

การประเมินสถานการณ์สารเสพติดแบบรวดเร็วเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

นวลตา อากาศัพพะกุล

Drugs Policies and Rapid Situation Assessment (RSA) for Harm Reduction.

Nualta Apakupakul

Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,
Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

E-mail: nualta.a@psu.ac.th

Songkla Med J 2012;30(4):221-232

บทคัดย่อ:

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดทุกราย โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบบี และวัณโรค ประเทศไทยตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ใช้สารเสพติดให้หยุดการใช้และหันมาใช้เมทาโดนซึ่งเป็นสารทดแทน นโยบายยาเสพติดยังขาดประสิทธิภาพเนื่องจากยังขาดระบบการดูแลที่เป็นองค์รวม ขาดการส่งเสริมแรงจูงใจในการเข้าสู่ระบบการบำบัด ขณะเดียวกันข้อมูลของผู้ใช้สารเสพติดและความเข้าใจในเรื่องยาเสพติดรูปแบบต่างๆ รวมถึงการนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ล่าช้า ขาดความทันสมัย ทำให้นโยบายด้านยาเสพติดมักตามหลังปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้น การประเมินสถานการณ์และนโยบายแบบรวดเร็ว (Drugs policies and rapid situation assessment = RSA) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพนำไปสู่การวางนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ประกอบด้วย 1) การค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว 2) การสัมภาษณ์ (เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม) 3) การตั้งคำถามหรือโจทย์ปัญหา 4) การสรุปประเด็นและการจัดทำนโยบาย ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์วิธีนี้คือ เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วย/บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด ผู้กำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานยุติธรรม ผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม สิ่งสำคัญ คือ “การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ”

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2555 รับลงตีพิมพ์วันที่ 23 กรกฎาคม 2555

คำสำคัญ: การประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็ว, การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด, นโยบายด้านยาเสพติด
ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด, เมทาโดน

Abstract:

Harm reduction is the main objective of care for all drug users especially injected drug users (IDUs) because they are a high risk for HIV infection, hepatitis C, and tuberculosis. In Thailand, drug policies aim to force drug users to abandon illicit drugs and by substitution with Methadone. Thai drug policies are not effective because the services are not comprehensive and fail to encourage drug users to access the health service system. The drug users' database and understanding of drug use in Thailand are out of date. In addition, analysis and synthesis of data are lacking. Drugs policies are usually a product of reaction to drug problems rather than based on reliable information, due to the time needed for data collection. A possible solution is to conduct Rapid Situation Assessment (RSA). RSA is a highly effective tool for data collection and for 1) finding and analyzing existing information, 2) conducting interviews, 3) questioning, and 4) drawing conclusion and making policies. The success of RSA required the cooperation of all participants, including drug user, police, family members, policy makers, health providers, courts and the community. Better information leads to better policies.

Key words: drugs policies, harm reduction, injected drug user (IDUs), Rapid Situation Assessment (RSA)

บทนำ

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เป็นการพยายามลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดไม่ว่าจะเป็นวิธีการใช้ประเภทของสารที่ฉีด การป้องกันการรับเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีและตับอักเสบบี เป็นต้น รวมถึงการดูแลผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท และท้ายที่สุดคือการพยายามทำให้ผู้ใช้ยาเลิกใช้สารเสพติดโดยเด็ดขาดหรือถ้าไม่สามารถเลิก/หยุดการใช้สารเสพติดได้ก็ให้ลดปริมาณและจำนวนความถี่ของการใช้ลง และถ้าไม่สามารถทำได้ต้องทำให้ผู้ใช้สารเสพติดใช้อย่างถูกวิธี ขณะเดียวกันครอบครัว ชุมชน และผู้ให้การบำบัดควรต้องมีความร่วมมือในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการที่รัฐมีนโยบายที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสิทธิของความเป็นมนุษย์ และประชาชนประเทศไทย

สิ่งสำคัญก่อนที่จะดำเนินการใดๆ คือ การตั้งคำถามว่า “เราเข้าใจ รับรู้ปัญหายาเสพติด ดีแค่ไหน?” “ใครคือผู้ใช้สารเสพติดและมีจำนวนมีเท่าไร” หรือ “ใครจะเป็นแกนหลักในการแก้ไขปัญหาทั้งระดับ ครอบครัว ชุมชน และประเทศ” ทั้งนี้พบว่า ปัญหาสารเสพติดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ จากการประมาณการจำนวนผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ใน ปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวน 605,095 ราย และเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ที่มีจำนวน 575,312 ราย โดยพบว่า สถิติการจับกุมประเภทของสารเสพติดก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน¹ และจากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์สุขภาพรัตนานุรักษ์ จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาระหว่าง ปี พ.ศ. 2549-2551 จำนวน 3,473 ราย มีอัตราการเสพซ้ำร้อยละ 13.21 เช่นเดียวกับศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ที่พบว่า ผู้บำบัดใช้สารเสพติดซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²

นโยบายและการเข้าถึงบริการบำบัดและรักษาในประเทศไทย³⁻⁶

ระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในปัจจุบันพบว่ายังขาดความชัดเจนอยู่มากทั้งระบบการบำบัดที่รวมถึงวิธีการบำบัด การส่งต่อการดูแลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องยอมรับความจริงว่า การทำงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดในความคิดของบุคลากรทางการแพทย์บางคนและคนในสังคมยังมองว่า “อันตราย ทั้งจากผู้ใช้และผู้ค้าและฝ่ายปราบปราม” ดังนั้น จึงทำให้การบำบัดไม่บรรลุถึงเป้าหมายที่กล่าวไว้ข้างต้น คือ การเลิก/หยุดใช้สารเสพติดให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ ปัญหาในการทำงานด้านยาเสพติด คือ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งฐานข้อมูลที่ยังขาดความน่าเชื่อถือ กระบวนการติดตามที่ขาดความสมบูรณ์ รวมทั้งกระบวนการส่งต่อการรักษาและการติดตามยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น หากถามว่าปัญหายาเสพติดมีมากขนาดไหน รุนแรงเพียงใด สารเสพติดชนิดใดที่เป็นปัญหา มีผู้เสพสารเสพติดมากเท่าไร คำตอบที่ได้มาจากข้อมูลการจับกุม และการเข้าสู่ระบบการบำบัดเท่านั้น ส่วนการคาดประมาณถึงกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ ยังขาดความชัดเจนเนื่องจากยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือตัวตนของผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างแท้จริง ส่วนข้อมูลจากการวิจัยก็อาจจะไม่ครอบคลุม แต่ก็ยังมีความจำเป็นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาคาการแพร่ระบาดของยาเสพติดต่อไป

