



## การปฏิเสธร้อย่างเลือดเย็น

### อุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาเอดส์ของผู้ใช้ยาในประเทศไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหารและข้อเสนอแนะ.....	1
ข้อเสนอแนะ .....	4
ถึงรัฐบาลไทย .....	4
ถึงรัฐบาลสหรัฐอเมริกา.....	6
ถึงองค์การสหประชาชาติและองค์การระหว่างประเทศผู้ให้ทุนสนับสนุนแก่ประเทศไทย .....	6
วิธีวิจัย.....	8
ความเป็นมา .....	9
ประเทศไทย ในฐานะ “เรื่องราวของความสำเร็จ” ด้านเอชไอวี .....	9
เอชไอวี/เอดส์และการใช้ยาด้วยการฉีดในประเทศไทย .....	9
กฎหมายและนโยบายด้านยาเสพติดในประเทศไทย .....	12
การให้บริการดูแลและรักษาเอชไอวีแก่ผู้ใช้ยา : หลักการทั่วไป .....	14
ผลการวิจัย .....	18
นโยบายปราบปรามยาเสพติดและการจับกุมปิดกั้นโอกาสการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส .....	18
การขึ้นทะเบียนผู้ใช้ยาของตำรวจ .....	19
การขัดขวางกิจกรรมการบริการลดอันตรายจากการใช้ยา .....	22
อุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัสในสถานบริการสุขภาพ .....	25
การปฏิเสธรที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ใช้ยา .....	25
อคติต่อผู้ใช้ยาของเจ้าหน้าที่สนามผู้มีเชื้อเอชไอวี .....	27
แนวทางต่างๆที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยที่รับการบำบัดด้วยเมธาโดน .....	28
การปฏิเสธรที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยที่รับการบำบัดด้วยเมธาโดน... ..	29
ความล้มเหลวของแพทย์ในการประสานการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับการใช้เมธาโดน.....	30

การขาดความรู้เรื่องปฏิกิริยาต่อกันของยา .....	31
บริการที่ไม่เพียงพอด้านการให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ .....	32
ไวรัสตับอักเสบนิดซี .....	36
การเข้าถึงบริการเอชไอวีในทัณฑสถาน .....	39
การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ .....	40
การเข้าถึงการบำบัดด้วยการให้ยาช่วย สำหรับผู้พึ่งพาสารกลุ่มฝิ่น .....	42
ความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างอยู่ในเรือนจำและระหว่างส่งตัวไปเรือนจำอื่น .....	45
ศูนย์บำบัดการติดยาแบบการบังคับบำบัด .....	48
<b>มาตรฐานสิทธิมนุษยชน .....</b>	<b>49</b>
สิทธิด้านสุขภาพ .....	49
สิทธิของผู้ต้องขังในการได้รับบริการสุขภาพ .....	51
<b>สรุป .....</b>	<b>53</b>
<b>กิตติกรรมประกาศ .....</b>	<b>54</b>

## บทสรุปสำหรับผู้บริหารและข้อเสนอแนะ

หมอบอกว่า ถ้าผมใช้ยา ผมก็ไม่สามารถรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้

- เอดส์ อายุ 45 ปี ผู้ใช้ยาที่มีเชื้อเอชไอวี

ไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาไม่กี่แห่งซึ่งประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ และตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมาสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงได้เกือบร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม อัตราการแพร่ระบาดของเอชไอวีในบรรดาผู้ใช้ยาด้วยการฉีดไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด และทรงตัวอยู่ที่ระดับเกือบร้อยละ 50 ซึ่งเท่ากับว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา

นอกจากนี้ ในบรรดาประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก

ไทยเป็นประเทศผู้นำในแง่ของการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยสถิติเมื่อกลางเดือน ตุลาคม 2550

ชี้ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วมากกว่า 180,000 คน

การที่ผู้ที่ต้องการยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 80 สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้

ทำให้ไทยเป็นหนึ่งในสามประเทศของบรรดาประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก

และเป็นเพียงประเทศเดียวในเอเชียที่มีบริการยาต้านไวรัสที่ครอบคลุมถึงระดับดังกล่าว<sup>1</sup>

ประเทศไทยยังได้รับการยอมรับให้เป็นแม่แบบของความพยายามในการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และสามารถเข้าถึงผู้หญิงที่ต้องการบริการนี้ได้ถึงร้อยละ 89

แต่แม้จะมีการประกาศครั้งแล้วครั้งเล่าถึงการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับ “ทุกคน” ที่ต้องการ รัฐบาลไทยกลับประสบความสำเร็จล้มเหลวในการขยายบริการนี้อย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ใช้ยาได้

รัฐบาลไทยปฏิเสธที่จะปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ที่ผ่านการพิสูจน์และมีข้อมูลสนับสนุนอย่างเต็มที่ เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในบรรดาผู้ใช้ยา ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) องค์การด้านเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)

และสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime) และในอดีต รัฐบาลได้พยายามกีดกันอย่างเป็นระบบที่จะไม่ให้ผู้ใช้ยาสามารถเข้าถึงการรักษาเชื้อเอชไอวีได้ และที่ชัดเจนที่สุดคือ ในปี 2546 รัฐบาลไทยได้ประกาศ “สงครามปราบปรามยาเสพติด” ซึ่งไร้มนุษยธรรมและป่าเถื่อน

อันเป็นเหตุให้เกิดการกระทำวิสามัญฆาตกรรมผู้ถูกกล่าวหาว่าใช้หรือจำหน่ายยาจำนวนหลายพันคน

และเป็นเหตุให้ผู้ใช้ยาหลบไปอยู่ใต้ดิน และไม่สามารถเข้าถึงบริการป้องกันหรือรักษาที่มีประสิทธิภาพได้

ผลจากนโยบายดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในบรรดาผู้ใช้ยา

ซึ่งทำลายชื่อเสียงของประเทศไทยในแง่ที่เป็น “ตัวอย่างความสำเร็จ” ในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ระดับโลก ในปัจจุบัน หนึ่งในสี่ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นผู้ใช้ยาด้วยการฉีด

ผลจากการรณรงค์ของผู้ใช้ยาเป็นเหตุให้รัฐบาลไทยดำเนินการเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น ในปี 2547

รัฐบาลไทยยกเลิกนโยบายระดับชาติที่อนุญาตให้ตัดผู้ใช้ยาด้วยการฉีดออกจากกลุ่มผู้มีสิทธิ์เข้ารับบริการในโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

<sup>1</sup> อีกสองประเทศ ได้แก่ บอตสวานา และ บราซิล

รัฐบาลไทยให้สัตยาบันแล้วครั้งแล้วครั้งที่แก้ไขความล้มเหลวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการขยายการรักษาให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อ ในรายงานต่อที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องเอดส์ (UNGASS) ในปี 2549 รัฐบาลไทยระบุว่า “ยังไม่มีกรณีการติดเชื้อเอชไอวีมากนักในการแก้ไขปัญหายาต้านไวรัสเฉพาะ”

เกี่ยวกับการให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา การดูแลและสนับสนุน รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อด้วย การฉีดวัคซีนรวมทั้งระบุว่า รัฐบาลจะ “ดำเนินการโดยเร่งด่วน” ในการเพิ่มขนาดของบริการที่จัดเข้าไปในชุมชน ในด้านการลดอันตราย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการด้านเอชไอวี/เอดส์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ติดเชื้อด้วย การฉีด และในที่ประชุมพิเศษดังกล่าว

รัฐบาลสัญญาว่าจะส่งเสริมและให้บริการป้องกันการติดเชื้อและลดอันตรายสำหรับผู้ที่ต้องการทุกคน ส่งเสริมให้มีการเข้าถึงการบำบัดด้วยเมธาโดนได้มากขึ้น และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ติดเชื้อสามารถใช้วิธีการต่างๆ ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัยและสามารถเข้าร่วมในโครงการบำบัดการติดยาได้ แผนเอดส์แห่งชาติสำหรับ พ.ศ. 2550 – 2554 ที่เริ่มใช้เมื่อเดือนมิถุนายน 2550 ก็ยังย้ำถึงความตระหนักที่มีอยู่เกี่ยวกับความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหายาต้านไวรัสในในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และยังคงให้คำมั่นซ้ำอีกครั้งว่า จะจัดให้มีบริการด้านเอชไอวีเอดส์แก่กลุ่มดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของฮิวแมนไรท์วอตช์ และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์พบว่า ผู้ใช้ยา ยังคงต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นดังกล่าว ผู้ให้บริการจำนวนมากไม่รู้หรือไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติด้านการรักษาเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ และยังคงปฏิเสธที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับผู้ที่ต้องการยา โดยอ้างว่าพวกเขาเป็นผู้ติดเชื้อ แม้ว่าพวกเขาจะอยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมธาโดนก็ตาม ผู้ให้บริการด้านเอชไอวีและการบำบัดการติดยาเกือบทั้งหมด ต่างได้รับข้อมูลหรือการอบรมที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับประเด็นการดูแลและการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ให้บริการเหล่านี้ยังคงปล่อยให้ทัศนคติที่ตมมีในแง่ลบต่อผู้ติดเชื้อเป็นตัวขัดขวางการใช้สิทธิของผู้ติดเชื้อในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตัวอย่าง เช่น ผู้ให้บริการสุขภาพบางคนปฏิเสธที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อ เนื่องด้วยการตัดสินผิดๆ ว่า การให้ยาด้านนั้นจะเป็นการ “เสียของ” เปล่าๆ และ ผู้ใช้ยาที่ “เชื่อถือไม่ได้” นี้ จะไม่กินยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทำให้เชื้อติดต่อยา หรือ มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในสายพันธ์ที่ดื้อยานี้

แพทย์ผู้ให้การรักษาเอชไอวี และ ผู้ให้บริการบำบัดการติดยา ได้รายงานว่า พวกเขาไม่ได้รับความรู้หรือการฝึกอบรมในสิ่งที่พวกเขาต้องการทราบเกี่ยวกับปฏิกริยาระหว่างกันของยาต้านไวรัสเอดส์ และเมธาโดน หรือยาผิดกฎหมายอื่นๆ รวมทั้งผลเกี่ยวของที่จะเกิดตามมา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นอีกมิติหนึ่งของปัญหาเดียวกันนี้ ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ยังพบว่า ผู้ใช้ยาซึ่งได้รับยาต้านไวรัสไม่กล้าบอกให้แพทย์รู้ว่าตัวเองใช้ยาอยู่ และไม่กล้าขอข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดภาวะพึ่งพายาจากผู้ให้บริการยาต้านไวรัส เนื่องจากกลัวว่าจะถูกตอบโต้ ความกลัวเช่นนี้มีอยู่จริง

งานวิจัยของเรายืนยันว่าโรงพยาบาลและคลินิกของรัฐหลายแห่งส่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อให้กับหน่วยงานผู้รักษากฎหมายอื่น ๆ ซึ่งเป็นทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและการปฏิบัติตามปกติ ผู้ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์บางคนก็นำนโยบาย “หากไม่ถาม ก็ไม่บอก” มาใช้กับผู้ติดเชื้อ

และในการปฏิเสธที่จะถามคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาหรือประวัติการบำบัดการติดยาของผู้ป่วย  
แม้แต่ในรายที่ทราบหรือสงสัยว่าผู้ป่วยกำลังใช้ยาอยู่หรือกำลังได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดน

ในสถานบริการดังกล่าว การให้ข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างผู้ใช้ยาและแพทย์ นับเป็นกับดักตนเองที่อันตรายยิ่ง  
กล่าวคือ ในบริบทที่เจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถเข้าถึงข้อมูลของโรงพยาบาลเกี่ยวกับผู้ใช้ยาได้  
ทั้งโดยการขอทราบอย่างเป็นทางการหรือโดยการสืบดูแบบลับๆ ทั้งผู้ใช้ยาและผู้ให้บริการสุขภาพผู้มีน้ำใจ  
จึงมีเหตุผลที่ดีที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆเกี่ยวกับการใช้ยา อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม  
การไม่ประสบความสำเร็จในการทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันนี้  
สามารถทำให้การเข้าถึงบริการที่เพียงพอด้านเอชไอวีและบริการสุขภาพอื่นๆของผู้ใช้ยาลดน้อยลงไป  
และสามารถทำให้ผู้ที่กำลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อยู่นั้น ต้องเผชิญกับอันตรายจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของยา

ประสบการณ์ในหลายประเทศชี้ให้เห็นว่า หากได้รับการสนับสนุนอย่างพอเพียง  
ผู้ใช้ยาก็สามารถกินยาได้ตรงเวลาและได้รับประโยชน์จากบริการดูแลด้านเอชไอวีในสัดส่วนที่ทัดเทียมกับผู้ไม่ได้ใช้ยา  
องค์การอนามัยโลก องค์การด้านเอดส์แห่งสหประชาชาติ  
และสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ได้แนะนำว่า รูปแบบบริการครบวงจร  
ซึ่งประกอบด้วยการรักษาทางการแพทย์ต่างๆไป การบำบัดภาวะพึ่งพายาและการสนับสนุนด้านจิตสังคม  
เป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาผู้ใช้ยาที่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์  
แต่ในประเทศไทยยังไม่มีบริการแบบบูรณาการดังกล่าวแก่ผู้ใช้ยาแต่อย่างใด

หน่วยงานนานาชาติยังสนับสนุนอย่างเต็มที่ต่อยุทธศาสตร์การลดอันตรายเนื่องมาจากการใช้ยาผิดกฎหมายแม้  
แต่ในบรรดาผู้ที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการจะหยุดการใช้ยาเหล่านั้น

ยุทธศาสตร์การลดอันตรายประกอบด้วยมาตรการแข่งข่งอย่างมีเป้าหมาย  
ทั้งนี้โดยผ่านการเข้าไปให้บริการในชุมชนและการให้ความรู้โดยผู้ใช้ยาด้วยกันเอง  
ไม่ว่าจะเป็นการแจกจ่ายอุปกรณ์การฉีดที่สะอาด การบำบัดด้วยเมธาโดนระยะยาว  
และการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและให้คำปรึกษา

มีการพิสูจน์แล้วว่าปฏิบัติการเหล่านี้ประสบความสำเร็จในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและผลกระทบร้ายแรงเนื่องจาก  
การใช้ยา โดยไม่เป็นเหตุให้การใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือทำให้อาชญากรรมเนื่องจากยาเพิ่มขึ้น

ประชาคมนานาชาติยังยอมรับว่าวิธีการเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการส่งเสริมบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ใช้ยา

รัฐบาลไทยแทบไม่ได้ให้ความสนับสนุนต่อบริการลดอันตรายสำหรับผู้ใช้ยาเลย

แม้ประสิทธิภาพของบริการเหล่านี้จะเป็นที่พิสูจน์ทราบกันทั่วไปแล้วก็ตาม

โครงการลดอันตรายขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ใช้ยาด้วยการฉีด เช่น โครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา

ยังคงเป็นประเด็นถกเถียงที่สำคัญ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐมักเพิกเฉยต่อเสียงเรียกร้องขององค์กรพัฒนาเอกชน

ในการขอให้มีการดังกล่าว แทนการใช้แนวทางที่มุ่งไปสู่การเลิกยาเป็นหลัก

นอกจากนั้น

โครงการลดอันตรายที่มีอยู่น้อยในประเทศไทยยังมีประสิทธิภาพด้อยลงมากเนื่องจากการรณรงค์ปราบปรามยาเสพติดอยู่  
างรุนแรงและต่อเนื่องของรัฐบาล

เจ้าหน้าที่ตำรวจมักจะไปก่อกวนผู้ใช้ยาที่ไปรับบริการตามศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดต่าง ๆ

และพยายามตั้งข้อหาหาเสพติดเมื่อพบว่าผู้ใช้ยาครอบครองเข็มฉีดยาสะอาด หรือไปปรากฏตัวอยู่แถวคลินิกเมธาไดโน นายตำรวจระดับผู้กำกับท่านหนึ่งที่เชียงใหม่ ยอมรับว่า

หน่วยงานของเขายังมีการขึ้นบัญชีดำผู้ต้องสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับยาเสพติด

และกล่าวว่า การครอบครองเข็มฉีดยาสะอาดเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย

แต่ก็อาจเป็นเหตุให้เจ้าพนักงานดำเนินการสอบสวนผู้ันได้ หากเขามีชื่ออยู่ในบัญชีดำเรียบร้อยแล้ว ในความเป็นจริง เจ้าพนักงานหลายคนดูเหมือนจะไม่ทราบว่าการครอบครองเข็มฉีดยาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายในไทย

ผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ผู้ให้บริการรักษาเชื้อเอชไอวี/เอดส์และบริการบำบัดการติดยาตามคลินิกของรัฐและเจ้าพนักงานผู้รักษากฎหมายบอกกับฮิวแมนไรท์วอชท์ว่า การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาเป็นสิ่งผิดกฎหมายหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย

แม้ว่าจะขัดแย้งกับแนวปฏิบัติระดับสากลก็ตาม

หน่วยงานของรัฐหลายแห่งมองว่าโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและหลอดฉีดยาเป็นสิ่งที่ “ผิดศีลธรรม” “เป็นของต่างชาติ”

“ไม่ใช่ของไทย หรือไม่เหมาะสมกับประเทศไทย” หรือ “ส่งเสริมให้มีการใช้ยามากขึ้น” ด้วยเหตุดังกล่าว

เจ้าหน้าที่ภาคสนามที่เป็นผู้ใช้ยามักจะถูกบังคับให้ต้องจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาอย่างลับ ๆ

และมักจะถูกตำรวจกลั่นแกล้งอยู่เสมอ

การกลั่นแกล้งเจ้าหน้าที่ภาคสนามที่เป็นผู้ใช้ยาส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้ยา ผู้ใช้ยาหลายคนระบุว่าผู้ใช้ยาดูแลตัวเองเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ หรือเป็นแหล่งข้อมูลเพียงแหล่งเดียวเกี่ยวกับเอชไอวี

การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้มีการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

รวมทั้งการเข้ารับบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับเอชไอวี และการบำบัดการติดยา ในทำนองเดียวกัน

การกลั่นแกล้งผู้ใช้อีกส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของโครงการภาคสนามที่ให้บริการโดยเพื่อนผู้ใช้ยาดูแลตัวเอง

ผู้ใช้ยาในไทยจำนวนมากมักจะถูกจับกุมคุมขังหรือถูกส่งเข้าเรือนจำเพื่อรอการไต่สวน

และมักจะเข้าออกสถานที่แห่งนี้เป็นประจำ เมื่ออยู่ในเรือนจำและสถานคุมขัง

ผู้ใช้ยาจะประสบความยากลำบากมากขึ้นในการขอรับบริการที่จำเป็นเพื่อป้องกัน ดูแลและรักษาเอชไอวี

รัฐบาลไทยไม่มีแนวปฏิบัติระดับชาติที่กำหนดให้มีการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งในช่วงที่เข้าหรือออกจากเรือน

จำ ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีพบว่า

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีอยู่จำกัดมากสำหรับผู้ต้องขัง

และรัฐบาลไทยไม่มีมาตรการที่จะทำให้บริการขั้นพื้นฐานต่างๆ (ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การลดอันตราย

การบำบัดภาวะพึ่งพายา การสนับสนุนด้านจิตสังคม)

มีการประสานซึ่งกันและกันในชุมชนทั่วไปและมีการประสานกับบริการต่างๆทั้งในช่วงเข้าหรือออกจากเรือนจำ

บริการทั้งหลายเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลด้านเอชไอวีที่ครบวงจรสำหรับผู้ใช้อาย

ความล้มเหลวของรัฐบาลในการส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเท่าเทียม

รวมทั้งการเข้าถึงบริการลดอันตราย เป็นการละเมิดบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้รัฐ

“จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” (มาตรา 80) และ

“การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” (มาตรา 51)

ความล้มเหลวของรัฐบาลในการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์อย่างครบวงจรต่อผู้ใช้ยาตามมาตรฐานสากล เป็นการละเมิดหลักการเคารพและปฏิบัติตามสิทธิด้านสุขภาพ การปฏิเสธไม่ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยอ้างว่าเป็นผู้ใช้ยาเป็นการละเมิดสิทธิที่จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ความล้มเหลวที่จะกำหนดเงื่อนไขเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเปิดเผย และการเก็บความลับของข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานที่มีต่อข้อมูลข่าวสารและสุขภาพ และอาจจะละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวด้วย

รัฐบาลไทยจะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อแก้ไขความล้มเหลวดังที่ระบุถึงในรายงานฉบับนี้ อีวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์มีข้อเสนอแนะที่สำคัญดังนี้

## ข้อเสนอแนะ

ถึงรัฐบาลไทย

เพิ่มบริการลดอันตรายสำหรับผู้ใช้ยา

- กำหนดนโยบายลดอันตรายระดับชาติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยเป็นการปรึกษาหารือของเจ้าหน้าที่ในระดับสูงทั้งในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี องค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์และการลดอันตรายจากการใช้ยาในประเทศไทยและระดับภูมิภาค เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากสหประชาชาติ (เช่น โครงการร่วมด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งสหประชาชาติ หรือ ศูนย์พิเศษด้านเอชไอวีเอดส์ของสหประชาชาติประจำภาคพื้นเอเชีย และ สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม หรือ UNODC) และกลุ่มผู้ใช้ยา
- จัดให้มีบริการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา การบำบัดระยะยาวด้วยเมธาโดนและมาตรการลดอันตรายอื่นๆตามที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และบูรณาการบริการต่างๆเหล่านี้เข้ากับบริการต่างๆที่มีอยู่ ณ ปัจจุบันในศูนย์หรือรวมตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย
- ส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเข้าถึงบริการลดอันตราย ซึ่งรวมทั้งบริการเมธาโดนและเข็มฉีดยาสะอาด โดยไม่ทำให้ราคาหรือค่าบริการเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง ซึ่งจะสอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญซึ่งกำหนดให้บุคคลทุกคนได้รับ “การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” (มาตรา 51)
- กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและมีกรอบเวลาในการขยายบริการลดอันตราย (ที่สามารถลดได้ตั้งแต่อันตรายขั้นที่ไม่รุนแรงมากนัก) ไปยังทุกส่วนของประเทศ

ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อช่วยให้ผู้ใช้ยามีความหวาดกลัวต่อการขอรับบริการสุขภาพน้อยลง

- ประกาศโดยทันทีและอย่างเป็นทางการว่า ผู้ใช้ยาที่มาขอรับบริการสุขภาพจะไม่ได้รับการลงโทษหรือถูกบังคับให้เข้ารับการรักษาบำบัดการติดยา

เพียงด้วยเหตุของการถูกระบุว่าเป็นผู้ใช้ยา

และให้แก้ไขกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีผลตามนโยบายดังกล่าวโดยทันที

- ให้การอบรมขั้นพื้นฐานแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจเกี่ยวกับการป้องกัน การดูแล และการรักษาเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งความสำคัญของการลดอันตรายในฐานะที่เป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหายาเอชไอวี/เอดส์
- ดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อแก้ปัญหาความไม่เชื่อมั่นของผู้ใช้ยาที่มีต่อบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งรวมทั้งมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการควบคุมไม่ให้เกิดการเผยแพร่ข้อมูลการใช้ยา (ของผู้ใช้ยาที่ให้ไว้ขณะมาขอรับบริการ) ในบรรดาหน่วยงานของรัฐ และส่งเสริมให้มีความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างภาครัฐกับโครงการลดอันตรายและเจ้าหน้าที่ภาคสนาม
- อบรมผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถให้การดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมต่อผู้ใช้ยา ซึ่งรวมทั้งการอบรมด้านสิทธิมนุษยชนเพื่อลดตราบาปและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้ใช้ยา

*ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้ผู้ใช้ยามีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร*

- ส่งเสริมให้ผู้ใช้ยา ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และเจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมาย มีข้อมูลที่สมบูรณ์และถูกต้องเกี่ยวกับบริการต่างๆด้านเอชไอวี/เอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการลดอันตรายจากการใช้ยา รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้ยาที่จะได้รับบริการเหล่านี้
- ส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การลดอันตราย และข้อมูลและบริการอื่น ๆ เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกลงโทษหรือถูกเลือกปฏิบัติ
- ส่งเสริมและขยายขอบเขตการสนับสนุนด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การลดอันตรายและข้อมูลและบริการอื่น ๆ เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งรวมทั้งการตรวจหาเชื้อและการให้คำปรึกษาโดยสมัครใจสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและผู้ถูกคุมขังในสถานที่อื่น ๆ
- ให้ข้อมูลและการอบรมแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในแง่ของหลักการและการปฏิบัติในการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ใช้ยาด้วยการฉีด รวมทั้งเรื่องวินัยในการกินยา ปฏิกริยาต่อกันของยา และการติดเชื้อสองชนิดร่วมกัน เช่น วัณโรคและไวรัสตับอักเสบบี
- ให้ข้อมูลและการอบรมแก่ผู้ใช้ยาเกี่ยวกับบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งรวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ปฏิกริยาต่อกันของยา วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบี
- ให้การสนับสนุนต่อเพื่อนผู้ใช้ยาที่ปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่ภาคสนามและผู้ให้ความรู้ รวมทั้งผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา และการลดอันตรายจากการใช้ยา
- พัฒนาและส่งเสริมการสื่อสารระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสำนักนายกรัฐมนตรี)



### แก้ไขอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อการเข้าถึงบริการด้านการดูแล

- นำนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนมาใช้และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายนี้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการจัดบริการขั้นพื้นฐานต่างๆแก่ผู้ติดเชื้อ (บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ การลดอันตราย การบำบัดการติดเชื้อและการสนับสนุนด้านจิตสังคม) และให้มีการประสานงานกันระหว่างบริการต่างๆเหล่านั้น ทั้งที่อยู่ในชุมชนและที่อยู่ในสถานที่คุมขัง
- พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างบริการต่างๆด้านเอชไอวี ด้านการบำบัดการติดเชื้อ และด้านอื่นๆ เพื่อสร้างการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและสถานที่คุมขัง
- ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีสิทธิอย่างเท่าเทียมที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ สวัสดิการ และการป้องกันโรคต่าง ๆ รัฐธรรมนูญของไทยกำหนดให้มีการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม
- ดำเนินการตามขั้นตอนโดยเร่งด่วนเพื่อแก้ปัญหาการคอร์รัปชันของตำรวจ และลงโทษในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเชื้อเสพติด พ.ศ. 2545

### ถึงรัฐบาลแห่งสหรัฐอเมริกา

- ยกเลิกคำประกาศห้าม การให้เงินสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาสำหรับโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม
- ให้การรับรองอย่างเป็นทางการถึงความสำคัญของการลดอันตรายจากการใช้ยา ในฐานะที่เป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์และโรคติดเชื้ออื่นๆ และกระตุ้นและสนับสนุนความพยายามของนานาชาติในการดำเนินการแทรกแซงต่างๆเพื่อลดอันตรายดังกล่าว ซึ่งรวมถึงมาตรการต่างๆที่ส่งเสริมการเข้าถึงกระบอกฉีดยาที่สะอาด

