



รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล
โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกองค์กรเพื่อป้องกันปัญหาเอดส์
ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

โดย

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร.ตฤณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางจิตรา	อ่อนน้อม	กระทรวงสาธารณสุข
ร.อ.หญิงพัชรารัตน์	กนกจรรยา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวกิตติยา	พรมอ่อน	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

ด้วยความสนับสนุนของ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม 2553

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล ในกลุ่มผู้ขายเสฟติด ได้ดำเนินงานใน 4 โครงการหลัก คือ 1) โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 51-092) โดยมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) เป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงราย และจังหวัดสงขลา 2) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 52-002) โดยสถาบันธัญญารักษ์เป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการใน 13 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ ระยอง นครราชสีมา ขอนแก่น อุดรธานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน สงขลา สตูล ตรัง และ บัตตานี 3) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 52-004) โดยมูลนิธิริษัทไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัด กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ และ 4) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 52-005) โดยเครือข่ายผู้ขายประเทศไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัด เชียงใหม่ และจังหวัดตรัง

การวิจัยประเมินโครงการในครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการประเมินโครงการทางด้านสุขภาพของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention 1999) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการประเมินโครงการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม (Engage stakeholders) 2) การศึกษารายละเอียดของโครงการที่จะทำการประเมิน (Describe the program) 3) การออกแบบรูปแบบการประเมินที่เหมาะสม (Focus the evaluation design) 4) การรวบรวมข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้ (Gather credible evidence) 5) การประมวลผลการประเมินเพื่อหาข้อสรุป (Justify conclusion) 6) การใช้ประโยชน์จากผลการประเมินและการแลกเปลี่ยนบทเรียนร่วมกัน (Ensure use and share lessons learned) ทั้งนี้การดำเนินการในทุกขั้นตอนดังกล่าวจะยึดหลักมาตรฐานคุณภาพของการประเมินทั้งในเรื่อง การใช้ประโยชน์ (Utility) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเหมาะสม (Propriety) และ ความเป็นไปได้ (Feasibility) นอกจากนี้ยังใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินโครงการการลดอันตรายและการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติดชนิดฉีดของประเทศต่างๆ หลายประเทศ ทั้งประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาของ Ball, Rana and Dehne เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาออกแบบขอบเขตของเนื้อหาสาระที่ควรจะต้องมีการประเมิน โดยเฉพาะในประเด็นของการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (Ball and Dehne 1998; Elliott, Csete et al. 2005; Miller, Sorensen et al. 2006; Dolan and Day 2009)

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็น การศึกษาเชิงประเมินผลและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้แบบสอบถาม และแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion, FGD) การเก็บข้อมูลจะดำเนินการใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับทุน จำนวน 44 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโครงการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงานโครงการนักวิชาการโครงการ และ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีโครงการ ใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม กลุ่มแกนนำ/อาสาสมัคร จำนวน 55 คน อาสาสมัครเพื่อนผู้ขายใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ใช้สารเสฟติด (ผู้ขายชนิดฉีด (IDU) และผู้ขายชนิดทั่วไป (DU) จำนวน 530 คน พื้นที่ที่ดำเนินการเป็น พื้นที่ดำเนินการของทั้ง 4 โครงการ จำนวน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดตรัง จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดปทุมธานี และในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 402 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 และ เพศหญิง 128 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14 – 65 ปี มีอายุเฉลี่ยคิดเป็น 34.39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คือจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 พบว่ามีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.82 คน และมีระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ปัจจุบันเฉลี่ย 28.52 ปี สำหรับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือร้อยละ 35.6 รองลงมา มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.9 ส่วนในเรื่องการประกอบอาชีพนั้น พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.6 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 3.6 และ เป็นผู้ที่ไม่มียาอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 7.6 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ครอบครัวของตนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 300 – 32,000 บาท โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้คิดเป็น 12,172.75 บาท ต่อเดือน ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่ของความเพียงพอของรายได้แล้วพบว่าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 32.8 ให้ข้อมูลว่ามีรายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ รองลงมาคือ ร้อยละ 28.9 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

ความรู้ด้านเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่ตอบถูก ในข้อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 98.87, การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.46, ยุงไม่สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.46, การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.57, การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 87.90, คนที่เรามองเห็นว่ามีความสุขร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 81.8, ในปัจจุบันมียาที่สามารถต้านเชื้อเอชไอวีได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.84, ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น งานบวช งานแต่ง ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 96.4, ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 95.84 และโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 71.07 แต่เมื่อพิจารณาเกณฑ์ตามที่กำหนดตามตัวชี้วัดของ UNGASS 5 ข้อ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อ HIV เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อ HIV ได้ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อ HIV ได้ และคนที่เรามองเห็นว่ามีความสุขร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อ HIV ได้ ซึ่งระบุไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างควรมีความรู้ถูกต้องทุกข้ออย่างน้อยร้อยละ 80 จะพบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 530 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS จำนวน 371 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ความตระหนักของพนักงานบริการกลุ่มแกนนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า ร้อยละ 73.60 เชื่อว่าโรคเอดส์ ไม่มียารักษาให้หายขาดได้และร้อยละ 20.27 ไม่แน่ใจว่าโรคเอดส์ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 53.22 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทุกราย และร้อยละ 28.41 ไม่แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทุกราย ร้อยละ 87.88 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ ร้อยละ 92.4 มีความตระหนักว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหากมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 60.61 คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน แต่ร้อยละ 33.5 ไม่แน่ใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักต่อกัน ร้อยละ 52.37 เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน และร้อยละ 38.71 ไม่แน่ใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน ร้อยละ 58.63 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ แต่ร้อยละ 30.17 ไม่แน่ใจว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 76.8 เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 40.4 เชื่อว่าคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเมือง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 43.6 คิดว่าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อเอดส์ และกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 85.9 เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 96.2 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดย ร้อยละ 39.6 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย
บริการทาง

เพศ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 15.95 ปี โดยอายุน้อยสุดที่เคยมีเพศสัมพันธ์คือ 10 ปี อายุมากที่สุดที่เคยมี
เพศสัมพันธ์ คือ 26 ปี การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับ แฟนหรือคนรัก ร้อยละ 63.9 เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน ร้อยละ
17.3 หญิงขายบริการทางเพศ ร้อยละ 11.6 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน (คิดเป็น ร้อยละ 69.8) มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6
เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 34.9 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.6 ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
เลยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (IDU) จำนวน 379 คน ประเภทสารเสพติด
ที่ฉีด ได้แก่ 1) เฮโรอีน 330 คน (87.07%) 2) ยาบ้า 97 คน (25.59%) 3) อื่นๆ (เช่น เมทาโดน โดมิแกม และ ผื่น) 83 คน
(21.90%) และเป็นผู้ใช้สารเสพติดทั่วไป (DU) จำนวน 151 คน มีทั้งที่ใช้สารเสพติดชนิดกิน และสูดดม ชนิดของสารเสพติด
ที่ใช้ ได้แก่ 1) ยาบ้า 65 (43.0) 2) เฮโรอีน (ผงขาว) 12 คน (7.9) 3) สารระเหย 10 (6.6) 4) สารเสพติดชนิดอื่นๆ (เม
ทาโดน ยาไอซ์ กัญชา สารระเหย) 29 คน และถ้าหาก พิจารณาจากวิธีการใช้สารเสพติด พบว่า ใช้สารเสพติดชนิดฉีด
อย่างเดียว จำนวน 157 คน (29.6) ใช้สารเสพติดชนิดกิน อย่างเดียว จำนวน 28 คน (5.3) ใช้สารเสพติดชนิดสูด อย่าง
เดียว จำนวน 77 คน (14.5) ใช้สารเสพติดชนิดดม อย่างเดียว จำนวน 11 คน (2.1) ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด
จำนวน 257 คน (48.5) ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 12.73 ปี ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด
จะอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คือ ร้อยละ 19.62

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาใช้
สารเสพติดชนิดฉีด 281 คน (74.1) ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น 54 คน (19.22) ส่วน 80.78% ใช้เข็มฉีดยาและ
กระบอกฉีดยาใหม่ กลุ่มที่ใช้เข็มเก่า จะมีการทำความสะอาดเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาด้วยการ 1) ต้มน้ำร้อน 2) ลวก
น้ำร้อน และ 3) ล้างด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำยาล้างเข็ม และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 383 คน (72.3%) ได้รับการแจกเข็มและ
กระบอกฉีดยาที่สะอาด หรือ ได้รับคำแนะนำเรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

กิจกรรมที่ดำเนินโดยโครงการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดทั้ง 4 โครงการ คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
การบริการใน Drop in center เพื่อให้ความรู้เรื่องต่างๆ เช่น โรคเอดส์ การตรวจเลือดโดยสมัครใจ การลดอันตรายจาก
การใช้ยาเสพติด ทักษะชีวิต และ โรคสมองติดยา การบริการเชิงรุกในพื้นที่โดยอาสาสมัครผู้ขาย เพื่อค้นหาผู้ใช้ยา
ใหม่ และ ติดตามเยี่ยมเพื่อนสมาชิกผู้ใช้ยา การรณรงค์การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่สะอาดและปลอดภัย รวมถึงสนับสนุน
อุปกรณ์(ยกเว้นรถยนต์ และ ศูนย์บำบัดฯ) การประสานภาคีเครือข่าย (ภาครัฐและเอกชน ประชาคม) การส่งต่อเพื่อให้
ได้รับบริการตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ยา

นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ในช่วงที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
จากคณะกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าการ
ดำเนินงานของทั้ง 4 โครงการ ก่อให้เกิดนวัตกรรมต่างๆ สรุปได้ดังนี้ 1) เกิดการทำงานร่วมกัน ในรูปแบบภาคีเครือข่าย
ระหว่างภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน 2) มีการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity) โดยใช้อาสาสมัครเพื่อน
ผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อค้นหาผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการที่ควรได้รับตามความเหมาะสม และติดตาม
ดูแลผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสมาชิกของโครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีกิจกรรม Home tour เพื่อให้สมาชิกของโครงการ
ออกเยี่ยมบ้านเพื่อนสมาชิกด้วยกัน 3) มีการพัฒนาศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา (Drop-in Center) ที่เหมาะสมกับบริบท
และความต้องการของผู้รับบริการ เช่น จัดตั้งอยู่ในชุมชนที่สะดวกต่อการเข้าถึง และ บางแห่งดำเนินการในรูปของศูนย์
ให้บริการแบบเคลื่อนที่ หรือ สัญจร (Mobile Drop-in services) เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้บริการที่เข้าถึงยากและไม่เปิดเผยตัว
4) มีการให้บริการเชิงรุกในรูปแบบการทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด แก่ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีข้อจำกัดใน

การเข้าถึงบริการ เช่น ผู้ใช้ยาเสพติดที่ต้องขังอยู่ในเรือนจำ หรือ ใน รัชฎสถาน เพื่อเตรียมให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถกลับสู่ครอบครัวและสังคมได้ อีกทั้งมีการสร้างทางเลือกให้ผู้ติดยา เช่น มีบ้านพักกึ่งวิถีสำหรับผู้ติดยาที่พ้นโทษจากเรือนจำและยังไม่พร้อมที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับคืนสังคม รวมทั้งมีการส่งต่อบริการด้านต่างๆ และการสนับสนุนด้านอาชีพ 5) มีการรณรงค์เชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) และลดการตีตราผู้ใช้สารเสพติด แก่กลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน และ ประชาชนในชุมชน โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การออกหน่วยประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ อาสาสมัคร การให้ความรู้ผ่านทางวิทยุ และ การให้ความรู้ในเวทีสาธารณะในชุมชน ฯลฯ เป็นต้น 6) มีกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของสาธารณะและการสนับสนุนเชิงนโยบายจากชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน ด้วยการพัฒนาให้คนในชุมชนมีทักษะในการวิเคราะห์ ประเมิน และแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนนโยบายในระดับท้องถิ่น เพื่อสร้างกลไกการใช้ทรัพยากรในระดับท้องถิ่นในการป้องกัน การติดเชื่อเอชไอวีและสารเสพติดด้วยกระบวนการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

การสร้างความยั่งยืน พบว่าทุกโครงการมีการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ให้บริการแก่ผู้ใช้สารเสพติดในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทำงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ นั้นๆ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของโครงการภายใต้การดูแลของผู้รับทุนซึ่งเป็นองค์กรเอกชนจะสามารถดำเนินการได้ ก้าวหน้ากว่าของภาครัฐ โดยเฉพาะการดำเนินงานในชุมชน จังหวัดเชียงรายของมูลนิธิพีเอสไอ ซึ่งพบว่ามีพัฒนาการใน การดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนได้ก้าวหน้ากว่าโครงการอื่นๆ เนื่องจากมีการเข้าถึงชุมชนมานานและใช้การ พัฒนาแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงการลดอันตราย จากการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการสาธารณะในการสร้างให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาเสพติดจน เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้รับผิดชอบดำเนินการโครงการในลักษณะต่างๆ

ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด 1) ความเข้าใจของผู้ให้บริการ ยังขาดความชัดเจนใน การให้บริการอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดด้านการให้บริการให้กับผู้ใช้ยา ทัศนคติคนทำงาน 2) สถานการณ์การจับกุมและ ปราบปรามยาเสพติดยังมีอย่างต่อเนื่อง ทำให้การจัดกิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ 3) ปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ ตำรวจ เวลาที่ต้องติดตามเพื่อนผู้ใช้ยา หรือเพื่อนผู้ใช้ยาจะออกไปรับบริการ จะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจคอยจับกุม 4) กิจกรรม ให้ความรู้ในพื้นที่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการให้ความรู้ เนื่องจากมีระยะเพียงสั้น ๆ 5) เพื่อนผู้ใช้ยา ๆ ไม่มีบัตร ประชาชน หรือเลข 13 หลัก ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ 6) เจ้าหน้าที่บางหน่วยงานไม่ให้ความร่วมมือ (ปฏิเสธว่าไม่มีคำสั่งการลงมา) 7) การยอมรับของสังคมที่ไม่ยอมเปิดโอกาสให้ผู้ใช้ยา เมื่อไม่ได้รับโอกาสทางสังคม ก็ทำ ให้ผู้ใช้ยากลับไปเหมือนเดิม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ เพื่อให้เกิด การพัฒนากฎหมาย และ แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ดังนี้

1) คณะทำงานทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักรายการรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ติดยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีสำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรมเป็นเจ้าภาพหลัก ทั้งนี้เพื่อ นำเสนอร่างกฎหมายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในระดับชาติ เพื่อขอความเห็นชอบต่อ

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และ คณะรัฐมนตรี ตามลำดับชั้นในการประกาศออกเป็นกฎหมายบังคับใช้ต่อไป

2) คณะทำงานพัฒนามาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เพื่อให้ผู้ให้บริการจากทุกภาคส่วนได้ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลัก

3) คณะทำงานพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของประเทศ เพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้บริการและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้อย่างบูรณาการ โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค เป็นเจ้าภาพหลัก

4) คณะทำงานพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดทัศนคติที่ดี และเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพหลัก

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการทบทวนนโยบายเพื่อสนับสนุนให้บริการบำบัดด้วยสารทดแทนแก่ผู้ใช้ยาเสพติด เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ใช้ยาเสพติดพึงจะได้รับ

3. กระทรวงยุติธรรม จึงควรมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบริการเพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งถูกกักขังในเรือนจำรวมทั้งสถานบำบัดต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการรักษาและดูแลแบบเป็นองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เพิ่มเติมทั้งทรัพยากรบุคคลและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติด้านวิชาการ

1. เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ ความผิดในทางกฎหมาย จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เท่าที่ควร ดังนั้น **กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข** ควรเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการให้บริการทางสุขภาพแบบองค์รวม/บูรณาการ แก่ผู้ใช้สารเสพติดอย่างครบวงจร (One stop services) และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโรคร่วม เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และ วัณโรค สามารถเข้าถึงบริการแบบไม่แยกส่วน ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนแบบเป็นองค์รวม และ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการให้บริการของศูนย์ Drop in center ยังไม่สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้สารเสพติดในหลายๆ เรื่องได้ ทั้งปัญหาความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และ การประกอบอาชีพ ดังนั้น **เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดแห่งประเทศไทย** ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ Drop in center สามารถให้บริการเบื้องต้นแบบ “Complete package” ที่ครอบคลุมทั้งการให้ข้อมูลความรู้ การให้บริการ VCT การตรวจ

คัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การให้การดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น บริการดูแลด้านจิตใจ และ การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้เรื่องการให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ทั้งผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

4. เนื่องจากผลการประเมินพบว่าผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานโครงการของทุกโครงการยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์ และความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ดังนั้น **ศูนย์ประสานงานเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข** จึงควรเป็นเจ้าภาพหลักในการรณรงค์เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างถูกวิธี โดยมีการใช้ช่องทางหรือสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทางโทรทัศน์ (เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านการเผยแพร่ทางโทรทัศน์) นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ เพื่อหาแนวทางในการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทสรุปผู้บริหาร.....	2
บทที่ 1 บทนำ.....	11
1.1 หลักการและเหตุผล.....	11
1.2 วัตถุประสงค์.....	12
1.3 ขอบเขตวิธีวิจัย.....	12
1.4 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	12
1.4.1 กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง.....	12
1.4.2 พื้นที่ในการดำเนินงาน.....	13
1.4.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	13
1.4.4 ผู้ให้ข้อมูล.....	15
1.4.5 เครื่องมือที่ใช้.....	16
1.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	16
บทที่ 2 ผลการศึกษาตามตัวชี้วัดของโครงการ.....	17
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ.....	17
1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	17
1.2 ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์.....	19
1.3 ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์.....	21
1.4 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์.....	24
1.5 การปฏิบัติตนและทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์.....	24
1.6 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และ การเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกัน โรคเอดส์และโรคติดต่อทาง.....	27
เพศสัมพันธ์.....	27
1.7 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด.....	28
2 ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	31

