

รายงานการวิจัย
การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการ
สนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุรในต่างประเทศ
State-of-the-Art Policies and Measures
for Supporting the Abstainers in Foreign Countries

โดย

รองศาสตราจารย์ชุษณะ รุ่งปัจฉิม
Associate Professor Chussana Rungpatchim

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
ปี 2550
ลิขสิทธิ์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุราในต่างประเทศ ฉบับนี้ เป็นงานวิจัยชิ้นที่สองที่ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ประจำปี พ.ศ. 2550 ซึ่งถือเป็นหน่วยงานสำคัญยิ่งต่อการรณรงค์ต่อสู้กับปัญหาสุราในสังคมไทย ปัจจุบัน การทำงานวิจัยร่วมกับศูนย์วิจัยปัญหาสุรานั้นนับเป็นประสบการณ์ที่ดีของผู้วิจัยเสมอมา นับแต่งานชิ้นแรก แม้งานวิจัยจะอยู่ภายใต้ข้อกำหนดการวิจัยของศูนย์ฯ แต่ผู้วิจัยก็มีอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่ และที่สำคัญยังมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจากทางศูนย์ฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้เป็นอย่างมาก นายแพทย์บัณฑิต ศรไพศาล ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ตลอดจนบุคลากรทุกท่านของศูนย์ฯ ต่างให้ความอนุเคราะห์และเป็นกันเองกับผู้วิจัยตลอดมา นับเป็นความสุขของผู้วิจัยที่ได้ร่วมงานกับศูนย์ฯ จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณ คุณนิรมล รุ่งปัจฉิม ภรรยา คุณวีริศา รุ่งปัจฉิม บุตรสาว คุณธาวิน รุ่งปัจฉิม บุตรชาย ที่คอยสอบถามความก้าวหน้าและให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ความบกพร่องทั้งหมดที่อาจมีอยู่ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

รองศาสตราจารย์ ชุษณะ รุ่งปัจฉิม

ธันวาคม 2550

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ และเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราสำหรับประเทศไทย ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการรวบรวมสืบค้นจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ขอบเขตการศึกษาครอบคลุมนโยบาย มาตรการ และแบบปฏิบัติที่ดีของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ในประเทศ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส นอร์เวย์ และออสเตรเลีย

ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของผู้ไม่ดื่มสุราในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันไปตามสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ประเทศที่มีพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจเกี่ยวกับสุรามักมีสัดส่วนของผู้ดื่มสุรามากกว่าผู้ไม่ดื่มสุรา ในทางตรงกันข้ามประเทศที่ไม่มีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจเกี่ยวกับสุรามักจะมีสัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุรามากกว่า เหตุผลของการไม่ดื่มสุราประกอบด้วยเหตุผลด้านศีลธรรมและศาสนา เหตุผลด้านพื้นฐานครอบครัว และเหตุผลด้านสุขภาพอนามัย นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศที่สำคัญมีด้วยกัน 7 ประการคือ 1) มาตรการด้านกฎหมายแพ่งเพื่อคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราในกรณีได้รับความเสียหายหรือเกิดการสูญเสียอันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ที่ดื่มสุรา 2) มาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการควบคุมสถานบริการสุรา เพื่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของผู้ไม่ดื่มสุราที่อาศัยในบริเวณโดยรอบ 3) มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินของชุมชนเพื่อให้บริการสุรา เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบของสถานบริการต่อผู้อยู่อาศัยในชุมชนโดยรอบ 4) มาตรการการสนับสนุนการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุรา เพื่อส่งเสริมและขยายบทบาทของเครือข่ายดังกล่าวในการแก้ไขปัญหาสุรา 5) มาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา เพื่อคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราและลดปัญหาและความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยต่างๆ จากการดื่มสุรา 6) มาตรการห้ามโฆษณาสุราในสื่อต่างๆ เพื่อรักษาและคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่ดื่มสุราที่ไม่ต้องรับรู้การโฆษณาชวนเชื่อในผลิตภัณฑ์สุรา และ 7) มาตรการเพิ่มเบี้ยประกันสุขภาพหรือเบี้ยประกันภัยรถยนต์สำหรับผู้ดื่มสุราจนก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่น เพื่อคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราและเพิ่มความรับผิดชอบต่อผู้ดื่มสุรา ข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราสำหรับประเทศไทยประกอบด้วย การใช้มาตรการด้านกฎหมายแพ่ง มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินของชุมชน มาตรการสนับสนุนการสร้างภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุรา มาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา มาตรการห้ามโฆษณาสุรา และมาตรการเพิ่มเบี้ยประกันสุขภาพหรือประกันภัยรถยนต์

คำสำคัญ ผู้ไม่ดื่มสุรา นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุรา

Abstract

The objectives of this study were to review state-of-the-art policies and measures supporting the abstainers in foreign countries, and to propose alcohol policy proposals for Thai society. Research data was secondary data that retrieved from the related databases in the internet. Frame of study included policies, measures, and good practices in governmental & non-governmental organizations and civil society, in the United States of America; United Kingdom; France; Norway; and Australia.

The results revealed that the proportion of abstainers of each country varied from socio-economic conditions. There were more alcohol drinkers in countries where their socio-economic condition based on alcohol. On the contrary, there were more abstainers in countries where their socio-economic condition based on alcohol. The factors of abstinence were moral & religious factor, family background factor, and health factor. Alcohol policies and measures supporting the abstainers in foreign countries were consisted of 7 following aspects: 1) civil law measure: to protect the abstainer in case of having injured or lost from drinkers' behavior; 2) community strengthening measure in controlling alcohol premises: for peace, order, and safety of abstainer residence; 3) measure of increasing rate charges for using community's property: to increase responsibility of alcohol premises to residents in surrounding community; 4) measure in supporting the establishment of abstainer networks: to promote and extend the network's role in solving alcohol problems; 5) alcohol free environments measure: to protect the abstainers and to reduce harm and disorder from alcohol drinking; 6) alcohol advertising-ban measure: to maintain and protect abstainers' right for non-perceiving in alcohol advertising; and 7) measure in increasing insurance premium for hazardous alcohol drinkers: to protect the abstainers and increase alcohol drinkers' responsibility. Alcohol policies and measures supporting the abstainers proposals for Thai society were civil law measure, measure of increasing rate charges for using community's property, measure in supporting the establishment of abstainer networks, alcohol free environments measure, alcohol advertising-ban measure, measure in increasing insurance premium for hazardous alcohol drinkers.

Keywords: abstainer, policy and measure for supporting the abstainer

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	8
ความสำคัญของปัญหา	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	13
ขอบเขตการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	15
ความรู้เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุรา	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ดื่มสุรา	19
ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ไม่ดื่มสุรา	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	22
ข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล	22
แนวทางการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	22
บทที่ 4 ผลการวิจัย	23
ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการ	24
องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ	28
องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุราในประเทศไทย	34
องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ	37
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	72
สรุปผลการวิจัย	72
ข้อเสนอแนะ	76
บรรณานุกรม	78

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ปริมาณการดื่มสุรாத่อหัวประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2546	9
ตารางที่ 2 ปริมาณการดื่มเบียร์ เหล้า และไวน์ต่อหัวประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2546	11
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วน (ร้อยละ) คนไม่ดื่มสุราของประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส นอร์เว และออสเตรเลีย	31
ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ดื่มสุราและผู้ไม่ดื่มสุราจำแนกตามเพศ ปี 2544, 2547 และ 2549	35
ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ไม่ดื่มสุราจำแนกตามหมวดอายุ ปี 2544, 2547 และ 2549	36
ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ไม่ดื่มสุราจำแนกตามเขตการปกครอง ปี 2544, 2547 และ 2549	36
ตารางที่ 7 สัดส่วนของการใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุราของประเทศต่างๆ	64
ตารางที่ 8 สัดส่วนของการใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุรากับสวนสาธารณะ และถนนของประเทศต่างๆ	65

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความหมายและลักษณะทางประชากรของคนไม่ดื่มสุรา ในประเทศต่างๆ	18
ภาพที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุราของประเทศต่างๆ ทั่วโลก	32
ภาพที่ 3 สัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุราจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก	37
ภาพที่ 4 โปสเตอร์รณรงค์ไม่ให้ลงคะแนนให้กับ Dr. Webb	48
ภาพที่ 5 แสดงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในโครงการป้องกันปัญหาสุราของชุมชน	50
ภาพที่ 6 ตารางแสดงอัตราค่าธรรมเนียมการใช้ที่ดินในรัฐวิกตอเรีย	52
ภาพที่ 7 โครงการปาร์ตี้ปลอดภัยกับตำรวจ	53
ภาพที่ 8 เว็บไซต์ของ AV-OG-TIL	67

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยแต่เดิมไม่ใช่สังคมที่นิยมการดื่มสุราเหมือนกับบางสังคมที่การดื่มสุราเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา “ชาวต่างชาติที่มาเยือนเมืองไทยนับตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาจนถึงต้นรัตนโกสินทร์มักจะกล่าวต่อๆ กันว่า คนไทยแต่เดิมไม่ผู้ดื่มสุราเท่าใดนัก นักสังเกตรศสมัยพระนารายณ์ เช่น ลาลูแบร์ แชรแวส และสังฆราชแห่งเบริช กล่าวเหมือนกันว่า น้ำบริสุทธิ์เป็นเครื่องดื่มทั่วไปของชาวสยาม เครื่องดื่มที่นิยมรองลงมาคือ น้ำชา และถือว่าเป็นเครื่องดื่มที่ควรแก่การต้อนรับแขกผู้มาเยี่ยม...”¹

นอกจากนี้จากหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสำรวจก็สอดคล้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้มีการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่าจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน 54,536,000 คน ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีคนที่ดื่มสุรามีจำนวน 15,902.30 คน คิดเป็นร้อยละ 29.16 และคนที่ไม่ดื่มสุรามีจำนวนถึง 38,633.70 คน คิดเป็นร้อยละ 70.84 นอกจากนี้ในจำนวนคนที่ดื่มสุรานั้น ส่วนใหญ่เป็นคนที่นานๆ ครั้งจึงจะดื่มมีจำนวน 6,593.20 คิดเป็นร้อยละ 41.46²

ยิ่งไปกว่านั้น ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกล่าสุดในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ.2003) ที่เผยแพร่อยู่ในฐานข้อมูลสุราโลก (Global Information System on Alcohol and Health: GISAH)³ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีการปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น ก็ระบุว่าคนไทยดื่มสุราเฉลี่ยต่อปีคนละ

¹ ไพศาล วิศาล (2537) *ประวัติศาสตร์การบริโภคสุราในประเทศไทย* กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย / คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ หน้า 17

² ข้อมูลจากฐานข้อมูลสาขาสถิติสุขภาพ ด้านพฤติกรรมเสี่ยง ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตาราง 2 จำนวนประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุรา หมวดอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2549 http://service.nso.go.th/nso/g_data23/stat_23/toc_4/4.4-2-49.xls

³ *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. (2007). World Health Organization: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

5.6 ลิตร (ดูตารางที่ 1 ประกอบ)⁴ ซึ่งจัดอยู่ในอันดับที่ 50 ของโลก⁵ (เท่ากับประเทศมอนต์เซอร์รัต และคอซตาริกา) โดยประเทศที่มีประชากรดื่มสุรามากที่สุดคือประเทศอูกานดาคนละ 17.6 ลิตร รองลงมาคือประเทศลักเซมเบิร์กคนละ 15.6 ลิตร ประเทศไอร์แลนด์คนละ 13.7 ลิตร ประเทศอังกฤษคนละ 13.6 ลิตร และประเทศสาธารณรัฐมอลโดวาคนละ 13.2 ลิตร ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า โดยทั่วไปแล้วคนไทยไม่นิยมดื่มสุรา

ตารางที่ 1 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2546 (หน่วยเป็นลิตร)

Thailand

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Adult (15+) per capita consumption in litres (total) from 1991-2003 total	4.9	5.0	5.0	5.1	5.0	5.7	6.1	5.9	5.7	5.1	5.8	5.8	5.6

ที่มา Retrieved February 9, 2007, from Global Alcohol Database, WHO website: <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=2>

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าคนไทยส่วนใหญ่จะไม่ดื่มสุราก็ตาม แต่คนส่วนที่น้อยกว่าซึ่งเป็นนักดื่มนั้นก็กลับเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนไทยเป็นปัญหาที่น่าวิตก เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมายและค่อนข้างรุนแรง การดื่มสุราเป็นผลให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ดื่ม ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อสังคมโดยรวม ตลอดจนมิติของผลกระทบก็ครอบคลุมทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจไปพร้อมกัน สุราเป็นต้นเหตุของโรคและอาการเจ็บป่วยหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตับแข็ง ประสาทเสื่อม กล้ามเนื้อเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของปัญหาและความสูญเสียอื่นๆ อีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม และความรุนแรงในครอบครัว

⁴ ข้อมูลจาก "Adult (15+) per capita consumption, recorded, in litres (total) from 1960 -> Adult (15+) per capita consumption in litres (total) 2003" ฐานข้อมูล Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). World Health Organization: <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>

⁵ ข้อมูลดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลง จากเดิมที่ผู้วิจัยเคยสืบค้นจากฐานข้อมูล Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), WHO เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2548 นั้น ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรไทยในปี 2001 เท่ากับ 8.47 ลิตร โดยยังไม่มีรายงานข้อมูลของปี 2002 และ 2003

รัฐบาลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีการกำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหาสุรา มาตรการในการต่อสู้กับปัญหาสุราที่นิยมใช้กันมากก็คือ **นโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคและการลดอันตรายจากการดื่มสุรา (consumption control and reducing harm)** ซึ่งยังแบ่งออกเป็นมาตรการหลักๆ ที่สำคัญได้แก่

- มาตรการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด/เมาไม่ขับ
- มาตรการด้านราคาและภาษี
- มาตรการจำกัดการเข้าถึงและการซื้อขาย
- มาตรการจำกัดความหนาแน่นของแหล่งขาย
- มาตรการจำกัดวันและเวลาซื้อขาย มาตรการจำกัดอายุผู้ซื้อ
- มาตรการควบคุมและจำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย
- มาตรการอบรมผู้ขายและการรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ขาย
- มาตรการให้ความรู้และสร้างเจตคติที่ถูกต้อง
- มาตรการปิดฉากการค้าเตือนบนบรรจภัณฑ์ เป็นต้น

แม้ว่าโดยทั่วไปคนไทยส่วนใหญ่จะไม่นิยมดื่มสุรา รวมทั้งปริมาณการดื่มสุราของประชากรไทยในแต่ละปีจะไม่มากเท่ากับบางประเทศในโลกที่ประสบปัญหาจากกรณีดังกล่าว แต่จากข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลกข้างต้นก็พอทำให้เราเห็นได้ว่าปริมาณการดื่มสุราของประชากรภายในประเทศไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามที่รัฐบาลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามกำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความนิยมในการดื่มเบียร์ของคนไทย เมื่อเปรียบเทียบกับเหล้าและไวน์ กลับมีเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ (ดูตารางที่ 2 ประกอบ) กล่าวคือในปี พ.ศ. 2534 (ค.ศ. 1991) คนไทยดื่มเบียร์เพียง 0.3 ลิตรต่อคนต่อปี พอมาถึงปี พ.ศ. 2546 (ค.ศ. 2003) ปริมาณการดื่มเบียร์ของคนไทยเพิ่มเป็น 1.6 ลิตรต่อคนต่อปี

ตารางที่ 2 ปริมาณการดื่มเบียร์ เหล้า และไวน์ต่อหัวประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2546 (หน่วยเป็นลิตร)

Levels of Consumption -> Adult (15+) per capita, recorded, in litres (total by type) from 1990 -> Adult (15+)
per capita consumption in litres by type -> **beer**
(Periodicity: Year, Applied Time Period: from 1991 to 2003)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Thailand	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.2	1.3	1.3	1.6

Levels of Consumption -> Adult (15+) per capita, recorded, in litres (total by type) from 1990 -> Adult (15+)
per capita consumption in litres by type -> **spirits**
(Periodicity: Year, Applied Time Period: from 1991 to 2003)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Thailand	4.8	4.6	4.6	4.5	5.0	5.3	4.9	4.7	4.1	4.6	4.6	4.6	4.0

Levels of Consumption -> Adult (15+) per capita, recorded, in litres (total by type) from 1990 -> Adult (15+)
per capita consumption in litres by type -> **wine**
(Periodicity: Year, Applied Time Period: from 1991 to 2003)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Thailand	n/a	n/a	n/a	0.0	0.0	0.0	0.0	n/a	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

ที่มา Retrieved February 9, 2007, from Global Alcohol Database, WHO website:

<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>

ยิ่งกว่านั้น “สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครัวเรือนเพิ่มขึ้นจาก 36,544 ล้านบาท ในไตรมาสแรกปี 2549 เป็น 38,747 ล้านบาท ในปี 2550 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.0 ซึ่งสะท้อนว่า ประชาชนยังดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรายงานของธนาคารแห่งประเทศไทยระบุว่า ปริมาณการดื่มสุราเพิ่มขึ้นจาก 207 ล้านลิตรในไตรมาสแรกปี 2549 เป็น 219 ล้านลิตรในปี 2550

หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.8 และการจำหน่ายเปียร์เพิ่มขึ้นจาก 468 ล้านลิตร เป็น 540 ล้านลิตร หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 ในช่วงเดียวกัน”⁶

ในอดีตที่ผ่านมา รัฐบาลใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในแต่ละปีเพื่อการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากการดื่มสุราของคนไทย ทั้งในด้านการรณรงค์การลดปริมาณการดื่ม การบำบัดรักษา และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดสุรา การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากสุรา การรณรงค์ให้ความรู้ การศึกษาวิจัยเพื่อชี้ให้เห็นปัญหาและแสวงหาแนวทางในการกำหนดนโยบายมาตรการ รวมทั้งการสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมอีกมากมายที่เป็นผลมาจากสุรา ฯลฯ แม้ว่างบประมาณส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหาจะมาจากภาษีบาป (sin tax) ที่รัฐจัดเก็บเพิ่มจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ซึ่งในปัจจุบันมีรายได้ราวปีละ 2-2.5 พันล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 0.75 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด แต่ก็ไม่เพียงพอกับสถานการณ์ปัญหา ที่สำคัญงบประมาณเหล่านั้นนำไปใช้เพื่อควบคุมพฤติกรรมและลดปัญหาของกลุ่มคนส่วนน้อยของสังคมที่เป็นผู้ดื่มสุรา (ร้อยละ 29.16 ของประชากรทั้งหมด)

มาตรการต่างๆ ที่เรานำมาใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับข้อมูลบางส่วนที่สะท้อนสภาพปัญหา ชี้ให้เห็นว่ายังไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุราของคนไทยได้เท่าที่ควร จึงพบว่าแต่ละปีมีนักดื่มหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้น รวมทั้งอายุของนักดื่มหน้าใหม่ก็มีแนวโน้มยิ่งน้อยลงเป็นลำดับ

มาตรการเชิงนโยบายส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปยังกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราเป็นสำคัญ แต่เรายังไม่ให้ความสำคัญกับมาตรการเชิงนโยบายที่เน้นไปยังกลุ่มผู้ที่ไม่ดื่มสุราเท่าที่ควร มาตรการดังกล่าวอาจมีลักษณะของการสร้างแรงจูงใจในการไม่ดื่มหรือเลิกดื่มสุรา มาตรการคุ้มครองและให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ไม่ดื่มสุรา มาตรการคุ้มครองผู้ได้รับอันตรายหรือความเสียหายจากผู้ดื่มสุรา มาตรการสนับสนุนครอบครัวหรือชุมชนปลอดสุรา เป็นต้น ซึ่งนับเป็นมาตรการที่คำนึงถึงคุณค่าและให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่ไม่ใช่ผู้ดื่มสุรา (ร้อยละ 70.84 ของประชากรทั้งหมด) เป็นสำคัญ

หากเชื่อว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ก็พบว่ารัฐบาลยังไม่ได้กำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มสุราให้เป็นรูปธรรมอย่างจริงจังแต่อย่างใด ประเด็นก็คือ หากรัฐไม่สามารถสร้างกลไกสนับสนุนพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา ไม่สามารถสร้างกลไกสนับสนุนครอบครัวหรือชุมชนปลอดสุรา หรือไม่สามารคุ้มครองกลุ่มคนที่ไม่ดื่มสุราจากอิทธิพลของการโฆษณาหรือจากสิ่งจูงใจอื่นๆ ได้ ก็อาจเป็นผลให้กลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นกลุ่มผู้ดื่มสุราในอนาคต

⁶ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) รายงานภาวะสังคม ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 มิถุนายน 2550 ค้นคืนเมื่อ 15 กันยายน 2550 จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ:

[http://social.nesdb.go.th/nesdbsoc/ReportQ150\(11Jun07\).pdf](http://social.nesdb.go.th/nesdbsoc/ReportQ150(11Jun07).pdf) หน้า 6

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษานโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุรา โดยการ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุราในต่างประเทศ เพื่อให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและรัฐบาลเห็นความสำคัญของการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมไม่เต็ม สุราอย่างจริงจัง และเสนอแนะแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุรา สำหรับประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุราใน ต่างประเทศ
- 2) เพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุราสำหรับประเทศไทย

1.3 ขอบเขตการวิจัย

- 1) มุ่งเน้นการทบทวนองค์ความรู้จากนโยบาย มาตรการ และแบบปฏิบัติที่ดีที่สนับสนุนผู้ ไม่เต็มสุรา ทั้งของหน่วยงานและองค์การภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาชน/ชุมชน
- 2) มุ่งเน้นนโยบาย มาตรการ และแบบปฏิบัติที่ดีทั้งในด้านกฎหมาย ด้านสังคมและ วัฒนธรรม ด้านการให้การศึกษา และด้านเศรษฐกิจไปพร้อมกัน
- 3) ประเทศที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้มี 5 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ ฝรั่งเศส นอร์เว ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุราใน ต่างประเทศ
- 2) สามารถสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุราสำหรับสังคมไทย ได้
- 3) ช่วยให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของกลุ่มคนที่ไม่เต็มสุราใน สังคมไทย

4) ช่วยให้เกิดความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มคนที่ไม่ดื่มสุราเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการผลักดันเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ให้สังคมไทยเป็นสังคมของคนไม่ดื่มสุราอย่างแท้จริง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุรา

โดยทั่วไปแล้วเวลาที่เรากล่าวถึงคนที่ไม่ดื่มสุรา (abstainer) ก็หมายถึงคนที่ไม่ดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นๆ ทั้งหมด ซึ่งเป็นความหมายที่คนส่วนใหญ่เข้าใจตรงกัน ในภาษาอังกฤษคำที่ใช้เรียกคนที่ไม่ดื่มสุราหรือกลุ่มคนที่ไม่ดื่มสุราที่มีใช้อยู่หลายคำ นอกเหนือจากคำว่า “abstainer” ได้แก่คำว่า teetotaler (ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง), temperance (ซึ่งมักหมายถึงความเกี่ยวข้องกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมหรือสมาคมที่สมาชิกเป็นพวกที่ไม่ดื่มสุราและต่อสู้เรียกร้องให้สังคมเป็นสังคมปลอดสุรา), หรือ non-drinker เป็นต้น

ตัวอย่างความหมายของคำว่า “abstainer” (ผู้ไม่ดื่มสุรา)

- 1) “a person who refrain from drinking intoxicating beverages”⁷
- 2) “a person who refrain deliberately and often with an effort of self-denial from an action or practice (abstain from drinking)”⁸
- 3) “a person who abstains from something regarded as improper or unhealthy, especially the drinking of alcoholic beverages”⁹

อย่างไรก็ตาม หากกล่าวถึงคนไม่ดื่มสุราไปในทางวิชาการหรือในทางที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ก็อาจต้องพิจารณาถึงความหมายที่ครอบคลุมคนไม่ดื่มสุราในหลายลักษณะ กล่าวคือในรายงานเรื่อง Who are the Abstainers?¹⁰ ของ International Center for Alcohol Policies (ICAP) กล่าวว่าในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคน

⁷ Retrieved October 24, 2007 from Worldreference website: <http://www.wordreference.com/definition/abstainer>

⁸ Retrieved October 24, 2007 from Merriam-Webster Online website: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/abstainer>

⁹ Retrieved October 24, 2007 from Dictionary.com website: <http://dictionary.reference.com/browse/abstainer>

¹⁰ International Center for Alcohol Policies. (2000). *Who are the Abstainers?*. Retrieved September 30, 2007 from International Center for Alcohol Policies website: http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/ICAP_Reports_English/report8.pdf

ไม่ดื่มสุราของประเทศต่างๆ มีปัญหาในการตีความว่าคนที่ไม่ดื่มสุรานั้นหมายความว่าความถึงใคร โดยส่วนใหญ่แล้วจะระบุว่าหมายถึงเฉพาะคนที่ตลอดชีวิตไม่ดื่มสุราเลยรวมทั้งคนที่เคยดื่มในอดีต ส่วนในปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว บางประเทศก็จะหมายความว่าคนที่ไม่ดื่มสุราเฉพาะในช่วงเวลาใดช่วงเวลานี้ (ส่วนใหญ่มักเป็นการกำหนดช่วงเวลาที่ต้องการสำรวจข้อมูล) เช่น หมายถึงคนที่ไม่ดื่มสุราในช่วง 12 เดือนหรือ 24 เดือนที่ผ่านมา หรือหมายถึงคนที่ดื่มไม่เกิน 5 ครั้งในรอบหนึ่งปี อย่างไรก็ตามในประเทศออสเตรเลียมีการกำหนดนิยามที่ต่างกันระหว่าง “primary abstainer” (ซึ่งหมายถึงคนที่ไม่ดื่มสุราแต่แรก) กับ “secondary abstainer” (ซึ่งหมายถึงคนที่เคยดื่มสุรามาก่อนแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว) ในเนเธอร์แลนด์คนที่ดื่มสุราน้อยกว่า 2 แก้วต่อเดือนก็ยังถือว่าตนจัดอยู่ในกลุ่มคนไม่ดื่มสุรา เป็นต้น (ดูภาพที่ 1 ประกอบ) ที่น่าสนใจคือจากการสำรวจคนที่ไม่ดื่มสุราในประเทศโปแลนด์ของ Moskalewics & Zielinski พบว่าความหมายของคนที่ไม่ดื่มสุราในโปแลนด์มีเพียงความหมายเดียวเท่านั้นคือ คนที่ไม่ดื่มวอดก้า (vodka) ทั้งนี้เนื่องจากคนโปแลนด์ถือว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นนอกเหนือจากวอดก้าไม่นับเป็นสุรา และการดื่มเครื่องดื่มชนิดนี้ก็ไม่นับว่าเป็นการดื่มสุรา (real drinking) ด้วยเช่นกัน¹¹

¹¹ International Center for Alcohol Policies. (2000). *Who are the Abstainers?*. Retrieved September 30, 2007 from International Center for Alcohol Policies website:

http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/ICAP_Reports_English/report8.pdf, p. 2

Table: International Comparison of Abstainer Demographics

Country (date of survey)	Definition	Female (%)	Male (%)	Total (%)	Notes
Australia (1993) ¹	Never tried alcohol ^a ; No longer drink alcohol ^b	31 ^{a+b}	19 ^{a+b}	4 ^a	National survey (ages 20+)
Australia (1995) ²	Non-drinker: ^a never tried alcohol or no longer drink alcohol; Lifetime abstainer ^b	27 ^a	17 ^a	12.2 ^b	National survey (ages 20+)
Australia (1998) ³	Lifetime abstainers			10.4	National survey (ages 20+)
Austria (1993/1994) ⁴	Primary abstainer: never had beverage alcohol	17.3	6.4	12	National survey (ages 16+)
Bolivia (1996) ⁵	Lifetime abstainers	24.4	15.7	20.8	Urban survey (ages 12-50)
Canada (1996/1997) ⁶	No alcohol in past 12 mos.				National survey (ages 15+)
	a) Lifetime abstainers	12.5	6.9	9.7	
	b) Former drinkers	15.4	11.5	13.5	
Canada/Quebec (1994) ⁷	No alcohol in past 12 mos.				Regional survey (ages 20+)
	a) Lifetime abstainers	17	8	13	
	b) Temporary abstainers	16	12	14	
Chile (1997) ⁸	Lifetime abstainers	29.6	25.5	27.6	Survey of 13 regions (ages unavailable)
Chile (1998) ⁹	Drink <5 times/year and do not get drunk			29.16	National study (ages 12-64)
China (1994) ¹⁰	No alcohol in past 12 mos.	74.4	17.4	45.3	Six area surveys (ages 15-65)

Columbia (1987) ¹¹	No lifetime consumption	49	19	33	Urban survey (ages 12-64)
Costa Rica (1995) ¹²	Never consumed alcoholic beverages	70.6	29.4	37.6	National survey (ages 15+)
Dominican Republic (1992) ¹³	No lifetime consumption	41	28	35	Urban survey (ages 12-45)
Ecuador (1989) ¹⁴	No lifetime consumption			24.3	National survey (ages 10+)
Fiji (2000) ¹⁵	Do not drink alcohol			40	Key informant survey response (ages unavailable)
Finland (1996) ¹⁶	No alcohol in past 12 mos.	14	7		National statistics (ages 15-69)
France (1995/1996) ¹⁷	"Never drink" (Self-response)	7.3	1.5	4.5	National study (ages 18+)
Guatemala (1990) ¹⁸	No lifetime consumption	52	35	43	Urban survey (ages 12-45)
Haiti (1990) ¹⁹	No lifetime consumption	44	40	42	Urban survey (ages 12-45)
Ireland (1998) ²⁰	"Never drink" (Self-response)			28	National sample (ages 18+)

