



รายงานการวิจัย

การศึกษามาตรการชุมชนและมาตรการในชีวิตประจำวันของคน
ในชุมชนในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการ
ลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**The study of community interventions in order to control
alcohol drinking behavior and reducing harm
among risk groups in a village**

ดร.ประชาธิป กะทา
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยโดย
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ธันวาคม 2564

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ สำเร็จเสร็จสิ้นลงไม่ได้เลย หากไม่ได้รับความช่วยเหลือและความร่วมมือจากหน่วยงานและกัลยาณมิตรท่านอื่นๆ เริ่มตั้งแต่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของ ศวส. ทุกท่าน ที่ประสานงานเป็นอย่างดีและเข้าใจถึงความล่าช้าของงานวิจัยนี้ โดยเฉพาะคุณทักษญา สรรพเพ็ชญ์ ที่ไต่ถามความคืบหน้าและให้กำลังใจตลอดการทำวิจัย

อาจารย์สิทธิโชค ชาวไร่เงิน คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กัลยาณมิตรทางวิชาการ ที่ร่วมแลกเปลี่ยนไอเดียตั้งแต่นักวิจัยคิดจะทำวิจัยชิ้นนี้ ขณะที่ทำงานที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขด้วยกัน ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ในขณะนั้นที่สนับสนุนการทำวิจัยชิ้นนี้

ไอเดียของงานวิจัยชิ้นนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลย หากนักวิจัยไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวัฒนธรรมกับความเสถียรสุขภาพ ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ดังนั้น นักวิจัยขอขอบคุณเบล การ์ตูน และตอง แม้ปัจจุบันแต่ละคนจะได้แยกย้ายกันไปตามเส้นทางชีวิตตนเองแล้ว

ที่สำคัญ งานวิจัยชิ้นนี้จะไม่สามารถได้ข้อมูลเชิงลึกได้เลย ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากนักวิจัย 2 ท่าน คือ สุดารัตน์ เหมศิริรัตน์ (น้ำตาล) และศีรดา ตระกูลพรายงาม (เป็ด) ที่ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนามและร่วมแลกเปลี่ยนไอเดียงานวิจัย

อนันต์ ดวงอินตะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ยา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่และประสานงานเป็นอย่างดี

งานวิจัยทุกชิ้น ไม่สามารถทำให้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ทางวิชาการและความอดทนของนักวิจัยเพียงอย่างเดียว หากขาดซึ่งแรงผลักดันภายในที่สร้างแรงบันดาลใจให้กับนักวิจัยตลอดการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณจิบ ปั่นปั่น และพูจา

ประชาธิปไตย กะทา

นักวิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยวิธีการชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) ทำการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการ Snowball Sampling ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี ประชากรผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ สมาชิกในชุมชนที่ชาวบ้านรับรู้และระบุว่า เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมาชิกในครอบครัวของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน สมาชิกในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรการชุมชนและวิธีการลดอันตราย

งานวิจัยมีเป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เน้นหนักมาทางฝั่งอุปสงค์ หรือทางฝั่งประชากรกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการค้นหามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นและดำเนินการกันเองภายในชุมชน มาตรการดังกล่าวนี้อาจอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่คนในชุมชนยึดถือเคารพศรัทธาเป็นตัวช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ หรืออาศัยแรงกดดันทางสังคมจากความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบต่างๆ ระบบเครือข่าย และเงื่อนไขทางการเมืองและเศรษฐกิจเพื่อสร้างเงื่อนไขหรือสถานการณ์ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งเทคนิควิธีการลดอันตราย (Harm reduction) ในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกในชุมชนที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะได้ด้วยเหตุผลอะไรก็ตามได้รับการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดกับคนรอบข้าง พร้อมทั้งใช้วิธีการลดอันตรายเป็นขั้นตอนแรกๆ ในการสร้างแรงจูงใจให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์

งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะเจาะจงที่มาตรการซึ่งคนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นและดำเนินการกันเอง ไม่ใช่มาตรการและวิธีการดำเนินงาน (implementation) ที่เป็นทางการซึ่งกำหนดและออกแบบพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นความรู้จากการทดลองปฏิบัติ (Practical knowledge) ของคนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน ภายใต้บริบทสถานการณ์พลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในระดับประเทศและท้องถิ่นที่คนในชุมชนกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน โดยทำการศึกษามาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และวิธีการลดอันตราย ใน 3 บริบทสถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในชุมชน ได้แก่

1) ชีวิตประจำวัน ศึกษาครอบครัวที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและชาวบ้านประเมินด้วยอัตวิสัยความเสี่ยง (Risk subjectivity) ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ติดเหล้า หรือมีแนวโน้มจะติดเหล้า หรือมีพฤติกรรมดื่มเหล้าที่เสี่ยงจะก่ออันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง โดยอัตวิสัยความเสี่ยงเป็นการประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากประสบการณ์และความรู้ท้องถิ่นที่เรียนรู้ถ่ายทอดกันในชุมชน อาจจะเหมือน ผสมผสาน หรือแตกต่างจากความรู้สุขภาพของเจ้าหน้าที่ (Lupton 1999) มาตรการในระดับชีวิตประจำวันจะเริ่มต้นศึกษาตั้งแต่ประเด็นที่ว่าสมาชิกและคนรอบข้างมีเกณฑ์

ประเมินการคิดเห็นหรือเสียงที่จะคิดเห็นของกลุ่มเสียงอย่างไร เหนือกว่าที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ชุดใด จากนั้นจะศึกษาว่าสมาชิกในครอบครัวและคนรอบข้างพัฒนามาตรการทางสังคมรูปแบบใดบ้างเพื่อช่วยให้กลุ่มเสียงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ และวิธีการลดอันตรายในกรณีที่เกิดเสียงยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) งานบุญประเพณี เก็บข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีท้องถิ่นดั้งเดิม และประเพณีประดิษฐ์ (Invented traditions) ที่คนในชุมชนจัดขึ้นในรอบปี เพื่อค้นหาว่าชุมชนมีวิธีการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนที่เกี่ยวข้องบุญประเพณี หรือวิธีการลดอันตราย เพื่อไม่ให้เกิดการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประเพณีพิธีกรรม กลายเป็นปัจจัยจะนำไปสู่สถานการณ์ของความเสียงจะเกิดเหตุทะเลาะวิวาท ความรุนแรงด้านต่างๆ และอุบัติเหตุภายในชุมชนอย่างไรบ้าง

3) วาระสำคัญของชีวิต ศึกษามาตรการทางสังคมที่คนในชุมชนใช้เพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดการดื่มในวาระสำคัญของชีวิต การดื่มเพื่อเฉลิมฉลอง การดื่มเพื่อการสังสรรค์ กลายเป็นพฤติกรรมเสียงที่จะนำไปสู่อันตรายต่อกลุ่มเสียงที่ดื่มและคนรอบข้าง

โครงการวิจัยมีเป้าหมายว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ริเริ่มสร้างสรรค์ขึ้นจากทางฝั่งอุปสงค์ จะเปิดมุมมองใหม่ต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งคนที่เป็นกลุ่มเสียงนักดื่มและคนรอบข้างในฐานะ “พลเมืองผู้ตื่นรู้” (active citizen) ผู้ซึ่งไม่ใช่บุคคลที่รอรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียว (passive agents) จากมาตรการของหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานเอกชนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน หากมีส่วนร่วมกับชุมชนตนเองในการเรียนรู้พัฒนามาตรการทางสังคมและวิธีการลดอันตรายให้กับสมาชิกในชุมชนที่มีพฤติกรรมเสียงในการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนั้น ความรู้ท้องถิ่นในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยดึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเข้ามาช่วยในการดำเนินมาตรการเชิงโครงสร้างต่างๆ ในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่และเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคมอย่างสอดคล้องไปกับวิถีชุมชนและทุนความรู้ที่คนในชุมชนเรียนรู้สะสมเป็นทุนเดิม ลดการต่อต้านมาตรการจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเป็นประโยชน์ช่วยในการมองหาแนวทางการผสมผสานความรู้ท้องถิ่นกับความรู้สุขภาพของผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

งานวิจัยมีข้อค้นพบสำคัญคือ ในชุมชนที่ศึกษาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐาน ในชีวิตประจำวันของผู้คนและวิถีชุมชน โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานใน 2 ลักษณะ คือ 1) โครงสร้างพื้นฐานทางวัตถุ (material infrastructure) ในแง่ฤทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้ชาวบ้านรู้สึกผ่อนคลายและคลายปวดเมื่อยหลังทำงาน 2) โครงสร้างพื้นฐานทางความรู้สึก (affective infrastructure) เหล่าทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสร้างและรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนในชุมชน

เราอาจกล่าวได้ว่า โครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวนี้เป็นจุดบรรจบพบกันระหว่างโลกทางวัตถุของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับโลกชีวิตทางสังคม

การเป็นโครงสร้างพื้นฐานของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ทำให้เป็นการยากในการที่จะดำเนินการที่จะดำเนินการ เพื่อตั้งเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ออกจากชีวิตประจำวันและวิถีชุมชน เพราะนั่นย่อมจะทำให้ส่วนย่อยอื่นๆ ของชีวิตทางสังคมของคนในชุมชนพังลงไปด้วย โดยเฉพาะโครงสร้างพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์เป็นสื่อกลาง หรือ โครงสร้างพื้นฐานในบทบาทความหมายเชิง สัญลักษณ์ทางสังคมวัฒนธรรม

การขยายมุมมองต่อเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในฐานะโครงสร้างพื้นฐานของชีวิตประชากร กลุ่มเป้าหมาย ไม่เพียงจะขยายมุมมองให้ตระหนักต่อบทบาทของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ที่มีมากกว่าการเป็น พยาธิสภาพหรือสาเหตุการเกิดโรคเท่านั้น หากยังทำให้การพัฒนามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มีความละเอียดอ่อนมากขึ้น ใส่ใจกับมิติความเป็นมนุษย์และความเป็นธรรมทางสังคมซึ่งเป็น หลักการพื้นฐานของหลักการจริยธรรมของงานสาธารณสุข

การที่เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์เป็น โครงสร้างพื้นฐานของชีวิตทางสังคม ดังนั้น วิธีการลดอันตรายจึง เป็นวิธีการที่กลุ่มนักดื่มเลือกใช้ เมื่อพวกเขาจำเป็นต้องพึ่งพาการดื่มเหล้า หรือยังต้องสัมพันธ์กับเหล้าใน ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถจะหลบหนีจากมันได้ วิธีการลดอันตรายทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและใน ระดับครอบครัวแสดงให้เห็นว่า นักดื่มส่วนใหญ่มีการคิดใคร่ครวญประเมินอันตรายจากการที่ตนเองยัง ต้องดื่มเหล้า หรือยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกดื่มเหล้า ในระดับครอบครัวก็เช่นเดียวกัน ครอบครัวที่ยังมีสมาชิกนิยมดื่มเหล้าอยู่ก็พยายามที่จะช่วยหาวิธีการลดอันตรายให้ ในกรณีที่ไม่สามารถห้าม ประาม หรือเข้าใจถึงบทบาทของเหล้าในทางสังคม

เราอาจพอสรุปได้ว่า วิธีการลดอันตรายเป็นความรู้จากประสบการณ์และเป็นความรู้ท้องถิ่นที่ พัฒนาขึ้นในกลุ่มนักดื่ม ความรู้ในลักษณะนี้อาจจะขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกับความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ แต่ก็ แสดงให้เราเห็นร่องรอยของการประยุกต์หรือผสมผสานความรู้การลดอันตรายนี้กับความรู้อื่นๆ เพื่อพัฒนา นโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

งานวิจัยมีข้อเสนอแนะสำคัญ ดังนี้

1) ควรขยายมุมมองต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลประโยชน์ในมุมมองคนในของนักดื่มที่หลากหลาย และ มีความหมายทางสังคมบางประการสำหรับนักดื่มและคนในชุมชนบางกลุ่ม การขยายมุมมองต่อความหมาย ทางสังคมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มน้ำ จะช่วยให้นักวิจัยมองเห็นวิธีการ “ลดอันตราย” จากการดื่มน้ำที่เรียนรู้และถ่ายทอดกันภายในวัฒนธรรมท้องถิ่น และวัฒนธรรมย่อยเฉพาะภายในกลุ่มนักดื่ม

2) ควรพัฒนาวิธีการลดอันตรายในฐานะความรู้ท้องถิ่นและความรู้เชิงประสบการณ์เข้ามาเป็นส่วน หนึ่งของมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะมาตรการลดอันตรายเหมาะกับประชากร กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพัฒนามาตรการที่

หลากหลายเพื่อช่วยในการทำงานกับกลุ่มผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะแตกต่างกันทางสังคม วัฒนธรรมและบริบทท้องถิ่น จะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรขยวมมองว่าวิธีการลดอันตรายไม่ใช่การสนับสนุนธุรกิจน้ำเมา หรือส่งเสริมให้นักดื่มยิ่งดื่มเหล้าหนักมากขึ้น มาตรการการลดอันตรายในกลุ่มผู้ข้ยังนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปเพื่อช่วยใ้คนที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรียนรู้การดื่มอย่างสร้างสรรค์ เพื่อไม่ก่อดันตรายต่อตนเองหรือคนรอบข้าง ก่อนที่พวกเขาจะพร้อมเข้าสู่โปรแกรมการเลิกเหล้าต่อไปในอนาคต

นอกจากนั้น มาตรการการแทรกแซงทางการเมืองเพื่อต่อสู้กับบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ หรืออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ กับมาตรการลดอันตรายในกลุ่มผู้บริโภค สามารถดำเนินการควบคู่ไปพร้อมกันได้ โดยที่เป้าหมายของมาตรการทั้ง 2 ลักษณะไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกัน

4) การพัฒนาหรือดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรคำนึงถึงหลักการจริยธรรมสาธารณสุข (ethic of public health) (ดูเนื้อหาประเด็นนี้ในบทที่ 2) โดยเฉพาะการตระหนักว่าทุกมาตรการด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในตัวเอง ไม่สามารถดำเนินการเดียวกันให้มีประสิทธิภาพในทุกกลุ่มประชากรได้เทียบเท่าเสมอกัน เหมือนการตัดเสื้อโหล ดังนั้น การพัฒนามาตรการสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะกับการใช้การใ้ใช้งานในประชากรกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม จึงเป็นหลักการจริยธรรมเบื้องต้นของงานสาธารณสุข มาตรการลดอันตรายอาจเหมาะกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

5) การจัดทำแผนนโยบายเพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับประเทศและท้องถิ่น แต่ละครั้งจำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์เชิงจริยธรรม (ethical analysis) อย่างละเอียดถี่ถ้วนเสียก่อน เพราะการนำเอาข้อเท็จจริง (truth) ทางระบาดวิทยาและปัญหาสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสังคม (fairness) และความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (respect) เข้ามาเป็นพื้นฐานกรอบการคิดของงาน ย่อมทำใ้งานนั้นๆ มีความถูกต้องชอบธรรมที่จะดำเนินการโดยตัวของมันเอง และได้รับความร่วมมือจากสังคมและประชากรกลุ่มเป้าหมาย

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	2
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	3
บทที่ 1 บทนำ	8
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี	17
บทที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
บทที่ 4 บริบทชุมชน	62
บทที่ 5 การบริโภคเหล้าในชุมชน	68
บทที่ 6 มาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	75
บทที่ 7 เทคนิควิธีการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	79
บทที่ 8 อภิปรายผลการศึกษา	84
บทที่ 9 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	93

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ตลอดหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการเชิงโครงสร้าง (Structural intervention) มาตรการระดับพื้นที่ ทำงานรณรงค์สื่อสารทางสังคม (social advocacy) และเคลื่อนไหวทางสังคมการเมือง เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง การดำเนินมาตรการมีแนวทางปฏิบัติขององค์การสุขภาพระดับนานาชาติ (global guideline) ช่วยกำกับทิศทางและระบุเป้าหมายตัวชี้วัด รวมทั้งมีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภายใต้แนวคิด 3 เหลี่ยมเขื่อนภูเขา ที่พัฒนาโดยนายแพทย์ประเวศ วะสี เกิดการจัดตั้งศูนย์วิชาการ ภาควิชาประชาสังคม และองค์กรภาครัฐที่เป็นทางการรับผิดชอบดูแลยุทธศาสตร์ระดับชาติ ทำงานเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกันผลักดันนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (นพพล 2557; ประชาธิป และคณะ 2561)

การดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ มีผลลัพธ์ความสำเร็จเชิงประจักษ์ปรากฏทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ มีรายงานการสำรวจพบว่าแนวโน้มอัตราการดื่มสุราของประชากรลดลง โดยในปี 2547 มีผู้ดื่มสุราร้อยละ 32.7 ลดลงเหลือร้อยละ 32.3 ในการสำรวจปี 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2557) ในระดับพื้นที่เองพบว่าหลายพื้นที่ขับเคลื่อนงานผ่านเครือข่ายและกลไกภาคประชาสังคม จนสามารถเปลี่ยนแปลงค่านิยมและสร้างข้อตกลงทางสังคมร่วมกันภายในชุมชน เพื่อควบคุมการบริโภคเหล้าในงานบุญประเพณี ลดอุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาท และการเสียชีวิตในพื้นที่จัดงาน (สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า 2559) รวมทั้งมีการประยุกต์ใช้พลังทุนทางสังคมและค่านิยมทางวัฒนธรรม อาทิ คุณค่าความเป็นผู้หญิงและมิติเพศสภาพในวัฒนธรรมชาติพันธุ์พัฒนาแกนนำผู้หญิงในหมู่บ้านเพื่อทำงานควบคุมการบริโภคเหล้าในชุมชน (พุดพิงศ์ 2559)

มีงานวิจัยประเมินผลที่ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของมาตรการและแคมเปญรณรงค์ควบคุมการบริโภคเหล้า เช่น โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาว่าส่งผลให้นักดื่มปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไปในทางที่ดีขึ้น (ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ 2557; วรางคณา 2559) โครงการนี้ยังเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์สมัยใหม่ของประเทศไทย (Thamarangsi 2008) จนกระทั่งประเทศไทยได้รับการยอมรับระดับนานาชาติว่าเป็นประเทศผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ปารีชาติ 2546) การดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศตลอดหลายปีที่ผ่านมา ได้ก่อให้เกิดการสะสมองค์ความรู้ เครื่องมือและเทคนิคการทำงาน และนวัตกรรมด้านสุขภาพมากมายไหลเวียนอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ พร้อมกับสร้างเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคมที่ร่วมกันทำงานเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระจายอยู่ทั่วประเทศ

เราอาจสรุปได้ว่า การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ ค่อนข้างประสบความสำเร็จในการออกมาตรการเชิงโครงสร้างที่เน้นดำเนินการกับทางฝั่งด้านอุปทาน (Supply side) เป็นร่วม

ให้กับเจ้าหน้าที่ในการทำงาน เช่น กฎหมายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ และมีมาตรการในระดับพื้นที่ เพื่อจำกัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง (risk situation) นำไปสู่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งที่ริเริ่มโดยคน ในชุมชนและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น งานบุญปลอดเหล้า แข่งเรือปลอดเหล้า โรงเรียนสีขาว เป็นต้น (ประชาธิป และคณะ 2561)

อย่างไรก็ตาม มีรายงานวิจัยพบว่าถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 แต่กลับพบว่าผู้คนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายเท่าที่ควร รวมไปถึง ถึงกลุ่มผู้ประกอบการด้วย จากการประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ประกอบการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลาที่กำหนด ถึงร้อยละ 58.8 และขายให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ร้อยละ 42.1 โดยกลุ่มที่กระทำความผิดเกินครึ่ง คือ ร้านขายของ ชำและร้านโชห่วย คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 75.5 ตามลำดับ (เชษฐ และคณะ 2553) สอดคล้องกับงานศึกษา ที่เก็บข้อมูลเฉพาะจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่า เจ้าพนักงานตามกฎหมาย ร้อยละ 53.0 ยังพบ เห็นการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลาที่กฎหมายกำหนด และร้อยละ 38.0 พบเห็นเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยผู้กระทำความผิดมากที่สุดคือ ผู้ประกอบการร้านขายของชำและร้านโช ห่วย (คุณิณีและวนิชชา 2553) ประเด็นการหลีกเลี่ยงมาตรการทางกฎหมายซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการ ดำเนินมาตรการเชิงโครงสร้างในระดับพื้นที่ ยังพบในรายงานวิจัยชิ้นอื่นอีกหลายชิ้นเช่นกัน (พงษ์เดช 2552, ประภา 2557, ชุษณะและเชษฐ 2553)

งานวิจัยของ นรา เทียมคติ (2561) ศึกษาหาสาเหตุว่าเหตุใดร้านขายของชำและร้านโชห่วย จึงทำผิด กฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พบว่าเหตุปัจจัยในการกระทำความผิดตาม กฎหมายของผู้ประกอบการที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้มีเหตุผลด้านรายได้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีเหตุผลทางด้านสังคมและความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ ตลอดจนการให้ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ระหว่างร้านโชห่วยหรือร้านขายของชำ กับชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญด้วยเช่นกัน งานศึกษาของนรา เสนอว่าการดำเนินมาตรการทางกฎหมายของรัฐ เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ จำเป็นต้องเข้าใจวิถีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ คนท้องถิ่น รวมไปถึงการเข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมภายในแต่ละชุมชน เพราะไม่เช่นนั้น การดำเนินมาตรการไม่เพียงจะไม่ได้ได้รับความร่วมมือ แต่อาจส่งผลให้คนในชุมชนมีทัศนคติด้านลบต่อ มาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนั้น มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อมาตรการและการสื่อสารณรงค์ว่ามีมุมมองด้านลบต่อคนที่ดื่ม เหล้า (ดู ยุคติ 2558) จำกัดความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แค่ความหมายเดียวของการเป็นปัจจัยเสี่ยง สุขภาพ (Health risks) เท่านั้น ทั้งที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความหมายทางสังคมและมีบทบาททางสังคม แตกต่างหลากหลายกันไปในแต่ละวัฒนธรรมท้องถิ่น และบริบทเงื่อนไขสถานการณ์ชีวิตแต่ละช่วงเวลา ของผู้ดื่ม (นิธิ 2561) การรณรงค์ที่มุ่งเน้นการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการนำเสนอเฉพาะ แง่มุมผลกระทบด้านลบต่อปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ปัญหาทางสังคมต่างๆ จึงขัดแย้งกับ

โลกประสบการณ์ของนักดื่มที่มักจะประเมินความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างความเสี่ยงสุขภาพกับความเสี่ยงทางสังคม (Social risks) ที่อาจจะเกิดขึ้นหากจำเป็นต้องลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามมาตรการณรงค์ของเจ้าหน้าที่ เช่น สูญเสียอัตลักษณ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ทำให้แม้ประชากรกลุ่มเสี่ยงจะเห็นด้วยกับมาตรการด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ก็พบว่าการตัดสินใจลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่ยากลำบาก เนื่องจากอาจจะนำมาซึ่งความเสี่ยงทางสังคมด้านต่างๆ (หทัยรัตน์ 2561; รักชนก 2561) และพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะมีเทคนิควิธีการลดอันตราย (Harm reduction) เรียนรู้ถ่ายทอดกันภายในกลุ่มเพื่อนนักดื่ม เพื่อไม่ให้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อผลกระทบหรือนำมาซึ่งอันตรายด้านต่างๆ ต่อตนเองและคนรอบข้าง (ไชยันต์ 2561)

ดังนั้น ในอีกด้านหนึ่งอาจพอสรุปได้เช่นกันว่า เราประสบความสำเร็จในการออกมาตรการเชิงโครงสร้างที่เน้นการดำเนินการกับทางฝั่งด้านอุปทาน แต่ยังมีจุดอ่อนและให้เจ้าหน้าที่น้อยกับการทำงานกับทางฝั่งอุปสงค์ โดยเฉพาะความเข้าใจแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไปในแต่ละประชากรกลุ่มเสี่ยง ขาดการประเมินความเสี่ยงสะท้อนจากทางฝั่งอุปสงค์ว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายรับรู้ ให้ความหมาย และตอบสนองต่อมาตรการเชิงโครงสร้างที่ดำเนินการในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนอย่างไร รวมทั้งค้นหามาตรการชุมชนที่หลากหลายที่คนในชุมชนพัฒนาคิดค้นขึ้น ไม่ใช่มาตรการเชิงโครงสร้างที่พัฒนาจากศูนย์กลางและดำเนินการในพื้นที่โดยภาครัฐ และไม่ได้จำกัดอยู่แค่มาตรการที่ตั้งอยู่บนฐานคิดของการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Consumption control) ของกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น หากเป็นมาตรการชุมชนที่ตั้งอยู่บนฐานคิดอื่นๆ เช่น แนวคิดการลดอันตราย แนวคิดที่ผสมผสานทั้งความรู้สุขภาพท้องถิ่นกับความรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ หรือความรู้เชิงปฏิบัติที่ชุมชนเรียนรู้สะสม เป็นต้น เนื่องจากชุมชนไม่ได้เป็นภาชนะว่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์จัดการปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งแม้จะมีมาตรการทางกฎหมายควบคุมกำกับแต่ประชากรกลุ่มเสี่ยงยังคงตัดสินใจเลือกเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเหตุผลที่หลากหลายมากกว่าการกลัวการกระทำผิดกฎหมาย หรือปัญหาสุขภาพเพียงเท่านั้น ดังนั้น องค์ความรู้จากทางฝั่งอุปสงค์จะเข้ามาช่วยให้การดำเนินมาตรการด้านสุขภาพกับทางฝั่งอุปทานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องไปกับวิถีชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และลดการต่อต้านจากคนในชุมชน

งานวิจัยชิ้นนี้ มีเป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เน้นหนักมาทางฝั่งอุปสงค์ หรือทางฝั่งประชากรกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการค้นหามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นและดำเนินการกันเองภายในชุมชน มาตรการดังกล่าวนี้อาจอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่คนในชุมชนยึดถือเคารพศรัทธาเป็นตัวช่วยในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ หรืออาศัยแรงกดดันทางสังคมจากความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบต่างๆ ระบบเครือญาติ และเงื่อนไขทางการเมืองและเศรษฐกิจเพื่อสร้างเงื่อนไขหรือสถานการณ์ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งเทคนิควิธีการลดอันตราย (Harm reduction) ในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกในชุมชนที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะช่วยเหตุผลอะไรก็ตามได้รับการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดกับคนรอบข้าง พร้อมทั้งใช้วิธีการลดอันตรายเป็นขั้นตอนแรกๆ ในการสร้างแรงจูงใจให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์

งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะเจาะจงที่มาตรการซึ่งคนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นและดำเนินการกันเอง ไม่ใช่มาตรการและวิธีการดำเนินงาน (implementation) ที่เป็นทางการซึ่งกำหนดและออกแบบพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นความรู้จากการทดลองปฏิบัติ (Practical knowledge) ของคนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน ภายใต้บริบทสถานการณ์พลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในระดับประเทศและท้องถิ่นที่คนในชุมชนกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน โดยทำการศึกษามาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และวิธีการลดอันตราย ใน 3 บริบทสถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในชุมชน ได้แก่

1) **ชีวิตประจำวัน** ศึกษาครอบครัวที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและชาวบ้านประเมินด้วยอัตวิสัยความเสี่ยง (Risk subjectivity) ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ติดเหล้า หรือมีแนวโน้มจะติดเหล้า หรือมีพฤติกรรมดื่มเหล้าที่เสี่ยงจะก่ออันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง โดยอัตวิสัยความเสี่ยงเป็นการประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากประสบการณ์และความรู้ท้องถิ่นที่เรียนรู้ถ่ายทอดกันในชุมชน อาจจะไม่เหมือน ผสมผสาน หรือแตกต่างจากความรู้สุขภาพของเจ้าหน้าที่ (Lupton 1999) มาตรการในระดับชีวิตประจำวันจะเริ่มต้นศึกษาตั้งแต่ประเด็นที่ว่าสมาชิกและคนรอบข้างมีเกณฑ์ประเมินการติดเหล้าหรือเสี่ยงที่จะติดเหล้าของกลุ่มเสี่ยงอย่างไร เกณฑ์ที่ว่าตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ชุดใด จากนั้นจะศึกษาว่าสมาชิกในครอบครัวและคนรอบข้างพัฒนามาตรการทางสังคมรูปแบบใดบ้างเพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ และวิธีการลดอันตรายในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) **งานบุญประเพณี** เก็บข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีท้องถิ่นดั้งเดิม และประเพณีประดิษฐ์ (Invented traditions) ที่คนในชุมชนจัดขึ้นในรอบปี เพื่อค้นหาว่าชุมชนมีวิธีการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนที่เกี่ยวข้องบุญประเพณี หรือวิธีการลดอันตราย เพื่อไม่ให้การบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประเพณีพิธีกรรม กลายเป็นปัจจัยจะนำไปสู่สถานการณ์ของความเสี่ยงจะเกิดเหตุทะเลาะวิวาท ความรุนแรงด้านต่างๆ และอุบัติเหตุภายในชุมชนอย่างไรบ้าง

3) วาระสำคัญของชีวิต คือศึกษามาตรการทางสังคมที่คนในชุมชนใช้เพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดการดื่มในวาระสำคัญของชีวิต การดื่มเพื่อเฉลิมฉลอง การดื่มเพื่อการสังสรรค์ กลายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่อันตรายต่อกลุ่มเสี่ยงที่ดื่มและคนรอบข้าง

ความรู้ท้องถิ่นในการจัดการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ไม่เพียงจะช่วยสะท้อนให้เราเข้าใจถึงวิถีและแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ความหมายที่หลากหลายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโลกวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นสังคม (Sociality) ที่ก่อตัวขึ้นในชุมชนของนักดื่มภายในชุมชน หากยังเปิดพื้นที่ให้กับปฏิบัติการของความรู้ที่หลากหลายในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ เป็นความรู้ท้องถิ่นและความรู้จากการปฏิบัติที่ตั้งอยู่บนฐานแนวคิดความเสี่ยงสุขภาพภายใต้ระบบความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น

โครงการวิจัยคาดหวังว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ริเริ่มสร้างสรรค์ขึ้นจากทางฝั่งอุปสงค์ จะเปิดมุมมองใหม่ต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงนักดื่มและคนรอบข้างในฐานะ “พลเมืองผู้ตื่นรู้” (Active citizen) ผู้ซึ่งไม่ใช่บุคคลที่รอรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียว (Passive agents) จากมาตรการของหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานเอกชนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน หากมีส่วนร่วมกับชุมชนตนเองในการเรียนรู้พัฒนามาตรการทางสังคมและวิธีการลดอันตรายให้กับสมาชิกในชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ความรู้ท้องถิ่นในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยดึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเข้ามาช่วยในการดำเนินมาตรการเชิงโครงสร้างต่างๆ ในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่และเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคมอย่างสอดคล้องไปกับวิถีชุมชนและทุนความรู้ที่คนในชุมชนเรียนรู้สะสมเป็นทุนเดิม ลดการต่อต้านมาตรการจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเป็นประโยชน์ช่วยในการมองหาแนวทางการผสมผสานความรู้ท้องถิ่นกับความรู้สุขภาพของผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

2.1 เพื่อศึกษามาตรการเชิงโครงสร้าง อาทิ กฎหมาย และนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ดำเนินการในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรพัฒนาเอกชน

2.2 เพื่อศึกษาลักษณะรูปแบบของมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเทคนิควิธีการลดอันตราย ที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนากันขึ้น ใน 3 บริบทสถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในชุมชน ได้แก่ 1) ชีวิตประจำวัน 2) งานบุญประเพณี และ 3) วาระสำคัญของชีวิต ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องับมาตรการชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมายของมาตรการดังกล่าว

2.3 เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์พลวัตความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ ทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตร่วมสมัยของคนในชุมชน

ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาแนวทางมาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเทคนิควิธีการลดอันตรายในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของมาตรการเชิงโครงสร้างกับมาตรการที่ชุมชนพัฒนาขึ้น

2.5 เพื่อศึกษาการระบุผลลัพธ์ความสำเร็จหรือตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเทคนิควิธีการลดอันตรายที่คนท้องถิ่นพัฒนาขึ้น

2.6 เพื่อสร้างข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเทคนิควิธีการลดอันตรายในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นมาตรการที่ผสมผสานระหว่างมาตรการเชิงโครงสร้างในระดับประเทศกับมาตรการที่คนในชุมชนพัฒนาเรียนรู้และปรับประยุกต์กันเองในชุมชน

3. เป้าหมายของโครงการ

3.1 เพื่อเสนอแนะรูปแบบมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวทางในการลดอันตรายที่ผสมผสานระหว่างมาตรการเชิงโครงสร้างที่เป็นทางการในระดับประเทศกับมาตรการที่คนในชุมชนพัฒนาเรียนรู้และปรับประยุกต์กันเอง

3.2 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเป็นความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความรู้ของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกับความรู้เชิงปฏิบัติของคนในชุมชน

4. ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ แบ่งขอบเขตวิจัยออกเป็น 2 ขอบเขตหลัก ได้แก่ 1) ขอบเขตเนื้อหา 2) ขอบเขตพื้นที่การศึกษา

4.1 ขอบเขตเนื้อหา

งานวิจัยชิ้นนี้ ให้ความสำคัญกับข้อมูลทางฝั่งอุปสงค์ หรือประชากรกลุ่มเป้าหมายที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคนรอบข้าง โดยเฉพาะมุมมองคนใน (Emic view) ทั้งของประชากรกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชนที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งให้ความสนใจต่ออัตวิสัยความเสี่ยง (Risk subjectivity) ที่คนในชุมชนใช้เป็นเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงสุขภาพและความเสี่ยงทางสังคมหากกลุ่มเสี่ยงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงด้วยอัตวิสัยนี้เป็นการประเมินความเสี่ยงจากประสบการณ์และความรู้ส่วนตัวของผู้คน อาจจะแตกต่างจากเกณฑ์การประเมินของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

รวมทั้งทำการวิเคราะห์บริบทพลวัตของสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระดับประเทศและในชุมชนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนท้องถิ่น ที่มีอิทธิพลต่อการริเริ่มพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชนที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง และการคิดค้นเทคนิควิธีการลดอันตรายให้กับสมาชิกในชุมชนที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม หรือมีเหตุผลและเงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจให้จำเป็นต้องดื่มแอลกอฮอล์

งานศึกษาแบ่งขอบเขตเนื้อหาการศึกษาออกเป็น 2 เนื้อหาหลัก ได้แก่

1.1 ทำการศึกษามาตรการเชิงโครงสร้าง อาทิ กฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน วัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรการเชิงโครงสร้าง ตั้งแต่ประเด็นอุปสรรคขัดขวางการดำเนินการ การตอบสนองของประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งการยอมรับและการต่อต้านชัดเจน การให้ความหมายต่อมาตรการของคนในชุมชน รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของมาตรการเชิงโครงสร้างที่กำหนดจากส่วนกลางกับมาตรการชุมชนที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนากันขึ้น

1.2 ทำการศึกษามาตรการชุมชน ที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนากันขึ้นทั้งมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรที่ติดเหล้า มีแนวโน้มจะติดเหล้า หรือมีพฤติกรรมการดื่มที่มักจะทำปัญหาให้กับครอบครัว และมาตรการเพื่อช่วยลดอันตรายในกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยศึกษาลักษณะรูปแบบ ของมาตรการดังกล่าว ใน 3 บริบทสถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในชุมชน ได้แก่ 1) ชีวิตประจำวัน 2) งานบุญประเพณี และ 3) วาระสำคัญของชีวิต รวมทั้งเก็บข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนามาตรการและประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการของมาตรการดังกล่าว วิเคราะห์บริบททางสังคมและเศรษฐกิจการเมืองในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่นที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและดำเนินมาตรการชุมชน ตลอดจนหลักเกณฑ์การระบุผลลัพธ์ความสำเร็จหรือตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการดังกล่าวจากจุดยืนมุมมองของคนในชุมชน

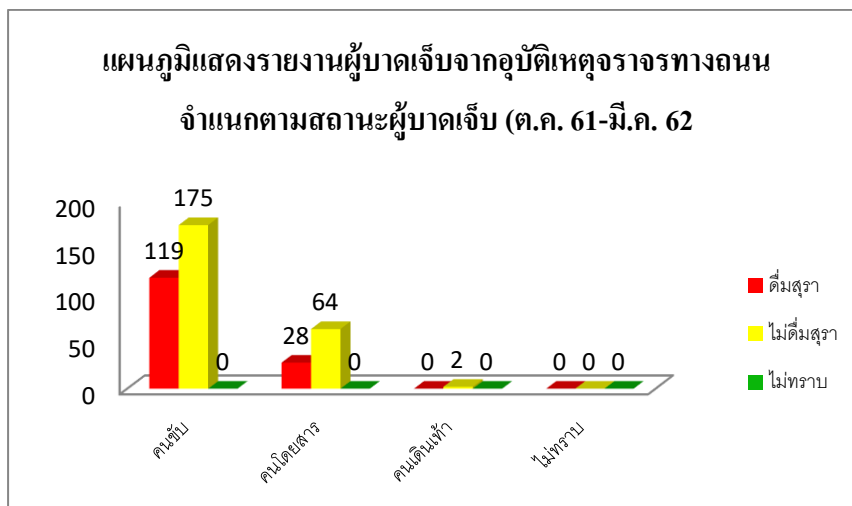
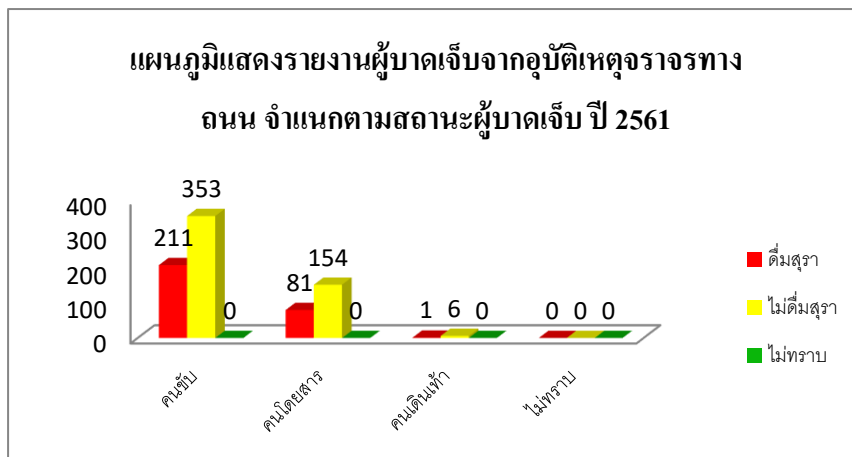
4.2 ขอบเขตพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ในการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยวิธีการชาติพันธุ์วรรณาระยะเวลา 1 ปี คัดเลือกจังหวัดที่มีรายงานอัตราผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สม่ำเสมอสูงสุดเกินกว่าร้อยละ 40 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 คือ จังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 45.3) การเลือกพื้นที่วิจัยในหมู่บ้านที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ไม่เพียงจะช่วยให้ทีมนักวิจัยมองเห็นวิถีและแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากยังจะช่วยสะท้อนให้เห็นมุมมองที่คนในชุมชนมีต่อสภาพปัญหาหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการคิดค้นหาวิธีการจัดการปัญหาของคนในชุมชนทั้งในรูปแบบของการควบคุมการบริโภคและการคิดค้นวิธีการลดอันตราย

โดยได้เลือกตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ทำการศึกษาวิจัยเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงทั้งประชากรชายและหญิง และข้อมูลปี 2560-2561 รายงานการเกิดอุบัติเหตุและจำนวนผู้เสียชีวิตในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยหลักคือผู้ขับขี่และผู้โดยสารดื่มสุรา (รพ.สต. ไม้ยา 2561)

จากแผนภูมิแสดงรายงานผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ยาปีงบประมาณ 2561 และข้อมูลรายงานในช่วง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 จำแนกตาม

สถานะผู้บาดเจ็บและการดื่มสุรา เห็นได้ว่า คนขับมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ คนโดยสาร คนเดินเท้า ตามลำดับ และผู้บาดเจ็บที่เป็นคนขับรถและผู้โดยสารมีการดื่มสุรา



5. ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ด้วยระยะเวลาาน 1 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลวิถีชีวิตผู้คนในชุมชนครบรอบปีและเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ นักวิจัยจะแบ่งออกเป็น 2 ทีม คือ นักวิจัยส่วนกลางของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพกับนักวิจัยซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีความคุ้นเคยกับคนในพื้นที่ศึกษาและกำลังเผชิญกับปัญหาหน้างานการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในพื้นที่และปัญหาการเกิดอุบัติเหตุซึ่งมีปัจจัยหลักจากการที่คนขับและผู้โดยสารดื่มสุรา มีประสบการณ์การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเคยผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะเก็บข้อมูลประจำอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

นักวิจัยทั้ง 2 ทีมจะทำงานร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 3 บริบทสถานการณ์ คือ ในชีวิตประจำวัน งานบุญประเพณี และวาระสำคัญของชีวิต ข้อมูลมุมมองคนในของคนในชุมชนต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาสังคมจากการดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน ข้อมูลบริบทเชิงโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจในพื้นที่ที่มีอิทธิพลต่อวิถีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการตอบสนองของคนในชุมชนต่อมาตรการเชิงโครงสร้างของหน่วยงานสุขภาพภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรพัฒนาเอกชน และข้อมูลลักษณะของมาตรการชุมชนและวิธีการลดอันตรายที่คนในชุมชนพัฒนาขึ้นขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชนที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการ snowball sampling ประชากรผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ สมาชิกในชุมชนที่ชาวบ้านรับรู้และระบุว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมาชิกในครอบครัวของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรการชุมชนและวิธีการลดอันตราย หลังจากเก็บข้อมูล ทีมนักวิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์สรุปตามประเด็น (Content analysis)

บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี

ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาความเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ จากรายงาน Global status report on alcohol and health 2014 ของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization 2014) พบว่า ในปี ค.ศ. 2012 สาเหตุการตายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 5.9 จากการเสียชีวิตทั้งหมด โดยยังไม่รวมการเสียชีวิตจากโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคเหล่านี้ จากการประเมินความสูญเสียสุขภาพ (DALYs) โดยรวม ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2557 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2557) พบว่า การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในลำดับที่ 4 ในเพศชายและลำดับที่ 5 ในเพศหญิง ของลำดับความสูญเสียสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความ สูญเสียหรือภาระ โรค (burden of disease) ลำดับต้นๆ ของประเทศไทย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีอีกหลายประการ ที่นอกเหนือไปจากผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ จากงาน Alcohol Harm Reduction Strategy for England (2004) ได้ศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) อันตรายต่อ สุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ 2) ปัญหาในครอบครัว เช่น การหย่าร้าง เด็กถูกทอดทิ้ง 3) ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงจากการเจ็บป่วยหรือการเลิกจ้างงาน 4) ปัญหาสังคม เช่น การทะเลาะวิวาท การเมาแล้วขับชี่ยานพาหนะ จะเห็นได้ว่าปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพผู้ดื่ม ครอบครัว ชุมชน จนถึงสังคมในวงกว้าง และกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของคนในสังคมลดลง

จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคเหนือ 2558 (เนื้อแพรว และคณะ 2558) พบว่า ภาคเหนือมีความชุกของนักดื่มที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 39.19 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ โดยนักดื่มในภาคเหนือมีค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉลี่ยต่อคน ต่อเดือนเท่ากับ 585.40 บาท และพบว่ากลุ่มเกษตรกรมีอัตราการดื่มสูงเป็น อันดับ 2 คือร้อยละ 48.4 รองจากอาชีพช่างฝีมือ สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้น จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2554 (สุรศักดิ์ และคณะ 2554) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม บุคคลรอบข้าง ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยในรายงานฉบับนี้ได้สรุปดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย (Provincial Alcohol Problem Index) โดยคำนวณจากความชุกและปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับ สัดส่วนผู้ที่ดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะ พบว่าภาคเหนือมีคะแนนสูงสุด คือ 0.81 หมายความว่า นักดื่มในภาคเหนือจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าความชุกของ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่น โดยเฉพาะในกลุ่มช่างฝีมือและเกษตรกร ซึ่งถ้าอัตราการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ก็ย่อมมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน

ผู้ดื่มสุรบางคนทราบผลกระทบของสุราดี จึงมีวิธีการดื่มแบบลดอันตรายหรือ Harm Reduction คือ การควบคุมการดื่มโดยเน้นไปที่ผลกระทบจากการดื่มมากกว่าให้เลิกอย่างเด็ดขาด ซึ่งแนวคิดนี้กำลังเริ่มแพร่หลายขึ้น ยกตัวอย่างเช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยติดสุราไว้ว่าการป้องกันการติดสุรา ต้องตั้งเป้าหมายไว้ที่การลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากสุรา เช่น อุบัติเหตุฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว ตั้งเป้าหมายของการรักษา คือ การลดอัตราการป่วย อัตราการตาย ลดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ที่เกิดจากการดื่มสุราปริมาณมาก หรือผู้ติดสุราเรื้อรังเป็นหลัก (Bebbington 2001)

มีงานศึกษาหลายชิ้นยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีวิธีการลดอันตรายจากการดื่มของตนเองหลากหลายวิธีการ Santos (2015) พบว่า วัยรุ่นรู้ว่าการดื่มเกินระดับอาจทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท ทำให้พ่อแม่เสียใจ เมื่อวัยรุ่นรับรู้ความเสี่ยงนี้ ทำให้วัยรุ่นลดปริมาณการดื่มลง

จากการประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (ปริทรรศ และคณะ 2011) ได้แบ่งปัญหาการดื่มสุราเป็น 3 ระดับ คือ 1) การดื่มแบบเสี่ยง 2) การดื่มแบบอันตราย และ 3) การดื่มแบบ ติดสุรา ซึ่งประเมินจากปริมาณการดื่ม ความถี่ในการดื่ม ความสามารถในการ ขับยั้งชั่งใจ และผลกระทบที่เคยเกิดขึ้นจากการดื่ม งานศึกษาของทย์รัตน์ (2561) ศึกษาการดื่มสุราของเกษตรกรชาวไร่ข้าวโพดพบว่าเกษตรกร ผู้ดื่มสุรบางคน สามารถกำหนดปริมาณการดื่มสุราของตนเองหรือป้องกันอันตรายที่เกิดการการดื่มสุราได้ทำให้ตนเองไม่เข้าสู่ภาวะติดสุรา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ดื่มสุราทั้งหมด ที่สำคัญงานศึกษาชิ้นนี้รายงานว่าเกษตรกรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีแนวคิดลดอันตรายแทรกอยู่ในวิถีการดื่มในชีวิตประจำวัน

แนวคิด Harm Reduction เริ่มแพร่หลายในต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 โดยเริ่มในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดทางเส้นเลือด และเริ่มเข้ามาใน ประเทศไทย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 (จิตรลดาและอุษณีย์ 2558) ตัวอย่างการลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดทางเส้นเลือด เป็นนโยบายหรือมาตรการสาธารณะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในผู้ที่ยังไม่ต้องการจะเลิกหรือไม่สามารถจะเลิกใช้ได้ โดยมีจุดเริ่มต้นมาจากข้อค้นพบที่ว่า การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ฉีดสารเสพติด เป็นต้นเหตุของการแพร่เชื้อเอชไอวี และความสูญเสียทางสาธารณสุขที่เกิดจาก การติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์มีมูลค่ามากกว่าความสูญเสียที่เกิดจากการใช้สารเสพติด จากข้อค้นพบนี้ทำให้นักวิชาการและนักนโยบายทางสาธารณสุขมองเห็นความสำคัญของการลดอันตรายและกำหนดเป้าหมาย ของนโยบายเพื่อลดอันตรายหรือความสูญเสีย แทนการวางเป้าหมายให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกโดยเด็ดขาด ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ทำสำเร็จได้ยากในความเป็นจริง เปลี่ยนมาเป็นการลดอุบัติการณ์ของการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อและลดการใช้สารเสพติดที่ไม่ปลอดภัยแทน

ต่อมาแนวคิดนี้ได้ถูกนำไปใช้กับกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ อย่างผู้ดื่มสุราและผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น จากเดิมที่การแก้ปัญหาการติดสุรามักจะมุ่งเน้นไปที่การเลิกอย่างเด็ดขาดและให้การรักษาเฉพาะผู้ที่ติดสุรา (Marlatt, Larimer & Witkiewitz 2002) โดยมีความเชื่อว่า ผู้ที่ติดสุราเกิดจากการที่ไม่สามารถ ยับยั้งชั่งใจได้ และการรักษาคือการปฏิเสธพฤติกรรมการดื่มอย่างเด็ดขาด ในทศวรรษ 1970 มาร์คและลินดา ซอร์เบล ได้ทำงานวิจัยพบว่าการดื่มสุราในปริมาณที่เหมาะสมหรือ Moderate drinking goal เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการรักษาผู้ติดสุรา ด้วยเหตุนี้ Harm Reduction จึงเริ่มได้รับการยอมรับมากขึ้น

ในส่วนของการรักษาผู้ติดสุรา ได้มีการนำแนวคิด Harm Reduction มาใช้ผ่านกระบวนการหลายรูปแบบ (Witkiewitz & Marlatt 2006) เช่น Self help group, Cognitive behavioral treatment หรือ CBT, psychotherapy โดยมีเป้าหมายคือ Moderate goal หรือการดื่มในปริมาณที่เหมาะสม มีวิธีการคือการใช้ยาเพื่อให้ดื่มสุราลดลง เช่น disulfiram, naltrexone เป็นต้น นอกจากนี้แนวคิด Harm reduction ยังถูกใช้ผ่านนโยบายหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีโปรแกรมการสอนผู้จัดการหรือพนักงานในผับ ให้ จำกัดปริมาณสุราให้กับผู้ที่ม่มีอาการเมาหรือต้องขับรถ (Stockwell 2001) หรือ โปรแกรม Designated driver เป็นการกำหนดคนขับรถที่ทำหน้าที่ส่งผู้อื่นกลับบ้านให้สามารถดื่มสุราได้ แต่ต้องอยู่ในระดับที่กำหนดไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุบัติเหตุ (Ditter et al. 2005) หรือในประเทศสกอตแลนด์ มีการใช้ แก้วพลาสติกแทนแก้วในผับเพื่อช่วยลดความรุนแรงกรณีเกิดการทะเลาะวิวาท (Forsyth 2008) จากแนวคิด Harm Reduction ข้างต้น แสดงให้เห็นถึงเป้าหมายที่เปลี่ยนไปของการรักษาผู้เสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มุ่งเน้นการลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นมากกว่าการให้เลิกอย่างเด็ดขาด

งานศึกษาวิถีชีวิตสลาที่เข้าร่วมกระบวนการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รักชนก 2561) พบว่า ในขณะที่สังคม ชุมชน รณรงค์ให้มีการลด ละ เลิกสุราของคนในชุมชนนั้น สุรากลับบมีบทบาทหน้าที่ที่ยังดำรงอยู่ในกลุ่มสลา มีความสำคัญต่อความสัมพันธ์และการควบคุมดูแลกันเองในกลุ่มสลา ที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สลาไม่สามารถเลิกการดื่มได้อย่างถาวร อย่างไรก็ตามกลุ่มสลาก็มีวิธีการควบคุมจำกัดการดื่มในกลุ่มด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงมีข้อเสนอว่าการออกแบบกระบวนการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่นอกจากจะมีเป้าหมายที่การลด ละ เลิก การดื่มสุราของผู้มีปัญหาการดื่มสุราแล้ว ควรออกแบบกระบวนการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ไม่เพียงตั้งต้นมาจากองค์ความรู้จาก สถานพยาบาลเฉพาะทางด้านสุราหรือสารเสพติดเพียงด้านเดียว แต่ต้องอาศัยความเข้าใจ บทบาทของสุรากับวิถีชีวิตวัฒนธรรมที่กลุ่มคนนั้นๆ ดำรงอยู่ และควรสนใจออกแบบโครงการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ หนุนเสริมกระบวนการควบคุมหรือลดปริมาณการดื่มสุราที่ปรากฏอยู่ใน วัฒนธรรมของผู้ดื่มสุราอยู่แล้ว เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่บำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีเป้าหมายที่เป็นไปได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเราจะพบว่าในปัจจุบันทิศทางการทำงานเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ให้ความสำคัญกับแนวทางการลดอันตรายควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาอาการเสพติด อย่างไรก็ตามพบว่ามิจานศึกษาจำนวนน้อยขึ้นที่ศึกษามาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์และวิธีการลดอันตรายที่คนในชุมชนริเริ่มกันเอง ทั้งจากทางกลุ่มของนักดื่มและจากสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน และเป็นมาตรการที่สอดคล้องไปกับวิถีชีวิตและวิถีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนท้องถิ่น

งานวิจัยชิ้นนี้ จึงไม่เพียงศึกษาประเมินมาตรการเชิงโครงสร้างเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของมาตรการเชิงโครงสร้างกับมาตรการชุมชน หากรวมทั้งค้นหาความหมายทางสังคมที่หลากหลายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโลกวัฒนธรรมท้องถิ่น และเหตุผลทางสังคมของการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และค้นหามุมมองที่คนในชุมชนมีต่อสภาพปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน แนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว โดยงานวิจัยชิ้นนี้ให้ความสำคัญกับมาตรการชุมชนและวิธีการลดอันตรายที่ริเริ่มพัฒนาขึ้นภายในชุมชน ซึ่งอาจจะประยุกต์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือเป็นความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความรู้ท้องถิ่นกับความรู้ของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

เพื่อตอบคำถามวิจัย งานวิจัยชิ้นนี้ประยุกต์ความรู้ในลักษณะสหสาขาวิชา และผสมผสานความรู้ทั้งในเชิงแนวคิดทฤษฎี ตัวอย่างงานศึกษาวิจัย กับความรู้ในเชิงปฏิบัติที่ชาวบ้านถ่ายทอดเรียนรู้กัน เพื่อประโยชน์ในการช่วยค้นหามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเทคนิควิธีการลดอันตราย ที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นกันเอง โดยอาศัยแนวคิดที่จะนำเสนอ โดยละเอียดข้างล่างเป็นกรอบคิดในการศึกษาวิจัย ดังนี้

2.1 วัฒนธรรมความเสี่ยงสุขภาพกับวัฒนธรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (risk group) ทั้งในฐานะปัจเจกบุคคลและสมาชิกกลุ่มทางสังคม ได้รับอิทธิพลจากแบบแผนวัฒนธรรมหลากหลายลักษณะที่กำกับ เช่น วัฒนธรรมชาติพันธุ์ วัฒนธรรมมวลชน (Popular culture) และวัฒนธรรมกลุ่มย่อย กับพลังของเงื่อนไขทางสังคมที่ขับเคลื่อนอยู่เบื้องหลัง มิติทางสังคมวัฒนธรรม อาทิ กฎเกณฑ์ทางสังคม คุณค่า ความเชื่อ หรือชุดความคิดนามธรรมบางอย่างที่คนในกลุ่มสังคมมีส่วนร่วม จะคอยกำกับวิธีการมองโลกและการให้ความหมายต่อการแสดงออกของพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ระบบศีลธรรมท้องถิ่นทำหน้าที่นิยามว่าพฤติกรรมใดเป็นสิ่งที่ควรประพฤติปฏิบัติ หรือไม่พึงกระทำ ปัจเจกบุคคลจึงไม่ได้เลือกแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างอิสระ เพราะมันมีลักษณะทางวัฒนธรรมเฉพาะ สถานการณ์ทางสังคม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างเป็นตัวกำกับและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมอีกที ดังนั้นคนในแต่ละชุมชนท้องถิ่นที่ใช้ชีวิตอยู่ในวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีประสบการณ์ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจง จึงรับรู้ ให้ความหมาย จัดช่วงชั้นความเสี่ยง (hierarchy of risk) ตอบสนอง และมีปฏิสัมพันธ์กับความเสี่ยงสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป

พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพจึงเป็นพฤติกรรมทางสังคม เปรียบเหมือนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่มีแบบแผนวัฒนธรรมและเงื่อนไขเชิงโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจเป็นฐานรองรับ ไม่ได้เป็นแค่ “ความจริงทาง

วิทยาศาสตร์” ที่สามารถตรวจสอบวัดได้อย่างเป็นวัตถุวิสัย หากพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพยังเป็น “ความจริงทางสังคม” ที่คนในแต่ละชุมชนท้องถิ่นรับรู้ ให้ความหมาย และตอบสนองต่อความเสี่ยงสุขภาพแตกต่างกัน

ดังนั้น เราจึงมักจะพบว่าแม้จะมีการณรงค์ให้ความรู้สุขภาพ ถึงพิสัยความเสี่ยงสุขภาพต่างๆ ผ่านสื่อช่องทางหลากหลายอย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มเสี่ยงก็ยังคงตัดสินใจเลือกมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพตามเดิม นักสังคมศาสตร์ที่สนใจศึกษาประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เสนอว่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะ “ความเสี่ยงสุขภาพ” และ “พฤติกรรมเสี่ยง” มีความหมายทางสังคม (Social meaning) และทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) บางประการรับใช้ประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมนี้อาจจะตั้งอยู่บนคนละชุดวิธีคิดกับความรู้อุสุขภาพของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นเดียวกัน มีนัยทางสังคมที่หลากหลายมาก ในบางสังคมวัฒนธรรมพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงไปสู่คุณค่าทางจิตวิญญาณ เช่น ในสังคมของชาวโคฟีอาร์ (Kofyar) ประเทศไนจีเรีย และชาวทิริกิ (Tiriki) ในประเทศเคนยาที่เชื่อว่า การดื่มเบียร์ เป็นหนทางเดียวที่จะนำพาผู้คนไปพบพระเจ้าได้ เช่นเดียวกับผู้คนในโลกตะวันตกที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก จะให้คุณค่ากับไวน์ในพิธีกรรมทางศาสนา ในทางตรงข้าม หลายสังคมให้ความหมายเชิงลบต่อแอลกอฮอล์ ในสังคมที่นับถือศาสนาคริสต์นิกาย โปรเตสแตนต์ ศาสนาอิสลาม และศาสนาพุทธ ต่างมองว่าการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นบาป เป็นสัญลักษณ์ของความชั่วร้าย ปิศาจ ทำให้คนห่างไกลจากการเข้าถึงพระเจ้าและคุณงามความดี และบัญญัติเป็นข้อห้ามทางศาสนา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความหมายทางสัญลักษณ์ในพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ ในสังคมอินเดียผู้คนส่วนมากจะนับถือศาสนาฮินดูและความเชื่อท้องถิ่น ดังนั้น จึงเป็นเรื่องปกติที่ผู้คนจะนับถือเทพเจ้าฮินดูควบคู่ไปกับเทพเจ้าท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ธรรมเนียมการบูชาเทพเจ้าทั้งสองกลุ่มจะใช้แอลกอฮอล์ประกอบพิธีกรรมที่แตกต่างกัน โดยชาวอินเดียจะใช้แอลกอฮอล์ในพิธีบูชาเทพเจ้าท้องถิ่นเท่านั้น ส่วนในพิธีบูชาเทพเจ้าองค์สำคัญของฮินดู เช่น พระพรหม พระศิวะ พระนารายณ์ จะไม่มีการใช้แอลกอฮอล์เด็ดขาด เพราะถือเป็นสิ่งไม่บริสุทธิ์ ทำลายความศักดิ์สิทธิ์ของพิธีกรรม (Mandelbaum 1965)

จากการศึกษาวัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในหลากหลายสังคมทั่วโลก นักมานุษยวิทยาพบนัยทางสังคมที่ซ่อนทับอยู่บนพฤติกรรมบริโภครูปแบบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แทบทุกสังคมมีร่วมกัน อยู่ 2 ประการด้วยกัน ดังต่อไปนี้

2.1.1 มีกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมกำกับพฤติกรรมการดื่ม

แทบทุกสังคมทั่วโลกมีกฎหมายควบคุมการบริโภครูปแบบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมกับมีกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมที่ไม่ได้ปรากฏเป็นตัวบทกฎหมายชัดเจน แต่มีพลังควบคุมวิถีการดื่มของคนในสังคม กฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมหนึ่งที่พบในแทบทุกสังคมคือ “การดื่มแอลกอฮอล์เป็นกิจกรรมกลุ่ม” มีค่านิยมว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ต้องทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ ในทางตรงข้าม การดื่มคนเดียวเป็นพฤติกรรมที่ถือว่าผิดปกติในสังคม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม บางสังคมถือเป็นพฤติกรรมต้องห้าม ในสังคมสวีเดนที่มีกฎหมายควบคุมการบริโภครูปแบบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มงวด มีค่านิยมว่าหากจะดื่มแอลกอฮอล์ก็ควรดื่มกันเป็นกลุ่ม

มากกว่าจะดื่มคนเดียว เพราะการดื่มคนเดียวสะท้อนถึง “การไม่มีน้ำใจ” และการมีบุคลิก “ต่อต้านสังคม” รวมทั้งเป็นตัวบ่งบอกว่าคนนั้นกำลังเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นโรคที่น่าอับอายในสังคมสวีเดน

ในทำนองเดียวกัน คนมั่งซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้มงวดกับการดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะมีธรรมเนียมการดื่มหรือการใช้แอลกอฮอล์เพื่อการอื่น เช่น เป็นยารักษาอาการเจ็บป่วย หากจะดื่มก็จะดื่มรวมกันเป็นกลุ่มเท่านั้น ไม่มีการดื่มหรือใช้แอลกอฮอล์เพียงคนเดียว การไม่นิยมดื่มคนเดียวพบได้ในสังคมที่การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ เช่น ชาวฮิปปี้ในประเทศฮังการีนิยมดื่มแอลกอฮอล์เป็นปกติ จะนิยมชวนเพื่อนบ้านมาดื่มด้วยกันเสมอ การดื่มคนเดียวในบ้านโดยไม่ชวนเพื่อนบ้านถือเป็นเรื่องผิดปกติในสังคม เป็นภาพสะท้อนถึงความริ้วรานระหว่างคนดื่มกับเพื่อนบ้าน

กฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมอีกประการหนึ่งที่พบร่วมกันคือ “การต้องแบ่งปัน” (Sharing) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับคนอื่น รูปแบบที่ปรากฏร่วมกันในหลายสังคมคือ การดื่มแอลกอฮอล์จากภาชนะเดียวกัน เช่น ในสังคมชาวแคมบอ ประเทศโบลีเวีย คนท้องถิ่นในประเทศจอร์เจีย มีคำศัพท์เรียกการดื่มจากภาชนะเดียวกันแปลเป็นภาษาอังกฤษว่า “เพื่อนสนิท” นอกจากการแบ่งปันกันดื่มในผู้ร่วมวงแล้ว ยังพบการแบ่งปันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับอำนาจเหนือธรรมชาติอีกด้วย ในสังคมชาวนาวาโฮ (Navajo) ชนพื้นเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนที่พวกเขาจะเริ่มดื่มไวน์ในพิธีกรรมต่างๆ จะต้องให้ผู้อาวุโสเทไวน์ลงบนพื้นเพื่อเป็นการแสดงความเคารพต่อพระแม่ธรณี เมื่อดื่มกันเสร็จแล้วก็ต้องทำพิธีเช่นเดียวกันนี้ปิดท้ายด้วยธรรมเนียมปฏิบัติเช่นนี้ ยังพบในแก๊งค์วัยรุ่นเชื้อสายละตินอเมริกาที่กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จะเทเหล้าลงพื้นเพื่อรำลึกถึง “พี่น้อง” ในแก๊งค์ที่เสียชีวิตไป ก่อนจะเริ่มดื่ม รวมทั้งชาวฮิปปี้ในประเทศฮังการี จะเทเหล้าลงบนหลุมศพญาติพี่น้อง เพื่อเป็นการรำลึกถึงผู้ตายในวัน “All Souls Day”

ในหลายสังคมจะมีกฎทางวัฒนธรรมที่คอยกำกับพฤติกรรมผู้ดื่ม ไม่ให้สร้างความรำคาญ หรืออันตรายแก่คนอื่นในชุมชน เช่น ในหมู่ชาวแคมบอประเทศโบลีเวียมีค่านิยมว่า ใครก็ตามที่เข้ามาร่วมวงดื่มด้วยกันแล้ว ห้ามออกจากวงไปไหนทั้งสิ้น ไม่ว่าใครจะดื่มจนเมาหัวราน้ำแค่ไหน ก็ต้องอยู่ในวงตลอดเวลา จนกว่าคนทั้งวงจะเลิกดื่มพร้อมกัน จึงจะแยกย้ายกลับบ้านได้ ในสังคมคนมั่งก็มีกฎการดื่มว่า แยกผู้มาเยี่ยมจะต้องดื่มให้ได้เท่ากับที่เจ้าของบ้านดื่ม กฎดังกล่าวนี้จะช่วยให้เจ้าของบ้านสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของแขกได้ โดยกฎเกณฑ์เช่นนี้พบในสังคมเดนมาร์กเช่นกัน เวลาที่ชาวเดนมาร์กจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ ซึ่งมีการดื่มแอลกอฮอล์กันนั้น จะมีกฎทางวัฒนธรรมกำกับไว้ว่า ใครก็ตามที่มึนงงจะต้องไม่แยกตัวอยู่คนเดียว แต่จะต้องพูดคุยสังสรรค์กับคนอื่นในงาน อย่างไรก็ตาม เวลาที่สนทนากัน ไม่ว่าใครจะดื่มมาหนักมากแค่ไหน ก็จะต้องไม่พูดเสียงดัง ห้ามพูดแทรกขึ้นมาตอนที่คนอื่นพูด ใครก็ตามที่แสดงละเมิดกฎทางวัฒนธรรมนี้ จะถูกจดจำว่าเป็นคนที่ไม่มีความประพฤติที่ดี ที่สำคัญการอธิบายว่าทำไปเพราะเมานั้น ไม่สามารถนำมาใช้เป็นข้ออ้างแก้ตัวได้

แทบทุกสังคมจะมีข้อปฏิบัติในการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างผู้ชายกับผู้หญิงแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นชนิดเครื่องดื่ม ปริมาณการดื่มของแต่ละเพศ สถานที่ดื่ม พฤติกรรมขณะดื่ม และการเมาของแต่ละเพศ ข้อปฏิบัติในการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันระหว่างเพศนั้น สอดรับไปกับแนวคิดเพศสภาพในแต่ละ

วัฒนธรรม สังคมมักกำหนดให้สมาชิกเพศชายจะต้องแสดง “ความเป็นชาย” (Masculinity) ของตัวเอง ออกมาให้สมาชิกในสังคมรับรู้อย่างชัดเจน กลไกหนึ่งที่ใช้ชายใช้แสดงความเป็นชายออกมาก็คือ การมีแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างไปจากแบบแผนของผู้หญิง ในทางกลับกัน นิยามคุณลักษณะของ “ความเป็นหญิง” (Feminine) คือผู้รักษาริยธรรมที่ดีงามของสังคม และผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองได้ ในสังคมที่นิยามความเป็นหญิงไว้เช่นนี้ นิยมใช้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความเป็นหญิงในสังคม

ในปัจจุบันหลังเลิกงาน ผู้หญิงชาวญี่ปุ่นพนักงานออฟฟิศสามารถดื่มเพื่อสร้างสรรค์และเข้าสังคมได้เหมือนกับผู้ชาย ผู้หญิงที่ดื่มคนเดียวในบ้านถูกเรียกว่า “นักดื่มในห้องครัว” (kitchen drinkers) หรือคนที่ใช้ห้องครัวเป็นสถานที่ดื่ม ผู้หญิงญี่ปุ่นถูกรับรู้ว่าเป็นนักดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงที่จะเมามากกว่าผู้ชาย ดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมกว่า หากจะดื่มภายในบ้าน มากกว่าจะออกมาดื่มนอกบ้าน เพราะเสี่ยงอันตรายหรือก่อปัญหาสังคม (Thom 1994)

2.1.2 การดื่มแอลกอฮอล์มีความหมายและหน้าที่ทางสังคม

เหตุผลหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมทางสังคมต่างๆ ที่มนุษย์แสดงออกมานั้น ยังคงปรากฏหรือเป็นสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา เพราะพฤติกรรมทางสังคมดังกล่าว “ทำหน้าที่” บางประการให้กับสังคมโดยรวม ไม่ใช่แค่ตอบสนองความต้องการส่วนตัวของปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น การดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นเดียวกัน นอกจากจะเป็นพฤติกรรมทางสังคม ที่ปรากฏในแทบทุกกลุ่มสังคมแล้ว ยังเป็นพฤติกรรมที่มนุษย์ปฏิบัติสืบต่อกันมายาวนานหลายศตวรรษ

หน้าที่ทางสังคมของแอลกอฮอล์ ที่พบได้ในแทบทุกกลุ่มสังคมคือ เป็นตัวจำแนกช่วงเวลาในแต่ละช่วงของชีวิต โดยรูปแบบที่พบได้ทั่วไปคือ การดื่มแอลกอฮอล์หลังเลิกงาน และการสังสรรค์ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ แอลกอฮอล์ทำหน้าที่ในเชิงสัญลักษณ์เพื่อแยกขาดระหว่างช่วงเวลา “ปกติ-เคร่งเครียด” กับช่วงเวลา “พิเศษ-ผ่อนคลาย” อย่างไรก็ดี ขณะที่หลายสังคมดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาแห่งการสังสรรค์ผ่อนคลาย บางสังคมใช้การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นสัญลักษณ์ บ่งบอกถึงการสิ้นสุดของช่วงเวลาพักผ่อน และกำลังจะเปลี่ยนผ่านไปสู่วางเวลาต้องทำงานตามปกติ

ตัวอย่างเช่น ผู้ชายในแคว้นอันดาลูเซีย (Andalucia) ประเทศสเปน จะนิยมไป “cafe” หลังตื่นนอนเพื่อดื่มกาแฟกับสุรากลั่นไร้สี ที่เรียกกันว่า “anisetto” และ สุรากลั่นมีสีที่เรียกกันว่า “cognac” เล็กน้อยก่อนไปทำงาน ชาวเปรูก็มีค่านิยมว่า หากจะทำงานที่ออกแรงมากเป็นพิเศษ เช่น การมุงหลังคา การหว่านเมล็ดพืช เพื่อเตรียมทำการเกษตร การเตรียมงานเฉลิมฉลองในชุมชน ก็จะต้องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อ “เพิ่มพลัง” ก่อนจะลงมือทำงาน ชาวฮิวในหลายประเทศจะนิยมดื่มไวน์ ในขณะที่ประกอบพิธีกรรมในวัน “สะบาโต” (Sabbath day) วันหยุดพักผ่อนศักดิ์สิทธิ์ในศาสนาユดา เพราะเชื่อกันว่าเป็นวันที่พระเจ้าทรงพักผ่อน จากการสร้างโลกมา 6 วัน ซึ่งในศาสนาユดาถือเอาวันเสาร์ทุกสัปดาห์เป็นวันสะบาโต เพื่อเป็นสัญลักษณ์บ่งบอกว่ากำลังสิ้นสุดช่วงเวลาศักดิ์สิทธิ์และกำลังเข้าสู่ช่วงเวลาปกติหรือเวลาทำงานนั่นเอง

ในทางตรงกันข้าม บางสังคมกลับใช้การ “งดดื่ม” ทำหน้าที่ในการจำแนกช่วงเวลาแทน “การดื่ม” ตัวอย่างเช่น ชาวอินเดียในวรรณะพราหมณ์ และวรรณะกษัตริย์หลายกลุ่ม ดื่มแอลกอฮอล์กันเป็นปกติ โดยเฉพาะคนในวรรณะกษัตริย์ถือว่า การดื่มเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์กลุ่มตนเอง จะงดดื่มแอลกอฮอล์เพื่อทำตัวให้ “บริสุทธิ์” ในช่วงเวลาที่ต้องเตรียมตัวทำพิธีกรรมบูชาเทพเจ้าในศาสนาฮินดู

ในทุกสังคมที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ประเภทเสมอ แต่ความแตกต่างระหว่างแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ ไม่ได้มีเพียงแค่ความแตกต่างในมิติทางกายภาพ เช่น รส กลิ่น สี วัตถุประสงค์และกระบวนการผลิตเท่านั้น แต่แอลกอฮอล์แต่ละประเภทยังมีความหมาย และหน้าที่ทางสังคมที่แตกต่างกันไปอีกด้วย ในฝรั่งเศสซึ่งขึ้นชื่อในเรื่องความละเอียดอ่อนของการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ในช่วงมื้ออาหารแต่ละมื้อ แอลกอฮอล์แต่ละชนิดจะถูกเสิร์ฟในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ช่วงก่อนมื้ออาหาร จะต้องดื่ม “aperitif” เพื่อเรียกน้ำย่อยก่อน จากนั้นในระหว่างมื้ออาหารจะมีการเสิร์ฟไวน์ขาวก่อนไวน์แดงเสมอ และเมื่อกินอาหารเสร็จ ก็จะต้องดื่ม “บรันดี” และ “digestive” ปิดท้าย เท่านั้น ชาวชิปซีในประเทศอังกฤษ มีกฎหมายวัฒนธรรมในการทำงานของตัวเองกันว่า หากสมาชิกในสังคมจะดื่ม “บรันดี” จะต้องดื่มในบางช่วงเวลาเท่านั้น ได้แก่ ช่วงเช้าหลังตื่นนอน ช่วงกลางดึกในกรณีที่ดินขึ้นมา การดื่มบรันดีในช่วงเวลาอื่น จะถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม

ความแตกต่างชนิดแอลกอฮอล์ บ่งบอกสถานะทางสังคมของผู้ดื่ม เช่น ชาวโปแลนด์ถือว่าไวน์ที่เป็นเครื่องดื่มนำเข้าจากต่างประเทศ เป็นเครื่องดื่มที่แสดงความเป็นปัญญาชนของผู้ดื่ม ในขณะที่เบียร์ โดยเฉพาะเบียร์ท้องถิ่น ถูกตีตราว่าเป็นเครื่องดื่มของชนชั้นแรงงาน ตรงกันข้ามกับประเทศฝรั่งเศส ซึ่งไวน์เป็นเครื่องดื่มธรรมดาทั่วไป ที่คนดื่มกันจนเป็นเรื่องปกติ ในขณะที่วัยรุ่นฐานะดีในประเทศฝรั่งเศส กลับมีค่านิยมชอบดื่มเบียร์นำเข้าจากต่างประเทศมากกว่า นอกจากนั้น การเลือกดื่มแอลกอฮอล์ที่มีสถานะทางสังคมสูง ในบางครั้งไม่ได้เป็นการสะท้อนสถานะทางสังคมที่แท้จริงของผู้ดื่ม แต่เป็นการแสดงถึงความต้องการของผู้ดื่มในการเลื่อนสถานะทางสังคม

ประเภทของแอลกอฮอล์เป็นกลไก จำแนกความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนที่ร่วมวงดื่มอีกด้วย เช่น ในสังคมออสเตรีย หากจัดงานฉลองที่เป็นทางการ หรือเป็นงานที่แขกกับเจ้าภาพรู้จักกันอย่างผิวเผิน พวกเขาจะใช้เครื่องดื่มที่เรียกว่า “sekt” ในงาน แต่ถ้าหากจัดงานฉลองที่ไม่เป็นทางการ ที่มีแต่เครือญาติและเพื่อนสนิทกัน จะใช้เครื่องดื่มอีกประเภทที่เรียกว่า “schnapps” ในงานแทน ในสหรัฐอเมริกาถ้าเป็นงานที่เป็นทางการก็จะนิยมดื่มไวน์ ส่วนงานที่ไม่เป็นทางการ หรืองานที่มีแต่เพื่อนสนิทกันจะนิยมดื่มเบียร์หรือสุราถล่ม เป็นต้น

หน้าที่ทางสังคมที่สำคัญอีกประการหนึ่งของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การเป็นสัญลักษณ์ในพิธีกรรม การเปลี่ยนผ่านสถานะหรือช่วงเวลาสำคัญในชีวิต ในหลายสังคม เมื่อมีเด็กเกิดใหม่ในชุมชนจะมีการจัดงานเฉลิมฉลองที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบสำคัญในงาน เช่น ชาวคริสต์ในโปแลนด์ จะมีธรรมเนียมที่ครอบครัวของเด็กและเพื่อนสนิท จะพากัน ไปฉลองที่ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดย “พ่อทูนหัว” (Godfather) ของเด็ก จะต้องมีหน้าที่เลี้ยงแอลกอฮอล์ให้กับทุกคนที่ไปร่วมงาน หลังจากพาเด็ก

ทำพิธีรับศีลในโบสถ์เรียบร้อยแล้ว ชาวเม็กซิกันที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาที่มีธรรมเนียมที่คล้ายกัน คือ เมื่อมีเด็กเกิดใหม่ก็ต้องมีการจัดงานเฉลิมฉลอง โดยคนที่มิบทยาหลักก็คือ “padrino” หรือพ่อทูนหัวของเด็ก ซึ่งหน้าที่สำคัญของพ่อทูนหัว คือ การเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่แขกที่มาร่วมงาน ถือเป็นสัญลักษณ์ของการกลายมาเป็นครอบครัวเดียวกัน ระหว่างครอบครัวของพ่อทูนหัวและครอบครัวของเด็ก

ในบางสังคมแอลกอฮอล์ถือเป็นเครื่องดื่ม ที่ขาดไม่ได้ในทุกพิธีกรรมสำคัญของชีวิต เช่น ชาววิรู (Virú) ชนพื้นเมืองกลุ่มหนึ่งในประเทศโบลิเวีย จะใช้สุราหมักท้องถิ่นอย่าง “ชิชา” (chicha) ในทุกพิธีกรรมสำคัญในชีวิต เช่น พิธีล้างบาปในโบสถ์ พิธีตัดผมครั้งแรกของเด็กผู้ชาย พิธีการเจาะหูครั้งแรกของเด็กผู้หญิง พิธีแต่งงาน รวมทั้งในพิธีศพ

หน้าที่ทางสังคมของแอลกอฮอล์ ในฐานะสัญลักษณ์ของการเปลี่ยนผ่านช่วงเวลาสำคัญในชีวิต ไม่ได้มีความหมายเพียงแค่พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับ “วงจรชีวิต” อย่างการเกิดหรือการตายเท่านั้น ในหลายสังคมหน้าที่ของแอลกอฮอล์ ยังปรากฏในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตรูปแบบอื่นอีกด้วย เช่น ในประเทศจอร์เจียถือว่าการศึกษา โดยเฉพาะการเรียนจบของเด็กผู้หญิง เป็นโอกาสสำคัญในชีวิตที่ต้องเฉลิมฉลอง ในประเทศเปรู ถือว่าการปลูกบ้านใหม่เป็นเทศกาลเฉลิมฉลองของคนในชุมชน ซึ่งสิ่งที่ขาดไม่ได้คือสุราหมักท้องถิ่นอย่าง “ชิชา” และ “ปิสโก” (pisco) เป็นต้น

ความหมายทางสังคมและหน้าที่ทางสังคมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ตั้งอยู่บนฐานคิดตรรกะคำอธิบายในโลกวัฒนธรรมคนท้องถิ่น จะช่วยไม่ให้ลดทอนมุมมองที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนท้องถิ่นลงไปเหลือแค่ความหมายเดียว คือ การเป็นพยาธิสภาพตัวก่อโรครวมทั้งลดมายาคติไม่มองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมส่วนตัวของปัจเจกบุคคล แต่ใส่ใจต่อกฎเกณฑ์ทางสังคมวัฒนธรรม ความหมายทางสังคม และบริบทเงื่อนไขทางเศรษฐศาสตร์การเมืองที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับพฤติกรรมการดื่มอยู่เสมอ งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีมุมมองต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคร่างกายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราประโยชน์ในมุมมองคนในของนักดื่มที่หลากหลาย และมีความหมายทางสังคมบางประการสำหรับนักดื่มและคนในชุมชนบางกลุ่ม การขยายมุมมองต่อความหมายทางสังคมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่ม จะช่วยให้นักวิจัยมองเห็นวิธีการ “ลดอันตราย” จากการดื่มที่เรียนรู้และถ่ายทอดกันภายในวัฒนธรรมท้องถิ่น และวัฒนธรรมย่อยเฉพาะภายในกลุ่มนักดื่ม

2.2 แนวคิดการลดอันตราย

บ่อยครั้งคนในสังคมมักมองว่าผู้มีอาการจากพิษสุราเรื้อรัง (alcohol dependence) เป็นพวกที่มีความผิดปกติทางจิตใจ (mental disorder) หรือเป็นโรคที่รุนแรง โดยมีสาเหตุมาจากการเลือกที่จะไม่ดำเนินชีวิตตามกรอบศีลธรรมทางสังคม รวมถึงขาดความรับผิดชอบในตนเองตั้งแต่การยับยั้งชั่งใจ จนถึงการเข้ารับการรักษาบำบัด อีกทั้งยังมีพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถคาดเดาคำความคิดได้ กระนั้นก็ดีแบบจำลองการรักษาทางการแพทย์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการบำบัดเยียวยา เพื่อให้ผู้ประสบกับพิษสุราเรื้อรัง

สามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติในสังคมได้ ทว่า การประทุษร้าย (stigmatization) ต่อผู้ติดสุราถือเป็นปัญหา ระดับสังคมและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้มีอาการส่วนมากเลือกที่จะไม่เข้ารับการรักษา ดังเห็นได้จากผลสำรวจของ National Survey on Drug Use and Health ในปี 2009 โดยพบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ประสบกับอาการพิษสุราเรื้อรังในสหรัฐอเมริกาไม่เข้าสู่กระบวนการทางการแพทย์มักมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลว่าจะถูกคนในสังคมประทุษร้าย

ดังนั้น แม้การแก้ปัญหาการประทุษร้าย (stigmatization) โดยอาศัยการพัฒนาหรือยกระดับความเจ็บป่วยจากพิษสุราเรื้อรังทางการแพทย์มากเท่าไร ก็ยังมีสามารถลดการประทุษร้ายจากคนในสังคมได้ โดยตัวมันเอง ขณะเดียวกันองค์ความรู้ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถโน้มน้าวหรือพลิกโฉมให้ผู้คนลดภาพจำของการเหมารวมต่อผู้ประสบกับภาวะพิษสุราเรื้อรังได้ กล่าวคือ การอ้างว่าผู้ที่ประสบกับอาการพิษสุราเรื้อรังนั้นเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางการแพทย์อย่างหนึ่ง ไม่สามารถช่วยให้คนในสังคมหวาดระแวงต่อบุคคลนั้น ในทางกลับกัน คนในสังคมมีสิทธิ์ที่จะเป็นกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองได้

อย่างไรก็ตาม การละเลยถึงข้อเท็จจริงทางสังคมและการผลักภาระไปให้ผู้ประสบกับอาการพิษสุราเรื้อรังในมิติเชิงปัจเจกเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาการถูกประทุษร้ายได้อย่างยั่งยืน ในทางตรงกันข้าม วิธีการรับมือจากปัญหาการประทุษร้ายต้องอาศัยการบูรณาการร่วมกันระหว่างหลักทางจริยศาสตร์ผนวกกับหลักทางการแพทย์ (mediocoethical) คือการสร้างความเข้าใจให้กับคนในสังคมว่าด้วยความสามารถในการเยียวยาผู้ประสบกับอาการพิษสุราเรื้อรังนั้นไม่สามารถทำได้โดยอาศัยความสามารถของปัจเจกเพียงอย่างเดียว เนื่องจากปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน องค์กร กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ยิ่งให้ความสำคัญต่อสถานะความเป็นปัจเจกน้อยลง โดยใส่ใจปัจจัยทางสภาพแวดล้อมร่วมด้วย จะยิ่งทำให้การถูกกล่าวหาและการประทุษร้ายจากกลคน้อยลง เราอาจกล่าวได้ว่า สภาพแวดล้อมนั้นเป็นทั้งปัจจัยที่ก่อให้เกิดการประสบกับอาการพิษสุราเรื้อรัง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเยียวยานำบำบัดรักษาอีกด้วย