การเข้าสู่ระบบการบำบัดในประเทศไทย มีทั้งสมัครใจบำบัดและตามพระราชบัญญัติเสพติดให้โทษฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2545) โดยปรับปรุงจากพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2522 เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 คือ ผู้ติดยาเสพติดถูกส่งตัวมาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจภายหลังการได้รับการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการยาเสพติดให้โทษในแต่ละจังหวัด ส่วนกระบวนการบำบัดถูกกำหนดรูปแบบไว้แล้ว ซึ่งพบว่า แหล่งบำบัดในประเทศไทยมีทั้งของภาครัฐ เอกชน และสาธารณกุศลไม่ได้มีมาตรฐานเดียวกัน ขาดการประเมินประสิทธิภาพและขาดการ

พัฒนาคุณภาพ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ทำงานด้านการบำบัดควรมาคิดร่วมกันเพื่อการแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะการดูแลผู้ใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ในระดับประเทศ เช่น ประเทศไทยมีความร่วมมือขององค์กรระดับประเทศ ได้แก่ องค์กร Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) ร่วมกับสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสถาบันวิจัยรณรงค์ พยายามจัดให้มีคู่มือในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance guideline) เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน แต่ก็ยังไม่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้อยู่ในระหว่างการปรับปรุงเนื่องจากมีข้อโต้แย้งหลายประเด็นที่ยังหาข้อยุติไม่ได้ เช่น ปริมาณเมทาโดนที่เหมาะสมในการบำบัดระยะยาว รูปแบบของบริการ เป็นต้น

การประเมินสถานการณ์เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหายาเสพติด (Rapid Situation Assessment)⁷⁻¹¹

หากประเมินตามปัญหาจะพบว่า ภาคใต้เป็นภาคที่มีปัญหาในเรื่องสารเสพติดมากที่สุด เนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยว มีเกาะและยังมีพื้นที่ติดทะเลและชายแดนเพื่อนบ้านถึง 2 ประเทศ ได้แก่ พม่า และมาเลเซีย นอกจากนี้ยังมีปัญหาตัวยาหลัก ได้แก่ ยาบ้า เฮโรอีน สี่คูณร้อย (ปัจจุบันพัฒนาเป็นสิบคูณร้อย) กัญชา กระท่อม ยาแก้ไอ ลูกเม็ด (alprazolam) และยังคงพบว่ามีกรพยายามที่จะผสมสารเสพติดต่างๆ ในสูตรใหม่ อยู่ตลอดเวลา ทำให้ต้องมีการนำเอากระบวนการประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็วเพื่อการวางแผนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดไปสู่การปฏิบัติต่อไป โดยมี International Harm Reduction Association (IHRA) เสนอกรอบในการค้นหาและวางแนวทางในการประเมินสถานการณ์และแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งต้องประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ คือ

1. การประเมินปัญหาและการประเมินแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหา การวางกรอบแนวคิดทั้งด้านกว้างและด้านลึก การประเมินความรู้ด้านการวิจัยทางด้านมานุษยวิทยา ระบาดวิทยา และการประเมินผล ซึ่งมีความแตกต่างจากการค้นหาปัญหาในด้านสังคมศาสตร์แขนงอื่นๆ ดังนี้ คือ

1.1 ความรวดเร็ว หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการทำงานไม่นาน อาจจะ 2-3 วัน หรือ 2-3 เดือน เช่น พบผู้ใช้สารเสพติดก็พยายามที่จะค้นหาปัญหาให้เร็วที่สุด เพื่อลดการแพร่ระบาดในชุมชน

1.2 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน อาจต้องการคนทำงาน 1-2 คน ที่จะต้องทำงานร่วมกันด้วยความรวดเร็วและลดความจำเป็นในการจ้างคนด้วยการให้เงินเดือนระยะยาวโดยไม่ต้องตั้งสำนักงาน

1.3 การใช้ข้อมูลที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่าที่จะทำได้

1.4 การใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลหลายแห่ง การนำเอาข้อมูลจากหลายแหล่งมาใช้และต้องตรวจสอบความตรงของข้อมูลและความน่าเชื่อถือได้ของแหล่งข้อมูลนั้นๆ

1.5 การสืบค้นจากแหล่งข้อมูลหลัก คือ ภาครัฐรวมทั้งมีการตรวจสอบ สังเกต และใช้กระบวนการทางสถิติร่วมด้วย

2. การค้นพบและการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (finding and analyzing existing information) ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาจากแหล่งใด ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลการคาดประมาณผู้ใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ จำนวนผู้ต้องขังคดียาเสพติด ใบสั่งยาประเภทสารเสพติดของผู้มารับบริการ จำนวนผู้ใช้ยาที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ปัญหายาเสพติด รายงานประจำปี สถิติผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้รับการบำบัดเมทาโดน เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้ต้องมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ผู้เข้ารับโปรแกรมบำบัด คลินิกกามโรค คลินิกสุขภาพจิต ร้านขายยา ตำรวจ ทัศนสถาน สำนักงานคุมประพฤติ สังคมสงเคราะห์ องค์กรพัฒนาเอกชน วัด/องค์กรทางศาสนา นักข่าว หรือนักวิจัย เป็นต้น

