CAS PSU
Centre for Alcohol Studies
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย

Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

บรรณาธิการ
พลเทพ วิจิตรคุณากร
วิทย์ วิชัยดิษฐ

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์:
ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย

Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์:
ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย

Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation **ISBN (ebook) 978-616-271-842-7**

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย = Alcohol epidemiology: research methods and policy evaluation.-- สงขลา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2568.
404 หน้า.

1. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์. 2. ผู้ติดสุรา. 3. ระบาดวิทยา. I. ชื่อเรื่อง.

613.81
ISBN 978-616-271-842-7

บรรณาธิการ : พลเทพ วิจิตรคุณากร
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทย์ วิชัยดิษฐ
สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รูปเล่ม : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(พัชรินทร์ โพธิ์ทอง)

ปก : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(ปณิธิ ลิ้มธนิตศักดิ์)

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.

เผยแพร่ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2568 (ebook)

จัดทำโดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทร. 083-5775533
http://cas.or.th http://www.facebook/cas.org.th

เผยแพร่โดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนิยม

นับเป็นโชคดีของผมที่ได้มีโอกาสทำงานกับ อาจารย์ พลเทพ วิจิตรคุณากร และอาจารย์อีกหลายสิบท่านที่เป็นผู้ร่วมแต่งหนังสือ “ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินผล” ที่ท่านถืออยู่ในมือ ผมเคยเป็นกรรมการกำกับทิศทางศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เครือข่ายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และของแผนงานประเมินภาระสุขภาพของประชากรไทย ฯลฯ ที่หลายท่านทำงานอยู่ ที่ว่าโชคดีเพราะมีอย่างน้อยสองเหตุผล

ประการแรก คณะอาจารย์ที่แต่งหนังสือเล่มนี้ล้วนเป็นนักวิชาการที่สนใจเรื่องการสร้างความรู้ที่ตรงกับบริบทของสังคมไทย หนังสือเล่มนี้ใช้ชื่อนำว่าระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ คำว่าระบาดวิทยามีสองนัย นัยแรก คือ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด การกระจาย ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการเพิ่มขึ้นหรือช่วยลดลงของปัญหา หากเราสนใจเรื่องตัวความรู้ที่มีอยู่ก็คงไม่ยุ่งยากอะไรนัก ไปเปิดตำราหรือปัจจุบันใช้ปัญญาประดิษฐ์ ช่วยสืบค้นให้ก็สามารถตอบสนองได้อย่างง่ายดาย แต่ต้องระวังเพราะความรู้เปลี่ยนแปลงเร็ว ที่รู้ว่าทันสมัยของปีกลายมาปีนี้อาจล้าสมัยหรือไม่ถูกต้องเสียแล้ว และความรู้จากประเทศอื่นอาจเอามาใช้กับบริบทของไทยไม่ได้ เช่น ประเทศอื่นหากออกกฎหมายที่ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาดีแล้ว ผลดีก็มักจะตามมา แต่ของเราแม้จะมีกฎหมายดีแต่ผลอาจไม่ดีอย่างที่อื่น เพราะการรับรู้ การยอมรับ การบังคับเรื่องของกฎหมายยังมีจุดอ่อนอยู่มากมาย หนังสือเล่มนี้จึงเน้นไปที่นัยที่สองของระบาดวิทยา คือ การแนะนำว่า เราจะหาและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยได้อย่างไร เหมือนสอนการจับปลาแทนการทำปลามาให้รับประทาน หนังสือแนวนี้จึงมีคุณค่าควรแก่การศึกษา โดยเฉพาะนักระบาดวิทยา แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข ที่สนใจ และอยากแก้ไขปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และในการการหาความรู้และแก้ปัญหานั้นหนีไม่พ้นที่เราจะต้องรู้จักวิธีการวัด (measurement) การออกแบบการศึกษา (study design) และการประเมินผล (evaluation) ซึ่งหนังสือนี้เล่มนี้ได้มีบทต่าง ๆ ที่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ อย่างเป็นระบบและน่าสนใจ

คำนิยม

เหตุผลที่สอง ที่ผมเข้าข้างตัวเองว่าโชคดีในการได้ทำงานกับผู้แต่งในบทต่าง ๆ คือ นอกจากได้เรียนรู้เรื่องวิชาการจากทุกท่านแล้ว ยังแอบได้รับกำลังใจทางอ้อม การได้เห็นความจริงใจและจริงจังในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหา การได้เห็นทุกคนรับผิดชอบ ทุ่มเทพละกำลัง และรวมกันอย่างสามัคคีข้ามสายวิชาชีพ ข้ามสถาบัน และข้ามผลประโยชน์เพื่อสร้างความร่วมมือและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ในเมืองไทย ใครได้เห็นคนรุ่นใหม่ทำงานแบบนี้ก็อดนิยมชมชอบและมีกำลังใจเพิ่มขึ้นไม่ได้

ขอขอบคุณคณะผู้แต่งและคณะบรรณาธิการที่ได้พยายามทำหนังสือเล่มนี้ออกมาจนสำเร็จเป็นครั้งแรก ขอชักชวนให้นักวิจัย ผู้อยากแก้ไขปัญหาอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ศึกษาและประยุกต์ใช้หนังสือเล่มนี้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อว่าทุกคนจะได้มีส่วนในการช่วยทำให้คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงและลดอันตรายต่อสังคมลงให้มากที่สุด

นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์
อดีตประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่สังคมคุ้นชิน แต่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และความปลอดภัยของประชาชน การตัดสินใจเชิงนโยบายและการทำงานภาคสนามจึงต้องตั้งอยู่บนหลักฐานที่น่าเชื่อถือ หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติที่เชื่อมข้อมูลกับการลงมือทำอย่างเป็นระบบสำหรับประเทศไทย

เนื้อหาเรียงตามกระบวนการทำงานจริง เริ่มจากพื้นฐาน บริบทไทย ฐานข้อมูล และระเบียบวิธีวิจัย จากนั้นอธิบายปัจจัยกำหนดการดื่มในหลายระดับ ต่อด้วยชุดเครื่องมือวัดและติดตามที่ครอบคลุมปริมาณและแบบแผนการบริโภค การเข้าถึงและความหนาแน่นของจุดจำหน่าย การสื่อสารการตลาด ผลลัพธ์สุขภาพและอุบัติเหตุทางถนน ผลกระทบต่อผู้อื่น ภาระโรค เศรษฐศาสตร์สุขภาพ กฎหมาย และบรรทัดฐานสังคม ปิดท้ายด้วยการประเมินการดำเนินนโยบายระดับพื้นที่ การนำหลักฐานสู่การปฏิบัติ และการสื่อสารหลักฐานเชิงนโยบาย

ท้ายที่สุด ทีมผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะเปรียบเสมือน “เพื่อนคู่คิด” ติดตัวนักวิจัยและคนทำงานด้านนโยบายแอลกอฮอล์ ยามที่ต้องเผชิญโจทย์ทางวิชาการ หวังว่าเนื้อหาในเล่มจะช่วยชี้ทางออก เพื่อร่วมกันสร้าง “เกราะคุ้มกัน” ให้ประชาชนไทยปลอดภัยจากแอลกอฮอล์อย่างยั่งยืน

พลเทพ วิจิตรคุณากร

บรรณาธิการ

คณะผู้เขียน

กนิษฐา ไทยกล้า
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

กุลธิดา ราษฎร์ศิริ
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

ขนิษฐา กู้ศรีสกุล
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

จักร์วิดา อมรวิสัยสรเดช
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

จินตนา จันทร์โคตรแก้ว
มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

จิราลักษณ์ นนทารักษ์
ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ
ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชฎาบุญ เจียรธนกฤติ
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชยุตม์ พินิจค้า
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

ณัฐพัชร์ มรรคา
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

ธัชวุฒิ จาดบันดิสถ์
ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน
มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย

คณะผู้เขียน

นฤมล สิขิวัฒน์
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

นิษฐา หรุ่นเกษม
สาขาวิชานิเทศศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

พลเทพ วิจิตรคุณากร
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มนสิชา สิทธิสมบัติ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์
ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ร่มตะวัน กาลพัฒน์
หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม
และหน่วยวิจัยนโยบายแอลกอฮอล์
และการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รักษพล สนิทยา
สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพ
ของประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

วศิน พิพัฒนฉัตร
หน่วยวิชาการเครือข่ายนักสาธารณสุข
จัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (สปสส.)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทย์ วิชัยดิษฐ
สาขาวิชาระบาดวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุรศักดิ์ ไชยสงค์
หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม
และหน่วยวิจัยนโยบายแอลกอฮอล์
และการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อรทัย วลีวงศ์
กองการต่างประเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สารบัญ

หน้า

บทนำ 1

ส่วนที่ 1 พื้นฐานและระเบียบวิธีวิจัย

บทที่ 1.1 ประวัติศาสตร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **23**

1.1.1 บทนำ 23

1.1.2 ประวัติศาสตร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 23

1.1.3 เภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์ 30

1.1.4 เมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ 32

1.1.5 บทสรุป 36

บทที่ 1.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย **41**

1.2.1 บทนำ 41

1.2.2 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 42

1.2.3 บทสรุป 63

บทที่ 1.3 ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **67**

1.3.1 ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง 67

1.3.2 ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ 69

1.3.3 ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย 71

บทที่ 1.4 ระเบียบวิธีวิจัยที่สำคัญ **75**

1.4.1 บทนำ 75

1.4.2 การกำหนดกรอบแนวคิด: PICO 75

1.4.3 การออกแบบการศึกษา (study designs) 77

1.4.4 บทสรุป 85

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1.5 **ระเบียบวิธีวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข** 87
1.5.1 บทนำ 87
1.5.2 กรอบและกระบวนการวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 90
1.5.3 การวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 92
1.5.4 การประเมินผลทางด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 108
1.5.5 บทสรุป 118

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่กำหนดการดื่ม

บทที่ 2.1 **ปัจจัยระดับบุคคล** 129
2.1.1 บทนำ 129
2.1.2 พันธุกรรม (genetic factors) 130
2.1.3 ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) 132
2.1.4 อายุ และเพศ 134
2.1.5 บทสรุป 136

บทที่ 2.2 **ปัจจัยระดับสังคมและนิเวศวิทยา** 139
2.2.1 บทนำ 139
2.2.2 ปัจจัยระดับที่ 1: ปัจจัยระดับตัวบุคคล (individual) 140
2.2.3 ปัจจัยระดับที่ 2: ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal) 140
2.2.4 ปัจจัยระดับที่ 3: ปัจจัยในองค์กร (institutional) 141
2.2.5 ปัจจัยระดับที่ 4: ปัจจัยในชุมชน (community) 142
2.2.6 ปัจจัยระดับที่ 5: ปัจจัยระดับนโยบาย (policy) 142
2.2.7 บทสรุป 143

บทที่ 2.3 **ปัจจัยทางนโยบายและกฎหมายมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** 145
2.3.1 บทนำ 145
2.3.2 เหตุผลที่ต้องควบคุมและพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่อันตรายที่สุด 146

สารบัญ

หน้า

2.3.3 กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 147
2.3.4 พื้นที่ต่อรองนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: เวทีแห่งผลประโยชน์และการต่อสู้ทางอุดมการณ์ 150
2.3.5 ขั้นตอนการพัฒนากฎหมาย: พื้นฐานที่ผู้มีส่วนร่วมเชิงนโยบายควรเข้าใจ 153
2.3.6 บทสรุป 159

ส่วนที่ 3 การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.1 การวัดสถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 163
3.1.1 บทนำ 163
3.1.2 ความชุกของผู้บริโภคในผู้ใหญ่และวัยรุ่น 164
3.1.3 ความชุกของผู้บริโภคหนักและดื่มบ่อยในประชากรผู้ใหญ่ 173
3.1.4 บทสรุป 175

บทที่ 3.2 การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลปริมาณการผลิตเพื่อการจำหน่าย 177
3.2.1 บทนำ 177
3.2.2 ความสำคัญของการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 178
3.2.3 แหล่งที่มาของข้อมูล 178
3.2.4 วิธีการคำนวณปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม ตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่าง 179
3.2.5 ประเด็นทางระเบียบวิธีวิจัยในการวัดการใช้แอลกอฮอล์ 180
3.2.6 แบบสอบถามการวัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 182
3.2.7 การใช้งานแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 189
3.2.8 การประมาณการปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยข้อมูลการผลิตเพื่อการจำหน่ายของแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูลการเก็บภาษีสรรพสามิต 191
3.2.9 บทสรุป 195

สารบัญ

หน้า

บทที่ 3.3 ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายตามจำนวนใบอนุญาตจำหน่าย 199

3.3.1 บทนำ 199

3.3.2 จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คืออะไร 200

3.3.3 ทำไมจึงต้องวัดความหนาแน่นของจุดจำหน่าย 201

3.3.4 ควบคุมความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแล้วสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบได้อย่างไร 202

3.3.5 ขั้นตอนในการวัดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 203

3.3.6 แหล่งที่มาของข้อมูล 204

3.3.7 การคำนวณความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 205

3.3.8 บทสรุป 210

บทที่ 3.4 การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 217

3.4.1 บทนำ 217

3.4.2 ความสำคัญของการวัด 218

3.4.3 แหล่งที่มาของข้อมูล 219

3.4.4 วิธีการวิจัยพร้อมกรณีตัวอย่าง 223

3.4.5 บทสรุป 236

บทที่ 3.5 การป่วย บาดเจ็บและเสียชีวิต ด้วยสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 237

3.5.1 บทนำ 237

3.5.2 แหล่งที่มาของข้อมูล 238

3.5.3 วิธีการคำนวณตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่าง 244

3.5.4 บทสรุป 251

บทที่ 3.6 ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (alcohol's harm to others) 255

3.6.1 บทนำ 255

3.6.2 วิธีการศึกษาผลกระทบจากการดื่มต่อคนอื่น 257

สารบัญ

หน้า

3.6.3 ตัวอย่างแบบสำรวจผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น 258
3.6.4 บทสรุป 261

บทที่ 3.7 อุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มแล้วขับ) **265**
3.7.1 บทนำ 265
3.7.2 ข้อจำกัดของมาตรการควบคุม 266
3.7.3 การกำหนดตัวชี้วัดดื่มแล้วขับและการกำกับติดตาม 268
3.7.4 บทสรุป 271

บทที่ 3.8 การวัดภาระโรค **273**
3.8.1 บทนำ 273
3.8.2 ความสำคัญของการวัดดัชนีภาระโรค 274
3.8.3 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่า 277
3.8.4 การแปลผลตัวชี้วัด 282
3.8.5 การสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยง 284
3.8.6 บทสรุป 284

บทที่ 3.9 การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **287**
3.9.1 บทนำ 287
3.9.2 ความสำคัญ 288
3.9.3 วิธีการประเมิน 289
3.9.4 บทสรุป 300

บทที่ 3.10 การวัดทางกฎหมายประเด็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **305**
3.10.1 บทนำ 305
3.10.2 ที่มาของการวัดทางกฎหมาย 306
3.10.3 นิติธรรม นิติรัฐกับแนวคิดการวัดทางกฎหมาย 307
3.10.4 การวัดทางกฎหมายของประเทศไทย 310

หน้า

3.10.5 เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 77 และมาตรา 258 311
3.10.6 จากรัฐธรรมนูญ สู่ กฎหมายเพื่อการใช้บังคับ 315
3.10.7 การวัด “กฎ” ของประเทศไทย 316
3.10.8 กระบวนการจัดทำการประเมินผลกระทบของกฎหมาย (Regulatory Impact Assessment : RIA) 317
3.10.9 หลักการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม 319
3.10.10 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมาย 319
3.10.11 มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 320
3.10.12 การวัดทางกฎหมายและกฎเพื่อการประเมินผลประเด็นมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 321
3.10.13 บทสรุป 324

บทที่ 3.11 การวัดทัศนคติ ความคิดเห็น ค่านิยม และบรรทัดฐานสังคม 329
3.11.1 บทนำ 329
3.11.2 การวัดทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 330
3.11.3 การวัดค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ 333
3.11.4 บทสรุป 336

บทที่ 3.12 การประเมินการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด 337
3.12.1 บทนำ 337
3.12.2 การประเมินการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดในประเทศไทย 338
3.12.3 ข้อเสนอแนะในการประเมินการดำเนินงานระดับจังหวัด 349

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ 4 การใช้ประโยชน์และการสื่อสารหลักฐาน

บทที่ 4.1 การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: จากข้อมูลสู่การปฏิบัติจริง 353

4.1.1 ความสำคัญของการนำงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ประโยชน์ 353

4.1.2 ประโยชน์ของงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาสังคม 354

4.1.3 การตีความผลและประมวลผลงานวิจัย 355

4.1.4 การตีความผลการวิจัยผิดพลาดและการนำผลการวิจัยทางระบาดวิทยาไปใช้ในทางที่ผิด 356

4.1.5 การใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ 358

4.1.6 บทสรุป 361

บทที่ 4.2 การสื่อสารงานวิจัยแอลกอฮอล์ในรูปแบบบทความหรือข่าว 367

4.2.1 บทนำ 367

4.2.2 งานวิจัยด้านแอลกอฮอล์มีอะไรบ้าง 369

4.2.3 ตัวอย่างงานวิจัยทางสุขภาพที่สื่อสารสู่ประชาชนจนกลายเป็นการเปลี่ยนแปลง 372

4.2.4 การทำข่าวสื่อสารกับประชาชนสำคัญอย่างไรสำหรับนักนโยบาย 374

4.2.5 ขึ้นต้นเขียนข่าวหรือบทความ ต้องเขียนอย่างไร 377

4.2.6 เนื้อหาของการวิจัยที่ควรนำเสนอควรเป็นอย่างไร 379

4.2.7 บทสรุปที่ทรงพลัง สามารถทำได้แบบไหนอย่างไร 380

บทที่ 4.3 การสื่อสารงานวิจัยแอลกอฮอล์ในรูปแบบเอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 383

4.3.1 บทนำ 383

4.3.2 องค์ประกอบหลักและขอบเขตเนื้อหาในการเขียนเอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย 385

4.3.3 บทสรุป 390

บทนำ

| สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ “สุรา” ในฐานะสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีการบริโภคกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก มิได้เป็นเพียงเครื่องดื่มที่ใช้ในพิธีกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมสันทนาการเท่านั้น หากแต่ยังเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชากรในหลากหลายมิติ การดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์กรสหประชาชาติ[1] ผ่านผลกระทบต่อชีวิตในหลาย ๆ ด้านของประเทศ การยอมรับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างแพร่หลายและบรรทัดฐานทางสังคมที่สนับสนุนพฤติกรรมการดื่ม ทำให้ผลกระทบที่เป็นอันตรายของการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพของประชากร มักถูกมองข้ามหรือถูกบดบังด้วยข้ออ้างถึงผลกระทบเชิงบวกต่อความเป็นอยู่และการพัฒนาเศรษฐกิจ ในปัจจุบันยังมีข้อมูลที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับอันตรายและประโยชน์ของการผลิตและการบริโภคแอลกอฮอล์ออกมามากมายในสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชากร และทำให้การดำเนินการที่มุ่งลดภาระด้านสุขภาพและสังคมที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์อ่อนแอลง การศึกษาปริมาณและแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรและผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ เป็นสาขาวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระจายและปัจจัยกำหนดของการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์

การศึกษาทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์จะมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัยแอลกอฮอล์ในสาขาอื่น เช่น การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และสังคมวิทยาของการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ก็มีความแตกต่างบางประการ เช่น ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์มุ่งเน้นไปที่ ภาพรวมของประชากร ในขณะที่การวิจัยทางคลินิกมุ่งเน้นไปที่ ผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และระบาดวิทยาแอลกอฮอล์มักมุ่งเน้นไปที่ ปัจจัยทางชีวภาพและสังคมที่มีผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ส่วนสังคมวิทยาของการดื่มแอลกอฮอล์มักมุ่งเน้นไปที่ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์ของการศึกษาทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่

- เพื่ออธิบายการกระจายและรูปแบบของการบริโภคแอลกอฮอล์และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาว่า การบริโภคแอลกอฮอล์มีการกระจายตัวอย่างไรในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น ตามเพศ อายุ ภูมิภาค สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคแอลกอฮอล์ เช่น ปัญหาสุขภาพ อุบัติเหตุ ความรุนแรง
- เพื่อระบุปัจจัยกำหนดและปัจจัยเสี่ยงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยการศึกษาว่าปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (พันธุกรรม จิตวิทยา) ปัจจัยทางสังคม (อิทธิพลของเพื่อน ครอบครัว) ปัจจัยด้านนโยบาย (กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์)
- เพื่อประเมินประสิทธิภาพของมาตรการและนโยบายที่มุ่งลดการบริโภคและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยการประเมินว่า มาตรการต่าง ๆ ที่นำมาใช้เพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพหรือไม่ เช่น การจำกัดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ การให้ความรู้ การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

ความสำคัญของการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

ความสำคัญของระบาดวิทยาแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประมาณการว่า การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (alcohol-attributable deaths) ประมาณ 2.6 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 4.7 ของการตายจากทุกสาเหตุ ในปี พ.ศ. 2562 โดยภาระโรคที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายสูงมากกว่าในผู้หญิงอย่างชัดเจน ทั้งนี้ การเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ในเพศชายประมาณเท่ากับสองล้านราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6.9 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALY) ทั้งหมดในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงเท่ากับ 0.6 ล้านราย หรือร้อยละ 2.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศหญิงในปี พ.ศ. 2562[2] นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาแอลกอฮอล์ในด้านอื่น ๆ อีกมากมาย ได้แก่

- **ภาระทางสาธารณสุข:** การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อหลายชนิด เช่น โรคตับ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและความรุนแรง ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรโลกประมาณ 400 ล้านคนหรือร้อยละ 7 ของประชากรโลกอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะความผิดปกติจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) โดยประชากรโลกประมาณ 209 ล้านคน (ร้อยละ 3.7) มีภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ในระบบการจำแนกโรคสากลขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10)[3] มีภาวะที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ซึ่งระบุได้ด้วยรหัส ICD-10 สามหลักถึง 230 ภาวะ โรคระบบทางเดินอาหารหรือโรคกระเพาะและลำไส้ การบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 22.0, 19.8, 18.0 และ 15.3 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ทั้งหมด ตามลำดับ นอกจากนี้ การบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ โรคของระบบทางเดินอาหาร ภาวะความผิดปกติจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) และโรคติดต่อ เป็นสาเหตุสำคัญของภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 28.5, 16.7, 16.6 และ 10.2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ทั้งหมด ตามลำดับ[2]

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองที่ก่อให้เกิดความสูญเสียภาระโรคในเพศชาย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศชาย รองจากบุหรี่/ยาสูบ (ร้อยละ 16.4)[4] นอกจากนี้ ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2564 ประชากรไทยเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol attributable death) เฉลี่ยปีละ 20,039 ราย (ผู้ชาย: 17,726 ราย [ร้อยละ 6.50 ของการตายจากทุกสาเหตุของประชากรชาย] ผู้หญิง: 2,312 ราย [ร้อยละ 1.11]) ภาวะที่เป็นสาเหตุสำคัญสามอันดับแรก ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (road injuries) โรคตับแข็งและโรคตับอื่น ๆ (cirrhosis and other liver diseases) และการบาดเจ็บจากสาเหตุที่ไม่ตั้งใจ (other unintentional injuries)[5]

- **ต้นทุนทางสังคม:** ปัญหาแอลกอฮอล์นำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ในครอบครัว การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ (economic costs attributable to alcohol) ในประเทศที่มีระดับรายได้สูงและรายได้ปานกลาง พบว่า ต้นทุนดังกล่าวของแต่ละประเทศสูงมากกว่าร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ที่ปรับด้วยภาวะเสมอภาคของกำลังซื้อ (GDP PPP) โดยเมื่อคิดเป็นดอลลาร์นานาชาติ (international $) ในปี พ.ศ. 2550 ต้นทุนต่อหัวประชากรในประเทศที่มีระดับรายได้สูง มีมูลค่าถึง I$358 ในประเทศสกอตแลนด์ และ I$837 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง ได้แก่ ประเทศเกาหลีใต้และประเทศไทย ต้นทุนดังกล่าวเท่ากับ I$524 และ I$122 ตามลำดับ[6]

สำหรับประเทศไทย ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย พ.ศ. 2549 และ 2564 มีมูลค่าประมาณ 15.6 และ 16.5 หมื่นล้านบาท ตามลำดับ ต้นทุนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 95) เป็นต้น ทุนทางอ้อมที่เกิดจากความสูญเสียจากการเสียชีวิตของผู้ดื่มก่อนวัยอันควร และการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน ซึ่งเป็นความสูญเสียที่สังคมไม่ค่อยได้รับรู้มากนัก[7]

- **ผลกระทบทางสังคมอื่น ๆ:** ปัญหาแอลกอฮอล์ยังเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสังคมอื่น ๆ เช่น อาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง การสร้างความเดือดร้อนรำคาญใจ ความสูญเสียของทรัพย์สิน จนถึงผลกระทบทางร่างกายและทางเพศ การทำร้ายร่างกายและการเสียชีวิต และปัญหาการว่างงาน ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ ไม่เพียงแต่จะเกิดกับตัวผู้ดื่มโดยตรงเท่านั้น ยังอาจส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อไปถึงครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน คนในชุมชนเดียวกัน ตลอดไปจนถึงเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักกับคนดื่มอีกด้วย จึงอาจเรียกว่า “ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่น (ภัยเหล้ามือสอง)” (alcohol’s harm to others)[8]

การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่มในประเทศไทย (ระยะที่ 1) ในปี พ.ศ. 2558 โดยการสำรวจในประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,695 คน พบว่า ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 79 ระบุว่า เคยได้รับผลกระทบจากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในมิติใดมิติหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.8) ได้รับ “ผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกไม่ปลอดภัย” รองลงมา ได้แก่ “ผลกระทบทางสังคมและผลต่อการดำเนินชีวิต” (ร้อยละ 42.0) “ผลกระทบทางการเงินและการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์” (ร้อยละ 22.6) และ “ผลกระทบทางร่างกายและทางเพศ” (ร้อยละ 6.2)[9] นอกจากนี้ ยังพบว่า ครัวเรือนที่ยากจนกว่ามีแนวโน้มที่จะได้ผลกระทบหรืออันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่าครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะสูงกว่า ซึ่งแสดงถึงความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่เป็นผลจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทย[10]

การศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระทางสาธารณสุขและผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากแอลกอฮอล์ การศึกษาทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์จะช่วยให้เราเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่ม และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันหรือบำบัดรักษาผู้ที่ได้รับผลกระทบเหล่านี้ และคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ[11]

วิวัฒนาการของการศึกษาทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ได้พัฒนามาอย่างมากนับตั้งแต่อดีต โดยเริ่มจากการศึกษาผลกระทบเฉียบพลันของแอลกอฮอล์ เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากการดื่มแล้วขับ ไปจนถึงการศึกษาผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพและสังคม เช่น โรคตับ มะเร็ง และปัญหาความรุนแรง ในอดีตการศึกษาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มักมุ่งเน้นไปที่การอธิบายปรากฏการณ์และหาความสัมพันธ์เบื้องต้น (descriptive study) แต่ปัจจุบัน ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ได้พัฒนาไปสู่การใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การศึกษาเชิงระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (analytical epidemiology) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและกลไกที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแอลกอฮอล์ รวมถึงการศึกษาเชิงทดลอง (experimental epidemiology) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของมาตรการและนโยบายต่าง ๆ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ที่ซับซ้อน เช่น การวิเคราะห์แบบ fixed-effects (FE) modelling โดยใช้ข้อมูลหลายชุดต่อเนื่อง (panel data) เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมรุนแรง[12] การประมาณค่าความแตกต่างในความแตกต่าง (difference-in-differences estimation: DiD) การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแอลกอฮอล์ เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบ

ผู้ให้บริการ หรือผู้กำหนดนโยบาย มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น การใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) หรือการศึกษาเชิงระบาดวิทยาพันธุกรรม (genetic epidemiology studies) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยีนกับสิ่งแวดล้อมต่อการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะติดแอลกอฮอล์ การศึกษาทางอิพิเจเนติก (epigenetic studies) ซึ่งบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงเฉพาะของแอลกอฮอล์ในการแสดงออกของยีน (gene expression) และความแตกต่างของการแสดงออกของยีนที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์[13] การศึกษา genome-wide association studies (GWAS) ซึ่งช่วยให้ระบุความหลากหลายของนิวคลีโอไทด์เดี่ยว (single nucleotide polymorphisms: SNPs) ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์) และฟีโนไทป์ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (alcohol-related phenotypes) ซึ่งเน้นย้ำถึงความซับซ้อนและหลากหลายของภาวะนี้[14] รวมทั้งการศึกษาแบบ Mendelian randomization ซึ่งเป็นวิธีการที่ถูกพัฒนาขึ้นมาในปัจจุบัน เพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแอลกอฮอล์กับโรคบางชนิด เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด[15]

1. แนวคิดสำคัญในระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ก. การวัดปริมาณและแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์

การวัดปริมาณและรูปแบบการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาทางระบาดวิทยา ปริมาณการดื่มทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งเป็นผลคูณของปริมาณที่ดื่มเฉลี่ยต่อครั้ง กับความถี่ของการดื่ม ซึ่งหมายถึง จำนวนครั้งที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น ดื่มทุกวัน เกือบทุกวัน 1-2, 3-4 หรือ 5-6 วันต่อสัปดาห์ หรือ 1-3 ครั้งต่อเดือน หรือน้อยกว่านั้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนแบบแผนการดื่ม หมายถึง รูปแบบประจำของความถี่ จำนวน และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนดื่มในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้งลักษณะอื่น ๆ ในการดื่ม เช่น การดื่มร่วมหรือไม่ร่วมกับมื้ออาหาร

ปริมาณและแบบแผนการดื่มมีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบโดยตรงกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และผลกระทบทางสุขภาพและสังคมของผู้ดื่ม ปริมาณการดื่มที่เท่ากันอาจจะสัมพันธ์กับระดับปัญหาที่แตกต่างกันในผู้ดื่มแต่ละคนที่มีแบบแผนการดื่มต่างกัน ปริมาณการบริโภครวมและแบบแผนการดื่มที่มีความแตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มประชากร ยังส่งผลให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการกระจายตัวไม่เท่ากันภายในประเทศนั้น การดื่มหนักต่อครั้งจนเกิดอาการมึนเมาถึงแม้จะไม่ได้ดื่มเป็นประจำ (heavy episodic drinking หรือ binge drinking) อาจทำให้เกิดผลกระทบเฉียบพลัน เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือพฤติกรรมรุนแรง ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ (alcohol poisoning) ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

เฉียบพลัน (acute cardiac arrhythmias) ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจจะรุนแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ส่วนในผู้ที่ดื่มหนักเป็นประจำอยู่แล้วอาจมีภาวะตับบกพร่อง การดื่มหนักในแต่ละครั้งจึงอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะตับวายหรือสมองถูกทำลายเฉียบพลันได้ ส่วนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำถึงแม้จะดื่มในปริมาณน้อย ร่างกายจะได้รับพิษของแอลกอฮอล์เป็นประจำ ผลกระทบสะสม (cumulative effect) ของแอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งและโรคตับแข็ง[16]

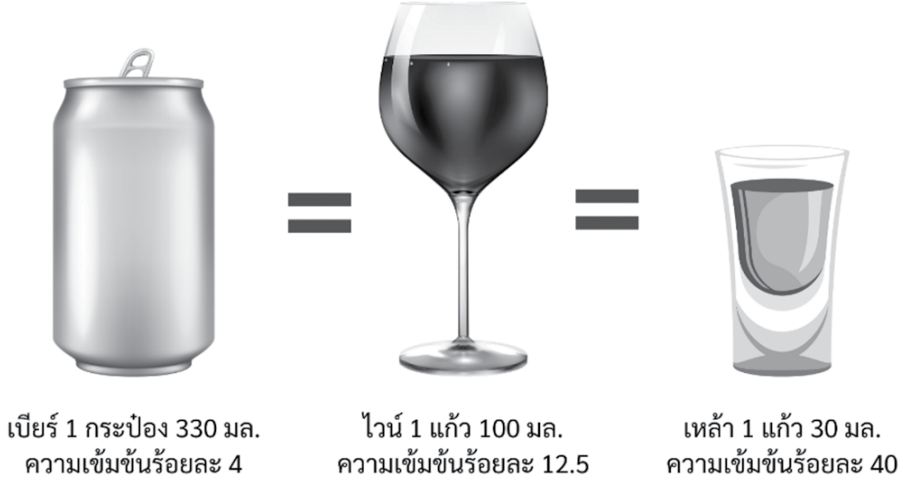
ระดับของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิดจะระบุเป็นร้อยละของแอลกอฮอล์โดยปริมาตรในปริมาณเครื่องดื่มทั้งหมดชนิดนั้น (alcohol by volume: ABV) เราจึงมักจะเห็นการระบุ ABV บนฉลากของบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแต่ละชนิด เช่น บนฉลากไวน์ที่ระบุว่า “12% ABV” หมายความว่าในปริมาตรทั้งหมดของไวน์ขวดนั้น ร้อยละ 12 เป็นปริมาตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

ส่วนการระบุปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มแต่ละครั้งนิยมระบุเป็นจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) โดยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานประมาณเท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์โดยเฉลี่ยที่ผู้ใหญ่จะเผาผลาญได้ในเวลาหนึ่งชั่วโมง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่เท่ากัน ปริมาณแอลกอฮอล์หนึ่งหน่วยมาตรฐานสำหรับเครื่องดื่มแต่ละประเภทจึงไม่เท่ากัน การกำหนดหน่วยดื่มมาตรฐานในแต่ละประเทศก็มีปริมาณแตกต่างกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดว่า หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 14 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (0.6 ออนซ์ปริมาตรหรือ 1.2 ช้อนโต๊ะ)[17] ส่วนในประเทศออสเตรเลีย หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์[18] และประเทศสหราชอาณาจักร หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 มล. หรือ 8 กรัม[19] เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการกำหนดอย่างเป็นทางการว่า หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานมีปริมาณเท่าไร แต่เรามักใช้หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยอิงตามมาตรฐานของประเทศออสเตรเลีย และองค์การอนามัยโลก[20]

ภาพที่ 0.1 แสดงขนาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่าง ๆ หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานที่ใช้ในประเทศไทย จะเห็นว่า เครื่องดื่มประเภทเหล้าหรือแอลกอฮอล์กลั่น (เหล้าขาว เหล้าแดง วิสกี้ บรั่นดี) ซึ่งมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง (ร้อยละ 40 ต่อลิตรหรือมากกว่านั้น) หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานจะเท่ากับแอลกอฮอล์เพียงหนึ่งถ้วยยาเล็กหรือประมาณ 25-30 มิลลิลิตร เบียร์ส่วนใหญ่จะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 4-7 ต่อลิตร หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานจึงประมาณเท่ากับสามส่วนสี่ถึงหนึ่งกระป๋อง และหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานของไวน์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 12-14 จะเท่ากับประมาณ 100 มิลลิลิตร

อย่างไรก็ตาม ประชาชนไทยทั่วไปทั้งผู้ดื่มและผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ไม่ค่อยคุ้นเคยกับหน่วยดื่มมาตรฐานนี้ ในงานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งในเวชปฏิบัติเราจึงมักไม่ถามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐาน แต่จะถามเป็นชนิดของเครื่องดื่มและปริมาณที่ดื่มตามขนาดของภาชนะที่ใช้ดื่มแทน เช่น เป็นจำนวนแก้ว ถ้วย เป๊ก (ประมาณ 32 มล.) ก๊ง (ประมาณ 50 มล.) กั๊ก (187 มล. หรือครึ่งแบน หรือหนึ่งในสี่ของขวดกลม) ขวด หรือกระป๋อง โดยมักใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง (self-reported questionnaire) เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลปริมาณการดื่ม ซึ่งในแบบสอบถามเรามักจะใส่ภาพประกอบของชนิดเครื่องดื่มและภาชนะบรรจุขนาดต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น **(รายละเอียดในบทที่ 1.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย)** อย่างไรก็ตาม การใช้แบบสอบถามรายงานตนเองอาจมีข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำ เนื่องจากผู้ตอบอาจไม่สามารถจำหรือรายงานพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้อย่างถูกต้อง ในงานวิจัยบางงานที่ต้องการข้อมูลปริมาณการดื่มที่แม่นยำมาก จึงอาจใช้การบันทึกการดื่มประจำวัน แต่ก็ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างมาก การใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) เช่น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด หรือสารคัดหลั่งที่บ่งชี้การดื่มระยะยาว เป็นวิธีการวัดที่แม่นยำกว่า แต่มีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายและความสะดวกในการเก็บข้อมูล



ภาพที่ 0.1 | ขนาดแอลกอฮอล์หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน

โดยทั่วไปในงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ นักวิจัยมักจะถามปริมาณ ความถี่ และแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์รายบุคคล และใช้ข้อมูลความชุกของการดื่มแบบต่าง ๆ จากการสำรวจในประชากรทั่วไป เพื่อประมาณค่าปริมาณการบริโภคโดยรวมของประชากร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะมีประโยชน์ในการเปรียบเทียบระหว่างประเทศหรือช่วงเวลา อย่างไรก็ตาม ความยากในการถามทั้งปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ คือ ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มักจะไม่ดื่มเครื่องดื่มชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นประจำและมักจะไม่ดื่มเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราว หรือดื่มเมื่อเวลาเข้าสังคม ผู้ดื่มเหล่านี้บางคนอาจจะไม่ทราบยี่ห้อของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตนเองดื่มแต่ละครั้งเลยก็ได้ และเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละยี่ห้อก็มีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ต่างกัน เช่น เหล้าขาวที่ผลิตในประเทศไทยก็มีทั้ง 28, 35, 40 ดีกรี หรือเบียร์ก็มี 4, 4.5, 5, 7 ดีกรี ในบางครั้งก็อาจจะดื่มปริมาณมากหรือน้อยไม่แน่นอน ซึ่งแตกต่างจากการถามปริมาณการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผู้สูบแต่ละคนมักมีรูปแบบการสูบที่คงที่ เช่น สูบบุหรี่ยี่ห้อใดยี่ห้อหนึ่งทุกวัน วันละกี่มวน เป็นประจำเหมือนกันทุกวัน

ในระดับประชากร นอกจากจะคำนวณปริมาณการบริโภคโดยรวมได้จากการสำรวจประชากรแล้ว ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งของระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร คือ ปริมาณการดื่มต่อหัวประชากรต่อปี (alcohol annual per capita consumption: APC) ซึ่งเป็นปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบรวมกับปริมาณเครื่องดื่มนอกระบบภาษีต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน มีหน่วยเป็นลิตรของปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และปรับด้วยปริมาณการดื่มของนักท่องเที่ยว ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบได้มาจากสถิติทางการ ซึ่งรวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เสียภาษีและขายทางการค้า ซึ่งสามารถวัดได้จากการขายและการเก็บภาษี หรือจากการผลิต ส่งออกและนำเข้า ส่วนปริมาณแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี จะรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากหลายแหล่ง เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในบ้านอย่างถูกกฎหมาย การนำเข้าจากนักท่องเที่ยว และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบ/ผลิต/นำเข้าอย่างผิดกฎหมาย[21] **(ดูวิธีคำนวณอย่างละเอียดในบทที่ 3.2 การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลปริมาณการผลิตเพื่อการจำหน่าย)** ในประเทศไทย ค่า APC นี้ถูกคำนวณจาก ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ รวมกับปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าที่มีข้อมูลตลอดทั้งปี โดยใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต และนำมาเฉลี่ยด้วยจำนวนประชากรกลางปีที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จึงเป็นค่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษี (recorded APC) ต่อหัวประชากรต่อปีเท่านั้น โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 6.0-8.2 ลิตรในแต่ละปี ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2564[22]

ข. การอนุมานเชิงสาเหตุในระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพและสังคม อย่างไรก็ตาม การสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ชัดเจนระหว่างสองสิ่งนี้เป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่สนใจ ความท้าทายที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ การแยกผลกระทบของแอลกอฮอล์ออกจากปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม หรือพันธุกรรม ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากอาจมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่า ซึ่งอาจทำให้ยากต่อการประเมินผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ การศึกษาบางงานอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของการวัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์อย่างแม่นยำ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

เพื่อพยายามจัดการกับความท้าทายเหล่านี้ นักระบาดวิทยาใช้รูปแบบการศึกษาที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึง การศึกษาแบบ cohort โดยการติดตามกลุ่มบุคคลที่สัมผัสกับแอลกอฮอล์ในระดับที่แตกต่างกันไปเมื่อเวลาผ่านไป และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของพวกเขา การศึกษาแบบ case-control โดยการเปรียบเทียบผู้ที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สนใจ (เช่น โรคตับ) กับผู้ที่ไม่มีผลลัพธ์นั้น และดูว่าพวกเขามีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันหรือไม่ และการศึกษาแบบ randomized controlled trial โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม โดยกลุ่มหนึ่งได้รับ “การแทรกแซง (intervention)” (เช่น โปรแกรมลดการดื่ม) และอีกกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับ จากนั้นเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทั้งสองกลุ่ม การศึกษาแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อเสียในการจัดการกับความเป็นเหตุเป็นผล การศึกษาแบบ randomized controlled trial ถือเป็น “มาตรฐานทองคำ (gold standard)” ในการสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แต่ก็อาจทำได้ยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ในการวิเคราะห์ข้อมูล นักระบาดวิทยาต้องคำนึงถึงแนวคิดที่สำคัญหลายประการ เช่น ปัจจัยกวน (confounding factor) หรือปัจจัยที่สัมพันธ์ทั้งกับการบริโภคแอลกอฮอล์และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่แท้จริง อคติ (bias) ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในการศึกษาที่อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ถูกต้อง และตัวแปรปรับเปลี่ยนผลกระทบ (effect modifier) หรือตัวแปรที่มีผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์กับผลกระทบต่อสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เช่น ความแตกต่างของระดับความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ที่แตกต่างกันในกลุ่มประชากรต่าง ๆ การทำความเข้าใจแนวคิดเหล่านี้มีความสำคัญต่อการแปลผลการศึกษา และการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข

ผลกระทบทางสุขภาพของการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากฤทธิ์ของเอธานอลเป็นหลัก โดยผ่านกลไกสำคัญสามด้าน ได้แก่ ความเป็นพิษต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อ ภาวะมึนเมาที่เกิดจากฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท สติสัมปชัญญะ

ความนึกคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม และฤทธิ์เสพติดของแอลกอฮอล์ที่ทำให้ผู้ดื่มมีความบกพร่องในการควบคุมการดื่มของตนเอง ซึ่งทำให้มีแบบแผนการดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น[23] สำหรับโรคเรื้อรังหลายโรค กลไกหลักที่มีผลต่อการเกิดโรค คือ ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ที่เป็นผลจากปริมาณสะสมของแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกาย ในทางตรงกันข้าม สำหรับการบาดเจ็บกลไกหลักคือ ปริมาณที่ดื่มในสถานการณ์หนึ่ง ๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีอาการมึนเมาก็ได้ อย่างไรก็ตาม ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มและแบบแผนการดื่มก็มีผลต่อผลลัพธ์ทั้งสองด้านนี้เช่นกัน[16]

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากมาย ทั้งผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดภาระโรคที่มีผลต่อตัวผู้ดื่มและสังคม และผลกระทบที่มีต่อโครงสร้างทางสังคม ครอบครัว ชุมชน และประเทศ การศึกษาผลกระทบของการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการระบุปัญหาและวางแผนการป้องกัน อย่างไรก็ตาม การพิสูจน์ว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงของผลลัพธ์ทางสุขภาพบางอย่างเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิต และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นปัญหาสุขภาพและสังคมก็มีทั้งองค์ประกอบที่วัดได้อย่างชัดเจน (objective หรือ tangible) และองค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับความหมายทางสังคมในระดับที่แตกต่างกัน (intangible)[24] ตัวอย่างเช่น จำนวนและอัตราการเสียชีวิตของประชากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ มักจะนับได้อย่างชัดเจนและเชื่อถือได้ แต่การระบุสาเหตุของการเสียชีวิตอาจจะมีความหมายทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือการระบุว่า สาเหตุของการเสียชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ก็อาจจะถูกละเลยหรือจงใจไม่ระบุเพื่อปกป้องชื่อเสียงของผู้เสียชีวิต หรือเพื่อไม่ให้ถูกตัดสิทธิ์การได้รับเงินชดเชยในระบบประกันสุขภาพ ผลกระทบทางสังคมที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์บางอย่างก็อาจจะระบุได้ยากว่า “เป็นปัญหา” หรือไม่ในสังคมและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น การอาละวาดก่อเหตุรุนแรงในขณะมึนเมาสุราเคยถูกมองว่า เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้ หรือ “ไม่น่าถือสา” ในสังคมไทยในอดีต จนมีคำกล่าวว่า “อย่าถือคนบ้า อย่าว่าคนเมา” แต่ในปัจจุบัน เมื่อมีการรณรงค์เรื่อง “ดื่มไม่ขับ” มากขึ้น รวมทั้งการมีข่าวปรากฏในสื่อสังคมมากมายเกี่ยวกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นในสังคมจากผู้ที่เมาสุรา จึงทำให้สังคมเริ่มตระหนักว่า ปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ดื่มมีภาวะเมาสุราเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ ประเด็นนี้อาจมีผลต่อการรายงานข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ในงานวิจัยทางระบาดวิทยาได้ เพราะผู้ตอบอาจจะไม่คิดว่า เหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตเขา เช่น การทะเลาะเบาะแว้งระหว่างคู่ครองเป็นปัญหา หรืออาจจะมองว่าเป็นปัญหา แต่ก็มิได้เป็นผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคู่ครอง หรืออาจจะไม่กล้าตอบตามความเป็นจริง เพราะคิดว่า จะเป็นตราบาปในสังคม (social stigma) ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ในประเด็นนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง

ในทางระบาดวิทยา การจะพิจารณาว่า แอลกอฮอล์มีส่วนร่วมต่อการเกิดโรคหรือภาวะนั้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการตอบคำถามว่า หากไม่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วสถานการณ์หรือภาวะดังกล่าวจะยังเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น ในกรณีของผู้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกรถชน การจะระบุว่า การบาดเจ็บนี้สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ (alcohol-related injury) ก็ต่อเมื่อเราทราบว่า ผู้ขับขี่รถดังกล่าวนั้นดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในขณะเดียวกันอุบัติเหตุนี้ก็อาจจะเกิดจากปัจจัยอื่นได้ด้วย เช่น การขับรถเร็ว หรือสภาพถนนที่คดเคี้ยวและมืด สำหรับปัญหาสังคมหลายอย่าง การระบุว่า แอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องเชิงสาเหตุนั้นมักจะทำได้ยากและไม่แม่นยำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดกับผู้อื่นที่ไม่ใช่กับตัวผู้ดื่มเอง ข้อมูลในด้านนี้อาจจะได้จากระบบข้อมูลที่บันทึกไว้โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์หรือนักวิชาชีพอื่น ๆ หรือข้อมูลจากการสำรวจประชากร ผู้ที่ระบุว่า เป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์มักจะเป็นตัวนักดื่มเอง สมาชิกครอบครัวของผู้ดื่ม เพื่อน ผู้เห็นเหตุการณ์ หรือเหยื่อ ซึ่งอาจจะอนุมานความเป็นสาเหตุของแอลกอฮอล์ได้แตกต่างกันในระหว่างผู้พบเห็นหรือมีส่วนร่วมในเหตุการณ์เดียวกัน ทำให้ข้อมูลเหล่านี้มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า การอนุมานสาเหตุของผู้รายงานเหตุการณ์หรือตอบแบบสอบถามอาจจะไม่ใช่หลักฐานที่เพียงพอของการเป็นสาเหตุ[25]

องค์การอนามัยโลกได้จัดหมวดหมู่ของโรคและการบาดเจ็บที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงโรคและการบาดเจ็บที่มีสาเหตุโดยตรงจากแอลกอฮอล์ (100% attributable to alcohol) เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง (alcohol dependence syndrome) และโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ (alcoholic cirrhosis) รวมทั้งโรคและการบาดเจ็บที่แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยร่วม (partially attributable to alcohol) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) หรือมะเร็งบางชนิด (certain types of cancer) ในกรณีหลังนี้ แอลกอฮอล์อาจไม่ได้เป็นสาเหตุหลัก แต่มีส่วนสำคัญหรือเป็นปัจจัยหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยที่ร่วมกันในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะนั้น โดยสัดส่วนของแอลกอฮอล์ในการมีส่วนร่วมต่อการเกิดโรค (alcohol-attributable fraction: AAF) แต่ละชนิดอาจแตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 1 จนเกือบร้อยละ 50 ของภาระที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บเหล่านั้น ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่ม รูปแบบการดื่ม และปัจจัยอื่น ๆ เช่น พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม **(ตารางที่ 0.1)** สัดส่วนของแอลกอฮอล์ในการมีส่วนร่วมต่อการเกิดโรคหรือการเสียชีวิต (ค่า AAF) อาจจะแปลความหมายได้ด้วยว่า เป็นสัดส่วนของภาระโรคหรือการเสียชีวิตซึ่งอาจจะไม่เกิดขึ้นหรือหายไปได้ ถ้าประชากรไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพของประชากร และนำไปสู่การกำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์[2] **(รายละเอียดวิธีการวิเคราะห์ค่า AAF ในบทที่ 3.5 การป่วย บาดเจ็บและเสียชีวิต ด้วยสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)**

ตารางที่ 0.1 กลุ่มโรคหรือภาวะที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงทั้งหมด (wholly attributable to alcohol) และบางส่วน (partially attributable to alcohol)[2]

กลุ่มโรคหรือภาวะที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงทั้งหมด
Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders Episode of harmful use of alcohol, Harmful pattern of use of alcohol, Alcohol dependence, Alcohol intoxication, Alcohol withdrawal, Alcohol-induced delirium, Alcohol-induced psychotic disorder, Certain specified alcohol-induced mental or behavioural disorders (including alcohol-induced mood disorder and alcohol-induced anxiety disorder), Other specified disorders due to use of alcohol, Disorders due to use of alcohol, unspecified, Fetal alcohol syndrome
Diseases of the nervous system Dementia due to use of alcohol, Alcohol polyneuropathy] Alcohol myopathy, Other specified alcohol-related neurological disorders, Alcohol-related neurological disorders, unspecified
Diseases of the circulatory system Dilated cardiomyopathy due to alcoholism,
Diseases of the digestive system Alcohol fatty liver, Alcoholic hepatitis, Alcoholic liver fibrosis, Alcoholic cirrhosis of liver without hepatitis, Other specified alcoholic liver disease, Alcoholic liver disease, unspecified, Acute alcohol-induced pancreatitis, Chronic alcohol-induced pancreatitis
Certain conditions originating in the perinatal period Fetus or newborn affected by maternal use of alcohol,
Developmental anomalies Fetal alcohol syndrome
External causes of morbidity or mortality Alcohol poisoning
Factors influencing health status or contact with health services Hazardous alcohol use
กลุ่มโรคหรือภาวะที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุบางส่วน
Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions Tuberculosis, HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, lower respiratory infections

ตารางที่ 0.1 กลุ่มโรคหรือภาวะที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงทั้งหมด (wholly attributable to alcohol) และบางส่วน (partially attributable to alcohol)[2] (ต่อ)

Noncommunicable diseases
Lip and oral cavity, pharyngeal cancers (excluding nasopharyngeal), oesophageal cancer, colon and rectal cancers, liver cancer, breast cancer, cervical cancer, laryngeal cancer, alcohol use disorders, epilepsy, hypertensive heart disease, haemorrhagic stroke, alcoholic cardiomyopathy, cirrhosis of the liver, pancreatitis
Injuries
Unintentional injuries: Road traffic injuries, poisonings, falls, fire, heat and hot substances, drowning, exposure to mechanical forces, other unintentional injuries Intentional injuries: Suicides, homicides

ค. มาตรการและผลลัพธ์ในระดับประชากรกับระดับบุคคล

การศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร ซึ่งมีความสำคัญและมีบทบาทที่เสริมกัน การศึกษาในระดับบุคคลมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขณะที่การศึกษาในระดับประชากรมุ่งเน้นไปที่การกระจายของปัญหาในกลุ่มประชากร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับสังคม การศึกษาทั้งสองระดับมีความสำคัญและให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถนำมาใช้ประกอบกันเพื่อความเข้าใจที่ครอบคลุม ตัวอย่างเช่น การศึกษาในระดับบุคคลอาจช่วยให้เราเข้าใจกลไกทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดแอลกอฮอล์ รวมทั้งผลลัพธ์ของมาตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพที่มีต่อตัวบุคคล ในขณะที่การศึกษาในระดับประชากรจะช่วยให้เราเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ หรือผลลัพธ์ของมาตรการส่งเสริมป้องกันหรือลดอันตรายที่มีต่อประชากรระดับพื้นที่หรือประเทศในภาพรวม

มาตรการป้องกันที่มุ่งเป้าไปที่ประชากรส่วนใหญ่มักถูกมองว่า อาจมีผลลัพธ์หรือประโยชน์ต่อแต่ละบุคคลน้อยแต่กลับมีผลรวมในระดับประชากรมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าดำเนินการในพื้นที่ที่มีประชากรที่มีโรคหรือปัญหานั้นในระดับรุนแรงจำนวนน้อย ในขณะที่มาตรการที่มีความเข้มข้นสูงที่ให้กับผู้ที่มีปัญหาระดับรุนแรง มักจะก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงลึกในระดับบุคคล แต่ก็เป็นผลต่อคนเพียงจำนวนน้อย ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า แนวคิดของ prevention paradox[26] ตัวอย่างหนึ่งที่สามารถเห็นได้ คือ การลดปัญหาแอลกอฮอล์โดยรวมในประชากร ในสังคมที่มีจำนวนนักดื่มที่ติดแอลกอฮอล์หรือมีปัญหารุนแรงจากการดื่มจำนวนไม่มาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำหรือเสี่ยงปานกลางทั้งหมด การลดการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักดื่มแบบเสี่ยงต่ำหรือเสี่ยงปานกลาง ซึ่งอาจ

จะดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยกว่านักดื่มที่ติดแอลกอฮอล์ กลับทำให้เกิดผลประโยชน์ทางสังคมได้มากกว่าการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ เพราะนักดื่มแบบนี้มีจำนวนมากกว่านักดื่มที่ติดแอลกอฮอล์ การตัดสินว่าจะเลือกใช้มาตรการแบบใดจึงมักจะขึ้นกับการชั่งน้ำหนักระหว่างต้นทุนกับประโยชน์ที่ได้รับของแต่ละบุคคล[27]

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำกรอบนโยบาย SAFER ซึ่งเป็นมาตรการลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลกระทบสูง มีหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์รองรับ และมีความคุ้มค่าในการใช้มาตรการ (high-impact, evidence-based, cost effective interventions) ประกอบด้วยกลุ่มมาตรการห้าด้าน ดังนี้

- Strengthen restrictions on alcohol availability (สร้างความเข้มแข็งในการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)
- Advance and enforce drink driving counter measures (ยกระดับและบังคับใช้มาตรการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มแอลกอฮอล์)
- Facilitate access to screening, brief interventions and treatment (จัดให้มีการเข้าถึงระบบบริการคัดกรอง การบำบัดแบบสั้น และการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์)
- Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion (บังคับใช้กฎหมายห้ามหรือจำกัดการโฆษณา การให้ทุนอุปถัมภ์ และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างครอบคลุม)
- Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies (ขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านระบบภาษีสรรพสามิตและมาตรการทางด้านราคาอื่น ๆ)[28]

จะเห็นว่า มาตรการสามในห้าด้านนี้ ได้แก่ การควบคุมและจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพ ห้ามหรือจำกัดการตลาด และมาตรการด้านภาษีและราคามีจุดเน้นที่การป้องกันหรือลดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากร เพราะเป็นการออกกฎหมายที่มีผลต่อประชาชนทั่วประเทศ จัดเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ มีผลต่อประชาชนทั้งที่เป็นผู้ดื่มและผู้ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการทั้งสามด้านนี้ถูกจัดว่า เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงและคุ้มค่ามาก (best-buy policies) ทั้งนี้เพราะลงทุนน้อยแต่มีผลกับประชากรทั้งประเทศ ส่วนมาตรการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มแอลกอฮอล์และการให้บริการคัดกรองและการบำบัดรักษา จะเป็นการดำเนินการที่มีผลในระดับบุคคลมากกว่า เช่น การให้บริการบำบัดรักษามักต้องทำกับผู้ดื่มที่มีปัญหาเป็นรายคน และผลลัพธ์ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดละเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะเกิดขึ้นเฉพาะกับบุคคลที่ได้รับการบำบัดเป็นหลัก

ในการประเมินผลลัพธ์ของมาตรการในระดับบุคคลและระดับประชากรจะมีความแตกต่างกัน ในระดับประชากร เช่น มาตรการเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ และจำกัดการโฆษณา ซึ่งมักเป็นการดำเนินการทั่วประเทศหรือเขตปกครอง และมีเป้าหมายให้คนดื่มน้อยลง ผลลัพธ์ที่วัดได้จึงมักเป็นปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อหัวประชากร (APC) ซึ่งเป็นค่ารวมของทั้งประเทศ จำนวนหรืออัตราการเสียชีวิต หรือจำนวนปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของประชากรในประเทศ ในขณะที่ผลลัพธ์ของการให้บริการบำบัดรักษามักเป็นการวัดปริมาณการดื่มต่อวัน จำนวนวันที่หยุดดื่ม จำนวนวันที่ดื่มหนัก หรือระดับความเสี่ยงที่ลดลงของแต่ละบุคคลที่ได้รับการบำบัดรักษานั้น

2. ภูมิทัศน์ปัจจุบันในด้านความท้าทายและโอกาสในระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์กำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญหลายด้านดังได้กล่าวมาแล้ว ในขณะเดียวกันก็มีโอกาสใหม่ ๆ ที่น่าสนใจเกิดขึ้นเช่นกัน การแก้ไขความท้าทายและการใช้ประโยชน์จากโอกาสเหล่านี้ จะช่วยให้เราเข้าใจปัญหาแอลกอฮอล์ได้ดีขึ้นและพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่

1) **การวัดการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างแม่นยำ:** การวัดปริมาณและรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์อย่างถูกต้องและแม่นยำยังคงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากนักดื่มมักจะรายงานพฤติกรรมการดื่มของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ไม่สามารถประมาณค่าปริมาณการดื่มของตนเองได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ วิธีการวัดที่แตกต่างกันอาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดการได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความซุกและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์
2) **ความซับซ้อนของปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหา:** ปัญหาแอลกอฮอล์ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยทางพันธุกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการอนุมานความเป็นสาเหตุของแอลกอฮอล์ต่อผลกระทบต่าง ๆ ก็ยังทำได้ยาก การทำความเข้าใจว่า ปัจจัยเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร และส่งผลต่อความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง
3) **ข้อควรพิจารณาทางจริยธรรม:** การวิจัยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มักเกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรมที่ละเอียดอ่อน เช่น การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการ การได้รับความยินยอม และการป้องกันอันตรายจากการมีส่วนร่วมในการวิจัย นักระบาดวิทยาจึงต้องปฏิบัติตามมาตรฐานทางจริยธรรมสูงสุดเพื่อให้แน่ใจว่า งานวิจัยเหล่านี้จะไม่เป็นอันตรายต่อผู้เข้าร่วมโครงการ

4) **ความพร้อมใช้งานและการเข้าถึงข้อมูล:** การเข้าถึงข้อมูลที่ครอบคลุมและเชื่อถือได้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวิจัยที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในระบบบันทึกข้อมูลของหน่วยงานยังมีจำกัดในประเทศไทย หรืออาจจะไม่ได้ระบุถึงความสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์อย่างชัดเจนและครบถ้วน เช่น ระบบข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และข้อมูลบันทึกคดีของตำรวจ นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวิจัย เช่น ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อาจเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อนและต้องได้รับอนุญาต

3. โอกาสที่เกิดขึ้นใหม่

1) **ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี:** เทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น อุปกรณ์สวมใส่เพื่อสุขภาพ (เช่น smartwatches) และแอปพลิเคชันมือถือ สามารถนำมาใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ได้แบบเรียลไทม์และแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าใจพฤติกรรมการดื่มและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเหล่านั้นได้ดีขึ้น
2) **การใช้ข้อมูลขนาดใหญ่และการเรียนรู้ของเครื่อง:** ข้อมูลมหัตหรือข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และเทคนิคการเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning) สามารถนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมากและระบุรูปแบบและความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ซึ่งอาจนำไปสู่การค้นพบใหม่ ๆ เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของปัญหาแอลกอฮอล์
3) **การรวมข้อมูลทางพันธุกรรมและจีโนม:** การศึกษาทางพันธุกรรมและจีโนมสามารถช่วยให้เราเข้าใจว่า พันธุกรรมมีบทบาทอย่างไรต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาวิธีการป้องกันและรักษาที่ตรงเป้าหมายมากขึ้น
4) **การมุ่งเน้นไปที่ประชากรเฉพาะ:** การศึกษาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น เยาวชน ผู้หญิง ผู้สูงอายุ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากแต่ละกลุ่มอาจมีความเสี่ยงและปัจจัยที่แตกต่างกัน การวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเหล่านี้จะช่วยให้เราพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม

บทสรุป

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์เป็นสาขาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การวัดการบริโภคแอลกอฮอล์ การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม การพิจารณาความเสี่ยงในระดับต่าง ๆ และการอนุมานเชิงสาเหตุล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานวิจัยที่มีคุณภาพและการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://sdgs.un.org/goals
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: WHO; 2024. p. 334.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงาน; 2566.
5. Nontarak J, Rehm J, Rovira P, Assanangkornchai S. Alcohol-attributable deaths in Thai people from 2015 to 2021 using the comparative risk assessment approach. Alcohol Clin Exp Res (Hoboken) 2025;49:142-52.
6. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet 2009;373:2223-33.
7. Luangsinsiri C, Youngkong S, Chaikledkaew U, Pattanaprateep O, Thavorncharoensap M. Economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2021. Glob Health Res Policy 2023;8:51.
8. Callinan S, Laslett AM, Rekve D, Room R, Waleewong O, Benegal V, et al. Alcohol's harm to others: an international collaborative project. Int J Alcohol Drug Res 2016;5:25-32.
9. Laslett AM, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S, editors. Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S. Trends in inequalities of alcohol-related harms among Thai households: 2007-2017. Drug Alcohol Depend 2019;204:107577.
11. Rossow I, Norström T. The use of epidemiology in alcohol research. Addiction 2013;108: 20-5.
12. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behavior: findings from a 30-year longitudinal study. Drug Alcohol Depend 2012;122:135-41.
13. Prom-Wormley EC, Ebejer J, Dick DM, Bowers MS. The genetic epidemiology of substance use disorder: a review. Drug Alcohol Depend 2017;180:241-59.
14. Tawa EA, Hall SD, Lohoff FW. Overview of the genetics of alcohol use disorder. Alcohol Alcohol 2016;51:507-14.
15. van de Luitgaarden IAT, van Oort S, Bouman EJ, Schoonmade LJ, Schrieks IC, Grobbee DE, et al. Alcohol consumption in relation to cardiovascular diseases and mortality: a systematic review of Mendelian randomization studies. Eur J Epidemiol 2022;37:655-69.

16. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2023.
17. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's effects on health: research-based information on drinking and its impact [Internet]. Bethesda: National Institutes of Health; [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/what-standard-drink
18. Australian Government Department of Health and Aged Care. Standard drinks guide [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health and Aged Care; [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.health.gov.au/topics/alcohol/about-alcohol/standard-drinks-guide
19. National Health Service (NHS). Alcohol units [Internet]. [updated 8 Nov 2023; cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-advice/calculating-alcohol-units/
20. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization; 2000.
21. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
22. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พลเทพ วิจิตรคุณากร, บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2565.
23. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Addiction 2017;112:968-1001.
24. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2023.
25. Gmel G, Rehm J, Room R, Greenfield TK. Dimensions of alcohol-related social and health consequences in survey research. J Subst Abuse 2000;12:113-38.
26. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Br Med J (Clin Res Ed) 1981;282:1847-51.
27. Thompson C. Rose's Prevention Paradox. J Appl Physiol 2018;35:242-56.
28. World Health Organization. The SAFER initiative: a world free from alcohol related harm [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.who.int/initiatives/safer

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 1

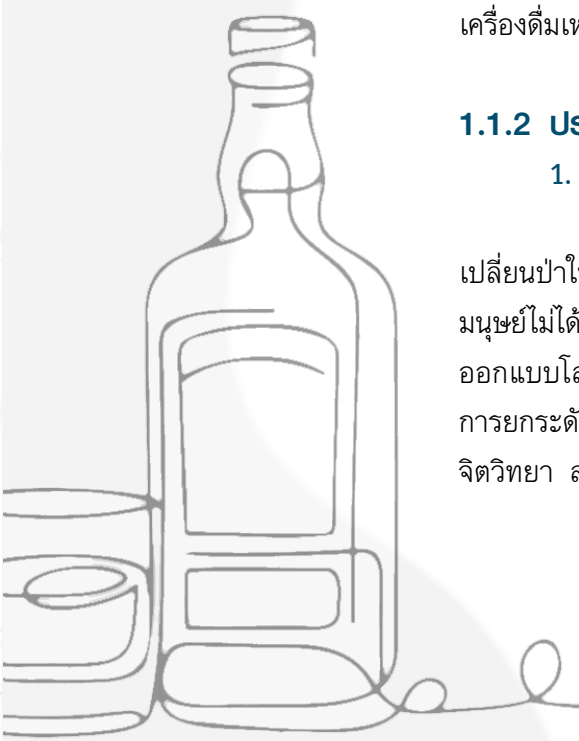
พื้นฐาน และระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 1
พื้นฐานและระเบียบวิธีวิจัย
บทที่ 1.1 ประวัติศาสตร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ

1.1.1 บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เก่าแก่และแพร่หลายที่สุดในประวัติศาสตร์มนุษย์ การค้นพบเทคโนโลยีการเพาะปลูกและการหมักทำให้สังคมยุคแรกสามารถผลิตเครื่องดื่มมึนเมาได้เป็นระบบจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมศาสนา เศรษฐกิจ และความบันเทิงในอารยธรรมต่าง ๆ ความสำคัญทางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวดำเนินคู่ไปกับความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นเกี่ยวกับสารออกฤทธิ์หลักในเครื่องดื่มเหล่านี้ คือ เอทานอล (ethanol) และผลของมันต่อร่างกายมนุษย์



1.1.2 ประวัติศาสตร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. การทดลองใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดของมนุษย์

มนุษย์เปลี่ยนแปลงโลกอยู่เสมอ นับตั้งแต่การจุดไฟเผาทุ่งหญ้าเปลี่ยนป่าให้กลายเป็นพื้นที่เพาะปลูก ตลอดจนการเลี้ยงดูพืชและสัตว์ แต่มนุษย์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงแค่โลกภายนอกของเราเท่านั้น หากยังแสวงหาวิธีออกแบบโลกภายใน และปรับเปลี่ยนจิตใจของตนเองเองด้วย วิธีหนึ่งคือการยกระดับกระบวนทัศน์ทางความคิด ด้วยตำนาน ศาสนา ปรัชญา และจิตวิทยา ส่วนอีกวิธีหนึ่งคือ การเปลี่ยนแปลงชีวเคมีในสมอง ด้วยความรู้

ทางเคมีและชีววิทยา ในปัจจุบัน มนุษย์ใช้สารที่มีผลต่อจิตใจนับพันชนิดเพื่อเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ของเราต่อโลก บางชนิดได้มาจากพืชและเชื้อรา บางชนิดเราสังเคราะห์ขึ้นเอง เช่น กาแฟและชาเพิ่มความตื่นตัว ในขณะที่แอลกอฮอล์และฝิ่นลดความตื่นตัว ยาจิตเวชเปลี่ยนอารมณ์ ในขณะที่สารหลอนประสาทเปลี่ยนความเป็นจริง[1]

เราปรับเปลี่ยนเคมีในสมองด้วยเหตุผลหลายประการ ใช้สารเหล่านี้เพื่อความสนุกสนาน การเข้าสังคม การรักษาโรค และพิธีกรรม สัตว์ป่าบางชนิดอาจกินผลไม้หมัก แต่มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่าสัตว์เหล่านี้กินพืชที่มีผลต่อจิตใจ มนุษย์เป็นสัตว์ที่ไม่ธรรมดาด้วยความกระตือรือร้นที่จะดื่มและมึนเมา แต่ทั้งหมดนี้เริ่มต้นเมื่อไหร่ ที่ไหน และทำไม[2,3]

2. ความมึนเมาในยุคไพลสโตซีน (Pleistocene)

ความผูกพันที่มนุษยชาติมีต่อยาเสพติดและแอลกอฮอล์ เราจึงอาจสันนิษฐานว่า การมึนเมาเป็นประเพณีที่เก่าแก่ แม้กระทั่งในยุคก่อนประวัติศาสตร์ บางทฤษฎีเสนอว่า ภาพเขียนในถ้ำสมัยก่อนประวัติศาสตร์อาจเกิดจากมนุษย์ที่อยู่ในสภาวะจิตสำนึกที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นไปได้ว่าบางรายอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารหลอนประสาท[4] มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ค่อนข้างชัดเจนว่า สารเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดวิวัฒนาการของจิตสำนึกมนุษย์ แต่หลักฐานทางโบราณคดีเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดสมัยก่อนประวัติศาสตร์มีน้อยมาก

หลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สุดเกี่ยวกับการใช้ยาของมนุษย์ยุคแรก มาจากชนเผ่านักล่าสัตว์หรือเก็บของป่าในทวีปแอฟริกา เช่น เผ่าบุชแมน พิกมี ฮัดซาเบ ซึ่งโดยรวมใช้ชีวิต ในรูปแบบที่คล้ายกับมนุษย์สมัยบรรพกาล ชนเผ่าเหล่านี้ใช้พืชที่อาจมีฤทธิ์หลอนประสาท ชื่อ Kaishe[5] โดยหมอชาวบ้านของเผ่าบุชแมนนำมาใช้ และมีความเชื่อว่าพืชดังกล่าวจะทำให้คน “มึนเมาอยู่ช่วงหนึ่ง” อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเรื่องการใช้ยาเสพติดของเผ่าบุชแมนในประวัติศาสตร์ แต่สิ่งที่สรุปได้ค่อนข้างแน่ชัดคือ แม้ว่าแอฟริกาจะมีพืชและเชื้อราหลากหลายชนิด แต่มนุษย์ยุคแรกใช้ยาเสพติดน้อยมาก อาจใช้เพื่อกระตุ้นการเข้าสู่ภวังค์ในพิธีกรรมเท่านั้น[6] เป็นไปได้ว่าวิถีชีวิตของมนุษย์ยุคแรกอาจทำให้ไม่ค่อยรู้สึกถึงความต้องการหลีกหนีความจริง การออกกำลังกาย แสงแดด ธรรมชาติ เวลาอยู่กับเพื่อนและครอบครัว ล้วนเป็นยาต้านอาการซึมเศร้าที่ทรงพลัง การใช้ยาเสพติดทุกชนิดมีความเสี่ยง ในปัจจุบันการดื่มแล้วขับเป็นสิ่งอันตราย ในสมัยโบราณการเสพยาในขณะที่สิงโตเดินเตร็ดเตร่อยู่ในพุ่มไม้ หรือในขณะที่ชนเผ่าคู่อริซุ่มรออยู่ที่หุบเขาข้าง ๆ ก็เป็นสิ่งอันตรายเป็นความเสี่ยงเช่นกัน

ภาพที่ 1.1.1 | แผนที่ของยาที่ได้จากพืชและเชื้อรา[7]

(ที่มา: Longrich NR. When did humans start experimenting with alcohol and drugs? [Internet]. 2021 Jul 19 [cited 2025 Mar 6]. Available from: https://www.academia.edu/99049260/When_did_humans_start_experimenting_with_alcohol_and_drugs)

3. การเดินทาง และค้นพบสารกระตุ้น

มนุษย์ในยุคเริ่มต้นได้สำรวจดินแดนใหม่และพบเจอกับสารชนิดใหม่ ๆ ทั้งการค้นพบฝิ่นในแถบเมดิเตอร์เรเนียน กัญชาและชาในเอเชีย

นักโบราณคดีพบหลักฐานการใช้ฝิ่นในยุโรปตั้งแต่ 5,700 ปีก่อนคริสต์ศักราช[8] เมล็ดกัญชาปรากฏในแหล่งขุดค้นทางโบราณคดีในเอเชียตั้งแต่ 8,100 ปีก่อนคริสต์ศักราช[9] และนักประวัติศาสตร์ชาวกรีกโบราณ เฮโรโดตุส ได้รายงานว่า ชาวสกูเทียน (Scythians) ใช้กัญชาเพื่อความมึนเมาเมื่อ 450 ปีก่อนคริสต์ศักราช ส่วนในจีนมีการชงชาเพื่อดื่มตั้งแต่ 100 ปีก่อนคริสต์ศักราช[10]

เป็นไปได้ว่า บรรพบุรุษของเรานั้นเคยทดลองใช้สารเสพติดเหล่านี้มาตั้งแต่ยุคก่อนหลักฐานทางโบราณคดี เพราะเครื่องมือหินและเครื่องปั้นดินเผานั้นสามารถคงสภาพได้ดี แต่พืชและสารเคมีมักจะเสื่อมสลายอย่างรวดเร็ว หลักฐานทางโบราณคดีแสดงให้เห็นว่า การค้นพบและการใช้สารที่มีผลต่อจิตใจอย่างรุนแรง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงปลายยุคหลังการปฏิวัตินีโอลิธิก (Neolithic Revolution) เมื่อประมาณ 10,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช ซึ่งเป็นช่วงที่มนุษย์เริ่มพัฒนาการเกษตรและสร้างอารยธรรม[11]

4. การประดิษฐ์แอลกอฮอล์

ก้าวสำคัญในวิวัฒนาการของการดื่มกินเพื่อความเพลิดเพลินคือ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการเกษตร เพราะเป็นการสร้างปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผลิตน้ำตาลและแป้งเกินความจำเป็นในการบริโภค และนำเอาน้ำตาลหรือแป้งนั้นไปบดและหมัก และเปลี่ยนสภาพเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ประชากรมนุษย์ในแต่ละภูมิภาคสามารถพัฒนาการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง โดยหลักฐานที่เก่าแก่ที่สุดพบในประเทศจีน นับตั้งแต่ 7,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช[12] ในเขตเทือกเขาคอเคซัส มีหลักฐานการหมักไวน์ตั้งแต่ 6,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช และชาวสุเมเรียนผลิตเบียร์เมื่อ 3,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช ในทวีปอเมริกา ชาวแอซเท็กผลิต “ปุลเก (pulque)” จากต้นอะกาเว ซึ่งเป็นพืชที่ยังใช้ทำเตกีลาในปัจจุบัน ขณะที่ชาวอินคาผลิต “ชิชา (chicha)” ซึ่งเป็นเบียร์จากข้าวโพด[1] กล่าวโดยกว้าง ในทวีปอเมริกามีการใช้สารหลอนประสาทอย่างแพร่หลาย ขณะที่ในทวีปยูเรเซียและแอฟริกานิยมดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ไวน์เป็นศูนย์กลางของวัฒนธรรมกรีก–โรมันในสมัยโบราณ[13] ปรากฏทั้งในงานเสวนาของเพลโต (Plato’s Symposium) และ “อาหารค่ำมื้อสุดท้ายของพระเยซู” (Last Supper) อีกทั้งยังคงมีบทบาทในพิธีเซเดอร์ของชาวยิวและพิธีศีลมหาสนิทของคริสตชนจนถึงปัจจุบัน[14]

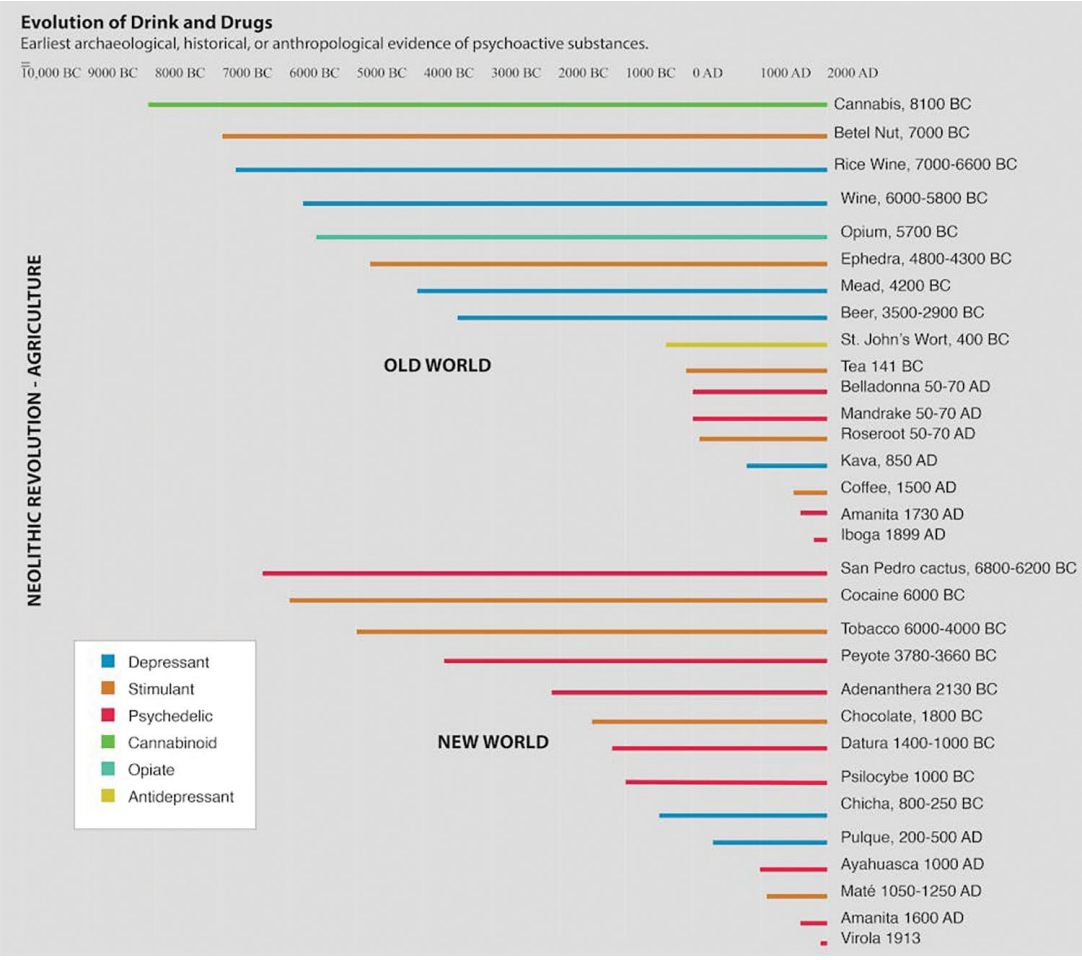
5. อารยธรรมและการมึนเมา

หลักฐานทางโบราณคดีชี้ให้เห็นว่า แอลกอฮอล์และยาเสพติดมีประวัติศาสตร์ยาวนานนับพันปี ย้อนกลับไปถึงสังคมเกษตรกรรมยุคแรกเริ่ม แต่ไม่ค่อยมีหลักฐานว่ามีการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดในยุคโบราณที่มนุษย์ล่าสัตว์และเก็บของป่า จึงสะท้อนว่าเงื่อนไขของสังคมเกษตรกรรมและอารยธรรมที่ตามมามีส่วนส่งเสริมการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตใจ แต่ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น[3]

คำอธิบายหนึ่งคือ อารยธรรมขนาดใหญ่กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมต่าง ๆ ทั้งเครื่องปั้นดินเผา สิ่งทอ โลหะ ตลอดจนสารออกฤทธิ์ต่อประสาท[15] บางทีแอลกอฮอล์และยาเสพติดก็อาจช่วยกระตุ้นอารยธรรมเช่นกัน[1] การดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้ผู้คนเข้าสังคมมากขึ้น มุมมองที่เปลี่ยนไปส่งเสริมความ

คิดสร้างสรรค์ ส่วนคาเฟอีนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และการมีนเมาในพื้นที่เมืองอาจปลอดภัยกว่าการมีนเมากลางทุ่งหญ้าสะวันนา

มองอีกมุมในแง่ลบ การใช้สารออกฤทธิ์ต่อประสาท เป็นการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากอารยธรรม[16] เช่น สงคราม โรคระบาด ความไม่เท่าเทียมกันทางทรัพย์สินและอำนาจ ซึ่งบุคคลธรรมดาไม่สามารถแก้ไขได้ และเป็นไปได้ว่าเมื่อผู้คนไม่สามารถเปลี่ยนสถานการณ์ภายนอก ก็อาจเลือก “เปลี่ยนสภาวะจิต” ของตนแทน[17]



ภาพที่ 1.1.2 | หลักฐานบ่งชี้ว่าการใช้ยาเสพติดของมนุษย์เกิดขึ้นหลังการปฏิวัติเกษตรกรรมยุคนีโอลิธิก (ที่มา: Longrich NR. When did humans start experimenting with alcohol and drugs? [Internet]. 2021 Jul 19 [cited 2025 Mar 6]. Available from: https://www.academia.edu/99049260/When_did_humans_start_experimenting_with_alcohol_and_drugs)

มีหลักฐานต้นกำเนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ เมื่ออาหารที่มีน้ำตาล เช่น องุ่น ข้าว เบอร์รี่ หรือ น้ำผึ้ง ถูกทิ้งไว้ในอากาศอุ่น ๆ ยีสต์ซึ่งเป็นจุลชีพที่กระจายตัวอยู่ตามธรรมชาติอยู่แล้ว และบางครั้งก็ล่องลอยอยู่ในอากาศ จะทำปฏิกิริยากับอาหารที่มีน้ำตาลดังกล่าว และเปลี่ยนน้ำตาล เป็นแอลกอฮอล์และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จึงเป็นไปได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูก “ค้นพบโดยบังเอิญ” ตั้งแต่ยุคก่อนเกษตรกรรม[18] ผู้คนในยุคแรกอาจชื่นชอบฤทธิ์มึนเมาของแอลกอฮอล์ แม้ว่ารสชาติในช่วงแรกเริ่มที่มนุษย์รู้จักเครื่องดื่มชนิดนี้จะไม่ถูกใจนัก และต่อมาได้พัฒนาไปสู่การผลิตที่มีจุดประสงค์เพื่อเป็นเครื่องดื่มโดยเฉพาะ จากการเก็บวัตถุดิบตามธรรมชาติกลายเป็นการเพาะปลูกองุ่นและพืชอื่น ๆ ที่เหมาะสม มีเพียงมนุษย์ยุคเริ่มต้นอารยธรรมไม่กี่กลุ่มที่ไม่มีความรู้เรื่องการแปรรูปผลผลิตจากธรรมชาติที่สามารถให้แป้งได้ ให้กลายเป็นแอลกอฮอล์ เกษตรกรในยุคแรก ๆ ได้เรียนรู้วิธีเปลี่ยนแป้งให้เป็นน้ำตาลที่สามารถหมักได้ด้วยการเคี้ยวในปากของมนุษย์ พืชผลการเกษตรที่มีแป้งเป็นส่วนประกอบ และเมื่อมันสัมผัสน้ำลายที่มีเอนไซม์ที่ช่วยย่อยแป้งอยู่ แป้งจะถูกย่อยสลายเป็นน้ำตาล และด้วยความบังเอิญในกระบวนการนี้ น้ำตาลที่เกิดขึ้นจากการย่อยแป้งนั้นจะกลายเป็นอาหารของยีสต์ที่ปะปนอยู่ในพืชผลการเกษตรเหล่านั้น และแปลงเป็นแอลกอฮอล์ตามลำดับถัดมา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวโดยละเอียดเราจะกล่าวถึงในบทลำดับถัดไปที่เกี่ยวกับเคมีของแอลกอฮอล์[19]

แอลกอฮอล์ถูกใช้แพร่หลายมาจนปัจจุบันทั่วโลก ความสำคัญสะท้อนผ่านประเพณีและกฎระเบียบจำนวนมากที่พัฒนามาควบคุมทั้งการผลิตและการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักเป็นศูนย์กลางของพิธีกรรมส่วนบุคคลและสังคม ทำหน้าที่เป็น “สื่อกลาง” ในพิธีต่าง ๆ เช่น การต้อนรับสมาชิกใหม่ การเข้าสู่สถานะใหม่ การแต่งงาน การเจรจาข้อตกลง การเลี้ยงฉลอง การบูชา รวมถึงพิธีเกี่ยวกับผู้นำและงานศพ[14]

เมื่อการผลิตมีปริมาณมากพอ จึงเกิดการจำหน่ายในชุมชนยุคแรก และมีหลักฐานว่ารัฐเข้าควบคุมการค้าสุรา กฎหมายฮัมมูราบีแห่งบาบิโลเนีย (ประมาณ 1770 ปีก่อนคริสต์ศักราช) กำกับโรงดื่มอย่างเคร่งครัด เช่น ข้อ 108 ว่าด้วยการรับชำระเป็นข้าวบาร์เลย์ตามน้ำหนัก หากรับเงินแทนและขายต่ำกว่าราคา จะมีโทษหนักถึงโยนลงน้ำ และ ข้อ 109 หากมีผู้สมคบคิดพบปะกันในบ้านผู้ขายเครื่องดื่มแล้วไม่ถูกส่งศาล ผู้ขายต้องรับโทษประหาร[20] กฎหมายเหล่านี้สะท้อนความสำคัญของการควบคุมการผลิต/จำหน่ายสุราในสังคมบาบิโลเนียโบราณ

นอกจากการดื่ม ยังมีหลักฐานการใช้ทางการแพทย์และเภสัช เช่น ตำรับยาของชาวสุเมเรียนบนแผ่นดินเหนียว (ประมาณ 2,100 ปีก่อนคริสต์ศักราช) และคัมภีร์แพทย์อียิปต์ (ประมาณ 1,500 ปีก่อนคริสต์ศักราช) ที่ใช้เบียร์/ไวน์เป็นองค์ประกอบ ขณะเดียวกัน วรรณกรรมอักษรรูปลิ่มของชาวเซมิติกที่อูการิต ยังอ้างถึงการใช้แอลกอฮอล์ในพิธีกรรมทางศาสนาและครัวเรือนอย่างแพร่หลาย[21]

ในมิติความเชื่อ ของเหลวเพื่อบูชาน่าจะเริ่มจากน้ำ แล้วค่อยแทนที่ด้วยนม น้ำผึ้ง และไวน์ (บางศาสนาใช้เบียร์) ความสามารถของแอลกอฮอล์ในการช่วยให้ผู้นำพิธีเข้าสู่สภาวะปีติ/เข้าฌาน ถูกโยงเข้ากับวิญญาณหรือเทพเจ้า ไวน์แดงจึงถูกตีความเป็นสัญลักษณ์ “เลือดแห่งชีวิต” และเข้าสู่พิธีมหาสนิทของศาสนาคริสต์ บันทึกอียิปต์และเมโสโปเตเมีย ระบุว่า ความมึนเมาแพร่จากพิธีกรรมสู่ชีวิตประจำวัน จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขและภาระต่อรัฐ มีหลักฐานว่า บางคนดื่มจนเข้าลักษณะโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism)[22]

7. ในหมู่ชนยุคคลาสสิก

ความสำคัญของประวัติศาสตร์การดื่มในยุคคลาสสิกมาจากข้อเท็จจริงที่ว่า หลังราว 300 ปีก่อนคริสต์ศักราช วัฒนธรรมกรีก ฮีบรู และโรมันผสมผสานกันอย่างลึกซึ้งต่อรากฐานยุโรป หลักฐานศิลปกรรมและวรรณกรรมโบราณสะท้อนการใช้ไวน์กว้างขวางทั้งในหมู่เทพและมนุษย์ เทพแห่งไวน์อย่างไดโอนิซัส (Dionysus) หรือแบคคัส (Bacchus) ได้รับการบูชาอย่างสูง[23] งานเฉลิมฉลองของเขา (Bacchanalia) จนกลายเป็นคำเรียกงานเลี้ยงสุราในภาษาอังกฤษ เหล่าสาวกหญิงหรือ Maenads แสดงพิธีกรรมด้วยสภาวะเคลิบเคลิ้มจากการดื่ม[24]

ไวน์ของชาวกรีกโบราณ ดื่มแบบเจือจางกับน้ำอัตรา 1:1 หรือ 1:2 ทำให้ความเข้มแอลกอฮอล์ประมาณ 4-7 ดีกรี[25] ไวน์เจือจางจึงเป็นเครื่องดื่มมาตรฐาน แพร่หลายยิ่งกว่าน้ำดื่มธรรมดา แม้ยังมีผู้ดื่มแบบไม่เจือจางอยู่

วรรณกรรมของกรีกมีคำเตือนเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มมากเกินไป แต่ไม่มากเท่ากับในวรรณกรรมของชาวฮีบรู คัมภีร์ไบเบิลในยุคแรกบันทึกไว้ว่า ไวน์เป็นพร เช่นเดียวกับนม น้ำผึ้ง และธัญพืช แต่ก็ตำหนิผู้ที่ดื่มจนมึนเมาหรือมีผลกระทบ เช่น เรื่องของโนอาห์[26]

ในศาสนายูดาห์ การดื่มเป็นองค์ประกอบของพิธีมากมาย ตั้งแต่ สุหนัตเด็กชายวัยแปดวัน การอุทิศผู้ล่วงลับ การแต่งงาน การเปิด–ปิดสะบาโต และเทศกาลต่าง ๆ ความศักดิ์สิทธิ์ของพิธีทำให้การมึนเมาเกินขอบเขตถูกปฏิเสธ จนพฤติกรรมมึนเมามากเกินไปแทบหายไปจากชุมชนยิว[27]

ในศาสนาอิสลาม (ศตวรรษที่ 7) มีการควบคุมการดื่มโดยวิธีที่ต่างออกไป พระคัมภีร์อัลกุรอานประณามการดื่มไวน์ ทำให้เกิดการห้ามอย่างได้ผลในพื้นที่ที่มีชาวมุสลิมเคร่งครัด[28] ส่วนในยุโรปหลังยุคปฏิรูปศาสนา และในสหรัฐอเมริกา ในภายหลัง ศาสนาคริสต์บางนิกายได้นำแนวทางห้ามดื่มสุราเป็นหลักการสำคัญ

ในเอเชียตะวันออก ผู้คนยุคก่อนประวัติศาสตร์ค้นพบการผลิตจากข้าวบาร์เลย์และข้าว เช่นเดียวกับตะวันออกกลาง แอลกอฮอล์ใช้ในพิธีกรรม เทศกาล และพิธีภาวะเคลิบเคลิ้ม[14] แต่ในที่สุดการดื่มก็กลายเป็นเรื่องทางโลกและก่อให้เกิดความวุ่นวายทั้งในที่สาธารณะและในครัวเรือน[29]

ในแอฟริกา ใช้พืชผลต่าง ๆ เช่น ข้าวโพด ข้าวฟ่าง กล้วย น้ำผึ้ง ยางของปาล์ม ไม้ไผ่ ผลไม้ต่าง ๆ ในการหมักเบียร์และไวน์[30] ชาวโอเชียเนียจำนวนมากไม่ได้ค้นพบกระบวนการหมักแอลกอฮอล์ ขณะที่ชนพื้นเมืองอเมริกันเหนือก่อนยุโรปเข้ามาก็ไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนกระทั่งชาวยุโรปนำเข้ามาและก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรง แต่ชาวอินเดียนเผ่าปาปาโกในสหรัฐอเมริกาทางตะวันตกเฉียงใต้ผลิตไวน์จากกระบองเพชร[31] และชาวตาราฮูมาราในเม็กซิโกตอนเหนือผลิตเบียร์จากข้าวโพดและต้นอากาเว[32] เช่นเดียวกับชนพื้นเมืองในอเมริกากลางและอเมริกาใต้ที่ผลิตเครื่องดื่มจากข้าวโพด หัวพืช ผลไม้ ดอกไม้ และน้ำยาง

โดยรวม การดื่มในชุมชนเหล่านี้มีกลไกควบคุมทางสังคมดี ช่วยลดความเสี่ยงโรคพิษสุราเรื้อรังเฉพาะบุคคล และจำกัดความมึนเมาให้อยู่ในบริบทงานชุมชน

8. จากอดีตสู่สังคมอุตสาหกรรมสมัยใหม่

เมื่อสังคมเปลี่ยนผ่านสู่ยุคอุตสาหกรรมและสมัยใหม่ บทบาทของแอลกอฮอล์ก็เปลี่ยนตาม ในปัจจุบัน งานถูกแยกออกจากชีวิตส่วนตัว เทคโนโลยีต่าง ๆ มาช่วยให้งานเบาลง ทำให้หลายคนมีเวลาและรายได้สำหรับสันทนาการมากขึ้น แอลกอฮอล์จึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมบันเทิง ขณะที่คุณค่าเดิมบางด้านลดลง เช่น อาหาร ยา[33]

ในสังคมยุคใหม่ หลายคนพบว่า แอลกอฮอล์ช่วยให้พวกเขากดความยับยั้งชั่งใจ ความเขินอาย ความวิตกกังวล และความตึงเครียด ที่ขัดขวางความสามารถในการเข้าสังคม แต่นั่นเป็นเพียงการมองภาพเพียงด้านเดียวเท่านั้น[34] ในทางตรงกันข้าม แอลกอฮอล์ก็ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้างสูงมากขึ้นด้วยเช่นกัน

1.1.3 เภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์

1. เภสัชวิทยาของเอทานอล

เอทานอล (ethanol) เกี่ยวข้องทั้งกับเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics: PD) หรือผลกระทบของเอทานอลต่อร่างกาย และ เภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics: PK) หรือกระบวนการที่ร่างกายจัดการกับเอทานอล โดยมีผลกระทบหลักต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเอทานอลทำหน้าที่เป็นสารกดประสาท ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล

เมื่อดื่มเอทานอลผ่านทางปาก เอทานอลถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดผ่านกระเพาะอาหารและลำไส้ เนื่องจากเอทานอลสามารถละลายในน้ำได้ดี จึงสามารถกระจายตัวไปทั่วทั้งร่างกาย รวมถึงสมอง กระบวนการดูดซึมนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเอทานอลจะเริ่มถูกเผาผลาญทันที โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของเอทานอลจะถูกเผาผลาญในตับ

เมแทบอไลต์หลัก คือ อะซีตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) ซึ่งมีพิษและเป็นสารก่อมะเร็ง จากนั้นเอนไซม์แอลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (aldehyde dehydrogenase: ALDH) จะเปลี่ยนให้เป็นอะซิเตต (acetate) ซึ่งพิษต่ำกว่า (เชื่อมโยงกับอาการเมาค้าง) แล้วสลายต่อเป็นก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ ขับออกทางปัสสาวะและลมหายใจ[35] นอกจากนี้ เอทานอลประมาณร้อยละ 5-10 จะถูกขับออกจากร่างกายโดยไม่เปลี่ยนแปลงทางลมหายใจ ปัสสาวะ และเหงื่อ จึงสามารถใช้การวัดความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breath alcohol concentration: BrAC) ประเมินระดับในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[36]

2. เภสัชพลศาสตร์

กลไกการออกฤทธิ์ของเอทานอลยังซับซ้อนและไม่สมบูรณ์ในเชิงหลักฐานโดยตรง เพราะเอทานอลมีโมเลกุลเล็กและออกฤทธิ์ที่ความเข้มข้นระดับมิลลิโมลาร์ (millimolar: mM) จึงยืนยันตำแหน่งจับบนตัวรับ/ช่องไอออนด้วยเทคนิคชีวเคมีแบบดั้งเดิมได้ยาก งานวิจัยปัจจุบันชี้ว่า เอทานอลมีผลโดยตรงต่อช่องไอออนที่ถูกกระตุ้นด้วยลิแกนด์ (ligand-gated ion channels: LGICs) หลายชนิดในระบบประสาท โดยบางระบบถูกกระตุ้น ขณะที่บางระบบถูกยับยั้ง ทั้งนี้ องค์ประกอบภายในเซลล์ เช่น ไขมันส่งสัญญาณ (signaling lipids) และองค์ประกอบย่อยของโปรตีนช่องไอออน สามารถปรับเปลี่ยนการตอบสนองต่อเอทานอลได้

เอทานอลยังถูกเปลี่ยนเป็นฟอสฟาติดิลเอทานอล (phosphatidylethanol: PEth) ผ่านเอนไซม์ฟอสโฟไลเปส ดี 2 (phospholipase D2: PLD2) ซึ่งอาจแย่งตำแหน่งจับของฟอสฟาติดิลอิโนซิทอล-4,5-ไบฟอสเฟต (phosphatidylinositol 4,5-bisphosphate: PIP2) บนช่องไอออน ส่งผลทางอ้อมต่อระบบสารสื่อประสาทและระบบนิวโรเปปไทด์ที่สัมพันธ์กับอาการมึนเมา แม้ตัวรับกาบาเอแบบเอ (gamma-aminobutyric acid type A receptor: GABA-A) จะเป็นเป้าหมายที่ศึกษากว้างขวางที่สุด บทบาทของฟอสฟาติดิลเอทานอล ต่อผลรวมของเอทานอลยังต้องการหลักฐานเพิ่มเติม งานวิจัยบางส่วนชี้ว่า เมแทบอไลต์อาจมีบทบาทสำคัญไม่น้อยไปกว่าตัวเอทานอลเองต่อผลทางชีวภาพและพฤติกรรม[37]

3. เภสัชจลนศาสตร์

กระบวนการทางเภสัชจลนศาสตร์ของเอทานอลสามารถอธิบายได้ด้วยตัวย่อ ADME ซึ่งครอบคลุม 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1. การดูดซึม (absorption): การเข้าสู่กระแสเลือดหลังการดื่ม
2. การกระจายตัว (distribution): การแพร่กระจายของเอทานอลไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
3. การเผาผลาญ (metabolism): การแปรสภาพเอทานอลในตับ
4. การขับออก (excretion): การกำจัดเอทานอลออกจากร่างกาย

นอกจากปริมาณดื่มแล้ว ปัจจัยอย่างปริมาณน้ำในร่างกาย ความเร็วในการดื่ม องค์ประกอบของเครื่องดื่ม และอาหารในกระเพาะ ล้วนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration: BAC) ตามเวลา ทำให้ค่าความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่างบุคคลต่างกันได้แม้ดื่มเท่ากัน[38]

ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในลมหายใจและในเลือด มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน จึงสามารถใช้ประกอบการคำนวณทางนิติวิทยาศาสตร์ได้ แม้ว่างานวิจัยที่เปรียบเทียบทั้งสองค่าในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันอย่างเป็นระบบยังมีไม่มาก[39] ในช่วงที่ร่างกายกำลังดูดซึมแอลกอฮอล์ ค่าความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือดในเลือดแดง (arterial) จะสูงกว่าค่าในเลือดดำ (venous) แต่เมื่อการดูดซึมสิ้นสุด ค่าความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือดแดงจะต่ำกว่าค่าในเลือดดำ สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตของการกระจายและเมแทบอลิซึม ของเอทานอลภายในร่างกายที่ซับซ้อน[40]

1.1.4 เมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์

1. การดูดซึมเอทานอลในร่างกาย

การดูดซึมผ่านระบบทางเดินอาหาร

เอทานอลเข้าสู่ร่างกายหลัก ๆ ผ่านการดื่ม โดยจะถูกดูดซึมผ่านทางเยื่อบุในระบบทางเดินอาหาร เช่น ช่องปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และส่วนกลาง การดูดซึมนี้มีประสิทธิภาพสูงมาก โดยเอทานอลสามารถดูดซึมได้ประมาณร้อยละ 80-96 เนื่องจากโมเลกุลของเอทานอลมีขนาดเล็กและไม่มีประจุ ทำให้ผ่านเยื่อบุชีวภาพได้ง่ายด้วยการแพร่แบบพาสซีฟ (passive diffusion)[41]

ก. อัตราการดูดซึม

- อัตราการดูดซึมของเอทานอลเร็วที่สุดในลำไส้เล็ก เนื่องจากบริเวณนี้มีพื้นที่ดูดซึมที่กว้างขวางจากวิลไลและไมโครวิลไล
- กระเพาะอาหารที่ว่างช่วยให้การล้างกระเพาะเร็วขึ้น ส่งผลให้เอทานอล ดูดซึมเข้าสู่เลือดได้เร็ว
- การมีอาหารในกระเพาะอาหาร เช่น ไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน จะชะลอการล้างกระเพาะและการดูดซึมเอทานอล ส่งผลให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง

ข. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูดซึม

- อาหาร: หากรับประทานอาหารก่อนหรือระหว่างการดื่ม จะช่วยลดอัตราการดูดซึม
- ประเภทเครื่องดื่ม: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการอัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เช่น เบียร์ จะถูกดูดซึมเร็วกว่าเครื่องดื่มที่ไม่มี เนื่องจากก๊าซช่วยกระตุ้นการล้างกระเพาะอาหาร

ค. การดูดซึมผ่านวิธีอื่น นอกจากการดื่มเอทานอลยังสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ผ่านวิธีอื่น เช่น

- การสูดดม: เมื่อสูดดมไอแอลกอฮอล์ในความเข้มข้นสูงกว่า 10 มิลลิกรัม/ลิตร จะทำให้เกิดการระคายเคืองจมูกและตา แต่หากเกิน 30 มิลลิกรัม/ลิตร ร่างกายจะไม่สามารถทนได้
- การทาผิวหนัง: เอทานอลที่ทาผิวหนังจะถูกดูดซึมในปริมาณเล็กน้อย การดูดซึมจะเพิ่มขึ้นและอาจก่อให้เกิดพิษได้ หากผิวหนังมีบาดแผลหรือเปิดออก

ง. ระยะเวลาสูงสุดของเอทานอลในเลือด ระยะเวลาที่เอทานอลในเลือดสูงสุดขึ้นอยู่กับประเภทของเครื่องดื่ม เช่น

- วอดก้าผสมโทนิก: 36 นาที
- ไวน์: 54 นาที
- เบียร์: 62 นาที

จ. ความแปรปรวนของการดูดซึม

- การดูดซึมเอทานอลอาจแตกต่างกันในแต่ละครั้งที่ดื่ม เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความเครียดที่อาจเร่งการดูดซึม อาหารมื้อใหญ่ที่ชะลอการล้างกระเพาะ
- ในการทดลองทางวิทยาศาสตร์ มักใช้วิธีการฉีดเอทานอลเข้าหลอดเลือดหรือใช้ทางทวารหนักเพื่อลดความแปรปรวนนี้

การดูดซึมของเอทานอลเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย รวมถึงประเภทของเครื่องดื่ม ลักษณะอาหาร และวิธีการเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลและสถานการณ์[42]

2. การกระจายตัว

หลังการดูดซึม เอทานอลจะเดินทางผ่านหลอดเลือดดำพอร์ทัล (portal vein) เข้าสู่ตับ ต่อไปยังหลอดเลือดดำตับ (hepatic veins) สู่หัวใจ แล้วผ่านหลอดเลือดแดงปอด (pulmonary arteries) ไปยังปอด กลับทางหลอดเลือดดำปอด (pulmonary veins) สู่หัวใจอีกครั้ง ก่อนเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกาย (systemic circulation)

เมื่ออยู่ในระบบไหลเวียนโลหิต เอทานอลกระจายตัวทั่วร่างกายผ่านการแพร่แบบพาสซีฟ โดยสามารถข้ามเยื่อชีวภาพทั้งหมด รวมถึง blood-brain barrier ได้อย่างง่ายดาย เมื่อถึงจุดสมดุล เอทานอลจะกระจายอยู่ในของเหลวและเนื้อเยื่อในร่างกายทั้งหมดในสัดส่วนตามปริมาณน้ำของแต่ละส่วน เอทานอลไม่จับตัวกับโปรตีนในพลาสมาหรือโมเลกุลชีวภาพอื่น ๆ

อัตราการกระจายขึ้นกับการไหลเวียนเลือดในเนื้อเยื่อ จึงเกิดผลเร็วในสมอง ตับ และไตที่มีเลือดเลี้ยงมาก ขณะที่กล้ามเนื้อโครงร่างและกระดูกช้ากว่า[41] ในหนูทดลองใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีให้เนื้อเยื่อและเลือดดำเข้าสู่สมดุล ส่วนในคนระดับเอทานอล มักสูงสุดภายใน 30-90 นาที (เฉลี่ย 45-60 นาที) และเร็วขึ้นเมื่ออดอาหารค้างคืน

ปริมาตรการกระจายตัว (volume of distribution: Vd) เป็นค่าที่ช่วยอธิบายว่าร่างกายกระจายเอทานอลไปยังส่วนต่าง ๆ ค่านี้มีบทบาทสำคัญในสมการของ Widmark ซึ่งใช้คำนวณระดับแอลกอฮอล์ในเลือด อย่างไรก็ตาม ปริมาตรการกระจายตัวมีส่วนทำให้เกิดความไม่แน่นอนในสมการประมาณร้อยละ 15 เนื่องจากปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล[43]

3. การออกซิเดชันของเอทานอลในตับและผลทางเมตาบอลิซึม

การดื่มปริมาณมากสัมพันธ์กับภาวะดื่มเกินขนาด ความเสียหายของตับ และมะเร็งบางชนิด ทั้งนี้ความไวต่อผลเสียแตกต่างกันตามพันธุกรรม (genetics) โดยเฉพาะความแตกต่างของเอนไซม์เมแทบอลิซึม และสิ่งแวดล้อม (environment) เช่น ปริมาณ/รูปแบบการดื่มและภาวะโภชนาการ ความแตกต่างของเมแทบอลิซึมทำให้บางคนเสี่ยงมึนเมาหรือเกิดอันตรายต่ออวัยวะมากกว่า อย่างไรก็ดี การดื่มมากยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของทุกคน[37,44]

4. การเผาผลาญแอลกอฮอล์แบบไม่ใช้ออกซิเดชัน

เอทานอลสามารถเปลี่ยนเป็นเอทิลเอสเทอร์ของกรดไขมัน (fatty acid ethyl esters: FAEEs) ภายในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ ตับอ่อน หัวใจ เนื้อเยื่อไขมัน โดยพบการสะสมของเอทิลเอสเทอร์ของกรดไขมันในผู้มึนเมาเฉียบพลันในอวัยวะที่มักได้รับความเสียหายจากแอลกอฮอล์[45] ซึ่งอาจมีส่วนก่อความเสียหาย โดยเฉพาะเมื่อเส้นทางออกซิเดชัน ทำงานไม่ดี อย่างไรก็ตาม บทบาทของเอทิลเอสเทอร์ของกรดไขมันต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ยังต้องการหลักฐานยืนยันเพิ่ม

5. ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์

เอนไซม์หลัก ได้แก่ แอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส (alcohol dehydrogenase: ADH) ในไซโตซอล และแอลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (aldehyde dehydrogenase: ALDH) ในไมโตคอนเดรีย ความแปรผันทางพันธุกรรมของเอนไซม์เหล่านี้สัมพันธ์กับการเผาผลาญเอทานอลและความเสี่ยงความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use disorder: AUD) ในประชากรต่าง ๆ ส่วนพันธุกรรมของ cytochrome P450 2E1 (CYP2E1) แม้เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญแบบออกซิเดชัน แต่ไม่ใช่ปัจจัยเด่นของความเสี่ยงความเสียหายตับจากแอลกอฮอล์

6. ผลกระทบของโภชนาการและปัจจัยสิ่งแวดล้อม

- สภาวะทางโภชนาการมีผลต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์ หากร่างกายขาดสารอาหาร กิจกรรมของแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสจะลดลง
- การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงอาจส่งผลให้การเผาผลาญแอลกอฮอล์ลดลงเช่นกัน
- การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดไปที่ตับและจังหวะการทำงานของร่างกายมีผลต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์

7. บทบาทของยาต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์

ยาส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์ ยกเว้น ฟรุกโตส (fructose) ที่สามารถเพิ่มการเผาผลาญแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ การเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกายจึงเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากทั้งพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์[46]

8. ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง

การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังทำให้เกิดความทนต่อเอทานอล (tolerance) ทั้งเชิงประสาทและเมแทบอลิซึม ผู้ดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังมักขจัดเอทานอลได้เร็วขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทำงานของแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส การรีออกซิไดซ์ นิโคตินาไมด์อะดีนีนไดนิวคลีโอไทด์ รูปรีดิวซ์ (nicotinamide adenine dinucleotide, reduced form: NADH) ในไมโตคอนเดรีย และการกระตุ้น ระบบออกซิไดซ์เอทานอลแบบไมโครโซม (microsomal ethanol oxidizing system: MEOS)[47,48] ทั้งนี้ แอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสอาจไม่เพิ่มเสมอ และบางกรณีลดลง การใช้พลังงานของตับที่สูงขึ้น เช่น การทำงานของโซเดียม-โพแทสเซียมปั๊มเพิ่ม ทำให้ตับอยู่ในสภาวะเมแทบอลิกสูง ขณะเดียวกันการกระตุ้นระบบออกซิไดซ์เอทานอลแบบไมโครโซม ยังสัมพันธ์กับการสร้างอะซีตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) มากขึ้น ซึ่งเป็นพิษต่อเซลล์และเนื้อเยื่อ[47]

ผลจากอัตราเผาผลาญที่เพิ่มขึ้นในผู้ดื่มเรื้อรังทำให้ระดับอะซีตัลดีไฮด์ในเลือดและเนื้อเยื่อสูงขึ้น เกิดความเสียหายต่อตับและอวัยวะอื่น นอกจากนี้ ไมโตคอนเดรียของตับที่ได้รับผลจากการดื่มเรื้อรังมีความสามารถในการออกซิไดซ์อะซีตัลดีไฮด์ลดลงอย่างมาก อาจจากการรีออกซิไดซ์ที่ลดลงและการทำงานของแอลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนสในไมโตคอนเดรียที่ลดลง[49] การดื่มเรื้อรังยังเพิ่มระดับอะซิเตต (acetate) ในเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการขจัดเอทานอล สะท้อนความทนทางเมแทบอลิก (metabolic tolerance) และอาจใช้เป็นตัวบ่งชี้ทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยการติดแอลกอฮอล์[50]

9. การสร้างความเสียหายต่อตับจากแอลกอฮอล์

ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง ความสามารถในการเผาผลาญที่เคยเพิ่มขึ้นอาจลดลงหรือหายไปเมื่อเกิดโรคตับรุนแรง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) การศึกษาพบว่า กิจกรรมของแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสและแอลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนสลดลงตามความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะแอลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนสในไมโตคอนเดรีย และสัมพันธ์กับตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น บิลิรูบิน อัลบูมิน และ โปรธรอมบิน (prothrombin index: PT index) สะท้อนว่าเป็นผลตามจากความเสียหายของตับ ยิ่งไปกว่านั้น การลดลงของแอลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนสในไมโตคอนเดรียยังพบในโรคตับจากสาเหตุอื่น เช่น ตับอักเสบจากไวรัส ซึ่งทำให้ระดับอะซีตัลดีไฮด์สูงขึ้น และอาจกระตุ้นการสร้างแอนติบอดีต่อโปรตีนที่จับกับอะซีตัลดีไฮด์ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคตับควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะตับที่เสียหายไม่สามารถจัดการสารพิษจากแอลกอฮอล์ได้ดี อาการของโรคจึงมีแนวโน้มแย่ลง[44,47,51]

1.1.5 บทสรุป

ภาพรวมของประวัติศาสตร์ชี้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดและแพร่หลายตามพัฒนาการเกษตรและอารยธรรม ทำหน้าที่ทั้งในพิธีกรรมและชีวิตทางสังคม ส่วนในเชิงชีวการแพทย์ เอทานอลออกฤทธิ์กดประสาท กระจายตัวได้รวดเร็ว และถูกเผาผลาญหลักโดยเอนไซม์ในตับให้เป็นอะซีตัลดีไฮด์ก่อนเปลี่ยนเป็นอะซิเตต ปัจจัยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และโภชนาการ ทำให้การตอบสนองและความเสี่ยงต่ออันตรายแตกต่างกันระหว่างบุคคล การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังนำไปสู่ความเสียหายของตับตั้งแต่ระดับการทำงานผิดปกติไปจนถึงตับแข็ง และมะเร็งตับ

เอกสารอ้างอิง

1. Berridge V, Mars S. History of addictions. J Epidemiol Community Health 2004;58:747-50.
2. Hagen EH, Tushingham S. The Prehistory of psychoactive drug use. In: Henley TB, Rossano MJ, Kardas EP, editors. Handbook of cognitive archaeology: psychology in prehistory. New York: Routledge; 2019. p. 471-98.
3. Room R. The history of psychoactive substance use and problems and of social responses to them. In: Haber P, Day C, Farrell M, editors. Addiction medicine: principles and practice. Melbourne: IP Communications; 2015 p. 3-8.
4. Samorini G. The oldest archeological data evidencing the relationship of Homo sapiens with psychoactive plants: a worldwide overview. J Psychedelic Stud 2019;3:63-80.
5. Winkelman M, Dobkin de Rios M. Psychoactive Properties of !Kung Bushman Medicine Plants. J Psychedelic Drugs 1989;21:51-9.
6. Sobiecki JF. African psychoactive plants – journeys in phytoalchemy [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://chacruna.net/african-psychoactive-plants-journeys-in-phytoalchemy/
7. Longrich NR. When did humans start experimenting with alcohol and drugs? [Internet]. 2021 Jul 19 [cited 2025 Mar 6]. Available from: https://www.academia.edu/99049260/When_did_humans_start_experimenting_with_alcohol_and_drugs)
8. Salavert A, Zazzo A, Martin L, Antolín F, Gauthier C, Thil F, et al. Direct dating reveals the early history of opium poppy in western Europe. Sci Rep 2020;10:20263.
9. Merlin MD. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use In the old world. Econ Bot 2003;57:295–323.
10. Lu H, Zhang J, Yang Y, Yang X, Xu B, Yang W, et al. Earliest tea as evidence for one branch of the Silk Road across the Tibetan Plateau. Sci Rep 2016;6:18955.
11. Wadley G, Hayden B. Pharmacological influences on the Neolithic transition [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://web.archive.org/web/20220811234112/https://bioone.org/journals/journal-of-ethnobiology/volume-35/issue-3/etbi-35-03-566-584.1/Pharmacological-Influences-on-the-Neolithic-Transition/10.2993/etbi-35-03-566-584.1.full
12. Alcohol, rituals and spiritual world in ancient China and beyond: an interdisciplinary perspective | Archaeology Center [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://archaeology.stanford.edu/events/conferences/alcohol-rituals-and-spiritual-world-ancient-china-and-beyond-interdisciplinary

13. Van Limbergen D, Komar P. Making wine in earthenware vessels: a comparative approach to Roman vinification. Antiquity [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3];98:85-101. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/antiquity/article/making-wine-in-earthenware-vessels-a-comparative-approach-to-roman-vinification/21CE9DC73E121EE173E902625E9E559D
14. Cartwright M. Wine in the Ancient Mediterranean [Internet]. World History Encyclopedia; 2016 [cited 2025 Mar 3]. Wine in the Ancient Mediterranean. Available from: https://www.worldhistory.org/article/944/wine-in-the-ancient-mediterranean/
15. Liu L, Wang J, Levin MJ, Sinnott-Armstrong N, Zhao H, Zhao Y, et al. The origins of specialized pottery and diverse alcohol fermentation techniques in Early Neolithic China. Proc Natl Acad Sci U S A 2019;116:12767–74.
16. Martínez-Vélez NA, Tiburcio M, Rey GN, Velázquez JAV, Arroyo-Belmonte M, Sánchez-Hernández GY, et al. Psychoactive substance use and Its relationship to stress, emotional state, depressive symptomatology, and perceived threat during the COVID-19 pandemic in Mexico. Front Public Health 2021;9:709410.
17. Fosnocht AQ, Briand LA. Substance use modulates stress reactivity: behavioral and physiological outcomes. Physiol Behav 2016;166:32-42.
18. Dunlop C. Spontaneous yeast fermentation and good clean wine [Internet]. Good Clean Wine; 2024 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://goodclean.wine/blogs/news/wild-caught-yeast-fermentation
19. Penn Museum. The Earliest Alcoholic Beverage in the World [Internet]. Philadelphia: Penn Museum; [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://www.penn.museum/research/project.php?pid=12
20. The Avalon Project. Code of Hammurabi [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp
21. Cuneiform Digital Library Initiative. CdliTablet [Internet]. [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://cdli.mpiwg-berlin.mpg.de/cdli-tablet?page=6
22. Khaderi SA. Introduction: alcohol and alcoholism. Clin Liver Dis 2019;23:1-10.
23. Konstantinidis G. Dionysus the Liberator. 2024 Mar 10;
24. The Editors of Encyclopaedia. Maenad [Internet]. Britannica; [cited 2025 Mar 4]. Available from: https://www.britannica.com/topic/maenad
25. entrustedtothedirt. Wine's alcohol content in the ancient world [Internet]. Entrusted to the Dirt; 2021 [cited 2025 Mar 4]. Available from: https://entrustedtothedirt.com/2021/07/28/wines-alcohol-content-in-the-ancient-world/

26. Sim M. The Blessing of Wine [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 4]. Available from: https://marcjsims.com/2022/11/21/the-blessing-of-wine/
27. Milano L, editor. Drinking in ancient societies: history and culture of drinks in the Ancient Near East. Papers of a symposium held in Rome, May 17-19, 1990. Padova: Sargon; 1994.
28. Michalak L, Trocki K. Alcohol and Islam: an overview. Contemp Drug Probl [Internet]. 2006 [cited 2024 Aug 21];33:523-62. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009145090603300401
29. Luczak S, Prescott C, Dalais C, Raine A, Venables P, Mednick S. Religious factors associated with alcohol involvement: results from the Mauritian Joint Child Health Project. Drug Alcohol Depend 2014;135:37-44.
30. Platt BS. Some traditional alcoholic beverages and their importance in indigenous African communities. Proc Nutr Soc 1955;14:115-24.
31. Writer S. The pre-colonial wine of indigenous peoples [Internet]. This Day in Wine History; 2022 [cited 2025 Mar 4]. Available from: https://thisdayinwinehistory.com/pre-colonial-wine/
32. Davis SC, Ortiz-Cano HG. Lessons from the history of Agave: ecological and cultural context for valuation of CAM. Ann Bot 2023;132:819-33.
33. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT. Social and cultural contexts of alcohol Use. Alcohol Res 2016;38:35-45.
34. Moss HB. The impact of alcohol on society: a brief overview. Soc Work Public Health 2013;28:175-7.
35. Ghazali R, Patel VB. Alcohol metabolism: general aspects. In: Patel VB, editor. Molecular aspects of alcohol and nutrition [Internet]. San Diego: Academic Press; 2016. p. 17-21. [cited 2025 Mar 5]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128007730000021
36. Cronholm T, Jones AW, Skagerberg S. Mechanism and regulation of ethanol elimination in humans: intermolecular hydrogen transfer and oxidoreduction in vivo. Alcohol Clin Exp Res 1988;12:683-6.
37. Cederbaum AI. Alcohol metabolism. Clin Liver Dis 2012;16:667-85.
38. Halsted CH, Medici V. Alcohol: metabolism and health effects. In: Caballero B, Finglas PM, Toldrá F, editors. Encyclopedia of food and health [Internet]. Oxford: Academic Press; 2016. p. 82-7. [cited 2025 Mar 6]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123849472000180
39. Jones A. The Relationship between blood alcohol concentration (BAC) and breath alcohol concentration (BrAC): a review of the evidence. London: Department of Transport; 2010.

