

ประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นพ. ยงยุทธ ขจรธรรม^๑

นพ. บัณฑิต ศรีไพศาล^๒

ดร. พิมพา ขจรธรรม^๓

ความสำคัญของปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก

1. หลักฐานการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมาช้านานเคียงคู่กับประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักเป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรม และการเข้าสังคมของทุกอารยธรรมทั่วโลก ในปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยประมาณ 5 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ซึ่งค่อนข้างคงที่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาบริโภคมากขึ้นขณะที่ประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้วบริโภคน้อยลงหรือคงที่¹
2. แม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของคนจำนวนมากในปริมาณที่พอเหมาะจะนำมาซึ่งความเพลิดเพลินและเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าสังคมโดยปราศจากอันตรายและอาจมีผลดีต่อสุขภาพ² การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวม มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและสังคมของโลกอย่างรุนแรง³ จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2545 ขององค์การอนามัยโลก⁴ ระบุอย่างชัดเจนว่า ของประชากรโลกทั้งหมด (Burden of Diseases จากการตายก่อนวัยอันควรและการสูญเสียจากความพิการทุพพลภาพ) ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 5 ของความเสี่ยงทั้งหมด 26 ความเสี่ยง (ร้อยละ 4.0 ของภาระโรคทั้งหมด) รองจาก ภาวะขาดอาหาร เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) ภาวะความดันโลหิตสูง การบริโภคยาสูบ
3. เมื่อแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มประเทศพบว่า ประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายต่ำซึ่งประเทศไทยอยู่ในกลุ่มนี้ ภาระของโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 6.3 ของภาระโรคทั้งหมด) ตามด้วยความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่
4. การตายก่อนวัยอันควรและการสูญเสียจากความพิการทุพพลภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งผลกระทบต่อสังคม เห็นได้ชัดเจนจากความสัมพันธ์การบริโภค (แบบแผนและปริมาณการดื่ม) ผลโดยตรงต่อผู้บริโภคจากพิษของแอลกอฮอล์ (physical toxicity) ความเมา (intoxication) และการเสพติด (dependence) และผลกระทบที่เกิดขึ้น แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

^๑ ที่ปรึกษาวิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)

^๒ ผู้จัดการงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

^๓ อาจารย์ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่ถูกต้องและขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น (alcohol abuse) เป็นสาเหตุสำคัญของโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 กลุ่มโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, ความดันโลหิตสูง, อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก, ตับอักเสบและตับแข็ง, มะเร็งของอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ กระเพาะ, การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศทั้งหญิงและชาย, ภาวะซึมเศร้า, อุบัติเหตุจราจรและการทำงาน, บาดเจ็บจากความรุนแรง เป็นต้น และมีทิศทางสังคมรวมทั้งระยะสั้นได้แก่ เมาแล้วขับ อาชญากรรม ความรุนแรง ปัญหาการทำงานและความรุนแรงในครอบครัว ระยะยาวได้แก่ หนี้สิน สูญเสียหน้าที่การงานครอบครัวแตกแยก-สลาย และจรจัด-ไร้ที่อยู่⁶
6. ที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ผลกระทบความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น จากการสูญเสียกำลังผลิต (Productivity lost) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health expenditure) และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรง (Crime and violence) ที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษา พบว่า สูงมากถึงปีละ 185 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในสหรัฐอเมริกา (พ.ศ. 2541)⁷ และ 15.4 พันล้านปอนด์ในสหราชอาณาจักร (พ.ศ. 2545)⁸ เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่คนทั่วไปเห็นได้อย่างเด่นชัดมีส่วนไม่มากเท่าที่รู้สึกกันเป็นส่วนใหญ่ โดยในความเป็นจริงความสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคมกว่าครึ่งเกิดจากอาชญากรรม ความรุนแรง และทรัพย์สิน รองลงมาคือการผลิตกำลังผลิตและแรงงาน
7. มิติทางสังคมที่สำคัญอีกมิติหนึ่งคือความยากจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา การตายที่มีสาเหตุสัมพันธ์การบริโภคแอลกอฮอล์ทั้งโดยตรง (เช่น ตับแข็ง พิษสุราเรื้อรัง) และโดยอ้อม (เช่น อุบัติเหตุจราจร ทำร้ายร่างกาย) มักสูงสุดในกลุ่มคนยากจนในเกือบทุกประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวยากจนมีส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคแอลกอฮอล์สูงมากเช่นในการสำรวจครัวเรือนยากจนในศรีลังกาและกรุงนิวเดลีพบว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อรายได้ครัวเรือนสูงถึงร้อยละ 30 และร้อยละ 24 ตามลำดับ⁹

ความสำคัญของปัญหาในประเทศไทย

ผลกระทบต่อภาวะโรคและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

8. ประเทศไทยนั้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2542 พบว่าจำนวนปีของการตายก่อนวัยอันควรรวมการสูญเสียจากความพิการทุพพลภาพหรือที่เรียกรวมว่าภาระโรค (burden of diseases) จากการบริโภคแอลกอฮอล์นั้น มากเป็นอันดับ 3 รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex) และการบริโภคยาสูบ¹⁰ ความเสียหายทางเศรษฐกิจเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรประมาณไว้ในระดับร้อยละ 2-3 ของรายได้ประชาชาติหรือราวหนึ่งแสนล้านต่อปี¹¹ ถ้าวรวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดจากการสูญเสียกำลังผลิต (Product ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ น่าจะไม่ต่ำกว่า 5 แสนถึง 1 ล้านล้านบาทต่อปี

แนวโน้มปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

9. ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือแนวโน้มการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการบริโภคเฉลี่ย 58.0 ลิตร ต่อคนต่อปีในปี 2546 เพิ่มจากปี 2532 ที่อัตราการดื่มเฉลี่ย 20.2 ลิตรต่อปีเกือบ 3 เท่าตัว โดยในปีพ.ศ. 2546 กรมสรรพสามิตและกรมศุลกากรเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 6.27 หมื่นล้านบาท¹² จากการใช้เงินประมาณ 2 แสนล้านบาทของคนไทยเพื่อซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาบริโภค
10. เป็นที่น่าตกใจอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทั่วโลก พบว่าคนไทยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ (เทียบปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี) เท่ากับ 13.59 ลิตรต่อประชากรต่อปี มากกว่าประมาณสองเท่าครึ่งของค่าเฉลี่ยของประชากรโลก และ สูงเป็นอันดับ 5 ของโลกรองจากโปรตุเกส สาธารณรัฐไอร์แลนด์ บาฮามาส์ และสาธารณรัฐเชก ตามลำดับ สูงกว่าประเทศที่เข้าใจกันว่าดื่มมากเช่น ฝรั่งเศส เยอรมัน รัสเซีย อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และ ญี่ปุ่น¹³ โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงมากอย่างชัดเจนเกือบหนึ่งเท่าตัวในช่วง 10 ปี โดยในปี พ.ศ. 2533 คนไทยบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์โดยเฉลี่ยต่อหัวต่อปีเพียง 7.46 ลิตร

พฤติกรรมและแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

11. ในปี พ.ศ. 2546 คนไทยดื่มสุรา 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.46 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป แยกเป็นชาย 15.51 ล้านคน หรือร้อยละ 60.80 ของเพศชายอายุ 11 ปีขึ้นไป เป็นหญิง 3.95 ล้านคนหรือร้อยละ 14.51 ของเพศหญิง
12. ในกลุ่มของผู้ที่ดื่มตั้งแต่ 1-2 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ดื่มประจำ พบว่า ในเพศชายที่ดื่มประจำในปี 2534 มีอัตราร้อยละ 34.9 ของเพศชายที่ดื่ม และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.1, 39.3 และ 43.9 ในปี พ.ศ. 2539, 2544 และ 2546 ตามลำดับ ในเพศหญิงที่ดื่มประจำ พบว่า ในปี 2534 มีอัตราร้อยละ 18.1 ของเพศหญิงที่ดื่ม และมีแนวโน้มที่ลดลงเป็นร้อยละ 20.4, 19.5 และ 16.7 ในปี พ.ศ.2539, 2544 และ 2546 ตามลำดับ
13. ที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การบริโภคของวัยรุ่น โดยเพศชายวัย 11 – 19 ที่บริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ มีจำนวนประมาณ 1.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.23 ของประชากรในกลุ่มอายุนี้ (พ.ศ. 2546) และแนวโน้มในช่วงเวลาเพียง 7 ปี (2539-2546) ที่กลุ่มผู้หญิงวัย 15 -19 ปีบริโภค เพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า คือจากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 และในกลุ่มหญิงที่ดื่มวัย 15 -19 ร้อยละ 14.1 เป็นกลุ่มที่ดื่มประจำ (ดื่ม 1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์ถึงดื่มทุกวัน)
14. เหล้านำเข้าจากต่างประเทศและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำคือประจักษ์การดื่ม ผลวิจัยระบุว่า วัยรุ่นหญิงนิยมดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ต่างประเทศ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และน้ำผลไม้ หรือไวน์คูลเลอร์ เพราะเชื่อว่ามีแอลกอฮอล์น้อยดื่มแล้วไม่เมา ในต่างประเทศ ได้มีการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และน้ำผลไม้ หรือ RTD (Ready to Drink) พบข้อสรุปว่า เครื่องดื่มประเภทนี้เป็นประจักษ์บานแรกที่เปิดให้เยาวชนในประเทศเหล่านั้นกลายเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในที่สุด ในประเทศ