บทความเรื่อง “Destigmatizing Alcohol Dependence: The Requirement for an Ethical (Not Only Medical) Remedy” Laula Williamson (2012) นำเสนอถึงแนวทางการป้องกันการตีตราทางสังคมต่อผู้ประสบกับพิษสุราเรื้อรังว่าแนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบูรณาการหลักทางจริยศาสตร์ (ethical analysis) เพื่อนำไปพัฒนาเป็นนโยบาย ผ่านการนำความเชื่อในเชิงค่านิยมชุดเดิมของสังคมมาเทียบเคียงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าด้วยความสมเหตุสมผลกับความเชื่อชุดดังกล่าวเพื่อสร้างข้อสรุปใหม่ให้กับสังคมต่อไป เนื่องจากแนวทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว (medical approach) ไม่สามารถช่วยลดการประทุษร้ายทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การลดอันตรายเป็นแนวคิดพื้นฐานสำคัญหนึ่งที่หลายประเทศในโลกใช้พัฒนาออกแบบมาตรการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ การเคลื่อนไหวทางสังคมภายใต้แนวคิดลดอันตรายจากความเสียหายสุขภาพในช่วงแรก เริ่มต้นชัดเจนที่เมืองรอตเตอร์ดัม (Rotterdam) ประเทศเนเธอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 1977 กลุ่มคนใช้ยาเสพติดประเภทนิโคตินจำนวนหนึ่งในเมือง รวมตัวกันในชื่อ “Junkiebond” หรือ “Junkie Union”

เคลื่อนไหวก้าวให้สังคมตระหนักถึงการสร้างตราบาป (stigma) ให้ผู้ใช้ยาเสพติด ขณะเดียวกันก็รวมกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพระหว่างกัน โดยหนึ่งในวิธีการดูแลซึ่งกันที่ใช้นั้นคือ การกระตุ้นให้ไม่ใช้เข็มร่วมกันและใช้เข็มใหม่เสมอในการใช้ยาแต่ละครั้ง กล่าวได้ว่า พวกเขาคือกลุ่มแรกๆ ที่คิดค้นและดำเนินการ โครงการการแลกเปลี่ยน (Needle and Syringe Program – NSP) ซึ่งต่อกลายเป็น โครงการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงผู้ใช้ยาเสพติด ที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลกในเวลาต่อมา (Parkin, 2014: 37-38)

แนวทางการลดอันตราย ยังถูกใช้พัฒนาออกแบบมาตรการสุขภาพ เพื่อลดอันตรายจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ตำรวจประเทศอังกฤษจะแจกซองเท้าตะไกวกับผู้หญิงที่เขยวกลางคืนที่ใส่ส้นสูงเพื่อป้องกันอันตรายจากการเมาแล้วหกล้ม นักวิทยาศาสตร์ที่ประเทศอังกฤษกำลังพัฒนาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณสารพิษน้อยเพื่อลดผลกระทบต่อร่างกายและสมอง เรียกว่า “Alcosynth” และในหลายประเทศได้อนุญาตให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงใช้บุหรี่ไฟฟ้าแทนบุหรี่มวน เพื่อลดอันตรายจากการสูบบุหรี่มวน

มาตรการสุขภาพที่พัฒนาบนพื้นฐานแนวทางการลดอันตราย ที่ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรม ตัวอย่างให้กับมาตรการสุขภาพอื่นคือ มาตรการควบคุมการใช้ยาเสพติดที่มุ่งจำกัด “อันตราย” (Harm) ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด มากกว่ามุ่งควบคุม “พฤติกรรม” การใช้สารเสพติด (Consumption control/Consumption reduction) เราจะเห็นได้เลยว่า มาตรการลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ตั้งอยู่บนฐานคิดมุมมองใหม่ต่อความเสี่ยงสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ โดยเฉพาะหลักการเคารพสิทธิมนุษยชนและความเป็นมนุษย์ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ไม่ได้มองความเสี่ยงสุขภาพอยู่ภายใต้ นิยามความหมายเดียวตายตัวการเป็นพยาธิสภาพตัวก่อโรค และไม่ได้มองกิจกรรมการใช้สารเสพติดในฐานะอาชญากรรมหรือความผิดบาปทางศีลธรรม หากขยายมุมมองอื่นที่กว้างขึ้นอีกด้วย ดังนี้

1) Moral free and respect dignity การมองว่าผู้ใช้สารเสพติดมีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด ไม่ลดทอนความซับซ้อนของสาเหตุการใช้สารเสพติดเหลือเพียง เรื่องความบกพร่องทางศีลธรรม อาชญากรรม หรืออาการป่วย แต่การใช้สารเสพติดเป็นเหมือนกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ที่มนุษย์ทำกัน ในแง่การเป็นกิจกรรมที่มีความแตกต่างหลากหลายในตัวเอง มีบริบททางสังคมมาเกี่ยวข้องอยู่เสมอ เช่น จุดประสงค์และประสบการณ์ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ “อยากลองเล่นๆ” ไปจนถึง “ใช้เพื่อเยียวยาความทุกข์” จุดประสงค์ที่แตกต่างกันออกไปเช่นนี้ ยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ใช้สารเสพติดกับคนรอบข้าง สัมพันธ์กับค่านิยมทางวัฒนธรรมในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ที่ไม่เหมือนกันในแต่ละสังคมวัฒนธรรมอีกด้วย ดังนั้น พฤติกรรมการใช้สารเสพติดไม่ได้เป็นพฤติกรรม หรือกิจกรรมสังคมที่สะท้อน “ความผิดบาป” ของผู้ใช้สารเสพติด

2) Realistic/Pragmatism มองสถานการณ์การใช้สารเสพติดตามความเป็นจริง ไม่ตั้งเป้าหมายการจัดการที่เป็นอุดมคติเกินไป มีมุมมองว่าแนวคิดและมาตรการที่มุ่งให้ผู้ใช้สารเสพติดเลิกใช้อย่างเด็ดขาด

(abstinence) เช่น เลิกใช้ยาเสพติด เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ควรเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ “สูงสุด” หรือเป็นเพียงเป้าหมายเดียวของการทำงานรณรงค์ การควบคุมป้องกัน หรือการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด เป้าหมายการทำงานเรื่องนี้ควรแตกต่างหลากหลาย ขึ้นกับเจตจำนงและศักยภาพของผู้ใช้สารเสพติดเป็นหลัก หากพวกเขายังไม่ต้องการ ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพได้ แนวคิดการลดอันตรายก็มองว่าไม่ใช่เรื่องผิดปกติแต่อย่างใด อยากรู้ก็ตาม ไม่ได้แปลว่ามาตรการลดอันตราย สนับสนุนให้คนมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพต่อต้านการทำงานที่มุ่งให้ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพเลิกมีพฤติกรรมอย่างเด็ดขาด แต่มองว่าเป้าหมายนี้ควรจะเป็นเพียงตัวเลือกหนึ่งท่ามกลางตัวเลือกอื่นๆ มากกว่าเป็นเพียงตัวเลือกเดียวให้กับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพเท่านั้น

3) Focus harm firstly การให้ความสำคัญกับการจัดการอันตรายเป็นลำดับแรก เพราะเป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพควบคุมจัดการได้ง่ายกว่า การห้ามหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายให้ใช้แก้วพลาสติกแทนแก้ว ในกรณีที่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่สาธารณะไม่ใช่ในปั๊มน้ำมัน เพื่อลดอันตรายจากการใช้แก้วเป็นอาวุธเมื่อเกิดเหตุทะเลาะวิวาท ประเทศสวีเดนจัดตั้งหน่วยบริการ ให้ผู้ใช้สารเสพติดประเภทฉีด เข้ามาใช้ยาเสพติดอย่างเปิดเผย เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้เข็มที่ปนเปื้อน

4) Active drug user การมองว่าผู้ใช้สารเสพติดเป็นผู้มีบทบาทหลัก (active) ในการจัดการชีวิตตัวเอง เป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ สามารถตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและวิธีการในการควบคุมป้องกัน แก้ไขอันตรายอันเกิดจากการใช้สารเสพติดของตัวเองได้ มาตรการลดอันตรายมองว่าผู้ใช้สารเสพติดเป็นมากกว่าเพียง “เหยื่อ” หรือมีบทบาทเพียงรอรับความช่วยเหลือ (passive) จากบุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยงานภาคประชาสังคม เจ้าหน้าที่รัฐ หรือคนอื่นๆ ในสังคมเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

มาตรการสุขภาพบนฐานคิดการลดอันตราย ไม่ได้มีรูปแบบที่ตายตัว ไม่จำเป็นต้องทำเหมือนกันทุกพื้นที่ แต่เน้นความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ หรือกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ที่สำคัญไม่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกกลัว แปลกแยก ต่ำต้อย ไร้ศักดิ์ศรี แต่ต้องทำให้พวกเขาารู้สึกถึงความเป็นมิตร ความกระตือรือร้นในการฟังหรือเรียนรู้สิ่งที่เขาทำจากมุมมองของเขา และทำให้เขารู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าและศักยภาพในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดได้

กอร์ดอน มาร์ลัท (Gordon Marlatt) และ เคที วิทเควิตซ์ (Katie Witkiewitz) นักจิตวิทยาและนักวิชาการด้านการลดอันตราย อุปมาอุปไมยแนวคิดและแนวปฏิบัติการลดอันตรายไว้ได้อย่างน่าสนใจ โดยทั้งคู่กล่าวว่า ผู้ใช้สารเสพติดเปรียบเสมือนคนที่กำลังขับรถมาถึงสี่แยก ที่มีไฟจราจร “สีแดง” ซึ่งเปรียบเสมือนมาตรการเด็ดขาดที่บังคับให้เลิกขาดจากการใช้สารเสพติด ส่วน “สีเขียว” เปรียบได้กับการใช้สารเสพติดต่อไปโดยไม่ใส่ใจผลกระทบที่ตามมา แต่การลดอันตรายเปรียบได้กับ “ไฟเหลือง” ที่คอยเตือน

ให้ผู้ขับขี่หรือผู้ใช้สารเสพติดในที่นี่ ะมัดระวังถึงอันตรายที่จะเกิดตามมาจากการใช้สารเสพติด เพื่อข้ามสิ่ง
แยกนั้นได้อย่างปลอดภัย (Marlatt & Witkiewitz 2010: 592)

การถกเถียงในรายละเอียดว่า มาตรการใดดำเนินการตามกรอบคิดนี้บ้างก็ยังไม่สิ้นสุด นักวิชาการบาง
กลุ่มจะไม่นับมาตรการที่มุ่ง “จำกัดพฤติกรรม” การใช้ว่าเป็นมาตรการลดอันตราย แม้จะเป็นมาตรการที่
ได้ผลและเป็นที่ยอมรับ เช่น การแนะนำให้ผู้ฉีดเฮโรอีนเปลี่ยนมาใช้สารเมทาโดนทดแทน การลดปริมาณการ
ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในหมู่คนดื่มหนัก (ลดการดื่มน้ำมากกว่า 5 ดื่มน้ำมาตรฐานต่อการดื่มน้ำหนึ่งครั้ง) ให้มีดื่มน้ำในปริมาณ
ที่เหมาะสมแทน ในขณะที่นักวิชาการบางกลุ่มนับว่ามาตรการเหล่านี้ แม้จะมุ่งจำกัดพฤติกรรม แต่ก็ไม่ได้มี
เป้าหมายอยู่ที่การบังคับให้ผู้เสพ เลิกพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดอย่างเด็ดขาด ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่ามาตรการ
เช่นนี้เป็นมาตรการการลดอันตรายได้ (Marlatt & Witkiewitz 2002; Ritter & Cameron 2005)

งานวิจัยชิ้นนี้ อาศัยฐานคิดสำคัญของแนวคิดการลดอันตรายเป็นกรอบคิดช่วยในการค้นหาเทคนิค
วิธีการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนในชุมชนคิดค้นกันเอง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้าง
วิถีของการดื่มอย่างปลอดภัย การลดการดื่มลง และหยุดดื่มในท้ายที่สุด ให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือ
สมาชิกในชุมชนที่นิยมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีเงื่อนไขทางสังคมที่ทำให้มีความจำเป็นต้องดื่ม
หรือหลีกเลี่ยงการดื่มไม่ได้ด้วยเหตุผลความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ

2.2.1 จริยศาสตร์การลดอันตราย

มโนทัศน์เรื่องการลดอันตราย หรือ “Harm Reduction” มีความหมายและขอบเขตที่ค่อนข้าง
คลุมเครือ แต่โดยทั่วไปแล้วมักเป็นที่เข้าใจกันว่าเป็นแนวทางในการ “ลดความเสี่ยง” อันเป็นผลสืบเนื่องจาก
พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง อาทิ มาตรการทั่วไปที่บังคับให้ผู้ขับขี่สวมใส่หมวกนิรภัยเพื่อลดความรุนแรง
หรือการสูญเสียเมื่อประสบอุบัติเหตุทางท้องถนน หรือโครงการ Needle Exchange Program โดยอนุญาตให้
ผู้เสพยาเสพติดนั้นสามารถนำเอาเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วมาแลกซื้อในราคาที่ต่ำ กระทั่งแลกฟรีจากองค์กรหรือ
หน่วยงานของภาครัฐเพื่อลดการระบาดของโรคติดต่อจากการใช้ยาเสพติดด้วยเข็มฉีดยา นอกจากนี้อีก
ตัวอย่างหนึ่งของการนำมโนทัศน์การลดอันตรายเข้ามาสร้างนโยบายคือ การกำหนดให้เด็กหญิงเมื่อเข้าสู่ชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HPV ซึ่งติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเด็กใน
วัยนี้กำลังเริ่มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศ และควรได้รับการป้องกันไม่ทางใดก็ทางหนึ่งจากผลที่อาจเกิดขึ้น
ตามมา

หากมองคูวิวัฒน์แล้วมโนทัศน์ดังกล่าวดูเหมือนจะเป็นแนวคิดที่ให้เสรีภาพต่อคนในสังคมในการ
ดำเนินพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของตนเองต่อไปได้ โดยที่ไม่ถูกแทรกแซงหรือถูกห้ามให้
ยุติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างสิ้นเชิง แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวกลับต้องเผชิญกับการถูกตั้งคำถามใน
ประเด็นทางจริยธรรมมากมาย และมีผู้คนจำนวนมากที่ไม่เห็นด้วย เนื่องจากมองว่ามโนทัศน์เรื่องการลด
อันตราย (harm reduction) ที่นำมาปรับใช้กับการจัดการปรากฏการณ์ทางสังคมนั้น เป็นการสนับสนุน
พฤติกรรมเสี่ยงในทางอ้อม หรือบางครั้งอาจถูกใช้เพื่อเป็นข้ออ้างในการสนับสนุนที่ทำให้สิ่งผิดกฎหมาย

กลายมาถูกกฎหมาย และที่สำคัญคือเป็นการสนับสนุนพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรมจรรยาของสังคม ในทางตรงกันข้าม ฝ่ายที่สนับสนุนแนวคิดของมโนทัศน์ดังกล่าวมองว่ามันเป็นวิธีการที่มีความเป็นกลางในเชิงคุณค่า (value-neutral approach) ต่อการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม รวมถึงเป็นวิธีที่สามารถลดความเสี่ยงทางสังคมได้จริง ทั้งนี้ พฤติกรรมใดจะถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์และเงื่อนไข ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวพฤติกรรมโดยตัวของมันเอง

กระนั้นก็ตาม มโนทัศน์เรื่องการลดอันตราย (harm reduction) ยังคงเป็นแนวคิดที่ถูกใช้กันอย่างแพร่หลายเพราะเชื่อว่าสามารถลดความเสี่ยงทางสังคมได้ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ทว่า บ่อยครั้งการนำแนวคิดดังกล่าวไปสร้างเป็นนโยบาย กลับละเลยปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากพฤติกรรมเสี่ยง นั่นคือการเยียวยาหรือฟื้นฟูความเจ็บป่วยให้แก่ผู้ประสบกับผลกระทบดังกล่าวในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ในทางตรงกันข้าม ผู้มีส่วนรับผิดชอบได้อาศัยแนวคิดดังกล่าวในเชิงของการลดความเสี่ยงหรือป้องกันอันตราย “ทางเศรษฐกิจ” จากการใช้ภาษีของกลางเพื่อนำมาให้ความช่วยเหลือหรือจัดการแก้ไขปัญหา จึงมองว่าเป็นวิธีลดอันตรายที่ผิดหลักทางจริยธรรมในมนุษย์ เนื่องจากขาดความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง และมองปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก

2.2.2 แนวคิดลดอันตรายกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวทางการลดอันตราย หรือ “Harm reduction” เป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันมาอย่างเนิ่นนาน อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยที่มารองรับว่าวิธีการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำได้จริงผ่านแนวทาง “การดื่มอย่างพอประมาณ” (moderation-based treatment) ทว่า ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังคงมีแนวคิดที่สนับสนุนนโยบาย Zero-tolerance เพื่อการบำบัด

ย้อนกลับไปเมื่อต้นทศวรรษที่ 1930 แบบจำลองศีลธรรมและโรคติดสุราเรื้อรัง (the moral and disease models of alcoholism) ถือเป็นร่มใหญ่ของแนวคิดการจัดการกับผู้ติดสุราเรื้อรังด้วยการให้ “เลิก” เพราะเชื่อว่าผู้ที่มีพฤติกรรมติดสุรานั้น เป็นผู้ที่ประพฤติดีศีลธรรม รวมถึงมีความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้แนวทางแบบ Zero-tolerance และ Just say no เข้ามามีบทบาทต่อการจัดการกับผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มสุราและติดสุราเรื้อรัง ในทางตรงกันข้าม แนวทางการลดอันตราย (harm reduction) นำเสนอวัตถุประสงค์ที่แตกต่างในการจัดการกับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งมีอยู่ 3 ประการ ประกอบด้วย (1) เพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดจากการดื่มสุรา (2) เพื่อนำเสนอถึงทางเลือกใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล โดยบุคคลสามารถเลือกได้ว่าจะงดการดื่มสุราโดยเด็ดขาด หรือลดปริมาณของการดื่มในแต่ละวัน (abstinence or moderation) และ (3) เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยที่ผู้เชี่ยวชาญจะไม่ยึดยึดกระบวนการรักษาให้กับผู้เข้ารับบริการ รวมถึงให้คำปรึกษาเมื่อต้องการเพียงเท่านั้น (low-threshold alternative)

การดื่มอย่างพอประมาณ (Moderate drinking)

งานวิจัยบุกเบิกของ Mark และ Linda Sobell มีเป้าหมายเพื่อศึกษาการบำบัดผู้ป่วยในที่มีอาการติดสุราเรื้อรังให้สามารถดื่มอย่างพอประมาณหรือลดปริมาณการดื่มลงมาได้ (moderate drinking goal) ผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการดื่มอย่างพอประมาณเช่นนี้ นำมาใช้งานได้จริง ทั้งยังเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบุคคลที่มีพฤติกรรมการดื่มมากเกินไป อย่างไรก็ดี เกณฑ์ที่จะบ่งบอกได้ว่าบุคคลดังกล่าวสามารถทำตามเป้าหมายของการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้ คือ ผู้ชายจะดื่มไม่เกิน 2 ดั้ม (20 กรัมของแอลกอฮอล์) ในแต่ละวัน ขณะที่ผู้หญิงจะดื่มไม่เกิน 1 ดั้ม (10 กรัมของแอลกอฮอล์) ในแต่ละวัน

มีงานศึกษาบางส่วนอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง “การเลิกดื่มแอลกอฮอล์” และ “การดื่มแอลกอฮอล์ที่หนักจนเกินไป” ต่างมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคสูง ขณะที่ “การดื่มอย่างพอประมาณ” มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคต่ำ โดยโรคดังกล่าว อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง ภาวะหลอดเลือดแข็ง ความดันโลหิตสูง กระทั่งแผลพุพอง หรือไข้หวัดทั่วไป

นอกจากนี้ ผู้ที่เข้ารับการรักษาอาจจะต่อต้านการได้รับการบำบัด ซึ่งมีสาเหตุมาจากชุดความคิดว่าด้วย “พยาธิสภาพ” หรือผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ถือเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการเข้ารับการบำบัดจึงอาจนำมาซึ่งการถูกตีตราจากสังคม หรือตัวเอง ไม่เชื่อเรื่องการบำบัด กระทั่งมองว่าการรับการบำบัดอาจกระทบต่อความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ แนวทาง Zero-tolerance ที่เข้มงวดต่อการห้ามดื่มแอลกอฮอล์ ยังขัดขวางการเข้ารับบำบัดของบุคคล เพราะผู้ที่ดื่มสุราอาจอยากมีความต้องการที่จะลดความเสี่ยงจากการดื่ม ทว่า ไม่ได้อยากเลิกดื่มโดยเด็ดขาด ดังนั้นการให้ความรู้และเสนอถึงทางเลือกที่หลากหลายแก่ผู้ติดแอลกอฮอล์จาก “การงด” มาเป็น “การลด” ถือเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับบุคคลที่กำลังตัดสินใจในเรื่องพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของพวกเขา

แนวทางการลดอันตราย (Harm reduction approaches)

รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2001 ได้นำเสนอถึงเป้าหมายของการป้องกันและการบำบัดผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ โดยเสนอว่าการป้องกันพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์พร้อมทั้งการจัดการกับผลกระทบจะต้องมีเป้าหมายที่ครอบคลุมมากขึ้น กล่าวคือ พึงมีวิธีการป้องกันในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่ม และสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะอย่างได้

ดังนั้น ในหัวข้อต่อไปจะพูดถึงประเภทแนวทางการป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม โดยเริ่มจากเทคนิคการป้องกัน จนกระทั่งแนวทางการบำบัดที่รุนแรงสำหรับกลุ่มหรือบุคคลที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

แนวทางการป้องกันในกลุ่มวัยรุ่น (Prevention approaches with adolescents)

คนส่วนใหญ่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่วัยรุ่น โดยการศึกษาของ Monitoring the Future Study ในปี 1997 พบว่า 54% ของวัยรุ่นอเมริกันที่มีอายุระหว่าง 13-14 ปี 72% ของวัยรุ่นอเมริกันที่มีอายุ 15-16 ปี และ

82% ของวัยรุ่นอเมริกันที่มีอายุระหว่าง 17-18 ปี มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับการสำรวจในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเปิดเผยให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นในช่วงอายุ 14 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน

อนึ่ง ปัญหาที่พบได้ร่วมกันจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น คือ การดื่มอย่างหนักภายในช่วงเวลาอันสั้น (binge drinking) ซึ่งดื่มถึง 50 กรัมของแอลกอฮอล์สำหรับผู้ชาย และ 40 กรัมของแอลกอฮอล์สำหรับผู้หญิง ต่อการนั่งดื่มแต่ละครั้ง ผลกระทบที่ตามมาจากการดื่มหนักเช่นนี้ คือ ปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมไม่พึงปรารถนา อาทิ การได้รับบาดเจ็บ ความเสียหายของทรัพย์สิน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ไตร่ตรองและไม่ได้ป้องกัน รวมถึงพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย ที่สำคัญยังมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นตอนต้น สู่วัยรุ่นตอนปลายอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่ามาตรการเพื่อลดความเสี่ยงวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้แผนงานของ Zero tolerance หรือ Just say no ที่ห้ามวัยรุ่นดื่มหรือยุ่งเกี่ยวกับแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาด เพื่อลดผลกระทบด้านต่างๆ ที่จะตามมา นั้น ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ช้ำยังก่อให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และมีการต่อต้านมากกว่าเดิม ดังนั้น การใช้แผนงานการป้องกันและลดความเสี่ยงที่วัยรุ่นอาจประสบจากการดื่มแอลกอฮอล์ อาจถือเป็นวิธีการที่ดีและมีประสิทธิภาพมากกว่า ตัวอย่างการศึกษามาตรการ 3 โครงการที่มีพื้นฐานการดำเนินการจากปรัชญาการลดอันตราย (harm reduction philosophy) โดยมีเป้าหมายเพื่อการให้ความรู้ในการป้องกันและลดอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยที่ไม่ก่อให้เกิดการต่อต้านทั้งทางความคิดและทางพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่น คือ The Life Skills Training Program, The Alcohol Misuse Prevention Study (AMPS) และ The School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP)

การป้องกันระดับทุติยภูมิในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Secondary prevention with young adults)

หากใครจะได้รับประโยชน์มากที่สุดจากแนวทางการลดอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ (harm reduction approach) ก็คงเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจาก 63% ของวัยนี้ (อายุต่ำกว่า 29 ปี) มีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างหนักถึง 60 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อวัน และส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งยังง่ายต่อการเกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุอีกด้วย อย่างไรก็ตาม แม้ความรุนแรงของปัญหาจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ แต่คนส่วนใหญ่กลับไม่ได้ตระหนักถึงข้อเท็จจริงในเรื่องนี้เสียเลย

ภายในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเอง พบว่ากลุ่มที่อยู่ในช่วงของการเป็นนักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคแอลกอฮอล์สูงสุด ทั้งการดื่มอย่างหนักในระยะเวลาสั้น (binge drinking) จนก่อให้เกิดผลกระทบหลายอย่างที่เกิดขึ้นตามมา อาทิ การขับขี่หลังจากการดื่มอย่างหนัก การไม่เข้าเรียน การทำลายทรัพย์สิน และการได้รับบาดเจ็บ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ต้องการ เพื่อเป็นการจัดการกับปัญหาดังกล่าว หลาย ๆ มหาวิทยาลัยจึงเริ่มมีการเผยแพร่ถึงผลกระทบในแง่ลบที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์และข้อดีจากการงด

ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการเผยแพร่เช่นนี้แทบจะไม่มีที่ไหนกล่าวถึงการดื่มอย่างปลอดภัย (drinking safety) หรือสอนในเรื่องทักษะทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ นักศึกษามีความสามารถในการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ได้รับมา

ดังนั้น โครงการ The High-Risk Drinkers (HRD) จึงเป็นการแทรกแซงที่ถูกออกแบบมาเพื่อกระตุ้นการรับรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันยังเผยแพร่ความรู้และข้อถกเถียงถึงผลกระทบต่าง ๆ โดยดำเนินในรูปแบบการให้คำปรึกษาระยะสั้น (brief intervention) ผลลัพธ์ที่ได้คือนักศึกษาเหล่านี้มีอัตราการดื่มที่น้อยลงใน 1 ถึง 2 ปี หลังจากรับการแทรกแซงด้วยวิธีดังกล่าว นอกจากนี้โครงการดังกล่าวยังเป็นจุดเริ่มต้นของแผนงานการแทรกแซง (1) Alcohol Skills Training Program (ASTP) และ (2) Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS) โดยแผนงานของทั้งสองต่างมีเป้าหมายเพื่อลดอันตรายอันเป็นผลจากการพฤติกรรมการดื่มในปริมาณที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงในกลุ่มนักศึกษา จากข้อค้นพบในเวลาต่อมา พบว่ามีเพียง 10% ของกลุ่มทดลอง (high-risk intervention group) เท่านั้นที่มีอาการแย่ลงหลังจาก 4 ปีผ่านไป ขณะที่ 18.5% ของกลุ่มควบคุม (high-risk control group) มีอาการแย่ลงหลังจาก 4 ปีผ่านไป

การป้องกันในบริการปฐมภูมิ (Prevention in primary care settings)

แม้ในท้ายที่สุด นักศึกษาส่วนใหญ่จะมีวุฒิภาวะต่อพฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตราย อย่างไรก็ตาม กลับมีหลายคนที่ยังคงดื่มอย่างหนักและร้ายแรงต่อไปจนกระทั่งเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กว่า 20% ของผู้ชาย และ 10% ของผู้หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป บริโภคแอลกอฮอล์เกินขีดจำกัดที่แนะนำ อันเป็นเหตุนำมาซึ่งปัญหาด้านสาธารณสุข

ในเวลาต่อมา American Medical Association (AMA) ได้สนับสนุนแนวทางการลดอันตราย (harm reduction approach) เพื่อการบำบัดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ไว้ในบริการปฐมภูมิ (primary care setting) ผ่านการให้คำปรึกษาแบบสั้น ซึ่งการทดลองพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลง และระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลน้อยลงตลอด 12 เดือน เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบสั้นในบริการปฐมภูมียังชี้ให้เห็นว่า วิธีการดังกล่าวได้ช่วยลดปริมาณค่าใช้จ่ายในหออฉุกเฉินของโรงพยาบาล คดีอาชญากรรม และอุบัติเหตุทางรถยนต์ โดยเป็นตัวเลขประมาณ 56,263 ดอลลาร์สหรัฐ

กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เน้นการรู้จักประมาณ (Moderation-oriented self-help groups)

ในแง่ของแนวทางการลดอันตราย วิธีที่อาจมีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุดคือการช่วยเหลือตนเองเพื่อการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น กลุ่ม Moderation Management (MM) ที่ได้มีการจัดหาแนวทางการปฏิบัติสำหรับการดื่มแบบลดปริมาณ อาทิ วิธีการติดตามประเมินตนเอง มอบความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ วิธีการปฏิเสธการดื่ม ผลกระทบที่คาดว่าจะเป็นขึ้นเมื่อดื่ม

แอลกอฮอล์ และการป้องกันการกลับไปติดแอลกอฮอล์อีกครั้ง อย่างไรก็ตาม MM เหมาะสำหรับบุคคลที่มี ภาวะการพึ่งพิงแอลกอฮอล์ในระดับต่ำเท่านั้น

การบำบัดแบบแทรกแซงด้วยเป้าหมายการดื่มพอประมาณ (Treatment interventions with moderation goals)

การเสนอถึงทางเลือกเป้าหมายที่หลากหลายอาจจูงใจให้คนหันมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึง อาจนำพาให้ผู้ติดสุราเรื้อรังมีพฤติกรรมควบคุมการดื่ม หรือใช้ชีวิตในแบบที่ปราศจากแอลกอฮอล์ Hodgins, Milne และ Gerreish พบว่า เมื่อให้ผู้ติดสุราเลือกเป้าหมายการบำบัด คนส่วนใหญ่มักมีเป้าหมายสูงสุดเป็น การเลือกดื่มสุรา อย่างไรก็ตาม ระหว่างกระบวนการบำบัด คนเหล่านี้จะเริ่มปรับเปลี่ยนเป้าหมายเป็นการลด ปริมาณการดื่มลงเรื่อย ๆ เสียก่อน กระทั่งสามารถเลิกดื่มได้ในที่สุด และตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (social cognitive theory) อธิบายไว้ว่า บุคคลจะมองว่าตนเองมีความสามารถมากกว่าเคย และจะพยายาม อย่างหนักเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตนได้เลือก นอกจากนี้งานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าเป้าหมายการบำบัดที่เลือกโดย เจ้าหน้าที่นั้น มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จและให้ผลระยะยาวน้อยมาก ดังนั้นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ควรทำคือ การสนับสนุนให้บุคคลเลือกเป้าหมายด้วยตนเองเสียมากกว่า

การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) มี รากฐานการบำบัดเชิงการดื่มอย่างพอประมาณ ทั้งยังถือเป็นแนวทางที่ได้รับการสนับสนุนเชิงประจักษ์จาก หลายงานศึกษาและวิจัย เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสำหรับเป้าหมายการลดปริมาณการดื่มและปัญหา ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน หนึ่งในแขนงของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม (CBT) ที่เรียกว่า โปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเอง (behavioral self-control training) พัฒนาโดย Miller และคณะ โดยคร่าว ๆ ของกระบวนการโปรแกรมนี้คือ การวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขการดื่ม ของบุคคล กำหนดเป้าหมาย ติดตามประเมินตนเอง เรียนรู้และปฏิบัติทักษะ ให้รางวัลหลังจากบรรลุ เป้าหมายได้สำเร็จ นอกจากนี้ยังมีการบำบัดแบบ Cue Exposure ซึ่งมีเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้บุคคลมีความ ต้องการแอลกอฮอล์ลดน้อยลง รวมถึงบุคคลสามารถลดปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ได้

แนวทางการลดอันตรายเชิงเภสัชวิทยา (Pharmacological harm reduction approaches)

การพัฒนาที่ก่อให้เกิดความสนใจและเป็นที่ยกย่องมากที่สุดในช่วงของการลดอันตรายสำหรับ ปัญหาแอลกอฮอล์คือความเติบโตของ “เภสัชบำบัด” (pharmacotherapy) ที่เปรียบเสมือนกับการแทรกแซง เชิงจิตสังคม (psychosocial interventions) โดยการใช้น้ำยาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบำบัดผู้ที่ติด สุรา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีชีวิตที่ปราศจากการดื่มสุราได้

Disulfiram เป็นยาที่ถูกใช้ใน โปรแกรมการบำบัดการเลิกเหล้ามาอย่างเนิ่นนานในประเทศ สหรัฐอเมริกา โดยกลไกของตัวยาคงกล่าวคือการทำให้ร่างกายปฏิเสธแอลกอฮอล์ โดยอาการที่สามารถพบ

เห็นได้ทั่วไปคือคลื่นไส้ เหงื่อออก และอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ disulfiram จะมีผลกับผู้ป่วยที่ต้องการเลิกเหล้า แต่ก็ไม่น่าจะนำยาตัวนี้ต่อบุคคลที่อยากดื่มเพียงทีละเล็กทีละน้อย

ขณะเดียวกัน Naltrexone (ReVia) ยังเป็นยาชนิดที่ช่วยในการอดเหล้า ตามการศึกษาของ Sinclair พบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเกิด Endogenous opioids ซึ่งมีผลต่อการเกิดแรงเสริมทางบวกในการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น naltrexone จะเป็นยาที่ช่วยทำให้เกิดการยับยั้งโดยปิดกั้นตัวรับชนิด opioid นั้นเอง แต่การใช้ naltrexone ร่วมกับแอลกอฮอล์สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ อาทิ คลื่นไส้ เซื่องซึม และมีเวียนศีรษะ เป็นต้น กระนั้นก็ดี แม้ naltrexone จะมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรัง อย่างไรก็ตามควรใช้ยาตัวนี้เพียงครั้งคราวเท่านั้น ด้วยลักษณะของการเป็นตัวเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และยังมียาที่ชื่อ Acamprosate ซึ่งเป็นยาชนิดใหม่ที่ถูกใช้ในการบำบัดโรคพิษสุราเรื้อรัง ทว่า มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่นอนน้อยกว่า Disulfiram และ Naltrexone

นอกจากนี้ มีการทดลองที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มยาด้านโรคนิมเซร่า (selective serotonin reuptake inhibitors: SSRIs) และยารักษาโรควิตกกังวล (Buspirone) มีผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่มีอาการติดสุราพร้อมกับอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล

แนวทางใหม่เพื่อการบำบัดด้วยเป้าหมายการดื่มอย่างพอประมาณ (Promising new approaches to treatment with moderation goals)

ในระยะหลังนี้ มีการพัฒนาแนวทางการลดอันตรายใหม่ ๆ ที่ง่ายต่อการเข้าถึงผู้ติดแอลกอฮอล์ กล่าวคือความพยายามในการปรับเปลี่ยนแนวทางการบำบัดว่าด้วยการดื่มอย่างพอประมาณ ได้อาศัยช่องทางเพื่อการเผยแพร่และดำเนินการที่หลากหลายมากขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่เข้ารับการบำบัดอย่างเป็นทางการเนื่องจากเสี่ยงต่อการถูกตีตราจากสังคม ทั้งยังก่อให้เกิดความอับอาย ดังนั้น การบำบัดจิตด้วยหนังสือ (bibliotherapy) การประเมินและให้ข้อมูลความเห็นผ่านอินเทอร์เน็ต การแทรกแซงโดยชุมชน รวมถึงการแทรกแซงผ่านโทรศัพท์ จึงถือเป็นแนวทางที่มอบความเป็นส่วนตัว ขณะเดียวกันยังก่อให้เกิดการตีตราทางสังคมได้น้อย เพราะผู้เข้ารับการบำบัดไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตัวตนได้เช่นกัน

ข้อจำกัดของแนวทางการลดอันตราย (limitations of harm reduction approaches)

แม้จะมีงานศึกษาวิจัยออกมามากมายที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางการลดอันตราย (harm reduction) ต่อปัญหาแอลกอฮอล์ในสังคม อย่างไรก็ตามการตั้งคำถามและการวิพากษ์ต่อแนวทางดังกล่าวก็เป็นประเด็นขึ้นมาด้วยเช่นกัน โดยหนึ่งในความเข้าใจผิดมหันต์ต่อแนวทางการลดอันตราย คือการเข้าใจว่าแนวทางนี้ถือเป็นแนวทางที่อำพรางสิ่งผิดกฎหมายให้ถูกกฎหมาย อาทิ พยายามทำให้ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะดื่มได้อย่างถูกกฎหมาย ในทางตรงกันข้าม แนวทางการลดอันตรายมิได้ทำเรื่องผิดให้ถูกกฎหมาย และมิได้สนับสนุนให้เกิดการละเมิดข้อห้ามทางสังคม หากแต่แนวทางการลดอันตรายตั้งใจที่จะหาจุดสมดุลของระเบียบข้อบังคับที่ปรับใช้ได้เท่านั้น ประการที่สอง แนวทางการลดอันตรายอาจสนับสนุนพฤติกรรมที่

ก่อให้เกิดภัยสังคม เพราะไม่ส่งเสริมให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เลิกดื่มอย่างเด็ดขาด แต่ผู้เขียนบทความนี้มองว่า แนวทางการลดอันตรายนี้สนับสนุนการเลิกเหล้า แต่เป้าหมายว่าด้วยการเลิกเหล้านี้อาจไม่ใช่เป้าหมายที่ทุกคนต้องการหรืออยากไปถึง และเป้าหมายสำคัญของการลดอันตรายไม่ใช่การสนับสนุนการดื่ม แต่เป็น “การลดประสบการณ์อันตรายที่บุคคลอาจเผชิญ” สำหรับบางคนแล้ว การดื่มอย่างพอประมาณอาจเป็นเป้าหมายที่ดีและมีความรับผิดชอบ ส่วนคนอื่น ๆ อาทิ เด็ก ผู้หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง และบุคคลที่มีโรคประจำตัว แม้แต่การดื่มปริมาณเล็กน้อยก็ไม่สมควร

แนวทางการลดอันตรายได้เสนอถึงวิธีการปฏิบัติที่มากกว่าการจัดการกับ “ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์” แต่เป็นการมุ่งความสนใจไปที่ “ผลจากพฤติกรรมกรรมการดื่มที่เป็นอันตราย” นอกจากนี้ การศึกษาการฟื้นฟูโดยธรรมชาติจากปัญหาแอลกอฮอล์เผยให้เห็นว่า บุคคลไม่ต้องการเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุที่หลากหลาย ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นกังวลต่อการถูกตีตราเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาเรื่องสุรา ความเชื่อในแง่ลบเกี่ยวกับการบำบัด ความต้องการที่จะดื่มแอลกอฮอล์เพื่อการเข้าสังคม และความไม่สะดวกในการเข้ารับบำบัดแบบเป็นทางการ ซึ่งแนวทางการลดอันตรายมีบทบาทในการเข้ามาจัดการกับปัญหาเหล่านี้ด้วยการเสนอถึงทางเลือกการรักษาที่หลากหลายและยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละคน

เมื่อนำทางเลือกที่เน้นการดื่มอย่างพอประมาณเข้ามาผสมผสานกับวิธีการบำบัดใหม่ๆ ที่เข้ากับบริบทของสังคมมากกว่าที่ผ่านมา จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายมากยิ่งขึ้น และยังคงเป็นหนทางที่ทำให้บุคคลอยากเข้ารับบริการ อย่างไรก็ตามความพยายามในการป้องกันยังจำเป็นต้องอาศัยการบำบัดที่ผ่านการไตร่ตรองถึงเงื่อนไขทางสังคม ร่างกาย และจิต เฉพาะของแต่ละบุคคลร่วมด้วย

2.2.3 มาตรการสุขภาพบนฐานคิดการลดอันตราย

กรณีศึกษา โครงการ the School Health and Alcohol Harm Reduction Programme (SHAHRP)

กว่า 70% ของประชากรออสเตรเลียที่มีอายุระหว่าง 14-19 ปี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ๆ และยังมีพฤติกรรมกรรมการดื่มปริมาณมากในระยะเวลาอันสั้น ทั้งนี้ ยังมีข้อมูลชี้ให้เห็นถึงอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุรานั้นลดน้อยลง ผนวกกับกิจกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นที่แพร่หลายมากขึ้นในสังคม ในอดีตยังมีรายงานว่าวัยรุ่นหญิงจะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าวัยรุ่นชาย แต่ปัจจุบันกลับพบว่าวัยรุ่นหญิงมีพฤติกรรมกรรมการดื่มในปริมาณเทียบเท่ากับวัยรุ่นชาย ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมนำมาซึ่งความเสี่ยงและปัญหาจากแอลกอฮอล์ในหมู่วัยรุ่นเอง

