

การใช้ยาเสพติดและ เอชไอวี / เอ็ดสีย ประเทศไทย

2

เอกสารเรื่องนี้เป็น 1 ใน 6 เรื่องที่จัดพิมพ์ไว้ในชุดเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและเอชไอวี/เอ็ดสียในประเทศไทย

1. เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย : ผลกระทบต่อนโยบายด้านยาเสพติดแห่งชาติ
2. การลดอันตรายจากการใช้ยา : บทเรียนจากภูมิภาค
3. โครงการกระบอกฉีดยาสะอาด
4. การบำบัดการติดยาโดยการให้สาร “โอปิ-ออด” ทดแทน
5. โครงการลงพื้นที่ชุมชนและโครงการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร
6. การลดอันตรายจากการใช้ยาในเรือนจำและสถานควบคุมตัวอื่นๆ

การลดอันตรายคืออะไร?

“การลดอันตราย” เป็นคำที่ใช้เรียกมาตรการต่างๆ ที่มุ่งป้องกันหรือลดผลกระทบเชิงลบที่ตามมาจากการกระทำพฤติกรรมบางอย่างโดยไม่จำเป็นต้องกำจัดหรือเลิกพฤติกรรมเหล่านั้น ในกรณีของยาผิดกฎหมาย การลดอันตรายหมายถึงแนวทางที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันหรือการลดอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาผิดกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคลหรือสังคม มาตรการต่างๆ ในการลดอันตรายมุ่งลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาผิดกฎหมาย ซึ่งในขณะเดียวกันก็ปกป้องศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยาด้วย

ลักษณะเฉพาะของการลดอันตรายคือแนวคิดที่อิงสถานการณ์จริง สำหรับคนที่ไม่สามารถเลิกหรือไม่เต็มใจที่จะเลิกการใช้ยาเสพติดหลักก็คือจำกัดผลกระทบเชิงลบทางด้านสุขภาพที่จะตามมาจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งอันตรายรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทีก็คือ การได้รับยาเกินขนาดจนมีอาการหมดสติ การเกิดโรคติดเชื้อที่ติดต่อกันได้ทางเลือด เช่น เอชไอวี และ ไวรัสตับอักเสบบี โครงการลดอันตรายที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ใช้ยาต่างตระหนักถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงว่า บางคนจะยังใช้ยาต่อไปด้วยเหตุผลหลายๆ ประการ (แม้ว่าจะยานั้นจะเป็นสิ่งผิดกฎหมาย) และตระหนักดีว่าจำเป็น

การลดอันตรายจากการใช้ยา: บทเรียนจากภูมิภาค



ต้องดำเนินการขั้นตอนต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทันที ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากการลดอันตรายจะเน้นที่การลดอันตรายอันเกิดจากกิจกรรมใดๆ มากกว่าการกำจัดหรือการเลิกกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นการลดอันตรายจึงเหมือนกับยุทธศาสตร์อื่นๆ ที่ใช้จัดการเพื่อลดความเสี่ยงในทุกวันนี้อยู่แล้ว เช่น กฎหมายที่กำหนดให้มีการจำกัดความเร็วของยานพาหนะ การคาดเข็มขัดนิรภัย และการใช้หมวกนิรภัย ซึ่งเป็นการยอมรับว่าความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายใดๆ จากการขับขี่รถยนต์นั้นมียูอยู่เสมอ

สถานการณ์ของประเทศอื่น ๆ ในทวีปเอเชียเป็นอย่างไรบ้าง?

ประเทศจีน

- ตามตัวเลขอย่างเป็นทางการ ณ สิ้นปี 2548 จำนวนผู้เข้าคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 44.3 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด¹
- แผนปฏิบัติการของจีน (2549-2553) เพื่อลดและป้องกันการระบาดของเอชไอวี/เอ็ดสีย กำหนดให้การบริการบำบัดการติดยาโดยการให้สารโอปิออดทดแทน (OST) และโครงการกระบอก