ไทยผลิตภัณฑ์สุราผสมเข้าสู่ตลาดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เช่น Bacardi Breezer, Vodka Cruiser, Nite และการโฆษณาทางตรงและทางอ้อมที่เจาะกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะเพศหญิง นำเป็นสาเหตุสำคัญของการดื่มเพิ่มขึ้นของกลุ่มหญิงวัย 15 – 19 ปี ในข้อ 13

พฤติกรรมเสี่ยงและอันตรายที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

15. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดปี 2546 พบว่ามีเพียงร้อยละ 46.5 ของผู้ชายไทยอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุราระบุว่าตนเองไม่เคยขับจี้รถเมื่อรู้สึกรมเมา ขณะที่ร้อยละ 2.8 บอกว่าตนเองขับจี้รถทุกครั้งขณะมึนเมา และที่เหลือร้อยละ 50.7 ระบุว่าขับจี้รถเมื่อรู้สึกรมเมาในบางครั้ง ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนไทยเป็นจำนวนมากโดยแม้จะมีความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแต่ก็ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยการขับจี้ยานพาหนะขณะมึนเมา
16. ผู้ที่ “เมาแล้วขับ” ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจรเป็นจำนวนมาก สร้างความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สิน ที่น่าเป็นห่วงคือคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากที่คิดว่าตัวเองยังขับจี้รถได้แม้ว่าได้ดื่มก่อนขับค่อนข้างมาก ซึ่งเห็นได้จากการสำรวจเอแบคโพลล์ ที่พบว่าร้อยละ 33.9 ของคนที่ดื่มเบียร์คิดว่าตนเองยังสามารถขับจี้รถได้อย่างปลอดภัยหลังจากดื่มเบียร์ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป และร้อยละ 51.8 ของคนที่ดื่มเหล้า (สุรากลั่น) คิดว่าตนเองยังสามารถขับจี้รถได้อย่างปลอดภัยหลังจากดื่ม 1 แบนขึ้นไป
17. ครอบครัวที่สมาชิกหรือผู้นำในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีแนวโน้มการเกิดความรุนแรงในครอบครัวและบุคคลอื่น เด็กในครอบครัวที่มีการดื่มมีแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าในครอบครัวทั่วไปและเด็กไทยประมาณ 1 ใน 4 ที่เห็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนเมาของสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

18. ผลจากภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ทำให้ประชาชนมีกำลังซื้อมากขึ้น ในปี 2546 ที่ผ่านมารัฐเก็บภาษีจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ได้ 6.27 หมื่นล้านบาท เพิ่มขึ้นจาก 7.8 พันล้านบาท ในปี 2536 เป็นการเพิ่มเกือบ 10 เท่าตัวในช่วงเวลาประมาณ 10 ปี
19. ผลวิจัยในประเทศไทยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่า “โฆษณา” เป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ชักนำเยาวชนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และชี้ว่าสื่อที่มีอิทธิพลอย่างสูงในการสร้างอิทธิพลให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ โทรทัศน์และภาพยนตร์ ขบประมาณการโฆษณาแยกตามประเภทสุรา พบว่าเบียร์มีการใช้งบประมาณสูงที่สุด รองลงมาคือวิสกี้ และบรั่นดี

20. ผลการศึกษาก่อนมติกรม. จำกัดการโฆษณาที่มีผลในการบังคับใช้ในเดือนพฤศจิกายน 2546 พบว่า โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากถูกแพร่ภาพทางโทรทัศน์ในช่วงรายการที่ผ่านตาเยาวชน นั่นคือ ภาคเช้า (09.01-12.00 น.) และช่วงหัวค่ำ (19.31-21.00 น.) โดยมีความถี่ของการโฆษณามาก และปรากฏว่าในรายการที่มีโฆษณาเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์แพร่ภาพที่ดีที่สุดได้แก่ รายการข่าวและรายการกีฬา จากการสำรวจของ ABAC Poll ก่อนห้ามโฆษณาระหว่างเวลา 5.00 – 22.00 น. พบว่า คนไทยร้อยละ 87.8 เห็นหรือพบการโฆษณาแอลกอฮอล์ในรอบหนึ่งวันที่ผ่านมา โดยเห็นในโทรทัศน์ 3.34 ครั้ง ได้ยินจากวิทยุ 2.41 ครั้ง ได้เห็นจากป้ายกลางแจ้งหรือคัดเอาท์ 1.93 ครั้ง และสื่ออื่นๆ รวมเฉลี่ยทุกสื่อเห็นมากถึง 4.73 ครั้งในหนึ่งวัน

นโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดภัยอันตรายที่เกิดตามมา

นโยบายและมาตรการของประเทศต่างๆ

21. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่แตกต่างจากสินค้าอื่นๆ นอกจากมีประวัติศาสตร์ผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตกับมนุษยชาติมานาน ในปัจจุบันอุตสาหกรรมการผลิต การจัดจำหน่าย การโฆษณาและกิจกรรมส่งเสริมการขายเป็นธุรกิจระดับประเทศและระหว่างประเทศขนาดใหญ่เกี่ยวพันกับคนจำนวนมากตั้งแต่เกษตรกร คนงานในโรงงานผลิต นักการตลาดและโฆษณา พ่อค้าตลอดจนผู้บริโภคจำนวนมากตั้งแต่มหาศาลของอุตสาหกรรมและธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดเส้นทาง การพัฒนา นโยบายและมาตรการของรัฐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตลอดจนชุมชนจึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ รอบด้าน จริงจัง ต่อเนื่องและค่อยเป็นค่อยไป
22. จากความสำคัญของปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ในปีพ.ศ. 2522 ในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHO) ครั้งที่ 32 ได้ผ่านมติ WHOA32.40 เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ “นำมาตรการที่เหมาะสมทุกวิถีทางมาใช้ในการลดการบริโภคในประชากรทุกหมู่เหล่า” และ “พัฒนาแผนงานโครงการด้านป้องกันที่แข็งแกร่ง ซึ่งรวมทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ สารสนเทศต่าง ๆ และการออกกฎหมายที่เหมาะสมที่มีประสิทธิผลในการสนับสนุนการดำเนินการที่มีผลต่อการผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ต่อมาในปีพ.ศ. 2526 มติ WHOA36.12 สมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 36 ได้เสนอแนะให้ประเทศสมาชิก “จัดทำนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่ชัดเจนและครบถ้วนทุกด้านที่ให้ความสำคัญด้านการป้องกันภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีถ้วนหน้า” และ “พัฒนากลวิธีและกิจกรรมในแผนงานโครงการที่ต่อเนื่องและระยะยาว เพื่อลดการบริโภคและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์”

