⁹ มีประมาณการว่าราว 1 ใน 4 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดของประเทศไทยเกิดจากการใช้อุปกรณ์การฉีดยาที่ปนเปื้อน และตัวเลขอาจจะขึ้นไปถึงร้อยละ 40 ในอีก 2-3 ปีถัดไป¹⁰ การวิจัยบางโครงการพบว่าสัดส่วนของผู้ใช้ยาชนิดฉีดในประเทศไทยที่ใช้เข็มที่ไม่สะอาดร่วมกันนั้นสูงถึงร้อยละ 68¹¹

ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) เป็นโรคติดต่อในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดในประเทศไทย การวิจัยพบว่าอัตราความชุกของไวรัสตับอักเสบบีในผู้ใช้ยาชนิดฉีดชาวไทยนั้นสูงกว่าร้อยละ 90¹² จากการมีช่องทางติดต่อที่คาบเกี่ยวและซ้อนทับกัน จึงพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย บางการวิจัยพบว่าความชุกของการติดเชื้อร่วมระหว่างเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดนั้นอยู่ในระดับที่สูงมาก และความชุกดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 99 ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดที่อยู่ในเรือนจำ¹³

ความชุกของโรคติดต่อทางเลือด เช่น เอชไอวี และ ไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ใช้ยาในประเทศไทยที่ยังคงทรงตัวอยู่ที่ระดับสูงตลอดเวลา ส่งสัญญาณว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการต่างๆ สำหรับการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลักในการดำเนินการ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการใช้อุปกรณ์การฉีดยาร่วมกัน และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแล การรักษา และการสนับสนุนได้ แนวทางต่างๆ ที่กฎหมายใช้ปฏิบัติต่อการใช้ยาผิดกฎหมายและต่อผู้ใช้ยา จะเป็นสิ่งชี้ว่าความพยายามเรื่องการ

ป้องกันและการเข้าถึงดังกล่าวในประเทศไทยจะประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย

ประเทศไทยร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดของสหประชาชาติรวม 3 ฉบับ¹⁴ สนธิสัญญาเหล่านี้กำหนดให้ประเทศต่างๆ ต้องจัดให้มีกฎระเบียบสำหรับการควบคุมสารเสพติดหลายชนิด รวมทั้งต้องนำกฎหมายอาญามาใช้ในบางกรณีด้วย อย่างไรก็ตาม สนธิสัญญาเหล่านี้ก็ยังเน้นความสำคัญของการจัดการให้บุคคลผู้ติดยาสามารถเข้าถึงบริการด้านการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการกลับไปอยู่ร่วมในสังคม และยังกำหนดความยืดหยุ่นของการปฏิบัติไว้หลายประการ เช่น อนุญาตให้มีทางเลือกอื่นนอกจากการส่งฟ้อง พิพากษา และคุมขัง ในหลายๆกรณีของการทำผิดกฎหมายเรื่องยาเสพติด

ในอดีต นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของไทยให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกแก่การดำเนินคดีอาญาต่อผู้ใช้ยาและการคุมขัง ทั้งนี้ เพื่อพยายามให้ประเทศ “ปลอดจากยาเสพติด” กฎหมายเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของประเทศไทยที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบันมีอยู่หลายฉบับด้วยกัน

พระราชบัญญัติที่สำคัญที่สุด ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติทั้งสองฉบับนี้ให้ความสนใจต่อการห้ามมิให้มีการผลิต การเสพ การมีไว้ในครอบครอง และการจำหน่ายสารเสพติดหลายชนิดโดยไม่ได้รับอนุญาต วัตถุออกฤทธิ์มีการแจกแจงไว้เป็นประเภทที่ 1 - 4 ใน พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ส่วนยาเสพติดให้โทษก็มีการแจกแจงไว้เป็นประเภทที่ 1 - 5 ใน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พระราชบัญญัติทั้งสองฉบับกำหนดให้ “การใช้ส่วนบุคคล” หรือ “การมีไว้ในครอบครองส่วนบุคคล” สำหรับสารเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่ต้องควบคุมนั้น เป็นความผิดทางอาญา การผลิต การนำเข้า หรือการส่งออกสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 นั้น หากกระทำ “ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อการจำหน่าย”

สามารถรับโทษถึงขั้นประหารชีวิตได้¹⁵ พระราชบัญญัติทั้งสองนี้ รวมทั้ง พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 ต่างให้อำนาจในขอบเขตที่กว้างขวางแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจและพนักงานเจ้าหน้าที่ในการค้น ยึด และจับกุม และให้ตำรวจมีอำนาจในการตรวจพิสูจน์สารเสพติดได้ด้วย¹⁶

