

ALCOHOL

สัมภาษณ์พิเศษ

เปิดตัวคณะ “นโยบายแอลกอฮอล์”
มองโลก มองไทย เหตุ-ปัจจัย ที่ใกล้กัน

SCOOP

แอลกอฮอล์: ดื่มแล้วมีแต่เสียกับเสีย



DRINKING
ALCOHOL
IS NOT
PERMITTED



บทบรรณาธิการ



ดร.ชญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวส
ที่ปรึกษานักวิจัยและนักวิจัยอาวุโส
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ช่วงใกล้เทศกาลสงกรานต์ของทุกปี คนไทยมักจะนึกถึงวันหยุดยาวและโอกาสที่จะได้เดินทางท่องเที่ยวเพื่อการพักผ่อนหรือกลับไปเยี่ยมพ่อแม่ญาติพี่น้องที่บ้านเกิด แต่เป็นที่น่าเศร้าใจว่า เทศกาลเฉลิมฉลองปีใหม่ของไทยกลับกลายเป็นช่วงเวลาอันตรายเป็นรอบปี เป็นช่วงเวลาแห่งการนับจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมทั้งเป็นช่วงเวลาที่หน่วยงานหลายฝ่ายต้องทุ่มเทสรรพกำลังและทรัพยากรไปกับการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจร ช่วยชีวิต และรักษาพยาบาลผู้เคราะห์ร้าย ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นเลยหากคนไทยหยุดทำร้ายตนเอง ครอบครัวและผู้อื่น ด้วยการหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จุลสาร HITAP ฉบับนี้นำเสนอบทความและบทสัมภาษณ์ที่ชี้ให้เห็นความสูญเสียเป็นมูลค่ามหาศาล ที่เกิดจากการที่คนจำนวนหนึ่งในสังคมไม่สามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าเป็นสาเหตุของการขาดสติและความยับยั้งชั่งใจอันนำมาซึ่งผลเสียต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สิน ในขณะที่นโยบายของรัฐที่มีอยู่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะหยุดยั้งปัญหาดังกล่าวได้ แม้ว่าจะได้มีความพยายามในการพัฒนานโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องมาเป็นเวลาช้านาน นอกจากนี้มูลนิธิเพื่อนหญิงยังได้ร่วมแบ่งปันประสบการณ์จากโครงการเพื่อลด ละ และเลิกเหล้าที่ประสบความสำเร็จในชุมชนหลายแห่ง เป็นที่น่าสนใจว่าทำอย่างไรเราจึงจะสามารถขยายผลและพัฒนาโครงการในลักษณะดังกล่าวให้ครอบคลุมพื้นที่ที่เป็นปัญหาในวงกว้างและเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่าง

ประเด็นสุดท้ายเป็นการบอกกล่าวเล่าเรื่องความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการเผยแพร่ผลงานของ HITAP ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจจากการประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้เราตัดสินใจจัดการจัดทำจดหมายข่าวซึ่งจัดพิมพ์เป็นรายเดือน แต่ได้นำเนื้อหาส่วนหนึ่งมาผนวกเข้ากับจุลสาร HITAP และเพิ่มความถี่ของการจัดพิมพ์จุลสารนี้เป็นราย 3 เดือน สำหรับข้อมูลความก้าวหน้าของโครงการวิจัยและข่าวกิจกรรมที่ทันต่อเหตุการณ์นั้น ท่านยังคงสามารถติดตามได้จาก website: www.hitap.net

เรื่องเล่าจากผู้รู้

นิตยา พิริยะพงษ์พันธ์

ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่ มูลนิธิเพื่อนหญิง

พลิกฟื้นอดีตนักดื่มสู่แกนนำชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า

ทุกวันนี้ฉันต้องสูญเสียดวงตาไปข้างหนึ่ง กระโหลกศีรษะบางส่วนของเขาถูกแทนที่ด้วยไฟเบอร์ซีโครงซี่สุดท้ายตามด้วยเหล็ก นิ้วมือบางนิ้วบางครั้งไม่มีความรู้สึก ด้านเอกมีอาการมือสั่น ตับเริ่มแข็ง ส่วนคัง หนุมใหญ่ข้างรับหมากก่อสร้าง ตกจากนั่งร้านก่อสร้างถูกเหล็กแทงขาทะลุ ทั้งสามคนมีวิถีชีวิตต่างกัน แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกับพวกเขามีสาเหตุเดียวกันคือ “เหล้า”

ฉันเมาเหล้าแล้วทะเลาะวิวาทกับคู่อริ ถูกขวานจามใบหน้า แพทย์ต้องเย็บถึง 103 เข็มและให้การบำบัดรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤตเพื่อยื้อชีวิตเขาเอาไว้

ด้านอาการเจ็บป่วยของเอกก็ไม่ได้เป็นมาตั้งแต่กำเนิด แต่เกิดจากการร่ำสุราอย่างหนัก อาการมือสั่นของเขาจะหายไปต่อเมื่อร่างกายได้เติมเต็มเหล้า เอกบอกว่าเป็นเพราะดื่มหนักจนเหล้าเข้าเส้นเลือด

ส่วนคังประกอบอาชีพรับหมากก่อสร้างที่ต้องปีนป่ายอยู่บนที่สูง แต่เขาก็กินเหล้าเป็นประจำชีวิตจึงเหมือนแขวนอยู่บนเส้นด้าย แล้วเส้นด้ายนั้นก็ขาดลงในวันหนึ่ง

เรื่องเล่าที่มาจากเหล้าทำนองนี้มีให้ฟังไม่รู้จบ ทั้งเรื่องเล่าของคนที่ยึดและเรื่องที่คนอื่นเล่าถึงคนดื่ม แต่ว่าเรื่องเล่าเหล่านั้นล้วนแต่ไม่ชวนให้จดจำ

“พอเมาเหล้าแล้วใจกล้าหน้าดำน ที่ไม่กล้าทำก็กล้าทำ อยากกอดผู้หญิงก็กอด” **ลุงอามร จันทรทอง** แกนนำกลุ่มผู้ชาย



เลิกเหล้า จังหวัดชุมพร ย้อนอดีตตัวเองให้ฟัง

“เวลาที่เขากินเหล้า แม้แต่เราก็ไม่มองเป็นเมีย เคยคิดจะหนีเหมือนกัน แต่พอหันมามองลูกสองคนร้องไห้ก็สงสารลูกเลยต้องทน” หญิงวัยกลางคนจากบ้านคำกลาง จังหวัดอำนาจเจริญระบายความรู้สึกในอดีต

รวมถึงแม่คนหนึ่งจากชุมชนไทยเกรียง จังหวัดสมุทรปราการ ที่ครั้งหนึ่ง ต้องก้มลงกราบเท้าลูกชายเพื่อขอให้เลิกเหล้า “ตอนนั้นสุดๆ แล้วไม่รู้จะทำอย่างไร อยากรู้ว่าทำอย่างนี้ แล้วเขาจะเชื่อเราบ้างไหม แต่สุดท้ายเขาก็ทำเหมือนเดิม”

เป็นเวลานานมาแล้วที่สังคมเชื่อว่าเป็นไปไม่ได้ที่ผู้ชายจะเลิกดื่มเหล้า นั่นอาจเป็นเพราะบางส่วนยังนำการดื่มเหล้าของผู้ชายไปเชื่อมโยงกับระบบสังคมแบบชายเป็นใหญ่อยู่

อดีตนักดื่มสะท้อนแรงจูงใจของการเริ่มดื่มว่า “เป็นศักดิ์ศรีของผู้ชาย ห่วงศักดิ์ศรี อยากเป็นผู้ชายก็ต้องดื่มเหล้า”

“พอบอกว่าต้องกินเหล้าเคล้านารี ไม่จิ้นไม่ใช่ผู้ชายนั่งอยู่บ้าน ทำกับข้าว ซักเสื้อผ้าเป็นหน้าที่ของแม่บ้าน” และอีกหลายรายดื่มเพื่อแสดงความเป็นพรรคพวก และเชื่อว่าเหล้าสร้างความสนุกสนานให้กับชีวิต

จนเมื่อชุมชนเล็กๆ 4 แห่ง ได้สร้าง “นวัตกรรม” การลด ละ เลิกเหล้าขึ้นภายในชุมชน โดยอดีตนักดื่มตัวจริงเป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างความเชื่อใหม่ที่ว่า แท้จริงแล้ว

คนที่ติดเหล้า สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองและทำประโยชน์เพื่อสังคมได้ อาศัยเพียงการเปิดใจของนักดื่มและกำลังใจ จากคนในครอบครัวและชุมชนเท่านั้น