23. ในการวางแผนและการนำนโยบายแอลกอฮอล์ไปสู่การปฏิบัติ มีประเทศเพียงไม่กี่ประเทศที่มีการจัดตั้งและมอบหมายให้องค์กรหรือหน่วยงานเฉพาะในลักษณะรวมศูนย์เพื่อดูแลปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 2) ในประเทศส่วนใหญ่ หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเรื่องแอลกอฮอล์มักกระจายจัดกระจายในหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมศุลกากร หน่วยงานที่ดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสวัสดิการสังคม กระทรวงยุติธรรมและสำนักงานตำรวจ เป็นต้น บางประเทศมีการรวมศูนย์การดูแลเรื่องแอลกอฮอล์ตลอดจนยาเสพติดไว้ในหน่วยงานกลางหรือคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ของรัฐที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้องค์กรเอกชนหลายแห่งก็มีส่วนร่วมที่สำคัญและมักมีบทบาทผู้เบิกทางในการดูแลปัญหานี้ด้วยเช่นกัน
24. จากการพัฒนานโยบายและการดำเนินการของประเทศต่างๆ พบว่า วัตถุประสงค์และเป้าหมายสำคัญของนโยบายคือ¹⁴
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการลดปริมาณการดื่มโดยรวมของประชากร การเลื่อนอายุการเริ่มดื่มของเยาวชนให้นานที่สุดและการยับยั้งการดื่มก่อนจับจี้ยานพาหนะ
 - การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดื่มในหมื่นักดื่ม โดยการหลีกเลี่ยงหรือยับยั้งการดื่มจนเมามา และ การสนับสนุนให้มีข้อเสนอแนะปริมาณการดื่มไม่เกินจำนวนที่กำหนดไว้ต่อครั้งการดื่ม ต่อวัน และต่ออาทิตย์
 - การลดอันตรายที่เกิดจากการดื่ม โดยแยกหรือยับยั้งผู้ดื่มไม่ว่าจะเมามาหรือไม่ก็ตามจากพฤติกรรมเสี่ยงเช่นการจับจี้ยานพาหนะหรือการทะเลาะวิวาท และ โดยการให้การรักษาผู้ติดสุราเรื้อรัง
25. จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่า การควบคุมหรือความพยายามในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมาตรการลดกษัตริย์อันเกี่ยวจากการบริโภคมีมากมาย เกี่ยวพันกับเกือบทุกภาคส่วนของรัฐและสังคม จากการทบทวนจากประสบการณ์ทั่วโลกสามารถรวบรวมได้มากถึง 14 กลุ่มหลัก^{15,16,17} ซึ่งรายละเอียดได้เรียบเรียงและสรุปเป็นหมวดหมู่ไว้แล้วในภาคผนวก 1
26. การพัฒนานโยบายและเลือกใช้มาตรการต่างๆ ของแต่ละประเทศขึ้นกับปัจจัยและสภาพที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ การดำเนินการบังคับใช้มาตรการแต่ละมาตรการได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผลที่เกิดขึ้นก็มีความแตกต่างในแต่ละประเทศเช่นเดียวกัน การทบทวนประสบการณ์ของการใช้มาตรการต่างๆ ในประเทศที่ได้มีการดำเนินการมาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นประสิทธิผล จุดแข็ง จุดอ่อน รวมทั้งอุปสรรคต่างๆ จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อประเทศที่กำลังพัฒนานโยบายเพื่อควบคุมปัญหานี้ ในจำนวน 14 กลุ่มนโยบายและมาตรการหลักที่ได้รวบรวมไว้ในภาคผนวก 1 นั้น จากมาตรการทั้งหมดนี้มีอยู่จำนวนหนึ่งที่มีการดำเนินการในหลายประเทศ ซึ่งประสบการณ์การดำเนินงานในประเทศต่างๆ ที่ผ่านมามีบทเรียนที่ควรพิจารณาในรายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรการกำหนดราคาและภาษี (Pricing and Taxation)

27. จากการศึกษาจำนวนมากพบว่าราคาจากการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีมีผลต่อการบริโภคอย่างชัดเจน เมื่อราคาสูงขึ้นการบริโภคจะลดลง¹⁸ ไม่มีข้อยกเว้นแม้แต่กลุ่มดื่มจัดและคูเหมือนจะมีผลมากกว่าในกลุ่มนี้^{19,20} และส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมที่สัมพันธ์กับการดื่มลดลงทั้งปัญหาหระหะสั้นและหระหะยาว²¹ ความยืดหยุ่นของราคาต่อการบริโภค (price elasticity) อยู่ที่ประมาณ -1 ซึ่งหมายความว่าเมื่อราคาเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 การบริโภคจะลดลงร้อยละ 1 ความยืดหยุ่นต่อราคานี้จะมากขึ้นในกลุ่มอายุน้อยและรายได้ต่ำ²² ในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศพบว่าภาษีสุรามีประสิทธิผลมาก โดยเฉพาะกับนักดื่มที่อายุน้อยที่มักคำนึงถึงราคา ส่งผลในการลดอันตรายอันเนื่องมาจากการดื่มสุราเช่น การตายจากอุบัติเหตุจราจร ตับแข็ง ตลอดจนความรุนแรงต่างๆ²³
28. ส่วนความยืดหยุ่นของรายได้ต่อการบริโภคจะสูงกว่าเล็กน้อยประมาณ 0.4 ถึง 1.5²⁴ ซึ่งหมายความว่าเมื่อรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 การบริโภคจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 ถึง 1.5 อย่างไรก็ตามแม้ว่ารัฐมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการจัดเก็บภาษีในอัตราที่สูงขึ้นแม้ว่าปริมาณการซื้อภายในประเทศลดลง แต่การบริโภคอาจไม่ลดลงจากการเพิ่มมากขึ้นของการลักลอบซื้ออย่างผิดกฎหมายหรืออย่างถูกกฎหมายจากต่างประเทศที่มีราคาต่ำกว่า²⁵ ตัวอย่างที่พบเช่น ในเดือนกุมภาพันธ์ปี ค.ศ. 1993 ประเทศซิมบับเวได้มีมาตรการเพิ่มภาษีเบียร์แต่ต้องหันกลับมาปรับมาตรการนี้ในเดือนกรกฎาคม เนื่องจากพบว่าการบริโภคไม่ได้ลดลงโดยนักดื่มเบียร์ได้หันกลับไปดื่มสุราที่ผิดกฎหมายแทน และยังทำให้เงินรายได้จากการเก็บภาษีสุราลดลงอย่างมาก²⁶
29. จากประสบการณ์ของทั่วโลกที่ผ่านมา 50 ปีพบว่า ราคาคงที่ (real price) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงต่ำลงมาโดยตลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากนโยบายการค้าเสรีและความล้มเหลวของรัฐในการปรับอัตราภาษีให้ทันกับค่าของเงิน (monetary purchasing power) ที่ลดต่ำลงและจากภาวะเงินเฟ้อ ดัชนีที่สำคัญคือความสามารถในการซื้อ (Affordable Index) ซึ่งเท่ากับส่วนต่างของอัตราเพิ่มของรายได้กับอัตราเพิ่มของราคา²⁷ ถ้าดัชนีสูงกว่า 100 แสดงว่าความสามารถในการซื้อมากขึ้น ในประเทศอังกฤษเมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1980 ความสามารถในการซื้อในปี ค.ศ. 2002 สูงขึ้นร้อยละ 49.4 (Affordable Index = 149.4) แม้ว่าราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นถึงร้อยละ 229.4 ทั้งนี้เนื่องจากอัตราเพิ่มของรายได้สูงกว่าอัตราเพิ่มของราคานั่นเอง²⁸ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าในระหว่างปี ค.ศ. 1960-2002 การลดต่ำลงของราคา (ปรับตามรายได้ต่อครัวเรือนที่หักภาษีแล้วสัมพันธ์ผกผันกับจำนวนการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (ลิตรต่อคนต่อปี) ของประชากรอายุมากกว่า 15 ปีอย่างชัดเจน²⁹
30. นอกเหนือจากมาตรการภาษีแล้ว ยังมีกิจกรรมอีกหลายรูปแบบที่มีผลต่อราคาและพฤติกรรมการดื่มที่ตามมา เช่น การจัด “ชั่วโมงความสุข (Happy Hour)” หรือการลดราคาซึ่งเป็นสิ่งที่พบเสมอในหลายประเทศ การสนับสนุนทางอ้อมเช่นนี้ทำให้เพิ่มการบริโภคสุราได้อย่างมากในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพรวมทั้งความปลอดภัยในภายหลัง