ฉีดยาสะอาด (SSPs) ขยายขอบเขตบริการให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี 2553 ความสำเร็จการจัดตั้งคลินิกบำบัดการติดยาโดยการให้สารทดแทนระยะยาวให้รองรับผู้บริการซึ่งเป็นผู้ใช้สารเข้าฝิ่น (ส่วนมากคือเฮโรอีน) ให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งในชนบทและในเมืองที่มีผู้ใช้ยามาลงทะเบียนไว้มากกว่า 500 คน นอกจากนี้ ความสำเร็จและโครงการกระบอกฉีดยาที่สะอาดให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ใช้ยาชนิดฉีดในพื้นที่ที่มีโครงการกระบอกฉีดยาสะอาดดำเนินการอยู่ ทั้งนี้ ประเทศจีนมีโครงการแลกเปลี่ยนกระบอกฉีดยาอยู่เกือบ 800 แห่ง²

- การดำเนินโครงการบำบัดการติดยาโดยให้สารโอปิออดทดแทนนี้ ไม่เคยมีมาก่อนในประเทศจีน ดังนั้น จึงเริ่มจากการไม่มีคลินิกบำบัดเลยในปี 2545 เป็นการมีคลินิกบำบัดมากกว่า 500 แห่งเมื่อสิ้นสุดปี 2550³

ประเทศเวียดนาม

- จากตัวเลขอย่างเป็นทางการ ความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดเมื่อคิดทั้งประเทศคือร้อยละ 28.6 แม้ว่า การวิจัยบางโครงการจะชี้ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดในเวียดนามนั้นสูงถึงร้อยละ 75⁴

- ในเดือนมิถุนายน 2549 เวียดนาม ได้ผ่านกฎหมายเกี่ยวกับเอชไอวีฉบับหนึ่ง ซึ่งเป็นการปูรากฐานทางกฎหมายรองรับการขยายตัวของกิจกรรมการลดอันตรายต่างๆ เช่น โครงการกระบอกฉีดยาสะอาด การลงพื้นที่ชุมชนและการให้ข้อมูลข่าวสาร และการบำบัดการติดเชื้อโดยการให้สารโอปิออดทดแทน และในปี 2550 ก็มีการตราพระราชกฤษฎีกาออกมสำหรับการดำเนินโครงการต่างๆดังกล่าว⁵
- ในระหว่างปี 2550 ผลจากการขยายโครงการต่างๆ ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐได้แจกจ่ายกระบอกฉีดยาสะอาดมากกว่า 11 ล้านกระบอก และแจกถุงยางอนามัยมากกว่า 100 ล้านชิ้น โดยส่วนใหญ่เป็นการแจกผ่านเพื่อนผู้ใช้ยา มากกว่า 1,000 คนที่ทำงานเป็นอาสาสมัครลงพื้นที่ชุมชน⁶
- ส่วนโครงการบำบัดการติดเชื้อโดยการให้สารโอปิออดทดแทนนั้น มีแผนจะนำร่องในปี 2550 ในผู้ป่วย 1,500 ราย⁷

ประเทศมาเลเซีย

- ตามตัวเลขอย่างเป็นทางการ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยานิตินิดคือร้อยละ 73.7⁸
- คลินิกเมธาโดนขยายตัวอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่การเริ่มจัดตั้งครั้งแรกในปี 2548 โดยมีโครงการต่างๆ ที่เข้าถึงผู้ป่วยได้มากกว่า 4,000 คน ณ สิ้นสุดปี 2550 นอกจากนี้ ก็มีการขยายโครงการบำบัดการติดเชื้อโดยการให้สารทดแทนด้วยการอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชปฏิบัติทั่วไปสามารถให้บริการด้านนี้ได้ด้วย⁹
- การนำร่องโครงการบำบัดการติดเชื้อ (โดยการให้สารโอปิออดทดแทน) ในเรือนจำ เริ่มต้นในปี 2551¹⁰

- การนำร่องโครงการกระบอกฉีดยาสะอาดเริ่มขึ้นในปี 2549 และขยายตัวมาโดยตลอด ปัจจุบัน มาเลเซียมีโครงการกระบอกฉีดยาสะอาดอยู่ 6 โครงการภายใต้การประสานงานของสภาโรคเอดส์ของมาเลเซีย ณ สิ้นสุดปี 2550 โครงการกระบอกฉีดยาสะอาดสามารถเข้าถึงผู้ใช้ยานิตินิดรวม 3,600 คน และกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายว่าจะเข้าถึงให้ได้ 20,000 คน ภายในปี 2553¹¹

ประเทศอินโดนีเซีย

- ตามตัวเลขอย่างเป็นทางการ มากกว่าร้อยละ 52 ของผู้ใช้ยานิตินิดในอินโดนีเซียติดเชื้อเอชไอวี¹²
- ในเดือนมิถุนายน 2549 รัฐบาลโดยคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติได้ประกาศเป้าประสงค์ข้อหนึ่งว่า “จะป้องกันไม่ให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นไปถึงหนึ่งล้าน” และตั้งเป้าว่าจะดำเนินโครงการเมธาโดนเข้าถึงผู้ใช้ยา 50,000 คนภายในปี 2553¹³
- อินโดนีเซียเริ่มให้การบำบัดการติดเชื้อ (โดยการให้สารทดแทน) ในเรือนจำเมื่อปี 2549¹⁴ คณะกรรมาธิการโรคเอดส์แห่งชาติกำลังประสานให้มีการจัดโครงการลดอันตรายในเรือนจำ 95 แห่งจากจำนวนทั้งหมด 396 แห่งของประเทศภายในปี 2553¹⁵
- มีการลงนามในบันทึกความเข้าใจระหว่างสำนักงานควบคุมสารเสพติดแห่งชาติและคณะกรรมการโรคเอดส์แห่งชาติ และตามมาด้วย “บันทึกการตัดสินใจของรัฐมนตรีผู้ประสานงานประชาสงเคราะห์ หมายเลข 2/2007 เรื่องการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (แผนปฏิบัติการแห่งชาติ, 2550-2553)”¹⁶

- นับถึงเดือนตุลาคม 2550 ในแต่ละเดือนมีผู้ใช้ยานิตินิด 7,000 คนมาใช้บริการที่ศูนย์อนามัยชุมชน 75 แห่งที่ดำเนินงานโดยรัฐบาล เพื่อรับกระบอกฉีดยาที่สะอาดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย¹⁷

สถานการณ์ในประเทศไทยเป็นอย่างไร?

ขณะนี้ยังไม่มีนโยบายเรื่องการลดอันตราย ประเทศไทยมีบริการเมธาโดนตั้งแต่ในช่วงระหว่างปี 2513 -2523 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการล้างพิษยา และจากนโยบายของรัฐบาล จะเริ่มมีการบำบัดการติดเชื้อโดยการให้เมธาโดนทดแทนระยะยาวภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2551 รัฐบาลหลบเลี่ยงที่จะจัดให้มีโครงการกระบอกฉีดยาสะอาด และแม้จะได้สัญญาเอาไว้ว่า ทุกคนที่เข้าเกณฑ์ สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างเท่าเทียม แต่รัฐบาลก็ยังไม่สามารถขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครอบคลุมผู้ใช้ยาได้อย่างเป็นระบบ¹⁸

ในเดือนกุมภาพันธ์ 2547 สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ได้ประมาณการว่าจำนวนผู้ใช้ยานิตินิดที่ได้รับการลดอันตรายจากการใช้ยา มีเพียงร้อยละหนึ่งเท่านั้น¹⁹ ในเดือนกรกฎาคม 2549 มีการวิจัยของสำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) รายงานว่า บริการลดอันตรายสามารถเข้าถึงผู้ใช้ยานิตินิดในกรุงเทพมหานครเพียงร้อยละหนึ่งเท่านั้น²⁰

ในปี 2547 รายงานผลการดำเนินการระดับประเทศตามข้อกำหนดจาก UNGASS ของประเทศไทย กล่าวว่า

ประเทศไทยควรดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการขยายโครงการลงพื้นที่ชุมชน และโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีการจัดส่งยาและการใช้ยา มีแนวโน้มที่จะดำเนิน

ต่อไป การดำเนินการดังกล่าวได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและไม่ส่งผลให้จำนวนผู้ขายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด²¹

อย่างไรก็ตาม สี่ปีหลังจากนั้น ข้อเสนอแนะนี้ก็ถูกละเลยเสียเป็นส่วนใหญ่ รายงานผลการดำเนินการระดับประเทศตามข้อกำหนดจาก UNGASS ของประเทศไทยสำหรับปี 2551 กล่าวว่า “การป้องกันที่ได้ผลในกลุ่มผู้ขายชาตินี้ยังคงขาดแคลนอยู่มากและไม่ครอบคลุม”²²

ข้อเสนอแนะ

- รัฐบาลไทยต้องดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในการเคารพ คุ้มครอง และเติมเต็มสิทธิมนุษยชนของผู้ขาย รวมทั้งสิทธิในสุขภาพด้วย กรณีนี้รวมถึงการเข้ามาตรวจคัดกรองต่างๆ โดยเป็นส่วนหนึ่งของการสนองตอบแบบครบวงจรต่อการขายที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้
- รัฐบาลไทยควรจัดทำแผนระดับชาติอย่างเป็นรูปธรรมและมีขอบเขตของเป้าหมายชัดเจน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการลดอันตรายต่างๆ ที่จำเป็น

อ้างอิง

- ¹ Z.M. Liu et al., “Drug Use and HIV/AIDS in China,” *Drug and Alcohol Review* 25(2) (2006): 173–175.
- ² Open Society Institute, *Harm Reduction Developments*, 2008, p. 53; F. Mesquita, personal communication, 10 December 2008.
- ³ F. Mesquita, “Accelerating harm reduction interventions to confront the HIV epidemic in the Western Pacific and Asia: the role of WHO (WPRO),” *Harm Reduction Journal* 5 (2008): 26; L. Wang, “Overview of the HIV/AIDS epidemic, scientific research and government responses in China,” *AIDS* 21 (Suppl. 8) (2007): S3–S7.
- ⁴ Ministry of Health [Vietnam], *HIV/AIDS Estimates and Projections 2005–2010*, 2005.
- ⁵ Vietnam, *Law on the Prevention and Control of HIV/AIDS*, 2006; Vietnam, *Government Decree No. 108/2007/Nd-Cp of June 26, 2007, Detailing The Implementation of a Number of Articles*

of the Law on HIV/AIDS Prevention and Control, 2007.

- ⁶ Vietnam, *HIV/AIDS Prevention Project, Annual Report 2007*, 2008.
- ⁷ Vietnam, *UNGASS: Country Progress Report: Vietnam*, 2008.
- ⁸ Malaysia, *UNGASS: Country Progress Report: Malaysia*, 2008.
- ⁹ G. Reid et al., “Malaysia and harm reduction: the challenges and responses,” *International Journal of Drug Policy* 18 (2007): 136–140; F. Mesquita, “Accelerating harm reduction interventions”: 26.
- ¹⁰ F. Mesquita, “Accelerating harm reduction interventions”: 26.
- ¹¹ Open Society Institute, *Harm Reduction Developments*, 2008, p. 53.
- ¹² Indonesia, *UNGASS: Country Report, Indonesia*, 2008, pp. 19–21.
- ¹³ Open Society Institute, p. 52.
- ¹⁴ I. Irawati et al., “Indonesia sets up prison methadone maintenance treatment,” *Addiction* 101 (2006): 1525.
- ¹⁵ Open Society Institute, p. 52.
- ¹⁶ Indonesia, *UNGASS: Country Report, Indonesia*, p. 32.
- ¹⁷ Mesquita F et al., “Public health: the leading force of the Indonesian response to HIV/AIDS crises among people who inject drugs,” *Harm Reduction Journal* 4 (2007): 9. Open Society Institute, p. 52.
- ¹⁸ See Human Rights Watch, *Thai AIDS Treatment Action Group, Deadly Denial: Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*, 2007.
- ¹⁹ 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. 15.
- ²⁰ USAID, *Mapping HIV/AIDS Service Provision for Most At-Risk and Vulnerable Populations in the Greater Mekong Sub-Region*, July 2006, pp. 46–47. Available online: www.unaids.org.vn/facts/docs/MappingHIVAIDS.pdf.
- ²¹ [Thailand] National AIDS Prevention and Alleviation Committee, *UNGASS Country Progress Report: Thailand*, 2004, available via www.ua2010.org.
- ²² [Thailand] National AIDS Prevention and Alleviation Committee, *UNGASS Country Progress Report: Thailand*, 2008, available via <http://data.unaids.org>.

2

เนื้อหาในเอกสารเผยแพร่นี้เป็นข้อมูลทั่วไป ไม่ได้เป็นข้อแนะนำทางกฎหมาย และไม่ควรรำนำไปใช้เป็นข้อแนะนำทางกฎหมาย

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

เอกสารเผยแพร่นี้มีการจัดทำเป็นภาษาไทยด้วย

ผู้ให้ทุนสนับสนุนการจัดทำเอกสารนี้คือ มูลนิธิลีวี-สตราสส์ (Levi Strauss Foundation)

เครือข่ายกฎหมายด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งแคนาดา, 2552