2.1 จำนวนแกนนำและวิทยากรที่สร้างโดยโครงการ.....	31
2.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์โดยตรง	31
2.3 กระบวนการ/กลไก และ นวัตกรรม ในการดำเนินงาน.....	32
2.4 นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน	33
2.5 กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสการขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น.....	34
2.6 หลักสูตรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ.....	34
3.1 การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย	35
3.2 เครือข่ายป้องกันเอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็ง	35
เครือข่ายองค์กร	35
เครือข่ายแกนนำ	35
เครือข่ายกลุ่มเป้าหมาย.....	36
3.3 การสร้างความยั่งยืน	36
4.1 คุณภาพของกระบวนการจัดกิจกรรม	37
การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงาน.....	37
4.2 ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย.....	37
4.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด	37
5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	38
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติด้านวิชาการ	39
5.3 สิ่งที่ทำทลายในอนาคต.....	39

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 สถานที่เก็บข้อมูลโครงการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด.....	13
ตารางที่ 2 วิธีการเก็บข้อมูลโครงการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด.....	14
ตารางที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด.....	15
ตารางที่ 4 ลักษณะทางสังคมและประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด.....	18
ตารางที่ 5 ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์.....	20
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามตามตัวชี้วัดของ UNGASS.....	20
ตารางที่ 7 ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์.....	22
ตารางที่ 8 ทศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์.....	23
ตารางที่ 9 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์.....	24
ตารางที่ 10 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์สำหรับคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์.....	25
ตารางที่ 11 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์.....	25
ตารางที่ 12 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์สำหรับคนที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์.....	26
ตารางที่ 13 การเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	28
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของวิธีการใช้สารเสพติดและชนิดของสารเสพติดที่ใช้.....	29
ตารางที่ 15 ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน.....	29
ตารางที่ 16 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดฉีด.....	30

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ตามคำสั่งคณะกรรมการกำกับทิศทางการดำเนินงานโครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผลมีคำสั่งให้คณะทำงานภาคสนามในโครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผลฯ ติดตามความก้าวหน้าในกลุ่มผู้เข้ายาเสพติด ซึ่งมีทั้งหมด 4 โครงการหลัก คือ 1) โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้ายาเสพติด (รหัสโครงการ 51-092) โดยมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) เป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงราย และจังหวัดสงขลา 2) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้ายาเสพติด (รหัสโครงการ 52-002) โดยสถาบันธัญญารักษ์เป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการใน 13 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ ระยอง นครราชสีมา ขอนแก่น อุดรธานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน สงขลา สตูล ตรัง และปัตตานี 3) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้ายาเสพติด (รหัสโครงการ 52-004) โดยมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัด กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ และ 4) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้ายาเสพติด (รหัสโครงการ 52-005) โดยเครือข่ายผู้เข้ายาเสพติดไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตรัง

การวิจัยประเมินโครงการในครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการประเมินโครงการทางด้านสุขภาพของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention 1999) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการประเมินโครงการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม (Engage stakeholders) 2) การศึกษารายละเอียดของโครงการที่จะทำการประเมิน (Describe the program) 3) การออกแบบรูปแบบการประเมินที่เหมาะสม (Focus the evaluation design) 4) การรวบรวมข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้ (Gather credible evidence) 5) การประมวลผลการประเมินเพื่อหาข้อสรุป (Justify conclusion) 6) การใช้ประโยชน์จากผลการประเมินและการแลกเปลี่ยนบทเรียนร่วมกัน (Ensure use and share lessons learned) ทั้งนี้การดำเนินการในทุกขั้นตอนดังกล่าวจะยึดหลักมาตรฐานคุณภาพของการประเมินทั้งในเรื่อง การใช้ประโยชน์ (Utility) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเหมาะสม (Propriety) และ ความเป็นไปได้ (Feasibility) นอกจากนี้ยังใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินโครงการลดอันตรายและการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มผู้เข้ายาเสพติดชนิดฉีดของประเทศต่างๆ หลายประเทศ ทั้งประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาของ Ball, Rana and Dehne เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาออกแบบขอบเขตของเนื้อหาสาระที่ควรจะต้องมีการประเมิน โดยเฉพาะในประเด็นของการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้ายาเสพติด (Ball and Dehne 1998; Elliott, Csete et al. 2005; Miller, Sorensen et al. 2006; Dolan and Day 2009)

1.2 วัตถุประสงค์

1. ประเมินความก้าวหน้า และผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการในกลุ่มผู้ขายเสฟติด ในช่วงเวลาที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. สังเคราะห์สรุปผลการถอดองค์ความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และ/หรือนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือกลวิธีในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด ที่มีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ

1.3 ขอบเขตวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การศึกษาเชิงประเมินผลและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในการศึกษาประเมินความก้าวหน้า และผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการในกลุ่มผู้ขายเสฟติด ในช่วงเวลาที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ จะยึดตามพื้นที่หลักของการดำเนินโครงการในกลุ่มเป้าหมาย 4 โครงการหลัก คือ 1) โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 51-092) 2) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 52-002) 3) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 52-004) และ 4) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายเสฟติด (รหัสโครงการ 52-005) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม(World Health Organization 1993) ใน 10 จังหวัด ที่เป็นพื้นที่ดำเนินการของทั้ง 4 โครงการ ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดตรัง จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดระยอง จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดปทุมธานี และในเขตกรุงเทพมหานคร (เรือนจำกลางคลองเปรม บ้านไอโซน บางซื่อ บ้านออกเดิน ชุมชนอ่อนนุช สอวพ.)

1.4 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.4.1 กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัย ประกอบไปด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้รับทุนจาก สวรส. เป็นผู้รับทุนโดยตรง และเป็นผู้บริหารโครงการ 22 โครงการ) เป็นผู้เซ็นสัญญารับทุน เพื่อดำเนินโครงการกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผู้ดำเนินงานในโครงการได้แก่ ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงาน เจ้าหน้าที่โครงการ และ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
2. แกนนำ/อาสาสมัคร เพื่อนผู้ใช้สารเสฟติด กลุ่มแกนนำที่โครงการแต่ละโครงการได้พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครือข่ายแกนนำเพื่อดำเนินโครงการ แกนนำถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญที่จะมีส่วนสนับสนุนให้โครงการดำเนิน บรรลุตามวัตถุประสงค์ เป็นกลุ่มที่คอยเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายและ เป็นแกน นำในการเนนกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้โครงการ
3. ผู้ใช้สารเสฟติด (ผู้ขายชาชนิดฉีด (IDU) และผู้ขายชาชนิดทั่วไป (DU) ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของทั้ง 4 โครงการ

1.4.2 พื้นที่ในการดำเนินงาน

เป็นพื้นที่ดำเนินการของทั้ง 4 โครงการ จำนวน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดตรัง จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดปทุมธานี และในเขตกรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานที่เก็บข้อมูลโครงการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

โครงการ	สถานที่เก็บข้อมูล
1.โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด (51-092) มูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย)	1. บ้านโอโซน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 2. บ้านโอโซน อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา 3. บ้านโอโซน ประชาชื่น กรุงเทพมหานคร
2.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด(52-002) สถาบันธัญญารักษ์	1. บ้านอุ่นไอรัก สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี 2. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด จังหวัดขอนแก่น 3. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด จังหวัดอุดรธานี 4. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ 5. บ้านออกเดิน จังหวัดนนทบุรี 6. เรือนจำกลาง คลองเปรม
3.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด(52-004) มูลนิธิรักษไทย	1.ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา อ่อนนุช กรุงเทพฯ 2.ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา จังหวัดสมุทรปราการ
4.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด(52-005) เครือข่ายผู้ขายยาแห่งประเทศไทย	1.ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา จังหวัดเชียงใหม่ 2.ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา จังหวัดตรัง

1.4.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยใช้แบบสอบถาม และแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion, FGD) การเก็บข้อมูลจะดำเนินการใน 3 กลุ่ม คือ *กลุ่มผู้รับทุน* ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโครงการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงานโครงการนักวิชาการโครงการ และเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีโครงการ ใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม *กลุ่มแกนนำ/อาสาสมัคร* อาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยาใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และ *กลุ่มเป้าหมาย* ใช้วิธีการการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ใช้สารเสพติด และการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ โดยดำเนินการทั้ง 4 โครงการ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิธีการเก็บข้อมูลโครงการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

ชื่อโครงการ	ผู้ให้ข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
1.โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (51-092) มูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย)	ผู้อำนวยการโครงการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก
	ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงานโครงการ นักวิชาการโครงการ และ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีโครงการ	การสนทนากลุ่ม
	แกนนำ/อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยา	การสนทนากลุ่ม
	กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการจำนวน 180-270 คน (คิดจาก 10-15% ของประชากร 1,800 คน)	การสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ใช้สารเสพติด และการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ
2.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (52-002)ของสถาบันวิจัยรณรงค์ 2.1 โครงการพัฒนาระบบบริการ ของสถาบันวิจัยรณรงค์และสถานพยาบาล 12 จังหวัด	ผู้อำนวยการโครงการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก
	ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงานโครงการ ผู้ช่วยผู้ประสานงานโครงการ นักวิชาการ ผู้รับผิดชอบเรื่องการติดตามประเมินผล เลขา การค ณะทำงานวิชาการและเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี	การสนทนากลุ่ม
	แกนนำ/อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยา	การสนทนากลุ่ม
	กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการจำนวน 120-180 คน (10-15% ของประชากร 1,200 คน)	การสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ใช้สารเสพติด และการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ
1.4 โครงการพัฒนาบริการฯ ในผู้ต้องขัง ของบ้านอัลเด็น	ผู้ประสานงานโครงการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก
	แกนนำ/อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยาผู้ใช้ยา	การสนทนากลุ่ม
	กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการจำนวน 20-30 คน (10-15% ของประชากร 200 คน)	การสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ใช้สารเสพติด และการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ
	ผู้ประสานงานโครงการและเจ้าหน้าที่โครงการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก
1.5 โครงการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศฯ		
3. โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด	ผู้จัดการโครงการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก
	ผู้ประสานงานโครงการ เจ้าหน้าที่โครงการ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี	การสนทนากลุ่ม
	แกนนำ/อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยา	การสนทนากลุ่ม

