

สราไม่ใช้

1 สิ้นค้าธรรมดา | ฉบับปรับปรุงครั้งที่สาม
ฉบับแปลภาษาไทย
ALCOHOL: NO ORDINARY COMMODITY: RESEARCH AND PUBLIC POLICY
THIRD EDITION

บรรณาธิการ
สาวิตรี อัมมฉัตรชัย
คำนวณ อึ้งชูศักดิ์

Alcohol: **No Ordinary
Commodity,**
Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (ฉบับภาษาไทย)

Alcohol: No Ordinary Commodity, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ฉบับภาษาไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ฉบับภาษาไทย = Alcohol: no ordinary commodity, third edition.-- สงขลา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาการบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2566.
662 หน้า.

1. สุรา. 2. สุรา -- การป้องกันและควบคุม. I. บาบอร์, โทมัส เอฟ.
II. สลาวิตรี อັชฌางค์กรชัย, ผู้แปล. III. ชื่อเรื่อง.

362.292

ISBN 978-616-271-724-6

- บรรณาธิการ** : สลาวิตรี อັชฌางค์กรชัย, คำนวณ อั้งชูศักดิ์
- ผู้พิมพ์** : Thomas F. Babor Esa Österberg
Sally Casswell Jürgen Rehm
Kathryn Graham Robin Room
Taisia Huckle Ingeborg Rossow
Michael Livingston Bundit Sompaisarn
- ผู้แปล** : คำนวณ อั้งชูศักดิ์ วรภัทร รัตอาภา
จินตนา จันทร์โคตรแก้ว วิทย์ วิชัยดิษฐ์
จิราลักษณ์ นนทารักษ์ ศรีรัช ลาภใหญ่
พลเทพ วิจิตรคุณากร สลาวิตรี อັชฌางค์กรชัย
พลิชช์ พัจนา สุรงค์ดี ไชยสงค์
มนลธิชา สิทธิสมบัติ อธิบ ตันอารีย์
มุฮัมมัดฟาห์มี ตาเลาะ อรทัย วลีวงศ์
รัศมี โชติพันธ์วิทยากุล อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว
- ศิลปกรรม** : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รูปเล่ม • พิชรินทร์ โพธิ์ทอง
ปก • ชนาพร ลักนทินพร
- พิมพ์ที่** : บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.
- พิมพ์ครั้งที่ 1** : มีนาคม 2566
- จำนวน** : จำนวน 500 เล่ม

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทร. 0-7445-1165 <https://cas.or.th/>

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

ต้นฉบับภาษาอังกฤษผลิตภายใต้ชื่อ

Alcohol: No Ordinary Commodity, Research and public policy, Third edition

ปี ค.ศ. 2022 เป็นการปรับปรุงและตีพิมพ์ครั้งที่ 3
จัดพิมพ์โดย Oxford University Press
ISBN 978-0-19-284448-4

ผู้เขียนได้มอบลิขสิทธิ์ในการแปลเป็นภาษาไทยให้แก่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำหนังสือฉบับแปลภาษาไทย ลิขสิทธิ์ของต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นของ Oxford University Press

Permission for the rights to translate the Alcohol: No Ordinary Commodity, 3rd Edition into the Thai language has been granted to Center for Alcohol Studies by Thomas F. Babor, the Lead Author. Oxford University Press holds the copyright for the English version.

ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับที่หนึ่ง ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2003

ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับที่สอง ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2010

ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับที่สาม ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2022



สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย ห้ามทำซ้ำเก็บในระบบที่นำเนื้อหากลับมา หรือเผยแพร่ ไม่ว่าในรูปแบบใดหรือวิธีการใดโดยไม่ได้รับการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร

Oxford University Press ไม่ได้เป็นตัวแทน เป็นผู้แสดง หรือให้ความเห็นว่า ขนาดยาที่อยู่ในหนังสือเล่มนี้มีความถูกต้อง ผู้อ่านจึงจำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลของผลิตภัณฑ์และหัตถการหรือวิธีการทางคลินิกจากเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัจจุบันที่ออกโดยผู้ผลิต รวมถึงตรวจสอบมาตรฐานด้านจริยธรรมและความปลอดภัยอยู่เสมอ

ผู้พิมพ์/ผู้แปล และสำนักพิมพ์ไม่ขอรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นสำหรับความผิดพลาดของเนื้อหา หรือสำหรับการนำข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ไปใช้หรือปรับใช้ในทางที่ผิด ขนาดยา และคำแนะนำต่าง ๆ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เว้นแต่ได้มีการระบุไว้ การเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่เว็บไซต์บุคคลที่สามนั้น ได้ทำเพื่อเจตนาอันดี และเพื่อให้ข้อมูลเท่านั้น และทางผู้พิมพ์/ผู้แปล และสำนักพิมพ์ขอไม่รับผิดชอบต่อข้อมูลที่อยู่ในเว็บไซต์บุคคลที่สามที่อ้างอิงอยู่ในหนังสือเล่มนี้

ปัญหาแอลกอฮอล์มิใช่เป็นเพียงปัญหาในระดับประเทศเท่านั้น หากแต่เป็นปัญหาระดับโลกที่แต่ละประเทศต่างมุ่งแก้ไขปัญหานี้ให้หมดสิ้นไป แนวคิดยุทธศาสตร์ มาตรการ และนโยบายการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ของโลกในช่วงที่ผ่านมาที่มีประสิทธิผล และเป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด คือ แนวทางการจำกัดการเข้าถึง ความสามารถในการซื้อ และกิจกรรมการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการผสมผสานยุทธศาสตร์และมาตรการเพื่อจัดการกับมิติต่าง ๆ ของแอลกอฮอล์ได้อย่างครบวงจร นโยบายเข้มแข็งเหล่านี้เป็นความหวังของหลายประเทศที่จะขจัดปัญหาแอลกอฮอล์ให้หมดสิ้นอย่างได้ผล แต่ในช่วงห้าสิบปีมานี้ หลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์นับร้อยฉบับกลับทำให้เห็นภาพที่ไม่สอดคล้องกันในเรื่องนัยยะต่อนโยบายแอลกอฮอล์ เนื่องจากเกือบทุกประเทศยังคงกำหนดให้ปัญหาแอลกอฮอล์ถูกจัดให้เป็นภารกิจของหน่วยงานด้านสาธารณสุข และไม่ใช่งานของภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม รวมถึงการที่ธุรกิจแอลกอฮอล์เข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ทั่วโลก กลับทำให้ปัญหาแอลกอฮอล์ขยายตัว มีความซับซ้อน จนดูเหมือนว่าหากดำเนินนโยบายนี้ต่อไป ก็ยากที่จะประสบผลสำเร็จ

สำหรับประเทศไทย การดำเนินงานด้านนโยบายแอลกอฮอล์เติบโตอย่างเข้มแข็งจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ร่วมกับหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในการขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาชีพ และภาคประชาสังคม นับเป็นเวลายาวนานกว่าสิบปี ซึ่งสามารถควบคุมอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ลดลงมาได้ถึงระดับหนึ่ง แต่ความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ตลอดจนความพยายามของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ในการแทรกแซงนโยบายสาธารณะของรัฐ และสร้างสื่อโฆษณาการตลาดที่มีอิทธิพลต่อประชาชน ทั้งนักดื่มและผู้ที่ไม่ดื่ม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน และการที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นสารเสพติดเพียงชนิดเดียวที่ไม่อยู่ในกรอบสัญญาาระดับนานาชาติที่มีข้อผูกพันทางกฎหมาย จึงเป็นปัจจัยคุกคามที่คงอยู่หรือเกิดขึ้นใหม่ตลอดเวลา ซึ่งทำให้งานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องพัฒนาความเข้มแข็ง ทั้งในด้านองค์ความรู้ และศักยภาพ

ของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อต่อสู้กับปัจจัยทำลายเหล่านี้น เพื่อปกป้องและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนไทย รวมทั้งของประชากรโลก

หนังสือเล่มนี้ เป็นการแปลมาจากต้นฉบับหนังสือที่เป็นผลงานของนักวิชาการที่มีชื่อเสียงจากต่างประเทศหลายท่าน มีผลงานที่ถูกนำไปอ้างอิงมาแล้วทั่วโลก โดยนักวิชาการไทยหลายท่านที่มีประสบการณ์ในงานแอลกอฮอล์เป็นผู้แปล หนังสือเล่มนี้ มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเหมาะที่จะใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการปรับนโยบายแอลกอฮอล์

ด้วยคุณูปการของหนังสือเล่มนี้ หวังว่า จะส่งผลต่อการแสวงหาทางออกในแง่มุมใหม่ของการแก้ไขปัญหาสารเสพติดของประเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยงานและบุคคลที่มีบทบาทรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาสารเสพติดของประเทศ ที่จะก้าวเดินบนหนทางใหม่ ที่จะทำให้ปัญหาสารเสพติดของประเทศได้รับการแก้ไขอย่างยั่งยืน

ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม

ที่ปรึกษากองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประเทศไทยและต่างประเทศทั่วโลกคำนึงถึงความสำคัญของปัญหาจากแอลกอฮอล์ อันจัดเป็นสารเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพและทางสังคมอย่างกว้างขวาง ในขณะเดียวกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็เป็นสินค้าที่มีมูลค่าสูงทางเศรษฐกิจ และถูกใช้เป็นเครื่องมือและสื่อนำทางสังคมวัฒนธรรม ไม่น้อย การที่จะควบคุมให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม โดยการยอมรับจากสังคมโดยรวม จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้องค์ความรู้จากสหวิทยาการ รอบด้าน ที่จะสื่อสารสังคมให้ร่วมกันกำหนดกติกาสังคมที่เหมาะสมที่ควรในแต่ละประเทศ

หนังสือ Alcohol: No Ordinary Commodity หรือ สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา เป็นหนังสือวิชาการที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก ถึงการรวบรวมสังเคราะห์งานวิชาการใน ประเด็นนี้ ได้นำเสนอองค์ความรู้ที่สร้างความเข้าใจถึงการที่เราไม่อาจจะวางตำแหน่งของ สุราเป็นเพียงหนึ่งในสินค้าทั่วไปในท้องตลาด และได้รวบรวมถึงแนวทางและประสิทธิผล ของมาตรการ และนโยบายต่าง ๆ ที่ทั่วโลกได้ใช้กันอยู่อย่างเป็นระบบ ซึ่งการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยก็ได้ใช้องค์ความรู้เหล่านี้เป็นหนึ่งในเสาหลักทาง วิชาการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมาควบคู่กับงานวิจัยในบริบทไทยอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อ เป็นหลักฐานทางวิชาการของนโยบายแอลกอฮอล์และมาตรการในการจัดการป้องกันปัญหา แอลกอฮอล์ ให้กับผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากร

ในฉบับปรับปรุงฉบับภาษาไทยครั้งนี้ เป็นฉบับที่สามแล้ว มีการนำเสนอข้อมูล สำคัญที่มีประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปัจจุบัน โดย อาจารย์และนักวิชาการที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ทำให้สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นภาษาที่อ่าน น่าติดตาม สำหรับนักวิจัย ผู้เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบายและผู้สนใจโดยทั่วไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้ จะได้สนับสนุนองค์ความรู้ที่สำคัญในโลกิการพัฒนากฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาและผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ประเทศไทยต่อไป

ดร.สุปรีดา อุดลยานนท์

ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ช่วงการประชุมผู้นำ APEC เมื่อกลางเดือนพฤศจิกายน 2565 ที่ผ่านมา ศาสตราจารย์ ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย ได้ขอให้ผมช่วยอ่านหนังสือที่ทีมงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) แปลมาจากหนังสือภาษาอังกฤษที่ชื่อ Alcohol: No Ordinary Commodity, 3rd Edition ว่ามีจุดตลาดเคลื่อนสำคัญอะไรหรือไม่ ตอนแรกผมก็บ่ายเบี่ยงท่านไป เพราะผมรู้ตัวดีว่า ไม่มีนิสัยอ่านหนังสือจากปกหน้าไล่เรียงไปที่ละหน้าจนชนปกหลัง ตัวผมออกจะเป็นคนสนใจภาพใหญ่มากกว่ารายละเอียดย่อย ๆ แต่เนื่องจากเป็นประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางของ ศวส. เลยต้องตกปากรับคำ

นับเป็นการอ่านหนังสือจากคำแรกของบทที่หนึ่งไปจนคำสุดท้ายของบทที่สิบหกจริง ๆ ต้องขอชมเชยทีมงานที่สามารถแปลได้อย่างยอดเยี่ยม แม้จะมีกลิ่นอายของภาษาอังกฤษปะปนเข้ามาอยู่บ้าง แต่ก็ถือว่า ไม่ยุ่งยากเกินไปสำหรับคนที่สนใจการแก้ไขปัญหาของประชาชน ปัญหาอันเนื่องมาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ หรือปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดจากการบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ถือเป็นหนังสือที่ควรอ่าน และคุ้มค่ากับการอ่านไม่ว่าจะอ่านบางบทที่ตรงกับความสนใจหรืออ่านทั้งหมด

หนังสือเล่มนี้จะช่วยเปลี่ยนมุมมองของนักการสาธารณสุข นักวิชาการสาขาต่าง ๆ นักการเมือง นักเศรษฐศาสตร์ นักสื่อสารมวลชน และประชาชนทั่วไป ที่มีมุมมองว่า ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่เกิดจากบุคคลไม่ใช่ปัญหาของระบบ หากมองเช่นนั้นวิธีการแก้ไขปัญหาคือ การพยายามแก้ที่ระดับบุคคล เช่น ให้ความรู้ และทำให้แต่ละคนมีความรับผิดชอบในการดื่ม อยาดื่มจนเมา ซึ่งฟังดูดีแต่ผลที่ได้ไม่ได้

หนังสือเล่มนี้ท้าทายความคิดแบบเดิม โดยการสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ตั้งแต่อันตรายของตัวแอลกอฮอล์เองที่มีฤทธิ์เสพติดรุนแรงและมีความสามารถลดทอนการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ฆ่าชีวิตคนวัยรุ่นไปมากต่อมาก ทำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์จนเสียผู้เสียคนไปนับไม่ถ้วน แต่ทำไมสังคมจึงยังบริโภคแอลกอฮอล์มากขึ้นเรื่อย ๆ เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ แต่เป็นเพราะการวางแผนการตลาดอย่างยอดเยี่ยม และการทุ่มทรัพยากรในการโฆษณาส่งเสริมภาพลักษณ์ของสินค้า อาศัยเครื่องมือโซเชียลต่าง ๆ ในยุคปัจจุบันจนเข้าถึงวัยรุ่นและกลุ่มต่าง ๆ ทำให้ทุกคนมองว่า แอลกอฮอล์เป็นสินค้าธรรมดา การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ และปัญหาที่เกิดจากการดื่มเป็นเรื่องของบุคคลนั้นที่ต้องรับผิดชอบ ไม่ใช่บริษัทที่ส่งเสริมการดื่ม

หนังสือเล่มนี้ยังมีความโดดเด่นในการสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา โดยแบ่งกลุ่มมาตรการออกเป็นสามกลุ่มคือ กลุ่มที่ดีและคุ้มค่าที่สุด (Best buys) กลุ่มที่ได้ผลแต่ต้นทุนสูงกว่า (Good buys) และกลุ่มที่ไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อยน่าผิดหวัง (อาจจะเรียกว่า Worst buys) ทั้งนี้ข้อสรุปมาจากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่มีหลักฐานยืนยัน ไม่ใช่ความเห็น อ่านบทเหล่านี้จะทำให้เข้าใจว่า มาตรการต่าง ๆ ที่ฝ่ายธุรกิจเสนอนั้นมักจะอยู่ในกลุ่มสุดท้าย และมาตรการที่ทางธุรกิจคัดค้านนั้นมักอยู่ในกลุ่มแรก ๆ

และที่น่าตกตะลึงคือ หนังสือได้วิเคราะห์ถึงอิทธิพลมหากาฬของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ไม่เพียงการพยายามคัดค้านมาตรการในประเทศ แต่มีการรวมตัวกันและใช้ช่องทางการค้าโลกภายใต้สนธิสัญญาความร่วมมือของเขตเศรษฐกิจต่าง ๆ เพื่อบุกเบิกตลาดแอลกอฮอล์เข้าสู่ประเทศใหม่ ๆ ขยายจำนวนคนที่ดื่มให้มากขึ้น และขัดขวางมาตรการภายในประเทศที่อาจมีผลต่อการลดการดื่ม

ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้นบั่นทอนคุณภาพชีวิต ลดประสิทธิภาพการทำงาน ทำร้ายครอบครัวและทำลายความสงบสุขของสังคม แอลกอฮอล์จึงไม่ใช่สินค้าธรรมดา และการแก้ไขนั้นก็ไม่สามารถทำแบบธรรมดาได้ แต่ต้องอาศัยพลังทางวิชาการที่ทำให้เราเห็นสาเหตุของปัญหาและเลือกมาตรการที่ได้ผลจริง ต้องอาศัยพลังทางการเมืองที่จะยืนหยัดข้างประชาชนไม่ใช่ข้างธุรกิจ และสุดท้ายต้องอาศัยพลังประชาชนที่จะรู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์เพื่อเรียกร้องและส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดมาตรการใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือแปล “แอลกอฮอล์ ไม่ใช่สินค้าธรรมดา” เล่มนี้จะมีส่วนช่วยให้ทั้งสามพลังในสังคมไทยมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และสามารถควบคุมแก้ไขปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ผลดียิ่งขึ้น

นายแพทย์ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

ก้อยกลางของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

ปัญหาแอลกอฮอล์ประกอบด้วยหลากหลายปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมหรือสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยและทุกประเทศทั่วโลกต่างคำนึงถึงความสำคัญของปัญหาแอลกอฮอล์ ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับต้นของผลกระทบต่อด้านสุขภาพและปัญหาสังคม นโยบายด้านแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่พัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ และกระแสสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของนโยบายที่สำคัญในประเทศไทยในยุคปัจจุบัน ได้แก่ อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์มีความเข้มแข็งมาก มีกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายย่อย นักการเมือง และนักวิชาการเกิดขึ้นมากมาย คุกคามและแทรกแซงการออกนโยบายควบคุมฯ ของรัฐ โดยเฉพาะการปรับแก้ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และ พรบ.สรรพสามิต เพื่อปลดข้อจำกัดเรื่องกำลังการผลิต และเพิ่มการแข่งขันในตลาด รวมทั้งใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่ขยายผลเผยแพร่ข้อมูลที่บิดเบือนบางส่วน เพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้ยอมรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นเรื่องปกติและส่งเสริมการดื่ม เนื่องจากมองเห็นแต่ผลกระทบของปัญหาเหล่านี้ การศึกษาหาความรู้ เฝ้าระวังและการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิชาการด้านแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน

ศูนย์วิจัยปัญหาสุราเป็นสถาบันวิชาการที่เป็นผู้นำในการพัฒนาองค์ความรู้ และชี้นำนโยบายสาธารณะด้านกระบวนการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้ในด้านอุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ มาตรการ และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแอลกอฮอล์ สนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ ข้างต้น แก่ภาคีเครือข่าย รวมถึงสาธารณชน และการนำองค์ความรู้ไปใช้ในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ และขับเคลื่อนสังคมในประเทศไทย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการของนักวิจัย ภาคีเครือข่าย และสังคม ในกระบวนการจัดการกับปัญหาจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

การแปลและจัดทำหนังสือ Alcohol: No Ordinary Commodity หรือ สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ฉบับภาษาไทย จึงเป็นงานสำคัญชิ้นหนึ่งของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาแอลกอฮอล์ รวมทั้งนโยบายและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหา ให้กับผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

หนังสือ Alcohol: No Ordinary Commodity เล่มนี้มีความสำคัญอย่างไร คงไม่เป็นคำถามที่ใครพึงสงสัย หากได้อ่านหนังสือเล่มนี้ฉบับพิมพ์ครั้งแรกและฉบับปรับปรุงครั้งที่สองมาแล้ว ฉบับปรับปรุงครั้งที่สามเล่มนี้ ทางคณะผู้เขียน ซึ่งเป็นนักวิชาการและผู้ทำงานด้านนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีความรู้ความสามารถสูงและมีชื่อเสียงของโลก ได้ปรับปรุงเพิ่มเติมเนื้อหาให้มีความทันสมัยมากขึ้น ตอบรับกับสถานการณ์ด้านแอลกอฮอล์และนโยบายที่เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร สาระในหนังสือครอบคลุมทั้งการกำหนดประเด็นนโยบาย แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแบบแผนการดื่ม ภาวะโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติการณ์แอลกอฮอล์ ภาพรวมของกลยุทธ์และมาตรการป้องกันและลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดการตลาด กลยุทธ์ด้านการศึกษาและการจูงใจ การป้องกันและการแก้ไขการดื่มแล้วขับ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม การบำบัดรักษาและการให้บริการเริ่มแรก กระบวนการนโยบายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุราขอขอบคุณ Professor Thomas Babor หัวหน้าคณะผู้นิพนธ์ต้นฉบับ ที่อนุญาตให้เราแปลสิทธิ์ในการแปลเป็นภาษาไทย และขอขอบคุณคณะผู้แปลที่ได้ช่วยกันทำงานชิ้นนี้มาอย่างบากบั่นและมุ่งมั่น ทำให้ได้ผลงานเป็นหนังสือฉบับภาษาไทยที่มีคุณค่ายิ่งนัก อย่างไรก็ตาม การแปลหนังสือเล่มนี้ย่อมมีข้อบกพร่อง หลายครั้งที่คณะผู้แปลและบรรณาธิการก็ไม่สามารถจะถอดความจากภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทยที่อ่านง่าย เข้าใจ และสละสลวย แต่ยังคงความหมายภาษาอังกฤษของต้นฉบับได้อย่างสมบูรณ์ เราจึงขออภัยมา ณ ที่นี้ สำหรับความผิดพลาด และความไม่สมบูรณ์ของการแปล เราหวังว่า หนังสือเล่มนี้จะจุดประกายให้ผู้อ่านทั้งที่เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านแอลกอฮอล์ในประเทศไทย นักวิชาการ และผู้สนใจทั่วไป เห็นความสำคัญของการออกนโยบายที่อิงตามหลักฐานวิชาการ และร่วมกันทำงานเพื่อสร้างหลักฐานวิชาการสำหรับสนับสนุนการวางนโยบายด้านแอลกอฮอล์ที่มีความจำเพาะกับบริบทประเทศไทยต่อไปด้วย

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัมมางค์กรชัย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

UConn HEALTH

3 August 2022

Sawitri Assanangkornchai
Centre for Alcohol Studies
Faculty of Medicine
Prince of Songkla University
Hat Yai, Songkhla 90110
Thailand

Dear Sawitri,

Thank you for your interest in translating the third edition of the book, *Alcohol: No Ordinary Commodity (ANOC3)*, into the Thai language.

As the translation rights are held by the authors, I am in a position on behalf of the authors to give you permission to translate the book. There are some conditions that will have to be followed but these are not onerous. For example, there will need to be a note placed in the front of the translated version explaining that Oxford University Press holds the copyright for the English version. We will also want to see a copy of any new material (such as a new chapter on the policy situation in Thailand) that will accompany your translation of *ANOC3*, if you decide to add any new material at the beginning or end of the book.

Attached is a copy of the contract the authors have with Oxford University Press. The contract explains that the authors can assign permission to translate the book into other languages. There are no costs or charges for the translation rights, and your agency can retain royalties from its sale.

Sincerely,



Thomas F. Babor, Ph.D.
Professor Emeritus

Department of Public Health Sciences
UConn School of Medicine
263 FARMINGTON AVENUE
FARMINGTON, CT 06030-6325
PHONE 860.679.5470
FAX 860.679.1581
health.uconn.edu/public-health-sciences

An Equal Opportunity Employer

ขออุทิศหนังสือเล่มนี้แด่คุณ Griffith Edwards และคุณ Esa Österberg สองนักวิทยาศาสตร์ผู้มีส่วนช่วยอย่างใหญ่หลวง ไม่เพียงแต่เฉพาะในการเขียนหนังสือเล่มนี้ แต่ยังเป็นบุคคลสำคัญในวงการศึกษายาเสพติด คุณ Griffith Edwards ถึงแก่กรรมในกรุงลอนดอนเมื่อวันที่ 23 กันยายน ค.ศ. 2012 สิริรวมอายุ 83 ปี ท่านเป็นผู้ที่ขึ้นชื่อว่า เป็นต้นตำรับของแนวความคิดเรื่องอาการติดสุรา เป็นผู้นำที่สร้างแรงบันดาลใจของคุณย์ UK National Addiction Centre เป็นผู้เขียนหนังสือหลายเล่ม เป็นที่ปรึกษาในหิ้งค์การอนามัยโลกมาเป็นเวลานาน และเป็นผู้ครองตำแหน่งบรรณาธิการวารสาร Addiction ซึ่งเป็นวารสารวิชาการที่ได้รับการยอมรับนับถือในระดับนานาชาติ

แต่คนที่รู้จัก Griffith เป็นการส่วนตัวจะรู้ว่า ท่านมีส่วนอื่นอีกนอกเหนือจากชื่อเสียง ท่านเป็นคนที่มีพร้อมส่งเสียงคัดค้านในวงขณะของการบรรยายต่าง ๆ เป็นหนึ่งในไอคอนผู้สร้างแรงบันดาลใจในสาขาวิทยาการเสพติด เป็นผู้ท้าทายสถานภาพที่หยุดนิ่งอยู่อย่างเดิม ทำให้คนคิดในเชิงวิจารณ์ เป็นแบบอย่างของความเห็นใจอย่างไม่ลดละต่อผู้มีปัญหาสารเสพติด เป็นผู้ตั้งคำถามต่อความเชื่อดั้งเดิม ส่งเสริมความซื่อสัตย์ในทางวิชาการ ตำหนักการมีผลประโยชน์ทับซ้อน และที่สำคัญที่สุดคือ เป็นผู้สร้างธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี โดยหนึ่งในธรรมเนียมดังกล่าว ได้แก่ ธรรมเนียมการเขียนหนังสือรวมผลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย โดยหนังสือเล่มนี้เป็นผลงานดังกล่าวในฉบับล่าสุด

หลังจากที่ Griffith ได้ร่วมงานกับ Kjetil Bruun และนักวิทยาศาสตร์คนอื่นเขียนหนังสือ Alcohol Control Policies in Public Health Perspective (Bruun *et al.*, 1975) ท่านก็ได้สังเกตเห็นว่า การทบทวนเอกสารเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีผู้เขียนหลายคนจากหลายประเทศ เป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้ผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่ราชการได้รับรู้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยที่สุด โดยท่านได้ข้อสรุปว่า หากจะบรรลุจุดประสงค์ดังกล่าว หนังสือเล่มนี้จะต้องเขียนให้เป็นเสียงเดียวกัน เป็นตัวสะท้อนทั้งความคิดเห็นที่พ้องตรงกันของนักวิชาการกลุ่มที่เลือกสรรแล้วโดยเฉพาะ รวมถึงข้อเป็นห่วงของผู้กำหนดนโยบายและบุคคลทั่วไป (“Man on the Clapham omnibus”) อันได้แก่ คนที่ได้รับผลกระทบมาก

ที่สุดจากปัญหาสุราและยาเสพติดในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ Griffith ยังเป็นผู้ชี้ทางในการเขียนหนังสือ Alcohol Policy and the Public Good (Edwards *et al.* 1994) และหนังสือ “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา” (Alcohol: No Ordinary Commodity) สองฉบับแรก (Babor *et al.*, 2003, 2010) ซึ่งหนังสือแต่ละเล่มนี้นักกล่าวถึงผลงานวิชาการในแบบต่าง ๆ กัน แต่ล้วนตอบวัตถุประสงค์ของ Griffith ในการสร้างสะพานเชื่อมระหว่างวิทยาศาสตร์และนโยบาย

ในสายตาของ Griffith แล้ว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ความสามารถในการแบ่งปันแนวความคิด สร้างโครงการ และทำงานแบบเข็นครกขึ้นภูเขา ด้วยการใช้นโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ บ้านของท่านที่เมือง Greenwich Park มักถูกใช้เป็นฐานปฏิบัติการในการประชุมโครงการเขียนหนังสือ โดยมีสุนัขก๊อตติชเทอร์เรียเป็นตัวช่วยคลายเครียดให้แก่บรรดานักวิชาการที่คอยรบเร้าให้โยนลูกเทนนิสให้ไปคาบ ท่านเข้าใจดีว่า ความคิดสร้างสรรค์และความเป็นเอกฉันท์ระหว่างทีมที่เป็นคู่แข่งกันนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ภายใต้บรรยากาศทางสังคมที่เป็นมิตร และจากการให้มีสุนัขตัวเล็ก ๆ คาบลูกบอลไปมา ในห้องรับแขกสไตล์อังกฤษ

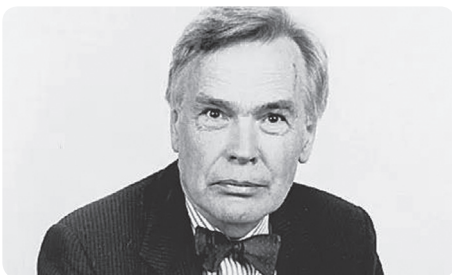
หลังจากสูญเสียคุณ Griffith Edwards ไปแล้ว สาขาวิทยาการเสพติดก็ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งไปอีก ก่อนที่จะปิดหนังสือเล่มนี้ได้ไม่นาน นั่นคือการจากไปของคุณ Esa Österberg ซึ่งเป็นผู้ร่วมเขียนหนังสือฉบับนี้จนกระทั่งถึงแก่กรรมในวันที่ 26 กันยายน ค.ศ. 2021 โดย Esa ได้รับการว่าจ้างโดยคุณ Kettil Bruun ในฐานะนักเศรษฐศาสตร์หน้าใหม่จากสถาบัน Finnish Social Research Institute of Alcohol Studies ในช่วงต้นยุค 1970s เป็นการขยายขอบเขตของคณะนักวิจัยที่เดิมเน้นทางสังคมวิทยา ผลงานแรกที่ Esa ได้ฝากไว้ในสาขาวิชานี้จึงเป็นมุมมองและการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ในฐานะผู้ร่วมเขียน “หนังสือปกม่วง” (Alcohol Control Policies in Public Health Perspective) ซึ่งเป็นหนังสือที่เริ่มธรรมเนียมการเขียนที่สืบทอดกันมาจนฉบับปัจจุบันนี้ ในฐานะโครงการความร่วมมือทางวิชาการนานาชาติแบบพหุสาขาวิชาที่วิเคราะห์และรวบรวมงานวิจัยที่จำเป็นในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์

Esa ได้สร้างผลงานการเขียนในธรรมเนียมปฏิบัตินี้มาตลอดช่วงระยะเวลาทำงาน ในฐานะผู้ร่วมเขียนหนังสือ นโยบายแอลกอฮอล์กับประโยชน์สาธารณะ (Alcohol Policy and the Public Good) รวมถึงฉบับ ที่ต่อมาเรียกกันในวงการว่า “หนังสือปกม่วง” และหนังสือ “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา” (Alcohol: No Ordinary Commodity) ต่อมาอีก สามฉบับ และยังเป็นผู้ร่วมเขียนงานในโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศอื่น ๆ อีก อาทิ หนังสือ Alcohol, Society and the State ในช่วงยุค 1970s และในโครงการ European Comparative Alcohol Studies ในช่วงยุค 2000s ซึ่งในผลงานตีพิมพ์ เหล่านี้และผลงานอื่น ๆ ความเชี่ยวชาญของ Esa นั้น นอกจากจะมีเรื่องของเศรษฐศาสตร์ แล้ว ยังมีงานเขียนเรื่องประวัติศาสตร์นโยบาย และนโยบายสังคมอีกด้วย

จากการทำงานความร่วมมือระหว่างประเทศในหนังสือสีม่วง และหนังสือ Alcohol, Society and the State สมาคมวิจัยผลกระทบทางสังคมของแอลกอฮอล์ระดับนานาชาติ ในชื่อ KBS หรือ Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol ก็ได้ถือกำเนิดขึ้น โดย Esa ได้เป็นผู้มีส่วนร่วมร่วมสร้างสมาคม และทำให้สมาคมสามารถดำเนินงานได้ในฐานะเหรียญกษาปณ์และเลขานุการเป็นเวลาหลายปี โดยเมื่อท่านออกจากตำแหน่งดังกล่าวนี้ ประธานสมาคมได้กล่าวว่า เธอต้องหากคนถึง สองคนจึงจะสามารถทำหน้าที่แทน Esa คนเดียวได้

เพื่อนร่วมงานและนักวิชาการคนอื่นในสาขาวิชานี้ขอเก็บช่วงการใช้เวลาร่วมกับ Esa ในที่ต่าง ๆ ไว้ในความทรงจำด้วยความขอบคุณต่อความช่วยเหลือในการทำงาน ร่วมกัน และในความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงโลกได้

ด้วยเหตุผลเหล่านี้และเหตุผลอื่น เราจะขออุทิศหนังสือฉบับนี้ให้แก่ Griffith Edwards และ Esa Österberg



Griffith Edwards



Esa Österberg

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา – ยังมีอีกหลายชีวิตที่ต้องรักษาไว้

ในเรื่องแอลกอฮอล์และนโยบายแอลกอฮอล์นั้น โลกของเราในทุกวันนี้ต่างจากในสมัย ค.ศ. 2003 เมื่อหนังสือ “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา” (Alcohol: No Ordinary Commodity; ANOC) ฉบับแรกได้รับการตีพิมพ์ โลกได้มีการเปลี่ยนแปลงของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกและระดับท้องถิ่นหลายประการ ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติมีการรวมกลุ่มและซื้อกิจการของกลุ่มธุรกิจอื่นเข้ามา ผู้ประกอบการท้องถิ่นมีการขยายตัวและปกป้องธุรกิจของตนเอง มีการขยายตัวเป็นอย่างมากของสินค้าแอลกอฮอล์หลากหลายยี่ห้อ จะมีใครคาดคิดว่า ยุคที่โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเชื่อมต่อโลก และในโซเชี่ยลมีเดียมี “อินฟลูเอนเซอร์” นั้น นักดื่มปัจจุบันและนักดื่มในอนาคตจะกลายมาเป็นผู้ทำการตลาดแอลกอฮอล์และแบรนด์แอมบาสเดอร์ที่ดีที่สุดต่อคนรอบข้าง ทั้งในโลกแห่งความเป็นจริงและโลกออนไลน์

ปัจจุบันเราสามารถเข้าถึงผลงานวิจัยและความรู้ได้ที่ปลายนิ้ว อันตรายจากแอลกอฮอล์นั้นได้รับการจัดว่า เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนและต้นทุนมนุษย์ และเราได้เห็นหลักฐานในเรื่องนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในเรื่องภัยจากแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นและต่อสังคมทั่วไป รวมถึงการทำลายความเชื่อที่ผิด ๆ เรื่องผลดีของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ

ในเรื่องนโยบายนั้น ผู้นำโลกได้กำหนดเป้าหมายว่าด้วยแอลกอฮอล์ในวาระการพัฒนาทั้งในเรื่องสุขภาพและเศรษฐกิจ-สังคมเป็นครั้งแรกในรูปแบบของเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ (United Nations Sustainable Development Goals; SDGs) โดยสมัชชานานาชาติ (World Health Assembly) ในปี ค.ศ. 2011 ได้สนับสนุนยุทธศาสตร์โลกด้านการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ (Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) โดยประกาศให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) แม้ว่าจะมีกระแสต่อต้านอย่างรุนแรงมากจากกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ก็ตาม ตอนนั้นจึงอาจจะเป็นครั้งแรกที่มาตรการด้านนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพคุ้มทุนได้รับการเห็นชอบจากผู้กำหนดนโยบายระดับนานาชาติ ในรูปแบบของมาตรการที่คุ้มค่าที่สุดกับการลงทุน

(Best Buys) ในเรื่อง NCDs และกรอบการควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ SAFER Initiative ขององค์การอนามัยโลก ที่ส่งเสริมเรื่องนโยบายกำหนดราคาแอลกอฮอล์ ควบคุมการขาย และจำกัดการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งนั้นจึงจัดได้ว่า เป็นฝันที่เป็นจริงนับตั้งแต่หนังสือ ANOC ฉบับก่อนหน้าได้เริ่มระบุแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่สุดในประวัติศาสตร์ความพยายามใช้นโยบายแบบต่าง ๆ ตลอดมา

อย่างไรก็ดี บางอย่างก็ (ยัง) ไม่ได้เปลี่ยนไปในโลกของของเหลวมินเมานี้ ยกตัวอย่างเช่น แอลกอฮอล์ยังคงเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสารเสพติดชนิดเดียวที่ไม่ได้มีกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศควบคุม โดยในประสบการณ์ของผมเองนั้น การหาหรือเรื่องเครื่องมือระดับนานาชาติสี่ครั้งถูกยกเลิกในการประชุมสุขภาพระหว่างประเทศทันทีที่มีการเสนอวาระดังกล่าว และแม้ว่าจะมีผลกระทบอย่างกว้างขวางและหลากหลาย แต่เกือบทุกประเทศกลับ (ยังคง) ให้อาหารสุราถูกจัดให้เป็นเรื่องของภาคสาธารณสุข และไม่ใช่งานของภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม ธุรกิจแอลกอฮอล์ยังมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ทั่วโลก ที่แฝงมาในรูปแบบภาคีระหว่างภาครัฐ-ภาคเอกชน และโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมต่าง ๆ (Corporate Social Responsibility) ซึ่งปรากฏการณ์นี้เป็นตัวทำให้ประเด็นเรื่องปัจจัยทางธุรกิจต่อสภาวะสุขภาพ (Commercial determinants of health) และการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนในนโยบายสุขภาพ ถูกลดระดับให้กลายเป็นเรื่องของความคิดเชิงนามธรรมในหนังสือเรียน

ในความคิดเห็นของผม สิ่งทีหนังสือ ANOC ฉบับที่สามนี้ทำได้ดีที่สุดคือ การนำเสนอรากฐานทางวิชาการของนโยบายแอลกอฮอล์ ในรูปแบบที่ส่งเสริมให้มีการตอบสนองเชิงนโยบายแบบอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยในโลกที่เต็มไปด้วยการให้ข้อมูลเท็จที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาคธุรกิจนี้ หนังสือ ANOC เป็นผู้ให้ความรู้ทางวิชาการ โดยมีพื้นฐานจากข้อโต้แย้งเชิงนโยบายแบบสมเหตุผลในรูปแบบที่อ่านง่าย นอกจากนี้หนังสือ ANOC ยังมีบทวิเคราะห์มิติและกระบวนการนโยบายสาธารณะ รวมถึงผู้มีบทบาทในเรื่องนโยบายซึ่งมีความสำคัญเท่ากับตัวเนื้อหาทางวิชาการเอง

ผมและทีมงานได้รับประสบการณ์ที่ดีในการแปลหนังสือ ANOC ฉบับที่สองเป็นภาษาไทย และมีความภูมิใจที่ได้เห็นผู้กำหนดนโยบายใช้หนังสือ ANOC ฉบับภาษาไทยเป็นคู่มือในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยุคใหม่

หากหนังสือ ANOC เป็นคนคนหนึ่ง ก็คงเป็นนักวิชาการที่มีความรู้ทั้งในเรื่องโลกภายนอกและในสาขาวิชาของตน มีความเข้าใจเรื่องภูมิทัศน์ของนโยบายและมีความต้องการเปลี่ยนโลกนี้ให้ดีขึ้น

หากเราพิจารณาว่า คนเราอ่านหนังสือด้วยความเร็ว 200-250 คำต่อนาทีแล้ว ก็จะมีคน 12 คนในโลกนี้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ไปก่อนที่คุณจะอ่านถึงจุดนี้ในส่วนคำนำ และในระหว่างที่คุณอ่านหนังสือเล่มนี้นับตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย ก็อาจมีผู้เสียชีวิตจากเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ไปแล้วอีกนับแสนคน

แม้ว่าตัวเลขสถิติเหล่านี้จะได้รับการบันทึกมาไว้อย่างชัดเจน แต่การเสียชีวิตนี้ก็ไม่ใช่การถึงแก่กรรมทั่วไป หากแต่เป็นโศกนาฏกรรมจากแอลกอฮอล์ที่เราสามารถป้องกันได้

เราสามารถทำอะไรได้มากขึ้นโดยอาศัยหนังสือ ANOC ฉบับที่สามเล่มนี้ เราสามารถช่วยชีวิตคนได้มากขึ้น นับล้าน ๆ คน โดยการดำเนินงานร่วมกันภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

นพ.ดร.ทักษพล ธรรมรังสี (เมฆ)

คำนำของพู่เขียน ในการพิมพ์ครั้งที่สาม

ความสนใจเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นมากในหนังสือเล่มนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเติบโตของการศึกษาปัญหาสุราที่เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1975 โดยการตีพิมพ์หนังสือ *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective* (Bruun *et al.*, 1975) การตีพิมพ์หนังสือดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) โดยชี้ให้เห็นว่า ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นสามารถป้องกันได้ และรัฐบาลระดับชาติและองค์กรระหว่างประเทศต่างมีบทบาทในการจัดทำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ ส่วนสำคัญที่สุดของหนังสือคือ ข้อเท็จจริงหลักที่ว่า ยิ่งสังคมใดมีปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งจะเกิดปัญหาสังคมมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้น วิธีหนึ่งในการป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์คือ การกำหนดนโยบายลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ย โดยเฉพาะนโยบายที่จำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งข้อเท็จจริงนี้มีความสำคัญกับผู้กำหนดนโยบายทั้งในยุคปัจจุบันและในยุคเมื่อเกือบห้าสิบปีที่แล้ว (ยกตัวอย่างเช่นในงานของ Rossow and Mäkelä, 2021) แต่ก็มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ตั้งแต่ตอนนั้น จนในปัจจุบันมีการพัฒนานโยบายและแผนงานต่าง ๆ ในการลดการเข้าถึงอำนาจการซื้อ และแรงจูงใจในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ได้รับแรงบันดาลใจมาจากหนังสือ *Alcohol Control Policies*

ในช่วงต้นยุค 1990s องค์การอนามัยโลกได้ร่วมสนับสนุนโครงการใหม่ ๆ ที่จะปรับแก้ไขและสรุปบทความวิชาการว่าด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดเป็นหนังสือ *Alcohol Policy and the Public Good* ซึ่งเป็นหนังสือที่กระตุ้นความคิดได้ในระดับเดียวกับกับหนังสือที่ออกมาก่อนหน้า (Edwards *et al.*, 1994) โดยหนังสือดังกล่าวให้ข้อสรุปว่า นโยบายสาธารณสุขในเรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นได้เติบโตขึ้นมาเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนจากงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่มีความกว้างและความซับซ้อนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นับตั้งแต่ ค.ศ. 1975 เป็นต้นมา

องค์การอนามัยโลกตระหนักว่า การวิจัยนโยบายแอลกอฮอล์ยังได้รับความสนใจน้อยในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (Low-and middle-income countries; LMICs) จึงมีการสนับสนุนการวิจัยร่วมในงาน *Alcohol in Developing*

Societies: A Public Health Approach (Room *et al.*, 2002) ซึ่งใช้กรณีศึกษาในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และในสังคมชนพื้นเมืองต่าง ๆ ในประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries; HICs) เพื่อประยุกต์เอากรอบความคิดเดียวกันนี้มาใช้ในกลุ่มประเทศดังกล่าว และมีการตีพิมพ์หนังสือฉบับภาษาสเปนที่ปรับมาจากหนังสือต้นแบบ และเน้นประเด็นเรื่องภูมิภาคลาตินอเมริกาด้วย (Room *et al.*, 2013)

เนื่องด้วยธรรมเนียมปฏิบัติในการเขียนทบทวนวรรณกรรมเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์แบบบูรณาการโดยผู้เขียนหลายคนนี้เอง จึงมีการกำหนดให้มีการเขียนชุดหนังสือเล่มใหม่ในปี ค.ศ. 2000 เนื่องจากฐานความรู้ได้ขยายตัวขึ้น บรรยายภาคนโยบายแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลง และแนวโน้มสากลเรื่องปัญหาการดื่มสุรา ดังนั้นแนวความคิดสำคัญของหนังสือดังกล่าว ชื่อ “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา” (“Alcohol: No Ordinary Commodity”) (Babor *et al.*, 2003a) จึงมีวิวัฒนาการมาจากการวิเคราะห์มิติต่าง ๆ ของปัญหาสุราทั่วโลกอย่างรอบครอบ และทบทวนตัวเลือกนโยบายที่ใช้จัดการปัญหา หนังสือฉบับตีพิมพ์ครั้งที่หนึ่งทบทวนนโยบาย 43 ข้อ และเมื่อตีพิมพ์หนังสือดังกล่าวเป็นครั้งที่สองในปี ค.ศ. 2010 ก็มีการระบุและวิเคราะห์แผนงานและยุทธศาสตร์ 43 ข้อ (Babor *et al.*, 2010)

หนังสือฉบับปัจจุบัน ซึ่งเป็นการตีพิมพ์ครั้งที่สามนั้นเขียนขึ้นเนื่องด้วยเหตุผลสามประการ ประการที่หนึ่ง การวิจัยทางระบาดวิทยาพบว่า ภาระโรคของแอลกอฮอล์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นการชี้ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในหลายภูมิภาคทั่วโลก ประการที่สอง ธุรกิจแอลกอฮอล์มีอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองมากขึ้น และนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลแบบใหม่มาใช้เพื่อเข้าถึงตลาดใหม่ในโลก ทำให้ต้องมีการประเมินว่า ธุรกิจแอลกอฮอล์ทำหน้าที่เป็นตัวชักจูงให้เกิดปัญหาสุรามากน้อยเพียงใด ประการที่สาม วิธีการศึกษานโยบายแอลกอฮอล์ได้มีการพัฒนาขึ้นมาก ทำให้มีหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ใหม่ ๆ ที่เป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบาย รากฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นจึงแสดงให้เห็นโดยชัดเจนว่า สุรานั้นไม่ใช่สินค้าธรรมดาอย่างแท้จริง และนโยบายต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายที่บุคคลและประชากรกลุ่มต่าง ๆ นั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดการภัยคุกคามต่อสาธารณสุขและความอยู่ดีมีสุขในสังคม

หนังสือฉบับนี้ใช้เวลาจัดทำ 3 ปี ภายใต้คณะกรรมการบรรณาธิการ (ได้แก่ Dr. Babor, Dr. Caswell, Dr. Rehm, Dr. Room และ Dr. Rossow) ที่สนทนากันทุกสองสัปดาห์ทางโทรศัพท์ มีการประชุมวางแผนในเมืองยูเทรกต์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ เมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย และเมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ มีการกำหนด

ให้เขียนบทความเกริ่นนำ (background papers) เจ็ดเรื่องซึ่งได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสองฉบับ พร้อมมีบทบรรณาธิการร่วมด้วย (Babor *et al.*, 2021; Rehm *et al.*, 2021a) ซึ่งบทความวิชาการเหล่านี้ครอบคลุมเรื่องประเด็นปัญหาหลักทางระบาดวิทยา (เช่น สุราเถื่อน) (Lachenmeier *et al.*, 2021) พัฒนาการของการตลาดดิจิทัล (Crah and Brodmerketl, 2021) แนวโน้มในการบริโภคสุรา (Rossow and Mäkelä, 2021) และพัฒนาการด้านนโยบายในทวีปแอฟริกา (Morojole *et al.*, 2021) ประเทศอินเดีย (Gururaj *et al.*, 2021) ภูมิภาคลาตินอเมริกา (Medina Mora *et al.*, 2021) และประเทศในอดีตสหภาพโซเวียต (Neufeld *et al.*, 2021)

ดังนั้น หนังสือฉบับนี้จึงเป็นมากกว่าการปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือฉบับก่อนหน้า เพราะเป็นความพยายามที่จะบูรณาการแนวความคิดใหม่สองเรื่องเข้าไปในความเป็น “ไม่ใช่สินค้าธรรมดา” เรื่องแรกคือ แนวความคิดที่ว่า ความเป็นโลกาภิวัตน์ของปัญหาสุราเกิดจากสาเหตุบางประการที่สามารถจัดการให้ดีขึ้นได้ หากธุรกิจแอลกอฮอล์จะล้มเลิกยุทธศาสตร์การขยายตัวไปยังภูมิภาคเอเชีย แอฟริกา และลาตินอเมริกา และหากทางเลือกด้านนโยบายสาธารณะ ซึ่งปัจจุบันมีมากกว่า 50 ข้อ จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและภาคประชาสังคมอย่างเข้มแข็งขึ้น ส่วนแนวความคิดที่สองคือว่า ภาวะโลกาภิวัตน์ของการผลิต การค้า และการตลาดของแอลกอฮอล์นั้นทำให้มีความจำเป็นที่ต้องมีกลไกธรรมาภิบาลระดับโลกตามมา เพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ปัจจุบันถือว่า มีอันตรายต่อสุขภาพเทียบเท่ายาสูบเลยทีเดียว

จากประวัติโดยสังเขปในชุดหนังสือนโยบายที่เขียนต่อเนื่องกันมานี้ จะเห็นได้ว่าในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ได้มีความคืบหน้าในเรื่องความเข้าใจเชิงวิทยาศาสตร์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสุราและสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขในสังคม ซึ่งจะเป็นการดีที่สุดหากหลักฐานจากการวิจัยนั้นจะกลายเป็นรากฐานทางวิทยาศาสตร์ในการโต้เถียงในเวทีสาธารณะและการกำหนดนโยบายของรัฐบาล อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผลงานตีพิมพ์ทางวิชาการและรายงานนัยร้อยที่ทำให้ไม่เห็นภาพที่สอดคล้องกันในเรื่องนัยยะต่อนโยบายเมื่อเอาผลงานทั้งหมดมารวมกัน ดังนั้น เราจึงขอเสนอหนังสือฉบับนี้เป็นชิ้นงานให้ใช้ในการอภิปรายในเรื่องวิธีการสร้าง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และดำรงรักษาโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ เราหวังว่า การขยายมุมมองและปรับปรุงรากฐานทางวิทยาศาสตร์ในหนังสือ “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา” จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลประกอบการอภิปรายนโยบาย สร้างความเข้มแข็งให้ผู้กำหนดนโยบาย และช่วยนำเอางานวิจัยที่มีอยู่มาประกอบการพัฒนานโยบายสาธารณะได้ต่อไป

ข้อสังเกตว่าด้วยศัพท์เฉพาะและอภิธานศัพท์ออนไลน์

คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท ส่วนมากแล้วคำศัพท์เหล่านี้จะกล่าวถึงคำหรือแนวความคิดในสาขาาระบาดวิทยา การวิจัยสุรา เวชศาสตร์การเสพติด หรือวัฒนธรรมสมัยนิยมในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก

คณะผู้เขียน

หนังสือเล่มนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินและกำลังใจจากหลายองค์กรและบุคคล การสนับสนุนที่สำคัญตั้งแต่ต้นจนจบได้จากกระทรวงสุขภาพแห่งประเทศนอร์เวย์ (Norwegian Directorate of Health) ซึ่งเป็นผู้ให้ทุนในการจัดทำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในระบบเข้าถึงแบบเปิด และเป็นผู้สนับสนุนเงินทุนบางส่วนของการประชุมของคณะผู้เขียนที่กรุงดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ และเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย กระทรวงสุขภาพแห่งประเทศนอร์เวย์ และสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำภูมิภาคยุโรป (European Office of the World Health Organization) เป็นผู้สนับสนุนทุนการเดินทางของผู้เขียนบทความวิชาการเจ็ดเรื่องที่ได้รับมอบหมาย และเป็นภูมิหลังในการสำรวจประเด็นนโยบายและพัฒนาการในแต่ละภูมิภาค บทความเหล่านี้ได้รับการทบทวนในการประชุมเต็มคณะของผู้เขียนร่วมครั้งแรกและครั้งเดียวที่กรุงดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2020

คณะผู้เขียนขอขอบคุณสมาคมศึกษาปัญหาการเสพติดแห่งสหราชอาณาจักร (UK Society for the Study of Addiction; SSA) ที่ให้งบประมาณสนับสนุนบางส่วนในการทำงานบรรณาธิการ และค่าใช้จ่ายทางโลจิสติกส์ของโครงการนี้ และท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณมูลนิธิศึกษาปัญหาสุราแห่งฟินแลนด์ (Finnish Foundation for Alcohol Studies) และสมาพันธ์สากลสมาคมการวิจัยสุรา ยาสูบ และสารเสพติดอื่น (International Confederation of ATOD Research Associations) ที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องการเผยแพร่หนังสือ และสื่อสารข้อความหลักในหนังสือเล่มนี้ไปยังผู้จัดทำนโยบายในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกที่ขาดแคลนทรัพยากร

งานเขียน การให้การปรึกษา และการเขียนบทความภูมิหลังนี้ทำโดยไม่มีค่าตอบแทนและผู้เขียนทุกคนไม่มีความเชื่อมโยงกับธุรกิจสุราหรือความขัดแย้งของผลประโยชน์ทางการเงินอื่นใด คำลิขสิทธิ์ทั้งหมดที่ได้จากการขายหนังสือเล่มนี้จะนำไปบริจาคให้แก่ SSA เพื่อเป็นทุนในการแปลหนังสือเล่มนี้เป็นภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ และการเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ในรูปแบบอื่นต่อไป

การสนับสนุนเวลาในการเตรียมต้นฉบับส่วนใหญ่มาจากศูนย์วิจัยและมหาวิทยาลัย
ของผู้เขียนเอง (โปรดดูรายชื่อสถาบันได้ในส่วน “ผู้ร่วมเขียน” ต่อจากส่วนนี้) และมาจาก
เวลาส่วนตัวของผู้เขียนที่มอบให้โครงการนี้ แม้ว่าผู้เขียนหลักของหนังสือฉบับนี้จะเป็น
ผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานโครงการ แต่โปรดสังเกตว่า ชื่อผู้เขียนนั้นแสดงตาม
ลำดับตัวอักษร เพื่อเป็นตัวสะท้อนถึงกระบวนการความร่วมมือ โดยผู้เขียนทุกคนล้วนมี
ส่วนร่วมในการร่าง ปรับแก้ และแก้ไขเนื้อหาบทของต่าง ๆ ในงานนี้คณะผู้เขียนขอขอบคุณ
ดร. Jean O’Reilly เป็นอย่างยิ่งที่ได้เป็นหัวหน้าผู้ช่วยบรรณาธิการในโครงการนี้

คณะผู้เขียน

Thomas F. Babor, PhD

Professor Emeritus
Department of Public Health Sciences
University of Connecticut School of Medicine
Farmington, CT, United States

Sally Casswell, PhD

Professor
SHORE and Whariki Research Centre
College of Health
Massey University Auckland,
New Zealand

Kathryn Graham, PhD

Scientist Emeritus, Institute for Mental Health Policy Research,
Centre for Addiction and Mental Health, Toronto/ London, Canada
Adjunct Professor, Clinical Public Health Division, Dalla Lana School
of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada
Adjunct Professor, National Drug Research Institute, Curtin University,
Perth, Australia

Taisia Huckle, PhD

Senior Researcher
SHORE and Whariki Research Centre
College of Health Massey University
Auckland, New Zealand

Michael Livingston, PhD

Associate Professor
National Drug Research Institute, Curtin University, Melbourne, Australia
Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Melbourne, Australia
Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Esa Österberg, MSc

Scientist Emeritus,
National Institute for Health and Welfare
Helsinki, Finland

Jürgen Rehm, PhD

Senior Scientist, Institute for Mental Health Policy Research and Campbell
Family Mental Health Research Institute, Centre for Addiction and
Mental Health, Toronto, Canada

Professor, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy and Center
for Clinical Epidemiology and Longitudinal
Studies, Technische Universität, Dresden, Germany

Senior Scientist and Professor, Center for Interdisciplinary Addiction Research,
Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical
Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Professor, Department of Psychiatry and Dalla Lana School of Public Health,
University of Toronto, Toronto, Canada

Professor, Department of International Health Projects, Institute for
Leadership and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow
State Medical University, Moscow, Russian Federation

Robin Room, PhD

Distinguished Professor
Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Bundoora,
Victoria, Australia

Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Department of Public
Health Sciences, Stockholm University, Stockholm, Sweden

Ingeborg Rossow, PhD

Research Professor Department of Alcohol, Tobacco, and Drugs
Norwegian Institute of Public Health Oslo, Norway

Bundit Sornpaisarn, MD, PhD

Project Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada
Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada
Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

และสาขาวิชาระบาดวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และ

ประธานคณะทำงานด้านวิชาการในการสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นพ.ค่านวม อึ้งชูศักดิ์

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และ
ประธานคณะกรรมการด้านวิชาการในการสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

ดร.จิราลักษณ์ นนทาร์ักษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นายพลิชฐ์ พังนะ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นศพ.มนลืษา สิทธิสมบัติ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร.นพ.มุฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.พญ.รัศมี โชติพันธุ์วิทยากุล

สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.วิทย์ วิชัยดิษฐ์

สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ.ดร.ศรรัช ลาภใหญ่

หน่วยวิชาการบ่มเพาะเครือข่ายนักจัดการปัจจัยเสี่ยง

หน่วยงานภายใต้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัมณางค์กรชัย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

และสาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดร.ภญ.อรทัย วลีวงศ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

ผศ.ดร.นพ.อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ภาคผนวกออนไลน์

หนังสือเล่มนี้มีภาคผนวกออนไลน์ที่เข้าถึงได้ฟรีสำหรับบางบท:

- ภาคผนวก 1: แนวทางที่ใช้สำหรับประเมินกลยุทธ์
และมาตรการในบทที่ 7 ถึงบทที่ 13
- ภาคผนวก 2: ข้อมูลเสริมสำหรับบทที่ 12

หากมีเนื้อหาตอนใดในหนังสือที่ต้องเชื่อมโยงถึงภาคผนวกเหล่านี้จะมีเครื่องหมาย



ระบุอยู่ในหนังสือ และสามารถดูภาคผนวกนี้ได้จาก Oxford Medicine Online at:
oxfordmedicine.com/alcohol3e

สารบัญ

	หน้า
รายชื่อผู้แปล	22
ภาคผนวกออนไลน์	27
1 การกำหนดวาระนโยบาย	1
2 สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา	23
3 แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแบบแผนการดื่ม	45
4 ภาวะโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	77
5 อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์: ศูนย์รวมของอิทธิพล	127
6 ภาพรวมของนโยบายและมาตรการป้องกันและลดผลกระทบจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์	163
7 การควบคุมความสามารถในการซื้อ: มาตรการด้านภาษีและราคา	181
8 การควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	225
9 การจำกัดการตลาด	273
10 กลยุทธ์ด้านการให้ความรู้และการโน้มน้าวใจ	315
11 การดื่มและการขับชี่ยานพาหนะ: การป้องกันและมาตรการแก้ไข	351
12 การปรับเปลี่ยนนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น	395

	หน้า
13 บริการด้านบำบัดรักษาและมาตรการในระยะแรกเริ่ม	449
14 กระบวนการนโยบาย: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและวาระที่หลากหลาย	483
15 ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ลำดับความสำคัญทางสาธารณสุข และธรรมาภิบาลระดับโลกในการควบคุมแอลกอฮอล์	519
16 นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: คู่มือสำหรับผู้นำไปใช้ประโยชน์	551
อธิธานคัพท์	583
ดัชนี	613
Index	623

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

1 การกำหนดวาระนโยบาย (Setting Policy Agenda)

1.1 เกริ่นนำ

หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์ ความจำเป็น วิธีการร่างนโยบาย และผลกระทบของนโยบายต่อสุขภาพและสุขภาวะ โดยเขียนให้ทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้วิจัยเรื่องสุรา รวมถึงผู้อื่นที่สนใจเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างการวิจัยและนโยบาย โดยเริ่มจากการศึกษาบริบทของการที่สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา และจบด้วยข้อสรุปว่า นโยบายแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการภายใต้นโยบายสาธารณสุขนั้นสามารถลดผลกระทบจากเอทิลแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสารเสพติดที่ผู้สังเกตุการณ์ท่านหนึ่ง (Edwards, 2000) ได้ขนานนามว่า “โมเลกุลที่ทะเยอทะยาน” (“ambitious molecule”) เนื่องจากมีคุณสมบัติที่น่าฉงน สามารถสร้างได้ทั้งความสุขและความเจ็บปวด หนังสือเล่มนี้เป็นการเดินทางไป ในหลายที่ แต่ทุกที่นั่นมีจุดหมายเดียวกัน นั่นคือ โลกที่สุราเป็นสิ่งรับใช้มนุษย์มากกว่าจะเป็นตัวบงการชีวิตของคนหลายต่อหลายคน

เราเริ่มการเดินทางนี้โดยดูเรื่องเล่าจากหลายประเทศ ดูว่า คนจากหลายภูมิภาค ได้รับผลกระทบจากสุราในแบบใดบ้าง (กล่องข้อความที่ 1.1) และภายใต้ความแตกต่างนี้ เรื่องเล่าทั้งหลายต่างก็มีสิ่งสำคัญร่วมกัน คือล้วนแต่ชี้ให้เห็นว่า ต้องมีนโยบายที่ช่วยปกป้องสุขภาพ ป้องกันความพิการ และแก้ไขปัญหาลังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ดังที่เนื้อหาใน 1.2 จะได้ชี้ว่า การค้นหานโยบายเหล่านี้มีมานานแล้ว

1.2 ประวัติศาสตร์โดยสังเขปของนโยบายแอลกอฮอล์

ตัวอย่างการควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่นในรุ่นบุกเบิก พบได้ในพื้นที่เมืองในประเทศจีนสมัยโบราณ ในสังคมกรีก เมโสโปเตเมีย อียิปต์ และกรุงโรม (Ghalioungui, 1979) ในประเทศจีน พระเจ้าอู๋ (Yu) ชองเต้ (ปี ค.ศ. 2205-2198 ก่อนคริสต์กาล) ได้กำหนดให้มีการเก็บภาษีอากรสุราเพื่อลดการบริโภค (Newman, 2002) รัฐบุรุษกรีกในศตวรรษที่หกก่อนคริสต์กาลเสนอให้ผู้พิพากษาที่เมาสุรานั้นต้องได้รับโทษประหาร และให้ใส่น้ำลงไปเจือจางในไวน์ทั้งหมดก่อนนำไปขายในเทศกาลสาธารณะ ตลอดช่วงเวลาหลายพันปี กษัตริย์ รัฐบาล และผู้นำศาสนา ต่างสรรสร้างยุทธศาสตร์ในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งบางครั้งก็มีการลงโทษด้วย ซึ่งในมาตรการเหล่านี้ การสั่งห้ามดื่มเครื่องดื่มมีเมาในพระคัมภีร์ อัลกุรอาน อาจเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดในแง่ของอิทธิพลที่ยังคงมีอยู่ต่อเนืองจนถึงปัจจุบัน ในสังคมชนเผ่าและหมู่บ้านนั้นมีกฎที่จำกัดการดื่มตามเพศและสถานภาพ เศรษฐกิจสังคมเป็นเรื่องปกติ อย่างไรก็ตาม การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ไม่ได้เป็นเครื่องมือสำหรับรัฐบาลในการที่จะปกป้องสุขภาพของประชาชนนอกโลกมุสลิมจนกระทั่งปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 อาทิ การที่จักรวรรดิในยุโรปมีคำสั่งห้ามพลกนิกรดื่มสุรา และจนกระทั่งช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ประเทศที่ไม่ได้นับถือศาสนาอิสลามจึงได้ดำเนินการที่เข้มงวดยิ่งกว่า นั่นคือ การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง

กล่องข้อความที่ 1.1 ผลกระทบของสุราต่อบุคคลและประชาชน

วัยรุ่นชายในประเทศบราซิล เมาสุราแล้วประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต

ในประเทศบราซิล มีเด็กวัยรุ่นชายไปดื่มเหล้าฉลองกับเพื่อนตอนกลางคืน จากนั้นก็ไปป็นหอเก็บน้ำเพื่อจะดูท้องฟ้าและแสงไฟของเมืองในยามค่ำคืน เด็กสิ้นและตกลงมาตาย เป็นเหยื่อความเมา ความโศกเศร้า และนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไร้ประสิทธิภาพ ปล่อยให้วัยรุ่นเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย และเป็นเหยื่อการตลาดที่นำเสนอการดื่มสุราว่า สนุกและไร้อันตราย เรื่องนี้เป็นอุทาหรณ์ว่า การมีเมาอาจทำให้คนเรา โดยเฉพาะเด็กหนุ่ม มีพฤติกรรมที่อันตรายและขาดความยับยั้งชั่งใจที่สามารถส่งผลใหญ่หลวงต่อตนเองและผู้อื่นได้

การตีพิมพ์ในที่สาธารณะ และการแพร่กระจายโรค ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาด

ในสหราชอาณาจักร การระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในปี ค.ศ. 2020 ส่งผลให้โรงเหล้า (“ผับ”) ในอังกฤษ ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่ตีพิมพ์หนังสือพิมพ์มากที่สุดในภูมิภาคยุโรป ต้องปิดลงชั่วคราว ในหลายสัปดาห์ต่อมา ผับกลับมาเปิดพร้อมข้อห้ามใหม่ ๆ การศึกษาด้วยการสังเกตลูกค้าและพนักงาน (Fitzgerald *et al.*, 2021) ระบุว่า สถานบริการบางแห่งไม่ปฏิบัติตามข้อห้าม และมีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัส โดยพบเห็นการร้องเพลง การตะโกน ลูกค้าจับมือกัน กอดกัน และเดินไปมาในบาร์โดยไม่มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดเหตุการณ์เหล่านี้ขึ้นคือ ความมั่นใจ

การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่มีเมทานอลเจือปนในทวีปแอฟริกา

ในกรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ผลิตภัณฑ์สุราที่เสริมความแรงด้วยเมทานอลทำให้ประชาชนเสียชีวิต 121 คน ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2000 นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลอีก 495 คน โดยในจำนวนนั้นมีผู้ป่วย 20 คนที่กลายเป็นคนตาบอด (Nordwall, 2000) พบผู้ป่วยได้มากเป็นพิเศษในพื้นที่สลัมที่อยู่รอบเมือง ซึ่งร้านเครื่องดื่มที่ไม่มีใบอนุญาตเป็นผู้ให้บริการเหล้าเถื่อนแก่แรงงานจากชนบทที่มาทำงานทำในเมือง ในแคว้นกาบาลา ประเทศยูกันดา มีประชาชน 80 คนเสียชีวิตจากอาการอวัยวะล้มเหลวหลังจากที่ดื่มเหล้าวารากี ซึ่งเป็นเหล้าเถื่อนที่ทำจากกล้วยและเจือปนเมทานอลเข้าไป ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ในปี ค.ศ. 2010 (Herald Sun, 2010) นโยบายที่ห้ามการดื่มเหล้าเถื่อนและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่มีใบอนุญาต เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากในทั้งสองประเทศ อย่างไรก็ตาม มาตรการควบคุมการเข้าถึงเมทานอลโดยตรงก็อาจช่วยป้องกันปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน

การฉลองวันสิ้นปีในประเทศญี่ปุ่น

ในกรุงโตเกียว หนังสือพิมพ์พาดหัวข่าว “งานฉลองวันสิ้นปีทำให้คนเมาหลังไหลพากันขึ้นรถไฟในญี่ปุ่น” โดยพาดหัวข่าวนี้อ้างถึงเทศกาลหยุดปีใหม่ที่เรียกว่า “โบนังโก” โดยเจ้าหน้าที่ของการรถไฟคาดการณ์ว่า ในช่วงเทศกาลนี้ ผู้โดยสารอย่างน้อยร้อยละ 60 มีอาการเมาสุรา ดังนั้นจึงมีการจ้างพนักงานรักษาความปลอดภัยเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และจัดตู้รถไฟ “สำหรับผู้หญิงเท่านั้น” เพื่อป้องกันการทำอนาจาร แต่บทความนี้ไม่ได้กล่าวว่า นโยบายเหล่านี้ได้ผลตามเป้าหมายหรือไม่ (Zielenziger, 2000)

นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลักดันโดยชาวพื้นเมืองในประเทศออสเตรเลีย

ในเมืองเทนแนนท์ ครีก ประเทศออสเตรเลีย กลุ่มชาวพื้นเมืองอะบอริจิน ได้ลobbied ผลักดันให้การควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันเงินเดือนออกได้สำเร็จ โดยควบคุมทั้งการขายกล่องสี่ลิตร และชั่วโมงการขายแบบที่กลับบ้าน โดยนโยบาย “วันพฤหัสบดีกำจัดความเมา” (“Thirsty Thursday”) นั้น ช่วยลดจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องเรียกตำรวจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้หญิงที่ต้องไปเข้าบ้านพักพิง และในช่วงเวลาเดียวกันนั้น การดื่มสุราก็ลดลงไปร้อยละ 19 (Brady, 2000)

ในระหว่างปี ค.ศ. 1914 และ ค.ศ. 1921 กฎหมายที่ห้ามผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดหรือเกือบทุกประเภท ได้รับการนำมาใช้ใน 13 ประเทศ (Schrad, 2010) อาทิ สหรัฐอเมริกา แคนาดา นอร์เวย์ ไอร์แลนด์ ฟินแลนด์ และรัสเซีย โดยกฎหมายดังกล่าวส่วนมากถูกยกเลิกภายในเวลาหนึ่งทศวรรษ และถูกแทนที่ด้วยนโยบายควบคุมที่มีความสุดโต่งน้อยลง อย่างไรก็ตาม การมองเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์ผ่านมุมมองที่แคบของการห้ามจำหน่ายนั้นถือว่า เป็นการเพิกเฉยข้อเท็จจริงที่ว่า ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา กระบวนการกำหนดนโยบายมีการเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยความตั้งใจและมีพื้นฐานมาจากการยอมรับให้สามารถจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยถูกกฎหมาย อย่างไรก็ตาม การห้ามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิงก็ยังคงเป็นส่วนสำคัญของนโยบายภาครัฐในบางประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ ประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม และบางรัฐในประเทศอินเดีย

มาตรการที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นพบได้ทั่วไปในระบบกฎหมายและการควบคุมทั่วโลกในปัจจุบัน รัฐบาลของประเทศต้องจัดการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะสินค้าบริโภคไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง แม้ว่าในขณะเดียวกันก็มองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นสิ่งที่จะต้องได้รับการควบคุมพิเศษ เพื่อสาธารณสุขและความอยู่ดีมีสุขในสังคม ซึ่งมาตรการควบคุมเหล่านี้ก็มีรูปแบบแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

ในทวีปยุโรป นโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศแถบยุโรปตอนเหนือ (Nordic countries) ในช่วงทศวรรษ ค.ศ. 1950 ได้รับการพิจารณาตามสภาพสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข เช่น นโยบายกำหนดภาษีสรรพสามิตในระดับสูงแก่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การผูกขาดของรัฐโดยสมบูรณ์ในการผลิตและการค้า และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวด (Room and Tigerstedt, 2008) ในทางตรงกันข้าม กลุ่มประเทศที่ผลิตไวน์ในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนมีนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์น้อยมากในช่วงต้นทศวรรษ ค.ศ. 1950 และนโยบายส่วนมากได้รับแรงจูงใจมาจากผลประโยชน์ทางธุรกิจหรือการค้า ส่วนบางประเทศที่ตั้งอยู่ระหว่างยุโรปเหนือและทะเลเมดิเตอร์เรเนียน เช่น ไอร์แลนด์ และสหราชอาณาจักร ก็ได้พัฒนาระบบการออกใบอนุญาตที่เข้มงวด โดยเฉพาะใบอนุญาตขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในสถานประกอบการ ทั้งนี้ นับตั้งแต่มีการก่อตั้งสหภาพยุโรป (European Union; EU) ก็มีการเชื่อมต่อนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละประเทศเข้าด้วยกันบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการควบคุมการผลิต จำหน่าย และขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประเทศแถบยุโรปเหนือที่ลดระดับลง ในขณะที่มาตรการต่ออุปสงค์ของแอลกอฮอล์ เช่น การจำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมาตรการต่อต้านการดื่มแล้วขับ ก็พบได้มากขึ้นในประเทศสมาชิกในภูมิภาคยุโรปใต้ นอกจากนี้ในสหภาพยุโรปยังมีการเชื่อมโยงนโยบายในด้านการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่วนหลักมาจากแรงกดดันของสหภาพยุโรปในการลดภาษีภายในรัฐสมาชิกที่เก็บภาษีในอัตราสูง (Osterberg, 2011) แม้ว่าจะยังมีความแตกต่างกันอยู่ค่อนข้างมากก็ตาม (Angus *et al.*, 2019)

ในทวีปอเมริกาเหนือ มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ลดระดับลงตามลำดับในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา¹ โดยมีการเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ ได้แก่ การอนุญาตให้ภาคเอกชนสามารถค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายมลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา และหลายรัฐในประเทศแคนาดา (Ye and Kerr, 2016) ราคาสัมพัทธ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงเนื่องจากการขึ้นภาษีแอลกอฮอล์ไม่ทันอัตราเงินเฟ้อ (Blachette *et al.*, 2020) ทั้งสองประเทศมีการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ค่อนข้างหละหลวม โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ในขณะเดียวกันก็มีการให้การศึกษาและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการขับรถในขณะที่ยังมีอาการเมาเพราะแอลกอฮอล์ (alcohol-impaired driving)¹ อย่างแพร่หลาย

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

ในภูมิภาคอื่นของโลก การที่ระบบคอมพิวเตอร์ในอดีตสหภาพโซเวียตและประเทศยุโรปตะวันออกล่มสลาย แปลว่า การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศดังกล่าวก็ลดลงไปด้วย อย่างน้อยก็ในช่วงแรก (Moskalewicz, 2000; Reitan, 2000; Neufield *et al.*, 2021) อย่างไรก็ตาม ในช่วงทศวรรษล่าสุดนี้ มีการดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดมากขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะแรงกระตุ้นจากความตระหนักว่า ภูมิภาคดังกล่าวมีอัตราการเกิดอันตรายจากแอลกอฮอล์แทบจะสูงที่สุดในโลก ผลการควบคุมทำให้อัตราการป่วยจากโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์ลดลง และอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Neufield *et al.*, 2021) ความก้าวหน้าที่น่าทึ่งนี้พบได้ในประเทศรัสเซีย ลิทัวเนีย และประเทศอื่น ๆ ในยุโรปตะวันออก โดยมีนโยบายที่ผสมกันระหว่างการจำกัดการตลาดและการมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตลาด และการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แต่แม้ว่าจะมีสัญญาณของความคืบหน้า แต่ใน**กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries; HICs)** นโยบายแอลกอฮอล์ทั่วไปที่ส่งผลต่อประชากรโดยรวมและส่งผลต่อสังคมก็ยังคงถูกโจมตี โดยมีการทยอยลดอำนาจหรืออื่นนโยบาย (เช่น การทำให้ธุรกิจผูกขาดโดยรัฐกลายเป็นของเอกชน การที่ภาวะเงินเฟ้อบั่นทอนภาษี การขยายเวลาเปิดร้าน และการยินยอมให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในซูเปอร์มาร์เก็ตได้) การตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์นั้นโดยรวมไม่มีการควบคุมอยู่แล้ว และการขยายตัวของตลาดดิจิทัลยิ่งทำให้ธุรกิจการตลาดนั้นเป็นที่สังเกตได้ทั่วไปมากขึ้น และมีอิทธิพลมากขึ้นในขณะเดียวกัน สังคมก็สนใจเรื่องปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มากขึ้นด้วย แต่มีการแสดงออกทางการเมืองแค่เป็นครั้งคราว ซึ่งการที่สังคมสนใจปัญหานี้ ส่วนหนึ่งแสดงให้เห็นถึงการที่ปัญหาแอลกอฮอล์มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในประเด็นต่าง ๆ เช่น การขับรถในขณะที่ยังมีอาการเมาเพราะแอลกอฮอล์ การรณรงค์ทางสาธารณสุขคู่กับความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มสุราต่อตัวนักดื่มและผู้อื่นในสังคม ทำให้ความสนใจปัญหานี้เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (World Health Organization, 2010)

ปัจจุบันการวิจัยเน้นไปที่แนวโน้มทางนโยบายนอกกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง (อาทิ ในงานของ Room *et al.*, 2013) และได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดประสิทธิผลในการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ ทั้งใน**กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ (low-and middle-income countries; LMICs)** และกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง (HICs) (Casswell *et al.*, 2018) โดยประเทศไทยได้เป็นแบบอย่างในการดำเนิน

นโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ โดยการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยใช้ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (Sompaisarn and Rehm, 2020) ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชากรไทยไม่เพิ่มขึ้น และยังคงที่ภายหลังจากดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ดังกล่าว ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เราสามารถชะลอแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สัมพันธ์กับการเติบโตทางเศรษฐกิจได้ (Rehm *et al.*, 2021)

ในประเทศอื่น การพัฒนานโยบายไม่สามารถทำได้ทันตามการเติบโตของรายได้และการขยายตัวของผลิตภัณฑ์และการตลาด ในประเทศจีน การผูกขาดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐซึ่งมีผลในการลดระดับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ถูกยกเลิกลงในช่วงทศวรรษที่ 1980 และถูกแทนที่ด้วยระบบควบคุมที่จำกัดจากหลายกระทรวงและรัฐบาลหลายระดับ (Guo and Huang, 2015) หลังจากนั้นปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (Alcohol per capita consumption) ก็เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าระหว่างปี ค.ศ. 1978 และ ค.ศ. 2010 และอัตราการป่วยเป็นโรคตับเนื่องจากแอลกอฮอล์ก็สูงขึ้นตามไปด้วย (Huang *et al.*, 2017) บริษัทผลิตสุราเหมาไถ ซึ่งมีรัฐบาลท้องถิ่นเป็นเจ้าของ ปัจจุบันได้กลายเป็นหนึ่งในบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใหญ่ที่สุดในโลก (Koh, Ping and Chiu, 2021) ในประเทศอินเดีย ซึ่งแต่ละรัฐมีความแตกต่างกันมากในเรื่องการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (มีตั้งแต่ห้ามขายโดยเด็ดขาด ไปจนถึงการให้เงินอุดหนุนแก่ผู้ผลิต) ทำให้นโยบายแอลกอฮอล์ไม่สามารถชะลอแนวโน้มการบริโภคที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ได้ (Gururaj *et al.*, 2021)

ในประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (Muslim-majority countries; MMCs) บทบัญญัติทางศาสนาและความเชื่อมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาจากแอลกอฮอล์ซึ่งเกิดขึ้นน้อยกว่าที่อื่น อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการบริโภคโดยรวมนั้นสูงขึ้นกว่าเมื่อสองทศวรรษที่แล้วในบริบทของยุคโลกาภิวัตน์ เนื่องด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น อิทธิพลของการท่องเที่ยว และชาวต่างด้าวจากประเทศที่ไม่นับถือศาสนาอิสลาม และกิจกรรมของบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ (transnational alcohol corporations; TNACs) ที่ได้จัดกลุ่มประเทศ MMCs ว่าเป็นพื้นที่ที่ตลาดจะมีการเติบโต (Al-Ansari *et al.*, 2016)

ในภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮารา เมื่อเกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์มากขึ้นก็มีการร่างนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดมากขึ้น ซึ่งก็ประสบแรงต้านจากบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ (Morojele *et al.*, 2021) โดยบริษัทข้ามชาติได้เพิ่มการผลิต การตลาด และการจำหน่ายในภูมิภาคดังกล่าว (เช่น งานของ Van Beemen, 2019) ในขณะที่ประชากรส่วนมากในภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮารานั้นไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลยในช่วงชีวิต แต่ในกลุ่มนักดื่มนั้นจะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านักดื่มในทวีปยุโรป และแม้ว่า ประเทศส่วนมากจะมีนโยบายภาษี แต่มีไม่กี่ประเทศที่ขยายไปสู่มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอื่นที่มีความคุ้มค่ามาใช้

ในทวีปอเมริกาใต้ นโยบายบางชนิดสามารถควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประเทศหรือระดับท้องถิ่นได้สำเร็จ (Medina-Mora *et al.*, 2021) ซึ่งเป็นตัวสะท้อนว่า การขึ้นภาษีแอลกอฮอล์และมาตรการจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์นั้นสร้างผลกระทบได้ นอกจากนี้ มาตรการด้านการดื่มแล้วขับก็ช่วยลดอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนเมื่อดำเนินมาตรการดังกล่าวโดยมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเพียงพอ ในขณะที่เดียวกัน การดำเนินแผนงานคัดกรองและบำบัดแบบย่อในระบบสุขภาพนั้นกลับได้ผลดีมาก-น้อยต่างกันไป (Ronzani *et al.*, 2008)

ดังนั้น เราจึงได้ข้อสรุปในบริบทของกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างรวดเร็วที่มีทรัพยากรและความเจริญทางเศรษฐกิจมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังต่อไปนี้ ประการแรก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และโรคไม่ติดต่อทั่วโลก ประการที่สอง กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงมีการผ่อนคลายนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การเพิ่มความเข้มงวดของมาตรการควบคุมในประเทศรัสเซีย และกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออกประสบความสำเร็จพอสมควร ประการที่สาม การขยายตัวของเศรษฐกิจในภูมิภาคแอฟริกา ลาตินอเมริกา และเอเชีย ทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ในขณะที่แรงต้านจากกลุ่มธุรกิจแอลกอฮอล์ส่งผลให้การดำเนินนโยบายต่าง ๆ ไม่สามารถลดการบริโภคลงได้

ประเด็นเกี่ยวกับนโยบายในปัจจุบันเหล่านี้มีความสำคัญมากต่องานสาธารณสุข เนื่องจากมีแนวโน้มระดับโลกในเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามที่ได้กล่าวถึงในบทที่ 3 ของหนังสือเล่มนี้ ในระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2017 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชากรวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นจาก 5.9 ลิตรต่อคนต่อปี เป็น 6.5

ลิตรต่อคนต่อปี และภายในปี ค.ศ. 2030 คาดการณ์ว่า ตัวเลขดังกล่าวจะสูงขึ้นเป็น 7.6 ลิตรต่อคนต่อปี (Manthey *et al.*, 2019) โดยจะพบการเพิ่มขึ้นนี้ได้มากในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง เช่น จีน อินเดีย และเวียดนาม

1.3 นโยบายแอลกอฮอล์คืออะไร

ในปี ค.ศ. 1975 Kittil Bruun และคณะได้นิยามนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่จัดโดยรัฐบาล เพื่อใช้ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการควบคุมทางสังคมแบบไม่เป็นทางการอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวทางสาธารณสุข (Bruun *et al.*, 1975) ในปี ค.ศ. 1994 Griffith Edwards และคณะได้นำเสนอมุมมองที่กว้างในเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์ โดยนิยามว่าเป็นการตอบสนองทางสาธารณสุขที่ส่วนหนึ่งมาจากความกังวลเรื่องปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับชาตินับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน (Edwards *et al.*, 1994) สำหรับหนังสือเล่มนี้ ได้ยึดเอาแนวความคิดเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์มาจากการงานในอดีต แต่ขอขยายนิยามออกไปด้วย เพื่อให้ตรงกับมุมมองเรื่องงานสาธารณสุขในระดับชาติและนานาชาติที่มีการวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

นโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจของรัฐบาลที่จะใช้อำนาจดำเนินการบางอย่างด้วยการออกกฎหมาย กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ (Longest, 1998) โดยคำว่า “ใช้อำนาจ” นี้ชี้ว่า การตัดสินใจนั้นมาจากเจตนาของผู้ออกกฎหมายหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะ ไม่ได้มาจากภาคธุรกิจเอกชนหรือกลุ่มล็อบบี้อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเหมือนนโยบายสาธารณะนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์ สุขภาพ และความอยู่ดีมีสุขทางสังคมแล้ว ก็ถือว่า นโยบายนั้นเป็นนโยบายแอลกอฮอล์ ดังนั้นกฎหมายว่าด้วยการดื่มแล้วขับที่ออกมาเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแอลกอฮอล์นั้น ก็ถือว่าเป็นนโยบายแอลกอฮอล์ด้วย โดยเราเน้นความสนใจไปที่เป้าหมายทางสาธารณสุขของกฎหมายที่มีความสัมพันธ์กับนโยบาย ด้วยความตระหนักว่า กฎหมายนั้นถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายหลายอย่าง ยกตัวอย่างเช่น กฎหมายสรรพสามิตนั้นออกมาเพื่อสร้างรายได้ให้กับภาครัฐ แต่ในขณะเดียวกันก็ช่วยลดการดื่มในปริมาณมากเกินไป

ด้วย ในบางกรณี ธุรกิจแอลกอฮอล์ก็ส่งเสริมหรือดำเนินกิจกรรมแทนที่นโยบายภาครัฐ เช่น การควบคุมตนเองของกิจการการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแผนงานจัดให้มีคนขับรถที่ไม่ดื่มสุรา (designated driver programmes) ซึ่งแม้ว่า แผนงานเหล่านี้ จะได้รับการประเมินจากมุมมองทางสาธารณสุข และอยู่ในการทบทวนวรรณกรรมว่า ด้วยทางเลือกเชิงนโยบายของหนังสือนี้ แต่ก็ไม่ควรได้รับการพิจารณาว่า เป็นนโยบาย แอลกอฮอล์ เว้นแต่จะมาจากกฎหมายหรือข้อบังคับที่ภาครัฐได้กำหนดขึ้น

ในมุมมองของหนังสือเล่มนี้ เป้าหมายหลักของนโยบายแอลกอฮอล์ คือ การทำหน้าที่ เพื่อผลประโยชน์ทางสาธารณสุขและความยุติธรรมในสังคม ผ่านการแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาแอลกอฮอล์ โดยนโยบายนั้นอาจพุ่งเป้าไปที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรวมในประชากร สภาพแวดล้อมในการดื่ม และกิจการการตลาด ราคา หรือการ เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือส่วนอื่น ๆ ก็ได้ ซึ่งเมื่อเกิดอันตรายจากแอลกอฮอล์แล้ว การตอบสนองส่วนหนึ่งที่สำคัญ คือ ในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะบริการที่ได้รับการออกแบบมาให้จัดการปัญหาการติดสุรา และปัญหาทางสังคม และจิตใจที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ซึ่งการบำบัดและป้องกันในแต่ละประเทศนั้นขึ้นอยู่กับ บบประมาณด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ทั้งบริการทั่วไปและการสนับสนุน บริการเฉพาะด้าน

1.4 สาธารณสุข ผลประโยชน์ส่วนรวม และสาธารณประโยชน์

ในช่วงสามทศวรรษสุดท้ายของศตวรรษที่ยี่สิบ ผลงานวิจัยเรื่องแอลกอฮอล์ภายใต้ มุมมองแบบ “สาธารณสุขยุคใหม่” (“new public health”) ว่าด้วยปัญหาแอลกอฮอล์ ได้เพิ่มจำนวนขึ้น (Room, 2021) ซึ่งมีการนำเอานโยบายและปรัชญาหลายสายมารวมกัน โดยมุมมองนี้ไม่ได้เน้นไปที่โรค “ติดสุรา” เพียงอย่างเดียว หากแต่รวมเอาปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับแอลกอฮอล์ในเชิงกว้าง และกลุ่มประชากรที่นอกเหนือจากผู้ดื่มหนักมากเข้าไปด้วย อาทิเช่น นักดื่มทุกคนที่มีความเสี่ยง ผู้ที่ประสบอันตรายจากแอลกอฮอล์ หรือผู้ที่มีโอกาส ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งแนวทางนี้ได้ครอบคลุมนักดื่มส่วนใหญ่ เพราะเป็นทั้งผู้ที่ประสบอันตราย จากการเมาสุราเฉียบพลันและการดื่มประจำ และเป็นผู้สร้างสภาพทางสังคมที่เอื้อต่อการ

ติ่มหนัก โดยสัดส่วนของนักติ่มหนักในประชากรนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรโดยรวม ดังนั้น “นโยบายแอลกอฮอล์” โดยรวมของสังคม คือ การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดการบริโภคโดยรวม และไม่ได้ลดเฉพาะการบริโภคในกลุ่มนักติ่มหนัก (Bruun *et al.*, 1975; Rossow and Makela, 2021) การเน้นที่การติ่มในระดับประชากรนั้นส่งอิทธิพลต่อนโยบายแอลกอฮอล์ในหลายภูมิภาคในโลก รวมถึงนโยบายที่เสนอต่อองค์การอนามัยโลกด้วย แต่ภาครัฐกิจแอลกอฮอล์ก็ส่งแรงต้านนโยบายดังกล่าว เนื่องจากการเน้นที่ประชากรโดยรวมนั้นทำให้รัฐบาลมีความชอบธรรมในการออกข้อบังคับต่าง ๆ

นโยบายทางเลือกที่ทั้งภาครัฐกิจแอลกอฮอล์และแวดวงสาธารณสุขอำนาจรับอย่างน้อยก็บางส่วน (Stockwell *et al.*, 1997) คือ นโยบายลดอันตราย (harm reduction policy) ที่มุ่งเป้าไปที่กลุ่มนักติ่มหนักและนักติ่มที่มีปัญหา เป็นนโยบายที่เป็นที่ยอมรับในทางการเมืองมากกว่า จึงมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการสูงกว่านโยบายที่มีเป้าหมายครอบคลุมนักติ่มทุกคน โดยแนวทางนี้เน้นที่การเกิดเหตุความฉิบหาย หรือการป้องกันไม่ให้นักติ่มเป็นอันตราย ทั้งนี้ เมื่อตีพิมพ์หนังสือเล่มนี้ในครั้งที่แล้ว ได้มีการชี้แจงแล้วว่าแนวทางนโยบายเรื่องการบริโภคโดยรวมกับแนวทางการลดอันตรายจากการติ่มหนักนั้นโดยปกติแล้วจะไม่ขัดแย้งกัน แต่ทั้งนี้ นโยบายที่ส่งผลกระทบต่อประชากรนักติ่มทั้งหมด เช่น ภาษีสุรา นั้นอาจมีประสิทธิผลต่อนักติ่มหนักในเรื่องการลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ มากกว่ามาตรการที่มุ่งเป้าหมายเฉพาะกลุ่มเสียอีก

นิยามของนโยบายแอลกอฮอล์ที่หนังสือเล่มนี้เสนอนั้น อ้างอิงแนวความคิดทางสายสาธารณสุข ซึ่งเป็นสาขาความรู้ และการทำงานเฉพาะด้าน ที่ทั้งประชาชนทั่วไปและคนทำงานสายสุขภาพเองก็อาจไม่เข้าใจดีนัก เนื่องจากสาธารณสุขนั้นเป็นเรื่องของการจัดการและป้องกันโรคและการบาดเจ็บในประชากรมนุษย์ ซึ่งต่างจากเวชกรรมคลินิกที่เน้นเรื่องการดูแลรักษาโรคแต่ละราย ในขณะที่สาธารณสุขเป็นเรื่องของสุขภาพของประชากรที่ระดับชุมชน ระดับชาติ หรือสูงกว่าระดับชาติ

แล้วทำไมแนวความคิดทางสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญต่อการหาหรือนโยบายแอลกอฮอล์ สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ในช่วงศตวรรษที่ยี่สิบ มาตรการทางสาธารณสุขและสุขภาพทางสังคม (public health and social well-being measures) นั้นส่งผลดีเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในช่วงนี้

ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการนำเอามาตรการทางสาธารณสุขมาใช้เพื่อปรับปรุงระบบสุขภาพ ลดมลพิษในสภาพแวดล้อม และป้องกันโรคติดต่อและโรคติดเชื้อต่าง ๆ (World Health Organization, 1998) และแม้ว่าการระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ จะลดถอยลง แต่ภัยต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากปัจจัยทางการค้าที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังและอันตรายเฉียบพลันทั้งหลายนั้นกลับเข้ามาแทนที่ และได้กลายเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Moodie *et al.*, 2013) เมื่อนำเอาแนวทางในระดับประชากรมาใช้แทนที่แนวทางระดับบุคคล หรือนำมาใช้ร่วมกัน ก็ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์ในสหพันธรัฐรัสเซีย ที่การเปลี่ยนแปลงนโยบายแอลกอฮอล์ในช่วงหลังนี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยในประเทศ (Nemtsov *et al.*, 2019) หนังสือเล่มนี้จะชี้ให้เห็นว่า แนวความคิดทางสาธารณสุขนั้นเป็นพาหนะ (vehicle) สำคัญที่นำไปสู่การจัดการสุขภาพของประชาชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะในขณะที่แนวทางที่เน้นตัวปัจเจกบุคคลนั้นจะมีประสิทธิผลในการรักษาโรคติดสุรา และภาวะทุพพลภาพที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (บทที่ 13) แนวทางที่เน้นที่ประชากรนั้นจะใช้จัดการระดับกลุ่ม ชุมชน และรัฐ เพื่อให้ปรับหรือกำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าว

อีกมุมมองหนึ่งที่สัมพันธ์กัน และขยายการนำเอาแนวคิดทางสาธารณสุขมาใช้แก้ปัญหาแอลกอฮอล์ คือ เรื่องสุขภาวะทางสังคม (social well-being) ซึ่งมุมมองนี้ขยายกว้างออกไปนอกประเด็นปัญหาทางการแพทย์และสุขอนามัย ไปยังเรื่องคุณภาพชีวิตแง่มุมต่าง ๆ เช่น ความปลอดภัย กิจกรรมนันทนาการที่ให้ความสุข ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในชีวิต (Maccagnan *et al.*, 2019) ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่ถูกคุกคามจากการดื่มเกินขนาดทั้งสิ้น แนวทางด้านสุขภาวะทางสังคมนั้นตระหนักว่า ปัญหาแอลกอฮอล์นั้นครอบคลุมมิติอื่นนอกเหนือจากสุขภาพกาย และมักส่งผลกระทบต่อผู้อื่นนอกเหนือจากตัวนักดื่มเอง และมีเป้าหมายที่จะลดผลกระทบทางสังคมของการดื่ม เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาชีวิตสมรสไม่ลงรอย ปัญหาในการทำงาน การขับรถในขณะที่เสื่อมสมรรถภาพเพราะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวทางสาธารณสุข/สุขภาวะทางสังคมแบบขยายนี้ ทำให้เกิดรากฐานในการสร้างนโยบายแอลกอฮอล์แบบกว้าง เพราะหากมองแบบแคบ นโยบายคงขยายไปแค่ถึงเรื่อง

การป้องกันการดื่มแบบมีปัญหา และการรักษาอาการติดสุรา จึงเป็นการจำกัดตัวปัญหา อยู่ที่เฉพาะความบกพร่องของผู้ดื่มแต่ละคน นับแต่อดีตถึงปัจจุบัน มักมีกระแสที่จะเอามุมมองทางศีลธรรมมาใช้พิจารณาปัญหาสุร่าว่าเป็นผลมาจากการที่คนคิดตัดสินใจผิดพลาด ในขณะที่แนวทางของเรานั้น พิจารณาถึงอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในฐานะที่ส่วนหนึ่งมาจากการตัดสินใจทางนโยบายที่มองว่า สุร่าเป็นสินค้าทั่วไป และจากการขยายอิทธิพลของภาคธุรกิจแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ แม้ว่าแอลกอฮอล์จะมีผลดีทางสังคมและจิตวิทยา (ตามที่จะได้อภิปรายในบทที่ 2) และอาจมีประโยชน์บ้างในกรณีที่ดื่มแต่น้อย (ตามที่จะได้อภิปรายในบทที่ 4) แต่จุดเน้นของหนังสือเล่มนี้อยู่ที่ การลดผลกระทบเชิงลบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งในหลายคน ผลกระทบนี้มักจะหนักหนากว่าประโยชน์จากการดื่ม

การแสวงหาสุขภาพดีและสุขภาวะทางสังคมนั้นเป็นค่านิยมที่สังคมสมัยใหม่ให้คุณค่ามากที่สุด ดังจะเห็นได้จากการที่การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (UN sustainable development goals) ที่นานาประเทศล้วนเห็นพ้องกัน (World Health Organization, 2018) อย่างไรก็ตาม การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีพื้นฐานมาจากแนวความคิดเหล่านี้ก็ทำให้มีปัญหาเฉพาะด้าน เนื่องจากการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นมักจะต้องแข่งขันกับค่านิยมอื่น ๆ เช่น การค้าเสรี กำไรของภาคเอกชน และสิทธิส่วนบุคคลในการตัดสินใจ ซึ่งในบทต่อ ๆ ไปจะชี้ให้เห็นว่า นโยบายแอลกอฮอล์ที่มีความเหมาะสม และกำหนดขึ้นเพื่อผลประโยชน์ทางสาธารณสุขนั้นเป็นสิ่งที่ชอบธรรม และเป็นไปเพื่อประโยชน์ต่อสังคม เพราะสุร่าไม่ใช่สินค้าธรรมดา

1.5 การเดินเรื่องของหนังสือเล่มนี้

การเดินเรื่องของหนังสือเล่มนี้คล้ายกับตัวชื่อหนังสือ กล่าวคือ เป็นผลมาจากความร่วมมือทางวิชาชีพเป็นเวลากว่าห้าทศวรรษระหว่างผู้เขียนจากหลายประเทศและหลากหลายวิชา แม้ว่าชื่อผู้เขียนหนังสือนี้จะเปลี่ยนไปตามการปรับปรุงในการตีพิมพ์แต่ละครั้ง (Bruun *et al.*, 1975; Edwards *et al.*, 1994; Babor *et al.*, 2003, 2010) แต่ใจความที่เป็นพื้นฐานของหนังสือนี้ก็ชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่วิทยาศาสตร์และการ

วิเคราะห์นโยบาย สุราได้มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ปมเรื่องของหนังสือนี้จึงสามารถแบ่งออกได้เป็นห้าส่วน

ใน**ส่วนแรก** เนื้อหาบทที่ 2 จะเป็นตัวอธิบายว่า ทำไมในทางสาธารณสุขนั้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถถูกจัดว่าเป็นสินค้าธรรมดาได้ เพราะนอกจากจะเป็นสารพิษเมื่อบริโภคเข้าไปเป็นจำนวนมากหรือเป็นเวลานานแล้ว แอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่มผ่านการมีเมาแบบเฉียบพลัน (Acute intoxication) และภาวะติดสุรา (alcohol dependence) ได้อีกด้วย โดยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นส่งผลทางการเงินและชีวิตส่วนตัวอย่างมหึมาศาล ทั้งแก่ผู้ดื่มและบุคคลและสถาบันต่าง ๆ รอบตัวผู้ดื่ม นอกจากนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีลักษณะเหมือนยาสูบและสินค้าอันตรายอื่น ๆ โดยสามารถส่งผลเสียได้หลายทาง ซึ่งจะมีที่ทางนั้นสามารถดูได้ในบทที่ 3 และบทที่ 4 ว่าด้วยลักษณะและระดับของรูปแบบการดื่มต่าง ๆ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อนักดื่มเองและผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มและปัญหาสุรานั้นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมเสมือนจริงในชีวิตมนุษย์ รวมถึงพันธุกรรม วิถีชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ด้วย

ใน**ส่วนที่สอง** เนื้อหาบทที่ 5 และบทที่ 14 จะชี้ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีบทบาทเป็นตัวชักนำให้เกิดปัญหาจากการดื่มสุรา โดยเน้นที่พัฒนาการของธุรกิจแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาไม่นานมานี้ ที่มีการรวมตัวกันเป็นบริษัทข้ามชาติเพียงไม่กี่บริษัท โดยแสดงให้เห็นถึงบทบาทของธุรกิจ จากการเป็นผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดั้งเดิม เช่น ไวน์ เบียร์ และสุรากลั่น กลายเป็นผู้ชักนำให้เกิดความต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลาย ที่ได้รับการออกแบบมาให้เพิ่มการบริโภคสุราในทุกส่วนของประชากรโลก

ใน**ส่วนที่สาม** เนื้อหาบทที่ 6 ถึง 13 เป็นเนื้อหาหลักของหนังสือเล่มนี้ โดยเป็นการทบทวนหลักฐานสนับสนุนแนวทางนโยบายแอลกอฮอล์เจ็ดรูปแบบ ได้แก่ มาตรการกำหนดราคาและภาษี การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดกิจกรรมการตลาด ยุทธศาสตร์ด้านการให้ความรู้และการโน้มน้าวใจ มาตรการด้านการดื่มแล้วขับ การเปลี่ยนบริบทของการดื่ม และการบำบัดหรือรักษาตั้งแต่ระยะแรก (early intervention) โดยมีการกล่าวถึงยุทธศาสตร์และกิจกรรมกว่า 70 ชนิดที่ได้รับการทดลองและทดสอบแล้วในเรื่องประสิทธิภาพในการป้องกันหรือลดปัญหาสุรา โดยนโยบายบางตัวนั้นมีผลต่อสังคมทั้งหมดในฐานะนโยบายสากลว่าด้วยการลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ

การเงิน สังคม และจิตใจ ส่วนนโยบายอื่นนั้นเน้นที่กลุ่มย่อยในสังคมที่เป็นกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มเสี่ยง หรือได้รับผลเสียจากแอลกอฮอล์แบบอื่น ๆ อาทิ เยาวชน ผู้มีอาการติดสุรา และคนขับรถที่เสื่อมสมรรถภาพเนื่องด้วยฤทธิ์สุรา โดยงานวิจัยชี้ว่า แม้ว่ามาตรการที่ส่งผลต่อทุกคน เช่น นโยบายกำหนดราคา การจำกัดการเข้าถึง และการควบคุมกิจกรรมการตลาดนั้นเป็นมาตรการที่ประสิทธิผลดีที่สุด แต่มาตรการเน้นเฉพาะกลุ่มก็มีส่วนช่วยเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อนำมาใช้ร่วมกับมาตรการแบบครอบคลุม หรือใช้แก้ปัญหาเฉพาะที่มาตรการแบบครอบจักรวาลไม่สามารถแก้ไขได้

ในส่วนที่สี่ หนังสือเล่มนี้จำเป็นต้องพูดถึงด้านลบที่สำคัญ โดยนำเสนอปัญหาท้าทายของการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในบทที่ 14 จะเสนอกรอบแนวคิดในการทำความเข้าใจกระบวนการกำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ และการเอื้ออำนวยต่อสาธารณสุขและสุขภาวะทางสังคม ในบทนี้ เราจะพิจารณาคำถาม เช่น ผู้เล่นตัวหลักในงานนโยบายแอลกอฮอล์เป็นใคร? ผู้เล่นตัวหลักส่งผลอย่างไรต่อกระบวนการสร้างนโยบาย? ผลกระทบในระดับปัจเจกและระดับกลุ่มในด้านทางสาธารณสุขและสุขภาวะทางสังคมเป็นอย่างไร? ทั้งนี้ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคลากรสาธารณสุขแล้ว องค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มวิชาชีพก็มีบทบาทในการรณรงค์เพื่อผลประโยชน์ส่วนรวมในหลายพื้นที่เช่นกัน โดยองค์กรที่นำเสนอผลการวิจัยนั้นก็มักจะถูกดึงเข้าไปอภิปรายถกเถียงเรื่องนโยบายด้วย นอกจากนี้ กลุ่มที่มีส่วนร่วมในการผลิตและการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหวังผลกำไร ก็มีส่วนร่วมในการโต้เถียงเรื่องนโยบายมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน โดยมักรณรงค์ให้มีการนำเอานโยบายที่มีประสิทธิภาพน้อยที่สุดมาใช้

หากจะลดระดับของปัญหาสุราให้อยู่ต่ำที่สุด ก็จะต้องมีกลไกในระดับนานาชาติ ระดับชาติและระดับท้องถิ่น เพื่อให้นโยบายแอลกอฮอล์สามารถเอื้อประโยชน์ต่อส่วนรวมได้ ซึ่งในการนี้ เนื้อหาบทที่ 15 จะนำเสนอด้านมืดและด้านสว่างของนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ โดยนำเสนอด้านมืดของข้อตกลงการค้า ที่มักจะเข้าข้างผลประโยชน์ของธุรกิจสุรา และส่งผลเสียต่อนโยบายสุขภาพที่ได้รับการเสนอจากหน่วยงานระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ดังนั้น หากนโยบายแอลกอฮอล์จะเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแล้ว ก็จะต้องมีกลไกการทำงานสูงกว่าระดับชาติ (supranational mechanisms) ที่ตอบรับต่อการที่กระบวนการผลิต ค้าขาย และทำการตลาดแอลกอฮอล์นั้นมีความเป็นโลกาภิวัตน์มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

บทสุดท้ายของหนังสือเล่มนี้จะเป็นการนำเสนอพลังกระหึ่มที่ความรู้ว่าด้วยยุทธศาสตร์อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และการดำเนินงานที่สามารถนำมาแปรรูปเป็นนโยบายแอลกอฮอล์ได้ โดยเมื่อเปรียบเทียบตัวเลือกทางสาธารณสุขว่าด้วยประสิทธิผล และระดับของหลักฐานสนับสนุนทางวิทยาศาสตร์แล้ว ก็จะสามารถประเมินประโยชน์ของนโยบายแต่ละตัวได้ทั้งด้วยตัวนโยบายนั่นเองและร่วมกับนโยบายอื่น และเมื่อรากฐานทางวิทยาศาสตร์ของนโยบายแอลกอฮอล์นั้นมีพัฒนาการทั้งในด้านขอบเขตและความล้าลึก ก็ยิ่งเห็นชัดว่า ไม่มีวิธีการใดที่สามารถจัดการอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้ในทุกแง่มุม อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด (best practices) คือ แนวทางการจำกัดการเข้าถึง (accessibility) ความสามารถในการซื้อ (affordability) และกิจกรรมการตลาด (marketing) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการผสมผสานยุทธศาสตร์และมาตรการเพื่อจัดการกับมิติต่าง ๆ ของแอลกอฮอล์ได้อย่างครบวงจร ความตระหนักในเรื่องนี้เป็นสิ่งที่ย้ำเตือนให้เห็นถึงสภาพความเป็นจริง และหนังสือเล่มนี้ก็ให้ข้อโต้แย้งว่า นโยบายแอลกอฮอล์นั้นเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และต้องปรับตัวอย่างสม่ำเสมอกับยุคสมัย เพื่อผลประโยชน์ทางสาธารณสุข สุขภาวะทางสังคม และสร้างประโยชน์ให้สังคม

เอกสารอ้างอิง

- Al-Ansari, B., Thow, A. M., Day, C. A., & Conigrave, K. M. (2016). Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization. *Addiction, 111*(10), 1703-1713.
- Angus, C., Holmes, J., & Meier, P. S. (2019). Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction, 114*(8), 1489-1494.
- Blanchette, J. G., Ross, C. S., & Naimi, T. S. (2020). The rise and fall of alcohol excise taxes in U.S. States, 1933-2018. *Journal of studies on alcohol and drugs, 81*(3), 331-338.
- Brady, M. (2000). Alcohol policy issues for indigenous people in the United States, Canada, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems, 27*(3), 435-509.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O., Sulkunen, P., Österberg, E., (1975): *Alcohol control policies in public health perspective* (Vol. 25). Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Casswell, S., Morojele, N., Williams, P. P., Chaiyasong, S., Gordon, R., Gray-Phillip, G., Viet Cuong, P., MacKintosh, A. M., Halliday, S., Railton, R., Randerson, S., & Parry, C. D. H. (2018). The Alcohol Environment Protocol: A new tool for alcohol policy. *Drug and alcohol review, 37 Suppl 2*(Suppl Suppl 2), S18-S26.
- Edwards, G. (2000). *Alcohol: the ambiguous molecule*. Penguin Books.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Ferrence, R., Giesbrecht, R., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, R. H. M. M. (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford University Press.
- Fitzgerald, N., Uny, I., Brown, A., Eadie, D., Ford, A., Lewsey, J., & Stead, M. (2021). Managing COVID-19 Transmission Risks in Bars: An Interview and Observation Study. *Journal of studies on alcohol and drugs, 82*(1), 42-54.
- Ghalioungui, P. (1979). Fermented beverages in antiquity. In: Gastineau, C. F., Darby, W. J., & Turner, T. B (eds.) *Fermented Food Beverages in Nutrition* (pp. 3-19). Academic Press.

- Guo, X., & Huang, Y-G. (2015). The development of alcohol policy in contemporary China. *Journal of food and drug analysis*, 23(1), 19-29.
- Gururaj, G, Gautham, M. S., & Arvind, B. A. (2021). Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug and alcohol review*, 40(3), 368-384.
- Huang, A., Chang, B., Sun, Y., Lin, H., Li, B., Teng, G., & Zou, Z. S. (2017). Disease spectrum of alcoholic liver disease in Beijing 302 Hospital from 2002 to 2013: A large tertiary referral hospital experience from 7422 patients. *Medicine*, 96(7), e6163.
- Koh Ping, C. & Chiu, J. (2021, February 10). *Chinese liquor giant Moutai hits heady \$500 billion valuation*. The Wall Street Journal. <https://www.wsj.com/articles/chinese-liquor-giant-moutai-hits-heady-500-billion-valuation-11612964076>
- Longest, B. B. (1998). *Health policymaking in the United States*. Health Administration Press.
- Maccagnan, A., Wren-Lewis, S., Brown, H., Taylor, T. (2019). Wellbeing and society: towards quantification of the co-benefits of wellbeing. *Social indicators research*, 141, 217-243.
- Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393(10190), 2493-2502.
- Medina-Mora, M. E., Monteiro, M., Rafful, C., & Samano, I. (2021). Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug and alcohol review*, 40(3), 385-401.
- Mica & Organization Panamericana de la Salud. (Edition of Room et al. 2002 in Spanish with new material updating epidemiology and concerning Latin America)
- Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., Lincoln, P., Casswell, S., & Lancet NCD Action Group (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*, 381(9867), 670-679.

- Morojele, N. K., Dumbili, E. W., Obot, I. S., & Parry, C. D. H. (2021). Alcohol consumption, harms and policy developments in sub-Saharan Africa: The case for stronger national and regional responses. *Drug and alcohol review, 40*(3), 402-419.
- Moskalewicz, J. (2000). Alcohol in the countries in transition: the Polish experience and the wider context. *Contemporary Drug Problems, 27*(3), 561-592.
- Nemtsov, N., Neufeld, M. & Rehm, J. (2019). Are trends in alcohol consumption and causespecific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *Journal of studies on alcohol and drugs, 80*(5), 489-498.
- Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., Breda, J., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: A narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and alcohol review, 40*(3), 350-367.
- Newman, I. (2002). *Cultural aspects of drinking patterns and alcohol controls in China*. <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1093&context=edpsychpapers>
- Nordwall, S. P. (2000). Homemade alcohol kills 121 in Kenya. Arlington, VA: USA Today, 20 November 2000.
- Österberg, E. L. (2011). Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug and alcohol review, 30*(2), 124-129.
- Rehm, J., Babor, T. F., Casswell, S., & Room, R. (2021). Heterogeneity in trends of alcohol use around the world: Do policies make a difference?. *Drug and alcohol review, 40*(3), 345-349.
- Reitan, T. C. (2000). Does alcohol matter? Public health in Russia and the baltic countries before, during, and after the transition. *Contemporary Drug Problems, 27*(3), 511-560.
- Ronzani, T. M., Amaral, M. B., Souza-Formigoni, M. L. O., Babor, T. F. (2008). Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 25*(6), 529-538.

- Room, R. (2021). Alcohol. In: Detels, R., Karim, Q. A., Baum, F., Li, L., & Leyland, A. H., (eds.). *Oxford textbook of global public health* (7th ed, pp. 345-356). Oxford University Press.
- Room, R. K., Jernigan, D., Gureje, O., Mäkelä, K., Marshall, M., Medina-Mora Icaza, M. E., Monteiro, M., Parry, C., Partanen, J., Riley, L., Saxena, S., Rey, G. N., Quintanar, T. R., Rehm, J. (2013). *El alcohol y los países en desarrollo: una perspectiva de salud pública*. Fondo de cultura económica & organización.
- Room, R., & Tigerstedt, C. (2008). Nordic alcohol policies and the welfare state. In: Lundborg, O., Yngwe, M. Å., Stjärne, M. K., Björk, L., & Fritzell, J., (eds.), *The nordic experience: welfare states and public health (NEWS)* (pp. 141-152). Centre for Health Equity Studies (CHESS) Stockholm University and Karolinska Institute.
- Rossow, I., & Mäkelä, P. (2021). Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 9-17.
- Schrad, M. L. (2010). *The political power of bad ideas: networks, Institutions and the global prohibition wave*. Oxford University Press.
- Sornpaisarn, B., & Rehm, J. (2020). Strategies used to initiate the first alcohol control law in Thailand: lessons learned for other low-and middle-income countries. *The International journal on drug policy*, 86,102975. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102975>
- Stockwell, T., Single, E., Hawks, D., Rehm, J. (1997). Opinion piece: sharpening the focus of alcohol policy from aggregate consumption to harm and risk reduction. *Addiction Research*, 5(1), 1-9.
- The Australian. (2010). *Home Brew Kills 80 in Uganda*. The Australian. <https://www.theaustralian.com.au/news/latest-news/home-brew-kills-80-in-uganda/news-story/d23e1687a1b59a8e0c67831db63f8955>
- The Australian (2010). *Home Brill Kills 80 in Uganda*. 25 April 2010. Retrieved 28 April 2010. <https://www.theaustralian.com.au/news/latest-news/home-brew-kills-80-in-uganda/news-story/d23e1687a1b59a8e0c67831db63f8955>

- Van Beemen, O. (2019). *Heineken in Africa: a multinational unleashed*. Hurst and Co.
- World Health Organization. (1998). *The world health report 1998: life in the 21st Century. A Vision for All*. WHO.
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Ye, Y. & Kerr, W. C. (2016). Estimated increase in cross-border purchases by Washington residents following liquor privatization and implications for alcohol consumption trends. *Addiction*, 111(11), 1948-1953.
- Zielenziger, M. (2000). *Year-ending parties pour drunks onto trains of Japan*. Hartford Coura.

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

2 สุรา: ไม่ใช่สินค้าธรรมดา

2.1 เกริ่นนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีคนใช้เป็นอาหารเสริมเป็นตัวช่วยในการเข้าสังคม และทำให้มีเงินมาตั้งแต่โบราณกาล นอกจากนี้ เบียร์ ไวน์ และสุรากลั่น ต่างก็เป็นสินค้าที่มีการซื้อขายในตลาด แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่เป็นพิษทำให้เกิดภัยต่อร่างกาย สังคม และจิตใจ บทนี้เป็นการวิเคราะห์คุณสมบัติของแอลกอฮอล์ในมิติต่าง ๆ โดยให้ความสนใจพิเศษกับบทบาทที่ขัดแย้งของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแง่ที่เป็นสินค้าชนิดหนึ่ง และที่เป็นสารเสพติด

การเข้าใจในลักษณะที่แตกต่างกัน 2 ด้านของแอลกอฮอล์เป็นพื้นฐานสำคัญของหนังสือเล่มนี้ ในหลายปีมานี้ เมื่อกล่าวถึงนโยบายแอลกอฮอล์ สังคมไม่ค่อยให้ความสำคัญหรือไม่ค่อยเห็นความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจธรรมชาติของแอลกอฮอล์ บทบาททางสังคมและจิตใจ และภัยจากแอลกอฮอล์ หลายสังคมยอมรับแนวคิดที่ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าธรรมดาที่ควรมีการซื้อขายแบบเดียวกับสินค้าอื่นในตลาด ซึ่งแนวความคิดนี้ได้รับการเกื้อหนุนจากกิจกรรมส่งเสริมต่าง ๆ ของภาครัฐกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในด้านการตลาดและข้อตกลงการค้า (บทที่ 9 และบทที่ 15) เนื้อหาในบทนี้จะอธิบายเรื่องความถูกต้องของข้อโต้แย้งดังกล่าว โดยอิงหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า การเมาสุรา การติดสุรา และพิษของสุราต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ นั้นเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการดื่มสุราเข้ากับผลเสียมากมาย ซึ่งรวมถึงผลเสียต่อผู้อื่นนอกเหนือจากตัวผู้ดื่มเองด้วย

2.2 บทบาทของแอลกอฮอล์ทางสังคม วัฒนธรรม และเชิงสัญลักษณ์

ประวัติศาสตร์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชี้ว่า การดื่มสุรานั้นช่วยให้บุคคลและสังคมบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ หลายประการ โดย Heath (1984) ระบุว่า แอลกอฮอล์เป็นได้ทั้งอาหาร ยา และสิ่งประดิษฐ์ทางวัฒนธรรมที่มีความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่สำคัญ โดยสังคมปัจจุบันมักใช้แอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่เสิร์ฟพร้อมอาหาร ดับกระหาย หรือเป็นวิถีทางในการเข้าสังคมและสนุกสนาน เป็นเครื่องมือในการต้อนรับ และเป็นสารมึนเมา

ในยุคแรกเริ่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักถูกใช้เป็นยา (Edwards, 2000) แอลกอฮอล์ยังคงอยู่ในรายการ “บัญชียาหลัก” (“essential medicine” lists) เนื่องจากเป็นสารฆ่าเชื้อที่จำเป็นและราคาไม่แพง และมีการประยุกต์ใช้อื่น ๆ ในทางการแพทย์ (นอกจากการดื่ม) (World Health Organization, 2019) ในปัจจุบัน ตัวอย่างที่ดีที่สุดของการใช้แอลกอฮอล์ในทางการแพทย์ คือ การดื่มเพื่อป้องกันโรคหัวใจ มีผลการวิจัยพบว่า การดื่มสุราเป็นประจำในปริมาณไม่มาก (น้อยมากเพียงแค่อันหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน วันเว้นวัน) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจน้อยลง ซึ่งอาจมาจากฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (Corrao *et al.*, 2000) แต่งานวิจัยเหล่านั้นได้ประเมินคุณสมบัติของแอลกอฮอล์ในการป้องกันโรคได้เกินความเป็นจริงเป็นอย่างมาก (Rehm, 2019) เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหัวใจจะพบได้ในหนังสือเล่มนี้ (บทที่ 4) ซึ่งจะชี้ว่า ฤทธิ์ป้องกันโรคหัวใจนี้พบได้เฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นหลัก และดูไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับประชากร (Roerecke and Rehm, 2012)

ก่อนที่ทวีปยุโรปและทวีปอเมริกาจะมีการบริการน้ำดื่มที่สะอาดในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ประชาชนมองว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นตัวเลือกที่ปลอดภัยกว่าการดื่มน้ำที่มักปนเปื้อนสิ่งสกปรก (Mäkelä, 1983) สังคมหลายวัฒนธรรมใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเข้าสังคมต่าง ๆ ทั้งในที่สาธารณะและในที่ส่วนตัว (Heath and Glasser, 2003) โดยใช้ในพิธีการฉลองการเกิด การรับศีลล้างบาป และงานแต่งงาน ในทางศาสนานั้น การดื่มแอลกอฮอล์ (ไวน์) มีเฉพาะในการทำพิธีต่าง ๆ เช่น ในพิธีมิสซาของชาวคริสต์นิกายคาทอลิก และการรับประทานอาหารเซเดอร์ในเทศกาลปัสกาของชาวยิว ซึ่งยอมให้มีการดื่มเพียงนิดเดียวเท่านั้น

มนุษย์มักใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยในการเข้าสังคม บางชุมชนแทบจะบังคับให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมสรรพในการเข้าสังคมเป็นตัวแสดงความมั่งคั่งและอำนาจของผู้จัดเลี้ยง

ความหมายและหน้าที่ของแอลกอฮอล์เปลี่ยนไปตามวัยต่าง ๆ ของชีวิตคน และบรรทัดฐานของสังคมว่าด้วยการดื่มที่เหมาะสมหรือยอมรับได้ก็เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย (Fillmore *et al.*, 1991) ในวัยรุ่น การดื่มเป็นตัวแสดงความเป็นกบฏหรือความเสรี และสังคมทั้งหลายในโลกล้วนแต่มีความเป็นห่วงเรื่องอันตรายที่เกิดจากการดื่ม ซึ่งข้อมูลทางระบาดวิทยาในบทที่ 3 และ 4 ชี้ว่า ปัญหานี้เป็นเรื่องที่สังคมควรตระหนักจริง เนื่องจากในสังคมส่วนมาก แม้ในสังคมที่มีนโยบายการดื่มสุร่าค่อนข้างเสรี ล้วนแต่เห็นพ้องต้องกันว่า ไม่ควรให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย ในทุกภูมิภาคของโลก **การดื่มหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking)¹** พบได้มากที่สุดในช่วงต่อไปของชีวิต คือช่วงอายุ 20-24 ปี แม้ว่าในบางภูมิภาคนั้นจะมีความแตกต่างออกไปเนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรมก็ตาม (World Health Organization, 2018)

นอกจากนี้ การดื่มสุรายังมีความหมายในเชิงวัฒนธรรมที่ต่างกันอย่างมากระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ในบางสังคมนั้นการดื่มเป็นเรื่องของผู้ชายเท่านั้น และปัจจุบันก็ยังเป็นจริงอยู่ เช่น ในประเทศอินเดีย (Room *et al.*, 2002 หน้า 97, 102) แม้ว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่ดื่มจะสูงในกลุ่มผู้ใหญ่เพศหญิงในทุกที่ แต่หลายประเทศในยุโรปมีความแตกต่างทางเพศค่อนข้างน้อย (World Health Organization, 2018) หากเราแบ่งปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดทั่วโลกเป็นสามส่วน จะพบว่า ผู้หญิงดื่มหนึ่งในสาม ส่วนผู้ชายดื่มอีกสองส่วนที่เหลือ (บทที่ 3)

ความคาดหวังตามบรรทัดฐาน (normative expectation) ว่าด้วยการใช้แอลกอฮอล์ในสังคมนั้นต่างกันตามช่วงอายุด้วย ในบางสังคมนั้นประชากรที่อายุมากจะมีอัตราการไม่ดื่มมากขึ้นไปด้วยทั้งในผู้ชายและผู้หญิง (Demers *et al.*, 2001; Taylor *et al.*, 2007) นอกเหนือจากเหตุผลทางสุขภาพแล้ว การงดดื่มนี้อาจเป็นตัวสะท้อนบรรทัดฐานทาง

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมินิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

สังคมด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุไม่ควรปาร์ตี้แบบเมามาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับในกลุ่มคนหนุ่มสาว อย่างไรก็ตาม ยิ่งประชาชนในประเทศอุตสาหกรรมมีอายุยืนและสุขภาพดีมากขึ้น มุมมองทางวัฒนธรรมเรื่องความเหมาะสมของการดื่มในผู้สูงอายุก็เริ่มเปลี่ยน และปัญหาการดื่มสุราก็เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (Hallgren et al., 2009)

กล่องข้อความที่ 2.1 สูตรผสมแห่งความตาย: บาร์ ผับ ร้านเหล้าเถื่อน (shebeens) และเชื้อไวรัสโคโรนา

ช่วงการระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในปี ค.ศ. 2020 สถานบริการที่ให้ดื่มภายในร้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบาร์ ผับ ร้านเหล้าเถื่อน (shebeens) ร้านกาแฟไนต์คลับ และร้านอาหารในอาคาร ล้วนแต่ร่วมกันสร้าง “มหาพายุ” (“perfect storm”) ของปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยให้เชื้อไวรัสแพร่กระจายได้โดยง่าย โอกาสการแพร่กระจายของเชื้อทางอากาศเพิ่มขึ้นเมื่อมีการชุมนุมในอาคารเพื่อเข้าสังคม โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องอยู่ใกล้ชิดคนอื่น อยู่ใกล้ชิดเป็นเวลานาน ไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัย (เช่น การใส่ผ้าปิดจมูกและปาก) และการมีบุคคลที่มีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่ม เหตุผลหนึ่งที่กลุ่มคนในวัยหนุ่มสาวกลายเป็นพาหะนำโรคเชื้อไวรัสในทวีปอเมริกาเหนือและทวีปยุโรป คือ การผ่อนคลายมาตรการควบคุมบาร์และไนต์คลับต่าง ๆ ซึ่งเมื่อสถานบริการเหล่านี้เปิดภายหลังปิดตัวไปนานแล้ว คนหนุ่มสาวก็ล้วนแต่ไปชุมนุมกันเพื่อเข้าสังคมและดื่มสุรา โดย นายแพทย์ Ogechika Alozie ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อในเมืองเอล พาโซ รัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า “คนเราใส่มาสก์แล้วดื่มเหล้าไม่ได้ ก็เลยต้องถอดมาสก์ ทีนี้พอมีคนเยอะ มีพื้นที่จำกัด และดื่มแอลกอฮอล์แล้วความยับยั้งชั่งใจน้อยลง พฤติกรรมของคนก็เลยเปลี่ยนแปลง” มาตรการวัดความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ที่สมาคมแพทย์เท็กซัสพัฒนาขึ้นมาสำหรับกิจกรรมทั่วไประบุว่า การดื่มที่บาร์เป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Stone W (2020) Deadly Mix: How Bars Are Fueling COVID-19 Outbreaks. Kaiser Health News, August 21, 2020 <https://www.kalw.org/post/how-bars-are-fueling-covid-19-outbreaks#stream/0>

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ใช้ในสังคมหลายสถานการณ์ ในช่วงชีวิตคนนับตั้งแต่เป็นเด็กจนวัยสูงอายุ แอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับแง่บวกของชีวิตหลายอย่าง ในหลายที่มนุษย์ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบพิธีกรรมทางสังคมตามประเพณี การเข้าถึงบางอย่างอาจมองแม้กระทั่งว่า การเมาสุราเป็นสิ่งที่ยอมรับได้และให้ความสุข อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวอาจบานปลายจากการ “ดื่มแอลกอฮอล์-ปลอดภัย” (alcohol-safe) เป็นการ “ดื่มแอลกอฮอล์-อันตราย” (alcohol-dangerous) เมื่อลูกค้าในบาร์และแขกในงานปาร์ตี้ที่ดื่มสุราเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือออกจากบาร์หรืองานไปขับรถกลับบ้าน กล่องข้อความที่ 2.1 บรรยาย “สูตรผสมที่อันตรายถึงชีวิต” ของธรรมเนียมทางสังคมและพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ที่ขัดกับมาตรการป้องกันทางสาธารณสุขในช่วงการระบาดของโรคติดต่อทั่วโลก

2.3 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะสินค้าตัวหนึ่ง

การผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็นสี่กลุ่ม กลุ่มแรกคือ สุราที่ผลิตขึ้นเพื่อการบริโภคในครัวเรือนหรือในชุมชน ทั้งที่เป็นสุรากลั่นและสุราหมักพื้นบ้าน (Lachenmeier *et al.*, 2021) กลุ่มที่สอง คือ การผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มพื้นบ้านแบบเป็นอุตสาหกรรมเพื่อการพาณิชย์ เช่น เบียร์ข้าวฟ่าง (Chibuku) ทางตอนใต้ของทวีปแอฟริกา เหล้าโซจู (soju) ในประเทศเกาหลี และเหล้าปุลเก (pulque) ในประเทศเม็กซิโก กลุ่มที่สาม คือ การที่ธุรกิจท้องถิ่นผลิตเครื่องดื่ม “สาเก” เช่น เหล้าวิสกีในประเทศอินเดีย หรือเบียร์ลาเกอร์ตราโคโรนาในประเทศเม็กซิโก และกลุ่มที่สี่ คือ การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีตราระดับนานาชาติ ซึ่งทำการตลาดในระดับโลกมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในหลายประเทศ การผลิตและขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนสำคัญของการดำเนินเศรษฐกิจ เป็นตัวสร้างกำไรให้ผู้ผลิต ผู้โฆษณา และนักลงทุน สร้างงานให้กับผู้ค้าปลีกและผู้ค้าส่ง เครื่องดื่มที่ส่งออกจะเป็นตัวดึงเงินตราต่างชาติเข้าประเทศ และเป็นตัวสร้างรายได้จากภาษีให้รัฐบาล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแหล่งของยอดขายและกำไรสำคัญของธุรกิจการท่องเที่ยวและการบริการ รวมถึงโรงแรมและร้านอาหารด้วย

เนื่องด้วยเหตุนี้ จึงมีกลุ่มผลประโยชน์ที่สนับสนุนการดำรงอยู่และเติบโตของการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะแม้ว่า โรงงานผลิตเบียร์จะใช้ลูกจ้างแค่มิที่ร้อยคนในการดำเนินการ แต่เมื่อขายเบียร์ในร้านสะดวกซื้อหรือร้านอาหารแล้ว เบียร์ก็กลายเป็นสินค้าปลีกที่สำคัญที่สร้างกำไรให้แก่ธุรกิจรายย่อย และสร้างงานในภาคธุรกิจบริการและการค้า อย่างไรก็ตาม การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบอุตสาหกรรมในประเทศกำลังพัฒนานี้ก็อาจไม่นำไปสู่การจ้างงานเพิ่มขึ้นหรือขยายฐานภาษีให้กว้างขึ้นเสมอไป (Bakke, 2008)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะไวน์และเบียร์ ถือเป็นผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ไวน์มีบทบาทสำคัญเป็นพิเศษต่อเศรษฐกิจของประเทศ เช่น ฝรั่งเศส อิตาลี และอาร์เจนตินา ในขณะที่เบียร์และสุรากลั่นนั้นมีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับภาคเกษตรกรรม และในหลายประเทศการดำเนินงานเหล่านี้อยู่ภายใต้ขอบเขตของกระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งการผลิตเบียร์และสุรากลั่นนั้นต่างจากการผลิตไวน์ตรงที่เบียร์และสุรากลั่นนั้นมักผลิตในโรงงานขนาดใหญ่โดยบริษัทอุตสาหกรรม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักทำให้เกิดรายได้จากภาษีอากร ซึ่งทำให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นแหล่งรายได้ที่นิยมของรัฐบาลระดับท้องถิ่น ระดับรัฐ และระดับชาติ แต่เนื้อหาในบทที่ 7 ก็ชี้ให้เห็นว่า แอลกอฮอล์นั้นก็สร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่สังคมด้วยเช่นกัน อาทิเช่น ค่ารักษาพยาบาล งานตำรวจ (รวมถึงศาลและเรือนจำ) การป้องกันอาชญากรรม ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ความเสียหายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ลดความสามารถในการทำงาน การว่างงาน และการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้สูงกว่าข้อดีทางเศรษฐกิจที่อาจเกิดจากภาษีแอลกอฮอล์ (Institute of Alcohol Studies, 2017) เนื้อหาในกล่องข้อความที่ 2.2 ได้กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวนี้ที่น่าสนใจ

โดยสรุป แอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่สำคัญ มีห่วงโซ่อุปทานที่ซับซ้อน และมีฐานการจ้างงานที่ค่อนข้างใหญ่ ภาษีจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีอากร ดังนั้น จึงถือได้ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นสินค้าที่มีความสำคัญ และมีความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ แต่ในส่วนของเหลือของบทนี้ เราจะเห็นได้ว่า ประโยชน์จากการผลิต ขาย และใช้สินค้านี้ มาพร้อมกับภาระอันหนักหน่วงต่อสังคม

2.4 สามกลไกการก่ออันตราย: ความเมินเมา ความเป็นพิษ และการเสพติด

ปัจจุบัน วงวิชาการมีความก้าวหน้าไปมากในเรื่องความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ว่า ด้วยผลเสียของแอลกอฮอล์ นักวิทยาศาสตร์ค้นพบข้อเท็จจริงทางพันธุศาสตร์ ชีววิทยา สังคมศาสตร์ และจิตวิทยาว่า ทำไมมนุษย์จึงมีแนวโน้มชอบดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผลเสียของแอลกอฮอล์นั้นมาจากกาที่แอลกอฮอล์เป็นพิษต่อร่างกาย สร้างความเมินเมา และสร้างการเสพติดได้

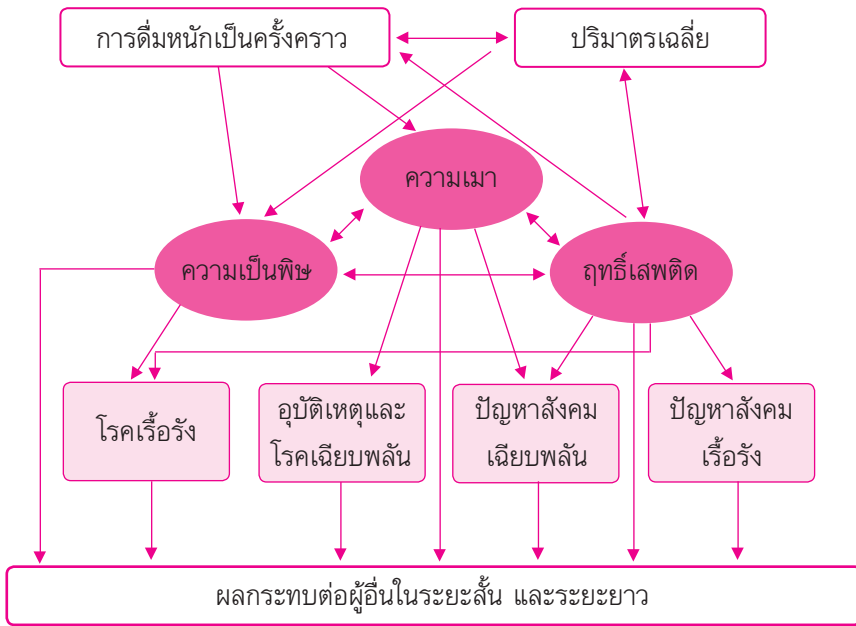
ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสามกลไกการก่อปัญหา และอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อทั้งผู้ดื่ม (กล่องสีเทา 4 กล่อง) และผู้อื่นที่อยู่รอบผู้ดื่ม (กล่องสีเหลี่ยมด้านล่าง) โดยแบบแผนการดื่มไม่ได้หมายถึงเฉพาะความถี่และปริมาณในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ครั้งละเท่าไร แต่ยังรวมถึงความแตกต่างระหว่างการดื่มแต่ละครั้งอีกด้วย โดยภาพนี้ เน้นที่สองมิติของพฤติกรรมกาการดื่มที่เกี่ยวข้องกับผลเสียเป็นพิเศษ ได้แก่ โอกาสในการดื่มหนัก (heavy drinking occasions) และปริมาตรกาการบริโภคโดยเฉลี่ย (average volume of consumption) ลักษณะการดื่มที่ต่างกันอาจนำไปสู่ปัญหาที่ต่างกันได้ การดื่มหนักเป็นเวลานานแบบที่พบได้มากในประเทศที่ดื่มไวน์อาจไม่นำไปสู่สภาวะเมินเมาอย่างเห็นได้ชัด แต่สามารถทำให้เนื้อเยื่อสึกหรอและเกิดการเสพติดได้ การดื่มไวน์ทุกวัน แม้ว่าแต่ละครั้งจะดื่มในปริมาณน้อย ก็อาจทำให้เกิดภาวะดับแข็งได้ เนื่องจากผลกระทบสะสม (cumulative effect) ของแอลกอฮอล์ต่อดับ ในขณะที่เดียวกัน การดื่มไม่บ่อย แต่ดื่มในปริมาณครั้งละมาก ๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะเมินเมาเฉียบพลัน (acute intoxication) นำไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมได้ เช่น การทำร้ายผู้อื่นจากการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และความรุนแรงระหว่างบุคคล และในแง่สุดท้าย การดื่มอย่างต่อเนื่อง (sustained drinking) อาจทำให้เกิดภาวะเสพติดสุรา (alcohol dependence) ได้ และเมื่อเกิดภาวะเสพติดแล้ว ก็จะเป็นตัวทำให้ต้องดื่มเพิ่มขึ้นหรือยาวนานขึ้น ทั้งในด้านปริมาณและจำนวนครั้งที่ดื่มหนัก ภาวะเสพติดนั้นอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง รวมถึงปัญหาสังคมเฉียบพลันและเรื้อรังได้อีกด้วย

กล่องข้อความที่ 2.2 ความสมดุลระหว่างการสร้างรายได้ กับภาระทางเศรษฐกิจต่อสังคม: กรณีศึกษาประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 2014

เป็นที่รู้กันว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นสร้างภาระ (costs) ให้แก่สังคม แต่ไม่ค่อยมีการวัดภาระนั้นออกมาเป็นตัวเลข ในประเทศแคนาดา มีการประมาณว่า ภาระดังกล่าวในปี ค.ศ. 2014 อยู่ที่ 14,600 ล้านดอลลาร์แคนาดา (CAD) โดยการสูญเสียผลิตภาพการผลิต (5,900 ล้านดอลลาร์แคนาดา) ภาระต่อระบบสาธารณสุข (4,200 ล้านดอลลาร์แคนาดา) และภาระต่อระบบยุติธรรม (3,200 ล้านดอลลาร์แคนาดา) เป็นองค์ประกอบหลัก (Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group, 2018)

ในขณะเดียวกัน รัฐบาลก็ได้รายได้ภาษีจากการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบของภาษีสรรพสามิตรัฐบาลกลาง (federal excise tax) รายได้สุทธิจากองค์การสุราประจำรัฐ (provincial liquor authorities) และภาษีการค้า (sales tax) ตามข้อมูลของสำนักงานสถิติประเทศแคนาดา (Statistics Canada, 2020) ในช่วงปี ค.ศ. 2014 เดียวกันนี้ ภาษีอากรเหล่านี้มีมูลค่ารวมกัน 10,900 ล้านดอลลาร์แคนาดา ทำให้สังคมแคนาดาขาดดุลสุทธิ 3,700 ล้านดอลลาร์แคนาดา ซึ่งการขาดทุนสุทธินั้นสูงที่สุดในรัฐแอลเบอร์ตา ซึ่งระบบการจำหน่ายจ่ายแจกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นของเอกชน โดยสรุป ภาษีอากรในระดับรัฐบาลกลางและระดับรัฐนั้นไม่สามารถชดเชยภาระจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ แม้ว่าจะประเมินโดยขั้นต่ำแล้วก็ตาม ดังนั้น หากจะมองตามแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์คลาสสิกเรื่อง**ภาษีพิกูเวียน (Pigouvian)** แล้ว ก็ควรเพิ่มภาษีในกรณีนี้ให้รับผิดชอบผลกระทบภายนอก (account for externalities) ด้วย (Pigou 2019; ดูเพิ่มเติมที่ Sompaisarn *et al.*, 2017)

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Sherk A (2020) At-a-glance-The alcohol deficit: Canadian government revenue and societal costs from alcohol. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 40(5-6), 139.



ภาพที่ 2.1 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สีเหลี่ยมผืนผ้า ด้านบน) กลไกการออกฤทธิ์ (วงรีตรงกลาง) และผลกระทบต่อในระยะสั้นและระยะยาว ต่อผู้ดื่มและผู้อื่น (กล่องด้านล่าง) ลูกศรแสดงอิทธิพลโดยตรงและอิทธิพลตอบสนอง

2.5 แอลกอฮอล์ในฐานะของสารพิษ

แอลกอฮอล์เป็นสารพิษทั้งในทางตรงและทางอ้อม ส่งผลต่ออวัยวะและระบบอวัยวะต่าง ๆ มากมาย ผลเสียต่อสุขภาพบางอย่างอาจเกิดจากการเมาเฉียบพลันหรือ **การดื่มหนัก (binge drinking)** แม้กระทั่งในคนที่ไม่มีปัญหาการดื่มมาเป็นเวลานานหรือต่อเนื่อง ผลเสียดังกล่าว อาทิเช่น ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ (alcohol poisoning) ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติเฉียบพลัน (acute

cardiac arrhythmias) ซึ่งบางครั้งภาวะเหล่านี้อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ อันตรายอีกประเภทหนึ่ง คือ กลุ่มที่เป็นทั้ง “แบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง” ยกตัวอย่างเช่น การที่ดื่มในปริมาณสูงในครั้งเดียวของผู้ที่ดื่มหนักเป็นประจำอยู่แล้ว อาจทำให้ตับที่บวมพรองอยู่แล้วเกิดภาวะตับวาย หรือทำให้สมองถูกทำลายโดยเฉียบพลันได้

ผลกระทบจากความเป็นพิษประเภทที่สาม คือ โรคเรื้อรังจากการที่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้รับพิษของแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงเป็นเวลานาน โดยตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งและภาวะตับแข็ง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งในช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งของกล่องเสียง และมะเร็งของคอหอย (pharynx) รวมถึงภาวะตับแข็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจ การเต้นผิดปกติของหัวใจ ตับอ่อนอักเสบ และภาวะความดันโลหิตสูง (บทที่ 4)

การที่หญิงมีครรภ์ที่ดื่มหนักอาจทำให้เกิดอันตรายหลายอย่างต่อทารก โดยคำว่า **กลุ่มโรคของทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์ (fetal alcohol spectrum disorders; FASD)** หมายถึง กลุ่มความผิดปกติของทารกในครรภ์ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของมารดา ซึ่งในกลุ่มที่อาการรุนแรงที่สุดมักเรียกว่า เป็น **fetal alcohol syndrome** หรืออาการความผิดปกติแต่กำเนิดจากแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยความผิดปกติของการได้ยิน การเจริญเติบโตช้า ปัญหาโรคหัวใจ ร่วมกับลักษณะใบหน้าผิดปกติบางประการ

โดยสรุป เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าบริโภคที่มีการใช้ตามธรรมเนียมและทางสังคมหลายอย่าง และยังเป็นสินค้าที่สำคัญต่อการประกอบอาชีพของหลายคน อย่างไรก็ตาม ธรรมเนียมทางสังคมและผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจนั้นไม่ควรทำให้เรามองไม่เห็นข้อเท็จจริงที่ว่า แอลกอฮอล์เป็นสารพิษ สามารถส่งผลเสียต่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้เกือบทั้งหมด ซึ่งไม่มีสินค้าบริโภคอื่นที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลากหลายเช่นนี้ แม้กระทั่งยาสูบก็ไม่มี ดังนั้น การพิจารณาถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์จึงเป็นงานที่สำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข

กล่องข้อความที่ 2.3 ลักษณะของความบกพร่องที่เกิดจากแอลกอฮอล์

- ความบกพร่องของประสาทและกล้ามเนื้อ (Psychomotor impairment) แอลกอฮอล์มีผลต่อระบบควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวในหลายรูปแบบ ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนานาชนิด
- เพิ่มระยะเวลาของปฏิกิริยาตอบสนอง (Lengthened reaction time) แอลกอฮอล์ทำให้ผู้บริโภคมียุติการตอบสนองช้าลง และการตอบสนองที่ช้าลงนี้มีลักษณะสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภค และเป็นความเสี่ยงที่ชัดเจนต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร
- ความบกพร่องในการตัดสินใจ (Impairment of judgement) แอลกอฮอล์มีผลต่อการตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงหลายรูปแบบ เช่น การขึ้นรถในขณะเมาสุราและขับรถด้วยความประมาทและอาจเกิดอันตราย
- การเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ และลดการตอบสนองต่อความคาดหวังทางสังคม (Emotional changes and decreased responsiveness to social expectations) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ภาวะอารมณ์ และการตอบสนองต่อสังคมนั้นมีความซับซ้อนและอาจเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางสรีรวิทยาของแอลกอฮอล์ ร่วมกับปัจจัยทางจิตใจและสังคม ซึ่งความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเป็นผลให้การเมานานั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาการใช้ความรุนแรง และการจงใจทำร้ายตนเองได้

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, et al. (1998) Effects of Moderate Alcohol Consumption on the Central Nervous System. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5), 998-1040.

2.6 การเมาสุรา

สังคมทั่วไปมีแนวโน้มที่จะมองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราทั้งหมดว่า เป็นผลมาจากโรคติดสุรา (alcoholism หรือที่ปัจจุบันเรียก alcohol dependence) แต่การศึกษาพฤติกรรมและปัญหาจากการดื่มสุราในประชากรทั่วไปกลับตั้งคำถามต่อมุมมองดังกล่าว โดยแสดงให้เห็นว่า มีปัญหามากมายที่เกิดขึ้นนอกเหนือขอบเขตของภาวะติดสุรา (บทที่ 3)

หนึ่งในสาเหตุหลักของการได้รับอันตรายจากสุราในบริบทนี้คือ **การเมาสุรา (alcohol intoxication)** ซึ่งนิยามในที่นี้ว่า เป็นภาวะที่สภาพจิตใจและการเคลื่อนไหวบกพร่องชั่วคราวเนื่องจากการมีแอลกอฮอล์ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยภาวะบกพร่องชนิดหลัก (นอกเหนือจากการมีเมามาแบบเฉียบพลัน) ที่เกิดขึ้นระหว่างเมาสุรา มีรายละเอียดตามกล่องข้อความที่ 2.3 โดยภาวะบกพร่องที่เกิดจากแอลกอฮอล์นั้นจะเกี่ยวข้องกับปริมาณที่ดื่ม และเกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกายหลายอย่าง อาการบางอย่าง (เช่น การพูดไม่ชัด) นั้นชัดเจนและสังเกตเห็นได้ง่าย ในขณะที่อาการบางอย่างเช่นการลดสมรรถภาพในการขับรถนั้นอาจไม่เด่นชัด และพบได้เฉพาะเมื่อทำการตรวจในห้องปฏิบัติการ ผลกระทบบางชนิดจะเป็นผลโดยตรงจาก **ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration)** ในขณะที่บางชนิดจะขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน (คือ ภาวะทนทานหรือ tolerance) และบริบทและระดับของผลกระทบที่คาดหวัง นอกจากนี้ การใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น โดยเฉพาะยากดประสาทส่วนกลาง ก็อาจทำให้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์แรงขึ้นเมื่อใช้ยาดังกล่าวร่วมกับการดื่มสุรา

ข้อมูลในกล่องข้อความที่ 2.3 แสดงให้เห็นว่า ความมีเมามาและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังเกิดอาการมีเมานั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความคาดหวังและความเข้าใจของแต่ละบุคคล และระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด โดยงานวิจัยทางมานุษยวิทยาตั้งแต่สมัยก่อนได้ยืนยันว่า มนุษย์ในวัฒนธรรมต่าง ๆ เวลาเมาสุราแล้วก็มีพฤติกรรมที่ต่างกันไป (MacAndrew and Edgerton, 1969; Room, 2001) แม้กระทั่งคนที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันก็ยังตีความคำว่า “เมา” ต่างกันไปตามกาลเวลา ในปี ค.ศ. 1979 ระดับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสหรัฐฯ นั้นสูงที่สุดในช่วงศตวรรษที่ยี่สิบ โดยประชากรผู้ใหญ่

เพศชายรายงานว่า ต้องใช้แอลกอฮอล์ถึง 9.8 หน่วยดื่มมาตรฐาน (เอทานอลประมาณ 118 กรัม) จึงจะทำให้ตนรู้สึกเมา และ 5.4 หน่วยดื่ม จึงจะรู้สึกถึงฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ในปี ค.ศ. 1995 หลังจากที่จะระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ลดลงร้อยละ 21 ประชากรเพศชายรายงานว่า ดนรู้สึกเมาเมื่อดื่มไป 7.4 หน่วยดื่มมาตรฐาน และรู้สึกถึงฤทธิ์ของแอลกอฮอล์เมื่อดื่มไป 4.6 หน่วยดื่ม (Midanik, 1999) ส่วนในเพศหญิง ปริมาณดังกล่าวก็ลดลงเช่นกัน โดยปริมาณที่ทำให้รู้สึกเมา ลดลงจาก 5.7 หน่วยดื่ม ไปเป็น 4.7 หน่วยดื่ม ส่วนปริมาณที่ทำให้รู้สึกถึงฤทธิ์ของแอลกอฮอล์นั้นลดลงจาก 3.7 หน่วยดื่ม ลงมาเหลือ 3.2 หน่วยดื่ม

ภาวะเมินเมา ไม่ว่าจะเป็นครึ่งครวหรือเป็นประจำ ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออันตรายจากการดื่มทั้งสิ้น และในบางกรณีอาจมีภาวะติดสุราเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเมาสุรานี้ได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังทางสังคมและวัฒนธรรม เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการเมินเมาและภัยอันตราย โดยเฉพาะภัยทางสังคม ที่ได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังทางสังคมและวัฒนธรรมเช่นเดียวกัน โดยอันตรายเหล่านี้ได้รับการนิยามว่า เป็นความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามข้อผูกพันทางสังคมที่เชื่อมโยงกับครอบครัว หน้าที่การงาน และพฤติกรรมในที่สาธารณะ (Room, 2000) โดยการตอบสนองของสังคมต่ออาการเมินเมาเป็นกลไกที่สังคมตระหนักถึงอันตรายต่อสังคม (เช่น การแสดงอาการเมินเมาในที่สาธารณะ การดื่มแล้วขับ ปัญหาในการทำงาน และปัญหาครอบครัว เช่น การแยกกันอยู่และหย่าร้าง) ในพื้นที่ที่คนหลายคนดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน และการดื่มหนักเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในบางกรณี (เช่น งานแต่งงาน งานเทศกาลรื่นเริง) การตอบสนองต่อพฤติกรรมเมาสุราจะเกิดขึ้นช้า เช่นเดียวกับการตอบสนองต่อภัยทางสังคม ในพื้นที่อื่น เช่นในสังคม “ปลอดสุรา” ที่คนส่วนมากไม่ดื่มสุรา และกฎหมายแสดงอาการเมินเมาได้รับการกดขี่อย่างเข้มงวด ปฏิกริยาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงเล็กน้อยที่เกี่ยวข้องกับอาการเมินเมานั้นอาจเกิดขึ้นโดยรวดเร็วและรุนแรง ทำให้เกิดอันตรายทางสังคมต่อผู้ดื่มที่มีอาการเมินเมา และคนใกล้ตัว

ภัยทางสังคมนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั่วไปในการดื่มเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงลักษณะและสภาพการณ์ของผู้ดื่มด้วย ผู้ดื่มจะมีปัญหากับคู่ครองเนื่องจากแอลกอฮอล์ได้ก็ต้องเป็นผู้ดื่มที่แต่งงานแล้วเท่านั้น ปัญหาในการทำงานจะเกิดขึ้นเมื่อมีงานทำ และงานที่ทำนั้นมีหัวหน้างานดูแลใกล้ชิด หากผู้ดื่มเป็นพนักงานขายที่ทำงานจาก

บ้านก็อาจไม่มีใครรู้เรื่องปัญหานี้สักระยะหนึ่ง ในขณะที่ หากพนักงานออฟฟิศที่นั่งทำงานในเวลาราชการใกล้ชิดคนอื่นมีปัญหาการดื่มสุราก็จะมีคนรู้ทันที นอกจากนี้ ภัยทางสังคมยังส่งผลต่อคนรอบตัวใกล้ชิดผู้ดื่มด้วย ทั้งผู้ร่วมงาน ญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูง (ดูเนื้อหาเพิ่มเติมเรื่องภัยจากผู้อื่นได้ในบทที่ 4) นอกจากนี้ ภัยทางสังคมยังสามารถส่งผลร่วมกันกับสังคมทั้งหมดได้ เช่น การลดความสามารถในการทำงาน นอกจากนี้ การมีพฤติกรรมมีเมามาต่อหน้าธารกำนัล ความรุนแรง และการดื่มแล้วขับ ล้วนแต่ต้องมีเจ้าหน้าที่ตำรวจและระบบยุติธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งต้องใช้งบประมาณภาษีจำนวนมาก พฤติกรรมเหล่านี้ยังส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยโดยรวมของชุมชนอีกด้วย เนื้อหาบทที่ 4 จะแสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนและหนักแน่น ระหว่างการเมาสุรากับผลเสียทางสังคม เช่น ความรุนแรง การบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และการบาดเจ็บอื่น ๆ

จากการวิจัยเรื่องการเมาสุรา เราได้ข้อสรุปต่อไปนี้

1. แอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ลดความสามารถในการเคลื่อนไหวและการตัดสินใจ ซึ่งการลดความสามารถดังกล่าวเป็นผลทางชีวภาพ แต่ผลที่เกิดขึ้นอยู่ภายใต้อิทธิพลของความคาดหวัง-บรรทัดฐานทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. นักดื่มมักจะดื่มเป็นครั้งคราวจนเมา ซึ่งแม้ว่า จะเมาไม่บ่อย แต่อาการมีเมาก็สามารถทำให้เกิดการบาดเจ็บและภัยทางสังคมได้ อันที่จริงแล้ว ผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้งมีโอกาสเกิดอันตรายจากการมีเมามาในครั้งเดียวมากกว่าผู้ที่ดื่มบ่อย (Hurstet *al.*, 1994; Room *et al.*, 1995)

3. การป้องกันการมีเมามาเป็นยุทธศาสตร์ที่อาจช่วยลดภัยจากแอลกอฮอล์ได้เป็นอย่างมาก

4. เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างการมีเมากับภัยต่าง ๆ นั้นได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมและกายภาพเป็นอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงบริบทของพฤติกรรมกรรมการดื่มก็อาจช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภัยต่าง ๆ ได้ ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ (จัดการให้สถานที่ดื่มมีความปลอดภัยมากขึ้น) หรือเวลา (แยกการดื่มจากกิจกรรมอื่นที่ต้องใช้ความระมัดระวัง)

5. ความหลากหลายและซับซ้อนของภัยทางสังคม ลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลและผลกระทบโดยรวมต่อสังคม ชี้ให้เห็นว่า ต้องมีนโยบายการป้องกันที่หลากหลาย และคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและบริบท

2.7 ภาวะติดสุรา

ในปี ค.ศ. 1976 Edwards and Gross (1976) ได้เสนอแนวความคิดเรื่อง**กลุ่มอาการติดสุรา (alcohol dependence syndrome)** ซึ่งนอกเหนือจากแนวความคิดใหม่เรื่องกลุ่มตัวชี้วัดหลักแล้ว ยังมีข้อเสนอแนะว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์นั้นอาจเกิดได้แม้ว่าไม่มีภาวะการติดสุรา แต่ภาวะการติดสุรานั้นอาจนำมาซึ่งปัญหาอื่น ๆ เพิ่มเติมหลายอย่าง กระบวนทัศน์โดยรวมนั้นแบ่งได้เป็นสองมิติ มิติแรก คือ แนวความคิดเรื่องกลุ่มอาการ (syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มของอาการทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาที่บ่งชี้ว่าการดื่มสุรามีความสำคัญมากกว่ากิจกรรมอย่างอื่น ส่วนมิติที่สองในเรื่องปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์นั้น ได้แก่ อันตรายจากการดื่ม ไม่ว่าจะบุคคลดังกล่าวจะติดสุราหรือไม่ โดยแนวความคิดเรื่องกลุ่มอาการนี้ได้รับการรับรองในระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases; ICD) ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10) และฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 11 (ICD-11) (World Health Organization, 1992; Saunders *et al.*, 2019) โดยบัญชี ICD-11 นี้ระบุว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ตามเกณฑ์อย่างน้อยสองในสามข้อในช่วง 12 เดือน ได้แก่

- 1) การลดความสามารถในการควบคุมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 2) การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญในชีวิตมากขึ้นเรื่อย ๆ เหนือกิจกรรมอื่น
- 3) อาการทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะต้านทานต่อปริมาณที่สูงขึ้น (tolerance of increased dosage) อาการของภาวะถอนพิษ (withdrawal symptoms) หรือการดื่มเพื่อป้องกันหรือลดอาการของภาวะถอนพิษ (กล่องข้อความที่ 2.4)

โครงการสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey Initiative) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณความชุกของโรคติดสุรา (alcohol use disorders; AUD) ในประชากรทั่วไป ซึ่งช่วยให้สามารถเปรียบเทียบความชุกกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดสุราในหลายประเทศได้ โดยพบว่า ความชุกตลอดช่วงชีวิตและความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคติดสุราอยู่ที่ร้อยละ 2.3 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ (Glantz *et al.*, 2020)

การเกิดภาวะติดสุราได้รับอิทธิพลจากสองปัจจัย ได้แก่ แรงเสริม (reinforcement) ทั้งในทางลบและทางบวก และการปรับตัวของระบบประสาท (neuroadaptation) (Gilpin and Koob, 2008) โดยแรงเสริมนั้นเกิดขึ้นเมื่อสิ่งกระตุ้น (stimulus) เช่น ความรู้สึกสบายหรือการกระตุ้นจากแอลกอฮอล์ ทำให้ร่างกายมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมตอบสนองบางอย่างเพิ่มขึ้น (เช่น การดื่มต่อเนื่องเพื่อให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้นเรื่อย ๆ) การปรับตัวของระบบประสาทหมายถึง กระบวนการทางชีวภาพที่ผลของสารเสพติดในช่วงแรกนั้นได้รับการเสริมหรือต้านจากการดื่มสุราซ้ำ ๆ การเกิดแรงเสริมเฉียบพลันนั้นเกิดจากการที่แอลกอฮอล์มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับระบบสารสื่อประสาท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวงจรการให้รางวัลของสมอง การเปลี่ยนแปลงของระบบนี้ยังคงเกิดขึ้นแม้ว่าจะมีการถอนแอลกอฮอล์อย่างเฉียบพลัน และอาจเพิ่มความเสี่ยงในการกลับมามีอาการซ้ำอีกได้ ซึ่งความก้าวหน้าด้านการวิจัยประสาทชีววิทยาที่น่าทึ่งนี้ ชี้ให้เห็นว่า การออกฤทธิ์ต่อประสาทของแอลกอฮอล์นั้นเป็นลักษณะสำคัญในการเกิดภาวะติดสุรา

กล่องข้อความที่ 2.4 การจัดประเภทของภาวะติดสุราและลักษณะการใช้ที่เป็นอันตรายในระบบ ICD-11

ภาวะติดสุราเป็นความผิดปกติในการควบคุมการดื่มสุรา ซึ่งเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ ๆ หรือต่อเนื่อง ในระบบ ICD-11 ภาวะติดสุราต่าง ๆ นั้นมีเกณฑ์สามข้อ โดยต้องมีสองข้อที่พบได้เป็นเวลานานมากกว่า 12 เดือน (หรือมีการใช้ต่อเนื่องเป็นเวลาหนึ่งเดือน) ได้แก่ (1) การควบคุมตนเองบกพร่อง ซึ่งอาจเกิดขึ้นพร้อมอาการอยากสาร (craving) หรือไม่ก็ได้ (2) การให้แอลกอฮอล์มีความสำคัญเหนือความสนใจอื่น ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ และ (3) ความทนทานทางสรีรวิทยา (physiological tolerance) ต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ โดยมีอาการถอนเกิดขึ้นหลังจากการเลิกหรือลดการดื่มสุรา หรือดื่มสุราแบบซ้ำ ๆ หรือใช้สารที่มีลักษณะทางเภสัชวิทยาใกล้เคียงกัน (pharmacologically similar substances) เพื่อป้องกันหรือลดอาการถอน โดยลักษณะอาการติดนี้มักจะเป็นที่ประจักษ์เป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน

ลักษณะการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย คือ การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำในแบบที่ทำลายสุขภาพกายและจิตของบุคคล หรือการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้อื่น ทั้งจากการทำร้ายร่างกายในทุกรูปแบบ รวมถึงการกระทบกระทั่ง หรือภาวะอาการทางจิตที่เป็นผลโดยตรงจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเมาสุราของบุคคลที่สามารถได้รับการวินิจฉัยได้ว่า มีลักษณะการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแบบที่ทำให้เกิดอันตราย

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, et al. (2019) Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, present, and future. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 43 (8) 1617-1631, doi. org/10.1111/acer.14128

มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพฤติกรรมการดื่มกับภาวะติดสุรา โดยพบว่า ยิ่งประชากรมีการดื่มต่อเนื่อง หรือดื่มหนักซ้ำ ๆ มากเท่าไร อัตราการเกิดภาวะติดสุรายิ่งสูงขึ้นเท่านั้น (Rehm and Eschmann, 2002) โดยความชุกของภาวะติดสุรานั้นแตกต่างกันไปตามระดับของการดื่มในประชากรทั้งหมด และลักษณะพฤติกรรม การดื่มและปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีวภาพต่าง ๆ ของประชากรก็อาจส่งผลต่ออัตราการติดสุราได้ด้วยเช่นกัน

ทั้งปริมาณเฉลี่ยในการดื่ม และ**รูปแบบพฤติกรรมกาารดื่ม**ในปริมาณมากกว่าปกติ ในโอกาสสำคัญ ต่างก็มีความสัมพันธ์กับความชุกของภาวะการติดสุรา (Caetano *et al.*, 1997) และความเสี่ยงในการติดสุรานั้นจะเพิ่มขึ้นเป็นเส้นตรงตามระดับของการดื่ม แต่ลักษณะและทิศทางของการเป็นสาเหตุ-ผลลัพธ์ของปัญหายังไม่ชัดเจน การติดสุราอาจทำให้การดื่มหนักเกิดขึ้นต่อเนื่อง หรือการดื่มหนักอาจทำให้เกิดภาวะติดสุรา หรือทั้งสองกลไกนี้เกิดเกิดขึ้นพร้อมกันก็ได้

การที่แอลกอฮอล์มีกลไกสร้างแรงเสริมให้ตนเองได้ เป็นสิ่งสำคัญมากต่อการเข้าใจพลวัตของความสัมพันธ์ระหว่างประชากรและการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าบริโภคทั่วไป หากแต่เป็นสารที่มีโอกาสเสพติดได้

ภาวะติดสุรานั้นมีสาเหตุร่วมมากมายหลายอย่าง อาทิเช่น ความเสี่ยงทางพันธุกรรม แต่ภาวะติดสุราก็เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเข้าถึงและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยิ่งบริโภคมากเท่าไรยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้นเท่านั้น ความทำลายต่อระบบสาธารณสุข คือ การกำหนดนโยบายที่ทำให้ผู้ดื่มมีโอกาสติดสุราน้อยลง เนื่องจากภาวะติดสุรานี้เป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องค่อนข้างเรื้อรัง และส่งผลเสียต่อบุคคลและสังคมได้ การที่ภาวะติดสุราเมื่อเกิดขึ้นมาแล้วก็จะส่งผลในระยะยาวต่อพฤติกรรมการดื่ม (ผู้ติดมักจะก่อปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ ในชีวิตของนักดื่ม) ยิ่งชี้ว่า การวางยุทธศาสตร์ในระดับประชากรเป็นสิ่งจำเป็นอย่างชัดเจน

2.8 unสรุป

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญทางสาธารณสุขของหลักฐานที่ได้นำเสนอในบทนี้สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ กล่าวคือ อันตรายจากแอลกอฮอล์นั้นมีหลายประการ หลากหลายในแง่ของประเภทและระดับ และหลายชนิด (แต่ไม่ทุกชนิด) ขึ้นอยู่กับขนาดปริมาณที่ดื่ม ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ หรือผ่านการปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ภาวะมีเมามากจะเป็นตัวกลางที่สำคัญระหว่างการดื่มกับการเกิดอันตราย และอาการติดสุราอาจทำให้ภัยอันตรายนั้นร้ายแรงขึ้น และทำให้มีโอกาสได้รับอันตรายนานขึ้น ภัยต่อผู้อื่นจากแอลกอฮอล์นั้นชี้ว่า สามารถเกิดความเสียหายนอกเหนือจากตัวผู้ดื่มเองได้ด้วย เพราะฉะนั้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่ใช่สินค้าธรรมดาแม้ว่าจะใช้ในปริมาณน้อย เนื่องจากความเสี่ยงในการได้รับผลกระทบแบบเฉียบพลันและเรื้อรังเริ่มตั้งแต่ดื่มสุราในปริมาณต่ำ

การตอบสนองของภาคสาธารณสุขจึงต้องตรงกับมุมมองที่ซับซ้อนว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีสองบทบาท ทั้งในฐานะสินค้าและในฐานะยาเสพติด โดยควรมีการพิจารณานโยบายระดับประชากร (แนวทางการแก้ปัญหาแบบครอบคลุมหรือ universal interventions) ร่วมกับการดำเนินงานที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูง (selective interventions) และแนวทางการแก้ปัญหาที่เน้นเป้าหมายเป็นผู้ที่ประสบปัญหาอยู่แล้ว (targeted interventions) ซึ่งการตอบสนองเหล่านี้จะต้องสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจเรื่องธรรมชาติของสารชนิดหนึ่งที่ตั้งต่างจากการเป็นสินค้าธรรมดาแบบลิบลิบ

เอกสารอ้างอิง

- Bakke, O. (2008). Alcohol: health risk and development issue. In: Cholewka, P., & Motlagh, M. M (eds.) *Health capital and sustainable socioeconomic development*. Routledge. <https://doi.org/10.1201/9781420046915>
- Caetano, R., Tam, T., Greenfield, T., Cherpitel, C., & Midanik, L. (1997). DSM-IV alcohol dependence and drinking in the U.S. population: a risk analysis. *Annals of epidemiology*, 7(8), 542-549.
- Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. (2018). *Canadian substance use costs and harms (2007-2014)*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
- Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A., & Poikolainen, K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10), 1505-1523.
- Demers, A., Room, R., & Bourgault, C., (eds.) (2001). *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries. WHO/MSD/MSB/01.2*. WHO Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Edwards, G. (2000). *Alcohol: the ambiguous molecule*. Penguin Books.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British medical journal*, 1(6017), 1058-1061.
- Fillmore, K. M., Hartka, E., Johnstone, B. M., Leino, E. V., Motoyoshi, M., & Temple, M. T. (1991). The collaborative alcohol-related longitudinal project: preliminary results from a meta-analysis of drinking behavior in multiple longitudinal studies. *British journal of addiction*, 86(10), 1203-1210.
- Gilpin, N. W., & Koob, G. F. (2008). Neurobiology of alcohol dependence: focus on motivational mechanisms. *Alcohol Abuse and Alcoholism*, 31(3), 185-195.
- Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Cardoso, G., De Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Karam, E. G., Karam, G., Kovess-Masfety, V., Lasebikan, V., Lee, S., Levinson, D., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: findings from the World Mental Health Survey. *Addictive behaviors*, 102, 106381.

- Hallgre, M., Högberg, P., & Andréasson, S (eds.). (2009). *Alcohol consumption among elderly european union citizens: health effects, consumption trends and related issues*. Swedish National Institute of Public Health. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.517.2709&rep=rep1&type=pdf>
- Heath, D. B. (1984). Cross-cultural studies of alcohol use. In: Galanter, M., (ed.) *Recent Developments in Alcoholism*, (Vol. 2 pp. 405-415). Plenum.
- Heath, D. B., & Glasser, I. (2003). Alcohol use. In: Ember, C.R., & Ember, M (eds.) *Encyclopedia of medical anthropology* (pp. 293-301). Kuler Academic.
- Hurst, P. M., Harte, D., & Frith, W. J. (1994). The grand rapids dip revisited. *Accident; analysis and prevention*, 26(5), 647-654.
- Institute of Alcohol Studies. (2017). *Splitting the bill: alcohol's impact on the economy*. Institute of Alcohol Studies. <https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp23022017.pdf>
- Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., & Rehm, J. (2021). The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 28-41.
- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948-956.
- MacAndrew, C., & Edgerton, R. (1969). *Drunken comportment: a social explanation*. Thomas Nelson and Sons Ltd.
- Mäkelä, K. (1983). The uses of alcohol and their cultural regulation. *Acta Sociologica*, 26(1), 21-31.
- Midanik, L. (1999). Drunkenness, feeling the effects, and 5+ measures: meaning and predictiveness. *Addiction*, 94(6), 887-897.
- Pigou, A. C. (1920). *The economics of welfare*. Macmillan.
- Rehm, J. (2019). Why the relationship between level of alcohol-use and all-cause mortality cannot be addressed with meta-analyses of cohort studies. *Drug and alcohol review*, 38(1), 3-4.
- Rehm, J., & Eschmann, S. (2002). Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Sozial-und Präventivmedizin*, 47(1), 48-58.

- Rehm, J., Shield, K. D., & Weiderpass, E. (2020). Alcohol consumption: a leading risk factor for cancer. In: Wild, C. P., Weiderpass, E., & Stewart, B. W., (eds.) *World cancer report: cancer research for cancer prevention* (pp. 68-78). International Agency for Research on Cancer.
- Roerecke, M., & Rehm, J. (2012). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107(7), 1246-1260.
- Room, R. (2000). Concepts and items in measuring social harm from drinking. *Journal of substance abuse*, 12(1-2), 93-111.
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social science & medicine*, 53(2), 189-198.
- Room, R., Bondy, S., & Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking Canada 1989. *Addiction*, 90(4), 499-513.
- Room, R., Jernigan, D., Carlini-Marlatt, B., et al. (2002). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. World Health Organization.
- Sornpaisarn, Bundit, Shield, Kevin D., Österberg, Esa & Rehm, Jürgen. (2017). *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. World Health Organization.
- Statistics Canada. (2020). *Net income of liquor authorities and government revenue from sale of alcoholic beverages (×1,000)*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1010001201>
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M., & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(8), 1617-1631.
- Taylor, B., Rehm, J., Trinidad, J., Aburto, C., Bejarano, J., Cayetano, C., Kerr-Correa, F., Piazza-Ferrand, M. Gmel, G., Graham, K., Greenfield, T., Laranjeira, R., Lima, M., Magri, R., Monteiro, M., Medina-Mora, M., Munne, M., Mendoza, M. P., Tucci, A., Wilsnack, S. (2007). *Alcohol, Gender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study Final Report*. Pan American Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.
World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2019). *World Health Organization model list of essential medicines* (21st ed). World Health Organization.

