

ประเมินผล

การดำเนินงานลดอันตราย
จากการใช้สารเสพติด

กลุ่ม

ประชากรที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

HARM REDUCTION

ผศ.ดร.จิตรลดา อารีย์สันติชัย & ผศ.ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน

ศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

◆ สนับสนุนทุนโดย แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i
บทนำ	1
โครงสร้างการวิจัย	6
วัตถุประสงค์	6
วิธีการดำเนินการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย	11
ระเบียบวิธีวิจัย	12
การวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ	13
ผลการวิจัย: ข้อมูลการบำบัดรักษาในพื้นที่ 6 จังหวัดที่ศึกษา	19
จริยธรรมการศึกษา	25
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	25
จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด	25
1. ลักษณะพื้นฐานทางประชากร	26
2. การใช้สารเสพติด	27
3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี	40
4. ประสบการณ์การเข้าถึงการรับบริการ	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. อัตราการใช้ยาเกินขนาด	52
6. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	55
7. ประสบการณ์การเข้าถึงเข็มฉีดยา	56
8. การเกิดอาชญากรรม	58
9. การติดเชื้อเอช ไอ วี	58
10. สภาวะสุขภาพ	59
11. การบำบัดรักษา	60
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพผู้รับบริการ	61
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพผู้ให้บริการ	81
เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ 10 ชุดบริการของ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)	101
ข้อเสนอแนะและการดำเนินงานการลดอันตรายฯ	104
ประมวลภาพโครงการ	109

บทสรุปของผู้บริหาร

การประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มประชากรที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือเพื่อประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในกลุ่มประชากรที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด และศึกษากลุ่มผู้ที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งจำแนกเป็นผู้รับบริการการลดอันตราย กับผู้ไม่ได้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ไม่ได้รับบริการ ยังจำแนกเป็นผู้ไม่ได้รับบริการจริง กับผู้ที่เคยรับบริการและไม่ได้มารับเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อหาข้อมูลในการรับบริการ 10 ชุดบริการ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นแนวทางในการบริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง และใช้ Snowball Technique เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้เสพยา นอกจากนี้ยังมีการสอบถามเชิงคุณภาพจากผู้ให้บริการประกอบกันด้วย ศึกษาใน 6 พื้นที่ทั่วประเทศ กล่าวคือ ภาคเหนือ เก็บข้อมูลที่เชียงราย และเชียงใหม่ ภาคกลางเก็บที่กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ ภาคใต้ เก็บข้อมูลที่ตรัง และนราธิวาส

ผลการศึกษา เรื่องการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดหลัก 3 ตัว คือเฮโรอีน ยาบ้า โดมิแกม พบว่าในระยะ 30 วันก่อนการสัมภาษณ์ใช้เฮโรอีน ยาบ้า และโดมิแกม ร้อยละ 87.7, 67.2 และ 91.8 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ เป็นผู้ฉีดใน 30 วัน ร้อยละ 93.0, 40.2 และ 99.6 ซึ่งยังอยู่ในอัตราที่สูง ทั้งนี้กลุ่มผู้ที่ไม่เคยรับบริการจะสูงกว่ากลุ่มที่รับบริการอยู่ และเคยรับบริการ ตัวยาชนิดอื่นก็มีใช้บ้างตามภูมิภาค อาทิ ฝิ่น ในภาคเหนือ กระท่อม ในภาคใต้ และ club drugs ในภาคกลาง แต่อัตราการฉีดไม่สูง หรือไม่มีเลยตามบริบทของยาเสพติดชนิดนั้นๆ ถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลเรื่องการไม่ใช้เข็มร่วมกัน แต่ก็พบว่า ยังมีผู้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้อื่นอยู่ นอกจากนี้ยังมีการใช้เข็มโดยไม่ได้เปลี่ยนด้วย ทั้งๆ ที่มีเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดแจกตามสมควรโดยภาคเอกชน กลุ่มที่ไม่เข้ารับบริการก็สามารถหาซื้อเข็มฉีดยาได้จากร้านขายยา มีบางพื้นที่ เช่น บนดอย หรือในชุมชนห่างไกล ที่การหาเข็มฉีดยาได้ยาก ส่วนพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ไอ วี พบว่า ยังมีผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

การติดเชื้อเอดส์ ไอ วี ในประชากรกลุ่มนี้ ประมาณ ร้อยละ 22 ของผู้ที่เข้ารับบริการตรวจ ซึ่งค่อนข้างสูง ทั้งนี้ประมาณ 1 ใน 3 ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจเลย อาจจะต้องหาสาเหตุที่ไม่ทราบว่ามีบริการ หรือบางคนก็กลัวว่าถ้ารู้ผลแล้วจะเป็นที่รังเกียจของเพื่อน

การศึกษานี้พบว่าผู้เสียหายมีการใช้ยาเกินขนาด (Overdose) ประมาณร้อยละ 17 รายงานว่าตัวเองเคยใช้ยาเกินขนาด และร้อยละ 32 ที่รายงานว่าเพื่อนใช้ยาเกินขนาด ซึ่งกรณีหลังนี้ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ที่เคยใช้ยาเกินขนาด เสียชีวิต ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูงมาก มีข้อพิสูจน์จากข้อมูลที่ได้ว่าผู้ที่ใช้ยาเกินขนาดมักจะเป็นผู้ที่หยุดเสพยา หรือเข้าบำบัด และออกมาใช้ยาเสพติดทันที

การรับบริการลดอันตราย 10 ชนิด กล่าวคือ 1) การเข้าถึงบริการการให้ความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา 2) การบำบัดยาเสพติดด้วย เมทาโดนระยะยาว 3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด 4) การแจกถุงยางอนามัย 5) การให้คำปรึกษา และการตรวจเชื้อโดยสมัครใจและส่งต่อเพื่อรักษา 6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค 8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 9) การบริการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด 10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ใช้ยาที่เข้ารับบริการ รายงานแตกต่างกันไปถึง 10 ชุดบริการ กล่าวคือ เกือบทุกคนรายงานว่าไม่ได้ทั้งหมด 10 ชุดบริการ ประมาณร้อยละ 48-57 รายงานว่าไม่ได้รับบริการข้อ 6, 7, 9 และร้อยละ 35-35 รายงานที่ไม่ได้รับบริการข้อ 8, 5, 2 ทั้งนี้ด้วยเหตุผลหลักคือไม่ทราบว่าให้บริการนี้ หรือแม้แต่ผู้ให้บริการจะให้บริการ แต่ผู้รับบริการอาจจะไม่เข้าใจว่าเป็นการบริการ เช่น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน นอกจากนี้การรับบริการเป็นกิจกรรมมากกว่า รับผิดชอบถ้วน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่อยู่ในภาครัฐ และภาคเอกชนแล้ว จะเห็นว่ามุมมองของผู้ให้บริการเกี่ยวกับช่องว่างในการให้บริการในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ถ้าจำแนกตามขั้นตอนของการบริการ กล่าวคือ 1) ก่อนเข้ากระบวนการรักษา 2) เข้าบำบัดรักษา 3) การส่งต่อ 4) การฝึกอายชีพ 5) การติดตามผล 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย คือ 7) ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ มีงานทำ ไม่เป็นภาระของครอบครัว ผู้ให้บริการ คิดว่า ในขั้นตอนแรก ตนเองยังต้องทำงานเชิงรุก ร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม ต้องมีการคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน มีการประเมินความพร้อมของผู้ใช้ยา มีการบริการที่รวดเร็ว ขั้นตอนที่ 2 ก็ต้องเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้เสพยาเข้ารับการรักษา เพิ่มเรื่องทักษะในการเข้าสังคม เน้นการบำบัดรายบุคคล มีการตกลงเรื่องการบำบัดร่วมกัน และให้ทำตามกฎกติกา นอกจากนี้ครอบครัวน่าจะเข้ามามีส่วนร่วม ค่าใช้จ่ายในการบำบัดควรเบิกได้ตามสิทธิ ขั้นตอนที่ 3 ต้องเพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในภาครัฐ ต้องรักษาความลับของคนไข้ ขั้นตอนที่ 4 ควรจะให้โอกาสในการทำงานแก่ผู้ใช้ยา ฝึกอายชีพ ทดลองให้ผู้ใช้ยามีโอกาสได้ทำงาน ขั้นตอนที่ 5 การติดตามผล

การบำบัดน่าจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลและองค์กรเอกชน หรือภาคประชาสังคม ส่วนขั้นตอนเกี่ยวกับชุมชน คงต้องเป็นความร่วมมือในการบำบัดรักษา ติดตาม และเฝ้าระวัง ทั้งนี้ ผู้ให้บริการหลายคนเห็นว่า ผู้ใช้ยาเสพติดก็ต้องมีการปรับตัว เพื่อให้อยู่ในสังคมด้วย

ในมุมมองของผู้เสพยา จะเห็นว่าผู้ที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่จะเข้าใจขั้นตอน และการบริการ แต่การเลิกใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ได้ การเข้าบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจจึงไม่มากนัก นอกจากนี้บางคนก็มีประสบการณ์ในการบริการที่ไม่ดี ทำให้มีอคติ ไม่เข้ามาในระบบ ถึงแม้ว่าการบำบัดจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากสถานที่บำบัดอยู่ห่างไกล ทำให้ต้องเดินทาง เสียค่าเดินทาง เสียเวลาในการรอ นอกจากนี้บางคนให้ข้อมูลว่า การบริการไม่ตรงกับที่ต้องการ อาทิ การให้เมทาโดนที่ต้องมารับทุกวัน ถ้ามีงานทำก็เสียเวลา มาไม่ได้ บางคนกล่าวถึงปริมาณยาที่ได้รับน้อย ไม่สามารถลดอาการอยากยาได้ถึงแม้จะอยากจะเลิก แต่ก็มีการจนต้องไปเสพยาาร่วมด้วย การส่งต่อยังเป็นส่วนที่ผู้รับบริการขัดข้องอยู่ ในเรื่องของสิทธิคดี กระบวนการคดี ส่วนการฝึกอาชีพ มีบางคนที่ต้องการงานทำ ผู้ใช้ยาเห็นด้วยกับการฝึกอาชีพ ส่วนการติดตามผลนั้นขึ้นอยู่กับพื้นที่และผู้ให้บริการ ส่วนชุมชน ผู้เสพยาบางส่วนไม่ชอบเปิดเผยกับชุมชน เพราะคิดว่าชุมชนไม่ชอบรังเกียจ นอกจากนี้ภาคส่วนอื่นๆ ที่ผู้ใช้อายากจะให้มาเป็นผู้ให้โอกาสในการกลับตัว น่าจะเป็นตำรวจ ผู้นำชุมชน เหล่านี้เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำงานเรื่องการลดอันตราย ประเด็นสำคัญที่น่าจะต้องดำเนินการก่อนเรื่องอื่น คือ 1) คณะทำงานการดำเนินการลดอันตรายควรเป็นคณะทำงานที่เป็นผู้ปฏิบัติและดำเนินการจริงในทุกระดับ คณะทำงานในชุมชน และคณะทำงานภาคประชาสังคม 2) วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนกับปริมาณงาน เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการ 3) พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน 4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ให้บริการทางภาครัฐและภาคเอกชน เกี่ยวกับ สถานการณ์การแพร่ระบาด 5) เชื่อมโยงข้อมูลด้วยกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการทำงาน 6) ติดตามสถานการณ์เพื่อลดอันตรายอย่างแท้จริง อาทิ การใช้ยาเกินขนาด (Overdose) การดูแลผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อเอช ไอ วี ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นต้น นอกจากนี้ถ้างานใดยังไม่ชัดเจน ควรจะทำการวิจัย เพื่อนำผลมาใช้ในการวางนโยบายต่อไป

รายงาน การประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มประชากรที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด An Assessment of Harm Reduction Interventions among People who Inject Drugs (PWID)

ผศ.ดร.จิตรลดา อารีย์สันติชัย และ ผศ.ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน
ศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

ประเทศไทยมีการระบาดของสารเสพติดและการติดเชื้อ เอช ไอ วีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดมายาวนาน ในปี 1970 ประเทศไทยได้กลายเป็นประเทศที่มีฝิ่นมากที่สุดและเป็นแหล่งในการแพร่ระบาดของ และในขณะนั้น การใช้เฮโรอีนก็แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว กลายเป็นปัญหาใหญ่ของสารเสพติดที่เกี่ยวข้องกับอันตรายที่เกิดขึ้น^{1 2} ในปลายปี 1990 ยาบ้าก็เริ่มแพร่ระบาดมากขึ้นและกลายเป็นสารเสพติดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน³ แต่อย่างไรก็ตาม การสำรวจการประมาณการสารเสพติดระดับประเทศได้ชี้ให้เห็นว่า การใช้ยายังคงระบาดในวงกว้าง ประมาณการได้ว่า

¹ Reid G, Costigan G: Revisiting the hidden epidemic: a situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS. Fairfield: The Center for Harm Reduction. The Burnet Institute; 2002.

² McCoy AW, Read CB, Adams LP II: The politics of heroin in Southeast Asia. New York: Harper Colophon Books; 1972.

³ Global SMART Programme: Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs: Asia and the Pacific. Vienna: United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC); 2011.

มากกว่า ร้อยละ 5 ของประชากรใช้ยาเสพติด ในปี 2007⁴ ความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดยังคงสูง ประมาณร้อยละ 30-40 ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา⁵

การศึกษาการลดการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอันตราย⁶ ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด จำนวน 468 คน ในกรุงเทพฯ ผลการศึกษา พบว่า ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 30 รายงานว่าใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น โดยให้เหตุผล คือ การเข้าถึงเข็มฉีดยายาก ระยะทางที่ไกลจากแหล่งบริการแจกเข็มฉีดยา ร้านขายยาปิด และถูกปฏิเสธจากร้านขายยา ร้อยละ 37 รายงานว่า ฉีดยาบ้า 2 ครั้งหรือมากกว่าในแต่ละสัปดาห์ กลุ่มผู้ฉีดยาบ้า มีการใช้เข็มร่วมกันเกือบเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ฉีดยาบ้า ร้อยละ 57 ของกลุ่มตัวอย่างฉีดยานอนหลับ midazolam เกือบทุกวันในกลุ่มผู้ที่ฉีดยานี้ เข้าข่ายผู้ฉีดยาอย่างหนักและผู้ฉีดยาที่หลากหลายและผสมผสานเข้าด้วยกัน ร้อยละ 30 มีประวัติการใช้ยาเกินขนาด และมีประวัติการถูกจำคุกเป็นระยะเวลาสั้น

ในด้านกฎหมาย พบว่าร้อยละ 78 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการถูกจับกุม และในกลุ่มนี้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัด และมีการใช้เข็มร่วมกัน ส่วนผู้ที่ถูกต้องขัง มากกว่าร้อยละ 30 รายงานว่าใช้ยาในขณะที่ถูกขัง และในกลุ่มนี้ร้อยละ 81 ใช้เข็มร่วมกัน

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) คือ การลดความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดโดยการใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกัน ผู้ที่ใช้ยาเสพติดอาจยังเลิกใช้ยาไม่ได้ทันที ฉะนั้นระหว่างที่กำลังพยายามจะเลิก จึงควรมีวิธีการลดอันตรายจากการติดและถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี รวมทั้งเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี อีกทั้งช่วยให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยา และดำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพติดให้นานขึ้น

ประเทศไทยเริ่มดำเนินการเกี่ยวกับการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดตั้งแต่ปี 1990 ซึ่งครั้งแรกนี้เป็นงานวิจัยโดยงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ต่อมาก็ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นจริงเป็นจังหลังจากการประชุมเอตส์ครั้งที่ 15 ที่กรุงเทพมหานคร ในปี

⁴ Assanangkornchai S, Aramrattana A, Perngpam U, Kanato M, Kanika N, Na Ayudhya AS: Current situation of substance-related problems in Thailand. J Psych Associ Thai 2008, 53(Supplement 1):245-365.

⁵ National AIDS Prevention and Alleviation Committee: UNGASS Country Progress Report Thailand: Reporting Period: January 2008 - December 2009. Bangkok; 2010.
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/thailand_2010_country_progress_report_en.pdf.

⁶ Reducing Drug-Related Harm in Thailand

⁷ Vanichseni S, Wongsuwan B, Choopanya K, Wongpanich K. A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. Int J Addict. 1991 Dec; 26(12):1313-20.

2004 อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์จากกองทุนโลก (Global Fund) ถึง 9 รอบ ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานของสาธารณสุข องค์กรเอกชน (NGO) และเครือข่ายทำงานอย่างต่อเนื่อง แต่น่าสังเกตว่าการผลักดันนโยบายเกี่ยวกับเรื่องการลดอันตรายจากผู้ใช้/ผู้ติดยาเสพติดเป็นไปได้อย่างช้า ทั้งนี้อาจจะเป็นด้วยเหตุผลหลายประการ กล่าวคือ ประการแรก แนวคิดเบื้องหลังที่สนับสนุนนโยบาย Harm reduction เป็นแนวคิดจากสังคมตะวันตก ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย เช่น สิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ใช้ยา และการผลักดันจากองค์กรระหว่างประเทศยังมีน้อย ประการต่อมาการให้ข้อมูล ข่าวสารเชิงนโยบายยังมีน้อย อยู่ในวงจำกัดเฉพาะสาธารณสุขเท่านั้น นอกจากนี้บทบาทของชุมชนต่อเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดยังมีจำกัด ประมาณปีพ.ศ. 2551-2552 ได้มีการผลักดันเรื่องนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างเป็นทางการ โดยที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) เริ่มยอมรับว่าการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นงานส่วนหนึ่ง ได้มีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องทั้งกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเอกชน (NGO) เพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้ใช้/ติดยาเสพติด โดยวิธีการดีๆ และผลการดำเนินงาน มีการจัดตั้งคณะทำงานด้านพัฒนานโยบาย Harm Reduction ซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วน (เช่น หน่วยงานของสาธารณสุข ตำรวจ อัยการ นักวิชาการ รวมทั้ง NGO เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ)

มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่ต้องดำเนินการประกอบด้วยบริการในด้านต่าง ๆ ข้างต้น เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละคนได้เข้าถึงบริการทุกด้านอย่างเหมาะสม และทั่วถึง โดยหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม มาตรการตามข้อเสนอของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมีดังนี้

การบริการ Harm reduction ประกอบด้วยบริการ 10 ชุดบริการ คือ

1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ
2. การบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว
3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด
4. การแจกถุงยางอนามัย
5. การให้คำปรึกษา และตรวจเชื้อโดยสมัครใจ และส่งต่อเพื่อรักษา
6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค
8. กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

9. การบริการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด

10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากชุดบริการข้างต้น จะขอยกตัวอย่างรายละเอียดบางชุดบริการ⁸ ดังนี้

รายละเอียดมาตรการเพื่อนให้ความรู้เพื่อน หนึ่งในหลาย ๆ เหตุผลให้บุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องกับกาใช้ยาเสพติด คือ การขาดข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ผลและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยา การให้เพื่อนเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อนที่ได้รับการไว้วางใจจากผู้ใช้ยา เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีที่สามารถเข้าถึงผู้ใช้ยาที่อยู่ในสภาพแวดล้อมปกติของพวกเขาได้

รายละเอียดมาตรการการบำบัดการติดยาโดยใช้ยาทดแทน ซึ่งปัญหาหลักที่ร้ายแรงคือ ชนิดยาที่เข้าสู่ร่างกายโดยการฉีด การฉีดยาร่วมกัน ฉีดสารบางอย่างที่ปนเปื้อนเชื้อเอช ไอ วี เข้าไปในกระแสเลือดโดยตรง ยาทดแทนจะช่วยบรรเทาอาการขาดยา และอาการอยากยา ยาทดแทน เช่น เมทาโดน และบูพรีนอร์ฟิน ซึ่งเมทาโดนจะมีการวิจัยรองรับมากกว่า การดึงตัวผู้ใช้ยาชนิดฉีดให้อยู่กับโครงการบำบัดโดยการให้ยาทดแทน ช่วยลดผลเสียทางด้านสุขภาพและทางสังคมที่อาจเกิดตามมาจากการใช้ยาและอาจทำให้เลิกใช้ยาได้

รายละเอียดการเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด คือ การจัดให้มีอุปกรณ์การฉีดที่สะอาดเพื่อให้การฉีดแต่ละครั้งปราศจากการปนเปื้อนเชื้อ เอช ไอ วี ถือเป็นขั้นตอนพื้นฐานในการป้องกันการระบาด ซึ่งอาจอยู่ในรูปโครงการเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่ดำเนินการโดยการให้เอกสารข้อมูลความรู้ แจกถุงยางอนามัย หรือการจำหน่ายเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่ราคาถูก เป็นต้น

รายละเอียดมาตรการศูนย์ drop in center คือ ผู้ใช้ยาชนิดฉีดจะถูกผลักดันให้เคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ดังนั้น ผู้ใช้ยาชนิดฉีดหลายคนจึงได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล สังคม หรือครอบครัวน้อยมาก หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย ศูนย์นี้จึงเป็นพื้นที่ปลอดภัยไว้ให้ผู้ที่ใช้ยาชนิดฉีดเข้ามาพักผ่อน การปฐมพยาบาลสำหรับปัญหาสุขภาพ การให้ความรู้ พร้อมทั้งรายละเอียดการติดต่อ เป็นต้น

คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ประกาศคำสั่งแนวทางในการดำเนินงานเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยคำสั่งฯ นี้เป็นแผนงานที่ 2

⁸ นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย. นโยบายลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) ทางเลือกใหม่ของประเทศไทย. 2553

ในการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด โดยกำหนดให้นำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาทดลองดำเนินการในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยใช้พื้นที่นำร่องการทำงานใน 19 จังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่การทำงานของโครงการแชนมเปี่ยน-ไอติยู ภายใต้การดูแลของมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) โดยการสนับสนุนของกองทุนโลก ได้แก่ ภาคกลาง - กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ นนทบุรี ภาคเหนือ - เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำปาง พะเยา ตาก ภาคใต้ - สุราษฎร์ธานี สตูล พัทลุง สงขลา ตรัง ยะลา นราธิวาส และปัตตานี โดยแนวทางฯ นี้มีระยะดำเนินการ 2 ปี เริ่มจากตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง กันยายน พ.ศ. 2558

แนวทางการดำเนินงานเรื่องการลดอันตรายฯ นี้ เริ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนนโยบายของรัฐต่อการแก้ไขปัญหาเสพติดที่ใช้หลักการ “ผู้เสพ คือผู้ป่วย” ทั้งนี้แนวทางฯ ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการต่อไปนี้

1. เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ใช้ยาฯ ด้วยวิธีฉีดเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการพัฒนากระบวนการให้การดูแลรักษา และติดตามผู้ใช้ยาฯ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
2. เพื่อลดการส่งต่อของเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด
3. เพื่อลดอันตรายที่เกิดกับผู้ใช้ยาฯ สังคม ชุมชน ที่มาจากการใช้ยาเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
4. เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

คำสั่งฯ ในเรื่องงานลดอันตรายฯ ฉบับที่ 1/2557 นี้ เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศไทยที่แตกต่างจากที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เป็นการประสานความร่วมมือกันของภาครัฐและภาคประชาสังคม นำโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ และเครือข่ายคนทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (12D)

ตามแผนการดำเนินงานการลดอันตรายฯ นี้ได้ดำเนินงานทุกรายกิจกรรมตามแผนคำสั่งฯ มีเพียงบางกิจกรรมเท่านั้นที่ยังไม่สิ้นสุดการดำเนินการ ซึ่งก็เป็นที่น่าสนใจว่าผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าไปรับบริการอย่างทั่วถึงหรือไม่ และมีผลกระทบอย่างไรทั้งต่อตัวผู้เสพ ชุมชน และสังคม ทั้งนี้การรู้ผลก่อนระยะเวลาที่คำสั่งจะสิ้นสุดลง อาจจะเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานในรอบต่อไป โดยเน้นผลกระทบต่อตัวผู้ติดยาเสพติดทั้งผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสุขภาพ และผลกระทบด้านการบริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การศึกษานี้เน้นการศึกษาผลการดำเนินงานการลดอันตรายในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ซึ่งจะศึกษาจากผู้รับบริการเป็นหลัก โดยเปรียบเทียบกับผู้รับบริการและไม่ได้รับบริการในพื้นที่เดียวกัน นอกจากนี้ยังศึกษาถึงเรื่องกลไก กระบวนการดำเนินงาน รวมถึงปัญหา อุปสรรคของระบบการให้บริการ

โครงสร้างการวิจัย

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อประเมินผลการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในระดับจังหวัดทั่วประเทศ ในกลุ่มผู้ที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด
2. ศึกษาในกลุ่มผู้ที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ในกลุ่มผู้ที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

วัตถุประสงค์รอง

ศึกษาการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน เกี่ยวกับ การเข้าถึงประชากรผู้เสพยา การดำเนินงาน กระบวนการให้บริการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการที่ครอบคลุมด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ รวมถึงแผนการดำเนินงานที่วางไว้ ความสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความคาดหวังในการทำงานเรื่องการลดอันตรายในอนาคต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด หมายถึง ผู้เสพยาเสพติดที่มีประสบการณ์การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในชีวิต ชนิดยาเสพติดที่ฉีด อาทิ เฮโรอีน ยาบ้า ไอซ์ เมทาโดน เป็นต้น

1.1 รายที่เข้ารับบริการการลดอันตราย คือ ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดที่เข้าถึงระบบการให้บริการ การลดอันตรายและได้รับการบริการฯ อย่างต่อเนื่อง จากภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม จัดได้ว่า กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในการเข้ารับบริการการลดอันตรายและอยู่ในระบบการให้บริการการลดอันตรายจนถึงปัจจุบัน

1.2 รายที่เคยได้รับการแต่ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้ได้รับการการลดอันตราย คือ ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดที่เข้าถึงระบบการให้บริการ การลดอันตราย จากภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม แต่ช่วง 3 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ กลุ่มนี้ไม่ได้เข้าถึงบริการการลดอันตรายจากภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ขาดความต่อเนื่องการรับบริการ การลดอันตราย หากแต่กลุ่มนี้มีความพร้อมในการเข้าถึงบริการอยู่เดิม

1.3 รายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการการลดอันตราย คือ ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดที่ไม่เคยเข้ารับบริการ การลดอันตรายฯ ใดๆ อย่างไรก็ดี ใน 10 ชุดบริการจากภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบการบริการการลดอันตรายฯ ได้

2. ผู้ให้บริการ หมายถึง เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการลดอันตราย เนื่องจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction)

3. การลดอันตราย (Harm Reduction) หมายถึง นโยบายที่พยายามทำให้การใช้ยาเสพติดนั้นมีความเป็นอันตรายที่ลดลง “การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด หมายถึง การลดความเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ผู้ใช้ยาเสพติดอาจยังเลิกไม่ได้ทันที ฉะนั้น หนทางที่กำลังพยายามจะเลิกจึงควรมีวิธีการลดอันตรายจากการรับและถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี รวมทั้งเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และชนิดซี อีกทั้งช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยา และดำรงสถานภาพไม่กลับไปเสพยาซ้ำให้นานขึ้น”

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การประเมินผลนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง คัดเลือกจังหวัดที่มีการดำเนินงานการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างเจาะจงภาคละ 2 จังหวัด กล่าวคือ

ภาคเหนือ เลือก เชียงใหม่ และเชียงราย

ภาคใต้ เลือก นราธิวาส และตรัง

ภาคกลาง เลือก กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ

ตัวอย่างจะมี 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มหลักคือผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ส่วนอีกกลุ่มคือผู้ให้บริการซึ่งจะถามในวงจำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ หรือมารับบริการในพื้นที่ที่ศึกษา

1. ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการลดอันตราย นอกจากนี้จะเก็บข้อมูลจากการบันทึกของการบริการการบำบัดเกี่ยวกับจำนวนคนที่รับบริการ จำนวนครั้งในการรับบริการ ความถี่ของการเข้ารับบริการ การรับบริการของแต่ละคน เป็นต้น

2. ผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด โดยวิธีการ recruit samples ใช้แบบ Snowball technique โดยเริ่มจากกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IDU) รายแรกตั้งต้นที่ Drop in center/สถานบำบัด/ชุมชน หลังจากการพูดคุยและสัมภาษณ์แล้วจะให้แนะนำคนต่อไป ซึ่งอาจจะใช้การบอกปากต่อปาก การติดประกาศประชาสัมพันธ์ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อาสาสมัคร เพื่อนบอกเพื่อนต่อ เป็นต้น หรือเพื่อให้ครอบคลุมประชากร อาจจะเริ่มรายแรกจาก 3 units (Drop in center/สถานบำบัด/ชุมชน) ในแต่ละพื้นที่

ขอบเขตการวิจัย

การประเมินผลนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง คัดเลือกจังหวัดที่มีการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างเจาะจงภาคละ 2 จังหวัด กล่าวคือ ภาคเหนือ เลือก เชียงใหม่ และเชียงราย ภาคใต้ เลือกนราธิวาส และตรัง ภาคกลาง เลือก กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ

ตัวอย่างคือผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด และเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการลดอันตราย

การวิจัยนี้ใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

- ข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้
- การใช้ยาเสพติด เช่น ชนิดยาเสพติด ปริมาณ ความถี่ วิธีการใช้ยาเสพติด

- พฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอช ไอ วี
- การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
- ประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด
- ประสบการณ์การเข้าถึงการรับบริการ
- ประสบการณ์การเข้าถึงเข็มฉีดยา
- การเกิดอาชญากรรมอันเป็นผลจากการใช้สารเสพติด
- การติดเชื้อเอช ไอ วี
- สภาวะสุขภาพ

ประเด็นข้อคำถามเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการลดอันตราย

1. ความต้องการ (Need assessment)

- รูปแบบการบริการการบำบัดรักษาที่นำมาใช้ในระดับจังหวัด เป็นอย่างไร ข้อดี ข้อจำกัด อย่างไร
- การขึ้นทะเบียนสิทธิ
- การให้บริการการบำบัดรักษา
- ระบบการส่งต่อ
- การประเมินการติดตามบำบัดรักษา

2. การเข้าถึงบริการบำบัดรักษา Access

- การมีอยู่ของบริการ (Availability)
 - สถานที่ให้บริการ (รวมถึงลักษณะของการบริการ เช่น ระยะทาง และระยะเวลาการเดินทางของผู้รับบริการ ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ เป็นต้น)
 - เวลาการให้บริการ
 - ความถี่ของการให้บริการ
 - คุณภาพของการให้บริการรวมถึงการกระจายของการให้บริการ
- อัตราค่าบริการที่ยอมรับได้ (Affordability) การกำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสม

ผู้รับบริการสามารถจ่ายค่าบริการการบำบัดรักษาได้ ค่าบริการเป็นที่ยอมรับสำหรับผู้รับบริการ

- การยอมรับในการบริการ (Acceptability) การบริการการบำบัดรักษาตรงตามความต้องการผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมีความเข้าใจบริบทและรักษาความลับของผู้รับบริการ การให้บริการที่เท่าเทียมกันในทุกกลุ่มผู้รับบริการ

3. การบำบัดรักษา

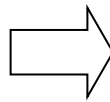
- กระบวนการและพฤติกรรมการให้บริการ การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ประเมินเกี่ยวกับ การคัดกรอง การบำบัดรักษา การติดตามผลการรักษา
- การพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ประเมินเกี่ยวกับ คุณภาพของการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการการสำรวจความรู้ของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
- การยอมรับการบำบัดรักษา ประเมินเกี่ยวกับทัศนคติของชุมชนต่อการบำบัดรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน
2. การใช้ยาเสพติด
3. พฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอช ไอ วี
4. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
5. ประสิทธิภาพการใช้ยาเกินขนาด
6. ประสิทธิภาพ การเข้าถึงการรับบริการ
7. ประสิทธิภาพการเข้าถึงเข็มฉีดยา
8. การเกิดอาชญากรรม
9. การติดเชื้อ เอช ไอ วี
- 10.สภาวะสุขภาพ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (เชิงคุณภาพ)
ความต้องการ
การเข้าถึงบริการบำบัดรักษา
การบำบัดรักษา

ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยา (เชิงคุณภาพ)
ความต้องการ
การเข้าถึงบริการบำบัดรักษา
การบำบัดรักษา



การลดอันตราย
การใช้สารเสพติด

ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้ chi-square test เพื่อวิเคราะห์ผลการวิจัยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่ไม่ได้รับการจากการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติด และผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่ได้รับการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบรอบด้านอย่างน้อย 2 ชุดบริการใน 10 ชุดบริการ

- การวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบโดยวิธีสามเส้า และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้กำหนดค่า effect size = 0.5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 52 คน การวิจัยนี้ได้เพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้น การศึกษานี้ มีเป้าหมายการเก็บกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 57 คนต่อจังหวัด

เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

เกณฑ์การคัดเลือก

1. สัญชาติไทย
2. เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. ผู้ที่มีประสบการณ์การเสพยาเสพติดชนิดฉีด (โดยใช้การสอบถามตัวผู้เสพและสอบถามจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครเพื่อตรวจสอบข้อมูล)

4. อนุญาตและเต็มใจให้สัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีอาการทางสมองและทางจิต ประสาท (โดยใช้การสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือสถานเอนามัย)

2. หญิงตั้งครรภ์
3. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้โดยการพูด (เช่น ผู้เป็นใบ้)

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง แสดงรายละเอียด ดังนี้

- 1) บุคลากรของหน่วยราชการจังหวัด บุคลากร สาธารณสุข ผู้ให้บริการในพื้นที่ ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน เป็นต้น
- 2) ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดที่ได้รับบริการ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

ประเทศไทยดำเนินการเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องแต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้ทุนสนับสนุนจาก Global Fund เป็นหลัก ซึ่งกระทรวงฯ ก็ได้ให้ทุนเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงงาน ในที่นี้จะกล่าวถึงการประเมินผลหลักที่เพิ่งเสร็จไป นั่นคือ งานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

งานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม เก็บข้อมูลเพื่อวัดปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) โดยสัมภาษณ์หน่วยงานผู้รับทุนหลัก(PR) คือ PSI และการดำเนินใน 3 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ใช้การสัมภาษณ์ผู้รับทุนรอง (เชียงใหม่ สมุทรปราการ และสงขลา) 3 องค์กร Ozone, รัักษ์ไทย, สถาบันธัญญารักษ์ สัมภาษณ์ผู้รับทุนย่อย องค์กรปฏิบัติงานในพื้นที่ (Implementing agency) 3 องค์กร TDN, รัักษ์ไทยสมุทรปราการ, PSI สงขลาการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทุกองค์กร การรายงานผลเป็นระบบและการทำงานของแต่ละหน่วยงาน และเป็นแต่ละระดับชั้น กล่าวคือ ผู้รับทุนหลัก (PR) ผู้รับทุนรอง (SR) ผู้รับทุนย่อย (subSRs)

นอกจากนี้จะกล่าวถึงงานที่กลุ่มผู้ดำเนินงานประเมินตนเองอีกงานหนึ่ง นั่นคืองานของมูลนิธิ PSI (Population Service International) PSI ศึกษาเฉพาะกลุ่ม IDU ที่เข้ารับบริการ สอบถามเรื่องคุณภาพชีวิต โดยใช้คำถามเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น Injecting Drug Users Quality of Life Program (IDU QOL) และ Qualitative study ใช้ peer interview PSI ได้รายงานไว้ในกลุ่มที่ถูกสอบถามรายงานว่าหลังจากเข้าโครงการแล้วคุณภาพชีวิตดีขึ้น