Table: International Comparison of Abstainer Demographics					
Country (date of survey)	Definition	Female (%)	Male (%)	Total (%)	Notes
Israel (1998) ²¹	No alcohol in past 12 mos. for social purposes				National survey
	a) 12-18 years old	51.5	32.5	43.1	
	b) 18-40 years old	48.7	21	35	
Italy (1997) ²²	No alcohol beverages in past 3 mos.	30	15	22.7	National survey (ages 15+)
Jamaica (1990) ²³	No lifetime consumption	80	55	68	National survey (ages 15+)
Mexico (1993) ²⁴	No alcohol in past 24 months			26	National survey (ages 12-65)
Netherlands (1998) ²⁵	No consumption (0 glasses/day)	26	12.3	22	National survey (ages 16+)
Netherlands (1998) ²⁶	Self-reported abstainer	21	9		National survey (ages 16+)
Netherlands (1999) ²⁷	Never consume alcohol				National survey (ages 16+)
	a) DNFCS-2 data	25	11.4		National survey (ages 15+)
	b) LDNFCS-3 data	25	11.4		
Peru (1990) ²⁸	No life consumption			8	Urban survey (ages 12-50)
Poland (1996) ²⁹	No alcohol in past 12 mos.	40.4	18.4	30.2	National survey (ages 15+)
Poland (1998) ³⁰	No alcohol in past 12 mos.			19	National survey (ages 18+)

Russia (2000) ³¹	N/A (definition varies)			45	Key informant survey response (ages unavailable)
Sri Lanka (1999) ³²	Do not ever drink alcohol	95		70	Key informant survey response (ages unavailable)
United Kingdom (1996) ³³	Do not drink nowadays				National survey (ages 16+)
	a) Total as % of population	13	7		
	b) Lifetime as % of abstainers	58	52		
United States (1992) ³⁴	Lifetime abstainers: Never had 12+ drinks in any year of life	45.3	21.7	34	National survey (ages 18+)
United States (1997) ³⁵	Lifetime abstainers	22.5	13.4	28.1	National survey (ages 12+)
United States (1999) ³⁶	Self-reported total abstainer			36	National opinion poll (ages 18+)
Venezuela (1996) ³⁷	Never consumed alcohol in lifetime			28.9	National survey (ages unavailable)
Zimbabwe (1971) ³⁸	Do not drink alcohol except African beer on ceremonial occasions in rural areas			46	Urban survey (ages unavailable)

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความหมายและลักษณะทางประชากรของคนไม่ดื่มสุราในประเทศต่างๆ¹²

¹² International Center for Alcohol Policies. (2000). Op.cit., p. 8-9

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ดื่มสุรา

การที่บุคคลไม่ดื่มสุรานั้นมีปัจจัยหรือเหตุผลสำคัญ 3 ประการได้แก่ ปัจจัยด้านศีลธรรมและศาสนา ปัจจัยด้านพื้นฐานครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย¹³

1) ปัจจัยด้านศีลธรรมและศาสนา จากการศึกษาพบว่าสาเหตุหนึ่งของการไม่ดื่มสุรามาจากเหตุผลในทางศีลธรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักคำสอนในทางศาสนา ซึ่งนับเป็นเหตุผลที่มีความสำคัญมากที่สุดเมื่อเทียบกับปัจจัยหรือเหตุผลในด้านอื่น

โดยส่วนใหญ่แล้วแทบทุกศาสนา มักมีข้อห้ามที่เกี่ยวกับการห้ามดื่มสุราหรือของมึนเมา ศาสนาอิสลามมีข้อห้ามในการดื่มสุราอยู่ในบทบัญญัติทางศาสนา (ฮาราม-haraam) ซึ่งกล่าวถึงในคัมภีร์กุระอาน (Koran)¹⁴ ประเทศที่ยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม (Islamic sharia law) จะไม่มีการดื่มสุราเลย เช่น ซาอุดีอาระเบีย คูเวต และอิหร่าน เป็นต้น ศาสนาฮินดูก็มีบทบัญญัติที่ห้ามมาให้เป็นคนในวรรณะสูงดื่มสุรา นักบวชในอินเดียสมัยก่อนเช่นพวกโยคีก็มีข้อห้ามในการดื่มสุราเช่นกัน โดยถือเป็นวิถีทางแห่งการประพฤติพรหมจรรย์ หรือแม้แต่ในคำสอนของมหาตมะคานธีก็มีข้อห้ามในการดื่มสุราไว้เหมือนกัน ที่จริงแล้วในอินเดียเคยมีการห้ามจำหน่ายสุรา แต่ในปัจจุบันได้ยกเลิกแล้ว ถึงกระนั้นผู้คนก็ยังคงศรัทธาในหลักคำสอนทางศาสนาโดยไม่แตะต้องสุราแต่อย่างใด หรือแม้แต่ในศาสนาพุทธเองก็มีข้อบัญญัติห้ามดื่มสุราอยู่ในศีลห้า (The Five Precepts) เช่นเดียวกัน

นอกจากหลักคำสอนในศาสนาแล้ว พิธีกรรมต่างๆ ในทางศาสนาก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการไม่ดื่มสุราเช่นกัน กล่าวคือพิธีกรรมปฏิบัติของศาสนาใดที่ไม่มีสุราเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ก็มักเป็นผลทำให้คนที่เลื่อมใสศรัทธาในศาสนานั้นไม่ดื่มสุราตามไปด้วย อย่างในกรณีของศาสนาคริสต์ซึ่งมีอยู่หลายนิกาย ใครที่นับถือนิกายที่เคร่งครัด (มักเป็นพวกที่แยกออกจากศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก) เช่น พวก Mormon, Pentecostal, และ Baptist ก็มักจะไม่ได้ดื่มสุรา

2) ปัจจัยด้านพื้นฐานครอบครัว นอกจากเหตุผลในทางหลักคำสอนและพิธีกรรมทางศาสนาแล้ว ภูมิหลังหรือพื้นฐานทางครอบครัวก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการไม่ดื่มสุราเช่นกัน จากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่คนที่มาจากครอบครัวที่บิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่นๆ ไม่ได้ดื่มสุราก็มักจะไม่ได้ดื่มสุราเหมือนกัน

3) ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย เหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้คนไม่ดื่มสุราก็คือเหตุผลด้านสุขภาพ คนที่ไม่ดื่มสุราด้วยเหตุผลนี้มักมีทัศนคติที่ไม่ดีอย่างมากต่อสุราโดยถือว่าสุรา

¹³ Ibid., p.3

¹⁴ Ibid., p.3

เป็นโทษอย่างร้ายแรงต่อร่างกาย เมื่อมีทัศนคติที่ไม่ดีเช่นนั้นแล้วก็จะมีพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา ผู้ที่มีทัศนคติไม่ดีต่อสุรามาดั้งแต่เยาว์วัยส่วนใหญ่จะเป็นคนไม่ดื่มสุราจนตลอดชีวิต มองในแง่นี้อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพื้นฐานครอบครัวเช่นกัน เนื่องจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อสุราตั้งแต่เยาว์วัยของบุคคลมักมีพื้นฐานมาจากอิทธิพลของครอบครัวนั่นเอง

อย่างไรก็ตามเหตุผลด้านสุขภาพยังสามารถนำมาอธิบายกับคนที่ดื่มสุรามาก่อนได้เช่นกัน กรณีนี้มักเป็นคนที่ดื่มสุราจนเกิดอาการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งแพทย์มักจะแนะนำให้เลิกดื่มสุราไม่เช่นนั้นอาการเจ็บป่วยก็จะไม่หายหรืออาจก่อให้เกิดอาการที่ร้ายแรงกว่าเดิม

2.3 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ไม่ดื่มสุรา

จากการศึกษาพบว่าคนไม่ดื่มสุราในแต่ละสังคมมีคุณลักษณะบางอย่างที่เหมือนกันหรือร่วมกันในทางสังคมและวัฒนธรรม คือ มักเป็นกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย มีระดับการศึกษาต่ำ มีอายุมาก และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง¹⁵ อย่างไรก็ตามในบางประเทศคนไม่ดื่มสุราอาจไม่ใช่คนส่วนใหญ่ของประเทศแต่จะอยู่ในประชากรกลุ่มต่างๆ ในประเทศนั้น เช่นในสหรัฐอเมริกา คนที่ไม่ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นคนออฟริกันอเมริกัน หรือไม่เช่นนั้นก็เป็นคนที่อยู่ในรัฐทางใต้ David J. Hanson กล่าวว่า การไม่ดื่มสุราในสหรัฐอเมริกามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและสถานภาพทางสังคม คนยิ่งได้รับการศึกษามากเท่าใดก็ยิ่งมีแนวโน้มดื่มสุรามากเท่านั้น และคนยิ่งอยู่ในชนชั้นทางสังคมสูงมากเท่าใดก็ยิ่งเลิกดื่มสุราได้ยากเท่านั้น¹⁶

W. Pedersen และ A. Kolstad ทำการวิจัยเรื่อง Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนเกรด 10 อายุ 16-17 ปีที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยม ณ กรุงออสโล (Oslo) ประเทศนอร์เวย์ ที่ไม่ดื่มสุราจำนวน 3,424 คน พบว่าย่านอาศัยในกรุงออสโลสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเป็นไปได้ของการเป็นผู้ไม่ดื่มสุรา ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าคนไม่ดื่มสุรามักเป็นคนที่มีพื้นเพไม่ใช่เป็นผู้อพยพที่ไม่ใช่คนตะวันตก โดยเฉพาะผู้อพยพเพศหญิง คนมุสลิมส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่ดื่มสุรา เหตุผลสำคัญของการไม่ดื่มสุราคือศาสนา และยังพบต่อไปอีกว่าคนไม่ดื่มสุราที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนที่เหลืออยู่ ในทางประวัติศาสตร์ คนไม่ดื่มสุราในนอร์เวย์มักได้รับอิทธิพลจากหลักศาสนา เป็น “morally religious

¹⁵ Ibid., p. 2-3

¹⁶ David J. Hanson. (2007). *Abstaining from Alcohol: Abstainers, Teetotalers, or Non-Drinkers*. Retrieved October 24, 2007 from Alcohol Problems & Solutions website: <http://www2.potsdam.edu/hansondj/controversies/1110387548.html>

lifestyle” ซึ่งปัจจุบันยังพบเห็นได้อยู่โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่อพยพเข้ามาใหม่และไม่ใช่นักตะวันตก

17

ในออสเตรเลียคนที่ไม่ดื่มสุรากลุ่มใหญ่คือชาวอะบอริจิน ลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง
ที่พบตรงกันจากการศึกษาถึงกลุ่มคนที่ไม่ดื่มสุราในแต่ละสังคมก็คือ มักเป็นพวกที่เคร่งครัดทาง
ศาสนาและมักจะไม่ได้ดื่มของมึนเมาชนิดอื่นๆ ด้วย¹⁸

¹⁷ W. Pedersen and A. Kolstad. (2000). Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups. Retrieved October 24, 2007 from Ingenta Connect website:

<http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/ssoc/2000/00000043/00000003/art00003?crawler=true>

¹⁸ International Center for Alcohol Policies. (2000). Op.cit., p. 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ไม่ดื่มสุราและนโยบาย มาตรการและแบบปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้ทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่ประกอบด้วยข้อมูล สถิติ ตัวเลขต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุรา นโยบายและมาตรการ แบบปฏิบัติที่ดีที่มีการนำมาใช้สนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุรา ตลอดจนรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจัดเก็บอยู่ในเว็บไซต์ขององค์กรและหน่วยงานต่างๆ ในอินเทอร์เน็ตในลักษณะของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic data)

การสืบค้นข้อมูล ผู้วิจัยใช้การสืบค้นผ่านทาง search engine ของ Google (www.google.com) และของ yahoo (www.yahoo.com) เป็นหลัก โดยอาศัยการใส่คำค้น (keywords) ที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูล/แหล่งข้อมูลที่ต้องการได้ง่าย คำค้นที่สำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ “abstainer”, “abstinence”, “alcohol policy for abstainer”, “good practice for abstainer”, “best practice for abstainer”, alcohol policy for supporting abstainer” เป็นต้น

3.2 แนวทางการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

การทบทวนองค์ความรู้ นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศนี้มีแนวทางการศึกษาดังต่อไปนี้

- 1) สืบค้นและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย
- 2) สืบค้นและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย มาตรการ และแบบปฏิบัติที่ดีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน ส่งเสริม คุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ ทั้งในหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่รวบรวมได้และนำเสนอภาพรวมของนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุรา
- 4) สังเคราะห์ข้อค้นพบที่ได้เพื่อนำมากำหนดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราของประเทศไทย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

สุราเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายและปัญหาต่างๆ มากมาย ทุกประเทศในโลกต่างพยายามแสวงหาหนทางที่เหมาะสมในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปัญหาสุราในแต่ละสังคมมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศนั้น ในท่ามกลางปัญหาเราพบว่าทุกประเทศต่างก็มีทั้งคนที่ดื่มสุราและคนที่ไม่ดื่มสุรา บางสังคมอาจมีจำนวนคนดื่มสุรามากกว่าคนที่ไม่ดื่มสุรา ขณะที่บางสังคมมีจำนวนคนที่ไม่ดื่มสุรามากกว่าคนที่ดื่ม ประเด็นสำคัญก็คือเรามักพบเห็นข้อมูลหรือการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนดื่มสุรา แต่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนที่ไม่ดื่มสุรากลับบ่อยและไม่มากและมักไม่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยเท่าที่ควร

มองในด้านของการกำหนดนโยบายและมาตรการ ทุกประเทศต่างก็พยายามกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาและอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราเป็นหลัก ในรายงานของศูนย์นโยบายสุราสากล (International Center for Alcohol Policies: ICAP) เมื่อปี 2002 ระบุว่า¹⁹ ปัญหาสำคัญเชิงนโยบายและมาตรการสุราที่พบก็คือปัญหาในเชิงบริบท กล่าวคือนโยบายและมาตรการสุราที่ผ่านมาในอดีตมุ่งเน้นไปที่การลดปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากรทั้งหมดเป็นสำคัญ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์จึงมุ่งไปที่นักดื่มสุราทุกคนในสังคมเพื่อให้ลดปริมาณการดื่มลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้โดยไม่สนใจว่าคนเหล่านั้นมีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับใด ด้วยเหตุนี้เองนโยบายและมาตรการที่นำมาใช้จึงเน้นการควบคุมการบริโภค มาตรการที่ตามมาจึงเน้นการควบคุมไปที่ มาตรการภาษีและราคา มาตรการควบคุมการเข้าถึง และการจัดบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการกำหนดอายุคนซื้อและการจำหน่าย ตลอดจนมาตรการควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ซึ่งล้วนแล้วแต่มุ่งไปยังกลุ่มคนดื่มสุราเป็นสำคัญ

¹⁹ International Center for Alcohol Policies. (2002). Alcohol Policies for the 21st Century: A Best Practice Approach.

Retrieved February 9, 2007 from International Center for Alcohol Policies website:

http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/Other_Publications/21st_Century.pdf , pp. 2-3

4.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการ

การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่เต็มสุรานั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่านโยบายและมาตรการเป็นเบื้องต้น เพื่อสร้างข้อตกลงในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ตามความเข้าใจโดยทั่วไป คำว่า นโยบาย (policy) ก็คือ แนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อใช้ในการตัดสินใจดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวอาจเป็นของรัฐบาล องค์การเอกชน รวมทั้งของบุคคลแต่ละคนก็ได้²⁰ William Jenkins เคยให้ความหมายโดยละเอียดว่า นโยบายหมายถึงชุดของการตัดสินใจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการบรรลุเป้าหมายในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งในขอบเขตอำนาจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลดังกล่าว²¹

ดังนั้นนโยบายจึงหมายถึงแนวทางการดำเนินงานที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการดำเนินงานในที่นี้อาจครอบคลุมทั้งกิจกรรมการกระทำ และการตัดสินใจในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การศึกษาถึงนโยบายโดยส่วนใหญ่มักมุ่งไปยังนโยบายของรัฐหรือนโยบายของรัฐบาล มากกว่าจะมุ่งศึกษาถึงนโยบายของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลองค์กรใดองค์กรหนึ่ง ด้วยเหตุนี้ นโยบายในที่นี้จึงหมายถึงนโยบายสาธารณะ (public policy) ซึ่งหมายถึง แนวทางกิจกรรม/การกระทำ/การเลือกตัดสินใจของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลได้ทำการตัดสินใจและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้้นำให้มีกิจกรรม/การกระทำต่างๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวางแผน การจัดทำโครงการ วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และความต้องการของประชาชน/ผู้ใช้บริการในแต่ละเรื่อง²²

นโยบายเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือนโยบายสุราก็จัดว่าเป็นนโยบายสาธารณะอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและหลายประเทศมีการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จากการทบทวนองค์ความรู้พบว่า นโยบายสุรามีทั้งนโยบายในระดับสากลในลักษณะของ Global Policy ที่ปรากฏในองค์การระหว่างประเทศสำคัญของโลก เช่น องค์การอนามัยโลก ฯลฯ โดยเป็นผลมาจากความตกลงร่วมกันในระหว่างประเทศสมาชิก ตลอดจนนโยบายขององค์การระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป และนโยบายในระดับประเทศซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ จากการศึกษาพบว่า

²⁰ "Policy". Retrieved January 5, 2008 from Wikipedia the Free Encyclopedia website:

http://en.wikipedia.org/wiki/Public_policy

²¹ Ibid.

²² "นโยบายสาธารณะ" ค้นคืนเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2551 จากเว็บไซต์วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี: <http://th.wikipedia.org>

นโยบายในระดับสากลมักเป็นนโยบายในภาพกว้างไม่ได้กำหนดรายละเอียดหรือเงื่อนไขในทางปฏิบัติ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือประเทศที่ร่วมเป็นสมาชิกจะนำกรอบนโยบายเหล่านั้นไปกำหนดรายละเอียดหรือเงื่อนไขการปฏิบัติ หรือไปกำหนดเป็นมาตรการในแต่ละประเทศอีกครั้งหนึ่ง

ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป (WHO European Region) ได้จัดทำกรอบนโยบายสุรา (Framework for alcohol policy in the WHO European Region) ขึ้นเมื่อปี 2006 โดยนโยบายดังกล่าวถูกกำหนดขึ้นเพื่อตอบสนองหลักการสำคัญ 5 ประการตามกฎบัตรยุโรปว่าด้วยสุรา (European Charter on Alcohol: five ethical principles and goals) ที่ระบุว่า²³

- 1) ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่ครอบครัว ชุมชน และชีวิตการทำงานของตนจะได้รับการป้องกันจากอุบัติเหตุ ความรุนแรง และผลเสียอื่น ๆ จากการดื่มสุรา
- 2) ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้และได้รับการศึกษาตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพ ครอบครัว และสังคม
- 3) เด็กและวัยรุ่นทุกคนมีสิทธิที่จะเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ได้รับการคุ้มครองจากผลเสียของการดื่มสุรา และจากการส่งเสริมการขายสุรา
- 4) ประชาชนทุกคนที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา รวมทั้งสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษา
- 5) ประชาชนทุกคนที่ไม่ต้องการดื่มสุรา หรือผู้ที่ดื่มสุราไม่ได้ด้วยเหตุผลด้านสุขภาพหรือเหตุผลอื่น มีสิทธิได้รับการเฝ้าระวังจากการชักชวนให้มีการดื่มและได้รับการสนับสนุนในสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติอยู่

ทั้งนี้นโยบายหลักในการต่อสู้กับปัญหาสุราขององค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปก็คือ **การมุ่งเน้นการป้องกันและลดปัญหา/อันตรายจากการดื่มสุรา** ซึ่งการกำหนดนโยบายหลักในลักษณะดังกล่าวเป็นผลมาจากบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของยุโรปที่เป็นภูมิภาคที่ประชาชนนิยมดื่มสุรา

*Thus the framework represents a broad vision for alcohol policy developments in the WHO European Region and a common understanding of the need to prevent or reduce alcohol-related harm.*²⁴

²³ World Health Organization. (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Retrieved January 5, 2008 from WHO Regional Office for Europe website: <http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>

²⁴ Ibid., p.3

ในระดับภูมิภาค องค์การที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในภูมิภาคยุโรปก็คือสหภาพยุโรป (European Union: EU) นโยบายสุขภาพของสหภาพยุโรปนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่มคือ²⁵

- 1) นโยบายลดปัญหาเมาแล้วขับชี่ยวดยาน (policies that reduce drinking and driving)
- 2) นโยบายสนับสนุนการให้การศึกษา การให้ข้อมูล การอบรม และการสร้างความตระหนักแก่ประชาชน (policies that support education, communication, training, and public awareness)
- 3) นโยบายควบคุมการตลาดสุรา (policies that regulate alcohol market)
- 4) นโยบายสนับสนุนการลดอันตรายจากการดื่มสุราและที่อาจเกิดขึ้นในสถานที่ต่างๆ (policies that support the reduction of harm in drinking and surrounding environments)
- 5) นโยบายสนับสนุนการให้ความช่วยเหลือต่อบุคคล (policies that support interventions for individuals)

อย่างไรก็ตาม สหภาพยุโรปไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายในลักษณะนี้มาแต่แรก แต่เป็นผลมาจากการดำเนินมาตรการต่างๆ ในการควบคุมและป้องกันปัญหาสุราอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ผ่านการนำมาปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ จนสามารถสังเคราะห์มาตรการต่างๆ ที่มุ่งแก้ปัญหาสุราในมิติต่างๆ เหล่านั้นเข้าเป็นนโยบายทั้ง 5 กลุ่มดังกล่าวข้างต้น จากการทบทวนองค์ความรู้พบว่าในแต่ละกลุ่มนโยบายจะประกอบด้วยมาตรการเชิงนโยบายมากกว่าหนึ่งมาตรการที่บูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อใช้ในการควบคุมและป้องกันปัญหาสุราของสหภาพยุโรป

นโยบายลดปัญหาเมาแล้วขับชี่ยวดยาน ซึ่งสหภาพยุโรปถือว่าเป็นนโยบายที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ประกอบไปด้วยมาตรการสำคัญคือ การสุ่มตรวจจลมหายใจผู้ขับชี่ยว การกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด การระงับและถอนใบอนุญาตขับชี่ยว รวมทั้งการใช้เครื่องมือล็อกสตาร์ทรถยนต์ที่ผู้ขับชี่ยวต้องผ่านการวัดระดับแอลกอฮอล์ก่อน

นโยบายสนับสนุนการให้การศึกษา การให้ข้อมูล การอบรม และการสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ประกอบด้วยมาตรการสำคัญคือ การให้ความรู้ในสถานศึกษา การให้ความรู้ผ่านทางสื่อมวลชน ซึ่งเท่าที่ผ่านมามีประสิทธิผลของมาตรการยังอยู่ในระดับต่ำ

²⁵ "Effectiveness of Policy". Retrieved January 5, 2008 from Health – EU The Public Health Portal of the European Union website: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_chap7_en.pdf, p. 239-298

นโยบายควบคุมการตลาดสุรา ประกอบด้วยมาตรการสำคัญคือ การกำหนดอัตราภาษีสุรา การควบคุมสถานจำหน่ายและบริการสุรา การกำหนดวัน/เวลาจำหน่ายและบริการสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำในการดื่มสุรา มาตรการควบคุมโฆษณาสุรา มาตรการกำหนดความรับผิดชอบด้วยตนเองของธุรกิจอุตสาหกรรมสุราในการสื่อสารทางการค้าต่อสังคม ตลอดจนมาตรการกำหนดพื้นที่/สถานที่ห้ามดื่มหรือจำหน่ายสุรา ข้อมูลจากการประเมินพบว่ามาตรการขึ้นภาษีสุรา (ซึ่งจะมีผลต่อราคาจำหน่ายสุรา) มีประสิทธิผลค่อนข้างมากโดยพบว่าหากสุรามีราคาแพงขึ้นร้อยละ 10 จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของประชากรกลุ่มวัยรุ่นได้ในปีต่อมาประมาณ 9,000 ราย และยังช่วยให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้นถึง 13 พันล้านยูโร มาตรการกำหนดเวลาจำหน่าย/บริการสุราก็เช่นกันพบว่ายิ่งขยายเวลาจำหน่าย/บริการสุราออกไปมากเท่าใด ก็ยิ่งมีผลทำให้ปัญหา/อันตรายจากการใช้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น กรณีของมาตรการควบคุมโฆษณาฯ ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากพบว่าการโฆษณาสุรามีผลอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่น แม้ว่าการโฆษณาจะไม่มี การแสดงภาพของผลิตภัณฑ์สุราเลย แต่วัยรุ่นก็สามารถเข้าใจได้ว่าโฆษณานั้นกล่าวถึงอะไรและรับรู้ถึงสาระที่โฆษณานั้นต้องการสื่อได้เป็นอย่างดี ส่วนมาตรการรับผิดชอบต่อตนเองของธุรกิจอุตสาหกรรมสุรานั้นก็มีประสิทธิผลต่ำเช่นกัน

นโยบายสนับสนุนการลดอันตรายจากการดื่มสุราและที่อาจเกิดขึ้นในสถานที่ต่างๆ นั้นประกอบด้วยมาตรการสำคัญคือ การกำหนดพื้นที่/สถานที่ห้ามจำหน่ายหรือดื่มสุรา และการควบคุมการออกใบอนุญาตจำหน่ายและบริการสุรานั้น จากการวิจัยชี้ว่าต้องอาศัยมาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนรวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพเข้าร่วมด้วย จึงจะช่วยให้มาตรการดังกล่าวเกิดประสิทธิผล

นโยบายสนับสนุนการให้ความช่วยเหลือต่อบุคคล ประกอบด้วยมาตรการสำคัญคือ โครงการสนับสนุนครอบครัวและบุคคลในครอบครัว และโครงการสนับสนุนบุคคลในสถานประกอบการ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าโครงการในลักษณะที่เป็นการสนับสนุนให้การช่วยเหลือครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวหรือบุคคลในกลุ่มเสี่ยง (เช่น สตรีตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรในวัยทารกฯ) ที่เน้นการให้คำปรึกษา การเยี่ยมเยียน การสร้างความพร้อมและโอกาสในการเข้าถึงบริการต่างๆ ของรัฐ เป็นมาตรการที่ค่อนข้างมีประสิทธิผล นอกจากนี้โครงการให้คำปรึกษาในสถานประกอบการก็เป็นมาตรการที่ค่อนข้างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุรา

ในระดับประเทศ นโยบายสุรามีส่วนใหญ่มักมีลักษณะคล้ายคลึงกันในภาพกว้าง แต่อาจมีความแตกต่างกันในมาตรการที่ใช้รวมทั้งระดับของการกำหนดเงื่อนไขและการบังคับใช้มาตรการเหล่านั้น ยกตัวอย่างเช่น นโยบายในด้านการควบคุมการตลาดหรือการเข้าถึงสุรา มาตรการหนึ่งที่

นิยมใช้กันก็คือ การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ที่สามารถซื้อสุราหรือดื่มสุรา บางประเทศมีการกำหนดอายุขั้นต่ำที่ 18 ปี ในขณะที่บางประเทศกำหนดไว้ที่ 21 ปี เป็นต้น หรือในกรณีของนโยบายด้านการลดอันตรายจากการดื่มสุรา มาตรการหนึ่งที่มีการนำมาใช้คือการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ขั้นต่ำในเลือดที่อนุญาตให้ขับขีวดยานได้ (Blood- Alcohol Concentration: BAC) โดยทั่วไปมักกำหนดไว้ที่ 0.5 mg/ml แต่ก็มีบางประเทศกำหนดไว้ที่ 0.8 mg/ml รวมทั้งปัจจุบันหลายประเทศกำลังพิจารณากำหนดระดับแอลกอฮอล์ขั้นต่ำในเลือดไว้ที่ 0.2 mg/ml เพื่อเพิ่มความเข้มงวดในมาตรการเมาไม่ขับให้มากขึ้น

4.2 องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ

จากหลักฐานที่ผ่านมาในอดีตพบว่าสิ่งที่เรามักให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับสุราก็คือ มนุษย์ผลิตสุรากันอย่างไร สุราที่ผลิตได้มีอะไรบ้าง มนุษย์เราดื่มสุรากันด้วยวัตถุประสงค์อะไร รวมทั้งแบบแผนการดื่มสุราของมนุษย์แตกต่างกันหรือไม่ เรียกได้ว่าเป็นการศึกษาที่เน้นไปที่ตัวคนดื่มเป็นสำคัญ จนในปัจจุบันพบว่าสุรากลายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดโทษและปัญหาตามมามากมาย มหาศาล กระทั่งแทบทุกประเทศในโลกต่างพยายามแสวงหาหนทางที่เหมาะสมในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามในขณะที่ทุกสังคมมีคนดื่มสุรา ในเวลาเดียวกันก็มีความที่ไม่ดื่มสุราอยู่ด้วย บางสังคมมีคนดื่มสุรามากกว่าคนที่ไม่ดื่มสุรา ขณะที่บางสังคมมีคนที่ไม่ดื่มสุรามากกว่าคนที่ดื่ม สัดส่วนระหว่างคนที่ดื่มกับคนที่ไม่ดื่มสุรา จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง เราพบว่าคนที่ดื่มสุรามักมีแบบแผนหรือวัฒนธรรมของการดื่ม ในทำนองเดียวกันคนที่ไม่ดื่มก็มีแบบแผนหรือวัฒนธรรมของการไม่ดื่มด้วยเช่นกัน²⁶

