

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560

อริบ ตันอารีย์*

พลเทพ วิจิตรคุณากร†

ผู้รับผิดชอบบทความ: พลเทพ วิจิตรคุณากร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เป็นรายภูมิภาคและรายจังหวัด โดยใช้ค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index, PAPI) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร (สพบส.) พ.ศ. 2560 ซึ่งใช้แบบแผนการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (stratified 2-stage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120,003 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบถ่วงน้ำหนัก นำเสนอเป็นค่าร้อยละและค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัด ซึ่งคำนวณจาก 5 ประเด็นสถานการณ์แอลกอฮอล์ในแต่ละจังหวัดเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 (ความเสี่ยงต่ำที่สุด) ถึง 1 (ความเสี่ยงสูงที่สุด) ผลการศึกษาพบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35.4 และ 32.8 ตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 19.0 และ 16.8 ตามลำดับ) สูงกว่าภูมิภาคอื่น ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของการดื่มประจำและดื่มหนักสูงกว่าภูมิภาคอื่น จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) เชียงราย (0.69 คะแนน) พิษณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) ดังนั้น สรุปได้ว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีความหลากหลายของประเด็นปัญหาที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ โดยพื้นที่ที่ควรมีการแก้ไขโดยด่วน ได้แก่ จังหวัดลำปางและเชียงราย รวมถึงภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ควรประกอบด้วย การสร้างกลไกขับเคลื่อนตามประเด็นปัญหาในระดับท้องถิ่น ร่วมกับการผลักดันเชิงนโยบายในระดับประเทศ

คำสำคัญ: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด, ประเทศไทย

Alcohol Drinking and Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) in Thailand: The 2017 Survey

Athip Tanaree*, Polathep Vichitkunakorn†

* Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

† Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Corresponding author: Polathep Vichitkunakorn, polathep.v@psu.ac.th

* โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

† ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Received 15 October 2019; Revised 8 December 2019; Accepted 8 December 2019

Abstract

The objective of this study was to report drinking patterns and alcohol-related health risks using Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) of Thai population by region and province. Data from the 2017 Cigarette Smoking and Alcohol Drinking Behavior Survey, a stratified two-stage random sampling to select 120,003 Thai participants aged 15 years and over, were analyzed using descriptive statistics. The prevalence was estimated by weighted proportion and presented at national, regional and provincial levels. A composite PAPI score, ranging from 0-1, was also calculated to represent a relative level of alcohol risk problem in each province. At regional level, the Northern and Northeastern regions had the highest prevalence of adult (35.4% and 32.8%, respectively) and adolescent drinkers (19.0% and 16.8%, respectively), while the Central and Southern regions had the highest proportions of regular to heavy drinkers and drink driving. Provinces with the highest PAPI score were scattered in the Northern and Central regions, including Lampang (0.72 point), Chiang Rai (0.69 point), Phitsanulok (0.65 point), Chantaburi (0.64 point) and Sukhothai (0.63 point). This study showed that alcohol use and related problems remained significant health issues in Thailand with a diversity of specific problems that needed to be prioritized in each local area. Lampang, Chiang Rai, Northern, and Northeastern regions should urgently consider these issues. These hence warrant comprehensive measures targeting both establishment of local community actions and national alcohol policies.

Keywords: alcohol; Provincial Alcohol Problem Index; Thailand

ภูมิหลังและเหตุผล

จากรายงาน Global Action Plan สำหรับการป้องกันโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในสี่ของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ควรให้การป้องกันในทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเป้าหมายใน ค.ศ. 2020 หรือ พ.ศ. 2563 ว่า จะต้องลดความเสี่ยงที่เกิดจากแอลกอฮอล์ให้ได้ถึงร้อยละ 10⁽¹⁾ นอกจากนั้นแล้วเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามวาระแห่งชาติปี 2030 หรือ พ.ศ. 2573 (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งประกาศโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ระบุว่า แอลกอฮอล์เป็นอุปสรรคที่สำคัญ โดยเกี่ยวข้องกับ 13 เป้าหมายจากทั้งหมด 17 เป้าหมายหลัก⁽²⁾

สถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน

ประเด็นต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการควบคุมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพและสังคม การจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการประเมินผลมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร (สพพส.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเริ่มต้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2550 จากนั้นก็มีการสำรวจอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งครั้งล่าสุดเป็นครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีรูปแบบการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง ซึ่งมีเพียง 2 ครั้งเท่านั้น ได้แก่ การสำรวจครั้งที่ 2 และ 4 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2560 ที่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงเป็นตัวแทนได้ในระดับจังหวัด การสำรวจการเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่จังหวัด มีความสำคัญต่อการกำหนดกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของ

แต่ละพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2556 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้จัดทำรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด โดยวิเคราะห์ข้อมูล สพบส. ปี พ.ศ. 2554 โดยนำเสนอประเด็นสถานการณ์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ซึ่งประยุกต์มาจาก “ดัชนีรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (patterns of drinking score; PDS)” โดยองค์การอนามัยโลก (WHO)^(3,4)

เพื่อให้การเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันสมัย สพบส. ในปี พ.ศ. 2560 ได้กำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อให้สามารถนำเสนอข้อมูลในระดับพื้นที่ได้ นั่นคือ ระดับภาคและระดับจังหวัด เพื่อสะท้อนการทำงานของภาครัฐในหลากหลายระดับ ดังนั้น รายงานฉบับนี้จึงวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด และสะท้อนผลการกำหนดนโยบายและกลไกการป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา โดยมีการคงรูปแบบการนำเสนอในประเด็นหลักเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับรายงานฉบับเดิมได้ และเพิ่มการนำเสนอประเด็นสถานการณ์ที่อยู่ในความสนใจของภาคประชาชน เช่น ผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องของแต่ละจังหวัดในประเทศไทยและคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis)