อย่างไรก็ดี การประเมินทั้งสองงานดังกล่าว ยังไม่มีการประเมินผลเชิงเปรียบเทียบที่เน้นที่กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างของข้อมูลที่สำคัญซึ่งมีผลโดยตรงกับกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด

ผู้วิจัยได้สืบค้นตัวอย่างจากงานวิจัยของในต่างประเทศ ที่มีการประเมินผล harm reduction ที่ชัดเจน เช่น ประเทศไต้หวัน มาเลเซียและออสเตรเลีย ดังต่อไปนี้

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในไต้หวันมีผู้ฉีดยาเสพติดประมาณ 60,000 คน อัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี อยู่ในระดับต่ำจนถึงปี 2003 แต่การแพร่ระบาดก็กลับมาอีกครั้งในปี 2004 รัฐบาลของประเทศไต้หวันจึงเห็นความสำคัญในการนำ harm reduction program ที่ครอบคลุมครบถ้วนมาใช้ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด โดยให้ใช้ทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2006 ซึ่งประกอบไปด้วยการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว และการแจกเข็มฉีดยา นอกจากนี้ ยังมียาต้านไวรัสเอดส์ให้บริการฟรีในไต้หวันตั้งแต่ปี 1997

การประเมินผลของโปรแกรม harm reduction นี้เป็นการประเมินแนวโน้มของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด โดยศึกษาใน 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดที่เคยถูกจำคุกในปี 2004-2010 และติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อเข้าไปในคุก จำนวน 3851 คน ตรวจสอบเลือดรายบุคคลโดยใช้ BED HIV-1 capture enzyme เพื่อตรวจสอบอุบัติการณ์การติดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนอีกกลุ่มเป็นกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีประวัติการถูกจำคุกคืออาชญากรรมเนื่องจากการใช้สารเสพติดและถูกปล่อยในเดือนกรกฎาคม 2007 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการลดโทษ จำนวน 2473 คน การติดตามผลรายบุคคล รายงานผลของการเข้าร่วมโปรแกรม harm reduction เกี่ยวกับความเสี่ยงเนื่องจากการติดเชื้อเอช ไอ วี

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อเข้าในเรือนจำ อย่างไรก็ตาม หลังการนำโปรแกรม harm reduction มาใช้ อัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ลดลง ในปี 2004 ร้อยละ 90 ของผู้ฉีดยาเสพติดติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อเข้าในเรือนจำและยังคงติดเชื้อเอช ไอ วี อยู่ในปัจจุบัน และลดลงเหลือร้อยละ 46 ในปี 2007 และร้อยละ 34 ในปี 2009 ตามลำดับ

ในปี 2004 อุตบัติการณ์การติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดในประเทศไต้หวัน ร้อยละ 6.44 อุตบัติการณ์นี้สูงขึ้นเป็นร้อยละ 18 ในปี 2005 การนำโปรแกรม

harm reduction มาใช้เพียงอย่างเดียวและกว้างขวางนี้ทำให้การติดเชื้อ เอช ไอ วี ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2 และอุบัติการณ์เหลือแค่ร้อยละ 0.27 ในปี 2010

การติดตามผลโปรแกรม harm reduction แบบครบถ้วน เป็นรายบุคคลในปี 2007 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม harm reduction นี้สามารถป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ รัฐบาลได้หันก็เห็นตรงกันว่ากระบวนการของโปรแกรม harm reduction สามารถป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี และลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดได้และสามารถเกิดการควบคุมการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นได้

ในปี 2555 มาเลเซียมีผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มากกว่า 98,000 ราย ซึ่งผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) เป็นผู้ฉีดยาเสพติด รัฐบาลและได้รับรองอย่างเป็นทางการว่า Harm Reduction Program ประสบความสำเร็จในการลดการติดเชื้อ เอช ไอ วี แต่ควรพิจารณาถึงเรื่องทุนสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของโปรแกรมต่อไป ทั้งนี้มีประเด็นที่สำคัญที่ต้องการมาก คือ การประเมินผลด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจ และความคุ้มค่าคุ้มทุนของโปรแกรมนี้อาเซียนได้เริ่ม Harm Reduction: NSP และ MMT ในปี 2549 โดยเริ่มต้นจากโครงการทดลอง ซึ่งผลของโปรแกรมพบว่า สามารถเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรมได้

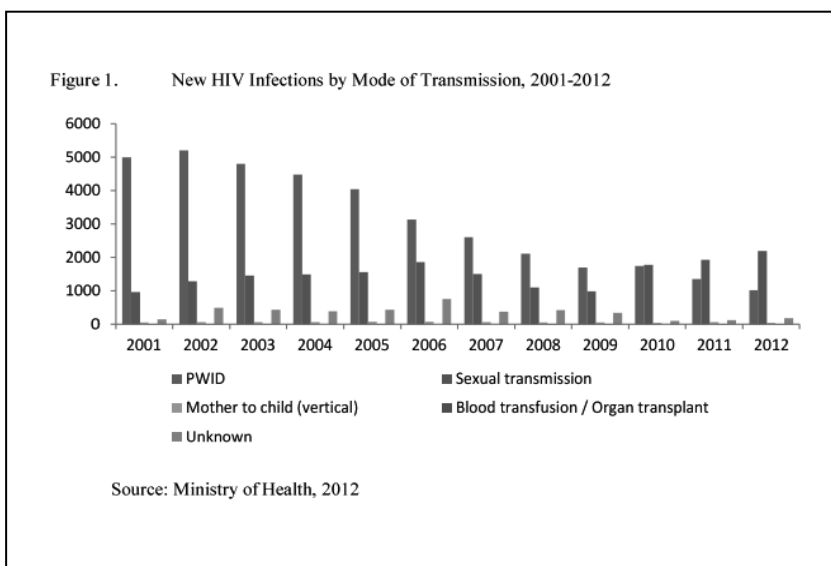
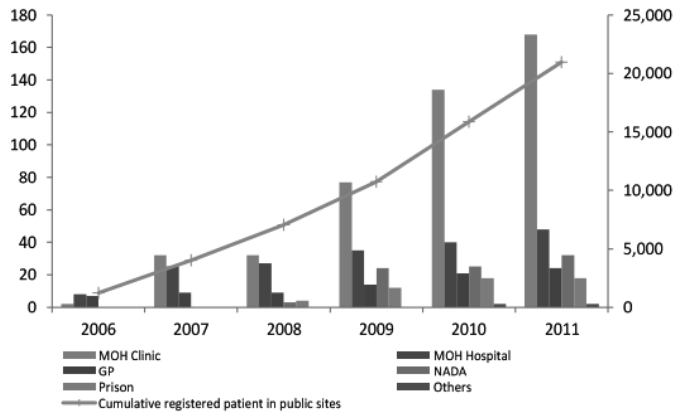
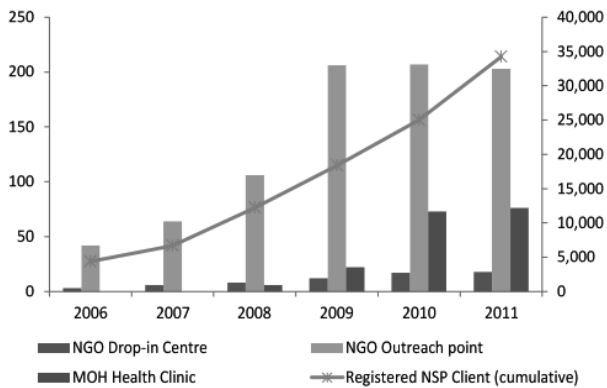


Figure 2. Expansion in MMT sites, Malaysia 2006-2011



Source: Data obtained directly from from the Disease Control and Prevention Division of the MOH

Figure 3. Expansion in NSP sites, Malaysia 2006-2011



Source: Data obtained directly from from the Disease Control and Prevention Division of the MOH

การประเมิน Needle and Syringe Program (NSPs)⁹ ในออสเตรเลีย ในปี ค .ศ.2000-2009 (Dolan, K. MacDonald, M., Silins, E. & Topp, L. 2005) พบว่า รัฐบาลออสเตรเลียใช้เงินจำนวน 243 ล้านดอลลาร์ ในการสนับสนุนโปรแกรมนี้ ผลจากโปรแกรมนี้ คือ สามารถป้องกันคนจากการติดเชื้อ ได้จำนวน 32,050 ราย สามารถป้องกันคนจากไวรัสตับอักเสบบี (HCV) จำนวน 96,667 ราย และประหยัดเงินจำนวน 1.28 ล้านดอลลาร์ สำหรับการบริการรักษาในสถานพยาบาล

ส่วนผลการประเมินอื่นๆ จากโปรแกรม NSPs คือ

- กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดไม่ถูกกระตุ้นให้ฉีดยาเสพติดมากขึ้น
- ไม่มีผู้ฉีดยาเสพติดรายใหม่เกิดขึ้น
- ไม่ทำให้ผู้ไม่ฉีดยาเสพติดกลายเป็นผู้ฉีดยาเสพติด
- ไม่ทำให้อาชญากรรมหรือความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น
- ไม่ทำให้จำนวนเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาที่ทิ้งไว้ในที่สาธารณะเพิ่มขึ้น
- โปรแกรมนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การส่งต่อผู้ฉีดยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษายาเสพติด

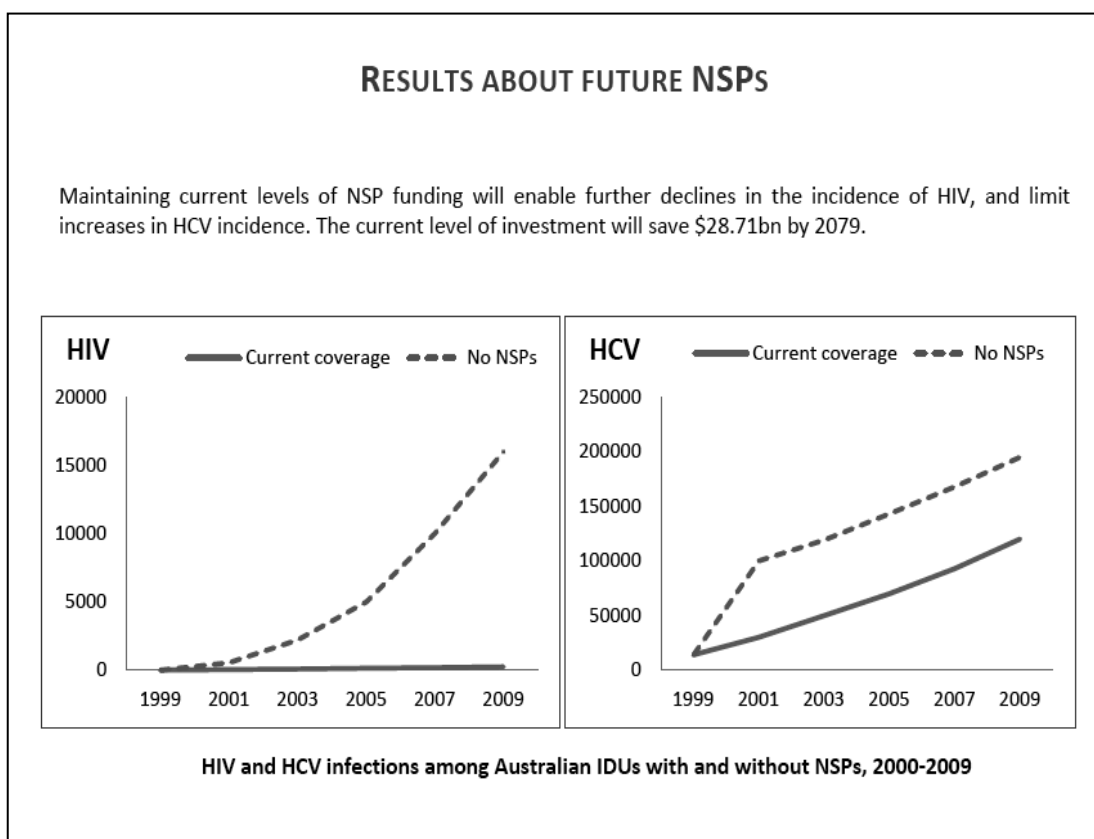
จากรายงานของออสเตรเลีย (Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia report) เกี่ยวกับการศึกษาผลของโปรแกรม NSP ซึ่งดำเนินการมาเป็นเวลา 10 ปี (ทศวรรษ 1990s) กับความชุกของ เอช ไอ วี และ HCV โดยเป็นการคาดประมาณจำนวนกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด และคาดประมาณจำนวนผู้ฉีดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือ HCV โดยผลการประมาณจำนวนผู้ฉีดยาเสพติดที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เมื่อเทียบ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแลกเข็ม (NSP) และ 2) กลุ่มที่ไม่ได้รับ NSP พบว่า

1) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม NSP มีจำนวนผู้ฉีดยาเสพติดที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 470 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดในช่วงต้นทศวรรษ 1990 ส่วนผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในปลาย 1990 น้อยกว่า 100 ราย จำนวนคนที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV สะสมในปี 2553 ประมาณ 350 ราย ส่วนความชุกของ HCV ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด และผู้ติด HCV พบว่า ในปี 2543 มีจำนวนผู้ฉีดยาเสพติดที่ติด HCV จำนวน 200,000 ราย ประมาณ 150,000 ราย เป็น HCV เรื้อรัง ปี (2553 ผู้

⁹ Dolan K, MacDonald M, Silins E & Topp L. Needle and syringe programs: A review of the evidence. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2005

ฉีดยาเสพติดมีประมาณ 11,800 มีอาการของโรคอักเสบเรื้อรังของอวัยวะต่าง ๆ โรคตับแข็ง และจำนวนผู้เสียชีวิต HCV สะสม ประมาณ 1,800 ราย

2) กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม NSP มีจำนวนผู้ฉีดยาเสพติดที่ติดเชื้อ HIV จำนวนสูงสุดถึง 26,000 ราย ซึ่งในปี 2543 ส่วนผู้ติดเชื้อ HIV ในปี 2553 มีเกือบ 3,000 ราย จำนวนคนที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV สะสมในปี 2553 ประมาณ 5,000 ราย ส่วนความชุกของ HCV ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด และผู้ติด HCV พบว่า ในปี 2543 มีจำนวนผู้ฉีดยาเสพติดที่ติด HCV จำนวน 220,000 ราย ประมาณ 165,000 ราย เป็น HCV เรื้อรัง ปี (2553 ผู้ฉีดยาเสพติดมีประมาณ 12,500 มีอาการของโรคอักเสบเรื้อรังของอวัยวะต่าง ๆ โรคตับแข็ง และจำนวนผู้เสียชีวิต HCV สะสม ประมาณ 1,900 ราย



ผลการวิจัย: ข้อมูลการบำบัดรักษาในพื้นที่ 6 จังหวัดที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานจังหวัด และแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต.) เพื่อให้เห็นภาพของผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษา และการใช้สารเสพติด ซึ่งผลของการรวบรวม จากรายงานจังหวัด และข้อมูลบสต. ระหว่างปีพ.ศ. 2554-2558 ผู้เสพยาในพื้นที่จังหวัดเชียงราย เข้ามารับการบำบัด อยู่ระหว่าง 5-7,500 คน ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้เสพยาบ้า มาในปี 2558 ที่จำนวนผู้บำบัดลดลง และอัตราของผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้าก็ลดลง เหลือเพียงร้อยละ 42.5 มาขึ้นที่อัตราผู้เสพยาเฮโรอีนและฝิ่น ถ้าสังเกตจะเห็นว่าอัตราของผู้เสพยาเฮโรอีน เริ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 11 ในปี 2554 มาเป็นร้อยละ 26 ในปี 2558 ผู้เข้ารับการบำบัดที่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่อยู่ระหว่าง 5-8,000 คน ร้อยละ 75-60 เป็นยาบ้า รองลงมาเป็นฝิ่น และเฮโรอีน และก็เช่นเดียวกับเชียงราย กล่าวคือ ในปี 2558 ผู้บำบัดเฮโรอีนและฝิ่นมีอัตราที่เพิ่มขึ้น

ชนิดยาเสพติดที่ประชากรเข้ารับการบำบัดระหว่างปี 2554-2558

ภาคเหนือ: เชียงราย

ปีพ.ศ.	รวม	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	กัญชา	%	ฝิ่น	%	สาร ระเหย	%	เอ็กซ์ ตาซี	%
ปี 2554	6,604	4,255	64.4	723	10.9	33	0.5	1,466	22.2	51	0.8	4	0.1
ปี 2555	6,917	4,333	62.6	1,088	15.7	25	0.4	1,321	19.1	53	0.8	1	0.0
ปี 2556	7,340	4,924	67.1	1,179	16.1	14	0.2	1,107	15.1	27	0.4	5	0.1
ปี 2557	7,481	4,464	59.7	1,484	19.8	30	0.4	1,304	17.4	37	0.5	1	0.0
ปี 2558	4,798	2,040	42.5	1,255	26.2	22	0.5	1,227	25.6	43	0.9	3	0.1

ปีพ.ศ.	โคเคน	%	กระท่อม	%	น้ำ กระท่อม	%	ยาแก้ ไอ	%	ไอซ์	%	อื่น ๆ	%
ปี 2554	0	0.0	1	0.0	0	0.0	4	0.1	41	0.6	26	0.4
ปี 2555	0	0.0	2	0.0	0	0.0	5	0.1	53	0.8	36	0.5
ปี 2556	0	0.0	4	0.1	0	0.0	0	0.0	49	0.7	31	0.4
ปี 2557	0	0.0	5	0.1	1	0.0	0	0.0	51	0.7	104	1.4
ปี 2558	1	0.0	2	0.0	0	0.0	0	0.0	35	0.7	170	3.5

ภาคเหนือ: เชียงใหม่

ปีพ.ศ.	รวม	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	กัญชา	%	ฝิ่น	%	สาร ระเหย	%	เอ็กซ์ ตาซี	%
ปี 2554	6,029	5,097	84.5	119	2.0	44	0.7	602	10.0	83	1.4	4	0.1
ปี 2555	7,614	6,483	85.1	167	2.2	72	0.9	669	8.8	72	0.9	4	0.1
ปี 2556	8,178	6,708	82.0	260	3.2	44	0.5	942	11.5	68	0.8	5	0.1
ปี 2557	6,810	5,134	75.4	369	5.4	45	0.7	1,024	15.0	49	0.7	8	0.1
ปี 2558	4,864	2,764	56.8	465	9.6	43	0.9	1,345	27.7	57	1.2	10	0.2

ปีพ.ศ.	โคเคน	%	กระท่อม	%	น้ำ กระท่อม	%	ยา แก้ไอ	%	ไอซ์	%	อื่น ๆ	%
ปี 2554	2	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	25	0.4	52	0.9
ปี 2555	2	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	62	0.8	83	1.1
ปี 2556	0	0.0	3	0.0	1	0.0	0	0.0	53	0.6	94	1.1
ปี 2557	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	48	0.7	132	1.9
ปี 2558	0	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.0	46	0.9	132	2.7

ส่วนภาคกลาง ผู้เข้าบำบัดที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประมาณ 11,000-25,000 คน จำนวนการรักษาลดลงมาเรื่อยๆ ประมาณร้อยละ 70-80 เป็นยาบ้า รองลงมาเป็นไอซ์ กัญชา และเฮโรอีน ตามลำดับ น่าสังเกตว่าในปี 2558 ผู้บำบัดเฮโรอีนเพิ่มจำนวนจากปี 2557 ถึง 3 เท่า จังหวัดในเป้าหมายอีกจังหวัดคือสมุทรปราการ ซึ่งจากข้อมูล พบว่า ระหว่างปีพ.ศ. 2554-2558 มีผู้เข้ารับการบำบัดที่อยู่ในจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนระหว่าง 2-5 พันคน มากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้เสพยาบ้า รองลงมาเป็นกัญชา ไอซ์ และเฮโรอีน อัตราของผู้บำบัดที่เสพเฮโรอีนสูงขึ้นในปี 2558 เช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะไม่มากนักก็ตาม

กรุงเทพมหานคร

ปีพศ.	รวม	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	กัญชา	%	ฝิ่น	%	สาร ระเหย	%	เอ็กซ์ ตาซี	%
ปี 2554	25,228	20,871	82.7	165	0.7	1,457	5.8	3	0.01	374	1.5	66	0.3
ปี 2555	24,575	17,876	72.7	207	0.8	1,819	7.4	2	0.01	518	2.1	60	0.2
ปี 2556	20,975	15,389	73.4	215	1.0	1,862	8.9	2	0.01	448	2.1	58	0.3
ปี 2557	15,841	11,161	70.5	239	1.5	1,944	12.3	6	0.04	440	2.8	79	0.5
ปี 2558	11,315	6,642	58.7	611	5.4	1,667	14.7	2	0.02	315	2.8	74	0.7

ปีพศ.	เคตา มีน	%	โคเคน	%	กระท่อม	%	น้ำ กระท่อม	%	ยา แก้ไอ	%	ไอซ์	%	อื่นๆ	%
ปี 2554	10	0.0	3	0.0	41	0.2	0	0.0	8	0.0	2,096	8.3	134	0.5
ปี 2555	13	0.1	4	0.0	103	0.4	6	0.02	13	0.1	3,759	15.3	195	0.8
ปี 2556	20	0.1	4	0.0	118	0.6	12	0.1	26	0.1	2,711	12.9	110	0.5
ปี 2557	27	0.2	11	0.1	91	0.6	11	0.1	28	0.2	1,679	10.6	125	0.8
ปี 2558	32	0.3	15	0.1	70	0.6	35	0.3	16	0.1	1,664	14.7	172	1.5

ภาคกลาง: สมุทรปราการ

ปีพศ.	รวม	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	กัญชา	%	ฝิ่น	%	สาร ระเหย	%	เอ็กซ์ ตาซี	%
ปี 2554	3,568	3,183	89.2	38	1.1	167	4.7	0	0.0	21	0.6	2	0.1
ปี 2555	4,842	4,118	85.0	42	0.9	220	4.5	2	0.0	35	0.7	15	0.3
ปี 2556	5,305	4,696	88.5	39	0.7	269	5.1	1	0.0	28	0.5	10	0.2
ปี 2557	4,045	3,275	81.0	50	1.2	452	11.2	3	0.1	28	0.7	13	0.3
ปี 2558	1,714	1,235	72.1	32	1.9	245	14.3	0	0.0	20	1.2	10	0.6

ภาคกลาง: สมุทรปราการ (ต่อ)

ปีพศ.	เคตา มีน	%	โคเคน	%	กระท่อม	%	น้ำ กระท่อม	%	ยา แก้ไอ	%	ไอซ์	%	อื่นๆ	%
ปี 2554	1	0.0	1	0.0	11	0.3	0	0.0	2	0.1	128	3.6	14	0.4
ปี 2555	1	0.0	1	0.0	18	0.4	0	0.0	0	0.0	369	7.6	21	0.4
ปี 2556	2	0.0	1	0.0	15	0.3	1	0.0	1	0.0	231	4.4	11	0.2
ปี 2557	9	0.2	3	0.1	16	0.4	1	0.0	6	0.1	173	4.3	16	0.4
ปี 2558	4	0.2	0	0.0	10	0.6	1	0.1	3	0.2	132	7.7	22	1.3

ภาคใต้ ผู้ที่เข้าบำบัดที่อยู่ในจังหวัดตรังมีจำนวนไม่มาก ประมาณ 1-3 พันคน ร้อยละ 70-77 เป็นผู้เสพยาบ้า รองลงมาเป็นกระท่อม กัญชา และไอซ์ ตามลำดับ ส่วนผู้เสพยาโรอีนมีจำนวนน้อยมากๆ ไม่ถึงร้อยละ 1 ส่วนผู้เสพยาที่อยู่ในจังหวัดนราธิวาส มาบำบัดประมาณ 1-3 พันคน เช่นเดียวกัน แต่ยาที่บำบัดเป็นยาบ้า และเฮโรอีน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปี 2558 ผู้บำบัดเฮโรอีนเพิ่มเป็นร้อยละ 20

ภาคใต้: ตรัง

ปีพศ.	รวม	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	กัญชา	%	ฝิ่น	%	สาร ระเหย	%	เอ็กซ์ ตาซี	%
ปี 2554	1,488	1,151	77.4	5	0.3	117	7.9	0	0.0	9	0.6	1	0.1
ปี 2555	3,685	2,695	73.1	11	0.3	259	7.0	1	0.0	13	0.4	0	0.0
ปี 2556	3,840	2,905	75.7	13	0.3	338	8.8	0	0.0	3	0.1	0	0.0
ปี 2557	3,823	2,920	76.4	8	0.2	496	13.0	1	0.0	6	0.2	1	0.0
ปี 2558	1,450	975	67.2	1	0.1	243	16.8	0	0.0	5	0.3	0	0.0

ปีพศ.	โคเคน	%	กระท่อม	%	น้ำ กระท่อม	%	ยาแก้ ไอ	%	ไอซ์	%	อื่นๆ	%
ปี 2554	0	0.0	62	4.2	20	1.3	0	0.0	111	7.5	12	0.8
ปี 2555	1	0.0	450	12.2	27	0.7	1	0.0	187	5.1	40	1.1
ปี 2556	0	0.0	367	9.6	30	0.8	0	0.0	134	3.5	50	1.3
ปี 2557	0	0.0	203	5.3	55	1.4	0	0.0	73	1.9	60	1.6
ปี 2558	0	0.0	112	7.7	42	2.9	0	0.0	40	2.8	32	2.2

ภาคใต้: นราธิวาส

ปีพศ.	รวม	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	กัญชา	%	สาร ระเหย	%	เอ็กซ์ ตาซี	%
ปี 2554	1751	735	42.0	436	24.9	261	14.9	0	0.0	2	0.1
ปี 2555	2947	1,018	34.5	377	12.8	520	17.6	4	0.1	9	0.3
ปี 2556	2526	1,158	45.8	306	12.1	330	13.1	4	0.2	0	0.0
ปี 2557	1809	880	48.6	199	11.0	205	11.3	0	0.0	4	0.2
ปี 2558	780	394	50.5	157	20.1	62	7.9	1	0.1	0	0.0

ปีพศ.	โคเคน	%	กระท่อม	%	น้ำ กระท่อม	%	ยาแก้ ไอ	%	ไอซ์	%	อื่น ๆ	%
ปี 2554	1	0.1	199	11.4	50	2.9	16	0.9	20	1.1	31	1.8
ปี 2555	1	0.0	777	26.4	79	2.7	16	0.5	42	1.4	104	3.5
ปี 2556	0	0.0	547	21.7	104	4.1	7	0.3	48	1.9	22	0.9
ปี 2557	1	0.1	353	19.5	123	6.8	6	0.3	30	1.7	8	0.4
ปี 2558	0	0.0	57	7.3	68	8.7	0	0.0	22	2.8	19	2.4

ถ้าพิจารณาโดยรวมจะพบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษาใน 6 จังหวัดนี้มีจำนวนประมาณ 25,000-50,000 คน โดยที่จำนวนที่เข้าบำบัดลดลงเรื่อยๆ ถ้าพิจารณาว่ายาเสพติดที่นิยมผิด ได้แก่ เฮโรอีน ผีน ยาบ้าและไอซ์ จากรายงานบสต.ดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่รายงานว่าผิดเฮโรอีน ซึ่งถ้า นับเป็นอัตราของผู้เสพเฮโรอีนแล้ว พบว่า ในจังหวัดสมุทรปราการ ตรัง และกรุงเทพมหานคร ผู้ บำบัดที่เสพยาเฮโรอีน ใช้วิธีผิดในอัตราที่สูง แต่ในปี 2558 อัตราการผิดเฮโรอีนของผู้บำบัดที่อยู่ใน ภาคเหนือ และกรุงเทพฯ ลดลง

ปีพศ.	จำนวนที่ เข้าบำบัด	ยาบ้า	%	เฮโรอีน	%	ผีน	%	ไอซ์	%
ปี 2554	44,668	35,292	79.0	1,486	3.3	2071	4.6	2421	5.4
ปี 2555	50,580	36,523	72.2	1,892	3.7	1995	3.9	4472	8.8
ปี 2556	48,164	35,780	74.3	2,012	4.2	2052	4.3	3226	6.7
ปี 2557	39,809	27,834	69.9	2,349	5.9	2338	5.9	2054	5.2
ปี 2558	24,921	14,050	56.4	2,521	10.1	2574	10.3	1939	7.8

อัตราการฉีดเฮโรอีน

ปีพศ.	จำนวนผู้ บำบัด ทั้งหมด	จำนวน ผู้ฉีดยา ทั้งหมด	% ผู้ฉีดเฮโรอีน					
			เชียงราย	เชียงใหม่	กรุงเทพฯ	สมุทรปราการ	ตรัง	นราธิวาส
ปี 2554	44668	542	19.2	45.8	79.4	80.0	33.3	35.8
ปี 2555	50580	572	14.0	31.2	75.9	78.0	53.8	37.9
ปี 2556	48164	512	12.1	28.2	68.6	50.0	84.6	30.7
ปี 2557	39809	597	11.0	31.9	61.3	66.0	75.0	28.3
ปี 2558	24921	554	7.7	26.5	27.4	72.7	100.0	37.6

จริยธรรมการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รหัส COA No.148/2558)

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 393 คน เป็นตัวอย่างในกรุงเทพฯ 81 คน (ชาย 75 คน หญิง 6 คน) สมุทรปราการ 57 คน (ชาย 51 คน หญิง 6 คน) เชียงใหม่ 60 คน (ชาย 49 คน หญิง 11 คน) เชียงราย 60 คน (ชาย 59 คน หญิง 1 คน) ตรัง 60 คน (ชาย 60 คน) และนราธิวาส 75 คน (ชาย 74 คน หญิง 1 คน) ตามลำดับ ซึ่งประชากรที่เก็บตัวอย่างได้นี้สอดคล้องกับผู้เสพยาเสพติด กล่าวคือ ผู้เสพยาที่เป็นหญิงจะมีประมาณไม่เกินร้อยละ 10

ภาค	จังหวัด	ชาย n (%)	หญิง n (%)	รวม
กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ	75 (20.4)	6 (24.0)	81 (20.6)
ภาคกลาง	สมุทรปราการ	51 (13.9)	6 (24.0)	57 (14.5)
ภาคเหนือ	เชียงใหม่	49 (13.3)	11 (44.0)	60 (15.3)
	เชียงราย	59 (16.0)	1 (4.0)	60 (15.3)
ภาคใต้	ตรัง	60 (16.3)	0	60 (15.3)
	นราธิวาส	74 (20.1)	1 (4.0)	75 (19.1)
รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 จังหวัด		368 (100)	25 (100)	393 (100)

ในตารางข้างล่าง แสดงจำนวนรายที่ได้รับบริการ รายที่ไม่ได้รับบริการมากกว่า 3 เดือน และรายที่ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการแยกจังหวัด รวมทั้งหมดแล้ว ผู้ที่ได้รับบริการการลดอันตรายอยู่มีจำนวน 228 ราย ผู้ที่เคยได้รับบริการ แต่ไม่ได้รับบริการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 123 ราย และผู้ที่ไม่เคยรับบริการเลยทั้ง 10 ชุดบริการ มีจำนวน 42 ราย ตามลำดับ สมุทรปราการ เชียงใหม่และนราธิวาส มีผู้รับบริการร้อยละ 20-23 ส่วนกรุงเทพฯ เชียงราย และตรัง มีผู้รับบริการร้อยละ 10-15 ในขณะที่ผู้ได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้รับบริการฯ ในกรุงเทพฯ มีสูงถึงร้อยละ 34 รองลงมาเป็นเชียงราย ร้อยละ 19.5 และผู้ที่ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ ที่ตรังสูงถึงร้อยละ 38 รองลงมาเป็นเชียงราย และเชียงใหม่

(ร้อยละ 31 และ 17 ตามลำดับ) ในขณะที่กรุงเทพฯ สมุทรปราการและนราธิวาส หาจำนวนรายใหม่ได้น้อยมาก

จังหวัด	รายที่ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	รายที่เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	รายที่ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
กรุงเทพฯ	35 (15.4)	42 (34.1)	4 (9.5)	81 (20.6)
สมุทรปราการ	52 (22.8)	4 (3.3)	1 (2.4)	57 (14.5)
เชียงใหม่	45 (19.7)	8 (6.5)	7 (16.7)	60 (15.3)
เชียงราย	23 (10.1)	24 (19.5)	13 (31.0)	60 (15.3)
ตรัง	27 (11.8)	17 (13.8)	16 (38.1)	60 (15.3)
นราธิวาส	46 (20.2)	28 (22.8)	1 (2.4)	75 (19.1)

1. ลักษณะพื้นฐานทางประชากร

ลักษณะทางประชากร และสังคมของตัวอย่างชุดนี้ พบว่า ผู้ชายเสพติดโดยวิธีฉีด ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 94 เกือบร้อยละ 60 รายงานว่า โสด เมื่อพิจารณาเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการ และกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการมากกว่า 3 เดือน เห็นได้ชัดว่า ไม่ต่างกัน หากแต่กลุ่มที่ไม่ได้รับบริการฯ เลย รายงานว่าแต่งงาน (ร้อยละ 37.5) แล้วสูงกว่ากลุ่มที่รายงานว่ามี โสด (ร้อยละ 29.2) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับบริการฯ และกลุ่มที่เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ ประมาณ 35-36 ปี ส่วนผู้ที่ไม่เคยได้รับบริการฯ อายุเฉลี่ยจะน้อยกว่าอยู่ที่ 31 ปี ประมาณร้อยละ 70-83 นับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 68-71) และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับบริการฯ ร้อยละ 74.2 มีรายได้เป็นรายวัน 300-599 บาท/วัน ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ และกลุ่มที่ได้รับบริการฯ ที่น่าสังเกตคือ กลุ่มผู้ที่ไม่เคยรับบริการฯ ร้อยละ 26.1 อยู่กับคนที่เสพยา และส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 มีพ่อแม่ พี่น้องใช้เฮโรอีน

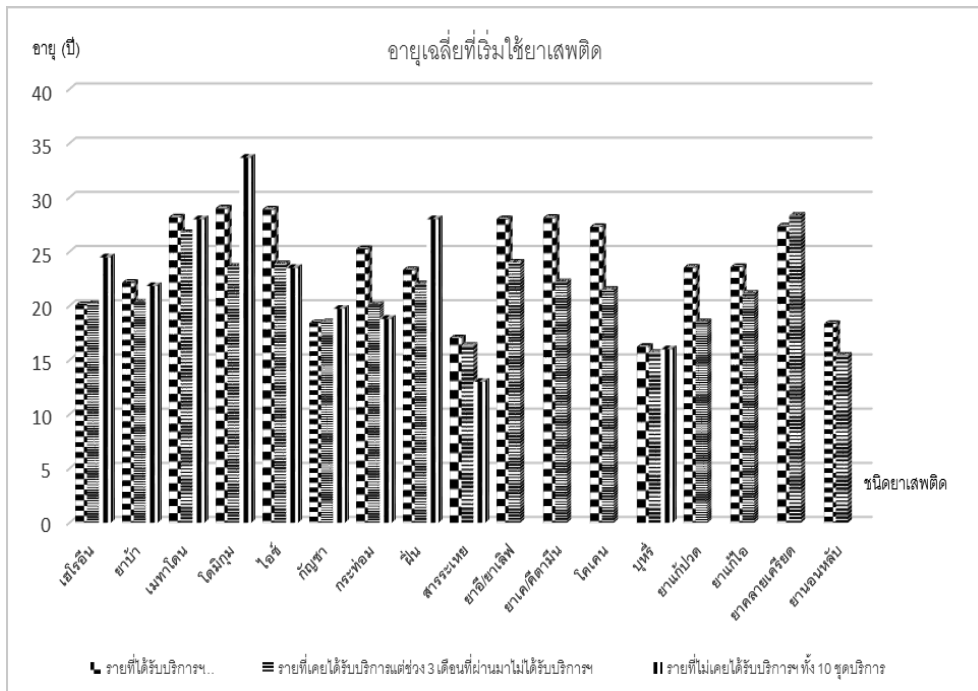
ลักษณะพื้นฐานทางประชากร	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ชาย	211 (92.5)	117 (95.1)	40 (95.2)	368 (93.6)
โสด	120 (63.8)	52 (55.3)	7 (29.2)	179 (58.5)

ลักษณะพื้นฐานทางประชากร	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้บริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
อายุเฉลี่ย Mean±SD.	36.58±10.38	35.47±12.12	31.17±10.54	
ศาสนา: พุทธ	167 (73.2)	77 (69.4)	35 (83.3)	279 (73.2)
อาชีพ: รับจ้างทั่วไป	68 (68.0)	44 (71.0)	13 (68.4)	125 (69.1)
รายได้: 300-599 บาทต่อวัน	77 (64.2)	42 (54.5)	23 (74.2)	142 (62.3)
บุคคลที่อยู่ด้วยกันเสพยา	25 (15.3)	12 (13.6)	6 (26.1)	43 (15.7)
พ่อแม่และญาติพี่น้องใช้เฮโรอีน	9 (39.1)	6 (50.0)	5 (83.3)	20 (48.8)

2. การใช้ยาเสพติด

ประชากรกลุ่มนี้ เริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุ 15-19 ปี (แสดงในกราฟ) ถ้าดูจากอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด จะพบลำดับของการใช้ยาเสพติดชนิดดั้งเดิม ดังนี้ ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฯ เริ่มใช้สารระเหยก่อน ตามด้วยบุหรี กัญชา และเฮโรอีน ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มที่เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้บริการฯ เริ่มใช้บุหรี ยานอนหลับ สารระเหย กัญชา ยาบ้า เฮโรอีน และฝิ่น และกลุ่มที่รับบริการอยู่เริ่มใช้บุหรี สารระเหย ยานอนหลับ เฮโรอีน ยาบ้าและฝิ่น ส่วนสารชนิดใหม่ประเภท club drugs จะเริ่มใช้ในภายหลัง รวมทั้งเมทาโดนและโดมิคุมด้วย ทั้งนี้เพราะยา 2 ชนิดหลัง ตัวแรกเป็นสารทดแทนผู้เสพยาชนิดฝิ่น ในขณะที่โดมิคุม หรือที่เรียกกันตามชื่อทางเภสัชว่า Midazolam เป็นตัวยาที่ผู้เสพยาจะได้รับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ต่อมาประชากรกลุ่มที่เสพยา โดยเฉพาะเฮโรอีน จะนำเอาโดมิคุมมาเสพ บางรายใช้ในกรณีที่ทำเฮโรอีนไม่ได้

รูปที่ 1 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาเสพติด



ข้อตกลงเบื้องต้น การรายงานการใช้ยาเสพติดต่อไปนี้จะเป็นการรายงานเป็นร้อยละของส่วนนั้นๆ กล่าวคือ ผู้ที่ใช้ในชีวิต ใช้ใน 1 ปี และใช้ใน 30 วัน การคิดร้อยละจะเป็นร้อยละของผู้ใช้และไม่ใช้ เคยใช้ใน 1 ปี จะเป็นร้อยละของผู้ที่ใช้ใน 1 ปีและไม่เคยใช้ และใช้ใน 30 วันที่ผ่านมาจะเป็นร้อยละของผู้ที่ใช้ใน 30 วันและไม่เคยใช้ เช่นเดียวกัน

พฤติกรรมการใช้เฮโรอีน

ในภาพรวมกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดประมาณร้อยละ 85 รายงานว่าใช้เฮโรอีนในชีวิต และผู้ที่รายงานการใช้ในชีวิตยังคงใช้ในปีที่ผ่านม และ ใน 30 วันที่ผ่านมาสูงถึงร้อยละ 93 และร้อยละ 88 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 94 รายงานว่า ฉีดเฮโรอีน ร้อยละ 3 ใช้ทั้งแบบฉีดและสูบ และร้อยละ 2.8 สูบเฮโรอีน สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ใช้เฮโรอีน คือ ความอยากลอง รองลงมาเป็นสาเหตุจากเพื่อนชวน

ในรายกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริการฯ และกลุ่มที่เคยได้รับการแต่ไม่ได้รับการมากกว่า 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า การรายงานการใช้เฮโรอีน ไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือร้อยละ 85.5 และ 90.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการบริการฯ เลย มีการรายงานการใช้ร้อยละ 64 ซึ่งการใช้เฮโรอีนในชีวิตน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการบริการฯ และกลุ่มที่เคยได้รับการแต่

ไม่ได้รับการบริการมากกว่า 3 เดือนที่ผ่านมา ที่น่าสังเกตคือ กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการฯ มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาเสพติดประมาณ 25 ปี ซึ่งสูงกว่าอีก 2 กลุ่มที่เริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 20 ปีเท่านั้น

พฤติกรรมการใช้เฮโรอีน	ได้รับการบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	195 (85.5)	111 (90.2)	27 (64.3)	333 (84.7)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา	182 (93.3)	103 (92.8)	25 (92.6)	310 (93.1)
เคยใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา	163 (89.6)	87 (84.5)	22 (88.0)	272 (87.7)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	20.06±5.94	20.15±6.88	24.48±8.68	

สาเหตุของการใช้เฮโรอีน ร้อยละ 60-74 อยากรอง ผู้ที่ไม่เคยรับบริการฯ ร้อยละ 30 รายงานว่า เพื่อนชนหรือมีคนอื่นมาชวน ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับคนที่อยู่ด้วยเสพยา หรือมีพ่อแม่ญาติพี่น้องเสพยาเฮโรอีน

สาเหตุการใช้เฮโรอีน	ได้รับการบริการฯ (n=195) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=111) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=27) n (%)	รวม (n=333) n (%)
อยากรอง	144 (74.2)	77 (69.4)	16 (59.3)	237 (71.4)
เพื่อนชน/มีคนมาชวน	29 (14.9)	21 (18.9)	8 (29.6)	58 (17.5)
ต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด	4 (2.1)			4 (1.2)
เครียด	15 (7.7)	11 (9.9)	3 (11.1)	29 (8.7)
หายาอื่นยาก	2 (1.0)	2 (1.8)		4 (1.2)
ไม่ตอบ	(1)			(1)

วิธีการเสพยาเฮโรอีนในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นวิธีฉีด (ร้อยละ 84.6-95.8) มีเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้นที่สูบ และมีเพียงรายเดียวในกลุ่มที่รับบริการอยู่รายงานว่า เปลี่ยนจากฉีดมาเป็นสูบ

วิธีใช้เฮโรอีน	ได้รับการบริการ (n=195) n (%)	เคยได้รับการแต่ ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้รับการ (n=111) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=27) n (%)	รวม (n=333) n (%)
ฉีด	183 (95.8)	98 (91.6)	22 (84.6)	303 (93.5)
สูบ	2 (1.0)	6 (5.6)	1 (3.8)	9 (2.8)
ฉีดและฉีด	1 (0.5)			1 (0.3)
ฉีดและสูบ	4 (2.1)	3 (2.8)	3 (11.5)	10 (3.1)
เปลี่ยนจากฉีด เป็นสูบ	1 (0.5)			1 (0.3)
ไม่ตอบ	(4)	(4)	(1)	(9)

พฤติกรรมการใช้ยาบ้า

ในภาพรวม ร้อยละ 74.6 เคยใช้ยาบ้าในชีวิต ร้อยละ 81.2 ใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 67.2 ใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา ซึ่งอัตราการใช้ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันนัก อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ประมาณ 20-22 ปี กลุ่มที่ได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการฯ อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้จะต่ำกว่าเล็กน้อย (20.34 ± 6.98)

พฤติกรรมการใช้ ยาบ้า	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้รับการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	179 (78.5)	82 (66.7)	32 (76.2)	293 (74.6)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ ผ่านมา	147 (82.1)	62 (75.6)	29 (90.6)	238 (81.2)
เคยใช้ใน 30 วันที่ ผ่านมา	100 (68.0)	42 (67.7)	18 (62.1)	160 (67.2)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	22.14 ± 7.94	20.34 ± 6.98	21.83 ± 8.73	

สาเหตุหลักในการใช้ยาบ้าก็เป็นเช่นเดียวกับเฮโรอีน คือ อยากรอง โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการบริการฯ ร้อยละ 74.4 และกลุ่มนี้มีสาเหตุการใช้ยาบ้าที่น่าสนใจ กล่าวคือ ร้อยละ 2 ต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น อย่างไรก็ตามทั้ง 3 กลุ่มนี้ใช้ยาบ้าเพราะหาเฮโรอีนไม่ได้ถึงร้อยละ 6-8

สาเหตุการใช้ยาบ้า	ได้รับการบริการ (n=179) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการบริการ (n=82) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=32) n (%)	รวม (n=293) n (%)
อยากลอง	122 (74.4)	45 (69.2)	19 (63.3)	186 (71.8)
เพื่อนชวน/มีคนมาชวน	21 (12.8)	10 (15.4)	7 (23.3)	38 (14.7)
ต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด	3 (1.8)			3 (1.2)
เครียด	7 (4.3)	4 (6.2)	1 (3.3)	12 (4.6)
เฮโรอีนหายาก	10 (6.1)	5 (7.7)	2 (6.7)	17 (6.6)
เฮโรอีนเอาไม่อยู่	1 (0.6)	1 (1.5)		2 (0.8)
ช่วยทำงานได้มาก			1 (3.3)	1 (0.4)
ไม่ตอบ	(15)	(17)	(2)	(34)

ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41-68) รายงานว่าใช้ยาบ้า ด้วยวิธีการสูบอย่างเดียว ส่วนอีก ร้อยละ 19-31 ทั้งฉีดและสูบ ถ้าพิจารณาว่าการฉีดยาเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ พบว่า ตัวอย่างกลุ่มนี้ฉีดยาบ้าในอัตราที่สูงกว่าผู้เสพยาเสพติดทั่วไป (ร้อยละ 42.2)

วิธีใช้ยาบ้า	ได้รับการบริการ (n=179) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการบริการ (n=82) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=32) n (%)	รวม (n=293) n (%)
ฉีด	37 (22.4)	5 (8.1)	8 (27.6)	50 (19.5)
กิน	3 (1.8)	2 (3.2)		5 (2.0)
สูบ	94 (57.0)	42 (67.7)	12 (41.4)	148 (57.8)
ฉีดและสูบ	31 (18.8)	13 (21.0)	9 (31.0)	53 (20.7)
ไม่ตอบ	(14)	(20)	(3)	(37)

พฤติกรรมการใช้เมทาโดน

เมทาโดนหรือสารทดแทนเฮโรอีน และสารประเภทอนุพันธ์ฝิ่น ในภาพรวม ร้อยละ 87.2 ใช้ในชีวิตใน 30 วันที่ผ่านมา ซึ่งหมายความว่าในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมทาโดน อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ในกลุ่มที่รับบริการฯ และไม่เคยได้รับการบริการฯ คือประมาณ 28 ปี ซึ่งจะสูงกว่ากลุ่มที่เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการบริการฯ ประมาณ 27 ปี สังเกตว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการบริการฯ มีผู้ที่เคยใช้เมทาโดนเพียง 11 คนเท่านั้น

พฤติกรรมการใช้เมทาโดน	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	148 (64.9)	69 (56.1)	11 (26.2)	228 (58.0)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา	133 (89.9)	58 (84.1)	5 (45.5)	196 (86.0)
เคยใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา	121 (91.0)	49 (84.5)	1 (20.0)	171 (87.2)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	28.17±9.53	26.73±11.45	28.0±13.87	

สาเหตุที่ใช้ร้อยละ 80.7 ต้องการเลิกเฮโรอีน (ร้อยละ 81.3 และ 81.8 ในกลุ่มที่ได้รับบริการ และกลุ่มเคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ)

สาเหตุการใช้เมทาโดน	ได้รับบริการ (n=148) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=69) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=11) n (%)	รวม (n=228) n (%)
อยากลอง	19 (13.7)	4 (7.3)	2 (66.7)	25 (12.7)
เพื่อนชวน/มีคนมาชวน	5 (3.6)	3 (5.5)		8 (4.1)
ต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด	113 (81.3)	45 (81.8)	1 (33.3)	159 (80.7)
เครียด	2 (1.4)	3 (5.5)		5 (2.5)
ไม่ตอบ	(9)	(14)	(8)	(31)

ร้อยละ 90.9 กินเมทาโดน มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่รายงานว่าฉีดเมทาโดน

วิธีใช้เมทาโดน	ได้รับบริการ (n=148) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=69) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=11) n (%)	รวม (n=228) n (%)
ฉีด	7 (5.0)	1 (1.8)		8 (4.0)
กิน	125 (88.7)	53 (96.4)	2 (100.0)	180 (90.9)
ฉีดและกิน	9 (6.4)	1 (1.8)		10 (5.1)
ไม่ตอบ	(7)	(14)	(9)	(30)

พฤติกรรมการใช้โดมิแกม

โดมิแกม หรือ Midazolam เป็นยาเสพติดที่มีการใช้แพร่หลายในผู้เสพเฮโรอีน ภายหลังจากเมื่อเฮโรอีนขาดตลาดก็มีประชากรผู้เสพยาใช้เป็นยาเสพติด โดยนำมาใช้ฉีดแทนเฮโรอีน ผู้เสพยาในกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกัน ประมาณร้อยละ 30 เคยใช้ในชีวิตร และในจำนวนนี้ 121 รายใช้ใน 30 วันถึง 101 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 91.8 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ของกลุ่มที่ไม่เข้ารับบริการฯ สูงสุด (33.67 ± 6.35) รองลงมาเป็นกลุ่มเคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการฯ (23.62 ± 10.89) และกลุ่มได้รับการฯ (29.0 ± 8.13) ตามลำดับ

พฤติกรรมการใช้โดมิแกม	ได้รับการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิตร	82 (36.0)	36 (29.3)	3 (7.1)	121 (30.8)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา	76 (92.7)	32 (88.9)	2 (66.7)	110 (90.9)
เคยใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา	72 (94.7)	27 (84.4)	2 (100.0)	101 (91.8)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	29.0±8.13	23.62±10.89	33.67±6.35	

สาเหตุของการใช้โดมิแกมส่วนใหญ่เป็นเพราะอยากลอง (ร้อยละ 32.4) รองลงมาเป็นเพราะเครียด (ร้อยละ 21.6) และต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด (ร้อยละ 19.8)

สาเหตุการใช้โดมิแกม	ได้รับการฯ (n=82) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการฯ (n=36) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=3) n (%)	รวม (n=121) n (%)
อยากลอง	24 (32.0)	11 (33.3)	1 (33.3)	36 (32.4)
เพื่อนชวน/มีคนมาชวน	6 (8.0)	2 (6.1)	1 (33.3)	9 (8.1)
ต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด	13 (17.3)	8 (24.2)	1 (33.3)	22 (19.8)
เครียด	16 (21.3)	8 (24.2)		24 (21.6)
เฮโรอีนหายาก	14 (18.7)	3 (9.1)		17 (15.3)
เฮโรอีนเอาไม่อยู่	2 (2.7)	1 (3.0)		3 (2.7)
ไม่ตอบ	(7)	(3)		(10)

การใช้โดมิกุม ซึ่งปกติแล้วแพทย์จะสั่งให้กิน แต่ประชากรกลุ่มนี้รายงานว่าฉีด ถึงร้อยละ 83.0 และยังมีอีกร้อยละ 6.6 ที่ทั้งกินและฉีด สันเกตว่ากลุ่มที่รับบริการอยู่จะนิยมฉีดโดมิกุมสูงถึง ร้อยละ 94.6 (รวมทั้งที่ฉีดและกินด้วย) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่น

วิธีใช้โดมิกุม	ได้รับบริการ (n=82) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=36) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=3) n (%)	รวม (n=121) n (%)
ฉีด	67 (89.3)	20 (69.0)	1 (50.0)	88 (83.0)
กิน	4 (5.3)	6 (20.7)	1 (50.0)	11 (10.4)
ฉีดและกิน	4 (5.3)	3 (10.3)		7 (6.6)
ไม่ตอบ	(7)	(7)	(1)	(15)

พฤติกรรมการใช้ไอซ์

ไอซ์เป็นสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนเช่นเดียวกับยาบ้า การศึกษานี้พบว่าผู้มีที่ เคยใช้ไอซ์ในชีวิต ร้อยละ 28.2 ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งที่ใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา และใช้ใน 30 วันที่ผ่านมาอีกประมาณร้อยละ 42 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ราว 23-29 ปี กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับบริการฯ เริ่มใช้เมื่ออายุสูงกว่ากลุ่มอื่น (28.9±9.36)

พฤติกรรมการใช้ ไอซ์	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	75 (32.9)	27 (22.0)	9 (21.4)	111 (28.2)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ ผ่านมา	41 (54.7)	10 (37.0)	4 (44.4)	55 (49.5)
เคยใช้ใน 30 วันที่ ผ่านมา	16 (30.0)	5 (50.0)	2 (50.0)	23 (41.8)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	28.9±9.36	23.85±10.01	23.50±1.92	

สาเหตุของการใช้ไอซ์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.4) อยากรอง รองลงมาก็เป็นเพื่อนชวน ทั้งนี้ ไม่แตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม

สาเหตุการใช้ไอซ์	ได้รับบริการ (n=75) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=27) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=111) n (%)
อยากลอง	47 (77.0)	14 (77.8)	4 (80.0)	65 (77.4)
เพื่อนชวน/มีคน มาชวน	7 (11.5)	2 (11.1)	1 (20.0)	10 (11.9)
ต้องการเลิกยา เสพติดชนิดอื่น/ ทดแทนยาเสพติด	3 (4.9)	1 (5.6)		4 (4.8)
เครียด	1 (1.6)	1 (5.6)		4 (4.8)
เฮโรอีนหายาก	3 (4.9)			3 (3.6)
ไม่ตอบ	(14)	(9)	(4)	(27)

การเสฟไอซ์ ส่วนใหญ่ใช้วิธีสูบ (ร้อยละ 80.3) รองลงมาเป็นการสูบด้วย-ฉีดด้วย (ร้อยละ 11.8) มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่รายงานว่าฉีดอย่างเดียว

วิธีใช้ไอซ์	ได้รับบริการ (n=75) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=27) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=111) n (%)
ฉีด	5 (8.9)	1 (6.3)		6 (7.9)
สูบ	45 (80.4)	13 (81.3)	3 (75.0)	61 (80.3)
ฉีดและสูบ	6 (10.7)	2 (12.5)	1 (25.0)	9 (11.8)
ไม่ตอบ	(19)	(11)	(5)	(35)

พฤติกรรมการใช้กัญชา

สารเสพติดที่ผู้เสพยา นิยมใช้ ได้แก่ กัญชา ในการศึกษาครั้งนี้ พบผู้รายงานที่เคยใช้กัญชา ในชีวิตมีเพียงร้อยละ 47.8 เท่านั้น และผู้ที่ใช้ใน 30 วันที่ผ่านมามีร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ อยู่ระหว่าง 18-20 ปี

พฤติกรรมการใช้ กัญชา	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	120 (52.6)	51 (41.5)	17 (40.5)	188 (47.8)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ ผ่านมา	60 (50.0)	25 (49.0)	10 (58.8)	95 (50.5)

พฤติกรรมการใช้ กัญชา	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ใน 30 วันที่ ผ่านมา	40 (66.7)	18 (72.0)	7 (70.0)	65 (68.4)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	18.41±5.91	18.53±7.08	19.73±6.0	

สาเหตุการใช้กัญชา ร้อยละ 73.8 รายงานว่าอยากลอง รองลงมาเป็นเพราะเพื่อนชวน (ร้อยละ 12.8) และหาเฮโรอีนได้ยาก (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ

สาเหตุการใช้ กัญชา	ได้รับบริการฯ (n=120) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการฯ (n=51) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=17) n (%)	รวม (n=188) n (%)
อยากลอง	70 (72.2)	25 (78.1)	9 (75.0)	104 (73.8)
เพื่อนชวน/มีคน มาชวน	12 (12.4)	4 (12.5)	2 (16.7)	18 (12.8)
ต้องการเลิกยา เสพติดชนิดอื่น/ ทดแทนยาเสพติด	2 (2.1)		1 (8.3)	3 (2.1)
เครียด	5 (5.2)	1 (3.1)		6 (4.3)
เฮโรอีนหายาก	8 (8.2)	2 (6.3)		10 (7.1)
ไม่ตอบ	(23)	(19)	(5)	(47)

ทั้งหมดใช้กัญชาด้วยวิธีการสูบ

วิธีใช้กัญชา	ได้รับบริการฯ (n=120) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการฯ (n=51) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=17) n (%)	รวม (n=188) n (%)
สูบ	120 (100)	51 (100)	17 (100)	188 (100)

พฤติกรรมการใช้กระท่อม

สารเสพติดประเภทพืชที่นิยมกันในหมู่ผู้เสพยา คือ กระท่อม การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 33.8 เคยใช้กระท่อมในชีวิต ทั้งนี้กลุ่มที่ไม่เคยรับบริการฯ ประมาณครึ่งหนึ่งเคยใช้กระท่อมในชีวิต อัตราการใช้ใน 30 วันที่ผ่านมาสูงถึงร้อยละ 80.2 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้อยู่ระหว่าง 18.8-25.2 ปี กลุ่มได้รับบริการฯ ใช้เมื่ออายุสูงกว่ากลุ่มอื่น

พฤติกรรมการใช้ กระท่อม	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิตร	78 (34.2)	33 (26.8)	22 (52.4)	133 (33.8)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ ผ่านมา	44 (56.4)	21 (63.6)	16 (72.7)	81 (60.9)
เคยใช้ใน 30 วันที่ ผ่านมา	37 (84.1)	15 (71.4)	13 (81.3)	65 (80.2)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	25.24±8.76	20.12±6.50	18.81±5.44	

สาเหตุการใช้กระท่อม ส่วนใหญ่เพราะอยากลอง (ร้อยละ 67.0) รองลงมาเป็นเพราะหา
เฮโรอีนได้ยาก ซึ่งถ้าพิจารณาถึงฤทธิ์ของสารเสพติดแล้วจะเห็นว่าเป็นไปในทางตรงกันข้าม
เฮโรอีนมีฤทธิ์ในการกดประสาท ขณะที่กระท่อม มีฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาท

สาเหตุการใช้ กระท่อม	ได้รับบริการฯ (n=78) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการฯ (n=33) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=22) n (%)	รวม (n=133) n (%)
อยากลอง	43 (70.5)	16 (57.1)	12 (70.6)	71 (67.0)
เพื่อนชวน/มีคน มาชวน	3 (4.9)	5 (17.9)	3 (17.6)	11 (10.4)
ต้องการเลิกยา เสพติดชนิดอื่น/ ทดแทนยาเสพติด	3 (4.9)	1 (3.6)		4 (3.8)
เครียด	1 (1.6)	1 (3.6)		2 (1.9)
เฮโรอีนหายาก	9 (14.8)	4 (14.3)	2 (11.8)	15 (14.2)
ช่วยทำงานได้ดี	2 (3.3)	1 (3.6)		3 (2.8)
ไม่ตอบ	(17)	(5)	(5)	(27)

ทั้งหมดใช้กระท่อมด้วยวิธีการกิน

วิธีใช้กระท่อม	ได้รับบริการฯ (n=78) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการฯ (n=33) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=22) n (%)	รวม (n=133) n (%)
กิน	78 (100)	33 (100)	22 (100)	133 (100)

พฤติกรรมการใช้ฟัน

ฟันเป็นพืชเสพติดที่นิยมใช้ในกลุ่มประชากรที่สูง การศึกษานี้ พบว่า ร้อยละ 20.6 หรือ 81 คน เคยใช้ฟันในชีวิต ในจำนวนนี้มีเพียง 18 คนที่ใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา และ 4 คนเท่านั้นที่ใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา นับว่าเป็นจำนวนน้อยมาก อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ฟันอยู่ระหว่าง 22-28 ปี โดยที่กลุ่มที่ไม่ได้รับบริการเริ่มใช้เมื่ออายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น (28.0 ± 7.94)

พฤติกรรมการใช้ฟัน	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	51 (22.4)	21 (17.1)	9 (21.4)	81 (20.6)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา	8 (15.7)	8 (38.1)	2 (22.2)	18 (22.2)
เคยใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา		3 (37.5)	1 (50.0)	4 (22.2)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	23.31±8.39	22.0±7.15	28.0±7.94	

ในภาพรวมแล้ว สาเหตุการใช้ฟันเป็นเพราะอยากลอง (ร้อยละ 56.9) รองลงมาเป็นเพราะต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด (ร้อยละ 21.6) นอกนั้นเป็นสาเหตุอื่นๆ

สาเหตุการใช้ฟัน	ได้รับบริการ (n=51) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=21) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=81) n (%)
อยากลอง	24 (61.5)	4 (40.0)	1 (50.0)	29 (56.9)
เพื่อนชวน/มีคนมาชวน	3 (7.7)		1 (50.0)	4 (7.8)
ต้องการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น/ทดแทนยาเสพติด	8 (20.5)	3 (30.0)		11 (21.6)
เครียด	2 (5.1)			2 (3.9)
เฮโรอีนหายาก	1 (2.6)			1 (2.0)
อาการเจ็บป่วย	1 (2.6)	3 (30.0)		4 (7.8)
ไม่ตอบ	(12)	(11)	(7)	(30)

การใช้ฝืน ถึงแม้จะพบว่าร้อยละ 60.5 นิยมสูบ นำสังเกตว่าประชากรกลุ่มนี้ ร้อยละ 30.2 รายงานว่าฉีดฝืน ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูง

วิธีใช้ฝืน	ได้รับบริการ (n=51) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=21) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=81) n (%)
ฉีด	12 (36.4)	1 (12.5)		13 (30.2)
กิน	4 (12.1)			4 (9.3)
สูบ	17 (51.5)	7 (87.5)	2 (100)	26 (60.5)
ไม่ตอบ	(18)	(13)	(7)	(38)

พฤติกรรมการใช้สารระเหย

การศึกษานี้ พบว่า มีผู้ใช้สารระเหยในชีวิตประมาณร้อยละ 22 หรือ 86 คน ในจำนวนนี้ 14 คน รายงานว่าเคยใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา และมีเพียง 8 คนที่รายงานว่าจะใช้ใน 30 วันที่ผ่านมา สังเกตว่าอายุที่เริ่มใช้น้อยกว่าสารอื่น กล่าวคือ อยู่ระหว่าง 13-17 ปีเท่านั้น

พฤติกรรมการใช้ สารระเหย	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เคยใช้ในชีวิต	54 (23.7)	23 (18.7)	9 (21.4)	86 (21.9)
เคยใช้ใน 1 ปีที่ ผ่านมา	9 (16.7)	5 (21.7)		14 (16.3)
เคยใช้ใน 30 วันที่ ผ่านมา	5 (55.6)	3 (60.0)		8 (57.1)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้	17.02±5.82	16.33±4.52	13.0±1.0	

การใช้สารระเหยนี้ ด้วยความอยากรอง ร้อยละ 69.0 รองลงมาเป็นเพื่อนชวน (ร้อยละ 19.0) และเครียด (ร้อยละ 8.6) ตามลำดับ

สาเหตุการใช้ สารระเหย	ได้รับบริการ (n=54) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=23) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=86) n (%)
อยากรอง	28 (70.0)	9 (64.3)	3 (75.0)	40 (69.0)
เพื่อนชวน/มีคน มาชวน	7 (17.5)	3 (21.4)	1 (25.0)	11 (19.0)

สาเหตุการใช้ สารระเหย	ได้รับบริการ (n=54) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=23) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=86) n (%)
ต้องการเลิกยา เสพติดชนิดอื่น/ ทดแทนยาเสพติด	1 (2.5)			1 (1.7)
เครียด	3 (7.5)	2 (14.3)		5 (8.6)
เฮโรอีนหายาก	1 (2.5)			1 (1.7)
ไม่ตอบ	(14)	(9)	(5)	(28)

ทั้งหมดใช้สารระเหยด้วยวิธีการดม

วิธีใช้สารระเหย	ได้รับบริการ (n=54) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ บริการ (n=23) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=9) n (%)	รวม (n=86) n (%)
ดม	54 (100)	23 (100)	9 (100)	86 (100)

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี เมื่อสอบถามถึงการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 37.4 มีเพศสัมพันธ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ใน 6 เดือนที่ ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	152 (66.7)	73 (59.3)	21 (50.0)	246 (62.6)
เคย	76 (33.3)	50 (40.7)	21 (50.0)	147 (37.4)

ในจำนวนผู้ที่ตอบว่า เคยมีเพศสัมพันธ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 76.2 (112 ราย) มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำใน 30 วันที่ผ่านมา และในจำนวน 112 รายนี้มีเพียง 37 รายหรือร้อยละ 35.2 ใช้ถุงยางอนามัย ที่น่าสังเกต คือ กลุ่มที่ไม่เคยได้รับบริการ ทั้ง 10 ชุดบริการ ใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 18.8 เท่านั้น

ใน 30 วันที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ	ได้รับการบริการ (n=76) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=50) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=21) n (%)	รวม (n=147) n (%)
ไม่เคย	16 (21.1)	15 (30.0)	4 (19.0)	35 (23.8)
เคย	60 (78.9)	35 (70.0)	17 (81.0)	112 (76.2)

ใน 30 วันที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัย	ได้รับการบริการ (n=60) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=35) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=17) n (%)	รวม (n=112) n (%)
ไม่ใช้	37 (62.7)	18 (60.0)	13 (81.3)	68 (64.8)
ใช้	22 (37.3)	12 (40.0)	3 (18.8)	37 (35.2)
ไม่ตอบ	(1)	(5)	(1)	(7)

ในจำนวน 147 คนที่รายงานว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 17.4 รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการใน 30 วันที่ผ่านมา ในจำนวนนี้ร้อยละ 87.0 รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัย

ใน 30 วันที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ	ได้รับการบริการ (n=76) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=50) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=21) n (%)	รวม (n=147) n (%)
ไม่เคย	66 (88.0)	34 (70.8)	19 (90.5)	119 (82.6)
เคย	9 (12.0)	14 (29.2)	2 (9.5)	25 (17.4)
ไม่ตอบ	(1)	(2)		(3)

ใน 30 วันที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศและใช้ถุงยางอนามัย	ได้รับการบริการ (n=9) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=14) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=2) n (%)	รวม (n=25) n (%)
ไม่ใช้	1 (12.5)	2 (15.4)		3 (13.0)
ใช้	7 (87.5)	11 (84.6)	2 (100)	20 (87.0)
ไม่ตอบ	(1)	(1)		(2)

4. ประสบการณ์การเข้าถึงการรับบริการฯ

จากคำถามที่เกี่ยวกับ 10 ชุดบริการของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถ้าผู้เข้ามารับบริการแล้วน่าจะได้รับการต่างๆ เหล่านี้ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี จากการสอบถามพบความแตกต่างในการรับบริการแต่ละข้อ ดังนี้

1) การเข้าถึงบริการการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา

การบริการในเรื่องให้ความรู้^{นี้} จากการสอบถามผู้ที่ได้รับบริการ และผู้ที่เคยได้รับบริการ แต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ พบว่ายังมีอีกร้อยละ 28.8 ที่รายงานว่าจะไม่เคยได้รับบริการ เหตุผลที่ไม่ได้รับบริการ ร้อยละ 75.4 ไม่ทราบว่ามีบริการ/ไม่เคยไปรับบริการ/ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้

การเข้าถึงบริการการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	20 (8.8)	51 (41.5)	42 (100)	113 (28.8)
เคย	208 (91.2)	72 (58.5)		280 (71.2)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา	ได้รับบริการฯ (n=20) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=51) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=113) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	5 (62.5)	3 (12.0)		8 (11.6)
ไม่มีเหตุให้เกิดโรค (ไม่มีคู่นอน/เว้นไม่เสพยา)/ไม่จำเป็น/เสียเวลา		1 (4.0)		1 (1.4)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว		2 (8.0)	1 (2.8)	3 (4.3)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.4)
ไม่ทราบว่ามีการบริการ/ไม่เคยไปรับบริการ/ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้	3 (37.5)	16 (64.0)	33 (91.7)	52 (75.4)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		1 (4.0)	1 (2.8)	2 (2.9)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา	ได้รับการบริการ (n=20) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=51) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=113) n (%)
กลัว/ไม่ต้องการรับบริการ/ยังไม่พร้อมรับบริการ		2 (8.0)		2 (2.9)
ไม่ตอบ	(12)	(26)	(6)	(44)

2) การบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว

โดยรวมแล้วกลุ่มนี้ทั้งหมดร้อยละ 38.4 รายงานว่าไม่เคยได้รับการนี้ เหตุผลที่ไม่ได้รับบริการ ร้อยละ 54.0 ไม่ทราบว่ามีบริการ/ไม่เคยไปรับบริการ/ไม่รู้ว่าได้รับการนี้ รองลงมาได้แก่ คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว และกลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้ ในอัตราที่เท่ากัน (ร้อยละ 17.2)

การบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดน	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	52 (22.8)	57 (46.3)	42 (100)	151 (38.4)
เคย	176 (77.2)	66 (53.7)		242 (61.6)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดน	ได้รับการบริการ (n=52) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=57) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=151) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	2 (8.0)			2 (2.3)
ไม่มีเหตุให้เกิดโรค (ไม่มีคู่นอน/เว้นไม่เสพยา)/ไม่จำเป็น/เสียเวลา	1 (4.0)	1 (3.8)		2 (2.3)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว	11 (44.0)	3 (11.5)	1 (2.8)	15 (17.2)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.1)
ไม่ทราบว่ามีบริการ	3 (12.0)	12 (46.5)	32 (88.9)	47 (54.0)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการ บำบัดยาเสพติดด้วย เมทาโดน	ได้รับการฯ (n=52) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=57) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=151) n (%)
นี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ ไม่รู้ว่าจะได้รับบริการนี้				
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		1 (3.8)	1 (2.8)	2 (2.3)
กลัว/ไม่ต้องการรับ บริการนี้/ยังไม่พร้อมรับ บริการนี้	5 (20.0)	9 (34.6)	1 (2.8)	15 (17.2)
เพิ่งเข้าโครงการ/ยังไม่ เข้าใจบริการนี้	2 (8.0)			2 (2.3)
หยุดเสพนานแล้ว	1 (4.0)			1 (1.1)
ไม่ตอบ	(27)	(31)	(6)	(64)

3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด

ผู้ที่ได้รับการฯ ร้อยละ 97.8 รายงานว่า เคยได้รับการสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและ
อุปกรณ์ที่สะอาด ในขณะที่ร้อยละ 65 ของผู้ที่เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับ
บริการฯ รายงานว่าได้รับการสนับสนุน เหตุผลที่ไม่ได้รับการ ร้อยละ 86.2 ไม่ทราบว่ามีกร
บริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าจะได้รับบริการนี้

การสนับสนุนให้ ใช้เข็มฉีดยาและ อุปกรณ์ที่สะอาด	ได้รับการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	5 (2.2)	43 (35.0)	42 (100)	90 (22.9)
เคย	223 (97.8)	80 (65.0)		303 (77.1)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการ สนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่สะอาด	ได้รับการฯ (n=5) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=43) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=90) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	1 (33.3)			1 (1.7)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรค อะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเอง แล้ว		2 (10.5)		2 (3.4)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการ สนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่สะอาด	ได้รับการบริการฯ (n=5) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=43) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=90) n (%)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.7)
ไม่ทราบว่ามีการบริการ นี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ ไม่รู้ว่าจะได้รับการบริการนี้		16 (84.2)	34 (94.4)	50 (86.2)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก			1 (2.8)	1 (1.7)
กลัว/ไม่ต้องการรับ บริการนี้/ยังไม่พร้อมรับ บริการนี้	1 (33.3)			1 (1.7)
ตัวเอง	1 (33.3)	1 (5.3)		2 (3.4)
ไม่ตอบ	(2)	(24)	(6)	(32)

4. การแจกจ่ายยางอนามัย

การบริการแจกจ่ายยางอนามัย ในกลุ่มผู้ที่รับบริการอยู่ร้อยละ 89.9 รายงานว่าได้รับบริการ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งที่เคยได้รับการบริการ ร้อยละ 70 รายงานว่าได้รับการบริการ เหตุผลที่ไม่ได้รับบริการ ร้อยละ 73.6 ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าจะได้รับการบริการนี้ ส่วนอีก ร้อยละ 7.5 ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา

การแจกจ่าย อนามัย	ได้รับการบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	23 (10.1)	36 (29.3)	42 (100)	101 (25.7)
เคย	205 (89.9)	87 (70.7)		292 (74.3)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการ แจกจ่ายอนามัย	ได้รับการบริการฯ (n=23) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=36) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=101) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา		3 (30.0)	1 (2.8)	4 (7.5)
ไม่มีเหตุให้เกิดโรค (ไม่มีคู นอน/เว้นไม่เสพยา)/ไม่	1 (14.3)	1 (10.0)		2 (3.8)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการ แจกถุงยางอนามัย	ได้รับการบริการฯ (n=23) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=36) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=101) n (%)
จำเป็น/เสียเวลา				
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรค อะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเอง แล้ว	1 (14.3)			1 (1.9)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.9)
ไม่ทราบว่ามีการบริการ นี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ ไม่รู้ว่าจะได้รับบริการนี้		6 (60.0)	33 (91.7)	39 (73.6)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก			1 (2.8)	1 (1.9)
กลัว/ไม่ต้องการรับ บริการนี้/ยังไม่พร้อมรับ บริการนี้	3 (42.9)			3 (5.7)
ฟังเข้าใจโครงการ/ยังไม่ เข้าใจบริการนี้	2 (28.6)			2 (3.8)
ไม่ตอบ	(16)	(26)	(6)	(48)

5) การให้คำปรึกษา และการตรวจเชื้อโดยสมัครใจและส่งต่อเพื่อรักษา

ประเด็นเรื่องการให้คำปรึกษา และการตรวจเชื้อโดยสมัครใจและส่งต่อเพื่อรักษานี้ ผู้ที่รับบริการฯ อยู่ ร้อยละ 84.2 รายงานว่าได้รับบริการนี้ ในขณะที่ผู้ที่เคยรับบริการร้อยละ 52.8 รายงานว่าได้รับบริการนี้ ส่วนเหตุผลที่เข้าไม่ถึงการให้คำปรึกษา และการตรวจเชื้อโดยสมัครใจ และส่งต่อเพื่อรักษา ร้อยละ 57.0 ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าจะได้รับบริการนี้ ส่วนอีกร้อยละ 26.7 กลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้

การให้คำปรึกษา และการตรวจ เชื้อโดยสมัครใจ และส่งต่อเพื่อ รักษา	ได้รับการบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	36 (15.8)	58 (47.2)	42 (100)	136 (34.6)
เคย	192 (84.2)	65 (52.8)		257 (65.4)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการให้ คำปรึกษา และการตรวจ เชื้อโดยสมัครใจและส่ง ต่อเพื่อรักษา	ได้รับบริการฯ (n=36) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=58) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=136) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	4 (18.2)	2 (7.1)		6 (7.0)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรค อะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเอง แล้ว	2 (9.1)			2 (2.3)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.2)
ไม่ทราบว่ามีการบริการ นี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้	2 (9.1)	13 (46.4)	34 (94.4)	49 (57.0)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		2 (7.1)	1 (2.8)	3 (3.5)
กลัว/ไม่ต้องการรับ บริการนี้/ยังไม่พร้อมรับ บริการนี้	12 (54.5)	11 (39.3)		23 (26.7)
เพิ่งเข้าโครงการ/ยังไม่ เข้าใจบริการนี้	2 (9.1)			2 (2.3)
ไม่ตอบ	(14)	(30)	(6)	(50)

6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การรับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นอีกบริการ 1 ใน 10 อย่าง การศึกษานี้พบว่าผู้เข้ารับบริการฯ ร้อยละ 58.3 และผู้ที่เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ ร้อยละ 35.8 ที่ได้รับบริการ สาเหตุที่ไม่ได้รับบริการ ร้อยละ 40.9 ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้ ส่วนอีกร้อยละ 19.7 คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว และร้อยละ 18.1 รายงานว่า กลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้

การตรวจและ รักษาโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	95 (41.7)	79 (64.2)	42 (100)	216 (55.0)
เคย	133 (58.3)	44 (35.8)		177 (45.0)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ได้รับการบริการ (n=95) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=79) n (%)	ไม่เคยได้รับการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=216) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	8 (14.8)	5 (13.5)	1 (2.8)	14 (11.0)
ไม่มีเหตุให้เกิดโรค (ไม่มีคู่นอน/เว้นไม่เสพยา)/ไม่จำเป็น/เสียเวลา	5 (9.3)	2 (5.4)		7 (5.5)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว	16 (29.6)	9 (24.3)		25 (19.7)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (0.8)
ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้	6 (11.1)	13 (35.1)	33 (91.7)	52 (40.9)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		2 (5.4)	1 (2.8)	3 (2.4)
กลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้	17 (31.5)	6 (16.2)		23 (18.1)
ฟังเข้าใจโครงการ/ยังไม่เข้าใจบริการนี้	2 (3.7)			2 (1.6)
ไม่ตอบ	(41)	(42)	(6)	(89)

7) การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค

สำหรับการป้องกัน และตรวจ รักษาวัณโรค การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 57.9 ในกลุ่มผู้รับบริการ และร้อยละ 30.1 ในกลุ่มที่เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ ได้รับบริการนี้ ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนน้อยมาก สาเหตุที่ไม่ได้รับการ ร้อยละ 45.7 ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้ ส่วนอีกร้อยละ 25 คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว

การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	96 (42.1)	86 (69.9)	42 (100)	224 (57.0)
เคย	132 (57.9)	37 (30.1)		169 (43.0)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค	ได้รับการฯ (n=96) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=86) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=224) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	6 (14.0)	3 (8.1)	1 (2.8)	10 (8.6)
ไม่มีเหตุให้เกิดโรค (ไม่มีคู่นอน/เว้นไม่เสพยา)/ไม่จำเป็น/เสียเวลา		1 (2.7)		1 (0.9)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว	18 (41.9)	11 (29.7)		29 (25.0)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (0.9)
ไม่ทราบว่ามีบริการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้	6 (14.0)	14 (37.8)	33 (91.7)	53 (45.7)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		2 (5.4)	1 (2.8)	3 (2.6)
กลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้	11 (25.6)	6 (16.2)		17 (14.7)
เพิ่งเข้าโครงการ/ยังไม่เข้าใจบริการนี้	2 (4.7)			2 (1.7)
ไม่ตอบ	(53)	(49)	(6)	(108)

8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

กิจกรรมนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครไปให้บริการ จากการสอบถาม พบว่า โดยรวมร้อยละ 63.4 เคยได้รับการนี้ ผู้ที่รับบริการฯ ร้อยละ 86 รายงานว่าได้รับการกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนเหตุผลที่เข้าไม่ถึงกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร้อยละ 78.8 ไม่ทราบว่ามีบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับการนี้ ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูง

กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	ได้รับการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	32 (14.0)	70 (56.9)	42 (100)	144 (36.6)
เคย	196 (86.0)	53 (43.1)		249 (63.4)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึง กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อน	ได้รับบริการฯ (n=32) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=70) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=144) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา		2 (8.7)	1 (2.8)	3 (4.5)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรค อะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเอง แล้ว	1 (14.3)	1 (4.3)		2 (3.0)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.5)
ไม่ทราบว่ามีการบริการ นี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ ไม่รู้ว่าได้รับบริการนี้	2 (28.6)	17 (73.9)	33 (91.7)	52 (78.8)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		2 (8.7)	1 (2.8)	3 (4.5)
กลัว/ไม่ต้องการรับ บริการนี้/ยังไม่พร้อมรับ บริการนี้	2 (28.6)	1 (4.3)		3 (4.5)
ฟังเข้าใจโครงการ/ยังไม่ เข้าใจบริการนี้	2 (28.9)			2 (3.0)
ไม่ตอบ	(25)	(47)	(6)	(78)

9) การบริการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด

เรื่องการให้คำปรึกษา และการบริการด้านจิตเวชนี้ก็เช่นเดียวกันที่มีประมาณครึ่งหนึ่ง
เท่านั้นที่เข้ารับบริการนี้ ทั้งนี้ร้อยละ 57.6 ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่า
ได้รับบริการนี้

การบริการด้าน จิตเวช และให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับ ยาเสพติด	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	72 (31.6)	75 (61.0)	42 (100)	189 (48.1)
เคย	156 (68.4)	48 (39.0)		204 (51.9)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการบริการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด	ได้รับการบริการฯ (n=72) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=75) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=189) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	6 (18.8)	6 (19.4)		12 (12.1)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว	10 (31.3)	1 (3.2)		11 (11.1)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.0)
ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับการนี้	8 (25.0)	16 (51.6)	33 (91.7)	57 (57.6)
อยู่บนตอย/อยู่ไกลมาก		1 (3.2)	1 (2.8)	2 (2.0)
กลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้	6 (18.8)	7 (22.6)	1 (2.8)	14 (14.1)
ฟังเข้าใจโครงการ/ยังไม่เข้าใจบริการนี้	2 (6.3)			2 (2.0)
ไม่ตอบ	(40)	(44)	(6)	(90)

10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

การบำบัดยาเสพติด และฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ ร้อยละ 61.8 ของผู้ที่ได้รับการบริการฯ และร้อยละ 44.7 ของกลุ่มที่เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ เคยได้รับอยู่สาเหตุที่ไม่ได้รับการบริการ เพราะไม่ทราบว่ามีการบริการนี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ไม่รู้ว่าได้รับการนี้ (ร้อยละ 45.6) กลัว/ไม่ต้องการรับบริการนี้/ยังไม่พร้อมรับบริการนี้ (ร้อยละ 21.4) และคิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคอะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเองแล้ว (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	ได้รับการบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	87 (38.2)	68 (55.3)	42 (100)	197 (50.1)
เคย	141 (61.8)	55 (44.7)		196 (49.9)

เหตุผลที่เข้าไม่ถึงการ บำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพ	ได้รับการบริการฯ (n=87) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=68) n (%)	ไม่เคยได้รับการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=197) n (%)
ติดงาน/ไม่ว่าง/ไม่มีเวลา	7 (19.4)	3 (9.7)		10 (9.7)
คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรค อะไร/รู้สาเหตุด้วยตัวเอง แล้ว	15 (41.7)	3 (9.7)		18 (17.5)
ติดคุก			1 (2.8)	1 (1.0)
ไม่ทราบว่ามีการบริการ นี้/ไม่เคยไปรับบริการนี้/ ไม่รู้ว่าจะได้รับบริการนี้	2 (5.6)	12 (38.7)	33 (91.7)	47 (45.6)
อยู่บนดอย/อยู่ไกลมาก		2 (6.5)	1 (2.8)	3 (2.9)
กลัว/ไม่ต้องการรับ บริการนี้/ยังไม่พร้อมรับ บริการนี้	10 (27.8)	11 (35.5)	1 (2.8)	22 (21.4)
ฟังเข้าใจโครงการ/ยังไม่ เข้าใจบริการนี้	2 (5.6)			2 (1.9)
ไม่ตอบ	(51)	(37)	(6)	(94)

5. อัตราการใช้ยาเกินขนาด

การศึกษานี้ พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาเกินขนาด อันมีผลทำให้เสียชีวิต และเป็นอันตราย ทั้งนี้ข้อมูลอันหนึ่งที่น่าศึกษาของการลดอันตราย ก็คือ การใช้ยาเกินขนาด ทั้งนี้สาเหตุอาจจะเป็นที่ตัวผู้เสพเอง ถ้าหยุดเสพยานานๆ ไม่ว่าจะเป็เพราะการบำบัด การติดคุก การย้ายที่อยู่ทำให้ไม่ได้เสพยา เมื่อกลับมาเสพยาก็อาจเกิดการใช้ยาเกินขนาดได้ นอกจากนี้ปัจจัยภายนอก กล่าวคือ เปลี่ยนแปลงตลาดยาเสพติด ความเข้มข้นไม่เท่ากัน เมื่อผู้เสพยาไปใช้ปริมาณเท่าเดิมก็เกิดปัญหาการใช้ยาเกินขนาดได้

ผู้วิจัยได้สอบถามถึงประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาดของผู้ตอบ รวมทั้งของเพื่อน ซึ่งพบว่า ผู้ตอบจำนวน 66 คน หรือ ร้อยละ 16.9 รายงานว่าตนเองเคยมีประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด แต่ยังไม่ได้เป็นอันตรายถึงชีวิต

ประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	184 (81.4)	104 (85.2)	36 (85.7)	324 (83.1)
เคย	42 (18.6)	18 (14.8)	6 (14.3)	66 (16.9)
ไม่ตอบ	(2)	(1)		(3)

ถ้าจำแนกเป็นรายพื้นที่ที่ศึกษา จะเห็นว่าผู้ที่อยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 36.8 เคยมีประสบการณ์ใช้ยาเกินขนาด รองลงมาเป็นกรุงเทพฯ (ร้อยละ 24.7) เชียงราย (ร้อยละ 20.0) เคยใช้ยาเกินขนาด ที่จังหวัดเชียงใหม่ ตรังและนราธิวาส มีรายงานน้อยกว่าร้อยละ 10

ประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด	กรุงเทพฯ (n=81) n (%)	สมุทรปราการ (n=57) n (%)	เชียงใหม่ (n=60) n (%)	เชียงราย (n=60) n (%)	ตรัง (n=60) n (%)	นราธิวาส (n=75) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	61 (75.3)	36 (63.2)	56 (93.3)	48 (80.0)	57 (95.0)	69 (92.0)	327 (83.2)
เคย	20 (24.7)	21 (36.8)	4 (6.7)	12 (20.0)	3 (5.0)	6 (8.0)	66 (16.8)

ชนิดของยาที่ใช้เกินขนาด มากกว่าร้อยละ 90 เป็นเฮโรอีน ส่วนที่เหลือเป็นการใช้ยาบ้า

ชนิดยาที่ใช้เกินขนาด	ได้รับการบริการ (n=42) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการบริการ (n=18) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=6) n (%)	รวม (n=66) n (%)
เฮโรอีน	38 (90.5)	17 (94.4)	6 (100)	61 (92.4)
ยาบ้า	4 (9.5)	1 (5.6)		5 (7.6)

ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.8) รายงานว่า เกิดการใช้ยาเกินขนาดครั้งเดียว และอีกร้อยละ 20.6 ใช้ยาเกินขนาด 2 ครั้ง แต่ก็รอดชีวิตมาได้

เกิดการใช้ยาเกินขนาด (ครั้ง)	ได้รับการบริการ (n=42) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการบริการ (n=18) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=6) n (%)	รวม (n=66) n (%)
1 ครั้ง	22 (53.7)	7 (43.8)	3 (50.0)	32 (50.8)
2 ครั้ง	6 (14.6)	4 (25.0)	3 (50.0)	13 (20.6)
2 ครั้งขึ้นไป	13 (31.7)	5 (31.2)		18 (28.6)
ไม่ตอบ	(1)	(2)	-	(3)

เมื่อสอบถามถึงกลุ่มเพื่อนที่เสพยาด้วยกัน ว่า เคยทราบไหมว่ามีเพื่อนเคยมีประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาดหรือไม่ โดยให้ระบุชื่อเล่น อายุ เพศ และวันเวลาที่เกิดเหตุ และเพื่อนที่ใช้ยาเกินขนาดนั้น ใช้คนเดียว หรือ ใช้เป็นกลุ่ม หลังจากตัดความซ้ำซ้อนของเพื่อนที่มีโอกาสจะตอบเป็นคนเดียวกันออก พบว่า ร้อยละ 32.1 เคยมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด

มีเพื่อนที่มีประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่มี	152 (66.7)	80 (65.0)	35 (83.3)	267 (67.9)
มี	76 (33.3)	43 (35.0)	7 (16.7)	126 (32.1)

ขณะที่เพื่อนใช้ยาอยู่นั้น ใช้คนเดียวร้อยละ 84.9 (107 จาก 126 คน)

มีเพื่อนที่มีประสบการณ์การใช้ยาเกินขนาด	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่มี	152 (66.7)	80 (65.0)	35 (83.3)	267 (67.9)
มีเพื่อนใช้ยาเกินขนาดเมื่ออยู่คนเดียว*	63	38	6	107
มีเพื่อนใช้ยาเกินขนาดเมื่ออยู่เป็นกลุ่ม (เกิด >1)*	33	9	1	43

*ผู้ตอบมีเพื่อนอยู่ทั้งสองกลุ่ม

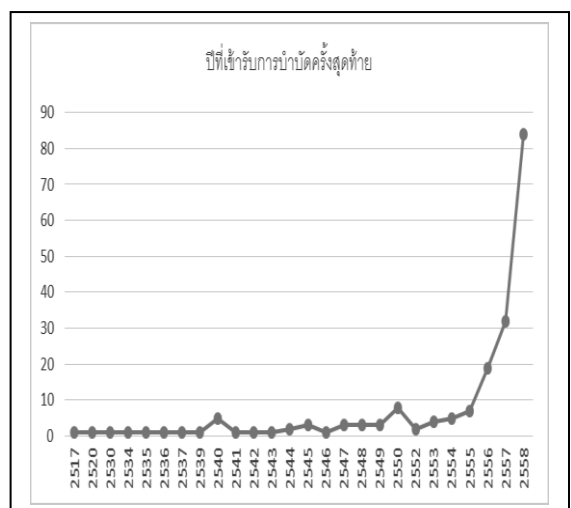
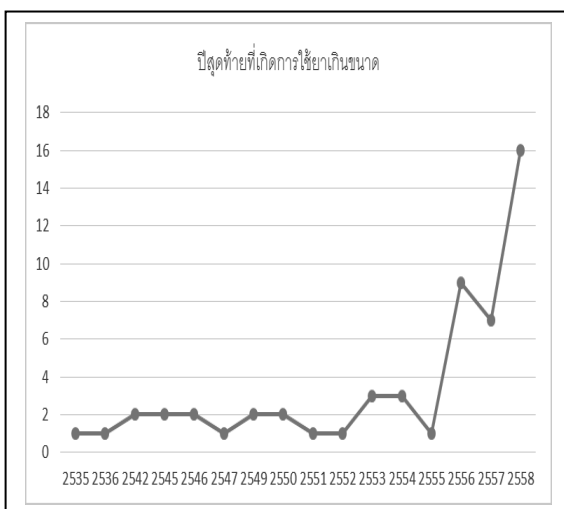
เพื่อนที่อยู่คนเดียว เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 71.1 ช่วยได้ทันเพียงร้อยละ 28.9 ในขณะที่เมื่อเกิดเหตุเสพยาเป็นกลุ่ม ร้อยละ 52.4 ช่วยได้ทันท่วงที

ผลการใช้ยาเกินขนาดของเพื่อน	ได้รับบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เพื่อนเกิด Overdose เมื่ออยู่คนเดียว (n=107)				
เสียชีวิต	36 (66.7)	23 (74.2)	5 (100)	64 (71.1)
ช่วยได้ทัน	18 (33.3)	8 (25.8)		26 (28.9)
ไม่ตอบ	(9)	(7)	(1)	(17)

ผลการใช้ยาเกินขนาดของเพื่อน	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เพื่อนเกิด Overdose เมื่ออยู่เป็นกลุ่ม (n=43)				
เสียชีวิต	15 (45.5)	4 (50.0)	1 (100)	20 (47.6)
ช่วยได้ทัน	18 (54.5)	4 (50.0)		22 (52.4)
ไม่ตอบ		(1)		(1)

เมื่อเปรียบเทียบปีที่ใช้ยาเกินขนาดกับปีที่เข้ารับการบำบัดครั้งสุดท้ายแล้ว จะเห็นว่าการเกิดสอดคล้องกัน (ดังแสดงในรูปที่ 2) ทั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การเข้าไปบำบัดแล้ว เมื่อออกมาการใช้ยาในปริมาณเท่าเดิม หรือใช้ยามากกว่าเดิม อาจจะทำให้เกิดการใช้ยาเกินขนาดได้

ปีที่ใช้ยาเกินขนาดกับปีที่เข้ารับการบำบัดรักษา



6. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 9.9 เคยเสพยาเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาที่คนอื่นใช้แล้ว ซึ่งในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุดบริการ และเคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ รายงานในอัตราไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 11-12

ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เข็มที่คนอื่นใช้แล้ว	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	208 (91.2)	109 (88.6)	37 (88.1)	354 (90.1)
เคย	20 (8.8)	14 (11.4)	5 (11.9)	39 (9.9)

ในขณะที่ มีร้อยละ 2.6 เท่านั้นที่รายงานว่า การใช้ยาเสพติดครั้งสุดท้ายใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

ครั้งสุดท้ายใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	221 (98.2)	113 (95.8)	41 (97.6)	375 (97.4)
เคย	4 (1.8)	5 (4.2)	1 (2.4)	10 (2.6)
ไม่ตอบ	(3)	(5)		(8)

นอกจากนี้ร้อยละ 9.5 ยังใช้อุปกรณ์ในการฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ซึ่งอัตราการรายงานนี้ทั้ง 3 กลุ่มเกือบไม่แตกต่างกัน

ครั้งสุดท้ายใช้อุปกรณ์อย่างอื่นร่วมกับผู้อื่น	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการบริการทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	199 (90.0)	106 (91.4)	38 (90.5)	343 (90.5)
เคย	22 (10.0)	10 (8.6)	4 (9.5)	36 (9.5)
ไม่ตอบ	(7)	(7)		(14)

7. ประสบการณ์การเข้าถึงเข็มฉีดยา

เมื่อสอบถามถึง การเข้าถึงเข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่สะอาด พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.7 ได้รับจากอาสาสมัคร รองลงมาร้อยละ 30 ซื้อเข็มฉีดยาจากร้านขายยา กลุ่มที่ไม่เคยรับบริการ ร้อยละ 71 ได้เข็มฉีดยาจากร้านขายยาในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการบริการ ร้อยละ 79.4 ได้รับจากอาสาสมัคร น่าสังเกตว่าร้อยละ 1 ไม่มีช่องทางหาเข็มใหม่ ถึงแม้ว่าจะเป็นจำนวนน้อย แต่ก็เป็นโอกาสที่คนเหล่านี้จะไปใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

หาอุปกรณ์ฉีดยา อันใหม่จากที่ใด	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ร้านขายยา	35 (15.4)	53 (43.1)	30 (71.4)	118 (30.0)
โรงพยาบาล/ คลินิก	1 (0.4)	6 (4.9)		7 (1.8)
คนขายยาเสฟติด		2 (1.6)		2 (0.5)
เพื่อนที่ฉีดยาเสฟ ติด	4 (1.8)	10 (8.1)	10 (23.8)	24 (6.1)
จากการฉีดยา เบาหวาน	1 (0.4)			1 (0.3)
อาสาสมัคร/DIC	181 (79.4)	38 (30.9)		219 (55.7)
ร้านขายของทั่วไป	5 (2.2)	12 (9.8)	1 (2.4)	18 (4.6)
ไม่มีช่องทางหา เข็มใหม่	1 (0.4)	2 (1.6)	1 (2.4)	4 (1.0)

การศึกษานี้ ยังสอบถามถึงการฉีดยาเสฟติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 7 วันที่ผ่านมา ซึ่งก็ได้คำตอบว่าร้อยละ 78.9 ฉีดยาเสฟติดใน 7 วันที่ผ่านมา จำนวนเข็มที่เข็มตั้งแต่ใช้เพียงอันเดียวในสัปดาห์ จนถึงมากกว่า 50 อันต่อคน ร้อยละ 48.7 ใช้เข็ม 1-5 อันต่อสัปดาห์ สังเกตว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับบริการฯ ร้อยละ 75 ใช้เข็ม 1-5 อันต่อสัปดาห์ ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนน้อย ทั้งนี้เพราะผู้ฉีดยาจะฉีดอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง นั่นหมายถึงมีโอกาสที่จะใช้เข็มฉีดยาอันเดิมในสัปดาห์หนึ่ง

ฉีดยาชนิดใด ชนิดหนึ่งใน 7 วันที่ผ่านมา	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่ฉีด	39 (17.1)	26 (21.1)	18 (42.9)	83 (21.1)
ฉีด	189 (82.9)	97 (78.9)	24 (57.1)	310 (78.9)

จำนวนเข็มที่ใช้ ฉีดใน 7 วันที่ ผ่านมา	ได้รับบริการฯ (n=189) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=97) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=24) n (%)	รวม (n=310) n (%)
1-5 เข็ม	86 (45.5)	47 (48.5)	18 (75.0)	151 (48.7)
6-10 เข็ม	53 (28.0)	30 (30.9)	4 (16.7)	87 (28.1)

จำนวนเข็มที่ใช้ ฉีดใน 7 วันที่ ผ่านมา	ได้รับการบริการ (n=189) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=97) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=24) n (%)	รวม (n=310) n (%)
11-15 เข็ม	31 (16.4)	8 (8.2)	1 (4.2)	40 (12.9)
16-20 เข็ม	5 (2.6)	3 (3.1)		8 (2.6)
21-25 เข็ม	8 (4.2)	7 (7.2)	1 (4.2)	16 (5.2)
26-30 เข็ม	3 (1.6)	1 (1.0)		4 (1.3)
31-35 เข็ม	1 (0.5)			1 (0.3)
46-50 เข็ม	1 (0.5)			1 (0.3)
มากกว่า 50 เข็ม	1 (0.5)			1 (0.3)
ไม่ตอบ		(1)		(1)

8. การเกิดอาชญากรรม

การศึกษานี้ได้สอบถามถึงการกระทำผิดกฎหมาย พบว่า ร้อยละ 23.9 เคยถูกคุมขังใน
ห้องขังที่สถานีตำรวจ และร้อยละ 13.7 เคยถูกคุมขังในเรือนจำ

ถูกคุมขังในห้อง ขังที่สถานีตำรวจ	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	182 (79.8)	85 (69.1)	32 (76.2)	299 (76.1)
เคย	46 (20.2)	38 (30.9)	10 (23.8)	94 (23.9)

ถูกคุมขังใน เรือนจำ	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	195 (85.5)	109 (88.6)	35 (83.3)	339 (86.3)
เคย	33 (14.5)	14 (11.4)	7 (16.7)	54 (13.7)

9. การติดเชื้อเอช ไอ วี

การตรวจเชื้อเอช ไอ วี ร้อยละ 67.4 รายงานว่าเคยตรวจเชื้อเอช ไอ วี เมื่อเปรียบเทียบ
แนวโน้มอัตราการตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 43.6 ในปี 2556

(แหล่งที่มา : เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๖ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖) ซึ่งอาจจะหมายความว่า ในกลุ่มผู้ ฉีดยาเสพติดมีแนวโน้มการตรวจเชื้อเอช ไอ วี สูงกว่าเดิม

ตรวจเอช ไอ วี	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	44 (19.3)	50 (40.7)	34 (81.0)	128 (32.6)
เคย	184 (80.7)	73 (59.3)	8 (19.0)	265 (67.4)

ผลการตรวจ พบว่า 81 ราย (ร้อยละ 20.6) ไม่เคยได้รับการแจ้งผลการติดเชื้อหรือไม่ ในขณะที่ 60 ราย (ร้อยละ 15.3) ติดเชื้อเอช ไอ วี สังเกตว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่ม ผู้ได้รับการบริการ

ผลการตรวจเอช ไอ วี	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง 10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคยตรวจ	44 (19.3)	50 (40.7)	34 (81.0)	128 (32.6)
ไม่เคยรับแจ้ง	51 (22.4)	28 (22.8)	2 (4.8)	81 (20.6)
ติดเชื้อ	46 (20.2)	13 (10.6)	1 (2.4)	60 (15.3)
ไม่ติดเชื้อ	87 (38.2)	32 (26.0)	5 (11.9)	124 (31.6)

10. สภาวะสุขภาพ

เมื่อสอบถามถึงอาการป่วยที่อาจจะบ่งชี้ถึงการติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่า ร้อยละ 75.3 ไม่มี อาการป่วยใดๆ หรือแม้แต่น้ำหนักลดลงอย่างชัดเจนและมีไข้ หรือท้องเสียเรื้อรัง สำหรับผู้ที่ รายงานว่าป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องน้ำหนักลดลง รองลงมาเป็นวัณโรค

อาการป่วย	ได้รับการบริการ (n=228) n (%)	เคยได้รับการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับการ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่ป่วย	166 (74.8)	69 (71.1)	36 (87.8)	271 (75.3)
น้ำหนักลดลง อย่างชัดเจนและมี ไข้ หรือท้องเสีย	23 (10.4)	16 (16.5)	4 (9.8)	43 (11.9)

อาการป่วย	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
เรื้อรัง				
สมองอักเสบจาก เชื้อรา	4 (1.8)			4 (1.1)
วัณโรค	19 (8.6)	5 (5.2)	1 (2.4)	25 (6.9)
เชื้อราทางเดิน อาหาร	3 (1.4)			3 (0.8)
มะเร็งปากมดลูก	1 (0.5)			1 (0.3)
สมองฝ่อ	1 (0.5)			1 (0.3)
น้ำหนักลดลง อย่างชัดเจนและ วัณโรค	2 (0.9)			2 (0.6)
ไวรัสตับอักเสบ ซี	1 (0.5)	1 (0.5)		2 (0.6)
ภูมิแพ้	1 (0.5)			1 (0.3)
มีนหัวบอย		1 (1.0)		1 (0.3)
นอนไม่หลับ	1 (0.5)	5 (5.2)		6 (1.7)
ไม่ตอบ	(6)	(26)	(1)	(33)

11. การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาเยาเสฟติด ร้อยละ 60.8 รายงานว่าเคยเข้ารับการบำบัด ซึ่งอัตราการรับ
การบำบัดนี้แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับบริการฯ เคยบำบัด ร้อยละ 65.8 ผู้ที่เคยได้รับบริการ
แต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับบริการฯ ร้อยละ 62.6 ส่วนผู้ที่ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง 10 ชุด
บริการ รายงานว่าเคยบำบัดรักษาเยาเสฟติดน้อยกว่ากลุ่มอื่นเพียงร้อยละ 28.6 เท่านั้น

การบำบัดรักษา	ได้รับบริการฯ (n=228) n (%)	เคยได้รับบริการแต่ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ รับบริการฯ (n=123) n (%)	ไม่เคยได้รับบริการฯ ทั้ง10 ชุดบริการ (n=42) n (%)	รวม (n=393) n (%)
ไม่เคย	78 (34.2)	46 (37.4)	30 (71.4)	154 (39.2)
เคย	150 (65.8)	77 (62.6)	12 (28.6)	239 (60.8)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้รับบริการ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การศึกษาครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้รับบริการในเรื่องของการรับบริการที่ได้รับ รวมทั้งความคิดเห็นเรื่องต่างๆ ที่ผู้เสพยาเสพติดควรจะได้รับทราบ ในการที่จะเป็นประโยชน์กับตนเอง อาทิ สิทธิในการรับบริการ บริการส่งต่อ และการบำบัดรักษา ซึ่งในที่นี่มีได้จำแนกผู้รับบริการเป็น รายเก่า หรือรายใหม่ แต่จะจำแนกเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ความเห็นเกี่ยวกับการรับบริการลดอันตราย 10 อย่าง

1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ

ผู้รับบริการร้อยละ 76.7 รายงานว่าได้รับบริการเรื่องการให้ความรู้ มีทั้งที่ได้รับบริการจาก เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล และ NGO ซึ่งในพื้นที่ที่สัมภาษณ์เป็นพื้นที่การทำงานของ 3 กลุ่ม คือ โอโซน รักษ์ไทย และเครือข่ายผู้ใช้ยา (TDN) รวมถึงได้รับความรู้จากหน่วยงานอื่น ได้จากข่าวสาร จากทีวี มีหลายคนอยากให้ปรับปรุงการให้ความรู้ เช่น อยากให้ขยายไปในพื้นที่ ในชุมชน บางคนอยากให้เป็นการให้ความรู้ที่เฉพาะ กระชับ ไม่ยาวเกินไป รวมถึงปรับปรุงผู้ให้ความรู้ ขณะที่บางคนอ่านหนังสือไม่ค่อยได้ จึงไม่ขอให้แจกเป็นเอกสาร อยากจะให้พูดให้ฟัง เป็นต้น

ซึ่งเรื่องความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ได้รับคำตอบ ดังนี้

ได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล

“เคยได้รู้มาจากที่แมริเมเนียร์ครับ แบบว่าใช้ยาอย่าใช้เยอะให้ใช้พอปริมาณครับ”

“เฮมามีความเข้าใจเกาะเรื่องของการลดอันตรายเนี่ย.....เข้าใจเรื่องของการไปฮับเมทาโดน เนี่ย จะทำให้เฮาบ่มีอาการเสียนยาหรือว่าอยากยาถ้าเฮาไปปรับอยู่”

“เคยเทื่อเดียวที่ปะเจ้าหน้าที่โรงบาลหะ”

“เคยครับเตื่อนึงมาสมัครแล้วก็เค้าอุ้ให้ฟังอะ”

“ดี ให้ความรู้ความเข้าใจมากขึ้น”

“ได้รับบริการข้อมูล ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัย ลดอันตรายจากการใช้เข็ม การ ถนอมเส้นเลือด”

ได้รับจาก NGO

“เคยครับ จากอาสาสมัคร”

“ทางโรงพยาบาลไม่ค่อยได้ให้ความรู้เพราะเขาไม่ค่อยอธิบายอะไรแต่มาได้ความรู้จากอาสา
เนี่ยแหละครับ”

“เมื่อปีที่แล้วก็มีครับ ก็ดีครับ เพราะผมได้รู้เกี่ยวกับวิธีใช้เข็ม และให้คำแนะนำในการมี
เพศสัมพันธ์ การป้องกันควรทำยังไง...เค้าให้ความรู้ได้ดี เข้าใจง่ายดี...ก็ผมว่าดีมากด้วย
เพราะคนที่ไม่รู้เกี่ยวกับการใช้เข็มเค้าก็ให้ข้อมูลอย่างผมมากับเพื่อน เพื่อนผมเค้าก็ได้อู
ครับ”

ไม่เคยได้รับบริการจากใคร

“ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่มาให้บริการหรือทำกิจกรรมเลย”

การปรับปรุง

“ควรมีเพิ่มมากขึ้น”

“เจ้าหน้าที่เขา หมออะก็ดีอยู่เขาอุ้ให้ฟังทุกอย่าง ที่เขาบ่เข้าใจเขาก็ถามน้อ เขาบริการดีอยู่
บ่มีอันหยงขัดข้องเลย”

“ไม่ค่อยดี เพราะบางคนยังให้ความรู้ได้ไม่เพียงพอ”

“อยากให้เพิ่มข้อมูลเยอะๆ”

“อยากให้เจ้าหน้าที่ขยายการให้ความรู้ การทำกิจกรรมลงมาในชุมชน และอยากให้เพื่อนใน
ชุมชนได้เข้าใจอย่างทั่วถึง”

“อยากให้มีการทำกลุ่มในหมู่บ้าน และมีหน่วยงานคัดกรองจัดกิจกรรม และให้ความรู้ใน
หมู่บ้าน”

“ให้ได้ แต่เรื่องระยะเวลาไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง เพราะถ้านานกว่านี้รับไม่ได้”

“เหมาะสมแล้ว แต่ลำบากถ้าไม่มีใครมาคอยบอก โดยลำพังอ่านหนังสือไม่ค่อยออก ถึงจะมี
แผ่นพับแจกก็ไม่เข้าใจ”

“เข้าใจเป็นบางเรื่อง ควรจะปรับปรุงบุคลากรที่ให้ความรู้ ให้มีความรู้มากกว่านี้”

2) การบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว

ผู้รับบริการร้อยละ 66.7 รายงานว่าได้รับบริการเรื่องการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ทั้งที่
บางคนรับบ้างหยุดบ้าง บางคนได้รับแล้ว หยุดไปแล้ว และบางคนยังรับเมทาโดนระยะยาวอยู่
อย่างต่อเนื่อง บางคนก็ได้รับเพียงแต่ความรู้ในเรื่องเมทาโดนระยะยาว ปัจจุบันนี้การบำบัดด้วย
เมทาโดนระยะยาว สามารถให้ได้ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน โดยความควบคุมของแพทย์

ประจำโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ข้อมูลเชิงคุณภาพก็ได้รับคำตอบที่เป็นประโยชน์ของการรับ
เมทาโดนระยะยาว และข้อเสนอในการปรับปรุง เช่น การปรับขนาดเมทาโดน ปรับเวลาในการ
จ่ายให้เหมาะสม ทั้งนี้คงต้องพิจารณาเป็นพื้นที่ๆ ไป ข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ ผู้รับบริการ
หลายคนยังขาดความรู้ ความเข้าใจการใช้เมทาโดนระยะยาว

ซึ่งเรื่องการบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว ได้รับคำตอบ ดังนี้

ได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล

“เคยครับ จากเภสัช”

“เคยครับ จากที่โรงบาลนี้แหละ”

“เคยครับ มารับจากโรงพยาบาล รู้สึกอยากเลิกอยากหยุดเมทาโดน.... เพราะเบื่อก็กินไป
กินแล้วทำอะไรไม่ได้”

“ดีมาก แต่ถ้ามีการให้ความรู้เรื่องเมทาโดนก็จะดีกว่านี้”

“ไม่ดี ทำให้ผู้ติดยาเมทาโดน ไปไหนไม่ได้”

“ไม่ดี เพราะจะทำให้ร่างกายติดเมทาโดนแทน และไม่สามารถไปไหนไกลๆได้ ถ้าไม่มียา”

ได้รับจาก NGO

“มีความรู้อยู่ครับ ไม่อยากให้ใช้เข็มร่วมกัน มีเมทาโดนแล้วทำให้เราลดตายลง ไม่ให้ไปใช้
เฮโรอีนเยอะ”

“คิดว่าเหมาะสมดีแล้วเพราะบางคนยังต้องค่อยๆ ปรับตัวกับการเลิกยาเมทาโดน”

“ก็อยู่อะครับยานี้มันกินแล้วมันต้านอะครับบ่ต้องใช้ยามงขาวก่อได้ ก็อยู่อะครับ ระหว่าง
กินยานี้อะ ครับ เฮโรอีนอะบ่ต้องใช้ ใช้แล้วมันจะเกิดอาการนี่อ้อคะ”

การปรับปรุง

“ดีอะครับอ้าย เขาจะอุ้ให้ฟังอันหยั่งที่เฮาบ่เคยได้ยินว่าใช้ยาแล้วเขาอุ้ให้ฟังก็ได้อยู่”

“ดีครับได้ออกกำลังทุกวันและก็มีเพื่อนใหม่ๆเยอะเลยครับ ไม่ต้องปรับปรุงครับ ดีแล้ว”

“ดีครับ มันทำให้ไม่มีอาการอยากยาครับ กินแล้วมันง่วงนอน”

“กินยาทุกวันก็ได้อยู่ละครับ แต่ผมว่าอยากจะทำให้เดือนละครั้ง หรืออาทิตย์ละครั้งก็ยังดี”

“ดีแต่ต้องเปลี่ยนเป็นเช้า-เย็นอะ เช้าอาจจะเยอะกว่า เช้าเต็มแก้ว เย็นครึ่งแก้ว อย่างงี้
อาจจะอยู่ได้ จะได้ไม่ทรมาณจะได้ไม่หันกลับไปใช้ยาเสพติด ถ้าทำอย่างนี้ผู้เสพน่าจะเลิก
ยาได้เพิ่มขึ้นอีกเยอะ”

“ควรปรับปรุง มีการกลั่นแกล้งจากเจ้าหน้าที่ โดนให้กินน้ำเชื่อมเปล่าๆ ไม่มีตัวยา เมทาโดน”

“ดี แต่ควรจะเพิ่มยาให้คนไข้ให้เหมาะสม จะได้ไม่ไปเสพยา”

“อยากให้มีการปรับปรุง คือขยายพื้นที่ และขยายเวลาในการบริการให้นานกว่านี้”

3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด

ผู้รับบริการร้อยละ 78.3 รายงานว่าได้รับการสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด ผู้รับบริการทุกรายตอบว่าได้รับจาก NGO ไม่ได้รับจากสถานบริการของรัฐ โดยการสนับสนุนเข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่สะอาดนี้จะแจกเป็นชุด (pack) แต่ละชุดจะประกอบไปด้วยอุปกรณ์ 5 ชุดเล็ก คือ เข็มฉีดยา กระบอกฉีด สายรัดแขน สำลี แผ่นแอลกอฮอล์ น้ำกลั่น และช้อน

จากการสอบถามเรื่องการสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด มีคำตอบ ดังนี้

“เพียงแต่รู้ว่ามีการสนับสนุนเข็มฉีดยา แต่ ไม่รู้จะไปเอาที่ไหน”

“เคยแต่ผมบู้ว่าไปเอาที่ไหน เพื่อนผมบอกอยู่”

“เคยครับ ได้รับจากอาสา”

“ไม่ให้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน”

“การใช้เข็มที่สะอาดเนี่ยทำให้เราไม่ติดเชื้อ ไม่ให้ใช้ร่วมกัน”

“ดีอยู่แล้ว ได้รับแจกจากอาสาทุกเดือน”

“ดี เพราะการแจกอุปกรณ์แต่ละครั้ง ก็จะมีการให้ความรู้เรื่องการใช้เข็มที่ปลอดภัย”

“อยากให้หน่วยงานของรัฐมีการแจกเข็มด้วย”

“ตั้งแต่ได้รับความรู้จากอาสา ก็ไม่ใช้เข็มร่วมกับเพื่อน ใช้เข็มที่สะอาด”

“ดี คือ ไม่ต้องเสี่ยงต่อการรับเชื้อ และทุนค่าใช้จ่าย”

“เหมาะสมเพราะเป็นการ ลดการติดโรค ต่างๆมากหลายโรค”

4) การแจกถุงยางอนามัย

ผู้รับบริการร้อยละ 68.3 รายงานว่าได้รับการแจกถุงยางอนามัย รวมทั้งได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ด้วยการใส่ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตาม มีหลายคนที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยที่แจกไป เพราะคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงกับการติดเชื้อ บางคนมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับสามี หรือภรรยาของตนเองเท่านั้น แต่การแจกถุงยางนี้ก็มิได้มีบริการอย่างสม่ำเสมอ

จากการสอบถามเรื่องการแจกถุงยางอนามัย ได้คำตอบ ดังนี้

“ฮือข้อมูลอยู่แต่ผมบใจอะ”

“ไม่อยากให้เราติดพวกเอดส์ มีเพศสัมพันธ์ก็อยากให้เราใส่ถุงยางไว้ไม่ติดโรค”

“เคยได้อยู่แต่บเคยใจ”

“ดี เหมาะสมแล้วครับ มันช่วยการคุมกำเนิด การติดโรคจากเพศสัมพันธ์ครับ”

“ลดการแพร่กระจายของ HIV”

5) การให้คำปรึกษา และตรวจเชื้อโดยสมัครใจ และส่งต่อเพื่อรักษา

ผู้รับบริการร้อยละ 65.0 รายงานว่าได้รับการให้คำปรึกษา และตรวจเชื้อโดยสมัครใจ และส่งต่อเพื่อรักษา พอจะกล่าวได้ว่าการให้บริการชุดนี้เป็นบริการจำเพาะ ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยการประสานงานระหว่างสถานพยาบาล และ NGO หรือการประสานงานภายในสถานพยาบาลเดียวกันในกลุ่มงานยาเสพติด และโรคเอดส์ สถานพยาบาลบางแห่งก็มีบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) แต่ก็ต้องอาศัยผู้ให้บริการที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินการ ด้วยเหตุนี้ คำตอบที่ได้จากการสอบถามเชิงคุณภาพจึงมีทั้งผู้ที่ได้ข้อมูล แต่ไม่เคยไป และผู้ที่เคยไป และความคิดเห็น เช่น บางคนที่ยังไม่ถึง 18 ปี ถ้าต้องให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อ ก็ไม่ยอมไป หรือบางคนกลัวว่ารู้ผลแล้วจะอายเพื่อน สู้ไม่รู้เสียดีกว่า ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เคยได้ยิน แต่ผมบเคยไปตรวจ” หลายคนให้คำตอบนี้

“ไม่เข้าใจอะคะ ที่เค้าให้เราไปตรวจเลือดอะคะ เค้าให้คำปรึกษา น้อยไปอะคะ ควรให้คำปรึกษามากกว่านี้”

“อันนี้ก็ดีครับ อย่างน้อยนี่เขาก็รู้ตัวครับ ถ้าเขาได้ตรวจเลือดอย่างนี้ครับ”

“ตอนนั้นก็อาสาสมัครพาไป ยุ่งยากบมีคนพาไป บ่ยาก ยากตรงภาษาเนี่ย”

“เคยมีคนมาชวนแต่ผมบไป”

“คิดว่าน่าจะเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งเพราะคนไข้จะได้รู้และรักษาตัวให้ถูกกับโรคของตนเอง”

“เคยครับจากที่แม่ริบให้คำปรึกษา”

“เคยได้ยินแต่ผมเคยบสมัครใจ”

“เคยไปที่โรงพยาบาล เขาให้บริการดี”

“ทำให้เห็นความสำคัญของการตรวจเลือด”

“อยากให้มมีทางพิเศษ และรวดเร็ว”

“อยากให้มีการตรวจสุขภาพที่ชุมชน เพราะเพื่อนหลายคนไม่ยอมไปโรงพยาบาล”

“ยังไม่ครอบคลุม เพราะมีปัญหาเรื่องอายุ ถ้าอายุไม่ครบ 18 ปี ต้องให้ผู้ปกครองยินยอม”

“ที่ผ่านมามีใครแนะนำ เลยไม่รู้ว่ามีบริการแบบนี้”

“การให้คำปรึกษาดีในระดับหนึ่ง ส่วนการตรวจเชื้อและส่งต่อยังมีข้อติดขัดอยู่บ้าง”

“ดี จะทำให้เราทราบว่า เราเป็นอะไร แต่ติดอยู่ที่อาย กลัวเพื่อนรู้ เลยไม่อยากไปตรวจ”

6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้รับบริการคนหนึ่ง รายงานว่าไม่ได้รับการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยข้อจำกัดของการบริการของ NGO ซึ่งไม่สามารถดำเนินการเองได้ ถึงแม้ว่าเป็นสถานพยาบาลเอง การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็ได้อยู่ในข้อพิจารณาที่จะให้บริการแก่ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด ประกอบกับผู้รับบริการก็เข้าใจผิด กลัวอาย ถ้าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการสัมภาษณ์จึงได้คำตอบมาดังนี้

“เคยจากโฆษณาที่รัฐอะเนาะทางทีวีแต่ไปอยู่รายละเอียด”

“เคยครับ..... ได้รับแต่ไม่ตรวจ... มันไม่น่าจะเกี่ยวกับเรา”

“ดี เพราะบางคนไม่รู้ว่ามีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส”

“ไม่ดี ไม่เห็นด้วย อายเขา” มีหลายคนที่มีคนไม่เห็นด้วยกับข้อนี้

7) การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค

ผู้รับบริการเพียงร้อยละ 23.3 รายงานว่าได้รับการการป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่น้อยมาก ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เข้าใจ เพียงแต่รู้ว่าตัวเองมีโอกาสเป็นวัณโรค ในขณะที่ผู้รับบริการแล้วก็พอใจที่มีการตรวจคัดกรองทุก 6 เดือน

“ควรเพิ่มการตรวจวินิจฉัยจากหมอครับ”

“อยากให้มีการตรวจหาวัณโรค”

“บ่ได้มีใผแนะนำเลยครับ แต่ถ้ามีก็ดีจะได้รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร”

“ห้ามบใช้ของร่วมกันกับคนเป็นวัณโรค”

“ทำให้ได้รู้ถึงอาการของโรคเพื่อจะได้ไปพบแพทย์ และเข้าระบบการรักษาได้ทัน”

“ควรปรับปรุง.... ยังมีคนไม่รู้เยอะ”

“มีการคัด และตรวจหาเชื้อวัณโรคทุกๆ 6 เดือน” “มีการเอ็กรเย็บถอดทุกๆ 6 เดือน”

“ดี แต่เรื่องวัณโรคยังไม่ค่อยมีความรู้ จึงอยากจะทำให้มีการลงมาให้ความรู้เรื่องวัณโรคให้มากขึ้น”

“ไม่มีความรู้ ไม่ทราบรายละเอียด แต่น่าจะดีถ้ามีการให้ความรู้เรื่องนี้”

“รู้แต่แนวทางป้องกัน อยากได้รับความรู้ที่ละเอียดกว่านี้”

“เคยทราบจากเพื่อนว่าติดต่อกันง่าย และรักษานาน ถ้ามีการให้ความรู้จะดีมาก”

8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ผู้รับบริการร้อยละ 48.3 รายงานว่าได้รับการกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวนนี้จะน้อยไป ทั้งนี้จากบริบทการสัมภาษณ์จะทราบว่า เพื่อนได้รับการนี้ แต่เพื่อนไม่คิดว่าเป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน นอกจากนี้บางคนระแวงกลัวเพื่อนจะเป็นสายให้ตำรวจ จึงไม่กล้าเข้าร่วม การบริการนี้ได้รับจาก NGO ทั้งหมด ส่วนใหญ่จะพอใจบริการนี้ และเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถหาผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น

“เคยได้ยินแต่ไม่เคยเข้าร่วม”

“ถ้าเพื่อนที่ส่งมาให้ความรู้ มีความจริงใจ ดีมากเลย แต่กลัวจะเป็นสายให้ตำรวจเสียมากกว่า”

“ดีครับ... เขาก็ได้เปิดเผยตัวเองอะ”

“เหมาะสม การนำเพื่อนมาให้ความรู้กันเอง เพราะถ้าให้หมอมารับความรู้คงไม่ร่วมแน่ เพราะคุยกันไม่รู้เรื่อง”

“ดีครับจะได้ไม่มีเวลาว่างไปคิดเรื่องยาเสพติด จะได้เข้าสังคมได้”

“เคยครับ จากตรงนี้อะครับ”

“เหมาะสม เพราะจะช่วยส่งต่อความรู้ และการดูแลกันในกลุ่มเพื่อน”

“การลงพื้นที่ ถ้าให้ความรู้โดยเพื่อน ทำให้เรากล้าที่จะพูดคุยมากขึ้น”

“เหมาะสม ทำให้เรากล้าเปิดเผยตัว”

“การส่งเสริมอาชีพ เป็นสิ่งที่ดี”

“อยากให้ทำกิจกรรมในชุมชน”

9) การบริการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด

ผู้รับบริการร้อยละ 41.7 รายงานว่าได้รับการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งผู้รับบริการบางคนก็เห็นว่าดี ในขณะที่บางคนไม่ได้รับเนื้อหาที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ บางคนเห็นว่าผู้ให้บริการยังขาดความรู้

“ดีครับก็จะได้รับรู้และเข้าใจในการติดยาเสพติด มีวิธีการป้องกันยังไง และเลิกยังไง”

“ดีมาก พบนักจิตเวชเดือนละ 2 ครั้ง”

“ดี จะได้ทำให้รู้ว่าเรติดยาเสพติดถึงขั้นไหน”

“ผู้ติดยาเป็นคนที่เข้าใจอะไรยาก..... แต่มีนักจิตเวชมาให้คำปรึกษา ทำให้เข้าใจมากขึ้น”

“ก็อยู่ในระดับนี้ครับถามว่าดีมั้ยก็ยังไม่ดีเจ้า... สิ่งที่มีนขาดไปคือหมอจิตเวชใช้แต่ทฤษฎี แต่เรื่องลึกลงไปเขายังไม่เข้าใจจริงๆของผู้ที่ป่วย เขายังไม่เข้าใจในเชิงลึกครับ ต้องให้หมอ ลองสักเข็มครับ”

“ควรปรับปรุง ในเรื่องการให้คำปรึกษา พูดจาให้ดีขึ้น”

“คิดว่าพอใช้ ... อยากให้นักจิตเวชเรียกพบเพื่อให้คำปรึกษาบ่อยขึ้น”

“อยากให้ผู้ใหญ่บ้าน หรือนำชุมชน เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ไม่ใช่มุ่งแต่จะจับ”

“เหมาะสม แต่เราไม่กล้าไปใช้บริการ เพราะเท่าที่ทราบจะมีอยู่ที่โรงพยาบาล อยากให้มีในชุมชน”

10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้รับบริการร้อยละ 51.7 รายงานว่าได้รับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในประเด็นนี้ เนื่องจากเป็นการรับบริการที่ตรง ซึ่งการบำบัดฯ นี้มีทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน จึงมีข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพออกมาหลายประเด็น ดังนี้

ความพอใจในบริการ

เรื่องการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการดำเนินงานมานาน ผู้ให้บริการในวงของสถานพยาบาลมีความคิดในการที่จะให้ผู้ป่วยเลิกเสพยา ขณะที่ผู้เสพยาก็มีภาวะสุขภาพไม่ดี ถ้าเสพยามากๆ หรือเสพยานานในระยะหนึ่ง เรียกว่าเป็นความตรงกันระหว่างผู้ให้และผู้รับ ประกอบกับมีบางพื้นที่ที่จัดบริการในชุมชน ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่วนใหญ่จึงระบุว่า “พอใจ”

“... มีครับได้ฮับจากที่นี่ครับ ก็คืออยู่บริการเนี่ยดี คือมันใกล้บ้านอะ ช่วยเขาประหยัดสตางค์ด้วยอะ”

“ดีมากครับ การเข้าถึงบริการบำบัด ระยะทาง ก็ประมาณ 1 กิโลเมตร ระยะเวลากการเดินทาง ก็ไม่เมินมาก ประมาณ 30 นาที คุณภาพการบริการ ดีอยู่ครับ”

“พอใจมากครับ เพราะเขาบริการก็ดี เมทาโดนก็ดีครับแบบว่าไม่ให้เราไปใช้ยาเพิ่ม”

“ดีครับ หมอก็ดูแลเอาใจใส่ดีครับ”

“ก็ดีครับ ทุกวันนี้เขาสามารถที่จะอยู่ได้แล้ว”

“ก็บริการดีครับ... ไม่ต้องปรับปรุงครับ”

“ดีก็บริการดี ชอบให้มีการบริการอย่างนี้เรื่อยๆ เพราะว่าทำให้คนที่ติดยาเสพติดเลิกได้ หรือมีโอกาสที่จะเลิกได้เพิ่มขึ้น”

“ก็ดี เอาบัตรประจำตัวยื่นให้เค้าแล้วก็รอกเค้าเรียกให้กินยา บริการก็เป็นกันเองดีครับ เข้าใจ
ผู้บำบัด.... ไม่ต้องครับ เพราะที่นี้เค้าบริการดีครับ”
“เค้าจะคอยถามทุกวันว่ากินแล้วอาการดีขึ้นมั้ย”
“ดี เพราะจะทำให้เราเลิกยาได้ และกลับไปใช้ชีวิตแบบคนปกติได้”
“เหมาะสมแล้ว เมื่อมีการติดยา ก็จะได้มีทางเลือกที่จะเลิกยา”
“ดี เพราะมีนักสังคมสงเคราะห์มาพบเดือนละครั้ง”

ความไม่พอใจในบริการ

ผู้รับบริการบางคนยังไม่พอใจการบำบัดซึ่งถ้าจำแนกแล้วจะทราบว่ามีมาจาก 3 ประเด็น คือ ตัวผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริหารจัดการ อาทิ เวลาการบริการ สถานที่ ปริมาณ เมทาโดนที่ได้รับ หรือระบบบังคับบำบัด จากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ได้ข้อคิดเห็น ดังนี้

“การบริการก็ใจดีอยู่ครับ ก็ไปถึงขั้นประทับใจเน้อ คนมาฮับบริการเยอะหม้ออาจจะ
หุงดหดก็ได้ บ่ต้องปรับปรุงหรอก ปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการ มันซ้ำหน้อย
ครับ รอนาน”
“เคยครับผม จากโรงบาลครับ... การบริการที่ไปฮับเมทาโดนเนี่ย ผมก็ไปฮับวันอังคารกับ
วันศุกร์ ถ้ามามีปัญหามันก็มี มันมีผลต่อการทำงาน มันเป็นช่วงเวลางานครับ... มันเป็น
กฎเกณฑ์อยู่แล้วมันก็ปัญหาของเขาเนาะแต่ก็อยากฮื่อปรับปรุงอะครับ... อยากจะให้ป็น
อาทิตยละครั้งอะครับ”
“อยากจะได้วันละ 2 ครั้ง ถึงจะอยู่ได้ เพราะว่าตอนเช้าครั้งเดียวอยู่ได้ถึงแค่ บ่าย 2 บ่าย 3
ถ้าได้ช่วงเย็นอีกก็ดี จะอยู่ได้ถึงสี่ทุ่มเราก็หลับได้แล้ว”
“ควรเพิ่มยาตามอาการคนไข้”
“แต่ก่อนผมรับที่โรงบาลแม่ลาว เมินละ.....แม่ลาวจะขอโดสแวงได้ครับ...ประมาณสี่ลิบห้า
ลิบได้... แต่ที่อื่นบ่แวงครับ สามลิบเอง...ไปเล่นของมือแวง มีอวันกินยา”
“ไม่ยากให้มีการบังคับบำบัด”

การปรับปรุง

อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ซึ่งเป็นความคิดเห็นและทัศนะ
ส่วนตัวของเขา

“การบำบัดดี แต่การบำบัดควรให้เหมาะกับประเภทของยาเสพติด เพราะแต่ละคนติดยาคนละชนิดกัน และบริบทก็ไม่เหมือนกัน จะมาใช้หลักสูตรบำบัดเดียวกันไม่ได้”

“มันน่าจะปรับปรุงที่ว่าช่วงจ่ายยาน้อย เทียบว่าลดครั้ง หลายครั้งเพื่อว่าผมตัดสินใจจะไปเลิก แต่ว่า อาทิตย์แรกพอว่าแต่อาทิตย์ที่สองยังบ่นเลยก็ลดยาเขาแล้ว ถ้าเขาบอกว่าเขาอยู่บ่ได้เป็ลก็ค่าเขาอีกประมาณนั้น กลายเป็นว่าเล่นทั้ง 2 อย่างทุกวันนี้ ส่วนมากแทบ 90%”

“น่าจะกินยาให้เขากว่านี้ หรือไม่กี่ต่อวัน 2 ครั้ง”

“พูดได้นะ อาจจะมีเข้าไป ทำให้เสียเวลาในการรอ น่าจะปรับปรุง”

“ปัดต้องปรับปรุง ก็บ่ถามอะไรมาก บล๊ึลาเยอะอะครับ”

2. ความต้องการ (Need assessment)

รูปแบบการบำบัดรักษา

รูปแบบของการบำบัดรักษา ในแนวความคิดของผู้รับบริการคือ การรับเมทาโดน หรือยาทดแทนในระยะยาว ส่วนใหญ่พอใจในบริการที่ได้รับจากสถานพยาบาล แต่บางคนต้องการให้ปรับเวลาในการให้บริการ ปรับขนาดเมทาโดนที่ให้ รวมถึงปรับทัศนคติผู้ให้บริการ ซึ่งในกรณีหลังเป็นส่วนน้อย เมื่อเทียบกับความพอใจในการให้บริการ อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะจากหลายคนที่อยากจะไม่เป็นการบังคับบำบัด และมีอีกหลายคนที่ต้องการให้มีการบำบัดในชุมชน

“บริการดี ไม่มีค่าใช้จ่าย”

“อยากให้มีการบำบัดในชุมชนบ่อยๆ”

“การบำบัดต้องให้เขาสมัครใจ ไม่ใช่บังคับบำบัด”

“การบำบัดโดยการบังคับบำบัดโดยภาครัฐ ที่ให้ไปวิ่งฝึกระเบียบ ไม่ได้ตรงกับโจทย์ ยิ่งจะเป็นการสร้างเครือข่ายยาเสพติดให้กว้างขึ้น”

“เท่าที่ทราบมีการตั้งด่านตรวจจับโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตรวจฉี่ พบแล้วบังคับไปบำบัด แบบนี้ไม่เห็นด้วย”

“ถ้ามีการบำบัดแบบนี้มาอยู่ในชุมชนเรา เพราะอย่างน้อยก็ไม่ต้องเสี่ยงกับตำรวจ”

“อยากให้มีช่องทางที่เข้าถึงการบำบัดได้สะดวกกว่านี้ ที่ไม่ต้องเสี่ยงกับประวัติที่ถูกบันทึกว่าเป็นผู้เคยใช้ยา กลัวตำรวจจับ”

“อยากให้มีการบำบัดในชุมชน หรืออย่างน้อยก็ใกล้บ้าน”

“ดีมาก เพราะทำให้เรามีสุขภาพดีขึ้น และได้ห่างไกลจากยาเสพติด สังคมก็ยอมรับมากขึ้น”

“อยากให้มีการบำบัดเป็นไปตามช่วงอายุ และแบ่งประเภทของยาที่ใช้”

“นี่ก็อยากจะทำให้ปรับปรุง ถ้าสมมติว่าผมว่างจ้างเจ้านาย ผมก็มีครอบครัว บางทีก็ติดธุระ ค่ากำหนดแค่จ้างป่วยอย่างเดียวประมาณนี้เสียเวลา เป็นอุปสรรคที่สุดอะ บางทีก็คิดว่า การไปบำบัดเนี่ยมันยากกว่าไปเซาะเสพยา ไม่ใจเฮาคนเดียวที่กัคนะ”

“กินยาวันละครั้งอาจจะไม่พอ น่าจะ 2 ครั้ง... ..อยากจะได้วันละ 2 ครั้ง ถึงจะอยู่ได้ เพราะว่าตอนเช้าครั้งเดียวอยู่ได้ถึงแค่ ป่าย 2 ป่าย 3 ถ้าได้ช่วงเย็นอีกก็ดี จะอยู่ได้ถึงสี่ทุ่มเราก็หลับได้แล้ว”

“ผมกินไป..... แล้วขอกลับมากินใหม่..... แต่ข้างล่างเค้าให้ปริมาณน้ำยาไม่เท่ากัน พวกนักสังคมตรีครับ พวกพยาบาลที่จ่ายยาชอบว่า ชอบบ่นครับเรื่องเวลาต่างๆ ที่ยังไม่ปิดบริการควรปรับปรุงวันศุกร์เสาร์ครับบางที่เลิกงานมาไม่ทัน เค้าปิด 11.30 น.....”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสิทธิ

การสัมภาษณ์นี้ สอบถามถึง การขึ้นทะเบียนสิทธิ รวมถึงข้อดี ข้อจำกัดของการขึ้นทะเบียนสิทธิ ซึ่งเป็นเรื่องของผู้เสพยาจะได้รับบริการ และเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งของนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) จากการสอบถามก็ได้ข้อคิดเห็นที่ว่า ส่วนใหญ่รู้เรื่องเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสิทธิ แต่ละพื้นที่ หรือแต่ละคนก็มีสิทธิแตกต่างกัน อาทิ ผู้เสพยาที่เป็นชาวเขา คนว่างงาน หรือบางคนทำงานก็มีบัตรประกันสังคม บางคนก็ใช้บัตร 30 บาท ความเข้าใจ และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสิทธิ เป็นดังนี้

“รู้ว่ามียสิทธิ 30 บาท แต่ไม่รู้ว่าจะครอบคลุมโรคอะไร”

“มียสิทธิ 30 บาทรักษาฟรีทุกโรค แต่ก็ไม่เคยได้ใช้ เพราะคิวยาวมาก จะใช้บริการคลินิกหรือร้านขายยาในพื้นที่”

“ไม่เคยเข้าบริการเรื่องสิทธิเลย เพราะอยากใช้ชีวิตส่วนตัว ไม่อยากให้ใครทราบ”

“เท่าที่ทราบมีการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ฟรีปีละ 2 ครั้ง และบำบัดฟรี”

“ถ้าใช้สิทธิบัตรทอง ก็คัดกรองได้ฟรี แต่จะช้ามาก”

ข้อดี

- “ก็คืนะ 30 บาทรักษาทุกโรค ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย ช่วยเหลือคนจน ...คนจนสามารถหาหมอได้”
- “ทะเบียนสิทธิของผมไปโรงพยาบาลครับ เอาทะเบียนบ้านกับบัตรประจำตัวไปครับ.... ดีครับ ทำให้เราใช้น้อยลงแล้วช่วยเราได้”
- “ก็ใช้สิทธิ 30 บาทอะครับ ก็ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม”
- “ก็ดีครับ เมื่อไม่นานนี้ลูกพี่คลอดครับ ก็ช่วยลดค่าใช้จ่ายครับทำให้คนจนไม่เดือดร้อน ข้อจำกัดก็คืออย่างพวกเอกซเรย์เราก็ต้องจ่ายเอง มันครอบคลุมไม่หมดอะครับ”
- “ข้อดีคือประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ข้อเสียคือคนเยอะ เวลาไปหาหมอคคนจะเยอะ”
- “ข้อดีมี คือไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเยอะ มันก็ประหยัด.....ข้อเสีย ช้า คนเยอะ คนใช้บริการเยอะ”
- “ข้อดี แพทย์จะได้ไม่เกี่ยงการรักษาพยาบาล แต่ในบางครั้งอาจใช้เวลามากไป”
- “การขึ้นทะเบียนสิทธิ ก็โอเค เป็นไปตามระบบของเค้าอยู่แล้ว เป็นไปตามกฎระเบียบแบบแผนดีอยู่แล้วนะ”
- “ดี อ้อ ตอนแรกไปที่ศูนย์ก่อนคัดกรอง ถ้าเป็นมากเค้าก็จะส่งเราไปที่โรงพยาบาล ใช้เวลานาน”
- “ก็ใช้เวลานานเพราะคนมันเยอะ ถ้าพูดถึงข้อดีก็ดีอะค่ะเพราะเราจะได้ไม่ต้องเสียเงินเยอะ”

ข้อเสีย

- “การขึ้นทะเบียนสิทธิ ขึ้นแล้วแต่ใช้ไม่ได้เขาไม่ให้ใช้ เพราะว่าของเรานั้นเป็นบัตรสีชมพูอยู่ ไม่ใช่บัตรประชาชน เขาไม่ให้ใช้”
- “บัตรเหลืองก็บัตรทองอะนะ มันมีข้อจำกัดแต่ว่า เสาบมีค่าเนอะ มันจำ (ซ้ำ) บริการก็จำได้ย รออๆ ผลสุดท้ายได้แค่พาราเมต 2 เม็ดอะ ประมาณนี้ เลยบ่อยากจะไปโรงพยาบาลป่วยเล็กๆน้อยๆไปซื้อที่ร้านค้าก็มีก็ดี”
- “การขึ้นทะเบียนตอนนี้งงไปหมดว่าสิทธิมันโยกย้าย ถือเป็นข้อเสียเพราะสิทธิตอนนี้มันย้ายไปไหนก็ไม่รู้ อยู่ดีๆก็ย้ายเองโดยที่เจ้าตัวไม่รู้เรื่อง เลยไม่รู้ว่าจะสิทธิไปอยู่โรงพยาบาลไหน”
- “มีปัญหาเพราะเราได้อยู่กรุงเทพ ทะเบียนเราอยู่ต่างจังหวัดมีปัญหาเพราะชื่ออยู่ต่างจังหวัด ย้ายได้มัย ได้ เคยย้ายแล้วแต่ไม่รู้ตั้งเราไปไหน”

3. การเข้าถึงการบำบัด และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษายาเสพติด

การบำบัดรักษายาเสพติดโดยทั่วไปแล้ว จากความคิดเห็นของผู้เข้ารับบริการ จะเห็นว่าขึ้นอยู่กับสถานบริการที่เข้ารับการรักษา การติดตามผลบำบัดก็เช่นเดียวกัน บางแห่งก็ติดตามผล บางแห่งก็ไม่ติดตามผล ที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นเพียงความคิดเห็นของผู้ที่เคยบำบัดยาเสพติด ส่วนค่าใช้จ่ายในการบำบัดยาเสพติดนั้น ปัจจุบันไม่ต้องจ่าย แต่ สถานพยาบาลบางแห่งก็คิดค่าบริการเล็กๆ น้อยๆ เช่น ค่าแก้ว ค่าบัตร นอกจากนี้สถานพยาบาลบางแห่งก็ให้จ่ายในเรื่องการตรวจพิสูจน์อื่น และการตรวจนี้เอง สามารถเบิกได้ตามสิทธิของคนไข้ ถ้าคนไข้ไม่ได้ขึ้นทะเบียนสิทธิก็จะต้องไปดำเนินการ หรือมีคณันนั้นก็ต้องจ่าย เป็นต้น

การบริการ: พอใจ

“มีปัญหา มาเนี่ยก็กินเลยเขาอุ้ให้ฟังดี บริการดี จากบ้านมานี้ ระยะทางละ ก็ประมาณ 6-7 กิโลเมตรได้ครับ ระยะเวลากการเดินทาง เมินก่อ บ่เมิน ประมาณ 10 นาที คุณภาพการบริการเป็นยังงี้ ก็ดีอะ ดีแล้ว ระยะเวลากการบริการ มาจ้วงเจ้าครับก็บ่เมิน”

“ก็อยู่ในระดับที่ดีครับ เขาเอาใจใส่ของคนไข้ที่ใช้บริการดีครับ เขาก็แนะนำครับ”

“คิดว่าทำดีแล้ว ปรับปรุงตามสภาพไปเรื่อยๆ... พอใจ เพราะต้องทำตามเศรษฐกิจในปัจจุบัน”

“การบำบัดรักษา พอใจเพราะรวมๆแล้วดี”

“เวลานั้นน้อยครับส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยมีเวลา ได้ยากินก็ดีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย”

“ก็ดีอยู่แล้ว มีแค่ขอเพิ่มยานิดนึ่ง บางคนติดเยอะๆมันไม่ไหวครับ”

“พอใจ เพราะ สะดวก เจ้าหน้าที่พูดดี เป็นกันเอง”

“พอใจ เพราะว่า บริการดีพูดจาดี ไม่ทำให้เราเครียด เจ้าหน้าที่เป็นมิตร”

การบริการ: ไม่พอใจ/เฉยๆ

“พอใจได้ครับ ไม่ถึงขั้นดี”

“คุณภาพการบริการ ก็ต้องพอใจอะครับผมบ่มีทางเลือก ดีปกติก็ต้องพอใจ”

“บ่เคยรับของพวกนี้อะนะ ก็ไม่รู้ว่าจะต้องปรับปรุงอะไร”

“ก็ไม่ไกลเกินไป ระยะเวลากการเดินทาง ไม่เกินครึ่งชั่วโมง คุณภาพการบริการ พอใช้ ระยะเวลากการบริการ รอนาน คนเยอะ ความถี่ของการเข้ารับบริการ”

“ไม่ดีเลย..... เรื่องการรักษาเนี่ยแหละและเรื่องการส่งต่อด้วย.... ไม่พอใจ บริการก็พอได้ แต่การรักษาของหมอ ไม่ค่อยดี..... ก็ไม่ได้ทำให้ดีขึ้น อยากให้หมอสนใจคนไข้ที่ใช้สิทธิบ้าง ไม่ใช่สนใจแต่คนมีเงิน”

“ไม่สบายเป็นไข้ก็ขอใบส่งตัวจากตึกยาเสพติด ให้ส่งตัวไปรักษาตึกใหญ่ การบริการก็ดีแต่ไม่ดีมากเท่าไร หมอไม่เท่าไรแต่พยาบาลพูดจาไม่ค่อยดี แสดงอาการรังเกียจ ขอให้อบรมหน่อย พุดจาไม่สุภาพถามก็ไม่ค่อยบอก คนดีก็มีแต่ส่วนใหญ่มารยาทไม่ค่อยดี มองเราเป็นผู้เสพยาแล้วมองแบบดูถูก..... “

“การรับบริการ คุณภาพดีพอสมควร ถ้าป่วยแค่นี้ทำบัตรส่งตัวให้เลย ส่วนที่ไม่ค่อยดี เรื่องมารยาท ระยะเวลาการรับบริการ...นานพอสมควร ไม่ค่อยดีเท่าไร การกระจายการบริการ ก็ดีพอสมควร แล้ว... ก็การรอ บางทีมีการลัดคิว เด็กเล่น”

“...ขอล้อมมากินใหม่เค้าก็ให้บริการดี แต่ข้างล่างเค้าให้...ยาไม่เท่ากัน พวกนักสังคมศาสตร์ พวกพยาบาลที่จ่ายยาชอบว่า ชอบบ่นครบเรื่องเวลาต่างๆที่ยังไม่เปิดบริการควรปรับปรุงวันศุกร์เสาร์ครับ เพราะเค้าปิดไว บางทีเลิกงานมาไม่ทัน เค้าปิด 11.30 น. แต่ควรปรับปรุงวันศุกร์ วันเสาร์ เรื่องเวลา”

การประเมินการติดตามบำบัดรักษา

การติดตามผลการบำบัดรักษายาเสพติด เป็นเรื่องที่ยังขาดอยู่ในการปฏิบัติจริง เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร บุคคล งบประมาณ และเวลา ถึงแม้ว่าจะให้ระบบกรมคุมประพฤติเป็นผู้ติดตามแต่ก็ได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ ประกอบกับผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ที่ไม่อยู่เป็นที่ การกลับไปเสพยาซ้ำมีสูง จึงไม่ค่อยจะให้พบเพื่อติดตามผลเท่าใดนัก การศึกษานี้ สอบถามเรื่องการติดตามผลในกรณีที่เขาเข้ารับการบำบัด ซึ่งได้ข้อคิดเห็น ดังนี้

“ป๋มีครับ ไตใครโตมันครับ จากบ้านเขาไปหาที่บำบัดนี่ไกลครับ ที่บำบัดนี่ ประมาณ 20 โล ระยะเวลาการเดินทาง ประมาณครึ่งชั่วโมง”

“การประเมินการติดตามบำบัดรักษา ป๋มีเลยครับ อยากให้มีการติดตามผล อยากให้บำบัดแล้วหาย”

“มีครับติดตามเดือนละครั้งครับ ตรวจปัสสาวะ”

“เขามาที่บ้านครับ”

“ไม่มีการประเมินติดตามครับ”

“รักษาที่ศูนย์ชุมชนเตอร์ ก็ดีนะ หายไปเขาก็โทรตาม ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง สถานที่ก็ดี ระยะเวลา ไกล ก็สะดวกสบายดีนะ รวดเร็ว เพราะของผมใกล้บ้าน คุณภาพการให้บริการ พอสมควร ระยะเวลาการให้บริการก็ถือว่าเร็วนะ ความถี่ของการรับบริการ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา ไม่มีดีแล้ว ก็ไม่มีห่วยดีแล้ว พอใจเพราะรวมๆแล้วดี”

“เค้าจะคอยถามทุกวันว่าอาการเป็นยังไงบ้าง แล้วถ้าหายไปเค้าจะโทรตามครับ”

ประชากรกลุ่มนี้ เนื่องจากอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ NGO บางส่วน และการบำบัดก็ทำในชุมชน จึงเห็นว่ามี การติดตามผลการบำบัดค่อนข้างมาก

“ดีครับ เจ้าหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบ ติดตามผลการรักษาตลอด”

ค่าใช้จ่าย และอุปสรรคอื่นๆ ในการมาบำบัด

อุปสรรคในการมาบำบัด อาทิ ค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ระยะเวลา และเวลาในการรับบริการ บางคนคิดว่าเป็นอุปสรรคในการมาบำบัดโดยเฉพาะคนที่ไม่มียานพาหนะ บางคนต้องขอยืมจากครอบครัว และก็มีบางครั้งก็ทำให้ตัดสินใจไปใช้ยาเสพติด

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ และอุปสรรคในการมารับบริการ

“มี ค่ายรถค่ายา..... เป็นเพราะบางครั้ง เราไม่มีเงิน แต่ก็น่าจะตามกำลังเราไหว ถ้าเลือกได้ก็ ไม่อยากจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นๆเป็นอุปสรรค เพราะ ตอนนี้อยู่ไม่มียานพาหนะ”

“ต้องเตรียมสตางค์ค่าน้ำมันทุกวัน อย่างน้อยก็ 50 บ ค่าใช้จ่ายอื่นๆก็พอ ปีมี่ครับเป็นบาง เพื่อเขาก็จะตั้งใจไปน้อ พอเขาจะตั้งค้ได้มันก็เสียนพอดี”

“มีค่ารถมาประมาณ 50 บาท ไปกลับ 100..... มีเป็นบางครั้งอะครับ บางครั้งไม่มีก็ยืมแม่ บ้างอะ”

“ระยะเวลา ไกลครับ ระยะเวลาการเดินทาง ครึ่งชั่วโมงอะ”

“มีก็เสียค่ารถค่าอาหาร ก็พกไป 200-300”

“ค่อนข้างไกล อีกอย่างต้องทำงาน เลยไม่มีเวลาไปใช้บริการ”

“ไกล ประมาณ 40 กิโลเมตร ต้องเดินทางไปปรับเมทาโดนทุกวัน ค่อนข้างลำบาก”

“ไกล ประมาณ 70 กิโลเมตร”

ขณะที่บางคนคิดว่าค่าใช้จ่ายอื่น ไม่เป็นอุปสรรค

“มีปัญหา มาเนี่ยก็กินเลยเขาอุ้ให้ฟังดี บริการดี จากบ้านมานี้ ระยะทางละ ก็ประมาณ 6-7 กิโลเมตรได้ครับ ระยะเวลาการเดินทาง เมินก่อ บ่เมิน ประมาณ 10 นาที คุณภาพการบริการเป็นยังไง ก็ดีอะ ดีแล้ว ระยะเวลาการบริการ มาจ้วงเจ้าครับก็บ่เมิน”

“ระยะทาง ประมาณ 10 กิโลเมตร ระยะเวลาการเดินทางประมาณ 10-15 นาที คุณภาพการบริการพอใจได้ครับ ไม่ถึงขั้นดี ค่าเดินทางไปกลับประมาณ ชาวบาท ค่ากินค่าอะหยังมีเป็นส่วนมากก็กินจากบ้านไปครับ”

“การเข้าถึงบริการบำบัด ระยะทาง ประมาณ 35 กิโลเมตร เดินทางประมาณ 2 ชั่วโมง ถ้ามาซ้ำ เคื่ก็บ่จ่ายยา ผมต้องมาแต่เช้าโน่”

“มีครับค่าเดินทาง เพราะระยะทางไกลครับ แต่ก็พอใจ เพราะได้รับบริการดีครับ”

“ระยะทางประมาณสามกิโลเมตร ระยะเวลาการเดินทางประมาณครึ่งชั่วโมงครับ คุณภาพการบริการดีครับ ระยะเวลาการบริการ ไม่นานครับ ก็มีเด็มน้ำมนต์ครับ ประมาณ 50 บาท”

“ไม่มีค่าใช้จ่าย ระยะทางไม่ไกล การเดินทางพอได้ครับ คุณภาพการบริการดี ระยะเวลาการบริการ ดี”

“ไม่ไกล 30 นาที คุณภาพ เนื้อหาดี แต่มีการใช้วาจารุนแรงบ้าง”

ค่าใช้จ่ายและการบริการไม่เป็นอุปสรรค แต่ไม่ไปบำบัดด้วยสาเหตุอื่นๆ เช่น กลัวตำรวจ ติดงาน

“ระยะทางไม่ไกล แต่กลัวตำรวจจับระหว่างเดินทางไปรับบริการ”

“ไม่มีรถมา บ้านไกล ต้องทำงานด้วย”

“ไกล แต่ผมไม่ยอมไปอยู่แล้ว”

“ไม่มีปัญหา แต่ที่ไม่ไปรับบริการเพราะอยู่ที่ค่ายทหาร ติดทหารเกณฑ์อยู่”

4. ความคิดเห็นของชุมชน

ในเรื่องการลดอันตรายนี้ ได้สอบถามจากประชากรกลุ่มนี้ พบว่า ชุมชนมีทั้งที่ยอมรับ และไม่ยอมรับ กล่าวคือยังเห็นพฤติกรรมเป็นอย่างเดิม ในขณะที่บางคนก็ไม่สนใจชุมชน

ไม่พอใจ/เฉยๆ

“ชุมชนเขาก็เฉยๆนะ”

“บางคนก็ไม่ชอบครับ มองในแง่ไม่ค่อยดี บางคนก็มองว่าดีที่ให้ผู้ติดยาได้มีโอกาสกลับตัว
ครับ”

“น่าจะกลัวพวกคนอย่างผม กลัวพวกขี้ยาอย่างผม เค้าจะกลัวไปสร้างปัญหาให้เค้า”

“รังเกียจ แล้วก็กลัวเราเป็นขโมย”

“ยังมีอคติกับผู้ขี้ยาอยู่ รวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจด้วย”

“ไม่ทราบเพราะไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่ใช่ คือเราเปลี่ยนความคิดเค้าได้มั้ยะ”

“ยังมองไม่ค่อยดี เพราะติดยา”

“ชุมชนเค้าไม่ได้รับข้อมูลอะครับ ถ้าชุมชนได้รับความรู้ก็จะดีมากเลย”

พอใจ

“เป็ลก็ดีใจด้วยนะ ทั้งสายตา แหวตตา คำพูดคำจาก็ดีนะ ให้กำลังใจ”

“เขาวัดีอะ มียาน้ำมันก็ดี แม่เฮาก็ว่าดีประหยัดสตาางค้อะ”

“ตอนนี้อยู่แล้วครับ ก่อนหน้านี้อาจจะมีอยู่ พอรู้ว่าเฮามาบำบัดก็มองข้ามเฮาไปบางอย่าง”

“มีคนมาถามไถ่แสดงความเป็นห่วงอยู่”

“ก็มองว่าดีอะครับ ดีแบบที่มีโครงการที่ได้ไปเลิกยาแบบนี้อะครับ เพื่อลูกหลานในชุมชน”

“ก็ดีครับ เป็ลก็สนับสนุนแล้วก็เห็นดีเห็นงามด้วยอะ อย่างน้อยเฮาก็คิดว่าอยากจะทำเล็ก”

“ก็ได้อยู่นะพี่ ถ้ามีโครงการแบบนี้มาอยู่ในชุมชนเรา เพราะอย่างน้อยเราก็ไม่ต้องเสี่ยงต่อ
โรค”

“น่าจะดีนะ น่าจะมีทัศนคติที่ดีขึ้นอะ”

“น่าจะมองผมดีขึ้น”

“ก็ส่งเสริมดีครับโดยเฉพาะพ่อ แม่ผมก็ส่งเสริม”

“ชุมชนเค้าก็ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ คอยถามไถ่ว่าเป็นยังไงบ้าง”

“ผู้ใหญ่ในชุมชนเค้าอยากให้เราไปบอกกันยังมีหน่วยงานมาอย่างจี้ เค้าก็สนับสนุน”

5. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากผู้ติดยาเสพติด หรือ การลดอันตราย

ข้อเสนอแนะอื่นในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากผู้ติดยาเสพติด หรือการลด
อันตราย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถจำแนกได้เป็น 4 เรื่อง กล่าวคือ
ข้อเสนอแนะในการสนับสนุนการรับบริการลดอันตราย การบำบัดรักษายาเสพติด (บำบัดด้วย

เมทาโดนระยะยาว) ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการองค์กรที่เกี่ยวข้อง อาทิ ดำรวจ ผู้นำชุมชน และการแก้ไขกฎหมาย

การสนับสนุนการรับบริการลดอันตราย

การบริการที่ได้รับ สำหรับผู้ที่เข้ามาเป็นสมาชิก NGO มีความพอใจในระดับหนึ่ง จึงอยากจะทำให้สนับสนุนนโยบายการลดอันตราย

“ให้เข้าโครงการ จะได้เข้าใจเรื่องของการลดอันตราย เพื่อจะได้เรียนรู้เรื่องราวของยาเสพติด การใช้เข็ม และสุขภาพทางเพศ”

“ข้อเสนอแนะก็คือว่าที่ผ่านมาทุกคนก็ป้องกันตัวน้อยอย่างเรื่องเข็มก็คือต้มให้ก่อนน้อ มันบ่มีข้อเลือก บ่ฮู้จะไปเอาที่ไหน อยากฮู้มีการกระจายเข็มอะครับ”

“บ่ต้องใช้เข็มร่วมกันอะ แล้วเข็มอะใช้ครั้งเดียวก็ขว้างแล้วบ่ต้องไปใช้ตัวเก่าเนาะ”

“ห้ามใช้เข็มฉีดยากระบอกเดียวกันเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ให้ใช้เข็มใหม่ทุกครั้ง”

“ควรจะมีการแนะนำคนที่บ่เคยใจว่าอย่าใช้เข็มร่วมกันครับ เ เพราะบางคนก็บ่ฮู้เนาะ”

“สนับสนุนเข็มฉีดยาที่สะอาดให้ผู้เสพครับ”

“ควรจะมีอุปกรณ์ใหม่ทุกครั้งอย่าใช้ร่วมกันครับ อยากจะฮู้มีการจ่ายในโรงบาล”

“อยากให้มีโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาให้ครอบคลุมเพื่อนผู้ใช้ยาทุกคน”

“อยากให้ขยายพื้นที่ มีกิจกรรมในชุมชน และแจกอุปกรณ์สะอาดให้ทั่วถึง”

การบำบัดรักษายาเสพติด

สำหรับข้อเสนอแนะเรื่องการบำบัดรักษายาเสพติด จากการสัมภาษณ์ก็ได้ข้อเสนอแนะในเรื่องการบริการ เช่น ปรับเวลาการให้บริการ ปรับขนาดเมทาโดนให้เหมาะสม เสนอแนะผู้ให้บริการ มารยาทในการบริการ รวมถึงความเอาใจใส่ในการบริการ และกฎหมาย

“ผมอยากให้กินยาวันละ 2 รอบครับ เราจะได้ไม่เสียนยาครับ”

“อยากให้มีเมทาโดนในชุมชนเพราะบางคนไปก็กลัวตำรวจเพราะสภาพมันฟ้อง”

“อยากให้มีคำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชน..... อยากให้มีอะครับ อยากให้ผู้ที่เป็นอิสลาม ในเดือนอด รับประทานกินตอนเย็นได้ อยากให้อาจารย์ช่วยเสนอแนะครับ การบำบัดรักษาเนี่ย ไม่ควรมีค่าใช้จ่าย บางคนก็ฐานะไม่ดี บางคนก็ตกงานอยู่ อาจารย์น่าจะเคยได้ยินจากเพื่อน”

“อยากให้มีที่บำบัด.... พยายามใช้ถุงบ่่อยๆ ใช้ถุงทุกครั้งอะ”

การบริหารจัดการองค์กรที่เกี่ยวข้อง

องค์กรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการเสนอให้ปรับ ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ นอกจากนี้ก็เป็นผู้ใหญ่บ้าน หน่วยงานปกครอง เรือนจำ บางคนอยากให้เพิ่มศูนย์ NGO ที่ทำงานในชุมชน

“ผมว่าถ้าเกิดมีหน่วยงานอย่างงี้ ผมพูดตรงๆเลยนะ ในเรือนจำอะ ก็ยังมีคนที่ใช้ยาเสพติดที่อยู่ในเรือนจำเยอะ ผมก็อยากให้มีหน่วยงานอย่างงี้เข้าไปในเรือนจำ ให้ข้อมูลให้ความรู้ เพราะที่มีอยู่น้อยไป”

“หาสถานที่ให้ลี้ภัยได้โดยไม่ผิดกฎหมาย หาอุปกรณ์ที่เสฟไว้ครบครันสำหรับสมาชิกโดยไม่ผิดกฎหมาย นำมีเงินเดือนให้สมาชิกด้วย”

“ผมคิดว่าปรับปรุงกรมตำรวจ ปรับปรุงยังไง เพราะตำรวจจับ ซอบรีดไถอะ เวลาตรวจปัสสาวะ ถ้าใครมีตังค์จ่ายเขาก็รับปล่อย แต่ถ้าไม่มีเงินเขาก็ไม่ปล่อยอะ ติดคุก”

“80% ตำรวจยึดให้ทั้งนั้น เพื่อนผมโดน 7 ปี ในตัวไม่มีอะไรเลย เขาเอามาใส่ให้เลย เราจะไปสู้เขาได้อย่างไร ถ้าเป็นไปได้ ผมอยากให้ปรับองค์กรตำรวจ... ไม่ต้องถึงกับเข้าใจพวกผมหรอก แต่ขอให้ปฏิบัติหน้าที่แบบตรงไปตรงมา”

“อยากให้ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้เข้าฯ ไม่ใช่มุ่งแต่จะจับ”

“อยากให้หมู่บ้านเราปลอดยาเสพติดเพื่ออนาคตของลูกหลาน”

“อยากให้มีคนมาดำเนินงานในพื้นที่ และเปิดศูนย์ DIC ในพื้นที่”

“อยากให้ภาครัฐมารณรงค์ ให้ความรู้ให้มากกว่านี้”

การแก้ไขกฎหมาย

มีข้อเสนอแนะในการแก้ไขกฎหมาย ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่าควรลดโทษผู้เสฟ แต่ให้เพิ่มโทษผู้จำหน่าย และผู้ผลิต

“การแก้ไขกฎหมายบางตัวให้ถูกกฎหมาย บางอย่างในต่างประเทศบางตัวก็ถูกกฎหมายแล้ว ควรจะมีข้อมูลให้ครอบครัวให้ชัดเจน.... ก็น่าจะสามารถนำเมทาโดนมาใช้ที่บ้านได้ ควรเปิดทางโรงพยาบาลเป็นระบบออนไลน์ อยากให้รัฐแก้ไขกฎหมายหรือปรับปรุงกฎหมายบางอย่าง”

“อยากจะมีเพิ่มโทษที่คนผลิตและจำหน่าย อยากมีเฮลไปปราบโดนนี้มากกว่า ทุกวันนี้ปราบคนเสฟมากกว่าทั้งๆที่รู้ว่าคนขายอยู่แต่บ่อไปปราบ ถึงแม้ว่าเขาจะรู้ข้อมูลก็เป็นอันตรายกับเขาป่าวๆ”

“ควรเพิ่มโทษทางกฎหมายกับผู้ผลิตและจำหน่ายยาเสพติด”

“การเพิ่มโทษในการใช้ยาเสพติดและการครอบครองยาเสพติด อันนี้ก็ไม่ดีครับเพราะว่ามันไม่เกี่ยวกับคนเสพนั่นเกี่ยวกับคนขายครับ ถ้าไม่มีคนขายก็ไม่มีคนเสพ”

“คนเสพนี้อยู่ถึงมันก็เสพได้นั่นะ เพิ่มโทษเนี่ยบ่ควรเลย มันก็เสพออย่างเดียวกันนะ จับเนี่ยมันต้องจับคนขายต้นตอมันอยู่ปูน้อยคนขาย บ่ได้อยู่ที่คนเสพ ถ้าบ่มีคนขายมันก็มีคนเสพจะได้เลิกได้ไง”

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้บริการ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การศึกษานี้ได้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้บริการทั้ง 6 จังหวัด โดยเลือกจำเพาะ Key person ที่ให้บริการ และที่ดูแลกำกับนโยบาย ซึ่งคำตอบได้เป็นประเด็นดังต่อไปนี้

การดำเนินงาน 10 ชุดบริการของการลดอันตราย

1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ

“เหมาะสม แต่ยังไม่เต็มที่ บางพื้นที่ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจน”

“เหมาะสม เพราะป้องกันเอช ไอ วี ได้”

“ยังไม่มีประเมินความรู้หลังจากที่เราให้ไปแล้ว”

“ทั้ง outreach และที่ DIC มีการให้ความรู้เหมือนกัน ในเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ไวรัสตับอักเสบบ้าง และความรู้ในเรื่องทักษะในการใช้ชีวิต แต่หากเป็น drop in จะมีเวลาในการพูดคุยกับเพื่อนมากขึ้น”

2. การบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว

“น่าจะมีวิธีอื่นที่ดีกว่าการใช้เมทาโดน เพราะเมทาโดนต้องใช้ตลอดซึ่งกินทุกวัน บางคนก็ไม่สะดวกที่จะมารับทุกวัน”

“มีการให้บริการปัจจุบัน ไม่มีผู้มารับบริการ และหากมีผู้มารับบริการเกิน 2 คน จะเปิดคลินิกเมทาโดนให้บริการ”

“มองเห็นความจำเป็นของเมทาโดนระยะยาวกับบางกลุ่มนะ กลุ่มที่เสพติดมานานเรื้อรัง รักษาหลายครั้งละ ไม่รอด ใช้เยอะ ใช้ฉีดยา มีปัญหาทางด้านกฎหมายแล้วก็เค้ายินยอมที่จะเข้าโปรแกรมระยะยาว ไม่งั้นที่คลินิกฟ้าใหม่ไม่มีนะ ท่วมทันร้อยห้าสิบนะใช้หมั้ย บางกลุ่มก็ยังเหมาะสมอยู่ บางกลุ่มก็ใช้เล็กน้อยๆ ใช้มาไม่กี่เดือนไม่ถึงหกเดือนเลย สู้ทนเอง”

“บางที่มันมีเสียงสะท้อนนะจากเพื่อนคนที่ใช้ยา ซึ่งอาจจะแบ่งเป็นสองส่วนก็ได้ คือตัวของคนใช้ยาเองไม่มีวินัยในการฮับยาแล้วก็ควบคุมการใช้ยาของตัวเองได้ มันก็เหมือนการไปใช้ยาแล้วมาบอกโรงพยาบาลว่าตัวเองโดสบ่อ คือต้องการยาที่มันแรงขึ้น แต่ถ้ามองฝั่งโรงพยาบาล โรงพยาบาลเองก็บ่ค่อยฮับฟังกับเพื่อนที่ต้องการปรับโดส คือพยายามให้เขาอยู่อย่างนั้นอะ ให้เขาอยู่หือได้

แล้วถ้าเขาขอเยอะขึ้นเนี่ย ก็บอกเขาว่าแสดงว่าปิ๊กไปใช้ยานี้ คือต่างคนต่างก็มีแง่มุมที่มันต่างกัน ซึ่งในระบบของโรงพยาบาลเองเนี่ย ก็มองว่าหลายๆที่ก็ยังมีทัศนคติที่บีบได้หือโอกาสกับคนที่ใช้ยาเท่าที่ควร บางที่เริ่มให้ยาเท่านี้ ใช้ยาเท่านี้ แล้วปรับโดสลงโดยที่บีบได้บอกคนใช้ยาก็มี ซึ่งมันทำให้คนอยู่บ่ได้นะ หลายๆที่เนี่ย เวลาที่อเมทาโดนไปแล้ว มีเพื่อนที่ปิ๊กไปใช้ยาก็จะมีการคาดโทษพอปิ๊กไปใช้ยาแล้วตรวจเจอหนึ่งถึงสองเตือเนี่ย ก็หือหยุดการฮับยาเมทาโดนไปเลย ซึ่งเขาเองก็ต้องปิ๊กไปใช้ยา พอปิ๊กไปใช้ยา ที่นี้การที่จะกลับมารับหมก่า ก็ต้องเว้นระยะประมาณหนึ่งถึงสองเดือนอะ ถึงจะปิ๊กเข้ามาฮับยาได้ แต่ถ้าเฮามองในส่วนของพฤติกรรมการใช้ยานะ ถ้าเขาปรับเมทาโดนช่วงเช้า ช่วงแลงเขาไปใช้อีกเข็มหนึ่ง ก็ถือว่าความปลอดภัยเขาก็มีแล้วส่วนหนึ่ง แต่ถ้าเขาหยุดการใช้เมทาโดนไปเลยตั้งทั้งวันอะ สามสี่เตือที่ต้องใช้ยานะ แล้วก็วิถีชีวิตที่ต้องไปเสาะหาหาหมก่ามันอันตรายขนาดไหน ก็มันบ่ได้คิดอะมันมูกอาจจะต่างกัน ประเมินวิถีที่มันอาจจะทำให้เกิดอันตราย”

3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด

“ไม่ควรให้ฟรี เพราะเหมือนมองว่าเป็นการส่งเสริม”

“แจกเข็มแล้ว ผู้ฉีดยาไปใช้หรือไม่”

“ควรเน้นให้เห็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ฉีดยา ไม่ให้ใช้เข็มร่วมกัน”

“ช่วยลดการติดเชื้อ”

“มีเจ้าหน้าที่บางคนเห็นว่าไม่เหมาะสม ทัศนคติแตกต่างกันไป”

“มีบางทัศนคติที่ไม่ดี เพราะเขาเข้าใจว่าเป็นการสนับสนุน”

“ถ้าแจกกลุ่มที่เค้าจำเป็นอะดี ดีมาก แล้วต้องให้ปลอดภัย การจัดเก็บทำลายต้องดีนะ พี่ถึงจะเห็นด้วย”

“น่าจะแจกกับกลุ่มนี้เฉพาะ มีเฉพาะกลุ่มแล้วก็ปลอดภัย ลดความเสี่ยง การจัดเก็บแล้วการทำลายต้องเป๊ะจะเห็นด้วย”

“ต้องมีการคุย ฮู้เขาฮู้เฮา จะอู้ว่าตรวจสอบก็บ่ดีเนาะ ฮู้เขาฮู้เฮาก็คือว่า อาทิตย์นี้เล่นหนักอ่ ใช้วันละกี่เตือ บอกสามเตือ อาทิตย์นี้เอาไว้ซักซาวพอ บ่พอโทรหาเน้อ”

“อันนั้นก็ต้องทำความเข้าใจกับคนที่ทำงานโดยน้อ อันนี้ก็จะประเมินเข็มที่มันยัง มันก็จะติดเรื่องกฎหมาย อ้ายคิดว่าประเมินเข็มเนี่ยมันอาจจะคลี่คลายไปได้ฮู้ แต่ภาครัฐเองก็ต้อง

ออกมาคุยด้วยครับ เพราะว่าที่ผ่านมาในโครงการปีก่อนๆเนี่ย สาธารณสุขเป็นคนออกมาแล้วก็ค่อนข้างแสดงทัศนคติในการต่อต้าน มันก็จะระเบิดถ้าสมมุติว่าทางสาธารณสุขต่อต้าน แล้วทางปกครองจะยะจะไต่”

“โครงสร้างมันซับซ้อนอะนะ เรื่องเข้มนี่มันแค่อุปกรณ์นะ ส่งลงมาปฏิบัติในพื้นที่ก็ยังมีมองว่ามันเป็นเรื่องของการส่งเสริมนะ ถ้าเปรียบเทียบกับสองสามปีแล้ว กระทรวงสาธารณสุขเขาค่อนข้างเสียบนะเรื่องการต่อต้าน บ่ได้ต่อต้านเขา ในพื้นที่ก็บ่ได้ต่อต้านหนักนะ จริงๆแล้ว ถ้าอู้กัน ในความเป็นจริงเนี่ย มันจะมีการหื้อเข้มนสองรูปแบบ ก็คือว่า การหื้อในดริอปอินเนาะ คนอยากได้ก็เข้ามาแล้วก็เซ็นชื่อไปก็ซุดๆ แล้วก็เอาเข้มนมาคืนแล้วก็เอาเข้มนใหม่ไป รูปแบบที่สองก็คืออาสาสมัครเข้าไปในชุมชน เข้าไปหาเพื่อนที่บ่สะดวกมาที่ดริอปอิน แล้วก็เอาไปหื้อเขา มีการอู้คูกัยก่อนว่า อาทิตย์หนึ่งมีการใช้ก็เข้มน แล้วก็ถึงจะหื้อแล้วอาทิตย์ต่อไปก็ไปเก็บมา แล้วก็ถามแหมว่าใช้ก็เข้มน อันนี้ก็เป็นลักษณะความเป็นจริงนะ แต่ที่ผ่านมาช้อตกลงกับจังหวัดเนี่ย อันนี้เป็นช้อตกลงภายใต้นโยบาย Harm reduction ปี 1/2557 ตอนนั้นอู้กันขออนุญาตเขาเนาะ ก็มีคำสั่งออกมาจากจังหวัดว่าหื้อเอาหื้อเข้มนได้ในดริอปอิน บ่หื้อข้างนอก แต่เขาก็ยังมีให้ แอบให้ มันบ่ได้ใครจะเดินเข้ามาเล่า มันไกล โดยเฉพาะอยู่บนดอย อยู่กับที่ เขาต้องไปหาเขาแล้วเขาก็บ่ยอมเข้ามาบ่บำบัดโดย อันนี้ก็เป็นเรื่องเล่า แต่เราก็ยังบ่เจอคนฉีดยาใหม่ที่เกิดจากการหื้อเข้มนของเรา ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนที่เคยฉีดยามาแล้ว แล้วก็เริ่มเปิดตัว อันนี้เขาบ่ได้ฮู้ในที่สาธารณะ แต่เขาฮู้ว่าก่อนหน้านั้นมันบ่ได้มีคนเข้าไปหาเขา บ่ได้มีคนที่จะไปดึงเขาออกมา เขาก็ใช้อยู่กับที่ พอเขาเดินออกมา เขาเริ่มรู้ข้อมูลเขาเดินออกมารับเข้มน มาบำบัด มันทำหื้อจำนวนคนที่มาบำบัดเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าอู้ถึงเขาฉีดยามาเมินละ แต่มาเริ่มเปิดตัว มันทำให้เหมือนแต่ก่อนคนบำบัดมีน้อยแล้วต่อมามีเยอะขึ้น เกิดจากการใช้ยามากขึ้นก่อน มีคนฉีดยาใหม่มากขึ้นก่อน อันนี้ก็บ่เป็นข้อสันนิษฐานทางสาธารณสุขเหมือนกัน”

4. การแจกถุงยางอนามัย

“ควรให้การสนับสนุน สำคัญมาก เพราะ 80% เอดส์มาจากการมีเพศสัมพันธ์”

“เป็นโครงการที่เห็นคนได้ตระหนัก และความเข้าใจ เรียนรู้ ในการดูแลป้องกันโรค”

“เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ล้านเปอร์เซ็นต์”

“ในรอบหกเดือนนี้ ถุงยางค่อนข้างออกไปน้อยขนาดเลย แจกให้เต็กรๆได้ครบมันต้องเป็นไปตามตัวชี้วัด เวลาที่เราแจกถุงยางเราต้องลงในสื่อคบุคโดย ถุงยางแจกนี้เกี่ยวกับตัวชี้วัดโดย

แต่เขาก็อธิบายตามข้อจำกัดหรือว่าเงื่อนไขของกลุ่มคน แต่โอโซนมีการแจกจ่าย แจกถุงยาง แล้วก็มีการให้ความรู้โดยรับการแจกแต่ละครั้ง แต่ไม่ค่อยใช้ เขาอยู่อย่างมีบริการนี้แต่เขาบอเอา อาจจะเป็นเรื่องของทัศนคติก็ได้ การใช้ถุงยางในชุมชนในวัฒนธรรมต่างๆมันก็ยังน่าอายอะ ก็เลยบอเอาแต่มียัยรุ่นค่อนข้างเยอะนะที่มาขอ บได้มองว่ามันจำเป็นหรือบจำเป็นแต่คิดว่ามันต้องมีอยู่ เพราะว่าเรื่องเพศมันเป็นเรื่องในชีวิตประจำวันของคน มันต้องมีซักวันหนึ่งที่คนต้องเอาไปใช้ เพราะว่าเรื่องเพศมันก็เป็นเรื่องที่ต้องมีไว้ เป็นเรื่องของการป้องกันครับต้องมีไว้ ก็เพียงพอ เหลือเยอะแยะ ไม่ได้คิดว่ามันเป็นสิ่งที่จำเป็นหรือบจำเป็น แต่มันเป็นสิ่งที่ต้องมีสำหรับการป้องกัน ก็ให้เขาหยิบเองนะ แต่เขาต้องมาลงชื่ออยู่ไอซีด้วย มันต้องมีตัวออกอะ อันนี้ก็เป็นปัญหาอยู่เหมือนกันนะ เพราะว่าเราต้องลงสต็อค การลงสต็อคเนี่ยก็คือให้ IDU คนไหนก็ต้องลงชื่อไอซีเข้าไปโดย ที่นี้การลงชื่อไอซีมันก็ต้องคุยเนาะว่าการเอา จะเอาไปเท่าใด”

“เรื่องถุงยางนี้เป็นไปได้ก่อนที่จะเอาไปหื้อในชุมชนเลย กลัวว่ามันจะไปทีละอ่อนไง เดี่ยวละอ่อนเอาเข้าบ้านแล้วพ่อแม่เขาเห็น ถ้าเป็นในเมืองก็เฉยๆ แต่เป็นชนบทก็มีผล”

5. การให้คำปรึกษา และตรวจเชื้อโดยสมัครใจ และส่งต่อเพื่อรักษา

“เป็นกิจกรรมที่ดีมากทำให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็ว”

“วางแผนการรักษาได้ถูกต้อง”

“บางครั้งมีกรรมวิธีซับซ้อน ยุ่งยาก เป็นอุปสรรค”

“มีการคัดกรอง TB”

“การตรวจรักษาหาเชื้อเอชไอวี แต่เราขาดอยู่ตัวหนึ่ง วิธีที่เนี่ยเราให้คำปรึกษาก่อนเจาะ แล้วก็แนะนำให้ไปเจาะที่เธอมีสิทธิอะ คือเราให้คำแนะนำ แต่เราไม่สามารถตรวจได้ ถ้าคุณไม่มีสิทธิแต่คุณยินดีจ่าย คุณก็ไปโรงพยาบาล ถ้าเจาะที่นั่นมันเจาะได้ แต่มัน clot นะ มีปัญหาว่าเลือด clot ระหว่างเดินทาง ก็แนะนำให้ไปเจาะที่โน่นแหละถ้ายินดีจ่ายนะ”

“ซักชวนในการตรวจ ให้ความรู้การตรวจแบบนี้มันเป็นลักษณะแบบไหน มันเป็นการตรวจเอชไอวีเนี่ย เป็นการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งถ้าหาให้ความรู้กับเพื่อนแล้วเขาตัดสินใจที่จะตรวจเนี่ยเขาก็จะพาเขาไปส่งต่อที่โรงพยาบาล”

6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“เป็นช่องทางในการคัดกรองเอช ไอ วี ได้ด้วย”

“จำเป็นมากๆ ถ้ามารักษาที่ประเมนเบื้องต้นได้นะ อย่างว่า STI นะจากอาการหรืออาการที่เค้าบอกอะ บางทีมีน้ำขุ่นๆ”

“เหมือนหนองออกมาจากท่อปัสสาวะโรอย่างงี้เนะ เราก็แนะนำส่งต่อได้”

7. การป้องกันวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

“แต่มีบางครั้งแค่มาตรวจเท่านั้น ไม่รู้ว่าติด ก็ปล่อยอาการให้มากขึ้นเรื่อยๆ”

“ไม่มีการดูแลตัวเองของคนไข้ต่อเนื่อง”

“จำเป็นต้องมีการคัดกรอง และวินิจฉัย”

8. กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

“การลดอันตรายโดยใช้กิจกรรมนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างแท้จริงในรพ.”

“ควรเพิ่มให้เพื่อนเผื่อระวังไม่ให้มีความประพฤตินี้ที่ไม่เหมาะสม”

“เพื่อนช่วยเพื่อนมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ควรทำให้มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย”

“เหมาะสมและใช้เพื่อนเป็นกลุ่มของผู้ใช้ยาเสพติด”

“เน้นกิจกรรมที่สามารถช่วยตัวเราและเพื่อนเราอย่างน้อยบางคนสามารถที่จะเอาแบบอย่างได้ไปสู่จุดหมาย”

“กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เขาก็เจอกันนะ เขาไปสังเกตุกันนะ เขามาเขาเจอกัน เฮ้ย คิงบ่ได้ฉีดยากะคิงฉีดยากะแล้วคิงตายเป็นเอดส์นะกะโอเคมัย นีก็เป็นเพื่อนช่วยเพื่อนนะพี่มองนะ คิงฮู้ก้อบเดียวนี้ ทีปีมันมาโดยเอดส์หนา ถ้าคิงฉีดยากับคนอื่นเนี่ยเขาก็ฮู้กันนะเขาก็แนะนำสอนกันนะ โดยเฉพาะชาวเขานี้ นีคือหลังจากที่เราให้ เจ้าหน้าที่ให้ กับเพื่อนให้โอเคนะพี่มิมว่า ฮู้กันหน้าเนี่ยตอนที่รายนะเราก็อ่า ถ้าเขาจับกลุ่มกันแล้วก็สอนกันเองเนี่ยดีมากๆเลย เราก็อ่าเสริมเขาเนาะเสริมแรง เตี่ยวหมอจะจัดมุมให้มัย แล้วก็เอาพาทีซันมากันให้หน่อยให้เป็ลยูโซนของเป็ลคนเตี่ยวอะ เพราะว่าบางคนก็บ่อยากให้ใครเห็นหน้าเห็นตา เขาก็บ่กบ่ต้องมาสอน ฉันมาเอายาแล้วฉันก็จะกลับ บ่อยากสังสรรค์เพราะเป็นตัวกระตุ้นอยากอยู่คนเดียวแล้วก็รีบไปทำงาน พวกนี้ทำงานได้เนาะแปดโมงครึ่งมาออกกันเต็ม ได้ยาเสร็จก็ไปทำงาน”

“เป็นการเข้าไปคุยกับเพื่อนในชุมชนครับว่าใครสนใจจะไปเข้าไปตรวจห้อง เพราะว่าถ้าคนส่วนใหญ่เนี่ย ถ้าบ่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงเขาบ่ค่อยเข้ามาหาเขาเนาะ พฤติกรรมเสี่ยงของเขาที่เขาฮู้สึกว่าเสี่ยงเนี่ยก็คือการมีเพศสัมพันธ์ การฉีดยาเข้าเส้นเขาบ่คิดว่าเขาเสี่ยง เราต้องไปชวนเขาคุยว่า

หนึ่ง เรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ เคยใช้เข็มร่วมกับคนอื่นก่อน ต้องบอกเขาแบบนี้ละ แต่ถ้าเพศสัมพันธ์หรือว่าเป็นโรค เขาถึงมาหาเขา อันนั้นมันเห็นเนาะว่าไปนอนกับคนอื่นมา หรือว่าเป็นโรค เป็นหนองใน เขาอยากตรวจเขาเดินเข้ามาหา แต่ถ้าใช้เข็มร่วมกับคนอื่นมันเหมือนกับว่า บางทีมันบ่ได้เห็นความสำคัญ เขาบ่เห็นความสำคัญ เขาต้องถามเขาแล้วก็พาเขามา ซึ่งเวลาพาเขามา พอเขาไปตรวจจนเสร็จแล้ว กระบวนการมันบ่เสียเนาะ หมายถึงว่า พอตรวจเสร็จแล้ว เขาก็ต้องอยู่แถมเขาว่าต้องมาฟังผลเนื้อ หรือว่านัดเขามาฟังผลเนื้อ หลายๆ เพื่อต้องเป็นจะอ้อ ที่นี้แต่ก่อนนะ มันค่อนข้างมีข้อจำกัดใน เรื่องของการพาเขามา พาเขาปึกมาฟังผล เขาก็เลยคิดกิจกรรมใหม่ขึ้นมา ก็คือการทำคลินิกเคลื่อนที่”

9. การบริการด้านจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด

“เจ้าหน้าที่ให้ได้ในรายที่ไม่รุนแรงมาก”

“ควรมีการอบรมเบื้องต้นเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในบริการนี้มากขึ้น ถ้าเจอคนไข้ที่ต้องการบริการนี้จะได้ให้ข้อมูลเบื้องต้น

“จำเป็นต้องมีเพราะมีบางคนมีอาการทางจิต แต่เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้”

“ส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อมากกว่า”

10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

“ส่งต่อคลินิกยาเสพติด”

“หากผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือจะมีประโยชน์มากในระยะยาว”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเพิ่มชุดบริการมากกว่า 10 ชุดบริการที่มีอยู่แล้ว

“บริการที่ครอบคลุมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมกับครอบครัวก่อนให้เขากลับไปอยู่กับครอบครัวได้”

“บริการที่เน้นเรื่องการคืนสู่สังคมและการป้องกันการเสพยาซ้ำให้ได้”

“ให้มีนาล็อกโซน เพราะเมื่อใช้ยาเกินขนาด ทำให้คนเสียชีวิต”

“อบรมการใช้งานนาล็อกโซนอย่างถูกวิธี รวมถึงการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ที่ใช้ยาเกินขนาดได้”

“นาล็อกโซน ก็ยังมีประเด็นว่าถ้า NGO เอาไว้เอง ส่วนใหญ่ผู้ฉีดจะฉีดคนเดียวมากกว่าฉีดเป็นกลุ่ม ถ้าฉีดคนเดียวแล้วนี่อยากใครจะมาฉีดนาล็อกโซนให้ แล้วฉีดถูกวิธีหรือไม่อย่างไร”

“บริการไวรัสตับอักเสบบี ที่ใน 10 ชุด บริการนั้นไม่มีบริการไวรัสตับอักเสบบี เรื่องของการการป้องกันการใช้จ่ายยาเกินขนาด ซึ่ง 10 ชุดบริการไม่มีเรื่องของการนำลิโคโซนการใช้จ่ายยาเกินขนาด สองอันนี้ก็ใช้เงินเยอะเลย”

ตัวอย่างการดำเนินงานการลดอันตรายในระดับจังหวัด

ตัวอย่างนี้เป็นการรวบรวมข้อดีของแต่ละจังหวัดรวมกัน

“ในระดับจังหวัด เริ่มที่นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และนโยบายของการลดอันตราย ตรงกัน เพราะนโยบายเราก็ทราบว่าประเทศไทยเราเป็นประเทศที่กำลังมีปัญหา ยาเสพติดค่อนข้างรุนแรง ทางรัฐบาลหรือกระทรวงเองให้ความสำคัญตรงนี้ ต้องการความร่วมมือร่วมในการตัดสินใจ ส่วนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อประโยชน์ทั้งของผู้ป่วย ตัวสังคม และตัวประเทศชาติในท้ายที่สุด ซึ่งอันนี้เราต้องคุยกัน ต้องสร้างมาตรการที่มีคุณภาพ และสามารถควบคุมและป้องกันได้ ประสานงานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานองค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมามีส่วนหนึ่งก็มาได้ระดับหนึ่ง นโยบายของทั้งรัฐบาลและกระทรวง แต่ในกลุ่มของการทำงานก็ต้องมีประเด็นมีความเห็นที่ไม่ตรงกันบ้าง การทำงานต้องมีปัญหา อุปสรรคแน่นอน”

“การทำงานร่วมกันต้องประชุมคุยกัน มีเวทีพูดคุยกัน ต้องมีการคุยกันหลายครั้งกว่าจะเข้าใจตรงกัน เริ่มทำงาน ทำงานไปก็เจอปัญหา อุปสรรค ติดขัดตรงไหน อย่างไร ก็ต้องมาคุยกันอีก การคุยกันได้กับทีม ซึ่งต้องเป็นทีมที่ทำงานจริง ไม่ใช่ทีมตามคำสั่งนะ”

“การบำบัดรักษาในชุมชน ชุมชนสำคัญทั้งเรื่องการรักษา การติดตาม การให้ความคุ้มครอง ส่วนร่วมตรงนี้จะทำคล้าย ๆ เป็นหูเป็นตาช่วยเรา ในขณะเดียวกันช่วยติดตามให้เรา ช่วยดูแลให้เราว่าคนไข้เป็นยังไง อันนี้ก็เป็นส่วนหนึ่ง แต่ว่าการสร้างตรงนี้ค่อนข้างเป็นเรื่องที่น่าหนักใจแทนตัวชุมชน เพราะว่าบางทีมันมีผลประโยชน์ มีเรื่องของทางผู้ที่ไม่ดี ผู้ค้า และผู้เอะไรที่เกี่ยวข้อง อันนี้ก็ประเด็นที่น่าเป็นห่วง แต่ถ้ามองในหลักการค่อนข้างจะดี ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตรงนี้ มาร่วมบริการ ร่วมดูแล ร่วมช่วยกันทำให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สังคมอย่างมีคุณภาพอย่างปกติ ผมคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ แต่วิธีการต้องมีความหลากหลายต่างหั้นแล้วแต่บริบทของชุมชน แล้วแต่ผู้นำ ผู้นำชุมชนสำคัญที่สุด และต้องมีผู้ดูแลชุมชนบำบัดตรงนี้ด้วย”

“ความร่วมมือของตำรวจเป็นอย่างดี เมื่อรู้ว่าอยู่ในโปรแกรมการลดอันตราย ก็จะไม่ละม่อมละล้วย แต่ต้องไม่เจอของกลางอยู่ที่ตัวนะ ถ้าเจอของกลางก็ดำเนินการตามกฎหมาย”

การขึ้นทะเบียนสิทธิ

ตัวอย่าง case กรณีเป็นคนไทยที่ไม่มีบัตรประชาชน

“มีคนหลายคนที่ในชีวิตของการใช้ยาประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมามีไม่เคยต่อบัตรประชาชนเลย ไม่มีบัตรประชาชนเลย ต้องเริ่มตั้งแต่พาไปทำบัตรประชาชนใหม่ไปขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรทอง และกิจกรรมของคนทีออกจากเรือนจำคือตอนเช้าเรือนจำสิทธิมันตั้งไปอยู่ใกล้เรือนจำโดยอัตโนมัติ แต่เวลาออกจากเรือนจำสิทธิมันจะไม่ตั้งกลับมา กลับมาอยู่ที่โรงพยาบาลไหนเจ้าตัวต้องไปยื่นเรื่องเอง อันนี้ก็เป็นเรื่องที่เราต้องบอกกับเพื่อนว่าเมื่อออกจากเรือนจำแล้วพอครบก็เดือนก็เดือน ต้องพยายามไปยื่นสิทธิบางคนไม่รู้จะทำยังไงเอกสารเราก็ต้องเตรียมให้และพาไปกับเราเพราะไม่เงินพอถึงเวลาเจ็บป่วยจะไม่มีสิทธิ”

ตัวอย่าง case กรณีเป็นต่างด้าว

“ต่างด้าวคือถ้าเป็นในกรุงเทพฯ ถ้าเป็นฝรั่งเนี่ยไม่ค่อยเป็นปัญหาว่าโดยระบบของกรุงเทพฯ เป็นระบบพิเศษที่อย่างกรณีเข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนด้วยเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติด กทม. เขาจัดการด้วยงบประมาณตนเอง เขาก็ดูแลคนกลุ่มนี้ได้โดยไม่ต้องมาเรียกค่าใช้จ่าย แต่ว่าถ้าเป็นกรณีของคนบริเวณเชียงราย ตาก นราธิวาส อันนี้จะเป็นคนพม่า ลาว เข้ามาเมืองไทยอันนี้จะมีปัญหาเรื่องสิทธิ กับถ้าเป็นที่ตากก็จะเป็นกับคนไทยที่ไม่ได้แจ้งเกิดเกิดที่ประเทศไทยแต่ไม่ได้ไปแจ้งเกิด และก็ได้ทำบัตรประชาชนอันนี้ก็เป็นปัญหากับเขา คนกลุ่มนี้ก็ได้ไม่น้อย เราไปให้ความรู้ให้อะไรต่างๆ พอถึงเวลาที่เราจะส่งเสริมให้เขาเดินเข้าสู่ระบบการตรวจรักษาเนี่ยมันก็มีปัญหาว่ารู้แล้วแต่ไปต่อไม่ได้เพราะว่ามันไม่มีสิทธิที่จะรักษา ไม่มีสิทธิที่จะอะไร”

ประเด็นอื่นๆ เรื่องสิทธิ

“สิทธิยึดที่เลข 13 หลักของบัตรประชาชน การให้เมทาโดนฟรี แต่ยาอื่นๆ คนใช้ต้องจ่ายเอง แต่ถ้าไม่มีสิบบสามหลัก ก็ต้องจ่ายตั้งค์ ในกรณีที่ประเมินแล้วฐานะยากจน ก็ต้องปรึกษาอนุเคราะห์ ปรึกษาแพทย์ นักสังคม เป็นต้น ซึ่งก็ต้องเป็นการบริหารจัดการของโรงพยาบาลต่อไป”

“ถ้ามีสิบบสามหลักที่เราเนี่ย เมทาโดนฟรี เพราะสปสช. จ่ายให้ แต่ถ้าไม่มีเลขอะไรเลยต้องจ่าย ให้บริการมัยให้ แต่บางคนเราประเมินดูแล้วยากจนนะ ก็ต้องปรึกษาอนุเคราะห์ ปรึกษาแพทย์ จริงๆต้องปรึกษานักสังคม”

“กลุ่มที่มีสิทธิบัตรทอง บัตรประกันสังคม เบิกตามสิทธิ”

“เพื่อนๆ ได้รับการรักษาเมทาโดน”

การให้บริการการบำบัดรักษา

“เนื้อหาการบำบัดไม่ได้เน้นเกี่ยวกับสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้เกิดช่องว่างให้เพื่อนกลับไปใช้ยาอีก”

“ควรนำหลักสูตรการบำบัดมาผสมผสานด้วยกันให้เหมาะกับบริบทแต่ละบุคคล เน้นการบำบัดรายบุคคลซึ่งได้ผลมากกว่ารายกลุ่ม”

“ควรเน้นเรื่องการป้องกันควบคุมไปด้วย”

“เน้นเรื่องการยอมรับตัวเอง”

“เน้นเรื่องการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้”

“เหมาะสม เพราะเนื้อหาที่ให้จะครอบคลุมในทุกประเด็น”

“ควรปรับประเด็นเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย บางเนื้อหาไม่เหมาะสมกับคนบางกลุ่ม เช่น คนที่อายุเยอะ คนที่ไม่ค่อยได้เรียนหนังสือมา”

“มีการปรับและพัฒนาให้ตรงกับบริบทและปัญหา”

ระบบการส่งต่อ

ระบบการส่งต่อของภาครัฐ

ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาล

“โรงพยาบาลรับการส่งต่อ โดยเป็นการรับการส่งต่อมาจาก NGO ที่ทำงานในพื้นที่ เพื่อตรวจหา HIV รับยาต้าน หากมีการใช้ยาเสพติด”

“โรงพยาบาลส่งต่อให้กับโรงพยาบาลอื่น เช่น กรณีผู้ป่วยจิตเวช ประสาทจิตเวช ถ้ากรณีรุนแรง จิตเวชก็ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือ กรณีการบำบัดยาเสพติด เป็นต้น”

ระบบการส่งต่อของภาคประชาสังคม

“ส่งต่อให้กับโรงพยาบาลเพื่อการตรวจเลือด การส่งต่อทำให้ผู้ใช้ยาได้รับการเมทาโดน เป็นต้น”

“ระบบส่งต่อของภาคประชาสังคมมันก็มีเรื่องของ การส่งต่อ การตรวจเลือดเนาะ การส่งต่อเรื่องเมทาโดน จะเป็นระบบที่เราต้องประสานกับโรงพยาบาลไว้ก่อน เสร็จแล้วก็มีเอกสารเป็นใบส่งต่อ ใบส่งต่อซึ่งระบุชื่ออยู่ไอซี ความต้องการในการส่งต่อ ก็จะเป็นการส่งต่ออะไรแบบนี้ แต่ถ้ามันเหลือบ่ากว่าแรงก็คือต้องหื้อโรงพยาบาลไปส่งต่อไป”

“เขาเป็นกลุ่มประชากรที่สาธารณสุขต้องให้ความสนใจในเรื่องของการเฝ้าระวังอยู่แล้ว เพราะว่ามันเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงที่เข้าหลักเกณฑ์ของสาธารณสุข มันก็จะมีไอเดีย ก็เดินเข้าไปตรวจแล้วก็บอกว่า สมมุติว่ามีสิทธิ์ประกันสังคมเนาะ พอเขาไปตรวจก็เจอพยาบาลเขาก็บอกว่าเขามีความเสี่ยง อยากตรวจเอชไอวี พยาบาลก็จะส่งหื้อหมอ หมอก็คงถามว่าเขาไปมีความเสี่ยงอันหยังมา มีความเสี่ยงประมาณนี้เขาต้องการหื้อคำปรึกษาหื้อ ถ้าต้องการหื้อคำปรึกษาก็จะส่งเขาไปโรงพยาบาล ถ้าเขาบอกว่าบ่เป็นหยังครับผมพร้อมที่จะตรวจก็จะส่งขึ้นตรวจ ตรวจเสร็จก็กลับมาหาหมอ หมอก็อ้างผลเลย บ่ได้ถามเขาว่าต้องการการหื้อคำปรึกษาหื้อก่อนที่จะฟังผล เขาบอกฟังได้ ก็ฟังเลย คนที่มีหลักประกันสุขภาพนี้สามารถตรวจได้ปีละสองครั้งโดยที่บ่ต้องเสียตังค์ แต่ต้องบอกสาเหตุหน่อยว่าเอามาตรวจเพราะอันหยัง เหมือนกันครับถ้าพาเพื่อนไปตรวจ เขาก็ตรวจได้สองครั้งซึ่งเป็น ก็สามารถบอกเปิ้ลได้ครับว่าต้องการ บ่เสียตังค์ เปิ้ลก็จะเป็นแพ็คคู่”

ข้อจำกัดของระบบการส่งต่อ

“มีปัญหาเรื่องการส่งต่อ ระหว่างผู้ให้บริการเพราะบางหน่วยงาน ไม่ทราบรายละเอียดของการลดอันตราย”

“กลุ่มผู้ซืยา ไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริง ให้ไม่ครบถ้วน มีปัญหาในการส่งต่อ”

“เรื่องอายุที่ไม่ถึงเกณฑ์ ถ้าจะไปตรวจก็ต้องให้ผู้ปกครองอนุญาต”

“ในการติดตามของโรงพยาบาล มีบางรายไม่มาตามนัดโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องใช้คนลงพื้นที่เพื่อติดตามรายนั้นๆ”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการบำบัดรักษา

“ควรให้เบิกตามความเป็นจริงที่มารับบริการ เช่น ค่าบำบัด ค่าตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งควรเบิกเป็นครั้งๆ ไม่คิดเหมาจ่าย รายละ 2,500 บาท”

“ถ้ามีค่าใช้จ่ายบ้างคงดี เพราะเขาคิดว่ามันฟรี เขาเลยไม่ค่อยให้ความสำคัญกับมัน”

“ค่าใช้จ่ายไม่เหมาะสมควรมีการสนับสนุนคนที่มียาได้มารับบริการก็ควรมีค่าใช้จ่าย”

“ในการบำบัดแต่ละครั้ง มีค่าตรวจ ค่าให้คำปรึกษา ควรมีการคิดค่าใช้จ่ายทุกครั้ง เบิกตามความจริง ไม่เหมาจ่าย”

“เบิกได้ตามสิทธิ แต่ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าเดินทาง กับค่าอาหาร”

ความเท่าเทียม

“การให้บริการด้วยความเท่าเทียมไม่มีระเบียบเป็นลายลักษณ์อักษร”

“มีคิว ทุกคนเท่ากันหมด ก็หยิบบัตรคิว แล้วก็ทุกชั้นตอน ทุกคนได้เหมือนกัน แล้วก็ไม่มีพิเศษ ไม่มีการดูแลเป็นพิเศษนะ”

“ได้รับบริการจากเราเท่ากันหมด”

กฎและหรือข้อตกลงร่วมกัน

“ควรมีการกำหนดกฎระเบียบร่วมด้วย เพื่อให้การบำบัดเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น”

“ควรมีระเบียบ เช่นบางคนไม่มาตามนัด”

“มีการกำหนด ระเบียบ เวลามา ในการบำบัด เช่น ชาติ 2 ครั้ง ไม่ติดตามอีก ทั้งนี้เพื่อให้เขารับผิดชอบการเข้าบำบัดมากขึ้น”

“ควรมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันทั้งผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด เหมือนฝึกให้ผู้รับบริการรับผิดชอบตัวเองด้วย แรกๆ อาจไม่ค่อยได้ ถ้าไม่ได้ก็ต้องคอยพูดให้เหตุผลเค้า คิดว่าถ้าเค้าเริ่มทำไปเรื่อยๆ ก็จะได้เอง หากต่อไปทำงานจริง ก็ต้องกฎ มีระเบียบ มีสิ่งที่จะต้องรับผิดชอบ ก็ต้องทำให้ได้ตามนั้น”

“มีการกำหนดข้อตกลงกับคนไข้เกี่ยวกับการให้และรับบริการ”

“เห็นด้วยกับการกำหนด กฎระเบียบในการเข้ารับการบำบัด หากผิดนัดต้องทำตามกฎที่วางไว้”

“กฎหมายที่เอื้อต่อการทำงานให้กับเจ้าหน้าที่บุคลากรแล้วต้องชัดเจนนะ แล้วปกป้องคุ้มครอง”

“กฎ ไม่ใช่ซื้อขาย ไม่ใช่ยา ไม่ใช่โยม ไม่ทะเลาะวิวาท มันเป็นกฎมันไม่ใช่ระเบียบ มันคือระเบียบทางสังคมที่เขาต้องอยู่ร่วมกับคนอื่น”

“ไม่เฉพาะแต่เรื่องการทำมีเรื่องของการลงโทษด้วย เรื่องของการใช้บริการมันก็จะมีระเบียบ เช่นไม่มาซื้อขายยา ไม่มาใช้ยาในศูนย์ตรีออปินของเรา อันนี้มันก็ต้องนั่งคุยกันกับสมาชิกว่า ไม่มาซื้อขายยา ไม่มาใช้ยา ไม่ขโมยของ ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง ถ้ามีใครทำแบบนี้คิดว่าควรลงโทษยังไง เช่น หยุดใช้บริการ ๓ วัน ๕ วัน เดือนหนึ่ง ก็เป็นระบบที่ต้องร่วมกำหนดกันขึ้นมา และมันก็ถือว่าเป็นข้อตกลงร่วมกัน เวลาที่ใครทำผิดสมาชิกก็ใช้ระเบียบนั้นที่เป็นข้อตกลงกลุ่มเพื่อพยายามบอกว่ามันไม่ใช่สิ่งที่เราคิดว่าคุณต้องทำตามเรานะ แต่มันเป็นข้อตกลงของส่วนรวม”

ความลับของผู้รับบริการ

“ใช้รหัส เก็บประวัติ”

“มีห้องให้คำปรึกษา การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะคน มี पासเวิร์ด มีการเก็บข้อมูลที่มีดัดจริต ล็อก ลีนซ์ทุกครั้ง”

“การรายงานให้อำเภอก็จะปกปิดชื่อ”

“มีห้องเป็นสัดส่วน”

“ไม่บันทึกข้อมูลในระบบ บันทึกในแฟ้มมีกุญแจล็อก”

“ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล”

“มีทะเบียนแยกต่างหากและใช้รหัสในการบำบัดรักษา”

“ค่อนข้างให้ความสำคัญกับการรักษาความลับ กลุ่มเขาค่อนข้างเปราะบาง ค่อนข้างกลัวเรื่องกฎหมาย การติดต่อเขาก็จะใช้ลักษณะของยูไอซี หรือโค้ดอย่างนี้ครับ สำหรับการปกปิดชื่อแท้ของเขา”

“ยูไอซีรหัสระบุจำเพาะ”

“อันที่หนึ่งมันเป็นเรื่องความลับเป็นข้อมูลที่เรากลับไปดูก็ไม่ว่าใครไปดูก็ไม่ว่าใครนี่คือใคร เพราะมีแค่ชื่อสองตัวนามสกุลสองตัววันเดือนปีเกิด ต้องเป็นคนเขียนถึงจะจำได้ว่าอันนี้ย่อมาจากชื่อนามสกุลเต็มว่าอะไร มันเป็นเรื่องของการรักษาความลับและมันติดตามได้ มันทำให้เราติดตามได้ว่าไอ้ยูไอซีนี้เขาได้รับบริการกี่บ่อยแค่ไหน เขาได้รับบริการอะไรไปแล้วบ้าง และมีอะไรเป็นปัญหาของเขาแล้วควรให้ต่อ”

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ การประเมินผลการบำบัดรักษา

“การให้บริการยังไม่พึงพอใจยังมีอีกหลายอย่าง เช่น การทำไทม์บาย”

“เรื่องของการป้องกันการใช้จ่ายเกินขนาดเนี่ย มันต้องมีการทำให้บริการของนาร็อคโซน ซึ่งตอนนี้ก็ยังไม่มียกเว้นที่จะซื้อ เวลาที่มันเกิดอุบัติเหตุเวลาเวลาที่มันเกิดเวลาใช้จ่ายขึ้นมาก็ยังมีคนที่ยังต้องเสียชีวิตไป เราคิดว่าเราก็ต้องหาเงินคือถ้ารัฐยังไม่ซื้อเราก็ต้องหาเงินที่ไหนมาเพื่อที่เราจะเอามาซื้อสิ่งจำเป็นอันนี้”

“การจัดสรรงบประมาณ หลายอย่างที่ไม่มีและความต่อเนื่อง ที่ผ่านมาระบบก็จำเป็นต้องทิ้งเพื่อน เช่น งบประมาณหมดลง ต้องปิดพื้นที่เราก็ต้องทิ้งเพื่อนไป และเมื่อเร็วๆ นี้ ก็อาจจะมีการหมดงบประมาณอีกมันไม่ใช่ทั้งแค่คนทำงานแต่มันก็ทิ้งเพื่อนสมาชิกหมดเลย”

“ขยายฐานของการบำบัดนี้แหละ อยากให้ชุมชนได้เห็นความสำคัญของการที่จะให้โอกาสคนเข้าสู่ระบบการบำบัด โอกาสในการกลับมาใช้ชีวิตที่ดีขึ้น”

“การเน้นทักษะของการทำงานภาคสนาม การติดตามให้ดีขึ้นกว่าเดิม”

“อันหนึ่งที่สำคัญก็คือทำให้คนในชุมชน คนในปกครองหรือคนในระบบโครงสร้างเข้าใจ กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ว่าการลดอันตรายมีภาพยังไง ภาพความสำเร็จเป็นอย่างไร อันนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ยากจะพัฒนาในส่วนของกิจกรรมที่จะปรับมุมมองของคนในชุมชน”

“อยากจะทำนวัตกรรมการเรื่องอัตรากำลังของเราน้อยเป็นคนให้คำปรึกษาในคนเดียว ทำทุกอย่าง คัดกรอง ซักประวัติ ประเมิน ทรีทเมนท์ ในส่วนของเราที่เรารับผิดชอบ การเงิน จัดยา แจกยา อยากจะพัฒนาบุคลากรให้มีหลากหลาย สามารถที่จะให้บริการคนไข้ได้อย่างดีที่สุดอะ เกินความคาดหมาย คือประทับใจ เป็นระบบให้มันเสร็จ ตอนนี้นั้นโหะไปหมด”

“พัฒนาการทำงานของเจ้าหน้าที่ คือคนนี้ก็เข้ามาพัฒนาเรื่องลดการตีตราตัวเอง คนนี้ก็เข้ามาให้ความรู้ของการให้บริการความรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบบี”

“ภาค NGO ที่ต้องปรับปรุงคือ การพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลว่าทำอะไรไปแล้วสัมฤทธิ์ผลแค่ไหน เราต้องพัฒนาเครื่องมือเพื่อมาใช้สะท้อนว่าทำไปแล้วมันเกิดผลยังไง เพราะที่ผ่านมาระบบเห็นด้วยตาคนทำงานก็มีความภูมิใจเพราะทำไปแล้วมันเห็นสิ่งดีๆ ขึ้น แต่ว่าไม่มีหลักฐานที่มันเป็นระบบเก็บข้อมูลที่จะเอาไปใช้อ้างอิงได้เพื่อไปแสดงผลนี้เป็นจุดอ่อนของ NGO โดยทั่วไป”

“เพื่อนใหม่ยังไม่กล้าไว้วางใจอาสาสมัคร ซึ่งต้องใช้เวลาเพื่อพบเพื่อนมากขึ้น”

การติดตาม

“เชิงรุกบ้าน เพราะฉะนั้น อัตรากำลังคุณก็ต้องสนับสนุนมาสิอย่างเงี้ย แล้วก็กำลังใจด้วย ละ ค่าตอบแทนอะไรบางอย่างที่มันเป็นการป้องกันความเสี่ยง คุณก็ต้องมีกฎหมายออกมาบอกอะ ว่ามีค่าตอบแทนอะไรความเสี่ยง คุณเสี่ยงมากคุณก็เอาไป ก็แพร่นะพี่ว่า”

“ศูนย์ Drop in เป็นบริการแบบตั้งรับ เป็นสถานบริการที่ให้ผู้ช้ยามารับบริการมาพักผ่อน มารับคำปรึกษา มาขอความรู้ สถานที่นัดพบ สถานที่ส่งตัว”

“งาน outreach งานลงพื้นที่ มีอาสาสมัครที่เป็นผู้ช้ยาลงพื้นที่เพื่อจะเข้าไปค้นหา กลุ่มเป้าหมายของผู้ช้ยา ทั้งคนเก่าไปติดตามคนเก่าให้เกิดความต่อเนื่อง และค้นหาคนใหม่เพื่อจะ ทำให้เข้ารู้จักระบบ”

ระยะทาง

“คนที่อยู่ห่างไกลอะ มีโอกาสเข้าถึงการบำบัดได้น้อยโง แต่การบำบัดที่พื้นที่ห่างไกลอะ”

“ในเรื่องของการตรวจเลือด ก่อนหน้านั้นนะเขาพยายามพาเพื่อนที่สนใจไปส่ง แต่มันค่อนข้างมีข้อจำกัดเรื่องระยะทางในการเดินทาง ตอนนี้นางที่ไอโซนทำ เป็นการเอื้อให้กับคนช้ยาในพื้นที่”

คลินิกเคลื่อนที่

“เขาทำคลินิกเคลื่อนที่ คือประสานโรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลก็ขึ้นไปตรวจแล้วแจ้งผลในวันเดียวกันเลย เพราะว่าทางรักษไทยกับฟิอาร์ของดีดีซี เป็ลมีแถบตรวจ น้ำยามาหื้อ ก็จะตรวจแล้วก็แจ้งผลไปวันนั้นเลย แต่วัลโรคยังมีบริการที่ผ่านมา ยังบได้เคยตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเมทาโดน การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเณาะ แล้วก็การตรวจไวรัสตับอักเสบซี ไวรัสตับอักเสบซีช่วงปีที่แล้วก็การตรวจจนถึงปีนี่ ซึ่งค่อนข้างพบเพื่อนที่ติดไวรัสตับอักเสบซีค่อนข้างเยอะ ประมาณเกือบห้าสิบเปอร์เซ็นต์ของคนตรวจ ซึ่งก็ไม่เกี่ยวกับว่าติดเชื้อเอชไอวีมัย”

ความเสี่ยงต่อการช้ยาเกินขนาด

“ส่วนใหญ่เป็นค่ายบำบัด หรือเป็นการบังคับบำบัด ซึ่งมันระยะสั้น แล้วมันก็สามารถทำให้คนที่ติดอนุพันธ์ฝิ่นเลิกได้ในระยะสั้นๆ หนักๆยิ่งส่งผลร้าย สมมุติถ้าเขากักไว้หรือทำหื้อเขาอยู่ในค่ายเนี้ย พอเขาปิ๊กกลับบ้านแล้วมันเสี่ยงนะ เสี่ยงแล้วมันโอเวอร์โดสนะ หลายคนทีอาจจะมึประวัติของการช้ยาเกินขนาด สมมุติว่า ถ้าคนเขาโดยปกติชีวิตประจำวันของอ้ายเนี้ย อ้ายช้ประมาณสามเข็มเณาะ วันละหนึ่งบีกทีเขาช้ เขาเคยช้แบบอ๊ เสริ่งแล้วพอเราอยู่ในค่ายประมาณ

สามอาทิตย์หรือหนึ่งเดือนเนี่ย พอปีกมาที่บ้านความอยาก ความเสียนที่เฮาเคยใช้ ปริมาณเท่าเนี่ย เฮาก็จะใช้หนักๆเนี่ย หรือใช้เยอะกว่าที่เคยใช้ เพราะในความเสียนเนาะ พอฉีดไปปั๊บ เอาละ เป็นเรื่องละ น็อค คือเรื่องแบบเนี่ย บางทีเฮาต้องอู้กับเพื่อนว่าถ้าไปอยู่ในค่ายหรือต้องหยุดยาเมินๆ เนี่ย เวลาปีกมาเนี่ย พยายามใช้ในปริมาณที่น้อยไว้ก่อน แล้วค่อยเติมก้าน้อย ก้าน้อย มันดีดีกว่า การใช้กำเดียวแล้วก็จุก หรือว่าอะหือกว่าเก่า ตาย”

การสื่อสาร

“สื่อสารกับผู้รับผ่านทางอาสาสมัครในการส่งต่อข้อมูลต่างๆ ก็ผ่านอาสาสมัคร”