ผลจากการศึกษาพบว่า ทักษะชีวิตที่มีต่อการดื่มหรือไม่ดื่มสุรานั้นเริ่มมีมาตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลค่อนข้างมากก็คือ ปัจจัยภายในครอบครัวโดยเฉพาะตัวแบบเชิงพฤติกรรม (role models) และปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างๆ ครอบครัวจะมีอิทธิพลมากในการปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมดื่มหรือไม่ดื่มสุรา เราพบว่าคนที่ไม่ดื่มสุรามักมาจากครอบครัวที่ไม่มีคนดื่มสุราด้วยเช่นกัน อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมากต่อการไม่ดื่มสุราก็คือศาสนา โดยทั่วไปพบว่าพิธีกรรมทางศาสนาใดก็ตามที่ไม่มีสุราก็เป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยจะทำให้คนผู้นับถือศาสนานั้นไม่ดื่มสุรา นอกจากนี้ยังพบอีกว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความยึดมั่น

²⁶ ICAP Report 8. (2000). *Who are the Abstainers?*. Retrieved September 30, 2007 from International Center for Alcohol Policies website: http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/ICAP_Reports_English/report8.pdf , p.1

ศรัทธาในทางศาสนาก็คือ ความรู้สึกในความเป็นชุมชน (sense of community) ความรู้สึกเป็นชุมชนในที่นี้หมายถึงความถึงความผูกพันกันทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ (หลักความเชื่อและคำสอนทางศาสนา) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้คนในชุมชนเกิดการเรียนรู้แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมตลอดจนยึดถือปฏิบัติร่วมกันในสิ่งที่ เป็นข้อตกลงของชุมชน จากการศึกษาครัวเรือนชาวมุสลิมที่อยู่ในเมืองเคปทาวน์ ประเทศอัฟริกาใต้ พบว่ามีคนที่ไม่ดื่มสุราร้อยละ 88 แม้ว่าพวกเขาจะอาศัยอยู่ในเขตที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความเชื่อ อีกทั้งยังเป็นเขตที่มีวัฒนธรรมของการปลูกองุ่น (ซึ่งเป็นพื้นฐานของอุตสาหกรรมการผลิตไวน์) แต่คนในชุมชนที่ศึกษานี้ก็มีความเหนียวแน่นทางวัฒนธรรมสูง มีเอกลักษณ์ทางสังคมวัฒนธรรมและศาสนาที่ชัดเจน ถือปฏิบัติตามความเชื่อและแบบแผนการไม่ดื่มสุราที่สืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านาน ปรากฏการณ์ในลักษณะดังกล่าวนี้ยังพบได้ในสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูงเช่นกัน พบว่าในมลรัฐทางตอนใต้ซึ่งสภาพสังคมยังเป็นแบบชนบท อนุรักษนิยม และยึดมั่นในอุดมการณ์โปรเตสแตนต์ เป็นชุมชนที่มีจำนวนคนไม่ดื่มสุราสูงที่สุด ในบางชุมชนพบว่าผู้คนมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรไม่ดื่มสุราและคนเหล่านี้ให้เหตุผลตรงกันทั้งหมดว่าการไม่ดื่มสุรานี้มาจากคำสอนในทางศาสนา โบสถ์และองค์กรทางศาสนาก็ให้การสนับสนุนและส่งเสริมคนไม่ดื่มสุราด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลล่าสุดในฐานข้อมูลสุราขององค์การอนามัยโลก ในปี 2003 คนอินเดียดื่มสุราเฉลี่ยคนละ 0.29 ลิตร ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอังกฤษ 11.75 ลิตร ฝรั่งเศส 11.43 ลิตร ออสเตรเลีย 9.02 ลิตร สหรัฐอเมริกา 8.61 ลิตร นอร์เวย์ 5.50 ลิตร และประเทศไทย 5.59 ลิตร²⁷

จากการสำรวจพบว่าจำนวนผู้ไม่ดื่มสุราจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ อย่างในออสเตรเลียพบว่ามีคนไม่ดื่มสุราน้อยกว่าร้อยละ 4 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่ในศรีลังกาพบว่ามีจำนวนถึงกว่าร้อยละ 70 รวมทั้งยังพบว่าในจำนวนคนที่ไม่ดื่มสุรานั้นมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมย่อยอีกด้วย อย่างในอินเดียคนที่ไม่ดื่มสุราส่วนใหญ่คือชาวมุสลิมและพวกเซน (Jain) ในสหรัฐอเมริกาจากการสำรวจของ NLAES (National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey) พบว่าคนที่ไม่ดื่มสุราเลยมีจำนวนร้อยละ 34 ในกลุ่มคอเคเซียนมีจำนวนร้อยละ 30.7 คนพื้นเมืองอเมริกันมีจำนวนร้อยละ 33.4 พวกฮิสปานิกร้อยละ 46.8 พวกอัฟริกันอเมริกันร้อยละ 48.7 และพวกเอเชียอเมริกันและหมู่เกาะแปซิฟิกร้อยละ 63.3 เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศหญิงพบว่าสัดส่วนของผู้หญิงเอเชียอเมริกันมีจำนวนที่ไม่ดื่ม

²⁷ Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). (2007). Retrieved September 30, 2007 from World Health Organization website: <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>

สุราสูงสุดเท่ากับร้อยละ 77.5 ขณะที่ผู้หญิงผิวขาวอเมริกันต่ำสุดคือร้อยละ 41.6 ในกลุ่มเพศชายก็พบในทำนองเดียวกันคือ ชายเอเชียอเมริกันมีคนไม่ดื่มสุราสูงสุดร้อยละ 63.3 ต่ำสุดก็คือพวกชาวอเมริกันผิวขาวเท่ากับร้อยละ 19.0 กลุ่มคนพื้นเมืองอเมริกันก็แตกต่างกันไปตามเผ่า ทำนองเดียวกันกับกลุ่มฮิสปานิกที่แตกต่างกันไปตามภูมิภาคเดนมิก สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาผู้หญิงเม็กซิกันอเมริกัน พบว่าร้อยละ 75.0 ของผู้หญิงที่อพยพเข้ามาอเมริกาไม่ดื่มสุรา

ในออสเตรเลียก็ทำนองเดียวกัน พบว่าชาวเอเชียที่อพยพเข้ามาอยู่ในออสเตรเลียส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา และมีจำนวนมากกว่าพวกที่เกิดในออสเตรเลียรวมทั้งชนชาติอื่นที่อพยพเข้ามาอยู่ด้วยเช่นกัน ในกลุ่มประชากรชาวอะบอริจินมีสัดส่วนคนไม่ดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มอื่นทั้งหมด จากรายงานการสำรวจทั่วประเทศพบว่าร้อยละ 31.0 ของชายชาวอะบอริจิน และร้อยละ 65.0 ของหญิงชาวอะบอริจินเป็นคนที่ไม่ดื่มสุรา สัดส่วนของคนไม่ดื่มในชนบทมีมากกว่าในเมือง โดยสรุปแล้วคนไม่ดื่มสุราจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ดื่มสุรานั้นมาจากบรรทัดฐานของสังคมและแบบแผนความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมเป็นส่วนใหญ่ ถึงกระนั้นการศึกษาถึงกลุ่มคนไม่ดื่มสุรายังมีจำนวนน้อยมาก การจะเข้าใจถึงมิติของการดื่มและไม่ดื่มสุราได้อย่างชัดเจนนั้นจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาให้ลึกกลงไปถึงกลุ่มที่ไม่ดื่มสุราด้วย อันจะช่วยให้เราเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา ตลอดจนบรรทัดฐานและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการไม่ดื่มที่ยังคงดำรงอยู่ได้ในท่ามกลางโลกที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

While drinking patterns and the drinking cultures around the world have been examined and again, the culture of abstinence have largely been ignored. To understand the full spectrum of drinkers and drinking patterns, however, it is important to gain insight into the world of abstainers. Much can be learned from the influences which shape abstainers and the cultural norms which persist even in a changing world.²⁸

ในรายงานเรื่อง “Abstaining from Alcohol: Abstainers, Teetotalers, or Non-Drinkers” ของ David J. Hanson ซึ่งเผยแพร่ในเว็บไซต์ Alcohol: Problems and Solutions ระบุว่า การไม่ดื่มสุราในสังคมอเมริกันนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา สถานะทางสังคม กล่าวคือ คนยิ่งมีการศึกษาสูงมากเท่าใดก็มักดื่มสุรามากเท่านั้น และคนยิ่งสถานะทางสังคมสูง

²⁸ ICAP Report 8. (2000), Op. cit., p.6

มากเท่าใดก็ยังมีโอกาสไม่ดื่มสุราน้อยลงเท่านั้น นอกจากนี้จากงานวิจัยในแคนาดายังพบว่า คนที่ดื่มสุราในแคนาดาเป็นกลุ่มคนที่มีรายได้มากกว่าคนที่ไม่ดื่มสุราประมาณร้อยละ 10.²⁹

ในรายงานเรื่อง “Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups” ของ Willy Pedersen และ Arne Kolstad ซึ่งเผยแพร่ในเว็บไซต์ SAGE Journal Online ระบุว่าจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในประเทศนอร์เวย์อายุระหว่าง 16-17 ปี คนที่ไม่ดื่มสุราส่วนใหญ่มักเป็นผู้ย้ายถิ่นที่มาจากประเทศทางตะวันออก และเป็นผู้หญิงส่วนมาก กลุ่มวัยรุ่นมุสลิมส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา และพบว่าศาสนามีส่วนสำคัญต่อทัศนคติและพฤติกรรมไม่ดื่มสุรายิ่งกว่านั้นยังพบว่าในกลุ่มคนที่ไม่ดื่มสุราจะมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ในทางประวัติศาสตร์ คนไม่ดื่มสุราในนอร์เวย์ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มคนที่ได้รับอิทธิพลในทางศาสนา³⁰

ข้อมูลล่าสุดที่ปรากฏอยู่ในรายงาน Global Status Report on Alcohol 2004 ขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีคนที่ไม่ดื่มสุราน้อยกว่าคนที่ดื่มสุรา และในจำนวนของผู้ไม่ดื่มสุราเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วน (ร้อยละ) คนไม่ดื่มสุราของประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส นอร์เวย์ และออสเตรเลีย³¹

ประเทศ	ปี	ผู้ไม่ดื่มสุรารวม	ชาย	หญิง
สหรัฐอเมริกา	2002	33.9	29.3	38.2
อังกฤษ	2000	12.0	9.0	14.0
ฝรั่งเศส	1999	6.7	4.3	8.9
นอร์เวย์	1999	6.0	5.8	6.2
ออสเตรเลีย	2001	17.5	14.1	20.8

เมื่อปี 2004 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจจำนวนผู้ไม่ดื่มสุราในรอบปีที่ผ่านมาของประเทศต่างทั่วโลก (ฐานปีสำรวจแตกต่างกันตามข้อมูลที่ได้รับ) พบว่าประเทศที่มีสัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุราในรอบปีที่ผ่านมามากที่สุดคือประเทศอียิปต์โดยมีสัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุราถึงร้อยละ 99.5

²⁹ David J. Hanson. (2007). Abstaining from Alcohol: Abstainers, Teetotalers, or Non-Drinkers. Retrieved October 1, 2007 from Alcohol: Problems and Solutions website:

<http://www2.potsdam.edu/hansondj/controversies/1110387548.html>

³⁰ Willy Pedersen and Arne Kolstad. (2000). Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups. Retrieved October 1, 2007 from SAGE Journal Online website: <http://asj.sagepub.com/cgi/content/abstract/43/3/219>

³¹ ข้อมูลจาก WHO. (2004). *Global Status Report on Alcohol Policy 2004*. retrieved October 24, 2007 from WHO website: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_425KB.pdf หน้า 24-26

รองลงมาคือประเทศซาอุดีอาระเบีย ร้อยละ 97.0 ประเทศซีเรียร้อยละ 95.7 ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 94.8 และประเทศปากีสถานร้อยละ 94.5 ฯลฯ ส่วนประเทศที่มีผู้ไม่ดื่มสุราน้อยที่สุดคือ ประเทศลักเซมเบิร์กโดยมีผู้ไม่ดื่มสุราเพียงร้อยละ 2.5 รองลงมาคือประเทศเบลารุสและ เดนมาร์กมีสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ 3.0 ประเทศเยอรมันร้อยละ 5.1 ประเทศนอร์เวย์ร้อยละ 6.0 และประเทศฝรั่งเศสร้อยละ 6.7 ฯลฯ ส่วนประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้ไม่ดื่มสุราก็ร้อยละ 67.4 (สำรวจปี 2001) (ดูภาพที่ 2 ประกอบ)

Table 6: Rate of last year abstainers among the adult population

Country	Year	Total (%)	Male (%)	Female (%)
Albania	1995	24.0	12.0	36.0
Algeria	1995	89.0	80.0	98.0
Argentina ^a	2003	16.2	7.5	23.2
Armenia	1995	24.0	12.0	36.0
Australia	2001	17.5	14.1	20.8
Austria	1993	11.0	5.8	16.1
Azerbaijan	1995	24.0	12.0	36.0
Barbados	1995	49.5	29.0	70.0
Belarus	1995	3.0	2.0	4.0
Belgium	2001	18.9	11.5	25.8
Belize	1995	34.0	24.0	44.0

Benin ^{a,b}	1998	N.A.	16.8	14.3
Bolivia	1995	34.5	24.0	45.0
Botswana	1995	53.5	37.0	70.0
Brazil ^a	2001–2002	51.5	40.0	60.5
Bulgaria	1997	N.A.	32.1	65.1
Cambodia	1995	85.0	74.0	96
Canada ^b	1998–1999	22.1	17.8	26.1
Chile	2002	25.3	22.0	28.6
China ^a	2000–2001	48.6	27.5	73.1
Colombia	2000–2001	15.1	4.9	20.7
Costa Rica	1995	60.0	45.0	75.0
Cuba	1995	49.5	29.0	70.0
Cyprus	1995	8.0	1.0	15.0
Czech Republic (the)	2002	14.6	9.1	20.0

Country	Year	Total (%)	Male (%)	Female (%)
Denmark ^b	1997–1998	3.0	2.0	4.0
Egypt	2000–2001	99.5	99.0	100.0
El Salvador	1995	23.5	9.0	38.0
Fiji ^b	1993	88.7	78.8	97.9
Finland	2000	7.4	7.1	7.7
France	1999	6.7	4.3	8.9
Georgia	2000–2001	22.9	8.7	33.5
Germany	2000	5.1	4.3	5.9
Greece	1995	8.0	1.0	15.0
Guatemala	1995	53.5	45.0	62.0
Guyana	1995	30.0	20.0	40.0
Haiti	1995	60.0	58.0	62.0
Honduras	1995	23.5	9.0	38.0
Hungary	2001	17.5	9.2	25.5
Iceland	2003	11.8	11.4	12.2
India ^a	2000–2001	79.1	67.1	89.3
Indonesia	2000–2001	94.8	89.8	98.9
Iraq	1995	89.0	80.0	98.0
Ireland ^c	2002	22.0	17.0	26.0
Israel	2001	35.5	25.7	45.4
Italy	2000	25.0	36.4	12.8
Jamaica	2001	57.6	43.8	69.4
Japan	2001	13.5	7.4	19.7
Jordan	1995	86.0	74.0	98.0
Kenya	1995	55.0	45.0	65.0
Kiribati ^b	1981	73.1	51.4	92.9
Kyrgyzstan	1995	70.0	60.0	80.0
Lebanon	2000–2001	77.4	67.4	86.7
Lesotho ^{a,b}	N.A.	74.0	47.0	81.0
Lithuania	1999	20.0	10.0	28.0
Luxembourg	1995	2.5	1.0	4.0
Malaysia	1995	49.5	35.0	64.0
Marshall Islands (the)	N.A.	66.3	80.6	95.5
Mexico	1998	41.6	22.4	55.0
Micronesia (Federated States of)	N.A.	67.6	45.1	90.9
Mongolia	1995	41.5	20.0	63.0
Myanmar	1995	69.5	45.0	94.0

Namibia	1998	N.A.	39.0	53.0
Netherlands (the)	2001	15.8	9.4	21.8
New Zealand ^b	2000	15.0	12.0	17.0
Nicaragua	1995	23.5	9.0	38.0
Nigeria ^a	2000–2001	75.6	51.3	89.6
Norway	1999	6.0	5.8	6.2
Pakistan	1995	94.5	90.0	99.0
Palau	1990–1991	N.A.	23.1	64.2
Papua New Guinea	1995	54.5	22.0	87.0
Paraguay	1995	28.0	18.0	38.0
Peru	2002	24.9	20.2	29.0
Philippines (the)	1995	40.0	10.0	70.0
Poland	1995	19.0	12.0	26.0
Portugal	1995	15.5	7.0	24.0

Country	Year	Total (%)	Male (%)	Female (%)
Republic of Korea (the) ^b	2001	27.1	12.4	38.9
Republic of Moldova (the)	1995	13.5	9.0	18.0
Romania	1995	38.0	23.0	53.0
Russian Federation (the)	1996	23.1	9.0	35.0
Saudi Arabia	1995	97.0	95.0	99.0
Seychelles	1995	27.5	10.0	45.0
Singapore	2000–2001	74.5	66.6	82.3
Slovakia	2000–2001	7.7	3.6	10.4
Slovenia	1995	24.0	12.0	36.0
South Africa	1995	69.0	55.0	83.0
Spain ^a	2003	37.7	26.9	48.7
Sri Lanka	2002	67.6	41.4	92.9
Suriname	1995	42.5	30.0	55.0
Sweden	2002	11.3	8.0	14.7
Switzerland	2002	22.5	14.2	30.4
Syrian Arab Republic (the)	2000–2001	95.7	92.4	98.8
Tajikistan	1995	70.0	60.0	80.0
Thailand ^b	2001	67.4	44.1	90.2
TFYR Macedonia ^d	1995	24.0	12.0	36.0
Tokelau ^e	1976	N.A.	50.0	92.0
Trinidad and Tobago	1995	49.5	29.0	70.0
Tunisia	1995	82.5	70.0	95.0
Turkey	2000–2001	80.4	77.5	82.5
Turkmenistan	1995	45.0	35.0	55.0
Uganda ^a	2003	54.3	48.2	60.3
The United Kingdom	2000	12.0	9.0	14.0
United States of America (the)	2002	33.9	29.3	38.2
Uzbekistan	1995	70.0	60.0	80.0
Venezuela	1995	42.5	30.0	55.0

a Regional survey
b No definition of abstainers given.
c Last month abstainers
d The former Yugoslav Republic of Macedonia
e Current abstainers
Note: Please refer to individual country profiles for details of references/sources used.

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุราของประเทศต่างๆ ทั่วโลก³²

4.3 องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุราในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ไม่ดื่มสุรามากกว่าผู้ดื่มสุรา จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนผู้ไม่ดื่มสุรารวมเท่ากับร้อยละ 67.35 ของประชากร (เป็นชายร้อยละ 32.45 หญิงร้อยละ 67.55) พอมานในปี พ.ศ. 2547 จำนวนผู้ไม่ดื่มสุรารวมลดลงเป็นร้อยละ 67.31 (เป็นชายร้อยละ 44.52 และหญิงร้อยละ 89.68) และในปี พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ไม่ดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.84 (เป็นชายร้อยละ 49.74 และหญิงร้อยละ 90.88) (ดูตารางที่ 4

³² WHO. (2004). Op. cit., pp. 24-26

ประกอบ) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ไม่ดื่มสุรามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง เมื่อพิจารณาผู้ไม่ดื่มสุร่าจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ไม่ดื่มสุร่ามีแนวโน้มลดลงในแทบทุกกลุ่มอายุ (ดูตารางที่ 5 ประกอบ) ที่น่าสนใจคือพบว่า ผู้ไม่ดื่มสุร่าที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือในปี พ.ศ. มีจำนวนผู้ไม่ดื่มสุร่าเท่ากับร้อยละ 65.46 พอมาในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.39 และในปี พ.ศ. 2549 จำนวนดังกล่าวก็เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.16 (ดูตารางที่ 6 ประกอบ)

ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ดื่มสุร่าและผู้ไม่ดื่มสุร่าจำแนกตามเพศ ปี 2544, 2547 และ 2549

ปี	ผู้ดื่มสุร่า			ผู้ไม่ดื่มสุร่า		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2544	32.64	84.85	15.15	67.35	32.45	67.55
2547	32.69	55.47	10.32	67.31	44.52	89.68
2549	29.16	50.26	9.12	70.84	49.74	90.88

ปี 2544 จำนวนประชากรที่สำรวจทั้งหมดเท่ากับ 46,980,400 คน (ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)³³

ปี 2547 จำนวนประชากรที่สำรวจทั้งหมดเท่ากับ 49,438,853 คน (ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)³⁴

ปี 2549 จำนวนประชากรที่สำรวจทั้งหมดเท่ากับ 54,536,000 คน (ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป)³⁵

³³ ตารางสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติ ค้นคืนเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2550 จากเว็บไซต์สำนักงานสถิติแห่งชาติ:

http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/table/files/S-smoking/2544/000/00_S-smoking_2544_000_000000_02200.xls

³⁴ ตารางสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติ ค้นคืนเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2550 จากเว็บไซต์สำนักงานสถิติแห่งชาติ:

http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/table/files/S-smoking/2547/000/00_S-smoking_2547_000_010000_00200.xls

³⁵ ค้นคืนเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2550 จากเว็บไซต์สำนักงานสถิติแห่งชาติ:

http://service.nso.go.th/nso/g_data23/stat_23/toc_4/4.4-2-49.xls

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ไม่ดื่มสุร่าจำแนกตามหมวดอายุ ปี 2544, 2547 และ 2549

หมวดอายุ	ปี 2544	ปี 2547	ปี 2549
11 – 14	-	11.52	10.75
15 – 19	15.85	12.65	11.71
20 – 24	12.45	10.26	9.14
25 – 29	10.83	9.28	8.71
30 – 34	10.15	8.86	8.69
35 – 39	9.09	8.12	8.79
40 – 49	15.68	14.42	16.06
50 – 59	11.22	11.05	11.67
60 ขึ้นไป	14.72	13.83	14.47
รวม	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ไม่ดื่มสุร่าจำแนกตามเขตการปกครอง ปี 2544, 2547 และ 2549

เขต	ปี 2544	ปี 2547	ปี 2549
ในเขตเทศบาล	71.09	73.01	72.37
นอกเขตเทศบาล	65.46	68.39	70.16

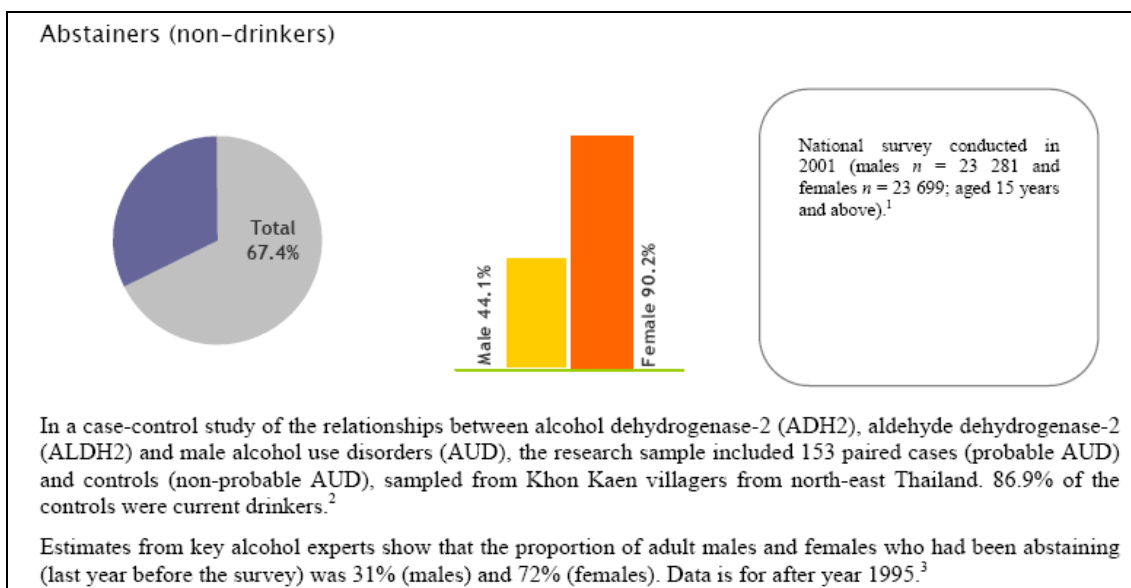
จากการศึกษาฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก WHO Global InfoBase ด้านสุร่าพบว่า องค์การอนามัยโลกได้สำรวจและรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุร่าไว้อย่างกว้างขวางและมีข้อมูลที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์มากมาย หนึ่งในนั้นก็คือฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุร่า (abstainers) โดยองค์การอนามัยโลกให้นิยามของผู้ไม่ดื่มสุร่าว่าหมายถึงผู้ที่ไม่ดื่มสุร่าและไม่เคยดื่มเลยตลอดชีวิต (lifetime abstainer / never drinker) และรวบรวมรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุร่าไว้ให้ผู้สนใจสืบค้นเพื่อใช้ประโยชน์ได้ ในที่นี้รายงานส่วนของประเทศไทยที่อยู่ในฐานข้อมูลมีอยู่เพียง 1 ฉบับชื่อว่า Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok metropolis ซึ่งในนั้นได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครจำนวนทั้งสิ้น 2,948 คน โดยมีสัดส่วนของผู้ไม่ดื่มสุร่าเท่ากับร้อยละ 62.1³⁶

นอกจากนี้ใน Alcohol Country Profiles ขององค์การอนามัยโลกได้นำเสนอข้อมูลของประเทศไทยที่ได้จากการศึกษาที่ปรากฏอยู่ใน European Addiction Research, 2001, 7(3) ยังได้

³⁶ Thailand Alcohol Abstainer. (2007). Retrieved October 1, 2007 from WHO website:

<http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=764&dm=13&surveycode=200084a1>

สรุปว่าหลังจากปี 1995 เป็นต้นมาประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้ไม่ดื่มสุรากับร้อยละ 67.4 เป็นผู้ชายร้อยละ 44.1 และผู้หญิง 90.2



ภาพที่ 3 สัดส่วนผู้ไม่ดื่มสุรจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก³⁷

4.4 องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ

การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย มาตรการ และแบบปฏิบัติที่ดีในการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่กำหนดไว้ในขอบเขตของการวิจัยมีอุปสรรคบางประการ เนื่องจากทั้ง 5 ประเทศคือ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส นอร์เว และออสเตรเลีย นั้นล้วนเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของผู้ดื่มมากกว่าผู้ไม่ดื่มสุรา มีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจเกี่ยวข้องกับสุรามานาน และที่สำคัญปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรก็มากกว่าประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ นโยบายและมาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้จึงตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในกลุ่มคนที่ดื่มสุราเป็นสำคัญ

จากรายงานเรื่อง Alcohol policies in context: international perspectives 1995 to 2015 ซึ่งจัดทำและเผยแพร่โดย The International Center for Alcohol Policies (ICAP) เมื่อเดือนมิถุนายน 2005 มีข้อสรุปที่น่าสนใจว่า นโยบายและมาตรการสุราในอดีตเน้นการลดการบริโภคโดยรวม เนื่องจากมีสมมติฐานว่าปัญหาและอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากสุราเป็นผลมาจาก

³⁷ Thailand Country Profiles, Global Status Report on Alcohol 2004. (2004). Retrieved October 1, 2007 from WHO website: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/thailand.pdf, p.1

ปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวการกำหนดนโยบายและมาตรการจึงเน้นไปที่การลดปริมาณการดื่มของประชากรลง มาตรการที่ใช้จึงได้แก่ การเพิ่มอัตราภาษี การควบคุมและจำกัดการจำหน่ายและให้บริการ การควบคุมและการห้ามโฆษณา รวมทั้งการห้ามจำหน่ายอย่างสิ้นเชิง ต่อมานโยบายและมาตรการสุราก็มีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือมีข้อค้นพบว่าผลเสียจากการดื่มสุราไม่ได้เกี่ยวกับการดื่มสุรา แต่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มที่มุ่งไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมการดื่มที่เหมาะสมแทน (moderate drinking)

ICAP ยังได้ออกแบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายและมาตรการสุราของประเทศต่างๆ ทั่วโลกเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราในอนาคตว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในอีก 10 ปีข้างหน้า คำตอบที่ได้รับสามารถสรุปได้เป็น 3 ประการสำคัญคือ 1) นโยบายและมาตรการยังคงเน้นไปที่การลดความเสียหาย/ความสูญเสียจากการดื่ม ตลอดจนมุ่งเน้นไปที่การสร้างแบบแผนการดื่มสุราที่เหมาะสม 2) ความสำคัญของปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมจะมีมากขึ้น เนื่องจากประเด็นโต้แย้งในมิตินี้จะเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อน และ 3) ให้ความสำคัญกับการขยายความร่วมมือและการสร้างหุ้นส่วนเชิงนโยบายและมาตรการในระหว่างผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบายและมาตรการสุรา ที่สำคัญก็คือเริ่มมีบรรดานักวิชาการออกมากล่าวถึงนโยบายและมาตรการสุราในอนาคตไว้อย่างน่าฟัง