40. Wilkinson PK, Rheingold JL. Arterial-venous blood alcohol concentration gradients. J Pharmacokinet Biopharm 1981;9:279-307.
41. Jones A. Alcohol, its absorption, distribution, metabolism, and excretion in the body and pharmacokinetic calculations. WIREs Forensic Sci 2019;1:e1340.
42. Caballería J. Current concepts in alcohol metabolism. Ann Hepatol 2003;2:60-8.
43. Maskell PD, Heymsfield SB, Shapses S, Limoges JF. Population ranges for the volume of distribution (V) of alcohol for use in forensic alcohol calculations. J Forensic Sci 2023; 68:1843-5.
44. Contreras-Zentella ML, Villalobos-García D, Hernández-Muñoz R. Ethanol Metabolism in the Liver, the Induction of Oxidant Stress, and the Antioxidant Defense System. Antioxidants (Basel) 2022;11:1258.
45. Laposata EA, Lange LG. Presence of nonoxidative ethanol metabolism in human organs commonly damaged by ethanol abuse. Science 1986;231:497-9.
46. Uzuegbu UE, Onyesom I. Fructose-induced increase in ethanol metabolism and the risk of Syndrome X in man. C R Biol 2009;332:534-8.
47. French SW. Chronic alcohol binging injures the liver and other organs by reducing NAD+ levels required for sirtuin's deacetylase activity. Exp Mol Pathol 2016;100:303-6.
48. Lieber CS. Microsomal ethanol-oxidizing system (MEOS): the first 30 years (1968-1998)--a review. Alcohol Clin Exp Res 1999;23:991-1007.
49. Quertemont E, Didone V. Role of acetaldehyde in mediating the pharmacological and behavioral effects of alcohol. Alcohol Res Health 2006;29:258-65.
50. Tanabe J, Yamamoto DJ, Sutton B, Brown MS, Hoffman PL, Burnham EL, et al. Effects of alcohol and acetate on cerebral blood flow: a pilot study. Alcohol Clin Exp Res 2019; 43:2070-8.
51. Wu K, Li J, Zhou X, Zhou F, Tang S, Yi long, et al. NADH and NRH as potential dietary supplements or pharmacological agents for early liver injury caused by acute alcohol exposure. J Funct Foods 2021;87:104852.

ส่วนที่ 1
พื้นฐานและระเบียบวิธีวิจัย
บทที่ 1.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

| กนิษฐา ไทยกล้า

1.2.1 บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีหลากหลายประเภท แตกต่างกันตามรูปแบบการผลิต ปริมาณแอลกอฮอล์ ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้น หรือปริมาณแอลกอฮอล์สูงทำให้เกิดอาการมึนเมา และก่อเกิดความเป็นพิษได้รวดเร็วกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นปริมาณน้อยกว่า ซึ่งความหลากหลายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับการทำงานเชิงวิชาการ การวิจัยที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงาน หรือวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันตรายและผลกระทบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นควรที่จะต้องรู้ถึงประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

เอกสารฉบับนี้เน้นการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ การศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีเจตนาในการส่งเสริมการตลาด หรือเพื่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเชิญชวนให้ดื่ม

1.2.2 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในประเทศไทยจำแนกตามกระบวนการผลิตได้ 3 ลักษณะ คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไม่กลั่น (undistilled drinks), เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบกลั่น (distilled spirits), สุราผสม (compounded beverages)

1. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไม่กลั่น (undistilled drinks)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไม่กลั่น (undistilled drinks)[1] หมายถึง สุราที่ยังไม่ได้กลั่น สุราแช่ หรือสุราหมัก[2] ที่เกิดจากการหมักจากผลิตผลทางการเกษตร เช่น ผลไม้, น้ำตาลเมา, ธัญพืช เป็นต้น รวมถึงสุราแช่ที่ได้ผสมกับสุรากลั่นแล้ว เครื่องดื่มประเภทนี้ได้แก่ เบียร์ (beer), ไวน์ (wine), ไซเดอร์ (hard cider), สาเก (sake), โซจู (soju), อุ สาโท กระแช่ เป็นต้น

1.1 เบียร์ (beer)

เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความนิยมสูงสุดในประเทศไทยและทั่วโลก เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เก่าแก่ที่สุดในประวัติศาสตร์ ประเทศไทยเริ่มมีบริษัทผลิตเบียร์เมื่อ พ.ศ. 2477 เบียร์แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ เบียร์เอล (ales), เบียร์ลาเกอร์ (lager)

1.1.1 เบียร์เอล (ales) เกิดจากกระบวนการหมักยีสต์ ยีสต์จะลอยตัวขึ้นมาที่ส่วนบนของถัง หรือบนผิวของเบียร์เรียกว่า top fermentation อยู่บนผิวของเบียร์ ทำให้เบียร์เอลมีสีที่หลากหลายตั้งแต่สีเหลืองไปจนถึงสีดำ เบียร์เอลสีเข้มรสขมกว่าและมีดีกรีสูงกว่าเบียร์ลาเกอร์ เบียร์เอลจำหน่ายในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นประเภทคราฟท์เบียร์ ได้แก่ ไวซ์เบียร์ (weissbier), เพลเอล (pale ale หรือ PA), และเบียร์ดำ หรือสเตาท์ (stout) เป็นต้น โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 5-9 ดีกรี บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีชา สีเขียว และกระป๋องอลูมิเนียม

ตารางที่ 1.2.1 ลักษณะบรรจุภัณฑ์เบียร์เอลจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	320-330 มล.	490-500 มล.
ขวด	320-330 มล.	620-630 มล.

ภาพที่ 1.2.1 | ตัวอย่างเบียร์เอล[3]

ภาพที่ 1.2.2 | ตัวอย่างสีของเบียร์เอล[3]

1.1.2 เบียร์ลาเกอร์ (lager) เป็นเบียร์ที่ใช้ยีสต์หมัก โดยในระหว่างการหมัก ยีสต์จะรวมตัวกันที่ก้นถังหรือแบบนอนก้น (bottom-fermenting) เป็นเวลาหลายเดือนก่อนที่จะพร้อมดื่ม เมื่อกระบวนการหมักเสร็จ ยีสต์จะนอนก้นถังหมักเป็นตะกอน โดยเบียร์ประเภทลาเกอร์นั้นสามารถแยกประเภทย่อยได้อีกมากมาย และมีตั้งแต่สีเหลืองอ่อนไปจนถึงสีเข้มจนเกือบดำ เบียร์ลาเกอร์มี 3 ประเภทหลัก ๆ ได้แก่ เพล (pale), ดาร์ก (dark) และเวียนนา (vienna) โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณ

แอลกอฮอล์ 3.2-6.5 ดีกรี ในส่วนของเบียร์ไลท์มีปริมาณแอลกอฮอล์เพียง 2-4 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ เบียร์ลีโอ (Leo), เบียร์ช้าง (Chang), เบียร์สิงห์ (Singha), เบียร์ไทเกอร์ (Tiger), เบียร์คาราบาว (Carabao), เบียร์มายเบียร์ (MY Beer), เบียร์ไฮเนเก้น (Heineken), เบียร์บัดไวเซอร์ (Budweiser), เบียร์โคโรน่า (Corona), เบียร์อาซาฮี (Asahi), เบียร์ Stella Artois, เบียร์ Federbräu, เบียร์ลาว เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีชา สีเขียว และกระป๋องอลูมิเนียม ขนาดบรรจุภัณฑ์เบียร์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.2 ลักษณะบรรจุภัณฑ์เบียร์ลาเกอร์จำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	320-330 มล.	490-500 มล.
ขวด	320-330 มล.	620-630 มล.

ภาพที่ 1.2.3 | ตัวอย่างเบียร์ลาเกอร์แบบขวด[3]

ภาพที่ 1.2.4 | ตัวอย่างเบียร์ลาเกอร์แบบกระป๋อง[3]

1.2 ไวน์ (Wine)

ไวน์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เก่าแก่ที่ได้รับความนิยมอีกประเภทหนึ่ง ไวน์เกิดจากกระบวนการหมักองุ่น โดยใช้ยีสต์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาน้ำตาลในองุ่นเปลี่ยนเป็นแอลกอฮอล์และคาร์บอนไดออกไซด์ ประเภทของไวน์มี 4 ประเภท[1,4,5]

1.2.1 เทเบิ้ลไวน์ (table wine) หรือ สติลไวน์ (still wine) เป็นไวน์ไม่มีฟอง ส่วนใหญ่แบ่งตามสีของไวน์ 3 กลุ่ม คือ ไวน์แดง (ได้จากการหมักองุ่นแดงหรือองุ่นดำทั้งเมล็ด เปลือก และเนื้อ), ไวน์ขาว (ได้จากการหมักเนื้อองุ่นขาว หรือองุ่นเขียว), ไวน์โรเซ่ (ได้จากการหมักองุ่นแดงหรือองุ่นดำซึ่งในกระบวนการหมักจะปล่อยให้สัมผัสกับน้ำองุ่นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ พอมีสีชมพูอ่อน) โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 7-15 ดีกรี บรรจุภัณฑ์ ไวน์ขาว ไวน์โรเซ่นิยมบรรจุในขวดแก้วใส กล่องกระดาษ ไวน์แดงนิยมบรรจุในขวดแก้วสีชา ขวดแก้วสีเขียว กล่องกระดาษ เป็นต้น ขนาดบรรจุภัณฑ์ไวน์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ปริมาตรบรรจุ 700-750 มิลลิลิตร

ตารางที่ 1.2.3 ลักษณะบรรจุภัณฑ์เทเบิ้ลไวน์จำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	250 มล.	
ขวด	187, 330, 370, 375, 500 มล.	700, 750 มล. 1, 1.5, 3 ลิตร
ถุง		1.5 ลิตร

1.2.2 สปาร์กกลิ้งไวน์ (sparkling wine) เป็นไวน์ที่มีฟองซึ่งเกิดจากกระบวนการหมักครั้งที่สองของยีสต์ (second fermentation) ได้แก่ แชมเปญ (Champagne), เครม็องก์ (Crémant), คาว่า (Cava), เซ็ก (Sekt), สปูมันเต้ (Spumante), ฟริซซานเต้ (Frizzante), โปรเซ็คโก้ (Prosecco) และลัมบรุสโก้ (Lumbrusco) โดยทั่วไปมีความเข้มข้น ปริมาณแอลกอฮอล์ 5-12 ดีกรี บรรจุภัณฑ์นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขวดแก้วสีเขียว ขนาดบรรจุภัณฑ์ไวน์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ปริมาตรบรรจุ 700-750 มิลลิลิตร

1.2.3 ฟอร์ติไฟด์ไวน์ (fortified wine) เป็นไวน์ที่มีแอลกอฮอล์สูงประมาณ 14-24 ดีกรี เนื่องจากมีการผสมบรั่นดี หรือแอลกอฮอล์กลั่นลงไปด้วย เป็นไวน์ที่มีชื่อเฉพาะเจาะจง ชนิดที่โด่งดังมาก ได้แก่ พอร์ท (Port), มาเดียร่า (Madiera), มาลาก้า (Malaga), มาร์ซาล่า (Marsala) และเชอร์รี่ (Sherry)[1] บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขวดแก้วสีเขียว ขนาดบรรจุภัณฑ์ไวน์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ปริมาตรบรรจุ 700-750 มิลลิลิตร

1.2.4 อะโรมาไทซ์ไวน์ (aromatized wine) หรือแอพเพริทิฟไวน์ (Apéritif wine) เป็นฟอร์ติไฟด์ไวน์ที่ปรุงแต่งด้วยเครื่องเทศ สมุนไพร หรือรากไม้ ที่รู้จักกันดีคือ เวอร์มุท (Vermouth) โดยทั่วไปมีความเข้มข้น ปริมาณแอลกอฮอล์ 8-22 ดีกรี บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีชา ขวดแก้วใส ขวดแก้วสีเขียว ขนาดบรรจุภัณฑ์ไวน์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ปริมาตรบรรจุ 700-750 มิลลิลิตร

1.3 ไซเดอร์ (hard cider)

ไซเดอร์[1] เป็นน้ำผลไม้หมัก ผลไม้ที่นิยมนำมาหมัก เช่น แอปเปิ้ล พีชหรือลูกแพร์ ส่วนใหญ่เป็นน้ำแอปเปิ้ลหมัก จัดเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หวานปริมาณน้ำตาลมากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 4-8 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Strongbow Cider, Moose Cider, Brothers Cider, Somersby Cider เป็นต้น ไซเดอร์มีหลายสไตล์แตกต่างกันตามปริมาณแอลกอฮอล์และน้ำตาลที่ให้พลังงาน[1,6,7] ดังนี้

1.3.1 ไซเดอร์แห้ง (dry cider) เป็นไซเดอร์มีน้ำตาลน้อยกว่า 0.5 ดีกรี และมักมีความเป็นกรดมากกว่าไซเดอร์ประเภทอื่น ไซเดอร์ที่ทำจากน้ำแอปเปิ้ลหมักมีปริมาณน้ำตาลต่ำกว่าไซเดอร์ประเภทอื่น แต่มีปริมาณแอลกอฮอล์สูงเนื่องจากน้ำตาลทั้งหมดจะถูกแปลงเป็นแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 4-7 ดีกรี

1.3.2 ไซเดอร์ออฟดราย (off-dry cider) เป็นไซเดอร์หวานมีเนื้อมากกว่าเล็กน้อย และมีปริมาณน้ำตาลน้อยกว่า 2 ดีกรี ไซเดอร์รสชาติเข้มข้นกว่าเบียร์

1.3.3 ไซเดอร์แบบบอนด์ดราย (semi-dry cider) จะมีความหวานมากกว่าเล็กน้อย บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขวดแก้วสีชา และกระป๋องอลูมิเนียม ขนาดบรรจุภัณฑ์ไซเดอร์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.4 ลักษณะบรรจุภัณฑ์ไซเดอร์จำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	330 มล.	
ขวด	330 มล.	500 มล.

ภาพที่ 1.2.5 | ตัวอย่างไซเดอร์[3]

1.4 อุ

อุ เป็นสุราแช่ชุมชนของไทย เกิดจากกระบวนการหมัก วัตถุดิบหลักที่ใช้ในการหมัก คือ ข้าวผสมแกลบ ใช้ลูกแป้งเป็นกล้าเชื้อจุลินทรีย์ที่มีทั้งเชื้อราและยีสต์ อุต้องหมักในไหแล้วปิดฝาให้สนิท ในปัจจุบันนิยมปิดด้วยขี้เถ้าอัดหรือปูนซีเมนต์ เมื่อต้องการดื่มให้เปิดฝาด้วยการเคาะฝาออก เติมน้ำ (น้ำเปล่า) น้ำอัดลม น้ำมะพร้าว เหล้าขาว เป็นต้น ทิ้งไว้ 10 นาที แล้วใช้หลอดดูด โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 5-10 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ เหล้าอุเรณูนคร เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ ไหเล็ก 300 มิลลิลิตร ไหกลาง 750 มิลลิลิตร ไหใหญ่ 1,000 มิลลิลิตร

ภาพที่ 1.2.6 | ตัวอย่างอุ[3]

1.5 สาโท (sato)

สาโทเป็นสุราแช่ของไทย หรืออาจจะเรียกว่า ไวน์ข้าว[8,9] มีรสออกหวาน เกิดจากกระบวนการนำข้าวเหนียวนึ่งมาหมักคลุกเคล้าด้วยหัวเชื้อแห้งที่เรียกว่า ลูกแป้ง ซึ่งหัวเชื้อมีส่วนผสมของเชื้อราและยีสต์ หรือใช้ผงแป้งสาโทผสมน้ำ ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ไม่เกิน 6-8 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ สาโทสยาม สาโทบางม้า สาโทพญาแถน สาโทแซตอม เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีเขียว ขวดแก้วสีชา ขวดแก้วขาวขุ่น ขวดเซรามิก เป็นต้น ปริมาตร 620-640 มิลลิลิตร

1.6 มักกอลี (makkolli)

มักกอลี หรือไวน์ข้าว (rice wine) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สีขาวนวลคล้ายน้ำนม มีรสหวาน เกิดจากกระบวนการหมักข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวสาลี ข้าวบาร์เลย์ ธัญพืช หรือผลไม้เป็นต้น และส่าเหล้าของเกาหลีที่เรียกว่า “นูรุก”[10,11] ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 3-9 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Kook Soon Dang Makgeolli, CHUGA Makgeolli, Woorisool Makgeolli, SLOWLY Makgeolli, Gyeongju Beopju, Sejong Makgeolli, Kook Soon Dang Makgeolli, Walmae Makgeolli เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดพลาสติกใส ขวดพลาสติกขาวขุ่น ปริมาตร 750 มิลลิลิตร

ภาพที่ 1.2.7 | ตัวอย่างมักกอลี[3]

1.7 เหล้าบ๊วย (umeshu)

1.7.1 เหล้าบ๊วย เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดหนึ่งของญี่ปุ่น ทำจากบ๊วย น้ำตาล และแอลกอฮอล์ ขั้นตอนการทำไม่ยุ่งยากบางครั้งมีการนำผลไม้ชนิดอื่นแทนบ๊วย เหล้าบ๊วยได้รับความนิยมในประเทศไทยช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 4-37 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ CHOYA, Kyu Kyu, TOKAI, sora, Hai เป็นต้น ส่วนใหญ่ที่นิยมขายในประเทศไทยมีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 14 ดีกรี ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.5 ลักษณะบรรจุภัณฑ์เหล้าบ๊วยจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	180, 250 มล.	
ขวด	160, 200, 240, 250, 300, 325, 330, 375, 430, 500 มล.	600, 640, 650, 720, 730, 1000, 1500, 1800 มล.
กล่อง	500 มล.	1, 1.8, 2 ลิตร
ถุง		900 มล.

ภาพที่ 1.2.8 | ตัวอย่างเหล้าบ๊วย[3]

2. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบกลั่น (distilled หรือ spirit beverages)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบกลั่นเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำสุราแช่ที่ผลิตจากธัญพืช รากพืช หรือผลไม้ ผ่านกระบวนการกลั่นเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ จึงทำให้มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 35-50 ดีกรี ชนิดสุรากลั่น ได้แก่ สุรากลั่น (distilled หรือ spirit beverages) ที่ได้จากการนำสุราแช่ที่ผลิตจากธัญพืช รากพืช ผลผลิตจากน้ำตาล หรือผลไม้แล้วนำมากลั่น เช่น วิสกี้ (whisky), วอดก้า (vodka), ยิน (gin), รัม (rum), บรั่นดี (brandy), เตกิลา (tequila)[1,12]

2.1 วิสกี้ (whisky)

2.1.1 วิสกี้ หรือสุราสี คือ สุรากลั่นที่หมักด้วยธัญพืช เช่น ข้าวบาร์เลย์ ข้าวมอลต์ ข้าวไรย์ ข้าวสาลี และข้าวโพด เป็นต้น แล้วนำไปบ่มในถังไม้เป็นระยะเวลานาน วิสกี้มีหลายชนิด เช่น สกอตช์วิสกี้ ไอริชวิสกี้ บอร์บอนวิสกี้ มีกรรมวิธีผลิตและระยะเวลาบ่มที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อปริมาณแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 35-40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ BLEND 285, JOHNNIE WALKER, Chivas Regal, Jack Daniel's, Jameson, Monkey Shoulder, SILVER KNIGHT, Silver wolf, TENDO, เหล้าแสงสว่าง เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขวดแก้วสีเขียว ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.6 ลักษณะบรรจุภัณฑ์วิสกี้จำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
ขวดกลม	345, 350, 375 มล.	625, 640, 700, 750, 1000 มล.

ภาพที่ 1.2.9 | ตัวอย่างวิสกี้[3]

2.2 รัม

รัม เป็นเหล้าที่ได้จากการกลั่นกากน้ำตาลหมัก วัตถุดิบหลักที่ใช้ในการผลิต ได้แก่ น้ำตาลทราย (sucrose), กากน้ำตาล (molass) รัมอาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ไลต์บอดีรัม (light-bodied rum), ดาร์กฟูลบอดีรัม (dark-full bodied rum) และแอโรแมติกรัม (aromatic rum) รัมมักมีรสหวาน เหมาะสำหรับค็อกเทลหลากหลายชนิด โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 35-40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ แสงโสม หงส์ทอง แม่โขง พระยารัม Captain, Morgan, ฉลองเบย์ ซอดแจ้ง อีสานรัม เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน รัมปริมาตร 100 มล. (2 เป็ก 2 ตอง 2 ก๊ง) ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี ให้พลังงานเฉลี่ย 18.7 กิโลแคลอรี่ น้ำตาล 0.9 กรัม[13]

ตารางที่ 1.2.7 ลักษณะบรรจุภัณฑ์รัมจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
ขวดแบน	350 มล.	
ขวดกลม	330 มล.	700, 750 มล.

ภาพที่ 1.2.10 | ตัวอย่างรัม[3]

2.3 บรั่นดี (brandy)

บรั่นดี เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการกลั่น วัตถุดิบหลัก คือ องุ่น และจุลินทรีย์จุลินทรีย์ที่ใช้ในการหมัก คือ ยีสต์ Saccharomyces cerevisiae หมักแล้วบ่มในถังไม้โอ๊ก กระบวนการกลั่นจะทำ 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการกลั่นเพื่อแยกเอาน้ำออก บรั่นดีที่ได้จากกลั่นครั้งแรกจะมีแอลกอฮอล์ประมาณ 30 ดีกรี หลังจากนั้นจึงกลั่นซ้ำอีกเป็นครั้งที่สองให้มีแอลกอฮอล์สูงขึ้นเป็น 70-80 ดีกรี จึงนำไปเก็บบ่มในถังไม้โอ๊กอังไฟ สำหรับบรั่นดีที่กลั่นได้ในช่วงแรกและช่วงท้ายจะนำไปทิ้ง เมื่อบ่มได้ที่แล้วนำมาเติมน้ำกลั่นเพื่อลดปริมาณแอลกอฮอล์ลงให้เหลือเพียงไม่เกิน 40 ดีกรี[14,15] โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 38-40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ GALAXY V.S.O.P., St. HENRI, Hennessy V.S.O.P, Meridian Brandy V.S.O.P เป็นต้น ประเภทของบรั่นดีมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามวัตถุดิบและวิธีการผลิต[16] ได้แก่

2.3.1 คอนญัก (cognac) ผลิตในภูมิภาคคอนญักของฝรั่งเศส ผ่านการกลั่นสองครั้งและบ่มในถังไม้โอ๊คอย่างน้อย 2 ปี คอนญักมีรสชาติที่หอมหวานและนุ่มนวล

2.3.2 อาร์มาแน็ก (armagnac) ผลิตในภูมิภาคอาร์มาแน็กของฝรั่งเศส มีการกลั่นเพียงครั้งเดียวและบ่มในถังไม้โอ๊ค อาร์มาแน็กมีรสชาติที่เข้มข้นและซับซ้อน

2.3.3 บรั่นดีผลไม้ (fruit brandy) ผลิตจากผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น เชอร์รี่ ลูกแพร์ แอปเปิ้ล มีรสชาติและกลิ่นหอมของผลไม้

2.3.4 บรั่นดีจากไวน์ (wine brandy) ผลิตจากไวน์ มีรสชาติที่หลากหลายตามชนิดของไวน์ที่ใช้บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส

ตารางที่ 1.2.8 ลักษณะบรรจุภัณฑ์บรั่นดีจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
ขวดแบน	300, 350 มล.	
ขวดกลม	330 มล.	700, 750, 1000 มล.

ภาพที่ 1.2.11 | ตัวอย่างบรั่นดี[3]

2.4 วอดก้า (vodka)

วอดก้า สุรากลั่นที่ทำจากเมล็ดธัญพืช เช่น ข้าว ข้าวโพด มันฝรั่ง เป็นต้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใส ไม่มีสี ไม่มีกลิ่นฉุนเท่ากับเหล้าชนิดอื่น มีปริมาณแอลกอฮอล์สูงมาก สามารถนำมาผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ ได้ โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 35-40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Absolut, Smirnoff, Kulov, Sawasdee, วอดก้ายอดข้าวสุราทิพย์, IRON BALLS, GILBEY'S เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส

ตารางที่ 1.2.9 ลักษณะบรรจุภัณฑ์วอดก้าจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
ขวดแบน	300, 350, 375 มล.	
ขวดกลม	330 มล.	700, 750, 1000 มล.

ภาพที่ 1.2.12 | ตัวอย่างวอดก้า[3]

2.5 ยิน (gin)

ยิน หรือ จิน อาจเรียกว่า เหล้าขาว (white spirit) เนื่องจากใสไม่มีสี ไม่มีการบ่ม ยินเกิดจากการนำเมล็ดข้าวโพด ข้าวไรย์ ข้าวบาร์เลย์ ข้าวสาลี และข้าวต่าง ๆ มาบดให้เข้ากันแล้วนำไปต้มและหมัก เมื่อหมักได้ปริมาณแอลกอฮอล์ตามต้องการแล้วก็ทำการกลั่นครั้งแรก แล้วกลั่นซ้ำอีกโดยเติมผลจูนิเปอร์ลงไปเล็กน้อย เพื่อให้ได้กลิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งอาจเติมสมุนไพรอื่นเพื่อเพิ่มกลิ่นและรสลงไปด้วย[17] ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 37-40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Bombay Sapphire, GILBEY'S Gin, Gordon's Gin, Sod Chaeng Gin, SIAM GIN เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขนาด 700 มล., 750 มล. และ 1 ลิตร

ภาพที่ 1.2.13 | ตัวอย่างยิน[3]

2.6 เตกีล่า

เตกีล่า สุรากลั่นที่ผลิตจากต้นอากาเว (agave) พบได้ทั่วไปในเม็กซิโก แบ่งตามอายุการบ่ม เช่น บลานโก (ไม่บ่ม) ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ SIERRA เป็นต้น บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส ขนาด 700 มล.

ภาพที่ 1.2.14 | ตัวอย่างเตกีล่า[3]

2.7 เหล้าขาว

เหล้าขาว สุราขาว หรือสุรากลั่นชุมชน มีลักษณะใส มักมีรสชาติที่เป็นเอกลักษณ์และมีกลิ่นเฉพาะ วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตส่วนใหญ่ คือ ข้าวเหนียว (ภาคเหนือ ภาคอีสาน) โมลาร์ (ภาคอีสาน) และน้ำตาลโตนด (ภาคใต้) อ้อย ข้าวโพด ซึ่งน้ำตาลเหล่านี้จะถูกผ่านกรรมวิธีการหมักและกลั่นเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นเหล้าขาว[18] โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 28-40 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ รวงข้าว นิยมไทย ยอดข้าวสุราทิพย์ เหยี่ยวเงิน สิงห์นาคา สังเวียน ขาล หมาใจดำ ไทพวน สิงห์เมรัย ลำก้า เป็นต้น เหล้าขาวหรือสุรากลั่นชุมชน ปริมาตร 100 มล. (2 เป็ก 2 ตอง 2 ก๊ง) ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี ให้พลังงานเฉลี่ย 18.7 กิโลแคลอรี่ น้ำตาล 0.9 กรัม[13] ปริมาตร 625 มล. ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 35 ดีกรี ให้พลังงานเฉลี่ย 85 กิโลแคลอรี่ บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีชา ขวดแก้วสีเขียว ขวดแก้วใส ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.10 ลักษณะบรรจุภัณฑ์เหล้าขาวจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
ขวดกลม	330 มล.	625, 700, 750 มล.

ภาพที่ 1.2.15 | ตัวอย่างเหล้าขาว[3]

2.8 สาเก (sake)

สาเก หรือไวน์ข้าวญี่ปุ่น เกิดจากการหมักจากข้าวและยีสต์ชนิดพิเศษ ทำให้มีรสชาติและกลิ่นที่เป็นเอกลักษณ์[1,19,20] สาเกที่นิยม ได้แก่ เซชุ (Seishu) ฮงโจโซ (Honjozo) กินโจ (Ginjo) ไดกินโจ (DAIGINJO) จุนไม (Junmai) นามะ (Nama) เกนชุ (Genshu) นิโกริ (NIGORI) หรือสาเกสีขาวขุ่น เป็นต้น ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 7-20 ดีกรี สาเก ปริมาณ 174 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 15 ดีกรี ให้พลังงาน 185-239 กิโลแคลอรี่[22] ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของสาเก และความเข้มข้นของแอลกอฮอล์บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีเขียว ขวดแก้วสีชา ขวดแก้วขาวขุ่น ขวดเซรามิก เป็นต้น

ตารางที่ 1.2.11 ลักษณะบรรจุภัณฑ์สาเกจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	180 มล.	490-500 มล.
ขวด	180, 200, 250, 300, 500, มล.	710, 720,750 มล. 1.8 ลิตร
กล่อง		900 มล.

ภาพที่ 1.2.16 | ตัวอย่างสาเก[3]

2.9 โซจู (soju) โชจู (shochu)

2.9.1 โซจู (soju) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมของเกาหลี มีลักษณะใส กลิ่นและรสชาติคล้ายวอดก้า โซจูเกิดจากกระบวนการหมักข้าว มันหวาน ข้าวโพด ข้าวบาร์เลย์ หรือมันสำปะหลัง เป็นต้น กับหัวเชื้อที่ชื่อ “นูรุก” เพื่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนเป็นแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นนำมากลั่นออกมาเป็นแอลกอฮอล์ที่ใส ไม่มีสี อาจมีการใส่กลิ่นผลไม้ เช่น โซจูพีช โซจูส้ม โซจูองุ่น เป็นต้น โดยทั่วไปมีความเข้มข้น ปริมาณแอลกอฮอล์ 7-28 ดีกรี โซจู 1 ขวด ขนาด 360 มล. ปริมาณแอลกอฮอล์ 13-34 ดีกรี ให้พลังงานเฉลี่ย 390-680 กิโลแคลอรี่[21] โซจู 1 เป๊ก ปริมาณแอลกอฮอล์ 14-16 ดีกรี ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี่[1] บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีเขียว ขวดแก้วใส ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.12 ลักษณะบรรจุภัณฑ์โซจูจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	355 มล.	
ขวด	330, 360, 375 มล.	750 มล.

ภาพที่ 1.2.17 | ตัวอย่างโซจู[3]

2.9.2 โซจู (shochu) เป็นเหล้าที่นิยมดื่มในประเทศญี่ปุ่น เกิดจากกระบวนการหมักมันหวาน ข้าวบาร์เลย์ หรืออ้อยกับจุลินทรีย์ที่ชื่อ “โคจิ” โซจูมี 2 แบบ คือ แบบกลั่นครั้งเดียว เรียกว่า Honkaku Shochu คงกลิ่นและรสชาติดั้งเดิมได้ดี และแบบกลั่น 2 รอบ เรียกว่า Korui Shochu ทำให้กลิ่นอ่อนลง และมีความเบามากกว่า ซึ่งเหมาะสำหรับนำไปผสมทำเป็นเมนูค็อกเทล โซจูโดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 25-30 ดีกรี บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วสีชา ขวดแก้วใส ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ภาพที่ 1.2.18 | ตัวอย่างโชจู[3]

3. สุราผสม (compounded beverages)

สุราผสมที่ได้จากการนำสุรากลั่นมาผสมกับสารปรุงแต่งกลิ่นรส เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม (ready to drink: RTD) ฮาร์ดเซลท์เซอร์ (hard seltzer) และลิเคียว (liqueur) เป็นต้น

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม หรือเครื่องดื่มผสมเสร็จพร้อมดื่ม ซึ่งอาจจำแนกออกเป็น 3 แบบ คือ แบบมอลต์ แบบสุรา และแบบไวน์[22] เป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นเนื่องจากดื่มง่าย มีหลากหลายรสชาติ โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 3-9 ดีกรี บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส กระป๋องอลูมิเนียม ขนาดบรรจุภัณฑ์แต่ละตรายี่ห้อมีปริมาตรแตกต่างกัน

ตารางที่ 1.2.13 ลักษณะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มจำแนกตามขนาด

บรรจุภัณฑ์	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่
กระป๋อง	250, 330 มล.	
ขวด	275, 500 มล.	750 มล.

ภาพที่ 1.2.19 | ตัวอย่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มแบบขวด[3]

ภาพที 1.2.20 | ตัวอย่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มแบบกระป๋อง[3]

3.1 ฮาร์ดเซลท์เซอร์ (hard seltzer)

ฮาร์ดเซลท์เซอร์ (hard seltzer) หรือน้ำสปาร์คกลิ้งแอลกอฮอล์ หรือน้ำอัดลมแอลกอฮอล์ เป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งประกอบด้วยน้ำอัดลมรสผลไม้ซึ่งมีหลากหลายรสชาติ โดยทั่วไปมีความเข้มข้นปริมาณแอลกอฮอล์ 4-6 ดีกรี บรรจุภัณฑ์ นิยมบรรจุในขวดแก้วใส กระป๋องอลูมิเนียม ขนาดบรรจุ ขวด 275 มล. กระป๋อง 320 มล.

ภาพที่ 1.2.21 | ตัวอย่างฮาร์ดเซลท์เซอร์[3]

3.2 ลิเคียว (liqueur)

ลิเคียว (liqueur) คือ สุรารสหวาน ผลิตจากการนำ วิสกี้ (whisky) วอดก้า (vodka) ยิน (gin) รัม (rum) บรั่นดี (brandy) มาเติมกลิ่น เพิ่มความหวานต่าง ๆ เช่น ผลไม้ ครีม กาแฟ ช็อคโกแลต เป็นต้น โดยทั่วไปมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 17-30 ดีกรี ตรายี่ห้อที่นิยมจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Baileys, KAHLUA, CAMPARI บรรจุภัณฑ์หลากหลาย นิยมบรรจุในขวดแก้วทึบ ขวดแก้วสีชา ขวดแก้วใส ขนาดบรรจุ ขวด 700, 750 มล. 1 ลิตร

ภาพที่ 1.2.22 | ตัวอย่างลิเคียว[3]

1.2.3 บทสรุป

ประเทศไทยมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลากหลายประเภทที่มีลักษณะเฉพาะตามกระบวนการผลิต วัตถุดิบที่ใช้ และปริมาณแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดื่มและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ความหลากหลายดังกล่าวสะท้อนถึงเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมและการบริโภคในแต่ละภูมิภาค แต่ในขณะเดียวกันก็สร้างความท้าทายในการศึกษาและการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านพฤติกรรมการดื่ม ผลกระทบทางสุขภาพ และการจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไม่กลั่น (เช่น เบียร์ ไวน์ ไซเดอร์ สาโท และเหล้าบ๊วย) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบกลั่น (เช่น สุราและวิสกี้) และสุราผสม ความแตกต่างของแต่ละประเภทมีผลต่อรสชาติ คุณลักษณะ และความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ซึ่งสะท้อนถึงรูปแบบการผลิตที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและการรับเอาวัฒนธรรมการบริโภคจากต่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม เอกสารนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการศึกษาวิจัยในเชิงวิชาการ โดยมิได้มีเจตนาส่งเสริมหรือเชิญชวนให้บริโภค หรือการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่อย่างใด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่นำเสนอนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์และพัฒนางานวิจัยเชิงวิชาการ ตลอดจนช่วยเพิ่มความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริบทของประเทศไทย และเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายและการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Nathan Yerby. Types of alcohol [Internet]. Alcohol Help; 2025 [updated 2025 Jan 3; cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.alcoholrehabguide.org/alcohol/types/
2. กรมสรรพสามิต. ประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตสุราและการนำสุราออกจากโรงอุตสาหกรรมเพื่อตรวจวิเคราะห์ในขั้นตอนการผลิต. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 119ง (ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2561).
3. PNGegg. Transparent sticker png images for designers [Internet]. PNGegg; [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.pngegg.com/.
4. Napitchaya คอไวน์. ไวน์คืออะไร และ ไวน์มีกี่ประเภท. [อินเทอร์เน็ต] Blockdit; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.blockdit.com/posts/60157c2d005e800317fc6ca9
5. WSET Global. How many wine types and styles are there? [Internet]. WSET Global; 2023 [cited 2024. 2024 Sep 20]. Available from: https://www.wsetglobal.com/knowledge-centre/blog/2023/october/03/how-many-wine-types-and-styles-are-there/

6. Flying Embers. Explore the world of alcohol and all of the different types flying embers [Internet]. 2022 [cited 2024. 2024 Sep 20]. Available from: https://www.flyingembers.com/blogs/booch-bulletin/types-of-alcohol
7. Wikipedia. ไซเดอร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://th.wikipedia.org/wiki/ไซเดอร์
8. สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม. มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน สาโท. กรุงเทพฯ: สำนักงาน: 2546.
9. วิกิพีเดีย. สาโท [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://th.wikipedia.org/wiki/สาโท
10. วรัญญู อินทรกำแหง. Makgeolli Attack: การโจมตีของมักกอลลี เมื่อเหล้าของชาวนากลับมาทวงบัลลังก์ความนิยม. [อินเทอร์เน็ต]. The Standard; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thestandard.co/mkgeolli-attack/
11. Infostory. มารู้จัก “มักกอลลี (막걸리)” เครื่องดื่มสีขาวนวล ยอดนิยมของชาวเกาหลี กันเถอะ! [อินเทอร์เน็ต]. Channels; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.brandthink.me/content/มารู้จัก-มักกอลลี-막걸리-เค
12. กรมสรรพสามิต. ประเภทและชนิดของสุรา. กรมสรรพสามิต; มปป.
13. Aung TNN, Thaikla K, Wiwatkunupakarn N, Aramrat C, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, et al. Development of a tool to estimate sugar and caloric contents in alcoholic beverages for a diabetes self-management program in Thailand. Heliyon 2023;9:e21162.
14. Chsirawan. Brandy บรั่นดี คืออะไร? มีกี่ประเภท? มือใหม่ ควรเลือกยี่ห้อไหนดี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.whiskyhouseth.com/post/what-is-brandy
15. พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์, นิธิยา รัตนาปนนท์. brandy / บรั่นดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Food Network Solution; [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/1346/brandy-%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%99%E0%B8%94%E0%B8%B5
16. Choshuya. บรั่นดี (Brandy) เสน่ห์แห่งรสชาติและประวัติศาสตร์ในแก้วเดียว [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ: โชชูยา; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.choshuya.co.th/brandy/
17. พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์, นิธิยา รัตนาปนนท์. Gin / จิน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Food Network Solution; [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/6595/gin-%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%99
18. Liquid Therapy. ความแตกต่างระหว่างเหล้าขาวและวอดก้า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://liquidth.com/difference-between-white-rum-and-vodka/
19. ภัทวีย์ ศรีหะไตรย์. เปิดโลกคู่ขนาน เส้นทางสุราเสรี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสารวาระทางสังคมและนโยบายสาธารณะ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://theactive.net/read/free-spirits/.

20. tsunagu Japan. คู่มือการเลือก ซื้อ และวิธีดื่มเหล้าสาเกในญี่ปุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tsunagujapan.com/th/how-to-drink-sake-a-guide-to-choosing-buying-and-drinking-sake-in-japan/
21. Fit.Friend. รู้ไว้ก่อนปาร์ตี้! “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” แต่ละประเภท มีกี่แคลอรี่? [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก:: https://www.fitfriend.co/how-many-calories-alcoholic-beverage/
22. Overproof. RTD Alcohol: everything you need to know about this growing category [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://overproof.com/2022/11/23/rtd-alcohol/

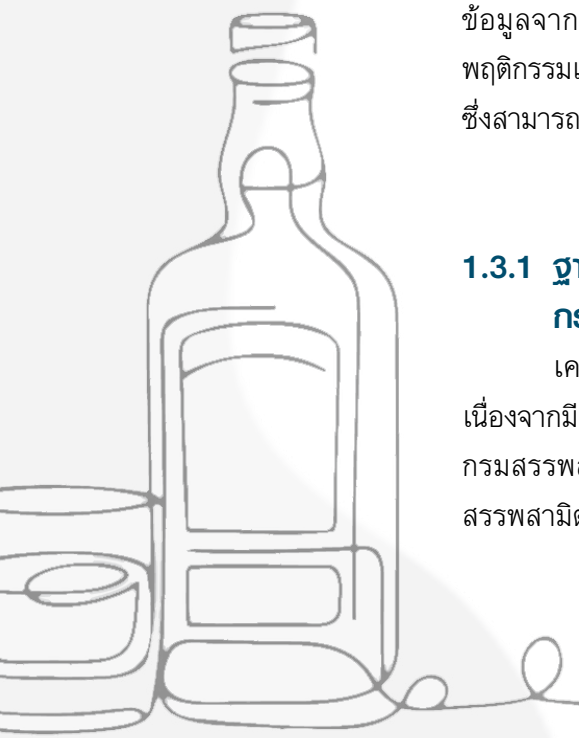
ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 1
พื้นฐานและระเบียบวิธีวิจัย

บทที่ 1.3 ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| ชฎาบุญ เจียรธนกฤติ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมในประเทศไทย ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการวิเคราะห์เชิงนโยบายด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกำหนดมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ โดยฐานข้อมูลหลักที่ใช้ในการเขียนหนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทด้านการจัดเก็บภาษี การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน และการตรวจสุขภาพประชาชนระดับประเทศ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ฐานข้อมูลหลัก ดังนี้



1.3.1 ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม กรมสรรพสามิต ในฐานะหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต ได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การนำเข้า

การจำหน่าย และการเสียภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (recorded alcohol) ฐานข้อมูลดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายควบคุมการบริโภค การวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพ และการส่งเสริมธรรมาภิบาลด้านภาษี โดยการจัดเก็บข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสรรพสามิตมีพื้นฐานจากพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560[1] ซึ่งกำหนดให้สินค้าประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมด้านการผลิต การจำหน่าย และการเสียภาษี โดยมีการกำหนดอัตราภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์และราคาขายปลีกแนะนำ ทั้งนี้ กรมสรรพสามิตได้พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบภาษีอิเล็กทรอนิกส์ (excise tax system) ซึ่งผู้ประกอบการที่ได้รับใบอนุญาตผลิตและจำหน่ายสุรา ต้องรายงานข้อมูลเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาสตามประเภทกิจการ[2]

การจัดเก็บข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อคำนวณภาษีสรรพสามิตอย่างถูกต้องและเป็นธรรม ควบคุมการผลิตและการจำหน่ายสินค้าที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สนับสนุนการวิเคราะห์เชิงนโยบายด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจ และส่งเสริมความโปร่งใสในการบริหารจัดการภาษีและการกำกับดูแลภาคธุรกิจ ซึ่งถูกจัดเก็บในหลายมิติ ได้แก่

- **ปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** จำแนกตามประเภท เช่น สุรากลั่น สุราผสม เบียร์ และไวน์
- **รายละเอียดของผลิตภัณฑ์** เช่น ดีกรีแอลกอฮอล์ ราคาขายส่งช่วงสุดท้าย และราคาขายปลีกแนะนำ
- **ข้อมูลการเสียภาษี** โดยคำนวณจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์และมูลค่าของสินค้า
- **ข้อมูลการควบคุมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการกำกับดูแลการจำหน่าย**

ข้อมูลดังกล่าวยังสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ภาระโรคจากการบริโภคแอลกอฮอล์ และการประเมินผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายภาษีในระดับประเทศ

การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสรรพสามิต

นักวิจัย นักวิชาการ และหน่วยงานต่าง ๆ ได้นำข้อมูลจากกรมสรรพสามิตไปใช้ประโยชน์ในหลายด้าน ได้แก่

- **การคำนวณปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (annual per capita consumption: APC, หน่วย: ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/ประชากร/ปี)** และการคำนวณปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปี (annual per drinker consumption, หน่วย: ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/ผู้ดื่ม/ปี) โดยใช้ข้อมูลการผลิตและนำเข้าสุรา คำนวณเป็นลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนหรือต่อผู้ดื่มต่อปี เพื่อประเมินแนวโน้มการบริโภคในระดับประเทศ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก[3] ซึ่งการคำนวณหา

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสองเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570) กลยุทธ์ 1 การควบคุมและจำกัดการเข้าถึง ในการบ่งชี้ปริมาณการดื่มในภาพรวมของประชาชนไทย

- **การสนับสนุนการรณรงค์และการกำหนดมาตรการควบคุม** ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตถูกนำไปใช้ประกอบการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เช่น การจำกัดการเข้าถึง การควบคุมการโฆษณา และการกำหนดช่วงเวลาการจำหน่าย[3]

ดังนั้น ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสรรพสามิตจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำกับดูแลสินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม รวมถึงการสนับสนุนการวิจัยและการกำหนดนโยบายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ซึ่งการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างแม่นยำ และส่งเสริมการดำเนินงานเชิงป้องกันผลกระทบที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2 ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การสูบบุหรี่และการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาพฤติกรรมเหล่านี้จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขและการวางแผนเชิงป้องกันในระดับประเทศ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 และดำเนินการต่อเนื่องทุก 3 ปี[4] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำฐานข้อมูลด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราในการศึกษาพฤติกรรม แนวโน้ม และการเปลี่ยนแปลงของการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในประชากรไทย นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสามารถใช้ข้อมูลในการประเมินสถานการณ์และผลของมาตรการรณรงค์ต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพและความปลอดภัยทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงข้อคำถามและวิธีการเก็บข้อมูลให้มีความละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับบริบททางสังคมและสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา จึงสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของแบบสอบถาม เช่น จากการสอบถามเพียง “ความถี่” ไปสู่การใช้แบบสอบถามเฉพาะ เช่น BSQF, QF, L7D และ BSY ที่สามารถวัดปริมาณและรูปแบบการดื่มได้อย่างละเอียดมากขึ้น โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากครัวเรือนทั่วประเทศผ่านการสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่ภาคสนาม ได้แก่

- **ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน** เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงประชากร
- **พฤติกรรมการสูบบุหรี่** เช่น จำนวนมวนที่สูบ อายุที่เริ่มสูบ ความถี่ในการสูบ
- **พฤติกรรมการดื่มสุรา** เช่น ประเภทและปริมาณสุราที่ดื่ม รูปแบบและความถี่ในการดื่ม สาเหตุที่เริ่มดื่ม อายุที่เริ่มดื่ม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพ
- **ผลกระทบจากพฤติกรรม** เช่น ปัญหาในครัวเรือน การขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มสุรา เป็นต้น

ภาพที่ 1.3.1 | โครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2554, พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2560, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2567

การใช้ประโยชน์จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ถูกนำมาใช้ในการจัดทำรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำปี โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ทำการวิเคราะห์แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ศึกษาแบบแผน จำนวน อัตราความชุกของการดื่มสุราลักษณะต่าง ๆ ในประชากรไทยปัจจุบัน รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าเหล่านี้ในระยะเวลามากกว่า 10 ปี เพื่อช่วยให้สามารถกำหนดกลุ่มเป้าหมายของมาตรการควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ข้อมูลดังกล่าวยังถูกใช้ในการสนับสนุนการพิจารณากฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยิ่งไปกว่านั้น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจดังกล่าวตอบตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570) มีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ ความชุกของผู้บริโภคในประชากรอายุ 15-19 ปี และความชุกของผู้บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่ (ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)[5]

ดังนั้น การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตามและประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของประเทศ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข การรณรงค์ป้องกัน และการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

1.3.3 ฐานข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (Thai National Health Examination Survey: NHES) เป็นโครงการสำคัญระดับชาติที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยอย่างครอบคลุม ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อสถานการณ์สุขภาพของประเทศในระยะยาว[6] ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายมีบทบาทสำคัญในการชี้นำทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เช่น การรณรงค์คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาระต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

จุดเริ่มต้นของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2534 โดยการริเริ่มโครงการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายเกิดจากความร่วมมือของหลายหน่วยงาน ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีการออกแบบการสำรวจให้ครอบคลุมทั้งการสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทยอย่างแท้จริง ซึ่งปัจจุบันการสำรวจดังกล่าวได้ดำเนินการสำรวจครั้งล่าสุด เป็นครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568) โดยวิธีการสำรวจดำเนินการโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างประชากรจากทั่วประเทศ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย การตรวจร่างกายพื้นฐาน เช่น การวัดสัดส่วนร่างกาย ความดันโลหิต และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล ไขมัน และการตรวจปัสสาวะเพื่อวัดระดับโซเดียม เป็นต้น

ภาพที่ 1.3.2 | การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4-6

การใช้ประโยชน์จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการศึกษาทางวิชาการ ดังนี้

- **การศึกษาทางระบาดวิทยา** ซึ่งถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ความชุกของโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ
- **การสนับสนุนการวิจัยเชิงปริมาณและการวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพ** เนื่องจากการสำรวจนี้มีข้อมูลเชิงเวลา (time-series) ที่สามารถใช้ในการติดตามแนวโน้มสุขภาพประชาชน
- **การประเมินผลกระทบของนโยบายสาธารณสุข** การสำรวจนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดผลลัพธ์ของนโยบาย เช่น การลดอัตราการสูบบุหรี่หรือการเพิ่มกิจกรรมทางกาย

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจนี้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่อิงหลักฐาน (evidence-based policy) โดยเฉพาะในด้านต่อไปนี้

- **การออกมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ** ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคช่วยให้สามารถกำหนดมาตรการควบคุมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เสี่ยง
- **การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและโภชนาการที่เหมาะสม** การสำรวจนี้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระดับกิจกรรมทางกายที่สามารถนำไปใช้ในการออกแบบแคมเปญสุขภาพเชิงรุก
- **การวางแผนบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ** เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจัดเป็นข้อมูลสุขภาพเฉพาะกลุ่มที่ช่วยให้สามารถจัดสรรทรัพยากรและออกแบบบริการสุขภาพที่ตอบโจทย์ กลุ่มประชากรเฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสรรพสามิต. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสรรพสามิต; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.excise.go.th
2. กรมสรรพสามิต. ระบบภาษีอิเล็กทรอนิกส์ (Excise Tax System) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสรรพสามิต; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://etax.excise.go.th
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2565.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/lX
5. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 1
พื้นฐานและระเบียบวิธีวิจัย
บทที่ 1.4 ระเบียบวิธีวิจัยที่สำคัญ

| วิทย์ วิชัยดิษฐ

1.4.1 บทนำ

การวิจัยด้านระบาดวิทยาของแอลกอฮอล์มีหลักการคล้ายกับการวิจัยด้านอื่น ๆ ทางระบาดวิทยา บทนี้จะกล่าวถึงหลักการและตัวอย่างงานวิจัยด้านระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ รวมถึงข้อควรพิจารณาด้านการออกแบบการศึกษา การคัดเลือกประชากร และการเก็บข้อมูล

1.4.2 การกำหนดกรอบแนวคิด: PICO

เนื่องจากระบาดวิทยาเป็นการศึกษาการกระจายตัวของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) และการกระจายตัวของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (determinants) ในประชากร (population) และการประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวเพื่องานป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นการกำหนดกรอบแนวคิดด้านการวิจัยทางระบาดวิทยาจึงควรมีองค์ประกอบสี่ส่วน ได้แก่ Population, Intervention, Control, Outcome หรือ PICO

1. Population (P)

นิยามประชากรที่เราต้องการวัด health outcome ให้ชัดเจน

2. Intervention (I)

ระบุปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิด outcome ที่เราต้องการศึกษา ซึ่งปัจจัยนี้อาจเป็นได้ทั้งสิ่งที่อยู่นอกร่างกายมนุษย์ (เช่น การได้รับยา ปริมาณยาที่ใช้ การได้รับรังสี การได้รับเชื้อโรค อาหารที่รับประทาน) สิ่งที่อยู่ภายในร่างกายมนุษย์ (เช่น พันธุกรรมหรือประวัติการป่วยในครอบครัว ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต) พฤติกรรมของมนุษย์ (เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด พฤติกรรมความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ) ปัจจัยทางจิตวิทยา (เช่น มุมมองด้านบรรทัดฐานเกี่ยวกับการดื่มสุรา ทัศนคติเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์) รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์และเศรษฐสังคม (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้)

เรามักใช้คำว่า “Intervention” ในบริบทของการวิจัยแบบทดลอง (experimental study) ที่มีการทดสอบประสิทธิศักย์ (efficacy) หรือประสิทธิผล (effectiveness) ของการรักษา (treatment) หรือมาตรการป้องกันโรค (prevention measure) แบบใหม่เทียบกับแบบมาตรฐาน อย่างไรก็ดี ในบริบทของการวิจัยแบบสังเกตการณ์ (observational study) ซึ่งเป็นการศึกษาการเกิด outcome และปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยไม่มีการรักษาหรือจัดโครงการป้องกันโรค เราอาจเรียกกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (“exposed group”)

3. Control (C)

นิยามสมาชิกของประชากรที่ไม่มีปัจจัยที่อาจส่งผลต่อ outcome ซึ่งในบริบทของการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มนี้คือกลุ่มควบคุม (control group) ที่นักวิจัยไม่ให้ยาหรือมาตรการป้องกันโรคของตัว intervention หรือให้ยาหลอก (placebo) หรือให้การรักษาตามแนวทางปกติ (standard guidelines) และในบริบทของการวิจัยแบบสังเกตการณ์ สมาชิกของประชากรกลุ่มนี้คือประชากรกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่เราสนใจ (“non-exposed group”)

4. Outcome (O)

ระบุตัวผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ที่เราต้องการศึกษา ซึ่งตัว outcome นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นการเกิดโรคเสมอไป การวิจัยทางระบาดวิทยาอาจรวมถึงการมีสุขภาพดีขึ้น (เช่น การฟื้นตัวหรือหายจากโรคภัยไข้เจ็บ) พฤติกรรมสุขภาพ (เช่น การดื่มสุราในช่วงชีวิต การดื่มหนัก การงดเว้นการดื่ม หรือการเลิกดื่ม) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (เช่น การซื้อสุราหนีภาษี การ

ซื้อสุราแทนผู้อื่น การเล่นการพนัน) หรือคุณลักษณะอื่น ๆ ทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ (เช่น ความต้องการดื่ม ความตั้งใจลด ละ เลิกการดื่มสุรา) ล้วนแต่เป็น outcome ได้ทั้งสิ้น

ข้อควรสังเกต

แกนหลักของระบาดวิทยา คือ การศึกษาการกระจายตัวของ outcome ในประชากร ดังนั้น การวิจัยทางระบาดวิทยาจึงไม่จำเป็นต้องระบุกลุ่ม intervention group (I) หรือ exposed group และกลุ่ม control group (C) หรือ non-exposed group ก็ได้ แต่ต้องมีการระบุประชากร (population หรือ P) และตัว health outcome (O) เสมอ

1.4.3 การออกแบบการศึกษา (study designs)

การศึกษาทางระบาดวิทยา แบ่งออกตามการออกแบบการศึกษาได้เป็น 5 ประเภทใหญ่ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้สรุปเนื้อหาด้านการออกแบบการศึกษาทางระบาดวิทยา จากการสังเคราะห์ความรู้ในหนังสือและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง[1-6] ผู้เขียนจึงขอแนะนำให้ผู้สนใจดำเนินการศึกษาหาความรู้เพิ่มเองตามความเหมาะสม

1. การศึกษาทางนิเวศวิทยา (ecological studies)

การศึกษาทางนิเวศวิทยา (ecological studies) เป็นการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง outcome และ exposure แบบภาพรวม เป็นการศึกษาว่าความชุกของ outcome และ exposure โดยรวมในประชากรต่าง ๆ เป็นเท่าไหร่ และมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ หน่วยของการวิจัยทางนิเวศวิทยาจึงเป็นประชากร ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคล มักเป็นการนำเอาข้อมูลจากรายงานหรือผลการวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึงความชุกของ exposure และ outcome ในประชากรที่สนใจมา plot รวมกันในกราฟเพื่อสร้างสมมุติฐานเบื้องต้น (generate initial hypothesis) ในการศึกษาที่ลึกขึ้นต่อไป อย่างไรก็ดี นักวิจัยต้องพึงระวังเรื่อง ecological fallacy (หรือ aggregation bias) หรือความผิดพลาดในขั้นตอนการใช้เหตุผล โดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรเข้ากับเหตุและผลของการเกิดโรค

ยกตัวอย่างเช่น หากนักวิจัยต้องการรู้ว่าความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างไรกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ นักวิจัยก็อาจนำเอาข้อมูลดัชนีความเหลื่อมล้ำ Gini Index ของประเทศต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกับปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของประเทศนั้น ๆ และหากพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเหลื่อมล้ำและพฤติกรรมการดื่มนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ นักวิจัยก็อาจเขียนในส่วนการอภิปรายว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้มีนัยยะว่าความเหลื่อมล้ำทำให้เกิดพฤติกรรมการดื่ม (correlation does not imply causation) ผลการศึกษาได้สร้างสมมุติฐานที่น่าสนใจและควรมีการศึกษาอย่างละเอียดขึ้นโดยใช้ข้อมูลระดับบุคคลต่อไป

2. การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เป็นการวิจัยทางระบาดวิทยาที่เก็บข้อมูลการกระจายตัวของ exposure และ outcome ในกลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาไปพร้อมกัน ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียงครั้งเดียว ประหนึ่งเป็นภาพถ่าย (snapshot) ของประชากรที่สนใจ ณ เวลาที่ทำการศึกษา การศึกษาภาคตัดขวางที่พบได้บ่อย ได้แก่ การสำรวจ (survey) หรือทำโพลความคิดเห็น (poll) ในประชากรทั่วไป

การศึกษาภาคตัดขวางในประชากรสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้หลายแบบ การสำรวจในประเด็นเดียวกันเป็นระยะสม่ำเสมอในประชากรทั่วไป มีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการสำรวจติดตาม (monitoring) ซึ่งสามารถใช้ดูแนวโน้มการเพิ่มขึ้น-ลดลงของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ (เช่น การดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มแล้วขับ การเป็นโรค alcohol use disorder) ตัวอย่างของการศึกษาภาคตัดขวาง เป็นตาม**กล่องข้อความที่ 1.4.1**

กล่องข้อความที่ 1.4.1 ตัวอย่างบทคัดย่อของการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ชื่องานวิจัย: Variations by sex and age in the association between alcohol use and depressed mood among Thai adolescents[7]

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินระดับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและอาการซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย แยกตามช่วงวัยและอายุ

วิธีวิจัย: ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 38,186 คนในประเทศไทย แบ่งออกเป็นนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 3, 5 และประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 สอบถามพฤติกรรมการดื่มและประวัติอาการซึมเศร้าติดต่อกันอย่างน้อยสองสัปดาห์ในช่วงหนึ่งปีก่อนการสำรวจ จำแนกการวิเคราะห์ตามระดับชั้นปีและเพศกำเนิด

ผลการวิจัย: นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 13 รายงานว่า ตนเคยมีอาการซึมเศร้า นักเรียนกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 41 มีประวัติดื่มสุรา เทียบกับร้อยละ 25 ในกลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.60, 1.98) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและการดื่มสุรา สูงสุดในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมต้น (Adj OR = 2.38, 95% CI = 2.03, 2.79) และน้อยสุดในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมปลาย/ปวช. (Adj OR = 1.19, 95% CI = 0.99, 1.42)

จุดแข็งของการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) คือ ช่วยให้ได้ข้อมูลในระดับบุคคลในเวลาที่ค่อนข้างเร็ว ใช้งบประมาณน้อยกว่าการศึกษาชนิดอื่น และหากมีคนปฏิเสธน้อยและมีการสุ่มตัวอย่างโดยเหมาะสม การศึกษาแบบดังกล่าวจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประชากรโดยรวม ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้วางแผนและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง จุดด้อยของการศึกษาภาคตัดขวางคือการเก็บข้อมูล exposure และ outcome นั้นทำพร้อมกัน ทำให้ไม่สามารถแน่ใจได้ว่าตัว exposure นั้นเกิดก่อนตัว outcome จริง ๆ และไม่สามารถสรุปการเป็นเหตุ-ผล (causal inference) ได้ เนื่องจากไม่มีลำดับเวลา (temporality) ที่ชัดเจนระหว่าง exposure และ outcome

3. การศึกษาแบบ case-control Study

การศึกษาภาคตัดขวางเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง exposure และ outcome ในประชากรใด ๆ โดยรวมมักทำได้ในกรณีที่ outcome ดังกล่าวไม่ใช่สิ่งที่หายากมาก (เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราในประเทศที่ไม่มีข้อจำกัดทางกฎหมาย) เช่น ผู้วิจัยมีสมมุติฐานว่าการดื่มหนัก (heavy episodic drinking) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ทั้งนี้ ในประชากรไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับโดยรวมประมาณ 30 รายต่อประชากร 100,000 คน[8] หากนักวิจัยทำการสุ่มประชาชนทั่วประเทศประมาณ 1,500 ถึง 2,000 คน เช่นเดียวกับการสำรวจพฤติกรรมเกี่ยวกับสุราและสารเสพติดทั่วไป[9,10] นักวิจัยก็อาจเจอผู้ป่วยมะเร็งตับแค่ 1-2 ราย หรือไม่เจอเลย ทำให้ไม่สามารถทดสอบสมมุติฐานที่สนใจได้เพราะได้ขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอ

ด้วยข้อจำกัดของการศึกษา rare outcomes เช่นนี้ ผู้วิจัยจึงอาจพิจารณาเปลี่ยนวิธีการทดสอบสมมุติฐานดังกล่าวจากการสำรวจภาคตัดขวาง มาเป็นการศึกษาผู้ป่วยกับกลุ่มเปรียบเทียบ (case-control study) อาทิเช่น นักวิจัยอาจเริ่มจากการเข้าหาผู้ป่วยมะเร็งตับในสถานพยาบาลตติยภูมิหรือศูนย์มะเร็ง (กลุ่มผู้ป่วย หรือ cases) สอบถามประวัติการดื่ม จากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างประชาชนที่มาจากฐานประชากรเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งตับ แต่ไม่ได้เป็นโรคดังกล่าว (กลุ่มเปรียบเทียบหรือ controls หรือ comparison group) สอบถามประวัติการดื่ม แล้วนำเอาประวัติการดื่มของกลุ่ม cases กับกลุ่ม controls มาเปรียบเทียบกันเพื่อทดสอบสมมุติฐาน ทั้งนี้ โดยทั่วไป จำนวนของ cases กับ controls ในการศึกษาแบบ case-control study จะมีจำนวนเท่า ๆ กัน หรือต่างกันไม่เกิน 4 เท่า

ตัวอย่างของการศึกษาแบบ case-control study เป็นตาม**กล่องข้อความที่ 1.4.2**

กล่องข้อความที่ 1.4.2 ตัวอย่างบทคัดย่อของการศึกษาแบบ case-control study

ชื่องานวิจัย: A case-control study of hepatocellular carcinoma and the hepatitis B virus, cigarette smoking, and alcohol consumption[11]

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินบทบาทของเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบี การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราในการเกิดโรคมะเร็งตับ

วิธีวิจัย: ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งตับ (cases) จำนวน 86 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เป็นมะเร็งตับแต่เป็นผู้ป่วยโรคอื่นในสถานพยาบาล (hospital-based controls) จำนวน 161 คน เก็บข้อมูลประวัติการตรวจแอนติเจนของเชื้อไวรัส (serum HBsAg) ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่ และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม

ผลการวิจัย: ผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่ม cases จำนวน 12 ใน 67 คน และผู้เข้าร่วมกลุ่ม controls จำนวน 0 ใน 63 คน มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบี นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างการดื่มและมะเร็งตับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการสูบบุหรี่กับมะเร็งตับ

การวิจัยแบบ case-control study นั้นมีข้อจำกัดตรงที่สามารถศึกษา outcome ได้แค่ครั้งละ 1 outcome เท่านั้น และยังสามารถเกิดความผิดพลาดได้ง่าย ทั้งจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (กลุ่ม control ที่เหมาะสม ควรมีระดับของ exposure ตรงกับระดับของฐานประชากรที่เป็นที่มาของกลุ่ม cases) ซึ่งทำได้ยาก และการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่ม control เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของการเกิดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มหนักที่ชักนำให้เกิดโรคมะเร็งตับ อาจไม่ใช่การดื่มในปัจจุบันหรือในช่วงไม่กี่ปีก่อนการเก็บข้อมูล หากแต่เนื้อเยื่อตับอาจถูกแอลกอฮอล์ชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เมื่อ 20-30 ปีก่อนการเก็บข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องสอบถามประวัติให้ครบถ้วน รวมถึงพฤติกรรมการดื่มในอดีตเมื่อหลายสิบปีก่อนด้วย ในการนี้ หากผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่ม cases สามารถจดจำพฤติกรรมการดื่มได้ดีกว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่ม controls (อาจด้วยความตกใจที่ตนเองเป็นมะเร็ง และต้องการอธิบายสิ่งที่ตนเองกำลังประสบว่ามาจากไหน) ก็อาจเกิดอคติในการให้ข้อมูล (information bias) อันได้แก่ อคติจากการรำลึกข้อมูลไม่เท่ากันระหว่างกลุ่ม cases และกลุ่ม controls (recall bias) ดังนั้น การออกแบบการศึกษาแบบ case-control study นี้จึงทำด้วยความระวัง และหารือกันโดยถี่ถ้วนภายในกลุ่มทีมวิจัย

4. การศึกษาแบบ cohort study

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) และการศึกษาแบบ case-control study มีข้อจำกัดหลัก คือ เราไม่สามารถทราบได้ว่าการเกิดปัจจัยเสี่ยง (exposure) นั้นเกิดก่อนตัว outcome ที่เราสนใจจริงหรือไม่ เช่น มีทฤษฎีทางสังคมว่าคนจนนั้นมีโอกาสหาความสุขในชีวิตน้อยกว่าคนรวย แต่สุราเป็นสินค้าที่มีภัยแต่ใช้ในการสันทนาการได้โดยที่ราคาถูก คนจนสามารถเข้าถึงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีสมมุติฐานว่าความยากจนนั้นเป็น exposure ที่ชักนำให้เกิดการดื่มสุรา (ในฐานะ outcome) การศึกษาแบบภาคตัดขวางสามารถทดสอบสมมุติฐานดังกล่าวได้ อย่างไรก็ดี หากการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ฐานะยากจนมีการดื่มสุรามากกว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ฐานะดีตามสมมุติฐาน ก็อาจมีการโต้แย้งว่าตัว outcome แท้จริงแล้วเกิดก่อน exposure และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด exposure หรือที่เรียกว่ามี reverse causation (กล่าวคือ ความยากจนไม่ใช่สาเหตุของการดื่มสุรา แต่การดื่มสุราเป็นสาเหตุของความยากจน)

ในกรณีนี้ หากผู้วิจัยต้องการข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น และแน่ใจว่าความยากจนเป็นสาเหตุของการดื่มสุรา ผู้วิจัยอาจพิจารณาทำการศึกษาแบบ cohort study คำว่า cohort หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะหรือประสบการณ์ร่วมกัน เป็นการศึกษาแบบสังเกตการณ์ที่เปรียบเทียบความเสี่ยง (risk) หรืออุบัติการณ์ (incidence) ของการเกิด outcome ระหว่างสมาชิกของ cohort ที่มี exposure เทียบกับสมาชิกของ cohort ที่ไม่มี exposure

การศึกษาแบบ cohort study ทำได้โดย

1) ทำการสำรวจประชากรหรือตัวอย่างประชากรที่สนใจ ระบุการมี outcome และไม่มี outcome
2) นำประชากรที่ไม่มี outcome (แต่สามารถเกิด outcome ได้) มาเป็นสมาชิกของ cohort
3) ทำการวัด exposure ระบุกลุ่ม exposed และ non-exposed ช่วงเริ่มทำการศึกษา หรือที่เรียกว่า baseline visit
4) นัดตรวจเพื่อติดตามผล (follow-up visit) ณ ช่วงเวลาที่กำหนด
5) ทำการติดต่อสมาชิกของ cohort และวัด outcome ที่สนใจ เมื่อถึงช่วงเวลาการตรวจติดตามผล (follow-up visit)
6) เปรียบเทียบการเกิด risk (incidence) outcome ที่สนใจ ระหว่างกลุ่ม exposed และกลุ่ม non-exposed และคำนวณ risk ratio

ตัวอย่างของการศึกษาแบบ cohort study เป็นตาม**กล่องข้อความที่ 1.4.3**

กล่องข้อความที่ 1.4.3 ตัวอย่างบทคัดย่อของการศึกษาแบบ cohort study

ชื่องานวิจัย: Socioeconomic inequalities in alcohol-related harm in adolescents: a prospective cohort study of 68,299 Danish 15-19-year-olds[12]

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐสังคม (socioeconomic position หรือ SEP) กับการเข้าโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (alcohol-related hospital contacts) ในวัยรุ่นในประเทศเดนมาร์ก

วิธีวิจัย: ผู้วิจัยทำการสำรวจแบบ prospective cohort study ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 68,299 คน ในโครงการ Danish National Youth Cohort 2014 ผู้วิจัยวัด SEP โดยเก็บข้อมูลการศึกษาของพ่อแม่ รายได้ของครัวเรือน และมุมมองเรื่องปัญหาทางการเงินของครอบครัว จากนั้นจึงโยงข้อมูลเข้ากับทะเบียนระดับชาติเพื่อดูการเข้าโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นเวลา 5 ปี (จากปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2562)

ผลการวิจัย: โครงการวิจัยติดตามผู้เข้าร่วมโครงการรวมทั้ง 280,010 คน-ปี พบว่ามีผู้เข้าร่วมโครงการ 872 คนเคยเข้าโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยพบว่าวัยรุ่นที่มี SEP ต่ำ มีโอกาสประสบอันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่าวัยรุ่นที่มี SEP สูง อย่างมีนัยสำคัญ โดยวัยรุ่นที่พ่อแม่จบชั้นประถมศึกษามีโอกาสได้รับอันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาหรือมากกว่า (IRR = 1.73, 95% CI: 1.29, 2.33) และวัยรุ่นที่ทางบ้านมีปัญหาการเงินมีโอกาสได้รับอันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่าวัยรุ่นที่ทางบ้านไม่มีปัญหาการเงิน (IRR=1.57, 95% CI: 1.30, 1.89)

การศึกษาแบบ cohort study มีข้อดี คือ สามารถศึกษา outcome ได้ครั้งละหลายตัว และโดยทั่วไปแล้วจะให้ผลการวิจัยที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือมากกว่าผลการวิจัยแบบ cross-sectional study หรือ case-control study เนื่องจากผู้วิจัยมีความแน่ใจว่าระหว่างที่วัด exposure สมาชิกของ cohort ทุกคนนั้นยังไม่มี outcome (เว้นแต่การวัดผิดพลาด) ที่สนใจดังนั้นจึงค่อนข้างแน่ใจว่าตัว outcome นั้นเกิดหลัง exposure อย่างไรก็ดี การศึกษาแบบ cohort study มีข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่น ค่าใช้จ่ายโดยทั่วไปจะสูงกว่า cross-sectional study และ case-control study ที่ขนาดตัวอย่างเท่ากัน เนื่องจากต้องเก็บข้อมูลหลายรอบเป็นเวลานาน นอกจากนี้ หากติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ไม่ครบถ้วน มีการสูญหายไม่สามารถติดตามตัวได้ กล่าวคือ เกิดการสูญหายระหว่างติดตามตัว

(loss to follow-up) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวนั้นเป็นแรงกดดันทางการคัดเลือกที่สามารถทำให้เกิดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) ได้ นอกจากนี้ ในการเก็บข้อมูลในช่วงติดตาม (follow-up visit) นั้น หากเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลรู้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็น exposed group หรือ non-exposed group และเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลมีความเชื่อส่วนตัวว่า exposure ที่ศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างไรกับ outcome ที่ศึกษา เจ้าหน้าที่ก็อาจตรวจสอบกลุ่ม exposed group อย่างถ้วนถี่น้อยกว่าหรือมากกว่ากลุ่ม non-exposed ก็ได้ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของอคติในการให้ข้อมูล (information bias) จากการวัด outcome หรือที่เรียกว่าอคติจากผู้สังเกตการณ์ (observer bias) ก็ได้ ดังนั้นในการออกแบบการศึกษาแบบ cohort study จึงต้องพิจารณาประเด็นเหล่านี้ให้ถ้วนถี่เช่นกัน

5. การศึกษาแบบทดลองที่มีการสุ่ม (randomized trials)

ในทางการแพทย์และสาธารณสุข หลักฐานจากการศึกษาแบบสังเกตการณ์ (observational study) แม้ว่าจะออกแบบดีและมีการวัดที่รอบคอบ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (exposed และ non-exposed groups) อาจมีคุณลักษณะพื้นฐานต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เช่น เพศ อายุ ทัศนคติ-ความเชื่อพื้นฐาน โรคประจำตัว ที่กระจายตัวไม่เท่ากันระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และอิทธิพลของคุณลักษณะพื้นฐานเหล่านี้ไปปะปนกับอิทธิพลของ exposure ต่อตัว outcome (ซึ่งเรียกคุณลักษณะพื้นฐานที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ว่าเป็นตัวแปรชนิดตัวกวน หรือ confounders) ดังนั้น ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและพฤติกรรมเสี่ยงหรือโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study, case-control study หรือ cohort study ก็อาจมีข้อโต้แย้งว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง exposure และ outcome ที่เราสนใจนั้นไม่ได้เป็นเพราะอิทธิพลของตัว exposure หากแต่เป็นอิทธิพลของตัว confounders

หากนักวิจัยต้องการก้าวข้ามข้อจำกัดในเรื่องตัวแปรกวนที่ปนอยู่ใน exposure ผู้วิจัยอาจพิจารณาทำการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดเองว่าจะให้ใครได้รับ exposure ทั้งนี้ การวิจัยแบบ randomized trial นั้นเป็น experimental study แบบหนึ่งที่ผู้วิจัยเป็นคนสุ่มเลือก (randomly select) ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัย (participants) หรืออาสาสมัครคนใดจะได้รับ exposure เป็นการรักษาเชิงทดลอง (intervention) และคนใดจะไม่ได้รับ exposure และกลายเป็นกลุ่มควบคุม (control group) โดยมีการเก็บข้อมูล baseline visit การทำ follow-up visit และการวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบ Risk Ratio คล้ายกับ cohort study

ตัวอย่างของการศึกษาแบบ randomized trial เป็นตาม**กล่องข้อความที่ 1.4.4**

กล่องข้อความที่ 1.4.4 ตัวอย่างบทคัดย่อของการศึกษาแบบ randomized trial

ชื่องานวิจัย: A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce alcohol use among female sex workers in Mombasa, Kenya[13]

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินว่าการบำบัดแอลกอฮอล์แบบย่อ (brief alcohol intervention) สามารถชักนำให้เกิดการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ อุบัติการณ์ของ HIV และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ค้าบริการเพศหญิงที่มีพฤติกรรมการดื่มระดับปานกลางหรือสูงในเมืองโมมบาซา (Mombasa) ประเทศเคนยาได้หรือไม่

วิธีวิจัย: ผู้วิจัยเชิญชวนผู้ค้าบริการเพศหญิงในโครงการ AIDS, Population, Health, and Integrated Assistance II ในเมืองโมมบาซา ที่มีคะแนนการคัดกรองการติดสุรา (AUDIT) ระหว่าง 7 ถึง 19 คะแนน เข้าร่วมการศึกษา จำนวนรวม 818 คน จากนั้นสุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นสองกลุ่ม ผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มทดลอง (intervention group) ได้รับคำปรึกษา (counseling session) เรื่องการลดการดื่มสุราเดือนละครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุม (control group) ได้รับสุขศึกษาเรื่องโภชนาการจำนวน 6 ครั้ง จากนั้นผู้วิจัยติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นเวลา 6 และ 12 เดือน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลการบริโภคแอลกอฮอล์ การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ อุบัติการณ์ของเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอื่น ๆ

ผลการวิจัย: ผู้วิจัยพบว่าการดื่มและดื่มหนักลดลงอย่างมากในช่วง 6 และ 12 เดือนหลังกิจกรรมโครงการ โดยกลุ่ม intervention มีโอกาสเพิ่มการดื่มน้อยกว่าหนึ่งในสามของโอกาสเพิ่มการดื่มในกลุ่ม controls อย่างไรก็ดี ไม่พบว่าการทำ intervention มีประสิทธิศักย์ต่อการติดเชื้อ HIV การใช้ถุงยาง หรือการประสบความรุนแรงทางเพศจากแฟนหรือคู่สมรส แต่ความรุนแรงทางเพศจากลูกค้าในกลุ่ม intervention น้อยกว่าในกลุ่ม controls อย่างมีนัยสำคัญที่ระยะ 6 เดือนและระยะ 12 เดือน

การศึกษาแบบ randomized trial มีข้อดี คือ การ randomization ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับหรือไม่ได้รับ exposure โดยสุ่ม (กล่าวคือ การสุ่มเข้ากลุ่ม intervention group และกลุ่ม control group) จะทำให้ทั้งสองกลุ่มนั้นมีคุณลักษณะเหมือนกันหมด ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ว่าความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มที่สังเกตการณ์ได้นั้นมาจากตัว exposure (intervention) ที่สนใจ กล่าวคือ สามารถ

รายงานประสิทธิศักย์ (efficacy) หรือประสิทธิผล (effectiveness) ของ intervention ที่สนใจได้ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถนำเอาผลการวิจัยในส่วนนี้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจด้านการปฏิบัติงานได้

อย่างไรก็ดี การศึกษาแบบ randomized trial นั้นก็ยังมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ในลักษณะที่คล้ายกับ cohort study โดยมีโอกาสเกิด selection bias จาก loss to follow-up และมีโอกาสเกิด information bias ประเภท observer bias ได้ นอกจากนี้ หากผู้เข้าร่วมการศึกษารู้ว่าตนเองได้รับยาทดลองที่เป็น intervention หรืออยู่ในกลุ่ม control และมีการวัด outcome ที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องรายงานด้วยตนเอง (อาทิเช่น ทดลองประสิทธิศักย์ของยาระงับอาการอยากสุราร่วมกับการให้คำปรึกษา เทียบกับการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว) กลุ่มที่ได้รับยาก็อาจรู้สึกว่ายาควรจะออกฤทธิ์ดี และอาจรายงานอาการอยากสุราน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งเป็นแหล่งของ information bias เพิ่มเติมได้เช่นกัน

1.4.4 บทสรุป

การศึกษาทางระบาดวิทยามีหลายวิธี ในบทนี้ได้กล่าวถึงการศึกษาทางนิเวศวิทยา (ecological studies) การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional studies) หรือการสำรวจ (survey) การศึกษาแบบ case-control studies (เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มี outcome และผู้ที่ไม่มี outcome) การศึกษาแบบ cohort studies (ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี outcome อย่างต่อเนื่อง) การศึกษาแบบทดลองที่มีการสุ่ม (randomized trials) ที่ผู้วิจัยเป็นคนกำหนดว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาคนใดจะได้รับ exposure ที่สนใจ ซึ่งการออกแบบการศึกษาแต่ละประเภทนี้มีจุดแข็งและข้อจำกัดต่างกัน ผู้ทำการศึกษาจึงควรพิจารณาประเด็นเหล่านี้โดยถ้วนถี่

เอกสารอ้างอิง

1. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Basic epidemiology [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2024 Dec 1]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073_eng.pdf
2. Gordis L. Epidemiology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.
3. LaMorte WW. What is epidemiology? [Internet]. Boston University School of Public Health; 2017 [cited 2022 Dec 25]. Available from: https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/ep/ep713_history/EP713_History9.html

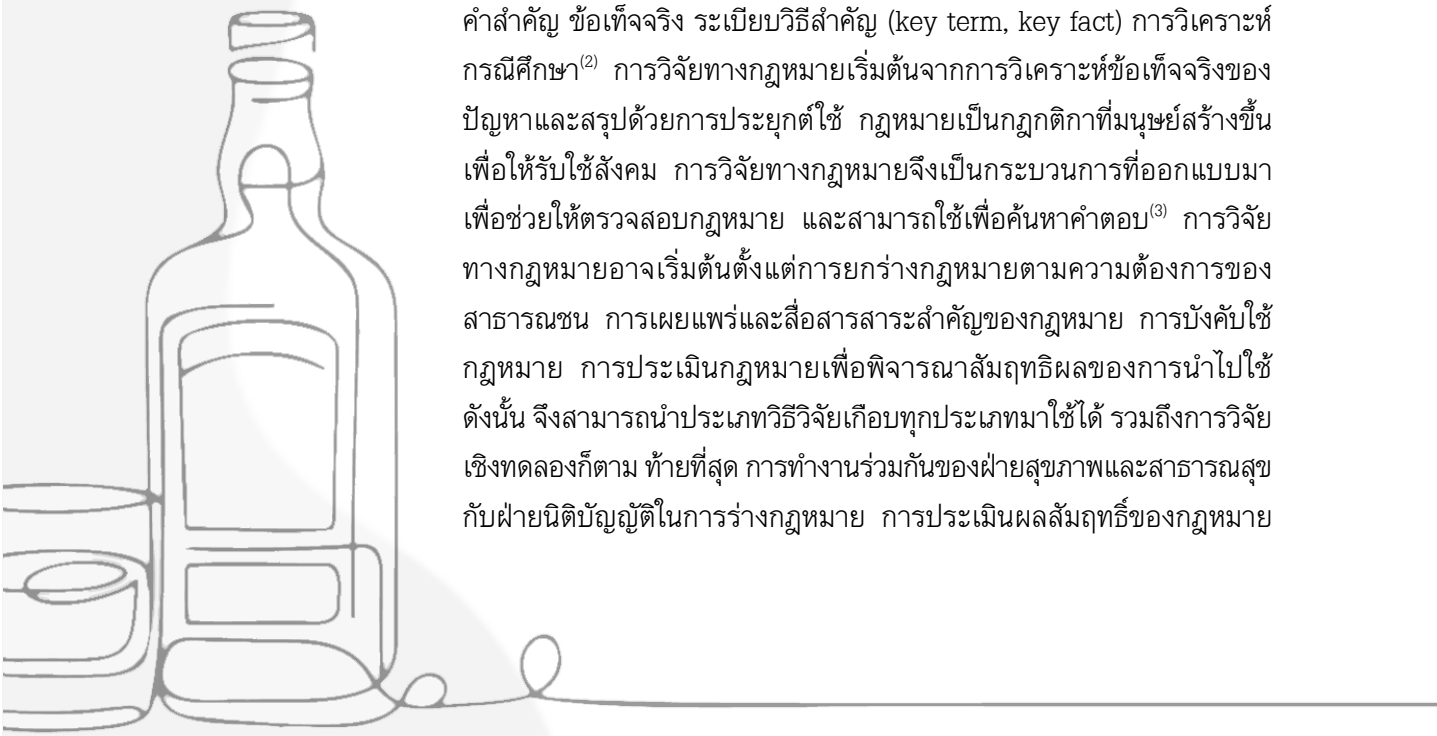
4. LaMorte WW. Cross-sectional surveys [Internet]. Boston University School of Public Health; 2020 [cited 2024 Jun 16]. Available from: https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/PH717-QuantCore/PH717-Module1B-DescriptiveStudies_and_Statistics/PH717-Module1B-DescriptiveStudies_and_Statistics5.html
5. Savitz DA. Interpreting Epidemiologic Evidence: Strategy for Study Design and Analysis. Oxford (NY): Oxford University Press; 2003.
6. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology: beyond the basics. 4th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2019.
7. Wichaidit W, Pruphetkaew N, Assanangkornchai S. Variations by sex and age in the association between alcohol use and depressed mood among Thai adolescents. PLoS One 2019;14:e0225609.
8. Vibhavadi Hospital. Liver Cancer - the number 1 cancer in men [Internet]. Bangkok: Vibhavadi Hospital; 2020 [cited 2024 Dec 1]. Available from: https://www.vibhavadi.com/en/Health-expert/detail/320
9. Wichaidit W, Sittisombut M, Assanangkornchai S, Vichitkunakorn P. Self-reported drinking behaviors and observed violation of state-mandated social restriction and alcohol control measures during the COVID-19 pandemic: findings from nationally-representative surveys in Thailand. Drug Alcohol Depend 2021;221:108607.
10. Wichaidit W, Chapakiya I, Waeuseng A, Chumchuen K, Assanangkornchai S. Density of cannabis outlets vs. cannabis use behaviors and prevalent cannabis use disorder: findings from a nationally-representative survey. Troup L, editor. PeerJ 2024;12:e17317.
11. Austin H, Delzell E, Grufferman S, Levine R, Morrison AS, Stolley PD, et al. A case-control study of hepatocellular carcinoma and the hepatitis B virus, cigarette smoking, and alcohol consumption. Cancer Res 1986;46:962-6.
12. Tolstrup JS, Kruckow S, Becker U, Andersen O, Sawyer SM, Katikireddi SV, et al. Socioeconomic inequalities in alcohol-related harm in adolescents: a prospective cohort study of 68,299 Danish 15-19-year-olds. EClinicalMedicine 2023;62:102129.
13. L'Engle KL, Mwarogo P, Kingola N, Sinkele W, Weiner DH. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce alcohol use among female sex workers in Mombasa, Kenya. J Acquir Immune Defic Syndr 2014;67:446-53.

ส่วนที่ 1
พื้นฐานและระเบียบวิธีวิจัย
บทที่ 1.5 ระเบียบวิธีวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

| ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ

1.5.1 บทนำ

จอห์น สจ๊วต มิลล์ (John Stuart Mill) ที่ได้ศึกษาธรรมชาติและเห็นว่า เหตุการณ์ทั้งหลายไม่ได้เกิดโดยบังเอิญ แต่ต้องเกิดในสถานการณ์บังคับอย่างใดอย่างหนึ่ง สถานการณ์จำเป็น และสถานการณ์เพียงพอ ที่เรียกว่า “สาเหตุ” ซึ่งต้องมีวิธีค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นนั้น[1] และยังต้องวิเคราะห์จากคำสำคัญ ข้อเท็จจริง ระเบียบวิธีสำคัญ (key term, key fact) การวิเคราะห์กรณีศึกษา[2] การวิจัยทางกฎหมายเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงของปัญหาและสรุปด้วยการประยุกต์ใช้ กฎหมายเป็นกฎกติกาที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อให้รับใช้สังคม การวิจัยทางกฎหมายจึงเป็นกระบวนการที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ตรวจสอบกฎหมาย และสามารถใช้เพื่อค้นหาคำตอบ[3] การวิจัยทางกฎหมายอาจเริ่มต้นตั้งแต่การยกร่างกฎหมายตามความต้องการของสาธารณชน การเผยแพร่และสื่อสารสาระสำคัญของกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย การประเมินกฎหมายเพื่อพิจารณาสัมฤทธิผลของการนำไปใช้ ดังนั้น จึงสามารถนำประเภทวิธีวิจัยเกือบทุกประเภทมาใช้ได้ รวมถึงการวิจัยเชิงทดลองก็ตาม ท้ายที่สุด การทำงานร่วมกันของฝ่ายสุขภาพและสาธารณสุขกับฝ่ายนิติบัญญัติในการร่างกฎหมาย การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย



และปรับแก้ไขกฎหมายย่อมต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการรวบรวมงานวิจัยทุกประเภทมาใช้เป็นฐานข้อมูลสนับสนุนทางกฎหมายซึ่งถือได้ว่าเป็นข้อมูลปฐมภูมิ โดยเฉพาะผลลัพธ์ทางสุขภาพจำเป็นต้องใช้ผลงานวิจัย การวิจัยกฎหมายสาธารณสุข (public health law research: PHLR) จัดว่าเป็นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายและแนวทางปฏิบัติทางกฎหมายกับสุขภาพของประชากร ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างกฎหมายและสุขภาพสาธารณะและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของกฎหมายที่มีต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ และกระบวนการและโครงสร้างอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชากร ส่วนกฎหมายสาธารณสุข (public health law) เป็น “การศึกษาอำนาจและหน้าที่ทางกฎหมายของรัฐในการรับรองเงื่อนไขที่ประชาชนจะมีสุขภาพดี (เช่น การระบุ ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชากร) และอาจจำกัดความเป็นส่วนตัว เสรีภาพ กรรมสิทธิ หรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายของบุคคลเพื่อการปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพของชุมชน”[4]

ทิศทางใหม่ของการวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบ การวิจัยผสมสผาน การวิจัยแบบมีร่วมเพื่อประเมินการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ การทำงานร่วมกันของฝ่ายสุขภาพและสาธารณสุขกับฝ่ายนิติบัญญัติ (working with legislatures) โดยใช้ผลจากการวิจัยในการร่างกฎระเบียบหรือสร้างมาตรการเพื่อควบคุมผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิจัยเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมของนโยบายแอลกอฮอล์โดยรวม การศึกษาพบความเชื่อมโยงระหว่างสภาพแวดล้อมของนโยบายและผลลัพธ์ที่สำคัญหลายประการ เช่น อัตราการดื่มสุราจนเมามาย การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อัตราการเสียชีวิตจากโรคตับแข็ง อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็ง การฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และอันตรายที่ผู้ที่ดื่มสุราสร้างให้กับผู้อื่น จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เพื่อทำความเข้าใจว่านโยบายใดมีผลต่อพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ใดบ้าง และสำหรับใคร[5]

การวิเคราะห์ในงานวิจัยกฎหมายเป็นหัวใจของการแก้ปัญหากฎหมายและพัฒนากฎหมาย เหตุผลและความน่าเชื่อถือได้ในการวิเคราะห์ด้านกฎหมายเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการวิจัยกฎหมาย กระบวนการวิจัยกฎหมายและการวิเคราะห์จำเป็นต้องทำอย่างมีระบบ แบบแผน ต้องเป็นไปตามปรัชญากฎหมาย นิติวิธีกฎหมาย ปรัชญาของการวิจัย และวิเคราะห์โดยสุจริต ไม่เอนเอียงโดยอคติ เหตุผลต้องเป็นไปตามเหตุผลที่เป็นกฎสากล (ทฤษฎีกฎหมายประยุกต์) ไม่ใช่เหตุผลส่วนบุคคล งานวิจัยกฎหมายนั้นจะเกิดเป็นคุณูปการต่อการพัฒนากฎหมาย พัฒนาสังคม และวิชาชีพกฎหมาย[6]

การวิจัยกฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เกิดขึ้น เพื่อชี้นำการบังคับใช้กฎหมายและลดการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์บนทางหลวง รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา การวิจัยนี้ซึ่งทดสอบทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่อาจเกิดขึ้นและตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะ ได้ตรวจสอบโปรแกรมการป้องกันที่หลากหลาย[7] การวิจัยกฎหมายและนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างวิทยาศาสตร์กับการปฏิบัติ เมื่อถึงจุดที่วิทยาศาสตร์ถูกผนวกเข้ากับนโยบายหรือกฎหมาย ทฤษฎีจะถูกทดสอบด้วยความเป็นจริง และโปรแกรมที่เกิดจากการวิจัยจะถูกท้าทายด้วยความจำเป็นในการตอบสนองต่อเหตุการณ์เฉพาะที่รวบรวมเงื่อนไขที่ยังไม่ได้วัดมาก่อน ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาจากการทำงานเกิดขึ้นจากผู้ปฏิบัติงาน ผู้ร่างกฎหมาย และผู้สนับสนุนด้านสุขภาพและความปลอดภัย นโยบายจะพัฒนาขึ้นเมื่อมีความจำเป็นต้องมีการดำเนินการซึ่งยังไม่มีการระบุไว้ในกฎหมายใด ๆ โปรแกรมอาจสร้างขึ้นจากนโยบายเหล่านั้น โดยให้โอกาสแก่นักวิจัยในการประเมินแนวคิดที่รวมอยู่ในนโยบาย ซึ่งหากได้ผลลัพธ์เชิงบวกที่ชัดเจน ก็จะนำไปสู่การสถาปนานโยบายในทางกฎหมาย[7]

กรณีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอล์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผลของการวิจัยและการปฏิบัติได้เชื่อมโยงกับการเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่การผ่านกฎหมายอายุขั้นต่ำในการดื่มสุราของรัฐบาลกลาง ในประเทศสหรัฐอเมริกา มลรัฐจำนวนหนึ่งปฏิบัติตามกฎหมายกลาง การปรับลดอายุขั้นต่ำในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก 21 ปีเป็น 18 ปีในช่วงทศวรรษ 1970[8] เมื่อการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการปรับลดอายุการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้กลุ่มอายุที่ได้รับผลกระทบเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับมากขึ้น แนวโน้มนี้ทำให้มลรัฐต่าง ๆ ก็เริ่มปรับเพิ่มอายุขั้นต่ำในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อนักวิจัยยืนยันประโยชน์ของการดำเนินการนี้[9,10] รัฐบาลกลางจึงได้ออกกฎหมายที่กระตุ้นให้รัฐต่าง ๆ เพิ่มอายุขั้นต่ำในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 21 ปี (23USC158 1984) ดังนั้น กลุ่มนโยบายและกลุ่มวิจัยจึงตอบสนองต่อข้อมูลที่กลุ่มอื่นให้มา โดยมุ่งสู่สถานะสุดท้ายที่รวมอยู่ในกฎหมายของรัฐบาลกลาง ระหว่างปี พ.ศ. 2513 ถึง พ.ศ. 2553 มีกฎหมายจำนวนมากที่เสนอต่อสภานิติบัญญัติของรัฐเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิด โดยเฉพาะร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับรถขณะเมาสุรา[11] การขับรถขณะเมาสุราได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษเนื่องจากแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญในการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง และเนื่องจากความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้การขับรถขณะเมาสุราและบันทึกอุบัติเหตุเป็นเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่มีประโยชน์สำหรับการศึกษานโยบายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์อื่น ๆ ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และวิธีการวิเคราะห์ที่พัฒนาขึ้นทำให้สามารถวิเคราะห์กฎหมายและโปรแกรมต่าง ๆ ได้ซับซ้อนมากขึ้น[12,13]

1.5.2 กรอบและกระบวนการวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

1. ทำไมต้องวิจัยด้านกฎหมาย

การวิจัยคือ “การค้นหาคำตอบในสิ่งที่สงสัย ซึ่งเป็นคำตอบที่น่าเชื่อถือและถูกต้องแม่นยำ” เราจะพบว่า การค้นคว้าหาความรู้ตามหลักการวิจัยนั้นอาจเริ่มต้นจากการสงสัยหรือตั้งข้อสงสัยบางประการ ถัดจากนั้นก็พยายามหาคำตอบเพื่อขจัดความสงสัยดังกล่าว เมื่อเกิดข้อสงสัย แล้วทั้งนักวิจัยและนักปราชญ์ต่างก็คิดค้นหาคำตอบโดยวิธีของตนเอง อย่างไรก็ดี การวิจัยและปรัชญาแตกต่างกันตรงที่ว่าต่างก็มีวิธีการสงสัย และตอบข้อสงสัยที่ไม่เหมือนกัน ปรัชญามีวิธีการสงสัยและวิธีการหาคำตอบแบบหนึ่งซึ่งอาจจะเรียกว่า “วิธีการทางปรัชญา” ส่วนการวิจัยนั้นก็มีวิธีการตั้งข้อสงสัยและค้นหาคำตอบอีกแบบหนึ่ง อาจจะเรียกว่า “วิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์ หรือเรียกสั้น ๆ ว่า “ศาสตร์” เป็นการผนวกหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คืออยู่บนฐานของปรากฏการณ์ที่สังเกตเห็นได้และหลักการที่สร้างความรู้ความจริงอย่างมีขั้นตอน

เหตุผลที่ใช้ในการวิจัย มีการกำหนดตั้งสมมุติฐานในงานวิจัยถึงสาเหตุของปัญหา การวิจัยบางประเภท การวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยทางมนุษย์ศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ อาจจะไม่ได้ตั้งสมมุติฐานไว้ก่อน หรือ ต่อมามีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ แต่งานวิจัยกฎหมาย ประชากรงานวิจัย ตัวบทกฎหมาย ลำดับศักดิ์ของกฎหมาย ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ตัวแปรแทรกซ้อนอาจเกิดจากการใช้ดุลยพินิจของศาลหรือเจ้าพนักงาน การวิจัยกฎหมายสามารถทำได้ตั้งแต่ก่อนต้นจนถึงปลายน้ำ ก่อนที่จะเสนอกฎหมายอยู่ระหว่างการประชุมแก้ไขปรับปรุงร่างกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย ลำดับศักดิ์ ประกาศใช้บังคับขั้นตอนศาลพิพากษา ดุลยพินิจของเจ้าพนักงาน จนถึงผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้การวิจัยกฎหมายต้องใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ ตามหลักแนวคิดทฤษฎี ปรัชญานิติศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข นอกจากจะต้องเรียนรู้เนื้อหาของกฎหมายแล้วยังจะต้องศึกษาถึงโครงสร้างและหมวดหมู่ แยกประเภทของกฎหมาย ข้อความคิดต่างของระบบกฎหมายแนวความคิดวิธีการเรียกว่า นิติวิธี (the rule by law) แต่นิติวิธีนี้ต้องเป็นไปตามหลัก แนวคิด ทฤษฎีหลักนิติธรรม (the rule of law) ถึงจะอำนวยความยุติธรรมได้ เพราะความยุติธรรมเป็นจุดสูงสุดของการอยู่ร่วมกันของสังคม นอกจากระบบกฎหมายแล้วประเภทของกฎหมายทำให้เหตุผลที่ใช้ในการวิเคราะห์วิจัยกฎหมายก็แตกต่างกัน กฎหมายมหาชน ลัทธิการเมืองการปกครอง กฎหมายเอกชน กฎหมายปกครอง ลำดับศักดิ์กฎหมายกฎหมายตามแบบพิธีกับกฎหมายตามเนื้อความ วิธีวิเคราะห์พิจารณาตามระบบกฎหมาย ประเภทกฎหมาย ฯลฯ นอกจากนี้ กฎหมายมีการวิวัฒนาการมาจากประเพณีท้องถิ่น จารีตประเพณีของสังคมเป็นประวัติศาสตร์เหตุผลตามศีลธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณธรรมมาภิบาล จารีตประเพณี ประเพณีปฏิบัติที่ต้องนำมาใช้เป็นเหตุที่ใช้ในการวิเคราะห์วิจัยกฎหมายที่มาของกฎหมายคือเจตจำนงของประชาชน ตัวบทกฎหมายคือแบบฟอร์มเท่านั้นตามทฤษฎี ที่ว่า

กฎหมายเกิดจากเจตจำนงของประชาชนของสำนักประวัติศาสตร์ จิตวิญญาณพื้นบ้าน กฎหมายเป็นจิตวิญญาณของประชาชน (the spirit of the people) กฎหมายจะปรากฏอยู่ในประเพณีหรือ จิตสำนึกร่วมกันของประชาชน (common consciousness of the people)[14]

การใช้เหตุผลทางตรรกศาสตร์มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการให้เหตุผลทางนิติศาสตร์ โดยที่ศาสตร์ทุกศาสตร์มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน การจะศึกษาศาสตร์หนึ่งโดยไม่คำนึงถึงศาสตร์อื่นไม่ได้ โดยเฉพาะกฎหมายซึ่งเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับทุกศาสตร์ นิติศาสตร์ยังเป็นวิทยาศาสตร์ (science) ประกอบด้วยเหตุและผล เป็นสิ่งที่พิสูจน์ได้ การบัญญัติกฎหมายแต่ละฉบับต้องมีเหตุผล มีภาษาเป็นสิ่งสำคัญ และมีกฎแห่งการอนุมาน[15] กฎหมายต้องพิสูจน์ได้ ในความจริงที่ประจักษ์ เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปกฎหมายก็ต้องการการพัฒนาไปด้วยพร้อมกับสังคมนั้น แต่เมื่อบัญญัติแล้วตัวอักษรนั้นยังคงเดิม จึงอาจต้องมีการตีความหรือการแปลกฎหมายเพื่อให้นำไปใช้บังคับตามเจตนารมณ์ จะโดยศาลหรือผู้ที่มีหน้าที่นำกฎหมายนั้นไปบังคับใช้ โดยบางครั้งผู้กระทำผิดกฎหมายอาจไม่รู้ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดตามข้อบัญญัติซึ่งเป็นกฎหมายบัญญัติ เช่น ข้อบังคับจราจร แต่ละประเทศอาจไม่เหมือนกัน แต่ก็เป็นกฎหมายเมื่อปฏิบัติผิดจากข้อบัญญัติก็จะมีความผิดหรือการตีความหรือการแปลกฎหมายอาจยังคงไม่เพียงพอที่จะพัฒนาหรือแก้ปัญหาจากกฎหมายหรือสังคมได้ จึงต้องมีการนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการวิจัย เพื่อได้คำตอบที่มีเหตุผลและเชื่อถือได้เป็นที่ยอมรับ บางครั้งการวิจัยเป็นไปเพื่อค้นหาหลักแนวคิด ทฤษฎี ที่เป็นนามธรรม ซึ่งศาสตร์แต่ละศาสตร์มีทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรม (abstract and factual) ลักษณะความเป็นจริง (truth) การยกระดับความรู้ที่เป็นรูปธรรมให้เป็นนามธรรม เพื่อให้ความรู้นั้นมีลักษณะที่เป็นหลักวิชาการสูงยิ่งขึ้นไปอีก

2. กรอบแนวคิดทฤษฎีของงานวิจัยทางกฎหมาย

ด้วยว่ากระบวนการวิจัยก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ในทุกศาสตร์ ทำให้เกิดการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาในสังคมมนุษย์ รวมทั้งนิติศาสตร์ด้วย การวิจัยทางกฎหมายเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหรือการเปลี่ยนแปลงทางเนื้อหาของตัวอักษรในตัวบทกฎหมายและสร้างหน้าที่หรือภาระผูกพันของการนำไปปรับใช้[16]

โดยทั่วไป การวิจัยกฎหมายสมัยก่อนมักใช้สำนักนิติวิธีวิจัยโดยวิธีเปรียบเทียบกฎหมาย (comparative method) ค้นหากฎหมาย หรือทฤษฎีในกฎหมายที่มีอยู่ในสังคมที่ใกล้เคียงกันเพื่อสร้างแนวคิด ทฤษฎีใหม่เพื่อพัฒนา แก้ไขปรับปรุงกฎหมาย หรือเพื่อสร้างกฎหมายขึ้นมาใหม่นำมาปรับใช้กับเหตุการณ์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม สำนักวิจัยกฎหมายทางประวัติศาสตร์ (historical school of law) ใช้วิธีเปรียบเทียบประวัติความเป็นมา ทั้งตัวบทกฎหมาย และเหตุผลที่มาการเกิดของกฎหมายนั้น ๆ ในอดีต จนถึงปัจจุบัน เพราะกฎหมายพัฒนามาจากพฤติการณ์ ความต้องการ ความนึกคิด ศีลธรรม

จรรยา วัฒนธรรมของคนสังคมในแต่ละยุคสมัย สำนักวิจัยนิติปรัชญาทางสังคมวิทยา (sociological school of jurisprudence) ให้ความสำคัญกับหน้าที่ของกฎหมาย การวิจัยกฎหมายเกิดขึ้นเพื่อหาหน้าที่ของกฎหมายต่อสังคม เพราะกฎหมายต้องทำหน้าที่ประสานประโยชน์ตามสัญญาประชาคม ประโยชน์ของสังคม ปัจเจกชน และประโยชน์ของรัฐ ส่วนสำนักกฎหมายธรรมชาติยึดถือทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ (theory of natural law) ปฏิเสธการใช้นิติวิธี และไม่เชื่อเรื่อง “scientific research” สำนักนี้เชื่อว่ากฎหมายเป็นศิลปะไม่ใช่ศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องมีนิติวิธีวิจัยเหมือนสำนักนิติวิธีกฎหมายอื่น ๆ เป็นที่ยอมรับเช่นเดียวกับในวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ว่าจริง (truth) โดยไม่ต้องพิสูจน์[17] เป็นศิลปะ ไม่ใช่ศาสตร์ ดังนั้น นิติวิธีที่ใช้ในการวิจัยจึงไม่จำเป็น กฎหมายมีอยู่แล้วในสังคมมนุษย์ มนุษย์เป็นผู้ค้นพบกฎหมายกับศีลธรรมเป็นเรื่องเดียวกัน[18] เหตุผลเพราะความจริงแล้วกฎหมายธรรมชาติมีสารัตถะของตนเอง เป็นการเสนอแนะการใช้ดุลยพินิจต่อคุณค่าของกฎหมาย เป็นคุณค่าของกฎหมายที่แน่นอน การใช้ดุลยพินิจดังกล่าวมีบ่อเกิดจากธรรมชาติเป็นสิ่งที่มีเหตุผลเป็นสากล เป็นความรู้ที่มนุษย์รับรู้ได้ มีผลให้กฎหมายมีประสิทธิภาพ แข็งแรงและมีน้ำหนักมากกว่ากฎหมายบ้านเมือง กฎหมายธรรมชาติเกิดจากผลของเหตุการณ์ และถูกค้นพบโดยไม่ต้องทำการวิจัย จึงไม่ปรากฏสำนักนิติวิธีวิจัยกฎหมายธรรมชาติ กฎหมายสำนักนี้ถือว่าเป็นตัวบทกฎหมายคือแบบฟอร์มเท่านั้น ผ่านขั้นตอนวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์มาช้านาน กฎหมายกับจารีตประเพณีจึงต้องเป็นไปด้วยกัน มีอิทธิพลต่อกัน กฎหมายจะปรากฏอยู่ในประเพณีหรือจิตสำนึกร่วมกันของประชาชน (common consciousness of the people) เหตุผลคือ วิญญาณของกฎหมาย (the reason is the soul of law: Thomas Hobbes) เป็นแก่นแท้ของกฎหมาย เมื่อเหตุผลของกฎหมายเปลี่ยน กฎหมายนั้นก็ย่อมเปลี่ยนตามไปด้วย

1.5.3 การวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

1. แนวคิดและการวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กฎหมายและนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี กฎหมายและนโยบายสามารถส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกและป้องกันพฤติกรรมที่เป็นอันตราย และสามารถส่งเสริมหรือทำให้สุขภาพดีขึ้น เกิดความเท่าเทียมและไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง บทบาทของกฎหมายและนโยบายตลอดกระบวนการจัดทำกฎหมายและนโยบายมักมีความเกี่ยวข้องกัน แต่มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน กฎหมายเป็นขั้นตอน มาตรฐาน หรือระบบกฎเกณฑ์ที่จัดตั้งขึ้น ซึ่งสมาชิกของสังคมต้องปฏิบัติตาม นโยบายคือการตัดสินใจหรือชุดของการตัดสินใจที่มุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหา[19] ขั้นตอนสำคัญในการสร้างและมีอิทธิพลต่อกฎหมายและนโยบาย ได้แก่

ผู้นำและชุมชนระบุปัญหาและเสนอแนวคิดบางประการเพื่อสามารถประกาศใช้หรือรับเอามาใช้ในรูปแบบกฎหมายหรือนโยบายได้ การแทรกแซงกฎหมายและนโยบายต้องได้รับเงินทุนสนับสนุนเพื่อนำไปปฏิบัติและบังคับใช้[19]

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น ปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรจำนวนมาก ในทางกฎหมายมักจะมีความเฉพาะเจาะจง เข้มงวด และบังคับใช้ได้ และเมื่อกฎหมายได้แปลเป็นนโยบายเพื่อให้สามารถดำเนินการในรูปของคำสั่งที่เป็นรูปธรรม หลากหลาย ยืดหยุ่น กฎหมายและนโยบายทั้งหมดจะต้องสร้างขึ้นโดยคำนึงถึงคุณธรรมและหลักการทางจริยธรรมที่พยายามสร้างสมดุลระหว่างความเป็นอิสระและความยุติธรรมสำหรับบุคคลในสังคม การวิจัยในกฎหมาย นโยบาย และจริยธรรมด้านสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้โดยใช้หลากหลายวิธี แต่ส่วนที่สำคัญที่สุดของโครงการวิจัยในสาขากฎหมายสาธารณสุขนี้คือการทำความเข้าใจและการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในประเด็นสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

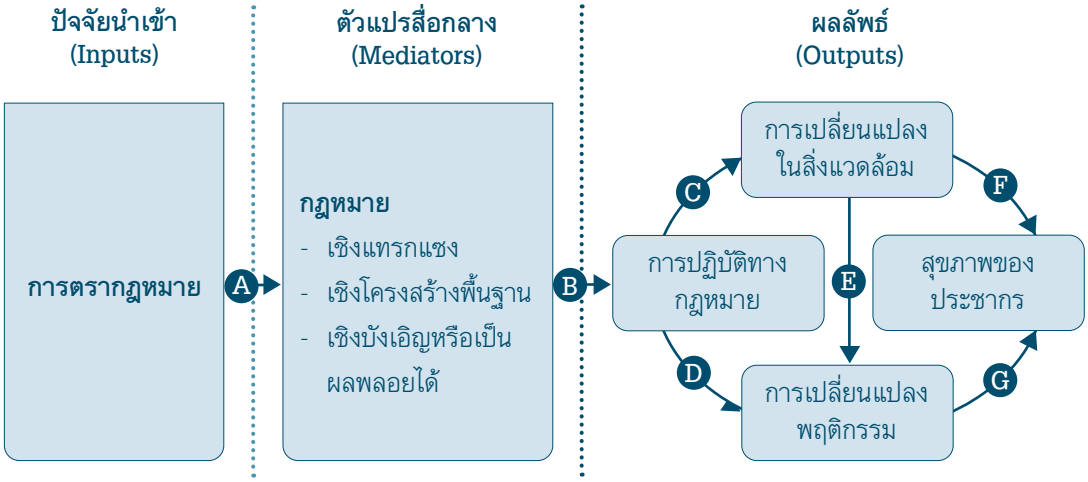
ในบริบทของแปล (translate) งานวิจัยกฎหมาย นโยบาย และจริยธรรมด้านสาธารณสุขเป็นชุดเครื่องมือสุดท้ายสำหรับการนำการค้นพบใหม่ ๆ ในทางการแพทย์มาใช้กับประชากรโดยรวม ซึ่งจะทำให้สังคมสามารถผลักดันการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและรูปแบบการปฏิบัติ และด้วยการทำเช่นนี้ จึงมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรได้[20] ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาและด้วยการพัฒนาและควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เราเห็นการลดลงของอัตราการดื่มในงานสำคัญ เช่น งานศพปลอดเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา และปรับเปลี่ยนค่านิยมการให้ของขวัญ ด้วยคำขวัญ “ให้เหล้าเท่ากับแช่ง” เป็นต้น

การตั้งคำถามการวิจัย ประเด็นที่จะต้องกล่าวถึงคือทำไมต้องทำวิจัย เขียนให้ใครอ่าน การหาแหล่งข้อมูล เพื่อทำให้หัวข้องานวิจัยเข้มแข็งขึ้น การเลือกระเบียบวิธีวิจัย (research methodology) การตั้งประเด็นข้อถกเถียง การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และเหตุผลสนับสนุน งานวิจัยทางกฎหมายอาจจัดประเภทแบบกว้าง ๆ ได้แก่

1. ศึกษาทางประวัติศาสตร์ เกิดเหตุการณ์อะไรข้อมูลที่มีอยู่ เช่นนี้ การศึกษาจำเป็นต้องวิจัยเอกสาร รวมถึงการศึกษาเชิงพัฒนา เชิงพรรณนาในงานเอกสารค้นหาข้อมูลในปัจจุบันที่เกิดขึ้น
2. ศึกษาเชิงวิเคราะห์การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ตีความ ต้องมีสมมติฐานแล้วพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่
3. ศึกษาเชิงทดลอง การตั้งปัจจัยและตัวแปรแล้วนำไปทดลองว่าจริงหรือไม่ตัวอย่าง เช่น การทดสอบมาตรการทางกฎหมายจราจรกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประวัติศาสตร์ของการวิจัยกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายทางสุขภาพของประชากร โดยมุ่งเน้นไปที่กฎหมายและนโยบายที่มีอยู่ บางเป้าหมายต้องการแทรกแซงที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและนโยบายเพื่อการประเมินและทดสอบ จึงมีข้อมูลแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เมื่อมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและนโยบายและข้อมูลการเฝ้าระวังก็สามารถคาดการณ์และประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและเกิดขึ้นจริงของการแทรกแซงดังกล่าวต่อเป้าหมายด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงได้ ตัวอย่างรายงานของศัลยแพทย์ทั่วไปในปี ค.ศ. 1979[21] ได้กล่าวถึงกฎหมาย ข้อบังคับ และระเบียบข้อบังคับในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (not wearing seat belts) การปฏิบัติตามกฎหมายความเร็วและหมวกกันน็อค (speed and helmet laws) การติดฉลากอาหารเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค (labeling foods to give consumer information) การรับรองการเข้าถึงระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปา (water fluoridation) ที่เหมาะสม การให้มาตรฐานด้านสุขภาพและความปลอดภัยแก่ประชาชนในทุกระดับ และการเสนอบริการความช่วยเหลือทางกฎหมายเพื่อปกป้องผู้สูงอายุ[22,23] การทำให้แนวปฏิบัติมาตรฐานในเรื่องสารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี ค.ศ. 1990 พบว่า “ปัญหาทางกฎหมายและข้อบังคับ” ที่จำเป็นต้องวิจัยทางกฎหมายและนโยบายสาธารณะเพื่อสำรวจผลประโยชน์ตอบแทนระหว่างผลตอบแทนทางเศรษฐกิจและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมไปถึงเป้าหมายในระยะสั้นเทียบกับเป้าหมายในระยะยาว[24]

สำหรับการวิจัยกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายและแนวทางปฏิบัติทางกฎหมายกับสุขภาพของประชากร โดยมุ่งเน้นที่การกำหนดนโยบาย การทำโครงสร้างรูปแบบ และการกระจายของกฎหมายในเขตอำนาจศาล (across jurisdictions) และต่างช่วงเวลา การนำไปปฏิบัติ และผลกระทบของทั้งหมดนี้เพื่อสุขภาพของประชากร การวิจัยเกี่ยวกับเนื้อหาและความแพร่หลายของกฎหมายสาธารณสุข กระบวนการในการนำกฎหมายมาใช้และบังคับใช้ และขอบเขตและกลไกที่กฎหมายส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสามารถดำเนินการได้โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ที่นำมาจากระบาดวิทยา เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา และสาขาวิชาอื่น ๆ การวิจัยกฎหมายสาธารณสุขเป็นสาขาที่ยังใหม่ แต่มีความคาดหวังสูงในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายตามหลักฐานซึ่งจะช่วยปรับปรุงสุขภาพของประชากร การวิจัยกฎหมายสุขภาพสาธารณสุขมีความแตกต่างจากงานวิจัยสาธารณสุขประเภทอื่น ๆ ตรงที่งานวิจัยนี้ไม่เพียงประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังประเมินประสิทธิผลของกฎหมายในฐานะเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการแทรกแซงหรืออำนวยความสะดวกในการแทรกแซงด้วย[4]



ภาพที่ 1.5.1 | อิทธิพลของกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข[4]

เมื่อกฎหมายได้ถูกประกาศใช้ผ่านการจัดทำนโยบายที่เป็นรูปธรรมคือการนำกฎหมายไปปฏิบัติ (implementation) ผู้บริหารกฎหมายนั้นจะดำเนินการจัดทำอนุบัญญัติ ร่างกฎ ประกาศ ระเบียบ ข้อบังคับพร้อมกับจัดทำโครงสร้าง ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการแทรกแซงและเพื่อนำไปใช้ปฏิบัติ กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข (หรือคำพิพากษาของศาล) และลักษณะทางการเมืองและเขตอำนาจศาล กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขส่งผลต่อแนวทางปฏิบัติทางกฎหมายอย่างไร มุ่งเน้นไปที่การบังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ส่งผลต่อโครงสร้างหรือการทำงานของระบบกำกับดูแลต่าง ๆ และพฤติกรรม กฎหมายอาจจะมีประสิทธิผลแตกต่างกันอย่างมากในระดับที่นำไปปฏิบัติได้เพราะมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น การที่กฎหมายกำหนดให้มีการสอนเรื่องปัจจัยเสี่ยงการไม่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในโรงเรียนจะส่งผลต่อนักเรียนทุกคนที่ได้รับการศึกษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดสรรงบประมาณ ความชัดเจนของข้อบัญญัติของกฎหมาย ความรับผิดชอบในการออกแนวปฏิบัติและการนำบทบัญญัติทางกฎหมายไปใช้ ความมุ่งมั่นทางการเมืองและปัจจัยอื่น ๆ อีก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการนำไปปฏิบัติ ในทำนองเดียวกัน กฎหมายอาจทำให้หน่วยงานหรือประชากรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับของการต่อต้านทางการเมือง ขอบเขตที่หน่วยงานบริหารมีกลไกบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผล สภาพแวดล้อมของการดำเนินคดี และปัจจัยอื่น ๆ อีก ความสมบูรณ์ของการนำไปปฏิบัติและประสิทธิผลของกลไกที่ปฏิบัติตามกฎหมายเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกฎหมายและต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การศึกษาแนวทางปฏิบัติทางกฎหมายจะสำรวจอิทธิพลเหล่านี้ในฐานะตัวกลางของผลกระทบของกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่อสุขภาพประชากร[4]