3 แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และแบบแผนการดื่ม

3.1 เกริ่นนำ

บทนี้อธิบายแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแบบแผนการดื่มในระดับโลก ลัดส่วนนักดื่ม ความถี่ของการดื่ม และปริมาณการดื่มต่อครั้งที่มีความหลากหลาย ทั้งข้อมูลในระดับภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก และระดับประเทศ รวมทั้งข้อมูลแนวโน้มระหว่างปีและระหว่างกลุ่มประชากร

ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรูปแบบการดื่ม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรและระหว่างปี

1) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดในประชากร เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในกลุ่มประชากรที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง โดยปริมาณการดื่มต่อหัวประชากรทั้งหมดสัมพันธ์กับความชุกของการดื่มอย่างหนัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Rossow and Makela, 2021)

2) ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อสุขภาพขึ้นอยู่กับจำนวนนักดื่ม และ **แบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (“Pattern of drinking”)**¹ (Rehm *et al.*, 2017) (ดูบทที่ 2 และบทที่ 4 ประกอบ)

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

ถึงแม้ว่า ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจวัฒนธรรมการดื่มของประเทศ และความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตาม การสำรวจเหล่านั้นยังมีความคลาดเคลื่อนหรืออคติได้ ซึ่งการสำรวจส่วนใหญ่พบแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าการคาดประมาณ เมื่อเทียบกับค่าประมาณการของสำนักงานสถิติของแต่ละประเทศ โดยที่ค่าประมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะมีค่าระหว่างร้อยละ 30 จนถึงร้อยละ 70 ดังนั้น การเปรียบเทียบข้อมูลการบริโภคระหว่างประเทศด้วยความแม่นยำจึงมีความยาก (Rehm *et al.*, 2021) ดังนั้น จึงมีการพัฒนาแบบวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น เพิ่มข้อคำถามให้มากขึ้น (e.g. Bloomfield *et al.*, 2013) หรือใช้คำถามเฉพาะกับประเภทเครื่องดื่ม (beverage-specific questions) ภายในสถานที่ดื่มพบว่า เพิ่มความครอบคลุมของการบริโภคได้มากยิ่งขึ้น (Huckle *et al.*, 2018)

3.2 สัดส่วนนักดื่มและระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.2.1 วิธีการประมาณการและรายงานผลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โดยทั่วไป สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน หมายถึง ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การประมาณการในส่วนนี้มาจากการสำรวจในกลุ่มประชากร ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งของระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร คือ **ปริมาณการดื่มต่อหัวประชากร (Alcohol per capita consumption; APC)** ซึ่งเป็นปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบรวมทั้งปริมาณเครื่องดื่มนอกระบบภาษีต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน มีหน่วยเป็นลิตรของปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และปรับตัวปริมาณการดื่มของนักท่องเที่ยวนอก (World Health Organization, 2018) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบได้มาจากสถิติทางการ และรวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เสียภาษีและขายทางการค้า (World Health Organization, 2018) ซึ่งสามารถวัดได้จากการขายและการเก็บภาษี หรือจากการผลิต ส่งออก และนำเข้า (Lachenmeier *et al.*, 2021) สำหรับปริมาณการบริโภคนอกระบบภาษี จะรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากหลายแหล่ง อาทิ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ที่ผลิตในบ้านอย่างถูกกฎหมาย การนำเข้าจากนักท่องเที่ยว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบ/ผลิต/นำเข้าอย่างผิดกฎหมาย และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้มีไว้เพื่อบริโภค (Lachenmeier et al., 2013, 2021; World Health Organization, 2018) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร บางครั้งจะนำเสนอเฉพาะในกลุ่มนักดื่มปัจจุบันเท่านั้น และในบางกรณี ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร จะถูกคำนวณกลับเป็นปริมาณเอทานอลบริสุทธิ์ต่อวัน (กรัมต่อวัน) (World Health Organization, 2018)

3.2.2 การประมาณการจำนวนนักดื่มและการดื่มในระดับภูมิภาคทั่วโลก

จุดเน้นแรกของการนำเสนอในบทนี้ หมายถึง ระดับภูมิภาค 6 พื้นที่ขององค์การอนามัยโลก และระดับรายได้ของประเทศ 4 ระดับของธนาคารโลก ที่ครอบคลุมทั่วโลก ตารางที่ 3.1 แสดงให้เห็นว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างภูมิภาคตามข้อมูลปี ค.ศ. 2016 โดยเห็นได้ชัดว่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรสูงสุดในภูมิภาคยุโรป และอเมริกา ซึ่งส่วนใหญ่เป็น**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (High-income countries; HICs)** ในขณะที่ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่ำในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มนอกระบบภาษีทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 25 ของปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร ซึ่งมีสัดส่วนสูงสุดในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่ำสุด และสัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีต่ำสุดในภูมิภาคอเมริกา และยุโรป ที่ซึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรสูงสุด (Probst et al., 2019) นอกจากนี้ ในแต่ละภูมิภาค ยังพบว่า มีความแตกต่างของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ในภูมิภาคยุโรป ปี ค.ศ. 2016 พบว่า ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร มีช่วงอยู่ระหว่าง <1 (อาเซอร์ไบจาน) ถึง >15 (มอลโดวา) และในภูมิภาคแอฟริกามีช่วงอยู่ระหว่าง <1 (มอริเตเนีย) ถึง >13 (Nigeria) (World Health Organization, 2018)

ในปี ค.ศ. 2016 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลก มีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันอยู่ร้อยละ 43 (Manthey et al., 2019) ในกลุ่มประชากรที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่คือ ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มาเลยในตลอดชีวิตที่ผ่านมา (World Health Organization, 2018) สัดส่วนของนักดื่มมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากระหว่างประเทศและภูมิภาค

ในปี ค.ศ. 2016 ลัทธิส่วนนักดื่มปัจจุบันของ 3 ภูมิภาค ได้แก่ อเมริกา ยุโรป และแปซิฟิก ตะวันตกสูงมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากร ในทวีปแอฟริกาและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เท่ากับประมาณหนึ่งในสามของประชากร ในขณะที่ในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มาเลยในตลอดชีวิตที่ผ่านมา และมีลัทธิส่วนนักดื่มปัจจุบันเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น (ตารางที่ 3.1) (World Health Organization, 2018)

สำหรับกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยมีความแปรปรวนระหว่างภูมิภาคน้อย (ตารางที่ 3.1, คอลัมน์ที่ 5) ดังนั้น ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรที่แตกต่างกันมากจึงเป็นผลมาจากลัทธิส่วนของผู้ไม่ดื่ม เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น เราจะเปรียบเทียบ 3 ประเทศ คือ เยอรมัน อินเดีย และอียิปต์ ในปี ค.ศ. 2016 พบว่า ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร คิดเป็นร้อยละ 13.4, 5.7 และ 0.4 ตามลำดับ ในขณะที่ลัทธิส่วนของผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิต คิดเป็นร้อยละ 21, 61 และ 97 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การประมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่ม (ปริมาณเอทานอลลิตรต่อปี) มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 16.9, 14.6 และ 14.3 ลิตรต่อปี ตามลำดับ

จากตารางที่ 3.1 การคำนวณปริมาณบริโภคต่อหัวนักดื่มจะถูกคำนวณจากลิตรต่อปี เป็นกรัมต่อวัน ถึงแม้ว่า นักดื่มปัจจุบันจะไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันเฉลี่ย คิดเป็น 32.8 กรัมเอทานอลต่อวันต่อหัวนักดื่ม คิดเป็นปริมาณเฉลี่ยต่อลิตรเท่ากับเบียร์ 6 ลิตร (ปริมาณเอทานอล 5%) หรือ ไวน์ 3 ขวด (12.5%) หรือ สุรากลั่น 1 ขวด (40%) อย่างไรก็ตาม ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยนี้สะท้อนถึงลักษณะการกระจายของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เบ้ โดยนักดื่มส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่มในปริมาณน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (อธิบายเพิ่มเติมใน ส่วนที่ 3.4.2)

ตารางที่ 3.1 ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และรูปแบบการดื่มอย่างหนักจำแนกตามระดับภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก

ภูมิภาค	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป		นักดื่มปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป		
	ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชาชน	การบริโภคเครื่องดื่มนอกระบบภาษี (% การดื่มต่อหัวประชากร)	สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน	กรัมต่อวัน	ความชุกของการดื่มอย่างหนัก (%) ^a
แอฟริกา	6.3	32	32	40.0	50
อเมริกา	8.0	14	54	32.8	41
เมดิเตอร์เรเนียน	0.6	67	3	46.1	10
ยุโรป	9.8	18	60	37.4	43
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	4.5	47	33	26.3	41
แปซิฟิกตะวันตก	7.3	22	54	30.0	41
ทั่วโลก	6.4	25	43	32.8	40

^aความชุกของการดื่มอย่างหนัก (Heavy episodic drinkers): ปริมาณการดื่มเอทานอลบริสุทธิ์มากกว่า 60 กรัมต่อครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/97892241565639-eng.pdf?ua=1>

3.3 แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร

3.3.1 คำอธิบายของแนวโน้ม

การเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกอยู่บนพื้นฐานของการบันทึกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ ดังนั้นการเปรียบเทียบนี้จะไม่ได้สะท้อนถึงปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบเมื่อพิจารณาข้อมูลปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรที่ถูกบันทึกทั่วโลก พบว่า แนวโน้ม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในประเทศที่มีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 1970 จนถึง ช่วงกลางทศวรรษ 2010 (World Health Organization, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศในยุโรปที่มีการผลิตไวน์ในระดับท้องถิ่น (เช่น ฝรั่งเศส อิตาลี และโปรตุเกส) และอเมริกาใต้ (อาร์เจนตินา และชิลี) ในช่วงที่ผ่านมา การลดลงของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากรยังเห็นได้ชัดในประเทศที่มีระดับรายได้สูงอื่น ๆ ได้แก่ ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี (World Health Organization, 2018)

ตั้งแต่ช่วงเปลี่ยนผ่านสหัสวรรษ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นในกลุ่ม**ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ-ปานกลาง (low-and middle-income countries; LMICs)** โดยเฉลี่ย (Manthey *et al.*, 2019) รวมทั้งประเทศจีนและอินเดีย (World Health Organization, 2018) ในภาพรวม ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มรายได้สูง และรายได้ต่ำมาบรรจบกันในช่วง 25 ปีที่ผ่านมาแล้ว (Manthey *et al.*, 2019) จากการทำนายแนวโน้มปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016/2018 ถึง ค.ศ. 2025/2030 พบว่า โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก การเพิ่มขึ้นของการบริโภคในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ (Manthey *et al.*, 2019; World Health Organization, 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ทำตั้งแต่ก่อนช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งส่งผลกระทบต่อปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายประเทศทั่วโลก (รายละเอียดเพิ่มเติมด้านล่าง และ Sohi *et al.*, in press)

แนวโน้มของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจนถึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลยเมื่อดูแนวโน้มระหว่างปีต่อปี อย่างไรก็ตาม มีการเปลี่ยนแปลงระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรวดเร็วหรือเห็นได้ชัดเจนในช่วง 1 ทศวรรษ ซึ่งทำให้เกิดข้อกังวลในด้านสภาวะสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การลดลงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด่นชัดของประเทศโปรตุเกส (ค.ศ. 1975-1977) โปแลนด์ (ค.ศ. 1980-1982) ประเทศไทย (ค.ศ. 1984-1985) และในหลายประเทศของสหภาพโซเวียต (ค.ศ. 1984-1987) (World Health Organization, 2018) หรือการเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ในประเทศฟินแลนด์ (ค.ศ. 1986-1969) ประเทศไนจีเรีย (ค.ศ. 1987-1988) และประเทศบัลแกเรีย (ค.ศ. 1999-2001) เห็นได้

ชี้ว่า การเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายปีที่ผ่านมาอยู่ในประเทศที่มีประชากรมากที่สุด 2 ประเทศทั่วโลก คือ ประเทศจีนในช่วงทศวรรษที่ 20 (Guo and Huang, 2015) และประเทศอินเดียในช่วงต้นปี ค.ศ. 2000 (Gururaj *et al.*, 2021)

3.3.2 การอธิบายระดับและแนวโน้มของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรมีหลากหลาย และส่งผลต่อความแตกต่างระหว่างประเทศและภูมิภาค และแนวโน้มตามช่วงเวลาภายในประเทศหรือภูมิภาค ปัจจัยแรก มูลค่าทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญ มีความสัมพันธ์ระหว่างความมั่งคั่งและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างประเทศหรือภูมิภาคในภาคตัดขวาง; ความสามารถในการซื้อต่อหัวประชากรยิ่งเพิ่มขึ้นเท่าไรปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรก็จะเพิ่มสูงขึ้น และสัดส่วนประชากรชายที่ไม่ดื่มต่ำลง (Schmidt *et al.*, 2010, World Health Organization, 2018) นอกจากนี้ สัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มนอกระบบภาษีต่อหัวประชากรต่ำสุดในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง (ร้อยละ 11) และสูงมากในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ (ประมาณร้อยละ 40) (World Health Organization, 2018) ข้อสังเกตเหล่านี้อาจบ่งถึงความสำคัญของปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบหลักฐานชัดเจนเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างภายในประเทศตามระยะเวลา รายงานของประเทศสวีเดน (Krüger and Svensson, 2010) และประเทศไทย (Shield *et al.*, 2011) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกำลังซื้อและระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นั่นคือ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรสูงขึ้นในช่วงที่เศรษฐกิจดี ในทางเดียวกัน ปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากรลดลงเมื่อประเทศประสบปัญหาเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะผสมแบบทั้งมีและไม่มีผลกระทบก็ตาม (De Goeij *et al.*, 2015)

ข้อห้ามทางศาสนาต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ศาสนาอิสลาม น่าจะเป็นคำอธิบายที่สำคัญต่อระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต่ำของกลุ่มประเทศที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ถึงแม้จะเป็นประเทศที่มีระดับรายได้สูงในกลุ่มประเทศอิสลาม เช่น ซาอุดีอาระเบีย ก็ยังมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรค่อนข้างต่ำ (World Health Organization, 2018; Manthey *et al.*, 2019) อย่างไรก็ตาม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประเทศอิสลามหลายประเทศ จากการรับนโยบายแอลกอฮอล์ใหม่เข้ามาด้วยเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ (Al-Ansari *et al.*, 2016)

ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจแนวโน้มของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (รายละเอียดใน Allamani *et al.*, 2011, pp. 1294-1295, บทนำ) ปัจจัยบางตัวช่วยอธิบายการลดลงของปริมาณการดื่มฯ ต่อหัวประชากรให้เข้าใจมากขึ้น โดยเฉพาะการดื่มไวน์ในประเทศที่มีการผลิตไวน์ท้องถิ่นในแถบประเทศยุโรปใต้ Gual and Colom (1997) เสนอแนะปัจจัยด้านอื่น ได้แก่ ความแตกต่างของการตลาดของผลิตภัณฑ์ไวน์และเบียร์ นโยบายทางด้านเกษตรกรรมในสหภาพยุโรป และการแข่งขันของเครื่องดื่มที่ไม่ผสมแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ คำอธิบายอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอย่างมากของวิถีชีวิตการทำงาน และกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งบ่งชี้ว่า การดื่มสุราไม่ได้เหมาะสมกับวิถีชีวิตการทำงาน และกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจของวิถีชีวิตในเมืองที่ทันสมัยอีกต่อไป (Rehm and Room, 2017)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมือง อาจส่งผลกระทบต่อระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน ในประเทศโปแลนด์ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรลดลงอย่างเห็นได้ชัดระหว่างปี ค.ศ. 1980 ถึง ค.ศ. 1981 จากการรณรงค์ต่อต้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเคลื่อนไหวทางการเมืองของสหภาพแรงงานร่วมกับการประกาศกฎอัยการศึกของรัฐบาลและการจัดให้มีการปันส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Moskalewicz, 2000) ในอดีตประเทศสหภาพโซเวียต การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ลดลงเช่นเดียวกันในช่วงกลางทศวรรษ 1980 ในระหว่างการรณรงค์ต่อต้านแอลกอฮอล์ในยุคคอร์บาซอฟที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (Reitan, 2000) นอกจากนี้ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในประเทศที่เคยอยู่ในกลุ่มสหภาพโซเวียต การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ลดลงด้วยนโยบายการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มแข็งเช่นกัน (Neufeld *et al.*, 2021)

โดยสรุป มีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคม ผู้เขียนจะนำเสนอประเด็นเหล่านี้ในส่วนต่อไปของหนังสือเล่มนี้ นโยบายแอลกอฮอล์อาจมีผลกระทบต่อระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ฟังระลึกไว้เสมอว่า นโยบายเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยต่าง ๆ ที่ร่วมกันมีอิทธิพลต่อระดับ

การบริโภค (Allamani et al., 2011) การเปรียบเทียบระดับการบริโภคในแต่ละประเทศที่มีนโยบายแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน อาจนำไปสู่ข้อสรุปที่ผิดพลาดเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบาย หากไม่ได้นำปัจจัยที่มีความซับซ้อนนี้มาพิจารณาด้วย

3.4 ทำไมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรจึงมีความสำคัญ

3.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรกับความชุกของนักดื่มหนัก

ค่อนข้างชัดเจนว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรมีความเกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดอันตรายทางสุขภาพและภัยในสังคม (Norström and Ramstedt, 2005; Norström and Rossow, 2016; Rossow and Mäkelä, 2021) (ดูบทที่ 4) ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้แนวโน้มจำนวนประชากรเสียชีวิตเพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Rossow and Mäkelä, 2021) และยังเกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดความรุนแรงเช่นเดียวกัน (Rossow and Bye, 2013; Rossow and Mäkelä, 2021) ผลกระทบเหล่านี้ส่วนหนึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อหัวประชากรกับความชุกของผู้ดื่มหนัก และความเสี่ยงในการเกิดอันตรายที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มนักดื่มหนัก (ดูบทที่ 4)

ในแต่ละการศึกษา คำจำกัดความของ “การดื่มหนัก” ไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียว และมีการใช้ระดับปริมาณการดื่มที่หลากหลายในการแยกระหว่างกลุ่ม “นักดื่มหนัก” จากกลุ่มนักดื่มอื่น อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเกณฑ์ “การดื่มหนัก” คืออะไร ก็มีหลักฐานยืนยันชัดเจนถึงความเชื่อมโยงระหว่างปริมาณการบริโภคต่อหัวนักดื่มกับความชุกของการดื่มหนัก นั่นคือ ยิ่งระดับการบริโภคสูงขึ้น ลัดส่วนของนักดื่มหนักก็จะมีสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งพบได้ในการศึกษาภาคตัดขวางที่เปรียบเทียบประชากรระหว่างประเทศ หรือการศึกษาเปรียบเทียบภายในประเทศในช่วงระยะเวลาต่างกัน (Rossow and Mäkelä, 2021) การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อค่าเฉลี่ยของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลง การดื่มระดับต่ำ ปานกลาง และสูงก็จะเปลี่ยนไปด้วย ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงของ

ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยไม่ได้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของการดื่มหนักเท่านั้น แต่ยังเป็นเพราะว่า นักดื่มหนักก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับกับนักดื่มอื่น ๆ ด้วยการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการบริโภคต่อหัวนักดื่มจึงมักจะถูกอธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของการกระจายโดยรวมของนักดื่มทั้งหมด (whole distribution of drinkers) ที่ “มีแนวโน้มที่จะขยับขึ้นและลงตามขนาดของการบริโภค” (Skog, 1985) ถึงแม้ว่าลักษณะประจำอันนี้อาจจะมีข้อยกเว้นบ้างในบางครั้ง แต่ก็ควรสังเกตว่า ความสัมพันธ์ที่หนักแน่นระหว่างปริมาณการดื่มเฉลี่ยในประชากรและความชุกของการดื่มหนักไม่ได้เป็นเพียงลักษณะเฉพาะของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น (Holmes *et al.*, 2019; Rossow and Mäkelä, 2021) แต่ยังพบในมิติทางด้านสุขภาพ (Rose and Day, 1990) และภาวะเสพติดอื่น ๆ อีกด้วย (Rossow and Bramness, 2015; Rossow, 2019)

3.4.2 การกระจายตัวของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างมีรูปแบบเดียวกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง APC (หรือปริมาณการบริโภคทั้งหมด หรือปริมาณการบริโภคเฉลี่ย) และความชุกของนักดื่มหนักสะท้อนรูปแบบของการกระจายการบริโภค (distribution of consumption) ที่ชัดเจนภายใต้ค่าเฉลี่ยของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรที่มีระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และวัฒนธรรมการดื่มที่แตกต่างกัน การกระจายตัวของปริมาณการบริโภคมีรูปแบบค่อนข้างแน่นอน – เป็นเส้นที่มีความเรียบ (smooth) และเบ้ (skewed) พร้อมกับหางกราฟที่เรียวต่ำและยาวไปทางขวา (Skog, 1985; Kehoe *et al.*, 2012; Rossow and Clausen, 2013) (ภาพที่ 3.1) รูปแบบการกระจายตัวที่ค่อนข้างคงที่นี้มักถูกเรียกว่า “รูปแบบการกระจายตัวของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” (Room and Livingston, 2017) จากข้อมูลตัวอย่างประชากรใน 66 ประเทศ Kehoe และคณะ (2012) พบว่า การกระจายตัวของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีรูปแบบค่อนข้างเหมือนกันในทุกประเทศ และรูปแบบการกระจายตัวของปริมาณการบริโภคในประชากรนั้นสามารถคาดการณ์ได้ถ้ามีข้อมูลสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน และปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร ภาพที่ 3.1 แสดงถึง การนำข้อมูลรูปแบบการกระจายตัวของข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปใช้ประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขนั้น โดยแสดงเป็นการกระจายตัวของข้อมูลการบริโภค

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรสมมติ 2 กลุ่ม โดยที่ ค่าเฉลี่ยของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากร b สูงกว่าของกลุ่มประชากร a ถ้าเราพิจารณาว่า นักดื่มหนัก คือ ผู้ที่ดื่มปริมาณมากกว่าขีดที่กำหนดไว้ x (termed x), สัดส่วนของนักดื่มหนักในกลุ่มประชากร b สูงกว่าในกลุ่มประชากร a (ร่วมกับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่สูงกว่า) อีกนัยหนึ่งก็คือ รูปแบบการกระจายตัวที่คงที่ในที่นี้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นมักจะเกิดร่วมกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของนักดื่มหนักด้วย

เช่นที่กล่าวไปข้างต้น ลักษณะการกระจายตัวของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มมี 2 ลักษณะ คือ เบ้และเรียว และสองลักษณะนี้มีความสำคัญต่อการสาธารณสุข รูปแบบการกระจายตัวที่มีความเบ้นั้น หมายความว่า นักดื่มที่เป็นนักดื่มอย่างหนักมีเพียงส่วนน้อย แต่สัดส่วนใหญ่ของปริมาณการบริโภคทั้งหมดเกิดจากนักดื่มเหล่านี้ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศออสเตรเลีย ผู้ที่ดื่มอย่างหนักที่สุดซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรเป็นผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด



a = consumption mean for population a

b = consumption mean for population b

x = lower limit for 'heavy drinking': area under distribution curve and above x illustrates the proportion of population that are 'heavy drinkers'

ภาพที่ 3.1 รูปโค้งการกระจายตัวของกลุ่มประชากรสมมติ 2 กลุ่ม ที่มีระดับของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (APC) แตกต่างกัน

(Livingston and Callinan, 2019) สอดคล้องกับการรายงานจากหลายประเทศ เช่น นอร์เวย์ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศจีน (Skog, 1985; Greenfield and Rogers, 1999; Hao et al., 2004; Stockwell et al., 2009)

รูปทรงของการกระจายตัวของปริมาณการบริโภคฯ ที่มีลักษณะเรียบ [ต้นฉบับใช้คำว่า smoothness ซึ่งในที่นี้ คือ เป็นรูปภูเขาทรงโค้งที่มียอดเดียว ไม่ใช่รูปภูเขาที่มีหลายยอด - บรรณาธิการอธิบายเสริม] หมายความว่า ไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่าง “กลุ่มนักดื่มปกติ” และ “**กลุ่มผู้ติดสุรา**” (“alcoholics”) หรือ “กลุ่มผู้ดื่มอย่างหนัก” ซึ่งสะท้อนว่า ผู้ที่เข้าหลักเกณฑ์ว่า เป็นผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorder) เป็นเพียงกลุ่มเล็กนั้นก็มียกระดับของการดื่มที่หลากหลายอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับระดับของการดื่มของนักดื่มกลุ่มอื่น ๆ

3.5 แบบแผนการดื่มสุรา

“แบบแผนการดื่มสุรา” หมายถึง ลักษณะปกติของความถี่ จำนวน และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนบริโภคในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้งลักษณะที่ว่าเป็นการดื่มร่วมหรือไม่ร่วมกับมื้ออาหาร แบบแผนการดื่มมีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของนักดื่ม และมิติอื่น ๆ ของการดื่มของบุคคลนั้น ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับอันตรายจากการดื่มสุรา

3.5.1 การกระจายตัวของโอกาสในการดื่มและปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง

ปริมาณการบริโภคทั้งหมด เป็นองค์ประกอบรวมของ 2 มิติ คือ ความถี่ของการดื่มและปริมาณที่ดื่มเฉลี่ยต่อครั้ง ซึ่งแต่ละมิติมีลักษณะการกระจายตัวของมันเอง การกระจายตัวของปริมาณการบริโภครวมของประชากรสองกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน อาจจะถูกประกอบด้วย ลักษณะของความถี่ในการดื่มและปริมาณการดื่มต่อครั้งที่แตกต่างกันก็ได้ ถ้าการดื่มประจำมีผลกระทบทางสุขภาพที่แตกต่างจากการดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว ระดับของปริมาณการดื่มในภาพรวมที่เท่ากันสองกลุ่มอาจจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันก็ได้

แบบแผนการดื่มแบบเล็กน้อยจนถึงปานกลาง ซึ่งหมายถึง การดื่มปริมาณเล็กน้อยต่อครั้งบ่อย ๆ ดูเหมือนว่าจะมีประโยชน์ (ดูบทที่ 4) อย่างไรก็ตาม แบบแผนการดื่มแบบนี้ไม่ใช่ลักษณะปกติในประชากรส่วนใหญ่ จากข้อสังเกตของ Knupfer's (Knupfer, 1987) ในเรื่องความเชื่อผิดของ "การดื่มเล็กน้อยทุกวัน" ("daily light") ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาต่อมาในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงก็พบว่า นักดื่มที่ดื่มเล็กน้อยทุกวันนี้พบได้ยาก และนักดื่มที่ดื่มทุกวันส่วนใหญ่ก็มักจะเป็นนักดื่มหนัก (Lemmens, 1991; Paradis *et al.*, 2009) ความชุกของนักดื่มเล็กน้อยแต่บ่อยขึ้นยิ่งต่ำมากในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ (Obot and Room, 2005; Clausen *et al.*, 2009)

3.5.2 การดื่มอย่างหนัก

ตามที่อภิปรายในบทที่ 2 ภาวะมีนเมา คือ กลไกหลักที่ทำให้แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดอันตราย ความมีนเมาที่เกิดจากการดื่มปริมาณมากในครั้งเดียว หรือที่เรียกว่า **การดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking; HED)** ซึ่งเป็นแบบแผนการดื่มแบบหนึ่ง เพื่อให้เข้าใจถึงการนำปริมาณการบริโภครวมไปใช้ประโยชน์นั้น เราจำเป็นต้องแยกให้ได้ว่าระหว่างแบบแผนการดื่มแบบดื่มบ่อย กับแบบที่ไม่ได้ดื่มบ่อย แต่ดื่มอย่างหนักต่อครั้ง ความสำคัญของแบบแผนการดื่มนั้นสามารถใช้ได้กับทั้งในระดับประชากรและระดับปัจเจกบุคคล การทราบว่า ลักษณะการดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราวนี้พบได้บ่อยเพียงไรในประชากรมีประโยชน์ในการอธิบายผลกระทบของปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่ออันตรายของประชากร (Rossow and Mäkelä, 2021) ในทำนองเดียวกัน แบบแผนการดื่มของแต่ละคนเป็นตัวตัดสินว่า ปริมาณการดื่มระดับใดน่าจะเป็นอันตรายแค่ไหน (ดูบทที่ 4) ยกตัวอย่างเช่น ความเสี่ยงทางสุขภาพจะมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ที่ดื่มเบียร์ 3 ขวดทุกวันตอนเย็น กับผู้ที่ดื่ม 1 ขวดทุกวัน แต่ดื่ม 15 ขวดในคืนวันเสาร์รวดเดียว ถึงแม้ว่า ความถี่และปริมาณการดื่มเฉลี่ยของทั้งสองคนนี้จะเท่ากัน

วัฒนธรรมมีความแตกต่างกันในการที่จะบอกว่า รูปแบบการดื่มหนักเป็นครั้งคราวจะเป็นลักษณะเฉพาะของแบบแผนการดื่มหรือไม่ วัฒนธรรมยังเป็นตัวกำหนดว่า ผู้ที่ดื่มจนเมามากจะได้รับการปฏิบัติด้วยอย่างไร และคนจะทำตัวอย่างไรเวลาเมา (Room and Mäkelä, 2000) คอลัมน์ที่ 6 ของตารางที่ 3.1 แสดงให้เห็น ความแตกต่างอย่างชัดเจนของความชุกของการดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว (นิยามว่า คือ การดื่มในปริมาณเอทานอล

ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 กรัมเอทานอลต่อครั้ง อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน) ในกลุ่มนักดื่มปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป (ดูเพิ่มเติม Rehm et al., 2004)

ในหลายวัฒนธรรม การดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราวมักเป็นลักษณะเฉพาะของนักดื่มวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มและการใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรนักเรียนในหลายประเทศ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบลักษณะดังกล่าวในกลุ่มประเทศทางยุโรป ตารางที่ 3.2 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราวที่มีความแตกต่างกันระหว่างประเทศในยุโรป และมีแนวโน้มที่จะเป็นระดับลงมาจากเหนือสู่ใต้ระหว่างประเทศในยุโรป ในกลุ่มประเทศยุโรปใต้ นักดื่มสัดส่วนน้อยมีประสบการณ์การดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว และในการดื่มแต่ละครั้งก็มีโอกาสน้อยที่จะเป็นการดื่มอย่างหนัก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในยุโรปเหนือ

ตารางที่ 3.2 การดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราวของวัยรุ่น ของกลุ่มประเทศยุโรป: อัตราการดื่ม สัดส่วนของการดื่มหนักในการดื่มทุกครั้ง

ประเทศ	ESPAD 2015			ESPAD 2017
	ความชุกของการดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา	ความชุกของการดื่มหนักใน 30 วันที่ผ่านมา ^a	อัตราส่วนระหว่างความชุกของการดื่มหนักกับความชุกของการดื่ม	อัตราส่วนระหว่างจำนวนครั้งของการดื่มหนักกับจำนวนครั้งของการดื่มทั้งหมด ^b
ฟินแลนด์	32	23	0.72	0.35
นอร์เวย์	22	19	0.86	0.36
สวีเดน	26	22	0.85	0.30
เดนมาร์ก	73	56	0.77	0.28
ฝรั่งเศส	53	31	0.58	0.12
อิตาลี	57	34	0.60	0.12

^aความชุกของการดื่มหนัก คือ ร้อยละของวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับ 60 กรัมเอทานอลบริสุทธิ์ต่อครั้งอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน

^bการดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว (HED, heavy episodic drinking) คือ การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเท่ากับ 60 กรัมเอทานอลบริสุทธิ์ในครั้งเดียว

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD); The 2015 ESPAD Report (The ESPAD Group 2016); and the 2007 ESPAD Report (Hibell et al. 2009). Calculations presented in (Babor et al. 2010)

3.5.3 ประเภทของเครื่องดื่ม

ลักษณะที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของแบบแผนการดื่ม คือ ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ดังที่กล่าวแล้วในบทที่ 2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลากหลายประเภทและมีระดับแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ในบางพื้นที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงหนึ่งหรือสองชนิดเท่านั้นที่ถูกบริโภคเป็นปริมาณส่วนใหญ่ของการบริโภคทั้งหมด มีเครื่องดื่มชนิดที่เป็นที่นิยมมากที่สุดมักจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้า ๆ ในแต่ละวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำหลายประเทศ การพัฒนาทางเศรษฐกิจในช่วงเร็ว ๆ นี้ ได้ทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในระดับอุตสาหกรรม หรือเครื่องดื่มนำเข้า มาทดแทนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในบ้าน

ในระดับโลกและในแง่ของปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ สุรากลั่น (spirits) เป็นเครื่องดื่มที่มีการบริโภคมากที่สุดในทุกประเภทเครื่องดื่มทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 45 ของการบริโภคในระบบทั้งหมด (World Health Organization, 2018) รองลงมา คือ การบริโภคเบียร์ คิดเป็นร้อยละ 34 ของการบริโภคในระบบทั้งหมด ในเกือบทุกประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ เลเกอร์เบียร์สไตล์ยุโรป (European-style lager beer) จัดว่าเป็นสินค้าหลักในกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มกันประจำวัน (Jernigan *et al.*, 2000) เบียร์ประเภทนี้ ส่วนมากจะได้รับการส่งเสริมและผลิตโดยบริษัทข้ามชาติหรือพันธมิตรของบริษัท ซึ่งมีระดับการบริโภคเติบโตเพิ่มขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ไวน์องุ่น คิดเป็นร้อยละ 12 ของการบริโภคในระบบทั้งหมด ส่วนเครื่องดื่มประเภทอื่น เช่น สุรากลั่น/หมักชุมชน เช่น เบียร์ข้าวฟ่าง pulque (เครื่องดื่มประจำชาติของประเทศเม็กซิโก-บรรณาธิการ) และ chicha (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชนเผ่าอินคา-บรรณาธิการ) คิดเป็นร้อยละ 9 ของการบริโภคทั้งหมด (World Health Organization, 2018)

ในประวัติศาสตร์ การดื่มสุรากลั่นมักทำให้เกิดปัญหา มากกว่าการดื่มเครื่องดื่มที่ใช้วิธีการหมัก เช่น ไวน์ หรือเบียร์ ในมุมมองทางสุขภาพ ประเภทเครื่องดื่มดูเหมือนจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาวแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ปริมาณรวมของเอทานอลบริสุทธิ์ที่ดื่ม ไม่ว่าจะได้จากเครื่องดื่มประเภทใด เป็นตัวที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่า อย่างไรก็ตาม การดื่มสุรากลั่นสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างได้มากกว่า ตัวอย่างเช่น การตายจากภาวะเป็นพิษจากการดื่มสุรา (Fatal alcohol poisoning) และพฤติกรรมก้าวร้าวดูเหมือนจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดื่มสุรากลั่นมากกว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น (Mäkelä *et al.*, 2011) (ดูบทที่ 4 เพิ่มเติม)

3.5.4 บริบทของการดื่ม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่สาธารณะ (เช่น ผับ บาร์ และร้านอาหาร) แทนที่จะดื่มในพื้นที่ส่วนตัว มีความหมายในเชิงความเป็นอันตราย (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมรุนแรง) และกลยุทธ์ในการป้องกันด้วย ข้อมูลจากประเทศในทวีปยุโรปหกประเทศ แสดงให้เห็นถึง ความแตกต่างของสัดส่วนของจำนวนครั้งของการดื่มในผับ บาร์ หรือร้านอาหาร ซึ่งมีระหว่างร้อยละ 10 ถึง ร้อยละ 25 (Leifman, 2002) ซึ่งบ่งชี้ว่า การดื่มส่วนใหญ่มักอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในประเทศออสเตรเลีย (Callinan *et al.*, 2016) นิวซีแลนด์ ประเทศไทย และเวียดนาม การดื่มอย่างหนักส่วนใหญ่เป็นการดื่มในพื้นที่ส่วนตัว (Huckle *et al.*, 2020) อย่างไรก็ตาม การสำรวจใน 22 ประเทศทั่วโลก ทำให้มองเห็นภาพการดื่มที่ชัดเจนยิ่งขึ้น (Bond *et al.*, 2010) ในขณะที่ การดื่มในพื้นที่ส่วนตัว (เช่น บ้าน) มักเกิดขึ้นบ่อยกว่าการดื่มในพื้นที่สาธารณะในประเทศส่วนใหญ่ แต่ในบางประเทศ กลับเห็นการดื่มในพื้นที่สาธารณะมากกว่า โดยเฉพาะในประเทศแถบลาตินอเมริกา แอฟริกา และเอเชียใต้

3.6 ลักษณะการกระจายตัวของการดื่มสุราตามลักษณะทางประชากร และตามช่วงชีวิต

3.6.1 เพศสภาพ

งานทบทวนวรรณกรรมขนาดใหญ่ฉบับหนึ่ง ซึ่งอิงข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราแสดงให้เห็นถึง ความแตกต่างของแบบแผนการดื่มสุราระหว่างชายและหญิง ผู้เยาว์กว่าและผู้สูงอายุ และระหว่างกลุ่มเชื้อชาติหรือศาสนาด้วย

ในทุกภูมิภาคทั่วโลก ความชุกของผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยในชีวิต ในประชากรหญิงสูงกว่าในประชากรชาย และประชากรชายมีแนวโน้มที่จะเป็นนักดื่มมากกว่าประชากรหญิงมาก (World Health Organization, 2018) ตารางที่ 3.3 แสดง

สัดส่วนโดยประมาณของผู้ที่ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต และนักดื่มปัจจุบันในประชากรชายและประชากรหญิงในแต่ละภูมิภาคของโลก ในกลุ่มนักดื่ม มีการประมาณว่า นักดื่มชายดื่มมากกว่านักดื่มหญิง โดยทั่วไปมากกว่าประมาณ 3 เท่า และความชุกของนักดื่มหนักในเพศชายสูงกว่านักดื่มหญิงเช่นกัน (ตารางที่ 3.3) ในขณะที่ความแตกต่างระหว่างเพศของความชุกการดื่มสุรานั้นมีแนวโน้มสูงกว่าในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง แต่ระดับรายได้ของประเทศดูเหมือนว่าจะไม่ได้ส่งผลต่อความแตกต่างระหว่างเพศกับปริมาณการดื่ม (World Health Organization, 2018) การศึกษาเปรียบเทียบใน 35 ประเทศทั่วโลกพบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศซึ่งแสดงด้วยอัตราส่วนระหว่างเพศชายและหญิง มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และตามตัวแปรที่ใช้วัดการดื่มสุรา (เช่น สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน หรือจำนวนครั้งของการดื่มอย่างหนัก) ในหลายประเทศ ความแตกต่างระหว่างเพศเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Wilsnack et al., 2009) ในทำนองเดียวกัน Slade และคณะ (2016) วิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษา 68 เรื่อง พบว่า อัตราส่วนระหว่างเพศของการดื่มสุรา และปัญหาจากการดื่มลดลงตามกลุ่มอายุ (birth cohort) ที่น้อยลง แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรชายและประชากรหญิงที่ลู่อเข้ามาหากัน (gender convergence) ตามเวลาที่น่าสังเกต คือ การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือและยุโรป

การที่ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคโดยเฉลี่ยมีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจนนั้น หมายความว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร สัดส่วนที่ใหญ่มาก (ร้อยละ 74 ทั่วโลก) เป็นจากการดื่มของนักดื่มชาย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อหัวประชากรส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงการดื่มของนักดื่มชายมากกว่าการดื่มของนักดื่มหญิง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงกว่า ร่วมกับ **แบบแผนการดื่มแบบเสี่ยงอันตราย (hazardous drinking pattern)** ที่พบมากกว่าในนักดื่มชาย บ่งชี้ว่า ผู้ชายได้รับผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบทางสังคมจากการดื่มสุรามากกว่าผู้หญิง (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมบทที่ 4)

ตารางที่ 3.3 ตัวชี้วัดของระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแบบแผนการดื่มอย่างหนัก จำแนกตามเพศและภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก

ภูมิภาคของ WHO	ผู้ที่ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต (%)		นักดื่มปัจจุบัน		ปริมาณการบริโภคต่อหัวนักดื่ม	ความชุกของการดื่มหนัก (HED ^a) ในกลุ่มนักดื่ม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		อัตราส่วน ช/ญ	ชาย
แอฟริกา	45	70	44	21	2.7	61	26
อเมริกา	9	24	67	42	2.8	53	20
เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	92	98	5	1	2.7	13	3
ยุโรป	17	29	69	51	2.8	57	25
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	43	71	45	21	2.8	51	19
แปซิฟิกตะวันตก	26	51	67	41	2.8	53	20
ทั่วโลก	35	55	54	32	2.8	50	20

^a HED: การดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 60 กรัมขึ้นไปต่อครั้ง อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน
HED, heavy episodic drinker การดื่มหนักเป็นครั้งคราว

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

3.6.2 อายุ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะ เนื่องจากมีความไวต่ออันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในประชากรกลุ่มนี้ ในหลายประเทศมีการกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการบริโภคเครื่องดื่มฯ ตามกฎหมาย (บทที่ 8) กลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดื่มมาแล้วก่อนจะถึงอายุขั้นต่ำตามเกณฑ์ (Kuntsche *et al.*, 2013; Kraus *et al.*, 2016) และการดื่มอย่างหนักมักพบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่นอายุ (15-19 ปี) พอ ๆ กับในกลุ่มประชากรทั่วไป (World Health Organization, 2018) ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นลดลงในหลายประเทศที่มีระดับรายได้สูง (Pape *et al.*, 2018; Kraus *et al.*, 2019a) และแนวโน้มนี้มักจะแตกต่างจากแนวโน้มโดยรวมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศเดียวกัน มีคำอธิบายมากมาย แต่ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่า แนวโน้มนี้เกิดขึ้นได้อย่างไรในหลายประเทศ (Pape *et al.*, 2018; Kraus *et al.*, 2019; Vashishtha *et al.*, 2019) ในขณะที่มีข้อบ่งชี้บางประการว่า แนวโน้มการบริโภคที่ลดลงในกลุ่มวัยรุ่นนี้ได้ขยายต่อไปในกลุ่มหนุ่มสาวด้วย (Leggat *et al.*, 2021) แต่เราก็กังวลว่า จะเป็นเช่นนี้ทั่วไปหรือไม่

กลุ่มผู้สูงอายุมีความไวที่จะได้รับผลกระทบเชิงลบจากแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอายุอื่น (Adams and Jones, 1998; Squeglia *et al.*, 2014) ปัจจัยที่มักจะมีมาเกี่ยวกับวัยสูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา ความท้าทายด้านสุขภาพต่าง ๆ และการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ปัจจัยเหล่านี้ช่วยเสริมอันตรายของแอลกอฮอล์ (Anderson *et al.*, 2012; Galluzzo *et al.*, 2012) เมื่อพิจารณาถึงความไวต่ออันตรายจากแอลกอฮอล์ตามอายุที่มากขึ้น การเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา (Hallgren *et al.*, 2009; Anderson *et al.*, 2012; Bye and Østhus, 2012; Breslow *et al.*, 2017) ยิ่งเสริมความกังวลต่อผลกระทบด้านสาธารณสุขมากขึ้น (Anderson *et al.*, 2012)

3.6.3 เศรษฐฐานะ

ตามที่กล่าวมาแล้ว ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรมีแนวโน้มสูงกว่าในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำหรือปานกลาง เมื่อพิจารณาภายในกลุ่มประชากร กลุ่มคนที่มีฐานะสูง (หมายถึง กลุ่มที่มีระดับรายได้สูง ระดับการศึกษาสูง และมีสถานะทางอาชีพสูง) ก็เป็นนักดื่มมากกว่า และความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยของคนกลุ่มนี้มักจะสูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะต่ำกว่า (Schmidt *et al.*, 2010) การเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้นจะตรงกันข้ามกับอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (นั่นคือ อันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราลดลง เมื่อสถานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น) (Schmidt *et al.*, 2010) และมักเรียกปรากฏการณ์นี้ว่าเป็น “ความย้อนแย้งของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” “alcohol harm paradox” (Bellis *et al.*, 2016) (ดูบทที่ 4 เพิ่มเติม) อย่างไรก็ตาม แบบแผนการดื่มแบบอันตราย (harmful drinking patterns) รวมถึงการดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว มักพบในกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำมากกว่าในกลุ่มที่มีเศรษฐานะสูง (Jones *et al.*, 2015; Katikireddi *et al.*, 2017) แต่อาจจะเป็นส่วนที่ทำให้อัตราของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

3.6.4 ประชากรชนพื้นเมืองกลุ่มน้อย

ชนพื้นเมือง เป็นกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรมทางสังคมและชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากประชากรทั่วไป และมีประชากรคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรทั่วโลก และเป็นร้อยละ 15 ของกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนที่สุด (The World Bank, 2020) การศึกษาในชนพื้นเมืองในประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอเมริกาเหนือ แสดงให้เห็นว่า ประชากรกลุ่มนี้มักบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง และมีการดื่มอย่างหนักมากกว่า จึงได้รับอันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป (Hudson, 2011; Landen *et al.*, 2014; Connor *et al.*, 2015; Kahukura, 2015; Gray *et al.*, 2018; McLaughlin and Castrodale, 2018) (ดูเพิ่มเติมใน Brady, 2000) ถึงแม้ว่า การบริโภคปริมาณสูงและรูปแบบการดื่มแบบเสี่ยงอันตรายในชนพื้นเมืองนั้น

จะมีความแตกต่างจากความเป็นสากล แต่อย่างน้อยส่วนหนึ่งก็เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ของการล่าอาณานิคมและการยึดครอง (Wilson *et al.*, 2010)

3.7 ข้อสังเกตเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส

ในช่วงเดือนแรกของปี ค.ศ. 2020 ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกต้องรับมือกับการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และวางมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค มาตรการเหล่านี้หลายชนิดส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่บางมาตรการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ (ดูบทที่ 8 เพิ่มเติม) โดยเฉพาะการบริโภคในร้านที่มีที่นั่งดื่ม การจำกัดการรวมกลุ่มและการเดินทางก็ช่วยลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางสังคมด้วย (Bade *et al.*, 2020) รวมทั้งการว่างงานและการสูญเสียทางเศรษฐกิจก็ลดความสามารถในการซื้อเครื่องดื่มอีกด้วย (Manthey *et al.*, 2020) สำหรับบางคน การแพร่ระบาดยังอาจเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวล ที่นำไปสู่การเพิ่มปริมาณการดื่มสุรา (Avery *et al.*, 2020; Koopmann *et al.*, 2020; Lechner *et al.*, 2020) การสำรวจประชากรในช่วงแรกของการแพร่ระบาดแสดงให้เห็นว่า ประชากรส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง ซึ่งมีทั้งการดื่มน้อยลงและการดื่มเพิ่มมากขึ้น (Callinan *et al.*, 2021; Chodkiewicz *et al.*, 2020; Panagiotidis *et al.*, 2020; Kilian *et al.*, 2021)

3.8 บทสรุปและการนำไปใช้

ข้อมูลการขายและค่าประมาณของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรมีแนวโน้มลดลงโดยรวมในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงในสหประชาชาติใหม่ อย่างไรก็ตาม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง ซึ่งคาดการณ์ว่าจะยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในปีต่อ ๆ มา

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ทั่วโลก ซึ่งความแตกต่างนี้ส่วนใหญ่เกิดจากความแตกต่างของสัดส่วนของประชากรที่ไม่ดื่มสุรา สำหรับกลุ่มนักดื่มนั้น ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันน้อยในแต่ละพื้นที่ทั่วโลก ซึ่งบ่งชี้ว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรจะเพิ่มขึ้นเมื่อสัดส่วนของผู้ที่ไม่ดื่มสุราลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่การไม่ดื่มสุราเป็นสิ่งปกติ เช่น กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำหรือปานกลาง

ไม่ใช่เฉพาะระดับของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้นที่สัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพและสังคมจากการดื่มสุรา แบบแผนการดื่มก็มีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน ดังนั้น ปริมาณการดื่มที่เท่ากันอาจจะสัมพันธ์กับระดับปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม ปริมาณการบริโภครวมและแบบแผนการดื่มที่มีความแตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มประชากร ยังส่งผลให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มฯ มีการกระจายตัวไม่เท่ากันภายในประเทศนั้น

ความแตกต่างของปริมาณและแบบแผนการดื่มระหว่างประเทศและภูมิภาคของทั่วโลก ส่งผลให้องค์ประกอบและภาพรวมของปัญหาทางสังคมและสุขภาพจากการดื่มสุรามีความแตกต่างกันด้วย ซึ่งจะกล่าวเพิ่มเติมในบทที่ 4 ความแตกต่างเหล่านี้ยังบ่งชี้ว่าการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันและจัดการปัญหาต้องมีความหลากหลายในสังคมที่ต่างกันอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Adams, W. L., & Jones, T. V. (1998). Alcohol and injuries in elderly people. *Addiction biology*, 3(3), 237-247.
- Al-Ansari, B., Thow, A. M., Day, C. A., & Conigrave, K. M. (2016). Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization. *Addiction*, 111(10), 1703-1713.
- Allamani, A., Voller, F., Decarli, A., Casotto, V., Pantzer, K., Anderson, P., Gual, A., Matrai, S., Elekes, Z., Eisenbach-Stangl, I., Schmied, G., Knibbe, R. A., Nordlund, S., Skjælaaen, Ø., Olsson, B., Cisneros Örnberg, J., Österberg, E., Karlsson, T., Plant, M., Plant, M., ... Gmel, G. (2011). Contextual determinants of alcohol consumption changes and preventive alcohol policies: a 12-country European study in progress. *Substance use & misuse*, 46(10), 1288-1303.
- Anderson, P., Scafato, E., & Galluzzo, L. (2012). Alcohol and older people from a public health perspective. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 48(3), 232-247.
- Avery, A. R., Tsang, S., Seto, E. Y. W., & Duncan, G. E. (2020). Stress, anxiety, and change in alcohol use during the COVID-19 pandemic: findings among adult twin pairs. *Frontiers in psychiatry*, 11, 571084.
- Bade, R., Simpson, B. S., Ghetia, M., Nguyen, L., White, J. M., & Gerber, C. (2021). Changes in alcohol consumption associated with social distancing and self-isolation policies triggered by COVID-19 in South Australia: a wastewater analysis study. *Addiction*, 116(6), 1600-1605.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Nicholls, J., Sheron, N., Gilmore, I., & Jones, L. (2016). The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC public health*, 16, 111.
- Bloomfield, K., Hope, A., & Kraus, L. (2013). Alcohol survey measures for Europe: a literature review. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 20(5), 348-360.
- Bond, J. C., Roberts, S. C., Greenfield, T. K., Korcha, R., Ye, Y., & Nayak, M. B. (2010). Gender differences in public and private drinking contexts: a multi-level GENACIS analysis. *International journal of environmental research and public health*, 7(5), 2136-2160.

- Brady, M. (2000). Alcohol policy issues for Indigenous people in the United States, Canada, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems*, 27(3), 435-509.
- Breslow, R. A., Castle, I. P., Chen, C. M., & Graubard, B. I. (2017). Trends in alcohol consumption among older Americans: national health interview surveys, 1997 to 2014. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 41(5), 976-986.
- Bye, E. K., & Østhus, S. (2012). *Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra Spørreundersøkelser 1985-2008*. Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.
- Callinan, S., Livingston, M., Room, R., & Dietze, P. (2016). Drinking contexts and alcohol consumption: how much alcohol is consumed in different Australian locations? *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(4), 612-619.
- Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D., & Kuntsche, E. (2021). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: early indications from Australia. *Addiction*, 116(6), 1381-1388.
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N., & Bilinski, P. (2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4677.
- Clausen, T., Rossow, I., Naidoo, N., & Kowal, P. (2009). Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. *Addiction*, 104(7), 1147-1154.
- Connor, J., Kydd, R., Shield, K., & Rehm, J. (2015). The burden of disease and injury attributable to alcohol in New Zealanders under 80 years of age: marked disparities by ethnicity and sex. *The New Zealand medical journal*, 128(1409), 15-28.
- de Goeij, M. C., Suhrcke, M., Toffolutti, V., van de Mheen, D., Schoenmakers, T. M., & Kunst, A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Social science & medicine*, 131, 131-146.
- Galluzzo, L., Scafato, E., Martire, S., Anderson, P., Colom, J., Segura, L., McNeill, A., Sovinova, H., Rados Kmel, S., Ahlström, S., & VINTAGE project Working Group (2012). Alcohol and older people. The European project VINTAGE: good health into older age. Design, methods and major results. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 48(3), 221-231.

- Gray, D., Cartwright, K., Stearne, A., Siggers, S., Wilkes, E., & Wilson, M. (2018). Review of the harmful use of alcohol among Aboriginal and Torres Strait Islander people. *Australian Indigenous HealthInfoNet*, 18(1), 1-42.
- Greenfield, T. K., & Rogers, J. D. (1999). Who drinks most of the alcohol in the US? The policy implications. *Journal of studies on alcohol*, 60(1), 78-89.
- Gual, A., & Colom, J. (1997). Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe?. *Addiction*, 92, S21-S31.
- Guo, X., & Huang, Y-G. (2015). The development of alcohol policy in contemporary China. *Journal of food and drug analysis*, 23(1), 19-29.
- Gururaj, G., Gautham, M. S., & Arvind, B. A. (2021). Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug and alcohol review*, 40(3), 368-384.
- Hao, W., Su, Z., Liu, B., Zhang, K., Yang, H., Chen, S., Biao, M., & Cui, C. (2004). Drinking and drinking patterns and health status in the general population of five areas of China. *Alcohol and alcoholism*, 39(1), 43-52.
- Hallgren, M., Högberg, P., & Andréasson, S., (eds.). (2009). *Alcohol consumption among elderly european union citizens: health effects, consumption trends and related issues*. Swedish National Institute of Public Health. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.517.2709&rep=rep1&type=pdf>
- Holmes, J., Ally, A. K., Meier, P. S., & Pryce, R. (2019). The collectivity of british alcohol consumption trends across different temporal processes: a quantile age-period-cohort analysis. *Addiction*, 114(11), 1970-1980.
- Huckle, T., Callinan, S., Pham, C., Chaiyasong, S., Parker, K., & Casswell, S. (2020). Harmful drinking occurs in private home in some high- and middle-income alcohol markets. *Drug and alcohol review*, 39(6), 616-623.
- Huckle, T., Casswell, S., Mackintosh, A. M., Chaiyasong, S., Viet Cuong, P., Morojele, N., Parry, C. D. H., Meier, P., Holmes, J., Callinan, S., Piazza, M., Kazantseva, E., Bayandorj, T., Gray-Phillip, G., Haliday, S., Chun, S., Welch, M., Graydon-Guy, T., & Parker, K. (2018). The International alcohol control study: methodology and implementation. *Drug and alcohol review*, 37 Suppl 2(Suppl 2), S10-S17.
- Hudson, S. (2011). *Alcohol restrictions in indigenous communities and frontier towns*. Centre for Independent Studies.

- Jernigan, D. H., Monteiro, M., Room, R., & Saxena, S. (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 491-499.
- Jones, L., Bates, G., McCoy, E., & Bellis, M. A. (2015). Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 400.
- Kahukura, T. (2015). *Māori Health Chart Book 2015*. Ministry of Health.
- Katikireddi, S. V., Whitley, E., Lewsey, J., Gray, L., & Leyland, A. H. (2017). Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*, 2(2), e267-276.
- Kehoe, T., Gmel, G., Shield, K. D., Gmel, G., & Rehm, J. (2012). Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Population health metrics*, 10, 6.
- Kilian, C., Rehm, J., Allebeck, P., Braddick, F., Gual, A., Barták, M., Bloomfield, K., Gil, A., Neufeld, M., O'Donnell, A., Petruželka, B., Rogalewicz, V., Schulte, B., Manthey, J., & European Study Group on Alcohol Use and COVID-19. (2021). Alcohol consumption during COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*, 116(12), 3369-3380.
- Knupfer, G. (1987). Drinking for health: the daily light drinker fiction. *British journal of addiction*, 82(5), 547-555.
- Koopmann, A., Georgiadou, E., Kiefer, F., & Hillemacher, T. (2020). Did the general population in Germany drink more alcohol during the COVID-19 pandemic lockdown?. *Alcohol Alcohol*, 55(6), 698-699.
- Kraus, L., Guttormsen, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K., Trapencieris, M., Vicente, J., Amarsson Á. M., Balakireva, O., K. Bye, E., Chileva, A., Ciocanu, M., Clancy, L., Csémy, L., Djuriscic, T., Elekes, Z., Feijão, F., Florescu, S., Franelić, I. P., ... Hibell, B. (2016). *ESPAD report 2015*. Results from the European School survey project on alcohol and other drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Kraus, L., Room, R., Livingston, M., Pennay, A., Holmes, J., Törrönen, J. (2019). Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory*, 28(3), 1-11.

- Krüger, N. A., & Svensson, M. (2010). Good times are drinking times: empirical evidence on business cycles and alcohol sales in Sweden 1861-2000. *Applied Economics Letters*, 17(6), 543-546.
- Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Bogt, T. T., Kokkevi, A., & Godeau, E. (2013). Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 37(2), 308-314.
- Lachenmeier, D. W., Gmel, G., & Rehm, J. (2013). Unrecorded Alcohol Consumption. In: Boyle, P., Boffetta, P., Lowenfels, A. B., Burns, H., Brawley, O., Zatonski, W. and Rehm, J. (eds.) *Alcohol: science, policy, and public health* (pp. 132-142). Oxford University Press.
- Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., & Rehm, J. (2021). The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020? *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 28-41.
- Landen, M., Roeber, J., Naimi, T., Nielsen, L., & Sewell, M. (2014). Alcohol-attributable mortality among American Indians and Alaska natives in the United States, 1999-2009. *American journal of public health*, 104 Suppl 3(Suppl 3), S343-S349.
- Lechner, W. V., Laurene, K. R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C., & Kenne, D. R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related university closings. *Addictive behaviors*, 110, 106527.
- Leggat, G., Livingston, M., Kuntsche, S., & Callinan, S. (2021). The development of drinking trajectories among Australian young adults. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(2), 237-245.
- Leifman, H. (2002). A comparative analysis of drinking patterns in six EU countries in the year 2000. *Contemporary Drug Problems*, 29(3), 501-548.
- Lemmens, P. H. H. M. (1991). *Measurement and distribution of alcohol consumption* [Doctoral dissertation]. University of Maastricht.
- Livingston, M. & Callinan, S. (2019). Examining Australia's heaviest drinkers. *Australian and New Zealand journal of public health*, 43(5), 451-456.
- Mäkelä, P., Hellman, M., Kerr, W., & Room, R. (2011). A bottle of beer, a glass of wine, or a shot of whiskey? Can the rate of alcohol-induced harm be affected by altering the population's beverage choices?. *Contemporary drug problems*, 38(4), 599-619.

- Manthey, J., Kilian, C., Schomerus, G., Kraus, L., Rehm, J., & Schulte, B. (2020). Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht*, 66(5), 247-258.
- Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393(10190), 2493-2502.
- Moskalewicz, J. (2000). Alcohol in the countries in transition: the Polish experience and the wider context. *Contemporary Drug Problems*, 27(3), 561-592.
- McLaughlin, J., & Castrodale, L. (2018). *Health Impacts of Alcohol Misuse in Alaska*. Department of Health and Social Services. http://recovalaska.org/wp-content/uploads/2016/05/SOA-DHSS-Epi-Bulletin_Health-Impacts-of-Alcohol-Misuse-in-Alaska.pdf
- Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., Breda, J., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and alcohol review*, 40(3), 350-367.
- Norstrom, T., & Ramstedt, M. (2005). Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug and alcohol review*, 24(6), 537-547.
- Norström, T., & Rossow, I. (2016). Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level. *Archives of suicide research*, 20(4), 489-506.
- Obot, I. S. & Room, R. (2005). *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*. World Health Organization.
- Panagiotidis, P., Rantis, K., Holeva, V., Parlapani, E., & Diakogiannis, I. (2020). Changes in alcohol use habits in the general population, during the COVID-19 lockdown in Greece. *Alcohol Alcohol*, 55(6), 702-704.
- Pape, H., Rossow, I., & Brunborg, G. S. (2018). Adolescents drink less: how, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and alcohol review*, 37 Suppl 1, S98-S114.
- Paradis, C., Demers, A., Picard, E., & Graham, K. (2009). The importance of drinking frequency in evaluating individuals' drinking patterns: implications for the development of national drinking guidelines. *Addiction*, 104(7), 1179-1184.

- Probst, C., Fleischmann, A., Gmel, G., Poznyak, V., Rekke, D., Riley, L., Rylett, M., Shield, K. D., & Rehm, J. (2019) The global proportion and volume of unrecorded alcohol in 2015. *J Glob Health*, 9(1), 010421.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001.
- Rehm, J., Kilian, C., Rovira, P., Shield, K. D., & Manthey, J. (2021). The elusiveness of representativeness in general population surveys for alcohol. *Drug and alcohol review*, 40(2), 161-165.
- Rehm, J., & Room, R. (2017). The cultural aspect: how to measure and interpret epidemiological data on alcohol-use disorders across cultures. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 34(4), 330-341.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U., & Jernigan, D. (2004). Alcohol use: comparative quantification of health risks. In: Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (eds.) *Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (pp. 959-1109). World Health Organization.
- Reitan, T. C. (2000). Does alcohol matter? Public health in Russia and the Baltic countries before, during, and after the transition. *Contemporary Drug Problems*, 27(3), 511-560.
- Room, R. & Livingston, M. (2017). The distribution of customary behavior in a population: the total consumption model and alcohol policy. *Sociological Perspectives*, 60(1), 10-22.
- Room, R., Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of studies on alcohol*, 61(3), 475-483.
- Rose, G. & Day, S. (1990). The population mean predicts the number of deviant individuals. *BMJ*, 301(6759), 1031-1034.
- Rossow, I. (2019). The total consumption model applied to gambling: empirical validity and implications for gambling policy. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 36(2), 66-76.

- Rossow, I. & Bramness, J. G. (2015). The total sale of prescription drugs with an abuse potential predicts the number of excessive users: a national prescription database study. *BMC Public Health, 15*, 288.
- Rossow, I. & Bye, E. K. (2013). The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. In: McMurrin, M., (ed.) *Alcohol-related violence: prevention and treatment* (pp. 3-18). Wiley.
- Rossow, I. & Clausen, T. (2013). The collectivity of drinking cultures: is the theory applicable to African settings?. *Addiction, 108*(9), 1612-1617.
- Rossow, I., & Mäkelä, P. (2021). Public health thinking around alcohol-related harm: Why does per capita consumption matter?. *Journal of studies on alcohol and drugs, 82*(1), 9-17.
- Schmidt, L. A., Mäkelä, P., Rehm, J., Room, R. (2010) Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E and Kurup AS (eds.) *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 11-29). World Health Organization.
- Shield, K. D., Rehm, M., Patra, J., Sornpaisarn, B. (2011). Global and country specific adult per capita consumption of alcohol, 2008. *Sucht, 57*(2), 99-117.
- Skog, O-J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction, 80*(1), 83-99.
- Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open, 6*(10), e011827.
- Sohi, I., Chrystoja, B. R., Rehm, J., Wells, S., Monteiro, M., Ali, S., & Shield, K (2022). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic and previous pandemics: a systematic review. *Alcoholism, clinical and experimental research, 46*(4), 498-513.
- Squeglia, L. M., Boissoneault, J., Van Skike, C. E., Nixon, S. J., & Matthews, D. B. (2014). Age-related effects of alcohol from adolescent, adult, and aged populations using human and animal models. *Alcoholism, clinical and experimental research, 38*(10), 2509-2516.
- Stockwell, T., Zhao, J., & Thomas, G. (2009). Should alcohol policies aim to reduce total alcohol consumption?. New analyses of Canadian drinking patterns. *Addiction Research & Theory, 17*(2), 135-151.

- The World Bank. (2020). *Indigenous Peoples*. <https://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>
- Vashishtha, R., Livingston, M., Pennay, A., Dietze, P., MacLean, S. Holmes, J., Herring, R., Caluzzi, G., & Lubman I. D. (2019). Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addiction Research & Theory*, 28(4), 1-14.
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104(9), 1487-500.
- Wilson, M., Stearne, A., Gray, D., Siggers, S. (2010). The harmful use of alcohol amongst Indigenous Australians. Australian Indigenous HealthInfoNet. https://health-bulletin.org.au/wpcontent/uploads/2010/06/alcohol_review_june_2010.pdf
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

**Alcohol: No Ordinary
Commodity, Third edition**

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

4 ภาวะโรคจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.1 เกริ่นนำ

บทนี้อธิบายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีมากมาย โดยจำแนกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันนำไปสู่ภาวะโรคที่แบกรับโดยตัวบุคคลและสังคม และผลกระทบอันเป็นอันตรายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อโครงสร้างทางสังคมของครอบครัว ชุมชน และประเทศ นอกจากนี้ยังอภิปรายเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของประโยชน์ต่อสุขภาพของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง

การแสดงว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงของปัญหาสังคมและสุขภาพใด ๆ โดยเฉพาะนั้น เป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อการสาธารณสุขโดยทั่วไปแล้ว เมื่อสาเหตุแม้เพียงบางส่วนของปัญหาสังคมหรือปัญหาสุขภาพใด ๆ มาจากการดื่มสุรา ก็ควรมีมาตรการที่จำเพาะในการป้องกันหรือควบคุมปัญหาเหล่านั้น การวัดขนาดของความสัมพันธ์เป็นเครื่องมือเสริมที่ใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของนโยบาย โดยพิจารณาความชุกของปัญหานั้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น การพัฒนาเครื่องมือที่ไม่รุกรานเข้าไปในร่างกายที่เชื่อถือได้เพื่อวัดค่า**ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด (Blood Alcohol Concentration; BAC)** เป็นการเปิดทางสู่การศึกษาทางวิทยาศาสตร์ของพฤติกรรมกรรมการดื่มแล้วขับ ด้วยเหตุนี้จึงเริ่มเป็นที่กระจ่างว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางจราจรมากกว่าที่ได้คิดไว้ ซึ่งเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับ **ความบกพร่องในการขับเคลื่อนพาหนะจากผลของการดื่มแอลกอฮอล์¹**

เราเริ่มต้นบทนี้ด้วยการอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการที่นักระบาดวิทยาใช้ในการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการดื่มและผลของการดื่ม รวมไปถึงหลักฐานของภัยต่อผู้ดื่มและบุคคลอื่น

4.2 การวัดและการอนุมาน

4.2.1 ธรรมชาติของปัญหาด้านสุขภาพและสังคม

ปัญหาสุขภาพและสังคมมีทั้งองค์ประกอบที่วัดได้ชัดเจน และองค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับความหมายทางสังคมในระดับที่แตกต่างกัน ในด้านหนึ่ง การเสียชีวิตสามารถวัดได้ง่ายและเชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเราต้องการจะจำแนกการเสียชีวิตออกเป็นประเภทที่แตกต่างกัน (หรือ “สาเหตุการตาย”) ความหมายทางสังคมจะเข้ามามีความสำคัญ การบันทึกและกระบวนการลกรหัสของทั้งสาเหตุการตายแบบฉบับพลันและเรื้อรังมักมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (Rehm and Gmel, 2000; Rehm *et al.*, 2017b) และในประเทศส่วนใหญ่ที่ไม่มีระบบสถิติชีพ ในประเทศเหล่านั้นจึงต้องใช้การสัมภาษณ์เพื่อสอบสวนสาเหตุการตาย (verbal Autopsy) แทน ซึ่งในกระบวนการนี้ญาติหรือบุคคลอื่นที่ให้การดูแลผู้เสียชีวิตในระยะการเจ็บป่วยสุดท้ายของชีวิตจะถูกสอบถามเกี่ยวกับอาการและเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเสียชีวิต (Soleman *et al.*, 2006; Thomas *et al.*, 2018) ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาถูกนำไปปรับมาตรฐานให้สามารถเปรียบเทียบในระดับสากลได้ (GBD 2019, Risk Factors Collaborators, 2020)

สำหรับปัญหาสุขภาพก่อนหน้าการเสียชีวิต ความหมายทางสังคมยิ่งเข้ามามีบทบาทมากขึ้นไปอีกยกตัวอย่างเช่น ชิดที่กำหนดว่า ภาวะทุพพลภาพจะเห็นได้ชัดทางสังคมมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม (Room, 2001) ในขณะที่มีความก้าวหน้าอย่างเป็น

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

รูปธรรมในความพยายามใช้รหัสมาตรฐานที่สามารถใช้ในต่างวัฒนธรรมได้ เช่น บัญชีสากลสำหรับการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Disease and Related Health Problems) (World Health Organization, 2018b) ความเป็นภววิสัยของระบบก็ไม่ควรจะปิดบังข้อเท็จจริงที่ว่า องค์ประกอบของความหมายทางสังคมที่แตกต่างกันนั้นยังคงอยู่ในการจำแนกประเภทของอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลระหว่างประเทศในด้านความพิการที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถเปรียบเทียบกันได้นั้นมีอยู่จำนวนน้อยมาก (Goerdet *et al.*, 1996; Rehm and Gmel, 2000) ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์ของสาเหตุการเสียชีวิตและข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรายสาเหตุ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลในหลายประเทศเป็นเวลาหลายปีมาแล้ว การขาดแคลนข้อมูลของความเจ็บป่วยและโดยเฉพาะข้อมูลของความพิการเป็นปัญหาสำหรับการประมาณบทบาทของแอลกอฮอล์ เนื่องจากผลกระทบต่อสุขภาพของแอลกอฮอล์หลายอย่างมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ถึงแก่ชีวิต (เช่น ภาวะซึมเศร้า) (Rehm and Shield, 2019) หรือภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) (Samokhvalov *et al.*, 2010; Carvalho *et al.*, 2019)

สำหรับปัญหาสังคม ตามที่ข้อบ่งบอกอยู่แล้ว องค์ประกอบของความหมายทางสังคมจะมีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้ วิธีการที่ประเด็นทางสังคมถูกมองในสังคมหนึ่ง ๆ มักจะเปลี่ยนไปตามเวลา ยกตัวอย่างเช่น ในประมาณปี ค.ศ. 1900 ในประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษ การหย่าร้างมักจะถูกมองว่าเป็นปัญหาสังคม กระบวนการหย่าร้างที่ยากลำบากนี้ทำให้เกิดการแบ่งประเภทการหย่าร้างทางกฎหมาย เช่น การหย่าร้างที่เกิดจาก “ความผิดใจ” (เช่น เป็นขี้เมา) ของคู่สมรส ในศตวรรษหลัง ๆ ในหลายพื้นที่ปกครอง การเปลี่ยนแปลงการแบ่งประเภทให้เป็น “การหย่าร้างโดยไม่ถือว่าเป็นความผิด” (no-fault divorce) เป็นการกำจัดการแบ่งประเภทตามที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด (Room *et al.*, 1996)

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ขึ้นอยู่กับนิยามและมาตรวัดที่เห็นพ้องกัน (Tak, 2020) ด้วยเหตุนี้ในปัจจุบัน บทบาทของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของโรคสามารถเข้าใจในทางวิทยาศาสตร์ได้กระจ่างมากขึ้นกว่าสาเหตุของอันตรายต่อสังคม ถึงแม้ว่า ตามหลักการก็สามารถวัดได้เช่นเดียวกัน (Galea and Herman, 2020)

4.2.2 บทบาทของการดื่มสุราในฐานะสาเหตุ

ตามที่ได้อธิบายไปแล้วในบทที่ 2 ประเด็นหลักของแอลกอฮอล์ที่มีส่วนสนับสนุนให้เกิดอันตรายจากการดื่มสุราสามมิติหลัก (สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม ศึกษาได้จาก Rehm *et al.*, 2017a) สำหรับโรคเรื้อรังหลายโรค ประเด็นหลักที่ควรพิจารณา คือ ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ ซึ่งออกฤทธิ์ผ่านทางปริมาณการดื่มสะสม ในทางตรงกันข้าม สำหรับการบาดเจ็บ ประเด็นหลักที่ให้ความสนใจคือ ปริมาณที่ดื่มในสถานการณ์หนึ่ง ๆ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงความมึนเมา อย่างไรก็ตาม ปริมาตรเฉลี่ยที่ดื่มและแบบแผนการดื่มก็มีบทบาทต่อผลลัพธ์ทั้งสองด้านนี้

ในการประมาณการในการศึกษาภาระโรคทั่วโลก (Global Burden of Disease Study) (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020) เฉพาะภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราที่มีความรุนแรงมาก (“ภาวะเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ dependence” ตามการจัดประเภทของ International Classification of Diseases, eleventh revision (ICD-11)) (World Health Organization, 2018b) เท่านั้นที่ถูกพิจารณาให้เป็นผลลัพธ์ในการจัดแบ่งกลุ่มของความผิดปกติทางจิตเวช ถึงแม้ว่า การดื่มระดับอื่น ๆ จะถูกพิจารณาให้เป็นปัจจัยเสี่ยงของอันตรายทางสุขภาพด้วยเช่นกัน ผลกระทบของภาวะติดสุราต่ออันตรายทางสุขภาพอื่น ๆ นี้ส่วนใหญ่เกิดจากปริมาณการดื่มที่สูง และแบบแผนการดื่มที่เป็นอันตรายของนักดื่มที่จัดได้ว่าเป็นผู้ติดสุราเหล่านั้น (Rehm *et al.*, 2013a)

ในการจัดแบ่งประเภทของโรคและอาชญากรรม ภาวะบางประเภทมีความจำเพาะกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น กล่าวคือ ภาวะเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเกี่ยวข้อง (ศึกษา Rehm *et al.*, 2017a สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม) ยกตัวอย่างเช่น ประเภท “ภาวะสุราเป็นพิษ (alcohol poisoning)” ใน ICD บ่งชี้ว่า ภาวะนี้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสาเหตุที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ ดังนั้น **“สัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดจากการมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง ๆ (attributable fraction)”** (เช่น สัดส่วนของจำนวนคนที่มีภาวะนั้นที่สันนิษฐานว่า มีสาเหตุมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จึงถูกตั้งที่ 1.0 หรือร้อยละ 100 ของภาวะเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การอนุมานสาเหตุที่สัมพันธ์กับภาวะเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมอย่างแน่นอน แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ลงสาเหตุของการเจ็บป่วย อาจจะไม่เกินไปในการอนุมานว่า ภาวะนั้นมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม

โดยทั่วไป การระบุว่า สาเหตุการตายเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์อาจถูกละเลย หรืออาจจะไม่ระบุอย่างตั้งใจเพื่อปกป้องชื่อเสียงของผู้เสียชีวิต ดังนั้น การศึกษาที่สำคัญในการบันทึกการเสียชีวิตใน 12 เมืองใน 10 ประเทศ พบว่า จำนวนการเสียชีวิตที่ถูกจัดให้อยู่ในประเภท “ตับแข็งที่มีการกล่าวถึงการติดสุรา” (liver cirrhosis with mention of alcoholism) ใน ICD มีจำนวนมากกว่าสองเท่าหลังจากได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากบันทึกของโรงพยาบาลและการสัมภาษณ์แพทย์ที่ให้การรักษาและญาติ จำนวนการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นใหม่นี้ส่วนใหญ่ก่อนหน้านี้ได้รับการลงรหัสให้อยู่ในประเภท เช่น ตับแข็งที่ไม่ได้มีการกล่าวถึงการติดสุรา (Puffer and Griffith, 1967) การประมาณค่าโรคที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ต่ำเกินไปยังคงมีอยู่ถึงแม้จะมีการพัฒนากระบวนการให้รหัสใน ICD-11 แล้วก็ตาม (โปรดดูสรุปของการศึกษาล่าสุดได้จาก Rehm *et al.*, 2017a, b)

สำหรับการเสียชีวิต โรค การพิการ หรือปัญหาทางสังคมประเภทอื่น แอลกอฮอล์อาจมีความเกี่ยวข้องในแง่ของการเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะนั้นมากกว่าที่จะเป็นสาเหตุที่แน่นอน โดยอิงตามข้อเท็จจริงที่ว่า บทบาทเชิงสาเหตุของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อปัญหาสังคมและสุขภาพนั้นมักจะเป็นปัจจัยเอื้ออำนวย กล่าวคือ เป็นเพียงหนึ่งในปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่ร่วมกันทำให้เกิดปัญหา ยกตัวอย่างเช่น ตับอักเสบและภาวะขาดสารอาหารอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากตับแข็งเช่นเดียวกับการดื่มสุรา น้ำแข็งบนถนนที่ไฟไม่เพียงพออาจเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุจากรถรวมไปกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนขับ ชีตกำหนดขั้นต่ำของสาเหตุที่นักระบาดวิทยาสนใจขึ้นอยู่กับคำตอบดังต่อไปนี้ หากไม่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วสถานการณ์หรือสภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นหรือไม่

ในขณะที่ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพมักจะขึ้นอยู่กับกลไกทางชีววิทยาที่มีความเป็นไปได้ แต่ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการดื่มสุรากับภัยทางสังคมมักไม่สามารถจะตัดสินในลักษณะเดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อยกเว้น เช่น ในกรณีของสมรรถนะการขับขี่ยานพาหนะที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการมีพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้น การเชื่อมโยงเชิงสาเหตุระหว่างการเป็นพิษจากแอลกอฮอล์และความก้าวร้าว ได้รับการสนับสนุนโดยงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาและเชิงทดลอง รวมไปถึงงานวิจัยที่บ่งชี้ถึง กลไกทางชีววิทยาที่จำเพาะที่เชื่อมระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ดื่ม (Rehm *et al.*, 2003; Giancola, 2013)

อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่ว่า การดื่มสุราเป็นเหตุของภัยต่อผู้อื่นมีน้อยกว่าหลักฐานในด้านการเป็นภัยต่อตัวผู้ดื่มเอง สำหรับปัญหาสังคมอื่น ๆ การประมาณว่า แอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องเชิงสาเหตุนั้นยังไม่มีวิธีการง่าย ๆ ในการประมาณการดังกล่าว ปัญหาทางสังคมอีกหลายชนิดอาจได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักวิชาชีพอื่น ๆ แหล่งอื่นที่อาจจะได้ใช้ในการระบุสาเหตุซึ่งมักใช้ในการสำรวจประชากร คือ การอนุมานสาเหตุว่าเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยตัวผู้ดื่มเอง สมาชิกครอบครัวของผู้ดื่ม เพื่อน ผู้เห็นเหตุการณ์ หรือเหยื่อ ซึ่งบ่อยครั้งจะพบว่า การอนุมานสาเหตุนี้มักมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างผู้พบเห็นเหตุการณ์เดียวกัน จึงทำให้ระเบียบวิธีวิจัยแบบนี้มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ เนื่องจากการอนุมานสาเหตุของผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ใช่หลักฐานที่เพียงพอของการเป็นสาเหตุ (Gmel *et al.*, 2000; Rossow and Ramstedt, 2016) อย่างไรก็ตาม บางครั้งการระบุสาเหตุนี้อาจเป็นตัวหลักของการระบุปัญหาสังคม และกลายเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูล เช่น หากบุคคลหนึ่งคิดว่า การดื่มสุราของคู่สมรสของเขาเป็นปัญหา คำกล่าวอ้างนี้เองอาจกลายเป็นตัวชี้ว่า เขามีปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

4.2.3 บทบาทของปริมาณเฉลี่ยและแบบแผนการดื่ม

ที่ผ่านมาเราได้อภิปรายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มสุรากับผลกระทบต่อปัญหาสังคมและสุขภาพในบริบททั่วไป เป็นที่ชัดเจนว่า เราจำเป็นต้องแยกแยะมิติต่าง ๆ ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อที่เราจะได้เข้าใจความสัมพันธ์นั้นได้ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับบทที่ผ่านมา ในบทนี้เราได้จำแนกความแตกต่างระหว่างสองมิติ อันได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยและแบบแผนการดื่ม (drinking patterns) รูปแบบการดื่มนี้รวมไปถึงการดื่มหนักที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง ยกตัวอย่างเช่น ในการศึกษาหนึ่งพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในเพศชายที่ดื่มปานกลาง (0-2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน) จะสูงขึ้นเป็นสองเท่าหากพวกเขาดื่มหนักเป็นครั้งคราว (Rehm *et al.*, 2001; Roerecke and Rehm, 2014) การดื่มหนักนอกจากที่จะพบว่า ทำให้เสียชีวิตแล้ว ยังทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ถึงแก่ชีวิต ผลต่อสุขภาพและสังคมอีกด้วย (Rehm *et al.*, 2017a) ดังนั้นการอภิปรายใด ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับผลกระทบจึงต้องคำนึงถึงทั้งธรรมชาติของปัญหา (สุขภาพ กับ สังคม) และมิติของการดื่มที่เกี่ยวข้อง (ปริมาณ

เฉลี่ย และ/หรือ แบบแผนการดื่ม)

จนถึงจุดนี้ เราได้อภิปรายเกี่ยวกับการดื่มสุราโดยทั่วไป ราวกับว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบทำให้เกิดผลเหมือนกัน โดยไม่ขึ้นอยู่กับประเภทของเครื่องดื่ม และไม่ขึ้นอยู่กับว่า เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหรือนอกระบบภาษี (unrecorded alcohol) (โปรดดูคำจำกัดความในบทที่ 3) โดยหลักการแล้วมักจะเป็นดังกรณีข้างต้น แต่ยังมีข้อยกเว้นบางประการ ประการแรก ภายใต้เงื่อนไขของการได้รับแอลกอฮอล์ในวิธีและระดับเดียวกันนั้น มีหลักฐานว่า ความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บและภาวะเป็นพิษจากแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทสุรากลั่นมีเพิ่มขึ้นเนื่องจากการได้รับเอทานอลในระยะเวลาอันสั้นและการเป็นพิษ (Rehm and Hasan, 2020) ประการที่สอง สำหรับประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีต่าง ๆ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเองที่บ้านหรือแอลกอฮอล์ที่ไม่ใช้สำหรับดื่ม (surrogate alcohol) อันตรายส่วนใหญ่น่าจะเกิดจากเอทานอลมากกว่าจะเกิดจากสารปนเปื้อนหรือส่วนประกอบอื่น ยกเว้นภาวะเป็นพิษจากเมทานอลที่เกิดกับคนเป็นกลุ่มครั้งเดียว (Lachenmeier et al., 2021) ในขณะที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบโดยทั่วไปแล้วมักจะสัมพันธ์กับภัยอันตรายอย่างไม่เป็นสัดส่วนกัน แต่ภัยนี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับการบริโภคของกลุ่มนักดื่มชายขอบสังคม และนักดื่มที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

4.2.4 หลักฐานด้านบทบาทของแอลกอฮอล์: การศึกษาระดับบุคคลและระดับประชากร

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทต่อการเสียชีวิต ความทุพพลภาพ และปัญหาสังคมทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร ที่ระดับบุคคลคำถามหลักที่เราสนใจคือ บทบาทเชิงสาเหตุของแอลกอฮอล์ในการเป็นอันตรายหรือเป็นประโยชน์ คำถามที่สำคัญเท่าเทียมกันในระดับประชากรจากมุมมองด้านสาธารณสุข คือ จะเกิดอะไรขึ้นหากมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือแบบแผนการดื่มเปลี่ยนไป คำตอบของคำถามเหล่านี้มักจะชี้ไปในทิศทางเดียวกัน (Keyes and Galea, 2016) ความซับซ้อนของปัญหานี้ คือ ความจริงที่ว่า แต่ละระดับของการวิเคราะห์มีความยากของการวัดและการระบุสาเหตุในตัวของมันเอง การระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยใช้การเปลี่ยนแปลงในระดับประชากรนั้นมีความซับซ้อน เนื่องจากการควบคุมตัวแปรกวนทำได้ยาก (Morgenstern, 2008)

เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์เหล่านี้มากขึ้น นักระบาดวิทยาได้พัฒนาวิธีการวิจัยที่หลากหลายซึ่งมุ่งเน้นไปที่ตัวอย่างทางคลินิก รวมทั้งการวิเคราะห์ระดับประชากร ในปัญหาสุขภาพและสังคมมากมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา บทบาทเชิงสาเหตุของแอลกอฮอล์มักไม่สามารถยืนยันได้จากการใช้ข้อมูลรายบุคคล การพิสูจน์สาเหตุส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับขนาดของความสัมพันธ์ทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ดังนั้น จุดเน้นของการศึกษาสาเหตุทางระบาดวิทยาทางการแพทย์มักเกี่ยวข้องกับการสรุปและเปรียบเทียบผลลัพธ์หนึ่ง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด (Rehm *et al.*, 2021) กรณีนี้จะใช้หลักฐานอีกประเภทหนึ่ง—การวิเคราะห์ระดับประชากร (เช่น ข้อมูลจากทั้งประเทศ)—โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time-series analyses) ซึ่งพิจารณาความแปรปรวนร่วมจากจุดหนึ่งของเวลาไปยังอีกจุดหนึ่งระหว่างตัวแปรแอลกอฮอล์กับตัวแปรผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การวิเคราะห์อนุกรมเวลามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากในด้านการวิจัยแอลกอฮอล์ (Rossow และ Mäkelä, 2021) ไม่เพียงแต่ในด้านระบาดวิทยาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการวิเคราะห์นโยบายอีกด้วย (Beard *et al.*, 2019)

หากผลการศึกษาระดับบุคคลและระดับประชากรชี้ไปในทิศทางเดียวกัน ความเชื่อมั่นในผลการวิจัยจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการฆาตกรรม (Rossow and Bye, 2013) อย่างไรก็ตาม หากผลลัพธ์ไม่ชี้ไปในทิศทางเดียวกัน จะต้องตัดสินโดยพิจารณาน้ำหนักสัมพัทธ์ของหลักฐานที่ได้จากการศึกษาต่าง ๆ แม้จะมีความซับซ้อนในการระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัญหาแอลกอฮอล์กับปัญหาสังคม และมีความยากลำบากในการประเมินขนาด (strength) ของความสัมพันธ์เหล่านี้ ศาสตร์แห่งระบาดวิทยาของแอลกอฮอล์ก็ได้พัฒนาไปถึงจุดที่สามารถเข้าใจบทบาทเฉพาะของแอลกอฮอล์ต่อปัญหาสุขภาพและสังคมที่หลากหลายได้ชัดเจนขึ้นมาก ซึ่งจะได้อธิบายในส่วนที่เหลือของบทนี้

4.3 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม

ในการประมาณการภาระโรคอันเนื่องมาจากผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ จำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งผลกระทบเชิงลบและเชิงบวก ผลกระทบเชิงลบเกิดจากการที่แอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เกิดโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อต่าง ๆ รวมทั้งอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และความเป็นพิษเฉียบพลัน กล่องข้อความที่ 4.1 อธิบายภาวะสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (โปรดดู Rehm *et al.*, 2017a สำหรับรายการทั้งหมด) ในทางกลับกัน พบว่า รูปแบบการดื่มบางอย่างมีผลดีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Puddey *et al.*, 1999; Rehm and Roerecke, 2017) ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับโรคเบาหวานยังไม่ชัดเจน แต่ก็มีหลักฐานว่า มีผลดีในกรณีของผู้ดื่มเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งได้มีการแสดงวิถีทางชีววิทยา (biological pathways) ที่เป็นไปได้ด้วย (Neuenschwander *et al.*, 2019) ถึงแม้ว่า ประโยชน์เหล่านี้จะพบได้ในระดับบุคคล แต่ในระดับประชากรจัดว่ามีความสำคัญน้อยมาก (Shield and Rehm, 2019)

กล่องข้อความที่ 4.1 สาเหตุการเสียชีวิตและโรคที่สำคัญที่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเหตุ^a

โรคเรื้อรัง

- โรคติดเชื้อ: วัณโรค, เอชไอวี/เอดส์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ, โรคปอดบวม
- โรคไม่ติดต่อ:
 - มะเร็ง: ปากและคอหอย, หลอดอาหาร, ตับ, ลำไส้ใหญ่, เต้านมในเพศหญิง
 - โรคทางจิตประสาท: ความผิดปกติของการดื่มสุรา, ภาวะซึมเศร้า, โรคลมชักที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด
 - โรคเบาหวาน
 - โรคหัวใจและหลอดเลือด: โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Cardiomyopathy), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation และ Atrial Flutter, โรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke), โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)

- โรคระบบทางเดินอาหาร: โรคตับแข็ง, โรคตับอ่อนอักเสบ
- ภาวะที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงปริกำเนิด (perinatal period): กลุ่มอาการทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์ (fetal alcohol syndrome) หรือกลุ่มความผิดปกติของทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์ (Fetal alcohol spectrum disorders)

การบาดเจ็บ

- การบาดเจ็บโดยไม่ได้เจตนา: การจลาจล, จมน้ำ, หกล้ม, เป็นพิษ, การบาดเจ็บอื่น ๆ โดยไม่ได้เจตนา
- การบาดเจ็บโดยเจตนา: การทำร้ายตัวเอง, ฆาตกรรม, การบาดเจ็บอื่น ๆ โดยเจตนา

^aสำหรับรายละเอียด โปรดดู Rehm *et al.*, (2017a)

ตัวหนา: ภาวะที่แอลกอฮอล์เป็นประโยชน์บางส่วน (โปรดดูข้อความ); **ตัวเอียงหนา:** ภาวะใหม่ที่ใช้ในการประมาณการขององค์การอนามัยโลก 2016; **ขีดเส้นใต้:** ไม่ได้ประมาณอ้างอิงตามองค์การอนามัยโลก (2018a) และ Shield *et al.*, (2020)

ในส่วนต่อไป เราจะทบทวนหลักฐานสำหรับบางโรคและภาวะที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease (CHD), มะเร็งเต้านม, โรคตับแข็ง, เอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS) และการฆ่าตัวตาย) ดู Rehm *et al.*, (2017a) สำหรับภาพรวมของโรคและภาวะการบาดเจ็บทั้งหมด

4.3.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุที่พบบากที่สุดของการเสียชีวิตและ**การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALYS)** ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular) (องค์การอนามัยโลก, 2020) ในการศึกษาาระดับบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่ทำใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries; HICs)** ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับโรคหลอดเลือดหัวใจบ่งชี้ถึง ผลของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับน้อยถึงปานกลางในการปกป้องหัวใจ (Roerecke and Rehm, 2012) ใน

หลายการศึกษาตามรุ่น (cohort studies) ผลอันนี้อธิบายว่า ทำไมอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ดื่มเล็กน้อยจึงต่ำกว่าอัตราในผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Di Castelnuovo *et al.*, 2006) ถึงแม้ว่า การศึกษาเหล่านี้จะประมาณผลในการป้องกันสูงเกินไปเนื่องจากอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่างก็ตาม (Rehm, 2019b) ผลของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดพบได้เสมอในการศึกษาหลายงาน ถึงแม้จะเป็นภายหลังจากรับตัวแปรทวนและแก้ไขผลจากการที่ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะหยุดดื่มไปก่อน **“sick quitter effect”** (Shaper 1990a, b) แล้วก็ตาม ในขณะที่หลักฐานเกี่ยวกับผลของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดถูกโต้แย้งด้วยประเด็นเกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบในระยะเวลาเร็ว ๆ นี้ (Zhao *et al.*, 2017) ข้อสรุปก็คือ ผลในด้านการป้องกันถูกประมาณค่าสูงเกินไปในการศึกษาที่ถูกออกแบบมาไม่ดีนัก แต่ยังคงมีผลอยู่ในระดับต่ำในการศึกษาที่ถูกออกแบบมาอย่างเหมาะสม โดยสามารถใช้ได้ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นหลัก หลักฐานเกี่ยวกับความเป็นไปได้ทางชีววิทยานั้นเข้มแข็ง แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปได้ (Zakhari, 1997; Puddey *et al.*, 1999; Rehm and Roerecke, 2017) ผลมากกว่าครึ่งดูเหมือนจะเกิดขึ้นในระยะสั้น (ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดลิ่มเลือด) ดังนั้น อาจมีประโยชน์เพียงเล็กน้อยในผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราวเท่านั้น ซึ่งเป็นรูปแบบการดื่มที่พบบ่อยที่สุดใน**ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (low-and-middle-income countries; LMICs)** แต่สำหรับแบบแผนการดื่มหนักเป็นครั้งคราวและการดื่มหนักแบบเรื้อรัง กลับพบว่า เป็นผลเสียทั้งหมด (Roerecke และ Rehm, 2014)

ในระดับประชากร การบริโภคที่เพิ่มขึ้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (Rossow and Mäkelä, 2021) ยกตัวอย่าง ในประเทศต่าง ๆ เช่น ในประเทศรัสเซียที่ระดับของ**การดื่มหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking; HED)** ซึ่งถึงแม้จะลดลงแต่ก็ยังคงอยู่ในระดับสูง และเกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายโดยรวมสูงชัดเจน ในช่วงเวลาที่มีการบริโภคลดลง อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจก็ลดลงด้วย (Leon *et al.*, 1997; Neufeld and Rehm, 2013) และในช่วงเวลาที่มีการบริโภคเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (Shield *et al.*, 2016a; World Health Organization, 2019a)

เราสรุปได้ว่า ในระดับบุคคล มีหลักฐานที่ดีของผลในการปกป้องหัวใจจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับน้อยและปานกลางเป็นประจำ แต่การดื่มหนักมีความสัมพันธ์กับผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรวมแล้ว นโยบายทางนโยบาย

ต่อสุขภาพของประชากรจากข้อสรุปนี้ยังจำกัด ตามหลักฐานจากการศึกษาโดยใช้ข้อมูลรวม (aggregate level) ส่วนใหญ่พบว่า ในสังคมที่มีการดื่มหนัก การดื่มแอลกอฮอล์มีผลในการป้องกันเพียงเล็กน้อยและอาจส่งผลเสียด้วยซ้ำไป (Rossow และ Mäkelä, 2021) เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ทางสาธารณสุขจากผลการป้องกันโรคหัวใจในระดับบุคคล เราต้องให้ความสนใจกับกลยุทธ์ในการเพิ่มจำนวนผู้ดื่มระดับน้อยเป็นประจำ แต่ต้องลดจำนวนผู้ดื่มหนัก ยกตัวอย่างเช่น หากสามารถส่งเสริมให้กลุ่มประชากรส่วนหนึ่งสามารถลดการดื่มให้เหลือหนึ่งแก้วต่อวันหรือทุกสองวันได้สำเร็จ พวกเขาจะได้รับผลประโยชน์ต่อหัวใจเป็นส่วนใหญ่ (Criqui, 1994, 1996; Shield *et al.*, 2017) โดยที่ไม่ต้องประสบปัญหาส่วนมากที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักฐานสำหรับกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าหมายนี้ ในทางตรงกันข้าม การเพิ่มขึ้นและการลดลงของระดับการบริโภคโดยทั่วไปจะกระจายไปพอ ๆ กัน ในประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดโดยรวม (Rossow *et al.*, 2014; Room and Livingston, 2017)

4.3.2 มะเร็งเต้านม

แอลกอฮอล์เป็นสารก่อมะเร็งที่ทราบกันดีอยู่แล้ว (Rehm *et al.*, 2020) และมีความสัมพันธ์แบบขึ้นกับปริมาณที่ได้รับ (dose-dependent effect) ต่อมะเร็งเต้านมในผู้หญิง (Bagnardi *et al.*, 2015) โดยน่าจะมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับฮอร์โมนโดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน ในด้านแบบแผนการดื่ม การดื่มหนักเป็นครั้งคราว (HED) อาจสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนเพียงพอ (White *et al.*, 2017) บางการศึกษาแสดงว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภทมีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมอย่างแตกต่างกัน แต่ความชอบเครื่องดื่มแต่ละประเภทน่าจะเป็นตัวกำหนดปัจจัยอื่นด้วย (Rehm and Hasan, 2020) เราสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มกับการเกิดมะเร็งเต้านม กล่าวคือ ยิ่งบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยมากเพียงใด ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมก็จะสูงขึ้นตามนั้น โดยความเสี่ยงนี้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแม้กระทั่งจากการดื่มน้อยกว่าหนึ่งแก้วต่อวัน นั่นคือ ไม่มีระดับการดื่มที่ปลอดภัยต่อมะเร็งเต้านม (Hamajima *et al.*, 2002; Shield *et al.*, 2016b) เนื่องจากมะเร็งเต้านมในผู้หญิงเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดเป็นอันดับสองของโลก (และพบมากที่สุด) ในผู้หญิง (International Agency for Research on Cancer, 2019) ผลกระทบด้าน

สาธารณสุขจึงเกิดขึ้นอย่างใหญ่หลวง และมะเร็งเต้านมเป็นหนึ่งในภาวะที่มีส่วนอย่างมาก ต่ออันตรายที่เกิดจากแอลกอฮอล์ในผู้ดื่มน้อยถึงปานกลาง (Rehm and Shield, 2020; Rovira and Rehm, 2020)

4.3.3 โรคตับแข็ง

โรคตับแข็งและโรคตับอื่น ๆ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก (GBD, 2017; Causes of Death Collaborators, 2018) ถึงแม้ว่า จะไม่ได้รวมอยู่ในเป้าหมายของ องค์การอนามัยโลก (WHO) (2019b) สำหรับโรคไม่ติดต่อก็ตาม โรคตับมีความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะขึ้นตรงกับปริมาณการดื่ม (dose-response fashion) (Roerecke *et al.*, 2019) ในระดับประชากร การเพิ่มขึ้นของปริมาณ การบริโภคทั้งหมดจะทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคตับเพิ่มขึ้น ประมาณครึ่งหนึ่งของการ เสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) จากโรคตับแข็งทั้งหมดทั่วโลก เกี่ยวข้องกับ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (Rehm *et al.*, 2013b; World Health Organization, 2018a) สัดส่วนของความสัมพันธ์ (attributable fraction) ที่ค่อนข้างสูงนี้มีความหมายว่า การเสียชีวิตจากโรคตับได้เป็นองค์ประกอบหลักของการ เสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ทั่วโลก (World Health Organization, 2018a) การเสียชีวิต จากโรคตับที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สูงที่สุดในบางภูมิภาคที่ระดับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ค่อนข้างต่ำ เช่น ประเทศในภาคพื้นเอเชียกลาง และแอฟริกาใต้สะฮาราตาม ตะวันตก (Western Sub-Saharan Africa) ความขัดแย้งที่เห็นได้ชัดนี้สามารถอธิบายได้ ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า อัตราการเกิดโรคตับแข็งสูงในภูมิภาคนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากไวรัส ตับอักเสบบีและซี การใช้แอลกอฮอล์ตั้งแต่ในปริมาณที่ค่อนข้างน้อยเป็นประจำสนับสนุนที่ ทำให้โรคตับแย่ลง (Rehm *et al.*, 2010; Roerecke *et al.*, 2019; Llamosas-Falcón *et al.*, 2020) ผลกระทบของอิทธิพลร่วมดังกล่าวมีความสำคัญต่อโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ยกตัวอย่างเช่น ในการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้านอนในโรงพยาบาลในประเทศฝรั่งเศสระหว่าง ปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2013 พบว่าร้อยละ 67.4 ของการปลูกถ่ายตับทั้งหมด 1,599 ครั้ง และร้อยละ 68.8 ของการเสียชีวิตของตับทั้งหมด 6,677 รายในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวและ วัยกลางคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซีเรื้อรังมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคความผิดปกติของ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Schwarzinger *et al.*, 2017)

4.3.4 เอชไอวี/เอดส์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับอุบัติการณ์และการดำเนินโรคของเอชไอวี/เอดส์ (เช่น Pithey and Parry, 2009; Baliunas *et al.*, 2010) และมีหลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึง ผลกระทบเชิงสาเหตุระหว่างการใช้แอลกอฮอล์กับเจตนาที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Rehm *et al.*, 2012; Scott-Sheldon *et al.*, 2016) ซึ่งรวมทั้งในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (Shuper *et al.*, 2017) จึงยังเป็นการเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อซ้ำในทางโศกนาฏกรรม (สำหรับภาพรวม โปรดดู Rehm *et al.*, 2017c) นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางชีวภาพระหว่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการดำเนินโรคของเอชไอวี/เอดส์ (Rehm *et al.*, 2017c) การพิจารณาเชิงสาเหตุในลักษณะเดียวกันนี้สามารถนำไปใช้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ด้วยการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยในอนาคตอาจไม่มีความสำคัญต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีเช่นที่ผ่านมา เนื่องจากยาใหม่ที่ลดปริมาณไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนทำให้ไม่สามารถแพร่เชื้อได้ (UNAIDS, 2019) อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งนำไปสู่รูปแบบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากขึ้นจะยังคงอยู่ต่อไป

4.3.5 การฆ่าตัวตาย

ความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์กับการฆ่าตัวตายในนักดื่มหนักนั้นเป็นที่ยอมรับกันดี (Norström and Rossow, 2016) ทั้งจากการศึกษาในระดับบุคคลและระดับข้อมูลรวม การดื่มสุราทำให้เกิดผลกระทบเฉียบพลันเนื่องจากขาดความยับยั้งชั่งใจ ความหุนหันพลันแล่น และการตัดสินใจบกพร่อง และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจจะถูกใช้เพื่อบรรเทาความทุกข์ ซึ่งมักส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย (Borges *et al.*, 2017) นอกจากนี้ผลกระทบระยะยาวจากภาวะความผิดปกติของการดื่มสุรา ได้แก่ ทำให้เกิดความเครียดสูง ความสัมพันธ์ทางสังคมที่พังทลาย และการกีดกันทางสังคม (Wilcox *et al.*, 2004) ระดับความเข้มข้นของความสัมพันธ์ดูเหมือนจะแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม ทั้งการศึกษาในระดับบุคคลและระดับข้อมูลรวมชี้ว่า ยังมีรูปแบบการดื่มที่ “เหมือนระเบิดพลุพุ่งพรวด” (“explosive” เช่น การดื่มหนักเป็นครั้งคราว) ยิ่งสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Norström and Rossow, 2016)

4.3.6 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ

การศึกษาแบบ Cohort (ติดตามประชากรไปข้างหน้า) เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุไม่ได้ให้ข้อมูลมากนัก เนื่องจากการอธิบายการปฏิบัติเกี่ยวกับการดื่มและสาเหตุการเสียชีวิตของชนชั้นกลาง (Rehm, 2019a, b) การเสียชีวิตจากความสิ้นหวัง (deaths of despair) (Case and Deaton, 2020) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคตับแข็ง การฆ่าตัวตาย หรือพิษจากแอลกอฮอล์ ไม่ได้รับการประเมินอย่างเพียงพอในการศึกษาแบบ Cohort (Rehm and Probst, 2018) เป็นผลให้ประโยชน์ของการใช้แอลกอฮอล์ถูกประเมินสูงเกินไป (Rehm, 2019b) การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของประเทศหนึ่งจึงไม่สามารถประมาณได้โดยการรวมผลการศึกษาแบบ Cohort กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเป็นจุดสิ้นสุด แต่ต้องมีการจำลองตามการกระจายของสาเหตุการเสียชีวิตในประเทศใดประเทศหนึ่งและทุกความเกี่ยวข้องระหว่างสาเหตุของการเสียชีวิตและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Shield and Rehm, 2019; GBD, 2019; Risk Factors Collaborators, 2020)

4.3.7 ลักษณะทางสังคมและประชากรของอันตรายที่เกิดจากแอลกอฮอล์ต่อผู้ดื่ม

เนื่องจากผู้ชายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงกว่า และมีรูปแบบการดื่มที่อันตรายมากกว่า (โปรดดูบทที่ 3) จึงไม่น่าแปลกใจที่ภาวะโรคและการเสียชีวิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ชาย ทั่วโลกพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในผู้ชายมีค่าอยู่ที่ประมาณ 5 ถึง 6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้หญิง และอัตราส่วนนี้เด่นชัดที่สุดในการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (โปรดดูตารางที่ 4.1)

แม้ว่าจำนวนสัมบูรณ์ของการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่สัดส่วนการเสียชีวิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์นั้นสูงที่สุดในวัยหนุ่มสาว ในการประเมินความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบต่าง ๆ การดื่มแอลกอฮอล์มักเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับการเสียชีวิตในประชากรวัยหนุ่มสาวจนถึงอายุประมาณ 40-50 ปี (Shield and Rehm, 2015; GBD, 2019; Risk Factors Collaborators, 2020)

ตารางที่ 4.1 การเสียชีวิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2562 ตามประเภทสาเหตุการเสียชีวิต

	ผู้หญิง			ผู้ชาย			รวม		
	PE	Lower	Upper	PE	Lower	Upper	PE	Lower	Upper
โรคติดต่อ	39,525	23,995	56,146	252,902	181,619	321,057	292,427	206,988	374,510
โรคไม่ติดต่อ									
เรื้อรัง (NCD)	304,915	232,832	388,037	1,544,956	1,303,696	1,792,311	1,849,872	1,576,529	2,133,113
การบาดเจ็บ	29,904	20,434	40,079	269,771	205,734	341,459	299,675	226,321	381,069
ทุกสาเหตุ	374,344	297,666	460,963	2,067,629	1,792,520	2,374,638	2,441,973	2,136,995	2,784,902

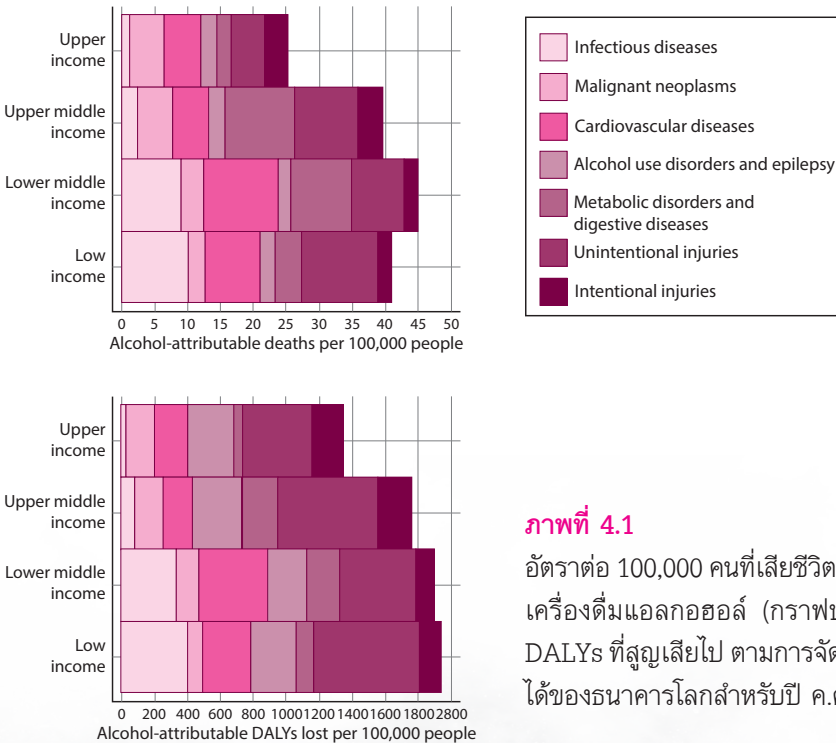
PE, point estimate (ค่าประมาณ ณ จุดเวลาหนึ่ง), NCD, non-communicable disease (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Global Burden of Disease Collaborative Network (2020) Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019); Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

4.3.8 ปฏิสัมพันธ์ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

ในการอภิปรายเกี่ยวกับโรคและอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เราได้กล่าวถึงความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ทางสถิติไปแล้ว ผลที่แสดงออกมาของโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของปฏิสัมพันธ์นี้ สิ่งเหล่านี้อาจมาจากปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น เมื่อแอลกอฮอล์ทำหน้าที่เป็นตัวทำลายสำหรับการซึมผ่านเซลล์ของยาสูบ ก็นำไปสู่การเกิดมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งชนิดอื่น ๆ (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer, 2018)

ปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญที่สุดอาจเกิดกับปัจจัยทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความยากจนและความมั่งคั่ง ทั้งในและระหว่างประเทศ เช่นเดียวกับที่แสดงในภาพที่ 4.1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนึ่งลิตรที่ถูกบริโภคต่อหัวทำให้เกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) ในอัตราที่สูงกว่าในประเทศที่มีระดับรายได้สูง (HIC) มาก (World Health Organization, 2018a)



ภาพที่ 4.1

อัตราต่อ 100,000 คนที่เสียชีวิตเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กราฟบน) และ DALYs ที่สูญเสียไป ตามการจัดกลุ่มรายได้ของธนาคารโลกสำหรับปี ค.ศ. 2016

และภายในประเทศหนึ่ง ๆ (ดูกล่องข้อความที่ 4.2) พบปรากฏการณ์ที่ตรงกัน กล่าวคือ การดื่มในระดับเดียวกันมีความสัมพันธ์กับภาระโรคและการบาดเจ็บที่สูงขึ้นในชั้นเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับชั้นทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูงกว่า (เช่น Probst *et al.*, 2014, 2020) ทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้สูง (Bellis *et al.*, 2016; Rehm and Probst, 2018) และประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Probst *et al.*, 2018)

กล่องข้อความที่ 4.2 สถานภาพเศรษฐกิจสังคมและผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนึ่งลิตรทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและการเสียชีวิตในผู้ที่มาจากชนชั้นทางเศรษฐกิจและสังคมระดับล่างมากกว่าในกลุ่มคนร่ำรวย ซึ่งปรากฏการณ์นี้ดูเหมือนว่า จะไม่ขึ้นอยู่กับความมั่งคั่งโดยรวมของประเทศ ตัวอย่างของประเทศที่มีระดับรายได้สูง คือ ประเทศสกอตแลนด์ซึ่งผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 2 ถึง 4 เท่า (Katikireddi *et al.*, 2017) ในทำนองเดียวกันในประเทศสหรัฐอเมริกา แม้จะมีอัตราการดื่มที่ใกล้เคียงกัน แต่อัตราการเสียชีวิตจากความลึ้นหว่งที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นในผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Case and Deaton, 2020) การคำนวณที่คล้ายกันคลึงในประเทศแอฟริกาใต้ (Probst *et al.*, 2018) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 4.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่านั้นสูงกว่าถึง 2.7 เท่า การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อมีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างส่วนใหญ่

4.3.9 สรุปการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม

ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมาชี้ไปที่ข้อสรุปดังต่อไปนี้:

- ปริมาณการดื่มนำไปสู่การเกิดโรคส่วนใหญ่ในลักษณะที่ขึ้นกับปริมาณแอลกอฮอล์โดยตรง ความสัมพันธ์เหล่านี้เกือบจะเป็นเส้นตรง (เช่นในกรณีของมะเร็งเต้านมหรือการฆ่าตัวตาย) แบบอัตราเร่ง (เช่นในโรคตับแข็งและอุบัติเหตุทางรถยนต์) หรือรูปตัว J (เช่นในกรณีของโรคหลอดเลือดหัวใจ)

- นอกจากปริมาณการดื่มแล้ว แบบแผนการดื่มยังมีบทบาทสำคัญทั้งต่อการเกิดโรคและประโยชน์ต่อสุขภาพ แบบแผนการดื่มส่วนใหญ่มักใช้ในการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ และการฆ่าตัวตาย
- การดื่มเล็กน้อยถึงปานกลางมีทั้งผลเสียและประโยชน์ต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในบางคน แต่การดื่มเล็กน้อยถึงปานกลางก็สัมพันธ์กับการเพิ่มความเสียหายของโรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ ในระดับประชากร จึงไม่เห็นถึงผลในการป้องกันโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย
- ผู้ชายได้รับอันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่าผู้หญิงอย่างมาก การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับภาวะโรคและการบาดเจ็บในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงอายุ 40-50 ปี
- การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีปฏิสัมพันธ์อย่างรุนแรงกับปัจจัยเสี่ยงอื่นในการเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและภาวะโรค นอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่และโภชนาการแล้ว แอลกอฮอล์ยังมีปฏิสัมพันธ์อย่างมากกับความยากจนและความมั่งคั่ง

4.4 การโรคที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก

ในหัวข้อก่อนหน้านี้ เราได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะสุขภาพที่สำคัญที่สุดหลายภาวะ อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ อีกมากมาย นับตั้งแต่การศึกษาภาวะโรคในระดับโลกครั้งแรกในปี ค.ศ. 1990 (Murray and Lopez, 1996; World Health Organization, 1999) มีข้อมูลที่ปรับให้ทันสมัยขึ้นเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตและภาวะโรคที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมักเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและเปรียบเทียบภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยง (comparative risk assessment) (เช่น การเปรียบเทียบผลของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งหมดสำหรับภาวะที่หลีกเลี่ยงได้) (sciencedirect.com, 2020) และใน

การศึกษาทั้งหมดเหล่านี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการจัดอันดับให้เป็นหนึ่งในสิบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด (Rehm and Imtiaz, 2016; GBD, 2019; Risk Factors Collaborators, 2020)

ตารางที่ 4.1 แสดงภาพรวมของการเสียชีวิตเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี ค.ศ. 2019 ตามการประเมินโดยการศึกษาภาระโรคในระดับโลก (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2020; โปรดดู GBD, 2019; Risk Factors Collaborators, 2020) โดยรวมแล้ว การเสียชีวิตมากกว่า 2.4 ล้านคนจะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งร้อยละ 85 อยู่ในผู้ชาย การเสียชีวิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) เกิดจากโรคไม่ติดต่อ และประมาณร้อยละ 24 เกิดจากโรคติดต่อและการบาดเจ็บ การศึกษาขององค์การอนามัยโลกล่าสุดยังพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 3 ล้านคน (Shield *et al.*, 2020) รวมถึงจำนวนผู้บาดเจ็บอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าด้วย

ทั้งการศึกษาขององค์การอนามัยโลกและ Global Burden of Disease ต่างเห็นพ้องกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับภาระโรคและการเสียชีวิตทั่วโลกตามที่วัดโดยใช้ DALYs โดยรวมแล้ว มากกว่าหนึ่งรายในทุก ๆ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 25 ราย หรือ 1 ปีของชีวิตที่สูญเสียไปเนื่องจากความทุพพลภาพ จะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เพียงแต่ผู้ชายจะประสบกับภาระที่สูงกว่ามากเท่านั้น แต่ยังมีสัดส่วนความเชื่อมโยง (attributable fraction) ที่สูงกว่าอีกด้วย (อัตราการเสียชีวิต: ผู้หญิง ร้อยละ 1.4; ผู้ชาย ร้อยละ 6.9; DALYs: ผู้หญิง ร้อยละ 1.1; ผู้ชาย ร้อยละ 5.9 โดยตัวเลขทั้งหมดอ้างอิงจาก GBD, 2019 [GBD, 2019; Risk Factors Collaborators, 2020])

ในประเทศส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 90 ของภาระโรคที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดเกิดจากโรคสี่ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ มะเร็ง (ซึ่งใช้เวลาแสดงอาการ 10 ปีขึ้นไป) (Grundy *et al.*, 2016) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับ และการบาดเจ็บ (เช่น Shield *et al.*, 2016a)

4.5 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภัยสังคม

แม้ว่าการอภิปรายทั่วไปส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บ แต่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เชื่อมโยงกับผลด้านอื่นทางสังคมซึ่งมักเรียกว่า “มิติที่ถูกลืม (the forgotten dimension)” (Klingemann and Gmel, 2001) กล่องข้อความที่ 4.3 แสดงประเด็นหลักในมิตินี้ ตรงกันข้ามกับผลกระทบด้านสุขภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันตรายทางสังคมหลายอย่างจะเกิดกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดื่มเอง เราจะกล่าวถึงภัยสังคมต่อตัวผู้ดื่มเองและต่อผู้อื่นแยกจากกัน แม้ว่าภัยเหล่านี้มักจะมีความเชื่อมโยงกัน ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีของความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กล่องข้อความที่ 4.3 ประเภทของภัยสังคมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ความรุนแรง^a
- การทำลายทรัพย์สินอย่างป่าเถื่อน (Vandalism)
- การก่อความไม่สงบเรียบร้อย
- ทรัพย์สินเสียหาย
- ปัญหาครอบครัว: ปัญหาการหย่าร้าง/ปัญหาการสมรส
- การทารุณกรรมเด็ก
- ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- ปัญหาทางการเงิน
- ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานนอกเหนือจากอุบัติเหตุจากการทำงาน^b
- ปัญหาทางการศึกษา
- ต้นทุนทางสังคม

^a การบาดเจ็บจากความรุนแรงส่วนหนึ่งถูกรวมอยู่ในอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในหัวข้อ 4.3 (สำหรับการอภิปรายและการหาปริมาณ โปรดดู Cherpitel *et al.*, 2012)

^b อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงานถูกรวมอยู่ในอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในข้อ 4.3

4.5.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภัยทางสังคมต่อผู้ดื่ม

บริบทหลักสองประการที่ภัยสังคมถูกเชื่อมโยงกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ชีวิตครอบครัวและที่ทำงาน ในบริบททั้งสอง ผลกระทบหลักดูเหมือนจะเกิดกับผู้อื่นมากกว่าที่จะเกิดกับตัวผู้ดื่มเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ดื่มก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ในแง่ของชีวิตครอบครัว ไม่ว่าจะการดื่มหนักของหนึ่งในคู่ครองจะเป็นสาเหตุอย่างเป็นทางการของการหย่าร้าง ซึ่งเคยพบในหลายประเทศหรือไม่ก็ตาม การดื่มหนักมักเกี่ยวข้องกับการทำร้ายหรือทำลายความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยที่ผู้ดื่มไม่ได้ตั้งใจหรือต้องการ

สำหรับสถานที่ทำงาน มีความเชื่อมโยงระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผลลัพธ์หลากหลาย ซึ่งรวมถึงรายได้ที่ลดลงและการว่างงานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มในปริมาณมาก (Rehm and Rossow, 2001; Anderson, 2012) อย่างไรก็ตาม ทิศทางและธรรมชาติของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมักไม่ชัดเจน ผลการวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นถึง ปฏิสัมพันธ์ที่ค่อนข้างซับซ้อนของทั้งอุปนิสัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งประเภทของงานเอง หรือลักษณะของสถานที่ทำงาน (Rehm and Rossow, 2001)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในระดับข้อมูลรวมบางงานพบว่า การเพิ่มขึ้นของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรสัมพันธ์กับการลาป่วย (สำหรับการทบทวน โปรดดูที่ Rossow and Mäkelä, 2021) นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (20-40 กรัมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/วัน) และแบบเสี่ยงสูง (>40 กรัมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/วัน) มีโอกาสเพิ่มขึ้นที่จะลาหยุด เมื่อเทียบกับนักดื่มเล็กน้อยถึงปานกลางในทั้งสองเพศ และในกลุ่มนี้ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะลาป่วยสูงกว่าผู้ที่ดื่มในระดับปานกลาง (Marzan *et al.*, 2022)

สุดท้ายนี้ การสำรวจจำนวนมากแสดงความสูญเสียทางการเงินแก่ผู้ดื่มโดยเฉพาะผู้ที่ดื่มหนัก สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวหรือครัวเรือนของผู้ดื่มด้วย

4.5.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภัยต่อผู้อื่น

หากประเมินอย่างเหมาะสม อันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นไม่ใช่ผู้ดื่มหรือที่เรียกว่า “ผลกระทบมือสอง (second-hand effects)” หรือ “ความเสียหายจากการ

โดนลูกหลง (collateral damage)” ของการดื่ม (Connor and Casswell, 2012) จะส่งผลกระทบอย่างมากต่ออันตรายโดยรวมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นสำคัญด้านสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากอันตรายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ และความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากความรุนแรง รถชน การลั้มน้ำดื่มแอลกอฮอล์ในครรภ์มารดา และการทารุณกรรมเด็ก การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นในเชิงปริมาณมีความจำเป็นต่อการประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง ในปัจจุบัน การศึกษาส่วนใหญ่ เช่น การศึกษาภาระโรคในระดับโลกหรือรายงานสถานการณ์โลก (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020) รวมถึงสัดส่วนการเกิดโรคจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักวัดเฉพาะภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่มเท่านั้น ดังนั้น จึงทำให้การประเมินผลกระทบโดยรวมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำเกินไปทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ (Huckle *et al.*, 2019) ตัวชี้วัดความเสียหายต่อผู้อื่นที่แม่นยำที่เหมาะสมกับการประเมินเปรียบเทียบจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน เพื่อใช้ในการตัดสินใจและเสริมสร้างนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นักดื่มสามารถสร้างปัญหาทางสังคมที่หลากหลายให้กับคนรอบข้างได้ ซึ่งรวมถึง คู่รัก สมาชิกในครอบครัว บุตร เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกในชุมชน (Laslett *et al.*, 2019) ขอบเขตของปัญหาสังคมยังขยายไปสู่ภัยทางเศรษฐกิจและสถานที่ทำงาน ทำลายสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนและการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การประมาณลักษณะและขนาดของปัญหาสังคมเหล่านี้มีความสำคัญ เพราะมันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้คนและส่งผลเสียต่อสายสัมพันธ์ทางสังคม (Lange *et al.*, 2017; Laslett *et al.*, 2019)

4.5.2.1 ภาระด้านสุขภาพของภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น

ปัจจุบันยังไม่ทราบว่ามีอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่นมีส่วนร่วมเท่าไรต่อการเสียชีวิตทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2004 ในสหภาพยุโรปพบว่า ร้อยละ 3.3 ของภาระทั้งหมดซึ่งวัดโดย อัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ 3.1 ในผู้ชาย; ร้อยละ 3.8 ในผู้หญิง) มีสาเหตุมาจากภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่น ที่เกิดจากการขับขี่ยานพาหนะที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-impaired driving) ความรุนแรง และผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อทารกในครรภ์ (Anderson *et al.*, 2012)

อันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่นมีบทบาทอย่างมากในสาเหตุการเสียชีวิตบางอย่าง ซึ่งรวมถึงการฆาตกรรม อุบัติเหตุจลาจล และการเสียชีวิตจากไฟไหม้ซึ่งอาจจะมีส่วนน้อยกว่า สัดส่วนของการฆาตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของฆาตกรมีตั้งแต่ร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 80 แม้ว่าจะมีการรายงานสัดส่วนที่ต่ำกว่านี้ (Rossow and Bye, 2013) ประมาณหนึ่งในสามของการเสียชีวิตจากความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนอื่น (Connor and Casswell, 2012) ในประเทศเยอรมนีพบว่า การเสียชีวิตจากความรุนแรงระหว่างบุคคลร้อยละ 15 ของทั้งหมดเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น (Kraus *et al.*, 2019) ในปี ค.ศ. 2016 พบว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจลาจลทั่วโลกร้อยละ 13 เป็นผลมาจากการดื่มของผู้อื่น (Shield *et al.*, 2020) สัดส่วนของอันตรายจากการจลาจลอันเนื่องมาจากการดื่มของผู้อื่นสำหรับทั้งในการเสียชีวิตและ DALYs นั้นสูงกว่าอย่างเห็นได้ชัดในผู้หญิงเมื่อเทียบกับผู้ชายในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้เสียชีวิตจากเหตุไฟไหม้ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 24 เป็นคนที่ไม่ใช่คนดื่มที่เป็นผู้ก่อให้เกิดเพลิงไหม้ ในจำนวนผู้เสียชีวิตเหล่านี้ ร้อยละ 45 เป็นเด็ก (Connor and Casswell, 2012)

การศึกษากการรักษาดูแลในโรงพยาบาลที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นนั้นมียุ่ก่อนข้างน้อย การศึกษาที่มีอยู่แสดงหลักฐานว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นมีผลทำให้เกิดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรุนแรง (Rehm *et al.*, 2017a) ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยหนึ่งคาดว่า การรักษาดูแลในโรงพยาบาลร้อยละ 45 ในประเทศออสเตรเลียมีสาเหตุมาจากการทำร้ายร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น (Laslett *et al.*, 2010) ในแผนกฉุกเฉินใน 14 ประเทศพบว่า การบาดเจ็บรุนแรงร้อยละ 15 ถูกรายงานว่ามีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น (Cherpitel *et al.*, 2012)

4.5.2.2 ภาวะสุขภาพจำเพาะต่อเด็ก

กลุ่มอาการทารกในครรภ์ได้รับแอลกอฮอล์ (fetal alcohol syndrome; FAS) และภาวะความผิดปกติของทารกในครรภ์ที่สัมพันธ์แอลกอฮอล์ (fetal alcohol spectrum disorders; FASD) เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งรวมถึงภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการด้านสติปัญญา (Williams and Smith, 2015) ในระดับโลกคาดว่า ความชุกของ FASD ในเด็กและเยาวชนในประชากรทั่วไปอยู่ที่

7.7 คนต่อ 1,000 คน (Lange *et al.*, 2017) ค่าความชุกนี้มีความแปรปรวนอย่างมากทั่วโลก โดยประเทศแอฟริกาใต้รายงานความชุกสูงสุด (111 คนต่อประชากร 1,000 คน) รองลงมาคือ ประเทศโครเอเชีย (53 คนต่อประชากร 1,000 คน) และประเทศไอร์แลนด์ (47 คนต่อประชากร 1,000 คน) ประชากรบางกลุ่ม รวมถึงกลุ่มผู้ถูกรับเป็นบุตรบุญธรรม กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มชนพื้นเมืองบางกลุ่ม มีอัตราการเกิด FASD ที่สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมาก (Lange *et al.*, 2017) สำหรับ FAS ซึ่งเป็นชนิดของ FASD ที่ร้ายแรงที่สุดพบว่า ผู้หญิง 1 ใน 67 คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์จะคลอดบุตรที่มี FAS ซึ่งหมายความว่า มีเด็กที่เกิดมาพร้อมกับ FAS มากกว่า 100,000 คนทุกปี (Popova *et al.*, 2017a) ตารางที่ 4.2 แสดงความชุกของ FASD และ FAS ที่ประมาณไว้ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในหกภูมิภาคทั่วโลก

มีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ และอันตรายต่อทารกในครรภ์ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการดื่มหนักเป็นครั้งคราวระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงของ FAS นั้นเป็นที่ยอมรับกันดี (Jones *et al.*, 1973; Jacobson and Jacobson 1999; Sood *et al.*, 2001; Kelly *et al.*, 2009; Alvik *et al.*, 2011) นอกจากนี้ ดูเหมือนว่าการดื่มหนักเป็นครั้งคราวยังเป็นสาเหตุแอบแฝงของผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน FASD โดยที่ประเภทและความรุนแรงของความพิการแต่กำเนิดที่เกิดจากการสัมผัสแอลกอฮอล์ก่อนคลอดนั้นส่วนใหญ่เกิดจากรูปแบบการสัมผัสและปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค (ร่วมกับระยะเวลาของการตั้งครรภ์ของตัวอ่อน ณ เวลาที่ได้รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (Lange *et al.*, 2017) กลุ่มประชากรที่มีความชุกของการดื่มหนักเป็นครั้งคราวสูงจะมีความชุกของ FASD สูงเช่นเดียวกัน (Sood *et al.*, 2001; May *et al.*, 2005; Viljoen *et al.*, 2005; Urban *et al.*, 2008; Popova *et al.*, 2017b)

การบริโภคในระดับที่ถือว่าต่ำกว่า “การดื่มหนัก” ในระหว่างการตั้งครรภ์ ก็ยังส่งผลเสียต่อพัฒนาการทางระบบประสาท หากมารดาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (absolute alcohol) 42-56 กรัมต่อสัปดาห์ (Sood *et al.*, 2001; Rehm *et al.*, 2017a) อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายงานรายงานว่า ความเสี่ยงในการเกิดความบกพร่องทางพฤติกรรมและพัฒนาการในเด็กไม่เพิ่มขึ้น หากแม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยลง (8-28 กรัมต่อครั้ง) (Sood *et al.*, 2001; Linnet *et al.*, 2003; Testa *et al.*, 2003; Grey and Henderson, 2006; Kelly *et al.*, 2009)

จากการวิเคราะห์อภิมานหนึ่งพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะเพิ่มความเสี่ยงในการมีทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำ การคลอดก่อนกำหนด และขนาดตัวเล็กกว่าที่ควรจะเป็นที่อายุครรภ์หนึ่ง ๆ (Patra *et al.*, 2011) การวิเคราะห์อภิมานอื่นพบหลักฐานว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสียหายในการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยสัมพันธ์กับปริมาณที่ได้รับ (Sundermann *et al.*, 2019)

การทารุณกรรมเด็กและการทอดทิ้งเด็กอันเนื่องมาจากการดื่มของผู้อื่นทำให้เด็กตกอยู่ในความเสี่ยง (Gilbert *et al.*, 2009) เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ดูแลอาจสูญเสียความระมัดระวังหรือก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือความรุนแรง หลักฐานที่หนักแน่นที่สุดมาจากการวิเคราะห์อภิมาน และจากบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการทารุณกรรม ในการวิเคราะห์อภิมานหนึ่งตัววัดปัญหาการดื่มอย่างรุนแรงได้แก่การทำร้ายร่างกายเด็ก (Stith *et al.*, 2009) ในพ่อแม่ที่ถูกระบุว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นรุนแรงเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะมีโอกาสมากกว่าถึงร้อยละ 30 ที่จะประสบความรุนแรง เมื่อเทียบกับเด็กที่พ่อแม่ที่ไม่ได้มีปัญหา (Christoffersen and Soothill, 2003)

คดีเด็กที่เสียชีวิตจากการทารุณกรรมประมาณร้อยละ 25 ในประเทศอังกฤษเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดแผนของผู้ปกครอง (Sidebotham *et al.*, 2011) สัดส่วนนี้มีค่าใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากการถูกทารุณกรรมและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย (Laslett *et al.*, 2010) และการเสียชีวิตในประเทศนิวซีแลนด์เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ร้อยละของประเทศนิวซีแลนด์ (Child and Youth Mortality Review Committee, 2011) ยังรวมบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ปกครองด้วยสำหรับการตายจากการบาดเจ็บในเด็กซึ่งอาจบ่งบอกถึงการถูกทอดทิ้งและขาดการดูแล (Raitasalo *et al.*, 2015) การลดการบริโภคต่อหัวลงร้อยละ 10 จะสัมพันธ์กับการลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บของเด็กลงร้อยละ 3.3 ในประเทศออสเตรเลีย (Laslett *et al.*, 2018)

ตารางที่ 4.2 ความชุกของ FASD และ FAS โดยประมาณในเด็กและเยาวชนในประชากรทั่วไป

	ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ)	ความชุกโดยประมาณต่อประชากร 1,000 คน	
		FASD	FAS
ภูมิภาคแอฟริกา	10	7.8	1.5
ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	0.2	0.1	0.02
ภูมิภาคยุโรป	25.2	19.8	3.7
ภูมิภาคอเมริกา	11.2	8.8	1.7
ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	1.8	1.4	0.27
ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก	8.6	6.7	1.3
ทั่วโลก	9.8	7.7	1.5

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Lange S, Probst C, Gmel G, et al. (2017) Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 948-956; and Popova S, Lange S, Shield KD, et al. (2019) Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114, 1150-1172.

4.5.2.3 ภัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของผู้อื่น

4.5.2.3.1 ความรุนแรง

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของความรุนแรงระหว่างบุคคล และการเพิ่มขึ้นของโอกาสที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Giancola, 2013) แม้จะมีหลักฐานที่แน่ชัดว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รุนแรงในอัตราส่วนที่สูง (Rossow and Bye, 2013) ในหลายกรณี เราก็ไม่สามารถแยกแยะระหว่างผู้กระทำกับเหยื่อหรือผู้ถูกกระทำได้อย่างชัดเจน และบ่อยครั้งที่ทั้งสองฝ่ายต่างก็ดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Pernanen *et al.*, 2002) สิ่งนี้ทำให้การประเมินการบาดเจ็บจากความรุนแรงอันเนื่องมาจากการดื่มของผู้ที่มีความซับซ้อน ลัดส่วนโดยประมาณของการฆาตกรรมหรือการบาดเจ็บที่ไม่ถึงแก่ชีวิตซึ่งเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มของผู้กระทำแตกต่างกันอย่างมากในการศึกษาต่าง ๆ บางรายงานสูงถึงร้อยละ 15 (Kraus *et al.*, 2019) และบางการศึกษาก็สูงกว่านี้ (Connor and Casswell, 2012) และในบางการศึกษาพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์รุนแรงทั้งหมด (Rossow and Bye, 2013)

เช่นเดียวกับผลเสียพลันของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้ดื่มซึ่งมักเกิดจากการมึนเมา ภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นโดยเฉพาะความรุนแรงก็เป็นผลมาจากกลไกพื้นฐานเดียวกัน (Connor *et al.*, 2015) การมึนเมาบ่อย ๆ มักเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง (Rossow and Bye, 2013) และระดับของความมึนเมาเป็นตัวทำนายความรุนแรงของความก้าวร้าวมากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตัวมันเอง (Wells and Graham, 2003) การศึกษาทั้งระดับบุคคลและระดับข้อมูลรวมเสนอว่า รูปแบบการดื่มที่ “เหมือนระเบิดพลังพรวด” (เช่น การดื่มหนักเป็นครั้งคราว) มีความเชื่อมโยงกับอุบัติการณ์ของการฆาตกรรมที่เพิ่มสูงขึ้น (Rossow and Bye, 2013)

การศึกษาระดับข้อมูลรวมชี้ให้เห็นว่า ปริมาณการบริโภคโดยเฉลี่ยในระดับประชากรมีความสัมพันธ์กับความรุนแรง ตัวอย่างเช่น **ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร (alcohol per capita consumption; APC)** ที่เพิ่มขึ้น 1 ลิตรสัมพันธ์กับอัตราการฆาตกรรมที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ในประเทศออสเตรเลีย (Ramstedt, 2011) และการเพิ่มขึ้นร้อยละ 9% ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Norström 2011) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ในประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป โดยเฉพาะในประเทศแถบนอร์ดิก ซึ่งมีวัฒนธรรมการดื่มแบบที่มีการดื่มหนักเป็นครั้งคราวบ่อยครั้งมากกว่า (Ramstedt 2002; Norström และ Ramstedt, 2005) ในอดีตสหภาพโซเวียต ซึ่งเป็นที่รู้จักกันว่า มีแบบแผนการดื่มแบบดื่มหนักเป็นครั้งคราวมาก (HED) (Zaridze *et al.*, 2014) การเสียชีวิตจากการฆาตกรรมในเพศชายลดลงร้อยละ 40 เมื่อ APC ลดลงร้อยละ 25 (Shkolnikov and Nemtsov, 1997)

4.5.2.3.2 ภัยต่อบุคคลอื่นในครอบครัว

ผู้หญิงและเด็กต้องแบกรับภาระอันหนักหน่วงจากการที่มีผู้อื่นในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันตรายต่อผู้หญิงส่วนใหญ่มาจากคู่รักเพศชายและสมาชิกใน

ครอบครัว ในขณะที่อันตรายต่อผู้ชายมักมาจากเพื่อนผู้ชาย ญาติห่าง ๆ และคนรู้จัก (Laslett *et al.*, 2011; Huhtanen and Tigerstedt 2012; Stanesby *et al.*, 2018) ผู้ชายยังมีแนวโน้มที่จะรายงานว่าการดื่มของพวกเขาก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นมากกว่าผู้หญิง (Wilsnack *et al.*, 2018)

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสในการเกิดความรุนแรงระหว่างคู่รัก และโอกาสนี้ยิ่งสูงมากขึ้นอีกถ้าผู้ชายเป็นผู้กระทำ การวิเคราะห์ทอภิมานแสดงให้เห็นว่าการดื่มแบบเมาน้ำหนัก (binge) หรือการดื่มหนักมีความสัมพันธ์กับการกระทำก้าวร้าวของคู่รักมากกว่าความถี่ของการดื่ม (Foran and O'Leary, 2008) HED สามารถเพิ่มความเสียหายของการล่วงละเมิดของคู่รักเป็นสองเท่า (Connor *et al.*, 2011) ในประเทศที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง เกือบครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ความรุนแรงของคู่รักเกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดที่เมาน้ำหนัก (Fonseca *et al.*, 2009) และ HED สามารถทำนายการกระทำที่รุนแรงของคู่รักได้ โดยกลไกเบื้องหลังอาจมาจากการเมาน้ำหนัก (Connor *et al.*, 2011) การวิเคราะห์ทอภิมานยังพบว่า ตัววัดปัญหาการดื่มที่รุนแรงมากขึ้น (เช่น **ความผิดปกติของการดื่มสุรา; alcohol use disorder**) สามารถทำนายการล่วงเกินของคู่รักได้ (Stith *et al.*, 2004) และมีขนาดอิทธิพล (effect sizes) ที่ใหญ่กว่าเมื่อเทียบกับตัววัดการบริโภคอื่น ๆ (Foran and O'Leary, 2008) ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดแผนกับความรุนแรงของคู่รักเพศหญิงต่อเพศชายมีขนาดอิทธิพลเล็ก (Stith *et al.*, 2004; Foran and O'Leary, 2008) ถ้าคู่รักทั้งสองฝ่ายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อัตราการตกเป็นเหยื่อและการกระทำรุนแรงอาจจะใกล้เคียงกันในเพศชายและเพศหญิง (Connor *et al.*, 2011) ในความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ผู้หญิงมักตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางเพศมากกว่าผู้ชาย (Smith, 2018) ชาวออสเตรเลียที่มีคูรักร้อยละ 10 รายงานว่า เคยถูกบังคับหรือกดดันให้ทำกิจกรรมทางเพศเนื่องจากการดื่มของคู่รักของตน (Laslett *et al.*, 2015)

4.5.2.3.3 การล่วงละเมิดทางเพศ

บทบาทของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการล่วงละเมิดทางเพศมีความสำคัญมาก แม้ว่าความรุนแรงทางเพศมักถูกจะประเมินต่ำไปเสมอ เพราะส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรายงาน แต่ประมาณร้อยละ 50 ของการล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการรายงานนั้นกระทำโดยผู้ชายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Connor *et al.*, 2009) แม้ว่าผู้ชายก็อาจจะ

ประสบกับความรุนแรงทางเพศที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของผู้อื่นได้ก็ตาม แต่การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้พบยากมาก ผู้ชายน้อยกว่าร้อยละ 5 รายงานว่า เคยถูกบังคับหรือกดขี่ทางเพศเนื่องจากการดื่มที่มีปัญหาของสมาชิกในครอบครัว (Laslett *et al.*, 2015)

4.5.2.4 ภาวะอันตรายอื่น ๆ

4.5.2.4.1 คุณภาพชีวิตและสุขภาพตามอัตวิสัย

กลุ่มคนที่ใช้ชีวิตกับผู้ดื่มหนักมักให้คะแนนคุณภาพชีวิตและสุขภาพตามอัตวิสัยต่ำกว่า (Livingston *et al.*, 2010; Greenfield *et al.*, 2016; Laslett *et al.*, 2019) สุขภาวะตามการรับรู้ส่วนตนของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่กับนักดื่มหนักมีค่าใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่ให้การดูแลผู้ทุพพลภาพ (Casswell *et al.*, 2011b)

4.5.2.4.2 การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ใกล้เคียงและพื้นที่สาธารณะลดลง

การสำรวจทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (LMIC) และประเทศที่มีระดับรายได้สูง (HIC) แสดงให้เห็นว่า ผลกระทบเชิงลบต่อการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในท้องถิ่นและพื้นที่สาธารณะเป็นภัยที่พบบ่อยที่สุดจากการดื่มของผู้อื่น (Laslett *et al.*, 2011; Waleewong *et al.*, 2018) ระหว่างร้อยละ 32 ถึงร้อยละ 43 ของผู้คนพยายามหลีกเลี่ยงผู้ที่มึนเมาหรือสถานที่ที่พวกเขาดื่ม (Casswell *et al.*, 2011a; Laslett *et al.*, 2011) อันตรายต่อสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สาธารณะพบมากกว่าในหมู่ผู้หญิงและกลุ่มหนุ่มสาว (Laslett *et al.*, 2011) และในชุมชนที่ถูกกีดกันทางสังคม

4.5.3 ต้นทุนทางสังคมของแอลกอฮอล์

การศึกษาต้นทุนทางสังคมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหลายมักพยายามประเมินต้นทุนเชิงเศรษฐกิจทั้งหมดของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากมุมมองของสังคม โดยประกอบด้วยต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยที่ต้นทุนทางอ้อมรวมถึงการสูญเสียผลิตภาพ (เช่น การขาดงานที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร) (Single *et al.*, 2003) ต้นทุนทางตรงมักประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย (เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าศาล และค่าใช้จ่ายใน

เรือนจำ) ต้นทุนทางตรงหมายถึง ค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งจะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น ในบางการศึกษาได้รวมค่าใช้จ่ายในความพยายามในการป้องกัน การวิจัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือต้นทุนการจรรยาที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์โดยรวมแล้ว ต้นทุนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากมาย โดยมีการทบทวนวรรณกรรมหนึ่ง (Rehm *et al.*, 2009) ระบุว่า ต้นทุนทางสังคมนี้มียอดรวมระหว่างร้อยละ 0.7 ถึงร้อยละ 2.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product; GDP) โดยวัดจากภาวะเสมอภาคของอำนาจซื้อ (purchasing power parity; PPP)

การทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาต้นทุน 29 ชิ้นที่ดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 (Manthey *et al.*, 2021) พบว่า ส่วนใหญ่แสดงต้นทุนระหว่างร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 2 ของ GDP อย่างไรก็ตาม ในฉากทัศน์ที่ต้นทุนทั้งหมดของผู้ดื่มถูกเอามาคิดรวม ลัดส่วนของ GDP จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 ประมาณหนึ่งในสามของต้นทุน (ร้อยละ 38.8) เกิดจากต้นทุนทางตรง ในขณะที่ต้นทุนส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียผลิตภาพ (ร้อยละ 61.2) กล่องข้อความที่ 4.4 อธิบายว่า อันตรายต่อผู้อื่นของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจเพิ่มต้นทุนทางเศรษฐกิจได้อย่างไร

กล่องข้อความที่ 4.4 ต้นทุนอันมหาศาลของภัยจากแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น

ต้นทุนของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมมักจะถูกคิดเฉพาะกับผู้ดื่มเท่านั้น แต่ไม่รวมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดื่มของผู้อื่น เมื่อมีงานวิจัยใหม่เกี่ยวกับภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น ก็มีการประเมินต้นทุนใหม่เช่นกัน การศึกษาในประเทศออสเตรเลียได้ให้การประมาณค่าความเสียหายทางสังคมทั้งหมดจากการดื่มของผู้อื่นเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 2016 อันตรายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นมีมูลค่า 19.8 พันล้านดอลลาร์ โดยต้นทุนที่จับต้องได้คิดเป็นร้อยละ 58 ของต้นทุนทั้งหมด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.68 ของ GDP และมีต้นทุนใกล้เคียงกับต้นทุนของภัยต่อตัวผู้ดื่มเอง ดังนั้น ต้นทุนทางสังคมจากการดื่มของผู้อื่นจึงอยู่ในระดับเดียวกับต้นทุนจากการดื่มของผู้ดื่มต่อตนเอง

แหล่งที่มา: Jiang H, Doran CM, Room R, Chikritzhs T, Ferris J, Laslett AM, (2022) Beyond the drinker: Alcohol's hidden costs in 2016 in Australia. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*.

โดยสรุป ภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นเป็นกระบวนการวิสัยใหม่ที่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้น หากคำนึงถึงการประมาณการต้นทุน ภัยต่อผู้อื่นอาจมีความสำคัญเท่าเทียมกับอันตรายต่อผู้ดื่มในบางประเทศ แม้ว่าภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นมีความสำคัญอย่างแน่นอน แต่ก็ยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเท่ากับอันตรายต่อผู้ดื่ม เช่นเดียวกับที่งานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของการสูบบุหรี่มือสองมีส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะในการควบคุมการเข้าสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพมาก ภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นก็อาจมีนัยสำคัญเชิงนโยบายอย่างมาก (Laslett *et al.*, 2019)

4.6 บทสรุป

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสภาวะสุขภาพและปัญหาสังคมที่หลากหลาย ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้ดื่มทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 3 ล้านคนทั่วโลก และเป็นร้อยละ 5 ของภาระโรคทั่วโลก (Shield *et al.*, 2020) โดยอยู่ในระดับเดียวกับการใช้ยาสูบในการเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความทุพพลภาพที่สามารถป้องกันได้ นอกจากอันตรายต่อสุขภาพและผลกระทบทางสังคมต่อตัวผู้ดื่มเองแล้ว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสังคมอย่างมีนัยสำคัญต่อบุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้ดื่มด้วย และผลกระทบเหล่านี้ยังไม่ได้แสดงให้เห็นอย่างเพียงพอในสถิติต่าง ๆ

ภัยที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้มีการกระจายตัวอย่างเท่าเทียมกันในแต่ละช่วงชั้นทางสังคมหรือประเทศที่มีความมั่งคั่งต่างกัน สำหรับปัจเจกบุคคล ยิ่งอยู่ในช่วงชั้นทางสังคมที่ต่ำและอาศัยอยู่ในประเทศที่ยากจนเท่าใด อันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสิทธิ์ยิ่งสูงขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่า นโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพสามารถเป็นส่วนสำคัญต่อการมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกันมากขึ้น

ระดับของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญต่อสุขภาพและสุขภาวะทางสังคมของแต่ละบุคคลและต่อประชากรโดยรวมทั้งหมด นอกจากนี้ แบบแผนการดื่มที่พบมากในประชากรอาจมีอิทธิพลสำคัญต่อขอบเขตและธรรมชาติของอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบแผนที่ดูเหมือนจะเพิ่มอันตรายมากที่สุด คือ การดื่มจนกระทั่งเกิดความมึนเมา ไม่ว่าจะป็นครั้งคราว หรือบ่อยครั้งก็ตาม ซึ่งบางครั้งเชื่อมโยงกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์สูง (Rehm and Hasan, 2020) บทสรุปโดยรวมของนโยบายแอลกอฮอล์คือ แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดภาวะทั้งทางสังคมและสุขภาพ และจำเป็นต้องมีนโยบายสาธารณะที่ดีเพื่อลดภาวะทั้งสองนี้

เอกสารอ้างอิง

- Alvik, A., Torgersen, A. M., Aalen, O. O., & Lindemann, R. (2011). Binge alcohol exposure once a week in early pregnancy predicts temperament and sleeping problems in the infant. *Early human development, 87(12)*, 827-833.
- Anderson, P., Møller, L., & Galea, G. (2012). Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. World Health Organization.
- Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., Scotti, L., Jenab, M., Turati, F., Pasquali, E., Pelucchi, C., Galeone, C., Bellocco, R., Negri, E., Corrao, G., Boffetta, P., & La Vecchia, C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British journal of cancer, 112(3)*, 580-593.
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *International journal of public health, 55(3)*, 159-166.
- Beard, E., Marsden, J., Brown, J., Tombor, I., Stapleton, J., Michie, S., & West, R. (2019). Understanding and using time series analyses in addiction research. *Addiction (Abingdon, England), 114(10)*, 1866-1884.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Nicholls, J., Sheron, N., Gilmore, I., & Jones, L. (2016). The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC public health, 16*, 111.
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological medicine, 47(5)*, 949-957.
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *Lancet, 394(10200)*, 781-792.
- Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of despair and the future of capitalism*. Princeton University Press.
- Casswell, S., Harding, J. F., You, R. Q., & Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: self-reports from a representative sample of New Zealanders. *The New Zealand medical journal, 124(1336)*, 75-84.

- Casswell, S., You, R. Q., & Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(6), 1087-1094.
- Cherpitel, C. J., Ye, Y., Bond, J., Room, R., & Borges, G. (2012). Attribution of alcohol to violence-related injury: self and other's drinking in the event. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(2), 277-284.
- Child and Youth Mortality Review Committee. (2011). *Special report: the involvement of alcohol consumption in the deaths of children and young people in New Zealand during the years 2005-2007*. Child and Youth Mortality Review Committee.
- Christoffersen, M. N., & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of substance abuse treatment*, 25(2), 107-116.
- Connor, J., & Casswell, S. (2012). Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *The New Zealand medical journal*, 125(1360), 11-27.
- Connor, J., You, R., & Casswell, S. (2009). Alcohol-related harm to others: a survey of physical and sexual assault in New Zealand. *The New Zealand medical journal*, 122(1303), 10-20.
- Connor, J., Kydd, R., Shield, K., & Rehm, J. (2015). The burden of disease and injury attributable to alcohol in New Zealanders under 80 years of age: marked disparities by ethnicity and sex. *The New Zealand medical journal*, 128(1409), 15-28.
- Connor, J. L., Kypri, K., Bell, M. L., & Cousins, K. (2011). Alcohol involvement in aggression between intimate partners in New Zealand: a national cross-sectional study. *BMJ open*, 1(1), e000065.
- Criqui MH. (1994). Alcohol and the heart: implications of present epidemiologic knowledge. *Contemp Drug Problem*, 21(1), 125-142.
- Criqui M. H. (1996). Alcohol and coronary heart disease: consistent relationship and public health implications. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*, 246(1-2), 51-57.

- Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., et al. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of internal medicine*, 166(22), 2437-2445.
- Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M. B., Iacoviello, L., & de Gaetano, G. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of internal medicine*, 166(22), 2437-2445.
- Fonseca, A. M., Galduróz, J. C., Tondowski, C. S., et al. (2009). Alcohol-related domestic violence: a household survey in Brazil. *Revista de saude publica*, 43(5), 743-749.
- Fonseca, A. M., Galduróz, J. C., Tondowski, C. S., & Noto, A. R. (2009). Alcohol-related domestic violence: a household survey in Brazil. *Revista de saude publica*, 43(5), 743-749.
- Foran, H. M., & O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1222-1234.
- Galea, S., & Hernán, M. A. (2020). Win-win: reconciling social epidemiology and causal inference. *American journal of epidemiology*, 189(3), 167-170.
- GBD 2017 Causes of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1736-1788.
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1223-1249.
- Giancola, P. R. (2013). Alcohol and aggression: theories and mechanisms. In: McMurrin, M. (ed.) *Alcohol-related violence: prevention and treatment* (pp. 35-59). John Wiley and Sons.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

- Gmel, G., Rehm, J., Room, R., & Greenfield, T. K. (2000). Dimensions of alcohol-related social and health consequences in survey research. *Journal of substance abuse, 12*(1-2), 113-138.
- Goerdt, A., Koplan, J., Robine, J., Thuriaux, M.C. Van Ginneken, J. K. (1996). Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. In: Murray, C. & Lopez, A. (eds.) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020* (pp. 201-46). Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Gray, R., & Henderson, J. (2006). *Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure*. University of Oxford.
- Greenfield, T. K., Karriker-Jaffe, K. J., Kerr, W. C., Ye, Y., & Kaplan, L. M. (2016). Those harmed by others' drinking in the US population are more depressed and distressed. *Drug and alcohol review, 35*(1), 22-29.
- Grundy, A., Poirier, A. E., Khandwala, F., McFadden, A., Friedenreich, C. M., & Brenner, D. R. (2016). Cancer incidence attributable to alcohol consumption in Alberta in 2012. *CMAJ open, 4*(3), E507-E514.
- Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E., Heath, C. W., Jr, Coates, R. J., Liff, J. M., Talamini, R., Chantarakul, N., Koetsawang, S., Rachawat, D., Morabia, A., Schuman, L., Stewart, W., Szklo, M., Bain, C., Schofield, F., Siskind, V., Band, P., ... Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British journal of cancer, 87*(11), 1234-1245.
- Huckle, T., Wong, K., Parker, K., Casswell, S. (2019). Increased use of police and health-related services among those with heavy drinkers in their lives in New Zealand. In: Laslett, A-M., Room, R., Waleewong, O., et al. (eds.). *Harm to others from drinking: patterns in nine societies* (pp. 197-212). World Health Organization.
- Huhtanen, P., & Tigerstedt, C. (2012). Women and young adults suffer most from other people's drinking. *Drug and alcohol review, 31*(7), 841-846.

- International Agency for Research on Cancer. (2019). All cancers (Source: Globocan 2018). World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39- All-cancers-fact-sheet.pdf>
- Jacobson, J. L., & Jacobson, S. W. (1999). Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. *Alcohol research & health*, 23(1), 25-30.
- Jones, K. L., Smith, D. W., Ulleland, C. N., & Streissguth, P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1(7815), 1267-1271.
- Katikireddi, S. V., Whitley, E., Lewsey, J., Gray, L., & Leyland, A. H. (2017). Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *The Lancet. Public health*, 2(6), e267-e276.
- Kelly, Y., Sacker, A., Gray, R., Kelly, J., Wolke, D., & Quigley, M. A. (2009). Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age?. *International journal of epidemiology*, 38(1), 129-140.
- Keyes, K. M. & Galea, S. (2016). *Population Health Science*. Oxford University Press.
- Klingemann, H. & Gmel, G. (2001). *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Kluwer Academic Publishers.
- Kraus, L., Seitz, N. N., Shield, K. D., Gmel, G., & Rehm, J. (2019). Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC medicine*, 17(1), 59.
- Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., & Rehm, J. (2021). The Impact of Unrecorded Alcohol Use on Health: What Do We Know in 2020?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 28-41.
- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(10), 948-956.
- Laslett, A-M., Catalano, P., Chikritzhs, T., Dale, C., Doran, C., Ferris J, Jainullabudeen, T. A., Livingston M., Matthews, S., Mugavin, J., Room, R., Schlotterlein, M., Wilkinson, C. (2010). *The range and magnitude of Alcohol's Harm to others*. Canberra Alcohol Education and Rehabilitation Foundation.
- Laslett, A. M., Jiang, H., & Chikritzhs, T. (2018). Child injury deaths linked with adult alcohol consumption: a time series analysis. *Drug and alcohol dependence*, 185, 360-366.

- Laslett, A-M., Mugavin, J., Jiang, H., Callinan, S., MacLean, S., Room, R. (2015). *The hidden harm: alcohol's impact on children and families*. <https://fare.org.au/the-hidden-harm-alcohols-impact-on-children-and-families/>
- Laslett, A. M., Room, R., Ferris, J., Wilkinson, C., Livingston, M., & Mugavin, J. (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(9), 1603-1611.
- Laslett, A-M., Room, R., Waleewong, O., Stanesby, O., Callinan S. (2019). *Harm to others from drinking: patterns in nine societies*. World Health Organization.
- Leon, D. A., Chenet, L., Shkolnikov, V. M., Zakharov, S., Shapiro, J., Rakhmanova, G., Vassin, S., & McKee, M. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what?. *Lancet*, 350(9075), 383-388.
- Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P. H., Olsen, J., & Jarvelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *The American journal of psychiatry*, 160(6), 1028-1040.
- Livingston, M., Wilkinson, C., & Laslett, A. M. (2010). Impact of heavy drinkers on others' health and well-being. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(5), 778-785.
- Llamosas-Falcón, L., Shield, K. D., Gelovany, M., Hasan, O. S. M., Manthey, J., Monteiro, M., Walsh, N., & Rehm, J. (2021). Impact of alcohol on the progression of HCV-related liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Hepatology*, 75(3), 536-546.
- Manthey, J., Hassan, S. A., Carr, S., Kilian, C., Kuitunen-Paul, S., & Rehm, J. (2021). What are the economic costs to society attributable to alcohol use?. A systematic review and modelling study. *Pharmacoeconomics*, 39(7), 809-822.
- Marzan, M., Callinan, S., Livingston, M., Leggat, G., & Jiang, H. (2022). Systematic review and dose-response meta-analysis on the relationship between alcohol consumption and sickness absence. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 57(1), 47-57.
- May, P. A., Gossage, J. P., Brooke, L. E., Snell, C. L., Marais, A. S., Hendricks, L. S., Croxford, J. A., & Viljoen, D. L. (2005). Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western cape province of South Africa: a population-based study. *American journal of public health*, 95(7), 1190-1199.

- Morgenstern, H. (2008). Ecological studies. In: Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (eds.) *Modern Epidemiology* (3rd ed pp. 511-31). Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A. (1996). Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: Murray, C.J.L., & Lopez, A. D. (eds.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Neuenschwander, M., Ballon, A., Weber, K. S., Norat, T., Aune, D., Schwingshackl, L., & Schlesinger, S. (2019). Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, 12368.
- Neufeld, M., & Rehm, J. (2013). Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006?. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 48(2), 222-230.
- Norström T. (2011). Alcohol and homicide in the United States: is the link dependent on wetness?. *Drug and alcohol review*, 30(5), 458-465.
- Norström, T., & Ramstedt, M. (2005). Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug and alcohol review*, 24(6), 537-547.
- Norström, T., & Rossow, I. (2016). Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level. *Archives of suicide research*, 20(4), 489-506.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W., Malini, S., & Rehm, J. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG*, 118(12), 1411-1421.
- Pernanen, K., Cousineau, M-M., Brochu, S., Sun, F. (2002). *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
- Pithey, A., & Parry, C. (2009). Descriptive systematic review of sub-saharan african studies on the association between alcohol use and HIV infection. *SAHARA J: journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 6(4), 155-169.

- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health*, 5(3), e290-e299.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2018). Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. *Biochemistry and cell biology*, 96(2), 237-240.
- Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S., & Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet. Public health*, 5(6), e324-e332.
- Probst, C., Parry, C. D. H., Wittchen, H. U., & Rehm, J. (2018). The socioeconomic profile of alcohol-attributable mortality in South Africa: a modelling study. *BMC medicine*, 16(1), 97.
- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 43(4), 1314-1327.
- Puddey, I. B., Rakic, V., Dimmitt, S. B., & Beilin, L. J. (1999). Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors--a review. *Addiction (Abingdon, England)*, 94(5), 649-663.
- Puffer, R. & Griffith, G. (1967). *Patterns of Urban Mortality, Scientific Publication No. 151*. Pan American Health Organization.
- Raitasalo, K., Holmila, M., Autti-Rämö, I., Notkola, I. L., & Tapanainen, H. (2015). Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance-abusing mothers: a register-based cohort study. *Drug and alcohol review*, 34(1), 38-45.
- Ramstedt M. (2002). Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. *European Journal of Population* 18(4):307-323
- Ramstedt, M. (2011). Population drinking and homicide in Australia: a time series analysis of the period 1950-2003. *Drug and alcohol review*, 30(5), 466-472.
- Rehm, J. (2019a). Alcohol consumption and all-cause mortality: further implications. *Drug and alcohol review*, 38(1), 13-15.
- Rehm, J. (2019b). Why the relationship between level of alcohol-use and all-cause mortality cannot be addressed with meta-analyses of cohort studies. *Drug and alcohol review*, 38(1), 3-4.

- Rehm, J., Crépault, J. F., Hasan, O. S. M., Lachenmeier, D. W., Room, R., & Sompaisarn, B. (2019a). Regulatory policies for alcohol, other psychoactive substances and addictive behaviours: the role of level of use and potency. A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3749.R
- Ehm, J. & Gmel, G. (2000). Gaps and needs in international alcohol epidemiology. *Journal of Substance Use*, 5(1), 6-13.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017a). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001.
- Rehm, J., Gmel, G., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C.T., Frick, U., Jernigan, D. (2001). Alcohol as a risk factor for burden of disease. In: Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Murray, C.J.L. (eds.). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors* (pp. 959-1108). World Health Organization.
- Rehm, J. & Hasan, O.S.M. (2020). Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy. *Alcohol*, 82, 1-10.
- Rehm, J., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., & Neufeld, M. (2017b) Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: a systematic review. *Alcohol*, 61, 9-15.
- Rehm, J. & Imtiaz, S. (2016). A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 11(1), 37.
- Rehm, J., Kilian, C., Rovira, P., Shield, K. D., & Manthey, J. (2021). The elusiveness of representativeness in general population surveys for alcohol. *Drug and alcohol review*, 40(2), 161-165.
- Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., Room, R., Samokhvalov, A. V., Scafato, E., Trapencieris, M., Wiers, R. W., & Gmel, G. (2013a). Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?. *Alcohol and alcoholism*, 48(6), 633-640.

- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
- Rehm, J. & Probst, C. (2018). Decreases of life expectancy despite decreases in non-communicable disease mortality: the role of substance use and socioeconomic status. *European addiction research*, 24(2), 53-59.
- Rehm, J., Probst, C., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017c). Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Population health metrics*, 15(1), 4.
- Rehm, J., & Roerecke, M. (2017). Cardiovascular effects of alcohol consumption. *Trends in cardiovascular medicine*, 27(8), 534-538.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., & Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.
- Rehm, J. & Rossow, I. (2001). The impact of alcohol consumption on work and education. In: Klingemann, H., & Gmel, G. (eds.) Mapping social consequences of alcohol consumption (pp. 67-77). Kluwer Academic Publishers.
- Rehm, J., Samokhvalov, A.V., & Shield, K.D. (2013b). Global burden of alcoholic liver diseases. *Journal of hepatology*, 59(1), 160-168.
- Rehm, J., & Shield, K.D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current psychiatry reports*, 21(2), 10.
- Rehm, J., & Shield, K.D. (2020). Alcohol use and cancer in the European Union. *European addiction research*, 27(1), 1-8.
- Rehm, J., Shield, K. D., Joharchi, N., & Shuper, P. A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 107, 51-9.
- Rehm, J., Shield, K.D., & Weiderpass, E. (2020). Alcohol consumption: a leading risk factor for cancer. In: Wild, C.P., Weiderpass, E., & Stewart, B.W. (eds.) *World cancer report: cancer research for cancer prevention* (pp. 68-76). International Agency for Research on Cancer.

- Rehm, J., Štelemėkas, M., & Badaras, R. (2019b). Research protocol to evaluate the effects of alcohol policy changes in Lithuania. *Alcohol and alcoholism*, 54(1), 112-118.
- Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., & Roerecke, M. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol review*, 29(4), 437-445.
- Roerecke, M., & Rehm, J. (2012). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107, 1246-1260.
- Roerecke, M., & Rehm, J. (2014). Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*, 12, 182.
- Roerecke, M., Vafaei, A., Hasan, O. S. M., Chrystoja, B. R., Cruz, M., Lee, R., Neuman, M. G., & Rehm, J. (2019). Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of gastroenterology*, 114(10), 1574-1586.
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social science & medicine (1982)*, 53(2), 189-198.
- Room, R., Janca, A., Bennett, L. A., Schmidt, L., & Sartorius, N. (1996). WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91, 199-220.
- Room, R. & Livingston, M. (2017). The distribution of customary behavior in a population: the total consumption model and alcohol policy. *Sociological Perspectives*, 60(1), 10-22.
- Rossow, I. & Bye, E.K. (2013). The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. In: McMurrin, M. (ed.) Alcohol-related violence: prevention and treatment (pp. 3-19). Wiley.
- Rossow, I. & Mäkelä, P. (2021). Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 9-17.
- Rossow, I., Mäkelä, P., & Kerr, W. (2014). The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. *Addiction*, 109, 1447-1455.

- Rossow, I., & Ramstedt, M. (2016). Challenges in estimating population impacts of alcohol's harm to others. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* 33(5-6), 503-513.
- Rovira, P., & Rehm, J. (2020). Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *European journal of public health*, 31(3), 591-596.
- Samokhvalov, A.V., Popova, S., Room, R., et al. (2010). Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 34(11), 1871-1878.
- Schwarzinger, M., Baillot, S., Yazdanpanah, Y., Rehm, J., & Mallet, V. (2017). Contribution of alcohol use disorders on the burden of chronic hepatitis C in France, 2008-2013: a nationwide retrospective cohort study. *Journal of hepatology*, 67(3), 454-461.
- Sciencedirect.com. (2020). Comparative risk assessment. Elsevier. [https://www.sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/comparative-risk-assessment#:~:text=Comparative%20risk%20assessment%20\(CRA\)%20involves,using%20consistent%20and%20comparable%20methods](https://www.sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/comparative-risk-assessment#:~:text=Comparative%20risk%20assessment%20(CRA)%20involves,using%20consistent%20and%20comparable%20methods)
- Scott-Sheldon, L. A., Carey, K. B., Cunningham, K., Johnson, B. T., Carey, M. P., & MASH Research Team. (2016). Alcohol use predicts sexual decisionmaking: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS and behavior*, 20 Suppl 1(01), S19-S39.
- Shaper, A.G. (1990a). Alcohol and mortality: a review of prospective studies. *British journal of addiction*, 85(7), 837-861.
- Shaper, A.G. (1990b). A response to commentaries: the effects of self-selection. *British Journal of Addiction*, 85(7), 859-861.
- Shield, K. D., Gmel, G., Mäkelä, P., Probst, C., Room, R., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Risk, individual perception of risk and population health. *Addiction*, 112, 2272-2273.
- Shield, K., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D. H., & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet. Public health*, 5(1), e51-e61.
- Shield, K.D., & Rehm, J. (2015). Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors. *BMC research notes*, 8, 231.

- Shield, K.D. & Rehm, J. (2019). Alcohol and the global burden of disease. *Lancet*, 393(10189), 2390.
- Shield, K.D., Rylett, M., & Rehm, J. (2016a). Public health successes and missed opportunities. trends in Alcohol Consumption and Attributable Mortality in the WHO European Region, 1990-2014. Copenhagen: WHO European Region.
- Shield, K.D., Soerjomataram, I., & Rehm, J. (2016b). Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 40(6), 1166-1181.
- Shkolnikov, V., & Nemtsov, A. (1997). The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla, J., Costello, C., & Mitchell, F. (eds.). *Premature death in the new independent states*. National Academy Press.
- Shuper, P. A., Joharchi, N., Monti, P. M., Loutfy, M., & Rehm, J. (2017). Acute alcohol consumption directly increases HIV transmission risk: a randomized controlled experiment. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 76(5), 493-500.
- Sidebotham, P., Bailey, S., Belderson, P., & Brandon, M. (2011). Fatal child maltreatment in England, 2005-2009. *Child abuse & neglect*, 35(4), 299-306.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P., Wilson, E. (2003). *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*. Report No.: 9241545828. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42603>
- Smith, J. (2018). *Twelve-month evaluation of the banned drinker Register in the northern territory: Part 1—descriptive analysis of administrative data*. Menzies School of Health Research.
- Soleman, N., Chandramohan, D., & Shibuya, K. (2006). Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(3), 239-45.
- Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T., Janisse, J., Martier, S., & Sokol, R. J. (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. dose-response effect. *Pediatrics*, 108(2), E34.
- Stanesby, O., Callinan, S., Graham, K., Wilson, I. M., Greenfield, T. K., Wilsnack, S. C., Hettige, S., Hanh, H. T. M., Siengsounthone, L., Waleewong, O., & Laslett, A. M. (2018). Harm from known others' drinking by relationship proximity to

- the harmful drinker and gender: a meta-analysis across 10 countries. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 42(9), 1693-1703.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98.
- Sundermann, A. C., Zhao, S., Young, C. L., Lam, L., Jones, S. H., Velez Edwards, D. R., & Hartmann, K. E. (2019). Alcohol use in pregnancy and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(8), 1606-1616.
- Tal, E. (2020). Measurement in Science. In: Zalta, E.N. (ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Fall 2020 ed.* The Metaphysics Research Lab, Center for the Study of Language and Information (CSLI), Stanford University.
- Testa, M., Quigley, B.M., & Eiden, R.D. (2003). The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: a meta-analytical review. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 38(4), 295-304.
- Thomas, L.M., D'Ambruoso, L., & Balabanova, D. (2018). Verbal autopsy in health policy and systems: a literature review. *BMJ Glob Health*, 3(2), e000639.
- UNAIDS. (2019). Global HIV and AIDS statistics: 2019 fact sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Urban, M., Chersich, M. F., Fourie, L. A., Chetty, C., Olivier, L., & Viljoen, D. (2008). Fetal alcohol syndrome among grade 1 schoolchildren in Northern Cape Province: prevalence and risk factors. *South African medical journal*, 98(11), 877-882.
- Viljoen, D. L., Gossage, J. P., Brooke, L., Adnams, C. M., Jones, K. L., Robinson, L. K., Hoyme, H. E., Snell, C., Khaole, N. C., Kodituwakku, P., Asante, K. O., Findlay, R., Quinton, B., Marais, A. S., Kalberg, W. O., & May, P. A. (2005). Fetal alcohol syndrome epidemiology in a South African community: a second study of a very high prevalence area. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 593-604.

- Waleewong O, Laslett A-M, Chenhall R, et al. (2018) Harm from others' drinking-related aggression, violence and misconduct in five Asian countries and the implications. *Int J Drug Policy*, 56, 101-107.
- Waleewong, O., Laslett, A. M., Chenhall, R., & Room, R. (2018). Harm from others' drinking-related aggression, violence and misconduct in five Asian countries and the implications. *The International journal on drug policy*, 56, 101-107.
- Wells, S., & Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. *Addiction (Abingdon, England)*, 98(1), 33-42.
- White, A. J., DeRoo, L. A., Weinberg, C. R., & Sandler, D. P. (2017). Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk. *American journal of epidemiology*, 186(5), 541-549.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76 Suppl, S11-S19.
- Williams, J. F., Smith, V. C., & COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE (2015). Fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*, 136(5), e1395-e1406.
- Wilsnack, R. W., Kristjanson, A. F., Wilsnack, S. C., Bloomfield, K., Grittner, U., & Crosby, R. D. (2018). The harms that drinkers cause: regional variations within countries. *International journal of alcohol and drug research*, 7(2), 30-36.
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2018). Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. www.wcrf.org/dietandcancer
- World Health Organization. (1999). Global status report on alcohol. Substance Abuse Department, WHO.
- World Health Organization (2018a) Global status report on alcohol and health 2018. WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2018b) ICD-11 for mortality and morbidity statistics. WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization (2019a) Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. WHO.

- World Health Organization. (2019b). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- World Health Organization. (2020). Health statistics and information systems: disease burden and mortality estimates. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- Zakhari S. (1997). Alcohol and the cardiovascular system: molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol health and research world*, 21(1), 21-29.
- Zaridze, D., Lewington, S., Boroda, A., Scélo, G., Karpov, R., Lazarev, A., Konobeevskaya, I., Igitov, V., Terechova, T., Boffetta, P., Sherliker, P., Kong, X., Whitlock, G., Boreham, J., Brennan, P., & Peto, R. (2014). Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151,000 adults. *Lancet*, 383(9927), 1465-1473.
- Zhao, J., Stockwell, T., Roemer, A., Naimi, T., & Chikritzhs, T. (2017). Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 78(3), 375-386.

**Alcohol: No Ordinary
Commodity, Third edition**

_____ สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

5 อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์: ศูนย์รวมของอิทธิพล

5.1 เกริ่นนำ

อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ประกอบด้วยผู้เล่นหลากหลายที่ทำงานเชื่อมประสานกัน เพื่อควบคุมกระบวนการทางธุรกิจ ตั้งแต่ การผลิต การตลาด และการขายหรือกระจายสินค้า การทำงานขององค์กรธุรกิจเหล่านี้เป็นตัวกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการบริโภค และอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเมื่อพวกเขา (กลุ่มอุตสาหกรรม) ทำงานร่วมกันมาเรื่อย ๆ ก็ย่อมมีอิทธิพลต่อเวทีนโยบาย ในบทนี้ เราจะพิจารณาบทบาทและโครงสร้างในอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ทั้ง 4 หน่วย ได้แก่ บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะพิจารณาเน้นไปยังกลุ่มผู้ผลิตขนาดใหญ่ ที่เป็น**บริษัทข้ามชาติ (trans-national alcohol corporations; TNACs)**¹ องค์กรหน้าฉากของกลุ่มธุรกิจ อาทิเช่น องค์กรทางสังคม และองค์กรทางการค้าและพาณิชย์ กลุ่มบริษัทที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการตลาดและโฆษณา รวมทั้ง แพลตฟอร์มดิจิทัลต่าง ๆ วงการกีฬา และองค์กรด้านวัฒนธรรมระดับโลก สุดท้ายคือ กลุ่มผู้ที่จัดส่งและกระจายสินค้า ผู้เล่นเหล่านี้ทั้งรายใหญ่และรายเล็กล้วนมีผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่เกือบทุกส่วนมีผลประโยชน์ร่วมกันเกี่ยวกับกรอบ

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

นโยบาย (ที่ต้องการให้เกิดการควบคุมให้น้อยที่สุด ผู้แปล) บทที่ 14 และ 15 จะกล่าวถึง บทบาทของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบรรดาองค์กรหน้าฉาก ในกระบวนการ กำหนดนโยบาย (Holden *et al.*, 2012)

โครงสร้างและแนวปฏิบัติของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ ก็เช่นเดียวกับอุตสาหกรรม อื่น ๆ ที่ผลิต และทำการตลาดสินค้า ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (Kickbusch *et al.*, 2016) เป็นสิ่งที่มีความท้าทายต่อนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หัวใจของความขัดแย้ง ระหว่างอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข คือ สังคม บางส่วนต้องการพึ่งพาการเติบโตของอุตสาหกรรมในตลาดที่กำลังขยายตัว ซึ่งส่งผลให้มี การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น และเกิดการบริโภคอย่างหนักซึ่งเป็นรูปแบบการ บริโภคที่มีผลเสียมากที่สุด แต่กระนั้นอุตสาหกรรมก็ยังคงดำเนินต่อไปเพื่อการขายและ ผลกำไรในตลาดที่มีอยู่ ในกล่องข้อความที่ 5.1 เราได้อธิบายถึงประโยชน์ทับซ้อนของ อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการขายให้กับนักดื่มหนัก

กล่องข้อความที่ 5.1 ผลประโยชน์ทับซ้อนของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามของการ “ดื่มหนัก” ว่า การดื่มมากกว่า 6 ดื่ม มาตรฐานในเพศชาย และมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปในเพศหญิง อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์พึ่งพิงการดื่มหนักนี้ในการสร้างผลกำไรส่วนใหญ่ของบริษัท ในประเทศที่มี ระดับรายได้สูง ยอดขายจาก “การดื่มหนัก” ประมาณร้อยละ 65 ของยอดขายทั้งหมด และในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางนั้นอยู่ที่ร้อยละ 75 (Casswell *et al.*, 2016) การ พึ่งพิงการดื่มหนักนี้เองเป็นรากฐานของความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างบริษัทเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ข้ามชาติกับสาธารณสุข ซึ่งทำให้ความร่วมมือทั้งระหว่างรัฐบาล ผู้กำหนด นโยบาย และอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่น่าจะนำไปสู่นโยบายที่มีประสิทธิภาพ ในเมื่อการดื่มปริมาณมากทำให้มีส่วนแบ่งในการขายและผลกำไรในอุตสาหกรรมเป็นจำนวนมาก ผลประโยชน์ทับซ้อนเหล่านี้ขัดต่อการมีส่วนร่วมของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเวทีนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพวกเขาต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อพวกเขามากที่สุด

5.2 ภาคส่วนผู้ผลิต

ในยุโรปตะวันออก กลุ่มประเทศนอร์ดิก และล่าสุดในเอเชีย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนจากการที่รัฐเป็นเจ้าของกิจการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาเป็นการให้บริษัทเอกชนเป็นผู้ผลิตแทน ในประเทศเวียดนาม (Casswell, 2020) การเพิ่มขึ้นอย่างมากของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นผลมาจากการเปลี่ยนให้เอกชนเป็นผู้ผลิต บริษัทเอกชนเหล่านี้ต้องทำหน้าที่ตอบสนองต่อผู้ถือหุ้นของพวกเขา ซึ่งมีผลประโยชน์ที่แตกต่างจากผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านสาธารณสุขอย่างมาก ขนาดและความสามารถในการทำกำไรของบริษัทเหล่านี้เกิดขึ้นและขับเคลื่อนการขยายตัวของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ทั่วโลก เพื่อให้มั่นใจว่าจะเติบโตในอนาคต การรวมตัวของอุตสาหกรรมทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติได้เพิ่มขีดความสามารถอย่างมากในการส่งเสริมแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการทำให้การดื่มเป็นพฤติกรรมปกติในบริบทและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั่วโลก

5.2.1 ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกถูกครอบงำโดยบริษัทขนาดใหญ่ซึ่งมีเพียงไม่กี่บริษัท บริษัทเหล่านี้ล้วนเป็นบริษัทข้ามชาติทั้งในแง่ของรูปแบบและการทำกำไรที่สูงมาก AB InBev ซึ่งเป็นบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใหญ่ที่สุดในปี ค.ศ. 2021 พวกเขามีรายได้อยู่ที่ 45.6 พันล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งรายได้ของพวกเขามากกว่ารายได้ประชาชาติ (GDP) ของประเทศในโลกรวมกว่าครึ่งหนึ่ง (Casswell, 2019) เมื่อพิจารณาจากอัตรากำไรโดยพิจารณาจากรายได้สุทธิ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำกำไรสูงกว่าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์และอุตสาหกรรมการแปรรูปอาหาร ณ เดือนมกราคม ค.ศ. 2019 (แต่ก็กำไรน้อยกว่ายาสูบ) (Damodaran, 2019) การฉีกกำลังของบริษัทข้ามชาติและความสามารถในการทำกำไรนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากขนาดของอุตสาหกรรมที่เติบโตและทำกำไรมากทำให้บริษัทเหล่านี้มีทรัพยากรที่ไม่เคยมีมาก่อนสำหรับการขยายตัวในตลาดใหม่ รวมไปถึงการส่งเสริมการตลาดใหม่ ๆ ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายการควบคุมการจำหน่าย

บริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติส่วนใหญ่ในโลกเริ่มต้นธุรกิจของพวกเขาในช่วงศตวรรษที่สิบเก้าและต้นศตวรรษที่ยี่สิบในฐานะโรงเบียร์หรือโรงกลั่นขนาดเล็กในท้องถิ่น บริษัทเหล่านี้เติบโตผ่านการควบรวมหรือซื้อกิจการในช่วงทศวรรษ 1960 และ 1970 เริ่มดำเนินการในระดับสากลและผนึกกำลังในระดับภูมิภาคในช่วงทศวรรษ 1980 แล้วก้าวไปสู่ระดับโลกในช่วงทศวรรษ 1990 และมีการผนึกกำลังอย่างต่อเนื่องจนถึงทศวรรษที่แล้ว การเข้าซื้อกิจการในท้องถิ่นทำให้บริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติมีโรงงานผลิต เครือข่ายการจัดจำหน่าย และความรู้ด้านวัฒนธรรมในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด เส้นทางที่เรื้อรังขึ้นไปยังตลาดใหม่ คือ การซื้อคู่แข่งระดับโลกเพื่อให้ได้แบรนด์ที่กำลังกำไร และส่วนแบ่งของตลาดที่จัดตั้งขึ้น และตลาดใหม่ เช่นเดียวกับที่ Pernod Ricard, Heineken, Carlsberg และ Inbev ทำกันในปี ค.ศ. 2008

ข้อตกลงทางธุรกิจมหาศาล (Megadeal) ที่สร้างให้ AB InBev เจาะเข้าในตลาดของประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2016 แม้ว่า การขยายตัวของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ข้ามชาติจะช่วยส่งเสริมการจ้างงานอยู่บ้าง เช่น การผลิตคราฟต์เบียร์ หรืออื่น ๆ แต่กระนั้นบริษัทข้ามชาติทั้งจากฝั่งตะวันตกและจีนล้วนมีเป้าหมายสู่การครอบครองตลาดให้มากที่สุด ข้อมูลการขายและกำไรของธุรกิจของกลุ่มนี้ได้แสดงให้เห็นในตารางที่ 5.1

กล่องข้อความที่ 5.2 บริษัทยักษ์ใหญ่ทั้งหลาย เติบโตมาได้อย่างไร

ในปี ค.ศ. 2004 บริษัท InBev ถูกสร้างขึ้นผ่านการควบรวมกิจการระหว่าง AmBev และ Interbrew ซึ่งเป็นการรวมตัวระหว่างโรงงานเบียร์ในลาตินอเมริกา แคนาดา และยุโรป ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 AnheuserBusch ถูกซื้อกิจการ และดำเนินการเข้าซื้อกิจการของ Grupo Modelo ในปี ค.ศ. 2012 และ Oriental Brewing ของเกาหลีใต้ในปี ค.ศ. 2014 หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 2016 มีการเจรจาควบรวมกิจการกับ SABMiller คู่แข่งในแอฟริกา เมื่อถึงจุดนี้จึงเกิด AB InBev ในปัจจุบัน การควบรวมกิจการ AB InBev นั้นใหญ่เป็นอันดับสามในประวัติศาสตร์ของการควบรวมบริษัท ซึ่งทำให้บริษัทใหม่ที่มาจากการรวมตัวนี้ อยู่ในยุทธภูมิทางการตลาดที่โดดเด่น และมีกำลังการผลิตประมาณหนึ่งในสามของเบียร์ทั้งหมดที่จำหน่ายทั่วโลก (Collin *et al.*, 2015)

ขนาดของ บริษัท AB InBev เกิดขึ้นได้เนื่องจากการเข้าถึงแหล่งเงินทุนราคาถูกมากและกลยุทธ์ทางธุรกิจของบริษัทการเงิน 3G Capital ของบราซิล ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้สนับสนุน AB InBev มานานหลายทศวรรษ (Dowd, 2019; Wehring, 2020b) สำหรับการควบรวมกิจการครั้งนี้เป็นการใช้ประโยชน์จากจุดแข็งทางภูมิศาสตร์ของทั้งสองบริษัทในภูมิภาคสำคัญที่มีเศรษฐกิจเกิดใหม่และแนวโน้มการเติบโตที่แข็งแกร่ง ซึ่งรวมถึงแอฟริกา เอเชีย อเมริกากลางและอเมริกาใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Sub-Saharan Africa ถือเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญของการเติบโตสำหรับบริษัทที่ควบรวมกัน (Collin *et al.*, 2015) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงมรดกของแอฟริกาใต้ และจุดแข็งทางธุรกิจในระดับภูมิภาคของ SAB Miller (Collin *et al.*, 2015)

ตารางที่ 5.1 บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใหญ่ที่สุดในโลกสิบบริษัท

	บริษัท (ประเทศที่จดทะเบียน)	ยอดขาย (US\$)	กำไร (US\$)
1	Anheuser-Busch InBev (เบลเยียม)	52.3 พันล้าน	9.1 พันล้าน
2	Diageo (สหราชอาณาจักร)	16.8 พันล้าน	3.9 พันล้าน
3	Heineken (เนเธอร์แลนด์)	26.8 พันล้าน	1.2 พันล้าน
4	Kweichow Moutai (จีน)	11.3 พันล้าน	6.2 พันล้าน
5	Pernod Ricard (ฝรั่งเศส)	10.6 พันล้าน	1.6 พันล้าน
6	Asahi Group Holdings (ญี่ปุ่น)	19.2 พันล้าน	1.3 พันล้าน
7	Kirin Holdings (ญี่ปุ่น)	17.8 พันล้าน	547.1 ล้าน
8	Carlsberg (เดนมาร์ก)	9.9 พันล้าน	984.8 ล้าน
9	Wuliangye Yibin (จีน)	5.2 พันล้าน	2 พันล้าน
10	Constellation Brands (สหรัฐอเมริกา)	8.3 พันล้าน	-11.8 ล้าน

แหล่งที่มา: บริษัทการค้าสารณะจัดอันดับโดยคะแนนรวมของยอดขายและกำไร (Forbes Global 2000, as of May 2020) (Murphy A, Tucker H, Coyne M, et al. (2020, May 13) GLOBAL 2000: The World's Largest Public Companies [https:// www.forbes.com/global2000/#491698da335d](https://www.forbes.com/global2000/#491698da335d))

5.2.2 อุตสาหกรรมเบียร์

ทั่วโลก เบียร์ครองตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีสูงสุด ทำให้ผู้ผลิตเบียร์เป็นอุตสาหกรรมแนวหน้า และสะท้อนถึงขนาดของการควมรวมธุรกิจและการขยายตลาดในส่วนี้

ด้านหนึ่งของการรวมตัวของผู้ผลิต คือ มันสร้างการควบคุมที่เข้มข้นในการจัดจำหน่าย กดดันให้แบรนด์อื่นถูกวางอยู่ในตำแหน่งที่โดดเด่นน้อยกว่าบนชั้นวางสินค้า หรือถูกออกจกชั้นเหล่านี้โดยสิ้นเชิง ในกรณีของ AB InBev สิ่งนี้ทำให้พวกเขาสามารถกำหนดราคาเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้อัตรากำไรเพิ่มขึ้น (Hoiuum, 2018) อย่างไรก็ตาม การขยับของผู้บริโภคสู่การดื่มคราฟต์เบียร์มีส่วนทำให้เกิดความชบเซาของปริมาณ “เบียร์จากผู้ผลิตรายใหญ่” ที่บริโภคในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา AB InBev ใช้เงินไปกับการขายและการตลาดในปี ค.ศ. 2017 มากกว่าที่เคยใช้เมื่อ 10 ปีที่แล้ว เพื่อรักษาปริมาณการผลิตให้คงเดิมเอาไว้ บริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติส่วนใหญ่พัฒนามาจากบริษัทที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (HIC)** แต่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เราได้เห็นการเกิดขึ้นของบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติซึ่งมีสำนักงานใหญ่อยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง กล่องข้อความที่ 5.3 อธิบายการพัฒนาของบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติจากประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง

กล่องข้อความที่ 5.3 พัฒนาการของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติจากประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง

ไทยเบฟขยายกิจการในช่วงห้าปีที่เป็นพันธมิตรกับคาร์ลสเบิร์ก และปัจจุบันกลายเป็นหนึ่งในบริษัทเครื่องดื่มที่ใหญ่ที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ไทยเบฟได้เข้าตลาดหุ้นของสิงคโปร์ในปี ค.ศ. 2006 หลังจากที่พยายามจะเข้าตลาดหุ้นในประเทศไทย แต่ถูกต่อต้านจากกลุ่มพระสงฆ์ในพุทธศาสนา และกลุ่มประชาสังคมด้านสุขภาพ ในปัจจุบันไทยเบฟดำเนินกิจการสำคัญในยุโรป โดยการผลิตวิสกี้สก๊อต วอดกา ยิน และเมรัยชนิดอื่นในโรงกลั่นในสกอตแลนด์และสหราชอาณาจักร และเป็นเจ้าของ Sabeco ซึ่งเป็นโรงงานเบียร์เวียดนาม เครื่องหมายการค้าของเบียร์ช้าง ซึ่งเป็นแบรนด์หลักของไทยเบฟถูกพบเห็นได้ตลอดทั่วประเทศไทย ผ่านการโฆษณาผ่านน้ำแร่ช้าง ซึ่งเป็นตัวอย่างของการขยายแบรนด์

(brand-stretching) เพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมายห้ามโฆษณาของประเทศไทย ไทยเบฟ เช่นเดียวกับบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติอื่น ๆ ยังใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (digital platforms) ในการทำการตลาดข้ามพรมแดน และแสดงตราสินค้าในกิจกรรมกีฬา (ภายในงานฟุตบอลโลกปี ค.ศ. 2008)

5.2.3 อุตสาหกรรมสุราสี

เหล้า (Spirits) ซึ่งรวมถึงสุรากลั่นหลายชนิด ทั้งสุราบ่มและสุราผสม เป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุดอันดับสองตามมูลค่าในตลาดโลก เนื่องจากความต้องการปริมาณสินค้าส่วนใหญ่ค่อนข้างคงที่หรือลดลงในตลาดอิมพอร์ต (Statista, 2020a) ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แนวโน้มมูลค่าที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ได้รับแรงหนุนจากการ**ทำให้เป็นสินค้าพรีเมียม (premiumization)** ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่กระตุ้นให้ผู้บริโภคหันมาซื้อเครื่องดื่มที่มีราคาสูงขึ้น

การรวมตัวของผู้ผลิตได้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ผลิตสุรา เช่นเดียวกับอุตสาหกรรมเบียร์ที่เรากล่าวไปแล้วก่อนหน้านี้ ภายในปี ค.ศ. 2006 การผลิตสุราแบบสมัยใหม่ถูกควบคุมโดยบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติเพียงสองแห่ง คือ Diageo และ Pernod Ricard โดยรายหลังก็มีส่วนสำคัญในการผลิตไวน์ของโลกด้วย Diageo ยังคงเป็นผู้เล่นหลักในสุรากลั่นโดยมีส่วนแบ่งตลาดโลกเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของ Pernod Ricard ซึ่งเป็นคู่แข่งที่ใกล้เคียงที่สุดในกลุ่มอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ข้ามชาติด้วยกัน (Jernigan และ Ross, 2020) ภายในปี ค.ศ. 2019 ยอดขายครึ่งหนึ่งของ Pernod Ricard อยู่ในอเมริกาและเอเชีย นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ตลาดในเอเชีย และในปี ค.ศ. 2020 พวกเขากำลังสร้างโรงกลั่นแห่งใหม่ในประเทศจีน เป้าหมาย คือ การผลิตผลิตภัณฑ์ใหม่ประเภทมอลต์ วิสกี้สำหรับตลาดในประเทศจีน เพื่อส่งเสริมการบริโภคนอกมื้ออาหาร ซึ่งคนจีนมักจะบริโภค **“ไป่จิ๋ว (baijiu)”** ซึ่งเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำชาติ (Morton, 2019)

อันที่จริงแล้วแบรนด์สุราของจีนมีมูลค่ามากกว่าแบรนด์ของบริษัทแอลกอฮอล์ต่างชาติเสียอีก ซึ่งสะท้อนถึงประชากรจำนวนมากของจีนที่ทำให้ตลาดของพวกเขามีขนาดใหญ่มาก แบรนด์สุราที่มีมูลค่ามากที่สุด 4 แบรนด์เป็นของจีนทั้งหมด ทำให้แบรนด์ระดับโลกที่มีชื่อเสียง เช่น Johnnie Walker เล็กกลงไปเลย ดังแสดงในตารางที่ 5.2 ซึ่งแสดง 10 แบรนด์สุราที่มีมูลค่าสูงสุดทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 ถึงแม้ว่าแนวโน้มการบริโภค

“สุราประจำชาติ” เช่น ไ่จีว (จีน) **โซจู** (soju-เกาหลี) และ**โชจู** (shochu-ญี่ปุ่น) คาดว่า จะเติบโตอย่างช้า ๆ ประมาณร้อยละ 2.1 ระหว่างปี ค.ศ. 2016 ถึง ค.ศ. 2019 แต่ การบริโภคสุราประจำชาติเหล่านี้ยังมีมูลค่าเป็นเพียงเกือบครึ่งหนึ่งของปริมาณการบริโภค สุรากลั่นทั่วโลกเท่านั้น (The Spirits business, 2018)

คล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบตะวันตก ที่เดิมเป็นเครื่องดื่มประจำท้องถิ่น ในประเทศแถบยุโรป แล้วกลายมาเป็นเครื่องดื่มระดับโลก (เช่น สก็อตวิสกี้) ผู้ผลิตเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์รายใหญ่ในเอเชียบางรายก็กำลังมองหาช่องทางที่จะก้าวไปสู่ระดับโลก เช่น ผู้ผลิตโซจู HiteJinro ซึ่งมีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมกับ Diageo และ Pernod Ricard ในฐานะบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก ผู้ผลิต Baijiu รายใหญ่กำลังปรับเครื่องดื่ม ให้เข้ากับรสนิยมของตะวันตก รวมถึงร่วมมือกับผู้จัดจำหน่ายและใช้โอกาสทางการตลาด ทั่วโลก (ดูกล่องข้อความที่ 5.4)

ตารางที่ 5.2 ยี่ห้อสุรากลั่นที่มีมูลค่าสูงสุด^a ในปี ค.ศ. 2019

	ยี่ห้อ	มูลค่าแบรนด์ในปี ค.ศ. 2019 (พันล้านดอลลาร์สหรัฐ)
1	Moutai	30.47
2	Wuliangye	16.04
3	Yanghe	9.06
4	Luzhou Laojiao	5.37
5	Johnnie Walker	4.64
6	Jack Daniel's	4.33
7	Hennessy	3.87
8	Bacardi	3.66
9	Smirnoff	3.5
10	Gujing Gong Jiu	2.7

^a มูลค่าแบรนด์ สะท้อนถึงทั้งข้อมูลการตลาดและข้อมูลการเงิน เพื่อใช้ประมาณค่าสินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตน (intangible asset) - the brand

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Brand Finance (2019) Spirits 50 2019. [https:// brandirectory. com/ download-report/brand-finance-spirits-50-2019-preview.pdf](https://brandirectory.com/download-report/brand-finance-spirits-50-2019-preview.pdf)

กล่องข้อความที่ 5.4 ผู้ผลิต Baijiu กำลังทะยานเข้าสู่ระดับโลก

Luzhou Laojiao ผู้ผลิต baijiu รายใหญ่อันดับสี่ของจีน ได้ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ค็อกเทลของตน โดยผ่านการเป็นผู้อุปถัมภ์ในการแข่งขันฟุตบอลโลก และในปี ค.ศ. 2018 ได้ก่อตั้ง Ming River ซึ่งเป็นบริษัทร่วมทุนในนิวยอร์ก ด้วยเป้าหมายที่จะทำให้เหล้ากลั่นจากจีนเป็นเครื่องดื่มสากลทั่วโลก Ming River ได้ร่วมมือกับ Hi-Spirits ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริษัท Sazerac ในประเทศสหราชอาณาจักร Southern Comfort และ Buffalo Trace ซึ่งบริษัทจัดจำหน่ายในสหรัฐอเมริกา เหล้าไป๋วี่ของ Luzhou Laojiao ยังจำหน่ายผ่านตัวแทนจำหน่ายในประเทศเยอรมนี ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และอินโดนีเซียอีกด้วย (Morton, 2020d) ในปี ค.ศ. 2019 Pernod Ricard ได้ตกลงที่จะเป็นผู้แทนจำหน่าย Wuliangye baijiu (แบรนด์อันดับสองในจีนรองจาก Moutai) ในประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย ที่กล่าวมานี้คือ ส่วนหนึ่งของความพยายามของผู้ผลิต baijiu ในการก้าวไปสู่ระดับโลก (Woodward, 2020)

5.2.4 ภาคส่วนของอุตสาหกรรมไวน์

มีการควบรวมกิจการในภาคอุตสาหกรรมไวน์เช่นกัน ถึงแม้ว่าจะมีน้อยกว่าในอุตสาหกรรมเบียร์และสุราก็ตาม โรงบ่มไวน์มีการควบรวมกิจการ และบริษัทเบียร์และสุรากลั่นได้เข้าซื้อกิจการโรงบ่มไวน์ เนื่องจากตลาดของตนเองมีเสถียรภาพเพียงพอ และการเข้าสู่ธุรกิจไวน์ถูกมองว่า เป็นกลไกในการกระตุ้นการเติบโตของรายได้อีกทางของอุตสาหกรรมเบียร์ (ซึ่งใหญ่กว่าไวน์มาก) ตัวอย่างเช่น บริษัทเครื่องดื่มขนาดใหญ่ของญี่ปุ่น เช่น Kirin Holdings, Suntory และ Sapporo ซึ่งเป็นเจ้าของโรงบ่มไวน์ในญี่ปุ่น ก็ได้เปลี่ยนจุดเน้นไปที่ตลาดต่างประเทศมากขึ้น โดย Suntory ดำเนินกิจการโรงบ่มไวน์หลายแห่งในประเทศฝรั่งเศสและเยอรมนี

โครงสร้างของอุตสาหกรรมไวน์ทั่วโลกมีความแตกต่างกันอย่างมาก ในปี ค.ศ. 2011 มีผู้ผลิตไวน์ 232,900 รายในประเทศฝรั่งเศส และยี่ห้อไวน์ที่อยู่ในลำดับสูงสุดสิบยี่ห้อครองตลาดเพียงร้อยละ 4 ในทางตรงกันข้าม ในประเทศออสเตรเลีย บริษัทผู้ผลิตไวน์เพียงแค่ 4 แห่งควบคุมตลาดไวน์มากกว่าร้อยละ 75 โดยรวมแล้ว โครงสร้างอุตสาหกรรมมีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดระหว่างผู้ผลิต “โลกใหม่” (เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์

ซีลี สหรัฐอเมริกา) และบริษัท “โลกเก่า” (ผู้ผลิตในยุโรป) ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากเหตุผลทางประวัติศาสตร์ แต่ยังคงสะท้อนถึงกลยุทธ์การแข่งขันอีกด้วย ส่วนใหญ่แล้วผู้ผลิตไวน์ในทวีปยุโรปเป็นการผลิตในครอบครัว และยังคงมีบริษัทเอกชนจำนวนมาก (ในรูปแบบครอบครัว) ในยุโรป ในขณะที่ผู้ผลิตไวน์รายใหญ่ที่สุดในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียส่วนใหญ่ได้กลายเป็นบริษัทมหาชนขนาดใหญ่ที่เปิดการระดมทุนผ่านตลาดหลักทรัพย์ (Roberto, 2011)

การรวบรวมกิจการโดยผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายไวน์อาจเป็นการตอบสนองต่ออำนาจทางการตลาดของผู้ค้าปลีกและผู้จัดจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้พื้นที่แสดงสินค้าที่มีมูลค่าสูงสุดบนชั้นวางสินค้าของร้านค้าปลีก และบรรลุเงื่อนไขการทำสัญญาที่น่าพอใจ (Roberto 2011) การเน้นที่การสร้างแบรนด์และการโฆษณาได้สร้างศักยภาพในการขยายขนาดและขอบเขตการค้าของบริษัทเหล่านี้ บริษัทขนาดใหญ่มีอิทธิพลต่อผู้ลงโฆษณา มากกว่า และสามารถยกระดับภาพลักษณ์ของแบรนด์ โดยการสร้างไวน์ที่มีราคาสูง (high-end) ที่มอบความรู้สึกหรูหราแก่ผู้ดื่ม จากนั้นจึงขยายแบรนด์เพื่อนำเสนอไวน์ในราคาต่าง ๆ ครอบคลุม (Roberto, 2011) นักลงทุนภาคเอกชนก็เข้าสู่อุตสาหกรรมไวน์เช่นกัน ในปี ค.ศ. 2018 Codorníu Raventós ซึ่งเป็นผู้ผลิตไวน์ชนิดหนึ่งที่มีชื่อ Catalan Cava (ไวน์ที่ผสมจากองุ่น 3 ชนิด macabeu, parellada and xarel) ผลิตในแคว้นคาตาลัน ประเทศสเปนเท่านั้น; ผู้แปล) ซึ่งเป็นธุรกิจครอบครัวที่เก่าแก่ที่สุดในประเทศสเปนได้ประกาศขายหุ้นจำนวนมากให้กับ Carlyle Group ซึ่งเป็นบริษัทบริหารสินทรัพย์ส่วนบุคคลขนาดใหญ่ (Pellechia, 2018) ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงจากธุรกิจครอบครัวกลายเป็นธุรกิจที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนขนาดใหญ่แล้ว

การย้ายไปสู่การขายออนไลน์ช่วยสนับสนุนการเติบโตของภาคธุรกิจไวน์ เนื่องจากการขายและส่งมอบไวน์ไปยังผู้บริโภคโดยตรงเป็นวิธีการขายที่มีประสิทธิภาพมาก บริษัทขนาดใหญ่ทราบดีว่า ข้อมูลในโลกออนไลน์มีมูลค่ามากเพียงไร พวกเขาเริ่มเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ให้บริการออนไลน์เพื่อเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมผู้บริโภคของลูกค้า (Rannekleiv และ Castroviejo, 2018) กรณีตัวอย่างเช่น บริษัท E&J Gallo Winery ผู้ผลิตไวน์รายใหญ่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา (Thornton, 2013) เล็งเห็นถึงความนิยมและการเติบโตอย่างรวดเร็วของของอีคอมเมิร์ซในจีน จึงได้เปิดร้านแม่บน Tmall ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มค้าปลีกของ Alibaba ซึ่งเป็นธุรกิจการค้าออนไลน์ในมือถือที่ใหญ่ที่สุดในโลก บริษัทและโรงบ่มไวน์นานาชาติอื่น ๆ ได้เข้าสู่ตลาดจีนในทำนองเดียวกันผ่านแพลตฟอร์มอีคอมเมิร์ซ

ขนาดใหญ่ของจีนทั้ง Tmall, Taobao และ JD เมื่อไม่นานมานี้ ผู้ผลิตไวน์จากออสเตรเลียได้ใช้ WeChat ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันสื่อสารอันดับหนึ่งที่ใช้ในจีนเพื่อส่งเสริมและขายไวน์ (Young, 2019) แม้ว่าขณะนี้ไวน์นำเข้ายังคงเป็นส่วนเล็ก ๆ ของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของจีน แต่ตลาดของผู้บริโภคไวน์นำเข้ากำลังขยายตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของข้อตกลงทางการค้าและการลงทุนซึ่งอนุญาตให้เข้าถึงได้โดยเสรี กล่องข้อความที่ 5.5 อธิบายว่าสิ่งนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร

กล่องข้อความที่ 5.5 การเติบโตของตลาดไวน์ในจีน

ด้วยจำนวนประชากรที่มากที่สุดในโลก แม้ว่าการบริโภคไวน์ต่อหัวค่อนข้างต่ำ แต่ปัจจุบันจีนเป็นผู้บริโภคไวน์รายใหญ่ที่สุดของเอเชีย ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 7 ของทั้งหมดทั่วโลก ประเทศจีนมีพื้นที่ปลูกและทำไร่องุ่นที่มากเป็นอันดับสองในบรรดาประเทศที่ปลูกองุ่นทั่วโลก แม้ว่าการผลิตไวน์จะลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 อันเป็นผลเนื่องจากการแข่งขันกับไวน์นำเข้าซึ่งปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 40 ของตลาดไวน์จีน

ฮ่องกงทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการค้าและจัดจำหน่ายไวน์รายใหญ่สำหรับจีนแผ่นดินใหญ่และภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก หลังจากการยกเลิกภาษีอากรของไวน์ทั้งหมดในปี ค.ศ. 2008 ข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศนิวซีแลนด์ ซิลี และจอร์เจียทำให้ประเทศเหล่านี้ นำเข้าไวน์ไปยังจีนได้โดยไม่มีภาษี ในขณะที่ยุทธศาสตร์การค้ากับสหรัฐฯ ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษนี้ได้นำไปสู่การเก็บภาษีรวมถึงร้อยละ 40 สำหรับไวน์นำเข้าจากสหรัฐอเมริกา

5.3 กลยุทธ์ของอุตสาหกรรมในการรักษาเสถียรภาพของการบริโภคในประเทศที่มีระดับรายได้สูง

กลุ่มบริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติได้ตอบสนองต่อการรักษาเสถียรภาพของการบริโภคในประเทศที่มีระดับรายได้สูง ด้วยกลยุทธ์ที่แสดงสำนึกด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ด้วยการพัฒนาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำและไม่มีแอลกอฮอล์ชนิดใหม่ และมุ่งเน้นไปที่องค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ปริมาณน้ำตาลและแคลอรี ผู้ผลิตเบียร์นานาชาติได้เปิดตัว

เครื่องดื่ม hard seltzer (เหล้าอัดลม) ภายใต้แบรนด์ที่สร้างขึ้นใหม่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องดื่ม Bud Light Seltzer ของบริษัท AB InBev ได้ร่วมกับเครื่องดื่ม Corona Seltzer ของบริษัท Constellation Brands และเครื่องดื่ม Coors Seltzer ของบริษัท Molson Coors Beverage Co นอกจากนี้ Coca Cola ก็ยังกระโจนเข้าสู่ตลาด “hard seltzer” นี้ ในปี ค.ศ. 2021 ด้วยเช่นกัน โดยร่วมมือกับ Molson Coors (ซึ่งเปิดตัวเครื่องดื่มกัญชาที่ไม่มีแอลกอฮอล์ด้วย) (Hancock, 2020)

ตลาดสำหรับเครื่องดื่มประเภท Hard seltzer นั้นคาดว่าจะมีการเติบโตอย่างมาก เนื่องจากความนิยมที่เพิ่มขึ้นของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยในกลุ่มคนรุ่นสหัสวรรษในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งรวมถึงสหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่แข็งแกร่ง แม้ว่าจะทำการตลาดว่าเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ แต่เครื่องดื่ม Hard seltzer ส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์เทียบได้กับเบียร์ โดยมีแอลกอฮอล์ร้อยละ 4.5-7 โดยปริมาตร (ABV) แต่มักจะมีแคลอรี 100 ต่อกระป๋องหรือน้อยกว่านั้น (Eads, 2020) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น ๆ ที่วางตำแหน่งของผลิตภัณฑ์ในตลาดว่า “เป็นทางเลือกที่ดีกว่าสำหรับคุณ” ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ไม่มีน้ำตาลและน้ำตาลต่ำ แคลอรีต่ำ คาร์โบไฮเดรตต่ำ และปราศจากกลูเตน (IWSR Drinks Market Analysis, 2020a)

ปัจจุบันเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ถูกผลิต โดยกลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติเป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น Diageo เป็นเจ้าของแบรนด์เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ตั้งแต่แบรนด์ Seedlip, Pure Brew และ non-alcoholic Guinness นอกจากนี้ บริษัทยังผลิต “เบียร์ไม่มีแอลกอฮอล์” 2 ชนิดภายใต้แบรนด์ Guinness ได้แก่ Malta Guinness ที่ทำตลาดในทวีปแอฟริกา และ Guinness Zero ที่ขายในประเทศอินโดนีเซีย

แนวโน้มการขยายตลาดของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำและไม่มีแอลกอฮอล์นี้ ถูกนำเสนอในรายงานประจำปีต่อผู้ถือหุ้น ในฐานะเป็น **กลยุทธ์ด้านความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (corporate social responsibility; CSR)** เพื่อส่งเสริม “การดื่มอย่างรับผิดชอบต่อ” หรือ “วัฒนธรรมการดื่มเชิงบวก” อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มเหล่านี้มักจะเพิ่มการบริโภคมากกว่าที่จะแทนที่ผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์ปกติ เครื่องดื่ม hard seltzer ถูกวางตลาดในฐานะเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับนักดื่มทุกกลุ่ม และจัดเป็นเครื่องดื่มที่บริโภคได้ตลอดทั้งวัน ตัวอย่างเช่น แคมเปญการตลาดสำหรับ High Noon Sun Sips เน้นที่โอกาส

การดื่มระหว่างวัน และผู้สนใจรักแบรนด์ในฐานะ “nooners” หมายถึง การดื่มตอนเที่ยง (IWSR Drinks Market Analysis, 2020b) Heineken 0.0% ได้รับการกล่าวขานว่า จะนำวิถีการดื่มและโอกาสในการดื่มใหม่ ๆ หรือถึงกับมาแทนที่ “นมสั๊กแก้วระหว่างอาหารกลางวัน” สำหรับบางคน (Morton, 2020a) การส่งเสริมแบรนด์ที่ไม่มีแอลกอฮอล์โดยใช้ตราสินค้าและบรรจุภัณฑ์เดียวกันกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้สามารถขยายแบรนด์ได้ โดยเฉพาะในประเทศที่จำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในตลาดของประเทศที่มีระดับรายได้สูงซึ่งถือเป็นตลาดที่มีเสถียรภาพ บริษัทผู้ผลิตยังให้ความสำคัญกับการทำให้สินค้าของพวกเขาจัดอยู่ในกลุ่มพรีเมียมอีกด้วย เนื่องจากในตลาดที่มีผลิตภัณฑ์จำนวนมากอยู่แล้ว การออกแบบและสูตรสำหรับเครื่องดื่มยี่ห้อต่าง ๆ มักมีความคล้ายคลึงกันโดยทั่วไป ซึ่งทำให้แบรนด์เป็นที่จดจำได้ยาก สิ่งที่ทำให้ผลิตภัณฑ์กลายเป็นสินค้า “พรีเมียม” ส่วนใหญ่ก็คือ การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่กำหนดเป้าหมายไปที่ระดับไฮเอนด์ของตลาด ภาพลักษณ์ของแบรนด์จะถูกปรับแต่งเพื่อให้ดึงดูดกลุ่มประชากรหรือช่องทางการตลาดที่เฉพาะเจาะจง

5.3.1 การวางเป้าหมายการเติบโตของตลาดในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง

ในปีแรก ๆ ของศตวรรษที่ 21 บริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ได้รายงานให้ผู้ถือหุ้นทราบถึงความสำคัญเชิงกลยุทธ์ของการขยายสู่ตลาดใหม่ และรูปแบบการทำงานเพื่อสนับสนุนสนธิสัญญาการค้าเสรี (ดูฉบับตีพิมพ์ครั้งที่ 2 ของหนังสือเล่มนี้) แม้ว่าการขยายสู่ตลาดใหม่ในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางและต่ำ และการสนับสนุนข้อตกลงการค้าเสรีจะไม่ได้เป็นกลยุทธ์ใหม่ของบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติในรายงานประจำปีอีกต่อไป แต่สิ่งนี้ยังคงเป็นส่วนสำคัญของช่องทางเชิงพาณิชย์ของพวกเขา

กลยุทธ์อุตสาหกรรมในการขยายสู่ตลาดใหม่เกิดขึ้นจากผลกำไรจากการประกอบ การที่สูง (ร้อยละ 7-12 ต่อปีในช่วงต้นทศวรรษ 2000) ซึ่งหมายความว่า บริษัทต่าง ๆ มีเงินที่จะใช้จ่ายในการเข้าสู่ตลาดใหม่ โดยการหาพันธมิตรทางธุรกิจที่ทำหน้าที่กระจายสินค้าและขาย รวมไปถึงมีกระแสเงินสดมากพอที่ใช้ในการซื้อหุ้นบริษัทที่จะเป็นพันธมิตรเชิงกลยุทธ์ กว้านซื้อบริษัทเดิม (ที่ควรจะเป็นคู่แข่ง) ในท้องถิ่น และเพิ่มเงินทุนในการสร้างโรงงานใหม่

การเติบโตของตลาดประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ เกิดขึ้นจากการขยายในตลาดใหม่ที่มีเศรษฐกิจกำลังพัฒนาหรือฟื้นตัว ชนชั้นกลางที่เติบโตขึ้น และการเติบโตของประชากรหนุ่มสาว ในทศวรรษแรกของศตวรรษที่ 21 อุตสาหกรรมมุ่งเน้นที่ตลาดใหม่ในประเทศฝั่งยุโรปตะวันออกที่เริ่มผ่อนคลายมาตรการควบคุมแบบคอมมิวนิสต์ และในทวีปเอเชีย และภูมิภาคลาตินอเมริกาที่เศรษฐกิจกำลังเติบโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศจีนซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้ผลิตเบียร์ว่า มีศักยภาพในการขยายที่ดีเยี่ยม ผู้ผลิตสุรายังตั้งเป้าไปที่กลุ่มเศรษฐกิจ BRIC (บราซิล รัสเซีย อินเดีย และจีน) ที่เติบโตอย่างรวดเร็วอีกด้วย ในปี ค.ศ. 2005 Diageo รายงานว่า ปริมาณการบริโภคสุรากลั่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 21, 51, 26 และ 78 ตามลำดับในประเทศเหล่านี้ เทียบกับการเติบโตทั่วโลกเพียงร้อยละ 3 เมื่อสามารถสร้างตลาดในกลุ่มเศรษฐกิจ BRIC ได้แล้ว บรรษัทระดับโลกเหล่านี้ก็จะใช้ฐานนี้เพื่อขยายการผลิต การตลาด การจัดจำหน่าย และการขายไปยังเมือง รัฐ หรือประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกันได้อีกด้วย

การรักษาเสถียรภาพของการบริโภคที่มั่นคงอยู่แล้ว ในประเทศทั่วยุโรปตะวันตก อเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย และยุโรปตะวันออก นำไปสู่การขยายตลาดและการลงทุนเพิ่มในภาคพื้นลาตินอเมริกา เอเชียแปซิฟิก ตะวันออกกลาง และมากขึ้นเรื่อย ๆ ในทวีปแอฟริกา (Collin *et al.*, 2014; Jernigan and Babor, 2015; Robaina *et al.*, 2020) เฉพาะตัวเลขจากอุตสาหกรรมสุรากลั่น ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกถือเป็นกุญแจสำคัญในการขยายตลาด โดยมีตลาดจีนและอินเดียสองประเทศที่มีประชากรเกินพันล้านคนเป็นส่วนขับเคลื่อนหลักของการขยายตลาด ในปี ค.ศ. 2016 เมื่อคำนวณส่วนแบ่งของการเติบโตของอุตสาหกรรมสุรากลั่นทั่วโลก การเติบโตร้อยละ 60 มาจากภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก โดยมีภูมิภาคตะวันออกกลางและแอฟริกาที่มีพื้นที่เล็กกว่าเท่านั้นที่ขยายตัวมากกว่า (Euromonitor International, 2017h อ้างใน Collin and Hill, 2019)

ความต้องการในตลาดเกิดใหม่ยังคงเพิ่มขึ้น และการเติบโตทางมูลค่ารวมของตลาดของอุตสาหกรรมเกิดจากการเติบโตของปริมาณการบริโภค กลยุทธ์อุตสาหกรรมในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง คือ การพัฒนาเครื่องดื่มราคาถูกที่เรียกว่า “เหล้าที่ราคาเข้าถึงได้” โดยวางตำแหน่งทางตลาดเพื่อแข่งขันกับเหล้าเถื่อนที่ราคาต่ำที่สุดเนื่องจากไม่มีต้นทุนภาษี รวมไปถึงเป็นกลยุทธ์ที่นำไปสู่การบริโภคเครื่องดื่มที่มีราคาสูงขึ้นในอนาคต ในภาคพื้นลาตินอเมริกาและแอฟริกาใต้ กลยุทธ์เหล่านี้ยังถูกใช้เพื่อขยายไปสู่การบริโภค

ในโอกาสใหม่ ๆ และดึงดูดผู้บริโภคหน้าใหม่ซึ่งรวมถึงผู้หญิงด้วย (The Motley Fool, 2020)

5.3.2 การตลาดของผู้บริโภค

การตลาดถือเป็นลักษณะเด่นของเครือข่ายผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกมาเนิ่นนานแล้ว (Jernigan, 2009) รายละเอียดเกี่ยวกับนโยบายการตลาดและการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะพบได้ในบทที่ 9 กลยุทธ์การตลาดมักถูกควบคุมโดยผู้บังคับการและแผนการตลาดที่ตั้งอยู่ในสำนักงานใหญ่ของบริษัทเหล่านี้ ซึ่งมักจะอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้สูง ถึงแม้ว่าจะถูกดำเนินการร่วมกับผู้ปฏิบัติการในท้องถิ่น ดังนั้นการตลาดสมัยใหม่ส่วนใหญ่จึงถือได้ว่า เป็นการตลาดข้ามพรมแดน (Jernigan และ Ross, 2020) บริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติส่วนใหญ่มีสำนักงานใหญ่อยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้สูง ดำเนินธุรกิจทั่วโลกและส่งผลกำไรกลับมาที่ประเทศตั้งต้น กำไรส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมนี้เพิ่มขึ้นจากการขยายการขายไปยังกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งประเทศเหล่านี้ต้องรับผลกระทบด้านลบจากแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น สิ่งนี้ทำให้เกิดปัญหาด้านความเสมอภาคและอำนาจต่อรองทางธุรกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเกิดขึ้นจากความสามารถในการทำกำไรของการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พวกเขาทำการสกัดเฉพาะผลกำไรกลับสู่ที่ตั้งของสำนักงานใหญ่ของพวกเขา (ในประเทศร่ำรวย) ในขณะที่ความรับผิดชอบในการตอบสนองต่ออันตรายจากแอลกอฮอล์ตกเป็นของรัฐบาลในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางและยากจน

สิ่งที่ยืนยันความสำคัญของการตลาด คือ สัดส่วนของการลงทุนต่อรายได้ที่ใช้กับ “การสร้างแบรนด์” ของบริษัทยักษ์ใหญ่ในอุตสาหกรรมทั้งหลาย ในปี ค.ศ. 2019 AB InBev บริษัทอันดับหนึ่งของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ เป็นผู้จ่ายเงินสำหรับการโฆษณาสูงสุดเป็นอันดับที่ 11 ของโลก บริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติอีก 6 บริษัทก็ติดอยู่ใน 100 บริษัทที่จ่ายค่าโฆษณาสูงที่สุดในโลกเช่นกัน ซึ่งได้แก่ บริษัท Suntory, Heineken, Diageo, Pernod Ricard Kirin และ Molson Coors (Adbrands, 2018)

จากการกำเนิดขึ้นของการตลาดผ่านช่องทางดิจิทัล บริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ได้ตระหนักถึงคุณค่าในการทำการตลาดผลิตภัณฑ์ของตนอย่างรวดเร็ว ปัจจุบัน Diageo ทำการตลาดออนไลน์ส่วนใหญ่ผ่าน Facebook และเป็นหนึ่งใน 20 ผู้โฆษณาบน Facebook อันดับต้น ๆ ในปี ค.ศ. 2019 (Joseph, 2020) ภายในปี ค.ศ. 2017 Heineken

ได้ทุ่มงบประมาณการโฆษณาและการตลาดบนช่องทางดิจิทัล โดยเฉพาะ Google และ Facebook แทนการออกอากาศทางวิทยุและโทรทัศน์แบบดั้งเดิม (Joseph, 2017) สถิติอุตสาหกรรมแสดงให้เห็นว่า แปรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระตุ้นอัตราการมีส่วนร่วมทางดิจิทัลสูงสุด ในการเปรียบเทียบข้ามอุตสาหกรรมบน Facebook และ Twitter (Feehan, 2019)

ในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เติบโตเต็มที่ การตลาดดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับผู้บริโภครุ่นใหม่ที่ใช้ชีวิตผ่านโซเชียลมีเดีย และถูกใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพระดับพรีเมียมและเครื่องดื่มใหม่ ๆ อีกด้วย “กลุ่มประชากร Gen Z กำลัง “กำหนดจังหวะ” ของเทรนด์เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์และแอลกอฮอล์ต่ำ ... ซึ่งทำให้แบรนด์ต่าง ๆ ต้องมองหาการสร้างโอกาสการบริโภคใหม่ ๆ สำหรับเครื่องดื่มที่ไม่มีหรือมีระดับแอลกอฮอล์ต่ำ และในขณะเดียวกันก็สร้างความมั่นใจว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้จะใช้พื้นที่ออนไลน์ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นที่มีความเข้มข้นปกติ” (Morton, 2020b) ผลิตภัณฑ์จำนวนมากยังมุ่งเป้าไปที่ การบริโภคในโอกาสทางสังคมใหม่ ๆ หรือสถานที่ซึ่งคนหนุ่มสาวชอบ ซึ่งรวมถึงการดื่มที่บ้านซึ่งมอบความรู้สึกว่า เป็นการดื่มที่ปลอดภัยกว่า (การดื่มนอกบ้าน)