31. ดังนั้นนโยบายการเพิ่มอัตราภาษีจึงต้องให้สูงกว่าค่าของเงินที่ลดต่ำลง ซึ่งนอกจากทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้การบริโภคและปัญหาต่างๆที่ติดตามมาลดลงด้วย และนโยบายราคาและภาษีถือเป็นนโยบายที่มีประสิทธิผลสูงในการลดการบริโภค แต่ทั้งนี้รัฐจำเป็นต้องควบคุมการลักลอบนำเข้าและการนำเข้าอย่างถูกกฎหมายของผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศ

มาตรการควบคุมการส่งเสริมการขายและการดื่ม (Regulating Alcohol Promotion)

32. การตลาดเพื่อส่งเสริมการขายและการดื่มเป็นธุรกิจระดับโลก มีการโฆษณาที่หือของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานาชนิดผ่านสื่อทุกสื่ออย่างเข้มข้น การได้รับสื่อสารต่างๆหลายหนในลักษณะด้านเดียวเชิงบวก เน้นความสนุกสนาน เสน่ห์ทางเพศ ความหรรหามีระดับและไม่มีโทษภัยมีผลต่อเจตคติและแนวโน้มนำไปสู่การดื่มจัด และมีผลอย่างมากในเด็กและเยาวชนที่ส่วนใหญ่นิยมชมชอบโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แม้ว่าอายุยังไม่ถึงวัยที่จะซื้อและดื่มได้ตามกฎหมายก็ตาม³⁰
33. ผลการศึกษาอิทธิพลความเข้มข้นของการโฆษณาและการตลาดในประเทศต่างๆ พบว่า
- ในประเทศอังกฤษค่าใช้จ่าย(ล้านปอนด์ในมูลค่าคงที่) ในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างปี ค.ศ. 1992-2000 สัมพันธ์อย่างชัดเจนกับจำนวนหน่วยการดื่มต่อสัปดาห์ของเยาวชนอายุ 11-15 ปี (ค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอย, $R=0.995$)^{31,32}
 - Dr. Gro Brundtland อดีตผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกแถลงในการประชุมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มประเทศสหภาพยุโรปที่กรุงสต็อกโฮล์มว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มประเทศที่มีการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการบริโภคปริมาณน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการห้ามหรือจำกัดการโฆษณา ถึงร้อยละ 16 และที่สำคัญคือ อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มประเทศที่มีการห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับประเทศที่ไม่มีการห้ามหรือจำกัดการโฆษณา
 - การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การโฆษณาสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคสุราของเยาวชนและคนวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ยังพบอีกว่าความสัมพันธ์ของการโฆษณาสุรากับอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญ³³
 - การห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิงจะส่งผลให้การบริโภคต่อสัปดาห์ของเยาวชนลดลงจากร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 21 และการดื่มแบบเม้าท์วอดดี้ (binge drinking) ลดลงจากร้อยละ 12 เหลือร้อยละ 7³⁴
 - อย่างไรก็ดี การจำกัดการโฆษณาแยกตามประเภทเครื่องดื่มแทนการห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิงมักไม่มีผลหรือมีผลน้อยต่อการลดลงของการปริมาณการบริโภคโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากผลทดแทน (substitution effect) โดยการบริโภคประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นแทน³⁵

34. แม้ว่ามีข้อโต้แย้งจากวงการโฆษณาและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าในเมื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าถูกกฎหมายทำไมจึงต้องมีการห้ามหรือจำกัดการโฆษณา ประเทศต่างๆทั่วโลกกว่า 37 ประเทศที่มีมาตรการจำกัดหรือห้ามการโฆษณาไม่มากก็น้อย³⁶ ดังตัวอย่างในตารางที่ 5 โดย
- การห้ามหรือจำกัดประเภทสื่อ (โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ ป้ายกลางแจ้ง ภาพยนตร์ วิดีโอ website)
 - การจำกัดเวลาออกอากาศ (ในกรณีของวิทยุและโทรทัศน์)
 - การห้ามโฆษณาในสถานที่บางแห่งเช่นรอบๆ โรงเรียน สถานประกอบกิจกรรมทางศาสนา บริเวณที่พักอาศัย
 - การห้ามโฆษณาในการแข่งขันกีฬา งานเฉลิมฉลอง การแสดงดนตรีและมโหรีสพต่างๆ
 - การจำกัดสัดส่วนเนื้อที่แสดงสินค้าในร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้านสะดวกซื้อและร้านขายที่สามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆ
 - การกำหนดสัดส่วนเนื้อที่ค่าเตือนขั้นต่ำ
35. สำหรับการห้ามหรือจำกัดเนื้อหานั้น แต่ละประเทศมีมาตรการกำหนดลักษณะและสาระในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันไป เช่น
- ประเทศแคนาดา ห้ามโฆษณาในลักษณะที่ชักชวนให้คนมาดื่มสุรา หรือพยายามเชื่อมโยงการดื่มสุรากับกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมเสี่ยง หรือพยายามสื่อไปในทางที่ทำให้คนเชื่อว่าการดื่มสุราทำให้คนได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในการเข้าสังคม การกีฬาหรือการธุรกิจการงาน
 - ประเทศฮอนดูรัสห้ามการโฆษณาที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการกดขี่สตรีเพศหรือเชื่อมโยงสุรากับกีฬาต่างๆ
 - ประเทศสเปนห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เกินกว่าร้อยละ 20 ในโทรทัศน์และวิทยุ รวมทั้งการโฆษณาใดๆ ในโรงเรียน ศูนย์กีฬาและสถานบริการสุขภาพต่างๆ
 - มีอย่างน้อยสองประเทศที่อนุญาตให้โฆษณาสุราได้แต่ก็มีมาตรการรณรงค์ด้านความปลอดภัยในสุขภาพและชีวิตเพื่อสร้างความสมดุลของการรับรู้
 - ประเทศออสเตรเลียในปีพ.ศ. 2536 ประมาณการว่ามีสปอตโฆษณาเบียร์ รัม วอดก้า และวิสกีในโทรทัศน์ วิทยุและสื่อสิ่งพิมพ์ถึง 71,271 ครั้ง ได้มีการพยายามรณรงค์หรือดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นการให้ข้อมูลในเชิงตรงข้าม
 - ประเทศนิวซีแลนด์หลังจากที่ได้มีการยกเลิกการห้ามโฆษณาสุราในปี ค.ศ. 1992 รัฐบาลได้กำหนดให้สื่อที่ทำการโฆษณาต้องจัดสรรงบประมาณจำนวน 771,300 เหรียญสหรัฐต่อปีเพื่อการโฆษณาเนื้อหาที่เป็นกลางและเนื้อหาที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ

36. ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา วงการอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์พยายามที่จะสร้างมาตรการควบคุมตนเอง (self regulation) แทนการควบคุมโดยรัฐหรือหน่วยงานอิสระ ประเทศอย่างน้อย 14 ประเทศใช้การควบคุมการโฆษณาสุราอาศัยกติกาดูแลโดยสมัครใจโดยคำนึงถึงหลักการโฆษณาที่ดี เช่น อังกฤษ อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่ามาตรการดังกล่าวนี้มักประปราย ละเมิดและมักไม่มีประสิทธิผล³⁷

มาตรการควบคุมการเข้าถึงและหาซื้อ (Regulating the Physical Availability)