นวัตกรรมดังกล่าวเป็นผลจากเมื่อ พ.ศ.2545 ที่มูลนิธิเพื่อนหญิง ร่วมกับเครือข่ายผู้หญิง 4 พื้นที่ ได้แก่ บ้านคำกลาง จังหวัดอำนาจเจริญ ชุมชน 5 ธันวาคม-ใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ชุมชนไทยเกรียง จังหวัดสมุทรปราการ และพื้นที่จังหวัดชุมพร ทำงานวิจัยเรื่อง “ผลกระทบของสุราในฐานะปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว” โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

งานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่ดื่มเหล้าร้อยละ 70-80 มีประสบการณ์ใช้ความรุนแรงทั้งต่อลูก ภรรยาและบุคคลอื่น ทั้งทางร่างกาย วาจา และการละเมิดทางเพศ โดยแรงกระตุ้นส่วนหนึ่งมาจากเหล้า ชุมชนที่ร่วมทำงานวิจัยจึงสนใจนำผลการวิจัยไปขยายผล เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ผ่านโครงการ **ลด ละ เลิกเหล้า: ลดความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก** โดยการสนับสนุนของ สสส. อีกเช่นกัน

จะเด็จ เชาวน์วิไล ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อนหญิง กล่าวถึงจุดยืนของโครงการนี้ว่า **“ต้องยอมรับว่าผู้ชายที่ติดเหล้ามีทั้งจุดที่เป็นปัญหา และที่สามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาได้แค่กระบวนการทำงานของเราจะไม่มองว่าพวกเขาเป็นปัญหาสังคมเราเลือกที่จะมองว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองและทำให้สังคมดีขึ้นได้”**

ในการทำงานมูลนิธิเพื่อนหญิงจะทำหน้าที่เป็น **“พี่เลี้ยง”** ทำให้กลไกของชุมชน อันได้แก่ งานในชุมชนผู้นำ แกนนำ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเหล้า ที่สำคัญคือกลุ่มผู้ชายลด ละ เลิกเหล้าให้มาทำงานด้วยกัน นำมาสู่การเรียนรู้ เห็นบทเรียนร่วมกันในการที่จะพลิกสถานการณ์ปัญหาที่เป็นอยู่

“มูลนิธิเพื่อนหญิงจะเป็นผู้นำเรื่องผลกระทบจากการดื่มเหล้าและปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงมาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การหาประสบการณ์หารูปแบบที่จะแก้ไขและป้องกันปัญหา รวมถึงมีการฝึกอบรมในเรื่องมิติหญิงชายการให้คำปรึกษากับผู้หญิงที่เดือดร้อนด้วย”

ด้านผู้ชายที่ต้องการลด ละ เลิกเหล้า ซึ่งส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาการดื่มเหล้าตั้งแต่ 10-30 กว่าปี จะได้เรียนรู้การปรับวิธีคิดทัศนคติเรื่องบทบาทหญิงชายและการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เห็นว่าความเป็นแมนไม่ใช่ว่าการดื่มเหล้า แต่เป็นการรับผิดชอบครอบครัว ช่วยผู้หญิงทำงานบ้าน เลี้ยงลูก โดยไม่แบ่งแยกว่างานเหล่านี้เป็นงานผู้หญิง รู้จักให้เกียรติภรรยามากขึ้นแม้กระทั่งจะหลับนอน หากภรรยาไม่พร้อมก็ไม่ฝืนใจ

ในช่วงแรกของโครงการ แต่ละพื้นที่จะมีการให้คำปรึกษากับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเหล้า และมีเวทีให้กำลังใจสำหรับผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกเหล้า แต่ระยะต่อมาชุมชน ก็ได้เรียนรู้และเกิดการคิดกิจกรรมต่อยอดเอง

โดยยึดวิถีชีวิตของแต่ละชุมชนเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น บ้านคำกลาง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีการรณรงค์



งานเลี้ยงปลอดเหล้า โดยกลุ่มผู้ชายเลิกเหล้าในชุมชนจะอาสาเข้าไปช่วยจัดงานให้เจ้าภาพ โดยไม่คิดค่าแรง แต่มีข้อแม้ว่าเจ้าภาพต้องไม่มีการเลี้ยงเหล้าในงาน ผลของกิจกรรมดังกล่าวทำให้เจ้าภาพสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าเดิม 3-4 เท่า อีกทั้งไม่มีเรื่องทะเลาะวิวาทกันอีกด้วย นับเป็นการสร้างค่านิยมที่สวนกระแสค่านิยมเดิมๆ ที่ว่างานเลี้ยงต้องมีเหล้าเพื่อเป็นหน้าตาของเจ้าภาพ แต่ปัจจุบันบ้านคำกลางแทบไม่มีการดื่มเหล้าเลย

ที่จังหวัดชุมพร ซึ่งมีชื่อเสียงเรื่องการปลูกกาแฟ ก็มีการเปิดเวทีแบบชาวบ้านด้วยการใช้สากกาแฟ สากข้าวต้มโจ๊ก ทดแทนการตั้งวงเหล้า เพื่อเป็นสากแห่งการรับฟังเรื่องราวทุกข์สุขของคนในชุมชน รวมทั้งการให้กำลังใจกับผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกเหล้าด้วย

ส่วนที่จังหวัดเชียงใหม่ ใช้ผู้ชายที่สามารถเลิกเหล้าได้เป็นต้นแบบ เพื่อเข้าไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ชายที่ต้องการเลิกเหล้า พร้อมทั้งมีกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดนักดื่มหน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชน ด้วยงานเคาท์ดาวน์ไม่มีเหล้า การขับเพลงขอเพื่อรณรงค์ เป็นต้น

ขณะที่ชุมชนเมืองกิ่งอุตสาหกรรมแบบชุมชนไทยเกรียง จังหวัดสมุทรปราการ ที่วิถีชีวิตการทำมาหากินเร่งรีบทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหิน ก็ได้ใช้กิจกรรมค่ายครอบครัวสร้างสัมพันธ์พ่อ แม่ ลูก ให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น มีการพูดความในใจระบายความอัดอั้น จนเกิดเป็นความเข้าใจกันมากขึ้น และสามารถเป็นกำลังใจสำคัญให้ผู้ชายสามารถเลิกเหล้าได้สำเร็จและไม่กลับไปดื่มอีก

ปัจจุบัน ชุมชนนำร่องทั้ง 4 แห่งนี้ ได้รับการยอมรับทั้งจากหน่วยงานราชการและเอกชน ให้เป็นชุมชนเรียนรู้ ฐาน ของการรณรงค์ลด ละ เลิกเหล้า ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งนำไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความรุนแรง สร้างความภูมิใจให้กับชาวชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ชายเลิกเหล้าที่สามารถทำให้ครอบครัวผู้อื่นพบกับความสุขเหมือนกับครอบครัวตนเอง และยิ่งกว่าอื่นใดคนที่มีความสุขมากที่สุด ก็คือภรรยาที่บอกว่าหลังจากสามีเลิกเหล้าแล้วเปลี่ยนไปเป็นคนละคน “เหมือนกับได้สามีใหม่” นั่นเอง HITAP

แอลกอฮอล์: ดื่มแล้วมีแต่เสียกับเสีย

สุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานาชนิด จะเป็นของคู่คนไทยมาเป็นเวลานาน ไม่อย่างนั้นเราคงไม่ได้ยินประโยคคุ้นหูที่ว่า “วันไหนๆ พี่ไทยก็เมา” แน่ๆ ซึ่งหากนำหลักศีลธรรมมาอธิบายก็ดูจะน่าแปลกใจอยู่ไม่น้อย เพราะแค่ศีลพื้นฐาน 5 ข้อในพระพุทธศาสนาที่เป็นศาสนาประจำชาติไทยก็ห้ามการดื่มเครื่องดื่มมีเมามาทั้งหลายอยู่แล้ว แต่ตลอดเวลาที่ผ่านมามคนไทยจำนวนมากยังคงให้อบายมุขชนิดดังกล่าวกัดกร่อนทั้งตนเองและผู้อื่นอยู่เสมอมา

คงไม่มีอะไรสนับสนุนคำว่าข้างต้นได้ดีเท่ากับตัวเลขความเสียหายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะส่วนที่เห็นเป็นรูปธรรมและสังคมให้ความสนใจในปัจจุบัน นั่นก็คืออุบัติเหตุในช่วงเทศกาลที่มีการดื่มฉลองกันอย่างสุดเหวี่ยง

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ได้รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2552 ระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2551 – 5 มกราคม 2552 หรือช่วงเวลา 7 วันระว่างอันตรายว่ามีอุบัติเหตุเกิดขึ้นรวมทั้งสิ้น 3,824 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 367 คน และผู้บาดเจ็บ 4,107 คน โดยแชมป์ตลอดกาลอย่างเมาแล้วขับ ยังคงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในช่วงเทศกาลปีใหม่ที่ผ่านมา หรือคิดเป็น 41% ของอุบัติเหตุทั้งหมดนั่นเอง

การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด

แม้จะมีความพยายามลดพฤติกรรมเมาแล้วขับมาไม่ต่ำกว่า 10 ปีแล้วก็ตาม นับตั้งแต่การรณรงค์อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมของมูลนิธิเมาไม่ขับ มาถึงการสร้างเครือข่ายภาคสังคมโดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นศูนย์กลาง จนสามารถปลูกกระแสให้คนในสังคมหันมาสนใจประเด็นดังกล่าวได้ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวทั้งทางสังคมและในระดับนโยบาย จนนำไปสู่การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จในที่สุด แต่ความพยายามเหล่านั้นก็ดูเหมือนจะสูญเปล่า เพราะการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทยยังไม่เข้มงวดเท่าที่ควร

นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์กับสื่อมวลชนภายหลังมีการสำรวจสถานที่ห้ามขายสุราตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ที่ผ่านมาว่า พบการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่ห้ามขายมากที่สุดคือ ปั้มน้ำมัน--สถานที่แวะพักของนักเดินทางนั่นเอง

สถานการณ์ดังกล่าวใกล้เคียงกับข้อค้นพบจากงานวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการบังคับใช้มาตรการจำกัดการเข้าถึงและการหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ที่ HITAP ทำการศึกษา โดยใช้กฎกระทรวงการคลัง ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2548 มาเทียบเคียง

ข้อบังคับสำคัญที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงฉบับนี้ ได้แก่

- 1.ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา ศาสนสถานและ ปั้มน้ำมัน
- 2.ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับเด็กและเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี
- 3.ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.

สิ่งที่ HITAP ค้นพบในงานวิจัยก็คือยังคงมีการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปั้มน้ำมัน ซึ่งเป็นสถานที่ห้ามจำหน่ายทุกเวลา และเมื่อพิจารณาถึงเวลาของการจำหน่ายก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์ 10.4% จากทั้งหมด 246 คนมีการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเหนือจากเวลาที่กฎหมายอนุญาต



อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจไม่แพ้กันก็คือ อายุของผู้ซื้อเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในเวลาที่เกิดกฎหมายมากที่สุด คือช่วงอายุ 45-60 ปี ส่วนอันดับรองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 15-17 ปี ซึ่งกลุ่มนี้ต้องบอกว่า นอกจากจะเป็นกลุ่มที่ซื้อในเวลาที่เกิดกฎหมายแล้วยังเป็นกลุ่มอายุที่กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย

ข้อค้นพบดังกล่าวจึงน่าจะสะท้อนได้ดีในเรื่องประสิทธิผลของกฎหมายที่ถูกบัญญัติขึ้นมาเพื่อช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย หากการบังคับใช้ยังหละหลวมและเปิดโอกาสให้นักดื่มหน้าใหม่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้ ก็คงก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอยู่ต่อไป ซึ่งไม่เพียงแต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุที่กล่าวแล้วเท่านั้น แต่ยังมีหลักฐานว่าการดื่มแอลกอฮอล์ได้ส่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวของผู้ดื่มอีกด้วย

ผลกระทบในครอบครัว

ในการศึกษา **“ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการดื่มแอลกอฮอล์และความรุนแรงในประเทศไทย”** โดย HITAP เช่นกัน ได้มีการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,920 คน ใน 3,031 ครัวเรือน ใน 76 จังหวัด พบว่าประมาณ 32 ของคนทั้งหมดในครัวเรือน เป็นผู้ที่เคยดื่มและยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ยังพบอีกว่าการมีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในครัวเรือนนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงถึง 4.7-9.4 เท่า เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่ไม่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณและความถี่ในการดื่ม

ที่น่าสนใจคือครัวเรือนที่มีผู้ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางเป็นครัวเรือนที่พบความรุนแรงสูงที่สุด คือ 9.4 เท่ารองลงมาเป็นครัวเรือนที่มีผู้ดื่มติดหนัก มีโอกาสเกิดความรุนแรงเป็น 7.7 เท่าเมื่อเทียบกับครัวเรือนที่ไม่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์

แม้กระทั่งครัวเรือนที่มีผู้ที่เคยดื่ม(แต่หยุดดื่มมาเป็นเวลา 12 เดือนติดต่อกัน นับจนถึงวันที่นักวิจัยของ HITAP ไปสำรวจ) มีโอกาสเกิดความรุนแรงเป็น 5.7 เท่า เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่ไม่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเมื่อเข้าไปดูถึงสาเหตุที่ทำให้เลิกดื่มพบว่าส่วนใหญ่เลิกดื่มเนื่องจากการเจ็บป่วย มีปัญหาสุขภาพ หรือเป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้เลิกดื่ม ซึ่งนั่นหมายถึงการเลิกดื่มด้วยความจำใจไม่ใช่ความสมัครใจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด หงุดหงิด โมโหง่าย และอารมณ์แปรปรวนขณะที่ไม่ได้ดื่ม จนกระทั่งแสดงออกด้วยความรุนแรงในที่สุด

สุดท้ายคือครัวเรือนที่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ระดับต่ำก็อาจก่อให้เกิดความรุนแรงได้เช่นกัน โดยโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงในครัวเรือนกลุ่มนี้ คิดเป็น 4.7 เท่า เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่ไม่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงและผู้ที่มีด้อยโอกาสทางการศึกษามักเป็นผู้รับเคราะห์จากความรุนแรง กล่าวคือผู้หญิงมีความเสี่ยงในการถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าผู้ชาย 1.6 เท่า และผู้ที่มี

การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีความเสี่ยงในการถูกกระทำความรุนแรง 2.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจจากการศึกษาของ HITAP ในหัวข้อ **“ผลกระทบของการดื่มสุราต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือนในประเทศไทย”** ก็คือ ค่าใช้จ่ายด้านแอลกอฮอล์ในครัวเรือนที่มีผู้ดื่มจะอยู่ที่ 516 บาทต่อเดือนสูงกว่าค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่สำคัญ อย่างเช่น ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษา ค่าใช้จ่ายด้านเครื่องแต่งกาย เป็นต้น

ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายในหมวดที่ไม่ควรจะสูญเสียก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ประมาณ 100-169 บาทต่อเดือน ได้แก่ ค่าธรรมเนียม ค่าปรับจากการทำผิดกฎหมาย ค่าจ้างทนายความ เล่นม้าแข่ง และการพนันอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้อาจเป็นผลพวงที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

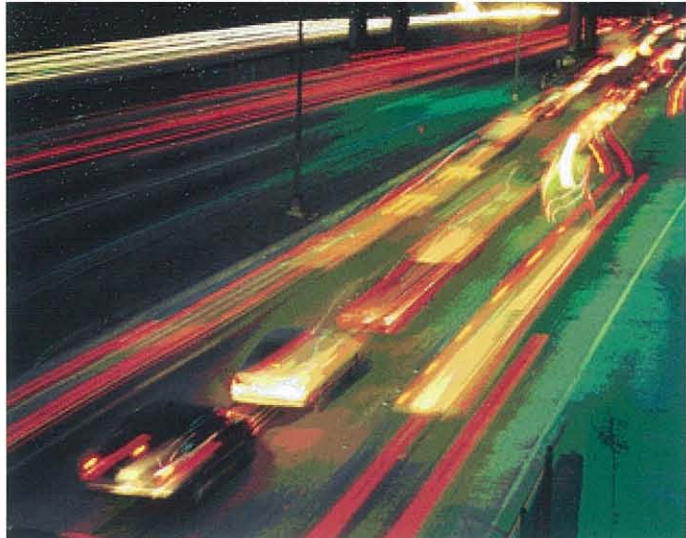
ผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ร้ายกันมาอย่างยืดยาวตั้งแต่ต้นนั้น ถือเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่หลายคนได้พบเห็นกันอยู่บ่อยๆ แล้ว ยังมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเศรษฐกิจระดับชาติอีกเป็นมูลค่า นับแสนล้านบาท ที่ทีมนักวิจัยของ HITAP ได้คำนวณไว้ในการศึกษาเรื่อง **“ต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจ ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย”** ซึ่งมีตัวเลขน่าสนใจอยู่มากมาย

หลายคนอาจจะเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วเกิดอาการเมาค้างจนไม่สามารถไปทำงานได้ในวันรุ่งขึ้น หรือแม้จะฝืนตัวเองให้ไปถึงที่ทำงานได้ แต่เมื่อลงมือทำงานกลับไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ อาการเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศจำนวนหลายหมื่นล้านบาทเลยทีเดียว