การใช้คำว่า “สิ่งแวดล้อม” ในวงกว้างเพื่ออ้างถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โครงสร้างและสถาบันทางสังคมด้วย รวมทั้งสถาบันเอกชน เช่น บริษัท ครอบครัว เป็นต้น ก็ได้รับอิทธิพลจากกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งส่งผลต่อสถาบันทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วยการสร้างหรือลดโอกาส เพิ่มหรือลดทรัพยากรที่มีอยู่ ขยายหรือลดสิทธิและภาระผูกพัน และสร้างแรงจูงใจและบทลงโทษ การวิจัยในพื้นที่นี้ตรวจสอบกลไกของอิทธิพลเหล่านี้และวิธีที่กลไกเหล่านี้กำหนดเงื่อนไขเพื่อให้ผู้คนมีสุขภาพดี กฎหมายจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งทางตรง โดยการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้การเลือกพฤติกรรมบางอย่างมากขึ้นหรือน้อยลง ตัวอย่างเช่น กฎหมายที่มีการอนุญาตการจัดโซนนิ่งขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกฎหมายควบคุมการเมามิให้ขับรถ จะส่งผลต่อความพร้อมของการดื่ม ในที่สุด การเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอัตราความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในระดับประชากร กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขมีประสิทธิผลหรือไม่ พิจารณาจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยตรงหรืออาจใช้การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเป็นตัวกลางเป็นตัวแปรผลลัพธ์ตัวแทน ตัวอย่างเช่น กฎหมายที่ออกแบบมาเพื่อลดอัตราการดื่มแอลกอฮอล์อาจประเมินได้ดีในแง่ของผลกระทบต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4]

ในการทำวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งรวมไปถึงขอบเขตที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและจริยธรรม มักมีจุดมุ่งหมายสำคัญ ได้แก่[20]

1. เพื่อทราบถึงกระบวนการ ขั้นตอน หรือความคิดเห็นว่ากฎหมายนั้นควรเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งควรมีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การวิจัยสำรวจ สามารถอธิบาย พยากรณ์ และการสัมภาษณ์เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์จริงเชิงประจักษ์
2. เพื่อเปรียบเทียบกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่ซึ่งนำไปปฏิบัติโดยรัฐบาลและองค์กรต่าง ๆ และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์บริบทด้านสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินการปฏิบัติตามและประสิทธิผลของกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่ เพื่อประเมินกฎหมายนั้นว่า ควรปรับปรุงแก้ไขและเกิดผลสัมฤทธิ์เพียงใด ควรปรับปรุงแก้ไขหรือควรยกเลิก หรือควรทำให้เข้มข้นขึ้น
4. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขที่นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบผลกระทบทางจริยธรรมของกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่
5. เพื่อนำหลักจริยธรรมของการทำความดี การไม่ก่ออันตราย ความเป็นอิสระ และความยุติธรรมไปใช้กับกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขใหม่และที่มีอยู่ เพื่อพยายามกำหนดว่าอะไรจะให้บริการด้านสุขภาพของประชากรทั้งหมดในสังคมได้ดีที่สุดตามจริยธรรม การสร้างกลไกการแทรกแซงเปรียบเทียบประสิทธิผลเชิงกฎหมาย ซึ่งอาจนำเครื่องมือทางสังคมศาสตร์ ระบาดวิทยามาทำการศึกษา

ในการวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขนั้น สิ่งแรกที่จะต้องพิจารณาถึงว่า ในกระบวนการตราทางกฎหมายนั้น ประกอบไปด้วยอะไรบ้าง โดยอธิบายได้ว่า การยกร่างกฎหมายเป็นขั้นตอนแรก การทบทวนงานเอกสารอย่างเป็นระบบจะเริ่มเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ ซึ่งในกระบวนการนี้งานวิจัยอาจจะมีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องก็คือ การยกร่างที่จะต้องฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายงานวิจัยที่จะเกี่ยวข้องอย่าง เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการใช้การศึกษาแบบ Delphi ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายในสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสาธารณสุข การรับฟังความคิดเห็นของภาคประชาสังคมหรือผู้ที่มีส่วนได้เสียในเชิงกฎหมาย การสำรวจตัวแทนของภาคประชาชนที่ จำเป็นจะต้องนำหลักการวิจัยและสถิติเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการคัดสรรเลือกตัวอย่าง การออกแบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์

ต่อมาการนำกฎหมายเข้าระบบรัฐสภา การตีความ การวิเคราะห์กฎหมาย และเมื่อกฎหมายผ่านแล้ว นำไปบังคับใช้ จะเกิดกระบวนการอีกกระบวนการหนึ่งคือ การร่างกฎหรืออนุบัญญัติ ระเบียบประกาศที่เกี่ยวข้อง และเมื่อนำกฎหมายไปใช้ในพื้นที่ ก็จะมีเรื่องของการบังคับใช้กฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายนี้ อาจจะนำมาซึ่งปัญหาหรือมีข้อจำกัดบางประการ อาทิ มาตรการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์ มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[25] จากรายงานวิจัยพบว่า ไม่อาจจะทำเพียงมาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงอย่างเดียวได้ จำเป็นต้องดำเนินการทุกมาตรการไปพร้อม ๆ กัน จึงจะได้ผล อย่างไรก็ดี มาตรการห้ามการโฆษณานี้สำคัญมาก เพราะถ้าไม่ดำเนินการห้ามโฆษณาหรือปล่อยให้มีการสื่อสารการตลาดเชิญชวนเชิญเชื่อได้อิสระแล้ว มาตรการอื่น ๆ แม้จะทำเต็มที่แล้วก็จะไม่ได้ผลสำเร็จ[26] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอะไรเป็นสาเหตุให้การบังคับใช้กฎหมายหรือแนวทางปัญหาอุปสรรคที่จะแก้ไขของการบังคับใช้กฎหมายนั้น ต่อมาคือ เรื่องของการปรับปรุงกฎหมายหรือการประเมินผล หลังจากการนำกฎหมายไปปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากการประเมินผลสัมฤทธิ์ กล่าวคือ ซึ่งตามรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2560 มาตรา 77 ได้บัญญัติถึงเรื่องของการประเมินผลสัมฤทธิ์ เมื่อกฎหมายมีการบังคับใช้ไปได้สักระยะหนึ่งตามเอกสารแนบท้ายบทนี้

2. ระเบียบวิธีวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

2.1 นิติวิธี

นิติวิธี หรือวิธีทางกฎหมาย หมายถึง แนวความคิดและทัศนคติของนักกฎหมายที่มีต่อบ่อเกิดของกฎหมาย และวิธีศึกษา วิธีใช้และบทบัญญัติกฎหมายของนักกฎหมาย ระบบกฎหมายและนิติวิธีส่งผลถึงประชากรในการวิจัย ตัวแปรในงานวิจัยหลัก ๆ ถ้าเป็นข้อมูลปฐมภูมิ (primary sources) เช่น รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด กฎกระทรวง ประกาศ คำสั่ง จารีตประเพณีปฏิบัติ

เป็นข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิได้ในระบบซีวิลลอว์ และต้องพิจารณาประชากรลำดับศักดิ์ของกฎหมาย ประชากรของงานวิจัย และตามประเภทของการวิจัย ถ้าเป็นประเภทวิจัย เอกสารแหล่งที่มาหลัก เป็น primary data ส่งผลต่อตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ตัวแปรแทรกซ้อน บันทึกเหตุการณ์หรือหลักฐาน ตามที่อธิบายครั้งแรกหรือเกิดขึ้นจริงโดยไม่มีการตีความหรือคำอธิบายใด ๆ เป็นข้อมูลที่แสดงเป็นครั้งแรกหรือเป็นข้อมูลต้นฉบับ หรือในระบบคอมมอนลอว์ คำสั่ง/คำตัดสินของคณะลูกขุน (Jury Instruction) เป็น primary sources ที่มาของแหล่งข้อมูล รวมถึงบทความวิจัยในวารสารวิชาการรายงานของรัฐบาลบางส่วน การประชุมวิชาการและเอกสารดำเนินการประชุม เรื่องเล่าส่วนบุคคลบันทึกประจำวัน การสัมภาษณ์ อัตชีวประวัติ และจดหมายโต้ตอบ ส่วนแหล่งข้อมูลรอง (secondary source) ได้แก่ การนำเสนอการวิเคราะห์หรือการกล่าวซ้ำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลหลัก โดยมักจะพรรณนาถึงแหล่งข้อมูลหลัก แหล่งข้อมูลเหล่านี้มักจะเป็นผลงานที่สรุป ตีความ จัดระเบียบใหม่ หรือเพิ่มมูลค่าให้กับแหล่งข้อมูลหลักด้วยวิธีอื่น รวมถึงการวิจารณ์กฎหมายและกฎหมาย การวิเคราะห์และวิจารณ์ทางการเมือง ส่วนแหล่งตติยภูมิ (tertiary sources) ได้แก่ ปฏิทิน หนังสือข้อเท็จจริง วิกิพีเดีย ไดเร็กทอรี รวมถึงดัชนี สรุป จัดระเบียบ รวบรวม หรือย่อยแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เอกสารอ้างอิงและตำราเรียนบางฉบับถือเป็นแหล่งข้อมูลระดับตติยภูมิ หากมีจุดประสงค์หลักคือเพื่อแสดงรายการ สรุป หรือเพียงแค่จัดหมวดหมู่แนวคิดหรือข้อมูลอื่น ๆ แหล่งข้อมูลระดับตติยภูมิมักไม่ระบุชื่อผู้เขียนรายใดรายหนึ่งโดยเฉพาะ[27]

ดังนั้น นิติวิธีหรือเครื่องมือในการวิจัยแรกคือการสืบค้นและสำเนากฎหมายที่มาจากแหล่งต่าง ๆ อาทิ (ก) ข้อความกฎหมายฉบับสมบูรณ์และบทสรุปของข้อความดังกล่าวที่เผยแพร่ใน International digest of health Laws (ข) ข้อความกฎหมายฉบับสมบูรณ์ที่เผยแพร่จากองค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ อาทิ เช่น กรณีสารเสพติด United Nations Division of Narcotic Drugs[28], Global strategy to reduce the harmful use of alcohol[29] (ค) การสื่อสารส่วนบุคคลจากผู้เชี่ยวชาญในประเทศที่สำรวจ มีการปรึกษาหารือกับหน่วยงานกฎหมายและสุขภาพและบุคคลต่าง ๆ ติดต่อและปรึกษากับศูนย์ประสานงานขององค์การอนามัยโลกในด้านสุขภาพจิตและด้านการติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์ หน่วยงานอื่น ๆ ที่ได้รับการปรึกษาหารือ ได้แก่ กองทุนควบคุมการใช้ยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ กองยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ นอกจากนี้ สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศอื่น ๆ รวมถึงสภาระหว่างประเทศว่าด้วยแอลกอฮอล์และการติดยาเสพติด (ซึ่งเป็นองค์กรนอกภาครัฐ) ก็ได้รับการปรึกษาหารือด้วยเช่นกัน (ง) คลังเอกสารกฎหมายของสหประชาชาติและรัฐบาลกลาง เอกสารและรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ในทางที่ผิดได้รับการวิเคราะห์ และตรวจสอบรายงานและสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะเกี่ยวกับอนุสัญญายาเสพติดระหว่างประเทศ

หลักการพื้นฐานบางประการที่ควรพิจารณาในการปรับปรุง/พัฒนากฎหมายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และสารเสพติดได้มาจากข้อมูลที่รวบรวม การทบทวนเอกสารระดับนานาชาตินี้มีประโยชน์ในทางปฏิบัติสูงสุด การตรวจสอบวรรณกรรมในสาขานี้ และการอภิปรายและการติดต่อกับผู้คนจำนวนมาก หลักการเหล่านี้ยังสะท้อนถึงมุมมองของคณะที่ปรึกษา ซึ่งสมาชิกมาจากสาขากฎหมาย การแพทย์ และการบริหารสาธารณสุขการวิเคราะห์เป็นหนึ่งในกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วยเหตุผลเชิงปรัชญา ตามแนวทฤษฎีกฎหมายประยุกต์ (applied theory of law) อธิบาย กฎหมายตามปรัชญาของกฎหมาย เป็นการอธิบายปรับใช้กฎหมายโดยอาศัยเหตุผลอ้างอิง หน้าที่ เจตนารมณ์ ตามหลักแนวคิดทฤษฎี ประเภทกฎหมาย ลำดับศักดิ์กฎหมาย กฎหมายทั่วไปหรือกฎหมายพิเศษ ที่มาของกฎหมาย (sources of law) หลักกฎหมายที่ได้จากบรรทัดฐานคำพิพากษาศาล หรือคำวินิจฉัยขององค์กรที่มีหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย (case law) ระบบกฎหมายหลัก แนวคิด เช่น กฎหมายจำพวกจำกัดสิทธิของบุคคลต้อง ตีความโดยเคร่งครัด ฯลฯ การตีความในลักษณะนี้คือการวิเคราะห์ที่ใช้ในการวิจัยกฎหมาย สรุปเหตุผลที่ใช้ วิเคราะห์กฎหมายที่รับฟังได้เหตุผลตามหลัก แนวคิด ทฤษฎี และระบบนิติศาสตร์ ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา เหตุผลโดยเทียบเคียงเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ประวัติศาสตร์ กฎหมายใกล้เคียง เหตุผลตามศีลธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ ธรรมมาภิบาล จารีตประเพณีปฏิบัติที่ใช้ในกฎหมาย เหตุผลตามความคิดเห็นของนักปรัชญาสากลที่เป็นที่ยอมรับเป็นที่มาของการก่อตั้งหลักแนวคิด ทฤษฎี เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือกฎหมายธรรมชาติ

เพลโต (Plato) กล่าวว่า การตีความกฎหมายต้องตีความตามจิตวิญญาณของกฎหมาย การค้นหาเจตนาที่แท้จริง “True Intent” เป็นบรรทัดฐานของกฎหมาย (legal norm) เป็นสิ่งสำคัญเพื่อความชัดเจนแน่นอนในการบังคับใช้ การคำนึงเพียงลายลักษณ์อักษรนั้นก็ไม่ต่างจากการแปลกฎหมาย แม้จะกระทำโดยศาลก็ตาม การตีความกฎหมายบางครั้งอาจจะพิจารณาจากประเภทของกฎหมายนั้น ๆ การตีความจะต้องกระทำต่อเมื่อตัวอักษรไม่ชัดเจนเท่านั้น ถ้ากฎหมายชัดเจนก็ไม่จำเป็นต้องตีความ แต่การที่จะทราบความหมายของถ้อยคำในตัวบทกฎหมายทั้งหมด หรือตัวบท ต้องพิจารณาจากตัวบทที่อยู่ข้างเคียงด้วย พิจารณาจากบริบท (context) ของตัวบท ก็เท่ากับว่าเป็นการตีความ การตีความกฎหมายจะเกิดขึ้น ต่อเมื่อถ้อยคำในกฎหมายไม่ชัดเจนแน่นอน กำกวม หรือมีความหมายหลายนัย ก็จำเป็นต้องตีความในกฎหมายหรือแปลกฎหมาย[30] เพราะกฎหมายทุกฉบับต้องออกมาโดยมีเหตุผลทั้งสิ้น (Let us consider the reason of the case. For nothing is law that is not reason, by Sir John Powell)[31] หลักหรือวิธีการวิเคราะห์ทางกฎหมายในงานวิจัยนำตรรกวิทยาทางสังคมศาสตร์มาเทียบเคียง ได้แก่[32]

1. วิธีการนิรนัย (deductive method) ทางตรรกวิทยาทางสังคมศาสตร์ของอริสโตเติล อาศัยข้อมูลที่ยอมรับว่าจริงเป็นหลัก นำข้อมูลที่ต้องการวิเคราะห์มาอ้างอิงกับข้อมูลหลัก สรุปข้อมูลที่ต้องการวิเคราะห์เป็นจริงตามข้อมูลหลักหรือไม่การวิเคราะห์กฎหมายโดยวิธีนิรนัยข้อมูลกฎหมายปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็น (minor premise) ข้อเท็จจริงหลักเป็น (major premise) คือปรัชญา หลัก แนวคิด ทฤษฎีจริยธรรม ศีลธรรม เจตนารมณ์ของกฎหมาย นิติวิธี ความเป็นธรรม ความยุติธรรม กฎหมายธรรมชาติ ฯลฯ ตามประเภทของกฎหมายฯ การนิรนัยคำพิพากษาของศาลและเจ้าพนักงาน[32] ดุลยพินิจของศาลและของเจ้าพนักงานกับข้อกฎหมายเป็นไปตามหลักการใช้ดุลยพินิจ (ethical principles moral reasoning) ปรัชญา หลัก แนวคิด ทฤษฎี เจตนารมณ์ เหตุผล นิติวิธี หรือไม่
2. วิธีการอุปนัย (inductive method) เป็นการแสวงหาความรู้ความจริงโดยเก็บรวบรวมข้อมูลย่อย หรือข้อเท็จจริงย่อยนำมาจัดประเภทหาความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง เหมือนหรือแตกต่างกัน แล้วแปลความหมาย สรุปออกมาเป็นเหตุผล การอุปนัยเป็นการสรุปจากส่วนย่อยไปหาส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นวิธีการของฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) โดยเริ่มต้นด้วยคำอธิบายข้อกำหนดต่าง ๆ แล้วถึงจะสรุปจากข้อสังเกตที่ได้จากข้อกำหนดข้อเท็จจริงไปจนถึงสัจพจน์หนึ่งข้อหรือมากกว่า
3. วิธีการอุปมา อุปไมย (reasoning by analogy) การให้เหตุผลโดยใช้วิธีเปรียบเทียบหรือเทียบเคียง สิ่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกัน อุปมาสิ่งหรือข้อความที่ยกมาเปรียบเทียบอุปไมย สิ่งหรือข้อความที่พึงเปรียบเทียบกับสิ่งอื่น เพื่อให้เข้าใจแจ่มแจ้ง

การวิเคราะห์ในงานวิจัยนั้น มีหลากหลายวิธี ได้แก่ วิธีการแบบนิรนัย (deductive method) วิธีการอุปนัย (inductive method) วิธีการอุปมา อุปไมย (reasoning by analogy) ต้องพิจารณาทั้งประเภทกฎหมาย ลำดับศักดิ์กฎหมายเพื่อนิติวิธีกฎหมาย และหลักแนวคิดทฤษฎี นิติวิธีและของศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายนั้น ๆ การวิเคราะห์จารีตประเพณี ในทำนองเดียวกันกฎหมายจะฝ่าฝืนประเพณีที่ชอบไม่ได้เช่นกันประเด็นเหตุผลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์กฎหมายเหตุผลที่ชอบตาม หลักแนวคิด ทฤษฎีของกฎหมาย ปรัชญากฎหมาย ทำให้การวิเคราะห์นั้นชอบและยอมรับได้ ไม่นำเหตุผลส่วนบุคคลมาใช้ในการวิเคราะห์วิจัยกฎหมาย แม้แต่แนวความคิดของนักปรัชญาก็ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เหตุผลกฎหมายกับศีลธรรม จารีตประเพณี และประเพณีปฏิบัติประเด็นเหตุผลที่ใช้ในการวิเคราะห์ คำพิพากษาของศาล ดุลยพินิจของเจ้าพนักงานการให้เหตุผลในเชิงจริยธรรม

(moral reasoning) ศาลและเจ้าพนักงานของรัฐ ผู้ที่ใช้อำนาจรัฐ ต้องมีภาระที่ต้องรับผิดชอบ (accountability) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะสังคม ไม่ใช่มีแต่เพียงภาระหน้าที่ได้รับ (responsibility) ในการทำหน้าที่ผู้ใช้อำนาจรัฐ ศาล เจ้าหน้าที่รัฐต้องมีจริยธรรม แกนหลัก core ethical principles) รับผิดชอบ ต่อประชาชน การปฏิบัติหน้าที่ประชาชนต้องสามารถตรวจสอบ ควบคุม และต้องสามารถชี้แจงต่อสาธารณะ ต้องปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริต มีความโปร่งใส ฯลฯ ในคำพิพากษา เนื้อหาการใช้ดุลยพินิจต้องมีคำอธิบายถึงเหตุผลว่าทำไมถึงใช้ดุลยพินิจเช่นนั้น

กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกฎหมายมหาชน จากหลักนิติวิธีทางกฎหมายมหาชนสามารถจำแนกแนวคิดได้ 2 รูปแบบ คือ นิติวิธีเชิงปฏิเสธหลักกฎหมายเอกชนกับนิติวิธีเชิงประโยชน์สาธารณะกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน กล่าวคือ หลักนิติวิธีเชิงปฏิเสธหลักกฎหมายเอกชน หมายถึง การปฏิเสธไม่นำหลักกฎหมายเอกชนมาใช้ในการแก้ปัญหาทางกฎหมายมหาชน เนื่องจากรัฐ หน่วยงานของรัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐ มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะเท่านั้น ซึ่ง “ภารกิจหลักของรัฐ” จึงจำเป็นต้องสร้างหลักกฎหมายต่าง ๆ ขึ้นมา เพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ เมื่อเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กระทำประโยชน์สาธารณะ เช่นนี้ผลทางกฎหมายมหาชนที่เกิดตามมาก็คือ รัฐ หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องมีฐานะเหนือเอกชนและสภาพทางการที่มีฐานะเหนือเอกชนนี้เรียกว่า “เอกสิทธิของฝ่ายปกครอง” หรือเรียกว่า “อำนาจพิเศษของฝ่ายปกครอง” หลักนิติวิธีเชิงประโยชน์สาธารณะกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน เมื่อรัฐ หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิเสธที่จะไม่นำหลักกฎหมายเอกชนมาใช้ในการแก้ปัญหาทางมหาชนแล้ว จึงจำเป็นต้องสร้างหลักกฎหมายมหาชน เพื่อสานผลประโยชน์สาธารณะกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ด้วยเหตุนี้เองจึงเป็นหน้าที่ของกฎหมายที่จะรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน และต้องกำหนดกฎเกณฑ์ทั้งหลายให้ใช้บังคับการกระทำของรัฐ หน่วยงานของรัฐ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชน

การวิจัยทางกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขจึงเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นของกระบวนการร่างกฎหมายหรือพัฒนากฎหมายจนไปถึงการประเมินกฎหมาย เพื่อนำมาสนับสนุนการออกกฎหมายหรือนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำเป็นจะต้องมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมารองรับ ในระหว่างทางที่กฎหมายได้มีการบังคับใช้ ตัวสารบัญญัติของกฎหมายก็ดี การบังคับใช้ก็ดีอาจเกิดปัญหาซึ่งอาจนำมาสู่การแก้ไข หรือปรับปรุงสารบัญญัติใหม่อีกครั้งหนึ่ง สิ่งนี้ก็จำเป็นที่จะต้องมีการนำวิจัยเข้ามาเป็นพื้นฐานรองรับก่อนที่จะปรับแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง การพัฒนาหรือยกร่างกฎหมายนั้น หากไม่มีงานวิจัยรองรับรวมทั้งความเห็นของภาคประชาสังคม ก็จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อกฎหมายจะได้รับการตราขึ้นมาได้

กฎหมายและนโยบายต้องได้รับการประเมินเช่นเดียวกับการแทรกแซงด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ผลการประเมินสามารถแสดงให้เห็นว่ากฎหมายหรือนโยบายมีผลกระทบตามที่ต้องการ ควรแก้ไขหรือก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่

1. กฎหมาย นโยบาย และจริยธรรมด้านสาธารณสุขเป็นเครื่องมือในการนำความรู้ทางการแพทย์ใหม่ ๆ มาสู่สังคมเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในประชากรจำนวนมาก
2. กฎหมายและนโยบายจำเป็นต้องมีการประเมินและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องผ่านการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบและประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
3. การวิเคราะห์และตีความข้อมูลวิจัยและกฎหมายให้สามารถดำเนินการได้โดยใช้หลากหลายวิธี โครงการที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในกฎหมายและนโยบายที่มีอยู่ ตลอดจนการสื่อสารและความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

2.2 วิธีการวิจัยและข้อพึงระวัง

วิธีการวิจัยเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบาย และจริยธรรมด้านสาธารณสุขอาจแตกต่างกันไปอย่างมาก ซึ่งมีทั้งศาสตร์การศึกษาเชิงคุณภาพ และการศึกษาเชิงปริมาณ ทั้งนี้อาจดำเนินการวิจัยดังนี้[20]

1) การทบทวนอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบแบบตัดขวางและการเปรียบเทียบกฎหมายและนโยบายทั้งในและต่างประเทศที่มีอยู่ กับการรายงานและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2) การศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพในช่วงเวลาต่าง ๆ ขณะที่กฎหมายและนโยบายได้รับการนำไปปฏิบัติ เปลี่ยนแปลง หรือยังคงมีเสถียรภาพ

3) การศึกษาแบบคาดการณ์ล่วงหน้า เพื่อประเมินผลกระทบของกฎหมายและนโยบายใหม่ ๆ ต่อผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม (แม้ว่าจะไม่ค่อยเกิดขึ้นกับกฎหมาย แต่เกิดขึ้นกับนโยบายบ่อยกว่าและตรงไปตรงมากว่า)

4) การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ เป็นการทำวิจัยเพื่อเสนอมาตรการที่ต้องดำเนินการก่อนที่จะนำมาตรการที่รุนแรงซึ่งแนะนำเพื่อจัดการกับการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดมาใช้ ซึ่งรวมถึงการเก็บภาษีและห้ามการสนับสนุนแอลกอฮอล์ในงานวัฒนธรรมสำคัญ ๆ ตามรายงานของ Irish Medical Times รวมถึงการลดปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคอยู่ปัจจุบัน ซึ่งสูงเกินเหตุ การนำเสนออาจนำมาซึ่งรายงานแนะนำให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียม “ความรับผิดชอบต่อสังคม” จากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยกเลิกการให้การสนับสนุนกีฬาและกิจกรรมใหญ่ ๆ[33]

การเริ่มเขียนงานวิจัย นักวิจัยควรเริ่มต้นจาก 1) ระบุประเด็นด้านสาธารณสุขที่น่าสนใจและเป้าหมาย การมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติ หรือสภาพแวดล้อมใด ประชากรกลุ่มใดได้รับผลกระทบจากประเด็นด้านสาธารณสุขนี้ การจะนำความรู้ใดมาใช้กับสถานการณ์นี้ เป้าหมายสุดท้ายของกฎหมายหรือแนวนโยบายที่บังคับใช้คืออะไร 2) ศึกษาเข้าใจในกฎหมายและนโยบายที่มีอยู่และผลกระทบของกฎหมายและนโยบาย เหตุใดจึงนำมาใช้ เมื่อไร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายใด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านั้นมีอคติหรือมีผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกันหรือไม่ กฎหมายและนโยบายมีประสิทธิผลประสิทธิภาพหรือไม่ และ 3) ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในประเด็นนี้ ได้แก่ องค์กร รัฐบาล ผู้ปกครองและนักเรียนนักศึกษา ผู้มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ด้านสาธารณสุขว่ามีผลอย่างไร ตั้งแต่แนวโน้มพฤติกรรมไปจนถึงอิทธิพลภายนอก เช่น แรงกดดันทางการเงินงบประมาณ การสร้างการสื่อสาร อาจเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

เพื่อบรรลุเป้าหมายงานวิจัยทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข ลำดับแรก ผู้วิจัยต้องดำเนินการวางแผนและสืบค้นงานอย่างเป็นระบบ การดำเนินการค้นหาวารสารที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมตามคำสำคัญ (keywords) ที่ได้กำหนดไว้ โดยระบุการศึกษาเชิงประจักษ์ บทวิจารณ์ และความคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัยด้านกฎหมายและนโยบายแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่น ๆ นอกจากนี้ การรวมบทความที่น่าสนใจจากแหล่งอื่น ๆ ที่สนับสนุนความสำคัญของการวิจัยกฎหมายนโยบายแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่น ๆ สำหรับการปรับปรุงสาธารณสุขอีกด้วย แม้ว่าการทบทวนนี้จะเน้นที่การวิจัยเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่น ๆ ขอบเขตของการทบทวนนี้มุ่งเน้นไปที่บทความที่เน้นกฎหมายและนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์เป็นหลัก เช่น อายุขั้นต่ำที่กฎหมายกำหนดในการดื่ม การกำหนดราคาและภาษี ชั่วโมงและวันจำหน่าย ความหนาแน่นของร้านค้า และผลกระทบของการแปรรูป และนโยบายที่มุ่งลดการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและปัญหาที่เกี่ยวข้อง[34] อย่างไรก็ดี กับดักที่อาจเกิดขึ้น (Potential pitfalls) กับการวิจัยก็คือ 1) การไม่คำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ระวังอคติ จะมีฝ่ายต่าง ๆ ที่มีผลประโยชน์ขัดแย้งกันในกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการวิจัยนโยบายเสมอ ตระหนักถึงอิทธิพลที่องค์กร ทีม วิทยาลัย รัฐบาล ครอบครัว และผู้เล่นได้รับจากผลประโยชน์ส่วนตัว แรงกดดันด้านการเงินงบประมาณ และการออกระเบียบ และผลกระทบต่อการวิเคราะห์และการนำกฎหมายและนโยบายไปปฏิบัติ 2) การมีกฎหมายและนโยบาย ไม่ได้หมายความโดยอัตโนมัติว่ามีการทำตามกฎและแนวปฏิบัติ ต้องมีการประเมินการปฏิบัติตามกฎหมายและนโยบายก่อนตัดสินประสิทธิผล 3) การไม่พิจารณาหลักจริยธรรมอย่างถี่ถ้วน การประเมินและการนำกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่องไปปฏิบัติ อาจขาดการยอมรับ ความเข้าใจ และละเลยการวางแผนเฉพาะบุคคลสำหรับสถานการณ์เฉพาะ

ระบบกฎหมายทั้งหมดมีบทบัญญัติสำหรับการเปลี่ยนแปลงกฎหมายโดยการแก้ไข การยกเลิก และการบัญญัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้ ผ่านมาตรการทางปกครองและการตีความกฎหมาย โดยศาล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีวิธีการประเมินผลกฎหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง การประเมินผลกฎหมายจะไม่มีคุณค่าโดยตรง เว้นแต่จะนำเสนอผลลัพธ์ในเวลาที่เหมาะสมและในรูปแบบที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานนิติบัญญัติเพื่อวิเคราะห์และดำเนินการที่เหมาะสม[28]

2.3 การทำงานร่วมกันของฝ่ายสุขภาพและสาธารณสุขกับฝ่ายนิติบัญญัติ

ในประวัติศาสตร์ไทยเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย มีสาระอยู่ในกฎหมายหลักสามฉบับ ได้แก่ (1) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมมาตรการหลัก คือ การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ การจำกัดและควบคุมโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และต่อมามีการออกอนุบัญญัติย่อยตามพระราชบัญญัตินี้อย่างต่อเนื่อง (2) พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ของกระทรวงการคลังเป็นกฎหมายหลักสำหรับมาตรการทางภาษีและราคา และระบบใบอนุญาตในการค้าสุรา และ (3) พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ของกระทรวงมหาดไทยเป็นกฎหมายหลักสำหรับการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[35] อย่างไรก็ตาม หากจะกล่าวถึงพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ถึงกระบวนการได้มาของกฎหมายฉบับนี้จากงานวิจัย เห็นได้ว่า บทบาทของกลุ่มผลประโยชน์ที่มีต่อกระบวนการการผลักดันนโยบายสาธารณะทั้งกลุ่มที่มีบทบาทในการสนับสนุนและคัดค้าน ในการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีสมมติฐานว่าธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นธุรกิจขนาดใหญ่ มีมูลค่าสูง แต่ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมในระดับสูงเช่นเดียวกัน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจนี้ย่อมก่อให้เกิดการปะทะกันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ จำนวนมากในระดับรุนแรงอย่างเป็นวงกว้าง เพื่อให้สามารถจัดสรรผลประโยชน์แก่กลุ่มของตนได้สูงสุด ในกระบวนการผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีประเด็นสำคัญอยู่ 3 ประการ คือ 1) มีนัยยะของการปะทะระหว่างกลุ่มที่มีเป้าหมายผลักดันนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพกับกลุ่มผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจขนาดใหญ่ของประเทศ 2) เกิดข้อถกเถียงเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและการนำไปบังคับใช้ และ 3) มีผลต่อเนื่องไปยังกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในอนาคต โดยความขัดแย้งของทั้งสองกลุ่มนั้นไม่สามารถประนีประนอมด้วยกันได้ จึงทำให้เกิด “ความเห็นต่าง” ปรากฏอยู่ในพื้นที่สาธารณะทั่วไปอย่างชัดเจน ทั้งพบว่ามิติทางสังคมสาธารณสุข เศรษฐกิจ พาณิชย์ ระบบการเงิน การคลัง ฯลฯ

มีความเกี่ยวพันกันจนไม่สามารถใช้มุมมองเพียงมิติเดียว ในการผลักดันนโยบายสาธารณะเรื่องการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้[36] เนื่องจาก “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ใช่สินค้าธรรมดา” เนื่องด้วยเป็นสารที่มีฤทธิ์อันตราย สารก่อมะเร็ง ออกฤทธิ์กดประสาททำให้ขาดสติสัมปชัญญะและความยับยั้งชั่งใจ เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากโรคหลายชนิด เช่น มะเร็งตับโรคตับแข็ง เส้นเลือดในสมองแตก ข้อมูลระบุว่าอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหานี้สะท้อนความเสี่ยงทางสุขภาพที่มาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง ความจำเป็นต้องควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 ในเพศชายและอันดับ 9 ในเพศหญิง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพของประชาชนการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 165,450.5 ล้านบาท หรือเท่ากับร้อยละ 1.02 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ GDP ซึ่งมีจำนวนนี้แบ่งเป็นการสูญเสียทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการขาดงาน หรือสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3 ของการสูญเสียทั้งหมด) และการสูญเสียทางตรงจากค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม และมูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 6,091.7 ล้านบาท[37]

จากสถิติทางสาธารณสุข พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยอันดับต้น ๆ จึงมีความจำเป็นต้องมีการควบคุม[26] ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมย์ของกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ว่าที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุ และอาชญากรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ สมควรกำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้[38]

โดยทั่วไป มาตรการควบคุมด้านแอลกอฮอล์เป็นแนวทางกว้าง ๆ ในการแทรกแซงการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทุกคน กลยุทธ์ด้านนโยบายด้านแอลกอฮอล์มักประกอบด้วยกฎหมายและข้อบังคับระดับรัฐบาลกลาง ระดับรัฐ และระดับท้องถิ่นที่ควบคุมปัญหาแอลกอฮอล์ในวงกว้าง ตั้งแต่การผลิตและการขายแอลกอฮอล์ไปจนถึงกฎหมาย/มาตรการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เยาว์ นโยบายด้านแอลกอฮอล์ยังกำหนดโดยองค์กรนอกภาครัฐ เช่น วิทยาลัยและมหาวิทยาลัย เพื่อจัดการกับการดื่มและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมหาวิทยาลัยและในชุมชนของตน

งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่านโยบายด้านแอลกอฮอล์หลายประเภทมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และอันตรายที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดการดื่มสุราอย่างหนัก การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และผลเสียอื่น ๆ ได้ การเพิ่มอายุขั้นต่ำตามกฎหมายควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 21 ปี ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกฎหมายของรัฐบาลกลางที่จัดทำขึ้นในปี ค.ศ. 1984 งานวิจัยแสดงให้เห็นว่ากฎหมายนี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิต อาชญากรรม และผลเสียอื่น ๆ ในกลุ่มอายุที่ได้รับผลกระทบจากกฎหมายดังกล่าวได้[5] รวมถึงประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย กรณีตัวอย่างงานวิจัย พบว่าร้อยละ 38 ของกลุ่มตำรวจเป็นผู้ที่มีระดับการดื่มอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง/เสพติดแอลกอฮอล์แล้ว และร้อยละ 24 จัดอยู่ในกลุ่มที่ระดับการดื่มก่อให้เกิดอันตรายได้ และเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการละเมิดกฎหมาย/วินัยอันเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตำรวจตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.7) มีแนวโน้มในการละเมิดฯ ในระดับปานกลาง และจากการทดสอบ พบความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มการละเมิดกฎหมาย/วินัยอันเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรากับระดับการดื่มสุรา จากข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ชักนำให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของตำรวจไทยนับเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[39]

ในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ กระบวนการนิติบัญญัติในระดับชาติหรือระดับกระทรวงจำเป็นต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขหรือคณะอนุกรรมการ อาทิ เช่น ด้านการใช้ยาเสพติดภายในฝ่ายนิติบัญญัติ คณะกรรมการดังกล่าวมักจะดำเนินการรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและบุคคลทั่วไป ฟอรัมนี้เป็นโอกาสอันมีค่า สำหรับการนำเสนอความคิดเห็นอย่างทันท่วงทีและสร้างสรรค์ และสำหรับการมีส่วนร่วมในการสร้างกฎหมาย การนำเสนอรายงานอย่างเป็นทางการโดยหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย ดังนั้น ทั้งประชาชนและฝ่ายนิติบัญญัติจึงมีโอกาสที่จะประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมและแสวงหาการเปลี่ยนแปลงในกรณีที่โปรแกรมบำบัดต้องการการเน้นย้ำหรือทิศทางที่แตกต่างออกไป โอกาสในการเสนอการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นจากการฟังความคิดเห็นของสาธารณะที่ดำเนินการโดยฝ่ายนิติบัญญัติ[28]

โดยทั่วไป การปรับแก้ไขบทบัญญัติในกฎหมายและกฎหมายลูกต้องมีการรีวิวองค์ประกอบที่สำคัญภายในสาระสำคัญของสารบัญญัติ โดยมีงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยทางระบาดวิทยา เศรษฐมิติ หรือปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้น กรอบในการพิจารณา ได้แก่ตารางตัวอย่างที่วางโครงสร้างพื้นฐานตามกฎหมาย[28] ซึ่งผู้เขียนได้ปรับปรุงเพิ่มเติม ดังนี้

ตารางที่ 1.5.1 ตัวอย่างที่วางโครงสร้างพื้นฐานตามกฎหมาย

1. นโยบาย	การกำหนดนโยบายสาธารณะและวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ในโครงการบำบัดการติดยาและแอลกอฮอล์
2. อำนาจ	การกำหนดอำนาจที่เหมาะสมในการวางแผนและดำเนินการตามนโยบายสาธารณะและการบริหารโครงการควบคุมเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (ควบคู่ไปกับโครงการสุขภาพสาธารณะอื่น ๆ)
3. งบประมาณ	โครงร่างนโยบายงบประมาณและการให้การสนับสนุนทางการเงินอย่างต่อเนื่องสำหรับโครงการบังคับใช้กฎหมายและบำบัดแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการโดยสาธารณะ
4. การดำเนินงาน	การกำหนดโครงสร้างที่เหมาะสมและรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการของโครงการแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถปฏิบัติตามและนำไปปฏิบัติได้
5. การวิจัย การฝึกอบรมและการศึกษา	การจัดเตรียมการวางแผนกลาง (และการจัดหาเงินทุนในขอบเขตที่กำหนด) เพื่อการวิจัย และเพื่อการศึกษาและการฝึกอบรมบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
6. การเข้าถึงบริการ	การจัดให้มีการเข้าถึงโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ
7. การคุ้มครองบุคคล	การจัดให้มีการคุ้มครองโดยกฎหมายและผ่านสถาบันทางกฎหมายและตุลาการ (ศาล ศาลยุติธรรม ฯลฯ) ในด้านสิทธิ สวัสดิการ ทรัพย์สิน และศักดิ์ศรีของบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่ต้องรายงาน ลงทะเบียน ตรวจ ติดตาม และกักขังเพื่อการบำบัด (ติดยาเสพติดร่วม)
8. มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับกำลังคนและทรัพยากร	การให้ความคุ้มครองโดยกฎหมายและผ่านสถาบันตุลาการ
9. การควบคุมวิธีการบำบัด	การกำหนดนโยบายมาตรฐานขั้นต่ำ สำหรับกำลังคนและทรัพยากรของโปรแกรมการบำบัด รวมถึงการควบคุมความสามารถทางวิชาชีพและความเหมาะสมของสถานพยาบาล
10. ความรับผิดชอบและการประเมินผล	การจัดหาระบบการประเมินและความรับผิดชอบต่อโปรแกรมการรักษาที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง
11. การมอบอำนาจในการควบคุมดูแล	การมอบอำนาจภายในขอบเขตที่กฎหมายกำหนดจากฝ่ายนิติบัญญัติไปยังหน่วยงานของรัฐ (เช่น หน่วยงานสาธารณสุข) เพื่อออกกฎระเบียบการบริหาร คำสั่ง หรือเครื่องมือทางกฎหมายอื่น ๆ เพื่อดำเนินการตามนโยบายทางกฎหมายต่อไป เพื่อนำรายละเอียดทางเทคนิคมาใช้กับโปรแกรม และเพื่อสามารถปรับเนื้อหาของโปรแกรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขในภาคสนาม การมอบอำนาจนี้ควรได้รับการกำหนดไว้อย่างชัดเจน และควรวางกฎเกณฑ์เพื่อให้หน่วยงานบริหารนั้นสามารถควบคุมการปฏิบัติงานได้
12. การกำหนดนิยามศัพท์	การกำหนดคำศัพท์หลัก ๆ ที่ใช้ในกฎหมายอย่างชัดเจน ความหมายที่แม่นยำของคำศัพท์หลักที่ใช้ในกฎหมาย

1.5.4 การประเมินผลทางด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

1. กฎหมายและมาตรการทางกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์

การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดได้ส่งผลต่อผู้ที่ดื่ม ต่อครอบครัวและชุมชน กฎหมายและมาตรการทางกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ อิงตามหลักฐานงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา กลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลโดยลดการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดและผลที่ตามมา การวิจัยเกี่ยวกับนโยบายด้านแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญในการนำข้อมูลไปปฏิบัติ และการประเมินถึงความพยายามด้านการป้องกันและลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ถือเป็นประเด็นสำคัญลำดับต้น ๆ ของสถาบันแห่งชาติเพื่อการป้องกันการติดสุราและโรคพิษสุราเรื้อรัง (the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA) มาเป็นเวลาหลายปี[5]

1) กฎหมายและนโยบายที่ออกแบบมาเพื่อควบคุมการขับรถในขณะมึนเมา

จากงานของ Widmark (1932) ในประเทศสวีเดนในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์และความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration: BAC) รวมถึงการพัฒนาวิธีการทดสอบแอลกอฮอล์ในลมหายใจ กฎหมายพื้นฐานเกี่ยวกับการขับรถในขณะมึนเมา (เช่น การทำให้ผู้ขับขี่ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินขีดจำกัดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อนุญาตให้เพิกถอนใบอนุญาตขับขี่เมื่อถูกจับกุมสำหรับผู้ขับขี่ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินขีดจำกัด และการระงับใบอนุญาตและบังคับให้เข้ารับการบำบัดเมื่อถูกตัดสินว่ามีความผิด) ถูกนำมาใช้ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของศตวรรษที่ 20 และส่งผลให้มีการลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ลงประมาณร้อยละ 10 ถึง 20[7,11]

หลักการที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกของ “การเร่งรัดและบังคับใช้มาตรการรับมือกับการดื่มแล้วขับ” เป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนริเริ่ม SAFER ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมุ่งลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกได้ระบุชุดมาตรการ “Best buys’ and Good buys’ interventions” ที่อิงตามข้อมูลหลักฐานที่ว่ามีประสิทธิภาพคุ้มค่าในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง[40] การบังคับใช้กฎหมายดื่มแล้วขับ ซึ่งอาจรวมถึงกลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น การเป่าตรวจแอลกอฮอล์แบบสุ่ม (random breath testing: RBT) ถือเป็น “การลงทุนที่ดี (“good buy”)” เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ กลยุทธ์การเป่าตรวจแอลกอฮอล์แบบสุ่ม หรือ RBT ช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงการตรวจจับและความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นสำหรับการดื่มแล้วขับ และทำหน้าที่เป็นมาตรการป้องกันที่แข็งแกร่ง[40] ในการปฏิบัตินี้ เจ้าหน้าที่ตำรวจจะหยุดรถโดยสุ่มและบังคับให้ผู้ขับขี่เป่าตรวจแอลกอฮอล์เบื้องต้น โดยไม่คำนึงว่าผู้ขับขี่เหล่านั้นถูกสงสัยว่ากระทำความผิดหรือไม่ จุดเด่นของ RBT คือความสุ่ม ผู้ขับขี่ทุกคนอาจถูกหยุดและต้องเป่าตรวจแอลกอฮอล์ในเวลาใดก็ได้ เพื่อเพิ่มการยับยั้งชั่งใจให้สูงสุด[41] ตัวอย่างงานวิจัยที่ตอบการนำนโยบาย

ไปปฏิบัติ (implementation) ในบทความวิจัยเรื่อง “cost-utility analysis of an alcohol policy in Thailand: a case study of a random breath testing intervention” ซึ่งวัดประสิทธิภาพของการเป่าตรวจแอลกอฮอล์แบบสุ่มร่วมกับการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนเพื่อต่อต้านการดื่ม ผลการวิจัย พบว่าสามารถลดอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้จึงมุ่งเป้าไปที่การประเมินความคุ้มทุนของการนำ RBT มาใช้ร่วมกับการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนในประเทศไทย โดยใช้วิธีการแบบจำลอง (model simulates) นี้จำลองสถานะสุขภาพของบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่าง ๆ ประชากรรวมถึงบุคคลที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์[41]

2) กฎหมายและนโยบายที่ออกแบบมาเพื่อปกป้องผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 21 ปี

ตัวอย่างกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกาที่สำคัญมีหน้าที่ 2 ประการเพื่อลดการบาดเจ็บและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในหมู่คน: หนุ่มสาว ได้แก่ กฎหมายอายุการดื่มขั้นต่ำ (minimum legal drinking age: MLDA) และกฎหมายไม่ยอมรับแอลกอฮอล์สำหรับผู้ขับขี่ที่มีอายุน้อยกว่า 21 ปี ซึ่งกำหนดให้การขับรถในขณะที่มีแอลกอฮอล์ในร่างกายในปริมาณที่วัดได้เป็นความผิด กฎหมายใบอนุญาตขับขี่รถ (graduated driver-licensing:GDL) GDL ยังใช้กับผู้ขับขี่ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีเป็นหลัก เนื่องจากกฎหมาย MLDA กำลังถูกท้าทายอยู่ในขณะนั้นและต่อมารัฐต่าง ๆ ได้ดำเนินการอย่างแข็งขันในการตรากฎหมายเพื่อเสริมความแข็งแกร่งให้กับกฎหมายอายุในการขับขี่ GDL ของตน ประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการขับรถขณะเมาสุราและการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เยาว์ จำกัดการให้บริการแอลกอฮอล์ เพิ่มภาษีแอลกอฮอล์ ป้องกันการให้บริการแอลกอฮอล์แก่ลูกค้าที่เมาสุรา และบังคับให้มีการบำบัดสำหรับผู้ที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานขับรถขณะเมาสุรา[42]

การเพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อแอลกอฮอล์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 หลายประเทศได้ปรับเพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะการซื้อเบียร์ การเพิ่มอายุขั้นต่ำนี้มีเป้าหมายเพื่อปกป้องเยาวชนจากการเข้าถึงแอลกอฮอล์ก่อนวัยอันควร ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่า การเริ่มต้นดื่มในช่วงวัยเยาว์สำคัญกับการเกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมในอนาคต อย่างไรก็ตาม ความท้าทายของมาตรการนี้คือการบังคับใช้กฎหมายระดับท้องถิ่นที่บางครั้งยังขาดประสิทธิภาพ

3) กฎหมายภาษีสรรพสามิตและการจำกัดการเข้าถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุว่าราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภครวมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กันแบบผกผัน นั่นคือ เมื่อราคาของเบียร์ ไวน์ และสุราเพิ่มขึ้น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องก็ลดลง ความอ่อนไหวต่อราคานี้เปิดโอกาสให้รัฐบาลสามารถมีอิทธิพลต่อการบริโภคผ่านภาษีสรรพสามิต ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงมีความเชื่อมโยงกับการดื่มหนัก และความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่ออันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Elder และคณะ (2010) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของการศึกษา 78 รายการภายใต้โครงการ CDC Guide to Community Services และสรุปว่า “ผลลัพธ์ (ที่แสดงให้เห็นการลดลงของการบริโภคหรือปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการขึ้นราคา) มีความน่าเชื่อถือในหลายประเทศ ช่วงเวลา การออกแบบการศึกษา แนวทางการวิเคราะห์ และผลลัพธ์”[43] แม้ว่าการขึ้นภาษีจะดูเหมือนมีประสิทธิภาพ แต่การขึ้นภาษียังไม่ได้เป็นมาตรการด้านสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดื่มในสหรัฐอเมริกาอย่างแพร่หลาย ราคาแอลกอฮอล์ยังคงมีเสถียรภาพ แม้มีมาตรการภาษี (ซึ่งพิจารณาถึงภาวะเงินเฟ้อแล้ว)[44]

ประเทศส่วนใหญ่มีการเก็บภาษีสรรพสามิตจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ภาษีเป็นเครื่องมือในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคและสร้างรายได้เพื่อใช้ในโครงการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายในการตั้งอัตราภาษีที่เหมาะสม เนื่องจากอัตราภาษีที่ต่ำเกินไปอาจไม่สามารถควบคุมการบริโภคได้ดีพอ ในขณะที่อัตราภาษีที่สูงเกินไปอาจทำให้เกิดการลักลอบซื้อขายหรือการบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีคุณภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนในการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับต้นทุนทางสังคมและสุขภาพที่สูญเสียไปกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดื่มหนัก การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลที่ให้เห็นว่า การลดความหนาแน่นของการจำหน่าย และวันหรือเวลาในการซื้อขาย และการเพิ่มอายุขั้นต่ำสำหรับการเดินตามกฎหมายเป็นนโยบายที่มีความคุ้มค่าสูง[45]

4) กฎหมายและนโยบายที่ควบคุมการขายและการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกร้อยละ 56 ประกาศใช้นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติซึ่งครอบคลุมการจำกัดการขาย การควบคุมการโฆษณา การให้ข้อมูลแก่สาธารณะผ่านการติดฉลากผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นจากทศวรรษก่อน ร้อยละ 13 แสดงให้เห็นถึงการที่รัฐบาลจัดอันดับถึงผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคมที่มากขึ้นและความสำคัญของการใช้มาตรการควบคุมเพื่อปกป้องกลุ่มเสี่ยงเช่น เยาวชนและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพแต่ความท้าทายอยู่ที่การบังคับใช้มาตรการควบคุมอย่างทั่วถึงและเข้มงวด[37] เนื่องจากเป็นตัวอย่างของความพยายามในการนำนโยบายสมัครใจระดับชาติมาใช้ โดยได้รับการสนับสนุนจากกฎหมาย เจ้าของบาร์และร้านอาหารควบคุมการขายและการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้โดยสมัครใจ เป็นนโยบายที่จัดทำขึ้นโดยเจ้าของบาร์และร้านอาหารที่ครอบคลุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการฝึกอบรมพนักงานเสิร์ฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังรวมถึงกฎหมายที่บังคับใช้กับพนักงานเสิร์ฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงกฎหมายที่ทำให้การเสิร์ฟอาหารแก่ลูกค้าที่อายุต่ำกว่ากฎหมายกำหนดและลูกค้าที่เมาสุราอย่างชัดเจนเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และกฎหมายที่กำหนดให้พนักงานเสิร์ฟได้รับการฝึกอบรมเพื่อรับรู้ถึงลูกค้าที่เมาสุราและปฏิเสธการให้บริการ นอกจากนี้ยังรวมถึงกฎหมายละเมิดทั่วไปและกฎหมายร้านเหล้าของรัฐที่อนุญาตและควบคุมร้านค้าสำหรับความเสียหายและการบาดเจ็บที่เกิดจากผู้ขับขี่ที่เมาสุราอย่างเห็นได้ชัดซึ่งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายที่บาร์หรือร้านอาหาร

5) กฎหมายทางอาญาที่ออกแบบมาเพื่อระบุและรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านการดื่ม

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งต้องได้รับการออกแบบเพื่อให้เกิดวัตถุประสงค์ของโครงการที่เป็นจริง และต้องสะท้อนถึงเจตจำนงทั่วไปและทัศนคติของประชาชนด้วย แน่นอนว่ากฎหมายนั้นได้รับอิทธิพลและกำหนดโดยปัจจัยทางสังคมหลายประการ แนวทางในการประเมินกฎหมายเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และติดยาเสพติดจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของกฎหมายประเทศบางประเทศ เช่น บังกลาเทศ ไม่มีกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการบำบัดประเภทใดประเภทหนึ่ง ดังนั้น การทบทวนในประเทศดังกล่าวจึงไม่มีพื้นฐานทางกฎหมายใด ๆ ที่จะเริ่มต้นได้ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์นี้เปิดโอกาสให้มีแนวทางที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการตรากฎหมายใหม่ ในประเทศอื่น ๆ ที่มีกฎหมายที่ซับซ้อนเกี่ยวกับยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์อยู่แล้ว จำเป็นต้องใช้แนวทางอื่น ในเบื้องต้นต้องดำเนินการตรวจสอบและวิเคราะห์กฎหมายที่มีอยู่ หลังจากนั้นอาจพบว่าจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย[28]

จากการสำรวจระดับชาติ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชาวอเมริกันมีร้อยละ 15 หรือ 15.5 ล้านคน เนื่องจากอาการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เท่านั้นที่ได้รับการรักษา ผู้มีปัญหาการดื่ม (alcohol use disorder: AUD) แม้จะมีการค้นพบว่าการบำบัดแอลกอฮอล์มีประสิทธิผล แต่เห็นได้ชัดว่าผู้ที่มีปัญหาจำนวนมากไม่ได้รับการรักษา แพทย์ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ รวมถึงศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล มีโอกาสที่จะเข้าไปแทรกแซงผู้ป่วยที่มีสัญญาณของปัญหาแอลกอฮอล์หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โปรแกรมการแทรกแซงมักใช้การคัดกรองอย่างรวดเร็วและขั้นตอนการแทรกแซงแบบสั้น โดยใช้เทคนิคเสริมแรงจูงใจแบบไม่เผชิญหน้า[42]

ในแต่ละปี ผู้ขับขี่รถยนต์ในสหรัฐอเมริกา 1.4 ล้านคนถูกจับกุมในข้อหาดื่มแล้วขับ (สำนักงานสอบสวนกลาง 2550) การประมาณการแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วเป็นที่ยอมรับว่า ผู้กระทำผิดครั้งแรก หนึ่งในสามและผู้กระทำผิดหลายครั้ง อย่างน้อยสองในสามสามารถแยกได้ว่า เป็นผู้ติดสุราหรือผู้เสพสุรามากเกินไป เป็นผลให้โปรแกรมการบำบัดตามคำสั่งศาลระบุลงโทษผู้ขับขี่ขณะเมาสุรา เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดมีความหลากหลายและทรัพยากรของชุมชนแตกต่างกัน จึงยากที่จะระบุประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้กระทำผิดที่มีปัญหาด้านแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์เชิงอภิมาน[46] ของการศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซง รายงานว่าการกระทำผิดซ้ำลดลงร้อยละ 7 ถึง 9 โดยอิงจากการศึกษาที่ได้รับการออกแบบที่ดีที่สุด ข้อจำกัดที่สำคัญคือโปรแกรมของศาลไม่ได้บูรณาการกับโปรแกรมการลงโทษอื่น ๆ ได้ดี และผู้กระทำความผิดมักจะเลื่อนหรือหลีกเลี่ยงไม่เข้าร่วมโปรแกรมเหล่านี้เลย การพัฒนาล่าสุดคือการก่อตั้งศาลเมาขณะขับขี่ (driving-while-intoxicated: DWI) ซึ่งอิงตามแบบจำลองของศาลยาเสพติด โดยผู้กระทำความผิดสามารถสมัคร

ใจเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลอย่างเข้มข้น ซึ่งจะมีการติดตามการดื่มเพื่อให้แน่ใจว่าพวกเขาเลิกดื่มได้ และศาลจะติดตามการเข้าร่วมและความคืบหน้าในโปรแกรมการบำบัดอย่างใกล้ชิด โดยต้องรายงานตัวต่อหน้าผู้พิพากษาทุกเดือน ซึ่งผู้พิพากษาสามารถลดหรือขยายโทษจำคุกได้ ตามผลการปฏิบัติงานในโปรแกรมการบำบัด[47] การพัฒนาทางเทคโนโลยีล่าสุดในการป้องกันการขับรถในขณะมึนเมาด้วยระบบล็อกแอลกอฮอล์ในยานพาหนะ และการติดตามการงดดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเซนเซอร์ทางผิวหนังที่ติดอยู่ที่ขา ได้ส่งเสริมการใช้ระบบการติดตามแทนการจำคุกหรือระงับใบอนุญาตเพื่อเป็นวิธีควบคุมความเสี่ยงต่อประชาชนที่ขับรถซึ่งเกิดจากผู้ขับขี่ที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดในข้อหาดื่มแล้วขับ[48]

6) นโยบายและกฎหมายที่จำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกร้อยละ 56 ประกาศใช้นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติซึ่งครอบคลุมการจำกัดการขาย การควบคุมการโฆษณา การให้ข้อมูลแก่สาธารณะผ่านการติดฉลากผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นจากทศวรรษก่อน ร้อยละ 13 แสดงให้เห็นถึงการที่รัฐบาลจัดอันดับถึงผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคมที่มากขึ้นและความสำคัญของการใช้มาตรการควบคุมเพื่อปกป้องกลุ่มเสี่ยงเช่น เยาวชนและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพแต่ความท้าทายอยู่ที่การบังคับใช้มาตรการควบคุมอย่างทั่วถึงและเข้มงวด[37]

แม้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศที่มีรายได้ต่ำจะต่ำกว่าในประเทศที่มีรายได้สูงมาก แต่ปริมาณอันตรายที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับสูงกว่า[50] มีเหตุผลมากมายที่สนับสนุนให้จำกัดการตลาดและการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวด การตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องคำนึงถึงปัจจัยนี้ด้วย การเติบโตของการตลาดด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนโซเชียลมีเดีย[29] ในแต่ละปีในสหรัฐอเมริกา มีการลงทุนโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มูลค่าระหว่าง 2 พันล้านดอลลาร์ (สื่อที่วัดผลได้) และ 6 พันล้านดอลลาร์ (ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายทั้งหมด) การโฆษณาช่วยเพิ่มการบริโภคและปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ยากจะระบุได้ แต่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าการโฆษณาสามารถส่งผลต่อทัศนคติต่อการดื่มของเยาวชนที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะได้ หลักฐานจากประเทศในยุโรปยังชี้ให้เห็นด้วยว่ากฎหมายที่จำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถส่งผลต่อการบริโภคและการขับรถขณะเมาได้ การโฆษณาที่มุ่งเป้าไปที่ผู้ที่ไม่ได้ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็มีผลกระทบในระดับหนึ่งเช่นกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของการประเมินแคมเปญสื่อ 72 ฉบับที่ออกแบบมาเพื่อลดการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น พบว่ามีขนาดผลกระทบที่ไม่มากนักต่อการใช้แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 53 ถึง 51) การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญครั้งที่ 1 ของสหรัฐฯ จำกัดอำนาจของรัฐบาลกลางในการควบคุมการโฆษณาแอลกอฮอล์ แต่คณะกรรมการกำกับดูแลการสื่อสารกลางมีอำนาจกลับสนับสนุนให้ผู้โฆษณาใช้นโยบายการควบคุมตนเอง เช่น หลีกเลี่ยงการโฆษณาแอลกอฮอล์ที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชนหรือโฆษณาในสื่อที่มีผู้ชมมากกว่าร้อยละ 30 มีอายุน้อยกว่า 21 ปี[49]

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอุปนิสัยและความชอบของผู้ใช้โดยผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตทั่วโลก ทำให้ผู้ทำการตลาดด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสมากขึ้นในการกำหนดเป้าหมายข้อความที่ชักจูงใจไปยังกลุ่มเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ผลิตภัณฑ์สามารถสร้างตราสินค้าได้แตกต่างกันสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ การโฆษณาแบบกำหนดเป้าหมายบนโซเชียลมีเดียมีประสิทธิผลเป็นพิเศษ เพราะสามารถใช้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความสนใจและพฤติกรรมของผู้ใช้และมีอิทธิพลทางสังคมด้วย การพัฒนาด้านการตลาดดิจิทัลและเทคโนโลยีเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรวดเร็ว ระบบนิเวศดิจิทัลที่เปลี่ยนแปลงนี้รุกล้ำพื้นที่ส่วนบุคคลออนไลน์ด้วย การตลาดออนไลน์นั้นมีลักษณะข้ามพรมแดนโดยพื้นฐาน ในร้อยละ 66 ของประเทศต่าง ๆ ไม่มีการควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์ดิจิทัลโดยเฉพาะจากรัฐบาล โดยมีข้อจำกัดบางส่วนเพียงร้อยละ 17 และมีการห้ามร้อยละ 18[50]

ประสบการณ์จากนานาชาติแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวดเนื่องจากการตลาดของแอลกอฮอล์มักส่งผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชนที่มีแนวโน้มเริ่มดื่มและดื่มมากขึ้นเมื่อพบเห็นโฆษณา และธุรกิจแอลกอฮอล์เองก็ต่อสู้เพื่อรักษาลูกค้าใหม่เนื่องจากการสูญเสียลูกค้าจากโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ หลายประเทศใช้แนวทางห้ามโฆษณาที่หลากหลายเช่น นอร์เวย์ ที่ห้ามโฆษณาที่ค่อนข้างครบวงจรส่งผลให้การบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ฝรั่งเศสกำหนดกรอบการอนุญาตอย่างชัดเจนโดยต้องให้ได้รับการพิจารณาจากรัฐสภา ส่วนลิทัวเนียห้ามใช้การตลาดที่อาจมีผลกระทบต่อเยาวชน เช่น การใช้ influencer แม้จะมีผลลัพธ์ที่ดี แต่ต้องเฝ้าระวังการละเมิดอย่างใกล้ชิด การตลาดดิจิทัลทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ซึ่งแม้จะเป็นประโยชน์ในเชิงเทคโนโลยี แต่ไม่เหมาะสมกับผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายอย่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น การห้ามที่ครอบคลุมจะมีผลที่ดีในประเทศไทย มีข้อได้เปรียบด้านภาษาจึงสามารถควบคุมการตลาดข้ามพรมแดนได้ง่ายขึ้น หลักฐานจากประเทศต่าง ๆ ชี้ว่าการควบคุมโฆษณาแอลกอฮอล์มีความสำคัญในการลดการบริโภค โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาสามารถออกกฎควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์ได้จนถึงในระดับท้องถิ่น ดังนั้น มีหลายเมืองที่สามารถออกกฎหมายห้ามโฆษณาในพื้นที่อ่อนไหว ผลวิจัยในบางมลรัฐ ของสหรัฐอเมริกายังพบว่า การลดชั่วโมงการขายช่วยลดอาชญากรรมรุนแรงได้ถึงร้อยละ 23[51]

ในประเทศไทย อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมกลายเป็นช่องทางหลักในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสั่งซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์กำลังเติบโต การติดฉลากคำเตือนบนผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นมาตรการ Best Buy ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก การแทรกแซงนโยบายจากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ

7) นโยบายจำกัดการเข้าถึงการจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุน การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงพื้นที่และตามเวลาเป็นนโยบายที่ทำด้วยจริงและมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้อง มาตรการเหล่านี้ ได้แก่ การห้ามดื่มในพื้นที่สาธารณะ การจำกัดวันและหรือเวลาขาย การควบคุมความหนาแน่นของจุดจำหน่าย การจำกัดการขายในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง เช่น สนามกีฬา การจำกัดการเข้าถึงตามสถานะบุคคลสำหรับคนหนุ่มสาว กฎหมายที่เพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องเช่นอุบัติเหตุจราจร และการบาดเจ็บ มาตรการที่เพิ่มความเข้มข้นของการบังคับใช้ การจำกัดอายุในการซื้อ นอกจากนี้ยังมีมาตรการระบบใบอนุญาตซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายบุคคล และการห้ามผู้ที่เคยกระทำผิดเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[45]

ตัวอย่างงานวิจัยไทยที่มีการประเมินสภาพแวดล้อมและการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในโรงเรียนและบริเวณใกล้เคียงมี 6 องค์ประกอบหลักและพบว่าแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับมาก คือ 1) นโยบายสถานศึกษา 2) การบริหารจัดการในสถานศึกษา 3) การจัดสภาพแวดล้อมสถานศึกษา 4) การสอดแทรกในการเรียนการสอน และกิจกรรมนอกหลักสูตร 5) การมีส่วนร่วมของนักเรียนและการช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) กิจกรรมร่วมระหว่างโรงเรียนกับชุมชน[52]

การศึกษาในระยะยาวหลายกรณีแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในจำนวนร้านจำหน่ายแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในการใช้แอลกอฮอล์ กฎหมายของท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลางอาจจำกัดตำแหน่งของร้านจำหน่ายแอลกอฮอล์ได้ ตัวอย่างเช่น โดยปกติแล้วร้านจำหน่ายจะไม่สามารถตั้งอยู่ในตำแหน่งที่ฝ่าฝืนกฎหมายผังเมืองท้องถิ่นที่จำกัดตำแหน่งของร้านให้อยู่ในสถานที่เชิงพาณิชย์บางประเภท บทบัญญัติทั่วไปอีกประการหนึ่งที่ใช้โดยรัฐและเทศมณฑลหลายแห่งห้ามไม่ให้ตั้งร้านจำหน่ายแอลกอฮอล์ใกล้กับโรงเรียนหรือสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา นอกจากนี้ความหนาแน่นของร้านค้าอาจถูกจำกัดโดยกำหนดให้มีระยะห่างขั้นต่ำระหว่างร้านค้าแต่ละร้านหรือจำกัดอัตราของร้านค้าต่อหัว นอกจากนี้ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจถูกห้ามในสถานที่เสี่ยงสูง เช่น จุดแวะหรือพักรถบนทางหลวง กฎหมายท้องถิ่นอาจจำกัดการดื่มในสวนสาธารณะ ชายหาด และงานกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนบางงาน[53]

8) นโยบายและโปรแกรมชุมชนที่มุ่งลดปัญหาแอลกอฮอล์

การยอมรับว่าชุมชนเป็นศูนย์กลางของการขับรถขณะเมาสุราและการป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์อื่น ๆ นำไปสู่การสนับสนุนอย่างกว้างขวางจากหน่วยงานของรัฐบาลกลาง สำหรับโปรแกรม

ลดปัญหาแอลกอฮอล์ในหลากหลายแง่มุมในชุมชน ที่มีการพยายามจัดระเบียบหน่วยงานท้องถิ่นและอาสาสมัครจากประชาชน ความพยายามลดปัญหาแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่น ๆ ในชุมชนได้รับการประเมินอย่างเพียงพอเพียงไม่กี่รายการ โปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งสี่โปรแกรมมุ่งเน้นไปที่การดื่มและการดื่มแล้วขับรถภายในชุมชน และได้รับการประเมินค่อนข้างครอบคลุม ได้แก่ โปรแกรม Saving Lives โปรแกรม Communities Mobilizing for Change โปรแกรม Community Trials และโปรแกรม Fighting Back Community นอกจากนี้ ยังมีการประเมินในสถานที่เฉพาะ 3 โครงการ โดย 2 โครงการเกี่ยวข้องกับโปรแกรมชุมชน/วิทยาเขตวิทยาลัย ได้แก่ โปรแกรม Matter of Degree และโปรแกรมป้องกันสิ่งแวดล้อมชุมชนวิทยาลัย และโครงการที่สามเกี่ยวข้องกับชุมชนชายแดน คือ Operation Safe Crossing โปรแกรมเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้สำหรับการดำเนินการในชุมชนซึ่งได้รวมอยู่ในคู่มือโปรแกรมของรัฐบาล (เช่น ศูนย์ป้องกันการใช้สารเสพติด)[54]

2. การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและอนุบัญญัติรวมทั้งปรับปรุงมาตรการให้เหมาะสม

เมื่อกฎหมายล้าสมัยและส่งผลเสียต่อโครงการ ควรใช้กฎหมายและกระบวนการออกกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาและสร้างโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและปรับปรุงดีขึ้น บ่อยครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงที่บังคับใช้จากภายนอกโครงการ ผู้เชี่ยวชาญที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงบางอย่างมาหลายปี แต่หากไม่ได้ทำอะไรเลย แต่ต้องการเปลี่ยนแปลงนั้นผ่านระบบนิติบัญญัติ สภานิติบัญญัติและคณะกรรมการต่าง ๆ สามารถทำหน้าที่สำคัญในการจัดเตรียมเวทีสำหรับการอภิปรายและทบทวนมุมมองที่ขัดแย้งกันได้ ดังนั้น ผลประโยชน์ที่ถูกต้อง แต่ขัดแย้งกันบ่อยครั้งของกลุ่มบังคับใช้กฎหมายและกลุ่มปฏิบัติจึงสามารถทบทวนได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นในการประสานงานความพยายามต่าง ๆ

ตัวอย่าง ในสหรัฐอเมริกา ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดจำเป็นต้องทำงานกับโปรแกรมที่อิงตามกฎหมายที่ล้าสมัยและไม่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน บางครั้งส่งผลให้กฎหมายถูกนำไปใช้โดยไม่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ออกแบบไว้ กฎหมายที่ “อยู่ในหนังสือ” แต่ไม่ได้นำมาใช้ ควรมีการยกเลิก เพราะอาจเป็นอุปสรรคต่อกฎหมายที่ทันสมัยกว่า และทำให้เกิดความสับสนและความยากลำบากในการประสานงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติดและแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะผู้ดูแลโครงการ ควรดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในกฎหมาย[21]

งานวิจัยทางกฎหมายของไทยชี้ให้เห็นว่า ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รุกหนัก ใช้ช่องว่างของมาตรการกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเพิ่มยอดขายที่มีรูปแบบการตลาดแบบใหม่ ทำให้กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถบังคับใช้ให้มีประสิทธิภาพได้และอัตราโทษที่ใช้บังคับยังต่ำเมื่อเทียบกับรายได้มหาศาลในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ประกอบการไม่เกรงกลัวต่ออัตราโทษ

ส่งผลให้ยังมีการละเมิดกฎหมายประกอบกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสังคมและโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาข้อถกเถียงในการตีความข้อกฎหมายและแนวทางปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาว่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันหรือไม่ 2) ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดบทลงโทษแก่ผู้กระทำผิดในส่วนของผู้ฝ่าฝืนมาตรการควบคุมการโฆษณา โดยบทลงโทษมีอัตราโทษสูงใช้บังคับกับทุกคน โดยไม่ได้กำหนดระดับความเหมาะสมของผู้กระทำความผิด 3) ปัญหาอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายไม่ครอบคลุมในการรวบรวมพยานหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ เนื่องจากตามมาตรา 34 พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการยึดหรืออายัดได้เฉพาะตัวเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น ซึ่งสิ่งของหรือวัตถุอื่นใดที่ร่วมในการกระทำความผิด หรือแม้กระทั่งสื่อป้ายโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พนักงานเจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถใช้อำนาจดำเนินการยึดหรืออายัดสิ่งเหล่านั้นได้ ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพและทันต่อยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม จึงจำเป็นต้องดำเนินการทบทวนมาตรการกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[55]

ในประเทศไทย หลักฐานการวิจัยรวมทั้งผลการสำรวจเชิงสำรวจสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลระดับรองในการปรับปรุงอนุบัญญัติให้เป็นไปตามความจริง หรือปรับปรุงการบังคับใช้กฎหมายได้ อาทิ การสำรวจผลของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มี 7 ประเด็นที่ควรแก้ไข ได้แก่ (1) การกำหนดให้แสดง “ภาพคำเตือน” อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนฉลากและบรรจุภัณฑ์ (2) การกำหนดให้แสดง “ข้อความคำเตือน” อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนฉลากและบรรจุภัณฑ์ (3) ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบโดยไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ (4) ห้ามผู้ผลิตและผู้นำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้การอุปถัมภ์ หรือทุนสนับสนุนกับบุคคล หรือนิติบุคคลใด ๆ (5) ห้ามโฆษณาสินค้าที่มีตราสินค้าเหมือน หรือคล้ายตราสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (6) ห้ามนำตราสินค้าที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายตราสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้กับสินค้าอื่นโดยเด็ดขาด และ (7) จัดให้มีการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกสถานพยาบาล และยังมีความคิดเห็นตรงกันอีกว่าแหล่งทุนในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรมาจากค่าปรับที่ได้จากผู้กระทำผิด พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มากที่สุด นอกจากนี้ จากการสำรวจเกี่ยวกับการแก้ไขกฎหมายเพื่อลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ผลการสำรวจพบว่า มีความเห็นด้วยกับการปรับแก้ไขข้อกฎหมายของผู้ขับขี่

ทุกราย ให้ไม่เกิน 20 mg% หรือ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยจากเดิมที่ไม่เกิน 50 mg% และการแก้ไขกฎหมายกำหนดปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ขั้นต่ำต่อกระป๋อง/ขวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อไม่ให้ราคาถูกจนเกินไป[56]

โดยประเทศส่วนใหญ่ มีกระทรวงสาธารณสุขและหรือกระทรวงสวัสดิการสังคมมีอำนาจทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพสาธารณสุขโดยตรวจสอบเป็นระยะ ในหลายประเทศ กระทรวงยุติธรรมมีหน้าที่รับผิดชอบบริการสำหรับผู้กระทำความผิดที่ใช้ยาเสพติดทั้งหมดหรือบางส่วนคือ 1) กระทรวงมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งการจัดทำและดำเนินการโครงการ เพื่อให้การตรวจสอบดำเนินการตามบริบทของเป้าหมายโครงการโดยรวม และ 2) กระทรวงน่าจะอยู่ในตำแหน่งที่ดีที่สุดในการรับข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจสอบ แต่ก็มีข้อเสียบางประการเกี่ยวข้องกับการมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ตรวจสอบและติดตาม กล่าวคือ หน่วยงานอื่น (เช่น ตำรวจ) มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงและมักมีหน้าที่รับผิดชอบที่ขัดแย้งกัน ปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ หากการตรวจสอบจะต้องดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ อาจเป็นเรื่องยากที่จะบรรลุความเป็นกลางในการประเมินบริการและบทบาทของกฎหมาย การตรวจสอบภายในอาจไม่น่าเชื่อถือและขาดการมองเห็นด้วย และไม่น่าจะกระตุ้นความสนใจของสาธารณะได้ กลไกการประเมิน (review mechanism) ที่เป็นอิสระมีแนวโน้มที่จะบรรลุความน่าเชื่อถือสูงสุด[28]

คณะกรรมการภาครัฐ คณะกรรมการประสานงานภาครัฐ กรรมาธิการ และคณะที่ปรึกษาอาจเป็นกลไกการตรวจสอบอีกทางหนึ่ง ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจัดระเบียบอย่างไร การประสานงานในระดับชาติเป็นงานที่ยาก เพราะอาจมีผลประโยชน์และวัตถุประสงค์ที่ขัดแย้งกันและวิธีการที่แตกต่างกันในการบรรลุผล อาจก่อให้เกิด “การแข่งขันระหว่างหน่วยงาน” จนทำให้ความก้าวหน้าของการปรับปรุงกฎหมายถูกขัดขวาง การประสานงานระหว่างกระทรวงสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผล ก็ต่อเมื่อกระทรวงที่เกี่ยวข้องเต็มใจที่จะทำเช่นนั้น สถาบันแห่งชาติเพื่อการปราบปรามการติดสุราและยาเสพติดถือว่าเป็นทางเลือกอื่น ซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้หลายอย่าง เช่น การวิจัย (รวมถึงกิจกรรมพื้นฐานและประยุกต์) การป้องกันและการศึกษา การบำบัดและการฟื้นฟู การพัฒนาทรัพยากร การสนับสนุนโครงการและทุนสนับสนุน ในบางประเทศ สถาบันอาจทำหน้าที่เป็นศูนย์ทรัพยากรที่สำคัญ มีข้อมูลได้รับการจัดระเบียบใหม่และขยายขอบเขต และเน้นที่การประเมินและการเปรียบเทียบเนื้อหาบทบัญญัติของกฎหมายต่าง ๆ อย่างเป็นกลาง มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการรายงานโดยบังคับ ทะเบียนกลาง มีการทดสอบในห้องปฏิบัติการของผู้ติดยาและผู้ต้องสงสัยว่าติดยา และการเฝ้าระวังผู้ติดยาและผู้ที่เคยติดยาในชุมชน เป็นต้น[28]

1.5.5 บทสรุป

กระบวนการวิจัยทางกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขได้นำวิธีการทางสังคมศาสตร์มาปรับใช้ มีการสังเกต สงสัย คาดเดา วิเคราะห์ สรุปผล ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่ได้รับการยอมรับ เมื่อประกอบด้วยเหตุผลตามหลักการหาเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ในปัจจุบัน การวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข อาจมุ่งหมายถึงความหมายเฉพาะ กล่าวคือการใช้ระเบียบวิธีเชิงระบบภายในกรอบทฤษฎีที่ชัดเจนเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและสาธารณสุข รวมถึงการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยใช้การออกแบบการทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสังเกต และเชิงมีส่วนร่วม โดยมีตั้งแต่การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่รวบรวมข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับผลทางกฎหมาย ไปจนถึงการทดลองที่ซับซ้อนและกึ่งทดลองที่ศึกษาผลกระทบของกฎหมายต่อสุขภาพในช่วงเวลาที่ยาวนาน การวิเคราะห์การตัดสินใจอย่างเป็นทางการ การจำลอง การวิเคราะห์เศรษฐมิติ การทดลองในห้องปฏิบัติการและภาคสนาม การสำรวจ สัมภาษณ์ และการศึกษาแบบกลุ่มสนทนา การทบทวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อภิมาน รวมถึงการวิจัยทางกฎหมายเพื่อรวบรวม จัดประเภท และวัดปริมาณกฎหมายและคำตัดสินของศาลอย่างเป็นระบบและทำซ้ำได้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ ทฤษฎีและวิธีการอาจนำมาจากหลากหลายสาขาวิชา เช่น ระบาดวิทยา กฎหมาย สังคมวิทยา ประวัติศาสตร์ รัฐศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ มานุษยวิทยา และจิตวิทยา จากวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ กฎหมายสาธารณสุข (PHLR) ได้นำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ โดยเข้าหาคำถามการวิจัยด้วยสมมติฐานที่จะทดสอบแทนที่จะเป็นตำแหน่งที่ต้องปกป้อง รวบรวมข้อมูลเพื่อจุดประสงค์ในการทดสอบว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ โดยอาศัยการวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างรอบคอบและจำกัด

การวิจัยกฎหมายสุขภาพสาธารณสุขวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายและแนวทางปฏิบัติทางกฎหมายกับสุขภาพของประชากร โดยมุ่งเน้นที่การกำหนดนโยบาย การนำไปปฏิบัติ และผลกระทบของทั้งหมดนี้ต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม พฤติกรรม และในที่สุดคือสุขภาพของประชากร เน้นเนื้อหาสาระของกฎหมายสาธารณสุข กระบวนการในการนำกฎหมายไปใช้และบังคับใช้ และขอบเขตและกลไกที่กฎหมายส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สามารถดำเนินการได้โดยใช้วิธีการวิจัยต่าง ๆ ดังนั้น การวิจัยด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข จึงครอบคลุมงานเชิงประจักษ์ ตั้งแต่ผลงานที่ยึดหลักปรัชญาหรือจริยธรรมไปจนถึงการตีความหลักคำสอนไปจนถึงการร่างกฎหมายตัวอย่างไปจนถึงการวิเคราะห์ทางกฎหมาย ที่โต้แย้งว่ากฎหมายควรนำไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ การวิจัยกฎหมายสาธารณสุขยังเป็นสาขาที่ค่อนข้างใหม่ แต่มีความคาดหวังสูงในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายตามหลักฐานซึ่งจะช่วยปรับปรุงสุขภาพของประชากร

เอกสารแนบท้าย

แบบรายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย
รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของ....(ระบุชื่อกฎหมาย)....

ส่วนที่ 1
ข้อมูลเบื้องต้น

---

1. หน่วยงานผู้รับผิดชอบการประเมินผลสัมฤทธิ์....
2. หน่วยงานผู้บังคับใช้กฎหมาย....
3. ผู้รักษาการตามกฎหมาย....
4. เหตุแห่งการประเมินผลสัมฤทธิ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ครบรอบระยะเวลาที่กำหนด
   : ได้รับหนังสือร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องในเรื่อง (ระบุเรื่องที่ได้รับการร้องเรียนหรือมีข้อเสนอแนะ)....
   : ได้รับข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการพัฒนากฎหมายในเรื่อง (ระบุเรื่องที่ได้รับการเสนอแนะให้ประเมิน)....
   : อื่น ๆ คือ....
5. วันที่มีเหตุแห่งการประเมินผลสัมฤทธิ์.... โดยประเมินผลที่เกิดจากการบังคับใช้กฎหมายตั้งแต่วันที่.... ถึงวันที่....
6. รายชื่อกฎที่เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลสัมฤทธิ์ในรายงานฉบับนี้....
7. รายชื่อกฎที่ดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์เป็นการเฉพาะ (ประเมินผลสัมฤทธิ์เป็นรายฉบับตามแบบรายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย)....

ส่วนที่ 2
การวิเคราะห์ความจำเป็นและผลกระทบของกฎหมาย

---

8. กฎหมายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาใด....
9. มาตรการสำคัญที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายนี้ คือ....
10. กฎหมายนี้มีบทบัญญัติกำหนดให้ประชาชนต้องกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่ อย่างไร....
11. กฎหมายนี้ยังมีความจำเป็นและสอดคล้องกับสภาพการณ์ พัฒนาการของเทคโนโลยีและวิถีชีวิตของประชาชนหรือไม่ เพียงใด....

12. ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการมีกฎหมายนี้ คือ....
13. กฎหมายนี้ก่อให้เกิดผลดังต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร (ให้พิจารณาตอบเฉพาะประเด็นสำคัญที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของกฎหมาย โดยไม่ต้องตอบทุกประเด็นก็ได้)
    - เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพของประชาชน
    - ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในสังคม
    - เป็นอุปสรรคต่อการแข่งขันหรือการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
    - เป็นการพัฒนากฎหมายให้สอดคล้องกับหลักสากลและพันธกรณีระหว่างประเทศ
    - มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมหรือสุขภาวะ หรือผลกระทบอื่นที่สำคัญ
14. มีสถิติการดำเนินคดีและการลงโทษตามกฎหมาย หรือสถิติการปฏิบัติตามและการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างไร....
15. มีปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายนี้หรือไม่ อย่างไร....

ส่วนที่ 3
การตรวจสอบเนื้อหาของกฎหมาย

---

16. กฎหมายนี้มีความสัมพันธ์หรือใกล้เคียงกับกฎหมายอื่นหรือไม่ อย่างไร....
17. มีการฟ้องคดีต่อศาลรัฐธรรมนูญหรือศาลปกครอง หรือการร้องเรียนต่อผู้ตรวจการแผ่นดินหรือคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เกี่ยวกับกฎหมายนี้กี่เรื่องและในประเด็นใด.....
18. การใช้ระบบอนุญาต ระบบคณะกรรมการ ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ และโทษอาญาในกฎหมายนี้ (ถ้ามี) ยังมีความเหมาะสมอยู่หรือไม่ อย่างไร...

ส่วนที่ 4
ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย

---

19. การรับฟังความคิดเห็น
    : ได้รับฟังความคิดเห็นโดยถูกต้องตามข้อ 5 และข้อ 6 ของแนวทางการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายแล้ว
    : ได้รับฟังความคิดเห็นโดยวิธีอื่นนอกจากผ่านระบบกลาง (หากมี โดยระบุทุกวิธี)....
    : ผู้เกี่ยวข้องมีความเห็นเกี่ยวกับกฎหมายนี้หรือผลกระทบของกฎหมายนี้ อย่างไร.....
20. ได้นำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายของกฎหมายฉบับนี้ (ถ้ามี) มาประกอบการพิจารณาด้วยแล้วหรือไม่....

21. หน่วยงานได้
    21.1 ออกกฎหรือดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เพื่อที่ประชาชนจะสามารถปฏิบัติตามกฎหมายหรือได้รับสิทธิประโยชน์จากกฎหมายหรือไม่ อย่างไร....
    21.2 ดำเนินการอื่นเพื่อปฏิบัติตามและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายหรือไม่ อย่างไร....
22. ผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย
    22.1 กฎหมายนี้มีการบังคับใช้หรือไม่ อย่างไร....
    22.2 หากมีการบังคับใช้ เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร.....
    22.3 ประชาชนมีภาระหรือรัฐมีต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างไร....
    22.4 เกิดผลที่ไม่ได้คาดคิดหรือไม่พึงประสงค์หรือไม่....
23. กฎหมายนี้คุ้มค่าหรือได้สัดส่วนเมื่อเทียบประโยชน์ที่ได้รับกับภาระของประชาชนและทรัพยากรที่ใช้ในการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายหรือไม่ อย่างไร....
24. สมควรยกเลิก แก้ไข ปรับปรุงกฎหมายหรือกฎหรือไม่ อย่างไร.....
25. สมควรดำเนินการอื่นเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติการและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายหรือมีข้อเสนออื่นหรือไม่ อย่างไร....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ปรากฏในรายงานนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนแล้ว

ลงชื่อ .....
(.....)
หัวหน้าหน่วยงานของรัฐที่จัดทำรายงานนี้
วัน/เดือน/ ปี

เอกสารอ้างอิง

1. ปรีชา ช้างขวัญยืน. การใช้เหตุผล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย; 2522.
2. Putman WH. Legal Research. Case law analysis (Case Point). Thomson Delmar Learning; 2004.
3. ปรีดี เกษมทรัพย์. นิติปรัชญา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2531. หน้า 5.
4. Wagenaar Alexander, Burris Scott. Public health law research: theory and methods. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.
5. Koop GF. Understanding how alcohol policies impact public health. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2023.
6. จุฑามาศ นิศารัตน์. การวิเคราะห์ในการวิจัยกฎหมาย. ว.นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. 2565;13: 35-53.
7. Voas RB, Fell JC. Preventing alcohol-related problems through health policy research. Alcohol Res Health 2010;33:18-28.
8. U.S. General Accounting Office. Drinking-age laws: an evaluation synthesis of their impact on highway safety. Washington: United States General Accounting Office; 1987.
9. Wagenaar AC. Alcohol, young drivers, and traffic accidents: effects of minimum age laws. Lexington (MA): Lexington Books; 1983.
10. Womble K. Impact of minimum drinking age laws on fatal crash involvements: an update of the NHTSA analysis. J Traffic Saf Educ 1989;37:4-5.
11. Dang JN. Statistical analysis of alcohol-related driving trends, 1982-2005. Washington: U.S. Dept. of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 2008.
12. Fell JC, Fisher DA, Voas RB, Blackman K, Tippetts AS. The impact of underage drinking laws on alcohol-related fatal crashes of young drivers. Alcohol Clin Exp Res 2009;33: 1208-19.
13. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction 2009;104:179-90.
14. รองพล เจริญพันธ์. นิติปรัชญา (Philosophy of law). กรุงเทพฯ: ภาควิชากฎหมายมหาชน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2529.
15. ภูมินทร์ บุตรอินทร์. การใช้เหตุผลทางนิติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
16. Kent EA. Law and philosophy: Readings in legal philosophy. New York: Appleton-Century-Crofts; 1970.
17. ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น; 2556.
18. พิธินัย ไชยแสงสุขกุล. นิติปรัชญา (Philosophy of law) กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช; 2533.

19. Teitelbaum J, McGowan AK, Richmond TS, Kleinman DV, Pronk N, Ochiai E, et al. Law and Policy as Tools in Healthy People 2030. J Public Health Manag Pract 2021; 27 Suppl 6:S265-3.
20. Fallon RT, Ignacio GTC. Law, policy, and ethics. In: Eltorai AEM, Bakal JA, DeFroda SF, Owens BD, editors. Translational sports medicine [Internet]. London: Academic Press; 2023. p. 519-23. [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323912594000102
21. United States; United States Department of Health, Education, and Welfare. Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington: United States Government Printing Office; 1979.
22. US Department of Health and Human Services. Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington: United States Government Printing Office; 1986.
23. McGinnis JM, Richmond JB, Brandt EN, Windom RE, Mason JO. Health progress in the United States. Results of the 1990 objectives for the nation. JAMA 1992;268:2545-52.
24. US Department of Health and Human Services. Promoting health, preventing disease: objectives for the nation. 1980.
25. บัณฑิต ศรไพศาล, Jürgen Rehm. ประสิทธิผลของมาตรการควบคุม การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2563.
26. สมาน ฟูตระกูล. ทำไมจึงต้องมี "พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์" [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cas.or.th/content?id=106
27. University of Minnesota Crookston. Primary, secondary, and tertiary sources [Internet]. Crookston (MN): University of Minnesota Crookston; [cited 2024 Nov 13]. Available from: https://crk.umn.edu/library/primary-secondary-and-tertiary-sources
28. Porter LA, Arif AE, Curran WJ. The law and the treatment of drug and alcohol dependent persons: a comparative study of existing legislation. Geneva: World Health Organization; 1986 p. 97.
29. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://iogt.org/wp-content/uploads/2018/09/WHO-GSR-Alcohol-2018.pdf
30. หยุด แสงอุทัย. คำบรรยายความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2512.

31. John P. Let us consider the reason of the case. For nothing is law that is not reason [Internet]. [cited 2024 Nov 12]. Available from: https://quotefancy.com/quote/1575473/John-Powell
32. พระธรรมโกศาจารย์. ปรัชญากรีกบ่อเกิดภูมิปัญญาตะวันตก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์สยาม; 2550. หน้า 14-7.
33. Mudiwa L. Cost-benefit analysis for alcohol strategy. [Internet]. 2012 [cited 2024 Nov 8]. Available from: http://www.imt.ie/news/research-and-education/2012/02/cost-benefit-analysis-for-alcohol-strategy.html
34. Treno AJ, Marzell M, Gruenewald PJ, Holder H. A review of alcohol and other drug control policy research. J Stud Alcohol Drugs Suppl 2014;75:98-107.
35. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน. รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2551-2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.roadsafetythai.org/project_download_bookdetail-edoc-620-7.html
36. ปิติ ภิรมย์ภักดี. การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/78808
37. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ 2562. แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโลกแห่งประเทศไทย. ใน: การประชุมวิชาการสุราแห่งชาติครั้งที่ 13; วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2567; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.
38. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 33ก (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551).
39. ศรินญา เพ็งสุก, วีณา ศิริสุข. พฤติกรรมการดื่มและแนวโน้มการละเมิดกฎหมาย/วินัยอันเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจในกรุงเทพมหานคร. ว.กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2558;1:91-104.
40. Bloom DE, Chisholm D, Jané-Llopis E, Prettner K, Stein A. Feigl A. From burden to best buys: reducing the economic impact of non-communicable disease in low-and middle-income countries. 2011.
41. Vichitkunakorn P, Khampang R, Leelahavarong P, Nontarak J, Assanangkornchai S. Cost-utility analysis of an alcohol policy in Thailand: a case study of a random breath testing intervention. BMC Health Serv Res 2024;24:739.
42. Voas RB, Fell JC. Preventing alcohol-related problems through health policy research. Alcohol Res Health 2010;33:18-28.
43. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med 2010;38:217-29.

44. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. Alcohol Res Health 2002;26:22-34.
45. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. การประชุมวิชาการสุราแห่งชาติครั้งที่ 13; วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2567; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.
46. Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R, Williams M. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. Addiction 1995;90:907-26.
47. Marlowe DB, Festinger DS, Arabia PL, Crof JR, Patapis NS, Dugosh KL. A systematic review of DWI court program evaluations. Drug Court Rev 2009;vi:1-52.
48. Voas RB. Monitoring drinking: alternative to license suspension to control impaired Drivers? Transp Res Rec [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 12];2182:1-7. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.3141/2182-01?icid=int.sj-abstract.similar-articles.5
49. Lipsey MW, Derzon JH. A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes, and behavior. In: Crano WD, Burgoon M, editors. Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research. Matwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
50. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ประสบการณ์จากนานาชาติของการควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์. การประชุมวิชาการสุราแห่งชาติครั้งที่ 13; วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2567; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.
51. Jernigan D. การควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. การประชุมวิชาการสุราแห่งชาติครั้งที่ 13; วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2567; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.
52. อัจศรา ประเสริฐสิน, กมลทิพย์ ศรีหาเศษ, กัญคดา อนุวงศ์. การประเมินผลมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียน และบริเวณใกล้เคียง. ว.สภากาชาดไทย 2565;15:283-98.
53. Gruenewald PJ, Remer L, Lipton R. Evaluating the alcohol environment: Community geography and alcohol problems. Alcohol Res Health 2002;26:42-8.
54. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนิด้าโพล. รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final report) โครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเพื่อสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประจำปี 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
55. พลภัทร ศรีกุล, สุพัตรา แผนวิชิต. การกำหนดมาตรการกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ว.สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2565;6:116–7.
56. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). การทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการส่งเสริมสมดุลด้านการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2024/04/review-alcohol-beverages-contro-law/

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 2

ปัจจัยที่กำหนดการดื่ม

ส่วนที่ 2
ปัจจัยที่กำหนดการดื่ม
บทที่ 2.1 ปัจจัยระดับบุคคล

| อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว

2.1.1 บทนำ

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผลจากปัจจัยในหลายระดับ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม การเข้าใจปัจจัยระดับบุคคลนับเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการดื่ม และเป็นหนึ่งในจุดเริ่มต้นของการออกแบบมาตรการป้องกันและบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจง

เนื้อหาของบทนี้ เกี่ยวกับปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางจิตวิทยา อายุ และเพศ ซึ่งต่างมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงหรือแนวโน้มของการเริ่มดื่ม การใช้แอลกอฮอล์ในรูปแบบที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปใช้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแนวทางป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มประชากรเฉพาะได้

2.1.2 พันธุกรรม (genetic factors)

การศึกษาในระยะหลังทำให้มีความเข้าใจบทบาทของพันธุกรรมต่อการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์งานวิจัยจำนวนมากพบว่า ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder: AUD) นั้นมีปัจจัยทางพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในสัดส่วนประมาณร้อยละ 40-60[1,2] หากมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีปัญหาการดื่ม จะมีความเสี่ยงสูงกว่าร้อยละ 50 ที่จะพัฒนาไปเป็น AUD[2,3] โดยเป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มและอาการแพ้แอลกอฮอล์ และเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของระบบประสาทต่อแอลกอฮอล์ซึ่งสัมพันธ์กับการเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งความหลากหลายของยีนตามเชื้อชาติที่ส่งผลถึงระดับผลกระทบต่อการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน งานวิจัยในฝาแฝด ครอบครัว และบุตรบุญธรรมแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญ

1. ยีนที่เกี่ยวข้องกับการเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์

กระบวนการเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ซึ่งแต่ละขั้นตอนถูกควบคุมโดยยีนเฉพาะ ซึ่งยีนดังกล่าวที่มีภาวะพหุสัณฐานของยีน (gene polymorphism) หรือมีความแตกต่างกันในอัลลีลของยีนในแต่ละกลุ่มประชากร จึงนำไปสู่ความแตกต่างของเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ในแต่ละกลุ่มประชากร

ยีนที่ควบคุมเอนไซม์ alcohol dehydrogenase (ADH)

ขั้นตอนแรกของการเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ใช้ เอนไซม์ ADH ทำหน้าที่เปลี่ยนเอทานอลเป็นอะเซตัลดีไฮด์ ซึ่งเป็นสารที่มีความเป็นพิษต่อร่างกาย[4] มียีนหลายตัวที่ควบคุมการทำงานของ ADH โดยมียีน ADH1B เป็นยีนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์[5] โดยยีนดังกล่าวมีความแตกต่าง 3 รูปแบบหลัก ดังนี้

- ADH1B*1: เป็นแอลลีลปกติที่สร้างเอนไซม์ที่มีระดับการทำงานทั่วไป[5]
- ADH1B*2: สร้างเอนไซม์ที่มีอัตราเร่งในการเปลี่ยนเอทานอลเป็นอะเซตัลดีไฮด์สูงกว่าแบบปกติอย่างมาก[4,5]
- ADH1B*3: มีลักษณะคล้ายกับ ADH1B*2 คือให้เอนไซม์ที่มีประสิทธิภาพสูง[4]

ความสามารถที่เพิ่มขึ้นในการเปลี่ยนเอทานอลเป็นอะเซตัลดีไฮด์ในกลุ่มที่มี ADH1B*2 และ ADH1B*3 ทำให้เกิดการสะสมของสารนี้เร็วขึ้นหลังการดื่ม ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางร่างกาย เช่น หน้าแดง ครั่นเนื้อครั่นตัว เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ที่มียีนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มหนักและส่งผลให้มีโอกาสเป็นผู้มีปัญหาเสพสุราลดลง[5]

กลุ่มประชากรที่มียีน ADH1B*1 คือ กลุ่มยุโรปและเอเชียใต้รวมถึงทิเบต[6,7] กลุ่มประชากรที่มียีน ADH1B*2 คือ กลุ่มเอเชียตะวันออก (จีนฮั่น ญี่ปุ่น เกาหลี)[6] กลุ่มประชากรที่มียีน ADH1B*3 คือ กลุ่มแอฟริกา[8]

ยีนที่ควบคุมเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH)

ขั้นตอนที่สองของการเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ใช้ เอนไซม์ ALDH ทำหน้าที่ในขั้นตอนที่สอง โดยเปลี่ยนอะเซตัลดีไฮด์เป็นอะซีเตตซึ่งมีความเป็นพิษต่อร่างกายน้อยกว่า[4] โดยยีน ALDH2 เป็นยีนมีความสำคัญต่อเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ในขั้นตอนนี้ โดยยีนดังกล่าวมีความแตกต่าง 2 รูปแบบหลัก ดังนี้

- **ALDH2*1:** เป็นรูปแบบที่ทำให้เอนไซม์ ALDH ที่ทำงานได้อย่างปกติ[4]
- **ALDH2*2:** เป็นรูปแบบที่ทำให้เอนไซม์ ALDH ทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพในการกำจัดอะเซตัลดีไฮด์ จึงทำให้กำจัดสารดังกล่าวได้ช้า[4,5]

ผู้ที่มียีน ALDH2*2 จึงมีการสะสมของอะเซตัลดีไฮด์ในระดับสูงเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น หน้าแดง ใจสั่น คลื่นไส้ และรู้สึกไม่สบายตัว ซึ่งเรียกว่า การแพ้แอลกอฮอล์ (alcohol flush reaction)[4]

กลุ่มประชากรที่มียีน ALDH2*2 ในสัดส่วนที่มีนัยสำคัญ คือ กลุ่มเอเชียตะวันออก (จีนฮั่น ญี่ปุ่น เกาหลี ไต้หวัน) และชาวพื้นเมืองของอเมริกาใต้ มียีนนี้ในอัตราร้อยละ 30-50 ของประชากร[9-11] กลุ่มนี้จึงมีผู้ที่มีอาการแพ้แอลกอฮอล์ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่ไทยและมองโกเลียมียีนนี้อยู่ประมาณร้อยละ 10 ของประชากร[10] ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ ยุโรป และแอฟริกาแทบไม่มียีน ALDH2*2 เลย[11,12]

2. ยีนที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองของระบบประสาทต่อแอลกอฮอล์

นอกจากยีนที่เกี่ยวข้องกับเมแทบอลิซึมแล้ว ยังมียีนที่ควบคุมการตอบสนองของระบบประสาทส่วนกลางต่อแอลกอฮอล์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดสุรา ได้แก่

- **ยีนที่ควบคุม GABA receptor:** ความแตกต่างของยีนตัวรับ GABA มีผลต่อการตอบสนองของสมองต่อแอลกอฮอล์ และสัมพันธ์กับรูปแบบการติดสุรา[3]
- **ยีนที่ควบคุม Opioid receptor:** โดยเฉพาะ opioid receptor mu 1 gene (OPRM1) ความแตกต่างของยีนดังกล่าวส่งผลต่อทั้งพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และประสิทธิผลของยา naltrexone ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาภาวะการติดสุรา[3]
- **ยีนที่ควบคุม Dopamine D2 receptor (DRD2):** เป็นยีนที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเสพติดสุรา[1]

- **ยีน CHNR5 และ GCKR:** เป็นกลุ่มยีนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อภาวะเสพติดสุราที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม[1]

2.1.3 ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors)

ปัจจัยทางจิตวิทยามีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญประกอบด้วย บุคลิกภาพ (personality traits) กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanisms) และสุขภาพจิต (mental health status) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำงานร่วมกันในการนำไปสู่พฤติกรรมการดื่ม โดยในหัวข้อ 2.1.2

1. บุคลิกภาพ (personality traits)

บุคลิกภาพเป็นทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่ม ในทางกลับกันพฤติกรรมการดื่มก็ส่งผลถึงบุคลิกภาพเช่นกัน ผลของการที่ปัจจัยทั้งสองส่งผลถึงกันและกันอาจนำไปสู่พฤติกรรมและผลกระทบจากการดื่มที่แย่ลงไปได้ ตามแบบจำลอง five-factor model of personality แบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ การเปิดรับประสบการณ์ (openness to experience) การมีจิตสำนึก (conscientiousness) การเปิดตัว (extraversion) ความเป็นมิตร (agreeableness) และความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism) ซึ่งการศึกษาการวิเคราะห์อภิมาน[13,14] พบความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของบุคลิกภาพกับพฤติกรรมการดื่มดังนี้

- **การเปิดรับประสบการณ์:** ผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับบุคลิกภาพด้านการเปิดรับประสบการณ์ที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ดื่มซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติที่ไม่อยากลองประสบการณ์ใหม่ อย่างการใช้สารเสพติด
- **การมีจิตสำนึกและความเป็นมิตร:** บุคลิกภาพด้านการมีจิตสำนึกและความเป็นมิตรเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรมดื่มหนัก จากความสามารถในการควบคุมตนเองและการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคม
- **การเปิดตัว:** ผู้ที่ดื่มหนักมีคะแนนบุคลิกภาพด้านการเปิดตัวสูงกว่าผู้ที่ดื่มปานกลาง เนื่องจากการชอบเข้าสังคมเพิ่มการดื่มในบริบทของกิจกรรมเข้าสังคม ผู้ที่มีองค์ประกอบของบุคลิกภาพนี้มีแนวโน้มจะดื่มมากขึ้นในอนาคต
- **ความไม่มั่นคงทางอารมณ์:** ระดับบุคลิกภาพด้านความไม่มั่นคงทางอารมณ์ที่สูงกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการดื่มเมื่อมีความรู้สึกวิตกกังวล ในทางกลับกันบุคลิกภาพด้านความไม่มั่นคงทางอารมณ์อาจเป็นผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้

นอกจากนี้ยังมีคำอธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับการดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบที่เสริมอิทธิผลต่อกันและกัน ได้แก่ การแสวงหาสัมผัส (sensation-seeking) นำไปสู่การทดลองเริ่มดื่ม การดื่มจะมีผลต่อสมองทำให้เพิ่มระดับในความต้องการแสวงหาสัมผัสและการแสวงหาสัมผัสที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การดื่มที่เพิ่มขึ้นไปอีก ความหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ทำให้เกิดการเริ่มต้นดื่มโดยไม่ตั้งใจ และเมื่อมีการดื่มในระยะยาวจะลดระดับความยับยั้งชั่งใจลงผ่านการทำงานของสมองส่วนหน้า ซึ่งนำไปสู่การดื่มที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การการรักษาผู้ติดสุรามีความซับซ้อน[13,15]

2. กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanisms)

แอลกอฮอล์นั้นมีฤทธิ์ระยะสั้นในการลดความรู้สึกวิตกกังวลดังนั้นจึงมีการใช้แอลกอฮอล์เพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวลหรือเศร้าเมื่อเผชิญกับปัญหา โดยมีการอธิบายกลไกดังนี้ การบริโภคแอลกอฮอล์เล็กน้อยลดระดับคอร์ติซอลซึ่งเป็นปฏิกิริยาต่อความเครียดลงร้อยละ 30 และในระยะเวลา 2 ถึง 3 ชั่วโมงของการดื่มจนมึนเมาจะลดกลไกทางจิตวิทยาในการคิดถึงตนเองลดความรู้สึกโทษตนเองลงทำให้ลดความรู้สึกไม่ดีจากการไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตลงได้ อย่างไรก็ตาม การใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาวจะเพิ่มระดับคอร์ติซอลขึ้นร้อยละ 25 และทำให้การลดระดับสู่ระดับปกตินั้นช้าลง[16,17]

3. สุขภาพจิต (mental health)

การมีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นสามารถนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์เพื่อการลดอาการได้ดังที่กล่าวไปในหัวข้อ 2 ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ร้อยละ 68 ให้เหตุผลว่า ดื่มเพื่อบรรเทาอาการทางจิตใจ ในทางกลับกันการดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การเพิ่มของคะแนนภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าในวันถัดไป[18] จึงเกิดวงจรของการใช้แอลกอฮอล์เพื่อลดอาการปัญหาสุขภาพจิตแต่ก็กลับทำให้สุขภาพจิตแย่ลงไปอีก

การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกลไกของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่

- **ระบบเซโรโทนิน:** การดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาวลดการทำงานของเอนไซม์ tryptophan hydroxylase ทำให้การสังเคราะห์เซโรโทนินลดลงร้อยละ 30-40 ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าแย่ลง[18]
- **ระบบ GABA:** แม้ว่าแอลกอฮอล์จะกระตุ้นตัวรับ GABA-A ในระยะสั้น แต่การดื่มต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะ receptor internalization ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลพื้นฐานเพิ่มสูงขึ้น[19,20]

- **การดื้อต่อการรักษา:** ผู้ที่ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่มีอัตราการตอบสนองต่อยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ต่ำกว่าร้อยละ 40 เนื่องจากแอลกอฮอล์เหนี่ยวนำให้โปรตีน P-glycoprotein เพิ่มขึ้น ซึ่งลดการผ่านเข้าสมองของยา[18]
- **การฝ่อของกลีบหน้าสมอง (frontal lobe):** การศึกษาด้วย MRI แบบวัดปริมาตร พบว่า ผู้ป่วย AUD มีปริมาตรสมองส่วน prefrontal cortex ต่ำกว่าคนทั่วไป[21,22] ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจที่ลดลง[23]

นอกจากนี้ การประสบความรุนแรงในวัยเด็ก (เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ การอยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง) เพิ่มโอกาสการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น 1.5-3 เท่า โดยเฉพาะการล่วงละเมิดทางเพศก่อนอายุ 10 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดสำหรับการดื่มหนักในเพศชาย (AOR = 2.62)[24,25]

2.1.4 อายุ และเพศ

รูปแบบพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มอายุและเพศที่ต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม

1. รูปแบบการดื่มตามช่วงอายุ

รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างไปตามช่วงอายุโดยในกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยทำงานตอนต้น (16-24 ปี) มีรูปแบบการดื่มที่ดื่มหนักในการดื่มแต่ละครั้ง[26,27] โดยความถี่ในการดื่มจะน้อยกว่ากลุ่มวัยทำงาน (28) ในวัยทำงานและวัยกลางคนมีความถี่ของการดื่มเพิ่มขึ้น[29] และในกลุ่มสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อครั้งที่ดื่มลดลงอย่างชัดเจน โดยความถี่ในการดื่มไม่เปลี่ยนแปลงมากนักซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะสุขภาพที่ถดถอยลง[27,28]

2. รูปแบบการดื่มตามเพศ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย โดยเพศชายมีความชุกของนักดื่มและปริมาณการดื่มที่สูงกว่าเพศหญิง โดยข้อมูลทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 ความชุกของนักดื่มเพศชายอยู่ที่ร้อยละ 52.2 ส่วนเพศหญิงอยู่ที่ ร้อยละ 35.4 ในส่วนของปริมาณการดื่มในหน่วยลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ยต่อประชากรต่อปีอยู่ที่ 8.7 ลิตรในเพศชาย และ 2.2 ลิตรในเพศหญิง[30]

ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ

ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนและปริมาณการดื่มของเพศชายและเพศหญิงยังแปรผันไปตามภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ สัดส่วนระหว่างความชุกของนักดื่มระหว่างเพศชายของเพศหญิงสูงสุดอยู่ที่กลุ่มประเทศอาหรับ (ตะวันออกกลาง และแอฟริกาตอนเหนือ) ที่ 2.7 เท่า รองลงมาคือภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (1.9 เท่า) และแอฟริกา (1.8 เท่า) ตามลำดับ สัดส่วนมีค่าต่ำกว่าในภูมิภาคยุโรปและอเมริกา (1.3 เท่า) หากพิจารณาจากสัดส่วนของปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรของทั้ง 2 เพศ ก็จะเป็นไปตามรูปแบบเดียวกัน สัดส่วนมีค่าสูงใกล้เคียงกันใน 3 ภูมิภาค คือ ภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลุ่มประเทศอาหรับ และแอฟริกา (4.7-5.3 เท่า) และมีค่าต่ำกว่าในภูมิภาคยุโรป อเมริกา และภูมิภาคเอเชียตะวันออกรวมถึงหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก (3.6-3.8 เท่า)

หากจัดกลุ่มประเทศตามระดับรายได้ ประเทศในกลุ่มรายได้ต่ำจะมีสัดส่วนระหว่างความชุกของนักดื่มระหว่างเพศชายของเพศหญิงที่สูงกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง ค่าสัดส่วนดังกล่าวเป็น 1.8 เท่าในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางค่อนต่ำ และมีค่า 1.2 ในกลุ่มประเทศรายได้สูง สัดส่วนของปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางค่อนต่ำมีค่า 4.7 เท่า ในขณะที่สัดส่วนดังกล่าวมีค่าเท่ากับ 3.4 เท่า ในกลุ่มประเทศรายได้สูง[30]

ปัจจัยที่อธิบายความแตกต่างในการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างเพศ

ความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มระหว่างเพศหญิงและเพศชายสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ในทางชีวภาพเพศหญิงมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชายเมื่อบริโภคในปริมาณเท่ากัน เนื่องจากมีการทำงานของเอนไซม์ ADH ในกระเพาะอาหารในระดับต่ำกว่าทำให้มีแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าผ่านเข้าไปดูดซึมที่ลำไส้[31,32] ซึ่งเป็นเหตุให้มีผลจากแอลกอฮอล์มากกว่าหากดื่มในปริมาณเท่ากันหรือส่งผลให้ดื่มน้อยกว่า ในแง่สังคมวัฒนธรรม แนวคิดชายเป็นใหญ่ในสังคมทำให้การดื่มแอลกอฮอล์ถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นชาย เช่น ในประเทศญี่ปุ่นร้อยละ 70 ของพนักงานชายรายงานว่าการเข้าร้านอิซากายะหลังเลิกงานถือเป็นส่วนหนึ่งของความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน[33] ในทางกลับกัน ผู้หญิงมีแนวโน้มเผชิญกับการตีตราหากเมาในที่สาธารณะส่งผลให้จำกัดการดื่มเฉพาะในพื้นที่ส่วนตัว[34]

2.1.5 บทสรุป

ปัจจัยระดับบุคคลมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในแง่ของการเริ่มต้นดื่ม ความถี่และปริมาณในการดื่ม รวมถึงการพัฒนาไปสู่ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย พันธุกรรมที่ส่งผลต่อกระบวนการที่ร่างกายใช้ในการย่อยและกำจัดแอลกอฮอล์ การตอบสนองของระบบประสาท บุคลิกภาพ กลไกการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพจิต รวมถึงอายุและเพศของบุคคล ซึ่งล้วนแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนและความหลากหลายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่ม

ความเข้าใจในระดับบุคคลยังช่วยอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มระหว่างบุคคล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการออกแบบมาตรการเชิงป้องกันและบำบัดรักษาที่คำนึงถึงความแตกต่างเฉพาะบุคคล เช่น การใช้ข้อมูลทางพันธุกรรมในการประเมินความเสี่ยง การใช้แนวทางจิตบำบัดที่สอดคล้องกับบุคลิกภาพ หรือการให้คำปรึกษาที่ตอบโจทย์เพศและช่วงวัยที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Reed S. Genetics Of alcoholism [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.addictioncenter.com/alcohol/genetics-of-alcoholism/
2. Slaughter E. Genetics and alcoholism: is alcoholism genetic or hereditary? [Internet]. Brentwood (CA): American Addiction Centers; 2025 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://americanaddictioncenters.org/alcohol/hereditary-genetic
3. Kimura M, Higuchi S. Genetics of alcohol dependence. Psychiatry Clin Neurosci 2011; 65:213-25.
4. Hendershot CS, Neighbors C, George WH, McCarthy DM, Wall TL, Liang T, et al. ALDH2, ADH1B and alcohol expectancies: integrating genetic and learning perspectives. Psychol Addict Behav 2009;23:452-63.
5. Edenberg HJ. The genetics of alcohol metabolism: role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants. Alcohol Res Health 2007;30:5-13.
6. Li H, Gu S, Cai X, Speed WC, Pakstis AJ, Golub EI, et al. Ethnic related selection for an ADH Class I variant within East Asia. PLoS One 2008;3:e1881.
7. ScienceDirect. ADH1B [Internet]. [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/adh1b
8. McCarthy DM, Pedersen SL, Lobos EA, Todd RD, Wall TL. ADH1B*3 and response to alcohol in African-Americans. Alcohol Clin Exp Res 2010;34:1274-81.

9. Chen CH, Ferreira JCB, Joshi AU, Stevens MC, Li SJ, Hsu JH, et al. Novel and prevalent non-East Asian ALDH2 variants; implications for global susceptibility to aldehydes' toxicity. EBioMedicine 2020;55:102753.
10. Eng MY, Luczak SE, Wall TL. ALDH2, ADH1B, and ADH1C genotypes in Asians: a literature review. Alcohol Res Health 2007;30:22-7.
11. Kayaalti Z, Soylemezoglu T. Distribution of ADH1B, ALDH2, CYP2E1 *6, and CYP2E1 *7B genotypes in Turkish population. Alcohol 2010;44:415-23.
12. Chen CH, Kraemer BR, Mochly-Rosen D. ALDH2 variance in disease and populations. Dis Model Mech 2022;15:dmm049601.
13. Bezalwar A, Patil PS. Bridging the gap: a holistic view of personality factors in individuals with and without alcohol use. Cureus 2024;16:e53935.
14. Hakulinen C, Elovainio M, Batty GD, Virtanen M, Kivimaki M, Jokela M. Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies. Drug Alcohol Depend 2015;151:110-4.
15. Zizzi A, Berri IM, Berri A, Occhipinti M, Escelsior A, Guglielmo R, et al. Psychological dimensions in alcohol use disorder: comparing active drinkers and abstinent patients. Front Psychiatry 2024;15:1420508.
16. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC, Randall PK. Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten-year model. J Stud Alcohol 2001;62:190-8.
17. Sayette MA. The effects of alcohol on emotion in social drinkers. Behav Res Ther 2017; 88:76-89.
18. Watson S, Mitchell K. Alcohol and Depression [Internet]. WebMD; 2024 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.webmd.com/depression/alcohol-and-depresssion
19. Olsen RW, Liang J. Role of GABA(A) receptors in alcohol use disorders suggested by chronic intermittent ethanol (CIE) rodent model. Mol Brain 2017;10:45.
20. Spitta G, Gleich T, Maricic LM, Rosenthal A, Schubert F, Aydin S, et al. Reduced GABA levels in the ACC of actively drinking high risk individuals compared to recently detoxified alcohol-dependent patients. J Integr Neurosci 2024;23:190.
21. Gröpper S, Spengler S, Stuke H, Gawron CK, Parnack J, Gutwinski S, et al. Behavioral impulsivity mediates the relationship between decreased frontal gray matter volume and harmful alcohol drinking: a voxel-based morphometry study. J Psychiatr Res 2016;83: 16-23.
22. Nurmedov S, Noyan O, Metin B, Ekmen S, Avcil C, Kose S. Extensive gray matter volume reduction and correlations with neuropsychological performance in alcohol use disorder patients. Klinik Psikofarmakol Bulteni 2016;26:355-63.

23. Fama R, Le Berre AP, Sassoon SA, Zahr NM, Pohl KM, Pfefferbaum A, et al. Memory impairment in alcohol use disorder is associated with regional frontal brain volumes. Drug Alcohol Depend 2021;228:109058.
24. Hamburger ME, Leeb RT, Swahn MH. Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. J Stud Alcohol Drugs 2008;69:291-5.
25. Skinner ML, Hong S, Herrenkohl TI, Brown EC, Lee JO, Jung H. Longitudinal effects of early childhood maltreatment on co-occurring substance misuse and mental health problems in adulthood: the role of adolescent alcohol use and depression. J Stud Alcohol Drugs 2016;77:464-72.
26. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. Alcohol Alcohol 2010;45:278-85.
27. World Health Organization. Alcohol [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol
28. NHS England. Health Survey for England, 2021 part 1 [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2021/part-3-drinking-alcohol
29. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol use in the United States: age groups and demographic characteristics [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics-z/alcohol-facts-and-statistics/alcohol-use-united-states-age-groups-and-demographic-characteristics
30. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. 2024.
31. Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. Alcohol Clin Exp Res 2001;25:502-7.
32. Frezza M, di Padova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. N Engl J Med 1990;322:95-9.
33. Morikawa Y, Nakamura K, Sakurai M, Nagasawa SY, Ishizaki M, Nakashima M, et al. The effect of age on the relationships between work-related factors and heavy drinking. J Occup Health 2014;56:141-9.
34. World Health Organization. Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries. Geneva: World Health Organization; 2005.