37. มาตรการนี้หมายถึงความยากง่ายในการหาซื้อและบริโภค ทุกประเทศมีกฎเกณฑ์ไม่มากนักน้อยในการหาซื้อดังตัวอย่างบางประเทศในกลุ่มประเทศยุโรป (ตารางที่ 3) มาตรการย่อยในกลุ่มนี้ได้แก่
- **ใครสามารถซื้อ** หรือการจำกัดอายุผู้ซื้อ มีประเทศอย่างน้อย 76 ประเทศที่มีกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ มี 8 ประเทศกำหนดอายุที่ 21 ปี เช่น ชิลี เบลารุส อียิปต์ ยูเครน และบางรัฐ ของสหรัฐอเมริกา โดยประเทศส่วนใหญ่กำหนดไว้ที่อายุ 18 ปี ในขณะที่ 15 ประเทศที่ไม่ค่อยเข้มงวดเช่น ฝรั่งเศส เบลเยียม อิตาลี แคมเบีย แทนซาเนีย กำหนดอายุขั้นต่ำเพียง 16 ปี³⁸ จากการศึกษาพบตรงกันหมดว่า การลดอายุขั้นต่ำให้ซื้อได้ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราเกิดเหตุมากขึ้นในทางกลับกันการเพิ่มอายุขั้นต่ำจะลดการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้การเพิ่มอายุขั้นต่ำยังมีส่วนช่วยป้องกันการติดสุราในระยะยาว
 - **ใครขายได้บ้าง** รูปแบบที่พบบ่อยๆ ในการควบคุมสุราคือมาตรการการให้สัมปทานหรือใบอนุญาตทั้งในกระบวนการผลิตและหรือการจำหน่ายซึ่งเป็นมาตรการที่ปฏิบัติกันอยู่ในมากกว่า 40 ประเทศ เช่นประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย บางรัฐของสหรัฐอเมริกาและบางจังหวัดของแคนาดาการขายปลีกถูกผูกขาดโดยรัฐ ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอยู่ในระดับต่ำ³⁹
 - **ซื้อได้ที่ไหนบ้าง** หรือการจำกัดการขายเครื่องดื่มบางประเภทแยกตามแหล่งขาย การวิจัยในปี 1987 พบว่าเมื่อรัฐ North Carolina อนุญาตให้จำหน่ายสุรากลั่นใน pub และร้านอาหาร มีผลให้การบริโภคแอลกอฮอล์สูงขึ้นร้อยละ 6-8 และอุบัติเหตุจากการเมาสุราสูงขึ้นร้อยละ 16-24
 - **เวลาหรือวันไหน จำกัดวันและเวลาซื้อขาย** มาตรการนี้มีในเกือบทุกประเทศ⁴⁰ จากการศึกษาพบว่า ในสวีเดน การปิดการจำหน่ายให้เร็วขึ้นในวันเสาร์สามารถลดบริโภคและการจับกุมการเมาสุราลงได้ร้อยละ 10⁴¹ ผลทำนองเดียวกันพบในนอร์เวย์⁴² และฟินแลนด์⁴³
 - **จำกัดความหนาแน่นและตำแหน่งของแหล่งขาย** ในบางประเทศมีการห้ามขายในบริเวณใกล้โบสถ์ โรงเรียน และบริเวณการแข่งขันกีฬา⁴⁴ การศึกษาใน ฟินแลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา⁴⁵ พบว่ายิ่งหนาแน่นมากนำมาซึ่งการขายและการบริโภคที่มากขึ้นอย่างชัดเจน

38. โดยทั่วไปมาตรการในกลุ่มนี้ได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในประเทศที่มีการดำเนินการ ผลที่ได้ในการลดการบริโภคขึ้นกับความมากมายของจำนวนมาตรการย่อยที่มีการดำเนินการ เกณฑ์ และความจริงจังเข้มงวดในการบังคับใช้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายของการดำเนินการใช้นโยบายหรือมาตรการในกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ จึงอาจกล่าวได้ว่านโยบายและมาตรการในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพสูงในการลดการบริโภค อย่างไรก็ตาม การผลักดันให้รัฐมีนโยบายดังกล่าวต้องอาศัยความกล้าหาญทางการเมืองของรัฐบาลและการสนับสนุนจากประชาชนส่วนใหญ่ และอาจต้องดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งนี้เนื่องจากมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวงกว้างและการเกิดการต่อต้านจากธุรกิจที่ได้รับผลกระทบ

มาตรการปรับเปลี่ยนบริบทและสิ่งแวดล้อมในการดื่ม (Modifying the drinking context)

39. รูปแบบของมาตรการนี้ที่มีประสิทธิภาพคือการอบรมผู้ขายทั้งความรู้ เจตคติและทักษะในการให้บริการ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความรับผิดชอบ (Responsible Beverage Service, RBS) และการรับผิดชอบต่อกฎหมายของผู้ขาย (legal liability) การประสานงานกับสายตรวจของตำรวจ มาตรการนี้นอกจากจะลดการดื่มเหล้าแบบหัวราน้ำของลูกค้าแล้ว ยังลดการเกิดการทะเลาะวิวาทในสถานบริการเหล่านั้นอีกด้วย ในปี 1994 ผลจากการบังคับให้มีการอบรมผู้จำหน่ายแอลกอฮอล์ทุกประเภทในรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา ทำให้มีการลดลงของอุบัติเหตุที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อการอบรมผ่านไปเพียงร้อยละ 55 ของผู้จำหน่ายแอลกอฮอล์ และที่รัฐเท็กซัส การฟ้องร้องผู้จำหน่ายในปี 1983 และ 1984 ทำให้มีการลดลงของอุบัติเหตุจากร้อยละ 6.5 และ 5.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจตราของตำรวจสายตรวจตามบาร์ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ให้บริการปฏิเสธการบริการผู้ดื่มที่เริ่มเมา โดยเพิ่มจากการปฏิเสธร้อยละ 17.5 เป็น ร้อยละ 54.3 เมื่อตำรวจสายตรวจเริ่มแวะเวียนมาตรวจตรา⁴⁶
40. ในหลายประเทศมีการจำกัดหรือห้ามดื่มในสถานที่บางประเภทและการชุมนุม เช่นการแสดง การแข่งขันต่างๆ (ตารางที่ 4) จากการศึกษาพบว่า การห้ามดื่มในสถานทำงานมีผลดีต่อการผลิตและการลดลงของอุบัติเหตุจากการทำงาน⁴⁷ และลดการทะเลาะวิวาทและความรุนแรงในการแสดงดนตรีและการแข่งขัน
41. การรวมตัวของชุมชนเพื่อกดดันหรือเรียกร้องให้สถานบริการควบคุมและรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของนักดื่ม (ส่งเสียงดังและทะเลาะวิวาท) โดยออกระเบียบของท้องถิ่นในชุมชนหลายแห่งในประเทศออสเตรเลีย ส่งผลให้จำนวนผู้ถูกจับเพราะความเมามายและปัญหาการทะเลาะวิวาทลดน้อยลงในท้องถิ่นดังกล่าว⁴⁸

มาตรการลดและป้องกันปัญหาสังคมที่เกิดจากการบริโภค

42. ปัญหาสังคมสำคัญที่สุดที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ อุบัติเหตุจากรางจากความเมามาย นโยบายการป้องปราม (deterrence based approach) ไม่ให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสไปทำอันตรายต่อผู้อื่นภายหลังการดื่ม เป็นนโยบายที่พบได้บ่อยกว่าการจำกัดการบริโภคที่เกิดจากความคุมปริมาณสุรา ราคาและกิจกรรมส่งเสริมการบริโภค นโยบายนี้มีเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่สำคัญคือการแยกการขับขี่ยานพาหนะกับการดื่มหรือ

ความมีนเมาออกจากกัน มีการประเมินแล้วว่า หากนโยบายนี้มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง นโยบายนี้ในระยะยาวสามารถลดปัญหาอุบัติเหตุจราจร⁴⁹ ประมาณร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 30⁵⁰ ได้อย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ มาตรการที่มีการใช้ค่อนข้างมากในประเทศต่างๆ ได้แก่

43. มาตรการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ จากการศึกษาที่โด่งดังในออสเตรเลียพบว่าการสุ่มตรวจที่มากพออย่างสม่ำเสมอแบบไม่รู้ตัวล่วงหน้า (RBT, Random breath testing) ที่เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของผู้ขับขี่ถึงโอกาสที่จะถูกสุ่มตรวจ ทำให้ลดการตายจากอุบัติเหตุลง ร้อยละ 22 และการเกิดอุบัติเหตุจากการเมาลงร้อยละ 36 นอกจากนี้ การใช้มาตรการที่เด็ดขาดโดยการขอเข้าตรวจมีโอกาสดูงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากความหวาดหวั่นกลัวการจับกุมมากขึ้น⁵¹ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพราะสัดส่วนของการละเมิดกฎหมายอาจสูงมากในหมู่ผู้ขับขี่ในภาวะมีนเมาเพราะการยับยั้งชั่งใจลดต่ำลงและก่อให้เกิดการเพิกเฉยต่อกฎหมายหากความหวาดหวั่นกลัวการจับกุมนั้นลดลง จากข้อสรุปดังกล่าวบางประเทศจึงอนุญาตให้เจ้าหน้าที่สามารถตั้งด่านตรวจวัดลมหายใจได้ตามถนนเลย และเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการลงโทษเช่นยึดใบขับขี่ได้ทันทีเมื่อพบการกระทำผิด การวิจัยในสหรัฐอเมริกาได้ยืนยันประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว⁵²
44. การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและในลมหายใจผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นรถ เรือ และเครื่องบินให้ลดต่ำลง (Lowered BAC limits) โดยอาจมีความแตกต่างตามยานพาหนะที่ขับ และเป็นกฎระเบียบที่ทุกประเทศใช้ดำเนินการควบคู่กับมาตรการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ การอนุญาตให้ผู้รักษากฎหมายเข้าตรวจหรือจับกุมได้ตามระดับแอลกอฮอล์เป็นวิธีการที่ดีกว่าการตัดสินจากพฤติกรรมหรืออาการ โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามคำสั่ง เช่น เดินให้ดู มีประเทศอย่างน้อย 54 ประเทศที่กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ยังอนุญาตให้ขับขี่ยานพาหนะได้ แม้ว่ามี 8 ประเทศในกลุ่มยุโรปกลางและยุโรปตะวันออกห้ามมิให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยสิ้นเชิงในการขับขี่ยานพาหนะ แต่ประเทศส่วนมากกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.05 g% (14 ประเทศ) หรือ 0.08 g% (18 ประเทศ) บางประเทศมอบอำนาจให้แต่ละรัฐเป็นผู้กำหนด เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามี 17 รัฐกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.08 g% ในขณะที่รัฐอื่นๆที่เหลือกำหนดที่ 0.10 g% บางรัฐมีข้อกำหนดแยกเฉพาะกลุ่มเช่นกลุ่มผู้ขับขี่ที่มีอายุน้อยอนุญาตให้มีแอลกอฮอล์ในเลือดได้ระหว่าง 0.0 g% ถึง 0.05 g% เพื่อลดอันตรายจากการขับขี่ยานพาหนะในกลุ่มนี้ ประเทศสเปนกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยขึ้นอยู่กับชนิดของยานพาหนะที่ขับขี่ เช่น ไม่เกิน 0.03 g% สำหรับผู้ขับพาหนะขนส่งมวลชน 0.05 g% สำหรับผู้ขับขี่ยานพาหนะน้ำหนักเกินกว่า 3,500 กิโลกรัมขึ้นไป และ 0.08 g% สำหรับผู้ขับขี่ยานพาหนะทั่วไป
45. วัยรุ่นอายุระหว่าง 16 ถึง 20 ปีเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่สุด เนื่องจากการมีประสบการณ์การขับขี่ยังไม่มากและแนวโน้มการทดลองดื่มอย่างหนักแบบหัวราน้ำ มาตรการฝึกอบรมและการให้การศึกษาในระบบโรงเรียนได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่ได้ผลหรือไม่สามารถสรุปว่าได้ผลหรือไม่ วิธีที่มีประสิทธิผลคือการให้ใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้หัดขับซึ่งมีเงื่อนไขเข้มงวดกว่าและต้องใช้เวลาขับขี่ระยะหนึ่งก่อนที่จะได้รับ

ใบอนุญาตปกติ การกำหนดผู้ขับปลอดแอลกอฮอล์ (designated driver schemes) ไม่มีหลักฐานชัดเจนในการลดอุบัติเหตุจากรถการเมาสุราและบางการศึกษาพบว่ามีส่วนทำให้ผู้ที่ไม่ได้ถูกกำหนดว่าเป็นคนขับดื่มหนักมากยิ่งขึ้น

46. การบังคับใช้และลงโทษ การทำโทษโดยการเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่เป็นมาตรการที่ได้ผลอย่างชัดเจน แต่การปรับ/คุมขังได้ผลไม่ชัดเจนและคลุมเครือเป็นข้อสรุปจากการศึกษาจำนวนมาก สำหรับ มาตรการต่อผู้ฝ่าฝืนซ้ำซาก การเพิกถอนใบอนุญาตทั้งระยะสั้นและระยะยาวเป็นมาตรการที่ได้ผลชัดเจนมากกว่าการรักษา

มาตรการการศึกษา การรณรงค์โน้มน้าว (Educational Campaign and Public Service announcement)

47. การให้ความรู้ การสร้างคุณค่าแห่งตน (self-esteem) และทักษะการเข้าสังคมในระบบโรงเรียนเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้นักเรียนมีความรู้และเปลี่ยนทัศนคติแต่ก็มีผลช่วงสั้นๆและเป็นที่น่าผิดหวังว่าไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มในระยะยาว จากการศึกษาจำนวนมากพบว่า ไม่มีหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิผลโดยปราศจากมาตรการควบคุมอื่นๆ การบรรจุหลักสูตรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในโรงเรียน ในชุมชนรวมทั้งในศูนย์อนามัยต่างๆ และนักศึกษามหาวิทยาลัย⁵³ โดยกลุ่มเยาวชนถูกเน้นเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก และวิธีการที่ใช้หลายรูปแบบเช่นการใช้กลุ่มเพื่อนเป็นตัวชักจูงหรือใช้วิธีการรณรงค์อย่างกว้างขวางเพื่อต่อต้านการเมาแล้วขับ มาตรการเหล่านี้มักต้องเผชิญกับสิ่งยั่วยุต่างๆ ในสังคมรอบตัว รวมทั้งการโฆษณาสุราซึ่งมีอยู่มากมายหลายรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลการศึกษาหลายแห่งพบว่า การโฆษณาชวนเชื่อและสิ่งยั่วยุต่างๆ มักได้ผลมากกว่าหรือบั่นทอนผลของความพยายามด้านป้องกัน ส่งผลให้ปัญหาเนื่องจากสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^{54,55}

48. การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆของรัฐและองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ (non government organization) เกี่ยวกับอันตรายต่างๆจากการดื่มและการดื่มที่มีความรับผิดชอบพบว่าผู้ไม่ได้กับบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีเงินมหาศาลในการโฆษณาและการตลาดทั้งในแง่ความถี่และเนื้อหาที่น่าสนใจกว่าเพื่อการจูงใจให้ดื่ม การตลาดเพื่อสังคม (social marketing) เพื่อสร้างการตระหนักและค่านิยมใหม่ที่ถูกต้องต่อการบริโภคและปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์ พบว่ามาตรการนี้ใดๆมีผลเล็กน้อยต่อเจตคติแต่ก็ไม่ได้ผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่มาตรการนี้มักได้ผลเมื่อมีการดำเนินการควบคู่กับมาตรการการลดอุบัติเหตุจากรถการเมาแล้วขับเช่นมาตรการสุ่มตรวจและการตรวจระดับแอลกอฮอล์ และลงโทษ⁵⁶

49. การกำหนดให้มีคำเตือนบนภาชนะบรรจุซึ่งถือเป็นการให้การศึกษารูปแบบหนึ่งนั้นพบว่า ในระดับประเทศพบในอย่างน้อย 9 ประเทศ (ได้แก่บราซิล โคลอมเบีย คอสตาริกา เอกวาดอร์ ฮอนดูรัส เม็กซิโก เกาหลีใต้ สหรัฐอเมริกา และซิมบับเว) และมีสองประเทศที่มีกฎหมายเช่นนี้เพียงบางรัฐ เช่น ประเทศอินเดียที่ทุกรัฐที่มีการอนุญาตการบริโภคแอลกอฮอล์ให้มีการเขียนคำเตือนบนภาชนะบรรจุ แต่เป็นเพียงการสนับสนุนเท่านั้นไม่ใช่เป็นกฎหมาย และในประเทศแคนาดานั้นขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแต่ละรัฐ ประสิทธิภาพของการติดฉลากคำเตือนเช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การให้ข้อมูลข่าวสารอื่นๆนั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัดนักเพราะไม่สามารถแยกแยะผลดังกล่าวจากการรับรู้รูปแบบอื่นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษารูปแบบในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงผลของมาตรการติดฉลากคำเตือนซึ่งประกาศใช้ในปี ค.ศ. 1989 พบว่าได้ผลในกลุ่มนักดื่มอายุน้อยและคนที่ดื่มหนัก และยังการที่นักดื่มรับรู้เกี่ยวกับคำเตือนมากเท่าใดก็ทำให้เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เช่นลดภาวะเมาแล้วขับ หรือลดการดื่มในช่วงตั้งครรถ์ อย่างไรก็ตามก็ดื่มไม่ได้ผลในการเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมการดื่มของคนทั่วไป⁵⁷

มาตรการการรักษาและการให้การบำบัดแต่เนิ่นๆ (Treatment and Early Intervention Services)⁵⁸