งานวิจัยชิ้นนี้ระบุว่า ในปี 2549 ประเทศไทยสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปจากการที่แรงงานดื่มแอลกอฮอล์จนทำให้ต้องขาดงานและขาดประสิทธิภาพในการทำงานเป็นมูลค่า 45,465 ล้านบาท ยิ่งไปกว่านั้นแรงงานที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ก็ทำให้ประเทศไทยสูญเสียรายได้ไปเป็นมูลค่าสูงถึง 104,128 ล้านบาท

ทั้งนี้หากพิจารณาถึงสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมทั้งการที่ผู้ดื่มเป็นสาเหตุให้ตนเองเสียชีวิตเอง และผู้ดื่มเป็นสาเหตุทำให้ผู้อื่นเสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรกในปี 2549 ในเพศชาย ได้แก่ **โรคเอดส์** ซึ่งเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จนขาดสติ แล้วมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันจนติดโรคและเสียชีวิตเป็นจำนวน 10,204 คน ทำให้ประเทศไทยสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปถึง 36,277 ล้านบาท รองลงมาเป็น **อุบัติเหตุจากรถบก** ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 8,460 คน คิดเป็นความสูญเสียประมาณ 26,989 ล้านบาท และผู้เสียชีวิตจาก **โรคตับแข็ง** 5,147 คน ความสูญเสียประมาณ 13,044 ล้านบาท

ในทำนองเดียวกันสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร



อันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงจำนวนมากที่สุด เกิดจากโรคเอดส์ 1,877 คน สูญเสียประมาณ 3,580 ล้านบาท รองลงมา ได้แก่ อุบัติเหตุจราจรทางบก 1,848 คน สูญเสียประมาณ 2,769 ล้านบาท และ โรคมะเร็งตับ 868 คน สูญเสียประมาณ 706 ล้านบาท

นอกจากนี้นักวิจัยยังคำนวณต้นทุนความสูญเสียด้านอื่นๆ ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้อีกด้วย ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 5,491 ล้านบาท ต้นทุนทรัพย์สินที่เสียหายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 779 ล้านบาท ต้นทุนเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้อง/ร้องคดีความ 242 ล้านบาท แบ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นที่ศาล 156 ล้านบาท และสถานีตำรวจ 86 ล้านบาท

สรุปโดยรวมได้ว่า ในปี 2549 เพียงปีเดียว ประเทศไทยมีต้นทุนที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมเบ็ดเสร็จถึง 156,105 ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่ารายรับที่รัฐบาลเก็บได้จากภาษีสรรพสามิต ที่รัฐบาลเก็บจากการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีเดียวกันเป็นเท่าตัว โดยในปีนั้นรัฐบาลเก็บภาษีสรรพสามิตได้เพียง 72,871 ล้านบาท ซึ่งเทียบไม่ได้เลยกับความเสียหายที่เกิดขึ้น ทั้งความเสียหายที่สามารถคำนวณออกมาเป็นตัวเงินได้ และความเสียหายที่ประเมินค่าไม่ได้ ซึ่งเกิดขึ้นกับจิตใจของคนในสังคมไทยในช่วงที่ผ่านมา

บทสรุปที่ยังต้องรอคำตอบ

คงไม่มีใครอยากย้อนกลับไปนับจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ

จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้สลดใจ เพราะคนเหล่านี้นักจะจบลงด้วยความบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต หรือถูกกระทำความรุนแรง จนได้รับผลกระทบและเกิดเป็นแผลที่ติดลึกอยู่ในจิตใจตลอดเวลา แต่ตัวเลขเหล่านี้ก็เป็นหลักฐานที่ชัดเจนที่ชี้ถึงปัญหาที่ยังค้างคาอยู่ในสังคมไทย เพราะคนเหล่านี้นักจะจบลงด้วยความบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต หรือถูกกระทำความรุนแรง จนได้รับผลกระทบและเกิดเป็นแผลที่ติดลึกอยู่ในจิตใจตลอดเวลา แต่ตัวเลขเหล่านี้ก็เป็นหลักฐานที่ชัดเจนที่ชี้ถึงปัญหาที่ยังค้างคาอยู่ในสังคมไทย

และนับแต่บัดนี้ต่อไปก็คงไม่มีใครบอกได้เช่นกันว่า อีกกี่ครอบครัวที่จะต้องสูญเสียสมาชิกอันเป็นที่รัก คู่สามีภรรยาอีกกี่คู่ที่จะต้องเป็นหม้าย เด็กอีกกี่คนที่จะต้องกำพร้าบิดามารดาหรือขาดผู้อุปการะ ความสูญเสียทางอ้อมจำนวนมหาศาลจะเกิดขึ้นกับระบบเศรษฐกิจของประเทศไปอีกนานเท่าไร นักวิชาการและภาคประชาสังคมจะต้องใช้ความพยายามในการเรียกร้องหรือเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเพียงใด ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศของเราซึ่งเป็นเมืองพุทธจึงจะเบาบางลง

เมื่อวันนี้ที่กฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลบังคับใช้แล้ว ผู้มองเห็นปัญหาทั้งหลายก็คงได้แต่คอยลุ้นว่าจะได้เห็นภาพการบังคับใช้ที่เข้มงวด และทำให้กฎหมายสามารถบรรลุเจตนารมณ์ได้ในที่สุด

ภาคสังคมก็ยังคงต้องคอยกระตุกและกระตุ้นสำนึกรับผิดชอบของผู้ผลิตและผู้แทนจำหน่ายไม่ให้นึกถึงแต่ความเติบโตของธุรกิจเพียงอย่างเดียว โดยไม่สนใจว่ากลยุทธ์การตลาดทั้งทางตรงและทางอ้อมที่นำมาใช้เพื่อกระตุ้นยอดขายนั้น จะมอมเมาเยาวชนและคนในชาติให้ตกเป็นทาสสินค้าของตนเป็นจำนวนมากเพียงใด

แม้ดูเหมือนผู้มีอำนาจในบ้านเมืองที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ จะหันมาให้ความสนใจและพูดผ่านสื่อมวลชนทั้งหลายว่า จะเอาจริง เอาจริงกับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสียที สิ่งที่ประชาชนอย่างเราทำได้ก็เพียงเฝ้ารอผลการทำงานของผู้มีอำนาจเหล่านั้นว่าจะทำได้อย่างที่ให้ข่าวหรือไม่ หรือเป็นเพียงผู้ใหญ่หลอกให้เด็กดีใจเท่านั้น

แต่คำตอบสุดท้ายที่ง่ายที่สุดคงหนีไม่พ้นการที่ตัวเราเอง และคนใกล้ชิดจะมีความเข้มแข็งและเฝ้าอาทรดูแลกันและกันเป็นอย่างดี ซึ่งเปรียบเสมือนเกราะป้องกันไม่ให้ใครหลงไปติดอยู่กับอบายมุขที่สร้างความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงต่อชีวิตและทรัพย์สินได้อีกต่อไป

KITAP

จริงหรือ? ดื่มแล้วเท

ข้อมูลที่น่าสนใจจาก www.atomicmartinis.com ระบุสถิติที่ยืนยันถึงกลยุทธ์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องการทำให้ภาพลักษณ์ของการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องเท ผ่านทางฮีโรในภาพยนตร์ อย่างเจมส์บอนด์ 007 ที่เป็นที่ยอมรับชมชอบในหมู่วัยรุ่นไทย ว่าตลอดอายุของภาพยนตร์เรื่อง เจมส์บอนด์ 007 ทั้ง 22 ตอนนั้น มีฉากที่แสดงภาพการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย ทุกๆ 24.3 นาที และความถี่ในการดื่มของตัวแสดงเจมส์บอนด์แต่ละคนก็เพิ่มขึ้นอยู่ตลอด อย่างคนล่าสุด Daniel Craig ที่ประเดิมการแสดงในตอนแรกคือ ตอน Casino Royale ก็มีฉากการดื่มถึง 12 ครั้งแล้ว นับเป็นสถิติที่ก้าวกระโดดมาจากเจมส์บอนด์คนก่อน คือ Pierce Brosnan ที่รับบทเจมส์บอนด์ 4 ตอน และมีฉากการดื่มแอลกอฮอล์ 5 ครั้งต่อ 1 ตอนเลยทีเดียว

เปิดทัศนะ “นโยบายแอลกอฮอล์” มองโลก มองไทย เหตุ-ปัจจัย ที่ใกล้เคียงกัน

ประเด็นเกี่ยวกับ “นโยบายแอลกอฮอล์” เริ่มเข้ามาอยู่ในความสนใจของประชาชนไทยเมื่อไม่นานนี้ อาจนับได้ตั้งแต่ปี 2546 ที่มีหลักฐานปรากฏชัดว่า คนไทยมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้รัฐบาลหันมาใส่ใจกับเรื่องนี้อยู่บ้าง แต่การดำเนินนโยบายในภาพรวมก็ยังคงจัดว่าเป็น “มือใหม่” เมื่อเทียบกับต่างประเทศ โดยเฉพาะในแถบยุโรปที่มีประสบการณ์ด้านนี้มายาวนาน