2.2 วิธีการคัดเลือกข้อมูล ในการเริ่มการประเมินสถานการณ์จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานจะต้องสร้างแนวทางในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ต้องจำแนกหัวข้อและคำถามที่ใช้หาข้อมูลเฉพาะที่มีอยู่และดูว่าข้อมูลที่มีอยู่นั้นปัจจุบันหรือไม่ แหล่งข้อมูลหลักนั้นให้ข้อมูลทางบวกหรือลบ และข้อมูลที่ได้นั้นเป็นข้อมูลเฉพาะพื้นที่หรือตัวแทนของทั้งกลุ่ม

2.3 การจัดการข้อมูล ผู้รวบรวมจะต้องเรียงความสำคัญของข้อมูล ทั้งในลักษณะของแหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล สรุปและหาความสัมพันธ์ทั้งแหล่งข้อมูลและเนื้อหาของข้อมูล จากนั้นส่งข้อมูลไปยังทีมทำงานให้ช่วยกันวิเคราะห์และพิจารณาตรวจสอบอีกครั้งเพื่อจัดกลุ่มประเด็น สิ่งสำคัญ คือ ต้องบันทึกเป็นหลักฐานเพื่อจะได้นำมาประกอบในการแยกแยะประเด็นว่าพอเพียงหรือยัง และตรงกับที่วางแผนไว้หรือไม่ สิ่งที่ต้องระลึกถึง คือ แหล่งข้อมูลที่ได้มาอาจจะมีผลล้าเอียงไปทิศทางใดทิศทางหนึ่ง หน้าที่ของผู้รวบรวม คือ ต้องแจกแจงแหล่งข้อมูลให้ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้รวบรวมไม่พลอยล้าเอียงและคล้อยตามไปกับข้อมูลที่ได้รับมาด้วย

2.4 การแปลผลข้อมูล จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถึงแม้ว่าจะมีความหลากหลายทั้งเนื้อหาและแหล่งข้อมูล ประเด็นสำคัญ คือ พยายามนำเสนอให้ออกมาในรูปแบบของตารางข้อมูลดิบหรือแผนภูมิ การจัดกลุ่ม หัวข้อ เนื้อหา คำหลัก แหล่งข้อมูล สารที่ได้จากข้อมูลนั้นๆ รวมทั้งประเด็นที่เสนอในรูปแบบการวิเคราะห์ สังเคราะห์และข้อเสนอแนะหรือในบางครั้งอาจจะในลักษณะกรณีศึกษา ข้อมูลบางประเด็นที่อาจจะได้ข้อมูลแบบต่ำกว่าความเป็นจริงหรือมากเกินไปจนความเป็นจริง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการไม่ไว้วางใจในผู้ถาม/การเก็บข้อมูลนั้นๆ หากเป็นเช่นนั้นผู้รวบรวมจะต้องยึดมั่นแนวทางที่กำหนดไว้ ส่วนในบางกรณีข้อมูลที่ผิดเพี้ยนจากความเป็นจริง ผู้รวบรวมอาจจะต้องเก็บไว้ก่อนและนำไปปัญหาต่างๆ นั้นไปพิสูจน์ความจริง ก่อนการสรุป อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ อย่าเชื่อเพราะผลทางสถิติที่เสนอทำให้เราเชื่อ แต่ต้องเชื่อข้อมูลภายหลังจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพิสูจน์ข้อมูลก่อน

2.5 การติดตามตรวจสอบโดยสื่อ หากพิจารณาถึงสื่อประเภทสิ่งพิมพ์หนังสือพิมพ์และวารสาร เป็นแหล่งข้อมูลที่มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับปัญหาเสพยาเสพติดมากที่สุดและโดยภาพรวม เป็นข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และมีความน่าเชื่อถือได้ระดับหนึ่ง การใช้สื่อเหล่านี้ เป็นภาพสะท้อนปัญหาและความคิดเห็นของสังคม ต่อปัญหาเสพยาเสพติดที่สำคัญและคัมค้ำกับความพยายาม ในการรวบรวมข้อมูล เพราะผู้สื่อข่าวมักจะนำเสนอสิ่ง ที่น่าสนใจ และสิ่งที่คนในสังคมสนใจ ซึ่งแท้ที่จริงแล้ว ผู้สื่อข่าวเป็นกลุ่มที่สำคัญในการช่วยอธิบายปัญหาของ ผู้ใช้สารเสพติด การให้เหตุผลแก่สังคมเพื่อการดูแล และช่วยเหลือ รวมทั้งการกระจายแนวคิดในเรื่องการลด อันตรายจากการใช้สารเสพติด

3. การสัมภาษณ์ (conducting interviews)

สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ

3.1 ใครควรจะเป็นผู้สัมภาษณ์ ในขณะที่ผู้รวบรวมไปเก็บข้อมูล อาจจะวางแผนการสัมภาษณ์ ไปด้วย หรืออาจจะให้คนกลุ่มนั้นเป็นผู้ช่วยติดต่อสัมภาษณ์ คนที่ควรเป็นผู้ให้ข้อมูล เช่น อาจจะถามผู้ให้ข้อมูลที่เป็น เจ้าหน้าที่ว่า “ควรสัมภาษณ์ใคร” ขณะเดียวกัน ก็ควรต้อง พิจารณาว่าใครจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ดีที่สุด การสัมภาษณ์ ควรเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคลมากกว่าเป็นกลุ่ม สิ่งที่ ผู้สัมภาษณ์ต้องตระหนัก คือ คนที่สัมภาษณ์มีประสบการณ์ หรือไม่ หรือมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ หรือไม่

3.2 การบริหารจัดการสัมภาษณ์ ผู้รวบรวม ข้อมูลจะต้องทราบข้อมูลหรือกิจกรรมของผู้ที่ได้รับเลือก เป็นผู้ให้ข้อมูล การจัดเวลา การทำเข้าใจในเรื่องที่จะ สัมภาษณ์ และวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