การตลาดดิจิทัลยังมีบทบาทสำคัญในตลาดที่กำลังเติบโตในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ตัวอย่างเช่น บริษัท Pernod Ricard ร่วมมือกับกลุ่มบริษัทเทคโนโลยีของจีน Tencent ซึ่งมีข้อมูลผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจำนวนมากที่สุดเจ้าหนึ่งของโลก พวกเขาใช้ข้อมูลในระบบดิจิทัลกำหนดเป้าหมายการตลาดเฉพาะกลุ่ม ทั้งสองบริษัทได้ริเริ่มโครงการทางการตลาดมากมาย รวมถึงแพลตฟอร์ม “ค็อกเทลแชทสด” ที่รวมอยู่ใน WeChat และช่องเพลงท้องถิ่นจีน ผู้คนในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางส่วนมากสามารถเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่การตลาดแบบดิจิทัลได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2020 ประชากรโลกมากกว่าครึ่งเป็นผู้ใช้อินเทอร์เน็ต (Hootsuite, 2020) และจำนวนนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีคน 300 ล้านคนทั่วโลกเข้าโลกออนไลน์เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 2019 เฉพาะในทวีปแอฟริกาซึ่งการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตค่อนข้างต่ำ ในปี ค.ศ. 2019 ก็ยังมีประชากรที่เข้าถึงออนไลน์เพิ่มขึ้น 42 ล้านคน โซเชียลมีเดียเป็นส่วนสำคัญของการตลาดดิจิทัล ประชากรทั่วโลกกว่า 3.8 พันล้านคน หรือร้อยละ 49 ของประชากรโลกเป็นผู้ใช้โซเชียลมีเดียในปี ค.ศ. 2019 (Hootsuite, 2020) โดยมี Facebook เป็นเครือข่ายโซเชียลที่ได้รับความนิยมสูงสุดทั่วโลกด้วยผู้ใช้งานมากกว่า 2.6 พันล้านราย

ต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่ของ Facebook มาจากการโฆษณา และกว่าร้อยละ 90 ของรายได้โฆษณาของ Facebook มาจากการใช้โทรศัพท์มือถือ เช่นเดียวกับบริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติ แพลตฟอร์มดิจิทัลไม่อยู่ภายใต้กฎหมายหรือสนธิสัญญาระหว่างประเทศ (Kelsey, 2020; Room และ O'Brien, 2021) จึงเป็นช่องทางที่เปิดกว้างสำหรับการทำการตลาดของอุตสาหกรรม และปัจจุบันช่องทางนี้ก็มีบทบาทสำคัญในการรักษาและขยายการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก

อีกรุ่นหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในกลุ่มอุตสาหกรรมที่ส่งเสริมการใช้แอลกอฮอล์คือ ผู้สนับสนุนกิจกรรมระดับโลก ซึ่งขณะนี้มักปรากฏผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ในฐานะผู้สนับสนุนหลัก แทนที่อุตสาหกรรมยาสูบที่เคยเป็นผู้สนับสนุนหลัก และถูกห้ามให้เข้าเป็นผู้สนับสนุนด้วยกฎหมายของหลายประเทศ โทรทัศน์ดาวเทียมและแพลตฟอร์มดิจิทัลถูกใช้เพื่อถ่ายทอดการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติ เช่น FIFA World Cup และการแข่งรถ Formula 1 การเข้าสู่ยุคสมัยของโซเชียลมีเดียทำให้กิจกรรมกีฬาขนาดใหญ่เหล่านี้มีส่วนร่วมกับแฟน ๆ มากกว่าสมัยก่อนมาก ในทำนองเดียวกัน เทศกาลดนตรีก็เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมขนาดใหญ่ที่แบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้เป็นพื้นที่สื่อสารกับผู้บริโภครุ่นใหม่ รวมไปถึงเพิ่มการมีส่วนร่วมกับแบรนด์ในด้านกิจกรรม

แบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ที่ยาวนานและมีอำนาจมากในการเจรจาต่อรองภายใต้เงื่อนไขที่พวกเขาสามารถทำการตลาดได้ ในการจัดงานใหญ่ยักษ์เหล่านี้ นอกเหนือจากการสร้างแบรนด์ผ่านสปอนเซอร์ (หรือทีมชาติในการแข่งกีฬา) และสนามกีฬาแล้ว อุตสาหกรรมยังมีการกำหนดเงื่อนไขเพื่อให้แน่ใจว่า การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นส่วนหนึ่งของงานระดับโลก เช่น ก่อนฟุตบอลโลกปี ค.ศ. 2014 เลขาธิการ FIFA ไปเยือนบราซิลเพื่อลอบบี้ให้ยกเลิกกฎหมายที่มีอายุหลายสิบปี ซึ่งมีเนื้อหาที่ขัดขวางการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสนามฟุตบอล โดยเขากล่าวว่า “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของการแข่งขัน FIFA World Cup ดังนั้นเราจึงต้องมีมัน ขอโทษนะ ถ้าฉันฟังดูเยอหยิ่งเล็กน้อย แต่นี่คือ สิ่งที่เราจะไม่ยอมเจรจาอ่อนข้อให้ ... การมีสิทธิในการขายเบียร์ในช่วงการแข่งขันจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของการแก้กฎหมาย” (BBC News, 2012) ในทำนองเดียวกัน ในการจัดการแข่งขัน FIFA World Cup 2018 ที่ประเทศรัสเซีย การจำกัดการโฆษณาสำหรับเบียร์ได้รับการผ่อนปรนเพื่อให้แบรนด์ Budweiser ของ AB InBev สนับสนุนการแข่งขันได้ และหน่วยงานเทศบาลของเมืองที่จัดการแข่งขันในครั้งนั้น

ถูกทำลายในศาลเพื่อให้แน่ใจว่า บรรดาเทศบาลจะไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณสนามได้ (FIFA World Cup, 2018) ข้อกำหนดเพิ่มเติมคือ รัฐบาลเจ้าภาพต้องยกเว้นภาษีจากผลกำไรของผู้สนับสนุน ข้อกำหนดนี้ทำให้รัฐบาลบราซิลสูญเสียเงินไปประมาณ 312 ล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 2014 (Gornall, 2014)

5.3.3 ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร

ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (Corporate social responsibility; CSR) เป็นกลยุทธ์หลักในการขัดเกลาภาพลักษณ์ในการเป็นพลเมืองดีของบริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติ และหันเหความสนใจของผู้กำหนดนโยบายให้ออกไปจากกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานวิชาการ (Casswell, 2019) ในขณะที่กิจกรรม CSR ช่วยลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ทรัพยากรน้ำ โดยทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสิ่งแวดล้อมเชิงบวก แต่ในอุตสาหกรรมเบียร์ การผลิตเบียร์จากข้าวบาร์เลย์เพียง 1 ลิตร ต้องใช้น้ำสะอาดมากถึง 300 ลิตร (Water Footprint Network, no date) บริษัท Heineken ซึ่งเป็นผู้ผลิตเบียร์รายใหญ่ของโลกได้รับรางวัลด้านสิ่งแวดล้อมจากความพยายามที่จะลดการใช้น้ำในการผลิตเบียร์ (Business Today, 2019) อย่างไรก็ตาม การจัดวางวาระความยั่งยืนของอุตสาหกรรมผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ กลายเป็นโอกาสในการเพิ่มการมีส่วนร่วมและอิทธิพลของกลุ่มอุตสาหกรรมในเวทีธรรมาภิบาลระดับโลก (Casswell, 2019) CSR เกี่ยวกับปัญหาน้ำที่เปิดโอกาสให้กลุ่มอุตสาหกรรมได้เน้นย้ำถึง การสนับสนุนชุมชนผ่านการริเริ่มในท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น Diageo ดำเนินโครงการเกี่ยวกับน้ำในชุมชน การสุขาภิบาล และสุขอนามัยในทวีปแอฟริกาและอินเดีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรน้ำที่ใช้ในการผลิตวัตถุดิบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ด้วย

กิจกรรม CSR ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอันตรายที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ของตนเอง เช่น การส่งเสริมหลักสูตร “การดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ” ในโรงเรียนและในสังคมที่มีความซุกซนของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำ โดยทำให้เยาวชนเห็นว่า การดื่มเป็นเรื่องปกติ (Yoon and Lam, 2013) โครงการนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในแง่ความคลุมเครือของข้อความ และไม่ได้เน้นไปที่นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คุ้มทุน และนโยบายที่อิงตามหลักฐานวิชาการ ซึ่งรวมอยู่ในชุด “นโยบายที่ดีที่สุด” (best buy policy) ของ

องค์การสหประชาชาติ ข้อห่วงใยสำคัญด้านสาธารณสุข คือ CSR นั้นนอกจากจะไม่ใช่ไปตามนโยบายที่ดีที่สุดแล้ว แต่ยังมีเนื้อหาที่ตรงข้ามกับนโยบายเหล่านี้อีกด้วย กลยุทธ์ CSR ในปัจจุบันได้สอดแทรกการใช้สื่อดิจิทัลที่รวมถึงการส่งข้อความเกี่ยวกับ “การดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ” เข้าไป พร้อม ๆ กับการส่งตัวกระตุ้นให้ดื่ม และส่งข้อความที่เพิ่มการรับรู้ข้อมูลที่ผิดพลาดเกี่ยวกับอันตรายของแอลกอฮอล์ไปยังผู้รับสารด้วย (Petticrew *et al.*, 2020)

กิจกรรม CSR ที่ได้รับการส่งเสริมโดยบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติเอง และโดยสมาคมการค้าซึ่งเป็นตัวแทนผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่สื่อสารความต้องการของอุตสาหกรรมต่อสื่อ สาธารณชน และรัฐบาล มักดำเนินการในลักษณะข้ามพรมแดน ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ สิ่งเหล่านี้บางครั้งเรียกว่า **“หน่วยงานด้านสังคมและประชาสัมพันธ์” (social aspects and public relations organizations; SAPROs)** หน่วยงานเหล่านี้ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อจัดการปัญหาที่อาจเป็นอันตรายต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Anderson, 2004; Babor and Robaina, 2013)

องค์กรระดับโลก เช่น International Alliance for Responsible Drinking (IARD) และมูลนิธิที่จัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ เช่น AB InBev (AB InBev Foundation, 2020) ได้รับการเสริมด้วยองค์กรระดับภูมิภาค เช่น Cerveceros Latinoamericanos ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้ผลิตเบียร์จาก 18 ประเทศทั่วภูมิภาคลาตินอเมริกา และมีบทบาทสำคัญในการตั้งรัฐบาลในภาคพื้นลาตินอเมริกา เข้ามาร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย และยังให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมเพื่อลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ (Robaina *et al.*, 2020) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติส่วนใหญ่มีมูลนิธิ CSR ซึ่งให้ทุนสนับสนุนการฝึกอบรม ทุนการศึกษาการวิจัย และการเป็นผู้ประกอบการ ตลอดจนการสนับสนุนกิจกรรมการกุศลและการบรรเทาภัยพิบัติ นอกเหนือจากกิจกรรม CSR ระยะสั้นแล้ว กลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ และมูลนิธิส่วนใหญ่ยังมีการริเริ่ม CSR ระยะยาวซึ่งมักจะดำเนินการเป็นประจำทุกปีร่วมกับพันธมิตรในองค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคม (Amul, 2020) การสร้างความสัมพันธ์ระยะยาวนี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการเพิ่มอิทธิพลในเวทีนโยบาย (Casswell, 2020)

กลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ องค์กรหน้าฉาก และกลุ่มผลประโยชน์ในเครือ เป็นผู้เล่นระดับโลกที่มีอิทธิพล ซึ่งสะท้อนถึงขนาดของอุตสาหกรรมและผลกำไรของพวกเขา พวกเขาตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเช่นความตระหนักด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่มีระดับรายได้สูง และการระบาดของโรค coronavirus (COVID-19) ตามที่อธิบายไว้ในกล่องข้อความที่ 5.6 กลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ใช้เทคนิคการตลาดทั้งกับผู้บริโภคและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อรักษาผลกำไรของอุตสาหกรรม

กล่องข้อความที่ 5.6 การตอบสนองของอุตสาหกรรมต่อการระบาดของ COVID-19

การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) ทำให้เกิดความท้าทายที่สำคัญต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการปิดจุดจำหน่ายและการลดการขายในร้านอาหาร บาร์ และผับ หลายประเทศทั่วโลก ได้แก่ ประเทศแอฟริกาใต้ อินเดีย และไทย ได้ออกกฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เด็ดขาดชั่วคราว (Neufeld *et al.*, 2020)

แม้ว่ายอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบออนไลน์จะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่การลดลงของยอดขายในสถานที่ที่มีที่นั่งดื่ม (on-premise) ทำให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องแสวงหากลยุทธ์ทางเลือกเพื่อรักษาผลกำไร กลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติได้เปิดตัวโครงการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนตำแหน่งงานตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในธุรกิจภาคบริการ ในขณะที่รัฐบาลใช้การควบคุมสถานการณ์โดยการล็อกดาวน์ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้สร้างกรอบนิยามของสินค้าพวกเขาว่าเป็น “สินค้าจำเป็น” และใช้เหตุผลนี้เพื่อให้ร้านค้าปลีกและบริการส่งกลับบ้านหรือจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึงบ้านยังคงเปิดให้บริการได้ (Casswell, 2020; Collin *et al.*, 2020)

อุตสาหกรรมนี้ทำการตลาดออนไลน์ได้อย่างรวดเร็วในบริบทของการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID19) ที่จำกัดการเคลื่อนย้ายและการรวมตัวของผู้คน การศึกษาหนึ่งพบว่า บัญชี Facebook และ Instagram ส่วนตัวได้รับโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุก ๆ 35 วินาทีในช่วงที่มีการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID19 (Foundation for Alcohol Research and Education and Cancer Council Western Australia, 2020) โฆษณาสำหรับ Budweiser ที่แสดงความเสียใจกับแฟน ๆ เกี่ยวกับ

การไม่มีการแข่งขันกีฬา และ Guinness เกี่ยวกับการปิดวันเซนต์แพทริก เป็นการตอบสนองต่อความผิดหวังที่เกิดขึ้นจากการล็อกดาวน์ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาดวิเคราะห์โฆษณาเหล่านี้ ความเห็นของพวกเขาคือ “การโฆษณาในช่วงถดถอยนี้ไม่เพียงแต่ปกป้องแบรนด์จากผลกระทบในระยะสั้นเท่านั้น แต่ที่สำคัญกว่านั้น คือ เป็นเวทีเพื่อบรรลุการเติบโตแบบทวีคูณในระยะยาว” (Toppi, 2020)

กลุ่มบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติหลายบริษัทผลิตเจลแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือและยาฆ่าเชื้อที่ใช้แอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่เป็นที่ต้องการอย่างสูง โดยบริจาคให้กับองค์กรด้านสุขภาพในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง บางแบรนด์ผสมผสานจุดประสงค์ในการฆ่าเชื้อกับการบริโภค เช่น Liviko ซึ่งเป็นแบรนด์วอดก้าระดับโลกจากประเทศเอสโตเนีย ทำการตลาดวอดก้าสำหรับการเดินทางที่ปลอดภัย “Travel Safe” (ABV 60%) ซึ่งบรรจุในขวดขนาดเล็กสำหรับการขายผ่านช่องทาง Global Travel Retail ทำให้มันสามารถใช้เป็นทั้งยาฆ่าเชื้อและเครื่องดื่มได้ทั้งสองอย่าง (Wehring, 2020c)

5.4 ผู้ค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนสำคัญของเครือข่ายอุตสาหกรรม และการสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายที่สุดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ผลิต การศึกษามาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ (IAC) พบว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่นักดื่มในทั้ง 10 ประเทศที่เข้าร่วมในการศึกษา ทั้งประเทศที่มีระดับรายได้สูงและปานกลาง จะสามารถเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ภายใน 10 นาทีหรือน้อยกว่านั้น (Gray-Phillip *et al.*, 2018) กิจกรรม CSR ระหว่างไอเนกันและกองทุนโลกขององค์กรสหประชาชาติ (เป็นกิจกรรมเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดส่งวัคซีนและยารักษาโรค) กิจกรรมหนึ่งซึ่งได้ถูกยกเลิกไปแล้ว เคยเกิดขึ้นได้เพราะว่า บริษัทไอเนกัน ขึ้นชื่อว่า มีเครือข่ายการกระจายสินค้าที่ยอดเยียมมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทของแอฟริกา ทำให้พวกเขาสามารถส่งเบียร์ขายได้จนถึง “โมล์สุดท้าย” (Casswell, 2019)

การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีทั้งสำหรับการบริโภคในสถานที่ และสำหรับการซื้อกลับบ้าน ประเทศที่มีระดับรายได้สูงได้พัฒนาระบบการออกใบอนุญาตหรือข้อบังคับรูปแบบอื่น ๆ เช่น การให้รัฐเป็นเจ้าของร้านค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรณีเหล่านี้ การอนุญาตให้ขายปลีกในร้านแบบมีที่นั่งดื่มกับแบบซื้อกลับบ้านจะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ข้อแตกต่างนี้ไม่ค่อยชัดเจนนัก โดยร้านขายของชำ/ร้านอาหารสามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทั้งสำหรับซื้อกลับบ้านและสำหรับดื่มในสถานที่ (รวมถึงจุดที่นั่งแบบไม่เป็นทางการนอกร้าน) (Gray-Phillip *et al.*, 2018)

ทั่วโลก ค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 40 มาจากการบริโภคนอกบ้าน ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการขายในร้านที่มีที่นั่งดื่มให้กับอุตสาหกรรมการผลิต (Statista, 2020b) ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติทั่วโลกได้สนับสนุนการอนุญาตให้ร้านค้าปลีกที่มีที่นั่งดื่มให้เปิดบริการได้ในช่วงล็อกดาวน์ หรือช่วยฟื้นฟูความสูญเสียของอุตสาหกรรมในแถบลาตินอเมริกาด้วยการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีอื่น (Morton, 2020c; Sousa, 2020) แม้ว่ารายได้จากการขายในสถานที่ที่นั่งดื่มจะมีนัยสำคัญ แต่ก็เป็นเรื่องปกติที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ถูกขายเพื่อการบริโภคในร้านแบบมีที่นั่งดื่ม (Gray-Phillip *et al.*, 2018)

ประเทศต่าง ๆ มีความแตกต่างกันในแง่ที่ว่า การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบซื้อกลับบ้านหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางชนิดทำได้เฉพาะในร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้นหรือไม่ และร้านสะดวกซื้อทั่วไปและซูเปอร์มาร์เก็ตสามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้หรือไม่ ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มประเทศนอร์ดิก (นอกเหนือจากเดนมาร์ก) ซึ่งรัฐเป็นเจ้าของร้านขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะขายในร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ แม้ว่าจะมีการขายเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำในร้านขายของชำและร้านสะดวกซื้อก็ตาม (Karlsson *et al.*, 2020; Olsson *et al.*, 2002) ในหลายประเทศ การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคู่ไปกับสินค้าอื่น ๆ ถือเป็นเรื่องปกติ

การขยายตัวของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในซูเปอร์มาร์เก็ตในประเทศที่มีระดับรายได้สูงบางแห่งทำให้การบริโภคเพิ่มขึ้น (Zhang and Casswell, 1999) รวมทั้งทำให้ดึงดูดใจต่อผู้บริโภคเพศหญิงให้ซื้อมากขึ้น (Wyllie *et al.*, 1993) ซูเปอร์มาร์เก็ตได้โฆษณาผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ราคาถูก โดยใช้กลยุทธ์การตั้งราคาแบบล่อตาล่อใจ ให้ต่ำกว่าราคาตลาดเพื่อดึงลูกค้าเข้าร้าน (“loss leaders”) เพื่อส่งเสริมการขายสินค้าอื่นในร้าน ซูเปอร์มาร์เก็ตได้กลายเป็นส่วนค้าปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญในหลายประเทศ ตัวอย่างเช่น ในเม็กซิโก Superama เป็นผู้ให้บริการชั้นนำในภาคไฮเปอร์มาร์เก็ตและซูเปอร์สโตร์ ซึ่งมีสัดส่วนของการขายคิดเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด (Robaina *et al.*, 2020) Superama เป็นบริษัทลูกของ Walmart ซึ่งเป็นหนึ่งในบริษัทค้าปลีกที่ใหญ่ที่สุดในโลก และได้รับการจัดอันดับให้เป็นผู้ค้าปลีกอันดับหนึ่งในปี ค.ศ. 2019 โดยพิจารณาจากรายได้ของบริษัท ขนาด และการลงทุนในตลาดซื้อขายออนไลน์ ในปี ค.ศ. 2020 Walmart ได้ขยายกลุ่มผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์เพื่อรวมผลิตภัณฑ์ระดับพรีเมียมเพิ่มเติมในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังขายกันอย่างแพร่หลายในร้านสะดวกซื้อ เช่น เซเว่น อีเลฟเว่น (Lindenberg, 2020) ซึ่งเป็นเครือข่ายร้านสะดวกซื้อ 24 ชั่วโมงระดับโลกที่ใหญ่ที่สุด ก็จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายประเทศ และมีส่วนแบ่งการตลาดสูงมาก

รัฐบาลต่าง ๆ ได้พยายามควบคุมขอบเขตที่ผลประโยชน์ของธุรกิจปลีกจะเชื่อมโยงกับผลประโยชน์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายใหญ่ โดยใช้เครื่องมือ เช่น ข้อตกลงด้านอุปทาน ลินเชื่อทางการเงิน หรือในบางครั้งก็อาจจะรวมถึงสิทธิความเป็นเจ้าของธุรกิจด้วย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดตั้งระบบสามระดับ เพื่อแยกผู้ผลิต ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีกออกจากกัน อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2011 Costco ผู้ค้าปลีกรายใหญ่ซึ่งมีบริการครอบคลุมทั้งการค้าส่งผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ครบวงจร พวกเขาได้จัดทำแคมเปญเพื่อให้ได้รับความเห็นชอบจากผู้มีสิทธิเลือกตั้งในรัฐวอชิงตันในเรื่องการยกเลิกการผูกขาดสุราของรัฐ รวมทั้งระบบสามระดับที่แยกผู้ผลิต ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีก ในรัฐนั้นด้วย (Jernigan and Ross, 2020) การเติบโตอย่างรวดเร็วของการจัดส่งออนไลน์จะทำให้ระบบสามระดับของประเทศสหรัฐอเมริกาอ่อนแอลงอีกด้วย (Wehring, 2020a)

การขยายตัวของ การซื้อ และการจัดส่งทางออนไลน์ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยบุคคลที่สาม (ไม่ใช่ทั้งผู้ผลิตและผู้ค้าปลีก) มีผลกระทบต่อสาธารณสุข (ดูในกล่องข้อความที่ 5.7) ผู้บริโภคจำนวนมากจากทั่วโลกมีประสบการณ์การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางออนไลน์เป็นครั้งแรกในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ตัวอย่างเช่น ในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้บริโภคร้อยละ 18 ใช้การจัดส่งออนไลน์เป็นครั้งแรกในช่วงที่มีการจำกัดด้านการระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการใช้มากกว่าในกลุ่มผู้ที่ดื่มหนัก ซึ่งส่วนใหญ่รายงานว่า เห็นโฆษณาการจัดส่งออนไลน์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในทุกวัน และ 1 ใน 4 ของผู้ใช้บริการจัดส่งออนไลน์เพศชายรายงานว่า มีการสั่งซื้ออีกครั้งหลังจากแอลกอฮอล์หมดระหว่างช่วงการดื่ม (Huckle *et al.*, 2021)

ร้านค้าปลีกและบาร์มีส่วนร่วมในการทำตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาอย่างยาวนาน ด้วยการโฆษณาราคาโปรโมชั่นและกิจกรรมในสถานที่ อย่างไรก็ตาม การตลาดที่ขยายตัวโดยผู้ค้าปลีกในปัจจุบันนั้นได้รับแรงหนุนจากเทคโนโลยีดิจิทัลที่ช่วยทำให้การสื่อสารของพวกเขาง่ายขึ้นมาก แพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นโครงสร้างพื้นฐานของตลาดหลายด้าน ซึ่งปรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริโภค ธุรกิจ และแพลตฟอร์มให้เหมาะสม (Nieborg และ Helmond, 2019) รวมไปถึงการขยายโฆษณาที่เข้ากันได้กับช่องทางการขายปลีกอื่น ๆ ด้วย (Carah และ Brodmerkel, 2021) ข้อมูลที่รวบรวมจากการชอปปิงออนไลน์จะได้รับการวิเคราะห์ และรวบรวมจนกลายเป็นโปรไฟล์อันมีค่าของผู้ใช้แต่ละราย (Stillman and Letang, 2015; Martínez-Martínez *et al.*, 2017) เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาดเพิ่มเติม และเพื่อให้โอกาสในการซื้อซ้ำและซื้อเพิ่มขึ้นในอนาคตด้วย

เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดส่งออนไลน์ กรณีตัวอย่างเช่น Amazon ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มการตลาดระดับโลก ได้เปิดตัวแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตัวเอง Amazon เปิดตัว Tovess gin label ในช่วงครึ่งหลังของปี ค.ศ. 2019 เป็นการส่งสัญญาณถึงความทะเยอทะยานของแพลตฟอร์มขายปลีกออนไลน์ในตลาดสุราระดับพรีเมียม (IWSR Drinks Market Analysis, 2020a)

ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างผู้ผลิต ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีกหมายความว่า อุตสาหกรรมการค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอุตสาหกรรมบริการมีมุมมองที่แตกต่างกันในประเด็นด้านกฎระเบียบบางอย่าง แต่พวกเขาก็มีมุมมองที่สอดคล้องกับผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางประเด็นด้วยเช่นกัน

กล่องข้อความที่ 5.7 การขยายตัวของ การเข้าถึงผ่านการขายในโลกลงออนไลน์

การจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์เป็นกลยุทธ์ใหม่ของอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อม ๆ กับการซื้อออนไลน์โดยทั่วไป ซึ่งเพิ่มการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเติบโตของการค้าปลีกออนไลน์เกิดขึ้นทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้สูง และประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ในประเทศจีนตลาดการจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์เติบโตขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 15 (Wang, 2018) การจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์สัมพันธ์กับการดื่มที่หนักกว่า และยังอาจส่งเสริมให้ดื่มหนักมากขึ้นได้ด้วยการขนส่งซ้ำและรวดเร็วไปยังผู้ดื่มที่เมามากแล้ว (Mojica-Perez *et al.*, 2019) การศึกษาพบว่า การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางออนไลน์มักไม่มีการตรวจสอบอายุของผู้รับที่อายุน้อย การบริการส่งแอลกอฮอล์ถึงบ้านมักได้รับการส่งเสริมบนโซเชียลมีเดีย ทำให้เปลี่ยนจากข้อส่งเสริมการตลาดเป็นการซื้อได้อย่างไร้รอยต่อ การขยายตัวของ การจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นการตอบสนองของอุตสาหกรรมต่อการจำกัดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงล็อกดาวน์ (Huckle *et al.*, 2021) ตัวอย่างเช่น “Tienditas Cerca” ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ดำเนินการโดย Grupo Modelo ในประเทศเม็กซิโก และ Cervepar ในประเทศปารากวัย ได้เสนอแพลตฟอร์ม การสั่งซื้อออนไลน์ฟรีสำหรับบริการจัดส่งถึงบ้านแก่ลูกค้าปลีกมากกว่า 12,000 ราย (Ze Delivery, 2020) การใช้บริการจัดส่งออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นได้เน้นย้ำถึงปัญหาที่มีอยู่แล้ว นั่นคือ นโยบายที่มีอยู่ไม่เพียงพอสำหรับบรรเทาอันตรายจากการจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์

5.5 อุปทานของสุราเถื่อน

การผลิตสุราอย่างไม่เป็นทางการมักถูกเรียกว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ “นอกเหนือการบันทึก” ซึ่งเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้จดทะเบียนทั้งการผลิตและจัดจำหน่ายตามกฎหมายกำหนด (ดูบทที่ 3) ความเสี่ยงด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์นอกระบบเหล่านี้ได้รับความสนใจในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม ขอบเขตของความ

เสียงเหล่านี้มักถูกประเมินค่าสูงไป การรายงานข่าวเรื่องนี้มักเกี่ยวข้องกับพิษของเมทานอล อย่างไรก็ตาม บทวิจารณ์ล่าสุด (Okaru *et al.*, 2019; Lachenmeier *et al.*, 2021) ได้ข้อสรุปว่า นอกจากการเป็นพิษจากเมทานอลแล้ว ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากแอลกอฮอล์นอกระบบนั้นคล้ายคลึงกับของแอลกอฮอล์ในระบบ และส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปริมาณของแอลกอฮอล์ (เอทานอล) ที่บริโภคและรูปแบบการดื่ม

ราคาต่ำ และความสะดวกในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบหรือผิดกฎหมายเป็นข้อกังวลของผู้ผลิตทางการค้า เพราะมันมาดัดราคาของผลิตภัณฑ์ของพวกเขาในตลาด เมื่อกลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติเคลื่อนเข้าสู่ตลาดในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง สิ่งแรกที่เขาทำคือ การลอบบี้สนับสนุนนโยบายต่อต้านเหล้าเถื่อน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม CSR ของพวกเขา พวกเขาเน้นย้ำถึงคุณภาพของวิธีการผลิต ให้คำแนะนำทางเทคนิค สนับสนุนกฎระเบียบและการเก็บภาษีแอลกอฮอล์จากทุกแหล่ง (International Alliance for Responsible Drinking, 2018) และขอให้ลดภาษีเพื่อลดการเอาเปรียบของการแข่งขันของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบเหล่านี้ (Lachenmeier *et al.*, 2021)

บริษัทระดับโลกบางแห่งได้ก้าวเข้าสู่การแข่งขันโดยตรงกับผู้ผลิตเครื่องดื่มนอกระบบ ด้วยการทำการตลาดเครื่องดื่มแบบดั้งเดิมที่ผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรม และนำเสนอผลิตภัณฑ์ในราคาที่แข่งขันได้ ตัวอย่างเช่น SABMiller มีบทบาทในการนำการผลิตในหมู่บ้าน และการขายเบียร์ “ชุมชน” แบบดั้งเดิมที่ทำจากข้าวฟ่าง ภายใต้ระบบการออกใบอนุญาตอย่างถูกต้องของประเทศแอฟริกาใต้ (Parry, 1998) และตอนนี้พวกเขาได้ทำเบียร์ข้าวฟ่างในระดับมาตรฐานเดียวกับการผลิตเบียร์สโตนโรยในระดับอุตสาหกรรม มีการใช้กลยุทธ์การกำหนดราคาเพื่อเพิ่มการบริโภคของแบรนด์ด้วย โดยการตั้งราคาเบียร์ที่หรือต่ำกว่าอัตราเงินเฟ้อ โดยเจตนาเพื่อทำลายการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ และขยายตลาดของกลุ่มผลิตภัณฑ์นี้ให้เป็นสองเท่า (Bouckley, 2012)

5.6 บทสรุป

การขยายตัวของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปทั่วโลกในทศวรรษที่ผ่านมา ถูกเอื้อโดยข้อตกลงการค้าและการลงทุน และลักษณะธรรมชาติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำกำไรสูง บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ผลิตเบียร์และสุรารายใหญ่ที่สุด ได้ขยายไปสู่กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง เช่น ในภูมิภาคลาตินอเมริกา เอเชียแปซิฟิก ตะวันออกกลาง และแอฟริกา ผ่านการลงทุน การควบรวมกิจการ และการซื้อกิจการ และสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมากขึ้นสำหรับตลาดทั่วโลกของพวกเขา ในบริบทของการเติบโตทางเศรษฐกิจ การตลาดที่กว้างขวาง และการควบคุมนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำกัดในระดับชาติ รวมทั้งการไม่มีกฎหมายระดับโลก การขยายไปสู่กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางนี้ได้สร้างสัญญาณของ “หายนะที่แท้จริง” ที่สะท้อนถึงการบริโภคและอันตรายที่เพิ่มขึ้น (Casswell, 2020)

การรักษาเสถียรภาพของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงไม่เพียงแต่ช่วยสนับสนุนการขยายไปสู่ตลาดใหม่ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางเท่านั้น แต่ยังมีแนวโน้มที่การเพิ่มมูลค่าในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงด้วย ผลกำไรจะเพิ่มขึ้นด้วยการทำให้เป็นสินค้าระดับพรีเมียม ซึ่งผู้บริโภคมีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปใช้แบรนด์ที่มีราคาสูงกว่า และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ เช่น เบียร์ไม่มีแอลกอฮอล์และแอลกอฮอล์ต่ำ เพื่อตอบสนองต่อจิตสำนึกด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้บริโภค

การทำตลาดต่อทั้งผู้บริโภคและผู้เกี่ยวข้องกับการออกนโยบายยังคงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่อุตสาหกรรมมุ่งเน้นอยู่เสมอ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลในทศวรรษที่ผ่านมาได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมาก ซึ่งดูเหมือนจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับอุตสาหกรรมด้วย ในปี ค.ศ. 2019 มีรายงานว่า แปรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราการมีส่วนร่วมในสื่อดิจิทัลสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับอุตสาหกรรมอื่น ๆ ในแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียหลัก (Feehan, 2019) การตลาดดิจิทัลเปิดโอกาสให้เกิดการซื้อขายออนไลน์ได้อย่างราบรื่น เสริมร้านค้าปลีกแบบเดิม ๆ และได้สร้างความท้าทาย

ใหม่ต่อนโยบายแอลกอฮอล์ ขนาดและความสามารถในการทำกำไรของกลุ่มบริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์ข้ามชาติ และองค์กรตัวแทนของพวกเขา ได้สนับสนุนกิจกรรม CSR ที่เกี่ยวข้องล้วนแล้วแต่เป็นการส่งเสริมผลประโยชน์ในระดับนโยบายของอุตสาหกรรมทางอ้อม ดังที่เราจะกล่าวถึงในบทที่ 14 และ 15

ในด้านอุปทานและพัฒนาการด้านการตลาดที่อธิบายไว้ก่อนหน้านี้มีความหมายต่อการทำความเข้าใจถึงตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศ และความจำเป็นระดับท้องถิ่นและระดับประเทศในการสนับสนุนนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ โดยการได้รับการสนับสนุนในระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค ความท้าทายที่ประเทศต่าง ๆ ต้องเผชิญในความพยายามที่จะลดอันตรายจากแอลกอฮอล์โดยใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพดังที่สรุปไว้ในบทที่ 7 ถึง 13 นั้นเกิดขึ้นได้ด้วยการบูรณาการระหว่างกลยุทธ์การตลาดที่ซับซ้อนกับการสนับสนุนอย่างชัดเจนจากอุตสาหกรรมในการมีอิทธิพลต่อการออกแบบนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พวกเขาต้องการ การขาดกฎระเบียบในการปกป้องสุขภาพในระดับโลกทำให้เกิดความท้าทายอย่างมากสำหรับนักวิจัย ภาคส่วนสาธารณสุข และรัฐบาล ทั้งนี้ทั้งนั้น การตอบสนองโดยใช้กลยุทธ์ด้านสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับโลกเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพและอันตรายทางสังคมที่เกิดจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- AB InBev Foundation. (2020). *Harmful use of alcohol is a global problem that impacts communities around the world*. <https://abinbevfoundation.org/>
- Adbrands. (2018). *Worldwide advertisers agencies*. <https://www.adbrands.net/top-global-advertisers.htm>
- Amul, G. G. (2020). Alcohol Advertising, Promotion, and Sponsorship: a review of regulatory policies in the Association of Southeast Asian Nations. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(6), 697-709.
- Anderson, P. (2004). The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. *Addiction*, 99, 1376-1377.
- Babor, T. F., & Robaina, K. (2013). Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *American journal of public health*, 103(2), 206-214.
- BBC News. (2012). *Beer 'must be sold' at Brazil World Cup, says FIFA*. <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-16624823>
- Bouckley, B. (2012). *SAB Miller challenge to hit African beer 'sweet spot'*. <https://www.beveragedaily.com/Article/2012/10/11/SAB-Miller-challenge-to-hit-African-beer-sweet-spot>
- Business Today. (2019). *Heineken Malaysia berhad wins best water management at sustainable*. <https://www.businesstoday.com.my/2019/02/07/heineken-malaysia-berhad-wins-best-water-management-at-sustainable-business-awards-2018/>
- Business Awards. (2018). *Our apologies We can't find the page you're looking for*. <https://www.businesstoday.com.my/2019/02/07/heineken-malysiaberhad-wins-best-water-management-at-sustainable-business-awards-2018/>
- Carah, N., & Brodmerkel, S., (2021) Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 18-27.
- Casswel, I. S. (2019). Current developments in the global governance arena: where is alcohol headed?. *Journal of global health*, 9(2), 020305.
- Casswell, S. (2020). *Alcohol can make coronavirus worse—so why was it treated as essential in New Zealand's lockdown*. *The Conversation*, 8 May, <https://theconversation.com/alcoholcan-make-coronavirus-worse-so-why-was-it-treated-as-essential-in-new-zealandslockdown-137698>

- Casswell, S., Callinan, S., Chaiyasong, S., Cuong, P. V., Kazantseva, E., Bayandorj, T., Huckle, T., Parker, K., Railton, R., & Wall, M. (2016). How the alcohol industry relies on harmful use of alcohol and works to protect its profits. *Drug and alcohol review*, 35(6), 661-664.
- Collin, J., & Hill, S. (2019). *Structure and tactics of the tobacco, alcohol, and sugary beverage industries*. <https://www.bbhub.io/dotorg/sites/2/2019/04/Structure-and-Tactics-of-the-TobaccoAlcohol-and-Sugary-Beverage-Industries.pdf>
- Collin, J., Hill, S., & Smith, K. (2015). Merging alcohol giants threaten global health. *BMJ*, 351, h6087.
- Collin, J., Johnson, E., & Smith, S. (2014) Government support for the alcohol industry: promoting exports, jeopardizing global health. *BMJ*, 348, g3648.
- Collin, J., Ralston, R., Hill, S, E., Westerman, L. (2020). *Signalling Virtue, Promoting Harm: Unhealthy commodity industries and COVID-19*. NCD Alliance, SPECTRUM. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Signalling%20Virtue%2C%20Promoting%20Harm_Sept2020_FINALv.pdf
- Damodaran, A. (2019). *Profit margins (net, operating and EBITDA) - Global*. http://people.stern.nyu.edu/adamodar/New_Home_Page/dataarchived.html
- Dowd, K. (2019). *How 3G Capital and a \$50B buyout turned Kraft Heinz upside down*. Pitchbook. <https://pitchbook.com/news/articles/how-3g-capital-and-a-50b-buyout-turnedkraft-heinz-upside-down>
- E&J Gallo Winery. (2018). *E&J Gallo Winery announces three-year strategic partnership with Alibaba Group* [press release]. <https://www.gallo.com/press/2018-07-12-gallo-announcesthree-year-strategic-partnership-with-alibaba>
- Feehan, B. (2019). *Social media industry benchmark report*. Rival IQ. <https://www.rivaliq.com/blog/2019-social-media-benchmark-report/> Foundation for Alcohol Research and Education, and Cancer Council Western Australia (2020) An alcohol ad every 35 seconds. A snapshot of how the alcohol industry is using a global pandemic as a marketing opportunity. <https://fare.org.au/wp-content/uploads/2020-05-08-CCWA-FARE-An-alcohol-ad-every-35-seconds-A-snapshot-final.pdf>
- Gornall, J. (2014). World Cup 2014: festival of football or alcohol. *BMJ*, 348, g3772.
- Gray-Phillip, G., Huckle, T., Callinan, S., Parry, C. D. H., Chaiyasong, S., Cuong, P. V., Mackintosh, A. M., Meier, P., Kazantseva, E., Piazza, M., Parker, K., & Casswell, S.

- (2018). Availability of alcohol: Location, time and ease of purchase in high- and middle-income countries: Data from the International Alcohol Control Study. *Drug and alcohol review*, 37 Suppl 2(Suppl Suppl 2), S36-S44.
- Hancock, E. (2020). *Coca-Cola unites with Molson Coors to launch hard seltzer*. The drinks business. <https://www.thedrinksbusiness.com/2020/09/coca-cola-unites-with-molson-coorsto-launch-hard-seltzer/>
- Hoiium, T. (2018). *How the AB InBev buyout went wrong*. <https://www.fool.com/investing/2018/11/03/how-the-ab-inbev-buyout-went-wrong.aspx>
- Holden, C., Hawkins, B., & McCambridge, J. (2012). Cleavages and co-operation in the UK alcohol industry: a qualitative study. *BMC Public Health*, 12, 483.
- Hootsuite. (2020). *Digital 2020 global digital overview: essential insights into how people around the world use the Internet, mobile devices, social media and Ecommerce*. <https://wearesocial-net.s3-eu-west-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/common/reports/digital-2020/digital-2020-global.pdf>
- Huckle, T., Parker, K., Romeo, J. S., & Casswell, S. (2021). Online alcohol delivery is associated with heavier drinking during the first New Zealand COVID-19 pandemic restrictions. *Drug and alcohol review*, 40(5), 826-834.
- Inside World Football. (2018). *ThaiBev brand bai Saigon to ride on Leicester City's shirt sleeve in multiyear deal*. <http://www.insideworldfootball.com/2018/08/02/thaibev-brand-bai-saigon-rideleicester-citys-shirt-sleeve-multi-year-deal/>
- International Alliance for Responsible Drinking. (2018). *Policy review in brief: marketing of alcoholic beverages*. <https://www.iard.org/getattachment/9e1ca412-da98-48a0-909b-7e25c398ce1a/iard-policy-reviw-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>
- IWSR Drinks Market Analysis. (2020a). *IWSR's top 5 global beverage trends for 2020*. <https://www.theiwsr.com/iwsrs-top-5-global-beverage-trends-for-2020/>
- IWSR Drinks Market Analysis. (2020b). *Hard seltzers: a beverage alcohol category or lifestyle movement?*. <https://www.theiwsr.com/hard-seltzers-a-beverage-alcohol-category-orlifestyle-movement/>
- Jernigan, D. (2009). The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 104 (Suppl1), 6-12.
- Jernigan, D., & Babor, T. F. (2015). The concentration of the global alcohol industry and its penetration in the African region. *Addiction*, 110, 551-560.

- Jernigan, D., & Ross, C. S. (2020). The Alcohol Marketing Landscape: alcohol Industry size, structure, strategies, and public health responses. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 19(Suppl 19)*, 13-25.
- Joseph, S. (2017). *Heineken prioritizes mass reach over hypertargeting on Google and Facebook*. www.digiday.com
- Joseph, S. (2020). *As the Facebook boycott ends, brand advertisers are split on what happens next with their marketing budgets*. <https://digiday.com/media/as-the-facebook-boycott-endsbrand-advertisers-are-split-on-what-happens-next-with-their-marketing-budgets/>
- Karlsson, D., Holmberg, S., & Weibull, L. (2020). Solidarity or self-interest? Public opinion in relation to alcohol policies in Sweden. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 37(2), 105-121.
- Kelsey, J. (2020). How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *New Zealand Universities Law Review*, 29(1), 153-179.
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*, 4, e895-e896.
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet. Global health*, 4(12), e895-e896.
- Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., & Rehm, J. (2021). The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 28-41.
- Lindenberg, G. (2020). *7-Eleven reaches 70,000-store mark*. <https://www.cspdailynews.com/company-news/7-eleven-reaches-70000-store-mark>
- Martínez-Martínez, I. J., Aguado, J. M., & Boeykens, Y. (2017). Ethical implications of digital advertising automation: the case of programmatic advertising in Spain. *El Profesional De La Información (EPI)*, 26(1), 201-210.
- Mojica-Perez, Y., Callinan, S., & Livingston, M. (2019). *Alcohol home delivery services: an investigation of use and risk*. <https://fare.org.au/wp-content/uploads/Alcohol-home-deliveryservices.pdf>
- Morton, A. (2019). *Pernod Ricard's Chinese malt whisky distillery—just-drinks speaks to China MD Jean-Etienne Gourgues and Asia marketing head Tracy Kwan*. <https://www.just-drinks.com/interview/pernod-ricards-chinese-malt-whisky->

- distillery-just-drinks-speaks-to-china-md-jean-etienne-gourgues-and-asia-marketing-head-tracy-kwan_id129182.aspx
- Morton, A. (2020a). *Could lockdown cement low/no-alcohol status?—focus*. https://www.justdrinks.com/analysis/could-lockdown-cement-lowno-alcohol-status-focus_id131156.aspx
- Morton, A. (2020b). *Diageo to focus on Gen Z, social media in no- and low-alcohol strategy*. https://www.just-drinks.com/news/diageo-to-focus-on-gen-z-social-media-in-no--andlow-alcohol-strategy_id131919.aspx
- Morton, A. (2020c). *Beverage rivals join forces for US\$76m Brazil retail relief effort*. https://www.just-drinks.com/news/beverage-rivals-join-forces-for-us76m-brazil-retail-relief-effort_id131125.aspx
- Morton, A. (2020d). *Sazerac, Luzhou Laojiao backing adds muscle to Ming River baijiu cocktail push*. https://www.just-drinks.com/news/sazerac-luzhou-laojiao-backing-adds-muscle-to-ming-river-baijiu-cocktail-push_id132039.aspx?utm_source=dailyhtml&utm_medium=email&utm_campaign=15-10-2020&utm_term=144588&utm_content=624285
- Neufeld, M., Lachenmeier, D. W., Ferreira-Borges, C., & Rehm, J. (2020). Is Alcohol an "Essential Good" During COVID-19? Yes, but Only as a Disinfectant!. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 44(9), 1906-1909.
- Nieborg, D. B. & Helmond, A. (2019). The political economy of Facebook's platformization in the mobile ecosystem: Facebook Messenger as a platform instance. *Media Cult Soc*, 41, 196-218.
- Nieborg, D. B., & Helmond, A. (2019). The political economy of Facebook's platformization in the mobile ecosystem: Facebook Messenger as a platform instance. *Media, culture, and society*, 41(2), 196-218.
- Okaru, A. O., Rehm, J., Sommerfeld, K., Kuballa, T. (2019). The threat to quality of alcoholic beverages by unrecorded consumption. In: Grumezescu, A. & Holban, A-, (eds.) *Alcoholic Beverages Vol.7* (pp. 1-34). The Science of Beverages. Woodhead Publishing.
- Olsson, B., Ólafsdóttir, H., & Room, R. (2002). Introduction: Nordic traditions of studying the impact of alcohol policies. In Room, R. (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Problems When Alcohol Controls Change?*. (pp. 5-11). Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

- Parry, C. D. H. (1998). *Alcohol Policy and Public Health in South Africa*. Oxford University Press.
- Pellechia, T. (2018). *The effects of recent global wine mergers and acquisitions on the industry*. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/thomaspellechia/2018/08/06/global-wine-mergersacquisitions-the-focus-of-rabobanks-3rd-quarter-2018-report/?sh=140ca8662176>
- Petticrew, M., Maani, N., Pettigrew, L., et al. (2020). Dark nudges and sludge in big alcohol: behavioral economics, cognitive biases, and alcohol industry corporate social responsibility. *The Milbank Quarterly*, 98(4), 1290-1328.
- Rannekleiv, S., & Castroviejo, M. (2018). *Wine Quarterly Q4 2018: Does your consumer own your brand?*. RaboResearch. <https://research.rabobank.com/far/en/sectors/beverages/winequarterly.html>
- Robaina, K., Babo, T., Pinsky, I., Johns, P. (2020). *The alcohol industry's commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health*. Geneva: NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf
- Roberto, M. A. (2011). The changing structure of the global wine industry. *International Business & Economics Research Journal (IBER)* 2(9), 1-14.
- Room, R., & O'Brien, P. (2021). Alcohol marketing and social media: a challenge for public health control. *Drug and alcohol review*, 40(3), 420-422.
- Sousa, R. (2020). *Pernod ricard lends support to small-town cafes as France reopens on-premise*. https://www.just-drinks.com/news/pernod-ricard-lends-support-to-small-town-cafes-asfrance-reopens-on-premise_id131070.aspx
- Statista. (2020a). *Spirits—Asia*. <https://www.statista.com/outlook/10020000/101/spirits/>
- Statista. (2020b). *Alcoholic drinks worldwide*. <https://www.statista.com/outlook/10000000/100/alcoholic-drinks/worldwide#market-revenue>
- Stillman, L., & Letang, V. (2015). *Programmatic 2015: The path forward*. <http://www.cadreon.com/wp-content/uploads/2015/10/Spring-2015-Programmatic-FINAL.pdf>
- The Motley Fool. (2020). *Anheuser-Busch InBev SA/NV (BUD) Q4 2009 earnings call transcript*. <https://www.fool.com/earnings/call-transcripts/2020/02/27/anheuser-busch-inbevsanv-bud-q4-2019-earnings-cal.aspx>

- The Spirits Business. (2018). *Local spirits brand champion 2018: Jinro*. <https://www.thespiritsbusiness.com/2018/06/local-spirits-brand-champion-2018-jinro/>
- Thornton, J, A. (2013). *American Wine Economics: An Exploration of the US Wine Industry*. University of California Press.
- Toppi, P. (2020). *Three learnings from alcohol brands for communicating during Covid-19*. AdNews. <https://www.adnews.com.au/opinion/three-learnings-from-alcohol-brands-forcommunicating-during-covid-19>
- Wang, N. (2018). *IWSR: China leads global online alcohol consumption*. <https://www.thedrinksbusiness.com/2018/09/iwsr-china-leads-global-online-alcohol-consumption/>
- Water Footprint Network. (no date). *Product Gallery—beer (from barley)*. <https://waterfootprint.org/en/resources/interactive-tools/product-gallery/>
- Wehring, O. (2020a). *‘Company leaders really need to take a battlefield approach’—just-drinks speaks to Ross Colbert, KPMG Corporate Finance MD of global beverages—Part II—CORONAVIRUS SPECIAL*. https://www.just-drinks.com/interview/company-leaders-reallyneed-to-take-a-battlefield-approach-just-drinks-speaks-to-ross-colbert-kpmg-corporatefinance-md-of-global-beverages-part-ii-coronavirus-special_id130876.aspx
- Wehring, O. (2020b). *‘Zero-based budgeting hasn’t been successful in building brands’—just-drinks speaks to Ross Colbert, MD of global beverages at KPMG Corporate Finance—Part I*. https://www.just-drinks.com/interview/zero-based-budgeting-hasnt-been-successful-in-buildingbrands-just-drinks-speaks-to-ross-colbert-md-of-global-beverages-at-kpmg-corporatefinance-part-i_id130869.aspx
- Wehring, O. (2020c). *Liviko launches 60% abv Travel Safe vodka/disinfectant for GTR*. https://www.just-drinks.com/news/liviko-launches-60-abv-travel-safe-vodkadisinfectant-for-gtr_id131360.aspx
- Woodward, R. (2020). *What’s coming up in white spirits in 2020?—Predictions for the year ahead—comment*. https://www.just-drinks.com/comment/whats-coming-up-in-whitespirits-in-2020-predictions-for-the-year-ahead-comment_id130154.aspx
- World Cup Russia. (2018). *Beer Buzz: FIFA’s beer sponsor to sue 2018 World Cup Stadium*. <https://www.rt.com/sport/416440-beer-world-cup-russia/>

- Wyllie, A., Holibar, F., Jakob-off, M., et al. (1993) A qualitative investigation of the introduction of wine in New Zealand grocery outlets. *Contemporary Drug Problems*, 20, 33-49.
- Yoon, S. & Lam, T-H. (2013). The illusion of righteousness: corporate social responsibility practices of the alcohol industry. *BMC Public Health*, 13, 630.
- Young, B. (2019). *How wine apps are taking over the Chinese market. the drinks business*. <https://www.thedrinksbusiness.com/2019/07/how-wine-apps-are-taking-over-the-chinese-market/>
- Ze Delivery. (2020). *Cadastrar como parceiro do Ze Delivery*. <https://www.ze.delivery/cadastro-parceiro>
- Zhang, J-F., & Casswell, S. (1999). The effects of real price and a change in the distribution system on alcohol consumption. *Drug Alcohol Review*, 18(4), 371-378.

6

ภาพรวมของนโยบาย และมาตรการในการป้องกัน และลด ผลกระทบจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6.1 ภาพรวม

ในภาพรวมทั้งหมด ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกมีขอบเขตมหึมา และจัดเป็นหนึ่งในปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกที่สำคัญและป้องกันได้ บทก่อนหน้านี้ของหนังสือเล่มนี้ได้นำเสนอข้อมูลสาเหตุและผลกระทบด้านต่าง ๆ จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงประเด็นที่ต้องจัดการตามมุมมองทางด้านสาธารณสุขแล้ว สำหรับบทนี้ผู้เขียนได้วางลำดับสำหรับการทบทวนงานวิจัยที่ประเมินผลของนโยบายต่าง ๆ ที่จะมีรายละเอียดอยู่ในบทที่ 7 ถึง 13

ตารางที่ 6.1 แสดงภาพรวมของเจ็ดกลุ่มหลักของนโยบายแอลกอฮอล์ที่พัฒนาขึ้นตามมุมมองสาธารณสุข โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับข้อสมมุติฐานทางทฤษฎีและเป้าหมายของแต่ละกลุ่มนโยบายด้วย จากสมมุติฐานนี้ การบริโภคและผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดลงได้จากหลากหลายกลไก ได้แก่ การลดอุปสงค์ การควบคุมอุปทาน การจำกัดสภาพแวดล้อม กลไกการป้องกันปรามการกระทำผิดกฎหมาย การกีดกันทางสังคม การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การจำกัดกิจกรรมการตลาด และการจัดบริการการรักษา บทถัด ๆ ไปจะขยายความของสมมุติฐานเหล่านี้ตามข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่

ข้อมูลในคอลัมน์สุดท้ายของตารางที่ 6.1 แสดงนโยบายและมาตรการที่ใช้เปลี่ยนแปลงปัญหา อันเป็นผลจากการปฏิบัติที่อุตสาหกรรมสุราใช้ (ดังอธิบายในบทที่ 5) กลยุทธ์ และการปฏิบัติของอุตสาหกรรมเหล่านี้เป็นตัวอย่งที่ชัดเจนของการใช้ “กลยุทธ์ 7P ของการตลาดที่ผสมผสาน” ที่ใช้สินค้าหรือบริการเพื่อสร้างความภักดีของผู้บริโภคและเพิ่มผลกำไรของธุรกิจ (Borden, 1964; Gummesson, 2008) ได้แก่

- (1) ตัวผลิตภัณฑ์ (Product)
- (2) ราคา (Price)
- (3) จุดจำหน่าย (Place) (วิธีการที่สินค้าถูกกระจายไปยังผู้บริโภค)
- (4) การส่งเสริมการขาย (Promotion) (วิธีการที่ใช้เพื่อระดมกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมายหรือชักชวนให้ผู้บริโภคซื้อสินค้า)
- (5) ผู้บริโภค (People) (ทั้งหมดในกระบวนการผลิตและห่วงโซ่อุปทาน)
- (6) กระบวนการ (Process) (ระบบหรือกระบวนการในการส่งสินค้าถึงผู้บริโภค เช่น การมุ่งเป้าต่อส่วนแบ่งทางการตลาดที่อ่อนไหว (market segments) and
- (7) ลักษณะทางกายภาพ (Physical characteristics) (บรรจุภัณฑ์และสภาพแวดล้อมของการขาย)

ตารางที่ 6.1 แสดงกลไกนโยบายแอลกอฮอล์แต่ละกลุ่มที่มุ่งเป้าทั้งทางตรงและทางอ้อมไปยังกลยุทธ์แต่ละด้านนี้

มาตรการทางราคา (ดูบทที่ 7) ที่มีถูกดำเนินการผ่านนโยบายภาษีสามารถใช้เพื่อควบคุมการบริโภคและลดผลกระทบได้พร้อม ๆ กับการเพิ่มรายได้ให้รัฐในการนำไปใช้จัดการและเยียวยาต้นทุนทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ที่เกิดจากแอลกอฮอล์ มาตรการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (บทที่ 8) เมื่อเป็นกฎหมายและกฎระเบียบสามารถทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยากที่จะเข้าถึง จึงส่งผลต่อการป้องกันปัญหาทั้งระยะสั้นและยาวจากการบริโภคที่มากเกินไป การควบคุมกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (บทที่ 9) เป็นมาตรการที่ออกแบบมาเพื่อลดความดึงดูดใจของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรเปราะบางอื่น ๆ และเพื่อยับยั้งการสร้างบรรทัดฐานสังคมที่ว่า การดื่มเป็นเรื่องธรรมดาหรือพฤติกรรมการดื่มหนักเป็นเรื่องปกติ

นอกจากนโยบายที่ส่งผลต่อประชากรทั้งหมดในภาพรวมแล้ว ยังมีตัวเลือกนโยบาย แอลกอฮอล์ที่มีผลต่อนักดื่มในระดับบุคคล และสภาพแวดล้อมบริบทและเงื่อนไขของการ ดื่ม หรือต่อปัญหาจากการดื่มอย่างเฉพาะเจาะจงด้วย เช่น การขับขี้นในขณะมึนเมา (บทที่ 10-13) นโยบายและมาตรการเหล่านี้สามารถลงมือปฏิบัติโดยหลากหลายองค์กร ทั้ง หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานสาธารณสุข และภาคประชาสังคม ลักษณะของมาตรการ ได้แก่ การเรียนสอนในโรงเรียนเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุรา โปรแกรมการคัดกรอง การจัดบริการ บำบัดรักษา การตั้งด่านตรวจลมหายใจผู้ขับขี้อย่างสุ่ม และการควบคุมบริบทและเงื่อนไข การดื่มเพื่อป้องกันอาการมึนเมาและปัญหาจากการดื่ม

มาตรการแอลกอฮอล์บ่อยครั้งจะถูกดำเนินการแบบไม่ประสานกัน โดยไม่ได้คำนึง ถึงประสิทธิภาพร่วมของมาตรการต่าง ๆ (บทที่ 16) หรือผลกระทบเชิงลบที่ไม่ได้ตั้งใจจาก มาตรการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรการที่มุ่งเป้าที่ระดับบุคคลและเน้นปรับเงื่อนไขการ ดื่ม กลยุทธ์หรือมาตรการเหล่านี้คือความพยายามโดยตรงเพื่อลดทอนปัญหาที่เกิดขึ้นจาก การปฏิบัติของอุตสาหกรรมสุรา ดังอธิบายในบทที่ 5

ในบางกรณี นโยบายบางอย่างยังคงถูกใช้อยู่ แม้ว่าจะมีหลักฐานวิชาการว่า ผล ของนโยบายไม่ชัดเจนหรือไม่มีความสำคัญในการลดปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ (เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์เพื่อเป็นกิจกรรมป้องกันการดื่มในกลุ่มวัยรุ่น) ในการ ทำความเข้าใจว่า ทำไมนโยบายแอลกอฮอล์ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวตามวัตถุประสงค์ งานวิจัยนโยบายแอลกอฮอล์ที่ก้าวหน้ามากขึ้นนี้ไม่เพียงแต่ประเมินประสิทธิผลของมาตรการ เท่านั้น หากยังศึกษากลไกของนโยบายต่อการเกิดผลลัพธ์ต่าง ๆ ด้วย ในหัวข้อ 6.2 เรา บรรยายแนวทางเชิงระเบียบวิธีวิจัย และข้อกำหนดเงื่อนไขของหลักฐานวิชาการที่เป็นไป บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ของนโยบายและมาตรการแอลกอฮอล์ ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่ม เต็มในบทที่ 7 ถึง 13

ตารางที่ 6.1 นโยบายสาธารณสุข ข้อสมมุติฐานทางทฤษฎี เป้าหมายของนโยบาย และ กลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมใช้

นโยบายสาธารณสุข	ตัวอย่างของยุทธศาสตร์และมาตรการ	ข้อสมมุติฐานทางทฤษฎีและเป้าหมายของนโยบาย	กลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมสุราใช้และผลที่เกิดขึ้น
มาตรการด้านภาษีและราคา	ภาษีสรรพสามิต; การกำหนดราคาขั้นต่ำ; การห้ามลดราคาและส่งเสริมการขาย; การเก็บภาษีพิเศษสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในกลุ่มเยาวชน	การเพิ่มต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เมื่อเปรียบเทียบกับสินค้าประเภทอื่นและระดับรายได้) จะทำให้อุปสงค์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง โดยการลดความสามารถในการซื้อ (affordability)	การใช้กลยุทธ์ด้านราคาส่งเสริมการขาย เพื่อเพิ่มยอดขายและเพิ่มปริมาณการดื่ม
การควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การจำกัดเวลา สถานที่และความหนาแน่นของจุดจำหน่าย; การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อ; การค้าปลีกได้เฉพาะร้านค้าของรัฐ	การลดอุปทานโดยจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพจะทำให้เพิ่มความยากลำบากในการได้รับแอลกอฮอล์ของผู้ดื่ม ซึ่งจะส่งผลให้ลดปริมาณการบริโภคและผลกระทบจากการดื่มตามมา	การเพิ่มจำนวนสถานที่ที่สามารถจำหน่ายหรือบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จะเพิ่มกำไรมากขึ้น จากยอดขายที่จะเพิ่มมากขึ้น
การควบคุมกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การควบคุมกิจกรรมการตลาดโดยสิ้นเชิง; การควบคุมบางส่วน; การจำกัดการเข้าถึงเว็บไซต์ของอุตสาหกรรมสุรา	การลดการได้รับสื่อการตลาด (ซึ่งมักทำให้สังคมเชื่อว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติ และเชื่อมกับการดื่มเพื่อเข้าสังคม) จะช่วยลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่และการดื่มหนักได้	กิจกรรมการตลาดและการส่งเสริมการขายจะกระตุ้นให้เกิดความภักดีในตราสินค้าและเพิ่มยอดขาย
การให้ความรู้และการโน้มน้าว	การประชาสัมพันธ์; การรณรงค์ในสื่อสังคมออนไลน์; ฉุกเฉินคำเตือน; แนวทางการดื่มแบบเสีียงต่ำ; โปรแกรมการเรียน	การให้ความรู้และปรับทัศนคติด้วยข้อมูลทางสุขภาพจะช่วยป้องกันปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้	กิจกรรมการตลาดจะทำหน้าที่ในการสร้างลูกค้ากลุ่มใหม่ กระตุ้นให้เกิดความภักดีในตราสินค้าและเพิ่มยอดขาย

ตารางที่ 6.1 นโยบายสาธารณสุข ข้อสมมุติฐานทางทฤษฎี เป้าหมายของนโยบาย และ กลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมใช้ (ต่อ)

นโยบายสาธารณสุข	ตัวอย่างของยุทธศาสตร์และมาตรการ	ข้อสมมุติฐานทางทฤษฎีและเป้าหมายของนโยบาย	กลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมสุราใช้และผลที่เกิดขึ้น
	การสอนในโรงเรียนและสำหรับเยาวชน; โครงการให้ความรู้ในชุมชน		
มาตรการการรับมือและป้องกันการดื่มแล้วขับ	การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือด; การตั้งด่านตรวจแอลกอฮอล์อย่างสุ่ม; การตั้งจุดตรวจ; การยึดหรือพักใช้ใบขับขี่; บทลงโทษที่รุนแรง; การจัดประเภทใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่รายใหม่; การเข้าโปรแกรมคุมประพฤติที่เข้มงวด; ระบบลิคอสตาร์ทอัตโนมัติเมื่อผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์เกินกำหนด	ระบบป้องปรามและการลงโทษจะช่วยลดปัญหาดื่มแล้วขับ	สถานที่ที่มีการให้บริการแอลกอฮอล์แก่ผู้ดื่มที่จะขับขี่และพนักงานเสิร์ฟถือเป็นจุดขายที่สร้างกำไรให้อุตสาหกรรมสุรา
การปรับเปลี่ยนบริบทและเงื่อนไขของการดื่ม	การจัดการผ่านกลุ่มเพื่อนของนักดื่ม; การจัดอบรมของจุดที่ให้บริการแอลกอฮอล์; การเพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย; มาตรการเชิงรุกและมุ่งเป้าหมายเฉพาะ; กลไกการประสานงานด้าน	ข้อจำกัดทางปัจจัยแวดล้อมและสังคมจะช่วยลดการบริโภคและปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้	พฤติกรรมของพนักงานในบริษัทที่เป็นการค้าของการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ทั้งบุคคล กระบวนการ และลักษณะของบริษัท ได้แก่ ราคา สถานที่ การส่งเสริม

ตารางที่ 6.1 นโยบายสาธารณสุข ข้อสมมุติฐานทางทฤษฎี เป้าหมายของนโยบาย และ กลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมใช้ (ต่อ)

นโยบาย สาธารณสุข	ตัวอย่างของ ยุทธศาสตร์และ มาตรการ	ข้อสมมุติฐานทางทฤษฎี และเป้าหมาย ของนโยบาย	กลยุทธ์ที่ อุตสาหกรรมสุรา ใช้และผลที่เกิดขึ้น
	กฎหมาย; ความ รับผิดชอบทางกฎหมาย; การควบคุมที่มุ่งกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะ; มาตรการชุมชนต่างๆ		การขาย ลักษณะ ทางกายภาพ) สามารถทำให้ยอดขายเพิ่มขึ้นได้
การคัดกรอง และการให้ คำแนะนำแบบ ย่อยในหน่วย บริการสุขภาพ; การจัดให้มี บริการบำบัด รักษา	การให้คำแนะนำ อย่างสั้นแก่นักดื่มที่ เสี่ยง; การเข้ากลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน; คำสั่งศาลให้ผู้ทำ ความผิดซ้ำเรื่องดื่ม แล้วขับเข้ารับการ บำบัดสุรา; การถอน พิษสุราทางการแพทย์ และจิตสังคม; การ สนทนาบำบัด การ รักษาด้วยยา	ปัญหาจากแอลกอฮอล์ สามารถป้องกันได้ด้วย การชักจูงให้กลุ่มนักดื่ม หนักลดการดื่มลง; การ บำบัดรักษาการติดสุรา ด้วยวิธีต่างๆ จะสามารถ ทำให้ผู้มีปัญหาจากการ ดื่มเล็กสุราหรือลดปริมาณ การดื่มได้	ทั้งหมดที่กล่าวมา ข้างต้น

6.2 แนวทางเชิงระเบียบวิธีวิจัย

มีแนวทางเชิงระเบียบวิธีที่หลากหลายในการประเมินผลกระทบของนโยบาย แอลกอฮอล์ รวมถึงมาตรการเชิงป้องกันและบำบัดรักษา ได้แก่ การศึกษาเชิงทดลอง การวิจัยเชิงสำรวจ การวิเคราะห์เอกสารสำคัญหรือสถิติของหน่วยงาน **การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time-series analyses)¹** การวิจัยเชิงคุณภาพ และ**การทดลองตามธรรมชาติ (natural experiments)**

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ใน อภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

ความเหมาะสมของระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการประเมินนโยบายแอลกอฮอล์ ขึ้นอยู่กับประเภทของนโยบายและมาตรการที่ศึกษา ความก้าวหน้าของความรู้และวิธีการวัดที่มีความเที่ยงตรงที่มีอยู่ รวมถึงวิธีการที่ข้อมูลจะถูกนำไปใช้ (McKinlay, 1992) หลักฐานวิชาการของวิทยาศาสตร์การแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ที่ชัดเจนที่สุดได้จากการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomized clinical trials; RCTs) หรือ การทดลองแบบสุ่ม ซึ่งบุคคลหรือคณะบุคคล (เช่น นักดื่ม บาร์ ชุมชน) จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และมีการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มจัดเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มีมาตรฐานระดับสูงสุด (gold standard) สำหรับใช้ประเมินประสิทธิผลของมาตรการ เพราะการจัดกลุ่มแบบสุ่มตัดโอกาสของตัวกวนอื่น ๆ ที่อธิบายความแตกต่างระหว่างสภาพเงื่อนไขของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตัวอย่างของการใช้วิธี RCT คือ การประเมินโปรแกรมการเรียนการสอนในโรงเรียนที่มีการแยกกลุ่มนักเรียนอย่างสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมที่สอนเกี่ยวกับทักษะต่อต้านการดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับระเบียบวิธีอื่น ๆ RCTs ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการขยายผลไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ (generalizability) (Greenland, 2017) เพราะโปรแกรมที่มีทรัพยากรพร้อมที่ใช้ในการทดลองนั้น มักไม่มีอยู่ในโลกแห่งความจริง

ในปัจจุบัน มีการศึกษาแบบ RCT ของมาตรการบางอย่างที่ใช้ชุมชนเป็นหน่วยในการสุ่ม ถึงแม้ว่าจะมีอยู่ไม่กี่การศึกษาก็ตาม (เช่น Wagenaar *et al.*, 2000) และที่ยังน้อยไปกว่านั้นคือ การศึกษาที่ทดสอบผลของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการสุ่มภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เช่น Rossow and Grøtting, 2021) อย่างไรก็ตาม การใช้ RCTs ในการศึกษามาตรการบางประเภทก็ทำได้ยาก เช่น การสุ่มชุมชนเป็นกลุ่มทดลองเพื่อให้จ่ายภาษีแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น โดยมีชุมชนเป็นกลุ่มควบคุมให้จ่ายภาษีน้อยกว่าคงไม่สามารถทำได้ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ นักวิจัยจึงมักใช้วิธีวิจัยที่ไม่ใช่เชิงการทดลอง หรือเป็นเชิงสังเกตแทน (observational methods) เพื่ออนุมานว่า จะเกิดอะไรขึ้นหากนโยบายถูกใช้หรือเปลี่ยนแปลงในบางพื้นที่โดยเฉพาะ หรือใช้การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีนโยบายแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้วยระเบียบวิธีเหล่านี้ให้ข้อมูลประสิทธิผลที่ไม่เข้มแข็งเนื่องจากอาจมีตัวแปรกวน (confounding) ตัวอย่างเช่น กรณี

ที่นโยบายถูกใช้ในช่วงที่มีปัญหาในระดับสูงมากเป็นพิเศษ การลดลงของปัญหาในการศึกษา จึงอาจเป็นผลจากการกลับคืนสู่ระดับปัญหาเฉลี่ยในช่วงปกติก็เป็นได้ เหล่านี้เรียกว่า **การถดถอยเข้าสู่ค่ากลาง (regression to the mean)** เช่นเดียวกัน ในกรณีที่ระดับปัญหาลดลงนั้นมีความสัมพันธ์กับการใช้นโยบายในชุมชนหนึ่ง แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในชุมชนอื่น ๆ อาจสะท้อนความแตกต่างระหว่างชุมชนเอง โดยที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับมาตรการแอลกอฮอล์เลยก็ได้

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มักถูกใช้ในการศึกษาวิจัยแบบ RCTs ไม่สามารถทำได้ หรือมีข้อจำกัดทางจริยธรรม ระเบียบวิธีวิจัยนี้เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลตัวแปรระหว่างก่อนและหลังที่กลุ่มคน ชุมชน หรือพื้นที่ปกครองจะได้รับหรือสัมผัสกับมาตรการ (เงื่อนไขของกลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ใกล้เคียงที่เปรียบเทียบกันได้ (เงื่อนไขของกลุ่มควบคุม) การที่เรียกโครงการแบบนี้ว่า “การวิจัยกึ่งทดลอง” ก็เพราะว่าไม่มีการสุ่มแบ่งคนเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมเหมือนอย่างการวิจัยแบบทดลองอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงไม่สามารถจัดการกับปัจจัยเงื่อนไขบางอย่างที่แตกต่างกันระหว่างชุมชนที่เกิดขึ้นก่อนหน้าการศึกษาได้

การทดลองตามธรรมชาติ (Natural experiment) เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลองที่มีความสำคัญในการประเมินนโยบายแอลกอฮอล์หลายประเภท การที่เรียกว่า ‘การทดลองตามธรรมชาติ’ ก็เพราะว่า นักวิจัยมักไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลง และควบคุมว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อไรได้ ตัวอย่างเช่น การตั้งจุดตรวจแอลกอฮอล์ (ดูบทที่ 11) ถูกดำเนินการในบริบทรัฐหนึ่งและไม่ได้ดำเนินการในรัฐอื่นที่ใกล้เคียงกัน ผลกระทบสัมพัทธ์ของโปรแกรมสามารถพิสูจน์ได้ด้วยการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบของข้อมูลที่จัดเก็บไว้ในระบบ เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากรถ หรือคดีเมาแล้วขับ การศึกษาเหล่านี้มีความน่าเชื่อถือพอสมควร เนื่องจากการศึกษาในเงื่อนไขของโลกความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม เราไม่สามารถดึงข้อสรุปเชิงเหตุผลจากการศึกษาเหล่านี้ได้อย่างเชื่อมั่นเท่ากับการใช้ข้อมูลจากการศึกษาแบบ RCTs การศึกษาตามธรรมชาติมักเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลตัวแปรของกลุ่มคน ชุมชน หรือพื้นที่ปกครองที่ได้รับหรือสัมผัสกับมาตรการกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีการดำเนินการของมาตรการ การวิจัยตามธรรมชาติมีความสำคัญในวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินนโยบายแอลกอฮอล์ ทั้ง ๆ ที่อาจมีอคติ

และตัวแปรกวนเกิดขึ้นได้ หลักฐานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายแอลกอฮอล์ยังมาจากการศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อมาตรการถูกเลิกใช้ด้วย โดยเทียบกับช่วงเวลาหรือสถานที่อื่นที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาตรการ ถึงแม้ว่า ผลของการยกเลิกมาตรการอาจไม่ได้เท่ากับผลตอนเริ่มน่านโยบายมาใช้ก็ตาม

การศึกษาที่ติดตามกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงไปโดยใช้วิธี เช่น การวิเคราะห์อนุกรมเวลา เป็นการศึกษาที่ให้ข้อมูลที่เข้มแข็งมากที่สุดจากการทดลองตามธรรมชาติ กล่องข้อความที่ 6.1 และภาพที่ 6.1 อธิบายการใช้วิธีการวิเคราะห์อนุกรมเวลา (interrupted time-series analyses) ในประเมินการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเสียชีวิตและพิการจากแอลกอฮอล์ หลังการดำเนินนโยบายหรือมาตรการแอลกอฮอล์ และแสดงให้เห็นว่า วิธีวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ในการศึกษาทั้งผลกระทบระยะสั้นและยาวของนโยบายใหม่ได้อย่างไร

วิธีเก็บข้อมูลรูปแบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยประเมินผลนโยบายมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป เช่น การสำรวจเชิงสังคม (social surveys) ที่มักใช้วัดทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมผ่านการถามโดยตรง การศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจมักจะเป็นข้อมูลเชิงบรรยายและหาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยมีข้อจำกัดของวิธีการตอบด้วยตนเอง (self-report method) การสุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทน และการไม่ตอบกลับของการสำรวจ (non-response) (Rehm *et al.*, 2021b) การใช้ข้อมูลที่เก็บโดยหน่วยงานทางสังคมและสุขภาพ (เช่น สถิติตำรวจ ข้อมูลการออกจากโรงพยาบาล และประวัติการเสียชีวิต) มีจุดแข็งและจุดอ่อนที่แตกต่างกันไป โดยนิยามข้อมูลเหล่านี้ให้ภาพการตอบสนองที่ดีของหน่วยงานในกลุ่มนโยบายหรือประเด็นนั้น ๆ (แต่ข้อมูลที่มีนั้นบ่อยครั้งเป็นการเก็บเพื่อเหตุผลทางการบริหารจัดการมากกว่าเพื่อทำวิจัย) และได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ทางวัฒนธรรมต่อวาระที่สำคัญขององค์กร และแนวปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลนั้น (และอาจเป็นปฏิกิริยาโดยตรงจากมาตรการเอง ตัวอย่างเช่น อัตราการจับกุมอาจเพิ่มสูงขึ้นแม้ว่าอัตราอาชญากรรมลดลง ถ้ามาตรการนั้นทำให้ตำรวจรู้สึกว่าการกำลังถูกจับตามองอยู่) วิธีวิจัยเชิงปริมาณสามารถใช้เสริมกับการศึกษาคุณภาพได้ เช่น การสัมภาษณ์เชิงชาติพันธุ์วรรณนา (ethnographic interview) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การศึกษาแบบกรณีศึกษา และการสนทนากลุ่ม

กล่องข้อความที่ 6.1 การวิเคราะห์หอนุกรมเวลาแบบแบ่งช่วง (Interrupted time-series) ในการประเมินมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกออกแบบมา เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิธีที่ง่ายที่สุดที่ใช้ประเมินผลของมาตรการเหล่านี้ คือ การเปรียบเทียบทั้งการบริโภคหรือปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการมีมาตรการ แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดมากมาย (Cook and Campbell, 1979; Shadish et al., 2002)

1. อาจมีเหตุการณ์อื่น ๆ เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันกับที่มีมาตรการนั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตัวแปรผลลัพธ์ที่สนใจได้เช่นกัน
2. การเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามระยะเวลา (secular trend) (เช่น กิจกรรมการตลาดมักจะเกิดขึ้นในทิศทางเดียวกันต่อเนื่องไปอีกเป็นระยะเวลายาวนาน) อาจทำให้เกิดความแตกต่างขึ้นมา โดยไม่ขึ้นกับมาตรการที่กำลังดำเนินการ
3. ผลของมาตรการอาจเกิดขึ้นก่อนที่มาตรการเหล่านี้จะถูกบังคับใช้ได้ ถ้ามาตรการถูกอภิปรายหรือเป็นที่สนใจของสังคมก่อน
4. ผลของมาตรการอาจเกิดขึ้นล่าช้า ซึ่งขึ้นอยู่กับกลุ่มนโยบายและวิธีการดำเนินการนโยบายนั้น ๆ ดังนั้น จึงไม่สามารถวัดผลได้ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงมาตรการ

การวิเคราะห์หอนุกรมเวลาเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ควบคุมข้อจำกัดเหล่านี้ได้ (Bernal et al., 2017; Beard et al., 2019) การวิเคราะห์หอนุกรมเวลาเป็นวิธีการทางสถิติเชิงถดถอยที่ใช้ในการประเมินแนวโน้ม โดยใช้การวัดตัวแปรซ้ำ ๆ และความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่คาดว่า ส่งผลกระทบต่อแนวโน้ม (เช่น นโยบายใหม่) การหาค่าแนวโน้ม (secular trend) คือลักษณะสำคัญของวิธีการนี้ การวิเคราะห์หอนุกรมเวลาจะต้องมีรายละเอียดของเหตุการณ์ภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลหอนุกรมเวลาที่นอกเหนือจากข้อมูลการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ด้วย พุดอย่างง่ายคือ วิธีนี้จำเป็นต้องระบุแนวโน้มมิติเวลา (time trend) ก่อนที่จะมีมาตรการ ตัวอย่างเช่น อัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในรัฐอะแลสกา ก่อนการเพิ่มภาษีในปี ค.ศ. 1983 และลดลงอย่างรวดเร็วหลังจากการขึ้นภาษีครั้งนั้นไม่นาน และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอีกจนเท่ากับระดับเดียวกันกับก่อน

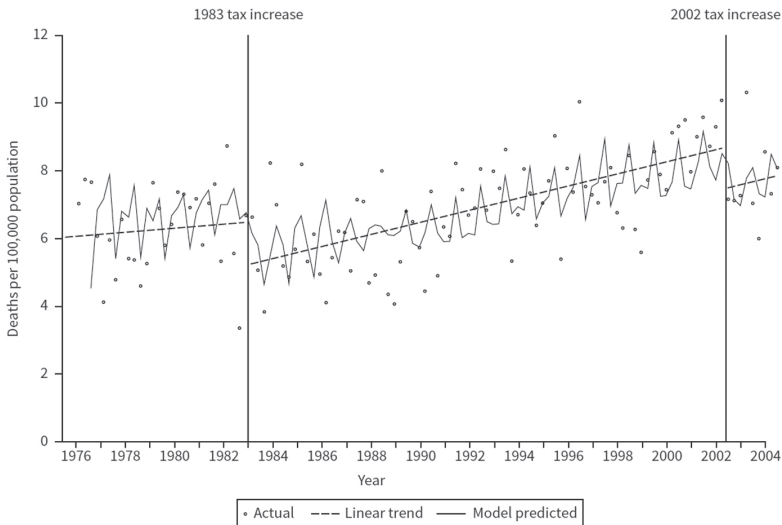
ที่จะขึ้นภาษีครั้งนั้น ในช่วงระยะเวลา 20 ปี (Wagenaar *et al.*, 2009) การวิเคราะห์อนุกรมเวลาจึงทำให้สามารถวัดผลกระทบของมาตรการนี้ได้ ในการวิเคราะห์แบบนี้ การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล (seasonal patterns) (อัตราการเสียชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามฤดูกาลอย่างเป็นแบบแผน) รวมทั้งแนวโน้มระยะยาวและตัวแปรทวนที่สำคัญ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ต้องระบุและจัดการออกจากการวิเคราะห์ เพื่อที่จะให้แน่ใจว่าไม่มีเหตุการณ์อื่น ๆ เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน และมีผลกระทบต่อข้อมูล จึงมักมีการวิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลาควบคุมร่วมด้วย (control series) ดังเช่นตัวอย่างของรัฐอะแลสกาที่อ้างถึงข้างต้น (Wagenaar *et al.*, 2009) ซึ่งนักวิจัยใช้ข้อมูลของรัฐอื่นในสหรัฐอเมริกาเป็นข้อมูลของกลุ่มควบคุม และนำเข้าในการวิเคราะห์ด้วย เช่นเดียวกันกับการประเมินผลของนโยบายกำหนดราคาขายขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในสกอตแลนด์ ซึ่งใช้ข้อมูลของอังกฤษตอนเหนือซึ่งอยู่ในภูมิภาคเดียวกันแต่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นข้อมูลกลุ่มควบคุม (ดูบทที่ 7 และ O'Donnell *et al.*, 2019)

โดยสรุป การวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบแบ่งช่วง (ที่มีข้อมูลอนุกรมเวลาควบคุมเป็นตัวเปรียบเทียบ) เป็นวิธีวิจัยอุดมคติสำหรับประเมินผลกระทบระยะสั้นและยาวของนโยบายแอลกอฮอล์ และการใช้วิธีการนี้ที่เพิ่มขึ้นในงานวิจัยแอลกอฮอล์เป็นการบ่งชี้ว่าจะใช้ความแม่นยำของรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองมาประกอบในการประเมินการทดลองตามธรรมชาติ (natural experiment) ในทางปฏิบัติจริงได้อย่างไร ถึงแม้ว่างานวิจัยแบบนี้จะมีประโยชน์ แต่ข้อมูลที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ก็ไม่ได้มีอยู่เสมอไป

นอกจากการศึกษาว่า นโยบายส่งผลอย่างไรแล้ว การประเมินประสิทธิผลและอรรถประโยชน์ต่อสังคมที่เกิดขึ้นต่อต้นทุนของมาตรการก็มีคุณค่าเช่นกัน การประเมินสองรูปแบบหลักที่มีการใช้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนผลประโยชน์ (cost-benefit analysis; CBA) และการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis; CEA) สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนผลประโยชน์ (CBA) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างผลประโยชน์และต้นทุนของนโยบายด้วยตัวแปรที่เป็นเงิน ทำให้เป็นไปได้ที่จะวัดผลประโยชน์ในรูปแบบของเงินเทียบกับต้นทุนที่ใช้ของมาตรการนั้น ๆ ประเด็นสำคัญในการแปลผลของ

บทที่ 6 ภาพรวมของนโยบายและมาตรการในการป้องกัน และลดผลกระทบ
จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ประเภทนี้ คือต้องดูว่า ต้นทุนของภาคเอกชนและต้นทุนต่อภาครัฐได้ถูกวัดรวมด้วยหรือไม่ การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (CEA) ให้ความสำคัญกับวิธีที่คุ้มค่าที่สุดใน การบรรลุนโยบายของนโยบาย โดยทั่วไปการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์แบบนี้จะเปรียบเทียบนโยบายและโปรแกรมทางเลือกต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์เดียวกัน โดยแสดงผลออกมาเป็นต้นทุนที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพหนึ่งหน่วย เช่น จำนวนชีวิตที่รักษาไว้ได้ (เช่น มาตรการตั้งจุดตรวจหรือมาตรการทดสอบลมหายใจแบบสุ่มในกลุ่มมาตรการลดปัญหาเมาแล้วขับ) วิเคราะห์ทั้งสองแบบนี้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายมาก



ภาพที่ 6.1 ตัวอย่างของการวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบแบ่งช่วง (interrupted time-series) ที่แสดงผลของการเพิ่มภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี ค.ศ. 1983 และ 2002 ต่ออัตราการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ในรัฐอะแลสกา สหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 1976 และ 2004 (อัตราทุกสามเดือน ต่อประชากรผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) แล่นคน)

(ทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, and Wagenaar BH (2009a) Effects of alcohol tax increases on alcohol-related mortality in Alaska: Time-series analyses from 1976 to 2004. American Journal of Public Health 99, 1464-1470.)

6.3 กฎของหลักฐานวิชาการ

บทที่ 7 ถึง 13 กล่าวถึง นโยบายและมาตรการซึ่งได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของกฎของหลักฐานวิชาการ (rules of evidence) และคำนึงถึงมิติเชิงระเบียบวิธีวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ประการแรก ผู้เขียนหนึ่งหรือสองคนทบทวนและวิพากษ์คุณภาพ (critical appraisal) ของวรรณกรรมและงานวิจัยทั่วโลกในแต่ละกลุ่มมาตรการ โดยมีผู้เขียนคนอื่นทำหน้าที่เป็นผู้ทบทวนครั้งที่สอง โดยเน้นที่งานวิจัยที่พัฒนาขึ้นในทศวรรษที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งเพราะว่า มีงานวิจัยเพิ่มขึ้นมากมายตั้งแต่การพิมพ์ครั้งที่ 2 ของหนังสือนี้ โดยการศึกษาที่ใช้รูปแบบวิจัยที่ดีกว่าจะถูกพิจารณาก่อนตามความเหมาะสม

การใช้แนวทางที่หลากหลาย การค้นหาวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง และใช้ผู้เชี่ยวชาญเข้ามาช่วยด้วย ทำให้เราสามารถประเมินและชี้แนะให้นักหลักฐานวิชาการได้อย่างละเอียดและระมัดระวัง อย่างไรก็ตาม อนาคตก็ยังคงมีอยู่เพราะอาจมีวรรณกรรมที่ตกหล่นไป หรือจากการใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยเข้ามาในการทบทวนครั้งนี้ สำหรับบางนโยบายและมาตรการ งานวิจัยอาจมีไม่มาก แต่สำหรับบางมาตรการ ข้อสรุปที่ดึงมาจากบทความประเภททบทวนวรรณกรรม (review article) อาจมีความแตกต่างกัน เพราะว่ามีผู้เขียนอาจเน้นประเด็นที่แตกต่างกัน หรือใช้วิธีทางสถิติที่แตกต่างกัน กล่องข้อความที่ 6.2 แสดงคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับความขัดแย้งของการประเมินผลต่าง ๆ ของวรรณกรรม

ข้อจำกัดอีกข้อหนึ่งในการทบทวนวรรณกรรม คือ งานวิจัยที่ถูกทบทวนในบทที่ 7 ถึง 13 มักมาจากประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษหรือในประเทศยุโรป เพื่อลดทอนข้อจำกัดของความขาดแคลนงานวิจัยจากประเทศอื่น ๆ ผู้เขียนจึงพิจารณาความเหมาะสมในการแปลผลข้อค้นพบจากบางการศึกษาไปใช้ข้ามประเทศเป็นพิเศษ และมอบหมายให้ผู้เชี่ยวชาญภายนอกทบทวนการพัฒนา นโยบายและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศ (Gururaj *et al.*, 2021) และภูมิภาคที่สำคัญที่มีประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ของโลกอยู่ (Medina-Mora *et al.*, 2021; Morojele *et al.*, 2021; Neufeld *et al.*, 2021; Rehm *et al.*, 2021a) อย่างไรก็ตาม ประเทศเหล่านี้มีวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของนโยบายแอลกอฮอล์ที่เป็นภาษาอังกฤษเพียงจำนวนเล็กน้อย ท้ายที่สุดนี้ ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้ได้ประชุม และประชุมทางไกลกันหลายครั้งเพื่อทบทวนและวิพากษ์เนื้อหา ข้อค้นพบ การจัดลำดับมาตรการ และบทสรุปของแต่ละบท

กล่องข้อความที่ 6.2 ความขัดแย้งของการประเมินวรรณกรรม

วรรณกรรมทางวิชาการที่เกี่ยวกับผลของนโยบายแอลกอฮอล์ประกอบด้วยงานวิจัยตีพิมพ์มากมาย ในแต่ละกลุ่มนโยบายที่มีหลักฐานวิชาการส่วนใหญ่แสดงถึงประสิทธิผลของนโยบาย ก็มักจะมีบางการศึกษาที่ไม่พบประสิทธิผล หรือแม้แต่มีผลตรงกันข้ามก็ได้

ผลของมาตรการยังอาจแตกต่างกันไปตามกลุ่มสังคม หรือระหว่างกลุ่มประชากร เนื่องจากความแตกต่างของบริบทในพื้นที่หรือกรอบวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ข้อค้นพบที่แตกต่างกันของผลจากนโยบายแอลกอฮอล์นั้นบางครั้งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างที่มีอยู่จริงก็ได้

ระเบียบวิธีแบบดั้งเดิม และการมีขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ไม่มาก มักช่วยอธิบายว่า ทำไมการศึกษาหนึ่ง ๆ จึงไม่พบผลของนโยบายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จึงเป็นตัวให้หลักฐานวิชาการที่เข้มแข็งเกี่ยวกับประสิทธิผลในทำนองเดียวกัน การศึกษาแบบปฐมภูมิที่ถูกตีพิมพ์บางงานก็อาจรายงานข้อค้นพบที่ได้จากระเบียบวิธีวิจัยที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอ ดังนั้น การทบทวนเอกสารเชิงวิพากษ์ (critical review) และการประเมินการศึกษาแบบปฐมภูมิแต่ละงานจึงมีความจำเป็น ซึ่งมักใช้**วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)**

ในการทบทวนวรรณกรรม ยังมีตัวอย่างอีกมากมายที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเดียวกันแต่สรุปผลแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่สรุปว่า มาตรการทางภาษีและราคานั้นส่งผลต่อการบริโภคและผลกระทบจากการดื่ม แต่ก็ยังมีข้อยกเว้นอยู่บ้างในบางการศึกษา มีหลายเหตุผลที่อาจทำให้นักวิจัยสรุปผลแตกต่างกัน ได้แก่ ความแตกต่างในการเลือกการศึกษาปฐมภูมิและวิธีการที่ใช้ในการสรุปข้อค้นพบ

ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพล คือ ผลประโยชน์ทางธุรกิจ (vested interests) ต่อผลลัพธ์ของการศึกษา การวิจัยที่ได้ทุนสนับสนุนจากอุตสาหกรรมสุรามักมีอคติเพื่อรักษาผลประโยชน์ของอุตสาหกรรม (McCambidge and Mialon, 2018) ในลักษณะเดียวกัน ผู้พัฒนาโปรแกรมเชิงป้องกันอาจได้รับผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากผลลัพธ์เชิงบวกของโปรแกรมเมื่อประเมินงานของตนเอง (Pape, 2009) เป็นที่น่าเสียดายที่แหล่งทุนที่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ด้านการเงินมักไม่ถูกเปิดเผย ในกระบวนการ

ตัดสินใจทางนโยบายก็มีตัวอย่างให้เห็นหลายกรณีที่เลือกเฉพาะบางงานวิจัยไปใช้ (cherry-picking) จากวรรณกรรม กล่าวคือ การค้นหางานวิจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดเริ่มต้นของพวกเขา เหล่านี้อธิบายว่า ทำไมข้อค้นพบในบางกลุ่มนโยบายจึงไม่ค่อยสอดคล้องกัน

ถึงแม้ว่า จะมีความไม่สอดคล้องของการแปลผลข้อค้นพบของงานวิจัยที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว วรรณกรรมที่มีการพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ในหลาย ๆ กลุ่มนโยบายและมาตรการ ในหนังสือเล่มนี้ถือได้ว่า มีความคล้ายตามกันทางวิทยาศาสตร์ ข้อค้นพบที่แตกต่างระหว่างการศึกษาคัดเลือกในงานวิจัยที่เกิดจากแหล่งทุน หรือการเลือกนำเสนอบางงานวิจัย เหล่านี้ไม่มากพอที่จะทำให้ความสำคัญของหลักฐานวิชาการในหลายกลุ่มเนื้อหาในการวิจัยนโยบายแอลกอฮอล์มีผลสรุปในทางตรงข้ามได้ ซึ่งจะถูกนำเสนอในบทถัด ๆ ไป ถึงแม้ว่าวิทยาศาสตร์จะไม่สามารถถูกคาดหวังในการให้คำตอบที่ชัดเจนต่อทุกคำถามเชิงนโยบาย ความเชื่อมั่นในความเป็นเหตุและเป็นผลที่ผู้กำหนดนโยบายคาดหวัง (เช่น ภายใต้สภาพแวดล้อม “C” มาตรการ “A” ลดอัตราการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ได้ X%) ก็เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนของการศึกษาที่คล้ายคลึง กันมากขึ้น รวมถึงคุณภาพของหลักฐานวิชาการ และความน่าเชื่อถือของสมมติฐานที่ได้พิสูจน์แล้ว

6.4 unสรุป

การวิจัยเชิงประเมินผล มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการวัดว่า นโยบายสร้างผลกระทบใดหรือไม่ หรือใช้ในการ “ทดสอบความจริง (reality check)” ให้กับความคาดหวังสูงซึ่งมักเกิดกับมาตรการและความริเริ่มใหม่ ๆ การประเมินผลยังสามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดตามที่ยังดำเนินอยู่ด้วย หลักฐานวิชาการจากช่วงเวลาหนึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะนำไปใช้กับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นคนละยุคสมัยได้ และผลของนโยบายอาจลดลงหรือหายไปเมื่อเวลาผ่านไปได้ และในทำนองเดียวกันหลักฐานวิชาการจากประเทศที่มีรายได้สูงก็อาจใช้ไม่ได้กับประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลางเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้น บ่อยครั้งผู้กำหนดนโยบายมักต้องการหลักฐานวิชาการที่ศึกษาในพื้นที่หรือประเทศของตนเอง มากกว่าที่จะไปอิงตามผลการศึกษาจากบริบทที่ห่างไกล เนื่องด้วยความกลัวเรื่องข้อจำกัดของการนำผลการศึกษาไปใช้ในพื้นที่ปกครองที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- Beard, E., Marsden, J., Brown, J., Tombor, I., Stapleton, J., Michie, S., & West, R. (2019). Understanding and using time series analyses in addiction research. *Addiction (Abingdon, England)*, *114*(10), 1866-1884.
- Bernal, J. L., Cummins, S., & Gasparrini, A. (2017). Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *International journal of epidemiology*, *46*(1), 348-355.
- Borden, N. H. (1964) The concept of the marketing mix. *Journal of Advertising Research*, *4*, 2-7.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: design and analysis for field settings*. Houghton Mifflin Company.
- Greenland S. (2017). For and Against Methodologies: Some Perspectives on Recent Causal and Statistical Inference Debates. *European journal of epidemiology*, *32*(1), 3-20.
- Gummesson, E. (2008). *Total Relationship Marketing* (3rd ed). Butterworth-Heinemann.
- Gururaj, G., Gautham, M. S., & Arvind, B. A. (2021). Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 368-384.
- McCambridge, J., & Mialon, M. (2018). Alcohol industry involvement in science: a systematic review of the perspectives of the alcohol research community. *Drug and alcohol review*, *37*(5), 565-579.
- McKinlay J. B. (1992). Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Canadian journal of public health*, *83 Suppl 1*, S11-S19.
- Medina-Mora, M. E., Monteiro, M., Rafful, C., & Samano, I. (2021). Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 385-401.
- Morojele, N. K., Dumbili, E. W., Obot, I. S., & Parry, C. D. H. (2021). Alcohol consumption, harms and policy developments in sub-Saharan Africa: The case for stronger national and regional responses. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 402-419.
- Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., Breda, J., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: anarrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 350-367.

- O'Donnell, A., Anderson, P., Jané-Llopis, E., Manthey, J., Kaner, E., & Rehm, J. (2019). Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ*, 366, 15274.
- Pape, H. (2009). School-based programmes that seem to work: useful research on substance use prevention or suspicious stories of success?. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(6), 521-535.
- Rehm, J., Babor, T. F., Casswell, S., & Room, R. (2021). Heterogeneity in trends of alcohol use around the world: Do policies make a difference?. *Drug and alcohol review*, 40(3), 345-349.
- Rehm, J., Kilian, C., Rovira, P., Shield, K. D., & Manthey, J. (2021). The elusiveness of representativeness in general population surveys for alcohol. *Drug and alcohol review*, 40(2), 161-165.
- Rossow, I., & Grøtting, M. W. (2021). Evaluation of an alcohol policy measure employing a randomised controlled trial design: Why was it possible?. *Drug and alcohol review*, 40(3), 468-471.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin Company.
- Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M., & Wagenaar, B. H. (2009). Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *American journal of public health*, 99(8), 1464-1470.
- Wagenaar, A. C., Murray, D. M., & Toomey, T. L. (2000). Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, 95, 209-217.

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

7 การควบคุมความสามารถ ในการซื้อ: มาตรการด้านภาษีและราคา

7.1 เกริ่นนำ

บทนี้จะกล่าวถึงวัตถุประสงค์ กลไก และผลลัพธ์ของมาตรการทางภาษี และมาตรการกำหนดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสองกลยุทธ์ทางเศรษฐศาสตร์ที่สำคัญที่มีความหมายอย่างมากในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ได้ทบทวนการวิจัยและทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์เพื่ออธิบายว่า ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อการบริโภคและอันตรายจากแอลกอฮอล์อย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงราคา

7.2 วัตถุประสงค์ของการควบคุมราคาเครื่องดื่ม

หากไม่มีการควบคุมการผลิต การจัดจำหน่าย และการขายอย่างเป็นทางการ ราคาขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะถูกกำหนดโดยสภาวะตลาดโดยตรง บนพื้นฐานของอุปทานและอุปสงค์ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 95 ของ 164 ประเทศที่รายงานข้อมูลต่อองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016 มีมาตรการทางราคาซึ่งส่งผลให้ ราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าต้นทุนการผลิตและการจัดจำหน่าย และสร้างรายได้ให้กับรัฐ

เพื่อใช้ในการจัดการกับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดูบทที่ 4) (World Health Organization 2018, pp. 109-110.)

ในช่วงศตวรรษที่ 19 ภาษีจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญมากของรัฐ (Room *et al.*, 2002) ใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูงหลายประเทศ¹** แต่ในปัจจุบัน รายได้จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นเพียงร้อยละ 1-2 ของรายได้ของรัฐในประเทศที่มีระดับรายได้สูง ลัดส่วนดังกล่าวสูงกว่านี้เล็กน้อยใน**ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง**

นอกจากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นแหล่งรายได้ของรัฐแล้ว รัฐยังใช้มาตรการทางภาษีและราคาเพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ (World Health Organization, 2013) เนื่องจากราคาที่สูงขึ้นลดแรงจูงใจในการบริโภคสำหรับผู้ดื่ม และลดโอกาสที่จะเริ่มดื่มในผู้ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาษียังสามารถถูกใช้เป็นการเฉพาะเพื่อชดเชยต้นทุนที่เกิดจากผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้ดื่ม ซึ่งรู้จักกันในชื่อ Pigouvian tax (Sompaisam *et al.*, 2017)

7.3 กลไกและคำศัพท์: อุปทาน อุปสงค์ ราคา และปัจจัยด้านบริบท

ตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์พื้นฐาน การเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะนำไปสู่การลดปริมาณการบริโภค เนื่องจากผู้บริโภคที่มีเงินจำกัดจะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยลง

รัฐอาจจัดเก็บหรือเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือขึ้นราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีอื่น การปรับเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตจะนำไปสู่การเพิ่มราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Nelson and Moran, 2019) และราคาที่เพิ่มขึ้นก็มักนำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลง ระดับความเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ (ปริมาณการบริโภค) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาเป็นตัวบ่งชี้ว่า การเปลี่ยนแปลงของราคาจะมีผลต่อปริมาณการบริโภคและผลกระทบมากน้อยเพียงใด

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและวิทยาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

นักเศรษฐศาสตร์ใช้คำว่า **ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา (price elasticity of demand)** เพื่ออธิบายถึง ระดับการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการบริโภคต่อการเปลี่ยนแปลงของราคา นิยามของความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา คือ ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการบริโภคที่เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของราคาร้อยละ 1 (เมื่อปัจจัยอื่น ๆ เช่น รายได้ หรือราคาสินค้าอื่น ๆ คงที่) ตัวอย่างเช่น ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาเท่ากับ -0.5 หมายความว่า การขึ้นราคาร้อยละ 1 จะทำให้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 0.5 หากค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคามีค่าอยู่ระหว่าง -1.0 ถึง 0 ถือว่าสินค้านั้นไม่มีความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงของราคา (price inelastic) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของราคามีผลน้อยกว่าต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการบริโภค หากค่าความยืดหยุ่นมีค่าน้อยกว่า -1.0 ถือว่า มีความยืดหยุ่นต่อราคา (price elastic) กล่าวคือ การบริโภคลดลงในสัดส่วนที่มากกว่าราคาที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของราคาจะนำไปสู่การลดลงของการบริโภค แม้ว่าสินค้านั้นไม่ยืดหยุ่นต่อราคา ยกเว้นกรณีที่ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคามีค่าเท่ากับศูนย์หรือมากกว่า การเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงตอบโจทย์ 2 ประการ คือ การลดลงของปริมาณบริโภคและผลกระทบ และเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐ

อัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะแตกต่างกันตามชนิดของเครื่องดื่ม (Österberg, 2011) และการปรับอัตราภาษีมักจะใช้กับเครื่องดื่มกลุ่มเดียว เป็นผลให้การเพิ่มขึ้นของราคาเครื่องดื่มนั้น ๆ นอกจากจะลดปริมาณการบริโภคของเครื่องดื่มชนิดนั้นแล้ว ยังอาจเพิ่มปริมาณการบริโภคของเครื่องดื่มชนิดอื่น ๆ ด้วย ซึ่งเรียกว่า **ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ไขว้ (cross-price elasticity of demand)** หมายถึง ร้อยละความเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ของสินค้าชนิดหนึ่ง (เช่น เหล้า) ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของราคาเครื่องดื่มชนิดอื่นร้อยละ 1 (เช่น เบียร์) (Moffatt, 2013) ตัวอย่างเช่น ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ไขว้ของเหล้าต่อเบียร์ เท่ากับ 0.5 หมายความว่า ปริมาณการบริโภคเหล้าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 หากมีการขึ้นราคาเบียร์ร้อยละ 1 นักเศรษฐศาสตร์เรียกสินค้าสองชนิดเป็นสินค้าทดแทนกัน (substitutes) หากการเพิ่มขึ้นของราคาสินค้า A ส่งผลให้อุปสงค์ของสินค้า A ลดลง และสินค้า B ถูกซื้อมากขึ้น แต่หากส่งผลให้สินค้า B มียอดขายที่ลดลงจะเรียกสินค้าทั้งสองนั้นว่า สินค้าที่ใช้ประกอบกัน (complements)

มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงภาษีและกฎระเบียบต่าง ๆ ของรัฐ ประสิทธิภาพของการขึ้นภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นอยู่กับ **การส่งผ่านของภาษี (tax pass-through)** ไปยังราคาขาย ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องได้แก่ สภาวะตลาด ความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ ระดับราคา ความหนาแน่นและที่ตั้งของจุดจำหน่าย (Nelson and Moran, 2019) ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ **วิเคราะห์ทอภิมาน** จาก 29 การศึกษาซึ่งมาจากหลายประเทศทั่วโลก พบว่า การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทจะส่งผ่านไปยังราคาขาย (ราคาสูงขึ้นตามอัตราภาษี) ซึ่งมักจะส่งผลภายใน 3 เดือนหลังมีการปรับอัตราภาษี (Nelson and Moran, 2019)

ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อประสิทธิผลของมาตรการทางภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วย กำลังซื้อ รายได้ และอัตราเงินเฟ้อ ซึ่งจะมีการอธิบายเพิ่มเติมในหัวข้อ 7.8.1 โดยทั่วไป มาตรการทางภาษีทำให้มีการลดลงของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อมาตรการดังกล่าว (Room *et al.*, 2009) การขึ้นอัตราภาษีมักไม่ได้ครอบคลุมถึงการลดลงของค่าเงินจากเงินเฟ้อ ดังนั้น แม้จะมีการปรับขึ้นอัตราภาษีแล้ว กำลังซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็อาจจะยังเพิ่มขึ้น (ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นจากการปรับอัตราภาษียังต่ำกว่าอัตราเงินเฟ้อ) ตัวอย่างเช่น การขึ้นอัตราภาษี 7 ครั้งในรอบ 20 ปีของประเทศลิทัวเนีย (Rehm *et al.*, 2019b) มีเพียงครั้งเดียวเท่านั้น (ในปี ค.ศ. 2017) ที่นำไปสู่การลดลงของอำนาจซื้อ และไม่ทุกครั้งที่การขึ้นอัตราภาษีจะส่งผลให้ราคาขายสูงขึ้นในสัดส่วนเดียวกัน บางครั้งผู้ผลิตตัดสินใจที่จะไม่ปรับขึ้นราคาขายตามอัตราภาษีที่เพิ่มขึ้น และบางครั้งผู้ผลิตใช้การขึ้นอัตราภาษีเป็นข้ออ้างในการขึ้นราคาในอัตราที่สูงกว่าอัตราภาษีที่เพิ่มขึ้น (เช่น Ally *et al.*, 2014)

7.4 มาตรการที่ส่งผลต่อความสามารถในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายมาตรการมีผลต่อความสามารถในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **มาตรการภาษีสรรพสามิต (excise taxation)** เป็นการเก็บภาษีสินค้าเฉพาะประเภท โดยทั่วไปเป็นกลุ่มสินค้าฟุ่มเฟือยหรือสินค้าที่ส่งผลเสียต่อผู้อื่น

ผลกระทบภายนอกเชิงลบ (negative externalities) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ในประเภทหลัง (Cossen, 2005) **การกำหนดราคาขายขั้นต่ำ (Minimum unit pricing)** เป็นการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าราคาขั้นต่ำต่อ 1 หน่วยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่กำหนดไว้ (Sompaisarn *et al.*, 2017) บางประเทศมีการกำหนดราคาขายขั้นต่ำเฉพาะเครื่องดื่มที่มีกลุ่มเป้าหมายผู้บริโภคเป็นกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้ดื่มหนัก การห้ามขายต่ำกว่าต้นทุนป้องกันไม่ให้ผู้ขายตั้งราคาไว้ต่ำกว่าต้นทุนในการทำธุรกิจ (Hunt *et al.*, 2011) การจำกัดการทำโปรโมชั่นเป็นการห้ามไม่ให้ใช้กลยุทธ์ทางการตลาดด้วยการลดราคาเพื่อกระตุ้นยอดขาย เช่น ช้อ 1 แถม 1 ยิ่งชื้อมากยิ่งถูก หรือ happy hours (ลดราคาในบางช่วงเวลา) เป็นต้น (Hunt *et al.*, 2011) หรือการตลาดอื่น ๆ ที่กระตุ้นการดื่มหนัก

ในแต่ละประเทศ มาตรการที่ลดความสามารถในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความหลากหลายในทางปฏิบัติ จาก 164 ประเทศที่ตอบแบบสอบถาม Global Survey on Alcohol and Health ปี ค.ศ. 2016 ร้อยละ 95 มีการเก็บภาษีสรรพสามิตเบียร์ ร้อยละ 7 มีการกำหนดราคาขายขั้นต่ำ ร้อยละ 2 ห้ามการขายต่ำกว่าต้นทุน ร้อยละ 4 ห้ามการขายแบบยิ่งชื้อมากยิ่งถูก (World Health Organization, 2018) อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 26 ที่ปรับอัตราภาษีสรรพสามิตตามอัตราเงินเฟ้อ ทั้ง ๆ ที่ถ้าอัตราภาษีสรรพสามิตถูกกำหนดไว้คงที่ ภาษีสรรพสามิตจะถูกลดทอนค่าลงจากอัตราเงินเฟ้อ

7.5 ประสิทธิภาพของมาตรการภาษี

ภาษีสามประเภทที่จัดเก็บจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ภาษีทั่วไป (เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีการค้า) ภาษีศุลกากร และภาษีสรรพสามิต (รายละเอียดเพิ่มเติมที่ Sompaisarn *et al.*, 2017) เนื้อหาในบทนี้จะเน้นไปที่ภาษีสรรพสามิต ซึ่งเป็นเครื่องมือทางนโยบายที่ใช้กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ ไม่เพียงเพราะว่า ภาษีดังกล่าวเป็นแหล่งรายได้ของรัฐ แต่ยังเป็นเพราะสามารถช่วยลดผลกระทบทางสังคม และสาธารณสุขจากแอลกอฮอล์ได้

7.5.1 ผลของการเปลี่ยนแปลงราคาหรืออัตราภาษีต่อการบริโภคแอลกอฮอล์

ผลของการเปลี่ยนแปลงราคาต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ถูกศึกษาอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ ค.ศ. 2006 มีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ 8 การศึกษาได้สรุปผลของการศึกษาทางเศรษฐมิติอย่างเป็นระบบ (Fogarty, 2006, 2010; Gallet, 2007; Wagenaar *et al.*, 2009b; Collis *et al.*, 2010; Elder *et al.*, 2010; Nelson, 2013a; Sompaisarn *et al.*, 2013) การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากประเทศที่มีระดับรายได้สูง มีเพียง 1 การศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Sompaisarn *et al.*, 2013) ทั้ง 8 การศึกษาได้ข้อสรุปสอดคล้องกันว่า การเพิ่มขึ้นของราคานำไปสู่การลดลงของการบริโภค และเมื่อราคาลดลง การบริโภคก็เพิ่มสูงขึ้น ตารางที่ 7.1 สรุปค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก 8 การศึกษา ในภาพรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาอยู่ที่ -0.5 สำหรับเบียร์ และค่าดังกล่าวอยู่ที่ -0.4 และ -0.7 สำหรับไวน์และสุรา ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคามักมีค่าต่ำกว่าสำหรับเครื่องดื่มที่เป็นที่นิยมในประเทศนั้น ๆ (Fogarty, 2006) ดังนั้น การที่เบียร์มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่ำกว่าเครื่องดื่มอื่น ๆ อาจเป็นเพราะการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากประเทศที่นิยมดื่มเบียร์ การศึกษาล่าสุดจากออสเตรเลีย (Jiang *et al.*, 2015, 2016) ชิลี (Araya and Paraje, 2018) เอกวาดอร์ เม็กซิโก และเวเนซุเอลา (Medina-Mora *et al.*, 2021) อินเดีย (Kumar, 2017; Gururaj *et al.*, 2021) และเวียดนาม (Chelwa *et al.*, 2019) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ผกผันระหว่างราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบริโภคภาพที่ 7.1 แสดงความสัมพันธ์ดังกล่าวโดยใช้ข้อมูลจากประเทศยูเครน (Chaloupka *et al.*, 2019)

ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาในประเทศที่มีระดับรายได้สูงนั้นอยู่ในระดับเดียวกับค่าความยืดหยุ่นในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Sompaisarn *et al.*, 2013) ค่าความยืดหยุ่นที่ประมาณการในช่วงเวลาสั้น ๆ มักจะมีค่าน้อยกว่าค่าความยืดหยุ่นในระยะยาว (Gallet, 2007; Nelson, 2013b) ซึ่งหมายความว่า ผู้บริโภคลดการดื่มลงในระยะยาวมากกว่าในระยะสั้นหลังการปรับขึ้นของอัตราภาษี

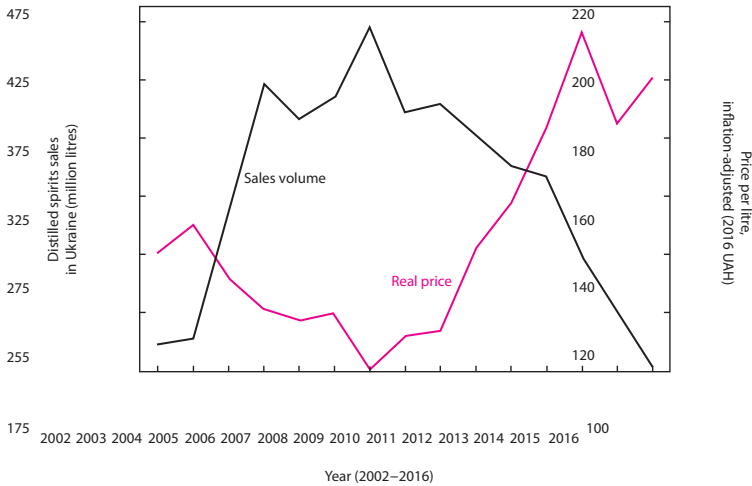
ผลการศึกษาข้างต้นซึ่งมาจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ค่าความยืดหยุ่นในภาพรวม แต่เมื่อดูค่าความยืดหยุ่นในการศึกษาแต่ละงาน จะพบว่า ค่าความยืดหยุ่นจะมีค่าแตกต่างกันมากระหว่างแต่ละการศึกษา (เช่น Fogarty, 2010; Sompaisarn *et al.*, 2013;

Medina-Mora *et al.*, 2021) ความแตกต่างดังกล่าวอาจมาจากระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน ในบางการศึกษา การเปลี่ยนแปลงของอัตราภาษีไม่มีผลต่อการบริโภค เช่น ไม่พบการเพิ่มขึ้นของการบริโภคหลังมีการลดภาษีในประเทศเดนมาร์กในปี ค.ศ. 2003 (Room *et al.*, 2009) และการบริโภคเพิ่มขึ้นแม้ว่าราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มขึ้นในประเทศไอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 1969 ถึง 1980 (Thom, 1984) และในประเทศศรีลังกา (Selvanathan and Selvanathan, 2005a) อย่างไรก็ตาม อาจเป็นเพราะปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลถึงการบริโภค เช่น รายได้ประชาชาติเพิ่มสูงขึ้น และความมั่งคั่งในประเทศไอร์แลนด์ในช่วงเวลาดังกล่าว

ตารางที่ 7.1 ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาแยกตามประเภทของเครื่องดื่ม จำนวนการศึกษา และช่วงเวลาที่ดีพิมพ์ที่ถูกนำมาทบทวนในการวิเคราะห์ห่อภิมาน จำนวน 8 การศึกษา

ผู้วิจัย (ปีที่ตีพิมพ์)	จำนวน การศึกษา	ช่วงปีที่ ศึกษา	สถิติที่ใช้	รวมทุก เครื่องดื่ม	เบียร์	ไวน์	สุรา
Fogarty (2006)	64	1945-1993	ค่าเฉลี่ย	NA	-0.38	-0.77	-0.70
			มัธยฐาน	NA	-0.28	-0.76	-0.59
Gallet (2007)	132	1942-2002	มัธยฐาน	-0.50	-0.36	-0.70	-0.68
Wagenaar <i>et al.</i> , (2009b)	112	1972-2007	ค่าเฉลี่ย	-0.51	-0.46	-0.69	-0.80
Elder <i>et al.</i> , (2010)	72	1972-2005	มัธยฐาน	-0.77	-0.50	-0.64	-0.79
Fogarty (2010)	141	1948-2006	ค่าเฉลี่ย	NA	-0.44	-0.65	-0.73
			มัธยฐาน	NA	-0.33	-0.55	-0.76
Collis <i>et al.</i> , (2010)	33	1949-2005	ค่าเฉลี่ย	NA	-0.56	-0.90	-0.75
			มัธยฐาน	NA	-0.40	-0.86	-0.72
Sornpaisarn <i>et al.</i> , (2013)	10	1988-2010	ค่าเฉลี่ย	-0.64	-0.50	-0.79	-
Nelson (2013a)	182	1958-2012	ค่าเฉลี่ย	-0.50	-0.30	-0.45	-0.55

บทที่ ๗ การควบคุมความสามารถในการซื้อ: มาตรการด้านภาษีและราคา



ภาพที่ 7.1 ยอดขายและราคาสุรากลั่นในยูเครน ค.ศ. 2002-2016 โดยมีการปรับอิทธิพลของเงินเพื่อ ข้อมูลจากการคำนวณของ Euromonitor, World Bank และ Chaloupka *et al.* (สกุลเงิน Ukrainian hryvnia)

ทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Chaloupka FJ, Powell LM, and Warner KE (2019) The use of excise taxes to reduce tobacco, alcohol, and sugary beverage consumption. *Annual Review of Public Health*, 40, 187-201. doi:10.1146/annurev-pubhealth-040218-043816

หลายการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ ส่งผลต่อ ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าความยืดหยุ่นในรัฐที่มีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มข้นจะต่ำกว่า (Trolldal and Ponicki, 2005) และผลของราคาต่อการบริโภคในกลุ่มเยาวชนลดลงหลังมีการกำหนดอายุผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมายเพิ่มเป็น 21 ปี (Laixuthai and Chaloupka, 1993)

ค่าความยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาเช่นกัน ค่าความยืดหยุ่นมีแนวโน้มลดลงในปีหลัง ๆ (Fogarty, 2006; Mazzocchi, 2006; Gallet, 2007) ซึ่งน่าจะสะท้อนผลของรายได้ของประชากรที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีกำลังซื้อสูงขึ้น (Blecher *et al.*, 2018) ความยืดหยุ่นมีค่าลดลงเมื่อระดับการบริโภคต่อหัวประชากรสูงขึ้น หรือเมื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้น ๆ ได้รับความนิยมมากขึ้น (Babor *et al.*, 2010, pp. 112-115).

7.5.2 ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาสำหรับนักดื่มแต่ละกลุ่ม

ในการศึกษาทางเศรษฐมิติที่ใช้ข้อมูลอนุกรมเวลา ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาสะท้อนถึง การเปลี่ยนแปลงปริมาณสินค้าที่ขายได้ต่อการเปลี่ยนแปลงราคาในภาพรวมของสังคม ในการกำหนดนโยบายภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสนใจจะอยู่ที่กลุ่มนักดื่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้ดื่มหนัก จึงจำเป็นต้องรู้ว่า นักดื่มกลุ่มนี้มีการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของราคา การวิเคราะห์ของกิแมน (Gallet, 2007) พบว่า ค่ามัธยฐานของความยืดหยุ่นในกลุ่มเยาวชน (-0.39) ต่ำกว่าในกลุ่มผู้ใหญ่ (-0.56) เล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงราคายังส่งผลถึงผลกระทบจากแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน การเพิ่มขึ้นของราคานำไปสู่การลดลงของอัตราการฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุทางถนน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน (Elder *et al.*, 2010; Wagenaar *et al.*, 2010)

นักดื่มวัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของราคาเช่นกัน การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลถึงการลดการบริโภคในกลุ่มผู้ดื่มหนัก และลดการดื่มหนักเป็นครั้งคราว (**heavy episodic drinking**) ลงด้วย ซึ่งเป็นข้อค้นพบจากหลายการศึกษาวิจัย (Brennan *et al.*, 2008; Wagenaar *et al.*, 2009b; Elder *et al.*, 2010; Jiang *et al.*, 2016; Sharma *et al.*, 2017) หากดูจากค่าความยืดหยุ่น การเปลี่ยนแปลงการบริโภคเหมือนกับว่า จะน้อยกว่าในกลุ่มผู้ดื่มหนักเมื่อเทียบกับผู้ดื่มเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การลดการดื่มจาก 5 หน่วยมาตรฐานลงเหลือ 3 หน่วยมาตรฐาน (กลุ่มผู้ดื่มหนัก) ถึงแม้ว่าจะมีสัดส่วนการลดลงที่น้อยกว่าการลดการดื่มจาก 2 หน่วยมาตรฐานเหลือ 1 หน่วยมาตรฐาน (กลุ่มผู้ดื่มเล็กน้อย) แต่การดื่มในกลุ่มผู้ดื่มหนักนั้นลดลงในปริมาณที่สูงกว่า และยังส่งผลมากกว่าต่อการลดลงของผลกระทบ ทั้งนี้ มีการศึกษาที่แสดงว่า ผลของการขึ้นราคาต่อการบริโภคในกลุ่มที่ดื่มหนักนั้น ส่งผลให้มีการลดลงของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์อีกด้วย (Wagenaar *et al.*, 2010; Xu and Chaloupka, 2011)

มีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมชิ้นหนึ่ง (Nelson, 2015) ที่ให้ข้อสรุปที่แตกต่างไปจากข้อมูลข้างต้น การศึกษาชิ้นนี้ให้ข้อสรุปว่า งานวิจัยที่ถูกทบทวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างราคาหรือภาษีกับการดื่มหนักแบบครั้งคราว หรือพบความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นอน การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวได้รวบรวมการศึกษาที่ใช้วิธีการสำรวจ

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มหนักโดยใช้ข้อมูลการรายงานด้วยตนเอง (self-reported binge drinking) กับ ตัวแปรที่สะท้อนถึงระดับราคาหรืออัตราภาษี และใช้การนับคะแนนเสี่ยงในขั้นตอนการสังเคราะห์ข้อมูล (ดูเพิ่มเติมที่ กล่องข้อความที่ 6.3 ในบทที่ 6) โดยไม่ได้พิจารณาถึงคุณภาพของงานวิจัย ขนาดตัวอย่าง หรือขนาดของความสัมพันธ์ (Xuan *et al.*, 2016) งานทบทวนวรรณกรรมชิ้นดังกล่าวจึงสรุปว่า หลายการศึกษามีผลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มของอัตราภาษีกับการบริโภคที่น่าเสียดายที่การทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้ไม่ได้ใช้การวิเคราะห์อภิมานซึ่งเป็นเทคนิคที่เหมาะสมที่สุดในการทดสอบความสอดคล้อง และนัยสำคัญของผลจากงานวิจัยหลายชิ้นที่ตอบคำถามวิจัยเดียวกัน

7.5.3 ราคาที่แตกต่างกันระหว่างเครื่องดื่มแต่ละชนิดและผลของการทดแทน

หลายประเทศมีการกำหนดอัตราภาษีที่แตกต่างกันระหว่างเครื่องดื่มแต่ละประเภท (Österberg, 2011) ที่พบบ่อย คือ การกำหนดอัตราภาษีต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์สำหรับสุราสูงกว่าไวน์หรือเบียร์ ซึ่งแสดงถึงความกังวลโดยเฉพาะต่อการบริโภคสุรา และทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตและจัดจำหน่ายของสุราสูงขึ้น ในทำนองเดียวกัน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำแทนเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงได้รับการส่งเสริมโดยการสร้างแรงจูงใจผ่านระบบภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ในประเทศออสเตรเลียและสวีเดนที่ไม่มีการจัดเก็บภาษีแอลกอฮอล์สำหรับเบียร์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำมาก ๆ (Olsson *et al.*, 2002; Econtech, 2004)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทดแทนกันสามารถเกิดได้ทั้งในเครื่องดื่มประเภทเดียวกันและต่างประเภทกัน (Gruenewald and Remer, 2006; Treno *et al.*, 1993) พบว่าราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความนิยมที่สุด 10 อันดับแรกในแต่ละกลุ่มเครื่องดื่มสามารถแตกต่างกันได้ถึง 60 เท่า โดยใช้ข้อมูลในรัฐแคลิฟอร์เนีย นอกจากนี้ ราคาที่จ่ายเพื่อซื้อในร้านที่มีจุดนั่งดื่ม (เช่น ร้านอาหาร หรือบาร์) สูงกว่าการซื้อจากร้านค้าที่ไม่มีที่นั่งดื่ม (Donnar and Jakee, 2004; Gruenewald and Remer, 2006) ราคาที่แตกต่างกันนี้ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า **“pre-loading”** หรือ **“pre-drinking”** ในกลุ่มเยาวชนซึ่งหมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมาล่วงหน้าก่อนที่จะไปถึงร้านอาหารหรือบาร์ (Wells *et al.*, 2009) มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์จะช่วยลดความแตกต่างระหว่างราคาในร้านที่มีและไม่มีที่นั่งดื่ม

อัตราภาษีที่แตกต่างระหว่างเครื่องดื่มแต่ละประเภททำให้ประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มต่างประเภททดแทนกันเป็นเรื่องสำคัญ คำถามคือ การขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มเฉพาะบางประเภทจะทำให้ผู้บริโภคหันไปบริโภคเครื่องดื่มประเภทอื่นทดแทน หรือจะลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มนั้น ๆ ลง จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการวิเคราะห์ที่ถกเถียงเกี่ยวกับความยืดหยุ่นต่อราคาไขว้ (cross-price elasticity) ซึ่งเป็นการศึกษาปริมาณการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปของเครื่องดื่มชนิดหนึ่งเมื่อราคาของเครื่องดื่มชนิดอื่นเปลี่ยนแปลง แต่การศึกษาส่วนใหญ่เน้นที่ผลของการเพิ่มราคาอย่างค่อยเป็นค่อยไปในช่วงเวลาหนึ่ง หรือการเปลี่ยนแปลงของราคาที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ Selvanathan และ Selvanathan (2005b) ได้ศึกษาความยืดหยุ่นต่อราคาไขว้ในประเทศพัฒนาแล้ว 10 ประเทศ ใช้ข้อมูลที่ยาวนานกว่า 30 ปี พบว่า ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาไขว้มีระดับที่ต่ำ แสดงว่า ผู้บริโภคมีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปบริโภคเครื่องดื่มอื่นทดแทน เมื่อราคาเครื่องดื่มที่เคยบริโภคมียาแพงขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นการบริโภคทดแทนกันอย่างสมบูรณ์ ผลการศึกษาทางเศรษฐมิติอีกหลายชิ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Okello, 2001; Osoro *et al.*, 2001; Ozguven, 2004; Ramful and Zhao, 2008) แม้ว่าบางการศึกษาก็ไม่พบผลของการบริโภคทดแทนกัน (เช่น Huang, 2003; Mangelaja and Pehkonen, 2009) นอกจากนี้ การขึ้นอัตราภาษีสู่รูปแบบกาวกระโดดในประเทศเดนมาร์กและสวีเดนแลนด์ในปี ค.ศ. 1917 และ 1999 ส่งผลให้มีการบริโภคเครื่องดื่มชนิดอื่นทดแทน อย่างไรก็ตาม ปริมาณที่บริโภคทดแทนนั้นคิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเทียบกับปริมาณการดื่มเดิม (Heeb *et al.*, 2003; Skog and Melberg, 2006) กล่าวโดยสรุป ยังไม่มีการศึกษาใดที่พบการบริโภคทดแทนกันโดยสมบูรณ์ระหว่างประเภทเครื่องดื่มหลังการเปลี่ยนแปลงราคา ถึงแม้ว่า การเปลี่ยนอัตราภาษีมีผลในการเลือกประเภทเครื่องดื่มของผู้บริโภคอยู่บ้างก็ตาม

เพื่อตอบสนองต่อความกังวลเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม (ซึ่งรู้จักกันในหลายชื่อ เช่น **alcopops**, premixed spirits, ready-to-drink spirits หรือ designer drinks) แบบอันตราย บางประเทศจึงได้ขึ้นภาษีเครื่องดื่มประเภทนี้เพื่อหวังผลในการลดการดื่มแบบเสี่ยงของกลุ่มเยาวชน ข้อมูลจากประเทศออสเตรเลียและสวีเดนแลนด์แสดงให้เห็นว่า การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มลดลงอย่างมากหลังจากการขึ้นภาษี (Niederer *et al.*, 2008; Chikritzhs *et al.*, 2009) แต่กลับถูกทดแทนเป็นบางส่วนด้วยการบริโภคเครื่องดื่มประเภทอื่น (Niederer *et al.*, 2008; Doren *et al.*, 2011) ผลการ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มกับผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์มีความไม่แน่นอน บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ (Kisely *et al.*, 2011, 2016) บางการศึกษาพบความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย (Lensvelt *et al.*, 2016) และการศึกษาหนึ่ง (Gale *et al.*, 2015) พบความสัมพันธ์ตามที่คาดไว้ คือ ความสัมพันธ์ผกผันระหว่างการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีกับการเข้ารับการรักษาปัญหาฉับพลันที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ที่ห้องฉุกเฉินของกลุ่มเยาวชน ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มมักจำกัดอยู่ที่ประเภทเครื่องดื่มพร้อมดื่มรสหวาน (มักเป็นเครื่องดื่มที่ใช้เมื่อเริ่มต้นดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ๆ) อัตราภาษีของแอลกอฮอล์พร้อมดื่มซึ่งแตกต่างจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ อาจส่งผลกระทบต่อนักดื่มกลุ่มอื่น ๆ ที่มีรสนิยมในลักษณะเดียวกัน

7.5.4 ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์

ในขณะที่ข้อมูลยอดขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับประชากรกลุ่มย่อยต่าง ๆ นั้นมักจะหาไม่ค่อยได้ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มักมีความจำเพาะมากกว่า ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย สถิติเกี่ยวกับการป่วยและเสียชีวิตจากโรคตับที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุจากรถ ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การศึกษาผลของมาตรการทางราคาลำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น นักดื่มหนัก ทำได้โดยการศึกษาอัตราการเกิดปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ การศึกษาด้วยแนวทางนี้มีข้อดี คือ ผลลัพธ์ที่ได้ถือว่า ได้รวมผลของการบริโภค**แอลกอฮอล์นอกระบบภาษี (unrecorded alcohol)** ทดแทนแอลกอฮอล์ในระบบภาษีแล้วด้วย (ดูเพิ่มเติม บทที่ 3)

ความสัมพันธ์เชิงลบที่ชัดเจนระหว่างราคากับอัตราการเกิดผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ยังเห็นได้จากการศึกษาที่แสดงถึง ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างราคากับอัตราการเกิดอันตรายจากภาวะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อราคาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดอันตรายลดลง และในทางกลับกัน ถ้าราคาลดลง อัตราการเกิดอันตรายจะเพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์นี้ได้ถูกศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรผลกระทบดังต่อไปนี้ ความรุนแรง อุบัติเหตุจากรถ การฆ่าตัวตาย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การลักขโมยและอาชญากรรมอื่น ๆ ตามที่ถูกรายงานในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน 2 การศึกษา (Elder *et al.*, 2010; Wagenaar *et al.*, 2010) และการทบทวนวรรณกรรม

ที่ศึกษาต่อยอดอีก 1 การศึกษา (Xu and Chaloupka, 2011) ยังมีการศึกษาเพิ่มเติมในช่วงเร็ว ๆ นี้ที่ให้ผลสอดคล้องกัน การขึ้นอัตราภาษีในรัฐอิลลินอยส์ในปี ค.ศ. 2009 นำไปสู่การลดลงอย่างมากของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Wagenaar *et al.*, 2015) การเพิ่มอัตราภาษีในประเทศลิทัวเนียในปี ค.ศ. 2017 สัมพันธ์กับการลดลงของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (Štelemėkas *et al.*, 2021) (รายละเอียดในกล่องข้อความที่ 7.1) การศึกษาเหล่านี้บ่งชี้ว่า การขึ้นราคาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

กล่องข้อความที่ 7.1 ภาษีแอลกอฮอล์ อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และอายุขัย

ภาษีแอลกอฮอล์มีผลอย่างมากต่อการเสียชีวิตและตัวชี้วัดทางสุขภาพอื่น ๆ (Wagenaar *et al.*, 2010) อย่างไรก็ตาม จนถึงขณะนี้ ยังไม่มีการศึกษาที่แสดงว่า มาตรการทางภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลถึงอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในระดับประชากรของประเทศ การศึกษาแบบทดลองโดยธรรมชาติในประเทศลิทัวเนีย โดยใช้ผลของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บังคับใช้คนละช่วงเวลากัน (Rehm *et al.*, 2019b) เปิดโอกาสให้สามารถศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ โดยเฉพาะสำหรับการปรับอัตราภาษีในวันที่ 1 มีนาคม ค.ศ. 2017 โดยเป็นการปรับขึ้นภาษี โวน์ และเบียร์ขึ้นร้อยละ 100 และร้อยละ 23 สำหรับเอริลแอลกอฮอล์ ทำให้อัตราภาษีเทียบเท่ากับค่าเฉลี่ยของประเทศในสหภาพยุโรป (European Commission Directorate General Taxation and Customs Union, 2020)

ผลของนโยบายดังกล่าวต่ออัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ถูกประมาณโดยใช้การวิเคราะห์แบบอนุกรมเวลาแบบแบ่งช่วง (interrupted time-series) ในช่วงเวลาที่มีการลดลงของอัตราการเสียชีวิตในระดับประชากร (Štelemėkas *et al.*, 2021) โดยประมาณการได้ว่า การขึ้นภาษิดังกล่าวนำไปสู่การลดลงของการเสียชีวิต 11.1 รายต่อประชากร 1 แสนคน หรือหมายความว่า เราสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ 1,452 ราย (ช่วงความเชื่อมั่น 95% คือ -166 ถึง -2,739 ราย) ในปีถัดจากปีที่ออกมาตรการ การศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่า มาตรการภาษีที่ออกแบบอย่างดีส่งผลถึงการลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นจึงส่งผลต่ออายุขัยของประชากรด้วย

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (ซึ่งเป็นเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ในการประเมินต้นทุนและผลประโยชน์ทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างนโยบายทางเลือกต่าง ๆ) พบว่า มาตรการทางภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมาตรการทางราคาไม่เพียงแต่เป็นมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลเท่านั้น แต่ยังถือว่า คุ่มค่ามากเมื่อเปรียบเทียบ กับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ (Anderson *et al.*, 2009; Chisholm *et al.*, 2018) สำหรับกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น เยาวชน และผู้ดื่มหนัก การขึ้นอัตราภาษีสามารถลดอัตราการเกิดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ได้ มีหลักฐานการวิจัยที่ดีสำหรับกลุ่มเยาวชน การเพิ่มราคานำไปสู่การลดอัตราการฆ่าตัวตาย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเกิดผลในทางตรงกันข้ามเมื่อราคาลดลง (Elder *et al.*, 2010; Wagenaar *et al.*, 2010) ผลกระทบจากแอลกอฮอล์อันเนื่องมาจากการดื่มหนักเป็นระยะเวลายาวนานก็มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีด้วยการเพิ่มอัตราภาษีในประเทศเดนมาร์กในปี ค.ศ. 1917 และรัฐอะแลสกาในปี ค.ศ. 1993 และ 2002 นำไปสู่การลดลงอย่างมากของอัตราการตายที่สัมพันธ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Skog and Melberg, 2006; Wagenaar *et al.*, 2009a) และเมื่ออัตราภาษีลดลงในฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2004 นำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างมากของอัตราการตายที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ (Koski *et al.*, 2007) โดยเฉพาะในกลุ่มเศรษฐกิจระดับต่ำ (Herttua *et al.*, 2008) ผลของการเปลี่ยนแปลงราคาต่ออัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เห็นได้ชัดเจนจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Brennan *et al.*, 2008; Wagenaar *et al.*, 2009b; Elder *et al.*, 2010) รวมถึงการศึกษาวิจัยอื่น ๆ (Jiang *et al.*, 2016; Sharma *et al.*, 2017) จึงเป็นหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติมว่า ผลของมาตรการทางราคาต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ มีผลต่อกลุ่มที่ดื่มหนักที่สุดในสังคมอีกด้วย

7.5.5 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ

ในหลายประเทศทั่วโลก ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (recorded) และนอกระบบ (unrecorded) มีความแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบเป็นส่วนสำคัญมาก (ดูบทที่ 3) ผลเชิงลบที่สำคัญที่สุดของการขึ้นอัตราภาษีแอลกอฮอล์ คือ ความเป็นไปได้ในการใช้แอลกอฮอล์นอกระบบเข้ามาทดแทน โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ที่ลักลอบนำเข้าหรือผลิต

อย่างผิดกฎหมายภายในประเทศในพื้นที่ที่การหลีกเลี่ยงภาษีสามารถทำได้ไม่ยาก การศึกษาในประเทศทวีปในแอฟริกา พบว่า เมื่อราคาขายเบียร์สูงขึ้นจะทำให้การบริโภคเบียร์นอกระบบที่ผลิตในพื้นที่เพิ่มขึ้น รัฐบาลประเทศซิมบับเวได้ตัดสินใจยกเลิกการปรับขึ้นอัตราภาษีแอลกอฮอล์ทันทีหลังจากที่พบว่า รายได้จากภาษีลดลง เนื่องจากการมีแอลกอฮอล์ผิดกฎหมายราคาถูกและเข้าถึงได้โดยง่าย (Jernigan, 1999) อย่างไรก็ตาม ในรัสเซีย การขึ้นอัตราภาษีในปี ค.ศ. 2010-2012 นำไปสู่การลดลงของการบริโภคทั้งหมดทั้งที่ ถูกกฎหมายและสุรากลั่นนอกระบบที่เรียกว่า samogon (Radaev, 2015) บทเรียนล่าสุดจากการขึ้นอัตราภาษีในภาคพื้นยุโรปตะวันออกตอนเหนือทำให้ได้เรียนรู้ว่า การขึ้นภาษีไม่ได้นำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์นอกระบบเสมอไป แต่ควรมีการเตรียมมาตรการที่จะป้องกันการเพิ่มขึ้นของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์นอกระบบเมื่อมีการปรับขึ้นอัตราภาษี (Lachenmeier *et al.*, 2021)

มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบมีการปรับขึ้นลงตามราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบตลอดเวลาด้วย ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย ราคาเฉลี่ยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบอยู่ที่ประมาณครึ่งหนึ่งของราคาเฉลี่ยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบในช่วงเวลา 18 ปีที่มีการขึ้นอัตราภาษีหลายครั้ง (Laichuthai *et al.*, 2001; Thaikla and Ratchusanti, 2015) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผิดกฎหมายมีกลยุทธ์การตั้งราคาแอลกอฮอล์นอกระบบให้อยู่ที่ระดับราคากระหว่างราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบก่อนและหลังการปรับขึ้นอัตราภาษี ทำให้ผู้บริโภคยังคงจ่ายน้อยกว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ ในขณะที่ผู้ขายก็ยังได้รายได้เพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีในประเทศหนึ่งสามารถมีอิทธิพลต่อปริมาณการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชายแดน (Smith, 2005) การลดลงของภาษีสุราในประเทศเดนมาร์กร้อยละ 45 ใน ค.ศ. 2003 ทำให้การขายสุราในประเทศสวีเดนลดลงประมาณร้อยละ 2 (Asplund *et al.*, 2007) การขึ้นอัตราภาษีในเอลโดเนียและลิทัวเนียนำไปสู่การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามแดนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศลัตเวีย (Neufeld *et al.*, 2021)

ในการตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการทางภาษี การบริโภคนอกระบบจำเป็นต้องถูกนำมาพิจารณา หากในประเทศนั้น ๆ มีตลาดซื้อขายแอลกอฮอล์นอกระบบอย่างเป็นทางการก็จะลักษณะ (Anderson *et al.*, 2009) ตัวอย่างจากรัสเซียแสดงให้เห็นว่า การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอัตราที่สูงไม่จำเป็นต้องตามมาด้วยการเพิ่มขึ้นของการบริโภคแอลกอฮอล์

นอกระบบเสมอไป หากมีการดำเนินมาตรการอื่น ๆ คู่ขนานกันไปด้วย (Neufeld *et al.*, 2020, 2021) ตัวเลือทางนโยบายสำหรับการจัดการการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบได้ถูกกล่าวไว้ในงานวิชาการเมื่อเร็ว ๆ นี้ (Neufeld and Rehm, 2018; Lachenmeier *et al.*, 2021) Chaloupka และคณะ (2019) ได้อภิปรายเกี่ยวกับยาสูบไว้ว่า แม้ว่าจะยังมีสินค้านอกระบบอยู่ การขึ้นอัตราภาษียาสูบและสุราก็ยังคงเพิ่มรายได้เข้ารัฐ และทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพในภาพรวมของประชาชนดีขึ้น ถึงแม้จะน้อยกว่าการที่มีการปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างสมบูรณ์

7.5.6 ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเริ่มต้น

มาตรการภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งช่วยลดการบริโภคมีผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในขณะที่มาตรการที่ป้องกันการเริ่มต้นเป็นมาตรการที่มีผลระยะยาวเป็นหลัก (Sornpaisarn *et al.*, 2012; Sornpaisarn *et al.*, 2015b) แม้ว่าความชุกของผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มาเลยในชีวิตจะสูงในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (ดูบทที่ 3) นักวิชาการได้ให้ความสนใจไม่มากนักสำหรับผลที่อาจจะมีจากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือมาตรการทางราคาอื่น ๆ ต่อการป้องกันการเริ่มต้น (Sornpaisarn *et al.*, 2013) การศึกษาจากประเทศไทย (Sornpaisarn *et al.*, 2015b) และชิลี (Paraje *et al.*, 2020) พบว่า การเพิ่มของราคาหรืออัตราภาษีมีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นที่ช้าออกไป

7.6 ประสิทธิภาพของการกำหนดราคาขั้นต่ำ

ผู้ที่ดื่มหนักและดื่มเป็นประจำมีแนวโน้มจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ราคาถูกที่สุด (Callinan *et al.*, 2015) การกำหนดราคาขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับความสนใจในฐานะเป็นมาตรการทางเศรษฐศาสตร์ที่มุ่งเป้าไปยังผู้ที่ดื่มหนักโดยไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้ที่ดื่มเล็กน้อยถึงปานกลาง ในปี ค.ศ. 2012 รัฐสภาของสกอตแลนด์ได้ผ่านกฎหมายมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำอย่างเป็นทางการเป็นเอกฉันท์ แต่การบังคับใช้จริงกลับล่าช้ามาจนถึงปี ค.ศ. 2018 เนื่องจากการคัดค้านของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ (Sharma *et al.*, 2016) มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำของสกอตแลนด์ส่งผลให้ราคาเฉลี่ยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.9 (O'Donnell *et al.*, 2019) อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า กลุ่มผู้หญิง (ไม่ใช่กลุ่มนักดื่มหนัก) เป็นกลุ่มที่ลดการดื่มลง (Rehm *et al.*, in press)

การศึกษาจากประเทศแคนาดาและสกอตแลนด์ (ดูกล่องข้อความที่ 7.2 และภาพที่ 7.2) แสดงให้เห็นว่า การใช้มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำหรือการเพิ่มราคาขั้นต่ำสามารถลดการบริโภค การเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญในแคนาดา (Stockwell *et al.*, 2011, 2012, 2013, 2015; Zhao *et al.*, 2013; O'Donnell *et al.*, 2019) ผลดังกล่าวมีความชัดเจนกับเครื่องดื่มที่ซื้อไปดื่มมากกว่าการดื่มในร้านมีที่นั่งดื่ม และสำหรับเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์สูง (แอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 6.5 โดยปริมาตร) มากกว่าเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ (Stockwell *et al.*, 2012)

การศึกษาโดยใช้แบบจำลองหลายการศึกษาลงสนับสนุนว่า มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำสามารถลดการบริโภคในกลุ่มผู้ดื่มหนัก และลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มได้ในประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย (Brennan *et al.*, 2008, 2014; Holmes *et al.*, 2014; Sheron *et al.*, 2014; Meier *et al.*, 2016) ตัวอย่างเช่น การกำหนดราคาขั้นต่ำสามารถใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มก่อนดื่ม (pre-drinking) การดื่มแอลกอฮอล์ที่ซื้อจากร้านค้าปลีกก่อนการไปดื่ม ณ ร้านมีที่นั่งดื่ม จากการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้นโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำจากบางจังหวัดของแคนาดา Thompson และคณะ (2017) ได้ให้คำแนะนำในการใช้มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำดังนี้

1. กำหนดราคาขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งที่ขายในร้านช้อกลับและร้านนั่งดื่มสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท
2. กำหนดอัตราราคาขั้นต่ำอย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดผลต่อกลุ่มเครื่องดื่มที่เป็นเป้าหมายหลักของมาตรการ
3. ใช้ปริมาตรในหน่วยลิตรของเอทานอลเป็นฐานคิดในการกำหนดราคาขั้นต่ำ
4. ให้มีการปรับราคาตามอัตราเงินเฟ้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อกังวลเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำประการหนึ่งคือ รายรับที่เพิ่มขึ้นไปอยู่ในส่วนของผู้ชายไม่ได้เข้ามาเป็นงบประมาณของรัฐในแบบเดียวกับมาตรการภาษี (Sompaisam *et al.*, 2017) การใช้มาตรการภาษีสรรพสามิตสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูกก็อาจทำให้เกิดผลเช่นเดียวกับการกำหนดราคาขั้นต่ำ แต่ส่วนของราคาที่เพิ่มขึ้นนั้นกลายเป็นรายได้ภาษีของรัฐ

กล่องข้อความที่ 7.2 ประสบการณ์ในการใช้มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำจากประเทศแคนาดาและสกอตแลนด์

บางจังหวัดของแคนาดาได้ใช้นโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำตั้งแต่ทศวรรษ 1990 ประเทศสกอตแลนด์ได้บังคับใช้มาตรการดังกล่าวในปี ค.ศ. 2018 “ในประเทศแคนาดาวิธีการกำหนดราคาขั้นต่ำ มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ในประเด็นต่อไปนี้” ความแตกต่างในการกำหนดราคาขั้นต่ำระหว่างเครื่องดื่มแต่ละชนิด การที่อัตราที่กำหนดได้ อ้างอิงค่าครองชีพหรือไม่ และการกำหนดราคาได้ทำทั้งร้านแบบซื้อกลับและร้านแบบมีที่นั่งดื่มหรือไม่ (Stockwell, 2014) ในขณะที่ประเทศสกอตแลนด์กำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำแบบเดียว และห้ามขายต่ำกว่าราคานี้ในทุกกรณี (O’Donnell *et al.*, 2019)

ประเทศแคนาดา: บริติชโคลัมเบีย (British Columbia)

รัฐบาลของบริติชโคลัมเบียได้ปรับอัตราขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายครั้งระหว่างปี ค.ศ. 1989 ถึง 2010 Stockwell และคณะ (2011) ได้ประมาณการว่า การเพิ่มของอัตราขั้นต่ำร้อยละ 10 จะลดการบริโภคสุราลงร้อยละ 6.8 ไวน์ร้อยละ 8.9 โศดาผสมแอลกอฮอล์หรือไฮเดอรัยร้อยละ 13.9 เบียร์ร้อยละ 1.5 และค่าเฉลี่ยของการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 3.4 นอกจากนี้ การเพิ่มราคาขั้นต่ำเป็นระยะ ๆ ระหว่างปี ค.ศ. 2002 ถึง 2009 มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแอลกอฮอล์ (Stockwell *et al.*, 2013) การเสียชีวิตจากภาวะที่เกี่ยวข้องโดยตรงจากแอลกอฮอล์ (เช่น โรคทางจิตจากแอลกอฮอล์ และการเสพติดแอลกอฮอล์) และลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในช่วง 2-3 ปี หลังการออกนโยบาย (Zhao *et al.*, 2013) และการลดลงของอุบัติเหตุจราจรและอาชญากรรมลงได้ (Stockwell *et al.*, 2015)

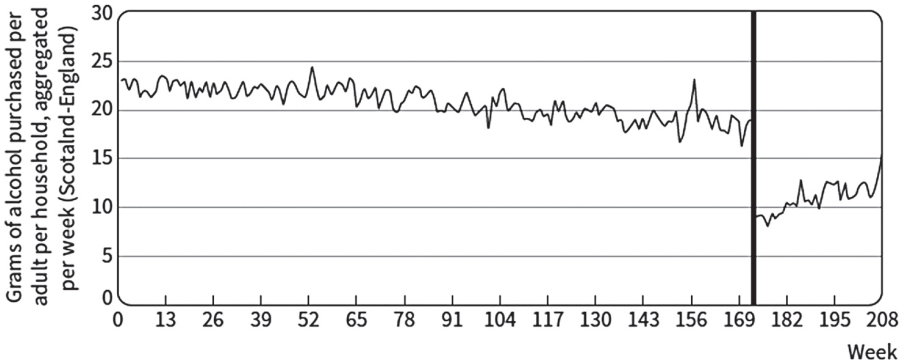
ประเทศแคนาดา: ซัสแคตเชวัน (Saskatchewan)

เมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 2010 หน่วยงานกำกับดูแลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการพนันแห่งจังหวัดซัสแคตเชวัน ได้ออกมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำของสุราสี่ ค็อกเทล และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม (มาตรการใหม่) และได้เพิ่มราคาขั้นต่ำของสุราขาว ไวน์และเบียร์ ผลการประเมินมาตรการพบว่า การเพิ่มขึ้นของราคาขั้นต่ำร้อยละ 10 ส่งผลให้การบริโภคเบียร์ลดลงร้อยละ 10.1 สุราขาวลดลงร้อยละ 5.9 ไวน์ลดลงร้อยละ

4.6 และการบริโภคในภาพรวมลดลงร้อยละ 8.4 การบริโภคในร้านที่ไม่มีจุดนั่งดื่ม (off-premise) ลดลงมากกว่าร้านแบบมีที่นั่งดื่ม (on-premise) การบริโภคเบียร์แอลกอฮอล์สูง (มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 6.5 โดยปริมาตร) ลดลงมากกว่าเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ต่ำกว่า โดยการบริโภคเบียร์แอลกอฮอล์สูงลดลงร้อยละ 22.0 เบียร์แอลกอฮอล์ต่ำกว่าลดลงร้อยละ 8.2

ประเทศสกอตแลนด์

การออกมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ไว้ที่ 50 เพนซ์ต่อหน่วยของประเทศสหราชอาณาจักรหรือ 6.25 เพนซ์ต่อ 1 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในสกอตแลนด์ในปี ค.ศ. 2018 ส่งผลให้ราคาขายจริงเพิ่มขึ้น 0.64 เพนซ์ต่อกรัมของแอลกอฮอล์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.9) และการลดลงของของปริมาณการซื้อ 9.5 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อประชากรวัยผู้ใหญ่ (ลดลงร้อยละ 7.6) (ดูภาพที่ 7.2) การเพิ่มของราคาซื้อที่จ่ายจริงสูงกว่าในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย และครัวเรือนที่ซื้อแอลกอฮอล์ปริมาณมาก



ภาพที่ 7.2 กราฟแสดงผลรวมความแตกต่างระหว่างประเทศสกอตแลนด์กับประเทศอังกฤษในด้านปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม) ที่ถูกซื้อต่อหัวของผู้ใหญ่ต่อครัวเรือนรายสัปดาห์ (1=สัปดาห์แรกของ ค.ศ. 2015; 208=สัปดาห์สุดท้ายของ ค.ศ. 2018) เส้นแนวตั้ง= การเริ่มใช้มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ ณ สัปดาห์ที่ 174

ทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, et al. (2019) Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-2018. *bmj*, 366, l5274. doi: 10.1136/ bmj.l5274

7.7 ประสิทธิภาพของนโยบายห้ามการขายต่ำกว่าต้นทุน และจำกัดการส่งเสริมการขาย

การลดราคาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ สำหรับร้านที่มีที่นั่งดื่มการลดราคามักจะทำในลักษณะ “happy hours” หรือการกำหนดช่วงเวลาที่จะขายในราคาต่ำกว่าปกติ มีการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า การทำโปรโมชั่นเพิ่มการบริโภคและผลกระทบต่อเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Puac-Polanco *et al.*, 2020) ทั้งนี้ มีหลายพื้นที่ที่มีการจำกัดหรือห้ามการทำโปรโมชั่นแบบ happy hours แต่มีการศึกษาผลลัพธ์ของมาตรการนี้อยู่บ้าง และผลลัพธ์จากการศึกษาเดียวที่มีคุณภาพที่ศึกษาในประเทศนอร์เวย์ได้ข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน (Smart and Adlaf, 1986; Puac-Polanco *et al.*, 2020)

สำหรับร้านค้าแบบซื้อกลับบ้าน โดยเฉพาะในร้านขายของชำแบบมีสาขาอยู่ทั่วไป เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะถูกลดราคาลงมาก ๆ เพื่อจูงใจให้ผู้บริโภคเดินเข้ามาในร้าน การลดราคาลักษณะนี้พบได้บ่อย ๆ ในประเทศสหราชอาณาจักร โดยร้านค้าปลีกมักขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาต่ำกว่าต้นทุน (Scottish Health Action on Alcohol Problems, 2007) มีการประมาณการว่า การห้ามการลดราคาในร้านค้าปลีกในประเทศอังกฤษจะลดการบริโภคลงได้ร้อยละ 2.8 (Brennan *et al.*, 2008) อย่างไรก็ตาม มีการประมาณการไว้ว่า มาตรการห้ามขายในราคาต่ำกว่าต้นทุนจะมีผลต่อการลดการบริโภคน้อยกว่าการใช้มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ (Brennan *et al.*, 2014)

7.8 หัวข้อพิเศษเกี่ยวกับมาตรการทางเศรษฐศาสตร์

7.8.1 รายได้ กำลังซื้อ เงินเฟ้อ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กำลังซื้อ (ระดับรายได้โดยเปรียบเทียบกับราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) สามารถใช้คาดการณ์ปริมาณการบริโภคได้ดีเสียยิ่งกว่าราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว (Wall and Casswell, 2013) เนื้อหาบทนี้ได้ทบทวนหลักฐานทางวิชาการที่หนักแน่นเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการทางภาษีและราคา (ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดกำลังซื้อ) ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีทาง

เศรษฐศาสตร์และผลจากการศึกษาข้อมูลจริงได้ชี้แนะว่า รายได้ (อีกปัจจัยหนึ่งที่กำหนดกำลังซื้อ) มีผลกระทบต่อการใช้บริโภคแอลกอฮอล์ เนื่องจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเมื่อรายได้สูงขึ้น (Gallet, 2007; Fogarty, 2010; Nelson, 2013a) งานวิจัยจากประเทศเบลารุสได้แสดงให้เห็นความสำคัญของกำลังซื้อในทางสาธารณสุข การเพิ่มขึ้นของกำลังซื้อ (คำนวณจากการเปลี่ยนแปลงของราคาและรายได้) ของводค้ำร้อยละ 1 สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความชุกของการเสพติดแอลกอฮอล์ และจำนวนผู้เข้ารับการรักษาจากการติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 0.3 (Razvodovsky, 2013)

ในระดับประชากร ปริมาณบริโภคแอลกอฮอล์ในภาพรวมเป็นไปตามวัฏจักรเศรษฐกิจ ปริมาณการดื่มสูงขึ้นเมื่อเศรษฐกิจเติบโต และลดลงในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ (Ruhm and Black, 2002; Krüger and Svensson, 2010) อย่างไรก็ตาม การดื่มที่มีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาสูงอาจจะเปลี่ยนแปลงในทิศทางตรงกันข้ามกับวัฏจักรเศรษฐกิจ (Dee, 2001; Johansson *et al.*, 2006) การศึกษาหนึ่ง (Selvanathan and Selvanathan, 2005a) พบว่า ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อรายได้มีค่าสูงกว่าในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง เมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับรายได้สูง ซึ่งบ่งชี้ว่า มาตรการทางราคาจะใช้ได้ผลในการลดการบริโภคมากที่สุดเมื่อระดับรายได้อยู่ในระดับต่ำ

ในหลายประเทศ ราคาจริงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมากตั้งแต่ ค.ศ. 1950 (e.g. Xu and Chaloupka, 2011; Blanchette *et al.*, 2020) ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา การขึ้นอัตราภาษีที่น้อยเกินไปและไม่เพียงพอนำไปสู่การลดลงอย่างมากของมูลค่าแท้จริงของภาษีแอลกอฮอล์ระหว่างปี ค.ศ. 1970 และ 2018 (Blanchette *et al.*, 2020) ปรากฏการณ์เช่นนี้ได้เกิดขึ้นในยุโรประหว่างปี ค.ศ. 1996 และ 2004 (Rabinovich *et al.*, 2009) สาเหตุสำคัญของการลดลงของราคาจริงคือ เงินเฟ้อ ซึ่งทำให้มูลค่าจริงของภาษีที่รัฐจัดเก็บได้ลดลง ซึ่งส่งผลให้กำลังซื้อเพิ่มขึ้น หนทางหนึ่งที่จะป้องกันการลดลงของประสิทธิภาพของมาตรการภาษี คือ การกำหนดอัตราภาษีให้ผูกกับค่าครองชีพแทนการกำหนดอัตราตายตัว ซึ่งกระบวนการนี้เกิดขึ้นแล้วในประเทศออสเตรเลียซึ่งมีการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตทุก 6 เดือน โดยอ้างอิงจากดัชนีราคาผู้บริโภค (Australian Tax Office, 2006) ประเทศอดีตสหภาพโซเวียตหลายประเทศมีการใช้อัตราภาษีที่ปรับตามอัตราเงินเฟ้อสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางชนิดหรือทุกชนิด (Neufeld *et al.*, 2021)

7.8.2 อัตราทดถอยของภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ราคาขั้นต่ำ และผู้มีรายได้น้อย

นักเศรษฐศาสตร์เรียกภาษีที่ส่งผลต่อผู้มีรายได้น้อยมากกว่าผู้มีรายได้มากกว่า ภาษีแบบอัตราทดถอย (regressive) อย่างไรก็ตาม หากมองจากมุมมองทางสาธารณสุข การที่ภาษีมีอัตราทดถอยจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เนื่องจากการดื่มในระดับเดียวกันส่งผลกระทบนักดื่มที่มีรายได้น้อยมากกว่านักดื่มที่มีรายได้สูง (ดูบทที่ 4) โดยทั่วไป หลักฐานจากการศึกษาสนับสนุนว่า ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแบบอัตราทดถอย นั่นคือ ส่งผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจของผู้มีรายได้น้อยมากกว่าผู้มีรายได้มาก แต่การศึกษาจากประเทศนิวซีแลนด์ (Ashton *et al.*, 1989) ห้าประเทศในทวีปแอฟริกา (Younger, 1993; Younger and Sahn, 1999) ประเทศรัสเซีย (Decoster, 2005) และประเทศออสเตรเลีย (Vandenberg and Sharma, 2016) พบว่า ภาษีแอลกอฮอล์มีลักษณะเป็นอัตราทดถอยไม่ชัดเจนนักในระดับประชากร การไม่ดื่มแอลกอฮอล์พบมากกว่าในประชากรที่มีรายได้น้อย ทำให้ผลของภาษีที่ควรมีมากกว่าต่อผู้ดื่มหนักที่มีรายได้น้อยถูกหักล้างไปบางส่วน

การศึกษาในประเทศฟินแลนด์พบว่า การลดอัตราภาษีสุรากลั่นก่อนผลกระทบต่อ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้แตกต่างกันระหว่างประชากรกลุ่มรายได้ต่าง ๆ (Mäkelä and Österberg, 2009) แต่กลับส่งผลถึงการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากในกลุ่มที่มีรายได้น้อย (Herttua *et al.*, 2008) การศึกษาโดยใช้แบบจำลองให้ผลในแบบเดียวกันว่า การเพิ่มอัตราภาษีอาจลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพโดยการลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงในระดับที่สูงกว่าในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ (Brennan *et al.*, 2014; Meier *et al.*, 2016)

7.8.3 การเลี่ยงและหนีภาษี

ผู้ทำธุรกิจเกี่ยวกับแอลกอฮอล์รวมถึงผู้บริโภคมักพยายามที่จะหลีกเลี่ยงที่จะเสียภาษีเมื่อมีโอกาสที่จะทำได้ (Sompaisarn *et al.*, 2017) การเลี่ยงการจ่ายภาษีอาจเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายในบางสถานการณ์ เช่น เมื่อผู้บริโภคซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านค้าปลอดภาษี หรือโรงผลิตเครื่องดื่มที่มีอัตราภาษีต่ำที่สุด ในทางกลับกัน การหนีภาษีเป็นกิจกรรมที่ผิดกฎหมายที่มีเป้าหมายในการหลบหลีกการจ่ายภาษี ตัวอย่างเช่น

ผู้ผลิตหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจจะระบุจำนวนสินค้าหรือต้นทุนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เพื่อลดภาษีที่ต้องจ่าย การหนีภาษียังรวมถึงการลักลอบนำเข้าและการผลิตโดยไม่ได้รับอนุญาตอีกด้วย

การเลี้ยงและหนีภาษีลดรายได้จากภาษีของรัฐ และหักล้างผลประโยชน์ทางสุขภาพของการขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีกลยุทธ์จำนวนหนึ่งที่รัฐบาลสามารถนำมาใช้จัดการกับการเลี้ยงและหนีภาษี ได้แก่ การมีระบบใบอนุญาตและจัดเก็บภาษีที่มีประสิทธิผลการลงทุนจัดทำระบบการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการผลิต นำเข้า กระจายสินค้า และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีคุณภาพ (ดูรายละเอียดใน Sompaisarn *et al.*, 2017) กลยุทธ์เหล่านี้สอดคล้องกับที่ใช้ป้องกันการค้าขายยาสูบแบบผิดกฎหมาย ด้วยการมีระบบการจัดการภาษีที่เข้มแข็ง เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย และมีบทลงโทษที่รุนแรง (Chaloupka *et al.*, 2019)

7.8.4 ประเด็นเกี่ยวกับการเลือกระบบภาษี

มาตรการภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่รัฐบาลของแต่ละประเทศใช้มีความหลากหลาย อิงตามรายงานการสำรวจ Global Survey on Alcohol and Health ค.ศ. 2012 (Rehm and Shield, 2017) ในกลุ่มประเทศที่ตอบแบบสอบถาม 46 ประเทศใช้ระบบภาษีตามมูลค่า (ad valorem taxation) 24 ประเทศใช้ระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ (specific taxation) และ 63 ประเทศใช้ระบบภาษีแบบผสมผสาน (Rehm and Shield, 2017) ระบบภาษีตามมูลค่าใช้ราคาขายส่งหรือขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นฐานในการคิดภาษี ระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ใช้ปริมาณเอทานอลเป็นฐานในการคิดภาษี และระบบภาษีรวม (unitary taxation) ใช้ปริมาตรของเครื่องดื่ม (โดยไม่คำนึงถึงความเข้มข้นของแอลกอฮอล์) เป็นฐานในการคิดภาษี สำหรับระบบภาษีแบบผสมผสาน ได้แก่ การใช้ภาษีตามมูลค่าสำหรับไวน์และภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์สำหรับเครื่องดื่มชนิดอื่น ๆ หรือการใช้ทั้งภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์และภาษีตามมูลค่าสำหรับเครื่องดื่มทุกชนิด การใช้ระบบภาษีตามมูลค่าเพียงอย่างเดียวสามารถตอบโจทย์การจัดเก็บรายได้เข้ารัฐ แต่ไม่เพียงพอสำหรับสินค้าที่มีผลกระทบต่อภายนอกเชิงลบ เช่น แอลกอฮอล์หรือยาสูบ (Keen, 1998; Cnossen, 2005) ระบบภาษีรวมมักใช้กับไวน์ในบางประเทศ เนื่องจากการผลิต

ไวน์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์คงที่นั้นทำได้ยาก (Richupan, 2005; New Zealand Law Commission, 2010) ในประเทศผู้ผลิตไวน์ ยังมักให้ผลประโยชน์ทางภาษีเพิ่มสำหรับไวน์ราคาถูกที่ขายในปริมาณมากในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังสามารถดัดแปลงผลิตภัณฑ์ตามระบบภาษีที่รัฐนำมาใช้ เพื่อลดมูลค่าภาษีที่ต้องเสียให้แก่วิรัฐด้วย (Smith, 2005; Malcolm, 2011) (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับระบบภาษีแต่ละประเภทใน Sornpaisarn *et al.*, 2015a, 2017)

ระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์เป็นระบบภาษีที่เหมาะสมกว่าระบบภาษีตามมูลค่าหรือตามปริมาตรเครื่องดื่ม จากมุมมองทางสาธารณสุข (Sornpaisarn *et al.*, 2017; Rehm *et al.*, 2019a) ระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์สามารถลดการบริโภคในภาพรวมโดยการกำหนดอัตราภาษีที่สูงกว่าสำหรับเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง เช่น เหล้า (spirits) ระบบภาษีดังกล่าวยังอาจลดภาวะเป็นพิษจากแอลกอฮอล์และความรุนแรงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเหล้า และการบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณมากในระยะเวลาสั้น ๆ (Mäkelä *et al.*, 2007; Rehm and Hasan 2020) อีกทางเลือกหนึ่ง คือ การใช้ระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ โดยกำหนดอัตราภาษีที่ให้ข้อได้เปรียบแก่เครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ต่ำ (Rehm *et al.*, 2016)

การศึกษาเกี่ยวกับระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์พบว่า ประสบความสำเร็จทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้สูง และประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ตัวอย่างเช่น การใช้ภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ในประเทศสวีเดน ทำให้ผู้ดื่มเปลี่ยนมาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำลง ซึ่งส่งผลให้การบริโภคในภาพรวมลดลง (Keen, 1998) ในประเทศไทย การใช้ระบบภาษีผสมผสานระหว่างภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์และภาษีตามมูลค่านำไปสู่การลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ในระบบ และการเริ่มต้นดื่มช้าลงในกลุ่มเยาวชน (Sornpaisarn *et al.*, 2012, 2016) ภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์เพิ่มราคาของเอทานอล ในขณะที่ภาษีตามมูลค่าทำให้เครื่องดื่มจากตะวันตกที่เป็นที่นิยมในหมู่เยาวชนมีราคาแพงขึ้น (Sornpaisarn *et al.*, 2012, 2015b, 2017) สหพันธรัฐรัสเซียใช้การเก็บภาษีที่มีฐานคิดจากปริมาณแอลกอฮอล์เป็นหลัก โดยกำหนดอัตราภาษีที่สูงกว่าสำหรับเหล้า เพื่อลดการบริโภคในภาพรวมลงมา และเปลี่ยนรสนิยมของผู้บริโภคจากเหล้ามาเป็นเบียร์ (Korotayev *et al.*, 2018; Neufeld *et al.*, 2020)

7.8.5 มาตรการเกี่ยวกับราคาเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ เศรษฐกิจ และการจ้างงาน

เหตุผลที่มักถูกยกมาตอบโต้มาตรการที่ส่งผลให้เครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์มีราคาสูงขึ้น คือ ผลของมาตรการดังกล่าวต่อการจ้างงานในอุตสาหกรรมเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์และเศรษฐกิจในภาพรวม แต่ Anderson และ Baumberg (2017) ได้โต้แย้งว่า หากประชาชนใช้เงินในการซื้อเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์น้อยลง ก็จะใช้เงินกับสินค้าอื่น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการจ้างงานที่ภาคส่วนอื่น ๆ ในระบบเศรษฐกิจแทน ดังนั้น ต้นทุนต่อเศรษฐกิจจึงควรคิดเฉพาะต้นทุนในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการจ้างงานในธุรกิจหนึ่งไปยังอีกธุรกิจหนึ่งในระยะสั้นถึงระยะกลาง (ช่วงเวลา 2-3 ปี) ต้นทุนต่อสังคมจากการใช้แอลกอฮอล์ (ระบบรักษาพยาบาล ตำรวจ ศาล คุก การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน การตกงาน และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร) ควรถูกนำมาคิดด้วย นโยบายเกี่ยวกับเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ที่มุ่งเป้าหมายทางสุขภาพมีแนวโน้มจะลดต้นทุนของสังคมในส่วนนี้ มีการประมาณการว่าการลดลงของต้นทุนดังกล่าวทำให้เกิดมูลค่าที่สูงมากกว่าการเสียประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการใช้มาตรการควบคุมเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์เสียอีก

7.8.6 ภาษีเพื่อสุขภาพหรือภาษีที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ

ในบางประเทศ ภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากผลิตภัณฑ์จากแอลกอฮอล์ (และสินค้าอื่น เช่น ยาสูบ) บางส่วนจะถูกจัดสรรอย่างชัดเจนเพื่อเป็นงบประมาณสำหรับการให้บริการสุขภาพ (Javadinasab *et al.*, 2019) และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อควบคุมปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย (Pongutta *et al.*, 2019) ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งการจัดสรรเองโดยรัฐบาลแบบที่ไม่มีกฎหมายบังคับไว้ (dedicated tax) หรือแบบที่มีกฎหมายบังคับไว้ (ear-marked tax หรือ hypothecated tax) การจัดสรรภาษีสามารถทำได้ทั้งโดยการจัดสรรจากภาษีสรรพสามิตที่เก็บมาแล้ว (ear-marked) ผ่านการจัดเก็บภาษีเพิ่มเติมจากภาษีสรรพสามิต (surcharged tax) (Sornpaisarn *et al.*, 2017) หรือการจัดสรรจากกำไรของบริษัทผูกขาดการค้าปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ที่รัฐบาลเป็นเจ้าของ ดังเช่นในประเทศสวีเดน มาตรการข้างต้นถูกนำมาใช้มากขึ้นเรื่อย ๆ ในหลากหลายประเทศหลังจากการใช้ครั้งแรกในประเทศนิวซีแลนด์เมื่อปี ค.ศ. 1976 (Casswell, 1985) ดูกล่องข้อความที่ 7.3 สำหรับการจัดสรรภาษีดังกล่าวในประเทศไทย รัฐบาลอาจ

พิจารณาทางเลือกนี้เพื่อเป็นแหล่งงบประมาณที่ยั่งยืนเพื่อควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ภาษีที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะหากจัดเก็บในระดับโลกสามารถนำมาสนับสนุนความร่วมมือของรัฐบาลประเทศในแต่ละประเทศเพื่อป้องกันปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก ซึ่งเหนือกว่ามาตรการควบคุมภายในประเทศใดประเทศหนึ่ง

กล่องข้อความที่ 7.3 การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยการ ใช้ภาษีเพิ่มเติมจากภาษีสรรพสามิตของแอลกอฮอล์และยาสูบ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์กรในกำกับของรัฐบาลที่บริหารจัดการตนเองในประเทศไทย (Pongutta et al., 2019) ซึ่งถูกก่อตั้งเมื่อรัฐสภาไทยผ่านพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 สสส. ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรีโดยตรง งบประมาณของ สสส. มาจากภาษีอัตราร้อยละ 2 ที่เก็บเพิ่มเติมจากภาษีสรรพสามิตของผู้ผลิตแอลกอฮอล์และยาสูบ โดยเฉลี่ย รายรับต่อปีของ สสส. อยู่ที่ 120 ล้านดอลลาร์สหรัฐ กลไกทางการเงินในลักษณะนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพระยะยาวอย่างยั่งยืนในประเทศไทย

สสส. ได้ใช้งบประมาณที่ได้รับในบทบาทผู้ที่คอยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและเสริมพลังให้แก่องค์กรเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทย (Pongutta et al., 2019) สสส. และองค์กรพันธมิตรได้ใช้การเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันนโยบายสุขภาพ การรณรงค์ผ่านสื่อกระแสหลัก และการขับเคลื่อนในระดับชุมชนความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายแอลกอฮอล์สามารถเห็นได้จากจำนวนการออกมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มจาก 6 มาตรการในช่วงระยะเวลา 50 ปี (ค.ศ. 1950 ถึง 2001) มาเป็น 2 มาตรการต่อปีในช่วงปี ค.ศ. 2003 ถึง 2008 ผลลัพธ์จากการทำงานร่วมกันของ สสส. และองค์กรพันธมิตรได้แก่ การลดลงของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรที่ลดลงจาก 8.1 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในปี ค.ศ. 2005 มาเป็น 6.9 ลิตรในปี ค.ศ. 2014

7.9 บทสรุปและข้อสรุป: ผลกระทบของนโยบายภาษีและราคา

บทนี้ได้ประเมินบทบาทของราคาและภาษีของเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ ในฐานะที่เป็นมาตรการในการลดการบริโภคเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกี่ยวข้อง การศึกษาจำนวนมากทั้งจากประเทศที่มีระดับรายได้สูง และประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ได้แสดงให้เห็นว่า ราคาเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์มีผลต่อปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกี่ยวข้องรวมทั้งอัตราการตาย อาชญากรรม และอุบัติเหตุจากรถ

ดังที่ได้อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก 1 ทางออนไลน์และบทที่ 6 กลยุทธ์ และมาตรการที่ถูกกล่าวถึงในบทนี้ถูกประเมินโดยคณะผู้เขียนใน 2 ด้าน คือ ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการ และจำนวนของการศึกษาที่สนับสนุน ตารางที่ 7.2 แสดงผลที่เป็นฉันทามติของคณะผู้เขียนเกี่ยวกับมาตรการที่ถูกกล่าวถึงในบทนี้ การประเมินนี้ ได้พิจารณาประเด็นอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงประชาชนวงกว้าง และต้นทุนของรัฐบาลในมิติ เวลา ทรัพยากร และงบประมาณ ซึ่งถูกสรุปในส่วนข้อคิดเห็นในตารางดังกล่าว

ตารางที่ 7.2 แสดงให้เห็นว่า มีหลักฐานสนับสนุนที่หนักแน่นและกว้างขวางเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของมาตรการภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ในการลดการบริโภคเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลดังกล่าวส่งถึงทุกกลุ่มของนักดื่มรวมถึงนักดื่มเยาวชนและนักดื่มหนัก นอกจากนี้ มาตรการทางภาษีนั้นมีต้นทุนต่ำ มีหลักฐานจำนวนหนึ่งว่า มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำส่งผลต่อการลดการบริโภคเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ราคาถูกและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง มาตรการนี้ได้ผลในกลุ่มผู้ดื่มหนักและกลุ่มผู้มีรายได้น้อยซึ่งมีแนวโน้มบริโภคเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ราคาถูก มีหลักฐานพอสมควรที่แสดงว่าการปรับเพิ่มอัตราภาษีโดยเฉพาะกับเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์พร้อมดื่มและเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีเป้าหมายคือ กลุ่มเยาวชน สามารถลดการบริโภคเครื่องตัดผมดังกล่าวลงได้ อย่างไรก็ตาม มีความไม่แน่นอนว่า มาตรการดังกล่าวช่วยลดผลกระทบได้หรือไม่ เนื่องจากกลุ่มเยาวชนสามารถเลือกบริโภคเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ที่มีอัตราภาษีต่ำกว่า ซึ่งสามารถซื้อได้ในราคาที่ถูกลงกว่าทดแทน มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยที่แสดงถึง ประสิทธิภาพของการห้ามการลดราคาและการส่งเสริมการขาย และการกำหนดอัตราราคาที่แตกต่างกันตามประเภทของเครื่องดื่ม

นอกจากการกำหนดอัตราภาษีแล้ว บางรัฐบาลได้ใช้วิธีการอื่นที่ส่งผลต่อราคา เช่น การกำหนดราคาขายขั้นต่ำ หรือการจำกัดการขายแบบลดราคาเพื่อที่จะลดความรุนแรงของผลกระทบจากแอลกอฮอล์ มีหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนว่า การเพิ่มราคาขายขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำที่สุด ถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นมาตรการที่ส่งผลต่อกลุ่มผู้ดื่มอย่างหนัก และเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ มีหลักฐานไม่มากนักที่บ่งชี้ว่า การห้ามขายต่ำกว่าต้นทุน และการจำกัดการส่งเสริมการขายมีผลบ้างต่อการบริโภคในภาพรวม ซึ่งการศึกษาประเด็นดังกล่าวยังมีไม่มากนัก

กล่องข้อความที่ 7.4 แสดงแนวทางในการออกแบบและการใช้มาตรการทางภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่กล่าวถึงในบทนี้ มาตรการทางภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องมือที่มีความน่าสนใจ เนื่องจากเป็นมาตรการที่มีประโยชน์ทั้งในการเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐบาล และยังคงช่วยลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย นอกเหนือจากประเด็นการเพิ่มรายได้เข้ารัฐแล้ว มาตรการทางภาษียังเป็นหนึ่งในมาตรการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดในการลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้สูง และประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง การจัดเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ส่งผลดีต่อการควบคุมการบริโภค ถึงแม้ว่ามาตรการทางภาษีและราคาจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ข้อนำกังวลหลักของการปรับขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การเปลี่ยนไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เสียภาษีทดแทน โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่ถูกลักลอบนำเข้าหรือผลิตภายในประเทศแบบผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ผลในภาพรวมของมาตรการทางภาษีและราคา คือ การปรับขึ้นของภาษีหรือราคานำไปสู่การลดลงของการบริโภคและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 7.2 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการทางภาษีและราคาที่มีความสำคัญในเชิงนโยบาย^c

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
ภาษีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์	+++	+++	อัตราภาษีที่สูงขึ้นลดการบริโภคและผลกระทบของทั้งสังคมรวมถึงกลุ่มผู้ตีมีหนักและเยาวชนด้วย มีหลักฐานจำนวนหนึ่งว่า มาตรการส่งผลให้เยาวชนเริ่มตีมีช้าลง ประสิทธิผลของมาตรการขึ้นอยู่กับอัตราภาษีเริ่มต้น อัตราภาษีที่เพิ่มขึ้น การกำกับดูแลของรัฐ การควบคุมอุปทานของแอลกอฮอล์ ระดับรายได้ และผลของอัตราภาษีที่เพิ่มขึ้นต่อกำลังซื้อซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิผลได้ หากมีการผูกอัตราภาษีกับระดับค่าครองชีพ มาตรการนี้ส่งผลต่อประชาชนทั้งสังคม แต่อาจเพิ่มการบริโภคสุรานอกระบบภาษี
มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ (ตัวอย่างเช่น การกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์)	+ / ++	++	หลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ค่อนข้างใหม่ การเริ่มใช้มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำหรือการปรับเพิ่มราคาขั้นต่ำส่งผลลดการบริโภคและผลกระทบ แต่ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกกรณี เนื่องจากการตีมีในร้านที่มีที่นั่งตีมีราคาที่ตั้งมักจะรวมค่าบริการอื่น ๆ ด้วย มาตรการนี้จึงส่งผลหลักไปยังเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ราคาถูกซึ่งนักตีมีหนักและผู้มีรายได้น้อยมักจะใช้บริโภค รายรับจากราคาขั้นต่ำที่สูงขึ้นนี้ไม่ได้ถูกส่งต่อไปยังรัฐบาล แต่ช่วยเพิ่มกำไรของภาคธุรกิจ ยกเว้นหากการค้าขายดำเนินการผ่านทางร้านค้าที่รัฐเป็นเจ้าของแต่เพียงผู้เดียวในระบบผูกขาด

ตารางที่ 7.2 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการทางภาษีและราคาที่มี
ความสำคัญในเชิงนโยบาย^c (ต่อ)

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่น ของหลักฐาน ทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
ห้ามการขายลดราคา และโปรโมชั่น	?	+	การศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า โปรโมชั่น 'happy hour' หรือมาตรการ โปรโมชั่นอื่นของภาคธุรกิจสัมพันธ์กับ การดื่มและมินเมาที่เพิ่มขึ้น แต่แทบ ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับมาตรการห้าม การทำโปรโมชั่นข้างต้น ประสิทธิภาพ ของมาตรการนี้อาจขึ้นกับความเข้มข้น ในการบังคับใช้กฎหมาย และการมีจุด ขายอื่นๆ ที่มีทางเลือกของแอลกอฮอล์ ราคาถูก
มาตรการกำหนดราคา ต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ ที่แตกต่างกันตาม ชนิดของเครื่องดื่ม	+	++	ราคาของสุรากลั่นที่สูงขึ้นอาจทำให้มี การเปลี่ยนไปบริโภคเครื่องดื่มที่มีความ เข้มข้นของแอลกอฮอล์ลดลงซึ่งอาจ นำไปสู่การบริโภคที่ลดลงและลดการ บริโภคเกินขนาด มีหลักฐานสนับสนุน นโยบายงดเว้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ราคาต่ำอยู่บ้างอยู่บ้าง แต่การศึกษา เรื่องนี้ยังมีน้อย
การเก็บภาษีเพิ่มเติม สำหรับเครื่องดื่มที่มี กลุ่มเป้าหมายเป็น เยาวชน	+	++	ราคาที่สูงขึ้นลดการบริโภคเครื่องดื่ม ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนโดยไม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนไปบริโภคเครื่องดื่ม อื่นทดแทน

^a 0 หลักฐานทางวิชาการชี้ว่าไม่มีประสิทธิผล (มาตรการถูกประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลด
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์); + หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อย
ต่อการบริโภคและผลกระทบ; ++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลปานกลางต่อการบริโภคและผลกระทบ; +++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลมากต่อการบริโภคและผลกระทบ; ? มีหนึ่งการศึกษาหรือมากกว่า
ที่ศึกษาแต่ยังไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปได้

^b 0 ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล; + มีการศึกษาคุณภาพสูงเกี่ยวกับประสิทธิผล 1-2 การศึกษา; ++
มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากกว่า 2 การศึกษา แต่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่มีการศึกษาจาก
ประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง; +++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากเพียงพอที่สามารถนำมาท
บทวนวรรณกรรมหรือวิเคราะห์ทอภิमानโดยที่มีบางการศึกษาจากประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

^c ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่  Online Appendix 1

กล่องข้อความที่ 7.4 แนวทางในการออกแบบและการใช้มาตรการทางภาษีของเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์

1. กำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องต้มแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมต้นทุนจากผลกระทบภายนอกเชิงลบ รัฐบาลควรปรับขึ้นอัตราภาษีเพื่อทำให้ความสามารถในการซื้อเครื่องต้มแอลกอฮอล์ลดลง เพื่อลดการบริโภคและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ดื่มหนัก
2. ใช้การเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์เพื่อลดการบริโภคในภาพรวม การผสมผสานระบบภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์และภาษีตามมูลค่า (ราคาขาย) สามารถช่วยลดการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการดังกล่าวมีความเหมาะสม โดยเฉพาะในประเทศที่มีผู้ไม่เคยดื่มเลยจำนวนมาก หากการไม่ดื่มนั้นถือเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีในประเทศนั้น ๆ
3. ปรับขึ้นอัตราภาษีอย่างสม่ำเสมอ หรือผูกอัตราภาษีไว้กับอัตราเงินเฟ้อ เพื่อป้องกันการลดลงของราคาจริงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการซื้อตามเวลา
4. ลงทุนในระบบการบังคับใช้กฎหมายในการลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

- Ally, A. K., Meng, Y., Chakraborty, R., et al. (2014). Alcohol tax pass-through across the product and price range: do retailers treat cheap alcohol differently?. *Addiction*, 109, 1994-2002.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2017). Special issues concerning the implementation of alcohol taxation and pricing policies. In: Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Österberg, E., & Rehm, J., (eds.). *The resource tool on alcohol taxation and pricing policies* (pp. 67-81). World Health Organization.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Alcohol and global health 2: effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234-2246.
- Araya, D., & Paraje, G. (2018). The impact of prices on alcoholic beverage consumption in Chile. *PloS one*, 13(10), e0205932.
- Ashton, R. H., Graul, P. R., & Newton, J. D. (1989) Audit delay and timeliness of corporate reporting. *Contemporary Accounting Research*, 5(5), 657-673.
- Asplund, M., Friberg, R., & Wilander, F. (2007). Demand and distance: evidence on cross-border shopping. *Journal of Public Economics*, 91(1-2), 141-157.
- Australian Tax Office. (2006). The alcohol industry—excise technical guidelines. Australian Tax Office.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy* (2nd ed). Oxford University Press.
- Blanchette, J. G., Ross, C. S., & Naimi, T. S. (2020). The Rise and Fall of Alcohol Excise Taxes in U.S. States, 1933-2018. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(3), 331-338.
- Blecher E. (2008). The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of health economics*, 27(4), 930-942.
- Brennan, A., Meng, Y., Holmes, J., Hill-McManus, D., & Meier, P. S. (2014). Potential benefits of minimum unit pricing for alcohol versus a ban on below cost selling in England 2014: modelling study. *BMJ*, 349, g5452.
- Brennan A, Purshouse R, Taylor K, Rafia, R. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, part B: modelling the potential impact of*

- pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield alcohol policy model, version 2008(1-1)*. Sheffield: SCHARR, University of Sheffield. www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.956211/file/PartB.pdf
- Callinan, S., Room, R., Livingston, M., & Jiang, H. (2015). Who Purchases Low-Cost Alcohol in Australia?. *Alcohol and alcoholism*, 50(6), 647-653.
- Casswell, S. (1985). The organisational politics of alcohol control policy. *British journal of addiction*, 80(4), 357-362.
- Chaloupka, F. J., Powell, L. M., & Warner, K. E. (2019). The Use of Excise Taxes to Reduce Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverage Consumption. *Annual review of public health*, 40, 187-201.
- Chelwa, G., Toan, P. N., Hien, N. T. T., Thu, L. T., Anh, P. T. H., & Ross, H. (2019). Do beer and wine respond to price and tax changes in Vietnam? Evidence from the Vietnam Household Living Standards Survey. *BMJ open*, 9(5), e027076.
- Chikritzhs, T. N., Dietze, P. M., Allsop, S. J., Daube, M. M., Hall, W. D., & Kypri, K. (2009). The "alcopops" tax: heading in the right direction. *The Medical journal of Australia*, 190(6), 294-295.
- Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the "Best Buys" for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(4), 514-522.
- Cnossen, S. (2005). Economics and politics of excise taxation. In: Cnossen, S., (ed.) *Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving*, New York, NY: (1-9). Oxford University Press.
- Collis, J., Grayson, A., & Joha, S. (2010). *Econometric analysis of alcohol consumption in the UK*. HM Revenue and Customs.
- Decoster, A. (2005). How progressive are indirect taxes in Russia?. *Economics of Transition*, 13(4), 705029.
- Dee, T. S. (2001). Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health economics*, 10(3), 257-270.
- Donnar, R., & Jakee, K. (2004). Australian beer wars and pub demand: how vertical restraints improved the drinking experience. *Applied Economics*, 36(14), 1613-1622.

- Doran, C. M., & Digiusto, E. (2011). Using taxes to curb drinking: a report card on the Australian government's alcopops tax. *Drug and alcohol review, 30*(6), 677-680.
- Econtech. (2004). *Modelling health-related reforms to taxation of alcoholic beverages*. Econtech.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., Toomey, T. L., Fielding, J. E., & Task Force on Community Preventive Services (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine, 38*(2), 217-229.
- European Commission Directorate-General Taxation and Customs Union. (2020). *Excise duty tables*. https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverages/rates/excise_duties_part_i_alcohol_en.pdf
- Fogarty, J. (2006) The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *British Food Journal, 108*, 316-332.
- Fogarty, J. (2010). The demand for beer, wine and spirits: a survey of the literature. *Journal of Economic Surveys, 24*, 428-478.
- Gale, M., Muscatello, D. J., Dinh, M., Byrnes, J., Shakeshaft, A., Hayen, A., MacIntyre, C. R., Haber, P., Cretikos, M., & Morton, P. (2015). Alcopops, taxation and harm: a segmented time series analysis of emergency department presentations. *BMC public health, 15*, 468.
- Gallet, C. A. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics, 51*, 121-135.
- Gruenewald, P. J., & Remer, L. (2006). Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism, clinical and experimental research, 30*(7), 1184-1193.
- Gururaj, G., Gautham, M. S., & Arvind, B. A. (2021). Alcohol consumption in India: A rising burden and a fractured response. *Drug and alcohol review, 40*(3), 368-384.
- Heeb, J. L., Gmel, G., Zurbrügg, C., Kuo, M., & Rehm, J. (2003). Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction, 98*(10), 1433-1446.

- Herttua, K., Mäkelä, P., & Martikainen, P. (2008). Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. *American journal of epidemiology*, 168(10), 1110-1131.
- Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., Guo, Y., Hill-McManus, D., & Purshouse, R. C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*, 383(9929), 1655-1664.
- Huang, C. D. (2003). *Econometric models of alcohol demand in the UK*. Government Economic Service, Working Paper 140. UK Customs and Excise.
- Hunt, P., Rabinovich, L., & Baumberg, B. (2011). *Preliminary assessment of economic impacts of alcohol pricing policy options in the UK*. RAND.
- Javadinasab, H., Masoudi Asl, I., Vosoogh-Moghaddam, A., & Najafi, B. (2019). Sustainable financing of health promotion services in selected countries: Best experience for developing countries. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 5, 33-42.
- Jernigan, D. (1999). Country profile on alcohol in Zimbabwe. In: Riley, L. & Marshall, M., (eds.). *Alcohol and public health in 8 developing countries* (pp. 157-175). World Health Organization Substance Abuse Department.
- Jiang, H., & Livingston, M. (2015). The dynamic effects of changes in prices and affordability on alcohol consumption: an impulse response analysis. *Alcohol Alcohol*, 50, 631-638.
- Jiang, H., Livingston, M., Room, R., & Callinan, S. (2016). Price elasticity of on-and off-premises demand for alcoholic drinks: A Tobit analysis. *Drug and alcohol dependence*, 163, 222-228.
- Johansson, E., Böckerman, P., Prättälä, R., & Uutela, A. (2006). Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons?. *The European journal of health economics*, 7(3), 212-217.
- KEEN, M. (1998). The Balance between Specific and "Ad Valorem" Taxation. *Fiscal Studies*, 19(1), 1-37.
- Kisely, S., & Lawrence, D. (2016). A time series analysis of alcohol-related presentations to emergency departments in Queensland following the increase in alcopops tax. *Journal of epidemiology and community health*, 70(2), 181-186.

- Kisely, S. R., Pais, J., White, A., Connor, J., Quek, L. H., Crilly, J. L., & Lawrence, D. (2011). Effect of the increase in "alcopops" tax on alcohol-related harms in young people: a controlled interrupted time series. *The Medical journal of Australia*, 195(11-12), 690-693.
- Korotayev, A., Khaltourina, D., Meshcherina, K., & Zamiatnina, E. (2018). Distilled Spirits Overconsumption as the Most Important Factor of Excessive Adult Male Mortality in Europe. *Alcohol and alcoholism*, 53(6), 742-752.
- Koski, A., Sirén, R., Vuori, E., & Poikolainen, K. (2007). Alcohol tax cuts and increase in alcohol-positive sudden deaths: a time-series intervention analysis. *Addiction*, 102(3), 362-368.
- Krüger, N. A., & Svensson, M. (2010). Good times are drinking times: empirical evidence on business cycles and alcohol sales in Sweden 1861-2000. *Applied Economics Letters*, 17, 543-546.
- Kumar, S. (2017). Price elasticity of alcohol demand in India. *Alcohol Alcohol*, 52, 390-395.
- Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., & Rehm, J. (2021). The Impact of Unrecorded Alcohol Use on Health: What Do We Know in 2020?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 28-41.
- Laichuthai, A., Siriwong-Na-Ayuthaya, A., Posayachinda, V., et al. (2001). *Alcohol in Thai Society: Studies Results of the Study Project to Find Alternative Solutions for Problems Caused by Alcohol Consumption*. [in Thai] Bangkok: Chulalongkorn University.
- Laixuthai, A., & Chaloupka, F. (1993). Youth alcohol use and public policy. *Contemporary Economic Policy*, 11(4), 70-81.
- Lensvelt, E., Liang, W., Gilmore, W., Gordon, E., Hobday, M., & Chikritzhs, T. (2016). Effect of the Australian "Alcopops tax" on alcohol-related emergency department presentations for injury in two states. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(5), 730-739.
- Mäkelä, P., Mustonen, H., & Österberg, E. (2007). Does beverage type matter?. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 617-631.
- Mäkelä, P., & Österberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effect of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104(4), 554-564.

- Malcolm, M. (2011). Perfect competition. *Course Hero*. <https://11376331/Lecture-3-Notes/>
- Mangeloja, E., & Pehkonen, J. (2009) Availability and consumption of alcoholic beverages: evidence from Finland. *Applied Economics Letters*, 16(4), 425-429.
- Mazzocchi, M. (2006). Time patterns in UK demand for alcohol and tobacco: an application of the EM algorithm. *Computational Statistics & Data Analysis*, 50(9), 2191-2205.
- Medina-Mora, M. E., Monteiro, M., Rafful, C., & Samano, I. (2021). Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug and alcohol review*, 40(3), 385-401.
- Meier, P. S., Holmes, J., Angus, C., Ally, A. K., Meng, Y., & Brennan, A. (2016). Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS medicine*, 13(2), e1001963.
- Moffatt, M. (2013). *Cross-price elasticity of demand*. ThoughtCo. http://economics.about.com/cs/microhelp/a/cross_price_d.htm
- Nelson J. P. (2013). Meta-analysis of alcohol price and income elasticities-with corrections for publication bias. *Health economics review*, 3(1), 1-10.
- Nelson, J. P. (2013b). Robust demand elasticities for wine and distilled spirits: meta-analysis with corrections for outliers and publication bias. *Journal of Wine Economics*, 8(3), 294-317.
- Nelson J. P. (2015). Binge drinking and alcohol prices: a systematic review of age-related results from econometric studies, natural experiments and field studies. *Health economics review*, 5, 1-13.
- Nelson, J. P., & Moran, J. R. (2019). *Are alcohol excise taxes overshifted to prices? Systematic review and meta-analysis of empirical evidence from 29 studies*. <https://ssrn.com/abstract=3354078> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3354078>
- Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., Breda, J., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and alcohol review*, 40(3), 350-367.
- Neufeld, M., Bunova, A., Gornyi, B., Ferreira-Borges, C., Gerber, A., Khaltourina, D., Yurasova, E., & Rehm, J. (2020). Russia's national concept to reduce alcohol abuse and alcohol-dependence in the population 2010-2020: which policy

- targets have been achieved?. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), E8270.
- Neufeld, M., & Rehm, J. (2018). Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now. *The International journal on drug policy*, 51, 1-9.
- New Zealand Law Commission. (2010). *Alcohol in our lives: curbing the harm*. New Zealand Law Commission.
- Niederer, R., Koen, K., Lussmann, D., Kölliker, M. (2008). *Marktstudie und befragung junger erwachsener zum konsum alkoholhaltiger mischgetranke (Alcopops)*. Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit.
- O'Donnell, A., Anderson, P., Jané-Llopis, E., Manthey, J., Kaner, E., & Rehm, J. (2019). Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-2018. *BMJ*, 366, 15274.
- Okello, A. K. (2001). *An analysis of excise taxation in Kenya*. African Economic Policy Discussion Paper No. 73. Arlington, VA: Equity and Growth through Economics Research.
- Olsson, B., Ólafsdóttir, H., & Room, R. (2002). Introduction: Nordic traditions of studying the im-pact of alcohol policies. In Room, R., (ed.), *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Problems When Alcohol Controls Change?* (pp. 5-11). Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Osoro, N., Mpango, P., & Mwinyimvua, H. (2001). *An analysis of excise taxation in Tanzania*. African economic policy discussion paper No. 72. Equity and Growth through Economic Research.
- Österberg E. L. (2011). Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug and alcohol review*, 30(2), 124-129.
- Özgüven, C. (2004). *Analysis of demand and pricing policies in Turkey Beer Market*. [Dissertation]. Middle East Technical University. <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/e/12605208/index.pdf>
- Paraje, G. R., Guindon, G. E., & Chaloupka, F. J. (2020). Prices, alcohol use initiation and heavy episodic drinking among Chilean youth. *Addiction*, 116(3), 485-494.

- Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(3), 213-220.
- Puac-Polanco, V., Keyes, K. M., Mauro, P. M., & Branas, C. C. (2020). A systematic review of drink specials, drink special laws, and alcohol-related outcomes. *Current epidemiology reports*, 7(4), 300-314.
- Rabinovich, L., Brutscher, P. B., Vries, H. D., Tiessen, J., Clift, J., Reding, A. (2009). The affordability of alcoholic beverages in the European union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Rand Europe. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689.html
- Radaev V. (2015). Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia. *Alcohol and alcoholism*, 50(3), 365-372.
- Ramful, P., & Zhao, X. (2008) Individual heterogeneity in alcohol consumption: the case of beer, wine and spirits in Australia. *The Economic Record*, 84(265), 207-222.
- Razvodovsky, Y. E. (2013). Alcohol affordability and epidemiology of alcoholism in Belarus. *Alcoholism and psychiatry research*, 49(1), 29-35.
- Rehm, J., Crépault, J. F., Hasan, O. S. M., Lachenmeier, D. W., Room, R., & Sornpaisarn, B. (2019). Regulatory policies for alcohol, other psychoactive substances and addictive behaviours: the role of level of use and potency. A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3749.
- Rehm, J., & Hasan, O. S. M. (2020). Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy. *Alcohol*, 82, 1-10.
- Rehm, J., Lachenmeier, D. W., Llopis, E. J., Imtiaz, S., & Anderson, P. (2016). Evidence of reducing ethanol content in beverages to reduce harmful use of alcohol. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 1(1), 78-83.
- Rehm, J., O'Donnell, A., Kaner, E. F. S., Jane Llopis, E., Manthey, J., & Anderson, P. (2022). Differential impact of minimum unit pricing on alcohol consumption between Scottish men and women: controlled interrupted time series analysis. *BMJ open*, 12(7), e054161.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2017). Taxation and pricing policies among countries worldwide: results from the 2012 Global Survey on Alcohol and Health. In:

- Sompaisarn, B., Shield, K. D., Österberg, E., & Rehm, J., (eds.). *The resource tool on alcohol taxation and pricing policies* (pp. 45-51). World Health Organization.
- Rehm, J., Štelemekas, M., & Badaras, R. (2019). Research protocol to evaluate the effects of alcohol policy changes in Lithuania. *Alcohol and alcoholism*, 54(1), 112-118.
- Richupan, S. (2005). Alcohol products taxation: *International experiences and selected practices in Asia*. Siam Development Institute. http://apapaonline.org/data/Regional_Data/Other/International_Alcohol_Taxation.pdf
- Room, R., Jernigan, D., Carlini-Marlatt, B., et al. (2002). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. World Health Organization.
- Room, R., Österberg, E., Ramstedt, M., Rehm, J. (2009) Explaining change and stasis in alcohol consumption. *Addiction Research and Theory*, 17(6), 562-576.
- Ruhm, C. J., & Black, W. E. (2002). Does drinking really decrease in bad times?. *Journal of health economics*, 21(4), 659-678.
- Scottish Health Action on Alcohol Problems. (2007). *Alcohol—price, policy and public health*. Scottish Health Action on Alcohol Problems.
- Selvanathan, S., & Selvanathan, E. A. (2005a). *The demand for alcohol, Tobacco and Marijuana: International evidence*. Ashgate Publishing.
- Selvanathan, S., & Selvanathan, E. A. (2005b). Empirical regularities in cross-country alcohol consumption. *The Economic Record*, 81 (Suppl 1), 128-142.
- Sharma, A., Etilé, F., & Sinha, K. (2016). The effect of introducing a minimum price on the distribution of alcohol purchase: a counterfactual analysis. *Health economics*, 25(9), 1182-1200.
- Sharma, A., Sinha, K., & Vandenberg, B. (2017). Pricing as a means of controlling alcohol consumption. *British medical bulletin*, 123(1), 149-158.
- Sharma, A., Vandenberg, B., & Hollingsworth, B. (2014). Minimum pricing of alcohol versus volumetric taxation: which policy will reduce heavy consumption without adversely affecting light and moderate consumers?. *PloS one*, 9(1), e80936.
- Sheron, N., Chilcott, F., Matthews, L., Challoner, B., & Thomas, M. (2014). Impact of minimum price per unit of alcohol on patients with liver disease in the UK. *Clinical medicine*, 14(4), 396-403.

- Skog, O. J., & Melberg, H. O. (2006). Becker's rational addiction theory: An empirical test with price elasticities for distilled spirits in Denmark 1911-31. *Addiction*, 101(10), 1444-1450.
- Smart, R. G., & Adlaf, E. M. (1986). Banning happy hours: the impact on drinking and impaired-driving charges in Ontario, Canada. *Journal of studies on alcohol*, 47(3), 256-258.
- Smith, S. (2005). Economic issues in alcohol taxation. In: Cnossen S (ed) *Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving* (pp. 61-87). Oxford University Press.
- Sornpaisarn, B., Kaewmungkun, C., & Rehm, J. (2015a) Assessing patterns of alcohol taxes produced by various types of excise tax methods: a simulation study. *Alcohol Alcohol*, 50, 639-646.
- Sornpaisarn, B., Kaewmungkun, C., & Rehm, J. (2015). Assessing patterns of alcohol taxes produced by Various Types of Excise Tax Methods--a simulation study. *Alcohol and alcoholism*, 50(6), 639-646.
- Sornpaisarn, B., Shield, K., Cohen, J., Schwartz , R. (2013). Elasticity of alcohol consumption, alcohol-related harms, and drinking initiation in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Alcohol and Drug Research* 2(1): 1-14.
- Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Cohen, J., Schwartz, R., Rehm, J. (2015b). Can pricing deter adolescents and young adults from starting to drink: an analysis of the effect of alcohol taxation on drinking initiation among Thai adolescents and young adults. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 5(4 Suppl 1), S45-57.
- Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Cohen, J. E., Schwartz, R., & Rehm, J. (2016). The association between taxation increases and changes in alcohol consumption and traffic fatalities in Thailand. *Journal of public health*, 38(4), e4808.
- Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Österberg, E., Rehm, J. (2017). *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. World Health Organization.
- Sornpaisarn, B., Shield, K. D., & Rehm, J. (2012). Alcohol taxation policy in Thailand: implications for other low-to-middle income countries. *Addiction*, 107(8), 1372-1384.

- Štelemėkas, M., Manthey, J., Badaras, R., Casswell, S., Ferreira-Borges, C., Kalėdienė, R., Lange, S., Neufeld, M., Petkevičienė, J., Radišauskas, R., Room, R., Telksnys, T., Zurlytė, I., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time-series analysis. *Addiction*, *116*(10), 2673-2684.
- Stockwell, T. (2014). Minimum unit pricing for alcohol. *BMJ*, *349*, g5617.
- Stockwell, T., Auld, M. C., Zhao, J., & Martin, G. (2012). Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, *107*(5), 912-920.
- Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G., & Wettlaufer, A. (2012). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *American journal of public health*, *102*(12), e103-e110.
- Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W., Tu, A., & Buxton, J. (2013). Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American journal of public health*, *103*(11), 2014-2020.
- Stockwell, T., Zhao, J., Marzell, M., Gruenewald, P. J., Macdonald, S., Ponicki, W. R., & Martin, G. (2015). Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian Government Alcohol Monopoly. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *76*(4), 628-634.
- Thaikla, K., & Ratchusarnti, J. (2015). *Community Distilled Spirits*. [in Thai]. Thai Health Promotion Foundation.
- Thom, D. R. (1984). The demand for alcohol in Ireland. *The Economic and Social Review*, *15*(4), 325-336.
- Thompson, K., Stockwell, T., Wettlaufer, A., Giesbrecht, N., & Thomas, G. (2017). Minimum alcohol pricing policies in practice: a critical examination of implementation in Canada. *Journal of public health policy*, *38*(1), 39-57.
- Treno, A. J., Nephew, T. M., Ponicki, W. R., & Gruenewald, P. J. (1993). Alcohol beverage price spectra: opportunities for substitution. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *17*(3), 675-680.
- Trolldal, B., & Ponicki, W. (2005). Alcohol price elasticities in control and license states in the United States, 1982-1999. *Addiction*, *100*(8), 1158-1165.

- Vandenberg, B., & Sharma, A. (2016). Are alcohol taxation and pricing policies regressive? Product-level effects of a specific tax and a minimum unit price for alcohol. *Alcohol Alcohol*, 51(4), 493-502.
- Wagenaar, A. C., Livingston, M. D., & Staras, S. S. (2015). Effects of a 2009 Illinois alcohol tax increase on fatal motor vehicle crashes. *American journal of public health*, 105(9), 1880-1885.
- Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M., & Wagenaar, B. H. (2009). Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *American journal of public health*, 99(8), 1464-1470.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009b). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179-190.
- Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010). Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *American journal of public health*, 100(11), 2270-2278.
- Wall, M., & Casswell, S. (2013). Affordability of alcohol as a key driver of alcohol demand in New Zealand: a co-integration analysis. *Addiction*, 108(1), 72-79.
- Wells, S., Graham, K., & Purcell, J. (2009). Policy implications of the widespread practice of 'pre-drinking' or 'pre-gaming' before going to public drinking establishments: are current prevention strategies backfiring?. *Addiction*, 104(1), 4-9.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Xu, X., & Chaloupka, F. J. (2011) The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Res Health*, 34, 236-245.
- Younger, S. D. (1993). *Estimating tax incidence in Ghana: an exercise using household data*. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper No. 48. Cornell University. <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf>

- Younger, S. D., & Sahn, D. E. (1999). *Fiscal incidence in Africa: microeconomic evidence*. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper No 91. Cornell University. <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf>
- Zhao, J., Stockwell, T., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W. R., Tu, A., & Buxton, J. (2013). The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002-2009. *Addiction*, 108(6), 1059-1069.

8 การควบคุมการเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ

8.1 เกริ่นนำ

การวิจัยโดยทั่วไปชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมให้เข้าถึงได้ การบริโภคและปัญหาที่เกี่ยวข้องจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่สิ่งเหล่านี้จะลดลงหากมีการจำกัดการเข้าถึง (Fitterer *et al.*, 2015) การควบคุมการเข้าถึงสามารถทำได้ทั้งในระดับประชากร (เช่น การควบคุมเวลาขาย) หรือในระดับบุคคล (เช่น การจำกัดอายุ หรือ ตามคำสั่งศาล)

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทั่วไปจะถูกควบคุมโดยรัฐบาลไม่ว่าจะเป็นในระดับชุมชน ระดับภูมิภาคและระดับชาติ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะแยกออกจาก การควบคุมสินค้าอื่น ๆ และมีการควบคุมที่เข้มข้นกว่า ซึ่งสะท้อนถึงความห่วงใยด้านสุขภาพ และสวัสดิการที่เฉพาะสำหรับการดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือจำหน่าย นอกกฎระเบียบและการกำกับดูแลของรัฐบาลถูกอธิบายว่า เป็น **แอลกอฮอล์ที่ไม่ได้บันทึกไว้ (unrecorded alcohol)**¹ หรือ “แอลกอฮอล์นอกระบบ” (informal alcohol) แอลกอฮอล์นอกระบบคิดเป็นประมาณร้อยละ 25-30 ของปริมาณแอลกอฮอล์ทั่วโลก (Okaru *et al.*, 2019) และเป็นที่แพร่หลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน **ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs)** ซึ่งบางแห่งสูงถึงร้อยละ 90 ของการบริโภคทั้งหมด (Room

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมียามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

et al., 2002) ตลาดนอกระบบ (informal market) ลดประสิทธิภาพของมาตรการควบคุม การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าจะมีตัวเลือกทางนโยบายหลายอย่างในการจัดการ กับตลาดนอกระบบ (Okaru et al., 2019) แต่หลักฐานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผล หรือความคุ้มค่านั้นค่อนข้างน้อย ดังนั้น บทนี้จึงกล่าวถึง การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในระบบเป็นหลัก

8.1.1 ระบบการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม

การกำกับดูแลตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 3 ทางเลือก ได้แก่ การห้ามขายอย่าง ล้วนเชิง การผูกขาดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐบาล (alcohol monopoly) และการออกใบอนุญาตและกฎระเบียบของรัฐบาล ในเขตพื้นที่การปกครองเดียวกัน อาจจะใช้วิธีการกำกับดูแลหลายแบบร่วมกัน สำหรับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเภทกัน และสำหรับการขายและการดื่มในร้านที่มีที่นั่งดื่ม (on-premises) และร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่ม (off-premises)

การห้ามโดยเด็ดขาด (Outright prohibition) ได้รับความสนใจอย่างมากทั่วโลก ระหว่างทศวรรษที่ 1830s ถึง 1930s และยังคงมีอยู่บ้างในบางเขตพื้นที่การปกครอง การ ออกกฎหมายห้ามขายเกิดขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 ใน 13 ประเทศที่ปกครองตนเอง (Schrad, 2010) และถูกบังคับใช้โดยรัฐบาลอาณานิคมและผู้ตั้งถิ่นฐานต่อชนพื้นเมือง จำนวนมาก (ตัวอย่างเช่น Brady, 2000) หรือต่อมาถูกบังคับใช้โดยชนพื้นเมืองเอง (Lee et al., 2018) การห้ามขายระดับประเทศถูกยกเลิกในช่วงทศวรรษที่ 1930s และข้อห้าม อื่น ๆ ส่วนใหญ่หายไปในช่วงทศวรรษที่ 1960s อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้สะท้อนให้เห็นถึง ประเพณีที่ยาวนานกับอำนาจทางศาสนา การห้ามยังคงถูกบังคับใช้ในหลายประเทศที่มี คนมุสลิมเป็นคนส่วนใหญ่ (Al-Ansari et al., 2016)

แนวทางที่สองในการจัดการการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การผูกขาดตลาด ของรัฐบาล แนวทางนี้ไม่เพียงแต่เป็นวิธีการสร้างรายได้ของรัฐบาล แต่ยังสามารถใช้เป็น วิธีการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุขและความ เป็นระเบียบของสังคม (Room and Cisneros Ömberg, 2019) แม้ว่าในตอนนี้จะพบ ได้น้อยลง แต่ก็ยังมีการผูกขาดของรัฐบาลในระดับหนึ่ง (การนำเข้า การผลิต การขายส่ง หรือการขายปลีก) ใน 50 ประเทศ (World Health Organization, 2018) ตัวอย่างเช่น การผูกขาดการค้าปลีกสำหรับร้านไม่มีที่นั่งดื่มที่ดำเนินการในประเทศนอร์เวย์ สวีเดน

ฟินแลนด์ และไอซ์แลนด์ รวมถึงในภาคพื้นยุโรปตะวันออก (เช่น รัสเซีย) แอฟริกาตอนใต้ คอสตาริกา หลายรัฐของประเทศอินเดีย จังหวัดส่วนใหญ่ของประเทศแคนาดา และหลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบการกำกับดูแลการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระบบที่สาม คือ **การออกใบอนุญาต** ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (licensing) ในปี ค.ศ. 2016 จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก มี 141 จาก 164 ประเทศที่ตอบแบบสำรวจได้รายงานว่ามีระบบการออกใบอนุญาตดังกล่าว (World Health Organization, 2018) ระบบดังกล่าวมักรวมถึงการ**จำกัดวันและเวลาขาย (hours and days of sale)** การจำกัดอายุขั้นต่ำสำหรับการดื่ม และบทลงโทษทางแพ่ง รวมถึงการพักใช้ใบอนุญาตสำหรับการละเมิดกฎระเบียบ อย่างไรก็ตาม ขอบเขตและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นแตกต่างกันอย่างมาก ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางจำนวนมาก การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้มีการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ (Pinsky and Laranjeira, 2007; World Health Organization, 2018)

โดยทั่วไปเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะขายเพื่อการบริโภคในสถานที่ (เช่น ในบาร์ คาเฟ่ หรือร้านอาหาร) หรือเพื่อนำออกไปบริโภคนอกสถานที่ (เช่น เมื่อซื้อจากร้านขายสุราหรือซูเปอร์มาร์เก็ต) ในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เติบโตเต็มที่ การขายทั้ง “ในสถานที่ (ร้านนั่งดื่ม-ผู้แปล)” และ “นอกสถานที่ (ร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่ม-ผู้แปล)” นอกเหนือจากการผูกขาดโดยรัฐบาล มักจะถูกควบคุมผ่าน**ระบบการออกใบอนุญาต (licensing system)** ที่กำหนดว่า ใครจะเป็นผู้ขายได้บ้าง และจะขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ใครได้บ้าง (เช่น ขายให้กับผู้เยาว์หรือลูกค้าที่มีอาการมึนเมา) เงื่อนไขการขาย (เช่น โควตาการซื้อ หรือการขายหน้าเคาน์เตอร์; sales over the counter) และวันหรือเวลาในการซื้อขาย สำหรับการขายในร้านนั่งดื่ม ระบบการออกใบอนุญาตยังมีโอกาสเพิ่มเติมสำหรับการควบคุมภายในสถานที่นั้น (ดูบทที่ 10) ส่วนการขายในร้านไม่มีที่นั่งดื่มนั้น ระบบมีโอกาสน้อยกว่าที่จะควบคุมพฤติกรรมการดื่มจริง อย่างไรก็ตาม ระบบนี้ก็สามารถควบคุมประเภท ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ บรรจุภัณฑ์และราคา รวมถึงการวางตำแหน่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้าน (เช่น ไม่วางทางเข้าหรือเคาน์เตอร์ขาย) ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อนุญาตให้ซื้อได้ และจำนวนและประเภทของร้านค้าที่ได้รับอนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น การอนุญาตให้ขายได้เฉพาะในร้านค้าที่ขายเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการอนุญาตให้ขายในซูเปอร์มาร์เก็ตหรือในสถานบริการน้ำมันได้หรือไม่)

บทนี้อธิบายถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อการบริโภคและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงความพร้อมจำหน่ายของร้านค้าปลีก (เมื่อไร ที่ไหน และใครขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การเปลี่ยนของข้อจำกัดว่าใครสามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้บ้าง (เช่น ตามอายุ) และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความแรงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่าง ๆ ประเภทของภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ ตลอดจนการเข้าถึงโดยการบริการตนเอง และการได้รับพรีจากผู้อื่นในสังคม (social availability)

8.2 การเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงในร้านขายปลีก

8.2.1 การห้ามโดยสิ้นเชิง (total ban) หรือแบบบางส่วน (partial ban)

ในปัจจุบัน การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิงระดับประเทศได้จำกัดอยู่เฉพาะในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลามไม่กี่ประเทศเท่านั้น แต่การห้ามขายส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นที่ย่อย (sub-national jurisdiction) เช่น รัฐต่าง ๆ ของประเทศอินเดีย โดยรัฐคุชราต (Gujarat) ได้ดำเนินการห้ามขายตั้งแต่ปี ค.ศ. 1947 และรัฐอื่น ๆ ก็มี การห้ามขายเช่นกัน แต่บังคับใช้เพียงในระยะเวลาสั้นกว่า (Benegal, 2005) การห้ามขายในระดับท้องถิ่นยังคงเป็นส่วนสำคัญในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย (National Alcoholic Beverages Control Association, 2016) ในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา ก็มีชุมชนพื้นเมือง (Indigenous community) จำนวนมากที่อยู่บนชนบทและพื้นที่ห่างไกลที่บังคับใช้มาตรการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Muhunthan *et al.*, 2017)

แม้ว่าการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีประสิทธิภาพอย่างสมบูรณ์ในการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่การประเมินที่ผ่านมาในช่วงการดำเนินการห้ามของประเทศต่าง ๆ ในแถบอเมริกาเหนือและนอร์ดิก (เช่น Blocker, 2006) ชี้ให้เห็นว่า การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิงสามารถลดปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ การศึกษาวิจัยในประเทศอินเดีย พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมลดลง

อย่างมากเมื่อมีการห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง รวมถึงการห้ามขาย **เหล้าท้องถิ่น (arrack)** เหล้าท้องถิ่น (local spirit) ซึ่งทำให้ลดการบริโภคได้มากถึงร้อยละ 76 (Rahman, 2003) แต่ในพื้นที่ที่มีความต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก การห้ามขายจะก่อให้เกิดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย (Lee *et al.*, 2018) และตลาดผิดกฎหมายก็จะมีผลกระทบโดยตัวของมันเอง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่มาตรการห้ามขายลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในขณะเดียวกันอัตราการฆาตกรรมกลับเพิ่มขึ้น (Jensen, 2000)

การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำได้ง่ายในพื้นที่ที่เป็นหมู่เกาะ และพื้นที่ห่างไกลอื่น ๆ ที่สามารถบังคับใช้มาตรการควบคุมการนำเข้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมักเกิดขึ้นในชุมชนห่างไกลซึ่งมีปัญหาจากแอลกอฮอล์ที่รุนแรง (และพื้นที่ที่มีประชากรส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเมือง) (Brady, 2000) เช่น กรณีการห้ามครอบครองหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเมือง Barrow ซึ่งเป็นเมืองเล็กๆ ของมลรัฐอะแลสกา ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารักษาด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมาก เมื่อยกเลิกการห้ามขายนี้ อัตราการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยนอกกลับเพิ่มขึ้น แต่ลดลงอีกครั้งหลังจากที่การห้ามขายถูกนำมาบังคับใช้อีกครั้ง (Chiu *et al.*, 1997) การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาดในชุมชนห่างไกลบางแห่งในประเทศออสเตรเลียทำให้ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ลงได้ (Chikritzhs *et al.*, 2007) การควบคุมดังกล่าวในพื้นที่ชุมชนห่างไกลมักเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมต่าง ๆ มากมาย และดูเหมือนว่า จะประสบความสำเร็จได้มากที่สุดเมื่อการดำเนินการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน (Brady, 2000; Muhunthan *et al.*, 2017)

แม้ว่าการห้ามขายโดยสิ้นเชิงมักไม่ใช่ตัวเลือกที่ได้รับการยอมรับทางการเมืองในประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก ผลกระทบของการระบาดใหญ่ของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ได้แสดงให้เห็นว่า การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นตัวเลือกสำหรับบางพื้นที่ ตามที่อธิบายไว้ในกล่องข้อความที่ 8.1 ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 ประเทศแอฟริกาใต้ได้บังคับใช้การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลา 4 เดือนเพื่อเพิ่มพื้นที่ให้กับระบบสุขภาพในการจัดการปัญหาการระบาดครั้งนี้

การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางส่วน รวมถึงการจำกัดการบริโภคโดย**ระบบการปันส่วน (system of rationing)** ได้ถูกนำมาใช้ในบางพื้นที่ และบางสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงภาวะฉุกเฉินระดับชาติ เช่น สงครามโลกครั้งที่สอง ระบบการปันส่วนสามารถลดการดื่มของผู้ดื่มหนักได้อย่างมาก (Room and Livingston, 2017) ระบบ Motbok ของประเทศสวีเดนที่ดำเนินการตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1916 เป็นการใช้ระบบการปันส่วนทั่วไปร่วมกับการควบคุมนักดื่มที่มีปัญหารายบุคคล หลังจากการยกเลิกมาตรการดังกล่าวในปี ค.ศ. 1955 ทำให้การเสียชีวิตจากภาวะขาดสติที่มีอาการเพ้อคลั่ง (delirium tremens) เพิ่มขึ้นจาก 160 รายต่อปี เป็นมากกว่า 700 รายต่อปี และจนถึงปี ค.ศ. 1980 อัตราการเสียชีวิตจากโรคตับในเพศชายเพิ่มขึ้น 4 เท่า (Bruun and Frånberg, 1985, p. 331; Norström, 1987) หลักฐานอื่น ๆ จากกรีนแลนด์ (Bruun and Frånberg 1985) และประเทศโปแลนด์ (Moskalewicz and Świątkiewicz, 2000) ได้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบการปันส่วน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบการปันส่วนสามารถลดการบริโภคอย่างหนักและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ แต่โดยทั่วไปแล้วมักเป็นมาตรการที่ไม่ค่อยได้รับการยอมรับ เนื่องจากถูกมองว่าเป็นมาตรการที่ละเมิดทางเลือกส่วนบุคคล

กล่องข้อความที่ 8.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และมาตรการห้ามขายเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศแอฟริกาใต้

เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ประเทศแอฟริกาใต้ได้มีการปิดเมือง การจำกัดการเดินทาง การปิดโรงเรียนและมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และการเว้นระยะห่างทางสังคม อยู่สองช่วงเวลา รวมกันเป็นระยะเวลาสามเดือน ในปี ค.ศ. 2020 ผู้อยู่อาศัยสามารถออกจากบ้านได้เพียงเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลหรือซื้อของที่จำเป็น โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกกำหนดว่า เป็นสินค้าที่ไม่จำเป็นและห้ามขาย การวิเคราะห์ขนาดผลกระทบของการห้ามขายออกจากมาตรการควบคุมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดนั้นเป็นเรื่องที่ทำนาย แต่เห็นได้ชัดว่า อันตรายจากแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมากในช่วงเวลานั้น ผลการประเมินในช่วงต้นระบุว่า การเสียชีวิตผิดธรรมชาติ (unnatural death) ลดลงกว่าร้อยละ 50 และพบว่า การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทจากกรณีการถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุ และการบาดเจ็บลดลงอย่างมากเช่นกัน (Reuter et al., 2020) (ดูภาพที่ 8.2)

8.2.2 การผูกขาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การผูกขาดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้าปลีกเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสำหรับการแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การผูกขาดโดยรัฐเป็นการลดแรงจูงใจด้านกำไรในการเพิ่มการขาย โดยการจำกัดจำนวนจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชั่วโมงการขาย และกิจกรรมเพื่อการโฆษณาและการส่งเสริมการขายให้น้อยลง เมื่อเทียบกับระบบการขายของภาคเอกชน

หลักฐานจากประเทศฟินแลนด์ชี้ให้เห็นว่า การนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แม้แต่เครื่องดื่มเพียงชนิดเดียวออกจากการควบคุมแบบการผูกขาดโดยรัฐบาลสามารถส่งผลกระทบต่ออย่างมาก ในปี ค.ศ. 1969 ร้านขายของชำสามารถขายเบียร์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ 4.7 และการยื่นขอใบอนุญาตประเภทร้านอาหารเพื่อขายเบียร์และไวน์สามารถทำได้ง่ายขึ้น จำนวนร้านไม่มีที่นั่งดื่มเพิ่มขึ้นจาก 130 ร้าน เป็นประมาณ 17,600 ร้าน และร้านนั่งดื่มเพิ่มขึ้นจาก 940 ร้าน เป็นมากกว่า 4,000 ร้าน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 46 จากปี ค.ศ. 1968 ถึง 1969 (Mangeloja and Pehkonen, 2009) ใน 5 ปีหลังจากนั้น การเสียชีวิตจากโรคตับแข็งเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะโรคจิตจากสุรา (alcoholic psychosis) เพิ่มขึ้นร้อยละ 110 สำหรับผู้ชาย และร้อยละ 130 สำหรับผู้หญิง และการถูกจับกุมกรณีผู้ก่อเหตุมีอาการเมาสุราเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 สำหรับผู้ชาย และร้อยละ 160 สำหรับผู้หญิง (Poikolainen, 1980) ในการสร้างแบบจำลองเกี่ยวกับผลกระทบต่อราคา ความหนาแน่นของจุดจำหน่าย เวลาขาย การโฆษณา และการตลาดที่เกี่ยวข้องที่เกิดขึ้นจากการแปลงสัมปทานการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐให้กับภาคเอกชนในประเทศสวีเดน Stockwell และคณะ (2018) พบว่า กิจกรรมหรือกิจการของเอกชน (privatization) ทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นระหว่างร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 31 และมีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80

อย่างไรก็ตาม การโอนกิจการให้ภาคเอกชนไม่ได้เพิ่มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสมอไป หลังจากการโอนสัมปทานการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ภาคเอกชนในรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา สถิติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสำรวจชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบสุทธิของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (Kerr et al., 2018; แต่ดูได้ที่ Barnett et al., 2020) นี่อาจสะท้อนถึงการประนีประนอมทาง

การเมือง (political compromise) ต่อการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาคเอกชน ซึ่งเกิดขึ้นทั่วไปในแถบอเมริกาเหนือ เพื่อทำให้รัฐบาลไม่ต้องสูญเสียรายได้ (Her et al., 1999) ซึ่งก็หมายความว่า ราคาขายปลีกมักสูงขึ้นจากการเพิ่มผลกำไรของรัฐกิจ และต้นทุนของจุดจำหน่ายและจำนวนเวลาทำการในระบบของภาคเอกชน จึงหักล้างกับผลกระทบที่น่าจะเกิดขึ้นจากการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น (Horverak and Österberg, 1992)

การขาดแรงจูงใจด้านผลกำไรของกิจการแบบผูกขาดอาจมีผลกระทบที่ขยายวงกว้าง เช่น Rossow และคณะ (2008) พบว่า ร้านแบบผูกขาดในประเทศฟินแลนด์และประเทศนอร์เวย์มีแนวโน้มหนึ่งในสามเท่าของร้านของภาคเอกชน ที่จะขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีโดยไม่ตรวจสอบบัตรประจำตัว (ดูบทที่ 10 เรื่องการบังคับใช้)

8.2.3 ความหนาแน่นของร้านค้าปลีก

มาตรการควบคุมจำนวนและที่ตั้งจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยจำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการนี้มักถูกมองว่า เป็นการต่อต้านกลไกการแข่งขันทางการตลาด และมาตรการนี้ถูกทำให้อ่อนแอลงในหลายพื้นที่ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับความหนาแน่นของจุดจำหน่ายที่เพิ่มขึ้น (Moskalewicz and Simpura, 2000) การจำกัดใบอนุญาตเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้รับใบอนุญาตเพื่อให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ขายให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่ากฎหมายกำหนด หรือผู้มีอาการมึนเมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่เดียวกันการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นในตลาดที่มีใบอนุญาตด้วยกันแล้วก็อาจทำให้ผู้ประกอบการหย่อนในข้อห้ามมากขึ้นได้เช่นกัน

การจำกัดจำนวนจุดขายส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเพิ่มต้นทุนที่แท้จริงของการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการที่ต้องใช้เวลาหรือความพยายามเพิ่มขึ้นในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโดยการเพิ่มต้นทุนทางการเงินเนื่องจากการแข่งขันที่ลดลง (Stockwell and Gruenewald, 2004) การเพิ่มความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (โดยเฉพาะบาร์ ผับ และไนต์คลับ) อาจส่งผลต่ออัตราการเกิดปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกอื่น ๆ เช่น เพิ่มโอกาสในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเหยื่อและผู้กระทำความผิด หรือทำให้มีการกระจุกตัวของนักดื่มบางกลุ่ม

ในสถานที่นั้น (Gruenewald, 2007; Livingston *et al.*, 2015) ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายไม่ได้เพียงหมายถึง จำนวนจุดจำหน่ายภายในพื้นที่นั้น แต่ยังหมายถึง ระยะห่างระหว่างจุดจำหน่ายด้วย และการเพิ่มจำนวนผู้ได้รับใบอนุญาตรายใหม่อาจเพิ่มความรุนแรงบนท้องถนนในพื้นที่ที่มีผู้จำหน่ายใน “ย่านบันเทิง” การศึกษาต่าง ๆ ที่ค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้ว่าจะมีการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น Hobday *et al.*, 2015) อาจสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ลูกค้าเดินทางระหว่างจุดจำหน่ายและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความหนาแน่นของจุดจำหน่ายในบริเวณใกล้เคียง (ดูบทที่ 10 เกี่ยวกับบริบทการดื่ม) ขนาดผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และตลาด ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงทางกายภาพอาจมีผลกระทบที่ไม่เหมือนกันในแต่ละสถานที่หรือเวลา (Holmes *et al.*, 2014)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยใช้เกณฑ์เชิงคุณภาพที่มีความเข้มงวด (stringent quality criteria) พบว่า มีจำนวน 4 การศึกษาที่ใช้กระบวนการ**การทดลองตามธรรมชาติ**เพื่อศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผลลัพธ์ด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Sherk *et al.*, 2018) โดยสามการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้น (หรือลดลง) ของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การเพิ่มขึ้น (หรือลดลง) ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อค้นพบจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของตลาดที่มีการควบคุมอย่างเข้มงวดก็สนับสนุนข้อสรุปของการศึกษาที่สำคัญนี้ รวมถึงการศึกษาจำนวนมากที่พบประเด็นอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น (เช่น Room, 2002)

การศึกษาเกี่ยวกับการแปรรูปรัฐวิสาหกิจแบบบางส่วนของยอดขายปลีกในพื้นที่จังหวัด British Columbia ประเทศแคนาดา พบว่า การเพิ่มความหนาแน่นของจุดจำหน่ายของภาคเอกชนส่งผลให้การบริโภค (Stockwell *et al.*, 2009) การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Stockwell *et al.*, 2013) การเพิ่มความหนาแน่นของจุดจำหน่ายอย่างรวดเร็วในรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกาหลังจากการแปรรูปตามมาด้วยเหตุการณ์ที่มีการใช้ความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น โดยมีความสัมพันธ์เชิงพื้นที่อย่างชัดเจนกับจุดจำหน่ายใหม่ (Tabb *et al.*, 2016) แม้ว่าหลักฐานในด้านผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะไม่แน่นอน (Barnett *et al.*, 2020) นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ

รัสเซียมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในช่วงกลางทศวรรษ 2000s ส่งผลให้การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมาก ผ่านการบังคับใช้เงื่อนไขการออกใบอนุญาต และมาตรการควบคุมสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตลดลงกว่า 8,000 รายต่อปี (Pridemore *et al.*, 2014) แม้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจอาจมีบทบาทในการลดลงนี้ด้วย (Nemtsov *et al.*, 2019) การลดลงของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สถานีบริการน้ำมันในประเทศลิทัวเนียและในเมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอันตรายที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Wicki and Gmel, 2011; Rehm *et al.*, 2020) แม้ว่ามาตรการด้านการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทั้งสองกรณีนี้อาจได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายอื่นด้วยก็ตาม ดังนั้น หลักฐานโดยทั่วไปจึงมีความสอดคล้องกัน การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ที่เพิ่มการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่โดยผ่านการเพิ่มจำนวนร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อทั้งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาอื่น ๆ ได้วิเคราะห์ความแปรผันที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อนของความหนาแน่นตามเวลาและพื้นที่ และได้สำรวจการเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่น การศึกษาเหล่านี้โดยทั่วไปชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างความหนาแน่นของจุดจำหน่ายและผลลัพธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ความรุนแรงบนท้องถนน (Mair *et al.*, 2013) และในครอบครัว (Livingston, 2011a) โรคเรื้อรัง (Livingston, 2011b) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Cohen *et al.*, 2006) อุบัติเหตุบนท้องถนน (Lipton *et al.*, 2018) การตีของเยาวชน (Rowland *et al.*, 2016) และการบาดเจ็บ (Hobday *et al.*, 2015) การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดสำหรับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยวัดได้จากจำนวนจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่าง ๆ ต่อหัวประชากร (หรือตัวหารที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น พื้นที่หรือระยะทาง) ถึงแม้ว่า Gmel และคณะ (2016) จะพบความไม่สอดคล้องกันของข้อค้นพบในบทความในประเด็นนี้ก็ตาม แต่หลักฐานข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาที่มีคุณภาพสูงมักมีความสอดคล้องกัน (Morrison *et al.*, 2016) ในส่วนถัดไป เป็นการทบทวนการศึกษาที่มีคุณภาพสูงซึ่งวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเวลา

ในขณะที่หลักฐานจากการทดลองตามธรรมชาติได้ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์อย่างสมเหตุสมผลระหว่างการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และระดับการบริโภค แต่หลักฐานก็ยังไม่ชัดเจนสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่มีขนาดไม่ใหญ่และการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป การศึกษาในระยะยาวที่ใช้**การวิเคราะห์เชิงอนุกรมเวลา**แบบใหม่ ๆ ที่ดีกว่าเดิม (robust **time-series** methods) เพื่อให้หลักฐานเชิงสาเหตุที่ดีขึ้นยังคงค่อนข้างหายาก การใช้ข้อมูลจาก 4 จังหวัดในประเทศแคนาดาในช่วง 50 ปี Trolldal (2005) พบหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อการบริโภค เมื่อควบคุมปัจจัยด้านราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ในขณะที่การศึกษาทางเศรษฐมิติจากสหราชอาณาจักร พบว่า การบริโภคไวน์และเบียร์มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งไม่พบในกรณีการบริโภคเหล้า (Godfrey, 1988)

จากการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) ที่มีจำนวนจำกัดเกี่ยวกับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคในระดับท้องถิ่น Fone และคณะ (2016) พบว่าการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะที่เดินได้ไม่เกิน 10 นาทีจากที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการบริโภค แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นในพื้นที่ที่ไกลออกไป (เช่น การเปลี่ยนแปลงในระยะ 10 นาทีกรณีขับรถ) การศึกษาที่ติดตามกลุ่มคน (Cohort study) ในประเทศฟินแลนด์ที่วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการบริโภคของบุคคลที่ย้ายที่อยู่ (Halonen *et al.*, 2013) พบว่า การย้ายเข้าไปใกล้บาร์สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการดื่มหนักในทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ขณะที่การย้ายเข้าไปใกล้ร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่มจะเพิ่มการดื่มในผู้หญิงเท่านั้น การศึกษาที่เน้นประเด็นการดื่มของเยาวชน พบว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในละแวกใกล้เคียง (neighborhood availability) มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น (เช่น Chen *et al.*, 2009; Rowland *et al.*, 2016) ดังนั้น แม้ว่าจะมีหลักฐานไม่ชัดเจน แต่โดยทั่วไปแล้วก็สามารถชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับท้องถิ่นอย่างค่อยเป็นค่อยไปก็สามารถส่งผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มีหลักฐานอีกมากมายเกี่ยวกับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่นที่มีผลต่ออัตราการเกิดอันตราย (harm rate) โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการจับกุมของตำรวจและการบริการสุขภาพ ผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ.

2015 พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ความรุนแรงพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ (Fitterer *et al.*, 2015) การศึกษารวมจากหลายพื้นที่ (Spatial-panel study) ที่สำคัญจากประเทศสหรัฐอเมริกา เวลส์ และออสเตรเลีย ร่วมกับการทดลองตามธรรมชาติหนึ่งงานจากรัฐแคลิฟอร์เนีย (Yu *et al.*, 2008) ให้หลักฐานที่หนักแน่นที่สุด โดยการศึกษาทั้งหมดได้ค้นพบความสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญกับจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่วนมากจะเป็นการดื่มในจุดจำหน่ายที่มีที่นั่งดื่ม (บาร์ ผับ) แต่การศึกษาส่วนใหญ่ก็พบความสัมพันธ์เชิงบวกกับร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่มเช่นกัน (เช่น Gruenewald and Remer, 2006; Yu *et al.*, 2008; Livingston, 2011b) ยังมีหลักฐานบางอย่างที่ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์นี้เพิ่มมากยิ่งขึ้นในพื้นที่ที่มีกลุ่มประชากรด้อยโอกาส หรือพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ในภาพรวมการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นผลกระทบระดับชุมชนของนโยบายการออกใบอนุญาตต่อการใช้ความรุนแรง ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนจาก**การศึกษา กึ่งทดลอง (quasi-experimental)** งานหนึ่งที่แสดงว่า ในพื้นที่ที่หน่วยงานท้องถิ่นมีการดำเนินนโยบายควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพจะมีการลดลงของอาชญากรรมมากกว่าพื้นที่อื่น (De Vocht *et al.*, 2017)

การศึกษาที่มีคุณภาพสูงเกี่ยวกับผลลัพธ์อื่น ๆ มีน้อยกว่า การศึกษาระยะยาวสองการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงในครอบครัว โดยใช้รูปแบบการศึกษาที่คล้าย ๆ กัน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงผกผันในกรณีร้านไม่มีที่นั่งดื่ม (Livingston, 2011a; Cunradi *et al.*, 2012) การวิเคราะห์ระยะยาว (Longitudinal analyses) ในประเด็นผลลัพธ์ด้านอุบัติเหตุบนถนน พบว่า มีความสัมพันธ์ที่หลากหลายขึ้นอยู่กับประเภทของจุดจำหน่าย และขนาดพื้นที่ที่ใช้ (spatial scale) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ก็แสดงข้อค้นพบบางอย่างที่สนับสนุนความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความหนาแน่นของร้านนั่งดื่มและอัตราการเกิดอุบัติเหตุ (Lipton *et al.*, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ระดับท้องถิ่น (Fone *et al.*, 2016) การศึกษาโดยใช้ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ก็พบความสัมพันธ์เชิงบวกเช่นกัน (Hobday *et al.*, 2015) ซึ่งรวมถึงการศึกษาคุณภาพสูงที่วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงนโยบายการออกใบอนุญาตระดับท้องถิ่นในสหราชอาณาจักร ที่มีจุดประสงค์เพื่อจำกัดจำนวนใบอนุญาตใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีจำนวนร้านที่มีใบอนุญาต

อยู่อย่างหนาแน่น (de Vocht *et al.*, 2016) กล่าวโดยสรุป มีหลักฐานที่มีคุณภาพดีพบว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่นสัมพันธ์กับอันตรายจากแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ความรุนแรง แม้ว่าความสัมพันธ์นั้นจะแตกต่างกันตามบริบทของสถานที่ และงานวิจัยระยะยาวคุณภาพสูงส่วนใหญ่มาจาก**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries)** เพียงไม่กี่ประเทศ

แม้ว่าจะมีวรรณกรรมที่สำคัญที่ค้นพบความเชื่อมโยงระหว่างความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายจากแอลกอฮอล์ แต่ข้อค้นพบเหล่านี้ก็กำลังได้รับความท้าทายเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของตลาดขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ในประเทศออสเตรเลีย มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ร้านแบบ “big box” ซึ่งจำหน่ายให้กับพื้นที่ที่กว้างกว่าและมีปริมาณการขายที่มากกว่าร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่มที่มีอยู่เดิม (Livingston, 2017) จึงทำให้ความสัมพันธ์อย่างง่าย (simple association) ระหว่างความหนาแน่นของจุดจำหน่ายและอัตราการเกิดอันตรายที่ค้นพบในการศึกษาส่วนใหญ่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น อันที่จริง การศึกษาที่ใช้ข้อมูลปริมาณการขายซึ่งเป็นการศึกษาที่หายากได้แสดงให้เห็นว่า ยอดขายมีความสำคัญมากกว่าความหนาแน่นของร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่ม (เช่น Hobday *et al.*, 2015) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่หลาย ๆ ประเทศกำลังเผชิญ คือ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว (มักรวมถึงการจัดส่งถึงบ้าน) (Allday, 2017) แม้ว่าสัดส่วนของการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์นี้จะยังคงค่อนข้างต่ำ แต่ก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในบางประเทศในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) มีงานวิจัยไม่มากที่เจาะลึกในประเด็นผลกระทบของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบใหม่ โดยการศึกษาในระยะแรกบางงานได้ชี้ให้เห็นความเสี่ยงต่าง ๆ ที่สำคัญ (Huckle *et al.*, 2021) ประเด็นเหล่านี้จึงทำให้ความสัมพันธ์ของความหนาแน่นในพื้นที่กับผลลัพธ์มีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและไม่สามารถทำได้ง่ายเหมือนเดิม

ในภาพรวม ได้มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงแม้ว่าผลกระทบเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพื้นที่ ระบบการกำกับดูแล และช่วงเวลา การศึกษาที่ใช้การทดลองตามธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขนาดใหญ่ชี้ให้เห็นผลกระทบค่อนข้างคงที่

ต่อการบริโภคและอัตราการเกิดอันตราย การศึกษาคุณภาพสูงที่ให้ความสำคัญกับการศึกษา การเปลี่ยนแปลงในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างค่อยเป็นค่อยไปก็ยังสนับสนุน ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกับอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ความรุนแรง และการศึกษาที่ผ่านการออกแบบมา อย่างดีบางส่วนชี้ให้เห็นถึงผลกระทบต่อการใช้การบริโภคในระดับท้องถิ่น ข้อพิจารณาที่สำคัญ สำหรับผู้กำหนดนโยบายในระดับท้องถิ่น คือ ความไม่เท่าเทียมกันในด้านการสัมผัสกับจุด จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละพื้นที่ โดยขึ้นกับลักษณะด้านประชากรในละแวกนั้น และลักษณะอื่น ๆ (เช่น Morrison *et al.*, 2015) ร้านขายสุราและผับอาจสร้างความเสียหายให้กับพื้นที่ใกล้เคียง และผู้มีสถานะทางสังคมสูงกว่าที่อยู่อาศัยในละแวกนั้นมักมีอิทธิพล มากกว่าในการที่จะกำจัดให้ร้านเหล่านั้นออกไป (Romley *et al.*, 2007) ความเหลื่อมล้ำนี้ น่าจะมีส่วนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมที่พบในประเด็นอัตราการเกิด อันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

8.2.4 วันและเวลาขาย

การจำกัดวันและเวลาในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดโอกาสการซื้อเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การควบคุมเหล่านี้สามารถมุ่งเน้นไปที่การลดการบริโภคในประชากรทั่วไป (เช่น โดยการจำกัดการขายสำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกสถานที่ในวันใด วันหนึ่งของสัปดาห์) หรือลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ เช่น การใช้ความรุนแรง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสถานบันเทิงยามค่ำคืน (เช่น โดย จำกัดการขายช่วงเวลาตีในผับ บาร์ และไนต์คลับ)

8.2.4.1 วันขาย

การทบทวนอย่างเป็นระบบและ**การวิเคราะห์ทอิกิมาน (meta-analysis)** เมื่อเร็ว ๆ นี้ ได้ศึกษาผลกระทบของการจำกัดเวลาขายต่อผลลัพธ์ในด้านการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Sherk *et al.*, 2018) โดยอิงข้อมูลจากหกการศึกษาที่ออกแบบมา เป็นอย่างดี การศึกษาจากประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และแคนาดา ศึกษาผลกระทบ ของการอนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่มเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งวันต่อ สัปดาห์ การศึกษาเหล่านี้ทุกงานยกเว้นเพียงหนึ่งการศึกษาพบว่า ปริมาณการบริโภค ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเพิ่มวันขายขึ้นหนึ่งวัน เมื่อรวมกันแล้ว ประมวลได้ว่า การมีวันขายเพิ่มเติมต่อสัปดาห์สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณการบริโภค

ต่อหัวร้อยละ 3.4 — โดยเป็นเบียร์ร้อยละ 5.3 ไวน์ร้อยละ 2.6 และสุราร้อยละ 2.6

ในแง่ของอันตราย การทบทวนวรรณกรรมในปี ค.ศ. 2010 พบว่า การเปลี่ยนแปลงวันขายโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการขายในร้านนั่งดื่มมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Middleton *et al.*, 2010) เมื่อไม่นานมานี้ การศึกษาผลของการอนุญาตให้เปิดร้านค้าผูกขาดของประเทศสวีเดน (Swedish monopoly store) ในวันเสาร์ พบว่า การประสพอาชญากรรมที่รายงานด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (Grönqvist and Niknami, 2014) อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการกลับแสดงว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญหลังจากมีการอนุญาตให้ขายในวันเสาร์ (Norström and Skog, 2005) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาจาก 14 รัฐที่เพิ่มวันขายในร้านไม่มีที่นั่งดื่ม พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการจราจรเพิ่มขึ้นในรัฐเดียว (Stehr, 2010) อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลลัพธ์ด้านอาชญากรรมในรัฐเวอร์จิเนียชี้ให้เห็น การเพิ่มขึ้นของอาชญากรรมระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 10 เกิดขึ้นเมื่ออนุญาตให้ร้านนั่งดื่มขายได้ในวันอาทิตย์ (Heaton, 2012) แม้ว่าหลักฐานจะไม่สอดคล้องกัน แต่ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การอนุญาตหรือจำกัดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันใดวันหนึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อระดับการดื่มของประชากร และอัตราการเกิดอันตรายได้เช่นกัน

8.2.4.2 เวลาขาย

การจำกัดชั่วโมงที่อนุญาตในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะมุ่งเน้นไปที่การลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตอนดึก มาตรการนี้สามารถนำมาใช้กับร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความสะดวกในการซื้อสำหรับผู้ที่อยู่ในระหว่างการดื่มสุราอยู่แล้ว หรือสำหรับการขายในร้านนั่งดื่ม เพื่อลดปัญหาความตึกในย่านสถานบันเทิงซึ่งเป็นเป้าหมายปกติ

มีการศึกษาล่าสุดไม่กี่ชิ้นเท่านั้นที่กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงเวลาขายสำหรับร้านไม่มีที่นั่งดื่ม การศึกษาชิ้นหนึ่งเน้นที่การจำกัดเวลาซื้อขายในร้านไม่มีที่นั่งดื่มใน 72 (จาก 83) ภูมิภาคในรัสเซียในปี ค.ศ. 2010 พบว่า การจำกัดเวลาขายนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงดึก-มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับการบริโภค (Kolosnitsyna *et al.*, 2015) การศึกษาการจำกัดเวลาขายในช่วงกลางคืนของร้านไม่มีที่นั่งดื่มในสวีเดนแลนด์ (Wicki and Gmel, 2011; Wicki *et al.*, 2020) และเยอรมัน (Marcus and Siedler, 2015) ทั้งหมดพบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการเมาสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนหนุ่มสาว การควบคุมเวลาซื้อขายที่คล้ายคลึงกันในประเทศลิทัวเนีย

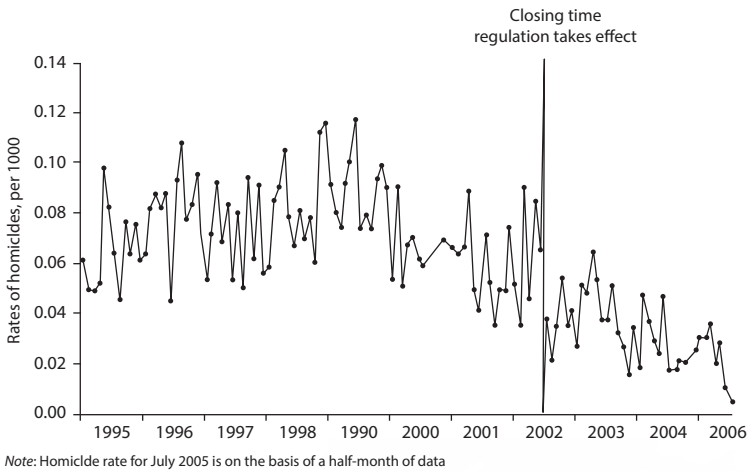
ก็พบว่า มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอุบัติเหตุทางถนนและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Rehm *et al.*, 2020)

ในทางตรงกันข้าม มีงานวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับกฎระเบียบในการควบคุมเวลาซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดึกสำหรับร้านนั่งดื่ม โดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น Wilkinson *et al.*, 2016; Nepal *et al.*, 2020) ซึ่งพบหลักฐานวิชาการส่วนใหญ่สอดคล้องกันว่า การเปลี่ยนแปลงเวลาซื้อขายนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอัตราการเกิดอันตราย (ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาผลต่อการบริโภค) ตัวอย่างเช่น Nepal และคณะ (2020) รวบรวมการศึกษาคุณภาพสูงจำนวน 22 ชิ้น (รวมถึงการศึกษาจำนวน 3 ชิ้นที่เกี่ยวข้องกับเวลาขายของร้านไม่มีที่นั่งดื่ม) และสรุปว่า การขยายเวลาการซื้อขายส่งผลให้เกิดอันตรายมากขึ้น (การทำร้ายร่างกาย การบาดเจ็บ **เมาแล้วขับ-drink driving**) ในขณะที่การจำกัดเวลาซื้อขายมักตามมาด้วยการลดลงของอันตราย ในแง่ของ**ขนาดของผลกระทบ (effect size)** การศึกษาใน 18 เมืองของประเทศนอร์เวย์ที่ดำเนินการขยายและจำกัดเวลาซื้อขายช่วงดึกหลายครั้งต่อกัน (Rossow and Norström, 2012) พบว่า การขยายเวลาซื้อขายเพิ่มขึ้นทุกหนึ่งชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายร่างกายที่รายงานโดยตำรวจที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 16 (โดยลดลงใกล้เคียงกันหากจำนวนชั่วโมงซื้อขายลดลง) ในทำนองเดียวกัน Kypri และคณะ (2014) แสดงให้เห็นว่า การลดชั่วโมงการขายในรัฐนิวคาสเซิล ประเทศออสเตรเลีย จาก 05.00 น. เป็น 03.30 น. ส่งผลให้การทำร้ายร่างกายลดลงประมาณร้อยละ 33 โดยมีผลต่อเนื่องยาวนานกว่า 5 ปี

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในประเด็นนี้มีความแตกต่างกันมากระหว่างสถานที่และรูปแบบการศึกษาแต่ละประเภท ซึ่งบ่งชี้ว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่คงที่ ตัวอย่างเช่น ในการประเมินล่าสุดที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่กลางเมือง 2 แห่งของนครซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย พบว่า การทำร้ายร่างกายในเขตคิงส์ครอสลดลงร้อยละ 38 เมื่อเทียบกับการลดลงเพียงร้อยละ 10 ในย่านศูนย์กลางธุรกิจของนครซิดนีย์ (Kypri and Livingston, 2020) ในสหราชอาณาจักร การผ่อนปรนการควบคุมเวลาขายตามพระราชบัญญัติใบอนุญาตปี ค.ศ. 2003 มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่ออันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Callan and Boyle, 2018) แม้ว่าการศึกษาโดยทั่วไปจะมีคุณภาพต่ำ และระดับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมากอย่างชัดเจน (Humphreys and Eisner, 2014) นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ในบางจุดว่า การปิดเร็ว

ขึ้นอาจจะทำให้เกิดปัญหามากขึ้นกว่าสิ่งที่ต้องการจะแก้ไข เนื่องจากการต้องรีบบริโภคอย่างรวดเร็วมากขึ้นในสถานที่ที่ไม่ปลอดภัย (Graham, 2012) นอกจากนี้ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเวลาขายก็ยังคงขึ้นอยู่กับจำนวนสถานที่ที่ได้รับผลกระทบด้วย ตัวอย่างเช่น การศึกษาล่าสุดจากประเทศนิวซีแลนด์ที่มีกฎหมายใหม่ห้ามการขายหลังเวลา 23.00 น. (สำหรับร้านค้าที่ไม่มีที่นั่งดื่ม) และ 04.00 น. (สำหรับร้านค้านั่งดื่ม) พบว่า การห้ามขายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการซื้อขายของจุดจำหน่ายน้อยกว่าร้อยละ 10 (Huckle et al., 2020)

มีงานวิจัยเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับการจำกัดเวลาขายจากพื้นที่นอกเขตการปกครองแองโกล/นอร์ดิก (Anglo/Nordic) ยกเว้นการศึกษาจากเมือง Diadema ประเทศบราซิล (เมืองอุตสาหกรรมใกล้เมือง São Paulo) ซึ่งเป็นเมืองที่เปลี่ยนการเปิดร้านนั่งดื่มจากการเปิดตลอด 24 ชั่วโมงเป็นปิดเวลา 23.00 น. (Duailibi et al., 2007) การวิเคราะห์อนุกรมเวลาพบว่า หลังการจำกัดเวลาขายดังกล่าว การฆาตกรรมลดลงเกือบเก้าครั้งต่อเดือน และการทำร้ายร่างกายผู้หญิงลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ (ดูภาพที่ 8.1)



ภาพที่ 8.1 อัตราการฆาตกรรม ในเมือง Diadema ประเทศบราซิลระหว่างก่อนและหลังการสั่งให้บาร์ปิดเวลา 23.00 น.

จัดทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Duailibi S, Ponicki W, Grube J, et al. (2007) 'The Effect of Restricting Opening Hours on Alcohol- Related Violence.' *American Journal of Public Health* 97(12): 2276-2280.

สำหรับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รูปแบบอื่น ๆ ยังไม่มีการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเวลาทำการที่อนุญาตให้มีบริการจัดส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บ้าน แม้ว่าการสำรวจชี้ให้เห็นว่า การจัดส่งในช่วงดึกมักจะเชื่อมโยงกับโอกาสการดื่มที่มีความเสี่ยงสูง (Huckle *et al.*, 2021)

โดยสรุป มีหลักฐานที่ชัดเจนและสอดคล้องกันอย่างสมเหตุสมผลจากหลายประเทศว่า การเปลี่ยนแปลงวันหรือเวลาการซื้อขายมีผลกระทบต่อปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เมื่อชั่วโมงและวันขายเพิ่มขึ้น การบริโภคและอันตรายก็จะเพิ่มขึ้น และในทางกลับกัน (การบริโภคและอันตรายก็จะลดลงเมื่อชั่วโมงและวันขายลดลง-ผู้แปล)

8.3 การจำกัดสถานะและบุคคลในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในช่วงศตวรรษที่ 20 การควบคุมการดื่มสุราระดับบุคคลและสถานะเป็นเรื่องปกติในหลายสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในที่ที่มีการวางระบบควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นทางเลือกทดแทนการห้ามดื่มแอลกอฮอล์โดยทั่วไปมาตั้งแต่แรก ยกเว้นในบริบทของมาตรการควบคุมการดื่มในผู้เยาว์และเมาแล้วขับแล้ว ในหลายพื้นที่ยังถือว่าการควบคุมเหล่านี้เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และส่วนใหญ่จึงได้ยกเลิกมาตรการด้านนี้ไป ดังนั้น ในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 การควบคุมการขายที่มีการดำเนินการมากที่สุด คือ การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับเด็กและเยาวชนและการปฏิเสธการขายให้กับผู้ที่มีอาการมึนเมา

8.3.1 การจำกัดการเข้าถึงตามสถานะ: กฎหมายอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เกือบทุกประเทศมีการควบคุมทางกฎหมายโดยใช้เกณฑ์อายุที่คนหนุ่มสาวสามารถซื้อ ครอบครองหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่สาธารณะ การควบคุมนี้ใช้เกณฑ์อายุที่แตกต่างกันอย่างมากตั้งแต่อายุ 13 ถึง 25 ปี แม้ว่าส่วนใหญ่จะกำหนดไว้ที่ 18 ปี (World Health Organization, 2018) โดยทั่วไปคำว่า **อายุขั้นต่ำในการดื่มตามกฎหมาย**

(minimum legal drinking age; MLDA) และอายุขั้นต่ำในการซื้อตามกฎหมาย (minimum legal purchase age; MLPA) สามารถใช้แทนกันได้ และในหลายพื้นที่ อายุขั้นต่ำทั้งสองอย่างถูกกำหนดไว้ในระดับเดียวกัน ในเอกสารฉบับนี้จะกล่าวถึงกฎหมาย MLDA เว้นแต่จะมีประเด็นเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากมุมมองเชิงนโยบาย แม้ว่าความแตกต่างจะมีความสำคัญ — MLPA ก็บอกเป็นนัยว่า การบังคับใช้จะมุ่งเน้นไปที่ผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพในการลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะมากกว่าการบังคับใช้กับผู้บริโภค—ระดับอายุที่นำมาบังคับใช้จึงมักจะขึ้นอยู่กับมาตรการควบคุม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุม (Wagenaar and Toomey, 2002) จากการศึกษา 135 เรื่องเกี่ยวกับอายุที่ดื่มได้ตามกฎหมาย ซึ่งส่วนใหญ่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา และตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1960 ถึง 2000 สรุปได้ว่า การเพิ่มอายุตามกฎหมายสำหรับการซื้อและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 21 ปี เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดการดื่มและปัญหาจากการดื่มในกลุ่มนักเรียนมัธยม นักศึกษาวิทยาลัยและเยาวชนอื่น ๆ เมื่อเทียบกับโปรแกรมและมาตรการอื่น ๆ การทบทวนวรรณกรรมปี ค.ศ. 2006-2013 พบผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน เช่น การเพิ่มขึ้น (ของอายุขั้นต่ำในการซื้อ - ผู้แปล) จนถึงอายุของ MLDA ในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกาในช่วงทศวรรษ 1980s ลดการดื่มและอันตรายในเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการจราจร (DeJong and Blanchette, 2014)

ในการศึกษาล่าสุดที่มีความครอบคลุมมากขึ้น 2 งาน Carpenter and Dobkin (2011, 2015) ประเมินผลของการเปลี่ยนอายุการดื่มในสหรัฐอเมริกาต่อสุขภาพของประชาชนและอาชญากรรม โดยประเมินว่า อายุการดื่มที่เพิ่มขึ้นจาก 18 เป็น 21 ปี ช่วยลดการเสียชีวิตจากการจราจรในเวลากลางคืนในกลุ่มเยาวชนอายุ 18-20 ปีลงร้อยละ 17 ลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และมีผลกระทบอย่างมากต่ออัตราการจับกุมในอาชญากรรมที่หลากหลาย รวมถึงการขับรถที่บกพร่องจากแอลกอฮอล์ การทำร้ายร่างกาย และการโจรกรรม Carpenter และ Dobkin ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลง MLDA ในสหรัฐอเมริกา ทำให้การเข้าร่วมในการดื่มของเยาวชนอายุ 18 ถึง 20 ปี ลดลงร้อยละ 6.1 การดื่มหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking) ลดลงร้อยละ 3.4 และความถี่ของการดื่มในเดือนที่ผ่านมาลดลงร้อยละ 17

การศึกษาจากนอกอเมริกาเหนือแสดงผลลัพธ์ที่คล้ายกัน Møller (2002) โดยพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับเด็กอายุ 11 ถึง 14 ปีในประเทศเดนมาร์ก ลดลงร้อยละ 36 หลังจากมีการเริ่มใช้การจำกัดอายุขั้นต่ำที่ 15 ปี สำหรับการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่ม ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะขาดข้อมูลเปรียบเทียบหรือปรับค่าสำหรับแนวโน้มในระยะยาว ในประเทศออสเตรเลียมีการศึกษาหลายชิ้น (Smith and Burvill, 1987; Jiang *et al.*, 2015) พบว่า การลดอายุการดื่มลงเหลือ 18 ปี ในสามรัฐของออสเตรเลียมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการจราจร การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดอาชญากรรมในเด็กและเยาวชน ในทำนองเดียวกัน การลดอายุการซื้อในประเทศนิวซีแลนด์จาก 20 เป็น 18 ปี มีความสัมพันธ์กับปัญหาแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นสำหรับเด็กอายุ 16 ถึง 19 ปี (Gruenewald *et al.*, 2015) การบาดเจ็บจากการจราจรในกลุ่มเด็กอายุ 15 ถึง 19 ปี (Huckle and Parker, 2014) และการถูกดำเนินคดีในความผิดเกี่ยวกับความวุ่นวายในกลุ่มเด็กอายุ 14 ถึง 15 ปี (Huckle *et al.*, 2006)

ผลกระทบของ MLDA และ MLPA ต่ออันตรายที่เกี่ยวข้องอาจได้รับอิทธิพลจากบริบทโดยรวม ตัวอย่างเช่น การศึกษาจากรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลียพบว่า มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่ออันตรายที่เกี่ยวข้องกับการจราจรเมื่อผู้คนอายุครบ 18 ปี แต่การดื่มและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิผลของมาตรการควบคุมที่มีอยู่ของออสเตรเลียต่อการขับรถที่บกพร่องจากแอลกอฮอล์ (Lindo *et al.*, 2016) (ดูบทที่ 11)

เป็นที่ชัดเจนว่า ประโยชน์ของการเพิ่มอายุการดื่มให้สูงขึ้นสามารถเกิดขึ้นได้จริงก็ต่อเมื่อมีการบังคับใช้กฎหมาย งานวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่า แม้เพิ่มการบังคับใช้ขึ้นในระดับปานกลางก็ยังสามารถลดการขายและการมึนเมาในกลุ่มเยาวชนได้ (Wagenaar *et al.*, 2005) ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายอายุขั้นต่ำที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นจุดเน้นของมาตรการระดับชุมชนต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น โครงการ US Communities Mobilizing for Change (CMCA) ซึ่งมุ่งเน้นที่การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ร้านค้าปลีกและงานเลี้ยงสังสรรค์ ส่งผลให้การจับกุมผู้ขับขี่ที่บกพร่องจากแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในกลุ่มผู้ดื่มที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะลดลง (Wagenaar *et al.*, 2000) การใช้การจัดส่งออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นจะเป็นภัยคุกคามอย่างมากต่อการบังคับใช้มาตรการจำกัดอายุขั้นต่ำในการซื้อ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปีส่วนใหญ่รายงานว่า ไม่มีการตรวจสอบอายุในการขายออนไลน์ (Huckle *et al.*, 2021) เขตพื้นที่การปกครอง บางแห่งมีข้อกำหนดว่า ใครบ้างที่สามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยทั่วไปจะขึ้นอยู่กับอายุเป็นหลัก ในขณะที่มีหลักฐานบางอย่างแสดงว่า ผู้ชายที่อายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ซื้อที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (เช่น Rossow *et al.*, 2008) แต่ก็ยังไม่มี การประเมินมาตรการควบคุมในด้านนี้

มาตรการ เช่น การบังคับใช้ที่เพิ่มขึ้น และการฝึกอบรมพนักงานเสิร์ฟเพื่อจำกัด การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับบุคคลที่อายุน้อยกว่าอายุการดื่มตามกฎหมาย สามารถบรรลุเป้าหมายขององค์ประกอบของโครงการชุมชนขนาดใหญ่เพื่อป้องกันการดื่มในบุคคล ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เช่นเดียวกับในโครงการ CMCA และโครงการอื่น ๆ (เช่น Komro *et al.*, 2017) เมื่อเร็วๆ นี้ มาตรการของชุมชนหลายแห่งในยุโรปได้มุ่งเน้นไปที่ การลด การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มคนหนุ่มสาว (Quigg *et al.*, 2019) จากการวิเคราะห์ แบบจำลองของโครงการ STAD ของประเทศสวีเดน (อธิบายไว้ในบทที่ 10) มาตรการ ดังกล่าวใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยความสะดวกในท้องถิ่น การฝึกอบรม พนักงานเสิร์ฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรณรงค์ในชุมชน และการเสริมสร้างการบังคับ ใช้ ข้อค้นพบเบื้องต้นแสดงผลลัพธ์ที่หลากหลาย โดยมีหลักฐานการตรวจสอบบัตรประจำ ตัวที่เพิ่มขึ้นและการปฏิเสธการเข้าร้านของบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะที่เพิ่มขึ้นในบาง ประเทศ ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ แม้จะมีผลลัพธ์ที่ไม่สม่ำเสมอจากโครงการ แต่หลักฐาน ก็ชี้ให้เห็นถึง ศักยภาพของการขับเคลื่อนในชุมชนเพื่อป้องกันการดื่มสุราของบุคคลที่ยัง ไม่บรรลุนิติภาวะในประเทศต่าง ๆ (Quigg *et al.*, 2019)

8.3.2 การจำกัดหรือห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ

เมื่ออัตราปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 นักการเมืองและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ มักจะมุ่งเน้นไปที่การควบคุมระดับบุคคลมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อกลุ่มผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประสบความสำเร็จในการต่อต้านทางเลือกของการควบคุมระดับประชากรที่เพิ่มขึ้น (Room, 2012) เมื่อพูดถึงวิธีลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การใช้ถ้อยคำชักจูงโน้มน้าวที่เกิดขึ้น ซ้ำ ๆ โดยภาคอุตสาหกรรม เป็นการชี้ให้เห็นถึง จุดบกพร่องในผู้ดื่มแต่ละคนมากกว่าใน

ผลิตภัณฑ์ (Room, 2004) ตัวอย่างเช่น Sjøgaard (2018) ได้กล่าวถึงความวุ่นวายของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศเดนมาร์กต่อการควบคุม “นักดื่มที่ขาดความรับผิดชอบ” ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชากรกลุ่มย่อยที่เป็นเป้าหมายของมาตรการควบคุมระดับบุคคล ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัย ชุมชนพื้นเมือง และผู้ถูกตัดสินว่ามีความผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ วรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรการดังกล่าวยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างดี และหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าวยังมีค่อนข้างน้อย

8.3.2.1 ระบบใบอนุญาตรายบุคคล

ระบบที่มีเพียงผู้ที่มีใบอนุญาตเท่านั้นที่ได้รับอนุญาตให้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ถูกนำมาใช้ก่อนทศวรรษ 1960s ในระบบผูกขาดของรัฐบาลหลายแห่ง รวมถึงจังหวัดออนแทรีโอ (Thompson and Genosko 2009, หน้า 94-100), ฟินแลนด์ (Lanu, 1956) และสวีเดน (Tigerstedt, 2000) แม้ว่าการศึกษาด้านการประเมินผลจะหายาก และผลการศึกษายังไม่แน่นอน (Mäkelä *et al.*, 2002; Room, 2012)

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ระบบใบอนุญาตได้มุ่งเน้นไปที่ประชากรกลุ่มพิเศษ โดยเฉพาะชนพื้นเมือง ตัวอย่างเช่น ทะเบียนห้ามดื่ม (Banned Drinking Register; BDR) ได้ถูกนำกลับมาใช้ใหม่ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2017 ในรัฐนอร์เทิร์นเทร์ริทอรีประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีประชากรประมาณร้อยละ 30 เป็นชาวพื้นเมืองอะบอริจิน (Aborigin) ใครก็ตามที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านไม่มีที่นั่งดื่มในรัฐนอร์เทิร์นเทร์ริทอรี ต้องแสดงบัตรประจำตัวที่สแกนได้ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อตรวจสอบกับข้อมูลในทะเบียนห้ามดื่ม (BDR) ข้อมูลของประชาชนจะถูกบันทึกไว้ใน BDR โดยตำรวจ ศาลหรือหน่วยบริการด้านสุขภาพและสังคม ปัจจุบันยังมีเพียงการประเมินเบื้องต้นของ BDR เท่านั้น และผลการศึกษายังไม่ชัดเจน (Smith, 2018)

8.3.2.2 การห้ามและการบังคับใช้มาตรการป้องกันการกระทำผิดหลังถูกลงโทษ

ปัจจุบัน การควบคุมการดื่มระดับบุคคลส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยกระบวนการทางกฎหมาย ซึ่งมักเป็นเงื่อนไขของทัณฑ์บน หรือการคุมความประพฤติเพื่อการรอลงอาญา รายละเอียดของการติดตามผลของการห้ามและการบังคับใช้ดังกล่าวได้รับการพัฒนามากที่สุดสำหรับการดื่มแล้วขับ (ดูบทที่ 11) การศึกษามาตรการห้ามดื่มและขับในสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่า มาตรการเหล่านี้อาจลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในวงกว้างมากขึ้น โครงการ South Dakota 24/7 Sobriety กำหนดให้ผู้ที่ถูกตัดสินว่า

มีความผิดฐานขับรถบกพร่องจากแอลกอฮอล์ต้องได้รับการทดสอบลมหายใจวันละ 2 ครั้ง หรือสวมเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ตามระยะเวลาที่กำหนด การทดสอบไม่ผ่าน (คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ส่งผลให้ถูกจำคุกเป็นเวลาหนึ่งหรือสองวัน นอกเหนือจากการลดลงของการจับกุมกรณีการเมาแล้วขับซ้ำร้อยละ 12 แล้ว การจับกุมกรณีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวก็ยังคงลดลงอีกด้วยร้อยละ 9 (Kilmer *et al.*, 2013) และพบว่า การเสียชีวิตของประชากรลดลงด้วย (Nicosia *et al.*, 2016) อย่างไรก็ตาม ความพยายามที่จะนำองค์ประกอบต่าง ๆ ของโครงการมาใช้ที่ทางตอนใต้ของลอนดอนชี้ให้เห็นว่า การต่อต้านในท้องถิ่น และความไม่ลงรอยกันของโครงสร้างเชิงอำนาจอาจจำกัดการนำรูปแบบมาใช้ และประสิทธิผลของการดำเนินการนั้น (Bainbridge, 2019)

8.3.2.3 การห้ามขายหรือดื่มรายสถานที่หรือเขตพื้นที่

ในทศวรรษต่อมาของศตวรรษที่ 20 การห้ามที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราเป็นรายสถานที่ถูกนำมาใช้ เพื่อเป็นมาตรการป้องกันระดับรองสำหรับปัญหาความรุนแรงและความวุ่นวายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในสถานที่หลายแห่ง การห้ามต่าง ๆ นี้สามารถนำไปใช้กับสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง กลุ่มของสถานที่ หรือพื้นที่รวมทั้งหมด หลักฐานที่แสดงว่า มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในย่านสถาบันเชิงนั้นยังหายาก ไม่ว่าจะเป็นการออกข้อห้ามนี้โดยกลุ่มผู้รับใบอนุญาต (เช่น Pubwatch ในสหราชอาณาจักร (National Pubwatch, 2012), Liquor Accords ในออสเตรเลีย (Manton and Zajdow, 2014)) หรือผ่านคำสั่งของตำรวจก็ตาม (Sjogaard, 2018) ดูบทที่ 10 สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม

8.4 แนวทางอื่น ๆ เพื่อควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

8.4.1 ความเข้มข้นของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำได้รับการสนับสนุนในบางประเทศผ่านนโยบายที่ทำให้มีการจำหน่ายมากขึ้นหรือราคาไม่แพงมาก (ดูบทที่ 8) ตัวอย่างเช่นในประเทศแถบนอร์ดิกที่มีการผูกขาดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉพาะเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำเท่านั้นที่สามารถขายได้นอกร้านผูกขาด (เช่น ในซูเปอร์มาร์เก็ต) จึงทำให้เครื่องดื่ม

ทุกชนิดที่มีปริมาณแอลกอฮอล์เกินระดับที่กำหนดถูกเข้าถึงได้ยากกว่า ตามที่กล่าวไว้ในส่วนก่อนหน้า มีตัวอย่างหลายกรณีที่เมื่อเบียร์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์เข้มข้นกว่าถูกนำมาวางใน (และนำออก) จากซูเปอร์มาร์เก็ตในประเทศแถบนอร์ดิก จากการประเมินโดยทั่วไป (แต่ไม่เสมอไป) พบว่า การบริโภคโดยรวมเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าถึงเบียร์ที่แรงกว่าได้ง่ายขึ้น (และลดลงเมื่อมีจำหน่ายน้อยลง) (Ramstedt, 2002)

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การลดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีในการลดผลกระทบทางสุขภาพจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากร (Rehm *et al.*, 2016) การลดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มบางชนิดลงเล็กน้อยจะส่งผลให้การบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ลดลงหากปริมาณและความเร็วในการดื่มยังคงเท่าเดิม (Lachenmeier *et al.*, 2014) อันที่จริง Rehm และคณะ (2016) ได้แย้งว่าการลดความแรงของแอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดสถานการณ์ที่หายาก ซึ่งผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจจะตรงกัน อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่มียังคงไม่น่าเชื่อถือ ในสหราชอาณาจักร รัฐบาลและอุตสาหกรรมได้ร่วมมือกันภายใต้ข้อตกลงความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข (Public Health Responsibility Deal; PHRD) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำอย่างจริงจัง (Knai *et al.*, 2015) แม้ว่าการบริโภคจะลดลง แต่การลดลงนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดจากมาตรการอื่น ๆ ด้วย (เช่น การเปลี่ยนแปลงทางภาษีในปี ค.ศ. 2011 และกระแสการบริโภคที่ค่อนข้างชอบ) (Holmes *et al.*, 2015) นักวิจัยยังแย้งว่า ข้อตกลง PHRD เป็นการอนุญาตให้ผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมสามารถตั้งมาตรฐานที่อิงตามหลักฐานวิชาการ เช่น การกำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำได้สำเร็จมากขึ้น (Hawkins and McCambridge, 2019)

ในระดับท้องถิ่น สภาหลายแห่งในสหราชอาณาจักรได้ดำเนินโครงการริเริ่มที่มุ่งลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูง (เช่น ไวน์ไซเดอร์) ภายใต้สโลแกน “การลดความเข้มข้น (Reducing the Strength)” การประเมินผลโครงการดังกล่าวในเครือข่ายร้านค้าปลีกขนาดใหญ่พบหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่า การดื่มน้ำและผลิตภัณฑ์ไซเดอร์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์โดยปริมาตรมากกว่าร้อยละ 6.5 ออกจากร้านค้า มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Pliakas *et al.*, 2018) ในทางตรงกันข้าม การจำกัดการขายเครื่องดื่มมอลต์แบบเสิร์ฟครั้งเดียว (โดยทั่วไปมีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 6) ในร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่มในหลายเมืองของสหรัฐอเมริกา นำไปสู่การลดอาชญากรรม (McKee

et al., 2017) ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่น เวียดนามและจีน ซึ่งมีเบียร์วางขายในท้องตลาดจำนวนมาก และมีการบริโภคเพิ่มมากขึ้นแล้วด้วย มาตรการนี้ไม่ได้ทำให้การบริโภคเครื่องดื่มที่มีความแรงสูงที่มีอยู่แล้วในตลาดนั้นลดลง (World Health Organization, 2020)

8.4.2 การควบคุมภาชนะบรรจุ

การเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ขายปลีกสามารถส่งผลต่อการบริโภคและอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้ การวิจัยในประเทศสวีเดนแสดงให้เห็นว่า การขยายขนาดของผลิตภัณฑ์ไวน์บรรจุกล่อง (โดยทั่วไปขนาด 3 ลิตรขึ้นไป) มีส่วนทำให้การบริโภคไวน์เพิ่มขึ้น (Ramstedt and Trolldal, 2017) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลักฐานบางอย่างระบุว่า การขายเบียร์ในภาชนะขนาดใหญ่ (มากกว่า 12 ออนซ์, 355 มล.) ทำให้อัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนสูงขึ้น (Hoke and Cotti, 2015) ในทำนองเดียวกัน การวิจัยในประเทศออสเตรเลียแสดงให้เห็นว่า การควบคุมภาชนะบรรจุขนาดใหญ่ในชุมชนห่างไกลสามารถลดอัตราอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้ (เช่น Midford *et al.*, 2010) แม้ว่าการลดลงนี้อาจเกี่ยวเนื่องมาจากมาตรการด้านราคามากกว่ามาตรการควบคุมการเข้าถึง เนื่องจากมาตรการเหล่านี้บังคับใช้กับไวน์แบบบรรจุถัง (cask wine) เป็นหลัก ซึ่งเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีถูกที่สุดในประเทศออสเตรเลีย

8.4.3 การบริการตนเอง

การขายผ่านเคาน์เตอร์ (ซึ่งต้องขอซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากพนักงานขาย) เป็นอีกวิธีหนึ่งในการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบผูกขาดการขายปลีกของรัฐในหลายประเทศ การเปลี่ยนจากการขายผ่านเคาน์เตอร์เป็นการขายแบบบริการตนเองในประเทศสวีเดนและประเทศนอร์เวย์คาดว่า จะเพิ่มยอดขายได้ประมาณร้อยละ 10 (Skog, 2000)

8.4.4 การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์

นักดื่มโดยเฉพาะนักดื่มรุ่นเยาว์ได้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจากหลายแหล่งที่มา แหล่งที่มาทางสังคม (social source) อาจมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับนักดื่มที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

นิติภาวะ พร้อมกับแหล่งที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ (การได้มาจากแหล่งที่ไม่ใช่การซื้อขายจากร้านค้า-ผู้แปล) (เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน) เป็นแหล่งที่มาของแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่สำหรับคนหนุ่มสาวในหลายพื้นที่ (Friese *et al.*, 2011; Mattick *et al.*, 2017) ดังนั้นนโยบายที่มุ่งลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับคนหนุ่มสาวจึงไม่ควรมุ่งเน้นไปที่การเข้าถึงเชิงพาณิชย์เท่านั้น แต่ต้องจัดการกับแหล่งที่มาทางสังคมด้วย

เขตพื้นที่การปกครองบางแห่งได้ออกกฎหมายห้ามไม่ให้ผู้ใดให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ยกเว้นพ่อแม่ผู้ปกครอง (Roche *et al.*, 2013) หรือทำให้ผู้ใหญ่ที่ให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผู้เยาว์ต้องรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บหรือความเสียหายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง (Grube and Nygaard, 2005) การประเมินผลของนโยบายเหล่านี้มีเพียงเล็กน้อย โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับกฎหมายความรับผิดชอบของเจ้าภาพ (social host liability laws) ให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับประสิทธิผลที่หลากหลาย (Whetten-Goldstein *et al.*, 2000; Dills, 2010) การประเมินกฎหมายว่าด้วยการป้องกันเจ้าภาพในประเทศนิวซีแลนด์ พบหลักฐานว่า การรายงานด้วยตนเองว่า ได้ให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผู้เยาว์ลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Huckle *et al.*, 2019) ข้อค้นพบที่หลากหลายเหล่านี้อาจสะท้อนถึง การขาดโปรแกรมที่ครอบคลุมที่จะทำให้ผู้ให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางสังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเอง และการบังคับใช้กฎหมายนี้ มาตรการกำหนดความรับผิดชอบของผู้ให้แอลกอฮอล์ทางสังคมนี้จะต้องมีการสื่อสารและบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีผลในเชิงป้องกัน

8.4.5 การจำกัดการขายในบางสถานที่

นโยบายยังสามารถกำหนดกิจกรรมหรือสถานที่เป้าหมายที่มีการดื่มเกิดขึ้นได้ เช่น การดื่มในสวนสาธารณะ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจหรือในที่ทำงาน การศึกษาประเด็นการควบคุมตามกิจกรรมหรือเหตุการณ์นี้ส่วนใหญ่ทำในบริบทของสถานที่เล่นกีฬา Bormann และ Stone (2001) พบว่า การจับกุม การทำร้ายร่างกายและการถูกขับออกจากสนามกีฬาของมหาวิทยาลัยโคโลราโด (Colorado) ลดลงอย่างมากในปี ค.ศ. 1996 หลังจากการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาในสนามฟุตบอลของวิทยาลัย 7 แห่ง พบว่า ในพื้นที่ที่มีมาตรการดังกล่าว อุบัติการณ์ของปัญหาทางอาญามีอัตราต่ำกว่า (Menaker and Chaney, 2014) วรรณกรรมในประเด็นนี้ยังไม่ค่อยหนักแน่น แม้ว่าการ

ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสนามกีฬาจะพบได้ทั่วไปทั่วโลก (Bormann and Stone, 2001)

การจำกัดการเข้าถึงตามสถานที่ที่มักมุ่งเน้นไปที่พื้นที่สาธารณะ มาตรการจำกัดการเข้าถึงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อเครื่องดื่มของเยาวชนโดยเฉพาะ เนื่องจากเยาวชนมักใช้สถานที่สาธารณะ (เช่น สวนสาธารณะ ชายหาด ทะเลสาบ ฯลฯ) ในการดื่ม (Hibell *et al.*, 2004) การห้ามดื่มในสถานที่เหล่านั้นอาจลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางสังคมอีกด้วย (Conway, 2002) อย่างไรก็ตาม การทบทวนมาตรการห้ามดื่มในที่สาธารณะพบว่า ในขณะที่มาตรการเหล่านี้ปรับการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับความปลอดภัยและสิ่งอำนวยความสะดวก มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่า มาตรการดังกล่าวลดการดื่มหรืออันตรายในที่สาธารณะ และมักจะถูกบังคับใช้ในลักษณะที่ส่งผลเสียต่อกลุ่มชายขอบที่มีอยู่แล้วอีกด้วย (Pennay and Room, 2012)

8.5 สรุปผลกระทบของการควบคุมเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิจัยสนับสนุนข้อสรุปที่ว่า การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถช่วยลดปัญหาจากแอลกอฮอล์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นอย่างมาก โดยทั่วไปแล้ว การเข้าถึงมักจะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือการใช้ข้อห้ามนี้มักจะทำควบคู่ไปกับมาตรการเชิงนโยบายอื่น ๆ ซึ่งทำให้การระบุ ว่า ผลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการควบคุมการเข้าถึงอย่างชัดเจนนั้นทำได้ยาก การดำเนินนโยบายควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีหลักฐานสนับสนุนนั้น สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการใช้ควบคู่กับมาตรการอื่น ๆ (เช่น มาตรการด้านราคา) ประเทศลิทัวเนียแสดงให้เห็นภาพประกอบที่น่าสนใจ ตามที่อธิบายไว้ในกล่องข้อความที่ 8.2

ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 6 และ ๗ ภาคผนวกออนไลน์ 1 กลยุทธ์และวิธีการที่ทบทวนในบทนี้ได้รับการจัดอันดับโดยผู้เขียนในแง่ของหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลและจำนวนงานวิจัยที่สนับสนุน ตารางที่ 8.1 แสดงคะแนนฉันทามติของผู้เขียนสำหรับกลยุทธ์ที่มีการศึกษาประเมินผลแล้วเป็นอย่างน้อย (ดูบทที่ 7) มีมาตรการหลายอย่างที่มีหลักฐานด้าน

ประสิทธิผลชัดเจน แต่มาตรการเหล่านี้มักไม่สามารถทำได้ ด้วยเหตุผลทางการเมืองและทางสังคม ตัวอย่างเช่น ระบบปันส่วนทั่วไป การทำให้เกิดการผูกขาดการค้าปลีกโดยรัฐบาล และการห้ามขายโดยเด็ดขาด แม้ว่าการห้ามขายอย่างเด็ดขาดจะไม่สามารถทำได้ในประเทศส่วนใหญ่ แต่ก็เป็นไปได้ภายใต้สถานการณ์บางอย่าง ดังแสดงในภาพที่ 8.2 และอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมในกล่องข้อความที่ 8.1

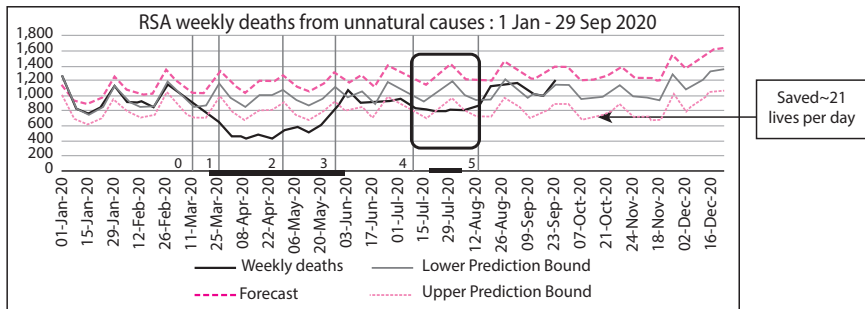
กล่องข้อความที่ 8.2 มาตรการเชิงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างครอบคลุมในประเทศลิทัวเนีย

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 เป็นต้นมา มีการดำเนินการมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขหลายชุดในประเทศลิทัวเนีย มาตรการเหล่านี้รวมถึงการเพิ่มภาษี การเปลี่ยนแปลงกฎหมายการดื่มแล้วขับ การจำกัดการโฆษณา และชุดของมาตรการเพื่อลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงการยกเลิกการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานีบริการน้ำมัน การจำกัดชั่วโมงซื้อขายในร้านไม่มีที่นั่งดื่ม และการเพิ่มอายุการดื่มขั้นต่ำตามกฎหมาย (Stelemekas *et al.*, 2021) การวิจัยได้แสดงถึงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เนื่องมาจากมาตรการเหล่านี้ (Stumbrys *et al.*, 2020) ซึ่งมีขนาดใหญ่พอที่จะส่งผลให้อัตราการตายจากทุกสาเหตุในประชากรลดลง การวิเคราะห์ที่ดำเนินการอย่างรอบคอบแสดงให้เห็นว่า การจำกัดการเข้าถึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลดลงดังกล่าว ควบคู่ไปกับมาตรการแทรกแซงด้านราคา ผลลัพธ์จากประเทศลิทัวเนียให้หลักฐานที่ชัดเจนว่า มาตรการแทรกแซงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระดับประชากร

นโยบายที่เป็นไปได้มากขึ้นพร้อมหลักฐานที่หนักแน่น ได้แก่ การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงพื้นที่และตามเวลา ซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของทั้งการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ซึ่งพบได้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับนโยบายที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และนโยบายที่จำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดึก การเพิ่มการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่นแบบที่ละน้อยมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดอันตรายบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ความรุนแรง แต่ก็ยังมีความไม่สอดคล้องกันของวรรณกรรม จึงจำเป็นต้องหาหลักฐานวิชาการจากพื้นที่ที่หลากหลายและจากงานวิจัยที่ออกแบบดียิ่งขึ้น

สำหรับคนหนุ่มสาว กฎหมายที่เพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์นี้มีการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้มแข็งมาก โดยมีการศึกษาหลายสิบเรื่องที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงอายุขั้นต่ำในการดื่มมีผลกระทบอย่างมากต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บล้มตายอื่น ๆ มาตรการที่เพิ่มความเข้มข้นของการบังคับใช้การจำกัดอายุในการซื้อก็มีประสิทธิภาพเช่นกัน



Vertical time lines:

- 0. Week Disaster Management Act Implemented
- 1. Week lockdown level 5 Introduced
- 2. Week lockdown changed to level 4 with curfew
- 3. Week lockdown changed to level 3 Including unbanning sale of alcohol
- 4. Week sale of alcohol re-banned and curfew re-Introduced
- 5. Week lockdown changed to level 2 Including unbanning of alcohol

Numbers have been scaled to the estimated acutal number of death and for the last week has been adjusted for delayed registrations

ภาพที่ 8.2 ผลกระทบของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออัตราการเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติในแอฟริกา

จัดทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Duailibi S, Ponicki W, Grube J, et al. (2007) ‘The Effect of Restricting Opening Hours on Alcohol-Related Violence.’ American Journal of Public Health 97(12):2276-2280.

ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา มีรูปแบบจำนวนมากที่ใช้การควบคุมรายการณีโดยเฉพาะตามลักษณะของเหตุการณ์ที่มีปัญหา ดังที่โครงการ South Dakota 24/7 Sobriety (Kilmer *et al.*, 2013) แสดงให้เห็นว่า มาตรการนี้จะได้ผลอย่างยิ่ง เมื่อเกณฑ์ความสำเร็จของมาตรการดังกล่าวสามารถนำไปใช้อย่างเปิดเผย และกำกับติดตามได้อย่างแม่นยำ เช่นเดียวกับข้อกำหนดในการงดดื่มในช่วงเวลาเฉพาะ ประสบการณ์ชี้ให้เห็นว่า การควบคุมที่มุ่งเน้นเป็นรายการณีหากปราศจากซึ่งเงื่อนไขของการทำให้สาธารณะรับรู้และมีการติดตามกำกับอย่างดีก็อาจไม่ได้ผล

ในขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพมาจากประเทศที่พัฒนาแล้วทางเศรษฐกิจมากกว่า แต่หลักฐานจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางชี้ให้เห็นว่า การดื่มในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางลดลงมากกว่า เมื่อมีการบังคับใช้มาตรการควบคุมการเข้าถึงอย่างเข้มงวด (Cook *et al.*, 2014) ดังนั้น นโยบายการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพจึงมีแนวโน้มที่จะมีความสำคัญในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นตามการเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

ต้นทุนในการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับต้นทุนทางสังคมและสุขภาพที่สูญเสียไปกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดื่มหนัก การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลชี้ให้เห็นว่า การลดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายและวันหรือเวลาในการซื้อขาย และการเพิ่มอายุขั้นต่ำสำหรับการดื่มตามกฎหมายเป็นนโยบายที่มีความคุ้มค่า (Burton *et al.*, 2017) การควบคุมการเข้าถึงพร้อมกับการบังคับใช้จึงมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการลดการบริโภคและปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 8.1)

ตารางที่ 8.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์^C

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การห้ามขายโดยสิ้นเชิง	++	++	สามารถลดการบริโภคและอันตรายอย่างมาก แต่ในบางกรณีมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากตลาดมืดซึ่งต้องใช้งบประมาณสูงสูงในการปราบปราม มาตรการนี้จะไม่ได้ผล หากไม่มีการบังคับใช้
ระบบการปันส่วน	++	+	หลักฐานส่วนใหญ่มาจากตัวอย่างทางประวัติศาสตร์หลายแห่งในไม่กี่ประเทศ สามารถส่งผลกระทบต่อนักดื่มหนัก และนักดื่มที่มีปัญหาโดยเฉพาะ การบังคับใช้ระบบการปันส่วนต้องใช้ตลาดที่มีการควบคุมอย่างเข้มงวด
การห้ามดื่มในที่สาธารณะ	?	+	โดยทั่วไปมุ่งเน้นไปที่นักดื่มอายุน้อย หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อาจลดการบริโภคและอันตรายได้ชั่วคราว แต่อันตรายอาจจะถูกย้ายไปเกิดที่อื่นโดยอาจจะไม่ลดน้อยลง อาจใช้ต้นทุนมากในการบังคับใช้
การจำกัดวันขาย	++	++	โดยทั่วไปวรรณกรรมจะพบหลักฐานว่า การขยาย (หรือลด) วันขาย ทำให้เพิ่ม (หรือลด) การบริโภคและอันตรายที่เกี่ยวข้อง (เช่น อุบัติเหตุจราจร) การศึกษาส่วนใหญ่มาจากอเมริกาเหนือ และกลุ่มประเทศนอร์ดิก มีแนวโน้มที่จะเข้าถึงประชากรในวงกว้าง
การจำกัดเวลาขายในบาร์ ผับ และที่อื่น ๆ	++	++	มีหลักฐานชัดเจนว่า การเปลี่ยนแปลงเวลาซื้อขายเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ในช่วงตีมีผลต่อการเกิดความรุนแรงในบริเวณโดยรอบสถานบันเทิง

ตารางที่ 8.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c (ต่อ)

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การจำกัดเวลาขายในร้านไม่มีที่นั่งดื่ม	++	+	การศึกษาที่ออกแบบมาอย่างดีซึ่งมีจำนวนน้อยมาจากประเทศที่มีระดับรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ ผลกระทบต่ออันตรายจากการดื่ม (เช่น การบาดเจ็บ การมีเมามา) โดยเฉพาะในคนหนุ่มสาวมีแนวโน้มที่จะมีการเข้าถึงประชากรในวงกว้าง
นโยบายควบคุมความหนาแน่นของจุดจำหน่าย	+ / ++	+++	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของความหนาแน่นของจุดจำหน่าย (เช่น การอนุญาตหรือการจำกัดการขายในซูเปอร์มาร์เก็ต) ส่งผลกระทบต่อ การบริโภคและอัตราการเกิดอันตรายอย่างชัดเจน หลักฐานสำหรับการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปจะแตกต่างกันระหว่างเขตพื้นที่การปกครองประเภทใบอนุญาต และผลลัพธ์ และมีความเข้มแข็งที่สุดสำหรับปัญหาความรุนแรง นโยบายเฉพาะเพื่อกำหนดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นอย่างค่อยเป็นค่อยไปแทบจะไม่ได้รับ การประเมิน
การผูกขาดโดยรัฐบาล	++	++	วิธีที่มีประสิทธิภาพในการจำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายหากให้ความสำคัญต่อเป้าหมายด้านสาธารณสุขและความสงบเรียบร้อยของสังคมจะเพิ่มประโยชน์มากขึ้น มีการเข้าถึงประชากรในวงกว้าง

ตารางที่ 8.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c (ต่อ)

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
กฎหมายอายุขั้นต่ำสำหรับการซื้อ	+++	++	มีหลักฐานที่ชัดเจนและสอดคล้องกันในหลายประเทศ มีประสิทธิภาพในการลดการเสียชีวิตจากการจราจรและอันตรายอื่น ๆ ด้วยการบังคับใช้น้อยที่สุด แต่ถ้าบังคับใช้มากจะเพิ่มประสิทธิภาพ และต้นทุนอย่างมาก โปรแกรมระดับชุมชนที่เพิ่มการปฏิบัติตามกฎระเบียบมีประสิทธิภาพ หลักฐานส่วนใหญ่จากสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอายุจาก 18 ถึง 21 ปี
ระบบใบอนุญาตรายบุคคล	+	+	หลักฐานที่มีอยู่จำกัดจากระบบใบอนุญาตในประวัติศาสตร์ในแคนาดาและกลุ่มประเทศนอร์ดิก ซึ่งมักรวมกับระบบการปันส่วน มีหลักฐานบางอย่างที่แสดงว่าการบริโภคและอันตรายเพิ่มขึ้นเมื่อยกเลิกระบบดังกล่าว
การห้ามและการบังคับใช้มาตรการป้องกันการกระทำผิดหลังถูกลงโทษ	++	+	เป็นมาตรการที่เข้มงวดซึ่งต้องการการกำกับติดตามบุคคลต้องห้ามอย่างครอบคลุม ดำเนินการส่วนใหญ่เกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับ แต่อันตรายอื่น ๆ ก็ลดลงได้ในระดับประชากรในบางกรณี
การห้ามเฉพาะบางสถานที่ และย่านบันเทิง	?	+	ระบบต่างๆ มุ่งเน้นไปที่การจำกัดการเข้าถึงสถานบันเทิงยามดึก (ผับ บาร์) หรือบริเวณสำหรับบุคคลที่มีปัญหาโดยทั่วไปมาตรการนี้ยังถูกประเมินน้อย

ตารางที่ 8.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c (ต่อ)

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
นโยบายด้านการเข้าถึงที่ส่งเสริมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำ	+	+	ส่วนใหญ่ผ่านการทดสอบสำหรับเบียร์ในประเทศแถบนอร์ดิก โดยมีเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ต่ำมีจำหน่ายอย่างกว้างขวางกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดเข้มข้นหรืออื่น ๆ มีหลักฐานจากสวีเดนว่า มาตรการนี้ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มวัยรุ่น
การจำกัดประเภท/ขนาดภาชนะบรรจุ	?	+	มีการศึกษาเพียงไม่กี่ชิ้นที่ยังออกแบบมาไม่ดี ซึ่งให้เห็นว่า การมีภาชนะขนาดใหญ่ (เช่น ไวน์ชนิดบรรจุกล่อง) อาจมีผลต่อการบริโภค อาจเกี่ยวข้อง biorาคาต่อหน่วยที่ต่ำกว่า
การจำกัดการขายในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง (เช่น สนามกีฬา)	+	+	มีการศึกษาน้อย แต่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่าการจำกัดเหล่านี้สามารถลดอันตรายได้ (เช่น การห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในสนามกีฬาสามารถลดอาการมึนเมา/การบาดเจ็บได้)

^a 0 หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่าไม่มีประสิทธิผล (มาตรการถูกประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์); + หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคและผลกระทบ; ++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลปานกลางต่อการบริโภคและผลกระทบ; +++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลมากต่อการบริโภคและผลกระทบ; ? มีหนึ่งการศึกษาหรือมากกว่าที่ศึกษาแต่ยังไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปได้

^b 0 ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล; + มีการศึกษาคุณภาพสูงเกี่ยวกับประสิทธิผล 1-2 การศึกษา; ++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากกว่า 2 การศึกษา แต่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่มีการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง; +++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากเพียงพอที่สามารถนำมาทบทวนวรรณกรรมหรือวิเคราะห์ทอภิมานโดยที่มีบางการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

^c ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่  Online Appendix 1

เอกสารอ้างอิง

- Al-Ansari, B., Thow, A. M., Day, C. A., & Conigrave, K. M. (2016). Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization. *Addiction*, 111(10), 1703-1713.
- Allday, A. (2017). *IBISWorld industry report OD4087 online beer, wine and liquor sales in Australia*. IBISWorld.
- Bainbridge, L. (2019). Transferring 24/7 Sobriety from South Dakota to South London: the case of MOPAC's alcohol abstinence monitoring requirement pilot. *Addiction*, 114(9), 1696-1705.
- Barnett, S. B. L., Coe, N. B., Harris, J. R., & Basu, A. (2020). Washington's privatization of liquor: effects on household alcohol purchases from Initiative 1183. *Addiction*, 115(4), 681-689.
- Benegal, V. (2005). India: alcohol and public health. *Addiction*, 100(8), 1051-1056.
- Blocker J. S., Jr (2006). Did prohibition really work? Alcohol prohibition as a public health innovation. *American journal of public health*, 96(2), 233-243.
- Bormann, C. A., & Stone, M. H. (2001). The effects of eliminating alcohol in a college stadium: the Folsom Field beer ban. *Journal of American college health*, 50(2), 81-88.
- Brady, M. (2000). Alcohol policy issues for Indigenous people in the United States, Canada, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems*, 27(3), 435-509.
- Bruun, K., & Frånberg, P. (1985). *Den Svenska Supen: en historia om Brännvinn, Bratt och Byråkrati [The swedish snaps: a history of booze, bratt and bureaucracy]*. Prisma.
- Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O'Connor, R., Perkins, C., Sweeney, K., Greaves, F., Ferguson, B., Beynon, C., Belloni, A., Musto, V., Marsden, J., & Sheron, N. (2017). A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*, 389(10078), 1558-1580.
- Callan, C. M., & Boyle, A. A. (2018). Has the Licensing Act 2003 affected violence rates in England and Wales? A systematic review of hospital and police studies. *European journal of emergency medicine*, 25(5), 304-311.

- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2011). The minimum legal drinking age and public health. *The journal of economic perspectives*, 25(2), 133-156.
- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2015). The minimum legal drinking age and crime. *The review of economics and statistics*, 97(2), 521-524.
- Chen, M. J., Gruenewald, P. J., & Remer, L. G. (2009). Does alcohol outlet density affect youth access to alcohol? *The Journal of adolescent health*, 44(6), 582-589.
- Chikritzhs, T., Gray, D., Lyons, Z., Siggers, S. (2007). *Restrictions on the sale and supply of alcohol: evidence and outcomes*. National Drug Research Institute.
- Chiu, A. Y., Perez, P. E., & Parker, R. N. (1997). Impact of banning alcohol on outpatient visits in Barrow, Alaska. *JAMA*, 278(21), 1775-1777.
- Cohen, D. A., Ghosh-Dastidar, B., Scribner, R., Miu, A., Scott, M., Robinson, P., Farley, T. A., Bluthenthal, R. N., & Brown-Taylor, D. (2006). Alcohol outlets, gonorrhea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis. *Social science & medicine* (1982), 62(12), 3062-3071.
- Conway, K. (2002). Booze and beach bans: turning the tide through community action in New Zealand. *Health promotion international*, 17(2), 171-177.
- Cook, W. K., Bond, J., & Greenfield, T. K. (2014). Are alcohol policies associated with alcohol consumption in low-and middle-income countries?. *Addiction*, 109(7), 1081-1090.
- Cunradi, C. B., Mair, C., Ponicki, W., & Remer, L. (2012). Alcohol outlet density and intimate partner violence-related emergency department visits. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 36(5), 847-853.
- DeJong, W., & Blanchette, J. (2014). Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement*, 75 Suppl 17, 108-115.
- de Vocht, F., Heron, J., Angus, C., Brennan, A., Mooney, J., Lock, K., Campbell, R., & Hickman, M. (2016). Measurable effects of local alcohol licensing policies on population health in England. *Journal of epidemiology and community health*, 70(3), 231-237.

- De Vocht, F., Heron, J., Campbell, R., Egan, M., Mooney, J. D., Angus, C., Brennan, A., & Hickman, M. (2017). Testing the impact of local alcohol licencing policies on reported crime rates in England. *Journal of epidemiology and community health, 71(2)*, 137-145.
- Dills A. K. (2010). Social host liability for minors and underage drunk-driving accidents. *Journal of health economics, 29(2)*, 241-249.
- Duailibi, S., Ponicki, W., Grube, J., Pinsky, I., Laranjeira, R., & Raw, M. (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American journal of public health, 97(12)*, 2276-2280.
- Fitterer, J. L., Nelson, T. A., & Stockwell, T. (2015). A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Frontiers in public health, 3*, 253.
- Fone D, Morgan J, Fry R, Rodgers S, Orford S, Farewell D, et al. Change in alcohol outlet density and alcohol-related harm to population health (CHALICE): a comprehensive record-linked database study in Wales. *Public Health Research 4(3)*, 1-186.
- Friese, B., Grube, J. W., Seninger, S., Paschall, M. J., & Moore, R. S. (2011). Drinking behavior and sources of alcohol: differences between Native American and White youths. *Journal of studies on alcohol and drugs, 72(1)*, 53-60.
- Gmel, G., Holmes, J., & Studer, J. (2016). Are alcohol outlet densities strongly associated with alcohol-related outcomes?. A critical review of recent evidence. *Drug and alcohol review, 35(1)*, 40-54.
- Godfrey, C. (1988). Licensing and the demand for alcohol. *Applied Economics, 20(11)*, 1541-1548.
- Graham, K. (2012). Commentary on Rossow and Norström (2012): when should bars close?. *Addiction, 107(3)*, 538-539.
- Grönqvist, H., & Niknami, S. (2014). Alcohol availability and crime: lessons from liberalized weekend sales restrictions. *Journal of Urban Economics, 81*, 77-84.
- Grube, J. W., & Nygaard, P. (2005). Alcohol policy and youth drinking: overview of effective interventions for young people. In: Stockwell, T., Loxley, W., Stockwell, T., & Toumbourou, J.W., (eds.) *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice (pp. 113-127)*. Wiley.

- Gruenewald, P. (2007). The spatial ecology of alcohol problems: niche theory and assortative drinking. *Addiction*, 102(6), 870-878.
- Gruenewald, P. J., & Remer, I. (2006). Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 30(7), 1184-1193.
- Gruenewald, P. J., Treño, A. J., Ponicki, W. R., Huckle, T., Yeh, L. C., & Casswell, S. (2015). Impacts of New Zealand's lowered minimum purchase age on context-specific drinking and related risks. *Addiction*, 110(11), 1757-1766.
- Halonen, J. I., Kivimäki, M., Virtanen, M., Pentti, J., Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Vahtera, J. (2013). Proximity of off-premise alcohol outlets and heavy alcohol consumption: a cohort study. *Drug and alcohol dependence*, 132(1-2), 295-300.
- Hawkins, B., & McCambridge, J. (2019) Public- private partnerships and the politics of alcohol policy in England: the Coalition Government's Public Health 'Responsibility Deal'. *BMC Public Health*, 19(1), 1477.
- Heaton, P. (2012). Sunday liquor laws and crime. *Journal of Public Economics*, 96(1-2), 42-52.
- Her, M., Giesbrecht, N., Room, R., & Rehm, J. (1999). Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. *Addiction*, 94(8), 1125-1139.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlstrom, S. (2004). *The 2003 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hobday, M., Chikritzhs, T., Liang, W., & Meuleners, L. (2015). The effect of alcohol outlets, sales and trading hours on alcohol-related injuries presenting at emergency departments in Perth, Australia, from 2002 to 2010. *Addiction*, 110(12), 1901-1909.
- Hoke, O., & Cotti, C. (2015). The impact of large container beer purchases on alcohol-related fatal vehicle accidents. *Contemporary Economic Policy*, 33(3), 477-487.
- Holmes, J., Angus, C., & Meier, P. S. (2015). UK alcohol industry's 'billion units pledge': interim evaluation flawed. *BMJ*, 350, h1301.

- Holmes, J., Guo, Y., Maheswaran, R., Nicholls, J., Meier, P. S., & Brennan, A. (2014). The impact of spatial and temporal availability of alcohol on its consumption and related harms: a critical review in the context of UK licensing policies. *Drug and alcohol review, 33*(5), 515-525.
- Horverak, Ø., & Österberg, E. (1992) The prices of alcoholic beverages in the Nordic countries. *British journal of addiction, 87*(10), 1393-1408.
- Huckle, T., & Parker, K. (2014). Long-term impact on alcohol-involved crashes of lowering the minimum purchase age in New Zealand. *American journal of public health, 104*(6), 1087-1091.
- Huckle, T., Parker, K., Mavoa, S., & Casswell, S. (2020). Reduction in late-night violence following the introduction of National New Zealand trading hour restrictions. *Alcoholism, clinical and experimental research, 44*(3), 722-728.
- Huckle, T., Parker, K., Romeo, J. S., & Casswell, S. (2021). Online alcohol delivery is associated with heavier drinking during the first New Zealand COVID-19 pandemic restrictions. *Drug and alcohol review, 40*(5), 826-834.
- Huckle, T., Pledger, M., & Casswell, S. (2006). Trends in alcohol-related harms and offences in a liberalized alcohol environment. *Addiction, 101*(2), 232-240.
- Huckle, T., Romeo, P., & Casswell, S. (2019). A restrictive alcohol social supply law change is associated with less supply to friends under 18 years. *Drug and alcohol review, 38*(7), 737-743.
- Humphreys, D. K., & Eisner, M. P. (2014). Do flexible alcohol trading hours reduce violence? A theory-based natural experiment in alcohol policy. *Social science & medicine (1982), 102*, 1-9.
- Jensen, G. F. (2000). Prohibition, alcohol, and murder: untangling countervailing mechanisms. *Homicide Studies, 4*(1), 18-36.
- Jiang, H., & Livingston, M. (2015). The dynamic effects of changes in prices and affordability on alcohol consumption: an impulse response analysis. *Alcohol and alcoholism, 50*(6), 631-638.
- Kerr, W. C., Williams, E., Ye, Y., Subbaraman, M. S., & Greenfield, T. K. (2018). Survey estimates of changes in alcohol use patterns following the 2012 privatization of the Washington liquor monopoly. *Alcohol and alcoholism, 53*(4), 470-476.

- Kilmer, B., Nicosia, N., Heaton, P., Midgette, G. (2013). Efficacy of frequent monitoring with swift, certain, and modest sanctions for violations: insights from South Dakota's 24/7 Sobriety Project. *American Journal of Public Health, 103*, e37-43.
- Knai, C., Petticrew, M., Durand, M. A., Scott, C., James, L., Mehrotra, A., Eastmure, E., & Mays, N. (2015). The public health responsibility deal: has a public-private partnership brought about action on alcohol reduction?. *Addiction, 110*(8), 1217-1225.
- Kolosnitsyna, M., Sitdikov, M., & Khorkina, N. (2014). Availability restrictions and alcohol consumption: a case of restricted hours of alcohol sales in Russian regions. *International Journal of Alcohol and Drug Research, 3*(3), 193-201.
- Komro, K. A., Livingston, M. D., Wagenaar, A. C., Kominsky, T. K., Pettigrew, D. W., Garrett, B. A., & Cherokee Nation Prevention Trial Team. (2017) Multilevel prevention trial of alcohol use among American Indian and white high school students in the Cherokee Nation. *American journal of public health, 107*(3), 453-459.
- Kypri, K., & Livingston, M. (2020). Incidence of assault in Sydney, Australia, throughout 5 years of alcohol trading hour restrictions: controlled before-and-after study. *Addiction, 115*(11), 2045-2054.
- Kypri, K., McElduff, P., & Miller, P. (2014). Restrictions in pub closing times and lockouts in Newcastle, Australia five years on. *Drug and alcohol review, 33*(3), 323-326.
- Lachenmeier, D. W., Kanteres, F., & Rehm, J. (2014) Alcoholic beverage strength discrimination by taste may have an upper threshold. *Alcoholism, clinical and experimental research, 38*(9), 2460-2467.
- Lanu, K. E. (1956). Poikkeavan Alkoholiläyttäyty Misen Kontrolli: Kokeellinen Tutkimus Muodollisen Kontrollin Vaikutuksesta Alkoholikäyttämiseen [Control of drinking behaviour: an experimental study in the effect of formal control over drinking behavior]. Väkuomakysymyksen tutkimussäätiö.
- Lee, J. P., Pagano, A., Moore, R. S., Tilsen, N., Henderson, J. A., Iron Shell, A., Davids, S., LeBeaux, L., & Gruenewald, P. (2018). Impacts of alcohol availability on Tribal lands where alcohol is prohibited: a community-partnered qualitative investigation. *The International journal on drug policy, 54*, 77-86.

- Lindo, J. M., Siminski, P., & Yerokhin, O. (2016) Breaking the link between legal access to alcohol and motor vehicle accidents: evidence from New South Wales. *Health economics*, 25(7), 908-928.
- Lipton, R., Ponicki, W. R., Gruenewald, P. J., & Gaidus, A. (2018) Space-time analyses of alcohol outlets and related motor vehicle crashes: associations at city and census block-group levels. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 42(6), 1113-1121.
- Livingston, M. (2011a). A longitudinal analysis of alcohol outlet density and domestic violence. *Addiction*, 106(5), 919-925.
- Livingston, M. (2011b). Alcohol outlet density and harm: comparing the impacts on violence and chronic harms. *Drug and alcohol review*, 30(5), 515-523.
- Livingston, M. (2017). *Packaged liquor in Victoria: 2001-2016*. Canberra: foundation for alcohol research and education. <https://fare.org.au/wp-content/uploads/Packaged-liquor-in-Victoria-2001-to-2016.pdf>
- Livingston, M., Chikritzhs, T., & Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*. 26(5), 557-566.
- Mair, C., Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., & Remer, L. (2013) Varying impacts of alcohol outlet densities on violent assaults: explaining differences across neighborhoods. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(1), 50.
- Mäkelä, P., Rossow, I., & Tryggvesson, K. (2002). Who drinks more and less when policies change? In: Room, R., (ed.). *The effects of Nordic Alcohol Policies: what happens to drinking and harm when policies change?* (pp. 13-41). Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Mangeloja, E., & Pehkonen, J. (2009). Availability and consumption of alcoholic beverages: evidence from Finland. *Applied Economics Letters*, 16(4), 425-429.
- Manton, E., & Zajdow, G. (2014). Liquor accords: do they work?. In: Manton E, Room, R., Giorgi, C., Thorn, M., (eds.) *Stemming the tide of alcohol: liquor licensing and the public interest* (pp. 158-166). Foundation for Alcohol Research and Education.
- Marcus, J., & Siedler, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55-77.

- Mattick, R. P., Wadolowski, M., Aiken, A., Clare, P. J., Hutchinson, D., Najman, J., Slade, T., Bruno, R., McBride, N., Degenhardt, L., & Kypri, K. (2017). Parental supply of alcohol and alcohol consumption in adolescence: prospective cohort study. *Psychological medicine*, 47(2), 267-278.
- McKee, P., Erickson, D. J., Toomey, T., Nelson, T., Less, E. L., Joshi, S., & Jones-Webb, R. (2017). The impact of single-container malt liquor sales restrictions on urban crime. *Journal of Urban Health*, 94(2), 289-300.
- Menaker, B. E., & Chaney, B. H. (2014). College football game day stadium incidents: policy and environmental effects on alcohol-related ejections and crime. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 6, 119-134.
- Middleton, J. C., Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., Naimi, T. S., Toomey, T., Lawrence, B., & Task Force on Community Preventive Services. (2010). Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 39(6), 575-589.
- Midford, R., Young, D., Chikritzhs, T., Playford, D., Kiteet, E., Pascal, R. (2010). The effect of alcohol sales and advertising restrictions on a remote Australian community. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 21-41.
- Møller, L. (2002). Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. In: Room, R., (ed.). *The effects of Nordic Alcohol Policies: what happens to drinking and harm when policies change?* (pp. 155-166). Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Morrison, C., Cerdá, M., Gorman, D. M., Gruenewald, P. J., Mair, C. F., Naimi, T. S., Scribner, R., Stockwell, T., Toomey, T. L., & Wieczorek, W. F. (2016). Commentary on Gmel et al., (2016): are alcohol outlet densities strongly associated with alcohol-related outcomes?. *Drug and alcohol review*, 35(1), 55-57.
- Morrison, C., Gruenewald, P. J., & Ponicki, W. R. (2015). Socioeconomic determinants of exposure to alcohol outlets. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 76(3), 439-446.
- Moskalewicz, J., & Simpura, J. (2000). Alcohol and alcohol policy in eastern European transitions. *Journal of Substance Use*, 5(1), 30-38.

- Moskalewicz, J., & Świątkiewicz, G. (2000). Malczyce, Poland: a multifaceted community action project in Eastern Europe in a time of rapid economic change. *Substance use & misuse*, 35(1-2), 189-202.
- Muhunthan, J., Angell, B., Hackett, M. L., Wilson, A., Latimer, J., Eades, A. M., & Jan, S. (2017). Global systematic review of Indigenous community-led legal interventions to control alcohol. *BMJ Open*, 7(3), e013932.
- National Alcoholic Beverages Control Association. (2016). *Dry America in the 21st Century*. National Alcoholic Beverage Control Association.
- National Pubwatch. (2012). *Licensees view Pubwatch banning orders as 92% effective*. National Pubwatch. <https://www.nationalpubwatch.org.uk/news/licensees-view-pubwatch-banning-orders-as-92-effective/>
- Nemtsov, A., Neufeld, M., & Rehm, J. (2019). Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(5), 489-498.
- Nepal, S., Kypri, K., Tekelab, T., Hodder, R. K., Attia, J., Bagade, T., Chikritzhs, T., & Miller, P. (2020). Effects of extensions and restrictions in alcohol trading hours on the incidence of assault and unintentional injury: systematic review. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(1), 5-23.
- Nicosia, N., Kilmer, B., & Heaton, P. (2016). Can a criminal justice alcohol abstinence programme with swift, certain, and modest sanctions (24/ 7 Sobriety) reduce population mortality? A retrospective observational study. *The lancet. Psychiatry*, 3(3), 226-232.
- Norström, T. (1987). The abolition of the Swedish alcohol rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality. *British journal of addiction*, 82(6), 67-75.
- Norström, T., & Skog, O.-J. (2005). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 100(6), 767-776.
- Okaru, A. O., Rehm, J., Sommerfeld, K., Kuballa, T. (2019) The threat to quality of alcoholic beverages by unrecorded consumption. In: Grumezescu, A., & Holban, A.-M., (eds.). *Alcoholic beverages: 7. The science of beverages* (pp. 1-34). Woodhead Publishing.

- Pennay, A., & Room, R. (2012). Prohibiting public drinking in urban public spaces: a review of the evidence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(2), 91-101.
- Pinsky, I., & Laranjeira, R. (2007). Ethics of an unregulated alcohol market. *Addiction*, 102(7), 1038-1039.
- Pliakas, T., Lock, K., Jones, A., Aalders, S., & Egan, M. (2019). Getting shops to voluntarily stop selling cheap, strong beers and ciders: a time-series analysis evaluating impacts on alcohol availability and purchasing. *Journal of public health*, 41(1), 110-118.
- Poikolainen, K. (1980). Increase in alcohol-related hospitalizations in Finland 1969-1975. *British journal of addiction*, 75(3), 281-291.
- Pridemore, W. A., Chamlin, M. B., Kaylen, M. T., & Andreev, E. (2014). The effects of the 2006 Russian alcohol policy on alcohol-related mortality: an interrupted time series analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 38(1), 257-266.
- Quigg, Z., Butler, N., Bates, R., Ross-Houle, K., & Bellis, M.A. (2019). STAD in Europe (Evaluation Report). Liverpool John Moores University. <http://stadi.neurope.eu/resources/publications-2-2/>
- Rahman, L. (2003). *Alcohol prohibition and addictive consumption in India*. London School of Economics.
- Ramstedt, M. (2002). The repeal of medium-strength beer in grocery stores in Sweden—the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. In: Room, R., (ed.). *The effects of Nordic Alcohol Policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* (pp .117-131). Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Ramstedt, M., & Trollidal, B. (2017). *Vilken roll har bag-in-box spelat för den Ökade Vinkonsumtionen i Sverige? [What role has bag-in-box played in the increased wine consumption in Sweden?]*. Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysning (CAN).
- Rehm, J., Lachenmeier, D. W., Llopis, E. J., Imtiaz, S., & Anderson, P. (2016). Evidence of reducing ethanol content in beverages to reduce harmful use of alcohol. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 1(1), 78-83.

- Rehm, J., Manthey, J., Lange, S., Badaras, R., Zurlyte, I., Passmore, J., Breda, J., Ferreira-Borges, C., & Štelemėkas, M. (2020). Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction*, 115(4), 655-665.
- Reuter, H., Jenkins, L. S., De Jong, M., Reid, S., & Vonk, M. (2020). Prohibiting alcohol sales during the coronavirus disease 2019 pandemic has positive effects on health services in South Africa. *African journal of primary health care & family medicine*, 12(1), e1-4.
- Roche, A. M., Steenson, T., & Andrew, R. (2013). Alcohol and young people: what the legislation says about access and secondary supply. *Drug and alcohol review*, 32(2), 124-132.
- Romley, J. A., Cohen, D., Ringel, J., & Sturm, R. (2007). Alcohol and environmental justice: the density of liquor stores and bars in urban neighborhoods in the United States. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(1), 48-55.
- Room, R. (ed.) (2002). *The effects of Nordic Alcohol Policies: what happens to drinking and harm when control systems change?*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Room, R. (2004). Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Addiction*, 99(9), 1083-1089.
- Room, R. (2012). Individualised control of drinkers: back to the future?. *Contemporary Drug Problems*, 39(2), 311-343.
- Room, R., & Cisneros Örnberg, J. (2019). Government monopoly as an instrument for public health and welfare: lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *The International journal on drug policy*, 74, 223-228.
- Room, R., Jernigan, D., Carlini-Marlatt, B., Carlini-Marlatt, Beatriz, Gureje, Oye, Mäkelä, Klaus. (2002). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Finnish Foundation for Alcohol Studies and Geneva: World Health Organization.
- Room, R., & Livingston, M. (2017). The distribution of customary behavior in a population: the total consumption model and alcohol policy. *Sociological Perspectives*, 60, 10-22.
- Rossow, I., Karlsson, T., & Raitasalo, K. (2008). Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway. *Addiction*, 103(9), 1468-1473.

- Rossow, I., & Norström, T. (2012). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction, 107*(3), 530-537.
- Rowland, B., Evans-Whipp, T., Hemphill, S., Leung, R., Livingston, M., & Toumbourou, J. W. (2016). The density of alcohol outlets and adolescent alcohol consumption: an Australian longitudinal analysis. *Health & place, 37*, 43-49.
- Schrad, M. L. (2010). *The political power of bad ideas: networks, Institutions and the Global Prohibition Wave*. Oxford University Press.
- Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Andréasson, S., Angus, C., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J., Mäkelä, P., Mills, M., Norström, T., Ramstedt, M., & Woods, J. (2018). Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *Journal of studies on alcohol and drugs, 79*(1), 58-67.
- Skog, O-J. (2000). An experimental study of a change from over-the-counter to self-service sales of alcoholic beverages in monopoly outlets. *Journal of studies on alcohol, 61*(1), 95-100.
- Smith, J. (2018). *Twelve-month evaluation of the banned drinker register in the Northern Territory: part 1—descriptive analysis of administrative data*. Menzies School of Health Research.
- Smith, D. I., & Burvill, P. (1987). Effect on juvenile crime of lowering the drinking age in three Australian states. *Addiction, 82*(2), 181-188.
- Søgaard, T. F. (2018). Voices of the banned: emergent causality and the unforeseen consequences of patron banning policies. *Contemporary Drug Problems, 45*(1), 15-32.
- Stehr, M. F. (2010). The effect of sunday sales of alcohol on highway crash fatalities. *Journal of Economic Analysis & Policy, 10*(1), 73.
- Stockwell, T., & Gruenewald, P. J. (2004). Controls on the physical availability of alcohol. In: Heather N and Stockwell T (eds.) *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol* (pp. 213-233). John Wiley and Sons.
- Stockwell, T., Sherk, A., Norström, T., Angus, C., Ramstedt, M., Andréasson, S., Chikritzhs, T., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J., & Mäkelä, P. (2018). Estimating the public health impact of disbanding a government alcohol monopoly: application of new methods to the case of Sweden. *BMC Public Health, 18*(1), 1400.

- Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Pakula, B., Gruenewald, P., & Holder, H. (2009). Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly: a multi-level local area analysis. *Addiction*, *104*(11), 1827-1836.
- Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W., Tu, A., & Buxton, J. (2013) Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American journal of public health*, *103*(11), 2014-2020.
- Stumbrys, D., Telksnys, T., Jasilionis, D., Liutkutė Gumarov, V., Galkus, L., Goštautaitė Midttun, N., & Štelemėkas, M. (2020). Alcohol-related male mortality in the context of changing alcohol control policy in Lithuania 2000-2017. *Drug and alcohol review*, *39*(7), 818-826.
- Štelemėkas, M., Manthey, J., Badaras, R., Casswell, S., Ferreira-Borges, C., Kalėdienė, R., Lange, S., Neufeld, M., Petkevičienė, J., Radišauskas, R., Room, R., Telksnys, T., Zurytė, I., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time-series analysis. *Addiction* *116*(10), 2673-2684.
- Tabb, L. P., Ballester, L., & Grubestic, T. H. (2016). The spatio-temporal relationship between alcohol outlets and violence before and after privatization: a natural experiment, Seattle, Wa 2010-2013. *Spat Spatiotemporal Epidemiol*, *19*, 115-124.
- Thompson, S., & Genosko, G. (2009). *Punched drunk: alcohol, surveillance, and the LCBO, 1927-1975*. Fernwood Publishers.
- Tigerstedt, C. (2000). Discipline and public health. In: Sulkunen P., (eds.). *Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control* (pp. 93-112). Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Trolldal, B. (2005). Availability and sales of alcohol in four Canadian provinces: a time-series analysis. *Contemporary Drug Problems*, *32*, 343-372.
- Wagenaar, A. C., Murray, D. M., & Toomey, T. L. (2000). Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, *95*(2), 209-217.

- Wagenaar, A. C., & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of studies on alcohol. Supplement, (14)*, 206-225.
- Wagenaar, A. C., Toomey, T. L., & Erickson, D. J. (2005). Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcoholism, clinical and experimental research, 29(2)*, 255-262.
- Whetten-Goldstein, K., Sloan, F. A., Stout, E., & Liang, L. (2000). Civil liability, criminal law, and other policies and alcohol-related motor vehicle fatalities in the United States, 1984-1995. *Accident; analysis and prevention, 32(6)*, 723-733.
- Wicki, M., Bertholet, N., & Gmel, G. (2020). Estimated changes in hospital admissions for alcohol intoxication after partial bans on off-premises sales of alcoholic beverages in the canton of Vaud, Switzerland: an interrupted time-series analysis. *Addiction, 115(8)*, 1459-1469.
- Wicki, M., & Gmel, G. (2011). Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug Alcohol Depend, 118(2-3)*, 209-215.
- Wilkinson, C., Livingston, M., & Room, R. (2016). Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005-2015. *Public health research & practice, 26(4)*, 1-7.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2020). *Global information system on alcohol and health*. <https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.GISAHhome?showonly=GISAH>
- Yu, Q., Scribner, R., Carlin, B., Theall, K., Simonsen, N., Ghosh-Dastidar, B., Cohen, D., & Mason, K. (2008). Multilevel spatio-temporal dual changepoint models for relating alcohol outlet destruction and changes in neighbourhood rates of assaultive violence. *Geospatial Health, 2(2)*, 161-172.

9 การจำกัดการตลาด

9.1 เกริ่นนำ

การตลาด หมายถึง ทุกองค์ประกอบของความพยายามที่จะขายสินค้าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ผลิตเชิงพาณิชย์ นอกจากการโฆษณาและการส่งเสริมการขายแล้ว การตลาดยังหมายความรวมถึงการออกแบบสินค้า การตั้งราคา การหาช่องทางจำหน่าย และความยากง่ายในการเข้าถึงสินค้า การตลาดผสมสมัยใหม่จะรวมไปถึงการใช้บุคคลติดต่อสื่อสารกับผู้บริโภคอีกด้วย ตลอดจนกระบวนการส่งสินค้าและเข้าถึงสินค้าทางออนไลน์ และการสร้างประสบการณ์ทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้กับลูกค้า องค์ประกอบเหล่านี้ คือ ส่วนผสมทางการตลาดที่ธุรกิจใช้กันมาช้านาน แต่การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบัน ได้ทำให้เกิดเครื่องมือสื่อสารการตลาดใหม่ ๆ ที่ทรงพลังขึ้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตลาดดิจิทัลได้ทำให้เกิดการสร้างเนื้อหาสื่อสารทางการตลาดที่มุ่งเป้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Carah, 2017) แรงผลักดันทางการตลาดผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบันเกิดขึ้นแพร่หลายทั่วโลก ส่งผลให้สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นสินค้าที่โฆษณาสูงเป็นสามเท่าของสินค้าทั่วไป (Saffer, 2020)

การแพร่หลายของ **แพลตฟอร์มดิจิทัล (digital platforms)**¹ ได้ส่งผลให้การตลาดข้ามพรมแดนมีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น ซึ่งมีความหมายต่อนโยบายสาธารณสุข เพราะการ

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

ตลาด คือ ปัจจัยสำคัญในการขยายตลาดข้ามประเทศของ**องค์กรธุรกิจแอลกอฮอล์ข้ามชาติ (transnational alcohol corporations; TNACs)** เจาะเข้าไปยังภูมิภาค เจาะประเทศ อาจเจาะไปถึงกลุ่มประชากรที่แต่เดิมยังไม่ใช้ผู้ดื่มก็ได้ การตลาดข้ามพรมแดนยังสามารถเข้าไปเขย่าการบริโภคแอลกอฮอล์ที่อึดตัวของบางภาคส่วนใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries)** โดยมีผู้เล่นรายใหญ่ที่มีพลังมากขึ้นเข้ามาร่วมด้วยในการตลาดข้ามพรมแดน เช่น บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ธุรกิจการประชาสัมพันธ์ กลุ่มธุรกิจสื่อโทรทัศน์ดาวเทียม กลุ่มธุรกิจแพลตฟอร์มดิจิทัล กลุ่มธุรกิจกีฬาระดับโลก และกลุ่มธุรกิจท่องเที่ยว

ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงนโยบายแบบครอบคลุมเบ็ดเสร็จในประเด็นการตลาดดิจิทัลนี้ยังมีน้อย กฎหมายหรือกฎข้อห้ามระดับชาติที่จะมาควบคุมการเปิดรับการตลาดในประเด็นนี้หรือในเนื้อหา (content) บางประเภท ก็ควบคุมการตลาดได้เพียงบางส่วน แพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นสิ่งที่เติบโตเร็ว มองไม่เห็น และผู้คนยังไม่เข้าใจต่อแท่ง ทำให้มีข้อบังคับหรือระเบียบในส่วนนี้ค่อนข้างน้อย (Carah and Brodmerkel, 2021)

ธุรกิจแอลกอฮอล์ ธุรกิจโฆษณา และธุรกิจแพลตฟอร์มดิจิทัลได้ร่วมมือกันในการเสนอกฎควบคุมแบบสมัครใจ (voluntary codes) ที่ไร้ประสิทธิภาพ โดยกล่าวว่า เป็นกรอบในการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของภาคธุรกิจ (Noel et al., 2017a, b)

การตลาดยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และบรรทัดฐานสังคม ซึ่งขัดแย้งอย่างยิ่งกับการส่งเสริมด้านสุขภาพ (Wallack, 1983; Alhabash et al., 2015) การแพร่ขยายของการตลาดในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง (HICs) และ**กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (low-and middle-income countries)** ส่งผลให้สินค้าแอลกอฮอล์ถูกมองในแง่บวกและกลายเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันไป ซึ่งย่อมส่งผลต่อการยอมรับนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เข้มงวดมากขึ้น เพราะการตลาดคือพลังสำคัญในการทำให้สินค้าแอลกอฮอล์ถูกมองเป็นสินค้า “ปกติ ธรรมดา” (Casswell, 1997)

ในบทนี้ ผู้เขียนจะเกริ่นนำให้เห็นภาพสถานะ ณ ปัจจุบันของการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาด้วยการประเมินผลกระทบของการตลาดสินค้าแอลกอฮอล์ และประเมินการใช้มาตรการควบคุมที่แตกต่างกันในด้าน การควบคุมการบริโภคและลดอันตราย ส่วนการอธิบายถึงการตลาดประเภท**กิจกรรมรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility; CSR)** ได้กล่าวถึงไว้แล้วในบทที่ 5

9.2 การดำเนินงานการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

9.2.1 การรณรงค์ทางการตลาดแบบบูรณาการ

การรณรงค์ทางการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการ (integrated marketing campaigns) แต่เดิมมุ่งเป้าไปที่การโฆษณาส่งสารอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางสื่อจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นสื่อกระจายเสียง สื่อสิ่งพิมพ์ บิลบอร์ด และจดหมายถึงลูกค้าโดยตรง (direct mail) แต่การรณรงค์ด้วยการสื่อสารการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันจะสอดแทรกข้อมูล “แข็ง” (“hard”) ของการตลาด (ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยและการวิเคราะห์เจาะลึกเพื่อค้นหาเป้าหมาย การออกแบบสินค้า บริการ และการกระจายสินค้า) ไปกับข้อมูล “อ่อน” (soft) ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางด้านสื่อสารและวัฒนธรรม เช่น ข้อมูลโฆษณา การประชาสัมพันธ์ และกิจกรรมรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) (Carah, 2017)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางการตลาดย่อมเอื้อให้นักการตลาดเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในช่วงเวลาที่เหมาะสม และในบางจังหวะ บางสถานะที่มีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลทางการตลาดยังเอื้อให้นักการตลาดสามารถเชื่อมลูกค้าเข้ากับสินค้า หรือเชิญชวนให้ซื้อในจังหวะและเวลาที่ใช่หรือเข้ากันกับอารมณ์ ความต้องการ หรือแม้เข้ากับถิ่นที่อยู่ของลูกค้าได้ (Carah and Brodmerkel, 2021) การตอบสนองของผู้ชม เช่น ปุ่มกด “ซื้อ” ก็ให้ข้อมูลกับนักการตลาดได้แล้ว และด้วยแนวการตลาดที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลลูกค้าแบบนี้ ย่อมทำให้ฐานการตลาดเติบโตแข็งแกร่งยิ่งขึ้น แพลตฟอร์มต่าง ๆ สมัยนี้ก็หันไปใช้กลยุทธ์เจาะเฉพาะกลุ่มมากยิ่งขึ้น ใช้ **บุคคลผู้มีอิทธิพล (influencer)** มากกว่าที่จะหว่านตลาดมวลชน กลยุทธ์หลาย ๆ อย่างก็จะเห็นได้เฉพาะกลุ่มที่ถูกมุ่งเป้าหมายเป็นกลุ่มเฉพาะ แต่คนบางกลุ่มก็อาจจะมองไม่เห็น หรือ “มืด” (“dark”) ไป (Carah and Brodmerkel, 2021) บุคคลผู้มีอิทธิพล หรืออินฟลูเอนเซอร์สมัยนี้ที่มีผู้ติดตามจำนวนมาก ก็มักจะร่วมมือกับบริษัทในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ ทำเนื้อหาของตัวเองแต่แฝงด้วยการส่งเสริมสินค้า โดยไม่เปิดเผยความสัมพันธ์ทางการเงินกับบริษัทผู้ขายสินค้าหรือผู้ผลิต มีการวิเคราะห์เนื้อหาของโพสต์ในอินสตาแกรมของเหล่าอินฟลูเอนเซอร์ในปี ค.ศ. 2019 พบว่า เหล่าอินฟลูเอนเซอร์ส่วนใหญ่มักโพสต์เกี่ยวกับสินค้าแอลกอฮอล์ แต่มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ยอมรับเปิดเผยในโพสต์ว่าเป็นการโฆษณา แต่โพสต์ที่ไม่ยอมเปิดเผยว่ารับจ้าง กลับมียอดไลค์และคอมเมนต์สูงกว่าโพสต์ที่เปิดเผยตรง ๆ ว่ารับจ้างโฆษณา (Hendriks *et al.*, 2020)

9.2.2 ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการตลาดดิจิทัล

ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นธุรกิจแรก ๆ ที่เริ่มใช้การตลาดดิจิทัล กลุ่มดีอาจิโอ (Diagio) ผู้ผลิตรายใหญ่ระดับโลก เจ้าของสุราและเบียร์หลายยี่ห้อ ดีอาจิโอ ทำสัญญากับเฟซบุ๊กในปี ค.ศ. 2011 (Shearman, 2011) มีการบริหารงานร่วมกัน นัดหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญกัน (Bevnet, 2014) ภายในปี ค.ศ. 2012 สินค้าแอลกอฮอล์กลายเป็นสินค้าที่มียอดการมีส่วนร่วม (engagement) สูงที่สุดในเฟซบุ๊ก (Social Bakers, 2012) ในปี ค.ศ. 2017 บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ เช่น ไฮเนเก้น (Heineken) ลงทุนกับงบประมาณและงบการตลาดในแพลตฟอร์มดิจิทัลมากขึ้น และลดงบการตลาดในสื่อดั้งเดิมลง (Joseph, 2017)

การย้ายงบการตลาดของกลุ่มบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติไปยังแพลตฟอร์มดิจิทัล เกิดขึ้นเพราะได้ประสิทธิภาพสูงขึ้นจากการขยายเครือข่ายดิจิทัลที่รวดเร็วขึ้นนั่นเอง ในปี ค.ศ. 2020 ประชากรกว่าครึ่งโลกกลายเป็นผู้ใช้อินเทอร์เน็ต และประชากรร้อยละ 49 กลายเป็นผู้ใช้โซเชียลมีเดียแบบจริงจัง (Hootsuite, 2020) โดยมีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนเป็นอุปกรณ์ดิจิทัลที่สำคัญ ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง เป้าหมายหลักของตลาดแอลกอฮอล์ จะเป็นกลุ่มคนอายุน้อย แต่มีการศึกษา และมีเงินมากขึ้น (Silver, 2019) ในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นตลาดหลักของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ผู้ที่ใช้โซเชียลมีเดียมีมากกว่าครึ่งของประชากร (Statista, 2020)

ส่วนในทวีปแอฟริกา นั้น เจาะตลาดได้ยากกว่า แต่กลับเติบโตรวดเร็ว และมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทดแทนการตลาดแบบอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไนจีเรีย ดีอาจิโอและกินเนสส์ (Guinness) พยายามโฆษณาอย่างหนักผ่านศูนย์ชมกีฬาฟุตบอล และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ที่มีอินเทอร์เน็ต เพื่อให้คนที่ไม่สามารถเชื่อมต่อได้เองให้ใช้สำหรับดูฟุตบอลถ่ายทอดสด (Dumbili and Williams, 2017)

9.2.3 การสร้างแบรนด์ ผ่านการให้ทุนอุปถัมภ์ และการขยายตราสินค้า

งานกีฬาและงานด้านวัฒนธรรม โดยเฉพาะงานที่วัยรุ่นชอบ มักจะเป็นงานที่ธุรกิจแอลกอฮอล์นิยมให้การอุปถัมภ์ เพื่อสร้างแบรนด์ งานกีฬาที่ธุรกิจใช้เพื่อสร้างแบรนด์จะกลายเป็นโอกาสที่ดีของธุรกิจ ในการผูกแบรนด์เข้าไปกับประสบการณ์ของลูกค้า เช่น ผ่านการวิจารณ์ของนักพากย์กีฬา ป้ายชื่อบนเสื้อ สนามแข่ง สินค้าสะสมของบรรดา

แฟนกีฬา การใช้สื่อเครือข่ายสังคมแบบตอบโต้ได้ หรือใช้แอปพลิเคชันที่เสมือนจริง ยิ่งทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านกีฬาที่แบรนด์สนับสนุน และเพิ่มการมีส่วนร่วมกับแบรนด์ กีฬาที่ถ่ายทอดผ่านโลกดิจิทัลจึงเป็นการเปิดโอกาสใหม่ให้กับแบรนด์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดูกล่องข้อความที่ 9.1)

การให้ทุนอุปถัมภ์ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ธุรกิจทำกิจกรรม CSR ได้ด้วย เช่น การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ และในขณะเดียวกันผู้หญิงก็ดื่มมากขึ้นด้วย (ดูในกล่องข้อความที่ 9.3)

กล่องข้อความที่ 9.1 งานกีฬาระดับนานาชาติในฐานะโอกาสทางการตลาดของสินค้า

แบรนด์สินค้าแอลกอฮอล์ได้ก้าวเข้ามาทดแทนธุรกิจยาสูบในด้านการให้ทุนอุปถัมภ์ เนื่องจากธุรกิจยาสูบถูกห้ามให้การสนับสนุนและทุนอุปถัมภ์ตาม FCTC หรือ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control) ในปี ค.ศ. 2018 ผู้อุปถัมภ์การแข่งขันรถฟอร์มูล่าวัน ประกอบด้วยแบรนด์สินค้าแอลกอฮอล์ 4 แบรนด์ ได้แก่ Martini, Chandon, Singha และ Kingfisher ซึ่งสนับสนุนเฉพาะทีมใดทีมหนึ่ง และ Johnnie Walker กับ Heineken เป็นผู้สนับสนุนหลักของฟอร์มูล่าวัน (Rencken, 2018)

ฟอร์มูล่าวันได้ขยายขอบเขตกลุ่มเป้าหมายของงานและสร้างฐานแฟนคลับ ด้วยการชักชวนให้ผู้คนใช้โซเชียลมีเดียช่วยกันกระจายภาพกิจกรรมเบื้องหลังงาน (Global Marketing Professor, 2019) และเริ่มใช้ช่องรายการดิจิทัลที่บอกรับเป็นสมาชิกทั่วโลก ในการแพร่ภาพการแข่งขันแบบไลฟ์สตรีม (live streams) ไร้โฆษณา มีกล่องที่คอยเก็บภาพภายในรถแข่งทุกคันที่ถ่ายทอดสดจากมุมมองของนักขับรถแข่ง

งานระดับนานาชาติขนาดยักษ์แบบนี้ ยังส่งผลให้กลุ่มบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ สามารถส่งเสริมกิจกรรม CSR ของตัวเองได้ แบรนด์อย่าง มาร์ตินี่ซึ่งเป็นเจ้าของแบรนด์ Bacardi แชร์คอนเทนต์ของแบรนด์ตนเองที่สนับสนุนทีม และนักแข่งในแต่ละช่วง ก่อนการแข่งขันจริง ผ่านเฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ และอินสตาแกรม และตอกย้ำว่าแบรนด์นี้สนับสนุนการดื่มอย่างปลอดภัย ร่วมกับรายการฟอร์มูล่าวัน ในปี ค.ศ. 2014

ไฮเนเก้น ก็เป็นผู้อุปถัมภ์หลักของรายการฟอร์มูล่าวัน โดยเน้นเรื่อง “ดื่มไม่ขับ-Don't drink and drive” ในกลุ่มตลาดประเทศที่กำลังเติบโต เช่น เวียดนามด้วย (Lim, 2019)

กล่องข้อความที่ 9.2 โอกาสใหม่ในการสร้างแบรนด์ในโลกดิจิทัลผ่าน e-sports

Harbin เบียร์ยี่ห้อเก่าแก่ยี่ห้อหนึ่งของจีน ซึ่งเป็นแบรนด์ท้องถิ่นที่มีชื่อเสียงมากที่สุด ในจีน ตั้งกลุ่มเป้าหมายไว้ที่ผู้ชาย อายุ 18-29 ปี โดยส่งเสริมการขายผ่านการเป็นผู้อุปถัมภ์กีฬา e-sports ของจีนหลายรายการและหลายทีม มาอย่างต่อเนื่อง บริษัท The Anheuser-Busch InBev ซึ่งเป็นแบรนด์ที่มีชื่อเสียงมากที่สุดในประเทศจีนยี่ห้อหนึ่ง ได้ปรับเปลี่ยนตำแหน่งทางการตลาดของเบียร์ตนเอง บริษัทนี้ได้วางแผนการตลาดใหม่ผ่าน e-sports ในลักษณะการจัดงานแข่งขันวิดีโอเกม ซึ่งลูกค้ากลุ่มมิลเลนเนียลในจีนนิยมมาก กลยุทธ์ใหม่ของบริษัทนี้ถูกกล่าวขานว่า ทำยอดขายเบียร์ฮาร์บินได้สูงเป็นพิเศษ แม้แต่ในช่วงที่คนในประเทศดื่มเบียร์น้อยลง ด้วยการมุ่งเป้าขายเงินวัยมิลเลนเนียลที่นิยมทุ่มเงินกับสินค้าที่เชื่อว่า พรีเมียม

ผู้อำนวยการการตลาดอาวุโสรายหนึ่งของบริษัท กล่าวว่า “เราไม่สงวนความพยายามที่จะมุ่งเป้าที่กลุ่มผู้บริโภคที่มีความสนใจแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นดนตรีหรือ e-sports เราทราบว่า คนรุ่นใหม่ไม่สนใจดูโฆษณาโทรทัศน์ที่น่าเบื่อ และวัยรุ่นจำนวนมากไม่ดูโทรทัศน์เลยก็มี” (Kuiler, 2017)

ตามงานเทศกาลดนตรีต่าง ๆ แบรนด์สินค้าแอลกอฮอล์จะสร้างธีม (theme) ขึ้นมา และเชิญชวนให้ลูกค้าช่วยกันแชร์ กระจายภาพและวิดีโอ ที่มีแบรนด์เป็นส่วนหนึ่งในนั้น ให้ลูกค้าสร้างเรื่องราวขึ้นมาเอง ที่บอกเล่าตัวตนของลูกค้าแต่แฝงแบรนด์ไปด้วย ผ่านสมาร์ตโฟน การทำการตลาดด้วยการแชร์ภาพ และวิดีโอแบบนี้ ทำให้แบรนด์สามารถเก็บข้อมูลลูกค้าได้เพื่อเอาไว้เจาะกลุ่มลูกค้าอีกต่อไป (Carah and Brodmerkel, 2021)

กล่องข้อความที่ 9.3 การตลาดที่กระตุ้นให้ผู้หญิงตี้มมากขึ้น

กลยุทธ์การตลาดที่กระตุ้นให้ผู้หญิงตี้มมากขึ้นและให้ผู้หญิงมองการตี้มสุราเป็นเรื่องธรรมดา นั้น เป็นสิ่งที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้กันทั่วโลก ทั้งในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง และกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง หนึ่งในกลยุทธ์นั้น คือ การพัฒนาออกแบบบรรจุภัณฑ์หรือสินค้า เช่น กลุ่มสินค้าพร้อมดื่มยี่ห้อ Snapp ใช้ข้อความโฆษณาว่า “สดชื่นอย่างเป็นธรรมชาติ” สินค้าเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ปรุงรสผลไม้ ถูกวางเป็นสินค้าจับกลุ่มผู้หญิงทันสมัย เก๋ไก๋ มีรสนิยม ซึ่งสินค้ากลุ่มนี้ได้ทำการส่งเสริมการขายแนวนี้ในทวีปแอฟริกาในปี ค.ศ. 2012

เมื่อไม่นานมานี้ บริษัทเครื่องตี้มแอลกอฮอล์บางยี่ห้อเลือกใช้ธีมที่เสริมพลังอำนาจของผู้หญิง (Tunney, 2018; Emslie, 2019) และความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อมุ่งเป้าผู้หญิงโดยเฉพาะ (Mart and Giesbrecht, 2015) ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 2018 Smirnoff ได้ร่วมกับผู้ให้บริการดนตรีดิจิทัลอย่าง Spotify สร้างดนตรีแบบเพลย์ลิสต์ชื่อ “Smirnoff Equalizer” ขึ้นมา โดยให้มีสัดส่วนนักร้องหญิงและชายเท่า ๆ กัน (Diageo, 2018) Smirnoff Equalizer นี้วางเป้าหมายไว้ที่การนำเสนอผู้หญิงในดนตรี โดยใช้อัลกอริทึม (algorithm) ในการเลือกเพลงจากนักร้องหญิงให้เข้ากับผู้ใช้ Spotify การมุ่งเป้าผู้หญิงของ Smirnoff ในเรื่องความเท่าเทียมทางเพศในครั้งนี้ ทำให้สังคมมองว่า เป็นบริษัทที่มีจิตสำนึกในการนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับผู้หญิง แต่ในขณะเดียวกัน ก็แฝงการขายสินค้าไปด้วย

การ “ยืด” แแบรนด์ หรือ **การขยายตราสินค้า (brand stretching)** คือ การใช้ตราสินค้าของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ กับสินค้าที่ไม่ใช่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อันเป็นการเสี่ยงข้อบังคับหรือกฎหมายที่ห้ามทำการตลาด การยืดแบรนด์แบบนี้ จึงกลายเป็นเรื่องที่ธุรกิจทำกันทั่วไป ในประเทศรัสเซียซึ่งมีข้อห้ามมากมายในการทำการตลาดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ แต่กฎหมายกลับอนุญาตให้ส่งเสริมแบรนด์แอลกอฮอล์ได้ผ่านผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เช่น ไอศกรีม กล่องข้อความที่ 9.4 แสดงการใช้วิธีการนี้ในประเทศอื่น ๆ หลายประเทศ

กล่องข้อความที่ 9.4 นัยยะทางการตลาดของกลุ่มสินค้าเบียร์ไร้แอลกอฮอล์

ไฮเนเก้นได้เปลี่ยนการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการแข่งขันยูโรปาลีก (Europa League) ของสมาคมฟุตบอลแห่งสหภาพยุโรป (Union of European Football Association) จากเบียร์อัมสเทล เป็นเบียร์ไฮเนเก้น 0.0 แทน (Sousa, 2020) ตั้งแต่การแข่งขันในปี ค.ศ. 2020 จนถึงเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 2024 การเปลี่ยนแบรนด์นี้สะท้อนเทรนด์เบียร์ไร้แอลกอฮอล์ที่มาแรง การสนับสนุนดังกล่าวเป็นการให้ทุนอุปถัมภ์โดยเจ้าเดียวที่ใหญ่ที่สุดโดยเป็นของเบียร์ไร้แอลกอฮอล์เพียงยี่ห้อเดียว

การเปลี่ยนแบรนด์นี้มีนัยยะทางข้อกำหนดเกี่ยวกับการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า ถึงแม้ไฮเนเก้น 0.0 จะเป็นสินค้าไร้แอลกอฮอล์ก็ตาม แต่ก็ยังคงเป็นสินค้าเบียร์ที่ผลิตโดยบริษัทไฮเนเก้น ใช้ชื่อเดียวกัน ใช้บรรจุภัณฑ์หน้าตาเหมือนกัน การโฆษณาและส่งเสริมการขายเบียร์ไร้แอลกอฮอล์ก็จะส่งประโยชน์มาถึงสินค้าแบรนด์ไฮเนเก้นด้วยเช่นกัน (Cooper, 2020) ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย เป็นอีกสองประเทศที่ตั้งข้อกักขาเกี่ยวกับการใช้แบรนด์เบียร์ไร้แอลกอฮอล์มาส่งเสริมการขายแบบเชื่อมโยงไปถึงแบรนด์เบียร์ เพราะไฮเนเก้น 0.0 ส่งเสริมการขายในร้านสะดวกซื้อ มาเลเซียมีข้อกักขาในฐานะเป็นประเทศมุสลิม ส่วนประเทศไทยในฐานะที่มีกฎหมายควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์อย่างเข้มแข็ง (Neo, 2019)

9.2.4 การวางสินค้าเพื่อโฆษณาแฝง (Product placement)

มูลค่าการตลาดของการทำโฆษณาแบบแฝงสินค้าในรายการต่าง ๆ นั้น มีรายงานว่า ไฮเนเก้นได้จ่ายเงินประมาณ 45 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2012 ในการแฝงสินค้าในภาพยนตร์เจมส์ บอนด์ ตอน Skyfall ซึ่งในเรื่องนี้ได้เปลี่ยนให้เจมส์ บอนด์ ดื่มไฮเนเก้นแทนมาร์ตินี่ (McKee, 2014) การแฝงสินค้ายังพบได้ในสื่อดิจิทัลอีกด้วย เช่น แฝงในแป้นควบคุม (console) วิดีโอเกม เกมออนไลน์ แอปพลิเคชันเคลื่อนที่ และโซเชียลมีเดีย (Eagle and Dahl, 2018) ในช่วงปี ค.ศ. 2005 ถึง ค.ศ. 2007 พบว่า หนึ่งในห้าเพลงป๊อปในประเทศสหรัฐอเมริกามีเนื้อหาที่กล่าวถึงแอลกอฮอล์อย่างโจ่งแจ้ง และหนึ่ง

ในสามของเพลงเหล่านี้จะระบุแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื้อหาเพลงมักจะอ้างอิง แอลกอฮอล์กับความร่ำรวย เรื่องเพศ ปาร์ตี้ และยาเสพติดอื่น ๆ (Primack *et al.*, 2012) ในวิดีโอเพลงในยูทูป (Youtube) ที่มักจะระบุแบรนด์แอลกอฮอล์ ก็มักพบว่า เนื้อหาเพลง จะออกแนวกระตุ้นการดื่มหนักและการเมาอย่างชัดเจน (Cranwell *et al.*, 2017)

9.2.5 การออกแบบผลิตภัณฑ์ (Product design)

กระแสรักสุขภาพที่เริ่มมีมากขึ้นในสังคมนั้น ธุรกิจแอลกอฮอล์ก็ถือว่า เป็นกระแส ที่สร้างผลกระทบต่อธุรกิจอย่างมาก ธุรกิจได้จับทางกระแสนี้ด้วยการออกแบบผลิตภัณฑ์ และวางแนวทางการตลาดให้สอดคล้องกับกระแสสุขภาพ เป็นผลิตภัณฑ์ที่หลีกเลี่ยงน้ำตาล ไร้สารกันบูด เต็มสารอาหาร เป็นผลิตภัณฑ์ที่ดื่มแล้วไม่เมาหรือเมาน้อย และรวมไปถึง การผลิตสินค้ากลุ่มไร้อัลกอฮอล์ด้วย (Keric and Stafford, 2019) บริษัท Molson Coors ได้ออกสินค้าเบียร์แอลกอฮอล์ต่ำเพื่อตอบสนองกระแสเดือน “มกราคมไม่ดื่ม” (Dry January) ซึ่งผู้คนขานรับกระแสนี้กันอย่างมาก และเป็นกระแสที่ผู้บริโภคเป็นผู้จัดตั้งเอง ในเดือนมกราคม บริษัทได้ออกโฆษณาณรงค์ในสื่อเครือข่ายสังคมให้สอดคล้องกับกระแส เดือนนี้ว่า “ทำไมต้องเลิกดื่มไปเลย ถ้าคุณยังดื่มได้แบบไม่เมา (“Because why go completely dry when you could go Dry-ish?”) (Beverage Industry, 2019)

9.2.6 การจัดจำหน่าย (Distribution)

การตลาด ณ จุดขายเป็นองค์ประกอบที่ทวีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากมีการขยาย ตัวของจุดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปยังร้านขายปลีกมากขึ้น และผู้ค้าปลีกมีบทบาทมากขึ้นในการทำการตลาด (White *et al.*, 2015) ในแหล่งค้าออนไลน์ การขายสินค้าแอลกอฮอล์ ก็มีมากขึ้น การมีแพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นแหล่งขายยิ่งเอื้อโอกาสต่อการขายที่พุ่งไปกับการส่งเสริมการขายที่คัดสรรมาแล้วสำหรับผู้บริโภค (Carah and Brodmerkel, 2021) รายงานการวิเคราะห์การขายออนไลน์ในประเทศออสเตรเลียฉบับหนึ่ง ระบุว่า ผู้ค้าปลีก ขายสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาถูกลง ร่วมกับการส่งเสริมการขายอย่างหนัก มีทั้ง การลดราคาพร้อมด้วย และไม่มีการตรวจอายุของผู้ซื้ออย่างเพียงพอ (Colbert *et al.*, 2020)

9.2.7 สรุป

สินค้าแอลกอฮอล์คือสินค้าที่มีการโฆษณาสูงที่สุดสินค้าหนึ่ง และแบรนด์แอลกอฮอล์ต่าง ๆ ก็พยายามฉกฉวยโอกาสทางการตลาด หัวใจสำคัญของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การออกแบบผลิตภัณฑ์และการจัดจำหน่าย และในท้องตลาด จะมีแบรนด์ที่ตอบสนองได้ทุกความชอบของผู้บริโภค ทุกราคา และเข้าถึงได้ง่ายที่สุดอยู่เสมอ นักการตลาดจะใช้การตลาดดิจิทัล และข้อมูลทางดิจิทัลในการยกระดับการมุ่งเป้ากลุ่มเป้าหมายให้แบรนด์ ซึ่งน่าวิตกว่า การตลาดดิจิทัลจะเพิ่มความเสี่ยงต่อกลุ่มผู้บริโภคที่มีปัญหาการดื่มอยู่แล้ว รวมทั้งผู้ดื่มที่อายุน้อย กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง เป็นตลาดที่กำลังเติบโตที่สำคัญ ซึ่งถูกขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์การตลาด หัวข้อที่ 9.3 จะเป็นการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

9.3 ผลกระทบจากการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

9.3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านผลกระทบจากการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชุดการศึกษาทางเศรษฐมิติที่ได้วิเคราะห์ผลกระทบจากการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรทั้งประเทศในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1970-2010 มักวัดค่าใช้จ่ายในการซื้อสื่อโฆษณาเป็นตัววัดการเปิดรับโฆษณาสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษายังไม่ชี้ไปทางใดทางหนึ่งอย่างชัดเจน **การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis)** ของการศึกษาทางเศรษฐมิติ 132 เรื่อง พบว่า **มีความยืดหยุ่น (elasticity)** เชิงบวกเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญระหว่างโฆษณาและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่เฉพาะกับโฆษณาเหล้า (spirits) เท่านั้น (Gallet, 2007) **ขนาดของผลกระทบ (effect sizes)** ของโฆษณาต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับรวมค่อนข้างเล็กจากการศึกษาทางเศรษฐมิติที่มีการออกแบบงานวิจัยที่ดี (Saffer, 2020) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงเศรษฐมิติก็ถูกวิพากษ์ในหลายแง่มุม รวมทั้งการอนุมานว่าค่าซื้อโฆษณามีมูลค่าเท่ากับพลังอำนาจของโฆษณา และการขาดการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรย่อย เช่น กลุ่มผู้ดื่มอายุน้อย (Saffer, 1998, 2020; Hastings *et al.*, 2005) เป็นที่ทราบกันดีว่า ค่าซื้อสื่อโฆษณา โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์ ถือเป็นเพียง

ส่วนน้อย ยังไม่สามารถระบุถึงกิจกรรมการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทั้งหมด (Stewart and Rice, 1995) การวิเคราะห์ภาพรวมที่ใช้ค่าเฉลี่ยโฆษณาในช่วงหลายระยะเวลา ก็มีข้อจำกัดเรื่องการกำหนดความแปรปรวนขั้นต่ำตามระดับการตลาด เมื่อเทียบกับการทำการตลาดทั้งหมดของธุรกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้สูง การสร้างเนื้อหาสารแบบมุ่งเป้า คือ หัวใจสำคัญของการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพบเห็นสารที่มีเนื้อหาไม่ตรงประเด็น ส่งผลให้ขนาดของผลกระทบที่ได้จากการศึกษาที่ใช้ตัวแปรรวม (aggregate measures) ของการพบเห็นโฆษณาและปริมาณการดื่มต่อหัวประชากร (alcohol per capita consumption) มีค่าต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการออกแบบการศึกษาที่ไม่ดีพอด้วยก็ได้ (Meier, 2011; Niederdeppe *et al.*, 2021)

มีการวิจัยแบบทดลองที่ศึกษาผลของการสัมผัสกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะสั้น ผลการวิเคราะห์ห่อหุ้มจากการศึกษา 7 เรื่องพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่ชมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทันที เมื่อเปรียบเทียบกับการชมโฆษณาสินค้าที่ไม่ใช่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Stautz *et al.*, 2016) การวิจัยแบบทดลองอีกเรื่องได้เปรียบเทียบการตอบสนองของกลุ่มนักเรียนหลังรับชมโฆษณาเบียร์หรือน้ำเปล่าในเฟซบุ๊ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกรับบัตรของขวัญสำหรับเข้าบาร์แทนที่จะเลือกบัตรของขวัญของร้านกาแฟหลังการชมโฆษณาเบียร์ (Alhabash *et al.*, 2016)

หลักฐานวิชาการในด้านผลกระทบระยะสั้นของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญ แต่ผลกระทบเต็มของการสัมผัสโฆษณาต่อเนื่องที่มีเนื้อหาสารคงที่เป็นระยะเวลายาวนานนั้น มักเป็นผลสะสมในเวลายาวนาน ผลกระทบจึงมีมากขึ้นตามไปด้วย (Gerbner, 1995; Zwarun *et al.*, 2006; Stautz *et al.*, 2016; Martino *et al.*, 2018) ส่วนผลกระทบระยะยาวที่ใช้เวลาศึกษาข้ามปี ก็มีการรายงานเป็นกรณีศึกษาด้านผลกระทบจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Hessari *et al.*, 2019)

การศึกษาแบบระยะยาว (Longitudinal) เป็นการศึกษาที่มีคุณค่าในการวิเคราะห์ผลกระทบแบบองค์รวมของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการทบทวนการศึกษาแบบระยะยาวอย่างเป็นระบบ ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2008-2016 สรุปว่า กลุ่มคนอายุน้อยที่สัมผัสกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง มีแนวโน้มที่จะเริ่มดื่มเร็ว มีพฤติกรรมดื่มหนัก และ**มีการดื่มแบบเสี่ยงอันตราย (hazardous drinking)** (Jemigan *et al.*, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระยะยาวก่อนหน้านี้ (เช่น Anderson *et al.*, 2009; Gordon *et al.*, 2010)

การทบทวนอย่างเป็นระบบของการศึกษาแบบภาคตัดขวางในปี ค.ศ. 1980-2015 พบว่า การล้มผัสการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ความสัมพันธ์เชิงบวกนี้ พบได้ในการศึกษาทั้งที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและใหญ่มาตลอดสี่ศตวรรษในหลายประเทศ (Finan *et al.*, 2020) การทบทวนงานศึกษาภาคตัดขวางเหล่านี้ ระบุในภาพรวมว่า การส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การแจกตัวอย่างฟรี หรือการมีข่าวของที่เชื่อมโยงกับสินค้าแอลกอฮอล์ (เช่น เสื้อผ้า สินค้าที่ระลึก-ผู้แปล) มีความสัมพันธ์กับการดื่มที่สูงมากกว่าการล้มผัสการโฆษณาแบบอื่น (Finan *et al.*, 2020) สินค้าประเภทของที่ระลึกหรือสินค้าที่เชื่อมโยงกับแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-branded merchandise) เป็นสินค้าที่ถูกวางขายอยู่นานกว่าการตลาดแอลกอฮอล์รูปแบบอื่นๆ และสามารถเข้าไปผูกกับเอกลักษณ์ของบุคคลนั้น ๆ ได้ง่าย มีงานศึกษาทบทวนการครอบครองสินค้าที่ระลึกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการดื่ม ณ ปัจจุบันและอนาคต (Jones, 2016) ในประเทศไทย การครอบครองสินค้าที่ระลึกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถทำได้ทั้ง ๆ ที่มีข้อห้ามในการทำการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการดื่มหนัก (Jauchuen *et al.*, 2015) การแจกตัวอย่างฟรีให้กลุ่มวัยรุ่นในประเทศในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางสองประเทศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเมาสุรา (Swahn *et al.*, 2011, 2013) ในประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งเป็นประเทศรายได้ปานกลาง การล้มผัสการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านโฆษณาใน SMS และการแจกฟรีเมื่อซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ล้วนส่งผลต่อการดื่มหนัก (Petersen Williams *et al.*, 2019)

บทสรุปจากการทบทวนงานวิจัยจำนวนมากทั้งการทบทวนอย่างเป็นระบบและทบทวนเชิงพรรณนาในด้านผลกระทบจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ส่วนใหญ่เป็นการตลาดที่มีใช้ผ่านช่องทางดิจิทัล) ที่มีต่อการดื่มในกลุ่มคนอายุน้อยสรุปว่า จากงานวิจัยที่ดำเนินการศึกษาในหลายประเทศ โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่ต่างกันแต่เสริมกันได้ ได้ผลตรงกันว่า มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการดื่มในกลุ่มอายุน้อย (Sargent and Babor, 2020)

ผลสรุปที่คล้ายคลึงกันยังสามารถพบได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการตลาดดิจิทัล ผลการศึกษาการตลาดดิจิทัลชี้ให้เห็นว่า การล้มผัสและการมีส่วนร่วมกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการดื่มเพิ่มขึ้น เพิ่มการดื่มแบบหัวราน้ำ และเพิ่ม

พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงอันตราย การวิเคราะห์ห่อภิมาณของการศึกษาอีก 19 เรื่องที่เกี่ยวกับผลกระทบของโซเซียลมีเดียต่อการดื่มในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า ยังมีส่วนร่วมกับสื่อเครือข่ายสังคมมากเท่าไร กลุ่มตัวอย่างก็ยิ่งรายงานว่า ดื่มเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น และเพิ่มปัญหาจากการดื่มด้วย (Curtis *et al.*, 2018) การทบทวนการศึกษาอีก 15 เรื่อง พบว่า การสัมผัสเนื้อหาบนสื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ มีส่วนสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะดื่ม และทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มในกลุ่มวัยรุ่น (Gupta *et al.*, 2016)

ในสื่อดิจิทัล บุคคลผู้มีอิทธิพล (influencer) บุคคลที่รับจ้างส่งเสริมสินค้า คือ แร่งส่งเสริมหลักในโพสต์ที่เกี่ยวกับสินค้าแอลกอฮอล์ที่แสดงบริบทสังคมเชิงบวกต่อสินค้าแอลกอฮอล์ และมีแนวโน้มว่า ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มในรูปแบบเดียวกันกับผู้โพสต์เคยแสดงพฤติกรรมแบบนั้นมาก่อน (Hendriks *et al.*, 2020) รายงานจากธุรกิจแอลกอฮอล์ยืนยันว่า การลงทุนกับบุคคลผู้มีอิทธิพลนั้นคุ้มค่า เครื่องดื่มยี่ห้อ Stella Artois ว่าจ้างนักชอปปิงผู้มีอิทธิพลในนิวยอร์กและโตรอนโต ให้มาเป็นทูตสินค้า และพบว่า การจ้างบุคคลเหล่านี้ได้กลายเป็นแรงผลักดันการขายที่ทรงอิทธิพลที่สุดให้กับแบรนด์ (WARC, 2011)

9.3.2 กลไกในการสร้างผลกระทบทางการตลาด

มีการใช้แบบจำลองทางประสาทวิทยามาศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านประสาทวิทยา อิทธิพลสังคม และการกระตุ้นแบบให้รางวัลจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษานี้ชี้ว่า วัยรุ่นที่สัมผัสการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มจะดื่มก่อนวัย เพราะสมองส่วนหน้าเกิดความไวต่อระบบการได้รับสิ่งที่พึงใจ (prefrontal-reward circuitry) (Courtney *et al.*, 2020) โฆษณาจำนวนมากถูกสร้างขึ้นแบบให้ผู้ชมใช้พหุปัญญาน้อย (Heath, 2001) แต่การสัมผัสกับโฆษณานั้นซ้ำ ๆ นาน ๆ (mere exposure) จะช่วยเสริมให้เกิดความชอบโฆษณานั้นไปเอง (Grimes, 2008) ความพึงพอใจหรือความชอบโฆษณาจึงสามารถสร้างได้ง่าย ๆ ด้วยการสื่อสารเนื้อหาซ้ำ ๆ ให้เปิดรับซ้ำ ๆ โดยผู้ชมไม่ต้องใช้พหุปัญญาในการตีความใด ๆ ทั้งสิ้น (Zhu *et al.*, 2015) การเปิดรับชมงานกีฬาหรืองานเชิงวัฒนธรรมที่สนุกสนาน ตื่นเต้น ย่อมยังผลให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแบรนด์สินค้านั้นไปด้วย ผลกระทบเหล่านี้เกิดมาจากการบวนการจิตไร้สำนึกอัตโนมัตินั่นเอง (Zerhouni *et al.*, 2019) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

ชั้นหนึ่งระบุว่า การพบเห็นการอุปถัมภ์กีฬาโดยสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบเสี่ยงในกลุ่มนักกีฬาผู้ใหญ่และเด็กนักเรียนด้วยเช่นกัน (Brown, 2016)

การสัมผัสการตลาดเป็นปัจจัยชี้หน้าที่สำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบจากการตลาดตามมา นอกจากผลของการสัมผัสซ้ำ ๆ แล้ว (Alhabash *et al.*, 2016) การผูกพัน (ซึ่งต้องใช้การมีส่วนร่วมทางอารมณ์และความคิด) ได้กลายเป็นเป้าประสงค์หลักของการตลาด การมีส่วนร่วมทางการตลาด สามารถแสดงออกได้ทางกายภาพ (เช่น การซื้อหรือครอบครองของที่ระลึกจากสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (Jones *et al.*, 2016) และในโลกดิจิทัล (เช่น การกดไลค์ การแชร์ คอมเมนต์เนื้อหาสารจากสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการร่วมสร้างเนื้อหาโดยผู้บริโภค) (Alhabash *et al.*, 2015; Carotte *et al.*, 2016; Buchanan *et al.*, 2018) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจนถึงปี ค.ศ. 2017 พบหลักฐานเพิ่มขึ้นในด้านการดื่มที่เพิ่มมากขึ้นจากการเข้าร่วม หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการตลาดดิจิทัลของสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มากกว่าการสัมผัสสื่อแบบดั้งเดิม (Noel *et al.*, 2020) งานวิจัยที่ตีพิมพ์หลังจากงานทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ก็สนับสนุนความสำคัญของการมีส่วนร่วมในโซเชียลมีเดียของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลของการส่งเสริมสินค้าที่ผู้บริโภคมีส่วนร่วมเอง หรือสร้างเนื้อหาเองในโลกดิจิทัลต่อพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงสูง และการส่งเสริมอัตลักษณ์สินค้า (Critchlow *et al.*, 2019)

การมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างผู้บริโภคและแบรนด์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ในโลกดิจิทัล-ผู้แปล) มีผลในระยะยาว คือ ทำให้ภักดีต่อแบรนด์ และมีพฤติกรรมการดื่มหนักเมื่ออายุมากขึ้น (Casswell and Zhang, 1998; Jernigan *et al.*, 2017) อิทธิพลการตลาดยังส่งผลให้เกิดทัศนคติต่อบรรทัดฐานกลุ่มเพื่อน ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มที่เป็นปัญหา (McClure *et al.*, 2013) พฤติกรรมและทัศนคติของกลุ่มเพื่อนจะมีผลต่อบุคคล เมื่อบุคคลนั้นประเมินตนเองว่า พฤติกรรมและทัศนคติตนเองเข้ากับกลุ่มได้หรือไม่ (de Gregorio and Sung, 2010; Atkinson *et al.*, 2017) ตัวอย่างเช่น วิดีโอที่มีเนื้อหาส่งเสริมแบรนด์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในยูทูปที่มีผู้แสดงวัยรุ่นอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ดื่ม (Barry *et al.*, 2015) พบว่า มีอิทธิพลในการสร้างบรรทัดฐานในการดื่มเมื่ออายุน้อย (Eagle and Dahl, 2018) การตลาดที่มุ่งเป้าที่กลุ่มเยาวชนนั้น จำนวนมากมีจุดประสงค์

ที่จะทำให้วัยรุ่นเข้าใจว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือการสร้างตัวตนให้กับตัวเอง โฆษณาแบบนี้ก็จะถูกสร้างให้ออกมาแบบมีอารมณ์ขัน นำเสนอความคิด มีภาพ มีประโยค และมืองค์ประกอบอื่นที่วัยรุ่นยอมรับในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน สื่อสารตัวตน และสื่อสารอัตลักษณ์ของตนเองได้ (McCreaenor *et al.*, 2005) วัยรุ่นช่วงอายุประมาณ 14 ปี จะพยายามเลือกสินค้าที่ตนเองสามารถมีส่วนร่วมได้ในสื่อดิจิทัล และเป็นสินค้าที่สะท้อนตัวตนของวัยรุ่นได้ด้วยเช่นกัน (Purves *et al.*, 2018)

9.3.3 กลุ่มเป้าหมายทางการตลาดและความเปราะบาง

ผลกระทบจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมีมากขึ้นในประชากรกลุ่มย่อยบางกลุ่ม และอาจสะท้อนลักษณะบางประการของผู้บริโภคกลุ่มนั้น ที่ไม่เป็นสัดส่วนกับการสัมผัสโฆษณาของผู้บริโภคกลุ่มนั้น งานวิจัยทางการตลาดระบุว่า ผลสะสมของการสัมผัสสารซ้ำ ๆ เสริมแรงด้วยปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมบางประการ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มที่เพิ่มมากขึ้นในประชากรกลุ่มเปราะบาง (Alhabash *et al.*, 2016, p. 56) งานวิจัยยุคแรก ๆ ของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Anheuser-Busch มีเป้าหมายที่การเพิ่มพลังในการโฆษณา โดยใช้วิธีเชื่อมโยงสินค้าให้เข้ากับลักษณะบุคลิกภาพของผู้บริโภค (Ackoff and Emshoff, 1975a, b) ปัจจุบัน การมุ่งกลุ่มเป้าหมายทำได้ง่ายขึ้น ยกระดับได้ด้วยการใช้ข้อมูลดิจิทัลมาช่วย โดยแบ่งตัวตนของบุคคลและกลุ่มย่อยที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อวางแนวทางการตลาดที่ตรงสำหรับกลุ่มเหล่านี้โดยเฉพาะ

งานวิจัยอีกจำนวนมากให้ความสำคัญกับกลุ่มวัยรุ่นและเด็ก ดังที่กล่าวไว้ตอนต้นว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบ ระบุว่า การสัมผัสและการมีส่วนร่วมทั้งในสื่อดั้งเดิมและสื่อดิจิทัล ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มวัยรุ่น การดื่มหนักในกลุ่มที่ใช้สื่อเครือข่ายสังคมเป็นประจำ ชี้ให้เห็นว่า แพลตฟอร์มออนไลน์เป็นพื้นที่ที่วัยรุ่นสัมผัสสารเชิงบวกเกี่ยวกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยพ่อแม่ไม่สามารถกั้นกรองให้ได้เลย (Larm *et al.*, 2019)

งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นที่กลุ่มเด็ก แต่ในขณะเดียวกัน หลักฐานอีกจำนวนมากระบุว่า อิทธิพลการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็มุ่งเป้าหมายกลุ่มผู้ใหญ่เช่นเดียวกัน การรับชมโฆษณาโทรทัศน์ในกลุ่มผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกามีความสัมพันธ์กับความโน้มเอียง

ที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสัมพันธ์กับการดื่มที่มากขึ้นด้วย (Niederdeppe *et al.*, 2021) ในการศึกษากลุ่มวัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การกวดโลค์หรือกวดติดตาม การตลาดแอลกอฮอล์ในช่องทางดิจิทัลเป็นเรื่องปกติ ทำได้ทุกอย่าง แต่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง (Carrotte *et al.*, 2016) ในการศึกษาอีกเรื่องหนึ่ง (Critchlow *et al.*, 2016) พบว่า การตลาดดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการดื่มที่บ่อยขึ้น โดยเฉพาะ **การดื่มหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking; HED)** ในกลุ่มเยาวชน และการตลาดดิจิทัลเข้าถึงกลุ่มนี้ได้ง่ายกว่าสื่อดั้งเดิม

ส่วนกลุ่มผู้ใหญ่ที่ดื่มหนักนั้น พบว่า ก็สัมพันธ์การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง เช่นกัน และยังทำให้กลุ่มนี้ได้รับผลจากการตลาดมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น การทดลองงานหนึ่งที่ศึกษาการสัมผัสโฆษณาเบียร์บนเฟซบุ๊ก พบว่า โฆษณามีผลสูงต่อความตั้งใจที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในคนที่มีความเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สูง และในคนที่มีความคุ้นเคยกับแบรนด์นั้นมากกว่า (Alhabash *et al.*, 2016) นักเรียนที่เคยมีประวัติว่า ดื่มหนัก รับรู้ว่า คนในโฆษณาดื่มในปริมาณที่มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติดื่มจัด และกลุ่มดื่มหนักนี้จะมองว่าการดื่มของตน ซึ่งเข้าข่ายการดื่มหนักเป็นครั้งคราว (HED) เป็นการดื่มอย่าง “รับผิดชอบ” (Noel *et al.*, 2018) การสัมผัสกับการตลาดมีผลมากกว่า ต่อกลุ่มนักดื่มที่ดื่มบ่อย (Koordeman *et al.*, 2011) เช่นเดียวกันกับนักดื่มแบบเสี่ยง (Alhabash *et al.*, 2016) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นถึง ผลเชิงลบของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้ที่พยายามลดการดื่มที่ก่อปัญหา (Thomson *et al.*, 1997) เป็นไปได้ว่า อัลกอริทึมของแพลตฟอร์มดิจิทัล ซึ่งได้รับการออกแบบมาให้จดจำ ความชอบและจุดอ่อนของผู้บริโภค สามารถที่จะระบุกลุ่มนักดื่มที่ดื่มมากได้ และจะมุ่งเป้า โฆษณาคงกลุ่มนี้ด้วยการเสนอการลดราคา (Carah and Brodmerkel, 2021)

ในตลาดที่กำลังเติบโต การพยายามเปลี่ยนให้ผู้ใหญ่ที่ไม่ดื่มกลายเป็นนักดื่ม ถือเป็นหน้าที่สำคัญของการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยทีเดียว (Benegal, 2005) และการตลาดแนวนี้จะพยายามสร้างการยอมรับการดื่มให้กลายเป็นบรรทัดฐานสังคมในหลายวาระโอกาส (Walls *et al.*, 2020)

ผู้หญิง คือ กลุ่มเป้าหมายที่ตลาดยังไม่ได้แตะต้องมากนักทั้งในตลาดที่เติบโตแล้ว และกำลังเติบโต และการตลาดจะสามารถเล่นบทบาทสำคัญในการขยายฐานผู้หญิงให้กลายเป็น

เป็นฐานผู้บริโภคให้ธุรกิจได้ การสัมผัสโฆษณามีความสัมพันธ์กับการดื่มที่เป็นอันตรายในกลุ่มผู้หญิงในประเทศแอฟริกาใต้ (Amanuel *et al.*, 2018) ซึ่งพบว่า มีความชื่นชอบต่อโฆษณาที่มากกว่าผู้ชายอีกด้วย (Petersen Williams *et al.*, 2019) ในหลายเขตพื้นที่ปกครอง มีหลักฐานชัดเจนที่บ่งชี้ว่า การตลาดแอลกอฮอล์เจตนามุ่งเป้าผู้หญิง ผ่านการออกแบบผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ และการรณรงค์ที่มุ่งเป้าผู้หญิงโดยเฉพาะ (Emslie, 2019) (กล่องข้อความที่ 9.3)

9.3.4 การแปลงให้การดื่มกลายเป็นเรื่องธรรมดา

แบบจำลองของกระบวนการตีความสาร ซึ่งให้เห็นว่า การได้รับสารจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ ๆ สารที่ผู้นั้นรับรู้ว่าจะเชื่อมโยงกับตนเอง จะค่อย ๆ ซึมลึกลงไปสู่ความรู้สึกนึกคิดของผู้รับสาร ทำให้มันพร้อมที่จะไหลออกมาในความนึกคิดได้ง่ายขึ้น หากอยู่ในภาวะที่ต้องตัดสินใจ กระบวนการนี้ คือกระบวนการสร้างบรรทัดฐาน หรือทำให้คนมองว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแพร่หลายเป็นเรื่องธรรมดา (normalization) และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ (Meier, 2011) ซึ่งย่อมมีผลในวงกว้างต่อการมองว่า กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางประเด็นนั้น อาจไม่จำเป็นและไม่ชอบธรรมที่จะต้องมี (Casswell, 2012)

9.3.5 สรุป

มีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงถึงผลกระทบของทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อดิจิทัล จุดแข็งของงานวิจัยเหล่านี้ คือ การใช้ระเบียบวิธีที่หลากหลาย (แทนที่จะอิงตามวิธีวิจัยแบบเดียวมากเกินไป) ความเข้มงวดต่อระเบียบวิธีที่ใช้ และการทำงานวิจัยในบริบทที่หลากหลาย การศึกษาเหล่านี้แสดงผลที่ตรงกันมาตลอดในด้านผลกระทบจากโฆษณาการตลาด ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง และเริ่มมีผลการศึกษามากขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง กลไกที่อธิบายถึง ผลกระทบของการตลาดต่อพฤติกรรม การดื่มมีทั้งที่ผ่านการสัมผัสกับสื่อโฆษณาการตลาด และการสร้างการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการตลาด ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอีกมากมายในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ

9.4 แนวทางในการจำกัดการตลาดในปัจจุบัน

การศึกษานโยบายในการต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ใน 151 ประเทศ มีผลสรุปว่า การออกกฎระเบียบเพื่อจำกัดการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยภาครัฐเป็นกลยุทธ์ที่ถูกบังคับใช้น้อยที่สุดกลยุทธ์หนึ่ง (Allen *et al.*, 2020) นอกเหนือจากการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเบ็ดเสร็จและการควบคุมบางส่วนนั้น ยังมีตัวเลือกในการควบคุมที่ไม่ได้มาจากภาครัฐอีกด้วย นั่นก็คือ การเลือกควบคุมตนเองโดยภาคธุรกิจเอง (self-regulation)

9.4.1 การตอบสนองของกลุ่มผลประโยชน์โดยการควบคุมตนเองของภาคธุรกิจ

กลุ่มที่ได้ผลประโยชน์ (Vested interests) เช่น กลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้ประโยชน์มากที่สุดจากการขายสินค้า ได้พยายามส่งเสริมทางเลือกอื่นมาแทนที่แนวทางด้านสาธารณสุขในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางหนึ่งที่ถูกใช้ก็คือ การสื่อสารการรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) บริษัทเกือบทุกแห่งจะมีสื่อส่งเสริมด้านนี้แสดงในเว็บไซต์ของบริษัท และในโฆษณาของแบรนด์ตนเอง บอกเล่าให้ผู้บริโภค “ดื่มอย่างรับผิดชอบ” อย่างไรก็ตาม เนื้อหาสารแนวรับผิดชอบต่อสังคมนี้เป็นสิ่งกำกวม และมีงานวิจัยจำนวนมากที่มีข้อสรุปว่า เนื้อหาสารที่ดูเหมือนสร้างเสริมสุขภาพนี้ จริงแล้วคือ การส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเป็นงานประชาสัมพันธ์สินค้าและบริษัทมากกว่า (Smith *et al.*, 2006; Hessari and Petticrew, 2017)

องค์ประกอบอื่น ๆ ของสารที่มาจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การสร้างข้อกังขาว่า มาตรการควบคุมการตลาดมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่ และส่งเสริมการใช้กฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจ (voluntary codes) ของภาคอุตสาหกรรมเองเป็นทางเลือกแทน (Savell *et al.*, 2016) กฎในการควบคุมตนเองภาคสมัครใจเหล่านี้เขียนและใช้โดยกลุ่มผลประโยชน์ทั้งนั้น โดยสร้างการควบคุมตนเองนี้มาทดแทนกฎกติกาควบคุมของภาครัฐ (ดูตัวอย่าง International Alliance for Responsible Drinking, 2018) มีการประเมินกฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจนี้พบว่า ได้รับความร่วมมือน้อยมาก (Noel *et al.*, 2017) และไม่มั่นคง (Hill and Casswell, 2004) และไม่มี

ประสิทธิภาพในการป้องกันการสัมผัสเนื้อหารสชาติที่อาจเป็นอันตราย (Noel *et al.*, 2017) การโฆษณาในโทรทัศน์ยังคงมีเสน่ห์ดึงดูดกลุ่มวัยรุ่น ถึงแม้ว่าจะมีการรับรองด้วยระบบที่อิงตามกฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจนี้ก็ตาม อารมณ์ขันซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโฆษณาที่ได้รับความนิยม มักจะไม่ถูกควบคุมโดยกฎภาคสมัครใจนี้ (McCrenor *et al.*, 2005) งานวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของกฎกติภาคสมัครใจนี้ที่ใช้กับสื่อดิจิทัลในการป้องกันเนื้อหาที่ละเมิดกฎหมายในการเข้าถึงเยาวชน (Barry *et al.*, 2018)

นอกจากการควบคุมเนื้อหา แนวทางที่ใช้กันอีกแนวทางหนึ่ง ซึ่งรวมอยู่ในกฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจนี้ก็คือ คำมั่นสัญญาว่าจะจำกัดการสัมผัสโฆษณาในกลุ่มเยาวชน โดยจะไม่ถ่ายทอดหรือแสดงโฆษณาไปยังกลุ่มผู้ชมที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีอายุไม่ถึงเกณฑ์จำนวนมากกว่าสัดส่วนที่กำหนด (เช่น มีผู้เยาว์เกินร้อยละ 30) อย่างไรก็ตาม การจำกัดในแง่ของสัดส่วนของผู้ชมที่เป็นผู้เยาว์ก็ยังไม่สามารถป้องกันการสัมผัสโฆษณาในกลุ่มเยาวชนจำนวนมากได้ (Jernigan *et al.*, 2005; Pierce *et al.*, 2019) ตัวอย่างเช่น มีการประมาณการไว้ว่า มีเยาวชนน้อยกว่า 16 ปีประมาณ 325 ล้านคนสามารถเปิดรับภาพการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงฟุตบอลโลกฟีฟ่าเวิลด์คัพ (FIFA World Cup) ปี ค.ศ. 2014 ได้ และในจำนวนนี้ เยาวชนร้อยละ 86 สัมผัสสารการตลาดที่ละเมิดกฎกติกาควบคุมตนเองของภาคธุรกิจอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Noel *et al.*, 2017b)

กฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจ (และการควบคุมบางส่วนที่คล้ายกัน) มักจะครอบคลุมช่วงเวลาที่ทำให้โฆษณาเริ่มออกอากาศได้ เช่น เวลา 21.00 น. ส่วนเวลาก่อนหน้านี้ จะห้ามการออกอากาศทางโทรทัศน์ ผลการประเมินนโยบายนี้ในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่า ถึงแม้จำนวนผู้ชมอายุน้อยจะลดลง แต่กลับไปเพิ่มในจำนวนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น (Ross *et al.*, 2013) การขยายตัวของการตลาดดิจิทัลยังส่งผลให้กลุ่มผู้มีผลประโยชน์ขยายการใช้กฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจให้ครอบคลุมสื่อดิจิทัลด้วย โดยมุ่งการลดการเปิดรับโฆษณาในกลุ่มเยาวชนที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (International Alliance for Responsible Drinking, 2019) ผลการศึกษาในเรื่องด้านตรวจอายุในแพลตฟอร์มดิจิทัลอย่างเช่น ยูทูบ ทวิตเตอร์ และอินสตาแกรม พบว่าเทคโนโลยีในการระบุอายุของผู้เข้าชมไร้ประสิทธิภาพ (Noel *et al.*, 2020)

9.4.2 การควบคุมบางส่วน

ในหลายพื้นที่ปกครอง มักใช้การควบคุมบางส่วน ซึ่งหมายถึง การควบคุมบางสื่อหรือเฉพาะบางเครื่องดื่ม และมีส่วนน้อยที่ควบคุมการตลาดดิจิทัล (Global Advertising Lawyers Alliance, 2015)

กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศฝรั่งเศส หรือ Loi Évin ถูกยกให้เป็นตัวอย่างของมาตรการควบคุมบางส่วน โดยมีรายการที่ระบุช่องทางและชนิดของสื่อที่อนุญาตให้โฆษณาได้ แทนที่จะเป็นการระบุช่องทางที่ห้ามโฆษณา และมีการควบคุมเนื้อหาที่แสดงวิธีชีวิต หลังการบังคับใช้ในปี ค.ศ. 1991 กฎหมายนี้ถูกทำให้อ่อนด้อยลงด้วยการวิ่งเต้นจากบรรดาผู้ผลิตและผู้ค้าปลีก ในปี ค.ศ. 2009 ก็ได้อนุญาตให้โฆษณาออนไลน์ได้ จากการวิเคราะห์ในปี ค.ศ. 2016 (Gallopel-Morvan *et al.*, 2017) พบว่ากฎหมายนี้ไม่สามารถปกป้องเยาวชนจากการเปิดรับโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศฝรั่งเศสได้

ในประเทศฟินแลนด์ ออกกฎหมายในปี ค.ศ. 2015 ห้ามโฆษณาในเกม สลากกินแบ่ง และการแข่งขันในทุกลูก และในออนไลน์ด้วย รวมทั้งห้ามนักการตลาดใช้เนื้อหาที่ผู้บริโภคสร้างเอง (consumer-generated material) มาใช้โฆษณา และห้ามสร้างเนื้อหาสารที่เกิดจากการสื่อสารระหว่างกัน (peer-to-peer transmission) (Montonen and Tuominen, 2017) ผลการประเมินสรุปว่า กฎหมายนี้ไม่เกิดผลอันใดในการควบคุมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศฟินแลนด์ที่จะดึงผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วม (Kauppila *et al.*, 2019) แต่กลับสะท้อนให้เห็น ความล้มเหลวในการห้ามการใช้ประโยชน์จากการกดไลค์หรือการแชร์ในสื่อดิจิทัล

มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงนโยบายห้ามโฆษณาในศตวรรษที่ผ่านมาโดยใช้วิธีการเชิงเศรษฐมิติมาประเมินค่าเฉลี่ยในการบริโภค (APC consumption) อย่างไรก็ดีตาม ข้อสรุปจากการศึกษาเหล่านี้มีข้อจำกัด ซึ่งบางส่วนเกิดเนื่องจากลักษณะและความซับซ้อนของนโยบายที่ถูกประเมินเอง งานศึกษาค่าเฉลี่ยในการบริโภคในกลุ่มประเทศที่อยู่ในองค์กรเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา หรือ OECD (Organisation

for Economic Co-operation and Development) ในปี ค.ศ. 1975-2000 โดยใช้ตัวแปรทวิภาค (dichotomous variables) สองตัว ได้แก่ การห้ามแบบเบ็ดเสร็จซึ่งวัดโดยตัวแปรการห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดในโทรทัศน์ และการห้ามแบบบางส่วนซึ่งวัดโดยใช้ตัวแปรการห้ามโฆษณาเฉพาะเหล้า (spirits) ในโฆษณาโทรทัศน์ ผู้ศึกษางานนี้สรุปว่า การห้ามโฆษณาไม่มีผลกระทบต่อค่าเฉลี่ยการบริโภค (Nelson 2010) การวิเคราะห์นี้ ซึ่งมีปัญหาในระเบียบวิธีวิจัยด้วย และไม่ได้นำด้านอื่น ๆ ของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาพิจารณาในการศึกษา จึงไม่ได้เป็นการประเมินการห้ามแบบเบ็ดเสร็จ งานศึกษาเชิงเศรษฐมิติอีกงานหนึ่งในกลุ่มประเทศ OECD ในปี ค.ศ. 1970-1995 ที่ศึกษาสื่อจำนวนมากที่ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มเฉพาะบางประเภทหรือทั้งหมด พบว่า หากเพิ่มการห้ามโฆษณาขึ้นอีกหนึ่งชั้น จะลดค่าเฉลี่ยการบริโภคลงได้ร้อยละ 5-8 (Saffer and Dave, 2002)

การศึกษาเปรียบเทียบแบบภาคตัดขวางในพื้นที่ปกครองที่มีระดับการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน พบว่า การห้ามโฆษณายิ่งน้อย การดื่มก็จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยรายงานเป็นค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มใน 12 ประเทศที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Casswell *et al.*, 2022) รวมทั้งจากข้อมูลการสำรวจในกลุ่มเด็กนักเรียนใน 84 ประเทศ (Noel, 2019) กลุ่มวัยรุ่นนลาตินอเมริกันในอีก 13 ประเทศ (Noel, 2020) รวมทั้งในกลุ่มประชากรอายุ 18-65 ปีใน 15 ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Cook *et al.*, 2014) และในกลุ่มผู้ใหญ่สูงวัยในยุโรป (Bosque-Prous *et al.*, 2014) อย่างไรก็ตาม ทิศทางเรื่องผลกระทบยังไม่ชัดเจนนักในการศึกษาภาคตัดขวางแบบนี้ เพราะอาจจะมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนต่อการห้ามโฆษณาและการดื่มระดับสูงด้วย

9.4.3 การห้ามโฆษณาแบบเบ็ดเสร็จ

ตัวอย่างประเทศที่ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเบ็ดเสร็จคือกลุ่มประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม แต่ผลการดำเนินงานหรือการห้ามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศเหล่านี้ ยังไม่มีการศึกษาประเมินนัก

รัสเซีย เป็นอีกประเทศหนึ่งที่ห้ามการโฆษณาในปี ค.ศ. 1995 และห้ามการโฆษณาในอินเทอร์เน็ตในปี ค.ศ. 2012 การศึกษาชิ้นหนึ่งพบว่า การห้ามดังกล่าวลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมลงไปได้เป็นจำนวนมาก (Matyusova *et al.*, 2019) ถึงแม้ว่าอาจจะไม่สามารถแยกผลของการห้ามโฆษณาออกจากผลจากนโยบายอื่น ๆ ที่ดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกันนั้นก็ตาม ลิทัวเนีย เป็นอีกประเทศหนึ่งที่ใช้การควบคุมแบบเบ็ดเสร็จในปี ค.ศ. 2018 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลของนโยบายนี้ การห้ามโฆษณานี้เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนนโยบายด้านอื่น ๆ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ใช้การห้ามแบบกึ่งเบ็ดเสร็จ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี ค.ศ. 2008 และเหมือนกับประเทศเวียดนามที่เพิ่งมีการปรับนโยบายเป็นควบคุมบางส่วนในกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี ค.ศ. 2020

การควบคุมแบบเบ็ดเสร็จในกลุ่มประเทศยุโรปเหนือ (Nordic) ได้กลายเป็นการควบคุมบางส่วนมากกว่า เมื่อประเทศเหล่านี้เข้าสู่การทำสนธิสัญญาการค้ากับสหภาพยุโรป และเมื่อการตลาดดิจิทัลเติบโตแบบควบคุมไม่ได้ ในประเทศนอร์เวย์ การควบคุมแบบเบ็ดเสร็จยังคงมีอยู่ และให้ใช้กับการตลาดดิจิทัลด้วย การประเมินด้วยวิธีวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบแบ่งช่วง (interrupted time-series analysis) ของการใช้นโยบายนี้ในปี ค.ศ. 1975 ให้ข้อมูลสำคัญต่อวงการวิชาการ โดยพบว่า การห้ามโฆษณาลดความชุกของการดื่มสุราไปได้ร้อยละ 3 ในกลุ่มอายุ 15-16 ปี และลดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงไปได้ร้อยละ 3 ด้วย เมื่อนำราคาและรายได้ประชากรมาคำนวณด้วยในปี ค.ศ. 1965-2002 พบว่าลดการขายไปได้ร้อยละ 7 หลังมีการห้ามโฆษณาแบบเบ็ดเสร็จ (Rossow, 2021a, b)

9.4.4 ผลโดยประมาณของการห้ามการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการศึกษาการสัมผัสโฆษณา

ขนาดของผลกระทบของการห้ามการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ได้ข้อมูลมาจากการศึกษาแบบสังเกตในสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการสัมผัสสื่อการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายระดับ โดยควบคุมปัจจัยกวนทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่เป็นผู้ดื่ม และ

ใช้ตัววัดผลลัพธ์การศึกษาที่หลากหลาย ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ใช้ฐานข้อมูลการล้มล้มการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรศัพท์พบว่า การล้มล้มโฆษณาที่เพิ่มขึ้นทุกร้อยละ 1 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะดื่มเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 11 ในเดือนที่ผ่านมา และปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ด้วย (Niederdeppe *et al.*, 2021) ในกลุ่มวัยรุ่น การศึกษาเปรียบเทียบสื่อที่ต่างกัน 24 แหล่งจากปี ค.ศ. 1999-2001 พบว่า การดื่มเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อการรับชมโฆษณาแต่ละชิ้น และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามเวลา ถ้ายังมีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น (Snyder *et al.*, 2006) การล้มล้มโฆษณาโทรศัพท์จะยังมีผลสูงถ้าล้มล้มในระดับสูง และมีการศึกษาอีกชิ้นหนึ่งที่พบว่า กลุ่มนักดื่มอายุน้อย ถ้าเพิ่มการล้มล้มโฆษณาในระดับสูงขึ้นอีกหนึ่งค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะสัมพันธ์กับการดื่มเพิ่มขึ้นอีก 56 หน่วยดื่มในเดือนที่ผ่านมา (Naimi *et al.*, 2016) ผลจากการวิเคราะห์การอ่านนิตยสารและดูโทรทัศน์ ระบุว่า การลดการล้มล้มนิตยสารและโทรทัศน์ลงร้อยละ 50 จะลดความชุกของการดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่นได้ร้อยละ 3.3 (Molloy, 2016) Saffer และ Dave (2006) ศึกษาเปรียบเทียบภูมิภาคที่มีระดับการเปิดรับต่างกันและประเมินว่า การลดโฆษณาลงทั้งหมดร้อยละ 28 จะช่วยลดความชุกในการดื่มในกลุ่มอายุน้อยและลดพฤติกรรมดื่มหัวร่น้ำไปได้ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 4

ข้อมูลจากการศึกษาประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง 15 ประเทศ (Cook *et al.*, 2014) ในการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการห้ามโฆษณา อิงตามขนาดของผลกระทบต่อการบริโภคที่ลดลงไปร้อยละ 7 ถ้ามีการห้ามโฆษณาเพิ่มขึ้น ข้อมูลนี้สรุปได้ว่า การห้ามโฆษณาเป็นนโยบายที่มีต้นทุน-ประสิทธิผลสูง (Chisolm *et al.*, 2018) ในทำนองเดียวกัน ข้อมูลที่คล้ายกันแต่ศึกษาในประเทศที่มีระดับรายได้สูงพบว่า หากประมาณว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 4 การลดลงของจำนวนปีที่เสียชีวิตจากความพิการ (disability years of life lost) จากนโยบายห้ามโฆษณาจะสูงกว่าที่เป็นผลจากนโยบายการขึ้นภาษีสินค้าเครื่องดื่มถึงร้อยละ 30 (Holm *et al.*, 2014)

9.5 บทเรียนจากการห้ามการตลาดยาสูบ

ประสบการณ์จากการห้ามการตลาดยาสูบนั้น ควรนำมาพิจารณาในกรณีการห้ามการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน ก่อนที่จะมีการออกอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) เฉพาะการควบคุมแบบเบ็ดเสร็จ (แต่ไม่พบกับการควบคุมบางส่วน) ถูกพบว่า ลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง และทั้งการควบคุมแบบเบ็ดเสร็จและการควบคุมบางส่วนลดการบริโภคในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Blecher, 2008) ในประเทศบราซิล การเริ่มห้ามการโฆษณา (รวมถึงการใช้ภาพคำเตือน) มีผลทำให้การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นลดลง (Galduróz *et al.*, 2007). การห้ามการตลาดในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า เป็นตัวส่งเสริมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบ (Kasza *et al.*, 2011)

จากการยอมรับกรอบอนุสัญญา FCTC ใน 22 ประเทศที่เลือกที่จะใช้มาตรการจำกัดโฆษณายาสูบขั้นสูงสุด คือ ห้ามทั้งโฆษณาตรงและโฆษณาแฝง ขนาดของผลกระทบที่ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมและจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ลดการเสียชีวิตที่มาจากการสูบบุหรี่ได้ประมาณ 3.7 ล้านราย จากมาตรการเหล่านี้ (Levy *et al.*, 2018)

ได้มีการเปรียบเทียบระหว่างการห้ามการตลาดยาสูบ และการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแพลตฟอร์มดิจิทัล ทั้งนี้เพราะ กรอบอนุสัญญา FCTC เรียกร้องให้มีการควบคุมการตลาดยาสูบในวงกว้าง ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่การห้ามแบบครอบจักรวาลก็ตาม การเปรียบเทียบดังกล่าวพบว่า การโฆษณายาสูบมีน้อยกว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น การล้มล้างโฆษณาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวิดีโอต้นตอในยูทูบสูงกว่าการล้มล้างโฆษณาถึงห้าเท่า ในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นในประเทศอังกฤษ (Cranwell *et al.*, 2016) การทบทวนอย่างเป็นทางการหนึ่ง ที่ศึกษาการตลาดดิจิทัลของสินค้าเสี่ยงต่อสุขภาพ ระบุว่า การตลาดแอลกอฮอล์มีผลที่ไม่พึงประสงค์ที่คงที่มากที่สุด ในขณะที่ผลของการตลาดบุหรี่ไม่คงที่ อันเนื่องมาจากนโยบายบุหรี่ที่เข้มแข็งกว่าในตลาดที่ไปสำรวจ (Buchanan *et al.*, 2018)


9.6 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในศตวรรษที่ผ่านมา แคมเปญการตลาดแบบบูรณาการโดยใช้สื่อดิจิทัลได้กลายเป็นหัวใจของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้ว การขยายตัวของสื่อข้ามพรมแดนเกิดขึ้นได้ง่ายในสภาพแวดล้อมที่ไร้การควบคุมระดับนานาชาติ เพราะบทย่อยเรื่องการคุ้มครองดิจิทัลในข้อตกลงการค้า และการลงทุนระดับนานาชาติต่างก็ปกป้องสื่อดิจิทัล (โปรดดูบทที่ 15) การตลาดดิจิทัลไม่เพียงแต่เป็น “ด้านมืด” (“dark”) ของการตลาด เพราะเป็นสิ่งที่ล้วงลึกไปถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแยบยล แต่ที่สำคัญอาจไม่เหลือหลักฐานอะไรไว้ในแพลตฟอร์มเลยก็ได้ รวมไปถึงธุรกิจปัจจุบันที่ใช้ฐานข้อมูลลูกค้าขับเคลื่อนการตลาด ทำให้เล็งเป้ากลุ่มดื่มจัดได้ดียิ่งขึ้น ด้วยเหตุเหล่านี้เอง การควบคุมการตลาดดิจิทัลจึงทำได้ยากยิ่ง กฎกติกาควบคุมตนเองภาคสมัครใจจากกลุ่มผู้มีผลประโยชน์ ก็ไร้ประสิทธิภาพในการลดอิทธิพลทางการตลาด บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติได้ใช้ทรัพยากรมหาศาล เพื่อรักษาพื้นที่การตลาดในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง และขยายตลาดในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง

สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างจากสินค้ายาสูบ เพราะสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีสนธิสัญญาระดับนานาชาติที่จะมาควบคุมการตลาดเหมือนสินค้ายาสูบ ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่า การมีสนธิสัญญาที่ควบคุมการตลาดแบบนี้ ช่วยลดการสัมผัสการตลาดยาสูบได้จริง การห้ามการตลาดยาสูบช่วยยุติการใช้สิ่งกระตุ้นที่สื่อสารเชิญชวนให้สูบบุหรี่ และมีประสิทธิภาพในแพลตฟอร์มดิจิทัลด้วย ทั้งผู้โฆษณาและเจ้าของแพลตฟอร์มต่างพยายามป้องกันไม่ให้มีโฆษณาในช่องทางดิจิทัลของตนเองในประเทศที่มีข้อห้ามทางกฎหมายที่ควบคุมได้ดี ซึ่งสนับสนุนโดยมาตราที่ 13 ใน FCTC ที่เรียกร้องให้มีการควบคุมยาสูบแบบเบ็ดเสร็จในระดับชาติและควบคุมโฆษณาข้ามชาติ การส่งเสริมการขายและการให้ทุนอุปถัมภ์ (WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2018) การเปรียบเทียบการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสินค้ายาสูบ จะพบว่า ผลกระทบของการตลาดสินค้ายาสูบในสื่อดิจิทัลมีน้อยกว่าสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก เพราะมีข้อห้ามในการทำการตลาดของสินค้ายาสูบทั้งในระดับโลกและระดับชาติ

มีหลักฐานที่แสดงว่า การตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวเร่งให้คนเริ่มต้นดื่มเร็วขึ้น เพิ่มปริมาณการดื่มในกลุ่มคนที่ดื่มอยู่แล้ว และมีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์แบบการตอบสนองเป็นสัดส่วนกับปริมาณ (dose-response relationship) และกลไกด้านจิตประสาทชีววิทยา และจิตวิทยาสังคมที่อธิบายถึงผลของการตลาด ส่วนการศึกษาด้านสื่อดิจิทัลยังมีไม่มาก แต่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การตลาดดิจิทัลมีอิทธิพลสูงกว่า การตลาดมีผลให้เกิดกลุ่มเยาวชนนักดื่มรุ่นใหม่เข้ามาทดแทนนักดื่มรุ่นก่อนที่ทหายไประยะหนึ่งโดยไม่ต้องสงสัย และทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงอยู่ในตลาดที่อิ่มตัวแล้วดังเดิม รวมทั้งขยายกลุ่มประชากรนักดื่มในตลาดที่เกิดขึ้นใหม่ นอกเหนือจากกลุ่มเยาวชน ยังมีหลักฐานวิชาการว่าการตลาดยังเข้าไปปั่นให้กลุ่มดื่มหนักหรือกลุ่มที่มีปัญหาการดื่มอยู่แล้ว ดื่มเพิ่มขึ้นอีกด้วย สื่อดิจิทัลสามารถระบุลักษณะบุคลิกภาพของผู้บริโภคได้ ตัวอย่างเช่น ประวัติการดื่มหนักซึ่งยิ่งทำให้การมุ่งเป้ากลุ่มเป้าหมายผู้บริโภคทำได้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

การแยกผลของการตลาดในการทำให้สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นสินค้าธรรมดาออกมาทำได้ยาก การตลาดนั้นมียุทธศาสตร์ที่ละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงไว้ในการศึกษาระยะยาวจำนวนหนึ่ง (Jernigan *et al.*, 2017) มีผู้วิพากษ์ว่า อิทธิพลที่ลงลึกและสะสมของการตลาดสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้เอง ที่เป็นคำอธิบายได้ว่า เหตุใดบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ จึงต้องพยายามอย่างยิ่งยวดที่จะคัดค้านการควบคุมการตลาดในทุกรูปแบบ (Sargent and Babor, 2020)

ตารางที่ 9.1 สรุปการประเมินมาตรการจำกัดการตลาดที่กล่าวถึงในบทนี้ไว้ ตามที่ได้อธิบายใน  ภาคผนวกออนไลน์ 1 กลยุทธ์และมาตรการจำกัดการตลาดนี้จัดอันดับโดยคณะผู้เขียนเอง อิงตามการพิจารณาใน 2 ด้าน คือ ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการ และจำนวนของการศึกษาที่สนับสนุน ในกรณีการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินการควบคุมแบบเบ็ดเสร็จยังขาดอยู่ ซึ่งหมายความว่า การตัดสินใจเรื่องประสิทธิภาพยังมีข้อจำกัด เพราะยังต้องอาศัยหลักฐานจากผลกระทบของการตลาดที่มีต่อการบริโภค องค์กรความรู้ที่ส่งผ่านมาจากการศึกษาการห้ามการตลาดยาสูบซึ่งมีหลักฐานว่า ลดการสัมผัสโฆษณาได้ จึงได้ถูกนำมาพิจารณาด้วย

ขอบเขตและจำนวนของการวิจัยที่นำมาทบทวนก็มีความสำคัญ การทบทวนในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีหลากหลายและให้ผลเหมือนกันว่า มีผลกระทบจริงจากการศึกษาเชิงสังเกตและเชิงทดลอง จากหลักฐานอันหนักแน่นที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการล้มล้างการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบริโภค การศึกษาที่แสดงผลว่า การห้ามทำการตลาดลดการล้มล้างโฆษณาได้ในบางสถานการณ์ และผลของการประเมินการห้ามแบบเบ็ดเสร็จ สามารถสรุปได้ว่า นโยบายที่ห้ามการล้มล้างการตลาดในระดับประชากรสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อิงตามขนาดของผลกระทบที่ได้มาจากผลการศึกษาการล้มล้างโฆษณาในระดับที่ต่างกัน และจากผลการศึกษาแบบจำลอง พบว่า การห้ามโฆษณาเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่คุ้มทุนมาก ดังนั้น การควบคุมแบบเบ็ดเสร็จก็นับได้ว่า มีความชอบธรรมต่อการคุ้มครองสุขภาพประชากรได้ การครอบครองตลาดระดับโลกของกลุ่มบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ชี้ให้เห็นว่า การใช้แนวทางแบบบูรณาการร่วมกันระดับนานาชาติเท่านั้นที่จะควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์ได้

ประสิทธิผลของการควบคุมการตลาดแบบเบ็ดเสร็จหนักแน่นมากขึ้น เพราะไม่มีมาตรการทางเลือกอื่นเทียบได้ ตารางที่ 9.1 แสดงให้เห็นว่า การควบคุมบางส่วนสามารถปิดกั้นการเปิดรับได้ในบางสื่อ ในบางช่วงเวลาของวัน แต่ธุรกิจก็สามารถโยกไปใช้สื่อดิจิทัลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ จึงนับได้ว่า การควบคุมบางส่วนมีประสิทธิภพน้อย เช่นเดียวกัน การควบคุมตนเองภาคสมัครใจจากธุรกิจ ซึ่งมักร่วมกับการควบคุมแบบบางส่วนความร่วมมือของภาครัฐร่วมกับภาคเอกชน ก็ยังไม่มีประเมินในด้านผลกระทบต่อการลดการบริโภคและอันตราย อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า การควบคุมแบบนี้ไม่สามารถป้องกันการล้มล้างโฆษณาในกลุ่มเยาวชนได้ และไม่สามารถป้องกันเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมบางประเภทได้ จึงกล่าวได้ว่า การควบคุมตนเองแบบสมัครใจไม่สามารถทดแทนการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเบ็ดเสร็จได้

ตารางที่ 9.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการจำกัดหรือห้ามการตลาด^c

กลยุทธ์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การห้ามแบบเบ็ดเสร็จ	++ ^(c)	++	มีการศึกษาจำนวนไม่มากที่ศึกษาผลกระทบโดยตรงจากการห้ามแบบเบ็ดเสร็จ แต่ก็มีข้อมูลจำนวนมากพอที่จะแสดงให้เห็นว่า การตลาดมีอิทธิพลต่อการดื่มและการเริ่มดื่มเร็วขึ้น รวมทั้งการดื่มหนักในกลุ่มเยาวชน และมีหลักฐานเสริมจากการห้ามการตลาดยาสูบแบบเบ็ดเสร็จว่ามีประสิทธิภาพดี ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานและกลไกที่อธิบายการเกิดผลลัพธ์มากพอ แต่ยังคงขาดการประเมินการห้ามแบบเบ็ดเสร็จอยู่มาก ทำให้หลักฐานจากงานวิจัยที่สนับสนุนในประเด็นนี้ยังไม่มากพอนัก
การห้ามแบบบางส่วน	+	+	การห้ามแบบบางส่วนมีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบและความครอบคลุมของการห้าม การห้ามแบบบางส่วนอาจได้ผลดีในการจำกัดการเข้าถึงบางสื่อและในบางเวลา แต่การที่ธุรกิจโยกทุนไปลงในสื่อดิจิทัลที่ไม่ได้ถูกห้าม ก็ทำให้การห้ามแบบบางส่วนได้ผลน้อยมาก
การห้ามแบบร่วมกันและการใช้การควบคุมตนเองภาคสมัครใจ	?	?	ไม่มีงานวิจัยในเรื่องผลกระทบของการใช้การควบคุมตนเองภาคสมัครใจต่อปริมาณการดื่มและอันตราย มีการศึกษาจำนวนมากที่พอชี้ได้และอันตราย มีการศึกษาจำนวนมากที่พอชี้ได้ การควบคุมเนื้อหาไร้ประสิทธิภาพในการป้องกันการเปิดรับและการสื่อสารที่ชักจูงใจ

^a 0 หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่าไม่มีประสิทธิผล (มาตรการถูกประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์); + หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคและผลกระทบ; ++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลปานกลางต่อการบริโภคและผลกระทบ; +++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลมากต่อการบริโภคและผลกระทบ; ? มีหนึ่งการศึกษาหรือมากกว่าที่ศึกษาแต่ยังไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปได้

^b 0 ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล; + มีการศึกษาคุณภาพสูงเกี่ยวกับประสิทธิผล 1-2 การศึกษา; ++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากกว่า 2 การศึกษา แต่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่มีการศึกษาจากประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง; +++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากเพียงพอที่สามารถนำมาทบทวนวรรณกรรมหรือวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยที่มีบางการศึกษาจากประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

^c ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่  Online Appendix 1

เอกสารอ้างอิง

- Ackoff, R., & Emshoff, J. (1975a). Advertising research at Anheuser-Busch, Inc. (1963-1968). *Sloan Management Review*, 16, 1-15.
- Ackoff, R., & Emshoff, J. (1975b). Advertising research at Anheuser-Busch, Inc. (1968-1974). *Sloan Management Review*, 16, 1-14.
- Alhabash S, McAlister A, Quilliam E, Richards, JI., Lou, C. (2015). Alcohol's getting a bit more social: when alcohol marketing messages on Facebook increase young adults' intentions to imbibe. *Mass Communication and Society*, 18(3), 350-375.
- Alhabash S, McAlister A, Wonkyung K, Lou, C., Cunningham, C., Quilliam, TE. (2016). Saw it in Facebook, drank it at the bar: effects of exposure to Facebook alcohol ads on alcohol-related behaviors. *Journal of Interactive Advertising*, 16(1), 44-58.
- Allen, L. N., Nicholson, B. D., Yeung, B. Y. T., & Goiana-da-Silva, F. (2020). Implementation of non-communicable disease policies: a geopolitical analysis of 151 countries. *The Lancet. Global health*, 8(1), e50-e58.
- Amanuel, H., Morojele, N., & London, L. (2017). The Health and Social Impacts of Easy Access to Alcohol and Exposure to Alcohol Advertisements Among Women of Childbearing Age in Urban and Rural South Africa. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(2), 302-308.
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*, 44(3), 229-243.
- Atkinson A, Ross-Houle K, Begley E, Sumnall, H. (2017). An exploration of alcohol advertising on social networking sites: an analysis of content, interactions and young people's perspectives. *Addiction Research and Theory*, 25(2), 91-102.
- Barry, A. E., Johnson, E., Rabre, A., Darville, G., Donovan, K. M., & Efunbumi, O. (2015). Underage access to online alcohol marketing content: a YouTube case study. *Alcohol and alcoholism*, 50(1), 89-94.
- Barry AE, Valdez D, Padon AA, Russell, A. M. (2018). Alcohol advertising on Twitter—a topic model. *American Journal of Health Education*, 49(4), 256-263.
- Benegal, V. (2005). India: alcohol and public health. *Addiction*, 100(8), 1051-1056.