มองนโยบายในต่างประเทศเพื่อเป็นกรณีศึกษา

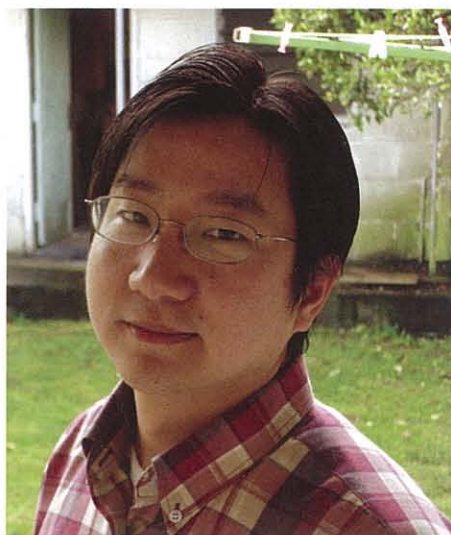
นพ.ทักษพล ธรรมรังสี หนึ่งในผู้สนใจศึกษานโยบายแอลกอฮอล์ทั้งของไทยและต่างประเทศ ได้ยกตัวอย่างนโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทยที่สามารถควบคุมสถานการณ์การดื่มได้เป็นอย่างดี แม้จะมีปริมาณการผลิตและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศสูงมาก

“ฝรั่งเศส เป็นประเทศที่ทั้งดื่มมากและผลิตมาก แกรมมีรากฐานยาวนาน เป็นประเทศที่ผลิตไวน์มากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทแชมเปญ คอนยัค ก็ล้วนแต่ผลิตได้เฉพาะในฝรั่งเศส แต่รัฐบาลของเขาก็เอาจริงเอาจังกับนโยบายแอลกอฮอล์ที่เข้มข้นทั้งเนื้อหาและการบังคับใช้ ยกตัวอย่างเช่น การออกใบอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ออกให้ผู้จำหน่ายตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 แล้วก็มีการออกให้ผู้จำหน่ายรายใหม่อีกเลยนับตั้งแต่นั้นมา ส่วนมาตรการห้ามโฆษณาที่จะเห็นได้ชัดก็ช่วงการถ่ายทอดฟุตบอลโลกปี 1998 ที่ฝรั่งเศสเป็นเจ้าภาพ ในครั้งนั้น แม้จะมีผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผู้สนับสนุนการแข่งขัน แต่ปรากฏว่าตลอดการถ่ายทอดสดการแข่งขัน ไม่มีการแพร่ภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกไปเลย แม้จะเกิดการฟ้องร้องของผู้ผลิตตามมา แต่รัฐบาลของเขาก็แข็งขันต่อต้านการฟ้องร้องได้สำเร็จ เป็นคำตอบของคำถามที่ว่าทำไมปริมาณการดื่มของประชากรฝรั่งเศสจึงลดลงเรื่อยๆ”

นโยบายของอีกประเทศหนึ่งที่ คุณหมอนพ.ทักษพล นำมาเล่าสู่กันฟัง คือประเทศสวีเดน ที่เคยมีการแจกคู่มือให้กับผู้บริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามปริมาณที่รัฐบาลจำกัดไว้เท่านั้น

ในระยะต่อมาก็มีนโยบายให้รัฐเป็นเจ้าของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง เพื่อให้การจำหน่ายอยู่ในความควบคุม ทำให้เกิดข้อดีหลายประการ ได้แก่ มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดเรื่องเวลาเปิดและปิดร้านอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังไม่มีการสร้างแรงจูงใจให้ขายอดขายได้มากๆ คือไม่มีโปรโมชั่นลด แลก แจก แถมใดๆ เนื่องจากไม่มีการแข่งขัน ที่สำคัญคือรัฐบาลสามารถกำหนดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละพื้นที่ได้ด้วย

อย่างไรก็ตามสถานการณ์ปัจจุบันดูเหมือนจะมีภัยมืดแผ่มาอีกระลอกได้แก่ แนวคิดการค้าเสรีที่ส่งผลให้โอกาสในการซื้อขายมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ดื่มในหลายประเทศเพิ่มขึ้น แม้แต่รัฐบาลสวีเดนยังถูก



นพ.ทักษพล ธรรมรังสี

นักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

เรียกร้องให้ยกเลิกมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐ ประเทศกำลังพัฒนาอย่างไทยเราก็หนีไม่พ้นผลกระทบ

“กลุ่มประเทศในทวีปเอเชียรวมถึงไทยซึ่งในอดีตมีพื้นฐานการดื่มที่ยังน้อยอยู่ ปัจจุบันจึงตกเป็นเป้าหมายในการขยายตลาดของอุตสาหกรรมสุรา ประกอบกับพื้นฐานของเราที่แทบจะไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน จึงเรียกได้ว่าภูมิคุ้มกันของเราไม่ดีนัก ดังนั้นเมื่อถูกโจมตีทางการตลาด ปัญหาจึงทวีความรุนแรงขึ้นทุกขณะ”

คุณหมอทักษพล ได้ทิ้งท้ายถึงอนาคตของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยว่า คงไม่สามารถบอกได้ว่าจะสิ้นสุด ณ ที่ใด และเมื่อไร สิ่งที่ต้องทำให้ดีที่สุดในแต่ละวันที่ผ่านไปก็คือ จะทำอย่างไรให้คนดื่มน้อยที่สุด หรือเมื่อดื่มแล้วเกิดผลกระทบน้อยที่สุด สำหรับผู้ที่เป็โรคพิษสุราเรื้อรังจะทำอย่างไรให้มีการรักษาและเยียวยาคนเหล่านี้อย่างเป็นระบบมากที่สุด และทำอย่างไรให้เยาวชนรุ่นใหม่เข้าสู่วงจรของการดื่มที่ช้าลงมากที่สุด เพราะสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่สถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยที่ดีได้ในอนาคต

KITAP

มองสถานการณ์ประเทศไทย

ผศ.ดร.สุปริดา อุดุลยานนท์ กล่าวถึงสถานการณ์แอลกอฮอล์ในประเทศไทยว่า “อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ของไทยก่อนปี พ.ศ. 2546 หยิ่งรากลึกมาก มีการสร้างเครือข่ายและพันธมิตรด้วยการให้ความอุปถัมภ์ที่เหนียวแน่น ไม่ว่าจะเป็นแวดวงสื่อด้วยการหุ่มเม็ดเงินโฆษณาในสื่อต่างๆ ปีละ 2-3 พันล้านบาท รวมไปถึงแวดวงกีฬา ศิลปวัฒนธรรมและการเมือง ดังนั้นเมื่อพยายามจะผลักดันนโยบายควบคุมผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเกิดแรงเสียดทานสูงจากทุกแวดวงที่เกี่ยวข้อง”

นอกจากนั้นแล้ว คุณหมอสุปริดา ยังพูดถึงข้อจำกัดอีกประการหนึ่งในการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย นั่นก็คือ แม้กระบวนการผลักดันให้เกิดนโยบายจะซับซ้อนน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่กระบวนการบังคับใช้กฎหมายประเภทที่ไม่ใช่กฎหมายอาญาอย่างกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ มักไม่ได้รับการใส่ใจอย่างจริงจังจากเจ้าหน้าที่

ในขณะที่ปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้นผลกระทบที่เกิดจากการดื่มก็เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัวในทัศนะของ คุณหมอสุปริดา สิ่งที่ต้องทำคู่ขนานกันไปในสถานการณ์เช่นนี้ก็คือ มาตรการทางกฎหมายที่จะออกมาเพื่อควบคุมผลกระทบให้เบาบางลง และการทำงานด้านสังคมวัฒนธรรม

โดยในด้านนโยบาย จุดเปลี่ยนสำคัญได้ปรากฏเป็นรูปธรรมมากขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาเอง “ข้อมูลจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ระบุว่าตลอดระยะเวลา 50 ปี ก่อน ปี 2546 ประเทศไทยมีมาตรการเกี่ยวกับแอลกอฮอล์เกิดขึ้นเพียง 5 มาตรการ หรือ ประมาณ 10