การเก็บข้อมูลและแหล่งข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบหรือและดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 ซึ่งเก็บข้อมูล

รายบุคคลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2560 โดยมีขนาดตัวอย่างทั้งหมด 45,300 ครั้วเรือน จาก 2,315 หน่วยเขตแจงนับ (enumeration area: EA) ซึ่งใช้แบบแผนการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (stratified 2-stage sampling) โดยมีเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตและกรุงเทพมหานครเป็นชั้นภูมิหลัก และเขตการปกครอง (ในหรือนอกเขตเทศบาล) เป็นชั้นภูมีย่อย หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 คือ เขตแจงนับ (EA) และหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2 คือ ครั้วเรือนส่วนบุคคลและสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยอยู่ในครั้วเรือน

ตัวแปรและนิยาม

นักดื่มปัจจุบัน (current drinker) หมายถึง ประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้ ในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์

นักดื่มประจำ (regular drinker) หมายถึง นักดื่มที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงและแนวโน้มในการเกิดปัญหาและการติดสุรา สำหรับนักดื่มที่ดื่มน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์จะเรียกว่า **นักดื่มครั้งคราว (occasional drinker)**

การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก (binge drinking) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณการดื่มต่อครั้งตั้งแต่ 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไป ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 4 กระป๋อง, สุราขาว 5 เป๊ก, ไวน์ 4 แก้วไวน์, น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ 4.5 ขวด หรือสุราพื้นเมือง 1 ขวดใหญ่ เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทั้งหมด ใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 3.3.3 และ package survey⁽⁵⁾, maptools⁽⁶⁾ และ sp⁽⁷⁾ โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ 2 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์พื้นฐานและการคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index: PAPI) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



การวิเคราะห์พื้นฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายจังหวัด ใช้การวิเคราะห์แบบถ่วงน้ำหนัก (weighting method) ซึ่งจะทำให้ข้อมูลจากผู้ที่ถูกสุ่ม (ตัวอย่าง) สามารถสะท้อนไปถึงประชากรทั้งหมด (ประชากรเป้าหมาย) ได้

สำหรับประเด็นสถานการณ์ที่สนใจในรายงานฉบับนี้ ประกอบไปด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ (ตารางที่ 1)

ประเด็นตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2555 - 2564 และรายงาน Global status report on alcohol and

health ประจำปี พ.ศ. 2557 ขององค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้แก่ ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป และวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี

ประเด็นพฤติกรรมกรรมการดื่มที่สำคัญ ได้แก่ สัดส่วนของนักดื่มที่เป็นนักดื่มประจำ ดื่มหนัก และดื่มแล้วขับชียานพาหนะ

การคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index; PAPI)

รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 1 ข้อคำถามและวิธีการคำนวณสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ข้อคำถาม	การคำนวณ	
		ตัวตั้ง	ตัวหาร
1. ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)	“เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” (ข้อ D1)	ประชาชนที่ตอบตัวเลือก 3 ถึง 10 ได้แก่ ทุกความถี่ของ “ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”	ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ตอบคำถามข้อนี้ ซึ่งรวมถึง “ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตนี้” และ “เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”
2. ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี)	“เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” (ข้อ D1)	ประชาชนที่ตอบตัวเลือก 3 ถึง 10 ได้แก่ ทุกความถี่ของ “ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”	เฉพาะประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 19 ปีที่ตอบคำถามข้อนี้ ซึ่งรวมถึง “ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตนี้” และ “เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว”
3. สัดส่วนของนักดื่มประจำ	“เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” (ข้อ D1)	นักดื่มที่ตอบตัวเลือก 3 ถึง 6 ได้แก่ “ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว” และมีความถี่ทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) ถึง ทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)	นักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)
4. สัดส่วนของนักดื่มหนัก	“ใน 12 เดือนที่แล้ว เคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียวหรือไม่” (ข้อ D40)	นักดื่มที่ตอบตัวเลือก 2 ถึง 9 ได้แก่ ทุกความถี่ของการดื่มหนัก	นักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)
5. สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชียานพาหนะ	“ใน 12 เดือนที่แล้ว เคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างขับรถหรือจักรยานยนต์หรือไม่” (ข้อ D49)	นักดื่มที่ตอบข้อ 1 และ 2 ได้แก่ เคยเป็นประจำและเคยเป็นบางครั้ง	นักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป)

รายจังหวัด พ.ศ. 2554 (Provincial Alcohol Report 2011) ของประเทศไทยได้ประยุกต์การใช้ดัชนีรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแบบครอบคลุมหลายปัจจัย โดยใช้ชื่อว่า “ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (PAPI)” เป็นเครื่องชี้วัดที่ประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 5 ข้อที่สำคัญ ได้แก่ (1) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่ (2) สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่ (3) สัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่ (4) สัดส่วนของการดื่มแล้วขับชียานพาหนะในประชากรผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (5) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น

การคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในแต่ละตัวชี้วัด ใช้สูตรดังนี้

$$P_i = \frac{(Value_i - Min_i)}{(Max_i - Min_i)}$$

โดยที่ P_i คือ คะแนนของแต่ละตัวชี้วัด

$Value_i$ คือ ค่าเฉลี่ยของแต่ละจังหวัด

Min_i คือ ค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

Max_i คือ ค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่มากที่สุด

หลังจากนั้นคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดจากค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวชี้วัดดังนี้

Provincial Alcohol Problem Index (PAPI)

$$= \frac{(P_1 + P_2 + P_3 + P_4 + P_5)}{5}$$

โดยที่ PAPI คือ ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัด ซึ่งจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึง ความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่ต่ำที่สุด และ 1 หมายถึง ความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่สูงที่สุด

P_1 คือ ค่าความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่

P_2 คือ ค่าสัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

P_3 คือ ค่าสัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

P_4 คือ ค่าสัดส่วนของผู้ดื่มแล้วขับชียานพาหนะต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