วัยรุ่นอาจมีวุฒิภาวะในแง่ของประสบการณ์ ความรู้ และทักษะในการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นผลกระทบที่ตามมาจึงเกิดขึ้นอย่างรุนแรงกับวัยรุ่น ตั้งแต่จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร จนถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอันเป็นสืบเนื่องมาจากอันตรายจากแอลกอฮอล์ ด้วยเหตุนี้ School

programmes จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น โดยเป้าหมายของการดำเนินแผนงานยาเสพติดและสุราในโรงเรียนส่วนใหญ่ ต้องการเพียงแค่กระตุ้นให้วัยรุ่นไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือยืดเวลาการทดลองดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นออกไป และส่วนใหญ่อาศัยการสอนทักษะการต่อต้านทางสังคม (social resistance skills) ให้แก่พวกเขา อาทิ การทำงานของ Project Northlands และ the Midwestern Prevention Project อย่างไรก็ดี ผลลัพธ์ของการดำเนินงานกลับชี้ให้เห็นว่าแผนงานดังกล่าวไม่เกิดประโยชน์แก่นักเรียนที่เริ่มพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้ว

ดังนั้น การนำเป้าหมายการลดอันตราย (harm minimization) เข้าแทนเป้าหมายแบบเดิมๆ โดยที่ยังครอบคลุมทั้งการยืดเวลาการดื่มของวัยรุ่นหรือกระตุ้นให้วัยรุ่นไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มาปรับใช้เพื่อเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ทั้งหมดตั้งแต่กลุ่มที่ยังไม่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์หรือเริ่มดื่มแล้ว ย่อมมีประสิทธิภาพและอาจกลายมาเป็นส่วนสำคัญในการให้ความรู้เรื่องยาแก่เด็กนักเรียน (drug education) โดยเฉพาะในเรื่องของแอลกอฮอล์ ได้มากกว่า ขณะเดียวกันได้นำโครงการ the School Health and Alcohol Harm Reduction Programme (SHAHRP) มาประเมินผล เนื่องจากโครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่วัยรุ่นได้ประสบด้วยตัวอง รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนอื่น

การดำเนินโครงการของ SHAHRP มีเป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยมุ่งหมายว่า กลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการจะประสบกับอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ซึ่งการวิจัยกึ่งการทดลอง (quasi-experimental) ครั้งนี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และจำแนกตามมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ พื้นที่การศึกษาได้อาศัยโรงเรียนมัธยมรัฐบาลในเขตพื้นที่เมือง Perth จำนวน 14 แห่ง หรือเป็นตัวแทน 23% จากโรงเรียนทั้งหมด

กระบวนการดำเนินมาตรการ (intervention)

การดำเนินมาตรการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ในชั้นเรียนถูกดำเนินการ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ด้วยระยะเวลากว่า 2 ปี โดยในช่วงแรกจะดำเนินการกับนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1 ที่นักเรียนส่วนใหญ่มีอายุ 13 ปี ผ่าน 17 ทักษะกิจกรรมใน 8-10 บทเรียน เป็นเวลา 40-60 นาที และช่วงที่สองจะดำเนินการในปีถัดไปที่นักเรียนเหล่านั้นอายุ 14 ปี ซึ่งในช่วงนี้จะประกอบด้วย 12 กิจกรรมในระยะเวลา 5-7 สัปดาห์ โดย SHAHRP ประกอบด้วย การฝึกอบรมและวิธีการดังนี้

- การฝึกอบรมครู (teacher training)

การฝึกอบรมครูจะถูกจัดขึ้นก่อนการเริ่มแผนการดำเนินงานแทรกแซงในแต่ละช่วง (phases) โดยในช่วงแรก (phase 1) ครูจะต้องเข้าอบรมเป็นระยะเวลา 2 วัน ว่าด้วยเรื่องภาพรวมของการศึกษา หลักฐานงานวิจัย คำแนะนำ และความคาดหวังของการดำเนินงาน และในช่วงที่สอง (phase 2) จะมีการจัดอบรมอีกครั้งเป็นเวลา 2 วันเช่นกัน แต่ครั้งนี้เพื่อเป็นการสรุปกิจกรรมการแทรกแซงในช่วงแรกที่ผ่านมา และชี้แจงถึงตัวชี้วัดการดำเนินงานในช่วงที่สองต่อไป

- คู่มือสำหรับครู (teacher manual)

คู่มือนี้จะถูกเขียนขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับครู โดยเฉพาะ ภายในคู่มือจะประกอบด้วย รายละเอียดและเค้าโครงของแผนงานสำหรับ 8 บทเรียนที่ใช้เวลา 60 นาทีในแผนงานช่วงแรก (phase 1) และ 7 บทเรียนที่ใช้เวลา 50 นาทีในแผนงานช่วงที่สอง (phase 2) นอกจากนี้ยังมีแนวคำถามเพื่อใช้ใน กิจกรรมการพูดคุยและการซักถาม รวมถึงข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

- หนังสือแบบฝึกหัดของนักเรียน (student workbook)

หนังสือแบบฝึกหัดของนักเรียนจะมีทั้งหมด 2 เล่ม ซึ่งนำมาใช้ในแต่ละช่วงของการดำเนินงานการ แทรกแซง ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการกระตุ้นความสนใจของนักเรียน โดยในหนังสือเล่มนี้จะมีทั้งการให้ข้อมูล การ เปิดโอกาสให้นักเรียนได้สำรวจประเด็นเนื้อหา และการจดบันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อเป็นการทบทวน กิจกรรมต่าง ๆ

- สื่อการเรียนรู้ (trigger video)

ในช่วงที่สอง จะมีการนำวิดีโอที่ชื่อว่า “Lets Look At” จาก Rethinking Drinking มาฉายเพื่อกระตุ้น ให้นักเรียนที่อาจประสบกับเหตุการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ได้พูดคุยถึงวิธีที่พวกเขาสามารถลดอันตรายที่ เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้

แบบสอบถาม (the questionnaire)

แบบสอบถามให้ผู้ตอบด้วยตนเอง (self-completion survey) ถูกออกแบบมาเพื่อวัดความรู้เรื่อง แอลกอฮอล์ของนักเรียน ทักษะการคิดที่มีต่อแอลกอฮอล์ รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ บริบทการดื่มแอลกอฮอล์ อันตรายที่เกิดจากจากตัวเองและผู้อื่นอันเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัด (measures)

ประการแรก ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด (overall consumption) ภายใน 12 เดือน สามารถวัด ได้ด้วย 2 ตัวแปรคือ ดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน และดื่มปริมาณเท่าไรในแต่ละโอกาส ประการที่สอง รูปแบบการดื่มที่เป็นอันตราย สามารถวัดได้จากสัดส่วนปริมาณการดื่มของนักเรียนโดยสำหรับผู้หญิงคือ 2 ดื่มมาตรฐาน และผู้ชาย 4 ดื่มมาตรฐานในแต่ละโอกาส อย่างไรก็ตาม มาตรฐานดังกล่าวเป็นมาตรฐานการ ดื่มความเสี่ยงต่ำที่ถูกกำหนดไว้ในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากไม่มีการกำหนดแนวทางสำหรับวัยรุ่น

ผลการศึกษาสำคัญของโครงการ SHAHRP มีดังนี้

ด้านความรู้ (knowledge)

นักเรียนในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ หลังจาก 8 เดือน ในการดำเนินแผนงานช่วงแรก ด้วยค่าความต่าง 21.5% อย่างไรก็ตามในช่วงแผนการ ดำเนินงานช่วงที่สอง เมื่อนักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบได้เข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ทั่วไป ค่า ความต่างได้ลดลงเหลือเพียง 9.2% และในท้ายที่สุด 7 เดือนหลังจากจบแผนการดำเนินงานค่าความต่างเฉลี่ย ของความรู้ด้านแอลกอฮอล์ระหว่างสองกลุ่มเข้าใกล้กันเพิ่มมากขึ้น คือ 4.5%

ด้านทัศนคติ (attitude)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการทางด้านทัศนคติที่ปลอดภัยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มากกว่าตั้งแต่ 8 เดือนแรกจนถึงสิ้นสุดของแผนการศึกษา

การบริโภค (consumption)

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงหลังจากการแทรกแซงในช่วงแรก โดยมีค่าความต่าง 31.4% หลังจากช่วงที่สองของการแทรกแซงและหลังจากนักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบได้เข้าร่วมการให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลองบริโภคแอลกอฮอล์น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญด้วยค่าความต่าง 31.7% อย่างไรก็ตาม จากการติดตาม 17 เดือนหลังจากการดำเนินแผนงานช่วงสุดท้าย ค่าความต่างของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้เริ่มเข้าใกล้กัน คือ 9.2 %

บริบทของการดื่มแอลกอฮอล์ (context of use)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในบริบทการใช้แอลกอฮอล์ระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลอง (intervention students) กับนักเรียนกลุ่มควบคุม (control students) ตลอดช่วงการศึกษารั้งนี้ โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของผู้ดื่มที่ได้รับการดูแลและผู้ดื่มที่ไม่ได้รับการดูแล เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ข้อแตกต่างที่เห็นได้ชัดที่สุดเกิดขึ้นในช่วงแรกของการศึกษาด้วยกลุ่มทดลองมี 9.6 % ของผู้ดื่มที่ไม่ได้รับการดูแลน้อยกว่า และในช่วงที่สองของการศึกษากลุ่มทดลองมี 18.9 % และ 36.3 % ของผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (non-drinkers) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การดื่มที่เป็นอันตรายและร้ายแรง (harmful and hazardous consumption)

จากการติดตาม 8 เดือน หลังจากการดำเนินแผนงานในช่วงแรก พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มในระดับที่เสี่ยงน้อยกว่าด้วยค่าความต่าง 25.7% นอกจากนี้ จากการติดตาม 20 เดือน หลังจากการดำเนินแผนงานช่วงที่สองยังพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มในระดับที่เสี่ยงน้อยลงอย่างต่อเนื่องด้วยค่าความต่าง 33.8% และ 17 เดือนหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าแม้จะมีความต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลลัพธ์เริ่มที่จะเบนเข้าหากันด้วยนักเรียนกลุ่มทดลอง 4.2% มีพฤติกรรมการดื่มในระดับเสี่ยงน้อยลง

อันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จากการดื่มของตัวเอง (harm associated with own use of alcohol)

จากการติดตาม 8 เดือน หลังจากการดำเนินแผนงานในช่วงแรกของโปรแกรม มีการรายงานว่าเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของนักเรียนกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบด้วยค่าความต่าง 32.7% และจากการติดตาม 20 เดือนหลังจากการดำเนินแผนงานช่วงที่สองของโปรแกรม รวมถึงหลังจากที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงรายงานถึงอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองลดลงอย่างต่อเนื่องด้วยค่าความต่าง 16.7% นอกจากนี้ 17 เดือนหลังจากการสิ้นสุดของโปรแกรม มีรายงานว่านักเรียนกลุ่มทดลอง 22.9% เกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จากการดื่มของผู้อื่น (harm associated with other people's use of alcohol)

ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มการศึกษาในเรื่องอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จากการดื่มของผู้อื่น

จากการศึกษาพบถึงความแตกต่างในเรื่องของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลอง (intervention group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) หลังจากการแทรกแซงในช่วงแรก ที่น่าสนใจคือการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้จะเป็นที่ทราบกันดีกว่าพฤติกรรมเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ทว่าการแทรกแซงของ SHAHRP กลับส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดพฤติกรรมใน 4 จาก 5 ตัวชี้วัด

ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนเป้าหมายการลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ของ SHAHRP อีกด้วย และหลังจากการดำเนินงานช่วงที่ 2 ของการแทรกแซง ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบยังมีให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่มีอย่างต่อเนื่องในเรื่องของอันตรายผ่านการรายงานการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนเอง นี่จึงเป็นผลลัพธ์ที่ตรงข้ามกับความเชื่อแบบเดิม ๆ ที่มองว่าโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องยาเสพติดในโรงเรียนจะลดทอนประสิทธิภาพไปตามกาลเวลา

นอกจากนี้ข้อค้นพบของการศึกษายังก่อให้เกิดข้อคำถามถึงการอ้างว่าวัยรุ่นมีความสามารถที่จำกัดต่อการทำความเข้าใจ “การลดอันตราย” ในงานวิจัยที่ผ่านมา โดยการประเมินของ SHAHRP ชี้ให้เห็นว่าประเด็นของการลดอันตรายที่ถูกพัฒนาและนำเสนอให้เห็นในบริบทชีวิตของวัยรุ่นแล้ว วัยรุ่นจะสามารถรับรู้และประมวลได้อย่างเหมาะสม ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการดำเนินงานของ SHAHRP ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงและเป็นอันตรายน้อยกว่า

ผลจากการแทรกแซงของ SHAHRP ยังสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญต่อการดื่มของเยาวชนที่ไม่ได้รับการดูแลมากกว่าการปล่อยให้เรียนรู้ถึงประสบการณ์การดื่มที่ไม่ดีด้วยตัวเอง ขณะเดียวกันโปรแกรมจาก SHAHRP ยังมีผลต่อการยืดเวลาหรือการทำให้ผู้ดื่มที่ไม่ได้รับการดูแล (unsupervised drinkers) กลายมาเป็นผู้ดื่มที่ได้รับการดูแล (supervised drinkers) ขณะเดียวกันก็มีผลทำให้ผู้ดื่มที่ได้รับการดูแลกลายเป็นผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยผลลัพธ์ในข้อนี้แสดงให้เห็นว่าไม่ใช่เพียงแค่โปรแกรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ (abstinence programmes) เท่านั้นที่จะได้บรรลุเป้าหมายเช่นนี้

ปฏิเสธไม่ได้ว่าการดำเนินแผนงานในชั้นเรียนอันเป็นพื้นที่ที่มีอิทธิพลทางความคิดและเป็นพื้นที่แห่งการขัดเกลาบุคคล ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของคนในวัยเรียนหรือวัยรุ่นมากกว่าแผนงานที่ดำเนินการทั่วไป ทั้งยังเป็นวิธีที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูง รวมถึงไม่จำเป็นต้องนำผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกเข้ามาให้ความรู้หรืออาจจะเป็นที่ต้องการน้อยกว่าแผนงานอย่างอื่น ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมกับการดำเนินการในโรงเรียน อย่างไรก็ตาม มีผู้ออกมาโต้แย้งว่าการสอนเนื้อหาที่นอกเหนือจากการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นการละเว้นพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย ทว่า โปรแกรมที่มีพื้นฐานอยู่ในแนวคิด “การไม่ดื่มแอลกอฮอล์” ส่วนใหญ่

จะให้คำแนะนำแก่ผู้ดื่มไม่มากพอ ทำให้หลายคนต้องหาความรู้จากประสบการณ์และจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ด้วยตัวเอง

แต่ท้ายที่สุดผลจากการดำเนินงานของ SHAHRP ก็ได้สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความสามารถในการกระบวนกรคิดและรับรู้ถึงเนื้อความที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นหากเราต้องการแผนงานที่ครอบคลุมและมีผลต่อกลุ่มวัยรุ่นทั้งหมด โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์มาบ้างแล้ว และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสูง เราจำเป็นที่จะต้องขยายขอบเขตของวิธีการหรือเป้าหมายที่เราจะทำ เพื่อเป็นการรับประกันว่าวัยรุ่นเหล่านี้จะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้ด้วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ระบาดวิทยาที่ชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory epidemiology)

หมายถึงการที่คนท้องถิ่นตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน สนใจค้นหาสาเหตุการเกิดโรค และดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยชาวบ้านด้วยตนเองหรือร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่รอให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการและชาวบ้านมีบทบาทเพียงแค่ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น และไม่ได้จำกัดแนวทางการทำงานแค่เทคนิควิธีการทางระบาดวิทยา (Brown 1992) ระบาดวิทยาชุมชนมีส่วนร่วมตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่าคนในชุมชนอาจรับรู้ ให้ความหมาย ประเมินความรุนแรง และตอบสนองต่อปัญหาความเสี่ยงสุขภาพแตกต่างจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผลผลิตจากประวัติศาสตร์ท้องถิ่น ความเชื่อวัฒนธรรมสุขภาพ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่คนท้องถิ่นมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการที่คนท้องถิ่นอยู่ใกล้ชิดและเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากกว่าเจ้าหน้าที่

ในต่างประเทศ การพัฒนามาตรการด้านสุขภาพภายใต้ความรู้ระบาดวิทยาชุมชนมีส่วนร่วม มีพัฒนาการควบคู่กับกระแสความเคลื่อนไหว “ระบาดวิทยาชุมชน” (Popular epidemiology) ซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้ความเคลื่อนไหวทางสังคมการเรียกร้องความยุติธรรมด้านสิ่งแวดล้อมในประเทศสหรัฐอเมริกา (The environmental justice movement) (Novotny 1994) โดยเฉพาะปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน ปัญหาสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน หรืออาชีพอนามัย ความเคลื่อนไหวระบาดวิทยาชุมชนที่อาศัยข้อมูลที่คนท้องถิ่นและผู้ที่ได้รับผลกระทบเก็บรวบรวมกันเอง มีส่วนสำคัญช่วยในการเรียกร้องกฎหมายคุ้มครองสุขภาพ พัฒนาการของความรู้ระบาดวิทยาชุมชนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอุดมการณ์ความเป็นพลเมือง หลักการสิทธิมนุษยชน ที่พลเมืองลุกขึ้นมารวมกลุ่มจัดการปัญหาสุขภาพกันเอง หรือร่วมมือกับเจ้าหน้าที่รัฐและองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ

ในกรณีประเทศไทย มีตัวอย่างมาตรการด้านสุขภาพที่ดำเนินการสำเร็จ สามารถดึงพลังการมีส่วนร่วมคนในชุมชนสร้างกติกาชุมชนร่วมกัน เพื่อตัดบริบทสถานการณ์ที่จะชักนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ (risk situations) เช่น งานบุญปลอดเหล้า ประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้า สงกรานต์ปลอดกัญ พื้นที่เล่นน้ำปลอดเหล้า เป็นต้น

งานวิจัยชิ้นนี้ อาศัยแนวคิดระบาดวิทยาที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นกรอบคิดสำคัญ ช่วยในการศึกษาการตอบสนองต่อปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน ที่คนในชุมชนริเริ่มขึ้นกันเอง

โดยอาศัยความรู้ท้องถิ่นที่ไหลเวียนอยู่ในชุมชนผสมผสานกับความรู้ด้านสุขภาพที่เจ้าหน้าที่ถ่ายทอดให้เป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.4 กรอบคิดจริยศาสตร์สาธารณสุข

ตั้งแต่ในอดีต พื้นฐานของ “การสาธารณสุข” (public health) ต่างก็มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวม ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดำเนินการของรัฐบาล อาทิ การจัดหาน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคและบริโภค การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันแก่เด็กนักเรียน รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงระบาดวิทยา อย่างไรก็ตาม การสาธารณสุขกลับต้องเผชิญกับการถูกตั้งคำถามถึงขอบเขตหน้าที่ที่เหมาะสมอยู่เสมอ กระทั่งการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจมองเป็นการละเมิดเสรีภาพในเชิงจริยธรรมของคนในสังคม

มาตรการทางสาธารณสุข (Public health intervention) ได้ถือกำเนิดขึ้นเป็นระยะเวลา 3 ศตวรรษที่ผ่านมา โดยในปี ค.ศ. 1701 ในรัฐแมสซาชูเซตส์ได้กำหนดกฎหมายการแยกตัวผู้ป่วยไข้ทรพิษออกจากคนอื่น ๆ หรือมาตรการการกักกันเรือที่เมืองท่าเพื่อควบคุมป้องกันไข้ทรพิษ ในต้นทศวรรษ 1800 Edward Chadwick ได้นำเสนอให้เห็นความแตกต่างของเงื่อนไขทางสังคมที่มีผลต่ออายุขัย (life expectancy) เปรียบเทียบระหว่างชนชั้นนำกับชนชั้นแรงงาน ขณะเดียวกัน ในทศวรรษที่ 1800 Lemuel Shattuck ได้นำระบบสถิติชีพ (vital health system) เข้ามาใช้เป็นครั้งแรก นอกจากนี้ รัฐบาลหลายประเทศเริ่มดำเนินการตรวจสอบสภาพที่อยู่อาศัยและกองขยะในบริเวณโดยรอบชุมชน เพื่อความเกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของเชื้อโรค จนกระทั่งปลายศตวรรษที่ 19 รัฐและท้องถิ่นในหลายพื้นที่มีระเบียบกำหนดให้มีมาตรการด้านอนามัยสุขภาพสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น จนกระทั่งต่อมาในภายหลังงานสาธารณสุขได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางการทำงานพัฒนาสุขภาพที่คุ้มค่า เนื่องจากเล็งเห็นว่างานสาธารณสุขเป็นการนำเงินภาษีมาใช้เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขประโยชน์โดยตรง

บทบาทของนักสาธารณสุขยังรวมถึงการสร้างข้อระเบียบบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพ อาทิ การตรวจคัดกรอง การบำบัด และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ขณะเดียวกัน หน้าที่บังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขยังเป็นของตำรวจท้องถิ่น ตั้งแต่การยึดทรัพย์ การสั่งปิดกิจการ การจัดการกักกันสัตว์ กระทั่งการใช้กำลังหรือกักขังบุคคล โดยทั้งหมดนี้ก็เพื่อเป้าหมายของการลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชน ทว่าในปัจจุบันมาตรการทางสาธารณสุขแม้ได้รับผลการรับรองว่าเป็นมาตรการที่สมเหตุสมผลและมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการลดปัญหาสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง แต่กลับได้รับการตั้งคำถามเชิงจริยธรรมต่อความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินมาตรการดังกล่าว

ในบทความชื่อ “An ethics framework for public health” Nancy E. Kass (2001) ได้นำเสนอ 6 ขั้นตอน ที่นักสาธารณสุขสามารถใช้เป็นเครื่องมือและกรอบการวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรม (ethics implication) ว่าด้วยข้อเสนอเชิงนโยบาย การริเริ่มโครงการวิจัย และแผนการทำงาน ดังต่อไปนี้

1) เป้าหมายของสาธารณสุขต่อ

ในขั้นแรกของการสร้างแผนงานด้านสาธารณสุข คือ การกำหนดเป้าหมาย ซึ่งการกำหนดเป้าหมาย ที่ว่าจะต้องข้องเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เป้าหมายสูงสุดของงานด้านสาธารณสุขคือการลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (morbidity and mortality) ของประชากรนั่นเอง ตัวอย่างเช่น การตรวจคัดกรองเชื้อ HIV โดยมีเป้าหมายสูงสุดก็เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ทุกคนที่จะให้ความร่วมมือต่อการทดสอบดังกล่าว หรือในอีกกรณี แผนงานการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพว่าด้วยความเสี่ยงของโรคหัวใจ โดยมีเป้าหมายว่าประชาชนจะสามารถทำความเข้าใจและเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าว แต่กระนั้นก็ดี ไม่ใช่ทุกคนที่จะยอมเรียนรู้และรับชุดข้อมูลใหม่ๆ กระทั่งยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว

มาตรการทางสาธารณสุขส่วนใหญ่จะมุ่งเป้าหมายไปที่การกำกับควบคุมประชากรคนกลุ่มหนึ่ง เพื่อปกป้องสุขภาพของประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง ขณะเดียวกันแผนงานด้านสาธารณสุขยังถูกออกแบบมาเพื่อปกป้องปัจเจกบุคคลจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากตัวเอง อาทิ การตรวจวัดความดันโลหิต กฎหมายการคาดเข็มขัดนิรภัย การจำกัดความเร็ว 55 ไมล์ต่อชั่วโมง ทว่า ในแง่หนึ่ง การจำกัดเสรีภาพของบุคคลโดยอ้างว่าเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากตัวพวกเขาเอง หรือป้องกันอันตรายจากบุคคลหนึ่งที่มีอาจส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ย่อมก่อให้เกิดคำถามทางจริยธรรมตามมา

2) ระดับความสำเร็จของเป้าหมาย

อาจกล่าวได้ว่าในการจัดทำแผนงานสาธารณสุขใดๆ นั้น จำเป็นที่จะต้องมีการสำรวจองค์ความรู้ในปริมาณมาก เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการยืนยันว่าการดำเนินงานจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งเป้าหมายหลักๆ ยังคงเป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยและการตาย ขณะเดียวกันก็เพื่อเป็นฐานในการกำหนดแผนงานหรือนโยบาย โดยที่องค์ความรู้ดังกล่าวกับเป้าหมายที่กำหนดจะต้องสนับสนุนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาทิ แผนงานการลดความเสี่ยงโรคหัวใจ กระทำผ่านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายว่าแต่ละบุคคลจะเกิดการตระหนักและเรียนรู้ถึงวิธีการลดความเสี่ยงของโรคดังกล่าว ซึ่งท้ายที่สุดจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหาร หรือการหันมาออกกำลังกาย แต่อย่างไรก็ตาม แม้การจัดทำแผนงานการให้ความรู้จะสามารถช่วยให้คนในสังคมรับรู้ถึงสารที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการจะสื่อได้ ทว่า อัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคหัวใจยังคงที่ไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลง ก็มีอาจนับได้ว่าการให้ความรู้ดังกล่าวนั้น ประสบกับผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากเป้าหมายแท้จริงของการทำงานคือการลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายของโรคหัวใจไม่ทางใดก็ทางหนึ่งนั่นเอง

อนึ่ง ปัญหาเชิงจริยธรรมกลับเกิดขึ้นเมื่ออำนาจต่อการกำหนดสิ่งต่าง ๆ ในการจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุขตกเป็นของภาครัฐและนักสาธารณสุข ทำให้ความรับผิดชอบในการพิสูจน์ความเป็นไปได้ว่าด้วยการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งหมดขึ้นอยู่กับกลุ่มคนดังกล่าว ดังนั้นเมื่อใดก็ตามที่ข้อมูลความรู้ไม่

สอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ แผนงานดังกล่าวจึงไม่สมควรแก่การถูกนำมาปรับใช้ แต่อย่างไรก็ดี ใช่ว่าข้อมูลที่มีอยู่โดยตัวของมันเองจะสามารถทำให้แผนงานสำเร็จได้อย่างทันท่วงที หากแต่ข้อมูลที่มีอยู่จะเป็นรากฐานในการวิเคราะห์ขั้นต่อไป

3) ข้อจำกัดจากการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

หากข้อมูลและหลักฐานได้ชี้ให้เห็นแล้วว่าเป้าหมายที่ถูกกำหนดนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบผลสำเร็จ ขั้นตอนต่อมาที่ควรพึงระวัง คือผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยสามารถจำแนกความเสี่ยงของแผนการดำเนินงานได้ออกเป็น 3 ประเภท (1) ความเสี่ยงในแง่ของการรुक้า ความเป็นส่วนตัวและการเปิดเผยความลับ (2) ความเสี่ยงในแง่ของการจำกัดเสรีภาพและเจตจำนงของบุคคล และ (3) ความเสี่ยงในแง่ของความยุติธรรม กล่าวคือในการกำกับควบคุมโรค อาจกระทำโดยการแทรกแซงเพียงคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

แม้แผนการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค (disease surveillance) สถิติชีพ (vital statistics) รวมถึงแบบรายงานโรคติดต่อ (communicable disease report) ต่างก็ถูกออกแบบมาเพื่อติดตามแนวโน้มทางประชากร และสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงผ่านการติดตามและการเก็บข้อมูล แต่ขณะเดียวกันข้อมูลดังกล่าวกลับเปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล หรือในบางกรณียังถูกนำไปเปิดเผยในที่สาธารณะ และแม้คนบางส่วนจะไม่ได้มองว่าการถูกเปิดเผยข้อมูลในลักษณะดังกล่าวจะเป็นการรुक้าความเป็นส่วนตัว จนกว่าจะมีผลกระทบต่อ การถูกตีตราจากสังคมหรือหน้าที่การงาน ทว่าคนอีกกลุ่มหนึ่งได้มองว่าสิ่งนี้เป็นการรुक้าความเป็นส่วนตัว โดยสิ้นเชิง เนื่องจากข้อมูลนั้นสามารถเปิดเผยสังกัดและกลุ่มชาติพันธุ์ รวมถึงลักษณะอาการของโรคที่ บุคคลประสบ ซึ่งในหลายกรณีมีผลต่อการถูกตีตราทางสังคม กระทั่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวบุคคลในที่สุด

ดังนั้นแผนงานการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) ที่ใส่ใจต่อแง่มุมเชิงจริยศาสตร์ เชื่อว่าจะช่วยลดความเสี่ยงและอันตรายได้มากกว่าวิธีอื่นๆ และเป็นวิธีที่ดูจะเหมาะสมต่อการแทรกแซงด้านสาธารณสุข เนื่องจากการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ถือเป็น การให้อำนาจต่อคนในสังคมในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีกับสุขภาพของพวกเขา ภายใต้ข้อเท็จจริงที่มีความถูกต้อง โดยไม่เข้าไปข้องเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูล อย่างไรก็ตาม แผนงานการรณรงค์และให้ความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ใช่วิธีที่สามารถนำมาปรับใช้ให้ได้ อย่างเหมาะสมกับทุกสถานการณ์

นอกจากนี้ ในตัวระเบียบข้อบังคับของสาธารณสุขเองที่แม้จะมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของคนในสังคม หากแต่ระเบียบข้อบังคับจำพวกนี้กลับล่วงล้ำสุขภาพทั้งภายในและภายนอก ร่างกายของคนในสังคม เช่น การบังคับฉีดวัคซีนนั้นอาจมีผลกระทบต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ ในบางคน หรือการฉีดพ่นเพื่อป้องกันยุงลายอันเป็นพาหนะของโรคไข้เลือดออก โดยคนที่สูดดมควันเข้าไป อาจได้รับอันตรายจากสารเคมีดังกล่าว

4) วิธีการลดข้อจำกัด

เมื่อมีการตรวจสอบแผนงานหรือนโยบายที่เลือกใช้แล้ว แต่กลับต้องพบกับข้อจำกัดเชิงจริยธรรม สิ่งที่น่าทึ่งหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องทำในขั้นต่อไป คือ การพิจารณาถึงวิถีทางที่จะสามารถลดข้อจำกัดเชิงจริยธรรมนั้นลงได้ โดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านเสรีภาพ ความเป็นส่วนตัว โอกาสในชีวิต และความยุติธรรมของผู้ให้ข้อมูล แต่อย่างไรก็ตาม ควรพึงระวังว่าวิธีการใด ๆ จะต้องไม่ลดประสิทธิภาพของแผนงานและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ตัวอย่างเช่น เมื่อใดก็ตามที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขจะต้องรายงานข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่ส่วนกลาง ผู้เชี่ยวชาญควรแจ้งถึงรายละเอียดและข้อบังคับทางกฎหมาย ว่าด้วยการทราบชื่อและข้อมูลความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบเสียก่อน หรือในแผนงานการติดตาม (contact tracing programs) ที่มีความเสี่ยงเรื่องการรุกรานความเป็นส่วนตัวและการเปิดเผยความลับ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขอาจแก้ไขปัญหาด้วยการแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเปิดเผยชื่อผู้ครองของเขา รวมถึงสิทธิในการแจ้งข้อมูลให้ผู้อื่นได้ทราบด้วยตัวเอง กระทั่งสิทธิในการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

5) ความเป็นธรรมในการดำเนินงาน

ความเป็นธรรมของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมโดยตรง อย่างไรก็ตาม ปัญหาความไม่เท่าเทียมเกิดขึ้น เมื่อแผนงานสาธารณสุขมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้คนบางส่วนที่ถูกกละเลยโดยไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายของแผนงานนั้น คิดว่าตนไม่ได้ตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใดโรคหนึ่ง กล่าวคือ การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมโครงการที่ไม่เท่าเทียมกัน อาจสร้างความเข้าใจผิดให้แก่กลุ่มผู้มีความเสี่ยง แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะต้องได้รับการจัดสรรแผนงานหรือทรัพยากรให้ในรูปแบบเดียวกัน ทว่า การจัดสรรแผนงานหรือทรัพยากรต้องมีความเป็นธรรม นั้นหมายถึงการดำเนินงานภายใต้ฐานข้อมูลความรู้

กระนั้นก็ดี สิ่งที่แผนงานหรือมาตรการทางสาธารณสุขควรทำ คือ การรับผิดชอบต่อการลดความไม่เท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะความไม่เท่าเทียมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในสังคมอันเกิดจากความแตกต่างทางชนชั้น (class) อาทิ การทำให้ความยากจนในสังคมลดน้อยลง การจัดการกับที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และเมื่อประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในท้ายที่สุดจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคได้นั่นเอง

6) การสร้างความสมดุลระหว่างผลกระทบเชิงบวกและผลกระทบเชิงลบของแผนงาน

ไม่ว่าแผนงานหรือนโยบายใด ๆ ย่อมมีปัญหาก่อเกิดขึ้น ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องตัดสินใจว่าผลกระทบเชิงบวกที่คาดว่าจะได้รับนั้นมีมากพอที่จะทำให้ยอมรับผลกระทบเชิงลบที่จะตามมาได้หรือไม่ กระนั้นก็ดี ถือเป็นเรื่องที่น่าทึ่งไม่ได้กับการเผชิญต่อการคัดค้านของกลุ่มคนที่ไม่เห็นด้วยกับแผนการดำเนินงานนั้น ๆ เนื่องจาก มุมมองถึงผลกระทบเชิงบวกและผลกระทบเชิงลบจะมีมากหรือน้อย

ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางชุดความคิดของคนในแต่ละสังคม ขณะเดียวกัน ผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต่างมีหน้าที่ในการสนับสนุนแผนงานที่จะเกิดขึ้นหรือล้มเลิกแผนงานที่มีข้อมูลรองรับไม่เพียงพอ มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างเลือกปฏิบัติ กระทั่งจำกัดเสรีภาพของบุคคลอย่างไม่เป็นธรรม อย่างไรก็ตาม ในสังคมที่เต็มไปด้วยความหลากหลายทางวัฒนธรรม แต่ละสังคมจึงควรที่จะตัดสินใจและชั่งน้ำหนักด้วยตนเอง ว่าแผนงานหรือนโยบายสาธารณะสุขแบบไหนที่จะมีความเหมาะสม และเกิดสมดุลระหว่างผลกระทบเชิงบวกและผลกระทบเชิงลบ

การจัดทำแผนนโยบายแต่ละครั้ง จำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์เชิงจริยธรรม (ethical analysis) อย่างละเอียดถี่ถ้วนเสียก่อน เพราะการนำเอาข้อเท็จจริง (truth) ความเป็นธรรม (fairness) และความเคารพ (respect) เข้ามาเป็นพื้นฐานประกอบการคิดของงานที่เราทำ ย่อมทำให้งานนั้น ๆ มีความถูกต้องชอบธรรมโดยตัวของมันเอง ผนวกกับการดำเนินงานที่ยึดเอามุมมองแห่งการถือผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญยิ่งทำให้งานเกิดประสิทธิภาพมากกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม คนในสังคมจะต้องรู้สึกเชื่อมั่นว่าการดำเนินแผนงานหรือนโยบายโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการพัฒนาสุขภาพของคนในสังคม รวมถึงเป็นกระบวนการที่เกิดประโยชน์มากกว่าผลเสียอย่างยุติธรรม

บทที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 มาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์

สิริกร นามลาบุตร และวราณิษฐ์ ลำไย (2560) ศึกษามาตรการในชุมชนเพื่อควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาดและทางสังคมในจังหวัดหนองคาย พบว่า มาตรการในชุมชนเพื่อควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาด และทางสังคมในจังหวัดหนองคาย ซึ่งภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน เช่น การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการวิธีและแนวทางการดำเนินงาน โดยชุมชนมีมาตรการในการดำเนินการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้มาตรการทางสังคม งานประเพณีปลอดเหล้า เช่น งานศพปลอดเหล้า งานบุญงานเทศกาลกฐินปลอดเหล้า ซึ่งผู้นำชุมชนเป็นผู้ริเริ่มให้มีการใช้มาตรการนี้ โดยดำเนินการตามมาตรการหลัก 4 มาตรการดังนี้ (1) มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้านค้าขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี รวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจขอความร่วมมือ ให้ปฏิบัติตามวันสำคัญต่าง ๆ (2) มาตรการควบคุมโฆษณาและส่งเสริมการขายเพื่อชักจูงให้ดื่ม มีการห้ามติดป้ายโฆษณาในบริเวณร้านค้า วัด และโรงเรียน รวมถึงสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญในจังหวัด โดยขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการ และร้านค้าเจ้าหน้าที่มีการตรวจติดตามอย่างเคร่งครัดรวมถึงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมาย (3) มาตรการสื่อสาร รณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม (4) มาตรการระดับชุมชน ใช้มาตรการทางสังคม ในการดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชนไม่ให้มีการดื่มเหล้าเพื่อแก้ปัญหาคาการทะเลาะวิวาท ผู้ใหญ่จะอบรมสั่งสอนให้ลูกหลานเข้าใจถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนรูปแบบในการกำหนดมาตรการในชุมชนเพื่อควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาดและทางสังคม มีใช้มิติศาสนา การอาศัยศาสนาเป็นสถานที่อบรมให้แก่ชาวบ้าน รวมถึงโอกาสในช่วงประเพณีสำคัญ อีกทั้งในระดับครอบครัว ผู้ปกครอง ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ในระดับสถานศึกษา มีกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ และสอนให้เด็กรู้จักห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับชุมชน ผู้นำเป็นแบบอย่างที่ดี มีการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ ในระดับภาครัฐ ภาครัฐจัดบุคลากรและหน่วยงานในการป้องกัน และปราบปรามให้เพียงพอ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การบังคับใช้กฎหมายเข้มงวดกับผู้กระทำผิด และลงโทษผู้กระทำผิด โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้จัดบัตรในฐานะเป็นผู้ไม่ดื่มสุราในหมู่บ้านนั้น นอกจากนี้ภาครัฐประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมและควบคุม รณรงค์ไม่ให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้คำแนะนำและชี้แจง แก่ผู้ประกอบการในการรับผิดชอบต่อสังคม จึงส่งผลให้การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาดและทางสังคมลดลง

กิตติยา จุลวัชชะกะ (2558) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานจังหวัดปลอดเหล้า และพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดปลอดเหล้า จังหวัดสกลนคร พบว่า การดำเนินงานในพื้นที่ชุมชน ได้

ประยุกต์ใช้การผสมผสานบูรณาการ การทำงานร่วมกับบุคคล องค์กร หน่วยงานหลาย ๆ ส่วนเข้ามาร่วมกัน ผ่านกระบวนการที่เรียกว่า “PILAC” ที่เริ่มด้วยการวางแผนงาน แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการสร้างสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย สร้างปฏิญญาร่วมกัน ในลักษณะ MOU เสริมสร้างความเข้าใจ และเกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการปฏิบัติงานในพื้นที่จริง นำมาจัดกิจกรรมเชิดชู ชื่นชมความเป็นต้นแบบและขยายผลต่อเนื่องสู่ชุมชนอื่นจนครอบคลุมทั้งจังหวัด ด้วยการออกเยี่ยม ประเมินรับรองความสำเร็จ และสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดขวัญกำลังใจ ด้วยการมอบรางวัล ประกาศเกียรติคุณ ผลจากการศึกษานี้ นับว่าเป็นกระบวนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักทฤษฎีของการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลัง และแนวทางการขับเคลื่อนทางสังคม เพื่อควบคุมการบริโภคสุราที่จำเป็นต้องมีการผสมผสานความร่วมมือขององค์กรภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ กลุ่มคนผู้ กำกับนโยบายกลุ่มผู้ก่อการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ประกอบการ ผู้เคยดื่ม และประชาชน โดยให้ความสำคัญต่อการจัดสรรหรือกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนร่วมดำเนินการ จะสามารถขับเคลื่อนให้ เกิดกลวิธีแก้ไขปัญหามาจากการบริโภคสุราให้เบาบางลงได้

ฉัฐริดา จุมปา และคณะ (2560) ศึกษาบริบทและแบบแผนการดื่มสุราของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่จังหวัดเชียงราย พบว่า บริบทประเภทงานที่แรงงานทำมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมาก กล่าวคือ มีลักษณะงานหนัก มีความกดดันทำให้มีความเครียดสูง ก็ส่งผลให้แรงงานต้องพึ่งสุรา รวมถึงสถานภาพส่วนบุคคลของแรงงาน กล่าวคือ การที่แรงงานมาทำงานคนเดียว ทำให้แรงงานเหงา ไม่กิจกรรมทำ ทางออกคือต้องมีสังคมเพื่อนนำไปสู่การชักชวนดื่มสุรา และสังคมนิยม วัฒนธรรม กล่าวคือ การมีงานรื่นเริง ประเพณีต่าง ๆ เป็นจุดเริ่มต้นให้แรงงานริเริ่มดื่มสุรา โดยงานประเพณีต่าง ๆ เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้แรงงานได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนแรงงานด้วยกัน ดังนั้น แนวทางและมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการดื่มสุราของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายจ้างสถานประกอบการที่มีบทบาทสำคัญและอยู่ใกล้ชิดแรงงานข้ามชาติ ชาวพม่ามากที่สุด ซึ่งจะเป็นผู้ควบคุมดูแลพฤติกรรมของแรงงาน ดังนั้นนายจ้างต้องเข้มงวดในกฎระเบียบข้อบังคับเรื่องการดื่มสุราของแรงงานและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงโดยอาจจะใช้เงินเป็นกลไกหลักในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของแรงงานในสถานประกอบการ ทั้งนี้ นายจ้างต้องให้ความร่วมมือหน่วยงานภาครัฐในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการป้องกันแก้ไขปัญหาทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และตำรวจภูธรจังหวัดเชียงราย จะเป็นกลไกหลักในด้านการส่งเสริม และสนับสนุนเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรา เช่น มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมผู้ดื่มสุรา เช่น การควบคุมเวลาในการจำหน่ายสุราของร้านค้า การควบคุมอายุของผู้ซื้อสุรา การสุ่มตรวจสถานประกอบการ และการคัดกรองแรงงานข้ามชาติชาวพม่าก่อนเข้ามาทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าที่จะนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ทั้งต่อ ตนเอง ต่อการทำงาน ต่อครอบครัวและสังคมไทย