ปีต่อหนึ่งมาตรการ กฎหมายหลักๆ คือ พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ว่าด้วยการเก็บภาษีเหล้า แต่หลังปี พ.ศ.2546 จำนวนนโยบายก็เพิ่มขึ้นเป็น 2 มาตรการต่อปี โดยเริ่มมีมติคณะรัฐมนตรีห้ามโฆษณาเหล้า 5 ถึง 4 หุ่ม และการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมแอลกอฮอล์แห่งชาติเรื่องนโยบายแอลกอฮอล์ ซึ่งไม่เคยมีเจ้าภาพก็เริ่มมีทิศทางมากขึ้น และทยอยมีมาตรการออกมา เช่น นโยบายระดับกระทรวงที่ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาลของรัฐ เพิ่มโทษเมาไม่ขับ มาจนถึงขั้นใหญ่ที่สุดคือพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551”

อย่างไรก็ตามกฎหมายเพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถทำให้สถานการณ์แอลกอฮอล์ในประเทศไทยดีขึ้นได้ ต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งนั่นคือแนวคิดทัศนคติของคนในสังคมนั้นๆ ที่เป็นไปในทิศทางที่สนใจจะลดปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

“อย่าไปนึกว่าแค่ใครประกาศหรือออกกฎอะไรออกมาแล้ว ก็เกิดผลขึ้นเลย เพราะเป็นเรื่องที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับอารมณ์ความรู้สึกของคนในสังคมโดยรวมด้วย การทำงานของคนที่เคยเคลื่อนไหวเรื่องนี้จึงไม่ได้ทำงานกับผู้กำหนดนโยบายเพียงอย่างเดียว ต้องเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนความคิดกับทั้งสังคมปรับค่านิยมของคนในสังคม เช่น สสส.สื่อว่าให้เหล้าเท่ากับแข่ง เพื่อสนับสนุนการให้กระเช้าปีใหม่ที่ไม่มีเหล้า สงกรานต์ปลอดเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา งานกีฬาปลอดเหล้า เหล้านี้เป็นการทำงานเชิงสังคมเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่พร้อมต่อการที่นโยบายจะคืบหน้าไปเราต้องคอยจับชีพจรสังคมเป็นระยะ”

ในวันนี้คงไม่มีใครบอกได้ว่าปลายทางของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยอยู่ที่ใด ความท้าทายจึงอยู่กับสิ่งที่ดำเนินไปในปัจจุบัน ซึ่งต้องทำให้เกิดความร่วมมือกันในทุกภาคส่วนเพราะสังคมจะเข้าสู่เขตปลอดภัยจากผลกระทบของแอลกอฮอล์ได้ต้องขึ้นอยู่กับคนไทยทุกคน

KITAP



ผศ.ดร.สุปริดา อุดุลยานนท์

ผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เกาะกระแสเทคโนโลยี

เรื่อง... โสภิตา ธนสุนทรกุล

ป้องกันกระดูกพรุนได้ง่ายๆ ...เริ่มที่ตัวเอง

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่า โรคกระดูกพรุนนั้นส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดกระดูกหัก หากหักล้มหรือได้รับแรงกระแทกเพียงเล็กน้อย แต่คนส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าตนเองมีภาวะกระดูกพรุน เนื่องจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ และจะทราบก็ต่อเมื่อเกิดกระดูกหักแล้ว

จากการสำรวจของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนพบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่เกิดกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี และเมื่อติดตามผลต่อไป ก็พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่เกิดกระดูกสะโพกหักจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี

ในภาวะที่สังคมไทยมีแนวโน้มเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น เราจึงควรหันมาให้ความสนใจกับโรคในผู้สูงอายุที่เป็นภัยเงียบอย่างโรคกระดูกพรุน เพื่อให้รู้เท่าทันและหาทางป้องกันโรคนี้ไว้เสียแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยให้ประชากรผู้สูงอายุของไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายชีวิต

ปัจจุบันมูลนิธิโรคกระดูกพรุนได้อำนวยความสะดวกด้วยการจัดทำแบบทดสอบความเสี่ยงต่อสภาวะกระดูกพรุนไว้ในเว็บไซต์ http://www.thaiosteoporosis.org/main/society_usertest.php เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่างง่ายๆ และสามารถไปพบแพทย์ได้ทันทีหากพบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน

โดยแบบทดสอบได้ระบุปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมแล้วกว่า 20 ปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างเรื่องประวัติครอบครัว เช่น มีพ่อแม่ที่เป็นโรคกระดูกพรุน หรือมีประวัติเคยกระดูกสะโพกหักจากการล้มเพียงเล็กน้อยหรือไม่ รวมไปถึงประวัติส่วนตัว เช่น ส่วนสูงที่ลดลงไปมากกว่าปกติในช่วงหลังจากอายุ 40 ปี เป็นต้นมา น้ำหนักตัวน้อยกว่นมาตรฐานมากหรือไม่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละคน อย่างเช่น ดื่มแอลกอฮอล์หนักหรือไม่ สูบบุหรี่หนักหรือไม่ ออกกำลังน้อยเกินไปหรือไม่ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี คงไม่มีใครปฏิเสธว่าการป้องกันตนเองตั้งแต่นั้นๆ เพื่อไม่ให้ เป็นโรคกระดูกพรุนนั้นเป็นหนทางที่ดีที่สุด โดยเริ่มจากวิธีที่ง่ายที่สุดคือรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมโดยเฉพาะนมอย่างเพียงพอตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะทำให้ร่างกายของเรามีมวลกระดูกที่ดีเป็นกำไรสะสมไว้ก่อน เพราะตามปกติแล้วหลังจากที่คนเราเข้าสู่วัยหลังหมดประจำเดือน ร่างกายจะสูญเสียมวลกระดูกลงไปเรื่อยๆ

ซึ่งหากเราไม่มีแคลเซียมในร่างกายอย่างเพียงพอจะทำให้มวลกระดูกของเราลดลงต่ำกว่าระดับปกติมาก ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนและเกิดกระดูกหักนั่นเอง

สำหรับคนที่แพ้นมสัตว์ ก็อาจรับประทานนมถั่วเหลืองแทน แต่ถ้าแพ้ทั้ง 2 อย่าง ก็ควรรับประทานผักใบเขียวและผลไม้ที่มีแคลเซียมสูงควบคู่ไปกับการรับประทานแคลเซียมเม็ด

ทั้งนี้ในช่วงวัยหลังหมดประจำเดือนร่างกายยังคงมีความต้องการแคลเซียมอยู่ในระดับประมาณ 1,000-1,200 มิลลิกรัมต่อวัน นั่นหมายถึง การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมยังคงต้องดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นการที่มีโอกาสได้รับวิตามินดีจากแสงแดดและการออกกำลังกายก็สำคัญอย่างยิ่งและควรทำควบคู่ไปกับการเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม

จนกระทั่งถึงวัยที่การเคลื่อนไหวของร่างกายลดความคล่องตัวลง กำลังของกล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆ เสื่อมถอยนอกจากนี้ยังอาจมีความผิดปกติด้านสายตาในบางราย ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้มีโอกาสสะดุดหกล้มได้มากขึ้น การปรับปรุงสภาพ บ้านพักอาศัยก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย เช่น การทำพื้นบ้านให้เรียบ การทำราวจับที่บันไดและทางเดินบางจุด การปูกระเบื้องยางในพื้นที่ห้องน้ำแทนกระเบื้องเซรามิค และจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ เป็นต้นทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักของผู้สูงอายุ

“กันไว้ดีกว่าแก้” คงเป็นข้อสรุปที่ดีที่สุด เพราะเมื่อเกิดกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนแล้วยากนักที่จะแก้ไขให้กระดูกกลับมาประสานกันแล้วกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ เห็นอย่างนี้แล้วเรายังจะปล่อยให้ผู้หลักผู้ใหญ่ในบ้านรวมทั้งตัวเราเองมีความเสี่ยงทั้งๆที่มีวิธีการป้องกันที่ทำได้ไม่ยากนักหรืออย่างไร **HITAP**

HTA Update

เรื่อง... สิริพร มินะนันท์

แนวทางมาตรฐานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพไทย

ความต้องการข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้ปริมาณงานวิจัยในสาขานี้เพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่น่าเสียดายที่แนวโน้มด้านคุณภาพกลับไม่ได้เพิ่มขึ้นตามปริมาณหลักฐานสนับสนุนค่ากล่าวนี้ อยู่ในงานวิจัยของ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ ซึ่งทบทวนงานวิจัยด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ ตั้งแต่ปี 2525-2548

จากการศึกษาพบว่า มีเพียง 41% ของงานวิจัยเหล่านั้นที่มีการรายงานผลเป็นมาตรฐานกล่าวคือ มีการรายงานผลเป็นอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ขณะที่ 32% มีการวิเคราะห์ ความไม่แน่นอน และ 31% เท่านั้นที่มีการใช้วิธีลดทอนค่าของเงินและผลลัพธ์ เมื่อระยะเวลาการศึกษานานกว่า 1 ปี