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้นำแนวทางที่แตกต่างมาใช้จัดการกับปัญหาการใช้ยา ด้วยการจัดทำระบอบกฎหมายขึ้นอีกระบบหนึ่งเพื่อให้มีทางเลือกอื่นสำหรับการทำความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดในบางกรณี นอกเหนือไปจากการคุมขัง ในปี 2551 มีคนที่เข้ามาและออกไปจากระบบการบังคับบำบัดการติดยาของประเทศไทยประมาณ 40,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้มี 10,000 คนที่ถูกกักตัวไว้ในศูนย์บำบัด¹⁷ หากพิจารณาจากแง่มุมต่างๆ ในทางกฎหมายแล้ว จะต้องมีการประเมินโครงการเหล่านี้ว่าดำเนินการได้ผลเพียงใด และดำเนินการอย่างสอดคล้องกับประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายของไทยและกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีข้อผูกพันอยู่หรือไม่ อย่างไร

สุขภาพและกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นสมาชิกของสนธิสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญๆ หลายฉบับ ซึ่งกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญไว้ให้นโยบายด้านยาเสพติดของไทยต้องสนับสนุนมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด

ตัวอย่าง เช่น ประเทศไทยเป็นสมาชิกของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (ICCPR) ที่ห้ามการกระทำต่างๆ เช่น การจับกุมหรือการคุมขังโดยพลการ (มาตรา 9) การลงโทษด้วยการประหารชีวิต ยกเว้นในกรณีที่ประกอบอาชญากรรมที่รุนแรงที่สุด (มาตรา 6) และการทรมานและการปฏิบัติที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี (มาตรา 7) และรับรองสิทธิอันพึงมีในการดำเนินกระบวนการใดๆ ทางกฎหมาย (มาตรา 14)¹⁸ นอกจากนี้

ประเทศไทยยังเป็นภาคีของ อนุสัญญาต่อต้าน การทรมานและการปฏิบัติหรือการลงโทษที่ โหดร้ายไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี⁹ ซึ่ง ต้องมีการปฏิบัติตามสนธิสัญญาต่างๆ เหล่านี้ ในเรื่องการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ทั้งในเรื่องจำและในสถานที่อื่นๆ (เช่น สถานะบังคับบำบัด) ที่อยู่ภายใต้การควบคุม ของรัฐบาล

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเป็นภาคีของ กติกา ระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งรับรองสิทธิของบุคคล ในการ “ได้รับการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจตามมาตรฐานสูงสุดที่รัฐจะจัดให้ ได้” (มาตรา 12)²⁰ รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทยก็บัญญัติไว้ถึงสิทธิพื้นฐานในการ ได้รับบริการสุขภาพต่างๆ²¹ ส่วนหนึ่งที่สำคัญในการทำให้สิทธิเหล่านี้เป็นจริงก็คือ การจัดการให้ผู้ใช้ยา รวมทั้งผู้ติดยาสามารถ เข้าถึงบริการต่างๆ ที่ดำเนินการตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพ ของพวกเขา องค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ได้ ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดและข้อเสนอแนะต่างๆ ไว้สำหรับการสนองตอบต่อปัญหา เอชไอวีที่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด ด้วย ซึ่งสามารถใช้ได้ผลในระดับหนึ่ง เพราะ ว่าแนวทางและข้อเสนอแนะดังกล่าวเคารพและ คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ที่อยู่ชายขอบ และด้อยโอกาส ซึ่งมีความเปราะบางต่อการมี สุขภาพไม่ดีและการมีความเสี่ยงสูงต่อการ ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนอื่น²²

ข้อเสนอแนะ:

- รัฐบาลไทยต้องดำเนินการให้แน่ใจว่า ลักษณะ ของนโยบายและการดำเนินการตามนโยบาย ต่างๆ เพื่อลดอุปทานและอุปสงค์ของยาผิด กฎหมายนั้น จะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยาหรือบุคคลต่างๆ ที่ ให้บริการแก่ผู้ใช้ยา
- รัฐบาลไทยต้องดำเนินการให้แน่ใจว่า ได้มีการ บรรลุเรื่องการลดอันตรายไว้เป็นส่วนสำคัญส่วน หนึ่งนโยบายต้านยาเสพติดแห่งชาติ และมีการ ดำเนินการลดอันตรายผ่านทางบริการหรือ โครงการต่างๆ ที่จัดทำขึ้นตามหลักฐานเชิง ประจักษ์เพื่อคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของผู้ ใช้ยา