P_5 คือ ค่าความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น

นอกจากนั้นแล้ว งานวิจัยนี้มีการแสดงแผนภาพการกระจายตัวของดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบดัชนีความเสี่ยง โดยแบ่งจังหวัดทั้งหมด 77 จังหวัด (รวมกรุงเทพฯ) เป็น 4 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีจำนวนจังหวัดเท่าๆ กัน หรืออาจกล่าวได้ว่าแบ่งเป็นควอร์ไทล์ (quartile) เรียงลำดับจากสัดส่วนหรือระดับความรุนแรงน้อยไปมาก คือ สีเขียว เหลือง ส้ม และแดง และแสดงค่าจัดแบ่งข้อมูลเป็นควอร์ไทล์ในแผนภาพ รวมถึงนำเสนอจังหวัดที่ติดอันดับสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรก ในตารางร่วมด้วย

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หมายเลขสำคัญโครงการ 62-054-18-1) เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา

สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศและรายภูมิภาค

ในภาพรวมของประเทศ ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาของประชากรไทยเท่ากับ

ร้อยละ 28.4 โดยความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ต่ำกว่าอายุที่สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมาย พบว่ามีความชุกของนักดื่มเท่ากับร้อยละ 13.6 ของจำนวนนักดื่มทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 43.9 เป็นนักดื่มประจำ ร้อยละ 41.9 มีการดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 40.6 เคยขับรถขณะที่เพิ่งดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกรายภูมิภาค พบว่าภูมิภาคที่มีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่นสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีประมาณร้อยละ 35 และ 18 ตามลำดับ

สำหรับการดื่มในรูปแบบต่างๆ นั้น พบว่า นักดื่มประมาณร้อยละ 50 ในภาคกลางและภาคใต้ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งถือว่าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างภูมิภาคในรูปแบบการดื่มหนัก โดยสัดส่วนของนักดื่มหนักอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ของนักดื่มทั้งหมด สอดคล้องกับสัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งพบว่าภาคเหนือและภาคใต้ มีปัญหามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 50.7 และ 48.5 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนนักดื่มแล้วขับเพียงร้อยละ 20.9

สถานการณ์ในภาพของจังหวัด

สำหรับสถานการณ์รายจังหวัด สามารถนำเสนอตามประเด็นสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดได้ดังนี้ (ตารางที่ 3)

1. ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าพื้นที่ที่มีความชุกสูงของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (current drinker) ในประชากรส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ เชียงราย คือร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ ลำพูน (ร้อยละ 44.1) พะเยา (ร้อยละ 44.0) น่าน (ร้อยละ 42.4) และสุรินทร์ (ร้อยละ 40.6) จะเห็นได้ว่าประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของจังหวัดดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับ 5 ลำดับต่ำสุด ได้แก่ ยะลา (ร้อยละ 2.3) ปัตตานี (ร้อยละ 3.9) นราธิวาส (ร้อยละ 4.9) สตูล (ร้อยละ 9.9) และสงขลา (ร้อยละ 13.2)

2. ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี)

เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรวัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปี พบว่าพื้นที่ที่มีความชุกสูงของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง

ตารางที่ 2 สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศและรายภูมิภาค

ประเด็นสถานการณ์	กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ประเทศไทย
1. ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป, ร้อยละ)	25.3	27.3	35.4	32.8	16.1	28.4
2. ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี, ร้อยละ)	10.1	11.3	19.0	16.8	6.4	13.6
3. สัดส่วนของนักดื่มประจำ (ร้อยละ)	41.5	50.1	45.1	37.7	46.6	43.9
4. สัดส่วนของนักดื่มหนัก (ร้อยละ)	41.0	42.3	40.6	42.7	41.7	41.9
5. สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะ (ร้อยละ)	20.9	36.4	50.7	43.4	48.5	40.6

ตารางที่ 3 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัดตามอันดับสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

ประเด็นสถานการณ์	5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)			
ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)	1	เซียงราย	45.3	1	ยะลา	2.3
	2	ลำพูน	44.1	2	ปัตตานี	3.9
	3	พะเยา	44.0	3	นราธิวาส	4.9
	4	น่าน	42.4	4	สตูล	9.9
	5	สุรินทร์	40.6	5	สงขลา	13.2
ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี)	1	พิษณุโลก	30.9	1	นราธิวาส/พังงา/ยะลา	0
	2	หนองบัวลำภู	30.6	2	ปัตตานี	0.6
	3	ลำปาง	30.2	3	สตูล	1.5
	4	นนทบุรี	26.8	4	ระนอง	1.7
	5	สุรินทร์	25.9	5	อยุธยา	2.2
สัดส่วนของนักดื่มประจำ	1	จันทบุรี	72.4	1	กาฬสินธุ์	25.3
	2	นราธิวาส	65.9	2	ขอนแก่น	25.4
	3	อุดรดิตถ์	61.9	3	อุบลราชธานี	27.2
	4	สุราษฎร์ธานี	61.0	4	มหาสารคาม	27.3
	5	สระบุรี	60.5	5	น่าน	29.5
สัดส่วนของนักดื่มหนัก	1	เลย	73.4	1	ตราด	15.4
	2	สมุทรสาคร	60.0	2	หนองคาย	21.9
	3	ระนอง	59.4	3	สิงห์บุรี	23.5
	4	นครปฐม	59.4	4	พัทลุง	25.2
	5	ชุมพร	57.0	5	อ่างทอง	25.9
สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะ	1	เลย	78.1	1	นครปฐม	17.5
	2	พิษณุโลก	72.2	2	นราธิวาส	18.9
	3	ยโสธร	68.7	3	สมุทรปราการ	20.7
	4	พัทลุง	68.3	4	สมุทรสงคราม	20.8
	5	นครพนม	67.4	5	กรุงเทพมหานคร	20.9
ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด	1	ลำปาง	0.72	1	พังงา	0.23
	2	เซียงราย	0.69	2	ยะลา	0.25
	3	พิษณุโลก	0.65	3	นราธิวาส	0.25
	4	จันทบุรี	0.64	4	ปัตตานี	0.26
	5	สุโขทัย	0.63	5	สิงห์บุรี	0.28