ทั้งนี้ Michael Drummon ศาสตราจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข และเป็นอดีตรองอธิการบดี Center for Health Economics (CHE), University of York ซึ่งเป็นหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักร แนะนำไว้ว่าผลการศึกษามีคุณภาพ นอกจากจะรายงานผลในรูปของอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น มีการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ และใช้วิธีลดทอนค่าของเงินและผลลัพธ์ ในกรณีศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์เป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปี แล้วยังควรกำหนดมุมมองของการศึกษาอย่างชัดเจน มีการกำหนดมาตรการที่ใช้เปรียบเทียบ และเปิดเผยแหล่งทุนที่สนับสนุนงานวิจัยด้วย

ด้วยเหตุนี้ HITAP จึงเรียนเชิญนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข จากสถาบันการศึกษาและสถาบันวิจัยทั่วประเทศมา ร่วมกันพัฒนา คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผศ.ดร.ญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว จากหน่วยเภสัชสังคมและการบริหาร ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และที่ปรึกษานักวิจัย HITAP ในฐานะบรรณาธิการคู่มือฯ กล่าวว่า คู่มือฯ เล่มนี้จะทำให้ประเทศไทยมีแนวทางการทำวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากลมากขึ้น โดยในแนวทางได้ระบุขั้นตอน และส่วนประกอบพื้นฐานที่สำคัญ ในการประเมินฯ

โดยอิงตัวอย่างจากต่างประเทศ “ถึงแม้เราจะมีตัวอย่าง คู่มือถึง 28 ฉบับ จาก 23 ประเทศที่มีชื่อเสียงและมีความชำนาญ ในเรื่องการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาก่อนหน้าเราแล้ว แต่เราก็ยังต้องปรับรายละเอียดบางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยด้วย เช่น ควรใช้อัตราลดที่เท่าไร วิธีการประเมินที่ควรเลือกใช้คืออะไร เป็นต้น นอกจากนี้เรายังจัดประชุมเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงกลุ่มวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ใช้ข้อมูลจากการประเมินด้วย เพื่อทำให้มั่นใจได้ว่าแนวทางที่บรรจุอยู่ในคู่มือฯ เล่มนี้เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับประเทศไทยอย่างแท้จริง”

ผศ.ดร.ญ.อุษา ยังเล่าให้ฟังอีกว่าหลังจากพัฒนาคู่มือฯ เสร็จสิ้นแล้ว คณะทำงานก็ได้นำเสนอต่อ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นที่ยืนยันว่าคณะอนุกรรมการทั้ง 2 ชุด ให้การรับรองคู่มือฯ นี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำข้อมูลประกอบการพิจารณาบรรจุยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ในอนาคต

“นับเป็นแนวโน้มที่ดีสำหรับประเทศไทยที่ผู้กำหนดนโยบายให้ความสำคัญกับการทำการประเมิน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจดำเนินนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ เพราะจะทำให้การใช้งบประมาณเพื่อดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเรายังหวังด้วยว่าคู่มือฯ นี้จะเป็นตำราสำหรับนักเรียน นักศึกษาที่สนใจ รวมถึงเป็นแนวทางที่บริษัทเอกชนนำไปใช้อย่างกว้างขวางด้วย” ผศ.ดร.ญ.อุษา กล่าวทิ้งท้าย HITAP

ข่าวกิจกรรม

สรุปผลการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ปี พ.ศ.2552



เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2552 ณ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้จัดการประชุมคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อนำเข้าสู่การประเมินโดยนักวิจัยของโครงการฯ ประจำปี 2552 ขึ้น โดยมี **นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

การประชุมครั้งนี้มีนักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุข เข้าร่วมทั้งสิ้น 56 คน จาก 41 หน่วยงาน นอกจากนี้ยังได้รับเกียรติจาก **นพ.วินัย สวัสดิวร** เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้าร่วมประชุมด้วย

ทั้งนี้ มีหน่วยงานต่างๆ เสนอหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายจำนวนทั้งสิ้น 24 หัวข้อ ผ่านการกลั่นกรองเบื้องต้นโดยนักวิจัย HITAP และนำมาอภิปรายในการประชุมครั้งนี้ จำนวน 13 หัวข้อ สำหรับหัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกซึ่ง HITAP จะดำเนินการประเมิน

ในปี 2552 ได้แก่

1. การดำเนินนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าสูงในกลุ่มบัญชียา จ ข้อย่อยสอง
2. มาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
3. การตรวจสุขภาพประจำปีตามระเบียบการเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลาง (โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) เปรียบเทียบกับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของบุคคล
4. ความคุ้มค่าของการให้วัคซีนนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกตในเด็ก เปรียบเทียบกับการไม่ให้วัคซีน
5. ผลกระทบจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อภาระงานรักษายาบาลเพิ่มขึ้น และการลาออกของแพทย์

ผู้ที่สนใจหัวข้อที่ผ่านการกลั่นกรองในเบื้องต้นทั้ง 13 หัวข้อ สามารถดูข้อมูลได้ที่ www.hitap.net ในหัวข้อข่าวกิจกรรม **HITAP**

การศึกษาดูงาน ณ ประเทศอังกฤษ



ในช่วงระหว่างวันที่ 13-19 มกราคม 2552 ที่ผ่านมา คณะนักวิจัยจาก HITAP ประกอบด้วย **ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์** **ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวส** **ผศ.ยุวดี สิลันนาริระ** และ **น.ส. จอมขวัญ โยธาสุมทร** ได้เดินทางไปศึกษาดูงานและสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาชั้นนำและองค์กรประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักร

โดยในวันที่ 14 มกราคม 2552 คณะนักวิจัย HITAP ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ **Sir Michael Rawlins** ประธาน NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) **Sir Andrew Dillon CBE** ซึ่งเป็น CEO ของ NICE และเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ

ในประเด็นการคัดเลือกหัวข้อเพื่อทำการประเมิน การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน รวมทั้งการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและนักวิจัยจากภายนอกที่รับเป็นผู้ประเมินเทคโนโลยีให้ NICE

ในส่วนความร่วมมือด้านวิชาการระหว่าง NICE และ HITAP นั้น ในเบื้องต้น NICE ได้อนุญาตให้ **Dr. Kalipso Chalkidou** มาเป็นผู้ประเมินภายนอกสำหรับโครงการประเมินการดำเนินงานของ HITAP ในช่วงสองปีแรกร่วมกับนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศท่านอื่นๆ นอกจากนี้ HITAP ได้เรียนเชิญ **Sir. Andrew**, CEO ของ NICE เป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการ ISPORTHAILAND 2009 ใน

ช่วงเดือนสิงหาคมของปีนี้

หลังจากนั้นในวันที่ 19 มกราคม 2552 HITAP ได้เดินทางไปศึกษาดูงานที่มหาวิทยาลัย York ซึ่งมีชื่อเสียงทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และเป็นหน่วยงานที่รับทุนในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจาก NICE มากที่สุดแห่งหนึ่ง โดยได้พูดคุยกับ **Professor Karl Claxton** และ **Professor Mark Sculpher** จาก Center for Health Economics (CHE), University of York

จากการหารือในครั้งนี้ HITAP และ CHE ตกลงในหลักการว่าจะพัฒนาความร่วมมือระหว่างสององค์กรในเบื้องต้น 2 ประการคือ **Professor Claxton** และ **Professor Sculpher** จะมาเป็นผู้ทบทวน

(referee) รายงานผลการประเมินโครงการ HITAP เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในฐานะบุคคลที่สาม นอกจากนั้นยังพูดคุยถึงความเป็นไปได้ในการจัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ร่วมกัน

โดยหลักสูตรดังกล่าว CHE ได้จัดอบรมเป็นประจำทุกปีจนเป็นที่ยอมรับและมีชื่อเสียงในระดับโลกแล้ว ในขณะที่ HITAP ก็จัดอบรมหลักสูตรดังกล่าวในประเทศไทยเป็นประจำทุกปีเช่นกัน จึงมีแนวคิดว่าจะจัดการอบรมร่วมกัน โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นนักวิจัยจากประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ซึ่งมีความต้องการงานวิจัยเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก **HITAP**

รายงานผลการวิจัยต่อ GDN



เมื่อวันที่ 17-19 มกราคม 2552 นักวิจัย HITAP ประกอบด้วย **ดร.นพ.ยศ ศิริวัฒนานนท์** **ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวส** และ **ผศ.ยุวดี ลีลัคณาวิระ** ได้เข้าร่วมประชุมเพื่อรายงานผลการวิจัยเรื่อง “การประเมินศักยภาพของการเสนอบริการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบริการพื้นฐานในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย” ต่อ **Global Development Network (GDN)** ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเรื่องดังกล่าว ณ The Royal York Hotel and Events Center เมืองยอร์ก สหราชอาณาจักร โดยในงานนี้