3.3 การเตรียมตัวเพื่อการสัมภาษณ์ ในการ สัมภาษณ์ ต้องคำนึงถึงสถานที่ ความเงียบ และห่างจาก กลุ่มที่มีอิทธิพลต่อคำตอบของผู้ตอบ เช่น กลุ่มผู้ใช้ยา การสัมภาษณ์อาจเลือกที่ห่างจากครอบครัว หรือผู้ดูแล เป็นต้น พยายามหลีกเลี่ยงคำถามที่กระตุ้นความรู้สึก เช่น ต้องการทราบว่า ผู้ใช้ยาถูกจับกุมเมื่อ 6 เดือนก่อน หรือไม่ ผู้ถามต้องเลี่ยงการถามแบบตรงๆ แต่อาจจะ ถามว่า “เมื่อ 6 เดือนก่อนไปทำอะไรมาบ้าง “เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ถามต้องจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะถาม โดยการเตรียมตัวให้พร้อมและทำความเข้าใจข้อคำถาม ผลดีของการเรียงลำดับความสำคัญของคำถาม คือ ทำให้ ได้ข้อมูลครบถ้วนไม่สับสน นอกจากนี้ทำที่ที่แสดงออก ต้องเป็นมิตร

3.4 กระบวนการสัมภาษณ์อื่นๆ ที่อาจจะต้อง นำมาใช้ ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว การเสวนากลุ่ม และการประชุมโต๊ะกลม บทบาทของ ทีมผู้รวบรวมข้อมูล คือ ต้องเตรียมความพร้อมในการ สัมภาษณ์ มีเวลาเพียงพอ และสามารถสร้างความ ไว้วางใจในกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ กรณีที่เป็นการสัมภาษณ์ แบบเสวนากลุ่มจำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการทำหน้าที่เป็น ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) และผู้จดบันทึก (note taker) ส่วนประเด็นที่จะสัมภาษณ์อาจจะ เป็น ประเด็นที่เตรียมมา และอาจจะมีการเพิ่มหัวข้ออย่างรวดเร็ว เมื่อพบประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย และรายละเอียด เพิ่มเติม นอกจากนี้ยังต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ ในการบันทึก ได้แก่ เทปบันทึกเสียง กระดาษ เป็นต้น ในการจัดทำเสวนากลุ่มควรมีผู้เข้าร่วมเสวนา ไม่เกิน 10 คน ทั้งนี้เพราะหากจำนวนผู้เสวนามีจำนวน มากจะทำให้การจัดการกลุ่มค่อนข้างยากและจะมีบางคน ไม่ออกความเห็น ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงความคิดของ สมาชิกกลุ่มบางคนเท่านั้น ส่วนการประชุมจะต้องนำ ผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้านเข้ามาร่วมในการให้ข้อมูล โดยอาจจะรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำทาง ศาสนา ผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงภาครัฐที่รับผิดชอบงาน ยาเสพติด เข้าร่วมประชุมด้วย

3.5 ผู้รวบรวมข้อมูลจะต้องสามารถวางแผน ในการจัดกระบวนการสัมภาษณ์โดยการ

3.5.1 ไปถึงสถานที่สัมภาษณ์ก่อน เริ่มการสัมภาษณ์เพื่อเตรียมพื้นที่ให้เงียบและ เป็นส่วนตัว

3.5.2 ผู้ที่ทำหน้าที่แปลควรที่จะเข้าใจ กระบวนการสั้นๆ ว่าจะมีกิจกรรมอะไรบ้าง

3.5.3 เตรียมอุปกรณ์ในการบันทึก ให้แน่ใจว่าไม่มีปัญหาและพร้อมที่จะทำงาน

3.5.4 ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้เข้าร่วมประชุมว่าข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

3.5.5 ใช้ภาษาง่ายๆ ในการประชุม

3.5.6 เลี่ยงคำถามที่กระตุ้นความรู้สึกหรือทำให้เกิดปัญหา ควรถามจากหลายคน ไม่ควรถามเฉพาะบุคคล

3.5.7 ให้โอกาสทุกคนได้ตอบและทบทวนเพื่อความกระจ่าง

3.5.8 ผู้รวบรวมควรเป็นผู้ฟังที่ดี

3.5.9 พยายามตัดบทในบางประเด็นเพื่อกระชับข้อมูล

3.5.10 ต้องเก็บข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ อาชีพ ฯลฯ ของกลุ่มผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล

3.5.11 ควรสรุปประเด็นเป็นระยะๆ

3.5.12 ควรแจกเอกสารที่จำเป็นอื่นๆ ให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน

3.6 สิ่งที่ต้องสังเกต อาจจะทำร่วมกับการวิจัย การสังเกตอาจจะมีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบ โดยการสังเกตบริบท กระบวนการที่เกิดขึ้น ซึ่งนักวิจัยต้องเก็บข้อมูลด้วย ภายหลังจากที่มีการสังเกตบรรยากาศต่างๆ ไปแล้ว ควรมีการสร้างแบบหรือโครงสร้างการสังเกตและแบบบันทึก ส่วนหนึ่งอาจจะได้จากข้อมูลที่มีการนำเสนอก่อนแล้วก็ได้ แบบบันทึกนี้จะช่วยให้ข้อมูลมีความแม่นยำถูกต้องมากขึ้น ในบางสถานการณ์ผู้รวบรวมข้อมูลอาจจะใช้การบันทึกสั้นๆ และนำมาขยายในภายหลัง นอกจากนี้อาจมีการบันทึกโดยใช้อุปกรณ์สโตนัทศนุปรณ์อื่นช่วย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง วิดีทัศน์ เป็นต้น

ข้อดีของการสร้างแบบเก็บข้อมูล คือ สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ง่าย ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ก็นำมาใช้เพื่อการอธิบายและตีความสิ่งที่ต้องระวัง คือ ขณะสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ต้องลดโอกาสของการพูด หรือการให้ความเห็นนอกประเด็นของผู้ให้ข้อมูล มิฉะนั้นจะทำให้หลงประเด็นที่ต้องการทราบ

4. หัวข้อคำถามที่ควรจะต้องคำนึงถึง สิ่งที่ควรจะได้รับในการบรรจุในการถามอย่างมีคุณภาพ ทั้งในรูปแบบของคำถามที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง คือ ควรจะต้องมีคำถามที่ถามในกลุ่มผู้ใช้สารสนเทศ บุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการ ฝ่ายปราบปราม/ผู้ติดเชื่อเอชไอวี ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ท่านประมาณการว่ามีผู้ใช้สารสนเทศทั้งที่กำลังใช้และเคยใช้ในพื้นที่ที่ท่านอาศัย/ทำงานอยู่เท่าไร และส่วนใหญ่รวมกันอยู่ที่ใด