12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่นอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ พิษณุโลก (ร้อยละ 30.9) รองลงมา คือ หนองบัวลำภู (ร้อยละ 30.6) ลำปาง (ร้อยละ 30.2) นนทบุรี (ร้อยละ 26.8) และสุรินทร์ (ร้อยละ 25.9) 5 ลำดับต่ำสุด ได้แก่ นครราชสีมา/พังงา/ยะลา (ร้อยละ 0) ปัตตานี (ร้อยละ 0.6) สตูล (ร้อยละ 1.5) ระนอง (ร้อยละ 1.7) และอยุธยา (ร้อยละ 2.2)

3. สัดส่วนของนักดื่มประจำ

มากกว่าครึ่งหนึ่งของนักดื่มปัจจุบันเป็นนักดื่มประจำ ซึ่งกระจายตัวอยู่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ โดยอันดับหนึ่ง ได้แก่ จันทบุรี (ร้อยละ 72.4) รองลงมา ได้แก่ นครราชสีมา อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และ สระบุรี ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มประจำต่ำที่สุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. สัดส่วนของนักดื่มหนัก

จังหวัดที่มีสัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักต่อผู้บริโภคทั้งหมดในระดับสูงกระจายตัวอยู่ในหลายภูมิภาค โดยอันดับหนึ่ง ได้แก่ เลย (ร้อยละ 73.4) รองลงมาคือ สมุทรสาคร ระนอง นครปฐม และชุมพร ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำก็มีการกระจายตัวอยู่ในหลายภูมิภาคเช่นกัน ได้แก่ ตราด หนองคาย สิงห์บุรี พัทลุง และอ่างทอง

5. สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะ

การดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับชี่ยานพาหนะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุในท้องถนนซึ่งมักมีการสูญเสียต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สิน การบาดเจ็บ พิการ จนกระทั่งการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบว่าจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มที่มีการดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะสูงสุด ได้แก่ เลย (ร้อยละ 78.1) พิษณุโลก (ร้อยละ 72.2) ยโสธร (ร้อยละ 68.7) พัทลุง (ร้อยละ 68.3) และนครพนม (ร้อยละ 67.4) ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำที่สุด ได้แก่ นครปฐม (ร้อยละ 17.5) นครราชสีมา (ร้อยละ 18.9) สมุทรปราการ (ร้อยละ 20.7) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 20.8) และกรุงเทพมหานคร

(ร้อยละ 20.9)

6. ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด

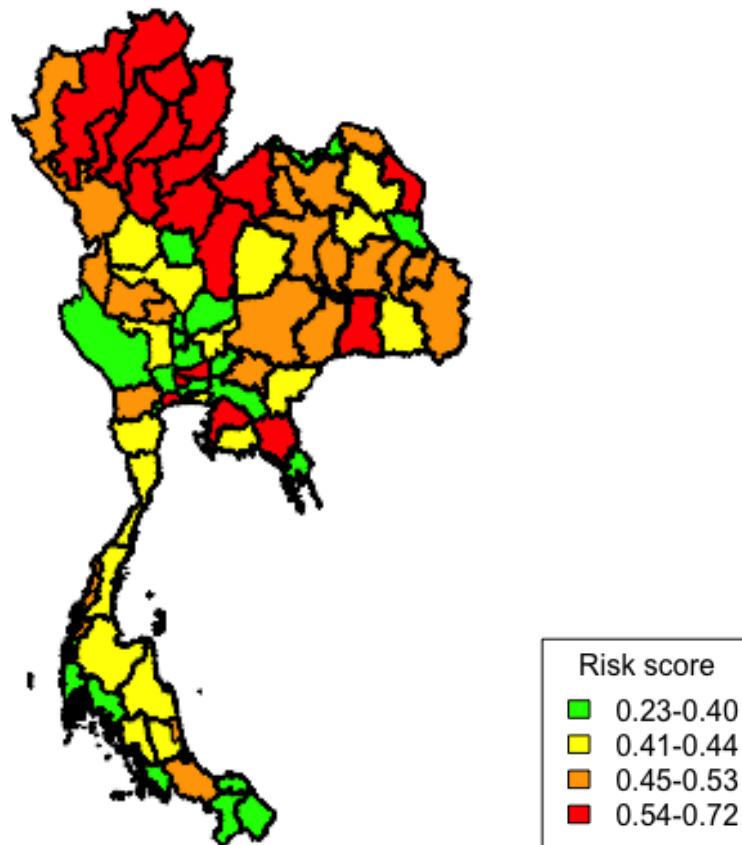
จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) รองลงมา คือ เชียงราย (0.69 คะแนน) พิษณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) และจังหวัดที่มีดัชนีต่ำที่สุด 5 ลำดับ ได้แก่ พังงา (0.23 คะแนน) ยะลา (0.25 คะแนน) นครราชสีมา (0.25 คะแนน) ปัตตานี (0.26 คะแนน) และสิงห์บุรี (0.28 คะแนน) (ภาพที่ 1)

วิจารณ์และข้อยุติ

ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยที่มีรายละเอียดมากที่สุดอยู่ในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย (สพบส.) ซึ่งถึงปัจจุบันมีการสำรวจแล้วจำนวนสี่ครั้ง ได้แก่ พ.ศ. 2550, 2554, 2557 และ 2560 โดยปกติ ข้อมูลจะนำเสนอได้เพียงระดับภูมิภาค มีเพียงการสำรวจปี พ.ศ. 2554 และ 2560 เท่านั้นที่สามารถนำเสนอหน่วยย่อยได้ถึงระดับจังหวัด ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในระดับจังหวัดมากที่สุดในปัจจุบัน