Stanton Peele ผู้เชี่ยวชาญอาวุโสของ ICAP ทำนายว่า ในอนาคตเราจะพบว่าปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างมาตรการลดผลกระทบจากการดื่มสุราที่เน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ กับมาตรการรณรงค์เลิกดื่มสุราที่เน้นมิติด้านศีลธรรม จะมีเพิ่มมากขึ้นทั้งในสหรัฐอเมริกาและประเทศต่างๆ ทั่วโลก³⁸

Hurst Hannum ศาสตราจารย์ด้านกฎหมายระหว่างประเทศแห่งมหาวิทยาลัยทัฟท์ (Tufts University) คาดว่าความรู้สึกต่อต้านการดื่มสุรา (anti-alcohol feeling) ในกลุ่มศาสนาและกลุ่มอนุรักษ์นิยมทั่วโลกจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ และอาจถึงขั้นเกิดเป็นขบวนการคัดค้านกระแสโลกาภิวัตน์ที่มุ่งต่อต้านกลุ่มบริษัทสุราทั่วโลกก็เป็นได้³⁹

Godfrey Robson อดีตผู้อำนวยการนโยบายสาธารณสุขใน The Scottish Administration, UK ก็ยังคงกล่าวด้วยว่า การจะระบุว่ำนโยบายและมาตรการสุราจะเป็นอย่างไรในอีก 10 ปีข้างหน้าเป็นเรื่องยาก แต่อย่างไรก็ตามพัฒนาการที่สำคัญน่าจะอยู่ที่มิติด้านคุณค่าเดิม

³⁸ International Center for Alcohol Policies. (2005). *Alcohol policies in context: international perspectives – 1995 to 2015*. retrieved October 15, 2007 from ICAP website:

http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/Other_Publications/justdrinks.pdf, p.15

³⁹ Ibid., p.15

ในทางศาสนา เราอาจได้เห็นบทบาทของคริสต์ศาสนาในการต่อสู้กับเรื่องนี้ทั้งในสหรัฐอเมริกาและในยุโรป ซึ่งจะมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลและสังคมทั้งหมด⁴⁰

มองจากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นพอกล่าวได้ว่าแนวโน้มในเชิงนโยบายและมาตรการสุราในอนาคตน่าจะเริ่มกลับมาให้ความสำคัญกับการส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองกลุ่มคนที่ไม่ดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลทำให้เรามองเห็นภาพได้ว่าในปัจจุบันนี้มีนโยบายและมาตรการอะไรบ้างที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุรา นโยบายและมาตรการดังกล่าวพอจำแนกได้ดังนี้

1) **การใช้มาตรการทางกฎหมาย** กล่าวคือมาตรการทางกฎหมายในที่นี้หมายถึงการใช้กฎหมายแพ่ง (civil law) มาเป็นกลไกคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับความเสียหายหรือเกิดการสูญเสียอันเนื่องมาจากคนที่ดื่มสุรา การใช้มาตรการทางกฎหมายเช่นนี้พบได้ในประเทศอังกฤษรวมทั้งสหรัฐอเมริกา โดยแนวคิดมีอยู่ว่าโดยทั่วไปคนที่ไม่ดื่มสุราและได้รับผลเสียหายจากการกระทำของคนดื่มสุรา เช่น อาจได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผู้เสียหายสามารถฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายหรือค่าชดเชยจากผู้ก่อเหตุได้เป็นปกติอยู่แล้ว แต่ในที่นี้การใช้กฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องก็เพื่อให้ความรับผิดชอบครอบคลุมไปถึงผู้รับผิดชอบที่จัดให้มีการบริการสุราหรือจัดกิจกรรมสังคมในลักษณะต่างๆ และให้มีสุราร่วมบริการในกิจกรรมนั้นๆ ด้วย ในประเทศอังกฤษมีการฟ้องร้องในลักษณะนี้แต่การเรียกค่าเสียหายยังไม่ได้รับเต็มจำนวนแล้วแต่กรณี ในสหรัฐอเมริกาก็มีการฟ้องร้องในลักษณะนี้เช่นเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟ้องร้องเจ้าของหรือผู้ประกอบการบริการสุรา ในฐานะให้บริการสุราจนทำให้คนดื่มสุราในร้านของตนไปก่อความเสียหายกับผู้อื่น อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบกันแล้วการใช้กฎหมายแพ่งเข้ามาสนับสนุนจะมีประสิทธิผลและเป็นวิธีการที่ช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมปัญหาจากสุรามีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้กฎหมายอาญา⁴¹

ประเด็นสำคัญของการนำมาตราทางกฎหมายแพ่งมาสนับสนุน ก็เพื่อให้เจ้าของสถานบริการสุราและพนักงานบริการมีส่วนรับผิดชอบต่อชุมชนสังคมในการลดปัญหาที่อาจเกิดจากการดื่มสุรา นอกจากนั้นยังจะช่วยให้การพิจารณาค่าเสียหายหรือค่าชดเชยมีความเป็นธรรมต่อผู้เสียหายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามมาตรการนี้ใช้ควบคู่กันกับ**มาตรการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าของสถานบริการและพนักงานบริการทุกคน** ให้รับผิดชอบต่อการให้บริการสุราแก่ลูกค้าของตนโดยไม่ให้บริการแก่คนที่ดื่มจนเกินความเหมาะสมหรือคนที่อยู่ในอาการเมา

⁴⁰ Ibid., p.15

⁴¹ Jonathan Goodliffe. (2007). *Can the Civil Law implement Alcohol Policy?* Retrieved September 5, 2007 from Institute of Alcohol Studies website:

http://www.ias.org.uk/resources/publications/alcoholalert/alert200303/al200303_p20.html

ผลการศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าตัวเลขอุบัติเหตุจากรถที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บลดลงเนื่องจากการฟ้องร้องเจ้าของสถานบริการให้ต้องรับผิดชอบค่าเสียหายด้วย และเป็นที่ยืนยันได้ชัดเจนว่ามาตรการความรับผิดชอบของผู้ให้บริการสุราเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่สำคัญอันหนึ่งของสหรัฐอเมริกาในการลดปัญหาการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการดื่มสุรา

ตัวอย่างหนึ่งที่ปรากฏอยู่ในเว็บไซต์ของสถาบันสุราศึกษา (Institute of Alcohol Studies: IAS) ได้ตั้งเป็นประเด็นไว้อย่างน่าสนใจว่า “เราสามารถใช้กฎหมายแพ่งมาช่วยสนับสนุนการดำเนินนโยบายสุราได้หรือไม่” (Can the Civil Law implement Alcohol Policy?)⁴² โดยประเด็นนี้ผู้เสนอคือ Jonathan Goodliffe นักกฎหมายชาวอเมริกันคนหนึ่งที่ทำให้ความสนใจกับปัญหาสุรา ในความเห็นของ Goodliffe มีอยู่ว่าคนที่ไม่ได้ดื่มสุราและได้รับความเสียหายจากผู้ดื่มสุราควรได้รับการชดใช้หรือชดเชยตามกรณี โดยเขาไม่ได้หมายความว่าเฉพาะการชดใช้/ชดเชยจากนักดื่มเท่านั้น แต่ให้ครอบคลุมไปถึงเจ้าของสถานบริการหรือใครก็ตามที่เป็นผู้จัดให้มีบริการสุราและมีคนเข้าไปดื่มจนเกิดปัญหา รวมทั้งกรณีที่นักดื่มเป็นเหยื่อของตัวเอง เช่น อาจได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตซึ่งพบว่าเป็นผลมาจากการดื่มสุรา ภรรยาหรือญาติของเขาก็มีสิทธิที่จะฟ้องร้องค่าเสียหายเอาจากเจ้าของสถานบริการหรือผู้จัดให้มีบริการสุราได้เช่นกัน

Goodliffe อธิบายว่าที่ผ่านมามีประเด็นปัญหาข้างต้นมีการยกมาพิจารณากันมากขึ้น และมีกรณีฟ้องร้องเกิดขึ้นในชั้นศาลเป็นจำนวนมาก เช่น อย่างในประเทศอังกฤษ กรณีของ Barrett ซึ่งเป็นนักบินของกองทัพเรืออังกฤษประจำการอยู่ที่ฐานทัพอากาศในนอร์เว คืบหนึ่งในปี 1988 ฐานทัพอากาศแห่ง Barrett ดื่มเหล้าจนเมาและไม่ได้สติ เขาถูกนำออกมาจากงานเพื่อให้การดูแลปรากฏว่าเขาเสียชีวิตในเวลาต่อมาเนื่องจากสำลักอาเจียน ศาลอุทธรณ์ถือว่ากระทรวงกลาโหมอังกฤษต้องรับผิดชอบ โดยศาลพิจารณาคว่าความจริงแล้ว Barrett ต้องรับผิดชอบต่อตนเองที่จะไม่ดื่มจนเมาเมาไม่ได้สติ แต่เมื่อเขาดื่มจนเมาไม่ได้สติ ความรับผิดชอบดังกล่าวกลับมาอยู่ที่คนที่เป็นผู้ดูแลแล้วได้ให้การช่วยเหลือที่ดีและเพียงพอหรือไม่ ภรรยาห้ำหั่นเขาฟ้องร้องค่าเสียหายประมาณ 160,000 ปอนด์ แต่ปรากฏว่าได้เพียง 2 ใน 3 เท่านั้นเนื่องจากการอุทธรณ์ว่าความเสียหายที่เกิดส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรับผิดชอบของตัว Barrett เอง ผลที่ตามมาของกรณีนี้คือคณะกรรมการยุโรปด้านสิทธิมนุษยชนถือว่ากระทรวงกลาโหมอังกฤษละเมิดสิทธิมนุษยชนของ Barrett ทำให้ชีวิตของเขาได้รับความเสียหาย

อีกตัวอย่างหนึ่งก็เป็นกรณีฟ้องร้องกับกระทรวงกลาโหมอังกฤษอีกเช่นกัน เป็นกรณีของ Jebson พลทหารคนหนึ่งซึ่งผู้บังคับกองร้อยชวนออกไปเที่ยวโดยมีการดื่มสุราร่วมกัน เมื่อกลับมาถึงกองร้อย Jebson ปีนขึ้นไปนอนหลังรถบรรทุกในกองร้อยแล้วพลัดตกลงมาได้รับบาดเจ็บ ใน

⁴² Jonathan Goodliffe. (2007). Op cit.

ชั้นแรกผู้พิพากษาไม่รับคำฟ้อง แต่ศาลอุทธรณ์กลับมองว่ากระทรวงกลาโหมควรต้องรับผิดชอบ บางอย่างฐานที่ให้มีการออกไปเที่ยวและฐานที่จัดให้มีการขนส่งบรรทุก ศาลมองว่าควรต้องมีการ ให้คำแนะนำที่ดีพอสำหรับคนขับที่มีสติไม่เมาและจำเป็นต้องนำรถออกจากที่ตั้งให้ตรวจตราดู หลังการรถก่อน อย่างไรก็ตามการชดเชยค่าเสียหายก็ถูกลดให้เหลือเพียงร้อยละ 75 ของค่าเสียหาย ทั้งหมดเนื่องจากการขาดความระมัดระวังของเขาเอง

อีกกรณีหนึ่งที่น่าสนใจเกิดขึ้นเมื่อปี 1999 Airtours ได้มอบแพคเกจท่องเที่ยววันหยุด ให้กับชายคนหนึ่งชื่อ Brannan โดยให้ไปเที่ยวตุนิเซีย ในโปรแกรมท่องเที่ยวคราวนั้นมีปาร์ตี้ รวมอยู่ด้วย โดยในปาร์ตี้มีคนที่เข้าร่วมจำนวนมากและการจัดโต๊ะนั่งก็แน่นไปหมดจนแทบไม่มี ทางเดินรวมทั้งจัดให้มีสุราฟรีด้วย Brannan ซึ่งรู้สึกมันแต่ยังไม่เมาต้องการกลับไปพักผ่อน ออกมาลำบาก เขาจึงต้องปีนขึ้นบนโต๊ะเพื่อหาทางออกจากรถ ปรากฏว่าใบหน้าไปกระแทกกับ พัดลมเพดานจนได้รับบาดเจ็บ ที่จริงก่อนหน้านั้นก็เคยมีคนได้รับบาดเจ็บมาแล้ว ดังนั้น ทาง Airtours จึงได้เตือนคนที่เข้าร่วมงานให้ระวังในการลุกขึ้นยืนหรือเดินบนโต๊ะ ศาลมองว่าผู้จัด ก่อให้เกิดสภาพที่เป็นอันตรายโดยนำคนเข้ามาร่วมงานปาร์ตี้จำนวนมากจนแออัดยัดเยียดและมี การเตือนถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการขึ้นยืนบนโต๊ะเพียงครั้งเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม Brannan ฟ้องเรียกค่าเสียหาย 5,000 ปอนด์ แต่ผู้จัดก็อุทธรณ์เหลือเพียง 2,500 ปอนด์โดยอ้างว่า ความเสียหายส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความระมัดระวังของตัว Brannan เอง

ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา การฟ้องร้องในกรณีแบบนี้เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ตัวเจ้าของ บาร์อาจถูกฟ้องได้หากคนที่เข้าไปดื่มเหล้าในบาร์นั้นแล้วกลับออกมาประสบอุบัติเหตุจนได้รับ บาดเจ็บ ในอเมริกาเหนือคนที่ดำเนินกิจการบาร์อาจถูกฟ้องจากเหยื่ออุบัติเหตุทางถนนหรือ พุทธิกรรมรุนแรงที่เกิดจากคนเมาที่ออกมาจากบาร์แห่งนั้น การฟ้องในทำนองนี้ทำได้ยากใน อังกฤษ ในกรณีของอุบัติเหตุทางถนนมักไม่มีประเด็นที่จะไปฟ้องเจ้าของโรงขายเหล้า ผู้เสียหาย มักได้รับการชดเชยจากบริษัทประกันภัยของคนขับรถผู้นั้น หรือจากสำนักงานประกันภัยทาง รถยนต์ซึ่งผู้เสียหายย่อมไม่สามารถได้รับการชดเชยซ้ำซ้อน กรณีของเหยื่อจากการกระทำรุนแรง อันเนื่องจากการดื่มสุราก็เช่นกัน การฟ้องสถานบริการเป็นเรื่องยากหากเขาสามารถเรียกค่าชดเชย ได้จากสำนักงานชดเชยผู้บาดเจ็บจากคดีอาญา (The Criminal Injuries Compensation Board) ในทางตรงข้ามหากลูกค้าที่เมาดื่มในบาร์แล้วไปทำร้ายนักดื่มอีกคนจนได้รับบาดเจ็บ อย่างนี้ สามารถฟ้องร้องเจ้าของสถานบริการนั้นได้

กรณีของสหรัฐอเมริกายังมีเหตุผลอื่นอีกที่การฟ้องร้องทำนองนี้เป็นเรื่องปกติ กล่าวคือ ประการแรกในแต่ละรัฐก็จะมีวิธีพิจารณาความแพ่งของตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้กำหนดหรือ ประเมินค่าชดเชยคือคณะลูกขุนไม่ใช่ผู้พิพากษา ซึ่งส่วนมากแล้วคณะลูกขุนมักมองถึงความ สูญเสียในด้านของผู้เสียหายเป็นหลัก ค่าชดเชยจึงสูงและคุ่มค่าที่จะฟ้องร้อง ประการที่สอง

บรรดาทนายในสหรัฐยินดีทำหน้าที่ฟ้องร้องให้ผู้เสียหายแม้เป็นเรื่องที่ต้องออกแรงมาก เพราะเขาจะได้ส่วนแบ่งจากเงินชดเชยที่เจ้าทุกข์ได้รับ (ในสหรัฐอเมริกาเรียกเงินจำนวนนี้ว่า contingency fees) ประการที่สาม ฝ่ายที่แพ้ในคดีเรียกค่าชดเชยจากการได้รับบาดเจ็บไม่ต้องรับผิดชอบค่าธรรมเนียมทนายฝ่ายชนะ และประการที่สี่แนวทางการพิจารณาคดีของศาลต่อการฟ้องร้องทางแพ่งมักสะท้อนทัศนคติของสังคมโดยรวม คือในสหรัฐอเมริกาจะต่างจากอังกฤษ ประชาชนให้ความสำคัญกับปัญหาของการดื่มสุราและถือว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาต้องรับผิดชอบมากกว่า

อย่างไรก็ตามหากเราจะมองในด้านประสิทธิผลของการใช้กฎหมายแพ่ง พบว่าในประเทศอังกฤษยังไม่ได้มีการใช้กฎหมายแพ่งมาช่วยสนับสนุนนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหาสุราสักเท่าไรนัก ไม่เหมือนกับในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา แต่จะไปใช้กฎหมายอาญาและการออกข้อบังคับต่างๆมากกว่า ดังนั้นการชดเชยค่าเสียหายจึงมีมูลค่าน้อยมาก อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบกันแล้วการใช้กฎหมายแพ่งเข้ามาสนับสนุนจะมีประสิทธิผลและเป็นวิธีการที่ช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมปัญหาจากสุรามีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้กฎหมายอาญา

ในประเทศออสเตรเลีย มีข้อเสนอเกี่ยวกับการใช้กฎหมายแพ่งในการแก้ปัญหาสุราในออสเตรเลีย จากรายงานข้างต้นบอกว่า กรณีของรัฐนิวเซาท์เวลส์ สถานบริการสุราในนิวเซาท์เวลส์จำหน่ายสุราเพื่อการบริโภครวมกันแล้วมีสัดส่วนเท่ากับ 1 ใน 3 ของสุราที่บริโภคทั้งหมด แต่ก่อให้เกิดปัญหาถึง 2 ใน 3 ของปัญหาทั้งหมดจากการดื่มสุรา ตามกฎหมาย Liquor Act 1982 มีการกำหนดไว้ว่าไม่ให้จำหน่ายสุราหรือบริการสุราให้กับคนเมา รวมทั้งยังมีการออกแนวปฏิบัติสำหรับพนักงานบริการในการสังเกตและวินิจฉัยว่าลักษณะอย่างไรเข้าข่ายเมา แต่เมื่อมีการละเมิดจนเกิดเป็นความเสียหาย เมื่อเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของศาลก็เกิดปัญหาในการตีความวินิจฉัย อย่างไรก็ตามในออสเตรเลียอาจแตกต่างจากในสหรัฐอเมริกาหรือในแคนาดาอยู่บ้างเนื่องจากหลักเกณฑ์สำคัญในการวินิจฉัยของศาลก็คือประเด็นของความไม่เอาใจใส่ปล่อยปละละเลยของผู้ให้บริการสุรา/ผู้จัดหาสุรา และให้ความสำคัญกับประเด็นของข้อเท็จจริงมากกว่าข้อโต้แย้งตามหลักกฎหมาย ทั้งนี้เพื่อเป็นการคุ้มครองและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือความเสียหายจากคนที่ดื่มสุรา โดยผู้ให้บริการ/ผู้จัดหาสุราต้องมีส่วนรับผิดชอบร่วมด้วย

ในกรณีตัวอย่างของแคนาดามีการใช้ข้อพิจารณาของศาล (common law) ในการดำเนินคดีกับ มีคดีตัวอย่างระหว่าง Jordan House Hotel กับ Menow & Honsberger กล่าวคือนาย Menow เป็นบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ามายังโรงแรม Jordan House เนื่องจากมักแสดงกิริยามารยาทไม่เหมาะสมรวมทั้งชอบก่อเรื่องวิวาททุกครั้งที่มาดื่มสุราในไนต์คลับของโรงแรม ต่อมาเขาได้รับผ่อนผันให้เข้ามาเที่ยวไนต์คลับโรงแรมได้แต่ต้องมากับคนอื่นด้วย คืนหนึ่งเขาเข้าไปดื่มสุรากับเพื่อนที่มาด้วยกัน ผ่านไปได้สามชั่วโมงเพื่อนๆ ก็กลับไปก่อน ทิ้งให้เขานั่งดื่มอยู่เพียงคน

เดียว เขาเริ่มมีอาการเมาอย่างเห็นได้ชัดและเข้าไปทำร้ายแรกคนอื่น เจ้าหน้าที่โรงแรมจึงมาลากตัวเขาออกไปโดยไม่มีกัณฑ์พยายามป้องกันตัวเขาจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากความเมาปรากฏว่า Menow ถูกรถชนขณะกำลังเดินโซเซตึ๋นตึ๋นอยู่บนถนนหลวง ศาลสูงแคนาดาสนับสนุนคำฟ้องของ Menow ที่มีต่อคนขับรถและโรงแรม โดยเห็นว่าโรงแรมละเมิดข้อบัญญัติกฎหมายที่ห้ามไม่ให้บริการสุรากับคนเมา แต่ถึงแม้ว่าจะมีข้อกำหนดเช่นนั้น แต่โรงแรมก็มีหน้าที่รับผิดชอบที่ไม่ควรผลักไสคนเมาให้อยู่ในสถานการณ์ที่อาจได้รับอันตราย โดยลากเขาออกไปนอกโรงแรม สิ่งที่โรงแรมควรปฏิบัติคือโทรศัพท์เรียกเจ้าหน้าที่ตำรวจมาจัดการ หรือนำตัวเขาพักค้างคืนอยู่ที่โรงแรมจนสร่างเมาตอนเช้า หรืออาจเรียกรถแท็กซี่มาพาเขากลับบ้านไปให้ปลอดภัย ไม่ควรไล่เขาออกจากโรงแรมให้หาทางกลับบ้านเอาเอง ผู้พิพากษาพิจารณาว่าโรงแรมต้องชดเชยค่าเสียหายให้กับ Menow เนื่องจากไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบที่ควรจะเป็นในการให้การดูแลแขกที่เข้ามาใช้บริการในโรงแรมของตน

อีกกรณีหนึ่งเป็นคดีของนาย Porter กับโรงแรม Royal Canadian Legion ในแคนาดา Porter ถูกฟ้องเนื่องจากขับรถฝ่าสัญญาณไฟจราจรให้หยุดแล้วไปชนคนตาย 3 คน บาดเจ็บอีก 2 คน ปรากฏว่าเขานั่งดื่มเบียร์ในโรงแรม Royal Canadian Legion 3 ชั่วโมงโดยดื่มไป 9 กระป๋องครึ่ง ศาลเมืองออนตาริโอไม่รับคำคัดค้านของโรงแรมโดยถือว่าโรงแรมต้องให้การอบรมพนักงานที่ต้องไม่ให้บริการสุรากับคนที่เมาหรือเกินขีดที่เหมาะสม ศาลพิจารณาว่าโรงแรมมีส่วนร่วมในความผิดร้อยละ 15 ถึงกระนั้นผู้เสียหายยังมีโอกาสฟ้องเรียกค่าเสียหายจากโรงแรมได้เต็มตามจำนวนได้อีกในอนาคต

ในสหรัฐอเมริกาที่เช่นเดียวกับออสเตรเลีย คือแทบทุกมลรัฐถือว่าการขายสุรแก่คนเมามีความผิดตามกฎหมาย และในกรณีที่เรียกกันว่า Social Host Liability ศาลสูงของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้เคยมีคำตัดสินไว้เมื่อเดือนมิถุนายน 1984 ว่ากรณีที่เจ้าภาพจัดบริการสุรแก่แขกโดยจัดหามาให้ดื่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่แขกมีอาการเมาและก็รู้ว่าแขกจะต้องขับรถกลับบ้าน จะต้องรับผิดชอบต่อผลเสียหายที่เกิดขึ้นจากการที่แขกเมาแล้วขับ⁴³

ในด้านประสิทธิผลของมาตรการ พบว่าผลจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ Holder และคณะเมื่อปี 1993 และของ Sloan และคณะเมื่อปี 2000 ซึ่งให้เห็นว่ามาตรการดังกล่าว ผลการศึกษาของ Chaloupka และคณะเมื่อปี 1993 และของ Ruhm เมื่อปี 1996 พบว่ามาตรการรับ

⁴³ Toby Blyth. (1999). *Hotelier and Social Host Liability for Alcohol-Related Harm – A Review of the Law in Australia*.

Retrieved October 24, 2007 from Murdoch University website:

<http://www.murdoch.edu.au/elaw/issues/v6n3/blyth63.html>

ผิดทางกฎหมายยังเป็นผลทำให้อัตราอุบัติเหตุร้ายแรงทางถนนและอาชญากรรมในมลรัฐที่มีการใช้มาตรการดังกล่าวลดลงมากกว่ามลรัฐที่ไม่มีการกำหนดมาตรการรับผิดทางกฎหมาย⁴⁴

นอกจากนี้ ในสหรัฐอเมริกาจะมีการดำเนินมาตรการที่เรียกว่า Social Host Liability โดยมีการออกเป็นกฎหมาย (Social Host Liability Laws) สาระสำคัญของมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวระบุว่าใครก็ตามที่ให้บริการสุราหรือจัดหาสุราให้กับเด็กหรือเยาวชนหรือผู้ที่ดื่มสุราจนอยู่ในอาการเมาแล้ว ต้องรับผิดชอบในการชดเช้ทางกฎหมายในกรณีที่เด็กหรือเยาวชนหรือคนเมานั้นไปก่อความเสียหายกับผู้อื่นหรือกับตนเองจนบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผลจากการศึกษาพบว่ามาตรการดังกล่าวมีการนำไปใช้กันหลายมลรัฐและค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการควบคุมปัญหาอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ โดยในบางมลรัฐยังมีการออกเป็นกฎหมายที่ชื่อว่า Dram Shop Laws โดยกำหนดว่าเจ้าของ/ผู้ให้บริการสุราใน Dram Shop⁴⁵ ต้องรับผิดชอบทางแพ่งในกรณีที่ไปให้บริการสุรากับคนเมาหรือวัยรุ่มแล้วไปก่อความเสียหายแก่บุคคลที่สามด้วยเช่นกัน⁴⁶

ในเอกสารที่ชื่อว่า “White Paper – Dram Shop Laws” ก็ระบุว่ากฎหมาย Dram Shop Law มีส่วนสำคัญในการลดปัญหาที่เกิดจากการเมา/ดื่มแล้วขับได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงที่รัฐสามารถนำไปใช้ในการป้องกันและคุ้มครองประชาชนและสาธารณะจากการกระทำของผู้ขับที่ดื่มหรือเมาสุราจนก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่น มาตรการรับผิดทางแพ่งตามกฎหมาย Dram Shop Law ที่เจ้าของหรือผู้ให้บริการสุราต้องรับผิดชอบในกรณีที่จำหน่ายสุราแก่เยาวชนหรือบุคคลที่ดื่มสุราจนเมาแล้ว สามารถลดปัญหาอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 10⁴⁷

องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป (World Health Organization Regional Office for Europe) มีข้อสรุปเกี่ยวกับมาตรการสุราว่า มาตรการรับผิดชอบของสถานบริการในการให้บริการหรือจำหน่ายสุราโดยเฉพาะแก่คนเมาหรือวัยรุ่มนั้นค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็น

⁴⁴ “The Effectiveness of Alcohol Policy”. Retrieved January 5, 2008 from Health – EU The Public Health Portal of the European Union website: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_chap7_en.pdf, p. 289

⁴⁵ Dram Shop หมายความว่าถึงบาร์หรือร้านขายเหล้า ซึ่งใช้ในสหรัฐอเมริกา สมัยก่อนนั้นร้านลักษณะนี้จำหน่ายสุราในลักษณะแบ่งขายเป็น dram หรือขายเป็นแก้วเล็กๆ (ที่มาจาก Wikipedia the Free Encyclopedia website : http://en.wikipedia.org/wiki/Dram_shop)

⁴⁶ “Social Host Liability”. Retrieved January 10, 2008 from Epidemiology & Community Health website, University of Minnesota : <http://www.epi.umn.edu/alcohol/policy/hostliab.shtml>

⁴⁷ “White Paper – Dram Shop Laws”. Retrieved January 20, 2008 from Injury Prevention Resources – Promoting a Safer Wyoming website: http://www.iprwyoming.org/asp/researchtopics/docs/968_Dram_Shop_white_paper.pdf, p. 1

มาตรการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำแต่ให้ประสิทธิผลสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากนำมาใช้ร่วมกับมาตรการเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและมีการออกเป็นกฎระเบียบเพื่อให้มีผลบังคับใช้อย่างชัดเจน⁴⁸

รายงานการวิจัยของ Alexander C. Wagenaar และ Harold D. Holder เรื่อง “Effects of Alcoholic Beverage Server Liability on Traffic Crash Injuries” ระบุว่าผลจากการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้มาตรการรับผิดชอบทางแพ่งของผู้ให้บริการสุราในมลรัฐเท็กซัสที่ให้บริการแก่ลูกค้าจนเกิดอาการเมเมาแล้วไปก่อความเสียหายต่อผู้อื่น โดยดูจากความถี่ของการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถยนต์ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตและควบคุมตัวแปรเชิงมาตรการอื่นๆ แล้ว พบว่าความถี่ของการฟ้องร้องคดีดังกล่าวลดลงร้อยละ 6.5 และ 5.3 ในปี 1983 และ 1984 มาตรการเชิงกฎหมายนี้สามารถนำมาใช้ในการควบคุมปัญหาการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตที่เกิดจากการเมาแล้วขับได้⁴⁹