“การสื่อสารทางเดียว ผ่านทางอาสาสมัคร หรือ เจ้าหน้าที่ภาคสนามมากกว่า”

ตัวผู้ใช้ยาเสพติด

“ผู้ใช้นยาเสพติดชนิดฉีดต้องปรับปรุงตัวเองด้วย ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง”

“กลุ่มผู้ใช้นยาเองก็ต้องเหมือนพิสูจน์ตัวเองด้วยนะ ว่าเราพร้อมจริง พร้อมทั้งจะเริ่มชีวิตใหม่”

“หากลดการสร้างปัญหาต่อสังคมได้ ก็จะทำให้สังคมยอมรับมากขึ้น”

“การมองตัวเองให้มีคุณค่า ถ้ามว่าเข้าใจใหม่ให้ยกตัวอย่าง ยกไม่ได้ ถ้าผู้สอนยกตัวอย่างไม่ได้แล้วผู้เข้าบำบัดจะเข้าใจได้ยังไงก็เขาไม่เคยฝึกไม่เคยปฏิบัติด้วยตัวเองเขาก็ไม่สามารถถ่ายทอดให้คนอื่นได้ คือเมื่อก่อนไม่มีปัญหาระบบยังไม่มาไม่ได้อบรมเอาอดเยอะขนาดนี้ เขาจะอบรมจนมั่นใจให้คู่มือไป เดี่ยวนี้ไม่มีมาถึงแพ็คส่งไปรษณีย์เอาไปคู่มือและก็ไปทำอ่านตีความไม่แตกก็ไปบำบัดคนอื่นแล้ว มันก็เป็นปัญหาคนไข้ไปเลิกแล้วก็ไปเลิกไม่ได้ ตัวผู้บำบัดทำไม่คนไข้เลิกไม่ได้สักที”

“การสร้างคุณค่าของตนเอง”

ประชาชนทั่วไป

“ควรให้โอกาสกับผู้ใช้นยาเสพติดกลับสู่สังคม”

“ควรปรับทัศนคติของประชาชนทั่วไปให้เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้นยาเสพติด”

“ปัญหาอยู่ที่การจ้างงานนะบางที”

ครอบครัว

“บางครอบครัว ออกจากบำบัดแล้วยังไม่ค่อยไวใจ กลัวเงินหายบ้าง กลัวจะสร้างความเดือดร้อนบ้าง บางทีคนไข้ก็อยากจะเริ่มต้นใหม่ แต่บางครั้งก็มีมาบอกว่ำน้อยใจ ครอบครัว พ่อแม่ พี่ น้อง ยังไม่ไวใจผมเลย แล้วผมจะอยู่ยังไง”

“คนไข้เคยมาเล่าว่า เงินแม่แค่มาก็ตั้งค์ แม่ก็ไม่ไวใจนะ เค้าคงคิดว่าเรายังไม่โอเค หรืออาจดูไปก่อน แต่เราพร้อมแล้วที่จะเริ่มใหม่ แต่บางครั้งโอกาสในครอบครัวไม่ได้ให้มาก แต่มีอย่างอื่นให้ออกามากกว่า”

“ในส่วนของเรถ้ามันมีโอกาสเราอยากไปมีส่วนร่วมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เรื่องของการติดตามการบำบัด ในอันนี้เราก็ไม่ได้มีโอกาสได้ทำเพราะว่าถ้าเราเป็นคนส่งไปเราจะไปเตรียมความพร้อมเขาเตรียมครอบครัวเขา หรือ บำบัดออกมาแล้วเราก็ไปติดตามต่อทำงานกับครอบครัวเขาด้วย แต่ว่ามันไม่ได้เชื่อมระบบกัน ถ้ามันต่อกันได้มันจะทำให้การดูแลคนดีขึ้น”

ชุมชน

“แต่อย่างน้อยชุมชนก็ต้องเห็นว่าการบำบัดเองเนี่ย มันก็ต้องช่วยกันประคับประคองในส่วนของคนไข้ยาไปหือมันสุด ถ้ามองว่า บางชุมชนก็เห็นว่าการหือการบำบัดอาจจะเป็นการเอื้อหือคนอยู่ในระบบ เป็ลฮ้องว่า เอาเมทาโดนมาแทนการไชยาอะ วันนี้บมีตั้งค์เนาะ กินเมทาโดน พอมีตั้งค์ก็ไปชื้อยา บางชุมชนก็คิดแบบนั้นเนาะ แต่ถ้าเป็นสันติคีรีหรือว่าห้วยฝิ่งที่เฮาทำงานอยู่ ชุมชนค่อนข้างเห็นโดยเนาะกับการที่ คนเข้ามาบำบัดแล้วก็บีกไปไชชีวิตอยู่กับครอบครัว แล้วก็มันราบรื่นกว่าที่ผ่านมานะ”

“ในชุมชนที่ยังบได้ทดลองทำเนี่ย เขาก็ยังคิดว่ามันก็ยังบจำเป็นนะ หรือว่าถ้ามาแล้ว คนก็ยังไม่เลิกบได้หรอก เพราะว่่าส่วนใหญ่ผู้นำเค้าก็จะฝิ่งห้วมาว่า ถ้าบำบัดแล้วต้องเลิกอะ ถ้าบำบัดแล้วบเลิกบต้องบำบัดอื่นะ เอมันไปที่อื่น เอาไปชัง จะเอี้ย เขาก็จะคิดแบบเนี่ย ถ้าบำบัดแล้วต้องเลิก ถ้าบเลิกบต้องบำบัดอื่นะ”

“มองว่่าผู้ไชยาเสพติดเป็นคนไม่มีคุณค่า สร้างปัญหา ชุมชนคาดหวังว่่า เจ้าหน้าที่สามารถทำให้ผู้รับบริการหยุดได้ เลิกได้”

“ชุมชนไม่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการไชยา”

“ชุมชนเชื่อว่าไม่สามารถ ลดหรือหยุดได้จริง”

“ชุมชนมองว่าเป็นปัญหาสังคม”

“ชุมชนยังไม่ยอมรับมีการตีตราคนกลุ่มนี้อยู่”

“ชุมชนยังคงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อกลุ่มผู้ใช้ยา”

“ชุมชนคิดว่า ยิ่งติกว่าไม่ได้ทำอะไรเลย”

“ชุมชนเห็นด้วยกับการให้การบำบัดรักษา แต่ผู้เสพ ผู้ติดยังไม่กล้าเปิดเผยตัว”

“ชุมชนเห็นด้วยกับการบำบัดรักษา แต่สภาพแวดล้อมของชุมชน ยังเอื้อต่อการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ”

“ปัจจุบันคนก็รังเกียจและกีดกัน คนก็ไม่เชื่อว่าเลิกยาได้ ไม่มีใครเลิกใช้ยาหรือเลิกใช้ยาแล้วกล้าจะบอกใครเพราะกลัวโดนสายตาดูที่มันจับจ้องว่ามันจะกลับไปติดอีกไหม จะก่อปัญหาอีกไหม หรือเวลาไปสมัครงาน ย้ายจังหวัด มันก็อึดอัดที่จะบอกว่าประวัติช่วงนั้นมันหายไปไหน ถ้ามีคนรู้และจะถามในเรื่องที่จะหนีผู้ใช้ยาก็เลือกที่จะหนี ก็ไม่ยากเผชิญหน้าก็ไปตอบว่าก็เลิกแล้ว และก็ไม่ต้องตอบคำถามเพราะรู้ว่าตอบไปคนก็ไม่เชื่อ มันเป็นแบบนี้ก็เพราะสื่อ จริงๆ มันก็จากนโยบายรัฐด้วย ที่พยายามสร้างสังคมให้เป็นสังคมที่ปลอดยาเสพติด สื่อเอง หนังสือเรียนเองก็ไปทางนั้นหมด ตอนนี่เราก็ต้องกลับมาในเรื่องของความเข้าใจในเรื่องของการตีตราผู้ใช้ยา ลดการตีตราเอชไอวีที่เราสร้างภาพให้มันน่ากลัวเองเราก็กลับมาสร้างภาพให้เข้าใจกันได้”

ข้อจำกัดการดำเนินงานการลดอันตราย

“ทำเฉพาะงานนโยบายที่รับมา ไม่ทำต่อเนื่อง ทำเป็นครั้งคราว ขาดความยั่งยืน ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร”

“นโยบายขาดการสานต่อเชิงระบบที่ชัดเจน”

“การประเมินควรทำควบคู่กันกับการทำนโยบาย คือ ควรทำตั้งแต่ก่อนเริ่ม ระหว่าง และ สิ้นสุดนโยบาย แต่งานส่วนใหญ่เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดนโยบาย ซึ่งก็เป็นจุดหนึ่ง แต่ก็ควรนำผลการประเมินมาปรับปรุงแต่ละด้านที่เป็นช่องว่างอยู่ด้วย”

“แจกเข็มอะดินะ แต่แจกไปแล้วเขาจะเอาไปใช้มากน้อยแค่ไหน ใช้ด้วยกันรีเปลา เราไม่มีข้อมูลจริง”

“ความร่วมมือเป็นองค์รวมยังจำกัดอยู่ ถ้าเรามองว่าทำอย่างไรจะทำให้คนใช้ยามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นราย ๆ ไป เราก็คงต้องมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่านี้ ตอนนี่เหมือนกับ

แยกส่วนออกหมด เช่น บำบัดรักษาติดยาเสพติด ก็ไม่ได้เชื่อมโยงกับงานเอดส์ แต่คนกลุ่มนี้ก็เสี่ยงสูงอยู่แล้ว งานเอดส์ก็ต้องเข้ามาเชื่อมเลย ถ้ามองต่อเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีก ก็เป็นประเด็น ถ้าผู้ใช้ยาออกจากการบำบัดสู่สภาพบริบทเดิม ๆ งานก็ไม่มีใครรับ ตัวเองก็ไม่มี ความเชี่ยวชาญด้านอาชีพ แล้วจะอยู่ในสังคม ชุมชนของตัวเองได้อย่างไร”

“ยูไอซีจะรู้เฉพาะในการให้บริการในโอโซนแต่การติดต่อกับภาครัฐจำเป็นต้องใช้บัตรประชาชนต้องใช้เลขบัตรประชาชน รัฐต้องเพิ่มยูไอซี หรือ กลุ่มโอโซนต้องเพิ่มเลขบัตรประชาชน”

“ถ้าเขาคงอยู่ในการบำบัดรักษาฟิโอะเค พี่จะไม่โอเคเมื่อเขากลับไปใช้ กลับไปใช้แล้วติดอีกแล้วยังไม่มาหาเรานะ”

“พอมันเป็นแบบนี้มีพอดี้มีเหตุการณ์เช่นว่าอาสาสมัครไปลงพื้นที่ไปให้ความรู้เพื่อนก็โดน ถ้าปัจจุบันก็หนีไม่พ้นทหาร ก็โดนทหารตำรวจ โดนทหารไปปรบกวไปตีกรอเพื่อนอยู่แถว ศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อให้ความรู้ก็เจอทหารเจอตำรวจจับตอรวมกลุ่มเพื่อนให้ความรู้พอทหารหรือตำรวจไม่เข้าใจก็เห็นว่าพวกนี้ขี้ยารวมตัวกันก็จับ ที่ผ่านมาก็มีอาสาสมัครโดนจับไปต่างๆ ที่บางคนก็อยู่ในระบบบำบัดแต่ก็ยังโดนไปจับเข้าข้ายบำบัดอีก บางทีก็จะโดนทหารระดับล่างเห็นอยู่ว่าซึ่รถมาจอดและก็เดินเข้ามาแล้วบอกว่าไม่ยากให้แจกไมให้ทำอีกรู้นะว่าศูนย์อยู่ที่ไหนเดียวจะตามไปปิดศูนย์เลย”

“จริงเรื่องการทำงานหรือ Harm reduction หรือการลดอันตรายหรือว่าการหื้อความรู้เนี่ยค่อนข้างไปได้ดีนะ แต่จะมีอยู่สองสามเรื่องที่สมมุติว่าเราพยายามจะผลักดันให้มันเข้าถึงชุมชนได้ เพราะว่าที่ผ่านมาการทำงานบนตอยเนี่ย จะเห็นว่าคนใช้ยาที่อยู่บนตอยค่อนข้างเยอะนะ ที่เข้าไปถึงบริการเรื่องเข็มสะอาดนะ อันที่สองเรื่องของการบำบัด อย่างเข็มเนี่ยมันจะเป็นเรื่องของพรรคนะของคนในชุมชนของผู้แนะนำะ ก็มองเป็นเรื่องของการส่งเสริม เขาก็พยายามอธิบายว่าเข็มมันเป็นเรื่องของการป้องกัน เขาก็พยายามขายแนวคิดว่าเขาที่มีวิธีการดูแลอยู่ หื้อเข็มไปจะอ๊ แล้วก็เก็บมาจะอ๊ มันก็ค่อนข้างรัดกุมอยู่พอสมควร แต่ก็ยังมีทัศนคติในการต่อต้านอยู่ ก็เห็นว่าบางทีเรื่องกฎหมายเรื่องไร้อื่นนะ การทำงานเรื่องการลดอันตรายเนี่ยมันก็ยังบ่เอื้ออ๊โดย”

สรุปมุมมองของผู้ให้บริการ เกี่ยวกับช่องว่างการให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดชนิดฉืด

ก่อนเข้ากระบวนการรักษา	กระบวนการรักษา	การส่งต่อ	การฝึกอาชีพ	การติดตาม	ชุมชน	เป้าหมาย
<p>-การทำงานเชิงรุกเกี่ยวกับการค้นหาพร้อมกันมากขึ้น</p> <p>-การคัดกรองที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐาน</p> <p>- ประเมินความพร้อมของผู้ใช้ในกระบวนการรักษา/การบำบัดรักษา</p> <p>-ควรมีช่องทางบริการ การให้การรักษาที่เร็วขึ้น</p> <p>-ขาดค่าใช้จ่ายเรื่องค่าเดินทางมารับบริการ</p>	<p>- เพิ่มmotivation ให้รักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- เพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การยอมรับตัวเอง การสร้างความตระหนัก การสร้างคุณค่าของตนเอง</p> <p>- ควรเน้นบำบัดรายบุคคล เพื่อหาวิธีที่เหมาะสม และแก้ปัญหาเฉพาะเป็นรายบุคคล</p> <p>- ร่วมกันกำหนดข้อตกลงการรับบริการ เช่น เวลาค่าใช้จ่าย เป็นต้น</p> <p>-เพิ่มการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันมากขึ้น</p> <p>-ครอบครัวมีส่วนร่วม</p> <p>-ค่าบำบัดรักษาควรเบิกจ่ายตามจริงแทนการเหมาจ่าย</p>	<p>-เพิ่มความร่วมมือการส่งต่อระหว่างหน่วยงานภาครัฐมากขึ้น</p> <p>-กลุ่มผู้สูงอายุเสพติดไม่เปิดเผยข้อมูลทั้งหมดเมื่อเข้าสู่ระบบการรักษา</p>	<p>- เพิ่มการฝึกอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคล</p> <p>- เพิ่มการประเมิน การทดสอบทักษะของการฝึกอาชีพโดยให้ภาคีอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมการประเมิน การทดสอบ เช่น นายจ้าง เป็นต้น</p> <p>นอกจากผู้ฝึกอาชีพ</p>	<p>- การทำงานเชิงรุกเกี่ยวกับการติดตามร่วมกับระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมมากขึ้น</p> <p>-ครอบครัวมีส่วนร่วม</p>	<p>- มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา การติดตาม -ร่วมดูแล และเฝ้าระวัง รวมถึงการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับชุมชน</p> <p>-แนวทางป้องกัน แก้ไขที่เหมาะสมกับบริบท ความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมในชุมชนนั้น ๆ</p> <p>- ลดการตีตรา -ให้โอกาสการเข้าสู่ชุมชน รวมถึงการให้โอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ</p>	<p>- คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p> <p>-การดำเนินชีวิตในชุมชน/สังคมได้อย่างปกติ</p> <p>-มีงานทำ</p> <p>-ไม่เป็นภาระครอบครัวและสังคม</p> <p>-ลด/หยุดการใช้จ่ายเสพติด</p> <p>-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น</p>

**สรุปมุมมองของผู้ให้บริการ เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเสพติด ประชาชนทั่วไป ครอบครัว
ชุมชน ในกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดชนิดฉืด**

ตัวผู้สูงอายุเสพติดชนิดฉืด	ประชาชนทั่วไป	ครอบครัว/ผู้ใกล้ชิด	ชุมชน
การสร้างความตระหนักในการเข้ารับบริการ	เข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุ	ให้ความไว้วางใจ/เชื่อใจ	ปรับทัศนคติ
สร้างความตระหนักในการตรวจสุขภาพ	ปรับทัศนคติ	เพิ่มการดูแลให้กำลังใจ	ลดการตีตรา
สร้างความตระหนักในการป้องกัน ดูแลสุขภาพ	มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดร่วมกับภาครัฐและภาคประชาสังคม	มีส่วนร่วมในการบำบัดติดตาม	มีส่วนร่วมในการบำบัด ติดตาม
มีความรู้ ความเข้าใจถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเองระยะยาว	ให้โอกาสกลับสู่สังคม	มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดร่วมกับภาครัฐและภาคประชาสังคม	มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดร่วมกับภาครัฐและภาคประชาสังคม
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง	ลดการตีตรา	ให้โอกาสเริ่มต้นชีวิตใหม่	เผื่อระวัง
ทักษะในการควบคุมตัวเอง			ให้โอกาสกลับสู่สังคม
ทักษะการใช้ชีวิต			
ฝึกทักษะการประกอบอาชีพ			
การสร้างคุณค่าของตนเอง			

เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ 10 ชุคบริการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ: ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลข้อมูลเชิงคุณภาพส่วนหนึ่งเปรียบเทียบผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ผู้ฉีดยาเสพติด) เกี่ยวกับความคิดเห็น ความเหมาะสม รวมทั้งข้อเสนอแนะ ในแต่ละชุคบริการการลดอันตรายทั้ง 10 ชุคบริการ

ชุคบริการ	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ	<ul style="list-style-type: none"> -การให้ความรู้ยังไม่เต็มที่ บางพื้นที่ขาดความเข้าใจที่ชัดเจน -เจ้าหน้าที่บางคนยังไม่ทราบรายละเอียดของ 10 ชุคบริการชัดเจน -ควรจัดอบรมความรู้ที่ทันสมัยให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง -ควรเน้นการให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนร่วมด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่วนใหญ่ได้รับเรื่องเมทาโดน การตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ -ความรู้ยาวเกินไป -ความรู้ไม่น่าสนใจ บางเรื่องรู้แล้ว -ได้รับความรู้เวลาไปหาหมอ พยาบาล แต่พูดอธิบายให้ฟังแล้วไม่ค่อยเข้าใจเหมือนพูดคนละภาษา -ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ บริบทของผู้ใช้ยาเท่าที่ควร -ควรให้หน่วยงานหรือนักวิชาการที่ทำงานเรื่องเอช ไอ วี และยาเสพติดเข้ามาให้ความรู้ผู้ใชยามากกว่าภาคประชาสังคม
2. การบำบัดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> -น่าจะมียวิธีอื่นๆ ที่ดีกว่าการใช้เมทาโดน เพราะต้องกินทุกวัน -บางคนไม่สะดวกที่จะมารับทุกวัน -ควรทำกฎเกณฑ์ กำหนดขนาดเมทาโดน (Dosing of the patient) ให้ที่เป็นมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> -เดินทางไกล ไม่สะดวกไปรับ เสียเวลา -ควรมีบริการให้เมทาโดนในชุมชน หรือที่รพสต.ทุกพื้นที่ -ความแรงของเมทาโดนยังไม่พอ ยังใช้ยาอื่นร่วมอยู่ -เสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าแก้ว ค่าบัตร -ปรับเวลาการจ่ายเมทาโดนให้เหมาะสมกับพื้นที่
3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่ควรให้ฟรี เพราะเหมือนเป็นการส่งเสริมให้ใช้ยาเสพติด -แจกเข็มแล้ว ไม่มีการประเมินว่าผู้ฉีดยา 	<ul style="list-style-type: none"> -อาสาสมัครเอามาให้ สะดวกดี -อยากให้มีการบริการที่เพียงพอและทั่วถึง

ชุดบริการ	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
สะอาด	<p>เอาไปใช้มานาน้อยแค่นั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> -ควรเน้นให้กลุ่มฉีดตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากใช้เข็มร่วมกัน -ช่วยลดการติดเชื้อได้ -เจ้าหน้าที่และพนักงานบางคนยังมีทัศนคติแตกต่างกันในหลายประเด็น -ไม่มีเวลาในการอธิบายหลังการแจกเข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด 	<ul style="list-style-type: none"> -ให้ภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการชุมชน -เมื่อก่อนซื้อมาจากร้านยาบ้าง แต่ตอนนี้ใช้เข็มใหม่ตลอดเพราะมีมาแจก
4. การแจกถุงยางอนามัย	<ul style="list-style-type: none"> -ควรสนับสนุน มีความสำคัญมาก 	<ul style="list-style-type: none"> -จำเป็น ช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ และช่วยคุมกำเนิด -ไม่ค่อยกล้าไปรับที่รพสต. -อยากให้สม.เอามาแจกให้แทนภาคประชาสังคม -การแจกไม่ได้บริการสม่ำเสมอ -ควรมีการบริการตามจุดต่าง ๆ ในชุมชน -มีความสะดวกกว่าเมื่อก่อนที่ต้องซื้อที่ร้านค้าเอง -ไม่ค่อยได้ใช้ เพราะคิดว่าตัวเองไม่เสี่ยง
5. การให้คำปรึกษา และตรวจเชื้อโดยสมัครใจและส่งต่อเพื่อรักษา	<ul style="list-style-type: none"> -เป็นกิจกรรมที่ดีมากทำให้สามารถเข้าถึงรักษาได้เร็ว -วางแผนการรักษาได้ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -ได้ยินหรือเห็นเพื่อนไปใช้บริการอยู่ -บริการที่ดี จะรู้สถานะของตัวเองและสุขภาพ -ไม่ค่อยสะดวก คนเยอะมาก และใช้เวลานาน -ถ้าเรารู้ก็จะได้รับการรักษาทัน -รู้ผลแล้วอายคนอื่น สู้ไม่รู้เสียดีกว่า
6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> -ควรสนับสนุน เพราะเป็นช่องทางที่ช่วยคัดกรองการติดเชื้อเอช ไอ วีด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> -มีความสำคัญ และจำเป็น เพราะจะได้รู้ว่าสุขภาพตัวเอง เพราะเมื่อก่อนเคยใช้เข็มร่วมกับคนอื่น -จำเป็น จะได้รับการรักษา -ไม่ค่อยได้รับการบริการนี้

ชุดบริการ	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษา วัณโรค	-มีความจำเป็น เหมาะสม เพราะทำให้ รักษาคนไข้ได้ทันที	-จำเป็นเพราะเราอาจติดโรครามา -หมอบางคนพูดไม่เพราะ -ดีที่มีการตรวจคัดกรองและเอ็กซเรย์ ปอด -ไม่เข้าใจบริการนี้ เพียงแต่รู้ว่า ตัวเองมี โอกาสเป็นวัณโรค -ถ้ารู้ก่อน เราก็จะได้รักษาได้ทันที
8. กิจกรรมเพื่อน ช่วยเพื่อน	-การลดอันตรายโดยใช้กิจกรรมนี้ยังไม่ สามารถเข้าถึงได้อย่างแท้จริง -ควรเพิ่มให้เพื่อนเฝ้าระวังพฤติกรรม เสี่ยงอื่นๆ ด้วย -เพื่อนช่วยเพื่อนมีทั้งข้อดีข้อเสีย ควร ทำให้เกิดระบบเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีข้อดี มากกว่าข้อเสีย -กลุ่มเพื่อนช่วยนำผู้สูงอายุฯ เข้ามาสู่ ระบบการบำบัด	-จำเป็นมากๆ เพราะคนไข้ยาด้วยตัวเอง คุยกันรู้เรื่อง -กล้าคุยมากขึ้น -ไวใจกันเพราะเป็นผู้ใช้ยา หรือเคยใช้ยา เหมือนกัน -ไม่คิดว่า เป็นกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน คิดว่าแค่เพื่อนมาหา มาเยี่ยม -ระแวง กลัวแฝงมาเป็นสายตำรวจ
9. การบริการด้าน จิตเวชและให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับ ยาเสพติด	-เจ้าหน้าที่ให้ได้ในรายที่มีอาการไม่ รุนแรงมากนัก -จำเป็นต้องมีเพราะมีบางคนมีอาการ ทางจิต แต่เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้	-นำเอาไปตรวจรวมกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่มี การแยกให้เป็นสัดส่วน -ขาดการคัดขั้นตอนเพื่อให้เข้าพบได้เร็วขึ้น -สำคัญเพราะถ้าใช้ยานานๆ อาจทำให้ เกิดภาวะผิดปกติทางจิต ประสาทได้ -คนให้บริการไม่เข้าใจ บริบท ลักษณะ ของผู้ใช้ยา -ไม่ค่อยเข้าใจ เวลาพูดใช้แต่ทฤษฎี ทำ ตามยาก
10. การ บำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพ	-ส่วนใหญ่ส่งต่อคลินิกยาเสพติด -หากผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือจะมี ประโยชน์มากในระยะยาว	-ควรมีการบำบัดแบบสมัครใจจริงๆ -เป้าหมายการบำบัดควรเน้นให้ผู้ไข้มี สุขภาพร่างกายดีขึ้น -การบำบัดรักษาไม่ได้ผล ออกมากี่ กลับไปใช้ยาอย่างเดิม เหมือนเอาไปทำ ร้ายร่างกายและจิตใจมากกว่า

ชุดบริการ	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
		-ควรเน้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ -ไม่มีความพร้อม ส่วนใหญ่บังคับให้สมัครใจบำบัด ไม่มีทางเลือก -ผู้ช้ยาไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะและการดำเนินงานลดอันตราย

ผลการศึกษาที่น่าเสนอมานี้ พอจะประมวลเป็นข้อเสนอแนะเชิงประจักษ์ได้หลายประการ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนางานการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานต่อไปในอนาคต รวมทั้งการศึกษาวิจัยที่ตอบโจทย์ “การลดอันตราย”

- ควรให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจขอบเขตที่ชัดเจนเกี่ยวกับการลดอันตรายในทุกระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชน โรงพยาบาล ผู้ดำเนินการทางกฎหมาย ตำรวจ ทหาร ผู้นำชุมชน ภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

- คณะทำงานการดำเนินงานการลดอันตรายควรเป็นผู้ที่ดำเนินการและปฏิบัติงานจริงในแต่ละระดับ

- ควรมีการประชุม พบปะกัน เพื่อปรับวิธีการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้ร่วมกัน

- ควรมีเวทีในการแลกเปลี่ยนการดำเนินงานเกี่ยวกับการลดอันตรายกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ชุดเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยกันแก้ไข ปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ได้รวดเร็ว และมีคุณภาพ

- มาตรการและกลไกการดำเนินงานต่าง ๆ ควรมีผู้รับผิดชอบหลัก และคณะทำงานร่วมจากทุกภาคส่วน

- ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยร่วมกันกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะชุมชนและหรือพื้นที่นั้นๆ และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง

- การดำเนินงานการลดอันตรายควรเป็นความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของทุกภาคส่วน การบูรณาการการบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน

- วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนกับปริมาณงานตามการดำเนินงานเกี่ยวกับการลดอันตราย เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการ

- อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง
- มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการทางภาครัฐและภาคเอกชนเกี่ยวกับ สถานการณ์และการแพร่ระบาดในปัจจุบัน ความรู้ รวมถึง ชื่อเรียกยาเสพติดแต่ละชนิดในกลุ่มผู้ช้ยา เป็นต้น
- การบริการควรเป็นการบูรณาการด้านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้เข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพ ตามช่องทางที่เหมาะสมกับกลุ่มบุคคลนั้น
- การพัฒนาศักยภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประเมินผลควบคู่กับการดำเนินงานการลดอันตราย การวิจัยแบบ R&D เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการ
- การให้บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้ ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน โดยใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความถนัดในด้านต่างๆ แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน อาทิ ผู้ให้บริการ ทางภาครัฐ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ที่ชัดเจนตามวิชาชีพในเรื่องของเนื้อหาความรู้ในประเด็นต่าง ๆ จึงควรให้การอบรมความรู้ต่าง ๆ ให้กับผู้ให้บริการทางภาคประชาสังคม ในอาสาสมัครใหม่ ที่เพิ่งเข้ามาเป็นผู้ให้บริการ และอาสาสมัครเก่า ควรได้ Booster ความรู้ต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองในการให้ความรู้ ความเข้าใจ การถ่ายทอดความรู้ ในกลุ่มผู้ช้ยาเสพติด ส่วนผู้ให้บริการ ทางภาคประชาสังคม ทราบสถานการณ์การช้ยาเสพติด การแพร่ระบาดในปัจจุบัน รวมถึง ชื่อเรียกยาเสพติดแต่ละชนิดในกลุ่มผู้ช้ยา เข้าใจธรรมชาติของผู้ช้ยา ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ควรมีการแลกเปลี่ยนให้กับผู้ให้บริการภาครัฐอย่างต่อเนื่อง
- การศึกษาที่สะท้อนอัตราการช้ยาเกินขนาดได้ดี จึงจำเป็นต้องศึกษาเชิงลึก เกี่ยวกับการช้ยาเกินขนาด และการเสียชีวิต
- ควรมีการสร้างเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดเกี่ยวกับอัตราการช้ยาเกินขนาด อัตราการตาย ทั้งประสบการณ์การช้ยาเกินขนาดของผู้ช้ยาเสพติด และกลุ่มเพื่อนของผู้ช้ยาเสพติด รวมทั้งครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเกิดการช้ยาเกินขนาด และการเสียชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลอัตราการช้ยาเกินขนาด อัตราตาย ในระดับประเทศต่อไป
- เพิ่มช่องทางการติดต่อทันทีเมื่อเกิดการช้ยาเกินขนาดซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ มีหลากหลายวิธีซึ่งในแต่ละวิธีควรพูดคุยและสร้างแนวทางการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจเริ่มจากวิธีที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยก่อน เช่น เมื่อมีความร่วมมือกับทางโรงพยาบาล แผนกห้องฉุกเฉินหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจตั้งเบอร์ด่วน Dial call เช่น กดหมายเลข 1 ที่โทรศัพท์แล้วสามารถเชื่อมต่อไปที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาล เป็นต้น

- การ outreach เพื่อให้เข้าถึงเรื่องการติดเชื้อ เข้ามาบำบัดรักษา ควรมีโอกาสมีการเข้าถึงทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

- การบำบัดรักษาแบบมีส่วนร่วมชุมชน ควรเริ่มจากลักษณะของสภาพบริบทชุมชน เมื่อทราบบริบทของชุมชนชัดเจน สามารถ identify key person ของแต่ละชุมชนได้ การมีส่วนร่วมร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดกับบุคคลในชุมชน อาจเริ่มจากการปรับทัศนคติ

- ครอบครัว/ผู้ใกล้ชิด ร่วมดูแล ให้กำลังใจผู้ใช้ยา ชุมชนร่วมดูแล ร่วมบำบัดรักษา ร่วมติดตาม ร่วมเฝ้าระวัง (เป็นหูเป็นตา) กลุ่มผู้ใช้ยา

- ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาควรเป็นการเบิกจ่ายตามจริงแทนการเหมาจ่าย

- คุณภาพชีวิต การพัฒนาทักษะอาชีพที่ตรงตามความต้องการของบุคคล การพัฒนาทักษะอาชีพในภาพรวมอาจเป็นข้อจำกัดสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการเสริมสร้างทักษะนั้น ๆ การอบรมเสริมทักษะอาชีพต่าง ๆ ควรมี key persons เช่น นายจ้าง ผู้ประกอบกิจการ เข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกอบรม การประเมินผลของผู้ใช้ยาเสพติดด้วย ซึ่งผู้ประกอบการมีโอกาสคัดเลือกผู้ใช้ยาเสพติดที่มีการพัฒนาทักษะดีขึ้น เพื่อรับในการทำงาน หรือ ในขั้นตอนลดการทำงานหลังจากการพัฒนาทักษะต่างๆ การทดลองงานอาจทำเป็นข้อตกลงกันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ข้อตกลงหนึ่งอาจเป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเช่นกัน

- การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบริการทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ

- เพิ่มทักษะในการจูงใจ key messages ที่ใช้เวลาสั้นซึ่งสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อสามารถนำกลุ่มผู้ใช้ยาเข้าสู่การบริการได้มากขึ้น

- กรณีที่ผู้รับบริการบำบัดเมทาโดน ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ควรมีใบรับรองเกี่ยวกับขนาดเมทาโดนที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสถานพยาบาลใหม่ในการดำเนินการรักษาที่ต่อเนื่องจากสถานที่เดิม

- ควรมีภาคีเครือข่ายอื่น เข้ามาร่วมในด้าน กาย จิต สังคม ควรมีเครือข่ายผู้ที่เป็นนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นศูนย์ monitor สถานการณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อรับรู้สถานการณ์ก็มีการแก้ไข และประเมิน ติดตาม เป็นต้น

- ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัยนี้สามารถนำไปต่อยอดงานวิจัย เกี่ยวกับประมาณการตัวเลขประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุชนิดผิด ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมถึงการเกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ เช่น การใช้ยาเกินขนาด ในกลุ่มผู้สูงอายุชนิดผิด

- ผลงานวิจัยนี้ อาจจะนำไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการการลดอันตรายที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ยามากขึ้น และเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะเข้าใจ ลักษณะ บริบทของผู้ใช้ยาอย่างแท้จริง

- ข้อมูลจากการวิจัยนี้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการวางแผน การกำหนดนโยบายการลดอันตรายที่ครอบคลุมและเหมาะสมต่อไป

ขอขอบคุณ

งานนี้มีผลสำเร็จไปด้วยดี เป็นเพราะความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั้งในระดับจังหวัด และพื้นที่ องค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในพื้นที่ และที่สำคัญคือ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดผิดที่ให้สัมภาษณ์ด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอขอบคุณบุคคลดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ขอขอบคุณแผนงานภาควิชาการสารเสพติด (ภวส.) ผู้ให้ทุนสนับสนุน และขอบคุณท่านที่ปรึกษาทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ และมีส่วนในการขับเคลื่อนงานการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เหมาะสมต่อไป



ประมวลภาพโครงการ

1) การประชุมชี้แจงผู้ทำงานและอบรมภาคสนามในพื้นที่



2) ข้อมูลงานสนาม: เข็มฉีดยา และอุปกรณ์



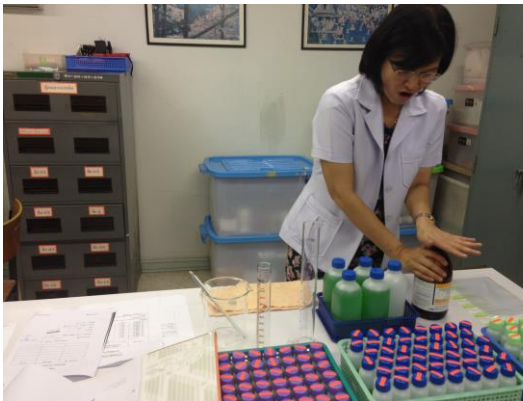
3) ข้อมูลงานสนาม: สถานการณ์ชายแดน



4) ข้อมูลงานสนาม: การให้เมทาโดนในชุมชน



5) คลินิกบำบัดยาเสพติด และ Drop in center



6) บริบทพื้นที่