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ในอดีตมีการรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มรายจังหวัดแล้วในปี พ.ศ. 2554⁽⁸⁾ ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจเดียวกันและข้อคำถามค่อนข้างใกล้เคียงกันมาก โดยเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 28.4 ในปี พ.ศ. 2560 อาจเป็นผลของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินในระหว่างปีสำรวจทั้งสองปี เช่น โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาในทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 การปรับกฎหมายรูปแบบข้อความค่าเตือนและฉลากในปี พ.ศ. 2551 การจำกัดการเข้าถึง ได้แก่ ห้ามบริโภคบนทางเท้าในปี พ.ศ. 2555



ภาพที่ 1 แผนที่ค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัด (77 จังหวัดรวมกรุงเทพฯ)

ห้ามขายในสวนสาธารณะของรัฐในปี พ.ศ. 2556 และห้ามขายบนทางเท้า ท่าเรือ สถานีรถไฟและรอบสถานศึกษาในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15 - 19 ปี กลับพบว่าแนวโน้มความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ จากร้อยละ 14.0 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2560 สะท้อนว่า มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาไม่สามารถลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ได้เท่าที่ควร หรืออาจเป็นผลจากการรुकืบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ที่เน้นการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนมากขึ้น⁽⁹⁾ การป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปีมีความสำคัญมาก เนื่องจากพบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทาง

สุขภาพและความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง^(10,11) เพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่นๆ^(12,13) ส่งผลต่อความสามารถในประสาทการรู้คิด (neurocognitive performance)⁽¹⁴⁾ และส่งผลต่อปัญหาสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ^(15,16)

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาที่พบว่าสัดส่วนของนักดื่มที่มีรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงต่างๆ นั้นกลับเพิ่มมากขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อน กล่าวคือพบว่า สัดส่วนนักดื่มหนักเพิ่มจากร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 41.9 ในปี พ.ศ. 2560 สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับชี่ก็เพิ่มจากร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 40.6 ในปี พ.ศ. 2560 และสัดส่วนนัก

ดื่มประจำค่อนข้างคงที่ (จากร้อยละ 44.2 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 43.9 ในปี พ.ศ. 2560) อาจสะท้อนให้เห็นว่ามาตรการรณรงค์การเลิกดื่มที่ดำเนินการในวงกว้าง (air war) อาจมีผลกระทบทำให้ผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุราเป็นประจำหรือดื่มสุราเพียงเล็กน้อยตัดสินใจหยุดดื่มสุราได้เท่านั้น แต่มีผลน้อยมากกับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ซึ่งควรได้รับมาตรการที่เข้มข้นและจำเพาะกับปัญหา เช่น มาตรการคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุรา มาตรการดื่มไม่ขับ⁽¹⁷⁾ ผลการศึกษาที่พบว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นสูงที่สุด ในขณะที่ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของนักดื่มหนักและนักดื่มประจำสูงที่สุด อาจสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างทางค่านิยมและแบบแผนการดื่มที่แตกต่างกันในแต่ละท้องที่ กล่าวคือ แม้ภาคกลางและภาคใต้จะมีความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าภาคเหนือ แต่จะมีแนวโน้มดื่มแบบมีความเสี่ยงมากกว่า อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบดังกล่าวไม่มีการทดสอบทางสถิติ จึงควรระมัดระวังในการนำไปใช้

เปรียบเทียบสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทั่วโลก

ข้อมูลล่าสุดจากรายงาน Global status report on alcohol and health ประจำปี พ.ศ. 2557 ขององค์การอนามัยโลก⁽³⁾ พบว่าความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นในประเทศไทย (ร้อยละ 28.4 และ 13.6 ตามลำดับ) ต่ำกว่าความชุกของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 53.8 และ 21.1 ตามลำดับ) และทั่วโลก (ผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 43.0 และ 26.5 ตามลำดับ) โดยความชุกดังกล่าวเกณฑ์อายุเท่ากัน คือตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ 15-19 ปี อย่างไรก็ตาม นักดื่มไทยร้อยละ 41.9 มีพฤติกรรมการดื่มหนัก ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงมากกับสัดส่วนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทั่วโลก คือร้อยละ 40.7 และ 39.5 ตามลำดับ สำหรับประเด็นสถานการณ์อื่นๆ นั้น ยังไม่มีรายงานหรืองานวิจัยอื่นๆ มา

เปรียบเทียบ เนื่องจากมีข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การพิจารณาพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ควรประกอบไปด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ “ปริมาณการบริโภค (quantity)”, “ความถี่ในการบริโภค (frequency)” และ “รูปแบบการบริโภค (drinking pattern หรือ drinking variability)”⁽¹⁸⁾ โดย “ปริมาณการบริโภครวม (total consumption)” คำนวณจากผลคูณระหว่างปริมาณการบริโภคและความถี่ในการบริโภค^(19,20) สำหรับรูปแบบการบริโภคที่สำคัญมีสองรูปแบบ ได้แก่ “การดื่มถี่ (regular drinking)” โดยนิยาม คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับหนึ่งวันหรือหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ โดยความถี่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ^(21,22) และ “การดื่มหนัก (heavy episodic drinking: HED)” คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 60 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อครั้งหรือต่อวัน ซึ่งเป็นรูปแบบที่สัมพันธ์มากกับปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ รวมถึงโรคต่างๆ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคลมชัก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และอื่นๆ⁽²³⁾ จะเห็นได้ว่าแต่ละตัวแปรก็มีความสำคัญ ดังนั้น การคำนวณคะแนนความเสี่ยงโดยรวมแต่ละตัวแปรเข้าด้วยกันจะมีประโยชน์ในกรณีนี้

การคำนวณคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์เป็นการรวบรวมตัวชี้วัดที่สำคัญต่อปัญหาสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประเทศ การคำนวณคะแนนเช่นนี้อาจเรียกว่า “composite score” ซึ่งจุดแข็ง คือ ดัชนีตัวเดียวสามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในหลากหลายแง่มุม ซึ่งมีประโยชน์มากในการสื่อสาร เนื่องจากจะทำให้บุคลากรที่ไม่ได้เข้าใจพื้นฐานทางระบาดวิทยามากนักเกิด

ความเข้าใจง่าย เช่น ความชุก สัดส่วน องค์การอนามัยโลก ได้เคยกล่าวถึงการใช้ “ดัชนีรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (patterns of drinking score: PDS)” ใน Global status report on alcohol and health ประจำปี พ.ศ. 2557^(3,4) โดยคะแนนดังกล่าวประกอบไปด้วยหกองค์ประกอบ ได้แก่ ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ยต่อครั้งที่ดื่ม (usual quantity per drinking session) การดื่มหนักในเทศกาล (fiesta binge drinking) สัดส่วนการดื่มมีนเมา (frequency of getting drunk) สัดส่วนการดื่มเกือบทุกวันหรือทุกวัน (daily drinking) การดื่มในมื้ออาหาร (drinking with meals) และการดื่มในที่สาธารณะ (drinking in public place) โดยคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 ถึง 17 และจะจัดกลุ่มเป็นสี่กลุ่ม (0 ถึง 3, 4 ถึง 6, 7 ถึง 9 และ 10 ถึง 17 คะแนน) ตามความเสี่ยงของรูปแบบการดื่ม

สำหรับการคำนวณดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (PAPI) ในการสำรวจปี พ.ศ. 2554 ในการศึกษานี้ได้ปรับรูปแบบการคำนวณและเลือกประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พบว่า คะแนนความเสี่ยงกระจายตัวเทียบเคียงกับรายงานจากการสำรวจในอดีต โดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนความเสี่ยงสูงเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) เชียงราย (0.69 คะแนน) พิชณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) ดัชนีระดับจังหวัดเป็นประโยชน์มากต่อการขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนนโยบายสาธารณะ (evidence-based policy) ในกรณีนี้ จะทำงานผ่านสองกรณี ได้แก่ จังหวัดที่มีคะแนนที่ไม่ดี ผู้บริหารจะเกิดความตระหนักขึ้นและสร้างกลไกขับเคลื่อนนโยบายบางอย่างในจังหวัด ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา หลังจากมีการรายงานในปี พ.ศ. 2556 พบว่า จังหวัดพะเยามีคะแนนความเสี่ยงสูงสุด ผู้ว่าราชการจังหวัดได้กำหนด

นโยบายเร่งด่วน โดยมีเป้าหมายหลักว่า จังหวัดพะเยาจะต้องไม่เป็นจังหวัดที่มีความเสี่ยงเป็นอันดับที่หนึ่งในการสำรวจครั้งถัดไป หลังจากนั้นจึงมีความตื่นตัวและมีการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ในเชิงพื้นที่ เช่น จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2557 และกำหนดยุทธศาสตร์ห้าด้าน ดังนี้ (1) สร้างคณะทำงานและเครือข่ายทุกระดับเชื่อมต่อกองกรรมการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด (2) สร้างทีมวิทยากรกระบวนการแก้ไขปัญหา (3) พัฒนาทีมสื่อมวลชน นักจัดรายการวิทยุเชิงสร้างสรรค์สังคม (4) ควบคุมการผลิตจำหน่ายสุราชุมชน สุราเถื่อน จัดโซนนิ่ง มีมาตรการภาษี และกำหนดพื้นที่ปลอดเหล้ามากขึ้น และ (5) พัฒนาชุมชนให้เกิดเครือข่ายเข้มแข็งลดปัจจัยเสี่ยง แลกเปลี่ยนและคัดเลือคนต้นแบบ หมู่บ้านต้นแบบ และส่งเสริมการศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่มีกิจกรรมลดการดื่มสุราในพื้นที่ และเกิดเป็น “พะเยาโมเดล” โดยผลลัพธ์ที่สำคัญ เช่น “หมู่บ้านต้นแบบปลอดเหล้า 9 หมู่บ้าน” หรือความชุกและค่าใช้จ่ายจากการสำรวจของพื้นที่ลดลง รวมถึงสร้างร้านค้าต้นแบบปลอดเหล้าได้ภายในระยะเวลาไม่กี่ปี จนในการสำรวจและจัดลำดับครั้งล่าสุดหรือในรายงานนี้พบว่า จังหวัดพะเยาไม่ติดหนึ่งในห้าอันดับแรกของประเทศ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การคำนวณคะแนนดังกล่าวใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเดียว ถ้าเปรียบเทียบกับการใช้ค่าดัชนีที่อ้างอิงจากฐานข้อมูลหลายฐานอาจมีความน่าเชื่อถือมากกว่านี้ เนื่องจากมีการตรวจสอบความถูกต้องกันเองของแต่ละฐานข้อมูล (triangulation) เช่น ฐานข้อมูลยอดขายและภาษีจากกรมสรรพากร แต่เนื่องจากไม่มีการรายงานข้อมูลจากกรมสรรพากรเป็นรายจังหวัด ผู้วิจัยจึงไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ได้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ อคติจากการเก็บข้อมูลหรือ information bias โดยการสำรวจนี้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย ในช่วงเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคมเท่านั้น จึงอาจมีความแตกต่างกับรอบ