ธรรมสรณ์ โมรารวรรณ (2560) วิจัยเรื่องงานบุญไร่แอลกอฮอล์ กรณีศึกษางานประเพณีแห่แห่หลวง จังหวัดลำพูน หนึ่งเดียวในโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการขับเคลื่อน โครงการแห่แห่หลวงปลอดเหล้า อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า การงดเหล้าของประชาชนในอำเภอบ้านโฮ้ง เริ่มมาจากแนวคิดของคณะสงฆ์บ้านโฮ้ง วัดบ้านโฮ้งหลวง ซึ่งเป็นที่เคารพศรัทธาของชุมชน ได้มีการห้ามไม่ให้มีการเลี้ยงสุราในวัดในการจัดงานศพ ประกอบกับการที่จังหวัดลำพูนเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ซึ่งใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา มาเป็นหลักดำเนินชีวิต ตามนโยบายของมหาเถรสมาคม คนในชุมชนมีการรับทราบปัญหาและมีความตระหนักร่วมกัน โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้นำชุมชนทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ที่เรียกกันว่า พ่อหลวง ซึ่งเป็นที่นับถือของคนในชุมชนเป็นตัวหลัก ในการขอความร่วมมือจากลูกบ้านให้งดการเลี้ยงเหล้าในงานบุญ งานศพ และต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2556 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เห็นความสำคัญต่อการสร้างอำเภอธรรมรงค์เด็เหล้า การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคม และเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ยั่งยืน โดยใช้โอกาสการรณรงค์เด็เหล้าเข้าพรรษา และเทศกาลอื่น ๆ ตลอดทั้งปี ได้จัดทำโครงการความร่วมมือนายอำเภอันรณรงค์เด็เหล้ากับประชาคมงดเหล้า เพื่อหนุนเสริมนโยบายลดอบายมุขสร้างสุขให้สังคมทำให้อำเภอบ้านโฮ้งได้เข้าร่วมเป็นอำเภอต้นแบบรณรงค์เด็เหล้า และมีการแต่งตั้งคณะทำงานควบคุมเครื่องเด็แอลกอฮอล์อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน โดยจัดทำเป็นวาระในการประชุมของอำเภอ มีการจัดทำข้อตกลงระหว่างหน่วยงานในการช่วยกันป้องกันไม่ให้มีการซื้อ ขาย เด็เครื่องเด็ที่มีแอลกอฮอล์ในสถานที่ราชการ มีชุดเฝ้าระวังอย่างชัดเจน ประชาชนและแกนนำชุมชนเข้าใจ และปฏิบัติตามกติกากิจการงานจากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ทำให้ประชาชนและทุกภาคส่วนเข้าใจในกฎหมายเกี่ยวกับเครื่องเด็แอลกอฮอล์และยึดถือปฏิบัติเป็นอย่างดี

วารานิชฐ์ ลำไย และเชษฐ รัชดาพรณาธิกุล (2560) ศึกษารูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน แล้วพบว่า รูปแบบแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่านใช้ชื่อว่า “LIRP Model” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ผู้นำชุมชน (L=Leadership) 2. ความเป็นอัตลักษณ์ (I=Identity) 3. กติกา ชุมชน (R=Community Rules) 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (P=Participation) โดยงานประเพณีแข่งเรือ เป็นงานแข่งเรือที่คนเมืองน่านมาร่วมงานมากที่สุด โดยเจ้าภาพหลักคือผู้นำชุมชน ที่เป็นผู้นำที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่บริโภคเหล้า ซึ่งได้มีการจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการอย่างชัดเจน คณะกรรมการหมู่บ้านจะออกประกาศคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในฝ่ายงานต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ ส่วนกติกากิจการในชุมชนเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการกำหนดกติการ่วมกัน เช่น ห้ามขาย ห้ามเด็แอลกอฮอล์ในงาน ถ้าเจอก็จะจับและปรับทันที รวมทั้งห้ามเรือจากต่างเมืองมาแข่งขัน เป็นต้น โดยมีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการเครือข่ายเหล้า เข้าร่วมตรวจร้านค้า และบริเวณพื้นที่ในชุมชนไม่ให้มีการจำหน่ายเครื่องเด็แอลกอฮอล์หรือเด็แอลกอฮอล์ ประกอบกับในปี 2551 ที่มีกฎหมายควบคุมเครื่องเด็แอลกอฮอล์ออกมาบังคับใช้ ทำให้งานประเพณีแข่งเรือยาวไม่มีเหล้าเบียร์ โดยความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่จะไม่รับสนับสนุนจากบริษัทเครื่องเด็แอลกอฮอล์ ด้วยการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) กับเจ้าภาพหลักที่เป็นผู้จัด

งานแข่งเรือ ไม่ให้มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ให้นำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งไม่มีการโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณงานแข่งเรือ ตลอดจนให้มีการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีตำรวจ และสรรพสามิตเข้ามาดำเนินการ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดำเนินการ ชุมชนเข้มแข็งเครือข่ายในการรณรงค์ ความเป็นอัตลักษณ์ของเรื่อน่าน และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการแข่งเรือปลอดเหล้า

ปริศนาพร พึ่งเจริญ (2558) ศึกษาการพัฒนากระบวนการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตตำบล โลกสีทองหลวง อำเภอ วาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม แล้วพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลางร่วมกับภาคีเครือข่ายใน ตำบลโลกสีทองหลวงได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของตำบลคือแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนโครงการ ในการ ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรม ประกาศเป็นนโยบายของตำบลและมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมระหว่างหน่วยงานใน พื้นที่ และทุกหมู่บ้าน ในการร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดความก้าวหน้า โดยอาศัยความร่วมมือของทุกคนในชุมชน ในการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ในการขับเคลื่อนโครงการ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเริ่มทำการเก็บข้อมูลทั้งจำนวนผู้ดื่ม จำนวนร้านค้าที่จำหน่ายเพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงขั้นตอนการแก้ปัญหา โดยให้ผู้นำชุมชน อสม.และหน่วยงานต้องเป็นตัวอย่างและแบบอย่างที่ดี ในการประชาสัมพันธ์และปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด และบูรณาการประสานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด เช่น จัดตั้งชมรมหู บี นัมเบอร์ วัน โดยบูรณาการงานบุญหรี สุรา ยาเสพติดเข้าด้วยกัน โดยการรณรงค์เผยแพร่ความรู้โทษภัยของบุญหรี สุรา ยาเสพติด ความรู้เรื่องกฎหมาย พรบ. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชน และเริ่มจากการลดจำนวนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญต่าง ๆ ผลที่ได้้นอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดงาน ยังลดความเสี่ยงในการทะเลาะวิวาท ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุได้เห็นผลที่ชัดเจน ทำให้ชาวบ้านให้ความสนใจในการให้ความร่วมมือมากขึ้นเพราะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

สมพงษ์ จันทรขอนแก่น (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษา: อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า รูปแบบในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหา สาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้ชุมชนยอมรับและเข้าใจปัญหา เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของ และจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดำเนินงานที่เป็นทุนทางสังคมในพื้นที่ได้ 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคประชาชนและสังคม ภาครัฐและการเมือง เพื่อเป็นกลไกในการดำเนินงานของพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 6 ทีม ประกอบด้วยทีมปฏิบัติการ บังคับใช้กฎหมาย ทีมเฝ้าระวังความผิดปกติในพื้นที่ ทีมสื่อสารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทีมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ทีมบังคับใช้กฎบังคับของชุมชน ทีมสนับสนุนการดำเนินงาน โดยได้บูรณาการทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ ความรู้ เพื่อช่วยสร้างความรู้ เกิดกระบวนการเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ภาคประชาชน ภาครัฐหรือ

ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน อสม. นักเรียนนักศึกษา เครือข่ายร้านค้า ฯลฯ ให้ตระหนักปัญหาและโทษภัยของ แอลกอฮอล์ ให้ชุมชนเห็นถึงผลกระทบและความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งชีวิต และทรัพย์สินของคนใน ชุมชน 2) การกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุร่วมกันของชุมชน คือ ประชาชนลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพและสังคมที่ดีขึ้น และ 3) ประชาคมกำหนด และคัดเลือกมาตรการที่เหมาะสมกับ บริบทของชุมชน คือ ลดโอกาสลดการเข้าถึงและลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคนใน ชุมชนร่วมกันกำหนด “ธรรมนูญสุขภาพชุมชน” ที่มีมาตรการข้อบังคับให้ทุกคนในชุมชนถือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งได้จัดทำกฎข้อบังคับเพื่อใช้ในการควบคุมกำกับติดตามภายในชุมชนเป็นมาตรการ 3 ห้าม คือ ห้าม จำหน่าย ห้ามดื่ม และห้ามพกพา โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่มบังคับใช้กฎบังคับชุมชนตามคำสั่ง คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน อสม. และประชาชน มีหน้าที่ออกกฎบังคับชุมชน ติดตามผู้ละเมิดกฎชุมชน ตัวอย่างเช่น ห้ามเจ้าภาพจัดให้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มแอลกอฮอล์ในงานศพ งานบุญประเพณีและงานเลี้ยง ห้ามดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในบริเวณ โรงเรียน และสถานที่ราชการ ฯลฯ อีกทั้ง ให้ผู้นำหมู่บ้านส่งเสริมการเลิกเหล้าใน ชุมชน เป็นตัวอย่างที่ดีในการลด ละ เลิกเหล้า จัดทำใบประกาศเกียรติคุณเพื่อยกย่องชื่นชมครอบครัวปลอด เหล้า

กานต์ระวีรัตน์ จรามร และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนมีส่วนร่วม ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วพบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนกำหนดขึ้นเพื่อลด พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนได้ถูกกำหนดเป็นมาตรการสังคมทางสังคม สำหรับชุมชน เนื่องจากผู้เข้าร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมรู้สึกได้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแล ตนเองและชุมชนมากขึ้น รู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน และรู้ว่าปัญหาทุกอย่างนั้น ชุมชนเท่านั้นเป็นผู้เลือกวิธีการ ที่เหมาะสมกับชุมชน รวมทั้งหากคนในชุมชนสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ ประชาชน ในชุมชนก็จะรู้สึกได้ถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินมากขึ้น ซึ่งนับเป็นผลประโยชน์โดยตรงที่คนใน ชุมชนจะได้รับ โดยชุมชน และหลายภาคีหลายภาคส่วนร่วมกันกำหนดเกณฑ์ปลอดเหล้าโดยการตั้งกติกา ของชุมชนเพื่อปลอดเหล้าที่แสดงต่อชุมชนอย่างเปิดเผย โดยมีการดำเนินมาตรการทางสังคม เช่น การสำรวจ ผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขอความร่วมมือ จากเจ้าภาพงานบุญหรืองานประเพณีให้จัดเป็นเขตปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดกิจกรรมสนับสนุนการ งดดื่มสุราปลอดเหล้า และชักชวนบุคคลที่ดื่มสุราเข้าร่วม โครงการ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกนนำ คณะกรรมการชุมชนออก ตรวจร้านค้าติดตามกำกับดูแลและกระตุ้นให้ชาวบ้านปฏิบัติตามกฎระเบียบของชุมชน รวมทั้งรณรงค์ ประชาสัมพันธ์กฎระเบียบผ่านที่ประชุม งานวัด งานบุญ งานศพ และผ่านหอกระจายเสียง มอบเกียรติบัตร และเงินรางวัลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่สามารถลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มให้กับร้านค้าที่ปลอดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ได้สำเร็จ ซึ่งมาตรการทางสังคมส่งผลให้ชุมชนและเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และเกิดนวัตกรรม ชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ โครงการรักเพื่อนต้องชวนเพื่อน และ

โครงการคนใหม่หัวใจแกร่ง เป็นต้น นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานนั้น หากจะให้เกิดผลดีต้องเกิดจากความร่วมมือของชุมชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในชุมชน เกิดทักษะในการแก้ปัญหา รวมทั้งเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

อรทัย ศรีทองธรรม (2560) ศึกษาการดำเนินงานควบคุมแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาโครงการงานศพและงานบุญปลอดเหล้า พบว่า หากมีการนำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ในชุมชนโดยคนในชุมชนแล้ว จะทำให้เกิดปัญหามากกว่าการใช้นุศุลคนนอกชุมชน ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายคือ เกิดการต่อต้านจากชุมชน เกิดปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การขาดความไว้วางใจ ความเชื่อใจระหว่างกัน เกิดผลกระทบต่อความร่วมมือของชาวบ้านในการทำกิจกรรมชุมชน ทั้งนี้แนวทางการจัดการปัญหาเรื่องเหล้าในมุมมองของชุมชน คือ การใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาสให้ชาวบ้าน ลด ละ เลิก การดื่มสุรารในงานเทศกาล งานบุญ ประเพณีต่าง ๆ และงานศพในชุมชน และการมีตัวอย่างการงดเหล้าในงานศพของญาติผู้นำชุมชน การเห็นข้อดีด้านการลดภาระค่าใช้จ่าย ลดภาระหนี้สิน ลดการเล่นการพนัน และมีเงินส่วนเหลือเพื่อทำบุญให้กับผู้ตายนั้น เหมาะสมกับบริบทของชุมชน บท รวมถึงการใช้นโยบายระดับอำเภอพร้อมการกำกับติดตามและการสุ่มประเมินอย่างเข้มข้น หรือการใช้นโยบายรัฐเป็นตัวนำร่วมกับสถาบันศาสนา ตำรวจ ความร่วมมือของผู้นำชุมชน และเครือข่ายภายในชุมชน ร่วมกับการใช้ตัวแบบบุคคลสำคัญในชุมชนเป็นตัวอย่งนั้น เหมาะสมกับบริบทของชุมชนท้องถิ่น ดังนั้น การใช้มาตรการทางสังคมในการควบคุมเหล้าในท้องถิ่นแบบค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตชุมชนด้วยการใช้ตัวแบบบุคคลสำคัญ การใช้นโยบายระดับอำเภอ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลสำเร็จและความยั่งยืนของการควบคุมเหล้าในท้องถิ่น

จิรัชยา เจียวก๊ก และสันติชัย แยมใหม่ (2558) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการดื่มสุราของเยาวชน ในชุมชนเกาะเสือ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา แล้วพบว่า มีการนำกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการป้องกัน การดื่มสุราในกลุ่มเยาวชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมได้ในระดับหนึ่ง สำหรับแนวทางการป้องกันการดื่มสุราของเยาวชน ชุมชนเคยมีประสบการณ์ในการต่อสู้ ทั้งประสบการณ์ของผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราได้ โดยลดการดื่มสุรา สร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา และการรวมพลังชุมชนในการรณรงค์ต่อสู้สุราและปรับค่านิยม แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ชุมชนจึงมีข้อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันการดื่มสุราในกลุ่มเยาวชน คือ จัดทำแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มสุราของกลุ่มเยาวชน การจัดเวรตรวจตราและรักษาความปลอดภัยในชุมชน การจัดการอบรม เข้าค่ายธรรมะนำหลักศาสนาพุทธเข้ามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ปลุกจิตสำนึกให้กลุ่มเยาวชนรู้ถึงบาป บุญ โทษของการดื่มสุรา และเกิดการขัดเกลาความคิดแก่เยาวชน เพื่อให้ลด ละ เลิกเหล้า อีกทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายหรือนโยบายควบคุมการดื่มสุราในกรณีที่มีการละเมิดหรือฝ่าฝืนต้องได้รับโทษอย่างไร ส่งเสริมการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน โดย เน้นให้กลุ่มเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เช่น การจัดกิจกรรมกีฬา และสร้างข้อตกลงของชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการดื่ม

สุราของเยาวชนในชุมชนร่วมกัน รวมถึงการสร้างพันธะสัญญาต่อตนเอง หรือคนที่ไว้วางใจ เช่น พ่อแม่ ครู อาจารย์ เพื่อน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สัญญาว่าไม่ยุ่งเกี่ยวกับสุรา จะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจไว้ไม่ให้ดื่มสุรา

รชศักดิ์ ดอกจันทร์ (2558) ศึกษามาตรการในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่นักศึกษาของร้านค้ารอบบริเวณมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ แล้วพบว่า การจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ให้แก่ นักศึกษาของร้านค้ารอบมหาวิทยาลัย เกิดจากความต้องการของทั้งสองฝ่ายทั้งจากผู้ขายและผู้ซื้อ การฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการ/ร้านค้ารอบมหาวิทยาลัย เนื่องจาก บทบัญญัติของกฎหมายไม่เข้มแข็งขาดเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ค่านิยมการดื่มของ นักศึกษาเอง ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเพื่อน ทำให้นักศึกษามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นมาตรการหลักในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ/ร้านค้า รอบบริเวณมหาวิทยาลัย โดยการปรับปรุงเพิ่มเติม กฎหมายโดยการจัดทำร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข ออกตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริเวณ รอบสถานศึกษา 500 เมตร และร่างประกาศกำหนด เวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท รวมทั้งร้านที่มีใบอนุญาตและไม่มีใบอนุญาต ซึ่งจะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง เพราะทำให้การบริโภคแอลกอฮอล์ทำได้ยากขึ้น รวมทั้งหน่วยงานของภาครัฐ เป็นผู้มีอำนาจอยู่ในมือก็ควรใช้อำนาจในการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็งและจริงจัง โดยการจัดโซนนิ่งร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามขายแอลกอฮอล์ในบริเวณ 500 เมตรรอบสถานศึกษา เพื่อลดโอกาสในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา รวมถึงการมีมาตรการเพิ่มเติมเพื่อเอื้อต่อมาตรการโซนนิ่ง คือ มาตรการที่จะปฏิเสธการออกใบอนุญาตให้ร้านค้าปลีกที่จะเปิดร้านขายแอลกอฮอล์ใกล้กับสถานศึกษา หรือการเก็บค่าธรรมเนียมในอัตราพิเศษ รวมถึงการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กับผู้ประกอบการ/ร้านค้า ที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา และมาตรการป้องกันด้วยการลดค่านิยมในการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ต้องมีการควบคุมปัจจัยทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักศึกษา โดยการกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการสื่อสารการตลาดในรูปแบบต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

จากงานวิจัยข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า เหล้า-เบียร์เป็นสินค้าที่มี “คุณสมบัติลบ” ที่ผู้ดื่มจะได้รับผลกระทบในแง่ร้ายและยังสร้างผลกระทบต่อสังคมโดยรวม นอกจากนี้เหล้ายังเป็นสินค้าในระบบเศรษฐกิจที่มีการควบคุมทั้งในแง่ของ การผลิต การจำหน่ายและการบริโภค ขณะเดียวกันเหล้าเบียร์ก็เป็นระบบวัฒนธรรมที่มีความผูกพัน ยาวนานในสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบทธรรมเนียมวิถีชีวิตทั้งในประเพณีงานบุญเทศกาลทั้งหลายหรือแม้กระทั่งงานศพก็ตาม ซึ่งก็ถูกจำกัดด้วยศีลข้อห้ามในศาสนาพุทธในแง่การปฏิบัติ

ทั้งนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางและมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหอันเกิดจากการดื่มสุราของประชาชน และกิจกรรมหรือรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริม ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย โดยมีการสร้างกระแสสังคมแนวกว้าง อย่างเข้มข้น ครอบคลุมพื้นที่ และความถี่ผ่านสื่อนักจัดรายการวิทยุ หนังสือพิมพ์ ทิว ป้ายโฆษณา ทีมงานรณรงค์จากสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าและสสส. ที่

มีการกระตุ้นปลูก จิตสำนึกของภาครัฐท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เน้นการปลูกฝังที่ดีเป็นแบบอย่างแก่เยาวชน โดย ส่งเสริมประชาชนให้ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องจนถึงช่วงเข้าพรรษาและนำไปสู่การงดเหล้าตลอดชีวิต ซึ่งได้ประยุกต์ใช้การผสมผสานบูรณาการ การทำงานร่วมกับบุคคล องค์กร หน่วยงานหลาย ๆ ส่วนเข้ามาร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้นำรูปแบบไปจัดเวที ประชาคมระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน ประชาชนให้การตอบรับกับแนวทางการกำหนดมาตรการ ของประชาคมระดับอำเภอ ซึ่งจะเห็นได้จากประชาคมแต่ละตำบลและหมู่บ้าน จะมีการกำหนดกฎระเบียบของหมู่บ้านขึ้นมารองรับ หรือการกำหนดมาตรการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชาชน เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า รูปแบบการดำเนินงาน ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นจัดการกับระบบ กลไกในการควบคุมประชาชนให้เลิกดื่มสุรามากกว่าจะมุ่งเน้นในระดับปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เหล้ายังถูกใช้ให้เป็นสัญลักษณ์ของมิตรภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง มิตรภาพเหล่านี้เกิดจากการได้สังสรรค์ พบปะ พุดคุย ในการดื่มเหล้าร่วมกันหลังจากการเลิกงาน ช่วงพักผ่อนจากการทำงาน หลายคนพบเพื่อนใหม่ที่ต่อมาสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในวงเหล้า และหากคนไหนปฏิเสธ ไม่ดื่มเหล้า ที่ผู้อาวุโสกว่าหิบบิ้นให้ มีความหมายถึงการไม่ให้ความเคารพ การปฏิเสธน้ำใจ จึงอาจทำให้บางคนไม่สามารถเลิกดื่มได้ทันที ฉะนั้นแล้ว ควรหันมาคิดว่าคนเราสมควรจะดื่มอย่างไรให้เหมาะสม

3.2 โปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุรา

กรมสุขภาพจิต (2562) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการติดสุราว่า สุรานอกจากจะมีผลเป็นอันตรายต่ออวัยวะภายในร่างกายแล้ว ยังเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดสมองส่วนกลาง ทำให้ผู้ดื่มมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจ หากดื่มจนติด มีความเสี่ยงเกิดอาการทางจิตได้ เช่น ซึมเศร้า จะมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีอาการประสาทหลอน ที่พบบ่อยคือ หนูแว่ว หวาดระแวง ทำให้ระบบความจำบกพร่อง ผู้ป่วยจะสับสนเวลา มีปัญหาการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สมองเสื่อม หรือมีความผิดปกติทางอารมณ์ บุคลิกภาพหรือพฤติกรรม หากไม่หยุดดื่มและรับการรักษา จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตเวชสูงกว่าคนทั่วไปที่ไม่ได้ดื่ม เช่น มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) สูงกว่า 3.8 เท่าตัว มีโอกาสป่วยโรคซึมเศร้า (Depression) 3.9 เท่าตัว มีโอกาสป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้ว หรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar) 6.3 เท่าตัว และเมื่อป่วยแล้วโรคจะคงอยู่ถาวร ถึงแม้ว่าจะหยุดดื่มไปแล้วก็ตาม ผลสำรวจในพื้นที่ 4 จังหวัดอีสานตอนล่าง ประกอบด้วยนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์พบประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป มีอัตราติดสุราร้อยละ 3.70 คาดว่ามีประชาชนติดสุราประมาณ 194,000 คน ในปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2561 ถึง 30 กันยายน 2562 มีผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูแล้วจำนวน 30,369 คน หรือเข้าถึงบริการแล้วร้อยละ 21 ยังมีผู้ติดสุราอีกร้อยละ 79 หรือจำนวน 160,000 กว่าคน ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดรักษา ในปีงบประมาณ 2563 นี้ จะเร่งให้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นให้ได้มากที่สุดตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชจากปัญหาติดสุราอีกทางหนึ่งด้วยสำหรับการรักษา

นั้น จะบำบัดอาการถอนพิษเหล้า การฟื้นฟูสภาพด้วยยาและเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้สามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด

จินตวิราพร เป็นแก้ว (2559) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ได้พบว่าโรคติดสุราเป็นโรคที่มีผลกระทบสูงต่อผู้ติดสุรา ครอบครัว และสังคม สุราสามารถเข้าถึงได้ง่ายเพราะมีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป อยู่ในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทยมาช้านานจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีผู้ติดสุราเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมทั้งต่อตัวผู้ติดสุราและบุคคลรอบข้าง ด้านร่างกายการดื่มสุรามีผลต่อดับเกิดภาวะไขมันในตับ (fatty liver) ทำให้ตับโตตับอักเสบตัวเหลืองการดื่มเป็นเวลานานทำให้เกิดพยาธิสภาพารเกิดภาวะตับแข็งพิษต่อตับอ่อนทำให้ตับอ่อนอักเสบปวดท้องอย่างมาก ด้านจิตใจและระบบประสาทมีผลให้ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายการตัดสินใจผิดพลาดการเรียนรู้ความจำและความคิดช้าลง ความบกพร่องในด้านการคิดรวบยอดการวางแผนการจัดระบบ ผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งครอบครัวแตกแยกและเกิดการหย่าร้างในครอบครัวผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจทำให้เกิดการทำผิดกฎหมายมีคดีเกี่ยวกับทรัพย์สินถูกทำร้ายร่างกายฆ่ากันตาย การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและปัญญา (จิตวิญญาณ) พยาบาลจึงควรมีการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราอย่างต่อเนื่องบทความฉบับนี้จะช่วยให้พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีบุคคลในครอบครัวติดสุราได้เข้าใจและมีแนวทางในการดูแลส่งเสริมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดสุราตามหลัก D-METHOD และฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่เป็นโรคติดสุราให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยการบำบัดด้านร่างกายจะเป็นการใช้ยาในการรักษา (pharmacological treatment) เพื่อให้ผู้ควบคุมการดื่มหรือหยุดดื่มสุราและการรักษาจิตสังคมสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาแนวทางการรักษาได้แก่จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skill) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การเปลี่ยนแนวความคิด (cognitive-behavior therapy) การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา (psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) ชุมชนบำบัด (therapeutic communication) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) งานวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลได้มีแนวทางในการดูแลส่งเสริมและป้องกันผู้ป่วยโรคติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

เพียงพิมพ์ ปันระสี และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2560) ศึกษาพฤติกรรมการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีไทยกับวิธีการลดการดื่ม ได้พบว่า สตรีไทยมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นอย่างชัดเจน และอายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ สาเหตุ การดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีมีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อม ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีมีทั้ง ต่อตนเอง บุตรในครรภ์ ครอบครัว ชุมชน สังคม ก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ที่ติดสุราจะ ก่อให้เกิดผลกระทบมากกว่าผู้ที่ดื่มสุราทั่ว ๆ ไป ผลกระทบด้านสุขภาพที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง กระเพาะ

อาหารอึกเสบ เบาหวาน ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมองบางชนิด หรือแม้แต่การเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น ที่ผ่านมามีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ โดยกระทรวงสาธารณสุข คือ (1) ควบคุมการเข้าถึง ทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (2) ปรับเปลี่ยนค่านิยม (3) ลดอันตรายจากการบริโภค (4) จัดการปัญหาแอลกอฮอล์ ในระดับพื้นที่ และ (5) พัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง สำหรับการแก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับบุคคล พบว่า มีวิธีการและแนวทางที่ถูกนำมาใช้ในส่งเสริมการลด ดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีในหน่วยบริการด้านสุขภาพ ดังนี้ (1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะ และมีทักษะที่ดี (2) การประเมินและจำแนกสถานะการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีเป้าหมาย (3) การประยุกต์ใช้ ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การเสริมพลังอำนาจ การเสริมแรงจูงใจ การกำกับตนเอง (4) การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำและ (5) การติดตามกระตุ้นเป็นระยะ ๆ เพื่อให้พฤติกรรมลด ละ เลิก ดื่มแอลกอฮอล์ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตาม รายงานผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในระดับนโยบายยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการทั้งหมด นอกจากนี้วิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะป้องกัน และแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2552) ศึกษาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสุราในสถานบำบัดรักษายาเสพติดของรัฐ นำเสนอว่า สุราเป็นสารเสพติดประเภทที่ถูกกฎหมาย ซึ่งล้วนมีผลต่อสมองในส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ และการตัดสินใจทั้งสิ้น ส่งผลให้ผู้เสพติดมีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ขาดความรับผิดชอบ เป็นต้น การเสพติดสุราจึงนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ผลต่อร่างกาย สุราจะส่งผลให้เกิดภาวะตัวอึกเสบ หากยังดื่มต่อไปจะเกิดพยาธิค้ำแข็ง ผลต่อจิตประสาท เช่น โรคความจำเสื่อม เป็นต้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมความพร้อมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดสุราในสถานพยาบาลทุกระดับ สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันเฉพาะทางมีกระบวนการบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกใช้รูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด แบบประยุกต์ (Modify Matrix Program) ที่นำแนวคิดมาจาก Matrix Institute on Addiction สหรัฐอเมริกา การบำบัดนี้ผู้บำบัดต้องนัดผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้งเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนญาติต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ กระบวนการบำบัดจะประกอบไปด้วย กลุ่มการให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ กลุ่มการให้ความรู้ครอบครัว กลุ่มกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนผู้ป่วยในใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นเอง เน้นใช้กลุ่มบำบัดและงานบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีสภาพร่างกายแข็งแรง โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดทั้งสองรูปแบบมีขั้นตอน ดังนี้ 1) เตรียมการก่อนรักษา 2) การบำบัดด้วยยา 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตามหลังรักษา นอกจากนี้ทั้งสองรูปแบบมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมฝึกทักษะในการเลิกดื่มสุรา ทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ รวมทั้ง เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการ

เปลี่ยนแปลงของสมองคิดยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ เป้าหมายสูงสุดคือ ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดสุราสามารถลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้

เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุรุทยา (2556) ศึกษาความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่า สุราถือเป็นสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ ง่าย ออกฤทธิ์ที่กระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ไปนานจะเกิดการเสพติดทำให้ต้องใช้อยู่เรื่อยๆ การเสพสุรา (alcohol use disorders : AUD) หมายถึง ความผิดปกติในแง่ของการดื่มสุรา มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงานและสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง ผู้ป่วยสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมนั้น ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราเมื่ออายุยังน้อย ดื่มตามเพื่อน หรือคนในครอบครัวส่วนใหญ่มิ พฤติกรรมการดื่มสุรา บางครั้งการดื่มช่วยให้เข้าสังคมได้ดีขึ้น มีปัญหา ความเครียดและอาการทางจิตของตนจึงเป็นเหตุให้ดื่มติดต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้น การบำบัดสุรามีหลายวิธี เช่น การเข้าสถานบำบัดมีกฎระเบียบ เพื่อฝึกทักษะชีวิตที่ปราศจากสุรา ฝึกทักษะการปฏิเสธ หลีก เลี่ยง ปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม มีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดและ ให้ความสำคัญแนะนำให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และการรักษาด้วยยา ซึ่งได้รับยาทางจิตเวชช่วยลดอาการถอนพิษสุราและ โรคทางจิตเวชควบคู่กัน การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจะสร้างความร่วมมือในการรักษาได้ดียิ่งขึ้นด้วย

พิชัย แสงชัยชาญ (2552) ศึกษาการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ทัว ๆ ไปมีการบำบัดดูแลที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วย โรคติดสุราส่วนใหญ่หลังการบำบัดมักจะมีการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามีรูปแบบที่หลากหลายวิธี เพื่อป้องกันอาการถอนพิษ สุราหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอย่างทันท่วงที เป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วย โรคติดสุราหยุดดื่ม สุราได้นานที่สุด โดยพบว่า การบำบัดผู้ป่วยติดสุรา แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาจาก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดการบำบัดดูแลในระยณะนี้ คือการบำบัดดูแลระยะถอนพิษสุราเมื่อผู้ป่วย โรคติดสุราสามารถหยุดสุรา ถ้าหยุดดื่มกะทันหัน จะทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานต่างๆ

2. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม เป็นการบำบัดดูแลผู้ป่วย โรคติดสุราหลัง การได้รับการบำบัดดูแลผ่านระยะถอนพิษสุราแล้ว ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ไม่มีอาการทางจิต กระบวนการความคิด การตัดสินใจ และการรับรู้เป็นปกติ ซึ่งกระบวนการบำบัดดูแลระยะฟื้นฟู สมรรถภาพทางจิตใจและสังคมระยะนี้ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วย โรคติดสุรากลับไปสู่สังคมและ สิ่งแวดล้อมเดิมได้ 2.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) โดยผู้รักษาต้องใช้วิธี แบบเชิงรุกมุ่งเน้นให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ (coping skill to deal psychotherapy) สร้างแรงจูงใจให้หยุดดื่ม (motivation) 2.2 การให้การปรึกษา (counseling) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดื่มตระหนักถึงปัญหาและ ลดความเสี่ยงของการดื่ม จูงใจให้บุคคลนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง 2.3 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ ที่มีโครงสร้างและระเบียบการบำบัดที่ชัดเจน 2.4 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage

of Change ซึ่งเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาโดยยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) และใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ (MI) ให้กับผู้ป่วยติดสุราสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่ม 2.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการ แก้ไข ปัญหา โดยผู้บำบัดเป็นผู้ประสานหรือช่วยให้สมาชิกภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน 2.6 กลุ่ม ช่วยเหลือกัน (Self-help group) เป็นรูปแบบในการบำบัดรักษาที่มี ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูทางด้านจิต วิทยาสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา 2.7 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นโปรแกรมการ บำบัดรักษา ที่ใช้ทีมพหุสาขาวิชาชีพที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช โดยแนวทางการ บำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดใน สถานพยาบาล ระยะยาว เป็นต้น

3. การดูแลระยะหลังการรักษา (After care) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับ ครอบครัว การรักษาจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้ น้อยลง โดยรูปแบบการ ดูแลหลังการรักษามีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ เช่น 1) มีการดำเนินการให้เกิดการจัดการระบบที่ รองรับบริการส่งต่อบริการที่รัดกุมและเป็นรูปธรรม 2) มีการวางแผนการให้บริการ (service planning) ให้ เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัว รวมบุคคลในชุมชนให้มามีส่วนร่วมใน การวางแผนกำหนดกิจกรรมบำบัดดูแลให้ สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน เป็น ต้น

การบำบัดดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลตั้งแต่ แรกเริ่มเข้ารับรักษา ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้มีความครอบคลุมทั้งการบำบัดดูแลในระยะ เฉียบพลันและการบำบัดดูแล ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในแต่ละระยะ ต่างก็มีวิธีการบำบัดดูแลที่ หลากหลาย เพื่อให้การบำบัดดูแลผู้ป่วย เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความสอดคล้องกันกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติ โดยมี เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และ ลดปัญหาการกลับเข้ามารักษาซ้ำ และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่จะสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุรา และดำเนินชีวิตต่อไปได้ อย่างปกติสุข

สุนทรี ศรี โก ไสย และคณะ (2558) การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม สำหรับ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ พบว่า การกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา บ่งบอกถึงภาวะติดสุรา เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดื่ม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสังคม ในระยะยาวการติดสุราเรื้อรัง เป็นพฤติกรรมกรรมดื่มสุรา ที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมทั้งพฤติกรรมกรรมดื่มๆ หยุดๆ วนเวียนซ้ำๆ จนไม่สามารถหยุดดื่มได้แม้จะ ได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดสุรา กลับไปดื่มซ้ำหลังจาก ผ่านการบำบัดรักษาแล้วคือ สุราหาซื้อได้ง่ายราคาถูก ไม่ผิด กฎหมาย ในชุมชนมีคนดื่มสุรามาก มีสุราราย ใกล้เคียงที่พักอาศัย ผู้ป่วยโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำจะมีความคุ้นเคยกับการบำบัดแบบกลุ่มที่ เป็นกิจกรรมตามปกติของหอผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรมี ลักษณะเฉพาะ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง การ

พัฒนา โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ ครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและแนวคิดการทำกลุ่มบำบัด ทดสอบผลของโปรแกรมโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง

โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำให้ผลต่อการลดการดื่มหนักลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของโปรแกรมที่ส่วนหนึ่งมุ่งเน้นการตั้งประเด็นให้ได้คิดทบทวนและทำความเข้าใจ ตนเองมากกว่าการให้ความรู้หรือคำแนะนำ พร้อมทั้งได้พูดถึงความคิดความรู้สึกเหล่านั้นอย่างตรงไป ตรงมาภายใต้บรรยากาศการยอมรับ ให้กำลังใจและชื่นชมซึ่งกันและกัน อันเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งของ การสร้างแรงจูงใจที่มีพื้นฐานความเชื่อว่า คำพูดของ ผู้ใช้บริการเองจะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นได้มากกว่า คำพูด/คำแนะนำโดยบุคคลอื่น ลักษณะของ โปรแกรมยังเอื้อต่อ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านสายตา และการเขียนหนังสือ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการติดสุราเรื้อรัง จึงทำให้บรรยากาศกลุ่มไม่เป็นทางการมากเกินไปเพราะไม่ต้องกังวลกับการเขียน รวมทั้งเกิดกำลังใจเมื่อได้รับฟัง ประสบการณ์ของผู้ป่วยเก่าที่หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างนอกจากจะพึงพอใจต่อโปรแกรม การบำบัดครั้งนี้แล้ว แต่อย่างไรก็ดี โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรกผู้ป่วย จะมีโอกาสหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำได้อีกเนื่องจากไม่สามารถทนกับอาการอยากสุราได้ การวางแผนการดูแลหลังจำหน่าย (aftercare) จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ

ญาดา บุตรปัญญา (2560) ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดสุราโดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า การติดสุราถือว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีลักษณะที่ผิดปกติ แม้จะส่งผลให้ตนเองเกิดความทุกข์ทรมานจากพิษของสุรา มักมีความต้องการทางร่างกายและจิตใจในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินความสามารถในการควบคุมแอลกอฮอล์ โดยไม่คำนึงถึงว่ามันมีผลต่อชีวิตของพวกเขาอย่างไร ถึงแม้การดื่มนั้นจะส่งผลเสียต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันแล้วก็ตาม ผู้ดื่มก็ยังคงหมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุรา จนเกิดภาวะพึ่งพิง (Dependence) และมีพฤติกรรมที่ดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งผลเสียที่เกิดขึ้นนั้นผู้ดื่มรับรู้แต่ก็ไม่สามารถหยุดดื่มได้ และเมื่อมีการหยุดดื่มอย่างฉับพลันจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสุราอย่างฉับพลันหรืออาการลงแดงหรือที่เรียกว่า โรคติดสุรา ซึ่งปัญหาการติดสุรา เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคมไทย ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียทางเศรษฐกิจ ผู้ติดสุราจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การดูแลและบำบัดรักษาที่เหมาะสมทำให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนและถาวร หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ติดสุราเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดและให้ผลในระยะยาว ในบทบาทของพยาบาลการให้การพยาบาลแก่ผู้ติดสุราโดยใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุรา โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำปรึกษาแบบชี้แนะแนวทาง (directive) ในขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับผู้ติดสุราในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษาจะช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดพลังที่มาจากใจตนเอง ทำให้เกิดความหวัง มีกำลังใจ เกิด

เป้าหมายของชีวิต ซึ่งส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราดีขึ้นและนำไปสู่การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรต่อไป

สลิษา หลิมศิริโรรัตน์ และคณะ (2553) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติดสุรา พบว่า คนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มจาก 7.71 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 รวมทั้งพบว่า จำนวนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งผลกระทบจากการดื่มสุราที่เกิดขึ้นในวงกว้างผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้ดื่มทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านสังคมผู้ติดสุรามักบกพร่องในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งบทบาทในครอบครัว หน้าที่การงาน และบทบาทต่อสังคม มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราและการขาดรายได้เพราะปฏิบัติหน้าที่การงานได้ลดลงจากประสิทธิภาพการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา พบว่า ผู้ที่ติดสุราแล้วมักจะไม่สามารถเลิกดื่มได้โดยง่าย อีกทั้งหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานชัดเจน การบำบัดแบบเดิม คือการรักษาด้วยยาโดยแพทย์และการให้การรักษาโดยพยาบาล ซึ่งใช้ความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วย จากการติดตามผลการบำบัด พบว่า ยังไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการใน 3 ขั้นตอนแรกคือ ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา พบปัญหาคือผู้ป่วยติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาไม่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ ขั้นตอนที่ 2 คือ การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 4 เรื่อง และงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลได้แนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแบ่งการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การทำให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกดื่มสุรามีความหนักแน่นมั่นคง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง รวมถึงการให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ขั้นตอนที่ 3 ของการศึกษาคือการประเมินแนวโน้มที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัตินี้เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับบริการบุคลากรมีความพร้อมในการนำไปใช้และ เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้จะช่วยปรับปรุงคุณภาพการบำบัดผู้ป่วยติดสุราให้ดียิ่งขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา คือลดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องและถาวร

สมบัติ สกุศลพรรณ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2559) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการให้การรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนจากการศึกษา พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตเวชในประเทศมีสาเหตุมาจากสุรา อีกทั้งพบว่าในผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึง 2 - 4 เท่า ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็มีโอกาสที่จะดื่มสุราถึง 4 เท่า นอกจากนี้ สำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ของการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและลักษณะของผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากเป็น โปรแกรมที่แก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยใช้แนวคิดที่เฉพาะ โปรแกรมจึงต้องพัฒนาให้ถูกต้องตามแนวคิด และสามารถ

ใช้ได้จริง เพื่อจะได้นำไปใช้ลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดสุราต่อไปวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อพัฒนาโปรแกรม การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดสุราต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษา คือ

1. โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่เป็นโรค ซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีการให้การปรึกษา จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาที ในช่วง เวลา 3 สัปดาห์

2. เนื้อหาหลักของโปรแกรมคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ประเมินความคิดอัตโนมัติและการ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติหรือการแก้ปัญหา

3. โปรแกรมมีความตรงตามเนื้อหา จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

4. ผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วยรายงานว่ากิจกรรมและงานใน โปรแกรมสามารถทำได้จริงและมี ประโยชน์

5. ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องได้รับการฝึกก่อนการใช้โปรแกรม