ส่วนที่ 2
ปัจจัยที่กำหนดการดื่ม
บทที่ 2.2 ปัจจัยระดับสังคมและนิเวศวิทยา

| วิทย์ วิชัยดิษฐ

2.2.1 บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ แต่มนุษย์ก็ยังบริโภคแอลกอฮอล์ โดยมีแรงจูงใจเนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคมโดยพื้นฐาน และการดื่มแอลกอฮอล์มีนัยยะด้านสังคมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของมนุษย์ การตัดสินใจดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มจึงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในระดับเหนือปัจเจกบุคคลทั้งสิ้น ในทางสังคมวิทยาและสาธารณสุขมีการพัฒนากรอบทฤษฎีเพื่อพิจารณาอิทธิพลของปัจจัยที่อยู่เหนือระดับปัจเจกบุคคลหลายแบบ แต่แบบที่ผู้เขียนจะนำเสนอในทีนี้คือแบบจำลองทางสังคม-นิเวศวิทยา (social-ecological model) ซึ่งถือว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวบุคคลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับตัวบุคคล (individual level) ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal level) ระดับองค์กร (institutional level) ระดับชุมชน (community/societal level) และระดับนโยบาย (policy level) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.2 ปัจจัยระดับที่ 1: ปัจจัยระดับตัวบุคคล (individual)

ปัจจัยระดับบุคคลในที่นี้ส่วนหนึ่งจะตรงกับเนื้อหาของบทก่อนหน้า กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่งจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางจิตวิทยาของตัวปัจเจกบุคคลเอง เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับแอลกอฮอล์[1] ความหุนหัน (impulsivity) การยอมรับพฤติกรรมเบี่ยงเบน (tolerance of deviance)[2] สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย มุมมองเรื่องศาสนา และอายุที่เริ่มใช้แอลกอฮอล์[3]

2.2.3 ปัจจัยระดับที่ 2: ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้หลายแบบ อาทิเช่น มุมมองเรื่องความชุกของการดื่ม ในกลุ่มคนที่สำคัญต่อตัวปัจเจกบุคคล (empirical expectation) มุมมองเรื่องความคาดหวังทางสังคมว่าด้วยการดื่ม ในกลุ่มคนที่สำคัญต่อตัวปัจเจกบุคคล (normative expectation) ซึ่งมุมมองทั้งสองส่วนนี้รวมกันได้เป็นบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ซึ่งอาจส่งผลต่อความคิดของบุคคลได้แม้ว่าจะอยู่ในระดับจิตใต้สำนึก[4] บรรทัดฐานทางสังคมนี้ยังส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาจอยู่ในรูปของแรงกดดันจากเพื่อนฝูง (peer pressure)[1,5] รวมถึงพลวัตในการเข้าสังคม และอาจชักจูงให้มีการดื่มได้แม้ว่าตัวบุคคลเองจะไม่ต้องการหรือไม่ชอบการดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม[4]

ยกตัวอย่างเช่นการดื่มในวัยรุ่น หลักการข้างต้นเสนอว่า วัยรุ่นกลุ่มที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนสำคัญ (เช่น พ่อแม่ เพื่อนสนิท) ดื่มสุรากันเป็นประจำ วัยรุ่นเหล่านั้นมักจะมีมุมมองว่า การดื่มเป็นเรื่องปกติ (กล่าวคือ มีมุมมองเรื่องความชุกในกลุ่มคนสำคัญหรือ empirical expectation ค่อนข้างสูง) และหากคนรอบตัววัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวมีการพูดจาหรือชักชวนให้วัยรุ่นดื่ม โดยมีนัยยะว่า การปฏิเสธหรือตัดสินใจไม่ดื่มจะทำให้เกิดการล้อเลียน (ridicule) หรือการคว่ำบาตรทางสังคม (social sanction) วัยรุ่นเหล่านั้นก็จะมองว่า คนสำคัญในชีวิตตนคาดหวังให้ตนดื่มสุรา (กล่าวคือ มีมุมมองเรื่องความคาดหวังทางสังคมหรือ social expectation ค่อนข้างสูง) ซึ่งสองปัจจัยนี้รวมกันเป็นบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) เรื่องการดื่ม ในสภาพการณ์ดังกล่าว วัยรุ่นจะมองว่า การงดดื่มสุรานั้นเป็นพฤติกรรมผิดแปลกที่อาจทำให้ตนถูกล้อเลียนหรือคว่ำบาตรทางสังคม ในขณะที่การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมปกติที่จะช่วยให้ตนเข้ากับคนรอบตัวและอยู่รอดในสังคมได้ง่ายขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) จึงเป็นปัจจัยทางสังคมที่สร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นดื่มสุรา

บรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบตัวกลุ่มต่าง ๆ อาจเสริมหรือต้านอิทธิพลของกันและกัน (กล่าวคือมีปฏิสัมพันธ์หรือ interaction) ได้ด้วย โดยมีสมมุติฐานหลักอยู่สองประการ[6] สมมุติฐานแรกคือด้านการตอบสนองต่อความเครียด (stress perspective) ซึ่งเสนอว่า วัยรุ่นที่พ่อแม่ดื่มเป็นกลุ่มเปราะบางซึ่งหากวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวมีเพื่อนที่ดื่มสุราด้วย ความเสี่ยงที่วัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวจะดื่มสุราจะสูงขึ้นเป็น

ทวีคูณ ส่วนสมมุติฐานที่สองคือด้านความแปรผันของความเปราะบาง (differential susceptibility) ซึ่งมุมมองคล้ายกับของ stress perspective แต่มีแนวคิดเพิ่มเติมว่า วัยรุ่นในกลุ่มเปราะบางจะมีการตอบสนองค่อนข้างไวต่อทั้งอิทธิพลเชิงบวกและเชิงลบในสภาพแวดล้อม ในกรณีดังกล่าว วัยรุ่นที่พ่อแม่ดื่ม (กลุ่มเปราะบาง) หากมีเพื่อนที่ไม่ดื่ม ความเสี่ยงที่ตนเองจะดื่มนั้นจะลดลงเป็นอย่างมาก และหากมีเพื่อนที่ดื่ม ความเสี่ยงที่ตนเองจะดื่มก็จะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ โดยในเบื้องต้น งานวิจัยในสหรัฐฯ ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระยะยาวจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ (National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health)[6] พบว่า วัยรุ่นที่มีพ่อแม่ดื่มหนักจะมีโอกาสที่จะเป็นนักดื่มเองด้วยสูงกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่ดื่มหนัก ไม่ว่ากลุ่มเพื่อนจะมีพฤติกรรมการดื่มเป็นอย่างไรก็ตาม ดังนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในเบื้องต้นจึงสนับสนุนสมมุติฐานด้านการตอบสนองต่อความเครียด (stress perspective) เป็นหลัก

2.2.4 ปัจจัยระดับที่ 3: ปัจจัยในองค์กร (institutional)

องค์กรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มจะขึ้นอยู่กับช่วงวัยและบริบทของปัจเจกบุคคลที่สนใจ อาทิเช่น ในกลุ่มนักเรียน สภาพแวดล้อมของโรงเรียนจะส่งผลต่อตัวนักเรียนค่อนข้างมาก ในขณะที่สภาพแวดล้อมในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานจะส่งผลค่อนข้างมากต่อกลุ่มประชากรวัยทำงาน อาทิเช่น นโยบายที่ชัดเจนขององค์กรด้านการดื่มสุรา และการรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา บรรทัดฐานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการงดเว้นแอลกอฮอล์ในองค์กร[1] การมีโอกาสในการสันทนาการแบบอื่นนอกเหนือจากการดื่มแอลอฮอล์[1] การเข้ากลุ่มนักเรียนในโรงเรียนที่มุ่งเน้นภาวะการเป็นผู้นำ[3] รวมถึงการที่โรงเรียนสอนเรื่องแอลกอฮอล์และสารเสพติดในรายวิชาสุขศึกษา[3]

ตัวอย่างที่น่าสนใจเรื่องปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงนโยบายของพรรคคอมมิวนิสต์จีน (Chinese Communist Party: CCP) ซึ่งมีสมาชิกคิดเป็นร้อยละ 8-10 ของประชากรจีน หรือปัจจุบันมีสมาชิกประมาณ 100 ล้านคน โดยในช่วงภายหลังการปฏิรูปเศรษฐกิจสังคมในช่วง พ.ศ. 2523 และการผลิตและดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวในประเทศจีนเพิ่มขึ้นสิบเท่าภายในช่วงเวลา 20 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตเครื่องดื่มเบียร์และสุรากลั่น[7] ความชุกของโรคติดสุราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาเดียวกันและกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดเป็นอันดับที่สามภายในช่วงปลายยุค พ.ศ. 2533[8] เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาแพง เช่น สุราขาวเหมาไถ (Moutai Baijiu) มักถูกซื้อเป็นของขวัญแก่เจ้าหน้าที่ของจีนเพื่อขอความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ[9] ทางรัฐบาลจีนจึงเริ่มสรรหามาตรการในการควบคุมปัญหาดังกล่าว เริ่มจากในปี พ.ศ. 2556 พรรคคอมมิวนิสต์จีนมีคำสั่งห้ามผู้นำพรรค

จัดงานเลี้ยงที่มีแอลกอฮอล์และพักโรงแรมหรูระหว่างเดินทางไปประชุมรัฐการ[9] ซึ่งต่อมาการห้ามดื่มเริ่มขยายวงกว้างขึ้นไปนอกเวลางานของสมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์จีน เป็นการห้ามดื่มโดยรวมในชีวิตประจำวัน[10] การตัดสินใจดังกล่าวส่งผลให้ภาระโรคของการติดสุราในกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลจีนลดลงอย่างเห็นได้ชัดในทันทีจากร้อยละ 40 ของภาระโรคทั้งหมดในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5 ของภาระโรคทั้งหมดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2557 และเนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐของจีน (โดยเฉพาะผู้มีตำแหน่งระดับสูง) มักเป็นสมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์จีนด้วย จึงเป็นไปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์[11]

2.2.5 ปัจจัยระดับที่ 4: ปัจจัยในชุมชน (community)

ปัจจัยในระดับชุมชนจะคล้ายกับปัจจัยระดับองค์กร แต่อาจมีนัยยะเรื่องบรรทัดฐานทางสังคมในวงกว้างร่วมด้วย อาทิเช่น ค่านิยมหรือบรรทัดฐานว่า การดื่มสุรา การเมาสุรา และการดื่มหนักในผู้ชายถือเป็นเรื่องปกติ และการไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวถือว่า เป็นเรื่องที่ต้องคว่ำบาตร[1,3] นอกจากนี้บรรทัดฐานเรื่องเพศสภาพในสังคมก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มได้เช่นกัน ในสังคมที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยม ผู้หญิงอาจมองว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิธีการแสดงออกถึงการปลดแอกและความเท่าเทียม[1,12,13] ในการวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำของพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนไทยที่เป็น LGBTQA+[12,13] ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีแนวโน้มที่จะมีการดื่มแอลกอฮอล์มาก-น้อย ไปตามเพศสภาพของตนเองมากกว่าเพศกำเนิด แต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศกำเนิดก็ยังคงอยู่

2.2.6 ปัจจัยระดับที่ 5: ปัจจัยระดับนโยบาย (policy)

ปัจจัยระดับนโยบาย ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมถึงการทำการตลาดและการโฆษณา ซึ่งเป็นการพัฒนาโครงร่างของวาทกรรม (narrative) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์และสร้างหรือเปลี่ยนบรรทัดฐานด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[14] ที่มีมาตรการควบคุมการเข้าถึงแอลกอฮอล์ รวมถึงการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับแนวทางกำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลกภายใต้กรอบ SAFER[15] ที่มีคำแนะนำเรื่องการสร้างนโยบายแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมการจำกัดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ภายใต้แนวความคิดว่า เมื่อซื้อแอลกอฮอล์ได้ยากขึ้นหรือเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้น้อยลง การบริโภคแอลกอฮอล์ก็จะน้อยลง รวมถึงการห้ามโฆษณาแอลกอฮอล์แบบครบวงจร และการนำเอามาตรการกำหนดราคาและมาตรการด้านภาษีมาเป็นตัวลดแรงจูงใจในการดื่ม ภายใต้แนวความคิดที่ว่า ราคาแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์แบบผกผันอย่างชัดเจนกับแรงจูงใจในการดื่ม

2.2.7 บทสรุป

การพิจารณาปัจจัยทางสังคม-นิเวศวิทยา (สภาพแวดล้อม) ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ทำได้หลายวิธีภายใต้กรอบต่าง ๆ ในบทนี้ผู้เขียนได้นำเสนอการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ผ่านกรอบของ social-ecological model ในเนื้อหาข้างต้น ขอให้ผู้ที่สนใจดำเนินการอ่านเอกสารอ้างอิงโดยละเอียดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Seekles ML, Mwita W, Andongolile A, Kihange A, Owen G, Hudda A, et al. "Alcohol will never run out": Socio-ecological drivers of adolescent boys' alcohol use in Kilimanjaro Region, Tanzania. PLOS Glob Public Health 2024;4:e0002443.
2. Gruenewald PJ, Remer LG, LaScala EA. Testing a social ecological model of alcohol use: the California 50-city study. Addiction 2014;109:736-45.
3. Tholen R, Wouters E, Ponnet K, De Bruyn S, Van Hal G. A social ecological approach to hazardous alcohol use among flemish higher education students. Int J Environ Res Public Health 2020;17:8288.
4. Bicchieri C. Norms in the wild: how to diagnose, measure and change social norms/ Christina Bicchieri. New York: Oxford University Press; 2017. p. 239.
5. Ennett ST, Foshee VA, Bauman KE, Hussong A, Cai L, Reyes HLM, et al. The social ecology of adolescent alcohol misuse. Child Dev 2008;79:1777-91.
6. Olson JS, Crosnoe R. The interplay of peer, parent, and adolescent drinking. Soc Sci Q 2018;99:1349-62.
7. Guo X, Huang YG. The development of alcohol policy in contemporary China. J Food Drug Anal 2015;23:19-29.
8. Cochrane J, Chen H, Conigrave KM, Hao W. Alcohol use in China. Alcohol Alcohol 2003; 38:537-42.
9. Stuff. China's booze ban hits home [Internet]. 2013 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.stuff.co.nz/business/8139161/Chinas-booze-ban-hits-home
10. Kaushik S. China may ban alcohol consumption for government officials: report [Internet]. India dot Com; 2022 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.india.com/news/china-xi-jinping-may-ban-alcohol-consumption-for-government-officials-report-5682637/
11. Hu A, Jiang H, Dowling R, Guo L, Zhao X, Hao W, et al. The transition of alcohol control in China 1990-2019: Impacts and recommendations. Int J Drug Policy 2022;105:103698.

12. Wichaidit W, Mattawanon N, Somboonmark W, Prodtongsom N, Chongsuvivatwong V, Assanangkornchai S. Behavioral health and experience of violence among cisgender heterosexual and lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and questioning, and asexual (LGBTQA+) adolescents in Thailand. PLoS One 2023;18:e0287130.
13. Wichaidit W, Assanangkornchai S, Chongsuvivatwong V. Disparities in behavioral health and experience of violence between cisgender and transgender Thai adolescents. PLoS One 2021;16:e0252520.
14. Royal Thai Government Gazette. Notifications of the Ministry of Health Re : Specifying the Category V Narcotic Substance 2565 BE (2022 AD) [Internet]. Royal Thai Government; 2022 [cited 2022 Oct 28]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/035/T_0008.PDF
15. World Health Organization. The SAFER initiative: A world free from alcohol related harm [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 Aug 14]. Available from: https://www.who.int/initiatives/SAFER

ส่วนที่ 2
ปัจจัยที่กำหนดการดื่ม

บทที่ 2.3 ปัจจัยทางนโยบายและกฎหมายมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ

2.3.1 บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ก่อผลกระทบทั้งต่อผู้ดื่มและสังคมในวงกว้าง แม้จะมีสถานะถูกกฎหมายและฝังอยู่ในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรม แต่หลักฐานเชิงระบาดวิทยาชี้ว่า การบริโภคแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับภาระโรคและการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ในระดับสูง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าประมาณร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตในประชากรอายุต่ำกว่า 75 ปี และราวหนึ่งในห้าของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์[1] ความเสี่ยงครอบคลุมโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง 8 ชนิด โรคตับ และปัญหาสุขภาพจิต[2] อีกทั้งแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าหนึ่งในสาม และเหตุไม่พึงประสงค์ในครัวเรือน สถานพักผ่อน และสถานที่ทำงาน[3] มิติทางเศรษฐกิจมีนัยสำคัญ โดยภาระต้นทุนจากแอลกอฮอล์ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ประเมินที่ร้อยละ 1.02 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP)[4]

ผลกระทบไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างร่วมด้วย เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุในที่ทำงาน ดังนั้น การกำหนดนโยบายควรมุ่งลดระดับการบริโภค และป้องกันอันตรายที่ส่งผ่านไปยังบุคคลรอบข้าง

ในทางกระบวนการนโยบาย สังคมเผชิญพื้นที่ต่อรองระหว่างฝ่ายคุ้มครองสุขภาวะสาธารณะ ซึ่งเสนอข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง กับฝ่ายอุตสาหกรรมและผู้บริโภคที่ให้ความสำคัญกับประโยชน์ทางเศรษฐกิจและเสรีภาพการบริโภค เอกสารนี้มุ่งสังเคราะห์กรอบเหตุผล หลักฐาน และเครื่องมือกฎหมายที่จำเป็นต่อการออกแบบนโยบายที่มีประสิทธิผลและบังคับใช้ได้จริง

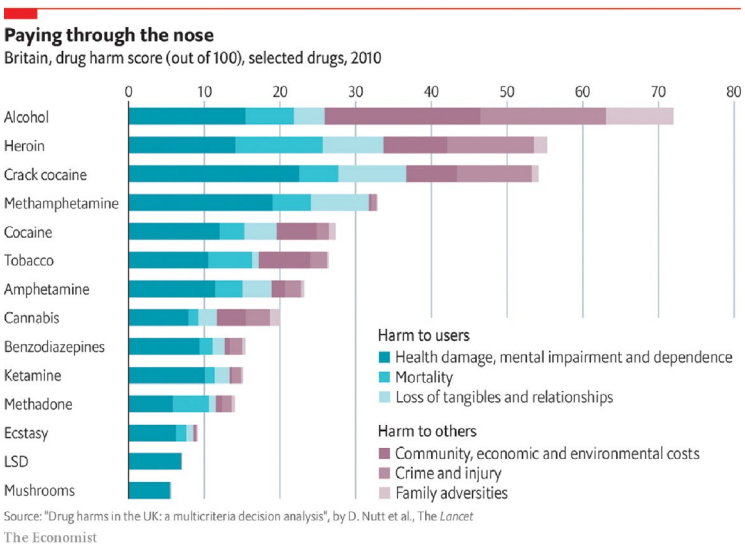
2.3.2 เหตุผลที่ต้องควบคุมและพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่อันตรายที่สุด

หากการสนับสนุนให้มีกฎหมายลงโทษรุนแรงต่อผู้ใช้หรือผู้จำหน่ายเฮโรอีน ยาบ้า โคเคน ยาไอซ์ เป็นเรื่องที่ปกติของสังคม บางทีเราอาจจะมองความอันตรายและความรุนแรงของยาเสพติดในมุมมองที่ยาชนิดนั้นกระทำต่อผู้เสพเท่านั้นเพียงอย่างเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้ว การพิจารณาถึงผลต่อผู้ดื่มทั้งในระยะสั้นและระยาว ผลกระทบต่อสังคมทั้งในระยะสั้นและระยาว จะทำให้เราเห็นภาพรวมของความอันตรายของสารเสพติดชนิดนั้น ๆ ได้มากขึ้น

เราจะเห็นภาพของอันตรายจากแอลกอฮอล์ชัดขึ้นจากการศึกษาหนึ่งของ David Nutt และคณะ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร The Lancet เมื่อปี พ.ศ. 2553 ภายใต้หัวข้อ “Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis”[5] งานวิจัยนี้ใช้วิธีวิเคราะห์แบบหลายเกณฑ์ (multicriteria decision analysis: MCDA) เพื่อประเมินอันตรายของสารเสพติดประเภทต่าง ๆ โดยพิจารณาทั้งอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้เองและผลกระทบต่อสังคม โดยพิจารณาจากบริบทของประเทศอังกฤษ ทั้งนี้คำนิยามที่ทำให้นักกำหนดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกได้เห็นกรอบการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนว่า หากการพิจารณากฎหมายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เราจำเป็นต้องทำเพื่อควบคุมอันตรายสองประเภท คือ

- อันตรายต่อผู้ใช้เอง (harm to users) เช่น ความเสียหายต่อสุขภาพ ร่างกาย และสังคมของบุคคลนั้น
- อันตรายต่อผู้อื่น (harm to others) เช่น ผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ค่าใช้จ่ายด้านเศรษฐกิจ และอาชญากรรม

ผลการศึกษา **(ภาพที่ 2.3.1)** พบว่า แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายมากที่สุด มีผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของผู้ใช้และสังคมรอบข้าง ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ การบาดเจ็บ และอาชญากรรม



ภาพที่ 2.3.1 | ผลกระทบของสารเสพติดแต่ละชนิด[5]

(ที่มา: Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 2010;376:1558-65.)

คำตอบหลักของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายสูงที่สุด เมื่อนับรวมทั้งอันตรายต่อผู้ใช้และอันตรายต่อสังคม แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้ โดยทำให้เกิดโรคเรื้อรัง การเสพติด และความเสียหายทางร่างกาย ในขณะเดียวกันยังส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง เช่น การเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงในครอบครัว อาชญากรรม และปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง เมื่อเปรียบเทียบกับสารเสพติดอื่น ๆ เช่น เฮโรอีน โคเคน และเมทแอมเฟตามีน ซึ่งมีอันตรายสูงต่อผู้ใช้เอง แต่มีผลกระทบต่อสังคมน้อยกว่าแอลกอฮอล์

งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า แอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสารที่ถูกกฎหมายและมีการบริโภคอย่างแพร่หลาย สามารถสร้างผลกระทบทางสุขภาพและสังคมได้รุนแรงกว่าสารเสพติดผิดกฎหมายหลายชนิด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหากสังคมเห็นพ้องต้องกันว่าควรมีกฎหมายควบคุมยาเสพติดรุนแรง ด้วยเหตุผลเดียวกัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำเป็นต้องมีกฎหมายควบคุมพิเศษด้วย

2.3.3 กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วัฏจักรของแอลกอฮอล์ครอบคลุมตั้งแต่การผลิต การตลาด การจำหน่าย การบริโภค ไปจนถึงผลกระทบเฉียบพลันและเรื้อรัง กรอบกฎหมายไทยจึงกระจายอยู่ในหลายฉบับและหลายหน่วยงาน โดยต้องสอดประสานกันและไม่ขัดแย้ง สาระโดยสรุปดังนี้ **(ตารางที่ 2.3.1)**

ตารางที่ 2.3.1 รายละเอียดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

กฎหมาย	เป้าหมายสำคัญ	รายละเอียดที่สำคัญ	ตัวอย่างบทกำหนดโทษ	หน่วยงานที่กำกับดูแล
พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	ควบคุมการบริโภคและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงลดปัญหาการเข้าถึงของเยาวชนและกลุ่มเปราะบาง	ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางสถานที่ เช่น วัด โรงเรียน สถานที่ราชการ และสถานพยาบาล ห้ามขายในช่วงเวลา 14.00-17.00 น. และหลังเที่ยงคืน รวมถึงห้ามโฆษณา และส่งเสริมการขายที่กระตุ้นให้มีการบริโภค	โทษปรับสูงสุด 500,000 บาท และจำคุกไม่เกิน 1 ปี สำหรับการขายในสถานที่ต้องห้าม หรือโฆษณาโดยฝ่าฝืนกฎหมาย	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560	กำหนดและจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจากสินค้าและบริการ รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภคและเพิ่มรายได้ของรัฐ	กำหนดอัตราภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม โดยแบ่งเป็นภาษีตามมูลค่าและภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ เพื่อควบคุมการบริโภคและสร้างรายได้เข้ารัฐ	โทษปรับสูงสุด 200,000 บาท สำหรับการหลีกเลี่ยงภาษีหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดการเสียภาษี	กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509	ควบคุมการดำเนินงานของสถานบริการที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันปัญหาสังคม เช่น อาชญากรรม ยาเสพติด และการค้าประเวณี	สถานบริการที่ต้องจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องขออนุญาตจากรัฐ กำหนดเวลาปิด-เปิด และต้องไม่เป็นแหล่งแพร่ระบาดของอาชญากรรมและยาเสพติด	โทษปรับสูงสุด 100,000 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 1 ปี สำหรับสถานบริการที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น เปิดเกินเวลา หรือไม่มีใบอนุญาต	กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 2.3.1 รายละเอียดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย (ต่อ)

กฎหมาย	เป้าหมายสำคัญ	รายละเอียดที่สำคัญ	ตัวอย่างบทกำหนดโทษ	หน่วยงานที่กำกับดูแล
พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546	ปกป้องเด็กและเยาวชนจากปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการและสวัสดิภาพ รวมถึงการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ห้ามจำหน่ายหรือให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามโฆษณาหรือส่งเสริมการขายที่มุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชน	โทษปรับสูงสุด 60,000 บาท และจำคุกไม่เกิน 3 เดือน สำหรับผู้ที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กและเยาวชน	กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522	ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะ	กำหนดค่าปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ โดยผู้ที่มีระดับแอลกอฮอล์เกิน 50 mg% สำหรับผู้ขับขี่ปกติ และ 20 mg% สำหรับผู้ขับขี่ที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี ถือว่าผิดกฎหมาย	โทษปรับสูงสุด 20,000 บาท และจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ที่ขับขี่ขณะมึนเมาเกินระดับที่กำหนด	สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกรมขนส่งทางบก

2.3.4 พื้นที่ต่อรองนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: เวทีแห่งผลประโยชน์และการต่อสู้ทางอุดมการณ์

เมื่อตระหนักว่า นโยบายสาธารณะเป็นผลผลิตของโครงสร้างทางสังคมที่มีความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ ระหว่างกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นกับกลุ่มที่ได้ประโยชน์หากการบริโภคลดลง จึงไม่น่าแปลกที่นโยบายควบคุมแอลกอฮอล์กลายเป็นหนึ่งในสนามต่อรองเชิงนโยบายที่ซับซ้อนและยืดเยื้อของไทย หลักฐานทางระบาดวิทยาชี้ว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญของภาระโรคและเสียชีวิตที่ป้องกันได้ และในขณะเดียวกัน ผลลัพธ์เชิงนโยบายกลับไม่ได้สอดคล้องกับข้อเสนอของชุมชนสาธารณสุขโดยสิ้นเชิง เนื่องจากมีแรงต้านจากอุตสาหกรรม ผู้ค้า ผู้ดื่ม และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับประโยชน์จากรายได้ภาษีและกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

อำนาจรัฐ: นโยบายเพื่อสุขภาวะหรือพื้นที่ของการต่อรองผลประโยชน์

รัฐถูกอ้างเป็นตัวแทนประโยชน์สาธารณะ แต่ในเชิงสถาบัน รัฐไม่ใช่องค์กรเดียวที่เป็นเอกภาพ หากประกอบด้วยหน่วยงานที่มีพันธกิจต่างกัน กระทรวงสาธารณสุขและภาคีสุขภาพผลักดันมาตรการจำกัดการเข้าถึง การควบคุมการตลาด และการเพิ่มภาษี ขณะที่หน่วยงานด้านเศรษฐกิจ เช่น กรมสรรพสามิตและกระทรวงพาณิชย์ ให้ความสำคัญกับรายได้ภาษี เสถียรภาพธุรกิจ และการท่องเที่ยว ภาพรวมนี้สะท้อนว่าการกำหนดนโยบายเป็นการแข่งขันเชิงอุดมการณ์และผลประโยชน์ระหว่างหน่วยงานของรัฐเอง

ทุนและกลุ่มธุรกิจ: ผู้เล่นที่ทรงอิทธิพลในเวทีต่อรอง

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทยมีมูลค่าสูงและมีผู้เล่นรายใหญ่น้อยราย จึงมีแรงจูงใจสูงในการรักษาผลประโยชน์ การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเพียงเล็กน้อยส่งผลต่อยอดขายและปริมาณการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเชิงนโยบายที่ถูกอ้างอิงบ่อยคือ การกำหนดราคาขายขั้นต่ำตามหน่วยแอลกอฮอล์ (minimum unit pricing: MUP) ที่สกอตแลนด์เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2561 รัฐกำหนดราคาต่ำสุดตามปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหน่วย เพื่อทำให้ผลิตภัณฑ์แรงและราคาถูกเข้าถึงยากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มดื่มเสี่ยง แม้ภาคธุรกิจโต้แย้งและยื่นฟ้องจนกระบวนการล่าช้า ท้ายที่สุดกฎหมายมีผลใช้บังคับและหลักฐานหลังการบังคับใช้ชี้ว่า มาตรการนี้ลดการดื่มอันตรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6,7]

กลยุทธ์เชิงวาทกรรมที่ภาคธุรกิจใช้เพื่อต้านมาตรการเชิงโครงสร้างที่ได้ผล เช่น การจำกัดเวลาหรือสถานที่ขาย การห้ามโฆษณา หรือการเพิ่มภาษี คือ การสนับสนุนการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ (responsible drinking) ซึ่งโยนภาระไปที่ระดับบุคคล อย่างไรก็ดี หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า แนวคิดเรื่องการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบไม่ลดการบริโภคโดยรวม และอาจทำให้ผู้ดื่มมั่นใจในการดื่มมากขึ้น[8] นักวิชาการด้านนโยบายสาธารณะยังชี้ว่า มีรูปแบบการตั้งข้อกังขาต่อหลักฐานวิทยาศาสตร์ที่คล้ายกับยุทธศาสตร์ของอุตสาหกรรมยาสูบในอดีต[9]

ภาคประชาสังคม: เสียงของกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ

ในขณะที่ภาคธุรกิจมีอำนาจในการล็อบบี้และเจรจาต่อรองนโยบายผ่านกลไกรัฐ ภาคประชาสังคมเป็นกลุ่มที่พยายามใช้พลังเชิงเคลื่อนไหว (advocacy) เพื่อผลักดันนโยบายที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง โดยเฉพาะเครือข่ายองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพและปัญหาสังคม เช่น เครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) การเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมมักถูกท้าทายจากภาคธุรกิจว่า เป็นการลิดรอนเสรีภาพของประชาชน และเป็นการใช้อำนาจรัฐแทรกแซงเศรษฐกิจมากเกินไป คำถามสำคัญจึงอยู่ที่ว่า การควบคุมแอลกอฮอล์ควรเป็นเรื่องของการกำกับดูแลโดยรัฐ หรือเป็นเรื่องของความรับผิดชอบส่วนบุคคล

พื้นที่ต่อรองทางนโยบาย: จุดตัดของอุดมการณ์และผลประโยชน์

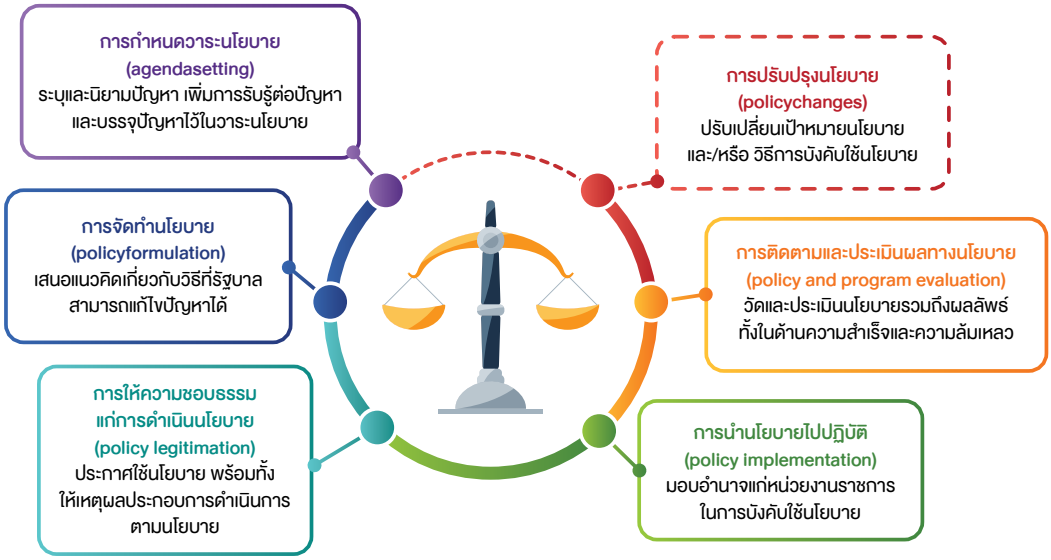
การถกเถียงเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มิใช่เพียงแค่เรื่องของมาตรการทางกฎหมาย แต่เป็นประเด็นที่สะท้อนถึงความขัดแย้งระหว่างอุดมการณ์ของกลุ่มต่าง ๆ ฝ่ายสาธารณสุขและภาคประชาสังคมมองว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องถูกควบคุมอย่างเข้มงวด ฝ่ายธุรกิจและผู้บริโภคเห็นว่า แอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่สามารถบริโภคได้ภายใต้ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ที่สุดแล้วเมื่อเป็นนโยบายที่เป็นกฎหมายบังคับใช้สำหรับทุกคน การมองหาถึงจุดที่อยู่บนฐานของความเป็นจริงที่จะลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดโดยไม่จำกัดสิทธิที่พึงประสงค์ในการจำหน่ายและบริโภคแอลกอฮอล์ จึงเป็นจุดตัดที่ท้าท้ายมีรายละเอียดอย่างมาก ดังเห็นได้จากกระบวนการต่อรองทางนโยบาย เพื่อให้กำเนิดกฎหมายแต่ละฉบับนั้นใช้เวลายาวนานหลายปี เพื่อให้ได้ข้อสรุปทางกฎหมายที่ปฏิบัติได้จริงและมีความสากล

คำถามสำคัญสำหรับยุคสมัยใดก็ตามของเหล่านักสาธารณะสุขที่มีเป้าหมายในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายคือ เราจะออกแบบนโยบายที่สามารถลดผลกระทบทางสุขภาพและสังคมของแอลกอฮอล์โดยทำให้ผู้คนในสังคมเห็นชอบและสนับสนุนความคิดของเราได้อย่างไร การสร้างพื้นที่ทางการเมืองที่เปิดกว้างให้เกิดการถกเถียงอย่างรอบด้านเป็นสิ่งที่ทำให้นโยบายที่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มและเป็นสิ่งพึงกระทำในการกำหนดนโยบายตามระบอบประชาธิปไตย แต่กระนั้นนักสาธารณสุขก็ต้องพัฒนาทั้งหลักการทางวิชาการในการนำเสนอ การรับฟังความเห็นจากประชาชนและการเลือกแนวทางการสื่อสารเพื่อให้หลักทางวิชาการที่เราเชื่อถือว่าจะลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ได้ถูกนำไปปฏิบัติโดยสะดวก ผู้เขียนได้รวบรวมประเด็นที่สำคัญ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมในการชะลอความก้าวหน้าของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ตาม**ตารางที่ 2.3.2**[10]

ตารางที่ 2.3.2 ประเด็นที่มักถูกอ้างถึงเพื่อคัดค้านการดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[10]

Frame	ตัวอย่าง
การควบคุมไม่ใช่สิ่งจำเป็น (regulatory redundancy)	- เน้นให้ใช้มาตรการควบคุมที่ผู้ดื่ม แทนการจำกัดเชิงโครงสร้าง - ไม่ควรควบคุมการตลาดแบบ total ban ธุรกิจสามารถควบคุมไม่ทำการตลาดไปยังเด็กและเยาวชนเองได้ - การควบคุมที่มีอยู่เดิมเพียงพอแล้ว - ธุรกิจมีความรับผิดชอบต่อกฎหมายที่มีอยู่
สิทธิความชอบธรรมทางกฎหมาย	- ความชอบธรรมทางการค้าของธุรกิจและอุตสาหกรรมสุรา - ลิขสิทธิ์ในตราสัญลักษณ์ - ผลกระทบต่อพันธกรณีการค้าเสรี (Free Trade Agreement: FTA) และความเสี่ยงเสียดุลการค้า
ผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ (negative unintended economic consequences)	- ทำให้เกิดความสูญเสียรายได้ของประเทศ - แรงงานจำนวนมากเสียงานในระบบธุรกิจท่องเที่ยวและบริการ - กฎหมายจะทำให้เกิดผลกระทบต่อแรงจูงใจในการท่องเที่ยว
นโยบายมีความซับซ้อน ดำเนินการยาก (complex policy area)	- กฎหมายบังคับใช้ยาก ไม่มีกลไกบังคับใช้ - กฎหมายของเดิมมีอยู่แล้ว แต่ใช้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ต้องปรับกลไกที่มีอยู่ให้ใช้งานได้เต็มประสิทธิภาพ
หลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอ	- ผู้นำเสนอนโยบายควบคุม ปราศจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอ

2.3.5 ขั้นตอนการพัฒนากฎหมาย: พื้นฐานที่ผู้มีส่วนร่วมเชิงนโยบายควรเข้าใจ



ภาพที่ 2.3.2 | กระบวนการการพัฒนานโยบายสาธารณะ[11]

(ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). การทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการส่งเสริมสมดุลด้านการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2024/04/review-alcohol-beverages-contro-law/)

1. การกำหนดวาระนโยบาย (agenda-setting)

การเริ่มต้นออกแบบกฎหมายตั้งอยู่บนการทำให้สังคมเห็นร่วมว่า ประเด็นหนึ่งเป็นปัญหาสาธารณะและควรได้รับการแก้ไขเชิงนโยบาย ในกรณีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเด็นดื่มแล้วขับเป็นตัวอย่างของปัญหาที่สาธารณชนรับรู้ร่วมกันและนำไปสู่การตรากฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ดี แม้มีความพยายามยาวนาน ปัญหาดังกล่าวยังคงดำรงอยู่ สะท้อนว่า นโยบายสาธารณะไม่ใช่ยาวิเศษ และปัญหาซับซ้อนมิอาจแก้ได้ด้วยกฎหมายครั้งเดียว

การกำหนดวาระที่มีคุณภาพต้องอาศัยข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิที่เก็บอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นขนาด แนวโน้ม และผลลัพธ์ของมาตรการที่ใช้ไปแล้ว สำหรับบริบทไทย ควรมีฐานข้อมูลบูรณาการ อาทิ ข้อมูลโรคและการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ผลตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ข้อมูลอุบัติเหตุจราจร อาชญากรรม/ความรุนแรง การผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาษีสรรพสามิต

2. การจัดทำนโยบาย (policy formulation)

การออกแบบนโยบายที่มีประสิทธิผลต้องเริ่มจากการประเมินสถานการณ์อย่างรอบด้านและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ข้อเสนอเชิงนโยบายมักถูกส่งต่อในรูปร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมาธิการ/องค์กรอิสระที่ทำงานด้านสุขภาพและสังคม จากนั้นเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา โดยอภิปรายถึงผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงความเป็นไปได้ในการบังคับใช้

สำหรับฝ่ายสาธารณสุข หลักออกแบบกฎหมายควรยึดการคุ้มครองสุขภาพสาธารณะ เป็นศูนย์กลาง มาตรการสำคัญ ได้แก่ การจำกัดอายุผู้ซื้อ การควบคุมโฆษณา/การส่งเสริมการขาย และบทลงโทษที่มีผลเชิงป้องปราม พร้อมความยืดหยุ่นเพียงพอให้ปรับตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง และรองรับศักยภาพของรัฐในการบังคับใช้ กฎหมายที่ดีควรอ้างอิงหลักฐานจากต่างประเทศและข้อมูลภายในประเทศที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ปราศจากอคติ

ในทางลำดับชั้นกฎหมาย พ.ร.บ. เป็นกฎหมายแม่บทที่ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภา ขณะที่พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) ใช้ในกรณีฉุกเฉิน และ กฎกระทรวง/ประกาศกระทรวง เป็นกฎหมายลำดับรองที่กำหนดรายละเอียดเพื่อการปฏิบัติให้สอดคล้องกับกฎหมายหลัก

3. การให้ความชอบธรรมแก่การดำเนินนโยบาย (policy legitimation)

ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรา/ไม่ตรากฎหมายเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย เริ่มตั้งแต่คณะรัฐมนตรีที่กลั่นกรองหลักการ ก่อนเสนอเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรเพื่อพิจารณาวาระหนึ่งและตั้งคณะกรรมาธิการแปรญัตติ จากนั้นส่งต่อให้วุฒิสภาพิจารณา เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วจึงส่งนายกรัฐมนตรีเพื่อนำขึ้นทูลเกล้าฯ ลงพระปรมาภิไธย และประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้มีผลใช้บังคับ

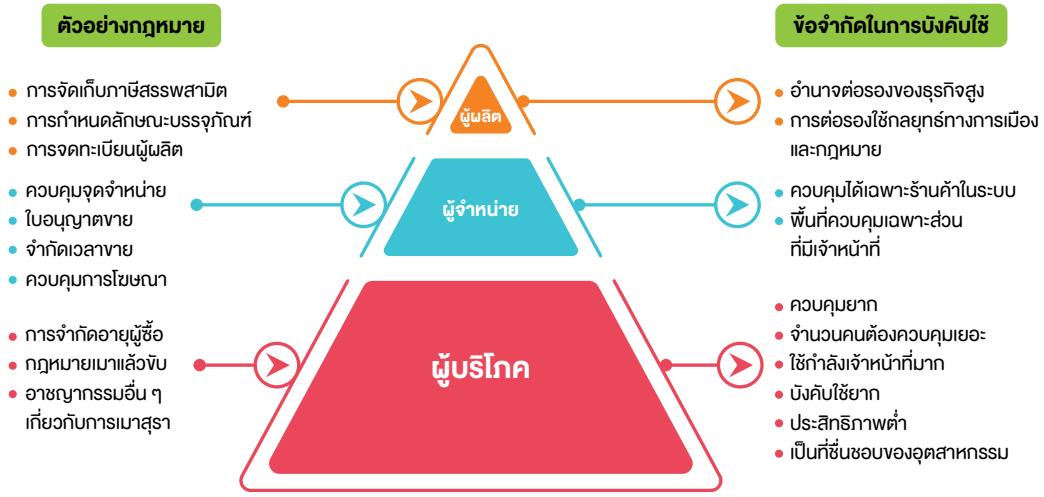
กรณีมีข้อโต้แย้ง ศาลรัฐธรรมนูญมีอำนาจวินิจฉัยความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ และศาลปกครองตรวจสอบการใช้อำนาจทางปกครองของรัฐในการบังคับใช้กฎหมาย ภาคประชาชนและภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญผ่านเวทีรับฟังความคิดเห็น การยื่นข้อเสนอแก้ไข หรือผลักดันกฎหมายใหม่ ซึ่งช่วยยกระดับความโปร่งใสและการตอบสนองต่อความต้องการของสังคม

4. การบังคับใช้กฎหมาย (policy implementation)

ประสิทธิผลของนโยบายขึ้นอยู่กับคุณภาพของตัวบทกฎหมาย ควบคู่กับศักยภาพการบังคับใช้ หากข้อห้ามตามกฎหมายไม่ถูกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ทางสังคมย่อมจำกัด โครงสร้างการบังคับใช้สามารถแบ่งได้ 3 ระดับหลัก ดังนี้

1. การควบคุมในระดับผู้ผลิต เช่น การจดทะเบียนผู้ผลิต การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตตามอัตราการผลิตหรือปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม การกำหนดหลักเกณฑ์ของบรรจุภัณฑ์ กฎหมายการนำเข้า
2. การควบคุมในระดับผู้จำหน่าย เช่น การควบคุมจุดจำหน่าย ใบอนุญาตให้จำหน่าย การจำกัดเวลาขาย การห้ามทำการโฆษณารูปแบบต่าง ๆ
3. การควบคุมในระดับผู้บริโภค เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับ การจำกัดอายุผู้ซื้อ กฎหมายเกี่ยวกับอาชญากรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเมาสุรา

ปัจจัยกำหนดความยาก–ง่ายของการบังคับใช้ ประกอบด้วยความชัดเจนของบทกฎหมาย ทรัพยากรและศักยภาพของหน่วยงานผู้บังคับใช้ การยอมรับของสาธารณะ และปัจจัยคอร์รัปชัน/กลไกรัฐ ในเชิงยุทธศาสตร์ วงวิชาการด้านสาธารณสุขมักเสนอนโยบายคุ้มค่า (best-buy policies) ซึ่งหมายถึง นโยบายที่ได้ผลสูง และต้นทุนต่ำ



ภาพที่ 2.3.3 | ระดับการบังคับใช้ของกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และข้อจำกัดในการบังคับใช้ในแต่ละระดับ
(วาดโดย มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ)

บทเรียนจากต่างประเทศชี้ว่า เมื่อระบบบังคับใช้มีความเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่มีอำนาจตรวจตราและลงโทษที่ชัดเจน และมีกติกาเดียวกัน (non-discriminatory enforcement) ผู้ฝ่าฝืนถูกลงโทษอย่างเป็นรูปธรรม ความยำเกรงต่อกฎหมายย่อมเพิ่มขึ้น สำหรับบริบทไทย แม้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จะครอบคลุมหลายมิติ แต่ช่องว่างเชิงปฏิบัติยังคงมีอยู่ การศึกษาในปี พ.ศ. 2564 ระบุความท้าทาย เช่น การเลี่ยงข้อห้ามโฆษณาผ่านการตลาดแฝง การขายช่วงเวลาห้ามโดยอ้างคำสั่งล่วงหน้าออนไลน์ และการไม่ตรวจสอบอายุผู้ซื้ออย่างเข้มงวด[12]

ดังนั้น คำถามที่สำคัญคือ กฎหมายที่มีอยู่ศักดิ์สิทธิ์ขึ้นมาได้อย่างไร จำเป็นหรือไม่ที่เราต้องเพิ่มอำนาจให้หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายให้สามารถตรวจสอบและดำเนินคดีได้ง่ายขึ้น เราจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและรายงานการกระทำผิดกฎหมายได้อย่างไร และที่สำคัญ เราจะทำให้เจ้าหน้าที่รัฐที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่อย่างซื่อสัตย์และมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

การจะไปสู่จุดที่กฎหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้นย่อมมีทางเลือก ไม่ว่าจะเป็น การเพิ่มบทลงโทษให้รุนแรงขึ้นและบังคับใช้อย่างเคร่งครัด หากร้านค้าที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนต้องเผชิญกับค่าปรับที่สูงลิ่ว หรือแม้แต่ถูกสั่งปิดกิจการชั่วคราว เราอาจเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้น กฎหมายจะไม่ใช่เพียงข้อบังคับที่ถูกละเลย แต่เป็นกฎเกณฑ์ที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญ หรือ การสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่รัฐทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เราเห็นตัวอย่างในหลายประเทศที่ให้รางวัลแก่เจ้าหน้าที่ที่บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง หรือสนับสนุนให้มีการตรวจสอบจากองค์กรอิสระเพื่อลดปัญหาการทุจริต หากประชาชนสามารถแจ้งเบาะแสการละเมิดกฎหมายและได้รับผลตอบแทน เช่น ส่วนลดภาษี หรือสิทธิพิเศษจากหน่วยงานรัฐ ก็จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เกิดการเฝ้าระวังจากภาคประชาสังคม หรือการสร้าง วัฒนธรรมแห่งการเคารพกฎหมาย ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาที่ดีและการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ประเทศที่ประชาชนเคารพกฎหมายมักเป็นประเทศที่มีการให้ความรู้เรื่องกฎหมายตั้งแต่ในโรงเรียน เด็กและเยาวชนต้องเข้าใจว่ากฎหมายเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้มีไว้เพื่อควบคุม แต่เพื่อปกป้องพวกเขาเองจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งหากเราสามารถทำให้กฎหมายเข้มแข็งขึ้น เพิ่มอำนาจให้เจ้าหน้าที่ ลดช่องโหว่ที่อุตสาหกรรมใช้ประโยชน์ และสร้างวัฒนธรรมแห่งการเคารพกฎหมาย เราอาจเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง นี่ไม่ใช่เพียงความรับผิดชอบของภาครัฐ แต่เป็นภารกิจของทุกคนในสังคม หากเราเชื่อว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่ต้องจัดการ เราทุกคนมีส่วนร่วมในการทำให้กฎหมายศักดิ์สิทธิ์มากขึ้น

5. การติดตามและประเมินผลทางนโยบาย (monitoring and evaluation)

การมีตัวบทกฎหมายและมาตรการเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีระบบติดตามและประเมินผลที่มีคุณภาพ เพื่อประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันไทยมีข้อมูลบางมิติ เช่น อุบัติเหตุจากดื่มแล้วขับ สถิติการรักษาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง การสำรวจพฤติกรรมการดื่ม แต่ยังขาดการบูรณาการและการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ เมื่อเทียบกับตัวอย่างต่างประเทศ เช่น ประเทศสวีเดนใช้ระบบจำหน่ายแบบผูกขาดโดยรัฐทำให้ติดตามแนวโน้มการบริโภคได้ละเอียด[13] ประเทศแคนาดาที่จัดเก็บข้อมูลอุบัติเหตุจากแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด/เมืองเพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงพื้นที่[14] บริบทไทยยังเผชิญการกระจายตัวของข้อมูลระหว่างหลายหน่วยงาน เช่น กรมควบคุมโรค กรมการขนส่ง กรมสรรพสามิต สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

คุณค่าที่คาดหวังจากระบบติดตามและประเมินผลที่เข้มแข็ง ได้แก่

- การวัดผลเชิงประสิทธิผลของมาตรการ/กฎหมาย เช่น แนวโน้มอุบัติเหตุหลังเพิ่มโทษผู้กระทำผิดซ้ำ
- การระบุช่องโหว่เชิงนโยบาย เช่น ช่องทางการเข้าถึงของเยาวชน อิทธิพลการตลาดดิจิทัลต่อพฤติกรรมดื่ม
- การขยับจากนโยบายเชิงรับ ไปสู่นโยบายเชิงรุก ผ่านการคาดการณ์แนวโน้มและออกมาตรการเชิงป้องกัน

ข้อเสนอเชิงระบบสำหรับบริบทไทย

1. **ศูนย์ข้อมูลกลางด้านแอลกอฮอล์:** เชื่อมฐานข้อมูลยอดขาย/ภาษี (กรมสรรพสามิต) ผลกระทบสุขภาพ (กรมควบคุมโรค) และอุบัติเหตุ/คดี (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) เพื่อการวิเคราะห์แบบบูรณาการ
2. **เทคโนโลยีและการวิเคราะห์ขั้นสูง:** ประยุกต์การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่และระบบเฝ้าระวังแบบกึ่งเรียลไทม์ ตามแนวปฏิบัติในบางประเทศยุโรป เพื่อเพิ่มความแม่นยำของหลักฐานเชิงนโยบาย
3. **การมีส่วนร่วมของสาธารณะ:** จัดทำแพลตฟอร์มให้ประชาชนรายงานการละเมิด เช่น การขายให้ผู้มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์/การตลาดแฝง พร้อมกลไกตอบสนองที่รวดเร็วและโปร่งใส

โดยสรุป การทำให้นโยบายทำงานจริงต้องอาศัยห่วงโซ่ครบวงจร ตั้งแต่บทกฎหมายที่ชัดเจน การบังคับใช้อย่างสม่ำเสมอ ไปจนถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เชื่อมโยงข้อมูลและข้อค้นพบกลับเข้าสู่การปรับปรุงนโยบาย (policy changes) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสังคมที่ตรวจวัดได้ แทนที่จะคงอยู่เพียงในเชิงเจตนารมณ์

2.3.6 บทสรุป

แอลกอฮอล์สร้างภาระโรคและผลกระทบทางสังคมสูง จึงต้องมีกฎระเบียบเฉพาะที่เข้มกว่าสินค้าทั่วไป กรอบกฎหมายไทยครอบคลุมตั้งแต่การผลิตถึงการบริโภค แต่ผลสัมฤทธิ์ยังถูกจำกัดจากการต่อรองผลประโยชน์และช่องว่างการบังคับใช้ หลักฐานสนับสนุนมาตรการเชิงโครงสร้างที่คุ้มค่า เช่น การปรับภาษีและราคา การจำกัดความพร้อมเข้าถึง การควบคุมการตลาด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและยั่งยืน จำเป็นต้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเสมอภาค พัฒนาระบบข้อมูลและการประเมินผลแบบบูรณาการ และเปิดพื้นที่ให้สาธารณชนมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. Sohi I, Franklin A, Chrystoja B, Wettlaufer A, Rehm J, Shield K. The global impact of alcohol consumption on premature mortality and health in 2016. Nutrients 2021;13:3145.
2. World Health Organization. Alcohol [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Feb 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol
3. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use and your health [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 6]. Available from: https://www.cdc.gov/alcohol/about-alcohol-use/index.html
4. Luangsinsiri C, Youngkong S, Chaikledkaew U, Pattanaprateep O, Thavorncharoensap M. Economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2021. Glob Health Res Policy. 2023 Dec 11;8:51. doi:10.1186/s41256-023-00335-w. PMID: 38072945; PMCID: PMC10712089.
5. Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 2010;376:1558-65.
6. Anderson P, O'Donnell A, Kaner E, Llopis EJ, Manthey J, Rehm J. Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. Lancet Public Health 2021;6:e557-65.
7. Patterson C, Giles L, Whitehead R, Greci S, Ferguson K, Fraser C, et al. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: a theory-based synthesis of the evidence. Lancet 2023;402 Suppl 1:S14.
8. Davies E, Lewin J, Field M. Am I a responsible drinker? The impact of message frame and drinker prototypes on perceptions of alcohol product information labels. Psychol Health 2024;39:1005-22.

9. Jiang N, Ling PM. Reinforcement of smoking and drinking: tobacco marketing strategies linked with alcohol in the United States. Am J Public Health 2011;101:1942-54.
10. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. Addiction 2016;111:18-32.
11. Khan Academy. Group influencing palicy outcomes: Lesson overview [Internet]. [cited 2025 Feb 12]. Available from: https://www.khanacademy.org/humanities/ap-us-goverment-and-politics/political-participation/groups-influercing-policy-outcomes/a/groups-influencing-policy-outcomes-lesson-overview
12. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). การทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการส่งเสริมสมดุลด้านการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2024/04/review-alcohol-beverages-contro-law/
13. Systembolaget AB. Systembolaget Responsibility Report 2023 [Internet]. Stockholm: Systembolaget AB; 2023 [cited 2025 Feb 12]. Available from: https://www.omsystembolaget.se/globalassets/pdf/ansvarsredovisning/systembolaget-responsibility-report-2023.pdf?utm_source=chatgpt.com
14. Transport Canada. Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics: 2022 [Internet]. Ottawa: Transport Canada; 2023 [cited 2025 Feb 12]. Available from: https://tc.canada.ca/en/road-transportation/statistics-data/canadian-motor-vehicle-traffic-collision-statistics-2022

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และ การประเมิน

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.1 การวัดสถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| จิราลักษณ์ นนทารักษ์

3.1.1 บทนำ

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างลักษณะทางประชากรและสังคมร่วมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิค-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย นอกจากนี้ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้นและยังสามารถพบเห็นได้เป็นอย่างมากในปัจจุบัน ทั้งทางเฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตราแกรม เอ็กซ์ ติ๊กต๊อก เป็นต้น ส่งผลให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่และผู้ดื่มมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยเก็บข้อมูลเป็นประจำทุกสามปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย โดยสำรวจข้อมูลความชุกของนักดื่มปัจจุบัน นักดื่มประจำ นักดื่มครั้งคราว หรือนักดื่มอย่างหนัก ปริมาณการดื่ม ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มไทยนิยม รวมทั้งข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ข้อมูลพฤติกรรมนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง (surveillance data) สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในเรื่องพฤติกรรมการดื่ม ผลกระทบจากการดื่ม และการเปรียบเทียบข้อมูลในปัจจุบัน

กับข้อมูลในอดีต ตามเป้าหมายตัวชี้วัดของ The Sustainable Development Goals (SDG) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย และเป้าหมาย ย่อย 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย ดังนั้น ตัวชี้วัดทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดตามสถานะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนไทย ได้แก่ ความชุกของนักดื่มอย่างหนัก อัตราตายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูญเสียปีสุขภาวะจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[1] เป็นข้อมูลจำเป็นอย่างมากต่อการพัฒนานโยบายและวางแผนงานที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

3.1.2 ความชุกของผู้บริโภคในผู้ใหญ่และวัยรุ่น

1. ความสำคัญของการวัด

ความชุก (prevalence) เป็นการวัดทางระบาดวิทยา เป็นเครื่องมือสำคัญในการชี้ให้เห็นถึงขนาดของการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต อาทิเช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ และการตายของประชากร รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ สามารถบ่งบอกถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อการวางแผนป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดด้วยดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการว่า สามารถลดภาวะการป่วยและการตายได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้น การวัดทางระบาดวิทยาจึงใช้เป็นเครื่องมือในการวัดการกระจายของโรคและปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เพื่อใช้เปรียบเทียบขนาดหรือความรุนแรงของโรค และการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน

การวิเคราะห์ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางสุขภาพที่มีความจำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชน และเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น ส่วนใหญ่การเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาลักษณะการกระจายตัวของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่น ๆ เพื่ออธิบายขนาดของปัญหาตามลักษณะทางประชากร และใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ ดังนั้น ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะอธิบายตามกลุ่มอายุ และเพศ เนื่องจากมีรูปแบบการดื่มและปริมาณการดื่มที่แตกต่างกัน และส่งผลกระทบทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ในบทนี้จะกล่าวถึง เครื่องมือการวัดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แบบสอบถาม) นิยามศัพท์ของตัวชี้วัดที่ใช้ในประเทศไทย แหล่งข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการคำนวณและตัวอย่างจากการสำรวจ และการแปลผลตัวชี้วัด

2. แหล่งที่มาของข้อมูล

ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่ทำการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลสำรวจเป็นประจำทุก 3-5 ปี โดยการสำรวจจะดำเนินการตามแนวทางระเบียบวิธีวิจัยตามการศึกษาทางระบาดวิทยาแบบภาคตัดขวาง มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยตั้งแต่ระดับประเทศไปจนถึงระดับจังหวัดได้ มีความน่าเชื่อถือ และมีความแม่นยำในด้านสถิติ และยังมีความต่อเนื่องในด้านกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม และกระบวนการเก็บข้อมูลในแต่ละปี ในหนังสือเล่มนี้ จะยกตัวอย่างการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากแหล่งข้อมูลทางระบาดวิทยาที่สำคัญ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินนโยบายเพื่อการป้องกันและควบคุมผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

1) ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[2] ดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน เก็บข้อมูลเป็นประจำทุกสามปี โดยมีกลุ่มตัวอย่างมากเพียงพอสามารถเป็นตัวแทนประชากรทั้งประเทศได้ มีความน่าเชื่อถือและมีความแม่นยำในด้านสถิติ และยังมีความต่อเนื่องในด้านกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม และกระบวนการเก็บข้อมูลในแต่ละปี การสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 คือ “การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 (สพส.64)” สุ่มตัวอย่างจากประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งในกรุงเทพมหานคร และทุกจังหวัดในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตัวอย่างข้อมูลในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 (สพส.64) แบ่งออกเป็น 7 หมวดใหญ่ ดังนี้ (1) ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน (2) การสูบบุหรี่ (3) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (4) การบริโภคอาหาร (5) กิจกรรมทางกาย (6) การเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ และ (7) ลักษณะของครัวเรือน โดยในหมวดที่เกี่ยวกับการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเนื้อหาครอบคลุมถึง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อายุเฉลี่ยและสาเหตุที่เริ่มดื่ม ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม การเคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียว ปัญหาต่าง ๆ ที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มแล้วขับ เป็นต้น โดยข้อมูลดังกล่าวมีเนื้อหาครอบคลุมตัวชี้วัดที่สำคัญในการใช้กำกับติดตามพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย

ตารางที่ 3.1.1 ปีการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การสำรวจ	ปี พ.ศ.	กลุ่มตัวอย่าง
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2544	ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2547	
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2550	
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2554	
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2557	
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2560	
สำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร	2564	
สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร	2567	

ข้อคำถามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีรูปแบบการถามที่มีรูปแบบใกล้เคียงกันในทุกรอบการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย โดยข้อคำถามจะถามถึงพฤติกรรมการดื่มสุรา ความถี่ในการดื่ม และปริมาณการดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การดื่มอย่างหนัก (binge drinking)

ตัวอย่างข้อคำถาม

- ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต, เคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมา, ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว)
- ในระหว่าง 30 วันที่แล้ว ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งเพียงไร (ทุกวัน, 5-6 วันต่อสัปดาห์, 3-4 วันต่อสัปดาห์, 1-2 วันต่อสัปดาห์, 1-3 วันต่อเดือน และ ไม่ดื่มเลย)
- ในระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประเภทใด และมากน้อยเพียงใด (ตามประเภท ความถี่ หน่วยดื่ม)
- ในระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ท่านเคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียวหรือไม่

ข้อคำถามที่ยกตัวอย่างมา จะสามารถใช้มาวิเคราะห์ความชุกของนักดื่มปัจจุบัน ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว นักดื่มหนัก รวมทั้งปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของนักดื่มไทยได้ ตามนิยามศัพท์ที่จะกล่าวในส่วนถัดไป

2) ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 ถึง 7 (พ.ศ. 2534-2568)

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย[3,4] เป็นการเก็บข้อมูลประจำทุก 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน เป็นการสำรวจระดับประเทศที่มีระเบียบวิธีวิจัยเช่นเดียวกับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างที่ครอบคลุม สามารถเป็นตัวแทนของประชาชนไทยได้ ความแตกต่างจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือ การตรวจร่างกายพื้นฐาน ได้แก่ การวัดสัดส่วนร่างกาย ความดันโลหิต การตรวจวัดน้ำตาลและไขมันในเลือด เป็นต้น โดยครอบคลุมตั้งแต่ประชาชนไทยอายุ 1 ปีขึ้นไป ข้อมูลการสำรวจชุดนี้ทำให้ได้ข้อมูลสุขภาพ ด้านความชุกของปัญหาสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในประชากรไทย เป็นข้อมูลที่บอกขนาดปัญหา ด้านปัจจัยเสี่ยงและสถานการณ์สุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ในการติดตามสถานะสุขภาพเป็นระยะ และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแก้ไขปัญหาต่อไป โดยเฉพาะเมื่อนำข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพมาประกอบกับข้อมูลประชากร ข้อมูลการป่วย และข้อมูลการตายในประชากรไทย ตัวอย่างข้อมูลการสำรวจ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การทำกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการกินอาหาร การใช้ยาและอาหารเสริม สถานะสุขภาพ ได้แก่ ความชุกของโรคเรื้อรังต่าง ๆ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 3.1.2 ปีการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1-7

การสำรวจ	ปี พ.ศ.	กลุ่มตัวอย่าง
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1	2534	2 เดือนขึ้นไป
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2	2539	แรกเกิดขึ้นไป
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3	2547	15 ปีขึ้นไป
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4	2552	1 ปีขึ้นไป
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5	2557	1 ปีขึ้นไป
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6	2561	1 ปีขึ้นไป
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7	2568	1 ปีขึ้นไป

ข้อคำถามความถี่และปริมาณการดื่มการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปรับจากแบบสอบถามขององค์การอนามัยโลกโครงการ STEP survey ซึ่งมีการถามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา การดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา และปริมาณที่ดื่มหน่วยเป็นดื่มมาตรฐานใน 30 วันที่ผ่านมา โดยสามารถนำข้อมูลความถี่และปริมาณการดื่มมาคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์ และจัดกลุ่มระดับความเสี่ยงของการบริโภคแอลกอฮอล์ตามปริมาณน้ำหนัก ethanol ที่ดื่มได้

ตัวอย่างข้อคำถามในการสำรวจ

- ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ (ใช่, ไม่ใช่)
- ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร โดยมีตัวเลือก คือ ทุกวัน, 5-6 วันต่อสัปดาห์, 3-4 วันต่อสัปดาห์, 1-2 วันต่อสัปดาห์, 1-3 วันต่อเดือน และไม่ดื่มเลย
- ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยปกติแล้ว ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมากน้อยเพียงไร ความถี่ของการดื่ม และปริมาณที่ดื่มต่อวัน โดยจะถามประเภทภาชนะ เช่น เป็ก (30 ซีซี) แก้วไวน์ (100 ซีซี) แก้วทรงกระบอก (285 ซีซี) แก้วทรงสูง (325 ซีซี) เป็นต้น
- ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 6 ดื่ม (หน่วยมาตรฐาน) ในช่วงเวลาเดียว กี่ครั้ง (เบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/เหล้า 3 เป็กขึ้นไป/ไวน์ 6 แก้ว)

เช่นเดียวกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร ตัวอย่างข้อคำถามของการสำรวจนี้สามารถใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความชุกต่าง ๆ ตามตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

3) การสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถจำแนกได้ 2 ประเภทใหญ่ คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษี และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย เน้นการเก็บข้อมูลปริมาณการดื่มและพฤติกรรมการดื่มของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม ไม่สามารถวิเคราะห์ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มนอกระบบภาษีในประชาชนไทยได้ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตามผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษี ดังนั้น ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการสำรวจความชุก ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีและปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ

ภาษีในประชากรไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป[5] เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคำนวณปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรในประเทศ (alcohol consumption per capita) อันเป็นข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มให้มีความถูกต้องและแม่นยำขึ้น และนำมาวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ อันได้แก่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อไป

3. วิธีการคำนวณตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่าง

นิยามศัพท์ในหนังสือเล่มนี้ อ้างอิงมาจากหนังสือรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564[6] เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนิยามศัพท์ที่นำมาใช้เป็นนิยามกลางที่ใช้ในการรายงานพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยและทั่วโลก

1) นิยามศัพท์

ผู้ไม่เคยดื่มเลย (lifetime abstainers) หมายถึง ประชาชนที่ไม่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยตลอดชีวิต

ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ex-drinkers) หมายถึง ประชาชนที่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ไม่ได้ดื่มเลยในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

นักดื่มปัจจุบัน (current drinkers) หมายถึง ประชาชนที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

นักดื่มประจำ (regular drinkers) หมายถึง ประชาชนที่ดื่มสุราด้วยความถี่อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

นักดื่มเป็นครั้งคราว (occasional หรือ infrequent drinkers) หมายถึง ประชาชนที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยความถี่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

นักดื่มเยาวชน หมายถึง นักดื่มอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งส่วนหนึ่งยังมีอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ตามกฎหมายที่ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะจำหน่ายเครื่องดื่มฯ ให้ได้ (อายุ 15-19 ปี) และอีกส่วนหนึ่งอายุครบตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด (อายุ 20-24 ปี)

นักดื่มหน้าใหม่ หมายถึง กลุ่มประชากรที่เพิ่มเริ่มดื่มครั้งแรกในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาก่อนช่วงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่จัดทำขึ้นทุกสามปี โดยเริ่มทำการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และครั้งล่าสุด คือ พ.ศ. 2564 โดยนักดื่มหน้าใหม่ในหนังสือเล่มนี้ หมายถึง นักดื่มปัจจุบันที่อายุปัจจุบันมากกว่าอายุเริ่มดื่มไม่เกิน 3 ปี หากอายุปัจจุบันมากกว่าอายุเริ่มดื่มมากกว่า 3 ปี จะถือว่า ไม่ใช่นักดื่มหน้าใหม่

การดื่มหนัก (heavy episodic drinkers หรือ binge drinkers) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในช่วงเวลาของการดื่มหนึ่งครั้ง ซึ่งเท่ากับ

- การดื่มสุราขาว / เชี่ยงชุน / ยาดองเหล้า : 5 เป๊ก หรือ 1/4 ขวดใหญ่หรือ 1/2 ขวดกลาง
- สุรากลั่น/ ผสม : 1/4 ขวดใหญ่ หรือ ดื่มเพียว 5 เป๊ก หรือ 8 แก้วผสม
- เบียร์ : 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่
- ไวน์ / แชมเปญ : 1 ขวดใหญ่ หรือ 4 แก้วไวน์
- น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ / ไวน์คูลเลอร์ : 4 1/2 ขวด หรือ กระป๋อง
- เหล้าหมัก (กระแช่ / สาโท / อุ / สุราพื้นเมือง) : 1 ขวดใหญ่ หรือ 2 แก้วครึ่ง

การดื่มสุราอย่างหนักภายในช่วงเวลาอันสั้นหรือการดื่มแบบ “เมาหัวราน้ำ” โดยนิยามศัพท์จะมีแตกต่างกันระหว่างเพศ กล่าวคือ ในผู้ชาย หมายถึง ผู้ที่ดื่มตั้งแต่ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไป และในผู้หญิงดื่มตั้งแต่ 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไป

ผู้ดื่มหนักประจำ หมายถึง นักดื่มที่มีความถี่ในการดื่มหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ผู้ดื่มที่ดื่มหนักเป็นครั้งคราว หมายถึง นักดื่มที่มีความถี่ในการดื่มหนักน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

การดื่มสุรานอกระบบภาษี หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบผลิตหรือไม่เสียภาษี แบ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมายออกเป็น 4 ประเภทตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) แอลกอฮอล์ที่มีไม่ได้ใช้สำหรับการบริโภค หมายถึง ผลิตภัณฑ์อุปโภคที่มีส่วนผสมของเอทานอล (surrogate alcohol) ได้แก่ สเปรย์แอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ น้ำหอม น้ำยาบ้วนปาก และน้ำยาเช็ดกระจก เป็นต้น 2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในบ้าน ชุมชน หมู่บ้าน ทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย (homebrewed) 3) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือลักลอบจำหน่ายในเชิงธุรกิจอย่างผิดกฎหมาย (smuggled alcohol or industrially produced illegal alcohol) และ 4) แอลกอฮอล์ที่ซื้อขายบริเวณชายแดน หรือ แอลกอฮอล์ที่ซื้อจากร้านค้าปลอดภาษี (duty free outlets) รวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้ถูกบันทึกในระบบภาษี

2) วิธีการคำนวณตัวชี้วัด

ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ เป็นการวัดความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตามนิยามศัพท์) จะเป็นการแสดงถึงปริมาณความมากน้อยของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรคงที่จำนวนหนึ่งในเวลานั้น เช่น ในการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบความชุกของนักดื่มปัจจุบัน เท่ากับ ร้อยละ 32 หมายความว่า หากทำการสำรวจในประชากร 100 คน จะมี 32 คนที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน

ดังนั้น การคำนวณความชุกของนักดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ จะคำนวณได้จาก

$$\text{ความชุกของนักดื่ม} = \frac{\text{จำนวนนักดื่ม (ตามนิยามศัพท์ที่ต้องการคำนวณ)}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำการสำรวจ)}} \times k$$

ตารางที่ 3.1.3 จำนวนและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

ประเภทนักดื่ม	รวม		หญิง		ชาย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ไม่เคยดื่มเลย	32,474,675	56.95	23,546,861	79.75	8,927,814	32.47
ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	8,580,669	15.05	2,781,972	9.42	5,798,697	21.09
นักดื่มปัจจุบัน	15,966,498	28.00	3,197,639	10.83	12,768,859	46.44
รวม	**57,021,842**		**29,526,472**		**27,495,370**	
- นักดื่มประจำ	6,991,889	12.26	627,161	2.12	6,364,728	23.15
- นักดื่มเป็นครั้งคราว	8,974,609	15.74	2,570,478	8.71	6,404,131	23.29

หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ที่มา: หนังสือรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564

ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น (เยาวชน) ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น (เยาวชน) คำนวณเช่นเดียวกับความชุกของพฤติกรรมในการบริโภคของผู้ใหญ่ โดยจำนวนนักดื่มเยาวชนในหนังสือเล่มนี้ หมายถึง จำนวนนักดื่มอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

ดังนั้น การคำนวณความชุกของนักดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มวัยรุ่น จะคำนวณได้จาก

$$\text{ความชุกของนักดื่มวัยรุ่น} = \frac{\text{จำนวนนักดื่มอายุ 15-24 ปี (ตามนิยามศัพท์ที่ต้องการคำนวณ)}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15-24 ปีที่ทำการสำรว}} \times k$$

ตารางที่ 3.1.4 จำนวนและความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรทั้งหมดที่เป็นเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) จำแนกตามเพศ

ประเภทนักดื่ม	รวม		หญิง		ชาย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ไม่เคยดื่มเลย	6,771,835	73.90	3,901,371	86.34	2,870,464	61.79
ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	474,183	5.17	203,642	4.51	270,541	5.82
นักดื่มปัจจุบัน	1,917,610	20.93	413,381	9.15	1,504,229	32.38
นักดื่มเป็นครั้งคราว	1,331,161	14.53	375,527	8.31	955,634	20.57
นักดื่มประจำ	586,448	6.40	37,854	0.84	548,595	11.81
นักดื่มหนัก	702,327	7.66	92,629	2.05	609,698	13.13
นักดื่มหนักเป็นครั้งคราว	570,507	6.23	83,932	1.86	486,575	10.47
นักดื่มหนักประจำ	131,820	1.44	8,698	0.19	123,122	2.65

หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของจำนวนประชากรที่เป็นเยาวชนเท่านั้นไม่ใช่ประชากรทั้งหมด
ที่มา: หนังสือรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564

4. การแปลผลตัวชี้วัด

จากตารางที่ 3.1.3 ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นนักดื่มปัจจุบันหรือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 28 คิดเป็นประชากรไทยจำนวน 15,966,498 คน โดยจำนวนประชากรที่นำเสนอนี้ได้จากการคำนวณคาดประมาณการณ์จากค่าถ่วงน้ำหนักประชากรไทย เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรชายเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 46.44 และประชากรหญิงเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 10.83 เมื่อพิจารณา ความถี่ในการดื่มแบ่งเป็น นักดื่มประจำและนักดื่มเป็นครั้งคราว พบว่า ความชุกของการดื่มประจำในประชากรชายเท่ากับร้อยละ 23.15 และความชุกของนักดื่มประจำในประชากรหญิงคิดเป็นร้อยละ 2.12

จากตารางที่ 3.1.4 ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พบว่า เยาวชนร้อยละ 73.9 เป็นผู้ที่ยังไม่เคยดื่มสุราเลย และ เยาวชน ร้อยละ 20.93 เป็นผู้ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (นักดื่มปัจจุบัน) เมื่อจำแนกเยาวชนตามเพศ พบว่า เยาวชนหญิงร้อยละ 9.15 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และเยาวชนชายเป็นนักดื่มปัจจุบัน ร้อยละ 32.38 โดยเยาวชนหญิงที่เป็นนักดื่มปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นนักดื่มเป็นครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 8.31 ของเยาวชนหญิง

ทั่วประเทศ ในขณะที่เยาวชนชายมีสัดส่วนของนักดื่มประจำ ร้อยละ 11.81 ของนักดื่มปัจจุบันที่เป็นเยาวชนชายทั้งหมด

3.1.3 ความชุกของผู้บริโภคหนักและดื่มบ่อยในประชากรผู้ใหญ่

การดื่มหนัก (heavy episode drinking) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในนักดื่มชาย และดื่ม 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในเพศหญิง ในช่วงเวลาของการดื่มหนึ่งครั้ง เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตามและประเมินพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนเพื่อดูความเสี่ยงและผลกระทบสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมิติของผลกระทบ แบบเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุทางท้องถนน ความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะวิวาท เป็นต้น พฤติกรรมการดื่มอย่างหนัก แบ่งตามความถี่ในการดื่ม (ดื่มบ่อย) ได้ 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ดื่มหนักประจำ หมายถึง นักดื่มที่มีความถี่ในการดื่มหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 2) ผู้ดื่มที่ดื่มหนักเป็นครั้งคราว หมายถึง นักดื่มที่มีความถี่ในการดื่มหนักน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ดังนั้น การคำนวณความชุกของนักดื่มหนัก จะคำนวณได้จาก

$$\text{ความชุกของนักดื่มหนัก} = \frac{\text{จำนวนนักดื่มหนัก (ตามนิยามศัพท์ที่ต้องการคำนวณ)}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำการสำรวจ}} \times k$$

ตารางที่ 3.1.5 จำนวนและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

ประเภทนักดื่ม	รวม		หญิง		ชาย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ไม่เคยดื่มหนักเลย	51,290,539	89.95	28,849,817	97.71	22,440,721	81.62
นักดื่มหนัก	5,731,304	10.05	676,655	2.29	5,054,649	18.38
- นักดื่มหนักประจำ	1,370,743	2.4	107,477	0.36	1,263,266	4.59
- นักดื่มหนักครั้งคราว	4,360,561	7.65	569,178	1.93	3,791,383	13.79

หมายเหตุ: ร้อยละในภาพคำนวณจากฐานของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ที่มา: หนังสือรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564

สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันจำแนกตามความถี่ในการดื่มหนัก เป็นการวัดสัดส่วนของนักดื่มหนักในนักดื่มปัจจุบันตามความถี่ในการดื่มหนัก

ดังนั้น การคำนวณสัดส่วนของนักดื่มหนักของนักดื่มปัจจุบัน จะคำนวณได้จาก

$$\text{ความชุกของนักดื่มหนัก} = \frac{\text{จำนวนนักดื่มหนักตามความถี่ (ตามนิยามศัพท์ที่ต้องการคำนวณ)}}{\text{จำนวนนักดื่มปัจจุบันเท่านั้น}} \times k$$

ตารางที่ 3.1.6 สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน จำแนกตามความถี่ในการดื่มหนัก และเพศ (ร้อยละ)

ความถี่ในการดื่มหนัก	นักดื่มรวม	นักดื่มหญิง	นักดื่มชาย
ไม่เคยดื่มหนัก	63.76	78.71	60.00
ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	1.75	0.68	2.02
ดื่มเกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)	0.68	0.24	0.79
ดื่มวันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์)	1.97	0.56	2.32
ดื่มทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)	4.28	1.90	4.87
ดื่มเป็นครั้งคราว (1-3 วัน/เดือน)	6.11	2.86	6.93
ดื่มเป็นครั้งคราว (8-11 วัน/ปี)	4.33	3.37	4.57
ดื่มเป็นครั้งคราว (4-7 วัน/ปี)	3.62	2.22	3.98
ดื่มเป็นครั้งคราว (1-3 วัน/ปี)	13.51	9.47	14.52

หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบันเท่านั้น ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด
ที่มา: หนังสือรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564

1. การแปลผลตัวชี้วัด

จากตารางที่ 3.1.5 ความชุกของการดื่มหนักในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยจำแนกเป็นนักดื่มหนักเป็นประจำและนักดื่มหนักเป็นครั้งคราวรายเพศ ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 ประมาณได้ว่า มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 10.05 ของจำนวนนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด แบ่งเป็นนักดื่มหนักเป็นประจำร้อยละ 2.4 และนักดื่มหนักเป็นครั้งคราว ร้อยละ 7.65 เมื่อจำแนกตามเพศ พบความชุกนักดื่มหนัก ร้อยละ 18.38 ของนักดื่มปัจจุบันเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป และร้อยละ 2.29 ของนักดื่มปัจจุบันเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป และเมื่อวิเคราะห์ตามความถี่ในการดื่มหนัก **(ตารางที่ 3.1.6)** ของนักดื่มปัจจุบันโดยรวม และจำแนกตามเพศ พบว่า นักดื่มหญิงร้อยละ 78.71 ไม่เคยดื่มหนักเลยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในขณะที่นักดื่มชายร้อยละ 60 ไม่เคยดื่มหนัก นักดื่มเพศหญิงร้อยละ 9.47 ดื่มหนักจำนวน 1-3 วันต่อปี และนักดื่มเพศชายร้อยละ 14.52 ดื่มหนัก 1-3 วันต่อปี และนักดื่มเพศชายร้อยละ 2.81 ดื่มหนักทุกวันหรือเกือบทุกวัน

3.14 บทสรุป

การวัดสถานการณ์พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นวิเคราะห์ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางสุขภาพทั้งในระดับนานาชาติ และระดับประเทศ ซึ่งมีความจำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและเป็นประจำ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชน และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากตัวอย่างตัวชี้วัดทั้งความชุกของนักดื่มปัจจุบัน และนักดื่มอย่างหนักในประเทศไทย โดยข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถเห็นแนวโน้มในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาของการสำรวจฯ พบว่า แนวโน้มความชุกของนักดื่มปัจจุบันคงที่ ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนนักดื่มวัยรุ่นแนวโน้มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ข้อมูลนี้อาจจะสะท้อนให้เห็นถึง อิทธิพลของโฆษณาหรือการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พยายามทำให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะนักดื่มเยาวชนและนักดื่มหญิง ความชุกของการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาและการดื่มใน 30 วันที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 และความชุกของการดื่มเป็นประจำ (ดื่มอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์) และการดื่มหนัก (ดื่มปริมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในการดื่มหนึ่งครั้ง) ก็มีแนวโน้มลดลงในประชากรชายไทย

โดยสรุป ข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้เห็นแนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และใช้กำกับติดตามนโยบายที่ควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2024. [cited 2024 Nov 11]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/377960
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กองสถิติสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88%202564.pdf
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล; 2564.
5. จิราลักษณ์ นนทารักษ์. การสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cas.or.th/?page_id=5611&paged=2
6. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ. 2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.2 การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลปริมาณการผลิตเพื่อการจำหน่าย

| พลเทพ วิจิตรคุณากร
อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว

3.2.1 บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรัง หรือปัญหาทางสังคม เช่น อุบัติเหตุและอาชญากรรม การวัดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการดื่ม ติดตามแนวโน้มการบริโภคในสังคม และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยข้อมูลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการวางนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและสังคม อย่างไรก็ตาม วิธีการในการวัดปริมาณการบริโภคมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในเรื่องของความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล ในบทนี้จะนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของการวัดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ แหล่งที่มาของข้อมูล ตัวชี้วัดต่าง ๆ รวมถึงประเด็นทางระเบียบวิธีวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งอธิบายถึงแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของแต่ละแบบสอบถาม

3.2.2 ความสำคัญของการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดื่มในหลายด้าน ทั้งในระดับบุคคลและสังคม การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณการดื่มช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ ทั้งในแง่ของการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น โรคตับแข็ง มะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไป นอกจากนี้ การวัดปริมาณการบริโภคยังช่วยในการป้องกันพฤติกรรมการดื่มที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น การดื่มหนัก (heavy episodic drinking หรือ binge drinking) หรือการดื่มในกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่น รวมถึงการดื่มในสถานการณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลที่ได้จากการวัดปริมาณการดื่มจะช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและผู้กำหนดนโยบายสามารถจัดทำมาตรการป้องกันที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังช่วยในการติดตามแนวโน้มการบริโภคในสังคม ซึ่งสามารถใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มในช่วงเวลาหรือบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น ในช่วงเทศกาลหรือวันหยุดที่มักจะมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การวัดปริมาณการบริโภคยังเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนั้น การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันและควบคุมพฤติกรรมการดื่มเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพและสังคม รวมถึงการลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว

3.2.3 แหล่งที่มาของข้อมูล

แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แหล่งหลัก ได้แก่ การใช้แบบสอบถามและข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ซึ่งแต่ละแหล่งมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันไป

1. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อดี คือ สามารถเก็บข้อมูลได้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการดื่มที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความถี่ ปริมาณ และบริบทของการดื่มในแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มเป้าหมายได้โดยละเอียด นอกจากนี้ ยังสามารถเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติและความรู้สึกของผู้ตอบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ข้อเสียของการใช้แบบสอบถาม คือ มีโอกาสเกิดความเอนเอียงจากการตอบผิดพลาดหรือการจำที่คลาดเคลื่อน (recall

bias) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ตอบไม่ได้ตระหนักถึงปริมาณการบริโภคจริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามยังอาจใช้เวลาและทรัพยากรมาก

2. ข้อมูลจากการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต ข้อดี คือ เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้และสามารถสะท้อนปริมาณการผลิตเพื่อการจำหน่ายแอลกอฮอล์ในประเทศได้อย่างแม่นยำ และโดยทั่วไปถือว่า ปริมาณการบริโภคที่ประมาณการด้วยวิธีนี้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่าการใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม ช่วยให้สามารถประเมินแนวโน้มการบริโภคในระดับประเทศและวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายภาษีและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ข้อเสียของข้อมูลนี้ คือ ไม่สามารถแยกแยะพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มผู้บริโภคได้โดยตรง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของผู้ดื่มหรือบริบทของการดื่ม จึงไม่สามารถให้ข้อมูลเชิงพฤติกรรมเชิงลึกได้เท่ากับการใช้แบบสอบถาม และไม่ได้รวมปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ไม่อยู่ในระบบภาษี (แอลกอฮอล์ที่นำเข้า หรือผลิตโดยไม่เสียภาษี)

3.2.4 วิธีการคำนวณปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม ตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่าง

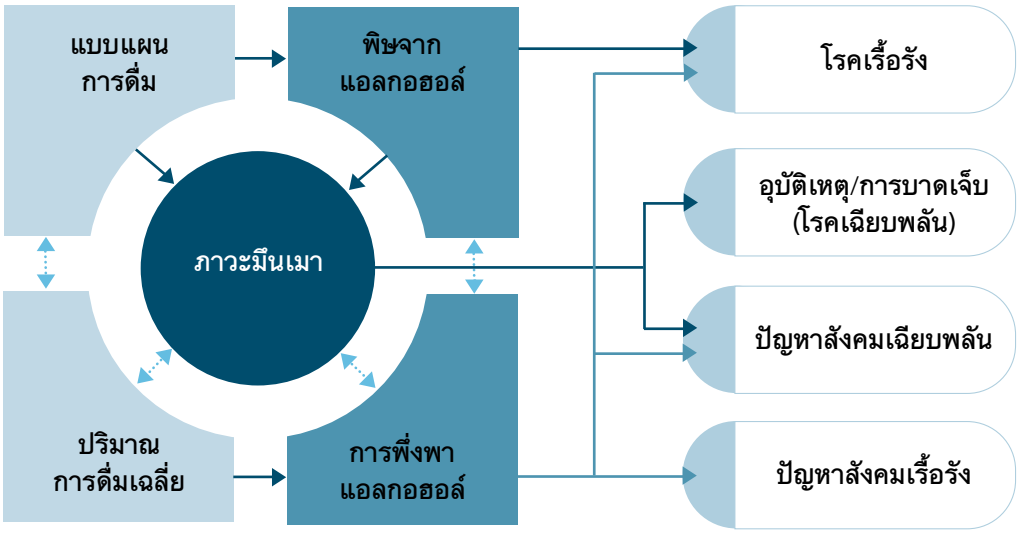
ดัชนีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption indices) มีหลายดัชนี ได้แก่

1. ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อวัน (average daily intake, หน่วย: กรัม/วัน) คือ การวัดปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อวัน เป็นปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผู้ดื่มทุกคนบริโภคในหนึ่งวัน

2. ความเข้มข้นของการดื่มเฉลี่ย (average drinking intensity, หน่วย: กรัม/วันดื่ม) คือ การวัดปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในวันที่ดื่ม ความเข้มข้นของการดื่มมีความสัมพันธ์กับอันตรายเฉียบพลันจากการดื่ม โดยกลไกการเกิดภาวะมึนเมาจะอธิบายความเชื่อมโยงนี้ (ภาพที่ 3.2.1)[1]

3. ปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปี (annual per drinker consumption, หน่วย: ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/ผู้ดื่ม/ปี) คือ การวัดปริมาณแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่ผู้ดื่มแต่ละคนบริโภคในปีหนึ่ง ค่านี้มักใช้บ่งชี้ความเสี่ยงต่ออันตรายเรื้อรังจากการใช้แอลกอฮอล์ ระดับการบริโภคที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและโรคเรื้อรังต่าง ๆ (เช่น ตับแข็ง โรคตับเรื้อรังอื่น ๆ และมะเร็ง)[2] กลไกการเกิดพิษและการพึ่งพาแอลกอฮอล์ (ภาพที่ 3.2.1) อาจเกี่ยวข้องกับอันตรายเรื้อรังจากแอลกอฮอล์ (เช่น โรคเรื้อรังรวมถึงมะเร็ง) [1]

4. ปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปี (annual per capita consumption: APC, หน่วย: ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/ประชากร/ปี) คือ ปริมาณแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่บริโภคในปีหนึ่ง ดัชนีนี้ใช้เพื่อบรรยายปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในประชากร ทั้งในกลุ่มผู้ดื่มและไม่ดื่ม ภายในประเทศหรือชุมชน และแสดงเป็นค่าการบริโภคต่อหัว



ภาพที่ 3.2.1 | แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ กลไกที่เป็นตัวกลาง และผลกระทบ[1]

3.2.5 ประเด็นทางระเบียบวิธีวิจัยในการวัดการใช้แอลกอฮอล์

ช่วงเวลาที่อ้างอิง (reference period)

การศึกษาต่าง ๆ อาจมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันในการถามเกี่ยวกับรูปแบบและปริมาณการดื่ม การใช้ช่วงเวลาอ้างอิงเดียวกันสำหรับการบริโภคแอลกอฮอล์และผลลัพธ์จะเป็นประโยชน์ โดยทั่วไปแล้วแนะนำให้ใช้ช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา การสอบถามเกี่ยวกับการดื่มเมื่อวานนี้หรือสองวันก่อนหน้านั้นมักใช้เพื่อต้องการวิเคราะห์ภาพรวมของการดื่มในประชากร แต่แนวทางนี้ไม่เหมาะสมในการระบุปริมาณและรูปแบบการดื่มในระดับบุคคล รวมถึงมักจะพลาดกลุ่มผู้ดื่มที่ดื่มไม่บ่อย เช่น ผู้หญิง วัยรุ่น และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องปรับค่าให้สอดคล้องกับผลกระทบตามฤดูกาลอย่างรอบคอบอีกด้วย[3]

หมวดหมู่ความถี่ในการดื่ม (frequency categories)

คำถามเกี่ยวกับความถี่ในการดื่มควรถามตามลำดับความถี่ที่ลดลง (descending order) โดยผู้ตอบจะต้องตอบถึงเหตุการณ์การดื่มที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดก่อน[3] โดยไม่แนะนำให้ใช้คำถามปลายเปิด เนื่องจากจะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง[4]

การวัดปริมาณการดื่ม (quantity of drinks measuring)

การถามเกี่ยวกับปริมาณการดื่มต่อครั้งที่ดื่มแอลกอฮอล์ (per occasion) สำคัญกว่าการถามปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน (per day) อย่างไรก็ตาม วันที่ดื่มแอลกอฮอล์อาจต่อเนื่องเกินวันปฏิทิน เช่น การดื่มต่อเนื่องข้ามวัน หรือการดื่มตั้งแต่ก่อนเที่ยงคืนไปถึงหลังเที่ยงคืน[3]

ลำดับของปริมาณที่เจาะจง (ordering of specified quantities)

การถามถึงปริมาณการดื่มมากที่สุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาก่อนแล้วค่อยลดลงเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด[5] การถามในลำดับที่เพิ่มขึ้น (ascending approach) อาจส่งผลให้เกิดการรายงานน้อยเกินไป แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาทางระเบียบวิธีวิจัยในเรื่องนี้น้อยเกินไป จึงขึ้นกับดุลยพินิจของนักวิจัยเป็นหลัก

เกณฑ์ของปริมาณ (quantity thresholds)

คำถามควรถามในแง่ของหน่วยดื่ม เช่น หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit) หรือหน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit) ไม่ควรถามในรูปแบบของปริมาณกรัมของเอทานอล ขนาดของหน่วยดื่มมาตรฐานที่ใช้ในแบบสอบถามและการวิเคราะห์แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม เช่น 1 หน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมในประเทศไทยและออสเตรเลีย, 14 กรัมในสหรัฐอเมริกา, 8 กรัมในสหราชอาณาจักร สำหรับการดื่มหนัก (heavy episodic drinking หรือ binge drinking) มักจะกำหนดเกณฑ์ที่ 60 กรัมสอดคล้องกับนิยามของการบริโภคที่มีความเสี่ยงสูง[3,6]

การถามเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ หรือคำถามโดยรวม (beverage specified or overall questions)

แบบสอบถามควรมีการถามคำถามเกี่ยวกับประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[7] การถามคำถามเฉพาะเจาะจงสำหรับประเภทเครื่องดื่ม (beverage-specific questions) จะให้การประเมินปริมาณการบริโภคที่สูงกว่าการถามคำถามโดยรวม เนื่องจากอาสาสมัครมักจะจำเหตุการณ์ดื่มได้ดีกว่า[8,9]

บริบทของคำถามเกี่ยวกับการดื่ม (context of drinking questions)

ปัจจัยบริบทสามารถมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มและผลกระทบ เช่น เหตุการณ์การดื่ม (วันหยุดสุดสัปดาห์ วันหยุด และงานวัฒนธรรม), คู่ดื่ม (เพื่อน ครอบครัว และคนแปลกหน้า), และสถานที่ (บ้าน ผับ/บาร์ ร้านอาหาร และที่ทำงาน)[10-12] ตัวอย่างของการใช้บริบทในการถาม ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงสัมพันธ์กับการไปเที่ยวพักผ่อนกับเพื่อนในช่วงปิดเทอมของนักศึกษามหาวิทยาลัย[13] ความหนาแน่นสูงของร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณที่ผู้คนอาศัยและทำงานสามารถส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับสูง[14] การดื่มในงานเลี้ยงใหญ่หรือการที่พ่อแม่ให้แอลกอฮอล์แก่บุตรสัมพันธ์กับการดื่มหนักเป็นครั้งคราว[11] นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และการบริโภคแอลกอฮอล์ การละเลยบริบทการดื่มในเส้นทางความสัมพันธ์เหล่านี้อาจนำไปสู่การตีความความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์และอันตรายอย่างผิดพลาดในแง่ที่ว่า รูปแบบการดื่มบางรูปแบบก่อให้เกิดอันตรายมากกว่ารูปแบบอื่น[15]

3.2.6 แบบสอบถามการวัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามต่าง ๆ ซึ่งแต่ละแบบสอบถามมีจุดแข็งและจุดอ่อนในการจับปริมาณ รูปแบบ และบริบทของการดื่มทั้งในระดับบุคคลและประชากร แบบสอบถามเหล่านี้ ได้แก่ QF, BSQF, Within-location beverage-specific consumption, graduated frequency (GF), tri-level, L7D, BSY, และ Timeline Followback Interview (TLFB) ซึ่งเป็นไปได้ยากที่แบบสอบถามหนึ่งจะเหมาะสมสำหรับวัตถุประสงค์การสำรวจทั้งหมด[16]

แบบสอบถาม quantity frequency (QF)

แบบสอบถาม QF เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและง่ายที่สุด โดยจะวัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยคำถามสั้น ๆ เพียง 2 คำถาม ได้แก่ ความถี่รวม และปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคในวันที่ดื่ม

แบบสอบถาม beverage-specific quantity frequency (BSQF)

แบบสอบถาม BSQF เป็นการดัดแปลงจากแบบสอบถาม QF แบบดั้งเดิมในปี พ.ศ. 2535 โดยทีมงาน National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey และ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) แบบสอบถาม BSQF จะถามอาสาสมัครเกี่ยวกับความถี่และปริมาณของเครื่องดื่มเฉพาะประเภท โดยมีข้อดีมากกว่าแบบสอบถาม QF ในแง่ของการเพิ่มความสามารถในการจำ เปรียบเทียบการบริโภคตามวัฒนธรรมและเพศ[17] และยังให้การประมาณปริมาณรวมที่สูงกว่า[18] แบบสอบถามที่แนะนำโดย NIAAA ก็คล้ายกับ BSQF เนื่องจากให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความถี่และปริมาณเฉพาะของเครื่องดื่มในประชากรทั่วไป[7]

แบบสอบถาม Within-location beverage-specific

แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย Sally Caswell ในปี พ.ศ. 2545 และนำมาใช้ในการศึกษาควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานาชาติ (International Alcohol Control Study: IAC) โดยจะถามผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ใน 10 สถานที่ทั่วไป เช่น บ้าน ร้านอาหาร ที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะ แบบสอบถามนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์สูงระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์กับผลกระทบที่ตามมา รวมถึงการมึนเมา และยังสามารถคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์ที่ขายได้ถึงร้อยละ 94[19]

แบบสอบถาม graduated frequency (GF)

แบบสอบถาม GF ใช้คำถามต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ที่ผู้ดื่มบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่แตกต่างกัน[5] แบบสอบถามนี้สามารถวัดการดื่มแบบหนักเป็นครั้งคราวได้ดี[20] แต่จะทำงานได้ดีหากอาสาสมัครให้ข้อมูลการบริโภคในรูปแบบของหน่วยดื่มมาตรฐานแทนที่จะเป็นขนาดจริงของเครื่องดื่ม ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมบางคนอาจไม่สามารถแปลงปริมาณจริงให้เป็นหน่วยดื่มมาตรฐาน[21]

แบบสอบถาม tri-level

แบบสอบถาม tri-level นี้ได้รับการปรับปรุงจาก GF[22] โดยผู้เข้าร่วมจะถูกขอให้นึกถึงการดื่มของตนในระดับต่ำ กลาง และสูง ประเภทของเครื่องดื่ม ขนาดจริงของเครื่องดื่ม และปริมาณที่แต่ละระดับจะถูกบันทึก[23]

แบบสอบถาม Last 7-day (L7D)

แบบสอบถาม L7D เป็นแบบสอบถามที่ขอให้อาสาสมัครรายงานปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคในแต่ละวันของช่วง 7 วันที่ผ่านมา แล้วจึงนำมารวมเป็นปริมาณการบริโภคทั้งหมดในรูปแบบของหน่วยดื่มมาตรฐาน แบบสอบถามนี้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาหลายชิ้นในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน[16,24,25]

แบบสอบถาม beverage-specific yesterday (BSY)

แบบสอบถาม BSY จะถามอาสาสมัครให้รายงานปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคในแต่ละประเภทของเครื่องดื่มในวันก่อนการสัมภาษณ์[26,27] แบบสอบถามนี้ไม่เหมาะสมสำหรับประชากรที่มีพฤติกรรมการดื่มที่แตกต่างกันในแต่ละวันของสัปดาห์

แบบสอบถาม Timeline Followback Interview (TLFB)

แบบสอบถาม TLFB เป็นวิธีการอิงตามปฏิทินเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการดื่มของผู้เข้าร่วม เช่น ดัชนีการบริโภคแอลกอฮอล์ รูปแบบการดื่ม หรือความถี่ของการดื่มหนักเป็นครั้งคราว ในแง่ของ “การดื่มรายวัน (daily drinking)” รวมถึงทั้งวันที่ดื่มและไม่ดื่ม ช่วงเวลาที่อ้างอิงสามารถอยู่ในช่วงตั้งแต่หนึ่งเดือนไปจนถึงหนึ่งปี ความสามารถในการจำจะได้รับการปรับปรุงด้วยการใช้ตัวช่วยความจำ เช่น วันหยุดสาธารณะ วันเกิด หรือวันพิเศษอื่น ๆ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม TLFB จะแตกต่างกันตามช่วงเวลาที่อ้างอิง เช่น 10 ถึง 15 นาทีสำหรับปฏิทิน 90 วัน, 30 นาทีสำหรับปฏิทิน 1 ปี

ตารางที่ 3.2.1 ข้อคำถาม ข้อดีและข้อเสียของแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แบบสอบถาม	ข้อคำถาม	ข้อดี	ข้อเสีย
Quantity frequency (QF)	- "ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน?" (คำตอบ: หมวดหมู่ความถี่ในการดื่ม) - "ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในวันที่คุณดื่ม คุณมักจะดื่มกี่หน่วยดื่ม?" (คำตอบ: จำนวนหน่วยดื่มมาตรฐานในวันดื่ม)	- ง่ายต่อการใช้งาน	- อคติจากการจำ (recall bias) - ขาดความหลากหลายของการดื่ม
Beverage-specific quantity frequency (BSQF)	- "ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้หรือไม่?" - "คุณดื่มเครื่องดื่มประเภทนี้บ่อยแค่ไหนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา?" (คำตอบ: หมวดหมู่ความถี่ในการดื่ม) - "ในวันที่คุณดื่มเครื่องดื่มประเภทนี้ คุณใช้ภาชนะอะไร?" - "และในภาชนะนั้นคุณดื่มปริมาณเท่าไหร่?" คำถามทั้งสี่ข้อนี้ถูกถามซ้ำสำหรับเครื่องดื่ม 7 ประเภทที่พบได้ทั่วไป* (เช่น เบียร์ สุรา วิสกี้ เครื่องดื่มท้องถิ่น ไวน์ ไวน์คูลเลอร์ และวอดก้า)	- ให้ข้อมูลความหลากหลายของประเภทเครื่องดื่มและระดับการบริโภค	- ผู้ตอบต้องใช้ความพยายามมากกว่าเมื่อเทียบกับ QF
Within-location beverage-specific questions	- "คุณดื่มเครื่องดื่มประเภทใดที่... (สำหรับสถานที่ที่ระบุ)?" - "คุณดื่มบ่อยแค่ไหนที่... (สำหรับสถานที่ที่ระบุ)?" - "คุณดื่มปริมาณเท่าไหร่ที่... (สำหรับสถานที่ที่ระบุ)?"	- ให้ข้อมูลความหลากหลายของสถานที่ ประเภทเครื่องดื่ม และระดับการบริโภค	- ผู้ตอบต้องใช้ความพยายามมากกว่าเมื่อเทียบกับ QF
Graduated frequency (GF)	- "ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มมากที่สุดกี่หน่วยดื่มในวันเดียว?" - "ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่ม 12 หน่วยดื่มขึ้นไปในวันเดียวบ่อยแค่ไหน?"	- ให้ข้อมูลความหลากหลายของระดับการบริโภค	- จำเป็นต้องเข้าใจหน่วยดื่มมาตรฐาน - วันดื่มอาจมากกว่า 365 วัน

ตารางที่ 3.2.1 ข้อคำถาม ข้อดีและข้อเสียของแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

แบบสอบถาม	ข้อคำถาม	ข้อดี	ข้อเสีย
	- “ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มอย่างน้อย 8 แต่ไม่ถึง 12 หน่วยดื่มในวันเดียวบ่อยแค่ไหน?”		
	- “ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่ม 5, 6, หรือ 7 หน่วยดื่มในวันเดียวบ่อยแค่ไหน?”		
	- “ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่ม 3 หรือ 4 หน่วยดื่มในวันเดียวบ่อยแค่ไหน?”		
	- “ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่ม 1 หรือ 2 หน่วยดื่มในวันเดียวบ่อยแค่ไหน?”		
Tri-level	- “ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่?” (ผู้ตอบจะถูกขอให้นึกถึงการบริโภคเครื่องดื่มในวันที่ดื่มระดับต่ำ กลาง และสูง)	- ให้ข้อมูลความหลากหลายของระดับการบริโภค - ไม่พลาดกลุ่มผู้ดื่มบางครั้งบางคราว	- ตอบยาก - ขึ้นอยู่กับการรับรู้ระดับการบริโภคของผู้ดื่ม
	- “สำหรับการดื่มระดับสูง ประเภทเครื่องดื่มคืออะไร และขนาดจริงของเครื่องดื่มและปริมาณคืออะไร?”		
	- “สำหรับการดื่มระดับกลาง ประเภทเครื่องดื่มคืออะไร และขนาดจริงของเครื่องดื่มและปริมาณคืออะไร?”		
	- “สำหรับการดื่มระดับต่ำ ประเภทเครื่องดื่มคืออะไร และขนาดจริงของเครื่องดื่มและปริมาณคืออะไร?”		
Last 7-day (L7D)	- “เริ่มจากเมื่อวาน คุณดื่มกี่หน่วยดื่ม?”	- อคติจากการจำที่น้อยลง	- พลาดกลุ่มผู้ดื่มบางครั้งบางคราว

ตารางที่ 3.2.1 ข้อคำถาม ข้อดีและข้อเสียของแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

แบบสอบถาม	ข้อคำถาม	ข้อดี	ข้อเสีย
Beverage-specific yesterday (BSY)	- "เมื่อวานนี้คุณดื่มเบียร์ขวดปกติกี่ขวด?" - "เมื่อวานนี้คุณดื่มไวน์กี่แก้ว?" - "เมื่อวานนี้คุณดื่มค็อกเทล สุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แช่งอื่น ๆ กี่แก้ว?" - "เมื่อวานนี้คุณดื่มไวน์คูลเลอร์ขวดปกติกี่ขวด?" - "เมื่อวานนี้คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แรงกี่ขวด?"	- อคติจากการจำที่น้อยลง - ง่ายต่อการใช้งาน	- พลาดกลุ่มผู้ดื่มบางครั้งบางคราว - ขาดความหลากหลายของการดื่ม
Timeline Followback (TLFB)	- "เริ่มจากเมื่อวาน (วันที่) ย้อนกลับไป 30 วัน" (ผู้สัมภาษณ์ระบุวันที่เหล่านี้บนปฏิทินและแสดงให้ผู้ตอบเห็น) - "คุณมีวันหยุดพิเศษหรือวันที่อยากระบุในปฏิทินเพื่อช่วยให้คุณจำการดื่มของคุณในช่วง 30 วันที่ผ่านมาหรือไม่?" (ผู้ตอบ ตอบและกรอกข้อมูลในปฏิทินหากเหมาะสม) - "คุณดื่มครั้งล่าสุดเมื่อใดในช่วงเวลา 30 วันนี้?" (ผู้ตอบระบุวันที่) - "คุณดื่มเท่าไหร่ในวันนั้น?" (ผู้ตอบ ตอบปริมาณจริงและผู้สัมภาษณ์แปลงเป็นหน่วยดื่มมาตรฐานและใส่ลงในปฏิทิน) - "ปริมาณที่มากที่สุดที่คุณบริโภคในวันหนึ่งในช่วงเวลานี้คือเท่าไหร่? คุณจำได้ไหมว่ามันเกิดขึ้นเมื่อไหร่?" (ผู้ตอบระบุปริมาณและวันที่) - "ปริมาณการดื่มที่น้อยที่สุดในช่วงเวลานี้คือเท่าไหร่?" (ผู้ตอบระบุปริมาณ)	- ให้ข้อมูลสถานการณ์การดื่มที่เฉพาะเจาะจงตามวันที่ - ให้ข้อมูลรูปแบบการดื่มทั้งวันที่ดื่มมากที่สุดและน้อยที่สุด - ไม่พลาดกลุ่มผู้ดื่มบางครั้งบางคราว	- ใช้เวลานาน

ตารางที่ 3.2.2 สรุปแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แบบสอบถาม	ปริมาณ (quantity)	ความถี่ (frequency)	ความหลากหลาย (variability)	หน่วยดื่ม	วันดื่ม (drinking day)	ความเข้มข้นในการดื่ม (drinking intensity)	การดื่มหนัก (heavy episodic drinking และ binge drinking)
Quantity frequency (QF)	+	+	-	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit)	+	+	-
Beverage-specific quantity frequency (BSQF)	+	+	+ ตามประเภทเครื่องดื่ม	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit) หรือหน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit)	+/- (อาจมากกว่า 365 วัน)	+/-	+
Within-location beverage-specific consumption	+	+	+ ตามสถานที่และประเภทเครื่องดื่ม	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit) หรือหน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit)	+/- (อาจมากกว่า 365 วัน)	+/-	+
Graduated frequency (GF)	+	+	+ ตามความเข้มข้น	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit)	+/- (อาจมากกว่า 365 วัน)	+/-	+
Tri-level	+	+	+ ตามความเข้มข้น	หน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit)	+/- (อาจมากกว่า 365 วัน)	+/-	+

ตารางที่ 3.2.2 สรุปแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

แบบสอบถาม	ปริมาณ (quantity)	ความถี่ (frequency)	ความหลากหลาย (variability)	หน่วยดื่ม	วันดื่ม (drinking day)	ความเข้มข้นในการดื่ม (drinking intensity)	การดื่มหนัก (heavy episodic drinking และ binge drinking)
Last 7-day (L7D)	+	+	+ ในช่วงเวลาสั้น	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit) หรือหน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit)	+	+	+
Beverage-specific yesterday (BSY)	+	+	-	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit) หรือหน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit)	+	+	+
Timeline Followback Interview (TLFB)	+	+	++ ตามความเข้มข้นและประเภทเครื่องดื่ม	หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink unit) หรือหน่วยดื่มที่แท้จริง (actual drink unit)	+	+	+

3.2.7 การใช้งานแบบสอบถามการวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

การสำรวจการบริโภคแอลกอฮอล์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มทางระบาดวิทยาและปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในระดับประชากรและระดับบุคคล การเข้าใจแนวโน้มการบริโภคแอลกอฮอล์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนานโยบายและโครงการในระดับชาติและระดับจังหวัดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการนำไปปฏิบัติและประเมินผล

สำหรับประเทศไทย การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เริ่มต้นจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2534 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ **(ตารางที่ 3.2.3)** การสำรวจนี้มีคำถามบางส่วนเกี่ยวกับการใช้ยาสูบและแอลกอฮอล์ จนถึงปัจจุบันได้มีการสำรวจไปแล้ว 8 ครั้ง ได้แก่ ในปี พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546, 2549, 2552, 2556, และ 2558 ในปี พ.ศ. 2547 มีการจัดทำการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แยกออกจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ โดยการสำรวจนี้ได้ดำเนินการไปแล้ว 5 ครั้ง ได้แก่ ปี พ.ศ. 2547, 2550, 2554, 2557, และ 2560 และล่าสุด ปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติปรับรูปแบบการสำรวจเป็นการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยมีการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ กิจกรรมทางกายและอาหารเข้ามาร่วมด้วย

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2534 เป็นการตรวจเฝ้าระวังสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ โดยการสำรวจนี้ได้ดำเนินการไปแล้ว 7 ครั้ง ได้แก่ ปี พ.ศ. 2534-2535, 2539-2540, 2546-2547, 2551-2552, 2557, 25562-2563, 2567-2568 แต่คำถามเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ถูกบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2546-2547 คำถามเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ถูกถามครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 โดยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ถือเป็นองค์ประกอบหลักของแต่ละการสำรวจ (ประมาณร้อยละ 50 ของคำถามในส่วนของแอลกอฮอล์) แบบสอบถาม beverage-specific quantity frequency (BSQF) ถูกใช้ในการสำรวจครั้งก่อนหน้านี้ทั้งหมด ยกเว้นการสำรวจสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2556

ตารางที่ 3.2.3 การสำรวจปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ปี พ.ศ.	ชื่อการสำรวจ	ข้อคำถาม
2534	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ โดยไม่มีข้อคำถามปริมาณ
2539	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ โดยไม่มีข้อคำถามปริมาณ
2544	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ โดยไม่มีข้อคำถามปริมาณ
2546	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ โดยไม่มีข้อคำถามปริมาณ - ชนิดของเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด 3 อันดับ
2546	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (ทุกชนิดเครื่องดื่ม)
2547	การสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ความถี่ - ชนิดของเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด 3 อันดับ
2549	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ - ชนิดของเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด 3 อันดับ
2550	การสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบสอบถาม BSQF (3 ชนิดเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด)
2551	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4	- ความถี่ - แบบสอบถาม Tri-level
2552	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ - ชนิดของเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด 1 อันดับ
2554	การสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (ทุกชนิดเครื่องดื่ม)
2556	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่
2556	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5	- ความถี่ - แบบสอบถาม Quantity frequency (QF) - แบบสอบถาม Last 7-day (L7D) - แบบสอบถาม Beverage-specific yesterday (BSY)
2557	การสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (ทุกชนิดเครื่องดื่ม)

ตารางที่ 3.2.3 การสำรวจปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (ต่อ)

ปี พ.ศ.	ชื่อการสำรวจ	ข้อคำถาม
2558	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (ทุกชนิดเครื่องดื่ม)
2560	การสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (3 ชนิดเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด)
2562	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (3 ชนิดเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด)
2564	การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (3 ชนิดเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด)
2567	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7	- ความถี่ - แบบสอบถาม BSQF (3 ชนิดเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด)

3.2.8 การประมาณการปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยข้อมูลการผลิตเพื่อการจำหน่ายของแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูลการเก็บภาษีสรรพสามิต

ข้อมูลการปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประมาณการจากข้อมูลการผลิตเพื่อการจำหน่ายแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูลการเก็บภาษีสรรพสามิต ได้แก่ ปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปี (annual per drinker consumption, หน่วย: ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/ผู้ดื่ม/ปี) และปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปี (annual per capita consumption: APC, หน่วย: ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/ประชากร/ปี) ซึ่งทั้งสองตัวชี้วัดเป็นการบ่งชี้ปริมาณการดื่มในภาพรวมของประชาชนชาวไทยโดยไม่ได้รวมเอาปริมาณแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีมาด้วย ปริมาณแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีเรียกอีกอย่างว่า “unrecorded alcohol” เนื้อหาในส่วนนี้จึงอธิบายเฉพาะปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในระบบภาษีหรือที่เรียกว่า “recoded alcohol” เท่านั้น

แหล่งข้อมูลและการคำนวณ

การคำนวณปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปีและปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปีนั้น ต้องใช้ข้อมูลจาก 2 ส่วน คือ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผลิตเพื่อการจำหน่ายในประเทศไทยในแต่ละปี และจำนวนประชากรที่ใช้เป็นฐานคิด (จำนวนประชากรในภาพรวม และจำนวนนักดื่ม) ค่าสถิติดังกล่าวมีรายละเอียดโดยสรุปดัง**ตารางที่ 3.2.4**

ตารางที่ 3.2.4 ค่าสถิติที่ใช้ในการคำนวณปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปีและปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปี

ค่าสถิติ	หน่วย	รายละเอียด	แหล่งที่มาของข้อมูล
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่จำหน่ายในประเทศไทย	ลิตรของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ข้อมูลแยกตามประเภทแอลกอฮอล์ 10 ประเภท (ไม่นำปริมาณแอลกอฮอล์จากสุราสามทับมาคำนวณ) แปลงเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์โดยใช้ค่าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี สำหรับสุรา 12 ดีกรี สำหรับไวน์ และ 5 ดีกรี สำหรับเบียร์ แล้วจึงนำปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเครื่องดื่มแต่ละประเภทมารวมกัน	กรมสรรพสามิต
จำนวนประชากรกลางปี	คน	ใช้ข้อมูลประชากรกลางปีของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (https://spd.moph.go.th/mid-year-population/)
จำนวนนักดื่ม	คน	ใช้ข้อมูลนักดื่มที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยข้อมูลได้จากการสำรวจที่สุ่มตัวอย่างแบบมีความเป็นตัวแทนของประชากรระดับประเทศ	ก่อน พ.ศ. 2564: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2564: การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อมูลปริมาณการผลิตเพื่อการจำหน่ายของแอลกอฮอล์แต่ละประเภทในแต่ละปีนั้นได้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ข้อมูลปริมาณการผลิตนี้ทางกรมสรรพสามิตทำการเก็บข้อมูลเป็นรายเดือน ปริมาณการผลิตเพื่อจำหน่ายที่นำมาคำนวณนั้นเอาเฉพาะข้อมูลการผลิตเพื่อจำหน่ายในประเทศเท่านั้น ต้องไม่เอาปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผลิตเพื่อการส่งออกมารวมด้วย ฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นฐานข้อมูลการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตซึ่งมีทั้งข้อมูลรายได้ภาษี และปริมาณลิตรของเครื่องดื่มที่ถูกผลิตขึ้นมา ข้อมูลที่นำมาใช้ในการคำนวณ คือ ปริมาณในหน่วยลิตรของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10 ประเภท ดังนี้

1. สุราขาว
2. สุราผสม
3. สุราปรุงพิเศษ
4. สุราพิเศษ
5. สุราพื้นเมือง
6. สุราสามทับ
7. สุรานำเข้า
8. เบียร์
9. เบียร์นำเข้า
10. ไวน์

เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากกรมสรรพสามิตเป็นหน่วยลิตรของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท แต่ไม่ใช่ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่อยู่ในเครื่องดื่ม จึงจำเป็นต้องมีการแปลงข้อมูลปริมาณแอลกอฮอล์แต่ละประเภทที่ได้มาเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เสียก่อนแล้วจึงนำปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเครื่องดื่มแต่ละประเภทมารวมกันเป็นปริมาณรวม สำหรับสุราประเภทสุราสามทับนั้น ส่วนใหญ่มีการใช้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรมจึงจะไม่นำปริมาณแอลกอฮอล์จากสุราประเภทนี้เข้ามารวมในการคำนวณปริมาณการบริโภค

การแปลงข้อมูลปริมาณแอลกอฮอล์แต่ละประเภทที่ได้มาเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์นั้นในทางทฤษฎีควรนำความเข้มข้นหรือดีกรีของสุราแต่ละชนิดแยกยี่ห้อแยกประเภทมาคำนวณ แต่ในทางปฏิบัติทำได้ยากและข้อมูลจากสรรพสามิตที่ได้มาไม่ได้มีการแจกแจงยี่ห้อประเภทของเครื่องดื่มมาให้ จึงใช้สมมติฐานความเข้มข้นของแอลกอฮอล์แต่ละประเภทดังนี้

- สุรา ค่าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี (สำหรับ สุราขาว สุราผสม สุราปรุงพิเศษ สุราพิเศษ สุราพื้นเมือง และ สุรานำเข้า)
- ไวน์ ค่าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 12 ดีกรี (สำหรับ ไวน์)
- เบียร์ ค่าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 5 ดีกรี (สำหรับ เบียร์ และเบียร์นำเข้า)

การคำนวณปริมาณรวมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์สามารถเขียนเป็นสูตรได้ดังนี้

ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์(ลิตร)
= 0.4*ปริมาตรรวมของสุรา (สุราขาว สุราผสม สุราปรุงพิเศษ สุราพิเศษ สุราพื้นเมือง และสุรานำเข้า) + 0.05*ปริมาตรรวมของเบียร์ (เบียร์และเบียร์นำเข้า)
+ 0.12*ปริมาตรของไวน์

หมายเหตุ ปริมาตรในสูตรข้างต้นของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้ใช้ปริมาตรในหน่วย “ลิตร”

เมื่อได้ปริมาณรวมแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเครื่องดื่มทุกประเภทแล้ว สามารถคำนวณค่าปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปี และปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปี ได้จากสูตร

ปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปี
= ปริมาณรวมแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (ลิตร) / จำนวนประชากรกลางปีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปี
= ปริมาณรวมแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (ลิตร) / จำนวนนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

หมายเหตุ ข้อมูลปริมาณแอลกอฮอล์ จำนวนนักดื่ม และจำนวนประชากรให้ใช้ข้อมูลจากปีเดียวกัน

จำนวนประชากรกลางปีที่ถูกใช้ในการคำนวณค่าปริมาณการบริโภคต่อหัวต่อปีที่ใช้อ้างอิงในรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาอ้างอิงจากข้อมูลประชากรกลางปีของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข (https://spd.moph.go.th/mid-year-population/) ทั้งนี้ยังมีข้อมูลประชากรกลางปีจากแหล่งข้อมูลอื่น ได้แก่ สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/stat-MONTH/statmonth/#/mainpage) ซึ่งใช้วิธีประมาณการที่ต่างกันจึงมีค่าจำนวนประชากรกลางปีที่แตกต่างกันเล็กน้อย ในที่นี้ขอให้อ้างอิงจำนวนประชากรจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ค่าที่คำนวณสามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ถูกรายงานมาในอดีตได้

จำนวนนักดื่มที่ถูกใช้ในการคำนวณค่าปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปีในที่นี้ แนะนำให้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งมีการสำรวจที่เน้นพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ชื่อ “การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร” ทำการสำรวจทุก 3-4 ปี จนถึง พ.ศ. 2560 จากนั้นในปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ผนวกรวมการสำรวจดังกล่าวเข้ากับการสำรวจด้านสุขภาพอื่นในชื่อ “การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร” ซึ่ง ณ ขณะที่เขียนเป็นการสำรวจครั้งล่าสุด

การสำรวจนี้มีข้อดีคือ เป็นการสำรวจที่ใช้กรอบการสุ่มตัวอย่าง (sampling frame) แบบเดียวกับสำมะโนประชากรและเคหะ ซึ่งมีความเป็นตัวแทนประชากรและมีขนาดตัวอย่างตั้งแต่ 20,000 กว่าคน ถึงมากกว่า 100,000 คน ขึ้นกับวิธีสุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละการสำรวจ[28] ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่ใหญ่กว่าการสำรวจอื่น ๆ ที่มีข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ ข้อจำกัดของการใช้จำนวนนักดื่มจากการสำรวจนี้ คือ ข้อมูลจำนวนนักดื่มจากการสำรวจจะมีรายงานทุก 3-4 ปีเท่านั้น กรณีที่ต้องการใช้ข้อมูลในปีที่ไม่มีการสำรวจอาจต้องใช้การประมาณการโดยการทำ linear regression บนข้อมูลจำนวนนักดื่มของปีที่มีการสำรวจ ให้ปี พ.ศ. เป็นตัวแปรต้น แล้วนำสมการ regression ที่ได้มาประมาณการข้อมูลปีที่ไม่ได้ทำการสำรวจ อีกทางเลือกหนึ่ง คือ การใช้ข้อมูลการประมาณการนักดื่มจากการสำรวจอื่นใน**ตารางที่ 3.2.3** แต่มีข้อควรระวังว่าจำนวนนักดื่มที่ประมาณการได้จากการสำรวจอื่นมีความแตกต่างกับการสำรวจข้างต้น หากใช้ทดแทนกันในบางปีจะทำให้ค่าปริมาณการบริโภคต่อผู้ดื่มต่อปีมีความแปรปรวนขึ้นลงได้ ทำให้การแปรผลแนวโน้มของพฤติกรรมการดื่มอาจไม่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคที่แท้จริง

3.2.9 บทสรุป

การวัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหัวใจสำคัญในการทำความเข้าใจและจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในด้านการวิจัย การวางนโยบาย และการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการวัดนี้มีหลายแหล่ง โดยแหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามและข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ซึ่งแต่ละแหล่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป การใช้แบบสอบถามสามารถเก็บข้อมูลเชิงพฤติกรรมของผู้บริโภคได้อย่างละเอียด เช่น ปริมาณและความถี่ของการดื่ม รวมถึงบริบทของการดื่ม ซึ่งมีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพ ขณะที่ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตให้ภาพรวมของปริมาณการผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ในการใช้แบบสอบถามจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นทางระเบียบวิธีวิจัยต่าง ๆ เช่น การออกแบบคำถาม การปรับความจำของผู้ตอบ และการประเมินความหลากหลายของพฤติกรรมการดื่ม

โดยรวมแล้ว การเลือกใช้แบบสอบถามที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ไม่มีแบบสอบถามใดที่สมบูรณ์แบบและสามารถครอบคลุมทุกแง่มุมของการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้น การเลือกใช้วิธีการวัดที่เหมาะสมกับบริบทและการวิจัยเฉพาะทางจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและแม่นยำมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction 2003;98:1209-28.
2. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018;392:1015-35.
3. Dawson DA, Room R. Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö conference overview. J Subst Abuse 2000;12:1-21.
4. Ivis FJ, Bondy SJ, Adlaf EM. The effect of question structure on self-reports of heavy drinking: closed-ended versus open-ended questions. J Stud Alcohol 1997;58:622-4.
5. Greenfield TK. Ways of measuring drinking patterns and the difference they make: experience with graduated frequencies. J Subst Abuse 2000;12:33-49.
6. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm: Geneva : WHO; 2000.
7. Wilson VB, Allen JP. Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003.
8. Dawson DA. Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. J Stud Alcohol 1998;59:191-7.
9. Russell M, Welte JW, Barnes GM. Quantity-frequency measures of alcohol consumption: beverage-specific vs global questions. Br J Addict 1991;86:409-17.
10. Holyfield L, Ducharme LJ, Martin JK. Drinking contexts, alcohol beliefs, and patterns of alcohol consumption: Evidence for a comprehensive model of problem drinking. J Drug Issues 1995;25:783-98.
11. Kaplan LM, Karriker-Jaffe KJ, Greenfield TK. Drinking context and alcohol's harm from others among men and women in the 2010 US National Alcohol Survey. J Subst Use 2017; 22412-8.
12. Reboussin BA, Song EY, Wolfson M. Social influences on the clustering of underage risky drinking and its consequences in communities. J Stud Alcohol Drugs 2012;73890-8.
13. Grekin ER, Sher KJ, Krull JL. College spring break and alcohol use: Effects of spring break activity. J Stud Alcohol Drugs 2007;68:681-8.
14. Chaloupka FJ, Wechsler H. Binge drinking in college: The impact of price, availability, and alcohol control policies. Contemporary Economic Policy 1996;14:112-24.