### ถึงองค์การสหประชาชาติและองค์การระหว่างประเทศผู้ให้ทุนสนับสนุนแก่ประเทศไทย

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของสหประชาชาติ (ได้แก่ โครงการร่วมด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งสหประชาชาติ [UNAIDS] องค์การอนามัยโลก [WHO] สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม [UNODC] ผู้แทนพิเศษแห่งสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในเอเชีย [U.N. Special Envoy for HIV/AIDS in Asia] ผู้ตรวจการพิเศษแห่งสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องสิทธิด้านสุขภาพ [Special Rapporteur on the Right to Health]) และองค์การระหว่างประเทศที่ให้ทุนสนับสนุนแก่ประเทศไทย ควรดำเนินขั้นตอนต่างๆให้แน่ใจว่าประเทศไทยมีการดำเนินการมาตรการต่างๆในทันทีเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายของการมาขอรับบริการสุขภาพ และประเทศไทยจะดำเนินการโดยทันทีในการปฏิบัติตามคำมั่นที่ได้ให้ไว้แก่สาธารณชนว่าจะจัดให้มีบริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยา การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และบริการด้านอื่นๆด้านเอชไอวีสำหรับผู้ติดเชื้อ

## วิธีวิจัย

ข้อมูลในรายงานฉบับนี้ได้มาจากการวิจัยภาคสนามในประเทศไทยในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม และ พฤศจิกายน - ธันวาคม 2549 โดยมีเจ้าหน้าที่สองคนจากกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ และเจ้าหน้าที่หนึ่งคนจากฮิวแมนไรท์วอตช์เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยละเอียด ซึ่งประกอบด้วยผู้เฒ่าและอดีตผู้เฒ่า 43 คน รวมทั้งการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้เฒ่าสองกลุ่มในศูนย์ตรวจปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยเมธาโดน และสำหรับผู้มีเชื้อหรือเสี่ยงที่จะมีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเป็นการสัมภาษณ์ทั้งที่เชียงใหม่ กรุงเทพฯ สมุทรปราการ สงขลาและสตูล หัวจังหวัดซึ่งกระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ และเป็นแหล่งที่มีผู้เฒ่าด้วยกรคิดจำนวนมาก เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาไทย หรือมีล่ามแปลกลับไป-มาระหว่างภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยมีอพท. ที่ทำงานกับผู้มีเชื้อหรือเสี่ยงที่จะมีเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นผู้ประสานงานให้มีการสัมภาษณ์กับผู้เฒ่า ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ให้สัมภาษณ์เหล่านี้จะสามารถเข้าถึงบริการลดอันตรายและบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ได้มากกว่ากลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี/เอดส์ทั่วไป มีการใช้นามแฝงเพื่อปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ และมีการตัดข้อมูลบางส่วนออกเพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล

นอกจากนี้ ยังมีกรสัมภาษณ์เพิ่มเติมในภาษาไทย หรือมีการแปลจากไทยเป็นอังกฤษกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ให้กรดูแลด้านเอชไอวี/เอดส์และ/หรือกรบำบัดกรติดยา ซึ่งได้แก่นายแพทย์ใหญ่ในเรือนจำขนาดใหญ่ที่สุดของไทย และผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของศูนย์บำบัดกรติดยาแบบผู้ป่วยในของรัฐบาลซึ่งใหญ่ที่สุดสองแห่ง และศูนย์บำบัดกรติดยาแบบผู้ป่วยในสำหรับการบังคับบำบัดของรัฐบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัด ผู้แทนจากอพท. ภายในประเทศและอพท. นานาชาติที่ทำงานกับผู้เฒ่าและผู้มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจ้าหน้าที่ขององค์การสหประชาชาติ เอกสารที่อ้างอิงถึงในรายงานฉบับนี้เป็นเอกสารสาธารณะ และบางส่วนอยู่ในแฟ้มข้อมูลของฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อกรรักษาเอดส์

## ความเป็นมา

### ประเทศไทยในฐานะ “เรื่องราวของความสำเร็จ” ด้านเอชไอวี

ไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาไม่กี่แห่งซึ่งประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ และตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมาสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงได้เกือบร้อยละ 80<sup>2</sup> นอกจากนี้ ในบรรดาประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก ไทยเป็นประเทศผู้นำในแง่ของการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยสถิติเมื่อกลางเดือน ตุลาคม 2550 ชี้ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วมากกว่า 180,000 คน<sup>3</sup> การที่ผู้ที่ต้องการยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 80 สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ ทำให้ไทยเป็นหนึ่งในสามประเทศของประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลกและเป็นเพียงประเทศเดียวในเอเชียที่มีบริการยาต้านไวรัสที่ครอบคลุมถึงระดับดังกล่าว<sup>4</sup> ประเทศไทยยังได้รับการยอมรับให้เป็นแม่แบบของความพยายามในการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และสามารถเข้าถึงผู้หญิงที่ต้องการบริการนี้ได้ถึงร้อยละ 89<sup>5</sup>

### เอชไอวี/เอดส์และการใช้ยาด้วยการฉีดในประเทศไทย

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาในประเทศไทย มีความแตกต่างจากกลุ่มเสี่ยงต่อเอชไอวีกลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน (เช่น กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ หรือ กลุ่มทหารเกณฑ์) กล่าวคือ ความชุกในกลุ่มนี้ไม่เคยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเลย<sup>6</sup> ผู้ใช้ยาด้วยการฉีดถือได้ว่าเป็น “คลื่นลูกแรก” ของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้พุ่งขึ้นอย่างรวดเร็วเหมือนติดจรวด จากเกือบไม่มีเลยไปเป็นร้อยละ 40 ภายในปีเดียวหลังจากที่มีค้นพบโรคนี้เป็นครั้งแรกในระหว่างปี 2530-2531<sup>7</sup> ผลจากการที่รัฐบาลไทยไม่สามารถนำยุทธศาสตร์การลดอันตรายมาใช้โดยทันที แม้จะตระหนักถึงประสิทธิภาพของยุทธศาสตร์นี้ตามที่ได้มีการยืนยันด้วยกรวิจัยต่างๆ ในท้องถิ่น (ดังที่กล่าวถึงข้างล่างนี้) อาจถือได้ว่าเป็นการรั้งให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยการฉีด

2 United Nations Development Programme (UNDP), Thailand Human Development Report 2007 (Bangkok: United Nations Development Programme, 2007), p. 2

3 จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จาก นพ.สฤษดิ์ ชาสุมบัติ, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งมายัง กลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์, 18 ตุลาคม 2550

4 World Health Organization, UNAIDS, UNICEF, Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: Progress Report, April 2550 (Geneva: World Health Organization, 2550), p. 15. อีกสองประเทศได้แก่ บอตสวานา และบราซิล

5 Ministry of Public Health, Thailand and World Health Organization Regional Office for South-East Asia (WHO-SEARO), External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia, 2005), p. 35.

6 โปรดดูตัวอย่าง เช่น Chris Beyrer et al., “Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison-Associated HIV Risks in Thailand,” AIDS and Behavior, vol. 7, no. 2, June 2003, p. 153, citing Ministry of Public Health, Thailand, HIV/AIDS Sentinel Surveillance Report (Bangkok, 2000).

7 World Bank, “Thailand Social Monitor: Thailand’s Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future,” November 30, 2000,

[http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2002/03/29/000094946\\_02031904060482/Rendred/PDF/multiopage.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2002/03/29/000094946_02031904060482/Rendred/PDF/multiopage.pdf) (accessed November 5, 2007), p. 5. HIV spread rapidly among networks of injection drug users in Thailand in the late 1980s, with clear links to incarceration. Ibid.

อยู่ในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่องยึดเยื้อมาจนถึงปัจจุบัน

คณะทำงานด้านการพยากรณ์ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของไทยประเมินไว้ในปี 2544 ว่า

หากมีการลงทุนอย่างเต็มที่ต่อโครงการลดการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ใช้ยาด้วยการฉีด

จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของไทยจะลดลงจาก 29,000 ในปี 2543 เป็น 11,800 ในปี 2549

แต่ถ้าไม่มีการดำเนินงานดังกล่าว จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2549 จะเพิ่มเป็น 17,000 คน<sup>8</sup>

ซึ่งตรงกับจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่รายงานในปี 2549 พอดี<sup>9</sup>

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) รายงานไว้ในปี 2547 ว่า

หนึ่งในสี่ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ในกลุ่มของผู้ใช้ยาฉีด<sup>10</sup>

ในที่ประชุมระดับสูงของสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องเอชไอวี/เอดส์ เมื่อปี 2549

รัฐบาลไทยได้แสดงความห่วงใยอย่างเปิดเผยต่อสาธารณะเกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงในกลุ่มผู้ใช้ยา

โดยระบุว่าอัตราการติดเชื้อดังกล่าว “ได้ทรงตัวอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าที่จะยอมรับได้

โดยสูงเช่นนี้มาตลอดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการระบาด”<sup>11</sup>

จนถึงปี 2546

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาด้วยการฉีดในประเทศไทยตามข้อมูลของคลินิกบำบัดการติดยาอยู่ที่ประมาณร้อยละ

45 ซึ่งสูงกว่าสถิติในปี 2531<sup>12</sup> จากผลการเฝ้าระวังเชิงป้องกันในพื้นที่ 39 แห่งเมื่อปี 2543

พบว่าความชุกของเอชไอวีในบรรดาผู้ใช้ยาด้วยการฉีดอาจสูงถึงร้อยละ 60 ในบางพื้นที่<sup>13</sup> ทุกปีเราจะพบว่าร้อยละ 3-10

ของผู้ใช้ยาด้วยการฉีดเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการใช้อุปกรณ์ฉีดยาที่ไม่สะอาด<sup>14</sup>

รัฐบาลไทยให้สัตยาบันแล้วครั้งแล้วครั้งเล่าที่จะแก้ไขความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยา ซึ่งจนถึงปัจจุบันก็ยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำสัญญานั้นให้สำเร็จ

ในรายงานต่อที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องเอดส์ (UNGASS) ในปี 2549 รัฐบาลไทยระบุว่า

“ยังไม่มีผลการดำเนินการใดๆมากนักในการแก้ไขปัญหาท้าทายจำเพาะ”

เกี่ยวกับการให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา การดูแลและสนับสนุน

รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ใช้ยาด้วยการฉีด พร้อมทั้งระบุว่า รัฐบาลจะ “ดำเนินการโดยเร่งด่วน”

ในการเพิ่มขนาดของบริการที่จัดเข้าไปในชุมชน ในด้านการลดอันตราย

---

8 Thai Working Group on AIDS Projections, *Projections for HIV/AIDS in Thailand* (Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand, 2001), p. xvii.

9 กระทรวงสาธารณสุขของไทยประมาณการว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 2549 คือประมาณ 17,000 ราย โปรดดู Pongphon Sarnsamak, “HIV Rate Rises in Married Couples,” *The Nation*, October 11, 2007 (รายงานพบว่าพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 7000 รายหรือร้อยละ 40 ที่เป็นการติดเชื้อในหมู่คู่สมรสในปี 2549 ดังนั้น จำนวนการติดเชื้อทั้งหมดคือประมาณ 17,500 ราย)

10 UNDP, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*, (Bangkok: UNDP, 2004), p. 54

11 Thailand Ministry of Public Health, “Towards Universal Access by 2010: Thailand National HIV and AIDS Program,” 2006.

12 วารุณี พรรณพานิช และคณะ, “Thailand's Response to the HIV Epidemic: Yesterday, Today, and Tomorrow,” *AIDS Education and Prevention, Supplement A*, June 2004, pp. 119-136.

13 UNAIDS, “Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Thailand” (2002) Sentinel surveillance for HIV/AIDS is the unlinked and anonymous testing of blood for the purpose of monitoring the prevalence and trends in HIV infection over time and place in a given population. WHO Regional Office for South-East Asia, “Tuberculosis and HIV: Some Questions and Answers,” [http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356/Section421\\_1623.htm](http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356/Section421_1623.htm) (accessed November 2, 2007).

14 UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, 2006. p. 33

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการด้านเอชไอวี/เอดส์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ติดเชื้อด้วย การฉีด และมีข้อเสนอให้รัฐบาล “ปฏิบัติการโดยเร่งด่วน” เพื่อส่งเสริมเข้าถึงบริการลดอันตราย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการด้านเอชไอวี/เอดส์อื่น ๆ สำหรับผู้ติดเชื้อด้วย การฉีด<sup>15</sup> และในที่ประชุมพิเศษดังกล่าว รัฐบาลสัญญาว่าจะส่งเสริมและให้บริการป้องกันการติดเชื้อและลดอันตรายสำหรับผู้ที่ต้องการทุกคน ส่งเสริมให้มีการเข้าถึงการบำบัดด้วยเมธาโดนได้มากขึ้น และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ติดเชื้อสามารถใช้วิธีการต่างๆ ในการลดพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงและสามารถเข้าร่วมในโครงการบำบัดการติดยาได้<sup>16</sup> และในแผนเอดส์แห่งชาติสำหรับ พ.ศ. 2550 – 2554 ที่เริ่มใช้เมื่อเดือนมิถุนายน 2550 ประเทศไทยก็ยังย้ำถึงความตระหนักที่ตนมีอยู่เกี่ยวกับความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และยังให้คำมั่นซ้ำอีกครั้งว่า จะจัดให้มีบริการด้านเอชไอวีเอดส์แก่กลุ่มดังกล่าว<sup>17</sup>

ประมาณว่าประชากร 3 ล้านคน (ร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย) เป็นผู้ติดเชื้อ แม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้ยาบ้า (เมธแอมเฟตามีน) แต่ก็ประมาณว่ามีผู้ใช้เฮโรอีน 100,000 -275,000 คน โดยร้อยละ 80 จะใช้โดยการฉีดเข้าเส้น ในปี 2546 รัฐบาลไทยได้ประกาศ “สงครามกับยาเสพติด” ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนต่อไปข้างล่างนี้ การวิจัยหลายชิ้นระบุว่า ผลลัพธ์ที่ไม่คาดหมายอย่างหนึ่งของสงครามปราบปรามยาเสพติดดังกล่าว คือทำให้มีการฉีดยากลุ่มประสาท (โดยเฉพาะเมตาโซแลม) มากขึ้น ในบรรดาผู้ติดเชื้อเฮโรอีน<sup>18</sup> ทั้งยังมีรายงานว่า มีการฉีดยาบ้า ผีน และโคเคนด้วย<sup>19</sup>

## กฎหมายและนโยบายด้านยาเสพติดในประเทศไทย

กฎหมายและนโยบายของประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อจะเริ่มจะสะท้อนคตินิยมของนานาชาติมากขึ้นเมื่อไม่นานมานี้เอง กล่าวคือ มีการมองว่าภาวะพึ่งพายเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการบำบัด ไม่ใช่การกระทำผิดที่ต้องได้รับการลงโทษ

ย้อนกลับไปในปี 2534 การวิจัยของกรุงเทพมหานครชิ้นหนึ่ง ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วย “ที่ได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดนในระยะยาว” (ในกรณีนี้คือ 180 วัน) มีแนวโน้มต่ำที่จะหันกลับไปใช้เฮโรอีนอีก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ผ่านโครงการ “ใช้เมธาโดนในการล้างพิษยา” (ในกรณีนี้คือ 45 วัน)<sup>20</sup> อย่างไรก็ตาม ก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง จนกระทั่งปี 2544

15 Submission by Royal Thai Government to UNAIDS, , “Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report,” 2006, p. 19,

<http://www.unaids.org/en/Publications/2005ungassreporting/default.asp> (accessed November 5, 2007).

16 Thailand Ministry of Public Health, “Towards Universal Access by 2010: Thailand National HIV and AIDS Program,” 2006

17 Thailand Ministry of Public Health, Department of Disease Control, *Book 1: National Plan for Strategic and Integrated HIV and AIDS Prevention and Alleviation 2007-2011: Key Contents* (National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007), pp. 8, 11-15, 19, 28, 30.

18 วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, “Illicit substance supply and abuse in 2000-2004: an approach to assess the outcome of the war on drug operation,” *Drug and Alcohol Review* , September 2005, p. 465.

19 United Nation on Drugs and Crime, Regional Center for East Asia and the Pacific (UNODC-SEARO), *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs of Abuse in East Asia and the Pacific 2005*, June 2006, [http://www.apaic.org/dc/Patterns\\_and\\_Trends\\_2005.pdf](http://www.apaic.org/dc/Patterns_and_Trends_2005.pdf) (accessed November 5, 2007), p. 103.

20 M. Ainsworth et al., *Thailand's Response to AIDS*, p. 45.

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนนโยบายและอนุญาตให้มีการบำบัดด้วยเมธาโดนในระยะยาว แต่ถึงอย่างนั้นก็จำกัดระยะเวลาบำบัดสูงสุดไว้ที่สองปี<sup>21</sup>

ในระหว่างปี 2535-2544

จำนวนผู้ต้องขังในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าสามเท่าอันเนื่องมาจากนโยบายด้านยาเสพติดที่เข้มงวด<sup>22</sup> นับถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2545 มีผู้ถูกคุมขังอยู่ตามทัณฑสถานต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย 250,000 คน ซึ่งคิดเป็นเกือบสามเท่าของความสามารถที่รองรับได้<sup>23</sup> และเกือบสองในสามของผู้ต้องขังเป็นผู้กระทำผิดในคดียาเสพติด<sup>24</sup> ในปี 2545 รัฐบาลไทยหาทางแก้ไขปัญหานักโทษล้นเรือนจำโดยการแก้ไขพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้มีทางเลือกอื่นนอกจากการคุมขังสำหรับคดียาเสพติด<sup>25</sup> กฎหมายดังกล่าวมองว่า “ผู้ติดยา” เป็น “ผู้ป่วย” ไม่ใช่ “อาชญากร” โดยให้โอกาสเข้ารับการรักษาบำบัดเป็นเวลาติดต่อกันได้นานถึงหกเดือน (แทนการคุมขัง) และอาจขยายระยะเวลาเพิ่มเป็นสามปีได้ เป็นเงื่อนไขสำหรับ “ผู้ช้ำยา” หรือ “ผู้ติดยา” ซึ่งถูกตรวจพบว่าใช้หรือครอบครองยาผิดกฎหมายในปริมาณเล็กน้อย หลังการบำบัด คณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยหน่วยงานของรัฐจะพิจารณาว่าบุคคลดังกล่าว “ได้รับการบำบัด” แล้วหรือไม่ หรือควรมีการดำเนินการทางอาญาต่อไป<sup>26</sup>

แต่ทั้งนี้ยังไม่มีการแก้ไขกฎหมายควบคุมยาเสพติดที่เข้มงวดของไทยให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กฎหมายยาเสพติดยังคงมุ่งลงโทษแม้ในกรณีที่มีการครอบครองยาจำนวนเล็กน้อยเพื่อใช้ส่วนตัว และให้อ่านอย่างกว้างขวางร่วมกับตำรวจในการตรวจค้น ยึดของกลางและจับกุม<sup>27</sup>

---

21 UNODC-SEARO, “Drugs and HIV/AIDS in South East Asia: A Review of Critical Geographic Areas of HIV/AIDS Infection among Injecting Drug Users and of National Programme Responses in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam”, February 2004, [http://www.unodc.un.or.th/drugsandhiv/publications/2004/5\\_hiv aids.pdf](http://www.unodc.un.or.th/drugsandhiv/publications/2004/5_hiv aids.pdf) (accessed November 5, 2007), p. 38

22 R. Walmsley, “World Prison Brief. Prison Population for Thailand”, 2005 [http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/continental\\_asia\\_records.php?code=114Population List \(6th ed.\)](http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/continental_asia_records.php?code=114Population List (6th ed.)). (accessed August 26, 2007)

23 กนกพรพรณ กัลยาณสูตร และ อัจฉรา สุริยวงศ์, “The Criminal Justice System and Community-Based Treatment of Offenders in Thailand,” Paper presented at the 121st International Training Course. Resource Material Series No. 61, pp. 265-293. Tokyo: United Nations Asia and Far East Institute For the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (2002), pp. 273-274.

24 เพิ่งอ้าง หน้า 273

25 โปรดดู พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพ.ศ. 2545 และ Mikinao Kitada, director, United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, “Prison Population in Asian Countries: Facts, Trends and Solutions,” paper presented at UN Programme Network Institute’s Technical Assistance Workshop, Vienna, Austria, May 10, 2001, p. 8; และ Ampa Santimetanadol, “Faster executions, but amnesties for minor crimes,” Bangkok Post, March 15, 2001.

26 ฮิวแมนไรท์วอตช์กังวลว่า อำนาจที่มอบหมายให้คณะอนุกรรมการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อาจขัดกับข้อรับรองภายใต้กติกาว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิในการมีเสรีภาพ (ข้อที่ 9) และสิทธิในการรับฟังการพิจารณาคดีอย่างยุติธรรมต่อหน้าศาลผู้มีอำนาจ เป็นอิสระ และเป็นกลาง (ข้อที่ 14) เนื่องจากคณะอนุกรรมการประกอบด้วยข้าราชการที่ไม่ได้มาจากฝ่ายตุลาการและบุคคลอื่น ๆ ที่อาจจะไม่มีความเป็นอิสระ ในการใช้อำนาจนี้ ในการตัดสินว่าผู้ต้องหาสมควรได้รับการฟื้นฟูและปล่อยตัวตามกฎหมายนี้หรือไม่

27 โปรดดู ตัวอย่าง เช่น มาตรา 14 ของพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2519

ตามที่แก้ไขโดยพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2543

และพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 หมวด 2, 8, 10, 12 (ตามที่แก้ไขโดย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545

รัฐบาลไทยให้งบประมาณจำนวนมากกับชุมชนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการจำแนกและรายงานตัวผู้ใช้ยาและผู้ค้ายา ตามข้อมูลของคุณพิทยา จินาวัฒน์ รองเลขาธิการ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (หรือ ปปส. ซึ่งเป็นสำนักงานที่ประสานงานต่างๆและเป็นผู้จัดทำนโยบายด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด) ปปส.เอง ก็มีการขอความช่วยเหลือจากประชาชนอย่างจริงจังในการเฝ้าระวังผู้ขายและผู้ค้ายาในระดับท้องถิ่น รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ ปปส. ด้วย คุณพิทยาบอกว่า มีการจัดสรรเงิน 200 ล้านบาท<sup>28</sup> ให้แก่คณะกรรมการหมู่บ้านสำหรับการช่วยเหลือในการเฝ้าระวังระดับท้องถิ่น เป็นจำนวนมากกว่า 10,000 หมู่บ้าน (จากทั้งหมด 85,000 หมู่บ้าน)<sup>29</sup>

ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา รัฐบาลไทยก็ได้เริ่มประกาศความสำเร็จของการทำ “สงครามกับยาเสพติด” ออกมาเป็นระยะ โดยระยะแรกของสงครามเป็นไปในลักษณะของการตัดสินใจโดยพลการและมีการทารุณกรรม และมีผู้ที่ต้องสงสัยว่าใช้ยาหรือจำหน่ายยาถูกวิสามัญฆาตกรรมไปไม่น้อยกว่า 2,275 คน<sup>30</sup> จากการสอบสวนกรณีการสังหารในช่วงสงครามปราบปรามยาเสพติดรอบแรกในปี 2546 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้บริสุทธิ์ และที่ผ่านมามีการสอบสวนหาสาเหตุอย่างเหมาะสม และการฆาตกรรมในบางกรณี ก็เป็นสถานการณ์ที่จัดขึ้นโดยอย่างชัดแจ้งโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ<sup>31</sup> ในรายงานของคณะมนตรีความมั่นคงสหประชาชาติเกี่ยวกับประเทศไทยเมื่อปี 2548 แสดงความกังวลถึง “วิสามัญฆาตกรรมที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนมากในระหว่าง ‘สงครามปราบปรามยาเสพติด’ ซึ่งเริ่มต้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2546” และความล้มเหลวของรัฐบาลในการสอบสวนการสังหาร หรือนำตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ<sup>32</sup>

สี่ปีครึ่งหลังจากสงครามปราบปรามยาเสพติดในรอบแรกที่เป็นรอบที่รุนแรงที่สุด และมากกว่าสองปีหลังจากที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเสนอรายงาน รัฐบาลเพิ่งเริ่มต้นการไต่สวนการสังหารทั้งแบบเต็มทีและบางส่วน รวมทั้งดำเนินการทางกฎหมายต่อผู้กระทำผิด ในเดือนสิงหาคม 2550 รัฐบาลทหารของไทยแต่งตั้งคณะกรรมการหกชุดเพื่อสอบสวนวิสามัญฆาตกรรมในระหว่างสงครามปราบปรามยาเสพติด

---

28 ตามอัตราแลกเปลี่ยน ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2549 เงิน 200 ล้านบาท เท่ากับ 5,236,530 เหรียญสหรัฐอเมริกา

29 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์พิทยา จินาวัฒน์ กรุงเทพฯ 25 กรกฎาคม 2549

<sup>30</sup> โปรดดูคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 29/2546, “การต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด” Y. Tunyasiri and W. Ngamkham, “Thaksin orders new round of suppression,” Bangkok Post, February 29, 2004; Order of the National Command Center for Combating Drugs (NCCD) No. 6/B.E. 2547 (2004), “Kingdom’s Unity for Victory Over Drugs,” NCCD Order No. 24/B.E. 2547 (2004), “Second Kingdom’s Unity for Victory Over Drugs;” “Anti-Narcotics Campaign: PM Launches New Round In War On Drugs,” The Nation, April 12, 2005; ONCB, Roadmap of Drug Surveillance and Establishment of Sustainable Victory over Drugs 2006-2008,” March 24, 2006, <http://en.oncb.go.th/document/Roadmap06-08.pdf> (accessed November 12, 2007). Human rights abuses in the “war on drugs” are documented in Human Rights Watch, Not Enough Graves: The War on drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights, vol. 16, no. 8(c), June 2004, <http://hrw.org/reports/2004/thailando704/thailando704.pdf>.

<sup>31</sup> โปรดดู Statement by Asian Human Rights Commission, “Thailand: Investigate institutions that kill, not just killers,” 23 พฤศจิกายน 2549.

<sup>32</sup> UN Human Rights Committee, “Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 40 of the Covenant, Concluding Observations, Thailand,” CCPR/CO/84/THA, July 8, 2005, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/e860ca7730edc51ec125706900453a28/\\$FILE/Go543504.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/e860ca7730edc51ec125706900453a28/$FILE/Go543504.pdf), para. 10.