ชื่อโครงการ	ผู้ให้ข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
(52-004) ของมูลนิธิริรักษ์ไทย	กลุ่มผู้ขายยาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯจำนวน 30-45 คน (10-15% ของประชากร 300 คน)	การสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ขายยาเสพติด และการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ
4.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด (52-005) ของเครือข่ายผู้ขายยาประเทศไทย	ผู้จัดการโครงการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก
	เจ้าหน้าที่โครงการ	การสนทนากลุ่ม
	แกนนำ/อาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยา	การสนทนากลุ่ม
	กลุ่มผู้ขายยาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯจำนวน 30-45 คน (10-15% ของประชากร 300 คน)	การสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ขายยาเสพติด และการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ

1.4.4 ผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินโครงการในกลุ่มผู้ขายยาเสพติด ผู้ให้ข้อมูล ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้รับทุน ได้แก่ ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงาน เจ้าหน้าที่โครงการ และ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี จำนวน 44 คน กลุ่มแกนนำ/อาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยาเสพติด จำนวน 55 คน และกลุ่มผู้ขายยาเสพติด (ผู้ขายยาชนิดฉีด (IDU) และผู้ขายยาชนิดทั่วไป (DU) ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของทั้ง 4 โครงการ จำนวน 530 คน (ประมาณ 10 – 15 % ของประชากร 3,800 คน) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 โครงการ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ขายยาเสพติด

ชื่อโครงการ	ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
1.โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด (51-092) มูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย)	กลุ่มผู้รับทุน	10
	กลุ่มอาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยา	13
	กลุ่มเป้าหมาย(ผู้ขายยาเสพติด)	285
2.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด (52-002)ของสถาบันธัญญารักษ์	กลุ่มผู้รับทุน	27
	กลุ่มอาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยา	28
	กลุ่มเป้าหมาย(ผู้ขายยาเสพติด)	135
3.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด (52-004) ของมูลนิธิริรักษ์ไทย	กลุ่มผู้รับทุน	3
	กลุ่มอาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยา	4
	กลุ่มเป้าหมาย(ผู้ขายยาเสพติด)	47
4.โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายยาเสพติด(52-005)ของเครือข่ายผู้ขายยาประเทศไทย	กลุ่มผู้รับทุน	4
	กลุ่มอาสาสมัครเพื่อนผู้ขายยา	10
	กลุ่มเป้าหมาย(ผู้ขายยาเสพติด)	63

1.4.5 เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม/สำหรับผู้รับทุนจาก สวรส
2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม/ สำหรับแกนนำ/เครือข่าย
3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม/ สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวีและสารเสพติด

1.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การนำข้อมูลที่ได้ จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่แบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสังเกตการณ์ มาวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction) โดยนำข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุปร่วมกันของเรื่องนั้น ประกอบกับการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) โดยนำเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาวิเคราะห์ให้เห็นว่า มุ่งพรรณนาและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ เช่น ความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม มัธยฐาน เป็นต้น หรือนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามในแบบสอบถามแต่ละข้อ โดยใช้สถิติ เช่น ค่าเฉลี่ยหรือค่ามัธยฐานเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

บทที่ 2 ผลการศึกษาตามตัวชี้วัดของโครงการ

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการจะนำเสนอจำแนกออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ จำนวนรวมทั้งสิ้น 530 คน พบว่าเป็นเพศชาย 402 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 และ เพศหญิง 128 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14 – 65 ปี มีอายุเฉลี่ยคิดเป็น 34.39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ จำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 พบว่ามีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.82 คน และมีระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ปัจจุบันเฉลี่ย 28.52 ปี สำหรับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือร้อยละ 35.6 รองลงมา มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.9 ส่วนในเรื่องการประกอบอาชีพนั้น พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.6 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 3.6 และ เป็นผู้ที่ไม่มียาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 7.6 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าครอบครัวของตนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 300 – 32,000 บาท โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้คิดเป็น 12,172.75 บาทต่อเดือน ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่ของความเพียงพอของรายได้แล้วพบว่าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 32.8 ให้ข้อมูลว่ามีรายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ รองลงมาคือ ร้อยละ 28.9 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะทางสังคมและประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด

ลักษณะทางสังคม/ ประชากร	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=530) (คน)	ชาย	402	76.4
	หญิง	128	23.6
อายุ	Mean	34.39	
	SD		
	Min	14	
	Max	65	
สถานภาพในปัจจุบัน (n=530)	โสด	341	66.1
	คู่	189	33.9
การศึกษา (n=525)	ไม่ได้เรียน	37	7.0
	ประถมศึกษา	136	25.9
	มัธยมศึกษาตอนต้น	187	35.6
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	109	20.8
	อาชีวศึกษาและ อนุปริญญา	46	8.8
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	1.9
อาชีพ (n=530)	นักเรียนนักศึกษา	19	3.6
	แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ	40	7.6
	เกษตรกร	51	9.8
	รับจ้างทั่วไป	317	60.6
	ค้าขาย/ธุรกิจ	50	6.9
	พนักงานบริษัท	9	1.7
	อื่นๆ	37	7.1
รายได้ของครัวเรือน	Mean	12,172.75	

ลักษณะทางสังคม/ ประชากร	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
(n=530)	Min	300	
	Max	32,000	
ความเพียงพอของรายได้			
	เพียงพอเหลือเก็บ	65	12.5
	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	171	32.8
	ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	53	28.9
ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ (n=530)	Mean	28.52	

1.2 ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์

เมื่อประเมินความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์โดยใช้ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ ส่วนใหญ่ตอบถูก ในข้อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 98.87, การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.46, ยุงไม่สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.46, การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.57, การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 87.90, คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 81.8, ในปัจจุบันมียาที่สามารถต้านเชื้อเอชไอวีได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.84, ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น งานบวช งานแต่ง ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 96.4, ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 95.84 และโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 71.07 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์

ข้อ	ความรู้ในการป้องกันเอดส์	ใช่	ไม่ใช่
1	การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	522 (98.67)	1 (1.33)
2	การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	61 (11.54)	486 (88.46)
3	ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์ได้	61 (11.54)	486 (88.46)
4	การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	34 (6.43)	495 (93.57)
5	การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อสามารถติดเชื้อเอดส์ได้	492 (93.00)	35 (7.00)
6	คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	465 (87.90)	64 (12.10)
7	ในปัจจุบันมียาที่สามารถต้านเชื้อ HIV ได้	470 (88.84)	58 (11.16)
8	ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น งานบวช งานแต่ง	510 (96.4)	19 (3.59)
9	ผลการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด	507 (95.84)	22 (4.16)
10	โรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์	376 (71.07)	153 (28.93)

แต่เมื่อพิจารณาเกณฑ์ตามที่กำหนดตามตัวชี้วัดของ UNGASS 5 ข้อ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อ HIV เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อ HIV ได้ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อ HIV ได้ และคนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อ HIV ได้ ซึ่งระบุไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างควรมีความรู้ถูกต้องทุกข้ออย่างน้อยร้อยละ 80 จะพบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 530 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS จำนวน 371 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามตามตัวชี้วัดของ UNGASS

ตอบคำถามถูกต้อง ตามตัวชี้วัด UNGASS 5 ข้อ	จำนวน	ร้อยละ
ตอบถูก 2 ข้อ	16	3.0
ตอบถูก 3 ข้อ	37	7.0
ตอบถูก 4 ข้อ	105	19.8
ตอบถูก 5 ข้อ	371	70.1

หากพิจารณาแยกตามโครงการพบว่า โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (52-004) ของมูลนิธิรณรงค์ฯ เป็นโครงการเดียวที่กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีของโครงการ ซึ่งมีคะแนนผ่านเกณฑ์ตอบคำถามถูกต้อง ตามตัวชี้วัด UNGASS 5 ข้อ ได้เกินร้อยละ 80 คือ ร้อยละ 95.5 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 47 คน