50. การรักษาและให้การบริการการรักษาโดยเร็วแก่ ผู้มีปัญหาในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะเป็นการดื่มหนักจนเมามาหรือขั้นเสพติดนั้นอาจถือเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมในระยะยาว การรักษามักเริ่มต้นจากขั้นตอนวินิจัย การให้การรักษาและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันมีวิธีและแบบแผนการรักษามากกว่า 40 วิธีในหลายรูปแบบทั้งการรักษาที่บ้าน สถานบำบัดเฉพาะ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช จากการประเมินผลการรักษาพบว่าไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะได้ผลดีกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยในในสถานบำบัดหรือโรงพยาบาล แต่การรักษาที่เน้นการปรับพฤติกรรม (behavioral treatment) ได้ผลมากกว่าการรักษาที่เน้นความตระหนักถึงปัญหา (insight-oriented therapies) อย่างไรก็ตามเมื่อมีการรักษาโดยวิธีใดก็ตามจะมีการลดลงของการดื่มและอันตรายที่เกิดจากการดื่ม

51. การรักษาด้วยยาใหม่ๆ ได้ผลในการรักษาผู้ติดสุราเรื้อรังในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เช่น Naltrexone และ Acamprosate (calcium acetylhomotaurinate) ร่วมกับวิธีการ 12 ขั้น (Twelve-Step Facilitation) ของกลุ่ม Alcoholic Anonymous พบว่าได้ผลดีเสริมซึ่งกันและกัน

52. กลยุทธ์การรักษาปัญหาอันเนื่องมาจากสุรามักมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลเป็นหลักมากกว่ากลุ่มประชากร แต่ละประเทศมีแนวทางการรักษาหลายรูปแบบตั้งแต่ใช้ความสมัครใจจนถึงการบังคับ รักษาในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช ในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยการบูรณาการในงานสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชน การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และรักษาแผนโบราณ เป็นต้น ประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศมีระบบการรักษาผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ที่เป็นระบบซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งหมด แต่มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีระบบการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆและทรัพยากรเพื่อการรักษานั้นถ้ามีก็มักมีน้อย อาจ

กล่าวได้ว่าในโลกนี้การเข้าถึงบริการการรักษาที่มีประสิทธิผลและประชาชนพอที่จะจ่ายได้ยังไม่พอเพียง และทั่วถึงในประเทศส่วนใหญ่

53. การให้การรักษาชั่วสั้น (brief intervention) พบว่าได้ผลดีสำหรับคนที่เพิ่งมีปัญหา และเป็นທີ່คาดการณ์ว่า หากสามารถกระจายการรักษาให้ทั่วถึงทั้งในคลินิกและในชุมชนแล้วน่าจะก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีต่อสังคมในภาพรวมของชุมชนนั้นๆ ซึ่งยังคงเป็นเรื่องที่เปิดกว้างสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริบทระหว่างประเทศ (The International Context of Alcohol Policy)

54. ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์และข้อตกลงการค้าทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี การพัฒนานโยบายและการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นนับวันจะได้รับความกดดันและมีข้อจำกัดมากขึ้นหากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกจัดให้เป็นสินค้าปกติที่ต้องทำตามข้อตกลงการค้าที่มีต่อกัน นอกจากนี้ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศซึ่งการผลิตและการจัดจำหน่ายเคยถูกผูกขาดโดยรัฐต้องถูกบีบให้ปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ(structural adjustment) ให้เปิดเสรีและปรับเป็นของเอกชน (privatization) ตามเงื่อนไขหรือการแลกเปลี่ยนเพื่อรับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจจากองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อราคาและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทิศทางที่การบริโภคมีเพิ่มมากขึ้น
55. ในอีกด้านหนึ่ง กระแสการรวมตัวของประเทศที่มีพรมแดนร่วมกันหรือมีความใกล้ชิดทางภูมิศาสตร์เข้าเป็นเขตเศรษฐกิจต่างๆ ทำให้เห็นการปรับเข้าหากัน (convergence) ของนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่น อัตราภาษีศุลกากรเช่นที่เกิดขึ้นในกลุ่มสหภาพยุโรป

กระบวนการพัฒนานโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

56. เนื่องจากนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ พฤติกรรมและสิทธิของรัฐ ชุมชน และประชาชนทุกหมู่เหล่า การพัฒนานโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจำเป็นต้องเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ละเอียดและรอบคอบโดยมีตัวแทนเข้าร่วมจากทั้งภาครัฐ เอกชน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ทั้งผู้ผลิต การตลาด การโฆษณาประชาสัมพันธ์ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
57. การพัฒนา การวางแผนและคัดเลือกนโยบายจึงจำเป็นต้องพิจารณาประสิทธิผลจากประสบการณ์การดำเนินที่ผ่านมา จากการศึกษาประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการซึ่งพบว่า (ตารางที่ 6)^{59 60}

กลุ่มที่ได้ผลมาก ได้แก่ การจำกัดการเข้าถึงและหาซื้อ (จำกัดอายุผู้ซื้อ และความรับผิดชอบทางกฎหมาย และค่าเสียหายของผู้ขาย) มาตรการราคาและภาษี การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ (RBT, Random

breath testing) และการลดระดับที่ไม่ผิดกฎหมายของแอลกอฮอล์ในลมหายใจและในเลือด (Lowered BAC limits)

กลุ่มที่ได้ผลปานกลาง ได้แก่ จำกัด เวลาขาย ความหนาแน่นของแหล่งขาย การห้ามการโฆษณา การรักษาพยาบาลผู้ติดเหล้า

กลุ่มที่ไม่ได้ผล ได้แก่ การควบคุมตนเองโดยสมัครใจของผู้ขายและผู้ผลิต การศึกษา และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

58. ปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่รุนแรงใหญ่โต มีรากทางสังคมและวัฒนธรรมที่ซึ่มลึก การแก้ไขจำเป็นต้องอาศัยปณิธานที่แน่วแน่ของทุกภาคส่วนของสังคมไทย มาตรการดำเนินการมีลำดับก่อนหลัง โดยคำนึงความพร้อมและเหมาะสมของสถานการณ์ และต้องสอดคล้องประสานในทุกองคาพยพของสังคมอย่างต่อเนื่อง นำโดยนโยบายรัฐที่มีลักษณะบูรณาการ ที่พัฒนาจากฐานความรู้ งานวิจัยและประสบการณ์ที่มีการดำเนินการมาแล้ว มากกว่าความรู้สึกหรือความเห็นของผู้กำหนดนโยบายและการมุ่งหวังผลและประโยชน์ระยะสั้นทางการเมืองและเศรษฐกิจ

เอกสารและแหล่งข้อมูลอ้างอิง

- ¹ World Bank Group Note on Alcohol Beverages, March 7, 2000. In <http://www.miga.org/screens/policies/arp/arp/htm> accessed 27-7-2004
- ² *Calling Time: The Nation's drinking as a major health issues*. The United Kingdom's Academy of Medical Sciences. March 2004.
- ³ Rehm J., Gutjahr E., Gmel G. *Alcohol and all-cause mortality: a pooled analysis*. Contemporary Drug Problems 2001c; 28:337-61.
- ⁴ *The World health report : 2002 : Reducing risks, promoting healthy life*. WHO, Geneva, 2002
- ⁵ Royal College of Physicians. *A Great and Growing Evil – The Medical Consequences of Alcohol Abuse*. 1987.
- ⁶ EURO CARE. The Mix of Problem. In *A summary of alcohol policy and the public good: A Guide for Action*. December, 1995.
- ⁷ Harwood H. *Updating Estimates of the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States: Estimates, Update Methods and Data*. Report prepared by the Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000.
- ⁸ *Alcohol Harm Reduction Strategy*. UK Prime Minister's Strategy Unit, London, March 2004.
- ⁹ Room R., Jernige D., Carlini Cotrim B., et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki and Geneva, Finnish Foundation for Alcohol studies and WHO, 2003.
- ¹⁰ *ปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของประชาชนไทย พ.ศ. 2542*. รายงาน. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542
- ¹¹ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2538
- ¹² ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ใน <http://www.excise.go.th/stat2b5/rev0207.htm> accessed 21-7-2547
- ¹³ จากฐานข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับองค์การอาหารและการเกษตรศาสตร์ (FAO) ที่คำนวณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีของประชากร พบว่า ปี 2543 คนไทยบริโภคต่อหัวเท่ากับ 13.59 ลิตร ใน http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data_process.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english accessed 22-6-2547
- ¹⁴ IAS Fact Sheet. *Alcohol Policies*. Institute of Alcohol Studies. March 2004.
- ¹⁵ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Policy Classification and Information System*. National Institute of Health, USA http://alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/index.asp?SEC={1EB2EBF1-E8F0-4099-B1D7-5809CDC7A43C}&Type=B_LIST Accessed 12-6-2547