ติดเมื่อปี 2546 และวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายปราบปรามยาเสพติดที่เกิดขึ้นในช่วงของรัฐบาลดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิดังกล่าวเกิดขึ้นอีก<sup>33</sup>

### การให้บริการดูแลและรักษาด้านเอชไอวีต่อผู้ใช้ยา: หลักการทั่วไป

ประสบการณ์จากนานาชาติพิสูจน์ให้เห็นว่าหากให้ความสนับสนุนเพียงพอ ผู้ใช้ยาจะสามารถมีวินัยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและได้รับประโยชน์จากบริการดูแลด้านเอชไอวีอื่น ๆ ในระดับที่ทัดเทียมกับผู้ไม่ใช้ยา<sup>34</sup> องค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) และองค์การด้านเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้ใช้ประสบการณ์เหล่านี้เพื่อกำหนดหลักการสำคัญของการให้บริการดูแลและรักษาด้านเอชไอวีต่อผู้ใช้ยา เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถเข้าถึงและมีวินัยอย่างเต็มที่ต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามที่สรุปไว้ด้านล่าง<sup>35</sup> รัฐธรรมนูญของไทยและกฎหมายด้านเอชไอวี/เอดส์ระดับชาติให้การยอมรับหลักการเหล่านี้ และให้ความสำคัญในการกำหนดเป็นเป้าหมายเพื่อให้มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั่วประเทศ<sup>36</sup>

**ควรมีการให้บริการรักษาด้านเอชไอวีอย่างเท่าเทียมต่อทุกคนที่ต้องการ และให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ยอมรับในระดับสากล**

การใช้ยาทั้งในปัจจุบันหรืออดีตไม่ควรเป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าควรได้รับยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่

**บริการดูแลสุขภาพควรครอบคลุมและบูรณาการเข้ากับบริการทางการแพทย์ทั่วไป บริการลดอันตราย การบำบัดภาวะพึ่งพายา และการสนับสนุนด้านจิตสังคม**

---

<sup>33</sup> Supawadee Inthawong, "Drug War Inquiry Chiefs Named," *Bangkok Post*, August 30, 2550.

<sup>34</sup> โปรดดู Matt Curtis, editor, *Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs: Lessons from Research and Practice* (New York: Open Society Institute, 2549), pp. 25-35.

<sup>35</sup> ข้อมูลในบทนี้ได้มาจาก WHO, UNAIDS, UNODC, "Evidence for action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use. Policy Brief: Antiretroviral Therapy and Injecting Drug Users," WHO/HIV/2005.06; World Health Organization, WHO Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, *HIV/AIDS Care and Treatment for People Who Inject Drugs In Asia. A Guide to Essential Practice (Draft)*, December 2006; Matt Curtis, ed., *Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs*; WHO, UNAIDS, UNODC, "Joint WHO/UNAIDS/UNODC Mission on Opioid Substitution Therapy in Ukraine," pp. 11, 14-20; WHO, UNODC, UNAIDS, "Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper, 2004;" World Health Organization Regional Office for Europe, *HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region* (2006), p. 5-24.

<sup>36</sup> มาตรา 52, 55 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย; sections 51, 55; National Committee for Prevention and Solutions to AIDS Problems, "National Strategic Plan to Integrate Prevention and Solutions to AIDS Problems (2007-2011), Main Content (Book 1), 2007; National Committee for Prevention and Solutions to AIDS Problems, "National Strategic Plan to Integrate Prevention and Solutions to AIDS Problems (2007-2011): Details on Strategy, Standards, Approaches and Indicators and Responsible Agencies," 2007.



ผู้เข้ายาได้พิสูจน์ตนเองแล้วว่า สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและผู้ให้ความรู้ เพื่อเสริมและสนับสนุนการดูแลและรักษาด้านเอชไอวีสำหรับเพื่อนผู้เข้ายาด้วยกันเอง และควรมีส่วนร่วมในการออกแบบและดำเนินโครงการต่างๆ สำหรับการรักษาแบบองค์รวม

ทั้งนี้ ต้องมีการรับประกันด้วยว่า จะมีการสื่อสารเรื่องปฏิริยาต่อกันของยาอย่างเปิดเผย องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพเป็นการจำเพาะว่า “ควรให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยทุกคนเกี่ยวกับปฏิริยาต่อกันระหว่างยาต้านไวรัสเอดส์และยาชนิดอื่น ๆ ที่เขาได้รับ ไม่ว่าจะเป็ยยาที่ใช้เป็นสารทดแทนในการบำบัดการติดยา ยาผิดกฎหมาย/สารที่ใช้เพื่อความสนุกสนาน และยาสำหรับรักษาวัณโรค ไวรัสตับอักเสบนิตปี ไวรัสตับอักเสบนิตซี และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ การตระหนักถึงปฏิริยาต่อกันของยา การรายงานและการจัดการอาการเหล่านี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความผาสุกของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา และการจัดการในการแก้ไขปัญหาเรื่องปฏิริยาต่อกันของยา”<sup>37</sup>

#### **ควรแก้ไขปัญหาเรื่องไวรัสตับอักเสบนิตปีและวัณโรค**

ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ การติดเชื้ออื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบนิตปี ไวรัสตับอักเสบนิตซี และ/หรือ วัณโรค เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้เข้ายาโดยการฉีดที่ได้รับเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว ผู้ให้บริการด้านสุขภาพซึ่งให้การรักษาเอชไอวี/เอดส์กับผู้เข้ายาต้องเข้าใจถึงพลวัตของการติดเชื้อร่วมระหว่างเอชไอวีกับไวรัสตับอักเสบนิตปีและนิตซี และวัณโรค และได้รับการอบรมให้สามารถวินิจฉัย รักษา และติดตามสภาวะการติดเชื้อหลายชนิดร่วมกันดังกล่าว

#### **บริการด้านสุขภาพควรมีการประสานกับโครงการลดอันตรายจากการเข้ายา**

โครงการลดอันตรายอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่ชักนำผู้เข้ายาให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ และที่ผ่านมามีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้เข้ายาที่มีเชื้อเอชไอวีเข้ารับการดูแลรักษาเอชไอวีมากขึ้น และให้ความร่วมมือตามแผนการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นด้วย ผู้เข้ายาที่ติดเชื้อเอชไอวี สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกขององค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญของโครง

---

37 World Health Organization Regional Office for Europe, HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region (2549), p. 5-24; see also WHO Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, HIV/AIDS Care and Treatment for People Who Inject Drugs In Asia, pp. 29-30. ฮิวแมนไรท์วอชท์ ชอบใช้คำว่า “การบำบัดโดยให้ยาช่วยย” แทนคำว่า “การบำบัดโดยให้สารทดแทน” การบำบัดโดยให้ยาช่วยย (MAT) เป็นการให้สารชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น เมธาโดน หรือ บิวพรีนอร์ฟิน ซึ่งให้ผลเชิงเภสัชวิทยาที่ดีในการบำบัดสารบางตัวที่ทำให้ติด ปกติจะให้ทางปาก ภายใต้การดูแลของแพทย์ MAT จะช่วยป้องกันอาการถอนยา ลดความอยากเสฟฝิ่น และช่วยจัดฤทธิ์ของยาฝิ่นที่ผิดกฎหมายให้หมดไป ยาที่ใช้ในการบำบัดแบบนี้ แพทย์อาจออกใบสั่งให้ใช้ได้เป็นระยะเวลาสั้นๆหรือระยะยาวก็ได้ ในการรักษาแบบ MAT สำหรับผู้พึ่งพาสารกลุ่มฝิ่นนี้ (ซึ่งมักเรียกว่า “opioid substitution therapy” หรือ “substitution maintenance therapy”) ผู้ป่วยจะได้รับ เมธาโดน หรือ บิวพรีนอร์ฟิน ในขนาดที่คงที่เป็นระยะเวลานาน เป็นวิธีที่ได้ผลที่สุด และมีกรวิจัยรองรับหรือสนับสนุนมากมาย สำหรับผู้พึ่งพาฝิ่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว ก็จะสามารถกระทำสิ่งต่างๆได้ตามปกติ

ารลดอันตรายที่มีต่อการส่งเสริมการเข้าถึงบริการรักษาและดูแลด้านเอชไอวีในอินโดนีเซีย ซึ่งเมื่อนับถึงกลางปี 2549 รัฐบาลของประเทศนี้ได้จัดตั้งโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยามากกว่า 91 โครงการ และโครงการเมธาโดนอีก 7 โครงการ (รวมทั้งโครงการเมธาโดนในเรือนจำหนึ่งแห่งด้วย)<sup>38</sup>

### **ต้องมีบริการดูแลและรักษาเอชไอวี/เอดส์ในเรือนจำและสถานคุมขังเช่นเดียวกับในชุมชนทั่วไป**

ผู้เข้าขังจำนวนมากอยู่ในเรือนจำหรือสถานคุมขังอื่น ๆ เช่น โรงพัก สถานบังคับบำบัดการติดยา หรือ ศูนย์ “ฟื้นฟูสมรรถภาพ” ในหลายประเทศพบว่า

ผู้ต้องขังและผู้ถูกควบคุมตัวโดยรัฐมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าประชาชนทั่วไปมาก

ผู้เข้าขังที่ถูกจองจำอาจเริ่มมีภาวะพึ่งพายา และ/หรือ เพิ่งได้รับการรักษาเอชไอวีก่อนถูกคุมขัง

และต้องเลิกการใช้ยาแบบทันทีทันใด และ/หรือ ต้องหยุดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไว้ชั่วคราวขณะถูกคุมขัง ดังนั้น

เรือนจำและสถานคุมขัง จึงเป็นสถานที่ที่ให้โอกาสอันดีสำหรับการแก้ไขปัญหายาเอชไอวี/เอดส์และภาวะพึ่งพายา

ผู้ต้องขังจะต้องสามารถเข้าถึงบริการตรวจจรสำหรับภาวะพึ่งพายาและการติดเชื้อเอชไอวี เช่น

บริการเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา การบำบัดการติดยากลุ่มฝิ่นโดยใช้ยาทางการแพทย์ช่วย

และการรักษาเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การจัดการให้ผู้ต้องขังได้รับบริการเหล่านี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ามาในเรือนจำจนกระทั่งได้รับการปล่อยตัว

เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

### **กฎหมาย นโยบาย และมาตรฐานต่างๆ**

**ที่ช่วยให้บริการต่างๆสำหรับผู้เข้าขังอย่างดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ**

**เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ**

ผู้เข้าขังทั่วโลกต้องเผชิญกับปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่หลากหลาย ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคอื่น ๆ

ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี/เอดส์และบริการสุขภาพอื่น ๆ สำหรับโรคดังกล่าว กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ

นโยบาย และทัศนคติที่เกื้อหนุน ที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการกีดกัน การเลือกปฏิบัติและการสร้างตราบาปต่อผู้เข้าขัง

และช่วยคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของพวกเขา

ล้วนมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้เข้าขังสามารถเข้าถึงบริการที่ตรวจจรด้านเอชไอวี/เอดส์<sup>39</sup>

38 อ้างแล้ว

39 WHO Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, HIV/AIDS Care and Treatment for People Who Inject Drugs In Asia, pp. 7,9-10; UNAIDS, Joint UNAIDS Statement on HIV Prevention and Care Strategies for Drug Users, June 2005 [http://data.UNAIDS.org/UNA-docs/cco\\_idupolicy\\_en.pdf](http://data.UNAIDS.org/UNA-docs/cco_idupolicy_en.pdf) (accessed November 2, 2007).

## ผลการวิจัย

### นโยบายการปราบปรามยาเสพติดและการปฏิบัติงานของตำรวจ ที่ปิดกั้นโอกาสการเข้าถึง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ในปี 2542 ชัย แอล ...ซึ่งผู้ใช้ยาที่มีเชื้อเอชไอวีคนหนึ่ง เปิดศูนย์บำบัดการติดยาขึ้นในหมู่บ้านของเขา ซึ่งให้บริการบำบัดการติดยา และบริการด้านการป้องกัน ดูแลและรักษาเอชไอวีสำหรับผู้ใช้งาน ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก เขาคัดเลือกผู้ใช้งานจากชุมชน (ซึ่งหลายคนเคยเข้ารับการบำบัดร่วมกับเขาในศูนย์บำบัดการติดยาแห่งหนึ่งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอื่นที่ห่างไกลจากบ้านของเขา) เพื่อช่วยก่อสร้างศูนย์นี้และทำงานเป็นผู้ให้คำปรึกษากับเพื่อนผู้ใช้งานที่นี้ ชัย ทำงานประสานกับคลินิกเมธาโดนของโรงพยาบาลท้องถิ่น และส่งเสริมงานของคลินิกในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเพื่อนผู้ใช้งานทั้งในชุมชนและในศูนย์ศาสนาต่างๆ

ในระหว่างสงครามปราบปรามยาเสพติดเมื่อปี 2546 เจ้าหน้าที่ทหารซึ่งรู้จักกับชัย ได้มาที่ศูนย์ของชัยและนำตัวผู้ป่วยไปเข้าโครงการ “วิวัฒน์พลเมือง” ซึ่งเป็นศูนย์บำบัดการติดยาแบบบังคับบำบัดของทหารที่มีอยู่มากกว่า 40 แห่งที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้น พวกเขาต้องการจำนวนผู้ป่วยมาเข้าอบรมให้ครบตามโควตาที่ได้รับมอบหมายมา เมื่อฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ไปเยี่ยมชัยเมื่อปี 2549 พบว่าศูนย์ที่ชัยและเพื่อนได้ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี 2542 และได้เคยให้บริการผู้ป่วยมาแล้วมากกว่า 300 คน ได้กลายเป็นศูนย์ที่ว่างเปล่า ไม่มีคนเลย ชัยบอกว่า “ศูนย์ของเรายังคงดำเนินการอยู่ แต่ผู้รับบริการหายไปหมดในช่วงที่มีสงครามปราบปรามยาเสพติด หายไปเหมือนกับ (ผู้คนที่) โดนคลื่นสึนามิถล่ม (ในปี 2548) ผู้ป่วยในศูนย์ของผมถูกบังคับให้ย้ายไปที่โครงการ วิวัฒน์พลเมือง ” ในช่วงหลังจากปี 2546 เป็นต้นมา ก็มีผู้ใช้งานบางส่วนกลับมาบ้าง “แต่กลับมาในฐานะผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการมีสถานภาพเป็นผู้ติดเชื้อจะปลอดภัยกว่าการเป็นผู้ใช้งาน”<sup>40</sup>

แม้ว่านโยบายของรัฐในปัจจุบันจะเน้นที่การฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าการลงโทษ (การปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดเรื่องยาเสพติดที่มีการครอบครองยาในปริมาณเพียงเล็กน้อย หรือ กระทำความผิดเป็นครั้งแรก ในฐานะ “ผู้ป่วย” ไม่ใช่ “อาชญากร”)

<sup>40</sup> ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ชัย แอล., จังหวัดสตูล 10 กรกฎาคม 2549

แต่ผู้ใช้อีกยังคงอยู่ในการเฝ้าระวังการของตำรวจและหน่วยงานปราบปรามยาเสพติด มีแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานผู้บังคับใช้กฎหมาย จากสิ่งนี้อิวแมนไรท์วอชท์และฝ่ายอื่นๆได้บันทึกเป็นรายงานไว้

ผลพวงที่ตามมาและจะดำรงอยู่ต่อไปอีกนานของสงครามยาเสพติด ก็คือ ผู้ใช้ยาที่ต้องการปกป้องตนเองจากการกระทำรุนแรงของตำรวจ การถูกบังคับให้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และการถูกจับกุม ถูกผลักดันให้หลบลงใต้ดิน ห่างไกลจากบริการสุขภาพและการสนับสนุนที่จำเป็น และมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการรับเชื้อเอชไอวี<sup>41</sup> อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์พบว่า การปฏิบัติเช่นนี้ทั้งในอดีตและที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน

ส่งผลให้ผู้ใช้อายุน้อยเสี่ยงที่จะเข้ารับบริการสุขภาพต่างๆของรัฐทั้งหมด รวมทั้งบริการสุขภาพที่จำเป็นต่างๆที่กล่าวถึงก่อนหน้านี้ หรือ หันไปใช้บริการการรักษาจากสถาบันต่างๆในภาคเอกชน โดยต้องจ่ายเงินสำหรับบริการต่างๆที่ตนมีสิทธิ์ไปรับบริการได้ฟรีจากทางภาครัฐ

#### การขึ้นทะเบียนผู้ใช้ยาของตำรวจ

ผู้ใช้ยาและเจ้าหน้าที่ภาคสนามบอกว่า “สงครามปราบปรามยาเสพติด” ยังคงส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ใช้ยา ทำให้พวกเขาหลายคนไม่ไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ เพราะกลัวว่าจะมีการนำข้อมูลการใช้ยาของพวกเขา (ทั้งในอดีตหรือปัจจุบัน) ไปให้กับตำรวจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว

โรงพยาบาลของรัฐและศูนย์บำบัดการติดยาต่างรวบรวมและเปิดเผยข้อมูลการใช้ยาของแต่ละบุคคลให้แก่หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานผู้บังคับใช้กฎหมาย ทั้งโดยเป็นการปฏิบัติตามนโยบายและเป็นไปตามแนวการปฏิบัติโดยทั่วไป

เมื่อถามว่าการประกาศสงครามปราบปรามยาเสพติดรอบใหม่ในเดือนพฤษภาคม 2549 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง เล็ก แอล. เจ้าหน้าที่ภาคสนามอายุ 28 ปีที่เชียงใหม่บอกว่า “ถ้าดูเฉพาะจำนวนคนที่ถูกฆ่าตาย อาจจะพูดได้ว่ามันดีขึ้น แต่ที่แย่ลงคือจำนวนของผู้ที่หวาดกลัวและไม่มาขอรับบริการ”

เขายกอีกว่า ในฐานะที่เขาเป็นเจ้าหน้าที่ภาคสนาม เขาได้เรียนรู้ว่าสิ่งที่ผู้ใช้อายุน้อยมีความกังวลมากที่สุดคือ ถ้าพวกเขารายงานต่อหน่วยงานของรัฐ พวกเขาก็อาจจะถูก “ขึ้นบัญชีดำ” หรือขึ้นทะเบียนในฐานะผู้ใช้ยา และชื่อของพวกเขาจะอยู่ในบัญชีตลอดไป<sup>42</sup> แอท เค. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 33 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้แก่เพื่อนๆที่เชียงใหม่อธิบายว่า ผู้ใช้ยาที่มีเชื้อเอชไอวีแบบเขา

41 โปรดดู ตัวอย่าง เช่น Human Rights Watch, Not Enough Graves. และดู UN Special Rapporteur on Right to Health July 24, 2004 communication to Thai government (expressing concern that the government’s anti-narcotics campaign, coupled with limited access to harm reduction services “had inadvertently created the conditions for a more extensive spread of the virus in Thailand”).

42 อิวแมนไรท์วอชท์สัมภาษณ์ เล็ก แอล. เชียงใหม่ 12 กรกฎาคม 2549.

“จะไม่ไปโรงพยาบาลเว้นแต่จะถูกลากตัวไป” “สงครามปราบปรามยาเสพติดส่งผลกระทบต่อผมโดยส่วนตัวด้วย” แอท เค.บอก “นโยบายนี้ยังคงมีอยู่ต่อไป

ผู้เข้ายาที่มีเชื้อเอชไอวีไม่กล้าไปพบแพทย์เพราะนโยบายนี้มีการปฏิบัติมานานแล้วและเริ่มจะเอากลับมาใช้ใหม่ เพื่อน ๆ ก็ไม่กล้าไปโรงพยาบาล...พวกเขาบอกว่ามันเป็นหน่วยงานของรัฐ เป็นสถานที่ทำงานของรัฐบาล”<sup>43</sup>

ผู้เข้ายาบอกว่าต้องไปใช้บริการจากคลินิกเอกชนสำหรับบริการต่าง ๆ ที่ต้องมีการเปิดเผยชื่อ (เช่น การรักษาฝี หรือ การขอรับเมธาโดน) การไปพบแพทย์เอกชนไม่เพียงมีค่าใช้จ่ายสูง

แต่ยังทำให้ผู้เข้ายามีโอกาสได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ของรัฐน้อยลง

(รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ) ที่พวกเขามีสิทธิไปใช้บริการนั้นๆ

อิท อาร์. อายุ 27 ปี บอกว่า เขากลัวที่จะไปโรงพยาบาลของรัฐเพื่อใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด และในกลางปี 2549 ตอนที่เพื่อนได้รับบาดเจ็บจากการฉีดยา อิท อาร์. พาเพื่อนไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน อิท อาร์. บอกว่าโรงพยาบาลเอกชนไม่สอบถามข้อมูลส่วนตัวและไม่เอาข้อมูลไปให้ตำรวจ

“ผมกังวลว่าโรงพยาบาลรัฐอาจเอาข้อมูลไปให้ตำรวจ ผมสบายใจที่จะจ่ายแพงว่า แทนการเอาชีวิตผมไปเสี่ยง”<sup>44</sup>

เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของปปส. อธิบายว่า

โรงพยาบาลของรัฐจะลงประวัติข้อมูลของผู้เข้ายาไว้ในแบบฟอร์ม

ซึ่งจะมีการจัดส่งทางอินเทอร์เน็ตให้กับหน่วยงานกลางที่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข<sup>45</sup> รัชนิกร สรสิริ

ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ สำนักงานปปส.อธิบายว่า แบบฟอร์มเหล่านี้ใช้เพื่อ “ติดตามดูแลสถานการณ์การใช้ยา” รัชนิกรและเพื่อนร่วมงานในปปส. อธิบายอีกว่า เป็นข้อมูลที่ใช้ร่วมกันระหว่างปปส.

หน่วยงานตำรวจที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดบำบัดและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ<sup>46</sup> พลเอกบวร งามเกษม

ที่ปรึกษาศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศตส.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า มีการเอาชื่อผู้เข้ายาให้กับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขระดับท้องถิ่น

รวมทั้งคณะกรรมการระดับอำเภอซึ่งมีตำรวจรวมอยู่ด้วย พลเอกบวรกล่าวว่า

“ถ้าคุณมาโรงพยาบาลเพราะขาหักและสมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัด (การติดยา)

---

43 สิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ แอท เค., เชียงใหม่ 15 กรกฎาคม 2549

44 สิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ อิท อาร์. เชียงใหม่ 27 กรกฎาคม 2549

45 สิวแมนไรท์วอชท์สัมภาษณ์พลเอกบวร งามเกษม กรุงเทพฯ, 19 กรกฎาคม 2549

สิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์รัชนิกร สรสิริ ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ สำนักงานปปส. 25 กรกฎาคม 2549

46 สิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์รัชนิกร สรสิริ ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ สำนักงานปปส. 25 กรกฎาคม 2549. และโปรดดูหมายเหตุ สัมภาษณ์ปปส. กรกฎาคม 2549

เขาก็จะใส่ชื่อคุณไว้ในเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะไม่มีการเอาข้อมูลนี้ให้กับตำรวจโดยอัตโนมัติ แต่ถ้าตำรวจต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดการติดยา เขาก็จะได้ข้อมูลนี้ไป”<sup>47</sup>

นายตำรวจระดับผู้กำกับท่านหนึ่งในเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีวิสามัญฆาตกรรมจำนวนมากในระหว่าง “สงครามปราบปรามยาเสพติด” เมื่อปี 2546 ยอมรับว่า หน่วยงานของเขายังคงขึ้นบัญชีดำผู้ต้องสงสัยว่าใช้ยา “ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ใช้ ผู้ติดยาหรือผู้ค้ายา...แต่ละ อำเภอ จะต้องส่งบัญชีมาให้กับหน่วยงานระดับจังหวัด และจะมีการไล่ดูว่าผู้ที่มีรายชื่ออยู่ในบัญชีได้ถูกจับกุมแล้วหรือไม่ หน่วยงานจังหวัดจะเป็นผู้ตรวจสอบและติดตามงานของเรา”

ร้อยตำรวจโทท่านนั้นอธิบายถึงวิธีการเรียกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้ยาจากโรงพยาบาลทั้งที่เป็นของรัฐและของเอกชน “โรงพยาบาลรัฐจะต้องส่งชื่อผู้ใช้ยาที่เข้ารับบริการภายในพื้นที่ให้กับเรา

ในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนเราต้องใช้วิธีการอื่น อย่างเช่น

เราจะส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือสายสืบไปคลุกคลีกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสอบถามว่าผู้ป่วยของเขาคือใครและอยู่ที่ไหนบ้าง” เมื่อถามว่าการตรวจสอบเผื่อระวังเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้ยาหรือไม่ ผู้กำกับบอกว่า “กระทบแน่นอน! บางครั้งพวกเขาไม่พร้อมจะเปิดเผยว่าตัวเองเป็นผู้ใช้ยา เพราะจะมีการแจ้งให้ตำรวจทราบ และพวกเขาต้องมาตรวจปัสสาวะที่โรงพัก ถ้าผลเป็นบวกก็จะถูกตั้งข้อหา ถ้าผลเป็นลบเราก็จะจับตามองพวกเขาต่อไป”<sup>48</sup>

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและบริการสุขภาพ

แสดงความเห็นแตกต่างกันเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่บางคนในโรงพยาบาลของรัฐ ยอมรับว่า พวกเขาจะแจ้งเกี่ยวกับผู้ใช้ยาให้ตำรวจทราบ และนั่นทำให้ผู้ใช้ยาไม่มาขอรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลรัฐ ตัวอย่าง เช่น พญ. อัญชลี อวิหิงสานนท์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีที่กรุงเทพฯ บอกว่า

โรงพยาบาลมีหน้าที่ต้องรายงานข้อมูลผู้ใช้ยาซึ่งยังคงใช้ยาอยู่ให้กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ และเสริมด้วยว่า

“ผู้ใช้ยาซึ่งยังคงใช้ยาอยู่ กลัวว่าจะถูกจับและส่งตัวให้ตำรวจ หรือถูกส่งเข้าโครงการบำบัดการติดยา”<sup>49</sup> อย่างไรก็ตาม

ทินมณี ทิพย์ปัญญา หัวหน้าฝ่ายงานยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ให้ความเห็นว่า

“ผู้ใช้ยาเคยบอกกับดิฉันว่า ถ้าพวกเขาเปิดเผยข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พวกเขาไม่มั่นใจว่าข้อมูลนี้จะรั่วไปถึงตำรวจหรือเปล่า พวกเขาในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

---

47 สิวแมนไรท์วอชท์สัมภาษณ์พลเอกบวร งามเกษม กรุงเทพฯ, 19 กรกฎาคม 2549.