อ้างอิง

- 1 UNODC, 2008 World Drug Report, 2008, p. 217.
- 2 แปลตรงตัวเป็นภาษาอังกฤษว่า “crazy drug” ใช้เรียก เฉพาะในกรณีที่ใช้เมรแอมเฟตามีนอาจแสดงพฤติกรรม ที่ “บ้าหรือพั่นเฟือน” ซึ่งอาจเกิดจากการจิตวิปลาส จากยา ส่วน ยาม้า แปลตรงตัวเป็นภาษาอังกฤษว่า “horse drug” หมายถึงฤทธิ์ของมันทำให้ผู้เสพมี กำลังวังชา ในระยะหลังๆ ผู้ใช้เมรแอมเฟตามีนชอบเรียก ตามชื่อหลังมากกว่า เพราะทำให้รู้สึกถูกตราหน้าของ G. Reid and G. Costigan, Revisiting “The Hidden Epidemic” – A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS, 2002, p. 208.
- 3 UNODC, 2008 World Drug Report, pp. 154–158.
- 4 Thai Working Group on AIDS Projections, Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020, 2001, p. 12; UNODC, Drugs and HIV/AIDS in South East Asia: A Review of Critical Geographic Areas of HIV/AIDS Infection Among Injecting Drug Users and of National Program Responses in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam, 2004, p. 37.
- 5 F. Van Griensven et al, “Trends in the injection of midazolam and other drugs and needle sharing among injection drug users enrolled in the AIDS VAX B/E HIV-1 vaccine trial in Bangkok, Thailand,” International Journal of Drug Policy 16 (2005): 171–175.
- 6 N. Kiattying-Angsulee et al, “Midazolam use in injecting drug users (IDUs) in Bangkok: preliminary results of a qualitative study,” paper presented at the XV International AIDS Conference, 2004, Bangkok, Thailand.
- 7 See, for example, UNODC, 2008 World Drug Report, p. 283.
- 8 Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, HIV/AIDS Analytical Situation in Thailand, at www.aidssthai.org.
- 9 United Nations Development Programme, Thailand’s Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges, 2004, p. 54.
- 10 P. Perngmark et al, “Needle sharing among southern Thai drug injectors,” *Addiction* 98(8) (2003): 1153–1161; P. Perngmark et al, “The Thai HIV/AIDS epidemic at 15 years: sustained needle sharing among southern Thai drug injectors,” *Drug and Alcohol Dependence* 92(1–3) (2008): 183–190.
- 11 T. Hansurabhanon et al, “Infection with hepatitis C virus among intravenous drug users: prevalence, genotypes, and risk-factor-associated behavior patterns in Thailand,” *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 96(6) (2002): 615–625; J. Jit-tiwutikarn et al, “Hepatitis C Infection among drug users in Northern Thailand,” *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 74(6) (2006): 1111–1116.
- 12 W. Paungtubtim et al, “High incidence and prevalence of hepatitis C virus infection among Bangkok inmates, Thailand,” paper presented at XV International AIDS Conference, Bangkok, 2004. See also, S. Sungkanupharph et al, “Prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus co-infection with human immunodeficiency virus in Thai patients: a tertiary-care-based study,” *Journal of the Medical Association of Thailand* 87(11) (2004): 1349–1354.
- 14 Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, UN, 520 UNTS 331, as amended by the 1972 Protocol; Convention on Psychotropic Substances, 1971, UN, 1019 UNTS 175; Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988.
- 15 Narcotics Act, B.E. 2522 (1979), s. 65.
- 16 See Narcotics Control Act, B.E. 2519 (1976), s. 14. The Narcotics Act, B.E. 2522 (1979) also permits searches (s. 49) and drug testing (s. 58(1)), while the Psychotropic Substances Act B.E. 2518 (1975) contains broad powers of search in s. 49.
- 17 Department of Probation, Department of Probation & the Compulsory Drug Treatment System in Thailand, undated.
- 18 International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), adopted December 16, 1966, entered into force January 3, 1976, 999 U.N.T.S. 171.
- 19 Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, entered into force June 26, 1987, 1465 U.N.T.S. 85.
- 20 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), adopted December 16, 1966, entered into force January 3, 1976, 993 U.N.T.S. 3..
- 21 Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2550 (2007), s. 51.
- 22 E.g., Office of the U.N. High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and UNAIDS, International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated edition. See also, the “Evidence for Action” technical papers and policy briefs on addressing HIV among injection drug users produced by the World Health Organization, UNAIDS and UNODC, online via www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html.

1


เนื้อหาในเอกสารเผยแพร่นี้เป็นข้อมูลทั่วไป ไม่ได้เป็นข้อแนะนำทางกฎหมาย และไม่ควรรนำไปใช้เป็นข้อแนะนำทางกฎหมาย

ท่านสามารถเข้าไปดูเอกสารนี้ในเว็บไซต์ของ “เครือข่ายกฎหมายต้านเอชไอวี/เอดส์แห่งแคนาดา” ได้ที่ www.aidslaw.ca/drugpolicy เรายินดีหากจะมีการนำเอกสารนี้ไปจัดพิมพ์ซ้ำ แต่ไม่ใช่เพื่อการจำหน่าย และต้องอ้างถึง “เครือข่ายกฎหมายต้านเอชไอวี/เอดส์แห่งแคนาดา” ว่าเป็นแหล่งที่มาของข้อมูล สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อเครือข่ายกฎหมายฯ ได้ที่ info@aidslaw.ca

เอกสารเผยแพร่นี้มีการจัดทำเป็นภาษาไทยด้วย

ผู้ให้ทุนสนับสนุนการจัดทำเอกสารนี้คือ มูลนิธิลิว-สเตรสส์ (Levi Strauss Foundation)

เครือข่ายกฎหมายต้านเอชไอวี/เอดส์แห่งแคนาดา, 2552



Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida