

แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1

นวลตา อากาศ์พะกุล¹

Concept of harm reduction: part 1

Apakupakul N.

Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,

Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2007;25(1):61-70

Abstract:

A Thai government policy taking measures to curb the use of illicit drugs has changed the pattern of use away from heroin to other alternatives such as dormicum (Midazolam), hypnotics, and alcohol, which are not suitable for intravenous injection. Serious health complications arising from injecting drugs are related to high-risk user practices such as needle sharing resulting in blood occlusion, HIV infection, AIDS, and tuberculosis. Policies and laws have been primarily aimed at protecting the users and eradicating the suppliers. Convincing intravenous drug users (IDUs) to stop injecting is the desired result, but many drug users are either unready or unable to do so. Stakeholders and health providers have to patiently help them by basing their treatment on the theory of harm reduction. Harm reduction involves various techniques, primarily through the use of alternatives such as Methadone maintenance. Other methods are Voluntary Counseling and Testing (VCT), access to antiretroviral therapy (ART) and tuberculosis care. Outreach programme activities aim to identify new cases while community networks and continual encouragement aim to help drug users believe they can be successful by empowering them. Comprehensive prevention, treatment, and care programmes for IDUs should be continued, along with programmes to improve linkages with communities,

¹M.Sc. (Nursing), M.A. (Population studies) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 18 เมษายน 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 18 กันยายน 2549

which include a good referral system for new patients. Policies and laws should target the provision of extended health care through harm reduction programmes. Harm reduction in Thailand, we believe, should start with positive thinking, accepting the weak points of IDUs and trying to develop their self-esteem.

Key words: harm reduction, heroin, IDUs, drug users, methadone maintenance, Voluntary Counseling and Testing (VCT)

บทคัดย่อ:

การใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีการเปลี่ยนประเภทของยาที่ใช้จากเฮโรอีนไปเป็นตัวยานอื่นที่มีรูปแบบยาไม่เหมาะสมกับการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น dormicum ยานอนหลับหรือแม่กระทิงการใช้สุรา เป็นต้น นอกจากจะเกิดอันตรายจากยาที่ใช้แล้วยังอาจเกิดผลต่อการอดทนในหลอดเลือดได้ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันก็เป็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อร่างกายอ่อนแอการป่วยด้วยโรคอื่นโรคราก็มักควบคู่กันไป การดูแลผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจะต้องมองปัญหาให้เป็นรูปธรรมและเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง เป้าหมายของการดูแลผู้ใช้ยาที่พยายามเปลี่ยนจากการเป็นผู้ร้ายให้เป็นผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ การพยายามให้ผู้ใช้สารเสพติดเลิกใช้เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ แต่เมื่อใดก็ตามที่ผู้เสพยาไม่พร้อมที่จะเลิกใช้สารเสพติด หน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนคือ การลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ได้แก่ การดูแลทางด้านจิตใจ การลดปริมาณยาที่ใช้เสพยา การป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการให้โอกาสผู้ใช้สารเสพติดได้เข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ ใช้เป็นสารทดแทน (methadone) การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดโดยความสมัครใจ (VCT = voluntary counseling and testing) การเข้าสู่ระบบยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค นอกจากนี้ยังได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดในการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ให้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการยอมรับของชุมชน มีกฎหมายหรือความคุ้มครองจากรัฐ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวคือ การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (harm reduction) ที่ไม่ได้มุ่งเฉพาะให้ผู้ใช้สารเสพติดเลิกใช้ยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ใช้สารเสพติดสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

คำสำคัญ: การลดอันตรายจากการใช้ยา, เฮโรอีน, ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด, ผู้ใช้ยา, การบำบัดโดยใช้ methadone, การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดโดยความสมัครใจ

บทนำ

สารเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ หากจะย้อนไปถึงการเข้ามาของสารเสพติดจะพบว่า เริ่มมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาปัญหาสารเสพติดได้พัฒนาตัวเองไปในลักษณะที่สลับซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งถึงปัจจุบัน โดยผู้นำเข้ามาครั้งแรกเป็นชาวอาหรับ โดยเป็นผู้นำเข้ามายังประเทศจีนในศตวรรษที่ 7 ต่อมาในศตวรรษที่ 14 ชาวเขาที่อยู่ทางตอนใต้ของจีนได้รับอิทธิพลวิธีเสพยาและการปลูกฝิ่นไว้จากชาวอาหรับ และเมื่อประเทศไทยได้มีการติดต่อกับชายทางเรือกับประเทศจีนในสมัยสุโขทัย จึงได้มีการรับเอาวัฒนธรรมการสูบฝิ่นเข้ามาและแพร่หลายต่อมาจนถึงสมัยกรุงศรีอยุธยา เป็นเหตุให้ประชาชนและทหารไม่เป็นอันทำมาหากินเพราะมัวแต่สูบฝิ่น ดังนั้นสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 แห่งกรุงศรีอยุธยาจึงทรงบัญญัติบทลงโทษผู้กระทำผิดเอาไว้ในพระไอยการลักษณะโคจรที่มีใจความสำคัญตอนหนึ่งว่า

"81 มาตราหนึ่งผู้เสพยาฝิ่นกินฝิ่นชายฝิ่นนั้นให้ลงพระอาญาจหนักหนาริบราชบาททำให้สิ้นเชิง ทะเวนบก 3 วัน ทะเวนเรือ 3 วัน ให้จำใส่คุกไว้กว่าจะอดได้ ถ้าอดได้แล้วให้เรียกเอาทานบนแก่ตัวญาติพี่น้องไว้แล้วจึงให้ปล่อยผู้สูบฝิ่นชายฝิ่นกินฝิ่นออกจากโทษ"

ต่อมาในสมัยสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวแห่งราชวงศ์รัตนโกสินทร์ มีการติดต่อกับประเทศจีนมากขึ้นและมีชาวจีนอพยพเข้ามามากขึ้นรวมทั้งได้มีการนำเอาฝิ่นเข้ามาสูบและจำหน่ายในประเทศไทย ทรงเล็งเห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจึงทรงมีพระราชบัญญัติเรื่องฝิ่นและสักเลข จ.ศ. 1186 ห้ามขายและสูบฝิ่นถึงแม้จะมีการห้ามปรามการซื้อขายและสูบฝิ่น แต่ก็ไม่สามารถยุติการลักลอบการค้าฝิ่นในประเทศได้ ดังนั้น ในสมัยรัชกาลที่ 4 จึงได้โปรดเกล้าให้เปลี่ยนนโยบายใหม่ อนุญาตให้มีระบบเจ้าภาษี และให้คนไทยสูบฝิ่นหรือขายฝิ่นได้ ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเล็งเห็นภัยอันตราย

ของปัญหาฝิ่นและมีพระราชประสงค์ให้การเลิกสูบฝิ่นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปในขณะที่รัฐได้รายได้จากภาษีฝิ่น แต่ถ้าพิจารณาถึงผลต่อรายได้ของประเทศ พบว่า ประมาณหนึ่งในห้าของรายได้ทั้งหมดของประเทศมาจากภาษีฝิ่น ต่อมาใน พ.ศ. 2414 รัฐได้เข้าควบคุมการค้าฝิ่นรวมทั้งการเสพยาฝิ่นด้วย มีการออกใบอนุญาตให้แก่ห้างร้านที่จำหน่ายฝิ่นให้แก่ผู้เสพ และเมื่อ พ.ศ. 2449 ได้มีการจัดตั้งกรมฝิ่นหลวงขึ้น ส่วนมอร์ฟีนเข้ามาประเทศไทยโดยผ่านกระบวนการยาที่ใช้ในวงการแพทย์ เมื่อ พ.ศ. 2451 ได้ประกาศห้ามนำมอร์ฟีนเข้ามาในประเทศไทยและได้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับสารเสพติด 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติมอร์ฟีนและโคเคอิน (หมายถึงมอร์ฟีนและโคเคอิน) พ.ศ. 2456 พระราชบัญญัติฝิ่น พ.ศ. 2464 และพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465

ในปัจจุบัน กระบวนการค้าฝิ่นและสารเสพติดอื่นๆ มีการพัฒนาไปอย่างมากและรวดเร็ว พบว่า ใน พ.ศ. 2493 มีการนำเข้าแอมเฟตามีนมาใช้ในการบำบัดโรค และได้มีการควบคุมให้เป็นยาอันตรายภายใต้พระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493

พ.ศ. 2498 รัฐบาลมีนโยบายให้เลิกการสูบและจำหน่ายฝิ่นตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2499 แต่กระทรวงการคลังเห็นว่ารัฐจะขาดรายได้ของแผ่นดินลงไปจึงขอเลื่อนการให้เลิกฝิ่นเป็นสิ้นปี พ.ศ. 2499

พ.ศ. 2546 รัฐบาลไทย นำโดย พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายการกวาดล้างสารเสพติดในประเทศไทย และเสนอให้เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดในช่วงเวลาของการปราบปรามสารเสพติดปีแรกนั้นที่ "แอมเฟตามีน" เพราะสถานการณ์สารเสพติดในขณะนั้น พบว่า วัยรุ่นและกลุ่มแรงงานนิยมใช้ ส่วนสารเสพติดประเภทอื่น โดยเฉพาะเฮโรอีน ความนิยมลดลงเพราะต้องใช้อุปกรณ์หลายอย่างในการเสพยาและมีการเปลี่ยนฐานการผลิตจากสามเหลี่ยมทองคำไปสู่ประเทศอัฟกานิสถาน ทำให้การเข้ามาของเฮโรอีนยากกว่าเดิม ที่ฐานผลิตอยู่ที่สามเหลี่ยมทองคำ แต่ถึงกระนั้นผลพวงของการใช้เฮโรอีนที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และวัณโรคในกลุ่มผู้ใช้เข็ม ทำให้ผู้เสพยาหลายรายเสียชีวิตและบางส่วนหลบซ่อน ย้ายที่อยู่ บางรายใช้สารอื่นชนิดทดแทน เช่น dormicum แอมเฟตามีน เป็นต้น

สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในปัจจุบัน²⁻⁸

อดีตที่ผ่านมาประเทศไทยในฐานะประเทศผู้ผลิตและประเทศทางผ่านของการลำเลียงสารเสพติดมักจะถูกเพ่งเล็งจากสายตาชาวโลก จนบางครั้งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศ

ส่วนผู้เสพที่เข้ามารับการบำบัดแล้วมักติดยาซ้ำเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดทางจิต สภาพจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอที่จะลืมรสชาติของยาและกลับไปเสพยาซ้ำ บางคนในครอบครัวต่างก็ติดสารเสพติดและพัฒนาจากผู้เสพกลายเป็นผู้ขาย

รูปแบบการใช้สารเสพติดยังมีอีกมาก เช่น การใช้สารสุดม การใช้ยาอี ยาเค และอนุพันธ์ของสารเสพติดต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาสังคม อาชญากรรมมากขึ้นและมักพบว่าเกี่ยวข้องกับ การเสพยา/สารเสพติดระดับหนึ่ง การปราบปรามสารเสพติดได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเน้นที่การปราบปรามอย่างต่อเนื่อง ต่อมานโยบายการปราบปรามสารเสพติดเน้นที่การฟื้นฟูและช่วยเหลือ นำผู้เสพยาเสพติดให้เข้าสู่ระบบการบำบัดมากขึ้น

จากข้อเท็จจริงปัญหาสารเสพติดที่เกิดขึ้นประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ คน ยา และสิ่งแวดล้อม จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่เริ่มใช้ยามีความแตกต่างกันตามชนิดของสารเสพติด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเด็กและเยาวชนที่มารับการบำบัดรักษารายใหม่ในช่วง 30 วันก่อนการเก็บข้อมูลของปี พ.ศ. 2539 กับ ปี พ.ศ. 2543 พบว่า ในปี พ.ศ. 2539 มีการลดลงของการใช้เฮโรอีนจากร้อยละ 61.9 เหลือเพียงร้อยละ 9.28 ในปี พ.ศ. 2543 ส่วนเมทแอมเฟตามีนกลับเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 82.8 ในส่วนของสารระเหยซึ่งเคยเป็นที่นิยมในอดีต พบว่ามีอัตราการลดลงจากร้อยละ 3.8 เป็นร้อยละ 2.5

โคเคน Ecstasy และ dormicum หรือ medazolam ยานอนหลับและยาแก้อาเจียน ซึ่งเป็นสารเสพติดที่หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกำลังให้ความสนใจ ในพ.ศ. 2541 จากการสำรวจเด็ก 588 ราย พบว่า เด็กอายุ 12-25 ปี ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน พบร้อยละ 67.8 มีเพื่อนที่เคยเสพยาเช่นเดียวกับที่นวลตา อากาศพิภพกุล และคณะ พบว่า เด็กและเยาวชนที่เสพยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ร้อยละ 88.0 ในกลุ่มที่เสพยาแอมเฟตามีนยังพบว่า มีการใช้ยา/สารเสพติดมากกว่า 1 ประเภท และพบว่ามีร้อยละ 95.0 ที่เคยดมกาว² Ecstasy หรือยาอี เป็นสารเสพติดประเภท 1 ที่มีกลุ่มผู้เสพหลากหลาย ทั้งนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มคนทำงาน พ่อค้า นักธุรกิจ รวมทั้งกลุ่มชายบริการทางเพศ การแพร่ระบาดส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ รongลงมาคือ ภาคใต้ ทั้งนี้เนื่องจากมีสถานที่ที่มักจะเป็นแหล่งมั่วสุมของผู้เสพยาอี คือ สถานบันเทิงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบันเทิงที่เปิดทำการเกินเวลาที่ทางราชการกำหนด แต่ภายหลังจากการจับกุมมากๆ ทำให้ผู้เสพเปลี่ยนสถานที่ไปยังที่มิดชิดเป็นส่วนตัวมากยิ่งขึ้น เช่น ห้องเช่า อพาร์ตเมนต์ เป็นต้น โดยกลุ่มผู้เสพมีจำนวนเล็กลงกว่าเดิม คือมีโอกาสในการใช้ยาลดลง โดยทั่วไปยาอีออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นประสาทและหลอนประสาท การกระตุ้นอารมณ์จะคล้ายกับแอมเฟตามีน แต่ออกมา

ในลักษณะอารมณ์ดี มีความสุข ตื่นตัว ไม้่วง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการรับรู้ คือ รับรู้ได้ละเอียดขึ้น เช่น จังหวะดนตรี ทำให้เกิดการรับรู้ในเสียงเพลง แสงสีที่ชัดเจน เกิดอารมณ์สุนทรีย์ในดนตรี แสง สี เสียง แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยา ผู้เสพจะหงอย อารมณ์ตกหมดแรง ผลกระทบต่อร่างกายและระบบประสาทและสมองถูกทำลาย สารสื่อประสาทที่ผลิตจากเซลล์ประสาทกลุ่มนี้จะลดลง ส่วนผลต่อการนอนหลับ ทำให้นอนหลับไม่เป็นธรรมชาติ พบว่าผู้หญิงนิยมเสพยามากกว่าผู้ชาย

เคตามีน (Ketamine) หรือยาเค เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 ส่วนใหญ่ลักลอบนำเข้ามาจากประเทศทางแถบเอเชียใต้ เช่น ปากีสถาน กลุ่มคนที่เสพยาเคตามีนจะเป็นกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมในการเที่ยวสถานบันเทิงและใช้ยาอีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากเคตามีนจัดเป็นยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางที่มีผลในการหลอนประสาทเช่นเดียวกับยาอี ดังนั้นกลุ่มผู้เสพยาอีมักจะเสพยาเคตามีนเพื่อเสริมฤทธิ์ในการหลอนประสาท ผู้เสพยาเคจะมีอาการเมาคล้ายเมาเหล้า มีอาการกึ่งฝันกึ่งตื่น เคลิบเคลิ้ม อารมณ์ดีแต่ไม่มาก ไม่ค่อยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อภาพ เสียง แสง เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งหากมีการเสพยาในปริมาณที่มากจะทำให้ผู้เสพยาเกิดอาการโรคจิตที่ชัดเจนที่สุดในที่สุด

โคเคน (Cocaine) เป็นสารสังเคราะห์จากโบโคคา มีการลักลอบนำเข้ามาจากประเทศทางทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา มีราคาค่อนข้างแพง จึงทำให้การเสพยาจำกัดอยู่ในกลุ่มนักเที่ยวกลางคืนและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ฤทธิ์ของโคเคนจะทำให้ผู้เสพยาตื่นตัว ไม้่วง มีความมั่นใจสูง ดังนั้นกลุ่มวัยรุ่น นักแสดงจึงมักจะใช้โคเคนเพื่อช่วยกระตุ้นอารมณ์ทำให้เกิดความพึงพอใจสูงอย่างรุนแรงและรวดเร็ว เมื่อหมดฤทธิ์จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หากมีโคเคนในปริมาณมากพอหรือใช้บ่อยเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผู้เสพยาเป็นโรคจิตระวาง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อร่างกายส่วนอื่นๆ ด้วย คือ ผลต่อหัวใจ ทำให้เกิดการเต้นผิดปกติ ผลต่อสมองอาจทำให้เกิดการชักและขาดเลือดได้และมีผลต่อโพรงจมูกทำให้เยื่อโพรงจมูกฝ่อ มีผลโดยตรงต่อปอดทำให้เกิดการระคายเคืองปอด

แอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดประเภท 1 ที่แพร่ระบาดมากที่สุดในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจากสถิติการจับกุมผู้ต้องหาที่กระทำความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2543 พบว่า แนวนิยมของการกระทำผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนในกลุ่มผู้มีอายุ 25 ปีหรือต่ำกว่าเพิ่มขึ้นทุกปีเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนทั้งหมด โดยมีจำนวนประมาณร้อยละ 44 ในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มเป็นร้อยละ 53

ในปี พ.ศ. 2543 และพบว่าผู้ชายกระทำผิดมากกว่าผู้หญิง การกระทำผิดมีทั้งการเสพยาและการครอบครองยา ส่วนกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี ก็พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในอดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่า ในช่วงแรกเด็กและเยาวชนอยู่ในฐานะผู้เสพหรือผู้ใช้ไม่ว่าเด็กเหล่านั้นจะอยู่ในสถานศึกษาหรือนอกสถานศึกษา กลุ่มผู้ค้าจะลักลอบขนส่งซึ่งส่วนใหญ่เป็นมืออาชีพที่มีการกระจายตัวในชุมชนและสถานที่ต่างๆ ใกล้ที่พักของเด็ก และเยาวชนหรือใกล้สถานศึกษาซึ่งสามารถเข้าไปหาซื้อได้ง่ายขึ้น โดยตรงและรวดเร็ว

เฮโรอีน เป็นสารเสพติดประเภท 1 ที่มีปัญหาในประเทศไทยมามากกว่า 40 ปี โดยการผลิตยังคงเป็นการผลิตในชนกลุ่มน้อยในประเทศเพื่อนบ้านเพื่อการส่งออกทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศที่เป็นเส้นทางการลำเลียงที่สำคัญทั้งเมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีนเป็นกลุ่มผู้ค้าเดียวกัน แต่เฮโรอีนมีแนวโน้มลดลงเมื่อเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น ผู้เสพยาเฮโรอีนมีอายุ 25-40 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเมื่อเมทแอมเฟตามีนถูกปราบปราม เฮโรอีนก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

กัญชา เป็นสารเสพติดประเภท 4 มีการปลูกที่ภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง หาซื้อง่ายและเป็นที่ยอมรับทั่วไป พบว่า กลุ่มวัยรุ่นนิยมใช้มาก จากข้อมูลการจับกุมพบว่า ในภาคใต้ตอนล่างมีผู้ที่ถูกจับด้วยข้อหาใช้กัญชาไว้ในครอบครองเพื่อเสพยา ซึ่งปัจจุบันได้รับการบำบัดโดยกระบวนการคุมประพฤติและพรบ. มาตรา 63

ผลการสำรวจการใช้สารเสพติดของประชาชนปี พ.ศ. 2544 (ฝ่ายข้อมูล โรงพยาบาลธัญญารักษ์) พบว่า อัตราการเสพยาเสพติดทั้งประเทศคือ 48.88 ต่อประชากร 1,000 ราย เมื่อจำแนกแต่ละประเภทของสารเสพติดพบว่า มีผู้เสพยาแอมเฟตามีนเท่ากับ 41.50 ต่อประชากร 1,000 ราย ส่วนเฮโรอีนมีผู้เสพยาเท่ากับ 1.18 ต่อประชากร 1,000 ราย ผู้เสพยาระเหยเท่ากับ 1.10 ต่อประชากร 1,000 ราย กัญชาเท่ากับ 2.82 ต่อประชากร 1,000 ราย ฝิ่นเท่ากับ 0.72 ต่อประชากร 1,000 ราย และสารเสพติดอื่นๆ เช่น กระต่อมเท่ากับ 1.56 ต่อประชากร 1,000 ราย

การแพร่ระบาดของสารเสพติดในแต่ละภาค พบว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราผู้เสพยาเสพติดทุกชนิดมากที่สุดเท่ากับ 102.53 ต่อประชากร 1,000 ราย รองลงมาคือ ภาคใต้ (62.07 ต่อประชากร 1,000 ราย) ภาคเหนือ (42.07 ต่อประชากร 1,000 ราย) ภาคกลาง (35.36 ต่อประชากร 1,000 ราย)

การเสพยาเฮโรอีน พบว่า ภาคใต้มีอัตราการเสพยาเฮโรอีนมากที่สุด (4.92 ต่อประชากร 1,000 ราย) ส่วนภาคอื่นๆ นั้นมีอัตราการเสพยาเฮโรอีนใกล้เคียงกัน (0.40-0.75 ต่อประชากร 1,000 ราย)

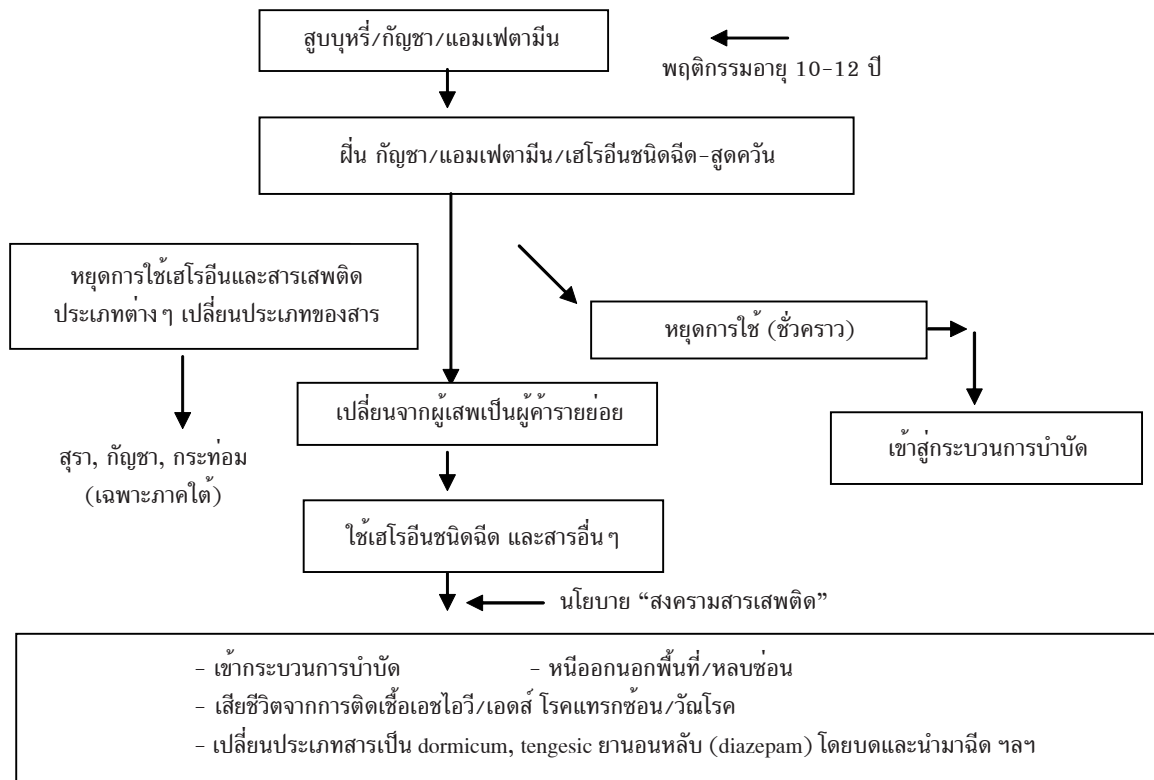
การเสพยาเสพติดพบที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตรา
การเสพยาเสพติดมากที่สุด (1.68 ต่อประชากร 1,000 ราย)
รองลงมาคือ ภาคใต้ (1.50 ต่อประชากร 1,000 ราย) และ
กรุงเทพมหานคร (0.69 ต่อประชากร 1,000 ราย) ตามลำดับ
การสุบักัญชาพบว่า ภาคใต้มีอัตราการสุบักัญชามากที่สุด
(11.06 ต่อประชากร 1,000 ราย) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียง-

เหนือ (2.75 ต่อประชากร 1,000 ราย) และกรุงเทพมหานคร
(1.69 ต่อประชากร 1,000 ราย)
การเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น กระท่อมพบที่ ภาคใต้
มีอัตราการเสพยาเสพติดมากที่สุด (5.67 ต่อประชากร 1,000 ราย)
รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.76 ต่อประชากร 1,000
ราย)

ตารางที่ 1 ปริมาณสารเสพติดที่จับกุมได้

ปี พ.ศ.	เฮโรอีน (กิโลกรัม)	เมทแอมเฟตามีน (ล้านเม็ด)	ยาอี (เม็ด)	ยาไอซ์ (กิโลกรัม)	ฝิ่นดิบ (กิโลกรัม)
2546	437	71.5	132,990	49	10,223
2547	790	31.0	124,980	47	1,595
2548	827	8.1	8,874	208	5,688

แหล่งข้อมูล: สถิติการจับกุมสารเสพติด ปพส. 2548 (เฉพาะปีพ.ศ. 2548: 1 มกราคม - 6 กรกฎาคม)



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการใช้สารเสพติดและการนำไปสู่การใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ประเภท

ในการศึกษารูปแบบการใช้ยาและการลดอันตรายจากการใช้ยาที่จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า domicum ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยมีแบบแผน การใช้สารเสพติดที่เริ่มในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยบางรายสามารถเลิกได้แต่บางรายมีการพัฒนาสู่การใช้ยาที่รุนแรงมากขึ้น (แผนภูมิที่ 1)⁹ โดยปรับเปลี่ยนการใช้ในรูปแบบยาเม็ดมาดเพื่อใช้ในการฉีดซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันและหลอดเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าอุดตันขาดเลือดไปเลี้ยงและต้องถูกตัดมือและแขนในที่สุด นอกจากนี้ในบางพื้นที่มีการนำยาแก้ปวดที่มีชื่อการค้าว่า tengesic/norgesic มาใช้ในรูปแบบเดียวกับ domicum

ส่วนการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่า ในปีพ.ศ. 2527 มีการพบการติดเชื้อและแพร่ระบาดของติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเป็นครั้งแรก เกือบ 30 ปีของการพยายามศึกษาสาเหตุ รวมถึงการพัฒนากระบวนการรักษา กระบวนการติดต่อของโรคก็สรุปได้ว่าเหตุของการติดเชื้อไม่เฉพาะมาจากเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ส่วนหนึ่งมาจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด คือ เฮโรอีนโดยการใช้เข็มร่วมกัน และกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ขณะเดียวกันก็เป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากในการมารับการบำบัดสารเสพติด และรักษาโรคเอดส์

การดูแลและการรักษาผู้ใช้สารเสพติดของภาครัฐในปัจจุบัน¹⁰⁻¹⁵

กระบวนการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดที่จะต้องแก้ไขมี 3 ประเด็น คือ

1. ทำให้ผู้เสพติดเป็น ให้สมองฟื้นฟูจากยา ให้ฟื้นฟูจากอาการเสื่อมของสมอง
2. ทำให้สมองส่วนคิดควบคุมสมองส่วนอยากได้
3. ต้องไกลจากยาให้มากที่สุด ไม่อย่างนั้นอาจจะกลับไปใช้ยาอีก

ทั้ง 3 ประเด็นนี้ต้องใช้เวลาน้อย 4 เดือนขึ้นไปซึ่งคือกระบวนการ FAST model ในปัจจุบัน วิธีการนี้เหมาะสำหรับผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีน ฟีน หรือสารเสพติดที่ไม่ใช่เฮโรอีน เพราะการรักษาที่เสพเฮโรอีนมีความยากกว่า ส่วนภายหลังการรักษาต้องมีการติดตามผลว่า ต้องไม่ไปเสพยาหรือสารอื่นจนครบหนึ่งปีถึงจะเรียกว่า หาย

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งระบบแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ

2. ระบบต่องโทษ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำ ความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎ ข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆ ของ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถาน พินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและ ครอบครัวยุติธรรม

3. ระบบบังคับ หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้ง ขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534

แนวคิดที่สำคัญของการบำบัดคือยิ่งห่างจากสารเสพติด ได้นานเท่าไรโอกาสในการเลิกใช้สารเสพติดจะมีมากขึ้น แต่ทั้งนี้ ก็ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคลและกิจกรรมที่ภาครัฐจัดให้ ว่าจะช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้มากเพียงใด ซึ่งพบว่าการใช้ระบบบังคับบำบัด ประสบความสำเร็จน้อยกว่าระบบอื่น

กระบวนการลดอันตราย (harm reduction) ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด¹⁶⁻¹⁹

การลดอันตราย (harm reduction) มีแนวคิดเพื่อ 1) ลดการ เสี่ยงทั้งในส่วนบุคคลและชุมชน 2) ส่งเสริมการพัฒนาความมี เหตุผล 3) การสร้างนโยบายสารเสพติด กระบวนการยุติธรรม เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ดังนั้น การใช้กระบวนการลดอันตรายจึงเป็นวัตถุประสงค์เบื้องต้น ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติดเป็นหลัก

แนวคิดของการใช้การลดอันตราย (harm reduction) คือ การวางแผนในการจัดการยุทธเพื่อลดผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังจาก การใช้ยา การร่วมกันของกลวิธีเพื่อการใช้อย่างปลอดภัย และ การบริหารจัดการที่เหมาะสมในการใช้ยา กระบวนการลดอันตราย เป็นกลยุทธ์ที่ให้ผู้ติดยาเสพติดทราบเงื่อนไขในการใช้ยาด้วย ตัวของเขาเอง ลดการตรึงเกิดขึ้นในกลุ่มนี้และทำให้ผู้ใช้ สารเสพติดได้รับการยอมรับโดยสังคม ชุมชน และมีพฤติกรรม บางอย่างในรูปที่ถูกกฎหมาย กระบวนการลดอันตรายต้องการ การดำเนินการและการวางแผนในเชิงนโยบายเพื่อสะท้อนทั้ง ในเรื่องของรายบุคคลและความต้องการของชุมชน โดยมีแนวทาง ดังต่อไปนี้

1. การยอมรับสิ่งที่ดีขึ้นหรือแย่งทั้งที่ถูกกฎหมายและ ไม่ถูกกฎหมายและการเลือกที่จะทำงานให้เกิดลดความเสี่ยงต่อ การใช้สารเสพติดมากกว่าการประนามความผิด

2. ความเข้าใจในความซับซ้อนของผู้ใช้สารเสพติดว่ามีหลายองค์ประกอบที่แวดล้อมพวกเขาให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและมีการทำในสิ่งผิดมากขึ้นให้เขากลับมาคิดถึงความปลอดภัย (เพียงพอ) และยอมรับในแนวทางที่ถูกต้องในการใช้ยาให้กระจ่างและปลอดภัยมากกว่าวิธีการอื่นที่เข้ามา

3. ให้มีการวางมาตรฐานของชีวิตของแต่ละคน ทั้งในส่วนตัวตนเองและชุมชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่จำเป็นต้องใช้ยา เช่นเดียวกับการตั้งเกณฑ์ในการดำเนินงานและนโยบายให้ประสบความสำเร็จ

4. ขอความร่วมมือจากกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ตัดสิน ผู้พิพากษาหรือกลุ่มทางกฎหมายและให้มาร่วมกันจัดบริการและติดต่อกับกลุ่มผู้ใช้ยาในชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้เสพยา

5. แน่ใจว่าผู้ที่เข้ามาร่วมวางแผนการจัดบริการและนโยบายเป็นผู้เสพยาจริง ๆ

6. ต้องให้กลุ่มผู้ใช้ยาได้มีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงต่ออันตรายในการใช้ยาของพวกเขาและสร้างเสริมพลังในกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและช่วยเหลือกันและกันตามสภาพความเป็นจริง

7. ยอมรับความเป็นจริงว่าคนเหล่านี้ด้อยโอกาส การแข่งขัน การถูกแบ่งเรื่องเชื้อชาติ การถูกแยกจากสังคมและการได้รับความกระทบกระเทือนความซอกซำทางจิตใจ การถูกดูถูกทางเพศ ผลกระทบกระเทือนจากการไม่ได้รับการยอมรับทางสังคมทั้งในกลุ่มอาสาสมัคร รวมทั้งประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาค่าความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

8. ไม่พยายามที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายและอันตรายที่สัมพันธ์กับการใช้ยาที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายจะต้องได้รับการแก้ไข

9. ทางออกของการต่อสู้ระหว่างการผลักดันทางกฎหมายและมาตรการให้บุคลากรทางการแพทย์กำหนดการให้บริการแก่ผู้เสพยาหรือการรักษาผู้ป่วยเป็นเสมือนผู้ป่วยและอาชญากร ซึ่งทั้งครอบครัวและชุมชนไม่ต่อต้าน ประสิทธิภาพในการให้การดูแลหลังจากออกจากเรือนจำและการวางแผนการรักษา รวมทั้งการจัดลำดับการให้ยาและการให้ทุนในการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

10. การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญในแต่ละปี การจัดโครงการและการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการดูแลจะช่วยให้การป้องกันและสามารถบอกถึงจำนวนผู้ที่ตายจากการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดกับจำนวนการตายกลุ่มนี้และค่อนอนของเขาเหล่านี้ รวมถึงเด็กและบุตรของผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื้อด้วย

นอกจากกระบวนการลดอันตรายจะช่วยในการลดอันตรายหรือความเสี่ยงในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดแล้ว ยังช่วยในการปรับใช้ในกลุ่มอื่นด้วย เช่น คนอ้วน ซึ่งอาจมีสิ่งๆที่เหมือนกันคือ กลุ่มที่เสพยามักเป็นกลุ่มที่มีความขยันน้อยเช่นเดียวกับกลุ่มคนอ้วนที่มีความขยันในการลดน้ำหนักน้อย ซึ่งหลักของการลดอันตราย คือ การทำให้ผู้เสพยาเกิดความรู้สึกตระหนักในปัญหาและทำให้คนหาทิศทางของชีวิตได้

แนวคิดการลดอันตราย (harm reduction) ของประเทศไทย^{5, 17}

จากการประชุมสำนักงาน ป.ป.ส. ครั้งที่ 11/2540 วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2540 มีการนำแนวคิดการทดลองควบคุมสารเสพติดโดยใช้ระบบเสพยาแบบลดอันตรายมาเสนอ ดังนี้

แนวคิดเรื่องการทดลองควบคุมสารเสพติดนี้เป็นแนวคิดจากภาคตะวันตก เช่น ออสเตรเลีย อังกฤษ เยอรมัน สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ และบางรัฐในสหรัฐอเมริกา ผู้ที่สนับสนุนแนวคิดมีทั้งฝ่ายปราบปราม ฝ่ายบำบัด และฝ่ายบริหาร ซึ่งตระหนักว่าในกรณีที่มีสารเสพติดแพร่ระบาดในพื้นที่มานานแล้ว การปราบปรามหรือใช้มาตรการลดอุปทานสารเสพติด (supply reduction) เพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ถ้าไม่สามารถควบคุมอุปสงค์ (demand) ได้ นอกจากนี้การปราบปรามอาจเป็นช่องทางทำให้เกิดการทุจริตและอาชญากรกลุ่มใหม่แทนกลุ่มเดิม การแสวงหาหรือสารเสพติดใหม่หรือปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวพันซึ่งต้องเปรียบเทียบผลของปัญหาต่อสังคมส่วนรวมว่า ปัญหาใดสร้างความเสียหายมากกว่ากัน โดยการนำเอามาตรการลดอันตรายมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในประเทศไทยหลายลักษณะ เช่น

1. การบำบัดรักษาโดยใช้ methadone แบบระยะยาว ซึ่งเป็นวิธีบำบัดรักษาแบบหนึ่งของกรุงเทพมหานคร

2. การสอนวิธีล้างเข็ม ซึ่งกรุงเทพมหานคร มีการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

3. การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ โดยไม่จำกัดเวลาและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาซึ่งพบได้ทั่วไปในประเทศไทย

4. ขึ้นทะเบียนผู้ใช้ยาที่มารับการบำบัด ซึ่งตำรวจและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขหลายแห่งใช้เพื่อควบคุมโรคที่ติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติดที่ไม่ถูกวิธี

5. การเปลี่ยนแปลงสถานะของพืชกระท่อมทำให้มีโทษตามกฎหมายลดลง

6. การผ่อนผันให้ชาวเขาบางหมู่บ้านที่ยังมีผู้สูบฝิ่น ปลูกฝิ่นในปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้ภายในหมู่บ้าน เพื่อลดความจำเป็นในการติดต่อกับผู้ผลิตภายนอกประเทศและผู้ค้าตามแนวชายแดน

การใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

มีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่

1. การสอนการใช้สารเสพติดอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิดคล้ายๆ กับการสอนเพศศึกษาเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ของเด็กรุ่นและป้องกันการแพร่เชื้อโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (sexual transmission diseases)

2. การบำบัดรักษาโดยใช้เมทาโดนแบบระยะยาว (Methadone maintenance program) เป็นมาตรการลดอันตรายแบบหนึ่งเพื่อลดความเสียหายจากการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายและความต้องการสารเสพติดผิดกฎหมาย

3. การจัดบริเวณ เช่น พื้นที่สาธารณะ ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือศูนย์บำบัดฯ ให้ผู้ติดยาใช้เป็นที่พักพิงเพื่อลดอันตรายจากการทิ้งหรือซุกซ่อนอุปกรณ์ที่ใช้เสฟ โดยเฉพาะเข็มฉีดยาไว้ทั่วไปในที่สาธารณะ

4. การสอนวิธีล้างเข็มหรือแจกเข็มฉีดยา เป็นการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอดส์ ตับอักเสบบวม ตลอดจนโรคอื่นๆ ที่ติดต่อกันทางเลือดคล้ายกับการแจกถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์

5. การให้การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจโดยไม่จำเป็นต้องจำกัดเวลาตลอดจนจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นการลดอันตรายจากพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดหรือการเสียชีวิตเนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ติดยาเสพติดทรุดโทรมคล้ายกับการอนุญาตให้ทำแท้งเสรีเพื่อลดความเสียหายจากการลักลอบทำแท้งโดยผู้ที่ไม่มีความรู้ดีพอ

6. การขึ้นทะเบียนผู้ติดยาเสพติดที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกใช้ยา พร้อมทั้งจ่ายเฮโรอีนให้ใช้เสฟในสถานที่ เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นการลดความเสียหายของชุมชนซึ่งเกิดจากพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดของผู้ติดยาคล้ายกับการขึ้นทะเบียนเป็นโสเภณีเพื่อควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งประเทศเนเธอร์แลนด์อ้างว่าประสบความสำเร็จในการควบคุมการเพิ่มจำนวนผู้ติดยาเสพติดรายใหม่

7. การออกใบอนุญาตจำหน่ายสารเสพติดบางประเภท เช่น กัญชา ในสถานเริงรมย์ เช่น ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์หรือจำหน่ายเฮโรอีนในประเทศสวีเดน เพื่อลดการลักลอบจำหน่าย

8. ยกเลิกการห้ามสารเสพติดบางชนิด เช่น กัญชา ซึ่งบางประเทศหรือบางรัฐเชื่อว่าจะช่วยลดปัญหาสารเสพติดที่ร้ายแรง เช่น เฮโรอีน โคเคนได้ ซึ่งการยอมรับให้กัญชา ครอบงำเป็นสารถูกกฎหมาย (legalization) สารเสพติดบางชนิดนี้มักมีการโต้แย้งทุกแห่งที่มีการใช้ สำหรับประเทศไทย กัญชาก็ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสมุนไพรเช่นเดียวกับใบกระท่อม แต่ปัจจุบันกระท่อมได้รับ

การพิจารณาว่าเป็นสารเสพติดประเภท 5 และทางการแพทย์แผนไทยยังใช้กระท่อมเป็นพืชสมุนไพร หากผู้ใช้ทราบวิธีการใช้ตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทยก็จะไม่ทำให้เสพติด

แนวทางในการจัดคลินิกลดอันตราย

ในการจัดคลินิกลดความเสี่ยง สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ความปลอดภัยที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื่อเฮอวี โดยเฉพาะเรื่องการจัดทำนโยบายและแนวคิดของภาครัฐที่ต้องตระหนักในเรื่องความถูกต้องด้านกฎหมายและตระหนักในเรื่องสุขภาพ ภายใต้บริบทและแนวทางในการจัดกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งรัฐอาจจะต้องคำนึงถึงข้อดีของการดำเนินงานโดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อการตอบสนองต่อผู้ป่วยเฮอวีและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดที่อาจสูงขึ้นและได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชนมากกว่าที่จะเป็นปัญหาเฉพาะตัว ต้องทำให้เกิดแนวคิดว่าเป็นความร่วมมือและความรับผิดชอบของชุมชนและกลวิธีในการดำเนินการ คือ เกิดประชาพิจารณ์และมีการให้คำปรึกษาและควรเป็นความร่วมมือระหว่างกลุ่มและการตอบสนองต่อชุมชนรวมทั้งการหาทุนเพื่อการทำงาน

2. กลุ่มที่ทำการให้คำปรึกษาในชุมชน ได้แก่ กลุ่มที่กำลังใช้สารเสพติด กลุ่มเด็กและเยาวชน อานาจการดำเนินงานของตำรวจ และเจ้าหน้าที่รัฐ

3. กลุ่มศาสนา ผู้นำศาสนาในท้องถิ่นเป็นผู้นำที่มีอิทธิพลที่นำไปสู่การมีทัศนคติต่อชุมชนและคนที่ติดเชื่อ ผู้ที่ติดยาเสพติด ดังนั้นต้องมีการให้ความรู้เรื่องเฮอวี และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดแก่ผู้นำศาสนา รวมทั้งความร่วมมือระหว่างองค์กรศาสนา นักสังคมสงเคราะห์ และการพบปะรวมทั้งปรึกษากับผู้นำท้องถิ่น

4. กลุ่มตำรวจและผู้ดูแลกฎหมาย เจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นกลุ่มพันธมิตรที่มีความสำคัญมากที่จะช่วยให้กระบวนการลดอันตรายนี้ได้ผลและดำเนินการอย่างอิสระ

5. กลุ่มผู้ต้องขังที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ได้แก่ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีสุขอนามัยที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับบริการที่ต้อยโอกาสหรือขาดบริการที่ควรได้รับ ไม่มีการแนะนำการใช้ยา/สารเสพติดอย่างถูกต้องและถูกวิธี ไม่มีบริการเข็มฉีดยาและถุงยางอนามัย การจัดโครงการในเรือนจำหรือที่คุมขัง กล่าวคือ ควรมีกลุ่มที่ดูแลผู้ต้องขัง เครือข่ายและทีมสุขภาพ การให้ความรู้เป็นกลุ่ม การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลเกี่ยวกับการติดเชื่อเฮอวีและโรคเอดส์ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ เฮอวีและข่าวสารด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. พัฒนาการจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ "One stop service" โดยการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการในการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง ได้แก่ การนำกระบวนการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดมาสู่บริการ อาทิเช่น การจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ใช้สารเสพติดในการดูแลตนเอง การลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด การดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรค และบทบาทในการรักษาของแพทย์ แบบครบวงจรในทุกประเภทของสารเสพติด ณ หน่วยบริการ รวมถึงการบริการการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (voluntary counseling and testing)

2. พัฒนาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และรัฐบาลท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ในการจัดนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการบริการต่อไป

3. การจัดบริการเชิงรุก (outreach) โดยความร่วมมือของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรพัฒนาชน ผู้ติดสารเสพติดที่เลิกใช้สารเสพติดแล้วและชุมชน ในการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดที่ยังหลบซ่อนอยู่ในชุมชนเนื่องจากการ "ตราบาป" ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองและการจัดบริการของรัฐ หากมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือวัณโรคก็สามารถมีสิทธิเข้าสู่โครงการยาต้านไวรัสและการรักษาวัณโรค รวมถึงการให้ความรู้แก่ชุมชนและกลุ่มเสี่ยง ระบบการส่งต่อการรักษา

4. การจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค รวมถึงปฏิริยาของยาต้านไวรัส ยารักษาวัณโรคต่อยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทต่างๆ แก่แพทย์ พยาบาล (good practice guideline)

5. การควมรวมผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคโดยถือว่าผู้ติดสารเสพติดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังประเภทหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

6. แก้ไขกฎหมายที่ไม่เอื้อต่อการจัดกระบวนการลดอันตรายต่อการใช้สารเสพติด รวมทั้งให้ความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนผู้ติดสารเสพติดให้เป็นผู้ป่วยให้ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องจริงจัง และต่อเนื่อง

สรุป

การดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยการนำกระบวนการลดความเสี่ยงจากอันตรายจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทยยังมีข้อโต้แย้งในเรื่องข้อจำกัดตามกฎหมาย แต่ข้อเรียกร้องของกลุ่มผู้ใช้ยา (เสพติด) ในเรื่องการแลกเปลี่ยน

เข็มก็ไม่ใช่วิธีการเดียวของกระบวนการลดความเสี่ยงจากอันตรายจากการใช้ยา แต่จะต้องมีการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและการยอมรับของประชาชนต่อปัญหาสารเสพติดที่ไม่ได้เป็นในทำนองเดียวกันกับต่างประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย เป็นต้น ดังนั้น การเลือกใช้กระบวนการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับโดยประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศในการเผชิญกับปัญหาสารเสพติดและผลกระทบจากการใช้สารเสพติด การนำบางส่วนของกระบวนการลดอันตรายมาใช้ในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะการเน้นที่การแลกเปลี่ยนเข็มไม่ใช่คำตอบสุดท้ายและอาจเป็นคำตอบที่สังคมไทยยังยอมรับไม่ได้ ต่างกับการพยายามค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนที่ยังแอบแฝงตัวในชุมชน ให้ออกมาสู่ระบบบริการน่าจะเป็นทางออกแรกของการแก้ไขปัญหามากกว่าการพยายามจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเนื่องจากในประเทศไทยก็ยังไม่มืบทพิสูจน์ว่า การแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจะลดปัญหาการใช้เข็มร่วมกันและการติดเชื้อเอชไอวีได้ (ปัจจุบันรูปแบบยาเปลี่ยนไปจากเฮโรอีนเป็นการฉีดเมทแอมเฟตามีน เหล้า domicum และ tengesic) ขณะเดียวกันรัฐต้องปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ ในด้านการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ใช้สารเสพติด ปรับปรุงกฎหมายและบทลงโทษ รวมถึงการจัดกระบวนการรองรับ เช่น การมีโครงการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ ยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค กระบวนการลดอันตรายควรได้เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยและมีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ครอบครั้ว ชุมชน และรัฐบาลท้องถิ่นที่มีความพร้อม เพื่อการแก้ไขปัญหาลเฉพาะถิ่น โดยการกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดใน 14 จังหวัดภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการเขียนบทความนี้ และขอขอบคุณ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. เอกสารประกอบการสัมมนาวิทยาการป้องกันสารเสพติด ภาคใต้ วันที่ 27-28 สิงหาคม 2546 ณ โรงแรมบีพี แกรนด์ทาวเวอร์ อำเภอหาดใหญ่ สงขลา เรื่อง พัฒนาการ

- ของปัญหาสารเสพติดในประเทศไทยกับการแก้ไขในรอบ 25 ปี. มมท. มมป. (อัดสำเนา)
2. สถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน. [homepage on the Internet]. [updated ตุลาคม 2544; เข้าถึง 19 สิงหาคม 2546]. สืบค้นจาก: <http://www.oncb.go.th>
 3. จเร ผกเผ่า. ผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดและทิศทางการแก้ไขปัญหาในการต่อสู้เพื่อเอาชนะสารเสพติด ปี 2547. มปป. มปท.
 4. สถานการณ์สารเสพติดประเทศไทย ปี 2545 (ม.ค.-ก.ย.). [homepage on the Internet]. [เข้าถึง 19 สิงหาคม 2546]. สืบค้นจาก: <http://www.oncb.go.th>
 5. สรุปผลการประมาณการผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย. [homepage on the Internet]. [เข้าถึง 12 กุมภาพันธ์ 2548]. สืบค้นจาก: <http://www.oncb.go.th>
 6. สรุปผลการประมาณการผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย. [homepage on the Internet]. [เข้าถึง 19 สิงหาคม 2546]. สืบค้นจาก: <http://www.oncb.go.th>
 7. เกษม เขาวรัตน์. บทเรียนและทิศทางการทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 7-9 กรกฎาคม 2546 เมืองทองธานี. นนทบุรี: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546;228-30.
 8. กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติด กรมการแพทย์. รายงานโครงการวิจัยประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดของสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไป ปีงบประมาณ 2545. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2546. (อัดสำเนา)
 9. Apakupakul N, Apakupakul R, Aramtat A, Kosulwar S, Charoonsak Y. Report of situation of drugs and harm reduction in Samutprakarn province, Thailand. Songkhla: Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2005.
 10. บุญสืบ ธรรมรัตน์. บทเรียนจากโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองกับการแก้ปัญหายาเสพติด. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 7-9 กรกฎาคม 2546 ณ เมืองทองธานี. นนทบุรี: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546;236-37.
 11. กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2546.
 12. วัสวดี ยิ้มเข้ม. เครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดประเทศไทย. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 7-9 กรกฎาคม 2546 ณ เมืองทองธานี. นนทบุรี: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546; 238-40.
 13. ธงชัย อุ้นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2541;34-52.
 14. Westermeyer R. Reducing harm: a very good idea. [homepage on the Internet]. [cited 2003 Sept 19]. Available from: <http://www.habitsmart.com>
 15. The need for harm reduction. [homepage on the Internet]. [updated 2001 Jan 24; cited 2003 Nov 14]. Available from: <http://www.harmreduction.org>
 16. Ali R. Concept intervention and impact of harm reduction minimization in Australia. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 7-9 กรกฎาคม 2546 ณ เมืองทองธานี. นนทบุรี: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546;58.
 17. เอกสารการประชุมสำนักงาน ป.ป.ส. ครั้งที่ 11/2540 วันที่ 29 ธันวาคม 2540. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2540.
 18. Costigan G. The manual for reducing drug-related harm in Asia. Melbourne: Center for Harm Reduction; 2003; 1-48.
 19. United Nation Office on Drugs and Crime. 2004 world drug report. Viena, Austria: United Nation Publication; 2004;409-26.