- Beverage Industry. (2019). Miller64 launches Dry-ish January campaign. <https://www.bevindustry.com/articles/92678-miller64-launches-dry-ish-january-campaign>
- Bevnet. (2014). Diageo adds Facebook executive to its Board of Directors. <https://www.bevnet.com/spirits/2014/diageo-adds-facebook-executive-to-its-board-of-directors>
- Blecher, E. (2008). The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of health economics*, 27(4), 930-942.
- Bosque-Prous, M., Espelt, A., Guitart, A. M., Bartroli, M., Villalbí, J. R., & Brugal, M. T. (2014). Association between stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries. *Addiction*, 109(10), 1634-1643.
- Brown, K. (2016). Association between alcohol sports sponsorship and consumption: a systematic review. *Alcohol and alcoholism*, 51(6), 747-755.
- Buchanan, L., Kelly, B., Yeatman, H., & Kariippanon, K (2018). The effects of digital marketing of unhealthy commodities on young people: a systematic review. *Nutrients*, 10(2), 148.
- Carah, N. (2017). Alcohol corporations and marketing in social media. In: Lyons, A., McCreanor, T., Goodwin, I., & Moewaka, B. H., (eds.). *Youth drinking cultures in a digital world: alcohol, social media and cultures of intoxication* (pp. 115-131). Routledge.
- Carah, N., & Brodmerkel, S. (2021). Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 18-27.
- Carrotte, E. R., Dietze, P. M., Wright, C. J., & Lim, M. S. (2016). Who 'likes' alcohol? Young Australians' engagement with alcohol marketing via social media and related alcohol consumption patterns. *Australian and New Zealand journal of public health*, 40(5), 474-479.
- Casswell, S. (1997). Public discourse on alcohol. *Health Promotion International*, 12(3), 251-257.
- Casswell, S. (2012). Current status of alcohol marketing policy—an urgent challenge for global governance. *Addiction*, 107(3), 478-485.
- Casswell S, Huckle T, Parker K, Romeo, J. S., Graydon-Guy, T., Leung, J., Byron, K., Callinan, S., Chaiyasong, S., Gordon, R., MacKintosh, A. M., Meier, P.S., Paraje, G.,

- Parry, C. D., Cuong, P. V., Williams, P. P., Randerson, S., Schelleman-Offermans, K., Sengee, G., ... Burnhams, N. H. (2022). Benchmarking alcohol policy based on stringency and impact: the international alcohol control (IAC) Policy Index. *PLOS Glob Public Health*, 2(4). doi: 10.1371/journal.pgph.0000109.
- Casswell, S., & Zhang, J. F. (1998). Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study. *Addiction*, 93(8), 1209-1217.
- Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the “Best Buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(4), 514-522.
- Colbert, S., Thornton, L., & Richmond, R. (2020). Content analysis of websites selling alcohol online in Australia. *Drug and alcohol review*, 39(2), 162-169.
- Cook, W. K., Bond, J., & Greenfield, T. K. (2014). Are alcohol policies associated with alcohol consumption in low-and middle-income countries?. *Addiction*, 109(7), 1081-1090.
- Cooper, B. (2020). Why no- and low-alcohol is a good news story but not free from controversy—sustainability spotlight. https://www.just-drinks.com/analysis/why-no--and-low-alcoholis-a-good-news-story-but-not-free-from-controversy--sustainability-spotlight_id131645.aspx?utm_source=daily&utm_medium=email&utm_campaign=28-08-2020&utm_term=141591&utm_content=624285
- Courtney, A. L., Casey, B. J., & Rapuano, K. M. (2020). A neurobiological model of alcohol marketing effects on underage drinking. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 19(Suppl 19)*, 68-80.
- Cranwell, J., Britton, J., & Bains, M. (2017). ‘F*uck it! Let’s get to drinking-poison our livers!’: a thematic analysis of alcohol content in contemporary YouTube music videos. *International journal of behavioral medicine*, 24(1), 66-76.
- Cranwell, J., Opazo-Breton, M., & Britton, J. (2016). Adult and adolescent exposure to tobacco and alcohol content in contemporary YouTube music videos in Great Britain: a population estimate. *Journal of epidemiology and community health*, 70(5), 488-492.

- Critchlow, N., MacKintosh, A. M., Hooper, L., Thomas, C., & Vohra, J. (2019). Participation with alcohol marketing and user-created promotion on social media, and the association with higher-risk alcohol consumption and brand identification among adolescents in the UK. *Addiction research & theory*, 27(6), 515-526.
- Critchlow N, Moodie C, Bauld L, Bonner, A., & Hastings, G. (2016). Awareness of, and participation with, digital alcohol marketing, and the association with frequency of high episodic drinking among young adults. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(4), 328-336.
- Curtis, B. L., Lookatch, S. J., Ramo, D. E., McKay, J. R., Feinn, R. S., & Kranzler, H. R. (2018). Meta-analysis of the association of alcohol-related Social media use with alcohol consumption and alcohol-related problems in adolescents and young adults. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 42(6), 978-986.
- de Gregorio, F., & Sung, Y. (2010). Understanding attitudes toward and behaviors in response to product placement. *Journal of Advertising*, 39(1), 83-96.
- Diageo. (2018). *Smirnoff and Spotify team up to promote equality for women musicians around the world*. <https://www.diageo.com/en/news-and-media/features/smirnoff-and-spotifyteam-up-to-promote-equality-for-women-musicians-around-the-world/Dumbili>
- Dumbili, E. W., Williams, C. (2017). Awareness of alcohol advertisements and perceived influence on alcohol consumption: a qualitative study of Nigerian university students. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 74-82.
- Eagle, L., & Dahl, S. (2018). Product placement in old and new media: examining the evidence for concern. *Journal of Business Ethics*, 147(3), 605-618.
- Emslie, C. (2019). *How alcohol companies are using International Women's Day to sell more drinks to women*. The Conversation. <https://theconversation.com/how-alcoholcompanies-are-using-international-womens-day-to-sell-more-drinks-to-women-113081>
- Finan, L. J., Lipperman-Kreda, S., Grube, J. W., Balassone, A., & Kaner, E. (2020). Alcohol marketing and adolescent and young adult alcohol use behaviors: a systematic review of cross-sectional studies. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 19(Suppl 19)*, 42-56.

- Galduróz, J. C., Fonseca, A. M., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (2007). Decrease in tobacco use among Brazilian students: a possible consequence of the ban on cigarette advertising?. *Addictive behaviors, 32*(6), 1309-1313.
- Gallet, C. A. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics, 51*(2), 121-135.
- Gallopel-Morvan, K., Spilka, S., Mutatayi, C., Rigaud, A., Lecas, F., & Beck, F. (2017). France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction, 112 Suppl 1*, 86-93.
- Gerbner, G. (1995). Alcohol in American culture. In: Martin, S., (ed.). *The effects of the mass media on the use and abuse of alcohol* (pp. 3-29). NIAAA, US Department of Health and Human Services.
- Global Advertising Lawyers Alliance. (2015). *Alcohol advertising: a global legal perspective*. Global Advertising Lawyers Alliance.
- Global Marketing Professor. (2019). The rise of Formula 1 through global social media marketing. <https://globalmarketingprofessor.com/the-rise-of-formula-1-through-global-socialmedia-marketing/>
- Gordon, R., MacKintosh, A. M., & Moodie, C. (2010). The impact of alcohol marketing on youth drinking behaviour: a two-stage cohort study. *Alcohol Alcohol, 45*(5), 470-480.
- Grimes, A. (2008). Towards an integrated model of low attention advertising effects: a perceptual-conceptual framework. *European Journal of Marketing, 42*(1/2), 69-86.
- Gupta, H., Pettigrew, S., Lam, T., & Tait, R. J. (2016). A systematic review of the impact of exposure to Internet-based alcohol-related content on young people's alcohol use behaviours. *Alcohol and alcoholism, 51*(6), 763-771.
- Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E., & Gordon, R. (2005). Alcohol marketing and young people's drinking: a review of the research. *Journal of public health policy, 26*(3), 296-311.
- Heath, R. (2001). Low involvement processing - a new model of brand communication. *Journal of Marketing Communications, 7*(1), 27-33.
- Hendriks, H., Wilmsen, D., van Dalen, W., & Gebhardt, W. A. (2020). Picture Me Drinking: Alcohol-Related Posts by Instagram Influencers Popular Among Adolescents and Young Adults. *Frontiers in psychology, 10*, 2991.

- Maani Hessari, N., Bertscher, A., Critchlow, N., Fitzgerald, N., Knai, C., Stead, M., & Petticrew, M. (2019). Recruiting the 'heavy-using loyalists of tomorrow': an analysis of the aims, effects and mechanisms of alcohol advertising, based on advertising industry evaluations. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4092.
- Maani Hessari, N., & Petticrew, M. (2018). What does the alcohol industry mean by 'Responsible drinking'? A comparative analysis. *Journal of public health*, 40(1), 90-97.
- Hill, L., & Casswell, S. (2004). Alcohol advertising and sponsorship: commercial freedom or control in the public interest? In: Heather, N., & Stockwell, T., (eds.). *The Essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 339-359). John Wiley and Sons.
- Holm, A. L., Veerman, L., Cobiac, L., Ekholm, O., & Diderichsen, F. (2014). Cost-effectiveness of preventive interventions to reduce alcohol consumption in Denmark. *PLoS One*, 9(2), e88041.
- Hootsuite. (2020). *Digital 2020 global digital overview: essential insights into how people around the world use the Internet, mobile devices, social media and Ecommerce*. <https://wearesocial-net.s3-eu-west-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/common/reports/digital-2020/digital-2020-global.pdf>
- International Alliance for Responsible Drinking. (2018). *Policy review in brief: marketing of alcoholic beverages*. <https://www.iard.org/getattachment/9e1ca412-da98-48a0-909b-7e25c398ce1a/iard-policy-reviw-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>
- International Alliance for Responsible Drinking. (2019). *Leading beer, wine, and spirits producers and world's prominent digital platforms put in place further safeguards to prevent minors seeing alcohol marketing online*. <http://iard-webprod.azur-ewebsites.net/getattachment/7f6a8a2a-7351-4501-84ce-c7ef95559f84/communique-between-iard-and-digitalplatforms-2019.pdf>
- Jauchuen, N., Naseub, S., Chaiyasong, S., Thamarangsi, T. (2015). Alcohol-branded merchandise and alcohol consumption in Thai youth: a loophole for brand advertising and legislation's crisis in Thailand. *Journal of Communication Arts*, 33(3), 81-94.

- Jernigan, D. (1999). Country profile on alcohol in Zimbabwe. In: Riley, L., & Marshall, M., (eds.). *Alcohol and public health in 8 developing countries* (pp. 157-175). Publication WHO/HSC/SAB/99.9. World Health Organization Substance Abuse Department.
- Jernigan D, Noel J, Landon J, et al. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112, 7-20.
- Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., & Lobstein, T. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112 Suppl 1, 7-20.
- Jernigan, D. H., Ostroff, J., & Ross, C. (2005). Alcohol advertising and youth: a measured approach. *Journal of public health policy*, 26(3), 312-325.
- Jones, S. C., Andrews, K., & Caputi, P. (2016). Alcohol-branded merchandise: association with Australian adolescents' drinking and parent attitudes. *Health promotion international*, 31(2), 314-324.
- Joseph, S. (2017). *Heineken prioritizes mass reach over hypertargeting on google and facebook*. www.digiday.com
- Kasza, K. A., Hyland, A. J., Brown, A., Siahpush, M., Yong, H. H., McNeill, A. D., Li, L., & Cummings, K. M. (2011). The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers' exposure to advertising and promotion: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *International journal of environmental research and public health*, 8(2), 321-340.
- Kaupilla E, Lindeman M, Svensson J, Hellman, M., & Katainen, A. (2019). *Alcohol marketing on social media sites in Finland and Sweden: a comparative audit study of brands' presence and content, and the impact of a legislative change*. University of Helsinki Centre for Research on Addiction, Control and Governance (CEACG). https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/303690/Alcohol_marketing_on_social_media_sites_in_Finland_and_Sweden_2019.pdf?sequence=1
- Keric, D., & Stafford, J. (2019). Proliferation of 'healthy' alcohol products in Australia: implications for policy. *Public health research & practice*, 29(3), 28231808.

- Koordeman, R., Anschutz, D. J., & Engels, R. C. (2011). Exposure to alcohol commercials in movie theaters affects actual alcohol consumption in young adult high weekly drinkers: an experimental study. *The American journal on addictions, 20*(3), 285-291.
- Kuiler, A. (2017). *How Harbin Beer has won millennials in the Chinese beverage market*. <https://www.linkedin.com/pulse/how-harbin-beer-has-won-millennials-chinese-beveragemarket-kuiler>
- Larm, P., Raninen, J., Åslund, C., Svensson, J., & Nilsson, K. W. (2019). The increased trend of non-drinking alcohol among adolescents: what role do internet activities have?. *European journal of public health, 29*(1), 27-32.
- Levy, D. T., Yuan, Z., Luo, Y., & Mays, D. (2018). Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tobacco control, 27*(1), 50-57.
- Lim, S. (2019). *Heineken races to become official beer of the first Vietnam Grand Prix*. <https://www.thedrum.com/news/2019/12/24/heineken-races-become-official-beer-thefirst-vietnam-grand-prix>
- Mart, S., & Giesbrecht, N. (2015). Red flags on pinkwashed drinks: contradictions and dangers in marketing alcohol to prevent cancer. *Addiction, 110*(10), 1541-1548.
- Martino, S. C., Setodji, C. M., Collins, R. L., D'Amico, E. J., Shadel, W. G., Tolpadi, A., & Becker, K. M. (2018). Persistence of shifts in beliefs associated with exposure to alcohol advertising among adolescents. *Journal of studies on alcohol and drugs, 79*(3), 399-407.
- Matyusova AI, Buzin VN, Salagay OO, Buzina, T.S., Soshkina, K. V. (2019). The impact of restrictions and prohibitions on advertising alcohol, beer and tobacco on the advertising market in the Russian Federation. *Profilakticheskaya Meditsina, 22*(1), 29-34.
- McClure, A. C., Stoolmiller, M., Tanski, S. E., Engels, R. C., & Sargent, J. D. (2013). Alcohol marketing receptivity, marketingspecific cognitions, and underage binge drinking. *Alcoholism, clinical and experimental research, 37 Suppl 1*(Suppl 1), E404-413.

- McCreanor T, Barnes, H. M., Gregory A, Kaiwai, H., Borell, S. (2005). Consuming identities: alcohol marketing and the comodification of youth. *Addiction Research and Theory*, 13(6), 579-590.
- McKee, M. (2014). Time to revisit product placement in films and on television to promote health damaging products. *BMJ*, 384, g324.
- Meier, P. S. (2011). Alcohol marketing research: the need for a new agenda. *Addiction*, 106(3), 466-471.
- Molloy, E. (2016). This Ad is for You: Targeting and the Effect of Alcohol Advertising on Youth Drinking. *Health economics*, 25(2), 148-164.
- Montonen, M., & Tuominen, I. (2017). Restricting alcohol marketing on social media in Finland. In: Lyons, A., McCreanor, T., Goodwin, I., & Barnes, H. M. (eds.). *Youth Drinking Cultures in a Digital World: Alcohol, Social Media and Cultures of Intoxication* (pp. 202-217). Routledge.
- Naimi, T. S., Ross, C. S., Siegel, M. B., DeJong, W., & Jernigan, D. H. (2016). Amount of Televised Alcohol Advertising Exposure and the Quantity of Alcohol Consumed by Youth. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(5), 723-729.
- Nelson, J. (2010). Alcohol advertising bans, consumption and control policies in seventeen OECD countries, 1975-2000. *Applied Economics*, 42(7), 803-823.
- Neo, P. (2019). *Zero halal: Heineken clarifies its zero-alcohol beer is for non-Muslims only*. <https://www.foodnavigator-asia.com/Article/2019/07/29/Zero-halal-Heineken-clarifies-itszero-alcohol-beer-is-for-non-Muslims-only>
- Niederdeppe, J., Avery, R. J., Tabor, E., Lee, N. W., Welch, B., & Skurka, C. (2021). Estimated televised alcohol advertising exposure in the past year and associations with past 30-day drinking behavior among American adults: results from a secondary analysis of large-scale advertising and survey data. *Addiction*, 116(2), 280-289.
- Noel J. K. (2019). Associations Between Alcohol Policies and Adolescent Alcohol Use: A Pooled Analysis of GSHS and ESPAD Data. *Alcohol and alcoholism*, 54(6), 639-646.
- Noel, J. (2020). Alcohol marketing policy and advertising exposure in low and middle income Latin American countries. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(6), 479-487.

- Noel, J. K., Babor, T. F., & Robaina, K. (2017a). Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*, *112 Suppl 1*, 28-50.
- Noel, J. K., Babor, T. F., Robaina, K., Feulner, M., Vendrame, A., & Monteiro, M. (2017b). Alcohol marketing in the Americas and Spain during the 2014 FIFA World Cup Tournament. *Addiction*, *112 Suppl 1*, 64-73.
- Noel, J. K., Sammartino, C. J., & Rosenthal, S. R. (2020). Exposure to Digital Alcohol Marketing and Alcohol Use: A Systematic Review. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *19(Suppl 19)*, 57-67.
- Noel, J. K., Xuan, Z., & Babor, T. F. (2018). Perceptions of alcohol advertising among high risk drinkers. *Substance use & misuse*, *53(9)*, 1403-1410.
- Petersen Williams, P., Morojele, N., Londani, M., Harker Burnhams, N., & Parry, C. D. H. (2019). Alcohol Advertising, Affordability and Availability, and the Effect on Adult Heavy Drinking and Symptoms of Alcohol Problems: International Alcohol Control Study (South Africa). *Substance use & misuse*, *54(11)*, 1751-1762.
- Pierce, H., Stafford, J., Pettigrew, S., Kameron, C., Keric, D., & Pratt, I. S. (2019). Regulation of alcohol marketing in Australia: A critical review of the Alcohol Beverages Advertising Code Scheme's new Placement Rules. *Drug and alcohol review*, *38(1)*, 16-24.
- Primack, B. A., Nuzzo, E., Rice, K. R., & Sargent, J. D. (2012). Alcohol brand appearances in US popular music. *Addiction*, *107(3)*, 557-566.
- Purves, R. I., Stead, M., & Eadie, D. (2018). 'I wouldn't be friends with someone if they were liking too much rubbish': a qualitative study of alcohol brands, youth identity and social media. *International journal of environmental research and public health*, *15(2)*, 349.
- Rencken, D. (2018). *The rise of 'dark races': why alcohol sponsorship will go the way of tobacco*. <https://www.racefans.net/2018/06/27/the-rise-of-dark-races-why-alcohol-sponsorshipwill-go-the-way-of-tobacco/>
- Ross, C., de Bruijn, A., & Jernigan, D. (2013). Do time restrictions on alcohol advertising reduce youth exposure?. *Journal of Public Affairs*, *13(1)*, 123-129.
- Rossow, I. (2021a). The alcohol advertising ban in Norway: effects on recorded alcohol sales. *Drug and alcohol review*, *40(7)*, 1392-1395.

- Rossow, I. (2021b). The alcohol advertising ban in Norway: response to Nelson's comments. *Drug and alcohol review*, 40(7), 1399-1401.
- Saffer, H. (1998). Economic issues in cigarette and alcohol advertising. *Journal of Drug Issues*, 28(3), 781-793.
- Saffer, H. (2020). Evaluating econometric studies of alcohol advertising. *Journal of studies on alcohol and drugs, Sup 19(Suppl 19)*, 106-122.
- Saffer, H. & Dave, D. (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, 34(11), 1325-1334.
- Saffer, H. & Dave, D. (2006). Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents. *Health economics*, 15(6), 617-637.
- Sargent, J. D., & Babor, T. F. (2020). The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *Journal of studies on alcohol and drugs, Sup 19(Suppl 19)*, 113-124.
- Savell, E., Fooks, G., & Gilmore, A. B. (2016). How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, 111(1), 18-32.
- Shearman, S. (2011). *Diageo strikes multimillion-dollar ad deal with Facebook*. https://www.campaignlive.co.uk/article/diageo-strikes-multimillion-dollar-ad-deal-facebook/1093267?src_site=marketingmagazine
- Silver, L. (2019). *Smartphone ownership is growing rapidly around the world, but not always equally*. <https://www.pewresearch.org/global/2019/02/05/smartphone-ownership-is-growing-rapidly-around-the-world-but-not-always-equally/>
- Smith, S. W., Atkin, C. K., & Roznowski, J. (2006). Are "drink responsibly" alcohol campaigns strategically ambiguous?. *Health communication*, 20(1), 1-11.
- Snyder, L. B., Milici, F. F., Slater, M., Sun, H., & Strizhakova, Y. (2006). Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(1), 18-24.
- Bakers, S. (2012). *Automotive and alcohol brands TOP the engagement*. <https://www.socialbakers.com/blog/527-finally-here-the-biggest-global-social-media-report-onfacebook-industries>
- Sousa, R. (2020). *Heineken hands Europa League sponsorship to Heineken 0.0*. https://www.justdrinks.com/news/heineken-hands-europa-league-sponsorship-to-heineken-00_id131511.aspx

- Statista. (2020). *Leading countries based on Facebook audience size as of October 2020*. <https://www.statista.com/statistics/268136/top-15-countries-based-on-numberof-facebook-users/>
- Stautz, K., Brown, K. G., King, S. E., Shemilt, I., & Marteau, T. M. (2016). Immediate effects of alcohol marketing communications and media portrayals on consumption and cognition: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *BMC public health*, 16, 465.
- Stewart, D. W. & Rice, R. (1995). Non-traditional media and promotions in the marketing of alcoholic beverages. In: Martin, S. E., & Mail, P. (eds.). *The Effects of the mass media on the use and abuse of alcohol* (pp. 209-238). US Dept of Health and Human Services.
- Swahn, M. H., Ali, B., Palmier, J. B., Sikazwe, G., & Mayeya, J. (2011). Alcohol marketing, drunkenness, and problem drinking among Zambian youth: findings from the 2004 Global School-Based Student Health Survey. *Journal of environmental and public health*, 2011, 497827.
- Swahn, M. H., Palmier, J. B., Benegas-Segarra, A., & Sinson, F. A. (2013). Alcohol marketing and drunkenness among students in the Philippines: findings from the nationally representative Global School-Based Student Health Survey. *BMC Public Health*, 13, 1159.
- Thomson A, Bradley E, Casswell S, Fuamatu, N., Aiolupatea, K., (1997). A qualitative investigation of the responses of in treatment and recovering heavy drinkers to alcohol advertising on New Zealand television. *Contemporary Drug Problems*, 24(1), 133-146.
- Tunney, C. (2018). *We're ignoring Canada's alcohol problem, chief public health officer warns*. CBS News. <https://www.cbc.ca/news/politics/alcohol-drinking-women-1.4890268>
- Wallack, L. (1983). Mass media campaigns in a hostile environment: advertising as anti-health education. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 28(2), 51-63.
- Walls H, Cooks S, Matzopoulos R, London, L. (2020). Advancing alcohol research in low-income and middle-income countries: a global environment framework. *BMJ Glob Health*, 5(4), e001958.
- WARC. (2011). *AB-Inbev adapts to digital*. https://www.warc.com/newsandopinion/news/ab_inbev_adapts_to_digital/28412

- White, V., Faulkner, A., Coomber, K., Azar, D., Room, R., Livingston, M., Chikritzhs, T., & Wakefield, M. (2015). How has alcohol advertising in traditional and online media in Australia changed? Trends in advertising expenditure 1997-2011. *Drug and alcohol review*, 34(5), 521-530.
- WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2018). Tobacco advertising, promotion and sponsorship: depiction of tobacco in entertainment media. Decision, 8th Session, 9th
- World Health Organization. Plenary Meeting, 6 October. FCTC/COPS(17). WHO. [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8\(17\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8(17).pdf)
- Zerhouni, O., Begue, S., & O'Brien, K. (2019). How alcohol advertising and sponsorship works: effects through indirect measures. *Drug and Alcohol Review*, 38(4), 391-398.
- Zhu, D. H., Wuhan, P., & Chang, Y. P. (2015). Effects of interactions and product information on initial purchase intention in product placement in social games: the moderating effect of product familiarity. *Journal of Electronic Commerce Research*, 16(1), 22-33.
- Zwarun L, Linz D, Metzger M, Kunkel, D. (2006). Effects of showing risk in beer commercials to young drinkers. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 50(1), 52-77.

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

10 กลยุทธ์ด้านการให้ความรู้ และการโน้มน้าวใจ

10.1 เกริ่นนำ

การให้ความรู้และการโน้มน้าวใจเป็นวิธีที่นิยมเพื่อป้องกันปัญหาจากการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ แม้ว่าพฤติกรรมการตีพิมพ์แอลกอฮอล์มักจะถูกมองว่าเป็นเสรีภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้ใหญ่ แต่ในมุมมองของสังคมและสาธารณสุข การส่งเสริมให้ผู้ใหญ่หลีกเลี่ยงอันตรายจากการตีพิมพ์ และการโน้มน้าวใจเด็กและเยาวชนชะลอการเริ่มต้นตีพิมพ์ให้ล่าช้าออกไปให้นานที่สุดเป็นเรื่องที่ถูกต้องและควรทำเพื่อประโยชน์สาธารณะ การรณรงค์สาธารณะส่งเสริมเพื่อลดอันตรายจากการตีพิมพ์ผ่านสื่อต่าง ๆ และการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์แก่นักเรียนในโรงเรียนเป็นสิ่งที่ยอมรับกันในสังคม และมีงานวิจัยเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ต่อการดำเนินการทั้งสองวิธี (ถึงแม้จะมีการศึกษาในไม่กี่ประเทศก็ตาม)

แต่การให้ความรู้และการโน้มน้าวใจในประเด็นแอลกอฮอล์เพื่อประโยชน์สาธารณะไม่ได้เกิดขึ้นจากความว่างเปล่า ในสังคมสมัยใหม่ กลยุทธ์การตลาดเพื่อเพิ่มยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ (ดูบทที่ 9) จากมุมมองของภาครัฐกิจ สื่อโฆษณาและการตลาดเพื่อส่งเสริมการขายเหล่านี้ล้วนเป็นต้นทุนทางธุรกิจ เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดราคาขาย และยังสามารถถูกหักออกจากรายได้สุทธิก่อนการจ่ายภาษีได้อีกด้วย ดังนั้น การให้ความรู้และการโน้มน้าวใจเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงต้องต่อสู้ด้วยการมีแคมเปญโต้กลับการตลาดและการโฆษณา

ของอุตสาหกรรมที่เรียกว่า **counter-advertising**¹ เพื่อแย่งชิงและเบี่ยงเบนความสนใจจากโฆษณาและการตลาดปริมาณมหาศาลที่ส่งเสริมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ยังมียุทธศาสตร์ในการเปลี่ยนรูปแบบการโฆษณาและการตลาด โดยตรงเป็นการสร้างภาพลักษณ์ให้สังคมเห็นว่า อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์รับผิดชอบ และทำประโยชน์แก่สังคมผ่านกระบวนการ **corporate social responsibility (CSR)** (Mialon and McCambridge, 2018) ซึ่งอาจส่งผลให้ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ภาพลักษณ์ที่ดีและเป็นการส่งเสริมการขายทางอ้อมไปในตัว (de Bruijn, 2008) นอกจากนี้ อุตสาหกรรมยังอาจทำให้ประชาชนเห็นว่า ปัญหาต่างๆ ไม่ได้เกิดจากตัวผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์เอง แต่เป็นจากเหตุอื่น ๆ เช่นการมีสโลแกนว่า “ดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ” ซึ่งบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติใช้กันอย่างแพร่หลาย (Barry and Goodson, 2010; Pantani *et al.*, 2012; Jones *et al.*, 2017) เพื่อชี้แนะว่า ผู้ดื่มเองเป็นสาเหตุของปัญหา (ผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ไม่ใช่ปัญหา)

ในบทนี้จะกล่าวถึง การให้ความรู้และวิธีการโน้มน้าวใจเชิงสาธารณสุข จากการศึกษาโครงการต่าง ๆ ในหลากหลายบริบท ได้แก่ โรงเรียน มหาวิทยาลัย ชุมชน และประชากรทั่วไป โครงการที่ทำในโรงเรียนบางแห่งครอบคลุมทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติดผิดกฎหมาย และยาสูบไว้ด้วยกัน แต่บทนี้จะเน้นเฉพาะผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยเนื้อหาแบ่งออกเป็นสี่ส่วนหลัก ได้แก่ กิจกรรมที่เน้นผู้บริโภคกับสื่อ โครงการระดับโรงเรียน โครงการระดับอุดมศึกษา และกิจกรรมที่ส่งผลต่อนโยบายควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการส่งเสริมการขาย

กลยุทธ์ที่มุ่งเป้าไปที่ผู้บริโภคจะเกี่ยวข้องกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ (1) เปลี่ยนระดับความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์และความเสี่ยงจากการดื่ม (2) เปลี่ยนระดับความตั้งใจในการดื่มเพื่อลดความเสี่ยงจากการดื่ม (3) เปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มโดยตรง (เช่น เขาวชนชะลอการเริ่มดื่ม) และ (4) ลดความถี่หรือความรุนแรงของปัญหาจากดื่มสุรา การวิเคราะห์บ่งชี้ว่า โครงการใด ๆ จะถูกจัดว่า เป็นโครงการที่มีผลสัมฤทธิ์ก็ต่อเมื่อมีหลักฐานว่า มีผล

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

ในการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ชะลอหรือยืดเวลาอายุการเริ่มต้นดื่มของเยาวชน ลดความชุกของการดื่มแบบความเสี่ยงสูง และอันตรายจากการดื่มสุรา กลยุทธ์ที่เน้นทางเลือกเชิงนโยบายมักมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคมให้สนับสนุนนโยบายการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ (ดู Midford and Shakeshaft, 2017; Reynolds *et al.*, 2020)

10.2 โครงการด้านสื่อ

10.2.1 สื่อเพื่อการรณรงค์และให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

การตลาดเพื่อส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนมากและแพร่หลายในหลายประเทศ รัฐบาลและองค์กรอิสระสนับสนุนการรณรงค์ให้ข้อมูลโทษภัยจากการดื่มแอลกอฮอล์ในหลายรูปแบบ ได้แก่ **การตลาดเพื่อสังคม (social marketing)** หรืออาจเรียกว่า **การประชาสัมพันธ์สื่อสารสาธารณะ (public service announcements; PSAs)** และการจัดทำป้ายคำเตือนด้านสุขภาพในฉลากโฆษณาผลิตภัณฑ์ โดยมีการจัดทำเนื้อหาจากภาครัฐบาล องค์กรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รัฐบาล องค์กรสาธารณสุขและองค์กรสื่อ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบางกรณีกิจกรรม PSAs ต้องอาศัยการเสียสละเวลาและสถานที่ เพื่อแสดงผลงานสู่สาธารณะ และหลายครั้งพบว่า เนื้อหาใน PSAs ได้รับแรงกดดันและถูกจำกัดจากกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์จากผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ บริษัทอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์และองค์กรด้านสังคมที่ได้รับทุนจากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ก็มักพยายามสร้างภาพให้สังคมเห็นว่า ผู้ดื่มควร **“ดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ” (responsible drinking)** อีกด้วย

การโต้กลับโฆษณา (Counter-advertising) เป็นการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่ม และอุตสาหกรรมที่ส่งเสริมการขายและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดความน่าสนใจของผลิตภัณฑ์นั้น และลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงในที่สุด ซึ่งแตกต่างจากแคมเปญการสื่อสารอื่น ๆ ด้วยการเน้นที่การโต้กลับต่อการโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์นั้นโดยตรง (Agostinelli and Grube, 2002)

การตลาดเพื่อสังคมหรือ PSAs ประกอบด้วยการใช้สื่อต่างๆ หลากหลาย เช่น โทรทัศน์หรือวิทยุ การโฆษณาโต้กลับที่มีค่าใช้จ่าย ป้ายโฆษณา นิตยสาร และหนังสือพิมพ์ ข่าวหรือสารคดีทางโทรทัศน์และวิทยุ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มแก่ประชาชนในวงกว้าง เมื่อสื่อดิจิทัลและโซเชียลมีเดียได้ถือกำเนิดขึ้น แนวคิดนี้จึงขยายไปสู่การโต้กลับโฆษณาเพื่อสังคม “social counter-marketing” (Bellew *et al.*, 2017) แม้วัตถุประสงค์สำคัญคือ การส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเป้าหมาย แต่ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ กลยุทธ์ที่ใช้ประกอบด้วย **ฉลากคำเตือน (warning labels)** ด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์ **การสร้างการรับรู้และเท่าทันกลยุทธ์การโฆษณา (media literacy)** ของอุตสาหกรรม และการส่งข้อความเพื่อป้องกันการดื่มในช่องทางสื่อต่าง ๆ Young และคณะ (2018) ประเมินประสิทธิภาพของข้อความบนสื่อสาธารณะเพื่อลดการดื่มและอันตรายจากการดื่ม โดยศึกษาการจัดทำแคมเปญจำนวน 24 โครงการ ซึ่งส่วนใหญ่ทำใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries; HICs)** ถึงแม้ผู้รับสื่อจะจำแคมเปญเหล่านี้ได้ และรายงานว่ามีเนื้อหาส่วนใหญ่เพิ่มความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ แต่มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่าสามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบอีกเรื่อง Stead และคณะ (2019) รายงานว่า ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความรู้ในด้านความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีอย่างจำกัด พวกเขาจึงประเมินผลกระทบต่อสารเสพติดชนิดอื่น และต่อสุขภาพด้านอื่น ๆ ด้วย โดยพบทั้งมีและไม่มีผลกระทบต่อการใช้ยาสูบ และกิจกรรมทางกาย แต่ไม่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย

ก่อนหน้านี้ จำนวนข้อมูลให้ความรู้สาธารณะเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (PSAs) และโฆษณาโต้กลับ มีเป็นสัดส่วนเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่มีจำนวนมหาศาล (ดู Wyllie *et al.*, 1996) นอกจากนี้ เนื้อหาในแคมเปญยังไม่ท้าทายเพียงพอ หรือไม่สามารถนิมน้าวใจกลุ่มที่ดื่มให้เปลี่ยนแปลงได้ ตัวอย่างเช่น เนื้อหาบนโซเชียลมีเดียต่าง ๆ ทางออกหนึ่งสำหรับความไม่สมดุลระหว่างจำนวนโฆษณาส่งเสริมการดื่มและโฆษณาโต้กลับเพื่อสังคมคือ กำหนดให้มีข้อความเตือนด้านสุขภาพในทุกโฆษณาส่งเสริมการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม กฎหมายการออกคำเตือนด้านสุขภาพยังไม่เป็นจริงในสหรัฐอเมริกา (Giesbrecht, 2000) แต่ในปี ค.ศ. 2016 ประมาณ

หนึ่งในสาม (56) ของนานาชาติจำนวน 164 ประเทศที่ตอบแบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ต้องการให้มีข้อความเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2018, หน้า 112) ในปี ค.ศ. 1991 ประเทศฝรั่งเศสกำหนดให้มีคำเตือนด้านสุขภาพว่า “การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบติดแผนเป็นอันตราย” และบริษัทโฆษณาเพิ่มเติมข้อความเองว่า “บริโภคในปริมาณที่เหมาะสม” (Dossou *et al.*, 2017) โฆษณาบิลบอร์ดในประเทศเม็กซิโกมีคำเตือนว่า “ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยความระมัดระวัง” โฆษณาทางหนังสือพิมพ์ในประเทศสวีเดนต้องแสดงคำเตือน 1 ข้อความใน 11 ข้อความที่ได้กำหนดไว้แล้วแบบหมุนเวียน โดยใช้ตัวอักษรที่โต และครอบคลุมพื้นที่หนึ่งในแปดของการโฆษณานั้น (Wilkinson and Room, 2009) อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับประสิทธิผลของคำเตือนดังกล่าว การศึกษาเชิงคุณภาพของข้อความเตือนที่ประเทศฝรั่งเศสพบว่า ได้ผลลัพธ์เพียงเล็กน้อย อาจเป็นเพราะขนาดตัวหนังสือเล็กและมองเห็นได้ยาก (Dossou *et al.*, 2017)

การโต้กลับโฆษณาเป็นสิ่งที่น่าทำและเป็นทางเลือกที่ดีในทางการเมืองกว่าการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Saffer, 2002) จากประสบการณ์การห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่นการใช้ข้อความสร้างกระแสว่า “บริษัทบุหรี่ยากำลังฆ่าคุณ” เป็นกลยุทธ์ในเชิงป้องกันที่ดี (Rohrbach *et al.*, 2002) อย่างไรก็ตาม การนำประสบการณ์ดังกล่าวมาใช้กับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีข้อจำกัดในเชิงการปฏิบัติ การโต้กลับการโฆษณาแอลกอฮอล์มักไม่ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด

การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงสูง เช่น ดื่มระหว่างการตั้งครรภ์ หรือการขับรถ เป็นประเด็นที่สื่อมวลชนใช้ในการรณรงค์ที่พบเห็นประจำ การทบทวนอย่างเป็นระบบจากการศึกษา 19 เรื่องเกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อลดการดื่มแล้วขับจากห้าประเทศ (13 เรื่องจากสหรัฐอเมริกา) พบว่า การรณรงค์ร่วมกับการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายสามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 8 แต่ที่น่าประหลาดใจคือการดื่มแล้วขับกลับลดลงร้อยละ 15 ในสถานการณ์ที่ไม่มีการบังคับใช้มาตรการดังกล่าว (Yadav and Kobayashi, 2015) อย่างไรก็ตาม จากการประเมินคุณภาพการศึกษาทั้ง 19 เรื่อง พบว่า ไม่มีการศึกษาใดที่ได้รับการประเมินว่ามีคุณภาพระดับ “ดี” และการวิเคราะห์ประสิทธิผลจากการศึกษา 7 โครงการพบว่า ไม่มีหลักฐานว่า สื่อรณรงค์หรือแคมเปญ

ดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาจากประเทศเอธิโอเปียรายงานว่า การรณรงค์มีผลเชิงบวกต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมดื่มแล้วขับ (Negi *et al.*, 2020) ผลของการรณรงค์ทางสื่อมวลชนเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า คะแนนความรู้ดีขึ้น แต่ไม่ส่งต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Crawford-Williams *et al.*, 2015)

10.2.2 ป้ายคำเตือนด้านสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 2016 ประเทศต่าง ๆ จำนวน 47 ประเทศตอบแบบสอบถามขององค์การอนามัยโลกว่า มีการบังคับให้มีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพบนขวดหรือภาชนะบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2018, หน้า 112) ในบางประเทศ (เช่น จีนและญี่ปุ่น) ตอบว่า การมีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพเป็นความสมัครงใจ (Wilkinson and Room, 2009; Martin-Moreno *et al.*, 2013) ทั้งนี้ เนื้อหาของฉลากคำเตือนมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ประเทศฝรั่งเศสและออสเตรเลียเน้นความเสี่ยงและผลกระทบจากการดื่มระหว่างตั้งครรภ์เท่านั้น ขณะที่ประเทศแอฟริกาใต้ต้องมีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ใน 7 ข้อความที่กำหนดไว้แล้ว (รวมถึงความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการเสพติด) (Wilkinson and Room, 2009; Martin-Moreno *et al.*, 2013) **บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ (transnational alcohol corporations)** ได้เคลื่อนไหวให้การกำหนดให้มีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพเป็นข้อจำกัดในข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ โดยระบุว่า เป็นการจำกัดการใช้พื้นที่สำหรับการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ของตน (O'Brien *et al.*, 2018; ดูบทที่ 15)

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพส่งผลต่อความรู้ ความตระหนัก ความตั้งใจ และการรับรู้ต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Wilkinson and Room, 2009; Scholes-Balog *et al.*, 2012; Thomas *et al.*, 2014; Schoueri-Mychasiw *et al.*, 2021) แต่ผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มยังสรุปได้ไม่ชัดเจน งานวิจัยในช่วงเวลาไม่นานมานี้ (Wilkinson and Room, 2009; Knai *et al.*, 2015) สรุปว่า ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพมีผลกระทบในระยะสั้นอย่างจำกัดต่อการดื่มและพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่ม

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับฉลากเตือนเรื่องแอลกอฮอล์กับการตั้งครมร์กโดย Thomas และคณะ (2014) พบว่า มีผลจำกัดต่อการตีระหว่างการตั้งครมร์ก ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปโดย Scholes-Balog และคณะ (2012) ที่ว่า ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพมีแนวโน้มว่าจะไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มและความเสี่ยงจากการดื่มในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม การศึกษาในภายหลัง (Zhao et al., 2020) พบว่า ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพที่มีการลับเปลี่ยนหมุนเวียนอย่างที่มีการใช้ในเขตยูคอน (Yukon Territory) ประเทศแคนาดาสามารถลดปริมาณการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดูกล่องข้อความที่ 10.1) และพบว่า ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ยาสูบส่งเสริมการเลิกบุหรี่และป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ได้ (Wilkinson and Roomm 2009; Scholes-Balog et al., 2012)

การศึกษาที่เราอ้างอิงเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มในกรอบเวลาที่สั้น เช่น ในทันทีที่เห็นฉลากคำเตือน หรือคาดว่า จะลดการซื้อหาเครื่องดื่มในร้านค้า หรือลดการเติมเครื่องดื่มลงในแก้วเมื่อมองเห็นฉลากคำเตือนเหล่านี้ แล้วหยุดคิด และตัดสินใจวางเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง หรืออาจจะส่งผลกระทบต่อเวลานั้นเล็กน้อย เช่น มีการพูดคุยกับสมาชิกครอบครัว ลูกหลาน เมื่อได้เห็นฉลากคำเตือนด้านสุขภาพบนผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เก็บไว้ในตู้เย็นที่บ้าน รูปแบบการเปลี่ยนแปลงในกรอบเวลาระยะสั้นดังกล่าว สามารถประเมินผลได้จากการศึกษาทั่วไปที่เปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการพบเห็นฉลากคำเตือน อย่างไรก็ตาม บทบาทสำคัญอื่น ๆ ของการกำหนดให้มีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพได้แก่ การทำให้สังคมเห็นว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างจากสินค้าทั่วไป เพราะเป็นสินค้าที่เป็นอันตรายและก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนบทบาททางวัฒนธรรมของสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Room and Mäkelä, 2000) โดยเปลี่ยนจากการยอมรับมันโดยไม่ได้ไตร่ตรองในชีวิตประจำวัน มาเป็นการคิดถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรอบคอบมากขึ้น เช่นเดียวกับที่ได้เกิดขึ้นแล้วในกรณีผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ครั้งหนึ่งสังคมเคยมองว่า เป็นผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัย ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แต่ต้องใช้เวลา ซึ่งยังไม่สามารถประเมินผลได้จากการศึกษาทั่วไปที่มุ่งเน้นการประเมินผลในกรอบระยะเวลาอันสั้น จึงทำให้ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นนี้

กล่องข้อความที่ 10.1 คำเตือน: อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เป็นอุปสรรคสำคัญต่องานวิจัยเกี่ยวกับฉลากคำเตือนด้านสุขภาพ

นักวิทยาศาสตร์สุขภาพที่สถาบัน Canadian Institute for Substance Use Research และ Public Health Ontario ได้ศึกษาผลจากนโยบายการติดฉลากคำเตือนด้านสุขภาพ การติดฉลากคำเตือน และทฤษฎีการป้องกันพฤติกรรมต่างๆ โดยออกแบบชุดข้อความที่ประกอบด้วย (1) คำเตือนเกี่ยวกับมะเร็ง (ดูภาพที่ 10.1)



ภาพที่ 10.1 ฉลากคำเตือนความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งบนภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ในงานวิจัยในเขตยูคอน (Yukon Territory) ประเทศแคนาดา

ทำซ้ำจาก Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, et al. (2020) Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: A real-world study in Yukon, Canada. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81 262-272. doi:10.15288/jsad.200.81.262 under a CC-BY-4.0 license.

(2) แนวทางการตีพิมพ์แบบเสียต่า และ (3) ข้อความเกี่ยวกับหน่วยตีพิมพ์มาตรฐาน หลังจากนั้นได้ศึกษาผลกระทบในหลายชุมชนในตอนเหนือของประเทศแคนาดา โดยแบ่งพื้นที่เป็นพื้นที่ที่มีการติดฉลากค่าเตือนด้านสุขภาพบนผลิตภัณฑ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ที่วางขายในร้านค้าที่กำกับโดยรัฐบาล และพื้นที่ที่ไม่มีการติดฉลากค่าเตือน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มพื้นที่ที่ไม่มีฉลากค่าเตือน ยอดขายต่อหัวประชากรในกลุ่มพื้นที่ที่มีฉลากค่าเตือนลดลงร้อยละ 6.6 (Zhao *et al.*, 2020) นอกจากนี้ ลูกค้ายในร้านค้าที่มีการติดฉลากสามารถจ่ายข้อความบนฉลากค่าเตือนทั้งสามข้อความได้มากกว่าลูกค้ายในร้านค้าที่ไม่มีการติดฉลากค่าเตือน (Hobin *et al.*, 2020) ตัวอย่างเช่น จำนวนผู้ตระหนักถึง ข้อแนะนำด้านการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.7 เป็นร้อยละ 67.0 หลังการติดฉลากแล้ว (Schoueri-Mychasiw *et al.*, 2020)

ปัจจัยอื่นที่ทำให้มีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เมื่อตัวแทนอุตสาหกรรมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์กดดันรัฐบาลยูคอนให้ยุติโครงการวิจัยชั่วคราว เนื่องจากอุตสาหกรรมคัดค้านต่อคำเตือนเรื่องความเสี่ยงต่อมะเร็ง การรายงานข่าวโดยสื่อในเรื่องนี้กลับเป็นการส่งเสริมให้สังคมสนับสนุนการศึกษาเรื่องการรับรู้ของผู้บริโภคต่อฉลากค่าเตือนด้านสุขภาพเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง (ดูบทที่ 4 และ Vallance *et al.*, 2020a) ดังนั้น การวิจัยจึงดำเนินต่อไปได้จนสามารถได้ข้อมูลสำคัญและรายงานผล แม้ว่าจะต้องมีการดัดแปลงบางอย่างจากการที่ถูกแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ (Stockwell *et al.*, 2020)

ในทำนองเดียวกัน อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ในประเทศเกาหลีใต้ร้องเรียนให้ผ่อนปรนมาตรการการใช้ฉลากค่าเตือนด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง และในประเทศไอร์แลนด์ก็เผชิญการต่อต้านฉลากค่าเตือนเรื่องโรคมะเร็งทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก (Vallance *et al.*, 2020b)

การศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับฉลากค่าเตือนที่กล่าวมาแล้วนี้แสดงให้เห็นว่า ฉลากที่เห็นได้ชัดเจนพร้อมข้อความค่าเตือนด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และมีประสิทธิผลในระดับชุมชน เพื่อให้รับทราบแนวทางข้อแนะนำด้านการตีพิมพ์สุราประเทศ ส่งเสริมความตระหนักรู้ความเสี่ยงต่อมะเร็งจากการตีพิมพ์ และลดการซื้อเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังทำให้เกิดการโต้เถียงกันระหว่าง “สิทธิของผู้บริโภคในการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ ความรับผิดชอบของรัฐบาลในการให้ข้อมูลดังกล่าว กับการต่อต้านจากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์” (Stockwell *et al.*, 2020)

10.2.3 แนวทางการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

ประเทศที่มีรายได้สูงหลายประเทศมีการเผยแพร่แนวทางการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้องหลายประการ และมีความซับซ้อนในการพัฒนาแนวทางดังกล่าว (Kalinowski และ Humphreys, 2016) แม้ว่าจะมีสัญญาณว่า ข้อเสนอส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มเข้าหาการดื่มในระดับต่ำ (เช่น National Health and Medical Research Council, 2020) งานวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบของแนวทางดังกล่าวยังมีน้อย (Knai *et al.*, 2015) อย่างไรก็ตาม เมื่อแนวทางการดื่มแบบเสี่ยงต่ำของประเทศออสเตรเลีย ปี ค.ศ. 2009 แนะนำให้ลดปริมาณสูงสุดในการดื่มแต่ละครั้งสำหรับผู้ชายลงครึ่งหนึ่ง โดยให้มีปริมาณใกล้เคียงกับปริมาณสูงสุดที่ดื่มได้แต่ละครั้งสำหรับผู้หญิง การสำรวจระดับชาติต่อความเห็นต่อแนวทางดังกล่าวพบว่า ปริมาณการดื่มที่คนเพศเดียวกันสามารถดื่มได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัดในผู้ตอบเพศชายเมื่อเทียบกับผู้หญิง (Livingston, 2012) ดังนั้น ไม่ว่าจะมาจากแนวทางใหม่ที่ประกาศออกมา หรือเป็นจากความสนใจด้านสุขภาพของสังคมหรือข้อถกเถียงต่อแนวทางดังกล่าวในเชิงปฏิบัติ ความคิดเห็นต่อปริมาณการดื่มแบบเสี่ยงต่ำได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน (Wilkinson, 2012) การศึกษากึ่งทดลองของฉลากคำเตือนด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยแนวทางการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และปริมาณหน่วยดื่มมาตรฐาน (Hobin *et al.*, 2020) (ดูกล่องข้อความที่ 10.1) รายงานว่า การทำให้ฉลากคำเตือนมีความชัดเจนขึ้นจะช่วยให้สังเกตเห็นได้ และอาจมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความตระหนักรู้ และความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำในสังคม

ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่า ข้อความดังกล่าวบนฉลากคำเตือนนำไปสู่การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการดื่มหรือไม่ (Casswell, 1993) ตัวอย่างเช่น แนวทางการดื่มแบบเสี่ยงต่ำอาจถูกตีความผิดพลาดส่งผลให้ผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางรายมาเริ่มดื่ม หรือผู้ดื่มปริมาณปานกลางให้ดื่มมากขึ้น แต่ก็มีผู้แย้งว่า การเผยแพร่แนวทางการดื่มแบบเสี่ยงต่ำเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคซึ่งเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอยู่แล้ว แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงเล็กน้อยว่า ส่งผลต่อการบริโภคหรือปัญหาที่เกี่ยวข้อง

10.3 โครงการในโรงเรียนและในสถานศึกษาอื่น ๆ

เป้าหมายในการป้องกันการดื่มสุราในวัยรุ่นและการจัดทำ **โครงการป้องกัน (alcohol prevention programmes)** ในโรงเรียนมีหลายประการ ได้แก่ เพิ่มความรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น (Cuijpers, 2003) เปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มของวัยรุ่น ปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มในวัยรุ่น เช่น ทักษะทางสังคมและความนับถือตนเอง (Paglia และ Room, 1999) เพื่อชะลอการเริ่มใช้แอลกอฮอล์ครั้งแรก ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการดื่มที่มีความเสี่ยงสูง และลดอันตรายจากการดื่มให้น้อยที่สุด (ดู Cuijpers, 2003) ในบริบทของโรงเรียน **โครงการป้องกันแบบครอบคลุม (universal prevention strategy)** ที่นักเรียนทุกคนสามารถเข้าร่วมได้ ส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ ทักษะการปฏิเสธจากแรงกดดันของสังคมหรือเพื่อนฝูง และส่งเสริมให้การตอบสนองแบบนี้เป็นเรื่องปกติและยอมรับได้ในสังคม การทำให้พฤติกรรมไม่ดื่มในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติในสังคม และการคบเพื่อนและเครือข่ายที่มีความเห็นและพฤติกรรมไปในแนวทางเดียวกัน (Foxcroft and Tsertsvadze, 2012) อย่างไรก็ตาม กลุ่มอายุของนักเรียนเป้าหมาย (ตั้งแต่ 5 ถึง 18 ปี) และระยะเวลาของโครงการ (ตั้งแต่การทำโครงการหนึ่งครั้ง ถึงโครงการที่มีระยะเวลานานถึง 3 ปี) มีความแตกต่างหลากหลายมาก (Foxcroft และ Tsertsvadze, 2012) นอกจากนี้ ยังมีโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในโรงเรียน ซึ่งได้รับการสนับสนุนและให้ทุนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โครงการ Smashed ซึ่งมีการจัดทำอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีการศึกษาจากผู้ประเมินอิสระจากภายนอกที่ไม่ข้องเกี่ยวกับผู้ให้ทุนหรือผู้ดำเนินโครงการ (Jackson and Dixon, 2020)

มีการทบทวนอย่างเป็นระบบของโครงการแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่มในด้านประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียนเป็นจำนวนมาก ในทศวรรษที่ผ่านมา Foxcroft และ Tsertsvadze (2011a) พบว่า โครงการมากกว่าครึ่ง (29/53) รายงานว่า โปรแกรมดังกล่าวไม่ส่งผลต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาจากแอลกอฮอล์ ขณะที่โครงการจำนวน 21 โครงการรายงานว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอย่างน้อยหนึ่งหรือหลายผลลัพธ์ที่ต้องการ และในโครงการ

ศึกษาด้านการป้องกันการดื่มจำนวน 39 โครงการ 24 โครงการไม่พบผลกระทบที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้อง ขณะที่ 15 โครงการพบว่า มีผลในการป้องกันการดื่มในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ โครงการที่มีองค์ประกอบด้านพัฒนาการด้านจิตสังคมหรือทักษะต่างๆ (ทักษะชีวิต ทักษะทางสังคมและบรรทัดฐานหรือการสร้างบรรทัดฐานพฤติกรรมที่ไม่ดื่ม และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนฝูง) มักรายงานว่า มีประสิทธิภาพมากกว่าในระยะเวลาหลายปี อย่างไรก็ตาม ยังไม่ชัดเจนว่าเหตุใดบางโครงการได้ผลดีในบริบทหนึ่งแต่ไม่ได้ผลในอีกบริบทอื่น ๆ (Foxcroft and Tsertsvadze, 2011a)

การวิเคราะห์อภิมานของโครงการป้องกันการดื่มที่ใช้วัดผลลัพธ์ด้วยตัวแปรต่อเนื่อง (continuous scale) รายงานประสิทธิผลในภาพรวมของมาตรการป้องกันที่น่าพอใจและยาวนานถึง 1 ปีหลังจากดำเนินโครงการ ขณะที่**ขนาดของผลกระทบ (effect size)** ที่ประเมินด้วยตัวแปรกลุ่ม (categorical outcomes) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Lee และคณะ (2016) ทบทวนรายงานวิจัยจำนวน 70 ฉบับจากการศึกษาโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในโรงเรียนจำนวน 40 โครงการ พบว่า สามโครงการมีหลักฐานว่า ส่งผลเชิงบวก 29 โครงการไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ได้ และสองโครงการรายงานผลเชิงลบ การทบทวนอย่างเป็นระบบซึ่งศึกษาผลลัพธ์จากรายงานวิจัย 16 ฉบับรายงานว่า ผลลัพธ์มีหลากหลายยังไม่สอดคล้องเป็นทางเดียวกัน (Dietrich *et al.*, 2016) โดยอธิบายว่า โครงการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียนส่วนใหญ่ใช้เพียงรูปแบบเดียวที่คาดหวังว่าจะได้ผลกับนักเรียนทุกคนตามแนวทาง “one size fits all” แทนที่จะปรับโครงการให้เหมาะสมกับนักเรียนแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน

Hodder และคณะ (2017) ทบทวนโครงการแบบครอบคลุมจักรวาลที่ใช้มาตรการด้านความยืดหยุ่นในใจ (สร้างความเข้มแข็งทางใจ) “resilience” และมีผลลัพธ์เป็นการใช้สารเสพติดต่าง ๆ (แอลกอฮอล์ ยาสูบ หรือ สารเสพติดผิดกฎหมาย) ในวัยรุ่น โดยมี 17 การศึกษาที่รายงานผลการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ ไม่พบว่ามาตรการด้านความยืดหยุ่นในใจมีผลในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น

เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดหลายประเภทและมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน โครงการที่ใช้มาตรการแบบครอบคลุมจักรวาลที่ทำในโรงเรียนบางโครงการจึงมีเป้าหมายในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่หลากหลายไปพร้อมกัน การศึกษาแบบทบทวน

อย่างเป็นระบบของโครงการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมจำนวน 8 โครงการที่มีการประเมินการใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์ร่วมด้วย MacArthur และคณะ (2018) รายงานผลจากการวิเคราะห์ที่อภิปรายว่า มีการใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์น้อยลงในกลุ่มที่ได้รับมาตรการแบบครอบคลุมจักรวาลต่อพฤติกรรมเสี่ยงหลายด้าน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับมาตรการแบบทั่วไป (หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับมาตรการใด ๆ)

นับตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2000 โครงการที่ใช้มาตรการแบบครอบคลุมจักรวาลต่าง ๆ ปรึบมาใช้เป็นรูปแบบดิจิทัล เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่ในนานาประเทศใช้อินเทอร์เน็ตในระดับสูง มาตรการ eHealth (การจัดทำโครงการที่ใช้อินเทอร์เน็ตผ่านคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ ฯลฯ) จึงสามารถทำได้จริงในโรงเรียน โครงการ eHealth หลายโครงการจึงทำงานในบริบทโรงเรียน เมื่อเทียบกับโครงการที่จัดทำที่โรงเรียนจริง ๆ โครงการแบบ eHealth ได้เปรียบหลายประการ ซึ่งรวมถึง การให้มาตรการที่ตรงตามที่กำหนดไว้ (fidelity) และสามารถขยายโครงการไปสู่โรงเรียนอื่น ๆ หรือขยายพื้นที่ได้ง่ายกว่า (Champion *et al.*, 2016) ในการทบทวนอย่างเป็นระบบ Champion และคณะ (2013) พบว่า ทั้งสี่โครงการที่มีการประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยนอกจากการใช้สารเสพติดอื่น ๆ รายงานว่า ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง โดยมีขนาดของผลกระทบพอประมาณ (“modest effect size”) ในเวลาต่อมา มีการทบทวนอย่างเป็นระบบของการศึกษา 22 ฉบับของโครงการที่ใช้โปรแกรมป้องกันแบบออนไลน์ (online) 16 โครงการ Champion และคณะ (2019) สรุปว่า มี 4 การศึกษาที่เน้นเรื่องแอลกอฮอล์ แต่ไม่พบว่า มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เราจึงอาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่า ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการป้องกันการดื่มสุราที่จัดในรูปแบบออนไลน์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังให้ผลลัพธ์ที่จำกัดอยู่มาก

ในขณะที่โครงการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาให้ใช้ได้กับนักเรียนทุกคน โดยเป็นโครงการแบบครอบคลุม งานวิจัยกลับแนะนำว่า โครงการที่ใช้ **การป้องกันแบบคัดสรรหรือเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย (selected and indicated prevention)** มีประสิทธิภาพมากกว่า การวิเคราะห์ที่อภิปรายของโปรแกรมป้องกันในโรงเรียน 161 โครงการ พบว่า โครงการทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิภาพเพียงเล็กน้อย แต่สรุปว่า โครงการแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายมีประสิทธิภาพ (ขนาดผลกระทบ -0.13 , ช่วงความเชื่อมั่น 95% $-0.18, -0.09$) มากกว่าโครงการแบบครอบคลุม (ขนาด

ผลกระทบ -0.08 , ช่วงความเชื่อมั่น 95% $-0.10, -0.05$) ในการป้องกันหรือลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่เหมาะสมในวัยรุ่น (Lammers *et al.*, 2019, p. 34) วัยรุ่นที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยดูเหมือนจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากโครงการที่ใช้กลยุทธ์การป้องกันแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่ม ส่วนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ที่ดูเหมือนจะได้รับประโยชน์มากขึ้นจากการป้องกันแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ วัยรุ่นที่มีบุคลิกลักษณะเฉพาะบางอย่าง (specific personality traits) (ดู Edalati and Conrod, 2019) หรือพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหาอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา การศึกษาจากประเทศออสเตรเลียเปรียบเทียบผลลัพธ์จากโปรแกรมแบบครอบครัววาล โปรแกรมแบบเฉพาะเจาะจง และโปรแกรมแบบผสมทั้งสองแบบ พบว่า โปรแกรมแบบครอบครัววาลอย่างเดียวมีประสิทธิผลสูงสุด (Teesson *et al.*, 2017)

ความเสี่ยงของการเริ่มใช้สารเสพติดในอายุน้อยหรือการใช้ในปริมาณที่สูง รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นในชนกลุ่มน้อยพื้นเมือง (ดูบทที่ 3) ได้นำไปสู่การพัฒนาโครงการป้องกันการใช้สารเสพติดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับวัยรุ่นในประชากรกลุ่มนี้ การศึกษาเพื่อทบทวนและประเมินผลของโครงการแบบเฉพาะเจาะจงดังกล่าวในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา และสหรัฐอเมริกา โดย Snijder และคณะ (2020, ตารางภาคผนวก 3) พบว่า โครงการจำนวนห้าในเก้าโครงการรายงานผลที่เป็นประโยชน์บางประการในการควบคุมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ แต่มีหนึ่งโครงการรายงานผลเสีย ในโครงการที่ได้รับการประเมินนี้ การปรับมาตรการให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมในพื้นที่ และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ในวัยรุ่นเป็นองค์ประกอบที่พบบ่อย อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบว่า องค์ประกอบใดของโปรแกรมที่ส่งผลให้โปรแกรมเกิดประโยชน์ได้มากขึ้น

10.4 โปรแกรมและมาตรการให้ความรู้กับครอบครัว และชุมชน

โปรแกรมบางโปรแกรมให้ความรู้แก่ทั้งเด็กและครอบครัว หรือทั้งชุมชน โปรแกรมที่ทำกับผู้ปกครองเพื่อป้องกันการดื่มในเด็กอาจมีประโยชน์ในการเสริมสร้างทักษะ และส่งเสริมการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ปกครองด้วย (Kuntsche and Kuntsche, 2016; Hurley *et al.*, 2019) Newton และคณะ (2017, ตารางที่ 1) รวบรวม

และทบทวนบทความตีพิมพ์ของ 10 โครงการที่ใช้มาตรการแบบครอบจักรวาลสำหรับนักเรียนและผู้ปกครองร่วมกัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันหรือลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบผลลัพธ์หลากหลาย โดยมีสามโครงการที่พบประโยชน์ต่อการชะลอการดื่มหรือลดการดื่มในวัยรุ่น สามโครงการไม่พบผลที่เป็นประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ และสี่โครงการที่พบว่า มีบางผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ แต่บางผลลัพธ์ไม่เป็นประโยชน์ในด้านการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การทบทวนอย่างเป็นระบบก่อนหน้านี้โดย Foxcroft และ Tsertsvadze (2011b) โดยมีบางโครงการซ้ำกันกับการศึกษาขั้นต้น ได้ตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมแบบครอบจักรวาลที่ใช้องค์ประกอบหลากหลายเพื่อป้องกันการดื่มสุราในเยาวชน ส่วนใหญ่ทำในระดับโรงเรียนและพ่อแม่ แม้ว่ามี 12 โครงการรายงานประสิทธิผลทั้งระยะสั้นและยาว แต่มี 7 โครงการที่ไม่พบประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญ และมี 1 โครงการรายงานประสิทธิผลที่เกือบมีนัยสำคัญ ในจำนวนนี้ 7 โครงการมีการประเมินว่า โปรแกรมที่มีองค์ประกอบหลายด้านมีประโยชน์เพิ่มเติมมากกว่าโปรแกรมที่ทำในโรงเรียน ในครอบครัว และในชุมชนเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือไม่ ซึ่งพบว่า มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่รายงานประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นจากการดำเนินโปรแกรมที่มีองค์ประกอบหลายด้าน

10.5 ข้อสรุป ข้อจำกัด และความท้าทาย: โครงการให้ความรู้แก่โรงเรียนและชุมชน

ในระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้ม การทบทวนแบบพรรณนา และการทบทวนอย่างเป็นระบบนับร้อยโครงการที่ประเมินประสิทธิผลของโครงการให้ความรู้สำหรับเยาวชน และโครงการที่ใช้มาตรการอื่น ๆ ที่มุ่งเน้นเรื่องการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรืออาจรวมสารเสพติดประเภทอื่น ๆ ร่วมด้วย มีข้อคิดหลายประเด็นที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้ ประการแรก ในขณะที่วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจหลัก หลายการศึกษาขยายขอบเขตความสนใจจากบริบทของโรงเรียน ไปยังชุมชนและสถาบันอื่น ๆ ด้วย รวมทั้งตั้งครอบครัวและพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมด้วย (Emmers *et al.*, 2015)

ประการที่สอง การศึกษาที่รายงานประสิทธิผลของโครงการอาจทำให้เห็นเพียงเฉพาะด้านดีและความสำเร็จของโครงการ (Pape, 2009; Gorman, 2015) ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้บริบทที่เหมาะสม ขณะที่ในความเป็นจริง การนำโครงการต่าง ๆ ไปใช้จริงในวงกว้าง ครูและผู้ดำเนินโครงการมักไม่สามารถดำเนินงานได้ตามที่กำหนดไว้ จึงทำให้ได้รับประโยชน์น้อยกว่าที่พบในงานวิจัย (Pape, 2009; Ennett *et al.*, 2011) อีกประเด็นหนึ่งได้แก่ ความลำเอียงของโอกาสที่จะได้รับการตีพิมพ์ของการศึกษาที่แสดงผลลัพธ์ที่ได้ผลดี จึงทำให้เห็นผลเชิงบวกของมาตรการสูงกว่าความเป็นจริง (Dwan *et al.*, 2008) เนื่องจากการศึกษาที่ไม่แสดงผลลัพธ์ในเชิงที่ให้ประโยชน์ หรือแม้แต่โครงการที่แสดงผลเสียจากโครงการมีโอกาสได้รับการตีพิมพ์น้อยกว่า (McCambridge, 2007; Rossow and Pape, 2008; Pape 2009) ในวงการผู้ทำโครงการเหล่านี้มีแนวโน้มจะประเมินโครงการด้วยตนเอง (Gandhi *et al.*, 2007) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากทุนสนับสนุนที่ได้รับและความสนใจส่วนตัว ทำให้ผู้ดำเนินโครงการตัดสินใจเลือกที่จะรายงานหรือไม่รายงานผลลัพธ์ใด ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ ความถูกต้องเหมาะสมของระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์มีแนวโน้มไปในทางที่เป็นประโยชน์ (Gorman, 2015)

ประการที่สาม นักวิเคราะห์บางคนตั้งข้อสังเกตว่า การส่งเสริมการตลาด และการเผยแพร่ผลงานของบางโครงการ ดูเหมือนจะไม่สอดคล้องกับผลการประเมิน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีนโยบายของรัฐที่กำหนดให้โครงการต่าง ๆ ที่ทำในโรงเรียนต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 และได้มีการแนะนำให้โรงเรียนในเขตการศึกษาต่าง ๆ เลือกโครงการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากรายชื่อโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่ 13 รายการ แต่ละรายการประกอบด้วยโครงการต่าง ๆ จำนวนมาก Hallfors และคณะ (2007) ได้ศึกษารายการชื่อโครงการเหล่านี้ และแสดงความเป็นห่วงหลายประการ อาทิ บางโครงการได้ข้อมูลมาจากการศึกษาและการประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและรายงานผลโดยผู้ดำเนินโครงการนั่นเอง

ประการที่สี่ การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจเฉพาะผลที่มีต่อนักเรียนเท่านั้น ถึงแม้ว่าจะมีความสนใจต่ออันตรายนอื่น ๆ จากแอลกอฮอล์ด้วยก็ตาม การศึกษาที่ประเทศออสเตรเลียโดย McBride และคณะ (2004) เป็นงานที่โดดเด่นในประเด็นนี้ เพราะได้รายงานผลกระทบและความเสียหายต่อผู้อื่นจากการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

การทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่รายงานว่า การให้ข้อมูลความรู้ไม่เพียงพอต่อการชะลอการเริ่มต้นการติ่มแอลกอฮอล์หรือเพื่อป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการติ่มแอลกอฮอล์ แต่กลับมีหลายโครงการที่ถูกนำไปใช้จริงในโรงเรียน โดยคาดว่า จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ในอีกด้านหนึ่งพบว่า โปรแกรมที่มีหลายองค์ประกอบ และโปรแกรมที่ทำนอกเหนือจากบริษัทโรงเรียนร่วมด้วยมีแนวโน้มจะได้ผลดี ถึงแม้จะไม่แน่ชัดว่า ควรจะเรียกโปรแกรมเหล่านั้นว่า เป็นการให้ความรู้หรือไม่ การให้ความรู้อาจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเหล่านั้น แต่การออกแบบอย่างมีความเฉพาะเจาะจง (“selective” or “indicated” foci) ร่วมกับองค์ประกอบที่คล้ายกับการบำบัดครอบครัว หรือการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อ อาจเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่สุด โดยสรุป โครงการป้องกันการติ่มสุราที่ดูเหมือนจะประสบความสำเร็จ มักเป็นโครงการที่มีการดำเนินงานเป็นเวลานานหลายปี และใช้กลยุทธ์มากกว่าหนึ่งอย่างร่วมกัน

10.6 โครงการในสถาบันอุดมศึกษา

มาตรการป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาและมหาวิทยาลัยได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ เพื่อตอบสนองต่อความเป็นห่วงต่อพฤติกรรมติ่มหนักในนักศึกษา ความเกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศ และผลกระทบต่อการศึกษา พฤติกรรมติ่มแล้วขับ รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติ่มแอลกอฮอล์ (Dietz *et al.*, 2020) การสำรวจขนาดใหญ่ในนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา (Schulenberg *et al.*, 2019) รายงานการติ่มและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สรุปว่า โดยเฉลี่ยแล้วนักศึกษาระดับปริญญาตรีติ่มมากกว่าประชากรอเมริกันทั่วไปในวัยเดียวกัน (Schulenberg *et al.*, 2019, หน้า 433-445, 463-466)

งานวิจัยเกี่ยวกับมาตรการป้องกันในนักศึกษามหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ตัวอย่างเช่น ร้อยละ 80 ของการศึกษาจำนวน 164 เรื่อง ที่ถูกรวบรวมอยู่ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดย Tanner-Smith and Risser (2016) เป็นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม นักศึกษาระดับปริญญาตรี

ในสหรัฐฯ มีลักษณะพิเศษ เช่นนักศึกษาจะย้ายออกจากบ้านเพื่อเข้าเรียนมหาวิทยาลัย—เพียงร้อยละ 27.5 เท่านั้นที่ยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (Kelchen, 2018) พฤติกรรมและการใช้ชีวิตประจำวันจึงอยู่นอกเหนือการควบคุมของครอบครัว และนักศึกษาระดับปริญญาตรีส่วนใหญ่ในสหรัฐฯ มีอายุต่ำกว่าอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถูกกฎหมายของสหรัฐฯ คือ 21 ปี ในขณะที่อายุ 18 ปีเป็นอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถูกกฎหมายในประเทศอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่ (World Health Organization, 2018, p. 103) โครงการต่าง ๆ ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐฯ จึงมีบริบทที่แตกต่างจากบริบทในประเทศอื่น ๆ และมักสื่อสารเนื้อหาที่แตกต่างออกไปด้วย จึงมีอาจนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้ในประเทศอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ในงานทบทวนโดย Dietz และคณะ (2020) ได้รวบรวมการทบทวนเชิงระบบ และ/หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ 14 งานที่ศึกษาประสิทธิผลของกลยุทธ์ในการลดการใช้แอลกอฮอล์ในนักศึกษา โดยรวมพบว่า โครงการที่ทำทั้งแบบพบหน้าจริงและแบบที่ทำในอินเทอร์เน็ตให้ผลที่น่าพอใจในการลดการดื่มสุราในนักศึกษา แต่ผลการวิจัยยังมีความหลากหลาย และยังมีหลักฐานของประโยชน์ในระยะยาว การศึกษาโครงการให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และการโน้มน้าวใจในศึกษามีจำนวนมากพอที่จะทำการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตัวอย่างเช่น การศึกษาหนึ่งที่วิเคราะห์ข้อมูล 41 โครงการจาก 62 โครงการที่มีมาตรการด้านแอลกอฮอล์ในนักศึกษาปีหนึ่ง พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณและความถี่ในการดื่มลดลงเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีผลต่อความถี่ของการดื่มหนักหรือปัญหาอื่น ๆ จากการดื่ม (Scott-Sheldon *et al.*, 2014) การวิเคราะห์ห่อภิมาณข้อมูลจาก 24 โครงการที่ใช้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างย่อ (brief motivational interventions, BMIs) พบว่า การรวม BMI และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการดื่มรายบุคคล (personalized feedback) มีผลขนาดต่ำต่อการดื่ม แต่ไม่พบผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการดื่มสุรา เมื่อใช้เฉพาะ BMI โดยไม่มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับด้านการดื่ม เมื่อติดตามไปข้างหน้า หรือผลต่อปริมาณการดื่มต่อครั้ง หรือปริมาณการดื่มในครั้งที่ดื่มมากที่สุด (Huh *et al.*, 2015) การศึกษาที่ออกแบบเฉพาะต่อผู้ที่ดื่มหนักพบว่า มาตรการทางออนไลน์ได้ผลดีกว่าโดยการลดปริมาณการดื่มได้ 16-24 กรัมต่อลัปดาห์ (1-2 การดื่มมาตรฐาน) แต่ขนาดของผลกระทบที่ได้ยังมีขนาดต่ำ และผลดังกล่าวค่อย ๆ จางไปเมื่อเวลาผ่านไป (Sundström *et al.*, 2017) การวิเคราะห์ห่อภิมาณจาก

การศึกษา 31 ชิ้นที่ใช้มาตรการ 68 มาตรการ พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นภาคบังคับในการดำเนินการทางวินัยสำหรับผู้ละเมิดนโยบายของมหาวิทยาลัยไม่ส่งผลใด ๆ ต่อการดื่มของนักศึกษา แต่การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) การคาดการณ์ความท้าทาย (expectancy challenges) และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับรายบุคคลกลับลดปริมาณการดื่มและปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าผลจะค่อย ๆ ลดลงตามเวลาที่ตาม (Carey *et al.*, 2016) การทบทวนจาก 15 การศึกษาที่ประกอบด้วยมาตรการ 21 มาตรการ ทำในกลุ่มนักศึกษาในวิทยาเขต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้พักในมหาวิทยาลัยที่มีประเพณีการดื่มหนัก พบผลลัพธ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Scott-Sheldon *et al.*, 2016) ผลการศึกษาบางส่วนชี้ว่า การให้ความรู้และการปรึกษาอาจส่งผลดีบ้างต่อนักศึกษาที่คัดเลือกมาเป็นรายบุคคล แต่ไม่มีผลหากนักศึกษาที่คัดเลือกมาเป็นกลุ่มที่มีบรรทัดฐานพฤติกรรมการดื่มหนัก

ข้อค้นพบทั่วไปจากการศึกษาที่ใหญ่ทำในมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โครงการอาจมีประสิทธิผลได้ แต่มีขนาดของผลกระทบระดับต่ำ ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์ห่อภิมานงานหนึ่งคำนวณขนาดของผลกระทบได้เท่ากับการดื่มลดลงประมาณ 0.37 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (Samson and Tanner-Smith, 2015) ผลการศึกษาที่ได้เป็นประโยชน์มากหรือมีความหมายหรือไม่ จึงยังเป็นข้อถกเถียงได้แย้งกันอยู่ (Foxcroft *et al.*, 2016; Grant *et al.*, 2016)

สิ่งที่สะท้อนจากข้อสรุปเหล่านี้คือ ความพยายามในการป้องกันการดื่มสุราในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ปรับเปลี่ยนจากโครงการป้องกันการดื่มในมหาวิทยาลัยที่ทำเป็นรายบุคคลเท่านั้น มาเป็นการเพิ่มเติมการควบคุมบริบทและสิ่งแวดล้อมในด้านการเข้าถึง และการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปด้วย โครงการป้องกันการดื่มสุรารายในสิ่งแวดล้อมของสถาบันการศึกษายังขยับมาใช้แนวทางเชิงระบบที่ซับซ้อนอีกด้วย โดยพิจารณาถึงระดับนโยบาย สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในมหาวิทยาลัย ตลอดจนการมีอิทธิพลต่อกันระหว่างนักศึกษา (Apostolopoulos *et al.*, 2018) สถาบันแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาด้านการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) ได้สนับสนุนเครื่องมือ College Alcohol Information Matrix (CollegeAIM) ในการสังเคราะห์วรรณกรรมและรวบรวมกลยุทธ์ด้านสิ่งแวดล้อมและรายบุคคล (Cronce *et al.*, 2018) ซึ่งประกอบด้วยการใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน

ได้แก่ มาตรการโน้มน้าวใจ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ แนวปฏิบัติ ข้อบังคับต่าง ๆ การจัดให้มีการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคสมัครใจ การจำกัดที่ตั้งของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบายด้านแอลกอฮอล์ของมหาวิทยาลัย

10.7 การสร้างการสนับสนุนและผลักดันนโยบายด้านสุขภาพ


การรณรงค์ให้ความรู้เป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพและสาธารณสุข ดังแสดงจากผลการศึกษาที่ทำในประเทศนิวซีแลนด์ (Casswell *et al.*, 1989) และนอร์เวย์ (Rise *et al.*, 2548) ผลการศึกษาจากประเทศนิวซีแลนด์สรุปว่า การรณรงค์ให้ความรู้ทางสื่อมวลชนเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ ได้สร้างแรงขับเคลื่อนในการสนับสนุนนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดพฤติกรรมเครื่องดื่มที่เหมาะสมในชุมชน (Casswell *et al.*, 1989) เป้าหมายของการรณรงค์การให้ความรู้ที่ประเทศนอร์เวย์ (Rise *et al.*, 2005) คือการเพิ่มความรู้อย่างสัมพันธ์กันกับอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความตระหนักรู้ประโยชน์จากนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารเกี่ยวกับแอลกอฮอล์กับเด็ก ๆ ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้านหลังการรณรงค์ ได้แก่ ประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อมาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น พ่อแม่ผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเฝ้าติดตามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กมากขึ้น และพ่อแม่ผู้ปกครองเข้มงวดกับพฤติกรรมเครื่องดื่มของตนเองมากขึ้นโดยเฉพาะหากมีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก งานวิจัยอีกสองชิ้นพบว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ (Bates *et al.*, 2018; Weerasinghe *et al.*, 2020)

ในช่วงหลังของทศวรรษที่ 2010 มีหลายประเทศที่ทำการขับเคลื่อนเรื่องนี้ โดยการรับเจ้าหน้าที่และจัดอบรมผู้ขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ในประเทศสกอตแลนด์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับบทบาทใหม่ในการดูแลปัญหา “การมีปริมาณมากเกินไป (overprovision)” ของเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ โดยการสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานเชิงบวกกับผู้เกี่ยวข้องกับการออกใบอนุญาตจัดจำหน่าย (Fitzgerald *et al.*, 2017) Ramirez และ Jernigan (2017) วิเคราะห์กรณีศึกษาสามกรณีในประเทศสหรัฐอเมริกาในด้านความพยายามที่จะเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐ พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จได้แก่ การใช้ข้อมูลจากงานวิจัยและการสำรวจโพล การใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา และการสร้างพันธมิตรในการเตรียมความพร้อมที่จะขับเคลื่อนชุมชนให้ตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มสุรา ได้มีการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ซึ่งพบว่า ในงานวิจัยจำนวน 30 เรื่องในประเทศอังกฤษ มีเพียงฉบับเดียวที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกใบอนุญาตจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (McGrath *et al.*, 2019) โดยโครงการ Communities in Charge of Alcohol (CICA) ซึ่งทำใน Greater Manchester เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแบบทดลองโดยใช้โปรแกรม Alcohol Health Champions (Cook *et al.*, 2018) ซึ่งเป็นโครงการที่ใช้แนวทางการพัฒนาทรัพยากรในชุมชนเพื่อลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (“asset-based community development approach to reducing alcohol-related harm”) โดยการอบรมบุคคลทั่วไปเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำแบบสั้น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการออกใบอนุญาตจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อดำเนินการไป 18 เดือน มีผู้ผ่านการอบรมซึ่งเรียกว่า “แชมป์เปียน” จำนวน 123 คน (Ure *et al.*, 2020)

VicHealth ซึ่งเป็นมูลนิธิด้านสุขภาพของรัฐในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ได้ดำเนินโครงการรณรงค์ในชุมชนหลายงาน โดยอิงกับกรณีศึกษาจากโครงการในอดีตที่ผ่านมา (Room *et al.*, 2021) โปรแกรมที่ใช้เน้นที่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเครื่องดื่มในสังคม “social world” ของผู้ดื่มหนัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาชีพ ความสนใจ หรือสถานภาพทางสังคมคล้ายคลึงกัน และพฤติกรรมดื่มหนักเป็นที่ยอมรับ และเห็นชอบกันว่า เป็นส่วนหนึ่งของการเข้าสังคมของพวกเขา (VicHealth, 2019; MacLean *et al.*, 2021) หน่วยงานต่าง ๆ ในรัฐ อาทิ หน่วยงานเทศบาล แผนกสวัสดิการนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และหน่วยงานในชุมชนได้รับทุนสนับสนุนให้ทำงานกับสังคมของผู้ดื่มหนักนี้ เพื่อจำกัดพฤติกรรมเครื่องดื่มแบบเสี่ยงและอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น Roberts *et al.*, 2019)

10.8 unสรุป

จากคำอธิบายใน  ภาคผนวกออนไลน์ 1 กลยุทธ์และมาตรการที่รวบรวมและศึกษาในหนังสือเล่มนี้ถูกประเมินโดยคณะทำงาน อิงตามผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการ และจำนวนของการศึกษาที่สนับสนุน รวมทั้งกลุ่มประชากรที่เข้าถึง และราคาของรัฐบาลต้องจ่าย ตารางที่ 10.1 เป็นการให้คะแนนเป็นฉันทามติต่อมาตรการที่กล่าวถึงในบทนี้ ที่มีเป้าหมายหลักในการลดระดับการดื่มและอันตรายจากการดื่ม ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า มีการประเมินบทความที่รายงานเกี่ยวกับมาตรการเหล่านี้จำนวนมาก เครื่องหมายบวกสามอัน ในช่องความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่า มีหลักฐานยืนยันว่ามีการศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบหลายการศึกษา อย่างไรก็ตาม การศึกษาจำนวนมากเหล่านี้ล้วนมาจากไม่กี่ประเทศ ดังนั้น จึงมีอาจสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของกลยุทธ์เหล่านี้สามารถใช้ได้ทั่วไป

ตารางที่ 10.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการให้ความรู้และนิมน้าวใจ^c

กลยุทธ์หรือมาตรการ ^a	ประสิทธิผล ^b	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^c	ข้อคิดเห็น
การสื่อสารและประชาสัมพันธ์สาธารณะ และการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน (PSA)	0	+++ ^d	ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง; ทำให้ความรู้เพิ่มขึ้น แต่ไม่ลดการดื่ม ทุนที่ใช้กับการตลาดเพื่อส่งเสริมการขายและการดื่มมากกว่างบประมาณอันน้อยนิดของ PSA และการรณรงค์การให้ความรู้อย่างมาก
โครงการการรณรงค์การดื่มไม่ขับ	+	+++ ^d	ลดการดื่มแล้วขับ แต่ไม่ลดอัตราการบาดเจ็บหรือการตาย
ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพ	+/0	++	ส่งผลต่อความรู้และความตั้งใจต่อการดื่ม; มีหนึ่งการศึกษาพบผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่ม

ตารางที่ 10.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการให้ความรู้และโน้มน้าวใจ^c (ต่อ)

กลยุทธ์ หรือ ^a มาตรการ	ประสิทธิผล ^b	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^c	ข้อคิดเห็น
ข้อเสนอแนะการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	?	+	ส่งผลต่อความรู้และความตระหนักต่อความเสี่ยง
โครงการป้องกันการดื่มในโรงเรียนแบบครอบครัว	+/0	+++	ผลการศึกษามากหลาย และขนาดของผลกระทบต่ำ
โครงการป้องกันการดื่มแบบออนไลน์	+/0	++	โครงการจำนวนครึ่งหนึ่งแสดงผลพอประมาณ อีกครึ่งหนึ่ง ไม่แสดงผลลัพธ์ใดๆ
โครงการป้องกันการดื่มในกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง	++/+	++	ส่งผลต่อผู้เริ่มดื่มระยะแรกและผู้มีพฤติกรรม ที่มีปัญหาส่งผลต่อเยาวชนชนกลุ่มน้อยของชนพื้นเมือง การศึกษามีความหลากหลายสูง
โครงการให้ความรู้และการบำบัดครอบครัว	+/0	++	บางโครงการทำกับพ่อแม่และเยาวชนเอง ซึ่งส่งผลต่อการดื่มในเยาวชน แต่การศึกษามีความหลากหลายสูง
โครงการป้องกันการดื่มในนักศึกษา มหาวิทยาลัย	+	++	ส่วนใหญ่ศึกษาในสหรัฐอเมริกา ลดปริมาณและความถี่ของการดื่มเพียงเล็กน้อย และไม่มีผลต่อความถี่ของการดื่มหนักหรือปัญหาจากการดื่ม
การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจแบบย่อ (BMIs) ในโรงเรียน	0/+	++	ส่วนใหญ่ศึกษาในสหรัฐอเมริกา โครงการที่มี BMI อย่างเดียว ไม่มีผลต่อการดื่ม และมีผลเล็กน้อยเมื่อโครงการประกอบด้วย BMI และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับรายบุคคล

ตารางที่ 10.1 คะแนน (โดยนันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการให้ความรู้และโน้มน้าวใจ^c
(ต่อ)

กลยุทธ์ หรือ ^a มาตรการ	ประสิทธิผล ^b	ความหนักแน่น ของหลักฐาน ทางวิชาการ ^c	ข้อคิดเห็น
มาตรการทาง คอมพิวเตอร์ สำหรับกลุ่ม เฉพาะผู้ดื่มหนัก	++/+	++	ผลกระทบปานกลาง และลดลงเมื่อเวลา ผ่านไป
การให้ความรู้ และการปรึกษา ภาคบังคับในกลุ่ม นักศึกษาที่เป็น นักดื่ม	0	++	การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เกิดผล ใด แต่การกำหนดเป้าหมายและการให้ ข้อมูลสะท้อนกลับรายบุคคลมีผลต่อการ ดื่ม แม้ว่าผลจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

^a ไม่รวมการศึกษาเพื่อสนับสนุนชุมชนและนโยบายเพราะวัตถุประสงค์หลักไม่เกี่ยวกับการดื่ม แอลกอฮอล์และผลเสียจากการดื่มโดยตรง

^b 0 หมายถึงไม่เป็นผล กล่าวคือ มีการประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มหรือปัญหาจากการดื่ม + หมายถึง มีผลเล็กน้อยหรือมีผลจำกัดต่อการดื่มหรือปัญหาจากการดื่ม ++ หมายถึง มีผลปานกลางต่อการดื่มหรือปัญหาจากการดื่ม +++ หมายถึง มีผลมากต่อการดื่มหรือปัญหาจากการดื่ม ? มีการศึกษาอย่างน้อยหนึ่งเรื่องหรือมากกว่านั้น แต่ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปผลได้

^c 0 ไม่มีการศึกษาที่แสดงผลต่อการดื่ม + มีการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างน้อยหนึ่งหรือสอง ++ มีการศึกษาที่มีคุณภาพมากกว่าสองชิ้น แต่ไม่มีการทบทวนเชิงบูรณาการหรือไม่มีการศึกษาจากกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ (LMIC) ร่วมด้วย +++ มีการศึกษาที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ มีการทบทวนเชิงบูรณาการหรือการวิเคราะห์เชิงอภิมานและมีการศึกษาจากกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ (LMIC) ร่วมด้วย

^d มีการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบแต่มีคุณภาพหลากหลาย ส่วนใหญ่มีคุณภาพต่ำ มีการศึกษาที่มีคุณภาพไม่กี่อัน

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับโครงการให้ความรู้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ในทศวรรษที่ 1990 การให้ความรู้และการโน้มน้าวใจทำเป็นรายบุคคล มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเป้าไปที่เด็กนักเรียนและนักศึกษา แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากและความพยายามพัฒนาโครงการที่มีนวัตกรรมและความแปลกใหม่ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โครงการแบบครอบจักรวาลมีผลลดการดื่มเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีผลเลย ขณะที่โครงการแบบเฉพาะเจาะจงบางโครงการส่งผลการดื่มในระดับปานกลาง

ในช่วงไม่นานมานี้ เริ่มมีการให้ความสนใจโครงการที่มีการโน้มน้าวใจที่มีการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และการทำโครงการในระดับชุมชน การขยายยุทธศาสตร์การทำงานนี้เกิดจากการเข้าใจปัญหาจากการดื่มสุรามากขึ้น การมีมุมมองเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การควบคุมการดื่มสุราในระดับพื้นที่และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนานโยบาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่นเดียวกับปัจจัยพฤติกรรมระดับบุคคล ซึ่งล้วนเป็นเป้าหมายที่สำคัญของโครงการการให้ความรู้และการจูงใจ

เอกสารอ้างอิง

- Agostinelli, G., & Grube, J. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: a review of recent research. *Alcohol research & health, 26(1)*, 15-21.
- Apostolopoulos, Y., Lemke, M. K., Barry, A. E., & Lich, K. H. (2018). Moving alcohol prevention research forward: Part I: introducing a complex systems paradigm; Part II: new directions grounded in community-based system dynamics. *Addiction, 113(2)*, 353-371.
- Barry, A. E., & Goodson, P. (2010). Use (and misuse) of the responsible drinking message in public health and alcohol advertising: a review. *Health education & behavior, 37(2)*, 288-303.
- Bates, S., Holmes, J., Gavens, L., de Matos, E. G., Li, J., Ward, B., Hooper, L., Dixon, S., & Buykx, P. (2018). Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health, 18(1)*, 688.
- Bellew, W., Bauman, A., Freeman, B., Kite, J. (2017). Social countermarketing: brave new world, brave new map. *Journal of Social Marketing, 7(2)*, 205-222.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Garey, L., Elliott, J. C., & Carey, M. P. (2016). Alcohol interventions for mandated college students: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 84(7)*, 619-632
- Casswell, S., Gilmore, L., Maguire, V., & Ransom, R. (1989). Changes in public support for alcohol policies following community-based campaign. *British Journal of Addiction, 84(5)*, 515-522.
- Casswell, S. (1993). Public discourse on the benefits of moderation: implications for alcohol policy development. *Addiction, 88(4)*, 459-465.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and alcohol review, 32(2)*, 115-123.
- Champion, K. E., Newton, N. C., & Teesson, M. (2016). Prevention of alcohol and other drug use and related harm in the digital age: what does the evidence tell us?. *Current opinion in psychiatry, 29(4)*, 242-249.

- Champion, K. E., Parmenter, B., McGowan, C., Spring, B., Wafford, O. E., Gardner, L. A., Thornton, L., McBride, N., Barrett, E. L., Teesson, M., Newton, N. C., & Health4Life team. (2019). Effectiveness of school-based eHealth interventions to prevent multiple lifestyle risk behaviours among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Digital health*, 1(5), e206-e221.
- Cook, P. A., Hargreaves, S. C., Burns, E. J., de Vocht, F., Parrott, S., Coffey, M., Audrey, S., Ure, C., Duffy, P., Ottiwell, D., Kenth, K., Hare, S., & Ardern, K. (2018). Communities in charge of alcohol (CICA): a protocol for a stepped-wedge randomised control trial of an alcohol health champions programme. *BMC Public Health*, 18(1), 522.
- Crawford-Williams, F., Fielder, A., Mikocka-Walus, A., & Esterman, A. (2015). A critical review of public health interventions aimed at reducing alcohol consumption and/or increasing knowledge among pregnant women. *Drug and alcohol review*, 34(2), 154-161.
- Cronce, J. M., Toomey, T. L., Lenk, K., Nelson, T. F., Kilmer, J. R., & Larimer, M. E. (2018). NIAAA's College alcohol intervention matrix: CollegeAIM. *Alcohol research*, 39(1), 43-47.
- Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(1), 7-20.
- De Bruijn, A. (2008). No reason for optimism: the expected impact of commitments in the European Commission's Alcohol and Health Forum. *Addiction*, 103(10), 1588-1592.
- Dietrich, T., Rundle-Thiele, S., Schuster, L., & Connor, J. P. (2016). A systematic literature review of alcohol education programmes in middle and high school settings (2000-2014). *Health Education*, 116(1), 50-68.
- Dietz, P., Reichel, J. L., Edelmann, D., Werner, A. M., Tibubos, A. N., Schäfer, M., Simon, P., Letzel, S., & Pfirrmann, D. (2020). A systematic umbrella review on the epidemiology of modifiable health influencing factors and on health promoting interventions among university students. *Frontiers in public health*, 8, 137.
- Dossou, G., Gallopel-Morvan, K., & Diouf, J. F. (2017). The effectiveness of current French health warnings displayed on alcohol advertisements and alcoholic beverages. *European journal of public health*, 27(4), 699-704.

- Dwan, K., Altman, D. G., Arnaiz, J. A., Bloom, J., Chan, A. W., Cronin, E., Decullier, E., Easterbrook, P. J., Von Elm, E., Gamble, C., Ghersi, D., Ioannidis, J. P., Simes, J., & Williamson, P. R. (2008). Systematic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias. *PLoS One*, *3*(8), e3081.
- Edalati, H., & Conrod, P. J. (2019). A review of personality-targeted interventions for prevention of substance misuse and related harm in community samples of adolescents. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 770.
- Emmers, E., Bekkering, G. E., & Hannes, K. (2015). Prevention of alcohol and drug misuse in adolescents: an overview of systematic reviews. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *32*(2), 183-198.
- Ennett, S. T., Haws, S., Ringwalt, C. L., Vincus, A. A., Hanley, S., Bowling, J. M., & Rohrbach, L. A. (2011). Evidence-based practice in school substance use prevention: fidelity of implementation under real-world conditions. *Health education research*, *26*(2), 361-371.
- Fitzgerald, N., Nicholls, J., Winterbottom, J., & Katikireddi, S. V. (2017). Implementing a public health objective for alcohol premises licensing in Scotland: a qualitative study of strategies, values, and perceptions of evidence. *International journal of environmental research and public health*, *14*(3), 221.
- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N. M. (2016). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. (revised version). *The Cochrane database of systematic reviews*, *7*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007025.pub4>
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, *(9)*, CD009308.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, *(9)*, CD009307.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in public health*, *132*(3), 128-134.

- Gandhi, A. G., Murphy-Graham, E., Petrosino, A., Chrismer, S. S., & Weiss, C. H. (2007). The devil is in the details: examining the evidence for "proven" school-based drug abuse prevention programs. *Evaluation review, 31(1)*, 43-74.
- Giesbrecht N. (2000). Roles of commercial interests in alcohol policies: recent developments in North America. *Addiction, 95 Suppl 4*, S581-S595.
- Gorman D. M. (2015). 'Everything works': the need to address confirmation bias in evaluations of drug misuse prevention interventions for adolescents. *Addiction, 110(10)*, 1539-1540.
- Grant, S., Pedersen, E. R., Osilla, K. C., Kulesza, M., & D'Amico, E. J. (2016). Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. *Addiction, 111(9)*, 1521-1527.
- Hallfors, D. D., Pankratz, M., & Hartman, S. (2007). Does federal policy support the use of scientific evidence in school-based prevention programs?. *Prevention science, 8(1)*, 75-81.
- Hobin, E., Weerasinghe, A., Vallance, K., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Schoueri-Mychasiw, N., Paradis, C., & Stockwell, T. (2020). Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: a real-world quasi-experimental study. *Journal of studies on alcohol and drugs, 81(2)*, 249-261.
- Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., Kingsland, M., Yoong, S. L., & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: a meta-analysis. *Preventive medicine, 100*, 248-268.
- Huh, D., Mun, E. Y., Larimer, M. E., White, H. R., Ray, A. E., Rhew, I. C., Kim, S. Y., Jiao, Y., & Atkins, D. C. (2015). Brief motivational interventions for college student drinking may not be as powerful as we think: an individual participant-level data meta-analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research, 39(5)*, 919-931.
- Hurley, E., Dietrich, T., & Rundle-Thiele, S. (2019). A systematic review of parent based programs to prevent or reduce alcohol consumption in adolescents. *BMC public health, 19(1)*, 1451.

- Jackson, N., & Dixon, R. (2020). The practice of the alcohol industry as health educator: a critique. *The New Zealand medical journal*, 133(1515), 89-96.
- Jones, S. C., Hall, S., & Kypri, K. (2017). Should I drink responsibly, safely or properly? Confusing messages about reducing alcohol-related harm. *PloS one*, 12(9), e0184705.
- Kalinowski, A., & Humphreys, K. (2016). Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*, 111(7), 1293-1298.
- Kelchen, R. (2018). *A look at college students' living arrangements*. <https://robertkelchen.com/2018/05/28/a-look-at-college-students-living-arrangements/>
- Knai, C., Petticrew, M., Durand, M. A., Eastmure, E., & Mays, N. (2015). Are the public health responsibility deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction*, 110(8), 1232-1246.
- Kuntsche, S., & Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use—a systematic literature review. *Clinical psychology review*, 45, 89-101.
- Lammers, J., Onrust, S., van der Heijden, A., Engels, R., Wiers, R. W., Kleinjan, M. (2019). Universal and targeted school-based prevention programmes for alcohol misuse in young adolescents: a meta-analytic comparison. In: Lammers, J. Curbing young adolescents' alcohol abuse: time to revisit the prevention paradox? (pp. 33-68). Trimboos Institute, Utrecht University. <https://www.trimboos.nl/docs/d9a54908-5e6c-45f0-9a5f-da085aa84b3a.pdf#page=35>
- Lee, N. K., Cameron, J., Battams, S., Roche, A. (2016). What works in school-based alcohol education: a systematic review. *Health Education Journal*, 75(7), 780-798.
- Livingston M. (2012). Perceptions of low-risk drinking levels among Australians during a period of change in the official drinking guidelines. *Drug and alcohol review*, 31(2), 224-230.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingam, R., Pasch, K., Gunnell, D., Hickman, M., & Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD009927.

- MacLean, S., Dwyer, R., Pennay, A., Savic, M., Wilkinson, C., Roberts, S., Turner, K., Saleeba, E., & Room, R. (2021). The 'social worlds' concept: a useful tool for public health-oriented studies of drinking cultures. *Addiction Research and Theory, 29*(3), 231-238.
- Martin-Moreno, J. M., Harris, M. E., Breda, J., Møller, L., Alfonso-Sanchez, J. L., & Gorgojo, L. (2013). Enhanced labelling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. *European journal of public health, 23*(6), 1082-1087.
- McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L., & Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction, 99*(3), 278-291.
- McCambridge J. (2007). A case study of publication bias in an influential series of reviews of drug education. *Drug and alcohol review, 26*(5), 463-468.
- McGrath, M., Reynolds, J., Smolar, M., Hare, S., Ogden, M., Popay, J., Lock, K., Cook, P., & Egan, M. (2019). Identifying opportunities for engaging the 'community' in local alcohol decision-making: A literature review and synthesis. *The International journal on drug policy, 74*, 193-204.
- Mialon, M., & McCambridge, J. (2018). Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: a systematic review. *European journal of public health, 28*(4), 664-673.
- Midford, R., & Shakeshaft, A. (2017). Community-focused approaches to the prevention of alcohol-related harms: from past experiences to future possibilities. In: Kolind, T., Thom, B., & Hunt, G., (eds.). *The SAGE handbook of drug and alcohol studies: social science approaches* (pp. 213-237). SAGE Publications.
- National Health and Medical Research Council. (2020). *Australian Guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. National Health and Medical Research Council. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-healthrisks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1>
- Negi, N. S., Schmidt, K., Morozova, I., Addis, T., Kidane, S., Nigus, A., Kumar, N., Mullin, S., & Murukutla, N. (2020). Effectiveness of a drinking and driving campaign on knowledge, attitudes, and behavior among drivers in Addis Ababa. *Frontiers in Sustainable Cities, 2*, 563350.

- Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., Tonks, Z., & Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and alcohol review, 36*(3), 337-351.
- O'Brien, P., Gleeson, D., Room, R., & Wilkinson, C. (2018). Using the 'big legal guns' to block alcohol and health warning labels. *Alcohol and alcoholism, 53*(3), 333-336.
- Paglia, A., & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention, 20*(1), 3-50.
- Pantani, D., Sparks, R., Sanchez, Z. M., & Pinsky, I. (2012). 'Responsible drinking' programs and the alcohol industry in Brazil: killing two birds with one stone?. *Social science & medicine (1982), 75*(8), 1387-1391.
- Pape, H. (2009). School-based programmes that seem to work: useful research on substance use prevention or suspicious stories of success?. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 26*(6), 521-535.
- Ramirez, R. L., & Jernigan, D. H. (2017). Increasing alcohol taxes: analysis of case studies from Illinois, Maryland, and Massachusetts. *Journal of studies on alcohol and drugs, 78*(5), 763-770.
- Reynolds, J., McGrath, M., Halliday, E., Ogden, M., Hare, S., Smolar, M., Lafortune, L., Lock, K., Popay, J., Cook, P., & Egan, M. (2020). 'The opportunity to have their say'? Identifying mechanisms of community engagement in local alcohol decision-making. *The International journal on drug policy, 85*, 102909.
- Rise, J., Natvig, H., & Størvoll, E. E. (2005). *Evaluering av Alkoholkampanjen 'Alvorlig Talt' [Evaluation of the alcohol campaign 'seriously talking']*. Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.
- Roberts, S., Ralph, B., Elliott, K., Robards, B., Lindsay, J., & O'Brien, K. (2019). Exploring men's risky drinking cultures. VicHealth. <https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/alcohol%20misuse/MensRiskyDrinking/Mens%20risky%20drinking%20final%20report.pdf>

- Rohrbach, L. A., Howard-Pitney, B., Unger, J. B., Dent, C. W., Howard, K. A., Cruz, T. B., Ribisl, K. M., Norman, G. J., Fishbein, H., & Johnson, C. A. (2002). Independent evaluation of the California Tobacco Control Program: relationships between program exposure and outcomes, 1996-1998. *American journal of public health, 92*(6), 975-983.
- Room, R. (2021). Alcohol. In: Detels, R., Karim, Q.A., Baum, F., Li, L., Leyland, A.H., (Eds.), *Oxford Textbook of Global Public Health*, (7th ed., pp. 345-356). Oxford University Press.
- Room, R., MacLean, S., Dwyer, R., Pennay, A., Turner, K., & Saleeba, E. (2022). Changing risky drinking practices in different types of social worlds: concepts and experiences. *Drugs: Education, Prevention and Policy 29*(1), 32-42.
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of studies on alcohol, 61*(3), 475-483.
- Rossow, I., & Pape, H. (2008). Another example of publication bias in research on drug education: a commentary to Jim McCambridge's article. *Drug and alcohol review, 27*(4), 348-349.
- Saffer, H. (2002). Alcohol advertising and youth. *Journal of studies on alcohol. Supplement, (14)*, 173-181.
- Samson, J. E., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Single-session alcohol interventions for heavy drinking college students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of studies on alcohol and drugs, 76*(4), 530-543.
- Scholes-Balog, K. E., Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. (2012). Alcohol warning labels: unlikely to affect alcohol-related beliefs and behaviours in adolescents. *Australian and New Zealand journal of public health, 36*(6), 524-529.
- Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Stockwell, T., Vallance, K., Hammond, D., Greenfield, T. K., McGavock, J., & Hobin, E. (2021). Use as directed: do standard drink labels on alcohol containers help consumers drink (ir) responsibly? Real-world evidence from a quasi-experimental study in Yukon. *Drug and alcohol review, 40*(2), 247-257.
- Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Vallance, K., Stockwell, T., Zhao, J., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Paradis, C., & Hobin, E. (2020). Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national

- drinking guidelines: a real-world study in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 262-272.
- Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Miech, R. A., Patrick, M. E. (2019). *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2018: Volume II, College Students and Adults Aged 19-60*. Institute for Social Research, University of Michigan.
- Scott-Sheldon, L. A., Carey, K. B., Elliott, J. C., Garey, L., & Carey, M. P. (2014). Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 177-188.
- Scott-Sheldon, L. A., Carey, K. B., Kaiser, T. S., Knight, J. M., & Carey, M. P. (2016). Alcohol interventions for Greek letter organizations: a systematic review and meta-analysis, 1987 to 2014. *Health psychology*, 35, 670-684.
- Snijder, M., Stapinski, L., Lees, B., Ward, J., Conrod, P., Mushquash, C., Belone, L., Champion, K., Chapman, C., Teesson, M., & Newton, N. (2020). Preventing substance use among Indigenous adolescents in the USA, Canada, Australia and New Zealand: a systematic review of the literature. *Prevention science*, 21(1), 65-85.
- Stead, M., Angus, K., Langley, T., Katikireddi, S. V., Hinds, K., Hilton, S., Lewis, S., Thomas, J., Campbell, M., Young, B., & Bauld, L. (2019). Mass media to communicate public health messages in six health topic areas: a systematic review and other reviews of the evidence. *Public Health Research*, 7(8). doi: 10.3310/phr07080.
- Stockwell, T., Solomon, R., O'Brien, P., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). Cancer warning labels on alcohol containers: a consumer's right to know, a government's responsibility to inform, and an industry's power to thwart. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 284-292.
- Sundström, C., Blankers, M., & Khadjesari, Z. (2017). Computer-based interventions for problematic alcohol use: a review of systematic reviews. *International journal of behavioral medicine*, 24(5), 646-658.
- Tanner-Smith, E. E., & Risser, M. D. (2016). A meta-analysis of brief alcohol interventions for adolescents and young adults: variability in effects across alcohol measures. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 42(2), 140-151.

- Teesson, M., Newton, N. C., Slade, T., Carragher, N., Barrett, E. L., Champion, K. E., Kelly, E. V., Nair, N. K., Stapinski, L. A., & Conrod, P. J. (2017). Combined universal and selective prevention for adolescent alcohol use: a cluster randomized controlled trial. *Psychological medicine, 47*(10), 1761-1770.
- Thomas, G., Gonneau, G., Poole, N., Cook, J. (2014). The effectiveness of alcohol warning labels in the prevention of fetal alcohol spectrum disorder: a brief review. *The International Journal of Alcohol and Drug, 3*(1), 91-103.
- Ure, C., Burns, L., Hargreaves, S. C., Coffey, M., Audrey, S., Kenth, K., Ardem, K., & Cook, P. A. (2020). Mobilising communities to address alcohol harm: an alcohol health champion approach. *Perspectives in public health, 140*(2), 88-90.
- Vallance, K., Stockwell, T., Zhao, J., Shokar, S., Schoueri-Mychasiw, N., Hammond, D., Greenfield, T. K., McGavock, J., Weerasinghe, A., & Hobin, E. (2020a). Baseline assessment of alcohol-related knowledge of and support for alcohol warning labels among alcohol consumers in northern Canada, and associations with key sociodemographic characteristics. *Journal of studies on alcohol and drugs, 81*(2), 238-248.
- Vallance, K., Vincent, A., Schoueri-Mychasiw, N., Stockwell, T., Hammond, D., Greenfield, T. K., McGavock, J., & Hobin, E. (2020b). News media and the influence of the alcohol industry: an analysis of media coverage of alcohol warning labels with a cancer message in Canada and Ireland. *Journal of studies on alcohol and drugs, 81*(2), 273-283.
- VicHealth. (2019). Alcohol cultures framework background paper—a framework to guide public health action on risky drinking cultures, revised edition. Victorian Health Promotion Foundation. <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/alcohol-cultures-framework>
- Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Paradis, C., & Hobin, E. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *International journal of environmental research and public health, 17*(2), 398.

- Wilkinson, C. (2012). Responses to risk: public submissions on Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. *Drug and alcohol review*, 31(2), 162-169.
- Wilkinson, C., & Room, R. (2009). Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug and alcohol review*, 28(4), 426-435.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Wyllie, A., Waa, A., & Zhang, J. F. (1996). *Alcohol and moderation advertising expenditure and exposure: 1996*. University of Auckland.
- Yadav, R. P., & Kobayashi, M. (2015). A systematic review: effectiveness of mass media campaigns for reducing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes. *BMC Public Health*, 15, 857.
- Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., Campbell, M., Hilton, S., Thomas, J., Hinds, K., Ashie, A., & Langlely, T. (2018). Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: a systematic review. *Alcohol and alcoholism*, 53(3), 302-316.
- Zhao, J., Stockwell, T., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time-series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 225-237.

1 1 การตีพิมพ์กับการขับเคลื่อนพาหนะ: การป้องกันและมาตรการแก้ไข

11.1 เกริ่นนำ

แม้ว่าความปลอดภัยในการจราจรบนท้องถนนจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง¹ (high-income countries; HICs)** แต่อุบัติเหตุจราจรยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี ค.ศ. 2016 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมากถึง 1.35 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2018a) โดยรวมแล้วในปี ค.ศ. 2016 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของการเสียชีวิตทั่วโลกทั้งหมด และเป็นสาเหตุอันดับที่ 8 ของการเสียชีวิต

เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากการจราจร ความสำคัญของเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในฐานะปัจจัยเสี่ยงสำหรับการเสียชีวิตและการบาดเจ็บได้รับการเน้นย้ำในรายงาน Global Status Report on Road Safety 2018 (2018a) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) และถูกรวมอยู่ในเป้าหมายด้านความปลอดภัยทางถนนข้อ 3.6 ของเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Sustainable Development

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมียามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

Goal 3.6 for Road Safety) ซึ่งระบุว่า “ภายในปี ค.ศ. 2030 ให้ลดจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่เนื่องจากผู้ขับขี่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงครึ่งหนึ่ง” (World Health Organization Europe, 2020, p. 4) ในปี ค.ศ. 2016 ประมาณร้อยละ 27 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรทั่วโลกเป็นผลมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2018b) ซึ่งหมายความว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรเนื่องจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 370,000 ราย (World Health Organization, 2018c) สัดส่วนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีตั้งแต่ร้อยละ 1.7 ในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกขององค์การอนามัยโลก ถึงร้อยละ 37.7 ในภูมิภาคยุโรป (World Health Organization, 2018d) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรที่สัมพันธ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรที่มาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีตั้งแต่น้อยกว่าร้อยละ 0.1 ถึง ร้อยละ 17 ในประเทศที่มีระดับรายได้สูงประมาณร้อยละ 40 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรเป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายและร้อยละ 20 ในผู้หญิง ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (low-and middle-income countries; LMICs) สัดส่วนคือร้อยละ 26 และร้อยละ 18 ตามลำดับ (Global Information System on Alcohol and Health, 2016)

บทนี้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มและการขับชยานพาหนะ และยังอธิบายว่า ความเข้าใจในความสัมพันธ์นี้สามารถนำมาใช้เพื่อออกแบบมาตรการป้องกันการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างไร หลักฐานส่วนใหญ่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศที่มีระดับรายได้สูงอื่น ๆ อีกสองสามประเทศ สถิติจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางอาจแตกต่างออกไป ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำนั้นสูงกว่าประเทศที่มีระดับรายได้สูงถึงสามเท่า (World Health Organization, 2018a) การดื่มแล้วขับเป็นปัญหามากกว่าในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง เนื่องจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสภาวะอื่น ๆ เช่น สภาพของถนนที่ต้อยกว่า ความหนาแน่นของการจรรยาจรที่สูงกว่า และจำนวนผู้โดยสารที่มากกว่า ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวมีความหมายเชิงนโยบายที่จะกล่าวถึงในบทต่อไป

11.2 ระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดและสมรรถภาพในการขับขี่

ระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Concentration; BAC) หมายถึง ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ดื่ม โดยปกติจะวัดเป็นมวลดต่อปริมาตร ตัวอย่างเช่น BAC เท่ากับร้อยละ 0.02 หมายถึง แอลกอฮอล์ 0.02 กรัมต่อเลือดของบุคคลนั้น 100 กรัม ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคมีผลต่อ BAC มากที่สุด แต่ยังไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น น้ำหนักตัวของผู้ดื่ม อัตราการดื่ม และการมีอาหารในกระเพาะอาหาร (Mumenthaler *et al.*, 1999; Ogden and Moskowitz, 2004) การวัดในเชิงปรนัย (objective measurement มีเครื่องวัดมาตรฐาน) ของ BAC ทำให้สามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดสัมผัสกับการตอบสนอง (dose-response relationship) ระหว่างแอลกอฮอล์กับความบกพร่องของความสามารถในการขับขี่ และมีส่วนช่วยพัฒนานโยบายเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับอีกด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับรถกับความบกพร่องของความสามารถในการขับขี่มีข้อมูลชัดเจน ทักษะการขับรถบกพร่องมากขึ้นตามจำนวนเครื่องดื่มที่บริโภคก่อนการขับขี่ โดยประสิทธิภาพจะลดลงตั้งแต่การดื่มแก้วที่สอง (World Health Organization, 2018a) เวลาตอบสนองของผู้ขับขี่เพิ่มขึ้นตามค่า BAC ที่เพิ่มขึ้น (Yadav และ Velaga, 2019) และที่ BAC เท่ากับร้อยละ 0.05 ระยะเวลาในการตัดสินใจและการตอบสนอง รวมทั้งประสิทธิภาพในการขับขี่ซึ่งมีความบกพร่อง (Brown *et al.*, 2018) ที่ค่า BAC เท่ากับร้อยละ 0.10 การควบคุมร่างกายภายใต้การสั่งของสมอง (voluntary motor control) จะทำงานได้ลดลงอย่างมาก (Davis *et al.*, 2003) ตารางที่ 11.1 แสดงความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ของโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงของผู้ขับขี่ตามกลุ่มอายุต่าง ๆ

โดยรวมแล้ว ความเสี่ยงของอุบัติเหตุจะเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณตาม BAC อย่างไรก็ดี แม้ในระดับที่ต่ำมาก (เช่นที่ BAC เท่ากับร้อยละ 0.015) ความสามารถในการแบ่งแยกความสนใจระหว่างข้อมูลจากการมองเห็นตั้งแต่สองแหล่งขึ้นไปอาจบกพร่อง (Ogden and Moskowitz, 2004) ที่ BAC เท่ากับร้อยละ 0.80-0.99 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของอุบัติเหตุร้ายแรงอยู่ระหว่าง 6.89 ถึง 12.61 เท่า ขึ้นอยู่กับอายุ โดยผู้ขับขี่ที่อายุน้อยกว่าจะมีความเสี่ยงสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ขับขี่ที่มีอายุมากกว่า (Voas *et al.*, 2012) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุเท่านั้น

แต่ยังเพิ่มความรุนแรงของอุบัติเหตุอีกด้วย ดังนั้น อุบัติเหตุที่ผู้ขับขี่อย่างน้อยหนึ่งคนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะถึงแก่ชีวิต หรือส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงมากกว่าอุบัติเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น Zador *et al.*, 2000; Moskowitz *et al.*, 2002) โดยทั่วไปแล้ว ผู้ขับขี่เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในอุบัติเหตุร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ขับขี่เพศหญิงประมาณ 1.5 เท่า และการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหมู่ผู้ขับขี่ในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงที่สุดในช่วงอายุ 20 ปีตอนต้น (National Highway Traffic Safety Administration, 2008)

สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ที่ดื่มในปริมาณค่อนข้างมากในบางโอกาสอาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะมีส่วนร่วมในอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเทียบกับผู้ดื่มรายอื่น (Gruenewald *et al.*, 1996; Treno *et al.*, 1997; Valencia-Martín *et al.*, 2008) ในความเป็นจริงแล้ว หลักฐานแสดงให้เห็นว่า ผู้ขับรถที่มีความบกพร่องจากแอลกอฮอล์จำนวนมากอาจเป็นผู้ดื่มระดับปานกลางซึ่งดื่มหนักเป็นครั้งคราว (Flowers *et al.*, 2008)

ตารางที่ 11.1 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของผู้ขับขี่ที่เกี่ยวข้องในอุบัติเหตุที่มีการเสียชีวิตทั้งหมดตามอายุ

ค่า BAC	ความเสี่ยงสัมพัทธ์ในอุบัติเหตุที่มีการเสียชีวิตทั้งหมด		
	16-20 ปี	21-34 ปี	35+ ปี
0.001-0.019	1.33	0.29	0.28
0.020-0.049	2.68	2.32	2.12
0.050-0.079	6.24	4.78	4.03
0.080-0.099	12.61	8.74	6.89
0.100-0.149	33.79	20.30	14.59
≥0.150	490.40	200.03	111.94

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของผู้ขับขี่ในอุบัติเหตุที่มีการเสียชีวิตทั้งหมดตาม BAC ของผู้ขับขี่ ตามเพศ อายุ, เมื่อเปรียบเทียบกับความเสี่ยงสัมพัทธ์ 1.0 ในผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศและอายุเดียวกัน (ความเสี่ยงสัมพัทธ์คิดเป็นจำนวนเท่า เช่น ที่ระดับ BAC 0.001-0.019 ผู้ขับขี่อายุ 16-20 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีอุบัติเหตุที่มีการเสียชีวิต 1.33 เท่าของผู้ขับขี่อายุและเพศเดียวกันที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์-บรรณาธิการ)

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลจาก Voas R, Torres P, Romano E, et al., (2012) Alcohol-related risk of driver fatalities: An up-date using 2007 data. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73, 341-350.

11.3 แนวทางนโยบายด้านการดื่มแล้วขับ

11.3.1 การลดค่าสูงสุดของ BAC ที่กฎหมายยินยอมให้ขับชียานพาหนะ

เนื่องจากความสัมพันธ์อย่างหนักแน่นระหว่าง BAC กับความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ประเทศต่าง ๆ จึงได้ออกกฎหมายเฉพาะ (per se laws) ที่กำหนดว่าค่า BAC ค่าใดจึงจะระบุว่า ผู้ขับซึ่งมีความสามารถในการขับชียานพาหนะและให้ถูกจับกุมได้ ค่า BAC สามารถวัดได้โดยการเก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ขับชียานพาหนะ และโดยวิธีวิเคราะห์จากลมหายใจด้วย ในประเทศที่พัฒนาแล้ว การประดิษฐ์อุปกรณ์พกพาสำหรับตรวจตัวอย่างลมหายใจของผู้ขับชียานพาหนะ และการออกกฎหมายกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่เกิดความบกพร่องในการขับชียานพาหนะได้ปฏิวัติการบังคับใช้กฎหมายที่เป็นมาตรการแก้ไขปัญหาการดื่มแล้วขับ (Mann *et al.*, 2001) เครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์จากลมหายใจพกพาแบบเซลล์ไฟฟ้าเคมีบางรุ่นสามารถตรวจจับ BAC ได้ตั้งแต่ค่า 0.001 (Sorbello *et al.*, 2018) ค่าสูงสุดของ BAC จึงเป็นการกำหนดค่าจำกัดความทางกฎหมายของการขับชียานพาหนะที่ได้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ (นั่นคือ ระดับที่ถือว่า บุคคลมีความบกพร่องตามกฎหมาย) การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC จะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และพบได้บ่อยในประเทศที่มีระดับรายได้สูง ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำไม่มีการกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC และในประเทศที่ได้มีการกำหนดก็มักจะตั้งไว้ที่ร้อยละ 0.08 ซึ่งเป็นระดับที่ผ่อนปรนมากกว่า ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่มีระดับรายได้สูงร้อยละ 82 มีการกำหนดค่าสูงสุดของ BAC ในระดับประเทศที่เท่ากับหรือต่ำกว่าร้อยละ 0.05 (World Health Organization, 2018c)

มีหลักฐานที่แน่ชัดว่า การลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาอุบัติเหตุจราจร นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานที่แน่ชัดว่า การลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC นั้นมีประสิทธิภาพในระดับต่าง ๆ เช่น การลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC จากร้อยละ 0.10 เป็นร้อยละ 0.08 จากร้อยละ 0.08 เป็นร้อยละ 0.05 และจากร้อยละ 0.05 เป็นร้อยละ 0.03 หรือร้อยละ 0.02 ล้วนมีประสิทธิภาพทั้งสิ้น และการลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC สำหรับเยาวชนเป็นระดับใด ๆ ก็มีประสิทธิผลเช่นกัน (Fell and Voas, 2009) อย่างไรก็ตาม **ขนาดของผลกระทบ (effect size)** ของการลดขีดจำกัด BAC นั้นแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละเขตพื้นที่ปกครอง และในบางกรณีดูเหมือนจะเกิดขึ้นชั่วคราว

แม้ว่าในกรณีอื่น ๆ พบว่า ผลนั้นคงอยู่ได้นานกว่า (Mann *et al.*, 2001; Asbridge *et al.*, 2004; Fell and Voas, 2009) การลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ช่วยลดโอกาสของการดื่มแล้วขับ ไม่เพียงแต่ในผู้ที่ดื่มเล็กน้อยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้ที่ดื่มหนักด้วย (Wagenaar *et al.*, 2007a)

การศึกษาวิจัยประมาณได้ว่า โดยทั่วไป อุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บที่ร้ายแรงจะลดลงระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 18 หลังจากลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC จากร้อยละ 0.08 เป็นร้อยละ 0.05 ในประเทศต่าง ๆ (World Health Organization, 2018a) **การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis)** ล่าสุดสนับสนุนการค้นพบนี้ (ดูตารางที่ 11.2 สำหรับ**ขนาดผลกระทบ (effect size)**) (Fell and Scherer, 2017) เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณก่อนหน้านี้ (Tippets *et al.*, 2005) การศึกษาระดับบุคคลซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศที่มีระดับรายได้สูง และการศึกษา**อนุกรมเวลา (time-series)** ยังสนับสนุนประสิทธิผลของการลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC เป็นอย่างมาก (เช่น Blais *et al.*, 2015; Scherer and Fell, 2019)

การกำหนดค่า BAC เป็นศูนย์ในผู้ขับขี (zero-tolerance BAC level) เป็นกฎหมายใน 15 ประเทศ และมี 27 ประเทศที่มีการกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ในระดับที่ต่ำมาก (<ร้อยละ 0.03) (Davenport *et al.*, 2020) ในปี ค.ศ. 2016 ประเทศอูรุกวัยลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ตามกฎหมายจากร้อยละ 0.03 เป็นค่า BAC เท่ากับระดับ 0 นั่นคือ การห้ามขับช่ยานพาหนะหากมีแอลกอฮอล์ในระดับที่ตรวจพบได้ กฎหมายนี้ส่งผลให้อุบัติเหตุร้ายแรงลดลงร้อยละ 21 ในช่วงแรก และยังคงลดลงเป็นร้อยละ 14 ใน 24 เดือนต่อมา ในประเทศบราซิล ขีดจำกัดสูงสุดของ BAC สำหรับผู้ขับขีลดลงจากร้อยละ 0.06 เป็นร้อยละ 0.02 ในปี ค.ศ. 2008 การบาดเจ็บจากการจราจรและอัตราการเสียชีวิตได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในรัฐและเมืองหลวงเซาเปาโล โดยมีผลชัดเจนในเมืองหลวงมากกว่า ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า มีการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจที่เข้มขันกว่า (Andreuccetti *et al.*, 2011) ในประเทศจีน การกำหนดค่าสูงสุดของ BAC ที่ร้อยละ 0.02 เมื่อต้นปี ค.ศ. 2013 ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากการจราจรที่เกิดจากการดื่มแล้วขับลดลงร้อยละ 7 (Wang *et al.*, 2015)

หลักฐานวิชาการแสดงให้เห็นว่า การบังคับใช้กฎหมายกำหนดค่า BAC เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเกิดประสิทธิผล Tippetts และคณะ (2005) พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา การลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC มีประสิทธิผลสูงกว่าในรัฐที่มีมาตรการบังคับใช้มากกว่า ในประเทศสกอตแลนด์ การลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC เป็นร้อยละ 0.05 จากร้อยละ 0.08 ในปี ค.ศ. 2014 นั้นไม่ส่งผลต่อการลดอุบัติเหตุบนท้องถนน (Haghpanahan *et al.*, 2019) ซึ่งน่าจะเกิดจากการขาดการบังคับใช้ การวิจัยในยุโรปชี้ให้เห็นว่า การลดค่าสูงสุดของ BAC อาจไม่ได้ผล เว้นแต่จะมีการบังคับใช้ที่ค่อนข้างเข้มงวด (Albalade, 2006)

ตารางที่ 11.2 ร้อยละของการลดลงของอุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการเสียชีวิต เมื่อลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC

การลดลงของ BAC	ร้อยละการลดลงของอุบัติเหตุเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ)
ลดลงจากร้อยละ 0.10 เป็นร้อยละ 0.08	-9
ลดลงเป็นร้อยละ 0.05 หรือต่ำกว่า	-11
ลดลงเป็น BAC เท่ากับ 0	-7 ถึง -21 ^a

^a ลดลงเหลือร้อยละ 14 ภายใน 24 เดือน

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลจาก Davenport S, et al. (2020) Assessment of the impact of implementation of a zero blood alcohol concentration law in Uruguay on moderate/severe injury and fatal crashes: a quasi-experimental study. *Addiction*, n/a.; Fell JC and Scherer M (2017) Estimation of the Potential Effectiveness of Lowering the Blood Alcohol Concentration (BAC) Limit for Driving from 0.08 to 0.05 Grams per Deciliter in the United States. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 2128–2139.; Andreuccetti G, et al. (2011) Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001-2010) conducted in Brazil. *Addiction*, 106, 2124-2131; and Wang Z, et al. (2015) The Underestimated Drink Driving Situation and the Effects of Zero Tolerance Laws in China. *Traffic Injury Prevention*, 16, 429-434.

โดยสรุปแล้ว หลักฐานวิชาการในด้านประสิทธิผลในการป้องปราม (deterrent) โดยการกำหนดหรือลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ในทางกฎหมายมีความหนักแน่นมาก ทั้งจากการวิเคราะห์ห่อภิมานและการศึกษาที่ดำเนินการในหลายประเทศ (Asbridge *et al.*, 2004; Fell and Voas, 2009; Fell and Scherer, 2017) ประสิทธิภาพของนโยบายเหล่านี้ทำให้หลายประเทศกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่เข้มงวดมากขึ้น การกำหนดและลดขีดจำกัดของ BAC สำหรับการขับชี่ในทางกฎหมายสามารถส่งผลกระทบต่อที่ยั่งยืนต่อการดื่มและการเสียชีวิตจากการขับชี่ยานพาหนะ (Mann *et al.*, 2001; Asbridge *et al.*, 2004; Fell and Voas, 2009) อย่างไรก็ตาม หากไม่มีการบังคับใช้ที่สม่ำเสมอและเห็นได้อย่างชัดเจน ผลกระทบอาจลดและหมดลงเมื่อเวลาผ่านไป Ross (1982) ตั้งสมมติฐานว่า กลไกที่ทำให้ผลระยะยาวของการกำหนดขีดจำกัด BAC ที่เข้มงวดในการป้องปรามลดลง อาจเกิดจากเนื่องจากผู้ขับชี่ประเมินโอกาสที่จะถูกจับกุมในช่วงแรกสูงเกินไป แต่ค่อย ๆ ตระหนักว่า โอกาสที่พวกเขาจะถูกตรวจพบนั้นต่ำกว่ามาก ดังนั้นการบังคับใช้ที่เข้มงวดและเห็นได้อย่างชัดเจน ร่วมกับการรณรงค์ทางสื่อ จึงมีความสำคัญมาก ในการเสริมสร้างประสิทธิผลของการป้องปรามที่เกิดจากการลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC

11.3.2 การบังคับใช้: มาตรการตั้งจุดตรวจลมหายใจวัดระดับแอลกอฮอล์แบบสุ่มและแบบเฉพาะเจาะจง

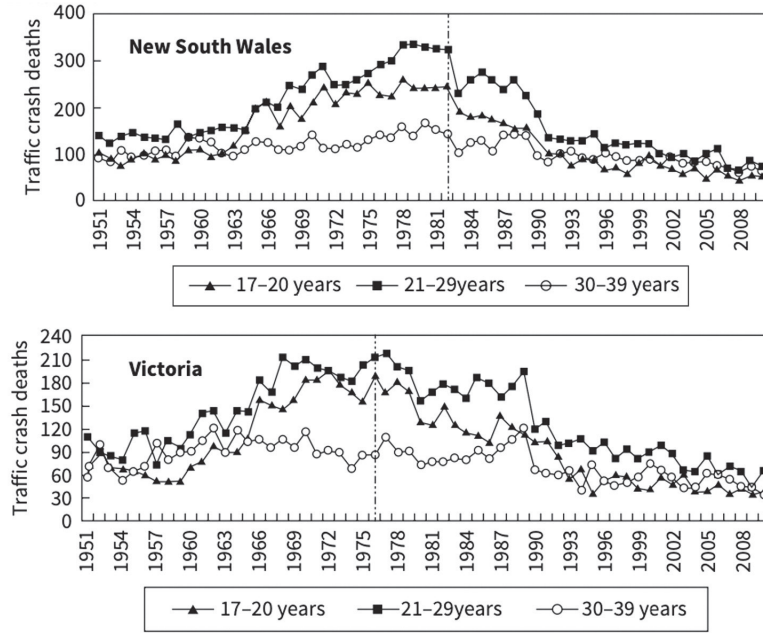
ความแน่นอนของการลงโทษเป็นหัวใจสำคัญของการป้องปราม เนื่องจากโอกาสจริงที่จะถูกจับกุมและถูกพิพากษาว่า มีความผิดฐานดื่มแล้วขับนั้นมักจะค่อนข้างต่ำ (Solomon and Chamberlain, 2014) วิธีการแก้ไขแบบดั้งเดิมคือ การบังคับใช้กฎหมายดื่มแล้วขับให้ถี่และเห็นได้ชัดเจน (visibility) มากยิ่งขึ้น

มาตรการตั้งจุดตรวจลมหายใจวัดระดับแอลกอฮอล์แบบสุ่ม (Random breath testing; RBT) หรือการตรวจลมหายใจภาคบังคับ (compulsory breath testing; CBT) มีการดำเนินการในบางประเทศในทวีป ออสเตรเลีย ยุโรป เอเชีย แอฟริกา และประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ในมาตรการนี้ ผู้ขับชี่ยานพาหนะที่ถูกสุ่มเรียกให้หยุดรถโดยตำรวจจะต้องถูกทดสอบลมหายใจเบื้องต้น แม้ว่าพวกเขาจะไม่ได้ถูกสงสัยว่า กระทำ ความผิดก็ตาม ลักษณะสำคัญของ RBT คือผู้ขับชี่รถยนต์ไม่ว่าใครก็ตามสามารถถูกเรียก

ให้หยุดและทำการทดสอบลมหายใจได้ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการป้องปราม การตั้งจุดตรวจโดยทั่วไปจึงมักถูกจัดให้เห็นได้ชัดเจน และประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่ทราบ อย่างกว้างขวาง ในเขตพื้นที่ปกครองหลายแห่ง โอกาสที่จะได้รับการตรวจมีสูงมาก ในการสำรวจ 17 ประเทศในยุโรป ในปี ค.ศ. 2010 ผู้ขับขี้อ้อยละ 44 แจ้งว่า ได้รับการ ทดสอบอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในประเทศฟินแลนด์และประเทศเอสโตเนีย มีการทดสอบ ระดับแอลกอฮอล์ริมถนนสูงที่สุด โดยผู้ขับขี้นมากกว่าร้อยละ 60 เคยได้รับการตรวจระดับ แอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Cestac and Delhomme, 2012) และมีการรายงานสัดส่วน การทดสอบที่สูงขึ้นในหมู่ผู้ขับขี้อ้อยคนชาวออสเตรเลีย (Williams *et al.*, 2000) ผู้ขับขี้อ้อย ที่เห็นจุดตรวจ RBT หรือถูกเรียกให้หยุดและทำการตรวจรายงานว่ามีแนวโน้มที่จะรับรู้ ถึงโอกาสในการถูกจับกุมหากดื่มแล้วขับมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของมาตรการ เพื่อผลในเชิงป้องปรามนี้

หลักฐานที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่า RBT เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุ จราจรที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์หอกิมาณในปี ค.ศ. 2009 สรุปว่า จุด ตรวจการขับขี้อ้อยภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (Driving Under the Influence; DUI) ซึ่ง รวมถึง RBT ลดอุบัติเหตุจราจรอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 17 เป็น อย่างน้อย (Erke *et al.*, 2009) การค้นพบนี้สอดคล้องกับการวิเคราะห์หอกิมาณก่อนหน้านี้ ซึ่งพบว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลดลงร้อยละ 22 การเกิดอุบัติเหตุโดยรวมลดลง ร้อยละ 18 และผู้ขับขี้อ้อยที่มีระดับ BAC มากกว่าร้อยละ 0.08 ลดลงร้อยละ 24 (Shults *et al.*, 2001) การศึกษาในประเทศออสเตรเลียก็แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ RBT ด้วย (Ferris *et al.*, 2017; Parmar *et al.*, 2020) ในประเทศนิวซีแลนด์พบว่า อุบัติเหตุ จราจรในเวลากลางคืนที่มีความร้ายแรงหรือมีผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 22 (Miller *et al.*, 2004) ในประเทศนิวซีแลนด์ การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโปรแกรมนี้มีความสัมพันธ์กับ การลดลงของอุบัติเหตุจราจรอีกร้อยละ 14 การศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า การ ใช้ RBT ก่อให้เกิดผลกระทบที่ตีอย่างมา โดยช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ได้ 5,279 รายใน 4 รัฐของประเทศออสเตรเลีย (Jiang *et al.*, 2014) ภาพที่ 11.1 แสดง ภาพกราฟิกของแนวโน้มในรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐวิกตอเรียภายหลังการเริ่มต้นนำ RBT ไปใช้

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถ



ภาพที่ 11.1 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถก่อนและหลังการนำ RBT มาใช้ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ และรัฐวิกตอเรียของประเทศออสเตรเลียในแต่ละปี เส้นแบ่งแนวตั้งระบุวันที่นำมาตรการตั้งจุดตรวจลมหายใจวัดระดับแอลกอฮอล์แบบสุ่ม (RBT) มาใช้

ทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Jiang H, Livingston M, and Manton E (2014) The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Injury Prevention*, 21, 77-83.

ประสิทธิผลของ RBT มีความแปรปรวน ขึ้นอยู่กับลักษณะของโปรแกรมการทดสอบ (และในบางกรณี กฎหมายที่มีผลต่อระบบการทดสอบ) การวิเคราะห์ทอิกมานในปี ค.ศ. 2009 พบว่า ประเทศออสเตรเลีย และต่อมาประเทศนิวซีแลนด์ มีจุดตรวจ DUI ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ ประเทศออสเตรเลียและประเทศนิวซีแลนด์ดำเนินการ RBT ที่มีการประชาสัมพันธ์อย่างแพร่หลาย ซึ่งรวมถึงการใช้รถบัสตรวจเหล้า (booze buses) โดยเขตพื้นที่ปกครองบางแห่งจะกำหนดจำนวนการทดสอบลมหายใจต่อปีที่จำเป็นต่อการป้องปราม รถบัสตรวจเหล้าสามารถ

มองเห็นได้ชัดเจนสำหรับผู้ขับขี่ทุกคน และทำให้ตรวจผู้ขับขี่ได้มากกว่าการใช้รถตรวจปกติ (car-based checkpoints) (Drummond *et al.*, 1992) นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้มาตรการนี้ในประเทศออสเตรเลียมีประสิทธิภาพ คือ การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็ง และการประชาสัมพันธ์ถึงการตั้งจุดตรวจนี้อย่างกว้างขวาง (Erke *et al.*, 2009) การศึกษาต่าง ๆ รายงานว่า RBT มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า (cost-effective) (Miller *et al.*, 2004; Ditsuwan *et al.*, 2013)

ทางเลือกนโยบายอีกข้อหนึ่งคือ การตั้งด่าน/จุดตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่แบบเฉพาะเจาะจง (selective testing) หรือ**การตั้งด่านตรวจเช็คนเมา (sobriety checkpoints)** ซึ่งเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายจะหยุดรถทุกคัน (หรือรถคันที่ n ทุกคัน) อย่างเป็นระบบที่ผ่านตำแหน่งคงที่ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าบนถนนสาธารณะเพื่อตรวจสอบว่า ผู้ขับขี่มีอาการแสดงของความบกพร่องในการขับขี่หรือไม่ เจ้าหน้าที่งานตำรวจเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะทำการทดสอบหรือไม่โดยพิจารณาจากพฤติกรรมและการตอบสนองของผู้ขับขี่ ซึ่งผู้ขับขี่ต้องมีอาการแสดงของความบกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนจึงจะถูกตรวจ เช่นเดียวกับ RBT เป้าหมายของด่านตรวจเช็คนเมาคือ การป้องกันการดื่มแล้วขับ โดยการเพิ่มการรับรู้ของผู้ขับขี่ถึงความเป็นไปได้ที่จะถูกจับกุม มักมีการตั้งด่านตรวจเช็คนเมาขึ้นในช่วงดึก หรือช่วงเช้าตรู่ และในวันหยุดสุดสัปดาห์ ซึ่งสัดส่วนของผู้ขับขี่ที่มีความสามารถในการขับขี่บกพร่องมักสูงที่สุด จุดอ่อนของแนวทางนี้คือ ผู้มีประสบการณ์มักเชื่อว่า (โดยมีเหตุผลบางอย่าง) พวกเขาสามารถหลีกเลี่ยงการตรวจจับได้ มีหลักฐานจากประเทศสหรัฐอเมริกาว่า ตำรวจพลาดการตรวจจับผู้ขับขี่ที่มีค่า BAC สูงกว่าร้อยละ 0.10 ที่ขับรถผ่านด่านตรวจเช็คนเมามากถึงร้อยละ 50 (McKnight and Voas, 2001) เมื่อพิจารณาจากข้อจำกัดนี้ จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ขับขี่ที่เคยผ่านด่านตรวจเช็คนเมามาแล้วเชื่อว่า โอกาสที่จะถูกจับด้วยคดีดื่มแล้วขับค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับผู้รับรู้เกี่ยวกับด่านตรวจโดยอ้อม (เช่น ผ่านเพื่อน ญาติ หรือสื่อ) (Beck and Moser, 2006)

การวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาผลกระทบพบว่า ด่านตรวจเช็คนเมามีความสัมพันธ์กับการลดลงของอุบัติเหตุจากรถที่มีการเสียชีวิตร้อยละ 20-26 และอุบัติเหตุทั้งหมดร้อยละ 20 (Shults *et al.*, 2001; Elder *et al.*, 2002) ทั้งนี้ ด่านตรวจเช็คนเมาต้องได้รับการประชาสัมพันธ์อย่างดี และดำเนินการบ่อยครั้งจึงจะมีประสิทธิภาพ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในปี ค.ศ. 2014 พบว่า การศึกษาแปดในสิบชิ้นรายงานการลดลงของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากดำเนินการตามโปรแกรมด้านตรวจเช็คคนเมาตามที่ได้ประชาสัมพันธุ์ โปรแกรมที่มีจุดตรวจน้อยกว่า และมีเงินทุนน้อยกว่าสำหรับการประชาสัมพันธุ์ในสื่อ จะมีประสิทธิภาพน้อยกว่า (Bergen *et al.*, 2014) ในการศึกษาในรัฐต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า รัฐที่ตั้งด่านตรวจเช็คคนเมาอย่างน้อยทุกเดือน (เทียบกับรัฐที่ไม่ได้ตั้งด่าน) จะมีระดับการดื่มแล้วขับน้อยกว่าถึงร้อยละ 41 (Lenk *et al.*, 2016) โปรแกรมด้านตรวจเช็คคนเมาที่มีการตั้งด่านไม่บ่อยจึงไม่ก่อให้เกิดผลในเชิงป้องปราม (Browning and Thompson, 2016)

เขตพื้นที่ปกครองหลายแห่งไม่ได้บังคับใช้มาตรการควบคุม DUI และประชาสัมพันธุ์ต่อสาธารณะบ่อยครั้ง (Eichelberger and McCartt, 2016) ในประเทศโคลอมเบีย ผลของด่านตรวจเช็คคนเมาอ่อนแอ เนื่องจากขาดข้อกำหนดทางกฎหมายในการส่งทดสอบ BAC และขาดการดำเนินการลงโทษ (Castano, 2012) ดังนั้น ด่านตรวจเช็คคนเมาจึงไม่ค่อยจะประสบความสำเร็จ เว้นแต่จะมีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง การทำให้ผู้คนมองเห็นด่านตรวจได้ชัดเจน และเกิดการรับรู้ของสาธารณชน (Homel, 1993)

โดยสรุป มีหลักฐานจากการวิจัยที่ชัดเจนถึง ผลที่สำคัญและยั่งยืนของจุดตรวจลมหายใจผู้ขับขี่แบบสุ่ม (RBT) และด่านตรวจเช็คคนเมาในการลดการดื่มแล้วขับและการเกิดอุบัติเหตุจากรถ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้อง (Shults *et al.*, 2001) โดยการศึกษาพบว่า การเกิดอุบัติเหตุจากรถลดลงประมาณร้อยละ 20 (โดยมีค่าแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่) อย่างไรก็ตาม ด่านตรวจเช็คคนเมาที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่า RBT เนื่องจากผู้ขับขี่ดื่มสุราอาจหลีกเลี่ยงการตรวจพบ และประสิทธิภาพในการป้องปรามขึ้นอยู่กับความถี่ในการตั้งจุดตรวจ ส่วนโปรแกรม RBT จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อ (1) มองเห็นด่านตรวจได้ชัดเจน (2) มีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด (3) มีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (4) ให้ผู้ขับขี่อย่างน้อยหนึ่งในสามคนได้รับการทดสอบลมหายใจในแต่ละปี และ (5) ดำเนินการไปพร้อมกับการประชาสัมพันธุ์อย่างกว้างขวาง ซึ่งตอกย้ำหรือเพิ่มการรับรู้ของผู้ขับขี่ถึงโอกาสในการถูกตำรวจเรียกหยุดและถูกทดสอบ (Homel, 1988) กล่าวอีกนัยหนึ่ง การบังคับใช้กฎหมายดื่มแล้วขับจะมีผลได้เท่ากับขนาดที่ผู้คนรับรู้ ว่า พวกเขาจะถูกตรวจเจอ

โปรแกรมที่มีลักษณะจำเพาะเหล่านี้สามารถป้องปรามการดื่มแล้วขับ และป้องกันการเสื่อมถอยประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้หากจุดตรวจนี้ไม่ถูกมองเห็นได้ชัดเจน และหากการดื่มแล้วขับหลายครั้งหลุดรอดจากการถูกตรวจพบไป (Homel, 1993)

11.3.3 ความรุนแรงของบทลงโทษ

หลักการของทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องปราม (deterrence theory) คือบทลงโทษสำหรับพฤติกรรมนั้น ต้องมีความรุนแรงพอสมควร หากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสที่พฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นในอนาคต มักมีการสันนิษฐานว่า บทลงโทษที่รุนแรงกว่านั้นมีประสิทธิภาพในการป้องปรามมากกว่าบทลงโทษที่รุนแรงน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นอาจลดปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความสามารถในการป้องปรามได้ เนื่องจากแนวโน้มของบทลงโทษที่รุนแรงอาจจะถูกแก้ล่าด้วยการตอบโต้ที่แยบยลกว่า ซึ่งลดโอกาสในการถูกลงโทษหรือความรวดเร็วในการลงโทษ ความรุนแรงของการลงโทษในบริบทของการดื่มแล้วขับมักถูกหยิบยกขึ้นมาในลักษณะของการเปลี่ยนบทลงโทษสูงสุด หรือการกำหนดบทลงโทษขั้นต่ำ

งานวิจัยหลายชิ้นได้ศึกษาการบังคับให้จำคุก (mandatory jail sentence) สำหรับการดื่มแล้วขับ โดยรวมแล้ว หลักฐานสำหรับประสิทธิผลของการตัดสินจำคุกภาคบังคับนั้นมีความหลากหลาย ในขณะที่การศึกษาบางงานพบว่า บทลงโทษนี้ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง (เช่น Stout *et al.*, 2000) แต่การศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบผลกระทบดังกล่าว (เช่น Legge and Park, 1994; Ross and Klette, 1995; Ruhm, 1996; Benson *et al.*, 1999) การศึกษาอนุกรมเวลาของโทษจำคุกภาคบังคับในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การบังคับใช้หรือความรุนแรง (ระยะเวลา) ของบทลงโทษเหล่านี้ไม่เกิดผลที่สังเกตได้ต่ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับยานพาหนะเพียงคันเดียวในเวลากลางคืน หรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Wagenaar *et al.*, 2007b) การศึกษาหนึ่ง (McKnight and Voas, 2001) พบว่า บทลงโทษที่รุนแรงกว่า เช่น การจำคุกขั้นต่ำ อาจมีผลทางอ้อมที่เป็นประโยชน์ เมื่อการลงโทษดังกล่าวกระตุ้นให้ผู้กระทำผิดเข้าไปเข้าร่วมในโครงการคุมประพฤติหรือการรักษา

มีหลักฐานว่า การระวางโทษปรับ (mandatory times) อาจลดการดื่มแล้วขับ (Stout *et al.*, 2000; Wagenaar *et al.*, 2007b; Tavares *et al.*, 2008) อย่างไรก็ตาม การศึกษาอื่น ๆ พบว่า ค่าปรับที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลต่ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น Benson *et al.*, 1999)

มีหลักฐานค่อนข้างจำกัดที่แสดงว่า การเพิ่มบทลงโทษด้วยตัวของมันเองจะลดปัญหาดื่มแล้วขับหรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Ross and Voas, 1989; Mann *et al.*, 1991) ในหลายกรณี การดำเนินการตามมาตรการลงโทษที่รุนแรงมากขึ้น เช่น การเพิ่มค่าปรับหรือโทษจำคุกมักถูกรบกวนด้วยการเปลี่ยนแปลงนโยบายอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งทำให้ยากต่อการศึกษาผลกระทบเฉพาะของการเพิ่มบทลงโทษเอง อาจมีเหตุผลมากกว่าที่จะพิจารณาผลของบทลงโทษโดยรวมในการประเมินผลกระทบของการดื่มแล้วขับ ในประเด็นนี้ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) พบว่า ผู้คนที่อาศัยอยู่ในรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีนโยบายการดื่มแล้วขับที่เข้มงวดและครอบคลุมมากกว่า (รวมถึงการกำหนดค่า BAC และโทษทางอาญาและทางปกครอง และการปรับ) มีแนวโน้มต่ำกว่าที่จะรายงานเรื่องดื่มแล้วขับถึงร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับผู้ที่มาจากรัฐที่มีนโยบายเข้มงวดน้อยกว่า (Shults *et al.*, 2002) ในประเทศญี่ปุ่น สามปีหลังจากการบังคับใช้มาตรการที่เข้มงวดขึ้นอันรวมไปถึงการลดค่าสูงสุดของ BAC การเพิ่มค่าปรับ และการกำหนดโทษจำคุกสูงสุด 3 ปี อัตราการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ (ร้อยละ 50) และในกลุ่มอายุ 16 ถึง 19 ปี (ร้อยละ 64) ลดลง (Desapriya *et al.*, 2007) ในทำนองเดียวกัน บทลงโทษทางอาญาสำหรับการเมาแล้วขับที่ดำเนินการในเมืองไทเป ประเทศไต้หวันในปี ค.ศ. 1999 ประกอบไปด้วยโทษจำคุก โทษปรับจำนวนมาก และการพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ นโยบายใหม่นี้ยังได้รับความสนใจจากสื่อเป็นจำนวนมาก การประเมินพบว่า อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ที่มีการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 73 ในช่วง 20 เดือนหลังการดำเนินการ (Chang and Yeh, 2004) ผลของนโยบายนี้ดูเหมือนจะเด่นชัดมากในระยะแรก และหลังจากนั้นก็ลดถอยลง ซึ่งบ่งชี้ว่า บทลงโทษที่เพิ่มขึ้นอาจมี “วงจรชีวิต” ตามธรรมชาติของมันเอง และสูญเสียประสิทธิภาพเมื่อเวลาผ่านไป เว้นแต่จะมีการบังคับใช้ใหม่ หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมความพยายามเหล่านี้

11.3.4 ความรวดเร็วในการลงโทษ

ความรวดเร็วของการลงโทษ (swiftness of punishment) หมายถึง ความกระชั้นชิดของการลงโทษหลังเกิดเหตุการณ์ดื่มแล้วขับ ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องปรามเสนอว่า การลงโทษที่ได้รับการจัดการอย่างรวดเร็วจะมีผลในการป้องปรามโดยทั่วไปมากกว่าการลงโทษที่ล่าช้า การลงโทษในกรณีการดื่มแล้วขับมักจะเกิดขึ้นล่าช้า เนื่องจากต้องรอการกำหนดวันพิจารณาของฝ่ายปกครองหรือการพิจารณาคดีในชั้นศาล ยกเว้นในกรณีของ**การเพิกถอนใบอนุญาตทางปกครอง (administrative license revocation; ALR)** ก่อนการตัดสินลงโทษ หรือการระงับใบอนุญาตเนื่องจากการดื่มแล้วขับ สำหรับการเพิกถอนทางปกครอง เจ้าหน้าที่ออกใบอนุญาตสามารถระงับใบขับซีได้โดยไม่ต้องมีการไต่สวนของศาล ซึ่งมักดำเนินการทันทีหลังตรวจพบการกระทำผิดความผิดจริง หรือหลังจากนั้นไม่นาน การวิจัยชี้ให้เห็นว่า ALR เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า (Miller *et al.*, 1998)

การบังคับใช้ ALR อาจเป็นปัญหา โดยผู้กระทำผิดถึงร้อยละ 75 ยังคงขับชยานพาหนะทั้งที่ใบอนุญาตถูกระงับไปแล้ว (Voas and DeYoung, 2002) อย่างไรก็ตาม การประเมินพบผลที่สอดคล้องกันของมาตรการ ALR ต่ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสันนิษฐานว่า การถูกระงับใบขับซีอาจมีผลให้ บุคคลที่ไม่มีใบอนุญาตที่ถูกต้องเหล่านั้นขับรถอย่างระมัดระวังน้อยลงหรือมากขึ้น ดังนั้น จากการศึกษาจึงพบว่า การระงับใบอนุญาตขับซีมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดการกระทำผิดในช่วงเวลาที่ใบอนุญาตขับซีนั้นยังถูกระงับอยู่ (Watson *et al.*, 2017) ในรัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา การระงับใบอนุญาตทันทีที่ริมถนนหากผู้ขับซีมีค่า BAC อยู่ในช่วงเท่ากับร้อยละ 0.05-0.08 สัมพันธ์กับจำนวนอุบัติเหตุที่ถึงแก่ชีวิตหรือการบาดเจ็บที่ลดลงร้อยละ 17 (Byrne *et al.*, 2016) ในการประเมินอีกชิ้น พบว่า การระงับใบขับซีเป็นเวลา 90 วัน ในรัฐออนแทรีโอสัมพันธ์กับการลดการเสียชีวิตของผู้ขับซีซึ่งทั้งหมดร้อยละ 14 (Asbridge *et al.*, 2009) McKnight และ Voas (2001) รายงานว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา การลดลงของอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยร้อยละ 5 และอุบัติเหตุที่มีการเสียชีวิตร้อยละ 26 สัมพันธ์กับการระงับใบขับซี

11.4 การจำกัดสำหรับผู้ขับขี่เยาวชนหรือมือใหม่

ผู้ขับขี่ในกลุ่มเยาวชน (วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 16 ถึง 20 ปี) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันเป็นผลมาจากประสบการณ์การขับขี่ที่จำกัดและแนวโน้มที่จะทดลองดื่มหนักหรือการดื่มแบบห้วงราน้ำ (binge drinking) จึงมีการจัดทำกลยุทธ์นโยบายพิเศษเพื่อป้องกันการเมาแล้วขับในกลุ่มอายุนี้

11.4.1 การกำหนดขีดจำกัด BAC ที่ต่ำสำหรับผู้ขับขี่เยาวชนหรือมือใหม่

กฎหมายว่าด้วย Zero tolerance สำหรับผู้ขับขี่เยาวชนหรือมือใหม่จำกัดค่าสูงสุดของ BAC ที่ระดับต่ำสุดที่ยังสามารถตรวจพบได้อย่างน่าเชื่อถือด้วยอุปกรณ์ทดสอบลมหายใจ (เช่น 0.001-0.02) การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ระดับต่ำกว่าสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่นั้นมักพบได้ทั่วไป โดยกว่า 90 ประเทศตั้งขีดจำกัดสูงสุดของ BAC สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ให้อยู่ระหว่างร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 0.05 (World Health Organization, 2018a) หลักฐานแสดงประสิทธิผลของมาตรการนี้ส่วนใหญ่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งอายุขั้นต่ำสำหรับการมีใบอนุญาตขับขี่มักจะต่ำกว่าประเทศที่มีระดับรายได้สูงอื่น ๆ (Room, 2004) กฎหมายว่าด้วย Zero tolerance ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพในการลดการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับยานพาหนะเพียงคันเดียวในเวลากลางคืนที่ถึงแก่ชีวิตในหมู่ผู้ขับขี่ที่อายุต่ำกว่า 21 ปี (การลดลงสัมพัทธ์ประมาณร้อยละ 20) (Hingson *et al.*, 1994; Martin *et al.*, 1996) แม้ว่า จะพบการลดลงของอุบัติเหตุที่มีการเสียชีวิตน้อยกว่าก็ตาม (Fell *et al.*, 2016) ในประเทศอื่น ๆ ยังพบว่า การกำหนดค่า BAC เป็นศูนย์สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ก็มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแล้วขับและอุบัติเหตุร้ายแรงเช่นกัน (Shults *et al.*, 2001; Chamberlain and Solomon, 2008)

11.4.2 การจำกัดการออกใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตขับชื่ออย่างเป็นลำดับขั้น

หลายประเทศได้ใช้การออกใบอนุญาตขับชื่ออย่างเป็นลำดับขั้น (graduated driver licensing; GDL) ซึ่งกำหนดข้อจำกัดสำหรับผู้ขับขี่เยาวชนหรือมือใหม่ (เช่น ห้ามขับขี่ในเวลากลางคืน ห้ามขับขี่กับเยาวชนคนอื่น ๆ ในยานพาหนะเดียวกัน ห้ามขับขี่โดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่ในรถ) เพื่อให้บรรลุประโยชน์บางประการของการยืดเวลาออกใบอนุญาต (delayed licensing) **Cochrane review** ของการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศออสเตรเลีย สรุปว่า GDL มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Hartling *et al.*, 2004) การศึกษาล่าสุดยืนยันว่า GDL ช่วยลดอุบัติเหตุจราจรในวัยรุ่น (ร้อยละ 8-14 สำหรับกฎหมาย GDL พื้นฐาน และมากถึงร้อยละ 30 สำหรับกฎหมาย GDL ที่เข้มงวดกว่า) และในบางกรณีอาจส่งผลกระทบต่อในระยะยาวสูงถึง 5 ปี (McCartt *et al.*, 2010; Masten and Foss, 2010) ในทางตรงกันข้าม การศึกษาบางงาน (เช่น Masten และ Hagge, 2004) พบว่า GDL ไม่มีผลต่ออัตราการเกิดอุบัติเหตุของวัยรุ่น ในแต่ละเขตพื้นที่ปกครอง วิธีการดำเนินการของ GDL มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ โปรแกรม GDL บางโปรแกรมยังมุ่งการใช้มาตรการ Zero tolerance ด้วย จึงทำให้ยากต่อการประเมินผลเฉพาะของการยืดเวลาการออกใบอนุญาตและการกำหนดข้อจำกัดอื่น ๆ เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรในหมู่เยาวชน

หลักฐานแสดงให้เห็นว่า การตั้งขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ต่ำ การยืดเวลาในการออกใบอนุญาตเต็มรูปแบบ และการกำหนดข้อจำกัดในการขับขี่อื่น ๆ สำหรับผู้ขับขี่เยาวชน อาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแล้วขับและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องในหมู่เยาวชนเหล่านี้ การออกใบอนุญาตขับชื่ออย่างเป็นลำดับขั้นสามารถฟ่วงกลยุทธ์ทั้งหมดเหล่านี้ไว้ในระบบเดียว โดยกำหนดมาตรการ Zero tolerance และควบคุมอัตราและลักษณะที่ผู้ขับขี่เยาวชนจะต้องผ่านจึงจะได้รับใบอนุญาตขับชื่อเต็มรูปแบบได้ GDL ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีในพื้นที่ที่มีการนำไปใช้ และโดยรวมการประเมินที่มีอยู่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์มากมาย

11.5 การป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

ผู้กระทำผิดที่ถูกตัดสินว่า มีความผิดบางรายยังคงขับชยานพาหนะต่อไปหลังจาก ต็มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และถูกจับกุมอีกครั้งหรือมีส่วนพัวพันในอุบัติเหตุจรรยาจรต่อไป การศึกษาต่าง ๆ จากประเทศที่มีระดับรายได้สูงแสดงความชุกของการกระทำผิดซ้ำ (recidivism) ในระยะเวลา 3 ถึง 5 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 30 (McCartt and Williams, 2004; Williams *et al.*, 2007; Richardson, 2013; Bean *et al.*, 2014; Møller *et al.*, 2015; Chen and Jou, 2018) แนวทางในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของการดื่ม แล้วขับได้แก่ การรักษา โปรแกรมกำกับดูแลอย่างเข้มข้น (intensive supervision program) ศาลเฉพาะสำหรับคดีขับรถภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (DUI courts) ศาล พิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด การติดตั้งอุปกรณ์ป้องกัน ผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุรา (interlocked device) กลุ่มเหยื่อที่ได้รับผลกระทบ (victim impact panel: ที่ผู้ที่ดื่มแล้วขับต้องรับฟังคำให้การเกี่ยวกับผลกระทบจากคดีขับรถภายใต้ ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่น) และมาตรการอื่น ๆ การป้องกันการดื่มแล้วขับซ้ำเป็น เรื่องยาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ผู้กระทำผิดซ้ำจำนวนมากมีภาวะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีโรคอื่นที่เป็นโรคร่วม ผู้กระทำผิดในการขับชื่บกร่องซ้ำบ่อยครั้งมากถึงร้อยละ 54 มีอาการเข้าเงื่อนไขทางคลินิกของการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 40 หรือ มากกว่ามีลักษณะตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการใช้สารเสพติดแบบผิดแผนในชีวิต (lifetime drug abuse) (Lapham *et al.*, 2006a) ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ดื่มแล้วขับซ้ำอาจ ตอบสนองต่อแนวการป้องปรามแบบดั้งเดิมนี้น้อยลง และอาจต้องการแนวทางที่ครอบคลุม มากกว่านี้ (Simpson *et al.*, 2004; Williams *et al.*, 2007)

11.5.1 การรักษา

การรักษาฟื้นฟูที่เป็นภาคบังคับ หรือกำหนดให้เป็นเงื่อนไขสำหรับการลดบทลงโทษ อาจมีผลเล็กน้อยต่อการกระทำผิดคดีดื่มแล้วขับซ้ำซ้อน (DeYoung, 1997; Dill and Wells-Parker, 2006) Cochrane review สรุปว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะตัดสินว่า การรักษา (ส่วนใหญ่คือการรักษาระยะสั้นในสถานพยาบาล) เพียงอย่างเดียวช่วยลด อุบัติเหตุจรรยาจรและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องได้ (Dinh-Zarr *et al.*, 2004) ตัวอย่างเช่น

การวิเคราะห์ห่อภิมาณเบื้องต้นของการศึกษาทั้งหมด 215 ชิ้นเกี่ยวกับโปรแกรมฟื้นฟูการดื่มแล้วขับ สรุปได้ว่า การรักษาเพียงอย่างเดียวมีผลเพียงเล็กน้อย แต่มีขนาดผลกระทบที่ใหญ่ขึ้นหากมีการใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย (การให้การศึกษาด้านความรู้หรือจิตบำบัด) มากกว่าการรักษาที่มีองค์ประกอบเดียว (Wells-Parker *et al.*, 1995) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2015 (Miller *et al.*, 2015) ยังพบว่า โปรแกรมที่มีหลายองค์ประกอบ ซึ่งรวมถึงการให้การศึกษา/การรักษา มีประสิทธิภาพในการลดการกระทำผิดซ้ำมากกว่าโปรแกรมที่มีองค์ประกอบเดียว การสัมภาษณ์แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (brief motivational interviewing) และการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ยังได้รับการประเมินในการศึกษาหลายชิ้น การศึกษาหนึ่งพบว่า การสัมภาษณ์แบบสั้นเพื่อสร้างเสริมสร้างแรงจูงใจไม่มีผลต่ออัตราการถูกจับกุมซ้ำ ขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า มีผลดีกว่าการรักษามาตรฐาน (Schermer *et al.*, 2006) นอกจากนี้ การทำจิตบำบัดและการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมพบว่า ทำให้เกิดอัตราการถูกจับกุมซ้ำที่ต่ำกว่า (Mills *et al.*, 2008; Moore *et al.*, 2008)

11.5.2 ศาลสำหรับผู้ขับขี่ยานพาหนะที่เผลอของแอลกอฮอล์ (DUI courts)

มีหลายแนวทางทางเลือกได้รับการพัฒนาขึ้น โดยมุ่งเป้าไปที่ผู้กระทำความผิด DUI ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้มั่นใจว่า บุคคลกลุ่มนี้จะได้รับการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ (MacDonald *et al.*, 2007) ศาล DUI ได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นส่วนขยายของรูปแบบศาลสารเสพติดสำหรับผู้กระทำความผิด DUI ซ้ำซ้อน (Miller *et al.*, 2015) โดยทั่วไปแล้วศาล DUI มักจะเป็นโปรแกรมตามความสมัครใจ (แต่ไม่เสมอไป) ที่รวมการควบคุมดูแลผู้กระทำความผิดเข้ากับการรักษารายบุคคล ประเภทของมาตรการที่ศาล DUI ใช้มีความสำคัญ โดยระยะเวลาของโปรแกรมนานขึ้น และความเข้มข้นของการพบกันระหว่างผู้เข้าร่วมและศาล DUI อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจมากขึ้น (Sloan *et al.*, 2013)

การศึกษาที่ประเมินศาล DUI โดยเฉพาะ พบผลในการป้องปรามในระยะสั้นและระยะยาว (Lapham *et al.*, 2006b; Fell *et al.*, 2010; Sloan *et al.*, 2016) การวิเคราะห์ห่อภิมาณในปี ค.ศ. 2012 พบว่า ศาล DUI มีประสิทธิภาพ (Mitchell *et al.*, 2012) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ศาล DUI สามแห่งสามารถป้องกันการจับกุมซ้ำได้ระหว่าง 47

ถึง 112 ครั้งในช่วงระยะเวลา 4 ปี เนื่องจากการกระทำผิดซ้ำได้ลดลง (Fell *et al.*, 2010) ในการแปลผลของบทความวิชาการ ควรต้องพิจารณาลักษณะของศาลด้วย เนื่องจากศาล DUI อาจมีความแตกต่างกันมาก และใช้มาตรการที่แตกต่างกัน (Miller *et al.*, 2015) ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์และประสิทธิผล

11.5.2.1 การติดตั้งอุปกรณ์เครื่องป้องกันผู้ขับขี่ขั้วรถในขณะที่มีเมามากจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อุปกรณ์ล๊อคปุ่มสตาร์ทรถ (ignition interlock devices) ป้องกันไม่ให้เครื่องยนต์ติดจนกว่าผู้ขับขี่จะผ่านการตรวจลมหายใจโดยใช้อุปกรณ์พิเศษที่ติดตั้งในรถยนต์ โปรแกรม Interlock นี้ถูกใช้หรือกำลังนำมาใช้ในเขตพื้นที่ปกครองหลายแห่งในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ประเทศออสเตรเลีย และประเทศนิวซีแลนด์ โปรแกรม Interlock มีตั้งแต่โปรแกรมภาคบังคับและกำหนดให้ผู้กระทำผิดต้องติดตั้งอุปกรณ์เชื่อมต่อบนยานพาหนะของตน ไปจนถึงโปรแกรมตามความสมัครใจที่อนุญาตให้ผู้กระทำความผิดมีระยะเวลาการระงับใบอนุญาตขับขี่สั้นลงหากมีการติดตั้งอุปกรณ์เหล่านี้ ขณะนี้ Interlocks สามารถเชื่อมโยงกับเทคโนโลยีเพื่อบันทึกการกระทำของผู้ขับขี่ และการตอบสนองของยานพาหนะ รวมถึงการติดตามแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GPS) ของยานพาหนะ และสามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ของระบบ interlocks อย่างรวดเร็ว (Voas, 2014) นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมในการพัฒนารถยนต์ที่ตรวจจับแอลกอฮอล์ และตอบสนองโดยชะลอหรือดับเครื่องยนต์ได้โดยอัตโนมัติ (Marques, 2010)

โปรแกรม interlock ที่มีการดำเนินการที่ดีอาจลดการกระทำผิดซ้ำได้ร้อยละ 65 หรือมากกว่า (Roth *et al.*, 2007; Marques, 2009) แต่โอกาสที่ผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับจะมีแรงจูงใจพอที่จะเลือกเข้าร่วมโปรแกรมด้วยตนเองเป็นปัญหาสำหรับการศึกษจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษา Cochrane review ศึกษาทบทวนการศึกษาเท่าที่มีอยู่ได้ข้อสรุปว่า ผู้กระทำความผิดกรณีดื่มแล้วขับที่ติดตั้งระบบ interlocks นั้นมีโอกาสที่จะกระทำผิดซ้ำน้อยลงประมาณร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับผู้ขับขี่ที่ไม่มีระบบนี้ (Willis *et al.*, 2004) โปรแกรม interlocks นี้ดูเหมือนว่าจะได้ผลหลักเฉพาะในช่วงเวลาที่มีอุปกรณ์นี้ติดตั้งอยู่ในรถจริง ๆ เท่านั้น (DeYoung *et al.*, 2005; Marques and Voas, 2005; Marques, 2009; Ma *et al.*, 2016) อย่างไรก็ตาม การศึกษาล่าสุดบางงานได้รายงานการลดการกระทำผิดซ้ำหลังการติดตั้ง interlock (Vanlaar *et al.*, 2017) และ

การลดลงของการกระทำผิดซ้ำถึงร้อยละ 32 ใน 12-48 เดือนหลังจากถอดอุปกรณ์ออก หากให้การรักษาร่วมด้วย (Voas *et al.*, 2559) Interlocks สามารถลดอุบัติเหตุถึงแก่ชีวิตได้หากกำหนดเป็นภาคบังคับ (Voas and Marques, 2003; McGinty *et al.*, 2017)

11.5.2.2 โปรแกรมกำกับดูแลอย่างเข้มข้น

โปรแกรมกำกับดูแลอย่างเข้มข้น (**Intensive supervision program**) หรือโปรแกรม 24/7 เป็นบทลงโทษทางเลือกแทนการกักขังสำหรับผู้กระทำความผิด DUI การวิจัยระบุว่า มีประสิทธิภาพในการลดการกระทำผิดซ้ำ โปรแกรมเหล่านี้รวมถึงการคัดกรองและประเมินปัญหาจากการใช้สารเสพติด การให้การรักษาและให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแล้วขับ การควบคุมดูแลอย่างเข้มข้น (เช่น การตรวจจับและบันทึกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้กระทำความผิดสวมที่ขาหรือแขน) การช่วยเหลือด้วยตนเอง การทดสอบแอลกอฮอล์และยาเสพติด การยกเลิกใบอนุญาตขับขี่ การติดตั้ง interlocks การบังคับให้ขยายพาหนะ การจำกัดการออกนอกบ้าน และบริการชุมชน (Miller *et al.*, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมการกำกับดูแลอย่างเข้มข้นบางโปรแกรมสามารถลดการกระทำผิดซ้ำได้ร้อยละ 54 นานถึง 8 ปีหลังจากการกระทำความผิด (Wiliszowski *et al.*, 2010)

11.5.2.3 กลุ่มรับฟังผลกระทบที่เกิดกับเหยื่อ (Victim impact panels)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระบุว่า ไม่มีหลักฐานแสดงประสิทธิผลของการให้ผู้กระทำความผิดกรณีดื่มแล้วขับเข้าร่วมโปรแกรมรับฟังผลกระทบที่เกิดกับเหยื่อ (**victim impact panels; VIP**) (Miller *et al.*, 2015) การเพิ่ม VIP ลงในโปรแกรมมาตรฐานของการกระทำผิดซ้ำไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมนั้น (Wheeler *et al.*, 2004)

โดยสรุป มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางที่มีหลายองค์ประกอบในการแก้ปัญหาการกระทำผิดกรณีดื่มแล้วขับซ้ำ (Ma *et al.*, 2015; Miller *et al.*, 2015) หลักฐานเหล่านี้ได้มาจากการประเมินโปรแกรมกำกับดูแลอย่างเข้มข้น โปรแกรมหลายองค์ประกอบ และโปรแกรมที่คล้ายกันซึ่งดำเนินการผ่านศาล DUI ที่ใช้วิธีการที่ครอบคลุม โปรแกรมโดยรวมที่ให้ผลตรงกันว่า ลดการกระทำผิดซ้ำของ DUI มักจะมีโครงสร้างที่ดี และประกอบด้วยการรักษา การให้ความรู้ และการติดตาม (Miller *et al.*,

2015) งานวิจัยต่าง ๆ รายงานว่า โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพคือ โปรแกรมที่มีระยะเวลาการดำเนินการนานกว่า 10 สัปดาห์ หรือโดยการบังคับให้เข้าร่วมโดยศาล (Dill and Wells-Parker, 2006; Wells-Parker, 2000) วิธีการเหล่านี้เป็นการตอบสนองอย่างเมตตาต่อบุคคลที่ประสบปัญหาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของการกระทำความผิดซ้ำ โปรแกรมที่ป้องกันการเข้าถึงรถยนต์ หรือจำกัดการขับขี่ เช่น ระบบ interlocks มีประสิทธิภาพในช่วงที่มีการติดตั้งโปรแกรม และก็เริ่มมีหลักฐานที่แสดงว่า อาจมีผลระยะยาวได้ ในกรณีนี้ โปรแกรม interlocks ดูมีแนวโน้มที่ดี

11.6 การกำหนดตัวผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่มและบริการขับขี่ปลอดภัย

โปรแกรมกำหนดตัวผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่ม (Designated driver programs) ได้รับการพัฒนาเพื่อลดการขับรถภายหลังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยส่งเสริมให้กลุ่มนักดื่มที่ดื่มในที่สาธารณะหรือในบริบทสังคม เลือกสมาชิกของกลุ่มหนึ่งคนเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่มสุรา การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Ditter *et al.*, 2005) สรุปว่า หลักฐานของประสิทธิผลของโปรแกรมการกำหนดตัวผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่มนั้นอ่อนแอที่สุดในระดับที่ต่ำมาก

บริการขับขี่ปลอดภัย (Safe ride services) เป็นแนวทางในการลดอันตรายของการดื่มแล้วขับที่สำคัญ โดยพวกเขาอนุญาตให้ผู้ดื่มสามารถดื่มได้มากเท่าที่ต้องการ โดยคิดว่า การจัดบริการขนส่งผู้ดื่มจะช่วยให้อันตรายบางอย่างลดลงได้ เพราะถ้าไม่มีผู้ให้บริการนี้ ผู้ดื่มจะต้องเป็นผู้ขับขี่เอง แม้ว่าแท็กซี่จะเป็นทางเลือกดั้งเดิมในสถานการณ์เช่นนี้ ลักษณะของบริการเรียกรถอย่างปลอดภัยและธรรมชาติของการคมนาคมโดยทั่วไปก็เปลี่ยนแปลงไปตามการถือกำเนิดของ Uber และบริษัทเรียกรถอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ในปี ค.ศ. 2019 คาดว่า Uber มีผู้ใช้ทั่วโลกมากกว่า 110 ล้านคน (Mazareanu, 2019) อย่างไรก็ตาม ยังมีหลักฐานที่ผสมผสานว่า Uber และบริการที่คล้ายกันจะช่วยลดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับได้หรือไม่ (Brazil and Kirk, 2016; Greenwood and Wattal, 2017; Morrison *et al.*, 2018, 2021)

โดยสรุป ผู้ขับชี่ที่กำหนดตัวว่าจะไม่ดื่มมักจะมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย ณ ช่วงเวลาใด ๆ ดังนั้น จึงไม่เห็นผลโดยรวมต่ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลลัพธ์จากการดื่มแล้วขับชี่อื่น ๆ เนื่องจากหลักฐานการวิจัยเกี่ยวกับบริการขับชี่ปลอดภัยเพิ่งปรากฏขึ้น หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลจึงควรได้รับการพิจารณาว่า อยู่ในระยะเบื้องต้นเท่านั้น

11.7 ปัญหาอุบัติใหม่ของการดื่มแล้วขับ


สถานการณ์ใหม่สำหรับการเมาแล้วขับชี่คือ ผู้ขับชี่ที่ขับรถภายใต้ฤทธิ์ของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แอลกอฮอล์ ในบางประเทศมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การทำให้กัญชาถูกกฎหมาย และความเสี่ยงจากการขับชี่ยานพาหนะภายใต้ฤทธิ์ของทั้งแอลกอฮอล์และกัญชามีมากกว่าความเสี่ยงจากการขับรถภายใต้ฤทธิ์ของสารใดสารหนึ่ง (Sewell *et al.*, 2009) ผู้คนหลายล้านคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศที่มีระดับรายได้สูงอื่น ๆ มีการใช้ยาที่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์สำหรับวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยากระตุ้น ยาคลายความกังวล ยาหล่อมประสาท (Benotsch *et al.*, 2015) ผู้ขับชี่มักไม่ทราบถึงผลกระทบด้านลบของยาเหล่านี้ต่อการขับชี่ (Malhotra *et al.*, 2017) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเสี่ยงเพิ่มเติมจากการขับชี่ภายใต้อันตรกริยา (interaction) ระหว่างแอลกอฮอล์กับยาเหล่านี้ยังไม่ได้ถูกศึกษาเป็นอย่างดี

11.8 ผลกระทบของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ ต่อการดื่มแล้วขับ

นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม ช่วยลดอันตรายจากการจราจรด้วย ในประเทศลิทัวเนีย มาตรการเชิงนโยบายแบบครอบจักรวาล (universal policy measures) (เช่น

การเก็บภาษีเพิ่มขึ้น การลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการตลาด) ร่วมกับนโยบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับ รวมทั้งการกำหนดโทษทางอาญาสำหรับผู้ขับขี่ที่มีค่า BAC มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5% (1.5 ต่อพัน) ส่งผลลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการจราจรอย่างเห็นได้ชัด (Rehm *et al.*, 2020) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า กฎหมายว่าด้วยการดื่มแล้วขับนั้นทำงานประสานกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปได้เนื่องจาก การบาดเจ็บจากการจราจรส่วนใหญ่มักเป็นผลจากการดื่มหนักเป็นครั้งคราว ก่อนเกิดอุบัติเหตุ (Cherpitel *et al.*, 2015; Rehm *et al.*, 2017) คู่มือที่ 7 และ 8 สำหรับการอภิปรายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออันตรายจากการดื่มแล้วขับ

11.9 unสรุป

ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 7 กลยุทธ์และมาตรการที่พบทวนในหนังสือเล่มนี้ได้รับการประเมินโดยผู้เขียนในสองประเด็นหลัก: หลักฐานของประสิทธิภาพ และจำนวนของงานวิจัยที่สนับสนุน ตารางที่ 11.3 แสดงบทสรุปของคะแนนสำหรับมาตรการที่พิจารณาในบทนี้ ซึ่งมีการศึกษาประเมินผลเป็นอย่างน้อย (โปรดดูคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ใน  ภาคผนวกออนไลน์ 1 และบทที่ 7)

แม้ว่าหลักฐานจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางจะมีจำกัดในหลายกรณี แต่มาตรการหลายด้านก็เข้าถึงประชากรได้ดี ตารางที่ 11.3 แสดงให้เห็นว่า มาตรการส่วนใหญ่ (แต่ไม่ใช่ทั้งหมด) มีหลักฐานว่ามีประสิทธิผล โดยมาตรการต่อไปนี้ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพเป็นพิเศษ:

1. ชิดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ต่ำหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 0.00-0.05): โดยทั่วไปยิ่งชิดจำกัดทางกฎหมายของ BAC ต่ำ นโยบายจะยิ่งมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลของการกำหนดชิดจำกัดสูงสุดทางกฎหมายของ BAC ที่ต่ำหรือต่ำกว่าเข้าถึงประชากรได้ในวงกว้าง

2. Zero tolerance สำหรับเยาวชน: แม้ว่าขีดจำกัดสูงสุดทางกฎหมายของ BAC สำหรับผู้ขับขี่ที่เป็นผู้ใหญ่จะสูงกว่า แต่ก็มีหลักฐานชัดเจนว่า การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ต่ำกว่าอาจมีประสิทธิผลสำหรับเยาวชน โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุต่ำกว่าอายุขั้นต่ำในการดื่ม หรือต่ำกว่าอายุที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างถูกกฎหมาย กลยุทธ์นี้จะเป็นโยบายที่ยังยิ่งเมื่อขีดจำกัดสูงสุดของ BAC สำหรับผู้ใหญ่มากกว่า 0.03 มาตรการนี้เข้าถึงประชากรต่ำ เนื่องจากมีผลเฉพาะต่อผู้ที่มีอายุต่ำกว่าอายุที่ดื่มหรือซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เท่านั้น

3. RBT “ทุกที่ ทุกเวลา”: การบังคับใช้ RBT อย่างสม่ำเสมอและกว้างขวางมีหลักฐานของประสิทธิผลต่อการดื่มแล้วขับ แคมเปญทางสื่อมวลชนที่มีความเข้มข้นสูง และดำเนินการอย่างดีจะเพิ่มประสิทธิภาพของ RBT โดยการเพิ่มผลของการป้องปรามทั่วไป ผลของ RBT เข้าถึงประชากรในวงกว้างได้

4. การลงโทษอย่างรวดเร็ว: โดยทั่วไป เมื่อการลงโทษจากการดื่มแล้วขับถูกดำเนินการอย่างรวดเร็ว ประสิทธิภาพของการลงโทษ (ที่ระดับความรุนแรงใด ๆ ก็ตาม) จะเพิ่มขึ้น การระงับใบอนุญาตทางปกครองจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อมีการบังคับใช้อย่างสม่ำเสมอ และเมื่อทำให้ระยะเวลาระหว่างการจับกุมและการลงโทษสั้นลง ซึ่งหมายถึง ความสามารถของหน่วยงานทางกฎหมายหรือตุลาการในการเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ทันที หรือภายในระยะเวลาอันสั้นหลังจากการจับกุมในข้อหาดื่มแล้วขับ มาตรการนี้เข้าถึงประชากรได้จำกัด เฉพาะผู้ที่ดื่มแล้วขับเท่านั้น

5. โปรแกรมหลายองค์ประกอบเพื่อลดการกระทำผิดซ้ำ โดยรวมทั้งการรักษา การกักขังดูแล และการลงโทษ มีประสิทธิภาพในการลดการกระทำผิดซ้ำ เช่น โปรแกรมกักขังดูแลอย่างเข้มข้น และโปรแกรมหลายองค์ประกอบ และศาล DUI ก็อาจมีแนวโน้มในทางที่ดีเช่นกัน อุปกรณ์ interlocks อาจมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อถูกจัดให้อยู่ในภาคบังคับหรือใช้ร่วมกับการรักษา หลักฐานของประสิทธิผลระยะยาวเริ่มปรากฏให้เห็น การเข้าร่วมโปรแกรมรับฟังผลกระทบที่เกิดกับเหยื่อ บริการขับชี่ปลอดภัย และการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวเป็นกลยุทธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรม การกระทำผิดซ้ำ

ตารางที่ 11.3 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการป้องกันการขับขีที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c

ยุทธศาสตร์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC	+	++	การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC แม้จะอยู่ในระดับผ่อนปรน เช่น ร้อยละ 0.08 สามารถมีผลการป้องกันเพียงพอที่จะลดการเสียชีวิตของผู้ขับขีที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบสามารถเข้าถึงประชากรได้ในวงกว้าง
การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ระดับต่ำหรือต่ำลง	++	+++	โดยทั่วไป ยิ่งขีดจำกัดสูงสุดของทางกฎหมาย ของ BAC ยิ่งต่ำ การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรก็จะยิ่งลดลง ผลกระทบเข้าถึงประชากรได้ในวงกว้าง
การกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ระดับต่ำสำหรับผู้ขับขีเยาวชน ('zero tolerance')	+++	++	มีหลักฐานชัดเจนว่า การกำหนดการขีดจำกัด BAC ที่ต่ำกว่าสำหรับเยาวชน มีประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่ดื่มหรือซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถูกกฎหมาย การเข้าถึงประชากรจำกัดเฉพาะผู้ที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ดื่ม/ซื้อ
การออกไปอนุญาตขับขีอย่างเป็นทางการเป็นลำดับขั้นและการจำกัดอื่นสำหรับเยาวชนและผู้ขับขีมือใหม่	++/+	++	การออกไปอนุญาตขับขีอย่างเป็นทางการเป็นลำดับขั้นสามารถลดการดื่มแล้วขับและการเสียชีวิตของเยาวชนได้ สามารถใช้ร่วมกับการกำหนดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ที่ระดับต่ำและการจำกัดใบอนุญาตขับขีไว้ในกลยุทธ์เดียวกัน การศึกษาบางชิ้นระบุว่า 'zero tolerance' เป็นตัวการที่ทำให้เกิดผลนี้

ตารางที่ 11.3 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการป้องกันการขับขี่ที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c (ต่อ)

ยุทธศาสตร์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การตั้งจุดตรวจลมหายใจไว้ระดับแอลกอฮอล์แบบสุ่ม (RBT)	+++	++	มีหลักฐานยืนยันผลที่หนักแน่นต่อการขับขี่ที่บกพร่องจากแอลกอฮอล์ ประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ขับขี่ที่ถูกป้องปราม และขอบเขตของการบังคับใช้ที่มีความสม่ำเสมอและเป็นที่ยอมรับในวงกว้างแคมเปญ ทางสื่อมวลชนเพิ่มประสิทธิภาพของ RBT ผลสามารถเข้าถึงประชากรในวงกว้าง
การตั้งด่านตรวจเช็คคนเมา	++	++	ด้านตรวจเช็คคนเมาอาจมีประสิทธิภาพ แต่ดูเหมือนว่าจะน้อยกว่า RBT เนื่องจากผู้ขับขี่สามารถหลบหลีกการตรวจจับและประสิทธิภาพของจุดตรวจนั้นขึ้นอยู่กับความถี่ในการดำเนินการมากกว่า
การระงับใบอนุญาตขับขี่ทางปกครอง	++	++	เมื่อการลงโทษรวดเร็ว ประสิทธิภาพก็เพิ่มขึ้น การลดอุบัติเหตุจะมากที่สุดในช่วงระยะเวลาการระงับใบอนุญาตขับขี่ การเข้าถึงของประชากรต่ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ถูกจับกุมเท่านั้น
บทลงโทษภาคบังคับที่ครอบคลุม	++/+	++	บทลงโทษที่ครอบคลุม รวมถึงการลดขีดจำกัดสูงสุดของ BAC การลงโทษทางอาญา และการปรับ ช่วยลดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับในระยะสั้น ยังไม่มีการประเมินผลกระทบระยะยาว มาตรการลงโทษภาคบังคับที่ครอบคลุมเพียงอย่างเดียวช่วยลดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ แต่ผลกระทบอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป เว้นแต่จะมีการบังคับใช้ใหม่และการประชาสัมพันธ์ในสื่อ

ตารางที่ 11.3 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการป้องกันการขับขี่ที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c (ต่อ)

ยุทธศาสตร์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การเพิ่มความรุนแรงของบทลงโทษ	0/+	++	มีหลักฐานจำกัดของประสิทธิผลเกี่ยวกับการเพิ่มความรุนแรงของการลงโทษเพียงอย่างเดียว (เช่น โทษจำคุก ค่าปรับที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว)
การกำหนดตัวผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่ม	0	+	การศึกษาหลายชิ้นระบุว่า โปรแกรมการกำหนดตัวผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่มไม่ได้ป้องกันหรือลดการขับขี่ที่บกพร่องจากแอลกอฮอล์และไม่ส่งผลกระทบต่ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การเข้าถึงประชากรต่ำ เนื่องจากมีแนวโน้มว่า ผู้ขับขี่ที่ไม่ดื่มมีเพียงน้อยเมื่อเทียบกับผู้ขับขี่ในช่วงเวลาใดก็ตาม
การรักษาฟื้นฟู/การล้มภาชนะระยะสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม	0/+	+ / ++	การรักษาเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิผลที่จำกัดในการลดการกระทำผิดซ้ำ และใช้ได้กับบุคคลเพียงไม่กี่คนเท่านั้น มีการศึกษาขึ้นน้อยเกินไปที่จะสรุปได้อย่างแน่ชัด
โปรแกรมกำกับดูแลอย่างเข้มข้น	+++	++	โปรแกรมกำกับดูแลแบบเข้มข้นที่มีคุณลักษณะต่อไปนี้สามารถมีประสิทธิผลมาก: มีการคัดกรอง/การประเมินการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด ระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน การเฝ้าติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับแอลกอฮอล์/การใช้สารเสพติดอื่น ๆ และการเชื่อว่าจำคุกหากไม่ปฏิบัติตาม การเข้าถึงของประชากรต่ำ เนื่องจากกระทบบีผลต่อผู้ที่ดื่มแล้วขับเท่านั้น

ตารางที่ 11.3 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการป้องกันการขับขีที่บกพร่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^c (ต่อ)

ยุทธศาสตร์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
ศาลเฉพาะสำหรับคดี DUI	++	++	ศาล DUI สามารถทำให้เกิดผลการป้องปรามการกระทำผิดในระยะสั้นและระยะยาวได้ ยังจำเป็นต้องมีการประเมินผลแบบทดลองเพิ่มเติม เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การเข้าถึงของประชากรต่ำ เนื่องจากมีเพียงผู้กระทำผิดที่ดื่มแล้วขับซ้ำเท่านั้นที่มีแนวโน้มจะได้รับผลกระทบ
อุปกรณ์ interlocks	++	++	Interlocks มีประสิทธิภาพในการลดการกระทำผิดซ้ำหากกำหนดเป็นภาคบังคับ ผลกระทบส่วนใหญ่จำกัดอยู่เฉพาะในช่วงเวลาที่มีการติดตั้ง interlocks แต่การศึกษาบางชิ้นแสดงให้เห็นการลดการกระทำผิดซ้ำในระยะยาว การเข้าถึงประชากรจำกัดเฉพาะผู้ที่เมาแล้วขับ ข้อกำหนดที่ผู้ใช้เป็นผู้จ่ายเงินอาจเป็นอุปสรรคต่อการนำไปใช้
Victim impact panels	0	++	หลักฐานแสดงว่าไม่มีประสิทธิผล เข้าถึงประชากรต่ำเนื่องจากผู้กระทำผิดซ้ำเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ

^a 0 หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่าไม่มีประสิทธิผล (มาตรการถูกประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์); + หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคและผลกระทบ; ++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลปานกลางต่อการบริโภคและผลกระทบ; +++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลมากต่อการบริโภคและผลกระทบ; ? มีหนึ่งการศึกษาหรือมากกว่าที่ศึกษาแต่ยังไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปได้

^b 0 ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล; + มีการศึกษาคุณภาพสูงเกี่ยวกับประสิทธิผล 1-2 การศึกษา; ++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากกว่า 2 การศึกษา แต่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่มีการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง; +++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากเพียงพอที่สามารถนำมาทบทวนวรรณกรรมหรือวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยที่มีบางการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

^c ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ ● Online Appendix 1

ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางเผชิญกับความท้าทายพิเศษในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับรายได้สูง ซึ่งรวมถึงผลกระทบร่วมกันระหว่างการใช้แอลกอฮอล์กับสภาพท้องถนนที่แย่กว่า จำนวนผู้โดยสารที่มากกว่า ความหนาแน่นและความหลากหลายของยานพาหนะที่มากกว่า การปะปนกันของคนเดินเท้าที่มากกว่า การจราจรของยานพาหนะที่ใช้และไม่ใช้เครื่องยนต์ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาความปลอดภัยในการจราจร (Mohan, 2002; O'Neill and Mohan, 2002) การขาดเงินทุน ทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ และการสนับสนุนทางการเมืองอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการนำนโยบายป้องกันการดื่มและการขับขี่ไปปฏิบัติ และบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (Davis *et al.*, 2003) ตัวอย่างเช่น การบังคับใช้ขีดจำกัดสูงสุดของ BAC ตามกฎหมายอาจเป็นไปได้ในกรณีที่ว่าตรวจไม่มีอุปกรณ์ตรวจวัดลมหายใจ

มีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมสำหรับนโยบายในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง นโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงความเสียหายต่อผู้อื่นเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ขับขี่ที่เมาสุราหนึ่งคน จะมีผู้โดยสารที่เสี่ยงมากขึ้น (Shield *et al.*, 2020) มาตรการทางนโยบายที่มีผลกระทบสูงสำหรับประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง คือการกำหนดขีดจำกัดค่า BAC เป็นศูนย์ ซึ่งบังคับใช้สำหรับผู้ประกอบอาชีพขับขี่ยานพาหนะด้วย (โดยเฉพาะผู้ที่ขับรถตู้โดยสาร รถขนส่งขนาดเล็ก และรถประจำทาง) (World Health Organization, 2015) ชุมชนจำเป็นต้องบังคับใช้กลยุทธ์ที่ทราบว่า มีประสิทธิภาพ เช่น RBT เพื่อที่จะสามารถบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับ BAC ได้

การได้รับข้อมูลการประเมินผลที่เพียงพอก็เป็นปัญหาเช่นกัน ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางหลาย ๆ ประเทศ ยังขาดข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนนโดยทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในการขับขี่ที่บกพร่อง แม้ว่าจะมีการเรียนรู้มากมายจากงานวิจัยเกี่ยวกับมาตรการที่มีประสิทธิภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่นโยบายและมาตรการอื่น ๆ จะต้องได้รับการพัฒนา ปรับเปลี่ยน และประเมินผลภายในบริบททางวัฒนธรรมและทรัพยากรเฉพาะของประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ทำขึ้น การให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคและการสนับสนุนแก่ประเทศกำลังพัฒนาในการจัดการกับปัญหาการขับขี่ที่บกพร่องนั้นถือเป็นประเด็นสำคัญ (Davis *et al.*, 2003)

โดยสรุปแล้ว ความสำเร็จของนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 คือการลดจำนวนอุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้สูง หลักฐานนานาชาติชี้ให้เห็นว่ามาตรการรับมือจากการดื่มแล้วขับสามารถทำให้เกิดการลดลงของอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในระยะยาวในประชากรทั้งหมด การรับรู้ถึงปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่ เช่น การกระทำผิดซ้ำอย่างต่อเนื่องในหมู่ผู้ขับขี่ที่มีความบกพร่องที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ควรเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ของทศวรรษที่ผ่านมา เป็นที่แน่ชัดว่า หลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนของโลกที่มีรายได้น้อย ไม่ได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันจากความก้าวหน้าเหล่านี้ เมื่อประชากรของประเทศเหล่านั้นสามารถซื้อและใช้งานยานยนต์ได้ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขับที่บกพร่องจะยิ่งรุนแรงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Albalade, D. (2006). *Lowering blood alcohol content levels to save lives: The European experience*. Research Institute of Applied Economics, University of Barcelona. http://www.ub.edu/irea/working_papers/2006/200603.pdf
- Andreuccetti, G., Carvalho, H. B., Cherpitel, C. J., Ye, Y., Ponce, J. C., Kahn, T., & Leyton, V. (2011). Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001-10) conducted in Brazil. *Addiction*, *106*(12), 2124-2131.
- Asbridge M, Mann RE, Smart RG, Stoduto, G., Bierness, D., Lamble, R., Vingilis, E. (2009). The effects of Ontario's administrative driver's licence suspension law on total driver fatalities: a multiple time series evaluation of Ontario and two control provinces. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *16*(2), 140-151.
- Asbridge, M., Mann, R. E., Flam-Zalcman, R., & Stoduto, G. (2004). The criminalization of impaired driving in Canada: assessing the deterrent impact of Canada's first per se law. *Journal of studies on alcohol*, *65*(4), 450-459.
- Bean P, Kay B, Bean J, Roska, C., Pearson, J., Garuz, C., & Hallinan, P. (2014). Recidivism risk of repeat intoxicated drivers monitored with alcohol biomarkers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *32*(4), 433-444.
- Beck, K. H., & Moser, M. L. (2006). Does the type of exposure to a roadside sobriety checkpoint influence driver perceptions regarding drunk driving?. *American journal of health behavior*, *30*(3), 268-277.
- Benotsch, E. G., Martin, A. M., Koester, S., Mason, M. J., Jeffers, A. J., & Snipes, D. J. (2015). Driving under the influence of prescription drugs used nonmedically: associations in a young adult sample. *Substance abuse*, *36*(1), 99-105.
- Benson, B. L., Rasmussen, D. W., & Mast, B. D. (1999). Detering drunk driving fatalities: an economics of crime perspective. *International Review of Law and Economics*, *19*, 205-225.
- Bergen, G., Pitan, A., Ou, S., Shults, R. A., Chattopadhyay, S. K., Elder, R. W., Sleet, D. A., Coleman, H. L., Compton, R. P., Nichols, J. L., Clymer, J. M., Calvert, W. B., & Community Preventive Services Task Force (2014). Publicized sobriety checkpoint programs: a community guide systematic review. *American journal of preventive medicine*, *46*(5), 529-539.