บทที่ 4 บริบทชุมชน

4.1 ประวัติความเป็นมาและที่ตั้งทางภูมิศาสตร์

ตามประวัติที่เล่าสืบต่อกันมา ในปี พ.ศ.2447 มีครอบครัวแรกมาตั้งรกรากที่ตำบลไม้ยา คือ ครอบครัวพ่อแก้ว ยะล้อม พ่อขาว ขาวใจ อพยพมาจากอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ส่วนหนึ่งมาจากอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา และอีกหลายครอบครัวจาก จังหวัดแพร่ และจังหวัดน่าน ปี พ.ศ. 2454 ได้มีการแต่งตั้งผู้ใหญ่บ้านอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก โดยมีผู้ใหญ่บ้านคนแรกคือนายขัน ทะหล่อ ในปี พ.ศ. 2461 เดิมมีชื่อหมู่บ้านว่า บ้านห้วยทรายขาว ต่อมาชาวบ้านพบต้นยางน่องต้นหนึ่งขึ้นอยู่ริมขุนห้วยในป่า เรียกต้นไม้ชนิดนี้เป็นภาษาท้องถิ่นว่า “ไม้ยา” จึงเปลี่ยนชื่อหมู่บ้านจากบ้านห้วยทรายขาวเป็น บ้านไม้ยา เมื่อปี พ.ศ. 2515 ต้นยางน่อง เป็นไม้ยืนต้นขนาดใหญ่ สูงประมาณ 70 เมตร โคนลำต้นจะเป็นพุ่มแผ่ออกเพื่อค้ำยันลำต้นให้แข็งแรง ผิวเปลือกค่อนข้างเรียบมีสีชาวมเทา เปลือกชั้นในมีสีชาวมเหลือง มีน้ำยาสีชาวมเหลือง มีสารไกลโคไซด์ ชื่อว่า สารสโตรเฟนดินจี, คอมบิคาซิด โคลิน และไตรโกเนลลิน ซึ่งมีพิษต่อระบบประสาทและหัวใจ สามารถทำให้หัวใจวายได้ ในอดีตชาวบ้านได้กรีดยางจากต้นยางน่องมาชุปปลายลูกดอกหน้าไม้เพื่อใช้ยิงสัตว์ใหญ่ซึ่งเป็นต้นไม้ที่มีพิษ นำยางไปทาที่ลูกศรเพื่อนำไปฆ่าสัตว์ได้ บ้านไม้ยาเดิมเป็นเขตปกครองของ หมู่ที่ 11 ตำบลจ้าว อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ได้แยกออกจากตำบลจ้าวเมื่อปี พ.ศ. 2520

ตำบลไม้ยาดังอยู่ในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ถึงแม้ตำบลไม้ยาจะถูกแบ่งให้มีลักษณะของความเจริญเป็นแบบในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลก็ตาม แต่ลักษณะบริบทเชิงพื้นที่และวัฒนธรรมของทั้งสองตำบลก็มีความแตกต่างกันไม่มาก วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในชุมชนก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งโดยมากก็จะเป็นสังคมของการเกษตรเป็นหลัก มีความเจริญทางด้านโครงสร้างพื้นฐานชุมชนพอสมควร สามารถช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์พร้อม ประชาชนส่วนใหญ่ยังยึดถือและปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณีของล้านนาแต่โบราณ แต่อาจมีการปรับเปลี่ยนไปบ้างตามความเจริญด้านวัตถุและการได้รับความรู้ใหม่ และยังมีความเชื่อที่เกี่ยวกับเรื่องผีสาร เทวดา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ค่อนข้างแน่นแฟ้น ในตำบลแม่เปาอาจจะมีหลากหลายทางด้านภาษาและวัฒนธรรมมากกว่า เพราะมีชุมชนที่เป็นชาวไทยภูเขาอยู่จำนวนหนึ่งที่มีภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่พิเศษกว่าชนพื้นราบทั่วไป และกลุ่มชนพื้นราบก็ยังมีกลุ่มคนที่อพยพมาจากภาคอีสานปะปนอยู่อีกจำนวนหนึ่งเช่นกัน

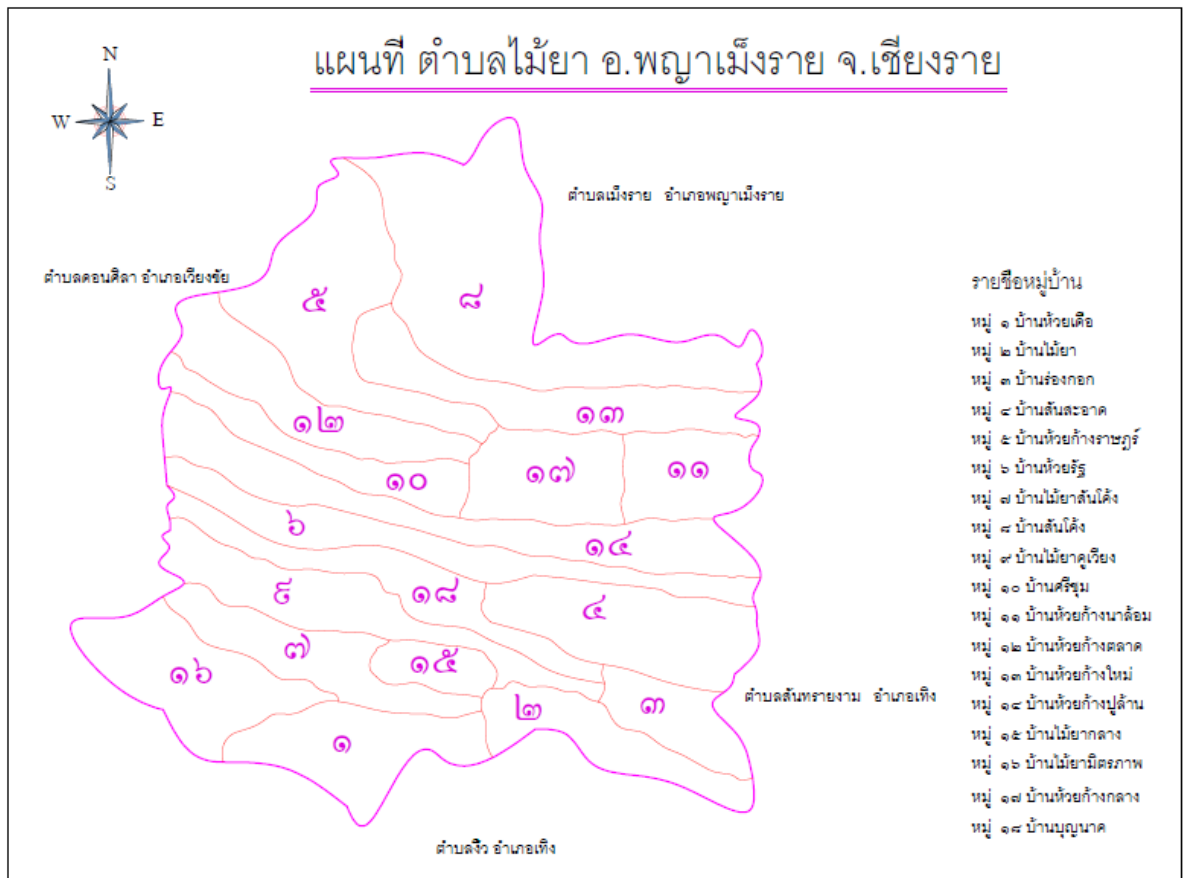
ตำบลไม้ยา เป็นตำบลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาล แยกจาก ตำบลจ้าว อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย เมื่อปีพุทธศักราช 2522 ตำบลไม้ยามีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 18 หมู่บ้าน เป็นตำบลเขตติดต่อระหว่าง อำเภอเทิง และอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย อยู่ห่างจากตัวอำเภอพญาเม็งรายประมาณ 18 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากตัวอำเภอเทิงประมาณ 16 กิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบระหว่างภูเขา อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 500 เมตร มีภูเขาสูงสลับซับซ้อนวางตัวทอดแนวยาว ด้านทิศเหนือ – ใต้ ด้าน

ตะวันออกของพื้นที่เป็นที่ราบ เป็นพื้นที่สำหรับที่อยู่อาศัยประมาณร้อยละ 60 เป็นพื้นที่สำหรับการเกษตร ร้อยละ 35 และมีพื้นที่ส่วนอื่นร้อยละ 5 มี 3 ฤดูกาล ได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝน ฤดูหนาว มีประชากรทั้งสิ้น 11,668 คน

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การปลูกข้าว ข้าวโพด ลำไย ยางพารา มันสำปะหลัง ฯลฯ รองลงมาคืออาชีพเลี้ยงสัตว์ รับจ้างทั่วไป และค้าขาย มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,280 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด เนื่องจากตำบลไม้ยาคำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า จึงมีการเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาศักยภาพและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบของการรวมกลุ่มและชมรมต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มผลิตสินค้าหัตถกรรมชุมชน กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มสภากาชาดธรรมด้าบาล และในเร็ว ๆ นี้จะมีการฟื้นฟูการดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุของตำบลไม้ยา ที่เคยระงับการดำเนินการไปเนื่องจากการขาดงบประมาณสนับสนุน นอกจากกลุ่มเฉพาะเหล่านี้แล้ว ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีบทบาทสำคัญและเป็นสมาชิกของกลุ่มและชมรมทั่วไปของชุมชน เช่น กลุ่มเกษตรกร ชมรมคณะกรรมการหมู่บ้าน ที่ปรึกษาชุมชน และกลุ่มทางการเงินต่าง ๆ ของชุมชน ด้านสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคและภัยสุขภาพที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุของตำบลไม้ยา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โรคทางระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในฤดูหนาวที่จะมีอากาศแห้งแล้งและมักประสบปัญหาหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (P.M. 2.5) ปัญหาด้านการฟังฟังในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเดินทาง การประกอบอาชีพ และการดำเนินการที่เกี่ยวกับเอกสารทางราชการต่าง ๆ เป็นต้น นอกเหนือจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองหรืออาจต้องพึ่งผู้อื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตำบลไม้ยามีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมแบบล้านนา การเคารพพ่อแม่ และผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งที่สำคัญมาก มีการยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญต่อชุมชนทั้งทางด้านการเป็นผู้นำชุมชน การเป็นหมอพื้นบ้านและปราชญ์ของชุมชนอย่างมาก มีค่านิยมที่สำคัญคือ เด็กไม่ควรเถียงผู้ใหญ่และควรเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ใหญ่ การเถียงและไม่เชื่อฟังผู้ใหญ่ถือเป็นสิ่งมีดีไม่ควรประพฤติเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นแล้วระบบครอบครัวถือเป็นโครงสร้างทางสังคมพื้นฐานที่สำคัญ การมีครอบครัวที่ดี การมีฐานะความเป็นอยู่ที่ดี การมีการศึกษาที่ดี ถือเป็นสิ่งที่ทุกคนต่างชื่นชม อยากมีและอยากเป็น การมีลูกหลานที่ประพฤติไม่ดี ไม่เรียนหนังสือหรือเรียนจบในระดับพื้นฐาน ไม่มีงานที่ดีทำ ไม่มีเงินเดือนที่สูง ถือเป็นจุดด้อยของครอบครัวนั้น ๆ และลักษณะการอยู่กันของสังคมโดยมากในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันมักจะเป็นเครือญาติกันเกือบทั้งหมด หากมีการจัดทำผังเครือญาติก็จะมี การเชื่อมโยงหรือเกี่ยวข้งกันไปมาเกือบทั้งหมด

ที่ตั้ง และอาณาเขตติดต่อ



4.2 ลักษณะทางสังคม

4.2.1 ประชากร

ตำบลไม้ยามีลักษณะทางสังคมแบบเกษตรกรรม คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก มีนิสัยประนีประนอมพึ่งพาอาศัยกัน ให้ความสำคัญระบบอุปถัมภ์ ให้ความสำคัญกับลาภยศ มีความรักเกิดทูลพระมหากษัตริย์ และกำลังจะเปลี่ยนไปสู่สังคมแบบหลังเกษตรกรรม คือ กลุ่มวัยแรงงานจะเข้าไปประกอบอาชีพตามเมืองใหญ่ๆ เพื่อนำรายได้มาเลี้ยงดูกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ และสามารถแยกประชากรตามกลุ่มวัย 5 กลุ่มวัยดังตารางต่อไปนี้

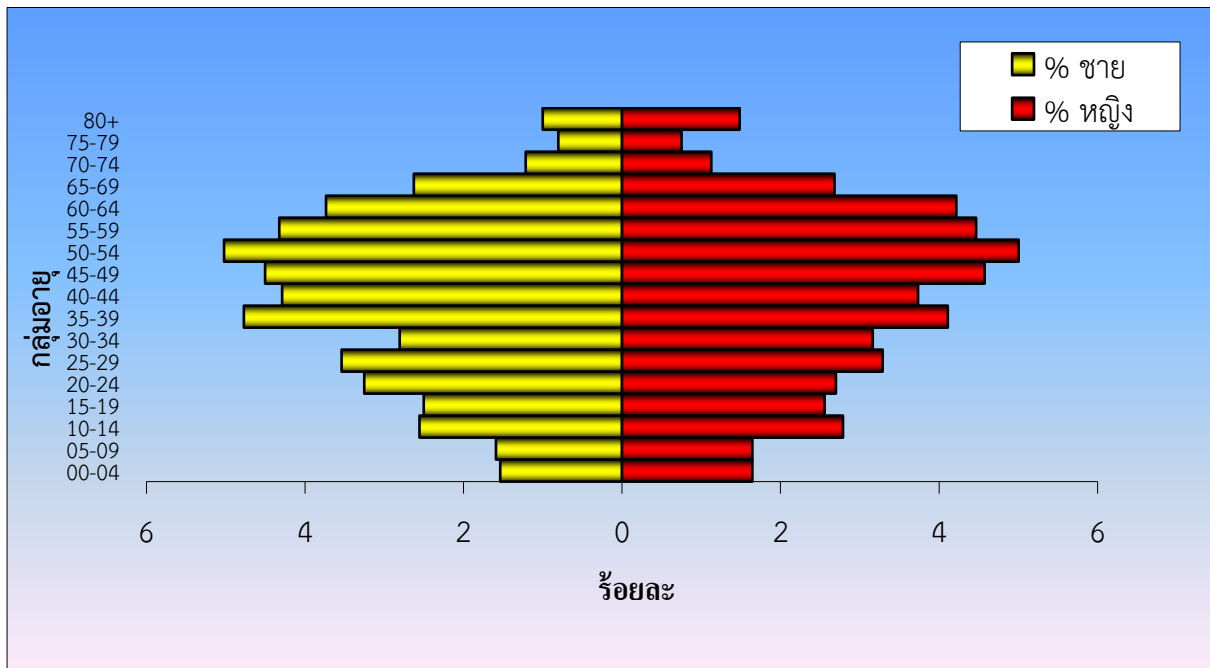
ตารางที่ 1 : แสดงจำนวนประชากรตำบลไม้ยา จำนวนตามกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	จำนวน (คน)			ร้อยละ
	ชาย	หญิง	รวม	
1. เด็กปฐมวัย (0-5 ปี)	96	105	201	3.59
2. เด็กวัยเรียน (6-14 ปี)	222	235	457	8.17
3. วัยรุ่น (15-19 ปี)	140	143	283	5.06

4. วัยทำงาน (20-59 ปี)	1,819	1,737	3,556	63.54
5. วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	525	574	1,099	19.64
รวม	2,802	2,794	5,596	100.00

ที่มา : กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข รพ.สต. ไม้ยา ณ 1 ต.ค. 2562

ปิรามิดประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ยา



4.2.2 ศาสนา

ประชากรนับถือศาสนาพุทธประมาณ ร้อยละ 98 ของประชากรทั้งหมด และศาสนาอื่นๆ ได้แก่ ศาสนาคริสต์และอิสลาม มีประมาณร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด และมีศาสนสถานเป็นวัด จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ วัดห้วยเตือ หมู่ 1, วัดพระธาตุหมอกมุงเมือง หมู่ 1, วัดสันสะอาด หมู่ 4, วัดพระธาตุม่อนหินแก้ว หมู่ 7, วัดไม้ยาเก่า หมู่ 15 และวัดไม้ยาคุเวียงสันติคีรี หมู่ 18

4.2.3 การศึกษา

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลตำบลไม้ยา พบว่า ประชากรอายุ 15-60 ปีเต็ม ร้อยละ 99 อ่าน เขียนภาษาไทยและคิดเลขอย่างง่ายได้ เด็กอายุ 6-16 ปี ร้อยละ 100 ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือเทียบเท่า ที่ไม่ได้เรียนต่อมีงานทำ ร้อยละ 99 ด้านการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ปัญหาคือ ยังไม่สามารถที่จะแข่งขันกับเมืองใหญ่ๆ ได้ สถาบันการศึกษาในเขตรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ยา ประกอบไปด้วยโรงเรียน จำนวน 4 แห่ง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 แห่ง

4.2.4 การไฟฟ้า

การขยายเขตไฟฟ้า ปัจจุบันมีไฟฟ้าใช้ทุกครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 95 ปัญหาคือ มีการขยายตัวของครัวเรือนเพิ่มขึ้นทุกปี และไฟฟ้าส่องสว่างทางหรือที่สาธารณะยังไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ได้ทั้งหมด เนื่องจากพื้นที่ที่มีความต้องการให้ติดตั้งไฟฟ้าส่องสว่างนั้นมีพื้นที่ในการรับผิดชอบมีบริเวณกว้าง

4.2.5 การประกอบอาชีพ

ตำบลไม้ยามีพื้นที่การเกษตร 46,967 ไร่ เป็นที่ทำนาร้อยละ 43.39 พื้นที่ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 22 พืชผลการเกษตร ได้แก่ ข้าว ข้าวโพด ลำไย ยางพารา มันสำปะหลัง ฯลฯ ประชากรประกอบอาชีพดังนี้

- อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70
- อาชีพเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 13
- อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 8
- อาชีพค้าขาย ร้อยละ 9

4.3 ลักษณะทางวัฒนธรรม

จากการสังเกตการณ์ ในชุมชนไม้ยานั้นมีความเป็นชุมชนแบบสังคมชนบท เป็นชุมชนเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม การดำรงชีพของชาวบ้านไม้ยาคู่คล้ายกับการดำรงชีพทั่วไปของหมู่บ้านในชนบท ซึ่งเป็นอาชีพด้านการเกษตรกรรม ปัจจัยสำคัญทางเศรษฐกิจ คือ การเพาะปลูก ปลูกข้าว ทำไร่ข้าวโพด รวมทั้งการพึ่งพาทรัพยากรตามธรรมชาติที่มีอยู่รอบหมู่บ้าน โดยเฉพาะตามป่าภูเขา นอกจากนี้มีการปลูกพืชผักสวนครัวต่าง ๆ ไว้ในบริเวณบ้าน หัวไร่ปลายนา ตามฤดูกาล ไร่บริโภคในครอบครัว อีกทั้งยังนำมาขายในตลาดของหมู่บ้าน ซึ่งชาวบ้านจะนิยมซื้อของจากตลาด ประกอบกับสามารถหาซื้อง่ายมีคนมาขายที่ตลาดนัดประจำตำบลของหมู่บ้านเป็นประจำ และการคมนาคมสะดวกสบาย แต่ที่พบว่า ชาวบ้านมีการรับจ้างใช้แรงงานมีทั้งการไปรับจ้างแรงงานในต่างประเทศ และรับจ้างแรงงาน ในประเทศ ซึ่งชาวบ้านจำนวนหนึ่งไปทำงานในต่างประเทศ งานที่ทำเป็นงานกรรมกรกรรมก่อสร้าง โรงงานอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนในช่วงเวลากลางวันหรือวันทำงานจะพบคนอยู่ในบ้านเรือนน้อยมาก แต่จะพบกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ของครัวเรือนในช่วงเย็นหลังเลิกงาน หรือในวันหยุดที่มีวันสำคัญ

ในด้านความสัมพันธ์จะเป็นไปในแบบสังคมชนบทมีความสัมพันธ์เป็นแบบกันเอง เนื่องจากเป็นเครือญาติกันเกือบทั้งหมด ระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว แต่เริ่มมีเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ครัวเรือนที่เป็นญาติจะตั้งอยู่ใกล้กันและรวมกันอยู่เป็นกลุ่มบ้านสามารถเดินทางไปมาหาสู่กันได้สะดวกและแต่ละบ้านไม่นิยมทำรั้วกันแบบถาวรอาจจะมีการปลูกต้นไม้เป็นเขตพอ

ตั้งเป้าเท่านั้นความสัมพันธ์แบบเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง และมีความเคารพเชื่อถือในผู้นำ นอกจากนี้ปัญหา
อาชญากรรมในชุมชนก็มีจำนวนน้อยแสดงว่าชุมชนมีความสงบและไว้เนื้อเชื่อใจซึ่งกันและกันได้ดี การ
รวมกลุ่มในชุมชนมีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น มีระบบสัมพันธ์กันแบบเครือข่าย มีการนับถือตาม
อาวุโส ผู้ได้รับการยกย่องจากความเคารพนับถือ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้อาวุโส

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่แสดงถึงความเป็นกลุ่มทางสังคม คือ ชุมชนยังรักกันดี ความสามัคคี ความ
กลมเกลียว จากการสัมภาษณ์ พี่ต่าย

“...ชาวบ้านที่นี่เป็นเครือญาติกันทั้งนั้นแหละ ยังไม่เห็นมีใครเคียดทะเลาะกันเลย พี่เองก็ ไม่เคย
ทะเลาะ กับคนอื่น ๆ ชาวบ้านคนอื่นก็ไม่แตกต่างกันเท่าไรหรอกก่อน หรือสมัยนี้ก็ไม่เคย ทะเลาะกัน อยู่
แบบ เครือญาติเพราะเป็นเหมือนญาติกันเกือบทั้งหมด...”

(ต่าย, ผู้หญิง อายุ 39 ปี ดิมเป็นประจำ, 26 ตุลาคม 2563: สัมภาษณ์)

ประชากรของชุมชนตำบลไม้ยาไม่มีความคล้ายคลึงกันทางวัฒนธรรม มีกิจกรรมและงานเลี้ยงใน
โอกาสต่างๆ เช่น งานปีใหม่ งานสงกรานต์ งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน งานลอยกระทง ฯลฯ
โดยประชาชนแต่ละกลุ่มจะให้ความสำคัญทางสังคม และแบบแผนของพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของ
กลุ่มตน เป็นเรื่องผูกมัด ให้สมาชิกทั้งหลายมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหรือมีวัฒนธรรมร่วมกัน
เนื่องจากเป็นคนพุทธเกือบทั้งหมด ทำให้มีการดำเนินชีวิตที่เหมือนกัน มีขนบธรรมเนียมประเพณี ความคิด
ความเชื่อ และค่านิยมอย่างเดียวกัน ส่งผลให้พฤติกรรมและวัฒนธรรมย่อยในด้านต่างๆ มีความคล้ายคลึงกัน
เป็นต้นว่า การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การสร้างบ้านเรือนที่อยู่อาศัย การพักผ่อน ฯลฯ

บทที่ 5 การบริโภคเหล้าในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ชาวบ้านสมัยก่อนผลิตสุราไว้บริโภคเองในบ้านและไว้เลี้ยงแขก เมื่อมีงานในวันสำคัญ อาชีพหลักทำนาจึงนำข้าวมาหมักทำเป็นเหล้า แต่จะไม่ผลิตเพื่อจำหน่าย คนในหมู่บ้านมีประสบการณ์กับการพบเห็นการดื่มเหล้าตั้งแต่ยังเด็ก มองว่าเหล้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตผู้คนและวิถีชุมชน จนปัจจุบันชุมชนมีโรงกลั่นเหล้า 2 แห่ง จัดทะเบียนเป็นวิสาหกิจชุมชน ซึ่งเป็นการเปิดกิจการที่ถูกกฎหมาย มีแสดมปีสรรพสามิตติดบนฝาขวด แล้วส่งออกขายอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ขณะที่ทีมนักวิจัยสัมภาษณ์เจ้าของโรงกลั่นสุรา พบว่ามีลูกค้าที่เป็นคนในหมู่บ้านเดินทางมาขอซื้อเหล้ากลั่นเป็นระยะ แต่อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ยังพบการขายสุราผิดกฎหมาย โดยแหล่งจำหน่ายสุราที่สำคัญในชุมชน คือ ร้านขายของชำ ที่เน้นรูปแบบการดำเนินกิจการที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชนเป็นสำคัญ ซึ่งพบว่า สุรานอกระบบ หรือเหล้าเถื่อน มีบทบาทในสังคมชนบทไม่น้อยไปกว่าเหล้าที่ถูกกฎหมายทั่วไป และเป็นเหล้าที่ชาวบ้านนิยมดื่มแม้จะเป็นเหล้าเถื่อนและเจ้าของร้านชำเสี่ยงจะกระทำผิดกฎหมายก็ตาม

คนในชุมชนไม่ยอมมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะเห็นได้ว่างานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลอง และงานประเพณีต่างๆ แทบทุกงาน ต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ จนเราอาจกล่าวว่า “เหล้า” เป็น “โครงสร้างพื้นฐาน” (infrastructure) ของวิถีชีวิตและวิถีชุมชนไม่ยา ชาวบ้านที่เติบโตในบริบทที่สัมพันธ์กับเหล้าลักษณะนี้ จึงมองว่าการดื่มเหล้าเป็นเรื่องปกติธรรมดา เพียงแต่ว่าสำหรับตนเองจะดื่มในโอกาสใดเท่านั้น ทศนคติต่อเหล้าที่ไม่ได้เริ่มต้นมองเหล้าด้วยแง่ลบดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับความเชื่อที่มีต่อเหล้าที่มามานานในชุมชน คือ เชื่อในสรรพคุณของเหล้าคองยา และมีมุมมองว่าการดื่มเหล้าเป็นครั้งคราว หรือเหล้าดีกรืออ่อนทั้งผู้ชายผู้หญิง ไม่น่าจะสร้างปัญหากับตนเองและเสียการทำงาน

ข้อมูลจากการสังเกตพบว่า มีประชาชนกลุ่มหนึ่งเลือกวิถีพักผ่อนหย่อนใจ โดยการจับกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงการดื่มเหล้าร่วมกัน โดยใช้บริเวณหน้าบ้าน หรือข้างบ้านของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเป็นที่รวมกลุ่ม นำไปสู่พฤติกรรมกรดื่มเหล้าร่วมกันเป็นกลุ่ม และการดื่มเหล้าเป็นประจำของบางคน

ร้านขายอาหารในหมู่บ้านบางร้านอนุญาตให้วัยรุ่นนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาดื่มกินกับอาหารที่ร้านได้ ดังนั้น ร้านอาหารบางแห่งกลายเป็นที่รวมตัวของวัยรุ่นที่นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากเราถามคนในชุมชน ถึงประสบการณ์ครั้งแรกที่เริ่มทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ทั้งหญิงและชายจะให้คำตอบไปในทิศทางเดียวกันว่า ตนเริ่มดื่มตั้งแต่สมัยเป็นวัยรุ่นที่ยังเรียนหนังสืออยู่ในชั้นมัธยมต้นจนถึงมัธยมปลาย บ้างก็ว่าเริ่มดื่มสมัยเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยปัจจัยหลักๆ ที่ทำให้เกิดการทดลองดื่มก็คือ “เพื่อน” อาทการให้สัมภาษณ์ของคุณลุงกิตติชัย

“...ตอนนั้นอายุประมาณ 17-18 เห็นเพื่อนดื่มสนุก ก็เลยอยากดื่มบ้าง...”

(กิตติชัย, ผู้ชาย อายุ 63 ปี, ดื่มเป็นประจำ, 25 ธันวาคม 2562: สัมภาษณ์)

ปัจจุบันคุณลุงกิตติชัยอายุ 61 ปีแล้ว มีอาชีพเกษตรกรและค้าขาย เมื่อถามถึงเหตุผลว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณลุงยังดื่มมาอย่างต่อเนื่อง คุณลุงเล่าให้ฟังว่าตนดื่มเฉพาะเวลาที่มึนงานหรือเทศกาล รวมถึงเวลาที่ไปลงแขกนา ซึ่งปกติแล้วคุณลุงไม่ได้ดื่มทุกวันเป็นประจำ และในการดื่มแต่ละครั้งเป็นไปเพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคมเท่านั้น

แม้จะมีประเภทของแอลกอฮอล์มากมายที่วางขายให้เห็นอยู่บริเวณหมู่บ้านแห่งนี้ ทว่า ประเภทของแอลกอฮอล์ที่เป็นที่นิยมสำหรับชุมชนนี้กลับเป็น “เหล้าขาว” หรือบางครั้งก็ถูกเรียกว่าเหล้าเถื่อน เนื่องจากในอดีตชาวบ้านนิยมดื่มดื่มกันเองตามงานบุญหรืองานสำคัญต่างๆ แม้ว่าปัจจุบันชาวบ้านจะไม่นิยมทำดื่มกันเองแล้ว เนื่องจากในชุมชนนี้มีโรงกลั่นเหล้าที่ทำอย่างถูกกฎหมายและเป็นวิสาหกิจของชุมชนถึง 2 แห่ง ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้เหล้าขาวเข้าถึงได้ง่าย และมีราคาที่ถูกลงยิ่งกว่าเดิม ในกรณีที่ซื้อใส่ขวดน้ำพลาสติก และไม่ได้ติดอากรแสตมป์สรรพสามติ ดังที่คุณลุงอโศกได้ให้สัมภาษณ์ไว้ดังนี้

“...เมื่อก่อนเขาเรียกว่าเหล้าเถื่อน ก็มีการลักลอบดื่ม เขาก็รู้กัน ตำรวจก็รู้ ก็มันทำเป็นอุตสาหกรรมพื้นบ้าน ไม่ใหญ่โต ก็ทำจากข้าว หมักด้วยข้าวแล้วก็เอาไปกลั่น กลั่นออกมาก็เป็นน้ำใส ๆ...”

(อโศก, ผู้ชาย อายุ 58 ปี, ดื่มเป็นประจำ, 22 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

ไม่ว่าจะเป็นการดื่มสังสรรค์ในตอนเย็นตามวิถีชีวิตแต่ละวันหลังเลิกงาน จนถึงเวลาที่มึนงานสำคัญต่าง ๆ ตั้งแต่ งานกฐิน งานบุญ งานศพ และงานแต่ง เป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้ล้วนมีเหล้าขาวเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง และดูเหมือนว่าจะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ด้วยซ้ำ อย่างไรก็ตาม ในบางครั้งก็อาจมีเครื่องดื่มประเภทเบียร์สำหรับคนที่ไม่ต้องการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปนัก เนื่องจากมีเปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์ที่น้อยกว่า อีกทั้งชาวบ้านเชื่อว่าเบียร์เหมาะกับคนที่อยากจะกินเพื่อเข้าสังคม หรือกินตามมารยาทสังคมเวลาไปร่วมงานบุญประเพณีเท่านั้น ความหมายของประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2 ประเภทนี้ยังใช้เป็นเกณฑ์ประเมินว่าใครติดเหล้า ไม่ติดเหล้า ในทัศนคติชาวบ้าน คนที่ติดเหล้าคือคนที่ดื่มเหล้ากลั่น เพราะมีราคาถูกสามารถซื้อดื่มได้ทุกวัน และคนที่ดื่มเบียร์ในบางโอกาสจะถูกแปะป้ายว่าเป็น “ละอ่อน” คอไม่แข็ง

ข้อแตกต่างระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวันหลังเลิกงานกับการดื่มในงานบุญประเพณีที่สำคัญ คือ การประเมินเพื่ออนุญาตให้ตนเองดื่มได้ในปริมาณที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในวันปกติหลังเลิกงาน คนส่วนใหญ่จะดื่มในปริมาณที่ตนพอรับไหว ดื่มเพียงเพื่อเพิ่มรสชาติของการพูดคุยให้มีสีสันมากขึ้น เพราะมองว่าเหล้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหลังเลิกงาน เพื่อที่ว่าในวันพรุ่งนี้ตนยัง

มีแรงและศักยภาพในการทำงานได้อย่างครบถ้วน ในทางตรงกันข้าม วันสำคัญหรือเทศกาลต่างๆ คนบางกลุ่มจะมีข้อยกเว้นถึงปริมาณการดื่มให้กับตนเอง นั่นคือบางคนอนุญาตให้ตนเองดื่มได้ตั้งแต่ช่วงสายของวัน จนถึงหัวค่ำ บ้างก็ดื่มแล้วยังคงสติไว้ได้ บ้างก็ดื่มแล้วมาหนักขาดสติ แต่ถ้าดื่มเหล้าจนมาแล้วไม่นำไปสู่การทะเลาะวิวาท คนในครอบครัวก็ยังคงมองว่าเป็นการดื่มเพื่อเข้าสังคมในงานบุญประเพณี ดังการให้บทสัมภาษณ์ของพ่อสงกรานต์ ที่นิยมดื่มเหล้าจนติดลมมา จนต้องขอให้คนในครอบครัวมารับพาดลับบ้าน โดยพฤติกรรมลักษณะนี้ของพ่อสงกรานต์คนในครอบครัวยอมรับการดื่มได้ เพราะไม่นำไปสู่ความขัดแย้งหรือความรุนแรงทะเลาะวิวาท

“...ถ้ามีงานแต่ง งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช ก็มีดื่มจนกลับบ้านไม่ได้ต้องโทรหาลูกสาวไปรับ...”

(สงกรานต์, ผู้ชาย อายุ 48 ปี ดื่มเป็นประจำ, 22 กรกฎาคม 2562: สัมภาษณ์)

แม้ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อสุขภาพจะเป็นที่รับรู้ทั่วไป แต่อย่างไรก็ตาม เหตุผลหลักๆ ที่ว่าเพราะอะไรคนในชุมชนถึงนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์แทบจะเหมือนกันในทุกคน โดยให้เหตุผลตรงกันว่า ดื่มก็เพื่อ “เข้าสังคม” ซึ่งเป็นเหตุผลตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มดื่มสมัยวัยรุ่น และยังคงเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ตนดื่มมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และด้วยเหตุผลนี้ จึงอาจเป็นเหตุผลประการสำคัญที่ทำให้เหล่าชาวเขามามีบทบาทในชุมชนนี้อย่างมาก และทำให้ผู้คนปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงมันได้ยาก ดังการให้สัมภาษณ์ของพี่บอล ที่หลังเลิกงานต้องขับรถมอเตอร์ไซค์ไปร่วมนั่งดื่มที่บ้านสนิทก่อนกลับบ้านแทบทุกวัน

“...ถ้าจะให้เลิกเลย ก็เลิกไม่ได้นะ คนบ้านเรา มันทำไม่ได้ มันก็มีงานกฐิน งานต่างๆ ก็ต้องเข้าสังคม...”

(บอล, ผู้ชาย อายุ 36 ปี ดื่มเป็นประจำ, 23 ธันวาคม 2562: สัมภาษณ์)

เช่นเดียวกับกับลุงนวลที่มีอายุ 60 ปี ซึ่งปัจจุบันทำอาชีพเกษตรกร และบางครั้งก็มีรับเหมาก่อสร้างบ้าง ให้เหตุผลถึงการที่ตนต้องดื่มไปในทิศทางเดียวกันคือ

“...สังสรรค์เข้าสังคม ถ้าว่าไม่ดื่มเลยก็เหมือนคนไม่เข้าสังคม ไม่มีเพื่อน อีกรูปแบบเป็นหัวหน้าช่างต้องดื่ม ให้ลูกทีม ถ้าลูกพี่ไม่ดื่ม ลูกน้องก็ไม่ดื่ม...”

(นวล, ผู้ชาย อายุ 60 ปี ดื่มเป็นประจำ, 24 มกราคม 2563: สัมภาษณ์)

นอกจากนั้น มีข้อมูลที่น่าสนใจในกรณีของพี่ต่าย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการแห่งหนึ่ง พี่ต่ายเป็นที่รู้จักในชุมชนอย่างกว้างขวาง เมื่อถึงเวลาที่ต้องทำงาน พี่ต่ายจะตั้งใจ และทุ่มเทให้กับงานเป็นอย่างดี ยิ่งไปกว่านั้น พี่ต่ายยังเป็นนักดื่มด้วยทั้งในชีวิตประจำวัน รวมถึงงานและเทศกาลสำคัญต่างๆ โดย

ในแต่ละวันช่วงเวลาหลังเลิกงาน ผู้วิจัยจะเห็นพี่ต่ายไปดื่มกับเพื่อนกลุ่มนี้ที่ท้ายตลาดบ้าง เพื่อนกลุ่มโน้นที่บ้านอยู่ห่างออกไปบ้าง และทุกๆ ครั้งที่พี่ต่ายได้ดื่ม พี่ต่ายจะดูมีความสุข ทั้งยังมีความสามารถในการหยิบยกประเด็นต่างๆ มาเป็นหัวเรื่องของการพูดคุยอยู่เสมอเพื่อไม่ให้ความเงียบเข้ามาปกคลุมวงเหล้า ผู้วิจัยได้มีโอกาสนั่งคุยกับพี่ต่ายถึงเหตุผลของการดื่มในทุกวัน แม้ว่าในครั้งหนึ่งพี่ต่ายประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์เนื่องจากการดื่มมาแล้ว พี่ต่ายเล่าให้ฟังว่าการดื่มเหล้ามันทำให้ตนเข้ากับหมู่คณะได้ ทั้งยังทำให้ตนมีความสุข เมื่อถามถึงลงไปถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้พี่ต่ายต้องออกมาดื่มสังสรรค์กับเพื่อนๆ ผู้วิจัยจึงได้รับคำตอบว่าด้วย ความสุขภายในครอบครัว พี่ต่ายเล่าว่าตนไม่รู้สึกสนุกหรือมีความสุขเวลาที่อยู่บ้าน บรรยากาศที่บ้านทำให้ตนรู้สึกอึดอัด และบ่อยครั้งที่ลูกสะใภ้กับลูกชายตัวเองมีปากเสียงกัน รวมถึงความสัมพันธ์ของตนกับสามีที่ไม่ค่อยลงรอยกันนัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากบทสัมภาษณ์

“...มันสนุก ได้พูดได้คุย ได้ระบายอะไรหลายๆ อย่าง อยู่บ้านมันเหงาๆ เจ็บๆ อยู่บ้านมันไม่สนุก ที่กับสามีพูดกันน้อย เหล้ายังดื่มต่างกัน ที่ดื่มเหล้ากลั่น สามีดื่มเบียร์...”

(ต่าย, ผู้หญิง อายุ 39 ปี ดื่มเป็นประจำ, 26 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

ไม่ว่าเหตุผลเบื้องลึกของแต่ละคนจะเป็นอย่างไร แต่ภาพที่ปรากฏเบื้องหน้าของการดื่มเหล้าด้วยกันระหว่างเพื่อนฝูง นั่นคือการสานความสัมพันธ์ที่ระหว่างกัน โดยอาศัย “เหล้า” เป็นสื่อกลางที่ทำให้การปฏิสังสรรค์ในแต่ละครั้งดำเนินไปอย่างลื่นไหล ทั้งยังเพิ่มความสามารถในความต่อเนื่องของบทสนทนาให้เกิดความเพลิดเพลิน และมีความเป็นไปได้ว่า ความต้องการเสพรสชาติที่แท้จริงของเหล้าอาจเป็นปัจจัยรอง แต่สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นปัจจัยหลักคือผลที่เกิดขึ้นระหว่างการดื่มเหล้านั่นเอง

หลังจากชั่วโมงของการทำงานมาอย่างขะมักเขม้นในแต่ละวัน เมื่อถึงช่วงเวลายามเย็นจึงนับเป็นช่วงเวลาแห่งการตอบแทนให้กับตนเอง เราต่างก็อยากฟังเรื่องเครียดๆ เอาไว้ ในช่วงเวลาที่เหลื่อก่อนจะหมดไปแต่ละวันจึงไม่แปลกนักหากอยากให้เป็นช่วงเวลาของความสุข โดยความสุขที่ว่า อาจเป็น “เพื่อนฝูงและสุรา”

หากจะกล่าวว่า เหล้า เป็นเครื่องมือร้อยรัดความเป็นสังคม (sociality) ภายในบริบทของชุมชนแห่งนี้ ก็คงจะไม่ผิดนัก เพราะเหล้าได้ค่อยๆ แทรกซึมเข้าสู่ชีวิตทางสังคมของคนในชุมชน กระทั่งเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน หรือจะกล่าวให้ถึงที่สุด กลายเป็น “โครงสร้างพื้นฐาน” ของชีวิตคนในชุมชน

ในช่วงเวลาประมาณ 5 โมงเย็นของทุกวัน หากเราเดินสำรวจหมู่บ้านจะไม่เป็นการยากเลยที่เราจะพบเห็น

ผู้คนในชุมชนทั้งหญิงและชายที่มีความสัมพันธ์กันทางเครือญาติก็ดี เพื่อนร่วมงานก็ดี เพื่อนฝูงก็ดี เริ่มจับกลุ่มสังสรรค์ตามจุดต่างๆ บ้านนี้บ้าง บ้านโน้นบ้างตามสะดวก และในการตั้งวงแต่ละครั้งจะมีแบ่ง

หน้าที่ภายในกลุ่ม เช่น คนที่รับผิดชอบหาเก็บแกล้ม หรือทำหน้าที่จัดแจงสถานที่สำหรับการตั้งวง และสิ่งที่ขาดไม่ได้ในวงเวลานั้นคือเหล้าขาวที่มีกลิ่นหอมหวาน ราคาถูก และรับประกันว่าให้ผลในเรื่องความเมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บ่อยครั้งที่มีคนรู้จักสัญจรผ่านไปผ่านมาและเกิดการทักทายกัน ในท้ายที่สุดบุคคลนั้นอาจถูกเชื้อเชิญให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวงเหล้า โดยวงเหล้าที่ว่ามีตั้งแต่วงเล็กที่นั่งดื่มกันอยู่โต๊ะหินอ่อนข้างบ้าน อย่างเป็นกันเอง เด็กวัยรุ่นจากต่างโรงเรียนที่มาสังสรรค์กันในร้านส้มตำ จนถึงวงใหญ่ที่กินพื้นที่ออกมาถึงถนนในซอย วงเหล้าบางวงเสียงเบาเมื่อเทียบกับอีกวงที่กำลังจัดงานบุญหรืองานสำคัญบางอย่างอยู่ห่างออกไป อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของวงเหล้าหลายครั้ง และแม้ผู้วิจัยจะเป็นเพียงคนแปลกหน้าที่เข้ามาเก็บข้อมูลภายในชุมชนและยังไม่เป็นที่รู้จักคุ้นเคยมากนัก ทว่า กลับได้รับการเชื้อเชิญให้ดื่มเสมือนคนคุ้นเคย และทุกครั้งที่ผู้วิจัยได้เข้าร่วมแต่ละวงเหล้านั้น ต่างมีจุดร่วมสำคัญภายในวงที่เหมือนกันอย่างหนึ่ง นั่นคือ การพูดคุยที่เต็มไปด้วยเสียงหัวเราะสนุกสนาน เหมือนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่ห้ามสมาชิกตั้งประเด็นซีเรียสในวง

“...มันมีความสุข พุดคุยสนุก เวลากินแม่ก็สนุกสไตร์ของแม่...”