พลเอกบวรแสดงความกังวลว่าข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้ยาที่ตำรวจมีอาจล้าสมัย เป็นเหตุให้มีการขึ้นบัญชีผู้ใช้ยามืด ๆ เขาบอกว่าเขาพยายามให้ตำรวจทำข้อมูลให้ทันสมัย เพราะกลัวว่า “คนที่อยู่ในบัญชีของตำรวจจะเลิกยาไปแล้ว”

48 สิวแมนไรท์วอชท์ สัมภาษณ์ ตำรวจระดับผู้กำกับ (ขอสงวนนาม) เชียงใหม่, 18 กรกฎาคม 2549

49 สิวแมนไรท์วอชท์ สัมภาษณ์ พญ. อัญชลี อวิหิงสานนท์ แพทย์และผู้ประสานงานโครงการวิจัย HIV-NAT ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ 20 กรกฎาคม 2549

เราสนใจเฉพาะประเด็นด้านสุขภาพ เราไม่ได้ทำเรื่องการสืบสวนสอบสวนผู้ช้ยา” คุณทินมณีบอกว่า ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ช้ยาที่ถูกจับกุมและดำเนินการ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จะมีการส่งให้กับตำรวจเป็นประจำ

แต่ข้อมูลที่ผู้ช้ยาเปิดเผยในระหว่างเข้ารับบริการด้านสุขภาพหรือบำบัดยาด้วยความสมัครใจ จะไม่มีการเอาไปให้กับตำรวจ<sup>50</sup>

ความจริงแล้ว ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ชื่อและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้พึ่งพายา ที่ส่งมาเพื่อการพิจารณาตามพระราชบัญญัตินี้ จะส่งให้แก่บุคคลทั้งหมดที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่บังคับใช้พระราชบัญญัตินี้ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงยุติธรรมและกรมคุมประพฤติ รวมทั้งแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และในบางกรณี ยังรวมถึงอดีตผู้ช้ยาที่ปฏิบัติงานอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย<sup>51</sup>

ทินมณีเสริมด้วยว่า “โดยส่วนตัวแล้วดิฉันคิดว่าผู้ช้ยาควรบอกข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเปิดเผย เพื่อจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและมีสุขภาพดีขึ้น แต่พวกเขาอาจได้ข้อมูลมาผิด ๆ และกลัวว่าถ้าให้ข้อมูลกับเรา ตำรวจก็มีข้อมูลด้วย แต่ในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดิฉันบอกทุกคนว่าดิฉันจะไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการช้ยาให้กับตำรวจ” แต่เธอยอมรับว่าตำรวจพยายามจะขอข้อมูลในส่วนนี้ “เป็นธรรมดาที่ตำรวจจะมีวิธีการเพื่อให้ได้ข้อมูล พวกเขามีนักสืบที่จะมาสืบหาข้อมูลอยู่แล้ว”<sup>52</sup>

---

50 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ทินมณี ทิพย์ปัญญา เชียงใหม่ 14 กรกฎาคม 2549

51 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545, มาตรา 6-13, 35; และดู ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์หนึ่ง พี. กรุงเทพฯ 21 กรกฎาคม 2549

52 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ทินมณี ทิพย์ปัญญา เชียงใหม่ 14 กรกฎาคม 2549

การรักษาความลับของข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ได้รับความคุ้มครองทั้งจากกฎหมายระหว่างประเทศ<sup>53</sup> และกฎหมายของไทย<sup>54</sup> แม้ว่าสิทธิเรื่องความเป็นส่วนตัวจะไม่อาจถือเป็นกฎโดยสมบูรณ์สำหรับใช้กับเรื่องความลับของข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล แต่หากจะต้องละเมิดกฎนี้ ต้องกระทำโดยเคร่งครัดและด้วยเหตุผลที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น แม้ว่าในบางกรณี อาจจะมีการเปิดเผยข้อมูลเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยได้บ้างตามขอบเขตที่จำกัดไว้ (เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการบังคับบำบัดการติดยา ตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545) แต่การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะเพื่อใช้ในการกวาดล้างผู้ใช้อย่างรุนแรงของรัฐบาล นับว่าเป็นสิ่งที่ไม่สมเหตุผล

### การขัดขวางแทรกแซงบริการลดอันตรายจากการใช้ยา

รัฐบาลไทยได้ให้คำมั่นต่อสาธารณชนหลายครั้งว่าจะพัฒนาและดำเนินการโครงการลดอันตรายในระดับชาติสำหรับผู้ใช้ยา และตระหนักว่าโครงการลดอันตรายนี้มีความสำคัญในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นที่ชักนำผู้ใช้ยาให้เข้าสู่กระบวนการรักษาเอชไอวีได้<sup>55</sup> แต่ที่ผ่านมารัฐบาลให้ความสำคัญสนับสนุนเรื่องบริการลดอันตรายสำหรับผู้ใช้น้อยมาก แม้บริการนี้จะได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ และในบางกรณี

---

53 ในอรรถาธิบายทั่วไปข้อ 14 ว่าด้วยสิทธิด้านสุขภาพ คณะกรรมการเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมระบุถึง “สิทธิที่จะได้รับการปกป้องข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นความลับ” ย่อหน้า 12 คณะกรรมการตั้งข้อสังเกตอย่างกว้าง ๆ ว่า “สิทธิด้านสุขภาพเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการบรรลุซึ่งสิทธิมนุษยชนอื่น ๆ ตามที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งรวมทั้งสิทธิ...ความเป็นส่วนตัว” (right to intimacy) อ้างแล้ว ย่อหน้า 3 ในการอ้างถึงสิทธิความเป็นส่วนตัวตามมาตรา 19 ของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง คณะกรรมการระบุว่า ให้ “ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเนื่องจากมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ” ย่อหน้า 12 เซึ่งอรรถ 8 ตามการตีความกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองของ Manfred Nowak สิทธิความเป็นส่วนตัวยังรวมถึงสิทธิในเรื่องใกล้ชิดตัว (right of intimacy) กล่าวคือ “สิทธิที่จะปกปิดบุคคลิกนิสัย การกระทำ หรือข้อมูลที่เป็นส่วนตัวจากการรู้เห็นของสาธารณะ” สิทธิในเรื่องใกล้ชิดตัวจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีมาตรการคุ้มครองสิทธิดังกล่าว รวมทั้งการปฏิบัติตามพันธกรณีเกี่ยวกับการปกปิดเป็นความลับ สำหรับแพทย์หรือพระสงฆ์ และอื่น ๆ นอกจากนั้น “สิทธิในเรื่องใกล้ชิดตัวยังคุ้มครองการตีพิมพ์เผยแพร่ การรุกราน หรือแม้เพียงการเข้าไปเห็นพื้นที่อันเป็นเรื่องใกล้ชิดโดยปราศจากความยินยอมของบุคคล ซึ่งอาจถือเป็นการแทรกแซงที่ไม่ชอบธรรมอย่างหนึ่ง” (ตัวเน้นในต้นฉบับ) Manfred Nowak, UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary (Kehl am Rein: N.P. Engel, 1993), p. 296 สิทธิของการเคารพชีวิตส่วนตัวของบุคคลยังปรากฏในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของยุโรป (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms) มาตรา 8

54 ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323-325; พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540; ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526

55 โปรดดู อย่างเช่น UNGASS submission (2549) (ซึ่งระบุถึงประสิทธิภาพของการลดอันตรายและแนะนำให้รัฐบาลไทยดำเนินการอย่างรีบด่วนเพื่อขยายงานภาคสนามและโครงการลดอันตราย); “Towards Universal Access by 2010” (ให้สัญญาว่าจะพัฒนาและดำเนินการ “ตามวิธีการและกิจกรรมใหม่เพื่อส่งเสริมการใช้ยุทธศาสตร์เพื่อลดอันตรายระดับชาติ”)



เจ้าหน้าที่ของรัฐยังเข้าไปแทรกแซงบริการเหล่านี้โดยตรงอีกด้วย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2547 สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม ได้ประมาณการว่า มีเพียงร้อยละ 1 ของผู้เข้ายาโดยการฉีดในประเทศไทยที่ได้รับบริการด้านการลดอันตราย<sup>56</sup> และจากการศึกษาโดย USAID ในเดือนกรกฎาคม 2549 ก็พบว่าสถานการณ์ไม่ได้ดีขึ้นเลย กล่าวคือ บริการลดอันตรายสามารถครอบคลุมเพียงร้อยละ 1 ของผู้เข้ายาในกรุงเทพมหานคร<sup>57</sup>

การครอบครองและจำหน่ายเข็มและกระบอกฉีดยาเป็นสิ่งถูกกฎหมายในประเทศไทย เราสามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม ตามกฎหมายไทย การครอบครองอุปกรณ์ฉีดยาอาจกลายเป็นหลักฐานที่ใช้เพื่อพิสูจน์ “การกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด” ได้<sup>58</sup> สำนักงานตำรวจแห่งชาติมีบันทึกข้อความแจ้งว่าการครอบครองอุปกรณ์การฉีดไม่สามารถใช้เป็นมูลเหตุของการจับกุมได้<sup>59</sup> แต่ในทางปฏิบัติตำรวจมักจะแทรกแซงความพยายามของผู้เข้ายาที่จะหาทางป้องกันการติดเชื้อ เช่น ให้นำการครอบครองเข็มฉีดยาสะอาด หรือ การไปปรากฏตัวที่คลินิกเมธาโดน เป็นมูลเหตุแห่งการตั้งข้อหาการกระทำผิดเกี่ยวกับสารเสพติด

นายตำรวจระดับผู้กำกับท่านหนึ่งในเชียงใหม่ ซึ่งระบุว่าหน่วยงานของเขายังคงขึ้นบัญชีดำผู้ต้องสงสัยว่าเข้ายา (โปรดดูข้างบน) บอกว่าการครอบครองเข็มฉีดยาสะอาดแม้ว่าจะถูกกฎหมาย แต่ก็อาจเป็นเหตุให้มีการสอบสวนได้ หากผู้นั้นมีชื่ออยู่ในบัญชีดำ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดยืนยันว่า ในทางปฏิบัติ บางครั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจก็ใช้เข็มฉีดยาสะอาดเป็นหลักฐานว่ามีกรเข้ายาได้<sup>60</sup>

เจ้าหน้าที่ของรัฐทั้งตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข แพทย์ผู้รักษาเอชไอวี/เอดส์และรักษาอาการติดยา และเจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมายกล่าวว่า โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและไม่สามารถปฏิบัติได้ แม้ว่าแนวทางการปฏิบัตินานาชาติจะเป็นไปในทางตรงกันข้ามก็ตาม และหน่วยงานของรัฐหลายแห่งมองว่ามันเป็นสิ่ง “ผิดศีลธรรม” “เป็นของต่างชาติ” “ไม่ใช่ของไทย” หรือ “ไม่เหมาะสมกับประเทศไทย” หรือ เป็นการ “ส่งเสริมให้มีการเข้ายามากขึ้น” นโยบายของรัฐบาลสหรัฐฯ ซึ่งห้ามใช้งบประมาณจากสหรัฐฯ สำหรับบริการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา ก็เป็นการบ่อนทำลายงานลดอันตรายเช่นกัน<sup>61</sup>

56 UNODC-SEARO, “Drugs and HIV/AIDS in South East Asia,” p. 15.

57 USAID, “Mapping HIV/AIDS Service Provision for Most At-Risk and Vulnerable Populations in the Greater Mekong Sub-Region,” July 2006, <http://www.unaids.org.vn/facts/docs/MappingHIVAIDS.pdf> (accessed September 25, 2007), pp. 46-47.

58 มาตรา 14 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

59 หนังสือเลขที่ ตจ 0031212/1468 จาก พลตำรวจโท ชาญวุฒิ วัชรพุก ปฏิบัติราชการแทนผู้บังคับการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 27 กุมภาพันธ์ 2549 อ้างถึง หนังสือ เลขที่ 0424.4/4/350 จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 30 มกราคม 2549

60 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์พิทยา จินาวัฒน์ กรุงเทพฯ 25 กรกฎาคม 2549

61 The Health Omnibus Programs Extension of 1988, Pub L No 100-607, 102 Stat 3048 (sec. 256(b)), imposed a federal ban on funding of needle exchange program services “unless the [Surgeon General] of the US determines that a demonstration needle exchange program would be effective in reducing drug abuse and the risk that the public will become infected with the etiologic agent for acquiring immune deficiency syndrome.” Even more stringent language has been included in annual appropriations bills, which have stipulated without exception since 2000 that no funding could be spent “to carry out any program of distributing sterile needles for the hypodermic injection of any illegal drug or distributing bleach for the purpose of cleansing needles for such

เจ้าหน้าที่ภาคสนามในองค์กรที่ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐฯ กล่าวว่า  
ผู้บริหารองค์กรสั่งการว่าไม่สามารถแจกจ่ายเข็มฉีดยาได้เนื่องจากขัดกับข้อตกลงที่องค์กรทำไว้กับ USAID  
ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายสหรัฐฯ<sup>62</sup> แม้ว่าผู้รับทุนจากรัฐบาลสหรัฐฯ  
อาจใช้งบประมาณส่วนอื่นสำหรับโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาได้  
แต่เจ้าหน้าที่ภาคสนามซึ่งทำงานกับผู้เชี่ยวชาญทั่วประเทศไทยบอกว่า ผู้บริหารก็ไม่ได้เลือกที่จะทำเช่นนั้น เล็ก แอล.  
เจ้าหน้าที่ภาคสนามจากองค์กรที่ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐฯ กล่าวว่า “นโยบาย (ของผู้บริหาร)  
ไม่ให้แจกจ่ายเข็มฉีดยา... (ผู้บริหาร) ได้รับทุนจาก USAID และทาง USAID ไม่สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา”<sup>63</sup>  
เจ้าหน้าที่ภาคสนามที่ทำงานส่งเสริมการแลกเปลี่ยนกระบอกระบายเข็มฉีดยา  
มักต้องเผชิญกับการกีดกันแก๊งค์และละเมิดสิทธิโดยตำรวจ ซึ่งมองว่าพวกเขาเป็นผู้เชี่ยวชาญ  
และเผชิญกับความเสี่ยงต่อการถูกจับกุมจากการพกพาเข็มฉีดยาหรือสงสัยว่ามีส่วนแจกจ่าย เปรม  
ซี. ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ภาคสนามที่กรุงเทพฯ บอกว่า “เราไม่สามารถแจกจ่ายเข็มฉีดยาได้เพราะผิดกฎหมาย  
พวกเขาถือว่าการส่งเสริมการใช้ยา ถ้าพวกเราเข็มฉีดยา พวกเราอาจถูกจับหรือมีการตรวจปัสสาวะ”<sup>64</sup>  
เจ้าหน้าที่ภาคสนามยังบอกด้วยว่าได้ตกเป็นเป้าของการจับกุมและกีดกันแก๊งค์ ณ  
คลินิกเมธาโดนในกรุงเทพฯ ที่พวกเขาทำงานอยู่และต้องเผชิญกับการกีดกันแก๊งค์และจับกุมซ้ำแล้วซ้ำเล่า  
รวมทั้งการถูกจับกุมบริเวณภายนอกของคลินิกเมธาโดนเมื่อสองวันก่อนที่จะมาประชุมกับฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์  
เพื่อการรักษาเอดส์ เปรม ซี. กล่าวว่า “ขณะที่ถูกจับนั้น  
พวกเราเพิ่งเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมกับสมาชิกโดยใช้ห้องที่อยู่ในคลินิก  
และพวกเราอยู่ในช่วงพักรับประทานอาหารกลางวันและกำลังสูบบุหรี่กันบริเวณภายนอกคลินิก”<sup>65</sup> แดง พี.  
เจ้าหน้าที่สนามที่ทำงานร่วมกับ เปรม ซี. เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า “ผมอยู่ที่หน้าคลินิกใกล้กับโทรศัพท์สาธารณะ ตำรวจบอกว่า  
‘อย่าขยับนะ เราตามหาคุณมานานแล้ว’ ตำรวจสามสี่นายเดินมาหาและบอกว่าพวกเขารู้ว่าเราเป็นอดีตผู้เชี่ยวชาญ  
พวกเขาค้นตัวเราหน้าคลินิกต่อหน้าเพื่อนผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เราเสียหน้าอับอาย  
จากนั้นก็เอาตัวพวกเราทุกคนไปที่โรงพักและต้องอยู่ที่นั่นเป็นเวลาสองชั่วโมง  
ตำรวจบอกว่าถ้าไม่อยากถูกจับกุมให้ช่วยพวกเขาสืบหาผู้ค้ายาด้วย”<sup>66</sup>

---

hypodermic injection,” see Departments of Labor, Health and Human Services, and Education and Related Agencies Appropriations Act, 2006, Pub.L. 109-149, 119 Stat. 2833, 2879 (sec. 505), and the Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act of 1990, Pub L No 101-381, 42 USC 300ff (sec. 422). The U.S. government has chosen to apply the restriction on financing for needles and syringes to funding for overseas programs See USAID, “Guidance On The Definition And Use Of The Child Survival And Health Programs Fund and the Global HIV/AIDS Initiative Account FY 2004 update,” [http://media.shs.net/globalaids/Field\\_Officer\\_Orientation\\_2004/Module2-SettingtheContext/DefChildSurvival-HealthPrograms2004.doc](http://media.shs.net/globalaids/Field_Officer_Orientation_2004/Module2-SettingtheContext/DefChildSurvival-HealthPrograms2004.doc) (accessed November 12, 2007).

62 ความจริงแล้ว นโยบายของสหรัฐฯ ไม่ได้ห้ามผู้รับทุนช่วยเหลือจากสหรัฐฯ มิให้ใช้เงินทุนดังกล่าวสำหรับโครงการแลกเปลี่ยนกระบอกระบายเข็มฉีดยา

63 ฮิวแมนไรท์วอตช์ สัมภาษณ์ เล็ก แอล., เชียงใหม่ 12 กรกฎาคม 2549

64 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ เปรม ซี. กรุงเทพฯ 2 ธันวาคม 2549

65 Ibid.

66 ฮิวแมนไรท์วอตช์ สัมภาษณ์ แดง พี., กรุงเทพฯ 2 ธันวาคม 2549

## อุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัสในสถานบริการสุขภาพ

### การปฏิเสธไม่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ใช้ยา

ในปี 2547

ประเทศไทยได้แก้ไขแนวปฏิบัติระดับชาติซึ่งเดิมก็ดัดกันไม่ให้ผู้ที่ยังใช้ยาอยู่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส<sup>67</sup>

การเปลี่ยนแปลงนโยบายเช่นนั้นส่งผลต่อผู้ใช้ยาบางส่วนซึ่งในปัจจุบันได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการของรัฐบาล<sup>68</sup>

แต่ภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย รัฐบาลกลับไม่ได้รณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักและจัดให้มีการอบรมในเรื่องนี้

เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ทราบหรือไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ด้านเอชไอวีรายงานไว้แตกต่างกันว่า นโยบายของโรงพยาบาลปฏิเสธไม่ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ใช้ยา (ซึ่งไม่ตรงกับสิ่งที่เขาทราบมาว่านโยบายของรัฐบาลได้กำหนดไว้ข้ออย่างหนึ่ง)

หรือมีการจัดบ้านพักเป็นลายลักษณ์อักษรว่านโยบายของรัฐได้ตัดผู้ใช้ยาออกจากการเป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับการรักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ของรัฐบาล เป็นเหตุให้ผู้ใช้ยาไม่มีคุณสมบัติได้รับยาต้านไวรัส

การปฏิเสธในทั้งสองลักษณะยังขยายวงมาครอบคลุมผู้ใช้ยาที่อยู่ระหว่างการบำบัดด้วยเมธาโดนด้วย (โปรดดูข้างล่าง)

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ด้านเอชไอวีในสองจังหวัดที่มีการวิจัยกล่าวอย่างเปิดเผยว่า

พวกเขาจะไม่ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ที่ยังใช้ยาอยู่ นพ.สมศักดิ์ วสุวิทกุล

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูลบอกว่า

โรงพยาบาลมีนโยบายไม่ให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ที่ยังใช้ยาอยู่ แม้ว่าจะขัดกับนโยบายของรัฐบาลก็ตาม

“มันไม่ใช่ข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ้าคนไข้ยังใช้ยาอยู่ เราก็จะไม่ให้พวกเขาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส”<sup>69</sup>

พยาบาลท่านหนึ่งในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งทำงานด้านการให้คำปรึกษาด้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อ

รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสด้วย กล่าวที่โรงพยาบาลของเธอว่า “เราต้องแน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยหยุดใช้ยาแล้ว

ไม่เช่นนั้นหมอมจะไม่ให้ยาต้านไวรัสกับเขา”<sup>70</sup>

พยาบาลท่านนี้เข้าใจว่าการเลิกเมธาโดนหรือเลิกยาเป็นเงื่อนไขของการเข้าร่วมโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแห่งชาติ

เธอบอกว่า “ตามข้อมูล (ของโครงการที่รัฐบาลให้เงินอุดหนุน)

ผู้ป่วยจะต้องเลิกใช้ยาก่อนถึงจะมีสิทธิ์เข้าโครงการยาต้านไวรัสได้”<sup>71</sup>

67 แนวปฏิบัติระบุว่า “ผู้ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเช่น การเสพยา ต้องเข้ารับการรักษาบำบัดก่อน” กระทรวงสาธารณสุข “Practical Approach to developing the service system and monitoring the results of treatment for people living with HIV/AIDS with ARV therapy in Thailand, 2002 (National ARV Treatment Guidelines),” พฤศจิกายน 2545, หน้า 16 (ภาษาไทย)

68 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ผู้ใช้ยาที่รับยาต้านไวรัสจำนวน 11 คน และมีอย่างน้อยหนึ่งคนที่มีคุณสมบัติควรได้รับยา แต่ก็ไม่ได้รับ

69 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นพ.สมศักดิ์ วสุวิทกุล รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลละงู, 8 กรกฎาคม 2549

70 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ พยาบาล (ขอสงวนนาม), สตูล 10 กรกฎาคม 2549

71 อ้างแล้ว

เหตุผลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอ้างในการปฏิเสธที่จะให้ยาต้านไวรัสกับผู้ที่ยาก็คือ ความกังวลว่าผู้ที่ยาจะไม่สามารถให้ความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษาได้ รวมทั้งยาเสพติดหรือเมธาโดนอาจทำให้ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอ็ดส์ลดลง<sup>72</sup>

ผู้ที่ยาทั่วทั้งประเทศไทยระบุว่า คำบอกกล่าวที่พวกเขาได้รับก็คือ ถ้าพวกเขาไม่สามารถเลิกยาได้ก็จะไม่ได้รับยาต้านไวรัส น้อย โอ. ซึ่งเป็นผู้ที่ยาคนหนึ่งในกรุงเทพฯ ก็มีความเห็นคล้ายกับคนอื่น ๆ เธอออกกับนักวิจัยว่า “ดิฉันไปพบหมอ (ที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ) และบอกว่ามีเชื้อเอชไอวี ถามหมอล่าทำอะไรฉันจึงจะได้รับการรักษา หมอบอกว่าดิฉันต้องเลิกยาก่อน หมอกลัวว่าฤทธิ์ของยามันจะตีกัน นักสังคมสงเคราะห์ก็บอกกับดิฉันเป็นการส่วนตัวว่า ยาที่รักษาเอชไอวีจะไม่ได้ผลถ้าดิฉันยังใช้ยาเสพติดอยู่ ดิฉันไม่เคยกลับไปที่นี่อีก และลองไปหาหมอที่อื่น ที่ผ่านมา ดิฉันยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์เลย มีแต่การบำบัดการติดยา”<sup>73</sup>

ไม่น่าประหลาดใจที่ผู้ที่ยาบอกว่าพวกเขาจะไม่ให้ข้อมูลการใช้ยากับแพทย์ผู้ดูแลเรื่องเอชไอวี ทั้งนี้เพราะกลัวว่าจะถูกบีบให้ออกจากโครงการยาต้านไวรัส (ในกรณีที่พวกเขาได้เข้าโครงการแล้วและกำลังได้รับยาต้านฯอยู่)

หรือถูกพิจารณาว่าไม่มีคุณสมบัติที่จะได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เทียน ซี. อายุ 44 ปี เจ้าหน้าที่ภาคสนามในกรุงเทพฯ ที่เป็นผู้รับยาต้านไวรัสบอกว่า เขาไม่ได้บอกหมอล่าตัวเองใช้ยา “เพราะกลัวว่าจะถูกคัดออกจากโครงการยาต้าน”<sup>74</sup> เล็ก แอล. เจ้าหน้าที่ภาคสนามผู้หนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่บอกว่า นอกจากความกลัวว่าจะถูก “ขึ้นบัญชีดำ” แล้ว สิ่งที่ผู้ที่ยากังวลควบคู่กันไปด้วยก็คือ กลัวว่าแพทย์จะปฏิเสธที่จะให้การรักษา (ด้วยยาต้านฯ) แก่พวกเขา “หมอส่วนใหญ่ต้องการให้ทุกคนหยุดใช้ยาก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ผู้ที่ยาอาจโกหกหมอได้ หากพวกเขาไม่มีประวัติอยู่ บางคนก็ไม่สามารถได้รับการบำบัดการติดยาโดยใช้สารทดแทน (หรือใช้ยาทางการแพทย์ช่วย) และบางคนก็เสียชีวิตไป”<sup>75</sup>

#### อคติต่อผู้ที่ยาของเจ้าหน้าที่สนามผู้มีเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีบทบาทอย่างมากในการช่วยให้เพื่อนผู้ติดเชื้อด้วยกันได้รับยาต้านไวรัส โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มี “ศูนย์การดูแลแบบองค์รวม” ซึ่งเป็นศูนย์ที่มีผู้ติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งในทีมของผู้ให้บริการ พวกเขาไม่เพียงช่วยส่งเสริมความร่วมมือของผู้ติดเชื้อในการกินยาตามแผนการรักษา และให้คำปรึกษาต่างๆที่เกี่ยวข้อง

---

72 โปรดดู, อย่างเช่น ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์, สตุลล 10 กรกฎาคม 2549 ที่อ้างแล้ว

73 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์ น้อย โอ., กรุงเทพฯ 23 กรกฎาคม 2549

74 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์ เทียน ซี., กรุงเทพฯ 30 พฤศจิกายน 2549

75 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์ เล็ก แอล., เชียงใหม่ 12 กรกฎาคม 2549

แต่ยังทำงานเหมือนผู้เฝ้าประตูที่เปิดไปสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

โดยช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการค้นหาผู้ติดเชื้อที่อาจจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส

เจ้าหน้าที่ภาคสนามที่ทำงานกับผู้เฝ้าประตูบอกว่า ผู้นำของกลุ่มผู้ติดเชื้อมักจะมึนงงต่อผู้เฝ้าประตู และหมายความว่าไม่มีความรับผิดชอบมากพอที่จะได้รับยาต้านไวรัส และกีดกันไม่ให้ผู้เฝ้าประตูได้รับยาต้านไวรัส โดยปฏิเสธที่จะส่งตัวเพื่อรับการรักษาจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ภาคสนามที่ทำงานกับผู้เฝ้าประตูในสมุทรปราการบอกว่า ผู้นำกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ยอมช่วยเหลือให้เขาส่งตัวผู้เฝ้าประตูที่เป็นเอดส์ไปรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบอกตรง ๆ ว่าเพราะเขาไม่คิดว่าผู้เฝ้าประตูควรกับการรักษาเช่นนั้น

พวกเขาคิดว่าถ้ามียาแค่เม็ดเดียว (ยาต้านไวรัสที่มีจำกัด)

พวกเขาก็จะเลือกให้กับคนที่ไม่ติดยา

เพราะผู้เฝ้าประตูจะไม่ใช้ยาต้านอย่างมีความรับผิดชอบ

และผู้เฝ้าประตูจะแสวงหาอาการเคลิบเคลิ้มจากการใช้ยาต่อไปเรื่อยๆ

ผมได้รับคำบอกเล่าดังกล่าวจากผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีเชื้อเอชไอวี...