-
- ¹⁶ Juhani L. *Approaches to alcohol control policy*. WHO Regional Publications, European Series, No, 60, 1995.
- ¹⁷ EUROCARE-Advocacy for the Prevention of Alcohol Related Harm in Europe. *A summary of Alcohol Policy and the Public Good: A Guide for Action*. WHO, Europe. December, 1995.
- ¹⁸ Osterberg E. *Do alcohol price affect consumption and related problems*. In: Holder HD. And Edwards G. (eds.) *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues*. Oxford University Press: Oxford, 1995.
- ¹⁹ Kendall RE., et al. *Influence of an increase in excise duty on alcohol consumption and its adverse effects*. British medical journal 287:809-811, 1983.
- ²⁰ Coate D. and Grossman M. *Effects of alcohol beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use*. Journal of Law and Economics 31:145-171, 1988.
- ²¹ Richardson J. *Alcohol Taxation to Reduce the Social Cost of Alcohol*. A paper commissioned by the National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse. Curtin University of Technology, 1989.
- ²² Sewell K. *International Alcohol Policy: A Selected Literature Review*. Scottish Executive Central Research Unit. Health and Community Research Programme. Research Finding No. 15. 2002
- ²³ Cook P. and Moore M. *Violence reduction through restrictions on alcohol availability*. Alcohol health and research world 17:151-156, 1993.
- ²⁴ Olsson O. *Prisets och inkomstens betydelse for alkoholbruk, misbruk och skador [The impact of price and income on alcohol use, misuse and harm]*. Stockholm, Council for Alcohol and Drug, 1991.
- ²⁵ Bygvra S. *Gransehandel mellem Danmark og Vesttyskland [Border trade between Denmark and West Germany]*. In: Tigerstedt C. *EG, alcohol och Norden [EC, alcohol and the Nordic countries]*. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 1990.
- ²⁶ Jernigan D. *Thirsting for markets: the global impact of corporate alcohol*. San Rafael, California. The Marin Institute, 1997.
- ²⁷ Aslam S., Barham L., Bramley-Harker E., et al. *Alcohol in London: A Cost-Benefit Analysis*. A final report for the Greater London Authority, January 2003.
- ²⁸ The National Alcohol Information Resource. *Alcohol Statistics Briefing*. Information Service Division, June 2004.
- ²⁹ Tighe A. *Statistical Handbook 2003*. Brewing Publications Limited: London, 2003
- ³⁰ IAS Fact Sheet. *Alcohol and Advertising*. Institute of Alcohol Studies. 2004.
- ³¹ World Advertising Research Centre. *Advertising Statistics Yearbook*. World Advertising Research Centre: Henry-Upon-Thames, 2002.

-
- ³² Cook E., et al. (forthcoming) *Desk research to examine the influence of marketing and advertising by the alcohol industry on young people's alcohol consumption*. Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, research prepared for the WHO.
- ³³ Saffer H. *Alcohol advertising and motor vehicle fatalities*. Review of Economics and Statistics. August :431-442, 1997.
- ³⁴ Saffer H. and Dave D. *Alcohol Advertising and Alcohol Consumption by Adolescents*. NBER Working Paper No. 9482.
- ³⁵ Nelson JP. *Advertising ban, monopoly, and alcohol demand: Testing for substitution effects using state panel data*. Review of Industrial Organization 22(1):1-25, 2003.
- ³⁶ Tremblay VJ. and Okuyama K. *Advertising restriction, competition, and alcohol consumption*. Contemporary Economic Policy 19(3):313-321, 2001.
- ³⁷ Babor T, Caetano R, Casswell S, et al. *Alcohol: no ordinary commodity, research and public policy*. Oxford Medical Publications, 2003.
- ³⁸ Rossi D. *Alcool: consumi e politiche in Europa [Alcohol: consumption and policy in Europe]*. Rome, Permanent Observation on Youth and Alcohol, 1992 (Quaderni dell'Osservatorio, No. 1).
- ³⁹ Kortteinen T., ed. *State monopolies and alcohol prevention*. Helsinki, Social Research Institute of Alcohol Studies, 1989.
- ⁴⁰ Osterberg E. Current approaches to limit alcohol abuse and the negative consequence of use. A comparative overview of available options and assessment of proven effectiveness. In: *Negative social consequences of alcohol use*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Social Affairs, 1991.
- ⁴¹ Olsson O. and Wikstrom PO. *Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden*. Contemporary drug problems 6:325-353, 1982.
- ⁴² Nordlund S. *Effects of Saturday closing of wine and spirits shop in Norway*. Oslo, national Institute for Alcohol Research, 1985.
- ⁴³ Saila SL. *Lauantaisulkemiskokeilu ja juopumushairiot [Saturday closing experiment and public order problems related to drunkenness]*. Helsinki, Social Research Institute of Alcohol Studies, 1978.
- ⁴⁴ Nordlund S. *Norway. A country profile*. In: Kortteinen, T., ed. *State monopolies and alcohol prevention*. Helsinki, Social Research Institute of Alcohol Studies, 1989.
- ⁴⁵ Treno AJ., Grube JW., and Marti SE. *Alcohol availability as a predictor of youth drinking and driving: A hierarchical analysis of survey and archival data*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 27(5): 835-840, 2003.

-
- ⁴⁶ McKnight AJ., and Streff FM. *The Effect of Enforcement Upon Service of Alcohol to Intoxicated Patrons of Bars and Restaurants*. *Accident Analysis and Prevention* 26(1):79-88, 1994.
- ⁴⁷ Document EUR/ICP/APR 117. *Alcohol and accidents: report of a WHO working group*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988.
- ⁴⁸ Alcohol & Public Policy Group. *Alcohol: No Ordinary Commodity. A summary of the book by Babor et al. (2003)*. *Addiction*, 98:1343-1350, 2003.
- ⁴⁹ Hingson R., Heeren T., and Winter M. *Lowering State Legal Blood Alcohol Limits to 0.08%: The Effect on Fatal Motor Vehicle Crashes*. *American Journal of Public Health* 86(9): 1,297-1,299, 1996.
- ⁵⁰ Global Alcohol Policy Alliance. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. *The Globe Issue* 3:3-10, 2003.
- ⁵¹ Ross HL. *Detering the drinking driver: Legal policy and social control*. Lexington, MA, Lexington Books, 1982.
- ⁵² Johnson DM. and Walz MC. *Preliminary assessment of the impact of lowering the illegal per se limit to 0.08 in five states*. Washington DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1994.
- ⁵³ Glassman T. *The failure of higher education to reduce the binge drinking rate*. *Journal of American College Health* 51(3): 143-144, 2002.
- ⁵⁴ Wyllie A., Zhang JF. and Casswell S. *Positive responses to televised beer advertisements associated with drinking and problems reported by 18-29-year-olds*. *Addiction* 93:749-760, 1998.
- ⁵⁵ Wyllie A., Zhang JF. and Casswell S. *Responses to televised advertisement associated with drinking behavior of 10-17-year-olds*. *Addiction* 93:361-371, 1998.
- ⁵⁶ อึ้งແຕ້ງ: EURO CARE-Advocacy for the Prevention of Alcohol Related Harm in Europe. (17)
- ⁵⁷ Greenfield TK. *Warning labels: Evidence on harm reduction from long-term American surveys*. In: Plant M., Single E., Stockwell T., eds. *Alcohol: Minimising the Harm. What Works?* New York, Free Association Books, 1997.
- ⁵⁸ อึ้งແຕ້ງ Alcohol & Public Policy Group (48).
- ⁵⁹ Alcohol Policies. Institute of Alcohol Studies Fact Sheet. 16 March 2004. Major Reference: Babor T, Caetano R, Casswell S, et al. *Alcohol: no ordinary commodity, research and public policy*. Oxford Medical Publications, 2003.
- ⁶⁰ อึ้งແຕ້ງ Juhani L. (16).