เวลา 1 ปีซ้อนหลังของข้อความได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริการโรคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย เช่น ตีมนักช่วงสงกรานต์หรือปีใหม่ และตีมน้อยช่วงเข้าพรรษา นอกจากนี้ ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมหรือการตีความข้อความก็อาจก่อให้เกิดอคติได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการจัดอบรมทีมสัมภาษณ์เพื่อลดทอนปัญหาดังกล่าวให้น้อยที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีความชุกของนักดื่ม ทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่น รวมถึงมีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ จังหวัดที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ลำปาง รongลงมา คือ เชียงราย พิษณุโลก จันทบุรีและสุโขทัยตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เน้นเรื่องข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็นหลัก โดยเน้นที่การนำดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์รายจังหวัดไปใช้ โดยผู้ใช้ข้อมูลสามารถมีได้หลากหลายระดับ เช่น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายองค์กรงดเหล้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องการได้ข้อมูลระดับจังหวัดไปผลักดันนโยบายหรือกิจกรรมระดับจังหวัดหรือภูมิภาค ตัวอย่างจังหวัดที่มีปัญหาความชุกของนักดื่มสูงสุด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (ความชุกนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่สูงสุด) พิษณุโลก (ความชุกนักดื่มประชากรวัยรุ่นสูงสุด) ในด้านพฤติกรรมเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ จังหวัดเลย (สัดส่วนของนักดื่มหนักและดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะสูงสุด)

สำหรับงานวิจัยในอนาคตนั้น แนะนำให้มีการใช้ข้อมูลรายจังหวัดจากแหล่งอื่นๆ ด้วย เช่น ข้อมูลการป่วยเป็นโรคจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือข้อมูลการขายและภาษีจากกรมสรรพสามิต เพื่ออธิบาย

กลไกของการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราของแต่ละจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่ติดอันดับต้นๆ รวมถึงศึกษาบทเรียนจากจังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงที่ต่ำด้วยเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ไม่ได้รับงบประมาณในการทำวิจัยจากแหล่งใดๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติสำหรับข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560

References

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. p. 65-70.
2. United Nations. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly [internet]. 2015 [cited 2019]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Rehm J, Rehm N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 2003;9(4):147-56.
5. Lumley T. Survey: analysis of complex survey samples. 2014. R package version. 2014;3(2).
6. Bivand R, Lewin-Koh N. Maptools: tools for reading and handling spatial objects. R package version 08. 2013;27.
7. Pebesma E, Bivand RS. Classes and methods for spatial data: the sp package. *R news*. 2005;5(2):9-13.
8. Chaiyasong S, Phakdeesettakun K, Thamarangsi T. Thailand Provincial Alcohol Report 2011. Bangkok: Thailand Substance Abuse Academic Network & Centre for Alcohol Studies; 2013. (in Thai)
9. Scott S, Muirhead C, Shucksmith J, Tyrrell R, Kaner E. Does industry-driven alcohol marketing influence adolescent drinking behaviour? A systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2017;52(1):84-94.
10. Liang W, Chikritzhs T. Age at first use of alcohol predicts the risk of heavy alcohol use in early adulthood: a longitudinal

- study in the United States. *Int J Drug Policy*. 2015;26(2):131-4.
11. Kim MJ, Mason WA, Herrenkohl TI, Catalano RF, Toumbourou JW, Hemphill SA. Influence of early onset of alcohol use on the development of adolescent alcohol problems: a longitudinal binational study. *Prev Sci* 2017;18(1):1-11.
 12. Richmond-Rakerd LS, Slutske WS, Lynskey MT, Agrawal A, Madden PAF, Bucholz KK, et al. Age at first use and later substance use disorder: shared genetic and environmental pathways for nicotine, alcohol, and cannabis. *J Abnormal Psychology* 2016;125(7):946-59.
 13. Hingson RW, Heeren T, Edwards EM. Age at drinking onset, alcohol dependence, and their relation to drug use and dependence, driving under the influence of drugs, and motor-vehicle crash involvement because of drugs. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(2):192-201.
 14. Nguyen-Louie TT, Matt GE, Jacobus J, Li I, Cota C, Castro N, et al. Earlier alcohol use onset predicts poorer neuropsychological functioning in young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 2017;41(12):2082-92.
 15. Jiang H, Xiang X, Hao W, Room R, Zhang X, Wang X. Measuring and preventing alcohol use and related harm among young people in Asian countries: a thematic review. *Glob Health Res Policy* 2018;3:14.
 16. Hingson RW, Edwards EM, Heeren T, Rosenbloom D. Age of drinking onset and injuries, motor vehicle crashes, and physical fights after drinking and when not drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33(5):783-90.
 17. Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission. Results from Implementaion the integrated management of alcohol intervention program in health care system (i-MAP Health) in piloted settings: a qualitative study. Bangkok: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2013. (in Thai)
 18. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
 19. Dawson DA. Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. *J Stud Alcohol* 1998;59(2):191-7.
 20. Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011;106 Suppl 1:4-10.
 21. National Health Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: Commonwealth of Australia; 2009.
 22. Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17(3):141-51.
 23. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010;105(5):817-43.



ภาคผนวก

ตาราง S1 ค่าคะแนนของแต่ละตัวชี้วัดและดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index: PAPI) เรียงตามตัวอักษรของจังหวัด ทั้งหมด 77 จังหวัด (รวมกรุงเทพฯ)