2) การใช้มาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น หรือ มาตรการในระดับรากหญ้า (Grassroots Action) กล่าวคือเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนอันเนื่องมาจากสุรา ซึ่งจากข้อมูลที่สืบค้นได้พบว่าในต่างประเทศมีการรวมตัวกันของชุมชนในการเรียกร้องให้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการมีสถานบริการสุรา (ผับ บาร์ ฯลฯ) มาเปิดบริการอยู่ใกล้เคียงกับชุมชนที่อยู่อาศัยและก่อให้เกิดอันตราย และความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณรอบข้าง

ตัวอย่างของมาตรการในลักษณะนี้เกิดขึ้นในประเทศอังกฤษ เนื่องจากสหราชอาณาจักรได้มีการออกพระราชบัญญัติว่าด้วยการอนุญาตสถานบริการสุราปี 2003 (The New Licensing Act 2003) ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2005 (บังคับใช้ในประเทศอังกฤษและเวลส์) โดยสาระสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาก็คือ ตัวพระราชบัญญัติไม่ได้มีบทบัญญัติว่าด้วยวันและเวลาในการจำหน่ายสุราเพื่อการบริโภคทั้งใน on premises และ off premises อีกทั้งยังไม่ได้ระบุถึงกำหนดเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดที่สถานประกอบการรับอนุญาตสามารถจัดกิจกรรมตามที่ได้รับอนุญาตได้ ในทางตรงกันข้ามผู้รับอนุญาตสามารถเลือกวันและเวลาในการจัดกิจกรรมรับอนุญาต

⁴⁸ “What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?”. Retrieved January 10, 2008 from Health Evidence Network website, WHO Regional Office for Europe: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/alcohol/20040219_3

⁴⁹ “Effects of Alcoholic Beverage Server Liability on Traffic Crash Injuries”. Retrieved January 10, 2008 from Blackwell Synergy website: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.1991.tb05194.x?cookieSet=1&journalCode=acer>

ได้ตามความประสงค์⁵⁰ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือกฎหมายอนุญาตให้สถานบริการสุราเปิดให้บริการได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากกฎหมายเดิมมีการกำหนดวันเวลาให้บริการที่ตายตัว ปรากฏว่ามี การมองว่าการทำเช่นนั้นก่อให้เกิดปัญหามากกว่า เพราะเมื่อถึงเวลาที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย สถานบริการทุกแห่งต้องปิดบริการ บรรดานักดื่มซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสภาพเมาสุราก็จะออกมาจากร้านพร้อมกันทั้งหมดปัญหาก็จะมีมากตามมา ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ Licensing Act 2003 ที่มุ่งป้องกันอาชญากรรมและความไม่เป็นระเบียบของสังคม มุ่งให้เกิดความปลอดภัยของสาธารณชน ป้องกันการก่อปัญหาความรำคาญต่อสาธารณะ และคุ้มครองเด็ก ให้พ้นจากอันตราย จึงกำหนดให้สถานบริการเลือกวันเวลาให้บริการสุราได้อย่างยืดหยุ่น โดยเชื่อว่า จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ แต่ความจริงไม่ใช่เช่นนั้น เพราะกลับเปิดโอกาสให้สถานบริการ เปิดบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 7 วันต่อสัปดาห์⁵¹

จากปัญหาที่เกิดจากพระราชบัญญัติฉบับใหม่ข้างต้นนี้เองเป็นผลให้ผู้คนและกลุ่มต่างๆ มองว่าเป็นภัยคุกคามคุณภาพชีวิตของชุมชนต่างๆ โดยเฉพาะชุมชนที่อยู่ในเขตเมืองหรือใกล้กับ ศูนย์กลางของเมือง เครือข่ายของบุคคลและกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นปัจเจกบุคคล เจ้าหน้าที่ ในท้องถิ่น สมาคมผู้อาศัยในท้องถิ่น The Civic Trust รวมทั้งสถาบันสุราศึกษา (The Institute of Alcohol Studies: IAS) มาร่วมกันก่อตั้งองค์การภาคีเครือข่ายเพื่อต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวเรียกว่า “The Open All Hours? Group” สมาชิกคนหนึ่งในองค์กรนี้คือ Dr. Sarah Webb การต่อสู้ของเธอ ถือเป็นกรณีศึกษาที่ดี Dr. Webb ย้ายเข้ามาอยู่ที่เมือง Bath⁵² เมื่อปี 1998 โดยเชื่อว่าบาธเป็น เมืองน่าอยู่เนื่องจากเป็นเมืองสำคัญทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม อีกทั้งทางเมืองเองก็ โฆษณาประชาสัมพันธ์เมืองของตัวเองว่าเป็นสถานที่วิเศษสุดสำหรับการอยู่อาศัย แต่ที่สุดแล้วเธอก็พบว่าไม่ได้เป็นอย่างที่กล่าวอ้างจริง เธอพบว่าหลังเที่ยงคืนเป็นต้นไปเธอตกอยู่ท่ามกลางแหล่ง บันเทิงและสถานบริการสุราจำนวนมาก ซึ่เมื่จำนวนมากออกอาละวาดในยามกลางคืนถึงขนาด เกือบจะฆ่ากันตายหน้าบ้านของเธอ หลังจากนั้นเธอก็เริ่มรณรงค์เรียกร้องให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ ออกตระเวนตรวจตราในตอนกลางคืนตามท้องถนนให้มากขึ้น ให้มีการติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิด เพิ่มขึ้น ให้มีการจำกัดจำนวนสถานบริการสุรา เธอพบว่าสภาพท้องถิ่นไม่มีนโยบายที่จะรับมือกับ ปัญหาที่เกิดจากการขยายตัวของคลับและบาร์ที่เปิดบริการยามดึก เธอมองว่าผู้บริหารของเมือง

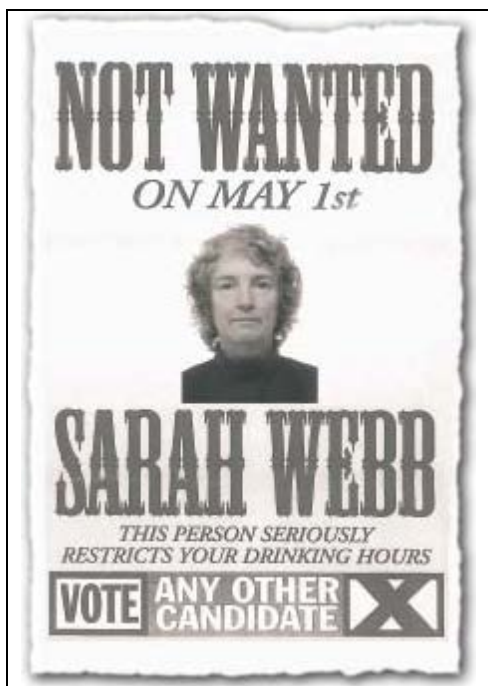
⁵⁰ Explanatory notes on Licensing Act 2003. Retrieved August 28, 2007 from Office of Public Sector Information website: <http://www.opsi.gov.uk/acts/en2003/2003en17.htm>

⁵¹ Licensing Act 2003 explained. Retrieved August 28, 2007 from Department for Culture, Media and Sport website: http://www.culture.gov.uk/what_we_do/Alcohol_entertainment/licensing_act_2003_explained/

⁵² Bath เป็นเมืองหนึ่งที่ตั้งอยู่ในมณฑลซอมเมอร์เซ็ท (Somerset County) ทางตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศอังกฤษ เป็นเมืองเก่าแก่และมีความสำคัญในทางประวัติศาสตร์ เป็นทั้งสถานที่ท่องเที่ยว รวมทั้งยูเนสโกประกาศให้เป็นเมืองมรดกโลกอีกด้วย

ไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหานี้เท่าที่ควรด้วยเกรงว่าจะทำให้กระทบกระเทือนต่อธุรกิจท่องเที่ยว ซึ่งในกรณีนี้ทางสภาเมืองคิดผิด เพราะนักท่องเที่ยวเองก็ไม่อยากเข้ามาเที่ยวในสถานที่ที่ขาดการควบคุมที่ดีทั้งยังเต็มไปด้วยขยะตามท้องถนน ปัญหานี้ทำให้หลายคนยอมขายบ้านแล้วย้ายออกไปหาที่อยู่ใหม่ ในปี 2001 หลังจากที่เธอต่อสู้จนสำเร็จในการเรียกร้องให้ควบคุมการออกใบอนุญาตใหม่ คณะผู้บริหารเมืองยังยอมที่จะยกเลิกการให้บริการในวันอาทิตย์ เจ้าของไนต์คลับในบารคนหนึ่งชื่อ Phil Andrews ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนพรรค Liberal Democrat ได้ยื่นเรื่องขออนุญาตที่จะจัดกิจกรรม Sunday Night Jazz ในไนต์คลับของตน เธอต่อสู้จนชนะ ศาลแขวงตัดสินให้ประโยชน์ต่อข้อเรียกร้องของเธอและผู้อยู่อาศัยที่ต้องการพักผ่อนอย่างสงบในยามค่ำคืนในเดือนกันยายน 2001 สภาเมืองก็ต้องยอมถอยและออกเป็นนโยบายที่จะไม่อนุญาตให้จัดกิจกรรมรื่นเริงในสถานบริการสาธารณะหลังเวลา 22.30 นาฬิกาของวันอาทิตย์ซึ่งเป็นผลให้ยามดึกของวันอาทิตย์ที่เมืองบารมีแต่สงบเงียบมาจนทุกวันนี้

อย่างไรก็ตามปัญหายังไม่ได้หมดแค่นั้น ปรากฏว่า Phil Andrews ยังกดดันผ่านทางพรรค Liberal Democrat โดยเรียกร้องให้มีการขยายเวลาของการอนุญาตจัดกิจกรรมบันเทิง (Public Entertainment License: PEL) ในวันศุกร์และเสาร์ให้นานกว่าเดิม ซึ่งทางสภาเมืองก็อนุญาตให้ใบอนุญาตตลอด 24 ชั่วโมงแต่ก็จำกัดเฉพาะบาร์ 3 แห่งที่มีโทรทัศน์วงจรปิดติดตั้งไว้อย่างสมบูรณ์เรียบร้อยแล้วเท่านั้น ปัญหาสำคัญของชาวเมืองบารก็คือความอึกที่กวนว้ายในยามกลางคืนซึ่งครั้งหนึ่งเคยเงียบสงบ ความพยายามต่อสู้ไม่ให้มีการขยายเวลาบริการสุราของ Dr' Webb ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกสภาท้องถิ่น 2 คนจาก The Abbey Ward of Bath ทั้งสองคนนี้เป็นพวก Liberal Democrats อย่างไรก็ตามการต่อสู้ของเธอกับ The Open All Hours? Group ก็ต้องเผชิญกับอุปสรรค ในการเลือกตั้งท้องถิ่นเมื่อเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา สมาชิกสภาท้องถิ่น 2 คนที่อยู่ข้างเธอต้องหลุดออกไป คนหนึ่งเป็นตัวแทนมาจากชุมชนอื่นเพื่อให้ตำแหน่งตรงนั้นว่างเพื่อเปิดโอกาสให้ Phil Andrews เจ้าของไนต์คลับซึ่งเป็นฝ่ายตรงข้ามกับ Dr. Webb เข้ามาทำหน้าที่สมาชิกสภาท้องถิ่นแทน เธอพยายามออกหาเสียงจนในที่สุดเธอก็เข้ามาเป็นผู้สมัครรับเลือกตั้งของสภาท้องถิ่นด้วย จุดยืนเธอมั่นคงคือการพยายามให้เวลากลางคืนในบารมีความสุขมากที่สุด พวกเจ้าของที่ดินบางส่วนพยายามรณรงค์ต่อต้านเธอถึงกับติดโปสเตอร์ว่าอย่าเลือกเธอเป็นสมาชิกสภาท้องถิ่นให้ไปเลือกคนอื่นจะเลือกใครก็ได้ เพราะว่าเธอเป็นคนที่จะมาจำกัดมาควบคุมเวลาที่ดื่มสุราของชาวบ้าน (ดูภาพที่ 1 ประกอบ) แต่ถึงอย่างไรก็ตามเธอก็ได้รับการเลือกตั้งเข้าปั้งในสภา กรณีศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าการต่อสู้กับปัญหาจากสุรานั้นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันของคนในท้องถิ่นอย่างจริงจังเพื่อทำในสิ่งที่จะช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นของตนเอง



ภาพที่ 4 โปสเตอร์รณรงค์ไม่ให้ลงคะแนนให้กับ Dr. Webb⁵³

ในด้านประสิทธิผลของมาตรการ พบว่ามาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมีประสิทธิผลในการลดปัญหาเมาแล้วขับ ปัญหาอุบัติเหตุจากรถอันเนื่องจากสุรา และปัญหาการได้รับบาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกายด้วยเช่นกัน ที่น่าสนใจได้แก่ ผลการวิจัยในประเทศสวีเดนของ Wallin และคณะเมื่อปี 2003 ระบุว่าจากการดำเนินมาตรการชุมชนที่ริเริ่มขึ้นในกรุงสต็อกโฮล์มซึ่งได้แก่ การเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่มีสถานบริการสุราตั้งอยู่ โดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด การให้การอบรมแก่ผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบ และการให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทอย่างเข้มแข็งนั้น มีผลทำให้อัตราการอาชญากรรมรุนแรงลดลงร้อยละ 29 เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่มีมาตรการดังกล่าว⁵⁴

เมื่อปี 1996 มลรัฐแมสซาชูเซต สหรัฐอเมริกามีการดำเนินโครงการที่ชื่อว่า “The Saving Lives Project” โดยรัฐบาลท้องถิ่นริเริ่มตั้งหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงเต็มเวลาในการดำเนินมาตรการเสริมความเข้มแข็งของชุมชน โดยดำเนินการใน 6 ชุมชนนำร่องเป็นโครงการระยะ 5 ปี มาตรการที่รณรงค์ให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมได้แก่ การควบคุมการโฆษณาสุราในชุมชน การรณรงค์เมาไม่ขับในชุมชน การตั้งศูนย์ฮอตไลน์รับแจ้งการขับเร็วและเมาแล้วขับ การให้การอบรมเจ้าหน้าที่ตำรวจ การตั้งกลุ่มเยาวชนต่อต้านการเมาไม่ขับ การให้ความรู้ในสถานศึกษาของชุมชน การให้

⁵³ Alcohol Strategy Questioned. (2003). Retrieved August 28, 2007 from Institute of Alcohol Studies website:

<http://www.ias.org.uk/resources/publications/alcoholalert/alert200303/al200303.pdf>

⁵⁴ “The Effectiveness of Alcohol Policy”. Op. cit., p. 293

ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุราแก่ร้านจำหน่ายสุราในชุมชน ผลการดำเนินในเวลา 5 ปี พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นผลให้อุบัติเหตุร้ายแรงทางรถยนต์ลดลงร้อยละ 25 อุบัติเหตุรถยนต์จากการเมาแล้วขับลดลงมากกว่าร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับชุมชนอื่น⁵⁵

โครงการ Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA) ซึ่งดำเนินการใน 15 ชุมชนของมลรัฐมินเนโซต้าและทางตะวันตกของมลรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา วัตถุประสงค์ของโครงการมุ่งเน้นที่จะลดการดื่มสุราของเยาวชนโดยใช้มาตรการทางชุมชนทั้งในด้านนโยบายและการปฏิบัติในการลดและจำกัดโอกาสการเข้าถึงสุรา หลังจากดำเนินการไปได้ 5 ปี พบว่าร้านจำหน่ายสุรามีการตรวจสอบอายุผู้ซื้ออย่างเข้มงวดต่อเนื่อง มีการจำหน่ายสุราแก่เยาวชนลดลงโดยในภัตตาคารและบาร์ลดลงร้อยละ 10.2 และในร้านขายเหล้าลดลงร้อยละ 4.57 เมื่อเทียบกับชุมชนที่ไม่ใช้มาตรการดังกล่าว⁵⁶

เมื่อปี 2003-2004 สหราชอาณาจักรโดยหน่วยงานที่ชื่อว่า The Alcohol Education and Research Council ได้ริเริ่มสนับสนุนการดำเนินโครงการชุมชนในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา โดยการสนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการย่อย 3 โครงการที่ดำเนินการในเมือง Glasgow, Cardiff, และ Birmingham โครงการนี้เป็นโครงการร่วมกันที่รู้จักกันในนาม The UK Community Alcohol Prevention Programme (UKCAPP) โครงการในกลาสโกว์และคาร์ดิฟเน้นในศูนย์กลางของเมืองโดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาว ในขณะที่โครงการในเบอร์มิงแฮมจะเน้นไปที่เส้นทางคมนาคมในเขตปริมณฑลของเมือง การดำเนินงานของโครงการจะเน้นอยู่ 4 ด้านคือ⁵⁷

- การสร้างความตระหนักในปัญหา (Awareness – raising) ทั้งในทางการเมืองและกับสาธารณชน เพื่อส่งเสริมการเป็นเจ้าของร่วมกันในปัญหาและการหาแนวทางการแก้ไข เพื่อเตือนให้เห็นอันตรายของการดื่มสุรา เพื่อดำเนินการให้เกิดความปลอดภัยในชุมชน

- ความรับผิดชอบของสถานบริการ (Licensed Premises) โดยร่วมกับสถานบริการรับอนุญาตเพื่อ ส่งเสริมการฝึกอบรมแก่พนักงานบริการ สนับสนุนมาตรการ Pubwatch ตรวจจับสถานบริการที่เป็นเลิศ และบังคับใช้กฎหมายในการจัดตั้งสถานบริการอย่างเคร่งครัด

⁵⁵ “Current Research on Alcohol Policy and State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems”. Retrieved February 1, 2008 from National Association of State Alcohol/Drug Abuse Directors website: http://www.nasadad.org/resource.php?base_id=806, p. 9-10

⁵⁶ Ibid., p. 11

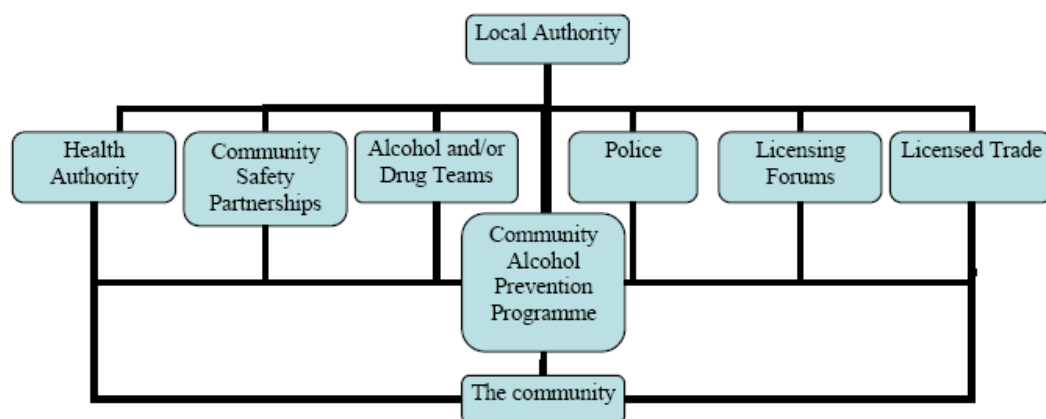
⁵⁷ “UKCAPP: an evaluation of 3 UK Community Alcohol Prevention Programs”. Retrieved February 1, 2008 from The Alcohol Education and Research Council website: <http://www.aerc.org.uk/documents/pdf/finalReports/051%20Final%20Report%20UKCAPP.pdf>, p. 4-6

- การสร้างสภาพแวดล้อมทั่วไป (General Environment) โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงไฟส่องสว่างและความสะอาดของถนน เพิ่มมาตรการตรวจตราของเจ้าหน้าที่ตำรวจ กำหนดมาตรการจำกัดการจัดตั้งสถานบริการสุราในชุมชน

- ด้านการคมนาคมขนส่ง (Transport) โดยการปรับปรุงเครือข่ายเชื่อมโยงการคมนาคมเพื่อ สร้างความปลอดภัยในการเดินทางของประชาชน

ซึ่งผลจากการดำเนินงานในทั้ง 3 เมืองได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เช่น ในกลาสโกว์ปรากฏว่า อัตราอาชญากรรมรุนแรงลดลงร้อยละ 13 อุบัติเหตุทางถนนลดลงร้อยละ 11.4 ในเบอร์มิงแฮม ปรากฏว่า อาชญากรรมลดลงร้อยละ 37.7 และอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บลดลงร้อยละ 29.5 เป็นต้น โครงการมีข้อสรุปที่น่าสนใจว่า การดำเนินโครงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาสุรานั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ สาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจในชุมชน หน่วยงานด้านสุราอื่นๆ หน่วยงานออกใบอนุญาตจำหน่ายสุราหรือจัดตั้งสถานบริการสุรา ฯลฯ (ดูภาพที่ 5 ประกอบ)

Figure 4. Simplest structure for a community alcohol prevention programme



ภาพที่ 5 แสดงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในโครงการป้องกันปัญหาสุราของชุมชน

ที่มา Figure 4. Simplest structure for a community alcohol prevention programme⁵⁸

3) มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินของชุมชน เพื่อให้บริการสุรา มาตรการดังกล่าวกำหนดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มความรับผิดชอบของสถานบริการต่อผู้อยู่อาศัยในชุมชนโดยรอบ และเพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราที่อยู่ในบริเวณข้างเคียง

⁵⁸ UKCAPP. Op cit., p. 77

ตัวอย่างของประเทศออสเตรเลียมีอยู่ว่า กระทรวงสาธารณสุขและผู้สูงอายุ (Department of Health and Ageing) ของประเทศออสเตรเลียได้จัดทำยุทธศาสตร์สุราแห่งชาติประจำปี 2006-2009 (National Alcohol Strategy 2006-2009) ขึ้นเพื่อมุ่งต่อสู้กับปัญหาสุราในออสเตรเลียที่พบว่าแนวโน้มของการดื่มจนเสี่ยงต่ออันตรายเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากตัวเลขที่ผ่านมาพบว่าชาวออสเตรเลียเสียชีวิตเนื่องจากการดื่มสุรามากจนเกินไปเป็นจำนวนถึง 3,000 คนต่อปี มีคนป่วยอันมีเหตุจากการดื่มสุราที่ต้องเข้ารับรักษาปีละ 65,000 คน งบประมาณที่ใช้ไปในการแก้ปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากสุราแต่ละปีสูงถึง 7.6 พันล้านดอลลาร์ ดังนั้นจึงต้องจัดทำยุทธศาสตร์ดังกล่าวขึ้นโดยเน้นเป้าหมายสำคัญ 4 ด้านคือ

- 1) ลดปัญหาความเป็นพิษจากการดื่ม (reduce the incidence of intoxication among drinkers)
- 2) ส่งเสริมความปลอดภัยและความสุขของประชาชน ณ เวลาและสถานที่ที่มีการดื่มสุรา (enhance at times and in places where alcohol is consumed)
- 3) ปรับปรุงสุขภาพของประชาชนและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา (improve health outcomes among all individuals and communities affected by alcohol consumption)
- 4) ส่งเสริมวัฒนธรรมการดื่มที่ปลอดภัยและการดื่มเพื่อสุขภาพโดยการสร้างความเข้าใจของชุมชนถึงคุณสมบัติพิเศษของสุราและโดยกำหนดแนวทางการนำไปใช้ (facilitate safer and healthier drinking cultures by developing community understanding about the special properties of alcohol and through regulation of its availability)⁵⁹

ในเอกสารดังกล่าวได้มีการนำเสนอแบบปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ในการส่งเสริมความปลอดภัยและความสุขของประชาชน แบบปฏิบัติดังกล่าวใช้ในรัฐวิกตอเรีย กล่าวคือเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นของวิกตอเรียได้**ขึ้นค่าธรรมเนียมท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์ทรัพย์สินของชุมชน** (ในที่นี้คือค่าธรรมเนียมการใช้ที่ดิน) กับบรรดาสถานบริการสุราใบอนุญาตที่เปิดบริการในยามดึก โดยค่าธรรมเนียมที่เก็บเพิ่มขึ้นนี้ก็เพื่อเอามาใช้ในการทำความสะอาดบริเวณและกำจัดขยะและของเสียที่มาจากสถานบริการเหล่านั้น จากภาพที่ 5 เห็นได้ว่าอัตราค่าธรรมเนียมการใช้ที่ดินของสถานบริการสุรารอบดึกนั้นสูงเท่ากับอัตราการใช้ที่ดินของโรงงานผลิตรถยนต์และ

⁵⁹ Retrieved August 29, 2007 from <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/nas-06-09>

อัตรานิยามคือเท่ากับ 0.010176 ดอลลาร์ ซึ่งเมื่อเป็นอัตราค่าธรรมเนียมต่อปีสำหรับที่ดินที่มีสิ่งปลูกสร้างที่มีมูลค่าตั้งแต่ 500,000 ดอลลาร์รวมอยู่ด้วยจะเท่ากับ 5,088 ดอลลาร์

Good Practice
Licensed premises pick-up the cleaning bill
A large regional local government authority in Victoria has recently increased the municipal rates charges for properties with late night liquor licenses. The higher rates reflect the additional costs to Council in managing the waste and public space impacts of these premises.

Land Use	Rates (\$)	Annual cost to a property with a Capital Improved Value of \$500,000
Farm	0.002544	\$1,272
Residential	0.002544	\$1,272
Commercial	0.005539	\$2,769
Petroleum production	0.007706	\$3,853
Late night liquor license	0.010176	\$5,088
Auto & aluminium production	0.010176	\$5,088

Additional municipal charges apply to all properties and waste service charges to residential properties.
(Source: City of Greater Geelong 2005)

ภาพที่ 6 ตารางแสดงอัตราค่าธรรมเนียมการใช้ที่ดินในรัฐวิกตอเรีย⁶⁰

นอกจากนี้ในรัฐควีนส์แลนด์ยังมีตัวอย่างแบบปฏิบัติที่ดี เป็นการดำเนินโครงการของตำรวจที่เรียกว่า **โครงการปาร์ตี้ปลอดภัยกับตำรวจ (Police Party-Safe Program)** โดยสาระสำคัญของโครงการมีว่า บางครั้งครอบครัวหรือชุมชนอาจมีความต้องการจัดงานปาร์ตี้หรืองานสังสรรค์ ซึ่งแน่นอนว่าสมาชิกในครอบครัวหรือผู้คนที่อยู่ในชุมชนนั้นต่างก็อยากเข้าร่วม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเด็กและวัยรุ่น กิจกรรมดังกล่าวมักเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้พบปะเพื่อนฝูง

⁶⁰ *National Alcohol Strategy 2006-2009*. (2007). retrieved August 29, 2007 from Department of Health and Ageing, Australian Government website:

[http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/\\$File/nas-06-09.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/$File/nas-06-09.pdf), p. 17

แต่หากกิจกรรมดังกล่าวมีพวกขี้เมาหรือพวกที่ไม่ได้รับเชิญเข้าไปยุ่งย่าม ก็จะทำให้งานสังสรรค์หรือปาร์ตี้เหล่านั้นเกิดปัญหาขึ้นได้ ในกรณีนี้ทางกรมตำรวจของรัฐควีนส์แลนด์จึงได้ริเริ่มโครงการปาร์ตี้ปลอดภัยกับตำรวจ โดยเจ้าภาพของครอบครัวและชุมชนที่ประสงค์จะจัดปาร์ตี้หรืองานสังสรรค์ต้องไปลงทะเบียนการจัดงานกับตำรวจ เจ้าหน้าที่ตำรวจจะให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลความเรียบร้อยในการจัดงาน และทางตำรวจเองก็จะมีข้อมูลเกี่ยวกับงานปาร์ตี้เหล่านั้นซึ่งจำเป็นมากในกรณีที่มีเหตุร้ายเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองประชาชนให้พ้นจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้จากการมีพวกขี้เมาหรือผู้ที่ไม่ได้รับเชิญเข้ามาบกรวนการจัดงาน

Good Practice

Queensland Police Party-Safe Program

- Everyone enjoys going to or hosting a party, and for young people it is a typical part of growing up and celebrating special occasions with friends.
- While most parties are fun for everyone involved, intoxicated guests or gatecrashers can sometimes ruin the occasion.
- Queensland Police has developed a Party-Safe program that provides practical tips to assist in holding successful, enjoyable and safe parties for everyone concerned including parents, hosts and guests.
- There is also a Party-Safe registration form so that party hosts can register their party with the local police.
- Registering a party will provide the police with details they need to know if they are called to the party to deal with an incident.