- การมีเข็มและหลอดฉีดยาในครอบครองเป็นความผิดหรือไม่

- ท่านคิดอย่างไรถ้ามีการนำโครงการแลกเข็มเข้ามาเริ่มต้นในพื้นที่นี้

- ท่านคิดว่าผู้ใช้สารสนเทศชนิดฉีดยังมีอยู่ในปัจจุบัน และเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปี 3 ปี 5 ปี ก่อนนั้นมีความแตกต่างกันอย่างไร

- นโยบายอะไรที่เหมาะสมในการดูแลผู้ใช้สารสนเทศชนิดฉีดยา ทั้งที่ติดเชื่อ และไม่ติดเชื่อเอชไอวี

- ท่านคิดว่าในกรณีที่มีการติดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารสนเทศชนิดฉีดยา จะหยุดการแพร่เชื่อได้อย่างไร และมีวิธีการช่วยเหลือกลุ่มนี้ในการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างไร

- นโยบายอะไรที่เหมาะสมในการดูแลผู้ใช้สารสนเทศชนิดฉีดยา ทั้งที่ติดเชื่อและไม่ติดเชื่อเอชไอวี ฯลฯ

อย่างไรก็ตามในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งที่มีผู้ให้ข้อมูล ผู้เก็บข้อมูลจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลด้วย เช่น เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ประเภทและวิธีการใช้สารสนเทศ ระยะเวลาในการใช้สารสนเทศ เป็นต้น

5. ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็ว ควรต้องครอบคลุม

- รายละเอียดที่ชัดเจนของผู้ใช้ยาและองค์ประกอบของการเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวี

- ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ที่มีผู้ใช้สารสนเทศกิจกรรมและจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่ให้ข้อมูล

- การทำแผนที่แหล่งเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง

- รายชื่อองค์กรพัฒนาเอกชน (Non Government Organizations: NGOs) อาสาสมัคร และกลุ่มที่ทำงานด้านยาเสพติดในพื้นที่

- องค์กรภาครัฐและหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ใช้สารเสพติดทั้งที่ติดเชื่อและไม่ติดเชื่อเฮโรอีน

- การสร้างเครือข่าย และเครือข่ายเดิมที่มีอยู่แล้วเพื่อสามารถให้ความช่วยเหลือ

- การยอมรับและความคิดเห็นของชุมชนต่อผู้ใช้สารเสพติดทั้งชนิดฉีดและประเภทอื่นๆ

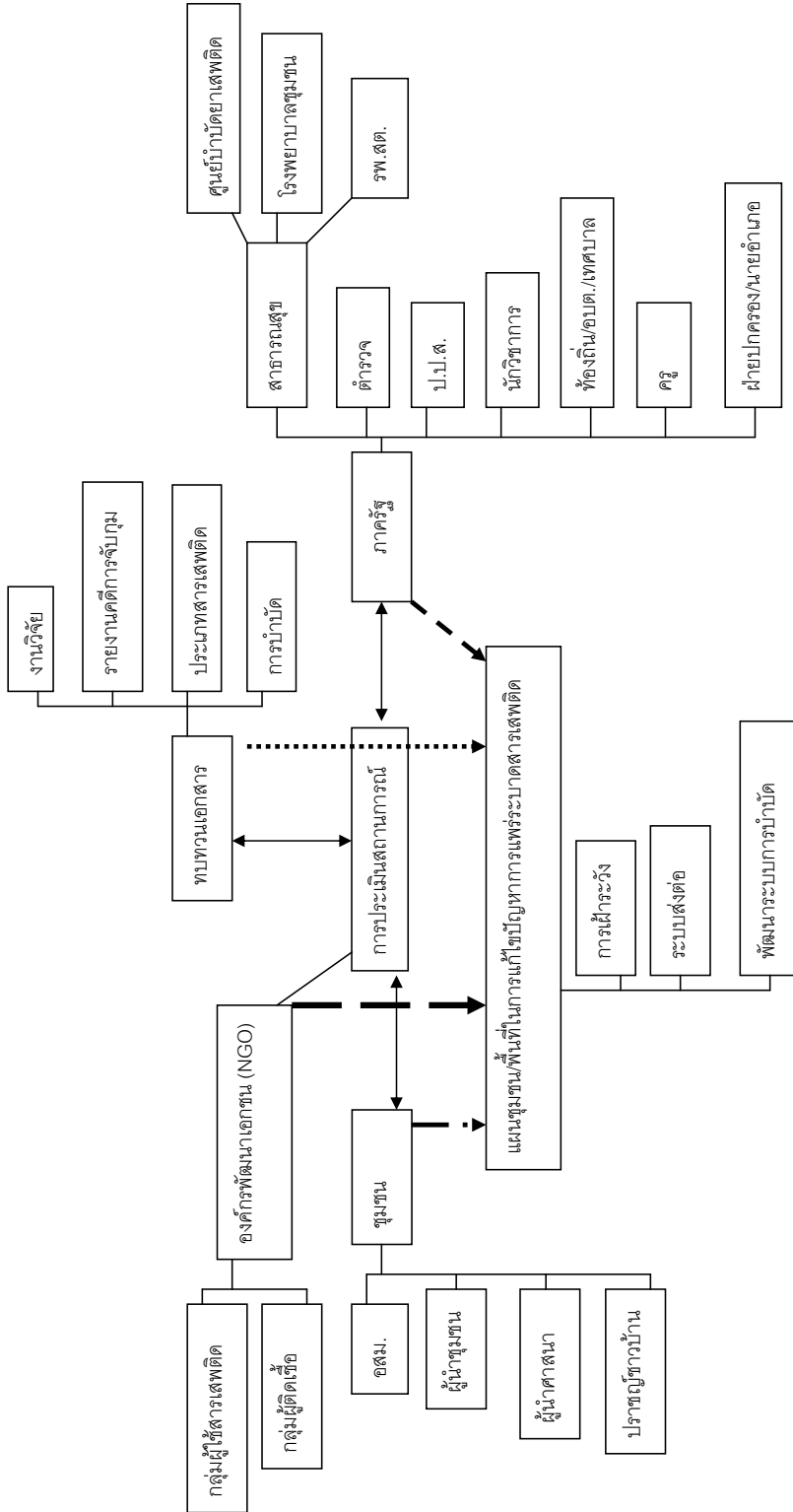
- การจำแนกปัญหาของว่างทางแนวคิด ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งในด้านเจตคติ นโยบายของชุมชน รวมทั้งโปรแกรมที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (รูปที่ 1)

การนำการประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็วไปประยุกต์ใช้เพื่อการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

จากแนวคิดการประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็วนี้พบว่า หลายประเทศได้นำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางนโยบายเพื่อการแก้ปัญหาเสพติดโดยเฉพาะประเทศออสเตรเลียและแคนาดาโดยในระยะแรกมีการดำเนินการโดยการทำความเข้าใจและขอความร่วมมือจากชุมชนก่อนการจัดตั้งศูนย์ฉีดสารเสพติด (Injecting Center หรือ drop in center) ในระยะแรกยังได้รับความร่วมมือน้อย ต่อมาได้รับการยอมรับจากชุมชนและเป็นต้นแบบของการแก้ปัญหาในชุมชนอื่นๆ¹²⁻¹⁴ ในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศอิหร่าน พม่า เวียดนาม จีน และมาเลเซีย โดยเฉพาะประเทศมาเลเซียที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาเสพติดและพัฒนากระบวนการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้ดีประเทศหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹⁵⁻¹⁸ ผลของการ

ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวกระตุ้นให้เกิดนโยบายเพื่อการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะชนิดฉีด ทั้งนี้ก่อนที่จะเกิดเป็นนโยบายก็ต้องผ่านกระบวนการต่างๆ มาหลายขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีทั้งการยอมรับและการต่อต้าน¹⁹⁻²² การมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติด ทั้งด้านสวัสดิการเพื่อการยังชีพและการบำบัดรักษาตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทุกแนวทางของการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดจะถูกปฏิเสธหรือได้รับการยอมรับในทุกประเด็น องค์การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดหรือ International Harm Reduction Development Program (IHRD)²³ ส่งเสริมแนวทางการศึกษาสถานการณ์แบบรวดเร็วและนำไปสู่การพัฒนาบริการเพื่อการดูแลผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด โดยมีแนวทางเพื่อพัฒนานโยบายให้เหมาะสมกับแต่ละประเทศที่มีการแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดชนิดฉีด ดังนี้

1. ผ่านระบบบริการ ประกอบด้วย โปรแกรมการแลกเปลี่ยนสะอาด เช่น ประเทศในยุโรปกลาง/ยุโรปตะวันออก และรัสเซีย¹⁷ การให้สารทดแทน เช่น เมทาโดนหรือบูพริโนฟิน (buprenorphine) เช่น ประเทศคีร์กีซสถาน อัลบาเนีย ลิทัวเนีย และยูเครน เป็นต้นโดยประเทศเหล่านี้เลือกการให้สารทดแทนเป็นอันดับแรก ส่วนการแลกเปลี่ยนสะอาดและการแลกเปลี่ยนยังอยู่ในระหว่างการทดลองใช้ในพื้นที่ต่างๆ รวมทั้งในห้องขัง^{24, 25} การสร้างเครือข่ายการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด พบในประเทศที่เคยมีโปรแกรมการแลกเปลี่ยนสะอาดมาก่อน การแลกเปลี่ยนสะอาดในเรือนจำที่คีร์กีซสถาน และมอลโดวา ซึ่งช่วยลดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มผู้ต้องขังได้^{15, 22} การให้คำปรึกษาและการให้บริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน/ครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื่อเฮโรอีน ตัวยักเสบซีและการได้สารเสพติดเกินขนาด การให้บริการช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย การป้องกันผู้ขายถูกกระทำ และการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเฮโรอีน ผู้ดูแลเกี่ยวกับสารเสพติดและผู้ดูแลโปรแกรมการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด



หมายเหตุ: อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ป.ป.ส. = สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รูปที่ 1 องค์ประกอบในการประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็วและผลจากการดำเนินการ

2. ผ่านการช่วยเหลือ/สงเคราะห์ ประกอบด้วยรูปแบบในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) ธนาคารโลกและองค์กรการกุศลอื่นๆ โปรแกรมให้การดูแล มีดังนี้

2.1 การขยายการให้ยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เช่น ประเทศรัสเซีย เป็นต้น

2.2 การรวมโปรแกรมยาต้านไวรัสและวัณโรค เช่น ประเทศยูเครน เป็นต้น

3. ผ่านกลุ่มผู้ช่วยเหลือ/สนับสนุน ฝ่ายปราบปรามและการเมือง เพื่อลดปัญหาในการเข้าสู่ระบบการดูแลและการเปิดเผยตัวเนื่องจากกลัวการถูกจับกุม นอกจากนี้ยังต้องมีการส่งเสริมในเรื่องสิทธิมนุษยชน การให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปราบปรามรวมทั้งการจัดทำข้อตกลงเพื่อการดูแลผู้ใช้สารเสพติดให้มีประสิทธิภาพ

4. ผ่านชุมชน โดยให้การดูแลผู้ใช้สารเสพติดและผู้ที่ต้องอาศัยร่วมกับผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื่อ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากและมักจะได้รับผลกระทบจากการไม่ได้รับการดูแลเมื่อเกิดการติดเชื่อ และต้องมึนโยบายและองค์กรในการช่วยเหลือให้เขาเหล่านั้นได้รับการดูแลตามสิทธิ์ที่พึงมีและพึงได้รับจากรัฐสวัสดิการ