(รมย์, ผู้หญิง อายุ 57 ปี ดื่มเป็นประจำ, 26 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

คำจำกัดความของความสนุกอันเป็นผลจากการดื่มสุราในที่นี้ มิใช่ความสนุกที่โลดโผน หรือการดื่มจนขาดสติ รวมถึงการทำพฤติกรรมอะไรที่เกินขอบเขตทางศีลธรรม หากแต่ความสนุกในที่นี้ หมายถึงการพูดคุยเรื่องราวทั่วไปที่ผ่อนคลายและไม่ตึงเครียด หรือบางครั้งก็นำเรื่องน่าเครียดมาทำให้เป็นเรื่องตลกได้ อาทิ ครั้งหนึ่งที่ผู้วิจัยได้เข้าร่วมรับประทานอาหารและดื่มไปพร้อมกับครอบครัวของแม่รมย์ แม่รมย์เล่าให้ฟังถึงเรื่องที่ตนเองและเพื่อนๆ ประสบอุบัติเหตุรถพลิกคว่ำ จนของที่อยู่ในรถซึ่งเป็นไปพลาร้าแตกกระจาย หากเราลองนึกภาพก็คงจะเป็นเหตุการณ์ที่มีการเจ็บตัวอยู่ไม่น้อย แต่การเล่าของแม่รมย์ครั้งนี้กลับทำให้คนในวงรู้สึกสนุก จนต่างก็หัวเราะกันออกมาอยู่ชั่วขณะ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้มีโอกาสเข้าไปร่วมสังสรรค์กับครอบครัวของพ่อเสมและเพื่อนๆ บริเวณกระท่อมหลังเล็กๆ ที่โอบล้อมไปด้วยทุ่งนา บรรยากาศของการนั่งดื่มเหล้าครั้งนี้ก็เป็นอีกครั้งที่ทุกคนไม่พูดเรื่องที่ทำให้เกิดการตึงเครียด บทสนทนาคำเนินไปอย่างผ่อนคลาย สนุกสนาน สลับกับการรินเหล้าเพื่อส่งต่อกันไปจนครบคน แล้วกลับมาที่คนเดิม เสียงหัวเราะจากการเล่าเรื่องราวต่างๆ หลุดออกมาอยู่บ่อยครั้ง เป็นไปได้ว่าคนในชุมชนดื่มเหล้าด้วยจุดประสงค์ที่คล้ายกัน นั่นคือ เพื่อผ่อนคลาย และจะเป็นไปไม่ได้หากปราศจากเหล้า อันเป็นเครื่องมือสำคัญที่ก่อให้เกิดความสนุกสนานอย่างต่อเนื่อง เหมือนดั่งที่พ่อสงกรานต์ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

“...ทุกคนกินเหล้าด้วยกันเพื่อสนุกเพลิดเพลิน เหล้าขวดหนึ่งก็แบ่งกันกินแบ่งกันออกเงินซื้อ...”

(สงกรานต์, ผู้ชาย อายุ 48 ปี ดื่มเป็นประจำ, 22 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

หากถามว่าดื่มเหล้าสังสรรค์ให้สนุกไปเพื่ออะไร ผู้วิจัยมีสมมติฐานข้อหนึ่ง นั่นคือ ในการเป็นสังคมนอกกิจกรรมของชุมชนนี้ยังหมายถึงการมีความสัมพันธ์ในรูปแบบปฐมภูมิ ดังที่ผู้วิจัยได้เห็นว่าผู้คนในชุมชนแห่งนี้ให้คุณค่ากับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับคนอื่น ๆ เป็นอย่างมาก และเมื่อเวลาถึงงานที่ต้องอาศัยแรงงานจำนวนมาก เจ้าของงานก็จะไม่ต้องจ้างแรงงาน แต่เป็นการอาสาของคนในชุมชนที่เข้ามาช่วยแทน ซึ่งตอบแทนผ่านการเลี้ยงอาหารและสุรา นอกจากนี้ คนในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีความสัมพันธ์กันผ่านเครือข่ายขนาดใหญ่ และรู้จักกันเกือบทุกคน ดังนั้น เมื่อถามถึงชื่อใครเราก็จะได้รับคำตอบมาทันที ว่าคนนั้นพักอาศัยอยู่บ้านไหน บริเวณไหน กระทั่งตอนนี้อาจจะทำอะไรอยู่ที่ไหน ด้วยเหตุประการนี้เองที่ทำให้การดื่มแต่ละครั้งนำมาซึ่ง “การกระชับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มกับคนรอบข้างในชุมชน” ยิ่งการดื่มด้วยกันแล้วมีความสุขสนุกสนานมากเท่าไร ก็จะยิ่งส่งผลดีต่อความสัมพันธ์มากเท่านั้น ส่งผลไปถึงการขอแรงเพื่อช่วยเหลือในโอกาสต่างๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนภายในชุมชน ย่อมให้ผลไปในทิศทางที่ดีต่ออาชีพและการทำงาน ได้มากกว่าการมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีนั่นเอง

มากไปกว่านั้น ในงานบุญประเพณีหรือพิธีกรรมต่างๆ ของชุมชน “เหล้า” เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของงานดังที่กล่าวมาได้อย่างแนบเนียน ทั้งยังคงเป็นส่วนสำคัญที่ทำหน้าที่สร้างบรรยากาศของความสุข ดังเช่น ผู้วิจัยได้เดินทางไปบ้านหลังหนึ่งในช่วงเวลาเย็น ซึ่งเป็นสถานที่จัดงานศพให้กับบุคคลผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในวัย 82 ปี บริเวณบ้านหลังนี้เต็มไปด้วยผู้คนที่มีอายุไล่หลักร้อยเพื่อเป็นสัญลักษณ์แห่งการไว้อาลัย แต่ใช้ว่าทุกคนกำลังเศร้าโศก เมื่อผู้วิจัยมองไปรอบๆ ก็ได้เห็นว่าภายในงานมีทั้งเสียงหัวเราะและทำที่ที่สนุกสนานของกลุ่มคนที่ได้เข้ามาร่วมสังสรรค์ไปพร้อมกับ “การดื่มสุราและการรับประทานอาหารกับแกล้ม” ในขณะที่คนบางส่วนซึ่งก็อาจจะดื่มไปไม่น้อยแล้วเหมือนกัน ได้เริ่มช่วยกันจัดแจงและทำความสะอาดสถานที่เพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน

ในทำนองเดียวกัน ในงานทำบุญครบรอบ 100 วัน ที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมด้วย มีชาวบ้านมากมายที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการทำบุญครั้งนี้ รวมถึงมีส่วนร่วมในการเตรียมงานต่างๆ และแม้ว่าการทำบุญครั้งนี้จะจัดขึ้นในเขตวัด แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าเหล้ายังคงเป็นส่วนสำคัญในงานโดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ชาย สาเหตุคงเป็นเพราะผู้หญิงมีหน้าที่จัดเตรียมอาหาร ถ้วยชาม ให้กับคนที่เข้าร่วม และเมื่อเสร็จงานกลุ่มผู้หญิงก็ต้องล้างถ้วยล้างชามและเก็บข้าวของอื่นๆ ซึ่งคงไม่มีเวลาสำหรับการมานั่งดื่มเพื่อสังสรรค์เท่าไรหรือนักดั่งที่แม่รมย์ได้ให้สัมภาษณ์

“...ส่วนมากจะเป็นผู้ชายที่กินเหล้าในงาน เพราะผู้หญิงเตรียมงาน จนส่งศพเสร็จแล้วถึงจะพากันกินเหล้า เข้าภาพก็ใช้เหล้ากับกับแกล้มนี้แหละเหมือนเป็นค่าจ้าง...”

(รมย์, ผู้หญิง อายุ 57 ปี ดื่มเป็นประจำ, 26 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในวัฒนธรรมของชุมชนแห่งนี้ และได้กลายมาเป็นวัตถุ (material) ในชีวิตประจำวัน ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสำหรับใช้เพื่อการสานความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นของผู้คนและสังคม ตั้งแต่การดื่มเพื่อสังสรรค์ในวันธรรมดาหลังเลิกงาน กระทั่งดื่มเพื่อสังสรรค์ในวันสำคัญที่มีงานบุญประเพณีต่างๆ อาจกล่าวได้ว่า ไม่ว่าจะไปที่ไหนก็จะมีเหล้าให้เห็นและรอให้ได้ลิ้มรสอยู่เสมอ กระนั้นก็ดี สิ่งที่น่าจะทำให้เหล้ามีความสำคัญและดำรงอยู่ในสังคมนี้ได้ คือ ผลที่ได้จากการดื่มเหล้า กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหล้าทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนมีรสชาติมากกว่าเดิม และบ่อยครั้งยังเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ให้เกิดความแน่นแฟ้น ในเชิงที่ว่ามีการให้ความร่วมมือและช่วยเหลืองานต่างๆ เมื่อต้องการ ดังนั้นเหตุผลของการดื่มจึงเป็นเรื่องทางสังคมที่มากำกับพฤติกรรมการดื่ม มากไปกว่าความต้องการของปัจเจกบุคคล

เราจะเห็นได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับชีวิตคนในชุมชนแห่งนี้อย่างแน่นแฟ้น คนส่วนใหญ่ในชุมชนทุกช่วงอายุล้วนเคยมีประสบการณ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น พบเห็นการตั้งวงดื่มเหล้า เคยดื่มเหล้า และปัจจุบันยังคงดื่มเหล้าอยู่เป็นประจำ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานในชีวิตประจำวันผู้คนและวิถีชุมชน มันทำหน้าที่เป็นสื่อกลางร้อยรัดความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้คนดื่มรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน และเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่มีความหมายหลากหลายชุด ไม่ใช่แค่ความหมายเดียวตายตัวของการเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารที่ออกฤทธิ์ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้น มันเป็นการยากมากที่จะทำลายโครงสร้างพื้นฐานนี้ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะมันจะทำให้ส่วนย่อยอื่นๆ ของชีวิตทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของผู้คนที่สัมพันธ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พังลงหรือถูกทำให้เสียหายตามไปด้วย

เมื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานของชีวิตผู้คนและวิถีชุมชน มาตรการเพื่อทำลายบทบาทโครงสร้างพื้นฐานนี้ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงประสบกับปัญหาอุปสรรค เพราะกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือกับมาตรการดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็มาตรการเลิกเหล้าหรือมาตรการบำบัดคนติดเหล้า การที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นโครงสร้างพื้นฐานในโลกชีวิตทางสังคม และกลุ่มคนที่สัมพันธ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างก็รับรู้ถึงสถานการณ์ปัญหานี้ ความเป็นไปได้ของการแก้ปัญหานี้สำหรับชาวบ้านจึงเป็นการคิดค้นเทคนิควิธีการเพื่อลดอันตราย จากการที่พวกเขาต้องสัมพันธ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือไม่สามารรถออกจากบทบาทของมันในฐานะโครงสร้างพื้นฐานได้ เนื้อหาเกี่ยวกับปฏิบัติการต่างๆ เพื่อลดอันตรายจะนำเสนอในบทต่อไปของรายงานวิจัยชิ้นนี้

บทที่ 6

มาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปฏิเสธไม่ได้ว่า “การงดเหล้า” ย่อมเป็นเรื่องที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งยังอาจช่วยลดความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังจากการดื่ม และที่สำคัญคือลดรายจ่ายที่ถูกลมองว่าเป็นความฟุ่มเฟือยโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ประเด็นอรรถประโยชน์ด้านต่างๆ จากการงดเหล้าข้างต้นเป็นเป้าหมายของ “โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา” ที่ถูกนำมาส่งเสริมพฤติกรรมการงดเหล้าในช่วงเข้าพรรษาในพื้นที่ตำบลไม้ยา จากการสัมภาษณ์แกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพพบว่า โครงการนี้เป็นโครงการรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงโครงการเดียว ที่ถูกใช้ต่อเนื่องในพื้นที่ นอกจากนี้ เมื่อถามชาวบ้านถึงโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมการงดเหล้าแก่คนในชุมชน ต่างก็ให้คำตอบว่า ไม่มีโครงการอะไรที่นอกเหนือไปจากโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา

เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้ข้อมูลว่า ในพื้นที่รับผิดชอบไม่มีโครงการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นทางการนอกจากโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อีกทั้งงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะถูกนำไปผสมผสานอยู่กับภาระงานอื่นๆ ด้านสุขภาพ ไม่ได้แยกออกมาเป็นงานเอกเทศเหมือนเช่นงานควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคนเดียวกันนี้ ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จากประสบการณ์เขาพบว่าโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาดำเนินการให้ประสบความสำเร็จได้ยากในชุมชนแห่งนี้ เนื่องจากชาวบ้านไม่ให้ความร่วมมือยกเว้นแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เหตุผลสำคัญที่ชาวบ้านไม่เข้าร่วมคือ ชาวบ้านไม่มองว่าการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวันเป็นปัญหาแต่อย่างใด เนื่องจากชุมชนไม่เคยมีเหตุทะเลาะวิวาทขั้นรุนแรง หรืออุบัติเหตุรุนแรงที่มีต้นเหตุมาจากการดื่มเหล้า อีกทั้งโรคภัยไข้เจ็บที่มีเหล้าเป็นปัจจัยก่อโรคก็แสดงตัวช้า และระบุได้ไม่ชัดเจนว่าเสียชีวิตจากการกินเหล้า การไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัญหาทำให้ตัวเขาเองผสมผสานงานการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับงานด้านสุขภาพอื่นๆ

ในทำนองเดียวกันกับแกนนำชุมชนที่ยอมรับเช่นกันว่า โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาเป็นโครงการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการในพื้นที่ และเป็นโครงการที่บรรลุเป้าหมายผลสำเร็จยาก เนื่องจากชาวบ้านนิยมดื่มเหล้าและไม่ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการดื่มเหล้า แม้แต่ตัวเขาก็ยอมรับว่าไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการ เพราะนิยมดื่มเหล้าบ้างในบางโอกาส ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะให้เขาในฐานะแกนนำชุมชนเป็นต้นแบบ (role model) ให้กับลูกบ้านและชักชวนให้เข้าร่วมโครงการ

เมื่อถามถึงมาตรการชุมชนที่ใช้ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แกนนำชุมชนท่านเดียวกันนี้ให้ข้อมูลว่ามาตรการชุมชนใช้เฉพาะในเทศกาลงานบุญสำคัญ โดยมีธรรมเนียมชุมชนห้ามดื่มเหล้าภายใน

บริเวณวัดในช่วงที่จัดกิจกรรมในวัด มาตรการชุมชนดังกล่าวนี้ ไม่ได้กินพื้นที่ครอบคลุมทั่วหมู่บ้าน จึงเป็น มาตรการที่พอจะได้รับความร่วมมือ และแม้จะห้ามกินเหล้าภายในบริเวณวัด คนที่ร่วมงานก็ดื่มกินที่บ้าน งาน หรือจับกลุ่มดื่มกินกันก่อนจะเข้าร่วมงานบุญที่วัดอยู่ดี เข้าจึงเห็นว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จในเชิงสัญลักษณ์ คือ ทำให้วัดซึ่งเป็นสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ปลอดอบายมุข แต่ล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคเหล้า

นอกจากนี้ ชุมชนแห่งนี้ยังมีความสัมพันธ์กันทางเครือญาติอยู่สูง ให้ความเคารพคนเฒ่าคนแก่ และ นับถือแก่นนำชุมชน จึงสามารถขอความร่วมมือลูกบ้านได้ ไม่จำเป็นต้องใช้มาตรการชุมชนที่เป็นทางการ หรือกดดันเพื่อควบคุมพฤติกรรมการดื่มเหล้าของลูกบ้าน

กระนั้นก็ดี คนที่เข้าร่วม โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาส่วนใหญ่จะเป็นคนที่ค่อนข้างมีอายุ จากการที่ ได้สอบถามกลุ่มวัยรุ่นถึงการเข้าร่วม โครงการดังกล่าว ได้ข้อมูลว่า วัยรุ่นคนหนึ่งที่อยู่กับอาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชน (อสม.) เคยเข้าร่วมเซ็นชื่อเพื่อปฏิญาณตนว่าจะงดเหล้าตลอดช่วงเข้าพรรษา แต่ทำได้ไม่ นานนักก็ต้องหยุด เนื่องจากไม่มีเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันเข้าร่วมด้วยเลย

ผู้ให้ข้อมูลบางกลุ่มให้ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับ โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาที่เคยเข้าร่วม ว่ามันมีผล พลอยได้ที่ไม่ได้ตั้งใจไว้ โดยการใช้เป็นข้ออ้างในการปฏิเสธการดื่มเหล้า เวลาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของวง เหล้า เนื่องจากบางคนไม่ชอบดื่มเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ดังสะท้อนให้เห็นจากบทสัมภาษณ์

“...มันใช้เป็นข้ออ้างได้ เพื่อไม่ให้เสียเพื่อน ถ้าเพื่อนมันจะยื่นจะขอเราให้ดื่มเหล้า เราก็บอกว่าเรา เข้าพรรษา เรียกว่าเป็นข้อแก้ตัวว่าเราหยุดพักการดื่มชั่วคราว ปกติเราไม่ชอบกินเหล้าอยู่แล้ว ถ้าเรา บอกเข้าพรรษาจะเป็นอะไรที่ง่ายสุด เราก็เลยเข้าร่วมมาเรื่อยๆ แต่ไม่ได้ไปเซ็นต์เข้าร่วมนะ งดเอง ทำเอง แล้วก็ประสบผลสำเร็จมาทุกปี บางครั้งเราก็ใช้เวลาไปมากกว่า 3 เดือน เพราะหลังจาก ออกพรรษาเพื่อนก็จะบอกออกพรรษาแล้ว เราก็จะหลีกเลี่ยงยากขึ้น หาเรื่องที่จะไม่กินยากขึ้น เพราะ เพื่อนเยอะ...”

(สุวินัย, ผู้ชาย อายุ 37 ปี, ไม่ได้ดื่มประจำ, 25 มกราคม 2562: สัมภาษณ์)

โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาจึงเป็นเครื่องมือเพื่อการอ้างอิงชั้นดี สำหรับคนที่ไม่ชอบดื่มเหล้าแต่ชอบ สังสรรค์และเข้าสังคม รวมถึงกลุ่มคนบางส่วนที่มีจุดประสงค์ในการงดเหล้า เพื่อเป็นการพักร่างกายให้กับ ตนเอง ทว่า จากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าไม่ใช่ทุกคนที่เข้าร่วม โครงการจะบรรลุเป้าหมายตามที่โครงการ วางไว้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นนักดื่มตัวยง ที่ยังคงใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางเพื่อนฝูงรอบตัวที่ดื่มกันอย่าง สนุกสนาน จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลายคนที่เข้าร่วมงดเหล้าเข้าพรรษาไม่สามารถหักห้ามใจตนเอง กระทั่ง “พรรษาแตก” ดังเห็นได้จากบทสัมภาษณ์ของคุณลุงอโศก ซึ่งเป็นนักดื่มที่ชอบทดลองทั้งการดื่มยา ดองที่ตนทำเอง เหล้าขาว เหล้าฝรั่ง และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ

“...ก็เคยตั้งใจคบเหล่าในช่วงเข้าพรรษา แต่ส่วนใหญ่ก็จะได้ประมาณสักเดือนกว่า สองเดือน แต่หลังๆ มานี้รู้สึก 10 วัน 7 วัน ก็ออกแล้ว บางที 3 วัน เพื่อนก็มาหาแล้ว มันก็ทนไม่ไหว...”

(อโศก, ผู้ชาย อายุ 58 ปี, ดื่มเป็นประจำ, 12 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ เหตุที่คนบางส่วนไม่เข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา เนื่องจากหลายคนมองว่า ปริมาณการดื่ม รวมถึงความถี่ในการดื่มของตนมิได้ก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวเองและคนรอบข้าง เนื่องจากตนเองจะดื่มเฉพาะเวลาที่มีงานสำคัญๆ และครั้งละนิดละน้อย โดยปกติแล้วก็ไม่ได้ดื่มทุกวันขนาดที่ว่าจะเกิดอาการติดเหล้า ดังนั้นการเข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการอะไรของตนแต่อย่างใด ดังเห็นได้จากบทสัมภาษณ์

“...ไม่ได้เข้าร่วม เราไม่ได้กินเหล้าหนักถึงขั้นนั้น เรารู้ตัวเอง ไม่ได้กินขนาดนั้น ถ้าเราไม่ไหว เราก็หยุดได้ ส่วนใหญ่จะดูปัญหาจากสุขภาพก่อน...”

(สุชัย, ผู้ชาย อายุ 42 ปี ไม่ได้ดื่มประจำ, 23 พฤศจิกายน 2562: สัมภาษณ์)

เหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งที่ตอบคำถามว่า เหตุใดมาตรการควบคุมการบริโภคเหล้าอย่างโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาจึงไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนนั้น นั่นคือ ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ตรงกันกับเทศกาลและฤกษ์งานบุญหลายอย่าง ซึ่งแต่ละงานย่อมประกอบไปด้วยเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท และที่ขาดไม่ได้ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น คือเพื่อนฝูงที่กำลังดื่มกันอย่างสนุกสนานเพลิดเพลิน ดังนั้น เมื่อช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาแห่งการเข้าสังคมในช่วงงานบุญ มันจึงนับเป็นอุปสรรคไม่น้อยที่ทำให้คนในชุมชนปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา หรือคนที่เข้าร่วมแล้วก็ต้องพบกับเหตุการณ์พรรษาแตก ดังสะท้อนให้เห็นจากบทสัมภาษณ์

“...มันเป็นช่วงเกี่ยวข้าว เก็บลำไย ส่วนใหญ่เขาไม่ค่อยเข้างดเหล้าเข้าพรรษา กลุ่มที่เข้าร่วมครั้งหนึ่งเป็นแกนนำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ที่ต้องโดนบังคับให้เข้าร่วม แต่ถ้าไม่ได้บังคับก็คงจะไม่มีใครเข้าแหละ เพราะมันเป็นช่วงเทศกาล ช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตต้องเอามือเอาแรงกัน มีงานแต่งงาน บุญอะไรอะแยะ แต่ละงานก็มีเหล้า พี่ว่าถ้าช่วงเทศกาลแบบนี้ มันไม่มีเหล้าเลยเขาก็จะเข้ากันแหละ แต่ในชุมชนมันต้องร่วมมือกัน ต้องให้ทุกคนเข้าถึงจะสำเร็จ แต่ถ้าคนนั้นดื่มคนนี้ไม่ดื่มมันก็ออกใจไม่ไหว...”

(ต่าย, ผู้หญิง อายุ 39 ปี คี๋มเป็นประจำ, 26 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกันกับการให้สัมภาษณ์ของพี่บรรจง ในแง่ของงานเทศกาลสำคัญที่ทำให้คนส่วนมากห้ามใจตัวเองไม่ไหว แต่ข้อแตกต่างในกรณีนี้จะเป็นการไม่เข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาอย่างเป็นทางการ หากแต่เป็นการงดด้วยสัญญาด้วยการตั้งปณิธานกับตนเองตามความเหมาะสมเสียมากกว่า

“...ช่วงก่อนเข้าพรรษามันจะมีประเพณีภาคเหนืออยู่ ก็คืองานประเพณีงานสลากภัต ส่วนมากคนที่เข้าโครงการเขาจะพรรษาแตก ช่วงก่อนออกพรรษาประมาณสักสี่สัปดาห์ก่อนแหละ เขาก็เลยไม่เข้า แต่เขาจะพยายามงด เขาไม่เขียนชื่อตัวเองลงในคำปฏิญาณตนคิดว่า ช่วงเข้าพรรษามันเป็นช่วงทำบุญ แต่ว่าถ้าเหมือนกับเราผลอไปกินก็เป็นบาปหนัก เลยไม่เซ็นชื่อลงในคำปฏิญาณ...”

(บรรจง, ผู้ชาย อายุ 51 ปี คี๋มเป็นประจำ, 24 มีนาคม 2562: สัมภาษณ์)

เมื่อชีวิตทางสังคมกับเหล้าเป็นเรื่องที่ผูกติดกัน ก็คงเป็นไปได้ยากที่จู่ๆ จะให้งดเหล้าอย่างเด็ดขาดเป็นเวลาถึง 3 เดือน โดยเฉพาะในบริบทของสังคมชุมชนแห่งนี้ ที่ช่วงเวลาเข้าพรรษาเป็นช่วงฤดูแห่งการเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตร ต้องอาศัยการลงแขกและการจ้าง ซึ่งหลังเลิกงานต้องมีการสังสรรค์ รวมถึงวันสำคัญและเทศกาลต่างๆ ที่จะถูกจัดขึ้นอย่างมากมาย ขณะเดียวกัน คนบางกลุ่มมีเป้าหมายการดื่มเพียงเล็กน้อยเพื่อเข้าสังคมเพียงเท่านั้น จึงอาจไม่มีความจำเป็นที่ต้องงดขาดเป็นเวลาหลายเดือนตามเป้าหมายของโครงการ ดังนั้น เราจึงมีอาจกล่าวได้ว่าโครงการดังกล่าวประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อันเป็นผลสืบเนื่องสำคัญมาจากการละเลยบริบทของสังคมที่สัมพันธ์กับเรื่องเวลาทางสังคม ที่มีความหมายแตกต่างจากเวลาในระบบกลไกนาฬิกา โดยภายใต้ระบบเวลาทางสังคมดังกล่าวมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนให้เวลาทางสังคมยังคงทำหน้าที่ของมันได้อยู่

เมื่อมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นทางการ ไม่สามารถตอบโจทย์ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ โดยเฉพาะนักดื่มที่มีความตั้งใจอยากจะหยุดพักการดื่มลงบ้าง แต่พวกเขาที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ด้วยเหตุผลตามข้อมูลที่ได้นำเสนอ ดังนั้น นักดื่มกลุ่มนี้ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวัน แต่ก็ต้องการลดผลกระทบจากการที่ตัวเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดื่มได้ พวกเขาจึงตัดสินใจเลือกทางออกด้วยวิธีการลดอันตรายแทน มากกว่าจะเข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา แม้จะเห็นด้วยกับบรรทัดฐานประโชชน์ด้านต่างๆ จากการเข้าร่วมโครงการก็ตาม รายละเอียดของเทคนิควิธีการลดอันตรายที่นักดื่มในชุมชนแห่งนี้เลือกใช้จะนำเสนอ โดยละเอียดในบทต่อไป

บทที่ 7

เทคนิควิธีการลดอันตรายจากเครื่องดัดแอลกอฮอล์

ตามที่ได้ นำเสนอไปในบทก่อนหน้านี การดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์กลายเป็น โครงสร้างพื้นฐาน และส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของคนในชุมชนมานานแล้ว ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองคำอธิบายต่อการบริโภคเครื่องดัด แอลกอฮอล์ที่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดัดแอลกอฮอล์ จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่นิยมดัดเหล้า พวกเขาเชื่อว่า การดัดเครื่องดัดประเภทนี้ มีผลเสียต่อร่างกาย แต่หาก “ดัดเป็น” หรือดัดในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่ใช่ดัดจนเมามาขาดสติ ก็จะทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ปกติทั่วไป

“... ไม่ใช่หนักดัด แต่ดัดเป็นครั้งคราว เพื่อสุขภาพ มันดีต่อสุขภาพ...”

(ประยูรณี, ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่ได้ดัดประจำ, 23 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

ผู้ดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ทุกรายที่ให้ข้อมูล กล่าวว่า แอลกอฮอล์ไม่มีผลในทางที่ไม่ดี ถ้าดัดอย่างมีสติ การดัดจะเป็นการดัดเพื่อสุขภาพ ร่างกายก็จะไม่มีปัญหา สำหรับการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว เชื่อว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับเครื่องดัดแอลกอฮอล์เป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับปัจเจกบุคคลแต่ละคนมากกว่า อีกทั้งสมาชิกในบางครอบครัวให้ข้อมูลว่าการดัดเหล้าไม่ได้เป็นปัญหาโดยตัวของมันเอง หากสมาชิกในครอบครัวดัดเป็นเมื่อนั้นเหล้าก็จะกลายเป็นการดัดเพื่อการผ่อนคลาย ทำให้สัมภาษณ์แม่สงกรานต์ ซึ่งสามีนิยมดัดหลังเลิกงานกับเพื่อนแทบทุกวัน สะท้อนให้เห็นประเด็นดังกล่าว

“...แม่ก็ไม่บอกว่าพ่อเลิกเหล้าเถอะ คือให้พ่อได้สบายใจเท่าที่พ่อได้ทำงาน ได้ดัดได้กินพอประมาณ ไม่ต้องเครียด ทำงานมาเหนื่อยก็กินแล้วก็ไปหลับไปนอนมีความสุข ไม่ได้ทะเลาะอะไรกัน พ่ออยู่สบาย...”

(สมัคร, ผู้ชาย อายุ 59 ปี ดัดเป็นประจำ, 22 ธันวาคม 2562: สัมภาษณ์)

เมื่อผู้วิจัยได้ถามถึงวิธีการลดอันตราย ผู้ให้ข้อมูลจะมีวิธีการที่ต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่เราสามารถสรุปเป็นเบื้องต้นได้ว่า ไม่มีผู้ให้ข้อมูลคนใดที่นิยมดัดเหล้า แล้วไม่มีวิธีการเพื่อช่วยให้ตนเองดัดไม่เมา หรือดัดแล้วยังสามารถทำงานในวันถัดไปได้ ไม่ว่าจะเป็นเทคนิคส่วนบุคคล หรือเป็นเทคนิคของกลุ่ม แม้คำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการลดอันตรายจากการดัดเหล้า แตกต่างจากคำอธิบายเหตุผลทางการแพทย์

โดยความรู้ในการลดอันตรายเป็นความรู้เชิงปฏิบัติ หรือความรู้จากประสบการณ์ ทั้งเรียนรู้เองและเรียนรู้
ถ่ายทอดกันภายในกลุ่มเหล่า

“...ดื่มให้กินข้าวเจริญอาหาร แต่ส่วนมากถ้าเกิด 4-5 เป็ก็ก็จะเริ่มติดลม พี่คิดว่า 200 CC ประมาณนี้
แต่มันก็แล้วแต่ส่วนสูงน้ำหนักของบุคคลด้วย ความสมบูรณ์ของร่างกายแต่ละคนด้วย เหมือน
ผู้สูงอายุบางท่านเขาก็กินกันเป็นยา กินนิด ๆ ก็เป็นยา กินมากก็เป็นสุรา กินจัดก็เป็นสุราเรื่อรัง...”

(จรงค์ ผู้หญิง อายุ 38 ปี ดื่มเป็นประจำ, 24 ตุลาคม 2563: สัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า วิถีดูแลตัวเองและลดอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่จะเป็นการ
ดื่มสุรา 1 ครั้ง และดื่มน้ำตาม บางคนก็ต้องดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำหวานเพื่อลดอาการเมา ด้วยความเชื่อที่ว่าจะ
ทำให้ตนเมาน้อยลง เพราะการดื่มน้ำจะช่วยทำให้ร่างกายเจือจางการดูดซับแอลกอฮอล์ และช่วยลดอาการ
มึนงงให้น้อยลงด้วย นอกจากนี้ การจิบน้ำบ่อยๆ จะถูกไปเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้น ทำให้ร่างกายได้มีการขับ
แอลกอฮอล์ออกอีกทางหนึ่งด้วย อย่างไรก็ตาม หากตนเริ่มมีอาการเมาแล้ว ก็จะพักการดื่มจนกว่าจะรู้สึก
ดีขึ้น หรืออาเจียนให้มันออก แล้วค่อยกลับมาดื่มอีกครั้ง ดังตัวอย่างจากคำสัมภาษณ์

“...ต้องดื่มน้ำตาม กับแกล้มไม่ต้องทานเยอะ เคี้ยวเราจะอ้วก ถ้าพี่เมาๆ พี่ก็จะไปเอามือล้างคอ
อาเจียน ออกมาให้หมดแล้วก็จะไปดื่มต่อได้ คล้ายๆ กับว่าเราเอามือล้างคอให้มันอาเจียนออกมา
เหมือนว่าเอาเหล้าออกมาให้หมด แต่มันไม่ค่อยดีกับฟัน เพราะมันเป็นกรด แต่มันทำให้เราหายเมา
ได้ เคี้ยวเราก็ดื่มน้ำไปนั่งดื่มต่อได้...”

(ต่าย, ผู้หญิง อายุ 39 ปี ดื่มเป็นประจำ, 26 มีนาคม 2562: สัมภาษณ์)

“...ส่วนมากก็จะอาเจียนครับ คือให้มันออกให้หมดแล้วมันก็หาย...”

(เอกชัย, ผู้ชาย อายุ 28 ปี ดื่มเป็นประจำ, 25 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลายคนที่ชายและหญิงให้ข้อมูลว่า พวกเขาต้องรู้จักประมาณตนในการดื่ม
นักดื่มทุกคนควรเลือกดื่มอย่างฉลาดและควรประมาณตนว่าดื่มได้แค่ไหน ใกล้เคียงถึงจุดขีดสุดของตัวเอง
หรือยัง ควรรู้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภทนั้น ตัวเองสามารถดื่มได้มากน้อยแค่ไหน ไม่ควรฝืน
ตัวเองหรือกินตามเพื่อน หรือเวลากลับบ้านต้องรู้ตัวเอง สิ่งสำคัญคือจะต้องมีสติที่จะไม่ทำให้ตนเองเกิด

อันตราย โดยการประเมินจุดขีดสุดการดื่มของแต่ละคนเป็นประสบการณ์ส่วนตัว และผันแปรตามบริบทที่เฉพาะเจาะจง ณ ช่วงเวลาที่ดื่ม

ควรกล่าวให้ชัดเจนตรงนี้ว่า การรู้จักประมาณตนในการดื่มในฐานะวิธีการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งอยู่บนความรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งประเมินจากปฏิกริยาระหว่างฤทธิ์ของเหล้ากับร่างกาย ณ ช่วงเวลาที่ดื่ม โดยอาศัยการรับรู้ผ่านร่างกายตัวคนประเมินเป็นมูลฐานในเชิงอัตวิสัย (subjectivity) ไม่ใช่ข้อเท็จจริงที่วิเคราะห์ด้วยวิธีการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ (objectivity)

“...เราต้องรู้ขีดจำกัดตัวเองว่าเรารับได้มากน้อยขนาดไหน แต่พื้เนี่ย ถ้าเมาจนไม่สามารถควบคุมสติตนเองได้ ก็จะไม่ไปไหน ก็จะนอนไป จะไม่ขับรถ เพราะเรารู้ไง แล้วบางครั้งก็ไปกับลูกกับเมียไรเนี่ย ถ้าไม่ไหว เราก็ต้องนอน...”

(โจ, ผู้ชาย อายุ 27 ปี ดื่มเป็นประจำ, 25 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

“...คนเรารับรู้ขีดจำกัดของตัวเอง ว่าเท่าไร อากาศมันออกอยู่แล้วแหละ กินเยอะแค่ไหน เมาแค่ไหน เราก็ต้องกินให้มันพอประมาณ หลีกเลี้ยงได้ก็หลีกเลี้ยง ชนที่ก็จับนิคหนอยพอให้ไม่เสียสัมพันธไมเคย ที่จะมีอาการเมาแบบไม่รู้ตัว เก็บอาการได้อยู่รู้ขีด...”

(สุชาติ ผู้ชาย อายุ 33 ปี ดื่มเป็นประจำ, 25 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

“...เราต้องดื่มแล้วเรารู้ตัวไง ถ้าเราไม่รู้ตัวเกิดผู้ชายเอาเราไปทำมิดีมิร้าย ถ้าเราเริ่มรู้สึกว่ามีอาการเมาเราต้องกลับบ้าน ถ้ากลับบ้านแล้วคือทำอะไรก็ได้...”

(ต่าย, ผู้หญิง อายุ 33 ปี ดื่มเป็นประจำ, 26 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

อีกวิธีหนึ่ง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คนให้ข้อมูลว่า อย่าปล่อยให้ท้องว่าง ก่อนจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรกระตุ้นให้น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ได้เริ่มย่อยอย่างอื่นเสียก่อน ดังนั้น นักดื่มจึงควรหาอะไรกินรองท้อง หรือไม่ปล่อยให้ท้องว่างก่อนจะไปสังสรรค์กับเพื่อน เพื่อป้องกันไม่ให้เมาเร็วเกินไปนั่นเอง นอกจากนี้ การกินอาหารก่อนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลดปัญหาอาการท้องอืดอีกด้วย ดังตัวอย่างจากคำสัมภาษณ์

“...สิ่งสำคัญที่สุดของคนกินเหล้า ก็คือ กับแก้ม ถ้าคุณกินแต่เหล้า ไม่กินกับแก้ม สิ่งที่จะตามมาเยอะคือ กระเพาะเราพังนะ ยิ่งสุราพื้นบ้านที่ไม่ได้ผสมน้ำแข็ง โซดาเนี่ย มันมีฤทธิ์แรง บางทีเพื่อน

จะยกๆ เราก็จะรอให้เพื่อนแผลง และเราก็จะบ้วนทิ้ง ลื่นพองเลยนะแคะม ๆ แล้วมัน ไปอยู่ใน
กระเพาะมันจะขนาดไหน แต่ถ้าเรามีกับแกล้ม กระเพาะมันจะ ไปย่อยกับแกล้มด้วย แล้วมันจะลด
การเสียดสีกันเอง...”

(อานันท์ ผู้ชาย อายุ 41 ปี คัดเป็นประจำ, 22 มีนาคม 2562: สัมภาษณ์)

“...ถ้าท้องเรออิมก็จะกินเหล้าต่อได้ คนกินเหล้าก็จะรู้กัน ถ้าท้องว่างจะเมาแน่นอน ถ้าเรากินข้าวอิม
เราก็จะกินเหล้าเบียร์ไปได้ยาวเลย...”

(บอย, ผู้ชาย อายุ 28 ปี คัดเป็นประจำ, 23 ธันวาคม 2562: สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ ยังมีอีกวิธีหนึ่งของการลดความเมา คือ หลังจากตื่นนอนขึ้นมาในวันรุ่งขึ้น ผู้ดื่มจะดื่ม
แอลกอฮอล์อีก 1-2 แก้ว เท่านั้น เพื่อเป็นการ “ถอน” ผลข้างเคียงของแอลกอฮอล์จากเมื่อดื่มออกไป มันเป็นเรื่อง
เรื่องความเชื่อที่ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งบางคนก็ไม่สามารถทำการถอนได้ แต่บางคนก็สามารถถอนได้ และ
สามารถไปทำงานต่อได้ ถ้าอยากถอนก็อย่าดื่มหนัก มิฉะนั้นมันจะติดหรือเมาค้างอีกหลายวัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าในระดับครอบครัวใช้วิธีการลดอันตรายด้วยการกินยา ทั้งยาสมัชใหม่และยา
สมุนไพร เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่นิยมดื่มเหล้าและยังไม่พร้อมจะเลิกเหล้า สามารถดื่มเหล้าแล้ว
ไม่เมา หรือบรรเทาผลกระทบของอาการต่างๆ หลังการดื่ม

ผู้ให้ข้อมูลที่มีสมาชิกในครอบครัวนิยมดื่มเหล้าจำนวนหนึ่งให้ข้อมูลว่า “การกินยา” หรือผลิตภัณฑ์
อาหารเสริมที่ผสมวิตามินเพื่อช่วยให้รู้สึกสดชื่นและหายจากการเมาค้างได้ เช่น การกินยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน
ยาบรรเทาการปวดศีรษะ การกินผลิตภัณฑ์เสริมวิตามิน หรือเครื่องดื่มเสริมวิตามิน เพื่อที่จะหายเมา หรือ
สามารถที่จะดื่มต่อไปได้

“...พ่อมียาที่แม่ให้กิน แม้ว่าให้พ่อกินตอนเช้า พ่อจะไม่เมา พ่อจะอยู่ได้นาน แล้วพ่อก็อยู่ได้นาน
จริงๆ พ่อจะกินเหล้าได้เยอะอีก มันเป็นยาสมุนไพร สารพัดพิษ ไปที่ไหนพ่อจะกิน 7-9 เม็ด แล้วพ่อ
จะอยู่ได้ ถ้าพ่อออกงาน 9 โมงพ่อจะอยู่ได้ถึง 5 โมงเย็น ขับรถกลับบ้านได้สบาย พ่อก็ไม่รู้ว่ายานี้มัน
ผสมอะไร ทำไมอยู่ได้ยาว มันเป็นยาบำรุง กินก็ ไม่กินคู่ ถ้ากินคู่ก็จบ...”