เป็นความเห็นของหนึ่งในผู้นำกลุ่มของผู้ติดเชื้อ

และบุคคลนี้เป็นหัวหน้าที่ดูแลเรื่องการให้คำปรึกษาต่อผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวก

เป็นผู้ติดเชื้อระดับแกนนำของชมรมเพื่อนใหม่

และเป็นเจ้าหน้าที่ของศูนย์องค์รวมด้วย เขากล่าวข้อความข้างบนนี้

ในขณะที่นาย...(ขอสงวนนาม)..ถูกนำตัวมาส่งที่ศูนย์ฯ ด้วยระดับ CD4

ที่เหลือน้อยแค่ 3<sup>76</sup> ผมถามว่าทำไมไม่ให้ยาต้านไวรัสแก่นาย...(สงวนนาม)...

เขาบอกว่าอย่างไรเสีย นาย..... นี้ก็กำลังจะตายอยู่แล้ว

ให้ประหยัทยาต้านไวรัสไว้ดีกว่า เพื่อนอีกคนหนึ่งซึ่งป่วยหนักเหมือนกัน

พยายามขอคำปรึกษาจากประธานกลุ่มคนนี้ว่า

เหตุใดจึงไม่มีการส่งต่อเพื่อนของเขาไปยังโรงพยาบาลบาราควารุ

---

76 ซีดี 4 ที่ ลิ้มโฟไซท์ (CD4+ T-cells) ประสานการทำงานของภูมิคุ้มกันในร่างกาย และเป็นเป้าหมายหลักที่เอชไอวีเข้าโจมตี การที่ซีดี 4

ถูกทำลายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงเรื่อยๆในผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี การมีระดับซีดี 4 ต่ำ

เป็นการชี้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีดำเนินไปมากแล้ว และกลไกการคุ้มกันของร่างกายอ่อนสมรรถภาพลง WHO and UNAIDS, "CD4+ T-Cell

Enumeration Technologies. Technical Information," 2007,

[http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/CD4\\_Technical\\_Advice\\_ENG.pdf](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/CD4_Technical_Advice_ENG.pdf) (accessed November 15, 2007), p. 1.

(ในจังหวัดนนทบุรี) เขาบอกว่าส่งตัวไปที่ไหนก็เหมือนกัน ยังไรเสีย นาย.....

ก็ต้องตายอยู่ดี<sup>77</sup>

### แนวทางต่างๆที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดน

การบำบัดด้วยเมธาโดนในระยะยาว มีส่วนช่วยให้ผู้ใช้ยาในกลุ่มที่มีเชื้อเอชไอวีเข้ามาใช้บริการมากขึ้น และทำให้พวกเขาให้ความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษามากขึ้นด้วย<sup>78</sup>

องค์การยาและสุขภาพนานาชาติได้แนะนำมาโดยตลอดให้บูรณาการการบำบัดด้วยเมธาโดนในระยะยาวนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการดูแลและรักษาต้านเอชไอวี/เอดส์<sup>79</sup>

การประสานงานระหว่างโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเมธาโดนจึงเป็นเรื่องสำคัญ

เพราะปฏิกริยาต่อกันระหว่างยาทั้งสองประเภท (หรือปฏิกริยาต่อกันกับยาอื่น ๆ)

ทำให้เกิดที่ตามมามากมายต่อบุคคลที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับยาประเภทอื่นๆ

กรณีรวมถึงความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มปริมาณของเมธาโดนที่จะให้ เช่น ในกรณีที่เป็นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร 1 และสูตร 2 ซึ่งเป็นยาสูตรสามัญในประเทศไทย (อย่างเช่น เนวิราพิน เอฟาไวเรนซ์ เนลพินาเวียร์ และโลพินาเวียร์)<sup>80</sup> ทั้ง เอฟาไวเรนซ์ และ เนวิราพิน ต่างก็มีปฏิกริยาต่อกันกับเมธาโดน

คือทำให้ความเข้มข้นของเมธาโดนลดลงและส่งผลให้มีอาการถอนยาตามมา

(ปฏิกริยาต่อกันของยาเหล่านี้กับเฮโรอินหรือสารเข้าฝิ่นอื่นๆก็มีลักษณะคล้ายๆกัน) องค์การอนามัยโลกได้บันทึกไว้ว่า

อาการถอนยาเมธาโดน เป็นสิ่งที่พบได้เป็นปกติ และจำเป็นต้อง “เพิ่มขนาดของเมธาโดนอย่างเหมาะสม”

ในผู้ป่วยที่กำลังได้รับ เอฟาไวเรนซ์ หรือ เนวิราพิน อยู่<sup>81</sup>

ประเทศไทยไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติระดับชาติเกี่ยวกับการให้ยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดน ทั้งไม่มีการประสานงานระหว่างหน่วยบำบัดการติดยากับหน่วยงานที่ให้การดูแลและรักษาต้านเอชไอวี ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนปฏิเสธที่จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่บำบัดด้วยเมธาโดน

---

77 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ หมู ที่., สมุทรปราการ, 2 ธันวาคม 2549.

78 โปรดดู WHO, UNODC, UNAIDS, “Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper,” p. 2; Thomas Kerr et al., “Opioid Substitution and HIV/AIDS Treatment and Prevention,” The Lancet, vol. 364 (พฤศจิกายน 27, 2004), pp. 1918-19.

79 WHO, UNODC, UNAIDS, “Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper,” p. 2 .

80 ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสโดยผ่านระบบสาธารณสุขส่วนใหญ่จะได้รับยาในแบบหลายชนิดรวมอยู่ในเม็ดเดียว ซึ่งประกอบด้วยสเตรวติน ลามิวูดีนและเนวิราพิน ซึ่งผลิตและจำหน่ายโดยองค์การเภสัชกรรม โดยมีชื่อเรียกยาสูตรนี้ว่า จีพีโอเวียร์ ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถทนฤทธิ์ของเนวิราพินได้ อาจได้รับยาสูตรที่มีกรใช้ เอฟาไวเรนซ์ หรืออินดินาเวียร์/รีโทนาเวียร์ แทนเนวิราพิน

World Bank, The Economics of Effective AIDS Treatment (Washington, D.C.: The World Bank, 2006), p. 62.

81 WHO Regional Office for Europe, “HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users,” p. 25.

บางคนก็รับผู้ป่วยเข้าโครงการยาต้านโดยไม่มีการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เมธาโดน ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นและลดทอนประสิทธิภาพของการรักษา การปฏิเสธไม่ให้ยาต้านไวรัสเนื่องจากการใช้เมธาโดนขัดกับมาตรฐานสุขภาพสากล และไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติตามสิทธิเพื่อสุขภาพ ความล้มเหลวในการประสานงานระหว่างโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและคลินิกเมธาโดนทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อยลง และมีโอกาสเข้าถึงบริการดูแลทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์น้อยลงด้วย

### การปฏิเสธที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยที่รับการบำบัดด้วยเมธาโดน

นโยบายของกรุงเทพมหานคร (กทม.) คือการบูรณาการบริการเมธาโดนเข้ากับการรักษาเอชไอวี<sup>82</sup> ณ สิ้นปี 2549 กทม.มีสถานที่แจกจ่ายเมธาโดน 19 แห่ง (คลินิก 17 แห่งและโรงพยาบาล 2 แห่ง) สำหรับผู้ป่วย 2,000 คน<sup>83</sup> นายแพทย์สิทธิสิทธิ์ เจียมวงศ์แพทย์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กทม. กล่าวว่า คลินิกกทม.และโรงพยาบาลในเครือบูรณาการบริการด้านเมธาโดน ยาต้านไวรัสเอดส์ และวัคซีนโรค เข้าด้วยกัน นายแพทย์สิทธิสิทธิ์ประมาณว่า ณ สิ้นปี 2549 มีผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และเมธาโดนอยู่ 600-700 คนในกรุงเทพฯ เมื่อถามว่าทางกทม.มีเงื่อนไขให้ผู้ที่ต้องการรับยาต้านไวรัสต้องหยุดกินเมธาโดนก่อนหรือไม่ นายแพทย์สิทธิสิทธิ์ตอบว่า “ไม่ ผมคิดว่าการให้เมธาโดนจะจูงใจให้คนมารับการรักษา ถ้าไม่มีเมธาโดนพวกเขาก็จะไม่มาหาหมอ”<sup>84</sup>

อย่างไรก็ตามผู้เข้ายาในกรุงเทพฯ บอกว่าในทางปฏิบัติแล้ว

อาจไม่มีการประสานงานระหว่างบริการยาต้านไวรัสกับเมธาโดนเสมอไป เทียน ซี. เจ้าหน้าที่ภาคสนามในกรุงเทพฯ ที่กำลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ ยอมรับว่าเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเมธาโดนอยู่ในสถานะที่สามารถให้ข้อมูลและส่งเสริมให้ผู้เข้ายาได้เข้าถึงยาต้านไวรัสได้เป็นอย่างดี แต่บอกว่าจากประสบการณ์ของเขา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกรุงเทพฯบางคนก็ปฏิเสธไม่ยอมให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยที่บำบัดด้วยเมธาโดน เทียนเคยได้รับเมธาโดนจากคลินิกในกรุงเทพฯ ที่ให้ยาด้านๆด้วย แต่หลังจากได้ยินเจ้าหน้าที่ตำหนิผู้เข้ายาที่รักษาด้วยเมธาโดน

82 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นพ.สิทธิสิทธิ์ เจียมวงศ์แพทย์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กทม., กรุงเทพฯ 4 ธันวาคม 2549

83 กทม.มีคลินิกเพื่อบำบัดยา 19 แห่งในกรุงเทพฯ มีอยู่สองแห่งซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นพ.สิทธิสิทธิ์ เจียมวงศ์แพทย์ 4 ธันวาคม 2549

84 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ เทียน ซี., กรุงเทพฯ 30 พฤศจิกายน 2549.

และประกาศอย่างเปิดเผยว่าจะไม่ให้ยาด้านไวรัสกับคนเหล่านี้ เพราะ “จะเปลืองยาเปล่าๆ”

เทียนจึงหยุดไปรับเมธาโดนที่นั่น เทียนบอกว่าถ้าต้องการใช้เมธาโดน เขาก็ต้องไปซื้อหาเองเป็นการส่วนตัว<sup>85</sup>

นอกจากนี้ นโยบายของกทม. อาจถือเป็นกรณียกเว้น นพ. สิทธิชัย กุลพรศิริกุล

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีที่จังหวัดสมุทรปราการซึ่งอยู่ไม่ไกลนัก บอกว่า

เป็นนโยบายของโรงพยาบาลสมุทรปราการที่จะต้องให้ผู้ป่วยเล็กใช้เมธาโดนก่อนจะรับยาด้านไวรัส<sup>86</sup>

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีสังเกตพบว่า ที่โรงพยาบาลนี้มีคลินิกเมธาโดนอยู่

ซึ่งน่าจะช่วยให้แพทย์ที่ดูแลด้านเอชไอวีและผู้ให้บริการเมธาโดนสามารถประสานงานกันในการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการได้รับบริการทั้งสองอย่างได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่พวกเขาสามารถกระทำได้ แต่ในทางปฏิบัติจริงๆแล้ว นพ. สิทธิชัย

กุลพรศิริกุล กล่าวว่า “ปกติแล้วคนที่ฉลาดจะไม่มารับเมธาโดนที่นี่

เพราะเรามีประวัติของพวกเขาอยู่เพื่อให้เราสามารถติดตามเรื่องการเจ็บป่วยของพวกเขาได้...พวกเขาจะไปรับการบำบัดการติดยาที่อื่น เขาจะไม่บอกเราโดยตรงหรือว่าเขาใช้เมธาโดน

เพราะถ้าพวกเขาได้รับเมธาโดนจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ เราก็จะทราบอยู่ดี”<sup>87</sup>

ผู้ให้บริการเมธาโดนที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูลซึ่งให้บริการยาด้านไวรัสเอชไอวีด้วยเช่นกัน บอกว่า

มีปัจจัยสองประการที่ทำให้ผู้ป่วยที่คลินิกเมธาโดนของเธอลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว (จาก 44 รายลดลงเหลือ 3

รายตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา) ประการแรกคือ การปราบปรามผู้ใช้ยาอย่างหนักของรัฐบาลเมื่อเร็วๆนี้

และประการที่สองคือการกำหนดให้ผู้ป่วยต้องเลิกใช้เมธาโดนก่อนจะเข้ารับยาด้านไวรัส เธอกล่าวว่า

“เรามีผู้ป่วยน้อยมาก) เพราะในปีนี้ (2549) รัฐบาลประกาศสงครามปราบปรามยาเสพติด”

ตลอดช่วงระยะเวลาที่เธอทำงานในคลินิกเมธาโดนมาเป็นเวลาเจ็ดปี เธอบอกว่า

“ไม่เคยมีผู้ป่วยที่ได้รับทั้งยาด้านไวรัสและเมธาโดนควบคู่กัน เนื่องจากเราไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้รับยาทั้งสองชนิดพร้อมกัน

พวกเขาต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง”<sup>88</sup>

ความล้มเหลวของแพทย์ในการประสานการรักษาด้วยยาด้านไวรัสกับการใช้เมธาโดน

นพ. สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลละงูในจังหวัดสตูล (ซึ่งมีคลินิกเมธาโดนอยู่ด้วย)

ระบุถึงสิ่งที่ทำให้มีข้อสรุปด้านนโยบายว่า ที่โรงพยาบาลนี้

จะไม่มีกรณีสนใจเรื่องการให้ยาหรือการใช้เมธาโดนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส

---

85 ข้างแล้ว

86 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีสัมภาษณ์นายแพทย์สิทธิชัย กุลพรศิริกุล, โรงพยาบาลสมุทรปราการ, 4 ธันวาคม 2549

87 ข้างแล้ว

88 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีสัมภาษณ์ผู้ให้บริการเมธาโดน (ขอสงวนนาม) โรงพยาบาลละงู อำเภอละงู 8 กรกฎาคม 2549



“โรงพยาบาลไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาในปัจจุบันของผู้ป่วย

แม้ว่าเขาจะผู้ป่วยเก่าของเราที่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนและกลับบ้านไปแล้ว และหันกลับไปใช้ยาอีก

และไปขอรับเมธาโดนที่อื่น...แต่ถ้าพวกเขาได้รับยาต้านไวรัสอยู่และเริ่มเสพยา พวกเขาจะไปหาเมธาโดนที่อื่น

คลินิกเมธาโดนแจ้งให้ผมทราบเรื่องนี้และทำให้ผมตกใจ เพราะผมไม่ทราบข้อมูลนี้มาก่อน”<sup>89</sup>

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีคนอื่น ๆ อีกหลายคนพูดถึงการใช้นโยบาย “หากไม่ถาม ก็ไม่บอก” กับผู้ใช้ยา

ซึ่งก็คือการปฏิเสธที่จะสอบถามประวัติการใช้ยาหรือการบำบัดการติดยาของผู้ป่วย

แม้ว่าจะรู้หรือสงสัยว่าผู้ป่วยยังมีการใช้ยาเสพติดหรือใช้เมธาโดนอยู่ก็ตาม แพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ

โรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่งในเชียงใหม่

ก็ให้ความเห็นในลักษณะเดียวกันกับความเห็นของผู้ให้บริการหลายคนที่เราสัมภาษณ์ไปว่า “สำหรับผู้ป่วยที่ผมรักษา

ผมเองก็ไม่รู้ว่าใครใช้ยาหรือไม่ใช้ ผมไม่ถามเขาเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา ไม่ถามว่าเขาใช้ยาอยู่หรือไม่

หรือเขาติดเชื้อเอชไอวีมาอย่างไร ผมไม่ต้องการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสิทธิส่วนตัวของเขา

ส่วนใหญ่ผมจะไม่ถามว่าเขาได้รับการถ่ายทอดเชื้อมาจากทางใด ไม่ถามเกี่ยวกับการใช้เมธาโดนของผู้ป่วยด้วย”<sup>90</sup>

นายแพทย์สิทธิชัย กุลพรศิริกุล

แพทย์ผู้ทำหน้าที่หลักในด้านให้การรักษาต้านเอชไอวีที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ และบังอร แจ่มฤกษ์แจ้ง

พยาบาลซึ่งดูแลผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลบอกว่า พวกเขาไม่เคยถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้ป่วยเองก็ไม่อยากบอก

พวกเขายังปฏิเสธไม่ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยที่ใช้เมธาโดนอีกด้วย เนื่องจากเหตุผลทางด้านนโยบาย (ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น)

อย่างไรก็ตาม ทั้งสองท่านยอมรับว่าผู้ป่วยบางคนอาจใช้ยาเสพติดหรือเมธาโดนอยู่

พยาบาลท่านนี้จำได้ว่าเคยมีผู้ป่วยอยู่สองรายที่กินยาต้านไวรัสและใช้เมธาโดนด้วย “เขาบอกว่าเขาเลิกแล้ว

แต่เราก็ไม่รู้ว่าจริงหรือไม่ เราไม่มีทางรู้เพราะไม่ได้ติดตามพวกเขาตลอด”<sup>91</sup> ทำนองเดียวกัน

ผู้ให้บริการเมธาโดนที่โรงพยาบาลสมุทรปราการบอกกับฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ว่า “ใช่

เรามีผู้รับยาต้านที่ใช้เมธาโดนด้วย... ผู้ให้บริการเมธาโดนจะไม่ทราบข้อมูลส่วนนี้ เราจะไม่สืบสวนเรื่องนี้

ยกเว้นกรณีที่เขาบอกเราเองว่ากำลังกินยาต้านอยู่”<sup>92</sup>

ความล้มเหลวในการประสานงานระหว่างบริการด้านเอชไอวีและการบำบัดยาอาจลดทอนประสิทธิภาพการดูแล

ด้านเอชไอวี/เอดส์สำหรับผู้ใช้ยา และบั่นทอนประสิทธิภาพการบำบัดการติดยาสำหรับผู้ติดเชื้อ เพราะโดยปกติแล้ว

การบำบัดการติดยาจะมีบริการที่โรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์อยู่แล้ว หรืออยู่ไม่ไกลจากที่นั่นนัก

89 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นพ.สมศักดิ์ วสุพิศกุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลละงู อำเภอละงู 8 กรกฎาคม 2549

90 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นพ.วิรัตน์ กลิ่นบัวแย้ม โรงพยาบาลสันป่าตอง 14 กรกฎาคม 2549

91 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ บังอร แจ่มฤกษ์แจ้ง, พยาบาล, สมุทรปราการ 4 ธันวาคม 2549

92 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ จุฑาทิพย์ เหมินทร์ หัวหน้าฝ่ายการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา ศูนย์บำบัดการติดยา โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ. สมุทรปราการ 4 ธันวาคม 2549

ความล้มเหลวในการประสานงานของบริการทั้งสองอย่างทำให้พลาดโอกาสที่จะส่งเสริมให้ผู้เข้ายาสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลที่สามารถช่วยให้ผู้เข้ายาที่มีเชื้อหรือเสี่ยงต่อการมีเชื้อ มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

### การขาดความรู้เรื่องปฏิกิริยาต่อกันของยา

ตามที่กล่าวถึงข้างต้น การมีปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาต้านไวรัสเอดส์และเมธาโดนหรือยาประเภทอื่นๆ มีผลตามมาหลายอย่างต่อผู้เข้ายาเหล่านี้ร่วมกัน แพทย์ด้านเอชไอวีหลายคนที่เราได้คุยด้วยยอมรับว่า พวกเขาไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับปฏิกิริยาต่อกันของยาและต้องการการอบรมในด้านนี้เพิ่มเติม<sup>93</sup>

ทำนองเดียวกัน ผู้เข้ายาหลายคนบอกว่า

พวกเขาต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการใช้ยา แต่ไม่กล้าพูดเรื่องนี้เพราะกลัวว่าจะถูกปฏิเสธไม่ได้รับยาด้าน ส่งผลให้ผู้เข้ายาที่เข้ายาด้านต้องทดลองกับตัวเองในแต่ละวัน ซึ่งอาจเกิดผลกระทบร้ายแรงด้านสุขภาพ และอาจถึงขั้นเสียชีวิต

บัง อิน ที อายุ 40 ปี ผู้เข้ายาด้วยการฉีดและอยู่ระหว่างรับยาด้าน บอกเราว่า เขาจะฉีดยาบ้า (แอมفيتามีน) บ้างเป็นบางครั้ง นับแต่เริ่มรับยาด้าน บางครั้งเขารู้สึกหายใจไม่สะดวก เขาอยากเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด การติดเชื้อเอชไอวี และยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ก็ไม่กล้าไปพูดกับหมอ เพราะหมอบอกว่าจะหยุดให้ยาด้านกับคนที่ใช้ยา “ผมไม่สบายใจเลยเวลาพูดกับหมอบนเกี่ยวกับการใช้ยา ผมกลัวว่าหมอมจะไม่ให้ยาด้านและจะไม่ดูแลผม หมอมไม่ได้บอกกับผมโดยตรงแบบนั้น แต่บอกว่าถ้าหมอรู้ว่าใครยังใช้ยาอยู่ หมอก็ตจะหยุดการให้ยาด้านแก่คนๆนั้น คงดีมากถ้าผมจะสามารถคุยกับหมอบนเกี่ยวกับยาที่ผมยังใช้อยู่เป็นบางครั้ง โดยที่ไม่ต้องกลัวว่าจะไม่ได้รับยาด้านต่อ ผมไม่เคยรับข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยา การติดเชื้อเอชไอวี และยาต้านไวรัสเลย ผมคิดว่ามันคงมีปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อกันสักเท่าไร แต่ก็อยากรู้ว่ามันเป็นยังไง ผมไม่รู้จะไปหาข้อมูลเรื่องนี้จากที่ไหน”<sup>94</sup>

ผู้เข้ายาบางรายบอกว่าได้รับข้อมูลบางส่วนจากเพื่อน ๆ เกี่ยวกับปฏิกิริยาต่อกันระหว่างเมธาโดนกับยาด้านไวรัส อย่างไรก็ตาม นอกจากจะเคยฟังคำเตือนว่าการกินยาด้านพร้อมกับการใช้ยาเสพติดอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตแล้ว ผู้เข้ายาที่เราสัมภาษณ์บอกว่าไม่เคยได้รับข้อมูลอื่น ๆ

เกี่ยวกับเมธาโดนหรือการใช้ยาผิดกฎหมายและยาต้านไวรัสจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย

เมื่อถามว่าเขาเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของเมธาโดนต่อยาด้านไวรัสหรือไม่ เทียน ซี.

ซึ่งเป็นผู้ใช้เมธาโดนที่มีเชื้อเอชไอวีและอยู่ระหว่างรับยาด้านบอกว่า “ผมไปพบกับกลุ่มลดอันตราย

---

93 โปรดดู อย่างเช่น ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์ นพ. สิทธิชัย กุลพรศิริกุล, โรงพยาบาลสมุทรปราการ, สมุทรปราการ, 4 ธันวาคม 2549; ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์ นพ. สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลละงู, จังหวัดสตูล, 8 กรกฎาคม 2549; ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์ นพ. ประพันธ์ ภาณุภาค, กรุงเทพฯ, 20 กรกฎาคม 2549

94 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์ บังอิน ที. อำเภอละงู 9 กรกฎาคม 2549

พวกเขาบอกว่ายาต้านบางตัวไม่สามารถใช้กับเมธาโดนได้ เพราะจะทำให้เมธาโดนมีประสิทธิภาพน้อยลง” แต่เทียน ซี. ก็ไม่เคยได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างเมธาโดนและยาต้านไวรัสเลย เขาบอกว่า “ผมไม่เคยได้รับข้อมูลจากหมอหรือพยาบาลเกี่ยวกับผลของเมธาโดนที่มีต่อยาต้านไวรัสเลย”<sup>95</sup> หมี่ ยู. อายุ 33 ปี กล่าวว่า หมอเคยบอกเขาว่า “ถ้าผมรับยาต้าน ผมจะต้องหยุดยา เพราะถ้ากินยาต้านพร้อมกับยาเสพติดจะทำให้ตาย ผมเชื่อว่าเป็นเรื่องจริง เพราะเคยได้ยินเกี่ยวกับคนที่ได้ยารับต้าน (และเสียชีวิต) และเพื่อนของคนนั้นบอกว่า เขาใช้ยาจำนวนมากด้วย”<sup>96</sup>

### บริการที่ไม่เพียงพอด้านการให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

ผู้ใช้จ่ายที่มีเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องทราบสถานะเอชไอวีของตนเพื่อขอรับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการสุขภาพอื่น ๆ บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) เป็นกระบวนการที่บุคคลจะได้รับบริการให้คำปรึกษาที่เป็นความลับ เพื่อแนะนำทางเลือกที่มีการให้ข้อมูลประกอบเพื่อบุคคลนั้นจะตัดสินใจได้ว่า จะตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือไม่ หรือ ประสงค์ที่จะทราบสถานะของตนเองเกี่ยวกับเอชไอวีหรือไม่ ลักษณะของการดำเนินการโดยสมัครใจของ VCT นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีนั้นได้เป็นไปโดยการบังคับ และทำให้บุคคลสามารถเลือกทางเลือกที่มีการให้ข้อมูลประกอบว่า ตนต้องการตรวจหาเชื้อหรือไม่

การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสมัครใจ

เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการค้นหาว่าผู้ใช้จ่ายคนใดบ้างที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ ทั้งนี้

เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้ารับบริการดูแลและสนับสนุนด้านเอชไอวีโดยทันที

รวมทั้งมีการส่งต่อไปผู้ที่ตรวจเลือดแล้วได้ผลเป็นบวก ไปยังบริการบำบัดการติดยาและบริการด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ

การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสมัครใจ

ยังเป็นโอกาสสำคัญที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้จ่ายเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาได้ด้วย

การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสมัครใจนี้

ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อในบรรดาผู้ใช้จ่าย

และเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ใช้จ่าย<sup>97</sup> จากการทบทวนในประเทศไทยเมื่อเร็ว ๆ นี้

95 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สี่ภูมิภาค เทียน ซี., กรุงเทพฯ 30 พฤศจิกายน 2549

96 ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สี่ภูมิภาค หมี่ ยู., สมุทรปราการ ธันวาคม 2549

97 โปรดดู อย่างเช่น H. Colon et al., “Behavioral effects of receiving HIV test results among injecting drug users in Puerto Rico, AIDS (1996), vol. 10, pp. 1163-68; D. Gibson et al., “Effectiveness of brief counseling in reducing HIV risk behavior in injecting drug users: final results of randomized trials of counseling with and without HIV testing,” AIDS and Behavior (1999), vol. 3, pp. 3-12; R. MacGowan et al., “Sex, drugs and HIV counseling and testing: a prospective study of behavior-change among methadone maintenance clients in New England, AIDS (1997), vol. 11, pp. 229-235.

พบว่าผู้ใช้ยาโดยการฉีดที่ได้รับการยืนยันเรียบร้อยแล้วว่ามีเชื้อเอชไอวี มีความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีดีกว่าผู้ใช้ยาชนิดฉีดที่ไม่ทราบสถานะเกี่ยวกับเอชไอวีของตนเอง (ร้อยละ 97-100 ของผู้ที่ทราบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบกับร้อยละ 48-70 ของผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อหรือไม่ ที่ทราบว่า การใช้เข็มร่วมกันสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีได้)<sup>98</sup>

ตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา โรงพยาบาลรัฐจะมีบริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจ แต่กระทรวงสาธารณสุขและองค์การนานาชาติพบว่า บริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอและการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ไม่มีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ มีค่าใช้จ่ายของบริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจ และไม่มีบริการตรวจผลเลือดโดยไม่ระบุชื่อ<sup>99</sup> กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกพบว่าที่ผ่านมาแทบไม่มีความพยายามที่จะพัฒนาบริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจให้ดีขึ้นสำหรับผู้ใช้ยา แม้อัตราการแพร่เชื้อในกลุ่มนี้จะสูงก็ตาม<sup>100</sup> งานศึกษาในปี 2549 ของนักวิจัยไทยเกี่ยวกับบริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจสำหรับผู้ใช้ยาชี้ว่า ปรกติแล้วจะไม่มีบริการให้คำปรึกษาหรือมีก็ไม่มีประสิทธิภาพ และอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในบรรดาผู้ใช้ยา ยังคงอยู่ในระดับสูง แม้จะมีบริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจแล้วก็ตาม<sup>101</sup>

การสัมภาษณ์ของฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีให้เห็นปัญหามากมายเกี่ยวกับบริการให้คำปรึกษาและตรวจผลเลือดอย่างสมัครใจสำหรับผู้ใช้ยา ผู้ใช้ยารายงานว่าทางคลินิกบำบัดการติดยาหรือเรือนจำทำการตรวจหาเชื้อโดยไม่มีการขอความสมัครใจที่มีการให้ข้อมูลประกอบ และก่อนการตรวจเลือด หากมีการให้ข้อมูลหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี ก็จะได้รับข้อมูลหรือการให้คำปรึกษาน้อยมาก (รวมทั้งไม่มีการแจ้งว่าเป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วย) และ หลังการตรวจแล้ว ก็ไม่มีการให้คำปรึกษาหลังตรวจ หรือหากมี ก็น้อยมาก รวมทั้ง ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีผลเลือดบวก ก็ไม่มีการส่งต่อไปยังบริการด้านการรักษาหรือด้านสังคมอื่น ๆ และไม่มีบริการป้องกันการแพร่เชื้อที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา บริการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังตรวจหาเชื้อซึ่งมีอยู่น้อยบนทอนสิทธิมนุษยชนในแง่ของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น ทั้งยังปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงบริการดูแลและรักษาที่พอเพียงสำหรับผู้ใช้ยา

98 U. Perngparn and Petchsri Sirinirund, Department of Disease Control/Ministry of Public Health, Thailand, and UNDP, "Mid-term Review on National Plan for the Prevention and Alleviation of HIV/AIDS in Thailand 2002-2006: Drug Dependents," p. 7.

99 Ministry of Public Health, Thailand and WHO-SEARO, External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand, p. 35; UNDP, Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges, pp. 40-41.

100 Ministry of Public Health, Thailand and WHO-SEARO, External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand, pp. 26-27.

101 Surinda Kawichai et al., "HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in Northern Thailand," Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, vol. 41, no. 2, February 1, 2006, pp. 186-193 (estimating 10.2 HIV incidence rate among drug users who had been tested for HIV, and finding that 59 percent of those tested had received no pre- or post-test counseling).

ปิดกั้นโอกาสที่รัฐจะปฏิบัติตามพันธะสัญญาเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพซึ่งรวมทั้งการดำเนินงานที่จำเป็นเพื่อ “ป้องกัน  
รักษาและควบคุมการแพร่ระบาด...ของโรค”

แนวปฏิบัติสากลด้านเอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติ

ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในการตีความกฎบัตรสากลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวีและเอดส์เสนอว่า

“กฎหมายด้านสุขภาพควรวางอย่างที่ยังกำหนดให้มีการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อในทุกกรณี”

เนื่องจากการให้คำปรึกษาจะช่วยให้เกิดการตรวจเลือดอย่างสมัครใจ

และช่วยให้การป้องกันหรือดูแลด้านเอชไอวีที่ตามมาภายหลังมีประสิทธิผลมากขึ้น<sup>102</sup>

งานวิจัยของฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ชี้ให้เห็นว่า

ผู้ที่ยังไม่ได้รับบริการให้คำปรึกษาที่เพียงพอที่จะทำให้บังเกิดผลทั้งสองอย่างนั้น

เป็นเหตุให้ผู้ที่ยังไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นสิ่งจะช่วยให้พวกเขาสามารถให้ความยินยอม หรือไม่ให้ความยินยอม

ที่จะเข้ารับการตรวจหาเชื้อ (หลังจากได้ทราบข้อมูลประกอบแล้ว)

ทั้งยังทำให้พวกเขาไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นที่จะทำให้พวกเขาสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลหรือรักษาเอชไอวีอีกด้วย

ปอง เช. อายุ 29 ปี ผู้ถูกตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่สมุทรปราการ บอกผู้วิจัยว่า “การให้คำปรึกษา (ก่อนตรวจเลือด)

ที่ผมได้รับคือ ‘ถ้าคุณมีเชื้อ คุณจะรับได้หรือเปล่า?...’ ไม่มีใครพูดคุยอย่างอื่น เจ้าหน้าที่บอกแค่ว่า

‘คุณคิดว่ามีความเป็นไปได้บ้างหรือเปล่าที่ คุณจะมีเชื้อเอชไอวี?’”<sup>103</sup>

เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่คลินิกบำบัดยาแบบผู้ป่วยนอกให้ข้อมูลว่า

พวกเขาทำการตรวจผลเลือดผู้ป่วยที่รับเมธาโดนเป็นประจำ<sup>104</sup>

ผู้ที่ยังบอกพวกเขาว่ารู้สึกว่าคุณบังคับให้ต้องรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นเงื่อนไขที่จะได้รับเมธาโดน

หรือเข้าร่วมในโครงการวิจัยทางการแพทย์ วัฒน วิ. อายุ 31 ปีพบว่าเขาเป็นผู้มีเชื้อจากการตรวจที่คลินิกเมธาโดน

ในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก เขาบอกผู้วิจัยว่า “พยาบาลที่คลินิกบอกว่าเขาต้องการตรวจเลือดทุกคนและก็ตรวจจริง ๆ”

เมื่อถามว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเลือดหรือไม่ วัฒน วิ. บอกว่า “ไม่ และนั่นก็ผมก็ไม่รู้ว่าเขาตรวจเลือดไปทำไม

เหมือนกับผมถูกบังคับให้ต้องทำ ตอนนั้นผมไปรับเมธาโดนที่คลินิก ก็ต้องให้ความร่วมมือ

---

102 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines (from the second international consultation on HIV/AIDS and human rights 23-25 September 1996, Geneva) (Geneva: UNAIDS, 1998), U.N. Doc. HR/PUB/98/1, para. 20(c).

103 ฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ปอง เช., กรุงเทพฯ 1 ธันวาคม 2549

104 ฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ วัฒน วิ. สมุทรปราการ 1 ธันวาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ช่วย ซี. สมุทรปราการ 2 ธันวาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ หนี ยู., Samut Prakan, สมุทรปราการ 2 ธันวาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ จุฑาทิพย์ เหมินทร์ หัวหน้าฝ่ายการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา ศูนย์บำบัดการติดยา

โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ. สมุทรปราการ 4 ธันวาคม 2549; ฮิวแมนไรท์วอทช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นักสังคมสงเคราะห์

ลาดพร้าวคลินิก 8 ธันวาคม 2549

เขาไม่ได้บอกหรือว่าเป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

เขายกแค่ว่าเป็นการเอาตัวอย่างเลือดไปตรวจและไม่ได้บอกว่าตรวจเพื่ออะไร ผมคิดว่าน่าจะเป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี แต่เขาก็ไม่ได้อธิบาย เขายกแค่ว่า “ในวันนี้ก่อนที่จะรับเมธาโดนพวกคุณจะต้องรับการตรวจเลือดก่อน”<sup>105</sup>

ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมารับผลเลือด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญที่จะให้คำปรึกษาและส่งต่อเพื่อบริการรักษาดูแลและป้องกันที่เหมาะสม แต่พวกเขาไม่ใช้ประโยชน์จากโอกาสเช่นนี้ในตอนที่ยกผลเลือดกับผู้ใช้ยา เมื่อถามว่ามีการบอกผลเลือดกับเขาหรือไม่ ปอง เชช. บอกว่า “เจ้าหน้าที่บอกแค่ที่ผมเป็นเลือดบวก เขาไม่ได้อธิบายว่าเอชไอวีและเอดส์ต่างกันอย่างไร

ไม่มีการให้ข้อมูลว่าจะดูแลตัวเองอย่างไร เขายกแค่ว่า ‘คุณมีเลือดบวก’”<sup>106</sup> เมื่อ วัฒนวี. กลับไปรับผลเลือด

นักสังคมสงเคราะห์บอกเขาว่า “เธอต้องอดทนต่อสิ่งนี้นะ ‘ไม่รู้ว่าจะทนได้ไหม’ เมื่อเขาตอบว่าได้

นักสังคมสงเคราะห์ก็เรียกเขามาและบอกว่า “เธอมีเลือดบวก และเธอต้องดูแลสุขภาพตัวเอง

แต่ยังไม่ถึงขั้นที่เธอต้องรับยา และเธอมีไวรัสตับอักเสบบีด้วย”<sup>107</sup>

### ไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) เป็นโรคระบาดในบรรดาผู้ใช้ยาด้วยการฉีดในประเทศไทย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานของรัฐไทยจำเป็นต้องยอมรับว่ามีการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบี

หลังจากที่มีรายงานการวิจัยออกมาเป็นลำดับว่าความชุกของไวรัสตับอักเสบบีในบรรดาผู้ใช้ยาด้วยการฉีดของไทยสูงกว่าร้อยละ 90<sup>108</sup> เนื่องจากวิธีการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบีมีบางส่วนที่เป็นแบบเดียวกับเอชไอวี

เป็นเหตุให้มีการแพร่ระบาดมากในบรรดาผู้ใช้ยาด้วยการฉีดที่มีเชื้อเอชไอวี

การวิจัยต่างๆของนักวิจัยไทยพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ใช้ยานิรโรคมีอัตราสูงมาก

และการติดเชื้อร่วมดังกล่าวในกลุ่มผู้ใช้ยานิรโรคที่อยู่ในเรือนจำนั้นสูงถึงร้อยละ 99 ที่เดียว<sup>109</sup>

105 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ วัฒนวี. สมุทรปราการ 1 ธันวาคม 2549;

อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ชัย ชี. สมุทรปราการ 2 ธันวาคม 2549;

อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ คำ ยู. สมุทรปราการ 2 ธันวาคม 2549;

อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ปอง เชช. กรุงเทพฯ 12 ธันวาคม 2549.

106 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ปอง พี., สมุทรปราการ 12 ธันวาคม 2549

107 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ วัฒนวี., กรุงเทพฯ 1 ธันวาคม 2549

108 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ อัมพรพันธุ์ บัณฑิตวิทย์ นักจิตวิทยา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 8 ธันวาคม 2549 (citing unpublished World Health Organization study reporting 96 percent HCV prevalence among Bangkok injection drug users); T. Hansurabhanon et al., “Infection with hepatitis C virus among intravenous drug users: prevalence, genotypes, and risk-factor-associated behavior patterns in Thailand,” *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, vol. 96, no. 6, (2002) pp. 615 – 625 (92.5 percent hepatitis C prevalence among injection drug users in southern Thailand); J. Jittiwutikarn et al., “Hepatitis C Infection among Drug Users in Northern Thailand,” *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 74, no. 6 (2006), pp. 1111-1116 (86 percent hepatitis C prevalence among injection drug users).

109 W. Paungtubtim et al., “High Incidence and Prevalence of Hepatitis C Virus Infection among Bangkok Inmates, Thailand,” presented at XVth International AIDS Conference; Bangkok, 2004. See also Somnuek Sungkanupharph et al., “Prevalence of การปฏิเสธร้อยละเลือดเย็น

การมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับ น้บการเจ็บป่วยที่สำคัญพร้อมกันสองโรคสำหรับผู้มีเชื้อเอชไอวี เพราะ

- เอชไอวีทำให้ไวรัสตับอักเสบบีมีการดำเนินโรคที่เร็วขึ้น
- การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดตับแข็งเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า
- การมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับ ทำให้การรักษาเอชไอวีซับซ้อนขึ้น

เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตับเป็นพิษอันเนื่องมาจากการใช้ยาต้านไวรัสและทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง

- ในสหรัฐฯ และบางส่วนของยุโรปซึ่งมีบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โรคตับระยะสุดท้ายที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบี

ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในบรรดาผู้มีเชื้อเอชไอวี

การรักษาเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ติดเชื้อร่วม

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสช่วยชะลอการดำเนินโรคของไวรัสตับอักเสบบี

และลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคตับสำหรับผู้ติดเชื้อร่วม อย่างไรก็ตาม ต้องเลือกใช้ยารักษาเอชไอวีอย่างระมัดระวัง

เนื่องจากยาบางสูตร รวมทั้งสูตรที่แจกจ่ายในประเทศไทยโดยรัฐบาล มีผลเป็นพิษต่อดับ<sup>110</sup>

ไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่รักษาได้ ไม่ว่าจะจะมีเชื้อเอชไอวีหรือไม่ อันที่จริง

สายพันธุ์ของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่พบบ่อยในประเทศไทย (genotype three)

เป็นชนิดที่มีโอกาสรักษาได้สำเร็จสูงกว่าชนิดอื่น<sup>111</sup>

ทั้งโอกาสในการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเดี่ยวและผู้ติดเชื้อร่วมมีอยู่สูงถึงประมาณร้อยละ 50 และ 44 ตามลำดับ

การรักษาไวรัสตับอักเสบบียังมีประโยชน์เพิ่มเติม แม้แต่ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

เพราะมีส่วนช่วยลดการอักเสบของตับและทำให้ความเสี่ยงจากการเสียชีวิตเนื่องจากอาการของตับลดลง<sup>112</sup>

ในสภาพที่มีการระบาดของไวรัสตับอักเสบบีในบรรดาผู้เข้าค่ายด้วยการฉีดในไทยอย่างกว้างขวาง

เป็นที่น่าประหลาดใจว่าเหตุใดผู้ใช้ยาจำนวนมากจึงไม่มีข้อมูลหรือมีข้อมูลน้อยมากเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี

ทั้งในแง่การแพร่เชื้อ การป้องกัน ธรรมชาติและกระบวนการเกิดโรค หรือการรักษา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ด้านเอชไอวีและผู้นำบำบัดยาเสพติดเองก็ไม่มีข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้

---

Hepatitis B Virus and Hepatitis C Virus Co-infection with Human Immuno-deficiency Virus in Thai Patients: a Tertiary-care-based Study,” Journal of the Medical Association of Thailand, vol. 87, no. 11 (2004) (88 percent of HIV-positive injectors co-infected with hepatitis C).

110 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับรุนแรงจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีระดับมี CD 4 น้อยกว่า 200 cells/mL

111 ความสำเร็จในการรักษาไวรัสตับอักเสบบีชนิด genotype three มีอยู่สูงถึงร้อยละ 82 และมากถึงร้อยละ 73 สำหรับผู้ติดเชื้อร่วมกับเอชไอวี

112 Raymond T. Chung et al., “Peginterferon Alfa-2a plus Ribavirin versus Interferon alfa-2a plus Ribavirin for Chronic Hepatitis C in HIV-coinfected persons, New England Journal of Medicine, vol. 351, no. 5 (July 29, 2004), pp. 451-9.; MW Fried et al., “Peginterferon Alfa-2a plus Ribavirin for Chronic Hepatitis C Virus Infection. New England Journal of Medicine, vol. 347, no. 13 (Sept. 26, 2002), pp. 975-82; Montserrat Laguno et al., Peginterferon Alfa-2b plus Ribavirin Compared with Interferon alfa-2b plus Ribavirin for Treatment of HIV/HCV Co-infected Patients, AIDS, vol. 18, no. 13 (Sept. 2004), pp. 27-36.

ไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้าผู้เข้ายาได้รับความรู้และวิธีการป้องกันตนเองและคนอื่น มีโอกาสมากมายที่จะป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่สำหรับผู้เข้ายาด้วยการฉีดในไทย เนื่องจากส่วนใหญ่จะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีภายในสองถึงสามปีหลังจากเริ่มเข้ายา<sup>113</sup> โชคร้ายที่ไม่มีบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างเป็นทางการในประเทศไทย ผู้เข้ายาด้วยการฉีดส่วนใหญ่ก็ไม่ทราบว่าตนเองมีไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ และไม่สามารถตรวจเลือดหาเชื้อนี้หรือรับการรักษาได้ หนึ่ง พี. อายุ 47 ปี ทำงานด้านให้ความรู้กับเพื่อนผู้เข้ายาเป็นเวลานานและทำงานในศูนย์บำบัดการติดยา 22 ปีแล้ว เป็นศูนย์ที่เขาทำงานกับผู้เข้ายาด้วยการฉีดจำนวนมาก เขาบอกผู้วิจัยว่า

เราแทบไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีเลย ถ้าเป็นเรื่องเฮชไอวี พวกเราทราบ แต่แทบไม่มีหมอคนไหนที่มีข้อมูลไวรัสตับอักเสบบีเลย ถ้าไม่ได้ติดต่อกับเครือข่ายผู้เข้ายาแห่งประเทศไทย ผมก็คงไม่รู้จักไวรัสตับอักเสบบีเหมือนกัน<sup>114</sup>

ในประเทศไทย การรักษาไวรัสตับอักเสบบีมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 10,000 ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 340,000 บาท) ต่อคน ทำให้ผู้เข้ายาส่วนใหญ่ไม่สามารถรับการรักษาได้ รัฐบาลก็ไม่มีโครงการดูแลอย่างครบวงจรทั้งการวินิจฉัยและการติดตามโรค ตัวอย่างเช่น การติดตามคูปริมาณไวรัสตับอักเสบบี และยังไม่มีการตรวจเอ็นไอเอ็มของตับสำหรับผู้ไม่มีเงินมากพอที่จะขอใช้บริการ หนึ่ง พี.บอกผู้วิจัยว่า “ผมไปที่โรงพยาบาลเอกชนและบอกว่า ‘ผมมีไวรัสตับอักเสบบีและอยากรักษา’ (หมอ) บอกว่า ‘เรารักษาไม่ได้ ในเมืองไทยแทบไม่มีบริการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเลย’”<sup>115</sup>

แต่อย่างที่จริงในเมืองไทยมีการรักษาไวรัสตับอักเสบบี อุปสรรคสำคัญคือค่าใช้จ่าย ตามข้อมูลของ พญ.อัญชลี อภิวิงสานนท์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเฮชไอวี “ร้อยละ 99 ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีไม่สามารถเข้ารับการรักษา คนที่รักษาได้คือคนที่เงินเท่านั้น”<sup>116</sup> นายแพทย์จอนห์ เลอวิทย์วรพงษ์ ผู้อำนวยการฝ่ายเวชกรรม เรือนจำกลางคลองเปรมบอกว่า “เราไม่ตรวจไวรัสตับอักเสบบีเพราะมันแพง”<sup>117</sup>

113 T. Hansurabhanon, T., et al, "Infection with hepatitis C virus among intravenous-drug users: prevalence, genotypes and risk-factor-associated behaviour patterns in Thailand,". *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, Vol. 96, No. 6, (2002), 615-625

114 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ หนึ่ง พี. กรุงเทพฯ 21 กรกฎาคม 2549

115 อ้างแล้ว

116 อิวแมนไรท์วอชท์ สัมภาษณ์พญ.อัญชลี อภิวิงสานนท์ กรุงเทพฯ 20 กรกฎาคม 2549

117 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นพ.จอนห์ เลอวิทย์วรพงษ์ กรุงเทพฯ 21 กรกฎาคม 2549



การขาดข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีและการติดเชื้อนี้ร่วมกับเอชไอวีทำให้ผู้เข้ายาไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมสำหรับทั้งสองโรค เทียน ซี. ซึ่งเป็นผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อสองชนิดนี้ร่วมกัน ไม่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จนกระทั่งเวลาผ่านไปนานกว่าหนึ่งปีหลังจากที่ตรวจพบว่ามี CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร ซึ่งเป็นปริมาณ CD4 ที่ทำให้เขามีสิทธิ์ได้รับยาต้าน ซึ่งทำให้เขามีความเสี่ยงโดยไม่จำเป็นจากการใช้เข็มในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ที่อาจทำให้เขาได้รับเชื้อโรคฉวยโอกาสต่างๆหรือทำให้ตับของเขาเสียหายรุนแรง แม้ว่าแพทย์ผู้ดูแลจะทราบว่าเขาเป็นผู้เข้ายาโดยการฉีด เขาก็ไม่เคยได้รับข้อมูลใดๆเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีจากแพทย์เหล่านั้นเลย หลังจากที่เขาทราบจากเพื่อนว่าเขามีความเสี่ยงต่อการเป็นตับอักเสบบี เขาก็เลยเปลี่ยนโรงพยาบาลอยู่สองครั้ง ก่อนที่เขาจะได้เข้าร่วมในโครงการยาต้านฯ เทียน บอกผู้วิจัยว่า หลังจากเขาทราบว่ามียาระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 “ผมถามหมอว่าเมื่อไรจะได้ยาต้าน...ผมถามหลายครั้งเพราะรู้ดีเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การรับยาเมื่อ CD4 ต่ำ ตอนนั้นเป็นปี 2547 พวกเขาบอกว่าให้ดูแลตับของผมก่อน...ตอนนั้นผมยังไม่ได้รับการรักษาตับ พวกเขาถามว่าผมติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างไร ผมบอกหมอว่าติดจากการใช้ยา (หมอม) บอกว่าตับผมไม่ดี...จากนั้นก็ใช้เวลาอีกประมาณหนึ่งปีกว่าผมจะได้ยาต้าน”<sup>118</sup>

### การเข้าถึงบริการเอชไอวีในทัณฑสถาน

ผู้เข้ายาในไทยจำนวนมากเป็นผู้ต้องขังในบางช่วงของชีวิต ทั้งที่อยู่ในเรือนจำ

สถานฝากขังก่อนหรือระหว่างการพิจารณาคดี สถานกักกันเยาวชนและศูนย์บังคับบำบัดยา<sup>119</sup>

การจ้องจำเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างยิ่งต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้เข้ายาในไทย<sup>120</sup> ข้อมูลของทางการระบุว่า

มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 869 รายและมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 331 รายในเรือนจำของไทยเมื่อปี 2547

(จากจำนวนนักโทษในเรือนจำทั้งหมด 167,000 คน)<sup>121</sup> แต่ในปี 2549

กระทรวงสาธารณสุขประมาณว่าตัวเลขที่แท้จริงน่าจะอยู่ที่ 4,800 ราย (จากจำนวนนักโทษในเรือนจำทั้งหมด 160,000

---

118 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ เทียน ซี., กรุงเทพฯ 30 พฤศจิกายน 2549

119 โปรตุเกส C. Beyrer et al., “Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison-Associated HIV Risks in Thailand,” *AIDS and Behavior*, vol. 7, no. 2, June 2003 pp. 153-161 (ร้อยละ 27 ของผู้เข้ายา และร้อยละ 60

ของผู้เข้ายาด้วยการฉีดในเชียงใหม่เคยต้องถูกส่งขังมาก่อนอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต); K. Dolan et al., “Review of injecting drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries,” UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and care among Injecting Drug Users,” (2004); UNODC, “HIV/AIDS in Custodial Settings in South East Asia. An Exploratory Review into the Issue of HIV/AIDS and Custodial Settings in Cambodia, China, Lao, PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam,” November 2006, p. 47; K. Choopanya et al., “Incarceration and Risk for HIV Infection Among Drug Users in Bangkok,” *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 29, no. 1 (January 2002), pp. 86-94.

120 โปรตุเกส, อย่างเช่น Beyrer et al., “Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison-Associated HIV Risks in Thailand;” K. Dolan et al., “HIV in prison in low-income and middle-income countries,” *Lancet Infectious Disease*, vol. 7, Jan. 2550, pp. 32-41; H. Thaisri et al., “HIV Infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study,” *BMC Infectious Diseases*, vol. 3 (2003); UNDOC study cited in note 1, p. 57 (อ้างถึงงานศึกษาของ FHI ในปี 2006 เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในเรือนจำสี่แห่งในกรุงเทพฯ เมื่อปี 2548)

121 UNODC, เอชไอวีเอดส์ในทัณฑสถานในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, หน้า 13

คน)<sup>122</sup> งานศึกษาผู้เข้ายาด้วยการฉีดซึ่งเคยถูกคุมขังก่อนหรือหลังการพิจารณาคดีพบว่า ตัวเลขที่แท้จริงน่าจะสูงกว่านี้มาก งานศึกษาของนักวิจัยไทยพบว่าอัตราการแพร่ระบาดของเอชไอวีในบรรดาผู้เข้ายาด้วยการฉีดซึ่งเคยเป็นผู้ต้องขังอยู่สูงถึงร้อยละ 40

และพบว่าเมื่ออัตราความเสี่ยงต่อเอชไอวีสูงมากเนื่องมาจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในสถานฝากขังก่อนการพิจารณาคดีแต่ละในเรือนจำ<sup>123</sup> สัดส่วนของผู้ต้องขังเนื่องจากคดีเกี่ยวกับยาที่สูงมาก คือมีจำนวนมากกว่า 90,000 รายในปี 2549

และอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีที่สูงในบรรดาผู้เข้ายา (โดยเฉพาะผู้เข้ายาด้วยการฉีด) ชี้ว่า

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเรือนจำน่าจะสูงกว่า 4,800 ราย<sup>124</sup> ผู้ต้องขังยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อชนิดอื่น ๆ (เช่น วัณโรคและไวรัสตับอักเสบบี) ซึ่งทำให้อาการเนื่องจากเอชไอวีรุนแรงขึ้นและทำให้การรักษาซับซ้อนมากขึ้น<sup>125</sup>

จนถึงกลางปี 2550

รัฐบาลไทยก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชัดเจนเพื่อให้บริการยาต้านไวรัสในสถานคุมขังก่อนการพิจารณาคดีหรือในเรือนจำ<sup>126</sup>

---

122 Erika Fry, "AIDS Lingers Behind Bars," Bangkok Post, October 30, 2549 (ตั้งข้อสังเกตว่าในปี 2549

ทางการราชทัณฑ์ประกาศว่ามีผู้ต้องขังที่มีเอชไอวี/เอดส์อยู่ 740 ราย ในขณะที่ตัวเลขประมาณของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ที่ 4800 ราย)

123 โปรดดู อย่างเช่น H. Thaisri et al., "HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study," BMC Infectious Diseases, vol. 3 (2003) (พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 25.4 ของผู้ต้องขัง 689 คนที่ยอมให้ตรวจเลือด ในจำนวนนี้ ร้อยละ 49 เป็นผู้เข้ายาด้วยการฉีด และร้อยละ 95 ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

และมีการสรุปว่าสาเหตุหลักของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำที่กรุงเทพฯ คือการฉีดยา); C. Beyrer et al., "Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand," AIDS and Behavior, vol. 7, no. 2 (June 2003), pp. 153-161 (ร้อยละ 38.2 ของผู้ชายที่เข้ายาด้วยการฉีด 104 คนซึ่งเคยถูกต้องโทษจำขังต่างมีผลเลือดบวก เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 20.2

ของผู้ที่ไม่เคยต้องโทษจำขังมาก่อน); A. Buavirat et al., "Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: Case-control study," British Medical Journal, Vol. 326, 2003, pp. 308-326 (สรุปว่า

"ผู้เข้ายาด้วยการฉีดในกรุงเทพฯ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมากต่อการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการใช้เข็มร่วมกันกับคนอื่นหลายคน

ในระหว่างอยู่ในเรือนจำ"); Choopanya et al., "Incarceration and Risk for HIV Infection Among Drug Users in Bangkok," Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 29, no. 1 (January 2002), pp. 86-94

124 จากเว็บไซต์ของกรมราชทัณฑ์ กว่าร้อยละ 60 ของผู้ต้องขัง (มากกว่า 90,000 คน) เป็น "ผู้กระทำผิดกฎหมายยาเสพติดให้โทษ" ในปี 2549

[http://www.correct.go.th/eng/stat/statistic.htm#\\_Prison\\_Population\\_breakdown\\_by%20Type\\_1](http://www.correct.go.th/eng/stat/statistic.htm#_Prison_Population_breakdown_by%20Type_1) (accessed November 12, 2007) หน่วยงานของไทยยังประมาณการว่า ร้อยละ 60 - 80 ของผู้ต้องขังในไทยมีประวัติเกี่ยวกับยา และร้อยละ 22 ถูกจองจำด้วยคดีการใช้ยา UNDOC, "HIV/AIDS in Custodial Settings in South East Asia," p. 14.

125 อัตราการแพร่ระบาดของวัณโรคในเรือนจำสูงกว่าในประชากรทั่วไปหลายเท่า โปรดดู อย่างเช่น S. Nateniyom, "Implementation of the DOTS Strategy in Prisons at Provincial Level, Thailand," International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, vol. 8, no. 7, 2004, pp. 848-854 (2004) และมีหลักฐานยืนยันว่าอัตราการแพร่ระบาดของวัณโรคแบบดื้อยาหลายสูตรมีอยู่สูงมากในบรรดาผู้ต้องขัง โปรดดู Public Health Watch, TB Policy in Thailand, (New York: Open Society Institute) p. 51 (citing studies). Thailand has reported TB and AIDS as the main causes of death in prison. UNODC, "HIV/AIDS and Custodial Settings in South East Asia," p. 16.

126 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นางมาจิรา งามไตรีโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549

ตามแผนเอดส์ชาติซึ่งออกมาเมื่อกลางปี 2550 กระทรวงยุติธรรมมีหน้าที่ต้องให้บริการรักษาและดูแลด้านเอชไอวีอย่างครบวงจรต่อผู้ต้องขังทุกคน แม้ในกรณีที่ผู้ต้องขังต้องออกจากเรือนจำหรือสถานคุมขังเพื่อไปรับการรักษา National Committee for Prevention and Solutions to AIDS การปฏิเสธร้อยละ

ผู้ต้องขังซึ่งไม่ได้รับยาต้านไวรัสในเรือนจำจะเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดูแลและรักษาเมื่อได้รับการปล่อยตัวออกมา

### การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำจะกระทำเมื่อมีการร้องขอจากผู้ต้องขัง

และการให้การรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสก็จะใช้แนวทางการรักษาเดียวกันกับที่ใช้กันอยู่ภายนอกเรือนจำ<sup>127</sup> น.พ. จอน

เลอวิตซ์วรพงษ์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ เรือนจำกลางคลองเปรม กล่าวว่

“ไม่มีอุปสรรคเรื่องการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในเรือนจำ”

เนื่องจากนักโทษในกรุงเทพฯทุกคนได้รับยาต้านฯโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

และเจ้าหน้าที่เรือนจำก็ได้พยายามที่จะให้ข้อมูลเรื่องการรักษาดูแลด้วยยาต้านฯและบริการอื่นๆเกี่ยวกับเอชไอวีให้ผู้ต้องขังทรา

วับ<sup>128</sup> อย่างไรก็ตาม น.พ. จอน เลอวิตซ์วรพงษ์

ยอมรับว่าเจ้าหน้าที่เรือนจำไม่สามารถเข้าถึงนักโทษทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล

เนื่องจากนักโทษที่มีเชื้อเอชไอวีบางคนไม่ยอมเปิดเผยสถานะของตนเอง

หรือขอรับการตรวจซึ่งเป็นการเปิดเผยสถานะของตน<sup>129</sup> นิภา งามไตรโร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านเอชไอวี/เอ็ดส์ของกรมราชทัณฑ์ ยืนยันว่า “มี (นักโทษ) น้อยมากที่จะขอตรวจหาเชื้อเอชไอวี”<sup>130</sup>

ซึ่งเป็นผลให้สามารถระบุนักโทษที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสได้

ก็ต่อเมื่อนักโทษนั้นๆมีอาการหรืออาการแสดงของโรคออกมาแล้ว

ในปี 2549 มีผู้ต้องขังประมาณ 300 คนจากทั่วประเทศที่ได้รับการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส ในจำนวนนี้ประมาณ

200 คนได้รับการบริการในเรือนจำที่กรุงเทพฯ<sup>131</sup> ถ้าอยู่นอกเขตกรุงเทพฯ

---

Problems,"National Strategic Plan to Integrate Prevention and Solutions to AIDS Problems (2007-2011): Main Content (Book 1)," 2007, p. 15.

127 อิวแมนไรท์วอร์ชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์ นิภา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549

128 อิวแมนไรท์วอร์ชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์นายแพทย์จอห์น เลอวิตซ์วรพงษ์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ เรือนจำกลางคลองเปรม, กรุงเทพฯ, 21 กรกฎาคม 2549

129 อ้างแล้ว

130 อิวแมนไรท์วอร์ชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์นิภา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549

131 อิวแมนไรท์วอร์ชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์นิภา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549;

อิวแมนไรท์วอร์ชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอ็ดส์สัมภาษณ์นายแพทย์จอห์น เลอวิตซ์วรพงษ์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ เรือนจำกลางคลองเปรม, กรุงเทพฯ, 21 กรกฎาคม 2549 (มีผู้ต้องขังที่ได้รับยาต้านไวรัส 182 คนที่เรือนจำกลางคลองเปรม) นับแต่ปี 2546

โครงการหมอไร้พรมแดนให้บริการทางการแพทย์ในเรือนจำสองแห่งที่กรุงเทพฯ และในเดือนมิถุนายน 2550 รายงานว่า ได้รับผู้ป่วย 88

คนเข้าโครงการยาต้านไวรัส ในจำนวนนี้มีอยู่ 63 คนที่อยู่ระหว่างการคุมขัง D. Wilson et al., "HIV Prevention, Care, and Treatment in Two Prisons in Thailand," PLoS Med., vol. 4(6), June 2550.

โปรดสังเกตว่าหลักเกณฑ์การรับผู้ต้องขังเข้าโครงการยาต้านไวรัสเหมือนกับผู้ที่อยู่นอกเรือนจำ

เป็นเหตุให้ผู้ต้องขังหลายคนที่เป็นคนต่างชาติหรือชาวเขาที่ไม่มีบัตรประชาชน ไม่ได้รับยาต้านไวรัส อิวแมนไรท์วอร์ชท์สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับ Paul

Cawthorne, head of mission, MSF, กรุงเทพฯ 31 กรกฎาคม 2550

การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมักขึ้นอยู่กับระบบที่จัดเตรียมไว้โดยหน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นและโรงพยาบาลในระดับจังหวัดและท้องถิ่น หรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว<sup>132</sup> ตามข้อมูลของนิภา งามไตรโร

เจ้าหน้าที่ในกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์

รัฐบาลไทยไม่มีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนที่จะให้ยาต้านไวรัสในเรือนจำ และโอกาสที่ผู้ต้องขังจะได้รับยาต้านไวรัส

“จึงขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในแต่ละสถานที่”<sup>133</sup> นิภา งามไตรโรมีข้อสังเกตว่า “โรงพยาบาลบางแห่งจะเข้มงวดมาก”

และกำหนดให้ต้องนำตัวผู้ต้องขังไปขอรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดภาวะกับเจ้าหน้าที่เรือนจำ

และทำให้ผู้ต้องขังอาจไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสม “เราต้องใช้ผู้คุมสองคนต่อนักโทษหนึ่งคน

ในเรือนจำจังหวัดเชียงรายซึ่งมีผู้ต้องขังที่รับยาต้าน 30 คน เราจึงไม่มีเจ้าหน้าที่มากพอที่จะให้บริการช่วยเหลือ

เราไม่สามารถพาตัวพวกเขาไปโรงพยาบาลได้คราวละหลายๆคน”<sup>134</sup> ในบางจังหวัด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับมอบหมายให้บริการด้านเอชไอวีในเรือนจำด้วย จากข้อมูลของนิภา งามไตรโร

สภาพเช่นนี้ก็เป็นปัญหาต่อการเข้าถึงบริการดูแลเช่นกัน

เพราะในบางจังหวัดแพทย์คนเดียวต้องมีหน้าที่ดูแลเรือนจำหรือสถานกักขังหลายแห่ง

อพท.มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและบริการเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์แก่ผู้ต้องขัง

ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความเห็นตรงกันระหว่างองค์กรนานาชาติและเจ้าหน้าที่ของรัฐ<sup>135</sup> นับแต่ปี 2546

โครงการหมอไร้พรมแดนของเบลเยียมประจำประเทศไทย (MSF-Belgium/Thailand)

ให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ในเรือนจำสองแห่งในกรุงเทพฯ และจากข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2550

ได้รับผู้ป่วยเข้าโครงการยาต้านไวรัสแล้ว 88 ราย<sup>136</sup> ใจ ดับเบิลยู. อายุ 24 ปี

ได้รับยาต้านไวรัสรวมทั้งการรักษาอย่างอื่นจากโครงการหมอไร้พรมแดน

ทั้งในช่วงที่อยู่ในเรือนจำและในช่วงได้รับการปล่อยตัวแล้ว

และมีการช่วยเหลือจนสามารถส่งต่อเข้ารับระบบสาธารณสุขได้จนสำเร็จ<sup>137</sup>

---

132 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นิภา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์พ.ญ. ทศนา หลิวเสรี, หัวหน้าฝ่ายโครงการเอชไอวี/เอดส์ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต 10 เชียงใหม่, 12 กรกฎาคม 2549

133 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นิภา งามไตรโร, 12 ธันวาคม 2549

134 อ้างแล้ว

135 UNODC, “HIV/AIDS in Custodial Settings in South East Asia. An Exploratory Review into the Issue of HIV/AIDS and Custodial Settings in Cambodia, China, Lao, PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam,” November 2006, p. 47;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์นิภา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549. โครงการหมอไร้พรมแดน (Médicins Sans Frontières-Belgium/Thailand SF-Belgium) ให้บริการกับผู้ที่ไม่ได้รับการซึ่งอยู่ในเรือนจำมีนบุรีและบางขวาง รวมทั้งที่อื่น ๆ

136 D. Wilson et al., “HIV Prevention, Care, and Treatment in Two Prisons in Thailand.”

137 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ใจ ดับเบิลยู. กรุงเทพฯ, 30 พฤศจิกายน 2549

## การเข้าถึงการบำบัดด้วยการให้ยาช่วย (Medication-assisted Treatment) สำหรับผู้พึ่งพาสารกลุ่มฝิ่น ...

สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม

องค์การอนามัยโลกและโครงการร่วมด้านเอชไอวี/เอดส์สหประชาชาติต่างเสนอว่า

ควรมีการให้บริการบำบัดด้วยเมธาโดนระยะยาวและการบำบัดด้วยสารกลุ่มฝิ่นอื่น ๆ ทดแทนโดยไม่คิดมูลค่าต่อผู้ต้องขังในกรณีที่มีบริการบำบัดด้วยการให้ยาช่วยเช่นนั้นอยู่ภายนอกเรือนจำ<sup>138</sup> หน่วยงานเหล่านี้แนะนำว่า

บุคคลใดก็ตามที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้ยาช่วยตั้งแต่อ่อนถูกคุมขัง ควรจะได้รับการบำบัดต่อไปอย่างต่อเนื่อง ส่วนคนอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการเริ่มการบำบัด

ก็ควรเริ่มได้รับการบำบัดโดยการให้สารทดแทนตั้งแต่ในขณะที่ถูกคุมขัง<sup>139</sup>

แม้ว่าเรือนจำต้องให้บริการดูแลที่ได้มาตรฐานต่อผู้ต้องขังเช่นเดียวกับบริการสำหรับประชาชนทั่วไปเป็นอย่างดี แต่ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับบริการบำบัดด้วยเมธาโดนและด้วยการให้ยาอื่น ๆ ที่ช่วยในการบำบัด

ผู้ต้องขังบางคนยังสามารถหายจากภายในระบบของเรือนจำได้<sup>140</sup> งานวิจัยในเรือนจำของไทยชี้ว่า

ผู้ต้องขังที่พึ่งพายายังคงฉีดยาอยู่ในระหว่างที่ถูกคุมขังโดยมักใช้เข็มร่วมกับผู้ต้องขังคนอื่น

ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคที่ติดต่อทางเลือดอื่น ๆ<sup>141</sup> นักวิจัยชาวไทยพบว่าผู้เข้าขานิดชิดในกรุงเทพฯ

“ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มร่วมกับหลายๆคนในระหว่างที่ถูกกักตัวไว้ในห้องขังก่อนถูกส่งมาเรือนจำ”<sup>142</sup>

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สนามที่ทำงานกับนักโทษและอดีตนักโทษ

พบว่ามีการฉีดยาภายในเรือนจำ

และการที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถหาทางป้องกันจัดการเรื่องความเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวีของผู้เข้ายาที่ถูกคุมขัง

---

138 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, and UNAIDS, “HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response.” 2006, para. 77; WHO, UNODC, UNAIDS, Interventions to Address HIV in Prisons. Drug Dependence Treatments (Geneva: WHO, 2007), p. 17.

139 อ้างแล้ว

140 Erika Fry, “AIDS Lingers Behind Bars,” Bangkok Post, October 30, 2006.

141 Beyrer et al., “Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison-Associated HIV Risks in Thailand”; A. Buavirat et al., “Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok.” Studies in prisons throughout the world (including Australia, Canada, Mexico, England, Wales, Scotland, and the United States) have found likewise. See, for example, David Shewan et al., “Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons,” *Social Science and Medicine*, vol. 39, no. 11 (1994), 1585-1586.; A. Boys et al. (2002). “Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales,” *Addiction*, vol. 97, no.12 (2002), pp. 1551-60; Liviana M. Calzavara et al., Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates,” *Addiction*,” vol. 98 no. 9 (2003), pp. 1257-1265; P. Cravioto et al., “Patterns of heroin consumption in a jail on the northern Mexican border: barriers to treatment access,” *Salud Publica de Mexico*, vol. 45 (2003), pp. 181-90; Robert Heimer et al., “Methadone Maintenance in a Men's Prison in Puerto Rico: A Pilot Program,” *Journal of Correctional Health Care*, vol. 11, no. 3 (2005), pp. 295-305, Kate Dolan et al., “Methadone Maintenance Treatment Reduces Heroin Injection in New South Wales Prison,” *Drug and Alcohol Review*, vol. 17 (1998), pp. 153-58.

142 A. Buavirat et al., “Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok.”

มีการพิสูจน์แล้วว่า การบำบัดด้วยเมธาโดนในระยะยาวช่วยลดการใช้ยาด้วยการฉีดในเรือนจำ<sup>143</sup>  
ในทำนองเดียวกัน การหยุดให้เมธาโดนระหว่างอยู่ในเรือนจำเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้เข็มร่วมกันมากขึ้น<sup>144</sup>

เจ้าหน้าที่จากกรมราชทัณฑ์ และแพทย์ด้านเอชไอวี/เอดส์  
ซึ่งให้การดูแลทั้งในและนอกเรือนจำให้เหตุผลหลายประการที่ทำให้ไม่มีการให้เมธาโดนในเรือนจำ นินา งามไตรโรบอกว่า  
“มันเป็นสิ่งผิดกฎหมาย” ที่จะให้เมธาโดนในเรือนจำ

และไม่ใช้สิ่งจำเป็นเนื่องจากจำนวนผู้ใช้ยาด้วยการฉีดในเรือนจำมีอยู่น้อยมาก<sup>145</sup> อย่างไรก็ตาม

ตัวเลขประมาณการของรัฐบาลระบุว่า เกือบร้อยละ 80 ของนักโทษเป็นผู้ต้องขังคดีเกี่ยวกับยาเสพติด และร้อยละ 60-80  
ของนักโทษมีประวัติการเข้ายามาก่อน<sup>146</sup> งานวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้ชี้ว่า

จำนวนผู้ใช้ยาด้วยการฉีดในเรือนจำก็ไม่ใช่ว่าจะไม่มีนัยสำคัญ<sup>147</sup>

นพ. วีระกิตต์ หาญปริพรรณ์ แพทย์ที่เรือนจำกลางคลองเปรม กรุงเทพฯ ยอมรับว่า  
ที่เรือนจำยังคงมีปัญหาคาการเข้ายาด้วยการฉีดอยู่ แต่บอกว่าทางโรงพยาบาลเรือนจำไม่มีนโยบายให้เมธาโดน  
และบอกต่อไปว่า เขาเชื่อว่าไม่มีเหตุผลทางการแพทย์สนับสนุนการให้เมธาโดนในเรือนจำ  
“ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการบำบัดด้วยเมธาโดนและการหักดิบ  
หากมองในแง่ของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต”<sup>148</sup>

นพ. วีระกิตต์ หาญปริพรรณ์ แสดงความกังวลต่อการให้เมธาโดนในเรือนจำ เขาอธิบายว่า  
“เราให้การรักษาอาการถอนยาแต่เราไม่มีการบำบัดด้วยสารทดแทน (หรือการให้ยาช่วย)  
เราไม่ใช่เมธาโดนเพราะว่ามันไม่ดีถ้าใช้ในเรือนจำ” เขาอ้างถึงตัวอย่างในออสเตรเลียและเสริมว่า  
“เราได้เรียนรู้จากประเทศอื่นว่ามันไม่ดีที่จะใช้เมธาโดนในเรือนจำ เพราะจะทำให้เกิดตลาดมืดของเมธาโดน”<sup>149</sup>

ในระดับโลกมีการพัฒนาโครงการเมธาโดนที่ประสบความสำเร็จในเรือนจำหลายที่ ทั้งในอินโดนีเซีย อิหร่าน  
เปอร์โตริโกและแคนาดา<sup>150</sup>

---

143 Kate Dolan et al., “Methadone Maintenance Treatment Reduces Heroin Injection in New South Wales Prison;” Robert Heimer et al., “Methadone Maintenance in a Men's Prison in Puerto Rico;” Thomas Haig, “Randomized Controlled Trial Proves Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Prison,” Canadian HIV/AIDS Law and Policy Review, vol. 8, no. 3 (2003), p. 48.

144 David. Shewan et al., “Behavioural change amongst drug injector in Scottish prisons.”

145 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์ นินา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549

146 UNODC, HIV/AIDS and Custodial Settings in South East Asia, p. 14

147 Buavirat et al., “Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok,” pp. 308-326.

148 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมพันธ์ นพ. วีระกิตต์ หาญปริพรรณ์ 21 กรกฎาคม 2549

149 อ้างแล้ว

150 Robert Heimer et al., “Methadone Maintenance in a Men's Prison in Puerto Rico,” S. Sefatian et al., “The harm reduction policy to help drug users in Iran,” In: Proceedings of the 16th International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm, Belfast, UK, 2005; Barbara Sibbald, “Methadone maintenance expands inside federal prisons,” Canadian Medical Association Journal, vol. 167, no. 10 (2002), p.1154; Fabio Mesquita et al., “Public Health the Leading Force of the Indonesian Response to the HIV/AIDS Crises among People Who Inject Drugs,” Harm Reduction Journal, vol. 4, no. 9 (2007),

องค์การอนามัยโลกมีความเห็นว่าการจัดโครงการบำบัดโดยการให้สารกลุ่มฝิ่นทดแทนภายในเรือนจำนั้นทำได้ไม่ยาก<sup>151</sup>

จากข้อมูลหลักฐานเหล่านี้ การที่รัฐบาลไม่จัดการรักษาที่จำเป็นต่อผู้ต้องขังที่พึ่งพาสารกลุ่มฝิ่น

จึงทำให้เกิดความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเลือดอื่น ๆ

ถือได้ว่าเป็นการทำให้ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติต่ออย่างโหดร้ายผิดมนุษยที่เลวร้ายอย่างยิ่ง

เป็นการละเมิดพันธสัญญาของรัฐบาลในการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

และพันธสัญญาที่จะจัดการให้ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม<sup>152</sup>

ผู้ต้องขังที่พึ่งพาสารกลุ่มฝิ่นที่ไม่สามารถหรือไม่เต็มใจที่จะหายาในเรือนจำมาใช้

อาจถูกบังคับให้ต้องเลิกยาโดยฉับพลัน (ทั้งการเลิกเมธาโดนซึ่งได้รับโดยถูกกฎหมายและการเลิกยาที่ผิดกฎหมาย)

การบังคับให้ต้องเลิกยาโดยฉับพลันทำให้เกิดความเจ็บปวดทั้งทางกายและจิตใจมาก

และอาจมีผลกระทบร้ายแรงทางสุขภาพต่อหญิงตั้งครรภ์และเด็กในครรภ์ ส่งผลกระทบต่อผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

และผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยหลายๆอย่างรวมกัน (comorbid medical disorders)<sup>153</sup>

ความเจ็บปวดเนื่องจากการถูกจองจำและอาการถอนยาที่รุนแรง

อาจทำให้เกิดความเสี่ยงสูงของการคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะพึ่งพายา

เนื่องจากต้องทนมาจากอาการเจ็บป่วยหลายอย่างพร้อมกัน<sup>154</sup>

นอกจากนี้ยังอาจทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ใช้ยาไม่ได้ผล

เนื่องจากการบำบัดการติดยาด้วยการให้สารทดแทนนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้อให้พวกเขามีความร่วมมือในการกินยาต้านฯ

ตามแผนการรักษา<sup>155</sup>

### ความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างอยู่ในเรือนจำและระหว่างส่งตัวไปเรือนจำอื่น

การดูแลให้เกิดความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสตามแผนการรักษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการรักษาเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการกินยาไม่ครบตามแผนการรักษาจะทำให้เกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสวิทยา (virological

---

151 WHO, UNAIDS, UNODC, “Evidence for action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use. Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons,” WHO/HIV/2004.05.

152 มาตรา 7 ของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมระบุว่า

“บุคคลใดจะถูกทรมานหรือได้รับผลปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้ายผิดมนุษยธรรมหรือต่ำช้ามิได้” และมาตรา 10: “บุคคลทั้งหลายที่ถูกลิดรอนเสรีภาพต้องได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรมและได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์”

153 โปรดดู K. Fiscella et al, “Management of opiate detoxification in jails., ”Journal of Addictive Diseases, vol. 24 (2000), pp. 61-71.

154 US Department of Health and Human Services (HHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, “Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs,” Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43, DHHS Publication No. (SMA) 05-4048, Rockville, MD, 2005.

155 WHO, “HIV/AIDS Care and Treatment for People Who Inject Drugs In Asia. A Guide to Essential Practice.”

failure) และเกิดดื้อยาของเชื้อ ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลงและเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัสที่ดื้อยา<sup>156</sup>  
การกินยาต้านฯไม่ครบยังส่งผลต่อการดำเนินโรคของเอชไอวีและการเสียชีวิต<sup>157</sup>

รัฐบาลไม่มีแนวปฏิบัติหรือนโยบายที่จะจัดการให้มีความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในช่วงที่เข้าหรือ  
ช่วงที่ออกจากทัณฑสถาน (สถานคุมขังก่อนการพิจารณาคดี เรือนจำ หรือศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยใน)  
ความล้มเหลวของรัฐบาลในการประสานความต่อเนื่องของงานบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ในช่วงที่เข้ามาและช่วงที่ออกจาก  
เรือนจำ เป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพของผู้มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งในและนอกเรือนจำ  
รวมทั้งผู้ที่เป็นคู่นอนและเพื่อนผู้ช้ยา<sup>158</sup>

งานวิจัยของฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ชี้ว่า  
ผู้ที่รับยาต้านไวรัสมักเสี่ยงที่จะไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องในระหว่างการย้ายไปเรือนจำอื่นและในช่วงที่ได้รับการปล่อยตัว  
ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน

ปัญหาการไม่สามารถรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตั้งแต่จุดที่เข้าและออกจากเรือนจำ  
เป็นความกังวลที่สำคัญสำหรับแพทย์ผู้รักษาทั้งที่อยู่ภายในและนอกเรือนจำ  
เจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ซึ่งทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ในเรือนจำ  
อพท.ที่ทำงานกับผู้ช้ยาที่อยู่ในเรือนจำและได้รับการปล่อยตัวออกมาแล้ว และผู้ช้ยา  
แพทย์ผู้ดูแลด้านเอชไอวีที่จังหวัดสตูล เชียงใหม่ กรุงเทพฯและสมุทรปราการ  
ให้ข้อมูลว่ามีปัญหาในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่รับยาต้านซึ่งถูกจองจำหรือเข้าโครงการบำบัดยา  
และในสถานคุมขังก่อนและหลังการพิจารณาคดีหลายแห่งก็ไม่มี “เจ้าหน้าที่”  
ที่คอยดูแลเรื่องยาต้านไวรัสให้กับผู้ต้องขังเหล่านี้<sup>159</sup>

---

156 See World Health Organization, WHO Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, “HIV/AIDS Care and Treatment for People Who Inject Drugs In Asia. A Guide to Essential Practice” p. 34 (citing studies).

157 โปรดดู studies cited in WHO protocol at 5-22; Matt Curtis, ed., “Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs”, p. 27.

158 ปัญหาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องยังเกิดขึ้นในช่วงการส่งตัวนักโทษระหว่างเรือนจำ แพทย์จากโครงการหมอไร้พรมแดนให้ข้อมูลว่า พวกเขาไม่สามารถติดตามผู้ต้องขังห้าคนที่อยู่ระหว่างรับยาต้านไวรัสได้ หลังจากที่มีการส่งตัวไปยังเรือนจำอื่น พวกเขาตั้งข้อสงสัยถึงเหตุว่า แม้จะมีความพยายามบอกให้เจ้าหน้าที่เรือนจำทราบถึงความต้องการด้านเอชไอวี/เอดส์ของผู้ต้องขังเหล่านี้

“แต่ในความเป็นจริงเราไม่รู้ว่ามีการดูแลให้กับผู้ต้องขังห้าคนที่อยู่ในโครงการของเราและถูกย้ายไปเรือนจำอื่นอย่างไร.” Wilson, et al., “HIV Prevention, Care, and Treatment in Two Prisons in Thailand.”