(Queensland Police 2005)

ภาพที่ 7 โครงการปาร์ตี้ปลอดภัยกับตำรวจ⁶¹

ในออสเตรเลียมีปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากสถานบริการสุรานั้นมีอยู่มาก การอนุญาตจัดตั้งและเปิดบริการบรรดาบาร์หรือผับสุราส่งผลกระทบต่อชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าวอย่างมาก การที่มีคนเข้ามาดื่มสุรามากรวมทั้งเปิดให้บริการกันในยามค่ำคืนทำให้ความปลอดภัยในชุมชนลดลง มีการ

⁶¹ Ministerial Council on Drug Strategy (2006). *National Alcohol Strategy 2006-2009*. p. 18. retrieved August 29, 2007 from:

[http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/\\$File/nas-06-09.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/$File/nas-06-09.pdf)

ทำร้ายร่างกาย ความรุนแรง ความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ตลอดจนอุบัติเหตุเกิดขึ้นมากอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญประการหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์สุราแห่งชาติ ประจำปี 2006-2009 จึงมุ่งสร้างความสงบสุขและความปลอดภัยให้กับประชาชน (public safety and amenity) โดยกำหนดเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งคือ การเพิ่มศักยภาพของชุมชนรวมทั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งมีข้อเสนอเชิงมาตรการที่น่าสนใจ ได้แก่ การเพิ่มค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตหรือต่อใบอนุญาตให้มีอัตราสูงสำหรับบาร์หรือผับที่ตั้งอยู่ในเขตที่มีความหนาแน่นของสถานบริการ

4) มาตรการการสนับสนุนการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุรา จากข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นพบว่าในต่างประเทศมีเครือข่ายของผู้ไม่ดื่มสุรามาตั้งแต่อดีต และมีบทบาทในการรณรงค์ต่อสู้เพื่อกำจัดสุราออกไปจากสังคมมาเป็นเวลานาน ความจริงแล้วเครือข่ายนี้มีความสำคัญแม้กระทั่งในปัจจุบันนี้ก็ยังคงมีเครือข่ายลักษณะนี้กระจายอยู่ในหลายประเทศ นับว่ามาตรการด้านนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนคนไม่ดื่มสุราในสังคมให้มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

ในต่างประเทศกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุรามักรู้จักกันในนาม Temperance Society, Temperance Movements, Temperance Organizations⁶² ฯลฯ ซึ่งเป็นองค์กรเครือข่ายภาคประชาชน/ชุมชนที่ต่อต้านการดื่มสุรา และที่สำคัญเป็นองค์กรที่มีประวัติความเป็นมายาวนานในประวัติศาสตร์ ยกตัวอย่างเช่น American Temperance Society ในสหรัฐอเมริกาก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 1826 (พ.ศ. 2369), Son of Temperance ของประเทศอังกฤษก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 1849 (พ.ศ. 2392) เป็นต้น ในปัจจุบันองค์กร Temperance มีทั้งที่เป็นองค์กรระหว่างประเทศ องค์กรระดับชาติ องค์กรทางศาสนา ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีบทบาทและความเข้มแข็งจะอยู่ที่สหรัฐอเมริกาและในยุโรป

กรณีตัวอย่าง จากประสบการณ์การต่อสู้ของ Temperance Movement ในสหรัฐอเมริกา ในทางประวัติศาสตร์ เหล้าเข้ามามีบทบาทในสังคมอเมริกันมาตั้งแต่ครั้งที่ชาวยุโรปเริ่มอพยพเข้า

⁶² The Temperance Society เป็นสมาคมที่มุ่งต่อสู้กับสุราโดยรณรงค์ให้ประชาชนงดเว้นการดื่มสุรา The Temperance Society เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สำคัญขบวนการหนึ่งในช่วงศตวรรษที่ 19 ถึงต้นค่นของศตวรรษที่ 20 ที่เรียกว่า The Temperance Movement ขบวนการดังกล่าวมุ่งต่อสู้เรียกร้องให้มีการแก้ไขสภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม เช่น การว่างงาน ความรุนแรงในสังคม รวมทั้งการดื่มสุราและปัญหาต่างๆ ที่ตามมาจากการดื่มสุรา ขบวนการมุ่งเรียกร้องให้ผู้คนในสังคมหลีกเลี่ยงจากสิ่งเหล่านี้โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราอย่างสิ้นเชิง โดยผู้ที่ถือปฏิบัติดังกล่าวจะมีชื่อเรียกว่า teetotalers สมาคม The Temperance Society ในอังกฤษก่อตั้งเมื่อปี 1832 โดย Joseph Livesey สมาคมดังกล่าวนี้เป็นที่รู้จักและแพร่หลายในกลุ่มประเทศที่พูดภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา สมาคมดังกล่าวค่อนข้างมีบทบาทสำคัญ กฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับสุราที่ประกาศใช้ เป็นผลมาจากการรณรงค์ผลักดันจากสมาคมเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

มาอยู่ในทวีปอเมริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกพิวริตัน (Puritan) ซึ่งเริ่มอพยพจากอังกฤษเข้ามาในอเมริกาเหนือตั้งแต่ราวทศวรรษที่ 1620 – 1640 พิวริตันเป็นพวกที่เคร่งศาสนาแต่ก็มีวัฒนธรรมของการดื่มสุราติดมาด้วย พวกพิวริตันเคารพและเชื่อมั่นในพระเจ้ามากและถือว่าพระเจ้าเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดเหนือมนุษย์ทุกคน และที่สำคัญเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างสุรา พระเยซูเองก็ดื่มไวน์และยอมรับได้หากเป็นการดื่มที่พอเหมาะพอสม พวกพิวริตันจึงมีธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับการดื่มสุราโดยถือว่าสุราคือส่วนหนึ่งของชีวิต เชื่อว่าการดื่มสุรานั้นยังดีกว่าการดื่มน้ำที่ไม่สะอาด สุรายังมีสรรพคุณเป็นยาและยังช่วยให้พลังงานสามารถทำงานหนักได้ สุราเป็นเครื่องดื่มในสังคม ช่วยให้ผ่อนคลายสนุกสนาน ช่วยเจริญอาหาร⁶³

เมื่ออพยพเข้ามาอยู่ในอเมริกาพวกพิวริตันก็เริ่มทำสุราดื่มเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบียร์ที่ทำจากข้าวบาร์เลย์และข้าวโพด มีการแบ่งเบียร์ออกเป็น 3 ชนิดตามระดับแอลกอฮอล์ คือ X, XX, และ XXX เบียร์ชนิดที่อ่อนดื่กรที่สุด (เกรด X) คือเบียร์ที่ทำมาจากเมล็ดข้าวที่เอามาแช่น้ำ เบียร์ชนิดนี้ได้รับความนิยมมากหาได้ง่ายเพราะดีกรีแอลกอฮอล์ต่ำซึ่งเรียกกันอีกอย่างว่า “small beer” ส่วนชนิดที่สองเป็นเบียร์ที่ผ่านกระบวนการต้มเรียกว่า “ships beers” มีดีกรีแอลกอฮอล์แรงกว่า (เกรด XX) และชนิดที่สามแรงที่สุด (เกรด XXX) ซึ่งเป็นเบียร์ที่ผ่านการต้มกับมอลต์และน้ำตาลชนิดพิเศษ มีราคาแพงและหาซื้อยาก

นอกจากเบียร์แล้วชาวอาณานิคมยังเริ่มเรียนรู้การทำไวน์จากผลไม้ เช่น สตรอเบอรี่ แครนเบอร์รี่ แบล็กเบอร์รี่ ฯลฯ จากผักบางชนิด เช่น แครอท มันฝรั่ง ผักบีท เป็นต้น รวมทั้งจากดอกไม้บางชนิดด้วย จนในระยะต่อมาจึงเริ่มมีการปลูกองุ่นและทำไวน์จากองุ่น ในปี 1657 เริ่มมีการตั้งโรงกลั่นสุรา (ในตอนแรกคือเหล้ารัม) ขึ้นที่บอสตัน และขยายตัวและได้รับความนิยมในเวลาต่อมา

แม้ว่าชาวอเมริกันในยุคอาณานิคมจะนิยมดื่มสุราแต่ก็ไม่ส่งเสริมให้มีการดื่มจนเมาหัวราน้ำ การควบคุมในระยะแรกก็คือมาตรการควบคุมทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการผ่านทางกลไกครอบครัวและชุมชน ในยุคนั้นผู้คนที่อพยพเข้ามาอยู่ในอเมริกาต่างเห็นพ้องกันว่าสุราเป็นเหมือนกับของขวิญจากพระเจ้า แต่ปีศาจเป็นตัวที่มาผลักดันให้มนุษย์นำไปใช้ในทางที่ผิด คนเมาสุราจึงมักถูกประณามและลงโทษในข้อหาที่กระทำผิดพระประสงค์ของพระเจ้า การดื่มสุราจนเมาเมาถือเป็นบาป สถานที่ดื่มสุราในยุคนั้นเรียกว่าโรงขายเหล้าหรือ Tavern ซึ่งเจ้าของโรงเหล้าต้องเป็นคนรับผิดชอบไม่ให้ลูกค้าดื่มจนเมาเมาและสร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น อย่างไรก็ตามการควบคุมในลักษณะนี้ก็ได้ผล มักมีการละเมิดอยู่บ่อย จนในที่สุดจำเป็นต้องมีการออกกฎหมาย

⁶³ David J. Hanson. (2007). *National Prohibition of Alcohol in the U.S.* retrieved September 15, 2007 from Alcohol Problems and Solutions: <http://www2.potsdam.edu/hanson/dj/Controversies/1091124904.html>

ให้มีการลงโทษ พวกที่ดื่มเป็นประจำจนติดเหล้าจะถูกเปลี่ยนนโยบาย หรือไม่เช่นนั้นก็จะถูกบังคับให้สวมใส่เครื่องหมายประจานซึ่งพวกนี้ไม่สามารถไปซื้อเหล้าดื่มได้

ในช่วงศตวรรษที่ 17 มีการกำหนดค่าปรับสำหรับคนเมาหรือหากไม่มีเงินค่าปรับก็จะถูกริบพืชผลแทน หากยังมีพฤติกรรมเมาเหล้าอีกก็จะถูกลงโทษให้ทำงานหนักหรือลงโทษคุมขัง ถึงกระนั้นก็ยังมีความละเมิดอยู่เสมอ ต่อมาจึงมีมาตรการควบคุมโดยการกำหนดปริมาณเหล้าที่อนุญาตให้ดื่มได้ 3.5 แกลลอนต่อคนต่อปี

เมื่ออาณานิคมเริ่มเจริญมากขึ้น มีการพัฒนาขึ้นของความเป็นสังคมเมือง แบบแผนการดื่มสุราของชาวอเมริกันก็มีการเปลี่ยนแปลง คนอเมริกันนิยมดื่มเหล้ารัมมากขึ้น พร้อมกันนั้นปัญหาสังคมก็เริ่มขยายตัว เช่น ปัญหาการว่างงาน ปัญหาความยากจน และปัญหาอาชญากรรม คนกลุ่มหนึ่งที่ถูกเพ่งเล็งว่าเป็นพวกก่อปัญหาสังคมคือพวกขี้เมา จนกระทั่งเข้าสู่ช่วงสงครามปฏิวัติเพื่อการประกาศอิสรภาพ (1775 – 1783) ในช่วงดังกล่าวการควบคุมการดื่มเหล้าโดยใช้มาตรการทางสังคมไม่ได้ผล และผลจากสงครามก็ทำให้พฤติกรรมการดื่มเหล้าของคนอเมริกันเปลี่ยนไปจากเหล้ารัมไปเป็นวิสกี้ ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงสงครามวัตถุดิบในการผลิตเหล้ารัมโดยเฉพาะน้ำตาลกับกากน้ำตาล (molasses) ถูกปิดกั้นจากกองทัพเรืออังกฤษไม่สามารถนำเข้ามาในอเมริกาได้ จึงต้องหาวิธีการผลิตเหล้าในลักษณะอื่นทดแทนความต้องการ (โดยเฉพาะบรรดาทหารในกองทัพชาวอเมริกัน) ซึ่งพบว่าชาวสก๊อตที่ย้ายเข้ามาอยู่ในแถบตอนกลางของอเมริกาก็สามารถผลิตวิสกี้ได้จากธัญพืชเช่นกัน กล่าวคือพวกสก๊อตย้ายเข้ามาในแถบตอนกลางก็ทำมาหากินโดยการปลูกข้าว ข้าวโพด แต่ผลผลิตที่เก็บเกี่ยวได้ไม่สามารถส่งขายได้เนื่องจากคมนาคมไม่สะดวก จะส่งขายแต่ละครั้งต้องอาศัยการบรรทุกม้าไปขายซึ่งก็ได้ในปริมาณที่น้อยมาก ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาเกษตรกรชาวสก๊อตจึงหันมาแปรรูปพืชผลของตนโดยการนำมาหมักและกลั่นเป็นเหล้าวิสกี้ที่สามารถบรรทุกและส่งขายได้สะดวกกว่า

ในปี 1810 พบว่ามีโรงกลั่นวิสกี้ประมาณ 2,000 โรง ผลิตวิสกี้ได้ประมาณมากกว่า 2 ล้านแกลลอน ในช่วงทศวรรษที่ 1820 วิสกี้ซื้อขายกันในราคาแกลลอนละ 25 เซ็นต์ ซึ่งถูกกว่าเบียร์ ไวน์ กาแฟ ชา หรือนม ด้วยเหตุนี้การนิยมดื่มวิสกี้จึงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และที่สำคัญมีแนวโน้มที่ชาวอเมริกันเริ่มดื่มหนักมากกว่าแต่ก่อน Bruce K. Alexander อธิบายว่าการที่คนอเมริกันหันมาดื่มเหล้าอย่างหนักจนก่อให้เกิดปัญหาความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคมตามมา โดยเฉพาะอย่างปัญหาความเจ็บป่วย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาอาชญากรรมนั้น สาเหตุสำคัญมาจาก “ภาวะพลัดถิ่น” (dislocation)⁶⁴ ของพวกที่อพยพย้ายเข้ามาอยู่ในอเมริกาตั้งแต่

⁶⁴ Bruce K. Alexander. (2007). *What Causes Alcohol Abuse*. Retrieved September 15, 2007 from Alcohol Problems and Solutions website: <http://www2.potsdam.edu/hansondj/Controversies/1053971961.html>

สมัยอาณานิคม คนพวกนี้ต้องพลัดพรากจากบ้านเกิดเมืองนอน พลัดพรากจากญาติพี่น้อง และวัฒนธรรมเดิมของตน เข้ามาแสวงหาโชคในสังคมใหม่ที่ยังต้องฝ่าฟันกับปัญหานานัปการ ประกอบกับเมื่อเข้าสู่ช่วงของการปฏิวัติอุตสาหกรรมและการขยายตัวของความเป็นเมืองคนพวกนี้ ก็มีความโดดเด่นยวสูง ว่าแห้ว ที่พึ่งของคนที่มีปัญหาเหล่านั้นก็คือเหล่านั้นเอง

สมมติฐานของ Bruce K. Alexander น่าสนใจ เขาพยายามอธิบายว่าการติ่มสุราไม่ใช่ปัญหา แต่ผลจากการติ่มสุราที่ทำให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบต่างๆ ต่างหากที่เป็นปัญหา เขามองว่าสาเหตุสำคัญที่คนหันมาติ่มสุราก็เนื่องจาก “ภาวะพลัดถิ่น (dislocation)” ซึ่งภาวะดังกล่าวในอดีตเกิดขึ้นคนชั้นล่างกับคนจน แต่ในปัจจุบัน dislocation ก็เกิดกับคนชั้นกลางและคนชั้นสูงคนร่ำรวยด้วยเช่นกัน การแก้ปัญหาจึงต้องแก้ไขที่ภาวะ dislocation เช่น การสร้างมั่นคงปลอดภัยในชีวิต การมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้มแข็งของครอบครัว การปรับปรุงคุณภาพชีวิต ฯลฯ

เมื่อปัญหาต่างๆ มีมากขึ้นผู้คนก็เริ่มแสวงหาหนทางที่จะแก้ไข บุคคลสำคัญที่ออกมาเป็นบทบาทในการพยายามชี้ให้เห็นอันตรายของการติ่มสุราก็คือ นายแพทย์เบนจามิน รัช (Dr. Benjamin Rush)⁶⁵ ในปี 1784 เขาชี้ว่าการติ่มสุรามากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ที่สำคัญเขาสรุปว่าการติ่มสุราก็เป็นโรคอย่างหนึ่งและหนทางที่จะรักษาโรคนี้ก็คือการเลิกติ่มสุรา⁶⁶ ผลจากแนวคิดของรัชทำให้ชาวอาณานิคมบางส่วนเริ่มตระหนักในผลร้ายของการติ่มสุรา ชาวนาราว 200 คนในชุมชนคอนเนตทิคัทจึงได้ริเริ่มจัดตั้งสมาคมผู้ไม่ติ่มสุรา (Temperance Association) ขึ้นในปี 1789 ต่อมาในปี 1800 ก็แพร่ขยายเข้าไปในเวอร์จิเนีย และที่นิวยอร์กในปี 1808 จนในทศวรรษต่อมาปรากฏมีขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านการติ่มสุราเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ

ในช่วงต้นของการรณรงค์ค่อนข้างไปได้ดีโดยเน้นให้คนลดปริมาณการติ่มลงโดยยังไม่ถึงกับห้ามติ่มไปเสียทั้งหมด อย่างไรก็ตามเมื่อขบวนการเริ่มมีความเข้มแข็งมากขึ้นก็ดำเนินการเชิงรุกมากขึ้นที่สำคัญเข้าไปก้าวล่วงในทางศาสนา เข้าไปมีบทบาททางการเมือง พวกผู้นำที่เข้มแข็งต่างพยายามผลักดันขบวนการให้ประสบผลสำเร็จ จนในปี 1826 ได้มีการจัดตั้ง The American Temperance Society ตลอดช่วงเวลา 10 ปี มีองค์กรต่อต้านการผลิตจำหน่าย และติ่มสุราเพิ่มขึ้นถึงกว่า 8,000 องค์กร มีสมาชิกทั้งหมดมากกว่า 1,500,000 คน มีการออกวารสารสิ่งพิมพ์ขององค์กร เช่น แผ่นประชาสัมพันธ์ โปสเตอร์ มีการเขียนเป็นนิยาย มีการออกหนังสือพิมพ์ เรียกได้ว่าใช้มาตรการการสื่อสารกับประชาชน ปลูกใจ และให้ความรู้กับประชาชนอย่างขนานใหญ่ และที่สำคัญบรรดาโบสถ์โปรเตสแตนต์เป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมขบวนการ

⁶⁵ Dr. Benjamin Rush มีชีวิตอยู่ในช่วงปี 1745-1813 และได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการก่อตั้งประเทศสหรัฐอเมริกาคนหนึ่ง (A Founding Father of USA) เนื่องจากเป็นบุคคลหนึ่งที่ร่วมลงนามในคำประกาศอิสรภาพของอเมริกา

⁶⁶ Benjamin Rush. Retrieved August 30, 2007 from Wikipedia website: http://en.wikipedia.org/wiki/Benjamin_Rush

ดังกล่าว จนมาถึงประมาณช่วงปี 1830 – 1840 ข้อสรุปของการต่อสู้มีว่าการจะแก้ปัญหาดังกล่าว อันเนื่องมาจากเหล้าได้นั้นต้องอาศัยการห้ามผลิต ห้ามจำหน่าย หรือการห้ามการขนส่งเหล้าทั่วประเทศ ขบวนการ Temperance Society ก็เปลี่ยนมาเป็น Abstinence Society⁶⁷ และเริ่มมีความพยายามที่จะให้มีการออกกฎหมายห้ามผลิต จำหน่าย และขนย้ายเหล้าในมลรัฐต่างๆ ของสหรัฐอเมริกา

ในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของ Temperance หรือ Abstinence Society นั้นกลุ่มที่มีบทบาทมากอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้หญิง ในการรณรงค์ผลักดันให้มีการออกกฎหมายพวกผู้หญิงจะอยู่แถวหน้า มีการนำเอาเด็กมาร่วมเดินขบวนเรียกร้อง ขบวนการที่ชื่อว่า The Anti-Saloon League ซึ่งเป็นกลุ่มทางศาสนาก็เข้ามามีบทบาทร่วมด้วย ซึ่งกลุ่มนี้ค่อนข้างได้เปรียบเนื่องจากเป็นลักษณะองค์กรทางศาสนาเป็นตัวแทนของโบสถ์เป็นตัวแทนของพระเจ้า ดังนั้นเมื่อรณรงค์เรียกร้องในเรื่องใดจึงมักเชื่อมโยงได้ว่าเป็นพระประสงค์ของพระเจ้า ซึ่งมีผลทางจิตวิทยาในการจูงใจให้ประชาชนหันมาให้การสนับสนุน

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เรียกร้องให้มีการห้ามดื่มสุราเริ่มเกิดขึ้นในทศวรรษที่ 1840 หัวหอกในการเคลื่อนไหวคือกลุ่มนิกายต่างๆ ในศาสนาคริสต์โดยเฉพาะอย่างยิ่งนิกายเมธอดิสต์ (Methodists) จนในราวทศวรรษที่ 1850 ก็ประสบตัวอย่างของความสำเร็จที่รัฐเมน (Maine) กล่าวคือในปี 1851 รัฐเมนออกกฎหมายห้ามผลิตและขายเหล้าอย่างสิ้นเชิง (total ban on the manufacture and sale of liquor) อย่างไรก็ตามเมื่อประเทศเข้าสู่ช่วงสงครามกลางเมือง (ประมาณปี 1861-1865) ขบวนการต่อต้านการดื่มสุราก็เริ่มอ่อนแอลง การห้ามผลิตและขายเหล้าไม่ใช่ประเด็นสำคัญทางการเมืองอีกต่อไป จนกระทั่งในราวทศวรรษที่ 1880 ขบวนการดังกล่าวก็กลับเข้มแข็งขึ้นมาใหม่โดยในคราวนี้องค์กรที่มีบทบาทก็คือ Woman's Christian Temperance Union และ Prohibition Party

Woman's Christian Temperance Union ก่อตั้งขึ้นหลังสงครามกลางเมืองเมื่อปี 1873 จุดประสงค์ไม่ได้ส่งเสริมให้ดื่มเหล้าพอประมาณหรือเลิกดื่มเหล้า แต่มุ่งเน้นให้มีการออกกฎหมายห้ามผลิต จำหน่าย และดื่มเหล้าอย่างสิ้นเชิง มาตรการสำคัญที่องค์กรนี้ใช้ในการต่อสู้ก็คือการให้ความรู้/การให้การศึกษ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน องค์กรมีความเชื่อว่าหากสามารถสอนให้เด็กและเยาวชนรับรู้ เข้าใจและตระหนักถึงภัยของเหล้าได้แล้ว ในที่สุดก็จะนำไปสู่การห้ามผลิต ห้ามจำหน่าย และห้ามขนย้ายได้อย่างแน่นอน

⁶⁷ David J. Hanson. (2007). National Prohibition of Alcohol in the U.S. retrieved September 15, 2007 from Alcohol Problems and Solutions: http://www2.potsdam.edu/hanson/dj/Controversies/1091124904_3.html p.3

ในปี 1881 มลรัฐแคนซัสเป็นมลรัฐแรกที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญของรัฐว่าสุราเป็นสิ่งผิดกฎหมาย รวมทั้งบรรดาสมาชิกของขบวนการต่อต้านการดื่มสุรากลุ่มในแคนซัสออกเรียกร้องตามบาร์ตามโรงขายเหล้า (Saloon) ให้เลิกขายเหล้า บางกลุ่มถึงขนาดเข้าไปทุบขวดเหล้าทิ้งก็มี รัฐอื่นอีกหลายรัฐโดยเฉพาะทางใต้ก็มีกฎหมายห้ามผลิต ห้ามขาย ห้ามขนย้ายด้วยเช่นกัน กล่าวได้ว่าท่าทีในการต่อต้านบรรดาโรงเหล้าของอเมริกาในยุคช่วงนั้นเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สำคัญขบวนการหนึ่งในยุคที่เรียกว่า Progressive Era ต่อมาเมื่อเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 (1914 - 1918) เกิดกระแสต่อต้านเยอรมันรุนแรง ร่วมด้วย The Anti-Saloon League ผนวกกับการลือบปืออย่างขนานใหญ่ทำให้ในที่สุดมีการเสนอแก้ไขบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญโดยผ่านทางสภาองเกรสและมลรัฐต่างๆ ให้ยกเลิกการผลิต จำหน่าย และขนส่งเหล้าอย่างสิ้นเชิงในปี 1920

ยุคที่เรียกกันว่า Progressive Era นั้นถือเป็นยุคปฏิรูปสังคมที่สำคัญยุคหนึ่งในประวัติศาสตร์สหรัฐอเมริกา ยุคดังกล่าวอยู่ในช่วงประมาณทศวรรษที่ 1890 ถึงทศวรรษที่ 1920 กล่าวคือในช่วงเวลาดังกล่าวสหรัฐอเมริกาเริ่มมีปัญหาสังคมเกิดขึ้นมากมายอันเนื่องมาจากคนที่อพยพเข้ามานั้นมาจากหลายเชื้อชาติหลายวัฒนธรรม เมื่อจำเป็นต้องมาอยู่รวมกันก็ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวตลอดจนปัญหาความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การพยายามแก้ปัญหาของรัฐบาลก็ไม่มีประสิทธิภาพเกิดการสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ จึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต้องการให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สูญเสียเปล่า

บทบัญญัติว่าด้วยการห้ามผลิต จำหน่าย และการขนย้ายเหล้าที่เป็นการแก้ไขในรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกาดังกล่าวข้างต้นก็คือ นวัตกรรมแก้ไขที่ 18 (Eighteenth Amendment of the United States Constitution) นวัตกรรมดังกล่าวผ่านสภาองเกรสเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 1917 และทุกมลรัฐตกลงให้สัตยาบันรับรองจนครบ (ในเวลานั้นมีจำนวนมลรัฐทั้งสิ้น 36 มลรัฐ) เมื่อวันที่ 16 มกราคม 1919 นวัตกรรมแก้ไขที่ 18 มีด้วยกัน 3 มาตรา สำคัญก็คือห้ามไม่ให้มีการผลิต จำหน่าย และขนส่งเหล้าทั่วสหรัฐอเมริกา

AMENDMENT XVIII

Passed by Congress December 18, 1917. Ratified January 16, 1919. Repealed by amendment 21.

Section 1.

After one year from the ratification of this article the manufacture, sale, or transportation of intoxicating liquors within, the importation thereof into, or the exportation thereof from the United States and all territory subject to the jurisdiction thereof for beverage purposes is hereby prohibited.

Section 2.

The Congress and the several States shall have concurrent power to enforce this article by appropriate legislation.

Section 3.

*This article shall be inoperative unless it shall have been ratified as an amendment to the Constitution by the legislatures of the several States, as provided in the Constitution, within seven years from the date of the submission hereof to the States by the Congress.*⁶⁸

สหรัฐอเมริกาในช่วงของการห้ามผลิต จำหน่าย และขนส่งเหล้าที่วาระอาณัติจักรนั้น เป็นช่วงที่กลุ่มศาสนา กลุ่มต่อต้านเหล้าต่างๆ มีบทบาทสูงมาก จนถึงขนาดเกิดเป็นความเชื่อมั่นที่จะผลักดันให้ผู้คนทั้งโลกเลิกดื่มเหล้าได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลของกฎหมายดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาความรุนแรง และปัญหาอาชญากรรมซึ่งเนื่องมาจากการดื่มเหล้าได้ในระยะแรกก็ตาม แต่ในเวลาต่อมาก็เริ่มมีการละเมิด การลักลอบผลิต จำหน่าย และขนย้ายเหล้ากันอย่างกว้างขวาง เกิดเป็นองค์กรรมาเพี้ยค้าเหล้าเถื่อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการลักลอบขนย้ายจำหน่ายกันตามแนวชายแดนแคนาดา คนขายเหล้าเถื่อนในยุคนี้เรียกกันว่า “bootlegger”⁶⁹ ทางการพยายามจับกุมแต่ก็มีการขัดขวางและสังหารเจ้าหน้าที่ของรัฐกันเป็นจำนวนมาก มาตรการบังคับใช้กฎหมายก็เริ่มไม่มีประสิทธิผล นอกจากนี้จากการห้ามและมีการลักลอบผลิตและจำหน่ายเหล้า เป็นผลให้เหล้ามีคุณภาพที่ไม่ดีเป็นพิษ มีคนเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นจากการดื่มเหล้าเถื่อน

Mark Thornton อธิบายว่า ในช่วงแรกของการห้ามผลิต จำหน่ายและนำเข้าสุรานั้น การดื่มสุราของคนอเมริกันลดลงจริง แต่ก็ลดได้ไม่นานนภายหลังจากกลับมีการดื่มกันอย่างหนัก สุรามีฤทธิ์และส่งผลที่อันตรายมากขึ้น อาชญากรรมมากขึ้น องค์กรรมาเพี้ยอาชญากรรมมีอิทธิพลมากขึ้น มีการคอร์รัปชันกันอย่างกว้างขวาง การห้ามผลิตและจำหน่ายสุราทำให้รัฐขาดรายได้จากภาษีสุรา รัฐบาลมีภาระในการใช้จ่ายมากขึ้น ส่วนหนึ่งมีผลให้คอสุราหันไปหาอย่างอื่นทดแทน เช่น ฝิ่น กัญชา ยาบางชนิด โคเคน และสารเสพติดที่มีอันตรายชนิดอื่นๆ Thornton สรุปว่าในที่สุดแล้วการห้ามผลิต จำหน่ายและนำเข้าสุราไม่ได้ทำให้การดื่มสุราลดลงแต่อย่างใด ในทางตรงข้ามกลับทำให้การค้าในตลาดมืดมีความสำคัญมากขึ้น สุราเถื่อนทะลักเข้ามาตามเขตชายแดน การลักลอบ

⁶⁸ Amendment XVIII. Retrieved September 15, 2007 from The National Archives website:

http://www.archives.gov/national-archives-experience/charters/constitution_amendments_11-27.html#18

⁶⁹ Bootlegger คนลักลอบขนส่ง ขายเหล้าเถื่อนในสหรัฐอเมริกาในช่วงที่มีการห้ามผลิต จำหน่าย และขนส่งเหล้าทั่วสหรัฐอเมริกา โดยการบรรจุเหล้าลงในขวดขนาดเล็กและซ่อนไว้ในรองเท้าบู๊ท

ผลิตสุราหันไปทำสุราที่มีดีกรีแอลกอฮอล์สูงขึ้น สุรากลั่นโดยเฉพาะวิสกีเป็นที่นิยมมากขึ้น ในขณะที่สุราอื่นๆ มีราคาสูงขึ้น ราคาวิสกีก็กลับสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย เบียร์ยังมีราคาสูงกว่าด้วยซ้ำ จากข้อมูลราคาสุราในเวลานั้นปรากฏว่าเบียร์มีราคาสูงขึ้นถึง 700 เพอร์เซ็นต์ บรั่นดีสูงขึ้น 433 เพอร์เซ็นต์ ในขณะที่เหล้ามีราคาสูงขึ้นเพียง 270 เพอร์เซ็นต์ อันเป็นผลให้คนหันมาดื่มเหล้ากันมากขึ้นกว่าในช่วงก่อนหน้าจะมีกฎหมายห้ามหลายเท่า นอกจากนี้การห้ามผลิต จำหน่าย และนำเข้าสุรายังมีผลทำให้ปริมาณแอลกอฮอล์ในสุรามีระดับสูงขึ้น ผลกระทบทำให้คนที่เสียชีวิตจากการดื่มสุราปริมาณเพิ่มขึ้น การที่สุรามีราคาสูงเป็นผลให้ผู้ลักลอบนำเข้ามาจำหน่ายหรือลักลอบผลิตมีกำไรงาม จึงทำให้ผู้ขายพยายามที่จะทำตลาดลงไปยังกลุ่มที่ยังไม่เคยดื่มซึ่งก็ได้ผลเพราะมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ปัญหาอาชญากรรมก็เพิ่มขึ้นและมีลักษณะเป็นองค์การอาชญากรรมอันเนื่องมาจากการลักลอบผลิต จำหน่ายและนำเข้าสุราเถื่อน รวมทั้งยังทำให้เกิดการคอร์รัปชันในกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐมากขึ้นกว่าเดิม⁷⁰

บทบัญญัติแก้ไขที่ 18 ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนัก มีการประณามว่าเป็นกฎหมายที่ล้มสมัยไม่เป็นที่นิยมของประชาชน (unpopular law) ผลของการออกกฎหมายดังกล่าวทำให้เกิดการค้าเหล้าเถื่อนกันอย่างขนานใหญ่ในสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้เนื่องจากยังมีคนที่ต้องการดื่มเหล้าอยู่จำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นผลให้เกิดมาเฟียเหล้าเถื่อนขึ้นในหลายเมืองของสหรัฐอเมริกา จนในที่สุดก็เกิดการผลักดันให้มีการยกเลิกบทบัญญัติดังกล่าว เป็นนิติแก้ไขที่ 21 (Twenty-first Amendment) ซึ่งผ่านความเห็นชอบของสภาองเกรสเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 1933 และผ่านการลงนามให้สัตยาบันจากมลรัฐต่างๆ จนครบเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 1933 โดยสาระสำคัญก็คือยกเลิกบทบัญญัติที่ 18 คือให้มีการผลิต จำหน่าย และนำเข้าเหล้าเหมือนเดิม และมอบอำนาจให้แต่ละมลรัฐพิจารณาออกกฎหมายบังคับใช้เกี่ยวกับการควบคุมสุราของตนเอง

AMENDMENT XXI

Passed by Congress February 20, 1933. Ratified December 5, 1933.