ด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานยาเสพติดนับว่าเป็นประเด็นปัญหาที่ทำให้มีผู้เข้าร่วมในการแก้ปัญหา ยาเสพติดเกิดความกังวลใจโดยเฉพาะความปลอดภัยที่ผู้เกี่ยวข้องจะได้รับหากเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ สำหรับประเด็นนี้ สิ่งที่ต้องดำเนินการต้องคำนึงถึง คือ ต้องมุ่งเป้าหมายไปที่ผู้ใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียวและต้องไม่พยายามค้นหาแหล่งซื้อแหล่งขาย หรือผู้ค้า เพราะเป้าหมายของการประเมินสถานการณ์ คือ การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นของผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท สามารถเข้าถึงระบบการบำบัดได้ และหากผู้ใช้สารเสพติดเหล่านั้นยังไม่สามารถเลิก/หยุดการใช้สารเสพติดได้ก็จะมีแนวทางในการดูแลให้เขาเหล่านั้นใช้สารเสพติดโดยไม่เป็นอันตรายทั้งแก่ตนเองและผู้อื่นและไม่เป็นผู้แพร่กระจายการติดเชื่อเอชไอวีไปยังผู้อื่น

ข้อเด่นและข้อด้อยของการดำเนินการประเมินสถานการณ์

ข้อเด่น

การประเมินสถานการณ์สารเสพติดแบบรวดเร็ว (RSA) นี้ เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยในการประเมินปัญหา และการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ และที่สำคัญ คือ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากองค์ความรู้ทางมานุษยวิทยา สังคมวิทยา ระบาดวิทยา และกระบวนการวิจัยประเมินผล โดยมีข้อดีดังนี้ คือ

- เป็นกระบวนการที่ทำได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลานในการเก็บข้อมูลน้อยลง
- ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูล
- มีการใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วให้เกิดประสิทธิภาพ
- มีการพิสูจน์จากหลายแหล่งข้อมูลมากกว่าการเชื่อแหล่งข้อมูลใดเพียงแหล่งเดียว
- มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยคนหลายกลุ่ม
- เกิดเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติดในชุมชน

ข้อด้อย

- เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในผู้ให้ข้อมูล
- อาจจะมีการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่
- มีการปิดบังข้อมูลเนื่องจากเกรงจะเสียภาพพจน์ของพื้นที่
- คนในพื้นที่วิตกกังวลว่าหากมีการจัดตั้งศูนย์บริการ หรือ drop in center ในพื้นที่ หากมีการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เป็นแหล่งรวมของผู้ใช้สารเสพติดและอาจจะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ชุมชน

สิ่งที่ผู้ดำเนินการจะต้องคำนึงถึง

1. ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่อาศัยในพื้นที่จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบและความปลอดภัย

2. ผู้ดำเนินการต้องกระตุ้นให้รัฐมนตรีนโยบายให้ความคุ้มครองแก่ผู้ให้ข้อมูลทั้งชีวิตและทรัพย์สิน

3. ผู้ดำเนินการประเมินสถานการณ์จะต้องไม่นำข้อมูลบุคคลไปเผยแพร่ โดยต้องมีจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

4. ผู้ดำเนินการประเมินสถานการณ์จะต้องไม่เปิดเผยในชื่อผู้ตัวอย่างเด็ดขาด เนื่องจากประเด็นดังกล่าวผู้ดำเนินการสามารถได้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

สำหรับประเทศไทย ผู้เขียนได้มีการนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการจัดตั้ง “drop in center” หรือชื่อเดิม “บ้านพักใจสไตล์จะนะ” โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมในการประเมินสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภोजจะนะ และประสบความสำเร็จเป็นแห่งแรกในภาคใต้ที่มีภาครัฐเป็นแกนนำหลักและทำงานร่วมกับผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นอาสาสมัครชุดแรกที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ จากประสบการณ์ในการนำแนวคิดการประเมินสถานการณ์มาดำเนินการเป็นรูปธรรม โดยในระหว่างดำเนินการ ผู้เขียนและทีมงานไม่ประสบปัญหาหรือผลกระทบใดๆ ทั้งจากผู้ให้สารเสพติด ผู้ค้าสารเสพติดในพื้นที่ และประชาชนในชุมชนอำเภोजจะนะ ปัจจุบันถ่ายโอนห้องคัดกรองพัฒนาเอกชนเป็นผู้ดำเนินการแต่ยังอยู่ในการกำกับดูแลของโรงพยาบาลจะนะ

การประเมินสถานการณ์สารเสพติดที่กล่าวมาเป็นแนวทางที่หลายประเทศนำไปดำเนินการ โดยเลือกดำเนินการตามศักยภาพ และนโยบายหลักของแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศไทยอาจจะพิจารณาตามความเหมาะสมเพื่อให้เกิดนโยบายที่ให้ความยุติธรรมแก่ผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัว

สรุป

การประเมินสถานการณ์สารเสพติดแบบรวดเร็วถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวางนโยบายเพื่อการแก้ปัญหาสารเสพติดในหลายประเทศ

ทั้งทวีปยุโรปและเอเชีย การเลือกใช้กระบวนการประเมินแบบรวดเร็วนี้จะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาหรือวางนโยบายเพื่อการแก้ปัญหาสารเสพติดได้มีโอกาสคิดร่วมกันและมองเห็นปัญหาจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายกลุ่ม ทำให้นโยบายการแก้ปัญหาเป็นแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เพราะเป็นมุมมองที่มาจากทั้งผู้ใช้สารเสพติด ชุมชน และฝ่ายปราบปรามและป้องกันปราบปราม ซึ่งองค์ประกอบที่จะทำให้นโยบายยาเสพติดของประเทศมีประสิทธิภาพต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้หลายแหล่งข้อมูลเพื่อจะได้นำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาย่างครบถ้วนมากกว่าการเชื่อถือแหล่งข้อมูลใดเพียงแห่งเดียว และเนื่องจากข้อมูลยาเสพติดมีความเป็นพลวัตสูงมากการที่จะวางนโยบายต่างๆ หากต้องใช้เวลานานในการเก็บรวบรวมข้อมูลก็จะทำให้เกิดความล่าช้าและปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่ทันที่ ดังนั้น การนำเอาวิธี RSA มาใช้ในการประเมินสถานการณ์จึงทำให้เกิดความเชื่อมโยงของนโยบายส่วนกลางและนโยบายท้องถิ่นประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย หากแต่ละท้องถิ่นให้ความสนใจในการร่วมมือกันแก้ปัญหาย่างแท้จริงและทุกภาคส่วน ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดคาดว่าจะลดลงไม่มากนัก