15. Stockwell T, Single E, Hawks D, Rehm J. Opinion piece: sharpening the focus of alcohol policy from aggregate consumption to harm and risk reduction. Addict Res 1997;5:1-9.
16. Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. Addiction 2003;98 Suppl 2:1-12.
17. Dawson DA. Patterns of alcohol consumption: beverage effects on gender differences. Addiction 1993;88:133-8.
18. Serdula MK, Mokdad AH, Byers T, Siegel PZ. Assessing alcohol consumption: beverage-specific versus grouped-beverage questions. J Stud Alcohol 1999;60:99-102.
19. Casswell S, Huckle T, Pledger M. Survey data need not underestimate alcohol consumption. Alcohol Clin Exp Res 2002;26:1561-7.
20. Lemmens P, Tan ES, Knibbe RA. Measuring quantity and frequency of drinking in a general population survey: a comparison of five indices. J Stud Alcohol 1992;53:476-86.
21. Kaskutas LA, Graves K. An alternative to standard drinks as a measure of alcohol consumption. J Subst Abuse 2000;12:67-78.
22. Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on phase I: the development of a screening instrument. Geneva: World Health Organization; 1987.
23. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. Alcohol Alcohol 2010;45:278-85.
24. Shakeshaft AP, Bowman JA, Sanson-Fisher RW. A comparison of two retrospective measures of weekly alcohol consumption: diary and quantity/frequency index. Alcohol Alcohol 1999;34:636-45.
25. Batty GD, Bhaskar A, Emslie C, Benzeval M, Der G, Lewars H, et al. Association of life course socioeconomic disadvantage with future problem drinking and heavy drinking: gender differentials in the west of Scotland. Int J Public Health 2012;57:119-26.
26. Stockwell T, Zhao J, Chikritzhs T, Greenfield TK. What did you drink yesterday? Public health relevance of a recent recall method used in the 2004 Australian National Drug Strategy Household Survey. Addiction 2008;103:919-28.
27. Stockwell T, Zhao J, Macdonald S. Who under-reports their alcohol consumption in telephone surveys and by how much? An application of the 'yesterday method' in a national Canadian substance use survey. Addiction 2014;109:1657-66.
28. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/lX

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.3 ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายตามจำนวนใบอนุญาตจำหน่าย

| มนสิชา สิทธิสมบัติ
พลเทพ วิจิตรคุณากร

3.3.1 บทนำ

ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol outlet density) โดยทั่วไปมักหมายถึงจำนวนจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหนึ่งหน่วยพื้นที่ โดยจากการศึกษาพบว่า บริเวณที่มีความหนาแน่นของจุดจำหน่ายสูงจะมีผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูง นอกจากนี้หนึ่งในข้อเสนอเชิงนโยบาย SAFER ขององค์การอนามัยโลกเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงยังได้กล่าวถึงการลดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายอีกด้วย การศึกษาความหนาแน่นของจุดจำหน่ายจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกนโยบายที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย เช่น เพื่อสำรวจความเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของจุดจำหน่าย เพื่อลดผลกระทบจากการดื่มสุรา (เช่น อาชญากรรมทางเพศ) เพื่อวิจัยด้านนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นกับผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ในบทนี้จะกล่าวถึงคำนิยามของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความหนาแน่นของจุดจำหน่าย ความสำคัญของการศึกษาความหนาแน่นของจุดจำหน่าย และการคำนวณความหนาแน่น

3.3.2 จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คืออะไร

จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ สถานที่หรือสถานประกอบการที่มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) จุดจำหน่ายประเภทที่มีการบริโภคภายในร้าน (on-premise outlets/establishments) เช่น บาร์ ร้านอาหาร ไนต์คลับ โรงแรม เป็นต้น และ 2) ประเภทที่มีการจำหน่ายแต่ไม่มีการบริโภคภายในร้านหรือ “ซื้อกลับบ้าน” (off-premise outlets/establishments) เช่น ร้านขายสุรา ร้านสะดวกซื้อ ร้านโชห่วย เป็นต้น[1,2]

การที่สถานประกอบการทั้งแบบบริโภคภายในร้านและแบบที่ไม่มีการบริโภคจะสามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นจำเป็นต้องได้รับการอนุญาตตามกฎหมายในรูปแบบของใบอนุญาตขายสุรา (alcohol retail license/alcohol sale license/liquor license) การกำหนดระบบใบอนุญาตนี้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทาง SAFER ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกเสนอโดยองค์การอนามัยโลก โดยการกำหนดใบอนุญาตนี้เป็นไปตามนโยบายควบคุมและจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ (strengthen restrictions on alcohol availability)

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติภาษีกรมสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาตรา 155 ได้กำหนดใบอนุญาตขายสุราทั้งสิ้น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 สำหรับการขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนตั้งแต่ 10 ลิตรขึ้นไป และประเภทที่ 2 สำหรับการขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนต่ำกว่า 10 ลิตร โดยผู้ที่สามารถขอใบอนุญาตได้ต้องเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย หรือเป็นบุคคลธรรมดาที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดสถานที่หรือสถานประกอบการที่ห้ามใช้เป็นสถานประกอบการขายสุราไว้ตามประเภทของใบอนุญาต อาทิเช่น กรณีขอใบอนุญาตประเภทที่ 2 ห้ามใช้ที่ตั้งของสถานศึกษาที่จัดการศึกษาในระบบตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องและติดกับสถานที่ดังกล่าว เป็นต้น จากข้อกฎหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในประเทศไทยไม่ได้มีการแบ่งแยกประเภทของใบอนุญาตตามประเภทของจุดจำหน่ายที่ได้กล่าวไปแล้ว อย่างไรก็ตามอาจอนุมาน ได้ว่า จุดจำหน่ายประเภทที่มีการบริโภคภายในร้านและร้านค้าปลีกมักจะขอใบอนุญาตประเภทที่ 2 ที่มีการจำหน่ายสุราต่อครั้งในปริมาณต่ำกว่า ในขณะที่ร้านค้าส่งและผู้ผลิตสุราจะมีใบอนุญาตประเภทที่ 1

ในแต่ละประเทศหรือเขตการปกครองมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตแตกต่างกัน เช่น อาจมีการกำหนดแยกตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ประเทศรัสเซียมีใบอนุญาตที่จำเพาะสำหรับขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทไวน์และสปิริต เป็นต้น ใบอนุญาตสำหรับขายส่งเครื่องดื่มสุรา เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น บางประเทศหรือเขตการปกครองอาจมีการกำหนดที่ละเอียดในประเด็นนอกเหนือจากประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ใบอนุญาตในการจำหน่ายแอลกอฮอล์เฉพาะสำหรับการบริโภคภายในร้าน (on-premise license) เช่น รัฐ New South Wales ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น จะเห็นได้ว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตมีความหลากหลายภายใต้บริบท

ที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ในการศึกษาเปรียบเทียบการกำหนดใบอนุญาตในแต่ละพื้นที่จึงต้องมีความระมัดระวังเกี่ยวกับรายละเอียดขอบเขตของกฎหมายที่อาจจะแตกต่างกันนี้ด้วย

3.3.3 ทำไมจึงต้องวัดความหนาแน่นของจุดจำหน่าย

องค์การอนามัยโลกได้ชี้ถึงความสำคัญในการให้ความสนใจในประเด็นเกี่ยวกับจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ว่า จุดจำหน่ายเป็นสถานที่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในรูปแบบที่แตกต่างกันตามประเภทของจุดจำหน่าย และยิ่งไปกว่านั้นยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความหนาแน่นของจุดจำหน่ายที่มีการบริโภคภายนอกร้าน ในที่ใดซึ่งมีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็จะมีผู้คนดื่มมากขึ้น นำไปสู่ผลกระทบจากการดื่มที่มากยิ่งขึ้นไปด้วย[2]

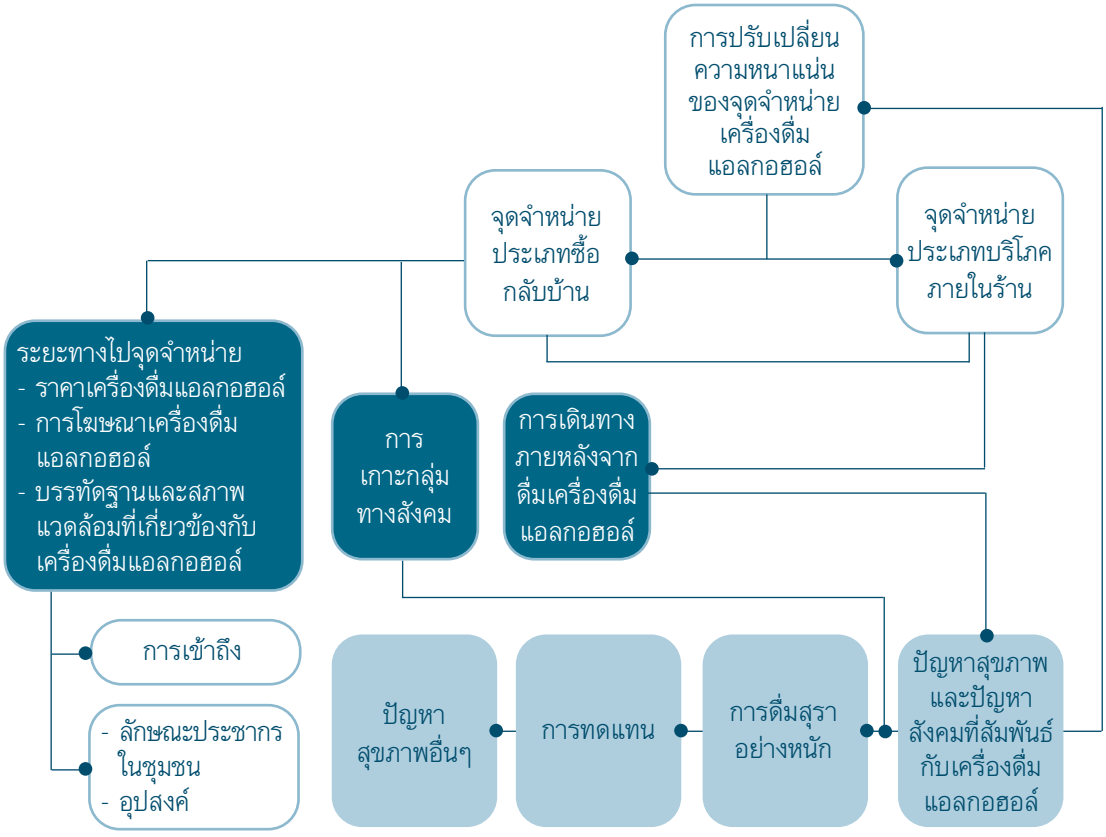
งานวิจัยในประเทศออสเตรเลียชี้ว่า เมื่อความหนาแน่นของจุดจำหน่ายที่มุ่งเน้นการบริโภคภายในร้านเพิ่มขึ้นทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการทำร้ายร่างกายเพิ่มขึ้นตามไปด้วย[3] การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของจุดจำหน่ายตามการเข้าถึงเชิงพื้นที่กับการเกิดอาชญากรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทุก ๆ ร้อยละ 10 ของการเพิ่มขึ้นในการเข้าถึงจุดจำหน่ายจะส่งผลทำให้มีการก่ออาชญากรรมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 4.2[4] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ว่า จุดจำหน่ายที่มีการซื้อกลับมีความสัมพันธ์กับอาชญากรรมรุนแรงตามที่ได้กล่าวไปข้างต้น นอกจากนี้ ยังมีการรายงานว่า การที่มีจุดจำหน่ายที่มากขึ้นยังทำให้มีโอกาสมากขึ้นถึงร้อยละ 64 ที่จะมีจำนวนวันในการดื่มต่อสัปดาห์มากขึ้นอีกด้วย[5] การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความหนาแน่นของจำนวนใบอนุญาตที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความชุกของนักดื่มปัจจุบันในกลุ่มวัยรุ่นไทย[6] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Popova และคณะ ฯ รายงานว่า ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายส่งผลกระทบต่อประชากรและมิติที่หลากหลาย ทั้งคนเดินเท้า เด็กเล็ก ผู้ขับขี่ การทำร้ายร่างกาย และปัญหาเรื้อรังอื่น ๆ[7]

อย่างไรก็ตามการกล่าวถึงประเด็นความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเพียงในแง่ของระยะห่างระหว่างบุคคลกับจุดจำหน่ายอาจไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจในประเด็นการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า ในเชิงโครงสร้างแล้ว พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะของแต่ละชุมชน โดยชุมชนที่มีความหนาแน่นของจุดหน่ายสูงจะมีการยอมรับการดื่ม มีทัศนคติเชิงบวก และมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงตามไปด้วย[8] ดังนั้น นอกจากการทำความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกับการดื่มแล้ว การทำความเข้าใจบริบทของแต่ละชุมชน และประเด็นแวดล้อมจึงมีความสำคัญในการเข้าใจปัญหานี้เช่นเดียวกัน

สำหรับประเทศที่มีการกำหนดใบอนุญาตการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังเช่นประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้เสนอทางเลือกในการควบคุมจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเริ่มต้นจากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถึงสถานที่และเวลาที่เกิดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ

บุคคลที่ได้รับผลกระทบเหล่านั้น เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของแต่ละพื้นที่ หลังจากนั้นจึงพิจารณาเลือกนโยบายที่มีความเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมสถานที่ที่สามารถจัดตั้งสถานบริการ การกำหนดขีดจำกัดความหนาแน่นของจุดจำหน่าย การกำหนดระยะห่างขั้นต่ำระหว่างจุดจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดการกระจุกตัว การกำหนดชั่วโมงและวันในการจำหน่าย และการกำหนดบทลงโทษในกรณีที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชนและผู้ที่เมาสุรา[2] จะเห็นได้ชัดเจนว่า ในการผลักดันด้านนโยบายจึงจำเป็นที่จะต้องมีข้อมูลจากพื้นที่เป็นสำคัญ ดังนั้น การศึกษาความหนาแน่นของจุดจำหน่ายโดยใช้ข้อมูลของประเทศไทย หรือข้อมูลของแต่ละท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมาก

3.3.4 ควบคุมความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแล้วสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบได้อย่างไร



ภาพที่ 3.3.1 | กรอบความคิดแสดงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก และผลกระทบจากการดื่ม[9]

ภาพที่ 3.3.1 แสดงกรอบแนวคิดความเชื่อมโยงจากการปรับความหนาแน่นของจุดจำหน่าย โดยมีผลกระทบต่อจุดจำหน่ายที่มีการบริโภคภายในร้าน และซื้อกลับบ้านแตกต่างกัน โดยในกรณีของจุดจำหน่ายประเภทซื้อกลับบ้าน การที่มีความหนาแน่นต่ำลงจะทำให้ระยะทางไปถึงจุดจำหน่ายไกลขึ้น ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น (จากการแข่งขันทางด้านราคาที่ลดลง) ลดการเข้าถึงการโฆษณา และสภาพแวดล้อมที่มีการดื่มเกิดขึ้น ส่งผลให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ลดลง นำไปสู่การดื่มหนักที่ลดลง ในกรณีของจุดจำหน่ายที่มีการบริโภคภายในร้าน การลดความหนาแน่นจะทำให้การเดินทางภายหลังจากดื่มลดลง ส่งผลให้ผลกระทบและปัญหาสังคมที่อาจเกิดขึ้นลดลงไปเช่นกัน นอกจากนี้ การลดความหนาแน่นยังลดการเกิดการเกาะกลุ่มของผู้คน จึงเป็นการลดผลกระทบจากการดื่มอีกด้วย[9]

3.3.5 ขั้นตอนในการวัดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ได้เสนอแนวทางในการวัดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[10] ดังนี้

1. **จัดตั้งทีมวิจัย** ทีมวิจัยควรจะมีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในทางด้านสถิติ ระบาดวิทยา ภูมิสารสนเทศ หรือเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยขึ้นอยู่กับวิธีการวัดความหนาแน่นที่เลือกใช้

2. **กำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินความหนาแน่น และเลือกวิธีการวัดที่เหมาะสม** การตั้งวัตถุประสงค์หรือคำถามวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความหนาแน่นสามารถทำได้หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทและปัญหาในแต่ละพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาโซนท่องเที่ยวขึ้นใหม่อาจมีการสำรวจความหนาแน่นของจุดจำหน่ายในพื้นที่หนึ่ง ๆ หรือในพื้นที่ที่มีปัญหาอาชญากรรมสูงอาจมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นกับผลกระทบนั้น หรือเพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย เช่น นโยบายการจัดโซนนิ่งรอบสถานศึกษา เป็นต้น ต่อมาจึงเลือกวิธีการวัด/คำนวณที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ร่วมกับการคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น ทรัพยากรเวลา และทรัพยากรมนุษย์

3. **เก็บและตรวจสอบข้อมูล (data validation)** ใบอนุญาตจำหน่าย หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับจุดจำหน่าย แหล่งข้อมูลของจุดจำหน่ายสามารถเลือกใช้ได้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิตามที่จะได้กล่าวต่อไป โดยก่อนที่จะนำข้อมูลมาใช้ทุกครั้งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อมูลเสมอ เช่น หากเป็นข้อมูลตำแหน่งที่มีการระบุพิกัดควรจะมีการตรวจสอบว่าพิกัดเหล่านั้นเป็นไปได้จริงหรือไม่ (อาจมีความผิดพลาดที่ตำแหน่งของจุดจำหน่ายอยู่ที่กลางทะเล เป็นต้น) หรือข้อมูลจุดหน่ายที่ได้เป็นข้อมูลปัจจุบันหรือไม่ (อาจมีจุดจำหน่ายที่ปิดกิจการแล้ว เป็นต้น) ถึงแม้การตรวจสอบข้อมูลจะใช้เวลา แต่มีความจำเป็นสำหรับการคำนวณความหนาแน่นที่มีความแม่นยำถูกต้อง

4. จัดประเภทของจุดจำหน่าย การจัดประเภทของจุดจำหน่ายอาจอ้างอิงตามลักษณะใบอนุญาตจำหน่าย เช่น ในประเทศไทยอาจแบ่งเป็นประเภทร้านขายปลีก-ส่ง โดยยึดตามประเภทใบอนุญาตหรืออาจจัดประเภทตามการบริโภคใน-นอกร้าน หรือประเภทของร้านค้า เช่น ร้านอาหาร ผับ บาร์ ร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น ทั้งนี้การแบ่งประเภทขึ้นกับข้อมูลของจุดจำหน่ายที่มีอยู่

5. ระบุตำแหน่งหรือพิกัดภูมิศาสตร์บนพื้นผิวโลก (geocode) ของจุดจำหน่าย การระบุตำแหน่งขึ้นอยู่กับวิธีการคำนวณที่ต้องการนำมาใช้ เช่น การเลือกใช้ความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่ที่แบ่งตามรหัสไปรษณีย์ การทราบว่าจุดจำหน่ายใดตั้งอยู่ที่รหัสไปรษณีย์ใดมีความเพียงพอ แต่หากเลือกใช้ความหนาแน่นแบบระยะทางหรือการเข้าถึงเชิงพื้นที่จำเป็นต้องมีระยะทาง (ทั้งทางภูมิศาสตร์หรือเวลาในการเดินทาง) จากจุดจำหน่ายไปยังจุดอ้างอิงที่แน่ชัด จะมีความจำเป็นต้องระบุพิกัดภูมิศาสตร์

6. คำนวณความหนาแน่นของจุดจำหน่าย ในขั้นตอนสุดท้ายคือการคำนวณความหนาแน่นและอาจรวมไปถึงการศึกษาหาความสัมพันธ์เพิ่มเติมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการคำนวณความหนาแน่นมีความแตกต่างกันตามลักษณะของความหนาแน่นที่ศึกษา (ความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่ ความหนาแน่นตามระยะทาง และความหนาแน่นตามการเข้าถึงเชิงพื้นที่) ที่จะได้กล่าวต่อไป

3.3.6 แหล่งที่มาของข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data)

ข้อมูลปฐมภูมิ หมายถึง ข้อมูลที่มีการรวบรวมขึ้นมาใหม่จากผู้วิจัย เช่น ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพื้นที่สำหรับการวิจัย ข้อดี คือ ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามกรอบแนวคิดวิจัย แต่ข้อเสีย คือ ใช้เวลานาน โดยการเลือกใช้ข้อมูลปฐมภูมิอาจเหมาะสมกับการศึกษาในพื้นที่ที่ข้อมูลทุติยภูมิไม่ครบถ้วนหรือไม่เพียงพอในการใช้คำนวณความหนาแน่น เช่น ไม่สามารถระบุประเภทของจุดจำหน่ายที่ชัดเจนได้แต่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลนี้ เป็นต้น

การสำรวจจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้การบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ระยะเวลา 10 ปีเป็นหนึ่งในตัวอย่างการเก็บข้อมูลปฐมภูมิในประเทศไทย การศึกษานี้ได้มีการสำรวจการกระจายตัว และความหนาแน่นของจุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาในแต่ละพื้นที่รัศมี 500 เมตรจากระยะรั้วของสถานศึกษา และระยะโซนนิ่งรอบสถานศึกษาใน 13 จังหวัดทั่วประเทศไทย ในขั้นตอนการดำเนินงานมีการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับจุดจำหน่ายที่เคยสำรวจผ่านมา จัดเตรียมภาพถ่ายดาวเทียม ออกแบบพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับจัดเก็บข้อมูลพิกัดทางภูมิศาสตร์สารสนเทศ ออกแบบโครงสร้างฐานข้อมูลให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เช่น พิกัด ใบอนุญาตจำหน่ายสุรา ประเภทของร้านค้า เป็นต้น[11]

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

ข้อมูลทุติยภูมิในกรณีนี้หมายถึงข้อมูลที่ได้มาจากหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ได้มีการเก็บข้อมูลไว้แล้ว เช่น ข้อมูลใบอนุญาตจำหน่าย โดยในประเทศไทย กรมสรรพสามิตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดูแลข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตจำหน่ายสุราทั้งหมด โดยสามารถศึกษาจำนวนใบอนุญาตจำหน่ายแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2562-2566 แยกรายจังหวัด ได้ที่ภาคผนวก ข้อดีของการใช้ข้อมูลทุติยภูมิคือเป็นข้อมูลที่มีข้อมูลอยู่แล้วทำให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามอาจมีข้อจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่เหมาะสมสำหรับการเลือกวิธีการคำนวณความหนาแน่นบางประเภท เช่น การคำนวณตามการเข้าถึงเชิงพื้นที่ที่จำเป็นต้องมีตำแหน่งของจุดจำหน่าย เป็นต้น

3.3.7 การคำนวณความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

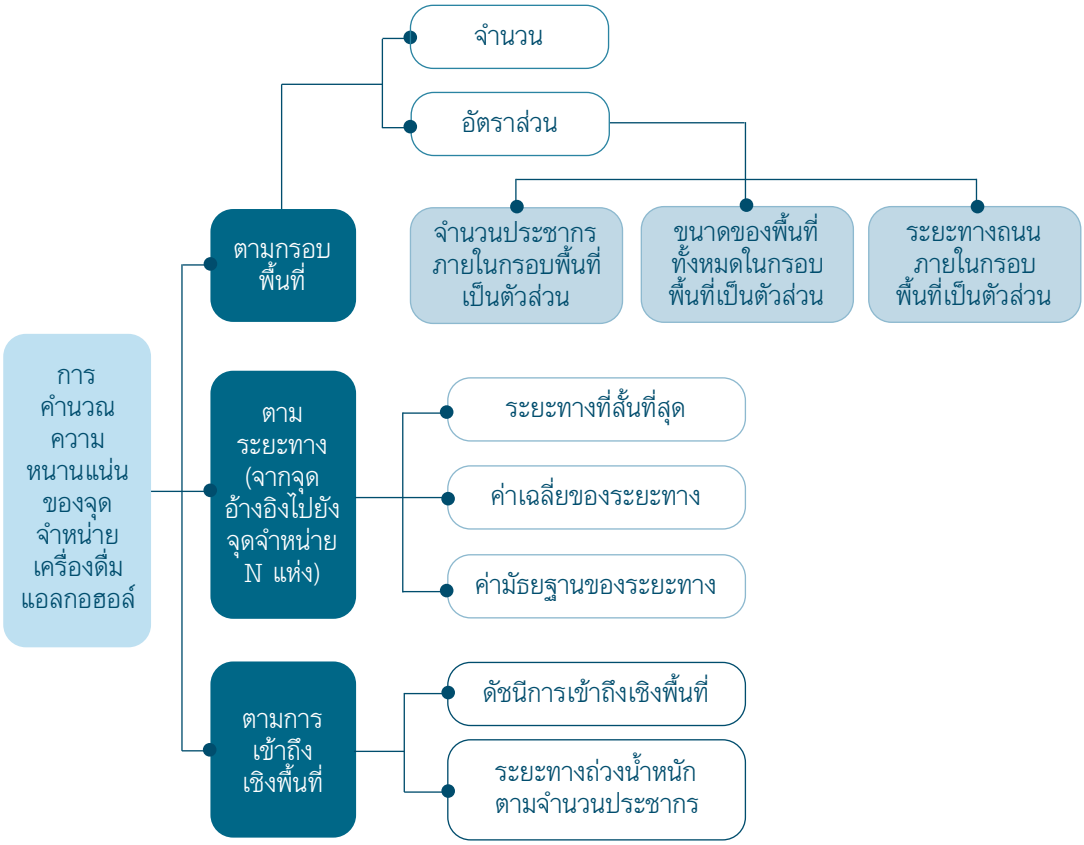
นักวิจัยสามารถคำนวณความหนาแน่นได้จาก 3 วิธีการหลัก ได้แก่ 1) ความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่ (container-based) เช่น จำนวนจุดจำหน่ายในกรุงเทพมหานคร เป็น 2) ความหนาแน่นตามระยะทาง (distance-based) เช่น ระยะห่างเฉลี่ยระหว่างสถานศึกษากับจุดจำหน่าย และ 3) ความหนาแน่นตามการเข้าถึงเชิงพื้นที่ (spatial access-based) เช่น ระยะทางถ่วงน้ำหนักระหว่างศูนย์กลางของเมืองกับจุดจำหน่าย (ภาพที่ 3.3.2) โดยตัวชี้วัดแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน

1. ความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่ (container-based density) เป็นการกำหนดกรอบพื้นที่ใด ๆ ขึ้นมาแล้วพิจารณาความหนาแน่นภายในพื้นที่นั้น ๆ โดยกรอบพื้นที่นี้อาจเป็นกรอบพื้นที่ที่มีการกำหนดมาแล้ว (predefined) เช่น พื้นที่ตามภูมิศาสตร์ (เช่น ประเทศ จังหวัด อำเภอ) หรือการกำหนดเอง (user-defined) เช่น การกำหนดเขตกันชน (buffer zone) โดยอาจกำหนดจุดใดจุดหนึ่ง (เช่น สถานศึกษา) เป็นศูนย์กลางแล้ววัดระยะทาง 1) แบบยุคลิด (Euclidean distance) คือ การวัดระยะทางระหว่างจุดสองจุดในแนวเส้นตรง 2) ระยะทางตามเส้นทางถนน (street network distance) หรือ 3) ระยะเวลาเดินทาง เมื่อกำหนดกรอบพื้นที่ได้จึงมีการนับจำนวนจุดจำหน่ายภายในกรอบพื้นที่นั้น

ข้อดีของการใช้กรอบพื้นที่ที่ถูกกำหนดมาแล้ว คือ สามารถคำนวณได้ง่าย และใช้ค่าใช้จ่ายไม่มากนัก แต่มีข้อเสีย คือ ไม่สามารถแสดงการกระจุกตัวได้ ยกตัวอย่างเช่น หากกำหนดพื้นที่เฉพาะบริเวณพื้นที่เขตที่มีสถานบันเทิงจำนวนมากอาจมีความหนาแน่นของจุดจำหน่ายสูง ในขณะที่บริเวณอื่นในจังหวัดมีความหนาแน่นต่ำ ทำให้หากพิจารณาความหนาแน่นของทั้งจังหวัดอาจพบว่า ความหนาแน่นสูงโดยภาพรวมทั้งหมด (แม้ว่าในความเป็นจริงจะมีการกระจุกตัวเพียงแค่บริเวณใดบริเวณหนึ่งเท่านั้น) นอกจากนี้การเลือกพื้นที่ในลักษณะนี้ยังอาจตกหล่นผลของเขตแดน เช่น อำเภอ ก. ติดกับอำเภอ ข. โดยที่หากอำเภอ ข. มีจำนวนจุดจำหน่ายสูง ในความเป็นจริงแล้วผู้ที่อาศัยในอำเภอ ก. อาจเข้าถึง

จุดจำหน่ายในอำเภอ ข. ได้ง่าย แต่หากเลือกพิจารณาแต่เฉพาะเขตพื้นที่ของอำเภอ ก. อาจพบว่าความหนาแน่นของจุดจำหน่ายต่ำ ซึ่งไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ประชาชนในอำเภอ ก. ก็สามารถเข้าถึงจุดจำหน่ายได้ง่ายเช่นกัน ในทางตรงกันข้าม ข้อดีของการกำหนดกรอบพื้นที่เองโดยผู้วิจัย คือ สามารถเข้าใจได้ง่าย สามารถปรับให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ได้ แต่ก็ยังไม่สามารถระบุการกระจุกตัว มีความซับซ้อนในการคำนวณ และอาจไม่เป็นไปตามขอบเขตที่รัฐได้กำหนด ซึ่งอาจมีผลในการปรับใช้ในเชิงนโยบาย

ต่อมาในการคำนวณตัวชี้วัดความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่ อาจใช้จำนวนจุดจำหน่าย (count) ภายในพื้นที่หนึ่ง ๆ เช่น จำนวนจุดจำหน่ายในเขตกรุงเทพและปริมณฑล หรืออาจคำนวณเป็นอัตราส่วน (rate) โดยมีตัวหารคือจำนวนประชากร (เช่น จำนวนจุดจำหน่ายต่อประชากร 10,000 คน) หรือ ขนาดของพื้นที่ (เช่น จำนวนจุดจำหน่ายต่อพื้นที่ 10 ตารางกิโลเมตร) หรือ ระยะทางของถนน (เช่น จำนวนจุดจำหน่ายต่อระยะทาง 1 กิโลเมตร)[12]



ภาพที่ 3.3.2 | ประเภทของความหนาแน่นของจุดจำหน่าย[12]

ตัวอย่างงานวิจัยที่คำนวณความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่

- งานวิจัยที่เลือกใช้กรอบพื้นที่ที่กำหนดมาแล้ว

การศึกษาโดย Livingston แสดงถึงความสัมพันธ์ของความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกับการทำร้ายร่างกายโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามคาบเวลา (longitudinal analysis) ในการศึกษานี้มีการใช้ข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายสุราที่มีการระบุรหัสไปรษณีย์ ทำให้เป็นการคิดความหนาแน่นตามกรอบพื้นที่ คือ พื้นที่ตามรหัสไปรษณีย์ และมีการใช้ข้อมูลการทำร้ายร่างกายที่เกิดขึ้นและจำนวนประชากรในแต่ละรหัสไปรษณีย์ในการศึกษา[13] จุดที่น่าสนใจในงานวิจัยนี้ คือ นักวิจัยเลือกใช้จำนวนจุดจำหน่ายต่อหนึ่งรหัสไปรษณีย์ในการแสดงถึงความหนาแน่นของจุดจำหน่ายและจำนวนการเกิดการทำร้ายร่างกายต่อหนึ่งรหัสไปรษณีย์ แทนการใช้อัตราต่อประชากร (per capita) และเลือกใช้จำนวนประชากรเป็นปัจจัยพยากรณ์ (predictive factor) เพื่อหลีกเลี่ยงประเด็นเกี่ยวกับจำนวนประชากรภายในเขตพื้นที่ท่องเที่ยวหรือพื้นที่ที่มีประชากรเพิ่มขึ้น

ในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในประเทศไทยโดย พลเทพ วิจิตรคุณากร และคณะฯ ได้ใช้กรอบพื้นที่ตามเขตจังหวัด ซึ่งมีความสอดคล้องกับฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิตที่มีการจำแนกข้อมูลใบอนุญาตรายจังหวัด จุดที่น่าสนใจของการศึกษานี้คือมีการวิเคราะห์โดยใช้ spatiotemporal mixed model ซึ่งเป็นแบบจำลองทางสถิติที่มีการพิจารณาทั้งเชิงพื้นที่และเวลา ทำให้สามารถทราบความหนาแน่นของจุดจำหน่ายที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เปลี่ยนไปได้[14]

อีกงานวิจัยหนึ่งที่มีความน่าสนใจในแง่ของวิธีการคำนวณความหนาแน่น คือ งานวิจัยโดย Greunewald และคณะฯ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model) ระหว่างจุดจำหน่ายและการเกิดการทำร้ายร่างกาย ซึ่งงานวิจัยนี้ได้มีใช้กรอบพื้นที่ตามรหัสไปรษณีย์เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่มีการคำนวณความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเป็นอัตราส่วนของจำนวนจุดจำหน่ายต่อระยะทางไมล์ถนนทำให้สามารถสะท้อนถึงความง่ายในการเข้าถึงจุดจำหน่ายได้[15]

- งานวิจัยที่เลือกใช้กรอบพื้นที่ที่กำหนดเอง

Kypri และคณะ ฯ ได้ทำการศึกษาความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยใน 6 มหาวิทยาลัยในประเทศนิวซีแลนด์ โดยได้เลือกจุดอ้างอิงเป็นหอนาฬิกาของมหาวิทยาลัยแต่ละแห่ง และนับจำนวนจุดจำหน่ายทั้งหมดที่อยู่ในระยะ 1 ถึง 3 กิโลเมตรจากหอนาฬิกาโดยใช้การวัดระยะแบบยุคลิด[16] การศึกษานี้สามารถ

เลือกใช้วิธีการคำนวณนี้ได้เนื่องจากข้อมูลจุดจำหน่ายที่ได้จากกระทรวงยุติธรรมของประเทศนิวซีแลนด์มีตำแหน่งที่สามารถนำมาระบุพิกัดทางภูมิศาสตร์โดยใช้ซอฟท์แวร์ Geostan[17] ได้

2. ความหนาแน่นตามระยะทาง (distance-based) เป็นการใช้ระยะทางจากจุดที่กำหนดใด ๆ ไปถึงจุดจำหน่ายเป็นตัวแทนของความหนาแน่น กล่าวคือ หากเราอยู่ในจุดที่ระยะใกล้กับร้านสุราหลายร้านก็แปลความได้ว่า เราอยู่ในจุดที่มีความหนาแน่นสูง โดยสามารถคำนวณระยะทางขั้นต่ำ (minimum) ค่าเฉลี่ย (mean) หรือค่ามัธยฐาน (median) ของระยะทางตามความเป็นจริงจากจุดที่กำหนด (เช่น ใจกลางเมือง) ไปถึงจุดจำหน่ายที่อยู่โดยรอบ ซึ่งจำนวนจุดจำหน่ายที่นำมาคิดมีผลต่อผลลัพธ์และความตรง (validity) ในการเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น การวัดระยะทางสามารถวัดได้ 3 แบบดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งทั้งหมดเป็นการแสดงถึงความพยายามหรือการลงทุนลงแรงของผู้ดื่มในการเดินทางเพื่อมาจุดจำหน่าย การเลือกวิธีการวัดระยะทางที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะชุมชน เช่น หากเลือกตำแหน่งจากวัดไปถึงจุดจำหน่ายวัดเป็นเส้นตรงโดยใช้ระยะกระจัด อาจไม่ได้ห่างกันมาก แต่หากมีถนนใหญ่คั่นระหว่างสองสถานที่ และจุดกลับรถอยู่ไกล ระยะทางที่ใช้ในการเดินทางจริงอาจมากกว่าส่งผลให้เมื่อวัดระยะทางตามเส้นทางถนน ความหนาแน่นจะต่ำ ในขณะที่วัดแบบยุคลิดอาจมีความหนาแน่นสูงได้

จุดแข็งของการวัดความหนาแน่นตามระยะทางจะทำให้สามารถแบ่งแยกการกระจายตัวและสามารถใช้ในบริบทของบริเวณใกล้ขอบเขตแดนได้ อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ยังไม่ได้คำนึงถึงบริบทของประเภทของชุมชน เช่น ชุมชนในเมือง ชานเมือง หรือชนบท หรือปริมาณประชากรที่ได้รับผลกระทบ นอกจากนี้วิธีการนี้อาจคำนวณได้ยาก รวมถึงยังคงไม่ได้คำนึงถึงขนาดของประชากรที่สนใจ[12]

ตัวอย่างงานวิจัยที่คำนวณความหนาแน่นตามระยะทาง

Day และคณะ ฯ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางภูมิศาสตร์กับการเกิดอาชญากรรมรุนแรงในประเทศนิวซีแลนด์ งานวิจัยได้เลือกใช้ระยะทางระหว่างจุดจำหน่ายแต่ละประเภทที่ใกล้ที่สุดกับจุดศูนย์กลางเฉลี่ยทางประชากร (population-based centroid) ซึ่งหมายถึงจุดศูนย์กลางของกระจายตัวของประชากรหรือจุดที่แสดงบริเวณที่มีประชากรจำนวนมากนั่นเอง โดยมีการใช้ค่ามัธยฐานของระยะทางมาใช้ในการคำนวณความหนาแน่น[18]

3. ความหนาแน่นตามการเข้าถึงเชิงพื้นที่ (spatial access-based) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่ (spatial accessibility index) และ 2) ระยะทางถ่วงน้ำหนักตามจำนวนประชากร (population-based distance) ทั้งนี้ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่เป็นการศึกษาความใกล้

ชิดที่เกี่ยวข้องกับระยะทาง (spatial proximity) ที่ให้ความสนใจระยะทางระหว่างกลุ่มของจุดจำหน่ายที่ได้ถูกกำหนดจำนวนไว้แล้วเปรียบเทียบกับจุดอ้างอิงใด ๆ เช่น สถานศึกษา วิธีการคิดนี้ทำให้มีการให้น้ำหนักจุดจำหน่ายที่ใกล้กับจุดอ้างอิงมากกว่า ยกตัวอย่างเช่น หากมีจุดจำหน่ายอยู่ที่ระยะทางใกล้สถานศึกษาหนึ่งจำนวนมาก และไกลออกไปจำนวนน้อย การคำนวณวิธีการนี้จะทำให้ในภาพรวมแล้วเห็นได้ชัดมากขึ้นว่ามีความหนาแน่นของจุดจำหน่ายที่บริเวณสถานศึกษาสูง ระยะทางถ่วงน้ำหนักตามจำนวนประชากรเป็นอีกหนึ่งขั้นของการแสดงการเข้าถึงเชิงพื้นที่ โดยจะมีการเพิ่มจำนวนประชากรเข้าไปในการคำนวณ ทำให้เห็นว่า มีประชากรได้รับผลกระทบจากจุดจำหน่ายมากน้อยเพียงใด

ข้อดีของการคำนวณโดยวิธีการนี้คือไม่ถูกจำกัดด้วยขอบเขตและสามารถสะท้อนถึงการกระจายตัวได้ รวมไปถึงวิธีการนี้ยังสามารถพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ขนาดของจุดจำหน่าย และปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย และยังสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงพื้นที่อื่น ๆ เพื่อประเมินผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ อย่างไรก็ตามวิธีการนี้มีความซับซ้อน และต้องมีความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (geospatial analysis)[12]

ตัวอย่างงานวิจัยที่คำนวณความหนาแน่นตามการเข้าถึงเชิงพื้นที่

Lu และคณะ ฯ ได้ทำการศึกษาการเข้าถึงเชิงพื้นที่ของจุดจำหน่ายที่มีการบริโภคภายในร้านโดยใช้ข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษานี้ได้มีการคำนวณทั้งดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่และระยะทางถ่วงน้ำหนักตามประชากร รวมถึงความหนาแน่นตามระยะทางโดยใช้ทั้งระยะทางแบบยุคลิด ระยะทางในการขับขี่ยานพาหนะ และระยะเวลาในการขับขี่จากจุดศูนย์กลางเฉลี่ยทางประชากรไปถึงจุดจำหน่าย และคำนวณดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่ ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่ถ่วงน้ำหนักตามประชากร และระยะทางถ่วงน้ำหนักตามประชากร โดยในการคำนวณนี้มีการใช้การแบ่งพื้นที่ขนาดใหญ่ออกเป็นพื้นที่ย่อยเล็กที่สุดที่เรียกว่า census block ตามการวางผังเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา ณ ที่นี้ขอเรียกแทน census block นี้ว่า หน่วยพื้นที่ เพื่อความง่ายต่อการทำความเข้าใจ ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่ใช้สูตรอย่างง่ายดังนี้

$$\text{ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่} = \sum \left(\frac{1}{\text{ระยะทางไปจุดจำหน่าย}_i} \right)$$

โดย i คือลำดับของหน่วยพื้นที่ จะเห็นได้ว่า หากระยะทางจากจุดจำหน่ายน้อยจะทำให้ค่าดัชนีการเข้าถึงสูงขึ้น ต่อมาได้มีการถ่วงน้ำหนักตามประชากร

$$\text{ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่ถ่วงน้ำหนักตามประชากร} = \frac{\sum \text{จำนวนประชากรในหน่วยพื้นที่} \times \text{ดัชนีการเข้าถึง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ทั้งหมด}}$$

จากสูตรข้างต้นจะมีการคำนึงถึงจำนวนประชากรในแต่ละพื้นที่ด้วย โดยหากหน่วยพื้นที่มีประชากรมากจะมีการถ่วงน้ำหนักมากกว่าหน่วยพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรน้อย นอกจากนี้การศึกษานี้ยังได้มีการคำนวณระยะทางถ่วงน้ำหนักตามจำนวนประชากรโดยใช้ระยะทางไปจุดจำหน่ายที่ใกล้ที่สุด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะเลือกเดินทางไปจุดจำหน่ายตาม Huff model[19] ถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากร โดยการศึกษานี้พบว่า ดัชนีการเข้าถึงเชิงพื้นที่ถ่วงน้ำหนักตามประชากรมีความไวต่อตัวแปรตามที่เป็นการดื่มสุราในปริมาณมาก กว่าการคำนวณระยะทางถ่วงน้ำหนักตามจำนวนประชากร[20]

3.38 บทสรุป

การศึกษาความหนาแน่นของจุดจำหน่ายมีบทบาทสำคัญในการเป็นข้อมูลสำหรับบริหารจัดการออกติดตามและปรับเปลี่ยนนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับผลกระทบในทางลบจากการดื่มได้ รูปแบบของการศึกษาควรเลือกที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา และทรัพยากรที่มี เช่น แหล่งข้อมูล ทรัพยากรมนุษย์ ทุนทรัพย์ รวมไปถึงเวลาที่มีในการทำการศึกษา นอกเหนือจากการศึกษาโดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการสำรวจใหม่แล้วนั้น การร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐในการพัฒนาฐานข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ดียิ่งขึ้นจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายและปกป้องประชาชนไทยจากภัยสุรา สำหรับผู้อ่านที่สนใจศึกษาความหนาแน่นของจุดจำหน่ายสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ตามแหล่งอ้างอิงท้ายบทนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chinman M, Burkhart Q, Ebener P, Fan CC, Imm P, Osilla KC, et al. The premises is the premise: understanding off- and on-premises alcohol sales outlets to improve environmental alcohol prevention strategies. Prev Sci 2011;12:181-91.
2. World Health Organization. A public health perspective on alcohol establishments: licensing, density and locations. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Livingston M. Alcohol outlet density and harm: comparing the impacts on violence and chronic harms. Drug Alcohol Rev 2011;30:515-23.
4. Trangenstein PJ, Curriero FC, Webster D, Jennings JM, Latkin C, Eck R, et al. Outlet type, access to alcohol, and violent crime. Alcohol Clin Exp Res 2018;42:2234-45.

5. Jauchuen N, Naseub S, Chaiyasong S, Thamarangsi T. Alcohol-Branded Merchandise and Alcohol Consumption in Thai Youth: a Loophole for Brand Advertising and Legislation Crisis in Thailand. J Commun 2015;33:81-94.
6. Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S, Thaikla K, Rungruang S, Buya S, Duangpaen W, et al. Spatiotemporal analysis of association between alcohol outlet density and teenage drinking behaviors in Thailand: 2007-2017. Songkhla; 2021.
7. Andrukonis A, Protopopova A. Occupational Health of Animal Shelter Employees by Live Release Rate, Shelter Type, and Euthanasia-Related Decision. Anthrozoos 2020;33:119-31.
8. Scribner RA, Cohen DA, Fisher W. Evidence of a structural effect for alcohol outlet density: a multilevel analysis. Alcohol Clin Exp Res 2000;24:188-95.
9. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. Am J Prev Med 2009;37:556-69.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Guide for measuring alcohol outlet density [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2017 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://www.cdc.gov/alcohol/pdfs/cdc-guide-for-measuring-alcohol-outlet-density.pdf
11. กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังการบังคับใช้ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ระยะเวลา 10 ปี. เชียงใหม่; สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
12. Sacks JJ, Brewer RD, Mesnick J, Holt JB, Zhang X, Kanny D, et al. Measuring alcohol outlet Density: an overview of strategies for public health practitioners. J Public Health Manag Pract 2020;26:481-8.
13. Livingston M. A longitudinal analysis of alcohol outlet density and assault. Alcohol Clin Exp Res 2008;32:1074-9.
14. Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S, Thaikla K, Buya S, Rungruang S, Talib M, et al. Alcohol outlet density and adolescent drinking behaviors in Thailand, 2007–2017: a spatiotemporal mixed model analysis. PLoS One 2024;19:e0308184.
15. Gruenewald PJ, Freisthler B, Remer L, LaScala EA, Treno A. Ecological models of alcohol outlets and violent assaults: crime potentials and geospatial analysis. Addiction 2006; 101:666-77.
16. Kypri K, Bell ML, Hay GC, Baxter J. Alcohol outlet density and university student drinking: a national study. Addiction 2008;103:1131-8.

17. Donegan C. geostan: an R package for Bayesian spatial analysis. J Open Source Softw 2022;7:4716.
18. Day P, Breetzke G, Kingham S, Campbell M. Close proximity to alcohol outlets is associated with increased serious violent crime in New Zealand. Aust N Z J Public Health 2012;36: 48-54.
19. Huff DL. A probabilistic analysis of shopping center trade areas. Land economics 1963; 39:81-90.
20. Lu H, Zhang X, Holt JB, Kanny D, Croft JB. Quantifying spatial accessibility in public health practice and research: an application to on-premise alcohol outlets, United States, 2013. Int J Health Geogr 2018;17:23.

ภาคผนวก

จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2562-2566 แยกรายจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	พ.ศ.				
		2562	2563	2564	2565	2566
1	กรุงเทพมหานคร	40,333	37,600	33,909	36,256	36,891
2	กระบี่	4,990	4,035	3,902	4,290	4,616
3	กาญจนบุรี	6,347	6,551	7,033	6,985	6,267
4	กาฬสินธุ์	7,775	8,048	8,037	8,330	7,694
5	กำแพงเพชร	6,962	6,700	6,695	6,665	6,305
6	ขอนแก่น	16,591	15,688	15,336	16,015	15,575
7	จันทบุรี	5,111	5,319	4,865	5,284	5,376
8	ฉะเชิงเทรา	6,199	6,631	6,668	6,621	6,419
9	ชลบุรี	22,220	19,757	18,765	21,199	21,800
10	ชัยนาท	2,771	2,779	2,742	2,800	2,869
11	ชัยภูมิ	9,563	9,557	8,726	9,272	9,508
12	ชุมพร	5,520	5,365	5,270	5,399	5,425
13	เชียงราย	11,051	10,919	10,796	11,343	10,710
14	เชียงใหม่	19,550	19,998	19,219	19,749	19,627
15	ตรัง	3,963	3,776	3,609	3,757	3,326
16	ตราด	2,879	2,764	2,196	2,531	2,640
17	ตาก	4,953	4,154	4,412	4,491	4,151
18	นครนายก	2,713	2,739	2,738	2,857	2,746
19	นครปฐม	7,077	6,609	6,403	6,804	6,862
20	นครพนม	5,906	5,199	5,714	5,900	5,557
21	นครราชสีมา	26,418	24,979	25,659	25,749	25,051
22	นครศรีธรรมราช	10,407	10,006	8,715	9,307	9,009
23	นครสวรรค์	9,498	8,796	7,848	9,338	9,063

ลำดับ	จังหวัด	พ.ศ.				
		2562	2563	2564	2565	2566
24	นนทบุรี	9,095	8,850	7,557	8,747	8,995
25	นราธิวาส	433	487	418	428	459
26	น่าน	3,548	3,179	3,727	3,782	3,802
27	บึงกาฬ	3,242	3,394	3,507	3,763	3,503
28	บุรีรัมย์	16,173	15,509	14,807	15,792	14,758
29	ปทุมธานี	11,641	10,644	10,331	10,722	10,233
30	ประจวบคีรีขันธ์	5,800	5,449	5,132	5,735	5,889
31	ปราจีนบุรี	5,521	5,785	5,730	5,870	6,617
32	ปัตตานี	875	790	744	772	697
33	พระนครศรีอยุธยา	8,122	7,884	7,692	7,988	7,401
34	พังงา	3,310	3,116	2,941	3,077	2,883
35	พัทลุง	2,954	2,774	2,298	2,424	2,344
36	พิจิตร	4,430	4,591	4,021	4,569	4,473
37	พิษณุโลก	6,863	6,696	6,713	7,014	7,242
38	เพชรบุรี	4,194	4,156	4,149	4,247	4,094
39	เพชรบูรณ์	7,808	8,088	7,005	7,869	7,601
40	แพร่	3,678	3,391	3,398	3,552	3,451
41	พะเยา	3,539	3,597	3,201	3,506	3,549
42	ภูเก็ต	8,220	6,402	6,148	6,665	7,637
43	มหาสารคาม	8,999	7,217	8,578	8,647	8,310
44	มุกดาหาร	3,447	3,467	3,669	3,712	3,521
45	แม่ฮ่องสอน	2,158	2,147	2,162	2,196	2,415
46	ยะลา	793	824	641	800	819
47	ยโสธร	4,876	4,549	4,672	4,951	4,964
48	ร้อยเอ็ด	11,387	11,027	10,497	11,190	10,990

ลำดับ	จังหวัด	พ.ศ.				
		2562	2563	2564	2565	2566
49	ระนอง	2,440	2,290	2,080	2,188	2,219
50	ระยอง	8,683	8,686	8,754	9,475	9,463
51	ราชบุรี	6,627	6,125	6,083	6,527	6,500
52	ลพบุรี	6,290	6,445	6,276	6,392	6,352
53	ลำปาง	5,585	5,795	5,692	5,753	5,566
54	ลำพูน	4,160	4,346	3,738	4,257	4,623
55	เลย	4,836	4,644	4,613	5,070	4,999
56	ศรีสะเกษ	13,019	13,041	13,175	13,360	12,710
57	สกลนคร	9,579	9,714	9,663	10,112	9,142
58	สงขลา	5,773	5,423	4,859	5,250	5,109
59	สตูล	921	847	875	883	818
60	สมุทรปราการ	15,099	14,595	14,224	14,500	14,175
61	สมุทรสงคราม	1,583	1,566	1,465	1,578	1,782
62	สมุทรสาคร	6,828	7,142	5,204	6,270	6,486
63	สระแก้ว	5,622	5,511	5,775	5,724	5,867
64	สระบุรี	7,239	7,708	7,289	7,431	7,531
65	สิงห์บุรี	1,699	1,771	1,396	1,685	1,855
66	สุโขทัย	3,533	3,506	3,353	3,564	3,524
67	สุพรรณบุรี	6,231	6,467	5,127	5,893	5,955
68	สุราษฎร์ธานี	13,136	11,336	10,557	11,782	12,135
69	สุรินทร์	15,255	13,542	14,973	15,237	14,326
70	หนองคาย	4,606	4,747	4,878	5,019	4,623
71	หนองบัวลำภู	3,691	3,752	3,929	3,909	3,857
72	อ่างทอง	2,289	1,998	2,263	2,266	2,441
73	อุดรธานี	13,224	13,091	13,171	13,886	13,583

ลำดับ	จังหวัด	พ.ศ.				
		2562	2563	2564	2565	2566
74	อุทัยธานี	3,035	2,969	3,168	3,236	3,371
75	อุตรดิตถ์	3,451	3,346	3,117	3,309	3,052
76	อุบลราชธานี	15,174	16,192	16,325	16,881	15,822
77	อำนาจเจริญ	3,221	2,898	3,335	3,297	3,189
รวม		**572,732**	**551,475**	**534,352**	**563,694**	**557,775**

แหล่งข้อมูล: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

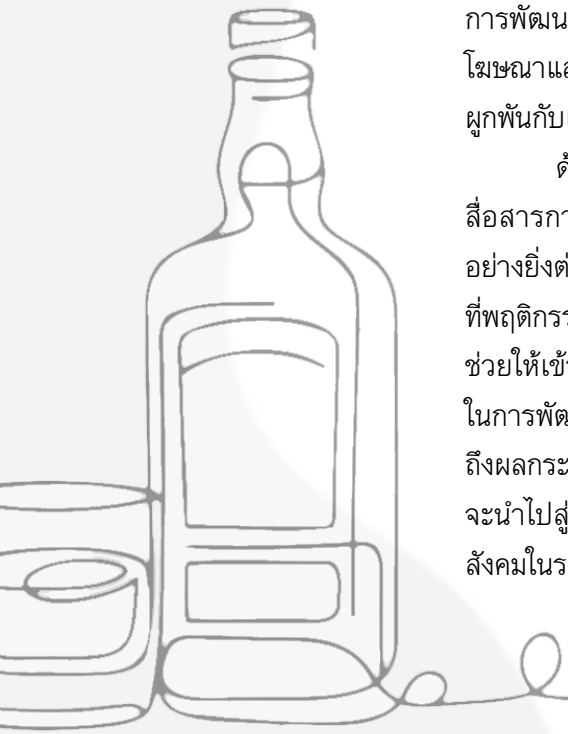
ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.4 การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| นิษฐา หรุ่นเกษม

3.4.1 บทนำ

ในโลกของการตลาดที่มีการแข่งขันสูง อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่ซับซ้อนและหลากหลายเพื่อรักษาส่วนแบ่งทางการตลาดและเข้าถึงผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางข้อจำกัดทางกฎหมายและความคาดหวังด้านจริยธรรมจากสังคม อุตสาหกรรมนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่สร้างสรรค์ และการผสมผสานกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดที่หลากหลาย เพื่อสร้างการรับรู้และความผูกพันกับแบรนด์ในกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมาย



ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในยุคที่พฤติกรรมผู้บริโภคมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การศึกษาวิจัยไม่เพียงช่วยให้เข้าใจวิธีการที่อุตสาหกรรมใช้ในการสื่อสารกับผู้บริโภค แต่ยังช่วยในการพัฒนากลยุทธ์การรณรงค์ที่สามารถตอบโต้และสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิผล อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคและการลดผลกระทบทางสังคมในระยะยาว

3.4.2 ความสำคัญของการวัด

การวัดและประเมินผลกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากอุตสาหกรรมนี้มีผลกระทบทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งเป็นอุตสาหกรรมที่มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์อย่างรวดเร็วเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้บริโภค การวัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยในการเข้าใจกลยุทธ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และการพัฒนามาตรการควบคุมที่เหมาะสม โดยจำแนกความสำคัญออกเป็น 4 ด้านหลัก ดังนี้

1. ด้านผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคม

การทำความเข้าใจผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคมผ่านการวัดผลกระทบที่เกิดจากกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดจะช่วยให้เห็นภาพรวมของอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมผู้บริโภค ตลอดจนผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบางและต้นทุนทางสังคม โดยครอบคลุมทั้งอิทธิพลของกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาด เช่น การโฆษณาแฝงและการใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงสื่อกับพฤติกรรมการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสม รวมถึงผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบางซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการโฆษณา

2. ด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม

การวิจัยและประเมินการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมในการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมายและจริยธรรมนั้น จะช่วยให้เข้าใจถึงประสิทธิภาพของมาตรการควบคุม ตลอดจนวิเคราะห์ช่องว่างและข้อจำกัดในการบังคับใช้ โดยครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ เช่น การแสดงภาพและคำเตือนด้านสุขภาพ การควบคุมเวลาการออกอากาศ การประเมินเนื้อหาที่อาจจูงใจเยาวชน รวมถึงการติดตามเทคนิคการเลี่ยงกฎหมาย

3. ด้านการติดตามกลยุทธ์การสื่อสารการตลาด

การติดตามกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะช่วยให้เข้าใจแนวโน้มและพัฒนาการใหม่ ๆ ของอุตสาหกรรม โดยครอบคลุมทั้งการเลือกใช้สื่อและเนื้อหาที่ตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายในช่องทางต่าง ๆ ทั้งการใช้สื่อแบบดั้งเดิม รวมถึงการใช้สื่อดิจิทัล ตลอดจนนวัตกรรมการสื่อสารใหม่ ๆ เช่น เทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (virtual reality: VR) เทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม (augmented reality: AR) และปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI)

4. ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม

การวิจัยและประเมินผลความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility: CSR) ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำกล่าวอ้างของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการปฏิบัติจริง รวมถึงการติดตามความคืบหน้าของโครงการ CSR โดยครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ของกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายและสังคม ตลอดจนผลกระทบต่อภาพลักษณ์องค์กรและการบูรณาการความรับผิดชอบต่อสังคมกับกลยุทธ์ธุรกิจ

การวัดและประเมินผลกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบในแต่ละด้านข้างต้น จะช่วยให้มีข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนากลยุทธ์การรณรงค์และนโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ เพื่อควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดผลกระทบทางสังคมในระยะยาว

3.4.3 แหล่งที่มาของข้อมูล

การวิจัยด้านการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลายและน่าเชื่อถือ โดยสามารถจำแนกแหล่งข้อมูลออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รายละเอียดดังนี้

1. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary data)

แหล่งข้อมูลปฐมภูมิให้ข้อมูลที่เกิดจากการเก็บข้อมูลโดยตรง ซึ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายหรือสถานการณ์จริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สด ใหม่ และสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบัน สามารถแบ่งแหล่งข้อมูลปฐมภูมิออกเป็น 2 หมวดย่อย ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์เนื้อหาสื่อโฆษณา

การวิเคราะห์เนื้อหาสื่อโฆษณาถือเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิที่สำคัญในการศึกษาการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากสื่อโฆษณาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจกลยุทธ์และวิธีการที่แบรนด์ใช้ในการสื่อสารกับผู้บริโภค

- **สื่อดั้งเดิมหรือสื่อแบบออฟไลน์** ในส่วนของสื่อดั้งเดิมหรือสื่อแบบออฟไลน์นั้น การวิเคราะห์จะครอบคลุมการศึกษารูปแบบการสื่อสารที่ปรากฏในสื่อต่าง ๆ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยมุ่งเน้นการศึกษาวิธีการที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปรับตัวในการสื่อสารภายใต้ข้อจำกัดทางกฎหมาย เช่น การใช้การสื่อสารเชิงองค์กร การประชาสัมพันธ์กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม และการสื่อสารผ่านตราสัญลักษณ์องค์กร

- การศึกษาสื่อโทรทัศน์จะวิเคราะห์รูปแบบการนำเสนอที่ปรากฏ เช่น การสื่อสารเชิงสถาบัน การรณรงค์เพื่อสังคม และการให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ โดยพิจารณาถึงวิธีการสื่อสารที่สอดคล้องกับข้อกำหนดทางกฎหมาย รวมถึงศึกษาผลกระทบของมาตรการควบคุมการโฆษณาที่มีต่อรูปแบบการสื่อสารขององค์กร
- สำหรับสื่อวิทยุและสื่อสิ่งพิมพ์ การวิจัยจะมุ่งศึกษาการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การสื่อสารภายใต้กรอบกฎหมาย เช่น การนำเสนอข้อมูลองค์กร การประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อสังคม และการสื่อสารผ่านสัญลักษณ์องค์กร รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการควบคุมการโฆษณาในสื่อประเภทต่าง ๆ
- นอกจากนี้ การวิจัยยังครอบคลุมถึงการศึกษาการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมการโฆษณาในพื้นที่สาธารณะ การติดตามรูปแบบการสื่อสารที่อาจเข้าข่ายการหลีกเลี่ยงกฎหมาย และการประเมินผลของมาตรการควบคุมที่มีต่อพฤติกรรมการสื่อสารขององค์กรในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สื่อดั้งเดิมนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง แม้ว่าปัจจุบันสื่อดิจิทัลจะมีบทบาทเพิ่มขึ้น แต่สื่อดั้งเดิมยังคงมีอิทธิพลสูงในการเข้าถึงผู้บริโภคบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริโภควัยกลางคนขึ้นไปที่ยังคงบริโภคสื่อในรูปแบบดั้งเดิมเป็นหลัก การวิเคราะห์สื่อดั้งเดิมจึงช่วยให้เข้าใจภาพรวมของกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดที่ครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้น

• **สื่อดิจิทัลหรือสื่อแบบออนไลน์** การวิจัยการสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัลในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องศึกษาอย่างละเอียด เนื่องจากพลวัตของเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในยุคที่สื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค

- การวิจัยสื่อดิจิทัลจะครอบคลุมการศึกษารูปแบบการสื่อสารบนแพลตฟอร์มสำคัญต่าง ๆ เช่น เฟซบุ๊ก อินสตราแกรม และติ๊กต๊อก โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏ รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งาน ตลอดจนการใช้แฮชแท็กและการสร้างกระแสในโลกออนไลน์ นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการศึกษาบทบาทของผู้ทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ (influencers) และผู้นำทางความคิด (key opinion leaders) ที่มีส่วนในการสร้างการรับรู้และทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์ สำหรับแพลตฟอร์ม ยูทูบ และสื่อวิดีโอออนไลน์อื่น ๆ จะมุ่งศึกษารูปแบบเนื้อหาที่เผยแพร่ ลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้ชมผ่านการแสดงความคิดเห็น รวมถึง

การติดตามรูปแบบการนำเสนอที่ได้รับความนิยม ขณะเดียวกัน การวิเคราะห์ยังครอบคลุมไปถึงการสื่อสารผ่านเว็บไซต์และแอปพลิเคชันต่าง ๆ ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญในการเข้าถึงผู้บริโภคยุคดิจิทัล

- ประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษในการวิเคราะห์เนื้อหาสื่อโฆษณา คือ การวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการควบคุมในสื่อดิจิทัล เนื่องจากความท้าทายในการกำกับดูแลและช่องว่างของกฎหมายที่มีอยู่ ทำให้อาจจะต้องวิเคราะห์ทั้งสถานการณ์ในประเทศและแนวทางการควบคุมสื่อดิจิทัลในต่างประเทศเพื่อนำมาพัฒนามาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย
- นอกจากนี้ ยังควรให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้บริโภค โดยเฉพาะการเข้าถึงกลุ่มเปราะบางอย่างเยาวชน การประเมินอิทธิพลของการสื่อสารดิจิทัลต่อพฤติกรรมการบริโภค ตลอดจนการศึกษาทัศนคติและการรับรู้ของผู้บริโภคต่อการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยและวิเคราะห์เนื้อหาสื่อโฆษณาถือเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิที่สำคัญในการศึกษาการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด เหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนามาตรการควบคุมที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน การเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงกฎหมายให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี รวมถึงการออกแบบโครงการรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้บริโภค ตลอดจนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามการสื่อสารการตลาดในสื่อดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การคุ้มครองผู้บริโภคและการควบคุมการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมในยุคดิจิทัล

1.2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายโดยตรงเพื่อวิเคราะห์ทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสัมภาษณ์และการสังเกตในสถานการณ์จริง รายละเอียดดังนี้

- **การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)** เป็นการเก็บข้อมูลที่เน้นการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะ นักวิชาการด้านสาธารณสุข ผู้บริหารหน่วยงานกำกับดูแล และผู้มีประสบการณ์ในการรณรงค์ด้านแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ความท้าทายในการควบคุมการตลาด ช่องว่างของกฎหมายที่พบ และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนามาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และแนวทางการพัฒนานโยบายที่เหมาะสมต่อไป ในบางประเด็นอาจเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ขาย ผู้ค้า หรือผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ได้ข้อมูลกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ ในบางกรณีอาจใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group Interview) แทนได้

• **การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภค (consumer survey)** เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผ่านแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อศึกษารูปแบบการบริโภค การรับรู้ต่อการสื่อสารการตลาด และทัศนคติที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น พฤติกรรมการซื้อและดื่ม การจดจำแบรนด์และโฆษณา อิทธิพลของการสื่อสารการตลาดต่อการตัดสินใจซื้อ และความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจแนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคและประเมินผลกระทบของการสื่อสารการตลาดในภาพรวม

• **การเก็บข้อมูล ณ จุดขาย (point of sale observation)** เป็นการศึกษาภาคสนามในสถานที่จำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง เช่น ร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหาร และสถานบันเทิง โดยสังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดวางสินค้า รูปแบบการส่งเสริมการขาย พฤติกรรมการเลือกซื้อของผู้บริโภค และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ขายกับลูกค้า รวมถึงการสังเกตบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจซื้อ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาด ณ จุดขายและพฤติกรรมการบริโภคในสถานการณ์จริงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

แหล่งข้อมูลทุติยภูมิประกอบด้วยข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมไว้แล้วจากเอกสารและรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งช่วยให้เห็นภาพรวมในแง่ของทฤษฎี แนวโน้ม และข้อบังคับที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่

• **เอกสารวิชาการ** ข้อมูลเชิงทฤษฎีและกรณีศึกษาเกี่ยวกับการตลาดและผลกระทบทางสังคมจากแหล่งข้อมูลที่มีการศึกษามาก่อนหน้านี้ เช่น งานวิจัยและบทความวิชาการที่ครอบคลุมทั้งด้านการตลาดและสาธารณสุข วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์เชิงทฤษฎีและการพัฒนาแนวทางการตลาด

• **รายงานและสถิติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** ตลอดจนข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งให้ข้อมูลที่เป็นทางการและสะท้อนทิศทางการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องกับการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- หน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมสรรพสามิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้ข้อมูลด้านสถิติและนโยบายที่เกี่ยวข้อง
- องค์กรด้านสุขภาพ เช่น ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีบทบาทในการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ
- หน่วยงานกำกับดูแล เช่น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย

การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลายนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภค และการกำกับดูแลของภาครัฐ ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยมีมุมมองที่รอบด้านและน่าเชื่อถือในการนำไปใช้วิเคราะห์และพัฒนานโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4.4 วิธีการวิจัยพร้อมกรณีตัวอย่าง

ประเด็นการวิจัยที่สามารถทำได้เกี่ยวกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคม

การวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคมจากการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประเด็นวิจัยที่มีความสำคัญและซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการศึกษาวิเคราะห์อย่างรอบด้านและเป็นระบบ โดยเฉพาะการทำความเข้าใจถึงอิทธิพลของกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดที่มีต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้บริโภค ซึ่งสามารถศึกษาได้ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยในอดีตได้แสดงให้เห็นว่า ผู้บริโภคที่เปิดรับสื่อโฆษณาอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มจดจำตราสินค้าและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อพบเห็นโฆษณาแฝงในรายการที่ได้รับความนิยม นอกจากนี้ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียงในการสื่อสารการตลาดยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อการรับรู้และพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มักได้รับอิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า การใช้นักแสดงหรือบุคคลที่มีชื่อเสียงในวงการบันเทิงมาเป็นพรีเซนเตอร์ผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียสามารถเพิ่มความสนใจในผลิตภัณฑ์และความตั้งใจซื้อของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ที่สำคัญไปกว่านั้น ผลกระทบของการโฆษณาไม่ได้จำกัดอยู่เพียงพฤติกรรมการบริโภคเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและพัฒนาการทางสังคมของผู้บริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง การศึกษาระยะยาวได้แสดงให้เห็นว่า เยาวชนที่เปิดรับสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงมีแนวโน้มที่จะเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอายุที่น้อยลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมและการเรียนในระยะยาว

การวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคมจากการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์จำเป็นต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยการวิจัยเชิงปริมาณควรใช้เครื่องมือวัดที่มีมาตรฐานและผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ในด้านแหล่งข้อมูล ควรรวบรวมจากหลายแหล่งเพื่อการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ (1) ข้อมูลปฐมภูมิจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก (2) ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลสถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ (3) ข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สื่อโฆษณาและการสื่อสารการตลาดในรูปแบบต่าง ๆ

การวัดและแปลผลควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ ควรใช้สถิติวิเคราะห์ที่เหมาะสม เช่น การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อกับพฤติกรรมการบริโภค การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อทำนายผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยง และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบระหว่างกลุ่มที่มีระดับการเปิดรับสื่อแตกต่างกัน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ควรใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และผลกระทบในเชิงลึก

ผลการวิเคราะห์ควรนำเสนอทั้งในรูปแบบของค่าสถิติ แผนภูมิ และการบรรยายเชิงพรรณนา พร้อมทั้งอภิปรายความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาพรวมของผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดข้อจำกัดด้านเวลาและความถี่ในการโฆษณา การควบคุมรูปแบบการนำเสนอที่อาจส่งผลกระทบรุนแรง และการพัฒนามาตรการป้องกันผลกระทบในกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์อย่างรอบด้านนี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนานโยบายควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการปกป้องกลุ่มเปราะบางและการส่งเสริมสุขภาวะของสังคมโดยรวม ทั้งนี้ การออกแบบมาตรการควบคุมจำเป็นต้องพิจารณาผลกระทบในทุกมิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการบริโภค สุขภาพจิต และผลกระทบทางสังคม เพื่อให้สามารถป้องกันและลดผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างของงานวิจัยที่สามารถเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ตัวอย่างที่ 1.1 **งานวิจัยเรื่อง "Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review" ของ Noel และคณะ**[1] งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับการตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่ม โดยใช้แหล่งข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 8 แหล่ง คัดเลือกและวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 เรื่อง ซึ่งมีลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการตลาดดิจิทัลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมกับการตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การคลิกโฆษณา การเข้าชมเว็บไซต์ของแบรนด์ การกดไลก์หรือแชร์โฆษณาบนสื่อสังคมออนไลน์ และการดาวน์โหลดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับแบรนด์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มแบบหนักหรือเสี่ยงอันตราย

คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า รัฐบาลควรพิจารณาการออกกฎระเบียบควบคุมการตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้หลักการระมัดระวังล่วงหน้า เนื่องจากการกำกับดูแลตนเองของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการปกป้องประชากรกลุ่มเสี่ยงจากอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

งานวิจัยของ Noel และคณะเป็นงานวิจัยที่มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคม โดยเฉพาะในประเด็น “การประเมินอิทธิพลของกลยุทธ์การตลาดต่อพฤติกรรมผู้บริโภค” เนื่องจาก เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับการตลาดดิจิทัลกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงมุ่งทำความเข้าใจผลกระทบของการมีส่วนร่วมกับการตลาดดิจิทัลต่อพฤติกรรมการดื่มแบบหนักหรือเสี่ยงอันตราย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงสื่อการตลาดกับพฤติกรรมการบริโภค

ตัวอย่างที่ 1.2 **งานวิจัยของ Jones และคณะ[2] ศึกษาเรื่อง “Alcohol packaging as a promotional tool: a focus group study with young adult drinkers in Scotland”** เพื่อสำรวจการรับรู้และทัศนคติของผู้ดื่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะเครื่องมือส่งเสริมการขาย

งานนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มจำนวน 8 กลุ่ม ดำเนินการในเมืองกลาสโกว์ ประเทศสกอตแลนด์ กับผู้ดื่มปัจจุบันจำนวน 50 คน โดยแบ่งกลุ่มตามอายุ (18-24 ปี และ 25-35 ปี) เพศ (หญิงและชาย) และระดับสังคม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันรู้สึกสบายใจในการแสดงความคิดเห็น คณะผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างในการดำเนินการสนทนา และนำเสนอตัวอย่างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 9 รายการที่ครอบคลุมประเภทเบียร์/ไซเดอร์ ไวน์ และสุรา เพื่อกระตุ้นการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มถูกบันทึกเสียงและถอดความโดยผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบอุปนัย โดยใช้โปรแกรม NVivo 12 Pro

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ด้านแรก คือ ความแพร่หลายของบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้เข้าร่วมพบเห็นได้ทั่วไปในร้านค้า สถานบันเทิง สื่อต่าง ๆ และพื้นที่สาธารณะ ด้านที่สอง คือ ความดึงดูดของบรรจุภัณฑ์ที่เกิดจากองค์ประกอบด้านกราฟิก โครงสร้าง และการส่งเสริมการขาย ด้านที่สาม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบรรจุภัณฑ์กับโอกาสและกิจกรรมต่าง ๆ ด้านที่สี่ คือ การที่บรรจุภัณฑ์สื่อถึงกลุ่มเป้าหมายและความเหมาะสมของผู้บริโภคที่ชัดเจน และด้านที่ห้า คือ ความสัมพันธ์กับประสาทสัมผัสอื่น ๆ ที่บรรจุภัณฑ์มีอิทธิพลต่อการคาดการณ์รสชาติและประสบการณ์การดื่ม

จากผลการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะให้พิจารณาการติดคำเตือนด้านสุขภาพที่เด่นชัดบนบรรจุภัณฑ์ ศึกษาผลกระทบของบรรจุภัณฑ์แบบเรียบต่อการรับรู้และพฤติกรรมการบริโภค และพัฒนาการวิจัยในอนาคตโดยใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงในการศึกษาการเปิดรับบรรจุภัณฑ์ เพื่อให้เข้าใจอิทธิพลของบรรจุภัณฑ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ดียิ่งขึ้น

2. การปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมิติของการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและซับซ้อน การวิจัยในประเด็นนี้จำเป็นต้องใช้วิธีการวัดและประเมินที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการศึกษาการแสดงคำเตือนด้านสุขภาพในสื่อโฆษณา ซึ่งต้องพิจารณาหลายองค์ประกอบ เริ่มตั้งแต่การวัดขนาดของคำเตือนที่ต้องมีสัดส่วนตามที่กฎหมายกำหนด การประเมินความชัดเจนของตัวอักษรโดยใช้เกณฑ์ความคมชัดและความแตกต่างของสี รวมถึงการตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาคำเตือนตามแบบตรวจสอบรายการที่กำหนด

ผลการวิจัยเชิงประจักษ์จากหลายประเทศได้แสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญระหว่างแนวทางการกำกับดูแลและการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในการควบคุมเวลาการออกอากาศ ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการสุ่มตรวจสอบในช่วงเวลาต่าง ๆ และคำนวณอัตราการละเมิดเป็นร้อยละ ตัวอย่างเช่น การศึกษาการปฏิบัติตามกฎหมายของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศหนึ่งได้พบว่า แม้จะมีข้อกำหนดเรื่องขนาดคำเตือนที่ชัดเจน แต่กว่าร้อยละ 40 ของโฆษณาที่สำรวจมีขนาดคำเตือนต่ำกว่าเกณฑ์ หรือพบการละเมิดข้อกำหนดเรื่องเวลาออกอากาศโดยเฉพาะในช่วงรายการที่มีเยาวชนเป็นผู้ชมหลัก

นอกจากนี้ การวิจัยยังต้องให้ความสำคัญกับการประเมินเนื้อหาที่อาจจูงใจเยาวชน โดยการพัฒนาดัชนีชี้วัดที่ครอบคลุมองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น การใช้ตัวการ์ตูนหรือภาพเคลื่อนไหว การใช้ดนตรีหรือจังหวะที่เป็นที่นิยม การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง และการใช้ภาษาหรือสแลงที่เข้าถึงกลุ่มเยาวชน โดยแต่ละองค์ประกอบมีการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงในการจูงใจเยาวชน วิธีการประเมินดังกล่าวอาจทำให้พบว่า การใช้นักกีฬาหรือศิลปินที่มีอิทธิพลต่อเยาวชนในการโฆษณาส่งผลให้เยาวชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 เป็นต้น

ความท้าทายสำคัญในยุคดิจิทัล คือ การติดตามและวิเคราะห์เทคนิคการหลีกเลี่ยงข้อกฎหมาย ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์รูปแบบและการจัดทำฐานข้อมูลกรณีศึกษา รวมถึงการใช้เครื่องมือวิเคราะห์สื่อสังคมออนไลน์เพื่อติดตามการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย โดยวัดทั้งอัตราการเข้าถึง อัตราการมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์สัดส่วนกลุ่มอายุของผู้เข้าถึงเนื้อหา จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าสัดส่วนที่สูงของการสื่อสารการตลาดในสื่อสังคมออนไลน์มักใช้รูปแบบที่อยู่ในพื้นที่สีเทาของกฎหมาย เช่น การใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (influencer marketing) การสร้างเนื้อหาโดยผู้ใช้งานหรือผู้บริโภคสร้างขึ้นเอง (user-generated content) หรือการทำการตลาดในลักษณะของ “dark social” (การส่งต่อหรือแชร์ข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารส่วนตัวที่ไม่สามารถติดตามที่มาหรือวัดผลได้โดยตรง หรือการสร้างกลุ่มสนทนาเฉพาะ เช่น การส่งลิงก์หรือเนื้อหาผ่านแอปพลิเคชันส่งข้อความส่วนตัว เช่น ไลน์ วอทส์แอป ไดเรกเมสเซสในเฟซบุ๊ก เมสเซนเจอร์ หรือการส่งอีเมล เป็นต้น)

การศึกษาวิจัยในประเด็นเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยพัฒนากฎหมายและมาตรการกำกับดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการปรับปรุงนิยามทางกฎหมายให้ครอบคลุมการสื่อสารในยุคดิจิทัล การพัฒนากลไกการตรวจสอบที่ทันสมัย และการสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการแพลตฟอร์มในการควบคุมการสื่อสารการตลาดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน

ตัวอย่างของงานวิจัยที่สามารถเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ตัวอย่างที่ 2.1 **งานวิจัยเรื่อง “การรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ของกนิษฐา ไทยกล้า และคณะ**[3] งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการศึกษาการรับรู้และการจดจำของกลุ่มเยาวชนต่อรูปแบบฉลากคำเตือนที่แตกต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาฉลากคำเตือนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในแง่ของการสร้างการรับรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิจัยดังกล่าวได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านการสำรวจออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 960 คน ควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 60 คน วิธีการนี้ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อฉลากคำเตือนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็นข้อความอย่างเดียวและที่มีการผสมผสานระหว่างข้อความและรูปภาพ

ในด้านการเลือกกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและครอบคลุม โดยแบ่งเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่เคยดื่ม ซึ่งการแบ่งกลุ่มในลักษณะนี้ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบมุมมองและการรับรู้ที่

แตกต่างกันระหว่างกลุ่มได้อย่างชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่ออกแบบมาเพื่อวัดระดับการรับรู้ การจดจำ และความคิดเห็นต่อฉลากคำเตือน รวมถึงแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความละเอียดและลึกซึ้งมากขึ้น การใช้เครื่องมือที่หลากหลายนี้ช่วยเสริมให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและครอบคลุมในทุกมิติ

ผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ฉลากคำเตือนที่มีการผสมผสานระหว่างข้อความและรูปภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีขนาดใหญ่ครอบคลุมพื้นที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของบรรจุภัณฑ์ มีประสิทธิผลในการสร้างการรับรู้เชิงลบต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าฉลากที่มีเพียงข้อความเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ยังพบว่าขนาดของฉลากมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของเยาวชนที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งข้อค้นพบนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

ตัวอย่างที่ 2.2 **งานวิจัยของ O'Brien และคณะ[4] ศึกษาเรื่อง "Commercial advertising of alcohol: using law to challenge public health regulation"** โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการใช้กฎหมายเพื่อต่อต้านมาตรการการควบคุมทางการตลาดอย่างไร งานวิจัยนี้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพและศึกษากรณีตัวอย่างจากประเทศต่าง ๆ ได้แก่ สหภาพยุโรป ลิทัวเนีย แอฟริกาใต้ ไทย และสหรัฐอเมริกา ซึ่งประเทศเหล่านี้มีความพยายามที่จะกำกับดูแลการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพสาธารณะ โดยคัดเลือกกรณีที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้กฎหมายต่อต้านการควบคุมการตลาดอย่างเปิดเผย และแสดงให้เห็นจุดขัดแย้งหลักในการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่าง ๆ เช่น การห้ามโฆษณา ราคาในสหรัฐอเมริกา การห้ามการอ้างประโยชน์ต่อสุขภาพในสหภาพยุโรป การห้ามแสดงภาพหรือข้อความที่อาจจูงใจให้บริโภคบนฉลากผลิตภัณฑ์ในไทย การห้ามโฆษณาแบบครอบคลุมในแอฟริกาใต้ และการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในลิทัวเนีย แม้ว่ากรณีศึกษาเหล่านี้จะไม่ได้ครอบคลุมทั้งหมด แต่เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นประเด็นความขัดแย้งที่สำคัญในการควบคุมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลโดยตรง แต่ใช้การวิเคราะห์จากเอกสารและหลักฐานที่มีอยู่แล้ว เช่น คำพิพากษาคดี (court cases) เช่น คดี Liquormart Inc v. Rhode Island ในสหรัฐอเมริกา และคดี Deutches Weintor ในสหภาพยุโรป กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละประเทศ เอกสารการประชุมและการโต้แย้งในเวทีระหว่างประเทศ เช่น การอภิปรายในคณะกรรมการอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้าขององค์การการค้าโลก (WTO TBT Committee) รวมถึงบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้มีการตีพิมพ์แล้ว

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักใช้กฎหมายระดับประเทศและระหว่างประเทศเป็นเครื่องมือในการโต้แย้งการควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด ทั้งนี้ การโต้แย้งเหล่านี้มักอ้างถึงสิทธิตามรัฐธรรมนูญหรือสิทธิมนุษยชนเพื่อปกป้องสิทธิในการโฆษณาและการทำการตลาด นอกจากนี้ยังมีการใช้ข้อโต้แย้งทางกฎหมายกับข้อจำกัดในการโฆษณา เช่น การควบคุมข้อมูลที่ “เป็นจริง” ของสินค้า การอ้างถึงประโยชน์ด้านสุขภาพ การโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ การห้ามโฆษณาทั้งหมดในสื่อกระจายเสียงและโทรทัศน์ และการควบคุมการตลาดข้ามพรมแดน

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนและความสามารถในการใช้ข้อกฎหมายของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการสร้างข้อโต้แย้งทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ของตน ทั้งนี้เป็นตัวอย่างที่สำคัญที่ช่วยให้เห็นถึงแนวทางที่กฎหมายอาจถูกนำมาใช้เพื่อท้าทายมาตรการด้านสาธารณสุขอีกด้วย

3. กลยุทธ์การโฆษณาและสื่อสารการตลาด

การติดตามกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแนวทางการวิจัยที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในยุคที่เทคโนโลยีการสื่อสารมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว การศึกษาในประเด็นนี้จำเป็นต้องใช้วิธีการวิจัยที่หลากหลายและเป็นระบบ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารและการเลือกใช้สื่อที่ตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ซึ่งสามารถทำได้โดยการติดตามและวิเคราะห์เนื้อหาการสื่อสารการตลาดผ่านสื่อต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลที่แสดงความถี่และรูปแบบการใช้สื่อแต่ละประเภท

การวิเคราะห์การใช้สื่อดิจิทัลและช่องทางออนไลน์สามารถดำเนินการโดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์สื่อสังคมออนไลน์ซึ่งช่วยในการติดตามและประเมินผลการสื่อสารได้หลายมิติ เช่น การวัดอัตราการเข้าถึงโดยคำนวณจากจำนวนผู้เข้าถึงเนื้อหาต่อจำนวนผู้ติดตามทั้งหมด การวัดอัตราการมีส่วนร่วมจากการรวมจำนวนการกดไลก์ แชร์ และคอมเมนต์ต่อจำนวนผู้เข้าถึงเนื้อหา รวมถึงการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้เข้าถึงเนื้อหา

สำหรับการศึกษานวัตกรรมการสื่อสารรูปแบบใหม่ เช่น เทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน เทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม และปัญญาประดิษฐ์ สามารถใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพผ่านการศึกษากรณีตัวอย่างและการวิเคราะห์เนื้อหา โดยพัฒนาเกณฑ์การประเมินที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ เช่น ระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ความซับซ้อนของเทคโนโลยีที่ใช้ ความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลผลิตภัณฑ์ ซึ่งแต่ละด้านสามารถให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน และนำคะแนนรวมมาประเมินประสิทธิภาพโดยรวมของการใช้นวัตกรรมการสื่อสารแต่ละรูปแบบ

นอกจากนี้ การติดตามกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดยังควรให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์งบประมาณการใช้สื่อในแต่ละช่องทาง และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารกับพฤติกรรมผู้บริโภค โดยการวิจัยเชิงสำรวจและการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการตลาดและการบริโภค ทั้งนี้ ผลการวิจัยมักพบว่า การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการสื่อสารการตลาดสามารถเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคได้สูงกว่าการสื่อสารแบบดั้งเดิมถึง 2-3 เท่า

การวิจัยในประเด็นเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงพัฒนาการและแนวโน้มของกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่การพัฒนามาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสมกับบริบทการสื่อสารในยุคดิจิทัล โดยเฉพาะการควบคุมการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการสื่อสารการตลาดที่อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบาง

ตัวอย่างของงานวิจัยที่สามารถเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ตัวอย่างที่ 3.1 การทบทวนวรรณกรรมจาก**งานวิจัยของ Critchlow และคณะ**[5] **เรื่อง “Alibi marketing? Surrogate marketing? Brand sharing? What is the correct terminology to discuss marketing for alcohol-free and low-alcohol products which share branding with regular strength alcohol products?”** งานวิจัยของ Critchlow และคณะ สะท้อนให้เห็นถึงการติดตามและวิเคราะห์กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการปรับตัวและพัฒนารูปแบบใหม่ ๆ เพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายภายใต้ข้อจำกัดทางกฎหมายและนโยบาย งานวิจัยนี้อาศัยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิที่หลากหลายผ่านเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการตลาดผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ รวมถึงการทบทวนกฎหมายและนโยบายควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากประเทศต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังได้วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการตลาดแอลกอฮอล์ในด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาสังเคราะห์และสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า “alibi marketing” เป็นการโฆษณาที่ใช้องค์ประกอบของแบรนด์แอลกอฮอล์ เช่น การใช้สี ฟอนต์ หรือคำขวัญ โดยไม่ระบุชื่อแบรนด์โดยตรง ในขณะที่ “surrogate marketing” หรือ “brand sharing” เป็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือมีแอลกอฮอล์ต่ำโดยใช้แบรนด์หลักของผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ปกติ ความแตกต่างที่สำคัญ คือ surrogate marketing ยังคงใช้ชื่อแบรนด์หลักในการโฆษณาและมีจุดประสงค์หลักในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือมีแอลกอฮอล์ต่ำโดยตรง แต่อาจส่งผลทางอ้อมต่อการรับรู้แบรนด์ของผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ปกติ

การจำแนกความแตกต่างนี้มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังจะเห็นได้จากความแตกต่างในการกำหนดนโยบายระหว่างประเทศต่าง ๆ เช่น นอร์เวย์มีการห้ามโฆษณาแอลกอฮอล์แบบครอบคลุมรวมถึงผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีแอลกอฮอล์ที่ใช้แบรนด์เดียวกัน ในขณะที่ไอร์แลนด์จำกัดเฉพาะการใช้สัญลักษณ์แบรนด์แอลกอฮอล์ที่อาจถูกมองว่าเป็นการแนะนำผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์

คณะผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของ “surrogate marketing” และ “brand sharing” ต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มทั้งที่มีและไม่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้ที่พยายามลดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาผลกระทบของการจำกัด “surrogate marketing” ต่อการทดแทนระหว่างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปกติกับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือมีแอลกอฮอล์ต่ำ เพื่อให้การกำหนดนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน

ตัวอย่างที่ 3.2 **งานวิจัยของ Lim และคณะ[6] ศึกษาเรื่อง “An investigation of strategies used in alcohol brand marketing and alcohol-related health promotion on Facebook”** เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และองค์กรส่งเสริมสุขภาพบนแพลตฟอร์ม Facebook อย่างเป็นระบบ โดยมีกรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎีจาก 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ กลยุทธ์การตลาดแบบดั้งเดิม กลยุทธ์การตลาดบนสื่อสังคมออนไลน์ และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การศึกษานี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10 อันดับแรกและองค์กรส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์กรที่ได้รับความนิยมสูงสุดในออสเตรเลีย และเก็บข้อมูลจากโพสต์ทั้งหมดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 คณะผู้วิจัยได้พัฒนากรอบการวิเคราะห์ที่ประกอบด้วยกลยุทธ์การตลาดบนสื่อสังคมออนไลน์ 33 กลยุทธ์ โดยดัดแปลงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนหน้าและกรอบกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยให้ผู้วิเคราะห์ 2 คนทำการวิเคราะห์โพสต์ ร้อยละ 20 ของทั้งหมดอย่างอิสระ พบว่ามีความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินสูง (มากกว่าร้อยละ 90) ในการจำแนกกลยุทธ์การตลาดส่วนใหญ่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการเชิงปริมาณ โดยนับความถี่ของการใช้กลยุทธ์แต่ละประเภท คำนวณค่ามัธยฐานของจำนวนผู้ติดตาม และเปรียบเทียบรูปแบบการใช้กลยุทธ์ระหว่างสองกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า แบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนผู้ติดตามเฉลี่ย 189,290 ราย สูงกว่าเพจส่งเสริมสุขภาพที่มีผู้ติดตามเฉลี่ย 7,562 ราย อย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์โพสต์ Facebook ทั้งหมด 210 โพสต์ พบว่า แบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นิยมใช้กลยุทธ์การตลาด เช่น การใช้ภาพดึงดูด การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น และการเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีการปรับโพสต์ให้สอดคล้องกับวันและเวลาเฉพาะเจาะจง ซึ่งแตกต่างจากองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

ข้อสรุปสำคัญของการศึกษานี้คือ แม้ว่าแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะได้รับความนิยมมากกว่าองค์กรส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยภายนอกมากกว่ากลยุทธ์การตลาดโดยตรง อย่างไรก็ตาม องค์กรส่งเสริมสุขภาพสามารถนำกลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จเหล่านี้มาปรับใช้ โดยเฉพาะการโพสต์เนื้อหาตามวันและเวลาเฉพาะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารด้านสุขภาพ

4. ความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility: CSR)

มิติสุดท้ายที่มีความสำคัญในการวิจัยการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การประเมินความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility: CSR) โดยเฉพาะการศึกษาความสอดคล้องระหว่างคำกล่าวอ้างกับการปฏิบัติจริงในกิจกรรมด้าน CSR ขององค์กร รวมถึงการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม CSR ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายและสังคมในวงกว้าง นอกจากนี้ ยังสามารถศึกษาผลกระทบของการดำเนินงานด้าน CSR ที่มีต่อภาพลักษณ์องค์กร ตลอดจนวิเคราะห์การบูรณาการแนวคิด CSR เข้ากับกลยุทธ์การดำเนินธุรกิจ ทั้งนี้ การวิจัยในประเด็นเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงบทบาทและความสำคัญของ CSR ในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้าน CSR ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมอย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบตัวอย่างงานวิจัยที่น่าสนใจ เช่น การศึกษาของ Yoon และ Lam[7] ที่พบว่า บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้กลยุทธ์ CSR เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิ ชะลอการออกกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงตลาดใหม่ ๆ หรือการศึกษาของ Atkinson และคณะ[8] ที่วิเคราะห์เนื้อหาการตลาดของแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บน Facebook และ Instagram ในช่วงล็อกดาวน์ครั้งแรกของสหราชอาณาจักรในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบว่า แบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ปรับตัวในช่วงการระบาดของโควิด-19 ด้วยการส่งเสริมการกักตุนสินค้า การดื่มที่บ้าน และริเริ่มกิจกรรม CSR เชิงนวัตกรรม เช่น การบริจาคเพื่อการกุศล เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและความภักดีต่อแบรนด์ นอกจากนี้ Jones และคณะ[9] ได้ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรม CSR ของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์อาจช่วยปกป้องอุตสาหกรรมแต่อาจส่งผลเสียต่อชุมชน เช่น การสื่อสารที่กำกวมและการเบี่ยงเบนความสนใจจากแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา

การวิจัยในประเด็นนี้สามารถดำเนินการได้โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในด้านการเก็บข้อมูล สามารถรวบรวมจากหลายแหล่ง เช่น รายงานประจำปีขององค์กร เอกสารเผยแพร่ด้าน CSR สื่อประชาสัมพันธ์ และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างควรครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ทั้งผู้บริหารองค์กร พนักงาน ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ และหน่วยงานกำกับดูแล โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง

สำหรับการวัดและประเมินผลสามารถทำได้หลายมิติ โดยเริ่มจากการประเมินความสอดคล้องระหว่างคำกล่าวอ้างกับการปฏิบัติจริง ซึ่งสามารถพัฒนาดัชนีชี้วัดที่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ โดยแต่ละประเด็นมีการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน เช่น ความชัดเจนของเป้าหมายและแผนงาน การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการติดตามและรายงานผล นอกจากนี้ ยังสามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ของกิจกรรม CSR โดยพิจารณาตัวชี้วัดต่าง ๆ เช่น จำนวนผู้ได้รับประโยชน์ มูลค่าทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับชุมชน การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมถึงความยั่งยืนของโครงการ ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้จะช่วยให้เห็นภาพรวมของประสิทธิผลในการดำเนินงานด้าน CSR ขององค์กร

การวิจัยในประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจบทบาทของ CSR ในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการประเมินและกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานที่โปร่งใส การพัฒนาระบบการวัดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม และการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการติดตามและประเมินผล ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานด้าน CSR ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดประโยชน์ต่อสังคมอย่างแท้จริงและยั่งยืน

ตัวอย่างของงานวิจัยที่สามารถเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ตัวอย่างที่ 4.1 **งานวิจัยของ Sthapitanonda และคณะ[10] ในบทความวิจัยเรื่อง “Alcohol industry CSR activities in Thailand: appropriate or not”**[10] ได้วิเคราะห์กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยใช้ทั้งแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยข้อมูลปฐมภูมิได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา (documentary analysis) ของกิจกรรม CSR จำนวน 436 กิจกรรม ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ ทั้งสื่อมวลชน กิจกรรมสาธารณะ อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนข้อมูลทุติยภูมิใช้การทบทวนเอกสารวิชาการ โดยเฉพาะแนวคิด CSR ของ Kotler เพื่อจำแนกประเภทและวิเคราะห์กิจกรรม CSR ที่พบในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย

การศึกษาพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2551 อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในไทยได้จัดกิจกรรม CSR จำนวน 436 กิจกรรม ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ ทั้งสื่อมวลชน การจัดกิจกรรมสาธารณะ อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ โดยรูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการบริจาคเพื่อการกุศล (ร้อยละ 86.5) รองลงมาคือการส่งเสริมประเด็นทางสังคม (ร้อยละ 12.1) การดำเนินธุรกิจอย่างรับผิดชอบ (ร้อยละ 0.8) และการตลาดเพื่อสังคม (ร้อยละ 0.6) โดยครอบคลุมการดำเนินงานของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินธุรกิจในไทย

ผลการศึกษายังพบว่า เยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมีทัศนคติเชิงบวกต่อกิจกรรม CSR ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่ดื่มปานกลาง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ดื่มไม่เชื่อถือในความจริงใจของอุตสาหกรรมในการจัดกิจกรรม CSR อย่างไรก็ตาม เยาวชนทั้งกลุ่มที่ดื่มและไม่ดื่มแสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม CSR หากได้รับอนุญาต โดยเฉพาะเมื่อเชื่อว่า กิจกรรมเหล่านั้นจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย

งานวิจัยของ Sthapitanonda และคณะเป็นงานวิจัยที่มีความสำคัญต่อการประเมินความรับผิดชอบต่อสังคมของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในประเด็น “การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างคำกล่าวอ้างกับการปฏิบัติจริง” และ “การติดตามความคืบหน้าของโครงการ CSR” เนื่องจากเป็นการศึกษากิจกรรม CSR ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย รวมถึงวิเคราะห์ความเหมาะสมและผลกระทบของกิจกรรมเหล่านี้ต่อทัศนคติของเยาวชน และประเมินประเด็นจริยธรรมทางธุรกิจในการดำเนินกิจกรรม CSR ของอุตสาหกรรม

ตัวอย่างที่ 4.2 **งานวิจัยของ Maani และคณะ[11] ศึกษาเรื่อง “Under the influence: system-level effects of alcohol industry-funded health information organizations”** เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบเชิงระบบขององค์กรให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับทุนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบทางตรงและทางอ้อม วิเคราะห์บทบาทขององค์กรเหล่านี้ในกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ และประเมินผลกระทบของการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรเหล่านี้กับหน่วยงานภาครัฐและสาธารณะ

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบและการวิเคราะห์เอกสาร โดยใช้กรอบการวิเคราะห์เชิงระบบที่ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การวิเคราะห์ผลกระทบ และการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ ร่วมกับแบบตรวจสอบรายการที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความโปร่งใสของแหล่งทุน ความครบถ้วนของข้อมูลด้านสุขภาพ การเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน และการปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรม ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์รวบรวมจากแหล่งข้อมูลแบบทุติยภูมิที่หลากหลาย ทั้งบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ รายงานการวิจัย และเอกสารนโยบาย รวมถึงเอกสารจากองค์กรที่ได้รับทุนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายงานจากองค์การอนามัยโลก และเอกสารนโยบายสาธารณะ คณะผู้วิจัยได้นำกรอบการวิเคราะห์มาใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรกับผลกระทบในระดับต่าง ๆ

ทั้งนี้ การวิเคราะห์เนื้อหาของคณะผู้วิจัยมุ่งเน้นการประเมินความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพ การใช้ภาษาและการสื่อความหมาย รวมถึงการนำเสนอเรื่องความรับผิดชอบส่วนบุคคล ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พิจารณารูปแบบความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ การวิเคราะห์ผลกระทบประเมินอิทธิพล

ต่อความเข้าใจของสาธารณชนและการกำหนดนโยบาย และการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ศึกษาวัตถุประสงค์และวิธีการสร้างความชอบธรรมขององค์กร

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญสามด้าน ด้านแรกเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรที่ได้รับทุน ซึ่งมีส่วนในการสร้างการรับรู้ว่าอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เป็น “พลเมืองที่มีความรับผิดชอบ” เน้นความรับผิดชอบส่วนบุคคลมากกว่านโยบายควบคุม และสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานรัฐและองค์กรสุขภาพ ด้านที่สอง คือ ผลกระทบต่อการสื่อสารสุขภาพ โดยพบว่า องค์กรเหล่านี้มีการเผยแพร่ข้อมูลที่อาจบิดเบือนเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ ใช้การสื่อสารที่กำกวมเกี่ยวกับ “การดื่มอย่างรับผิดชอบ” และขาดข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายควบคุมที่มีประสิทธิภาพ และด้านที่สาม คือ ผลกระทบเชิงระบบ ซึ่งรวมถึงการลดความน่าเชื่อถือขององค์กรการกุศลอิสระ การสร้างบรรทัดฐานที่สนับสนุนการดื่มแอลกอฮอล์และการชะลอการออกนโยบายควบคุมที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการทบทวนแนวทางการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่ได้รับทุนจากอุตสาหกรรม พัฒนาแนวทางป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทเชิงกลยุทธ์ขององค์กรเหล่านี้ เพื่อให้การกำหนดนโยบายและการสื่อสารด้านสุขภาพเป็นไปเพื่อประโยชน์ของสาธารณะอย่างแท้จริง

3.4.5 บทสรุป

การศึกษาเกี่ยวกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญในการทำความเข้าใจกลยุทธ์และผลกระทบต่อสังคม โดยสามารถจำแนกความสำคัญออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้บริโภคและสังคม การปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม กลยุทธ์การสื่อสารการตลาด และความรับผิดชอบต่อสังคม

การวิจัยในด้านนี้ควรใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น การวิเคราะห์เนื้อหาสื่อโฆษณาและการเก็บข้อมูลภาคสนามจากแหล่งปฐมภูมิ รวมถึงการใช้เอกสารวิชาการและรายงานจากหน่วยงานต่าง ๆ เป็นแหล่งทุติยภูมิ เพื่อสร้างความเข้าใจในมิติต่าง ๆ ของการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคม

การศึกษาวิจัยในประเด็นนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันจะนำไปสู่การพัฒนามาตรการควบคุมที่เหมาะสม และสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Noel JK, Sammartino CJ, Rosenthal SR. Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. J Stud Alcohol Drugs Suppl 2020;(19):57-67.
2. Jones D, Moodie C, Purves R, Fitzgerald N, Crockett R. Alcohol packaging as a promotional tool: a focus group study with young adult drinkers in Scotland. J Stud Alcohol Drugs 2022;83:565-73.
3. กนิษฐา ไทยกล้า, ทิวา แก้วเสริม, นิษฐา หรุ่นเกษม, ชัยสิริ อังกุระวรานนท์, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, และคนอื่น ๆ. การรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
4. O'Brien P, Room R, Anderson-Luxford D. Commercial advertising of alcohol: using law to challenge public health regulation. J Law Med Ethics 2022;50:240-49.
5. Critchlow N, Holmes J, Fitzgerald N. Alibi marketing? Surrogate marketing? Brand sharing? What is the correct terminology to discuss marketing for alcohol-free and low-alcohol products which share branding with regular strength alcohol products? Addiction 2025; 120:4-6.
6. Lim M, Hare J, Carrotte E, Dietze P. An investigation of strategies used in alcohol brand marketing and alcohol-related health promotion on Facebook. Digital health 2016;2:2055 207616647305.
7. Yoon S, Lam T. The illusion of righteousness: corporate social responsibility practices of the alcohol industry. BMC Public Health 2013;13:630.
8. Atkinson A, Sumnall H, Meadows B. 'We're in this together': a content analysis of marketing by alcohol brands on Facebook and Instagram during the first UK Lockdown, 2020. Int J Drug Policy 2021;98:103376.
9. Jones S, Wyatt A, Daube M. Smokescreens and beer goggles. Soc Mark Q 2016;22: 264-279.
10. Sthapitanonda P, Sinsuwarn N, James R. Alcohol industry CSR activities in Thailand: appropriate or not. Journal of Public Relations and Advertising 2015;8:1-13.
11. Maani N, Schalkwyk M, Petticrew M. Under the influence: system-level effects of alcohol industry-funded health information organizations. Health Promot Int 2023;38:daad167.