- Blais, É., Bellavance, F., Marcil, A., & Carnis, L. (2015). Effects of introducing an administrative .05% blood alcohol concentration limit on law enforcement patterns and alcohol-related collisions in Canada. *Accident; analysis and prevention, 82*, 101-111.
- Brazil, N., & Kirk, D. S. (2016). Uber and metropolitan traffic fatalities in the United States. *American journal of epidemiology, 184(3)*, 192-198.
- Brown, T. L., Lee, J. D., & Fiorentino, D. (2018). Effects of alcohol at 0.05% blood alcohol concentration (BAC) on low speed urban driving. *Traffic injury prevention, 19(sup2)*, S175-S177.
- Browning, S., & Thompson, K. (2016). Specific deterrence and the infrequent use of sobriety checkpoints. *Security, 29*, 340-351.
- Byrne, P. A., Ma, T., Mann, R. E., & Elzohairy, Y. (2016). Evaluation of the general deterrence capacity of recently implemented (2009-2010) low and Zero BAC requirements for drivers in Ontario. *Accident; analysis and prevention, 88*, 56-67.
- Castaño R. (2012). The drink driving situation in Colombia. *Traffic injury prevention, 13(2)*, 120-125.
- Cestac, J., & Delhomme, P., (eds.). (2012). *European road users' risk perception and mobility*. SARTRE Consortium.
- Chamberlain, E., & Solomon, R. (2008). Zero blood alcohol concentration limits for drivers under 21: lessons from Canada. *Injury prevention, 14(2)*, 123-128.
- Chang, H. L., & Yeh, C. C. (2004). The life cycle of policy for preventing road accidents: an empirical example of the policy for reducing drunk driving crashes in Taipei. *Accident; analysis and prevention, 36(5)*, 809-818.
- Chen, T. Y., & Jou, R. C. (2018). Estimating factors of individual and regional characteristics affecting the drink driving recidivism. *Accident; analysis and prevention, 119*, 16-22.
- Cherpitel, C. J., Ye, Y., Bond, J., Borges, G., & Monteiro, M. (2015). Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction, 110(2)*, 279-288.

- Davenport, S., Robbins, M., Cerdá, M., Rivera-Aguirre, A., & Kilmer, B. (2020). Assessment of the impact of implementation of a zero blood alcohol concentration law in Uruguay on moderate/severe injury and fatal crashes: a quasi-experimental study. *Addiction*, 116(5), 1054-1062.
- Davis, A., Odero, W., Gururaj, G., & Híjar, M. (2003). *Improving road safety by reducing impaired driving in developing countries: a scoping study*. Transportation Research Laboratory. <http://www.grsroadsafety.org/themes/default/pdfs/Impaired%20driving%20final.pdf>
- Desapriya, E., Shimizu, S., Pike, I., Subzwari, S., & Scime, G. (2007). Impact of lowering the legal blood alcohol concentration limit to 0.03 in male, female and teenage drivers involved in alcohol-related crashes in Japan. *International journal of injury control and safety promotion*, 14(3), 181-187.
- DeYoung D. J. (1997). An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California. *Addiction*, 92(8), 989-997.
- DeYoung, D. J., Tashima, H. N., & Maston, S. V. (2005). An evaluation of the effectiveness of ignition interlock in California. In: Marques, P. R. (ed.), *Alcohol ignition interlock devices. Volume II: research, policy, and program status* (pp. 42-52). International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.
- Dill, P. L., & Wells-Parker, E. (2006). Court-mandated treatment for convicted drinking drivers. *Alcohol research & health*, 29(1), 41-8.
- Dinh-Zarr, T., Goss, C., Heitman, E., Roberts, I., & DiGiuseppi, C. (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2004(3), CD001857.
- Ditsuwan, V., Lennert Veerman, J., Bertram, M., & Vos, T. (2013). Cost-effectiveness of interventions for reducing road traffic injuries related to driving under the influence of alcohol. *Value in health*, 16(1), 23-30.
- Ditter, S. M., Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Compton, R., Nichols, J. L., & Task Force on Community Preventive Services. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol impaired driving: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 28(5 Suppl), 280-287.

- Drummond, A., Sullivan, G., & Cavallo, A. (1992). *An evaluation of the random breath testing initiative in Victoria 1989-1990*. Monash University Accident Research Centre, Monash University. Report number: Report no. 37.
- Eichelberger, A. H., & McCartt, A. T. (2016). Impaired driving enforcement practices among state and local law enforcement agencies in the United States. *Journal of safety research, 58*, 41-47.
- Elder, RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols, J. L., Zaza, S.,Thompson, R.S. (2002). Effectiveness of sobriety checkpoints for reducing alcohol-involved crashes. *Traffic Injury Prevention, 3*(4), 266-274.
- Erke, A., Goldenbeld, C., & Vaa, T. (2009). The effects of drink-driving checkpoints on crashes--a meta-analysis. *Accident; analysis and prevention, 41*(5), 914-923.
- Fell, J. C., & Scherer, M. (2017). Estimation of the potential effectiveness of lowering the blood alcohol concentration (BAC) limit for driving from 0.08 to 0.05 grams per deciliter in the United States. *Alcoholism, clinical and experimental research, 41*(12), 2128-2139.
- Fell, J. C., Scherer, M., Thomas, S., & Voas, R. B. (2016). Assessing the impact of twenty underage drinking laws. *Journal of studies on alcohol and drugs, 77*(2), 249-260.
- Fell, J. C., Tippetts, A. S., & Ciccel, J. D. (2010). An evaluation of three driving-under-the-influence courts in Georgia. *Annals of advances in automotive medicine. Association for the Advancement of Automotive Medicine. Annual Scientific Conference, 54*, 1-13.
- Fell, J. C., & Voas, R. B. (2009). Reducing illegal blood alcohol limits for driving: effects on traffic safety. In: Verster, J. C., Pandi-Perumal, S. R., Ramaekers, J. G., & de Gier, J. J., (eds.). *Drugs, Driving and Traffic Safety* (pp. 414-437). Birkhäuser Basel.
- Ferris, J., Killian, J., & Lloyd, B. (2017). Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: a new perspective to deal with administrative data in Australia. *The International journal on drug policy, 43*, 104-112.
- Flowers, N. T., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Elder, R. W., Shults, R. A., & Jiles, R. (2008). Patterns of alcohol consumption and alcoholimpaired driving in the United States. *Alcoholism, clinical and experimental research, 32*(4), 639-644.

- Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). (2016). *Global information system on alcohol and health*. World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/
- Greenwood, B., & Wattal, S. (2017). Show me the way to go home: an empirical investigation of ride-sharing and alcohol related motor vehicle fatalities. *MIS Quarterly*, *41*(1), 163-187.
- Gruenewald, P. J., Mitchell, P. R., & Treno, A. J. (1996). Drinking and driving: drinking patterns and drinking problems. *Addiction*, *91*(11), 1637-1649.
- Haghpanahan, H., Lewsey, J., Mackay, D. F., McIntosh, E., Pell, J., Jones, A., Fitzgerald, N., & Robinson, M. (2019). An evaluation of the effects of lowering blood alcohol concentration limits for drivers on the rates of road traffic accidents and alcohol consumption: a natural experiment. *Lancet*, *393*(10169), 321-329.
- Hartling, L., Wiebe, N., Russell, K., Petruk, J., Spinola, C., & Klassen, T. P. (2004). Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD003300.
- Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. (1994). Effects of lower legal blood alcohol limits for young and adult drivers. *Alcohol Drug Driving*, *10*, 243-252.
- Hommel, R. (1988). Random breath testing in Australia: a complex deterrent. *Australian Drug and Alcohol Review*, *7*(3), 231-241.
- Hommel, R. (1993). Random breath testing in Australia: getting it to work according to specifications. *Addiction*, *88* (Suppl), 27-33S.
- Jiang, H., Livingston, M., & Manton, E. (2014). The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Injury prevention*, *21*(2), 77-83.
- Lapham, S. C., C'de Baca, J., McMillan, G. P., & Lapidus, J. (2006a). Psychiatric disorders in a sample of repeat impaired-driving offenders. *Journal of studies on alcohol*, *67*(5), 707-713.
- Lapham, S. C., Kapitula, L. R., C'de Baca, J., & McMillan, G. P. (2006b). Impaired-driving recidivism among repeat offenders following an intensive court-based intervention. *Accident; analysis and prevention*, *38*(1), 162-169.
- Legge, J. S., & Park, J. (1994). Policies to reduce alcohol-impaired driving: evaluating elements of deterrence. *Social Science Quarterly*, *75*(3), 594-606.

- Lenk, K. M., Nelson, T. F., Toomey, T. L., Jones-Webb, R., & Erickson, D. J. (2016). Sobriety checkpoint and open container laws in the United States: associations with reported drinking-driving. *Traffic injury prevention, 17*(8), 782-787.
- Ma, T., Byrne, P. A., Bhatti, J. A., & Elzohairy, Y. (2016). Program design for incentivizing ignition interlock installation for alcohol-impaired drivers: The Ontario approach. *Accident; analysis and prevention, 95*(Pt A), 27-32.
- Ma, T., Byrne, P. A., Haya, M., & Elzohairy, Y. (2015). Working in tandem: the contribution of remedial programs and roadside licence suspensions to drinking and driving deterrence in Ontario. *Accident; analysis and prevention, 85*, 248-256.
- MacDonald JM, Morral AR, Raymond B, Eibner, C. (2007). The efficacy of the Rio Hondo DUI court: a 2-year field experiment. *Evaluation Review, 31*, 4-23.
- Malhotra, N., Starkey, N. J., & Charlton, S. G. (2017). Driving under the influence of drugs: Perceptions and attitudes of New Zealand drivers. *Accident; analysis and prevention, 106*, 44-52.
- Mann, R. E., Macdonald, S., Stoduto, L. G., Bondy, S., Jonah, B., & Shaikh, A. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: an international review. *Accident; analysis and prevention, 33*(5), 569-583.
- Mann, R. E., Vingilis, E. R., Gavin, D., Adlaf, E., & Anglin, L. (1991). Sentence severity and the drinking driver: relationships with traffic safety outcome. *Accident; analysis and prevention, 23*(6), 483-491.
- Marques, P. R. (2009). The alcohol ignition interlock and other technologies for the prediction and control of impaired drivers. In: Verster, J. C., Pandi-Perumal, S. R., Ramaekers, J.G., & Gier, J. J., (eds.) *Drugs, Driving, and Traffic Safety*. (pp. 457-476). Birkhäuser.
- Marques, P. R. (2010). Ignition interlocks: review of the evidence. *Blutalkohol, 47*(5), 318-327.
- Marques, P. R., & Voas, R. B. (2005). Interlock BAC tests, alcohol biomarkers, and motivational interviewing: methods for detecting and changing high-risk offenders. In: Marques, P. R.,(ed.). *Alcohol Ignition Interlock Devices. Volume II: Research, Policy, and Program Status* (pp. 25-41). International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.

- Martin S, Andreasson, S. (1996). Zero tolerance laws: Effective policy?. *Alcoholism, clinical and experimental research, 20(s8)*, 147a-150a.
- Masten, S. V., & Foss, R. D. (2010). Long-term effect of the North Carolina graduated driver licensing system on licensed driver crash incidence: a 5-year survival analysis. *Accident; analysis and prevention, 42(6)*, 1647-1652.
- Masten, S. V., & Hagge, R. A. (2004). Evaluation of California's graduated driver licensing program. *Journal of safety research, 35(5)*, 523-535.
- Mazareanu, E. (2019). *Monthly users of Uber's ride-sharing app worldwide 2016-2019*. <https://www.statista.com/statistics/833743/us-users-ride-sharing-services/>
- McCartt, A. T., Teoh, E. R., Fields, M., Braitman, K. A., & Hellinga, L. A. (2010). Graduated licensing laws and fatal crashes of teenage drivers: a national study. *Traffic injury prevention, 11(3)*, 240-248.
- McCartt, A. T., & Williams, A. F. (2004). Characteristics of fatally injured drivers with high blood alcohol concentrations (BACs). *Proceedings of the 17th International Conference on Alcohol, Drugs, and Traffic Safety*. The International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.
- McGinty, E. E., Tung, G., Shulman-Laniel, J., Hardy, R., Rutkow, L., Frattaroli, S., & Vernick, J. S. (2017). Ignition interlock laws: effects on fatal motor vehicle crashes, 1982-2013. *American journal of preventive medicine, 52(4)*, 417-423.
- McKnight, A. J., & Voas, R. B. (2001). Prevention of alcohol-related road crashes. In: Heather, N., Peters, T. J., & Stockwell, T., (eds.). *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. (pp. 741-770). John Wiley and Sons.
- Miller, P. G., Curtis, A., Sørderlund, A., Day, A., & Droste, N. (2015). Effectiveness of interventions for convicted DUI offenders in reducing recidivism: a systematic review of the peer-reviewed scientific literature. *The American journal of drug and alcohol abuse, 41(1)*, 16-29.
- Miller, T., Blewden, M., & Zhang, J. F. (2004). Cost savings from a sustained compulsory breath testing and media campaign in New Zealand. *Accident; analysis and prevention, 36(5)*, 783-794.
- Miller, T. R., Lestina, D. C., & Spicer, R. S. (1998). Highway crash costs in the United States by driver age, blood alcohol level, victim age, and restraint use. *Accident Analysis & Prevention, 30(2)*, 137-150.

- Mills, K. L., Hodge, W., Johansson, K., & Conigrave, K. M. (2008). An outcome evaluation of the New South Wales Sober Driver Programme: a remedial programme for recidivist drink drivers. *Drug and alcohol review*, 27(1), 65-74.
- Mitchell O, Wilson DB, Eggers A, MacKenzie, D. L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 60-71.
- Mohan D (2002) Road safety in less motorized environments: future concerns. *Int J Epidemiol*, 31, 527-532.
- Møller M, Haustein S, and Prato CG (2015) Profiling drunk driving recidivists in Denmark. *Accid Anal Prev*, 83, 125-131.
- Moore KA, Harrison M, Young MS, et al. (2008) A cognitive therapy treatment program for repeat DUI offenders. *J Crim Justice*, 36, 539-545.
- Morrison CN, D'Ambrosia G, Kamba A, et al. (2021) Rideshare trips and alcohol-involved motor vehicle crashes in Chicago, *JSAD*, 82, 720-729.
- Morrison, C. N., Jacoby, S. F., Dong, B., Delgado, M. K., & Wiebe, D. J. (2018). Ridesharing and Motor Vehicle Crashes in 4 US Cities: An Interrupted Time-Series Analysis. *American journal of epidemiology*, 187(2), 224-232.
- Moskowitz, H., Blomberg R., Burns, M., Fiorentino, D., Peck, R. (2002). Methodological issues in epidemiological studies of alcohol crash risk. In: Mayhew, D. R. & Dussault, C. (eds.). *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montreal, Canada, August 4-9 2002* (pp. 45-50). Société de l'assurance automobile du Québec.
- Mumenthaler, M. S., Taylor, J. L., O'Hara, R., & Yesavage, J. A. (1999). Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol research & health*, 23(1), 55-64.
- National Highway Traffic Safety Administration. (2008). Traffic safety facts 2006. National Highway Traffic Safety Administration. Report number: NHTSA Publication No. DOT HS 810 818. <http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/TSF2006FE.PDF>
- Ogden, E. J., & Moskowitz, H. (2004). Effects of alcohol and other drugs on driver performance. *Traffic injury prevention*, 5(3), 185-198.
- O'Neill, B., & Mohan, D. (2002). Reducing motor vehicle crash deaths and injuries in newly motorising countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7346), 1142-1145.

- Parmar, J., McComb, C., House, P., & Barnes, G. C. (2020). Breath tests in Western Australia: Examining the economic dividends and effectiveness of general deterrence. *Accident; analysis and prevention*, 136, 105430.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001.
- Rehm, J., Manthey, J., Lange, S., Badaras, R., Zurlyte, I., Passmore, J., Breda, J., Ferreira-Borges, C., & Štelemėkas, M. (2020). Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction*, 115(4), 655-665.
- Richardson, E. (2013). A driving while intoxicated/suspended court list for Victoria. Australian Centre for Justice Innovation, Monash University, Background Paper. https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0007/141829/extend-drink-driving-proj-background-paper-23-june-2013-v2.pdf
- Room, R. (2004). Drinking and coming of age in a cross-cultural perspective. In: Bonnie, R. J. & O'Connor, M. E., (eds.). *Reducing underage drinking: a collective responsibility* (pp. 654-677). National Academy Press. <https://www.robinroom.net/comofage.htm>
- Ross, H. L. (1982). *Deterring the drinking driver: legal policy and social control*. Lexington Books.
- Ross, H. L., & Klette, H. (1995). Abandonment of mandatory jail for impaired drivers in Norway and Sweden. *Accident; analysis and prevention*, 27(2), 151-157.
- Ross, H. L. & Voas, R. B. (1989). *The new Philadelphia story: the effects of severe penalties for drunk driving*. AAA Foundation for Traffic Safety.
- Roth, R., Voas, R., & Marques, P. (2007). Mandating interlocks for fully revoked offenders: the New Mexico experience. *Traffic injury prevention*, 8(1), 20-25.
- Ruhm C. J. (1996). Alcohol policies and highway vehicle fatalities. *Journal of health economics*, 15(4), 435-454.
- Scherer, M., & Fell, J. C. (2019). Effectiveness of lowering the blood alcohol concentration (BAC) limit for driving from 0.10 to 0.08 grams per deciliter in the United States. *Traffic injury prevention*, 20(1), 1-8.

- Schermer CR, Moyers TB, Miller WR, Bloomfield, L. A. (2006) Trauma center brief interventions for alcohol disorders decrease subsequent driving under the influence arrests. *The Journal of Trauma*, 60(1), 29-34.
- Sewell, R. A., Poling, J., & Sofuoglu, M. (2009). The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *The American journal on addictions*, 18(3), 185-193.
- Shield, K., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D. H., & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet. Public health*, 5(1), e51-e61.
- Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Carande-Kulis, V. G., Zaza, S., Sosin, D. M., Thompson, R. S., & Task Force on Community Preventive Services (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American journal of preventive medicine*, 21(4 Suppl), 66-88.
- Shults, R. A., Sleet, D. A., Elder, R. W., Ryan, G. W., & Sehgal, M. (2002). Association between state level drinking and driving countermeasures and self reported alcohol impaired driving. *Injury prevention*, 8(2), 106-110.
- Simpson, H. M., Beirness, D. J., Robertson, R. D., Mayhew, D. R., & Hedlund, J. H. (2004). Hard core drinking drivers. *Traffic injury prevention*, 5(3), 261-269.
- Sloan, F. A., Chepke, L. M., Davis, D. V., Acquah, K., & Zold-Kilbourn, P. (2013). Effects of admission and treatment strategies of DWI courts on offender outcomes. *Accident; analysis and prevention*, 53, 112-120.
- Sloan, F. A., Gifford, E. J., Eldred, L. M., & McCutchan, S. A. (2016). Does the probability of DWI arrest fall following participation in DWI and hybrid drug treatment court programs?. *Accident; analysis and prevention*, 97, 197-205.
- Solomon, R. & Chamberlain, E. (2014). Federal impaired driving policy: moving beyond half measures. *Canadian Public Policy*, 40(1), 15-30.
- Sorbello, J. G., Devilly, G. J., Allen, C., Hughes, L. R. J., & Brown, K. (2018). Fuel-cell breathalyser use for field research on alcohol intoxication: an independent psychometric evaluation. *PeerJ*, 6, e4418.
- Stout, E. M., Sloan, F. A., Liang, L., & Davies, H. H. (2000) Reducing harmful alcohol-related behaviors: effective regulatory methods. *Journal of studies on alcohol*, 61(3), 402-412.

- Tavares, A. F., Mendes, S. M., & Costa, C. S. (2008). The impact of deterrence policies on reckless driving: the case of Portugal. *European Journal on Criminal Policy and Research* 14(4), 417-429.
- Tippetts, A. S., Voas, R. B., Fell, J. C., & Nichols, J. L. (2005). A meta-analysis of .08 BAC laws in 19 jurisdictions in the United States. *Accident; analysis and prevention*, 37(1), 149-161.
- Treno, A. J., & Holder, H. D. (1997). Community mobilization, organizing, and media advocacy. A discussion of methodological issues. *Evaluation review*, 21(2), 166-190.
- Valencia-Martín, J. L., Galán, I., & Rodríguez-Artalejo, F. (2008). The joint association of average volume of alcohol and binge drinking with hazardous driving behaviour and traffic crashes. *Addiction*, 103(5), 749-757.
- Vanlaar, W. G., Mainegra Hing, M., & Robertson, R. D. (2017). An evaluation of Nova Scotia's alcohol ignition interlock program. *Accident; analysis and prevention*, 100, 44-52.
- Voas, R. B., Torres, P., Romano, E., & Lacey, J. H. (2012). Alcohol-related risk of driver fatalities: an update using 2007 data. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(3), 341-350.
- Voas R. B. (2014). Enhancing the Use of Vehicle Alcohol Interlocks With Emerging Technology. *Alcohol research: current reviews*, 36(1), 81-89.
- Voas, R. B., & Deyoung, D. J. (2002). Vehicle action: effective policy for controlling drunk and other high-risk drivers?. *Accident; analysis and prevention*, 34(3), 263-270.
- Voas, R. B., & Marques, P. R. (2003). Barriers to interlock implementation. *Traffic injury prevention*, 4(3), 183-187.
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., Bergen, G., Grosz, M., & Marques, P. (2016). Mandating treatment based on interlock performance: evidence for effectiveness. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 40(9), 1953-1960.
- Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M., Ma, L., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2007). Effects of legal BAC limits on fatal crash involvement: analyses of 28 states from 1976 through 2002. *Journal of safety research*, 38(5), 493-499.

- Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M., Erickson, D. J., Ma, L., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2007). General deterrence effects of U.S. statutory DUI fine and jail penalties: long-term follow-up in 32 states. *Accident; analysis and prevention, 39*(5), 982-994.
- Wang, Z., Zhang, Y., Zhou, P., Shi, J., Wang, Y., Liu, R., & Jiang, C. (2015). The underestimated drink driving situation and the effects of zero tolerance laws in China. *Traffic injury prevention, 16*(5), 429-434.
- Watson, A., Freeman, J., Imberger, K., Filtness, A. J., Wilson, H., Healy, D., & Cavallo, A. (2017). The effects of licence disqualification on drink-drivers: Is it the same for everyone?. *Accident; analysis and prevention, 107*, 40-47.
- Wells-Parker, E. (2000). Assessment and screening of impaired driving offenders: an analysis of underlying hypotheses as a guide for development of validation strategies. *Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs, and Traffic Safety*. Stockholm: Ekom Press.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R., & Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction, 90*(7), 907-926.
- Wheeler, D. R., Rogers, E. M., Tonigan, J. S., & Woodall, W. G. (2004). Effectiveness of customized Victim Impact Panels on first-time DWI offender inmates. *Accident; analysis and prevention, 36*(1), 29-35.
- Wiliszowski, C. H., Fell, J. C., McKnight, A. S., Tippetts, A. S., & Ciccel, J. D. (2010). An Evaluation of Three Intensive Supervision Programs for Serious DWI Offenders. *Annals of advances in automotive medicine*. Association for the Advancement of Automotive Medicine. *Annual Scientific Conference, 54*, 375-387.
- Williams, A. F., Ferguson, S. A., & Cammisa, M. X. (2000). *Self-reported drinking and driving practices and attitudes in four countries and perceptions of enforcement*. Insurance Institute for Highway Safety.
- Williams, A. F., McCartt, A. T., & Ferguson, S. A. (2007). Hardcore drinking drivers and other contributors to the alcohol-impaired driving problem: need for a comprehensive approach. *Traffic injury prevention, 8*(1), 1-10.
- Willis, C., Lybrand, S., & Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *The Cochrane database of systematic reviews, 2004*(4), CD004168.

- World Health Organization. (2015). *Report of the second technical consultation on drug use and road safety, 16-17 December, Mallorca, Spain*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/Drug_use_and_road_safety_meeting_report_21June2017.pdf
- World Health Organization. (2018a). *Global status report on road safety 2018*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2018b). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2018c). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=>
- World Health Organization. (2018d). Regional prevalence, AAFs (15+), road traffic crash deaths by WHO region. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1082?lang=enandshowonly=GISAH>
- Yadav, A. K. & Velaga, N. R. (2019). Modelling the relationship between different blood alcohol concentrations and reaction time of young and mature drivers. *Transportation Research Part F Traffic Psychology and Behaviour* 64(3), 227-245.
- Zador, P. L., Krawchuk, S. A., & Voas, R. B. (2000). Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. *Journal of studies on alcohol*, 61(3), 387-395.

12 การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่ม ที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

12.1 เกริ่นนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นได้หลากหลายบริบท รวมถึงบริเวณที่อยู่อาศัยส่วนบุคคล สถานที่ที่มีใบอนุญาต และสถานที่อื่น ๆ เช่น สวนสาธารณะ ชายหาด และในยานพาหนะ มาตรการที่เน้นด้านบริบทการดื่มส่วนใหญ่นำมาใช้กับสภาพแวดล้อมการดื่มในที่สาธารณะ ซึ่งโดยปกติจะเป็นที่มีใบอนุญาต (เช่น บาร์ ผับ ไนต์คลับ สนามกีฬา ร้านอาหาร) ซึ่งอาจจะอยู่ภายใต้ข้อบังคับ เช่น การจำกัดจำนวนผู้ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในสถานที่นั้น และต้องมีการฝึกอบรมพนักงาน

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้เน้นสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาต (licensed drinking venues) เป็นหลัก (ได้แก่ สถานที่ที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าสังคมเป็นจุดประสงค์หลัก) ไม่ได้เพียงเป็นเพราะว่า สถานที่เหล่านี้เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีกฎข้อบังคับเท่านั้น แต่ยังเป็นเพราะว่า สถานที่เหล่านี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์ (Graham and Homel, 2008; Huck *et al.*, 2016) จากการที่เป็นพื้นที่สาธารณะ การศึกษาวิจัยและการประเมินผลจึงสามารถทำได้ในสถานที่เหล่านี้ โดยมีข้อคำนึงในด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ต่ำ อย่างไรก็ตาม นโยบายและมาตรการยังถูกนำไปใช้กับบริบทอื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ แต่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้เป็นจุดประสงค์หลักของการไปสถานที่นั้น เช่น สถานที่เล่นกีฬาและงานเทศกาลต่าง ๆ

บทที่ ๑๒ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนามาตรการบางอย่างสำหรับบริบทการดื่มเชิงสังคมในสถานที่อื่น ๆ นอกจากสถานที่ที่ได้รับใบอนุญาต เช่น งานเลี้ยงหรือวัฒนธรรมการดื่มทั่ว ๆ ไป (Room *et al.*, 2021)

12.1.1 การดำเนินมาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มสุรา

เนื้อหาและการดำเนินการของมาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะขึ้นอยู่กับข้อพิจารณาหลายประการด้วยกัน

ประการแรก คือ ประเด็นเฉพาะที่ต้องการการแก้ไข เช่น มาตรการอาจจะเน้นไปที่: พฤติกรรมของพนักงานในสถานที่ซึ่งเป็นผู้ควบคุม (และบางครั้งก็มีส่วนร่วมสนับสนุน) การดื่มหนักและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (ดูการทบทวนของ Graham and Homel, 2008; Hughes *et al.*, 2012; Stevely *et al.*, 2020) ลักษณะสถานที่ เช่น ความแออัด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอันตรายที่เกี่ยวข้อง (Graham and Homel, 2008) หรือสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป ซึ่งรวมถึงปัญหาในพื้นที่สาธารณะภายนอกสถานที่เหล่านี้ด้วย (Townsend and Grimshaw, 2013)

ประการที่สอง การวางแผนอาจต้องมีการชั่งน้ำหนักระหว่างผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขที่ได้รับจากการดำเนินมาตรการนั้นต่อต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจของประชากรและภาคธุรกิจ เมื่อนำมาตรการควบคุมเหล่านี้นมาใช้ ซึ่งนั่นหมายความว่า ต้องเอาบทบาทของการดื่มสุราที่เป็นเสมือนกิจกรรม “ที่กินเวลาไว้ หรือ การหยุดชั่วคราว” (“time out activity”) (Cavan, 1966; Graham and Homel, 2008) และผลตอบแทนทั้งที่เป็นในรูปแบบตัวเงินและรูปแบบอื่น ๆ ที่มีความสำคัญกับผู้เป็นเจ้าของสถานที่และพนักงาน ตลอดจนบทบาททางเศรษฐกิจของสถานที่ที่มีใบอนุญาตนั้น และเศรษฐกิจจากสถานบันเทิงในยามค่ำคืนมาพิจารณาด้วย (Hobbs *et al.*, 2000) ข้อคำนึงเหล่านี้อาจจะจำกัดขอบเขตของการดำเนินมาตรการ จนบางครั้งทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่

ประการที่สาม คือ วัฒนธรรมในวงกว้างมากขึ้น และบทบาทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในวัฒนธรรมนั้น เช่น ดังที่จะอธิบายในส่วนถัดไปของบทนี้ กระบวนการ

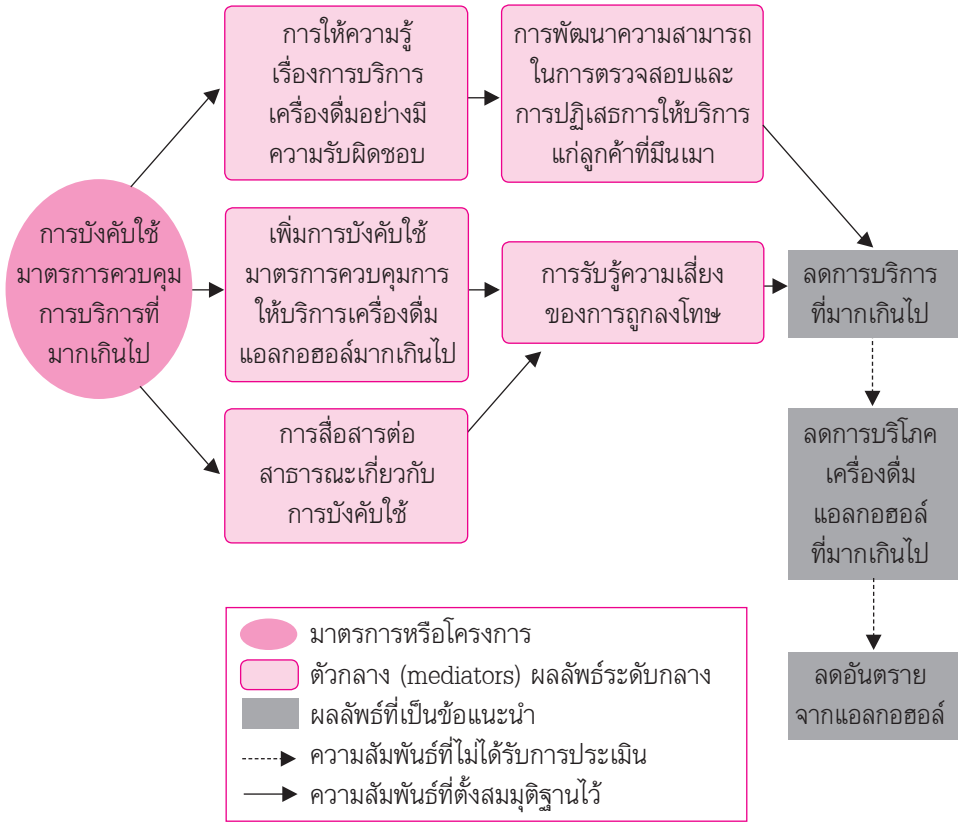
ตรวจตราและการบังคับใช้อื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จในบริบททางวัฒนธรรมหนึ่งอาจจะไม่ประสบความสำเร็จในอีกบริบทหนึ่งก็ได้

ประการที่สี่ มาตรการที่เหมาะสมที่สุดอาจขึ้นอยู่กับว่า จุดเน้นอยู่ที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ อันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือทั้งสองด้าน กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงต่อบุคคล โดยทั่วไปจะให้ความสำคัญกับการลดการให้บริการแก่บุคคลที่มีอาการมึนเมาหรือผู้ที่อายุต่ำกว่าอายุที่กฎหมายกำหนดในทางกลับกัน กลยุทธ์ที่เน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์อาจลดปัญหาได้สำเร็จโดยไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจเป็นส่วนหนึ่งของเป้าประสงค์ก็ตาม

ประการสุดท้าย สิ่งสำคัญคือ ต้องพิจารณาว่า องค์ประกอบของมาตรการนั้นจะสามารถลดการบริโภคตามที่ต้องการหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร ภาพที่ 12.1 แสดงให้เห็นข้อสมมติฐานที่ว่า การบังคับใช้กฎหมายที่เพิ่มขึ้นนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ขั้นต้น (proximal outcome) และผลลัพธ์สุดท้าย (ultimate outcome) ได้อย่างไร (Rammohan *et al.*, 2011) ตามเส้นทางหนึ่งซึ่งแสดงในภาพนี้ การบังคับใช้กฎหมายคาดว่า สามารถเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการเครื่องดื่มอย่างรับผิดชอบ (responsible beverage service training) จึงทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถของพนักงานในการค้นหาและปฏิเสธการให้บริการแก่บุคคลที่มีอาการมึนเมา และในท้ายที่สุด ก็สามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปและอันตรายที่เกี่ยวข้องได้

แบบจำลองนี้ยังได้ให้แผนที่ทางเดินสำหรับการประเมินผลอีกด้วย ซึ่งนั่นคือ การประเมินที่สามารถตอบคำถามบางข้อหรือทั้งหมดต่อไปนี้เป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ไม่ว่าจะเป็น การอบรมพนักงานบริการจะเพิ่มขึ้นหรือไม่ ถ้าเพิ่มการบังคับใช้ทักษะ ทักษะ และความรู้ของพนักงานบริการมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ พฤติกรรมการให้บริการจริงของพนักงานเปลี่ยนแปลงหรือไม่ จำนวนหรือสัดส่วนของผู้ที่มีอาการมึนเมาในร้านมีการเปลี่ยนแปลงอย่างวัดได้หรือไม่ การฝึกอบรมเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งได้แก่ ลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ เช่น ความรุนแรง อุบัติเหตุจากยานพาหนะ หรือการเสียชีวิต

บทที่ 12 การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น



ภาพที่ 12.1 กรอบการวิเคราะห์: การเสริมการบังคับใช้เพิ่มขึ้นสำหรับการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป


ผลิตซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Rammohan V, Hahn RA, Elder R, et al., (2011). Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(3): 334-343.

ข้อพิจารณาเพิ่มเติมในการเปลี่ยนแปลงบริบทการดื่มมีอีก 3 ประการ ซึ่งปกติแล้วได้ถูกนำมาใช้กับกรณีที่มาตรการนั้นสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ระยะกลางหรือระยะท้ายได้แก่ มาตรการนั้นยังมีประสิทธิภาพหากใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ หรือไม่ เช่น การนำไปใช้ในสิ่งแวดล้อมอื่นที่ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมเดิมที่ได้ทำการศึกษาวิจัย ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีความยั่งยืนหรือไม่ การดำเนินมาตรการนั้นมีประสิทธิภาพคุ้มทุนหรือไม่

unct ๑๒ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

สุดท้าย ปัจจัยที่ส่งผลทับซ้อนต่อประเด็นการพิจารณาต่าง ๆ คือ ผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 (COVID-19) และโรคติดต่ออื่น ๆ ต่อบริบทการดื่ม การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 (COVID-19) ทั่วโลกเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2020 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินการของสถานประกอบการที่มีใบอนุญาตและบริบทการดื่มอื่น ๆ ทั่วโลก โดยการปิดร้านต่าง ๆ หรือการบังคับใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และการสวมหน้ากาก เพื่อป้องกันการระบาดในกลุ่มคนที่มีกิจกรรมทางสังคมและมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในสถานที่เหล่านี้ (ดูกรอบที่ 2.1 ในบทที่ 2) การบังคับใช้กฎระเบียบร่วมกับความคาดหวังตามบรรทัดฐาน (normative expectation) เกี่ยวกับความเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะลดการดื่มสุราในสถานที่สาธารณะ

12.1.2 กรอบแนวทางการปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม

มาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องได้โดย (1) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในบริบทการดื่มนั้น (2) เปลี่ยนแปลงลักษณะของสถานที่ (ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมของพนักงาน นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง) (3) ปรับปรุงแนวปฏิบัติด้านกฎระเบียบและแนวปฏิบัติในการตรวจตราซึ่งสถานที่นั้นใช้อยู่ และ (4) นำกระบวนการชุมชนที่มีการประสานงานกันเพื่อนำกิจกรรมต่าง ๆ ในข้อ 1 ถึง 3 มาใช้ หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับเหล่านี้ของมาตรการได้ถูกรวบรวมไว้ในบทนี้ นอกจากนี้ รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับมาตรการและการประเมินผลได้ถูกนำเสนอไว้ในตาราง A12.1 ถึง A12.4 และใน  ภาคผนวกแบบออนไลน์ 2

12.2 มาตรการเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในบริบทการดื่ม

มาตรการเชิงป้องกันที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้คนที่มีต่อผู้อื่นในสภาพแวดล้อมการดื่มนั้นค่อนข้างใหม่ ส่วนมากเกิดขึ้นบนความรับผิดชอบเชิงกลุ่มในกลุ่มเพื่อนฝูง อิทธิพลเชิงกลุ่ม และบทบาทในการเป็นผู้ดูแลทั่วไปต่อผู้ดื่มคนอื่น ๆ ในวัฒนธรรมการดื่มโดยทั่วไป ส่วนมาตรการอื่น ๆ จะเน้นที่ความปลอดภัยของแต่ละบุคคลในบริบทการดื่ม

ที่กว้างขึ้น เช่น ตอนพวกเขาออกจากสถานที่นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในพื้นที่ที่มีร้านที่มีใบอนุญาตอยู่หนาแน่น

12.2.1 มาตรการที่เน้นกลุ่มเพื่อน (Peer-focused interventions)

มาตรการที่เน้นกลุ่มเพื่อนได้รับการออกแบบมาเพื่อป้องกันการเมาสุรา และอันตรายระหว่างบุคคลและกลุ่มบุคคลโดยใช้อำนาจของกลุ่ม ตัวอย่างเช่น มาตรการ SafeNights ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ระยะเวลา 7 ถึง 10 นาที ที่ดำเนินการในกลุ่มคนหนุ่มสาวที่ข้ามพรมแดนจากประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อไปดื่มในประเทศเม็กซิโกที่มีอายุการดื่มขั้นต่ำที่ต่ำกว่า (Kelley-Baker *et al.*, 2011) หลังจากนั้น SafeNights ได้รับการแก้ไขเพื่อใช้ในวิทยาเขตของวิทยาลัยต่าง ๆ และสถานที่ดื่มอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงสูง (Brooks *et al.*, 2013) โปรแกรมนี้สร้างขึ้นบนการสนับสนุนของเพื่อนและความรับผิดชอบเชิงกลุ่ม โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดการตกเป็นเหยื่อทางเพศของผู้หญิง โปรแกรมได้ประสบความสำเร็จบางส่วนในการลดการตกเป็นเหยื่อทางเพศของผู้หญิง (Kelley-Baker *et al.*, 2011) และความรุนแรงในรูปแบบอื่น ๆ (Brooks *et al.*, 2013) แต่ไม่ได้ส่งผลให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ความรุนแรงโดยทั่วไปลดน้อยลง ในทำนองเดียวกัน การประเมินมาตรการเคลื่อนที่เชิงกลุ่ม (group-based mobile intervention) ที่ใช้แนวทางเชิงกลุ่มเพื่อนเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกันการขับขี่ที่บกพร่อง (Bymes *et al.*, 2019) พบว่า มีกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกกลุ่มปลอดภัยเพิ่มขึ้น และระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของลูกค้า (patron) ลดลงในตอนออกจากสถานที่ดื่ม แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์อื่น ๆ

โครงการนำร่อง Sisonke Mentor and Counseling Intervention ในเมือง Tshwane ประเทศแอฟริกาใต้ได้รวมเอามาตรการเชิงกลุ่มเพื่อน (peer intervention) และการให้การปรึกษาแบบย่อ (brief counselling) (Morojele *et al.*, 2014) เพื่อลดปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และความเสี่ยงจากอันตรายอื่น ๆ ผลลัพธ์ของโครงการนำร่องนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้กระบวนการดังกล่าว แต่ไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการในด้านอื่น ๆ

มาตรการข้างต้นนั้นสร้างขึ้นบนหลักฐานที่ว่า การดื่มของผู้คนได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากบรรทัดฐานการดื่ม (drinking norm) ของนักดื่มด้วยกัน (MacAndrew and

Edgerton, 1969; Room *et al.*, 2021) เพื่อแก้ไขบรรทัดฐานเหล่านี้ให้ตรงจุด โครงการ Alcohol Culture Change Initiative of VicHealth ในประเทศออสเตรเลียแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบมาตรการด้านสาธารณสุขที่หลากหลายเพื่อปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานการดื่มในวัฒนธรรมการดื่มหนักทั่วโลก และทำให้ลดการดื่มที่มีความเสี่ยงและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ (VicHealth, 2019a, b)

12.2.2 มาตรการฝึกอบรมผู้พบเห็น (bystander) เพื่อป้องกันการล้วงละเมิดทางเพศ

โปรแกรมฝึกอบรมผู้พบเห็นเพื่อป้องกันการล้วงละเมิดทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ดื่มได้รับการพัฒนาในโรงเรียนมัธยมตอนปลาย วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย (Langhinrichsen-Rohling *et al.*, 2011; Banyard *et al.*, 2014; Bennett and Banyard, 2016; Powers and Leili, 2018) การฝึกอบรมผู้พบเห็น พบว่า มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรม และการลดลงของทัศนคติที่สนับสนุนการข่มขืน แต่ไม่แสดงให้เห็นผลต่อการข่มขืน (Katz and Moore, 2013)

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้พบเห็นต่าง ๆ นั้นมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถนำไปใช้ในสถานที่ดื่มสุราสาธารณะได้ทั้งหมด รวมถึงสถานที่ที่ไม่มีใบอนุญาต เช่น งานปาร์ตี้ และได้ถูกนำมาใช้ในสถานศึกษาทั่วแถบอเมริกาเหนือ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการป้องกันการล้วงละเมิดทางเพศต่อผู้หญิงโดยเฉพาะในบริบทการดื่มนั้นยังไม่ได้มีการประเมินผล และยังไม่มีการปรับใช้ต่างวัฒนธรรมกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่นักเรียนและนักศึกษา

12.2.3 การบริการเพื่อช่วยเหลือคนเที่ยวบาร์ตอนออกจากบาร์

มาตรการเพื่อให้ความช่วยเหลือลูกค้าหลังจากออกจากสถานที่ดื่มแล้ว มักจะเน้นในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของสถานที่ดื่มสูง มาตรการเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติ (Irving *et al.*, 2020) โดยมีการวิจัยชิ้นหนึ่งแสดงหลักฐานยืนยันความสำเร็จของการลดจำนวนผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน (Moore *et al.*, 2021) ในขณะที่อีกงานหนึ่งพบว่า การทำร้ายร่างกายที่รุนแรงลดลง แต่ไม่มีผลกระทบต่อการทำร้ายร่างกายทั่วไปหรือการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน (Taylor *et al.*, 2020)

บทที่ 1๒ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

กลยุทธ์อื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหามือถือออกจากสถานที่ในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของบาร์สูง ได้แก่ การมีคิวรตแท็กซี่ภายใต้การกำกับดูแล (Hadfield, 2009) และการขยายเวลาการขนส่งสาธารณะ แนวทางเหล่านี้ไม่มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของโครงการ (Curtis *et al.*, 2019b) แม้ว่า อาจจะมีประโยชน์บ้าง ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการที่มีหลายองค์ประกอบร่วมกัน (Miller *et al.*, 2014)

12.2.4 สรุปและประโยชน์เชิงนโยบาย

มาตรการที่เน้นกลุ่มเพื่อนและผู้พบเห็นส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับวิธีการให้ความรู้ (คล้ายกับที่อธิบายไว้ในบทที่ 10) แม้ว่าจุดแข็งของมาตรการเหล่านั้น คือ การให้ความสำคัญกับอิทธิพลของเพื่อนฝูงและความเต็มใจของเพื่อนเพื่อเข้ามาช่วยปกป้องซึ่งกันและกัน จุดเน้นนี้ได้มาจากการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Dumas *et al.*, 2014) และความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Dumas *et al.*, 2015; Levine *et al.*, 2012) มาตรการเน้นกลุ่มเพื่อนนี้ขึ้นกับความเต็มใจของเพื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเพื่อสร้างความปลอดภัยให้ผู้อื่นอีกด้วย (Bynes *et al.*, 2019) และขึ้นกับความรู้สึกรับผิดชอบร่วมของกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะในหมู่คนหนุ่มสาว

แนวทางที่เน้นระดับบุคคลมักต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการเข้าถึงคนจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม มาตรการเหล่านี้มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มาตรการอื่น ๆ ไม่ได้ผลหรือไม่สามารถทำได้

มาตรการเหล่านี้สร้างขึ้นมาจากบทบาทของ “ผู้ช่วยเหลือ” ที่มีศักยภาพในสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการป้องกันอาชญากรรมตามสถานการณ์ (situational crime prevention theory) ที่ว่า อันตรายสามารถป้องกันได้โดยบุคคลที่มีความสามารถซึ่งทำหน้าที่เป็น “ผู้พิทักษ์” เพื่อปกป้องผู้ที่อาจเป็นเหยื่อ หรือในฐานะ “ผู้ดูแล” ที่ทำหน้าที่ห้ามปรามผู้ที่อาจจะกระทำความผิด (Felson, 1995) นอกจากนี้ มาตรการเหล่านี้มักให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตราย โดยไม่ได้คำนึงว่าพวกเขาจะดื่มที่ไหน สำหรับในวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย กระบวนการต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมผู้พบเห็นนั้นอาจถือว่า คุ่มค่ากับการลงทุน

12.3 มาตรการที่เน้นสถานที่ (Venue-focused interventions)

การจัดการและการออกแบบสถานที่มีส่วนสำคัญต่อระดับความมึนเมาของลูกค้าและความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย (Madensen and Eck, 2008; Tutenges and Bohling, 2019) ดังนั้น มาตรการที่เน้นสถานที่จึงได้รับการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาบริบทการดื่มผ่านการฝึกอบรมด้านการจัดการและพนักงาน การเปลี่ยนแปลงนโยบายของบาร์ และการลดความเสี่ยงเชิงบริบทอื่น ๆ (ดู Healthy Nightlife Toolbox ที่ <http://www.hntinfo.eu/>)

12.3.1 การฝึกอบรมและนโยบายภายในสถานที่ (housing policy) เกี่ยวกับการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ที่ได้รับใบอนุญาต

เขตพื้นที่ปกครองมากมายมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่ห้ามให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้มีอาการมึนเมาและผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ กฎหมายเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่มีประสิทธิภาพอย่างมาก (ตัวอย่างเช่น ดูได้จากการศึกษาของ Toomey *et al.*, 2016) ดังนั้น มาตรการที่เรียกว่า การฝึกอบรมพนักงานบริการ มาตรการสำหรับพนักงานบริการ **โปรแกรมการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ (Responsible service of alcohol; RSA) หรือ (Responsible Beverage Service; RBS)¹** จึงได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบายเหล่านี้ โปรแกรมการให้บริการฯ เน้นการปรับปรุงทัศนคติ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Toomey *et al.*, 1998) โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันอาการมึนเมาและการดื่มของผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ และมีบางโปรแกรมได้จัดอบรมผู้จัดการร้านเพื่อพัฒนานโยบายของร้าน (Toomey *et al.*, 2008a) ตัวอย่างเช่น การให้สิ่งจูงใจเชิงบวกสำหรับการป้องกันการดื่มหนัก (ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมด้านอาหาร การกำหนดราคาที่ถูกกว่าสำหรับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำหรือไม่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการกำหนดราคาพิเศษสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (Lang *et al.*, 1998)

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

โปรแกรมการบริการ เป็นหนึ่งในมาตรการเกี่ยวกับบริบทการดื่มที่ถูกนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุด (World Health Organization, 2018, p. 110) ซึ่งส่วนใหญ่ถูกนำเสนอในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (คิดเป็นร้อยละ 87 ของกลุ่มประเทศที่ตอบกลับ) มากกว่าในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง แม้ว่าจะมีประเทศเพียงร้อยละ 13 ที่แสดงความต้องการการฝึกอบรมนี้ และเป็นมาตรการที่ถูกประเมินในประเทศที่มีประวัติด้านงานวิจัยด้านนโยบายแอลกอฮอล์มาเป็นเวลาไม่นาน เช่น ประเทศบราซิล (Pantani *et al.*, 2012) และประเทศในแถบแอฟริกาใต้ (Peltzer *et al.*, 2006) งานทบทวนมากมาย (Bolier *et al.*, 2011; Brennan *et al.*, 2011; Jones *et al.*, 2011; Rossow and Buvik, 2017) สรุปว่า โปรแกรมการบริการ ส่วนใหญ่ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้เข้าร่วม แม้ว่าผลกระทบเหล่านี้ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (Buka and Birdthistle, 1999) อย่างไรก็ตาม หลักฐานวิชาการในด้านผลกระทบของโปรแกรมนี้ต่อพฤติกรรมการให้บริการและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องยังผสมผสาน

เนื่องจากข้อจำกัดและผลกระทบไม่สอดคล้องกันของการฝึกอบรมผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว โปรแกรมจึงได้รับการพัฒนาโดยให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการและนโยบายภายในของสถานประกอบการมากขึ้น การประเมินผลของกระบวนการแบบผสมผสานนี้ ชี้ให้เห็นการลดลงของการให้บริการแก่ลูกค้าที่มีอาการมึนเมา (Toomey *et al.*, 2008a) และมีการยอมรับนโยบายและแนวทางปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ (Lenk *et al.*, 2018; สามารถดูจาก Bolier *et al.*, 2011) อย่างไรก็ตาม ผลกระทบเหล่านี้ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แม้จะมีความพยายามในการปรับปรุงการฝึกอบรมการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ และมาตรการเชิงนโยบาย (Toomey *et al.*, 2017) สรุปว่า การใช้มาตรการนี้ อย่างเดียวไม่เพียงพอในการลดการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปได้

ปัญหาหนึ่งของโปรแกรมการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ คือ ความขัดแย้งกับภารกิจหลักเชิงพาณิชย์ของสถานที่มีใบอนุญาต ซึ่งก็คือการทำเงิน และดูแลให้ลูกค้าให้มีช่วงเวลาที่ดี อุปสรรคต่อความสำเร็จของโปรแกรมบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ ได้แก่ สิ่งจูงใจทางการเงินจากการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเกินไป แรงจูงใจที่ไม่ดีต่อการเรียนรู้และการใช้โปรแกรมบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ บรรทัดฐานต่อการมีเม้าที่เสรี (Liberal norm) การให้ความสำคัญต่ำกับการบังคับใช้กฎหมายที่ควบคุมการให้บริการ และแรงกดดันที่ต้องการตอบสนองความ

ต้องการของลูกค้ำในช่วงเวลาที่ยุ่งหรือวุ่นวาย (Buvik and Rossow, 2017; Buvik and Tutenges, 2017)

เนื่องจากคุณภาพ (quality) และความครอบคลุม (coverage) ของโปรแกรมให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบค่อนข้างมีความแตกต่างกันอย่างมาก หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมหนึ่งประสบความสำเร็จไม่ได้หมายความว่า โปรแกรมรุ่นใหม่ต่อ ๆ มา หรือโปรแกรมให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบทุกชนิด จะประสบความสำเร็จด้วยเช่นกัน โปรแกรมให้บริการฯ นี้ ยังไม่ได้เน้นความสำคัญด้านเพศว่าเป็นปัจจัยกำหนดการให้บริการแก่ผู้มีอาการมีเมามากหรือไม่ แม้ว่าจะมีหลักฐานที่ชี้ว่า พนักงานบาร์เต็มใจที่จะให้บริการลูกค้าผู้หญิงที่อาการมีเมามากกว่าผู้ชายที่มีเมามาก (Buvik and Baklien, 2016)

กล่าวโดยสรุป การฝึกอบรมการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบและนโยบายภายในของสถานบริการน่าจะมีผลกระทบระยะสั้น (short-term effect) อย่างดีที่สุดก็อยู่เพียงในระดับปานกลางต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และขึ้นอยู่กับลักษณะของโปรแกรมและความสอดคล้องของการดำเนินการ โครงการให้บริการอย่างรับผิดชอบไม่เพียงแต่มีผลกระทบเชิงบวกที่จำกัด แต่ยังมีความเสี่ยงที่โครงการอาจจะถูกนำมาใช้แทนแนวทางอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า หรือถูกใช้โดยอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เพื่อประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ของตน (Pantani *et al.*, 2012) อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ และนโยบายต่าง ๆ อาจมีบทบาทสำคัญในมาตรการที่มีหลายองค์ประกอบ (multi-component interventions) ในสถานที่ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบเสริมด้วยการบังคับใช้หรือการสร้างแรงกดดันอื่น ๆ เพื่อป้องกันการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป (ดูหัวข้อ 12.4 และ 12.5 และภาพที่ 12.1)

12.3.2 มาตรการเพื่อแก้ปัญหาความรุนแรงและปัญหาอื่น ๆ ให้ดีขึ้น

มาตรการที่เน้นที่พฤติกรรมรุนแรงและการบาดเจ็บต้องมืองค์ประกอบที่มากกว่า การปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติในการให้บริการ (serving practice) ภาวะมีเมามากจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทเชิงสาเหตุในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Bushman, 1997) รวมทั้งความรุนแรงในบริบทการดื่มเชิงพาณิชย์ (Graham *et al.*, 2006) สภาพแวดล้อมที่มีพนักงาน

บทที่ 1๒ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

บาร์ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive bar staff) และไม่มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Wells *et al.*, 1998; Hobbs *et al.*, 2003; Graham *et al.*, 2005a; Liesbt *et al.*, 2019) อาจส่งผลโดยตรงต่อการใช้ความรุนแรง โดยไม่ขึ้นกับผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อลูกค้า เนื่องจากปัญหามากมายไม่สามารถป้องกันได้ด้วยการเปลี่ยนแนวปฏิบัติด้านการให้บริการ (Graham and Homel, 2008) จึงจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมที่จำเพาะสำหรับพนักงานบาร์ที่ต้องรับมือกับลูกค้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอีกด้วย

พฤติกรรมรุนแรงสามารถลดลงได้โดยการใช้กระบวนการระดับชุมชนที่ครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย มาตรการที่มีการฝึกอบรม และบางครั้งออกไปอนุญาตให้กับพนักงานรักษาความปลอดภัยและพนักงานบาร์คนอื่น (ดูหัวข้อ 12.5) โครงการ Safer Bars เป็นโครงการเดี่ยวเพียงโครงการเดียวที่ถูกออกแบบมาเพื่อลดความรุนแรงโดยการเพิ่มความสามารถของพนักงานในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว (Graham *et al.*, 2008) พบว่า โครงการ Safer Bars ได้พัฒนาความรู้และทัศนคติของพนักงาน (Graham *et al.*, 2005b) ทำให้สามารถลดการใช้ความรุนแรงทั้งในระดับปานกลางไปจนถึงระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าขนาดของการลดลงจะอยู่เพียงระดับต่ำก็ตาม (Graham *et al.*, 2547) การฝึกอบรมได้ถูกนำไปใช้แล้วในหลาย ๆ ประเทศ (Stevely *et al.*, 2012) แต่ยังไม่มีการประเมินผลอื่น ๆ เพิ่มเติม

การล่วงละเมิดทางเพศ (Sexual assault) ในรูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ต้องการ (unwanted sexual contact) และการลวนลาม (harassment) เกิดขึ้นมากในสถานที่ดื่ม (Graham *et al.*, 2014) เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ จึงได้มีการพัฒนามาตรการจำนวนมากในชุมชนต่าง ๆ ทั่วโลก (ตัวอย่างเช่น <https://safebars.org/>) เมื่อเร็ว ๆ นี้ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมพนักงานที่มีต้นแบบจากความสำเร็จจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้พบเห็น (bystander training program) (อธิบายไว้ในหัวข้อ 12.2) โดยผลการวิจัยเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า การฝึกอบรมนี้สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และความเต็มใจในการเข้าร่วมแก้ปัญหา (Lopez, 2018; Powers and Leili, 2018) แม้ว่า จะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่ออุบัติการณ์หรือการใช้ความรุนแรงในเชิงการล่วงละเมิดทางเพศก็ตาม

หลักฐานวิชาการได้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกอบรมพนักงานสามารถลดการ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในบริบทการดื่ม มาตรการเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวไม่จำเป็น

ต้องขัดแย้งกับพันธกิจหลักของร้านที่มีการดื่มเชิงพาณิชย์ ซึ่งก็คือการทำเงินหรือรายได้ ผ่านการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งต่างกับมาตรการให้บริการ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ และมาตรการอื่น ๆ ที่ให้ความสำคัญกับการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระบวนการเหล่านี้มีศักยภาพในการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ และได้รับการยอมรับจากผู้ถือใบอนุญาตสถานบริการ แต่ก็ยังต้องเผชิญกับอุปสรรคทาง วัฒนธรรม (ตัวอย่างเช่น ประเด็นการแสดงความชาย (masculinity concern) พฤติกรรมการดื่มแบบดั้งเดิม บทบาททางเพศ) ที่อาจลดประสิทธิผลของมาตรการลง

12.3.3 มาตรการเพื่อแก้ไขบริบทการดื่มในสถานที่จัดงานกีฬาและเทศกาลต่าง ๆ

ภาวะมีนเมาหนักและการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปนั้นสามารถ พบเห็นได้บ่อยในสถานที่จัดงานกีฬา (Toomey *et al.*, 2008b; Durbeej *et al.*, 2017; Elgán *et al.*, 2018) และเทศกาลต่างๆ (Feltmann *et al.*, 2020) การประเมินผลของ 2 มาตรการที่รวมอยู่ในการดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 19 นโยบายในงาน เทศกาลต่าง ๆ พบว่า ไม่มีผลเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการให้บริการแก่ผู้ที่มีอาการมีนเมา (Toomey *et al.*, 2006) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เช่นเดียวกับที่พบในกระบวนการให้บริการเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบในสถานที่ดื่ม นโยบายการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างรับผิดชอบและการตรวจตราเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงได้ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาประเด็นการล่วงละเมิดทางเพศในงานเทศกาล ดนตรีได้ข้อสรุปว่า การปรับปรุงทั้งนโยบายและการตรวจตรามีความจำเป็นต่อการลด ปัญหาการล่วงละเมิด (Fileborn *et al.*, 2020)

กระบวนการระดับชุมชนที่มีความครอบคลุม ประกอบด้วย การบังคับใช้ที่เพิ่มขึ้น ในสนามฟุตบอลในประเทศสวีเดน (อธิบายไว้ในหัวข้อ 12.5) ส่งผลให้การบริการแก่ผู้มี อาการมีนเมาและระดับความมีนเมาของลูกค้ายาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ ความต้องการของนโยบายและการบังคับใช้ อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่า มีการลดลงในพื้นที่เปรียบเทียบ เช่นกัน จึงทำให้ผลของมาตรการยากต่อการตีความ (Elgán *et al.*, 2021)

มาตรการที่เน้นการดื่มในกลุ่มสมาชิกสปรอตคลับได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่หลากหลาย มาตรการหนึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการคลับเพื่อการฝึกอบรมการบริการ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบและนโยบายภายในของคลับ (Kingsland *et al.*,

2015a) ส่งผลให้**การดื่มสุร่าอย่างหนักและการดื่มแบบเสี่ยงอันตราย (hazardous drinking)** ในหมู่สมาชิกคลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Kingsland *et al.*, 2015b) อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการประเมินโครงการที่สองซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ พบว่าโครงการมีประสิทธิภาพไม่มากนัก (O'Farrell *et al.*, 2018)

12.3.4 มาตรการอื่น ๆ ที่เน้นสถานที่

มีหลักฐานที่สอดคล้องกันในประเด็นความเชื่อมโยงระหว่างสภาพแวดล้อมการดื่มกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาจากแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ความรุนแรง ดังนั้น บางโครงการจึงได้นำการประเมินความเสี่ยงเข้ามาช่วยในการจัดการกับความเสี่ยงเชิงบริบทในบาร์ต่าง ๆ (ดู Graham and Homel, 2008) แต่ไม่พบว่า มีการประเมินผลกระทบของการประเมินความเสี่ยง นอกจากนี้ ยังไม่มีหลักฐานว่า การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมแบบสมัครใจลดการใช้ความรุนแรง การบาดเจ็บ และอันตรายอื่น ๆ (ดู ตัวอย่างเช่น Moore *et al.*, 2017)

มาตรการขจัดความเสี่ยงจากแก้วเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกได้แนะนำว่า การใช้ภาชนะที่ไม่ใช่แก้ว (ตัวอย่างเช่น พลาสติก กระจก โลหะ) อาจเพิ่มความปลอดภัยได้ (Forsyth, 2008) แต่การใช้แก้วนิรภัย (tempered glasses) แทนแก้วธรรมดาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เนื่องจากแก้วเทมเปอร์สามารถแตกละเอียด (shatter) และเพิ่มการบาดเจ็บให้แก่พนักงานบาร์ได้ (Warburton and Shepherd, 2000)

12.3.5 สรุป (Summary)

โปรแกรมการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมของพนักงาน แต่ผลลัพธ์สุดท้ายในด้านการลดอาการมีนเมาและอันตรายอื่น ๆ ยังไม่ชัดเจน การฝึกอบรมพนักงานเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในบาร์มีผลลัพธ์เชิงบวก แต่หลักฐานก็ยังจำกัดในแง่ของโปรแกรมการฝึกอบรมแบบเดี่ยว (stand-alone training program) ซึ่งมีผลลัพธ์ในระดับพอใช้และยังไม่มีผลการประเมินผลในระยะยาว การฝึกอบรมผู้พบเห็นเพื่อป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศยังไม่ได้รับการประเมินผลโดยเฉพาะในบริบทการดื่ม

การป้องกันการให้บริการแก่ผู้ที่มีอาการมินเมาซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่า เป็นปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ง่าย ๆ ด้วยมาตรการเพียงมาตรการเดียว โดยการสอนพนักงานเสิร์ฟให้จัดการอาการมินเมา หรือการช่วยผู้จัดการให้พัฒนานโยบายภายในสถานที่เพื่อป้องกันการมินเมา ไม่ว่าจะในสถานที่ดื่มหรือสถานที่จัดงานกีฬาที่ได้รับอนุญาต ดังนั้น มาตรการที่เน้นสถานที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการที่ต้องใช้การเปลี่ยนแปลงที่ยากต่อการดำเนินการในทางสังคม (ตัวอย่างเช่น ทำให้เกิดความไม่พอใจเมื่อพนักงานปฏิเสธการให้บริการ) หรือทำให้ขาดผลประโยชน์ทางการเงิน โดยทั่วไป มาตรการเหล่านี้จำเป็นต้องเสริมด้วยการตรวจตราหรือการสร้างแรงกดดันจากชุมชน เพื่อให้เห็นว่า ผลเชิงลบจากการให้บริการผู้ที่มีอาการมินเมา มีมากกว่าผลเชิงบวก

12.4 แนวทางการตรวจตราและการควบคุมต่าง ๆ

มาตรการตรวจตราและควบคุม (Policing and regulatory interventions) ใช้ความเป็นไปได้ที่จะถูกลงโทษตามกฎหมาย (ตัวอย่างเช่น การยึดหรือการระงับใบอนุญาต) ทำให้ผู้ชายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจอย่างปลอดภัยมากยิ่งขึ้น มาตรการเหล่านี้ ได้แก่ การบังคับใช้ที่เพิ่มขึ้น (enhanced enforcement) การตรวจตราอย่างมีเป้าหมาย (target policing) กลยุทธ์แบบสมัครใจ (voluntary strategy) และแนวทางเชิงกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ

12.4.1 การบังคับใช้กฎหมายสุราที่เพิ่มขึ้นและการตรวจตราเชิงรุก

(Proactive policing)

การศึกษาประเด็นการเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอาการมินเมาในรัฐหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของการให้บริการแก่ผู้ที่มีอาการมินเมา และการขบขี้ที่บ่งชี้จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (McKnight and Streff, 1994) รวมทั้งต้นทุนที่ประหยัดได้จากการลดลงของอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับมีมากกว่าต้นทุนที่ใช้ในการเสริมการบังคับ

บทที่ 1๒ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

ใช้กฎหมายนี้ (Levy and Miller, 1995) การศึกษาเชิงการทดลองในมาตรการแบบผสมผสานระหว่างการเสริมการบังคับใช้และการฝึกอบรมการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบใน 2 ชุมชน แสดงให้เห็นผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านการบริโภคและดื่มแล้วขับที่วัดได้บางอย่างจากทั้งหมด 14 ผลลัพธ์ แต่หลักฐานที่แสดงถึงผลที่ดีขึ้นโดยรวมยังไม่แน่ชัด (Fell *et al.*, 2017)

การตรวจตราเชิงรุกโดยใช้การตรวจเยี่ยมผู้รับใบอนุญาตเป็นประจำ พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดอาชญากรรม และคดีจับกุมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางการศึกษา (Jeffs and Saunders, 1983; Stewart, 1993) แต่ไม่ใช่ทุกการศึกษา (Burns *et al.*, 1995) ผลกระทบมักไม่คงอยู่ต่อไปนอกช่วงเวลาที่มีการตรวจตรา (ดูการทบทวนโดย Graham and Home, 2008) การศึกษาโดยใช้กลุ่มผู้ตรวจตราที่เป็นพลเรือนที่ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ พบว่า มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบมากขึ้น แต่ไม่ส่งผลต่ออันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Wilkinson and MacLean, 2013)

12.4.2 การตรวจตราอย่างมีเป้าหมาย (Targeted policing)

การตรวจตราอย่างมีเป้าหมายยังได้ถูกนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม มีแนวทางหนึ่งใช้สถานที่ของ “การดื่มครั้งสุดท้าย” เพื่อกำหนดให้เป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยสอบถามเกี่ยวกับสถานที่ดื่มครั้งสุดท้ายจากผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ที่ถูกจับในคดีที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นจึงมุ่งความสนใจในการบังคับใช้กฎหมายต่อสถานที่ที่ถูกกล่าวถึงบ่อย ๆ โดยลักษณะของ “ความสนใจ” ที่มีต่อสถานที่ที่ดื่มครั้งสุดท้ายนั้นแตกต่างกันไป ตั้งแต่การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ปฏิบัติได้ดีขึ้นไปจนถึงการลงโทษ ข้อมูล “การดื่มครั้งสุดท้าย” ยังถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่มีหลายองค์ประกอบ (ตัวอย่างเช่น Maguire *et al.*, 2003) และใช้สำหรับการประเมินผลมาตรการที่เน้นสถานที่ (Fell *et al.*, 2017)

โครงการ Alcohol-Linking ได้นำแนวทางการดื่มครั้งสุดท้ายมาใช้ในประเทศออสเตรเลีย (Wiggers *et al.*, 2004) และได้กลายเป็นส่วนถาวรของมาตรการตรวจตราในพื้นที่ทดลองและทั่วทั้งรัฐในที่สุด (Wiggers *et al.*, 2016) เนื่องจากมาตรการนี้มีผลลัพธ์เชิงบวกในการลดการกระทำความผิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าผลจากการทดลองแบบสุ่มจะเพียงแค่ออกมามีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม กระบวนการที่คล้ายกันใน

เวลส์ (Wales) ได้ติดตามข้อมูลการดื่มครั้งสุดท้ายในผู้บาดเจ็บรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินทั้งหมด และรวมข้อมูลเหล่านี้เข้ากับข้อมูลข่าวกรองของตำรวจเพื่อกำหนดเป้าหมายการตรวจตราในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งสถานที่ที่ได้รับใบอนุญาต กระบวนการนี้สามารถลดการบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรง (Florence *et al.*, 2011) และกระบวนการนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในพื้นที่ปกครองอื่น (Mercer Kollar *et al.*, 2020) อย่างไรก็ตาม โครงการเชิงการสาธิตขนาดเล็กที่ใช้ข้อมูลการดื่มครั้งสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ramirez *et al.*, 2008) พบหลักฐานที่ผสมผสานของผลกระทบต่อ การกระทำความผิดกรณีดื่มแล้วขับ

การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีเป้าหมาย (targeted enforcement) ในรูปแบบของการตรวจตราในพื้นที่เป้าหมาย “hotspot” (ตัวอย่างเช่น การให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง) มีความสัมพันธ์กับการลดอาชญากรรมโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม จากการประเมินผลสองงานที่เน้นเฉพาะพื้นที่ดื่มสุรายังไม่พบว่า การใช้ความรุนแรงลดลง (Frogner *et al.*, 2013; Fitterer *et al.*, 2017)

โดยสรุปแล้ว ข้อมูล “การดื่มครั้งสุดท้าย” กลายเป็นเครื่องมือที่สำคัญและมีประสิทธิภาพอย่างเห็นได้ชัดในการเป็นมาตรการในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตาม มาตรการอื่น ๆ ที่มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย ไม่ได้แสดงผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ

12.4.3 การควบคุมแบบสมัครใจและกึ่งสมัครใจและการประสานงาน

กระบวนการโดยสมัครใจและกึ่งสมัครใจเพื่อควบคุมสถานที่ที่มีใบอนุญาต ตัวอย่างเช่น การใช้ประมวลกฎการปฏิบัติ (codes of practice) โดยให้ผู้ที่มิใบอนุญาตทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ รัฐบาลท้องถิ่น กลุ่มชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในข้อตกลง “accords” (ประเทศออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์) และโปรแกรมการรับรองคุณภาพ (โครงการ Pubwatch, โครงการ “Best Bar None”, สหราชอาณาจักร) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เจ้าของกิจการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ดีโดยสมัครใจ เช่น การจำกัดกิจกรรมและการส่งเสริมการขายที่ก่อให้เกิดอันตรายจากแอลกอฮอล์ (McCarthy, 2015)

แม้ว่าข้อตกลงจะสามารถบรรลุผลเชิงบวกได้ในระยะสั้น (ดู Graham and Homel, 2008) และมีกลไกที่ทำให้เกิดการประสานงานระดับชุมชน (community coordination)

(Manton, 2014) ข้อตกลงและกระบวนการโดยสมัครใจอื่น ก็ไม่ได้ให้ผลด้านการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรืออันตรายที่เกี่ยวข้องอย่างสอดคล้องกัน อาจเป็นเพราะขึ้นอยู่กับการปฏิบัติโดยสมัครใจ (Graham and Homel, 2008) การนำมาใช้อาจไม่สม่ำเสมอ (Miller *et al.*, 2014) และการไม่เข้าร่วมโครงการของสถานที่ที่มีปัญหา มากกว่า (Curtis *et al.*, 2016; Foster and Charalambides, 2016)

เมื่อเร็ว ๆ นี้ แนวทางความร่วมมือระดับชุมชนได้เพิ่มการเน้นที่การห้ามลูกค้าที่มีปัญหาไม่ให้เข้าสถานที่หรือพื้นที่ หรือ “zone” ที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น ย่านสถานบันเทิง (Palmer and Warren, 2014) หลายโครงการมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้นำ จึงเป็นไปได้โดยพื้นฐานของความสมัครใจน้อยกว่าแบบเดิม (Manton, 2014) และประกอบด้วย การใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น เครื่องสแกนบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อการห้ามลูกค้า ร่วมกับการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจและสถานที่อื่น ๆ (Miller *et al.*, 2016) แม้ว่า จะเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม แต่ก็ไม่มีหลักฐานว่า การห้ามลูกค้าแบบนั้นสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม (Curtis *et al.*, 2016; Taylor *et al.*, 2018) และอาจจะส่งผลให้เกิดอันตรายโดยไม่ได้ตั้งใจ (Sjogaard, 2018)

แม้ว่ากระบวนการโดยสมัครใจและกึ่งสมัครใจจะมีข้อจำกัด แต่อาจมีบริบทหรือวัฒนธรรมที่การควบคุมตนเองโดยสมัครใจมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากกว่า การควบคุมที่เป็นทางการ ตัวอย่างหนึ่ง คือ โครงการ *Safe Shebeens* ในแอฟริกาใต้ Shebeens เป็นร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมายและไม่ได้มีการควบคุมใด ๆ ร้านเหล่านี้จึงได้กลายเป็นจุดสนใจของการตรวจตราอย่างมีเป้าหมายเนื่องจากสัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรงและปัญหาอื่น ๆ (Herrick and Charman, 2013) และพบว่า การตรวจตราที่เป็นทางการไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (Charman *et al.*, 2013) เนื่องจากการตรวจตราไม่ได้คำนึงถึงประเด็นทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของร้าน Shebeens ที่มีต่อชุมชน (Charman *et al.*, 2014) โครงการ *Safe Shebeens* (อธิบายไว้ในกล่องข้อความที่ 12.1) ได้นำกระบวนการโดยสมัครใจมาใช้เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยผลเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการดื่มให้ดีขึ้น (Ntshingila and Petersen, 2015)

12.4.4 การออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง

การออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง (Risk-based licensing; RBL) ใช้เกณฑ์กำหนดให้เงื่อนไขการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุรา รวมถึงค่าธรรมเนียมในบางเขตพื้นที่ปกครองขึ้นอยู่กับผลการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของอันตรายจากแอลกอฮอล์ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ ความจุของสถานที่ (venue capacity) พนักงานขาดการฝึกอบรม การมีประวัติการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้อง การขายเกินเวลาที่กำหนด และความหนาแน่นของร้านในพื้นที่นั้น (Fitterer *et al.*, 2018; Miller *et al.*, 2020)

การออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง (RBL) มีประโยชน์ที่สำคัญในด้านประสิทธิภาพเชิงการบริหารจัดการ โดยการเน้นเฉพาะสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงกว่า และการใช้ RBL เป็นเครื่องมือหักกลบลบหนี้ต้นทุนของการตรวจตราหรือการให้ทุนสำหรับการตรวจตรา การควบคุม และตรวจสอบที่เข้มข้นขึ้น (Miller *et al.*, 2020) อย่างไรก็ตาม รางวัลและการลงโทษส่วนใหญ่มักใช้ในพื้นที่ปกครองที่ใช้มาตรการออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมาย (Nepal *et al.*, 2019) ในปัจจุบัน มีหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง (RBL) เพียงเล็กน้อย (ตัวอย่างเช่น Curtis *et al.*, 2019a)

12.4.5 ความรับผิดชอบทางกฎหมายของพนักงาน ผู้จัดการ และเจ้าของกิจการที่มีใบอนุญาต

กฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบของร้านที่สร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น (Dram shop liability law) ในบางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา อนุญาตให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บจากผู้มีอาการเมินเมาหรือบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะสามารถเรียกค่าชดเชยความเสียหายได้จากเจ้าของร้านหรือพนักงานที่ให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผู้ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บนั้น (Mosher *et al.*, 2002) ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Rammohan *et al.*, 2011) สรุปว่า รัฐที่มีกฎหมายควบคุมร้านที่สร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนและอันตรายจากการขับขี้อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกัแอลกอฮอล์ต่อมา มีการวิจัยที่ยืนยัน ผลลัพธ์นี้ในกลุ่มผู้ขับขี้อื่นๆ ด้วย (Scherer *et al.*, 2015) ผลกระทบของกฎหมายนี้ดูเหมือนจะเกิดขึ้นโดยผ่านผลของมั่นใจต่อทัศนคติและพฤติกรรมของเจ้าของบาร์และพนักงาน (Sloan *et al.*, 2000) แม้ว่าการวิจัยส่วนใหญ่จะมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ก็มีการศึกษาที่ประสบความสำเร็จที่บันทึกไว้ในประเทศแคนาดาและประเทศออสเตรเลีย (Solomon and Payne, 1996)

กล่องข้อความที่ 12.1 โครงการ Safe Shebeens

โครงการ Safe Shebeens ได้ถูกพัฒนาขึ้นใน Sweet Home Farm ซึ่งเป็นชุมชนยากจนที่มีการว่างงานสูงและมีโครงสร้างพื้นฐานที่ไม่ดีในจังหวัด Western Cape ของประเทศแอฟริกาใต้ แม้ว่าชีวิตทางสังคมส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่ร้าน Shebeens (ร้านเหล้าแบบไม่เป็นทางการ) Sweet Home Farm เป็นการตั้งถิ่นฐานที่ไม่เป็นทางการ โดยผู้อยู่อาศัยไม่ได้เป็นเจ้าของทรัพย์สินและไม่สามารถรับใบอนุญาตเพื่อการค้าสุรา ดังนั้น ร้าน Shebeens จึงเป็นร้านที่ผิดกฎหมาย ไร้การควบคุม และเกี่ยวข้องกับปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาความรุนแรง อย่างไรก็ตาม ร้าน Shebeens ถือเป็นแหล่งรายได้หลักโดยเฉพาะสำหรับผู้หญิง ก่อนเริ่มโครงการ มีการสำรวจกลุ่มผู้ประกอบการร้าน Shebeens ทั้งหมด 315 คน (shebeen operators) เพื่อระบุลักษณะ หน้าที่ และปัญหาของร้านเหล่านี้ (Herrick and Charman, 2013) การสำรวจได้ให้คำแนะนำว่า ผู้ประกอบการร้าน Shebeen หลายคนมีแรงจูงใจที่จะทำให้ร้านมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพวกเขา รวมถึงลูกค้าเคยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมาก่อน

โครงการ Safe Shebeens ได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน:

1. การสำรวจชุมชนจำนวน 166 คนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี เพื่อให้มีส่วนร่วมกับชุมชนและกำหนดบทบาทเชิงบวกของร้าน Shebeens ในชุมชน ตลอดจนผลกระทบเชิงลบของร้าน Shebeens
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วันกับแต่ละกลุ่มจากทั้งหมด 3 กลุ่ม (อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน เยาวชนชาย จำนวน 11 คน และเยาวชนหญิง จำนวน 12 คน) เพื่อกำหนดประเด็นความปลอดภัย สถานที่ปลอดภัย (โดยใช้เครื่องมือการสร้างแผนที่) และทัศนคติต่อการดื่มและต่อร้าน Shebeens
3. ทำงานร่วมกับผู้ประกอบการร้าน Shebeens 23 คน เพื่อช่วยให้นำกลไกการควบคุมที่มีศักยภาพไปใช้ (ตัวอย่างเช่น กฎเกณฑ์ภายในร้าน มาตรการความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น ความสว่าง การควบคุมเสียงและการถ่ายเทอากาศ การห้ามลูกค้าที่ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์) เพื่อแก้ไขปัญหาความปลอดภัยที่สมาชิกในชุมชนได้หยิบยกขึ้นมา รวมถึงการสร้างแผนป้ายเพื่อช่วยแสดงกลไกการควบคุมของสถานที่นั้น

โครงการนี้ส่งผลให้เกิดกลยุทธ์ Safe Shebeens โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ

1. กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้าน Shebeens
2. ชุดเครื่องมือ Safe Shebeens สำหรับผู้ประกอบการร้าน Shebeens
3. กระบวนการสร้างการรับรู้สำหรับผู้บริโภค

การประเมินอย่างไม่เป็นทางการได้ระบุถึงความกระตือรือร้นของผู้ประกอบการร้าน Shebeens ที่ได้ใช้มาตรการควบคุมบางอย่าง ผู้ประกอบการร้าน Shebeens ยังได้แลกเปลี่ยนกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผล และมีเวทีเพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินการ มาตรการความปลอดภัย การติดตามเพื่อประเมินผลระยะเวลา 1 ปี ในกลุ่มผู้ประกอบการร้าน Shebeens บางคนที่มีส่วนร่วม พบว่า ทุกคนได้เพิ่มจำนวนมาตรการควบคุมความปลอดภัยในร้าน ในทำนองเดียวกันก็พบว่า มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น การใช้ถังเบียร์เพื่อเก็บสต็อก (stock) และได้เพิ่มพัดลม ตู้เพลง (jukebox) การเชื่อมต่อไฟฟ้า (electric connection) และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปรุงอาหาร/การให้บริการอาหารในร้าน โครงการไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาของชุมชน ตัวอย่างเช่น การรบกวนจากเสียงเพลง และการไม่มีเวลาทำการที่แน่นอน การเรียนรู้ที่สำคัญจากโครงการ คือ การให้ความสำคัญของการปรับใช้ความรู้พื้นเมือง (indigenous knowledge) ตัวอย่างเช่น การมีชั้นวางแบบเรียบง่ายที่อยู่ตามผนังด้านข้างของร้าน Shebeens สำหรับให้ลูกค้าสามารถเก็บเครื่องดื่มได้ ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งจากเครื่องดื่มหกโดยไม่ได้ตั้งใจ (Ntshingila and Petersen, 2015) โครงการนี้ใช้เป็นแบบอย่างในการปรับปรุงความปลอดภัยในบริบทการค้าในประเทศอื่น ๆ (<http://www.sekika.co.za/responsible-trade-facilitation/>)

แหล่งที่มา: คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการนำมาจาก the Safe Shebeens Project Report <http://livelihoods.org.za/wp-content/uploads/2018/05/Safe-Shebeens-Narrative-Report.p>

12.4.6 แนวทางควบคุมที่เน้นประเด็นเฉพาะของการดื่มในที่สาธารณะ

ชุมชนมักตอบรับนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหามีความเฉพาะในย่านสถานบันเทิงที่ให้บริการยามค่ำคืน ตัวอย่างเช่น “การห้ามเข้ามา” (lockout) ซึ่งได้รับความนิยมในประเทศออสเตรเลีย เพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงบนท้องถนนและปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้มีอาการมึนเมาเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งในเวลากลางคืน การควบคุมโดยการปิดให้บริการ (lockout regulation) ยอมให้ลูกค้าซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปได้หากยังคงอยู่ในร้านเดิมหลังเวลาที่กำหนดไว้ แต่ห้ามไม่ให้เข้าไปในสถานที่อื่น หรือกลับไปยังสถานที่เดิมอีกหากออกไปแล้ว นโยบายนี้มักเป็นส่วนหนึ่งของชุดมาตรการรวม (Kypri *et al.*, 2011) จนคำว่า “lockout” ในประเทศออสเตรเลียมักหมายถึงชุดมาตรการทั้งหมดที่จำกัดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดึก (ตัวอย่างเช่น เวลาปิดที่เร็วขึ้น ดูในบทที่ 8) แม้ว่า lockout ในความหมายที่จำเพาะได้ถูกนำมาใช้ในศูนย์ต่าง ๆ ในประเทศออสเตรเลีย แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าวโดยที่ไม่ขึ้นกับมาตรการอื่น ๆ (Taylor *et al.*, 2018)

การห้ามให้บริการเครื่องดื่มที่มีระดับแอลกอฮอล์สูง (“shots”) หลังช่วงเวลาหนึ่งก็ถูกนำมาใช้เพื่อลดปัญหาในช่วงดึก การวิเคราะห์ที่ออกแบบมาเพื่อแยกผลกระทบของการห้ามนี้ออกจากมาตรการอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยังไม่พบหลักฐานว่า การห้ามให้บริการเครื่องดื่มที่มีระดับแอลกอฮอล์สูงช่วยลดการทำร้ายร่างกายที่บันทึกโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ (Taylor *et al.*, 2019)

12.4.7 มาตรการควบคุมหรือการตรวจตราที่มีหลายองค์ประกอบ

มาตรการที่มีหลายองค์ประกอบเป็นการรวมมาตรการที่ถูกอธิบายไว้ในบทนี้ร่วมกับมาตรการที่ถูกกล่าวถึงในบทอื่น ๆ ด้วย (ตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนเวลาซื้อขาย การกำหนดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การมีจุดเน้นหลายส่วนประกอบแบบนี้ทำให้ยากต่อการระบุผลกระทบของแต่ละองค์ประกอบ หากมาตรการโดยรวมทำให้เกิดผลลัพธ์ผลเชิงบวกขึ้น มาตรการแบบนี้มักจะดำเนินการโดยหน่วยงานเดียว ซึ่งมักจะเป็นหน่วยงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือหน่วยงานของเจ้าหน้าที่รัฐที่รับผิดชอบการออกใบอนุญาตมากกว่ากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่น ซึ่งต่างกับมาตรการแบบรอบด้าน (comprehensive approach) (อธิบายไว้ในหัวข้อ 12.5) ตัวอย่าง

แรก ๆ คือ โครงการ “Tackling Alcohol-related Street Crime” (TASC) ที่มีเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้นำของโครงการ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของโครงการที่ผสมผสาน แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากกรอบเวลานั้น และองค์ประกอบหลายอย่างมีการดำเนินการที่ไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ (Maguire *et al.*, 2003; Warburton and Shepherd, 2549)

มาตรการที่มีหลายองค์ประกอบที่ได้ดำเนินการในระดับชุมชนหรือระดับหน่วยงานรัฐที่ผ่านมาได้รับการประเมินโดยใช้**การทดลองตามธรรมชาติ (natural experiment)** การศึกษาวิจัยที่เปรียบเทียบมาตรการที่มีหลายองค์ประกอบทั้งหมด 2 มาตรการ ในประเทศออสเตรเลีย (Miller *et al.*, 2014) ที่มีการตรวจตราและมาตรการโดยสมัครใจในทั้ง 2 ชุมชน แต่มีเพียงที่เดียวที่ปิดในเวลาเร็วขึ้น พบว่า การบาดเจ็บ การทำร้ายร่างกาย ที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และลูกค้าที่มีอาการมึนเมาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินมาตรการพร้อมกับการปิดก่อนเวลา โครงการขนาดใหญ่ที่มีหลายองค์ประกอบในประเทศออสเตรเลียซึ่งมีการปิดก่อนเวลาด้วย พบว่า การทำร้ายร่างกายและการบาดเจ็บโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Miller *et al.*, 2019) อย่างไรก็ตาม การประเมินผลกระทบของมาตรการดังกล่าวต่อพฤติกรรมการดื่มล่วงหน้าของลูกค้า (ตัวอย่างเช่น การดื่มก่อนไปสถานประกอบการเชิงพาณิชย์) ในย่านสถานบันเทิงยามค่ำคืนบางแห่ง พบผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน (Coomber *et al.*, 2018; Devilly *et al.*, 2019)

12.4.8 สรุป และข้อควรพิจารณา

หลักฐานบางอย่างได้ชี้ให้เห็นว่า การตรวจตราอย่างมีเป้าหมาย การรับผิดชอบกฎหมาย และการเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายและข้อกำหนดสามารถลดอันตรายในสถานที่ดื่ม โดยเพิ่มโอกาสให้สถานที่ที่มีการจัดการด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ดีให้ถูกตรวจจับและลงโทษ อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับเนื้อหา (content) ของโปรแกรมนั้น (รวมถึงระดับความรุนแรงของการลงโทษสำหรับการล่วงละเมิดต่าง ๆ) และการนำไปปฏิบัติจริง

แนวทางควบคุมร่วมกันแบบสมัครใจและกึ่งสมัครใจแสดงถึงความสำเร็จที่จำกัดในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรืออันตรายต่าง ๆ แต่อาจมีประโยชน์ในการทำให้นักเข้าใจมาตรฐานของพฤติกรรม สนับสนุนกระบวนการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สร้างช่องทางของการสร้างความร่วมมือ และเป็นเสมือนส่วนประกอบของกระบวนการ

บทที่ ๑๒ การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

ระดับชุมชนที่มีความครอบคลุม (comprehensive community approach) (Trollidal *et al.*, 2012) กระบวนการโดยสมัครใจอาจมีความสำคัญ หากการตรวจตราและการกำกับดูแลที่เป็นทางการหยั่งรากลึกลงไปในประเด็นการเหยียดเชื้อชาติและลัทธิล่าอาณานิคม ดังที่พบในกลุ่มร้าน Shebeens ในประเทศแอฟริกาใต้ (Drivdal and Lawhon, 2014)

กลยุทธ์การควบคุมอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น การออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง และ Lock outs ที่มีแนวโน้มที่ดี แต่ไม่มีหลักฐานว่า กลยุทธ์เหล่านี้สามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายได้ เช่นเดียวกับการเพิ่มการบังคับใช้และการตรวจตราเชิงรุก ผลกระทบส่วนหนึ่งอาจขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรง และความรวดเร็วของการลงโทษต่อการละเมิดหรือการกระทำที่ผิดกฎหมายนั้น

12.5 แนวทางการระดับชุมชนแบบครอบคลุม

แนวทางระดับชุมชนเพื่อเปลี่ยนแปลงบริบทการดื่มมักให้ความสำคัญกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจง (เช่น เมือง อำเภอ เขตของวิทยาลัย) และอาจขยายไปสู่การแก้ไขปัญหาที่กว้างกว่าการจัดการภายในสถานที่ ตัวอย่างเช่น ความปลอดภัยบนท้องถนน (เช่น แสงสว่าง การขนส่ง) เช่นเดียวกับการควบคุมที่มีหลายองค์ประกอบ กระบวนการแบบครอบคลุมระดับชุมชนจะรวมถึงองค์ประกอบในระดับต่าง ๆ (บุคคล สถานที่ การตรวจตรา และการกำกับดูแล) แต่แตกต่างกันตรงที่ กระบวนการชุมชนต้องการและจะเกิดพลังได้จากการทำงานร่วมกันซึ่งรวมถึงความมุ่งมั่น (commitment) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนด้วย

12.5.1 แนวทางแบบหลายองค์ประกอบทั้งชุมชน

โดยปกติ บุคคลหรือองค์กรหนึ่ง ๆ (ตัวอย่างเช่น ผู้ประสานงานระดับชุมชนสำหรับโครงการศึกษาวิจัย) จะรวมพลหน่วยงานพันธมิตรทั้งหน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น หน่วยงานด้านการกำกับดูแล (ตัวอย่างเช่น หน่วยงานออกใบอนุญาต) เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้จัดการสถานที่ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ความร่วมมือนี้เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินงาน

ที่ตัดสินใจไว้ มาตรการลักษณะนี้รวมถึงการฝึกอบรมพนักงานบาร์ (ตัวอย่างเช่น มาตรการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ การฝึกอบรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว) การเสริมการบังคับใช้กฎหมาย ความครอบคลุมด้านสื่อ และกิจกรรมการขับเคลื่อน

โครงการชุมชนที่รอบด้านส่วนใหญ่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก แต่ก็มีผลลัพธ์ที่สำคัญมากเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การทำให้ผลลัพธ์คงอยู่หลังจากโครงการสิ้นสุดยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ ตัวอย่างเช่น โครงการ The Rhode Island Community Alcohol Abuse/Injury Prevention ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Putnam *et al.*, 1993) ที่สามารถลดปัญหาอุบัติเหตุทางรถยนต์และการทำร้ายร่างกาย แต่ข้อมูลจากการติดตามระบุว่า การเสริมการบังคับใช้กฎหมายซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงการไม่ได้ถูกดำเนินการต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดโครงการ (Stout *et al.*, 1993)

โครงการ Surface Paradise Safety Action Project (Homel *et al.*, 1997) และโครงการอื่นที่เลียนแบบโครงการนี้ (Hauritz *et al.*, 1998a) ถูกออกแบบมาเพื่อลดความรุนแรงและความไม่สงบเรียบร้อยในสังคมน ซึ่งสัมพันธ์กับการมีสถานประกอบการที่มีใบอนุญาตหนาแน่นสูงในหลายพื้นที่ในประเทศออสเตรเลีย โครงการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดวิถีปฏิบัติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดความรุนแรงลงอย่างมาก (Hauritz *et al.*, 1998b) แต่เช่นเดียวกับโครงการ Rhode Island ผลการดำเนินการของโครงการดังกล่าวก็ไม่สามารถคงอยู่ได้ในระยะยาว (Graham and Homel, 2008)

โครงการที่เน้นเรื่องความปลอดภัยช่วงสุดสัปดาห์ใน 10 ชุมชน ประเทศออสเตรเลีย มีการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การประสานงานภายในชุมชน การเพิ่มการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ตำรวจ แรงกดดันจากนายกเทศมนตรี (major) และการเพิ่มความสามารถในการสอดส่อง (visibility) ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนในกลุ่มควบคุมอีก 10 แห่ง ผลการประเมิน พบว่า การล่องละเมิดทางเพศที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างในกรณีจำนวนการทำร้ายร่างกายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในภาพรวม (Navarro *et al.*, 2013)

โครงการ STAD (Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems) ในประเทศสวีเดนเป็นโครงการระดับชุมชนที่ประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืนมากที่สุดจนถึงปัจจุบัน (Wallin *et al.*, 2002, 2003, 2005) ตามที่อธิบายไว้ในกล่องข้อความที่ 12.2 โครงการนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในวิถีปฏิบัติของการให้บริการเครื่องดื่ม

บทที่ 12 การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

แอลกอฮอล์ และลดความรุนแรงลงอย่างมาก ความสำเร็จของ STAD ดูเหมือนจะเป็นผลมาจากกรอบเวลาการดำเนินงานที่ยาวนาน การมีส่วนร่วมสูงจากผู้นำหลักและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความต่อเนื่องของมาตรการต่าง ๆ รวมถึงการฝึกอบรม การบังคับใช้การออกใบอนุญาตและการตรวจตราที่ยั่งยืน และความครอบคลุมด้านสื่อที่นำเสนอความก้าวหน้าของโครงการ (Wallin *et al.*, 2004)

การวิเคราะห์การนำ STAD ไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่เป็นพื้นที่นอกบริบทการทดลองเดิม ในประเทศสวีเดนระหว่างปี ค.ศ. 1996 ถึง 2009 (Trolldal *et al.*, 2012) พบว่า การใช้ความรุนแรงจากการบันทึกของทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าผลกระทบมีขนาดน้อยกว่าของโครงการ STAD เดิม และการลดลงของการใช้ความรุนแรงนี้มีนัยสำคัญในเฉพาะชุมชนขนาดเล็กเท่านั้น การวิเคราะห์องค์ประกอบหลักของโครงการ (การฝึกอบรมการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ กลุ่มกำกับทิศทาง (steering group) การเสริมการบังคับใช้กฎหมาย) พบว่า ทั้งสามส่วนเกี่ยวข้องกับการลดลงของการใช้ความรุนแรง แต่มีเพียงกลุ่มกำกับทิศทางเท่านั้นที่มีนัยสำคัญและการศึกษาต่อมาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของความพยายามระดับท้องถิ่นในการป้องกันปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตเทศบาลหลายแห่งของประเทศสวีเดน พบว่า ระดับความพยายามในการป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการออกใบอนุญาตจำหน่ายที่น้อยลงและการตรวจสอบที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอันตรายที่รวมถึงการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Nilsson *et al.*, 2020) โครงการที่คล้ายกับ STAD ได้ถูกใช้เป็นโครงการนำร่องในประเทศฟินแลนด์ (PAKKA) และพบว่า การให้บริการแก่ลูกค้าที่มีอาการเมาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในประเด็นการใช้ความรุนแรง (Warpenius *et al.*, 2010)

กล่องข้อความที่ 12.2 โครงการป้องกันปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดในเมืองสตอกโฮล์ม (Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems (STAD) project)

เป็นโครงการ 10 ปีที่ถูกนำมาใช้ทางตอนเหนือของเมืองสตอกโฮล์มตอนกลาง (มีสถานบริการที่มีใบอนุญาตจำนวน 550 แห่ง) พร้อมกับมีพื้นที่ทางตอนใต้ทำหน้าที่เป็นพื้นที่ควบคุม (มีสถานบริการจำนวน 270 แห่ง) ส่วนแรกของโครงการ ประกอบด้วย การ

สำรวจสถานที่ ที่มีใบอนุญาตและขอบเขตการให้บริการแก่บุคคลที่มีอาการมินเมา การดำเนินการของโครงการนี้ได้กลุ่มผู้นำที่สำคัญที่เป็นตัวแทนจากสภาเทศบาล (county council) คณะกรรมการออกใบอนุญาต เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และตัวแทนจากบาร์และร้านอาหาร มาตรการในโครงการนี้ประกอบด้วย (1) หลักสูตรฝึกรวม 2 วันเกี่ยวกับการบริการเครื่องดื่มฯ อย่างรับผิดชอบและการจัดการความขัดแย้งสำหรับพนักงาน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าของร้าน และ (2) การเสริมการบังคับใช้กฎหมายโดยคณะกรรมการการออกใบอนุญาตและเจ้าหน้าที่ตำรวจ ขั้นตอนที่สำคัญของโครงการ คือ การลงนามในข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยเจ้าหน้าที่ระดับสูง โดยระบุถึง ความรับผิดชอบในการดำเนินงานส่วนต่าง ๆ ของมาตรการที่จะต้องกระจายกันระหว่างองค์กรที่เข้าร่วม (Wallin *et al.*, 2004)

โครงการนี้เห็นได้ว่า ก่อให้เกิดผลกระทบเมื่อเวลาผ่านไป การปฏิเสธที่จะให้บริการแก่ผู้ที่มีอาการมินเมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในปี ค.ศ. 1996 เป็นร้อยละ 47 ในปี ค.ศ. 1999 และร้อยละ 70 ในปี ค.ศ. 2001 (Wallin *et al.*, 2002, 2005) แม้ว่าการปฏิเสธการให้บริการเครื่องดื่มฯ จะดีขึ้นด้วยในพื้นที่ควบคุมเช่นกัน แต่พบว่า สถานที่ที่ผ่านการฝึกรวมจาก RBS มีอัตราการปฏิเสธสูงกว่า จากการติดตามผลเป็นระยะเวลา 20 ปี พบว่า ลูกค้ายกเลิก (นักแสดงที่แกล้งทำเป็นมีอาการมินเมา) ร้อยละ 77 ถูกปฏิเสธการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เทียบกับร้อยละ 5 ที่เป็นข้อมูลอ้างอิงในปี ค.ศ. 1996 และร้อยละ 70 ในปี ค.ศ. 2001 (Gripenberg *et al.*, 2017)

อาชญากรรมรุนแรงลดลงประมาณร้อยละ 29 ในพื้นที่ที่มีมาตรการ ส่วนในพื้นที่ควบคุมมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Wallin *et al.*, 2003) หลังจากนั้น ได้ทำการวิเคราะห์อีกครั้ง พบว่า ผลกระทบของโครงการในด้านความรุนแรงมีนัยสำคัญอย่างยิ่ง (Norström and Trolldal, 2013) การวิเคราะห์ที่ยังชี้ให้เห็นว่า การลงทุนของโปรแกรมโดยรวมมีความคุ้มค่า (Månsdotter *et al.*, 2007)

ความสำเร็จของโครงการดูเหมือนจะสูงมาก เนื่องจาก การดำเนินการเป็นระยะเวลานาน 10 ปี การสนับสนุนจากสมาชิกของกลุ่มปฏิบัติการโดยเฉพาะประธานของคณะกรรมการออกใบอนุญาต ความครอบคลุมด้านสื่อเชิงบวก การมีหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพที่ได้จากข้อมูลการวิจัย มีความต่อเนื่อง และแม้แต่การบังคับใช้กฎหมายที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

12.5.2 โครงการ STAD ในยุโรป

จากความสำเร็จของโครงการ STAD จึงมีการดำเนินโครงการในหลายประเทศ ซึ่งให้ความสำคัญกับประเด็นการดื่มหนักในคนหนุ่มสาว แต่ละประเทศจาก 7 ประเทศที่เข้าร่วมได้แก้ปัญหาค่าการดื่มสุราของคนหนุ่มสาวในรูปแบบต่าง ๆ และในสถานที่ดื่มที่แตกต่างกัน (เช่น สถานที่ที่มีใบอนุญาต งานเทศกาล สถานที่สาธารณะ เช่น ถนนและสวนสาธารณะ พื้นที่ส่วนบุคคล เช่น บ้าน) กระบวนการระดับชุมชนที่มีความครอบคลุม ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนเหมือนกันทุกประเทศ ได้แก่ (1) กำหนดพื้นที่ดำเนินการและกลุ่มเป้าหมาย (2) มอบหมายผู้ประสานงาน (3) เชื่อมต่อกับชุมชน (4) ประเมินความต้องการ (5) ก่อตั้งภาคีและขับเคลื่อนชุมชน (6) ดำเนินการฝึกอบรมและการบังคับใช้กฎหมาย และ (7) ติดตามและประเมินผล (หน้า 25, http://stadineurope.eu/wp/wp-content/uploads/2019/04/StadInEurope_manual.pdf)

ขอบเขตการสนับสนุนของชุมชนสำหรับโครงการ STAD ในยุโรป (SiE) แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (<http://stadineurope.eu/project/>) ไม่มีโครงการใดได้รับการสนับสนุนในระยะยาวสูงเท่ากับโครงการ STAD ดันตำรับเลย ตัวอย่างเช่น โครงการในประเทศสโลวีเนียมีเจ้าของสถานบริการมาเข้าร่วมการอบรมเพียงเล็กน้อย และเจ้าหน้าที่ตำรวจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการ จึงไม่น่าแปลกใจที่โครงการไม่มีผลกระทบเกิดขึ้น ผลเบื้องต้นของการดำเนินโครงการที่เน้นเฉพาะบริบทการดื่มชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกสำหรับผลลัพธ์บางอย่าง แต่ไม่ใช่สำหรับผลลัพธ์อื่น ๆ (Durbeej *et al.*, 2016; Quigg *et al.*, 2018; Elgán *et al.*, 2021) Quigg และคณะ (2019) ได้ระบุปัจจัยที่ทั้งสนับสนุนและเป็นอุปสรรคสำหรับดำเนินมาตรการ แม้ว่าโครงการต่าง ๆ จะแสดงให้เห็นถึงหลักฐานที่สนับสนุนว่า การดำเนินงานตามแบบโครงการ STAD ในบริบททางวัฒนธรรมอื่น ๆ (โดยเฉพาะสถานบันเทิงที่ให้บริการยามค่ำคืน สถานที่จัดงานเทศกาล และงานการศึกษา) มีความเป็นไปได้ ขณะนี้ก็ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่สามารถแสดงประสิทธิผลและความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกับความสำเร็จของโครงการ STAD ได้

12.5.3 แนวทางระดับชุมชนที่มุ่งประชากรเป้าหมายกลุ่มเฉพาะเจาะจง

โครงการ Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project (SNAPP) ได้ประเมินประสิทธิผลของกระบวนการระดับชุมชนใน 2 ย่านที่มีอาชญากรรมสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา (Treno *et al.*, 2007) การศึกษาพบว่า การให้บริการแก่ผู้เยาว์ลดลง แต่การให้บริการแก่ผู้มีความเสี่ยงไม่ลดลง และเหตุอาชญากรรมลดลงเมื่อเทียบกับชุมชนอื่น ๆ (ข้อค้นพบอันหลังนี้อาจเป็นเพราะว่า ชุมชนทดลองมีอัตราอาชญากรรมสูงในตอนเริ่มต้น ซึ่งทำให้ง่ายกว่าที่จะเห็นการลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนควบคุมที่มีอัตราอาชญากรรมต่ำอยู่แล้วในตอนเริ่มต้น)

โครงการ Neighborhoods Engaging with Students (NEST) นำโดยกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย การเสริมการบังคับใช้กฎหมาย การให้ความรู้ และกิจกรรมเพื่อลดงานสังสรรค์ที่ก่อความวุ่นวายภายนอกวิทยาเขตในเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา (Saltz *et al.*, 2009) การประเมินพบว่า การดื่มหนักและขาดเรียนหรือขาดงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลลัพธ์อื่นๆ ไม่มีนัยสำคัญ กระบวนการระดับชุมชนที่คล้ายกันในประเทศสวีเดนที่เน้นที่งานสังสรรค์ของนักเรียนนักศึกษาโดยเฉพาะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเข้ารับบริการในแผนกห้องฉุกเฉินเนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ (Ramstedt *et al.*, 2013)

12.5.4 สรุป

โครงการแบบครอบคลุมในชุมชน (Comprehensive community projects) ที่ให้ความสำคัญกับบริบทการดื่มได้พิสูจน์แล้วว่า เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นเพราะว่า กระบวนการที่มีหลายองค์ประกอบนี้สามารถจัดการกับองค์ประกอบหลายอย่างในทฤษฎีการป้องกันอาชญากรรม (Comish and Clarke, 2003) ซึ่งรวมทั้งความจำเป็นในการขยายบทบาทของผู้ปกครอง การยับยั้งสถานการณ์ต่าง ๆ และการขจัดตัวกระตุ้นของปัญหาความรุนแรงและปัญหาอื่น ๆ ใดๆ ก็ตาม โครงการเหล่านี้ต้องมีความมุ่งมั่นระยะยาว รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่เพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมาก แม้ว่าจะมีการศึกษาหนึ่งพบว่า การลงทุนในการป้องกันแบบนี้มีประสิทธิผลคุ้มทุนก็ตาม (Månsdotter *et al.*, 2007)

เนื่องจากโครงการระดับชุมชนประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ จึงเป็นไปได้ที่จะระบุว่า มาตรการหลายองค์ประกอบแบบใดมีประสิทธิผลสูงสุด การผสมผสานขององค์ประกอบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดก็มักจะแตกต่างกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมสำหรับโครงการ Rhode Island และโครงการ STAD การเสริมการบังคับใช้กฎหมายดูเหมือนจะเป็นกุญแจสำคัญ ในทางกลับกัน การบังคับใช้กฎหมายมีบทบาทน้อยกว่าในโครงการของรัฐควีนส์แลนด์ (Graham and Homel, 2008) ซึ่งมีองค์ประกอบด้านอื่น ๆ เป็นกุญแจสำคัญ ตัวอย่างเช่น การฝึกอบรมพนักงาน แรงกดดันทางสังคมต่อผู้มีใบอนุญาต การมีส่วนร่วมของชุมชน และการผสมผสานระหว่างการควบคุมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ในโครงการระดับชุมชนแบบครอบคลุม องค์ประกอบแต่ละส่วนสามารถสร้างเสริมและส่งเสริมซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการสนับสนุนจากระดับสูง การประสานงานอย่างแข็งขัน และการประชาสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ ตัวอย่างเช่น การฝึกอบรมการบริการอย่างรับผิดชอบอาจมีประสิทธิผลมากขึ้น หากมีการบังคับใช้กฎระเบียบที่มีการสื่อสารที่ดีต่อสาธารณะ นอกจากนี้ เช่นเดียวกับแนวทางการป้องกันทั่วไป สิ่งสำคัญคือชุมชนควรใช้มาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ให้มากที่สุด

ข้อจำกัดของกระบวนการระดับชุมชนแบบครอบคลุม คือ ต้องอาศัยกระบวนการเชิงการเมืองในการริเริ่มและดำเนินการมาตรการต่าง ๆ แม้ว่าการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าโดยทั่วไปชุมชนให้การสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tindall *et al.*, 2016; Skoglund *et al.*, 2017) แต่สถานที่ดื่มเชิงสังคมมักให้ผลประโยชน์ทางการเงินและสังคมที่ชุมชนไม่อยากจะสูญเสียไป ดังนั้น ชุมชนอาจเต็มใจที่จะดำเนินการก็ต่อเมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีความชัดเจนเพียงพอเท่านั้น ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการเสียชีวิตหรือการลวนลามทางเพศเกิดขึ้นในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตจนเป็นที่รับรู้กัน การดำเนินมาตรการที่มีเป้าหมายเดียวชัดเจนมักง่ายกว่ากระบวนการระดับชุมชนแบบครอบคลุมที่เป็นเสมือนการให้คำมั่นในระยะยาว (long-term commitment) แม้กระบวนการแบบครอบคลุมจะมีโอกาสมากกว่าที่จะได้ผลกระทบบก็ตาม

12.6 unสรุป

มาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมการดื่มเป็นที่นิยม และมีแนวโน้มว่า จะเป็นเช่นนั้นต่อไป อย่างไรก็ตาม มาตรการเหล่านี้ไม่ได้ทำงานได้เหมือนอย่างที่ “ยกลงมา จากหิ้ง” (“off-the-shelf”) แต่จะต้องอาศัยความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนโดยอิงจาก ลักษณะพื้นฐานและหลักการสำคัญที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแตกต่างกันไป ตามลักษณะและรูปแบบการดำเนินการเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับบริบทสำหรับการดำเนิน มาตรการด้วย

ตามที่อยู่อาศัยไว้ในบทนี้ มาตรการที่มีจุดประสงค์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องจะถูกดำเนินการในระดับที่แตกต่างกันภายในบริบทนั้น ได้แก่ ระดับผู้ดื่มแต่ละคน สถานที่ดื่ม และสภาพแวดล้อมด้านการตรวจจับ และกฎระเบียบ ดังที่สรุปในตารางที่ 12.1 การดำเนินการแต่ละระดับมีทั้งข้อดีและข้อเสีย

ประสิทธิผลของมาตรการจะแตกต่างกันไปตามเนื้อหาของมาตรการ วิธีดำเนินการ และบริบททางวัฒนธรรมซึ่งมาตรการนั้นถูกนำไปใช้ ตัวอย่างเช่น ผลของการเสริมการ บังคับใช้กฎหมายโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจอาจแตกต่างกันไปตามระดับการลงโทษผู้ละเมิดหรือ กระทำผิด ความสม่ำเสมอของการดำเนินการ และบริบททางวัฒนธรรมที่เจ้าหน้าที่ ตำรวจนำมาตรการไปดำเนินการ การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจเป็นกุญแจสำคัญในบาง มาตรการ มาตรการที่เน้นสถานที่ประสบความสำเร็จได้ยาก ถ้าหากการมีส่วนร่วมขัดแย้ง กับวัฒนธรรมของสถานที่ หรือก่อให้เกิดการเสียผลประโยชน์ทางการเงิน (Moore *et al.*, 2012) ในทำนองเดียวกัน การสนับสนุนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักมีความสำคัญต่อ ความสำเร็จของกระบวนการแบบครอบคลุมระดับชุมชน

ตารางที่ 12.1 ข้อดีและข้อเสียของมาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มตามระดับจุดเน้นของมาตรการ

ระดับจุดเน้นของมาตรการ	ข้อดี	ข้อเสีย
1. บุคคลในบริบทการดื่ม	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถปรับใช้ได้กับบริบทการดื่มทางสังคมที่หลากหลาย • แก้ปัญหาจากความรุนแรงทางเพศตลอดจนความรุนแรงด้านเพศในรูปแบบอื่น ๆ • มุ่งตรงไปที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน เช่น คนหนุ่มสาว • เป็นการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้อื่นในกลุ่มที่มีการดื่ม 	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้ทรัพยากรสูงเมื่อเทียบกับจำนวนคนที่ได้รับผล • มีการประเมินผลกระทบขั้นสุดทำให้อันตรายและความยั่งยืนเพียงเล็กน้อย
2. สถานที่ดื่ม	<ul style="list-style-type: none"> • มาตรการหลายอันได้รับการประเมินอย่างเข้มข้นแล้ว • สามารถกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนสำหรับการให้บริการของพนักงานบริการและการบริหารจัดการ • สามารถนำไปใช้ร่วมกับมาตรการในระดับอื่น ๆ เช่น การบังคับใช้กฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> • อาจไม่ได้ผล เว้นแต่จะรวมกับมาตรการอื่น ๆ เช่น การบังคับใช้กฎหมาย • การดำเนินการอาจได้รับผลกระทบจากวัฒนธรรมของพนักงานเสิร์ฟและนักดื่ม • ผลกระทบอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไปหากไม่มีการสนับสนุนต่อ
3. การควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถสร้างสภาพแวดล้อมและวิถีปฏิบัติที่มีอันตรายน้อยและสามารถยับยั้งหรือลดโทษสิ่งที่เป็นอันตรายมากกว่า • สามารถสะท้อนมาตรฐานและความคาดหวังของชุมชน • สามารถกำหนดปัจจัยเสี่ยงที่จำเพาะในสถานที่ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลกระทบอาจขึ้นอยู่กัปลักษณะของการลงโทษ • เจตจำนงทางการเมืองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความยั่งยืน

ตารางที่ 12.1 ข้อดีและข้อเสียของมาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มตามระดับจุดเน้นของมาตรการ (ต่อ)

ระดับจุดเน้นของมาตรการ	ข้อดี	ข้อเสีย
4. มาตรการชุมชนแบบครอบคลุม ^a	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถสร้างประโยชน์มหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากหน่วยงานกำกับดูแลระดับสูงมีความมุ่งมั่นระยะยาว • เอื้อให้เกิดการประสานใช้มาตรการต่าง ๆ ร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> • อาจเป็นเรื่องยากที่จะได้รับการสนับสนุนระยะยาวจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก • มักต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก
5. มาตรการที่เน้นบริบทโดยทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น • สามารถเน้นที่สถานที่หรือบริบทที่มีปัญหา • สามารถกำหนดอันตรายที่จำเพาะ (ตัวอย่างเช่น เม้าส์ซัป ความรุนแรงทางเพศ การบาดเจ็บ) ได้ง่ายกว่ามาตรการอื่น ๆ เช่น ภาษีและราคา • สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับวัฒนธรรมที่แตกต่างและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในกรณีวัฒนธรรมเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> • ประสิทธิภาพจะขึ้นอยู่กับเนื้อหา การนำไปปฏิบัติ และวัฒนธรรม ดังนั้น ผลการประเมินจากบริบทหนึ่งไม่ได้หมายความว่า จะได้ผลในอีกบริบทหนึ่ง • โดยทั่วไป ต้องใช้ทรัพยากรมากกว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายแบบง่าย ๆ ตัวอย่างเช่น ราคาหรือชั่วโมงขาย

^a รวมข้อดีและข้อเสียจากอีกสามระดับ

แม้จะมีข้อจำกัดในงานวิจัยประเมินผล แต่ก็มีข้อสรุปบางประการเกี่ยวกับประสิทธิผลของแต่ละมาตรการ ตารางที่ 12.2 แสดงการให้คะแนนประสิทธิผลของมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความหนักแน่นของงานวิจัยที่ใช้สำหรับการให้คะแนน ควรสังเกตว่าผลลัพธ์ระหว่างทาง (Intermediate outcomes) ไม่ได้ถูกแสดงในตารางนี้ ตัวอย่างเช่น การประเมินโครงการให้บริการเครื่อง

บทที่ 12 การปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม: การลดอันตรายในสถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาตและในบริบทอื่น

ดื่มแอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ แสดงให้เห็นประสิทธิผลเชิงบวกที่ค่อนข้างน่าเชื่อถือต่อความรู้หรือพฤติกรรมของพนักงานเสิร์ฟ แต่พบหลักฐานไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับประสิทธิผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 12.2 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม^c

ยุทธศาสตร์หรือมาตรการ	ประสิทธิผล	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ	ข้อคิดเห็น
มาตรการที่เน้นกลุ่มเพื่อน	+/0	+	ลดการตกเป็นเหยื่อทางเพศของผู้หญิง เพิ่มการปกป้องผู้อื่น และลดความก้าวร้าวบางรูปแบบ แต่ไม่มีผลกระทบต่อความก้าวร้าวทั่วไป ที่ข้อค้นพบด้านผลกระทบต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังผลมผลล้น
บริการช่วยเหลือคนเข้าสถานบันเทิงยามวิกาลขณะออกจากสถานบันเทิง	?	+	การวิจัยที่จำกัด ผลกระทบขนาดเล็กที่พบจากการศึกษาสองเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์บางอย่างเท่านั้น แม้ว่าผลลัพธ์จะมีแนวโน้มที่ดี แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะสามารถบอกได้ว่า มีประสิทธิภาพเชิงบวก เนื่องจากผลการศึกษาไม่มีความสอดคล้องกัน ความแตกต่างของลักษณะโครงการและการวิจัยที่ศึกษาก็มีจำนวนค่อนข้างน้อย
การฝึกอบรมพนักงานและการจัดการและนโยบายภายในของสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับบริการเครื่องดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ (RBS)	0	+++	มาตรการหรือโครงการส่วนใหญ่ สามารถเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติในระยะสั้นได้ แม้ว่ามาตรการบางอย่างจะแสดงการลดการบริโภคหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรวมกับการบังคับใช้กฎหมายหรือเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางชุมชนที่มีความครอบคลุมผลกระทบต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงไม่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้มาตรการ RBS เพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 12.2 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม^c (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ หรือ มาตรการ	ประสิทธิผล	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ	ข้อคิดเห็น
การฝึกอบรมพนักงานและผู้จัดการเพื่อจัดการความรุนแรงได้ดียิ่งขึ้น	+	+	หลักฐานของผลกระทบต่อความก้าวร้าวได้มาจากการศึกษาแบบ randomized controlled เพียงศึกษาเดียวเท่านั้น และผลสนับสนุนจากองค์ประกอบหลากหลายของโครงการระดับชุมชนที่มี
มาตรการเพื่อแก้ไขบริบทการดื่มในสถานที่เล่นกีฬา/งานกีฬาและในเทศกาลต่าง ๆ	0	+	การฝึกอบรมของ RBS และนโยบายในสถานที่เล่นกีฬาสามารถเปลี่ยนความรู้และนโยบายของสถานที่ได้ หลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความชัดเจน
การบังคับใช้กฎหมายในสถานที่ขายและข้อกำหนดทางกฎหมายและการตรวจตราเชิงรุก	+	++	ผลกระทบต่อเชิงบวกต่อการบริโภคและอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และการขับขี่ยานพาหนะ แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อทุกผลลัพธ์ ผลกระทบอย่างยั่งยืนนั้นขึ้นอยู่กับเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ
การตรวจจับอย่างมีเป้าหมาย	+	++	ผลลัพธ์เชิงบวกบางอย่างจากการใช้แนวทาง “การดื่มครั้งสุดท้าย” ต่อความผิดเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และการบาดเจ็บ ซึ่งมีศักยภาพที่จะเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่ไม่มีผลกระทบต่อของการตรวจตราที่จุดเสี่ยงสูง (hotspot policing) ผลกระทบอาจขึ้นอยู่กับลักษณะของมาตรการกับร้านเป้าหมาย

ตารางที่ 12.2 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ หรือ มาตรการ	ประสิทธิผล	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ	ข้อคิดเห็น
ความร่วมมือและ/หรือการกำกับดูแลแบบสมัครใจและแบบกึ่งสมัครใจ	0	+	ไม่ได้ผลเมื่อดำเนินการแบบสมัครใจอย่างเคร่งครัด แต่อาจเป็นฐานให้พัฒนาต่อไปหากทางเลือกอื่นไม่สามารถทำได้
ความรับผิดชอบกฎหมายของพนักงาน ผู้จัดการ และเจ้าของสถานที่ที่ได้รับใบอนุญาต	++	+	เห็นผลกระทบต่อตัวแปรผลลัพธ์ด้านการจับขี้ผึ้งที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ผลกระทบหนักแน่นขึ้นหากมีการประชาสัมพันธ์การรับผิดชอบต่อสาธารณะ การวิจัยจำกัดเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา
แนวทางการกำกับดูแลมุ่งเน้นการดื่มในที่สาธารณะ (เช่น การห้ามเข้า (lockout) การจำกัดเครื่องดื่มในช่วงดึก)	?	+	ข้อค้นพบหลากหลาย โดยไม่มีหลักฐานที่แน่นอนว่า เป็นประสิทธิผลของมาตรการนี้เพียงมาตรการเดียวในการลดความรุนแรงและปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ โดยปกติแล้ว มักจะเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการที่มีหลายองค์ประกอบ
แนวทางระดับชุมชนที่มีส่วนประกอบที่หลากหลายเพื่อก่อให้เกิดการดำเนินการและการบังคับใช้นโยบายที่มีประสิทธิภาพ	+/?	++	โครงการในประเทศสวีเดน ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศออสเตรเลียแสดงให้เห็นการลดลงของความรุนแรงและปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีผลกระทบต่อการใช้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประยุกต์ใช้แนวทางนี้ในบริบทการดื่มของคนหนุ่มสาวในยุโรปให้ผลที่หลากหลาย ขอบเขตของผลกระทบขึ้นอยู่กับคุณภาพและความเข้มข้นของมาตรการและการยอมรับของท้องถิ่น (Local buy-in) และความยั่งยืนยังเป็นเรื่องยากที่จะสามารถบรรลุได้

ตารางที่ 12.2 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของกลยุทธ์และมาตรการปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม^c (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ หรือ มาตรการ	ประสิทธิผล	ความหนักแน่น ของหลักฐาน ทางวิชาการ	ข้อคิดเห็น
แนวทางด้าน ชุมชนที่เน้นกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะ	+	+	การวิจัยที่จำกัดแสดงให้เห็นผลกระทบ เชิงบวกบางประการต่อการบริโภคและ ปัญหาต่าง ๆ

^a 0 หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่าไม่มีประสิทธิผล (มาตรการถูกประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์); + หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคและผลกระทบ; ++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลปานกลางต่อการบริโภคและผลกระทบ; +++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลมากต่อการบริโภคและผลกระทบ; ? มีหนึ่งการศึกษาหรือมากกว่าที่ศึกษาแต่ยังไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปได้

^b 0 ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล; + มีการศึกษาคุณภาพสูงเกี่ยวกับประสิทธิผลจำนวน 1-2 การศึกษา; ++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากกว่า 2 การศึกษา แต่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่มีการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง; +++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากเพียงพอที่สามารถนำมาทบทวนวรรณกรรมหรือวิเคราะห์อภิमानโดยที่มีบางการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

^c ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่  Online Appendix 1

ดังที่แสดงในตาราง มีหลักฐานว่า มาตรการที่เน้นเฉพาะบุคคลและสถานที่บาง มาตรการ (เช่น มาตรการสำหรับกลุ่มเพื่อน การฝึกอบรมเพื่อป้องกันการแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าว) มีผลกระทบที่น่าพอใจต่อการแก้ปัญหาจากแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม มาตรการ ในระดับเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะใช้ทรัพยากรมาก และจะขึ้นอยู่กับคุณภาพและการดำเนินการ ของมาตรการนั้น ตลอดจนปัจจัยทางวัฒนธรรมและบริบทอื่น ๆ

กระบวนการตรวจตราต่าง ๆ (การเพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจตรา อย่างมีเป้าหมาย) ได้แสดงให้เห็นผลกระทบเชิงบวกบางอย่างแต่ต้องใช้ต้นทุนในระดับ ปานกลาง และผลกระทบไม่น่าจะยั่งยืนได้เว้นแต่จะรวมเข้ากับการปฏิบัติงานประจำของ เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ดำเนินอยู่ แนวทางการกำกับดูแลที่ให้พนักงานต้องรับผิดชอบตาม กฎหมายต่อปัญหาที่เกิดจากลูกค้าหรือบุคคลที่ตนให้บริการนั้นมีความสัมพันธ์กับการลดลง

ของปัญหาจากแอลกอฮอล์ แต่ไม่พบหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลในพื้นที่อื่น ๆ นอกจากประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนกระบวนการโดยสมัครใจและการกำกับดูแลที่มีเป้าหมายต่อบริบทการดื่มโดยเฉพาะไม่พบหลักฐานที่แสดงถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน

กระบวนการระดับชุมชนแบบครอบคลุมเป็นมาตรการเดียวเท่านั้นที่มีขนาดผลกระทบ (effect size) ใหญ่ แต่ดังที่แสดงโดยโครงการ STAD ในยุโรป กระบวนการเหล่านี้สามารถประสบความสำเร็จได้จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และรวมถึงต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่มีประสิทธิภาพ มีโครงการชุมชนเพียงไม่กี่โครงการที่ประสิทธิผลมีความยั่งยืนในระยะยาว

สำหรับมาตรการที่เน้นบริบทหลายมาตรการ ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางนั้นยังค่อนข้างจำกัด มาตรการส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงประชากรส่วนใหญ่ได้ แม้ว่าจะสามารถเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้

แม้ว่าจะมีข้อจำกัดด้านประสิทธิผลและการเข้าถึงประชากร แต่ก็ยังมีข้อดีที่สำคัญ บางประการของมาตรการที่ให้ความสำคัญกับการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ/หรือปัญหาจากแอลกอฮอล์โดยการปรับเปลี่ยนบริบทการดื่ม ข้อดีเหล่านี้รวมถึงการที่มาตรการสามารถกำหนดสถานที่เป้าหมายและประเภทของอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้ โดยเฉพาะ นอกจากนี้ ยังสามารถประยุกต์ใช้แนวทางที่หลากหลายได้ในเวลาเดียวกัน (เช่น การฝึกอบรม การบังคับใช้กฎหมาย การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม) การผสมผสานของมาตรการต่าง ๆ สามารถออกแบบให้นำไปใช้สำหรับการตอบสนองความต้องการที่มีความเฉพาะของแต่ละชุมชน สุดท้าย กระบวนการส่วนใหญ่ที่กำหนดเป้าหมายต่อบริบทการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงเป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมส่วนใหญ่ และอาจนำไปใช้ได้ง่ายกว่ากลยุทธ์อื่น ๆ ตัวอย่างเช่น การเก็บภาษีที่สูงขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการเพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุราจึงเป็นองค์ประกอบที่มีประโยชน์ในกลยุทธ์เพื่อการป้องกันปัญหาจากแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

- Banyard VL, Moynihan MM, Cares AC, Warner, R. (2014) How do we know if it works? Measuring outcomes in bystander-focused abuse prevention on campuses. *Psychology of Violence* 4(1), 101-115.
- Bennett, S. & Banyard, V.L. (2016). Do friends really help friends? The effect of relational factors and perceived severity on bystander perception of sexual violence. *Psychology of Violence*, 6(1), 64-72.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N., & Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance use & misuse*, 46(13), 1569-1591.
- Brennan, I., Moore, S. C., Byrne, E., & Murphy, S. (2011). Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989-2009. *Addiction* (Abingdon, England), 106(4), 706-713.
- Brooks, A. T., Johnson, M., & Kelley-Baker, T. (2013). Adapting the safeNights intervention to college campuses. *American Journal of Health Studies*, 28(3), 101-108.
- Buka, S. L. & Birdthistle, I. J. (1999). Long-term effects of a community-wide alcohol server training intervention. *Journal of studies on alcohol*, 60(1), 27-36.
- Burns, L., Flaherty, B., Ireland, S., & Frances, M. (1995). Policing pubs: what happens to crime?. *Drug and alcohol review*, 14(4), 369-375.
- Bushman, B. J. (1997). Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed explanations. In: Galanter, M., (ed.). *Recent developments in alcoholism* (pp. 227-243). Springer.
- Buvik, K. & Baklien, B. (2016). 'Girls will be served until you have to carry them out': gendered serving practices in Oslo. *Addiction Research and Theory* 24(1), 17-24.
- Buvik, K., & Rossow, I. (2017). Server Training at Drinking Establishments: A Sisyphean Task? A Commentary on Toomey et al. (2017). *Journal of studies on alcohol and drugs*, 78(2), 276-277.
- Buvik, K. & Tutenges, S. (2017). Bartenders as street- level bureaucrats: theorizing server practices in the nighttime economy. *Addiction Research and Theory*, 26(3), 230-237.

- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Bourdeau, B., Johnson, M. B., Buller, D. B., Berteletti, J., & Rogers, V. A. (2019). Prevention of alcohol and other drug overuse among nightclub patrons: a randomized trial of a group-based mobile intervention at nightclubs. *Journal of studies on alcohol and drugs, 80(4)*, 423-430.
- Cavan, S. (1966). Bar sociability. In: Cavan, S., (ed.). *Liquor license: an ethnography of a bbar*. (pp. 49-87). Aldine.
- Charman AJ, Petersen LM, and Govender T (2014) Shebeens as spaces and places of informality, enterprise, drinking and sociability. *South African Geographical Journal, 96*, 31-49.
- Charman AJ, Petersen LM, and Piper L (2013) Enforced informalisation: the case of liquor retailers in South Africa. *Development Southern Africa, 30(4-5)*, 580-595.
- Coomber, K., Zahnow, R., Ferris, J., Droste, N., Mayshak, R., Curtis, A., Kypri, K., de Andrade, D., Grant, K., Chikritzhs, T., Room, R., Jiang, H., Taylor, N., Najman, J., & Miller, P. (2018). Short-term changes in nightlife attendance and patron intoxication following alcohol restrictions in Queensland, Australia. *BMC public health, 18(1)*, 1185.
- Cornish, D. B., & Clarke, R. V. (2003). Opportunities, precipitators and criminal decisions: a reply to Wortley's critique of situational crime prevention. In: Smith, M. & Cornish, D., (eds.). *Theory for practice in situational crime prevention*. (pp. 41-96). Criminal Justice Press.
- Curtis, A., Bowe, S. J., Coomber, K., Graham, K., Chikritzhs, T., Kypri, K., & Miller, P. G. (2019a). Risk-based licensing of alcohol venues and emergency department injury presentations in two Australian states. *The International journal on drug policy, 70*, 99-106.
- Curtis, A., Droste, N., Coomber, K., Guadagno, B., Mayshak, R., Hyder, S., Hayley, A., Crossin, R., Scott, D., Smith, K., & Miller, P. G. (2019b). The impact of twenty four-hour public transport in Melbourne, Australia: an evaluation of alcohol-related harms. *Journal of studies on alcohol and drugs, 80(3)*, 314-318.
- Curtis, A., Miller, P., Droste, N., McFarlane, E., Martino, F., & Palmer, D. (2016). 'The ones that turn up are the ones that are responsible': key stakeholders perspectives on liquor accords. *Drug and alcohol review, 35(3)*, 273-279.

- Deville, G. J., Hides, L., & Kavanagh, D. J. (2019). A big night out getting bigger: alcohol consumption, arrests and crowd numbers, before and after legislative change. *PloS one*, *14*(6), e0218161.
- Drivdal, L. & Lawhon, M. (2014). Plural regulation of shebeens (informal drinking places). *South African Geographical Journal*, *96*(1), 97-112.
- Dumas, T. M., Graham, K., & Wells, S. (2015). The company they keep: drinking group attitudes and male bar aggression. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *76*(3), 447-451.
- Dumas, T. M., Wells, S., Flynn, A., Lange, J. E., & Graham, K. (2014). The influence of status on group drinking by young adults: a survey of natural drinking groups on their way to and from bars. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *38*(4), 1100-1107.
- Durbeej, N., Elgán, T. H., Jalling, C., & Gripenberg, J. (2016). Alcohol prevention at sporting events: study protocol for a quasi- experimental control group study. *BMC Public Health*, *16*, 471.
- Durbeej, N., Elgán, T. H., Jalling, C., & Gripenberg, J. (2017). Alcohol intoxication at Swedish football matches: a study using biological sampling to assess blood alcohol concentration levels among spectators. *PloS one*, *12*(11), e0188284.
- Elgán, T. H., Durbeej, N., Holder, H. D., & Gripenberg, J. (2018). Overserving and allowed entry of obviously alcohol- intoxicated spectators at sporting events. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *42*(2), 444-452.
- Elgán, T. H., Durbeej, N., Holder, H. D., & Gripenberg, J. (2021). Effects of a multi- component alcohol prevention intervention at sporting events: a quasi- experimental control group study. *Addiction*, *116*(10), 2663-2672.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Yao, J., & McKnight, A. S. (2017). Evaluation of a responsible beverage service and enforcement program: effects on bar patron intoxication and potential impaired driving by young adults. *Traffic injury prevention*, *18*(6), 557-565.
- Felson, M. (1995). Those who discourage crime. In: Eck, J. E. & Weisburd, D., (eds.). *Crime and place* (pp. 53-66). Criminal Justice Press.

- Feltmann, K., Gripenberg, J., & Elgán, T. H. (2020). Compliance to the alcohol law: overserving to obviously intoxicated visitors at music festivals. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8699.
- Fileborn B, Wadds P, and Tomsen S (2020). Sexual harassment and violence at Australian music festivals: reporting practices and experiences of festival attendees. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 53(2), 194-212.
- Fitterer, J. L., Nelson, T. A., & Stockwell, T. (2017). The positive effects of increased foot patrols on the incidence of liquor infractions and assaults in the Granville Street Entertainment Area of Vancouver British Columbia Canada. *Applied Geography*, 87, 97-105.
- Fitterer, J. L., Nelson, T. A., & Stockwell, T. (2018). The negative effects of alcohol establishment size and proximity on the frequency of violent and disorder crime across block groups of Victoria, British Columbia. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 7(8), 297.
- Florence, C., Shepherd, J., Brennan, I., Simon, T. (2011). Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ Clinical Research* 342(7812), d3313.
- Forsyth AJM (2008). Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patron's views. *Alcohol and alcoholism*, 43(1), 111-117.
- Foster, J. & Charalambides, L. (2016). *The licensing act (2003): its uses and abuses 10 years on*. Institute of Alcohol Studies.
- Frogner, L., Andershed, H., Lindberg, O., et al. (2013). Directed patrol for preventing city centre street violence in Sweden—a hot spot policing intervention. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 19(4), 333-350.
- Graham, K., Bernards, S., Osgood, D. W., Homel, R., & Purcell, J. (2005a). Guardians and handlers: the role of bar staff in preventing and managing aggression. *Addiction*, 100(6), 755-766.
- Graham, K., Bernards, S., Wayne Osgood, D., Abbey, A., Parks, M., Flynn, A., Dumas, T., & Wells, S. (2014). “Blurred lines?” Sexual aggression and barroom culture. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 38(5), 1416-1424.

- Graham, K., Braun, K., Bois, C., et al. (2008). *Safer Bars Trainer's Guide*, 2nd ed. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Graham, K., Braun, K. & Bois, C. (2008). *Safer bars trainers' guide* (2nd ed.). Toronto: Centre for. Addiction and Mental Health.
- Graham, K. & Homel, R. (2008). *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Routledge Publishing.
- Graham, K., Jelley, J., & Purcell, J. (2005b). Training bar staff in preventing and managing aggression in licensed premises. *Journal of Substance Use*, 10(1), 48-61.
- Graham, K., Osgood, D. W., Wells, S., & Stockwell, T. (2006). To what extent is intoxication associated with aggression in bars? A multilevel analysis. *Journal of studies on alcohol*, 67(3), 382-390.
- Graham, K., Osgood, D. W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., Pernanen, K., Saltz, R. F., & Toomey, T. L. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and alcohol review*, 23(1), 31-41.
- Gripenberg, J., Elgán, T. H., & Andréasson, S. (2017). Alcohol prevention in the nightlife setting: 20-year follow-up of a Responsible Beverage Service program. Presented at the European Society for Prevention Research Annual Meeting in Vienna, September 2017.
- Hadfield, P. (2009). *Nightlife and Crime: social order and governance in international perspective*. Oxford University Press.
- Hauritz M, Homel R, McIlwain G, Burrows, T., Townsley, M. (1998a). Reducing violence in licensed venues through community safety action projects: the Queensland experience. *Contemporary Drug Problems*, 25, 511-551.
- Hauritz, M., Homel, R., Townsley, M., Burrows, T., & McIlwain, G. (1998b.) *An evaluation of the local government safety action projects in Cairns, Townsville and Mackay: a report to the Queensland Department of Health, the Queensland Police Service and the Criminology Research Council, Australia*. Griffith University, Centre for Crime Policy and Public Safety; School of Justice Administration.

- Herrick, C., & Charman, A. (2013). Multiple criminalities of South African liquor and its regulation. *South African Crime Quarterly*, 45, 25-32.
- Hobbs, D., Hadfield, P., Lister, S., Winlow, S. (2003). *Bouncers: violence and governance in the night-time economy*. Oxford University Press.
- Hobbs, D., Lister, S., Hadfield, P., Winlow, S., & Hall, S. (2000). Receiving shadows: governance and liminality in the night-time economy. *The British journal of sociology*, 51(4), 701-717.
- Homel, Ross, Wortley, Richard, McIlwain, G., Carvolth, R. (1997). Preventing alcohol-related crime through community action: the Surfers Paradise Safety Action project. In: Homel, R. (ed.). *Policing for Prevention: Reducing Crime, Public Intoxication and Injury*. (pp. 35-90). Criminal Justice Press.
- Huckle, T., Gruenewald, P., & Ponicki, W. R. (2016). Context-Specific drinking risks among young people. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 40(5), 1129-1135.
- Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M. A., Calafat, A., van Hasselt, N., Kosir, M., Voorham, L., Goossens, F. X., Duch, M., & Juan, M. (2012). Drunk and disorganised: relationship between bar characteristics and customer intoxication in European drinking environments. *International journal of environmental research and public health*, 9(11), 4068-4082.
- Irving, A., Buykx, P., Amos, Y., Goodacre, S., Moore, S. C., & O'Cathain, A.. (2020). The acceptability of alcohol intoxication management services to users: a mixed methods study. *Drug and alcohol review*, 39(1), 36-43.
- Jeffs, B. W., & Saunders, W. M. (1983). Minimizing alcohol related offences by enforcement of the existing licensing legislation. *British journal of addiction*, 78(1), 67-77.
- Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A. M., & Bellis, M. A. (2011). Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health & place*, 17(2), 508-518.
- Katz, J., & Moore, J. (2013). Bystander education training for campus sexual assault prevention: an initial meta-analysis. *Violence and victims*, 28(6), 1054-1067.
- Kelley-Baker, T., Johnson, M. B., Romano, E., Mumford, E. A., & Miller, B. A. (2011). Preventing victimization among young women: the safeNights intervention. *American journal of health studies*, 26(4), 185-195.

- Kingsland, M., Wolfenden, L., Tindall, J., Rowland, B., Sidey, M., McElduff, P., & Wiggers, J. H. (2015a). Improving the implementation of responsible alcohol management practices by community sporting clubs: a randomised controlled trial. *Drug and alcohol review*, 34(4), 447-457.
- Kingsland, M., Wolfenden, L., Tindall, J., Rowland, B. C., Lecathelinais, C., Gillham, K. E., Dodds, P., Sidey, M. N., Rogerson, J. C., McElduff, P., Crundall, I., & Wiggers, J. H. (2015b). Tackling risky alcohol consumption in sport: a cluster randomised controlled trial of an alcohol management intervention with community football clubs. *Journal of epidemiology and community health*, 69(10), 993-999.
- Kypri, K., Jones, C., McElduff, P., & Barker, D. (2011). Effects of restricting pub closing times on night- time assaults in an Australian city. *Addiction*, 106(2), 303-310.
- Lang, E., Stockwell, T., Rydon, P., & Beel, A. (1998). Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm?. *Drug and alcohol review*, 17(1), 39-50.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Foubert, J. D., Brasfield, H. M., Hill, B., & Shelley-Tremblay, S. (2011). The men's program: does it impact college men's self-reported bystander efficacy and willingness to intervene?. *Violence against women*, 17(6), 743-759.
- Lenk, K. M., Erickson, D. J., Nelson, T. F., Horvath, K. J., Nederhoff, D. M., Hunt, S. L., Ecklund, A. M., & Toomey, T. L. (2018). Changes in alcohol policies and practices in bars and restaurants after completion of manager-focused responsible service training. *Drug and alcohol review*, 37(3), 356-364.
- Levine M, Lowe R, Best R, Heim, D. (2012). 'We police it ourselves': group processes in the escalation and regulation of violence in the night-time economy. *European Journal of Social Psychology*, 42(7), 924-932.
- Levy, D. T., & Miller, T. R. (1995). A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. *Journal of studies on alcohol*, 56(2), 240-247.
- Liesbt LS, Ejbye- Ernst P, Philpot R, Heinskou, M. B., Demant, J. (2019). Intervention or involvement: a video observational analysis of bouncers in aggressive encounters. *Deviant Behavior*, 41(11), 1-19.
- Lopez, E. (2018). *Safer Bars: help is on the house*. Presentation at the Summit on Campus Sexual Assault, University of Michigan.

- MacAndrew, C. & Edgerton, R. (1969). *Drunken comportment: a social explanation*. Thomas Nelson and Sons.
- Madensen, T. D., & Eck, J. E. (2008). Violence in bars: exploring the impact of place manager decision-making. *Crime Prevention and Community Safety Journal*, 10(2), 111-125.
- Maguire M, Nettleton H, Rix A et al. (2003) *Reducing alcohol- related violence and disorder: an evaluation of the 'TASC' project* (No. 265). London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Månsdotter, A. M., Rydberg, M. K., Wallin, E., Lindholm, L. A., & Andréasson, S. (2007). A cost- effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European journal of public health*, 17(6), 618-623.
- Manton, E. (2014). Liquor accords: Do they work? In: Manton, E., Room, R., Giorgi, C. & Thorn, M., (eds). *Stemming the tide of alcohol: liquor licensing and the public interest* (pp. 158-166). Foundation for Alcohol Research and Education.
- McCarthy, P. (2007). *Accords: Are they an effective means of mitigating alcohol-related harm?*. DrinkWise Australia.
- McKnight, A. J., & Streff, F. M. (1994). The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accident; analysis and prevention*, 26(1), 79-88.
- Mercer Kollar, L. M., Sumner, S. A., Bartholow, B., Wu, D. T., Moore, J. C., Mays, E. W., Atkins, E. V., Fraser, D. A., Flood, C. E., & Shepherd, J. P. (2020). Building capacity for injury prevention: a process evaluation of a replication of the Cardiff Violence Prevention Programme in the Southeastern USA. *Injury prevention*, 26(3), 221-228.
- Miller, P., Coomber, K., Ferris, J., Burn, M., Vakidis, T., Livingston, M., Droste, N., Taylor, N., Puljevic, C., de Andrade, D., Curtis, A., Grant, K., Moayeri, F., Carh, N., Joang, J., Wood, B., Mayshak, R., Zahnow, R., Room, R...Najman, J. (2019). *Queensland alcohol- related violence and night time economy monitoring (QUANTEM): Final Report* (April 2019). Geelong: Deakin University. Prepared for the Queensland Government of Premier and Cabinet.
- Miller, P., Curtis, A., Palmer, D., Busija, L., Tindall, J., Droste, N., Gillham, K., Coomber, K., & Wiggers, J. (2014). Changes in injury-related hospital emergency department

presentations associated with the imposition of regulatory versus voluntary licensing conditions on licensed venues in two cities. *Drug and alcohol review*, 33(3), 314-322.

- Miller, P., Curtis, A., Palmer, D., Warren, I., & McFarlane, E. (2016). Patron banning in the nightlife entertainment districts: a key informant perspective. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(4), 606-611.
- Miller, P. G., Curtis, A., Graham, K., Kypri, K., Hudson, K., & Chikritzhs, T. (2020). Understanding risk-based licensing schemes for alcohol outlets: a key informant perspective. *Drug and alcohol review*, 39(3), 267-277.
- Moore, S., Young, T., Irving, A., Goodacre, S., Brennan, A., & Amos, Y. (2020). Controlled observational study and economic evaluation of the effect of city-centre night-time alcohol intoxication management services on the emergency care system compared with usual care. *Emergency medicine journal*, 38(7), 504-510.
- Moore, S. C., Alam, M. F., Heikkinen, M., Hood, K., Huang, C., Moore, L., Murphy, S., Playle, R., Shepherd, J., Shovelton, C., Sivarajasingam, V., & Williams, A. (2017). The effectiveness of an intervention to reduce alcohol-related violence in premises licensed for the sale and on-site consumption of alcohol: a randomized controlled trial. *Addiction*, 112(11), 1898-1906.
- Moore, S. C., Murphy, S., Moore, S. N., Brennan, I., Byrne, E., Shepherd, J., & Moore, L. (2012). An exploratory randomised controlled trial of a premises-level intervention to reduce alcohol related harm including violence in the United Kingdom. *BMC Public Health*, 12, 412.
- Morojele, N. K., Kitleli, N., Ngako, K., Kekwaletswe, C. T., Nkosi, S., Fritz, K., & Parry, C. D. (2014). Feasibility and acceptability of a bar-based sexual risk reduction intervention for bar patrons in Tshwane, South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 11(1), 1-9.
- Mosher, J. F., Toomey, T. L., Good, C., Harwood, E., & Wagenaar, A. C. (2002). State laws mandating or promoting training programs for alcohol servers and establishment managers: an assessment of statutory and administrative procedures. *Journal of public health policy*, 23(1), 90-113.

- Navarro, H. J., Shakeshaft, A., Doran, C. M., & Petrie, D. J. (2013). Does increasing community and liquor licensees' awareness, police activity, and feedback reduce alcohol-related violent crime? A benefit-cost analysis. *International journal of environmental research and public health*, 10(11), 5490-5506.
- Nepal, S., Kypri, K., Attia, J., Evans, T. J., Chikritzhs, T., & Miller, P. (2019). Effects of a Risk-Based Licensing Scheme on the Incidence of Alcohol-Related Assault in Queensland, Australia: A Quasi-Experimental Evaluation. *International journal of environmental research and public health*, 16(23), 4637.
- Nilsson, T., Norström, T., Andréasson, S., Guldbrandsson, K., Allebeck, P., & Leifman, H. (2020). Effects of Local Alcohol Prevention Initiatives in Swedish Municipalities, 2006-2014. *Substance use & misuse*, 55(6), 1008-1020.
- Norström, T., & Trolldal, B. (2013). Was the STAD programme really that successful?. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30, 171-178.
- Ntshingila, B., & Petersen, N. (2015). Safe shebeens: promoting community safety through innovation, 12 month impact assessment report. Cape Town: Sustainable Livelihoods Foundation, NPC. <http://livelihoods.org.za/wp-content/uploads/2020/05/SafeShebeens-Year-One-Impact.pdf>
- O'Farrell, A., Kingsland, M., Kenny, S., Eldin, N., Wiggers, J., Wolfenden, L., & Allwright, S. (2018). A multi-faceted intervention to reduce alcohol misuse and harm amongst sports people in Ireland: A controlled trial. *Drug and alcohol review*, 37(1), 14-22.
- Palmer D and Warren I (2014). The pursuit of exclusion through zonal banning. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 47(3), 429-446.
- Pantani, D., Sparks, R., Sanchez, Z. M., & Pinsky, I. (2012). 'Responsible drinking' programs and the alcohol industry in Brazil: killing two birds with one stone?. *Social science & medicine (1982)*, 75(8), 1387-1391.
- Peltzer K, Ramlagan S, and Gliksman L (2006) Responsible alcoholic beverages sales and services training intervention in Cape Town: a pilot study. *Journal of Psychology in Africa*, 16(1), 45-52.
- Powers, R. A. & Leili, J. (2018). Bar training for active bystanders: evaluation of a community-based bystander intervention program. *Violence Against Women*, 24(13), 1614-1634.

- Putnam, S. L., Rockett, I. R. H., & Campbell, M. K. (1993). Methodological issues in community-based alcohol-related injury prevention projects: Attribution of program effects. In: Greenfield, T. K., & Zimmerman, R., (eds.). *Experiences with community action projects: new research in the prevention of alcohol and other drug problems, CSAP prevention monograph* (No. 14 pp. 31-39). Center for Substance Abuse Prevention.
- Quigg, Z., Butler, N., Bates, R., Ross-Houle, K., Bellis, M. A. (2019). STAD in Europe (Evaluation Report). Liverpool John Moores University. <http://stadineurope.eu/resources/publications-2-2/>
- Quigg, Z., Hughes, K., Butler, N., Ford, K., Canning, I., & Bellis, M. A. (2018). Drink less enjoy more: effects of a multi- component intervention on improving adherence to, and knowledge of, alcohol legislation in a UK nightlife setting. *Addiction*, 113(8), 1420-1429.
- Ramirez, R., Nguyen, D., Cannon, C., Carmona, M., & Freisthler, B. (2008). *A campaign to reduce impaired driving through retail-oriented enforcement in Washington State*. Demonstration Project Report, National Highway Traffic Safety Administration, United States. National Highway Traffic Safety Administration.
- Rammohan, V., Hahn, R. A., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., Toomey, T. L., Chattopadhyay, S. K., Zometa, C., & Task Force on Community Preventive Services.(2011). Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 41(3), 334-343.
- Ramstedt, M., Leifman, H., Müller, D., Sundin, E., & Norström, T. (2013). Reducing youth violence related to student parties: findings from a community intervention project in Stockholm. *Drug and alcohol review*, 32(6), 561-565.
- Room R, MacLean S, Pennay, A., Dwyer, R., Turner, K., Saleeba, E. (2021). Changing risky drinking practices in different types of social worlds: concepts and experiences. *Drugs: Education, Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(1), 32-42.
- Rossow, I., & Buvik, K. (2017). Preventing intoxication and related harm in nightlife settings. In: Giesbrecht, N., & Bosma, L. M., (eds.). *Preventing alcohol-related problems: evidence and community-based initiatives* (pp. 309-324). APHA Press.

- Saltz, R. F., Welker, L. R., Paschall, M. J., Feeney, M. A., & Fabiano, P. M. (2009). Evaluating a comprehensive campus—community prevention intervention to reduce alcohol-related problems in a college population. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, (16)*, 21-27.
- Scherer, M., Fell, J. C., Thomas, S., & Voas, R. B. (2015). Effects of dram shop, responsible beverage service training, and state alcohol control laws on underage drinking driver fatal crash ratios. *Traffic injury prevention, 16 Suppl 2(02)*, S59-S65.
- Skoglund, C., Durbeej, N., Elgán, T. H., & Gripenberg, J. (2017). Public opinion on alcohol consumption and intoxication at Swedish professional football events. *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 12(1)*, 21.
- Sloan, F.A., Stout, E. M., Whetten-Goldstein, K., Liang, L. (2000). *Drinkers, drivers and bartenders: balancing private choices and public accountability*. University of Chicago Press.
- Søgaard, T. F. (2018). Voices of the banned: emergent causality and the unforeseen consequences of patron banning policies. *Contemporary Drug Problems, 45(1)*, 15-32.
- SOLOMON, R., & Payne, J. (1996). Alcohol liability in Canada and Australia: sell, serve and be sued. *TORT LAW REVIEW, 4(3)*, 188-241, 188-241.
- Stevely, S., Costello, D., & Ashe, M. (2012). Safer bars: reducing violence in and around licensed premises. *Injury Prevention, 18 (Suppl 1)*, A31.
- Stevely, A. K., Holmes, J., McNamara, S., & Meier, P. S. (2020). Drinking contexts and their association with acute alcohol-related harm: A systematic review of event-level studies on adults' drinking occasions. *Drug and alcohol review, 39(4)*, 309-320.
- Stewart, L. (1993). *Police enforcement of liquor licensing laws: the UK experience*. Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland.
- Stout R.L., Rose J.S., Speare M.C., Buka S.L., Laforge R.G., Campbell M.K. & Waters W.J. (1993). Sustaining interventions in communities: The Rhode Island community-based prevention trial. In: Greenfield, T. K. & Zimmerman, R., (eds.). *Experiences with community action projects: new research in the prevention of alcohol and other drug problems* (pp. 253-261). US Department of Health and Human Services.

- Taylor, N., Coomber, K., Curtis, A., Mayshak, R., Harries, T., Ferris, J., Patafio, B., Hides, L., de Andrade, D., & Miller, P. (2020). The impact of street service care on frontline service utilisation during high-alcohol use hours in one night-time entertainment precinct in Australia. *Drug and alcohol review, 39(1)*, 21-28.
- Taylor, N., Coomber, K., Mayshak, R., Zahnow, R., Ferris, J., & Miller, P. (2019). The impact of liquor restrictions on serious assaults across Queensland, Australia. *Int J Environ Res Public Health, 16(22)*, 4362.
- Taylor, N., Miller, P., Coomber, K., Mayshak, R., Zahnow, R., Patafio, B., Burn, M., & Ferris, J. (2018). A mapping review of evaluations of alcohol policy restrictions targeting alcohol-related harm in night-time entertainment precincts. *The International journal on drug policy, 62*, 1-13.
- Tindall, J., Groombridge, D., Wiggers, J., Gillham, K., Palmer, D., Clinton-McHarg, T., Lecathelinais, C., & Miller, P. (2016). Alcohol-related crime in city entertainment precincts: Public perception and experience of alcohol-related crime and support for strategies to reduce such crime. *Drug and alcohol review, 35(3)*, 263-272.
- Toomey, T. L., Erickson, D. J., Lenk, K. M., Kilian, G. R., Perry, C. L., & Wagenaar, A. C. (2008a). A randomized trial to evaluate a management training program to prevent illegal alcohol sales. *Addiction, 103(3)*, 405-413.
- Toomey, T. L., Erickson, D. J., Lenk, K. M., & Kilian, G. R. (2008b). Likelihood of illegal alcohol sales at professional sport stadiums. *Alcoholism, clinical and experimental research, 32(11)*, 1859-1864.
- Toomey, T. L., Fabian, L. A., Erickson, D. J., Wagenaar, A. C., Fletcher, L., & Lenk, K. M. (2006). Influencing alcohol control policies and practices at community festivals. *Journal of drug education, 36(1)*, 15-32.
- Toomey, T. L., Kilian, G. R., Gehan, J. P., Perry, C. L., Jones-Webb, R., & Wagenaar, A. C. (1998). Qualitative assessment of training programs for alcohol servers and establishment managers. *Public health reports, 113(2)*, 162-169.
- Toomey, T. L., Lenk, K. M., Erickson, D. J., Horvath, K. J., Ecklund, A. M., Nederhoff, D. M., Hunt, S. L., & Nelson, T. F. (2017). Effects of a hybrid online and in-person training program designed to reduce alcohol sales to obviously intoxicated patrons. *Journal of studies on alcohol and drugs, 78(2)*, 268-275.

- Toomey, T. L., Lenk, K. M., Nederhoff, D. M., Nelson, T. F., Ecklund, A. M., Horvath, K. J., & Erickson, D. J. (2016) Can obviously intoxicated patrons still easily buy alcohol at on-premise establishments?. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 40(3), 616-622.
- Townsley, M., & Grimshaw, R. (2013). The consequences of queueing: crowding, situational features and aggression in entertainment precincts. *Crime Prevention and Community Safety Journal*, 15(1), 23-47.
- Treno, A. J., Gruenewald, P. J., Lee, J. P., & Remer, L. G. (2007). The sacramento neighborhood alcohol prevention project: outcomes from a community prevention trial. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(2), 197-207.
- Trolldal, B., Brännström, L., Paschall, M. J., & Leifman, H. (2013). Effects of a multi-component responsible beverage service programme on violent assaults in Sweden. *Addiction*, 108(1), 89-96.
- Tutenges, S., & Bøhling, F. (2019). Designing drunkenness: How pubs, bars and nightclubs increase alcohol sales. *The International journal on drug policy*, 70, 15-21.
- VicHealth. (2019a). Alcohol culture change initiative 2016-2019. Carlton, Victoria: Victorian Health Promotion. <https://www.vichealth.vic.gov.au/programs-and-projects/alcohol-culture-change-initiative>
- VicHealth. (2019b). Alcohol cultures framework background paper—a framework to guide public health action on risky drinking cultures, revised edition. Victorian Health Promotion Foundation. <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/alcohol-cultures-framework>
- Wallin, E., Gripenberg, J., & Andréasson, S. (2002). Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction*, 97(7), 901-907.
- Wallin, E., Gripenberg, J., & Andréasson, S. (2005). Overserving at licensed premises in Stockholm: effects of a community action program. *Journal of studies on alcohol*, 66(6), 806-814.
- Wallin, E., Lindewald, B., & Andréasson, S. (2004). Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Evaluation review*, 28(5), 396-419.