เอกสารอ้างอิง

1. National Command Center for Drugs Elimination. Statistical of the indictment of illicit drug between 2003-2006 [homepage on the Internet]. Bangkok: National Command Center for Drugs Elimination; 2010 [cited 2010 02/10]. Available from: http://www.nccd.go.th/index.php?mod=content_list&cate=367
2. Sritammachart L, Thongtaout B, Namwong T, et al. Application of family study in fast model is not difficult: a learning process [monograph on the Internet]. Chiang Mai: Knowledge Management Programme, Drug Treatment Center; 2011 [cited

- 2011 02/10]: Available from: <http://blog.drugcare.net/?cat=7>.
3. Vongchak T, Kawichai S, Sherman S, et al. The influence of Thailand's 2003 war on drugs policy on self-reported drug use among injection drug users in Chiang Mai, Thailand. *Int J Drug Pol* 2005; 16: 115 - 21.
 4. Vanichseni S, Kitayaporn D, Mastro TD, et al. Continued high HIV-1 incidence in a vaccine trial preparatory cohort of injection drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS* 2001; 15: 397.
 5. Albrecht HJ, van Kalmthout A. Drug Policies in Western Europe Criminological Research Reports. Freiburg Im Breisgau. The Max Planck Institute for Foreign and International Penal Law Press; 1989.
 6. Pitisuttithum P, Gilbert P, Gurwith M, et al. Randomized, double blind, placebo controlled efficacy trial of a bivalent recombinant glycoprotein 120 HIV-1 vaccine among injection drug users in Bangkok, Thailand. *J Inf Dis* 2006; 194: 1661.
 7. Costigan G, Crofts N, Reid G. Manual for Reducing drug related harm in Asia. 2nd ed. Melbourne: The Centre for Harm Reduction; 2003.
 8. Fitch C, Stimson G, Rhodes T, et al. Rapid assessment: an international review of diffusion, practice and outcomes in the substance use field. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1819 - 30.
 9. Grigoryan S, Busel A, Papoyan A. Rapid assessment of the situation on spread of injecting drug use and HIV infection in Yerevan, Armenia. *Int J Drug Pol* 2002; 13: 433 - 6.
 10. Razzaghi E, Rahimi A, Hosseni M, et al. Rapid Situation Assessment (RSA) of drug abuse in Iran. Tehran: Prevention Department, State Welfare Organization, Ministry of Health, Islamic Republic of Iran and United Nations International Drug Control Program; 1999.
 11. Weir S, Morroni C, Coetzee N, et al. A pilot study of a rapid assessment method to identify places for AIDS prevention in Cape Town, South Africa. *BMJ* 2002; 78 (Suppl 1): S106.
 12. Rowland B, Allen F, Toumbourou JW. Impact of alcohol harm reduction strategies in community sports clubs: Pilot evaluation of the good sports program. *Health Psy Chol* 2012; 31: 323 - 33.
 13. Rolles S. An alternative to the war on drugs. *BMJ* 2010; 341: 340.
 14. Gupta L, Towler B. General practitioners' views and knowledge about anabolic steroid use-survey of GPs in a high prevalence area. *Drug Alcohol Rev* 1997; 16: 373 - 9.
 15. Grassly NC, Lowndes CM, Rhodes T, et al. Modelling emerging HIV epidemics: the role of injecting drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China and India. *Int J Drug Pol* 2003; 14: 25 - 43.
 16. Nissaramanesh B, Trace M, Roberts M. The rise of harm reduction in the Islamic Republic of Iran [monograph on the Internet]. Tehran: Beckley Foundation Drug Policy Programme 2005 [cited 2012 20/02]. Available from: http://scholar.google.com/scholar?q=The+rise+of+harm+reduction+in+the+Islamic+Republic+of+Iran.+Beckley+Foundation+Drug+Policy+Programme%2C+&hl=th&as_sdt=0%2C5.
 17. Nissaramanesh B, Trace M, Roberts M. The rise of harm reduction in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper; 2005; 8.
 18. Rhodes T, Sarang A, Bobrik A, et al. HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *Int J Drug Pol* 2004; 15: 1 - 16.
 19. Burrows D, Trautmann F, Frost L, et al. Processes and outcomes of training on rapid assessment and response methods on injecting drug use and related HIV infection in the Russian Federation. *Int J Drug Pol* 2000; 11: 151 - 67.
 20. Cruz MF, Patra J, Fischer B, et al. Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *Int J Drug Pol* 2007; 18: 54 - 61.

21. Mackenzie R. Feeling good: the Ethopolitics of Pleasure; psychoactive substance use and public health and criminal justice governance: therapeutic jurisprudence and the drug courts in the USA. *J Soc Leg Stud* 2008; 17: 513.
22. Todd CS, Nassiramanesh B, Stanekzai MR, et al. Emerging HIV epidemics in Muslim countries: assessment of different cultural responses to harm reduction and implications for HIV control. *Curr HIV AIDS Rep* 2007; 4: 151 - 7.
23. International Harm Reduction Association. What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association [homepage on the Internet]. Liverpool: International Harm Reduction Association 2012 [cited 2012 02/10]. Available from: <http://www.ihra.net/>
24. Burrows D, Trautmann F, Bijl M, Sarankov Y. Training in the Russian Federation on rapid assessment and response to HIV/AIDS among injecting drug users. *J Drug Issues* 1999; 29: 811 - 42.
25. Caulkins JP, Reuter P. Setting goals for drug policy: harm or use reduction? *Addiction* 1997; 92: 1143 - 50.