จังหวัด	P1	P2	P3	P4	P5	PAPI	ลำดับที่
กระบี่	0.37	0.25	0.55	0.41	0.42	0.40	58
กรุงเทพมหานคร	0.53	0.34	0.44	0.06	0.33	0.34	67
กาญจนบุรี	0.51	0.53	0.29	0.30	0.09	0.34	64
กาฬสินธุ์	0.69	0.00	0.46	0.47	0.49	0.42	51
กำแพงเพชร	0.87	0.19	0.21	0.09	0.65	0.40	57
ขอนแก่น	0.81	0.00	0.67	0.56	0.45	0.50	27
จันทบุรี	0.69	1.00	0.57	0.54	0.40	0.64	4
ฉะเชิงเทรา	0.42	0.11	0.48	0.34	0.42	0.36	62
ชลบุรี	0.76	0.66	0.56	0.40	0.41	0.56	14
ชัยนาท	0.62	0.41	0.39	0.61	0.55	0.52	23
ชัยภูมิ	0.46	0.60	0.57	0.24	0.34	0.44	40
ชุมพร	0.41	0.35	0.72	0.43	0.20	0.42	48
เชียงราย	1.00	0.60	0.39	0.79	0.69	0.69	2
เชียงใหม่	0.81	0.31	0.39	0.35	0.78	0.53	19
ตรัง	0.47	0.25	0.41	0.67	0.35	0.43	45
ตราด	0.63	0.40	0.00	0.42	0.26	0.34	66
ตาก	0.52	0.29	0.71	0.62	0.43	0.51	24
นครนายก	0.58	0.45	0.25	0.34	0.26	0.38	59
นครปฐม	0.35	0.51	0.76	0.00	0.10	0.34	65
นครพนม	0.69	0.25	0.58	0.82	0.53	0.57	11
นครราชสีมา	0.85	0.45	0.44	0.22	0.68	0.53	20
นครศรีธรรมราช	0.49	0.34	0.30	0.57	0.40	0.42	49
นครสวรรค์	0.46	0.56	0.55	0.34	0.17	0.42	52
นนทบุรี	0.68	0.60	0.41	0.14	0.87	0.54	17
นราธิวาส	0.06	0.86	0.33	0.02	0.00	0.25	75
น่าน	0.93	0.09	0.53	0.70	0.68	0.58	9
บึงกาฬ	0.57	0.30	0.71	0.24	0.60	0.48	31
บุรีรัมย์	0.51	0.70	0.43	0.34	0.54	0.50	26
ปทุมธานี	0.75	0.38	0.61	0.30	0.79	0.57	13
ประจวบคีรีขันธ์	0.66	0.49	0.19	0.32	0.41	0.41	53
ปราจีนบุรี	0.50	0.63	0.52	0.48	0.36	0.50	28
ปัตตานี	0.04	0.74	0.33	0.18	0.02	0.26	74
พะเยา	0.97	0.35	0.49	0.64	0.48	0.59	8
พังงา	0.29	0.41	0.34	0.12	0.00	0.23	77
พัทลุง	0.34	0.66	0.17	0.84	0.21	0.44	39
พิจิตร	0.45	0.28	0.30	0.45	0.22	0.34	68
พิษณุโลก	0.77	0.38	0.22	0.90	1.00	0.65	3

จังหวัด	P1	P2	P3	P4	P5	PAPI	ลำดับที่
เพชรบุรี	0.44	0.48	0.28	0.59	0.38	0.43	43
เพชรบูรณ์	0.75	0.36	0.49	0.60	0.49	0.54	18
แพร่	0.83	0.51	0.38	0.58	0.54	0.57	12
ภูเก็ต	0.51	0.21	0.48	0.48	0.35	0.40	56
มหาสารคาม	0.67	0.04	0.44	0.54	0.55	0.45	38
มุกดาหาร	0.43	0.12	0.39	0.52	0.14	0.32	69
แม่ฮ่องสอน	0.54	0.18	0.69	0.41	0.45	0.45	37
ยโสธร	0.60	0.11	0.41	0.85	0.47	0.49	30
ยะลา	0.00	0.52	0.46	0.28	0.00	0.25	76
ร้อยเอ็ด	0.68	0.29	0.56	0.53	0.46	0.51	25
ระนอง	0.31	0.55	0.76	0.73	0.05	0.48	32
ระยอง	0.53	0.16	0.69	0.58	0.20	0.43	44
ราชบุรี	0.47	0.73	0.54	0.53	0.36	0.53	21
ลพบุรี	0.68	0.26	0.27	0.33	0.26	0.36	61
ลำปาง	0.77	0.54	0.70	0.61	0.98	0.72	1
ลำพูน	0.97	0.54	0.54	0.36	0.32	0.55	15
เลย	0.49	0.24	1.00	1.00	0.15	0.58	10
ศรีสะเกษ	0.57	0.38	0.58	0.27	0.39	0.44	42
สกลนคร	0.69	0.21	0.36	0.42	0.42	0.42	50
สงขลา	0.25	0.56	0.70	0.61	0.22	0.47	35
สตูล	0.18	0.37	0.47	0.46	0.05	0.31	70
สมุทรปราการ	0.65	0.56	0.42	0.05	0.34	0.41	54
สมุทรสงคราม	0.36	0.44	0.46	0.05	0.20	0.30	71
สมุทรสาคร	0.53	0.73	0.77	0.28	0.41	0.54	16
สระแก้ว	0.71	0.56	0.33	0.17	0.34	0.42	47
สระบุรี	0.54	0.75	0.22	0.23	0.30	0.41	55
สิงห์บุรี	0.43	0.33	0.14	0.35	0.14	0.28	73
สุโขทัย	0.81	0.52	0.48	0.74	0.62	0.63	5
สุพรรณบุรี	0.41	0.67	0.26	0.61	0.26	0.44	41
สุราษฎร์ธานี	0.40	0.76	0.43	0.33	0.22	0.43	46
สุรินทร์	0.89	0.61	0.28	0.36	0.84	0.60	7
หนองคาย	0.67	0.28	0.11	0.36	0.33	0.35	63
หนองบัวลำภู	0.80	0.13	0.31	0.08	0.99	0.46	36
อุตรดิตถ์	0.43	0.22	0.52	0.62	0.07	0.37	60
อ่างทอง	0.46	0.39	0.18	0.17	0.28	0.30	72
อำนาจเจริญ	0.80	0.29	0.34	0.33	0.59	0.47	34
อุดรธานี	0.84	0.11	0.39	0.43	0.61	0.48	33
อุตรดิตถ์	0.79	0.78	0.40	0.51	0.59	0.61	6
อุทัยธานี	0.53	0.61	0.40	0.55	0.53	0.52	22
อุบลราชธานี	0.77	0.04	0.46	0.56	0.65	0.49	29