- Wallin, E., Norström, T., & Andréasson, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of studies on alcohol*, 64(2), 270-277.
- Warburton, A. L., & Shepherd, J. P. (2000). Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomised controlled trial. *Injury prevention*, 6(1), 36-40.
- Warburton, A. L., & Shepherd, J. P. (2006). Tackling alcohol related violence in city centres: effect of emergency medicine and police intervention. *Emergency medicine journal*, 23(1), 12-17.
- Warpenius, K., Holmila, M., & Mustonen, H. (2010). Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction*, 105(6), 1032-1040.
- Wells, S., Graham, K., & West, P. (1998). "The Good, the bad, and the ugly": responses by security staff to aggressive incidents in public drinking settings. *Journal of Drug Issues*, 28(4), 817-836.
- Wiggers, J. H., Hacker, A., Kingsland, M., Lecathelinais, C., Tindall, J., Bowman, J. A., & Wolfenden, L. (2016). Facilitating police recording of the alcohol-related characteristics of assault incidents: A stepped wedge implementation trial. *Drug and alcohol review*, 35(1), 30-39.
- Wiggers, J., Jauncey, M., Considine, R., Daly, J., Kingsland, M., Purss, K., Burrows, S., Nicholas, C., & Waites, R. (2004). Strategies and outcomes in translating alcohol harm reduction research into practice: the Alcohol Linking Program. *Drug and alcohol review*, 23(3), 355-364.
- Wilkinson, C., & MacLean, S. (2013). Enforcement of liquor licence provisions: the introduction of civilian licence inspectors in Victoria. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(1), 15-21.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

13

บริการด้านบำบัดรักษาและ มาตรการในระยะแรกเริ่ม

13.1 เกริ่นนำ

นโยบายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์เป็นความกังวลหลักของรัฐบาลระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ซึ่งมักมองว่า การจัดการการบำบัดรักษาเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ นอกจากคุณค่าในการฟื้นฟูสุขภาพจิตและร่างกายของบุคคลแล้ว การรักษายังถือเป็นการป้องกันชนิดหนึ่งได้อีกด้วย ถ้าการบำบัดรักษาเริ่มต้นขึ้นหลังจากเริ่มมี**ภาวะดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (hazardous drinking)** เรียกได้ว่า เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หากเริ่มการรักษาเพื่อควบคุมอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มเรื้อรัง (chronic drinking) จะเรียกว่า การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ในฐานะที่การบำบัดรักษาเป็นหนึ่งในมาตรการตอบสนองทางสังคมต่อปัญหาแอลกอฮอล์ มาตรการบำบัดรักษาจึงได้รับการประเมินในแง่ของผลกระทบต่อผู้ดื่มแต่ละคน แต่การวิจัยที่แสดงถึงความสามารถในการลดอัตราของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากรทั่วไปนั้น ยังมีจำกัด แม้จะมีการใช้ทรัพยากรที่มากในการจัดการเรื่องนี้

บทนี้อธิบายพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ของนโยบายการบำบัดรักษาแอลกอฮอล์ในแง่ของการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพและต้นทุนของการรักษาที่หลากหลายและบริการที่เกี่ยวข้อง คำว่านโยบายการรักษาในที่นี้ เราหมายถึงการดำเนินการของภาครัฐและ

ภาคประชาสังคมที่ส่งผลต่อการให้บริการบำบัดรักษา การจัดสรรทรัพยากร และการผสมผสานบริการที่เหมาะสมสำหรับการบำบัดรักษาความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) ในบางพื้นที่ การให้บริการบำบัดรักษาปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นถูกแยกออกจากกัน แต่ในบางพื้นที่ปกครอง ก็ใช้โปรแกรมบำบัดรักษาและทรัพยากรอื่นร่วมกัน ในบางประเทศ บริการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการรักษายาบาล ในขณะที่บางประเทศการบริการนี้ถูกรวมเข้ากับงานสังคมสงเคราะห์หรือบริการด้านจิตเวช การจัดการทั้งหมดนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดรักษาปัญหาเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าจะมีคำอธิบายและการเปรียบเทียบบางส่วนของระบบบำบัดแอลกอฮอล์ในระดับชาติและระดับท้องถิ่น แต่ก็ยังมีงานวิจัยเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษาในแต่ละระดับ ในบทนี้ เราพิจารณาองค์การและการทำงานของโปรแกรมการรักษา **การให้บริการบำบัดแบบย่อ (brief intervention services) และองค์กรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual help organizations)**¹ เป็นส่วนสำคัญของระบบการดูแล และพิจารณาว่า ระบบบริการมีผลต่ออัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ที่ในระดับประชากรหรือไม่

แม้ว่าจะมีการให้บริการรักษาเฉพาะทางสำหรับปัญหาเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในหลายประเทศก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง (Baumohl และ Room, 1987) ก็ตาม แต่บริการเหล่านี้ก็แทบจะไม่มีหลงเหลือในยุคสมัยใหม่เลย ในหลายพื้นที่ของโลกอุตสาหกรรมมีการจัดโปรแกรมบำบัดรักษาในรูปแบบใหม่ขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง โดยหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศที่มีปัญหาความชุกเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์สูง มีการลงทุนในการบริการต่าง ๆ โดยมักร่วมกับการบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิตชนิดอื่นๆ (Klingemann และคณะ, 1992; Klingemann and Hunt, 1998)

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีเครือข่ายบริการที่กว้างขวาง มีสถานบริการ 17,808 แห่งที่บำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติจากยาเสพติดและแอลกอฮอล์ในปี ค.ศ. 2019 โดยร้อยละ 90 นั้น ให้การบำบัดรักษาผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ (ข้อมูลจาก Substance Abuse and Mental Health Services Administration ปี ค.ศ. 2020) สถานบำบัดส่วนใหญ่ดำเนินการโดยองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร (private non-profit organization) คิดเป็นร้อยละ 60 ของทั้งหมด หรือองค์กรเอกชนที่แสวงหาผลกำไร (private for-profit organization) คิดเป็นร้อยละ 40 ของทั้งหมด แม้ว่าบริการที่จัดขึ้นนี้มักจะได้รับทุนจากรัฐบาลระดับหนึ่งหรือมากกว่า การสำรวจความชุก ณ จุดเวลา (point prevalence) รายงานว่า มีผู้รับบริการ 205,402 ราย ที่มีปัญหาเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการรักษาที่สถานบริการ 9,123 แห่ง และผู้รับบริการอีก 476,065 ราย ที่มีปัญหาทั้งจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (ข้อมูลจาก Substance Abuse and Mental Health Services Administration ปี ค.ศ. 2020) ส่วนในที่อื่น ๆ ในโลก บริการต่าง ๆ มักจะดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมักจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ และยังเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการหรือระบบบริการสังคมอื่น ๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น สองในสามของบริการในประเทศสวีเดนนั้นให้บริการผ่านระบบสวัสดิการ มากกว่าระบบสุขภาพ แม้ว่าบริการทั้งหมดที่รัฐบาลจ่ายให้จะไม่ใช้บริการที่ดำเนินการโดยรัฐบาลก็ตาม

การสำรวจขององค์การอนามัยโลก (WHO) (Babor and Stenius, 2010) ระบุว่า มีการจัดบริการบำบัดรักษาไม่ว่าจะเป็นในประเทศที่มีอุบัติการณ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดที่เพิ่มขึ้น หรือแม้ในประเทศที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต เช่น ในแถบตะวันออกเฉียงของทะเลเมดิเตอร์เรเนียน (Babor, 2018) อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของการรักษา (กล่าวคือ สัดส่วนของผู้ที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ระบบบริการบำบัดรักษา) มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization 2018, หน้า 93) มีเพียงร้อยละ 14 ของประเทศที่ตอบแบบสอบถามรายงานว่า มีความครอบคลุมของระบบการบำบัดรักษาสูง ในขณะที่ร้อยละ 28 ระบุว่า มีการรักษาที่จำกัดหรือไม่มีเลย และประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำจำนวนมากไม่สามารถจัดทำข้อมูลสำหรับรายงานได้

13.2 การบริการและระบบการดูแลรักษา

บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับปัญหาแอลกอฮอล์ประกอบด้วย การคัดกรอง (screening) การบำบัดแบบย่อ (brief interventions) การให้คำแนะนำในการส่งต่อ (referral advice) การประเมินเพื่อการวินิจฉัย (diagnostic evaluation) การรักษาเพื่อถอนพิษ (detoxification) การบำบัดรักษา (therapeutic interventions) และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (continuing care) วิธีการรักษาหลายวิธีหรือที่เรียกว่า treatment modalities นี้ได้รับการประเมินประสิทธิภาพโดยการทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม (randomized clinical trials) มาแล้ว ตัวอย่างเช่น การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) **การบำบัดคู่สมรสและครอบครัว (marital and family therapy)** การทำจิตบำบัดทางด้านความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) **การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention training)** **การบำบัดโดยวิธีการให้สิ่งจูงใจ (contingency management)** การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และการบำบัดรักษาตามลิสสองขั้นตอนของกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcoholics Anonymous; AA) รูปแบบการรักษาเหล่านี้ถูกให้บริการในสถานบำบัดหลายประเภท รวมถึงการดูแลระดับปฐมภูมิ (primary health care) สถานพักพิงอิสระ (freestanding residential facilities) โรงพยาบาลจิตเวช (psychiatric hospital setting) และโรงพยาบาลทั่วไป (general hospital setting) โปรแกรมผู้ป่วยนอก (outpatient programme) และในปัจจุบันมีบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลทางอินเทอร์เน็ต บริการบำบัดรักษาในบางประเทศถูกจัดให้มีในระดับเทศบาลและระดับประเทศ จึงเรียกว่า เป็นระบบบำบัด ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการต่าง ๆ และการดูแลที่ระดับแตกต่างกัน และการบูรณาการการบำบัดรักษาปัญหาการติดแอลกอฮอล์เข้ากับบริการประเภทอื่น เช่น สุขภาพจิต การติดสารเสพติดและและองค์กรซึ่งช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual help organizations) (Klingemann *et al.*, 1993; Klingemann and Klingemann, 1999)

การศึกษาด้านการบำบัดรักษาส่วนใหญ่และหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ได้มาจากการศึกษาการบำบัดรักษารายองค์ประกอบ โดยเน้นที่ผลของการบำบัดรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือช่วงการดูแลรักษาในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของระบบการรักษา (เช่น การรักษาแบบผู้ป่วยนอก) โดยทั่วไป หลักฐานการศึกษาสามารถจัดตามการ

บำบัดรักษาได้สามประเภท (1) การบำบัดแบบย่อ (brief interventions) สำหรับผู้ไม่ติดแอลกอฮอล์ แต่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีความเสี่ยงสูง (high-risk drinkers) (2) การรักษาอย่างเป็นทางการสำหรับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และการติดแอลกอฮอล์ และ (3) การบำบัดรักษาโดยใช้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual help interventions)

13.3 การบำบัดรักษาสำหรับผู้ไม่ติดแอลกอฮอล์ แต่ดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูง

การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (Harmful drinking) เป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การติดแอลกอฮอล์ และตามคำนิยามแล้ว การดื่มลักษณะนี้สามารถก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและจิตใจที่ร้ายแรงได้โดยไม่ต้องติดแอลกอฮอล์ ด้วยความสนใจที่เพิ่มขึ้นในด้านบริการป้องกันทางคลินิก (clinical preventive services) ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานระดับชาติได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาในระยะแรกเริ่ม (early intervention programmes) ขึ้น เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ที่ดื่มแบบอันตรายในบริบทของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและบริบทอื่น ๆ หลังจากการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อระบุระดับความเสี่ยงแล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปเพื่อให้การบำบัดแบบย่อ หรือการรักษาที่เข้มข้นเฉพาะเจาะจงมากขึ้น การบำบัดแบบย้อมีลักษณะเฉพาะคือ มีระดับการบำบัดที่ต่ำ (low intensity) และระยะเวลาสั้น ซึ่งประกอบด้วย การให้การปรึกษา (counselling) และให้ความรู้ (education) จำนวนหนึ่งถึงสามครั้ง จุดมุ่งหมายคือเพื่อจูงใจผู้ดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงให้ลดการดื่มของตนหรือเพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายจากการดื่ม มากกว่าที่จะชี้ชวนให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง และเพื่อส่งต่อคนที่มีความรุนแรงไปสู่การรักษาที่เหมาะสม ซึ่งโดยทั่วไป คือ การบำบัดเพื่อให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนมาก เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่อในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและบริบทอื่น มีหลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (Kaner *et al.*, 2018) แสดงให้เห็นว่า การบำบัดแบบย่อทำให้ลดปริมาณการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก พยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ มีประสิทธิภาพเท่ากับแพทย์ในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลใน

เชิงบวกได้ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้แก่ วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ นักศึกษาวิทยาลัย และสตรีมีครรภ์ แม้จะมีหลักฐานว่า การบำบัดแบบย่อมีประโยชน์ แต่ก็มักพบปัญหาในการชักชวนให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้บริการดังกล่าว การประเมินโครงการและนโยบายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และการบำบัดแบบย่อ (screening and brief intervention; SBI) สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีความเสี่ยง แสดงให้เห็นข้อจำกัดในการดำเนินการด้านนี้ (Nilsen *et al.*, 2006; Williams *et al.*, 2011; McCambridge and Saitz, 2017) ประสิทธิภาพของการนำบริการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อไปใช้จริงจะเพิ่มขึ้นถ้าโปรแกรมประกอบด้วยองค์ประกอบที่หลากหลายขึ้น (Anderson *et al.*, 2004) ทุ่มเขตความพยายามอย่างเข้มข้นขึ้น (Nilsen *et al.*, 2006) และมุ่งเน้นไปที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญระดับกลางไปพร้อมกัน (Williams *et al.*, 2011) โครงการ ODHIN trial (Anderson *et al.*, 2016) ได้ศึกษากลยุทธ์เพื่อส่งเสริม SBI ในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 8 กลยุทธ์ ใน 5 ประเทศในยุโรป พบว่าการให้แรงจูงใจทางการเงินแก่องค์กรผู้ให้บริการเป็นกุญแจสำคัญ แม้ว่าจะต้องได้รับการเสริมแรงด้วยการฝึกอบรมและการสนับสนุนอื่นก็ตาม

เทคโนโลยีดิจิทัลยังถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อ (SBI) และระบบการส่งต่ออีกด้วย ระบบการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อที่ส่งผ่านคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์นี้ช่วยให้เกิดการบำบัดรักษาทั้งในสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพ และอาจพิสูจน์ได้ว่า เป็นที่ยอมรับมากกว่าวิธีการแบบต่อหน้า (face-to-face) แบบดั้งเดิม (Donoghue *et al.*, 2014) การใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือและดิจิทัลที่เพิ่มขึ้นสำหรับการรักษาและการบำบัดแบบย่อนี้ อาจครอบคลุมประชากรได้เพิ่มขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้

13.4 การบำบัดรักษาจำเพาะสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์

ในประเทศที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาอย่างดี หน่วยงานและบุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการบำบัดรักษาเฉพาะทางสำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

นั้นมียามากมาย ประเด็นสำคัญบางประเด็นที่การศึกษาด้านการบำบัดรักษาได้สนใจด้วยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ประสิทธิภาพของวิธีการถอนพิษ (detoxification) ที่แตกต่างกัน บริบทของการรักษา (treatment settings) และรูปแบบการรักษา (treatment modalities) ตลอดจนกลไกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และบทบาทของการบังคับรักษา (coerciveness)

13.4.1 การบำบัดรักษาด้วยการถอนพิษ

การบำบัดรักษาด้วยการถอนพิษ (Detoxification) มุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มเรื้อรัง (โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี) ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะมีอาการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ **กลุ่มอาการขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal syndrome)** การบริการนี้จำเป็นต้องมีเตียงสำหรับการรับรักษาผู้ป่วย และมีระบบการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีอาการชัก แต่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Fernandez, 2019) การให้วิตามินบี 1 (Thiamine) และวิตามินรวม (multivitamins) เป็นการรักษาที่ต้นทุนต่ำและมีความเสี่ยงต่ำ แต่ช่วยป้องกันปัญหาทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และโดยทั่วไปแล้วมักร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองและการรักษาโรคร่วมที่มีอยู่ มีการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์ แต่มักใช้เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) โดยเฉพาะ ไดอะซีแพม (diazepam) และคลอไดอะซีพอกไซด์ (chlordiazepoxide) มากกว่ายาชนิดอื่นเนื่องจากผลข้างเคียงที่ไม่มากของยา (Kattimani and Bharadwaj, 2013) ยากันชัก โดยเฉพาะฟีนอบาร์บิทัล (phenobarbitals) มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน (Hammond *et al.*, 2017) สิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างแนบแน่นซึ่งสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้คือ การติดตามสัญญาณชีพและการรักษาที่ช่วยไม่ให้เกิดอาการถอนที่รุนแรง

13.4.2 บริบทของการรักษาและการใช้เทคโนโลยี

โดยพื้นฐานแล้ว สถานพักพิง (residential care) เป็นบริบทที่เหมาะสมสำหรับการจัดการความต้องการของผู้ที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อบริการได้ขยายออกไปและมีการใช้เทคนิคและเทคโนโลยีการรักษาใหม่ ๆ จึงมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่แผนกผู้ป่วยนอก การรักษาในสถานพักพิงยังคงใช้ในหลายประเทศสำหรับผู้ติด

แอลกอฮอล์อย่างรุนแรงซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการบำบัดฟื้นฟูที่มีจำกัด คำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพักพิง (residential rehabilitation) นั้นใช้อธิบายถึง โปรแกรมบำบัดรักษาที่มีความแตกต่างกันในด้านแนวคิด ความเข้มข้น คุณลักษณะของ ผู้รับบริการ เนื้อหาของโปรแกรม และระยะเวลา ในขณะที่การรักษาในที่พักพิงนั้นสามารถ ดำเนินไปในลักษณะที่เป็นองค์รวมมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ในบริบทที่เรียกว่า “ชุมชนบำบัด” (therapeutic community) (De Leon, 2000) ปัจจุบันร่วมกัน คือ ผู้ที่เข้าโปรแกรม การรักษาแบบนี้ต้องพักค้างคืนที่สถานบริการเพื่อรับการรักษา และไม่ดื่มแอลกอฮอล์เมื่อ เริ่มเข้าโปรแกรม ในขณะที่มีงานวิจัยจำนวนมากได้ประเมินโปรแกรมบำบัดรักษาแบบนี้ แต่คุณภาพของการศึกษาก่อนหน้านั้นไม่ค่อยดี การทบทวนผลการศึกษาล่าสุดที่ตีพิมพ์ ระหว่างปี ค.ศ. 2013 ถึง ค.ศ. 2018 (de Andrade *et al.*, 2019) พบว่า การรักษาใน บริบทนี้ เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่จำนวนมากที่มีปัญหา เรื่องแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ โดยรวมแล้ว มีหลักฐานคุณภาพระดับปาน กลางว่า การรักษาแบบนี้มีประสิทธิผลในการลดการใช้สารเสพติดและช่วยให้สุขภาพจิตดี ขึ้น และหลักฐานจากบางการศึกษาที่แสดงว่า การรักษาอาจมีผลในเชิงบวกในการลด อาชญากรรมและผลกระทบทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์ได้ ในการศึกษาเปรียบเทียบส่วนใหญ่ พบว่า โปรแกรมในบริบทผู้ป่วยนอกให้ผลลัพธ์ที่เทียบเท่ากับบริบทที่พักพิง แม้ว่าผู้ป่วย บางรายอาจได้รับประโยชน์จากการรักษาในสถานพักพิงมากกว่าเนื่องจากปัญหาทางการ แพทย์และอาการทางจิต (Finney *et al.*, 1996; de Andrade *et al.*, 2019)

การใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และสมาร์ทโฟนอย่างแพร่หลายนำไปสู่การพัฒนา ระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการตรวจคัดกรอง การบำบัดแบบย่อ และการบำบัดพฤติกรรม การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถลดอุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองและการ บำบัดแบบย่อแบบตัวต่อตัว และการรักษาในบริบทผู้ป่วยนอกได้ เนื่องจากมีความยืดหยุ่น และการไม่เปิดเผยตัวตน จึงมีศักยภาพที่จะเข้าถึงประชากรที่ต้องการรับบริการได้ในสัดส่วน ที่มากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การรักษาทางอินเทอร์เน็ต (internet-based treatment) และการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อ มีประสิทธิภาพใน การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับการรักษาแบบต่อหน้าในบริบทผู้ป่วยนอก (Donoghue *et al.*, 2014; Riper *et al.*, 2018)

13.4.3 การบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางพฤติกรรมและจิตสังคม

ทั้งในสถานพักพิงและแผนกผู้ป่วยนอก ได้นำรูปแบบการรักษาที่หลากหลายมาใช้ เพื่อแก้ปัญหาการดื่มของผู้ป่วย ส่งเสริมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ แนวทางการบำบัดรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด (behaviour therapy) การบำบัดแบบกลุ่ม (group therapy) การรักษาครอบครัว (family treatment) และการสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement) (Babor *et al.*, 2015) การบำบัดแบบใช้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual help intervention) และการรักษาที่พัฒนาจากแนวทางนี้ จะนำไปอธิบายในหัวข้อถัดไป (ดูหัวข้อ 13.5) แนวทางพฤติกรรมบำบัด ยังรวมถึงการบำบัดคู่สมรสและครอบครัว การฝึกทักษะ (skills trainings) การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และการบำบัดโดยอาศัยสิ่งจูงใจ (contingency management) ด้วย ซึ่งการบำบัดโดยอาศัยสิ่งจูงใจนี้จะมีการตรวจสอบผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำเล่าเพื่อยืนยันและให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจแก่ผู้ป่วย ถ้าทดสอบพบว่าเขาหยุดดื่มแอลกอฮอล์จริง มีการศึกษา (Koffarnus *et al.*, 2018) แสดงให้เห็นว่า การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาเหล่านี้ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมให้หยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าผลการรักษาในเชิงบวกนี้จะไม่ค่อยได้รับการประเมินเกินกว่า 1 ปีหลังจากสิ้นสุดการรักษา และอัตราการกลับไปดื่มซ้ำจะสูงภายในกรอบเวลาที่ศึกษา

13.4.4 การรักษาด้วยยา

วิธีการรักษาอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งมักใช้ร่วมกับพฤติกรรมบำบัดและการบำบัดแบบกลุ่ม คือ การใช้ยาที่ทำให้ไวต่อแอลกอฮอล์ (alcohol-sensitizing drugs) เช่นเดียวกับการใช้ยาเพื่อลดการดื่มโดยตรงและรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (Kranzler, 2000) ยาที่ทำให้ไวต่อแอลกอฮอล์ เช่น disulfiram (Antabuse) และแคลเซียมคาร์บิไมด์ (calcium carbimide) ทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ ยาเหล่านี้อาจช่วยผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจ ละเว้นการดื่ม และติดแอลกอฮอล์ หากใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา (เช่น การให้ยาภายใต้การกำกับดูแลของญาติ) (Miller *et al.*, 2011) แต่ประสิทธิภาพโดยรวมยังไม่ได้รับการพิสูจน์ชัดเจน (Fuller *et al.*, 2529)

ยาอีกประเภทหนึ่ง รวมถึงกลุ่ม endogenous opioids ซึ่งออกฤทธิ์กับระบบสารสื่อประสาทในสมองเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติ่มแอลกอฮอล์ พบว่า ยาที่ออกฤทธิ์ต้านโอปิออยด์ (Opioid antagonists) เช่น naltrexone ในบางการศึกษามีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกในการชะลอเวลาที่จะกลับมาติ่มซ้ำ และลดอัตราการกลับไปติ่มอย่างหนัก (heavy drinking) ของผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ (Anton *et al.*, 2006; Jonas *et al.*, 2006) มีรายงานว่า Acamprosate ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของกรดอะมิโน ได้ผลเหนือกว่า placebo แต่การศึกษานี้ขนาดใหญ่บางการศึกษาพบว่า ไม่มีผลเหนือกว่า (Anton *et al.*, 2006)

แม้จะมีความก้าวหน้าในการศึกษาด้านยาที่สามารถลดความอยากในการติ่มและการกำเริบของโรคได้ แต่ผลเสริมของยานี้ยังไม่ได้เหนือกว่าการดูแลรักษาทางการแพทย์ การให้การปรึกษามาตรฐาน และพฤติกรรมบำบัด ยาเหล่านี้มักมีผลในขนาดที่เล็ก โดยแสดงประสิทธิภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ในจำนวนจำกัด (Litten *et al.*, 2018) Naltrexone ซึ่งสามารถให้วันละครั้ง ช่วยลดโอกาสที่จะกลับมาติ่มได้ประมาณร้อยละ 5 และลดความเสี่ยงจากการติ่มแอลกอฮอล์ลงร้อยละ 10 (Kranzler and Soyka, 2018) เนื่องจากการส่งยาให้กับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่า จะได้รับประโยชน์จากยาเหล่านี้เกิดขึ้นเพียงน้อยกว่าร้อยละ 9 แม้ในประเทศที่มีระดับรายได้สูง (Kranzler and Soyka, 2018) ยาเหล่านี้จึงไม่สามารถจะใช้ทดแทนการให้การปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดในประเทศส่วนใหญ่ได้

13.4.5 กลไกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม: ตัวปรับเปลี่ยนและตัวกลางในการเกิดประสิทธิภาพของการรักษา

งานวิจัยด้านการบำบัดรักษาค้นพบหลักฐานของการลดการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ที่ใกล้เคียงกัน โดยไม่ขึ้นกับประเภทของการให้การปรึกษาหรือการบำบัด ทำให้มองว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาอาจไม่ได้มาจากองค์ประกอบที่จำเพาะของการรักษาแต่ละชนิด แต่มาจากองค์ประกอบทั่วไปที่ใช้ในการบำบัดทุกรูปแบบ (Magill and Longabaugh, 2013) การศึกษาเชิงกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยตอบคำถามว่า การรักษาทำงานอย่างไรและทำไม (ตัวส่งผ่านผลของการรักษา mediating effects) และการรักษาแต่ละชนิดได้ผลดีที่สุดในสำหรับใคร (ตัวปรับเปลี่ยน moderators) การศึกษานี้

เกิดขึ้นภายใน “แบบจำลองเทคโนโลยี” ทางคลินิกของประสิทธิภาพการรักษาและการจับคู่การรักษา ซึ่งสันนิษฐานว่า คุณลักษณะของผู้ป่วยและองค์ประกอบของกระบวนการบำบัดตามลำดับ เป็นตัวปรับเปลี่ยนและตัวกลางของการเปลี่ยนแปลงในการตีผลการรักษา การศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจับคู่คุณลักษณะของผู้ป่วยกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในทางทฤษฎี (เช่น การจับคู่ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจต่ำในการบำบัดด้วยการเสริมแรงกระตุ้น) ไม่ได้เสริมให้เกิดผลลัพธ์อย่างมาก ตามที่เคยเชื่อกันก่อนหน้านี้ (Babor and Del Boca, 2003) การศึกษายังระบุด้วยว่า กลไกที่เป็นตัวส่งผ่านผลของการรักษาด้วยวิธีที่ได้รับการนิยมนิยมสูงสุดหลายวิธีมีความแตกต่างจากสิ่งที่คุณเสนอการรักษานั้นได้แนะนำไว้ โดยทั่วไป แบบจำลองเทคโนโลยีของประสิทธิภาพการรักษาอาจมีข้อบกพร่อง เนื่องจากการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ การบำบัดอาจผ่านกลไกทั่วไป เช่น ความเห็นอกเห็นใจ-ความสัมพันธ์ทางการรักษาระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลง การใช้ทรัพยากรภายในตัวบุคคล เครือข่ายสังคมที่สนับสนุน และการจัดหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมกับปัญหาสังคมนั้น (Cooney et al., 2003)

จิตวิญญาณและศาสนา เป็นองค์ประกอบหลักในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด รวมทั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 12 ขั้นตอน การทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบในเรื่องนี้ (Hai และคณะ, 2019) พบหลักฐานของประสิทธิผล แต่การศึกษานี้ยังไม่สามารถตีความว่า ข้อค้นพบนี้เป็นข้อพิสูจน์ว่า องค์ประกอบทางจิตวิญญาณ/ศาสนาเป็นส่วนประกอบที่เป็นตัวส่งผ่านเพียงชนิดเดียวที่ทำให้การรักษาได้ผล การศึกษาอื่นพบว่า Twelve-Step Facilitation (TSF) ซึ่งออกแบบมาเพื่อแนะนำผู้ดื่มที่มีปัญหาให้รู้จักกับหลักการของ AA นั้นมีประสิทธิภาพเท่ากับการบำบัดที่อิงทฤษฎีมากกว่า (Babor et al., 2003) แต่ส่วนใหญ่เป็นเพราะ ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในเครือข่ายสังคมที่สนับสนุนการละเว้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าที่จะเป็นจากผลกระทบทางจิตวิญญาณ

13.4.6 การบังคับให้รับการรักษา และการบังคับรักษาแบบอื่น ๆ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับแรงกดดันหรือการสนับสนุนเพื่อให้เข้าสู่การรักษาจากหลายระดับ เช่น จากครอบครัว เพื่อนฝูง หรือนายจ้างก่อนการเข้ารับการรักษา แม้แต่ในผู้ป่วยที่คิดว่า การตัดสินใจมารับการรักษาในท้ายที่สุดเป็นของตนเองก็ตาม (DuPont and Humphreys, 2011; Room et al., 2563) แต่สำหรับการบำบัดรักษาปัญหาแอลกอฮอล์

ส่วนใหญ่ การบังคับรักษานั้นเป็นทางการมากขึ้น โดยเป็นการบังคับผ่านการตัดสินใจอย่างเป็นทางการ ความคิดเห็นในประเด็นนี้ถูกแบ่งออกอย่างชัดเจน เป็นเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมและประสิทธิผลของการบังคับรักษาอย่างเป็นทางการ ซึ่งกำหนดให้ผู้ที่มิปัญหาเนื่องจากความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ยังคงดัดจริตต่อไป ตามที่ Vuong และคณะ (2019) กล่าวไว้ การรักษาแบบบังคับ (mandatory treatment) เป็นการทำให้ผู้มีปัญหาเข้ารับการบำบัดโดยไม่สมัครใจ โดยที่บุคคลนั้นไม่มีทางเลือกหรือพูดอะไรไม่ได้ในเรื่องนี้หรือด้วยการให้เลือกระหว่างการถูกลงโทษทางอาญาและการเข้าสู่โปรแกรมบำบัดรักษา

การบังคับรักษามีอย่างน้อย 5 ประเภท (Vuong *et al.*, 2019) ได้แก่ (1) การรักษาตามคำสั่งศาล (2) ศาลยาเสพติด (3) การรักษาแบบบังคับรักษาในเรือนจำ (4) คำตัดสินทางแพ่ง และ (5) การฟื้นฟูสมรรถภาพภาคบังคับในศูนย์บำบัด (เฉพาะประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้) นอกจากนี้ บางประเทศยังมีโครงการที่ดำเนินการโดยกลุ่มวิชาชีพ เช่น สมาคมแพทย์และพยาบาล เพื่อรักษาและติดตามสมาชิกที่มีปัญหาด้วยการระงับใบอนุญาต หรือการเลิกจ้างเนื่องจากการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติด ตัวอย่างเช่น โปรแกรมดูแลสุขภาพของแพทย์ กำหนดให้แพทย์ที่มีปัญหาด้านยาเสพติดและแอลกอฮอล์ต้องเข้าโปรแกรมและถูกส่งไปสุ่มตรวจลมหายใจเป็นประจำเป็นระยะเวลาสูงสุด 5 ปีเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถเลิกดื่มได้

การทบทวนผลการศึกษา (Vuong *et al.*, 2019) เกี่ยวกับประสิทธิผลของแผนการรักษาแบบบังคับ ระบุดังต่อไปนี้ (1) มีการศึกษาอย่างจำกัดเกี่ยวกับประสิทธิผลของการรักษาแบบบังคับในระยะยาว (กล่าวคือ หลังระยะเวลาของการรักษาในโครงการบำบัดรักษา) แต่การประเมินผลในระยะสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโครงการที่ได้รับคำสั่งจากศาลและศาลยาเสพติด แสดงให้เห็นการลดการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด (2) พบความสำเร็จบางประการในทุกรูปแบบการบังคับรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาลยาเสพติด ในการลดการทำผิดซ้ำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (3) รูปแบบการรักษาแบบบังคับรักษาถูกพบว่า มีประสิทธิภาพคุ้มทุนในประเทศออสเตรเลีย แต่โปรแกรมการรักษาโดยไม่สมัครใจไม่มีความคุ้มทุน และ (4) ค่ายกกักกันและฟื้นฟูแบบกึ่งทหารที่พยายามแก้ไขปัญหากจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยาเสพติดมีหลักฐานสนับสนุนเพียงเล็กน้อยและถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากว่า อาจเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน (เช่น Hall *et al.*, 2012; World Health Organization, 2020)

13.5 การบำบัดแบบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แม้ว่าสมาคมช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะไม่ถือว่าเป็นการรักษาอย่างเป็นทางการสำหรับการติดแอลกอฮอล์ แต่มักใช้แทนหรือเป็นส่วนเสริมในการรักษา ด้วยสมาชิกประมาณ 2,077,374 ราย ที่เชื่อมโยงกับกลุ่มต่าง ๆ มากกว่า 125,000 กลุ่มใน 180 ประเทศ (Alcoholics Anonymous, 2019) กลุ่มผู้ติดสุรานิวนาม (Alcoholics Anonymous; AA) เป็นแหล่งความช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มที่กว้างขวางที่สุด องค์กรคู่ขนานที่มีอุดมการณ์และแนวทางที่แตกต่างกันได้รับการพัฒนาในหลายประเทศ เช่น Danshukai ในประเทศญี่ปุ่น Kreuzbund ในประเทศเยอรมนี Croix d'Or และ Vie Libre ในประเทศฝรั่งเศส Abstainers Clubs ในประเทศโปแลนด์ Family Clubs ในประเทศอิตาลี และ Links ในประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย (Room, 1998; Humphreys *et al.*, 2004) การศึกษาขนาดใหญ่ที่มีการออกแบบอย่างดีจำนวนมาก (Walsh *et al.*, 1991; Ouimette *et al.*, 1999) แนะนำว่า AA สามารถมีผลเพิ่มขึ้นเมื่อรวมกับการรักษาอย่างเป็นทางการ และการเข้าร่วม AA เพียงอย่างเดียวอาจดีกว่าการไม่ได้รับการบำบัดรักษาใด ๆ

ในการทบทวนของ Cochrane Collaboration จากการศึกษา 27 เรื่องที่มีผู้เข้าร่วม 10,565 คน (Kelly *et al.*, 2020) ผู้เขียนสรุปว่า การบำบัดแบบ AA/TSF ตามคู่มือ (manualized AA/TSF interventions) มีประสิทธิผลมากกว่าการรักษาอื่น ๆ เช่น CBT สำหรับการเพิ่มการหยุดดื่ม ส่วนการบำบัดด้วย AA/TSF ที่ไม่ตามคู่มือ (Non-manualized AA/TSF interventions) อาจได้ผลดีเท่ากับการรักษาแบบอื่น ๆ การบำบัดด้วย AA/TSF ทั้งที่ทำตามและไม่ตามคู่มือ อาจมีประสิทธิผลอย่างน้อยเท่ากับการรักษาอื่น ๆ สำหรับผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ผู้ที่ออกจากกลุ่ม AA หลังจาปีแรก แทนที่จะดำเนินไปตลอดชีวิตตามคำแนะนำของ AA อาจได้ผลเช่นเดียวกับผู้ที่ยังคงอยู่ใน AA (Kaskutas *et al.*, 2005) AA อาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงเพราะช่วยทำให้ผู้นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปรับตัวในเครือข่ายสังคมของผู้เข้าร่วมกลุ่ม แต่ยังคงสอนทักษะการจัดการสำหรับการหายกลับไปเป็นปกติ (recovery-coping skills) ให้แรงจูงใจในการหายกลับสู่ปกติ เพิ่มสมรรถภาพส่วนตน (self-efficacy) ในการเลิกดื่ม และลดความหุนหันพลันแล่นและความอยากใช้สาร (Kelly, 2017) และการบำบัดด้วย AA/TSF อาจช่วยประหยัลดค่ารักษาพยาบาลได้อย่างมากในหมู่ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์

13.6 ข้อคำนึงด้านค่าใช้จ่าย

ประเด็นทางนโยบายที่สำคัญในเรื่องความเป็นไปได้และขอบเขตของการบำบัดแบบย่อและการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญคือ ต้นทุน แม้ว่าการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ยังมีน้อยและยังไม่มีหลักฐานที่หนักแน่น ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาที่สำคัญในระเบียบวิธีสำหรับการศึกษาด้านเศรษฐมิติขึ้นมา (Rehm and Barbosa, 2018)

Barbosa และคณะ (2015) วิเคราะห์ความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองปัญหาแอลกอฮอล์ การบำบัดแบบย่อ และการส่งต่อการรักษา (SBIRT) ในแผนกฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับแผนกผู้ป่วยนอกในประเทศสหรัฐอเมริกา การคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ และส่งต่อการรักษาปัญหาแอลกอฮอล์ (Alcohol SBIRT) ช่วยประหยัดต้นทุนและช่วยให้สุขภาพดีขึ้นทั้งในแผนกฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก มีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับประสิทธิภาพในระยะยาวของการบำบัดแบบย่อ การศึกษาสองงานที่ติดตามผู้ป่วยนานถึง 48 เดือนหลังการบำบัดรักษา (Fleming *et al.*, 2002; Ockeneet *et al.*, 2009) พบผลระยะสั้นเล็กน้อยที่ลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา การศึกษาด้านประสิทธิผลอื่น ๆ พบว่า SBI ในแผนกผู้ป่วยนอกเหนือกว่า SBI ในแผนกฉุกเฉินในแง่ของทั้งผลลัพธ์ด้านการดื่มสุราและการคงอยู่ของผลลัพธ์เหล่านี้ในการติดตามผลเกินระยะเวลา 6 เดือน (Havard *et al.*, 2008) สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดรักษาแบบ SBIRT ที่แผนกผู้ป่วยนอก อาจประหยัดค่าใช้จ่ายในระยะยาวมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดรักษาที่แผนกฉุกเฉิน

มีการวิจัยที่คล้ายกันเพื่อประเมินต้นทุนและประโยชน์ของการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งดำเนินการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นหลัก Rehm and Barbosa (2018) ทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุน-ประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยยา และการรักษาโดยวิธีผสมผสานเพื่อรักษาความผิดปกติเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ จากมุมมองของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายสำหรับการบำบัดรักษาต่ำกว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการในช่วงหลายปีหลังการรักษา หลายการศึกษาได้ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเข้าร่วม AA และ TSF พบว่า มีการประหยัดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพได้สูงกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลโดยรวมลดลงสำหรับผู้เข้าร่วมการบำบัดรักษาแบบ AA/TSF โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีลักษณะพยาธิกรรมโรคที่ไม่ดี (Kelly *et al.*, 2020)

เมื่อพิจารณาด้านทางเลือกที่คุ้มค่าสำหรับการรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการติดแอลกอฮอล์ในแผนกผู้ป่วยใน การทบทวนวรรณกรรมนี้ (Finney *et al.*, 1996; Baboret *et al.*, 2008) สรุปว่า (1) โปรแกรมการบำบัดผู้ที่มีปัญหาจากการติดแอลกอฮอล์ในแผนกผู้ป่วยในที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ถึงหลายเดือนไม่มีอัตราความสำเร็จที่สูงกว่าการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาการรักษาสั้น (2) ผู้ป่วยบางรายสามารถถอนพิษได้อย่างปลอดภัยโดยไม่ต้องใช้ยาและในสภาพแวดล้อมที่ไม่ใช่การรักษาในโรงพยาบาล (3) โปรแกรมการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียงบางส่วน (“การรักษาตัวในโรงพยาบาลกลางวัน” โดยไม่มีการพักค้างคืน) มีผลเท่ากับหรือดีกว่าการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยมีค่าใช้จ่ายเพียงครึ่งหนึ่งถึงหนึ่งในสาม และ (4) ในประชากรบางกลุ่ม การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกให้ผลลัพธ์ที่เทียบเท่ากับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

13.7 ผลรวมของการบำบัดรักษาและการบำบัดแบบย่อ

แม้จะมีหลักฐานถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยง และการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ แต่กลับได้รับความสนใจเพียงเล็กน้อยว่า ผลการรักษาในระดับบุคคลเหล่านี้จะนำไปสู่ระดับประชากรได้อย่างไร การบำบัดแบบย่อและการรักษาในระดับตติยภูมิ (tertiary treatment) ได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายหรือผู้รับบริการเป็นหลัก แต่มีหลายวิธีที่การบำบัดรักษาเหล่านี้จะมีผลต่อระดับชุมชนและระดับประชากร ผลกระทบของการบำบัดรักษานั้นแสดงออกโดยตรงได้มากที่สุดผ่านการลดปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มและอันตรายที่เกี่ยวข้อง โดยการขจัดแหล่งของอิทธิพลที่ผลต่อกันและกันในการคงวัฒนธรรมย่อยของการดื่มหนัก (Skog, 1985; Room *et al.*, 2016) การบำบัดรักษาควรลดอัตราปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในชุมชนในลักษณะที่มากกว่าแค่การหายกลับไปเป็นปกติ (recovery) ของนักดื่มแต่ละคน บริการการรักษาและการบำบัดแบบย่ออาจส่งผลต่อสุขภาพของประชากรโดยการสร้างความตระหนักรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับปัญหาแอลกอฮอล์ กำหนดบรรทัดฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกดื่มและแนวปฏิบัติของการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวข้องในการสนับสนุนการป้องกัน (ดูบทที่ 14) และการสนับสนุนแก่ครอบครัวและนายจ้าง

จากการแพร่หลายของโครงการ SBI และการศึกษาประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการนำไปใช้ คำถามสำคัญคือว่า ผลประโยชน์ระดับบุคคลสามารถส่งผลในระดับประชากรต่อการเจ็บป่วยและการตายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์หรือไม่ คำถามนี้ได้รับการพิจารณาโดย Heather (2012) ซึ่งทบทวนการศึกษาเชิงประจักษ์และแบบจำลองต่าง ๆ ของ SBI ในด้านของศักยภาพที่จะมี “ประโยชน์ด้านสาธารณสุข” เช่น ผลกระทบที่สามารถตรวจพบได้ในมาตรการระดับประชากร เช่น สถิติการตาย หรือการบาดเจ็บจากเมาแล้วขับ จากการทบทวนของ Heather พบว่า ศักยภาพด้านสาธารณสุขของ SBI ไม่น่าจะเกิดขึ้นได้หากไม่มีการตรวจคัดกรองอย่างครอบคลุม และการให้บริการบำบัดแบบย่อในวงกว้าง ซึ่งเป็นเงื่อนไขสองประการที่ไม่ค่อยปรากฏในชุมชนและประเทศต่างๆ

งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับ SBI จนถึงปัจจุบันได้ใช้รูปแบบการดูแลทางคลินิกที่เน้นเฉพาะเรื่องแทนที่จะใช้แนวทางด้านสาธารณสุขในวงกว้าง ซึ่งพยายามให้เกิดผลกระทบต่ออัตราการดื่มอย่างเสี่ยงและการดื่มแบบเป็นอันตรายในระดับประชากรให้มากที่สุด แม้จะมีการเพิ่มขึ้นของการคัดกรองอย่างครอบคลุมในสถานบริการสุขภาพ และการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาการดื่มให้เข้าสู่การดูแลที่เหมาะสม แต่ผลของโปรแกรม SBI ต่อประชากรถูกจำกัดด้วยจำนวนบุคคลที่เข้าสู่โปรแกรมห่วงการดังกล่าว จึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่สร้างสรรค์เพื่อนำโปรแกรมคัดกรองไปใช้ได้อย่างทั่วถึง (universal) หรือใกล้เคียง (near-universal) และโปรแกรมใด ๆ ที่จะนำไปใช้นั้นจะต้องประสานงานควบคู่ไปกับการดูแลระดับปฐมภูมิและระบบบำบัดเฉพาะทาง ในฉากทัศน์หนึ่ง (Babor et al., 2018) จำนวนบุคคลที่เข้าถึงบริการ SBI อาจเพิ่มขึ้นได้ผ่านการรณรงค์ทางการตลาดเพื่อสังคมที่เผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง และสื่อสารข้อมูลอื่น ๆ ของ SBI รวมทั้งการใช้มาตรการเพื่อนำบริการ SBI ออกนอกสถานพยาบาลสู่ชุมชนโดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัล

นอกเหนือจาก SBI แล้ว คำถามที่เกี่ยวข้องก็คือบริการบำบัดรักษาเฉพาะทางในประเทศส่วนใหญ่มีผลต่ออัตราเจ็บป่วย (morbidity) และอัตราการตาย (mortality) ในระดับชุมชนและรัฐในประเทศหรือไม่ ดังที่กล่าวไว้ในส่วนอื่น ๆ ของบทนี้ มีเพียงไม่กี่ประเทศที่สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ที่ต้องการบริการนี้ อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานบางอย่างที่แสดงว่า การรักษามีศักยภาพที่จะสร้างผลโดยรวมในประเทศที่มีการพัฒนาระบบการรักษาค่อนข้างดี (Smart and Mann, 2000) นักวิจัยหลายคนระบุถึง ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) ที่ลดลง

กับการเพิ่มขึ้นของการรักษาเฉพาะทาง ตัวอย่างเช่น Mann และคณะ (1988) พบว่า อัตราการจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งจากโรงพยาบาลลดลงสัมพันธ์กับการรักษาที่เพิ่มขึ้นในออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา Romelsjö (1987) ได้รายงานไว้ว่า นอกจากปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากร (per capita consumption) ที่ลดลงแล้ว การรักษาแบบผู้ป่วยนอกอาจมีส่วนทำให้อัตราการเกิดตับแข็งในสตอกโฮล์มลดลงด้วย Holder และ Parker (1992) รายงานว่า การเข้ารับการรักษาบำบัดด้วยปัญหาแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) ในช่วง 20 ปี ในรัฐนอร์ทแคโรไลนามีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคตับแข็งที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

แม้จะมีหลักฐานเหล่านี้ตามที่กล่าวมา แต่ก็ยังขาดการศึกษาด้านผลโดยรวมของการบำบัดแบบย่อและบริการการรักษาแบบดั้งเดิมต่อตัวชี้วัดด้านสุขภาพหรือสวัสดิการของประชากร และมีการศึกษาเพียงเล็กน้อยที่ศึกษาว่า รูปแบบของระบบต่าง ๆ มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลมากกว่ารูปแบบอื่น ๆ หรือไม่ แนวทางหนึ่งที่ช่วยตอบสนองความต้องการนี้คือ การใช้แบบจำลองทางสถิติเพื่อประเมินผลของการบำบัดรักษาต่ออัตราการตายและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ในกล่องข้อความที่ 13.1 จะอธิบายผลการศึกษาแบบจำลองหลายฉบับ ซึ่งเสนอว่า การรักษาและบริการ SBI สามารถสร้างความแตกต่างอย่างมากในระดับประชากรภายใต้เงื่อนไขที่เหมาะสม


การศึกษาอื่น ๆ ได้พยายามประเมินผลกระทบของรูปแบบองค์กรและคุณภาพของระบบการรักษาที่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบระบบบำบัดแอลกอฮอล์ระดับประเทศในเดนมาร์กและสวีเดน (Pedersen *et al.*, 2004) แสดงให้เห็นว่า ลักษณะภายในบางประการของระบบบำบัด (เช่น ความสามารถในการเข้าถึง ความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยา การบำบัดสำหรับกลุ่มพิเศษ และโครงสร้างของการบำบัดรักษา) มีความสำคัญในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (catchment) ในขณะที่ปัจจัยภายนอกบางประการมีความเกี่ยวข้องกับการรักษา (เช่น การรับประกันการส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจในระบบสนับสนุนของการบำบัดผู้ที่ติดแอลกอฮอล์) Stenius และคณะ (2005) ได้ศึกษาผู้รับบริการและผู้ป่วยเกือบ 1,900 ราย ในส่วนต่าง ๆ ของระบบบำบัดการใช้สารเสพติดในเขตปกครองสตอกโฮล์ม พบว่า ระบบที่จัดบริการแบบผู้ป่วยนอกจะดีกว่ารูปแบบองค์กรที่จัดบริการแบบมีที่พักพิงเป็นหลักในการรวบรวมประชากรกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่ประโยชน์ด้านสุขภาพของประชากรได้

13.8 บทสรุป: การสร้างระบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในศตวรรษที่ 21 มีความตระหนักเพิ่มมากขึ้นถึงความจำเป็นในการหาระบบการบำบัดสำหรับปัญหาแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบ มีการรับรู้เพิ่มขึ้นว่า มีปัญหาด้านสุขภาพและสังคมจากการดื่มซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะสำหรับผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ รอบตัวด้วย (Selbekk *et al.*, 2018) (ดูเพิ่มเติมในบทที่ 4) ในขณะที่บริการที่มีเพื่อจัดการกับปัญหามักจะได้รับเงินทุนเฉพาะสำหรับการรักษาผู้ดื่มเท่านั้น การอภิปรายเกี่ยวกับการรักษาในระดับระบบมักถูกจำกัดให้เน้นที่ระบบสุขภาพ ในขณะที่ระบบตอบสนองทางสังคมอื่น ๆ เช่น สวัสดิการ ระบบยุติธรรม และสถานพักพิงสาธารณะก็มีความเกี่ยวข้องสูงเช่นกัน วาทกรรมเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบการรักษามักถูกกำหนดโดยเป้าหมายระดับชาติ (Klingemann, 2020) แม้จะมีการศึกษาเปรียบเทียบเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบการบำบัดแห่งชาติ (เช่น Klingemann *et al.*, 1992; Storbjörk, 2010) แต่มีงานวิจัยเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ประเมินผลกระทบระดับประชากรและคุณลักษณะของระบบที่เกี่ยวข้อง การสอบถามใน 10 ประเทศในยุโรปพบว่า มีการกระจายของนวัตกรรมค่อนข้างช้า เป็นแนวโน้มที่น่าสงสัยต่อ “วิธีการจัดการสาธารณะแบบใหม่” ซึ่งถดถอยไปสู่แนวทางเชิงศีลธรรมมากขึ้น และช่องว่างการรักษายังคงอยู่สำหรับประชากรกลุ่มที่ไม่ค่อยได้รับความสนใจ (Klingemann, 2020)

ชุดของมาตรฐานสากลสำหรับการรักษา “ความผิดปกติเนื่องจากการใช้ยาเสพติด” ซึ่งพัฒนาโดย WHO และสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) (2020) ได้จัดทำกรอบสำหรับการสร้างระบบการรักษาเฉพาะทางสำหรับความผิดปกติเนื่องจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substance use disorder) ตามมาตรฐานนี้ ระบบที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการประสานงาน และบูรณาการจากผู้ปฏิบัติหลายคน จุดมุ่งหมายคือ เพื่อให้บริการและการบำบัดรักษาในสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย ซึ่งกำหนดเป้าหมายไปยังกลุ่มต่าง ๆ ในระยะต่าง ๆ ของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ระบบสาธารณสุข ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นงานด้านจิตเวชของบริการทางการแพทย์ที่ทำงานประสานกันอย่างใกล้ชิดกับการดูแลทางสังคมและบริการชุมชนอื่น ๆ ถูกพิจารณาว่า เป็นตำแหน่งที่ดีที่สุดในการให้บริการการรักษามีประสิทธิภาพ ในบางประเทศ ภาคเอกชนและองค์กรนอกภาครัฐ (non-governmental organizations) สามารถมีบทบาทสำคัญ แม้ว่าจะต้องใช้เงินทุนจำนวนมากจากรัฐบาลก็ตาม

มาตรการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ในระดับความเข้มข้นที่ต่ำกว่ามักเป็นที่ต้องการมากกว่า และจำเป็นต้องเข้าถึงให้นอกเหนือจากภาคส่วนด้านสุขภาพ การบำบัดที่มีความเข้มข้นต่ำในระดับชุมชนหรือในบริบทที่ไม่เฉพาะเจาะจง (เช่น SBI) ช่วยป้องกันประชากรจากการเกิดความผิดปกติที่รุนแรงขึ้นได้ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นทางเลือกแรกที่ถูกแนะนำตามมุมมองทางสาธารณสุข トラบที่ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ บางรายอาจต้องมีการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือมีที่พักพิง โดยขึ้นอยู่กับการประเมินรายบุคคลสำหรับผู้ที่มิปัญหาการใช้สารเสพติดที่รุนแรงหรือซับซ้อนหรือมีปัญหาทางสังคมเพิ่มเติม (World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, หน้า 16-17) ตามมาตรฐานของ WHO และ UNODC (2020) บริการบำบัดรักษาควรรหาได้ง่าย (available) สามารถเข้าถึงได้ (accessible) ราคาไม่แพง (affordable) มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ (evidence-based) และมีความหลากหลายเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มย่อยต่าง ๆ เช่น วัยรุ่น ผู้ใช้สารเสพติดหลายชนิด ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชร่วม สตรีมีครรภ์ และผู้สูงอายุ ในที่สุด ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณะต้องการทราบสองสิ่งเกี่ยวกับบริการบำบัดแอลกอฮอล์ (1) การบำบัดรักษาได้ผลดีพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มอย่างเป็นอันตรายหรือไม่ และ (2) บริการทางสังคมและคลินิกทั้งหมดสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านทรัพยากรมนุษย์และการเงินให้กับสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ อาชญากรรม ความรุนแรง การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรและปัญหาอื่น ๆ ได้หรือไม่

เพื่อตอบคำถามแรก ตารางที่ 13.1 แสดงผลที่เป็นฉันทามติของคณะผู้เขียนเกี่ยวกับมาตรการบำบัดรักษาที่ถูกกล่าวถึงในบทนี้ ดังที่ได้อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมใน  ภาคผนวก 1 ทางออนไลน์ และบทที่ 6 กลยุทธ์และมาตรการที่ถูกกล่าวถึงในบทนี้ถูกประเมินโดยคณะผู้เขียนใน 2 ด้าน คือ ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการ และจำนวนของการศึกษาที่สนับสนุน

การประเมินคะแนนประสิทธิภาพระบุว่า คำถามแรกสามารถตอบได้อย่างแน่นอน อ้างอิงจากผลของการศึกษาทางคลินิก 50 ปีที่แสดงว่า บริการการรักษาส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดื่มอย่างเป็นอันตรายมีส่วนทำให้เลิกดื่มในระยะสั้นหรือลดปริมาณการดื่มลง และมีผลน้อยกว่าต่อการหายกลับเป็นปกติในระยะยาว การบำบัดรักษาทั้งโดยการใช้และไม่ใช้ยา มีประสิทธิภาพ และได้รับการประเมินว่า มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าปานกลาง โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งเมื่อนำไปใช้ในบริบทผู้ป่วยนอก โปรแกรมที่ดำเนินการโดยองค์กรช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน เช่น Alcoholics Anonymous ได้รับการประเมินสูงในด้านประสิทธิภาพ การเข้าถึงประชากร และต้นทุนต่ำ นอกจากนี้ การบำบัดแบบย่อ สำหรับผู้ที่ดื่มแบบเสีียงแต่ไม่ติดแอลกอฮอล์ ร่วมกับการส่งต่อการรักษาสำหรับกรณีที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น มีข้อมูลที่สนับสนุนอย่างยิ่ง แต่การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ให้เกิดผลยังคงมีความท้าทายในหลายประเทศ (Heather, 2012)

คำถามที่สองกล่าวถึงปัญหาของระบบการบำบัด การพัฒนาระบบบริการที่ต่อเนื่องจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความชุกของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในสังคมหรือไม่ มีความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษาและการบริการ ซึ่งรวมถึงการศึกษาผลของการประสานงานบริการต่อต้นทุนและผลลัพธ์ (Pedersen et al., 2004) การวางแผนตามความจำเป็น (Ritter et al., 2019; Rush and Urbanoski, 2019); และการวัดผลส่วนประกอบและประสิทธิภาพของระบบบริการ (Hirschovits-Gerz et al., 2019; Mota et al., 2019; Tremblay et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ผลโดยรวมของบริการบำบัดรักษาต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอที่จะตอบคำถามนี้ แม้ว่าการศึกษาแบบจำลองจะชี้ให้เห็นถึงศักยภาพที่จะเกิดผลเพียงเล็กน้อยก็ตาม (ดูกล่องข้อความที่ 13.1)

ความขาดแคลนงานวิจัยด้านการบำบัดรักษาในระดับระบบ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างแบบจำลองด้านสาธารณสุขของทรัพยากรโครงสร้าง และคุณภาพของระบบบำบัดรักษาปัญหาแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจใช้อธิบายว่า ระบบบริการต่าง ๆ สามารถทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชากรได้อย่างไร ภาพที่ 13.1 นำเสนอแบบจำลอง ซึ่งเริ่มต้นด้วยตัวกำหนดนโยบายของบริการบำบัดรักษา และสิ้นสุดด้วยผลของระบบบำบัดต่อประชากร นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การตัดสินใจด้านเงินทุนส่งผลต่อจำนวนของการบริการ ตลอดจนคุณภาพของระบบ โดยไม่ได้มีผลเฉพาะที่ตั้งของการบริการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงวิธีการจัดการและบูรณาการด้วย คุณภาพของระบบยังรวมถึงความเสมอภาค (ขอบเขตที่ได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกันและเข้าถึงได้สำหรับกลุ่มประชากรทั้งหมด) ประสิทธิภาพ (การผสมผสานการบริการที่เหมาะสมที่สุด) และมีมิติทางเศรษฐศาสตร์ (บริการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุด) คุณสมบัตินี้ถือได้ว่าเป็นสื่อกลางของประสิทธิผลของระบบ ในขอบเขตที่ส่งผลกระทบจากโครงสร้างระบบและ

โปรแกรม ตามกรอบแนวคิดนี้ มีสมมติฐานว่า ทรัพยากรโครงสร้างและคุณภาพของระบบมีส่วนอย่างมากต่อประสิทธิภาพของการบริการ (Babor, 2015) ตามที่เสนอแนะในภาพที่ 13.1 ผลสะสมของการบริการเหล่านี้ควรถ่ายทอดให้เป็นผลประโยชน์ด้านสุขภาพในระดับประชากร เช่น อัตราการตายและการเจ็บป่วยที่ลดลง ตลอดจนการลดลงในการว่างงาน ความทุกข์พลภาพ อาชญากรรม การฆ่าตัวตาย และค่ารักษาพยาบาล แบบจำลองนี้ยังให้ความเป็นไปได้ที่ทั้งประสิทธิภาพและผลกระทบต่อประชากรของระบบการบำบัดจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยบางประการ เช่น ลักษณะทางสังคมของประชากรที่มีความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น “case mix”) ทูตทางสังคมของกลุ่มประชากรเหล่านี้ (เช่น การมีส่วนร่วมของพลเมืองและการรวมกลุ่มของชุมชน) และปัจจัยทางวัฒนธรรมที่กำหนดรูปแบบการใช้สารเสพติด ตลอดจนปฏิกิริยาทางสังคมที่มีต่อมัน ปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยไม่ขึ้นกับคุณภาพของระบบและประเภทของการรักษา และควรนำมาพิจารณาในการออกแบบและประเมินระบบการรักษาใด ๆ ด้วยเหตุผลนี้ เราจึงได้ทำวงสะท้อนกลับ (feedback loop) จากปัจจัยกำกับ (moderating factors) ไปยังกลองนโยบายการรักษา เพื่อเน้นว่า เพื่อให้เกิดสมรรถนะที่เหมาะสม ระบบการบำบัดรักษาจำเป็นต้องได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะของประชากรและความต้องการในการรักษา

แม้จะมีความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพการรักษา แต่ประวัติของการบริการบำบัดปัญหาเนื่องจากแอลกอฮอล์ก็มีบทเรียนเตือนใจหลายประการสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐและคนอื่น ๆ ที่สนใจในนโยบายที่สนับสนุนแผนการบำบัดรักษา บทเรียนหนึ่งคือ บริการบำบัดรักษาปัญหาเนื่องจากแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเพื่อตอบสนองไปตามประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติและอัตราปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แทนที่จะเป็นการตอบสนองต่อการวางแผนอย่างสมเหตุสมผล บทเรียนอีกประการหนึ่งคือ การบริการลดลงในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจตกต่ำ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะตราบาป (stigma) ของการเสพติดทำให้ไม่ค่อยมีผู้ที่มีอำนาจเข้ามาช่วยให้การสนับสนุนเงินทุนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เรายังได้เรียนรู้ว่า บริการต่าง ๆ พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อรูปแบบการใช้สารเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไป โดยแสดงให้เห็นว่า การวางแผนการรักษานั้นเป็นพลวัตมากขึ้น ไม่ได้อยู่อย่างคงที่ ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในด้านเทคโนโลยี การวิจัย วัฒนธรรม และข้อมูลด้านประชากร

จากหลักฐานที่ทบทวนในบทนี้ แนวทางพัฒนาไปข้างหน้ามีความชัดเจน บริการบำบัดรักษามีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อตอบสนองต่อปัญหาหลังจากที่ปัญหาได้เกิดขึ้นแล้ว สามารถเอามาเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์โดยรวมที่จำเป็นเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์ แต่ก็ต้องไม่มองข้ามความจำเป็นที่จะต้องมีกลยุทธ์ครอบคลุมจักรวาลที่ส่งผลในระดับประชากร แต่ได้มากกว่าด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่ามาก

ตารางที่ 13.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของบริการบำบัดรักษาและการบำบัดแบบย่อ^c

ยุทธศาสตร์ หรือ มาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การบำบัดแบบย่อ (brief intervention) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่ไม่ได้ติดแอลกอฮอล์	++	+++	อาจมีประสิทธิผล แต่ผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิส่วนใหญ่ขาดการฝึกอบรมและเวลา (และแรงจูงใจ) ในการคัดกรองปัญหาและให้การบำบัดแบบย่อ ใช้ต้นทุนระดับปานกลางในการดำเนินการและคงระบบไว้ เข้าถึงประชากรได้ต่ำถึงปานกลาง
การรักษาด้วยการถอนพิษ (detoxification) สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์	++	++	ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (สามารถช่วยชีวิตได้) สำหรับการรักษาในระยะถอนพิษ แต่มีผลเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว เว้นแต่จะร่วมกับการรักษาอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและคงระบบไว้สูง
พฤติกรรมบำบัดและการรักษาทางจิตสังคม (Behavioural and psychosocial modalities)	+ / ++	+++	การศึกษาจำนวนมากบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตราย แต่การกลับเป็นซ้ำเป็นสัดส่วนที่มีนัยสำคัญของประชากรที่รับการรักษา การปรับให้เทคนิคการบำบัดเป็นมาตรฐานเดียวกันทำได้โดยการฝึกอบรมนักบำบัด โดยอาจส่งผลต่อการศึกษาวิจัย เมื่อเทียบกับบริบทของชุมชนที่การบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้มีการปรับให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ตารางที่ 13.1 คะแนน (โดยฉันทามติ) ของบริการบำบัดรักษาและการบำบัดแบบย่อ^c (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ หรือ มาตรการ	ประสิทธิผล ^a	ความหนักแน่น ของหลักฐาน ทางวิชาการ ^b	ข้อคิดเห็น
การรักษาด้วยการให้สิ่งที่ลู่ใจ (Contingency management)	++	++	มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมการเข้ารับการรักษาและลดการกลับไปดื่มซ้ำ มีการศึกษาในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางเพียงเล็กน้อย และโปรแกรมบำบัดรักษายากต่อการดำเนินการในประเทศที่มีระดับรายได้สูง
การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment)	+ / ++	++	มีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตราย แต่การกำเริบเป็นเรื่องปกติสำหรับผู้ป่วยจำนวนมากตามสัดส่วนของประชากรที่ได้รับการรักษาผลเสริมของยาเมื่อร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมต่ำ
การบังคับรักษา (Mandatory and coercive treatment)	+ / ?	++	การรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีองค์ประกอบของการบังคับ แต่การพิจารณาในตารางนี้หมายถึงการศึกษาโปรแกรมที่มีการบังคับสูง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและการคงระบบไว้มีแนวโน้มที่จะใช้สูง
กลุ่มที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help intervention)	++	++	เป็นทางเลือกที่เป็นไปได้และคุ้มค่าสำหรับการรักษาอย่างเป็นทางการในหลายประเทศ พบอัตราการกลับไปดื่มซ้ำสูง จำเป็นต้องมีการเข้ากลุ่มสนับสนุนหลายครั้ง ต้นทุนต่ำในการดำเนินการและคงระบบไว้

^a 0 หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่าไม่มีประสิทธิผล (มาตรการถูกประเมินและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์); + หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคและผลกระทบ; ++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลปานกลางต่อการบริโภคและผลกระทบ; +++ หลักฐานทางวิชาการพบว่ามีผลมากต่อการบริโภคและผลกระทบ; ? มีหนึ่งการศึกษาหรือมากกว่าที่ศึกษาแต่ยังไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปได้

^b 0 ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล; + มีการศึกษาคุณภาพสูงเกี่ยวกับประสิทธิผล 1-2 การศึกษา; ++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากกว่า 2 การศึกษา แต่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่มีการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง; +++ มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลมากเพียงพอที่สามารถนำมาทบทวนวรรณกรรมหรือวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยที่มีบางการศึกษาจากประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

^c ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่  Online Appendix 1

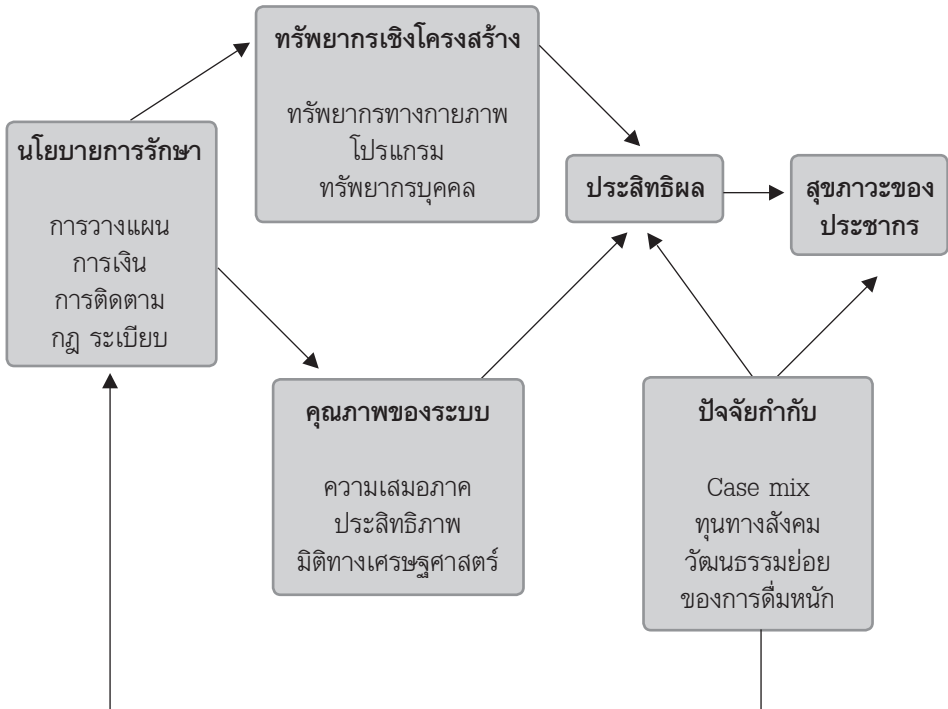
กล่องข้อความที่ 13.1 บริการบำบัดรักษาสามารถสร้างความแตกต่างในอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายในระดับประชากร (โดยใช้แบบจำลองทางสถิติ เพื่อตอบคำถามสำคัญ) ได้หรือไม่?

Rehm และคณะ (พ.ศ. 2556) ได้ใช้ข้อมูลจาก 27 ประเทศของสหภาพยุโรป จำลองผลกระทบของการติดแอลกอฮอล์ต่อภาระเนื่องจากการตาย (mortality burden) ซึ่งคาดว่า มีผู้เสียชีวิต 1 ใน 7 คน ในผู้ชาย และ 1 ใน 13 คนของผู้หญิง จากข้อมูลประสิทธิภาพการรักษาที่ได้มาจากการบำบัดแบบย่อ (brief intervention) และการบำบัดแอลกอฮอล์ที่ไม่ใช้ยาและใช้ยา พบว่า ถ้าเพิ่มการครอบคลุมของการรักษาเป็นร้อยละ 40 ของผู้ติดแอลกอฮอล์ (จากระดับปัจจุบันที่ร้อยละ 10) อัตราการตายที่เกิดจากแอลกอฮอล์อาจลดลงร้อยละ 13 ในผู้ชาย และร้อยละ 9 ในผู้หญิง แม้ว่าผลที่เป็นไปได้ของความพร้อมในระบบการรักษาที่เพิ่มขึ้นจะเทียบได้กับที่ได้กล่าวไว้ในการศึกษาเกี่ยวกับมาตรการระดับประชากร เช่น การเพิ่มภาษีแอลกอฮอล์และการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดูเพิ่มเติมในบทที่ 8 และ 9) ผู้เขียนเตือนว่า การคาดการณ์เหล่านี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแบบจำลองทางสถิติตลอดจนต้นทุนและความเป็นไปได้ และควรใช้เพื่อเสริมมากกว่าที่จะนำไปใช้แทนที่วิธีการศึกษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการวิเคราะห์แบบจำลองอื่น Brennan และคณะ (2019) ได้ประเมินผลของเส้นทางการเข้าถึงการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์โดยผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้นในเขตเทศบาลในสหราชอาณาจักร ต่อผลลัพธ์การรักษา ค่าใช้จ่าย และอัตราการเสียชีวิตในอนาคต ในฉากทัศน์หนึ่ง การเพิ่มอัตราการเข้าถึงสู่ระดับเดียวกับในประเทศเพื่อนบ้าน คือ สกอตแลนด์ คาดว่าจะลดความชุกของการติดแอลกอฮอล์ในอนาคตลงร้อยละ 19.2

นอกเหนือจากการสร้างแบบจำลองผลกระทบของบริการการรักษาอย่างเป็นทางการแล้ว ยังมีการประเมินผลของประโยชน์ด้านสาธารณสุขของ SBI Chisholm และคณะ (2004) ได้ทำการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบเพื่อประเมินผลกระทบต่อประชากรของการบำบัด 5 อย่างที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งรวมถึง SBI ในภูมิภาคที่มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงสูงนั้น ทั้งการแนะนำของแพทย์ (เช่น SBI) และมาตรการระดับประชากร เช่น ภาษีแอลกอฮอล์ คาดว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชากร ในภูมิภาคที่มีอัตราต่ำ กลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ (brief advice) ที่กำหนดเป้าหมายไปยังกลุ่มที่ดื่มหนักโดยเฉพาะนั้นถือว่า มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากกว่าการให้วิธีการนี้ทั่วทั้ง

ประชากร อีกแนวทางหนึ่งที่เรียกว่า Sheffield Alcohol Policy Model (Brennan *et al.*, 2015) ประเมินผลของโครงการคัดกรองระดับชาติตามสมมุติฐาน 10 ปี ในสหราชอาณาจักร แม้ว่าผลที่ได้ในฉกาทศน์ของแผนกฉุกเฉินจะน่าผิดหวัง แต่แบบจำลองที่ใช้ในแพทย์ทั่วไป ก็พบว่ามีประสิทธิภาพและคุ้มค่า



นโยบาย (Policies) → ลักษณะเชิงระบบ (System characteristics) → ประสิทธิผล (Effectiveness) → ผลต่อประชากร (Population impact)

ภาพที่ 13.1 แบบจำลองแนวคิดของผลกระทบต่อประชากรของระบบบำบัดปัญหาแอลกอฮอล์ ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก Babor TF, Stenius K และ Romelsjo A (2008) Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), S50-S59.

เอกสารอ้างอิง

- Alcoholics Anonymous. (2019). *Estimated worldwide A.A. individual and group membership. Service Material from the General Service Office SMF-13.* https://www.aa.org/assets/en_US/smf-132_en.pdf
- Anderson, P., Bendtsen, P., Spak, F., Reynolds, J., Drummond, C., Segura, L., Keurhorst, M. N., Palacio-Vieira, J., Wojnar, M., Parkinson, K., Colom, J., Kłoda, K., Deluca, P., Baena, B., Newbury-Birch, D., Wallace, P., Heinen, M., Wolstenholme, A., van Steenkiste, B., Mierzecki, A., ... Gual, T. (2016). Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction, 111(11)*, 1935-1945.
- Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Wensing, M., & Grol, R. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis. *Journal of studies on alcohol, 65(2)*, 191-199.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Johnson, B. A., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D., Zweben, A., ... COMBINE Study Research Group. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA, 295(17)*, 2003-2017.
- Babor, T. F. (2017). Development of services for substance use problems: The need for a system based approach. *Eastern Mediterranean Health Journal 23(3)*, 206-213.
- Babor, T. F. (2015). Treatment Systems for Population Management of Substance Use Disorders: Requirements and Priorities from a Public Health Perspective (Chapter 39). In El-Guebaly, N., & Uchtenhagen, A., (eds). *Textbook of addiction treatment: international perspectives* (pp. 1214-1227). Springer-Verlag Italia.
- Babor, T. F. & Del Boca, F. K., (eds.). (2003). *Treatment matching in alcoholism.* Cambridge University Press.

- Babor, T. F., Hernandez-Avliá, C. A., Ungemack, J. A. (2015). Substance-related disorders: alcohol-related disorders. In Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A., First, M. B., Riba M. B., (Eds.), *Psychiatry* (4th ed, pp. 1401-1434). Wiley-Blackwell.
- Babor, T. F., Steinberg, K., Zweben, A., Cisler, R., Stout, R., Tonigan, J. S., Anton, R. F., & Allen, J. P. (2003). Treatment effects across multiple dimensions of outcome. In: Babor, T. F., & Del Boca, F. K., (eds.). *Treatment matching in alcoholism* (pp. 150-164). Cambridge University Press.
- Babor, T. F. & Stenius, K. (2010). Treatment services. In: World Health Organization. (ed.). *ATLAS on Substance use—resources for the prevention and treatment of substance use disorders* (pp. 23-56). World Health Organization.
- Babor, T. F., Stenius, K., & Romelsjö, A. (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International journal of methods in psychiatric research, 17 Suppl 1(Suppl 1)*, S50-S59.
- Barbosa, C., Cowell, A., Bray, J., & Aldridge, A. (2015). The Cost-effectiveness of Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Emergency and Outpatient Medical Settings. *Journal of substance abuse treatment, 53*, 1-8.
- Baumohl, J., & Room, R. (1987). Inebriety, doctors and the state: alcoholism treatment institutions before 1940. In: Galanter, M., (ed.). *Recent developments in alcoholism* (Vol. 5, pp. 135-174). Plenum.
- Brennan, A., Hill-McManus, D., Stone, T., Buykx, P., Ally, A., Pryce, R. E., Alston, R., Jones, A., Cairns, D., Millar, T., Donmall, M., Phillips, T., Meier, P., & Drummond, C. (2019). Modeling the potential impact of changing access rates to specialist treatment for alcohol dependence for local authorities in England—the Specialist Treatment for Alcohol Model (STreAM). *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 18*, 96-109.
- Brennan, A., Meier, P., Purshouse, R., Rafia, R., Meng, Y., Hill-Macmanus, D., Angus, C., & Holmes, J. (2015). The Sheffield Alcohol Policy Model - A Mathematical Description. *Health economics, 24(10)*, 1368-1388.

- Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., & Monteiro, M. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of studies on alcohol*, 65(6), 782-793.
- Cooney, N. L., Babor TF, DiClemente CC, Del Boca, F. K. (2003). Clinical and scientific implications of Project MATCH. In: Babor, T. F., & Del Boca, F. K., (eds.). *Treatment matching in alcoholism* (pp. 222-237). Cambridge University Press.
- de Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J., & Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 201, 227-235.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model, and method*. Springer.
- Donoghue, K., Patton, R., Phillips, T., Deluca, P., & Drummond, C. (2014). The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and metaanalysis. *Journal of medical Internet research*, 16(6), e142.
- DuPont, R. L., & Humphreys, K. (2011). A new paradigm for long-term recovery. *Substance abuse*, 32(1), 1-6.
- Fernandez, J. (2019). Community alcohol detoxification in primary care services. *Practice Nursing*, 30(1), 38-43.
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773-1796.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., & Barry, K. L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26(1), 36-43.
- Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., Derman, R. M., Emrick, C. D., Iber, F. L., James, K. E., Lacoursiere, R. B., Lee, K. K., & Lowenstam, I. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans administration cooperative study. *JAMA*, 256(11), 1449-1455.

- Hai, A. H., Franklin, C., Park, S., DiNitto, D. M., & Aurelio, N. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend, 202*, 134-148.
- Hall, W., Babor, T., Edwards, G., Laranjeira, R., Marsden, J., Miller, P., Obot, I., Petry, N., Thamarangsi, T., & West, R. (2012). Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction, 107(11)*, 1891-1893.
- Hammond, D. A., Rowe, J. M., Wong, A., Wiley, T. L., Lee, K. C., & Kane-Gill, S. L. (2017). Patient outcomes associated with phenobarbital use with or without benzodiazepines for alcohol withdrawal syndrome: a systematic review. *Hospital pharmacy, 52(9)*, 607-616.
- Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction, 103(3)*, 368-376; discussion 377-378.
- Heather, N. (2012). Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm?. *Addiction science & clinical practice, 7(1)*, 15.
- Hirschovits-Gerz, T., Kuussaari, K., Stenius, K., & Tammi, T. (2019). Estimating the needs of substance problem use services: an exercise in several Finnish municipalities using nationally collected, municipallevel survey and register data. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 18*, 76-86.
- Holder, H. D., & Parker, R. N. (1992). Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20-year multivariate time series analysis. *British journal of addiction, 87(9)*, 1263-1274.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L. A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B. S., McLellan, A. T., Morgenstern, J., Townsend, M., & Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *Journal of substance abuse treatment, 26(3)*, 151-158.

- Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., Kim, M. M., Shanahan, E., Gass, C. E., Rowe, C. J., & Garbutt, J. C. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *311*(18), 1889-1900.
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2*(2), CD004148.
- Kaskutas, L. A., Ammon, L., Delucchi, K., Room, R., Bond, J., & Weisner, C. (2005). Alcoholics anonymous careers: patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *29*(11), 1983-1990.
- Kattimani, S., & Bharadwaj, B. (2013). Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Industrial psychiatry journal*, *22*(2), 100-108.
- Kelly J. F. (2017). Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction*, *112*(6), 929-936.
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, *3*(3), CD012880.
- Klingemann H. (2020). Successes and failures in treatment of substance abuse: Treatment system perspectives and lessons from the European continent. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, *37*(4), 323-337.
- Klingemann, H., & Hunt, G., (eds.). (1998). Drug treatment systems in an international perspective: drugs, demons, and delinquents. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Klingemann H. (1999). National treatment systems in global perspective. *European addiction research*, *5*(3), 109-117.
- Klingemann, H., Takala, J. P., & Hunt, G. (1992). *Cure, care or control: alcoholism treatment in sixteen countries*. State University of New York Press.
- Klingemann, H., Takala, J. P., & Hunt, G. (1993). The development of alcohol treatment systems: an international perspective. *Alcohol Health and Research World*, *17*(3), 221-227.

- Koffarnus, M. N., Bickel, W. K., & Kablinger, A. S. (2018). Remote alcohol monitoring to facilitate incentive-based treatment for alcohol use disorder: a randomized trial. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 42(12), 2423-2431.
- Kranzler, H. R. (2000). Medications for alcohol dependence—new vistas. *JAMA*, 284(8), 1016-1017.
- Kranzler, H. R., & Soyka, M. (2018). Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *JAMA*, 320(8), 815-824.
- Litten, R. Z., Falk, D. E., Ryan, M. L., Fertig, J., & Leggio, L. (2018). Advances in pharmacotherapy development: human clinical studies. *Handbook of experimental pharmacology*, 248, 579-613.
- Magill, M., & Longabaugh, R. (2013). Efficacy combined with specified ingredients: A new direction for empirically supported addiction treatment. *Addiction*, 108(5), 874-881.
- Mäkelä, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I. (1996). *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: a study in eight societies*. The University of Wisconsin Press.
- Mann, R. E., Smart, R. G., Anglin, L., & Rush, B. R. (1988). Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism?. *British journal of addiction*, 83(6), 683-688.
- McCambridge, J., & Saitz, R. (2017). Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ*, 356, j116.
- Miller, P. M., Book, S. W., & Stewart, S. H. (2011). Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. *International journal of psychiatry in medicine*, 42(3), 227-266.
- Mota, D. C. B., Silveira, C. M., Siu, E., Gomide, H. P., Guerra, L. H. A., Ronzani, T. M., & Rush, B. (2019). Estimating Service Needs for Alcohol and Other Drug Users According to a Tiered Framework: The Case of the São Paulo, Brazil, Metropolitan Area. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 18*, 87-95.
- Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P., & Seppä, K. (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. a systematic review. *Scandinavian journal of primary health care*, 24(1), 5-15.

- Ockene, J. K., Reed, G. W., & Reiff-Hekking, S. (2009). Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Annals of behavioral medicine, 37*(3), 335-342.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., Gima, K., & Moos, R. H. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcoholism, clinical and experimental research, 23*(3), 545-551.
- Pedersen, M. U., Vind, L., Milter, M., Grønbaek, M. (2004). *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark-Sammenlignet med Sverige [Alcohol Treatment Efforts in Denmark- Compared with Sweden]*. Center for Rusmiddelforskning.
- Rehm, J., & Barbosa, C. (2018). The cost-effectiveness of therapies to treat alcohol use disorders. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 18*(1), 43-49.
- Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X., & Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology, 23*(2), 89-97.
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., Kramer, J., ... Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS medicine, 15*(12), e1002714.
- Ritter, A., Mellor, R., Chalmers, J., Sunderland, M., & Lancaster, K. (2019). Key Considerations in Planning for Substance Use Treatment: Estimating Treatment Need and Demand. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 18*, 22-30.
- Romelsjö A. (1987). Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm County. *British journal of addiction, 82*(6), 653-663.
- Room, R. (1998). Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective. *Addiction Research, 6*(2), 131-145.

- Room, R., Callinan, S., & Dietze, P. (2016). Influences on the drinking of heavier drinkers: Interactional realities in seeking to 'change drinking cultures'. *Drug and alcohol review, 35(1)*, 13-21.
- Room, R., Storbjörk, J. & Laslett, A.-M. (2020) Taking account of third parties in the path to treatment, *Sucht 66(2)*, 115-117.
- Rush, B., & Urbanoski, K. (2019). Seven Core Principles of Substance Use Treatment System Design to Aid in Identifying Strengths, Gaps, and Required Enhancements. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 18*, 9-21.
- Selbekk, A. S., Adams, P. J., & Sagvaag, H. (2018). 'A problem like this is not owned by an individual': affected family members negotiating positions in alcohol and other drug treatment. *Contemporary Drug Problems, 45*, 146-162.
- Skog, O. J. (1985). The collectivity of drinking cultures: A theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction, 80(1)*, 83-99.
- Smart, R. G., & Mann, R. E. (2000). The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction, 95(1)*, 37-52.
- Stenius, K., Storbjörk, J., & Romelsjö, A. (2005). Decentralisation and integration of addiction treatment: does it make any difference? A preliminary study in Stockholm County. Paper presented at the 31st Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol (KBS), Riverside, CA, June.
- Storbjörk, J. (2010). Alcohol and drug treatment systems research—a question of money, professionals and democracy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 27*, 543-547.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). National survey of substance abuse treatment services (N-SSATS): 2019, data on substance abuse treatment facilities. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tremblay, J., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Rush, B., Savard, A. C., L'Espérance, N., Demers-Lessard, G., & Genois, R. (2019). Estimation of needs for addiction services: a youth model. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement, Sup 18*, 64-75.

- Vuong, T., Ritter, A., Hughes, C., Shanahan, M., Barrett, L. (2019). *Mandatory alcohol and drug treatment: what is it and does it work?* Bulletin No. 27, Drug Policy Modelling Program, UNSW, Sydney. <https://core.ac.uk/download/pdf/199192786.pdf>
- Walsh, D. C., Hingson, R. W., Merrigan, D. M., Levenson, S. M., Cupples, L. A., Heeren, T., Coffman, G. A., Becker, C. A., Barker, T. A., & Hamilton, S. K. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *The New England journal of medicine*, 325(11), 775-781.
- Williams, E. C., Johnson, M. L., Lapham, G. T., Caldeiro, R. M., Chew, L., Fletcher, G. S., McCormick, K. A., Weppner, W. G., & Bradley, K. A. (2011). Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: a structured literature review. *Psychology of addictive behaviors*, 25(2), 206-214.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2020). Compulsory drug detention and rehabilitation centres in Asia and the Pacific in the context of COVID-19, June 1, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/searo/hiv-hepatitis/compulsory-drug-detention-and-rehabilitationcentres-in-asia-and-the-pacific-in-the-context-of-covid-19-2020.pdf?sfvrsn=ba3845fc_2
- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

14

กระบวนการนโยบาย: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวาระที่หลากหลาย

14.1 เกริ่นนำ: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก

หนังสือเล่มนี้เกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์จากมุมมองด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการป้องกันปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงแม้ว่า ในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของการริเริ่มนโยบายแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก แต่เรายังมีความเข้าใจน้อยมากเกี่ยวกับวิธีการที่ภาครัฐ กลุ่มที่สนใจนโยบายหรือแม้กระทั่งชุมชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์นำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข ในบทนี้เราพิจารณาคำถามต่อไปนี้ “ใครคือผู้เกี่ยวข้องหลักในนโยบายแอลกอฮอล์” “ผู้เกี่ยวข้องหลักเหล่านั้นส่งผลต่อกระบวนการพัฒนานโยบายอย่างไร” และ “ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายของผู้เกี่ยวข้องหลักเหล่านั้นทั้งในระดับบุคคลและส่วนรวมคืออะไร” คำตอบต่อคำถามเหล่านี้ไม่ง่ายหรือไม่ตรงไปตรงมา เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างประเทศ รวมทั้งความต่างภายในประเทศเอง ระหว่างภาครัฐในแต่ละระดับ เราใช้แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์การเมือง เพื่อทำความเข้าใจการกำหนดวาระนโยบายในกระบวนการพัฒนานโยบาย (Zahariadis, 2016) โดยพิจารณาถึงผลประโยชน์ของแต่ละภาคส่วนในกระบวนการนโยบายที่เกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย ตั้งแต่การพัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จนถึงการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้มีส่วนร่วมทางนโยบายเข้ามามีอิทธิพลต่อนโยบายแอลกอฮอล์อย่างน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ อำนาจทางการเมือง กรอบแนวคิดที่ยึดถือในการดำเนินงาน ยุทธวิธีที่ใช้ในการดำเนินงานและกลยุทธ์ทางการเมือง

บทที่ 14 ๑ กระบวนการนโยบาย: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวาระที่หลากหลาย

ตารางที่ 14.1 อธิบายภาพรวมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนานโยบาย การนำไปสู่การปฏิบัติ การบังคับใช้นโยบายแอลกอฮอล์ ประกอบไปด้วย สถานิติบัญญัติ และหน่วยงานต่าง ๆ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ สื่อมวลชน และภาคธุรกิจที่เชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ นอกจากนี้กลุ่มคนหรือองค์กรที่ทำงานเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุขและสวัสดิการแล้ว ผลประโยชน์ทางการค้ายังมีส่วนเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังมีภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการคลังที่สนใจเกี่ยวกับการเพิ่มการผลิตและการขายสุราเพื่อเพิ่มรายได้ให้ภาครัฐ การพัฒนาเศรษฐกิจและการเกษตร โดยวาระนโยบายของกลุ่มเหล่านี้มักจะขัดกับผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขในการลดปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 14.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กรอบแนวคิด วาระนโยบายหลัก กลยุทธ์และยุทธวิธี ในการพัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ตัวอย่าง	กรอบแนวคิด	วาระนโยบายหลัก	กลยุทธ์และยุทธวิธี
ภาครัฐ	กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม	การพัฒนาเศรษฐกิจ สาธารณสุข และการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม	การเก็บภาษี การพัฒนาทางเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข ดื่มแล้วขับ อาชญากรรม การลงโทษและการป้องปราม	กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ การบังคับใช้ การบำบัดรักษา การป้องกัน การให้ความรู้กับสาธารณะ และการอบรม
กลุ่มอุตสาหกรรมสุรา	ผู้ผลิต ผู้ค้าองค์กรด้านสังคมและประชาสัมพันธ์ องค์กร (SAPROs) บริษัทโฆษณา ร้านค้าปลีก อุตสาหกรรมบริการ	การค้าเสรีและทุนนิยม	การค้าและการสร้างผลกำไร การค้าเสรี และมาตรการควบคุมตนเองของอุตสาหกรรมสุรา	การลอบบี้ การฟ้องร้อง กิจกรรมส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร การบริหารจัดการ ภาพลักษณ์ขององค์กร การหลีกเลี่ยงกฎหมายและภาษี

ตารางที่ 14.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กรอบแนวคิด วาระนโยบายหลัก กลยุทธ์และยุทธวิธี ในการพัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ตัวอย่าง	กรอบแนวคิด	วาระนโยบายหลัก	กลยุทธ์และยุทธวิธี
กลุ่มที่สนใจ ผลประโยชน์สาธารณะ	ผู้ให้บริการด้านบำบัดรักษา ภาคประชาสังคม ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านสังคม	การป้องกันปัญหาและลดปัญหาจากการดื่ม สวัสดิการสังคม และการพัฒนาที่ยั่งยืน	การบำบัดรักษา และการป้องกัน นโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การเผยแพร่ความรู้ การขับเคลื่อนนโยบาย การขับเคลื่อนทางสังคม
ภาควิชาการ	นักวิชาการด้านสารเสพติด และนักระบาดวิทยา	การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้	การสนับสนุนงานวิจัยการดำเนินงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติและนโยบาย	งานวิจัย การวิเคราะห์นโยบาย การเผยแพร่บทความวิชาการ
สื่อมวลชนและโซเชียลมีเดีย	เฟซบุ๊ก ยูทูบ (YouTube) โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร สื่อภาครัฐ	ผสมผสาน ขึ้นอยู่กับความเป็นเจ้าของ ของภาครัฐหรือภาคเอกชน	การสร้างรายได้ด้านการโฆษณา ความเสรีในการวิพากษ์วิจารณ์ และการควบคุมตนเองของอุตสาหกรรมสุรา	ข่าว การวิจารณ์ และการอภิปราย

14.2 ผู้กำหนดนโยบายและภาครัฐ

นโยบายแอลกอฮอล์นั้นมีการพัฒนา ดำเนินการ และบังคับใช้โดยภาครัฐในแต่ละระดับ ถึงแม้ว่าบางประเทศที่มีการปกครองแบบมลรัฐ การกำหนดกฎหมายหรือการปกครองอาจจะกำหนดในระดับรัฐหรือจังหวัด แต่การบัญญัติกฎหมายแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระดับประเทศ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบไปด้วย การควบคุมการผลิต การส่งออกและนำเข้าของผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ การค้าปลีกและค้าส่ง การจำกัดอายุในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามดื่มในสถานที่ห้ามดื่มและในบางกิจกรรม (เช่น กฎหมายห้ามดื่มแล้วขับ) การควบคุมการโฆษณา และ

การบำบัดรักษาและการป้องกัน นอกจากนี้ ภาครัฐระดับประเทศหรือระดับอื่น ๆ มีการกำหนดอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2018, หน้า 95-112) (ดูเพิ่มเติมบทที่ 7) นอกจากกฎหมายแอลกอฮอล์โดยเฉพาะเหล่านี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังถูกควบคุมด้วยกฎหมายอื่น ๆ และข้อบังคับอื่นๆ เช่น การควบคุมคุณภาพและฉลากอาหาร ภายใต้อำนาจการดูแลด้านนิติบัญญัติของภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ตามที่ได้กล่าวในบทที่ 15 ยังไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ด้านสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตาม ภาคธุรกิจและภาคการเงินและการคลังพยายามใช้กระบวนการภายใต้ข้อตกลงทางการค้าและการลงทุนเพื่อจำกัดอำนาจภาครัฐในการควบคุมตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศ ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญในการประสานความร่วมมือระดับนานาชาติด้านนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อได้ตอบกับกลุ่มผลประโยชน์เหล่านี้

นอกจากการบัญญัติกฎหมายในระดับประเทศ ระดับรัฐหรือจังหวัดแล้ว การควบคุมการผลิต การซื้อขาย การบริโภคยังมีการออกกฎบัญญัติระดับท้องถิ่น ปัญหาจากการดื่มนั้นปรากฏชัดในชุมชน ดังนั้นชุมชนมักจะให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Reynolds *et al.*, 2020) ถึงแม้ว่ากลุ่มผลประโยชน์ทางการค้าและการเงินก็สามารถใช้อำนาจกฎหมายระดับจังหวัด หรือระดับประเทศจำกัดการดำเนินการในระดับท้องถิ่นได้ด้วยเช่นกัน

ในสังคมประชาธิปไตย กระบวนการทางกฎหมายได้เปิดโอกาสให้กลุ่มที่สนใจนโยบายแอลกอฮอล์เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบกฎหมายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ โดยกระบวนการทางการเมืองดังกล่าว ประกอบไปด้วย การปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทบทวนกฎหมาย การพิจารณาโดยใช้คณะกรรมการ กระบวนการทางกฎหมายได้เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ ให้ข้อเสนอแนะต่อร่างกฎหมาย การประชุมระหว่างคณะกรรมการร่างกฎหมาย การประสานกับผู้แทนที่มีอำนาจในการออกเสียงในการลงมติกฎหมายหรือข้อบังคับ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ บุคคลที่สนใจ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มการค้า ภาคประชาสังคม ตัวแทนอุตสาหกรรม เข้ามามีส่วนร่วม ถึงแม้ว่าตามกฎหมายแล้วผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจจะมีอำนาจในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายเท่ากัน แต่ในทางปฏิบัตินั้น อุตสาหกรรมสุราอาจจะมีข้อได้เปรียบเนื่องจากมีทรัพยากรที่เพียงพอในการร่วมในกระบวนการมากกว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ซึ่งปรากฏกฎการณดังกล่าวพบเห็น

ในการเข้าไปมีส่วนร่วมแบบไม่เป็นทางการของอุตสาหกรรมสุราที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางนโยบาย (เช่น เนื้อหานโยบาย ผู้แปล) และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากอุตสาหกรรมสุรามีการลอบบ์นักการเมืองและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านกฎหมาย โดยอาศัยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ คณะกรรมการที่ปรึกษา และการใช้สื่อมวลชนในการสร้างทัศนคติหรือความเชื่อของสาธารณะและการสร้างบรรยากาศทางการเมือง (Casswell, 1995) โดยมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนานที่แสดงให้เห็นว่า อุตสาหกรรมสุรพยายามเข้าไปมีอิทธิพลทางนิติบัญญัติ โดยการสนับสนุนในรูปแบบของตัวเงินให้กับนักการเมืองและพรรคการเมือง ในการกระตุ้นให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ จุดยืนในการสนับสนุนนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินธุรกิจของอุตสาหกรรมสุรา (Marin Institute, 2008; Robaina et al., 2020)

แม้แต่ภายในภาครัฐเอง ก็มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่หลากหลาย (เช่น กระทรวงสาธารณสุข ภาคส่วนด้านการคมนาคมและขนส่ง ภาคส่วนที่รับผิดชอบด้านภาษี) ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากฎหมาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งหน่วยงานมีภาระกิจต่างกันย่อมนำไปสู่ความขัดแย้งในการขับเคลื่อนวาระนโยบาย ภาครัฐบางส่วนมีความสนใจในการส่งเสริมอุตสาหกรรม เศรษฐกิจ และการเพิ่มรายได้ให้รัฐ ดังนั้นภาครัฐกลุ่มนี้ย่อมได้รับผลประโยชน์จากการเพิ่มจำนวนการขายและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในขณะเดียวกันมีภาครัฐที่ให้ความสำคัญและรับผิดชอบในการส่งเสริมความสงบให้สังคม การเพิ่มประสิทธิภาพแรงงาน การสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มนี้ย่อมได้รับผลประโยชน์จากการลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mäkelä and Viikari, 1977) อำนาจทางนิติบัญญัติของภาครัฐที่รับผิดชอบนั้นอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวาระที่ขัดแย้งเหล่านี้ ยกตัวอย่างเช่น ร้านค้าของรัฐบาลที่ผูกขาดการขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol monopoly)¹ ซึ่งเป็นทั้งแหล่งที่มาของรายได้ของรัฐ และมีบทบาทที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงผลประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข ดังนั้น การผูกขาดนี้ภายใต้การดูแลของกระทรวงการคลังหรืออยู่ใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือสวัสดิการ จึงมีผลต่อการพิจารณาว่า วาระทางนโยบายใดมีความสำคัญที่สุด (Room and Cisneros Örnberg, 2019)

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

วาระหรือความสนใจของแต่ละหน่วยงานถูกกำหนดโดยกฎหมาย และได้รับอิทธิพลจากการตัดสินใจของภาครัฐจากส่วนกลาง แต่ในทางปฏิบัตินั้น การขับเคลื่อนวาระทางนโยบายนั้นอยู่ในมือของข้าราชการประจำที่เป็นหัวหน้าส่วนงานนั้น ซึ่งมักมีบทบาทในการทำงานระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแทนที่ถูกเลือกมาจากการเลือกตั้ง มีหลากหลายวิธีที่กลุ่มที่สนใจหรือภาคประชาสังคมเข้ามามีบทบาทในวาระนโยบายของภาครัฐ ไม่เพียงแต่ผ่านกระบวนการประชาธิปไตย การส่งข้อเสนอแนะต่อนโยบายอย่างเป็นทางการ แต่ผ่านความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ การชักชวนและการติดต่อประสานงาน

การมีนโยบายระดับประเทศในการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประเด็นแรกในليبเป่าหมายนโยบายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ (ในยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับโลก ผู้แปล) (2010 หน้า 11) แต่การมีนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่ได้แสดงถึงการเอาจริงเอาจังด้านสาธารณสุขในวาระนโยบายระดับประเทศเสมอไป ตัวอย่างเช่น นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เสนอในทศวรรษ 2000 ใน 4 ประเทศในทวีปแอฟริกามีความคล้ายคลึงกันมาก ซึ่งเขียนขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกันที่ได้รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมสุรา (Bakke and Endal, 2010) ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากความอ่อนแอของนโยบาย หรือแม้ไม่มีอุตสาหกรรมสุราเข้ามามีอิทธิพล ก็อาจจะมีปรากฏการณ์ที่เป็นผลกระทบของ “การมีตัวหารร่วมน้อยที่สุด” (lowest common denominator) ซึ่งขับเคลื่อนให้นโยบายระดับชาติไปในทิศทางที่พยายามลดการควบคุมให้เหลือน้อยที่สุด ไปจนถึงการตัดการควบคุมทางกฎหมายที่อิงตามแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด นโยบายระดับประเทศดังกล่าวก็มักจะอ่อนแอ และมุ่งเน้นไปที่ความรับผิดชอบระดับบุคคล แทนการใช้ยุทธศาสตร์หรือมาตรการที่มุ่งเน้นการควบคุมระดับประชากร (ดูรายละเอียดบทที่ 7, 8 และ 9)

14.3 กลุ่มผลประโยชน์ทางการค้า

กลุ่มผลประโยชน์ทางการค้า (Commercial interests) ในที่นี้ได้แก่ กลุ่มอุตสาหกรรมสุรา มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มธุรกิจในการผลิต การสื่อสารการตลาด การกระจายสินค้า การกำหนดราคา และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมสุราจะไม่ได้เป็น

อันหนึ่งอันเดียวกันทั้งหมด (monolithic) ในเชิงความต้องการ อำนาจ การบริหารจัดการ แต่อุตสาหกรรมสุราก็มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างผลกำไรซึ่งขัดต่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข ตัวอย่างเช่น การยกเลิกเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการบริโภคและปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเอื้อต่อผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมสุรา (ดูบทที่ 8) การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดในมุมมองของการขับเคลื่อนด้านสุขภาพนั้นส่งผลเสียต่อกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มเยาวชน (ดูบทที่ 9) แต่การควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดโดยภาครัฐมักจะได้รับ การต่อต้านหรือขัดขวางจากอุตสาหกรรมสุราที่ส่วนใหญ่สนับสนุนการควบคุมการโฆษณาโดยอุตสาหกรรมสุราเอง (self-regulation approach)

เมื่อพิจารณาจากผลประโยชน์ทางการค้าเป็นเดิมพัน ก็ไม่แปลกใจที่อุตสาหกรรมสุราเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย ในบางกรณีที่อุตสาหกรรมสุราไม่ได้เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในโต๊ะเจรจาในการพัฒนานโยบาย แต่ผู้แทนในอุตสาหกรรมสุราก็มีอิทธิพลในการกำหนดวาระนโยบาย การเข้าไปมีอิทธิพลต่อทัศนคติของสภานิติบัญญัติเกี่ยวกับนโยบายและกำหนดผลของการอภิปรายนโยบาย (McCambridge *et al.*, 2018) โดยกลยุทธ์และยุทธวิธีเหล่านี้ของอุตสาหกรรมสุราได้มีหลักฐานที่บันทึกไว้อย่างดีแล้ว (Savell *et al.*, 2015; Robaina *et al.*, 2020) ประกอบไปด้วย 1) การเข้าหาผู้กำหนดนโยบาย 2) การสนับสนุนผู้กำหนดนโยบายโดยทางอ้อมผ่านการสนับสนุนผู้แทนราษฎร 3) การสนับสนุนนโยบายทางเลือกหรือมาตรการแบบสมัครใจ (voluntary measures) 4) สนับสนุนในรูปแบบของตัวเงินเพื่อเข้าไปมีอิทธิพลในกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย 5) การดำเนินคดีฟ้องร้องมาตรการที่มีประสิทธิภาพ หรือหลบเลี่ยงมาตรการดังกล่าว

การพยายามเข้าหาผู้กำหนดนโยบายเพื่อควบคุมความเคลื่อนไหวของข้อมูล (information flow) เป็นเป้าหมายทางการเมืองที่สำคัญของอุตสาหกรรมสุรา (Hillman *et al.*, 1999; Schuler *et al.*, 2002) ยุทธวิธีดังกล่าวประกอบไปด้วย การเข้าไปเป็นพันธมิตรกับภาครัฐและภาคประชาสังคม การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างวาทกรรมในสื่อ การล็อบบี้ทางการเมือง นอกจากนี้ ยังมีกลยุทธ์ในการสร้างพันธมิตรแบบไม่เป็นการกับภาครัฐ ตัวอย่างเช่น การแต่งตั้งผู้มีตำแหน่งคณะรัฐมนตรีระดับสูงในอดีต หรือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเพื่อเป็นกรรมการในบริษัทแอลกอฮอล์ ซึ่งภายหลังกอุตสาหกรรมสุราสามารถใช้ความสัมพันธ์ดังกล่าวในการเข้าไปมีอิทธิพลในกระบวนการทางกฎหมาย

และข้อบังคับต่าง ๆ การสร้างความสัมพันธ์ในระยะยาวกับนักการเมืองและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายย่อมให้ความเชื่อมั่นในแหล่งข้อมูลที่ไว้วางใจได้ ในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและข้อมูลที่มากเกินไปเช่นนี้ (information-overloaded environment) (Cairney, 2019)

กลยุทธ์ของอุตสาหกรรมอีกอย่างคือ การสร้างองค์ความรู้ ผ่านการสนับสนุนงานวิจัย การเลือกเผยแพร่งานวิจัย และการพยายามลดความน่าเชื่อถือของงานวิจัยจากภาคสาธารณสุข การเลือกสนับสนุนงานวิจัยที่มีผลสนับสนุนผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมสุรา และการเข้าหาผู้กำหนดนโยบาย มีหลักฐานปรากฏให้เห็นในกรณีหนึ่งที่อุตสาหกรรมสุราพยายามเข้ามามีส่วนสนับสนุนงานวิจัยระดับนานาชาติขนาดใหญ่งานหนึ่งเกี่ยวกับการดื่มในระดับแบบเสี่ยงปานกลางและโรคหัวใจ ภายใต้การอุปถัมภ์ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (US National Institutes of Health) ซึ่งภายหลังโครงการวิจัยนี้ได้ถูกยกเลิกไป (Mitchell et al., 2020)

อีกหนึ่งช่องทางในการเข้าไปมีอิทธิพลทางการเมือง คือ การเข้าไปในนามสมาคมการค้า ซึ่งเป็นผู้แทนผู้ผลิต ไวน์ สุรา และเบียร์ ต่อสื่อ สาธารณชน และภาครัฐ อุตสาหกรรมสุรายังสร้างพันธมิตรกับภาคธุรกิจอื่น ๆ ที่ได้รับผลประโยชน์จากการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ร้านอาหาร บาร์ ร้านขายของชำ และร้านค้าปลีกอื่น ๆ โรงแรม สื่อ ธุรกิจการตลาด การกีฬา และธุรกิจด้านวัฒนธรรม) องค์กรด้านกีฬาในหลายประเทศมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอุตสาหกรรมสุราและอุตสาหกรรมสื่อ ตัวอย่างเช่น สมาพันธ์ฟุตบอลนานาชาติ (International soccer federation; FIFA) ได้มีการยกเลิกการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขในการสนับสนุนการแข่งขันฟุตบอลเวิลด์คัพ (World Cup) ในประเทศบราซิลในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งเงื่อนไขนี้เป็นการเปิดประตูเพื่อเพิ่มการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการจัดกิจกรรมกีฬาในประเทศบราซิล ซึ่งผลอันนี้ยังคงอยู่หลังจากการแข่งขันเวิลด์คัพ (de Almeida and Marchi Júnior, 2020)

การทดแทนนโยบาย (Policy substitution: ทดแทนนโยบายที่มีประสิทธิภาพด้วยนโยบายที่มีประสิทธิภาพต่ำ ผู้แปล) เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมสุราทำเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้มาตรการทางกฎหมาย การทดแทนดังกล่าวประกอบไปด้วย การสนับสนุนนโยบายควบคุมโดยสมัครใจของอุตสาหกรรมสุรา โดยเฉพาะนโยบายการควบคุมตัวเองของอุตสาหกรรมสุรา ทดแทนนโยบายที่มีประสิทธิภาพ โดยอุตสาหกรรมสุราทำงาน

เชิงรุกในการลอบบี้เพื่อพัฒนานโยบายใหม่ (หรือรักษานโยบายเก่า) ในการควบคุมตัวเองของอุตสาหกรรมสุราในรูปแบบของแนวปฏิบัติด้านการสื่อสารการตลาดแบบสมัครใจที่ไร้ประสิทธิภาพ (ineffective voluntary codes of marketing practices) (Noel *et al.*, 2017) และการพัฒนานวัตกรรมฉลากที่เขียนขึ้นจากหน่วยงานที่ได้รับเงินสนับสนุนจากอุตสาหกรรมสุรา แทนการใช้มาตรการทางกฎหมาย

กลยุทธ์หนึ่งที่อุตสาหกรรมสุราใช้เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับรัฐบาลระดับรัฐหรือท้องถิ่น คือ การบริจาคและการสนับสนุนการรณรงค์ให้กับนักการเมือง ตัวอย่างเช่น รายงานจากกลุ่มภาคประชาสังคมต่อต้านคอร์รัปชันในประเทศบราซิล (Transparência Brasil) (2016 หน้า 11) พบว่า บริษัทแอมเบฟ (Ambev) (บริษัทผลิตเบียร์ขนาดใหญ่) ได้ทุ่มงบประมาณในการสนับสนุนนักการเมืองและการลอบบี้มากถึง 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งคิดเป็นประมาณ 3.7 เท่าที่บริษัทใช้ในปี ค.ศ. 2010 ในหลายครั้งบริษัทสุราขนาดใหญ่ถูกเรียกปรับค่าเสียหายเนื่องจากการสนับสนุนให้กับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (ดูรายละเอียดในกล่องข้อความที่ 14.1) เมื่อรัฐบาลเสนอกฎหมายใหม่ อุตสาหกรรมสุรามักจะพยายามคุกคามหรือดำเนินการทางกฎหมายเพื่อโต้ตอบนโยบายแอลกอฮอล์หรืองานวิจัยด้านแอลกอฮอล์นั้น (ดูรายละเอียดในกล่องข้อความที่ 14.2) การเข้าร่วมข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศมีผลต่อความสมัครใจของรัฐบาลในการออกนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแม้แต่ไม่มีกรณีฟ้องร้องทางกฎหมาย ก็ยังมีการแช่แข็งนโยบาย (chilling effect) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ (ดูรายละเอียดในบทที่ 15)

อีกหนึ่งกลยุทธ์ที่บริษัทสุรายักษ์ใหญ่ใช้ คือ การบริจาคให้กับงานการกุศลและ **กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (corporate social responsibility; CSR) อุตสาหกรรมสุราและองค์กรด้านสังคมและประชาสัมพันธ์ (Social Aspects and Public Relations Organizations; SAPROs)** เข้าร่วมสนับสนุนกิจกรรมการศึกษา การสนับสนุนโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์การกำหนดตัวผู้ซับริด (Esser *et al.*, 2016; Babor *et al.*, 2018) โดยออกข้อความที่สนับสนุนผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมสุรา เช่น การดื่มแบบรับผิดชอบ (Anderson, 2004) ซึ่งสนับสนุนการลดปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีประสิทธิภาพน้อยในการลดปริมาณการขายโดยรวม (McCambridge *et al.*, 2018) ดังนั้น เครือข่ายระดับนานาชาติเกี่ยวกับการดื่มแบบรับผิดชอบ (International Alliance

for Responsible Drinking; IARD) ซึ่งเป็นองค์กรหน้าฉากที่สนับสนุนโดยบริษัทสุรายักษ์ใหญ่ระดับโลก ได้เผยแพร่และเน้นย้ำการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม เช่น การณรงค์การดื่มแบบรับผิดชอบ การควบคุมตนเองของอุตสาหกรรมสุราในการสื่อสารการตลาด และการอบรมผู้ขายและบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปัญหาจากการดื่ม อย่างไรก็ตาม ตามที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 9, 10 และ 12 นั้น มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิภาพต่ำที่สุดในการลดปัญหาจากการดื่มเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการภาษีและการจำกัดการเข้าถึง ซึ่งเป็นมาตรการที่เป็นผลเสียต่อรายได้ของอุตสาหกรรมสุรา

จากกิจกรรมโครงการขององค์กรหน้าฉากอุตสาหกรรมสุราทำให้ทัศนคติหรือความเชื่อที่สร้างโดยอุตสาหกรรมสุราเข้าไปอยู่ในการพูดคุย อภิปรายในเวทีนโยบายในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศที่มีตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดใหม่ (Casswell and Thamarangsi, 2009) ตัวอย่างเช่น องค์กรที่เป็นมิตรกับอุตสาหกรรมสุราได้เข้าไปมีอิทธิพลในเวทีนโยบายในประเทศเวียดนามในปี ค.ศ. 2018-2019 โดยกฎหมายฉบับล่าสุดนั้นได้ตัดหลายมาตรการที่เสนอไปตั้งแต่แรกออก ซึ่งเป็นมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Casswell, 2020)

กล่องข้อความที่ 14.1 บริษัทสุรายักษ์ใหญ่: เป็นบรรษัทพลเมืองดีหรือเป็นผู้บุกรุกชาวต่างชาติ

ในวันที่ 27 กรกฎาคม ค.ศ. 2011 คณะกรรมการความมั่นคงและกำกับการแลกเปลี่ยนแห่งสหรัฐอเมริกา (United States Securities and Exchange Commission; SEC) ได้ออกคำสั่งให้ดิอาจีโอ (Diageo) บริษัทผลิตสุราที่ใหญ่เป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ยุติการกระทำ และได้ปรับเป็นจำนวนเงิน 3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ค่าตัดสินมีดังนี้

กรณีนี้เกี่ยวข้องกับกรณีที่ ดิอาจีโอ บริษัทที่ผลิตสุราพรีเมียมที่ใหญ่เป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ได้ละเมิดกฎหมายคอร์รัปชันจากต่างประเทศ (Foreign Corrupt Practices Act; FCPA) โดยเป็นเวลามากกว่า 6 ปี ที่ดิอาจีโอ ได้สนับสนุนเงินผ่านบริษัทลูกมากกว่า 2.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐให้กับเจ้าหน้าที่รัฐในประเทศอินเดีย ไทย เกาหลีใต้ เพื่อเพิ่มการขายและผลประโยชน์ทางภาษี ดิอาจีโอและบริษัทลูกได้หลีกเลี่ยงการรายงานการจ่ายเงิน

เหล่านี้ที่ผิดกฎหมายในระบบบัญชี และดิอาจีโอมีความหุละหลวมในการกำกับดูแลบัญชีภายในเพื่อป้องกันการจ่ายเงินเหล่านั้นด้วย

หลังจากนั้นอีกหนึ่งทศวรรษ ดิอาจีโอได้จ่ายเงิน 5 ล้านดอลลาร์สหรัฐเป็นค่าปรับตามคดีแพ่งให้กับคณะกรรมการความมั่นคงและกำกับการแลกเปลี่ยนแห่งสหรัฐอเมริกาตามข้อกล่าวหาเกี่ยวกับบริษัทย่อยในอเมริกาเหนือ (North America) ที่ได้กดดันให้ผู้จำหน่ายซื้อสินค้าคงคลังเกินความต้องการ เพื่อเพิ่มยอดการขายในช่วงที่ตลาดมีความอ่อนแอ

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Murphy EM (2011) Order instituting cease- and desist proceedings pursuant to Section 21c of the Securities Exchange Act of 1934, making findings, and imposing a cease-and-desist order and a civil penalty. Securities and Exchange Commission (<https://www.sec.gov/litigation/admin/2011/34-64978.pdf>); and Stempel J (2020) Diageo to pay \$5 mln to settle SEC charges it concealed liquor overshipments. Reuters, 19 February ([https://www.reuters.com/article/ us-diageo-sec-idUSKBN20D27Z](https://www.reuters.com/article/us-diageo-sec-idUSKBN20D27Z)).

กล่องข้อความที่ 14.2 การฟ้องร้องข่มขู่ทางกฎหมายต่อการดำเนินงานวิจัยควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในปี ค.ศ. 2017 สำนักงานสาธารณสุขรัฐออนแทรีโอ (Public Health Ontario) และสถาบันวิจัยสารเสพติดประเทศแคนาดา มหาวิทยาลัยวิกตอเรีย (Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria) ได้ทำการศึกษาที่สำคัญ (Zhao *et al.*, 2020) เกี่ยวกับการออกฉลากคำเตือน ในเมืองยูคอน (Yukon) ประเทศแคนาดา ฉลากคำเตือนนั้นประกอบไปด้วย 1) คำเตือนโรคมะเร็ง 2) คำแนะนำการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 3) ข้อความเกี่ยวกับการดื่มมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบกับภูมิภาคใกล้เคียง ซึ่งเป็นพื้นที่ควบคุมของการศึกษา พบว่า ปริมาณการขายต่อหัวประชากรในพื้นที่ที่ศึกษาหรือพื้นที่ที่มีการใช้ฉลากคำเตือนลดลงร้อยละ 6.6 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ฉลากคำเตือนที่ชัดเจนจะถูกสังเกตเห็นได้ และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการลดการดื่มหนัก (Schoueri-Mychasiw *et al.*, 2020)

ในระหว่างการศึกษาอุตสาหกรรมสุราได้ลอบรัฐบาลในเมืองยูคอนให้ระงับการศึกษาชั่วคราว โดยใช้การฟ้องร้องทางกฎหมายให้นำฉลากคำเตือนโรคมะเร็งออกจากการศึกษา หลังจากการแทรกแซงของอุตสาหกรรมสุรา โครงการได้ดำเนินการสำเร็จแต่ต้องปรับรูปแบบการศึกษา จากเหตุการณ์ดังกล่าวในการลอบบี้ของอุตสาหกรรมสุรา ทำให้เกิดความสนใจของสื่อมวลชน ซึ่งการกระทำของอุตสาหกรรมสุรากลับลึงกลืนการกระทำ ทำให้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะ และช่วยประชาสัมพันธ์เพื่อนำย้ำว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็ง (Stockwell et al., 2020)

14.4 กลุ่มที่สนใจผลประโยชน์สาธารณะและขับเคลื่อนสังคม

ในยุคปัจจุบัน มีหลากหลายกลุ่มที่สนใจผลประโยชน์สาธารณะที่ดำเนินการในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อเน้นย้ำบทบาทของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อปัญหาสังคมและสาธารณสุข ตามแนวปรัชญาที่แตกต่างกัน หนึ่งในนั้นคือ สหภาพสตรีคริสตเตียนละเว้นของมีนเมา (Women's Christian Temperance Union) ที่ดำเนินการช่วงปลายศตวรรษที่ 19 และต้นศตวรรษที่ 20 (Tyrrell, 1991) กลุ่มภาคประชาสังคมที่มีความเชื่อปรัชญาแนวเทมเพอแรนซ์ยังคงสนับสนุนในกระบวนการนโยบายในบางพื้นที่ของโลก เช่น FORUT ซึ่งเป็นองค์กรสนับสนุนการพัฒนาและช่วยเหลือระดับนานาชาติจากประเทศนอร์เวย์ และองค์กรที่ชื่อว่า Movendi International ซึ่งแต่เดิมคือ IOGT ซึ่งเป็นภาคประชาสังคมระดับนานาชาติที่เน้นไปที่การสนับสนุนในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) ในการขับเคลื่อนการทำงานระดับนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อจึงมีภาคประชาสังคมระดับนานาชาติเข้ามาร่วมมากขึ้น ทั้งกลุ่มสมาพันธ์โรคไม่ติดต่อ (NCD Alliance) และองค์กร Vital Strategies ซึ่งส่งเสริมงานด้านสาธารณสุขในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีกลุ่มคนที่สนใจนโยบายแอลกอฮอล์ที่เป็นตัวแทนผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของคนอื่นจากหลากหลายส่วนของมุมโลก ในกลุ่มเหล่านี้มักจะเป็นกลุ่มเคลื่อนไหวสตรีเพื่อโต้ตอบต่อปัญหาที่เกิดจากการดื่มของกลุ่มผู้ชาย ตัวอย่างที่พบในประเทศอินเดีย (Gururaj *et al.*, 2021) ในหมู่เกาะแปซิฟิก (Marshall and Marshall, 1990) กลุ่มสตรีอะบอริจินในประเทศออสเตรเลีย (Wright 2009; Brady 2019) กลุ่มมารดาที่ต่อต้านการดื่มแล้วขับ (Mothers Against Drunk Driving; MADD) ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มที่ไม่เพียงแต่กลุ่มมารดา การขับเคลื่อนงานของคนกลุ่มนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อเพิ่มการจำกัดอายุเริ่มดื่มไปสู่ 21 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา (อายุเริ่มดื่มเดิมในบางรัฐคือ 18 ปี ผู้แปล) (DeJong and Russell, 1995) บทบาทของทัศนคติของสังคมต่อปัญหา ไม่ว่าจะเป็นจากกลุ่มเคลื่อนไหวทางสังคม หรือกลุ่มผู้สนใจยอมมีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหวของสังคม (Pertschuk, 2010)

การเคลื่อนไหวของกลุ่มละเว้นของมีนเมา (temperance movements) ในหลายสังคมมีบทบาทลดลงในกลางศตวรรษที่ 20 แต่มีสถาบันทางสาธารณสุขและภาคประชาสังคมที่มีบทบาทมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาจากการดื่ม (Room, 1984) ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1980 สมาคมด้านสาธารณสุขระดับชาติในหลายประเทศและองค์กรระดับโลกได้มีการผนวกประเด็นแอลกอฮอล์เข้าไปอยู่ในวาระของการขับเคลื่อนงาน สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมแพทย์แห่งโลก (American Public Health Association and the World Medical Association) มีนโยบายเพื่อสนับสนุนการออกกรอบอนุสัญญาควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ (Framework Convention on Alcohol Control) สมาพันธ์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก (Global Alcohol Policy Alliance; GAPAA) เป็นองค์กรระดับนานาชาติในการขับเคลื่อนนโยบายที่อยู่บนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนจากอุตสาหกรรมสุรา องค์กรดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายหลักเกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก รวมทั้งการส่งเสริมให้มีการกรอบอนุสัญญาควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ

กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำประเด็นแอลกอฮอล์บรรจุเป็นประเด็นสาธารณะ การพัฒนานโยบายสาธารณสุขในประเทศฝรั่งเศสในทศวรรษ 1980 เป็นอีกหนึ่งตัวอย่าง ที่เกิดจากความมุ่งมั่นของกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่เรียกว่า ผู้มีปัญญาทั้ง 5 (the five sages) (Craplet, 1997) นอกจากนี้ยังมีผู้เชี่ยวชาญบางกลุ่ม

ที่ทำงานเกี่ยวกับกฎหมายและความสงบของสังคมที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนา นโยบายในบางประเทศ (Baggott, 1986) ตัวอย่างเช่น ศัลยแพทย์ที่เป็นตำรวจท่านหนึ่งในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลียมีบทบาทสำคัญในการริเริ่มบังคับใช้การสุ่มตรวจ แอลกอฮอล์ในลมหายใจ (random breath testing; RBT) ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแล้วขับ (Garrard, 2004)

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบเห็นส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในระดับ ชุมชนหรือระดับท้องถิ่น โดยตำรวจชุมชน โรงพยาบาล และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นกลุ่มคนที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้อง กับการดื่มแล้วขับ การจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางครั้งนั้น เกิดจากการมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของคนในชุมชน และมีแรงกระตุ้นในการ แก้ไขปัญหา โดยมักจะประท้วงเพื่อต่อต้านร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำนวนมาก ในชุมชน กลุ่มเหล่านี้สามารถสร้างแรงกดดันทางสังคมเพื่อต่อต้านการขายให้เยาวชน และการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนในงานหรือกิจกรรมทางสังคม

ประเด็นแอลกอฮอล์มักจะเป็นส่วนหนึ่งในวาระของนโยบาย เมื่อมีการตีแผ่ผลกระทบ ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสาธารณะ (เช่น การบาดเจ็บ การเสียชีวิตใน บาร์หรือไนต์คลับ) หรือเมื่อกลุ่มด่านหน้าที่ต้องทำงานตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ การบาดเจ็บ หรือการทำร้ายร่างกาย (เช่น บุคลากรที่ทำงานในรถฉุกเฉิน ตำรวจ แพทย์ ฉุกเฉิน) ให้ปากคำในระหว่างการทำประชาพิจารณ์ หรือไต่สวนสาธารณะ เพื่อแสดงถึง ความสูญเสียที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Conigrave, 2016) คำให้การเหล่านี้ อาจได้จากข้อมูลของหน่วยงาน แต่ส่วนใหญ่มักจะเป็นการบรรยายกรณีศึกษา และเหตุการณ์ ที่พบเห็น ซึ่งเป็นหลักฐานชิ้นสำคัญในการจูงใจสาธารณะ

การเสนอมาตรการให้ความรู้หรือการณรงค์ให้ข้อมูลในระดับท้องถิ่นได้กลายเป็น เรื่องค่อนข้างง่าย จึงเป็นความท้าทายจากอุตสาหกรรมสุราและกลุ่มธุรกิจที่เกี่ยวข้องที่ มักจะรุกเข้ามาต่อต้านการดำเนินการของนโยบายที่มุ่งเน้นไปที่การบังคับใช้กฎหมาย การ จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่ม การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนแปลง ทางกฎหมาย ดังที่กล่าวในหัวข้อที่ 14.3 นั้น ภาคประชาชนที่สนับสนุนการดำเนินนโยบาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องมีการเตรียมการเพื่อตอบโต้อุตสาหกรรมสุรา หรือเตรียม พร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่นโยบายแอลกอฮอล์ที่ภาคประชาชนเสนอถูกปรับเปลี่ยน

โดยอุตสาหกรรมสุราให้กลายเป็นนโยบายที่ได้รับความนิยมมากกว่า แต่มีผลกระทบต่ำ หรือไม่มีผลกระทบต่อการลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น การบริจจาคาแฟฟรีให้กับคนขับในช่วงปีใหม่)

กลุ่มพันธมิตรในการขับเคลื่อนสังคมระดับท้องถิ่นมักจะรวมกลุ่มนักวิชาการ เจ้าหน้าที่รัฐ ตำรวจ ผู้แทนด้านสาธารณสุข และภาคประชาสังคมระดับท้องถิ่น ในประเทศนอร์เวย์ กลุ่มพันธมิตรที่สนับสนุนการจำกัดเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ถูกตอบโต้จากกลุ่มพันธมิตรระหว่างนักการเมืองฝั่งอนุรักษนิยมและผู้แทนด้านอุตสาหกรรมงานบริการ โดยเน้นย้ำประเด็นเสรีภาพระดับบุคคล ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและผลประโยชน์อื่น ๆ ของอุตสาหกรรม (Rossow *et al.*, 2015) กลุ่มตรงข้ามกันดังกล่าวที่มีความขัดแย้งด้านผลประโยชน์มักพบเห็นในการขับเคลื่อนนโยบายในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

แนวทางหนึ่งซึ่งดำเนินการในประเทศนิวซีแลนด์ในทศวรรษ 1980 คือ การแปลงยุทธศาสตร์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับมาเป็นนโยบายระดับท้องถิ่น โดยผ่านการดำเนินโครงการในชุมชนแบบหลากหลายองค์ประกอบเพื่อลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Hill and Stewart, 1996; Stewart *et al.*, 1997) องค์ประกอบที่สำคัญของโมเดลที่ดำเนินการในประเทศนิวซีแลนด์สรุปอยู่ในกล่องข้อความที่ 14.3 ตามที่ได้กล่าวในบทที่ 12 นั้น โครงการปฏิบัติการในชุมชนที่เคยถูกประเมินผลแล้ว (community action projects) ได้มีการดำเนินการในสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา และหลายประเทศในแถบกลุ่มประเทศนอร์ดิก (Midford and Shakeshaft, 2017; Room 2017)

ขณะที่มีความสำเร็จที่ปรากฏให้เห็นจากบางโครงการ (เช่น โครงการ STAD ในเมืองสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน (Wallin *et al.*, 2003, 2005) การพยายามจำลองความสำเร็จไปยังพื้นที่อื่นกลับไม่ง่าย (Hallgren and Andréasson 2013; Quigg *et al.*, 2019) ปัจจัยสำคัญที่พบบ่อย ๆ กัน คือ ชุมชนมีข้อจำกัดในเชิงอำนาจในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Room, 2017)

การศึกษาการขับเคลื่อนในชุมชนเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตพื้นที่ชุมชนเมืองชั้นในของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินการมาตรการชุมชนได้สำเร็จ คือ ความชอบหรือความสนใจ และความรู้สึกคับข้องใจ (Herd and Berman, 2015) โครงการปฏิบัติการในชุมชนที่ริเริ่มจากบุคคลหรือหน่วยงานที่อยู่

นอกชุมชน หรือได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากงานวิจัยจากรัฐบาลระดับบน โครงการเหล่านี้อาจทำให้พื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมจริงของชุมชนหายไป อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและกลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชนจะประสบความสำเร็จได้ หากงานวิจัยนั้นไม่ได้กำหนดตายตัวตั้งแต่แรก แต่ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญ และยินยอมให้มีการปรับองค์ประกอบโครงการให้เข้ากับชุมชนได้ (Moewaka Barnes, 2000) ทั้งนี้ ในพื้นที่ชุมชนที่ด้อยโอกาสขาดทรัพยากร การสนับสนุนจากภายในและภายนอกชุมชนยังจำเป็นสำหรับการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน

กล่องข้อความที่ 14.3 องค์ประกอบหลักของโมเดลมาตรการชุมชนที่อิงจากงานวิจัย ในประเทศนิวซีแลนด์

- กำหนดวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้ และช่วงเวลาการดำเนินงานมีความยืดหยุ่น และมีการทบทวนการทำงานระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นประจำ รวมทั้งผู้ให้ทุน
- ความพร้อมของชุมชนในการเข้าร่วม และมีเวลาเพียงพอในการพัฒนางานเพื่อสร้างศักยภาพชุมชน รวมทั้งการมีความพร้อมเชิงโครงสร้างในการสนับสนุนการทำงานในชุมชน
- การพัฒนาความร่วมมือระหว่างชุมชนกับผู้ประเมิน
- กลุ่มผู้ที่ได้รับมอบหมายในดำเนินงานมาจากองค์กรที่สนับสนุนการทำงานชุมชน
- กลยุทธ์พัฒนาและดำเนินการโดยกลุ่มชาติพันธุ์เพื่อให้มั่นใจว่า มาตรการอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจเชิงวัฒนธรรม เพื่อนำไปสู่การเข้าถึง การมีส่วนร่วมและการโอรับมาตรการเข้าไปในชุมชน
- การมีงานวิจัย หลักฐานวิชาการอื่น ๆ มีการทบทวนและให้ข้อเสนอแนะ การมีองค์ความรู้จากชุมชนเพื่อพัฒนากลยุทธ์ของโครงการและกิจกรรมที่ตอบสนองต่อบริบททางการเมือง สังคมและเศรษฐกิจ
- มุ่งเน้นไปที่กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง
- การบูรณาการความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ใช้พื้นที่สื่อท้องถิ่นในการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน

- มีการถกเถียงประเด็นปัญหาในสี่ระดับประเทศ กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม และมีการอบนโยบายที่สนับสนุนการทำงานระดับชุมชน

แหล่งที่มา: ข้อมูลจาก Conway K and Casswell S (2003) *Riding the waves: The politics and funding context of twenty-five years of research on community action to reduce alcohol harm in New Zealand*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 20:(suppl. 1): 13-24.

14.5 ชุมชนวิชาการ

การอภิปรายทางนโยบายในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะใช้ผลการศึกษางานวิจัยเพื่อให้สนับสนุนจุดยืนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างงานวิชาการและการพัฒนานโยบายไม่ได้ตรงไปตรงมา ข้อสรุปของ Bruun (1973) ที่กล่าวไว้ว่า “งานวิจัยสร้างเหตุผลข้อโต้แย้งมากกว่าจะสร้างข้อสรุปนโยบายหรือการดำเนินงาน” ยังคงเป็นจริงจนกระทั่งปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม มีการเติบโตของงานวิจัยแบบทวิคูณที่เป็นประโยชน์ต่อนโยบายแอลกอฮอล์ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเพิ่มขึ้นของบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ และนักวิจัยที่ทำงานในสายนี้มากขึ้น (Babor *et al.*, 2017) ถึงแม้ว่าการเพิ่มขึ้นจะมีการกระจายที่ไม่ดี โดยเฉพาะใน**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries)** (Savic and Room, 2014)

นักวิจัยมักจะเตรียมข้อมูลในการตัดสินใจโดยใช้การเฝ้าระวังและติดตาม โครงการภาระโรคทั่วโลก (Global Burden of Disease project) เป็นตัวอย่างงานวิจัยที่มีผลต่อมุมมองด้านความสูญเสียจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออัตราการตายและความพิการ (ดูรายละเอียดบทที่ 4) นักวิจัยยังมีบทบาทในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมหรือนโยบาย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ การอภิปรายเรื่องการดำเนินงานด้านกฎหมายในการสู่มตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales) ประเทศออสเตรเลีย (Homel, 1993) มีการเผยแพร่ผลการศึกษาที่สนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการสู่มตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ซึ่งเกิดขึ้นในบริบทของสังคมที่กังวลต่อปัญหาจากการดื่มแล้วขับ การวิจัยยังมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มอายุในการเริ่มดื่มขึ้นเป็น 21 ปี ในสหรัฐอเมริกา (Wagenaar, 1993) ในประเทศไทย งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี

สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ในการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ ซึ่งขับเคลื่อนไปพร้อมพลังการขับเคลื่อนทางนโยบายและพลังทางสังคม (Thamarangsi, 2009)

ความเป็นอิสระของชุมชนทางวิชาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการนโยบายได้รับการคุกคามมากขึ้นจากอุตสาหกรรมสุราในงานวิจัยเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Babor and Robaina, 2013) ถึงแม้การเข้ามามีส่วนร่วมของอุตสาหกรรมสุราในกิจกรรมงานวิจัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ปัจจุบันก็ยังถือว่าเป็นเงินจำนวนน้อยมากในเชิงการลงทุนของอุตสาหกรรมสุรา นอกจากนี้ กิจกรรมเผยแพร่ข้อมูล และบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมสุราส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพและทางเลือกนโยบายในสังคม และกิจกรรมดังกล่าวยังเป็นวิธีที่อุตสาหกรรมสุราใช้เพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรเพื่อหลีกเลี่ยงภาษีและกฎหมาย (Tesler and Malone, 2008) นี่เป็นเหตุผลให้นักวิจัยด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีข้อสงสัยมากขึ้นต่อการรับเงินสนับสนุนงานวิจัยจากอุตสาหกรรมสุรา (Casswell, 2009; Miller *et al.*, 2009)

ความท้าทายอีกอย่างด้านการดำเนินนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ผู้กำหนดนโยบายมีแนวโน้มที่จะเลือกหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่เพื่อมาสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย มีตัวอย่างมากมายที่ผู้กำหนดนโยบายเลือกหลักฐานทางวิชาการหรือตีความเพื่อสนับสนุนความสนใจของตัวเอง และอาจจะไม่สะท้อนภาพรวมทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง (Rossow *et al.*, 2015; Rossow and McCambridge, 2019) ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสำคัญในการเพิ่มความตระหนักและการพิจารณาไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนในหลักฐานทางวิชาการที่ใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบาย

สิ่งที่ต้องการในทุกสังคมที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การมีโปรแกรมที่ได้รับการสนับสนุนทุนจากภาครัฐในระยะยาว ที่ออกแบบมาเพื่อให้สมาชิกของชุมชนวิชาการเข้ามามีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล การประเมิน การแปลผล ของงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศนั้น เงินทุนสนับสนุนจากภาครัฐนั้นสนับสนุนให้เกิดความโปร่งใสของนักวิจัยในการรายงานผลในสิ่งที่พบจากการศึกษา แม้ว่าผลการศึกษาไม่ได้สนับสนุนนโยบายที่ประกาศไปแล้วก็ตาม ดังนั้น วาระนโยบายที่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์จะต้องมีการทบทวน หากข้อค้นพบจากการศึกษาเมื่อทำซ้ำแล้วได้ผลไม่เหมือนเดิม หรือผลสรุปมีการเปลี่ยนแปลง

14.6 สื่อสารมวลชนและโซเชียลมีเดีย

ในหลายประเทศ ความห่วงใยของสังคมต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะได้รับ ความสนใจทางการเมืองเป็นเพียงครั้งคราวเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ความตระหนักของสังคมเกี่ยวกับปัญหาการดื่มแล้วขับ การอาละวาดของกลุ่มคนเมาในใจกลางเมือง หรือในงานเทศกาลเลี้ยงฉลอง และพฤติกรรมของกลุ่มคนเมาในกลุ่มแฟนฟุตบอลได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของสังคมถึงปัญหา และนำไปสู่ความต้องการมาตรการเพื่อมาแก้ไขปัญหา ความห่วงใยต่อปัญหาเหล่านั้นทำให้เกิดความสนใจของสังคมได้โดยอาศัยการพาดหัวข่าวหรือการอภิปรายในสื่อ ซึ่งนำไปสู่การอภิปรายทางนโยบายถึงประเด็นปัญหาในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น การรายงานข่าวจากสื่อมวลชนมีบทบาทอย่างหนึ่งในการ “สร้างประเด็นทางนโยบาย” (Erbring *et al.*, 1980) โดยสื่อมวลชนเข้าไปมีอิทธิพลทำให้ผู้กำหนดนโยบายได้มองเห็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น และให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาเหล่านั้น เพื่อยืนยันว่า ผู้กำหนดนโยบายได้ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาเหล่านั้นอย่างเหมาะสม

การขับเคลื่อนประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหน้าสื่อจะคล้ายกันกับประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพทางการค้าอื่นๆ คือ ได้รับอิทธิพลจาก 2 แนวคิดที่มีความแตกต่างกัน คือ ความรับผิดชอบระดับบุคคล และความเป็นธรรมของตลาด (market justice) โดยแนวคิดนี้สนับสนุนโดยอุตสาหกรรม และอีกแนวคิดหนึ่ง คือ การพยายามจัดการปัญหาในระดับประชากรและความเป็นธรรมทางสังคม (social justice) สนับสนุนโดยกลุ่มขับเคลื่อนด้านสาธารณสุข (Weishaar *et al.*, 2016) การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนเกี่ยวกับการอภิปรายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ (minimum unit pricing; MUP) ในประเทศสกอตแลนด์ โดยมีผู้ผลิตแอลกอฮอล์และกลุ่มผู้นำทางความคิดซึ่งต่อต้านมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ มีจุดยืนอยู่คนละฝั่งกับกลุ่มขับเคลื่อนด้านสาธารณสุขและกลุ่มการกุศลทางสุขภาพที่สนับสนุนมาตรการ (Fergie *et al.*, 2019) นอกจากนี้ การคัดค้านการเพิ่มภาษีสรรพสามิตในประเทศโปแลนด์ สมาคมทางการค้าด้านอุตสาหกรรมสุราได้เน้นเฉพาะว่า เป็นการนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสุราเถื่อน แต่ประเด็นสุขภาพไม่ได้ถูกกล่าวถึงในการอภิปรายของสื่อมวลชนเลย (Zatoński *et al.*, 2016)

สื่อมวลชนเองสามารถสร้างความน่าเชื่อถือให้กับคนที่ให้ความเห็นต่อประเด็นที่เกิดขึ้นในสังคมได้ (Flora *et al.*, 1989) ตัวอย่างเช่น ในประเทศเวียดนามมีการกล่าวถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาจากอุตสาหกรรมสุราให้เป็นเสมือนผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนโยบายแอลกอฮอล์ระหว่างการอภิปรายนโยบายแอลกอฮอล์ (Casswell, 2020) อย่างไรก็ตามต้องตระหนักว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสื่อมวลชนกับกระบวนการนโยบายนั้นโดยธรรมชาติแล้วเป็นความสัมพันธ์กันแบบสองทิศทาง สื่อมวลชนมีผลต่อกระบวนการนโยบาย โดยเป็นเสมือนกระบอกเสียงหรือกลไก เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และสื่อมวลชนนั้นก็มักบทบาทเสมือนเป็นผู้รับผลผลิตของกระบวนการทางการเมืองด้วยเช่นกัน (Russell *et al.*, 2016)

ความสำคัญของสื่อมวลชนในการสร้างกระแสหรือประเด็นในการอภิปรายทางนโยบายทำให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขหันมาใช้กลยุทธ์การสนับสนุนจากสื่อมวลชนในการขับเคลื่อนนโยบายทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น (Chapman and Lupton, 1994) การสนับสนุนจากสื่อมวลชน (media advocacy) เป็นกลยุทธ์การสร้างความร่วมมือกับสื่อมวลชนเพื่อนำไปสู่เป้าหมายนโยบาย โดยการสนับสนุนจากสื่อมวลชนเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินการมาตรการชุมชนที่รวมหลากหลายมาตรการ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของพื้นที่สื่อเกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์ (Stewart and Casswell, 1993; Wallin *et al.*, 2004) ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย การขับเคลื่อนทางสังคมในชุมชน และการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงสูง (Treno *et al.*, 1996; Treno and Holder, 1997; Holder and Treno, 1997)

การขยายตัวของโซเชี่ยลมีเดียทำให้การใช้พื้นที่สื่อของแต่ละกลุ่มที่มีผลประโยชน์ต่างกันในการขับเคลื่อนนโยบายมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ขณะที่การขับเคลื่อนด้านสาธารณสุขมีข้อจำกัดในการเข้าถึงพื้นที่สื่อแบบเดิม เนื่องจากการเกื้อหนุนผลประโยชน์ระหว่างสื่อมวลชนและอุตสาหกรรมสุรา แต่การเผยแพร่ผ่านโซเชี่ยลมีเดียมีข้อดีคือ สามารถสื่อสารตรงถึงผู้บริโภค และมีการจำกัดพื้นที่สื่อค่อนข้างน้อย ถึงแม้ว่า ในเบื้องต้นแล้วโซเชี่ยลมีเดียก็ได้รับเงินสนับสนุนจากอุตสาหกรรมสุราก็ตาม (ดูบทที่ 9) โซเชี่ยลมีเดีย นั้นสะท้อนทั้งผลประโยชน์เชิงการค้าและสาธารณสุข ยกตัวอย่างเช่น SAPROs องค์กร

ที่สนับสนุนโดยอุตสาหกรรมสุรา มีการโพสต์ในทวิตเตอร์น้อยกว่ากลุ่มภาคประชาสังคมในเรื่องการตลาด และราคา และไม่ค่อยกล่าวถึงผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งผลกระทบจากการดื่มต่อการเกิดโรคมะเร็ง (Hessari *et al.*, 2019) ในขณะเดียวกัน จากการวิเคราะห์การโพสต์ทวิตเตอร์ระหว่างการอภิปรายนโยบายการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำในประเทศสกอตแลนด์ มีการโต้ตอบที่ประสานจัดการโดยฝั่งองค์กรด้านสาธารณสุข โดยเน้นการสื่อสารประเด็นเดียว คือ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Wright *et al.*, 2019)

14.7 ผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขกับการพัฒนาและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นักวิจัยจากหลากหลายศาสตร์ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการกำหนดวาระนโยบาย การเลือกนโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ งานวิจัยเหล่านี้มักจะริเริ่มอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง แต่การศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ ก็มักพิจารณาบริบทในหลายประเทศ (Gilson *et al.*, 2018) ฉากทัศน์ในอนาคตของกลุ่มแกนกลางผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบาย ในกระบวนการที่กำหนดไว้ชัดเจนและเป็นขั้นตอน มักไม่ได้อธิบายความซับซ้อน และการคาดการณ์ไม่ได้ของการพัฒนานโยบายสาธารณะ ไม่ว่าจะพิจารณาการปกครองแบบไหนหรือระดับใด กระบวนการทางนโยบายไม่ได้ง่ายและตรงไปตรงมา โดยเฉพาะกรณีที่มีเรื่องการขัดแย้งทางผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในนโยบายแอลกอฮอล์ ในกรณีดังกล่าวกระบวนการทางนโยบายมักจะหยุดชะงัก และการพัฒนานโยบายจะมีลักษณะ “ดุลยภาพที่เว้นวรรค” (“punctuated equilibrium”) นั่นคือ จะมีช่วงที่หยุดนิ่งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน แต่แล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของนโยบายครั้งใหญ่ขึ้นมา โดยเริ่มจากการมีเหตุการณ์ที่เป็นจุดสนใจ (“focusing events”) เกิดขึ้น (Birkland and Schwaeble, 2019)

ในการขับเคลื่อนเพื่อผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขในระดับนานาชาติจำเป็นต้องตระหนักถึงความซับซ้อนของกระบวนการเหล่านี้ โดยเฉพาะในบริบทการขับเคลื่อนประเด็นโรคไม่ติดต่อขององค์การอนามัยโลก การป้องกันโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการพิจารณาหลากหลายปัจจัยจากหลากหลายภาคส่วน ซึ่งประกอบไปด้วย ภาคเกษตร การเงิน การค้า การจัดการผังเมือง การศึกษา การกีฬา ในบริบทดังกล่าว องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2018 ได้เรียกร้องให้มีการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน (multisectoral action) ในการขับเคลื่อนนโยบายและแผนระดับประเทศ ความพยายามดังกล่าวในการขับเคลื่อนประเด็นแอลกอฮอล์มักเป็นความท้าทายสำหรับกลุ่มผู้รักษาผลประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากการแทรกแซงของอุตสาหกรรมสุราในการพัฒนานโยบายและกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังกรณีที่พบในการศึกษานโยบายควบคุมโรคไม่ติดต่อใน 5 ประเทศแอฟริกา (Juma *et al.*, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศมาลาวี ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การพัฒนานโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศนั้นใช้เวลาในการพัฒนายืดเยื้อถึง 8 ปี โดยเกิดจากการแทรกแซงของอุตสาหกรรมสุรา รวมทั้งทรัพยากรจากภาครัฐที่มีจำกัด (Mwagomba *et al.*, 2018) เนื้อหานโยบายที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าวไม่มีประเด็นการขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการบังคับใช้มาตรการห้ามโฆษณา ซึ่งเป็นสองมาตรการที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพ (best buys) จากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดคำถามว่า กระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งอุตสาหกรรมสุรา เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะเคลื่อนนโยบายแอลกอฮอล์ไปข้างหน้าจริงหรือไม่

ในการผลักดันให้หลักฐานวิชาการมีอิทธิพลต่อนโยบายนั้น Cairney (2015) ได้กล่าวไว้ว่า นักวิจัยจะต้องใช้ทฤษฎีนโยบายที่หลากหลายเป็นแนวทางในการทำงานวิจัย หนึ่งในทฤษฎี คือ กรอบการขับเคลื่อนแบบพันธมิตร (Advocacy Coalition Framework) (Pierce *et al.*, 2020) ซึ่งสำคัญสำหรับการสร้างความร่วมมือระยะยาวที่รวมกลุ่มนักวิจัย เคลื่อนไปพร้อมกับกลุ่มขับเคลื่อนทางสังคม กลุ่มที่ปรึกษาทางนโยบาย และผู้กำหนดนโยบาย อีกทฤษฎีหนึ่ง คือ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในประเทศไทย ประกอบไปด้วยเครือข่ายจาก 3 ภาคส่วนในการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ ประกอบไปด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญ

และนักวิจัย 2) การขับเคลื่อนพลังสังคมผ่านภาคประชาสังคมและเครือข่าย และ 3) หน่วยงานภาครัฐและนักการเมือง (Thamarangsi, 2009) จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าว เมื่อนำหน้าต่างแห่งโอกาสเปิด (windows of opportunity) (Kingdon, 1995) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มีความมุ่งมั่น ปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่สนับสนุนก็นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

การตั้งคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของโครงสร้างธรรมาภิบาล หรือบริหารจัดการในการเชื่อมประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ถูกกล่าวถึงในบริบทในการจัดการโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง (Khayat-zadeh-Mahani *et al.*, 2018) หลังจากที่ได้อ้างถึงผลเสียของโมเดลการบริหารร่วมจากหลายภาคส่วน (shared governance model) ที่ทุกภาคส่วนมีสิทธิ์และเสียง และโมเดลที่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก (lead organization model) และมีกรรมการจากหลายหน่วยงานของภาครัฐทำหน้าที่เป็นหัวหน้า การวิเคราะห์แนะนำให้ใช้ธรรมาภิบาลของการบริหารองค์กรแบบเครือข่าย (network administrative organization governance) โดยมีหน่วยงานใหม่ และมีอำนาจตามกฎหมายที่แยกออกมาทำหน้าที่เป็นผู้นำและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม โมเดลที่พบเห็นส่วนใหญ่ในการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ คือ โมเดลการบริหารร่วมจากหลายภาคส่วน และโมเดลที่มีหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่มีความครอบคลุมในเชิงโครงสร้างของการบริหารร่วม โดยมีคณะกรรมการและหน่วยงานระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้แปล) และมีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ที่มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการนโยบายแอลกอฮอล์ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในคณะกรรมการสูงสุด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานที่มีกฎหมายรองรับที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการสนับสนุนภาคประชาสังคมและกิจกรรมการตลาดทางสังคม ซึ่งได้รับเงินจากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แหล่งงบประมาณของ สสส. คิดเป็นร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากสินค้าประเภทสุราและบุหรี่ ผู้แปล) (Pongut-ta *et al.*, 2019) สสส. ไม่ได้เป็นเพียงตัวอย่างเดียวที่มีการเก็บภาษีเพื่อป้องกันและส่งเสริม

สุขภาพเท่านั้น ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า สสส. เป็น 1 ใน 8 สมาชิก ใน 7 ประเทศกลุ่มเอเชียแปซิฟิกที่เป็นสมาชิกเครือข่ายกองทุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ (International Network of Health Promotion Foundations)

อีกหนึ่งทางเลือก คือ การมอบอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการหลัก และการประสานงานให้กับภาครัฐที่มีอำนาจผูกขาดในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกรณีที่มีโครงสร้างดังกล่าว ดังที่ Room และ Cisneros Örnberg (2019) กล่าวว่า บริษัทที่ผูกขาดโดยรัฐนั้นมีการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมการขายอย่างเข้มข้น ทั้งการขายให้เด็กและคนเมา เนื่องจากไม่มีแรงกระตุ้นในการสร้างผลกำไร และไม่ได้อยู่ภายใต้บังคับเพื่อเพิ่มการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาครัฐที่ผูกขาดด้านการผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประเทศนอร์ดิก (e.g. Rossow and Grotting, 2021) มีการรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมาก และมีความมุ่งมั่นที่จะเป็นเสมือนเครื่องมือด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อกลุ่มธุรกิจผูกขาดโดยรัฐให้ความสำคัญกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสาธารณสุข สวัสดิการสังคมมากกว่าการเพิ่มรายได้รัฐซึ่งมักไม่ค่อยเกิดขึ้นในประวัติศาสตร์ของการมีรัฐผูกขาดในอุตสาหกรรมสุราและสารเสพติดประเภทอื่น (Room, 2020)

โมเดลของการตัดสินใจทางนโยบายและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ต้องอาศัยภาคส่วนนอกสาธารณสุข และการทำความเข้าใจสภาพปัญหาในเชิงระบบ มากกว่าการมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมส่วนบุคคล โมเดลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการเปิดรับที่จะทำงานร่วมกับนักวิจัย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ องค์กรที่ทำงานด้านชุมชน ภาครัฐ และปฏิเสภกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนด้านธุรกิจในการกำหนดวาระนโยบาย ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ข้อสุดท้าย (การปฏิเสภกลุ่มธุรกิจ) เป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุขและสวัสดิการ การควบคุมการบริโภคยาสูบนั้น มีอนุสัญญาระหว่างประเทศที่มีบทบาทสำคัญที่จะปฏิเสภการมีส่วนร่วมจากอุตสาหกรรมยาสูบ เพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข บรรทัดฐานนานาชาติในลักษณะเดียวกันนี้ก็กำลังจำเป็นเช่นกัน การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

14.8 unaru

ในกระบวนการนิติบัญญัติในนโยบายแอลกอฮอล์ มีเส้นทางขนานที่เกิดขึ้น และมีการแข่งขันกันระหว่างกลุ่มผู้ที่มีผลประโยชน์แตกต่างกัน และพยายามกำหนดวาระและเข้าไปมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของนโยบาย กลุ่มที่ได้ผลประโยชน์จากการผลิตและขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มมากขึ้นที่จะมีบทบาทสำคัญในการอภิปรายทางนโยบาย ภาคประชาสังคม องค์กรผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ บุคคลต่าง ๆ เป็นกระบอกเสียงแทนสาธารณชนในหลายกระบวนการนิติบัญญัติ และกลุ่มคนที่สื่อสารผลงานวิจัยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการนโยบาย สื่อมวลชนเป็นช่องทางสำหรับการตั้งประเด็นด้านนโยบาย และการอภิปรายทางนโยบาย โดยบ่อยครั้งสื่อมวลชนเองก็มักทำหน้าที่ในการกำหนดประเด็นนโยบายและกำหนดวาระนโยบายด้วย

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา เนื่องจากสุราต้องการความสนใจของสังคมเป็นพิเศษในการกำหนดกฎหมาย การเก็บภาษี และต้องการทรัพยากรคนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความสูญเสียจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายแอลกอฮอล์ทำให้มีความเข้าใจถึงข้อสรุปสำคัญที่ว่า นโยบายแอลกอฮอล์เป็นผลลัพธ์ของการแข่งขันทางผลประโยชน์ คุณค่าและอุดมคติ ในบทนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ความสนใจของอุตสาหกรรมสุราแตกต่างอย่างมากจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและภาคประชาสังคม จากประสบการณ์ชี้ให้เห็นว่าการทำงานร่วมกับอุตสาหกรรมสุรามักนำไปสู่การดำเนินนโยบายที่ไม่มีประสิทธิภาพเชิงสาธารณสุขและสวัสดิการ

ในสังคมและชุมชนที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสำหรับประชากรส่วนใหญ่ การดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์นั้นไม่ได้ง่ายแค่เพียงการอนุมัตินโยบายที่มีความครอบคลุมขึ้นมาเพียงครั้งเดียว และเพื่อทุกคน แต่ปัญหาใหม่และประเด็นเกิดขึ้นเรื่อย ๆ ผลประโยชน์ใหม่ ๆ จะแสดงออกมา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณามาตรการหรือแนวทางใหม่ ๆ ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับโลกขององค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้มียุทธศาสตร์ระดับประเทศที่มีความครอบคลุม และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วน

บทที่ 14 กระบวนการนโยบาย: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวาระที่หลากหลาย

ต่าง ๆ (“comprehensive and intersectoral”) ซึ่งได้มีการตีความว่า กระบวนการนโยบาย แอลกอฮอล์อาศัยการมีส่วนร่วมจากหลากหลายกลุ่มผลประโยชน์และสถาบัน รวมทั้ง กลุ่มธุรกิจและอุตสาหกรรมสุรา เนื่องจากการมีผลประโยชน์ทับซ้อน การพยายามร่าง นโยบายจากการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วน (“multisectoral action”) จึงเป็น อุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จในการมีนโยบายที่มีประสิทธิภาพ

เราต้องมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ ในแต่ละประเทศ และระดับนานาชาติ และกระบวนการดังกล่าวต้องตอบสนองต่อผู้รับ ผลประโยชน์คนสุดท้ายของนโยบาย กระบวนการเกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ เกิดขึ้นหลังจาก ขึ้นอยู่กับเหตุผลทางการเมืองและกลุ่มผลประโยชน์ การไม่อิงตามหลักฐาน ทางวิทยาศาสตร์ และไม่มีการติดตามผลลัพธ์ของนโยบายที่เพียงพอ นโยบายแอลกอฮอล์ จึงมักจะไม่ใช่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และขาดประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, P. (2004). The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. *Addiction*, 99(11), 1376-1377.
- Babor, T. F., & Robaina, K. (2013). Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *American journal of public health*, 103(2), 206-214.
- Babor, T. F., Morisano, D., Noel, J., Robaina, K., Ward, J. H. & Mitchell, A. L. (2017) Infrastructure and career opportunities in addiction science: the emergence of an interdisciplinary field. In: Babor, T. F., Stenius, K., Pates, R., Mioviský, M., O'Reilly, J., Candon, P. (eds.). *Publishing Addiction Science: a guide for the perplexed* (pp. 9-34). Ubiquity Press,
- Babor, T. F., Robaina, K., Brown, K., Noel, J., Cremonte, M., Pantani, D., Peltzer, R. I., & Pinsky, I. (2018). Is the alcohol industry doing well by 'doing good'? Findings from a content analysis of the alcohol industry's actions to reduce harmful drinking. *BMJ open*, 8(10), e024325.
- Baggott, R. (1986). By voluntary agreement: the politics of instrument selection. *Public Administration*, 64(1), 51-67.
- Bakke, Ø., & Endal, D. (2010). Alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction*, 105, 22-28.
- Baumgartner, F. R. & Jones, B. D. (1993). *Agendas and Instability in American Politics*. University of Chicago Press.
- Birkland, T. A. & Schwaebler, K. L. (2019). Agenda setting and the policy process: focusing events. In: Thompson, W. R. (ed.). *Oxford Research Encyclopedia: Politics*. Oxford University Press.
- Bruun, K. (1973). Social research, social policy and action. In: Hawks, D., (ed.). *The epidemiology of drug dependence: report on a conference, London 25-29 September 1972*, pp. 115-119. World Health Organization, Regional Office for Europe, EURO 5436 IV.
- Cairney, P. (2015). *The politics of evidence-based policy making*. Palgrave Macmillan. OUP UNCORRECTED PROOF-REVISES, Sat Jun 11 2022, NEWGEN
- Cairney, P. (2019). *Understanding public policy: theories and issues*, (2nd ed). Macmillan Science & Education.

- Casswell, S. (1995). Public discourse on alcohol: implications for public policy. In: Holder, H. D., & Edwards, G., (eds.). *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues* (pp. 190-214). Oxford University Press.
- Casswell, S. (2009). Alcohol industry and alcohol policy—the challenge ahead. *Addiction, 104*(s1), 3-5.
- Casswell, S. (2020). Alcohol industry influence in alcohol control policy in Vietnam: a case study of a ‘perfect storm’ (Working paper). SHORE & Whariki Research Centre, College of Health, Massey University, New Zealand. <https://shoreandwhariki.ac.nz/alcohol-1>
- Casswell, S., & Thamarangsi, T. (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet, 373*(9682), 2247-2257.
- Chapman, S., & Lupton, D. (1994). Fight for public health: principles and practice of media advocacy. BMJ Publishing Group.
- Conigrave, K. (2016). Last drinks laws: a health perspective. *Current Issues in Criminal Justice, 28*(1), 111-116.
- Craplet, M. (1997). Alcohol advertising: the need for European regulation. *Commercial Communications, 9*, 1-3.
- de Almeida, B. S. & Marchi Júnior, W. (2020). Brazil’s legislation of alcohol consumption by sports fans and the 2014 FIFA World Cup. In: Gee, S., (ed.). *Sport, alcohol and social inquiry* (research in the sociology of sport, vol. 14) (pp. 99-114). Emerald Publishing Ltd.
- DeJong, W., & Russell, A. (1995). MADD's position on alcohol advertising: a response to Marshall and Oleson. *Journal of public health policy, 16*(2), 231-238.
- Erbring, L., Goldenberg, E., & Miller, A. (1980). Front page news and real world cues: a new look at agenda setting by the media. *American Journal of Political Science, 24*, 16-49.
- Esser, M. B., Bao, J., Jernigan, D. H., & Hyder, A. A. (2016). Evaluation of the Evidence Base for the Alcohol Industry's Actions to Reduce Drink Driving Globally. *American journal of public health, 106*(4), 707-713.
- Fergie, G., Leifeld, P., Hawkins, B., & Hilton, S. (2019). Mapping discourse coalitions in the minimum unit pricing for alcohol debate: a discourse network analysis of UK newspaper coverage. *Addiction, 114*(4), 741-753.

- Flora, J. A., Maibach, E. W., & Maccoby, N. (1989). The role of media across four levels of health promotion intervention. *Annual review of public health, 10*, 181-201.
- Garrard, J. (2004). Book review: Twenty Years as a Police Surgeon, by John Birrell. *Australian and New Zealand journal of public health, 28*, 392-393.
- Gilson, L., Orgill, M., & Shroff, Z. C., (eds.) (2018). *A health policy analysis reader: the politics of policy change in Low-and middle-income countries*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310886/9789241514514-eng.pdf>
- ururaj, G., Gautham, M. S., & Arvind, B. A. (2021). Alcohol consumption in India: A rising burden and a fractured response. *Drug and alcohol review, 40(3)*, 368-384.
- Hallgren, M., & Andréasson, S. (2013). The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: effects on youth drinking. *Drug and alcohol review, 32(5)*, 504-511.
- Herd, D. & Berman, J. (2015). Mobilizing for change: activism and alcohol policy issues in inner city communities. *Social Movement Studies, 14*, 331-351.
- Maani Hessari, N., Bertscher, A., Critchlow, N., Fitzgerald, N., Knai, C., Stead, M., & Petticrew, M. (2019). Recruiting the "Heavy-Using Loyalists of Tomorrow": An Analysis of the Aims, Effects and Mechanisms of Alcohol Advertising, Based on Advertising Industry Evaluations. *International journal of environmental research and public health, 16(21)*, 4092.
- Hill, L., & Stewart, L. (1996). The sale of liquor act 1989: reviewing regulatory practices. *Social Policy Journal of New Zealand, 7*, 174-190.
- Hillman, A. J., Zardkoohi, A., & Bierman, L. (1999). Corporate political strategies and firm performance: indications of firm-specific benefits from personal service in the US government. *Strategic Management Journal, 20*, 67-81.
- Holder, H. D., & Treno, A. J. (1997). Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction, 92 (Suppl 2)*, 189-99S.
- Homel, R. (1993). Random breath testing in Australia: getting it to work according to specifications. *Addiction, 88 (Suppl.)*, 27s-33s.

- Juma, P. A., Mapa-Tassou, C., Mohamed, S. F., Matanje Mwangomba, B. L., Ndinda, C., Oluwasanu, M., Mbanaya, J. C., Nkhata, M. J., Asiki, G., & Kyobutungi, C. (2018). Multi-sectoral action in non-communicable disease prevention policy development in five African countries. *BMC public health*, 18(Suppl 1), 953.
- Khayat-zadeh-Mahani, A., Ruckert, A., & Labonté, R. (2018). Obesity prevention: co-framing for intersectoral 'buy-in'. *Critical Public Health*, 28(1), 4-11.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, alternatives and public policies*. Harper Collins.
- Mäkelä, K., & Viikari, M. (1977). Notes on alcohol and the state. *Acta Sociologica*, 20, 1551-1579.
- Marin Institute. (2008). *You get what you pay for: California's alcohol lobby*. Marin Institute.
- Marshall, M. & Marshall, L. B. (1990). *Silent voices speak: women and prohibition in truck*. Wadsworth Publishing Co.
- McCambridge, J., Mialon, M., & Hawkins, B. (2018). Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction*, 113(9), 1571-1584.
- Midford, R., & Shakeshaft, A. (2017). Community-focused approaches to the prevention of alcohol-related harms: from past experiences to future possibilities. In: Kolind, T., Thom, B., & Hunt, G., (eds.). *The SAGE handbook of drug and alcohol studies: social science approaches* (pp. 213-237). SAGE Publications.
- Milio, N. (1987). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health promotion*, 2(3), 263-274.
- Miller, P. G., Kypri, K., Chikritzhs, T. N., Skov, S. J., & Rubin, G. (2009). Health experts reject industry-backed funding for alcohol research. *The Medical journal of Australia*, 190(12), 713-714.
- Mitchell, A. & O'Brien, P. (2020). 'If one Thai bottle should accidentally fall': health information, alcohol labelling and international trade law. *Journal of World Investment and Trade*, 21, 674-697.
- Moewaka Barnes, H. (2000). Collaboration in community action: a successful partnership between indigenous communities and researchers. *Health Promotion International*, 15(1), 17-25.

- Matanje Mwangomba, B. L., Nkhata, M. J., Baldacchino, A., Wisdom, J., & Ngwira, B. (2018). Alcohol policies in Malawi: inclusion of WHO "best buy" interventions and use of multi-sectoral action. *BMC public health, 18(Suppl 1)*, 957.
- Noel, J., Babor, T., & Robaina, K.. (2017). Industry self-regulation of alcohol marketing: A systematic review of content and exposure research. *Addiction, 112(Suppl 1)*, 28-50.
- Pertschuk, M. (2010). *The demarco factor: transforming public will into political power*. Vanderbilt University Press.
- Pierce, J. K., Peterson, H.L., & Hicks, K. C. (2020). Policy change: an advocacy coalition framework perspective. *Policy Studies Journal, 48(1)*, 64-86.
- Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bulletin of the World Health Organization, 97(3)*, 213-220.
- Quigg, Z., Butler, N., Bates, R., Ross-Houle, K., Bellis, M. A. (2019). STAD in Europe (Evaluation Report). Liverpool John Moores University. <http://stadineurope.eu/resources/publications-2-2/>
- Reynolds, J., McGrath, M., Halliday, E., Ogden, M., Hare, S., Smolar, M., Lafortune, L., Lock, K., Popay, J., Cook, P., & Egan, M. (2020). 'The opportunity to have their say'? Identifying mechanisms of community engagement in local alcohol decision-making. *The International journal on drug policy, 85*, 102909.
- Robaina K, Babor T, Pinsky I, Johns, P. (2020). The alcohol industry's commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health. NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf
- Room, R. (1984). Alcohol control and public health. *Annual review of public health, 5*, 293-317.
- Room, R. (2017). Prevention of alcohol-related problems in the community context. In: Giesbrecht, N., & Bosma, L., (eds.). *Preventing alcohol-related problems: evidence and community-based initiatives* (pp. 19-32). American Public Health Association.

- Room, R. (2020). The monopoly option: obsolescent or a 'best buy' in alcohol and other drug control? *Social History of Alcohol and Drugs*, 31, 215-232.
- Room, R., & Cisneros Örnberg, J. (2019). Government monopoly as an instrument for public health and welfare: Lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *The International journal on drug policy*, 74, 223-228.
- Rossow, I., & Grøtting, M. W. (2021). Evaluation of an alcohol policy measure employing a randomised controlled trial design: Why was it possible?. *Drug and alcohol review*, 40(3), 468-471.
- rossow, I., & McCambridge, J. (2019). The handling of evidence in national and local policy making: a case study of alcohol industry actor strategies regarding data on on-premise trading hours and violence in Norway. *BMC public health*, 19(1), 44.
- Rossow, I., Uglund, T., & Baklien, B. (2015). Use of research in local alcohol policy making. *Drugs and Alcohol Today*, 15, 192-202.
- Russell, A., Dwidar, M., & Jones, B. D. (2016). The mass media and the policy process. In: Thompson, W. R., (ed.). *Oxford Research Encyclopedia, Politics*. Oxford University Press.
- Savic, M., & Room, R. (2014). Differences in alcohol-related research publication output between countries: a manifestation of societal concern?. *European addiction research*, 20(6), 319-323.
- Savell, E., Fooks, G., Gilmore, A. B. (2016). How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, 111(1), 18-32.
- Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Vallance, K., Stockwell, T., Zhao, J., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Paradis, C., & Hobin, E. (2020). Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: a real-world study in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 262-272.
- Schuler, D. A., Rehbein, K., & Cramer, R. D. (2002). Pursuing strategic advantage through political means: a multivariate approach. *Academy of Management Journal*, 45(4), 659-672.

- Stewart, L. & Casswell, S. (1993). Media advocacy for alcohol policy support: results from the New Zealand Community Action Project. *Health promotion international*, 8, 167-175.
- Stewart, L., Casswell, S., & Thomson, A. (1997). Promoting public health in liquor licensing: perceptions of the role of alcohol community workers. *Contemporary Drug Problems*, 24, 1-37.
- Stockwell, T., Solomon, R., O'Brien, P., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). Cancer Warning Labels on Alcohol Containers: A Consumer's Right to Know, a Government's Responsibility to Inform, and an Industry's Power to Thwart. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 284-292.
- Tesler, L. E., & Malone, R. E. (2008). Corporate philanthropy, lobbying, and public health policy. *American journal of public health*, 98(12), 2123-2133.
- Thamarangsi, T. (2009). The 'triangle that moves the mountain' and Thai alcohol policy development: four case studies. *Contemporary Drug Problems*, 36, 245-281.
- Brasil, T. (2016). Financiamento eleitoral e lobby da indústria de alimentos no Congresso Nacional (Financing electoral campaigns and lobbying by the food industry in the National Congress) *Transparência Brasil*, São Paulo. https://actbr.org.br/uploads/arquivos/relatorio_act_financiamentoCampanha_alimentos.pdf
- Treno, A. J., Breed, L., Holder, H. D., Roeper, P., Thomas, B. A., & Gruenewald, P. J. (1996). Evaluation of media advocacy efforts within a community trial to reduce alcohol-involved injury. Preliminary newspaper results. *Evaluation review*, 20(4), 404-423.
- Treno, A. J., & Holder, H. D. (1997). Community mobilization, organizing, and media advocacy. A discussion of methodological issues. *Evaluation review*, 21(2), 166-190.
- Tyrrell, I. (1991). *Woman's world/woman's empire: the woman's christian temperance union in International Perspective, 1880-1930*. University of North Carolina Press.
- Wagenaar A. C. (1993). Research affects public policy: the case of the legal drinking age in the United States. *Addiction*, 88 Suppl, 75S-81S.

- Wallin, E., Norström, T., & Andréasson, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of studies on alcohol*, 64(2), 270-277.
- Wallin, E., Lindewald, B., & Andréasson, S. (2004). Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Evaluation review*, 28(5), 396-419.
- Wallin, E., Gripenberg, J., & Andréasson, S. (2005). Overserving at licensed premises in Stockholm: effects of a community action program. *Journal of studies on alcohol*, 66(6), 806-814.
- Weishaar, H., Dorfman, L., Freudenberg, N., Hawkins, B., Smith, K., Razum, O., & Hilton, S. (2016). Why media representations of corporations matter for public health policy: a scoping review. *BMC public health*, 16(1), 899.
- World Health Organization. (2008). Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Assembly Document A61/8 (16 April 2008). In: 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (pp. 8-29). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=588D1F3F1C4DB86E62F28C42C4225409?sequence=1
- World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/global-alcohol-strategy>
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Wright, A. (2009). *Grog war: one town's Fight against Alcohol*, 1st ed. 1997. Magabala Books.
- Astill Wright, L., Golder, S., Balkham, A., & McCambridge, J. (2019). Understanding public opinion to the introduction of minimum unit pricing in Scotland: a qualitative study using Twitter. *BMJ open*, 9(6), e029690.

- Zahariadis, N. (2016). Setting the agenda on agenda setting: definitions, concepts, and controversies. In: Zahariadis, N., (ed.). Handbook of public policy on agenda setting (pp. 1-22). Edward Elgar Publishing. <https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781784715915/9781784715915.00002.xml>
- Zatonski, M., Hawkins, B., & McKee, M. (2016). Framing the policy debate over spirits excise tax in Poland. *Health promotion international*, 33(3), 515524.
- Zhao, J., Stockwell, T., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time-series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 225237.

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

15

ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ลำดับความสำคัญทางสาธารณสุข และธรรมาภิบาลระดับโลก ในการควบคุมแอลกอฮอล์

15.1 เกริ่นนำ

ยุทธศาสตร์และมาตรการที่กล่าวถึงในบทที่ 7-13 ของหนังสือเล่มนี้ถูกออกแบบมาเพื่อดำเนินนโยบายในระดับประเทศและระดับย่อยของประเทศ แต่นโยบายเหล่านี้ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากสถานการณ์ต่าง ๆ ในระดับนานาชาติ ในบริบทที่ไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศใด ๆ ระบบธรรมาภิบาลระดับโลกในการควบคุมแอลกอฮอล์จึงขึ้นกับเครือข่ายของความร่วมมือความตกลงระหว่างประเทศแบบทวิภาคี พหุภาคี และระดับภูมิภาค บางความร่วมมือเน้นเรื่องการค้าและการลงทุนซึ่งมีประเด็นเกี่ยวกับพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-commerce) มากขึ้น และบางความร่วมมือมีองค์ประกอบกว้างมากขึ้น เช่น สหภาพยุโรป (European Union; EU) หรือ สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nations; ASEAN) ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา สมมติฐานในการดำเนินงานของความตกลงระหว่างประเทศเป็นการมองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสมือนสินค้าธรรมดา เช่นเดียวกับ น้ำดื่ม นม กาแฟ หรือ ชา ดังที่กล่าวไปแล้วในบทที่ 5 ความเป็นโลกาภิวัตน์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เติบโตมากขึ้น ทำให้นโยบายในระดับพื้นที่และระดับประเทศค่อย ๆ ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลจาก**กลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ (transnational alcohol corporations; TNACs)**¹ ที่กำหนดกลยุทธ์การตลาดออกมา

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

จากสำนักงานใหญ่ของบริษัท ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้สูงเพียงไม่กี่ประเทศมากขึ้น ช่วงต้นศตวรรษที่ยี่สิบ แพลตฟอร์มออนไลน์ที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลของกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมาย และองค์กรระดับโลก เช่น สหพันธ์ฟุตบอลนานาชาติ (FIFA) ได้เป็นภาคีกับบริษัทสุราหลายยี่ห้อ และร่วมกับกลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ จนเป็นศูนย์แห่งอิทธิพลระดับโลกที่มีผลต่อนโยบายแอลกอฮอล์ สภาพแวดล้อมระดับโลกนี้ได้ส่งผลกระทบต่อนโยบายแอลกอฮอล์ทั้งต่อการลดประสิทธิภาพของนโยบายระดับประเทศโดยตรง (เช่น ความพยายามในการควบคุมการตลาด) และโดยการสร้างอิทธิพลระดับโลกเพื่อลดทอนการตอบสนองหลายด้านของโลก (Casswell และ Rehm, 2020)

บทนี้อธิบายแรงกดดันจากระดับนานาชาติ และขอบเขตที่มันมีผลต่อนโยบายระดับพื้นที่และระดับประเทศ รวมทั้งโอกาสที่นโยบายแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติจะมีความก้าวหน้าขึ้น มีการโต้แย้งว่า สิ่งคุกคามในปัจจุบันต่อนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพจากความตกลงทางการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ การตลาดข้ามพรมแดน (cross-border marketing) และมิติอื่น ๆ ของโลกาภิวัตน์นั้นมีความสำคัญ และอาจสามารถลดทอนการปฏิบัติการที่ระดับโลกที่เป็นประโยชน์ต่องานด้านสาธารณสุขและสวัสดิการได้

15.2 ข้อตกลงทางการค้าและการลงทุนในฐานะสิ่งคุกคามต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความตกลงการค้าทวิภาคีหรือแม้กระทั่งระดับภูมิภาค คือ ส่วนใหญ่ของภาพการค้าระหว่างประเทศตลอดประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา ในช่วงแรก ๆ มาตรการเหล่านี้มักถูกใช้เพื่อปกป้องอุตสาหกรรมระดับชาติ หรือรายได้จากภาษีของรัฐ ในครึ่งศตวรรษหลังจากสงครามโลกครั้งที่สอง ความสำคัญของการเจรจาหรือความตกลงทางการค้าได้เปลี่ยนเป็นการลดอุปสรรคจากระดับประเทศต่อการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นหนทางหลักในการกระตุ้นการพัฒนาเศรษฐกิจโลก ช่วงเริ่มต้นของศตวรรษที่ยี่สิบ มีข้อตกลงการค้าระดับภูมิภาคและอื่น ๆ ที่ลงทะเบียนที่องค์การการค้าโลก (World Trade Organization; WTO) จำนวน 127 ข้อตกลง (Andriamananjara, 2001)

ในตอนแรก ข้อตกลงการค้าหลังสงครามโลกเน้นที่การลดอุปสรรคทางการค้าของสินค้าอุปโภค แต่เร็ว ๆ นี้ ความตกลงการค้าได้ขยายไปถึงเรื่องของการบริการ และการป้องกันการลงทุนและทรัพย์สินทางปัญญาด้วย และเมื่อการขยายอำนาจของกลุ่มธุรกิจข้ามชาติมากขึ้น จึงมีการเน้นเกี่ยวกับการปกป้องผลประโยชน์ของภาคเอกชนข้ามพรมแดนประเทศด้วย ความตกลงการค้าพหุภาคีที่ระดับโลกได้กลายเป็นกิจการขององค์การการค้าโลกซึ่งมีประเทศสมาชิก 164 ประเทศในปี ค.ศ. 2020 (World Trade Organization, 2020) โดยกลุ่มที่ไม่เป็นประเทศสมาชิก (ส่วนใหญ่อยู่ในแอฟริกาเหนือและตะวันออกกลาง) จะถูกจัดเป็น “ผู้สังเกตการณ์เจรจาจากภายนอก” (“observer negotiating accession”) (หมายถึง การที่รัฐหนึ่งซึ่งไม่ได้เป็นรัฐภาคีที่เข้าร่วมเจรจา และลงนามในสนธิสัญญาตั้งแต่แรก ได้ดำเนินการให้ความยินยอมเพื่อเข้าเป็นภาคีสถิติสัญญาและผูกพันตามสนธิสัญญาที่รัฐอื่น ๆ ได้ทำการวินิจฉัยตกลงก่อนแล้วและสนธิสัญญานั้นได้มีผลใช้บังคับอยู่ก่อนแล้ว-บรรณาธิการ)

อย่างไรก็ตาม หลังปี ค.ศ. 2010 ภาพการเจรจาการค้าถูกแยกส่วนมากขึ้น การระบาดของโรคโควิด 19 แสดงให้เห็นความพยายามของประเทศในการหันไปใช้ใช้มาตรการฝ่ายเดียว (unilateral action) ในการเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนเวชภัณฑ์ (Stewart, 2020) ในขณะที่องค์การการค้าโลกที่ยังคงทำหน้าที่เป็นหน่วยการค้าโลกที่รับลงทะเบียนข้อตกลงและข้อพิพาททางการค้า ได้มีการเปลี่ยนจุดเน้นจากการเจรจาการค้าเป็น “ความตกลงการค้าและการลงทุน” (“trade and investment agreements”; TIAs) ทวิภาคหรือระดับภูมิภาค เช่น ความตกลงความครอบคลุมและความก้าวหน้าเพื่อหุ้นส่วนทางการค้าภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership; CPTPP) ที่ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา ญี่ปุ่น เม็กซิโก และอีกเจ็ดประเทศได้ลงนามในปี ค.ศ. 2016 และความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาค (Regional Comprehensive Economic Partnership; RCEP) ที่ลงนามในปี ค.ศ. 2020 (ซึ่งเป็นความตกลงการค้าระดับภูมิภาคที่ใหญ่ที่สุด) ซึ่งมีมูลค่าทางเศรษฐกิจกว่า 25 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2019 และครอบคลุมครึ่งหนึ่งของประชากรโลกซึ่งรวมจากประเทศจีนด้วย การพัฒนาของความตกลงการค้าและการลงทุนระดับภูมิภาคขนาดใหญ่มากขึ้นสะท้อนผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจข้ามชาติจากกฎระเบียบทางการค้าประเภทใหม่ที่ไม่ได้มีการพูดถึงในองค์การการค้าโลก บริษัทที่เกี่ยวข้องกับห่วงโซ่อุปทานโลก เช่น

อุตสาหกรรมสุรา จะถูกกีดขวางมากที่สุดจากมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี (non-tariff barriers) (Bown, 2017) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ภาคการผลิตสินค้า และภาคบริการ (เช่น e-commerce) ยังไม่ได้อยู่ภายใต้ความตกลงการค้าที่มีอยู่เดิมขององค์การการค้าโลก ความตกลงการค้าและการลงทุนในยุคใหม่เน้นไปที่การลงทุนมากกว่าการค้า “ความตกลงการค้าและการลงทุนเช่นนี้เป็นการเตรียมโครงสร้างพื้นฐานทางกฎหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการผลิตระดับโลก ที่เป็นการค้าข้ามพรมแดนภายในเครือข่ายของบริษัทในเครือ คู่ค้าตามสัญญา และผู้ผลิต (suppliers) ของบริษัทข้ามชาติซึ่งประสานงานมากถึงร้อยละ 80 ของการค้าโลก” (McNeill *et al.*, 2017a, หน้า 760)

ในประเทศคู่ค้าตามสัญญา โครงสร้างพื้นฐานทางกฎหมายนี้มีผลกระทบต่อความสามารถของประเทศในการควบคุมตลาดภายในประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพและสวัสดิการ (McNeill *et al.*, 2017a) รวมถึงนโยบายแอลกอฮอล์ด้วย ตัวอย่างเช่น การนำเสนอมาตรการทางสาธารณสุขใหม่ อย่างเช่น ความจำเป็นที่จะต้อง**มีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (warning labels)** ที่นำไปสู่การอ้างว่า รัฐไม่ทำตาม “หลักการปฏิบัติที่เป็นธรรมและเท่าเทียม (fair and equitable treatment)” หรือ “มาตรการเวนคืนทางอ้อม (indirectly expropriated)” กับการลงทุนของบริษัท ที่เป็นหลักการภายใต้ความตกลงด้านการลงทุน (Mitchell และ O'Brien, 2020) ผลของความตกลงเหล่านี้บ่อยครั้งทำให้เกิดภาวะ “การแซ่แข่งขันนโยบาย” รัฐพยายามไม่ตรากฎหมายหรือออกมาตรการใดใดที่มีความเสี่ยง (“regulatory chill”) ทำให้รัฐของประเทศที่ร่ำรวยน้อยกว่าถูกปรามให้ไม่กล้าดำเนินการบางอย่าง เพราะกลัวการชู้ว่า จะต้องเสียค่าใช้จ่ายราคาแพงในการดำเนินการทางกฎหมาย (Kelsey, 2017) ประเด็นนี้เห็นได้จากผลลัพธ์ของกรณีมาตรการฉลาก/บรรจุภัณฑ์แบบเรียบของยาสูบ (plain packaging) ของประเทศออสเตรเลีย ที่ถึงแม้ว่าจะชนะคดีแต่ก็ใช้เวลานานถึง 7 ปีและมีค่าใช้จ่ายถึง 24 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย และออสเตรเลียได้ทุนคืนเพียง 12 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียจากบริษัทฟิลลิปมอร์ริส (Ranald, 2019) และความท้าทายนี้ส่งผลให้เกิดการแซ่แข่งขันนโยบาย regulatory chill ในประเทศอื่น ๆ ด้วย (Crosbie และ Thomson, 2018)

15.2.1 ระบบการระงับข้อพิพาทขององค์การการค้าโลก (Dispute settlement systems)

ความตกลงการค้าดำเนินการภายในระบบการระงับข้อพิพาทขององค์การการค้าโลกที่แข็งแกร่งและบทลงโทษที่กำหนดไว้ จนทำให้ข้อตกลงสามารถมีความสำคัญเหนือกว่าประเด็นด้านสุขภาพและสวัสดิการ (Lang, 2016) ภาควิชาความตกลงการค้าระหว่างประเทศส่วนใหญ่เป็นรัฐชาติ (nation states) (หรือกลุ่มเศรษฐกิจเช่น สหภาพยุโรป) อย่างไรก็ตาม หนึ่งในความแตกต่างของความตกลงการค้าและการลงทุนยุคใหม่คือ บริษัทและองค์กรอุตสาหกรรมสามารถดำเนินคดีกับรัฐชาติโดยตรงได้ในบางกรณี บทบัญญัติการระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐของนักลงทุน (investor-state dispute settlement; ISDS) เหล่านี้รวมอยู่ในสนธิสัญญาการลงทุนระดับทวิภาคีจำนวนประมาณ 3,000 ฉบับที่มีผลบังคับใช้อยู่ขณะนี้ และในข้อตกลงการค้าระดับภูมิภาคที่ออกมาใหม่เพิ่มขึ้นอีกด้วย สัญญาเหล่านี้อนุญาตให้นักลงทุนต่างชาติ (ไม่รวมบริษัทภายในประเทศหรือพลเมือง) สามารถท้าทายกฎหมายและนโยบายของประเทศได้ (McNeill *et al.*, 2017a) เนื่องจากบริษัทต่าง ๆ มักมีสถานะทางกฎหมายในหลายประเทศ พวกเขาจึงสามารถริเริ่มคดีข้อพิพาทระหว่างรัฐของนักลงทุน (ISDS) ภายใต้เงื่อนไขความตกลงการค้าที่ทำให้บริษัทได้เปรียบมากที่สุด (McNeill *et al.*, 2017b)

คำตัดสินเหล่านี้มักจะขัดแย้งกับผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขที่รัฐบาลระดับประเทศและระดับย่อยของประเทศให้ความสำคัญ การตัดสินใจในการสร้างสมดุลระหว่างผลประโยชน์เหล่านี้ทำโดยระบบตัดสินการค้าตามข้อกำหนดในความตกลงการค้าที่เกี่ยวข้อง และไม่สามารถอุทธรณ์นอกระบบนั้นได้ อย่างไรก็ตาม การมีอยู่ของกฎหมายระหว่างประเทศด้านสุขภาพอย่าง **กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC)** (World Health Organization, 2020a) มีอิทธิพลต่อข้อพิพาททางการค้าในระบบองค์การการค้าโลก ในการใช้เป็นแหล่งอ้างอิงของหลักฐานวิชาการที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ รวมทั้งประสิทธิผลของมาตรการด้านสาธารณสุข (O'Brien, 2021) อีกบริบทหนึ่งที่ประเด็นทางเศรษฐกิจถูกถ่วงดุลด้วยความกังวลด้านสุขภาพและสวัสดิการคือ สหภาพยุโรป ซึ่งได้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อกีดขวางและความรับผิดชอบในวงกว้างที่นอกเหนือไปจากการค้า รวมทั้งด้านสาธารณสุขและผลประโยชน์สาธารณะอื่นๆ (Greer, 2014; Council of the European Union, 2017;

Bartlett และ Garde, 2017) ซึ่งหมายความว่า ข้อพิจารณาด้านสาธารณสุขได้รับการพิจารณาอย่างเป็นระบบมากขึ้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อพิพาททางการค้าภายใต้ระบบยุติธรรมของสหภาพยุโรปมากกว่าความตกลงทางการค้าอื่น ๆ (Holden และ Hawkins, 2018) ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่แสดงว่า อำนาจของผลประโยชน์ทางการค้าในนโยบายการค้าอาจอ่อนแอลงคือ ความกังวลอย่างกว้างขวางจากผู้เกี่ยวข้องหลายกลุ่มที่แสดงเกี่ยวกับผลของการขยายสิทธิในการโต้แย้งไปยังภาคเอกชนผ่านกลไกข้อพิพาทระหว่างรัฐของนักลงทุน (ISDS) (McNeill *et al.*, 2017b) และการตัดสินใจที่จะแยกกลไกออกจากความตกลงระดับภูมิภาคขนาดใหญ่ อย่าง RCEP ที่ลงนามในปี ค.ศ. 2020

15.2.2 หลักการปฏิบัติเท่าเทียม และผลต่อนโยบายแอลกอฮอล์

หนึ่งในหลักการสำคัญขององค์การการค้าโลก และโดยทั่วไป ของความตกลงการค้าและการลงทุน คือ ประเทศที่เข้าร่วมการค้าจะต้องไม่แบ่งแยกระหว่างผู้ขายในประเทศกับผู้ขายจากต่างประเทศ (Grieshaber-Otto *et al.*, 2006) มาตรการทางภาษีและมาตรการควบคุมอื่น ๆ ของประเทศจึงไม่สามารถบังคับใช้เพื่อปกป้องการผลิตสินค้าในประเทศจากสินค้านำเข้าอื่นได้

ภายใต้หลักการปฏิบัติเท่าเทียม (Equal treatment) นี้ ความตกลงการค้าและการลงทุนจึงถูกนำมาใช้เพื่อโจมตีการดำเนินงานหรือการดำรงอยู่ของวิสาหกิจและระบบผูกขาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐ (monopolies) (เช่น Room *et al.*, 2006) แม้ว่าความตกลงส่วนใหญ่จะยอมรับสิทธิของประเทศภาคีในการผูกขาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่กิจกรรมของประเทศเหล่านี้ถูกจำกัด เนื่องจากการมีแนวโน้มที่จะลดโอกาสในการนำเข้า และโอกาสของกลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ประเทศฟินแลนด์ ไชล์แลนด์ นอร์เวย์ และสวีเดนถูกบังคับให้เปลี่ยนระบบการผูกขาดโดยรัฐ ทั้งการนำเข้า ส่งออก การขายส่งและการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ดำเนินการโดยภาคเอกชนได้ เมื่อประเทศเหล่านี้เข้าร่วมความตกลงเขตเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Area; EEA) แม้ว่าประเทศเหล่านี้จะสามารถคงระบบผูกขาดการขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไม่มีที่นั่งดื่มโดยรัฐไว้ได้ (Holder *et al.*, 1998)

การปฏิบัติต่อสินค้าในประเทศและต่างประเทศอย่างเท่าเทียมกันทำให้เกิดคำถามว่า สิ่งใดควรถูกตีความว่าเป็นสินค้าทดแทนหรือเหมือนสินค้าโภคภัณฑ์ ตัวอย่างเช่น ในคดีต่อต้านประเทศชิลี คณะกรรมการองค์การการค้าโลกตัดสินว่า ชิลีไม่สามารถเก็บภาษีนำเข้าสำหรับเหล้ากลั่นที่มีปริมาณแอลกอฮอล์เข้มข้นกว่า **pisco (เหล้ากลั่นของประเทศชิลี)** ด้วยอัตราที่สูงกว่าได้ เพราะจะมีผลเป็นการปกป้องการผลิตเหล้ากลั่นในประเทศ (Grieshaber-Otto *et al.*, 2000; Zeigler, 2006) การตัดสินข้อพิพาททางการค้าจึงไม่จำเป็นที่จะต้องยอมรับจุดยืนด้านใดเสมอไป ไม่ว่าจะ เป็นจุดยืนทางสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม “ความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ (volumetric)” ในมุมมองของการป้องกันอันตรายจากการบริโภค หรือระบบทางเลือกของภาษีต่อหน่วยเอทานอลที่สูงขึ้นเล็กน้อยสำหรับเครื่องดื่มที่มีระดับแอลกอฮอล์เข้มข้นกว่า โดยนัยนี้ ความเท่าเทียมของอัตราภาษีสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเภท จึงหมายความว่า ภาษีควรมีอัตราเท่ากันสำหรับเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เท่ากัน (Meier *et al.*, 2016)

เนื่องจากอัตราภาษีที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศถูกมองว่า ขัดขวางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของนโยบายตลาดเดียวของยุโรป สหภาพยุโรปตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 จึงได้พยายามปรับระบบภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ไปในทิศทางเดียวกัน (harmonize alcohol excise duties) โดยใช้การตัดสินใจทางบริหาร (Österberg and Karlsson, 2002) อย่างไรก็ตาม การกระทำนี้มักจะส่งผลให้เกิดแรงกดดันให้ลดภาษี แทนที่จะเพิ่มภาษี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นเพราะว่า ประเทศผู้ผลิตไวน์ได้ยื่นกรานว่า ภาษีไวน์ขั้นต่ำควรจะคงอยู่ที่ศูนย์ เนื่องจากกฎของตลาดเดียวที่ไม่อนุญาตให้มีการกำหนดจำนวน/ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการนำเข้าประเทศของผู้เดินทางข้ามพรมแดน การลดอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว และเพิ่มการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักท่องเที่ยวไปยังประเทศบ้านเกิดของพวกเขา ดังเช่นในประเทศแถบบอลติก (Montalto Monella and Harris, 2019)

15.2.3 ฉลากคำเตือนทางสุขภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะประเด็นทางการค้า ที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุข

ในศตวรรษที่ยี่สิบเอ็ด ฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้กลายเป็นประเด็นใหญ่ระดับนานาชาติ ระหว่างผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขกับผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมสุรา ประเด็นนี้ถูกยกขึ้นมาภายใต้ข้อกำหนดว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (Agreement on Technical Barriers to Trade; TBT) ในความตกลงการค้าทวิภาคีและพหุภาคีใหม่ขององค์การการค้าโลก และ Codex Alimentarius ซึ่งเป็นมาตรฐาน แนวทาง และหลักปฏิบัติที่ควบคุมโดยคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นโดยองค์การอาหารและการเกษตรระหว่างรัฐบาล (Food and Agriculture Organization; FAO) และองค์การอนามัยโลกที่ทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของผู้บริโภคและส่งเสริมการปฏิบัติที่เป็นธรรมในการค้าอาหาร (ดูกล่องข้อความที่ 15.1)

มีความขัดแย้งหลักสามประการระหว่างอุตสาหกรรมสุราและผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (1) เนื้อหาของฉลากเตือน (2) รายการองค์ประกอบทางโภชนาการและส่วนผสมที่ใช้กับอาหารโดยทั่วไป และ (3) “การเป็นทรัพย์สินที่มีคุณค่า (valuable real estate)” ตามการพิจารณาของอุตสาหกรรมสุรานั้นคือ พื้นที่บนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อุตสาหกรรมต้องการสงวนไว้เพื่อใส่ฉลากส่งเสริมการขาย (O’Brien, 2014) ในแต่ละพื้นที่ อุตสาหกรรมสุราต่อต้านคำเตือนด้านสุขภาพและฉลากโภชนาการ ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มอุตสาหกรรมหรือตัวแทนที่ถูกว่าจ้างทำการควบคุมกระบวนการเสนอมาตรการฉลากเอง (O’Brien and Mitchell, 2018; Varallo and Cravetto, 2018) จากมุมมองด้านสาธารณสุข มาตรการฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์การควบคุมแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุม และฉลากไม่ได้เป็นเพียงข้อความให้ความรู้เท่านั้น แต่ยังเป็นองค์ประกอบที่ขัดขวางการใช้ประโยชน์ทางการตลาดจากการติดฉลากและบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ของอุตสาหกรรมด้วย (ดูกล่องข้อความที่ 14.2 เป็นตัวอย่าง)

ฉลากคำเตือนทางสุขภาพมักเป็นข้อความสั้น ๆ เช่น “แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็ง”, “สตรีมีครรภ์ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์” และ “แอลกอฮอล์ทำให้ความสามารถในการขับชี่ลดลง” จนถึงปี ค.ศ. 2020 ระบบข้อมูลระดับโลกด้านแอลกอฮอล์และสุขภาพขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า มี 47 ประเทศที่มีข้อกำหนดบางอย่างเกี่ยวกับฉลากคำเตือน

ทางสุขภาพบรรจุกัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Stockwell et al., 2020) อุตสาหกรรมสุราที่มีความเข้มข้นมากขึ้น (ดูบทที่ 5) ได้นำมาซึ่งความพยายามของกลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ที่จะวางข้อจำกัดระหว่างประเทศเกี่ยวกับข้อกำหนดด้านฉลากของประเทศ โดยดำเนินการผ่านผู้แทนระดับประเทศในด้านการค้าและเวทีระหว่างรัฐบาลอื่น ๆ

กล่องข้อความที่ 15.1 ไม่มีมาตรฐานสากลเกี่ยวกับฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แม้แต่มาตรฐานอาหารก็นำมาใช้ไม่ได้)

คณะกรรมการ Codex Alimentarius กำหนดมาตรฐานสากลเกี่ยวกับฉลากของผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร แต่ปัจจุบันในปี ค.ศ. 2022 มาตรฐานนี้ไม่ได้ถูกนำไปใช้กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Hepworth et al., 2021) การประชุมคณะกรรมการ Codex Alimentarius ในปี ค.ศ. 2017 ได้รับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่จะพิจารณาพัฒนามาตรฐานฉลากสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลผลิตภัณฑ์ เช่น “ส่วนประกอบ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ หน่วยดื่มมาตรฐาน ปริมาณพลังงาน และสารก่อภูมิแพ้” (O’Brien and Mitchell, 2018 หน้า 155) มีการกล่าวถึงโดยผู้เข้าร่วมประชุมกรรมการว่า ควรมีการกำหนดฉลากคำเตือนทางสุขภาพและคำเตือนเกี่ยวกับอายุผู้ดื่มไว้ในฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย แต่เนื่องจากมีการคัดค้านอย่างมากต่อการทำงานของคณะกรรมการในการเคลื่อนไหวเรื่องนี้ โดยมีความแนะนำว่า ควรปล่อยให้เรื่องนี้อยู่ในมือของกลุ่มอุตสาหกรรม หรือการจัดการในระดับชาติ (Codex Commission, 2019a, ย่อหน้าที่ 117) ในปี ค.ศ. 2020 สำนักเลขาธิการของคณะกรรมการ Codex Alimentarius ได้ขอความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับมาตรการฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Codex Commission, 2019b) แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ความเคลื่อนไหวในการติดตามการทำงานนี้ช้าลง และอุตสาหกรรมสุรามีส่วนร่วมในกระบวนการ โดยมีความสนใจหลักที่จะหลีกเลี่ยงการใช้มาตรฐานสากลใด ๆ และในขณะเดียวกัน “สำหรับความล่าช้าในกระบวนการการตัดสินใจ... กลุ่มที่ปรึกษาด้านสุขภาพในระดับประเทศรายงานว่า ตัวแทนของอุตสาหกรรมสุรากลั่นผู้กำหนดนโยบายของประเทศให้เลื่อนการตัดสินใจต่อการกำหนดมาตรฐานใด ๆ เกี่ยวกับฉลากออกไป” (Hepworth et al., 2021, หน้า 13)

เวทีหนึ่งที่มีการอภิปรายประเด็นฉลากผลิตภัณฑ์ในระดับสากล คือ คณะกรรมการว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้าขององค์การการค้าโลก (Committee on Technical Barriers to Trade; TBT) ซึ่งถูกอธิบายว่า เป็นรูปแบบเวทีที่ไม่เป็นทางการในการแก้ไขข้อขัดแย้งทางการค้า (Horn *et al.*, 2013) แม้ว่าจะมีการหารือประเด็นอื่น ๆ ที่ถูกมองว่าเป็นอุปสรรคทางการค้าของแอลกอฮอล์ที่เกิดจากภาคสาธารณสุข แต่ O'Brien และ Mitchell (2018) พบว่า ประเด็นที่พบบ่อยที่สุดของเรื่องแอลกอฮอล์ที่พูดคุยกันในการประชุมคณะกรรมการ TBT คือ ประเด็นฉลาก ซึ่งเพิ่มขึ้น 14 ครั้งระหว่างปี ค.ศ. 2000 กับปี ค.ศ. 2017 ส่วนใหญ่เป็นการคัดค้านจากสหภาพยุโรปและอีก 7 ประเทศ (ส่วนใหญ่เป็นผู้ผลิตไวน์) ต่อรัฐบาลไทยในการออกมาตรการฉลากภาพคำเตือนแบบหมุนเวียนเนื่องจากประเทศไทยถูกคุกคามจากการคัดค้านเหล่านี้ และการคุกคามโดยนัยเกี่ยวกับคดีความทางกฎหมาย การออกกฎหมายด้านมาตรการฉลากภาพคำเตือนนี้จึงถูกยกเลิกไป (Treerutkuarkul, 2017)

ดังนั้น จุดยืนทั่วไปของกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีผลประโยชน์ และตัวแทนของรัฐบาลที่พวกเขากำหนดไว้ คือ การใช้เวทีระหว่างประเทศเพื่อหลีกเลี่ยงข้อกำหนดของรัฐบาลเกี่ยวกับการแสดงข้อมูลสุขภาพบนฉลากของผลิตภัณฑ์ ไม่ว่าจะผ่านการหลีกเลี่ยงการใช้มาตรฐานสากลสำหรับข้อมูลดังกล่าว หรือการจำกัดผ่านความตกลงการค้าและการลงทุนต่อมาตรการฉลากของรัฐบาล และกลุ่มอุตสาหกรรมกลับเสนอมาตรการทางเลือกฉลากแอลกอฮอล์โดยสมัครใจที่พัฒนาขึ้นเองโดยกลุ่มอุตสาหกรรมหรือพันธมิตร โดยข้อเสนอทางเลือกนี้ไม่สอดคล้องกับแนวทางการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Tinawi *et al.*, 2018)

15.2.4 ข้อยกเว้นทางสาธารณสุขในกฎหมายการค้า

เนื่องจากผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขและการพาณิชย์ ซึ่งรวมถึงการค้าเสรีอาจขัดแย้งกันได้ มาตรา XX ของข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีและการค้าขององค์การการค้าโลก (General Agreement on Tariffs and Trade; GATT) ได้ให้ข้อยกเว้นด้านสาธารณสุขโดยใช้ “การทดสอบความจำเป็น (necessity test)” เพื่อจำกัดการใช้ความตกลงการค้าในกรณีที่มีความขัดแย้งนั้น นั่นคือ ไม่ควรมีเนื้อหาใดในความตกลงการค้าที่ถูกต้องความจำเป็นการกีดกันไม่ให้ประเทศนำหรือบังคับใช้มาตรการที่จำเป็นในการปกป้องชีวิตหรือสุขภาพ

ของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ภาษานำเรื่องที่เขียนในหัวข้อบทความ (“chapeau”) นี้ระบุว่า ข้อ
ยกเว้นนี้จะทำขึ้นไม่ได้ในกรณี ที่ มาตรการนั้นเป็นการเลือกปฏิบัติระหว่างประเทศที่เป็น
คู่ค้า ซึ่งมีเงื่อนไขเดียวกันที่สำคัญกว่าอยู่แล้ว หรือเป็นการจำกัดที่แอบแฝงไว้ต่อการค้า
ระหว่างประเทศ และบทบัญญัติคู่ขนานสามารถพบได้ในความตกลงการค้าและการลงทุน
อื่น ๆ อยู่แล้ว (Chaisse, 2013; O’Brien *et al.*, 2017 หน้า 387) ดังนั้น ไม่ว่าจะมาตรการ
นั้นจะจำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนเพียงใด และไม่ว่ามาตรการนั้นจะแทรกแซงการค้า
และการลงทุนมากน้อยเพียงใด ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องถูกนำมาพิจารณาในชุดของ
“การทดสอบสมดุล (balancing test)” ด้วยเสมอ หากต้องการจะปกป้องมาตรการที่
นำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางสาธารณสุขได้สำเร็จในข้อพิพาททางการค้าและศาล (McGrady,
2011 หน้า 136-169)

ประเด็นสำคัญในการกำหนดความจำเป็นของมาตรการ คือ การมีมาตรการทาง
เลือกอื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ได้หรือไม่ ซึ่งเป็นมาตรการที่มีข้อจำกัดทางการค้าน้อยกว่า
แต่มีประสิทธิผลเท่ากับมาตรการที่เสนอไว้ ในกรณีศึกษาของประเทศไทยที่พยายามใช้
ฉลากรูปภาพคำเตือนบนขวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ไม่สำเร็จ มีรายงานว่า รัฐบาลสหรัฐ
ตกลงที่จะจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่ไทยเดินทางไปวอชิงตันเพื่อพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านแอลกอฮอล์
ของสหรัฐ เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับทางเลือกอื่น ๆ แทนฉลากรูปภาพคำเตือน (Barta และ
Passariello, 2010) ไม่มีความชัดเจนว่า ผู้พิพากษาหรือคณะอนุญาโตตุลาการซึ่งมีภูมิหลัง
เพียงเล็กน้อยในด้านสาธารณสุขจะสามารถพิจารณาได้อย่างเต็มที่ว่า มาตรการทางเลือก
นั้นอาจไม่ได้ผล หรือมาตรการนั้นอาจใช้เป็นมาตรการเสริมมากกว่าที่จะเป็นมาตรการทาง
เลือก McGrady (2011 หน้า 141 และ 168) แสดงความเห็นที่ “คณะกรรมการองค์การ
การค้าโลกมีดุลยพินิจในระดับสูงในการใช้การทดสอบความจำเป็น” และสังเกตเห็น “ความ
ไม่แน่นอนทั่วไปที่ครอบคลุมไปทั่ว” การทดสอบนี้ ผลลัพธ์สุทธิก็คือ แม้ว่าความตกลงการค้า
จะมีข้อยกเว้นด้านสาธารณสุข แต่ก็ยังมีข้อจำกัดและไม่แน่นอนในการนำมาใช้ ในกรณี
40 คดีก่อนมีเวทีพิจารณาข้อพิพาททางการค้าขององค์การการค้าโลกก่อนปี ค.ศ. 2010
ที่ข้อยกเว้นด้านสาธารณสุขจะถูกยกขึ้นมา กรณีที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินเป็นเพียงกรณีเดียว
เท่านั้นที่ข้อโต้แย้งได้รับการพิจารณา (McNeill *et al.*, 2017b) อย่างไรก็ตาม บทบัญญัติ
ของระบบข้อพิพาทระหว่างรัฐของนักลงทุนในความตกลงการค้ายุคใหม่บางฉบับได้รวม
มาตรการป้องกันอย่างชัดเจนที่ปกป้องผลประโยชน์สาธารณะ ตัวอย่างเช่น ข้อตกลง

ทวิภาคีออสเตรเลีย-เปรูปี ค.ศ. 2020 มีบทบัญญัติด้านมาตรการป้องกันอย่างชัดเจนในการปกป้องสิทธิ์ของรัฐบาลออสเตรเลียในการควบคุมเพื่อสาธารณสุขประโยชน์ (Parliament of Australia, 2018 ย่อหน้า 223)

15.2.5 การควบคุมกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโลกดิจิทัล

กิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอุตสาหกรรมสุราข้ามชาติ ที่มีกรอบการทำงานข้ามประเทศในการสื่อสารกระจายข้อความและเก็บข้อมูลของผู้บริโภค ก้าวข้ามกรอบนโยบายในการกำกับดูแลและควบคุมของระบบยุติธรรมของประเทศและภูมิภาค ขณะที่ทีวีดาวเทียมยังคงถูกใช้ในพื้นที่ที่อินเทอร์เน็ตยังไม่ถึง (เช่น บางส่วนของทวีปแอฟริกา) การขยายตัวอย่างมหาศาลของการเชื่อมต่อ ทำให้แพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นตัวเลือกที่กลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติต้องการมากขึ้นสำหรับเปิดตัวแคมเปญระดับโลกสำหรับแบรนด์ระดับโลก (global brands) (ดูบทที่ 5 และ 9)

ภายใต้กรอบของการคุ้มครอง “การค้าดิจิทัล” ความตกลงการค้ายุคใหม่จะรวมการปกป้องแพลตฟอร์มดิจิทัลจากการกำกับดูแลระดับประเทศเอาไว้ด้วย ข้อความทางกฎหมายที่ครอบคลุมฉบับแรกซึ่งรวมอยู่ใน CPTPP สะท้อนถึงความกังวลของแพลตฟอร์มเทคโนโลยี และป้องกัน “มาตรการบังคับให้ปรับเข้ากับบริบทพื้นที่ (forced localization)” ซึ่งหมายความว่า แพลตฟอร์มนั้นไม่อ่อนไหวต่อการฟ้องร้องทางกฎหมายในระบบยุติธรรมของประเทศที่พวกเขาทำการตลาด (ตามที่อธิบายไว้ในตัวอย่าง ในย่อหน้าถัดไป) ข้อความดังกล่าวยังป้องกันการเปิดเผยรหัสต้นฉบับ (source codes) และขั้นตอนวิธี (algorithms) ด้วย (Kelsey, 2020)

คุณค่าของการป้องกัน “มาตรการบังคับให้ปรับเข้ากับบริบทพื้นที่ (forced localization)” สำหรับแพลตฟอร์มดิจิทัลได้แสดงให้เห็นในประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 2013 เมื่อสมาคมป้องกันแอลกอฮอล์และการเสพติดแห่งชาติของฝรั่งเศส (French National Association for Prevention in Alcoholology and Addictology; ANPAA) นำไฮเนเก้น และ Facebook ขึ้นศาลในข้อหาละเมิดกฎหมาย ซึ่งรวมถึงการใช้ “การคลิกผ่าน (click-throughs)” ซึ่งพวกเขา กล่าวว่า ทำให้เกิดการโฆษณาที่ไม่ได้รับอนุญาตและลบล้างผู้ใช้งาน การใช้แพลตฟอร์มที่เยาวชนเข้าถึงได้ และการขาดการคัดกรองอายุเพื่ออนุญาตให้ใช้งาน อย่างไรก็ตาม Facebook ไม่รับผิดชอบทางกฎหมายโดยอ้างว่า Facebook ดูแล

ระบบและดำเนินการจากประเทศสหรัฐอเมริกาและไอร์แลนด์ กล่าวคือ กฎหมายฝรั่งเศส Loi Évin ไม่สามารถนำไปใช้กับ Facebook ได้ ประเด็นการมีแพลตฟอร์มดิจิทัลภายในประเทศนี้ มีนัยสำค้ำยต่อความพยายามควบคุมกิจกรรมการตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ระดับประเทศ (Kelsey, 2020)

มีความห่วงใยมากขึ้นต่อขนาดและการปฏิบัติของแพลตฟอร์มดิจิทัล รัฐบาลกระทรวงพาณิชย์ และองค์กรผู้บริโภคที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง (consumer watchdog) ทั่วโลกได้ศึกษาประเด็นอำนาจทางการตลาดของแพลตฟอร์มดิจิทัล และผลที่มีต่อการแข่งขันและการกีดกันในระบบประชาธิปไตย การส่งต่อข้อมูลที่บิดเบือนและคำพูดที่เป็นอันตรายหรือไม่เหมาะสมแบบอื่น ๆ และความเป็นส่วนตัวและเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคที่เปราะบางรวมถึงเด็ก ด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลและการกำหนดเป้าหมาย รายงานของออสเตรเลียชิ้นหนึ่ง (Australian Competition and Consumer Commission, 2019) มีความโดดเด่นเนื่องจากเน้นที่การแข่งขันและการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม ในรายงานนี้ก็ให้ความสนใจกับแพลตฟอร์มดิจิทัลในฐานะนักการตลาด (marketer) ของผลิตภัณฑ์อันตราย เช่น รายงานเรื่องแอลกอฮอล์มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แม้ว่าความสามารถในการกำหนดเป้าหมายบุคคล (จากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมก่อนหน้านี้และพฤติกรรมที่น่าจะเป็นในแบบที่ไม่เคยทำได้มาก่อน) จะส่งผลกระทบต่อสาธารณสุข (Andrew, 2019; Room และ O'Brien, 2021)

ความพยายามต่าง ๆ ในระดับประเทศในการตอบสนองต่อกิจกรรมการตลาดดิจิทัลนั้น อันที่จริงแล้วยังไม่ได้ตอบกับโครงสร้างพื้นฐานทางการตลาดใหม่ที่เกิดจากแพลตฟอร์มดิจิทัล โดยยังคงเน้นไปที่ความพยายามที่จะควบคุมเนื้อหาและการได้รับสื่อตัวอย่างเช่น จากการศึกษาที่แพลตฟอร์มสามารถเก็บสะสมข้อมูลเกี่ยวกับผู้บริโภคแต่ละรายเอาไว้ โปรแกรมค้าขายได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อส่งโฆษณาไปยังบุคคลเป้าหมายคนนั้นโดยตรงแทนที่จะส่งโฆษณาไปยังกลุ่มผู้รับชมกลุ่มใหญ่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากผู้ชมสำหรับโฆษณาหนึ่ง ๆ ถูกกำหนดโดยตัวเลือกก่อนหน้านี้ของพวกเขาเองบนแพลตฟอร์ม ดังนั้น การเน้นที่เนื้อหาที่ใช้เพื่อดึงดูดผู้ชมจึงมีความสำค้ำยน้อยกว่าสำหรับผู้โฆษณา (และไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับกฎระเบียบที่มีอยู่) (Andrew, 2019) ระบบยุติธรรมในประเทศที่มีการห้ามการทำตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง เช่น ประเทศนอร์เวย์ซึ่งได้ห้ามกิจกรรมการตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าการบังคับใช้ดูเหมือนว่า

จะเป็นจุด ๆ ไป (Rossow, 2021) ความพยายามของประเทศฟินแลนด์ในการจำกัดกิจกรรม การตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดูเหมือนจะประสบความสำเร็จ แต่การประเมิน มาตรการดังกล่าวได้ย่ำให้เห็นถึงความยากลำบากของแนวทางที่จะควบคุมเนื้อหาของ การโฆษณา (Katainen *et al.*, 2020) ยาสูบมีความแตกต่างกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจสะท้อนถึงอิทธิพลการสร้างบรรทัดฐานของ FCTC และกฎหมายห้ามโฆษณาระดับ ประเทศที่ทำให้กิจกรรมการตลาดของยาสูบจึงไม่ค่อยแพร่หลาย

15.3 ความคิดเห็นและการปฏิบัติขององค์กรเพื่อการพัฒนา: เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นผลบวกต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

องค์กรเพื่อการพัฒนาและองค์กรการเงินระหว่างประเทศ (International development and financial agencies) เช่น กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund; IMF) และธนาคารโลก (World Bank) มักส่งผลมากต่อนโยบาย แอลกอฮอล์ระดับพื้นที่และระดับประเทศ แม้ว่าการเติบโตและความเข้มแข็งของอุตสาหกรรม การผลิตหรือกระจายสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทที่คลุมเครือในการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลนำมาได้ทั้งการขาดทุนและกำไร (Room and Jernigan, 2000) แต่องค์กร เพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศก็มักจะถือว่า อุตสาหกรรมสุราที่มีการเติบโตหรือรวมตัวกัน มากขึ้นเป็นผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และมักจะคำนึงถึงต้นทุนความเสียหายต่อสังคม และสุขภาพเพียงเล็กน้อยหรือไม่คำนึงถึงเลย

องค์กรเหล่านี้ยังมีความอคติทางอุดมการณ์ที่รุนแรงต่อความเป็นเจ้าของการผลิต หรือการกระจายสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐบาล (Reinsberg *et al.*, 2020) องค์กร เหล่านี้มักจะสนับสนุนให้มียกเลิกการผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐ เพื่อให้เป็นไป ตามเงื่อนไขการให้ทุนช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโปรแกรมการปรับ โครงสร้างสำหรับประเทศที่มีปัญหาทางการเงิน โดยไม่แยกความแตกต่างของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ออกจากสินค้าโภคภัณฑ์อื่น ๆ แม้ว่าการผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐ จะมีประโยชน์มากมาย (ดูบทที่ 9) และ (Room and Cisneros Örnberg, 2019) และ การทำให้ภาคเอกชนเป็นเจ้าของกิจการจะมีผลกระทบเชิงลบด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน (Hahn *et al.*, 2012)