159 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์พ.สมศักดิ์ วุฒิทิติกุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลละงู, 8 กรกฎาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์พ.วิรัตน์ กลิ่นบัวแย้ม, โรงพยาบาลสันป่าตอง 14กรกฎาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ พญ.ทัศนาศิลวเสวี หัวหน้าฝ่ายโครงการเอชไอวี/เอดส์ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค เขต 10

เชียงใหม่ 12 กรกฎาคม 2549; ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ ทิพาพร อภิสรธนสมบัติ นักสังคมสงเคราะห์

ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค เขต 10 เชียงใหม่ 14 กรกฎาคม 2549; ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์พ.ประพันธ์

ภานุภาค, กรุงเทพฯ, 20 กรกฎาคม 2549; ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์พ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล, สมุทรปราการ, 4

ธันวาคม 2549



แพทย์หลายคนบอกว่าบางครั้งสมาชิกในครอบครัวต้องเอาญาติไปให้กับญาติที่เป็นผู้ต้องขังเอง แต่แพทย์เหล่านี้ไม่สามารถติดตามให้การดูแลในกรณีนี้ได้ เนื่องจากเรือนจำไม่ได้อยู่ในพื้นที่การทำงานของโรงพยาบาล<sup>160</sup>

นพ.ประพันธ์ ภานุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และผู้ประสานงานของศูนย์ความร่วมมือมือออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ และไทย เพื่อวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ (HIV-NAT) บอกว่าบริการส่งต่อที่มีอยู่เป็นลักษณะชั่วคราว ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องโทษคุมขัง ทางศูนย์ก็จะไม่ทราบ เว้นแต่ครอบครัวของพวกเขาจะแจ้งมา คุณหมอเสริมว่า

“ผู้ที่อยู่ในเรือนจำจะได้ยาด้านหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าเรือนจำตั้งอยู่ที่ไหน และครอบครัวให้การเอาใจใส่ดูแลหรือไม่ ปกติในเรือนจำ...จะไม่มีใครบอกคนอื่นว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี หรือบอกว่าตนเองกำลังรับยาด้านอยู่”<sup>161</sup>

นิภา งามไตรโรบอกล่าว กรณีที่ผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำอีกจังหวัดหนึ่งซึ่งไม่ใช่จังหวัดที่เคยรับยาด้านไวรัส ก็จะทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการรักษา เธอบอกว่า “ถ้าเขาได้รับยาด้านอยู่ที่จังหวัดหนึ่ง แต่ไปถูกจับกุมอีกจังหวัดหนึ่ง จังหวัดที่เขาถูกคุมขังจะไม่ให้ยาด้าน ดิฉันต้องต่อสู้จนกระทั่งผู้ต้องขังได้รับยาด้าน หรือได้รับการช่วยเหลือจากโครงการหมอไร้พรมแดน” เธอเสริมว่า

“เราพยายามไม่ให้มีการย้ายผู้ต้องขังระหว่างเรือนจำเนื่องจากทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นนโยบายที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไปไม่ใช่เฉพาะกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มันไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับเรื่องนี้ ...

.แต่มีคำสั่งอย่างเป็นทางการว่าห้ามเคลื่อนย้ายผู้ต้องขังที่ได้รับยาด้าน”<sup>162</sup>

ผู้ต้องขังที่ได้รับยาด้านไวรัสมักเผชิญกับปัญหาในการรับยาเมื่อได้รับการปล่อยตัวแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรือนจำกลางคลองเปรม กรุงเทพฯ บอกว่าเมื่อออกจากเรือนจำผู้ต้องขังมักมีปัญหาไม่ได้รับยาด้านไวรัส และอดีตผู้ต้องขังหลายคนต้องกลับไปรับยาในเรือนจำเป็นเวลาหลายเดือนแม้จะถูกปล่อยตัวออกมาแล้ว เนื่องจากขั้นตอนส่งต่อเข้าสู่โรงพยาบาลภายนอกยังไม่แล้วเสร็จ<sup>163</sup>

อพช. ซึ่งทำงานกับผู้ต้องขังและอดีตผู้ต้องขังให้ข้อมูลว่า อดีตผู้ต้องขังจำนวนมากไม่มีบัตรประชาชน

---

160 โปรดดู, อย่างเช่น ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นพ.วิรัตน์ กลิ่นบัวแย้ม สันปาตอง;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นพ.สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลละงู 8 กรกฎาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นพ. สิทธิศักดิ์ เจียมวงศ์แพทย์, ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 4 ธันวาคม 2549

161 ฮิวแมนไรท์วอชท์ สัมภาษณ์ นพ.ประพันธ์ ภานุภาค, กรุงเทพฯ, 20 กรกฎาคม 2549

162 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ นิภา งามไตรโร, กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549

163 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์สัมภาษณ์ สังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลเรือนจำกลางคลองเปรม กรุงเทพฯ, 21 กรกฎาคม 2549

ทำให้ไม่สามารถขอรับยาต้านไวรัสและบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพได้<sup>164</sup>

เมื่อถามว่าคนที่ไม่มีบัตรจะขอรับบริการได้ที่ไหน นิภา งามไตรบอกว่าเป็นในกรุงเทพฯ

“พวกเขาสามารถติดต่อโครงการหมอไร้พรมแดนหรือบ้านอัลเดิน (อพช..แห่งหนึ่งในกทม.) ได้”<sup>165</sup> ในบางกรณี (อย่างเช่นกรณีของ ใจ ดับบเบิลยู ที่กล่าวถึงข้างต้น) อพช.อย่างโครงการหมอไร้พรมแดนจะช่วยอุดช่องว่างตรงนี้ แต่ก็ไม่ใช่ทุกกรณี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรือนจำกลางคลองเปรมกล่าวว่า การให้ยาต้านไวรัสอย่างเดียวคงไม่พอ เรายังต้องปรับปรุงให้เกิดบริการสุขภาพที่ครบวงจรสำหรับขั้นตอนต่าง ๆ ของชีวิตผู้ต้องขัง ซึ่งรวมถึงช่วงที่เข้าและออกจากเรือนจำ<sup>166</sup>

### ศูนย์บำบัดการติดยาแบบการบังคับบำบัด

จากข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2548 ประเทศไทยมีศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแบบบังคับ 49 แห่ง ซึ่งผู้เข้าต้องเข้ารับการบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และเมื่อถึงสิ้นปี 2547 ก็มีการส่งผู้เข้าไปรับการบำบัดในยังศูนย์เหล่านี้เกือบ 10,000 คน<sup>167</sup>

เจ้าหน้าที่ในศูนย์บำบัดภาคบังคับเหล่านี้บอกเช่นกันว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื่อและรับยาต้านไวรัสจะประสบปัญหาในการรับยาและการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องระหว่างเข้ารับการบำบัด<sup>168</sup> มณฑล แก้วแก้ว ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว ซึ่งเป็นศูนย์บำบัดภาคบังคับแห่งหนึ่งภายใต้กระทรวงยุติธรรม เห็นความสำคัญของการให้บริการรักษาและดูแลด้านเอชไอวีและด้านการรักษาอื่นๆอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้รับการบำบัดออกจากศูนย์ไปแล้ว มณฑลพยายามพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากศูนย์แล้ว แต่บอกว่าที่ศูนย์ก็ไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะดูแลให้มีการส่งต่อผู้ป่วยทุกรายและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

164 อดีตผู้ต้องขังบางคนทำบัตรประชาชนหาย และมีปัญหาในการขอบัตรใหม่ คนไทยหลายคนไม่เคยมีบัตรประชาชน

ส่วนบัตรประจำตัวของคนชาติพันธุ์กลุ่มน้อยไม่ได้ช่วยให้เขาได้รับบริการด้านสุขภาพที่ครบถ้วน

จากการสื่อสารทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างกลุ่มรณรงค์เพื่อรักษาเอชไอวีกับ Paul Cawthorne, head of mission โครงการหมอไร้พรมแดน 21 ตุลาคม 2550 และโปรดดูบทความของ D. Wilson และคณะ เรื่อง “HIV Prevention, Care, and Treatment in Two Prisons in Thailand.”

165 ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีสมาคมนิกานาม ไทโร กรุงเทพฯ, 12 ธันวาคม 2549

166 Comments by Mrs. วิชชุดา คงพร้อมสุข, nurse, and Ms. ปาริชาติ วงศ์ถือ, social worker, Klong Prem Central Prison, at meeting on Human Rights Watch/TTAG research on access to HIV/AIDS treatment for injection drug users in Thailand, Bangkok, May 4, 2007. 167 UNODC, HIV/AIDS and Custodial Settings in South East Asia, p. 46.

168 ฮิวแมนไรท์วอชท์ สัมภาษณ์ เรืออากาศโท นพ. สมิต วัฒนธัญกรรม รองผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ ปทุมธานี, 24 กรกฎาคม 2549;

ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีสมาคมนิกานาม แก้วแก้ว ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว, 8 ธันวาคม 2549.

มณฑลเสนอว่าควรจะมีนโยบายระดับชาติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่รับบริการด้านเอชไอวีได้รับบริการอย่างต่อเนื่องหลังจาก  
ศูนย์แล้ว “เราควรมีการประสานงานกับโรงพยาบาล” มณฑลกล่าว “ตัวอย่างเช่น อดีตผู้ป่วยคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ที่  
(ขอนแก่นจังหวัด) ทางศูนย์ก็ควรส่งจดหมาย (ไปยังโรงพยาบาล...) เพราะเขาต้องไปรับยาต้านไวรัสที่จังหวัดแห่งนั้น”  
แต่เขาเสริมว่า “เราพยายามให้คำปรึกษาและช่วยเหลือมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ปัญหานี้เป็นเรื่องระดับชาติ  
ซึ่งไม่สามารถแก้ไขที่ระดับของเราเอง เราจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วน”<sup>169</sup>

---

169 อิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอดส์สัมภาษณ์มณฑล แก้วแก้ว 8 ธันวาคม 2549

## มาตรฐานสิทธิมนุษยชน

ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (ICESCR) และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (ICESCR)<sup>170</sup> และจำเป็นต้องปฏิบัติตามพันธกรณีที่จะเคารพ

คุ้มครองและปฏิบัติตามสิทธิตามที่ปรากฏในกฎบัตรทั้งสองสำหรับพลเมืองของตนทุกคน รวมทั้งผู้เข้าข่าที่มีเชื้อเอชไอวีด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเคารพสิทธิของทุกคนเพื่อให้พวกเขา

“ได้รับมาตรฐานด้านสุขภาพทั้งทางกายและใจที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้”<sup>171</sup> สิทธิความเป็นส่วนตัว<sup>172</sup> และสิทธิของผู้ถูกคุมขังทุกคนที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรี<sup>173</sup> ในรัฐธรรมนูญของไทยยังกำหนดให้ทุกคนมี

“สิทธิที่เท่าเทียมกันที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ”<sup>174</sup>

รัฐบาลไทยยังต้องปฏิบัติตามพันธสัญญาที่ช่วยให้ผู้เข้าข่าได้รับสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่ต้องหวาดกลัวต่อการลงโทษและการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งขณะที่อยู่ในเรือนจำ โดยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยสมัครใจ

ไม่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินไปและมีคุณภาพ<sup>175</sup>

ทั้งยังต้องกำหนดมาตรการในเชิงบวกเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านเอชไอวี/เอดส์และบริการป้องกัน

ดูแลและรักษาสำหรับผู้มีเชื้อและผู้เสี่ยงต่อการมีเชื้อทุกคนอย่างเท่าเทียม<sup>176</sup>

### สิทธิด้านสุขภาพ

สิทธิด้านสุขภาพประกอบด้วยเสรีภาพและการได้รับสิทธิของตน

เสรีภาพจากการแทรกแซงที่ไม่ชอบธรรมของรัฐทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของบุคคล

และการได้รับบริการด้านสุขภาพที่ไม่เลือกปฏิบัติ<sup>177</sup> การเคารพสิทธิด้านสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิอย่างอื่น ๆ

---

170 International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, entered into force Mar. 23, 1976, arts. 6(i), 7, 9, and 14(i). Thailand became a party to the ICCPR on October 29, 1996. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), adopted ธันวาคม 16, 1966, entered into force January 3, 1976, GA Res. 2200 (XXI), 21 UN GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, at 49, UN Doc. A/6316 (1966), art. 12. Thailand became a party to the ICESCR on September 5, 1999.

171 ICESCR, มาตรา 12

172 ICCPR, มาตรา 17

173 ICCPR, มาตรา 7

174 Constitution of Thailand, Part 9, [http://www.parliament.go.th/parcy/sapa\\_db/sapa25-upload/25-25500517151204\\_2550.pdf](http://www.parliament.go.th/parcy/sapa_db/sapa25-upload/25-25500517151204_2550.pdf) (accessed August 26, 2550)

175 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, UN Doc. E/C.12/2000/4, adopted August 11, 2000, paras. 34 and 36.

176 ข้างแล้ว

177 ข้างแล้ว, para 33.

เช่น สิทธิความเป็นส่วนตัวและสิทธิที่จะแสวงหา ได้รับ และเผยแพร่ข้อมูล ในการตอบสนองสิทธิด้านสุขภาพ รัฐจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อ “ป้องกัน รักษาและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค”<sup>178</sup> ซึ่งครอบคลุมถึง “การจัดโครงการป้องกันและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโดยเฉพาะเอชไอวี/เอดส์”<sup>179</sup> กฎหมายและนโยบายซึ่ง “อาจเป็นเหตุให้เกิด...การเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นและการเสียชีวิตที่ป้องกันได้” ถือเป็นภาระละเมิดพันธกรณีในด้านการเคารพสิทธิด้านสุขภาพ<sup>180</sup>

คณะกรรมการด้านสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมสหประชาชาติ ได้จำแนกองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการของสิทธิด้านสุขภาพ อันประกอบด้วย การมีอยู่ การเข้าถึง การยอมรับได้ และคุณภาพ<sup>181</sup> ในแง่ของการมีอยู่ รัฐบาลต้องดูแลให้มี “สถานที่ ผลิตภัณฑ์ และบริการรักษาและดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ” ในแง่การเข้าถึงครอบคลุมมิติทั้งสี่ด้านที่ทับซ้อนกัน ได้แก่ การไม่เลือกปฏิบัติ การเข้าถึงทางกายภาพ การเข้าถึงทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงด้านข้อมูลข่าวสาร (ประชาชนมีโอกาสในการแสวงหา ได้รับ และเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ) ในแง่การยอมรับได้หมายถึงบริการสุขภาพมีลักษณะที่เหมาะสมทั้งในเชิงการแพทย์และวัฒนธรรม สู้ต้าย บริการสุขภาพจะต้องมีความเหมาะสมทั้งด้านวิทยาศาสตร์และการแพทย์ และมีคุณภาพดี

สิทธิที่จะได้รับมาตรฐานด้านสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามที่ระบุถึงในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่ “ต้องทำอย่างต่อเนื่อง” กล่าวคือรัฐภาคีจะต้องมี “พันธกิจอย่างต่อเนื่องและเป็นขั้นตอนที่จะดำเนินงานอย่างอุทิศและประสิทธิภาพให้มากที่สุด เพื่อตอบสนองสิทธิดังกล่าวอย่างเต็มที่”<sup>182</sup> รัฐจะต้องปฏิบัติตามพันธกิจหลักซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิด้านสุขภาพ อันประกอบด้วย การดูแลให้มีการเข้าถึงหน่วยงานด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะสำหรับประชาชนกลุ่มชายขอบหรือกลุ่มที่อ่อนแอ ให้บริการยาที่จำเป็น ดูแลให้มีการกระจายสถานที่ ผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม ยอมรับและปฏิบัติตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขและแผนปฏิบัติการระดับชาติ ซึ่งมีตัวชี้วัดและกรอบเวลาอย่างชัดเจน ดูแลให้มีบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยแม่และเด็ก ดำเนินการเพื่อป้องกัน รักษาและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ให้ความรู้และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และให้การยอมรับอย่างเหมาะสมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนด้วย<sup>183</sup>

178 ICESCR, Article 12 (2) c.

179 General Comment 14, para. 16.

180 อ้างแล้ว, para. 50.

181 อ้างแล้ว, para. 12.

182 อ้างแล้ว paras. 30, 31.

183 อ้างแล้ว paras. 43 and 44; see also *ibid.*, para. 12.

ในกรณีนี้ที่ล้มเหลวในการปฏิบัติตามพันธกิจขั้นต่อดังกล่าวอันเนื่องมาจากการขาดแคลนทรัพยากร รัฐภาคี  
“จะต้องพิสูจน์ให้เห็นว่าได้ใช้ความพยายามทุกอย่างเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อตอบสนองพันธกิจขั้นต่เหล่านั้นโดยจัดให้  
เป็นประเด็นเร่งด่วน”<sup>184</sup>

### สิทธิของผู้ถูกคุมขังที่จะได้รับการดูแลสุขภาพ

กฎบัตรสิทธิมนุษยชนสากลยืนยันอย่างชัดเจนว่า ผู้ต้องขังยังคงมีสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน  
ยกเว้นสิทธิในด้านอิสรภาพ ซึ่งอาจถูกจำกัดไปบ้างตามสมควรแก่สภาพที่ปิดในสถานคุมขัง<sup>185</sup> อย่างไรก็ตาม  
สภาพการคุมขังต้องไม่ทำให้ความทรามที่เกิดเนื่องจากการจองจำเพิ่มขึ้นอีก<sup>186</sup> ด้วยเหตุดังกล่าว  
ผู้ต้องขังจะต้องได้รับสิทธิสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในด้านสุขภาพและสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรี  
และได้รับการคุ้มครองจากการปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้ายผิดมนุษยธรรมหรือต่ำช้า เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปทุกคน<sup>187</sup>

กฎบัตรนานาชาติระบุถึงมาตรการที่ช่วยให้สภาพการจองจำสอดคล้องกับมาตรฐานและบรรทัดฐานสิทธิมนุษยชน  
สากล การห้ามไม่ให้มีการปฏิบัติที่โหดร้ายผิดมนุษยธรรม

“เป็นเหตุให้หน่วยงานของรัฐต้องงดเว้นจากการปฏิบัติดังกล่าว

ทั้งยังต้องดำเนินการด้านการป้องกันเพื่อคุ้มครองความสมบูรณ์ด้านร่างกายและสุขภาพของบุคคลที่ถูกไล่อิสรภาพ”

<sup>188</sup> เป็นที่ตระหนักว่า การไม่สามารถให้การรักษาหรือดูแลสุขภาพอย่างพอเพียงต่อผู้ต้องขัง

อาจนำไปสู่เงื่อนไขที่ถือได้ว่าเป็น“การปฏิบัติที่โหดร้ายผิดมนุษยธรรม”<sup>189</sup>

กฎบัตรนานาชาติต่างรับรองสิทธิของผู้ต้องขังที่จะได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานเช่นเดียวกับบุคคลภายนอก  
กทั่วไป โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากสถานภาพทางกฎหมายของผู้ต้องขัง<sup>190</sup> คณะกรรมการด้านสิทธิทางเศรษฐกิจ

---

184 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 3: The Nature of States Parties Obligations (Art. 2)(1), UN Doc. E/1991/23., para. 10.

185 United Nations Human Rights Committee, “General Comment No. 21: Humane treatment of persons deprived of liberty (Art. 10),” (Adopted April 10, 1992) Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, HRI/GEN/1/Rev.7, para. 3; European Court of Human Rights (ECHR), Gelfmann v. France, no. 25875/03, Judgment of 14 December 2004, para. 50.

186 อ้างแล้ว

187 มาตรา 7 และ 10 ตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ในวันที่ 2 ตุลาคม 2550

ประเทศไทยยังเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการทรมานและการปฏิบัติหรือการลงโทษอื่นๆ ที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรี (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment or Punishment), G.A. res. 39/46, [annex, 39 U.N. GAOR Supp. (No. 51) at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984)] ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนมิถุนายน 2530

แม้ว่าไทยจะยังไม่ได้เป็นภาคีของอนุสัญญาดังกล่าวในขณะนี้ ในช่วงที่กำลังมีการทวิภาคีขึ้น

188 Pantea v. Romania (2005), 40 EHRR 26 para 189.

189 โปรดดู European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 3rd General Report on the CPT’s activities covering the period January 1 to ธันวาคม 31 1992, para 31; ECHR, Melnik v. Ukraine, no. 72286/01, judgment of March 28, 2549.

190 United Nations Basic Principles for the Treatment of Prisoners, UN General Assembly Resolution 45/111 (1990); WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons (1999), Articles A (4) and C (ii); the Body of Principles for the Protection of All Persons Under การปฏิเสศอย่างเล็ดลอด

สังคมและวัฒนธรรมสหประชาชาติ ให้ความเห็นต่อสิทธิด้านสุขภาพ

โดยเน้นย้ำหลายครั้งถึงความสำคัญที่รัฐต้องปฏิบัติตามพันธกรณีเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงหน่วยงาน

ผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพสำหรับบุคคลทุกคน “โดยเฉพาะกลุ่มประชากรชายขอบหรือกลุ่มเสี่ยง”

ทั้งนี้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ (อาทิ) “ในด้านสถานะทางสุขภาพซึ่งรวมทั้งการมีเชื้อเอชไอวี/เอดส์”

“สถานะทางการเมือง สังคมหรืออื่น ๆ” ซึ่ง

“มุ่งหรือมีผลในทางปิดกั้นหรือทำลายโอกาสที่จะได้รับสิทธิด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม” คณะกรรมการตั้งข้อสังเกตว่า

รัฐบาลมีหน้าที่จะต้อง

“งดเว้นการปฏิเสธหรือจำกัดซึ่งการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมของบุคคลทุกคนรวมทั้งผู้ต้องขังหรือผู้ถูกคุมขัง... ในแง่การได้รับบ

ริการป้องกัน รักษาและระดับประคองสุขภาพ” และจะต้องงดเว้นจาก “การนำนโยบายที่มีเลือกปฏิบัติมาใช้”<sup>191</sup>

---

any form of Detention or Imprisonment, UN General Assembly Resolution 43/173 (1988). แม้ว่ากฎบัตรเหล่านี้จะไม่มีผลบังคับทางกฎหมาย แต่เป็นแนวปฏิบัติสำหรับรัฐต่าง ๆ ในการตีความพันธกรณีในอนุสัญญาที่เกี่ยวข้อง

191 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, UN Doc. E/C.12/2000/4, adopted August 11, 2000, paras. 12, 18, 34.

## สรุป

ในเดือนมิถุนายน 2550 รัฐบาลไทยได้นำแผนเอดส์แห่งชาติปี 2550-2554 มาใช้ ซึ่งในแผนระบุถึงความล้มเหลวในการแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในบรรดาผู้ขายและผู้ต้องขัง และเสนอให้มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลและรักษาเอชไอวี/เอดส์สำหรับกลุ่มประชากรเหล่านั้น

ความสำเร็จของประเทศไทยในการแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์สำหรับประชากรทั่วไป ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการตัดสินใจเปิดรับให้ผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อรวมทั้งเครือข่ายเข้ามาทำงานเป็นภาคีใน การแก้ปัญหาอย่างเท่าเทียมกัน การส่งเสริมความพยายามเพื่อแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์สำหรับผู้ขาย จะต้องเกิดจากการให้ผู้ขายเป็นภาคีที่เท่าเทียมในการวางแผน ในทำนองเดียวกับการส่งเสริมบทบาทของผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การสื่อสารอย่างเปิดกว้างและเปิดเผยเกี่ยวกับเมธาโดนและการใช้ยาโดยไม่ต้องพะวงถึงสิ่งที่จะตามมาในเชิงลบ นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ได้รับการดูแลที่ดี ประเทศไทยต้องดำเนินการตามพันธกิจของตนโดยให้มีการปฏิบัติโดยทันทีและจริงจังเพื่อแก้ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ขายและผู้ต้องขังโดยเจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งแก้ปัญหาเกี่ยวกับอคติโดยทั่วไปที่หน่วยงานของรัฐและประชาสังคมมีต่อบุคคลกลุ่มนี้

หากประเทศไทยดำเนินตามขั้นตอนดังกล่าว ก็จะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการเอชไอวี/เอดส์อย่างเท่าเทียมสำหรับบุคคลทุกคนที่ต้องการ ไม่เช่นนั้นแล้วก็จะพลาดโอกาสในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาด และทำให้ผู้ขายต้องเสียชีวิตอีกหลายพันคน



## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรายงานชิ้นนี้ประกอบด้วยแคร์ริน แคนแพลน ผู้อำนวยการฝ่ายนโยบายและการรณรงค์  
ของการกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ ไพศาล สุวรรณวงษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ และรีเบคก้า  
ชโลเฟอร์ เจ้าหน้าที่รณรงค์ของโครงการเอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชน ของ องค์การฮิวแมนไรท์วอตช์  
ผู้เขียนรายงานประกอบด้วยแคร์ริน แคนแพลนและรีเบคก้า ชโลเฟอร์ ผู้อำนวยการทบทวนรายงานประกอบด้วยโจเซฟ เอมอน  
ผู้อำนวยการโครงการเอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชน เจ้าหน้าที่ในแผนกเอเชียขององค์การฮิวแมนไรท์วอตช์ เอสลิง เรวดี  
ที่ปรึกษาด้านกฎหมายและเขียน กอรวิน ที่ปรึกษาโครงการขององค์การฮิวแมนไรท์วอตช์ โดยมีคลารา เพรสเลอร์  
แอนเดรีย ฮอลเลย์ เวิร์นิกา มาพูชา แอนนา โลปรีออร์ เกรท ซอยและ ฟิทซ์รอย เฮปกินส์  
เป็นฝ่ายช่วยในการผลิตและจัดทำ ราฟาเอล จิมาเนซ เป็นผู้ออกแบบปก รายงานนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย พิภพ  
อุดมอิทธิพงศ์ และ อนุสรณ์ ความหมั่น

ทั้งนี้โดยได้รับความช่วยเหลือในการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญและองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนมากทั้งในประเทศไทยและ  
ละที่อื่นๆ ฮิวแมนไรท์วอตช์และกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ขอขอบคุณเครือข่ายผู้เฝ้าระวังประเทศไทย  
เจ้าหน้าที่สำนักงานและเจ้าหน้าที่ภาคสนามของมูลนิธิริชชีไทยในกรุงเทพฯ และสมุทรปราการ Population Services  
International เชียงใหม่ โครงการบ้านอัลเด็น กรุงเทพฯ กลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ กรุงเทพฯ เทรซี สวอน  
ผู้อำนวยการโครงการการติดตามร่วมระหว่างเอชไอวีและตับอักเสบนิตซี ของกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษา และเมเดเดอลีน  
โอแฮร์ ที่ปรึกษาของกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ สำหรับความช่วยเหลือในการทำงานนี้

ที่สำคัญที่สุด เราขอขอบคุณเพื่อนผู้เฝ้าระวังและผู้มีเชื้อเอชไอวี  
ซึ่งกล้าหาญเพียงพที่จะแบ่งปันประสบการณ์กับเรา