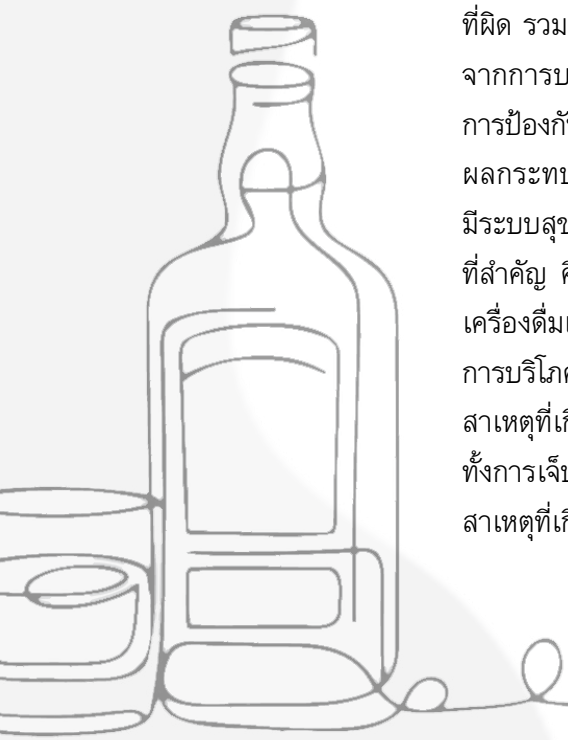
ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.5 การป่วย บาดเจ็บและเสียชีวิต ด้วยสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| จิราลักษณ์ นนทารักษ์

3.5.1 บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพและก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุด ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงและผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจในวงกว้าง เป้าหมายสำคัญในระดับชาติและนานาชาติ คือ “เสริมการป้องกันและการรักษาการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์” และการดำเนินนโยบาย เพื่อลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้กรอบเป้าหมายระดับโลกและการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นการสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบการบริโภคแอลกอฮอล์ ที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชนไทยที่สำคัญ คือ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญทางระบาดวิทยาของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ จำนวนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ (alcohol attributed harm) ทั้งการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งการเสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ อันเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยา



ที่มีความจำเป็นอย่างมากในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทราบสถานการณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ และนำมาใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตั้งค่าเป้าหมายของประเทศ ในการพัฒนานโยบายและวางแผนงานในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทยต่อไป

3.5.2 แหล่งที่มาของข้อมูล

1. ข้อมูลการป่วยและข้อมูลการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผลกระทบทางสุขภาพตามประเภทจำแนกตามกลุ่มโรค 3 กลุ่มโรค คือ กลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic health conditions) และ กลุ่มอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (acute health conditions) ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราโดยตรง (wholly attribute to alcohol) และเกี่ยวข้องกับการดื่มโดยอ้อม (partially attribute to alcohol)

แหล่งข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่มาจากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แฟ้มของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรายละเอียดตัวแปร คือ สาเหตุการเสียชีวิต และการเจ็บป่วย (ICD-10 codes) ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปีที่เสียชีวิต อายุที่เสียชีวิต เพศ อายุ (ปี) โดยมีรายละเอียดสาเหตุการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย แสดงใน**ตารางที่ 3.5.1**

ตารางที่ 3.5.1 สาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (ICD-10 codes) ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต	ICD-10 code
HIV/AIDS	B20.*-B24, C46.* , O98.7
Tuberculosis	A15.*-A19.*, B90.*, K67.3, K93.0, M49.0, N74.0 - N74.1, P37.0
Lower respiratory infections	A48.1, A70, J09-J18.*, J20.*, J21.*, J22, J85.1, J85.2, P23.*, U04.9

ตารางที่ 3.5.1 สาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (ICD-10 codes) ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ต่อ)

สาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต	ICD-10 code
Lip and oral cavity cancer	C00.*-C08.*
Other pharynx cancer	C09.*-C10.*, C12,-C13.*, C14.0
Esophageal cancer	C15.*
Colon and rectal cancer	C18.* - C21.*
Liver cancer	C22.*
Breast cancer	C50.*
Laryngeal cancer	C32.*
Hypertensive heart disease	I10–15
Ischemic heart disease	I20.*-I25.*
Ischemic stroke	G45.*-G46.*, I63.*, I65.*, I66.*, I67.2-I67.8, I69.3
Intracerebral hemorrhage	I61.*-I62.*, I69.0-I69.2
Atrial fibrillation and flutter	I48.*
Diabetes mellitus	E10 - E10.1, E10.3 - E11.1, E11.3 - E12.1, E12.3 - E13.1, E13.3 - E14.1, E14.3 - E14.9
Epilepsy	G40.*-G41.*
Cirrhosis and other chronic liver diseases	I85-I85.9, I98.2, K70.*-K76.2, K76.4-K77.8
Pancreatitis	K85.*-K86.1
Alcohol use disorders	F10.*
Road injury	V01–04, V06, V09–80, V87, V89, V99* Transport injuries (V00.*-V99.*, Y85.*)
Unintentional injuries	W00.*- W99.*, X00.*- X59.*, Y10-Y19.9, Y40-Y84.9, Y86*, Y88-Y88.3, Y89.9 ,Y90.*-Y91.*
Intentional self-harm and assault	X60-X84, Y87.0, X85-X99, Y00-Y09, Y87.1

ที่มา: Alcohol-attributable deaths in Thai people from 2015 to 2021 using the comparative risk assessment approach.[1]

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การจัดการข้อมูลสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมักใช้ข้อมูลการวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) และ ผู้ที่ไม่มีข้อมูลการวินิจฉัยหลัก (missing value) จะใช้ข้อมูลการวินิจฉัยรองในลำดับที่ 1 ใช้วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยและเสียชีวิต

2. ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ (relative risk)

ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำมาจากการศึกษา systematic review ของ Ashton และคณะ[2] โดยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์จะผันแปรตามปริมาณการดื่มและนักดื่มชายและนักดื่มหญิงมีความเสี่ยงสัมพัทธ์แตกต่างกันในแต่ละสาเหตุการเกิดโรค

ตารางที่ 3.5.2 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โรค	Relative risks (RR)						Sources of RR
	เสี่ยงน้อย		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงมาก		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
TB	1.43 (1.10,2.23)	1.20 (1.10,2.23)	2.46 (1.21,4.98)	1.71 (1.21,4.98)	3.65 (1.33,11.1)	2.37 (1.33,11.1)	Imtiaz et al, 2017[3]
HIV	1.54 (1.31,1.78)	1.54 (1.31,1.78)	1.54 (1.31,1.78)	1.54 (1.31,1.78)	1.54 (1.31,1.78)	1.54 (1.31,1.78)	Rehm et al, 2017
CA oral	1.20 (1.06,1.35)	1.00 (0.78,1.27)	2.01 (1.69,2.40)	1.67 (1.25,2.22)	5.33 (4.28,6.63)	5.70 (3.75,8.66)	Bagnardi et al, 2015[4]
CA esophagus	1.39 (1.11,1.74)	1.14 (0.87,1.49)	2.25 (1.78,2.85)	2.18 (1.42,3.35)	4.69 (3.49,6,31)	8.32 (2.95,23.45)	Bagnardi et al, 2015
CA colon	1.05 (0.95,1.16)	0.95 (0.89,1.01)	1.21 (1.11,1.32)	1.07 (0.99,1.16)	1.53 (1.30,1.80)	1.24 (0.68,2.25)	Bagnardi et al, 2015
CA liver	1.05 (0.76,1.32)	0.81 (0.59,1.12)	1.08 (0.88,1.32)	1.24 (0.88,1.75)	1.59 (1.21,2.09)	3.89 (1.60,9.48)	Bagnardi et al, 2015
CA larynx	0.85 (0.61,1.19)	0.89 (0.62,1.29)	1.50 (1.23,1.83)	1.59 (1.06,2.38)	2.77 (2.15,3.57)	1.55 (0.45,5.34)	Bagnardi et al, 2015
CA breast	na	1.04 (1.01,1.07)	na	1.23 (1.19,1.28)	na	1.61 (1.31,1.94)	Bagnardi et al, 2015

ตารางที่ 3.5.2 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

โรค	Relative risks (RR)						Sources of RR
	เสี่ยงน้อย		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงมาก		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
Diabetes Mellitus	0.82 (0.76,0.88)	0.82 (0.76,0.88)	0.86 (0.80,0.92)	0.86 (0.80,0.92)	1.39 (1.36,1.42)	1.39 (1.36,1.42)	Knott et al, 2015[5]
Epilepsy	1.37 (1.28,1.47)	1.37 (1.28,1.47)	1.86 (1.62,2.13)	1.86 (1.62,2.13)	3.44 (2.61,4.52)	3.44 (2.61,4.52)	Rehm et al, 2017
Hypertension	1.15 (0.99,1.33)	0.90 (0.87,1.04)	1.77 (1.39,2.26)	1.16 (0.91,1.46)	1.61 (1.31,1.87)	1.19 (1.07,1.32)	Briasoulis, Agarwal, & Messerli, 2012[6]
Ischemic Heart Disease	0.77 (0.65,0.92)	0.54 (0.45,0.65)	0.75 (0.64,0.88)	0.61 (0.38,0.99)	0.74 (0.53,1.02)	0.40 (0.14,1.13)	Angus, Henney, Webster, & Gillespie, 2019; Roerecke & Rehm, 2012[7]
Cardiac Arrythmias	1.17 (0.89,1.44)	1.17 (0.89,1.44)	1.33 (1.09,1.58)	1.33 (1.09,1.58)	1.50 (1.28,1.72)	1.50 (1.28,1.72)	Wood et al, 2018[8]
Stroke	1.17 (0.89,1.44)	1.17 (0.89,1.44)	1.33 (1.09,1.58)	1.33 (1.09,1.58)	1.50 (1.28,1.72)	1.50 (1.28,1.72)	Wood et al, 2018
Unspecified liver diseases	1.60 (1.40,2.00)	5.60 (4.50,6.90)	2.80 (2.30,3.40)	7.70 (6.30,9.50)	5.60 (4.50,7.00)	10.10 (7.50,13.5)	Rehm et al, 2017
Acute pancreatic	1.12 (0.57,1.68)	0.85 (0.75,0.95)	1.77 (1.24,2.31)	0.98 (0.87,1.10)	4.14 (3.70,4.58)	1.00 (0.95,1.05)	Rehm et al, 2017
Gall stone/ Cholelithiasis	0.99 (0.98,1.00)	0.99 (0.98,1.00)	0.99 (0.98,1.00)	0.99 (0.98,1.00)	0.99 (0.98,1.00)	0.99 (0.98,1.00)	Shabanzadeh, Sorensen, & Jorgensen, 2016[9]
Road Traffic accident	3.39 (2.83,3.63)	3.39 (2.83,3.63)	6.32 (5.88,6.77)	6.32 (5.88,6.77)	9.06 (8.70,9.41)	9.06 (8.70,9.41)	Taylor et al, 2011[10]

ตารางที่ 3.5.2 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

โรค	Relative risks (RR)						Sources of RR
	เสี่ยงน้อย		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงมาก		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
Falls	1.33 (1.19,1.47)	1.33 (1.19,1.47)	2.07 (1.96,2.18)	2.07 (1.96,2.18)	2.75 (2.66,2.84)	2.75 (2.66,2.84)	Taylor et al, 2011
Drowning	1.33 (1.19,1.47)	1.33 (1.19,1.47)	2.07 (1.96,2.18)	2.07 (1.96,2.18)	2.75 (2.66,2.84)	2.75 (2.66,2.84)	Taylor et al, 2011
Fires	1.33 (1.19,1.47)	1.33 (1.19,1.47)	2.07 (1.96,2.18)	2.07 (1.96,2.18)	2.75 (2.66,2.84)	2.75 (2.66,2.84)	Taylor et al, 2011
Self-harm	1.33 (1.19,1.47)	1.33 (1.19,1.47)	2.07 (1.96,2.18)	2.07 (1.96,2.18)	2.75 (2.66,2.84)	2.75 (2.66,2.84)	Taylor et al, 2011
Violence	1.33 (1.19,1.47)	1.33 (1.19,1.47)	2.07 (1.96,2.18)	2.07 (1.96,2.18)	2.75 (2.66,2.84)	2.75 (2.66,2.84)	Taylor et al, 2011
Unintentional injuries	1.33 (1.19,1.47)	1.33 (1.19,1.47)	2.07 (1.96,2.18)	2.07 (1.96,2.18)	2.75 (2.66,2.84)	2.75 (2.66,2.84)	Taylor et al, 2011

หมายเหตุ *na = not applicable, ค่า Relative risk คือ ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ที่มา: รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562

3. ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อมูลสถานการณ์สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อมูลที่จำเป็นในการคำนวณจำนวนป่วย และจำนวนเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในหนังสือเล่มนี้จะยกตัวอย่างข้อมูลปีล่าสุดในการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชาชนไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 และตัวชี้วัดที่ใช้ในการคำนวณค่าสัดส่วนผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ร้อยละของผู้ไม่เคยดื่ม ร้อยละผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละของนักดื่มปัจจุบันและปริมาณการดื่ม (กรัมต่อวัน) ตัวอย่างสัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดัง**ตารางที่ 3.5.3**

ตารางที่ 3.5.3 สัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ระดับความเสี่ยงต่าง ๆ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564

กลุ่มอายุ	จำนวนตัวอย่าง	ผู้ไม่เคยดื่ม (ร้อยละ)	เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ)	นักดื่มปัจจุบัน (ร้อยละ) (กรัม/วัน)	ปริมาณการดื่มต่อประชากรมาตรฐาน	ค่าความคลาดเคลื่อน (กรัม/วัน)	ปริมาณการดื่มต่อนักดื่มมาตรฐาน	ค่าความคลาดเคลื่อน
ชาย								
15-19	5,168	82.25	3.53	14.22	0.522	0.120	3.671	0.812
20-24	4,344	43.44	7.89	48.68	1.828	0.149	3.756	0.287
25-29	4,948	32.90	11.65	55.45	2.589	0.241	4.669	0.427
30-34	5,519	30.40	12.44	57.16	2.880	0.156	5.039	0.258
35-39	5,940	25.70	14.42	59.88	3.949	0.259	6.595	0.418
40-44	6,565	22.67	17.33	60.00	4.143	0.228	6.905	0.365
45-49	7,214	23.26	18.41	58.33	4.316	0.255	7.400	0.422
50-54	7,850	22.94	22.46	54.61	3.851	0.184	7.052	0.323
55-59	7,778	23.69	25.88	50.43	3.605	0.315	7.149	0.612
60-64	7,079	25.07	36.13	38.79	2.528	0.138	6.517	0.324
65-69	5,363	25.86	42.49	31.65	1.881	0.162	5.943	0.481
70-74	3,686	30.17	48.27	21.56	1.207	0.113	5.596	0.459
75+	4,801	34.44	52.93	12.63	0.571	0.074	4.523	0.551
รวม	**76,255**	**32.47**	**21.09**	**46.44**	**2.807**	**0.062**	**6.043**	**0.128**
หญิง								
15-19	5,134	94.7	1.7	3.6	0.076	0.045	2.128	1.247
20-24	4,208	78.9	7.0	14.1	0.162	0.032	1.149	0.224
25-29	5,253	74.5	9.7	15.8	0.257	0.045	1.627	0.282
30-34	5,718	75.5	9.3	15.2	0.223	0.035	1.467	0.218
35-39	6,426	74.3	10.6	15.1	0.220	0.028	1.461	0.177
40-44	7,383	74.7	10.7	14.6	0.248	0.037	1.701	0.242

ตารางที่ 3.5.3 สัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ระดับความเสี่ยงต่าง ๆ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 (ต่อ)

กลุ่มอายุ	จำนวนตัวอย่าง	ผู้ไม่เคยดื่ม (ร้อยละ)	เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ)	นักดื่มปัจจุบัน (ร้อยละ) (กรัม/วัน)	ปริมาณการดื่มต่อประชากรมาตรฐาน	ค่าความคลาดเคลื่อน (กรัม/วัน)	ปริมาณการดื่มต่อนักดื่มมาตรฐาน	ค่าความคลาดเคลื่อน
45-49	8,298	75.1	10.2	14.7	0.325	0.049	2.207	0.318
50-54	9,402	77.8	10.2	12.0	0.233	0.044	1.949	0.360
55-59	9,037	79.5	10.7	9.8	0.216	0.030	2.202	0.297
60-64	8,664	81.6	11.8	6.6	0.186	0.035	2.790	0.504
65-69	6,730	83.2	11.5	5.4	0.170	0.034	3.177	0.560
70-74	4,735	86.2	10.4	3.4	0.093	0.018	2.715	0.469
75+	7,163	89.9	8.3	1.8	0.054	0.010	2.956	0.493
รวม	**88,151**	**79.75**	**9.42**	**10.83**	**0.200**	**0.011**	**1.843**	**0.096**

ที่มา: รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562

3.5.3 วิธีการคำนวณตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่าง

1. วิธีการคำนวณค่า alcohol attributable fractions

การวัดความชุกของการเกิดโรคเป็นดัชนีที่บอกให้ทราบว่า มีโรคเกิดขึ้นมากน้อยเท่าใดในกลุ่มประชากรที่สนใจ การวัดผลกระทบทางสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สนใจ จึงเป็นตัวชี้วัดที่จะบอกสัดส่วนผลกระทบว่า ถ้ามีมาตรการในการป้องกันหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้เท่าไหร่ในกลุ่มประชากร การคำนวณตัวชี้วัดนี้จะใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นตัวแปรที่นำมาใช้ในการคำนวณ ดังนั้น การคำนวณหาค่าสัดส่วนผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์จากโรคเรื้อรัง (chronic health conditions) เป็นการวัดผลกระทบทางสุขภาพของประชาชน โดยใช้สูตรการคำนวน population attributable fraction (PAF) ของ Levin[11] ดังนี้

$$PAF = \frac{P_e \times (RR - 1)}{P_e \times (RR - 1) + 1}$$

โดยที่ P_e = สัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ระดับต่าง ๆ ของประชากรไทย
RR = ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ระดับต่าง ๆ

โดยแหล่งที่มาของข้อมูลสัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ระดับต่าง ๆ ของประชากรไทยนำมาจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2564 และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) นำมาจากการศึกษาของของ Rehm และคณะ อ้างอิงในการศึกษาของธัชนันท์ โกมลไพศาล[12] และการศึกษาเรื่อง alcohol-attributable fractions for England: an update Appendix 2: technical appendix ของ Ashton และคณะ[2] โดยรวบรวมค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2563 เพื่อใช้ในการคำนวณค่า alcohol attributable fraction สาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตบางโรค การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยสามารถลดความเสี่ยงได้ และเมื่อดื่มถึงระดับปริมาณหนึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ดังนั้น ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของโรคเหล่านี้ จึงมีค่าน้อยกว่าหนึ่ง และทำให้จำนวนการป่วยและเสียชีวิตลดลงได้ อย่างไรก็ตาม มีรายงานจากการศึกษาของ Burton และคณะ พบว่า ไม่มีระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ปลอดภัยและช่วยป้องกันการป่วยและเสียชีวิตได้[13] ตามรายละเอียดดัง**ตารางที่ 3.5.2 และตารางที่ 3.5.3**

สำหรับการวิเคราะห์ผลกระทบสุขภาพจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ (acute health conditions) ใช้สูตรการคำนวณจาก Ashton และคณะ โดยกำหนดให้การดื่มหนักอย่างเดียวในครั้งเดียว (binge drinkers) ให้มีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากันทั้งในเพศชายและหญิง

$$AAF_{injury} = \frac{P_{abs} + P_{former} + P_{nonbinge} + (P_{binge1} * RR_{binge1}) - 1}{P_{abs} + P_{former} + P_{nonbinge} + (P_{binge1} * RR_{binge1})}$$

โดยที่ $P_{binge1} = P_{dayatrisk} * P_{daysatrisk} * (RR_{crude} - 1) + 1$
P_{abs} = สัดส่วนผู้ไม่เคยดื่ม (lifetime abstainers) ตามอายุและเพศ
P_{former} = สัดส่วนผู้เลิกดื่ม (former drinkers) ตามอายุและเพศ
$P_{nonbinge}$ = สัดส่วนผู้ดื่มปัจจุบัน (current drinkers) แต่ไม่ได้ดื่มอย่างหนัก ตามเพศและอายุ

P_{binge1} = สัดส่วนผู้ดื่มปัจจุบัน (current drinkers) และไม่ได้ดื่มอย่างหนัก ตามเพศและอายุ

RR_{binge1} = Risk ratio ของการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว ที่ปรับจำนวนครั้งที่ดื่ม และระยะเวลาที่ดื่ม

$P_{dayatrisk}$ = สัดส่วนของครั้งที่ดื่มอย่างหนัก

$P_{daysatrisk}$ = ร้อยละของวันที่ดื่มอย่างหนัก

RR_{crude} = ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ที่ดื่มอย่างหนักที่ระดับต่าง ๆ

2. การวัดการป่วยและการเสียชีวิต (measures of morbidity and mortality)

เป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดความมากน้อยของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดโดยวิธีการคำนวนอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะใช้สูตรการคำนวณเช่นเดียวกับอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตโดยทั่วไป ซึ่งจำนวนป่วยและจำนวนการเสียชีวิตที่ใช้ในการคำนวณจะถูกปรับคูณด้วยค่าสัดส่วนผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable fractions: AAF) ก่อน ในหนังสือเล่มนี้ จะยกตัวอย่างสูตรคำนวณอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิต ดังนี้

อัตราป่วย/เสียชีวิตอย่างหยาบ (crude morbidity/mortality rate): เป็นการวัดปริมาณการป่วยและเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ในช่วงเวลาที่กำหนด

$$= \frac{\text{จำนวนป่วยหรือเสียชีวิตที่ปรับด้วยค่า AAF}}{\text{จำนวนประชากรกลางปีในช่วงระยะเวลาเดียวกัน}} \times 100{,}000$$

หน่วย: จำนวนป่วยหรือเสียชีวิตต่อ 100,000 ประชากรต่อปี

การวิเคราะห์ข้อมูล จะนำค่า AAF มาคูณกับจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด (จำนวนเสียชีวิต x AAF แยกตามรายสาเหตุ) ได้เป็นจำนวนที่เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรควัณโรคในผู้ชายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 355 คน เมื่อคิดเป็นจำนวนที่มีผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (AAF = 0.291) จะได้เท่ากับ 104 คน เป็นต้น เมื่อนำผลรวมจากสาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มฯ ทั้งหมดรวมกันทุกโรคก็จะได้เป็นจำนวนเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องฯ ในแต่ละปี และคิดเป็นอัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากร โดยใช้ตัวเลขนี้หารด้วยจำนวนประชากรกลางปีของปีนั้น และคูณด้วยหนึ่งแสนรายละเอียดจำนวนการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์

ตารางที่ 3.5.4 จำนวนการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและจำนวนการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พ.ศ.	ชาย		หญิง	
	จำนวนเสียชีวิตทั้งหมดด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้อง (alcohol related death)	จำนวนเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol attributable death)	จำนวนเสียชีวิตทั้งหมดด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้อง (alcohol related death)	จำนวนเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol attributable death)
2558	87720	7570	47668	1138
2559	94295	8379	51192	1257
2560	93502	8155	51405	1213
2561	93132	8045	50728	1190
2562	99804	9372	54322	1494

ที่มา: รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562

อัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากร คำนวนโดยใช้จำนวนการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n) หารด้วยจำนวนประชากรกลางปี (N) ของปีนั้น และคูณด้วยหนึ่งแสน (k) โดยข้อมูลประชากรกลางปีของประเทศไทยได้มาจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มอายุและจังหวัด พ.ศ. 2553-2564 โดยคำจำกัดความของจำนวนประชากรกลางปี คือ จำนวนประชากรประเทศไทยของปีแต่ละปี อันเป็นประชากรคาดประมาณ ณ วันกลางปี (1 กรกฎาคม) ของปีนั้น ๆ คำนวณจากจำนวนประชากรตามประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครองฯ กระทรวงมหาดไทย

โดยปกติ อัตราเสียชีวิตอย่างหยาบจะนำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่มากนัก เนื่องจากเป็นอัตราเสียชีวิตโดยรวม ทำให้ไม่ทราบกลุ่มประชากรเสี่ยงว่าเป็นกลุ่มอายุใด หรือกลุ่มเพศใด รวมทั้งเป็นการป่วยหรือเสียชีวิตจากสาเหตุใด จึงทำให้ไม่มีประโยชน์ในการป้องกันควบคุม และอัตรานี้อาจไม่เหมาะในการที่จะนำไปใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างชุมชน เนื่องจากชุมชนต่างกันจะมีโครงสร้างของประชากรตามเพศและอายุต่างกัน ทำให้อาจเกิด bias หรือการแปลผลผิดพลาดในการเปรียบเทียบได้

ตารางที่ 3.5.5 อัตราเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562

	2558	2559	2560	2561	2562
ชาย	23.71	26.27	25.51	25.11	29.20
หญิง	3.44	3.79	3.65	3.57	4.46
รวม	**13.39**	**14.82**	**14.37**	**14.12**	**16.58**

ที่มา: รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562

อัตราป่วย/เสียชีวิตเฉพาะ (specific morbidity/mortality rate)

อัตราเสียชีวิตเฉพาะ หมายถึง อัตราเสียชีวิตที่คำนวณเฉพาะกลุ่มบุคคล เช่น อัตราเสียชีวิตเฉพาะอายุ หมายถึง อัตราเสียชีวิตที่คำนวณแยกตามกลุ่มบุคคลอายุต่าง ๆ อัตราเสียชีวิตเฉพาะสาเหตุ หมายถึง อัตราเสียชีวิตที่คำนวณแยกตามสาเหตุการเสียชีวิต เป็นต้น อัตราเสียชีวิตเฉพาะนี้ จะมีประโยชน์ค่อนข้างมาก เพราะจะทำให้นักสาธารณสุขทราบได้ว่า ประชากรในชุมชนนั้น ๆ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยสาเหตุใดสูง ซึ่งจะทำให้สามารถวางแผนควบคุมป้องกันได้

อัตราป่วย/เสียชีวิตเฉพาะสาเหตุ (cause specific morbidity/mortality rate)

$$= \frac{\text{จำนวนป่วยหรือจำนวนเสียชีวิตทั้งหมดด้วยสาเหตุที่สนใจในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}} \times 100{,}000$$

หน่วย: จำนวนป่วยหรือเสียชีวิตต่อ 100,000 ประชากรต่อปี

สาเหตุการเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์มีมากกว่า 200 กลุ่มโรค[14,15] การวิเคราะห์อัตราการป่วยหรือเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีความสำคัญ เพื่อทราบขนาดของปัญหาสุขภาพและภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าควรดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องต่อไป

ตารางที่ 3.5.6 อัตราการเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิตและเพศ ปี พ.ศ. 2558-2562 (หน่วย: ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี)

สาเหตุการเสียชีวิต	ชาย					หญิง				
	2558	2559	2560	2561	2562	2558	2559	2560	2561	2562
วัณโรค	0.37	0.33	0.44	0.55	0.64	0.02	0.02	0.03	0.03	0.04
โรคเอดส์	1.14	1.01	1.02	0.99	0.88	0.20	0.17	0.17	0.17	0.14
มะเร็งช่องปาก/โพรงจมูก	1.74	1.93	1.91	2.06	2.09	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10
มะเร็งหลอดอาหาร	1.31	1.40	1.44	1.56	1.57	0.04	0.03	0.04	0.04	0.04
มะเร็งลำไส้	0.40	0.45	0.48	0.50	0.54	(0.02)	(0.02)	0.02)	0.02)	0.02)
มะเร็งท่อน้ำดี	1.68	1.75	1.68	1.64	1.67	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.08)	(0.08)
มะเร็งกล่องเสียง	0.22	0.20	0.20	0.22	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
มะเร็งเต้านม	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.11	0.11	0.12	0.13
เบาหวาน	(0.15)	(0.22)	(0.28)	(0.19)	(0.21)	(0.09)	(0.12)	(0.15)	(0.10)	(0.11)
พิษสุราเฉียบพลัน	3.19	3.46	3.64	3.60	4.56	0.35	0.36	0.34	0.38	0.43
โรคลมชัก	0.32	0.36	0.36	0.35	0.48	0.04	0.04	0.04	0.04	0.05
โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง	1.67	1.68	1.75	1.76	1.93	(0.10)	(0.10)	(0.11)	(0.11)	(0.11)
โรคหัวใจขาดเลือด	(4.03)	(4.42)	(4.42)	(4.43)	(4.45)	(1.39)	(1.48)	(1.42)	(1.42)	(1.36)
โรคหัวใจโตจากแอลกอฮอล์	0.02	0.02	0.01	0.01	0.04	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	0.02	0.05	0.02	0.02	0.06	0.01	0.01	0.01	0.00	0.02
โรคหลอดเลือดสมองแตก	2.95	3.33	3.39	3.37	3.76	0.45	0.49	0.51	0.50	0.56
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	1.42	1.72	1.57	1.61	1.90	0.31	0.37	0.34	0.35	0.39
โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากการดื่มเหล้า	0.02	0.03	0.01	0.01	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ตารางที่ 3.5.6 อัตราการเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิตและเพศ ปี พ.ศ. 2558-2562 (ต่อ) (หน่วย: ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี)

สาเหตุการเสียชีวิต	ชาย					หญิง				
	2558	2559	2560	2561	2562	2558	2559	2560	2561	2562
โรคตับจากการดื่มเหล้า	5.55	6.38	5.81	5.34	6.53	1.52	1.48	1.46	1.47	1.89
โรคตับ	5.23	6.10	5.76	5.45	6.17	1.98	2.40	2.29	2.08	2.36
โรคนิ่วในถึงน้ำดี	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ	0.42	0.43	0.43	0.44	0.51	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ที่มา: รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางสาเหตุการเสียชีวิตสามารถลดเสียชีวิตได้ เนื่องจากค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์น้อยกว่าหนึ่ง จึงทำให้ค่าตัวเลขติดลบ

ข้อสังเกต ความเชื่อถือได้ของข้อมูลการเสียชีวิตเฉพาะสาเหตุนี้ ขึ้นอยู่กับความถูกต้องของการลงบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตเป็นสำคัญ ในประเทศไทย พบว่า ความถูกต้องของการลงสาเหตุการเสียชีวิตจะค่อนข้างเชื่อถือได้ถ้าเป็นการเสียชีวิตในโรงพยาบาล อย่างไรก็ดี ในประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเป็นการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล และพบว่า การเสียชีวิตจากสาเหตุที่ไม่ระบุแน่ชัดมีประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมด ดังนั้น อัตราเสียชีวิตตามสาเหตุที่มีอยู่และอ้างอิงได้ อาจจะมีจำนวนน้อยกว่าที่เป็นจริง

อัตราป่วย/เสียชีวิตเฉพาะกลุ่มอายุและเพศ

(age-sex specific morbidity/mortality rate)

$$= \frac{\text{จำนวนป่วย/เสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุและเพศที่สนใจในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรกลางปีในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน}} \times 100{,}000$$

หน่วย: จำนวนป่วยหรือเสียชีวิตต่อ 100,000 ประชากรต่อปี

ตารางที่ 3.5.7 อัตราเสียชีวิตเฉพาะอายุจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (age specific mortality rate [alcohol attributable deaths]) (หน่วย: ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี)

กลุ่มอายุ (ปี)	2558			2559			2560		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
0-4	0.49	0.12	0.31	0.41	0.10	0.26	0.46	0.04	0.25
5-14	0.39	0.05	0.23	0.35	0.04	0.20	0.33	0.04	0.19
15-24	1.91	0.25	1.10	2.09	0.19	1.16	2.08	0.24	1.18
25-34	7.89	0.79	4.37	8.37	0.77	4.60	7.27	0.64	3.99
35-44	27.70	3.62	15.51	30.54	3.20	16.70	28.51	3.41	15.83
45-54	43.77	7.06	24.67	48.84	7.37	27.25	46.46	7.32	26.07
55-64	53.84	7.84	29.37	58.94	9.77	32.77	59.04	8.61	32.19
65-74	56.70	8.19	30.16	59.50	9.03	31.88	54.40	8.22	29.09
75+	70.57	3.70	31.22	71.53	4.56	32.30	70.53	3.94	31.52
รวม	**23.71**	**3.44**	**13.39**	**26.27**	**3.79**	**14.82**	**25.51**	**3.65**	**14.37**

ที่มา: รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562

3.5.4 บทสรุป

ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การป่วย บาดเจ็บและเสียชีวิต ด้วยสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถวิเคราะห์ได้จากอัตราป่วยหรือเสียชีวิตในภาพรวม (อัตราป่วยหรืออัตราเสียชีวิตอย่างหยาบ) หรือหาอัตราป่วย อัตราเสียชีวิตเฉพาะกลุ่มอายุและเพศ ซึ่งอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตจะมีประโยชน์ในการศึกษาความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในประชากรแต่ละกลุ่ม (กลุ่มประชากรเสี่ยง หรือ population at risk) เมื่อพบว่า ประชากรกลุ่มใด อายุใดเสี่ยงต่อการป่วย หรือการเสียชีวิตสูงจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น ผู้กำหนดนโยบาย นักสาธารณสุข จะใช้ข้อมูลนี้เป็นศึกษาถึงสาเหตุการป่วยหรือการเสียชีวิตในกลุ่มนั้นว่า ป่วยและเสียชีวิตเพราะสาเหตุใด มีปัจจัยใด

บ้างที่มีความสัมพันธ์การเจ็บป่วยนั้น รวมทั้งถ้าลดความเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จะช่วยป้องกันการป่วย การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เท่าไหร่ (population attributable fraction) ข้อมูลตัวชี้วัดเหล่านี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการสาธารณสุขต่อไป หรือวิเคราะห์อัตราเสียชีวิตเฉพาะอายุในกลุ่มสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เพื่อทำการป้องกันโรคหรือดำเนินการรักษาให้มีประสิทธิผลดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Nontarak J, Rehm J, Rovira P, Assanangkornchai S. Alcohol-attributable deaths in Thai people from 2015 to 2021 using the comparative risk assessment approach. Alcohol Clin Exp Res (Hoboken) 2025;49:142-52.
2. Ashton S. Alcohol-attributable fractions for England: an update. 2020;27.
3. Imtiaz S, Shield KD, Roerecke M, Samokhvalov AV, Lönnroth K, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. Eur Respir J [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 12];50:1700216. Available from: https://erj.ersjournals.com/content/50/1/1700216
4. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose–response meta-analysis. Br J Cancer 2015;112:580-93.
5. Knott C, Bell S, Britton A. Alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of more than 1.9 million individuals from 38 observational studies. Diabetes Care 2015;38:1804-12.
6. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Hypertens (Greenwich) 2012;14:792-8.
7. Angus C, Henney M, Webster L, Gillespie D. Alcohol-attributable diseases and dose-response curves for the Sheffield Alcohol Policy Model version 4.0. [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 13]. Available from: https://core.ac.uk/display/200209396
8. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet 2018;391:1513-23.

9. Shabanzadeh DM, Sørensen LT, Jørgensen T. Determinants for symptomatic gallstone disease readmissions – results from a cohort with screen-detected gallstone disease. J Visc Surg 2019;156:387-96.
10. Taylor BJ, Shield KD, Rehm JT. Combining best evidence: a novel method to calculate the alcohol-attributable fraction and its variance for injury mortality. BMC Public Health 2011;11:265.
11. Levin ML. The occurrence of lung cancer in man. Acta Unio Int Contra Cancrum 1953; 9:531-41.
12. ธัชนันท์ โกมลไพศาล. การประเมินต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
13. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. Lancet 2018;392: 987-8.
14. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396:1223-49.
15. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Addiction 2017;112:968-1001.

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.6 ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (alcohol's harm to others)

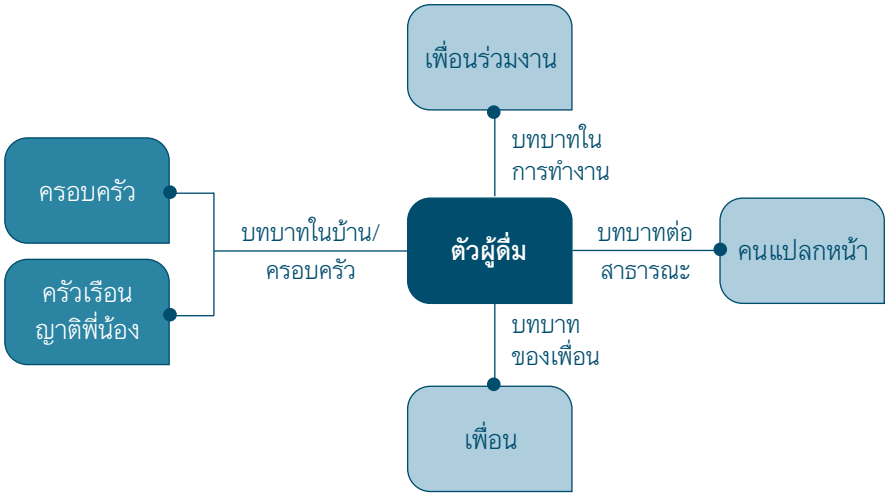
| อรทัย วลีวงศ์

3.6.1 บทนำ

ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (alcohol's harm to others) เป็นมิติหนึ่งผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ นอกเหนือจากผลกระทบของการดื่มต่อตัวผู้ดื่มเอง โดยทั่วไปมีการศึกษาผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นอยู่บ้างแล้ว อาทิ การศึกษาสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรจากการดื่มแอลกอฮอล์ คดีอาชญากรรมและการใช้ความรุนแรงและการทะเลาะของคนดื่มแอลกอฮอล์ แต่ส่วนใหญ่การศึกษาผลกระทบเหล่านี้มักวัดจากผลของพฤติกรรมหลังการดื่มของคนดื่มและเก็บข้อมูลของมุมมองผู้ดื่ม กล่าวคือ ศึกษาโดยดูว่าผู้ดื่มหลังดื่มสร้างผลกระทบเชิงลบอะไรบ้างและรายงานเป็นค่าความชุกของผลกระทบที่วัดข้อมูลจากผู้ดื่ม แต่การศึกษาผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นในช่วงสิบปีที่ผ่านมามีความชัดเจนมากขึ้น ว่าต้องศึกษาผ่านมุมมองของผู้ได้รับผลกระทบในประชาชนทั่วไป (หรือมุมของเหยื่อ ผู้เคราะห์ร้าย ผู้ประสบเหตุ) ถึงจะได้ภาพขนาดของปัญหาที่แท้จริง

ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นที่อยู่รอบข้างผู้ดื่ม หรืออาจรู้จักกันว่า “ผลกระทบเหล้ามือสอง” สามารถพิจารณาขอบเขตได้หลากหลายมิติ เช่น ประเภทของผลกระทบ เช่น ผลกระทบต่อจิตใจ ร่างกาย เพศ ทรัพย์สิน การดำรงชีวิต สัมพันธภาพ หรือผลกระทบทางสังคม ระดับความรุนแรงของปัญหา โดยอาจครอบคลุมตั้งแต่ความรุนแรงในระดับเล็กน้อย (ซึ่งในบางบริบทอาจถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา) เช่น การรู้สึกรำคาญใจ จนถึงผลกระทบที่รุนแรงมาก เช่น การถูกคุกคาม การรู้สึกไม่ปลอดภัย การถูกทำร้ายร่างกาย และ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบ ซึ่งสะท้อนระดับของผลกระทบได้

สำหรับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ ในการศึกษามักพิจารณาตามบทบาทหลักทางสังคม (social role) ของตัวผู้ดื่มกับผู้ได้รับผลกระทบเป็นหลัก ซึ่งจัดแบ่งได้ 5 รูปแบบความสัมพันธ์ **(ภาพที่ 3.6.1)** ได้แก่ (1) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น ลูก คู่สมรสหรือคู่รัก พ่อ แม่ (2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นครัวเรือน เช่น ญาติ พี่น้อง (3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือ คนรู้จักอื่น ๆ (4) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน เช่น เพื่อนร่วมงานหรือนายจ้าง และ (5) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือในที่สาธารณะ จากคนแปลกหน้าที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน โดยในภาพกว้างอาจพิจารณาศึกษาตามความรู้จักกับผู้ดื่มว่าเป็นคนดื่มที่รู้จัก (known drinkers) หรือ คนดื่มที่ไม่รู้จักหรือเป็นคนแปลกหน้าในที่สาธารณะทั่วไป (stranger) ก็ได้[1]



ภาพที่ 3.6.1 | ความสัมพันธ์และบทบาททางสังคมหลักของผลกระทบระหว่างผู้ดื่มกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ[1]

3.6.2 วิธีการศึกษาผลกระทบจากการดื่มต่อคนอื่น

การศึกษาผลกระทบจากการดื่มต่อคนอื่น โดยทั่วไปมี 3 วิธีการศึกษาหลัก[2] ได้แก่

1. การสำรวจประชากร (population survey) เพื่อวัดความชุกในประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรเฉพาะของการได้รับเหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบเชิงลบที่หลากหลายจากการดื่มของคนดื่มในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักเก็บด้วยวิธีการสัมภาษณ์ต่อหน้า (face-to-face interview) เนื่องจากแบบสอบถามต้องอาศัยคำอธิบายนิยามหรือเหตุการณ์อยู่มากและข้อคำถามที่มีความอ่อนไหวต้องอาศัยเทคนิคของผู้สัมภาษณ์ด้วย

2. การวิเคราะห์สถิติหรือทะเบียนข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกับการดูแลและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ (register data analyses) โดยเฉพาะผลกระทบจากการดื่มที่เกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การก่ออาชญากรรมต่อชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน และการเกิดอุบัติเหตุจราจร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล สถานีตำรวจ องค์กรดูแลช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิเด็กและผู้หญิง โดยข้อมูลที่สนใจศึกษาด้วยวิธีนี้คือ ข้อมูลสัดส่วนของปัญหาผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์จากรายงานหรือสถิติผลกระทบทั้งหมดในแต่ละประเภท (สัดส่วนของจำนวนผู้ได้รับผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนอื่นต่อจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด) และข้อมูลแนวโน้มของจำนวนผู้ใช้บริการที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนอื่น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในฐานข้อมูลของหน่วยงานของประเทศไทยถือว่ายังมีอยู่อย่างจำกัด เพราะหน่วยงานส่วนใหญ่ไม่มีการเก็บข้อมูลความข้องเกี่ยวของการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดปัญหาอย่างเป็นระบบหรือแยกตัวแปรออกมาชัดเจน โดยข้อมูลที่มีอยู่ยังจำกัดเฉพาะพฤติกรรมการดื่มของตัวผู้รับบริการเองมากกว่าการเก็บข้อมูลในมุมมองของผู้ได้รับผลกระทบในรายบุคคล ไม่มีคำถามเฉพาะเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำในแบบฟอร์มสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ จึงทำให้ยังไม่ทราบสัดส่วนหรือขนาดของปัญหาที่แท้จริงในสังคมได้ และรูปแบบการจัดเก็บส่วนใหญ่ยังอยู่ในรูปแบบแฟ้มประวัติหรือเอกสาร ทำให้การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลความสัมพันธ์ต่าง ๆ ยังไม่สามารถทำได้

3. การศึกษาจากกรณีศึกษา (agency caseload studies) การศึกษาวิธีนี้อาจศึกษาได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้ที่ไปใช้บริการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ เช่น สถานีตำรวจ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล สำนักคุ้มครองสวัสดิภาพหญิงและเด็ก ข้อมูลเชิงปริมาณมักสนใจศึกษาการไปใช้บริการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการทั้งหมดและเก็บตัวแปรความเกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ทั้งหมด ก่อนคำนวณออกเป็นข้อมูลสัดส่วนของผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จากผลกระทบทั้งหมดในหน่วยงานที่ศึกษา ส่วนเชิงคุณภาพ การศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกรณีศึกษาที่สามารถอธิบายบทบาทของแอลกอฮอล์

ต่อการเกิดผลกระทบได้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) หรือการเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือ สัดส่วนที่ทำให้เกิดปัญหา (attribution) ระหว่างการดื่มของผู้ดื่มคนหนึ่งและการเกิดผลกระทบกับบุคคลอื่นซึ่งอาจมีพลวัตรและมีความซับซ้อนของเหตุการณ์ อธิบายความเชื่อมโยงเมื่อเกิดปัญหาผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ (ของบุคคลอื่น) จนเข้ามาสู่ระบบ กลไกการก่อหรือการได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ รูปแบบของผลกระทบได้ ซึ่งมีประโยชน์ในการออกแบบมาตรการหรือนโยบายเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบตามความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) หรือป้องกันการเกิดเหตุและลดความรุนแรงของผลกระทบได้ในระหว่างกลไกการเกิดปัญหาช่วงต่าง ๆ ได้

หากทำการศึกษาด้วยสามวิธีวิจัยนี้เสริมกันในสังคมหรือพื้นที่เดียวกัน จะทำให้ได้ภาพสถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มต่อคนอื่นได้ครอบคลุมมากขึ้นทั้งขนาดความซุกของปัญหาและแบบแผนของปัญหาในสังคมหนึ่ง ๆ ได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลกระทบเหล่านี้มีความอ่อนไหว ผู้ตอบอาจรู้สึกกลัวหรือไม่ปลอดภัยการเปิดเผยข้อมูลหรือกลัวการถูกตีตราจากสังคม จึงอาจทำให้ข้อมูลที่รายงานมีค่าต่ำกว่าความเป็นจริงได้ (under report) และผู้วิจัยต้องมีการกำกับงานวิจัยและให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักการด้านจริยธรรม 4 ประการคือ ความสมัครใจในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลกระทบจากการดื่มต่อคนอื่นโดยรวมด้วยมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม (social cost) ซึ่งเป็นการศึกษาที่วัดผลกระทบต่อสังคมโดยรวมออกมาเป็นมูลค่าตัวเงินของผลกระทบทุกประเภทหรือเฉพาะประเภท โดยศึกษาทั้งต้นทุนที่จับต้องได้ (ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม) และต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ ต้นทุนดังกล่าว ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการสังคม ต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหาย ต้นทุนจากการการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานและการขาดประสิทธิภาพในการทำงาน หรือจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งต้องใช้ข้อมูลจากทะเบียนข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.6.3 ตัวอย่างแบบสำรวจผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น

การศึกษาผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นมีความก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ มีผลงานวิจัยตีพิมพ์จากการศึกษาทั่วโลกโดยนักวิชาการหลายกลุ่ม แบบสอบถามตามโครงการวิจัยต้นแบบภายใต้ความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและและสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ[3]

ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่มีการใช้ศึกษาอย่างกว้างขวางกว่า 40 ประเทศทั่วโลกเพื่อวัดขนาดและขอบเขตของผลกระทบดังกล่าวอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเหตุการณ์ผลกระทบสามารถวัดเป็นความถี่ ความรุนแรง ลักษณะของกลุ่มประชากรผู้ได้รับผลกระทบและผลกระทบบางอย่างมีการเก็บข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ในระดับบุคคลด้วยได้ ได้แก่ มูลค่าความสูญเสียทรัพย์สินและข้าวของเป็นตัวเงิน หรือ เวลาที่สูญเสียไปจากการต้องหยุดงานหรือสูญเสียรายได้จากเหตุการณ์การได้รับผลกระทบ **(ตารางที่ 3.6.1)**

ตารางที่ 3.6.1 ตัวอย่างคำถามในแบบสำรวจผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น

มิติผลกระทบ	ตัวอย่างประเด็นคำถาม
ผลกระทบโดยรวมจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น (ทุกความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบ)	ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (พร้อมระบุความถี่ และ ความเกี่ยวข้องกับผู้ดื่ม; เพื่อนคนในครอบครัว หรือ คนแปลกหน้า) • พูดจาหยาบคายใส่ (insulted) • ผลักหรือชน (pushed or shoved) • ทำร้ายร่างกาย (physically harmed) • คุกคาม ทำลายข้าวของเสื้อผ้า (+มูลค่าความสูญเสีย) • เข้าไปเกี่ยวข้องอุบัติเหตุจราจรที่มีการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้อง (+มูลค่าความสูญเสีย) • ทำลายทรัพย์สิน บ้านเรือน รถยนต์ (+มูลค่าความสูญเสีย) • โดยสารรถที่คนขับดื่มแอลกอฮอล์ • ถูกรบกวน รู้สึกรำคาญในสถานที่ส่วนบุคคลหรืองานเลี้ยง • รู้สึกถูกขมขู่ หวาดกลัวเพราะการดื่มของผู้อื่น ในสถานที่ส่วนบุคคลหรืองานเลี้ยง • มีปัญหาภายในครอบครัว หรือชีวิตสมรสจากการดื่มของผู้อื่น • มีปัญหากับเพื่อน หรือเพื่อนบ้านเพราะการดื่มของพวกเขา • มีปัญหาการเงิน เพราะการดื่มของผู้อื่น (+มูลค่าความสูญเสีย)
ผลกระทบจากคนแปลกหน้าที่ดื่มที่เกิดในชุมชนหรือสถานที่สาธารณะ	จำนวนครั้งของผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดในชุมชน • ถูกรบกวนจากผู้อื่นที่ดื่มในสถานที่สาธารณะ • รู้สึกหวาดกลัว เมื่อต้องเผชิญกับผู้อื่นที่ดื่มในสถานที่สาธารณะ • นอนไม่หลับเพราะการส่งเสียงดังจากวงสุราหรือผู้มึนเมา • รู้สึกไม่ปลอดภัย เพราะการดื่มของผู้อื่นในสถานที่สาธารณะ

ตารางที่ 3.6.1 ตัวอย่างคำถามในแบบสำรวจผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (ต่อ)

มิติผลกระทบ	ตัวอย่างประเด็นคำถาม
ภาระในการดูแลผู้ดื่ม (Caring for drinker)	ถามจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ไปในเหตุการณ์ต่อไปนี้ • ที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ของพวกเขา • ที่ต้องรับผิดชอบดูแลเด็ก (หรือคนอื่น ๆ) แทนสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ของพวกเขา • ที่ต้องทำความสะอาด ภายหลังการดื่มของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น • ที่ต้องไปรับหรือส่งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่นไปส่งที่บ้าน เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ของพวกเขา
การใช้บริการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของผู้ได้รับผลกระทบ	การใช้บริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น ได้แก่ • การแจ้ง/ขอความช่วยเหลือจากตำรวจ การไปรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล (ระบุจำนวนครั้ง, จำนวน ชม. หรือวันที่ใช้ไป) • การไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล (ระบุจำนวนครั้ง, จำนวน ชม.หรือวันที่ใช้ไป, ค่ารักษาพยาบาล) • การไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ (ระบุจำนวนครั้ง, จำนวน ชม. หรือวันที่ใช้ไป, ค่ารักษาพยาบาล) • การไปขอรับคำปรึกษาที่ศูนย์ให้คำปรึกษาต่าง ๆ เช่น ฮอทไลน์ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (ระบุจำนวนครั้ง, จำนวนชม. หรือวันที่ใช้ไป, ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น) • การขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้นำศาสนา, เพื่อน (ระบุจำนวนครั้ง, จำนวน ชม. หรือวันที่ใช้ไป) • จำนวนวันที่ต้องหยุดงานหรือการใช้ชีวิตปกติ เพื่อไปขอความช่วยเหลือดังกล่าวข้างต้น (จำนวนวันที่หยุดงาน)
ความข้องเกี่ยวกับนักดื่มหนัก	ความข้องเกี่ยวกับนักดื่มหนักที่รู้จัก ตามความสัมพันธ์ทางสังคม ต่อไปนี้: คู่สมรส/คู่รัก อดีตคู่สมรส/อดีตคู่รัก ลูกหรือลูกเลี้ยง ลูกที่อายุต่ำกว่า 18 พ่อแม่ ปู่ตา ย่ายาย พี่ชาย/น้องชาย พี่สาว/น้องสาว ญาติผู้ชาย ญาติผู้หญิง คนรัก เพื่อนผู้ชาย เพื่อนผู้หญิง เพื่อนร่วมงาน

ตารางที่ 3.6.1 ตัวอย่างคำถามในแบบสำรวจผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (ต่อ)

มิติผลกระทบ	ตัวอย่างประเด็นคำถาม
	แต่ละความสัมพันธ์จะถามสถานะ การพักอาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกันกับนักดื่มหนัก (yes/no) และระบุการได้รับผลกระทบเชิงลบจากคนดื่มหนักเหล่านี้รายบุคคล ความถี่ที่เกิดขึ้นจากการได้รับผลกระทบต่าง ๆ จากบุคคลดังกล่าว • รู้สึกเสียใจ/ถูกเพิกเฉย (ทำให้เจ็บช้ำน้ำใจ) • ไม่อยากสนใจคนดังกล่าว คุณหยุดมอง • ถูกบังคับ/กดขี่ทางเพศ • ผลกระทบเชิงลบต่อกิจกรรมทางสังคม: ทำให้งานเลี้ยงหมดสนุก • ไม่รับผิดชอบหน้าที่ของตน • ไม่ช่วยงานบ้าน • คุณต้องหลบหน้าผู้คนเพราะอายที่คนในบ้านดื่ม • ต้องออกจากบ้านไปโดยไม่ทานอะไรเพราะมีคนดื่มในบ้าน • เคยต้องหนีออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่น • ผู้ดื่มขโมยเงินและของมีค่าของคุณ (ระบุมูลค่าความสูญเสีย) • ไม่มีเงินพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในบ้าน (ระบุมูลค่าความสูญเสีย)
ผลกระทบของการดื่มต่อเด็ก (ภายใต้การดูแลของผู้ตอบแบบสอบถาม)	ถามเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเลี้ยงดูหรือดูแลเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ตอบจะตอบจากประสบการณ์ตัวเองที่ได้พบเห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่เด็กได้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ใหญ่รอบข้างเด็ก ในเหตุการณ์ต่อไปนี้ (จำนวนครั้งและความเกี่ยวข้องระหว่างเด็กกับผู้ดื่มคนนั้น (ผู้ปกครอง, พ่อเลี้ยงแม่เลี้ยง, ผู้ดูแลตามกฎหมาย, ลูกพี่ลูกน้อง, ญาติ, เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ที่ติดต่อด้วย เช่น ครู นักบวช โค้ชกีฬา, อื่น ๆ) • ถูกทอดทิ้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย • ถูกดุด่าอย่างรุนแรง • ถูกตี ทำร้ายร่างกาย • อยู่เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงในครอบครัว • ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง • ไม่มีเงินเพียงพอสำหรับเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนภายใต้การดูแลที่เกิดขึ้นจากการดื่มของตนเอง (ผู้ตอบ)

ตารางที่ 3.6.1 ตัวอย่างคำถามในแบบสำรวจผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (ต่อ)

มิติผลกระทบ	ตัวอย่างประเด็นคำถาม
ผลกระทบจากการดื่มของเพื่อนร่วมงาน	ถามเฉพาะผู้ตอบที่ประกอบอาชีพที่มีเพื่อนร่วมงานทั้งเจ้านายและลูกน้อง ผลกระทบที่เกิดเพราะการดื่มของเพื่อนร่วมงาน (จำนวนครั้ง) • ต้องทำงานคนทดแทนผู้นั้น, • ผลิตภาพของการทำงานลดลง, • ความสามารถในการทำงานลดลง, • เกี่ยวข้องกับอุบัติของผู้นั้น, • ต้องทำงานนอกเวลา (ระบุจำนวนชั่วโมง, วันที่ต้องทำทดแทน)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพของผู้ได้รับผลกระทบ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานการประเมินคุณภาพชีวิตตามเครื่องมือ EQ-5D (The European Quality of Life Measure-5 Domain) ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนไหว (walking) การดูแลรักษาความสะอาดส่วนบุคคล (self-care, washing, dressing) การทำกิจวัตรประจำวัน (performing usual activities) อาการเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สบาย (pain and discomfort) และความรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (anxious and depressed) และการวัดดัชนีคุณภาพชีวิตส่วนบุคคล (Personal Wellbeing Index) ความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น มาตรฐานการครองชีพ, สุขภาพ, การประสบความสำเร็จในชีวิต, ความสัมพันธ์กับผู้อื่น, ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต, การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน, ความมั่นคงของชีวิต, สภาวะจิตใจ จิตวิญญาณ ร่วมด้วยได้

3.6.4 บทสรุป

ข้อมูลสถานการณ์และความรุนแรงของผลกระทบเชิงลบของแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มที่เกิดต่อบุคคลอื่น ๆ รอบข้างผู้ดื่ม มีความสำคัญมากในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายจัดการปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการสร้างผลกระทบต่อผู้อื่น (harm to others) จะสร้างตระหนักของสังคมต่อปัญหาแอลกอฮอล์ในมิติการละเมิดสิทธิของผู้อื่น (ไม่ใช่เรื่องส่วนตัวของผู้ดื่ม) มากขึ้นและสร้างความชอบธรรมให้รัฐเข้าไปแทรกแซงและออกกฎระเบียบเพื่อพิทักษ์สิทธิและป้องกันปัญหาในสังคมโดยรวม เช่นเดียวกับกรณีของการใช้ข้อมูลผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองในการพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบ

การศึกษาผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นมีความหลากหลายและซับซ้อน ต้องอาศัยความเข้าใจต่อวิธีการการศึกษาวิจัย มุมมองที่ใช้เก็บข้อมูล และธรรมชาติของลักษณะผลกระทบในระดับและบริบทต่าง ๆ การนำเสนอข้อมูลผลกระทบมิตินี้ สามารถเสนอเป็นค่าความชุกของปัญหาโดยรวมหรือรายผลกระทบ ลักษณะแบบแผนปัญหาตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบ ลักษณะประชากรที่ได้รับผลกระทบตามเพศ อายุ อาชีพ ข้อมูลการกระจายตามพื้นที่ ความสูญเสียที่เป็นตัวเงินหรือผลิตภาพการทำงาน ลักษณะของผู้ดื่มหนักที่สร้างปัญหาต่อผู้อื่น ในอนาคตหากข้อมูลมีความชัดเจนมากขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นสามารถนำไปศึกษาในข้อมูลภาระโรคหรือทำให้หมวดหมู่การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นชัดเจนมากขึ้นได้ ส่วนข้อมูลที่ได้จากหน่วยบริการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการ การเยียวยาและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ มีความคลอบคลุม และมีคุณภาพมากขึ้น โดยควรมีการศึกษาในหน่วยงานทางด้านสวัสดิการสังคม หน่วยงานบริการทางกฎหมายและระบบยุติธรรมที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากหน่วยบริการสุขภาพร่วมด้วย โดยภาควิจัยและนโยบายควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผลกระทบที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์จากหน่วยงานบริการต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลไปติดตามสถานการณ์ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องประจำปี

เอกสารอ้างอิง

1. Room R, Ferris J, Laslett AM, Livingston M, Mugavin J, Wilkinson C. The drinker's effect on the social environment: a conceptual framework for studying alcohol's harm to others. Int J Environ Res Public Health 2010;7:1855-71.
2. Room R, Laslett A-M, Jiang H. Conceptual and methodological issues in studying alcohol's harm to others. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2016;33:455-78.
3. Preampruchcha P, Suwanno N, Petchana B, Kuemee T, Tanaree A, Nontarak J, et al. The effects of others' drinking on the harms to children in Thailand: Lessons from the WHO-ThaiHealth project. PLoS One 2022;17:e0265641.

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.7 อุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มแล้วขับ)

| ธัชวุฒิ จาดบันดิสถ์

3.7.1 บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในสามสาเหตุหลักของการเสียชีวิตบนท้องถนนในประเทศไทย รองจากการขับรถด้วยความเร็วเกินกำหนด และการไม่สวมหมวกนิรภัย โดยอุบัติเหตุประเภทนี้มักเรียกกันโดยทั่วไปว่า “เมาแล้วขับ” หรือ “ดื่มแล้วขับ” วาทกรรมใหม่ที่ใช้สื่อสารให้ประชาชนตระหนักต่อปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน จากข้อมูลการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้น 284,253 ราย หรือเฉลี่ยปีละประมาณ 56,850 ราย โดยมีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมตลอดระยะเวลา 5 ปี เป็นจำนวน 373,665,378,400 บาท[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ เป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งรูปแบบการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดก่อนถึงช่วงเทศกาล หรือเริ่มดื่มในช่วงการเดินทาง ยืนยันได้จากเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2568 พบว่าอุบัติเหตุทางถนนเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และมีจำนวนสูงสุดในวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567[2] ซึ่งสอดคล้องกับ

รายงานของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ที่ระบุว่าจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยร่วมเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว[3] และในคืนวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ภาครัฐได้ขยายเวลาการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเปิดสถานบริการถึงเวลา 06.00 น. ส่งผลให้ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากดื่มแล้วขับรวม 71 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีจำนวน 63 ราย

3.7.2 ข้อจำกัดของมาตรการควบคุม

1. มาตรการต้นน้ำ: การควบคุมสถานประกอบการ

แม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่มีอาการเมาจนครองสติไม่อยู่ แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด เนื่องจากคำจำกัดความของ “เมาจนครองสติไม่อยู่” ต้องอาศัยการตีความโดยผู้ประกอบการจากพฤติกรรมของลูกค้า ซึ่งอาจคลุมเครือและไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งพื้นที่ที่มีการอนุญาตให้เปิดสถานบันเทิงถึงเวลา 04.00 น. ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ ภูเก็ต และอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมาตรการควบคุมของภาครัฐยังคงอยู่ในรูปแบบของการขอความร่วมมือจากสถานประกอบการเป็นหลัก นอกจากนี้ แนวโน้มของนโยบายภาครัฐ เช่น การผลักดันพระราชบัญญัติสุราพื้นบ้าน การลดข้อจำกัดในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขยายเวลาการดื่มเป็น 24 ชั่วโมง อาจส่งผลให้จำนวนผู้ดื่มที่ลงสู่ท้องถนนเพิ่มมากขึ้น โดยไม่มีการปรับเพิ่มมาตรการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องปราม

2. มาตรการกลางน้ำ: การบังคับใช้กฎหมาย

แม้มีการเพิ่มทั้งจำนวนและขยายเวลาจุดตรวจดื่มแล้วขับ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาล จาก 1,562 จุด เป็น 1,748 จุด ส่งผลให้จำนวนคดีดื่มแล้วขับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น เทศกาลปีใหม่ในทุกปี โดยปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 16,894 คดี ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 18,192 คดี และปี พ.ศ. 2568 จำนวน 19,651 คดี แต่จำนวนอุบัติเหตุจากดื่มแล้วขับยังมีอยู่ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนี้

2.1 ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ตรวจวัด

สำนักงานตำรวจแห่งชาติมีเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์เพียง 5,075 เครื่อง หรือเฉลี่ย 3 เครื่องต่อสถานีตำรวจ ส่งผลให้ไม่สามารถตั้งจุดตรวจได้อย่างครอบคลุม และไม่สามารถตรวจวัดแอลกอฮอล์ ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างทันท่วงที อาจต้องนำผู้ต้องสงสัยตรวจแอลกอฮอล์ที่สถานีตำรวจหรือส่งตรวจเลือดที่โรงพยาบาล

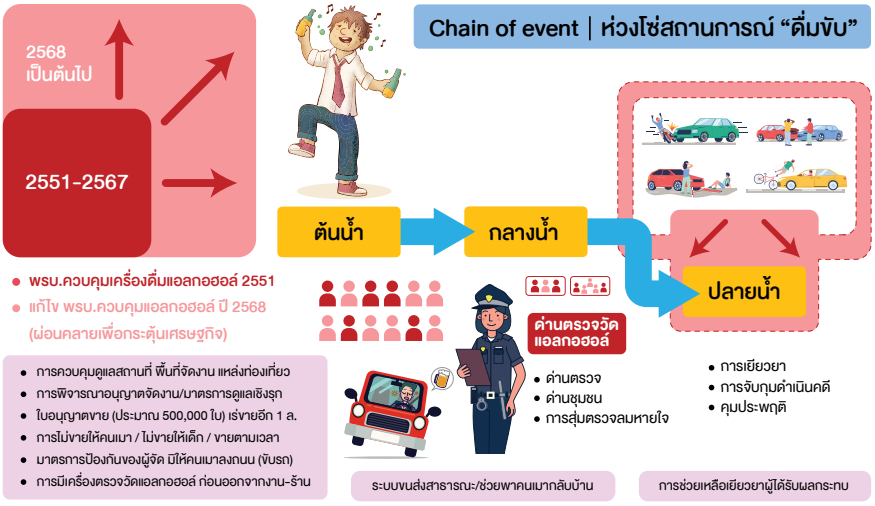
2.2 ข้อจำกัดด้านกระบวนการฟ้องร้อง

การส่งฟ้องคดีดื่มแล้วขับในกรณีถูกจับที่จุดตรวจต้องดำเนินการภายใน 48 ชั่วโมง แต่การตรวจสอบประวัติการกระทำผิดซ้ำอาจใช้เวลานานเกินกำหนด เนื่องจากต้องใช้ข้อมูลลายนิ้วมือ ใช้เวลาดำเนินการมากกว่า 2 วัน ซึ่งอำนาจศาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศาลแขวง และ ศาลจังหวัด ส่งผลให้เจ้าพนักงานต้องส่งฟ้องในศาลแขวงก่อน หากภายหลังพบว่ามีประวัติการกระทำผิดซ้ำ อาจทำให้การลงโทษไม่สอดคล้องกับความร้ายแรงของคดี และลดความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมาย ประชาชนไม่เกรงกลัว และพร้อมเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำ สะท้อนให้เห็นจำนวนคดีดื่มแล้วขับเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปีนั่นเอง

2.3 ข้อจำกัดด้านการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือด

การตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดควรดำเนินการภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ระดับแอลกอฮอล์เข้มข้นที่สุด อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน และการขาดแคลนอุปกรณ์ตรวจวัด ส่งผลให้ต้องส่งตัวผู้ต้องสงสัยไปยังโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดการประวิงเวลาและส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลตรวจ ส่งผลต่อการฟ้องร้องคดีและหลายครั้งของการต่อสู้คดีความผู้กระทำผิดไม่ได้รับการลงโทษ ไม่ต้องติดคุกและรอลงอาญา เหยื่อไม่ได้รับการเยียวยา ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในกระบวนการบังคับใช้กฎหมายทั้งระบบ

แม้ประเทศไทยจะมีความพยายามในการเพิ่มมาตรการควบคุมและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับดื่มแล้วขับ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในหลายด้าน ทั้งในระดับต้นน้ำและกลางน้ำ ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุดื่มแล้วขับยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในห่วงโซ่สถานการณ์ดื่มแล้วขับ **(ภาพที่ 3.7.1)** การปรับปรุงมาตรการควบคุมอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันความสูญเสียในอนาคต



ภาพที่ 3.7.1 | ห่วงโซ่สถานการณ์ดื่มแล้วขับ

3.7.3 การกำหนดตัวชี้วัดดื่มแล้วขับและการกำกับติดตาม

การดำเนินงานเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการดื่มแล้วขับ จำเป็นต้องมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมตั้งแต่ระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ทั้งนี้ การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนถือเป็นกลไกสำคัญในการลดความรุนแรงของอุบัติเหตุดื่มแล้วขับ และใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยในระดับสากล การคำนวณค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดดื่มแล้วขับอ้างอิงจากแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุไว้ในรายงาน Global Status Report on Road Safety โดยใช้สูตรการคำนวณ “proportion of road traffic fatalities involving alcohol”[4] เพื่อแสดงภาพรวมของปัญหาและแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยง ดังนี้

$$\text{อัตรา (หรือร้อยละ) อุบัติเหตุดื่มแล้วขับ} = \frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตในเหตุที่ตรวจพบแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์}}{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด}} \times 100$$

การเก็บข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตในเหตุที่ตรวจพบแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์จะอ้างอิงจากการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration: BAC) ของผู้ขับขี่หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด โดยในประเทศไทยกำหนดไว้ที่เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (หรือ 0.05%) สำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป และ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์สำหรับผู้ขับขี่ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งนี้ เกณฑ์ดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศไทยได้มีการนำแนวทางการคำนวณดังกล่าวมาใช้ในการติดตามสถานการณ์ โดยมีหลายหน่วยงานที่ร่วมกันเก็บข้อมูล ได้แก่

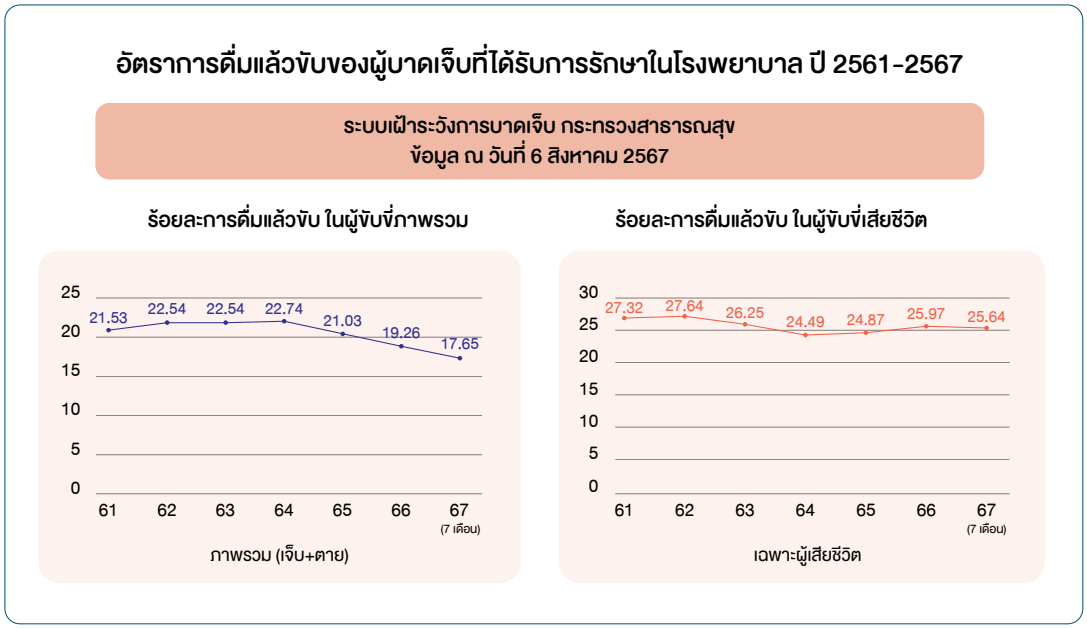
- **กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย** ทำหน้าที่ในการรวบรวม ประมวลผล และรายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญ
- **สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สตช.)** ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ตรวจเป่าแอลกอฮอล์ และดำเนินคดีดื่มแล้วขับ โดยข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของสำนักงาน ได้แก่ PRS และระบบ CRIMES
- **กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข** โรงพยาบาลและหน่วยแพทย์ฉุกเฉินจะตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุ ข้อมูลบางส่วนจะถูกส่งต่อไปยังฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน เช่น ระบบ E-Claim หรือระบบเรียกคืนค่ารักษาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และถือเป็นหน่วยงานสำคัญที่ประมวลผลเพื่อรายงานต่อองค์การอนามัยโลกตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

- **ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนแห่งประเทศไทย (ThaiRSC)** ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อนำมาวิเคราะห์สถิติในเชิงลึก

นอกจากนี้ตัวชี้วัดดื่มแล้วขับของประเทศไทย ซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้รับการกำหนดภายใต้แผนโลกทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน 2021-2030 (Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021-2030) โดยมีที่มาจากสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนที่รุนแรงเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations: UN) ซึ่งมีมติให้รัฐสมาชิกกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้านความปลอดภัยบนท้องถนน หรือ Global Road Safety Performance Targets เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายให้บรรลุผลภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดที่ 9 กำหนดให้ลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากกรณีผู้ขับขี่ดื่มแล้วขับลงร้อยละ 50 ก่อนปี พ.ศ. 2573 ทางกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในฐานะหน่วยงานหลักได้นำเป้าหมายดังกล่าวมาพัฒนาเป็นแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 โดยกำหนดให้สัดส่วนของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัสจากการขับขี่รถยนต์และรถจักรยานยนต์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกินเกณฑ์ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี จนถึงปี พ.ศ. 2570[5] การดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังกล่าวถูกกระจายลงสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านโครงสร้างหลัก ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ (นปถ.) โดยมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนส่วนกลาง (ศปถ.ส่วนกลาง) เป็นหน่วยงานระดับอำนวยการ และมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ตามลำดับ ในส่วนของศปถ.ส่วนกลาง ยังมีคณะอนุกรรมการย่อยอีก 8 คณะ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และรับนโยบายไปปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น ปีใหม่และสงกรานต์

สำหรับสถานการณ์ดื่มแล้วขับในปัจจุบัน ตามตัวชี้วัดที่กำหนดทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้ตัวแปรการเก็บข้อมูลในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ในส่วนของจำนวนผู้เสียชีวิตในเหตุที่ตรวจพบแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์ ยังมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล เนื่องจากต้องอาศัยข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยปัจจุบันการระบุว่าผู้ขับขี่มีแอลกอฮอล์ในร่างกายยังคงใช้วิธีการสังเกตอาการและการดมกลิ่นเป็นหลัก ก่อนจะบันทึกลงในระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งพบว่ายังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด แม้จะมีแนวโน้มลดลง โดยข้อมูลล่าสุดในช่วงครึ่งปีแรกของ พ.ศ. 2567 ระบุว่า อัตราการดื่มแล้วขับอยู่ที่ร้อยละ 17.65 แต่หากพิจารณาอัตราการ

เสียชีวิตจากการดื่มแล้วขับ ยังพบว่าความรุนแรงของผลกระทบยังไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ **(ภาพที่ 3.7.2)** ทั้งนี้ อัตราส่วนดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2564-2565 ซึ่งมีการหยุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบันเทิงและร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลามากกว่าหนึ่งปี แต่ในปี พ.ศ. 2568 รัฐบาลมีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจผ่านการส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง โดยมีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การยกเลิกข้อจำกัดด้านการโฆษณา การอนุญาตให้มีสุราเสรี และการขยายเวลาการดื่ม ในขณะที่มาตรการ เครื่องมือ และกำลังพลในระดับกลางน้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมายยังคงไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาให้ทันต่อสถานการณ์ ส่งผลให้ประชาชนยังไม่เกิดความเกรงกลัวต่อกฎหมายดื่มแล้วขับอย่างแท้จริง หากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบยังไม่มีการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และเครื่องมือในการควบคุมอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ย่อมมีความเป็นไปได้สูงว่าค่าเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนดไว้ในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากกรณีผู้ขับขี่ดื่มแล้วขับลงร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2573 จะยังคงห่างไกลจากความสำเร็จตามที่วางแผนไว้



ภาพที่ 3.7.2 | สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับของผู้บาดเจ็บที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2561-2657[6]

3.7.4 บทสรุป

อุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มแล้วขับเป็นปัจจัยสำคัญของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในไทย โดยทวีความเสี่ยงในช่วงเทศกาล แม้จุดตรวจและคดีเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่ผลลัพธ์ด้านลดเจ็บ/ตายจำกัด เพราะเผชิญปัญหาทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ได้แก่ การควบคุมสถานประกอบการที่พึ่งพาความร่วมมือ การขาดแคลนอุปกรณ์ตรวจวัด ความล่าช้าในกระบวนการยุติธรรม และการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดที่ไม่เป็นระบบ นอกจากนี้ การกำกับติดตามยังแตกเป็นส่วน ระดับข้อมูลระหว่างหน่วยงานเชื่อมโยงกันไม่เพียงพอ ทำให้ยากต่อการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตลงร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2573

ทิศทางเชิงนโยบายที่จำเป็นคือ ทำให้ห่วงโซ่การจัดการเมาแล้วขับครบวงจรและเข้มแข็งยิ่งขึ้น ประกอบด้วย การควบคุมเข้าถึงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มขีดความสามารถตรวจวัดและพยานหลักฐานที่เชื่อถือได้ภายในสองชั่วโมงหลังเหตุ การปิดช่องว่างกระบวนการฟ้องร้องและกำหนดแนวทางลงโทษผู้กระทำผิดซ้ำที่มีประสิทธิผล การบูรณาการฐานข้อมูลตำรวจ สาธารณสุข ประกันภัย และศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุให้เป็นแดชบอร์ดเดียวตามตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก และการปฏิบัติการเชิงรุกแบบมุ่งพื้นที่เสี่ยงก่อนเทศกาล ควบคู่กับการสื่อสารเป้าหมายเฉพาะกลุ่มและการมีส่วนร่วมของประชาชน หากดำเนินการตามกรอบนี้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความสูญเสียจากดื่มแล้วขับจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญและตรวจวัดได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กองป้องกันการบาดเจ็บ. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
2. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. การรายงานในที่ประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน; [6 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://service.disaster.go.th/newyear68
3. กรมควบคุมโรค. กองป้องกันการบาดเจ็บ. ระบบรายงานผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ: จากฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [6 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rti.moph.go.th/festival/public/index.php
4. World Health Organization. Global status report on road safety. Switzerland: The Department of Social Determinants of Health, Safety and Mobility Unit; 2023.

5. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://roadsafety.disaster.go.th/roadsafety/download/7377?id=21555
6. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://concect.moph.go.th/pher-plus/

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน
บทที่ 3.8 การวัดภาระโรค

| กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
กุลธิดา ราษฎร์ศิริ
นฤมล สิขิวัฒน์
ณัฐพัชร์ มรรคา
รักษพล สนิทยา
ขนิษฐา กู้ศรีสกุล
ชยุตม์ พินิจค้า
จักร์วิดา อมรวิสัยสรเดช

3.8.1 บทนำ

กระบวนการวางแผนและกำหนดนโยบายสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ใช้ในการกำหนดทิศทางและการดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชาชนในระดับกว้าง โดยมุ่งหวังที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสังคมและประชากรทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ กระบวนการนี้ครอบคลุมหลายขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย การกำหนดกลยุทธ์ การดำเนินการ และการประเมินผลเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการกำหนดหรือระบุปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งแรกที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารหรือนักวางแผนที่ต้องพิจารณา ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหา การคัดกรองปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา[1] ดังนั้น การที่จะสามารถกำหนดปัญหาได้

จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดหรือสร้างเครื่องชี้วัด เพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือในช่วงระยะเวลาที่ต่างกัน ทั้งนี้ เครื่องชี้วัดที่สร้างขึ้นมานั้น ต้องสามารถวัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัด มีความเที่ยงตรง แม่นยำ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง และมีความจำเพาะในสิ่งที่ต้องการวัด

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่า “สุขภาพ” และเสนอแนวคิดเกี่ยวกับเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพว่าสุขภาพ หมายถึง “ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านกาย จิต และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น”[2] ตัวชี้วัดที่จะสะท้อนภาวะสุขภาพของประชากรจึงควรที่จะสะท้อนมิติของสุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลกได้อย่างครอบคลุม

ที่ผ่านมา มีความพยายามที่จะพัฒนาตัวชี้วัดที่จะสะท้อนมิติต่าง ๆ ซึ่งตัวชี้วัดที่ใช้มายาวนานและเป็นที่รู้จักกันดี ได้แก่ อัตราป่วยหรืออัตราตายจากโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ ของประชากร แต่ก็มีข้อจำกัด คือ การวัดอัตราการตาย จะไม่สามารถนำโรคที่ไม่ส่งผลต่อการเสียชีวิต เช่น ความพิการทางสายตา เข้ามาสู่การกำหนดปัญหาสุขภาพได้ หรือการวัดด้วยอัตราการป่วยก็อาจมีแนวโน้มที่จะได้ปัญหาที่มีอัตราป่วยสูง แต่อาจจะไม่รุนแรงมากต่อสุขภาพ

ความพยายามหนึ่ง คือ การพัฒนามาตรวัดสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม (summary measure of population health: SMPH)[3] โดยมีหลักการของตัวชี้วัดเดียวที่ครอบคลุมทั้งภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ต่าง ๆ ไปจนกระทั่งการเสียชีวิต ซึ่งดัชนีภาระโรคเป็นหนึ่งในการวัดสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมนี้ ซึ่งสะท้อนทั้งการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรรวมกันในดัชนีเดียว

3.8.2 ความสำคัญของการวัดดัชนีภาระโรค

ดัชนีภาระโรค ในที่นี้จะหมายถึง **ดัชนีปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability-adjusted life years: DALYs)** ของประชากร เป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันแพร่หลายในระดับนานาชาติ โดยวัดการสูญเสียทางสุขภาพจากความเจ็บป่วย พิการ และการตาย ในหน่วยนับเป็นปี ซึ่งหนึ่งหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสีย (1 DALY) เท่ากับการสูญเสียเวลาของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไปจำนวน 1 ปี ความสูญเสียนี้อาจเกิดจากการตายก่อนถึงวัยอันควร หรืออาจเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ DALYs นี้ จึงเป็นเครื่องชี้วัดภาระโรคที่ใช้บอกขนาดปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประชากร โดยแสดงถึงจำนวนปีของการมีสุขภาพสมบูรณ์ที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับภาวะพิการหรือความบกพร่องทางสุขภาพ (years lost due to disability: YLD)

การใช้ประโยชน์โดยสรุป ของดัชนีภาระโรค ได้แก่

- เปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประชากรในแต่ละกลุ่มทั้งในระดับประเทศหรือภูมิภาคต่าง ๆ หรือในกลุ่มเดียวกัน ณ เวลาที่ต่างกัน
- สามารถใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในระยะยาว เพื่อวางแผนการป้องกันและควบคุมที่เหมาะสม
- ศึกษาในเชิงปริมาณในเรื่องความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ อาทิ เพศ เศรษฐฐานะ หรือปัจจัยสังคมอื่น ๆ เพื่อเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการลดช่องว่างเหล่านี้
- เป็นดัชนีที่ไม่เพียงวัดการเสียชีวิต แต่ยังครอบคลุมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มิใช่การตาย (non-fatal health outcomes) เพื่อช่วยให้ประเด็นสุขภาพดังกล่าวได้รับความสนใจในเชิงนโยบายและสามารถดำเนินการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม
- วัดขนาดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ โดยใช้ตัวเลขเพียงตัวเดียว ทำให้สามารถสื่อสารความสำคัญของปัญหาได้ง่ายและชัดเจน
- ช่วยในการประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการหรือโครงการด้านสุขภาพต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- เป็นข้อมูลที่ใช้ช่วยจัดลำดับความสำคัญเพื่อการวางแผนด้านสุขภาพ โครงการ/กิจกรรมทางสาธารณสุข การวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการฝึกอบรม

วิธีการคำนวณตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่าง

ตัวชี้วัดปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY)

ดัชนีหรือตัวชี้วัดปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY) คำนวณได้จากผลรวมของจำนวนปีของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost due to premature death: YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับภาวะพิการหรือความบกพร่องทางสุขภาพ (year lost due to disability: YLD)

DALYs = YLLs (years of life lost due to premature mortality)
+ YLDs (years lost due to disability)

ปีที่สูญเสียสุขภาวะ
= ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร + ปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการ

จากหลักการที่ว่า การเสียชีวิตที่อายุต่างกันย่อมบ่งบอกถึงระดับการสูญเสียที่ต่างกัน โดยระดับการสูญเสียที่ว่านี้สามารถวัดเชิงปริมาณได้ในระดับหนึ่งเป็นหน่วยของจำนวนปีที่มีชีวิต (life years) ที่สูญเสียไป ณ อายุที่ต่างกัน ดังนั้น จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (YLLs) หรือการตายก่อนเวลาอันควร (premature mortality) เป็นการวัดที่อยู่บนพื้นฐานของเวลาของชีวิตที่หายไปจากการตายก่อนเวลาอันสมควร โดยเทียบกับอายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) ที่บุคคลหนึ่งจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ทั้งนี้ อายุคาดเฉลี่ยที่จะนำมาใช้เทียบนั้นสามารถกำหนดได้หลายประเภท สำหรับการศึกษาภาระโรคของประเทศไทยใช้อายุคาดเฉลี่ยมาตรฐานตามการศึกษาภาระโรคระดับโลกเป็นตัวกำหนด

สูตรการคำนวณ YLL คือ

$$YLL = N \times L \qquad \text{(สมการที่ 1)}$$

โดย YLL หมายถึง ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร
N หมายถึง จำนวนตาย
L หมายถึง อายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy)

สำหรับการศึกษาภาระโรคของประเทศไทย พ.ศ. 2562[4] ใช้อายุคาดเฉลี่ยมาตรฐาน (Standard life expectancy) ทั้งชายและหญิงโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดคือ 87.9 ปี

การคำนวณ YLL จำแนกตามรายสาเหตุการตาย โดยค่า YLLของแต่ละสาเหตุเป็นผลรวมของจำนวนการตายรายอายุและเพศเมื่อเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยมาตรฐานที่อายุต่าง ๆ

สูตรการคำนวณ YLD ที่คำนวณจาก prevalence (การศึกษา พ.ศ. 2562) คือ

$$YLD = P \times DW \qquad \text{(สมการที่ 2)}$$

โดย P หมายถึง ความชุกของโรคในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง
DW หมายถึง ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ/ความพิการ (Disability weight)

จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) อันเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของดัชนีวัดภาระโรค โดยการศึกษารอบก่อน ๆ คือ พ.ศ. 2542[5], พ.ศ. 2547[6], พ.ศ. 2552[7] และ พ.ศ. 2557[8] เป็นการคำนวณจากอุบัติการณ์การเกิดโรคและความผิดปกติ (disability incidence) ตามระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ๆ (disability duration) จากอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age at onset) และการกระจายระดับความรุนแรงของโรค หรือความผิดปกติ (disability by severity class) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวต้องมีการแจกแจงเป็นอายุและเพศ แต่สำหรับการศึกษา พ.ศ. 2562 มีการเปลี่ยนแปลงวิธีประมาณค่า YLD ไปตามการศึกษาของ Global Burden of Disease (GBD) พ.ศ. 2562[9] ซึ่งคำนวณจากค่าความชุก (prevalence) (สมการที่ 2) กับค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ทั้งนี้ GBD ได้เปลี่ยนแปลงการประมาณค่า YLD จากแนวคิดคำนวณจากอุบัติการณ์มาเป็นค่าความชุกตั้งแต่ พ.ศ. 2553

ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ/ความพิการ (DW) เป็นค่าที่กำหนดขึ้นเป็นมาตรฐานโดยการศึกษาของ GBD มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 ซึ่ง 0 หมายถึงภาวะสุขภาพดี และ 1 หมายถึงการเสียชีวิต โดยค่าน้ำหนักความพิการในแต่ละโรคหรือการเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคและการเจ็บป่วยและผลที่ตามมาของภาวะทุพพลภาพ

การคำนวณ YLD จำแนกตามรายสาเหตุการเจ็บป่วย โดยค่า YLD ของแต่ละสาเหตุเป็นผลรวมของจำนวนความชุกของโรคและการบาดเจ็บรายกลุ่มอายุและเพศ ตามระดับค่า DW ของระดับความรุนแรงของอาการของโรคและการบาดเจ็บนั้น ๆ

3.8.3 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่า

ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่า DALY ประกอบด้วย ข้อมูลในการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้านประชากร ระบาดวิทยา และบริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. จำนวนประชากร

จำนวนประชากรกลางปี (mid-years population) จำแนกรายกลุ่มอายุและเพศ ตามตารางชีพแบบย่อที่สอดคล้องกับตารางชีพของอายุคาดเฉลี่ยมาตรฐาน จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข[10] ที่ใช้ข้อมูลนำเข้าจากทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ อาจเลือกใช้แหล่งข้อมูลประชากรกลางปีจากแหล่งอื่น เช่น การประมาณแนวโน้มประชากรโลก (world population prospects) ขององค์การสหประชาชาติ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

2. จำนวนตายแยกตามเพศ อายุ และสาเหตุ

จำนวนตายแยกตามเพศ อายุ และสาเหตุ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยปรับความครอบคลุมจำนวนการตายตามหลักการทางประชากรศาสตร์ และการให้สาเหตุการตายตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

3. ข้อมูลด้านระบาดวิทยา

ข้อมูลระบาดวิทยาของโรคต่าง ๆ ได้แก่ ความชุกหรืออุบัติการณ์ของการเกิดโรค อัตราการหายจากโรค (remission rate) อัตราการป่วยตายจากโรค (case-fatality rates) หรือความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตาย (relative risk of mortality) ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งควรมีการจำแนกตามอายุและเพศ

ข้อมูลด้านระบาดวิทยาหลักที่ใช้เพื่อประมาณค่าความชุกของโรค มาจากแหล่งต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่

3.1 ทะเบียน/รายงานโรค (disease registry)

ระบบรายงานหรือทะเบียนอาจเป็นผลการวินิจฉัยของแพทย์ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่พบได้บ่อยมักเป็นกลุ่มโรคติดต่อ โรคมะเร็ง ความพิการแต่กำเนิด เบาหวาน (diabetes mellitus) โรคจิตเภท (schizophrenia) ลมชัก โรคที่อุบัติการณ์ต่ำบางโรค ประเด็นที่ต้องพิจารณา คือ ความครอบคลุมหรือความสมบูรณ์ของระบบ หากข้อมูลบอกสถานการณ์ได้ดีเพียงบางพื้นที่ของประเทศ หรือเฉพาะบางกลุ่มของประชากร ต้องพิจารณาว่า จะทำอย่างไรจึงจะได้ค่าที่เป็นตัวแทนภาพประชากรของประเทศ (representativeness) โดยปรับค่าคาดประมาณด้วยวิธีใด

3.2 การสำรวจจากประชากร (population surveys)

การสำรวจใหญ่ ๆ มีในหลายประเทศ เช่น National Health Interview Survey ของสหรัฐอเมริกา National Disability Survey และ National Health Survey ของออสเตรเลีย เป็นแหล่งข้อมูลที่ให้ข้อมูลจากการตอบคำถามด้วยตนเอง (self-reported information) เช่น การดูแลตนเอง อาชีพ การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น ในทางทฤษฎีแล้วการสำรวจดังกล่าว น่าจะให้ข้อมูลที่ใช้คำนวณ YLD ได้เป็นอย่างดี และบอกปริมาณความพิการทั้งหมดในประชากรหรือความพิการที่พบบ่อย ๆ ได้ อย่างไรก็ยังมีข้อจำกัดคือ แม้จะรู้ว่าความพิการที่พบคืออะไร ก็ยังยากที่จะหาว่าเกิดจากสาเหตุใดได้ การรับรู้เรื่องโรคนั้น ๆ ในประชากร แตกต่างจากนิยามทางการแพทย์อย่างสิ้นเชิง

การสำรวจโรคหอบหืด การสัมภาษณ์จะได้ข้อมูลเพียงว่ามีการหายใจมีเสียงวี้ด (wheezing) หรือมีประวัติที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นหอบหืดหรือไม่ ซึ่งทำให้ได้ความชุกของอาการหอบมากเป็น 2 ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจที่มีการตรวจความไวเกินของทางเดินหายใจ (hyper reactiveness) ตามเกณฑ์วินิจฉัย ทั้งนี้ เพราะการตอบสัมภาษณ์มักรวมเอาความผิดปกติเล็กน้อยมาเป็นอาการของหอบหืดด้วย อย่างไรก็ตามไม่ใช่ว่าผลการสำรวจโดยการสัมภาษณ์จะนำมาใช้ประโยชน์ไม่ได้เลย เพียงแต่ไม่ควรตัดสินใจบนข้อมูลที่มีการวินิจฉัยผิดปนอยู่ด้วยจำนวนมากเท่านั้นเอง

ผลการสำรวจที่มีการตรวจร่างกายจะให้ประโยชน์กับการคำนวณ YLD ได้มากกว่าการสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียว แม้การสำรวจนั้นจะทำในเฉพาะบางพื้นที่หรือบางกลุ่มประชากรของประเทศ อย่างไรก็ตาม การสำรวจที่ไม่มีการตรวจร่างกายอาจใช้ประโยชน์ได้มากเช่นกัน ถ้าหากใช้ชุดคำถามที่น่าเชื่อถือ หรือได้รับการศึกษาเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยมาตรฐานแล้ว เช่น ชุดคำถาม CIDI (Composite International Diagnostic Interview) หรือ DIS (Diagnostic Interview Schedule) ในการสำรวจทางสุขภาพจิต

นอกจากความน่าเชื่อถือของผลสำรวจแล้ว ความเป็นตัวแทนของประชากรก็นับว่าสำคัญมากเช่นกัน การสำรวจจากครัวเรือนย่อมทำให้ขาดข้อมูลของคนเร่ร่อนไร้ที่อยู่ หรือกลุ่มที่อยู่ในที่พักพิงพิเศษ เช่น คนในบ้านพักคนชรา นักโทษในเรือนจำ เป็นต้น ซึ่งโรคบางอย่างอาจมีลักษณะแตกต่างไปในคนเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น วัณโรคในคนชรา หรือการติดเชื้อเอดส์ของนักโทษอาจมากกว่าในคนทั่วไป หากไม่คำนึงถึงปัญหานี้การคาดประมาณความชุกของโรคอาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เป็นต้น นอกจากนี้อคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias) อาจทำให้คาดประมาณปัญหาผิดไป การพิจารณาให้ถ่องแท้ว่าผลที่เกิดจะเป็นไปในทิศทางใด จะทำให้ปรับใช้ผลการคาดประมาณได้ดียิ่งขึ้น

การเห็นข้อจำกัดของข้อมูลที่กล่าวมา จะช่วยให้ใช้ผลการสำรวจได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคทางจิต หอบหืด COPD โรคกล้ามเนื้อและกระดูก ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น Cognitive Function การติดเชื้อ HIV และภาวะทุพโภชนาการ

3.3 การศึกษาทางระบาดวิทยา (epidemiological studies) จากการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาทางระบาดวิทยา โดยเฉพาะการศึกษาตามยาว (longitudinal study) ที่มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงและธรรมชาติของโรค การศึกษาชนิดนี้จะทำให้รู้อุบัติการณ์ ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของความพิการหรือผลแทรกซ้อน การหายป่วย และอัตราการป่วยตาย การศึกษาแบบนี้หาได้ยากมากเนื่องจากต้องใช้ทุนสูง หรือถ้ามีก็อาจทำเฉพาะในบางพื้นที่ บางกลุ่มประชากร ต้องพิจารณาปรับใช้ว่าจะขยายการคาดประมาณให้เป็นภาพรวมของประเทศได้อย่างไร โรคส่วนใหญ่มักไม่มีข้อมูลประชากรเรื่องการหายป่วย ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตาย ระยะเวลาป่วยโดยเฉลี่ย จึงทำให้เราเลือกใช้ผลจากการทบทวนการศึกษาจากทั่วโลกมาเป็นค่าคาดประมาณ

แม้ว่าบางประเทศจะมีระบบทะเบียน/รายงานโรคที่ดีอยู่แล้ว การทบทวนข้อมูลจากระบบอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศก็ยังเป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง เพื่อให้เห็นข้อมูลอย่างรอบคอบและอาจเป็นประโยชน์ในขั้นอื่น ๆ ได้ แหล่งข้อมูลวิชาการทางอินเตอร์เน็ตที่สำคัญ ได้แก่ MEDLINE และ SCOPUS

3.4 ข้อมูลการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขอาจจะไม่มีประโยชน์มากนัก เพราะว่าคนที่มารับบริการในสถานบริการไม่ได้เป็นตัวแทนประชากรทั้งหมด สถานการณ์ที่พบจึงไม่ใช่ความเป็นจริงในชุมชน ยกเว้นบางกรณีที่ความครอบคลุมครบถ้วนของข้อมูลดีพอ เช่น ความพิการแต่กำเนิด การตายปริกำเนิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดและการบาดเจ็บรุนแรง เป็นต้น ปัญหาที่พบบ่อยในข้อมูลจากโรงพยาบาล คือ การจำแนกจำนวนครั้งหรือจำนวนคน ถ้าระบบไม่มีหมายเลขประจำตัวจะทำให้เป็นปัญหามาก การนับจำนวนครั้งทำให้ได้ค่ามากกว่าจำนวนคนที่เป็นจริง ปัญหาที่พบอีกประการหนึ่ง คือ เนื่องจากข้อมูลโรงพยาบาลมักใช้เพื่อการของบประมาณ ทำให้การวินิจฉัยดูรุนแรงกว่าที่ควร (เพื่อให้ได้งบประมาณมาก ๆ) ซึ่งทำให้ข้อมูลจะผิดเพี้ยนไปจากความจริงได้ รหัสโรคที่มีความรุนแรงมากจะถูกใช้บ่อยขึ้น และการเปรียบเทียบแนวโน้มเมื่อเวลาเปลี่ยนไปก็จะยิ่งผิดพลาด

4. ค่ามาตรฐานที่ใช้ในการประมาณค่า

ค่ามาตรฐานที่ใช้ในการประมาณค่า YLL, YLD ได้แก่ อายุคาดเฉลี่ยมาตรฐานที่ใช้อ้างอิง ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ ในการศึกษาภาระโรคของประเทศไทยใช้ตามที่กำหนดในการศึกษาภาระโรคระดับโลก ซึ่งมีสองระยะ คือ ระยะก่อน พ.ศ. 2553 และหลัง พ.ศ. 2552[11]

4.1 อายุคาดเฉลี่ยมาตรฐานที่ใช้อ้างอิง (reference life expectancy) ปัจจุบัน GBD ใช้อายุคาดเฉลี่ยที่ประมวลผลจากอัตราตายตามอายุที่ต่ำที่สุดที่พบจากทุกประเทศทั่วโลกในปีที่ศึกษา โดยค่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่ใช้ในการศึกษา พ.ศ. 2560 มีค่า 87.9 ปี ในทั้งสองเพศ[12]

4.2 ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ ใช้ตามการศึกษาภาระโรคระดับโลก ซึ่งมีพื้นฐานจากการคำนวณค่าด้วยวิธี โดยการศึกษา พ.ศ. 2560 ประมาณค่า DW สำหรับภาวะสุขภาพ 234 ภาวะด้วยกัน[13]

การคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากปัจจัยเสี่ยง (DALYs attributable to risk factors)

นอกจากภาระโรคจะประเมินความสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ ดังกล่าวยังสามารถประเมินการสูญเสียปีสุขภาวะที่เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค

ต่าง ๆ ได้ เพื่อนำไปใช้กำหนดเป็นแนวทางการควบคุมป้องกันโรค[14] โดยใช้หลักการประเมินเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง (comparative risk assessment: CRA) ซึ่งเป็นการประเมินอย่างเป็นระบบของการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในสุขภาพของประชากรจากการเปลี่ยนแปลงการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงหรือกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงเมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

การประเมินภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง ใช้วิธีการประเมินแบบ attributable burden โดยใช้หลักของ population attributable fraction (PAF)[15] ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพในที่นี้หมายถึงปีสุขภาวะที่สูญเสีย ที่เป็นผลมาจากระดับการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงในประชากรกับค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี (theoretical minimum risk exposure level: TMREL) โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

กรณีปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (discrete variable) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ PAF คำนวณจากความชุกของปัจจัยเสี่ยง (prevalence of exposure) และความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk: RR) ของการเกิดโรค ดังสูตร

$$PAF = \frac{\sum_{i=1}^{n} PiRRi - \sum_{i=1}^{n} P\prime iRRi}{\sum_{i=1}^{n} PiRRi} \quad \text{หรือ} \quad PAF = \frac{\sum_{i=1}^{n} Pi(RRi-1)}{\sum_{i=1}^{n} Pi(RRi-1)+1} \text{ x } 100 \quad \text{(สมการที่ 3)}$$

โดยที่ *Pi* คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากร
P'i คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ใช้เปรียบเทียบ
RRi คือ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค

กรณีปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) เช่น ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย ระดับที่ใช้ในการเปรียบเทียบเป็นการกระจาย (distributional transition range) ของระดับปัจจัยเสี่ยง PAF คำนวณดังสูตร

$$PAF = \frac{\int_{x=0}^{m} RR(x)P(x)dx - \int_{x=0}^{m} RR(x)P\prime(x)dx}{\int_{x=0}^{m} RR(x)P(x)dx} \quad \text{(สมการที่ 4)}$$

โดยที่ $P_{(x)}$ คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากร
$P'_{(x)}$ คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ใช้เปรียบเทียบ
$RR_{(x)}$ คือ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค
m คือ ระดับปัจจัยเสี่ยงสูงสุด

ค่า PAF เป็นสัดส่วนของการเกิดโรคในประชากรทั้งหมดอันเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สนใจ การคาดประมาณผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการตายและภาระโรค ได้จากผลคูณของ PAF และจำนวนตาย จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) และจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการป่วยหรือพิการ (YLD) โดยคิดคำนวณแยกเพศและกลุ่มอายุ คำนวณดังสูตร

$$Attributable\ burden = PAF\ x\ Burden$$

โดยที่ PAF คือ ค่า PAF ของโรคที่เป็นผลมาจากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง
Burden คือ ภาระโรค (death, YLLs, YLDs)

3.8.4 การแปลผลตัวชี้วัด

หนึ่งหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสีย (1 DALY) มีค่าเท่ากับการสูญเสียเวลาของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไปจำนวน 1 ปี ความสูญเสียนี้อาจเกิดจากการตายก่อนถึงวัยอันควร (YLL) หรืออาจเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (YLD) ก็ได้ จำนวนปี DALYs ที่สูญเสียจากสาเหตุใด ๆ จึงสามารถเปรียบเทียบกันได้ และนำไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ศึกษา

การศึกษาภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2562 ที่จัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ประมาณความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยใน พ.ศ. 2562 รวมเป็น 18.5 ล้าน DALYs โดยเพศชายมีการสูญเสียเป็น 1.4 เท่าของเพศหญิง คือ 11.1 ล้าน DALYs ในเพศชาย และ 7.4 ล้าน DALYs ในเพศหญิง ในจำนวนนี้เป็นความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) สูงถึงร้อยละ 81.3 และ 72.8 ในชายและหญิงตามลำดับ เมื่อเรียงลำดับสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด 20 อันดับจำแนกตามเพศ **(ตารางที่ 3.8.1)** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความสูญเสียจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะที่การบาดเจ็บทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของเพศชาย และลำดับสามในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 12.0 และ 6.6 ของความสูญเสียรวมในแต่ละเพศ ตามลำดับ อันดับที่สองในทั้งสองเพศคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.9 และ 8.2 ในเพศชายและหญิง ตามลำดับ และเบาหวานเป็นลำดับสามในเพศชายและอันดับหนึ่งในเพศหญิง (ร้อยละ 7.3, 11.3 ตามลำดับ) โดยหากสามารถกำจัด 20 สาเหตุนี้ได้ จะลดภาระโรคไปได้ถึงมากกว่าร้อยละ 60 ของความสูญเสียทั้งหมด

ตารางที่ 3.8.1 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2562 จำแนกตามเพศและสาเหตุ

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	ร้อยละ	DALYs ('000)	โรค
1	การบาดเจ็บทางถนน	1,336	11.6	11.3	836	โรคเบาหวาน
2	โรคหลอดเลือดสมอง	883	7.7	8.2	609	โรคหลอดเลือดสมอง
3	โรคเบาหวาน	814	7.1	6.6	489	การบาดเจ็บทางถนน
4	โรคหัวใจขาดเลือด	727	6.3	4.0	299	โรคหัวใจขาดเลือด
5	โรคมะเร็งตับ	468	4.1	3.2	234	โรคอุจจาระร่วง
6	โรคตับแข็งและโรคตับเรื้อรังอื่น ๆ	465	4.1	3.0	223	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
7	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	342	3.0	2.8	210	โรคมะเร็งเต้านม
8	ทำร้ายตัวเอง	315	2.7	2.5	183	โรคไตเรื้อรัง
9	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	287	2.5	2.2	164	ความผิดปกติในช่องปาก
10	วัณโรค	275	2.4	2.1	159	โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ
11	การพลัดตกหรือล้ม	266	2.4	2.1	156	โรคมะเร็งตับ
12	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	250	2.2	1.7	130	โรคตับแข็งและโรคตับเรื้อรังอื่น ๆ
13	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	226	2.0	1.7	129	การพลัดตกหรือล้ม
14	โรคไตเรื้อรัง	219	2.0	1.7	123	โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก
15	ความผิดปกติในช่องปาก	209	1.9	1.6	119	โรคข้อเสื่อม
16	โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก	203	1.8	1.6	118	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
17	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	143	1.3	1.5	110	โรคซึมเศร้า
18	ความผิดปกติของทารกแรกเกิด	141	1.3	1.4	105	วัณโรค
19	โรคเกาต์	120	1.1	1.4	100	โรคมะเร็งปากมดลูก
20	ความพิการแต่กำเนิด	118	1.1	1.3	95	ความผิดปกติของทารกแรกเกิด
	รวม 20 อันดับ	**8,030**	**69.9**	**62.0**	**4,854**	**รวม 20 อันดับ**
	รวมทุกสาเหตุ	**11,494**	**100**	**100**	**7,831**	**รวมทุกสาเหตุ**

3.8.5 การสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยง

การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562[16] ศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 17 รายการหลัก 57 รายการย่อย ซึ่งจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และการประกอบอาชีพ (environmental/occupational risks) จำนวน 24 รายการย่อย 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (behavioral risks) จำนวน 28 รายการย่อย และ 3) ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก (metabolic risks) จำนวน 5 รายการย่อย เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงหลัก 17 รายการ พบว่า ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง การสูบบุหรี่/ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสามสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ โดยคิดเป็นร้อยละ 14.2 ร้อยละ 11.5 และ 9.7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของประชากรไทย

ปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกที่ก่อให้เกิดความสูญเสียภาระโรคในเพศชาย ได้แก่ บุหรี่/ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 15.6 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศชาย รองลงมา คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ ร้อยละ 13.9 และร้อยละ 12.8 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศชาย ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุด ได้แก่ น้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง คิดเป็นร้อยละ 16.4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมา คือภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะร้อยละ 8.7 และร้อยละ 8.3 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศหญิง ตามลำดับ

ทั้งนี้ เห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญในเพศชายที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดเป็นปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการเสพติดทั้งบุหรี่/ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ขณะที่เพศหญิงเป็นการสูญเสียจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับด้านเมตาบอลิก ทั้งน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3.8.6 บทสรุป

ภาระโรคเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนความสูญเสียทางสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งการเจ็บป่วย พิการ และการตายก่อนวัยอันควร ในหน่วยของปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) ซึ่งเป็นผลรวมจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) และความเจ็บป่วยพิการ (YLDs) จากโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ ซึ่งทำให้สามารถใช้เปรียบเทียบขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันในเชิงปริมาณ สามารถจำแนกความสูญเสียได้ตามเพศ กลุ่มวัย และศึกษาต่อในระดับพื้นที่ และเวลาต่อไปได้อีก นำไปสู่การ

จัดลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างเป็นระบบทางวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ ยังสามารถประเมินเปรียบเทียบความสูญเสียทางสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงของประชากร ซึ่งมีประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อไป รวมทั้งใช้ในการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการทางสุขภาพ ดังนั้น การนำข้อมูลภาระโรคมาใช้ในการวางแผนนโยบายสุขภาพ ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจลงทุนในมาตรการที่มีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อสุขภาพของประชากรในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. นิรัตน์ อิมามี. เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุขศึกษาและสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543.
2. World Health Organization. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: Basic Documents, Supplement 2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2025 Jan 21]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/who_constitution_en.pdf
3. Murray CJ, Salomon JA, Mathers CD. The individual basis for summary measures of population health. In: Murray CJL, Salomon A, Mathers C, Lopez A, editors. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: World Health Organization. 2002. p. 731-56.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงาน; 2566.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย. การจัดลำดับปัญหาทาง สุขภาพของประชากรไทยในปี 2542 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค. ว.วิชาการสาธารณสุข. 2547; 13:239-56.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
7. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาระโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะของประชากรไทย. ว.วิชาการสาธารณสุข 2559;25:342-50.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงาน; 2560.
9. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396:1204-22.

10. กระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข 2567 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/.
11. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. Lancet 2012;380:2063-6.
12. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018;392:1859-922.
13. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018;392:1789-858.
14. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002;360:1347-60.
15. Murray CJ, Jamison DT, Lopez AD, Ezzati M, Mathers CD, editors. Global burden of disease and risk factors. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development; 2006.
16. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566.

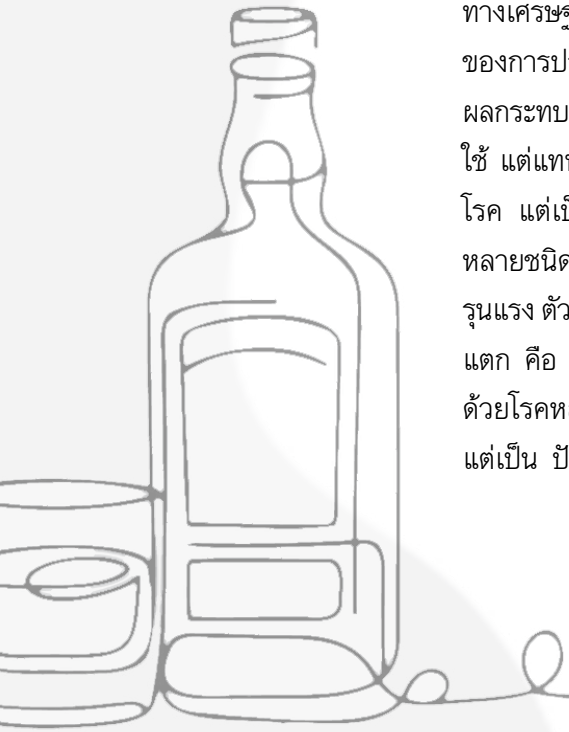
ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.9 การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์

3.9.1 บทนำ

การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการแปลงข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในรูปของเงิน หรือในทางกลับกัน คือ มูลค่าของความสูญเสียที่ประหยัดได้หากไม่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั่นเอง ทั้งนี้การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการประเมินที่นำเอาหลักการของการประเมินต้นทุนความเจ็บป่วย (cost-of-illness) ซึ่งเป็นการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยหรือโรค[1,2] มาประยุกต์ใช้ แต่แทนที่จะประเมินแค่เพียงผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากโรคเพียง 1 โรค แต่เป็นการประเมินที่ครอบคลุมโรค ความเจ็บป่วย และผลกระทบอีกหลายชนิดที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง ตัวอย่างการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเพียง 1 โรค ในขณะที่แอลกอฮอล์ไม่ใช่โรค แต่เป็น ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่เป็นสาเหตุของโรคจำนวนมาก และยัง



ก่อให้เกิดผลกระทบในหลายแง่มุม ดังนั้น การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นทั้งจากความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งไม่ใช่เพียง 1 โรค และยังครอบคลุมผลกระทบอื่น ๆ ที่มีสาเหตุมาจากบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น อุบัติเหตุจราจร ตลอดจน ความรุนแรง คดีความ ทั้งนี้ในการประเมินจำเป็นต้องมีขั้นตอนการประมาณจำนวนการเจ็บป่วย จำนวนผู้เสียชีวิต ตลอดจนจำนวนผลกระทบต่าง ๆ อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นมาจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วยโดยปกติ

3.9.2 ความสำคัญ

ในการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จำเป็นต้องมีการกำหนดกรอบระยะเวลา (time frame) ในการประเมิน ซึ่งการกำหนดกรอบระยะเวลานี้ ทำให้สามารถแบ่งชนิดของการประเมินออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ซึ่งมีประโยชน์และความสำคัญแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

1. การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่กำหนด (โดยทั่วไปเท่ากับ 1 ปี) โดยไม่คำนึงว่าเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลานานเท่าใด จากผู้ดื่มรายใหม่ หรือผู้ที่ดื่มมานานแล้ว การประเมินลักษณะนี้จะทำการประเมินจำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต และจำนวนผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนการทะเลาะวิวาท) ในกรอบเวลาการประเมิน เช่น ใน 1 ปี จากนั้นนำมาแปลงให้เป็นตัวเงิน ตัวอย่างของการประเมินด้วยวิธีนี้ ได้แก่ การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (economic cost) จากการบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549[3] และในปี พ.ศ. 2563[4] พบว่า มีมูลค่า 156,105 ล้านบาท และ 165,451 ล้านบาท ตามลำดับ โดยการประเมินด้วยวิธีนี้เรียกว่าเป็นการประเมินด้วยวิธีอิงความชุก (prevalence-based approach) ซึ่งจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจในการวางแผนหรือจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงหรือผลกระทบที่ต้องรีบดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขอย่างเร่งด่วนในเชิงนโยบาย ทำให้ทราบแนวโน้มของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง ตลอดจนสามารถนำมาใช้ในการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักในสังคมถึงผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [1]

2. การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต (lifetime) ของผู้ดื่มรายใหม่ 1 ราย ซึ่งในการประเมินแบบนี้จัดว่าเป็นการประเมินด้วยวิธีอิงอุบัติการณ์ (incidence-based approach)[1] ทั้งนี้ในการประเมินด้วยวิธีนี้ยังสามารถคำนวณผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ หรือต้นทุน (cost) ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดื่มรายใหม่ 1 ราย ที่ดื่มเป็นระยะเวลาหนึ่ง ๆ ได้อีกด้วย เช่น ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ดื่มรายใหม่ 1 ราย ที่ดื่มไปจนอายุ 45 ปี ทั้งนี้ผลการประเมินด้วยวิธีการข้างต้น

นอกจากจะสามารถนำมาใช้รณรงค์ให้เห็นถึงผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการ/ โครงการ/การรณรงค์ ในการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ หรือทำให้ผู้ดื่มเลิกดื่มได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง

โครงการ ก มีต้นทุนในการดำเนินงาน 400,000 บาท สามารถป้องกันไม่ให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่ได้ 2 ราย และทำให้ผู้ดื่มเลิกดื่มได้ที่อายุ 45 ปี 3 ราย หาก

- ต้นทุนตลอดชีวิตของนักดื่มที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม คือ 500,000 บาท/ ราย
- ต้นทุนที่สามารถประหยัดได้จากการทำให้ผู้ดื่ม 1 ราย เลิกดื่มได้ที่อายุ 45 ปี คือ 320,000 บาท

อัตราส่วนระหว่างผลได้: ต้นทุนของโครงการ ก = ((500,000×2)+(320,000×3)) : 400,000 = 4.9 กล่าวคือ ทุก ๆ 1 บาทที่ลงทุนในโครงการ ก จะทำให้เกิดผลได้มีมูลค่า 4.9 บาท หรือจัดว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (อัตราส่วนผลได้: ต้นทุน >1) นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ส่วนใหญ่จะทำในรูปของการประเมินแบบอิงความชุกเพราะไม่ซับซ้อนและไม่ต้องใช้ข้อมูลระยะยาวในการประเมิน ดังนั้น ในบทนี้จึงจะกล่าวถึงวิธีการและขั้นตอนการประเมินแบบอิงความชุกเป็นหลัก

3.9.3 วิธีการประเมิน

ในการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีขั้นตอนและวิธีการดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขอบเขตการประเมิน โดยระบุนิยามของการดื่มแอลกอฮอล์ ประชากรเป้าหมาย กรอบเวลาในการประเมิน ตลอดจนมุมมองในการประเมินและชนิดของต้นทุนที่จะทำการประเมิน

ในขั้นตอนแรกของการประเมินควรระบุนิยามของการดื่มแอลกอฮอล์ ประชากรเป้าหมาย ชนิดของต้นทุนและมุมมองที่ใช้ในการประเมินให้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น ในการประเมินต้นทุนจากการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งนี้จะทำการประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่าใดต่อวัน เป็นการประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นในประชากรใดบ้าง เช่น เพศชาย เพศหญิง หรือ ทั้งเพศชายและเพศ

หญิง และจะรวมต้นทุนที่เกิดขึ้นในประชากรกลุ่มอายุเท่าใดบ้าง เช่น ทุกช่วงอายุรวมถึงทารกในครรภ์ หรือ เฉพาะผู้ใหญ่ ทั้งนี้การกำหนดนิยามของปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มประชากรเป้าหมายให้ชัดเจนจะทำให้สามารถระบุผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำการประเมินในขั้นตอนต่อไปได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในการกำหนดขอบเขตของการประเมินจำเป็นต้องระบุกรอบระยะเวลาในการประเมินให้ชัดเจน เช่น จะประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต (lifetime cost) ของผู้ดื่ม 1 ราย หรือจะประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมดใน 1 ปี ได้แก่ ปี พ.ศ. 2567 เป็นต้น โดยต้องมีการกำหนดมุมมอง (perspective) ในการประเมินให้ชัดเจน เช่น การประเมินโดยใช้มุมมองของระบบสาธารณสุข (health care system perspective) มุมมองของระบบประกันสุขภาพ (health insurance perspective) หรือ มุมมองของสังคม (societal perspective) ซึ่งการกำหนดมุมมองของการประเมินจะเป็นตัวกำหนดชนิดของต้นทุนที่จะถูกรวมอยู่ในการประเมิน ตัวอย่างของการกำหนดขอบเขตในการประเมิน เช่น การประเมินครั้งนี้เป็นการประเมินต้นทุนตลอดชีวิตที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดื่มที่เป็นชายไทยซึ่งเริ่มดื่มที่อายุ 20 ปี และดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยวันละ 30.1 กรัม โดยเป็นการประเมินในมุมมองของสังคม[5]

ในส่วนของต้นทุน ต้นทุนในการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดหลัก ได้แก่ 1) ต้นทุนทางตรง (direct cost) หมายถึง เงินที่ต้องใช้จ่ายไปกับสินค้าและบริการอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแบ่งออกได้อีกเป็น ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (direct health care cost) เช่น ต้นทุนค่าห้องในโรงพยาบาล ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ ต้นทุนค่ายา ต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (direct non-health care cost) เช่น ต้นทุนในการเดินทางมารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ ต้นทุนทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร ต้นทุนในการฟ้องร้องดำเนินคดีอันมีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และต้นทุนในการทำวิจัยเพื่อลดหรือป้องกันความสูญเสียจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และ 2) ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ซึ่งหมายถึง มูลค่าผลิตภาพที่สูญเสียไป (productivity loss) ทั้งจากการเจ็บป่วย (morbidity) และ การเสียชีวิต (mortality) อันมีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต้นทุนทางอ้อมไม่ใช่ตัวเงินที่จ่ายออกไป แต่เป็นต้นทุนที่เกิดจากการที่ต้องหยุดงาน ขาดงาน ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้กับประเทศได้

ในกรณีของการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากปัจจัยเสี่ยง เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด ต้นทุนยังสามารถแบ่งได้ออกเป็น ต้นทุนภายใน (internal cost หรือ private cost) และต้นทุนภายนอก (external cost หรือ social cost)[6] โดยต้นทุนภายใน หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ หรือในกรณีนี้ คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ดื่มเป็นผู้จ่าย ต้นทุนค่าซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้แนวทางการประเมินต้นทุน

ทางเศรษฐศาสตร์จากปัจจัยเสี่ยงได้มีข้อแนะนำว่า[6-8] ไม่ต้องนำต้นทุนภายในมารวมในการประเมิน โดยให้ทำการประเมินเฉพาะต้นทุนภายนอก (external cost) ซึ่งหมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นที่ไม่ได้ดื่มและสังคม เพราะมีแนวคิดว่าประชากรแต่ละรายมีเสรีภาพที่จะตัดสินใจใด ๆ หากการตัดสินใจนั้นไม่กระทบกับผู้อื่น โดยมีการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์กับผลเสียที่จะตามมาจากการตัดสินใจของตนเอง ดังนั้น ในมุมมองของผู้ดื่ม ผู้ดื่มตัดสินใจดื่มเพราะคิดว่าตนเองได้รับประโยชน์ (internal benefit) จากการดื่มและรับทราบถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการดื่ม ดังนั้น ผู้ดื่มจึงต้องแบกรับต้นทุนและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง (internal cost) โดยเป็นเรื่องของบุคคลหากไม่ส่งผลกระทบกับผู้อื่น ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ดื่มเป็นผู้จ่ายเอง ซึ่งจัดเป็นต้นทุนภายในจึงไม่ต้องนำมาคิดรวมในการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือ รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยโดยใช้เงินภาษี ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ภาครัฐจ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นต้นทุนภายนอก ซึ่งต้องถูกนำมาคิดรวมในการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ โดยต้นทุนที่เกี่ยวข้องในการประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามมุมมองของการประเมิน แสดงใน**ตารางที่ 3.9.1**

2. การระบุโรค และผลกระทบต่าง ๆ จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จะทำการประเมิน

ในการประเมินต้นทุนจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นจะมีขั้นตอนที่แตกต่างไปจากการประเมินต้นทุนความเจ็บป่วยจากโรคโดยปกติ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่โรค หรือการเจ็บป่วย แต่จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและผลกระทบต่าง ๆ หลายชนิด ดังนั้น ในการประเมินต้นทุนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจำเป็นต้องระบุผลกระทบที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจะทำการประเมินก่อน ทั้งนี้ความแตกต่างของผลการประเมินส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเพราะจำนวนโรค หรือผลกระทบต่าง ๆ ในการประเมินมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผลกระทบที่จะนำมาประเมินควรมีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของผลกระทบนั้น ๆ กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ที่มีความน่าเชื่อถือ ตัวอย่างเช่น การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564[4] ได้ครอบคลุมโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 25 โรค เช่น วัณโรค มะเร็งช่องปาก มะเร็งตับ ตับแข็ง ลมชัก นอกจากนี้ยังครอบคลุมผลกระทบอื่น ๆ เช่น อุบัติเหตุจราจร การทำร้ายตัวเอง คดีอาชญากรรม ความรุนแรง อีกด้วย

ตารางที่ 3.9.1 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องในการประเมินจำแนกตามมุมมองของการประเมิน

ประเภทของต้นทุน	ต้นทุนที่เกี่ยวข้องจำแนกตามมุมมองของการประเมิน			
	ต้นทุนภายใน (internal cost) ซึ่งไม่นำมารวมในการประเมิน	ต้นทุนภายนอก (external cost) ซึ่งจะถูกรวมในการประเมิน		
	ผู้ดื่ม	ระบบสาธารณสุข	ระบบประกันสุขภาพ	สังคม
ต้นทุนทางตรง (direct cost)				
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ เช่น ค่ายา ค่าหัตถการ ค่านอนโรงพยาบาล ค่าการตรวจในห้องปฏิบัติการ	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องจ่าย	ต้นทุนที่ใช้ในการรักษาพยาบาล	ต้นทุนที่ระบบประกันสุขภาพต้องรับผิดชอบ	ต้นทุนที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
ต้นทุนทางตรงอื่น ๆ				
ต้นทุนการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องดำเนินคดี	ค่าปรับ	-	-	ต้นทุนในการบังคับใช้กฎหมาย ฟ้องร้อง ดำเนินคดี ต้นทุนในการจัดการในเรือนจำ
ต้นทุนทรัพย์สินเสียหาย เช่น จากอุบัติเหตุจราจร	มูลค่าทรัพย์สินเสียหายที่ผู้ดื่มต้องรับผิดชอบ	-	-	มูลค่าทรัพย์สินที่เสียหายที่บริษัทประกันต้องจ่าย
ต้นทุนการทำวิจัย การรณรงค์ลดการดื่มแอลกอฮอล์	-	-	-	ต้นทุนในการทำวิจัย รณรงค์ลดการดื่มแอลกอฮอล์
ต้นทุนจากการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-	-	-
ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost)				
การสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิต	การสูญเสียรายได้	-	-	ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิต
การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงาน (absenteeism) อันเนื่องมาจาก การเจ็บป่วย พิการ จำคุก เดินทาง)	การสูญเสียรายได้	-	-	ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเพราะเจ็บป่วย พิการ ติดคุก
การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดประสิทธิภาพในการทำงาน (presenteeism)	การสูญเสียรายได้	-	-	ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดประสิทธิภาพในการทำงาน

ที่มา: ดัดแปลงจากคู่มือการประเมินต้นทุนจากสารเสพติดโดย Single E และคณะ 2003[6]

3. การคำนวณค่าสัดส่วนของผลกระทบที่มีผลมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ alcohol attributable fraction (AAF)

ค่าสัดส่วนของผลกระทบที่มีผลมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ alcohol attributable fraction หมายถึง สัดส่วนของผลกระทบ (เช่น จำนวนผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ หรือจำนวนการเสียชีวิต) ที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยค่า AAF จะมีค่าระหว่างร้อยละ 0 ถึง 100 หาก AAF มีค่าร้อยละ 100 หมายความว่า ผลกระทบนั้น ๆ มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ทั้งหมด เช่น ค่า AAF ของ alcoholic cardiomyopathy เท่ากับร้อยละ 100 หมายความว่า ในผู้ป่วย alcoholic cardiomyopathy 100 คน ทั้ง 100 คน ป่วยเป็นโรคดังกล่าวเพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ ค่า AAF ของ alcohol use disorder เท่ากับร้อยละ 100 หมายความว่า ในผู้ป่วยโรค alcohol use disorder 100 คน ทั้ง 100 คน ป่วยเป็นโรคดังกล่าวเพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ ค่า AAF ของ โรคตับแข็ง เท่ากับร้อยละ 80 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคตับแข็งร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง 100 คน มี 80 คนที่ป่วยเป็นโรคตับแข็งเพราะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ป่วยตับแข็งที่เหลืออีก 20 คน ป่วยเป็นตับแข็งเพราะสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่เพราะการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการคำนวณค่า AAF จำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความชุก (prevalence) ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ของโรคที่สัมพันธ์กับดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$AAF_i(\%) = \frac{P\,(RR_i - 1)}{P\,(RR_i - 1) + 1} * 100\%$$

โดย P หมายถึง ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, i หมายถึง โรค i, และ RR หมายถึง ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรค i

ตัวอย่าง

ความชุกของบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชาย = 0.69

RR ของการเป็นตับแข็งจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเพศชาย = 7.5

$$AAF\ (\text{ร้อยละ หรือ}\%) = \frac{0.69\,(7.5 - 1)}{0.69\,(7.5 - 1) + 1} * 100 = \text{ร้อยละ } 82$$