หน่วยงานทางการเงินระหว่างประเทศได้เข้าแทรกแซงตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการให้ทุนสำหรับสร้างโรงงานผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งใหม่หรือที่ทันสมัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ทั่วไปในการส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ ตัวอย่างเช่น บรรษัทเงินทุนระหว่างประเทศ (International Finance Corporation) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มธนาคารโลก ยกเว้นการให้เงินทุนสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเหล้ากลั่นเท่านั้น แต่ไม่ยกเว้นโครงการที่ผลิตเบียร์และไวน์ (International Finance Corporation, 2020) ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาแก่**ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (low-and middle-income countries; LMICs)** จากหน่วยงานเพื่อการพัฒนา และ**ประเทศที่มีระดับรายได้สูง (high-income countries; HICs)** มักให้สิ่งจูงใจสูงมากแก่การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 2010 ประเทศเนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา เยอรมนี และกองทุนสหประชาชาติได้ให้เงินอุดหนุนและสิทธิประโยชน์ทางภาษีแก่ไฮเนเก้น 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับโครงการเกษตรในทวีปแอฟริกา และระหว่างปี ค.ศ. 2002-2012 สหภาพยุโรปให้เงิน 98.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อสนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตเหล้ารัมในแถบทะเลแคริบเบียน (Vital Strategies, 2021 หน้า 18-19, 31)

ในช่วงปี ค.ศ. 2010 โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme; UNDP) เริ่มให้ความสนใจกับประเด็นแอลกอฮอล์เพราะเป็นอุปสรรคสำคัญของการพัฒนา โครงการความร่วมมือระหว่าง UNDP และองค์การอนามัยโลกเพื่อแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ ความรุนแรง และโรคติดเชื้อ สนับสนุนการจัดประชุมของเจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าหน้าที่องค์กรสหประชาชาติ และองค์กรภาคประชาชนในแอฟริกาในปี ค.ศ. 2014 และ ค.ศ. 2016 เพื่อทำงานบน “ความสอดคล้องของนโยบาย (policy coherence)” เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ความรุนแรงบนฐานของเพศสภาพ (gender- based violence) และโรคไวรัสโรควัณโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องของมนุษย์ (HIV) (World Health Organization, 2021) แต่แผนการขยายไปยังทวีปเอเชียไม่ก้าวหน้าเนื่องจากขาดเงินทุน UNDP ร่วมกับหน่วยงานพัฒนาอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกได้สนับสนุนรายงานประจำปี ค.ศ. 2019 เกี่ยวกับการเร่งรัดความก้าวหน้าตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) รายงานนี้ระบุถึง ผลกระทบจากแอลกอฮอล์ที่เป็นผลลบภายนอก (externality) และชี้ว่าผลกระทบนี้อาจจัดการได้ด้วยการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการส่ง “สัญญาณทางสังคม (social signal)” รวมถึงการเพิ่มรายได้ของรัฐ (United Nations

et al., 2019 หน้า 26, 31) อย่างไรก็ตาม องค์การเพื่อการพัฒนาของภาคประชาสังคมที่ตั้งในประเทศที่มีระดับรายได้สูง โดยเฉพาะองค์การ FORUT ในประเทศนอร์เวย์ (FORUT, 2021) มีความกระตือรือร้นมากกว่าในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ในฐานะที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ในทวีปแอฟริกาและภูมิภาคอื่นของโลกที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Bakke and Endal 2014) (<https://forut.no/english/>)

15.4 องค์การระหว่างประเทศที่ส่งเสริมงานสาธารณสุขและมุมมองต่อสาธารณสุขประโยชน์

หน่วยงานระหว่างรัฐบาลระดับโลกเพียงแห่งเดียวที่มีความสนใจเรื่องแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง คือ องค์การอนามัยโลก ตามที่กล่าวไว้ด้านล่าง ในบรรดาหน่วยงานระหว่างรัฐบาลอีก 34 องค์การที่จัดว่า เป็นส่วนหนึ่งของ “ระบบสหประชาชาติ” (United Nations, 2020) มีองค์การจำนวนหนึ่งมีความเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์สาธารณะทั่วไป เช่น สวัสดิการสังคม และการป้องกันอาชญากรรม อย่างไรก็ตาม หน่วยงานหลายแห่งที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์และอันตรายจากแอลกอฮอล์กลับแสดงความสนใจในประเด็นแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตัวอย่างเช่น องค์การตำรวจอาชญากรรมระหว่างประเทศ (International Criminal Police Organization; Interpol) ซึ่งอำนวยความสะดวกในด้านความร่วมมือของตำรวจและการควบคุมอาชญากรรมทั่วโลก แอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบสำคัญของงานตำรวจในหลายแง่มุม รวมทั้งเมาแล้วขับ ความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงบนท้องถนน ตัวอย่างเช่น การศึกษาในออสเตรเลียพบว่า 1 ใน 4 ของเวลาทำงานของตำรวจถูกใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Palk et al., 2007) แต่องค์การตำรวจสากลเกือบจะไม่ได้สนใจแอลกอฮอล์ที่เป็นองค์ประกอบในอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงหรือยานยนต์เลย มีเพียงรายการเดียวที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์บนเว็บไซต์ขององค์การตำรวจสากลในเดือนกันยายน ค.ศ. 2019 คือ ความกังวลในประเด็นหลักเกี่ยวกับผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติในเรื่อง “สุราปลอม” ซึ่งเป็นประเด็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ที่มีฉลากยี่ห้อปลอม

สำาหรับตัวอย่างอื่นได้แก่ องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; UNESCO) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เฉพาะที่กว้าง ความเกี่ยวข้องล่ำาสุดกับประเด็นแอลกอฮอล์ดูเหมือนจะเป็นหนังสือเรื่อง “การตอบสนองของภาคการศึกษาต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และการใช้ยาเสพติด” (2017) ซึ่งถูกผลิตตามภายใต้ความร่วมมือกับสำานักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime; UNODC) และองค์การอนามัยโลก (UNESCO, 2017) องค์การสหประชาชาติอื่น ๆ ได้สร้ำาสร้างความร่วมมือกับกลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ตัวอย่างเช่น สถาบันฝึกอบรมและวิจัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations Institute for Training and Research; UNITAR) ได้ร่วมมือกับโครงการดื่มไม่ขับของ Diageo (Casswell, 2019) กรณีเหล่านี้และกรณีของธนาคารโลกที่ได้กล่าวถึงแล้วก่อนหน้าี้ เป็นตัวอย่างของความเกี่ยวข้องที่มีเพียงเล็กน้อยประปรายกับประเด็นแอลกอฮอล์ของหน่วยงานระหว่างรัฐบาลระดับโลกที่นอกเหนือจากองค์การอนามัยโลก และบางครั้งความเกี่ยวข้องนี้อาจเป็นปัญหาอย่างไรร้ก็ตาม ในปี ค.ศ. 2018 ในบริบทของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (<https://sustainabledevelopment.un.org/>) กรอบความร่วมมือพิเศษของหลายหน่วยงานอย่าง SAFER (<https://www.who.int/initiatives/SAFER>) ได้ถูกริเริ่มขึ้นเพื่อส่งเสริมนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด งานนี้่นำาโดยองค์การอนามัยโลก ร่วมกับคณะทำงานเฉพาะกิจระหว่างหน่วยงานของสหประชาชาติ (United Nations Inter-agency Task Force) และ UNDP รวมถึงองค์กรภาคประชาสังคมรายใหญ่สี่องค์กรในสาขาี้

ความสนใจขององค์การอนามัยโลกในประเด็นแอลกอฮอล์มีมาเป็นเวลายาวนานแล้วแต่ยังไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าแผนกลยุทธ์จิตขององค์การอนามัยโลกมีความสนใจทำงานประเด็นแอลกอฮอล์ในปี ค.ศ. 1950-1955 แต่ความสนใจนี้มีต่อเนื่องจนถึงแค่ช่วงต้นของทศวรรษ 1970s เท่านั้น ทั้งในสำานักงานใหญ่ในกรุงเจนีวาและสำานักงานในภูมิภาคยุโรปในกรุงโคเปนเฮเกน (Room, 1984) จุดสูงสุดของการทำงานในช่วงนี้ี้ คือ การรับรองมติสมัชชาอนามัยโลกปี ค.ศ. 1983 เรื่อง “การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์: การพัฒนานโยบายและโปรแกรมระดับชาติ” (World Health Assembly, 1983) ในช่วงระหว่างการดำรงตำแหน่งของประธานาธิบดีเรแกน การถอนการสนับสนุน

ทั้งหมดของสหรัฐจากองค์การอนามัยโลกเป็นการคุกคามการทำงานในโครงการความร่วมมือเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขที่ส่งผลต่อกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก จากความสำเร็จของการขับเคลื่อน FCTC ขององค์การอนามัยโลก ผู้แทนของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มองว่า องค์การอนามัยโลกและการผลักดันนโยบายสาธารณสุขเป็นภัยคุกคามต่อผลประโยชน์ของพวกเขามากขึ้นเรื่อย ๆ และได้ดำเนินการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อลดทอนภัยคุกคามนั้น (Room, 2006) ในขณะที่งานบางโครงการเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลกยังคงดำเนินต่อไปในช่วงทศวรรษ 1980 และ 1990 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านมาตรการการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษา งานด้านนโยบายแอลกอฮอล์กลับถูกจำกัดขอบเขตและผ่านการปรับโครงสร้างองค์กรหลายครั้ง (Room, 2005)

การทำงานเรื่องแอลกอฮอล์ในฐานะวาระสาธารณสุขระดับโลกขององค์การอนามัยโลกฟื้นขึ้นมาในช่วงกลางทศวรรษ 2000 ผ่านมติที่ริเริ่มโดยกลุ่มนอร์ดิกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2005 (Bull, 2005) ซึ่งนำไปสู่การรับรองยุทธศาสตร์โลกฯ ในปี ค.ศ. 2010 (World Health Organization, 2010) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 งานด้านแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลกส่วนใหญ่ถูกรวมอยู่ในวาระใหญ่สองวาระ ได้แก่ **โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases; NCDs)** ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อ ความสำคัญของประเด็นแอลกอฮอล์ในเป้าหมายทางด้านสาธารณสุข ทั้งในองค์การอนามัยโลกและผ่านภาคประชาสังคม เช่น NCD Alliance (<https://ncdalliance.org/>) ซึ่งเป็นเครือข่ายภาคประชาสังคมขนาดใหญ่ที่มีสมาชิกกว่า 1,000 สมาคม/องค์กร และเป็นการยกลำดับความสำคัญของแอลกอฮอล์ในเป้าหมายด้านสาธารณสุขอีกทางหนึ่ง แต่ในอีกด้านหนึ่ง การทำงานด้านแอลกอฮอล์กลับมีเป้าหมายที่ไม่ค่อยท้าทายนัก คือ เพียงการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ลงร้อยละ 10 และจากการทบทวนความก้าวหน้าระดับโลกของการลดโรคไม่ติดต่อในปี ค.ศ. 2018 โดยคณะกรรมการอิสระระดับสูงพบว่า “ไม่มีความก้าวหน้า” (World Health Organization, 2018 หน้า 14)

วาระสำคัญอื่นได้แก่ 17 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติที่รับรองโดยสมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) ในปี ค.ศ. 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/>) องค์การอนามัยโลกมีบทบาทความรับผิดชอบพิเศษ

ต่อเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งมีเป้าหมายย่อย 3.5 “เสริมสร้าง การป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด และการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย” ซึ่งเป็นการมองแอลกอฮอล์ว่า เป็นมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ อย่างไรก็ตาม ในบริบทขององค์การสหประชาชาติ มีการ เปิดรับกิจกรรมจากหลากหลายภาคส่วนซึ่งเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ภาคเอกชน และ “แผนปฏิบัติการระดับโลก” ที่รวมความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วนต่อเป้าหมายที่ 3 ปี ค.ศ. 2019 ที่ลงนามโดย 12 องค์การระหว่างประเทศแต่ประสานงานและเผยแพร่โดย องค์การอนามัยโลกกลับไม่ค่อยมีประเด็นเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มากนัก (World Health Organization, 2019) ส่วนประกอบอื่น ๆ ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนรวมความมุ่ง มั่นต่อการเปิดเสรีทางการค้าอื่น และเน้นสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน เป็นองค์ประกอบ ที่ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชั้นนำมักใช้เพื่อ “วางภาคเอกชนเป็นพันธมิตรทำงานเพื่อ บรรลุเป้าหมาย แทนที่จะเป็นพาหนะนำการแพร่ระบาดของอุตสาหกรรม (vectors of an industrial epidemic)” (Collin and Casswell, 2016 หน้า 2582) และในการศึกษาภาระ โรคระดับโลกใช้แนวโน้มระหว่างช่วง ค.ศ. 1990-2017 ในการประมาณการความก้าวหน้า ในการบรรลุ 40 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภายในปี ค.ศ. 2030 ตัวชี้วัดของแอลกอฮอล์จัดอยู่ในกลุ่มคอวอร์โวล์ที่มีอัตราความก้าวหน้าต่ำที่สุด (GBD, 2017; SDG Collaborators, 2018 ตารางที่ 2) ในขณะที่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ไม่ได้สร้างกลไกใหม่ในการบรรลุเป้าหมายที่สร้างแรงบันดาลใจ แต่มันก็ได้สร้างแรงขับ ต่อวิธีการวัดตัวชี้วัดที่ผ่านการตกลงร่วมกันของตัวชี้วัด 3.5 ที่เป็นเป้าหมายและตัวชี้วัด เดียวกันกับของยุทธศาสตร์โลกา

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกปี ค.ศ. 2019 มีข้อเสนอให้ทบทวนความก้าวหน้า การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โลกและพัฒนาข้อเสนอในการทำงานในอนาคต หลังจาก การประชุมปรึกษาหารือระหว่างประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาค องค์การ ภาคระชาสังคม และอุตสาหกรรมสุรา มติการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การ อนามัยโลก (WHO Executive Board) ในเดือนกุมภาพันธ์ปี ค.ศ. 2020 สรุปว่า จากการ ทำงานกว่าทศวรรษตามยุทธศาสตร์โลกา “ภาพรวมของภาระโรคและความเจ็บป่วยที่เกิด จากแอลกอฮอล์ยังคงสูงอย่างรับไม่ได้” และ “ทรัพยากรและศักยภาพ” ในการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ “ไม่เพียงพอต่อขนาดปัญหา” (World Health Organization, 2020b)

ดังนั้น จึงมีมติให้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการโลกปี ค.ศ. 2022-2030 ขึ้นเพื่อนำเข้าพิจารณาในสมัยชานอานามัยโลกปี ค.ศ. 2022 และให้ทบทุนยุทธศาสตร์นี้อีกครั้งในปี ค.ศ. 2030 และยังเสนอให้การทำงานขององค์การอนามัยโลกในด้านแอลกอฮอล์จะต้องได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่าง “เพียงพอ” (World Health Organization, 2020b)

ทรัพยากรและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการควบคุมแอลกอฮอล์ในองค์การอนามัยโลกยังคงมีจำนวนน้อย กล่าวคือ มีเพียงเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเต็มเวลาไม่กี่คน เมื่อเทียบกับเจ้าหน้าที่หลายสิบคนที่ทำงานควบคุมยาสูบในองค์การอนามัยโลก และสำนักเลขาธิการ FCTC และเจ้าหน้าที่หลายร้อยคนที่ทำงานควบคุมยาเสพติดใน UNODC ในปี ค.ศ. 2018/2019 งบประมาณประจำปีทั้งหมดสำหรับงานแอลกอฮอล์ของสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลกอยู่ที่ 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งแตกต่างมากจากงบประมาณ 8.8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับการควบคุมยาสูบ ทั้งประเทศสมาชิกและองค์กรการกุศล (philanthropy) ไม่ได้ให้เงินทุนพิเศษจำนวนมากสำหรับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Bakke *et al.*, 2020)

15.5 นัยยะที่ตามมา: ความจำเป็นต้องมีความตกลงระหว่างประเทศที่มีผลผูกมัด

มีช่วงขณะหนึ่งในประวัติศาสตร์ (มากกว่าร้อยปีที่ผ่านมา) เมื่อมีความตกลงระหว่างประเทศมากมายพยายามที่จะควบคุมตลาดเหล้ากลั่น โดยการห้ามส่งออกเหล้ากลั่นไปยังประเทศส่วนใหญ่ในทวีปแอฟริกา (Bruun *et al.*, 1975 หน้า 165-173) แต่นับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สอง แทบจะไม่มีข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศใดเลยที่สนใจที่จะจำกัดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ค่อนข้างจะชัดว่า นโยบายเศรษฐกิจในระดับนานาชาติส่งผลอย่างยิ่งในการจำกัดความสามารถของประเทศและรัฐบาลท้องถิ่นในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และผลกระทบ (ดูตอนที่ 15.2) ในขณะที่แทบจะไม่มีกรอบปฏิบัติในระดับนานาชาติที่ส่งเสริมความสามารถของรัฐบาลในการควบคุมปัญหาจากแอลกอฮอล์

สถานการณ์ด้านแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกับสถานการณ์ของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ๆ ที่มีผลต่อสาธารณสุขอย่างยิ่ง ย้อนไปในสมัยยุคอาณานิคมของยุโรป

เมื่อต้นศตวรรษที่ 20 ความตกลงระหว่างประเทศที่หลายข้อได้สร้างระบบร่วมกันสำหรับการควบคุมฝิ่น โคเคน และกัญชา (Bruun *et al.*, 1975) ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงใช้ได้อยู่ ภาระโรคโดยรวมจากแอลกอฮอล์กับภาระโรคจากยาเสพติดที่ถูกควบคุม (กรณีการใช้ที่ไม่ใช่เพื่อทางการแพทย์) มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ข้อมูลภาระโรคของทั่วโลกได้ประมาณภาระโรคจากแอลกอฮอล์ในปี ค.ศ. 2016 ว่า มากกว่าภาระโรคจากยาเสพติดที่อยู่ภายใต้การควบคุมระหว่างประเทศทุกชนิดรวมกันถึงสี่เท่า (GBD, 2016; Risk Factors Collaborators, 2017) ซึ่งยิ่งเน้นว่า การตอบสนองทั่วโลกต่อปัญหาแอลกอฮอล์นั้นไม่เพียงพอ รูปแบบที่น่าจะเป็นไปได้ของกฎหมายระหว่างประเทศสำหรับแอลกอฮอล์ในอนาคต คือ กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) (World Health Organization, 2020a) ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศฉบับแรกตามอำนาจขององค์การอนามัยโลกในการเจรจา “ความตกลง (agreement)” หรือ “อนุสัญญา (convention)” (Gostin *et al.*, 2015) สถานการณ์ของแอลกอฮอล์และยาสูบมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งสองเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่หาได้ทั่วไปและมักใช้กันทั่วไป และมีฤทธิ์เสพติดสูง และส่งผลเสียต่อสุขภาพ และที่สำคัญที่สุด การบริโภคและผลกระทบของสารเสพติดทั้งสองประเภทนี้ถูกผลักดันจากการปฏิบัติของภาคอุตสาหกรรมในการผลิตและการทำกิจกรรมการตลาดเพื่อเพิ่มยอดขายและผลกำไร

FCTC ขององค์การอนามัยโลก “ยืนยันสิทธิในการเข้าถึงสุขภาพที่มีมาตรฐานสูงสุดของทุกคน (the right of all people to the highest standard of health)” และแสดงถึงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนานโยบายที่เป็นกฎระเบียบกับดูแลสารเสพติด (World Health Organization, 2020a) แตกต่างกับยุทธศาสตร์การควบคุมยาเสพติดที่มีมาก่อนหน้านั้น FCTC ยืนยันถึงความสำคัญของมาตรการการลดอุปสงค์และจัดการด้านอุปทาน FCTC ได้รับการยกย่องให้เป็นต้นแบบด้านระบบธรรมาภิบาลสุขภาพโลก (global health governance) และมีความสำเร็จที่โดดเด่นในเรื่องของการสร้างความตระหนักของสังคม การขับเคลื่อนสังคม การเสนอมหาฉันทมติ และการเฝ้าระวังทางด้านสาธารณสุข (Lee *et al.*, 2016) หน้าที่ที่สำคัญของ FCTC คือ การจัดตั้งหน่วยเลขานุการระหว่างประเทศเพื่อทำหน้าที่เฉพาะในการติดตาม แนะนำ หรือให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินนโยบายตาม FCTC และจัดประชุมประจำปีสำหรับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าและหารือเกี่ยวกับมาตรการเพิ่มเติมอื่น ๆ

การทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของ FCTC ในช่วงทศวรรษแรกพบว่า “นโยบายควบคุมยาสูบมีประสิทธิผลเมื่อมีการดำเนินนโยบายตามกฎหมายระหว่างประเทศและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม อัตราโดยรวมและความก้าวหน้าระดับโลกในการดำเนินนโยบายตามบทบัญญัติของกรอบอนุสัญญาฯ ยังคงไม่สม่ำเสมอในหลายประเทศและหลายกลุ่มมาตรการ” (Chung-Hall *et al.*, 2019 หน้า s123) การศึกษาหนึ่ง (Hoffman *et al.*, 2019) แสดงให้เห็นว่า ประเทศยุโรปและกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงอื่น ๆ ได้เร่งรัดการลดการบริโภคยาสูบซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของนโยบาย FCTC เมื่อมีการดำเนินการอย่างสมบูรณ์เต็มที่ (Jha และ Peto, 2014; Gravely *et al.*, 2017; Chung-Hall *et al.*, 2019) แต่มีหลักฐานวิชาการไม่มากที่พบการลดลงของการบริโภคยาสูบในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง และประเทศในทวีปเอเชียที่มีการบริโภคสูงขึ้นหลังจากรับรอง FCTC ซึ่งอาจจะเป็นจากกลยุทธ์ระดับโลกที่ดำเนินการโดยอุตสาหกรรมยาสูบ (Hoffman *et al.*, 2019) และการปฏิบัติตาม FCTC ที่อ่อนแอ มีการอภิปรายมากมายที่เสนอจากมุมมองสาธารณสุขให้มีความตกลงระหว่างประเทศที่มีข้อผูกมัดในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบ่อยครั้งมักอ้างถึง FCTC เป็นตัวอย่าง (เช่น Anonymous, 2007; Room *et al.*, 2008; Casswell and Thamarangsi, 2009; Baumberg, 2010) เป้าหมายนี้ยังถูกเสนอโดยองค์กรวิชาชีพหลายองค์กร (เช่น สมาคมแพทย์โลก (World Medical Association), สมาคมสาธารณสุขอเมริกัน (American Public Health Association) และองค์กรภาคประชาสังคมระดับนานาชาติ (เช่น Global Alcohol Policy Alliance, Movendi)

Room และ Cisneros-Örnberg (2021) ได้ผลักดันข้อเสนอร่างกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมแอลกอฮอล์ (Framework Convention on Alcohol Control; FCAC) โดยชี้สิ่งที่เหมือนและต่างระหว่าง FCTC และ FCAC ที่อาจเป็นไปได้ การปรับเนื้อหาจาก FCTC จำเป็นจะต้องมี เพราะยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีธรรมชาติ การผลิต และการบริโภคที่แตกต่างกัน (Casswell and Thamarangsi, 2009) และความสามารถในการทำให้เกิดภาวะมีเมานเฉียบพลัน (acute intoxication) การควบคุมการค้าระหว่างประเทศของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน ซึ่งเป็นเนื้อหาที่หายไป ใน FCTC ถึงแม้ว่าจะมีการจัดการโดยอ้อมด้วยมาตรา 47 พิธีสารเพื่อกำจัดการค้าที่ผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์ยาสูบก็ตาม (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) (World

Health Organization, 2013) รูปแบบที่แนะนำสำหรับการควบคุมการค้าระหว่างประเทศเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ตามมุมมองทางสาธารณสุข คือ การปรับบทบัญญัติว่าด้วยการค้าระหว่างประเทศของฝิ่นเพื่อการแพทย์ที่พิสูจน์มาช้านานแล้วในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ (Single Convention on Narcotic Drugs) ปี ค.ศ. 1961 (Room and Cisneros-Örberg, 2020) บริบทโลกที่เปลี่ยนไป เช่น การมีบทบาทเพิ่มขึ้นของความตกลงการค้าและการลงทุน อาจจะต้องมีเนื้อหาส่วนเพิ่มเติมอื่น ๆ ด้วย ถึงแม้ว่า FCTC ไม่ได้อ้างถึงความตกลงการค้าและการลงทุน และไม่ได้เอาชนะความตกลงการค้าเหล่านั้นในระบบธรรมาภิบาลโลก แต่ FCTC ได้รับการอ้างถึงว่าเป็นอำนาจทางการ (authority) ที่ใช้ในข้อพิพาททางการค้าเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาจากการใช้ยาสูบและประสิทธิผลของมาตรการทางสาธารณสุขที่ควบคุมตลาดยาสูบ (Barlow et al., 2019) การทำให้ FCAC มีบทบาทเช่นเดียวกับ FCTC นี้เป็นสิ่งสำคัญ ท้ายที่สุดนี้ตัวขับเคลื่อนการค้าที่สำคัญของปัญหาจากแอลกอฮอล์คือ ความต้องการของผู้ผลิตและกระจายสินค้าในการปกป้องผลประโยชน์ของพวกเขา และนำไปสู่การแทรกแซงการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ ที่มีประสิทธิผลและคุ้มทุน การเขียนมาตราให้คล้ายกับเนื้อหาในมาตรา 5.3 ของ FCTC ต้องการการลงตามในกรอบอนุสัญญา เพื่อป้องกันนโยบายสาธารณสุขจากการแทรกแซงของอุตสาหกรรมน่าจะเป็นส่วนที่สำคัญมากของกฎหมายแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ (Casswell, 2019)

15.6 บทสรุป: การปฏิรูประบบธรรมาภิบาลระดับโลกของการควบคุมแอลกอฮอล์เพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข

ตามที่ได้อภิปรายไปแล้ว มีเพียงความตกลงระหว่างประเทศขนาดใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ความตกลงทางการค้า และไม่มีความตกลงที่มีข้อผูกมัดว่าด้วยแอลกอฮอล์ในมุมมองด้านสาธารณสุขหรือสวัสดิการ ในความตกลงการค้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักถูกพิจารณาเช่นเดียวกับสินค้าอื่นทั่วไป แม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ไวน์) จะถูกจัดว่า เป็นสินค้าพิเศษ แต่ก็มักเป็นเพราะว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทนี้ตกอยู่ในหมวดที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน ไม่ใช่

เพราะว่า มันเป็นผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุข บทบัญญัติในความตกลงทางการค้า กำลังกดดันมาตรการของรัฐบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะที่เป็นสินค้าพิเศษ ผลของหลักความเท่าเทียมทางการค้าต่อการบริการและการลงทุนที่เพิ่มขึ้นพร้อมหลักความเท่าเทียมของโอกาสสำหรับการลงทุนจากต่างประเทศหรือผู้ผลิตบริการ สร้างปัญหาต่อนโยบายแอลกอฮอล์อย่างยิ่ง

ในระดับนานาชาติ ผู้ขับเคลื่อนนโยบายแอลกอฮอล์ คือ องค์การอนามัยโลก แต่ทว่ายังไม่เดินหน้านำมากนัก จากการขาดทรัพยากรและแหล่งทุนขององค์กรการกุศล ตลอดจนความขัดสนและความอ่อนแอขององค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานเน้นด้านปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ เช่นเดียวกัน ปัญหาแอลกอฮอล์หลาย ๆ ปัญหาไม่ได้ถูกจัดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขแต่เกี่ยวข้องกับองค์กรรัฐอื่น ๆ เช่น องค์กรที่บังคับใช้กฎหมายและองค์กรด้านสวัสดิการสังคม ดังนี้ จึงควรมีการขยายขอบเขตความร่วมมือระดับนานาชาติในด้านปัญหาแอลกอฮอล์ให้ไปไกลว่าองค์การอนามัยโลก ถึงแม้ว่า หลายสิ่งหลายอย่างจะสามารถดำเนินการได้ในระดับประเทศและระดับย่อยของประเทศ แต่การทำงานร่วมกันระหว่างรัฐยังคงมีความจำเป็น และนี่เป็นหัวข้อที่เราจะกลับมาถึงในบทสรุปของหนังสือเล่มนี้

เอกสารอ้างอิง

- Andrew, D. (2019). Programmatic trading: the future of audience economics. *Communication Research and Practice*, 5(1), 73-87.
- Andriamananjara, S. (2001). Preferential trade agreements and the multilateral trading system. *International Economic Review*, USITC Publication 3402, Jan/Feb, (pp. 1-4). US International Trade Commission.
- Anonymous. (2007). A Framework Convention on Alcohol Control. *Lancet*, 370(9593), 1102.
- Australian Competition and Consumer Commission. (2019). Digital Platforms Inquiry: final report. Canberra: Australian Competition and Consumer Commission. <https://www.accc.gov.au/publications/digital-platforms-inquiry-final-report>
- Bakke, Ø., & Endal, D. (2014). Alcohol and development. FORUT. https://issuu.com/grosettrykk/docs/forut_alcohol_and_development
- Bakke, Ø., Braaten, E. S., & Casswell, S. (2022). Despite COVID-19 member states need to adequately resource WHO's work to address alcohol harm. *International journal of health policy and management*, 11(6), 869-870.
- Barlow, P., Labonte, R., McKee, M., & Stuckler, D. (2019). WHO response to WTO member state challenges on tobacco, food and beverage policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(12), 846-848.
- Barta, P. & Passariello, C. (2010). Global liquor makers fight graphic labels in Thailand. *Wall Street Journal*, 17 September 2010. <https://www.wsj.com/articles/SB10001424052748704392104575475513718846130>
- Bartlett, O., & Garde, A. (2017). EU public health law and policy - on the rocks? A few sobering thoughts on the growing EU alcohol problem. In: Hervey, T., Young, C., & Bishop, L., (eds.). *Research Handbook on EU Health Law and Policy* (pp. 369-397). Edward Elgar.
- Baumberg B. (2010). World trade law and a framework convention on alcohol control. *Journal of epidemiology and community health*, 64(6), 473-474.
- Bown, C. P. (2017). Mega-regional trade agreements and the future of the WTO. *Global Policy*, 8(1), 107-112.
- Bull, B. (2005). The Nordic countries and the WHO Resolution on Alcohol at the 58th World Health Assembly, May 2005. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 22 (Suppl 1), 163-166.

- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., et al. (1975). Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 25. <http://www.alkoholitutkimussaatio.fi/core/wp-content/uploads/2013/06/Alcohol-Control-Policies-InPublic-Health-Perspective.pdf>
- Casswell, S. (2019). Current developments in the Global Governance arena: where is alcohol headed?. *Journal of global health*, 9(2), 020305.
- Casswell, S., & Rehm, J. (2020). Reduction in global alcohol-attributable harm unlikely after setback at WHO Executive Board. *Lancet*, 395(10229), 1020-1021.
- Casswell, S., & Thamarangsi, T. (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 373(9682), 2247-2257.
- Chaisse, J. (2013). Exploring the confines of international investment and domestic health protections--is a general exceptions clause a forced perspective?. *American journal of law & medicine*, 39(2-3), 332-360.
- Chung-Hall, J., Craig, L., Gravely, S., Sansone, N., & Fong, G. T. (2019). Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group. *Tobacco control*, 28(Suppl 2), s119-s128.
- Codex Commission. (2019a). Report of the forty-fifth session of the Codex Committee on Food Labelling, Ottawa, Ontario, Canada 13-17 May 2019. Document REP19/FL. Codex Alimentarius Commission. http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FMeetings%252FCX-714-45%252FFinal%252520Report%252FREP19_FLe.pdf
- Codex Commission. (2019b). Request for comments on labelling of alcoholic beverages. December. Document CL 2019/86-FL. Codex Alimentarius Commission. http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/es/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FCircular%252520Letters%252FCL%2525202019-86%252Fc19_86e.pdf
- Collin, J., & Casswell, S. (2016). Alcohol and the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 387(10038), 2582-2583.
- Council of the European Union. (2017). Council conclusions on cross-border aspects in alcohol policy—tackling the harmful use of alcohol (2017/c441/04' 22 Dec. 2017). Official Journal of the European Union, C441/3-7. [https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG1222\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG1222(01)&from=EN)

- Crosbie, E., & Thomson, G. (2018). Regulatory chills: tobacco industry legal threats and the politics of tobacco standardised packaging in New Zealand. *The New Zealand medical journal*, 131(1473), 25-41.
- FORUT. (2021). *FORUT approach to alcohol and development*. FORUT.
- GBD 2016 Risk Factors Collaborators. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1345-1422.
- GBD 2017 Causes of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1736-1788.
- Gostin, L. O., Sridhar, D., & Hougendobler, D. (2015). The normative authority of the World Health Organization. *Public health*, 129(7), 854-863.
- Gravelly, S., Giovino, G. A., Craig, L., Commar, A., D'Espaignet, E. T., Schotte, K., & Fong, G. T. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *The Lancet. Public health*, 2(4), e166-e174.
- Greer, S. L. (2014). The three faces of European Union health policy: policy, markets, and austerity. *Policy and Society*, 33(1), 13-24.
- Grieshaber-Otto, J., Schacter, N., & Sinclair, S. (2006). *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. World Health Organization.
- Grieshaber-Otto, J., Sinclair, S., & Schacter, N. (2000). Impacts of international trade, services and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 95 Suppl 4, S491-S504.
- Hahn, R. A., Middleton, J. C., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., Toomey, T. L., Chattopadhyay, S., Lawrence, B., Campbell, C. A., & Community Preventive Services Task Force (2012). Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *American journal of preventive medicine*, 42(4), 418-427.

- Hepworth, P., Ward, S., & Schölin, L. (2021). Alcohol labelling in the global food system: implications of recent work in the CODEX Committee on Food Labelling. *European Journal of Risk Reduction*, 12(2), 460-476.
- Hoffman, S. J., Poirier, M. J. P., Rogers Van Katwyk, S., Baral, P., & Sritharan, L. (2019). Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. *BMJ*, 365, 12287.
- Holden, C., & Hawkins, B. (2018) Law, market building and public health in the European Union. *Global Social Policy*, (1), 18, 45-61.
- Holder, H. D., Kühlnhorn, E., Nordlund, S., Österberg, E., Romelsjö, A., Ugland, T. (1998). *European Integration and Nordic Alcohol Policies*. Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997. Aldershot: Ashgate.
- Horn, H., Mavroidis, P. C., & Wijkström, E. N. (2013). *In the Shadow of the DSU: addressing specific concerns in the WTO SPS and TBT committees*. Working Paper No. 960. Research Institute of Industrial Economics. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/81444/1/wp960.pdf>
- International Finance Corporation. (2020). *IFC exclusion list*. International Finance Corporation, World Bank Group. <http://www.ifc.org/exclusionlist>
- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *The New England journal of medicine*, 370(1), 60-68.
- Katainen, A., Kauppila, E., Svensson, J., Lindeman, M., & Hellman, M. (2020). Regulating alcohol marketing on social media: outcomes and limitations of marketing restrictions of Finland's 2015 Alcohol Act. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(1), 39-46.
- Kelsey, J. (2017). Regulatory chill: learnings from New Zealand's plain packaging tobacco law. *QUT Law Review*, 17, 21-45.
- Kelsey, J. (2020). How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *New Zealand Universities Law Review*, 29, 153-179.
- Lang, A. (2016). Rethinking the 'harmonisation' of international trade and public health. *Journal of law and medicine*, 23(4), 949-978.

- Lee, K., Eckhardt, J., & Holden, C. (2016). *Tobacco industry globalization and global health governance: towards an interdisciplinary research agenda (July 2016)*. Palgrave Communications, 2, 16037. <https://www.nature.com/articles/palcomms201637> or <http://dx.doi.org/10.1057/palcomms.2016.37>
- McGrady, B. (2011). *Trade and public health: The WTO, tobacco, alcohol, and diet*. Cambridge University Press.
- McNeill, D., Birkbeck, C. D., Fukuda-Parr, S., Grover, A., Schrecker, T., & Stuckler, D. (2017a). Political origins of health inequalities: trade and investment agreements. *Lancet*, 389(10070), 760-762.
- McNeill D, Pepita Barlow P, Birkbeck CD, Fukuda-Parr, S. (2017b). Trade and investment agreements: implications for health protection. *Journal of World Trade* 51(1): 159-182.
- Meier, P. S., Holmes, J., Angus, C., Ally, A. K., Meng, Y., & Brennan, A. (2016). Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS medicine*, 13(2), e1001963.
- Mitchell, A. & O'Brien, P. (2020). 'If one Thai bottle should accidentally fall': health information, alcohol labelling and international trade law. *Journal of World Investment and Trade*, 21, 674-697.
- Monella, L.M & Harris, C. (2019). *Will a booze tax war in the Baltics leave Latvia and Estonia with a bad hangover?* EuroNews, updated 27 July. <https://www.euronews.com/2019/07/27/money-before-man-baltic-booze-war-threatens-latvia-estonia-with-health-hangover>
- O'Brien, P. (2014). The contest over 'valuable label real estate': public health reforms to the laws on alcohol beverage labelling in Australia. *University of New South Wales Law Journal*, 37, 565-602.
- O'Brien, P. (2021). *Missing in action: the global strategy to reduce the harmful use of alcohol and the WTO*. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 477-498.
- O'Brien, P. & Mitchell, A. D. (2018). On the bottle: health information, alcohol labelling and the WTO Technical Barriers to Trade Agreement. *QUT Law Review*, 18(1), 125-154.
- O'Brien, P., Gleeson, D., Room, R. Wilkinson, C. (2017). Marginalising health information: implications of the Trans-Pacific Partnership Agreement for alcohol labelling. *Melbourne University Law Review*, 41(1), 341-391.

- Österberg, E. & Karlsson, T., (eds.). (2002). *Alcohol policies in EU member states and Norway: a collection of country reports*. STAKES.
- Palk, G., Davey, J., & Freeman, J. (2007). Policing alcohol-related incidents: a study of time and prevalence. *Policing An International Journal of Police Strategies and Management*, 30(1), 82-92.
- Parliament of Australia, Joint Standing Committee on Treaties. (2018). *Report 180. Commonwealth of Australia*. https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/committees/reportjnt/024178/toc_pdf/Report180.pdf;fileType=application%2Fpdf
- Ranald, P. (2019). *When even winning is losing. The surprising cost of defeating Philip Morris over plain packaging*. <https://theconversation.com/when-even-winning-is-losing-the-surprising-cost-of-defeating-philip-morris-over-plain-packaging-114279>
- Reinsberg, B., Stubbs, T., Kentikelenis A, King, L. (2020). Bad governance: how privatization increases corruption in the developing world. *Regulation & Governance*, 14(4), 698-717.
- Room R. (1984). The World Health Organization and alcohol control. *British journal of addiction*, 79(1), 85-92.
- Room, R. (2005). Alcohol and the World Health Organization: the ups and downs of two decades. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 22 (1 Suppl), 146-162.
- Room, R. (2006). Advancing industry interests in alcohol policy: the double game. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26, 389-402.
- Room, R., & Cisneros Örnberg, J. (2019). Government monopoly as an instrument for public health and welfare: Lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *The International journal on drug policy*, 74, 223-228.
- Room, R. & Cisneros Örnberg, J. (2021). A Framework Convention on Alcohol Control: getting concrete about its contents. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 433-443.
- Room, R. & Jernigan, D. (2000). The ambiguous role of alcohol in economic and social development. *Addiction*, 95 (Suppl 4), 523-535.
- Room, R., & O'Brien, P. (2021). Alcohol marketing and social media: A challenge for public health control. *Drug and alcohol review*, 40(3), 420-422.
- Room, R., Schmidt, L., Rehm, J., & Mäkelä, P. (2008). International regulation of alcohol. *BMJ*, 337, a2364.

- Rossow, I. (2021). The alcohol advertising ban in Norway: effects on recorded alcohol sales. *Drug and alcohol review*, 40(7), 1392-1395.
- Stewart, T. P. (2020). *The future of the WTO—restoring relevance*. <https://www.wita.org/blogs/the-future-of-the-wto/>
- Stockwell, T., Solomon, R., O'Brien, P., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). Cancer warning labels on alcohol containers: a consumer's right to know, a government's responsibility to inform, and an industry's power to thwart. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 284-292.
- Tinawi, G., Gray, T., Knight, T., Glass, C., Domanski, N., Wilson, N., Hoek, J., & Thomson, G. (2018). Highly deficient alcohol health warning labels in a high-income country with a voluntary system. *Drug and alcohol review*, 37(5), 616-626.
- Treerutkuarkul, A. (2017.) Moving Thailand's mountain of alcohol-related harm. Moving Thailand's mountain of alcohol-related harm. (2017). Bulletin of the World Health Organization, 95(7), 487-488.
- UNESCO. (2017). *Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs*. World Health Organization. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247509>
- United Nations. (2020). *Funds, programmes, specialized agencies and others*. United Nations. <https://www.un.org/en/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others/>
- United Nations, Asian Development Bank, & United Nations Development Programme. (2019). *Accelerating progress: an empowered, inclusive and equal Asia and the Pacific*. Bangkok and Manila: United Nations, Asian Development Bank, and United Nations Development Programme.
- Varallo, C. & Cravetto, C. (2018). Alcoholic beverages labelling: analysis of the joint 'selfregulatory proposal' of the industry on nutrition labelling and ingredients declaration. *European Journal of Risk Regulation*, 9(2), 329-336.
- Vital Strategies. (2021). *The Sobering Truth: Incentivizing Alcohol Death and Disability*. Vital Strategies. <https://www.vitalstrategies.org/TheSoberingTruth>
- World Health Assembly. (1983). *Alcohol consumption and alcohol-related problems: development of national policies and programmes. Thirty-sixth World Health Assembly*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160567/WHA36_R12_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/global-alcohol-strategy>
- World Health Organization. (2013). *Protocol to eliminate illicit trade in tobacco products*. World Health Organization. https://www.who.int/fctc/protocol/illicit_trade/protocol-publication/en/
- World Health Organization. (2018). *Time to deliver: report of the WHO Independent High Level Commission on Noncommunicable Diseases*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>
- World Health Organization. (2019). *Stronger collaboration, better health: global action plan for healthy lives and well-being for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all>
- World Health Organization. (2020a). *WHO framework convention on tobacco control: overview*. https://www.who.int/fctc/text_download/en/. (accessed 2 March 2022)
- World Health Organization. (2020b). *Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol*. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_CONF1Rev1-en.pdf
- World Health Organization. (2021). *The WHO/UNDP initiative on harmful use of alcohol, violence and infectious diseases*. World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/activities/botswana_2016/en/
- World Trade Organization. (2020). *Members and observers*. World Trade Organization. https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/org6_e.htm
- Zeigler D. W. (2006). International trade agreements challenge tobacco and alcohol control policies. *Drug and alcohol review*, 25(6), 567-579.

16 นโยบายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์: คู่มือสำหรับผู้นำไปใช้ประโยชน์

16.1 เกริ่นนำ

บทก่อนหน้านี้ทั้ง 15 บทได้นำผู้อ่านร่วมเดินทางไปกับรายละเอียดทางวิชาการเกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์ที่ยาวนาน ในบทที่ 1 เราพูดถึงภาพรวมของเนื้อหาทั้งหมดในหนังสือเล่มนี้ บทที่ 2-4 เรากล่าวถึงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และระบาดวิทยาที่สนับสนุนถึง ความจำเป็นที่สังคมต้องมีนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บทที่ 6-13 เราลงรายละเอียดทางกลยุทธ์และมาตรการที่จะแก้ปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจง และท้ายที่สุดในบทที่ 14-15 เรากล่าวถึงกระบวนการที่จะทำให้นโยบายแอลกอฮอล์นั้นเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะได้ เนื้อหาทั้งหมดที่กล่าวมาในบทก่อนหน้านี้ ได้รวบรวมทั้งมุมมองด้านบวกและด้านลบของการมีอยู่ของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในมุมมองด้านลบ เราทราบดีว่า ปัญหาจากแอลกอฮอล์นั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางทั่วโลก และมีแนวโน้มที่ปัญหาจะเพิ่มขึ้นในภูมิภาคที่เศรษฐกิจเฟื่องเติบโต (Manthey *et al.*, 2019) นอกจากนี้ หลักฐานจากการศึกษาศาสตร์ใหม่ที่นอกเหนือจากการวิจัยทางระบาดวิทยา ซึ่งเราได้กล่าวในบทที่ 5 และ 14 ได้แสดงให้เห็นว่า อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมักไม่ถูกกล่าวถึงในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ได้กลายเป็นตัวการหลักต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่ทำให้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกลดทอนประสิทธิภาพ

มองในมุมบวกบ้าง เราพบว่า มีรูปแบบของกระบวนการและกลยุทธ์มากมายที่ถูก ออกแบบมาเป็นอย่างดี ผ่านการทดสอบและยืนยันประสิทธิผล และสามารถใช้งานได้จริง กับประชากรจำนวนมาก ผลการศึกษาเรื่องเหล่านี้ได้ถูกกล่าวถึงในบทที่ 7-13 และใน บทสุดท้ายนี้ เราจะมาฉายภาพให้ผู้อ่านทุกท่านได้เห็น ว่าเราจะเชื่อมบทเรียนทางทฤษฎี เกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยและการศึกษาจำนวนมาก ของนักวิทยาศาสตร์ กับความเป็นจริงตามบริบทสังคมซึ่งเป็นหน้าที่ของบรรดานัก กำหนดนโยบายที่ต้องการนำผลลัพธ์จากการศึกษามากำหนดแนวทางเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น จากแอลกอฮอล์ ความตั้งใจของพวกเขา ก็คือ การแปลงวิทยาศาสตร์ให้เป็นนโยบาย ที่จับต้องได้ในโลกแห่งความเป็นจริง

16.2 บทสรุปจากหลักฐานทางวิชาการ

คณะผู้เขียนได้ร่วมกันพัฒนากระบวนการเพื่อการทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือก ประเด็นสำคัญสำหรับการลงคะแนนนโยบาย (Brand *et al.*, 2007; Anderson *et al.*, 2009; Nelson *et al.*, 2013) โดยรวบรวมและแจกแจงในตารางที่ 16.1 ผู้เขียนได้แบ่ง หมวดของนโยบายออกเป็น 7 หมวด หากผู้อ่านต้องการรายละเอียดสามารถย้อนกลับไป อ่านได้ในบทที่ 7-13 ในแต่ละหมวดนั้นจะมีกระบวนการและกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน นโยบายมากมาย ซึ่งได้จัดอันดับตามประสิทธิภาพและผลการศึกษาที่รองรับ นอกจากนี้ ยังจัดอันดับตามจำนวนประชาชนที่สามารถได้รับประโยชน์จากนโยบาย รวมไปถึงต้นทุนใน การดำเนินนโยบายด้วย (ดูใน ภาคผนวกออนไลน์ 1 สำหรับรายละเอียดการจัดอันดับ) นโยบายทั้งหมดที่นำเสนอในตารางเป็นนโยบายที่ถูกประเมินแล้วว่า มีประโยชน์ในทางตรง คือ สามารถลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ผลลัพธ์ระหว่างทาง (intermediate outcomes) ของ นโยบาย เช่น การเปลี่ยนการรับรู้ของประชาชน การเปลี่ยนข้อมูล และการลดพฤติกรรม รุนแรงก็จะถูกระบุถึงด้วยเช่นกัน ยกเว้นในกรณีที่มาตราการนั้นมีผลต่อผลลัพธ์หลักโดยตรง

ผลลัพธ์ระหว่างทางก็จะไม่ถูกระบุเป็นผลเชิงบวกของนโยบายในการวิเคราะห์นี้ ทางเลือกนโยบายจำนวนมาก (53 จาก 69 นโยบายจาก 7 หมวด) ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ว่าเป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่า ทางเลือกนโยบายสำหรับจัดการกับประเด็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงแต่มีจำนวนมาก แต่ยังมีความแตกต่างกันมากอีกด้วย ตั้งแต่รูปแบบการบริการบำบัดรักษาปัญหาจากแอลกอฮอล์รายบุคคล ไปจนถึงในกลยุทธ์ระดับประชากรที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจ่ายเพื่อบริโภค ความสามารถในการเข้าถึงและความดึงดูดใจของการตลาดแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภคทั่วไป อย่างไรก็ตาม มีนโยบายจำนวนหนึ่ง (16 ชุดนโยบาย) ที่เป็นเพียงกลยุทธ์ที่หวังผลทางการเมืองมากกว่าประสิทธิภาพในการลดปัญหาจากแอลกอฮอล์จริง ๆ เนื่องด้วยนโยบายชุดดังกล่าวไม่คุกคามต่ออุตสาหกรรมแอลกอฮอล์มากพอ ในบางครั้งนโยบายกลุ่มนี้อาจจะเป็นอันตรายต่อสังคมเสียด้วยซ้ำ

สำหรับนักกำหนดนโยบายแล้ว กลยุทธ์และกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมปัญหาจากแอลกอฮอล์มักมีคุณสมบัติร่วมกันระหว่าง มีงานวิจัยจำนวนมากบ่งชี้ว่าวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง มีต้นทุนในการดำเนินการต่ำ เราเรียกนโยบายที่มีคุณสมบัติครบถ้วนนี้ว่า “นโยบายชั้นดีที่สุด” (best practice) ซึ่งถือเป็นนโยบายที่คุ้มค่าแก่การผลักดันให้เกิดการใช้ในสังคมใด ๆ ก็ตาม นโยบายที่มีประสิทธิภาพในระดับรองลงมา อาจจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ใช้งบประมาณมาก หรืออาจจะใช้งบประมาณน้อยแต่ประสิทธิภาพต่ำกว่ากลุ่มนโยบายชุดแรก เรานิยามกลุ่มนโยบายนี้ว่า “นโยบายชั้นดี” (good practice) ซึ่งในหนังสือเล่มนี้เรากล่าวถึงในบทที่ 7-13 ข้อพิจารณาที่สำคัญในการแยกนโยบายชั้นดีที่สุดกับนโยบายชั้นดีคือ ความเป็นไปได้ที่นโยบายชุดดังกล่าวจะถูกปฏิบัติและใช้งานได้ในเกือบทุกบริบทการเมืองและวัฒนธรรม (เช่น การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาดอาจจะทำไม่ได้หากไม่มีแรงสนับสนุนทางศาสนา) และศักยภาพในการสร้างผลกระทบทางลบตามมา (เช่น การห้ามขายโดยสิ้นเชิงอาจจะทำให้เกิดการซื้อขายแอลกอฮอล์ในตลาดมืด) สุดท้ายนี้ เราได้ยกตัวอย่างมาตรการที่ได้ประสิทธิภาพไว้ในตารางเช่นกัน ซึ่งกลุ่มนโยบายนี้คือ นโยบายที่ไม่ส่งผลกระทบต่อปริมาณการดื่ม ไม่ช่วยลดปัญหาจากการดื่ม ในบางครั้งการใช้นโยบายกลุ่มนี้อาจจะลดความสนใจและลดประสิทธิภาพของนโยบายที่มีประสิทธิภาพเสียด้วยซ้ำ

ตารางที่ 16.1 กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบายที่พิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ดี และไร้ประสิทธิภาพ

ประเด็นนโยบาย	จำนวนทางเลือกนโยบายที่ถูกประเมิน (นโยบายที่มีประสิทธิภาพ)	ตัวอย่างนโยบายขั้นดีที่สุด	ตัวอย่างนโยบายชั้นดี	นโยบาย/แนวปฏิบัติที่ไร้ประสิทธิภาพ (อาจเป็นอันตราย)	รายละเอียดการใช้และข้อควรระวัง
การควบคุมราคาและภาษี (ดูบทที่ 7)	5 (4)	มาตรการทางภาษี ที่ลดความสามารถในการจ่ายของผู้บริโภค	การกำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำ, การกำหนดราคาตามชนิด, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ภาษีพิเศษสำหรับเครื่องดื่มที่มุ่งเป้าเยาวชน	มาตรการที่เพิ่มความสามารถในการซื้อของผู้บริโภค	เมื่อประชาชนมีความสามารถในการจ่ายเพื่อซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ปริมาณการดื่มจะลดลง และปัญหาจากการดื่มจะลดลงด้วย ในทางตรงข้ามถ้าเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่าย ปริมาณการดื่มและปัญหาการดื่มก็จะเพิ่มขึ้น, การเพิ่มภาษีจะทำให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ปริมาณการดื่มและปัญหาในสังคมโดยรวมจะลดลง รวมทั้งกลุ่มที่ดื่มหนักและเยาวชน, รัฐบาลยังสามารถใช้ภาษีที่จัดเก็บได้เพื่อชดเชยกับความเสี่ยงภัยที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น จัดเพิ่มงบประมาณสำหรับการบำบัดรักษา การป้องกันสุขภาพและการบังคับใช้กฎหมาย, ภาษีแอลกอฮอล์ต้องสูงมากจึงจะทำให้มาตรการนี้ได้ผล

ตารางที่ 16.1 กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบายที่พิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และได้รับประสิทธิภาพ (ต่อ)

ประเด็นนโยบาย	จำนวนทางเลือกนโยบายที่ถูกประเมิน (นโยบายที่มีประสิทธิภาพ)	ตัวอย่างนโยบายชั้นดีที่สุด	ตัวอย่างนโยบายชั้นดี	นโยบาย/แนวปฏิบัติที่ไว้ประสิทธิภาพ (อาจเป็นอันตราย)	รายละเอียดการใช้และข้อควรระวัง
การควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ (ดูบทที่ 8) การ	15 (12)	จำกัดเวลาและสถานที่ในการขาย, การผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสวัสดิการสังคม, การกำหนดอายุต่ำสุดของผู้ซื้อตามกฎหมาย	ระบบการปันส่วน, จำกัดความหนาแน่นของจุดขาย, ระบบอนุญาตรายบุคคล, ห้ามจำหน่ายหกเคย มีประวัติการก่อเหตุ, ลดระดับแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม, ห้ามขายเด็ดขาดในที่มีการสนับสนุนตามบรรทัดฐานทางศาสนาและสังคม	นโยบายที่เพิ่มความหนาแน่นของจุดขาย, และเพิ่มการเข้าถึงในด้านเวลาและระยะเวลา	ควบคุมเฉพาะผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่ เวลา และบริบทของการบริโภค เพิ่มต้นทุนทางเศรษฐกิจและโอกาสในการเข้าถึงแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการควบคุมเวลาที่มีข้อและบริบท และวิจัยชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงของผู้บริโภคได้เพิ่มขึ้น, การจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพ รวมทั้งความสะดวกและการเข้าถึงทางกฎหมายด้วย (เช่น การจำกัดอายุ) ลดการดื่มและอันตราย, การควบคุมการเข้าถึงสามารถทำได้ในระดับประชากร เช่น จำกัดระยะเวลาการขาย หรือระดับบุคคล (เช่น ตามคำสั่งศาล), การจำกัดการเข้าถึงจะมีประสิทธิภาพมาก หากมีการบังคับใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ตารางที่ 16.1 กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบายที่พิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ดี และไร้ประสิทธิภาพ (ต่อ)

ประเด็นนโยบาย	จำนวนทางเลือกนโยบายที่ถูกประเมิน (นโยบายที่มีประสิทธิภาพ)	ตัวอย่างนโยบายชั้นดีที่สุด	ตัวอย่างนโยบายชั้นดี	นโยบาย/แนวปฏิบัติที่ไร้ประสิทธิภาพ (อาจเป็นอันตราย)	รายละเอียดการใช้และข้อควรระวัง
การจำกัดการทำ	3 (2)	ห้ามทำการตลาดอย่างสิ้นเชิง ⁹	ห้ามทำการตลาดบางส่วน	มาตรการควบคุมการตลาดภาคสมัครใจโดยอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เอง	การล้มเลิกโฆษณาแอลกอฮอล์จะเพิ่มความน่าสนใจของแอลกอฮอล์ และโอกาสการดื่มของเยาวชน การจำกัดการตลาดจะช่วยยับยั้งเยาวชนจากการเริ่มต้นเร็วและการดื่มหนัก ซึ่งจะลดโอกาสการเป็นผู้ดื่มหนัก การล้มเลิกภาพหรือข้อความเกี่ยวกับแอลกอฮอล์จะกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นและการกลับไปดื่มซ้ำในคนที่ติดสุรา หลักฐานมากมายจากผลกระทบของโฆษณาต่อการดื่ม และบทเรียนที่ได้รับจากการห้ามโฆษณาอย่างสมบูรณ์ การห้ามทำการตลาดโดยสิ้นเชิงนั้นเป็นนโยบายที่ดีที่สุด ถึงแม้ว่าจะไม่มีตัวอย่างที่ถูกประเมินแล้วก็ตาม
การให้ความรู้และการโน้มน้าวใจ (ดูบทที่ 10)	12 (8)	-	การณรงค์ต่อต้านดื่มแล้วขับ, โปรแกรมป้องกันที่มุ่งเป้า, มาตรการเฉพาะต่อ	กลุ่มอุตสาหกรรม มีกัลป์สนับสนุน โปรแกรมและการรณรงค์ที่ให้ความรู้	มาตรการที่เน้นที่เยาวชนกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว มีแนวโน้มที่จะยับยั้งการดื่มของเยาวชน กระทั่งมีกฎเกณฑ์ประเมินในลักษณะของความรู้อื่นๆ และทัศนคติ, ผลต่อการเริ่มต้นและปัญหาจาก

ตารางที่ 16.1 กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบายที่พิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และไร้ประสิทธิภาพ (ต่อ)

ประเด็นนโยบาย	จำนวนทางเลือกนโยบาย (นโยบายที่มีประสิทธิภาพ)	ตัวอย่างนโยบายชั้นดีที่สุด	ตัวอย่างนโยบายชั้นดี	นโยบาย/แนวปฏิบัติที่ไร้ประสิทธิภาพ (อาจเป็นอันตราย)	รายละเอียดการใช้และข้อควรระวัง
การควบคุมการดื่มแล้วขับ (ดูบทที่ 11)	15 (13)	ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำสำหรับผู้ขับขี่เยาวชน, การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจอย่าง	ครอบครัว, มาตรการต่อนักศึกษา ก่อนปริญญา, มาตรการเสริมสร้างแรงจูงใจในโรงเรียน, มาตรการให้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์กับประชากรนักดื่มหนักโดยเฉพาะ	เพียงอย่างเดียว	การดื่มยังไม่แน่นอนหรือต่ำข้อความให้ความรู้ที่เน้นการใช้ข้อมูลไม่คอยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ดื่มหรือปัญหาจากการดื่ม
		ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำสำหรับผู้ขับขี่เยาวชน, ผู้ขับขี่เยาวชน, การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจอย่าง	กำหนดหรือลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดให้ต่ำลง (ร้อยละ 0.00-0.05), ออกใบอนุญาตขับขี่ที่เป็นขั้นตอนสำหรับผู้ขับขี่	การลงโทษชานานหนักอย่างเดียว, การกำหนดตัวคนขับรถ, บริการขับที่ปลอดภัย, โปรแกรมให้ความรู้, การเข้า	มาตรการที่เพิ่มความรุนแรงของโทษแก่ผู้กระทำ ความผิดจากการเมาแล้วขับอย่างเดียวกัน ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเมาแล้วขับ แต่มาตรการที่มุ่งการป้องกันการดื่มและจำกัดการขับที่ใช้ มาตรการเฝ้าระวังและจำกัดการขับที่ใช้ (เช่น การเพิกถอนใบขับขี่ชั่วคราว) อาจมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 16.1 กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบายที่พิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ดี และไร้ประสิทธิภาพ (ต่อ)

ประเด็นนโยบาย	จำนวนทางเลือกนโยบาย (นโยบายที่มีประสิทธิภาพ)	ตัวอย่างนโยบายที่ดีที่สุด	ตัวอย่างนโยบายชนิด	นโยบาย/แนวปฏิบัติที่ไร้ประสิทธิภาพ (อาจเป็นอันตราย)	รายละเอียดการใช้และข้อควรระวัง
การปรับสภาพแวดล้อมการดื่ม	12 (7)	เข้มงวด โปรแกรมหากำกับดูแลอย่างใกล้ชิด	เยาวชนหรือมีใหม่, จุดตรวจคนเมา, การระงับใบอนุญาต, การบังคับลงโทษอย่างครอบคลุม, ศาลพิจารณาเฉพาะคดีเมาแล้วขับ, อุบัติการณ์ลดการสารถ	กลุ่มรัฟฟิงเหยื่อจากเหตุเมาแล้วขับ	โดยทั่วไปมักประเมินโดยดูว่า มาตรการมีผลอย่างไรต่อตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างทาง (เช่น ความรู้และพฤติกรรมของพนักงานบาร์) และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เช่น ดื่มแล้วขับ ความรุนแรง และถึงแม้ว่าจะมีการประเมินบางอันที่วัดผลกระทบต่อการดื่มในสถานที่เฉพาะ

ตารางที่ 16.1 กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบายที่พิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ดี และใช้ประสิทธิภาพ (ต่อ)

ประเด็นนโยบาย	จำนวนทางเลือกนโยบาย (นโยบายที่มีประสิทธิภาพ)	ตัวอย่างนโยบายที่ดีที่สุด	ตัวอย่างนโยบายชั้นดี	นโยบาย/แนวปฏิบัติที่ได้รับประสิทธิภาพ (อาจเป็นอันตราย)	รายละเอียดการใช้และข้อควรระวัง
การบำบัดรักษาและการดูแลตั้งแต่ระยะแรก (ดูบทที่ 13)	7(7)		เชิงรุก, การร่วมรับผิดชอบของผู้ขาย ผู้จัดการ เจ้าของกิจการ ของร้านที่มีที่นั่งดื่มที่มีใบอนุญาต, กระบวนการของชุมชนต่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	งานเทศกาล, การร่วมมือหรือควบคุมภาคสมัครใจ	มักจะประเมินในลักษณะของจำนวนวัน และเดือนที่หยุดดื่ม, ปริมาณและความถี่ในการดื่ม, สุขภาพและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันดีขึ้น, ประชากรเป้าหมายได้แก่ผู้ดื่มแบบติดและแบบอันตราย ยกเว้นมีการระบุอย่างอื่น

^a ถึงแม้ว่าบทที่ 9 จะระบุเฉพาะงานวิจัยจำนวนน้อยเกี่ยวกับการทำโฆษณาโดยสิ้นเชิง การกำหนดให้มาตรการนี้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการนี้ มีพื้นฐานมาจากการมีงานวิจัยจำนวนมากถึงผลกระทบของการตลาดแอลกอฮอล์ รวมทั้งหลักฐานจากงานวิจัยเกี่ยวกับการทำโฆษณาโดย

16.2.1 กลุ่มมาตรการที่ดีที่สุด: การจำกัดการเข้าถึงด้านราคา ภายภาพ การจัดหา การควบคุมการตลาด และ มาตรการป้องปรามปัญหาที่ดื่มแล้วขับ

จากประเด็นนโยบายทั้งหมดที่คณะผู้เขียนได้ทบทวนมา มาตรการที่มีงานวิจัยสนับสนุนมากที่สุด คือ นโยบายควบคุมราคาและกลไกภาษี สิ่งนี้อาจเห็นเนื่องจากความคาดหวังของผู้กำหนดนโยบาย แต่งานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้มีมากมายและยืนยันหนักแน่นตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 7 การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงแต่ช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ยังให้รายได้แก่รัฐอีกด้วย ข้อดีอีกประการของมาตรการภาษีและราคาคือ มีผลต่อทั้งผู้ที่ดื่มหนักและดื่มน้อยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของราคา แม้ว่าผลกระทบต่อผู้ดื่มหนักจะน้อยกว่าในแง่ของร้อยละการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่ม เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มน้อย แต่กระนั้นก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนั้นยังคงมีนัยสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนและความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม เนื่องจากชุดนโยบายกำหนดราคาและภาษีนั้นเป็นนโยบายที่ครอบคลุมพื้นที่ในวงกว้าง และค่าใช้จ่ายในการดำเนินการค่อนข้างต่ำ ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพที่คาดหวังของมาตรการเหล่านี้ต่อสาธารณสุขจึงค่อนข้างสูง

ข้อจำกัดหนึ่งของนโยบายด้านราคา คือ ตลาดที่ไม่เป็นทางการหรือตลาดผิดกฎหมายในบางประเทศจะผลักดันให้คนหันไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผิดกฎหมายซึ่งมีราคาถูกกว่า แต่อาจมีอันตรายมากกว่า อย่างไรก็ตาม การทบทวนงานวิจัยหนึ่งพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบนั้นไม่จำเป็นต้องเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะมีมาตรการเพิ่มภาษีขึ้นก็ตาม (Rehm *et al.*, 2021b) หากรัฐบาลวางมาตรการบรรเทาผลกระทบ ซึ่งรวมถึงนโยบายที่ออกแบบมาเพื่อนำตลาดที่ไม่เป็นทางการหรือผิดกฎหมายมาอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาล รวมมาตรการที่ทำให้เครื่องดื่มทดแทนจากนอกระบบที่เป็นพิษหาได้ยากขึ้น หรือเป็นอันตรายน้อยลง (Lachenmeier *et al.*, 2011; Okaru *et al.*, 2019; Lachenmeier *et al.*, 2021) อีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะจำกัดประสิทธิภาพของนโยบายภาษี คือ การค้าข้ามพรมแดนที่เกิดขึ้นระหว่างประเทศเพื่อนบ้านที่มีความแตกต่างของราคามาก ซึ่งส่วนต่างดังกล่าวอาจจะทำให้เกิดการไหลเข้าอย่างผิดกฎหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากประเทศที่ราคาต่ำกว่าสู่ประเทศที่ราคาสูงกว่า

นอกจากชุดนโยบายควบคุมภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว มีหลักฐานที่หนัก

แน่น สำหรับการจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากการเข้าถึงแอลกอฮอล์ทำได้ง่ายมากขึ้น การดื่มและปัญหาจากการดื่มก็จะมีมากขึ้นเช่นกัน (ดูบทที่ 8) โดยการจำกัดชั่วโมงและวันที่ขาย ความสะดวกของการขายในซูเปอร์มาร์เก็ตหรือร้านขายของชำทั่วไป ความหนาแน่นและการกระจุกตัวของร้านค้าปลีกและร้านที่มีที่นั่งดื่ม ผู้กำหนดนโยบายจะสามารถลดการสัมผัสกับฤทธิ์ที่เป็นพิษและมินเมาของแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้ การจำกัดการเข้าถึงอีกประเภทหนึ่งที่ใช้ในหลายประเทศคือ การห้ามการขายหรือการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณเฉพาะ (เช่น การใช้เครื่องจักร) สถานที่ (เช่น สวนสาธารณะ) หรือกลุ่มประชากร (เช่น เยาวชนที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด) การผูกขาดการผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐบาล เป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีประสิทธิผลในการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรณีที่วัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุขเป็นเหตุผลลำดับต้นของระบบ ในกรณีที่ไม่มีการผูกขาดรัฐหลายแห่งเลือกใช้ระบบใบอนุญาต (การขายและการผลิต) เพื่อควบคุมการเข้าถึง โดยการใช้กฎหมายและการลงโทษ (เช่น เพิกถอนใบอนุญาต) อีกหนึ่งกลยุทธ์ที่ใช้ในเกือบทุกประเทศเพื่อควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน คือ การบังคับใช้การจำกัดอายุในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรณีที่สามารถบังคับใช้การจำกัดอายุได้อย่างสม่ำเสมอ และอายุการซื้อตามกฎหมายถูกกำหนดให้อยู่หลังช่วงที่มีความเสี่ยงสูงสุด (เช่น อายุ 21 ปี) การวิจัยในสหรัฐอเมริกา และประเทศอื่น ๆ อีกสองสามแห่ง ได้แสดงให้เห็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของการเสียชีวิตจากการดื่มแล้วขับและอันตรายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในหมู่คนหนุ่มสาว ผลการวิจัยพบว่า ยิ่งการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนถูกจำกัดลง โอกาสในการเกิดอันตรายยิ่งน้อยลง

หลายประเทศทำให้ประชาชนเข้าถึงแอลกอฮอล์ง่ายขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ผ่านนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจในภาคบริการ โดยเฉพาะธุรกิจบันเทิงในเวลากลางคืนในย่านเศรษฐกิจของเมือง ผลวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความหนาแน่นของร้านจำหน่ายสุราและร้านที่ให้นั่งดื่มสุราที่เน้นขายในช่วงดึก มีความสัมพันธ์กับระดับของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ดังนั้นการจำกัดความหนาแน่นของจุดขายและการกำหนดเวลาในการขาย จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นยาแก้พิษที่ถูกต้องต่อการเกิดภาวะมินเมา การบาดเจ็บ และพฤติกรรมรุนแรง เพราะว่ามันช่วยลดความน่าสนใจและความสะดวกในการดื่มอย่างหนัก

ตั้งแต่มีการพัฒนาเทคนิคทางการตลาดสมัยใหม่ ซึ่งเสริมเติมด้วยการใช้สื่อดิจิทัลอย่างแพร่หลายของ**บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ¹ (TNACs)** ตัวอย่างของการห้ามการตลาดอย่างครอบคลุม (comprehensive ban) มีให้เห็นน้อยมาก ดังนั้นการประเมินนโยบายนี้จึงมีน้อยไปด้วย รัฐบาลส่วนใหญ่มีแนวทางในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบห้ามในบางส่วน ซึ่งแน่นอนว่า ประสิทธิภาพในการป้องกันปัญหาก็ลดลงด้วย เพราะงบประมาณการตลาดของผู้ขายก็จะย้ายไปใช้ในช่วงเวลาหรือสื่อที่รัฐเปิดช่องให้สามารถทำการตลาดได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยขนาดใหญ่และเป็นหลักฐานที่หนักแน่นมากที่สุดที่เราได้พบทวนก่อนหน้านี้นี้ในบทที่ 9 แสดงให้เห็นว่า การล้มล้างการตลาดแอลกอฮอล์มีผลกระทบมาก กลยุทธ์การตลาดแอลกอฮอล์จะเพิ่มการเริ่มต้นใช้แอลกอฮอล์ให้เร็วยิ่งขึ้น รวมถึงการดื่มที่มีความเสี่ยง และเสริมสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่ยอมรับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก (ตัวอย่างเช่น เมมาแล้วรู้ว่าเป็นเรื่องทั่วไปของวัยรุ่น เพื่อนแท้ต้องเมาข้ามคืนด้วยกัน-ผู้แปล) ผู้นำนักของหลักฐานจากการวิจัยการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการประเมินผลการห้ามทำการตลาดยาสูบอย่างครอบคลุมชี้ให้เห็นว่า การห้ามทำการตลาดอย่างเต็มรูปแบบ แม้ว่าจะส่งผลเพียงเล็กน้อยต่อการดื่มสุราในระยะสั้น (ปริมาณการดื่มไม่ได้ลดลงอย่างรวดเร็ว) แต่กระนั้นก็ตาม การสะสมประสิทธิภาพที่ละน้อยทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของมาตรการนี้ ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระยะยาวทั้งการดื่ม และการทำให้มองแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ กฎการควบคุมตนเองภาคสมัครใจที่ฝังอุตสาหกรรมมักเสนอให้เป็นทางเลือกแทนการจำกัดการตลาด ได้ถูกประเมินผลแล้ว แต่ไม่มีหลักฐานว่า มีผลสำเร็จในการปกป้องประชากรกลุ่มเสี่ยงจากการสัมผัสกับโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือลดอัตราปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พึงสังเกตว่า ผลเสียของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขยายวงกว้างไปไกลกว่าเยาวชน ผลกระทบนี้ยังส่งผลต่อผู้ที่ติดสุราโดยเฉพาะผู้ที่พยายามจะเลิกสุรา การห้ามทำการตลาดจึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อประชากรเหล่านี้เป็นอย่างแน่นอน เมื่อพิจารณาจากหลักฐานที่ชัดเจนในด้านผลกระทบทางสาธารณสุขจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความสำเร็จของการห้ามทำการตลาดยาสูบ การห้ามทำการตลาดอย่างสิ้นเชิงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงน่าจะเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

¹ คำศัพท์สำคัญที่มีความหมายทางวิชาการและภาษาศาสตร์ที่ผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย จะมีนิยามอยู่ในอภิธานศัพท์ตรงท้ายเล่ม คำศัพท์เหล่านี้จะปรากฏเป็นตัวหนาเมื่อถูกใช้เป็นครั้งแรกในแต่ละบท

นอกเหนือจากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพ และการห้ามทำการตลาดอย่างสิ้นเชิงแล้ว ตารางสรุปนโยบายแสดงให้เห็นว่า มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ร่วมกันหลายรูปแบบ (เช่น การกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดให้ต่ำ (BAC) การทดสอบแอลกอฮอล์จากลมหายใจถือเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด เนื่องจากมีความสามารถร่วมกันในการลดปัญหาการสูญเสียความสามารถในการขับขี่และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ผลลัพธ์ที่ดีของแนวทางนี้ไม่ได้เป็นเพียงแค่ผลจากการวิจัยเท่านั้น แต่ยังคงเหมือนแนวทางนี้เป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และถูกนำไปใช้ในประเทศส่วนใหญ่ แม้ว่าโครงการเหล่านี้อาจมีราคาแพงในการดำเนินการ และคงไว้ต่อเนื่อง หลักการของมาตรการนี้ คือ การทำให้เห็นว่า มีการบังคับใช้มาตรการจริง และพบเห็นได้ (เช่น มีการตั้งจุดตรวจลมหายใจแบบสุ่ม) กับความเร็วของการลงโทษ (เช่น การระงับใบอนุญาตในทางปกครอง) ทั้งหมดนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเสียชีวิตจากการถนนที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

16.2.2 กลุ่มมาตรการที่ดี (Good practices)

นอกจากมาตรการที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ดีที่สุด 4 ด้านที่ระบุไว้ในตารางที่ 16.1 เรายังมีชุดมาตรการที่ตีรองลงมาเจ็ดหมวดหมู่อีกด้วย กลยุทธ์และมาตรการเหล่านี้จัดการกับข้อจำกัดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสามารถในการซื้อ การเข้าถึง และการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนมาตรการที่กำหนดเป้าหมายไปที่บุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงได้ดี

ด้วยจำนวนการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้น (ดูบทที่ 10) จึงมีหลักฐานบางอย่างเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการที่รวมกระบวนการระหว่าง การให้การศึกษา กับกระบวนการทางสังคมและชุมชนอย่างเข้มข้น กลยุทธ์การให้ความรู้มีต้นทุนปานกลางถึงสูง เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและนำไปปฏิบัติ แม้ว่าการเข้าถึงโปรแกรมการให้ความรู้ในโรงเรียนค่อนข้างครอบคลุมแน่นอน (เพราะว่ามีเด็กนักเรียนอยู่ในโรงเรียนสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้แน่นอน) แต่ผลกระทบระดับประชากรของโปรแกรมเหล่านี้ในการลดอันตรายต่ำ

นโยบายปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มในพื้นที่สาธารณะ (เช่น งานมหรหรรรม หรือสนามกีฬา) ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในระยะไม่กี่ปีนี้ และจำนวนของหลักฐานวิชาการในประเด็นผลของกิจกรรมดังกล่าวก็มีเพิ่มขึ้นด้วย ข้อสรุปจากงานวิจัยในประเด็นนี้พบว่า กลยุทธ์เหล่านี้มีผลกระทบต่อการดื่มเพียงเล็กน้อย ประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่เราเจอจากการรวบรวมผลการศึกษาเรื่องนี้คือ การบังคับใช้กฎหมายในสถานการณ์จำกัดจุดขายและจุดบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยในการป้องกันภาวะมีนิเมา แต่ถึงแม้จะมีการบังคับให้มีการอบรม **ผู้ชายให้มีความรับผิดชอบในการขาย (responsible beverage service)** แต่หากอยู่ในบริบทที่มีการบังคับใช้กฎหมายต่ำ หรือไม่มีการตรวจตราอย่างสม่ำเสมอ หรือการแสดงให้เห็นทราบว่า จะมีการระงับใบอนุญาตหากยังขายให้ลูกค้าที่มีนิเมาแล้วจริง การอบรมดังกล่าวก็แทบไม่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การเฝ้าติดตามการกระทำผิดกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายเป็นกระบวนการที่มีต้นทุน แม้ว่ารัฐอาจจะมีรายได้จากการชำระค่าปรับก็ตาม แนวทางที่มุ่งเป้าไปยังการลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มหรืออันตรายก็ให้ผลลัพธ์ต่ำเช่นกัน ท้ายที่สุดแล้ว ความยั่งยืนของนโยบายกลุ่มนี้ต้องการการดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วย

ในหลายประเทศ การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นมาตรการลำดับแรกในการจัดการปัญหาจากแอลกอฮอล์ ภายใต้ข้อสมมติฐานว่า หากคนที่ดื่มและติดแอลกอฮอล์สามารถเลิกหรือลดการดื่มได้ จะช่วยลดปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์ต่อสังคมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 13 พบว่า บริการบำบัดรักษาหลายชนิดมีหลักฐานดีในแง่ของประสิทธิภาพในระยะสั้นรายบุคคล แต่ใช้ต้นทุนสูงในการดำเนินการและการรักษาระบบให้คงอยู่ ยกเว้นการบำบัดแบบช่วยเหลือกันเอง ในระดับประชากร การบำบัดรักษามีผลกระทบต่อจำกัด เพราะการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์ ไม่ได้เป็นประโยชน์กับผู้เข้ารับบริการบำบัดทุกคน และผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มของตนเองหรือผู้อื่นเพียงบางส่วนเท่านั้นที่จะเข้ามาสู่การรักษา แม้กระทั่งการบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและแบบอันตรายที่ยังไม่ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งมีหลักฐานว่า การบำบัดมีประสิทธิภาพดี ก็ยังทำได้จำกัดเฉพาะสถานบริการสุขภาพที่มีการคัดกรองแบบครอบคลุมเป็นประจำ และเจ้าหน้าที่ในระบบได้รับการฝึกอบรมมา แม้ว่าการบริการบำบัดรักษาและการบำบัดแบบย่อเป็นงานที่ต้องทำในสังคมที่มีมนุษยธรรม ผลของมันต่ออัตราปัญหาในระดับประชากรรวมยังจำกัดมาก

16.2.3 มาตรการที่ไร้ประสิทธิภาพและทางเลือกนโยบายที่อาจเป็นอันตราย

ในตารางนี้ เราได้ระบุถึงนโยบายที่ดำเนินการด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งมักจะทำให้การซื้อและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น มาตรการเหล่านี้ถือว่า ไม่มีประสิทธิภาพและอาจเป็นอันตรายในมุมมองด้านสาธารณสุข มาตรการที่เพิ่มให้เยาวชนเข้าถึงสื่อการตลาดดิจิทัลหรือสื่อดั้งเดิม จะเพิ่มความซับซ้อนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ นอกจากนี้นโยบายที่อาจเป็นอันตรายเหล่านี้แล้ว ยังมีมาตรการต่าง ๆ ซึ่งพบว่า ไม่มีประสิทธิภาพ แต่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักสนับสนุนให้เป็นทางเลือกแทนนโยบายที่มีประสิทธิภาพ ที่จัดอยู่ในกลุ่มนโยบายชั้นดีที่สุด (best buy) และนโยบายชั้นดี (good buy) ที่อธิบายไว้ในหนังสือเล่มนี้ ในบรรดามาตรการประเภทนี้ การควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์ด้วยตนเองภาคสมัครใจ โปรแกรมการดื่มอย่างปลอดภัย ที่สนับสนุนโดยอุตสาหกรรมสุรา และโปรแกรมกำหนดตัวผู้ขับขี่ เป็นโปรแกรมที่ยังไม่ถูกประเมินผล หรือประเมินแล้วพบว่า ไม่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผลกระทบที่คาดไว้ของมาตรการให้ความรู้ในโรงเรียนรูปแบบดั้งเดิม และการให้ข้อมูลสาธารณะเกี่ยวกับการดื่มก็ต่ำเช่นกัน การให้ความรู้อย่างเดียวมักมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ แต่ไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มหรือปัญหา ดังนั้น จึงถูกประเมินว่า มีประสิทธิภาพระดับต่ำ

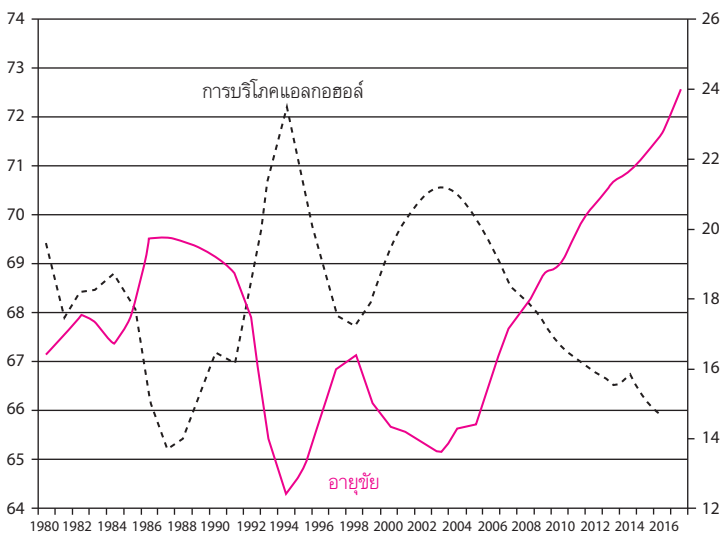
16.3 การเสริมสร้างประสิทธิภาพของนโยบาย: สภาพแวดล้อมของนโยบาย

นโยบายแอลกอฮอล์มักไม่ใช่เป็นนโยบายที่ดำเนินการอย่างอิสระและแยกตัวจากมาตรการอื่น ๆ และแนวโน้มในสังคม มาตรการนโยบายต่าง ๆ มักจะถูกหล่อหลอมมาจนเป็นสภาพปัจจุบัน และถูกนำมาใช้งานมาเป็นเวลานานในลักษณะกระจายแยกส่วน และไม่ประสานเชื่อมกัน ส่วนหนึ่งเกิดเนื่องจากประเด็นนโยบายที่ครอบคลุมหลากหลาย ตามที่เราได้กล่าวถึงในบทที่ 14 กรม กอง หน่วยงานรัฐและกระทรวงต่าง ๆ ต่างก็มีส่วนงานที่ต้องรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแอลกอฮอล์ ด้วยเหตุนี้ ประเทศส่วนใหญ่จึงไม่มีชุดนโยบายแอลกอฮอล์ชุดเดียวที่ครอบคลุมและสอดคล้องกัน แต่มีนโยบายหลายสิบนโยบายที่บางครั้งอยู่บนพื้นฐานของสมมติฐานที่แตกต่างกันอย่างมาก ซึ่งเกิดขึ้น

จากบทบาทของแอลกอฮอล์ในสังคมและธรรมชาติของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามที่แต่ละพื้นที่ต้องเผชิญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบาย นโยบายแอลกอฮอล์จะเกิดประโยชน์สูงสุดได้จากการประสานงานและบูรณาการที่ดี แต่จากประสบการณ์ ผลลัพธ์ในเชิงบวกไม่สามารถทำได้ง่าย ๆ โดยการเรียกตัวแทนของกระทรวงและหน่วยงานต่าง ๆ ให้มาตกลงกันเกี่ยวกับนโยบายระดับชาติ ด้วยขอบเขตและความรับผิดชอบที่แตกต่างกันของหน่วยงานต่าง ๆ ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะเป็นการได้นโยบายที่มีลักษณะร่วมกันน้อยที่สุด หากเป้าหมายของการสร้างนโยบายคือ การมีส่วนร่วมผสมที่มีประสิทธิภาพของกฎหมายและกฎระเบียบเพื่อนำไปใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะแล้ว หน่วยงานที่จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือจึงควรเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม เพราะเป็นหน่วยงานที่มีความสนใจหลัก รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่เพียงพอที่จะมีอิทธิพลต่อหน่วยงานรัฐอื่น ๆ ที่มีความสนใจที่แตกต่างกัน และมีอำนาจเชิงอุดมคติที่เข้มแข็งกว่า (Stronger ideological power) (Feiock, 2013)

แทนที่จะใช้กลยุทธ์เดียวที่มีเนื้อหาแยกเป็นส่วน ๆ ที่แตกต่างกันโดยปราศจากเหตุผลที่ครอบคลุมไปยังมิติอื่น วิธีที่เราจะสร้างนโยบายที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดน่าจะเป็นการใช้กลยุทธ์ครอบคลุมที่มุ่งเน้นในการลดความสามารถในการซื้อ ความสะดวกในการเข้าถึง และความน่าดึงดูดใจของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับนโยบายที่เฉพาะเจาะจง (เช่น มาตรการรับมือในการดื่มแล้วขับ) ที่สามารถลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้ หลายกลยุทธ์ร่วมกันเป็นระบบ การศึกษาที่แสดงถึงศักยภาพของสภาพแวดล้อมทางนโยบายที่มีผลต่อสาธารณสุขที่ให้ผลเป็นรูปธรรมชัดเจนที่สุดคือ งานศึกษาของ Nemstov และคณะ (2019) ว่าด้วยอายุขัยเฉลี่ยของประชากรและสาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ซึ่งศึกษาในประเทศรัสเซียในช่วงปี ค.ศ. 1980-2017 ซึ่งเราได้แสดงให้เห็นผลการศึกษาในภาพที่ 16.1 แนวโน้มของปริมาณการดื่มในประเทศสะท้อนถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากร และทั้งสองสิ่งนี้ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการกำหนดนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนบริบทเรื่องสภาพเศรษฐกิจของสังคมในแต่ละช่วงสมัย ปริมาณการบริโภคลดลงในครั้งแรก (ของช่วงการศึกษา) ในช่วงกลางทศวรรษที่ 1980 เนื่องจากมีนโยบายจำกัดการผลิต จำกัดการเข้าถึง และมีการเคลื่อนไหวต่อต้านการดื่มแอลกอฮอล์ในยุคสมัยของประธานาธิบดีมิกฮาอิล กอบาเชฟ การลดลงของปริมาณการดื่มในช่วงที่สองเกี่ยวข้องกับวิกฤติเศรษฐกิจซึ่งเป็นผลจากนโยบายปฏิรูปเศรษฐกิจ

ในทศวรรษ 1990 การลดลงครั้งที่สามซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการลดลงยาวนานที่สุดเกิดจากนโยบายจำนวนมากที่เริ่มในช่วงปี ค.ศ. 2003 เช่น นโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำของวอดก้า ตามด้วยการจำกัดการทำการตลาดในปี ค.ศ. 2004 การจัดการแอลกอฮอล์นอกระบบในปี ค.ศ. 2006 และการห้ามขายทางอินเทอร์เน็ตในปี ค.ศ. 2007 รวมไปถึงนโยบายด้านการควบคุมการเข้าถึงและการเพิ่มภาษีซึ่งพัฒนามาต่อเนื่องตลอดช่วงของการศึกษาด้วยตัวเลขสหสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มต่อประชากรและอายุขัยเฉลี่ยที่ -0.91 (Nemtsov *et al.*, 2019) แสดงให้เห็นว่า แอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าทั่วไป ยังมีปริมาณการดื่มมากขึ้นเท่าไร อายุขัยเฉลี่ยของประชากร (ซึ่งเป็นดัชนีทางสาธารณสุขที่สำคัญที่สุด) จะลดไปด้วย การพัฒนานโยบายสาธารณสุขในเรื่องนี้จึงเป็นการเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยแก่ประชากรด้วยเช่นกัน



ภาพที่ 16.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อหัวประชากรและอายุขัยในสหพันธรัฐรัสเซียระหว่าง ค.ศ. 1980 และ 2016 เส้นเข้ม = อายุขัย (ทั้งสองเพศ) เส้นประ = ปริมาณการบริโภคโดยรวมของประชากรอายุ 15 ขึ้นไป

ทำซ้ำโดยได้รับอนุญาตจาก Nemtsov N, Neufeld M, and Rehm J (2019) Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80: 489-98.

นอกจากข้อค้นพบจากการศึกษาระยะยาวจากประเทศรัสเซียแล้ว เรายังพบผลการศึกษาแบบเดียวกันจากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) จำนวนมากจากหลายประเทศทั่วโลก (Brand *et al.*, 2007; Xuan *et al.*, 2015; Cherpitel *et al.*, 2018; Korcha *et al.*, 2018) แม้ว่าจะมีข้อจำกัดของการศึกษาแบบภาคตัดขวางในการบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น แต่กระนั้นก็ตาม ข้อค้นพบที่สอดคล้องกันคือ สภาพแวดล้อมด้านนโยบายแอลกอฮอล์ที่ประกอบด้วยมาตรการที่มีหลักฐานวิชาการรองรับในการควบคุมการเข้าถึง จำกัดความสะดวกในการซื้อขาย และทำให้ผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ลดความน่าสนใจ มีผลสูงในการทำให้การดื่มลดลงและปัญหาจากการดื่มลดลงด้วย

การแสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายแอลกอฮอล์สามารถส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพของประชาชนและความผาสุกทางสังคมเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีสำหรับผู้ผลักดันนโยบาย แต่มันทำให้เกิดคำถามขึ้นเสมอว่า งานวิจัยด้านนโยบายจะช่วยในการพัฒนานโยบายได้อย่างไร ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 14 และ 15 กระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับรัฐบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและการบังคับใช้นโยบายในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ กระบวนการนี้มีกฎเกณฑ์โดยบุคคลและเหตุการณ์เฉพาะหน้าบางเหตุการณ์ที่นำประเด็นนโยบายแอลกอฮอล์มาสู่ความสนใจของสาธารณชน นอกจากนี้ กระบวนการนี้ยังได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ บรรทัดฐาน ค่านิยมของประชาชน ผู้กำหนดนโยบาย และสื่อ ซึ่งในทางกลับกันข้อมูล que ผู้พัฒนานโยบายได้รับก็มาจากองค์ประกอบที่หลากหลาย (เช่น องค์กรวิชาชีพและสาธารณประโยชน์ ชุมชนวิจัย กระทรวงของรัฐบาล) กระบวนการนี้มีส่วนทำให้เกิดการผสมผสานนโยบาย ซึ่งจะต้องรวมถึงกลยุทธ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากร (เช่น การควบคุมราคา การจำกัดความพร้อม การห้ามทำการตลาด) ตลอดจนมาตรการให้ความรู้และมาตรการลดอันตรายที่เน้นไปที่นักดื่มที่มีความเสี่ยงสูง ในสังคมใด ๆ ก็ตาม นโยบายเหล่านี้ไม่ว่าจะเดี่ยวหรือร่วมกัน รวมทั้งบทบาทของแอลกอฮอล์ในสังคม มีผลต่อขอบเขตที่การดื่มจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และจะสะท้อนให้เห็นออกมาในลักษณะของปริมาณการดื่มรวม รวมทั้งการดื่มของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งโดยรวมจะมีผลต่อขนาดของอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมนั้น

16.4 ต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิภาพของนโยบายแอลกอฮอล์: เหตุผลสำหรับการมีสภาพแวดล้อมนโยบายที่เข้มแข็งกว่า

นโยบายที่มีประสิทธิภาพสามารถลดต้นทุนมหภาคทั้งทางสังคมและทางการแพทย์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ Chisholm และคณะ (2018) ได้สร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์เพื่อประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าของมาตรการ 5 ด้านที่ได้กล่าวถึงในบทที่ 7 ถึงบทที่ 13 ของหนังสือเล่มนี้ ได้แก่ การบำบัดทางจิตสังคมแบบย่อ การเก็บภาษีสรรพสามิต การจำกัดการทำการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดการเข้าถึงสินค้า และกฎหมายว่าด้วยการดื่มแล้วขับ โดยตัวเลขของต้นทุนในการดำเนินการนโยบายถูกคำนวณในสกุลดอลลาร์สากล และประสิทธิภาพของนโยบายแสดงในรูปจำนวนปีที่ประชากรมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจาก 16 ประเทศที่มีทั้งประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ กลาง และสูง สอดคล้องกับการจัดอันดับสรุปที่แสดงในตารางที่ 16.1 การเพิ่มภาษีสรรพสามิตมีต้นทุนต่ำ และมีอัตราส่วนต้นทุนต่อผลกระทบที่น่าพอใจอย่างมากทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและสูง การจำกัดการทำการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการจำกัดการเข้าถึงให้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในแง่ต้นทุนการดำเนินการและประสิทธิภาพ ทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและสูง การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการดื่มแล้วขับโดยการตั้งจุดตรวจคนเมา และการบำบัดทางจิตสังคมแบบย่อก็คุ้มค่าเช่นกัน แต่ในระดับที่น้อยกว่า นโยบายบางอย่างมีผลพลอยได้ในเชิงบวกเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ประโยชน์เพิ่มเติมของภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ รายได้ที่ได้จากภาษีสามารถจัดสรรเพื่อเป็นทุนสำหรับบริการบำบัดรักษาและโปรแกรมการป้องกัน ตลอดจนการบังคับใช้นโยบายแอลกอฮอล์อื่น ๆ เป็นต้น

16.5 บทบาทของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์

ในบทที่ 5 ได้อธิบายการเติบโตของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแง่ของความเข้มข้นทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้ผลิตรายใหญ่ ซึ่งแผ่ขยายอิทธิพลไปทั่วระบบเศรษฐกิจโลก ผู้ผลิตเหล่านี้สามารถใช้การออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ และเทคนิคการตลาดที่ซับซ้อนเพื่อสร้างนักดื่มรายใหม่และส่งเสริมให้ผู้บริโภคดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในโอกาส

ต่างๆ ที่กว้างขึ้น ดังที่ระบุไว้ในบทที่ 14 อุตสาหกรรมยังมีบทบาทที่มีอิทธิพลมากขึ้นในกระบวนการกำหนดนโยบาย โดยส่งเสริมแนวทางที่เป็นการรวม “พันธมิตร” ระหว่างอุตสาหกรรมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข หน่วยงานของรัฐ และนักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ การเข้าไปมีส่วนร่วมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อในทางลบ เมื่อผลประโยชน์สาธารณะขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของอุตสาหกรรมในการเพิ่มยอดขาย ซึ่งกลุ่มอุตสาหกรรมพยายามใช้กลยุทธ์หลักสามประการ (1) การรักษาภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ต่ำที่สุด (2) ขยายการยอมรับสถานการณ์ในการดื่ม และ (3) หลีกเลี่ยงกฎระเบียบของรัฐบาลด้านการตลาดและกิจกรรมส่งเสริมการขายอื่น ๆ เมื่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ มีการให้นิยามสถานการณ์เช่นนี้ว่า โรคที่เกิดจากอุตสาหกรรม (corporate-induced disease) (Rene Jahiel, 1989) ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของอุตสาหกรรมในกระบวนการสร้าง หรือผลักดันนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อกำหนดนโยบายในการลดการดื่มและปัญหาจากการดื่มทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น ผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขและสวัสดิภาพของสังคมจะดีที่สุดเมื่อแยกกระบวนการตัดสินใจทางนโยบายออกจากผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมอย่างชัดเจน

องค์การอนามัยโลก (WHO) และประเทศสมาชิกจำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษต่อภาคเอกชนเหล่านี้ (World Health Organization, 2016) องค์การสหประชาชาติอื่น ๆ เช่น โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้จัดประเภทอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งใน “ภาคส่วนที่มีความเสี่ยงสูง” (high-risk sectors) สำหรับการปฏิสัมพันธ์ทางธุรกิจระหว่างองค์การสหประชาชาติ (Martens and Seitz, 2019) ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญของ WHO จึงแนะนำว่า WHO จะต้องรักษาสถานภาพของการไม่ร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป โดยจะมีปฏิสัมพันธ์ที่จำกัดเฉพาะการมีส่วนร่วมของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ในบริบทที่จำกัดในฐานะผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย และผู้ทำการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ไม่ใช่ในแง่ของการพัฒนานโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการส่งเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 2007, p. 48) นอกจากนี้ยังบอกเป็นนัยว่า WHO ควรส่งเสริมให้รัฐบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในรูปแบบที่คงไว้ซึ่งความเป็นอิสระอย่างสมบูรณ์จากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

16.6 ความจำเป็นในการทำให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าถึงวิทยาศาสตร์ได้มากขึ้น

เนื่องจากทั้งการเข้าถึงและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม สังคม และการเมืองที่ซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงนโยบายจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง ค่อยเป็นค่อยไป ทดลองที่ละเล็กที่ละน้อยเป็นระยะ เพื่อประเมินทั้งผลกระทบเชิงบวกและผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น ความรู้ที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคมไม่ได้เกิดขึ้นจากสาขาวิชาหรือระเบียบวิธีวิจัยเพียงประเภทเดียว ดังนั้น การวิจัยแบบสหสาขาวิทยาการจึงควรมีบทบาทสำคัญ โดยนำวิธีการทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ด้านประชากรมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และการป้องกันปัญหา

โดยทั่วไปแล้วผู้กำหนดนโยบายมักไม่มีเวลา หรือได้รับการฝึกอบรม ให้อ่าน ย่อย เนื้อหา ทำความเข้าใจ และตัดสินใจตามผลการวิจัยที่รายงานในเอกสารทางวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ความรับผิดชอบในการแปลผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ให้เป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพจึงควรเป็นของหน่วยงานภาครัฐและกลุ่มที่ต้องรักษาผลประโยชน์สาธารณะทั้งหลาย การปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ได้งานวิจัยที่จะช่วยตอบโจทย์ สังเคราะห์คำตอบ และสื่อสารผลการวิจัย จะเกิดผลดีต่อทั้งผู้กำหนดนโยบายและสาธารณชนจะช่วยเพิ่มโอกาสในการนำนโยบายที่คุ้มค่าแก่การนำมาใช้ให้เกิดขึ้นจริง

นอกจากนี้ นักวิชาการยังต้องตระหนักด้วยว่า เราจำเป็นต้องติดตาม ประเมินผล และวิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการดำเนินการ เพื่อให้เกิดขึ้นและคงอยู่ในสังคมใด ๆ ที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการดำเนินการต่อไปของชุดนโยบายในบริบทสถานการณ์เฉพาะของสังคมนั้น

นโยบายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มักจะอยู่บนพื้นฐานที่มากกว่าวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ โดยมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นจากการผสมผสานของความเหมาะสมทางการเมือง ผลประโยชน์ทางการค้าและรายได้ สามัญสำนึก และความกังวลด้านความปลอดภัยสาธารณะ ความสงบเรียบร้อยของประชาชน และสาธารณสุข วิทยาศาสตร์อาจแสดงให้เห็นว่าจะเกิดอะไรขึ้น หากคุณเพิ่มหรือทำให้นโยบายบางอย่างอ่อนแอลง แต่ความรู้ที่จำเป็นต้องสมดุลกับค่านิยมและความมุ่งมั่นทางการเมือง อย่างไรก็ตาม ความจริงที่ว่า การกำหนดนโยบาย

จำเป็นต้องมีข้อพิจารณาหลายข้อ ไม่ควรเป็นสิ่งที่คิดขวางรัฐในการให้ความสนใจใกล้ชิดต่อแนวทางการนำวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างชาญฉลาดและมีประสิทธิภาพ

16.7 นโยบายแอลกอฮอล์และศาสตร์ด้านแอลกอฮอล์ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง

ข้อมูลจากการวิจัยที่ใช้ประกอบในหนังสือเล่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษาในประเทศที่มีตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อิมตัวในประเทศที่มีระดับรายได้สูง แต่ขณะนี้ม้งานวิจัยในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) เติบโตขึ้นมาก ดังที่ระบุไว้ในบทที่ 4 (ภาพที่ 4.1) ภาระการเจ็บป่วยที่เกิดจากแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับระดับรายได้ของประเทศ (World Health Organization, 2018, p. 83) แม้จะมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำก็ตาม ปริมาณแอลกอฮอล์บริโภคที่เท่ากันทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น 3.7 เท่า ในแง่ของจำนวนปีในชีวิตที่ปรับความทุกข์พลภาพเนื่องจากแอลกอฮอล์ (alcohol attributable disability-adjusted life years) ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ เมื่อเทียบกับในประเทศที่มีระดับรายได้สูง (คำนวณจากองค์การอนามัยโลก, 2018, หน้า 57 และ 83)

ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 3 และ 4 ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง และต่ำมาก แอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เสียชีวิตและทุกข์พลภาพก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์และการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ (World Health Organization, 2018, p. 83) และในปัจจุบันนี้ ปริมาณการบริโภคต่อหัวกำลังเติบโตในประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ของเอเชียและแอฟริกา ระดับการบริโภคโดยรวมที่ค่อนข้างต่ำในพื้นที่เหล่านี้สะท้อนถึงระดับการไม่ดื่มที่สูงขึ้น แต่ในบรรดาผู้ดื่มในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลางจำนวนมาก รูปแบบของการดื่มหนักเป็นครั้งคราวนั้นเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บและปัญหาแอลกอฮอล์เฉียบพลันอื่น ๆ สิ่งนี้ทำให้เกิดภาระหนักกับงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดในการปกป้องสุขภาพ สวัสดิภาพ และความปลอดภัยสาธารณะ เมื่อเกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตาม

รายได้ที่เพิ่มขึ้น จุดจำหน่ายที่เพิ่มขึ้น และการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำในเชิงรุกมากขึ้น (Rehm *et al.*, 2021a) สถานการณ์นี้ทำให้เกิดความท้าทายใหม่ในการพัฒนานโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อต่อต้านผลกระทบร่วมสมัยในทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งมักเกี่ยวกับการค้าเสรีและการทำการตลาดอย่างเข้มข้นของอุตสาหกรรม ตามการเน้นย้ำนี้ ความตกลงการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ รวมไปถึงหน่วยงานด้านการเงิน ได้รื้อถอนมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพจำนวนมากเพื่อทำให้การค้าทำได้ง่ายขึ้น แม้จะมีจุดอ่อนที่เกี่ยวข้องในฐานการวิจัยนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง แต่หลักฐานที่มีอยู่ยืนยันว่า กลยุทธ์ที่แนะนำโดยการวิเคราะห์ที่น่าเสนอในหนังสือเล่มนี้สามารถนำมาใช้ได้ในวงกว้าง (เช่น Room *et al.*, 2002, 2013; Gururaj *et al.*, 2021; Medina-Mora *et al.*, 2021; Morojele *et al.*, 2021; Neufeld *et al.*, 2021) ภายในบริบทนี้ ประเทศที่มีเศรษฐกิจเติบโต โดยเฉพาะประเทศที่มีตลาดแอลกอฮอล์ขยายตัว จำเป็นต้องพัฒนาขีดความสามารถในการประเมินสถานการณ์ภายในของนโยบายแอลกอฮอล์ของตนเอง

16.8 การปฏิรูปธรรมาภิบาลแอลกอฮอล์ทั่วโลกเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข

ในบทที่ 15 ได้แสดงให้เห็นว่า นโยบายหลายอย่างที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ไม่ได้มาจากมุมมองด้านสาธารณสุข แต่มาจากความกังวลของหน่วยงานรัฐอื่น ๆ เช่น การพาณิชย์ การเงิน หน่วยบังคับใช้กฎหมาย และหน่วยงานสวัสดิการสังคม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องขยายขอบเขตของการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานระดับนานาชาติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากกว่าองค์การอนามัยโลก ดังที่หนังสือเล่มนี้ได้แสดงให้เห็น ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญของอันตรายจากแอลกอฮอล์คือ ความเคลื่อนไหวของกลุ่มอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ที่ผลิตแอลกอฮอล์ขาย ได้กำไรมา และให้ทุนสนับสนุนด้านการตลาดผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล สิ่งเหล่านี้ไม่อยู่ภายใต้กฎระเบียบระหว่างประเทศ และโครงสร้างโลกาภิวัตน์ที่

พวกเขาสร้างขึ้นนั้นมีความชัดเจนว่า ชัดขวางต่อกฎระเบียบในระดับชาติ ในขณะที่กลุ่มอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ข้ามชาติทำงานอย่างแข็งขันในการขยายขอบเขตการตลาดในระดับโลก แต่ดูเหมือนว่า ขณะนี้รัฐบาลต่าง ๆ ไม่ได้ร่วมมือกันเพื่อให้การตอบสนองที่ครอบคลุมต่อประเด็นต่างๆ เช่น การตลาดข้ามพรมแดนและการปกป้องนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มอุตสาหกรรม

เมื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกพิจารณาว่า เป็นสินค้าโภคภัณฑ์ทั่วไป ซึ่งเป็นมุมมองที่มอบประโยชน์ให้กับความตกลงการค้าและการลงทุน มุมมองด้านนี้มักเป็นอุปสรรคต่อนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจุดมุ่งหมายชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (ดูบทที่ 15) จากการเน้นย้ำความสำคัญของความตกลงทางการค้าและการลงทุน ข้อตกลงเหล่านี้ได้ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยสำหรับประเทศต่าง ๆ ในการรื้อถอนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงกฎระเบียบของการทำการตลาดหรือการขายในแพลตฟอร์มดิจิทัล เมื่อพิจารณาถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่น รวมถึงผู้ดื่มด้วย (ดูบทที่ 4) เรายิ่งพบว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจสอบให้มีสนธิสัญญาควบคุมแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ มีการเรียกร้องซ้ำแล้วซ้ำเล่าสำหรับการบูรณาการและยึดด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสนธิสัญญาดังกล่าวตั้งแต่ช่วงเปลี่ยนศตวรรษ (ปี ค.ศ. 2000) โดยนักวิชาการ องค์กรวิชาชีพ เช่น สมาคมการแพทย์โลก คณะกรรมการขององค์การอนามัยโลกและหน่วยงานที่ปรึกษาทางเทคนิค และรัฐบาลของประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง (Casswell, 2019) หากสนธิสัญญาดังกล่าวระบุถึงรายละเอียดการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย จะตรงกับความสำเร็จของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ WHO และจะมีลักษณะบางอย่างร่วมกับสนธิสัญญาดังกล่าว แต่มีองค์ประกอบเพิ่มเติมที่พิจารณาว่า แอลกอฮอล์เป็นสารที่ทำให้เกิดความมึนเมาทางจิตประสาท และมีบทบัญญัติสำหรับการควบคุมการค้าระหว่างประเทศ เช่นเดียวกับที่มีในสนธิสัญญาควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (Casswell and Tamarangsi, 2009; Room and Cisneros Örnberg, 2020)

16.9 โอกาสพิเศษ

บนพื้นฐานของหลักฐานที่รวบรวมไว้ในหนังสือเล่มนี้ เราได้พบโอกาสต่าง ๆ มากมายที่น่าสนใจในการเสริมสร้างการตอบสนองทางนโยบายต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ข้อควรพิจารณาต่อไปนี้นับสนับสนุนข้อสรุปนี้

- โอกาสที่มากมาย: ทางเลือกนโยบาย 69 ทางที่เราได้กล่าวถึงในบทที่ 7-13 และ 53 ทางที่มีหลักฐานจากการวิจัยที่แสดงถึงประสิทธิภาพ ทำให้เราเห็นว่าเรามีทางเลือกของกระบวนการและนโยบายที่ดีมากมายให้ผู้พัฒนาโยบายเลือกใช้ แต่ละทางเลือกเหล่านี้สมควรได้รับการพิจารณาแยกจากกัน ดังที่เราได้อภิปรายกันก่อนหน้านี้ แต่ความกว้างขวางของทางเลือกเหล่านี้มีรายละเอียดเฉพาะตัวของตัวเอง
- โอกาสในการรวมกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนเข้ากับนโยบายภาพรวมที่บูรณาการ: นโยบายแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อใช้กลยุทธ์ระดับประชากรที่หลากหลายร่วมกัน เพื่อลดการดื่มหนัก ตัวอย่างเช่น ในประเทศลิทัวเนียและรัสเซียในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มาตรการที่ทำให้แอลกอฮอล์มีราคาแพงขึ้น เข้าถึงได้น้อยลง และลดการส่งเสริมการขาย ส่งผลให้ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายจากแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมาก (Nemtsov *et al.*, 2019; Neufeld *et al.*, 2021)
- การวิจัยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลของนโยบายได้: ปัจจุบันเรามีระเบียบวิธีวิจัยที่ดีมากในการตรวจสอบและวัดผลของการมีส่วนร่วมของแอลกอฮอล์ต่อภาวะโรค รวมไปถึงประสิทธิผลของการตอบสนองทางนโยบายต่าง ๆ โดยที่สามารถเก็บข้อมูลในลักษณะดังกล่าวได้ทั่วโลก แทนที่จะมองว่านโยบายควบคุมแอลกอฮอล์เป็นวิธีแก้ปัญหาที่คงเส้นคงวา หรือหวังว่าจะเป็น “การยิงในความมืด” ตอนนี้เป็นยุคสมัยที่เราใช้ประโยชน์จากการวิจัยทางระบาดวิทยาและการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาโยบายซึ่งสนับสนุนซึ่งกันและกันและสามารถทำงานร่วมกัน เราเชื่อว่า เป็นเรื่องที่ถูกต้องที่จะใช้

กระบวนการทางวิทยาศาสตร์อย่างเข้มงวด และการวิจัยสามารถแยกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า ออกจากนโยบายที่ไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพ และไม่คุ้มค่า ทั้งในด้านสาธารณสุขรวมไปถึงมุมมองด้านอื่น ๆ ด้วย การติดตามและวิเคราะห์ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการปรับปรุงให้ดีขึ้น และควรจัดหาเงินทุนสำหรับการวิจัยดังกล่าวให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการตามแผนของนโยบาย

- โอกาสในการเสริมสร้างความตระหนักและการสนับสนุนจากสาธารณชน: ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากงานวิจัยในหนังสือเล่มนี้ในบางส่วนควรเป็นประชาชนทั่วไป จึงมีความจำเป็นต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการแปลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นภาษาธรรมดาสำหรับสื่อสารกับประชาชนทั่วไป สื่อมวลชน ผู้นำทางความคิด และประชาสังคม การทำให้ข้อมูลเป็นสาธารณะเพียงพอ (โปร่งใส เข้าใจง่าย ถูกต้อง) จะช่วยสร้างการสนับสนุนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับแอลกอฮอล์จากประชาชนได้
- ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการตอบสนองต่อแอลกอฮอล์: หนังสือเล่มนี้มีมุมมองที่เป็นสากลมาโดยตลอด งานวิจัยที่เรานำเสนอและทางเลือกนโยบายที่เราได้อธิบายมานั้นมาจากประสบการณ์ในหลายประเทศ ความตกลงการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศและกิจกรรมระดับโลกของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติทำให้มุมมองระหว่างประเทศเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญ มีโอกาสมากมายที่จะเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศและการแข่งขันประสบการณ์ในด้านนี้บทบาทขององค์การอนามัยโลกควรเป็นศูนย์กลาง แม้ว่าความเสียหายทางสังคมและสวัสดิการจากแอลกอฮอล์ ซึ่งให้เห็นว่า องค์การอนามัยโลกไม่ควรเป็นหน่วยงานระดับนานาชาติเพียงหน่วยเดียวเท่านั้นที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับนโยบายแอลกอฮอล์ในมุมมองของเรา ข้อค้นพบจากการวิจัยเป็นกรณีตัวอย่างที่ดีที่สุดสำหรับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของความคิดริเริ่มของ WHO ในด้านแอลกอฮอล์และสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมแอลกอฮอล์ ความ

คิดริเริ่มว่าด้วยมาตรการ SAFER ของ WHO ซึ่งเปิดตัวในปี ค.ศ. 2018 เพื่อส่งเสริมกลยุทธ์และกระบวนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ แต่จะต้องได้รับการสนับสนุนในระดับประเทศมากกว่านี้ รวมไปถึงการเพิ่มสนธิสัญญาด้านสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการควบคุมการปฏิบัติในอุตสาหกรรม เช่น การตลาดแอลกอฮอล์ข้ามพรมแดน

16.10 บทสรุป

ความแตกต่างระหว่างนโยบายแอลกอฮอล์ที่ดีและไม่ดีไม่ใช่สิ่งที่เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ แต่มักเป็นเรื่องของความเป็นความตายที่เกิดขึ้นจริง มีตัวเลขที่สามารถตรวจวัดได้ หนังสือเล่มนี้ได้แสดงให้เห็นชัดเจนถึงโอกาสที่นโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อันเป็นผลมาจากการสะสมความรู้ว่า กลยุทธ์ใดทำงานได้ดีที่สุดจะสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่สังคมได้ ข้อเสนอแนะนี้ให้เหตุผลเพียงพอสำหรับการมองโลกในแง่ดี อย่างไรก็ตาม หนังสือเล่มนี้ต้องถูกมองว่า ได้นำข่าวสารที่มีหลักฐานชัดเจนและมักจะไม่ใช่ข่าวที่น่ายินดี เราได้มอบหลักฐานเชิงประจักษ์ชุดใหม่แก่โลกว่า การผลิต การขาย และการตลาดแอลกอฮอล์สร้างความเสียหายอย่างใหญ่หลวงต่อสุขภาพของประชาชนและสวัสดิการในระดับโลก นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นว่า นโยบายในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้มักไม่ได้มาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และยังมีอีกหลายกรณีที่ช่องว่างของการพัฒนานโยบายระดับชาติเต็มไปด้วยกลยุทธ์และกระบวนการที่ไม่ได้รับการประเมินหรือไม่ได้ผล ซึ่งมักได้รับการส่งเสริมโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก

คำถามคือ เราควรมองโลกในแง่ดีหรือมองโลกในแง่ร้าย? คำตอบสำหรับคำถามนั้นอาจขึ้นอยู่กับว่า ในอนาคตมีการใช้นโยบายแอลกอฮอล์ตามหลักฐานที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติหรือไม่ นั่นคือสิ่งที่พลเมืองของประเทศใด ๆ ก็ตามที่มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา และเป็นสิ่งที่พวกเขามีสิทธิ์คาดหวังด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234-2246.
- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS medicine*, 4(4), e151.
- Casswell S. (2019). Current developments in the Global Governance arena: where is alcohol headed?. *Journal of global health*, 9(2), 020305.
- Casswell, S., & Thamarangsi, T. (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 373(9682), 2247-2257.
- Cherpitel, C. J., Witbrodt, J., Korcha, R. A., Ye, Y., Kool, B., & Monteiro, M. (2018). Multi-level analysis of alcohol-related injury, societal drinking pattern and alcohol control policy: emergency department data from 28 countries. *Addiction*, 113(11), 2031-2040.
- Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the "Best Buys" for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(4), 514-522.
- Feiock, R. C. (2013). The Institutional Collective Action Framework. *Policy Studies Journal*, 41(3), 397-425.
- Gururaj, G., Gautham, M. S., & Arvind, B. A. (2021). Alcohol consumption in India: A rising burden and a fractured response. *Drug and alcohol review*, 40(3), 368-384.
- Jahiel R. I. (2008). Corporation-induced diseases, upstream epidemiologic surveillance, and urban health. *Journal of urban health*, 85(4), 517-531.
- Korcha, R. A., Witbrodt, J., Cherpitel, C. J., Ye, Y., Andreceutti, G., Kang, J., & Monteiro, M. (2018). Development of the International Alcohol Policy and Injury Index. *Revista panamericana de salud publica*, 42, e6. doi: 10.26633/RPSP.2018.6.
- Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., & Rehm, J. (2021). The Impact of Unrecorded Alcohol Use on Health: What Do We Know in 2020?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 28-41.

- Lachenmeier, D. W., Taylor, B. J., & Rehm, J. (2011). Alcohol under the radar: do we have policy options regarding unrecorded alcohol?. *The International journal on drug policy*, 22(2), 153-160.
- Mantney, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393(10190), 2493-2502.
- Martens, J., & Seitz, K. (2019). *Rules of engagement between the UN and private actors: towards a regulatory and institutional framework*. Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR. https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/Rules_of_Engagement_UN_Private_Actors_web_0.pdf
- Medina-Mora, M. E., Monteiro, M., Rafful, C., & Samano, I. (2021). Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug and alcohol review*, 40(3), 385-401.
- Mica & Organization Panamericana de la Salud. (Edition of Room et al. 2002 in Spanish with new material updating epidemiology and concerning Latin America)
- Morojele, N. K., Dumbili, E. W., Obot, I. S., & Parry, C. D. H. (2021). Alcohol consumption, harms and policy developments in sub-Saharan Africa: The case for stronger national and regional responses. *Drug and alcohol review*, 40(3), 402-419.
- Nelson, T. F., Xuan, Z., Babor, T. F., Brewer, R. D., Chaloupka, F. J., Gruenewald, P. J., Holder, H., Klitzner, M., Mosher, J. F., Ramirez, R. L., Reynolds, R., Toomey, T. L., Churchill, V., & Naimi, T. S. (2013). Efficacy and the strength of evidence of U.S. alcohol control policies. *American journal of preventive medicine*, 45(1), 19-28.
- Nemtsov, A., Neufeld, M., & Rehm, J. (2019). Are Trends in Alcohol Consumption and Cause-Specific Mortality in Russia Between 1990 and 2017 the Result of Alcohol Policy Measures?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(5), 489-498.
- Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., Breda, J., & Rehm, J. (2021). Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: A narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and alcohol review*, 40(3), 350-367.

- Okaru, A. O., Rehm, J., Sommerfeld, K., Kuballa, T., Walch, S. G., Lachenmeier, D. W. (2019). The threat to quality of alcoholic beverages by unrecorded consumption. In: Grumezescu, A., & Holban, A-M., (eds.). *Alcoholic beverages: 7. the science of beverages* (pp. 1-34). Woodhead Publishing.
- Rehm, J., Babor, T. F., Casswell, S., & Room, R. (2021). Heterogeneity in trends of alcohol use around the world: Do policies make a difference?. *Drug and alcohol review, 40*(3), 345-349.
- Rehm, J., Neufeld, M., Room, R., Sornpaisarn, B., Štelemėkas, M., Swahn, M. H., & Lachenmeier, D. W. (2022). The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: A review and recommendations. *The International journal on drug policy, 99*, 103420.
- Room, R., & Cisneros Örnberg, J. (2020). A Framework Convention on Alcohol Control: getting concrete about its contents. *European Journal of Risk Regulation, 12*(2), 433-443.
- Room, R., Jernigan, D., Carlini-Marlatt, B., Gureje, O., Mäkelä, K., Marshall, M., Medina-Mora, M. E., Monteiro, M., Parry, C., Partanen, J., Riley, L., & Saxena, S. (2002). *Alcohol in developing societies: a Public Health Approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies in collaboration with the World Health Organization.
- Room, R., Jernigan, D., Carlini BH, Gmel, G., Ggureje, O., Mäkelä, K., Marshall, M., Medina-Mora, M.E., Monteiro, M., Natera, G., Parry, C., Partanen, J., Real, T., Rehm, J., Riley, L., Saxena, S., & Shield, K. (2013). *El Alcohol y los Países en Desarrollo: Una Perspectiva de Salud Pública*. Fondo de Cultura Económica and Organización.
- World Health Organization. (2007). *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption: Second Report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/second-report-who-expert-committee-on-problems-related-toalcohol-consumption>
- World Health Organization. (2016). *Framework of engagement with non-State actors*. WHA69.10. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-en.pdf?ua=1

- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- Xuan, Z., Blanchette, J., Nelson, T. F., Heeren, T., Oussayef, N., & Naimi, T. S. (2015). The alcohol policy environment and policy subgroups as predictors of binge drinking measures among US adults. *American journal of public health*, 105(4), 816-822.

Alcohol: **No Ordinary
Commodity**, Third edition

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

อภิธานศัพท์

การเพิกถอนใบขับขี่ตามอำนาจทางปกครอง _____

(Administrative licence revocation; ALR)

: การเพิกถอนใบขับขี่ตามอำนาจทางปกครองโดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการยุติธรรม เช่น ในกรณีที่มีการจับกุมขณะเมาแล้วขับ การถูกตัดสินว่ากระทำผิด หรือปฏิบัติราชการตรวจเลือดหรือการทดสอบลมหายใจ ALR เป็นคำที่ใช้ในสหรัฐอเมริกา ในประเทศอื่นมักใช้คำว่า “การเพิกถอนใบอนุญาต”

กลุ่มอาการติดสุรา _____

(Alcohol dependence syndrome)

: เป็นคำที่ใช้ในการจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตเวช นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1970 เพื่อแทนที่ “โรคพิษสุราเรื้อรัง” ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 11 (ค.ศ. 2016) ใช้คำว่า “การติดสุรา” ซึ่งหมายถึง การมีลักษณะตรงกับเกณฑ์สองในสามข้อ ดังนี้:

- (1) การควบคุมการใช้แอลกอฮอล์บกพร่อง
- (2) การใช้แอลกอฮอล์จนเป็นสิ่งสำคัญมากขึ้นในชีวิต และ
- (3) “การพึ่งพาทางร่างกาย”

ซึ่งระบุโดยอาการดี้อสุรา อาการถอนจากการลดการใช้ หรือการติ่มเพื่อหลีกเลี่ยงอาการถอน ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในสหรัฐอเมริกา ฉบับที่ห้า (DSM-5) (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน, 2013) คำนี้ถูกยกเลิกและเนื้อหาของคำนี้ถูกรวมอยู่ใน “ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากการติ่มสุรา” (Saunders et al., 2019)

การขับขี่ที่บกพร่องจากแอลกอฮอล์ _____
(Alcohol-impaired driving)

: การขับขี่ยานพาหนะขณะมีอาการมึนเมา โดยในทางกฎหมายมักกำหนดตามความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด บางครั้งเรียกว่า เมาแล้วขับ การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ (driving under the influence; DUI) หรือการขับขี่ขณะมึนเมา (driving while intoxicated; DWI) ซึ่งเป็นการขับขี่ยานพาหนะในขณะที่มีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (BAC) เท่ากับหรือสูงกว่าขีดจำกัดที่กฎหมายกำหนด ในระบบกฎหมายบางที่อาจกำหนดจากการทดสอบพฤติกรรมหรือการสังเกตโดยเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย

ภาวะเมาสุรา _____
(Alcohol intoxication)

: ความบกพร่องระยะสั้นของความสามารถในการตัดสินใจ การทำงานของจิตใจ และการเคลื่อนไหว ที่เกิดจากการมีแอลกอฮอล์ในร่างกาย ซึ่งระดับความบกพร่องที่ถือว่า มีภาวะสุราเป็นพิษอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม

พิษสุราเรื้อรัง _____
(Alcoholism)

: คำที่ใช้กันแต่ดั้งเดิมเพื่อระบุถึงการติ่มมากเกินไปอย่างเรื้อรังของผู้ที่มีภาวะติดสุราทางร่างกายและจิตใจ แม้ว่าคำนี้จะยังคงใช้อยู่ทั่วไป แต่ก็ไม่มีคำที่ใช้วินิจฉัยมาเป็นเวลาหลายทศวรรษแล้ว (ดู “กลุ่มอาการติดสุรา”) คำว่า “alcoholic” ยังคงใช้ในการวินิจฉัย เช่น ใน “alcoholic cirrhosis (โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์)” ในความหมายที่แตกต่างจาก “alcohol-involved (ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์)”

การผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**(Alcohol monopoly)**

: การผูกขาดของรัฐบาลในการผลิตและ/หรือการขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางประเภทหรือทุกประเภท เช่น เบียร์ ไวน์ และสุรา หรืออีกทางหนึ่งอาจหมายถึงการห้ามดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิงได้เช่นกัน การผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐบาลเกิดขึ้นในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรปเหนือ และประเทศอินเดีย เพื่อจำกัดปัญหาด้านสุขภาพและสังคม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร**(Alcohol per capita consumption; APC)**

: ปริมาณแอลกอฮอล์รวมต่อหัวประชากร (APC) คือปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งที่อยู่ในระบบและนอกระบบภายในหนึ่งปีปฏิทิน ต่อผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมักแสดงเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ไม่รวมการบริโภคของนักท่องเที่ยว (องค์การอนามัยโลก, 2018) โปรดระวังว่า ค่าเดียวกันนี้มักใช้สำหรับอัตราที่คำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมด รวมถึงผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี

โครงการเพื่อป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์**(Alcohol prevention programmes)**

: โดยทั่วไปมีความหมายถึงโครงการป้องกันที่มีกรให้ความรู้และเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดื่มของวัยรุ่น และการส่งเสริมทักษะทางสังคมทั่วไปและการเห็นคุณค่าในตัวเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของวัยรุ่น คำนี้ยังอาจหมายถึงโครงการลักษณะเดียวกันที่มุ่งเป้าไปที่ประชากรทั่วไปด้วย

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากการดื่มสุรา**(Alcohol use disorder; AUD)**

: ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) เป็นการรวมหมวดหมู่การวินิจฉัยที่เคยแยกจากกันมาก่อนหน้านี้ ได้แก่ การใช้สุราในทาง

ที่ผิดและการติดสุรา ไว้ในหมวดหมู่ความผิดปกติของการใช้สุราหมวดเดียวกัน โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย AUD เมื่อแสดงอาการอย่างน้อยสองอาการจาก 11 อาการในช่วงระยะเวลา 12 เดือน และมีการจัดประเภทย่อยขึ้นอยู่กับจำนวนอาการที่ผู้ป่วยมี (AUD ระดับเล็กน้อย = 2-3 อาการ AUD ระดับปานกลาง = 4-5 อาการ และ AUD ระดับรุนแรง = 6 อาการขึ้นไป) ส่วนในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 11 (ICD-11) ใช้คำว่า “ความผิดปกติเนื่องจากการดื่มสุรา” (รหัส 6C40) ซึ่งเป็นคำเดียวกับฉบับก่อนหน้า แต่ครอบคลุมการวินิจฉัยที่หลากหลายยิ่งขึ้น รวมถึงรูปแบบการดื่มที่เป็นอันตราย การติดสุรา ภาวะถอนพิษสุราโรครจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา และความผิดปกติของความจำหรือภาวะสมองเสื่อมจากการดื่มสุรา

อัลคอป็อป

(Alcopops)

: เรียกว่า สุราผสมสำเร็จ สุราพร้อมดื่ม (RTD) หรือเครื่องดื่มดิไซเนอร์ด้วย เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีกอกแบบมาสำหรับกลุ่มเยาวชน มีลักษณะเป็นน้ำอัดลมใส่สีสังเคราะห์และให้ความหวาน โดยมีส่วนผสมเป็นสุราหรือเครื่องดื่มหมัก มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 5 แต่บางชนิดอาจมีปริมาณสูงกว่านี้

อาร์แร็ก

(Arrack)

: หมายถึง เครื่องดื่มกลั่นประเภทต่าง ๆ ที่ทำจากผลิตภัณฑ์หมักจากพืชท้องถิ่นในหลายส่วนของโลก ซึ่งมักปรุงแต่งกลิ่นรสต่าง ๆ ในอินเดียตะวันออกและอินเดียมักใช้การหมักลูกตาล น้ำผลไม้ ข้าว และอ้อย ในคาบสมุทรบอลข่านมักใช้องุ่นและผลไม้อื่น ๆ ส่วนในตะวันออกกลางมักใช้อินทผลัมและผลผลิตอื่น ๆ

สัดส่วนของความเกี่ยวข้อง

(Attributable fraction)

: อยู่ในสูตร “alcohol-attributable fraction” (AAF) หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยในโรคหรือสาเหตุการเสียชีวิตที่น่าจะเกิดจากการดื่มสุรา

ไป๋จั้ว _____

(Baijiu)

: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสุราจีนดั้งเดิมทุกประเภทที่ผลิตจากเมล็ดพืช ซึ่งส่วนใหญ่กลั่นจากข้าวฟ่างพันธุ์ sorghum หรืออาจผลิตมาจากข้าว ข้าวสาลี ข้าวโพด และข้าวฟ่างพันธุ์ millet โดยทั่วไปมีปริมาณแอลกอฮอล์ระหว่างร้อยละ 35 ถึง 60

การดื่มหนักรวดเดียว _____

(Binge drinking)

: แต่เดิมคำนี้หมายถึงรูปแบบของการดื่มหนักที่เกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง ต่อมาในช่วงกลางศตวรรษที่ยี่สิบและช่วงที่มีการสำรวจทางประชากรระยะแรก ๆ คำนี้หมายถึงมีการดื่มหนักติดต่อกันมากกว่าหนึ่งวันในแต่ละครั้ง (ดื่มหัวราน้ำ) ในปัจจุบันงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาและบางประเทศมีการใช้คำนี้กับผู้ใหญ่ตอนต้นโดยมีความหมายถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 4 หรือ 5 แก้วในครั้งเดียว หรือบางครั้งหมายถึง การดื่มจนทำให้ค่า BAC สูงกว่าที่กำหนด (เช่น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.08) แต่โดยทั่วไปมักหมายถึงการดื่ม 5 แก้วขึ้นไปในผู้ชาย และ 4 แก้วขึ้นไปในผู้หญิง ในช่วงเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด _____

(Blood alcohol concentration/content; BAC)

: ร้อยละ (%) ของเอทานอลในเลือด โดยพิจารณาจากมวลแอลกอฮอล์ต่อมวลเลือด ตัวอย่างเช่น BAC ที่ 0.10 (ร้อยละ 0.10 หรือหนึ่งในสิบของร้อยละ 1) หมายความว่า ในเลือดทุก ๆ 1 เดซิลิตร (100 มล.) มีแอลกอฮอล์ 0.10 กรัม ค่า BAC ยังสามารถได้มาจากการทดสอบลมหายใจหรือการตรวจวัดค่าทางผิวหนัง ซึ่งบางครั้งอาจวัดเป็นหน่วยอื่น เช่น เป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งในกรณีนี้ BAC ที่ร้อยละ 0.1 จะแสดงเป็น 100 มก./เดซิลิตร

การขยายตราสินค้า _____

(Brand stretching)

: การใช้ชื่อแบรนด์ที่มีอยู่เดิมเพื่อเปิดตัวผลิตภัณฑ์ในหมวดหมู่อื่น ตัวอย่างเช่น การใช้โลโก้สินค้าแอลกอฮอล์บนเสื้อหรือเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์

บริการให้การบำบัดแบบย่อ _____

(Brief intervention services)

: การให้การปรึกษาสั้น ๆ ไม่เกิน 10 นาที ซึ่งโดยทั่วไปเป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ บริการให้การบำบัดแบบย่อประกอบด้วย การให้การปรึกษาและการให้ความรู้หนึ่งถึงสามครั้ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อจูงใจให้ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูงลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนหรือลดความเสี่ยงของอันตรายจากการดื่ม มากกว่าที่จะส่งเสริมการเลิกดื่มโดยสิ้นเชิง และเพื่อส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

ชิบูกุ _____

(Chibuku)

: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พื้นเมืองของแอฟริกาใต้ รวมถึงเบียร์ข้าวฟ่างที่มีการขายเชิงพาณิชย์ ซึ่งเป็นเบียร์แอฟริกันที่ผลิตในบ้านแบบดั้งเดิม

ชิชา _____

(Chicha)

: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หมักที่ผลิตในละตินอเมริกาจากพืชหลายชนิด โดยเฉพาะข้าวโพด มักบริโภคในสถานะที่มีการหมักและมีเปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์ต่ำ โดยปกติจะมีปริมาณแอลกอฮอล์ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 3

Cochrane reviews

- : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ที่อภิมานของวรรณกรรมทางวิทยาศาสตร์ที่สำรวจหลักฐานที่สนับสนุนหรือขัดแย้งของประสิทธิผลและความเหมาะสมของการรักษาพยาบาล ตลอดจนการรักษาทางสังคมและจิตใจ (ดู <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochranereviews>) การทบทวนประเภทนี้ช่วยอำนวยความสะดวกของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ที่ต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพ และนโยบายทางสังคมและสุขภาพ

การประเมินความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ

(Comparative risk assessments)

- : การเปรียบเทียบผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งหมดของภาวะโรคที่หลีกเลี่ยงได้

ปัจจัยกวน

(Confounding)

- : การที่ผลการศึกษาเกิดความบิดเบือนซึ่งเกิดเมื่อความสัมพันธ์ที่พบระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุกับตัวแปรผลลัพธ์ที่สนใจแท้จริงแล้วเป็นผลจากตัวแปรภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรทั้งสองตัวหรือต่อความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสอง (<https://www.scribbr.com/methodology/confounding-variables/>) โปรดสังเกตว่า ความสัมพันธ์ที่อ่อนลงอาจสะท้อนในอีกทางหนึ่งว่า ตัวแปรที่สามเป็นตัวแปรแทรกแซง ซึ่งอยู่ในสายโซ่สาเหตุระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุและตัวแปรผลลัพธ์

การบำบัดแบบตั้งเงื่อนไขให้รางวัล

(Contingency Management)

- : เป็นการทดสอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ เพื่อตรวจสอบว่า ผู้ป่วยหยุดดื่มจริงหรือไม่ และให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจหากผู้ป่วยไม่ละเมิดข้อตกลงด้านพฤติกรรมที่ทำไว้ ตัวอย่างเช่น ทำการทดสอบผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาภาวะความผิดปกติจากใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ และให้รางวัลผู้ป่วยทุกครั้งที่ผลตรวจออกมาว่า ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจริง

ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร _____

(Corporate social responsibility; CSR)

: ความคิดที่ว่า ธุรกิจควรมีความรับผิดชอบต่อสังคมโดยรอบธุรกิจนั้น เป็นกลยุทธ์หนึ่งทางธุรกิจ ซึ่งมักประกอบด้วย กิจกรรมการกุศล และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่ออกแบบมาเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของบริษัทนั้น หรือเพื่อสร้างอิทธิพลต่อการตัดสินใจทางการเมืองตามที่ธุรกิจพอใจ

การโฆษณาโต้กลับ _____

(Counter-advertising)

: การโฆษณาเพื่อจะโต้กลับข้อมูลข่าวสารทางธุรกิจ ในวงการสุรา กิจกรรมเหล่านี้มักใช้การสื่อสารข้อความเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบทางลบของการดื่มสุรา เพื่อตั้งใจที่จะลบล้าง/โต้แย้งผลกระทบของโฆษณาเกี่ยวกับการดื่มสุรา วิธีการนี้อาจทำในรูปแบบของสื่อสิ่งพิมพ์หรือโฆษณาทางวิทยุโทรทัศน์ (เช่น การประชาสัมพันธ์สาธารณะ) และฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์

ความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์ต่อราคา _____

(Cross-price elasticity of demand)

: ตัววัดการตอบสนองต่อปริมาณที่ต้องการของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทหนึ่ง เมื่อราคาของเครื่องดื่มอีกประเภทเปลี่ยนแปลงไป

การติดสุรา _____

(Dependence)

: ดู “กลุ่มอาการติดสุรา”

สื่อดิจิทัล _____

(Digital media)

: สื่อที่ถูกแปลงหรือจัดในรูปแบบที่อ่านได้ด้วยเครื่อง (machine-readable formats) สื่อดิจิทัลสามารถสร้าง รับชม เผยแพร่ รับฟัง และเก็บไว้ในเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ คำว่า

ดิจิทัล หมายถึง ข้อมูลใด ๆ ที่อยู่ ในลักษณะของอนุกรมตัวเลข ส่วนคำว่า สื่อ หมายถึง วิธีการเผยแพร่ หรือสื่อสารข้อมูลสารสนเทศ สื่อดิจิทัล หมายถึง ข้อมูลสารสนเทศใด ๆ ที่ถูกเผยแพร่มายังผู้รับชมทางหน้าจอ ซึ่งรวมถึง ข้อความ เสียง ภาพเคลื่อนไหว และ กราฟฟิก ซึ่งส่งผ่านมาทางอินเทอร์เน็ต สำหรับการรับชมทางอินเทอร์เน็ต

แพลตฟอร์มดิจิทัล _____

(Digital platforms)

: แพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นสภาพแวดล้อมที่ใช้สำหรับการทำงานของซอฟต์แวร์ อาจจะเป็น ฮาร์ดแวร์หรือระบบการทำงาน web browser และแอปพลิเคชันสำหรับการทำงานของโปรแกรม หรือซอฟต์แวร์เบื้องหลังอื่น ซึ่งใช้ในการทำงานของรหัสของโปรแกรม แพลตฟอร์มดิจิทัลให้บริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ โดยรวมถึง ธุรกิจออนไลน์ซึ่งเอื้อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่ต่างกันอย่างน้อยสองกลุ่ม โดยกลุ่มหนึ่งมักเป็นผู้ค้า/ผู้ให้บริการ และอีกกลุ่มเป็นผู้บริโภค แต่ละแพลตฟอร์มจะมีกฎกติกาแตกต่างกันไปสำหรับการปฏิสัมพันธ์นี้

การสูญเสียปีสุขภาวะ _____

(Disability-adjusted life years; DALYs)

: หน่วยวัดทางสุขภาพที่เป็นผลรวมของจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรกับจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความทุพพลภาพ โดยในแต่ละโรคมีการคำนวณปรับค่าความทุพพลภาพโดยคิดเป็นเศษส่วนของปี ซึ่งสะท้อนถึงขนาดของความทุพพลภาพที่เกิดจากโรคนั้นในแต่ละปี

ความรับผิดของร้านขายสุรา _____

(Dram shop liability)

: ข้อกำหนดทางกฎหมายของสหรัฐอเมริกาที่ควบคุมความรับผิดทางแพ่งของร้านเหล้า ร้านขายสุรา และสถานประกอบการเชิงพาณิชย์อื่น ๆ ที่ให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้บริการอาจมีส่วนรับผิดชอบต่อความเสียหายอันเนื่องมาจากการเสิร์ฟหรือขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการเกิดอุบัติเหตุจราจรเมื่อลูกค้าขับรถออกไปอย่าง

มีนเมา หรือหากการให้บริการนั้นผิดกฎหมาย (เช่น การเสิร์ฟเครื่องดื่มให้ลูกค้าที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือมีอาการมีนเมาอยู่แล้ว) มีการบังคับใช้ในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา ผ่านนิติบัญญัติหรือระบบกฎหมายจารีตประเพณี ส่วนใหญ่ใช้กับบริการเชิงพาณิชย์มากกว่ากรณีส่วนบุคคล แต่มีการบังคับใช้น้อยในประเทศอื่น

การดื่มแล้วขับ _____

(Drink-driving)

: การขับขี่หรือใช้งานยานพาหนะในขณะที่มีความบกพร่องหรือในขณะที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าขีดจำกัดที่กฎหมายกำหนด ดูที่ “การขับขี่ที่มีปัญหา แอลกอฮอล์”

แบบแผนการดื่ม _____

(Drinking patterns)

: รูปแบบประจำของความถี่ ปริมาณ และประเภทของแอลกอฮอล์ที่บริโภคในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ขนาดผลกระทบหรือขนาดอิทธิพล _____

(Effect size)

: หลักทางสถิติที่ระบุถึงความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว โดยวัดเป็นระดับตัวเลขที่แสดงขนาดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ยิ่งตัวเลขของค่าขนาดอิทธิพลยิ่งมากยิ่งขึ้นแสดงถึงความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร

ความยืดหยุ่น _____

(Elasticity)

: ดู “ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา”

การเก็บภาษีสรรพสามิต, ภาษีสรรพสามิต _____

(Excise taxation, excise taxes)

: ภาษีตามกฎหมายสำหรับการซื้อสินค้าหรือบริการบางประเภท เช่น เชื้อเพลิง ยาสูบ และแอลกอฮอล์ ภาษีสรรพสามิตแตกต่างจากภาษีการขายทั่วไปซึ่งอาจใช้กับการซื้อด้วย ภาษีสรรพสามิตเป็นภาษีภายในประเทศที่กำหนดในโครงสร้างพื้นฐานของรัฐบาล ไม่ได้เป็นภาษีระหว่างประเทศที่เรียกเก็บข้ามพรมแดนของประเทศ

Fetal alcohol spectrum disorders _____

: กลุ่มโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ในผู้ที่มีมารดาดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มโรค fetal alcohol spectrum disorders สามารถป้องกันได้ หากผู้หญิงไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์

Fetal alcohol syndrome _____

: ภาวะในเด็กที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา กลุ่มอาการ fetal alcohol syndrome ทำให้เกิดความเสียหายต่อสมองและปัญหาการเจริญเติบโต ปัญหาที่เกิดจาก fetal alcohol syndrome แตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน แต่ส่วนใหญ่เป็นความบกพร่องไม่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ _____

(Framework Convention on Tobacco Control; FCTC)

: สนธิสัญญาฉบับแรกภายใต้การอุปถัมภ์ขององค์การอนามัยโลก มีผลบังคับใช้ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2005 บทบัญญัติสำหรับประเทศสมาชิกที่ได้ให้สัตยาบันต่อสนธิสัญญา ได้แก่ การห้ามการโฆษณา การให้การสนับสนุน และการส่งเสริมการขายยาสูบอย่างครอบคลุมภายใน 5 ปี การให้มีค่าเตือนด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบซึ่งครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 30 (และควรเป็นร้อยละ 50) ของพื้นที่บรรจุภัณฑ์ภายใน 3 ปี การป้องกันควันบุหรี่มือสองในสถานที่ทำงานในร่ม สถานที่สาธารณะ และในระบบขนส่งสาธารณะ และมาตรการลดการลักลอบนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การออกใบอนุญาตขับขี่อย่างเป็นทางการเป็นลำดับขั้น _____

(Graduated driver licensing)

: กระบวนการที่ออกใบขับขี่โดยมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิ์ในการขับขี่ รวมถึงการเสียสิทธิเนื่องจากการละเมิด เช่น หากผลการทดสอบ BAC เป็นบวก ส่วนใหญ่ใช้สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่หรือเมื่อใบอนุญาตถูกพักใช้หรือเพิกถอนไปก่อนหน้านี้

การดื่มแบบอันตราย (การใช้ (แอลกอฮอล์) แบบอันตราย) _____

(Harmful drinking (called harmful (alcohol) use))

: การใช้แอลกอฮอล์ที่ทำให้เนื้อเยื่อเสียหายหรือเจ็บป่วยทางจิตในบุคคลหนึ่ง (Edwards et al. 1981) ใน ICD-10 หมายถึง รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางร่างกายหรือจิตใจ ปัจจุบัน WHO ใช้คำนี้ในความหมายที่แตกต่างกันสองความหมาย: (1) ตามการวินิจฉัยใน ICD-11 หมายถึง รูปแบบการดื่มหนักของแต่ละบุคคลที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อร่างกายหรือจิตใจของบุคคลหรือส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้อื่น (2) ในบริบทของยุทธศาสตร์ระดับโลกขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2010 ว่าด้วยการลดการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย แนวความคิดของการใช้ที่เป็นอันตรายได้มีการกำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ และครอบคลุมถึงการดื่มที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและผลทางสังคมสำหรับนักดื่ม คนรอบข้าง นักดื่ม และสังคมโดยรวม ตลอดจนรูปแบบการดื่มที่เพิ่มความเสี่ยงของผลด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

การดื่มแบบมีความเสี่ยง (การใช้ (แอลกอฮอล์) แบบมีความเสี่ยง) _____

(Hazardous drinking (also called hazardous (alcohol) use))

: การใช้แอลกอฮอล์ที่อาจนำไปสู่ความผิดปกติ (ความบกพร่องทางจิตใจหรือการทำหน้าที่ทางสังคม) หรือเกิดอันตราย (ความเสียหายของเนื้อเยื่อหรือความเจ็บป่วยทางจิต) (Edwards et al. 1981) รูปแบบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายของผู้อื่น นิยามนี้อาจจำกัดความไว้ที่ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ (เช่นเดียวกับการใช้ที่เป็นอันตราย) หรืออาจรวมถึงผลกระทบต่อสังคมด้วย ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (WHO) ใช้คำนี้เพื่ออธิบายรูปแบบการบริโภคแอลกอฮอล์

ดังกล่าว ซึ่งไม่ใช่คำวินิจฉัยใน ICD-11 แต่ถูกรวมและกำหนดนิยามไว้ใน “ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ” (QE10) บางครั้งมีการกำหนดนิยามไว้ในแง่ของจำนวนขั้นต่ำของหน่วยแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่มีแนวโน้มว่า จะก่อให้เกิดความบกพร่องทางจิตประสาท ฉับพลันและ/หรือความเสียหายของเนื้อเยื่อในระยะยาว (เช่น แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 20 กรัมต่อครั้งการดื่ม)

การดื่มหนักเป็นครั้งคราว _____

(Heavy episodic drinking; HED)

: การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณค่อนข้างมากในบางโอกาส ไม่ว่าจะดื่มในปริมาณเล็กน้อยในโอกาสอื่น ๆ ด้วยหรือไม่ก็ตาม HED มักทำให้เกิดอาการมึนเมา แม้ว่าค่านี้อาจครอบคลุมมากกว่าปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค HED มักเป็นลักษณะการดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้คำนี้ยังหมายถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 60 กรัมขึ้นไปต่อครั้งอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน ซึ่งเป็นคำที่มีนิยามชัดเจนกว่า “ผู้ดื่มหนักแบบรวดเร็ว” หรือ “ผู้ดื่มหนักเป็นครั้งคราว”

กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง _____

(High-income-countries; HICs)

: ประเทศที่มีรายได้รวมประชาชาติสูงสุดสี่ประเภทในการจัดประเภทของประเทศของธนาคารโลก ในปี ค.ศ. 2021 กำหนดไว้ที่รายได้ประชาชาติต่อหัวเท่ากับหรือมากกว่า 12,695 ดอลลาร์สหรัฐในสกุลเงินปัจจุบัน (<https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-types-Revenue-level-2020-2021>)

ชั่วโมงและวันที่ขาย _____

(Hours and days of sale)

วันในสัปดาห์และชั่วโมงของวันที่สามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมาย ชั่วโมงและวันอาจแตกต่างกันระหว่างสถานที่ให้บริการสำหรับการบริโภคกับสถานที่ขาย เช่น โรงเหล้าหรือร้านอาหาร และการขายเป็นขวดหรือกระป๋องสำหรับการบริโภคนอกสถานที่

การป้องกันเมื่อมีข้อป่งชี้ _____

(Indicated prevention)

: โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีหรือไม่มีอาการแสดงเริ่มต้น แต่มีปัจจัยเสี่ยงของการใช้สารในทางที่ผิด (National Institute on Drug Abuse, 2003) ตัวอย่างของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปัญหาการเรียน ปัญหาระหว่างบุคคล การกระทำผิด และปัญหาอื่น ๆ

ผู้สร้างกระแสจูงใจ _____

(Influencer)

: บุคคลที่มีความสามารถในการโน้มน้าวผู้มีโอกาสเป็นผู้ซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการโดยแนะนำหรือส่งเสริมสินค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบนโซเชียลมีเดีย บุคคลที่สามารถสร้างความสนใจในบางสิ่ง (เช่น สินค้าอุปโภคบริโภค) โดยการโพสต์เกี่ยวกับสิ่งนั้นบนโซเชียลมีเดีย

ระบบใบอนุญาต _____

(Licensing system)

: การควบคุมการขายและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ใบอนุญาตที่ได้รับจากหน่วยงานของรัฐหรือรัฐบาลท้องถิ่นแก่บุคคลและ/หรือธุรกิจที่ผ่านคุณสมบัติ ใบอนุญาตแตกต่างกันไปตามประเภทของเครื่องดื่ม (เบียร์ ไวน์ สุรากลั่น) และสถานที่ขาย (ในหรือนอกสถานที่ โรงเหล้า บาร์ ซูเปอร์มาร์เก็ต) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจำกัดการขายในบางช่วงเวลา สถานที่ ลูกค้ำ กลุ่มอายุ ฯลฯ

กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง _____

(Low-and middle-income countries; LMICs)

: กลุ่มประเทศที่กำหนดโดยธนาคารโลกตามระดับรายได้ต่อหัวของประเทศ ได้แก่ ประเทศในสามประเภทล่าง (ต่ำ กลางล่าง กลางบน) ของมาตราส่วนสี่ประเภท (เทียบกับ HICs) ในปี ค.ศ. 2021 กำหนดประเทศที่มีรายได้ต่ำ หมายถึง ประเทศที่มีมวลรวมประชาชาติ (GNI) ต่อหัวเท่ากับหรือน้อยกว่า 1,045 ดอลลาร์ ประเทศที่มีรายได้ปานกลางในระดับต่ำ หมายถึง ประเทศที่มี GNI ต่อหัวระหว่าง 1,046 ดอลลาร์ถึง 4,095 ดอลลาร์

และประเทศที่มีรายได้ปานกลางในระดับสูง หมายถึงประเทศที่มีจีดีพี GNI ต่อหัวระหว่าง 4,096 ถึง 12,695 ดอลลาร์

การบำบัดคู่สมรสและครอบครัว _____

(Marital and family therapy)

: รูปแบบของจิตบำบัดที่จัดการกับพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมาชิกแต่ละคน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและครอบครัวโดยรวม การบำบัดมีหลักการว่า ความสัมพันธ์เหล่านี้เป็นแกนหลักของสภาพจิตใจของเรา ดังนั้นจึงต้องรวมอยู่ในการรักษาทางจิตวิทยาที่สำคัญ

การรู้เท่าทันสื่อ _____

(Media literacy)

: ความสามารถหรือทักษะในการวิเคราะห์เนื้อหาที่สร้างและบริโภคในสื่อต่าง ๆ อย่างมีวิจรรย์ญาณในแง่ของความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ หรือหลักฐานของอคติ ในนโยบายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์นั้น การให้การศึกษาเพื่อให้รู้เท่าทันสื่อจะช่วยให้เยาวชนมีเครื่องมือในการวิเคราะห์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และข้อความทางการตลาดอื่น ๆ อย่างมีวิจรรย์ญาณ นำไปสู่การตระหนักถึงการบิดเบือนความจริงและการถูกใช้เป็นเครื่องมือโดยสื่อ

ตัวแปรคั่นกลาง _____

(Mediator)

: ปัจจัยที่แทรกแซงหรือเป็นตัวคั่นกลาง (เช่น ความมีเมตตา) ที่คั่นกลางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยเสี่ยง (เช่น การดื่มแอลกอฮอล์) และผลต่อปัญหาสุขภาพหรือสังคม (เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ) ซึ่งตัวแปรคั่นกลางดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในผลลัพธ์ และการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรคั่นกลางเองเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยง ควรสังเกตว่า ทั้งตัวแปรคั่นกลางและตัวแปรกวนต่างส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลได้เช่นเดียวกัน ดังนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงจังหวะเวลาและทิศทางเชิงสาเหตุด้วย (ดูเพิ่มเติมที่ ตัวแปรกวน)

การวิเคราะห์อภิมาน _____
(Meta-analysis)

: การวิเคราะห์ทางสถิติที่คัดเลือกและวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ ที่หลากหลาย การวิเคราะห์วิธีนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งเมื่อมีคำถามวิจัยที่เฉพาะเจาะจงและมีการศึกษาที่มีหลักฐานค่อนข้างเข้มแข็งอย่างน้อย 2-3 เรื่องที่ได้ข้อสรุปที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์อภิมานแตกต่างจากการทบทวนเชิงสังเคราะห์ในแง่ที่มีการนำข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้านี้มารวมกันและวิเคราะห์ใหม่ ในขณะที่การทบทวนเชิงสังเคราะห์จะพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ที่รายงานไว้ในการศึกษาเบื้องต้น (และอาจคำนวณสถิติสรุปโดยรวม)

**Minimum legal drinking age (MLDA) and
minimum legal purchase age (MLPA)** _____

: การจำกัดทางกฎหมายเกี่ยวกับอายุที่เยาวชนสามารถขาย ซื้อม ครอบครอง หรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่สาธารณะ ซึ่งมีการกำหนดแตกต่างกันไปตั้งแต่อายุ 13 ถึง 25 ปี แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วจะมีการกำหนดไว้ระหว่าง 16 ถึง 18 ปี โดยทั่วไปอายุขั้นต่ำของผู้ที่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย (MLDA) และอายุขั้นต่ำของผู้ที่สามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย (MLPA) มักใช้แทนกันได้ และในเขตพื้นที่ปกครองหลายแห่งจะกำหนดไว้ที่ระดับเดียวกัน MLPA ซึ่งบอกเป็นนัยว่าการบังคับใช้จะเน้นไปที่ผู้ขายแอลกอฮอล์ ซึ่งน่าจะมีประสิทธิภาพในการลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะมากกว่าการบังคับใช้ระดับผู้บริโภคตามข้อจำกัดโดยนัยยะของ MLDA

การกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหน่วย _____
(Minimum unit pricing)

: นโยบายห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้บริโภคในราคาต่อหน่วยเอทานอลที่ต่ำกว่าที่กำหนดไว้ ในบางประเทศมีราคาขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มบางประเภทซึ่งมักจะทำการตลาดให้กับเยาวชนและผู้ดื่มหนัก การห้ามขายต่ำกว่าต้นทุนป้องกันไม่ให้ผู้ขายตั้งราคาต่ำกว่าต้นทุนในการทำธุรกิจ ซึ่งมักมีจุดประสงค์เพื่อดึงดูดลูกค้าให้ซื้อสินค้าอื่น ๆ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ**(Motivational enhancement therapy; MET)**

: การให้คำปรึกษาที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขความลังเลใจที่มีต่อการรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนได้ เช่น การหยุดหรือลดการใช้แอลกอฮอล์ การบำบัดรูปแบบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีแรงจูงใจจากภายใน

องค์กรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน**(Mutual help organizations)**

: ในหลายประเทศมีการจัดตั้งองค์กรที่มีอุดมการณ์และแนวทางต่าง ๆ เพื่อให้การสนับสนุนและคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องการเลิกดื่ม อดระดับการดื่ม และ/หรือฟื้นฟูจากปัญหาแอลกอฮอล์ “ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” บ่งชี้ว่า องค์กรดำเนินการตามกระบวนการแบบกลุ่มมากกว่าผ่านผู้บำบัดวิชาชีพ กลุ่มผู้ติดสุรานินาม (Alcoholics Anonymous) เป็นองค์กรช่วยเหลือซึ่งกันและกันสำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องการดื่มที่มีการดำเนินการอย่างแพร่หลาย องค์กรช่วยเหลือซึ่งกันและกันอื่น ๆ ที่นำโดยสำนักเลขานุการถาวรร่วมกับบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ Danshukai ในประเทศญี่ปุ่น Kreuzbund ในประเทศเยอรมนี Croix d'Or และ Vie Libre ในประเทศฝรั่งเศส สโมสรร Abstainers Clubs ในประเทศโปแลนด์ Family Clubs ในประเทศอิตาลี และ Links ในประเทศแถบสแกนดิเนเวีย

การทดลองตามธรรมชาติ**(Natural experiment)**

: การสอบสวนการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ถูกกำหนดทางการเมืองเพื่อบังคับใช้ในทุกพื้นที่ หรือเมื่อชุมชนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายแต่ในชุมชนอื่นที่เทียบเคียงกันไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ผลกระทบภายนอกทางลบ**(Negative externalities)**

: ผลกระทบภายนอกทางลบเกิดขึ้นเมื่อการผลิตหรือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่ง

ผลให้เกิดต้นทุนแก่บุคคลที่สาม เช่น มลพิษทางน้ำจากโรงงานผลิตเบียร์ และเสียงหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจกลางคืน

โรคไม่ติดต่อ

(Non-communicable diseases; NCDs)

: ภาวะต่าง ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเฉียบพลันและไม่สามารถแพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้โดยตรง ส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว และมักต้องการการดูแลรักษาในระยะยาว ซึ่งรวมถึงภาวะสุขภาพกาย หรือที่เรียกว่า โรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับแข็ง และโรคเบาหวาน โรคเหล่านี้มีเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมร่วมกัน แผนปฏิบัติการของ WHO เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อในปี ค.ศ. 2013 ยังไม่ได้รวมความผิดปกติทางจิต (รวมถึงความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ แต่ได้รวมไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018

การขายและบริโภคที่อื่น

(Off-premises sales and consumption)

: ใบอนุญาตสำหรับสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บรรจุอยู่ในภาชนะให้กับลูกค้าที่ซื้อแล้วนำไปบริโภคที่อื่น อาจรวมถึงสถานประกอบการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับข้อบังคับของท้องถิ่น ซึ่งไม่เพียงแค่อร้านขายสุราและร้านไวน์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ บริการสั่งซื้อออนไลน์ และบริการจัดส่งถึงบ้านด้วย

การขายและบริโภคในร้าน

(On-premises sales and consumption)

: การขายและบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับการบริโภคในสถานที่ขาย ซึ่งอาจรวมถึงสถานประกอบการประเภทต่าง ๆ เช่น โรงเหล้า และสถานที่ดื่มอื่น ๆ ตามแต่จะกำหนดไว้ เช่น สถานที่ที่มียอดขายจากการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 50 ของรายได้รวม รวมถึงร้านอาหารที่ให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมอาหาร คลับ และสถานที่ดื่มกึ่งสาธารณะอื่น ๆ โดยทั่วไป ใบอนุญาตประเภทนี้มี

วัตถุประสงค์เพื่อให้ลูกค้าดื่มได้ภายในพื้นที่ที่กำหนดโดยเฉพาะ ซึ่งผู้ให้บริการสามารถตรวจสอบการดื่มได้โดยทั่วไปใบอนุญาตมักมีข้อกำหนดห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้เยาว์และยุติการขายเมื่อผู้ดื่มมีอาการมึนเมา

แบบแผนการดื่ม _____

(Pattern of drinking)

: ดู “แบบแผนการดื่ม” (“Drinking pattern”)

กฎหมายที่ความผิดในตัวเอง _____

(Per se laws)

: กฎหมายที่กำหนดความผิดเกี่ยวกับการดื่มแล้วซับซ้อนอย่างชัดเจนในแง่ของ BAC ที่เท่ากับหรือสูงกว่าระดับที่กำหนดไว้สำหรับผู้ขับขี่ทุกคนหรือผู้ขับขี่ที่อายุน้อย

ภาษีพิกูเวียน _____

(Pigouvian tax)

: ภาษีที่ประเมินจากบุคคลหรือธุรกิจเอกชนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สร้างผลกระทบด้านลบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นทุนที่ไม่ได้รวมอยู่ในราคาตลาดของผลิตภัณฑ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ราคาของสินค้าเท่ากับต้นทุนส่วนเพิ่มทางสังคม และสร้างการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพทางสังคมมากขึ้น

พิสโก _____

(Pisco)

: บรันดีที่ผลิตในอเมริกาใต้ (สุราของประเทศชิลี)

การดื่มก่อนเครื่อง _____

(Pre-drinking)

: “การดื่มก่อนเครื่อง” เหมือนการชกก่อนเครื่อง การตะก่อนเครื่อง ให้พร้อมสำหรับนัดจริง

การตีมนุ่นเครื่อง _____

(Pre-loading)

: การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมักเกิดขึ้นในกลุ่มคนหนุ่มสาวเมื่อมีการดื่มที่บ้านหรือในที่สาธารณะ ก่อนออกไปที่ผับ คลับ และสถานที่อื่น ๆ ที่ต้องซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาที่สูงกว่า

การทำให้เป็นสินค้าชั้นเลิศ _____

(Premiumization)

: การส่งเสริมให้ผู้บริโภคหันไปหาเครื่องดื่มที่มีราคาสูงขึ้น

ปฏิทรรศน์ของการป้องกัน _____

(Prevention paradox)

: แนวคิดที่ว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ในประชากรไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มโดยผู้ติดสุรา แต่เกี่ยวข้องกับการดื่มโดยผู้ดื่มเพื่อเข้าสังคมที่ไม่ได้ติดสุรา (Kreitman, 1986; Skog, 1999)

ความยืดหยุ่นต่อราคา _____

(Price elastic)

: คำศัพท์ทางเศรษฐศาสตร์ หมายความว่า ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงปริมาณการซื้อสินค้ามากกว่าร้อยละของการเปลี่ยนแปลงราคาของสินค้า ซึ่งจากนิยามดังกล่าว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่มี ความยืดหยุ่นต่อราคา

ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา _____

(Price elasticity of demand)

: “ความยืดหยุ่น” เป็นคำที่นักเศรษฐศาสตร์ใช้เพื่ออธิบายการตอบสนองของตัวแปรหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงในอีกตัวแปรหนึ่ง ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาจะวัดการตอบสนองของอุปสงค์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเปลี่ยนแปลงของราคา เป็นการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงตามสัดส่วนของราคากับการเปลี่ยนแปลงตามสัดส่วน

ในปริมาณที่ต้องการซื้อ ความล้มพันธ์จะแสดงในรูปของอัตราส่วน โดยอัตราส่วนที่สูงกว่า 1 คือ “ยืดหยุ่น” และอัตราส่วนที่ต่ำกว่า 1 คือ “ไม่ยืดหยุ่น”

ความไม่ยืดหยุ่นต่อราคา _____

(Price-inelastic)

: ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของราคามากกว่าร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ แอลกอฮอล์ที่บริโภค (หรือปริมาณที่ต้องการบริโภค) อย่างไรก็ตาม คำว่า “ไม่ยืดหยุ่น” ในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าราคาจะไม่มีผลกระทบต่อความต้องการหรือยอดขาย

ประกาศด้านบริการสาธารณะ _____

(Public service announcements; PSAs)

: ข้อความที่จัดทำโดยหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานของรัฐ องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ และองค์กรสื่อ เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ และอันตรายจากการขับรถภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ (ดูเพิ่มเติมที่ “ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร” และ “องค์กรด้านสังคมและประชาสัมพันธ์”)

ปุลเก _____

(Pulque)

: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พื้นเมืองของเม็กซิโกซึ่งปัจจุบันมีการจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ด้วยทำมาจากน้ำของต้นกระบองเพชรที่ผ่านกระบวนการหมัก (คล้ายกับของเบียร์)

การวิจัยกึ่งทดลอง _____

(Quasi-experimental)

: เป็นการวิจัยที่ไม่มีการควบคุมการแทรกแซงซึ่งเป็นหลักสำคัญของการทดลอง การออกแบบกึ่งทดลองไม่รวมถึงการสุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการแทรกแซง ความเข้มแข็งของหลักฐานที่บ่งชี้ความเป็นเหตุและผลของการออกแบบกึ่งทดลองนั้นต่ำกว่าการออกแบบการทดลองจริง (ดู “การทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม”)

การสุ่มตรวจลมหายใจ _____

(Random breath testing)

: การตรวจสอบปริมาณแอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่ที่ได้รับการสุ่มเลือกเพื่อประเมินระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยอิงจากปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจ หรือในบางประเทศ เรียกอีกอย่างว่า “การทดสอบลมหายใจภาคบังคับ” โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถสุ่มให้ผู้ขับขี่หยุดรถและรับการทดสอบลมหายใจเบื้องต้นได้ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นผู้ที่ถูกสงสัยว่า กระทำ ความผิดก็ตาม

การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มแบ่งกลุ่ม _____

(Randomized clinical trial)

: รูปแบบการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกสุ่มเลือกให้เข้ากลุ่มที่จะได้รับการรักษาทดลอง การรักษาเปรียบเทียบ หรือยาหลอก เพื่อจัดความคลาดเคลื่อนจากการที่ผู้ร่วมวิจัยเลือกเข้ากลุ่มด้วยตนเองหรือความคลาดเคลื่อนเชิงระบบอื่น ๆ เรียกอีกอย่างว่า การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

การปันส่วน _____

(Rationing)

: การจำกัดจำนวนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถขายต่อผู้ซื้อหนึ่งคน (โดยปกติ กำหนดโดยหน่วยงานของรัฐ) การปันส่วนแอลกอฮอล์พบได้ทั่วไปในหลายประเทศในช่วงสงครามโลกครั้งที่สองและถูกนำมาใช้ในบางประเทศเพื่อทดแทนการห้าม แต่พบได้น้อยในศตวรรษที่ 21

การถดถอยสู่ค่ากลาง _____

(Regression to the mean)

: ปรากฏการณ์ทางสถิติที่ข้อมูลที่วัดซ้ำ ๆ มีความแปรปรวนตามธรรมชาติ ทำให้ดูเหมือนว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง ใช้อธิบายการค้นพบที่ว่า ค่าที่สูงหรือต่ำ ผิดปกติในบุคคลหรือหน่วยการวิเคราะห์ใด ๆ มักจะตามด้วยค่าที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยมากขึ้น

การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ _____

(Relapse prevention)

- : แนวทางการบำบัดโดยปรับความคิดและพฤติกรรมที่เน้นการส่งเสริมทักษะ โดยผู้ป่วย และแพทย์ร่วมกันระบุสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงที่จะดื่มซ้ำมากขึ้น และพัฒนากลยุทธ์ในการลดโอกาสและความรุนแรงของการดื่มซ้ำ

บริการเครื่องดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ _____

(Responsible beverage service)

- : การจำกัดการเสิร์ฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับการดื่มในสถานที่ขาย เพื่อหลีกเลี่ยงการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับลูกค้าที่มีอาการเมเามาหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ โปรแกรมบริการเครื่องดื่มอย่างมีความรับผิดชอบมีการฝึกอบรมผู้ให้บริการเกี่ยวกับนโยบายระดับรัฐ ชุมชน และระดับสถานประกอบการ อธิบายถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว (เช่น ความรับผิดชอบทางอาญาหรือทางแพ่ง การตกงาน) และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายเหล่านี้ การฝึกอบรมมีความเข้มข้นแตกต่างกันและอาจเป็นเพียงการดูวิดีโอขนาดสั้น หรือเป็นการฝึกอบรมตามมาตรฐานการจัดการของสถานประกอบการ

การดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ _____

(Responsible drinking)

- : การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะ โดยไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตรายต่อผู้ดื่มหรือผู้อื่น เป็นคำที่ไม่มีการจำกัดความอย่างเป็นทางการให้ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของผู้มีผลประโยชน์จากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นคำที่มุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมของผู้บริโภคมากกว่าผลดีภักดิ์ของตนเองที่เป็นสาเหตุของอันตรายใด ๆ

การคัดกรองและบำบัดแบบย่อ _____

(Screening and brief intervention; SBI)

- : การคัดกรองแบบสั้นที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ตามด้วย

การบำบัดแบบย่อ (สั้นสุด 3 นาที) หากจำเป็น โดยอิงจากผลการคัดกรอง SBI เป็นแนวทางการให้การบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มแรกและส่งเสริมต่อการรักษาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติในการใช้สารและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติเหล่านี้

การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ _____

(Selective prevention)

: กลยุทธ์ที่มุ่งเป้าไปยังประชากรกลุ่มย่อยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติหรืออันตราย

ชีบีนส์ _____

(Shebeens)

: สถานประกอบการที่ไม่มีใบอนุญาตหรือบ้านส่วนตัวที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นศัพท์ภาษาไอริชที่ใช้อธิบายหมวดหมู่ของสถานประกอบการดื่มในสถานที่ขายในแอฟริกาใต้

โชจู _____

(Shochu)

: สุราญี่ปุ่นราคาต่ำที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 25%

อิทธิพลของการหยุดดื่มจากความเจ็บป่วย _____

(‘Sick-quitter’ effect)

: การงดดื่มแอลกอฮอล์เพราะความเจ็บป่วย จึงทำให้ดูเหมือนว่า ผู้ที่ไม่ดื่มสุรามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงน้อยกว่าผู้ที่ดื่มในระดับปานกลาง (Rehm *et al.*, 2008)

ด่านตรวจคนเมา _____

(Sobriety checkpoints)

: การตรวจทดสอบปริมาณเพื่อประเมินว่า บุคคลนั้นกำลังขับรถภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือไม่

องค์กรด้านสังคมและประชาสัมพันธ์

(Social aspects and public relations organizations; SAPROs)

: องค์กรที่ได้รับทุนจากแหล่งอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้ข้อมูลและดำเนินกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมในนามของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ SAPROs ดำเนินงานภายใต้กรอบนโยบายเสรีนิยมใหม่ และพยายามที่จะขัดขวางระเบียบข้อบังคับและให้ความสำคัญกับผลกำไรของอุตสาหกรรมมากกว่าการสาธารณสุขโดยการส่งเสริมมาตรการที่ไม่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่ออุตสาหกรรม (เช่น การให้ความรู้ในโรงเรียน การประชาสัมพันธ์สาธารณะ หรือการรณรงค์การดื่มอย่างมีความรับผิดชอบต่อ) และลดความน่าเชื่อถือของมาตรการที่มีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจน (เช่น การขึ้นภาษีสุรา)

การตลาดเพื่อสังคม

(Social marketing)

: การใช้หลักการและเทคนิคทางการตลาดเชิงพาณิชย์เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้คนและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่พวกเขาอาศัยอยู่ (Andreasen, 1994) เป็นแนวทางระยะยาวที่มีการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรที่มีผลประโยชน์ในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักไม่เข้าข่ายขอบเขตของจุดประสงค์การสนับสนุนการตลาดเพื่อสังคม

แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย

(Social media platform)

: แอปพลิเคชันอินเทอร์เน็ตบนเว็บและมือถือที่อนุญาตให้สร้าง เข้าถึง และแลกเปลี่ยนเนื้อหาที่ผู้ใช้สร้างขึ้น โซเชียลมีเดียใช้เทคโนโลยีสื่อดิจิทัลเชิงโต้ตอบที่อำนวยความสะดวกในการสร้างหรือแบ่งปัน/แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด ความสนใจในอาชีพ และรูปแบบการแสดงออกอื่น ๆ ผ่านชุมชนและเครือข่ายเสมือนจริง ดูเพิ่มเติมที่ แพลตฟอร์มดิจิทัล

สุขภาวะทางสังคม _____

(Social well-being)

: ภาวะที่มีการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และผู้คนสามารถอยู่ร่วมกันอย่างสันติในชุมชนที่มีโอกาสก้าวหน้า ความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีความหมายและการติดต่อกับครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานเป็นประจำ

โซจู _____

(Soju)

: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบดั้งเดิมของเกาหลีที่กลั่นจากข้าว ข้าวบาร์เลย์ และมันเทศ

การทบทวนอย่างเป็นระบบ _____

(Systematic review)

: บทความทบทวนที่ได้รับการตีพิมพ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปผลจากงานวิจัยที่มีอยู่เพื่อตอบคำถามวิจัย โดยผู้นิพนธ์มีการระบุ ประเมิน และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่ตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้เพื่อตอบคำถามวิจัยนั้น

ภาระภาษีผ่านทางราคา _____

(Tax pass-through to price)

: ขอบเขตที่ต้นทุนของการเพิ่มภาษีถูกส่งผ่านไปยังผู้บริโภคโดยการปรับราคาซื้อ

อนุกรมเวลา _____

(Time-series)

: ลำดับของจุดข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลแบบตัดขวางซึ่งจับข้อมูลจุดเดียวในช่วงเวลาหนึ่ง

การวิเคราะห์หอนุกรมเวลา _____**(Time-series analysis)**

: กระบวนการทางสถิติเพื่ออนุมานเชิงสาเหตุหรือเชิงพรรณนาโดยใช้การวัดซ้ำ ๆ ในบุคคลเดิมหรือในกลุ่มประชากรทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดต่อกัน ตัวอย่างเช่น การค้นหาหลักฐานความเป็นเหตุเป็นผลโดยเปรียบเทียบและวิเคราะห์ชุดข้อมูลต่างๆ ที่มีการวัดซ้ำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อค้นหาว่าการเปลี่ยนแปลงในชุดข้อมูลหนึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในชุดข้อมูลอื่นอย่างไร

ชุมชนบำบัด _____**(Therapeutic community; TC)**

: รูปแบบของการรักษาในที่อยู่อาศัยระยะยาวเพื่อรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตโดยรวม ไม่ใช่แค่การเลิกใช้ยา คำนี้บ่งบอกว่าการมีปฏิสัมพันธ์และมีกระบวนการของชุมชนภายในกลุ่มที่พักอาศัยร่วมกันนั้นมีประโยชน์ในการรักษา

บรรษัทหรือบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ _____**(Transnational alcohol corporations; TNACs)**

: อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกครอบงำโดยกลุ่มบริษัทข้ามชาติที่มีอยู่ไม่กี่แห่งที่ควบคุมตลาดมากกว่าครึ่งโลก ขนาดของบริษัทเหล่านี้ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรจำนวนมาก เพื่อส่งเสริมผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม เป็นกลุ่มบริษัทที่มีหรือไม่มีสถานะบุคคลตามกฎหมายที่ดำเนินธุรกิจในหลายประเทศ ซึ่งประกอบด้วยบริษัทแม่และบริษัทในเครือในต่างประเทศ

กลยุทธ์การป้องกันแบบครอบจักรวาล _____**(Universal prevention strategy)**

: คำศัพท์จากทฤษฎีการป้องกัน ซึ่งเทียบเท่ากับ “การป้องกันระดับปฐมภูมิ” และตรงข้ามกับ “ระดับทุติยภูมิ” และ “ระดับตติยภูมิ” กล่าวคือ มุ่งเป้าไปที่ประชากรทุกคนแทนที่จะเป็นประชากรกลุ่มย่อย สำหรับการป้องกันที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์นั้น กลยุทธ์การป้องกัน

แบบครอบจักรวาลจะมุ่งเป้าไปที่ประชากรทั้งหมด มากกว่าที่ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ที่มีความผิดปกติในการใช้แอลกอฮอล์ เช่น การรณรงค์ทางสื่อมวลชน

สุรานอกระบบ _____

(Unrecorded alcohol)

: หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้เสียภาษีและอยู่นอกระบบการควบคุมตามกฎหมายของรัฐบาล รวมทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเองในบ้านหรือที่ผลิตอย่างไม่เป็นทางการ (ไม่ว่าจะถูกกฎหมายหรือผิดกฎหมาย) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบนำเข้ามา แอลกอฮอล์ตัวแทน (ซึ่งเป็นแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้มีไว้สำหรับการบริโภคโดยมนุษย์) หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้มาจากการขายข้ามพรมแดน

กลุ่มรับฟังผลกระทบของผู้ตกเป็นเหยื่อ _____

(Victim impact panel; VIP)

: โปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้ที่ดื่มแล้วขับสามารถรับรู้ และซึมซับถึงผลกระทบที่ต่อเนื่องและยาวนานของการขับขีที่มีปัญหาจากแอลกอฮอล์ บางครั้งโปรแกรมอาจมีกลุ่มอาสาสมัครของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อและสมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตเล่าให้ผู้กระทำผิดฟังถึงผลกระทบที่เปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาที่เกิดจากการดื่มแล้วขับ

ฉลากคำเตือน _____

(Warning labels)

: ข้อความที่พิมพ์บนภาชนะบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเตือนผู้ดื่มเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการดื่ม รวมถึงผลที่เป็นอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ

กลุ่มอาการถอน _____

(Withdrawal syndrome)

: กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์หรือสารอื่น ๆ และมีการเลิกใช้หรือลดการใช้ คำนี้หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่ติดสุราหยุดดื่มกะทันหัน

ความอดกลั้นเป็นศูนย์ หรือการไม่ผ่อนปรน _____
 (Zero tolerance)

- : แนวคิดของการบังคับใช้กฎหมายและอำนาจตุลาการเพื่อมิให้มีการใช้ดุลพินิจในการตัดสินตามอัติวิสัยเกี่ยวกับความรุนแรงของความผิดเกี่ยวกับการตีแล้วซ้ำที่กำหนดบทลงโทษที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยไม่คำนึงถึงความรับผิดชอบบุคคลหรือเหตุบรรเทาโทษ แม้ว่า “ความอดกลั้นเป็นศูนย์” เป็นคำที่ใช้ในสหรัฐอเมริกา หลายประเทศได้นำกฎหมายว่าด้วยความอดทนเป็นศูนย์มาใช้กับความผิดเกี่ยวกับการตีแล้วซ้ำ เช่น โทษจำคุกภาคบังคับ

**Alcohol: No Ordinary
Commodity, Third edition**

สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ฉบับภาษาไทย

ก

กฎควบคุมแบบสมัครใจ	274
กฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบของร้านที่สร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น	413
กฎหมายความรับผิดชอบของเจ้าภาพ	250
กฎหมายคอร์รัปชันจากต่างประเทศ	492
กฎหมายว่าด้วย Zero tolerance	366
กรอบการขับเคลื่อนแบบพันธมิตร	504
กรอบในการควบคุมตนเอง	274
กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ	539
กรอบอนุสัญญาควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ	495
กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ	296, 523
กระบวนการโดยสมัครใจ	412
กระบวนการระดับชุมชนที่ครอบคลุม	406
กระบวนการระดับชุมชนที่มีความครอบคลุม	407
กลยุทธ์แบบสมัครใจ	409
กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 12 ขั้นตอน	459
กลุ่มบริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ	519
กลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูง	6
กลุ่มผลประโยชน์ทางการค้า	488
กลุ่มผู้ติดสุรา	56
กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม	461
กลุ่มมารดาที่ต่อต้านการดื่มแล้วขับ	495
กลุ่มโรคของทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์	32
กลุ่มละเว้นของมินิเมา	495
กลุ่มสมาพันธ์โรคไม่ติดต่อ	494

กลุ่มเหยื่อที่ได้รับผลกระทบ	368
กลุ่มอาการติดสุรา	37
กลุ่มอาการทารกในครรภ์ได้รับแอลกอฮอล์	100
กองทุนการเงินระหว่างประเทศ	532
การกระทำผิดซ้ำ	368
การกำหนดราคาขายขั้นต่ำ	185
การขยายตราสินค้า	279
การขายหน้าเคาน์เตอร์	227
การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวด	5
การจำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	5
การจำกัดวันและเวลาขาย	227
การดื่มครั้งสุดท้าย	410
การดื่มแบบเสีียง	83
การดื่มหนัก	31
การดื่มหนักเป็นครั้งคราว	25, 87, 189
การดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราว	57
การตรวจตราอย่างมีเป้าหมาย	409, 410
การตลาดข้ามพรมแดน	520
การตลาดเพื่อสังคม	317, 318
การตั้งด่านตรวจเช็คคนเมา	361
การโต้กลับโฆษณา	317
การโต้กลับโฆษณาเพื่อสังคม	318
การถอดถอนเข้าสู่ศาลากลาง	170
การทดลองตามธรรมชาติ	168
การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มแบ่งกลุ่ม	169
การทดสอบความจำเป็น	528
การทดสอบสมดุล	529
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	176
การทำจิตบำบัดทางด้านความคิดและพฤติกรรม	452
การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีเป้าหมาย	411
การบังคับใช้ที่เพิ่มขึ้น	409

การบังคับรักษา	460
การบังคับให้จำคุก	363
การบำบัดकुสมรสและครอบครัว	452
การบำบัดโดยวิธีการให้ลิ่งจูงใจ	452
การบำบัดโดยอาศัยลิ่งจูงใจ	457
การบำบัดแบบกลุ่ม	457
การบำบัดแบบย่อ	453
การบำบัดรักษาด้วยการถอนพิษ	455
การบำบัดรักษาตามลิ่งสองขั้นตอนของกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์	452
การประชาสัมพันธ์สื่อสารสาธารณะ	317
การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	452
การปันส่วน	230
การผูกขาดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐบาล	226
การผูกขาดของรัฐโดยสมบูรณ์ในการผลิตและการค้า	5
การผูกขาดตลาดของรัฐบาล	226
การฝึกอบรมผู้พบเห็น	406
การฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพักพิง	456
การมีปริมาณมากเกินไป	334
การเมาสุรา	34
การ “ยึด” แปรนด	279
การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019	399
การระวางโทษปรับ	364
การรักษาครอบครัว	457
การรักษาด้วยยา	452
การรักษาตัวในโรงพยาบาลกลางวัน	463
การรักษาแบบบังคับ	460
การวางลิ่งค้าเพื่อโฆษณาแฝง	280
การวิเคราะห์อนุกรมเวลา	84, 168
การวิจัยเชิงคุณภาพ	168
การส่งผ่านของภาษี	184
การสนับสนุนจากสื่อมวลชน	502

การสร้างการรอบรู้และเท่าทันกลยุทธ์การโฆษณา	318
การสร้างแรงจูงใจ	457
การสูญเสียปีสุขภาวะ	86
การห้ามเข้ามา	416
การห้ามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง	4
การห้ามโดยเด็ดขาด	226
การให้บริการเครื่องดื่มอย่างรับผิดชอบ	397
การอบรมผู้ขายให้มีความรับผิดชอบต่อการขาย	564
การออกใบอนุญาต	227
การออกใบอนุญาตซับซ้อนอย่างเป็นลำดับขั้น	367
การออกใบอนุญาตตามความเสี่ยง	413
กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร	491
กิจกรรมรับผิดชอบต่อสังคม	274
แก้วนिरภัย	408

ข

ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีและการค้าขององค์การการค้าโลก	528
ขั้วรถในขณะที่เสื่อมสมรรถภาพเพราะแอลกอฮอล์	5

ค

คณะกรรมการว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้าขององค์การการค้าโลก	528
ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด	34
ความครอบคลุมของการรักษา	451
ความตกลงการค้าและการลงทุน	521
ความตกลงเขตเศรษฐกิจยุโรป	524
ความตกลงความครอบคลุมและความก้าวหน้าเพื่อหุ้นส่วนทางการค้า ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก	521
ความตกลงทางการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ	520
ความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาค	521
ความบกพร่องในการขี้นยานพาหนะจากผลของการดื่มแอลกอฮอล์	78
ความผิดปกติของการดื่มสุรา	105

ความยืดหยุ่น	282
ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ไขว้	183
ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา	183
ความรวดเร็วของการลงโทษ	365
เครือข่ายระดับนานาชาติเกี่ยวกับการดื่มแบบรับผิดชอบ	491
โครงการ Alcohol-Linking	410
โครงการ Neighborhoods Engaging with Students (NEST)	423
โครงการ ODHIN trial	454
โครงการ Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project (SNAPP)	423
โครงการ Safer Bars	406
โครงการ Safe Shebeens	412
โครงการ STAD	419
โครงการ Surface Paradise Safety Action Project	419
โครงการ “Tackling Alcohol-related Street Crime” (TASC)	417
โครงการป้องกัน	325
โครงการป้องกันในโรงเรียน	325
โครงการป้องกันแบบครอบครัว	325
โครงการป้องกันปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดในเมืองสตอกโฮล์ม	420
โควตาการซื้อ	227
ฉ	
ฉลากคำเตือน	318, 493
ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	522
ฉลากภาพคำเตือนแบบหมุนเวียน	528
ช	
ชุมชนบำบัด	456
ช	
โซเชี่ยลมีเดีย	502

ด	
ดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ	316
ดูสภาพที่เว้นวรรค	503
ต	
ได้ข้อกำหนดว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า	526
ท	
ทฤษฎีการป้องกันอาชญากรรมตามสถานการณ์	402
ธ	
ธนาคารโลก	532
ธรรมาภิบาลของการบริหารองค์รแบบเครือข่าย	505
น	
นโยบายการรักษา	449
นโยบายขั้นต้น	553
นโยบายขั้นต้นที่สุด	553
นโยบายปรับเปลี่ยนบริบทการดื่มในพื้นที่สาธารณะ	564
แนวทางระดับชุมชน	418
แนวปฏิบัติในการให้บริการ	405
บ	
บทบัญญัติการระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐของนักลงทุน	523
บรรทัดฐานการดื่ม	400
บริการขี้ผึ้งปลอดภัย	372
บริษัทข้ามชาติ	127
บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ	320
บริษัทแอลกอฮอล์ข้ามชาติ	7
บุคคลผู้มีอิทธิพล	275

แบบแผนการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์	45
แบบแผนการตีพิมพ์แบบเลียงอันตราย	61

ป

ประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม	7
ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำ-ปานกลาง	50
ประเทศที่มีระดับรายได้สูง	47, 86
ประเทศลิทัวเนีย	234
ประมวลกฎหมายการปฏิบัติ	411
ปริมาณการตีพิมพ์ต่อหัวประชากร	46
ปริมาณการบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร	7
ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร	104
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ	536
โปรแกรมการบริการเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อย่างรับผิดชอบ	403
โปรแกรมการบำบัดรักษาในระยะแรกเริ่ม	453
โปรแกรมกำกับดูแลอย่างเข้มข้น	368, 371
โปรแกรมกำหนดตัวผู้ขับขีที่ไม่ตีพิมพ์	372
โปรแกรมฝึกอบรมผู้พบเห็น	401

ผ

ผลกระทบภายนอกเชิงลบ	185
ผู้ช่วยเหลือ	402
ผู้มีปัญญาทั้ง 5	495
ผู้สังเกตการณ์เจรจาภาคยานุวัติ	521

พ

พฤติกรรมบำบัด	457
พานิชย์อิเล็กทรอนิกส์	519
พื้นที่เป้าหมาย	411
แพลตฟอร์มดิจิทัล	273

ภ

ภาคธุรกิจ	274
ภาวะความผิดปกติของทารกในครรภ์ที่ล้มคลอดแอลกอฮอล์	100
ภาวะสุราเป็นพิษ	80
ภาษีฟิวเวียน	30

ม

มาตรการ SafeNights	400
มาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี	522
มาตรการขจัดความเสี่ยงจากแก้วเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกได้	408
มาตรการควบคุมที่มีหลายองค์ประกอบ	418
มาตรการเคลื่อนที่เชิงกลุ่ม	400
มาตรการเชิงกลุ่มเพื่อน	400
มาตรการตรวจตราและควบคุม	409
มาตรการต่อต้านการดื่มแล้วขับ	5
มาตรการตั้งจุดตรวจจลมหายใจวัดระดับแอลกอฮอล์แบบสุ่ม	358
มาตรการที่มีหลายองค์ประกอบ	416
มาตรการเน้นกลุ่มเพื่อนนี้	402
มาตรการบังคับให้ปรับเข้ากับบริบทพื้นที่	530
มาตรการแบบรอบด้าน	416
มาตรการภาษีสรรพสามิต	184
มาตรการเวนคืนทางอ้อม	522
มีขนาดอิทธิพล	105
โมเดลการบริหารร่วมจากหลายภาคส่วน	505
โมเดลที่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก	505

ย

ยาที่ทำให้ไวต่อแอลกอฮอล์	457
--------------------------	-----

ร

รถตรวจปกติ	361
รถบัสตรวจเหล่า	360
ระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด	353
ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด	77
ระบบ Motbok	230
ระบบการบำบัด	466
ระบบการออกใบอนุญาต	227
ระบบการออกใบอนุญาตที่เข้มงวด	5
ระบบบำบัด	452, 465
ร้านที่มีที่นั่งดื่ม	226
ร้านที่ไม่มีที่นั่งดื่ม	226
รูปแบบพฤติกรรมกรรมการดื่ม	39

ล

ลิทัวเนีย	234
-----------	-----

ค

ศาลเฉพาะสำหรับคดีขับรถภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์	368
---	-----

ส

สถานที่ดื่มที่มีใบอนุญาต	395
สถานพักพิง	455
สถานพักพิงอิสระ	452
สมาพันธ์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก	495
สร้างการแข่งขันทางใจ	326
สัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดจากการมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง ๆ	80
สุราเหมาใจ	7

ท

หน่วยงานด้านสังคมและประชาสัมพันธ์	145
หลักการปฏิบัติที่เป็นธรรมและเท่าเทียม	522
หลักการปฏิบัติเท่าเทียม	524
แหล่งที่มาทางสังคม	249

อ

องค์กรธุรกิจแอลกอฮอล์ข้ามชาติ	274
อนุสัญญาเดี่ยว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ	541
อัตราการป่วยจากโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์	6
อายุขั้นต่ำในการซื้อตามกฎหมาย	243
อายุขั้นต่ำในการดื่มตามกฎหมาย	242
อายุขัยเฉลี่ย	6
อุตสาหกรรมสุราและองค์กรด้านสังคมและประชาสัมพันธ์	491
อุปกรณ์ป้องกันผู้ขับขี่ขี้อรลในขณะเมาสุรา	368
อุปกรณ์ล้อคปั๊มสตาร์ทรถ	370
แอลกอฮอล์ที่ไม่ได้บันทึกไว้	225
แอลกอฮอล์นอกระบบ	225

Index

A

Abstainers Clubs	461
Administrative license revocation (ALR)	365
Advocacy Coalition Framework	504
Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT)	526
Alcohol Culture Change Initiative of VicHealth	401
Alcohol dependence syndrome	37
Alcoholics	56
Alcoholics Anonymous	468
Alcoholics Anonymous (AA)	452, 461
Alcohol intoxication	34
Alcohol monopoly	226
Alcohol per capita consumption (APC)	7, 46, 104
Alcohol poisoning	80
Alcohol prevention programmes	325
Alcohol-sensitizing drugs	457
Alcohol use disorder	105
Antabuse	457
Attributable fraction	80

B

Balancing test	529
Behaviour therapy	457
Best practice	553

Binge drinking	31
Blood Alcohol Concentration (BAC)	34, 77, 353
Booze buses	360
Brand stretching	279
Bystander training program	406

C

Calcium carbimide	457
Car-based checkpoints	361
Case mix	469
Codes of practice	411
Codex Alimentarius	526, 527
Cognitive behavioral therapy (CBT)	452
Commercial interests	488
Committee on Technical Barriers to Trade (TBT)	528
Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership (CPTPP)	521
Comprehensive approach	416
Contingency management	452, 457
Corporate social responsibility (CSR)	274, 491
Counter-advertising	316, 317
COVID-19	399
Croix d'Or	461
Cross-border marketing	520
Cross-price elasticity of demand	183

D

Danshukai	461
Designated driver programs	372
Detoxification	455

Digital platforms	273
Disability-adjusted life years (DALYS)	86
Disulfiram	457
Dram shop liability law	413
Drinking norm	400
Driving Under the Influence (DUI)	359
DUI courts	368

E

Early intervention programmes	453
E-commerce	519
Effect sizes	105
Elasticity	282
Enhanced enforcement	409
Equal treatment	524
European Economic Area (EEA)	524
Excise taxation	184

F

Fair and equitable treatment	522
Family Clubs	461
Family treatment	457
FCTC	296
Fetal alcohol spectrum disorders (FASD)	32, 100
Fetal alcohol syndrome (FAS)	32, 100
Forced localization	530
Foreign Corrupt Practices Act (FCPA)	492
FORUT	494
Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)	495, 523
Freestanding residential facilities	452

G

General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)	528
Global Alcohol Policy Alliance (GAPA)	495
Good practice	553
Graduated driver licensing (GDL)	367
Group-based mobile intervention	400
Group therapy	457

H

Hazardous drinking	83
Hazardous drinking pattern	61
Heavy episodic drinking	25, 189
Heavy episodic drinking (HED)	57, 87
High-income countries (HICs)	47, 86
Hotspot	411
Hours and days of sale	227

I

Ignition interlock devices	370
Indirectly expropriated	522
Influencer	275
Informal alcohol	225
Intensive supervision program	368
Interlocked device	368
International Alliance for Responsible Drinking (IARD)	491
International Monetary Fund (IMF)	532
Investor-state dispute settlement (ISDS)	523

K

Kreuzbund	461
-----------	-----

L

Lead organization model	505
Licensed drinking venues	395
Licensing	227
Licensing system	227
Links	461
Lockout	416
Low-and middle-income countries (LMICs)	50

M

Mandatory jail sentence	363
Mandatory times	364
Mandatory treatment	460
Manualized AA	461
Marital and family therapy	452
Media advocacy	502
Media literacy	318
Minimum legal drinking age (MLDA)	243
Minimum legal purchase age (MLPA)	243
Minimum unit pricing	185
Mothers Against Drunk Driving (MADD)	495
Motivational enhancement	457
Motivational interviewing	452
Movendi International	494
Muslim-majority countries (MMCs)	7

N

Natural experiments	168
NCD Alliance	494, 536
Necessity test	528
Negative externalities	185

Network administrative organization governance	505
Non-tariff barriers	522

O

Observer negotiating accession	521
Off-premises	226
On-premises	226
Opioid antagonists	458
Outright prohibition	226
Overprovision	334

P

Pattern of drinking	45
Peer intervention	400
Pharmacotherapy	452
Pigouvian	30
Policing and regulatory interventions	409
Pre-drinking	190
Pre-loading	190
Price elasticity of demand	183
Product placement	280
Public service announcements (PSAs)	317, 318
Punctuated equilibrium	503

R

Random breath testing (RBT)	358
Randomized clinical trials (RCTs)	169
Recovery-coping skills	461
Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP)	521
Regression to the mean	170
Regulatory chill	522

Relapse prevention training	452
Residential care	455
Residential rehabilitation	456
Resilience	326
Responsible beverage service	564
Responsible Beverage Service (RBS)	403
Responsible beverage service training	397
Responsible service of alcohol (RSA)	403
Risk-based licensing (RBL)	413

S

Safe ride services	372
Sales over the counter	227
SBI	462, 467
SBIRT	462
Selected and indicated prevention	327
Self-efficacy	461
Self-regulation	274
Serving practice	405
Sheffield Alcohol Policy Model	473
Sick quitter effect	87
Single Convention on Narcotic Drugs	541
Situational crime prevention theory	402
Sobriety checkpoints	361
Social Aspects and Public Relations Organizations (SAPROs)	491
Social counter-marketing	318
Social host liability laws	250
Social marketing	317
Social source	249
Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems (STAD) project	419, 420
Swiftness of punishment	365

Systematic review	176
System of rationing	230

T

Targeted enforcement	411
Targeted policing	410
Target policing	409
Tax pass-through	184
Temperance movements	495
Tempered glasses	408
The five sages	495
Therapeutic community	456
Time-series analyses	84, 168
Trade and investment agreements	521
Transnational alcohol corporations (TNACs)	127, 274, 320, 519
TSF interventions	461
Twelve-Step Facilitation (TSF)	459

U

Universal prevention strategy	325
Unrecorded alcohol	225

V

Victim impact panel	368
Vie Libre	461
Vital Strategies	494
Voluntary codes	274
Voluntary strategy	409

W

Warning labels	318, 522
World Bank	532




สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา

ฉบับปรับปรุงครั้งที่สาม | ฉบับแปลภาษาไทย

ALCOHOL: NO ORDINARY COMMODITY
RESEARCH AND PUBLIC POLICY, THIRD EDITION

ศูนย์วิจัยพิษวิทยาสุรา (ศวส.)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

 074-451165, 083-5775533

 <http://cas.or.th/>  facebook.com/cas.org.th/



หมวดการแพทย์

ISBN 978-616-271-724-6



9 786162 717246