1.3 ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ พบว่า ร้อยละ 73.60 เชื่อว่าโรคเอดส์ ไม่มียารักษาให้หายขาดได้และร้อยละ 20.27 ไม่แน่ใจว่าโรคเอดส์ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 53.22 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทุกราย และร้อยละ 28.41 ไม่แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทุกราย ร้อยละ 87.88 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ ร้อยละ 92.4 มีความตระหนักว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหากมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60.61 คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน แต่ร้อยละ 33.5 ไม่แน่ใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักต่อกัน ร้อยละ 52.37 เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน และร้อยละ 38.71 ไม่แน่ใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน ร้อยละ 58.63 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่ร้อยละ 30.17 ไม่แน่ใจว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 76.8 เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 40.4 เชื่อว่าคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเมือง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 43.6 คิดว่าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 85.9 เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 7 ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ข้อ	ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์	ร้อยละ		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	เอดส์ไม่มียารักษาให้หายขาดได้	389(73.6)	32 (6.06)	107(20.27)
2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตทุกราย	281(53.22)	97(18.37)	150(28.41)
3	ผู้ติดเชื้อ HIVทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้	464 (87.88)	8 (1.52)	56 (10.61)
4	หากมีเพศสัมพันธ์ควรใช้ถุงยางทุกครั้งเพื่อป้องกันการติด HIV	488 (92.42)	5 (0.95)	35 (6.63)
5	การใช้ถุงยางในการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน	320 (60.61)	31 (5.87)	177(33.52)
6	การใช้ถุงยางในการมี SEX เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน	267 (52.37)	47 (8.92)	204(38.71)
7	การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางกับผู้ติดเชื้อ HIVไม่เสี่ยงติด HIV	309(58.63)	59 (11.20)	159(30.17)
8	ท่านเคยไปตรวจเลือดโดยสมัครใจ	442 (83.71)	18 (3.41)	68 (12.88)

เมื่อประเมินในแง่ของทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งรายในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีความตระหนัก/ทัศนคติในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับกลางๆ รองลงมาคือมีทัศนคติที่ดี แต่มีส่วนน้อยที่พบว่ามีความตระหนักไม่ดี หากพิจารณารายโครงการพบว่า ส่วนใหญ่มีความตระหนัก/ทัศนคติในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับกลางๆ รองลงมาคือมีทัศนคติที่ดี แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ระดับของทัศนคติ	โครงการ								รวม	
	โครงการพัฒนา เครือข่ายความ ร่วมมือฯ มูลนิธิ เอสไอ (ประเทศไทย) (51-092)		โครงการพัฒนา ระบบการลด อันตรายจากการใช้ ยาเสพติดฯ ของ สถาบันรณรงค์รักษ (52-002)		โครงการพัฒนา ระบบการลด อันตรายจากการ ใช้ยาเสพติดฯ ของมูลนิธิรักษ์ ไทย (52-004)		โครงการพัฒนา ระบบการลด อันตรายจากการ ใช้ยาเสพติดฯ ของ เครือข่ายผู้ค้ายา แห่งประเทศไทย (52-005)			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ		
ทัศนคติไม่ดี	20	7.0	3	2.2	0	0	1	1.6	24	4.5
ทัศนคติกลางๆ	170	59.4	105	78.4	36	72.6	43	68.3	354	66.8
ทัศนคติดี	96	33.6	26	19.4	11	23.4	19	30.2	152	28.7
รวม	286	100	134	100	47	100	63	100	530	100

1.4 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ตารางที่ 9 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์	จำนวน (ร้อยละ)		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	การจูบปากเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์น้อยมาก	371(70.67)	75(14.29)	79(15.05)
2	การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เราเห็นว่าสุขภาพดี อาจติดเชื้อเอดส์ได้	437(83.08)	28 (5.32)	61(11.60)
3	การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์	498 (94.68)	14 (2.66)	14 (2.66)
4	ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันเอดส์	507 (96.39)	10 (1.90)	9 (1.71)
5	การตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อนแต่งงานช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์	489 (92.97)	13 (2.47)	24 (4.56)
6	การใช้สารเสพติดชนิดฉีดโดยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์	502 (95.62)	7 (1.33)	16 (3.05)

เมื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ตามตารางที่ 9 ซึ่งแสดงความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ จำแนกตามข้อคำถาม ในภาพรวมทั้ง 4 โครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างของแต่ละโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องทุกข้อ

1.5 การปฏิบัติตนและทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

ประวัติการมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์

ในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย คือ จำนวน 510 ราย (ร้อยละ 96.2) ให้ข้อมูลว่าเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 15.95 ปี (SD = 2.622) อายุน้อยที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 10 ปี ส่วนอายุมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 26 ปี ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 63.9 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรัก รองลงมาคือ กับเพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน (ร้อยละ 17.2) และ กับผู้หญิงขายบริการทางเพศ (ร้อยละ 11.6) สำหรับประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศนั้น พบว่าร้อยละ 39.6 เคยมีประวัติในเรื่องนี้

เมื่อสอบถามถึงพฤติกรรมโดยทั่วไปของการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พบว่าในกลุ่มนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ไม่ถึงครึ่ง คือพบเพียงร้อยละ 43.4 ในขณะที่กว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 52.58 มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์อย่างไม่เหมาะสม คือใช้ถุงยางอนามัยเพียงบางครั้งและไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีพฤติกรรมอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ เช่น การหลังกายนอกเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง (ร้อยละ 43.30) และ มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้ง (ร้อยละ 43.71) เป็นต้น และเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จำนวน 45 ราย ดังตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

เอดส์อย่างถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากส่วนใหญ่คือร้อยละ 88.89 รายงานว่าจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง แสดงดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์สำหรับคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์

การปฏิบัติตน	ทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เคยทำ		รวม	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	230	47.42	181	37.32	74	15.26	485	100
หลังภายนอกเมื่อมีเพศสัมพันธ์	210	43.30	73	15.05	198	40.82	485	100
เปลี่ยนถุงนอน	212	43.71	25	5.15	244	50.31	485	100
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์	53	10.93	12	2.47	416	85.77	485	100

และเมื่อสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน (ในรอบ 6 เดือน) พบว่าพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ จำนวน 370 คน มีผู้ที่มิใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้เลย	69	18.6
ใช้บางครั้ง	172	46.5
ใช้ทุกครั้ง	129	34.9
รวม	370	100.0

ตารางที่ 12 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์สำหรับคนที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

การปฏิบัติตน	ทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เคยทำ		รวม	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
จะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	40	88.89	0	0	5	11.11	45	100
จะหลังภายนอกเมื่อมีเพศสัมพันธ์	16	35.56	19	42.22	10	22.22	45	100
จะมีคู่นอนมากกว่า 1 คน	6	13.33	30	66.67	9	20.00	45	100
สามารถที่เพศสัมพันธ์ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย	2	4.44	40	88.89	3	6.67	45	100

เมื่อสอบถามถึงการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จำนวน 45 ราย ดังตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์อย่างถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากส่วนใหญ่คือร้อยละ 88.89 รายงานว่าจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

1.6 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และ การเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกัน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 92.4 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยได้รับผ่านช่องทางต่อไปนี้เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ 1) โทรทัศน์ ร้อยละ 53.6 2) บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 51.3 3) สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ และ หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 47.2 4) อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 38.5 5) วิทยุ ร้อยละ 33.0 และ 6) แคนนำชุมชน ร้อยละ 24.9 จากข้อมูลข้างต้นอาจจะสะท้อนว่าช่องทางในการรณรงค์ให้ผู้ใส่สารเสพติดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนเกิด ความตระหนักในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างถูก วิธีการใช้ช่องทางหรือสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้

การเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 530 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 ให้ข้อมูลว่ามีประวัติติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ป่วยเป็น โรคหนองใน ร้อยละ 48.38 รองลงมาคือติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 22.58 และ แผลริมอ่อน ร้อยละ 12.90 โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือซื้อยากินเอง ร้อยละ 16.1 และ ไปพบแพทย์ที่คลินิก ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไ้รักษา จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.5

สำหรับการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์นั้น พบว่าส่วนใหญ่คือ 358 คน (ร้อยละ 67.5) ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยในจำนวนนี้เกือบทั้งหมด คือ 346 คน คิดเป็นร้อยละ 96.6 ได้รับการบอกผลการตรวจเพื่อให้ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง มีเพียงร้อยละ 3.4 ที่ไม่ได้รับการบอกผลการตรวจ นอกจากนี้พบว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 426 คน (ร้อยละ 80.4) คนได้รับการแจกถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในการแสวงหาบริการทางสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากส่วนใหญ่ คือร้อยละ 51.7 ไม่ทราบว่า มีสถานบริการใดบ้างที่ให้บริการการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 การเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รูปแบบการเข้าถึงบริการ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ได้รับการตรวจ	358	67.5
	ไม่ได้รับการตรวจ	172	32.5
	รวม	530	100
ได้รับการบอกผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	ได้รับการบอกผล	346	96.6
	ไม่ได้รับการบอกผล	12	3.4
	รวม	358	100
การทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่รับบริการเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	ทราบ	256	48.3
	ไม่ทราบ	274	51.7
	รวม	530	100
การได้รับแจกถุงยางอนามัยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ได้รับ	426	80.4
	ไม่ได้รับ	104	19.6
	รวม	530	100