หรือ อาจกล่าวได้ว่า ร้อยละ 82 ของการป่วยเป็นโรคตับแข็งในเพศชายมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่นำมาใช้ในการคำนวณค่า AAF ควรมีความเฉพาะกับประชากรที่จะทำการประเมินและปริมาณการดื่มที่ได้ระบุไว้ในขอบเขตการวิจัย[9] โดยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ควรได้มาจากการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ของการศึกษาในประชากรที่ต้องการประเมินซึ่งดื่มในปริมาณที่กำหนดไว้ หากไม่มีข้อมูลดังกล่าวอาจนำค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาในประชากรอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันและมีปริมาณการดื่มที่ใกล้เคียงกัน มาใช้ในการคำนวณ แต่หากไม่มีการวิเคราะห์อภิมานอาจพิจารณาใช้ข้อมูลจากการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (cohort study) ที่มีคุณภาพได้ สำหรับข้อมูลความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยหากเป็นการประเมินต้นทุนในระดับประเทศ สามารถนำมาจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย หรือจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร อย่างไรก็ตามเนื่องจากความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออุบัติการณ์ของโรคยังแตกต่างกันไปในเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือ ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ขึ้นกับเพศ ดังนั้น ในการคำนวณค่า AAF ของแต่ละโรคจึงควรคำนวณค่า AAF แยกระหว่างเพศชายและหญิง ทั้งนี้แม้ว่าการคำนวณ AAF ด้วยข้างต้นเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม อย่างไรก็ตามสำหรับผลกระทบบางชนิด เช่น การเกิดอุบัติเหตุจราจร คดีอาชญากรรม การประเมินค่า AAF ยังสามารถทำได้จากการเก็บข้อมูลโดยตรง (7) เช่น เก็บข้อมูลจำนวนอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด และ เก็บจำนวนอุบัติเหตุจราจรที่ลงบันทึกว่ามีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหาค่า AAF ของการเกิดอุบัติเหตุจราจรอันมีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการเก็บข้อมูลจากบันทึกประจำวันที่สถานตำรวจว่าในคดีแต่ละประเภทมีร้อยละเท่าใดที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. การประเมินต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.1 การประเมินต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์

การประเมินต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีหนึ่ง ๆ เป็นผลรวมของต้นทุนทางตรงด้านสุขภาพของโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (โรค i) ซึ่งคำนวณได้โดยนำ AAF ของโรค i (AAFi) คูณกับค่ารักษาพยาบาลจากโรค i ทั้งหมดในปีนั้น ๆ ดังแสดงใน**ตารางที่ 3.9.2** หรือ การนำ AAF ของโรค i คูณกับ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค i ทั้งหมดในปีที่ทำการวิเคราะห์ และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค i ต่อคน ต่อปี ดังแสดงใน**ตารางที่ 3.9.3** ทั้งนี้จะใช้วิธีใดขึ้นกับชนิดของข้อมูลที่มี

ตารางที่ 3.9.2 ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนทางตรงจากโรค i อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากทราบค่ารักษาพยาบาลจากโรค i ทั้งหมดในประเทศในปีที่ทำการวิเคราะห์

โรค	เพศชาย		
	AAFi	ค่ารักษาพยาบาลจากโรค i ทั้งหมดในประเทศในปีที่ทำการวิเคราะห์	ค่ารักษาพยาบาลจากโรค i อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปีที่ทำการวิเคราะห์
โรค i	(X)	(Y)	(X*Y)

ตารางที่ 3.9.3 ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ของโรค i อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากทราบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค i ทั้งหมด ในประเทศ และต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโรค i /คน/ปี

โรค	เพศชาย			
	AAFi	จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค i ทั้งหมดในปีที่ทำการวิเคราะห์	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค i ต่อคนต่อปี	ค่ารักษาพยาบาลโรค i อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีที่ทำการวิเคราะห์
โรค i	(X)	(Y)	(Z)	(X*Y*Z)

สำหรับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรคในปีที่ทำการวิเคราะห์ หากเป็นการประเมินในระดับประเทศควรนำมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของผู้ป่วยในสิทธิระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 กองทุน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยใช้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักในการระบุโรค ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค i ต่อคน ต่อปี สามารถนำมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือจากการทบทวนวรรณกรรมที่ทำการประเมินต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรค i ต่อคนต่อปี โดยปรับให้เป็นมูลค่าในปีที่จะทำการประเมิน ทั้งนี้ในการปรับมูลค่าของค่ารักษาพยาบาลในอดีตให้เป็นมูลค่าในปัจจุบันสามารถทำโดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภค (consumer price index) เป็นตัวปรับ โดยใช้ดัชนีราคาชุดเฉพาะในกลุ่มค่าตรวจรักษาและค่ายา (medical care) ซึ่งได้มาจากฐานข้อมูลดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และปรับให้เป็นต้นทุนที่แท้จริงโดยใช้อัตราส่วนต้นทุนต่อราคาเรียกเก็บ (cost-to-charge ratio)[10]

4.2 การประเมินต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์

ในการประเมินต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น ต้นทุนทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร ต้นทุนที่เกิดจากการฟ้องร้องดำเนินคดี สามารถทำได้โดยการนำเอาจำนวนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปคูณกับต้นทุนต่อหน่วยที่ต้องใช้ เช่น ต้นทุนทรัพย์สินเสียหายหรือมูลค่าทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจรอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2567 เป็นผลคูณของสัดส่วนจำนวนอุบัติเหตุจราจรที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AAF) ในปี พ.ศ. 2567 กับมูลค่าทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2567 ในขณะที่ต้นทุนการดำเนินคดีที่ศาลอันมีสาเหตุมาจากบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มาจากการนำสัดส่วนของคดีความชนิดต่าง ๆ อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AAF) ไปคูณกับจำนวนคดีความชนิดนั้น ๆ ที่ศาลดำเนินการในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งจะทำให้ได้จำนวนคดีความที่ศาลดำเนินการในปี พ.ศ. 2567 อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นจึงนำไปคูณกับต้นทุนต่อหน่วยของการดำเนินคดีโดยศาล ทั้งนี้ค่า AAF สามารถนำมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือ การเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากการทบทวนรายละเอียดของสาเหตุของคดีความต่าง ๆ ในขณะที่ต้นทุนต่อหน่วยในการดำเนินคดีของศาล หรือ ต้นทุนที่ใช้ต่อการดำเนินคดีความ 1 คดี สามารถคำนวณเบื้องต้นโดยการนำเอางบประมาณประจำปีของศาลมาหารด้วยจำนวนคดีที่ศาลดำเนินการในแต่ละปี ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถหาได้จากรายงานประจำปีของศาล

5. การประเมินต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การประเมินต้นทุนทางอ้อมหรือการประเมินต้นทุนที่เกิดจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน สามารถทำได้หลายวิธี โดย วิธีทุนมนุษย์ (human capital approach) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายที่สุด ทั้งนี้วิธีทุนมนุษย์เป็นวิธีที่มีแนวคิดในการประเมินต้นทุนทางอ้อมจากค่าจ้าง หรือรายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในการประเมินต้นทุนความเจ็บป่วยจากปัจจัยเสี่ยงรวมถึงแอลกอฮอล์[8,11-14]

5.1 การประเมินต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วย (morbidity productivity loss)

ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นได้ในหลายกรณี เช่น การดื่มทำให้ผู้ดื่มเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ หรือเกิดอุบัติเหตุจราจร จนทำให้พิการ ทำให้ต้องขาดงาน หรือ ไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้สังคมสูญเสียผลผลิตจากประชากรเหล่านี้ไป จึงเกิดเป็นต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ ทั้งนี้ในการประเมินต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีหนึ่ง ๆ สามารถทำได้โดยการนำ

จำนวนวันที่ขาดงานอันมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นในปีนั้น ๆ คูณด้วยรายได้ต่อวัน โดยจำนวนวันที่ขาดงานทั้งหมดเป็นผลรวมจากการขาดงานจากทุกผลกระทบที่เกิดขึ้นในปีนั้น ๆ เช่น จากการขาดงานจากโรคต่าง ๆ ความพิการ การถูกจองจำในเรือนจำ เป็นต้น สำหรับรายได้ต่อวัน ควรนำมาจากผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product: GNP) ต่อหัว หรือ รายได้มวลรวมประชาชาติ (Gross National Income: GNI) ต่อหัว ซึ่งเป็นมีแนวคิดที่ให้ความสำคัญที่เท่าเทียมกัน โดยไม่แยกเพศและอายุ โดยรายได้ต่อวัน ให้นำ GNP หรือ GNI หารด้วย 365 วัน [15,16]

ตัวอย่าง ผู้ป่วยโรค i ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 1,000 คน, AAF = 40%, ผู้ป่วยโรค i โดยเฉลี่ยจะขาดงาน 20 วัน/ปี หากรายได้ต่อวัน = 550 บาท ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค i อันมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2567 จะมีมูลค่า 4,400,000 บาท (1,000 × 0.4 × 20 × 550)

5.2 การประเมินต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิต (mortality productivity loss)

ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เช่น จากการเสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ หรือเกิดอุบัติเหตุจราจร) ทำให้สังคมสูญเสียผลผลิตจากประชากรเหล่านี้ไป ในวิธีการประเมินด้วยวิธีทุนมนุษย์ ต้นทุนการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจะถูกคำนวณ โดยการนำจำนวนผู้เสียชีวิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คูณกับรายได้ตลอดชีวิตหากไม่มีการเสียชีวิตซึ่งรายได้นี้จะต้องถูกปรับลดให้เป็นมูลค่าปัจจุบันด้วยอัตราการปรับลด (discount rate) เพื่อให้กลายเป็นมูลค่าในปีปัจจุบันที่ทำการศึกษาเนื่องจากมูลค่าเงินในอนาคตมีไม่เท่ากับมูลค่าในปัจจุบัน เช่น เงินในปัจจุบัน 1,000 บาท มีมูลค่ามากกว่าเงินในอนาคต 1,000 บาท ทั้งนี้การปรับลดสำหรับแต่ละปีในอนาคตสามารถทำได้โดยการนำมูลค่าของต้นทุนมาคูณด้วย $\frac{1}{(1+r)^t}$ เมื่อ r คือ อัตราลด และ t คือ ระยะเวลา (ปีที่) โดยปีแรก (t = 0) ไม่ต้องปรับลด สำหรับประเทศไทยมีข้อแนะนำให้ใช้อัตราลดที่ร้อยละ 3[15,16]

ตัวอย่าง ผู้ดื่มแอลกอฮอล์เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2567 โดยอายุที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกคือ 4 ปี หากรายได้ต่อคนต่อปี คือ 100,000 บาท ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ หรือ มูลค่ารายได้ตลอดชีวิตที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ดื่มรายนี้ที่ยังไม่ได้ทำการปรับลด คือ 400,000 บาท แต่มูลค่ารายได้ตลอดชีวิตที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่ทำการปรับลดด้วยอัตราปรับลดร้อยละ 3 ต่อปี แล้วคือ 383,000 บาท ดังแสดงใน**ตารางที่ 3.9.4**

ตารางที่ 3.9.4 ตัวอย่างการปรับลด

ปีที่	T	รายได้ต่อปี โดยที่ไม่ได้ปรับลดให้เป็นมูลค่าปัจจุบัน (บาท)	$\frac{1}{(1+r)^t}$	รายได้ต่อปี หลังจากทำการปรับลดด้วยอัตราร้อยละ 3 ต่อปี (บาท)
2567 (ปีที่ 1)	0	100,000	$\frac{1}{(1+0.03)^0} = 1$	100,000
2568	1	100,000	$\frac{1}{(1+0.03)^1} = 0.97$	97,000
2569	2	100,000	$\frac{1}{(1+0.03)^2} = 0.94$	94,000
2570	3	100,000	$\frac{1}{(1+0.03)^3} = 0.92$	92,000
รวม		**400,000**		**383,000**

ทั้งนี้การประเมินต้นทุนทางอ้อมจากการเสียชีวิตด้วยโรค i อันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถทำได้ดังนี้

$$MC_i = AAF_i * \sum_a^A (TDeath_{ia} * PVLE_a)$$

โดย

MC_i = ต้นทุนจากการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยโรค i

AAF_i = Alcohol attributable fraction ของการเสียชีวิตด้วยโรค i

$TDeath_{ia}$ = จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรค i ในประชากรอายุ a

$PVLE_a$ = มูลค่ารายได้ตลอดชีวิตที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตที่อายุ a ที่ทำการปรับลดให้เป็นมูลค่าปัจจุบัน

a = อายุที่เสียชีวิต

A = อายุที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่

โดย

$$PVLE_a = \sum_a^A \frac{(Income_a)}{(1+r)^t}$$

โดย

$PVLE_a$ = มูลค่ารายได้ตลอดชีวิตที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตที่อายุ a หรือมูลค่ารายได้ ตลอดชีวิตถ้ายังมีชีวิตอยู่ หลังจากทำการปรับลดให้เป็นมูลค่าในปัจจุบัน

A = อายุที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป

a = อายุที่เสียชีวิต

r = อัตราปรับลด

t = ระยะเวลาที่ทำการปรับลด โดย ในปีแรกที่เสียชีวิต t = 0 โดยคิดไปจนกระทั่งถึงปีที่คาดว่าจะมีอายุอยู่

Income = รายได้ต่อคน ต่อปี

ตารางที่ 3.9.5 แสดงตัวอย่างมูลค่ารายได้ตลอดชีวิตหากยังมีชีวิตอยู่ (PVLE) จำแนกตามเพศและอายุที่เสียชีวิต โดยในการคำนวณให้คำนึงถึงอัตราเจริญเติบโตของรายได้ ต่อปีเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งสามารถคิดอัตราเจริญเติบโตได้จากค่าเฉลี่ยของ GNP หรือ GNI ย้อนหลัง จากนั้นทำการปรับลดด้วยอัตราร้อยละ 3 ตามข้อแนะนำในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย[16] โดยมีข้อแนะนำให้คิดมูลค่ารายได้จนเสียชีวิต ทั้งนี้จำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตสามารถนำมาจากตารางชีวิต (life table) ซึ่งได้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น สถิติสาธารณสุข (https://spd.moph.go.th/public_health_statistics/)

ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตด้วยโรค i ในเพศชายอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงใน**ตารางที่ 3.9.6** ทั้งนี้ข้อมูลที่จำเป็นในการคำนวณ ได้แก่ จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรค i จำแนกตามเพศ และอายุที่เสียชีวิต, AAF_i, และรายได้ตลอดชีวิตถ้ายังมีชีวิตอยู่จำแนกตามเพศและอายุที่เสียชีวิต ($PVLE_a$) โดย ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตด้วยโรค i อันมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ในเพศชายที่เสียชีวิตที่อายุ 15-29 ปี (Column E) คำนวณได้จากการนำจำนวนผู้เสียชีวิตเพศชายด้วยโรค i ที่อายุดังกล่าว (Column A) คูณกับ AAF_i (Column B) ซึ่งจะทำให้ได้จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรค i เพศชายอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Column C) จากนั้นจึงนำไปคูณกับรายได้ตลอดชีวิตหากเพศชายอายุ 15-29 ปี ยังมีชีวิตอยู่ (Column D)

ตารางที่ 3.9.5 ตัวอย่างมูลค่ารายได้ตลอดชีวิตถ้ายังมีชีวิตอยู่จำแนกตามเพศและอายุที่เสียชีวิต

อายุที่เสียชีวิต (ปี)	จำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ (ปี)		รายได้ตลอดชีวิตถ้ายังมีชีวิตอยู่ (บาท)*	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
15-29	53	59	17,239,544	20,503,492
30-44	39	45	10,940,576	13,434,104
45-59	27	31	6,739,138	8,033,370
60-69	17	21	3,907,422	4,975,226
70-79	12	13	2,683,151	2,918,680
≥80	5	5	1,155,397	1,155,397

*กำหนดให้รายได้ต่อปี = 183,428 บาท อัตราการเจริญเติบโตของรายได้ = ร้อยละ 5 ต่อปี อัตราปรับลด = ร้อยละ 3

3.9.4 บทสรุป

การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การแปลงความสูญเสียด้านสุขภาพ สังคม และยุติธรรมให้อยู่ในรูปมูลค่าเงิน เพื่อนำไปใช้กำหนดลำดับความสำคัญเชิงนโยบายและประเมินความคุ้มค่าของมาตรการลดการดื่ม โดยการประเมินมี 2 แนวทาง ได้แก่ การประเมินแบบอิงความชุกซึ่งให้ภาพรวมต้นทุนในช่วงเวลา 1 ปี และการประเมินแบบอิงอุบัติการณ์ซึ่งให้ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่มรายใหม่ 1 ราย ในกรอบวิธีวิจัยต้องกำหนดมุมมองการประเมินให้ชัด โดยนับเฉพาะต้นทุนภายนอก ทุนเป็นทางตรงด้านการแพทย์ ทางตรงที่ไม่ใช่การแพทย์ และทางอ้อมจากการสูญเสียผลิตภาพ ค่าสถิติที่สำคัญ คือ ค่าสัดส่วนของผลกระทบที่มีผลมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol attributable fraction) ซึ่งอาศัยความชุกการดื่มและค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์จำเพาะเพศและระดับการดื่ม พร้อมทั้งใช้วิธีทุนมนุษย์ (human capital approach) ในการคิดมูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยด้วยการปรับลดมูลค่าเงินในอนาคตและคำนวณรายได้ตลอดชีวิต ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินด้วยวิธีอิงความชุก มักสะท้อนภาระระดับแสนล้านบาทต่อปีในประเทศไทย จึงเป็นหลักฐานสำคัญสำหรับการสร้างความตระหนักถึงภาระของการดื่มต่อสังคม และการจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

ตารางที่ 3.9.6 ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนการเสียชีวิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีทุนมนุษย์

อายุที่เสียชีวิต (ปี)	จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรค i (คน)		AAFi		จำนวนผู้เสียชีวิตด้วย โรค i อันมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ (คน)		รายได้ตลอดชีวิตถ้ายังมีชีวิตอยู่ (บาท)*		ต้นทุนการเสียชีวิตด้วยโรค i อันมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ (บาท)	
	ชาย (A)	หญิง	ชาย (B)	หญิง	ชาย (C)	หญิง	ชาย (D)	หญิง	ชาย (E)	หญิง
15-29	500	100	0.06	0.15	30	15	17,239,544	20,503,492	517,186,320	307,552,380
30-44	500	600	0.06	0.15	30	90	10,940,576	13,434,104	328,217,280	1,209,069,360
45-59	2000	3000	0.06	0.15	120	450	6,739,138	8,033,370	808,696,560	3,615,016,500
60-69	1500	2000	0.06	0.15	90	300	3,907,422	4,975,226	351,667,980	1,492,567,800
70-79	500	500	0.06	0.15	30	75	2,683,151	2,918,680	80,494,530	218,901,000
≥ 80	200	200	0.06	0.15	12	30	1,155,397	1,155,397	13,864,764	34,661,910
รวม	**5200**	**6400**			**312**	**960**			**2,100,127,434**	**6,877,768,950**

เอกสารอ้างอิง

1. Jo C. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. Clin Mol Hepatol 2014;20: 327-37.
2. Koopmanschap MA. Cost-of-illness studies. Useful for health policy? Pharmacoeconomics 1998;14:143-8.
3. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health 2010;9:323.
4. Luangsinsiri C, Youngkong S, Chaikledkaew U, Pattanaprateep O, Thavorncharoensap M. Economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2021. Glob Health Res Policy 2023;8:51.
5. Luangsinsiri C, Thavorncharoensap M, Chaikledkaew U, Pattanaprateep O, Sornpaisarn B, Rehm J. Lifetime costs of alcohol consumption in Thailand: protocol for an incidence-based cost-of-illness study using Markov model. BMJ Open 2024;14:e079829.
6. Single E, Collins D, Easton B, Harwood H, Lapsley H, Koop P, et al. International guidelines for estimating the costs of substance abuse. 2nd ed. Geneval: World Health Organization; 2003.
7. Møller L, Matic S. Best practice in estimating the costs of alcohol: recommendations for future studies. Geneva: World Health Organization; 2010.
8. World Health Organization. Economics of tobacco toolkit: assessment of the economic costs of smoking. Geneva: WHO; 2011.
9. Flegal KM, Panagiotou OA, Graubard BI. Estimating population attributable fractions to quantify the health burden of obesity. Ann Epidemiol 2015;25:201-7.
10. Khiaocharoen O, Sriwongchai C, Khattiyod T, Prasertworakul C, Srisirianun T, Pongladda L, et al. Ratio of Cost to Charge to Estimate Service Cost of Ministry of Public Health Hospitals. HISPA Compendium 2023;1:60-75.
11. Ding D, Kolbe-Alexander T, Nguyen B, Katzmarzyk PT, Pratt M, Lawson KD. The economic burden of physical inactivity: a systematic review and critical appraisal. Br J Sports Med 2017;51:1392-409.
12. Goettler A, Grosse A, Sonntag D. Productivity loss due to overweight and obesity: a systematic review of indirect costs. BMJ Open 2017;7:e014632.
13. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic burden of obesity: a systematic literature review. Int J Environ Res Public Health 2017;14:435.
14. Verhaeghe N, Lievens D, Annemans L, Laenen FV, Putman K. Methodological considerations in social cost studies of addictive substances: a systematic literature review. Front Public Health 2017;4:295.

15. อาทร ริ้วไพบูลย์. ต้นทุนของการเจ็บป่วย. ใน: อาทร ริ้วไพบูลย์, บรรณาธิการ. การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศักดิโสภาการพิมพ์; 2561.
16. อาทร ริ้วไพบูลย์, ศิตาพร ยังคง, จันทนา พัฒนเภสัช. การประเมินต้นทุน ใน: ศุภสิทธ์ พรรณารุโณทัย, ทรงยศ พิลาสันต์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว, บรรณาธิการ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พศ 2564. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2564.

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.10 การวัดทางกฎหมายประเด็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| วศิน พิพัฒนฉัตร

3.10.1 บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ รวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมที่เรียกว่า “ภัยเหล้ามือสอง” ไม่ว่าจะเป็นการดื่มแล้วขับอันอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุกับผู้อื่นรวมถึงตัวผู้บริโภคเองด้วย หรือ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขาดสติมีการทำร้ายร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นในครอบครัว ตลอดจนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังสามารถเป็นประตูเปลี่ยนผ่านไปใช้ยาเสพติดอื่น ๆ อีกได้ด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกฎหมายเข้ามาเป็นเครื่องมือในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เด็กที่ถูกใช้ให้ไปซื้อ ตลอดจนผู้ประกอบการทั้งผู้ผลิตผู้นำเข้าและผู้จัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคุ้มครองสังคม ตลอดจนสุขภาพของประชาชน ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการวัดทางกฎหมายประเด็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า การวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมายซึ่งเป็นศาสตร์ประยุกต์ภายใต้วิชานิติเศรษฐศาสตร์ (law and economics) หรือเศรษฐศาสตร์วิเคราะห์

ว่าด้วยกฎหมาย (economic analysis of law) เป็นศาสตร์ว่าด้วยการศึกษาประเด็นสำคัญทางกฎหมาย ทฤษฎีกฎหมาย การตีความ การออกแบบ การประเมินกฎหมาย และผลกระทบของกฎหมายต่อพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสังคม ที่อาจกล่าวได้ว่ามีพัฒนาการภายใต้ขอบเขตของวิชาสังคมศาสตร์ (social sciences) ที่เป็นการบูรณาการทั้งนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ที่มีการใช้คณิตศาสตร์ (mathematics) เข้ามามีบทบาทในการวิเคราะห์หรือใช้อธิบายคำตอบที่เป็นผลของปรากฏการณ์ทางสังคม แต่ทั้งนี้ในวิชารัฐศาสตร์ที่เคยได้รับอิทธิพลวิชาพฤติกรรมศาสตร์ ที่นำวิธีการศึกษาแบบวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ก็เกิดประเด็นการตั้งคำถามถึงความแม่นยำของผลการศึกษา ดังนั้น ในเรื่อง การวัดทางกฎหมายในบางครั้งเอง ก็ต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนว่า ระเบียบวิธีวิจัย หรือวิธีการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการวิเคราะห์กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องมีความเป็นกลางและต้องสามารถอธิบายพฤติกรรมของทั้งผู้บริโภคและผู้ประกอบการได้เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดการเข้าถึงการเสพผลิตภัณฑ์เหล่านี้ของผู้บริโภคได้อันเป็นเจตนารมณ์สูงสุดของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมาย ในระบบกฎหมายของประเทศไทยมีลักษณะเป็น “กิโยตินทางกฎหมาย” (Regulatory Guillotine) ที่มีแนวทางที่สามารถยกเลิกกฎหมายที่เห็นว่าไม่อาจใช้บังคับได้จริง ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นกฎหมายที่ดีในการควบคุมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน แนวทางการศึกษาจึงต้องมีความชัดเจนในเรื่องที่มาของข้อมูล และเรื่องการรับฟังที่อาจต้องคำนึงถึงความไม่สมควรมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงแม้แนวทางการวิเคราะห์ผลกระทบของการออกกฎหมายจะเสนอให้ต้องมีการรับฟังผู้ประกอบการก็ตาม ซึ่งประเด็นนี้จะได้มีการอภิปรายในลำดับถัดไปในบทความนี้

3.10.2 ที่มาของการวัดทางกฎหมาย

การวัด (measurement) คือ กระบวนการหนึ่งของการศึกษาในเชิงวิทยาศาสตร์โดยอิงกับเกณฑ์มาตรวัดหรือหน่วยที่เราต้องการใช้เทียบเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อประเมิน (assessment) หรือประเมินผล (evaluation) ในทางสังคมศาสตร์การวัดเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมอาจมีการใช้คณิตศาสตร์เข้ามาเป็นเครื่องมือในการอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทางสังคมโดยเฉพาะเรื่องสถิติและความน่าจะเป็น[1] ซึ่งเศรษฐศาสตร์ (economic) อันเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งของสังคมศาสตร์ ก็เป็นตัวอย่างหนึ่งของศาสตร์ประยุกต์ที่นำคณิตศาสตร์เข้ามามีบทบาทในการทำนายปรากฏการณ์ทางสังคมและให้สังคมสามารถเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด[2] และถ้าพิจารณาเปรียบเทียบกับพัฒนาการของวิชารัฐศาสตร์อันเป็นวิชาใกล้เคียงกับวิชานิติศาสตร์ซึ่งมีวิธีการแสวงคำอธิบายในวิชาความรู้ด้วยการศึกษาเปรียบเทียบ (comparative study) เหมือนกัน

แต่ด้วยความที่รัฐศาสตร์มีช่วงการพัฒนาองค์ความรู้ที่สามารถจำแนกได้เป็นแต่ละยุค อันได้แก่ ยุคคลาสสิก (classical period) ยุคสถาบันนิยม (institutional period) ยุคเปลี่ยนผ่านสู่รัฐศาสตร์สมัยใหม่ (the transitional period) ยุคพฤติกรรมศาสตร์ (the behavioral period) และ ยุคหลังพฤติกรรมศาสตร์ (the post behavioral period)[3] ซึ่งการศึกษาทางรัฐศาสตร์ในยุคพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์เข้ามามีอิทธิพลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ ก็มีข้อถกเถียงถึงความแม่นยำหรือการตอบปัญหาอันแท้จริงทางสังคมได้อย่างแท้จริงหรือไม่ จนนำไปสู่ยุคหลังพฤติกรรมศาสตร์ที่การพัฒนาคำอธิบายทางรัฐศาสตร์จำเป็นต้องกลับมาใช้กรอบคิดทางปรัชญา หรือทฤษฎี ที่เป็นที่นิยมใช้ในยุคสถาบันนิยม เพื่ออธิบายคำตอบของปรากฏการณ์ทางสังคมและการเมือง อาจกล่าวได้ว่านิติศาสตร์ในยุคศตวรรษที่ 21 นี้ก็เริ่มมีการใช้องค์ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์มาวัดและประเมินผลของกฎหมายมากขึ้นเพื่อพยายามอธิบายความคุ้มค่าหรือเหตุผลความจำเป็นของการมีกฎหมายเฉกเช่นเดียวกับวิชารัฐศาสตร์ ซึ่งบทเรียนที่เกิดขึ้นกับวิชารัฐศาสตร์อาจเป็นประเด็นที่การประเมินผลของกฎหมายก็ต้องพึงระวังด้วย โดยเฉพาะกรณีที่การวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมายแล้วนำไปสู่การยกเลิกกฎหมายที่มีประโยชน์ต่อผู้บริโภคและสังคม เพราะในระบบกฎหมายของประเทศไทยจะมีหลักการเรื่อง “กิโยตินทางกฎหมาย” (Regulatory Guillotine)[4] ที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ด้วย

3.10.3 นิติธรรม นิติรัฐกับแนวคิดการวัดทางกฎหมาย

แม้คำอธิบายเรื่องหลัก “นิติธรรม” (rule of law) ในระบบกฎหมาย common law และหลัก “นิติรัฐ” (legal state) ในระบบกฎหมาย civil law จะไม่ได้มีการกล่าวถึงเรื่องการวัดทางกฎหมายไว้โดยตรง แต่แนวคิดในเรื่องของหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของประชาชน อย่างเช่น หลักความได้สัดส่วน ซึ่งปรากฏในหลักกฎหมายพื้นฐานหรือรัฐธรรมนูญของในหลายประเทศ การวัดทางกฎหมายเพื่อประเมินผลก็อาจใช้เป็นคำอธิบายเพื่อตอบโจทย์หลักความได้สัดส่วน นิติธรรมและนิติรัฐเหมือนกันหรือไม่ บางครั้งเราจะเห็นคำอธิบายที่มักจะหยิบยกทั้งสองคำขึ้นมาพร้อมกัน แต่โดยเนื้อหาแล้วทั้งสองหลักนี้แตกต่างกัน กล่าวคือถ้าเปรียบเทียบ หลักนิติธรรมและนิติรัฐแล้ว หลักนิติรัฐพัฒนามาจากประเทศเยอรมนีซึ่งสัมพันธ์กับหลักความเป็นกฎหมายสูงสุดของรัฐธรรมนูญ และการคุ้มครองความเป็นกฎหมายสูงสุดของรัฐธรรมนูญโดยองค์กรตุลาการ การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นของบุคคลเป็นการคุ้มครองในระดับรัฐธรรมนูญ กล่าวคือ สิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ได้รับการบัญญัติไว้ใน “กฎหมายพื้นฐาน”[5] ซึ่งถือว่ารัฐธรรมนูญของประเทศเยอรมนีผูกพันทั้งองค์กรนิติบัญญัติ บริหาร และตุลาการ การตรากฎหมายใด ๆ ขึ้นใช้บังคับ องค์กรนิติบัญญัติมีหน้าที่ในทางรัฐธรรมนูญที่จะต้องไม่ตรากฎหมายให้ขัด

หรือแย้งต่อบทบัญญัติว่าด้วยสิทธิขั้นพื้นฐาน มิฉะนั้นย่อมต้องถือว่ากฎหมายดังกล่าวขัดต่อรัฐธรรมนูญ ในขณะที่หลักนิติธรรมพัฒนามาจากประเทศอังกฤษซึ่งสัมพันธ์กับอำนาจอธิปไตยสูงสุดเป็นของรัฐสภา เนื่องจากในอังกฤษไม่มีรัฐธรรมนูญที่เป็นลายลักษณ์อักษร การประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล จึงไม่ได้เป็นการประกันในระดับรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติบุคคลย่อมได้รับการประกันสิทธิขั้นพื้นฐานโดยองค์กรตุลาการ[6] และในการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายของประเทศอังกฤษจะมีขั้นตอนการปรึกษาหารือ (consultation) และ การประชาพิจารณ์ (public inquiries) ซึ่งเน้นหลักการรับฟังความทุกฝ่าย (audi alterem partem) ซึ่งจะมีขั้นตอนการประเมินผลกระทบของการออกกฎหมายด้วย[7]

กล่าวโดยสรุปในส่วนของหลักนิติธรรมและหลักนิติรัฐ แม้จะมีหลักการที่แตกต่างกันดังที่ได้กล่าวในตอนต้น แต่มีหลักการที่เหมือนกันคือ เป็นระบบที่สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ของพลเมือง และมีวัตถุประสงค์หลักในการป้องกันและแก้ไขการใช้อำนาจตามอำเภอใจของเจ้าหน้าที่รัฐ[8] ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 26 ที่วางหลักการจำกัดสิทธิเสรีภาพไว้เพื่อเป็นประกันการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนว่า การออกกฎหมายใด ๆ ก็ตามแต่ต้องไม่ขัดต่อหลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุและจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ ซึ่งมาตรา 26 นี้จะมีกระบวนการพิจารณาผลกระทบของร่างกฎหมายตามมาตรา 77 ที่บังคับหน่วยงานของรัฐต้องมีการวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมายทุกครั้งที่มีการออกกฎหมายฉบับใหม่ซึ่งเป็นการสอดรับไปกับ มาตรา 26 และสอดรับไปกับแนวคิดเรื่อง “เสรีนิยมใหม่” (Neoliberalism) ที่มีหลักการพื้นฐานซึ่งมุ่งเน้นความสำคัญของปัจเจกชน (individual) เพื่อมาทบทวนและพยายามแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจในฝั่งอุปทานหรือความต้องการขายเป็นหลัก (supply side) มากกว่าอุปสงค์หรือความต้องการซื้อ (demand) แนวคิดดังกล่าว นำมาซึ่งรูปแบบนโยบายที่เรามักได้ยินกัน ได้แก่ การเปิดให้เป็นเสรี (liberalization) การผ่อนปรนหรือลดบทบาทของกฎระเบียบ (deregulation) การแปรรูปให้เป็นเอกชน (privatization) และการทำให้มีเสถียรภาพ (stabilization) โดยการลดและจำกัดบทบาทการแทรกแซงของรัฐ[9] ซึ่งรัฐศาสตร์ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2520 ก็ได้อิทธิพลแนวทางนี้เช่นกัน โดยมุ่งเน้น การลดบทบาทของรัฐ และมีการขยายตัวทางด้านเอกชนมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นแนวคิดที่พยายามลดบทบาทของการควบคุมหรือใช้บังคับด้วยกฎหมายเพื่อให้เสรีภาพกับประชาชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจให้มากที่สุด และหันไปใช้มาตรการอื่น ๆ ที่อาจไม่ใช่มาตรการทางกฎหมายเพื่อการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์แทน เว้นแต่ว่าถ้าไม่มีมาตรการอื่นใดที่จะทำหรือแก้ปัญหาได้แล้วจึงค่อยหันมาใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ ซึ่งแนวคิดเสรีนิยมนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่นำไปสู่การพัฒนาแนวคิดเรื่อง การวิเคราะห์ผลกระทบของการออกกฎระเบียบ (Regulatory Impact Analysis: RIA) ซึ่งเริ่มต้นในกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) ซึ่งมีวิธีการวัด

กฎหมายที่เรียกว่าการวิเคราะห์ผลกระทบของการออกกฎระเบียบ (Regulatory Impact Analysis: RIA) มาใช้ในการพิจารณากลั่นกรองกฎหมาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538[10] โดยมีวัตถุประสงค์ให้รัฐบาลหรือฝ่ายบริหารของประเทศที่จะออกมาตรการต่าง ๆ ในรูปแบบนโยบาย กฎหมาย หรือ กฎ ต้องพิจารณาถึงเรื่องผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการออกนโยบาย กฎหมาย หรือ กฎ ว่า สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเจตนารมณ์ที่ตั้งใจไว้ได้หรือไม่ การบังคับใช้มาตรการดังกล่าวจะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการคุ้มค่ากับประโยชน์สาธารณะที่ได้หรือไม่ กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนมากน้อยแค่ไหน อันมีลักษณะเป็นแนวคิดการปฏิรูปกฎหมาย (regulatory reform) ที่ใช้การคำนวณต้นทุนของกฎหมายที่มีต่อเอกชนและนำไปสู่การผ่อนคลายกฎดังที่ได้กล่าวในตอนต้น อย่างไรก็ตามได้มีคำอธิบายใหม่ว่า “การวิเคราะห์ผลกระทบของร่างกฎหมาย” ไม่ได้มีเพื่อผ่อนคลายความเคร่งครัดหรือบทบาทของกฎหมาย แต่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้การออกกฎหมายสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้ และมีประสิทธิผลเพื่อให้การออกกฎหมายที่ประโยชน์มากกว่าต้นทุน[11] โดยอย่างน้อยที่สุด กระบวนการทุกขั้นตอนของการประเมินผลกระทบของกฎระเบียบควรมีองค์ประกอบได้แก่ การกำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ คำอธิบายข้อเสนอด้านกฎระเบียบ การระบุทางเลือก การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ การระบุวิธีแก้ปัญหาที่ต้องการ และการกำหนดกรอบการติดตามและประเมินผล[12] ที่จะเป็นการตรวจสอบภายหลังการตรากฎหมายที่มีผลใช้บังคับโดยนำผลวิเคราะห์จากตอนยังเป็นร่างกฎหมายมาเปรียบเทียบกับผลภายหลังที่กฎหมายมีผลใช้บังคับซึ่งประเทศไทยเรียกว่า “การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมาย” ซึ่งหลักการวิเคราะห์ผลกระทบของการออกกฎระเบียบภายหลังการตรากฎหมายได้มีแนวคิดขยายให้เป็นบทบาทของรัฐสภาด้วย โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบภายหลังการออกกฎหมายด้วยเรียกว่า “การตรวจสอบภายหลังการตรากฎหมาย” (post-legislative scrutiny: PLS) ซึ่งมูลนิธิเวสต์มินสเตอร์เพื่อประชาธิปไตย (Westminster Foundation for Democracy) ของสหราชอาณาจักรเป็นผู้ที่พยายามผลักดันให้รัฐสภาของประเทศต่าง ๆ ดำเนินการตรวจสอบภายหลังการตรากฎหมาย[13] เพื่อตรวจสอบว่ากฎหมายที่ผ่านการบังคับใช้แล้วนั้นมีการดำเนินการตามเจตนารมณ์แล้วหรือไม่ โดยที่รัฐสภาจะประเมินว่ากฎหมายนั้นมีผลลัพธ์หรือผลกระทบตามที่คาดไว้หรือไม่ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพของรัฐสภาในการปรับปรุง คุณภาพของการออกกฎหมายและเพิ่มการมีส่วนร่วมของรัฐสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา รวมถึงคณะกรรมาธิการต่าง ๆ ของรัฐสภา ซึ่งได้มีความพยายามผลักดันให้รัฐสภาไทยดำเนินการด้วย[14] ทั้งนี้ระบบกฎหมายของประเทศไทยจะกำหนดให้ฝ่ายบริหารหรือปกครองที่ดูแลกฎหมายแต่ละฉบับหรือมีความพยายามจะผลักดันให้เกิดกฎหมายฉบับใหม่เป็นผู้กระทำการประเมินไม่ใช่บทบาทของรัฐสภา ซึ่งการทบทวนกฎหมายหลังการบังคับใช้นี้จะมีลักษณะเหมือนกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมายที่พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 กำหนดให้ทุก 5 ปี ต้องมีการดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมาย

กล่าวโดยสรุป การวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมาย เป็นศาสตร์ประยุกต์ภายใต้วิชานิติเศรษฐศาสตร์ (law and economics) หรือเศรษฐศาสตร์วิเคราะห์ว่าด้วยกฎหมาย (economic analysis of law) เป็นศาสตร์ว่าด้วยการศึกษาประเด็นสำคัญทางกฎหมาย ทฤษฎีกฎหมาย การตีความ การออกแบบ การประเมินกฎหมาย และผลกระทบของกฎหมายต่อพฤติกรรมของตัวละครที่เกี่ยวข้องในสังคม[15] แต่ทั้งนี้ ตามที่ได้กล่าวในตอนต้น วิชารัฐศาสตร์เองก็ยังคงมีปัญหาถึงความแม่นยำและการสามารถอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมได้อย่างแท้จริงหรือไม่ อย่างไร หรือแม้แต่เศรษฐศาสตร์ด้วยเช่นกันก็มีการถกเถียงถึงคำอธิบายในแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ (economic model) ว่าสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางเศรษฐกิจได้อย่างแท้จริงหรือไม่[16] ซึ่งการประเมินโดยใช้คณิตศาสตร์อาจไม่สามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์ทั้งหมดได้อย่างถ่องแท้ ทั้งนี้ รวมถึงสังคมศาสตร์ที่เป็นร่มใหญ่ของวิชานิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์และรัฐศาสตร์ด้วย เหตุผลที่ต้องมีการอภิปรายในประเด็นนี้ เนื่องมาจากให้พึงระมัดระวังการศึกษาเพื่อประเมินผลกระทบของกฎหมายไม่ให้กฎหมายดี ๆ ต้องถูกทำลายลงด้วยเหตุผลจากการศึกษา

3.10.4 การวัดทางกฎหมายของประเทศไทย

จุดเริ่มต้นของการวัดกฎหมายของประเทศไทยเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2531 ดังจะเห็นได้จากระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2531[17] ระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2548[18] ที่ออกตามมาตรา 12 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการเสนอเรื่องและการประชุมคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2548 ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบความจำเป็นในการร่างกฎหมาย 10 ประเด็น อันได้แก่ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของภารกิจ ใครควรเป็นผู้ทำภารกิจ ความจำเป็นในการตรากฎหมาย ความซ้ำซ้อนของกฎหมาย ภาระต่อบุคคลและความคุ้มค่า ความพร้อมของรัฐ หน่วยงานที่รับผิดชอบ วิธีการทำงานและการตรวจสอบ อำนาจในตราอนุบัญญัติ และการรับฟังความคิดเห็น และที่เป็นรูปธรรมเด่นชัดปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ ในมาตรา 77 ที่มี 3 วรรคซึ่งบัญญัติว่า วรรค 1 “รัฐพึงจัดให้มีกฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น และยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมายที่หมดความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพโดยไม่ชักช้าเพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ประชาชน และดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ได้โดยสะดวกและสามารถเข้าใจกฎหมายได้ง่ายเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง” วรรค 2 “ก่อนการตรากฎหมายทุกฉบับ รัฐพึงจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายอย่างรอบด้านและเป็นระบบ รวมทั้งเปิดเผยผลการรับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์นั้น

ต่อประชาชน และนำมาประกอบการพิจารณาในกระบวนการตรากฎหมายทุกขั้นตอน เมื่อกฎหมายมีผลใช้บังคับแล้ว รัฐพึงจัดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายทุกรอบระยะเวลาที่กำหนดโดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพื่อพัฒนากฎหมายทุกฉบับให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป" วรรค 3 "รัฐพึงใช้ระบบอนุญาตและระบบคณะกรรมการในกฎหมายเฉพาะกรณีที่จำเป็น พึงกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐและระยะเวลาในการดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายให้ชัดเจน และพึงกำหนดโทษอาญาเฉพาะความผิดร้ายแรง"

กล่องข้อความที่ 3.10.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ ในมาตรา 77

การบัญญัติมาตรา 77 ไว้ในหมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ ก็เพราะเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ การจะบังคับให้เป็นไปตามมาตรา 77 ในทันทีทันใด อาจจะก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติได้ การบัญญัติไว้ในหมวดว่าด้วยแนวนโยบายแห่งรัฐก็เพื่อให้รัฐมีเวลาที่จะพัฒนาและปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการตรากฎหมายอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยคาดหวังว่ารัฐจะตรากฎหมายแม่บทในการจัดทำร่างกฎหมายและการพิจารณากฎหมายในโอกาสอันควร และเพื่อประโยชน์ในการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ของรัฐ รัฐธรรมนูญ มาตรา 76 จึงกำหนดให้รัฐพัฒนาระบบการบริหารราชการแผ่นดิน โดยให้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่ของรัฐให้มีทัศนคติเป็นผู้ให้บริการประชาชนให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว ไม่เลือกปฏิบัติ และมีประสิทธิภาพ เพื่อแทนที่ภาพความเป็นผู้ปกครองหรือผู้มีอำนาจ ที่เคยมีอยู่เดิม ในขณะเดียวกันก็กำหนดไว้ในมาตรา 258 (ค)[2] ให้มีการปฏิรูประบบการเรียนการสอนและการศึกษาอบรมวิชากฎหมายเพื่อสร้างความมีนิติทัศนะให้เกิดขึ้นในหมู่นักกฎหมาย[19]

3.10.5 เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 77 และมาตรา 258

ที่มาของมาตรา 77 นี้จะเชื่อมโยงไปกับหมวด 16 การปฏิรูปประเทศตามมาตรา 258 ด้านกฎหมาย[20] ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อกำหนดกรอบและหลักการสำคัญในการตรากฎหมาย โดยมีแนวคิดที่ว่าไม่ควรมีกฎหมายเกินความจำเป็นและสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมและรับรู้การ

ตรากฎหมายด้วยตั้งแต่ต้น มาตรา 77 นี้เป็นบทบัญญัติที่เพิ่มขึ้นใหม่ ไม่เคยปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับใดมาก่อน รัฐธรรมนูญฉบับก่อนหน้ามีเพียงหลักทั่วไปในการตรากฎหมายของฝ่ายนิติบัญญัติที่มีหลักเพียงว่าจะต้องไม่ตรากฎหมายที่ขัดหรือแย้งต่อบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เท่านั้น สิ่งใดที่ไม่ขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญ รัฐย่อมออกกฎหมายมาบังคับใช้กับประชาชนได้เสมอ ต่อมาเริ่มมีแนวความคิดที่จะกำหนดหลักให้กว้างขึ้น เพื่อป้องกันมิให้รัฐใช้อำนาจของรัฐทำให้ประชาชนต้องเสียสิทธิและเสรีภาพเกินสมควร รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 จึงบัญญัติเป็นเงื่อนไขลักษณะของกฎหมายและหลักแห่งการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเข้มงวดยิ่งขึ้น เช่น จะต้องอ้างบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของประชาชนไว้ในช่วงต้นของกฎหมาย และในกรณีที่รัฐธรรมนูญกำหนดเงื่อนไขไว้ ก็ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่รัฐธรรมนูญกำหนดทั้งกฎหมายจะต้องไม่มีลักษณะให้เกิดผลในการบังคับแก่กรณีใดหรือแก่บุคคลใดบุคคลคนหนึ่งเป็นการเฉพาะด้วย ทำนองเดียวกับที่บัญญัติไว้ในมาตรา 26 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 แต่เพียงแค่มาตรา 26 ที่วางหลักในเรื่องการจำกัดสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวนั้นยังไม่เพียงพอที่จะไม่ให้รัฐตรากฎหมายมาสร้างภาระให้เกิดกับประชาชนอย่างไม่คุ้มค่า ทั้งกฎหมายที่ตราออกใช้บังคับก็มักจะปรากฏว่ามิได้มีการใช้บังคับกฎหมายอย่างจริงจัง ส่งผลให้เกิดปัญหาการทุจริตหรือประพฤติมิชอบได้โดยง่าย สร้างปัญหาความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชน โดยรัฐอาจไม่เคยรับรู้ถึงภาระที่ประชาชนจะต้องได้รับจากผลของการมีกฎหมายนั้น ๆ จึงเกิดแนวคิดที่จะกำหนดหลักการสำคัญและกรอบในการตรากฎหมายขึ้นไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งเป็นที่มาของมาตรา 77 โดยมาตรา 77 ได้วางหลักสำคัญไว้ 8 ประการ ด้วยกันคือ

ประการที่ 1 คือ การกำหนดให้รัฐพึงมีกฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น กรณีใดที่สามารถดำเนินการได้โดยไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายก็ควรเลือกใช้วิธีนั้นก่อน เพราะเมื่อตราเป็นกฎหมายแล้ว ย่อมจะต้องมีบทบังคับอย่างเข้มงวด และสร้างภาระให้เกิดกับประชาชนขึ้นในทันทีที่มีการตรากฎหมายนั้น อย่างไรจึงจะถือว่ามีความจำเป็น ต้องพิจารณาเป็นเรื่อง ๆ ไปตามแนวทางที่ศาลรัฐธรรมนูญจะวินิจฉัย และวางหลักอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งนับเป็นประการที่สำคัญที่สุดอันเป็นหัวใจของมาตรา 77 แต่ความในประการที่ 2 ถึง ประการที่ 8 อาจเป็นแนวทางใช้ประกอบการพิจารณาว่ากฎหมายนั้นจำเป็นหรือไม่ร่วมด้วย นอกเหนือจากการรอคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ

ประการที่ 2 เมื่อกำหนดให้มีการตรากฎหมายใหม่เท่าที่จำเป็นแล้ว รัฐจะต้องย้อนกลับไปพิจารณากฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ด้วยว่ายังมีความจำเป็นหรือสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัญหาหรือไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพของประชาชนมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้ยกเลิก หรือปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาวะที่เป็นจริงในปัจจุบัน ยกตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติควบคุมการโฆษณาโดยใช้เครื่องขยายเสียง พ.ศ. 2493 ซึ่งออกใช้บังคับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 โดยบังคับให้ทุกคนที่จะใช้เครื่องขยายเสียงจะต้องได้รับใบอนุญาตก่อน และจะใช้ภาษาอื่นใดนอกจากภาษาไทย

มิได้ รัฐสมควรตรวจสอบว่ากฎหมายดังกล่าวถ้าใช้บังคับอย่างจริงจังในปัจจุบันจะเป็นไปได้หรือไม่ การมีกฎหมายดังกล่าวอยู่แล้วไม่ใช้บังคับจะเป็นผลให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องถูกดำเนินคดีฐานละเว้นต่อการปฏิบัติหน้าที่หรือไม่ และถ้าบังคับใช้จริงจะเกิดปัญหาขึ้นในสังคมหรือไม่

ประการที่ 3 เมื่อมีกฎหมายใช้บังคับแล้ว รัฐจะต้องดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงตัวบทกฎหมายได้โดยง่าย ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคที่มีเทคโนโลยีสารสนเทศที่สะดวกและรวดเร็วย่อมไม่เป็นการยากที่รัฐจะดำเนินการให้เกิดผลเช่นนั้นได้ แต่ลำพังการจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงตัวบทกฎหมาย ไม่ได้ทำให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตามกฎหมายนั้นได้อย่างถูกต้อง สิ่งที่รัฐจำเป็นจะต้องดำเนินการ คือ ต้องทำให้ประชาชนสามารถเข้าใจและใช้กฎหมายนั้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเรียบเรียงกฎหมายที่เกี่ยวข้องมารวมไว้ในที่เดียวกันหรือจัดทำคำอธิบายสั้น ๆ หรือคู่มือพอที่จะทำให้ประชาชนเข้าใจได้ว่าตนจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายในเรื่องใดอย่างไร

ประการที่ 4 เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนหรือประชาชนสามารถเสนอแนะแนวทางใหม่ ๆ ที่หน่วยงานของรัฐอาจนึกไม่ถึง จึงต้องกำหนดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำความคิดเห็นนั้นไปใช้ประกอบพิจารณาการตรากฎหมายในทุกขั้นตอน ทั้งนี้มิได้หมายความว่า ต้องมีการรับฟังความคิดเห็นในทุกขั้นตอน แต่หมายถึงการนำความคิดเห็นที่ได้รับฟังมานั้นไปใช้ประกอบการพิจารณาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยที่จะมีการออกกฎหมาย แต่ทั้งนี้ในเรื่องของการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ หลักในประการที่ 4 นี้มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก[21] ในมาตรา 5.3 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติงานว่าด้วยการคุ้มครองนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบจากผลประโยชน์ทางการค้าและผลประโยชน์อื่น ๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบ (protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry) ที่กำหนดให้รัฐภาคีต้องปฏิเสธความร่วมมือใด ๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นแนวทางที่อุตสาหกรรมยาสูบเสนอเพื่อนำมาใช้แทนที่มาตรการควบคุมยาสูบที่รัฐกำหนด ตลอดจนข้อเสนอของอุตสาหกรรมยาสูบที่จะให้ความช่วยเหลือใด ๆ ในการร่างกฎหมาย หรือยอมรับนโยบายควบคุมยาสูบที่ได้ร่างขึ้น โดยการร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ[22] ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องไปกับหลักการเรื่อง “ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ” (commercial determinants of health) ที่องค์การอนามัยโลกเสนอว่า ผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์บางกิจการอาจเข้ามามีอิทธิพลต่อนโยบายด้านสุขภาพได้ ผ่านกลไกการแทรกแซงและการบริจาคเงินแก่พรรคการเมือง ซึ่งการกระทำดังกล่าวสามารถสร้างแรงจูงใจให้นักการเมืองและพรรคการเมืองต่าง ๆ ตัดสินใจให้สอดคล้องกับผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์ นอกจากนี้ผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์บางรายยังพยายามควบคุมหน่วยงานของรัฐเพื่อป้องกันหรือทำให้กฎระเบียบที่ควบคุมผลิตภัณฑ์และบริการของตนอ่อนแอลงหรือไม่อาจบังคับใช้ได้[23] ดังนั้นในเรื่อง การรับฟังประชาชนในประการนี้ “ต้องไม่หมายรวมถึงกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน”

กล่องข้อความที่ 3.10.2 คำกล่าวสะท้อนหลักการควบคุม

นพ.หทัย ชิตานนท์เคยกล่าวไว้ ถึงกรณีการปฏิบัติตามแนวทางมาตรา 5.3 ของ FCTC ไว้ว่า “ถ้าคุณจะออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด คุณจะเอาพ่อค้ายาเสพติดมานั่งประชุมออกกฎหมายด้วยกันหรือไม่” การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเทศไทยมีพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกที่อยู่ในสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่สามารถใช้เป็นเหตุผลสนับสนุนการดำเนินการได้แต่ในส่วนของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่มีกรอบอนุสัญญาฯเหมือนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังนั้น ในระหว่างที่ยังไม่มีกรอบอนุสัญญาฯ อาจต้องใช้เหตุผลจากเรื่อง “ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ” ไปก่อน

ประการที่ 5 เพื่อแสดงให้เห็นว่ากฎหมายนั้นมีความจำเป็นต้องตราขึ้นอย่างแท้จริง มาตรา 77 จึงกำหนดให้ต้องมีการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายในแง่มุมต่าง ๆ เช่น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรากฎหมายนั้น และภาระที่จะเกิดกับประชาชน รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ประชาชนจะต้องเสียไปในการปฏิบัติตามกฎหมาย เพื่อวิเคราะห์ว่ากฎหมายนั้นมีความคุ้มค่าและมีความจำเป็นอย่างแท้จริง

ประการที่ 6 เมื่อกฎหมายนั้นใช้บังคับแล้ว มาตรา 77 ยังกำหนดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายตามระยะเวลาที่พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 กำหนดการประเมินผลสัมฤทธิ์นี้จะเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า ผลที่คาดหวังไว้ในการตรากฎหมายนั้นจะสามารถเกิดขึ้นจริงได้หรือไม่ มีการบังคับใช้อย่างเข้มงวดเพียงใด และที่สำคัญเป็นการตรวจสอบด้วยว่าหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมในการปฏิบัติการตามกฎหมายจนเกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อยหรือสร้างความสุขสงบให้แก่ประชาชนและสังคมมากน้อยเพียงใด

ประการที่ 7 มาตรา 77 มีการกำหนดเงื่อนไขในการตรากฎหมายให้หลีกเลี่ยงการใช้ระบบอนุญาต ซึ่งเป็นที่มาของการทุจริตประพฤติมิชอบ และระบบคณะกรรมการ ซึ่งทำให้เกิดขั้นตอน และหาตัวบุคคลที่จะรับผิดชอบในผลแห่งการกระทำมิได้ และเพื่อให้สอดคล้องไปกับการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดินและการปฏิรูปการป้องกันและปราบปรามการทุจริตไปพร้อมกัน นอกจากนี้ ในกรณีที่ให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐในการใช้ดุลพินิจในเรื่องใด จะต้องกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนไว้ให้ชัดเจน ประการที่ 8 ด้วยความเป็นกฎหมายซึ่งตราขึ้นเพื่อบังคับใช้กับประชาชน จึงมักจะมีบทกำหนดโทษทางอาญาสำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตามด้วยเสมอ ซึ่งนับวันจะกำหนดให้สูงขึ้น ๆ จนอาจกลายเป็นเครื่องมือให้เจ้าหน้าที่ของรัฐใช้ไปในทางทุจริตได้ มาตรา 77 จึงกำหนดเงื่อนไขประการสุดท้ายว่า ถ้าจะต้องมีการ

กำหนดโทษอาญาในกฎหมาย ให้กำหนดแต่เฉพาะเมื่อเป็นความผิดร้ายแรงเท่านั้น ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องไปศึกษาและวางแนวทางในการกำหนดแนวทางบังคับรูปแบบใหม่ขึ้นแทนที่โทษทางอาญา เช่น อาจกำหนดเป็นโทษทางปกครองแทน เป็นต้น[24]

3.10.6 จากรัฐธรรมนูญ สู่ กฎหมายเพื่อการใช้บังคับ

มาตรา 77 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้มีการพัฒนามาเป็น “กฎหมาย” คือ พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562[24] ซึ่งในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมาย การตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมาย การรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายเพื่อประกอบการจัดทำร่างกฎหมาย และการเปิดเผยผลการรับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์นั้นต่อประชาชน หลักเกณฑ์การตรวจสอบเนื้อหาของร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบอนุญาต ระบบคณะกรรมการ การใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ระยะเวลาในการดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ และการกำหนดโทษอาญา เพื่อให้การตรากฎหมายเป็นไปโดยละเอียดรอบคอบ ไม่สร้างภาระแก่ประชาชนเกินความจำเป็น ตลอดจนกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายภายหลังเมื่อกฎหมายมีผลใช้บังคับแล้วเพื่อพัฒนากฎหมายให้ทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปและการเข้าถึงบทบัญญัติของกฎหมายของประชาชน ทั้งนี้ ตามนัยมาตรา 77 ประกอบกับมาตรา 258 ค. ด้านกฎหมาย (1) และ (3) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้[24]

ทั้งนี้ สาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 อาจแยกพิจารณาได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การทำร่างกฎหมาย ซึ่งจะเริ่มต้นกระบวนการตั้งแต่ในหมวด 2 การตรวจสอบความจำเป็น การรับฟังความคิดเห็น และการวิเคราะห์ผลกระทบ โดยถ้าเป็นร่างกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงหรือความปลอดภัยของประเทศ ร่างกฎหมายที่มิได้ใช้บังคับเป็นการทั่วไปกับประชาชน ร่างกฎหมายที่จำเป็นต้องตราขึ้นโดยรีบด่วนเพื่อประโยชน์สำคัญของประเทศเกี่ยวกับความปลอดภัยสาธารณะ ความมั่นคงในทางเศรษฐกิจของประเทศ หรือป้องปัดภัยพิบัติสาธารณะ หรือร่างกฎหมายอื่นที่ไม่มีผลกระทบต่อประชาชนเมื่อหน่วยงานของรัฐได้รับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นว่าจำเป็นแล้ว ให้ถือว่าได้ดำเนินการรับฟังความคิดเห็นโดยชอบตามหมวด 2 นี้แล้วและเพื่อประโยชน์แห่งการนี้ หน่วยงานของรัฐจะไม่เปิดเผยสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นหรือรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบดังกล่าว หรือจะเปิดเผยตามที่เห็นสมควรก็ได้[24] หมวด 3 การตรวจสอบเนื้อหาของร่างกฎหมาย หมวด 4 การ

ตรวจสอบผลการรับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์ผลกระทบ และส่วนที่ 2 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายซึ่งจะบัญญัติอยู่ในหมวด 5 การประเมินผลสัมฤทธิ์ ซึ่งจะกำหนดให้ต้องมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ให้กระทำอย่างน้อยทุกห้าปี หรือเมื่อมีกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้[1] ได้รับหนังสือร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะจากองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือจากประชาชน และหน่วยงานของรัฐผู้รับผิดชอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ เห็นว่าข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะนั้นมีเหตุผลอันสมควร[2] ได้รับข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย หรือกรณีตามที่ปรากฏในกฎกระทรวง โดยกรณีถ้าเป็นกฎหมายดังต่อไปนี้ไม่ต้องดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ ได้แก่ กฎหมายที่มีผลใช้บังคับเฉพาะระยะเวลาหนึ่งและระยะเวลานั้นได้ล่วงพ้นไปแล้ว กฎหมายที่บัญญัติให้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งและได้มีการดำเนินการตามกฎหมายนั้นแล้ว เช่น กฎหมายให้ใช้ประมวลกฎหมาย กฎหมายเวนคืนอสังหาริมทรัพย์ กฎหมายโอนกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน กฎหมายจัดตั้งศาล กฎหมายจัดตั้งจังหวัด กฎหมายเกี่ยวกับการออกเหรียญธนบัตร หรือเครื่องราชอิสริยาภรณ์ กฎหมายกำหนดยศ กฎหมายกำหนดวิทยฐานะ กฎหมายว่าด้วยการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม หรือการจัดตั้งหรือการจัดองค์กรของหน่วยงานของรัฐเฉพาะที่ไม่มีผลกระทบต่อประชาชน กฎหมายที่กำหนดลักษณะของเครื่องแสดงวิทยฐานะ เครื่องหมาย หรือเครื่องแบบ เช่นกฎหมายกำหนดครุยวิทยฐานะ กฎหมายกำหนดเครื่องหมายราชการ กฎหมายกำหนดเครื่องแบบ ประมวลกฎหมาย และกฎหมายอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง[24] ทั้งนี้ การประเมินผลสัมฤทธิ์ให้ดำเนินการประเมินผลที่เกิดจากการบังคับใช้กฎหมายและกฎที่ออกตามกฎหมายนั้นในคราวเดียวกัน[24]

3.10.7 การวัด “กฎ” ของประเทศไทย

“กฎ” คืออะไร แตกต่างจาก “กฎหมาย” อย่างไรปรากฏในคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญที่ 27/2544 ที่อธิบายว่า *“รัฐธรรมนูญแบ่งแยกความหมายของ “กฎหมาย” ออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่หนึ่ง กฎหมายที่ตราขึ้นโดยฝ่ายนิติบัญญัติตามกระบวนการที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ได้แก่ พระราชบัญญัติพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ และกฎหมายอื่นที่ฝ่ายบริหารตราขึ้นตามกระบวนการที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยรัฐธรรมนูญบัญญัติให้กฎหมายนั้นมีศักดิ์และฐานะเทียบเท่ากฎหมายหรือพระราชบัญญัติที่ตราขึ้นโดยรัฐสภา เมื่ออาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญ จึงเป็นกฎหมายลำดับรองจากรัฐธรรมนูญและต้องไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ ประเภทที่สอง กฎ ข้อบังคับ และพระราชกฤษฎีกานอกจากที่จัดอยู่ในประเภทที่หนึ่งที่ฝ่ายบริหารหรือองค์กรของรัฐออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมาย เช่น กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง ข้อบัญญัติท้องถิ่น ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง หรือ*

บทบัญญัติอื่นที่มีผลบังคับเป็นการทั่วไป เมื่ออาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายซึ่งเป็นกฎหมายแม่บท.....” ประกอบกับพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ได้มีมาตรา 5 และพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ในมาตรา 3 บทนิยามที่ให้ความหมายของคำว่า “กฎ” ไว้คือ *“พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง ข้อบัญญัติท้องถิ่น ระเบียบ ข้อบังคับ หรือบทบัญญัติอื่นที่มีผลบังคับเป็นการทั่วไป โดยไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดหรือบุคคลใดเป็นการเฉพาะ”*

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า “กฎหมาย” ถ้าพิจารณาประกอบลำดับศักดิ์ของกฎหมายจะหมายถึงพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติ หรือที่เทียบเท่าพระราชบัญญัติ ได้แก่ พระราชกำหนด หรือบรรดาประมวลกฎหมายต่าง ๆ แต่ในส่วนของกฎ หมายถึงบรรดากฎหมายลำดับรองทั้งหลายที่ออกโดยอาศัยอำนาจของกฎหมายในระดับ พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ หรือพระราชบัญญัติ ซึ่งในส่วนของการวัดและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎ ปัจจุบันได้มีกฎกระทรวงกำหนดร่างกฎที่ต้องจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นและวิเคราะห์ผลกระทบ พ.ศ. 2565[25] และการกำหนดแนวทางการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่งและมาตรา 5 วรรค 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 ซึ่งได้กำหนดให้ ร่างกฎที่กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ หรือเงื่อนไขเกี่ยวกับการขออนุญาต ขออนุมัติ ขอความเห็นชอบ จดทะเบียน ขึ้นทะเบียน แจ้งขอประทานบัตร ขออาชญาบัตร หรือร่างกฎที่กำหนดให้ประชาชนต้องปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งในการประกอบอาชีพหรือดำรงชีวิตของประชาชน หรือในการติดต่อกับหน่วยงานของรัฐหรือยื่นเอกสารใด ๆ ให้หน่วยงานของรัฐ โดยในส่วนของการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎ

3.10.8 กระบวนการจัดทำการประเมินผลกระทบของกฎหมาย (Regulatory Impact Assessment: RIA)

จากแนวปฏิบัติในการวิเคราะห์ผลกระทบจากกฎหมายสำหรับหน่วยงานในภาครัฐในประเทศไทย โดยความร่วมมือระหว่าง Asia-Pacific Economic Cooperation, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงยุติธรรม ได้เสนอแนวทางกระบวนการจัดทำการประเมินผลกระทบของกฎหมาย อันประกอบด้วย 7 ส่วนที่ต้องมีการดำเนินการ ได้แก่

ส่วนที่ 1 การระบุประเด็นปัญหา (identification of problem) จำเป็นต้องทราบสถานการณ์ในประเด็นที่เราเห็นว่าเป็นปัญหา และต้องทราบถึงสาเหตุและผลกระทบของปัญหาที่จะนำมาเป็นจุดเริ่มต้นในการวิเคราะห์ โดยจะต้องมีการอธิบายสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบของปัญหาให้ครบถ้วน

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ (objectives) ให้คิดจากคำถามเพื่อนำไปสู่การสร้างวัตถุประสงค์ว่า "รัฐต้องการเข้าแก้ไขหรือแทรกแซงเรื่องใด" เพื่อการแก้ปัญหา โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยตามหลัก S.M.A.R.T อันได้แก่ specific คือ เป้าหมายต้องมีความเฉพาะเจาะจง measurable ต้องสามารถวัดผลได้ assignable ต้องกำหนดกลุ่มบุคคลและเรื่องราวที่จะดำเนินการอย่างชัดเจน relevant ต้องสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา และ time-related ต้องมีกำหนดเวลาชัดแจ้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศซึ่งบางประเทศอาจเลือกแค่บางบริบทเท่านั้น เช่น ฝรั่งเศสเน้นเรื่องการวัดผลต่อภาคธุรกิจและหน่วยงานของรัฐ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 การค้นหาและกำหนดทางเลือก (identification of options) ซึ่งหลังจากได้ทราบซึ่งปัญหาและวัตถุประสงค์แล้ว จำเป็นที่จะต้องมีการระบุทางเลือกอื่น ๆ รวมถึงการกำหนดฉากทัศน์พื้นฐาน (baseline scenario) ซึ่งเป็นการเสนอฉากทัศน์ต่าง ๆ อันได้แก่ กรณีที่แย่ที่สุดถ้าไม่มีทางเลือกใด ๆ เลย กรณีที่ดีที่สุดที่คิดว่าสามารถแก้ปัญหาได้ พิจารณาโดยคำนึงถึงมาตรฐานวิญญูชน และพิจารณาจากข้อมูลทางสถิติ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ประเมินทางเลือก (assessment of options) ซึ่งก่อนที่จะมีการวิเคราะห์ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลต่าง ๆ ให้รอบด้าน ซึ่งข้อมูลอาจได้มาจากการวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การศึกษาประสบการณ์ของต่างประเทศ การสำรวจ การทำแบบสอบถาม หรือ การจัดสัมมนา การรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ส่วนที่ 5 ทางเลือกที่ต้องการนำไปปฏิบัติ (preferred option) เป็นการเปรียบเทียบทางเลือกโดยนำมานโยบายหรือมาตรการทั้งหมดมาเปรียบเทียบเพื่อหานโยบายหรือมาตรการที่ดีที่สุด ซึ่งอาจใช้องค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์มาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ทางเลือก

ส่วนที่ 6 การหารือรับฟังความคิดเห็น (consultation) เป็นหัวใจสำคัญเพื่อให้ได้ข้อมูลอันนำไปสู่การได้มาซึ่งข้อมูลอย่างรอบด้านจากผู้ได้รับผลกระทบเพื่อนำไปวิเคราะห์และเพื่อได้ข้อเสนออันเป็นทางเลือกที่ต้องการนำไปปฏิบัติซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความโปร่งใสในการออกกฎหมายด้วย

ส่วนที่ 7 การนำเสนอทางเลือกที่ต้องการนำไปปฏิบัติ (proposed option) ซึ่งในขั้นตอนนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำนโยบายหรือมาตรการที่ผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์และการหารือรับฟังความคิดเห็นมาพัฒนาเป็นกฎหมายเพื่อใช้บังคับกับกลุ่มเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ในวัตถุประสงค์

3.10.9 หลักการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

เทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ในหัวข้อนี้แยกเป็น 2 กรณี ได้แก่

กรณีที่ 1 เทคนิคการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ซึ่งจะใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์อันประกอบด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้ อาทิ การวิเคราะห์ต้นทุน (cost-benefit analysis) การวิเคราะห์ราคาคุ้มทุน (break-even analysis) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพต้นทุน (cost-effectiveness analysis) การวิเคราะห์แบบพิจารณาหลายเกณฑ์ (multi-criteria analysis) การคำนวณภาระในการปฏิบัติกฎหมาย (standard cost model) โดยจะพิจารณาอยู่ในขั้นตอนส่วนที่ 5 ทางเลือกที่ต้องการนำไปปฏิบัติ (preferred option)

กรณีที่ 2 เทคนิคการวิเคราะห์ผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA) จะวิเคราะห์ผลกระทบทางสังคม โดยคาดคะเนจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเป้าหมายทั้งในแง่บวกและแง่ลบ เพื่อประกอบการพิจารณาทางเลือก โดยวิธีการอาจใช้ขั้นตอนคือ การกำหนดปัญหา การเก็บข้อมูลจากตัวชี้วัดและการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสังคมที่เป็นนามธรรมให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณโดยอิงกับตัวชี้วัดทางสังคมที่กำหนดขึ้น

3.10.10 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมาย

โดยแนวทางในการออกแบบการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมายตาม พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 นั้น เจตนารมณ์เพื่อตรวจสอบว่ากฎหมายนั้นสอดคล้องไปกับเจตนารมณ์ที่มีการวิเคราะห์ผลกระทบตั้งแต่เป็นร่างกฎหมายแล้วหรือไม่ หลังจากที่มีการประกาศการบังคับใช้ไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง แต่ทั้งนี้ พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมีผลใช้บังคับในวันพุธที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ซึ่งหมายความว่ามีกฎหมายอื่น ๆ ที่การบังคับใช้ไปแล้วจำนวนมากก่อนพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 จะบังคับใช้ ดังนั้น จึงต้องอนุโลมแนวทางการวิเคราะห์ผลกระทบของการออกกฎหมายมาใช้วิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะให้นโยบายหรือมาตรการภายใต้กฎหมายนั้น ๆ สามารถมีประสิทธิผลในการบังคับใช้มากยิ่งขึ้น เว้นแต่ กฎหมายนั้นล้าสมัยหรือไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้จริง พระราชบัญญัติฯ ก็มีกลไกให้สามารถยกเลิกกฎหมายนั้น ๆ ได้เพื่อไม่ให้เกิดปัญหากฎหมายเฟ้อ และไม่ให้เกิดปัญหาการบังคับใช้ไม่ได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า มาตรา 77 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 และพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 คือ “กิโยตินทางกฎหมาย” (Regulatory Guillotine)

3.10.11 มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทำไม? ต้องควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า “ทุก ๆ 10 วินาที มีคนเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ 1 คน” ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อสุขภาพหรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นที่มาของการเสนอกรอบ 5 มาตรการในปี พ.ศ. 2561 ที่เป็นการรวบตัวย่อ 5 ตัวเข้าด้วยกัน คือ SAFER ซึ่งเป็นมาตรการที่คุ้มทุนที่สุดเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์[26] ซึ่งการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่มีกรอบอนุสัญญา (framework) ซึ่งมีลักษณะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่วางกรอบมาตรการให้แต่ละประเทศไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมได้ เหมือนกับการควบคุมยาสูบ[27] โดยเหตุผลที่จำเป็นต้องผลักดันให้เกิดกรอบอนุสัญญาในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากปัญหาข้อจำกัดในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่หรือภายในประเทศที่มีประเด็นเรื่องพื้นที่นโยบาย วิถีชีวิตและพฤติกรรมของผู้บริโภค ตลอดจนการตลาดไร้พรมแดน ดังนั้น ในขณะนี้การกล่าวถึงมาตรการระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจำเป็นต้องพิจารณาตามกรอบของ SAFER ก่อน ซึ่งมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ไม่ใช่มีเพียงแค่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เพียงฉบับเดียวเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับมาตรการของ SAFER จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับด้วยกัน กล่าวคือ

1. ควบคุมและจำกัดการเข้าถึง ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ปรากฏในหมวด 4 การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรา 27 การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณ มาตรา 28 การห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด มาตรา 29 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์หรือบุคคลที่อาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้ มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือลักษณะที่กฎหมายกำหนด มาตรา 31 ห้ามมิให้ผู้ใดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณที่กฎหมายกำหนด มาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ในหมวด 2 การปฏิบัติต่อเด็ก มาตรา 26[10] ที่กำหนดห้าม จำหน่าย แลกเปลี่ยน หรือให้สุราหรือบุหรี่แก่เด็ก แม้เด็กจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์ มาตรา 45 ห้ามมิให้เด็กซื้อหรือเสพสุราหรือบุหรี่หรือเข้าไปในสถานที่เฉพาะเพื่อการจำหน่ายหรือเสพสุราหรือบุหรี่

2. ควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม ได้แก่ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และ พระราชบัญญัติว่าด้วยความผิดบางประการต่อการเดินอากาศ พ.ศ. 2558

3. คัดกรอง บำบัด รักษาผู้มีปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในหมวด 5 การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. ควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม

5. การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี ได้แก่ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ในหมวด 1 การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตและหมวด 2 ใบอนุญาตสำหรับสินค้าสุรา ยาสูบ และไพ่ ส่วนที่ 1 สุรา

กล่องข้อความที่ 3.10.3 มาตรการของ SAFER

SAFER ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่[26]

1. Strengthen restrictions on alcohol availability
2. Advance and enforce drink driving counter measures
3. Facilitate access to screening, brief interventions and treatment
4. Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion
5. Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies

3.10.12 การวัดทางกฎหมายและกฎเพื่อการประเมินผลประเด็นมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยกฎหมายของประเทศไทยนั้น จัดเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีลักษณะเป็นการเฉพาะโดยกลุ่มเป้าหมายที่พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ฉบับนี้เข้ามาควบคุมและคุ้มครอง คือ ควบคุมผู้ประกอบการและคุ้มครองประชากรที่เป็นเด็กและเยาวชนตลอดจนประชาชนที่เป็นผู้บริโภค ดังจะเห็นได้จากหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติที่เป็นเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ว่า “โดยที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุ และอาชญากรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ สมควรกำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย” พระราชบัญญัติฯฉบับนี้จะอยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้บังคับใช้กฎหมายในฐานะสำนักเลขานุการของคณะกรรมการฯ ซึ่งถ้าเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไปจะอยู่ในการบังคับใช้ของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แต่ทั้งนี้หลักการคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไป อันได้แก่ สิทธิของผู้บริโภคที่ต้องได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายทั้งตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 อาจนำมาปรับใช้เพื่อการตีความกฎหมายเฉพาะว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในฐานะเป็นกฎหมายทั่วไปได้ ในส่วนของขั้นตอนการวิเคราะห์มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อพัฒนาเป็นงานวิจัยเพื่อวัดประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมายได้ หรือกรณีที่มีการออกกฎใหม่ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติเพื่อดำเนินการตามนโยบายหรือมาตรการก็อาจใช้กระบวนการวิเคราะห์ผลกระทบดังที่ได้กล่าวในตอนต้นมาเป็นแนวทางในการทำวิจัยเชิงนิติเศรษฐศาสตร์ได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องอิงเฉพาะกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่งเพราะการทำงานวิจัยเพื่อวัดประเมินผลการบังคับใช้ของผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องตกอยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 แต่อาจนำแนวทางของพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางได้ ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยอาจเปรียบเทียบได้กับมาตรการของ SAFER ดังที่ได้กล่าวในตอนต้นเพื่อให้สอดคล้องไปกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. มาตรการหรือนโยบายการควบคุมและจำกัดการเข้าถึง จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2 ฉบับด้วยกันคือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 จะเห็นได้ว่ามาตรการนี้จะมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยไม่ใช่เพียงแค่กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้นซึ่งการศึกษานี้อาจมุ่งเน้นในเรื่องการตรวจสอบมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงว่ากฎหมายหรือกฎที่มีอยู่สามารถป้องกันหรือลดการเข้าถึงของเด็กและเยาวชนได้หรือไม่ อย่างไร ซึ่งในการศึกษาอาจมีการเสนอมาตรการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่กฎหมายมาสนับสนุนแนวทางในการดำเนินการทางนโยบายหรือมาตรการนี้ก็ได้ และถ้าเห็นว่าต้องการให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาท ค่อยเสนอให้มีการพัฒนาเป็นกฎหมายลำดับรองต่อไปก็ได้ภายใต้พระราชบัญญัติที่สามารถมีอำนาจในการตรากฎได้

2. นโยบายหรือมาตรการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2 ฉบับด้วยกันคือ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และ พระราชบัญญัติว่าด้วยความผิดบางประการต่อการเดินอากาศ พ.ศ. 2558 ซึ่งกฎหมายทั้งสองฉบับนั้นเป็นกฎหมายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นการเฉพาะเหมือนกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 แต่เป็นกฎหมายที่เข้ามาควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม โดยมุ่งเน้นความยืดโยงกับความปลอดภัยในระหว่างการเดินทางซึ่งการศึกษานโยบายหรือมาตรการนี้ในที่สุดก็จำเป็นต้องยืดโยงกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ด้วยเพราะกฎที่ออกภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ก็มีมาตรการหรือนโยบายสำคัญหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการลดการเข้าถึงการดื่มในช่วงระยะเวลาสำคัญ เช่น วันสำคัญทางศาสนา ซึ่งอาจใช้ข้อมูลจากสถิติเรื่องอุบัติเหตุทั้งทางท้องถนนหรือปัญหาคดีความที่เกิดขึ้นมาเปรียบเทียบความสูญเสียว่ากรณีที่มีมาตรการห้ามการเข้าถึงในบางช่วงเวลานั้นสามารถลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร ประเด็นนี้มีความสำคัญเนื่องจากสังคมมีการตั้งคำถามถึงเหตุผลของการใช้วันสำคัญทางศาสนา หรือการกำหนดระยะเวลาการขายว่าสามารถลดการเข้าถึงได้หรือไม่ อย่างไร การศึกษาประเด็นนี้จึงมีความสำคัญเพื่อสนับสนุนมาตรการที่เหมาะสมในการกำหนดมาตรการเพื่อจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. นโยบายหรือมาตรการคัดกรอง บำบัด รักษาผู้มีปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในหมวด 5 การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการนี้อาจศึกษาความคุ้มค่าของการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาระโรค (Burden of Disease) ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้สาธารณะเข้าใจถึงเหตุผลของการที่ต้องมีกฎหมายเข้ามาควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาจเชื่อมโยงไปกับประเด็นสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล อาทิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือ กรณีการใช้สิทธิประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ตลอดจนการใช้สิทธิของกองทุนสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ในประเด็นเรื่องค่ารักษาพยาบาลจากโรค หรืออุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. นโยบายหรือมาตรการควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม ประเด็นเรื่องมาตรการควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ ถ้าเทียบกับการควบคุมยาสูบจัดเป็นมาตรการลดอุปสงค์ที่สำคัญเพื่อลดความต้องการซื้ออันเป็นการลดการเข้าถึงของผู้บริโภค ซึ่งปัญหาของการควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงมีปัญหาการตีความ ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนช่องว่างที่พบเห็นว่ามีการโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์จำนวนมาก ซึ่งการศึกษามาตรการนี้อาจมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมายว่าควรมีแนวทางอย่างไร และการเสนอทางเลือกอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายตามมาตรการควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ ให้สามารถลดการเข้าถึงของผู้บริโภคและกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อาจเป็นนักดื่มหน้าใหม่ในอนาคต

5. นโยบายหรือมาตรการขึ้นราคาผ่านระบบภาษี ได้แก่ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ในหมวด 1 การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตและหมวด 2 ใบอนุญาตสำหรับสินค้าสุรา ยาสูบ และไพ่ ส่วนที่ 1 สุรา มาตรการนี้ไม่ได้เป็นมาตรการที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แต่อยู่ภายใต้

การบังคับใช้ของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง การศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ อาจมุ่งเน้นการศึกษาใน 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ความคุ้มค่าของรายได้จากการจัดเก็บภาษีกับภาระโรคและอุบัติเหตุตลอดจนความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นถึงความคุ้มค่าและความจำเป็นของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเพื่อให้รัฐมีข้อมูลชั่งน้ำหนักระหว่างต้นทุนเรื่องสุขภาพของประชาชนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และรายได้จากการจัดเก็บภาษีของรัฐ ประเด็นที่ 2 มาตรการที่เหมาะสมสำหรับการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรมีระบบอย่างไร ฐานภาษีสมควรเป็นอย่างไร รวมถึงอัตราภาษีที่เหมาะสมให้เกิดความสมดุลทั้งทางสุขภาพและรายได้ที่รัฐพึงได้จากการจัดเก็บ ซึ่งสามารถนำหลักการวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมายที่ใช้เศรษฐศาสตร์และคณิตศาสตร์มาเป็นเครื่องมือในการออกแบบกฎหมายดังกล่าวเพื่อแก้ปัญหาได้

3.10.13 บทสรุป

1. การวัดทางกฎหมายในบางครั้งเอง ก็ต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนว่า ระเบียบวิธีวิจัย หรือวิธีการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการวิเคราะห์กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเป็นกลางและสามารถอธิบายพฤติกรรมการแก้ปัญหาการเสพติดของผู้บริโภค ตลอดจนผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ อย่างไร เนื่องจากการวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมาย ในระบบกฎหมายของประเทศไทยมีลักษณะเป็น “กิโยตินทางกฎหมาย” (Regulatory Guillotine) ที่มีแนวทางที่สามารถยกเลิกกฎหมายที่เห็นว่าไม่อาจบังคับใช้ได้จริงได้

2. ให้นำหลักการเรื่อง “ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ” (commercial determinants of health) ที่องค์การอนามัยโลกเสนอว่า ผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์บางกิจการอาจเข้ามามีอิทธิพลต่อนโยบายด้านสุขภาพได้ ผ่านกลไกการแทรกแซงและการบริจาคเงินแก่พรรคการเมืองซึ่งการกระทำดังกล่าวสามารถสร้างแรงจูงใจให้นักการเมืองและพรรคการเมืองต่าง ๆ ตัดสินใจให้สอดคล้องกับผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์ นอกจากนี้ ผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์บางรายยังพยายามควบคุมหน่วยงานของรัฐเพื่อป้องกันหรือทำให้กฎระเบียบที่ควบคุมผลิตภัณฑ์และบริการของตนอ่อนแอลงหรือไม่อาจบังคับใช้ได้ ซึ่งยิ่งทำให้กฎหมายอ่อนประสิทธิภาพลงในการบังคับใช้ และอาจทำให้สังคมได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นในเรื่องการรับฟังประชาชนในประการนี้ “ต้องไม่หมายรวมถึงกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน” อย่างในกรณีการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็ไม่สมควรให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามามีส่วนร่วมในการออกกฎหมายหรือกฎระเบียบเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถใช้หลักการคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไป อันได้แก่ สิทธิของผู้บริโภคที่ต้องได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายทั้งตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาปรับใช้เพื่อการตีความกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเฉพาะว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพื่อไม่ให้เสรีภาพในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภคไปกระทบกับบุคคลอื่นที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนสุขภาพของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง

4. การศึกษาการวัดประเมินผลการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้วิจัยที่เป็นประชาชนทั่วไป ไม่จำเป็นต้องอิงเฉพาะกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่งเพราะการทำงานวิจัยเพื่อวัดประเมินผลมาตรการต่าง ๆ การบังคับใช้ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีกฎหมายหลายฉบับด้วยกันที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยไม่ได้อยู่ในฐานะที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องบังคับใช้กฎหมายอันอาจทำการประเมินโดยอิงกับกฎหมายที่ตนเองดูแลอยู่ แต่สำหรับนักวิจัย เราอาจกำหนดกรอบการประเมินโดยอิงกับมาตรการที่ตั้งกรอบไว้ เช่น SAFER ซึ่งผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องตกอยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 แต่อาจนำแนวทางของพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยได้

เอกสารอ้างอิง

1. เดวิด เจ. แฮนด์. สถิติ ความรู้ฉบับพกพา. วิโรจน์ รุจิจนากุล, ผู้แปล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเพ่นเวิลด์สพับลิชชิ่ง เฮาส์; 2555. หน้า 28.
2. ธรรมนิตย์ สุมันตกุล. กฎหมายกับเศรษฐศาสตร์ (Law and Economics): กฎหมายทรัพย์สิน สัญญา ละเมิดและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2559. หน้า 13.
3. คณาจารย์คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. รัฐศาสตร์ทั่วไป (Introduction to Political Science). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564. หน้า 23-35.
4. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). ทีดีอาร์ไอ เสนอการ “กิโยตินกฎหมาย” ฟื้นเศรษฐกิจได้ ไม่ต้องใช้เงิน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2020/10/economic-stimulus-by-regulatory-reform_press/
5. ต่อพงศ์ กิตติยานุพงศ์. ทฤษฎีสิทธิขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2562. หน้า 33.
6. วรเจตน์ ภาคีรัตน์. หลักนิติรัฐและหลักนิติธรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/schoolsweb/law/UploadedFile/บทความ%20อ.%20วรเจตน์%20หลักนิติรัฐและหลักนิติธรรม.pdf

7. ณรงค์เดช สรุโฆษิต. การควบคุมตรวจสอบการกระทำทางปกครองในประเทศอังกฤษ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราและสื่อการสอน คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2562. หน้า 32.
8. ผ่องพรรณ ไพพรรณรัตน์. เอกสารวิชาการส่วนบุคคล เรื่อง หลักนิติธรรมกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน. กรุงเทพฯ: หลักสูตรนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย วิทยาลัยรัฐธรรมนูญ ศาลรัฐธรรมนูญ; 2559. หน้า 2-3.
9. สุภัจฉรี สตอยเชฟ. มองพัฒนาการทางการเมืองระหว่างประเทศผ่านเสรีนิยมคลาสสิกและเสรีนิยมใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.senate.go.th/assets/portals/1/news/7005/1_มองพัฒนาการทางการเมืองระหว่างประเทศ.pdf
10. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. โครงการศึกษาวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ผลกระทบในการออกกฎหมาย (Regulatory Impact Analysis) [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2015/04/ria-final.pdf
11. สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. โครงการวิจัย เรื่อง “องค์ความรู้และเครื่องมือสาหรับการตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมาย.” กรุงเทพฯ: สานักนวัตกรรมเพื่อประชาธิปไตย สถาบันพระปกเกล้า; 2563.
12. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Regulatory impact asessment [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://shorturl.asia/Y78Wq
13. Westminster Foundation for Democracy. Post-legislative scrutiny [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.wfd.org/accountability-and-transparency/post-legislative-scrutiny
14. สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. รองเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ร่วมเปิดโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับรัฐสภาผ่านการสนับสนุนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนรูปแบบการตรวจสอบหลังการตรากฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://web.parliament.go.th/view/9/รายละเอียดข่าว/ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานฯ/5343/TH-TH
15. ปกป้อง จันวิทย์. การวิเคราะห์กฎหมายด้วยหลักเศรษฐศาสตร์: แนวคิดและวรรณกรรมปริทัศน์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2554.
16. รอดริก, ดานี. เศรษฐศาสตร์พันลึก: เรื่องผิด-ถูกของศาสตร์แห่งความสิ้นหวัง (Economics rules: the rights and wrongs of the dismal science). สฤณี อาชวานันทกุล, ผู้แปล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮาส์; 2561.
17. ระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2531. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 105, ตอนที่ 191 (ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2531).
18. ระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 122, ตอนพิเศษ 23 ง (ลงวันที่ 15 มีนาคม 2548).

19. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 134, ตอนที่ 40 ก (ลงวันที่ 6 เมษายน 2560).
20. วศิน พิพัฒนฉัตร. การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:141731
21. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation Article 5.3. Geneva: World Health Organization; 2013. p. 7.
22. World Health Organization. Commercial determinants of health [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health
23. สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. ความมุ่งหมายและคำอธิบายประกอบรายมาตราของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/253/files/article_20191021103453.pdf
24. พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136, ตอนที่ 72 ก (ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2562).
25. กฎกระทรวง กำหนดร่างกฎที่ต้องจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นและวิเคราะห์ผลกระทบ พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 139, ตอนที่ 22 ก (ลงวันที่ 11 เมษายน 2565).
26. World Health Organization. The SAFER interventions [Internet]. 2025 [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.who.int/initiatives/SAFER
27. ทักษพล ธรรมรังสี. จาก SAFER สู่ FCAC: ก้าวเดินของประเทศไทยในฐานะผู้นำโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cas.or.th/upload/files/1739764917-1739764917.pdf

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.11 การวัดทัศนคติ ความคิดเห็น ค่านิยม และบรรทัดฐานสังคม

| วิทย์ วิชัยดิษฐ

3.11.1 บทนำ

ทัศนคติ ความคิดเห็น ค่านิยม และบรรทัดฐานสังคม เป็นแนวความคิด (construct) ที่สามารถขับเคลื่อนพฤติกรรมของมนุษย์ได้ รวมถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย การวัดแนวความคิดเหล่านี้และความสัมพันธ์ของตัวแนวความคิดกับพฤติกรรมการดื่มสุรา (หรือเลิกสุรา) จะช่วยให้เราสามารถเข้าใจตัวพฤติกรรมและแนวทางการส่งเสริมหรือลดทอนพฤติกรรมที่เราสนใจได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ดี แนวความคิดทั้งหลายนี้มีความแตกต่างกันพอสมควรและการวัดในทางระบาดวิทยาเองก็อาจมีข้อจำกัด ในส่วนของบทนำนี้ ผู้เขียนจึงขอนำเสนอนิยามของตัวแนวความคิดต่าง ๆ ในเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

ทัศนคติ (attitude) คือ “วิธีการคิดหรือความรู้สึกที่มักถูกสะท้อนในพฤติกรรมของคน เป็นแนวโน้มที่มาจากการสั่งสอน ให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ ในเชิงบวกหรือเชิงลบอย่างคงเส้นคงวา” (“Attitude is an established way of thinking or feeling about someone or something, often reflected in a person's behaviour. It is a learned predisposition to respond in a consistently favourable or unfavourable manner towards various stimuli")[1]

ความคิดเห็น (opinion) คือ “มุมมองหรือการตัดสินใจที่ไม่จำเป็นต้องอิงตามข้อเท็จจริงหรือความรู้ เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อ การตัดสินใจ หรือการประเมินประเด็นปัญหาหรือหัวข้อที่ค่อนข้างยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้” (“Opinion is a view or judgment formed about something, not necessarily based on fact or knowledge. It is a more flexible and changeable expression of belief, judgment, or evaluation about a particular issue or topic.”)[1]

ค่านิยม (value) คือ “ความเชื่อที่ฝังลึกว่าผู้คนควรมีพฤติกรรมอย่างไร โดยเฉพาะในด้านความสุจริต ซื่อสัตย์ และเปิดกว้าง เป็นมาตรฐานที่ฝังอยู่ในตัวคน ชี้แนะการประเมินและการกระทำตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ และสถานการณ์ต่าง ๆ” (“Value...is a deeply held belief about how things ought to be or how people ought to behave, especially in terms of qualities such as honesty, integrity, and openness. Values are the internalized standards that guide an individual’s evaluations and actions across different objects and situations.”)[1]

บรรทัดฐานทางสังคม (social norms) คือ ความเชื่อที่ควบคุมพฤติกรรม โดยมีพื้นฐานจาก (a) ความเชื่อว่าผู้อื่นก็มีพฤติกรรมดังกล่าว (ความคาดหวังเชิงประจักษ์ หรือ empirical expectation) และ (b) ความเชื่อว่าผู้อื่นคิดว่าตนควรมีพฤติกรรมดังกล่าว (ความคาดหวังเชิงบรรทัดฐาน หรือ normative expectation) โดยตัว “ผู้อื่น” ในที่นี้ อาจไม่ใช่คนที่อยู่รอบตัวบุคคล หากแต่เป็นคนที่ส่งอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อตัวบุคคล หรือที่เรียกว่าเครือข่ายสังคมอ้างอิง (reference network)[2]

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นตัวอย่างเครื่องมือวัดทัศนคติ ความคิดเห็น ค่านิยม และบรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ ทั้งที่ได้นำไปใช้จริงในการวิจัย และที่ยังอยู่ระหว่างการวางแนวคิดและพัฒนาเครื่องมือ

3.11.2 การวัดทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวัดทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจมีการใช้เครื่องมือวัดมาตรฐาน เช่น การรายงานระดับของการเห็นด้วยแบบ Likert scale แต่ดัดแปลงเนื้อหาของข้อความที่ให้แสดงความคิดเห็นตามประเด็นการวิจัย

ยกตัวอย่างเช่น ในการวิจัยเรื่องการดื่มเครื่องดื่มเลียนแบบแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คณะผู้วิจัยได้พิจารณาเรื่องบริบทของพื้นที่ รวมถึงวัฒนธรรมท้องถิ่นและประวัติศาสตร์ร่วมกับภูมิภาคใกล้เคียง เช่น จังหวัดอาเจะฮ์ ของประเทศอินโดนีเซีย จึงอนุมานว่ามาตรการด้านการควบคุมแอลกอฮอล์ในจังหวัดอาเจะฮ์ และวาทกรรมเรื่องการบังคับใช้มาตรการดังกล่าว[3] อาจเป็นประเด็นที่ประชาชน

ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีความเห็นต่างกันค่อนข้างมาก จึงนำเอาเหตุการณ์ปัจจุบันบางส่วนในพื้นที่จังหวัดอาเจะฮ์มาดัดแปลงเป็นตัวคำถามด้านทัศนคติต่อการควบคุมแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพิจารณามาตรการภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี พ.ศ. 2551[4] และนำเอาหลักการภายใต้ พ.ร.บ. ดังกล่าว และกฎหมายลูกของ พ.ร.บ. รวมถึงมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ในปัจจุบันมาดัดแปลงเป็นคำถามเรื่องมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ในเครื่องมือเก็บข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ ของประชากรมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ **(ตารางที่ 3.11.1)**

ตารางที่ 3.11.1 ตัวอย่างคำถามวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้นที่นับถือศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
	คุณเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มาก-น้อยแค่ไหน แต่ละข้อคุณมีตัวเลือก ได้แก่ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง; 2) ค่อนข้างเห็นด้วย; 3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย; 4) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และขอย้ำว่าคุณสามารถตอบว่า “ไม่แน่ใจ“ หรือขอไม่ตอบคำถามแต่ละข้อได้	
C2	รัฐบาลควรห้ามขายเหล้าเบียร์ในบริเวณใกล้เคียงกับมัสยิด เช่นเดียวกับการห้ามบริเวณใกล้สถานศึกษา	[ ] 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 2. ค่อนข้างเห็นด้วย [ ] 3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย [ ] 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ
C3	รัฐบาลควรออกกฎหมายห้ามขายสุราให้กับผู้ที่ระบุว่าตนนับถือศาสนาอิสลามในบัตรประชาชน เช่นเดียวกับการห้ามขายแก่ผู้เยาว์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี	[ ] 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 2. ค่อนข้างเห็นด้วย [ ] 3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย [ ] 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ

ตารางที่ 3.11.1 ตัวอย่างคำถามวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้นที่นับถือศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
C4	ไม่ควรมีการกีดกันเรื่องการขายสุราเนื่องด้วยศาสนา (คือ ควรให้ประชาชนที่อายุเกิน 20 ปี สามารถซื้อแอลกอฮอล์ได้ ไม่ว่านับถือศาสนาใด)	[ ] 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 2. ค่อนข้างเห็นด้วย [ ] 3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย [ ] 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ
C5	ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ รัฐบาลควรยอมให้ใช้กฎหมายชารีอะห์ให้ครอบคลุมการลงโทษผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ แต่บังคับใช้เฉพาะชาวมุสลิม	[ ] 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 2. ค่อนข้างเห็นด้วย [ ] 3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย [ ] 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ
C6	ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ รัฐบาลควรยอมให้ใช้กฎหมายชารีอะห์ให้ครอบคลุมการลงโทษผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าศาสนาใดก็ตาม	[ ] 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 2. ค่อนข้างเห็นด้วย [ ] 3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย [ ] 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ
C7	รัฐบาลควรออกกฎหมายห้ามขายสุราโดยเด็ดขาดในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	[ ] 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 2. ค่อนข้างเห็นด้วย [ ] 3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย [ ] 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ

3.11.3 การวัดค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์

การวัดค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคม อาจใช้เครื่องมือวัดเชิงปริมาณ เช่น วัดจำนวนร้อยละของเพื่อนวัยเดียวกัน (peers) ที่มีการบริโภคแอลกอฮอล์ ร่วมกับคำถามปลายเปิด (open-ended questions) ที่มีการใช้เรื่องสั้นหรือโจทย์ตุ๊กตา (vignette) เข้าร่วมได้

ยกตัวอย่างเช่น เด็กวัยรุ่นที่อยู่ในระบบโรงเรียนจะได้รับอิทธิพลจากเพื่อนวัยเดียวกัน (peers) ค่อนข้างมาก ซึ่งกลุ่มเพื่อนนี้อาจแบ่งย่อยได้เป็นกลุ่มเพื่อนสนิทและกลุ่มนักเรียนโดยทั่วไปในโรงเรียน ดังนั้นแบบสอบถามในโครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษา[5] จึงมีคำถามต่อไปนี้ใช้วัดความเชื่อเรื่องความคาดหวังเชิงประจักษ์ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ **(ตารางที่ 3.11.2)**

ตารางที่ 3.11.2 ตัวอย่างคำถามบรรทัดฐานของการดื่มแอลกอฮอล์ ในส่วนความคาดหวังเชิงประจักษ์ (empirical expectation) ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

B3. พฤติกรรมของนักเรียนในโรงเรียน และเพื่อนสนิท ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง กรุณาระบุจำนวน (ร้อยละ) โดยประมาณของนักเรียนในโรงเรียนของคุณ และเพื่อนสนิทของคุณที่มีปัญหาต่อไปนี้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง (เช่น หากคุณมีเพื่อนสนิท 10 คน โดย 2 คนในนี้ มีปัญหาการดื่มสุรา ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ที่ช่อง 20%)

1. นักเรียนในโรงเรียนของคุณ	ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	0% (ไม่มี)	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100% (ทุกคน)
a. ดื่มสุรา b. ดื่มสุราอย่างหนัก หรือดื่มจนเป็นปัญหา												
2. เพื่อนสนิทของคุณ	ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	0% (ไม่มี)	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100% (ทุกคน)
a. ดื่มสุรา b. ดื่มสุราอย่างหนัก หรือดื่มจนเป็นปัญหา												

อย่างไรก็ดี เนื่องจากบรรทัดฐานทางสังคมประกอบด้วยความคาดหวังเชิงประจักษ์ (empirical expectation) ร่วมกับความคาดหวังเชิงบรรทัดฐาน (normative expectation) หรือความเชื่อว่าผู้อื่นคิดว่าตนควรดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น นักวิจัยอาจพิจารณาพัฒนา ทดสอบ และเพิ่มเนื้อหาในส่วนของความคาดหวังเชิงบรรทัดฐาน (normative expectation) ในการสำรวจครั้งต่อไป เพื่อให้การวัดบรรทัดฐานทางสังคมครบถ้วนตามกรอบทฤษฎี[2] ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงแนวโน้มของมนุษย์ในการเน้นการแสดงความเห็นด้วย (response acquiescence) ผู้วิจัยจึงอาจพิจารณาใช้เรื่องสั้นหรือโจทย์ตุ๊กตา (vignette) และคำถามปลายเปิด **(ตารางที่ 3.11.3)**

ตารางที่ 3.11.3 ตัวอย่างคำถามวัดความคาดหวังเชิงบรรทัดฐาน (normative expectation) ในฐานะองค์ประกอบของบรรทัดฐานทางสังคมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

ข้อ.	คำถาม	คำตอบ
sn01	เวลาคุณไปสังสรรค์หรือเข้าสังคม เพื่อนของคุณชวนคุณดื่มบ่อยแค่ไหน	[ ] 5. ชวนดื่มทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง (80% ถึง 100% ของการเข้าสังคมทั้งหมด) [ ] 4. ชวนดื่มค่อนข้างบ่อย (60% ถึง 79% ของการเข้าสังคมทั้งหมด) [ ] 3. ชวนบ้างไม่ชวนบ้าง (40% ถึง 59% ของการเข้าสังคมทั้งหมด) [ ] 2. ชวนดื่มนาน ๆ ครั้ง (20% ถึง 39% ของการเข้าสังคมทั้งหมด) [ ] 1. แทบไม่เคยชวนเลย (1% ถึง 19% ของการเข้าสังคมทั้งหมด) [ ] 0. เพื่อนไม่เคยชวนให้ดื่ม (ข้ามไปข้อ .....) [ ] 99. ไม่ตอบ (ข้ามไปข้อ .....)
sn02	หากเคยชวนดื่ม เพื่อนคุณชักชวนให้คุณดื่มมากแค่ไหน (ดูนิยามของปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐาน ได้ที่ส่วนแรกของคำถามหมวดนี้)	[ ] 0. เพื่อนไม่ได้บอก (สามารถวางแก้วไว้หน้าตัวเองเฉยๆ ได้ โดยไม่ว่าอะไร) [ ] 1. หนึ่งดื่มมาตรฐาน [ ] 2. สองดื่มมาตรฐาน [ ] 3. สามดื่มมาตรฐาน [ ] 4. สี่ดื่มมาตรฐาน [ ] 5. ห้าดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า

ตารางที่ 3.11.3 ตัวอย่างคำถามวัดความคาดหวังเชิงบรรทัดฐาน (normative expectation) ในฐานะองค์ประกอบของบรรทัดฐานทางสังคมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (ต่อ)

ข้อ.	คำถาม	คำตอบ
		[ ] 6. จนกว่าจะอาเจียนหรือร่างกายรับไม่ไหว [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ
sn03	ในสถานการณ์ดังกล่าว คุณคิดว่าคุณสามารถดื่มได้น้อยที่สุดแค่ไหนโดยที่เพื่อนไม่ทักท้วง หรือส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์หรือมิตรภาพ	[ ] 0. ไม่ต้องดื่มเลยก็ได้ (สามารถวางแก้วไว้หน้าตัวเองเฉยๆ ได้ โดยไม่ว่าอะไร) [ ] 1. หนึ่งดื่มมาตรฐาน [ ] 2. สองดื่มมาตรฐาน [ ] 3. สามดื่มมาตรฐาน [ ] 4. สี่ดื่มมาตรฐาน [ ] 5. ห้าดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า [ ] 6. ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (ต้องดื่มจนกว่าจะอาเจียนหรือร่างกายรับไม่ไหว) [ ] 88. ไม่แน่ใจ [ ] 99. ไม่ตอบ
sn04	หากเพื่อนชวนคุณดื่ม แต่คุณตัดสินใจไม่ดื่มเลย คุณคิดว่าเพื่อนของคุณจะมีปฏิกิริยาอย่างไร	(เนื้อหาคำตอบยังไม่ได้พัฒนา ต้องอาศัยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการพัฒนาแบบสอบถามอย่างเป็นระบบ)
sn05	หากเพื่อนชวนคุณดื่ม แต่คุณตัดสินใจดื่มน้อยกว่าที่เพื่อนคาดหวัง คุณคิดว่าเพื่อนของคุณจะมีปฏิกิริยาอย่างไร	(เนื้อหาคำตอบยังไม่ได้พัฒนา ต้องอาศัยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการพัฒนาแบบสอบถามอย่างเป็นระบบ)
sn06	หากเพื่อนชวนคุณดื่ม และคุณตัดสินใจดื่มเท่ากับที่เพื่อนคาดหวัง คุณคิดว่าเพื่อนของคุณจะมีปฏิกิริยาอย่างไร	(เนื้อหาคำตอบยังไม่ได้พัฒนา ต้องอาศัยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการพัฒนาแบบสอบถามอย่างเป็นระบบ)
sn07	หากเพื่อนชวนคุณดื่ม และคุณตัดสินใจดื่มเกินกว่าที่เพื่อนคาดหวัง คุณคิดว่าเพื่อนของคุณจะมีปฏิกิริยาอย่างไร	(เนื้อหาคำตอบยังไม่ได้พัฒนา ต้องอาศัยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการพัฒนาแบบสอบถามอย่างเป็นระบบ)

(อยู่ระหว่างการพัฒนาเครื่องมือ ยังไม่ได้นำไปใช้ในงานวิจัย)

3.11.4 บทสรุป

ทัศนคติ ความคิดเห็น ค่านิยม และบรรทัดฐานสังคม เป็นแนวความคิด (construct) ที่สามารถขับเคลื่อนพฤติกรรมของมนุษย์ได้ รวมถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย การวัดความชุกของแนวความคิด (construct) เหล่านี้ จะช่วยให้เราได้ข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยขับเคลื่อนพฤติกรรมการดื่มสุรา และการระบุระดับความสัมพันธ์ระหว่างแนวความคิดแต่ละตัวกับพฤติกรรมการดื่ม จะช่วยให้เราสามารถออกแบบและเลือกมาตรการควบคุมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ดียิ่งขึ้น

เนื้อหาในบทนี้ให้นิยามทัศนคติ (attitude) ความคิดเห็น (opinion) ค่านิยม (value) และบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) และแสดงตัวอย่างเครื่องมือวัดทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ และค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ จากงานวิจัยในประชากรเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้น รวมถึงมีตัวอย่างคำถามที่อยู่ระหว่างการร่างและพัฒนาที่ผู้สนใจสามารถนำไปพัฒนาได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Target UPPSC Administrator. Q.8. Differentiate between the following: a). Attitude and Value. b). Attitude and opinion. [Intrnet]. 2024 [cited 2024 Nov 19]. Available from: https://targetuppsc.com/q-8-differentiate-between-the-following-a-attitude-and-value-b-attitude-and-opinion/
2. Bicchieri C. Norms in the wild: how to diagnose, measure and change social norms / Christina Bicchieri. New York: Oxford University Press; 2017. p. 239.
3. Amnesty International. Indonesia: criminalization of consensual intimacy or sexual activity for unmarried couples in Aceh must end [Internet]. Amnesty International; 2016 [cited 2024 Jul 15]. Available from: https://www.amnesty.org/en/documents/asa21/5039/2016/en/
4. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125, ตอน 33ก (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551).
5. Wichaidit W, Mattawanon N, Somboonmark W, Prodtongsom N, Chongsuvivatwong V, Assanangkornchai S. Behavioral health and experience of violence among cisgender heterosexual and lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and questioning, and asexual (LGBTQA+) adolescents in Thailand. PLoS One 2023;18:e0287130.