Section 1.

The eighteenth article of amendment to the Constitution of the United States is hereby repealed.

Section 2.

The transportation or importation into any State, Territory, or Possession of the United

⁷⁰ Mark Thornton. (1991). Alcohol Prohibition Was A Failure. Retrieved September 19, 2007 from CATO Institute website: <http://www.cato.org/pubs/pas/pa-157.html>

States for delivery or use therein of intoxicating liquors, in violation of the laws thereof, is hereby prohibited.

Section 3.

*This article shall be inoperative unless it shall have been ratified as an amendment to the Constitution by conventions in the several States, as provided in the Constitution, within seven years from the date of the submission hereof to the States by the Congress.*⁷¹

อย่างไรก็ตามรัฐบาลกลางยังคงสงวนอำนาจในการเก็บภาษีสุราไว้เหมือนเดิม รัฐบาลกลางจัดตั้ง The Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms ขึ้นเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกระทรวงการคลัง (The Department of the Treasury) ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับผลิตสุรา การตั้งโรงงานและโกดังเก็บสินค้าสุรา การอนุญาตส่งออกนำเข้าสุรา การห้ามจำหน่ายสุราผิดกฎหมาย การปิดฉากสุรา และการโฆษณาสุรา (ปัจจุบันหน้าที่ดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของ the Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau: TTB) แม้ว่าตามบทบัญญัติที่ 21 จะยกเลิกการห้ามผลิตจำหน่ายและนำเข้าเหล้าแล้วก็ตาม แต่ก็มีบางมลรัฐที่ยังคงข้อห้ามตามบทบัญญัติที่ 18 เอาไว้เช่นเดิม

ในช่วงสงครามเวียดนาม (1959 – 1975) มีแรงกดดันทางการเมืองอันเนื่องจากการสังหารเข้าไปในเวียดนาม (ส่วนใหญ่เป็นคนหนุ่มอายุน้อย) ซึ่งมีผลต่อนโยบายและมาตรการสุรา ในช่วงนั้น กล่าวคือมีเสียงเรียกร้องให้มีการลดอายุขั้นต่ำที่อนุญาตให้ดื่มสุราลง สมมติฐานข้อเรียกร้องมีว่าหากบรรดาคนหนุ่มทั้งหลายเหล่านั้นมีอายุมากพอที่ไปเวียดนามเพื่อเสี่ยงชีวิตในสนามรบได้ ก็น่าจะมีอายุมากพอที่จะซื้อและดื่มสุราได้ด้วยเช่นกัน การส่งเสริมวัยรุ่นให้ดื่มสุราในเวลานั้นส่งผลเสียต่อสภาพสังคมในเวลาต่อมา วัยรุ่นที่ดื่มสุราแล้วไปขับรถก่อให้เกิดอุบัติเหตุจนมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บมีอัตราเพิ่มขึ้น รวมทั้งคนดื่มสุราจนเกิดปัญหาสุขภาพเป็นโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดก็มีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นกัน

สังคมอเมริกันเริ่มมองเห็นอันตรายของการดื่มสุราดื่มเหล้ามากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ขึ้นทำหน้าที่ในการรณรงค์ต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น The National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA), The Federal Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) เป็นต้น ในปี 1980 มีการจัดตั้งองค์กรที่ชื่อว่า Mothers Against Drunk Driving: MADD ซึ่งเป็นองค์กรภาคประชาชนระดับรากหญ้าของสหรัฐอเมริกา องค์กรไม่มุ่งแสวงกำไร และไม่ได้มุ่งทำสงครามต่อต้านการดื่มสุรา แต่เป้าหมายสำคัญขององค์กร

⁷¹ Amendment XXI. Retrieved September 15, 2007 from The National Archives website:

http://www.archives.gov/national-archives-experience/charters/constitution_amendments_11-27.html#21

คือต่อสู้เพื่อให้หยุดพฤติกรรมเมาแล้วขับ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้เคราะห์ร้ายจากอาชญากรรมรุนแรง และป้องกันไม่ให้เด็กและวัยรุ่นหันมาดื่มสุรา⁷² ต่อมาในปี 1981 ก็มีภารกิจตั้งองค์กร Students Against Driving Drunk: SADD ที่มีเป้าหมายมุ่งสนับสนุนให้วัยรุ่นเลิกดื่ม เลิกพฤติกรรมเมาแล้วขับ และหลังจากนั้นไม่นานคณะกรรมการความปลอดภัยในการขนส่งแห่งชาติ (National Transportation Safety Board) ก็เสนอให้กำหนดว่าผู้ที่ดื่มสุราได้ต้องมีอายุ 21 ปีขึ้นไป

ในช่วงทศวรรษที่ 1980 องค์กรต่างๆ เกี่ยวกับของต่างพยายามเรียกร้องให้มีการออกกฎหมายเพื่อลดและจำกัดการดื่มสุรา จนในปี 1987 การกีดกันทางการเมืองอย่างต่อเนื่องก็เป็นผลให้มีการออกกฎหมายห้ามจำหน่ายสุราแก่ผู้ที่อายุต่ำกว่า 21 ปีและมีผลบังคับใช้กับทุกมลรัฐตามมาด้วยในปี 1991 รัฐบาลขึ้นอัตราภาษีสุรา และกำหนดระดับแอลกอฮอล์ขั้นต่ำในเลือด (Blood Alcohol Concentration) ที่อนุญาตให้ขับรถได้อยู่ที่ .08

5) มาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา (alcohol free environments) จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าในต่างประเทศมีการกำหนดมาตรการเชิงนโยบายที่เน้นการคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ การกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา (ห้ามจำหน่าย ให้บริการ การนำติดตัวเข้ามา และการโฆษณา) ซึ่งการกำหนดพื้นที่ดังกล่าวก็มีความหลากหลาย ซึ่งนอกจากเป็นการคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราแล้วยังช่วยลดปัญหาและความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยต่างๆ จากการดื่มสุราอีกด้วย

มาตรการหนึ่งที่มีส่วนช่วยคุ้มครองคนไม่ดื่มสุราก็คือ การกำหนดพื้นที่หรือบริเวณที่ห้ามไม่ให้มีการจำหน่ายหรือดื่มสุราหรือการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา ในที่นี้คำว่าพื้นที่ไม่ได้หมายความว่าพื้นที่ในทางกายภาพ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน ฯลฯ เท่านั้น แต่ยังหมายความรวมถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่สุราเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องได้ เช่น ในครอบครัว ในกิจกรรมการจัดงานต่างๆ ทั้งกิจกรรมการแข่งขันกีฬา กิจกรรมการจัดการแสดงดนตรี/คอนเสิร์ต ในระบบขนส่งมวลชนทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ฯลฯ ด้วยเช่นกัน วัตถุประสงค์สำคัญของการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรานั้นมี 2 ประการคือ หนึ่งเพื่อสร้างความปลอดภัยและความเป็นระเบียบเรียบร้อยให้กับสาธารณะ และสองเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงปัญหาและความสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา⁷³ ในด้านหนึ่งมาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุราเป็นผลมาจากการที่นำสุราไปดื่มหรือให้บริการในสถานที่ต่างๆ ที่เป็นสาธารณะจนก่อให้เกิดปัญหาตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีคน

⁷² MADD. Retrieved September 19, 2007 from <http://www.madd.org/aboutus/1094>

⁷³ World Health Organization. (2004). Global Status Report: Alcohol Policy. Retrieved October 1, 2007 from WHO website: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/global_status_report_alcohol_policy_overview.pdf, p.

ดื่มจนถึงขั้นเมามาย เช่น การส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น การทะเลาะเบาะแว้ง การทำร้ายร่างกาย ความรุนแรง รวมไปถึงอุบัติเหตุในลักษณะต่างๆ แต่ในอีกด้านหนึ่งจากวัตถุประสงค์ของมาตรการที่มุ่งให้เกิดความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในบริเวณหรือพื้นที่สาธารณะ จึงเท่ากับว่าเป็นการคุ้มครองบุคคลอื่นที่ไม่ได้ดื่มสุรา ทั้งที่อาจร่วมอยู่ในกิจกรรมหรือในพื้นที่นั้นตลอดจนบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับพื้นที่นั้นไปพร้อมกัน

ในกรณีสถานที่ทำงานซึ่งถือเป็นพื้นที่สาธารณะ มีรายงานการวิจัยในประเทศออสเตรเลียระบุว่า สถานที่ทำงานกว่าร้อยละ 68 จากการสำรวจไม่อนุญาตให้นำสุรามาดื่มหรือจำหน่ายและห้ามเด็ดขาดในช่วงเวลาทำงาน ซึ่งเป็นผลทำให้พนักงานที่ทำงานในสถานที่ดังกล่าวดื่มสุราลดลงและในปริมาณที่น้อยกว่าพนักงานที่ทำงานในสถานที่ทำงานที่ไม่มีข้อห้ามดังกล่าว⁷⁴ พื้นที่หรือบริเวณสาธารณะในที่นี้ได้แก่ โรงพยาบาล/สถานเอนามัย/สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน/สถานศึกษาต่างๆ สถานที่ราชการ ขนส่งสาธารณะ สวนสาธารณะและถนน สถานที่ที่มีการแข่งขันกีฬาหรือการจัดแสดงดนตรี บริเวณนันทนาการหรือการพักผ่อนหย่อนใจ และสถานที่ทำงานหรือสถานประกอบการ

จากรายงานการศึกษาขององค์การอนามัยโลกเรื่อง “Global Status Report: Alcohol Policy 2004” ซึ่งทำการสำรวจนโยบายและมาตรการสุราของประเทศต่างๆ ทั่วโลกทั้งในภูมิภาคอัฟริกา อเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ ยุโรป เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แปซิฟิกตะวันตก พบว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญของมาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุราแตกต่างกันไป

ตารางที่ 7 สัดส่วนของการใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุราของประเทศต่างๆ⁷⁵

Table 29: Restrictions on drinking in public domains

	n	Ban %	Partial restrictions %	Local or voluntary %	No restrictions %
Educational buildings	(n=112)	58.3	13.9	20.0	7.8
Health care establishments	(n=112)	54.8	13.0	22.6	9.6
Government offices	(n=112)	47.8	16.5	23.5	12.2
Workplaces	(n=112)	47.0	15.7	27.0	10.4
Public transport	(n=110)	45.1	19.5	13.3	22.1
Sporting events	(n=111)	25.3	26.3	22.8	23.7
Parks, streets etc.	(n=112)	24.3	15.7	18.3	41.7
Leisure events (e.g. concerts)	(n=111)	15.8	21.9	19.3	43.0

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าการประกาศและบังคับใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุราของประเทศต่างๆ ทั่วโลกจะแตกต่างกันตามลักษณะของพื้นที่หรือบริเวณสาธารณะ ข้อมูลในตาราง

⁷⁴ Ibid., p. 70

⁷⁵ World Health Organization. (2004). Global Status Report: Alcohol Policy., p. 70

แสดงให้เห็นว่าการบังคับใช้มีหลากหลายตั้งแต่ การห้ามอย่างสิ้นเชิง (ban) การห้ามบางส่วน (partial restrictions) การใช้ความสมัครใจหรือขึ้นกับแต่ละท้องถิ่น (local or voluntary) และไม่มี การห้ามแต่อย่างใด (no restrictions) นอกจากนี้ยังพบว่าโรงเรียนหรือสถานศึกษาเป็นพื้นที่ที่ ประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญมากเป็นพิเศษ สัดส่วนของของการห้ามเป็นพื้นที่ปลอดสุราร้อยละ เต็ดขาดสูงที่สุดคือร้อยละ 58.3 รองลงมาคือโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขร้อยละ 54.8 ที่น่าสนใจคือการใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุราร้อยละเต็ดขาดจะมีสัดส่วนมากกว่าการห้าม บางส่วน การใช้ความสมัครใจ และไม่มีการห้าม ในแทบทุกพื้นที่สาธารณะ ยกเว้นใน สวนสาธารณะ/ถนน และในบริเวณนั้นหนาการพักผ่อนหย่อนใจ (เช่น ในการแสดงคอนเสิร์ต) ที่ สัดส่วนของการไม่บังคับเป็นพื้นที่ปลอดสุราสูงกว่ามาตรการอื่น

ตารางที่ 8 สัดส่วนของการใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุรากับสวนสาธารณะและถนนของ ประเทศต่างๆ⁷⁶

Table 30: Restrictions on alcohol consumption in parks and streets

WHO Region	n	Ban %	Partial restrictions %	Local or voluntary %	No restrictions %
AFR	(n=26)	23.1	19.2	11.5	46.2
AMR	(n=25)	48.0	8.0	12.0	32.0
EUR	(n=42)	9.5	19.0	31.0	40.5
SEAR/WPR	(n=19)	21.1	15.8	10.5	52.6

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาเฉพาะในพื้นที่สวนสาธารณะและถนน พบว่ากลุ่มประเทศใน ภูมิภาคอเมริกาเหนือและอเมริกาใต้ใช้มาตรการห้ามอย่างสิ้นเชิงในสัดส่วนที่สูงที่สุดคือร้อยละ 48.0 ในขณะที่ยุโรปใช้น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 9.5 ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง ใต้และแปซิฟิกตะวันตกให้ความสำคัญกับสวนสาธารณะและถนนน้อยกว่าภูมิภาคอื่น เนื่องจาก การไม่ใช้มาตรการพื้นที่ปลอดสุรากับสวนสาธารณะและถนนแต่อย่างใดทั้งสิ้นมีสัดส่วนสูงที่สุดคือ ร้อยละ 52.6

ในด้านประสิทธิผลของมาตรการ พบว่ามาตรการบังคับใช้พื้นที่ปลอดสุรามีส่วนช่วย ลดปัญหาและอันตรายที่อาจเกิดจากดื่มสุราในแต่ละพื้นที่สาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเทศต่างๆ ใช้มาตรการดังกล่าวกับพื้นที่ต่างๆ แตกต่างกันที่เห็นความจำเป็นตรงกันจน ต้องห้ามดื่มและจำหน่ายหรือบริการสุราร้อยละเต็ดขาดสิ้นเชิงก็คือ โรงเรียนหรือสถานศึกษาและ โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข ที่สำคัญมาตรการดังกล่าวยังช่วยให้เกิดความสงบ

⁷⁶ Ibid., p. 71

เรียบง่ายและความปลอดภัยในพื้นที่ดังกล่าวและบริเวณใกล้เคียงได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม มาตรการพื้นที่ปลอดสุราจะได้ผลจริงนั้นต้องอาศัยการกำกับดูแลเอาใจใส่และบังคับใช้อย่างจริงจังจากหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนรับผิดชอบในแต่ละท้องถิ่นเป็นสำคัญ

ในรายงานเรื่อง Framework for alcohol policy in the WHO European Region โดย Regional Committee for Europe ได้สรุปว่ามาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรานั้นมีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากนำมาใช้กับพื้นที่สำคัญ เช่น ในถนนและเส้นทางคมนาคม ในสถานที่ทำงาน และในระหว่างที่สตรีตั้งครรภ์ และที่สำคัญการสร้างพื้นที่ปลอดสุราสำหรับเด็กและวัยรุ่นก็มีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นกัน⁷⁷

แบบปฏิบัติในประเทศนอร์เว พบว่าในนอร์เวมีการรณรงค์เพื่อให้มีการกำหนดพื้นที่ปลอดสุราเช่นกัน การรณรงค์ดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของโครงการที่เรียกว่า Av-og-til ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดปริมาณการดื่มสุราในสังคมนอร์เว พื้นที่ที่โครงการรณรงค์เรียกร้องให้มีการกำหนดเป็นพื้นที่ปลอดสุราด้วยกัน 8 บริเวณได้แก่⁷⁸

- พื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการคมนาคมขนส่งและการสัญจรไปมาของผู้คนทั้งหมด (traffic)
- พื้นที่ในเรือ การโดยสารในเรือ ในสระว่ายน้ำ (boating & swimming)
- พื้นที่เล่นกีฬา แข่งขันกีฬา และพื้นที่นันทนาการกลางแจ้ง (sports & outdoor life)
- พื้นที่ทำงาน (working life)
- พื้นที่การตั้งครรภ์ (pregnancy)
- พื้นที่ที่มีเด็กและวัยรุ่นอยู่ด้วย (situations in company with children & adolescents)
- พื้นที่ที่มีความขัดแย้งกันอยู่ (conflict-situations)
- พื้นที่ที่มีภาวะของความซึมเศร้าและเสียใจ (periods of depress & mourning)

ทั้งนี้การรณรงค์ของ Av-og-til จะเน้นกระทำผ่านองค์กรและหน่วยงานในระดับท้องถิ่นเป็นสำคัญ เนื่องจากมีสมมติฐานว่าการดำเนินงานในระดับชุมชนท้องถิ่นจะให้ประสิทธิผลดีกว่าการรณรงค์ในระดับชาติ การรณรงค์ครั้งใหญ่มักกระทำในช่วงเทศกาลคริสต์มาสซึ่งมักมีการฉลองอาจมีการดื่มสุราพร้อมด้วย และในช่วงฤดูร้อนซึ่งผู้คนนิยมออกไปเล่นเรือและว่ายน้ำและมักจะพ่วงท้ายด้วยการดื่มสุรา

⁷⁷ "Framework for alcohol policy in the WHO European Region โดย Regional Committee for Europe". Retrieved February 1, 2008 from <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Framework.pdf>, p. 8

⁷⁸ About Av-og-til. (2007). Retrieved October 19, 2007 from Av-og-til website: <http://www.avogtil.no/category.php?categoryID=154>



ภาพที่ 8 เว็บไซต์ของ AV-OG-TIL: <http://www.avogtil.no/category.php?categoryID=154>

6) มาตรการห้ามโฆษณาสุราในสื่อต่างๆ เพื่อรักษาและคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่ดื่มสุราที่ไม่ต้องการรับรู้การโฆษณาชวนเชื่อในผลิตภัณฑ์สุรา ซึ่งปรากฏอยู่ในสื่อต่างๆ ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร รวมทั้งตามป้ายโฆษณาต่างๆ ฯลฯ

กลุ่มที่ไม่ดื่มสุราที่สำคัญก็คือ กลุ่มเด็กวัยรุ่นซึ่งเป็นประชากรที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดื่มสุราเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าจะมีสัดส่วนของนักดื่มหน้าใหม่ที่มาจากกลุ่มนี้แต่ก็มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในกลุ่มนี้ ดังนั้นมาตรการที่มีลักษณะของการคุ้มครองเด็กและเยาวชนในฐานะที่เป็นกลุ่มที่ไม่ดื่มสุรานั้นจึงมีความสำคัญ เราพบว่าแทบทุกประเทศให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก

มาตรการที่ถือว่าเป็นมาตรการสำคัญในกรณีนี้ก็คือ **มาตรการควบคุมการโฆษณาสุรา** ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัยหลายเรื่องในหลายประเทศต่างยืนยันว่า การโฆษณาสุราทางสื่อต่างๆ นั้นมีผลทำให้เกิดการดื่มสุรามากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

รายงานการประเมินผลยุทธศาสตร์ของสหภาพยุโรปในการลดอันตรายอันเนื่องมาจากสุรา (Impact Assessment Report: An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm) ผลจากการศึกษาล่าสุดชี้ให้เห็นว่าการโฆษณาสุรามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรา ทั้งนี้เนื่องจากการโฆษณามีผลที่ก่อให้เกิดทัศนคติใน

ทางบวกของวัยรุ่นให้ดื่มสุรา และแม้ว่าจะไม่มีการแสดงให้เห็นภาพของการดื่มสุราในโฆษณาก็ตาม วัยรุ่นก็สามารถรับรู้ได้

*Later studies have suggested significant effects of alcohol advertising on alcohol related Problems. Since advertisements have a particular impact in promoting a more positive attitude to drinking amongst young people, and, even in advertisements that do not portray drinking of alcohol, young people perceive the characters as heavy drinkers.*⁷⁹

ดังนั้นในรายงานดังกล่าวได้เสนอว่าการจะดำเนินการให้ได้ผลต้องอาศัยการกำหนดนโยบายและมาตรการในลักษณะที่เรียกว่า Comprehensive Framework โดยมุ่งไปยังประสิทธิผลที่ยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งในกรณีของการคุ้มครองเด็กและเยาวชนนั้น รายงานเสนอว่า มาตรการที่จะดำเนินการต้องครอบคลุมให้ครบวงจรคือทั้งวัยรุ่น เด็ก รวมทั้งทารกที่ยังไม่เกิด ซึ่ง มาตรการที่ควรดำเนินการก็คือ การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อ/ดื่มสุราที่สูงขึ้น การห้ามโฆษณาสุราโดยสิ้นเชิง การอบรมสร้างความรับผิดชอบของเจ้าของสถานบริการและผู้ให้บริการสุรา การอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้ตระหนักถึงแบบอย่างการดำเนินชีวิตที่ดี⁸⁰

ในด้านประสิทธิผลของมาตรการ พบว่ามาตรการห้ามหรือควบคุมการโฆษณาสุราทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะทางโทรทัศน์เป็นมาตรการที่มีประสิทธิผล ผลการศึกษาพบว่าสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อผู้ชม/ผู้บริโภคมากกว่าสื่อชนิดอื่นหรือช่องทางอื่น ผลการวิจัยเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาโฆษณาสุราของ Hundley เมื่อปี 1995 และของ Walleck และคณะเมื่อปี 1990 พบว่า ภาพของคนดื่มสุราในโฆษณามักเป็นภาพของคนที่มี “ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจสูง” (high status) เช่น เป็นคนรวย เป็นคนประสบความสำเร็จ เป็นคนที่น่าคบหาสมาคม รวมทั้งเป็นคนที่มีความน่าเชื่อถือ การงานระดับสูง ในโฆษณามักเชื่อมโยงให้เห็นว่าการดื่มสุราของคนเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความสำเร็จทางสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ และความสนิทสนมไว้วางใจกันระหว่างเพื่อนสนิท มิตรสหาย⁸¹ นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Finn และ Strickland เมื่อปี 1982, ของ Grube เมื่อปี 1993 และของ Madden และ Grube เมื่อปี 1994 ก็ยืนยันว่าเนื้อหาการโฆษณาสุราทางโทรทัศน์มุ่งแสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราคือส่วนหนึ่งของการเข้าสังคม ชวนหลงใหลต่อเพศตรงข้าม แสดงถึงความเป็นชายชาติวีโรแมนติก และเหมาะสำหรับคนที่แสวงหาการพักผ่อนและการผจญภัย⁸²

⁷⁹ Impact Assessment Report: An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Retrieved August 30, 2007 from 2006 p. 37

⁸⁰ Ibid., p. 46

⁸¹ “The Effectiveness of Alcohol Policy”. Op. cit., p. 273

⁸² Ibid, p. 273

โฆษณาสุราในที่นี่ยังหมายความรวมถึงโฆษณาแฝงที่ปรากฏอยู่ในมิวสิควิดีโอ ในภาพยนตร์ ในอินเทอร์เน็ต รวมทั้งในการแข่งขันกีฬาต่างๆ จากการวิจัยยังพบอีกว่าโฆษณาเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อวัยรุ่นและส่งผลให้มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น มิงงานวิจัยที่น่าสนใจของ Godfrey ในประเทศอังกฤษเมื่อปี 1994 พบว่าหากลดการโฆษณาสุราลงร้อยละ 1 เป็นผลให้การบริโภคสุราลดลงร้อยละ 0.1 ผลการวิจัยต่อมาในปี 2004 ของ Saffer และ Dave พบว่าประเทศที่มีมาตรการบางส่วนในการควบคุมโฆษณาสุรา (partial restrictions) อัตราการดื่มสุราจะลดลงร้อยละ 16 รวมทั้งอัตราอุบัติเหตุร้ายแรงทางถนนก็ลดลงร้อยละ 10 มากกว่าประเทศที่ไม่มีมาตรการควบคุม และยังพบอีกว่าประเทศที่มีการห้ามโฆษณาสุราทางโทรทัศน์อย่างสิ้นเชิง (total ban) อัตราการบริโภคสุราจะลดลงร้อยละ 11 และอัตราการเกิดอุบัติเหตุจะลดลงร้อยละ 23 มากกว่าประเทศที่มีมาตรการควบคุมบางส่วน⁸³ นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Saffer อีกชิ้นหนึ่งเมื่อปี 1997 ที่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายในการโฆษณาเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากสุราในสหรัฐอเมริกาโดยการเปรียบเทียบในระหว่างช่วงปี 1986-1989 พบว่าการโฆษณาสุรามีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงทางรถยนต์อย่างมีนัยสำคัญ Saffer สรุปว่าถ้าสหรัฐอเมริกาห้ามโฆษณาสุราทุกชนิดทางโทรทัศน์ในช่วงเวลานั้น ก็จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุร้ายแรงทางรถยนต์ได้ถึงปีละ 2,000-3,000 ราย⁸⁴

7) มาตรการเพิ่มเบี่ยงประกันสุขภาพหรือเบี่ยงประกันภัยรถยนต์ จากข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นพบว่าในบางประเทศมีการนำเอามาตรการเพิ่มเบี่ยงประกันสุขภาพหรือเบี่ยงประกันภัยรถยนต์มาใช้ในการแก้ปัญหาภัยและความเสียหายที่เกิดจากการดื่มสุราโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของคนขับรถยนต์ ในแง่หนึ่งมาตรการดังกล่าวอาจมุ่งไปยังตัวผู้ดื่มสุราเป็นหลัก แต่ถ้ามองในเชิงของค่าเสียโอกาสที่รัฐต้องใช้ในการแก้ปัญหา มาตรการนี้อาจเข้าข่ายการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในทางอ้อม เนื่องจากสามารถนำค่าเสียโอกาสดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในกิจการสาธารณะด้านอื่นที่จะเป็นประโยชน์กับประชาชนโดยทั่วไป

ตัวอย่าง ในสหรัฐอเมริกามีการนำมาตรการลดหย่อนเบี่ยงประกันรถยนต์มาใช้กับกรณีรถยนต์ที่ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ หรือผู้ขับขี่เจ้าของรถยนต์เป็นคนที่ไม่ดื่มสุรา (ไม่มีประวัติเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา) โดยในเอกสารการต่ออายุการประกันรถยนต์จะมีคำถามว่า ท่านเป็นคนไม่ดื่มสุราใช่หรือไม่ และมีคำถามเกี่ยวกับประวัติการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ผู้ขับขี่หรือเจ้าของรถยนต์