(อาคม, ผู้ชาย อายุ 44 ปี คัดเป็นประจำ, 22 ตุลาคม 2562: สัมภาษณ์)

“...ลูกสาวผมจะซื้ออาหารเสริมให้ พวกที่กินแล้วไม่เมา ตัวที่แก้เมาในเซเว่นอะไรประมาณนี้...”

(อาร์ม, ผู้ชาย อายุ 35 ปี คัดเป็นประจำ, 25 ธันวาคม 2562: สัมภาษณ์)

สำหรับวิธีการลดอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า เรียนรู้ ทดลองจากประสบการณ์ของตนเอง ที่ได้จากการปฏิบัติหรือการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้หาความรู้จากตำรา โดยบางคนก็เคยประสบอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากเมาและขับ เขาก็ถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่ทำให้พวกเขารู้จักประมาณตนและลดความเสี่ยงในครั้งต่อไปของการดื่มได้ ซึ่งความทรงจำเหล่านี้จะเป็นเครื่องเตือนใจระวังตนเองมากขึ้นในการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลภาคสนามเปิดเผยให้เห็นวิธีการลดอันตราย จะเป็นร่องรอยให้เห็นวิธีการที่นักดื่มพัฒนาทักษะการดื่มให้ตนเองปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายกับผู้อื่น อีกทั้งทำให้ภารกิจการงานในชีวิตประจำวันสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่น วิธีการลดอันตรายที่เกิดขึ้นในวงเหล้าหรือครอบครัวสะท้อนให้เห็นถึงการพยายามร่วมกันคิดหาทริคเพื่อการดื่มแอลกอฮอล์อย่างปลอดภัย ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ ด้วยความจำเป็นที่ต้องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์ยังถูกใช้เป็นสัญลักษณ์ของมิตรภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านด้วยตนเอง มิตรภาพเหล่านี้เกิดจากการได้สังสรรค์ พบปะพูดคุย ในการดื่มเหล้าร่วมกันหลังจากการเลิกงาน ช่วงพักผ่อนจากการทำงาน หลายคนพบเพื่อนใหม่ที่ต่อมาสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในวงเหล้า การปฏิเสธน้ำใจ จึงอาจทำให้บางคนไม่สามารถเลิกดื่มได้ทันที

บทที่ 8 อภิปรายผลการศึกษา

8.1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะโครงสร้างพื้นฐาน

ข้อมูลภาคสนามยืนยันให้เราเห็นอย่างชัดเจนว่า แม้ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับความรู้ถึงพิษภัย ความเสี่ยงด้านต่างๆ อันเป็นผลจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านสื่อช่องทางหลากหลายอย่างต่อเนื่อง แต่ประชากรกลุ่มเสี่ยงผู้ที่นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ก็ยังคงตัดสินใจเลือกมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยยังคงตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเดิม

นักสังคมศาสตร์ส่วนใหญ่ที่สนใจศึกษาประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เสนอว่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะ “ความเสี่ยงสุขภาพ” และ “พฤติกรรมเสี่ยง” มีความหมายทางสังคม (Social meaning) และทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) บางประการรับใช้ประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเหตุผลทางสังคม วัฒนธรรมนี้อาจจะตั้งอยู่บนคนละชุดวิธีคิดกับความรู้สุขภาพของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นเดียวกัน มีนัยทางสังคมที่หลากหลายมาก

นักสังคมศาสตร์เสนอว่า การให้ความสนใจต่อความหมายทางสังคมและหน้าที่ทางสังคมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ตั้งอยู่บนฐานคิดตรรกะคำอธิบายในโลกวัฒนธรรมคนท้องถิ่น จะช่วยไม่ให้ลดทอนมุมมองที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนท้องถิ่นลงไปเหลือแค่ความหมายเดียว คือ การเป็นพยาธิสภาพตัวก่อโรค รวมทั้งลดมายาคติไม่มองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมส่วนตัวของปัจเจกบุคคล แต่ใส่ใจต่อกฎเกณฑ์ทางสังคมวัฒนธรรม ความหมายทางสังคม และบริบทเงื่อนไขทางเศรษฐศาสตร์การเมือง ที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับพฤติกรรมการดื่มอยู่เสมอ

ความหมายทางสังคมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งนี้ คือ การที่มันทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) ในชีวิตประจำวันของผู้คนและวิถีชุมชน โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานใน 2 ลักษณะ คือ 1) โครงสร้างพื้นฐานทางวัตถุ (material infrastructure) เราปฏิเสธไม่ได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หากดื่มอย่างพอประมาณ หรือ “ดื่มเป็น” “ดื่มเป็นยา” ในคำพูดของชาวบ้าน มันมีฤทธิ์ทำให้ชาวบ้านรู้สึกผ่อนคลายและคลายปวดเมื่อยหลังทำงาน 2) โครงสร้างพื้นฐานทางความรู้สึก (affective infrastructure) เหล้าทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสร้างและรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนในชุมชน (Clare Chandler 2019)

เหล้ากลั่น หรือเบียร์ที่ชาวบ้านนิยมดื่มจึงไม่ได้มีสถานะแค่การเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (object) ที่มีสถานะชัดเจน จากนั้นรอให้นักดื่มมาเปิดดื่มกิน (discovered) ตรงข้ามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทที่หลากหลายภายใต้ความสัมพันธ์ของมันกับสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ในบริบทที่เปลี่ยนไปเรื่อยๆ ถ้าจะเปรียบไปเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เหมือนกับโครงการที่ไม่มีวันสิ้นสุด มันถูกผลิตใหม่ ผลิตซ้ำอยู่เสมอ พร้อมจะเปลี่ยนความหมายทางสังคมของตัวเองผ่านการดื่มกินและบริบทสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น (Ingold 2012) หรือภายใต้บริบทความสัมพันธ์ชุดใหม่ที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปมีส่วนร่วม (Ingold 2011)

เหล่านี้ในฐานะโครงสร้างพื้นฐานจึงเป็นจุดบรรจบกันของโลกทางสังคมกับโลกทางกายภาพ (ฤทธิ์ของเหล่า)

การมีมุมมองต่อเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในฐานะโครงสร้างพื้นฐาน ไม่ใช่การเบี่ยงเบนหรือหันเหประเด็นมองไม่เห็นศักยภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อเสนอนี้มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่สอดคล้องกับบริบทการดื่มของชุมชนและกลุ่มประชากรที่เฉพาะเจาะจง เพราะหากเรามีทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นโครงสร้างพื้นฐาน เราจะเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นว่า ทำไมมาตรการที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยประชากรกลุ่มเป้าหมายเลิกเหล้า หรือหยุดดื่มเหล้าบางช่วงเวลา ถึงไม่ได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพราะเหล่านี้ในฐานะโครงสร้างพื้นฐาน ก็เหมือนกับโครงสร้างพื้นฐานอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของเรา เช่น แอร์คอนดิชัน ไฟฟ้า ถนน โครงข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง เราทราบกันดีว่าถ้าโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้ถูกทำลายลง หรือพังเสียหาย ชีวิตประจำวันของเราในหลายด้านจะได้รับผลกระทบเพียงใด เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในฐานะโครงสร้างพื้นฐานในโลกชีวิตทางสังคมของนักดื่มในชุมชนที่ศึกษาก็เช่นเดียวกัน การพังทลายลงของโครงสร้างพื้นฐานนี้ ก็จะทำให้ชีวิตทางสังคมและวิถีชุมชนอีกหลายด้านพังเสียหายตามไปด้วย

โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาเป็นตัวอย่างที่ดีที่ยืนยันข้อเสนอข้างต้น โครงการนี้แม้มีเป้าหมายที่ดีในการช่วยให้นักดื่มได้หยุดพักการดื่มในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อพักร่างกาย และมีสมมุติฐานว่าการได้หยุดดื่มจะนำมาซึ่งการหยุดทบทวนตัวเองในเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยให้นักดื่มที่เข้าร่วมโครงการขยับขยายไปสู่ความตั้งใจอยากจะเลิกเหล้าได้เด็ดขาดต่อไป แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่นำเสนอแสดงให้เห็น แม้ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะไม่ปฏิเสธถึงความปรารถนาดีดังกล่าว แต่เป็นการยากมากหากพวกเขาจะเข้าร่วมโครงการ เพราะเท่ากับทำให้โครงสร้างพื้นฐานของชีวิตด้านต่างๆ ที่ยึดโยงอยู่กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พังลง เช่น ความหมายเชิงสัญลักษณ์ของเหล้าที่เป็นส่วนหนึ่งในงานบุญประเพณีที่จัดขึ้นในช่วงเข้าพรรษา การใช้เหล้าเป็นของกำนัลตอบแทนการเอามือเอาแรงในช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตร

8.2 วิธีการลดอันตราย

มาร์ค นิชเตอร์ (Mark Nichter) อธิบายว่า “การลดอันตราย” เป็นวิธีการพื้นฐานที่มนุษย์ในทุกวัฒนธรรม ใช้เพื่อ “ป้องกัน” ความเสี่ยงสุขภาพ “จัดการควบคุม” ไม่ให้อาการเจ็บป่วยทวีความรุนแรงขึ้น และ “ส่งเสริมสุขภาพ” ให้ร่างกายจิตใจแข็งแรงไม่เจ็บป่วย แนวคิดการลดอันตรายเป็นส่วนหนึ่งของระบบความเชื่อวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่น มีตัวอย่างหลากหลายในเรื่องนี้ เช่น คนเอเชียดูแลสุขภาพด้วยการเลือกรับประทานอาหาร ภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรมจีน เพื่อปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย (ดิน น้ำ ลม ไฟ) และเลือกกินอาหารที่ช่วยลดการเกิดแก๊สในกระเพาะ ขับเสมหะ และป้องกันพยาธิ ซึ่งจะเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย (Nichter 2003) ชาวนาในภาคเหนือของไทยจะทานยาปฏิชีวนะบางตัว เพื่อลด “ความร้อน” ของร่างกายที่เกิดจากสารพิษของยาฆ่าแมลง คนอินเดียที่สูบบุหรี่สมุนไพร (beedie cigarette roller) จะรับประทานวิตามินโทนิค

(vitamin tonic) และวิตามินบี 12 เพราะเชื่อว่าช่วยลดอาการอ่อนเพลีย ป้องกันวัณโรค ผู้หญิงไทยเชื่อกันว่าการกินยาเตตราไซคลิน (Tetracycline) สามารถช่วยควบคุมไม่ให้เชื้อโรคที่เป็นพยาธิสภาพของโรคสูติ นรีเวชแสดงตัว (Boonmongkon et al. 2001) คนงานที่ทำงานหนักหรือรู้สึกเหนื่อยหน่ายในหลายประเทศ แถบเอเชียและละตินอเมริกา นิยมให้น้ำเกลือผสมยาบำรุงและยาปฏิชีวนะบางตัว เพราะเชื่อว่าเป็นการ ส่งเสริมสุขภาพ บำรุงร่างกายให้แข็งแรง ลดอันตรายของเชื้อโรคที่อาจจะแฝงตัวในร่างกาย

งานศึกษาของหัทธรัตน์ (2561) ศึกษาการดื่มสุราของเกษตรกรชาวไร่ข้าวโพดที่ภาคเหนือของ ประเทศ พบว่าเกษตรกรผู้ดื่มสุราบางคน สามารถกำหนดปริมาณการดื่มสุราของตนเองหรือป้องกันอันตราย ที่เกิดการการดื่มสุราได้ทำให้ตนเองไม่เข้าสู่ภาวะติดสุรา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบ อันตราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ดื่มสุราทั้งหมด ที่สำคัญงานศึกษาชิ้นนี้รายงานว่าเกษตรกร ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีแนวคิดลดอันตรายแทรกอยู่ในวิถีการดื่มในชีวิตประจำวัน

เทคนิควิธีการลดอันตรายเป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เมื่อเผชิญกับความเครียดสุขภาพ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง ได้ในชีวิตประจำวัน เพราะถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขอาชีพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น คนงานที่เข้าไป ทำงานในพื้นที่ป่าที่มีพาหะนำโรคมalariaเรียกชุกชุมในประเทศฟิลิปปินส์และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศไทย จะมีเทคนิควิธีการที่หลากหลายในการพยายามป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากมาลาเรียให้ลด น้อยลง คนงานเหล่านี้อาจจะกินยาต้านมาลาเรียเพื่อป้องกันโรค ดื่มน้ำที่เก็บในป่าก่อนใช้อุปโภคบริโภค ดื่มน้ำ ให้มากขึ้นเมื่อออกจากพื้นที่ เพื่อขับเชื้อมาลาเรียออกทางปัสสาวะ หรือดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่หนัก ขณะที่อยู่ในป่า เพื่อขับไล่ยุงพาหะนำโรคและฆ่าเชื้อมาลาเรียในร่างกาย (Pylypa 2004) ทำนองเดียวกัน ผู้หญิงที่ทำงานค้าบริการทางเพศในประเทศไทยและฟิลิปปินส์ เชื่อว่าการกินยาปฏิชีวนะบางตัว สามารถ ป้องกันและควบคุมไม่ให้เชื้อโรค ที่เป็นสาเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เติบโตแข็งแรงในร่างกาย (Nichter 2001)

ในสถานการณ์ที่ผู้คนคิดว่าความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้คนจะเลือกใช้วิธีการลด อันตรายเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ลดความเสี่ยงไม่ให้อาการของโรคพัฒนากำเริบรุนแรง ดังนั้น ผู้คนใน หลายกลุ่มสังคมรู้สึกสะดวกสบายใจ ในการเลือกวิธีการลดอันตรายมากกว่าแนวทางการควบคุมป้องกันโรค หรือผสมผสานทั้งสองวิธีการไปพร้อมกัน เพื่อลดความเสี่ยงสุขภาพและความรู้สึกอ่อนแอประการบาง

ข้อมูลภาคสนามแสดงให้เห็นวิธีการที่หลากหลายของกลุ่มนักดื่มที่ใช้เพื่อลดอันตรายจากการ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นเทคนิคที่เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและเป็นความรู้ที่ถ่ายทอด หมุนเวียนเรียนรู้กันในกลุ่มนักดื่ม รวมทั้งครอบครัวที่มีสมาชิกยังคงนิยมดื่มเหล้าและไม่พร้อมที่จะเลิกดื่ม เหล้าก็คิดหาวิธีการเพื่อช่วยในการลดอันตราย ดังนั้น เราอาจสรุปเบื้องต้นว่าวิธีการลดอันตรายเพื่อช่วย ให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวสัมพันธ์กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ก่ออันตรายหลังการดื่มเป็นสิ่งที่ ปฏิบัติกันของคนในชุมชน นอกจากนั้น มันสะท้อนให้เราเห็นว่ากลุ่มนักดื่มและคนในครอบครัวที่มีสมาชิก เป็นนักดื่มไม่ใช่ผู้กระทำการที่เฉื่อยชา (passive agent) เหมือนคนที่อื่นๆ ที่รู้ว่ามิระเบิดวางไว้ข้างหน้า แต่ก็ ยังเดินบุ่มบ่ามอย่างคนไร้สติไม่คิดหาวิธีการป้องกัน หรือลดอันตรายจากระเบิดในกรณีที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ในทางตรงข้ามข้อมูลภาคสนามแสดงให้เราเห็นมิติของการเป็นผู้กระทำการที่มีการคิดใคร่ครวญ (active agent) เมื่อพวกเขาต้องสัมพันธ์กับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะด้วยเงื่อนไขอะไรก็ตามแต่ ที่สำคัญข้อมูลภาคสนามยืนยันให้เราเห็นว่าสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายนักดื่มเลือกวิธีการลดอันตรายหากพวกเขาคิดว่ายังไม่พร้อมจะเลิกดื่มเหล้า ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลอะไรก็ตาม

บทที่ 9 สรุปและข้อเสนอแนะ

9.1 สรุปผลการศึกษา

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยวิธีการชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) ทำการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการ Snowball Sampling ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี ประชากรผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ สมาชิกในชุมชนที่ชาวบ้านรับรู้และระบุว่า เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมาชิกในครอบครัวของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน สมาชิกในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรการชุมชนและวิธีการลดอันตราย

งานวิจัยมีเป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เน้นหนักมาทางฝั่งอุปสงค์ หรือทางฝั่งประชากรกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการค้นหามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่คนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นและดำเนินการกันเองภายในชุมชน มาตรการดังกล่าวนี้อาจอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่คนในชุมชนยึดถือเคารพศรัทธาเป็นตัวช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ หรืออาศัยแรงกดดันทางสังคมจากความสัมพันธ์ทางสังคมนรูปแบบต่างๆ ระบบเครือญาติ และเงื่อนไขทางการเมืองและเศรษฐกิจเพื่อสร้างเงื่อนไขหรือสถานการณ์ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งเทคนิควิธีการลดอันตราย (Harm reduction) ในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกในชุมชนที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะด้วยเหตุผลอะไรก็ตามได้รับการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดกับคนรอบข้าง พร้อมทั้งใช้วิธีการลดอันตรายเป็นขั้นตอนแรกๆ ในการสร้างแรงจูงใจให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์

งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะเจาะจงที่มาตรการซึ่งคนในชุมชนริเริ่มพัฒนาขึ้นและดำเนินการกันเอง ไม่ใช่มาตรการและวิธีการดำเนินงาน (implementation) ที่เป็นทางการซึ่งกำหนดและออกแบบพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นความรู้จากการทดลองปฏิบัติ (Practical knowledge) ของคนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในชุมชน ภายใต้บริบทสถานการณ์พลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในระดับประเทศและท้องถิ่นที่คนในชุมชนกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน โดยทำการศึกษามาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และวิธีการลดอันตราย ใน 3 บริบทสถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในชุมชน ได้แก่

1) **ชีวิตประจำวัน** ศึกษาครอบครัวที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและชาวบ้านประเมินด้วยอัตวิสัยความเสี่ยง (Risk subjectivity) ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ติดเหล้า หรือมีแนวโน้มจะติดเหล้า หรือมีพฤติกรรมดื่มเหล้าที่เสี่ยงจะก่ออันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง โดยอัตวิสัยความเสี่ยงเป็นการประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากประสบการณ์และความรู้ท้องถิ่นที่เรียนรู้

ถ่ายทอดกันในชุมชน อาจเหมือน ผสมผสาน หรือแตกต่างจากความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ (Lupton 1999) มาตรการในระดับชีวิตประจำวันจะเริ่มต้นศึกษาตั้งแต่ประเด็นที่ว่าสมาชิกและครอบครัวข้างมีเกณฑ์ ประเมินการคิดเห็นหรือเสียงที่จะคิดเห็นของกลุ่มเสียงอย่างไร เกณฑ์ที่ว่าตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ชุดใด จากนั้นจะศึกษาว่าสมาชิกในครอบครัวและครอบครัวข้างพัฒนามาตรการทางสังคมรูปแบบใดบ้างเพื่อช่วยให้ กลุ่มเสียงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริ โภคแอลกอฮอล์ และวิธีการลดอันตรายในกรณีที่กลุ่มเสียงยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) งานบุญประเพณี เก็บข้อมูลการบริ โภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีท้องถิ่นดั้งเดิม และประเพณีประดิษฐ์ (Invented traditions) ที่คนในชุมชนจัดขึ้นในรอบปี เพื่อค้นหาว่าชุมชนมีวิธีการ ควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริ โภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนที่เกี่ยวข้องบุญประเพณี หรือวิธีการลดอันตราย เพื่อไม่ให้การบริ โภคแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประเพณี พิธีกรรม กลายเป็นปัจจัยจะนำไปสู่ สถานการณ์ของความเสียงจะเกิดเหตุทะเลาะวิวาท ความรุนแรงด้านต่างๆ และอุบัติเหตุภายในชุมชน อย่างไรบ้าง

3) วาระสำคัญของชีวิต ศึกษามาตรการทางสังคมที่คนในชุมชนใช้เพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้การดื่ม ในวาระสำคัญของชีวิต การดื่มเพื่อเฉลิมฉลอง การดื่มเพื่อการสังสรรค์ กลายเป็นพฤติกรรมเสียงที่จะนำไปสู่ อันตรายต่อกลุ่มเสียงที่ดื่มและครอบครัวข้าง

โครงการวิจัยมีเป้าหมายว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการบริ โภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ริเริ่มสร้างสรรค์ขึ้นจากทางฝั่งอุปสงค์ จะเปิดมุมมองใหม่ต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งคนที่เป็นกลุ่มเสียงนักดื่มและครอบครัวข้างในฐานะ “พลเมืองผู้ตื่นรู้” (active citizen) ผู้ซึ่งไม่ใช่บุคคลที่รอรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียว (passive agents) จากมาตรการของหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานเอกชนในการ แก้ไขปัญหาการบริ โภคแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน หากมีส่วนร่วมกับชุมชนตนเองในการเรียนรู้พัฒนา มาตรการทางสังคมและวิธีการลดอันตรายให้กับสมาชิกในชุมชนที่มีพฤติกรรมเสียงในการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ความรู้ท้องถิ่นในการควบคุมการบริ โภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยดึงการมีส่วนร่วมของคน ในชุมชนเข้ามาช่วยในการดำเนินมาตรการเชิง โครงสร้างต่างๆ ในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่และเครือข่ายองค์กร ภาคประชาสังคมอย่างสอดคล้องไปกับวิถีชุมชนและทุนความรู้ที่คนในชุมชนเรียนรู้สะสมเป็นทุนเดิม ลด การต่อต้านมาตรการจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเป็นประโยชน์ช่วยในการมองหาแนวทางการ ผสมผสานความรู้ท้องถิ่นกับความรู้สึกของชุมชนเพื่อเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ มาตรการควบคุมการบริ โภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

งานวิจัยมีข้อค้นพบสำคัญคือ ในชุมชนที่ศึกษาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐาน ใน ชีวิตประจำวันของผู้คนและวิถีชุมชน โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานใน 2 ลักษณะ คือ 1) โครงสร้างพื้นฐานทางวัตถุ (material infrastructure) ในแง่ฤทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้ชาวบ้านรู้สึกผ่อนคลายและคลายปวดเมื่อยหลังทำงาน 2) โครงสร้างพื้นฐานทางความรู้สึก (affective infrastructure) เหล่าทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสร้างและรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนในชุมชน

เราอาจกล่าวได้ว่า โครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวนี้เป็นจุดบรรจบพบกันระหว่างโลกทางวัตถุของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับโลกชีวิตทางสังคม

การเป็นโครงสร้างพื้นฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เป็นการยากในการที่จะดำเนินมาตรการ เพื่อดึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากชีวิตประจำวันและวิถีชุมชน เพราะนั่นย่อมจะทำให้ส่วนย่อยอื่นๆ ของ ชีวิตทางสังคมของคนในชุมชนพังลงไปด้วย โดยเฉพาะโครงสร้างพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสื่อกลาง หรือโครงสร้างพื้นฐานในบทบาทความหมายเชิง สัญลักษณ์ทางสังคมวัฒนธรรม

การขยายมุมมองต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะโครงสร้างพื้นฐานของชีวิตประชากร กลุ่มเป้าหมาย ไม่เพียงจะขยายมุมมองให้ตระหนักต่อบทบาทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีมากกว่าการเป็น พยาธิสภาพหรือสาเหตุการเกิดโรคเท่านั้น หากยังทำให้การพัฒนามาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มีความละเอียดอ่อนมากขึ้น ใส่ใจกับมิติความเป็นมนุษย์และความเป็นธรรมทางสังคมซึ่งเป็น หลักการพื้นฐานของหลักการจริยธรรมของงานสาธารณสุข

การที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นโครงสร้างพื้นฐานของชีวิตทางสังคม ดังนั้น วิธีการลดอันตรายจึง เป็นวิธีการที่กลุ่มนักดื่มเลือกใช้ เมื่อพวกเขาจำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องดื่มเหล่านี้ หรือยังต้องสัมพันธ์กับเหล่านี้ ใน ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถจะหลบหนีหนีจากมันได้ วิธีการลดอันตรายทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและใน ระดับครอบครัวแสดงให้เห็นว่า นักดื่มส่วนใหญ่มีการคิดใคร่ครวญประเมินอันตรายจากการที่ตนเองยัง ต้องดื่มเหล้า หรือยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกดื่มเหล้า ในระดับครอบครัวก็เช่นเดียวกัน ครอบครัวที่ยังมีสมาชิกนิยมดื่มเหล้าอยู่ก็พยายามที่จะช่วยหาวิธีการลดอันตรายให้ ในกรณีที่ไม่สามารถห้าม ประาม หรือเข้าใจถึงบทบาทของเหล้าในทางสังคม

เราอาจพอสรุปได้ว่า วิธีการลดอันตรายเป็นความรู้จากประสบการณ์และเป็นความรู้ท้องถิ่นที่ พัฒนาขึ้นในกลุ่มนักดื่ม ความรู้ในลักษณะนี้อาจจะขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกับความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ แต่ก็ แสดงให้เราเห็นร่องรอยของการประยุกต์หรือผสมผสานความรู้การลดอันตรายนี้กับความรู้อื่นๆ เพื่อพัฒนา นโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

9.2 ข้อเสนอแนะ

1) ควรขยายมุมมองต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอรรถประโยชน์ในมุมมองคนในของนักดื่มที่หลากหลาย และ มีความหมายทางสังคมบางประการสำหรับนักดื่มและคนในชุมชนบางกลุ่ม การขยายมุมมองต่อความหมาย ทางสังคมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่ม จะช่วยให้นักวิจัยมองเห็นวิธีการ “ลดอันตราย” จากการดื่มที่เรียนรู้และถ่ายทอดกันภายในวัฒนธรรมท้องถิ่น และวัฒนธรรมย่อยเฉพาะภายในกลุ่มนักดื่ม

ความรู้ท้องถิ่นในการจัดการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ไม่เพียงจะช่วย สะท้อนให้เราเข้าใจถึงวิถีและแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ความหมายที่

หลากหลายของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในโลกว่าวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นสังคม (Sociality) ที่ก่อตัวขึ้นในชุมชนของนักดื่มภายในชุมชน หากยังเปิดพื้นที่ให้กับปฏิบัติการของความรู้ที่หลากหลายในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ เป็นความรู้ท้องถิ่นและความรู้จากการปฏิบัติที่ตั้งอยู่บนฐานแนวคิดความเสี่ยงสุขภาพภายใต้ระบบความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น

2) ควรพัฒนาวิธีการลดอันตรายในฐานะความรู้ท้องถิ่นและความรู้เชิงประสบการณ์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ เพราะมาตรการลดอันตรายเหมาะกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพัฒนามาตรการที่หลากหลายเพื่อช่วยในการทำงานกับกลุ่มผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะแตกต่างกันทางสังคมวัฒนธรรมและบริบทท้องถิ่น จะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรขยายมุมมองว่าวิธีการลดอันตรายไม่ใช่การสนับสนุนธุรกิจน้ำเมา หรือส่งเสริมให้นักดื่มยิ่งดื่มเหล้าหนักมากขึ้น เพราะถึงเราไม่สนับสนุนมาตรการลดอันตราย ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ก็ยังคงตัดสินใจซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริโภคอยู่ดี เพราะในโลกชีวิตทางสังคมของประชากรกลุ่มนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำหน้าที่เป็น โครงสร้างพื้นฐานในชีวิตพวกเขา

ในทางตรงข้าม เราอาจเรียนรู้บทเรียนการดำเนินมาตรการลดอันตรายที่ประสบความสำเร็จจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น โครงการแจกเข็มฉีดยาเสพติดที่ปลอดภัยที่ช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ทั้งกลุ่มวัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์ การดำเนินมาตรการลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดดังกล่าวนี้ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญที่ว่า ทำอย่างไรที่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดจะไม่เสียชีวิตหรือติดเชื้อ HIV ไปก่อนที่บริบทชีวิตของพวกเขาพร้อมที่จะเลิกยาเสพติด เพราะการเลิกยาเสพติดเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์อย่างซับซ้อนกับเงื่อนไขชีวิตอื่นๆ แต่ทำอย่างไรที่พวกเขาจะไม่เสียชีวิตไปก่อนก่อนที่จะพร้อมเลิกยาเสพติด

ในทำนองเดียวกัน มาตรการการลดอันตรายในกลุ่มผู้ขายน้ำดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปเพื่อช่วยให้คนที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรียนรู้การดื่มน้ำอย่างสร้างสรรค์ เพื่อไม่ก่ออันตรายต่อตนเองหรือคนรอบข้าง ก่อนที่พวกเขาจะพร้อมเข้าสู่โปรแกรมการเลิกเหล้าต่อไปในอนาคต

ดังนั้น มาตรการการแทรกแซงทางการเมืองเพื่อต่อสู้กับบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ หรืออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ กับมาตรการลดอันตรายในกลุ่มผู้บริโภค สามารถดำเนินการควบคู่ไปพร้อมกันได้ โดยที่เป้าหมายของมาตรการทั้ง 2 ลักษณะไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกัน

4) การพัฒนาหรือดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรคำนึงถึงหลักการจริยธรรมสาธารณสุข (ethic of public health) (คู่มือหาประเด็นนี้ในบทที่ 2) โดยเฉพาะการตระหนักว่าทุก

มาตรการด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในตัวเอง ไม่สามารถดำเนินมาตรการเดียวกันให้มีประสิทธิภาพในทุกกลุ่มประชากรได้เทียบเท่าเสมอกัน เหมือนการตัดเสื้อโหล ดังนั้น การพัฒนามาตรการสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะกับการใช้การปฏิบัติงานในประชากรกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม จึงเป็นหลักการจริยธรรมเบื้องต้นของงานสาธารณสุข มาตรการลดอันตรายอาจเหมาะกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

นอกจากนั้น การเริ่มต้นมาตรการสุขภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ไม่บีบบังคับจนเกินไป และสอดคล้องกับวิถีที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายทำกันอยู่ น่าจะเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความร่วมมือในระยะยาวมากกว่า โดยเฉพาะกับงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นงานยากและต้องอาศัยระยะเวลาทำงานนาน มาตรการการลดอันตรายซึ่งเป็นมาตรการที่ไม่บีบบังคับกดดัน จึงเป็นมาตรการที่เหมาะสมกับงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลาดำเนินการนาน พร้อมกับการนำเสียง ประสพการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการมาเป็นส่วนร่วมกำหนดนโยบายและดำเนินมาตรการในระดับท้องถิ่น

5) การจัดทำแผนนโยบายเพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับประเทศและท้องถิ่น แต่ละครั้งจำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์เชิงจริยธรรม (ethical analysis) อย่างละเอียดถี่ถ้วนเสียก่อน เพราะการนำเอาข้อเท็จจริง (truth) ทางระบาดวิทยาและปัญหาสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสังคม (fairness) และความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (respect) เข้ามาเป็นพื้นฐานประกอบการคิดของงาน ย่อมทำให้งานนั้นๆ มีความถูกต้องชอบธรรมที่จะดำเนินการ โดยตัวของมันเอง ผนวกกับการดำเนินงานที่ยึดเอาการถือผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ยิ่งทำให้งานเกิดประสิทธิภาพมากกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม คนในสังคมจะต้องรู้สึกเชื่อมั่นว่าการดำเนินแผนงานหรือนโยบายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้เชี่ยวชาญ มีความสามารถในการพัฒนาสุขภาพของคนในสังคม รวมถึงเป็นกระบวนการที่เกิดประโยชน์และมีความยุติธรรมกับกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2562). **ปัญหาการติดสุรา**. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/>
- กานต์ระรัตน์ จรามร. (2560). **การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**. สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4726/hsri_journal_v11n2_p268.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- กิตติยา จุลวิฑฒกะ. (2558). **รูปแบบการดำเนินงานจังหวัดปลอดภัย**. สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2563, จาก https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=83&lang=th
- จิตรลดา อารีย์สันติชัย และอุษณีย์ พึ่งปาน. (2558). **มาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)**. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2560, จาก <http://resource.thaihealth.or.th/media/knowledge/15346>.
- จินตวีราพร แป้นแก้ว. (2559). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา**. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2563, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/64945/57490>
- จิรัชยา เจียวก๊ก และสันติชัย แยมใหม่. (2558). **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการดื่มสุราของเยาวชน**. สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2563, จาก [http://www.hu.ac.th/conference/conference2015/proceedings/data/ภาคบรรยายH-O-มนุษย์/380-007H-O\(จิรัชยา%20เจียวก๊ก\).pdf](http://www.hu.ac.th/conference/conference2015/proceedings/data/ภาคบรรยายH-O-มนุษย์/380-007H-O(จิรัชยา%20เจียวก๊ก).pdf)
- ชัชณะ รุ่งปัจฉิม และเชษฐ รัชดาพรรณาริกุล. (2553). **การประเมินผล การบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร**. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย ปทุมธานี, 2 (3).
- เชษฐ รัชดาพรรณาริกุล และคณะ. (2553). **การประเมินผลการบังคับใช้ กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551**. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 2 (3).
- ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ. (2561). **ตัวตน อัตลักษณ์การดื่ม และแบบแผนการดื่มสุรา: เรื่องเล่าประสบการณ์การดื่มของชีวิตภายใต้รั้วมหาวิทยาลัย**. ใน สิทธิโชค ชาวไร่เงิน และบงกช เจริญรัตน์. (บรรณาธิการ). **งานวิจัยวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ: สุรา ยาสูบ. นนทบุรี: แผนงานวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)**
- ญาดา บุตรปัญญา. (2560). **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดสุราโดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ**. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2563, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/106919/92836>
- ณัฐริดา จุมปา และคณะ. (2560). **การศึกษาริบทและแบบแผนการดื่มสุราของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่จังหวัดเชียงราย**. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2563, จาก <http://cas.or.th/cas/?p=6773>

คุณฤทัย อายวัฒน์ และวณิชชา ณรงค์ชัย. (2553). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดขอนแก่น). ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธงศักดิ์ ดอกจันทร์. (2558). **มาตรการในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่นักศึกษาของร้านค้ารอบบริเวณมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ**. สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2563, จาก <http://thaidj.org/index.php/JUR/article/view/2553/2310>

ธรรมสรณ์ โมรารวรรณ. (2560). **งานบุญไร้แอลกอฮอล์ กรณีศึกษางานประเพณีแห่หลวง จังหวัดลำพูน**. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2563, จาก <http://cas.or.th/cas/?p=6754>

นพพล วิทย์รพงศ์. (บรรณาธิการ). 2557. ทศวรรษศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สถานะองค์ความรู้เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

นรา เทียมคลี. (2561). ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้ร้านชำทำผิดกฎหมาย. ใน สิทธิโชค ชาวไร่เงินและบงกช เจริญรัตน์. (บรรณาธิการ).งานวิจัยวัฒนธรรมกับความเครียดสุขภาพ: สุรา ยาสูบ. นนทบุรี: แผนงานวัฒนธรรมกับความเครียดสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นิธิ เอียวศรีวงศ์. 2561. ให้เหล้า ≠ แข่ง. มติชนสุดสัปดาห์. https://www.matichonweekly.com/column/article_76303

นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2552). **การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานบำบัดรักษายาเสพติดของรัฐ**. สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tmj/article/download/13932/12654>

เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ณัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์รพงศ์. (2558). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคเหนือ.กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

ปารีชาติ ศิวะรักษ์. 2546. กำเนิดกองทุน สสส.. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ประชาติป กะทา, สิทธิโชค ชาวไร่เงิน และวิจิตรา ปัญญา. (2561). วิเคราะห์ยุทธศาสตร์ 4 ความเครียดสุขภาพ (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ โรคในกลุ่ม NCDs และยาเสพติด). นนทบุรี: แผนงานวัฒนธรรมกับความเครียดสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประภา นัครา. (2557). การปฏิบัติตามนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในจังหวัดภูเก็ต. วารสารสังคมศาสตร์, 10 (2), 89-126.

ประเวศ วะสี. 2547. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2011). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร: แผนงานการพัฒนากระบวนการ รูปแบบ และวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ.

- ปรีดาพร พึ่งเจริญ. (2558). การพัฒนาระบบในการ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตตำบลโคกสี
ทองกลาง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2563, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/download/117639/90249/>
- พงษ์เดช สารการ. (2552). การประเมินผลพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัด
อุบลราชธานี. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.).
- พุดพิงศ์ นวกิจบำรุง. (บรรณาธิการ). 2559. กำกืดแม่หญิง ชุมชนล้านนากับการจัดการสุรา. กรุงเทพฯ:
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- เพ็ญพิมพ์ ปันระสี และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2560). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีไทยกับวิธีการ
ลดการดื่ม. สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2563, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/download/89793/75741/>
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุษยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช.
สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/download/18112/15979>
- พิชัย แสงชัยชาญ. (2552). การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2563, จาก
<http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2554/numhp20954pb.pdf>
- ยุคติ มุกดาวิจิตร. 2558. วิธีคิดเรื่องสุราในสังคมคนดี. <https://blogazine.pub/blogs/yukti-mukdawijitra/post/5326>
- รักษนก จินดาคำ.(2561).สุรากับวิถีสล่า. ใน สิทธิโชค ชาวไร่เงิน และบงกช เจริญรัตน์. (บรรณาธิการ).
งานวิจัยวัฒนธรรมกับความเสี่งสุขภาพ: สุรา ยาสูบ. นนทบุรี: แผนงานวัฒนธรรมกับความเสี่งสุขภาพ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- วรางคณา จิรรัตนโสภา. 2559. การประเมินผลโครงการรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2558.
กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- วารินษฐ์ ลำไย และเชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล. (2560). รูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน. สืบค้น
เมื่อ 3 กันยายน 2563, จาก <http://cas.or.th/cas/?p=6767>
- หทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์. (2561). ความเสี่งทางสังคมที่นำไปสู่การลดอันตราย. ใน สิทธิโชค ชาวไร่เงิน และ
บงกช เจริญรัตน์. (บรรณาธิการ). งานวิจัยวัฒนธรรมกับความเสี่งสุขภาพ: สุรา ยาสูบ. นนทบุรี:
แผนงานวัฒนธรรมกับความเสี่งสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สมพงษ์ จันท์ขอนแก่น. (2560). การพัฒนารูปแบบการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ
ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. สืบค้นเมื่อ
7 กันยายน 2563, จาก
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/download/162449/117211/>

- สมบัติ สกุลพรรณ และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ติดเชื้อที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2563, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/95892/74877>
- สลิษา หสมศิริโรรัตน์ และคณะ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติดเชื้อ. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2563, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2594/2413>
- สิริกร นามลาบุตร และวารานิชฐ์ ลำไย. (2560). การศึกษามาตรการในชุมชนเพื่อควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาดและทางสังคมในจังหวัดหนองคาย. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2563, จาก <http://cas.or.th/cas/?p=6705>
- สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีการกลับป่วยซ้ำ. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2563, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/2634/2015/>
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า. (2559). บทเรียนการทำงานเพื่อเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมในงานบุญประเพณีวัฒนธรรมและเทศกาลสำคัญของประเทศไทย. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). การสูญเสียปีสุขภาพประชากรไทย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. 2557. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ปี 2557”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- อรทัย ศรีทองธรรม. (2560). การดำเนินงานควบคุมแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาโครงการงานศพและงานบุญปลอดเหล้า. สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2563, จาก <http://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/85/82>
- Bebbington, P. (2001). The World Health Report 2001. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36(10): 473-4.
- Boonmongkon, Pimpawun, Pylypa, Jen and Nichter, Mark. (1999). Emerging fears of cervical cancer in Northeast Thailand. Anthropology and Medicine, 16 (4), 359-380.

- Boonmongkon, Pimpawun, Nichter, Mark and Pylypa, Jen. (2001). Women's mot luuk problems in Northeast Thailand: why women's own health concerns matter as much as disease rates. *Social Science and Medicine*, 53, 1095-1112.
- Brown, Phil. 1992. Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *Journal of Health and Social Behavior*.33: 267-281.
- Ditter, S.M., Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Compton, R. & Nichols, J.L. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: A systematic review. *American Journal of Preview Medicine*, 28(5 SUPPL.):280-7.
- Forsyth, A.J.M. (2008). Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): Observed impacts, compliance and patron's views. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1): 111-7.
- Hendry, Joy. (1994). *Drinking and Gender in Japan*. In McDonald, Maryon. (Ed.), *Gender, drink, and drugs*. Oxford: Berg.
- Lupton, Deborah. (1999). *Risk*. New York: Routledge
- Mandelbaum, David. (1965). Alcohol and Culture. *Current Anthropology*, 6 (3), 281-293.
- Martinic, M., Leigh, B. (2004). ReasonableRisk; alcohol perspective. *International Center for Alcohol Policies, Series on Alcohol in Society* (p. 23-52). New York: Brunner-Routledg.
- Matzger, H., Kaskutas, L.A., Weisner, C. (2005). Reasons for drinking less and their relationship to sustained remission from problem drinking. *Addiction*, 100, 1637-1646.
- Nichter M. (2008). *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter* (p. 41-68). United state of America: University of Arizona Press.
- Novotny, Patrick. 1994. Popular epidemiology and the struggle for community health: Alternative perspectives from the environmental justice movement. *Capitalism, Nature, Socialism*. 5 (2): 29-42.
- Roe, Gordon. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health*, 15 (3), 243-250.
- Santos, E.D. (2005). Risk Perception and Alcohol Harm Reduction Strategies Reported By Adolescents: Evidences for Prevention Beyond "Say No". 23 rd Annual Society for Prevention Research Conference; 2015 May 26-29; Washington, DC.
- Thamarangsi, Thaksaphon. 2008. *Alcohol Policy Process in Thailand 1997-2006*. Auckland: Massey University
- Thom, Betsy. (1994). Women and alcohol: The emergence of a risk group. In McDonald, Maryon. (Ed.), *Gender, drink, and drugs*. Oxford: Berg.

- Witkiewitz, K. & Alan, Marlatt G. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention and treatment. *Addictive*
- Witkiewitz K. & Alan Marlatt G. (2006). Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*, 17(4): 285–94.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health* (p.1–100). Geneva: WHO.