ส่วนที่ 3
การวัด การติดตาม และการประเมิน

บทที่ 3.12 การประเมินการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

| จินตนา จันทร์โคตรแก้ว
สุรศักดิ์ ไชยสงค์
อรทัย วลีวงศ์
ร่มตะวัน กาลพัฒน์

3.12.1 บทนำ

การบังคับใช้กฎหมายและดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มและป้องกันผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศ ประเทศไทยมีกฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีกฎหมายหลัก 3 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ **พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกฮอล์ พ.ศ. 2551** โดยตามพระราชบัญญัติได้มีการกำหนดคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกที่ทำให้การบังคับใช้กฎหมายเกิดประสิทธิผล คณะกรรมการดังกล่าวสามารถดำเนินการและติดตามการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยบทบาทหน้าที่หนึ่งของคณะกรรมการดังกล่าว คือ ติดตามประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินงานเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย โดย พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มุ่งเน้นการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ การสื่อสารการตลาดและการโฆษณา และ

การบำบัดรักษา **พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560** ควบคุมทางเศษฐศาสตร์ คือ มาตรการทางภาษีและราคา รวมทั้งการออกใบอนุญาต โดยอำนาจหน้าที่ สรรพสามิตพื้นที่และสรรพสามิตสาขามีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายในระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังมี **พ.ร.บ. การจราจรทางบก พ.ศ. 2522** ในการควบคุมการดื่มแล้วขับ โดยกลไกการติดตามการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัดได้อาศัยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย รวมทั้งมาตรการควบคุมการดื่มแล้วขับ

ถึงแม้จะมีมาตรการที่ครอบคลุมและกฎหมายในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศ แต่ความท้าทายในประเทศไทย คือ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จากการทบทวนการดำเนินมาตรการในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากทั้งในและต่างประเทศพบว่า โครงสร้างการนำนโยบายแอลกอฮอล์ไปสู่การปฏิบัติยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมายในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นจุดยุทธศาสตร์ในการนำนโยบายไปสู่การฏิบัติ ทั้งความมุ่งมั่นทางการเมืองในระดับจังหวัดในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ศักยภาพของจังหวัดในการดำเนินนโยบายในระดับจังหวัดที่ไม่เพียงพอ เช่น ขาดบุคลากร ขาดงบประมาณ ขาดระบบการติดตามและข้อมูลในการสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีผลประโยชน์ทับซ้อนจากอุตสาหกรรมสุราที่เป็นความท้าทายในระดับพื้นที่ต่อการเอาจริงเอาจังในการบังคับใช้กฎหมาย[1] จากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในการบังคับใช้กฎหมายส่งผลให้ขาดความมุ่งมั่นในการบังคับใช้กฎหมายในระดับจังหวัด จากข้อจำกัดในการดำเนินงานในระดับจังหวัดได้สะท้อนผลการทำงานในประเทศในภาพรวม เช่น จากการศึกษา พบว่า ประมาณร้อยละ 99 ของเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถซื้อเครื่องดื่มแอกลอฮอล์ได้สำเร็จ[2] และมากกว่า 1 ใน 3 ของประชากรไทยเคยเห็นการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี[3]

การประเมินการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัดจึงเป็นหนึ่งในเครื่องมือเพื่อแสดงถึงสถานการณ์การดำเนินมาตรการ การประเมินผลการดำเนินงาน และนำไปสู่การอภิปรายในระดับผู้กำหนดนโยบาย การสื่อสารสาธารณะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.12.2 การประเมินการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดในประเทศไทย

การประเมินการดำเนินงานประกอบไปด้วย 3 ส่วนหลัก คือ กรอบการประเมิน ตัวชี้วัด และแหล่งที่มาของข้อมูล

1. กรอบการประเมินการดำเนินงานนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

ระเบียบวิธีวิจัยในการพัฒนากรอบการประเมิน

การพัฒนากรอบการประเมินนั้นนักวิจัย ได้มีการศึกษากรอบแนวคิดที่สำคัญ รวมทั้งรวบรวมองค์ประกอบที่สำคัญที่วัดการดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากนั้นนักวิจัยได้ยกร่างกรอบการประเมินที่สอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นมีการปรับแก้ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ[4,11] โดยตัวอย่างกรอบการประเมินที่มีการประยุกต์ใช้ในประเทศไทยมีดังนี้

ประเทศไทยนั้นได้มีการจัดทำชุดตัวชี้วัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 3 กรอบแนวคิดหลัก คือ กรอบแนวคิดเชิงตรรกะ (logic model) แนวคิด CIPP และกรอบแนวคิดความสามารถด้านนโยบาย (policy capacity) โดยคู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด[4] ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงตรรกะ (logic model) และแนวคิด CIPP ในการพัฒนาตัวชี้วัด เพื่อสะท้อนโครงสร้างและบริบทการทำงาน การดำเนินการ ผลลัพธ์การทำงาน และชุดตัวชี้วัดที่พัฒนา โดยจินตนา จันทร์โคตรแก้วและคณะ 2567 มุ่งเน้นไปที่การวัดความพร้อมเชิงโครงสร้างและการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของกฎหมายใน 4 มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วย นโยบายภาษีและราคา การควบคุมเชิงกายภาพ (ควบคุมวัน เวลา สถานที่ การขายให้กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี) การควบคุมการสื่อสารการตลาด การโฆษณา และการควบคุมการดื่มแล้วขับ

กรอบแนวคิดเชิงตรรกะ (logic model)

กรอบแนวคิดเชิงตรรกะเป็นเครื่องมือในการออกแบบโครงการ โดยมีโครงสร้างเป็นลำดับ 4 ระดับที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ (หรือเป้าหมายสูงสุด) ความเชื่อมโยงในแต่ละระดับนี้ช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของโครงการ โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการออกแบบโครงการหรือกลยุทธ์ของโครงการ คือ ความสัมพันธ์ที่คาดหวังระหว่างผลผลิตและผลลัพธ์ (สมมติฐาน) ตลอดจนระหว่างผลลัพธ์และผลกระทบด้วย นอกจากนี้ ควรมีการนิยามตัวชี้วัดสำหรับแต่ละกิจกรรมเพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ในขณะเดียวกันตัวชี้วัดเหล่านี้ยังทำหน้าที่เป็นข้อสมมติฐานโดยรวมของโครงการ[5]

แนวคิด CIPP Model

แนวคิด CIPP Model (Context, Input, Process, Product Model) เป็นแนวทางการประเมินที่ครอบคลุมการดำเนินการทั้งในช่วงระหว่างโครงการ (formative) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ (summative) โดยสามารถนำไปใช้กับการประเมินโครงการ แผนงาน องค์กร สถาบัน หรือระบบต่าง ๆ การประเมินสามารถทำได้ทั้งโดยผู้ประเมินภายในองค์กร การประเมินตนเองจากทีมในโครงการ หรืออาจใช้ผู้ประเมินจากภายนอก[6] องค์ประกอบของ CIPP Model ประกอบด้วย 4 ด้านสำคัญดังนี้

1) Context evaluation: "ต้องการทำอะไร" เป็นการประเมินบริบทก่อนการดำเนินโครงการ เพื่อกำหนดและทำความเข้าใจสถานการณ์ของปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตลอดจนตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายที่ตั้งไว้
2) Input evaluation: "ควรทำอย่างไร" เป็นการประเมินทรัพยากรหรือสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผนและออกแบบโครงการ โดยพิจารณากลยุทธ์และวิธีการที่ตอบโจทย์ความต้องการ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3) Process evaluation: "ทำได้หรือไม่" เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ โดยมุ่งเน้นการติดตาม (monitoring) การบันทึกข้อมูล (documenting) และการจัดการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
4) Product evaluation: "โครงการนี้ประสบความสำเร็จหรือไม่" เป็นการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ โดยพิจารณาคุณภาพและคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กรอบแนวคิดความสามารถด้านนโยบาย (policy capacity)

ความสามารถด้านนโยบาย (policy capacity) หมายถึง ทักษะ ทรัพยากร ศักยภาพที่สำคัญในการดำเนินนโยบาย โดยความสามารถด้านนโยบายสามารถอธิบายทุกกระบวนการนโยบาย ตั้งแต่การร่างนโยบายจนถึงการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยความสามารถด้านนโยบายนั้นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน[7] ประกอบด้วย

1) ความสามารถด้านการเมือง (political capacity) เป็นความสามารถที่นำไปสู่การดำเนินนโยบายที่ยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการได้รับการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายและสาธารณะ มีองค์ประกอบที่สำคัญหลัก คือ ผู้กำหนดนโยบายให้ความสำคัญกับนโยบายแอลกอฮอล์ (policy priority) การมีบุคคลที่สร้างการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย (policy entrepreneur) ความรับผิดชอบ (political accountability) โดยความรับผิดชอบ (political accountability) หมายถึง การมีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่และมีความโปร่งใสในการทำงานของภาครัฐ เพื่อให้เกิด political accountability นั้นหน่วยงานภาครัฐ

ต้องมีการเปิดเผยข้อมูล สื่อสารกับสาธารณะ มีการมีส่วนร่วมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม รวมทั้งมีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน[8,9] การศึกษานี้ได้แยก political accountability เป็นองค์ประกอบย่อย คือ การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม (multisectoral collaboration and participation of civil society)

2) ความสามารถด้านการวิเคราะห์และวิชาการ (analytical capacity) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์เพื่อให้การตัดสินใจเชิงนโยบายมีประสิทธิภาพอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การมีระบบข้อมูล การสนับสนุนข้อมูลหรืองานวิชาการในการตัดสินใจ
3) ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (operational capacity) เป็นความสามารถในการทำให้นโยบายที่มีเกิดขึ้นจริงและบรรลุผลตามเป้าหมายนโยบาย มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การมีบุคลากรที่มีศักยภาพและเพียงพอ การมีทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณที่เพียงพอ มีช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โดยทั้ง 3 ความสามารถได้ถูกนำไปพัฒนาเพื่อประเมินความพร้อมเชิงโครงสร้าง และได้ผนวกกับกรอบการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นดังกล่าว ซึ่งเน้นไปที่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวมทั้งประชาชนทั่วไป 2) การติดตามและการบังคับใช้กฎหมาย และ 3) การประเมินผล[10]

2. ตัวชี้วัดที่สำคัญ

ระเบียบวิธีวิจัยในการพัฒนาตัวชี้วัด

ในการพัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินจะดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนากรอบการประเมิน โดยตัวชี้วัดจะมีความสอดคล้องกับกรอบการประเมินที่กำหนด ซึ่งตัวชี้วัดได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในประเทศไทย หลังจากนั้นมีการนำเข้าชุดตัวชี้วัดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นและมีการปรับแก้ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อมีการปรับแก้เสร็จเรียบร้อยจะมีการทดสอบตัวชี้วัดเพื่อศึกษาแหล่งข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัด โดยตัวอย่างตัวชี้วัดในการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการทดสอบเรียบร้อยแล้วมีดังนี้

ตัวชี้วัดด้านการดำเนินงาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาประเทศไทยได้พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อวัดการดำเนินงาน 2 ชุด ซึ่งตัวชี้วัดหลายตัวมีความคล้ายคลึงกัน คือ 1) คู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด[4] โดยชุดตัวชี้วัดได้พัฒนามาจากมาตรการตามยุทธศาสตร์นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ตัวชี้วัดการดำเนินงานมีจำนวน 20 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดสถานการณ์ปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด 10 ตัวชี้วัด รวมตัวชี้วัดทั้งสิ้น 30 ตัว ตามรายละเอียดใน**ตารางที่ 3.12.1** และ 2) จินตนา จันทร์โคตรแก้วและคณะ ได้พัฒนาตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการวัดความพร้อมเชิงโครงสร้างและความสามารถในการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของกฎหมาย 4 มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพตามที่กล่าวไว้ข้างต้น **(ตารางที่ 3.12.2)**

ตารางที่ 3.12.1 ตัวชี้วัดตามคู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์	มาตรการ	ตัวชี้วัด
1. การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ	1.1 มาตรการควบคุมสถานที่และวันเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		ร้อยละของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการตรวจจากพนักงานเจ้าหน้าที่
		ร้อยละของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กระทำผิดกฎหมายด้านการขาย
2. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม	2.1 มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กระทำผิดกฎหมายด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย
		การมีระบบเฝ้าระวังการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
	2.2 มาตรการการให้ความรู้ปรับทัศนคติและเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มสุรา	จำนวนการร้องเรียนการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551
		การมีกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสเชิญชวนให้ ลด ละเลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 3.12.1 ตัวชี้วัดตามคู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	มาตรการ	ตัวชี้วัด
3. การลดอันตรายจากการบริโภค	3.1 มาตรการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมา	จำนวนของผู้ขับขี่ที่ถูกเรียกตรวจในด่านตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์
		ร้อยละของผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมดื่มแล้วขับ
	3.2 มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษา	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีคลินิคบำบัดผู้ติดสุรา
		ร้อยละของประชาชนที่รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา
		ร้อยละของประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา
4. การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่	4.1 มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชุมชน	ร้อยละของชุมชนปลอดเหล้า
		ร้อยละของสถานศึกษาปลอดเหล้า
5. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง	5.1 มีกลไกสนับสนุนกระบวนการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิผล	จำนวนการประชุมของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด
		ร้อยละของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		จำนวนมติหรือประเด็นเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บูรณาการกับคณะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
		นโยบายหรือมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด
		การมีคณะอนุกรรมการจากภาคประชาสังคมร่วมทำงานกับภาครัฐ
		สัดส่วนงบประมาณในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร

แหล่งที่มา: สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ 2562

ในการประเมินการดำเนินงานระดับจังหวัดนั้นมีความจำเป็นที่ต้องสะท้อนความพร้อมของกลไกการทำงาน โครงสร้างการทำงาน และการดำเนินงาน ซึ่งการศึกษาของจินตนา จันทร์โคตรแก้ว และคณะ[11] ได้พัฒนาชุดตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นเพื่อสะท้อนความพร้อมของกลไกการทำงาน โครงสร้างการทำงาน และการดำเนินงาน ใน 4 มาตรการ ตามที่กล่าวเบื้องต้น มีจำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด 37 ตัว โดยมาตรการควบคุมการตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ตัวชี้วัด การควบคุมทางกายภาพจำนวน 22 ตัวชี้วัด การควบคุมดื่มแล้วขับจำนวน 16 ตัวชี้วัด และมาตรการภาษีจำนวน 9 ตัวชี้วัด **(ตารางที่ 3.12.2)** โดยตัวชี้วัดดังกล่าวพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดความสามารถด้านนโยบาย

นอกจากการประเมินโครงสร้างและกลไกการทำงาน การดำเนินงาน การประเมินยังจำเป็นต้องสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานในระดับจังหวัด ซึ่งได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดสถานการณ์ปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถศึกษาวิธีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดดังกล่าวเพิ่มเติมในคู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด[4]

1) ร้อยละของผู้ดื่มในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป
2) ร้อยละของผู้ดื่มในประชาชนอายุ 15-19 ปี
3) สัดส่วนของผู้ดื่มประจำในผู้ดื่มทั้งหมด
4) สัดส่วนของผู้ดื่มหนักในผู้ดื่มทั้งหมด
5) สัดส่วนของผู้ดื่มในที่สาธารณะในผู้ดื่มทั้งหมด
6) สัดส่วนของผู้ดื่มสุรานอกระบบภาษีในผู้ดื่มทั้งหมด
7) สัดส่วนของผู้ดื่มแล้วขับในผู้ดื่มทั้งหมด
8) ร้อยละของผู้ดื่มที่เกิดปัญหาสุขภาพ
9) ร้อยละของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม
10) ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด

ตารางที่ 3.12.2 ตัวชี้วัดความสามารถในการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โฆษณา	การเข้าถึงทางกายภาพ	ดื่มแล้วขับ	ภาษี
ความสามารถด้านนโยบายระดับจังหวัด					
ความสามารถทางการเมือง					
1	การมีนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดเป็นลายลักษณ์อักษร	✓	✓	✓	✓
2	จำนวนบุคคลที่สร้างการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย (policy champion)	✓	✓	✓	✓
3	การจัดตั้งคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด โดยมีการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม	✓	✓	NA	NA
4	การจัดตั้งอนุกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดด้านการบังคับใช้กฎหมาย	NA	NA	✓	NA
ความสามารถด้านการวิเคราะห์หรือทางวิชาการ					
5	จำนวนบุคลากรสนับสนุนทางวิชาการ	✓	✓	✓	NA
6	จำนวนทนายความที่ให้การสนับสนุนทางกฎหมาย	✓	✓	NA	NA
ความสามารถด้านการบริหารจัดการ					
7	การจัดตั้งช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน	✓	✓	✓	NA
8	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่บังคับใช้กฎหมายต่อร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1,000 ร้าน	✓	✓	NA	✓
9	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายต่อร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1,000 ร้าน	✓	✓	NA	✓

ตารางที่ 3.12.2 ตัวชี้วัดความสามารถในการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โฆษณา	การเข้าถึงทางกายภาพ	ดื่มแล้วขับ	ภาษี
10	งบประมาณสำหรับการบังคับใช้กฎหมายต่อหัวประชากร	✓	✓	✓	NA
11	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่บังคับใช้มาตรการดื่มแล้วขับต่อใบอนุญาตขับขี่ 100,000 ใบ	NA	NA	✓	NA
12	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่สนับสนุนการบังคับใช้มาตรการดื่มแล้วขับต่อใบอนุญาตขับขี่ 100,000 ใบ	NA	NA	✓	NA
13	ความเพียงพอของเครื่องตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ	NA	NA	✓	NA
14	จำนวนเครื่องตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจต่อใบขับขี่ 100,000 ใบ	NA	NA	✓	NA
กระบวนการดำเนินการสำหรับการเสริมสร้างการบังคับใช้กฎหมาย					
15	การดำเนินการโดยการใช้หลักฐานในการตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการ	✓	✓	✓	✓
16	ความถี่ของการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด	✓	✓	NA	NA
17	ความถี่ของการประชุมอนุกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด	✓	✓	NA	NA
18	ความถี่ของการมีวาระเกี่ยวกับมาตรการดื่มแล้วขับในการประชุมคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดหรืออนุกรรมการด้านการบังคับใช้กฎหมาย	NA	NA	✓	NA
19	จำนวนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมด้านเนื้อหากฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย	✓	✓	✓	✓
20	จำนวนกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้/สร้างความตระหนักสำหรับสาธารณชนและร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 3.12.2 ตัวชี้วัดความสามารถในการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โฆษณา	การเข้าถึงทางกายภาพ	ดื่มแล้วขับ	ภาษี
กระบวนการดำเนินการ: การบังคับใช้กฎหมาย					
21	ความถี่ในการบังคับใช้กฎหมายในงานสังคมหรืองานเทศกาลระดับจังหวัด	✓	NA	NA	NA
22	ความถี่ในการตรวจสอบออนไลน์เกี่ยวกับการละเมิดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	✓	NA	NA	NA
23	ความถี่ในการตรวจสอบร้านค้าเกี่ยวกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	✓	NA	NA	NA
24	ร้อยละของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกตรวจเรื่องการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	✓	NA	NA	NA
25	ร้อยละของคดีที่ถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	✓	NA	NA	NA
26	ความถี่ในการตรวจสอบร้านค้าเกี่ยวกับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย	NA	✓	NA	NA
27	ความถี่ในการตรวจสอบร้านค้าเกี่ยวกับการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันห้ามขาย	NA	✓	NA	NA
28	ความถี่ในการตรวจสอบร้านค้าเกี่ยวกับการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาห้ามขาย	NA	✓	NA	NA
29	ความถี่ในการตรวจสอบร้านค้าเกี่ยวกับการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์	NA	✓	NA	NA

ตารางที่ 3.12.2 ตัวชี้วัดความสามารถในการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โฆษณา	การเข้าถึงทางกายภาพ	ดื่มแล้วขับ	ภาษี
30	ร้อยละของร้านค้าที่ถูกตรวจสอบเรื่องการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันห้ามขาย	NA	✓	NA	NA
31	ร้อยละของร้านค้าที่ถูกตรวจสอบเรื่องการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาห้ามขาย	NA	✓	NA	NA
32	ร้อยละของร้านค้าที่ถูกตรวจสอบเรื่องการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์	NA	✓	NA	NA
33	ร้อยละของคดีที่ถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ	NA	✓	NA	NA
34	ความถี่ของการบังคับใช้กฎหมายโดยตั้งจุดตรวจวัดแอลกอฮอล์	NA	NA	✓	NA
35	ร้อยละของผู้ขับขี่ที่เคยตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์	NA	NA	✓	NA
36	ความถี่ในการบังคับใช้กฎหมายในร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	NA	NA	NA	✓
37	ร้อยละของร้านค้าที่ถูกตรวจโดยเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	NA	NA	NA	✓
	จำนวนรวม	**19**	**22**	**16**	**9**

NA = ไม่มีการวัดในมาตรการดังกล่าว

แหล่งที่มา : Jankhotkaew, J., Casswell, S., Huckle, T., Chaiyasong, S., Kalapat, R., Waleewong, O., & Parker, K. (2024)

3. แหล่งที่มาของข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่สำคัญมีอยู่ 2 แหล่งหลัก คือ จากหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานหรือสนับสนุนการดำเนินงานและข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ดำเนินการสำรวจทุก 3 ปี โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานหลักและหน่วยงานที่สนับสนุนในการดำเนินงานระดับจังหวัด ซึ่งแต่ละมาตรการมีหน่วยงานระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยหน่วยงานในระดับประเทศประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมสรรพสามิต สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ในระดับจังหวัดประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานีตำรวจภูธรจังหวัด ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ ภาคประชาสังคม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวต้องอาศัยการให้ข้อมูลจากหน่วยงานเพื่อนำไปประเมินการทำงาน

ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีการสำรวจทุก 3-4 ปี และครั้งล่าสุดคือปี พ.ศ. 2564 ได้ภาพสะท้อนที่ครอบคลุมถึงระดับจังหวัด ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้วางแผนและประเมินผลการดำเนินงานในระดับจังหวัดได้ โดยการสำรวจดังกล่าวมุ่งเน้นไปที่การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

3.12.3 ข้อสรุปในการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

การประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ยังขาดระบบการติดตามประเมินที่เป็นระบบ การประเมินเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาการทำงาน และการดำเนินงานระดับจังหวัดเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายระดับชาติ ดังนั้นจึงควรมีการจัดตั้งระบบการติดตามประเมินการดำเนินงานระดับจังหวัด โดยเฉพาะระบบการติดตามความพร้อมเชิงโครงสร้างและการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อพัฒนา ในส่วนของการประมินผลลัพธ์ เช่น พฤติกรรมการดื่มนั้นมีการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติอยู่แล้ว จึงสนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Waleewong O, Khampang R, Wichaidit W, Tangjit A, Saengow U, Chaiyasong S, et al. Progress in implementation of alcohol policy in Thailand during 2008-2018 for the Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2020.
2. Puangsuwan A, Phakdeesettakun K, Thamarangsi T, Chaiyasong S. Compliance of off-premise alcohol retailers with the minimum purchase age law. WHO South East Asia J Public Health 2012;1:412-22.
3. เกรียงไกร ศรีธนวิบุญชัย, กนิษฐา ไทยกล้า, รัศมน กัลยาศิริ, นิษฐา หรุ่นเกษม, อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, สุริยัน บุญแท้, และคนอื่น ๆ. การประเมินผลพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี. เชียงใหม่: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2562.
4. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, โศภิต นาสืบ, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ธนพันธ์ สุขสะอาด, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล, ร่มตะวัน กาลพัฒน์. คู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2562.
5. Roduner D, Schläppi W. Logical framework approach and outcome mapping: a constructive attempt of synthesis. Zurich: AGRIDEA; 2008.
6. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Kellaghan T, Stufflebeam DL, editors. International handbook of educational evaluation. Dordrecht: Springer Netherlands; 2003. p. 31-62.
7. Wu X, Ramesh M, Howlett M. Policy capacity: a conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. Policy Soc 2015;34:165-71.
8. World Health Organization. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030. Geneva: World Health Organization; 2019.
9. Bellamy R, Palumbo A. Political accountability. London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2016.
10. Jones-Webb R, Nelson T, McKee P, Toomey T. An implementation model to increase the effectiveness of alcohol control policies. Am J Health Promot 2014;28:328-35.
11. Jankhotkaew J, Casswell S, Huckle T, Chaiyasong S, Kalapat R, Waleewong O, et al. A composite index of provincial alcohol control policy implementation capacity in Thailand. Int J Drug Policy 2024;130:104504.

ส่วนที่ 4

การใช้ประโยชน์ และการสื่อสารหลักฐาน

ส่วนที่ 4
การใช้ประโยชน์และการสื่อสารหลักฐาน

บทที่ 4.1 การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: จากข้อมูลสู่การปฏิบัติจริง

| สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

4.1.1 ความสำคัญของการนำงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ประโยชน์

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์เป็นศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระจายรูปแบบ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องการวิจัยในสาขานี้มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคม รวมถึงการระบุกลุ่มเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การมีข้อมูลจากการวิจัยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์จริงจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งกว่า

การนำงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วยการนำข้อมูลและข้อค้นพบจากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ และการวางแผนมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการบริโภคและลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การเชื่อมโยงงานวิจัยกับนโยบายและการปฏิบัติจริงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย

ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและประชาชน กระบวนการในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ควรให้ความสำคัญกับการแปลผลหรือตีความผลการวิจัยอย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงการตีความที่ผิดพลาดบิดเบือน และการใช้ข้อมูลในทางที่ผิด การสื่อสารผลการวิจัยให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการสร้างความมีส่วนร่วมจากผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอย่างครบวงจร เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงกระบวนการเหล่านี้อย่างละเอียด พร้อมตัวอย่างงานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคม ตลอดจนนำไปสู่การพัฒนามาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องด้วยเหตุนี้ การลงทุนในงานวิจัยด้านนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างสังคมที่ปลอดภัยและมีสุขภาพดี

4.1.2 ประโยชน์ของงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์: ข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาสังคม

1. **ชี้ให้เห็นปัญหาและขนาดของปัญหา:** งานวิจัยระบาดวิทยาช่วยให้เราทราบถึงขนาดและขอบเขตของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในแต่ละกลุ่มประชากร เช่น อัตราการดื่มในกลุ่มวัยรุ่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับหรือผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสม

2. **ระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน:** งานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ช่วยให้เราเข้าใจว่าอะไรคือปัจจัยที่ทำให้คนดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น หรืออะไรคือปัจจัยที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากการดื่ม ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการออกแบบมาตรการที่ตรงจุด เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม หรือการให้การสนับสนุนทางสังคม

3. **ประเมินผลกระทบของนโยบายและมาตรการ:** งานวิจัยช่วยให้เราประเมินว่า นโยบายหรือมาตรการที่นำมาใช้ได้ผลจริงหรือไม่ เช่น การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดเวลาขาย หรือการห้ามโฆษณา การประเมินผลนี้จะช่วยให้เราปรับปรุงนโยบายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. **สร้างความตระหนักและสนับสนุนจากสาธารณชน:** งานวิจัยที่เผยแพร่สู่สาธารณะจะช่วยสร้างความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของแอลกอฮอล์ ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนนโยบายและมาตรการต่าง ๆ จากประชาชน

5. **พัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ:** ปัญหาแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสากล การวิจัยระบาดวิทยาช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[1]

4.1.3 การตีความผลและประมวลผลงานวิจัย

การนำงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงนั้น จำเป็นต้องมีการ “แปล” หรือ “ตีความ” ผลการวิจัยหรือข้อมูล (data) ที่ได้ให้กลายเป็นข้อสนเทศ (information) หรือความรู้ (knowledge) ที่เข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง กระบวนการนี้ประกอบด้วยหลายขั้นตอนที่สำคัญ ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อย่อยนี้

ก. การสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัย คือ การรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยจากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยอาจจะทำได้โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เข้มงวดและมีระบบในการค้นหา คัดเลือก ประเมินคุณภาพ (critical appraisal) และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือและเป็นกลาง หรือการทบทวนขอบเขตหรือความครอบคลุมของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจ (scoping review) เพื่อค้นหาช่องว่างขององค์ความรู้ หรือหลักฐานวิชาการที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ซึ่งอาจจะยังไม่ชัดเจนเพียงพอสำหรับการตั้งเป็นคำถามสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[3] นอกจากนี้ นักวิจัยอาจจะใช้การวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) ซึ่งเป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นรวมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความแม่นยำและมีกำลังทางสถิติสูงขึ้น

ข. การเผยแพร่งานวิจัย

เมื่อได้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การเผยแพร่ข้อมูลให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความหลากหลาย ได้แก่ ชุมชนนักวิจัย เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของงานวิจัยและนำไป ต่อยอดในการศึกษาอื่นต่อไป ผู้กำหนดนโยบาย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้น รู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์ในการโน้มน้าวให้คนดื่มแอลกอฮอล์

การเผยแพร่งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น วารสารวิชาการซึ่งเหมาะสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยในกลุ่มนักวิจัยเอง สื่อสังคมออนไลน์เหมาะสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชน โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ที่เข้าถึงสื่อสังคมเหล่านี้ได้ง่าย งานประชุมสัมมนาวิชาการซึ่งเหมาะสำหรับการนำเสนอผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเวทีเสวนาและแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนในกรณีที่ต้องการ

จะนำเสนอผลงานวิจัยบางประเด็นที่สำคัญและกำลังเป็นจุดสนใจในช่วงเวลานั้น หลักการสำคัญของการเผยแพร่งานวิจัย คือ การนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่ายและน่าสนใจเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ผู้กำหนดนโยบายมักจะไม่มีเวลาหรือความเชี่ยวชาญในการอ่านและทำความเข้าใจงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐและผู้ที่ทำงานเพื่อผลประโยชน์สาธารณะควรมีบทบาทสำคัญในการนำผลงานวิจัยไปแปลเป็นนโยบายที่นำไปปฏิบัติได้จริง การปรับปรุงกระบวนการโดยการวิเคราะห์ปัญหา สรุปผลลัพธ์ และสื่อสารงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการนำนโยบายที่ดีไปใช้ นอกจากนี้ นักวิชาการควรตระหนักถึงความจำเป็นในการติดตาม ประเมินผล และทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคม[1]

ค. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความร่วมมือระหว่างนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านสาธารณสุข มหาดไทย สรรพสามิต และประชาชน การรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้การนำงานวิจัยไปใช้ตรงกับความต้องการและบริบทของแต่ละพื้นที่ การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ทุกภาคส่วนรู้สึกมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและผลักดันการนำงานวิจัยไปใช้ให้เกิดผล การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่น ซึ่งจะนำไปสู่การนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

4.1.4 การตีความผลการวิจัยผิดพลาดและการนำผลการวิจัยทางระบาดวิทยาไปใช้ในทางที่ผิด

ข้อควรระวังในการนำผลการวิจัยทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ที่ต้องคำนึงถึง คือ การตีความผลการวิจัยที่ผิดพลาดและการใช้ข้อมูลในทางที่ผิด ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อข้อมูลถูกนำไปใช้โดยผู้กำหนดนโยบายหรือบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่คุ้นเคยกับแง่มุมทางเทคนิคของการวิจัย แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นไปโดยไม่ได้ตั้งใจ แต่บางครั้งก็อาจเกิดขึ้นโดยเจตนาเพื่อบรรลุเป้าหมายบางอย่าง นอกจากนี้ อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ มักจะเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์โดยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร Petticrew และคณะ พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และมะเร็ง

ที่อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เผยแพร่ต่อสาธารณะผ่าน “องค์กรด้านสังคมและประชาสัมพันธ์” และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีลักษณะบิดเบือนจากหลักฐานวิชาการที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์และมะเร็ง ลักษณะที่พบบ่อยมีสามรูปแบบ ได้แก่[1] การปฏิเสธ/การละเว้น (denial/omission): การปฏิเสธ การละเว้น หรือการโต้แย้งหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า การบริโภคแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงมะเร็ง เช่น การกล่าวอ้างอย่างไม่ถูกต้องว่า ไม่มีความเสี่ยงสำหรับการดื่มแบบเล็กน้อย หรือ “ปานกลาง”[2] การบิดเบือน (distortion): โดยกล่าวถึงมะเร็ง แต่บิดเบือนความเสี่ยง เช่น การอ้างว่าหรือบอกเป็นนัยว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งนั้นเกิดขึ้นเฉพาะกับรูปแบบการดื่มบางอย่าง (การดื่มหนักหรือการดื่มแบบ binge drinking) หรือกล่าวอ้างว่า เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคยังไม่สมบูรณ์ หลักฐานของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างแอลกอฮอล์กับมะเร็งจึงไม่น่าเชื่อถือ และ/หรือยังขาดฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ และการอ้างผลกระทบในเชิงป้องกันของแอลกอฮอล์ต่อมะเร็งบางชนิด ซึ่งจะทำให้ภาพรวมของความเสี่ยงทั้งหมดลับสน[3] และการทำให้ไขว้เขว (distraction): การเบี่ยงเบนการแสดงผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อมะเร็งทั่วไป เช่น การลดบทบาทของแอลกอฮอล์ต่อการเกิดมะเร็งโดยกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีกมากมายสำหรับมะเร็ง การเน้นมะเร็งที่ไม่ค่อยพบ และเน้น “ชนิด” ของมะเร็งมากกว่าความชุกของมะเร็ง ซึ่งมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยจะถูกบิดเบือนมากที่สุด ผลการศึกษานี้มีความสำคัญเพราะอุตสาหกรรมมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ในหลายประเทศ และในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพสู่สาธารณะรวมทั้งกับนักเรียนนักศึกษา[6]

การตีความข้อมูลทางระบาดวิทยาต้องพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของปัญหาความสำคัญของปัญหานั้นเมื่อเทียบกับปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ และระดับที่ปัญหานั้นจะสามารถแก้ไขได้ด้วยนโยบายสาธารณสุข ความเข้าใจผิดอย่างหนึ่งในการนำผลการวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ คือ การมองขอบเขตของการเกิดปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ตัวบุคคลผู้ดื่มเพียงด้านเดียว และเน้นการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งที่การลดความต้องการที่จะดื่มหรือพฤติกรรมการดื่มเท่านั้น โดยมองข้ามความสำคัญของการจัดการสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย รูปแบบที่เหมาะสมกว่าควรจะมุ่งเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความเปราะบางในระดับต่าง ๆ กับสภาพแวดล้อม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจทางระบาดวิทยายังสามารถนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งมักจะมีนัยสำคัญ ตัวอย่างที่พบบ่อย ได้แก่

1. ไม่แยกแยะระหว่างการดื่มและการติดสุรา ดังนั้น จึงอธิบายลักษณะของปัญหาไม่ถูกต้อง ทำให้การประเมินความจำเป็น (need assessment) และการจัดบริการหรือมาตรการไม่ตรงกับเป้าหมายที่แท้จริง

2. ไม่เข้าใจแนวคิดเรื่องความเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้อง
3. ขยายผล (generalize) ไปยังกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ที่ไม่ได้เป็นประชากรเป้าหมายของการวิจัยนำผลการวิจัยไปใช้
4. การใช้เครื่องมือวัดหรือคำจำกัดความของตัวแปรโดยไม่ได้ประเมินความเหมาะสมทางวัฒนธรรม หรือไม่ปรับให้เหมาะสมตามความจำเป็น
5. การให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของอัตราความชุกโดยไม่พิจารณาช่วงความเชื่อมั่นหรือการทดสอบนัยสำคัญ[2]

4.1.5 การใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ในการนำงานวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบายอย่างเหมาะสม ผู้ที่เกี่ยวข้องจะมีบทบาทต่างกัน นักวิจัยและนักวิชาการควรจะต้องมุ่งเน้นไปที่ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ที่มีความสำคัญลำดับต้นของประเทศ ผู้จัดการงานวิจัยมีบทบาทในการสนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาระบาดวิทยาการบริโภคแอลกอฮอล์ เพื่อที่ผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการระดับสูงจะได้เข้าใจมากขึ้นว่า ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์คืออะไร และใช้มันเพื่อปรับปรุงการตัดสินใจ และเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการ และผู้จัดการระดับกลางเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการคิดเชิงวิพากษ์และการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในการแก้ปัญหา

การจัดทำรายงานผลการวิจัยเพื่อนำเสนอต่อผู้ใช้ประโยชน์ นักวิจัยควรคำนึงถึงข้อมูลที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องการ การตัดสินใจแต่ละประเภทอาจจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น การจัดสรรทรัพยากรสำหรับบริการบำบัดรักษา อาจต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ติดสุราหรือดื่มแบบเป็นอันตราย ความชุกของผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มนี้ (เช่น โรคตับแข็ง มะเร็ง ฆ่าตัวตาย ฯลฯ) ตามภูมิภาค แต่ถ้าเน้นการป้องกันปัญหาในประชากรที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพ ตัวแปรที่จะให้ความสำคัญควรเป็นการทดลองดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม บางครั้งนักวิจัยมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะตอบประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องการจะใช้ประโยชน์ แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านี้กลับไม่ได้ถูกวิเคราะห์หรือตีความเพื่อให้ข้อมูลที่มีความหมายที่จะใช้ในการตัดสินใจ[2]

ผลงานวิจัยทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญในการนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ทั้งในการปฏิบัติงานทางคลินิก ทางสาธารณสุข การกำหนดนโยบาย และสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต เพื่อลดผลกระทบทางลบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคม ในส่วนนี้จะนำเสนอแนวทางปฏิบัติและการพัฒนาที่สำคัญสำหรับการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

1. การปฏิบัติงานด้านคลินิกและสาธารณสุข

ข้อมูลหรือผลการศึกษาทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานต่าง ๆ ได้แก่

- **การเฝ้าระวัง:** ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วยในการติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ทำให้สามารถเฝ้าระวังและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันท่วงที
- **การคัดกรองและวินิจฉัยโรค:** ผลงานวิจัยช่วยให้ทราบถึงวิธีการคัดกรองและบำบัดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถนำผลงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงและให้การช่วยเหลือได้อย่างตรงเป้าหมาย
- **การบำบัดรักษา:** ข้อมูลทางระบาดวิทยาและการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการคัดกรองบำบัดรักษาช่วยในการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. การกำหนดนโยบายสาธารณสุข

- **การวางแผนและพัฒนากฎหมาย:** ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วยให้เข้าใจถึงขนาดของปัญหา ผลกระทบ และกลุ่มประชากรที่เสี่ยง ทำให้สามารถกำหนดนโยบายและกฎหมายที่เหมาะสมในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดเวลาขาย การกำหนดภาษี
- **การกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุม:** ผลการวิจัยช่วยให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการบริโภค ทำให้สามารถออกแบบมาตรการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ การบำบัดผู้ติดสุรา
- **การประเมินผลนโยบาย:** ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วยในการประเมินผลของนโยบายที่นำไปใช้ ว่ามีประสิทธิภาพในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์หรือไม่

3. การพัฒนาแนวทางการป้องกันในระดับบุคคลและชุมชน

ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วยให้เข้าใจถึงขนาด ขอบเขต และลักษณะของปัญหาแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น

- **การปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่:** ปัญหาแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น แนวทางการปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคม หากพบว่าพื้นที่ใดมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง อาจมีการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติโดยเน้นการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดมากขึ้น
- **การให้ความรู้และทักษะ:** ผลการวิจัยช่วยในการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และทักษะแก่ประชาชนเกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ และวิธีการลดความเสี่ยง
- **การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน:** ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วยในการสร้างความตระหนักและความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา

4. การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร

ข้อมูลทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- **การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถในการนำงานวิจัยไปใช้:** บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานวิจัยทางระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ และสามารถนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- **การพัฒนาทักษะในการสื่อสารและเผยแพร่งานวิจัย:** นักวิจัยควรมีทักษะในการสื่อสารและเผยแพร่งานวิจัยให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนทั่วไป เพื่อให้ผลงานวิจัยได้รับการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

5. การสนับสนุนและส่งเสริมการนำงานวิจัยไปใช้

- **การสร้างกลไกสนับสนุนการนำงานวิจัยไปใช้ในระดับต่าง ๆ :** ควรมีกลไกสนับสนุนการนำงานวิจัยไปใช้ในระดับต่าง ๆ เช่น ระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติงาน และระดับชุมชน กลไกดังกล่าวอาจรวมถึงการจัดตั้งคณะทำงาน การจัดสรรงบประมาณ และการสนับสนุนด้านเทคนิค

- **การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการนำงานวิจัยไปใช้:** การนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์จริงต้องมีทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ ดังนั้น ควรมีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการนำงานวิจัยไปใช้อย่างเหมาะสม

6. การวิจัยเพิ่มเติม

- **การระบุช่องว่างของความรู้:** ผลการวิจัยช่วยในการระบุช่องว่างของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ซึ่งนำไปสู่การวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเติมเต็มช่องว่างเหล่านั้น
- **การพัฒนาวิธีการใหม่:** ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วยในการพัฒนาวิธีการใหม่ ในการป้องกัน ควบคุม และบำบัดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

4.1.6 บทสรุป

การนำงานวิจัยระบาดวิทยาแอลกอฮอล์ไปใช้ประโยชน์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและสังคม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยช่วยให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัจจัยเสี่ยง และกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการแปลงข้อมูลดิบเป็นความรู้ที่เข้าใจง่าย การเผยแพร่ข้อมูลอย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน รวมถึงการป้องกันการบิดเบือนข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวอย่างการนำงานวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบาย เช่น การกำหนดมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินผลกระทบของนโยบายต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทางระบาดวิทยามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ดังนั้น การพัฒนากลไกที่ช่วยให้ข้อมูลทางระบาดวิทยาถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การควบคุมและลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ประสบความสำเร็จในระยะยาว

กล่องข้อความที่ 4.1.1 ตัวอย่างการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โครงการวิจัยด้านพฤติกรรมการดื่มสุราและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- **ชุดโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของประเทศไทย**
  ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนสายสามัญระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 3 และ 5 และนักเรียนสายอาชีพระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 ทั่วประเทศ โดยเป็นการสำรวจซ้ำทุก 2-3 ปี เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2550[8]
- **ชุดโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และโครงการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนไทย**
  ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นการสำรวจในประชากรทั่วไปรายจังหวัดทั่วประเทศ เก็บข้อมูลทุกสามปี เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554[7]

ผลการศึกษาของโครงการเหล่านี้ทำให้ทราบถึงแนวโน้มของความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรทั่วไป หรือเยาวชนวัยรุ่น จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เศรษฐฐานะ ขนาดของปัญหาและลักษณะของกลุ่มเสี่ยง การสัมผัสโฆษณาและสิ่งแวดล้อมทางสังคมในครอบครัว โรงเรียน และชุมชนที่ชักจูงให้เยาวชนดื่มสุราและใช้สารเสพติด รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่น ๆ ทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานป้องกันที่มุ่งเน้นไปยังปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม และยังใช้เป็นตัวชี้วัดของผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2565 ถึง 2570 อีกด้วย[9,10]

โครงการวิจัยด้านผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- **การศึกษาแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**
  โครงการนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable morbidity and mortality) ที่ได้จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558-2564 จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุและระดับการดื่มสุราในประชากรไทย[4,5]

- **การศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่น ระยะที่สอง** โครงการนี้เป็นการศึกษาขนาดของผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีต่อผู้อื่น ลักษณะของผลกระทบ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และระบบการให้บริการและความช่วยเหลือต่อผู้ได้รับผลกระทบฯ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายจากอุบัติเหตุจราจร หรือถูกกระทำโดยผู้อื่นทุกรายที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และสถานีตำรวจ และหน่วยสวัสดิการสังคมฯ ในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา[11]

ผลการศึกษาจากโครงการเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ประชาชนและผู้กำหนดนโยบายมีความตระหนักถึงอันตราย และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการกำหนดนโยบายที่เข้มงวดมากขึ้น

กล่องข้อความที่ 4.1.2 ตัวอย่างโครงการวิจัยที่นำผลไปใช้ในการประเมินและผลักดันนโยบาย

การศึกษาผลกระทบจากการขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบันเทิง และการนำไปใช้ประโยชน์

ความเป็นมา: ตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจจากการท่องเที่ยว รัฐบาลได้อนุญาตให้สถานบริการใน 5 จังหวัดนำร่อง (กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ภูเก็ต เชียงใหม่ และอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี) ขยายเวลาปิดบริการเป็น 04.00 น. ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ทำให้มีการขยายเวลาขายแอลกอฮอล์ด้วย ต่อมาในการประชุมคณะรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการขยายเวลา ให้ครอบคลุมสถานประกอบการอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน รวมร้านอาหารต่าง ๆ ในพื้นที่นำร่องทั้ง 5 จังหวัด ให้สอดคล้องกันด้วย คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิฯ 12 ท่านจากสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ห่วงใยผลกระทบจากนโยบายนี้ จึงได้ร่วมกันศึกษาผลกระทบดังกล่าว โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อประเมินผลกระทบและความเสี่ยงของนโยบายขยายเวลาปิดสถานบริการ และเสนอแนะข้อมูลต่อ ค.ร.ม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนนโยบาย

วิธีการศึกษา: ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 รวม 3 เดือน กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในประเด็น การเจ็บการตายจากอุบัติเหตุทางถนน คดีดื่มแล้วขับ ในพื้นที่ 5 จังหวัด เปรียบเทียบระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2567 กับช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลรายได้และจำนวนนักท่องเที่ยวในพื้นที่นำร่อง เปรียบเทียบช่วง 3 เดือนของปี พ.ศ. 2566 และ 2567 กับ 17 จังหวัดท่องเที่ยวหลักที่ไม่ได้ขยายเวลา ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้จำหน่ายสุราและผลกระทบต่อผู้อาศัยใกล้เคียง และการเยี่ยมพื้นที่จริงและหารือผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่พัทยา ภูเก็ต และกรุงเทพฯ

ข้อค้นพบสำคัญ

ก. การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น: ในจังหวัดนำร่อง การบาดเจ็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ในช่วงเวลา 02.00-06.00 น. เมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบาย โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีสถานบริการเกิน 100 แห่ง เช่น ชลบุรี ภูเก็ต และกรุงเทพฯ

ข. คดีดื่มแล้วขับเพิ่มขึ้น: จำนวนคดีดื่มแล้วขับที่ถูกจับได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 115 ในพื้นที่นำร่อง เทียบกับร้อยละ 305 ในพื้นที่ท่องเที่ยวหลักที่ไม่มีการขยายเวลา นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเสียชีวิตจากการตรวจจับคนเมาในพื้นที่นำร่องอย่างน้อย 3 คน

ค. ความรับผิดชอบของผู้ขายสุราไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง: จากการสำรวจพบว่า สถานบริการหลายแห่งยังไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่ขอความร่วมมือ เช่น การตรวจบัตรประชาชน การปฏิเสธการขายให้คนเมา การวัดแอลกอฮอล์ก่อนออกจากร้าน หรือการเรียกรถให้ลูกค้าที่เมา

ง. ผลกระตุ้นเศรษฐกิจยังไม่ชัดเจน: แม้ว่าจำนวนนักท่องเที่ยวและรายได้จะเพิ่มขึ้น แต่ส่วนหนึ่งอาจมาจากปัจจัยอื่น ๆ ไม่ใช่แค่การขยายเวลาเพียงอย่างเดียว ข้อมูลยังพบว่า จังหวัดท่องเที่ยวหลักที่ไม่ได้ขยายเวลามีอัตราการเพิ่มขึ้นของนักท่องเที่ยวและรายได้มากกว่าจังหวัดนำร่องเกือบ 2 เท่า

จ. ผลกระทบต่อคนในพื้นที่: ชาวบ้านได้รับความเดือดร้อนจากเสียงดังและการเมาของนักท่องเที่ยว เจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระเพิ่มขึ้น พนักงานเสี่ยงต่อการถูกลวนลามหรือทำร้ายร่างกาย และปัญหาธุรกิจสีเทาผิดกฎหมายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การประเมินความเสี่ยงหากมีการขยายสถานที่เพิ่มเวลาขาย

กรณีที่ 1: หากคงนโยบายเดิม จะมีคนตายเพิ่มอย่างน้อย 20 ราย บาดเจ็บ 740 ราย และพิการ 7 รายต่อปี

กรณีที่ 2: หากขยายเวลาขายให้สถานประกอบการอื่น ๆ จะมีร้านที่เข้าข่ายเพิ่มขึ้น 10-15 เท่า คาดว่าจะมีการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 7,500 ราย เสียชีวิต 200 ราย และพิการ 70 ราย รวมถึงปัญหาสังคมอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์: คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้รัฐบาลพิจารณาทบทวนนโยบายนี้ โดยคำนึงถึงผลกระทบทางสังคมและสุขภาพมากกว่าผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว มีผลให้คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงมติว่า ไม่ควรสนับสนุนการขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเวลาเที่ยงคืนเพิ่มเติมอีกให้แก่สถานประกอบการอื่น ๆ และร้านค้าที่อยู่ใน 5 จังหวัดนี้หรือจังหวัดท่องเที่ยวอื่น ๆ[12]

เอกสารอ้างอิง

1. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2023.
2. Jean-Francois M, Medina-Mora M, Saxena S. Reporting and application of results. In: Guide to Drug Abuse Epidemiology. Geneva: World Health Organization; 2000. p. 329-50.
3. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol 2018;18:143.
4. Nontarak J, Geater AF, Assanangkornchai S, Aekplakorn W. Expected years of life lost due to alcohol consumption in Thai adults: a 16-year follow-up cohort of national health examination survey 2004-2019. Alcohol Alcohol 2022;57:490-9.
5. Nontarak J, Rehm J, Rovira P, Assanangkornchai S. Alcohol-attributable deaths in Thai people from 2015 to 2021 using the comparative risk assessment approach. Alcohol Clin Exp Res (Hoboken) 2025;49:142-52.

6. Petticrew M, Maani Hessari N, Knai C, Weiderpass E. How alcohol industry organisations mislead the public about alcohol and cancer. Drug Alcohol Rev 2018;37:293-303.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2555.
8. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อโนชา หมึกทอง, ถนอมศรี อินทนนท์. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย. สงขลา: ภาคีวิชาการสารเสพติด; 2551.
9. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2558.
10. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสธรณสุข; 2565.
11. รัศมี สังข์ทอง กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์, ถนอมศรี อินทนนท์, อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์, นูรตัสนีม อูมูดี. ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่น. สงขลา: สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
12. คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษานโยบายการขยายเวลา. การประเมินผลกระทบของนโยบายการขยายเวลาปิดสถานบริการจากตีสองเป็นตีสี่ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดของประเทศไทย 2567. ว.การสร้างเสริมสุขภาพไทย 2567;3:1-6.

ส่วนที่ 4
การใช้ประโยชน์และการสื่อสารหลักฐาน
บทที่ 4.2 การสื่อสารงานวิจัยแอลกอฮอล์ในรูปแบบบทความหรือข่าว

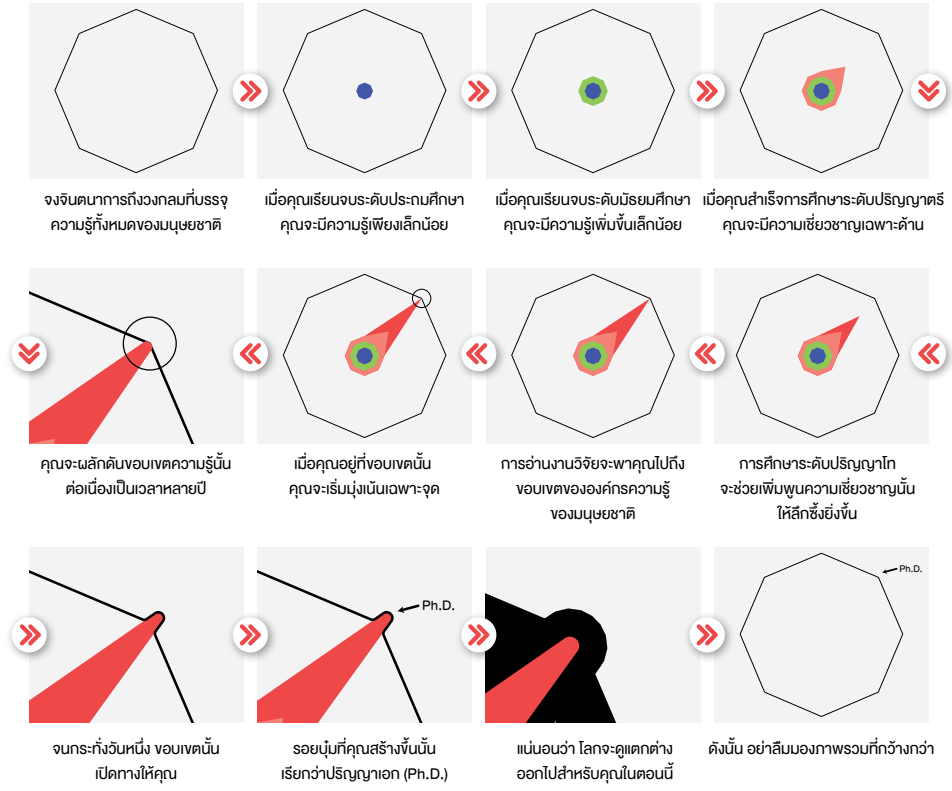
| มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ

4.2.1 บทนำ

งานวิจัยที่ดีเปรียบเสมือนเชื้อเพลิงแห่งการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าไม่มีการสื่อสารที่ดี เข้าใจง่ายและทรงประสิทธิภาพ งานวิจัยก็ไม่ต่างจากน้ำมันดิบที่เครื่องยนต์ทั่วไปไม่สามารถใช้งานได้เพราะยังไม่ถูกกลั่นกรอง จนอยู่ในสภาพที่เครื่องยนต์ขนาดเล็กสามารถแปลงให้มันเป็นความร้อนขับเคลื่อนพาหนะไปข้างหน้าได้ สังคมไม่เคยเคลื่อนไหวด้วยข้อมูลที่เงียบงัน การสื่อสาร คือสะพานระหว่างโลกทางวิชาการที่เต็มไปด้วยระเบียบวิธีที่จะทำให้ข้อมูลเที่ยงตรงแม่นยำ และโลกแห่งความเป็นจริงที่ผู้คนต่างวุ่นวายกับชีวิตของตัวเองและต้องรับข้อมูลข่าวสารด้วยความรวดเร็ว

Albert Einstein เคยกล่าวไว้ว่า “If you can't explain it simply, you don't understand it well enough.” หมายความว่า “หากคุณไม่สามารถอธิบายสิ่งใดก็ตามด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย คุณยังเข้าใจสิ่งนั้นไม่ดีพอ” ซึ่งคำกล่าวนี้พูดถึงโลกทางวิชาการ ที่นักวิชาการที่หมกมุ่นและหลงใหลในสิ่งที่ตนเองศึกษาและวิจัยจนไปถึงจุดสุดทางของความรู้ (edge of knowledge) ที่มีคนเพียงหยิบมือเท่านั้นที่อยู่ในจุดเดียวกัน หากนักวิจัยที่อยู่ในจุดเดียวกันสื่อสารด้วยภาษาของคนระดับเดียวกันจะมีคนเพียงหยิบมือเดียวที่เข้าใจ แต่คน

อีกจำนวนมากที่ไม่สามารถ หมกมุ่นหลงใหลและเข้าใจองค์ความรู้มากมายแบบเดียวกับผู้วิจัย นักวิจัยจึงไม่มีทางหลีกเลี่ยงบทบาทของนักสื่อสารที่ต้องสื่อสารสิ่งที่เราศึกษาหรือค้นพบให้กับคนจำนวนมากที่ไม่ได้หลงใหลในสิ่งเดียวกับเราให้ได้ หากหวังให้งานของตนสร้างอิมแพค ยิ่งในโลกยุคปัจจุบันที่ข้อมูลหมุนเวียนรวดเร็ว การแย่งชิงพื้นที่รับรู้ของสาธารณะไม่ต่างจากสนามรบ งานวิจัยที่ไม่ได้สื่อสารออกไปอย่างน่าสนใจ ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ มีโอกาสถูกกลบด้วยเสียงของข้อมูลเท็จ ความเข้าใจผิด หรือผลประโยชน์จากคนที่มีเทคโนโลยีการสื่อสารที่พร้อมกว่า หากนักวิจัยนิ่งเงียบ พื้นที่นั้นจะถูกครอบครองโดยผู้ที่สื่อสารได้ดีกว่า ถี่กว่า โดยไม่สนใจว่าเรื่องที่สื่อสารนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมหรือไม่ ยิ่งในพื้นที่การปะทะของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ฝั่งหนึ่งมีแรงจูงใจในการสื่อสารเป็นผลประโยชน์จากการค้ามหาศาลส่วนอีกฝั่งที่ตรงข้ามมีเพียงผลประโยชน์ของส่วนรวมที่ต้องการทำให้สังคมปลอดภัยจากภัยสุรา พลวัตของการสื่อสารจึงแตกต่างกันมากในด้านปัจจัยการสนับสนุน แต่สิ่งที่จะช่วยชดเชยกันได้ คือ การที่นักวิทยาศาสตร์หรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีภาพแห่งความน่าเชื่อถือ เป็นผู้อธิบาย ผู้นำเสนอและผู้ถ่ายทอดความรู้ในภาษาที่ประชาชนเข้าถึงได้ด้วย



ภาพที่ 4.2.1 | จุดสุดทางของความรู้ (edge of knowledge) ภาวะที่ผู้สนใจศึกษาสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนแตกฉาน[1]

การสื่อสารงานวิจัยยังเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในวิทยาศาสตร์จากประชาชนผู้รับสาร งานวิจัยไม่ควรถูกจองจำอยู่ในวารสารวิชาการหรือห้องประชุมเฉพาะกลุ่ม เพราะองค์ความรู้ที่ไม่ถูกแบ่งปัน ย่อมไม่มีวันเปลี่ยนแปลงสังคมได้ ในทางกลับกัน งานวิจัยที่ถูกเล่าให้เข้าใจง่าย มีบริบทและผูกโยงกับประเด็นปัญหาในชีวิตประจำวัน จะสามารถปลุกกระแสสังคมให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางใหม่ได้ ประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายจำนวนมากล้วนมีจุดเริ่มต้นจาก “ข้อมูลที่ถูกเล่าให้ประชาชนเข้าใจ” ไม่ใช่แค่ข้อมูลที่ถูกเผยแพร่ นักวิจัยจึงควรตระหนักว่าการสื่อสารคือส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบทางวิชาการ เพราะองค์ความรู้ที่แท้จริง จะไม่หยุดอยู่ที่การตีพิมพ์ แต่จะเดินทางต่อไปสู่การเปลี่ยนแปลง เมื่อมันถูกทำให้คนอื่นเข้าใจได้อย่างแท้จริง

4.2.2 งานวิจัยด้านแอลกอฮอล์มีอะไรบ้าง

สำหรับประชาชนคนทั่วไปอาจเข้าใจว่างานวิจัยด้านแอลกอฮอล์มีเพียงแง่มุมทางการแพทย์ เช่น ความเสียหายต่ออวัยวะ การเกิดโรคมะเร็งต่าง ๆ ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อระบบประสาท หรือกลไกของการเสพติด แต่ในความเป็นจริง งานวิจัยด้านนี้มีขอบเขตที่กว้างไกลกว่าที่คิด และเกี่ยวข้องกับหลายสาขาวิชา ตั้งแต่เศรษฐศาสตร์ มานุษยวิทยา จิตวิทยา ไปจนถึงนโยบายสาธารณะ และสิทธิมนุษยชน ในฐานะผู้ใช้งานงานวิจัยเพื่อผลประโยชน์ในการสร้างประสิทธิภาพของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การทำความเข้าใจเนื้อหาของการวิจัยจากมุมมองหลากหลายศาสตร์จึงเป็นเรื่องที่เลี่ยงไม่ได้ ซึ่งบทความนี้จะยกตัวอย่างสั้น ๆ ให้ผู้อ่านเห็นภาพว่าการศึกษาในแต่ละศาสตร์นั้นมีลักษณะเช่นใดบ้างและปลายทางของงานวิจัยชิ้นสำคัญเหล่านี้ได้ส่งผลอะไรต่อสังคมบ้าง

เราเริ่มจากจุดที่ผู้คนทั่วไปทราบกันดีเกี่ยวกับงานวิจัยด้านผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ดังเช่นรายงานที่รวบรวมโดยองค์การอนามัยโลก[2] ระบุว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตและภาระโรคทั่วโลก โดยเฉพาะจากโรคตับ มะเร็ง อุบัติเหตุบนท้องถนน และการบาดเจ็บจากความรุนแรง[2] เนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลก เป็นรายงานที่รวบรวมบทความวิชาการการแพทย์หลายชิ้นในรายงานเดียวกัน และด้วยบทบาทขององค์การอนามัยโลกในการสร้างเสริมสุขภาวะแก่มนุษยชาติ รายงานที่องค์การอนามัยโลกผลิตตลอดเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา จึงกลายเป็นบรรทัดฐานพื้นฐานให้นักเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขทั่วโลกใช้ในการเป็นแหล่งอ้างอิงเพื่อสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเน้นที่การป้องกันสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง

งานวิจัยในด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาหลายชิ้นได้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์กับเพศ วัฒนธรรม และอำนาจ เช่น งานของ Robin Room ในปี ค.ศ. 2005 ที่อธิบายว่า การดื่มในบางวัฒนธรรมถูกใช้เป็นเครื่องมือยืนยันความเป็นชาย หรือสถานะทางสังคม และเป็นเหตุให้การควบคุมการดื่มในบางพื้นที่ต้องเข้าใจบริบททางวัฒนธรรมควบคู่ไปด้วย[3] Room ชี้ให้เห็นว่า

1. รูปแบบการดื่มและผลกระทบของแอลกอฮอล์ไม่เหมือนกันในแต่ละสังคม การดื่มในประเทศแถบสแกนดิเนเวียมีลักษณะ “ดื่มหนักในโอกาสพิเศษ” (heavy episodic drinking) ขณะที่บางประเทศในยุโรปตอนใต้ดื่มแบบ “ปกติแต่ปริมาณน้อย” ร่วมกับมื้ออาหาร

2. การดื่มไม่ใช่เพียง “พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ” แต่เป็น “การกระทำที่มีความหมายในบริบททางสังคม” เช่น ใช้ยืนยันความเป็นชาย แสดงสถานะ หรือเชื่อมโยงกับพิธีกรรม

3. การดื่มไม่ใช่พฤติกรรมเสรีเสมอไป แต่ถูกครอบงำด้วยโครงสร้างทางอำนาจ เช่น ภาพลักษณ์ของความเป็นชาย การตลาดที่เลือกกลุ่มเป้าหมายผู้หญิงและเยาวชน รวมถึงการบงการเชิงวัฒนธรรมผ่านโฆษณา ผลการศึกษานี้นำมาซึ่งหน่วยงานอย่างองค์การอนามัยโลกและองค์กรระดับโลกเริ่มพัฒนาแนวทางนโยบายแบบ “context-specific” หรือ “culturally-sensitive policy” แทนที่จะใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วโลก เช่น ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่วัฒนธรรมการดื่มเกี่ยวพันกับเพศและศาสนา การควบคุมจึงต้องมีมิติทางคุณค่าร่วมด้วย การออกแบบแคมเปญ “เลิกเหล้าเข้าพรรษา” ถือเป็นส่วนหนึ่งของ culture framing ด้วย งานของ Room ทำให้โลกเริ่มเปลี่ยนจากการมองการดื่มเป็น “เรื่องส่วนตัว” สู่การเข้าใจว่า “แอลกอฮอล์ คือ เครื่องมือของโครงสร้างอำนาจ วัฒนธรรม และตลาด” และด้วยเหตุนี้มาตรการควบคุมจึงต้องละเอียด ลึกซึ้ง และเห็นมนุษย์ในบริบท ไม่ใช่แค่ในเชิงชีววิทยา

ในแง่ของจิตวิทยาและพฤติกรรม งานวิจัยของ Anderson ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวที่ตรวจสอบผลกระทบของการโฆษณาแอลกอฮอล์และการเปิดรับสื่อที่เกี่ยวข้องต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ผลการศึกษาชี้ว่า การเปิดรับการโฆษณาและสื่อที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นที่ไม่เคยดื่มมาก่อน และเพิ่มปริมาณการดื่มในกลุ่มที่เคยดื่มแล้ว[4] ผลการวิจัยนี้มีผลกระทบที่จับต้องได้ต่อสังคมและนโยบายสาธารณะหลายประการ ได้แก่

1. การกำหนดนโยบายควบคุมการโฆษณาแอลกอฮอล์ ที่จำกัดหรือห้ามการโฆษณาแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสื่อที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ เพื่อป้องกันการเริ่มดื่มและการบริโภคที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น[5]

2. การพัฒนามาตรการป้องกันในระดับชุมชนและโรงเรียน ข้อมูลจากการวิจัยถูกนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการศึกษาที่เน้นการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการโฆษณาแอลกอฮอล์และการเสริมสร้างทักษะในการตัดสินใจให้กับเยาวชน เพื่อให้พวกเขาสามารถต้านทานต่อแรงกดดันจากสื่อและสังคมได้

3. การสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติม งานวิจัยนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการโฆษณาแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มเยาวชน ซึ่งช่วยให้มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นและสามารถพัฒนานโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในส่วนของการตลาดและสื่อสารมวลชน งานของ Hastings[6] และ Jernigan[7] แสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์ที่แยบยลของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การใช้ผู้มีชื่อเสียง การแฝงโฆษณาในวัฒนธรรมบันเทิงหรือภาพยนตร์ การใช้โซเชียลมีเดียเจาะกลุ่มเยาวชน ตลอดจนการสร้างภาพลักษณ์ว่าแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ดี มีอิสระ และเต็มไปด้วยความสุข ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าวทำให้เกิดความระมัดระวังในประเด็นด้านคุณค่าทางสังคมของผู้มีอิทธิพล ผู้มีชื่อเสียง ที่ทำงานร่วมกับบริษัทผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีส่วนสำคัญทำให้แนวทางที่กลุ่มอุตสาหกรรมนำเสนอในเรื่อง “การดื่มอย่างรับผิดชอบ” ไม่ใช่ทางเลือกที่รัฐบาลใช้ในการควบคุมปัญหาจากการดื่ม และทำให้กฎหมายในหลายประเทศห้ามธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สนับสนุนกิจกรรมเชิงวัฒนธรรมและกีฬา

งานวิจัยด้านนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ยังเน้นไปที่ประสิทธิผลของมาตรการควบคุม เช่น การเก็บภาษี การห้ามโฆษณา การกำหนดอายุผู้ซื้อ และการควบคุมชั่วโมงจำหน่าย งานของ Babor et al. (2010) ในหนังสือ Alcohol: No Ordinary Commodity[8] ได้กลายเป็นหนึ่งในผลงานที่ทรงอิทธิพลมากที่สุดในเวทีนโยบายระดับนานาชาติ โดยเสนอว่า มาตรการควบคุมที่เข้มแข็งและอิงหลักฐานสามารถลดการบริโภคและผลกระทบจากแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทำให้หลักคิดทางนโยบายสาธารณสุขมุ่งเน้นไปที่การควบคุมระดับโครงสร้างมากกว่าควบคุมที่ตัวบุคคล เช่น การควบคุมด้วยกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ best buy policies ทั้งการควบคุมผ่านระบบภาษี ควบคุมโดยการจำกัดใบอนุญาต เพิ่มอุปสรรคในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการจำกัดอายุ จำกัดช่วงเวลาขาย และการควบคุมโฆษณา

สำหรับในประเทศไทย เรามีกรณีศึกษาที่สะท้อนพลังของการบูรณาการทั้งสองศาสตร์ได้อย่างทรงพลัง คือ การผลักดันนโยบายห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2550 ที่มีกระแสต่อต้านจากภาคธุรกิจอย่างหนัก งานวิจัยของสถาบันทางการแพทย์ เช่น ศูนย์วิจัยโรคไม่ติดต่อได้ให้ข้อมูลหลักฐานว่า การมองเห็นโฆษณาแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการดื่มที่เร็วขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น[9] ขณะที่งานของนักสังคมศาสตร์ เช่น กลุ่มศึกษานโยบายสาธารณะ กลับฉายภาพให้เห็นว่า โฆษณาเหล่านี้สถาปนาอุดมการณ์เรื่อง “การดื่มคือความเท่และทันสมัย” ลงในวัฒนธรรมของเยาวชน

จากตัวอย่างของงานวิจัยชิ้นสำคัญในวงการวิชาการแอลกอฮอล์เราจะพบว่า สิ่งสำคัญ คือ งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์และงานวิจัยทางสังคมศาสตร์มักจะถูกนำมาใช้ควบคู่กันในการออกแบบนโยบายเปรียบเสมือนสายลมและสายน้ำ ที่เมื่อผสานพลังกันแล้ว สามารถเปลี่ยนทิศทางของสังคมได้อย่างทรงพลัง ตัวอย่างเช่น เมื่อมีงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาที่แสดงให้เห็นว่าแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งและโรคตับ (evidence-based medicine) ข้อมูลนี้จะถูกใช้เป็นฐานทางวิทยาศาสตร์ในการเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพ จากนั้น นักวิจัยในสาขาสังคมศาสตร์จะทำการศึกษาวิจัยต่อยอดในมิติเชิงคุณค่า เช่น ความเชื่อของประชาชน การยอมรับต่อมาตรการควบคุม หรือผลกระทบ

ต่อกลุ่มเปราะบางในสังคม การผนึกกำลังของสองศาสตร์นี้นำไปสู่การออกมาตรการห้ามโฆษณาในสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งแม้จะถูกวิจารณ์ว่าขัดกับหลักการตลาดเสรี แต่กลับได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในวงกว้าง และเป็นหนึ่งในตัวอย่างสำคัญของนโยบายที่ขับเคลื่อนด้วยหลักฐาน ไม่ใช่เพียงด้วยเสียงโหวตในสภา

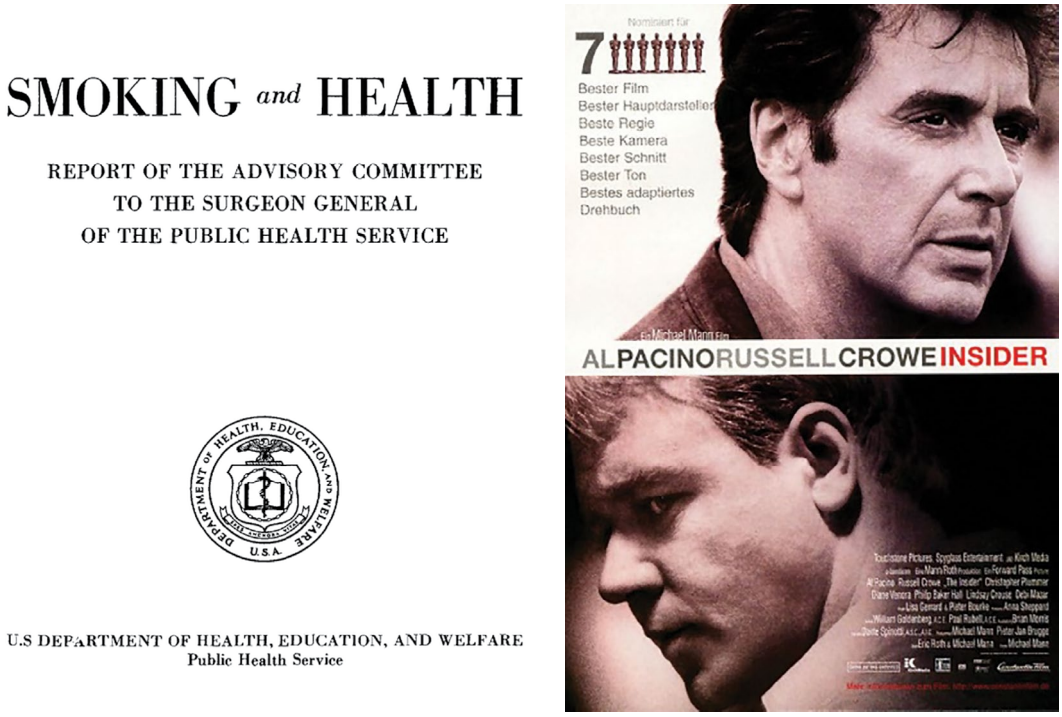
4.2.3 ตัวอย่างงานวิจัยทางสุขภาพที่สื่อสารสู่ประชาชนจนกลายเป็นการเปลี่ยนแปลง

หนึ่งในกรณีศึกษาที่คลาสสิกที่สุดของการสื่อสารงานวิจัยที่สามารถเปลี่ยนโฉมหน้าทั้งการรับรู้ของสาธารณชนและนโยบายของรัฐ คือกรณีของการควบคุมยาสูบในสหรัฐอเมริกาในคริสต์ศตวรรษที่ 20 จุดเปลี่ยนสำคัญเริ่มต้นจากรายงาน “Smoking and Health” ของ U.S. Surgeon General ในปี พ.ศ. 2507 รายงานที่มีเนื้อหายาวเหยียด 380 กว่าหน้านี้ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคมะเร็งและโรคหัวใจ รายงานฉบับนั้นไม่ใช่แค่เอกสารวิชาการ แต่ได้รับการถ่ายทอดผ่านสื่ออย่างเข้มข้น กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในหมู่ประชาชน ต่อมาสื่อมวลชนและนักข่าวเชิงสืบสวน เช่น Lowell Bergman ได้ขุดลึกไปถึงเบื้องหลังของอุตสาหกรรมยาสูบ และร่วมมือกับนักวิทยาศาสตร์เปิดโปงการปกปิดข้อมูลและกลยุทธ์ที่บิดเบือนความจริง สารคดี The Insider ในปี พ.ศ. 2542[10] กลายเป็นหมุดหมายสำคัญที่ทำให้สังคมเข้าใจว่า บริษัทบุหรี่ไม่ได้เพียงขายสินค้า แต่ขาย “ความเข้าใจผิด” ที่ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ ความเข้าใจใหม่เสมือนการเปลี่ยนความคิดของประชาชนและรัฐ และนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายสุขภาพในด้านยาสูบมากมายทั่วโลก

นอกจากสหรัฐฯ หลายประเทศในยุโรปก็มีการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องกัน โดยใช้หลักฐานวิชาการมาสื่อสารกับประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การจัดแคมเปญภาพเตือนบนซองบุหรี่ การรณรงค์ผ่านโรงเรียน และการทำสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ที่จับใจคนดู กลยุทธ์ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารวิจัยไม่ได้เป็นเพียงการให้ข้อมูล แต่เป็น “ยุทธศาสตร์” ในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เมื่อหันกลับมามองอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ เราจะพบว่ากลยุทธ์ของพวกเขาไม่ต่างกันนัก แต่อาจมีความแยบยลยิ่งกว่า อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ใช้งบประมาณโฆษณาและการตลาดมหาศาลในการสร้างภาพลักษณ์ของเครื่องดื่มว่าเป็นสัญลักษณ์ของความสนุก เสรีภาพ ความสำเร็จ และความเป็นสากล ในขณะเดียวกัน พวกเขายังสนับสนุนงานวิจัยบางประเภทที่ให้ภาพในเชิงบวกกับการดื่ม เช่น งานวิจัยที่ชี้ว่า “การดื่มไวน์วันละแก้วดีต่อหัวใจ” ซึ่งแม้มีข้อถกเถียงในวงวิชาการ แต่มักถูกหยิบยกโดย

สื่อกระแสหลักโดยไม่มีบริบทหรือคำเตือนที่เพียงพอ สิ่งที่น่ากังวล คือ อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์มีศักยภาพสูงในการควบคุมพื้นที่สื่อและงานวิจัยที่เอื้อประโยชน์ต่อภาพลักษณ์ของตน ในขณะที่ฝ่ายนักวิชาการและนักนโยบายที่พยายามควบคุมผลกระทบจากแอลกอฮอล์กลับต้องเผชิญกับความท้าทายในการเข้าถึงพื้นที่สื่อหลัก และยังต้องต่อสู้กับความเข้าใจผิดของสาธารณชนที่ถูกบ่มเพาะมายาวนาน ดังนั้น การสื่อสารงานวิจัยในฝั่งควบคุมแอลกอฮอล์จึงต้องทำมากกว่าแค่การเผยแพร่ข้อมูล แต่ต้องสามารถ “ทลายมายาคติ” ที่อุตสาหกรรมสร้างไว้ ต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้กับชีวิตประจำวันของประชาชน และต้องเล่าให้เห็นว่าการควบคุมแอลกอฮอล์ไม่ใช่การจำกัดเสรีภาพ แต่คือการปกป้องเสรีภาพในการมีสุขภาพดีของประชาชนในระยะยาว



ภาพที่ 4.2.2 | หน้าปกรายงาน Smoking and Health ในปี พ.ศ. 2507 นำมาสู่การเคลื่อนไหวทางสื่อของผู้ผลิตภาพยนต์ในเรื่อง The Insider พ.ศ. 2542

4.2.4 การทำข่าวสื่อสารกับประชาชนสำคัญอย่างไรสำหรับนักนโยบาย

นักนโยบายในโลกยุคใหม่ไม่สามารถตัดสินใจในความมืดได้อีกต่อไป ยิ่งเมื่อข้อมูลถูกส่งต่ออย่างรวดเร็วผ่านโซเชียลมีเดีย การไม่มีข้อมูลวิจัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ เท่ากับเปิดช่องให้ข่าวลวง ข้อมูลเท็จ และการล็อบบี้จากภาคธุรกิจครอบงำการตัดสินใจของรัฐ การสื่อสารข้อมูลวิจัยต่อสาธารณะจึงไม่ใช่กิจกรรมเสริม แต่เป็นกลไกสำคัญในการปกป้องกระบวนการนโยบายจากอิทธิพลภายนอกที่ไม่อิงหลักฐาน งานของ Nutley, Walter & Davies ในหนังสือ Using evidence: how research can inform public services[11] ชี้ว่า หนึ่งในปัจจัยสำคัญของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้สำเร็จ คือ “การสร้างสภาพแวดล้อมให้ข้อมูลวิจัยสามารถถูกพูดถึงในที่สาธารณะ” และถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางโดยผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะยังทำหน้าที่เป็นกลไกตรวจสอบและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับนโยบายที่อาจมีความอ่อนไหว เช่น นโยบายควบคุมแอลกอฮอล์หรือยาสูบ นอกจากนี้ การสื่อสารวิจัยกับประชาชนยังช่วยให้นักนโยบายสามารถ “อ่านทิศทางกระแสสังคม” ได้ดียิ่งขึ้น เพราะเมื่อข้อมูลถูกสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ย่อมก่อให้เกิดกระแสสะท้อนกลับทั้งในเชิงรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้นักนโยบายสามารถปรับกลยุทธ์การดำเนินนโยบายให้สอดคล้องกับความพร้อมของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น งานของ Kingdon ใน Agendas, Alternatives, and Public Policies [12] อธิบายว่า “นโยบายจะเกิดขึ้นได้ เมื่อปัจจัยสามอย่าง ได้แก่ ปัญหา นโยบาย และการเมือง ถูกเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ณ จังหวะเวลาที่เหมาะสม” ซึ่งการสื่อสารงานวิจัยสู่สาธารณะคือหนึ่งในวิธีการเปิดหน้าต่างแห่งโอกาสนั้น

ตัวอย่างที่เห็นชัด คือ นโยบายเก็บภาษีความหวานในหลายประเทศ เช่น เม็กซิโก สหราชอาณาจักร และแอฟริกาใต้ที่สามารถผลักดันได้เพราะก่อนหน้านั้นมีการสื่อสารงานวิจัยด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงวิชาการและในสื่อสาธารณะ เช่น รายงาน Global Burden of Disease ที่ชี้ให้เห็นว่าโรคอ้วนกำลังกลายเป็นวิกฤตระดับชาติ และต้องมีมาตรการเชิงระบบมารับมือ เมื่อประชาชนเข้าใจและรู้สึกว่านโยบายเหล่านี้มีเหตุผล พวกเขาจึงพร้อมสนับสนุน แม้จะกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคของตนเองก็ตาม

องค์กรอย่างองค์การอนามัยโลก ได้ให้แนวทางไว้ชัดเจนว่า การดำเนินนโยบายสาธารณะในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพ ต้องประกอบด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ไม่ใช่แค่เพื่อให้ข้อมูล แต่เพื่อ “สร้างความเข้าใจ สร้างความไว้วางใจ และสร้างพลังร่วมของสังคมในการเปลี่ยนแปลง” ในทำนองเดียวกัน OECD ยังได้เสนอแนวคิด Evidence-Informed Policy Making (EIPM)[13] ที่เน้นว่ารัฐควรสนับสนุนการสื่อสารงานวิจัยในลักษณะที่เปิดเผย โปร่งใส และเข้าถึงได้ง่าย สำหรับนักนโยบาย การทำข่าวหรือบทความที่สื่อสารกับประชาชนไม่ใช่เพียงเครื่องมือประชาสัมพันธ์ แต่คือส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์นโยบายที่ยึดโยงกับคุณภาพของประชาธิปไตยและคุณค่าของการมีอิสรภาพทางความคิด

เราจำเป็นต้องผลิตข้อมูล สื่อสารข้อมูล เพราะในสภาพแวดล้อมที่การสื่อสารมีเสรีภาพ ข้อมูลจะถูกผลิตจากทุกแง่มุม ผู้ที่ต้องการนโยบายที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนหรือฝั่งตรงข้าม ล้วนมีเสรีภาพในการผลิตและสื่อสาร เวทีของการชี้นำทางความคิดจึงขึ้นอยู่กับมีข้อมูลที่สมเหตุสมผล (วิทยาศาสตร์) มากกว่า และเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจในวงกว้างมากกว่ากัน เพราะการตัดสินใจนโยบายในระบอบประชาธิปไตยที่ดี ต้องตั้งอยู่บนฐานของความรู้ร่วม ไม่ใช่เพียงอำนาจต่อรองหรือกระแสสังคมที่ถูกชี้นำโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงเท่านั้น

เราต้องเขียนให้ผู้อ่านเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่เราเป็นศูนย์กลาง

ความผิดพลาดที่พบบ่อยในหมู่นักวิชาการคือการเขียนเพื่อสะท้อนความรู้ของตนเอง มากกว่าจะคิดถึงสิ่งที่ผู้อ่านต้องการรู้ นักวิจัยจำนวนไม่น้อยเขียนบทความสื่อสารสาธารณะโดยใช้ภาษาทางเทคนิค ยกกราฟหรือสมการโดยไม่ได้แปลให้เข้าใจง่าย และลืมว่าผู้รับสารไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาการหรือเวทีสัมมนาเดียวกับตน นักสื่อสารที่ดีต้องเริ่มต้นด้วยคำถามสำคัญว่า “แล้วมันเกี่ยวอะไรกับผู้ฟัง” ทุกย่อหน้า ทุกกราฟ ทุกบทสรุป ต้องออกแบบมาเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจมากขึ้น ไม่ใช่เพื่อให้เราดูฉลาดขึ้น

งานของเราจึงไม่ใช่การโชว์ความรู้ แต่คือการแปลงความรู้ให้เป็นพลังเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีงานศึกษาจาก National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine[14] ที่ยืนยันว่าความเข้าใจของประชาชนต่อข้อมูลวิทยาศาสตร์ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับบริบท การเล่าเรื่อง และการออกแบบข้อมูลให้สอดคล้องกับความสนใจของผู้ฟัง ข้อมูลเดียวกันหากเล่าด้วยเรื่องราวที่จับต้องได้ จะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมมากกว่าการนำเสนอแบบท่องจำ ในส่วนของการออกแบบข้อมูลในรูปภาพประกอบ ตาราง และกราฟ ควรมีเป้าหมายเพื่อ “ลดระยะห่างทางความเข้าใจ” ไม่ใช่เพิ่มความซับซ้อนเพื่อสร้างภาพลักษณ์วิชาการ หากเราเป็นนักวิชาการที่ต้องการสื่อสารกับสังคม เริ่มต้นง่าย ๆ ด้วย 3 คำถาม คือ

- เรื่องนี้เกี่ยวอะไรกับชีวิตประจำวันของผู้อ่าน
- มีตัวอย่างหรือเรื่องเล่าที่ผู้อ่านจะรู้สึกว่า ‘ใช่เลย’ หรือไม่
- ข้อมูลนี้สามารถช่วยให้เขาตัดสินใจหรือมองโลกได้ดีขึ้นอย่างไร

เช่น หากคุณต้องการเผยแพร่ผลการวิจัยเรื่อง “การดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น” คุณอาจเริ่มต้นด้วยเรื่องราวของวัยรุ่นคนหนึ่งที่เคยดื่มเพราะต้องการหนีปัญหาในบ้าน ปัญหาของวัยรุ่นในชีวิตคนอ่านจริง ๆ เช่น ลูกสาวหรือหลานสาวของพวกเขา แล้วค่อยนำเสนอข้อมูลว่า จากงานวิจัยล่าสุด พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มมีแนวโน้มมีอาการซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มถึง 2 เท่า พร้อมเสนอแนวทางป้องกัน เช่น การพูดคุยในครอบครัว หรือการสร้างกิจกรรมทางเลือก อย่าลืมว่า “ประชาชนคือเจ้าของข้อมูล” และนักวิจัยคือผู้ดูแลคลังความรู้นั้นให้สามารถนำไปใช้ได้จริง การสื่อสารที่ดีคือการเปิดคลังความรู้ให้ประชาชนเดินเข้ามา หยิบใช้ และเข้าใจว่ามันมีค่าสำหรับเขาอย่างไร

ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของนักวิชาการในการเขียนสื่อสารกับประชาชน คือ เข้าใจว่าทุกคนเข้าใจในสิ่งที่เรากำลังทำต่อเนื่องมาหลายปี

นี่คือสิ่งที่เรียกว่า “curse of knowledge” หรือ “คำสาปของความรู้” ปรากฏการณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญหรือคนที่มีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมานาน มักลืมไปว่าคนอื่นไม่มีพื้นฐานเดียวกัน ไม่มีบริบทหรือประสบการณ์สะสมแบบที่ตนเองมี ผลก็คือ เรามักจะข้ามคำอธิบายสำคัญ พูดด้วยภาษาที่คนทั่วไปไม่เข้าใจ หรือใช้สมมติฐานว่าคนฟังมีข้อมูลเบื้องต้นอยู่แล้ว นักจิตวิทยาอย่าง Steven Pinker เคยกล่าวไว้ว่า “ความรู้ไม่ได้กลายเป็นสาธารณะเพียงเพราะมันถูกเผยแพร่ แต่มันจะกลายเป็นของสาธารณะเมื่อมันถูกอธิบายด้วยภาษาสาธารณะ”[15] อีกตัวอย่างหนึ่งที่มาจากการวิจัยเรื่องสิ่งที่ผู้สื่อสารคิดและผู้รับสารได้รับไม่สอดคล้องกันหากไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนมากพอ ในปี พ.ศ. 2533 นักวิจัย Elizabeth Newton ได้ทำการทดลองชื่อดังในมหาวิทยาลัย Stanford ชื่อว่า “Tappers and Listeners”[16] โดยให้คนหนึ่งเคาะจังหวะเพลงที่คุ้นเคย เช่น Happy Birthday ลงบนโต๊ะ แล้วให้คนอื่นเดาว่าเป็นเพลงอะไร ผู้เคาะเพลงมักเชื่อว่าผู้ฟังจะเดาออกเกือบทั้งหมด แต่ในความจริงมีเพียงร้อยละ 2.5 ที่เดาได้ถูกต้อง การทดลองนี้สะท้อนว่า เมื่อเรารู้บางอย่างในหัว เรามักประเมินว่าคนอื่นเข้าใจสิ่งนั้นได้ง่ายเกินไป ทั้งที่พวกเขาไม่ได้ยิน “เพลงในหัวเรา” เหมือนที่เราได้ยิน ในแวดวงงานวิชาการ การเขียนสื่อสารสาธารณะจึงต้องอาศัย “เมตตาภาษา” คือเขียนด้วยความเข้าใจในความไม่รู้ของผู้อ่าน ต้องกล้าที่จะอธิบายคำง่าย ๆ ที่เราอาจมองข้าม เช่น “risk factor” “ภาระโรค” หรือแม้แต่คำอย่าง “การดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ” ที่อาจตีความต่างกันโดยสิ้นเชิงในแต่ละบริบทสังคม

ตัวอย่างง่าย ๆ หากงานวิจัยของเราระบุว่า “มีหลักฐานทางระบาดวิทยาที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน” เราอาจแปลให้คนทั่วไปเข้าใจง่าย ๆ ว่า

“ทุกคืนวันศุกร์ มีผู้คนจำนวนมากเข้าโรงพยาบาลเพราะอุบัติเหตุรถชน ซึ่งส่วนใหญ่มีแอลกอฮอล์อยู่ในเลือด” หรือ “แค่ดื่มเบียร์ 1-2 กระป๋อง ก็อาจทำให้สมองประมวลผลช้าลงพอจะเกิดอุบัติเหตุได้ แม้จะรู้สึกว่าควบคุมตัวเองได้ก็ตาม” นักสื่อสารวิชาการที่ดีต้องไม่กลัวที่จะ “ลดระดับภาษา” เพราะการทำให้เข้าใจง่ายไม่ใช่การลดคุณค่าของข้อมูล แต่คือการเพิ่มโอกาสให้ข้อมูลนั้นมีอิทธิพลต่อชีวิตจริงของคนมากขึ้น

หากคุณต้องสื่อสารงานวิจัยกับสาธารณะ ลองนึกถึง “คนที่คุณรัก” เป็นผู้อ่าน เช่น พ่อแม่ที่ไม่มีพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ หรือเพื่อนร่วมชุมชนที่ไม่เคยอ่านวารสารวิจัย แล้วถามตัวเองว่า คุณจะเล่าเรื่องนี้ให้เขาฟังอย่างไร ให้เขาเข้าใจและรู้สึกว่า “สิ่งนี้สำคัญกับฉัน” เมื่อเราหลุดพ้นจากคำสาปของความรู้ เราจะพบว่าการสื่อสารไม่ใช่แค่การบอกสิ่งที่เรารู้ แต่คือการเชื้อเชิญให้คนอื่น “เข้าใจไปด้วยกัน” และนั่นคือรากฐานของการสร้างพลังจากการสื่อสารในสิ่งที่มีเหตุผลรับรองทางวิทยาศาสตร์แล้ว

4.2.5 ขึ้นต้นเขียนข่าวหรือบทความ ต้องเขียนอย่างไร

จุดเริ่มต้นของบทความหรือข่าวสารวิชาการที่ดี ไม่ใช่การแสดงความรู้ แต่คือการสร้างความรู้สึกร่วม การเริ่มต้นที่ดีต้องเกี่ยวข้องกับผู้อ่าน และสะกิดใจให้เขาอยากอ่านต่อ คำถามที่กระตุ้นความสงสัย เรื่องเล่าที่มีอารมณ์ร่วม หรือสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ล้วนเป็นเครื่องมือชั้นยอดในการนำพาผู้อ่านเข้าสู่โลกของข้อมูลที่อาจซับซ้อน โครงสร้างพื้นฐานของการเขียนนำที่ดี คือ (1) กระตุ้นความสนใจ (2) สร้างความเกี่ยวข้อง (3) เปิดพื้นที่สำหรับข้อมูลวิจัย

งานศึกษาของ Heath & Heath ในหนังสือ Made to Stick[17] อธิบายถึงการสร้างแนวคิดให้ติดหนึบว่าต้องอาศัยหลักการที่ประกอบเป็นคำว่า SUCCESS ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

S : Simple การค้นหาแนวคิดหลัก ซึ่งทรงพลัง เรียบง่าย สั้น แต่ลึกซึ้ง

U : Unexpected ดึงดูดความสนใจของผู้คนด้วยการสร้างสิ่งที่เหนือความคาดหมายที่ทำให้พวกเขาต้องประหลาดใจ

C : Concrete ต้องเป็นไอเดียที่เข้าใจง่าย เป็นรูปธรรม ไม่คลุมเครือ เพื่อให้จดจำได้ง่าย

C : Credible ต้องเป็นไอเดียที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้ผู้รับสารคล้อยตาม

E : Emotional สร้างให้เกิดอารมณ์ร่วม ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งกับสินค้า ข้อความหรือไอเดียนั้น ๆ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความน่าสนใจและจดจำได้ง่าย

S : Stories ใช้เรื่องเล่าเพื่อให้เกิดความน่าติดตาม

ลองพิจารณาดูข้อความสองแบบที่ใช้เป็นการเริ่มต้น

ตารางที่ 4.2.1 ตัวอย่างการเขียนด้วยแนวคิด Made to stick

ข้อมูลเริ่มต้น	เริ่มต้นด้วยแนวคิด made to stick
จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.9 โดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 55.9 และเพศหญิงร้อยละ 23 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราอยู่ที่ 17.4 ปี โดยช่วงอายุที่เริ่มดื่มมากที่สุดคือ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.4	ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุในเวลาอันใกล้ ซึ่งหมายความว่าเยาวชนจะมีสัดส่วนน้อยลง แต่ยิ่งคนรุ่นใหม่กลายเป็นทรัพยากรที่มีค่ามากเท่าใด การที่เกือบครึ่งหนึ่งเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่วัยเยาว์ ก็ยิ่งเป็นสัญญาณอันตรายที่บอกว่า เราอาจกำลังเดินเข้าสู่หายนะแห่งอนาคต โดยไม่ทันรู้ตัว....
ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ. 2566 (11-17 เมษายน 2566) เกิดอุบัติเหตุรวม 2,203 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 2,208 คน และผู้เสียชีวิต 264 คน โดยสาเหตุหลักมาจากการขับรถเร็ว (ร้อยละ 38.22) และการดื่มแล้วขับ (ร้อยละ 23.97)	ถ้ามีใครบางคนฆ่าคนตายวันละ 37 คน ในช่วงเวลาแค่สัปดาห์เดียวจะมีคนตายจากฆ่าของคนคนนั้นเกือบสามร้อยคน ใครคนนั้นย่อมเป็นฆาตกรที่ไม่ว่าหน่วยงานไหนก็ตามในประเทศอยากให้หายไปจากสังคม ต้องจับมาลงโทษให้ได้ หากเจ้าหน้าที่รัฐจับตัวฆาตรกร

ตารางที่ 4.2.1 ตัวอย่างการเขียนด้วยแนวคิด Made to stick (ต่อ)

ข้อมูลเริ่มต้น	เริ่มต้นด้วยแนวคิด made to stick
	คนนั้นไม่ได้ สังคมย่อมไม่สงบสุข ผู้คนอยู่ด้วยความหวาดระแวง แต่นี่คือตัวเลขที่แอลกอฮอล์และอุบัติเหตุบนท้องถนนกระทำต่อคนไทยทุกวัน ในเจ็ดวันที่ควรเป็นวันแห่งความสุขที่คนไทยจะเฉลิมฉลองสงกรานต์ สามร้อยกว่าครอบครัวในทุก ๆ ต้องจัดงานศพแทนจะเป็นงานรวมตัวสมาชิกในครอบครัวที่จากบ้านไปเป็นเวลานาน.....
ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และอยู่ในอันดับ 9 จาก 175 ประเทศทั่วโลก	ก่อนจะเข้าสู่เนื้อหาของบทความ ผมอยากให้ทุกท่านดูเวลาในนาฬิกาของทุกท่านว่าเป็นเวลาเท่าไหร่ สิ่งที่ผมจะย้ำเตือนแก่ทุกท่านคือเมื่อหนึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา มีคนไทยต้องเสียชีวิตจากอุบัติบนท้องถนน 2 คน และอีกหนึ่งชั่วโมงข้างหน้าจะมีอีก 2 คนเสียชีวิตจากเหตุเดียวกัน เราแทบทำอะไรเพื่อป้องกันเหตุเหล่านี้ไม่ได้เลย ถนนของเรากลายเป็นหนึ่งในสถานที่อันตรายยิ่งกว่าเมืองที่เต็มไปด้วยอาชญากร .....

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทุกข้อความที่ถูกเขียนโดยเทคนิค ทำให้ตราตรึง จะถูกเล่าผ่านประสบการณ์ที่ผู้อ่านส่วนใหญ่เคยประสบร่วมกัน สื่อสารแล้วเห็นภาพถึงอันตราย มีการดึงดูดความสนใจด้วยการเปรียบเทียบกับเรื่องเหลือจะเชื่อ แต่เป็นการนำเสนอที่เข้าใจง่ายและที่สำคัญคือการสร้างอารมณ์ร่วม ผู้อ่านทุกคนมีความ รัก โลภ โกรธ หลง อยู่ในห้วงสำนึก การเขียนเพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นการดึงเอาประสบการณ์ร่วมและ common sense ของผู้อ่านเข้ามาเชื่อมโยงกับข้อมูลที่เราจะนำเสนอ

อีกหนึ่งแนวทางสำคัญในการเริ่มต้นเขียนข่าวหรือบทความวิชาการให้คนอ่านรู้สึกมีส่วนร่วม คือ การเขียน “ในกระแส” หรือ “ตามจังหวะของสังคม” เพราะเมื่อสังคมกำลังพูดถึงบางเรื่องอยู่ โอกาสที่คนจะเปิดรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นก็เพิ่มสูงขึ้นตาม งานศึกษาของ McCombs & Shaw ในทฤษฎี Agenda-Setting[18] ยืนยันว่า สื่อสามารถกำหนดวาระของสังคมได้ แต่ในทางกลับกัน ประชาชนเองก็พร้อมจะเปิดใจรับข้อมูลมากขึ้นเมื่อมีบริบททางสังคมสนับสนุน ตัวอย่างเช่น เมื่อเกิดข่าวใหญ่เรื่อง “วัยรุ่นดื่มแล้วขับชนคนเสียชีวิต” หากนักวิจัยสามารถสื่อสารข้อมูลว่า “ในช่วงวันหยุดยาว อัตรา

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า" ก็จะทำให้ประชาชนเชื่อมโยงข้อมูลนั้นกับสิ่งที่เกิดขึ้น และรู้สึกว่าข้อมูลนี้ "มีความหมาย" ในขณะนั้น หรือในช่วงที่มีดาราหรือบุคคลสาธารณะออกมาพูดเรื่องการเลิกดื่ม อย่างกรณีของคริสเตียโน โรนัลโด้ ที่มักให้สัมภาษณ์ถึงวินัยในการเป็นนักกีฬาของเขาและประวัติที่เขาไม่แตะต้องแอลกอฮอล์เลยตลอดการค้าแข้งของเขา นักวิจัยอาจใช้โอกาสนั้นในการสื่อสารถึงประโยชน์ของการไม่ดื่ม และข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุน เช่น งานวิจัยจากองค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่าเพียงงดดื่ม 1 เดือน อาจช่วยลดระดับความดันโลหิตและปรับคุณภาพการนอนหลับได้อย่างชัดเจนและนำไปสู่การเป็นคนที่มีสุขภาพดี ดังเช่น นักกีฬาที่ออกมาสัมภาษณ์ เป็นต้น ดังนั้นการเขียนให้ทันต่อบริบทของสังคม ไม่ใช่แค่ทำให้บทความน่าอ่านขึ้นเท่านั้น แต่ยังเพิ่มโอกาสที่บทความนั้นจะถูกพูดถึง ถูกแชร์ และถูกนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมด้วย ในโลกยุคใหม่ที่ผู้คนมีเวลาน้อย การเขียนขึ้นต้นแบบจับใจและอยู่ในกระแสจึงสำคัญมากกว่าที่เคย เพราะถ้าบรรทัดแรกไม่โดนใจ บรรทัดถัดไปก็ไม่มีโอกาสจะถูกอ่าน

4.2.6 เนื้อหาของการวิจัยที่ควรนำเสนอควรเป็นอย่างไร

การคัดเลือกเนื้อหาวิชาการสำหรับการสื่อสารสาธารณะ ไม่ใช่เรื่องของการเลือกสิ่งที่ "ถูกต้องที่สุด" ในเชิงวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของการเลือกสิ่งที่ "มีพลังมากที่สุด" ในการสร้างความเข้าใจ กระตุ้นความคิด และจุดประกายการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและสังคม หนึ่งในคุณสมบัติของเนื้อหาที่สื่อสารได้ดี คือ การที่เนื้อหานั้นสามารถ "ข้ามสะพานแห่งความเฉื่อยชาของผู้ฟัง" ได้ กล่าวคือ สามารถทำให้คนที่อาจไม่ได้สนใจประเด็นแอลกอฮอล์โดยตรง หันมาฟัง คิด และรู้สึกว่าเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับเขา งานวิจัยของ Zillmann & Brosius ในด้านการโน้มน้าวผ่านตัวอย่างเฉพาะกรณี (exemplification theory)[19] ระบุว่า เรื่องราวส่วนบุคคลหรือประสบการณ์ที่จับต้องได้มักสร้างผลทางอารมณ์และโน้มน้าวใจได้ดีกว่าการเสนอข้อมูลแบบนามธรรม นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับ "ข้อมูลที่ยังไม่ถูกพูดถึง" หรือ "มุมที่สื่อกระแสหลักไม่เคยหยิบมาเล่า" เช่น ผลกระทบเชิงซ้อนของแอลกอฮอล์ในกลุ่มเปราะบาง เช่น แรงงานนอกระบบ ผู้หญิงที่มีภาระเลี้ยงดูครอบครัว หรือเยาวชนในเขตชายแดน เนื้อหาเหล่านี้แม้จะไม่ปรากฏในสถิติระดับประเทศ แต่กลับสะท้อนภาพความจริงที่มีพลังทางอารมณ์และสามารถสร้างแรงกระเพื่อมได้อย่างยิ่ง ดังเช่นที่กลุ่มเคลื่อนไหวในการเรียกร้องสิทธิของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายย่อย ใช้เครื่องมือดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามสื่อสารถึงผลกระทบจากกฎหมายควบคุมการผลิตและการโฆษณา ที่ทำให้ผู้ผลิตรายย่อยนั้นแทบไม่สามารถทำธุรกิจเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เลย ยิ่งนำภาพลักษณ์ของการกดขี่ของนายทุนยักษ์ใหญ่เข้ามา และการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐที่เอื้อต่อการควบคุมตลาดโดยสัมบูรณ์โดยนายทุน ยิ่งทำให้เยาวชนคนรุ่นใหม่

คล้อยตามแนวคิดเรื่องเสรีการผลิตและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากยิ่งขึ้น โดยที่ไม่ได้สัมผัสข้อมูลอีกด้านที่มีคนไทยอีกหลายแสนคนต่อปีทนทุกข์ทรมานจากพิษของการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งทางตรงและโดยอ้อม

การใช้เครื่องมือทางเปรียบเทียบ เช่น “ดื่มเหล้า 1 แก้ว อาจใช้เวลาสมองฟื้นตัวเทียบเท่ากับการอดนอน 24 ชั่วโมง” หรือการตั้งคำถามย้อนกลับ เช่น “หากผู้ผลิตเหล้าต้องรับผิดชอบค่ารักษาผู้บาดเจ็บจากดื่มแล้วขับทุกกรณี พวกเขายังจะโฆษณาแบบเดิมอยู่หรือไม่” เป็นวิธีที่ช่วยให้ข้อมูลวิชาการกลายเป็นสิ่งที่คนทั่วไปเข้าใจ และอยากมีส่วนร่วม สุดท้าย การคัดเลือกเนื้อหาต้องไม่ลืมที่จะสะท้อน “ทางเลือก” และ “ความหวัง” เพราะการสื่อสารที่มีแต่ปัญหาโดยไม่มีทางออก มักทำให้ผู้อ่านรู้สึกหมดแรง เช่น การเสนอว่าการเลิกดื่มแม้เพียง 1 เดือน อาจช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจได้ทันที เป็นการสร้างพลังบวกให้กับผู้อ่าน พร้อมกับข้อมูลเชิงหลักฐานไปด้วย เนื้อหาที่ดีจึงไม่ใช่แค่ “ข้อมูลถูกต้อง” แต่คือ “ข้อมูลที่คนรู้สึกว่าอยากนำไปใช้” และเมื่อเราทำได้เช่นนี้ งานวิจัยก็จะไม่เป็นเพียงข้อความบนกระดาษ แต่จะกลายเป็นแรงขับเคลื่อนของสังคม

4.2.7 บทสรุปที่ทรงพลัง สามารถทำได้แบบไหนอย่างไร

บทสรุปที่ดีไม่ควรทำหน้าที่เพียง “ปิดท้าย” บทความ แต่ควรเป็นเหมือน “สะพาน” ที่เชื่อมโยงจากโลกของความรู้ไปสู่โลกของการลงมือทำ มันควรปลุกคำถามในใจผู้อ่าน กระตุ้นให้กลับไปคิดทบทวนหรือกระทั่งผลักให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับใดระดับหนึ่ง บทสรุปที่ทรงพลังจึงไม่ใช่แค่สรุปซ้ำสิ่งที่พูดไปแล้ว แต่ควรเสนอ “ความหมายใหม่” ของสิ่งที่ผู้อ่านเพิ่งรับรู้ เช่น การโยงข้อมูลที่ดูเหมือนแยกส่วนกันให้กลายเป็นภาพรวมที่ชัดเจน หรือการชี้ให้เห็นว่าความรู้ที่ผู้อ่านได้รับไปนั้นสามารถนำไปใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงบางสิ่งได้อย่างไร นักเล่าเรื่องระดับโลกอย่าง Nancy Duarte เสนอแนวคิดว่า บทสรุปที่ดีควรมีพลังในการ “เรียกร้องการมีส่วนร่วม” (call to action) แม้จะไม่ใช่การเชิญชวนให้ไปเดินขบวน หรือบริจาคเงิน แต่ก็สามารถเป็นคำถามที่ชวนคิด หรือประโยคที่จุดประกายให้เกิดการตั้งคำถามใหม่ในชีวิตประจำวัน เช่น

“เราอาจไม่มีอำนาจสั่งห้ามทุกคนดื่มเหล้า แต่เราเลือกได้ว่าจะปล่อยให้ข้อมูลลวงนำทาง หรือจะลุกขึ้นมาพูดด้วยความรู้จริง” หรือ

“คุณอาจไม่ใช่นักวิจัย ไม่ใช่นักนโยบาย แต่คุณ คือ ประชาชนที่มีสิทธิ์ในการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีสิทธิ์ที่จะปกป้องสังคมของคุณด้วยเสียงของคุณเอง” หรือ

“เราอาจยังไม่สามารถหยุดทุกคนจากการดื่มได้ แต่เราสามารถทำให้ลูกหลานของเราไม่ต้องเติบโตมากับความปกติของความเมา ถ้าเราลุกขึ้นพูดจากหลักฐานที่เรามี”

"ทุกครั้งที่เราเงียบ อุตสาหกรรมก็ได้พื้นที่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งก้าว แต่ทุกครั้งที่เราพูดจากความรู้ความจริงก็กลับมามีเสียง และคุณเลือกได้ ว่าจะอยู่ข้างไหน"

ในเชิงเทคนิค การใช้ภาษาที่มีจังหวะ มีภาพเปรียบเทียบ และใช้โครงสร้างคำที่ทรงพลัง เช่น การวางประโยคให้ขึ้นต้นด้วย "เราอาจ... แต่เราเลือกได้..." หรือ "ถ้า... แล้วทำไมยัง..." ล้วนเป็นเทคนิคในการสื่อสารเพื่อกระตุ้นการตัดสินใจในระดับอารมณ์ การโน้มน้าวให้คนเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทัศนคตินั้น มักไม่ได้เกิดจากเหตุผลล้วน ๆ แต่เกิดจากการเชื่อมโยงกับ "คุณค่า" ที่พวกเขายึดถือ เช่น ความยุติธรรม ความรับผิดชอบต่อครอบครัว หรือความปลอดภัยของลูกหลาน การสรุปบทความที่ดีจึงควรกลับมาเชื่อมโยงกับคุณค่าเหล่านี้ เพื่อเปลี่ยนการรับรู้ให้เป็นความรู้สึก และเปลี่ยนความรู้สึกให้เป็นแรงกระทำ สื่อสารงานวิจัยไม่ใช่แค่เล่าให้ฟัง แต่มันคือการเชื้อเชิญให้คนลุกขึ้นมาร่วมเปลี่ยนแปลง อย่างเงียบ ๆ หรืออย่างเปิดเผย อย่างเดี่ยวโดด หรืออย่างร่วมมือกัน แต่ไม่ว่าจะในรูปแบบใด มันต้องเริ่มจากบทสรุปที่กระตุ้นให้ "ใจของคน" ไม่อยู่นิ่ง

เพราะโลกไม่ได้เปลี่ยนด้วยงานวิจัยที่ดีเพียงอย่างเดียว ... แต่เปลี่ยนด้วยงานวิจัยที่สื่อสารได้ดีด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Open Culture. The illustrated guide to a PhD: 12 simple pictures that will put the daunting degree into perspective [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.openculture.com/2017/06/the-illustrated-guide-to-a-phd-12-simple-pictures-that-will-put-the-daunting-degree-into-perspective.html
2. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Mar 28]. Available from: https://www.drugsandalcohol.ie/41287/
3. Room R. Drinking patterns as an ideology. Addiction 2005;100:1803-4.
4. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol Alcohol 2009;44:229-43.
5. Siegfried N, Pienaar DC, Ataguba JE, Volmink J, Kredo T, Jere M, et al. Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2014;2014:CD010704.
6. Hastings G, Anderson S, Cooke E, Gordon R. Alcohol marketing and young people's drinking: a review of the research. J Public Health Policy 2005;26:296-311.

7. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. Addiction 2017;112 Suppl 1:7-20.
8. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2023. p. 384.
9. ศูนย์วิจัยโรคไม่ติดต่อ. รายงานผลการวิจัยการรับรู้และพฤติกรรมของเยาวชนต่อสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ประวัติศาสตร์ของการนำเสนอข่าวการวิจัยที่เปลี่ยนโฉมการรับรู้และนโยบายของการควบคุมยาเสพติด (ยกตัวอย่างบุหรี่). 2549.
10. The Insider [film]. Directed by: Michael Mann). USA: Touchstone Pictures, Forward Pass, Blue Lion Entertainment; 1999.
11. Nutley S, Walter I, Davies H. Using evidence: how research can inform public services. Bristol: Policy Press; 2007.
12. Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: TBS The Book Service Ltd; 1984. p. 250.
13. Barreto JOM, Romão DMM, Setti C, Machado MLT, Riera R, Gomes R, et al. An evidence-informed policymaking (EIPM) competency profile for the Brazilian Health System developed through consensus: process and outcomes. Health Res Policy Syst 202;21:105.
14. National Academies of Sciences. Communicating science effectively: a research agenda [Internet]. Washington: National Academies Press; 2017 [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/23674
15. Pinker S. Some remarks on becoming a “Public Intellectual” [Internet]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://web.mit.edu/comm-forum/legacy/papers/pinker.html?utm_source=chatgpt.com
16. Kassar B. “Tappers and listeners” ... An excerpt from one of my favorite communications books and a story I tell clients Often [Internet]. BKW Partners; 2011 [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.bkwpartners.com/tappers-and-listeners-an-excerpt-from-one-of-my-favorite-communications-books-and-a-story-i-tell-clients-often/
17. Heath C, Heath D. Made to stick: why some ideas survive and others die. New York: Random House; 2007. 291 p.
18. McCombs ME, Shaw DL. The Agenda-Setting Function of Mass Media. Public Opin Q 1972;36:176-87.
19. Zillmann D, Brosius HB. Exemplification in communication: the influence of case reports on the perception of issues. Routledge; 2000. p. 168.

ส่วนที่ 4
การใช้ประโยชน์และการสื่อสารหลักฐาน

บทที่ 4.3 การสื่อสารงานวิจัยแอลกอฮอล์ในรูปแบบเอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

| อรทัย วลีวงศ์

4.3.1 บทนำ

เอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย (Policy brief) เป็นสื่อหรือเครื่องมือหนึ่งที่ใช้เพื่อสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องกับนโยบาย โดยทั่วไปมีเนื้อหาครอบคลุมผลการศึกษาวิจัย ทางเลือกเชิงนโยบายหรือวิธีการแก้ไขปัญหา รวมถึงข้อเสนอแนะทางนโยบายตามลำดับขั้นตอนหรือบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งมีการเรียบเรียงเนื้อหาการนำเสนอให้กระชับและเข้าใจง่าย มีความสมบูรณ์ในตัวและเฉพาะเจาะจงต่อบริบทที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในระดับที่สนใจ และหน้าที่และตำแหน่งของผู้รับสารเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าถึงนำข้อมูลวิชาการได้ง่ายขึ้นและเอื้อต่อการนำไปประกอบการพิจารณาออกแบบและตัดสินใจทางนโยบายในช่วงเวลาที่มีการพิจารณานโยบายหรือช่วงที่เป็นหน้าต่างแห่งโอกาสตอนที่มีความพร้อมของกระแสปัญหาและการเมืองที่สนับสนุนการพัฒนานโยบาย

การสื่อสารงานวิจัยแอลกอฮอล์กับผู้กำหนดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เขียนต้องพิจารณาว่าใครคือ **“ผู้รับสารหลัก (primary audience)” และ “ผู้รับสารรอง (secondary audience)”** บุคคล หน่วยงานหรือคณะกรรมการใดที่จะเป็นผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายตามที่เสนอ ในระดับต่าง ๆ หรือในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพิจารณานโยบาย ในการพิจารณานโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ของประเทศไทยมีทั้งในระดับประเทศและจังหวัด

ตัวอย่าง **ผู้กำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับประเทศ** ตามอำนาจทางกฎหมาย

- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกฯ ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ) คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ) ที่ทำหน้าที่พิจารณากฎหมายลำดับรอง
- คณะกรรมการหรือหน่วยงานที่ออกกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องกับภาษีสุราและใบอนุญาตเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ได้แก่ กรมสรรพสามิต เป็นต้น
- นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สามารถออกกฎระเบียบลำดับรองตามอำนาจกฎหมาย เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กฎหมายหลัก (พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ได้ อาทิ พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติการจราจรทางบก พ.ศ. 2552 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 เป็นต้น
- ยิ่งไปกว่านั้น ในมิติของการพัฒนานโยบาย อาจติดตามร่างนโยบายหรือกฎหมายที่อาจเกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นเพื่อเสนอเนื้อหาที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กฎหมายหลัก (พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

ส่วนในระดับจังหวัด คณะกรรมการหลักที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเชิงนโยบาย ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม **นโยบายควบคุมแอลกอฮอล์อาจไม่ได้จำกัดเฉพาะมาตรการทางกฎหมาย** ไม่จำกัดเฉพาะนโยบายหลัก แต่อาจเป็นมาตรการย่อย นโยบายอาจเป็นในรูปแบบ ความมุ่งมั่นของผู้นำ **ความร่วมมือระดับหน่วยงาน หรือโครงการริเริ่มใหม่ ๆ**

การพัฒนาเอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย ผู้เขียนต้องทำความเข้าใจเนื้อหานโยบาย บริบทของนโยบาย และกระบวนการนโยบาย *(ได้แก่ การสร้างกระแสปัญหา การร่างนโยบายหรือมาตรการทางเลือก การพิจารณารับรอง หรือการประเมินผลนโยบาย)* ซึ่งรวมถึงผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการพัฒนานโยบาย เพื่อให้การเขียนและเรียบเรียงเนื้อหาและรูปแบบของเอกสารให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายผู้รับสารและขั้นตอนของการพิจารณานโยบาย

4.3.2 องค์ประกอบหลักและขอบเขตเนื้อหาในการเขียนเอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย

กรอบข้างล่างนี้แสดงองค์ประกอบหลักของเอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย ประกอบด้วย 5 เนื้อหาหลัก ได้แก่ (1) ประเด็นสำคัญของเอกสาร (2) ประเด็นปัญหา (3) ทางเลือกนโยบาย (4) ผลหรือประโยชน์ของทางเลือกนโยบายที่จะได้รับ และความเป็นไปได้ และ (5) ข้อเสนอแนะในการพัฒนานโยบายตามลำดับขั้นต่อไปหรือบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ตารางที่ 4.3.1 องค์ประกอบหลักของเอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย

Title	**หัวข้อเรื่อง** หัวเรื่องหลักไม่ควรเกิน 15 คำและอาจมีคำขยายเป็นหัวเรื่องย่อยได้ (subtitle) โดยใช้คำสำคัญที่น่าสนใจและจำได้ง่าย สะท้อนเนื้อหาในเอกสารทั้งหมด หากใช้คำกริยาจะทำให้เนื้อหาดูมีพลังมากขึ้น หรือเป็นประโยคคำถามเพื่อดึงดูดผู้อ่าน
Key messages	**สรุปประเด็นสำคัญของเอกสาร** อาจนำเสนอเป็น 1 ย่อหน้าหรือ รายการย่อย (bullet) ได้ เขียนกระชับ ๆ ให้ครอบคลุมเนื้อหาปัญหา ความกังวล การแก้ไข และข้อเสนอแนะ
Problem statement	**1. ระบุปัญหา/ประเด็นปัญหา** • ขนาดปัญหา: เช่น ความชุก ร้อยละ ค่าเฉลี่ย • ขอบเขต รูปแบบ แบบแผนปัญหา: เช่น กลุ่มประชากรย่อยที่ได้รับผลกระทบสูงหรือมีความเสี่ยงสูง (เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ พื้นที่) • ขนาดผลกระทบหรือความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และสังคมหากไม่ดำเนินการจัดการปัญหา (หากมีข้อมูล) • เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหากับพื้นที่อื่น ๆ เช่น อำเภออื่น จังหวัดอื่น ประเทศอื่น ๆ (แสดงรูปภาพหรือกราฟสำคัญ ประกอบเพื่อลดคำอธิบาย)
	2. ระบุกลไกการเกิดปัญหา สาเหตุเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เน้นสาเหตุและปัจจัยของปัญหาที่สามารถแก้ไขหรือจัดการได้ด้วยมาตรการที่จะเสนอ อธิบายความสัมพันธ์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ตามลำดับจนส่งผลถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ผู้กำหนดนโยบายรับผิดชอบ โดยเน้นว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงได้
Policy options	**3. ระบุช่องว่างทางนโยบายในสถานการณ์ปัจจุบัน** • ช่องว่างนโยบายเชิงเนื้อหา เช่น ประเทศหรือพื้นที่ยังขาดนโยบายใดเพื่อจัดการปัจจัยของปัญหาใด

ตารางที่ 4.3.1 องค์ประกอบหลักของเอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบาย (ต่อ)

	• ช่องว่างนโยบายเชิงกระบวนการ เช่น มีนโยบายแต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติขาดกลไกหรือโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถนำนโยบายไปใช้ได้จริงอะไรบ้าง ข้อมูลด้านประสิทธิภาพของนโยบาย
	4. ระบุว่าทางเลือกนโยบายใดที่จะไปจัดการปัจจัยของปัญหาข้างต้นได้บ้าง พร้อมวิเคราะห์นโยบายนั้น ๆ พร้อมข้อมูลเชื่อมโยงกับบริบททางนโยบาย (policy context) ได้แก่ ประเภทและลักษณะของนโยบายที่ต้องการ (จากกฎหมาย ประกาศ โครงการ MOU การสั่งการ) ผู้ตัดสินใจกระบวนการนโยบายพัฒนา/รับรอง/สั่งการ/ดำเนินงานคือใคร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบายคือใคร แหล่งอ้างอิง เช่น หน่วยงานนโยบายระหว่างประเทศ/กรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จจากพื้นที่ต่าง ๆ (หากมี)
	5. อธิบายเขียนเส้นทาง/ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาหรือนำนโยบายแต่ละตัวเลือกไปดำเนินการ
Potential benefits of proposed policy	**6. ระบุผลและประโยชน์ของแต่ละทางเลือกเชิงนโยบายที่จะได้รับ** หากมีข้อมูลประสิทธิผลของมาตรการจะยิ่งทำให้ข้อเสนอที่หนักแน่นมากขึ้น
	7. ระบุรายการ/แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ พร้อมเขียนเน้นเนื้อหาในความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือความเป็นไปได้ในการระดมทุน (feasibility of options) ส่วนนี้จำเป็นสำหรับการเขียนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีประสิทธิผล เพื่อขยายผลนโยบาย (policy impact brief)
	8. วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เปรียบเทียบต้นทุน/ผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ของแต่ละทางเลือกนโยบาย (จำเป็นต้องระบุต้นทุน/มูลค่าที่จำเป็นต้องใช้)
Recommendations & next steps	**9. เลือกทางเลือกนโยบายที่ดีที่สุด** **พร้อมระบุกิจกรรมหรือการดำเนินการในลำดับถัดไป** เช่น ตามประเภทกิจกรรมตามขอบเขตระยะเวลา (ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว) **และระบุผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับผิดชอบตามเหมาะสม** (ใครเป็นผู้ดำเนินการ ทำอะไรที่ไหน ระยะเวลาการดำเนินการ ดำเนินการอย่างไร)

ดัดแปลงจาก Vital Strategies and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention Data to Policy (D2P) program available at https://learning.vitalstrategies.org/data-to-policy/.[1]

ชื่อเรื่อง:
หัวข้อย่อย/คำขยาย:

ข้อความสำคัญ (Key Messages)
เขียนสรุปประเด็นสำคัญเป็นบทความหรือ
2-3 bullet points:

- Key message 1
- Key message 2
- Key message 3
- เขียนข้อมูล/จุดเน้นที่นำไปสู่ความเร่งด่วน ที่ต้องจัดการปัญหา

ภาพประกอบสถานการณ์ปัญหา
พร้อมระบุคำอธิบายใต้ภาพ และแหล่งที่มา

จัดวางได้ตามเหมาะสม

สถานการณ์ปัญหา (Problem Statement)

- ระบุประเด็นปัญหาให้ชัดเจนว่าคือประเด็นอะไร
- ทำไมประเด็นปัญหานี้ถึงมีความสำคัญ ที่ผู้กำหนดนโยบายตั้งเข้าไปจัดการ
- อธิบายปัญหาจากมุมมองของผู้อยู่หน้างาน/ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่หรือข้อมูลในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
  - ❑ ใครคือผู้ที่ได้รับผลกระทบ (เช่น ตามข้อมูลเชิงประชากร ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ บทบาททางสังคม)
  - ❑ อธิบายขนาดและขอบเขตของปัญหา (เช่น ความชุก สัดส่วน แนวโน้ม เปรียบเทียบระดับจังหวัด ภาค ประเทศ ระดับโลก
  - ❑ อธิบายขนาดและขอบเขตของผลกระทบที่เกี่ยวข้อง/ที่เกิดขึ้นตามมาจากประเด็นปัญหา
  - ❑ ข้อมูลความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ (หากมี)
  - ❑ ระบุว่าอะไรคือสาเหตุ/ปัจจัยของปัญหา และอะไรคือสาเหตุ/ปัจจัยของปัญหาที่แก้ไข/จัดการได้

บริบททางนโยบาย (Policy Context)

- ระบุว่าที่ผ่านมา ผู้กำหนดนโยบายระดับต่าง ๆ ภาคส่วนต่าง ๆ ได้ดำเนินการจัดการประเด็นปัญหาเหล่านี้อะไรไปแล้วบ้างเกิดผลอย่างไรแล้วบ้าง เพียงพอหรือไม่เพียงพอ มีช่องว่างอะไร

ภาพที่ 4.3.1 | ตัวอย่าง โครงสร้างเอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy brief)

ชื่อเรื่อง:
หัวข้อย่อย/คำขยาย:

ภาพประกอบอธิบายข้อมูล
(เช่น ภาพ ตาราง กราฟ แผนที่)
พร้อมระบุคำอธิบายใต้ภาพ และแหล่งที่มา

จัดวางได้ตามเหมาะสม

ภาพประกอบอธิบายข้อมูล
(เช่น ภาพ ตาราง กราฟ แผนที่)
พร้อมระบุคำอธิบายใต้ภาพ และแหล่งที่มา

จัดวางได้ตามเหมาะสม

รายการทางเลือกเชิงนโยบาย (Policy Options)

- สรุปเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลักของทางเลือกนโยบาย
- หากมีหลายทางเลือกนโยบาย/หรือมีมาตรการย่อย ๆ ให้อธิบายแต่ละทางเลือก/มาตรการในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
  - ❑ ชื่อนโยบาย/มาตรการย่อย
  - ❑ เป้าหมายของมาตรการ และปัจจัย/สาเหตุที่มาตราจะไปแก้ไข
  - ❑ ข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของมาตรการ
  - ❑ ข้อมูลด้านต้นทุน/งบประมาณในการดำเนินงาน และผลประโยชน์ที่จะได้รับทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐศาสตร์ (เช่น ประสิทธิผลของมาตรการต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness)
  - ❑ ระบุความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติและความเป็นไปให้ทางการเมือง

ภาพที่ 4.3.2 | ตัวอย่าง โครงสร้างเอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy brief)

ชื่อเรื่อง:
หัวข้อย่อย/คำขยาย:

ข้อเสนอแนะและการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป (Recommendations and next steps)

- สรุปสั้น ๆ ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ทางเลือกนโยบาย และระบุกิจกรรม/การดำเนินการหลัก ๆ (ที่มีความเป็นไปได้) ที่ควรดำเนินการ/สั่งการในลำดับถัดไปให้ชัดเจน

  - ❑ Proposed action 1
  - ❑ Proposed action 2
  - ❑ Proposed action 3

- อธิบายข้อจำกัดของการวิเคราะห์ครั้งนี้ หรือการวิเคราะห์อื่น ๆ ที่ต้องการเพิ่มเติมในอนาคต
- ประโยคปิดจบ เน้นอีกครั้งเรื่องความสำคัญของการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง (References)

ควรเลือกแหล่งอ้างอิงที่มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ ขึ้นหลัก ๆ จำนวนไม่มากเก็บไป การเขียนใช้ format อ้างอิงตามวิชาการ เช่นตัวอย่างข้างล่าง https://so06.tci-thaijo.org/index.php//Icmap/information/authors

- ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์), ชื่อเรื่อง, ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี), สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. [สำหรับหนังสือ]
- ชื่อผู้เขียน (ปีที่พิมพ์), “ชื่อบทความ”, ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่): เลขหน้า (ถ้ามี), DCI. [สำหรับบทความในวารสาร)
- ชื่อมีเรียน (ปีที่พิมพ์), “ชื่อบทความหรือชื่อหัวข้อในคอลัมน์”, ชื่อหนังสือพิมพ์, วันที่/เดือน. เลขหน้า. [สำหรับข่าวหรือคอลัมภ์จากหนังสือพิมพ์]
- สืบค้น เมื่อ วัน เดือน ปี, จาก heps://www.00000% [กรณีข้อมูลออนไลน์ หรือสารสนเทศบทอินเทอร์เน็ต ให้ระบุข้อมูลจากหนังสือบทความ หรือเนื้อหาที่อ้างอิง จากนั้นตามด้วยแหล่งที่มาและวันเดือนปีที่สืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์)

ภาพที่ 4.3.3 | ตัวอย่าง โครงสร้างเอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy brief)

4.3.3 บทสรุป

เอกสารข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบายเป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมข้อมูลหลักฐานวิชาการสู่การตัดสินใจทางนโยบาย เนื้อหาบทนี้เป็นเพียงแนวทางสำหรับผู้เขียนในการกำหนดประเด็นนโยบายที่จะขับเคลื่อนและขอบเขตเนื้อหาวิชาการที่เกี่ยวข้องและจำเป็นในการร่างเอกสาร ผู้เขียนต้องพิจารณาประเภทและระดับของนโยบายที่จะเสนอ และกระบวนการต่าง ๆ ในการพิจารณานโยบายในรายละเอียดเพิ่มเติมอีก ทั้งนี้เพื่อให้เรียบเรียงเนื้อหาและการใช้ภาษาได้สอดคล้องกับบริบท ผู้รับสาร และขั้นตอนของนโยบายในขณะนั้น ซึ่งควรมีการจัดหน้าหรือทำกราฟฟิกดีไซน์ให้เอกสารน่าสนใจและดึงดูดผู้รับสารร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Vital S, Control USCfD, Prevention. Data to Policy (D2P) program [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: https://learning.vitalstrategies.org/data-to-policy/

ระบาดวิทยาแอลกอฮอล์

ระเบียบวิธีวิจัยและการประเมินนโยบาย

Alcohol Epidemiology: Research Methods and Policy Evaluation

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

074-451165, 083-5775533
https://cas.or.th/ facebook.com/cas.org.th