⁸³ Ibid, p. 281

⁸⁴ "Communicating about Alcohol: Educational and Regulatory Policies". Retrieved January 15, 2008 from Institute of Alcohol Studies website: <http://www.ias.org.uk/btg/conf0604/papers/babor.pdf>, p. 12

ไม่สามารถแจ้งเท็จได้ เนื่องจากทางหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านี้อยู่แล้ว และสามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา

จากรายงานการศึกษาเรื่อง An ex ante assessment of the economic impacts of EU alcohol policies ของ Edwin Horlings และ Amanda Scoggins ได้มีการประเมินผลกระทบของสุราที่มีต่อเศรษฐกิจมหภาคโดยชี้ให้เห็นว่าปัญหาจากสุราส่งผลกระทบต่อผลผลิตโดยรวมของประเทศ (total output) ต่อผลิตภาพ (productivity) ต่อค่าเสียโอกาส (opportunity cost) และต่อความสามารถในการแข่งขัน (competitiveness) ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านค่าเสียโอกาส Horlings และ Scoggins บอกว่าค่าเสียโอกาสจะประกอบไปด้วย 4 ส่วนคือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอนามัย (health care) ค่าใช้จ่ายในการบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร (traffic accidents) และค่าใช้จ่ายด้านการประกันสุขภาพ (insurance)

ในด้านการดูแลสุขภาพอนามัย หากนโยบายและมาตรการสุราเกิดประสิทธิผลจะช่วยลดปัญหาต่างๆ ตลอดจนอันตรายการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการดื่มสุราได้ ซึ่งย่อมจะทำให้สามารถนำงบประมาณที่เคยใช้ในเรื่องนี้ไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นได้มากขึ้น ในด้านการประกันสุขภาพพบว่าผลเสียจากการดื่มสุรา เช่น การเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการสูญเสียทรัพย์สิน เป็นผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพ/ประกันสังคมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลมีความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งย่อมทำให้เบี้ยประกันเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นคนที่ดื่มสุราซึ่งมีความเสี่ยงสูงจึงต้องจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพสูงกว่าคนที่ไม่ดื่มสุราซึ่งมีความเสี่ยงน้อยกว่า เบี้ยประกันที่เพิ่มขึ้นเปรียบได้กับค่าประกันความเสี่ยงที่มีมากขึ้นนั่นเอง ดังนั้นโดยหลักการแล้ว คนที่ดื่มสุราควรต้องรับภาระมากกว่าคนที่ไม่ดื่มสุรา และคนที่ดื่มหนักหรือคนที่ดื่มจนเกิดผลเสียกับร่างกายตนเองยิ่งต้องรับภาระมากกว่าคนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ/ประกันสังคมเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นสำหรับคนที่มีความเสี่ยงจากการดื่มสุรา มีข้อจำกัดบางประการคือ ประการที่หนึ่ง เงินที่เก็บเพิ่มขึ้นอยู่กับข้อมูลหลักฐานที่เกิดขึ้นภายหลังไม่ใช่ขึ้นอยู่กับข้อมูลหลักฐานที่มีมาก่อน (เช่น การรายงานประวัติตนเอง) ดังนั้นเบี้ยประกันจึงไม่ได้มีส่วนในการป้องกันปัญหาแต่จะช่วยในการจำกัดปัญหา ประการที่สอง เราไม่สามารถจำแนกความเสี่ยงในการดื่มสุราเป็นอิสระจากความเสี่ยงในด้านอื่นได้ชัดเจน อย่างกรณีคนที่ดื่มหนักมักมีความเสี่ยงในด้านอื่นร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ การมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี รวมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่ไม่ดี

ในกรณีของการประกันภัยรถยนต์ การลงโทษผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับโดยการเก็บเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นนั้นน่าจะก่อให้เกิดผลที่ดีในการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุรา จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า การเก็บเบี้ยประกันภัยรถยนต์เพิ่มขึ้นสำหรับคนที่เมาแล้วขับมีผลต่อการยับยั้ง

ซึ่งในการดื่มสุราแล้วขบถยนต์ได้ ค่าเบี่ยประกันภัยที่สูงขึ้นส่งผลให้ผู้ขับขี่เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น “แรงจูงใจที่สำคัญยิ่งในการสร้างความปลอดภัยในการขับขี่ก็คือการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้อื่นที่อยู่ในรถยนต์ดังกล่าว ตามด้วยความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุซึ่งจะเป็นผลให้ค่าเบี่ยประกันเพิ่มขึ้น รวมทั้งเสียค่าปรับต่างๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้นสิ่งที่มาคุกคามความปลอดภัยจึงเป็นผลมาจากการกระทำของคนอื่นที่เป็นคนที่เมาแล้วขับจนก่อให้เกิดอุบัติเหตุมากกว่า”⁸⁵ ในยุโรปพบว่ามียอยู่ 4 ประเทศที่มีการแยกเงื่อนไขกรณีดื่มสุราจนเป็นผลเสียออกมาไว้ชัดเจนในการทำประกันสุขภาพ ได้แก่⁸⁶ ฟินแลนด์ (กรณีติดสุราเรื้อรัง) อิตาลี (กรณีติดสุราและสารเสพติด) สเปน (กรณีติดสุราเรื้อรังและติดสารเสพติด) และสวีเดน (กรณีติดโรคหรือบาดเจ็บจากการดื่มสุราหรือสารก่อพิษอื่นๆ)

ในด้านประสิทธิผลของมาตรการ พบว่ากรณีของการประกันชีวิตมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เนื่องจาก เช่น ในสหรัฐอเมริกา การดื่มสุรามีผลต่ออัตราเบี่ยประกันชีวิตที่จะต้องจ่ายโดยหลักการทั่วไปในสหรัฐอเมริกา การกำหนดอัตราเบี่ยประกันชีวิตบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของคนคนนั้นคือ หนึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราของบุคคลนั้น สองประวัติการกระทำความผิดในการขับขี่รถยนต์ และสามผลการตรวจสุขภาพของบุคคล ดังนั้นหากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม เคยมีประวัติเกี่ยวกับการกระทำผิดกฎหมายจราจรอันเนื่องด้วยสุรา และมีปัญหาสุขภาพจากสุรา เบี่ยประกันชีวิตของบุคคลนั้นก็สูงตามไปด้วย⁸⁷

⁸⁵ Edwin Horlings and Amanda Scoggins. (2006). An ex ante assessment of the economic impacts on EU alcohol policies. RAND Corporation. Retrieved October 15, 2007 from RAND Corporation website: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2006/RAND_TR412.pdf , p. 48

⁸⁶ Ibid., p. 48

⁸⁷ “Alcohol Consumption: How it Affects Life Insurance Rates”. Retrieved February 10, 2008 from INSWEB website: http://insweb.com/insurance/term_life_insurance/alcohol_affects_life_insurance.htm

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลจากการทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ในด้านผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ พบว่าผู้ที่ดื่มสุราและผู้ที่ไม่ดื่มสุราเป็นเสมือนด้านตรงข้ามของเหรียญอันเดียวกัน คนทั้งสองกลุ่มต่างมีฐานะเป็นผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ในปัญหาที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการดื่มสุรา แม้จะเป็นผู้มีส่วนได้เสียเหมือนกันแต่สังคมก็มักให้ความสำคัญกับผู้ดื่มสุรามากกว่า เนื่องจากคนกลุ่มนี้เป็นทั้งผู้ที่เป็นปัญหา (เนื่องจากดื่มสุรา) ผู้ที่ก่อให้เกิดปัญหา (กรณีดื่มหนักจนเมาและก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่น) รวมทั้งเป็นผู้ที่ต้องได้รับการแก้ปัญหา (หากดื่มสุราแล้วเจ็บป่วย เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง) ดังนั้นนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาจึงมุ่งไปยังกลุ่มคนที่ดื่มสุราเป็นหลัก อย่างไรก็ตามแม้นโยบายและมาตรการจะเน้นไปยังกลุ่มคนที่ดื่มสุรา แต่ผลของนโยบายและมาตรการก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้เท่าที่ควร

ปัจจัยที่เป็นผลทำให้คนไม่ดื่มสุราประกอบด้วย ปัจจัยด้านศีลธรรมและศาสนา ปัจจัยด้านพื้นฐานครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย กล่าวคือคนที่ไม่ดื่มสุราเป็นคนที่ศรัทธาเลื่อมใสหลักคำสอนทางศาสนา มีพื้นฐานมาจากครอบครัวที่ไม่ดื่มสุรา และเป็นคนที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสุราเป็นสำคัญ ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้คนศรัทธาเลื่อมใสในศาสนา ก็คือความรู้สึกในความเป็นชุมชน (sense of community) หรือความผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

คนที่ไม่ดื่มสุราโดยทั่วไปมีลักษณะร่วมบางประการในทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ เป็นคนที่มีรายได้น้อย มีการศึกษาน้อย มีสถานภาพทางสังคมต่ำ ที่สำคัญพบว่าคนที่ไม่ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ต่อสู้กับปัญหาสุรา ผู้นำคนสำคัญของขบวนการต่อต้านการดื่มสุรา (Temperance Society) ส่วนมากเป็นผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบอีกว่าคนตะวันออกดื่มสุราน้อยกว่าคนตะวันตก

สำหรับประเทศทั้ง 5 ที่กำหนดไว้ในขอบเขตการวิจัยคือ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส นอร์เวย์ และออสเตรเลีย ล้วนเป็นประเทศที่มีผู้ดื่มสุรามากกว่าผู้ไม่ดื่มสุรา

2) ในด้านผู้ไม่ดื่มสุราในประเทศไทย พบว่าสังคมไทยไม่ใช่สังคมที่มีพื้นฐานทางสังคม เศรษฐกิจผูกพันอยู่กับสุรา ยิ่งกว่านั้นคนไทยไม่นิยมดื่มสุรา จำนวนคนที่ไม่ดื่มสุราในสังคมไทยมีมากกว่าผู้ที่ดื่ม จากการสำรวจในปี 2549 พบว่าจำนวนคนไทยที่ไม่ดื่มสุรา มีถึงร้อยละ 70.84 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มมาตลอดนับตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา ขณะที่คนที่ดื่มมีเพียงร้อยละ 29.16 สัดส่วนของผู้หญิงที่ไม่ดื่มสุรา มีมากกว่าผู้ชาย ที่สำคัญประเทศไทยเป็นประเทศที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธซึ่งมีบทบัญญัติห้ามดื่มสุราและเครื่องดองของเมา

3) ในด้านนโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ พบว่ามีด้วยกัน 7 มาตรการซึ่งมีทั้งที่เป็นการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนกลุ่มผู้ไม่ดื่มสุราได้แก่

- มาตรการด้านกฎหมายแพ่งเพื่อคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราในกรณีได้รับความเสียหายหรือเกิดการสูญเสียอันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ที่ดื่มสุรา
- มาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการควบคุมสถานบริการสุรา เพื่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของผู้ไม่ดื่มสุราที่อาศัยในบริเวณโดยรอบ
- มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินของชุมชนเพื่อให้บริการสุรา เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบของสถานบริการต่อผู้อยู่อาศัยในชุมชนโดยรอบ
- มาตรการการสนับสนุนการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุรา เพื่อส่งเสริมและขยายบทบาทของเครือข่ายดังกล่าวในการแก้ไขปัญหาสุรา
- มาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา เพื่อคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราและลดปัญหาและความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยต่างๆ จากการดื่มสุรา
- มาตรการห้ามโฆษณาสุราในสื่อต่างๆ เพื่อรักษาและคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่ดื่มสุราที่ไม่ต้องรับรู้การโฆษณาชวนเชื่อในผลิตภัณฑ์สุรา และ
- มาตรการเพิ่มเบี้ยประกันสุขภาพหรือเบี้ยประกันภัยรถยนต์สำหรับผู้ดื่มสุราจนก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่น เพื่อคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราและเพิ่มความรับผิดชอบต่อผู้ดื่มสุรา

4) การเชื่อมโยงกับสังคมไทย

จากผลการวิจัยโดยสรุปข้างต้น เมื่อนำมาเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย พบว่า มาตรการทางกฎหมายที่มุ่งให้เกิดความรับผิดชอบต่อเจ้าของสถานบริการสุรา รวมทั้งพนักงานให้บริการนั้นยังไม่พบว่ามี การดำเนินการในประเทศไทย ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ได้รับ

ความเสียหายหรือความสูญเสียจากการกระทำของนักดื่มสุรามักฟ้องร้องทางแพ่งเอาจากนักดื่มสุราเหล่านั้นโดยตรง เจ้าของสถานบริการหรือพนักงานบริการไม่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่อย่างใด

ในด้านมาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น พบว่ามีการดำเนินการจนประสบความสำเร็จในหลายส่วนของชุมชน โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นความสำเร็จที่ก่อให้เกิดประโยชน์เฉพาะชุมชนนั้นเป็นหลัก ซึ่งจากการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของมาตรการทางสังคมในระดับชุมชน ในการควบคุมการดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของ สรिता วีระวัฒน์สกุล ก็พบตัวอย่างของหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการที่เกิดจากความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ ที่หมู่บ้านไทรทอง จังหวัดกาฬสินธุ์ หมู่บ้านคำกลาง จังหวัดอำนาจเจริญ หมู่บ้านบ้านดง จังหวัดลำปาง และที่หมู่บ้านบ้านเลี้ยว จังหวัดพะเยา ที่น่าสังเกตจากงานของสรिताก็คือ ผู้นำความสำเร็จในหมู่บ้านเหล่านี้เป็นพระสงฆ์ สตรี และผู้นำโดยธรรมชาติเป็นสำคัญ แต่กระนั้นก็ตามความสำเร็จในระยะยาวของมาตรการนี้ต้องอาศัยกลไกสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ในด้านมาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินของชุมชน เพื่อให้บริการสุรา พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีมาตรการในลักษณะนี้ ค่าธรรมเนียมจากการใช้ประโยชน์ทรัพย์สินในประเทศไทยก็คือ ภาษีโรงเรือนและที่ดินซึ่งเรียกเก็บในอัตราร้อยละ 12.5 ของค่ารายปี⁸⁸

ในด้านมาตรการสนับสนุนการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุรา พบว่าในประเทศไทยมีการดำเนินการในด้านนี้อย่างเข้มแข็ง และประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง เกิดภาคีเครือข่ายผู้ไม่ดื่มสุราทั้งในภาคเอกชนและภาคประชาชนเพิ่มมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ต่อสู้กับปัญหาสุราทั้งในระดับสถานประกอบการ ระดับชุมชน และระดับชาติ เช่น มูลนิธิเมาไม่ขับ เครือข่าย STOP DRINK Network เครือข่ายลดอุบัติเหตุ เครือข่าย Drink No Alcohol ภาคีบริษัทอวลีอุตสาหกรรม จำกัด ภาคีโรงพยาบาลมิชชั่น มูลนิธิพัฒนาสุขภาพสังคม ฯลฯ

ในด้านมาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุรา พบว่าในประเทศมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการห้ามขายสุราในพื้นที่บางแห่ง ได้แก่ กฎกระทรวงการคลังว่าด้วยข้อกำหนดเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตขายสุราและขายสุราสำหรับผู้ได้รับใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 3 ถึงประเภทที่ 7 พ.ศ. 2548 ที่กำหนดห้ามตั้งสถานที่ขายสุราบริเวณสถานศึกษา ศาสนาสถาน และสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องติดกับสถานที่ดังกล่าว ทั้งยังห้ามขายสุราแก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ และห้ามขายสุราในสถานศึกษา ศาสนาสถาน และสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

⁸⁸ ภาษีโรงเรือนและที่ดิน (2550) ค้นคืนเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2550 จากเว็บไซต์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น:

http://www.thailocaladmin.go.th/work/e_book/eb5/eb5_2/tax2.pdf

รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องติดกับสถานที่ดังกล่าวด้วย⁸⁹ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 ได้มีการขยายขอบเขตอาณาบริเวณห้ามจำหน่ายสุราเพิ่มขึ้น โดยในมาตรา 27 ของพระราชบัญญัติดังกล่าวระบุว่า ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้ 1) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา 2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา 3) สถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร 4) หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก 5) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ 6) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิง หรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง 7) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป 8) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ⁹⁰ (คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ) รวมทั้งในมาตรา 31 ยังกำหนดห้ามไม่ให้ดื่มสุราในสถานที่และบริเวณดังกล่าวด้วย (ยกเว้นหอพัก)⁹¹ ซึ่งนับว่าเป็นการขยายมาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดสุราให้ครอบคลุมสถานที่และบริเวณสาธารณะอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลในการขยายการคุ้มครองคนไม่ดื่มสุราที่ทำกิจกรรมในสถานที่หรือบริเวณดังกล่าวเพิ่มขึ้น

ในด้านมาตรการห้ามโฆษณาสุราทางสื่อต่างๆ พบว่าปัจจุบันในประเทศไทยมีกฎหมายห้ามโฆษณาสุราทางโทรทัศน์ในระหว่างเวลา 05.00 – 22.00 น. อยู่แล้ว ในการแก้ไขกฎหมายควบคุมสุราฉบับใหม่มีความพยายามที่จะกำหนดไม่ให้มีการโฆษณาสุราทางวิทยุ โทรทัศน์ และโรงภาพยนตร์ตั้งแต่เวลา 05.00 – 24.00 น. แต่ก็ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันในระดับของกรรมาธิการพิจารณา รวมทั้งในระดับของสมาชิกสภานิติบัญญัติ ที่สำคัญในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 ปรากฏว่าไม่มีสาระสำคัญที่ว่าด้วยการกำหนดเวลาโฆษณาสุราทางโทรทัศน์รวมอยู่ด้วย ในมาตรา 32 ระบุแต่เพียงว่าห้ามโฆษณาสุราหรือแสดงชื่อ/เครื่องหมายสินค้าที่ออกสรรพคุณหรือจูงใจให้คนดื่มทั้งทางตรงและทางอ้อม การโฆษณาให้ทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์

⁸⁹ กฎกระทรวงการคลังว่าด้วยข้อกำหนดเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตขายสุราและขายสุราสำหรับผู้ได้รับใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 3 ถึงประเภทที่ 7 พ.ศ. 2548 (2548) ค้นคืนเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2550 จากเว็บไซต์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา:

<http://www.cas.or.th/data/alcohol/law/Sale16Nov48.pdf>

⁹⁰ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. 2551 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551, หน้า 44 ค้นคืนเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2551 จากเว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา:

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2551/A/033/34.PDF>

⁹¹ ดูรายละเอียดในมาตรา 31 ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. 2551

สังคม โดยจะแสดงภาพสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์สินค้าไม่ได้ ยกเว้นภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มหรือสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิต⁹²

ในด้านมาตรการเพิ่มเบี่ยงประกันสุขภาพในกรณีที่ไม่ดื่มสุราจนเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ หรือเบี่ยงประกันภัยรถยนต์สำหรับผู้ที่ไม่ดื่มสุราก็ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่นนั้นในประเทศไทยยังไม่ได้มีการนำมาพิจารณาอย่างจริงจังเท่าไรนัก ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์หากมีการนำมาพิจารณาอย่างจริงจังต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ผู้วิจัยเห็นว่าเนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมของคนไม่ดื่มสุรา ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ไม่ดื่มสุราให้กว้างขวางและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านของคุณลักษณะของผู้ไม่ดื่มสุรา แบบแผนของการไม่ดื่มสุรา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ดื่มสุรา ตลอดจนผลที่เกิดขึ้นจากการไม่ดื่มสุรา ทั้งที่เป็นการไม่ดื่มมาตั้งแต่แรก (primary abstainer) และการไม่ดื่มเนื่องจากแพทย์แนะนำให้เลิกดื่มเนื่องจากเจ็บป่วย (secondary abstainer) ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคนไทยกับสุราได้ดียิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในสังคมไทย

จากการทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมาตรการสำหรับสังคมไทยดังต่อไปนี้

- รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรยกระดับความสำคัญของคนไม่ดื่มสุราในสังคมไทย
- รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินนโยบายมาตรการที่เป็นการส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองผู้ไม่ดื่มสุราให้มากขึ้น (มาตรการทั้ง 7) โดยเฉพาะนโยบายมาตรการในลักษณะของการคุ้มครองและสิทธิประโยชน์

⁹² คุรยละเอียดในมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. 2551

ต่าง ๆ แก่ผู้ไม่ดื่มสุรา เช่น นโยบายด้านภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เพื่อเป็นแรงจูงใจในการรักษาคนกลุ่มนี้ไว้ให้ยั่งยืนและให้มีจำนวนมากขึ้น

- รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรถือเป็นวาระแห่งชาติในการที่จะสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมของผู้ไม่ดื่มสุราอย่างแท้จริงต่อไปในอนาคต

บรรณานุกรม

กฎกระทรวงการคลังว่าด้วยข้อกำหนดเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตขายสุราและขายสุราสำหรับผู้
ได้รับใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 3 ถึงประเภทที่ 7 พ.ศ. 2548 (2548) ค้นคืนเมื่อวันที่
5 ตุลาคม 2550 จากเว็บไซต์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา:

<http://www.cas.or.th/data/alcohol/law/Sale16Nov48.pdf>

ตารางสถิติ บริการข้อมูลสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. 2551 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125
ตอนที่ 33 ก วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551 ค้นคืนเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2551 จากเว็บไซต์ราช
กิจจานุเบกษา: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2551/A/033/34.PDF>

ไพศาล วิสาโล (2537) ประวัติศาสตร์การบริโภคสุราในประเทศไทย กรุงเทพฯ สถาบันวิจัย
สาธารณสุขไทย / คณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ

ภาษีโรงเรือนและที่ดิน (2550) ค้นคืนเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2550 จากเว็บไซต์ กรมส่งเสริมการ

ปกครองท้องถิ่น: http://www.thailocaladmin.go.th/work/e_book/eb5/eb5_2/tax2.pdf

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. <http://th.wikipedia.org>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) รายงานภาวะสังคม ปีที่
4 ฉบับที่ 2 มิถุนายน 2550 ค้นคืนเมื่อ 15 กันยายน 2550 จากเว็บไซต์สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ:

[http://social.nesdb.go.th/nesdbsoc/ReportQ150\(11Jun07\).pdf](http://social.nesdb.go.th/nesdbsoc/ReportQ150(11Jun07).pdf)

About Av-og-til. (2007). Retrieved October 19, 2007 from Av-og-til website:

<http://www.avogtil.no/category.php?categoryID=154>

“Alcohol Consumption: How it Affects Life Insurance Rates”. Retrieved February 10,
2008 from INSWEB website:

[http://insweb.com/insurance/term life insurance/alcohol affects life insurance.h
tm](http://insweb.com/insurance/term%20life%20insurance/alcohol%20affects%20life%20insurance.htm)

Alcohol Strategy Questioned. (2003). Retrieved August 28, 2007 from Institute of Alcohol
Studies website:

[http://www.ias.org.uk/resources/publications/alcoholalert/alert200303/al200303.p
df](http://www.ias.org.uk/resources/publications/alcoholalert/alert200303/al200303.pdf)

Alexander, Bruce K. (2007). *What Causes Alcohol Abuse*. Retrieved September 15, 2007 from Alcohol Problems and Solutions website:

<http://www2.potsdam.edu/hanson/dj/Controversies/1053971961.html>

Amendment XVIII. Retrieved September 15, 2007 from The National Archives website:

http://www.archives.gov/national-archives-experience/charters/constitution_amendments_11-27.html#18

Amendment XXI. Retrieved September 15, 2007 from The National Archives website:

http://www.archives.gov/national-archives-experience/charters/constitution_amendments_11-27.html#21

Benjamin Rush. Retrieved August 30, 2007 from Wikipedia website:

http://en.wikipedia.org/wiki/Benjamin_Rush

Blyth, Tony. (1999). *Hotelier and Social Host Liability for Alcohol-Related Harm – A Review of the Law in Australia*. Retrieved October 24, 2007 from Murdoch

University website: <http://www.murdoch.edu.au/elaw/issues/v6n3/blyth63.html>

“Communicating about Alcohol: Educational and Regulatory Policies”. Retrieved January 15, 2008 from Institute of Alcohol Studies website:

<http://www.ias.org.uk/btg/conf0604/papers/babor.pdf>

“Current Research on Alcohol Policy and State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems”. Retrieved February 1, 2008 from National Association of State

Alcohol/Drug Abuse Directors website:

http://www.nasadad.org/resource.php?base_id=806

Dictionary.com website: <http://dictionary.reference.com/browse/abstainer>

“Effects of Alcoholic Beverage Server Liability on Traffic Crash Injuries”. Retrieved January 10, 2008 from Blackwell Synergy website: [http://www.blackwell-](http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.1991.tb05194.x?cookieSet=1&journalCode=acer)

[synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.1991.tb05194.x?cookieSet=1&journalCode=acer](http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.1991.tb05194.x?cookieSet=1&journalCode=acer)

Explanatory notes on Licensing Act 2003. Retrieved August 28, 2007 from Office of Public Sector Information website:

<http://www.opsi.gov.uk/acts/en2003/2003en17.htm>

- "Framework for alcohol policy in the WHO European Region โดย Regional Committee for Europe". Retrieved February 1, 2008 from <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Framework.pdf>
- Goodliffe, Jonathan. (2007). *Can the Civil Law implement Alcohol Policy?* Retrieved September 5, 2007 from Institute of Alcohol Studies website: http://www.ias.org.uk/resources/publications/alcoholalert/alert200303/al200303_p20.html
- Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. (2007). World Health Organization: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
- Global Alcohol Database*. Retrieved February 9, 2007 from WHO website: <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=2>
- Global Status Report on Alcohol Policy 2004*. (2004). Retrieved October 24, 2007 from WHO website: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf)
- Hanson, David J. (2007). *Abstaining from Alcohol: Abstainers, Teetotalers, or Non-Drinkers*. Retrieved October 24, 2007 from Alcohol Problems & Solutions website: <http://www2.potsdam.edu/hansondj/controversies/1110387548.html>
- Hanson, David J. (2007). *National Prohibition of Alcohol in the U.S.* Retrieved September 15, 2007 from Alcohol Problems and Solutions: <http://www2.potsdam.edu/hansondj/Controversies/1091124904.html>
- Horlings, Edwin., and Scoggins, Amanda. (2006). *An ex ante assessment of the economic impacts on EU alcohol policies*. RAND Corporation. Retrieved October 15, 2007 from RAND Corporation website: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2006/RAND_TR412.pdf
- International Center for Alcohol Policies. (2002). *Alcohol Policies for the 21st Century: A Best Practice Approach*. Retrieved February 9, 2007 from International Center for Alcohol Policies website: http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/Other_Publications/21st_Century.pdf

International Center for Alcohol Policies. (2005). *Alcohol policies in context: international perspectives – 1995 to 2015*. Retrieved October 15, 2007 from ICAP website: http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/Other_Publications/justdrinks.pdf

International Center for Alcohol Policies. (2000). *Who are the Abstainers?*. Retrieved September 30, 2007 from International Center for Alcohol Policies website: http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/ICAP_Reports_English/report8.pdf

Licensing Act 2003 explained. Retrieved August 28, 2007 from Department for Culture, Media and Sport website: http://www.culture.gov.uk/what_we_do/Alcohol_entertainment/licensing_act_2003_explained/

MADD. Retrieved September 19, 2007 from <http://www.madd.org/aboutus/1094>

Merriam-Webster Online website: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/abstainer>

National Alcohol Strategy 2006-2009. (2007). Retrieved August 29, 2007 from Department of Health and Ageing, Australian Government website: [http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/\\$File/nas-06-09.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/$File/nas-06-09.pdf)

Pedersen, Willy., and Kolstad, Arne. (2000). *Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups*. Retrieved October 24, 2007 from Ingenta Connect website: <http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/ssoc/2000/00000043/00000003/art00003?crawler=true>

"*Social Host Liability*". Retrieved January 10, 2008 from Epidemiology & Community Health website, University of Minnesota : <http://www.epi.umn.edu/alcohol/policy/hostliab.shtm>

Thailand Alcohol Abstainer. (2007). Retrieved October 1, 2007 from WHO website: <http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=764&dm=13&surveycode=200084a1>

Thailand Country Profiles, Global Status Report on Alcohol 2004. (2004). Retrieved October 1, 2007 from WHO website:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/thailand.pdf

"The Effectiveness of Alcohol Policy". Retrieved January 5, 2008 from Health – EU The Public Health Portal of the European Union website: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_chap7_en.pdf

Thornton, Mark. (1991). *Alcohol Prohibition Was A Failure*. Retrieved September 19, 2007 from CATO Institute website: <http://www.cato.org/pubs/pas/pa-157.html>

"UKCAPP: an evaluation of 3 UK Community Alcohol Prevention Programs". Retrieved February 1, 2008 from The Alcohol Education and Research Council website: <http://www.aerc.org.uk/documents/pdf/finalReports/051%20Final%20Report%20UKCAPP.pdf>

"What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?". Retrieved January 10, 2008 from Health Evidence Network website, WHO Regional Office for Europe:

http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/alcohol/20040219_3

"White Paper – Dram Shop Laws". Retrieved January 20, 2008 from Injury Prevention Resources – Promoting a Safer Wyoming website:

http://www.iprwyoming.org/asp/researchtopics/docs/968_Dram_Shop_white_paper.pdf

Wikipedia The Free Encyclopedia website: http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page

World Health Organization. (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Retrieved January 5, 2008 from WHO Regional Office for Europe website: <http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>

Worldreference website: <http://www.wordreference.com/definition/abstainer>