1.7 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

ประวัติเกี่ยวกับวิธีการใช้สารเสพติดและสารเสพติดที่ใช้

เมื่อพิจารณาถึงประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่ม ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (IDU) มีจำนวน 379 คน ร้อยละ 87.70 และผู้ใช้สารเสพติดทั่วไป (DU) จำนวน 151 คน ร้อยละ 12.30 ในเรื่องวิธีการเสพยาเสพติดและชนิดสารเสพติดที่ใช้ พบว่าผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดชนิดฉีด สารเสพติดที่ใช้ฉีดมากที่สุด คือ เฮโรอีน (ผงขาว) จำนวน 330 คน รองลงมาคือ ยาบ้า จำนวน 97 คน และอื่นๆ (เช่น เมธาโดน โดมิแกม และ ฟีน) จำนวน 83 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 คน รายงานว่าตนใช้สารเสพติดชนิดกิน โดยสารเสพติดที่ใช้กินมากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมาคือ กระท่อม/น้ำกระท่อม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 คน รายงานว่าใช้สารเสพติดประเภทสูดและดม โดยชนิดของสารเสพติดที่ใช้สูด/ดม มากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมาคือ ยาอี/ยาไอซ์ ตัวเลขจากการรายงานตนเองดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายใช้วิธีการเสพยาเสพติดและชนิดของสารเสพติดมากกว่าหนึ่งอย่างร่วมกัน แสดงดังตารางที่ 15 และเมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่ใช้เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบันพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการใช้สารเสพติดเฉลี่ย 12.73 ปี (SD = 8.306) โดยมีระยะเวลาใช้มานานต่ำสุดคือ 1 ปี และ สูงสุดคือ 40 ปี ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของวิธีการใช้สารเสพติดและชนิดของสารเสพติดที่ใช้

วิธีการใช้สารเสพติด	ชนิดของสารเสพติด	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดฉีด		379
	เฮโรอีน (ผงขาว)	330
	ยาบ้า	97
	อื่นๆ	83
	(เมธาโดน/โดมิแกม/ ผื่น)	
ชนิดกิน		205
	ยาบ้า	151
	กระท่อม/น้ำกระท่อม	49
	อื่นๆ	56
	(เมธาโดน/โดมิแกม)	
ชนิดสูบ/ดม		242
	ยาบ้า	107
	กัญชา	69
	ยาอี	37
	ยาไอซ์	25
	อื่นๆ(ฝิ่น/ยาเค/สารระเหย)	70

ตารางที่ 15 ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน

ระยะเวลาที่เริ่มใช้ สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-5	104	19.62
6-10	84	15.85
11-15	67	12.64
16-20	86	16.23
21-25	36	6.79
26-30	24	4.53
31 ปีขึ้นไป	8	1.51
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	121	22.83
รวม	530	100

Mean = 12.73, SD = 8.306

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด พบว่ามีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 281 คน (ร้อยละ 74.1) ในจำนวนนี้มีผู้ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น จำนวน 54 คน คิดเป็น 19.22 ซึ่งในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาที่เป็นของใหม่ไม่เคยใช้มาก่อน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้เข็มใหม่ จะใช้วิธีทำความสะอาดเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาด้วยการต้มน้ำร้อน รองลงมาคือการลวกน้ำร้อนและล้างด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำยาล้างเข็ม ซึ่งพบว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 383 คน (ร้อยละ 72.3) ได้รับการแจกเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาดหรือได้รับคำแนะนำเรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดฉีด

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด	ชนิดฉีด	379	71.5
	ชนิดอื่นๆ	151	28.5
	รวม	530	100
การใช้สารเสพติดชนิดฉีด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	ใช่	281	74.1
	ไม่ใช่	98	25.9
	รวม	379	100
การใช้เข็มและกระบอกฉีดยา	ร่วมกับผู้อื่น	54	19.2
	ไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น	227	80.8
	รวม	281	100
การใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่น	เป็นของใหม่	37	68.5
	ไม่ใช่ของใหม่	17	31.5
	รวม	54	100
การทำความสะอาดเข็มฉีดยาและ กระบอกฉีดยา	ทำความสะอาด	16	94.1
	ไม่ได้ทำความสะอาด	1	5.9
	รวม	17	100
ได้รับการแจกเข็มฉีดยาและ กระบอกฉีดยาหรือคำแนะนำ	ได้รับ	383	72.3
	ไม่ได้รับ	147	27.7
	รวม	530	100

2 ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 จำนวนแกนนำและวิทยากรที่สร้างโดยโครงการ

การดำเนินงานของแต่ละโครงการมีการคัดเลือกผู้เข้าเสพติดมาทำหน้าที่อาสาสมัครของโครงการจำนวนมากน้อยแตกต่างกันตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าเสพติดที่รับผิดชอบในโครงการ โดยมีอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในช่วงดำเนินโครงการภายใต้การดูแลของ มูลนิธิพีเอสไอ (PSI) จำนวน 16 คน (ปฏิบัติงานที่บ้านโอโซน จังหวัดเชียงราย จำนวน 6 คน บ้านโอโซน จังหวัดสงขลา จำนวน 5 คน และบ้านโอโซน ประชาชื่น กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน) สถาบันวิทยุภารักษ์ จำนวน 117 คน (จากสถานบริการ 10 แห่ง) มูลนิธิรักไทย จำนวน 5 คน (ชุมชนอ่อนนุช 2 คน และโรงพยาบาลสมุทรปราการ 3 คน) และ เครือข่ายผู้เข้าเสพติดแห่งประเทศไทย (TDN) จำนวน 10 คน (ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 คน และ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาจังหวัดตรัง จำนวน 5 คน

2.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์โดยตรง

โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้าเสพติด (51-092) มูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย)

จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานโครงการ พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนฯ ทั้ง 3 พื้นที่ในระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ (ต.ค.51 – ส.ค. 52) โดยการผ่านกิจกรรมทั้งเชิงรุกในชุมชน (Outreach) เชีงรับ (Drop in center) สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าเสพติด ครอบคลุมชุมชน ได้ดังนี้ จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงได้ทั้งหมด 4,795 คน จำนวนผู้เข้าเสพติดที่ได้รับบริการด้านข้อมูลข่าวสาร 1,997 คน จำนวนการกระจายเข็มและอุปกรณ์การฉีดที่ปลอดภัย 4,820 ชุด จำนวนการกระจายถุงยางอนามัย 19,433 ชิ้น จำนวนผู้เข้าเสพติดที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจเลือด โดยสมัครใจ 458 คน

โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้าเสพติด (52-002) ของสถาบันวิทยุภารักษ์

จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานโครงการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการพัฒนาการบริการลดอันตรายฯ เป้าหมายของโครงการ 2,000 คน เป็นผู้เข้าเสพติดชนิดฉีด 1,500 คน และผู้เข้าเสพติดอื่น (ไม่ใช่เข็ม) 500 คน ผลจากการดำเนินของโครงการ มี ผู้เข้าเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ 8,339 คน ผู้เข้าเสพติดชนิดฉีด 1,522 คน และผู้เข้าเสพติดอื่น (ไม่ใช่เข็ม) 6,817 คน และจำนวนผู้ที่มารับบริการเชิงรุกในพื้นที่ 6,403 คน

โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้าเสพติด (52-005) ของเครือข่ายผู้เข้าเสพติดแห่งประเทศไทย

จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานโครงการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการพัฒนาการบริการลดอันตรายฯ มีจำนวนผู้เข้าเสพติดรายใหม่ที่เข้าถึงบริการ จำนวน 570 คน แบ่งเป็นผู้เข้าเสพติดชนิดฉีด (IDU) จำนวน 279 คน และผู้เข้าเสพติดทั่วไป (DU) จำนวน 291 คน

2.3 กระบวนการ/กลไก และ นวัตกรรม ในการดำเนินงาน

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล พบว่า รูปแบบของกระบวนการและกลไกการดำเนินงาน ที่คล้ายคลึงกันในโครงการของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด คือ

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องของการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
2. การบริการใน Drop in center เพื่อให้ความรู้เรื่องต่างๆ เช่น โรคเอดส์ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทักษะชีวิต และ โรคสมองติดยา
3. การบริการเชิงรุกในพื้นที่โดยอาสาสมัครผู้เข้า เพื่อค้นหาผู้เข้ารายใหม่ และ ติดตามเยี่ยมเพื่อนผู้เข้า
4. การบริการอุปกรณ์สะอาดรวมทั้งรณรงค์การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่สะอาดและปลอดภัย
5. การประสานภาคีเครือข่าย (ภาครัฐและเอกชน ประชาคม)
6. การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการตามปัญหาและความต้องการของผู้เข้า

และพบว่าทั้ง 4 โครงการมีรูปแบบของกระบวนการและกลไกการดำเนินงานซึ่งมีจุดเน้นเฉพาะ ดังนี้

1. โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เข้ายาเสพติด (รหัสโครงการ 52-002) ของสถาบันธัญญารักษ์

มีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

- การพัฒนาระบบบริการ ของสถาบันธัญญารักษ์ และสถานพยาบาล 12 จังหวัด

โดยมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นการจัดบริการศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาพัฒนาระบบบริการลดอันตรายที่เน้นการบำบัดด้วยยา โดยเฉพาะการบำบัดด้วยเมทาโดน และบริการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการตามปัญหาและความต้องการของผู้เข้า พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและผู้เข้า/ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานลดอันตรายจากการใช้ยา

- การดูแลสุขภาพในชุมชน โดยให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity)
- การพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล
- การพัฒนาบริการฯ ในผู้ต้องขังของบ้านอัลเด้น รูปแบบการดำเนินงานจะเป็น จัดบริการบริการบ้านพักชั่วคราว สำหรับผู้พ้นโทษ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิต อาชีพผู้พ้นโทษ บริการการลดอันตรายจากการใช้ยา และการให้บริการเชิงรุกในสถานกักกันและเรือนจำเพื่อเตรียมผู้ต้องขังให้เกิดความพร้อมในการกลับสู่ชุมชน

2. โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้เข้ายาเสพติด (รหัสโครงการ 52-004) ของมูลนิธิริทัศน์ไทย

มีกระบวนการดำเนินงานเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้เข้าให้สามารถทำหน้าที่อาสาสมัครเพื่อนผู้เข้าเพื่อให้บริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา พัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้เข้า การดูแลสุขภาพในชุมชน และให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity)

3. โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ใช้ยาเสพติด (รหัสโครงการ 52-005) ของเครือข่ายผู้ค้ายาแห่งประเทศไทย
มีกระบวนการดำเนินงานเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้ยา ให้สามารถทำหน้าที่อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยา เพื่อให้บริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา พัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้ใช้ยา การดูแลสุขภาพในชุมชน และให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity)
4. โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (รหัสโครงการ 51-092) ของมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย)
มีกระบวนการดำเนินงานที่นอกเหนือจากการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้ยา ให้สามารถทำหน้าที่อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยา เพื่อให้บริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา พัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้ใช้ยา การดูแลสุขภาพในชุมชน และให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity) แล้ว ยังมีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาเอชไอวี/เอดส์ และสารเสพติด โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการปัญหาสารเสพติด และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เพื่อลดอคติของชุมชนในการมองว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาของผู้ใช้สารเสพติด และช่วยสร้างทัศนคติที่ดีกับผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งจะทำให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการแก้ไขปัญหา HIV/AIDS และสารเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2.4 นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

ในช่วงที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จากคณะกรรมการกำกับ การขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าการดำเนินงานของทั้ง 4 โครงการ ก่อให้เกิดนวัตกรรมต่างๆ สรุปได้ดังนี้

- 1) เกิดการทำงานร่วมกัน ในรูปแบบภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน
- 2) มีการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity) โดยใช้อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อ ค้นหาผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการที่ควรได้รับตามความเหมาะสม และติดตามดูแลผู้ใช้ สารเสพติดซึ่งเป็นสมาชิกของโครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีกิจกรรม Home tour เพื่อให้สมาชิกของโครงการ ออกเยี่ยมบ้านเพื่อนสมาชิกด้วยกัน
- 3) มีการพัฒนาศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา (Drop-in Center) ที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการ ของผู้รับบริการ เช่น จัดตั้งอยู่ในชุมชนที่สะดวกต่อการเข้าถึง และ บางแห่งดำเนินการในรูปของศูนย์ให้บริการ แบบเคลื่อนที่ หรือ สัญจร (Mobile Drop-in services) เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้บริการที่เข้าถึงยากและไม่เปิดเผยตัว
- 4) มีการให้บริการเชิงรุกในรูปแบบการทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด แก่ผู้ใช้ ยาเสพติดที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เช่น ผู้ใช้ยาเสพติดที่ต้องขังอยู่ในเรือนจำ หรือ ใน ทัณฑสถาน เพื่อ เตรียมให้ผู้ค้ายาเสพติดสามารถกลับสู่ครอบครัวและสังคมได้ อีกทั้งมีการสร้างทางเลือกให้ผู้ค้ายา เช่น มีบ้านพักกึ่ง วิทยาลัยสำหรับผู้ค้ายาที่พ้นโทษจากเรือนจำและยังไม่พร้อมที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมก่อน กลับคืนสังคม รวมทั้งมีการส่งต่อบริการด้านต่างๆ และการสนับสนุนด้านอาชีพ
- 5) มีการรณรงค์เชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) และ ลดการตีตราผู้ใช้สารเสพติด แก่กลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน และ ประชาชนในชุมชน โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การ ออกหน่วยประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ อาสาสมัคร การให้ความรู้ผ่านทางวิทยุ และ การให้ความรู้ในเวทีสาธารณะใน ชุมชน ฯลฯ เป็นต้น

6) มีกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของสาธารณะและการสนับสนุนเชิงนโยบายจากชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน ด้วยการพัฒนาให้คนในชุมชนมีทักษะในการวิเคราะห์ ประเมิน และแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนนโยบายในระดับท้องถิ่น เพื่อสร้างกลไกการใช้ทรัพยากรในระดับท้องถิ่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสารเสพติดด้วยกระบวนการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

2.5 กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสการขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

การค้นหาผู้ขายหรือการเข้าถึงผู้ขายเป็นเรื่องยาก ผู้ขายจะไว้วางใจผู้ขายด้วยตนเอง การดำเนินงานทั้ง 4 โครงการได้พัฒนาผู้ขาย มาเป็นอาสาสมัครเพื่อนผู้ขาย และทำงานแบบเชิงรุกกับผู้ขายโดยการลงพื้นที่ (Outreach) เพื่อรับฟังปัญหา ให้ความรู้ต่างๆ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพเบื้องต้น การให้อุปกรณ์สะอาด การทำงานในรูปแบบนี้เป็น การขยายให้เกิดครอบคลุมผู้ขายมากขึ้น

2.6 หลักสูตรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายสารเสพติด (51-092) มูลนิธิริฟิเอสไอ (ประเทศไทย)

ในการดำเนินโครงการได้มีการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยหลักสูตร “เส้นทางสู่การฟื้นฟูสภาพผู้ขายสารเสพติด (Pathway to recovery training curriculum)” เป็นหลักสูตรที่เกิดจากเหตุผลที่ว่าหากผู้ขายสารเสพติดประเภทฉีด (IDU) ได้รับการช่วยเหลือให้หยุดหรือลดประมาณการฉีดหรือการใช้ยา โอกาสการแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็จะลดลง จุดมุ่งหมายของหลักสูตรนี้เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ภาคสนามเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มผู้ขายสารเสพติด

โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ขายสารเสพติด (52-002 , 52-004, 52-005) ของสถาบันธัญญารักษ์ มูลนิธิริฟิเอสไอ และเครือข่ายผู้ขายแห่งประเทศไทย

ในการดำเนินงานโครงการ ต้องมีการพัฒนาและอบรมหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานการให้บริการป้องกันดูแลและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้ขาย และจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานในคลินิกยาเสพติด และองค์กรเอกชนที่ให้การดูแลผู้ขาย หลักสูตรที่ใช้ในการดำเนินงานคือ หลักสูตรการอบรม “การลดอันตรายจากการใช้ยา” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจหลักการและความหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาและเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติในการลดอันตราย

นอกจากนี้โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาฯ ในผู้ต้องขัง ของบ้านอัลเด็น ที่ดำเนินงานภายใต้โครงการของสถาบันธัญญารักษ์ ยังมีหลักสูตร ที่ใช้อบรมเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ บุคลากรสาธารณสุขในเรือนจำ และผู้ต้องขังในเรือนจำ เพื่อให้ผู้ขายสารเสพติดที่เป็นผู้ต้องขัง เข้าถึงข้อมูลการป้องกันและดูแลตนเอง รวมทั้งเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

บทที่ 3 ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

3.1 การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย

ในการดำเนินงานโดยภาพรวมของทั้ง 4 โครงการจะมีการพัฒนาผู้ใช้สารเสพติดให้มาเป็นอาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยา ซึ่งจะทำหน้าที่ในการลงพื้นที่ให้ความรู้เพื่อนผู้ใช้ยาด้วยกัน นอกจากการลงพื้นที่แล้วการวางแผนการดำเนินงาน/กิจกรรมต่างๆ อาสาสมัครจะเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มผู้ใช้ยา และที่เห็นได้ชัดเจนในการดำเนินงานของโครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (51-092) ของมูลนิธิพีเอสไอ(ประเทศไทย) ที่ส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์และยาเสพติด มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนภายในชุมชน ในจังหวัดเชียงราย และกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสมาชิกประกอบด้วยผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่การดำเนินงานของโครงการ โดยกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นนี้จะมีการรวมตัวเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนและระดมความคิดเห็นกัน ทุกๆ เดือน เพื่อให้กลุ่มทราบความต้องการของตัวเอง

3.2 เครือข่ายป้องกันเอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

เครือข่ายองค์กร

องค์กรที่ดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดภายใต้การรับทุนของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประกอบด้วยหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ที่มีการทำงานประสานความร่วมมือเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวกับเอดส์และยาเสพติด **“โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (51-092) ของมูลนิธิพีเอสไอ(ประเทศไทย)”** ที่มีพื้นที่การดำเนินงาน 3 จังหวัด ก็มีเครือข่ายความร่วมมือที่ต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ในจังหวัดเชียงรายได้เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้ามามีส่วนร่วม ตัวอย่างเช่น ในอำเภอแม่ลาว มีการดำเนินโครงการเกี่ยวกับเอดส์และยาเสพติดของกลุ่มดอกหญ้า ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการหลักในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลแม่ลาว เข้ามาร่วมดำเนินการเพื่อให้การส่งเสริมดูแลและรักษาพยาบาลแก่ผู้ใช้ยาเสพติด ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมของโครงการ PSI อีกทั้งมีการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนของตนเองว่าจะดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์และยาเสพติดอย่างไรโดยมีตัวแทนจาก PSI เข้าไปมีส่วนร่วม ในจังหวัดสงขลา พบว่าหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในโครงการนี้ โดยรับการดูแลทั้งเรื่องของเอดส์และยาเสพติดไปพร้อมๆ กัน และ **“โครงการพัฒนาการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด”** ที่มีการพัฒนาโครงการร่วมกันของ สถาบันธัญญารักษ์และองค์กรภาคประชาสังคมกว่า 10 แห่ง ซึ่งรวมทั้งมูลนิธิริษไทย และเครือข่ายผู้ใช้ยาแห่งประเทศไทย (TDN) ด้วย ซึ่งในการดำเนินงานตลอดโครงการนั้นได้มีการประสานความร่วมมือพร้อมทั้งร่วมกันดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์และยาเสพติดร่วมกันตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

เครือข่ายแกนนำ

การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนโดยอาสาสมัครผู้ใช้ยาเสพติด จะมีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างแกนนำด้วยกัน เพื่อประชุมวางแผนการดำเนินงาน วางแผนการลงพื้นที่ ติดตามและประเมินผลงานร่วมกัน แม้พื้นที่ในการดำเนินงานจะเป็นคนละพื้นที่ก็ตาม

เครือข่ายกลุ่มเป้าหมาย

การเกิดการรวมกันของกลุ่มเป้าหมายเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนและระดมความคิดเห็นกัน เพื่อให้กลุ่มทราบความต้องการของตัวเอง ประเด็นที่มีการพูดคุยกัน ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การประกอบอาชีพ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการวางแผนร่วมกับอาสาสมัครที่เป็นผู้ช่วยด้วยกัน

3.3 การสร้างความยั่งยืน

พบว่าทุกโครงการมีการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานให้บริการแก่ผู้ใช้สารเสพติดในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทำงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการนั้นๆ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของโครงการภายใต้การดูแลของผู้รับทุนซึ่งเป็นองค์กรเอกชนจะสามารถดำเนินการได้ก้าวหน้ากว่าของภาครัฐ โดยเฉพาะการดำเนินงานในชุมชน จังหวัดเชียงรายของมูลนิธิพีเอสไอ ซึ่งพบว่ามีพัฒนาการในการดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนได้ก้าวหน้ากว่าโครงการอื่นๆ เนื่องจากการเข้าถึงชุมชนมานานและใช้การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการสาธารณะในการสร้างให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติดจนเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้รับผิดชอบดำเนินการโครงการในลักษณะต่างๆ

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการดำเนินงานทั้ง 4 โครงการ พบว่ามีกลไกในการสร้างให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด สรุปได้ดังนี้

- 1) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่
 - ปรับฐานคิดและสร้างความรู้แก่บุคคล และ ชุมชน เพื่อเป็นการพัฒนาโครงสร้างทางสังคมในการรองรับการดำเนินงานให้บริการแก่ผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน
 - สร้างคนทำงาน เช่น การพัฒนาผู้ใช้ยาเสพติดให้เข้ามาเป็นอาสาสมัครของโครงการ
 - ใช้กระบวนการสาธารณะในการรณรงค์เกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้ยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีของชุมชนและลดการตีตรา
- 2) พัฒนาระบบบริการแก่ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยการบูรณาการให้เข้าสู่ระบบบริการปกติ
- 3) สร้างเครือข่ายการทำงานด้านยาเสพติด ระหว่างองค์กรเอกชน ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
- 4) มีการวางแผนและพัฒนาแหล่งสนับสนุน ในลักษณะต่างๆ ได้แก่
 1. สร้างแหล่งทุน เช่น ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากอปท./อปต. การระดมทุนจากชุมชน การตั้งกองทุน
 2. สร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบท ศาสนา และ วัฒนธรรม
 3. การพัฒนาการทำงานเชิงรุกในชุมชน เช่น การใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ในการผลักดันให้ผู้นำท้องถิ่น (อปต.) และผู้ที่ได้รับการยอมรับในชุมชนมาเป็นกรรมการเพื่อร่วมรับผิดชอบในการร่วมบริหารจัดการ Drop in Center ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน
 4. ผลักดันให้เกิดนโยบายรองรับ และ เข้าไปมีส่วนร่วมระดับนโยบายของชุมชน ท้องถิ่น จังหวัด และ ระดับภาค

บทที่ 4 การบริหารจัดการโครงการ

4.1 คุณภาพของกระบวนการจัดกิจกรรม

การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงาน

มีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน จะเห็นได้จากการจัดการอบรมโดยใช้หลักสูตรต่างๆ เช่น หลักสูตรการอบรม “การลดอันตรายจากการใช้ยา” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรม (เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและอาสาสมัครผู้ขายยาเสพติด) เข้าใจหลักการและความหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาและเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติในการลดอันตราย หรือ หลักสูตร “เส้นทางสู่การฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติด (Pathway to recovery training curriculum)” ที่อบรมเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ภาคสนามเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

4.2 ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 โครงการในกลุ่มผู้ใช้สาร พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่พึงพอใจกับกิจกรรมที่โครงการได้ดำเนินการ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้ามามีส่วนร่วม และได้รับความรู้ในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยา และเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

ในการดำเนินงานโดยภาพรวมทั้ง 4 โครงการมีปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ❌ ความเข้าใจของผู้ให้บริการ ยังขาดความชัดเจนในการให้บริการอย่างเป็นระบบ ขัดจำกัดด้านการให้บริการให้กับผู้ขายยา ทศนคติดคนทำงาน
- ❌ สถานการณ์การจับกุมและปราบปรามยาเสพติดยังมีอย่างต่อเนื่อง ทำให้การจัดกิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้
- ❌ ปัญหากับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เวลาที่ต้องติดตามเพื่อนผู้ใช้ยา หรือเพื่อนผู้ขายยาจะออกไปรับบริการ จะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจคอยจับกุม
- ❌ กิจกรรมให้ความรู้ในพื้นที่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการให้ความรู้ เนื่องจากมีระยะเพียงสั้น ๆ
- ❌ เพื่อนผู้ใช้ยา ๆ ไม่มีบัตรประชาชน หรือเลข 13 หลัก ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ
- ❌ เจ้าหน้าที่บางหน่วยงานไม่ให้ความร่วมมือ (ปฏิเสธว่าไม่มีคำสั่งการลงมา)
- ❌ การยอมรับของสังคมที่ไม่ยอมเปิดโอกาสให้ผู้ขายยา เมื่อไม่ได้รับโอกาสทางสังคม ก็ทำให้ผู้ขายยากลับไปเหมือนเดิม

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนากฎหมาย และ แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ดังนี้

1) คณะทำงานทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักราชการรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีสำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรมเป็นเจ้าภาพหลัก ทั้งนี้เพื่อนำเสนอร่างกฎหมายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในระดับชาติ เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และ คณะรัฐมนตรี ตามลำดับขั้นในการประกาศออกเป็นกฎหมายบังคับใช้ต่อไป

2) คณะทำงานพัฒนามาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เพื่อให้ผู้ให้บริการจากทุกภาคส่วนได้ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานอัยการกรุงเทพมหานคร ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลัก

3) คณะทำงานพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของประเทศ เพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้บริการและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้อย่างบูรณาการ โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักราชการรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค เป็นเจ้าภาพหลัก

4) คณะทำงานพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดทัศนคติที่ดี และเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักราชการรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพหลัก

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการทบทวนนโยบายเพื่อสนับสนุนให้บริการบำบัดด้วยสารทดแทนแก่ผู้ใช้ยาเสพติด เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ใช้ยาเสพติดพึงจะได้รับ

3. กระทรวงยุติธรรม จึงควรมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบริการเพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งถูกกักขังในเรือนจำรวมทั้งสถานบำบัดต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการรักษาและดูแลแบบเป็นองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เพิ่มเติมทั้ง

ทรัพยากรบุคคลและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติด้านวิชาการ

1. เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ ความผิดในทางกฎหมาย จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เท่าที่ควร ดังนั้น **กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข** ควรเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการให้บริการทางสุขภาพแบบองค์รวม/บูรณาการ แก่ผู้ใช้สารเสพติดอย่างครบวงจร (One stop services) และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโรคร่วม เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และ วัณโรค สามารถเข้าถึงบริการแบบไม่แยกส่วน ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนแบบเป็นองค์รวม และ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการให้บริการของศูนย์ Drop in center ยังไม่สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้สารเสพติดในหลายๆ เรื่องได้ ทั้งปัญหาความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และ การประกอบอาชีพ ดังนั้น **เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดแห่งประเทศไทย** ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ Drop in center สามารถให้บริการเบื้องต้นแบบ “Complete package” ที่ครอบคลุมทั้งการให้ข้อมูลความรู้ การให้บริการ VCT การตรวจคัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การให้การดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น บริการดูแลด้านจิตใจ และ การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

3. **กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข** ควรพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้เรื่องการให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ทั้งผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

4. เนื่องจากผลการประเมินพบว่าผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานโครงการของทุกโครงการยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์ และความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น **ศูนย์ประสานงานเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข** จึงควรเป็นเจ้าภาพหลักในการรณรงค์เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างถูกวิธี โดยมีการใช้ช่องทางหรือสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทางโทรทัศน์ (เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านการเผยแพร่ทางโทรทัศน์) นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ เพื่อหาแนวทางในการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

5.3 สิ่งที่ทำทนายในอนาคต

การดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความต้องการเฉพาะ ได้แก่

- ผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นต่างด้าว/ชาติพันธุ์ ซึ่งมีอาชีพขายบริการ (รวมทั้ง MSM)
- ผู้ใช้สารเสพติดแบบ DU ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนไปใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด (IDUs)