มีการนำเสนองานวิจัยกว่า 20 เรื่องจากทั่วโลกที่ GDN ให้ทุนสนับสนุน

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจงานวิจัยของ HITAP เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงทดลองเพียง 1 ใน 3 เรื่องที่นำเสนอในการประชุมครั้งนี้ และได้รับการยอมรับทั้งในเรื่องกระบวนการระเบียบวิธีวิจัย และแนวโน้มการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายจากงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา **HITAP**

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ



เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2552 **Associate Professor Roy Poses** จากมหาวิทยาลัยบราวน์ประเทศสหรัฐอเมริกาในฐานะประธาน Foundation for Integrity and Responsibility in Medicine (FIRM) ซึ่งเดินทางมายังประเทศไทยเพื่อเข้าร่วมการประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ได้ให้เกียรติมาบรรยายที่ HITAP ในเรื่องประสบการณ์การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ตลอดจนการพัฒนามาตรฐานการรักษาโรคในหน่วยงานภาค

รัฐ โดยเน้นพฤติกรรมของนักวิจัยผู้ให้ทุนวิจัยและผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีอคติเบี่ยงเบนด้านจริยธรรมหรือมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะความเป็นผู้นำองค์กรและธรรมาภิบาล ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินการศึกษาทางคลินิก รวมทั้งการคัดเลือกผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ โดยปกปิดการวิจัยที่จะไม่เป็นผลดีต่อธุรกิจและผลิตภัณฑ์ที่นำมาศึกษา **HITAP**

นำเสนอผลงานที่ทีดีอาร์ไอ



เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2552 HITAP ได้รับเกียรติจาก สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย หรือทีดีอาร์ไอ (The Thailand Development Research Institute, TDRI) ให้ไปนำเสนอผลการวิจัย เรื่อง **“การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย ระหว่างปี 2549-2551”** โดยมีนักวิจัยในโครงการที่ร่วมนำเสนอผลงาน ได้แก่ **ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวช** นำเสนอความเป็นมาและหลักการและเหตุผลของการวิจัย **ภก.อดุลย์ โมฮารรา** นำเสนอผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการเข้าถึงยาของผู้ป่วยจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา หรือ Compulsory Licensing (CL)

และ **ดร.นพ.ยศ ดีระพัฒนานนท์** นำเสนอผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพ และผลการสำรวจทัศนคติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย

ทั้งนี้ มีผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิจัยของทีดีอาร์ไอให้ความสนใจเข้าร่วมรับฟังและให้ข้อคิดเห็นในการนำเสนอผลงานของ HITAP ครั้งนี้หลายท่านด้วยกัน อาทิ **ดร.อัมมาร สยามวาลา, ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง, ดร.จิระวัฒน์ บั่นเปี่ยมรัชฎ์** เป็นต้น **HITAP**

เกร็ดเล็กๆ เก็บมาฝากจากอังกฤษ

จอมขวัญ โยธาสมุทร

นักวิจัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ในช่วงเวลาที่พวกเราได้ไปศึกษาดูงานที่ประเทศอังกฤษนั้น ทำให้เราได้รับประสบการณ์และความรู้ดีๆ กลับมามากมาย ในฐานะหนึ่งในทีมนักวิจัยที่มีโอกาสร่วมเดินทางไปด้วยจึงอยากแบ่งปันความรู้ดีๆ เหล่านี้ให้ผู้อ่านจุลสารของ HITAP ได้เรียนรู้ร่วมกัน

จากการบรรยายและพูดคุยกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ **NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)** ทำให้คณะนักวิจัย HITAP ได้เรียนรู้ระบบประกันสุขภาพของสหราชอาณาจักรว่ามีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย กล่าวคือรัฐเป็นผู้สนับสนุนบริการทุกอย่างให้ประชาชนแบบไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมี **National Health Service (NHS)** เป็นผู้บริหารเงินกองทุนที่ได้มาจากภาษีของประชาชน ให้สามารถครอบคลุมตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยไปจนถึงเจ็บป่วยร้ายแรง

ทั้งนี้เพื่อการบริหารกองทุนดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพสูงสุด NICE จึงถูกพัฒนาขึ้นมาและก่อตั้งอย่างเป็นทางการเมื่อปี ค.ศ.1999 ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและสร้างมาตรฐานของเวชปฏิบัติให้เหมือนกันทั้งประเทศเพื่อแก้ปัญหาในอดีตที่มีความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการของแต่ละพื้นที่ (post code rationing) หลังจากนั้น NICE ก็มีวิวัฒนาการเรื่อยมาโดยในช่วงปี ค.ศ.2002

เริ่มสนใจเรื่องหัตถการ และในปี ค.ศ.2005 ก็เริ่มสนใจมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ทางด้านสาธารณสุข

จุดเด่นของ NICE คือมาตรฐานการประเมินที่เน้นเรื่องประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางการแพทย์ นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ตั้งแต่ผู้บริหาร นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และตัวแทนภาคประชาชนทั้งยังเปิดโอกาสให้มีการอุทธรณ์หากไม่เห็นด้วยกับผลการประเมิน

อย่างไรก็ตาม NICE ยังต้องเผชิญอุปสรรคสำคัญคือแรงกดดันทั้งจากในและนอกประเทศ แรงกดดันภายในคือการต่อต้านจากกลุ่มผู้ป่วยและสื่อมวลชนในกรณีที่ตัดสินว่ายาใดไม่คุ้มค่า โดยสื่อมวลชนมักจะพยายามจุดประเด็นความสนใจในสังคมแก่ผู้ป่วยเป็นรายคนในกรณีที่ไม่ได้รับการสนับสนุนยารักษาแพงจากรัฐ ซึ่งทำให้ NICE มีภาพลักษณ์ที่ดูไม่ได้นักส่วนแรงกดดันจากภายนอกมาจากธุรกิจยา เนื่องจากหลายประเทศใช้ผลการประเมินของ NICE เป็นบรรทัดฐาน โดยเฉพาะประเทศที่ไม่สามารถประเมินได้เอง จึงอาจทำให้บริษัทยาเสียตลาดไปหลายประเทศในคราวเดียวกัน เพราะหากผลการประเมินออกมาว่ายาหรือเทคโนโลยีของบริษัทนั้นๆ มีราคาแพงเกินไปหรือไม่คุ้มค่า

จากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของ NICE พบข้อสรุปว่า สิ่งที่ NICE ควรทำในอนาคตคือเพิ่มการสื่อสารกับประชาชนให้มีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการจัดลำดับความสำคัญ หรือคัดเลือกเทคโนโลยีที่มีความคุ้มค่าเข้ามาอยู่ในระบบประกันสุขภาพ **HITAP**



EE-TRAINING

การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 5
13 - 17 กรกฎาคม 2552

ณ โรงแรมวินเซอร์สวิตส์ (สุขุมวิท 18-20) กรุงเทพมหานคร

→ หลักสูตรเบื้องต้น

13 ก.ค. Introduction to health economic evaluation

- Principle of health economic evaluation
- Health economic evaluation methods
 - Cost analysis
- Type of costs
- Costing approach
- Discounting and customer price index
 - Outcome assessment
- Efficacy/Effectiveness
- Systematic review/meta-analysis
- Utility

EXERCISE: Outcome assessment

14 ก.ค. Health economic evaluation results

- Decision rules/Markov
 - Uncertainty analysis
 - Critical appraisal & retrieving economic evaluation studies
- EXERCISE: Critical appraisal & Presentation
- Roles of health technology assessment in decision making

→ หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ

15 ก.ค. Introductory session

- Rationales for developing the models
- Decision analysis (decision tree)
- State-transitional model (Markov model)
 - Basic medical statistics
- Probability vs. rate
- Survival analysis
- Transitional probabilities
- Introduction on Microsoft Excel?

EXERCISE: basic medical statistics

Decision analysis: uses and limitations

• Decision tree

• Markov model

• Model construction

EXERCISE: constructing Markov models

16 ก.ค. Probabilistic modeling

• Monte Carlo simulation

• Probabilistic sensitivity analysis

EXERCISE: probabilistic modeling

Result presentation from probabilistic modeling

• Net benefits

• Cost-effectiveness acceptability curves

EXERCISE: cost-effectiveness acceptability curves

17 ก.ค. Expected value of perfect information (EVPI)

• Concept and methods

EXERCISE: expected value of perfect

Miscellaneous

• Model validation

• Making publications

Discussion & Problem solving session

“การอบรมในครั้งนี้จะช่วยให้ผู้เข้าร่วม
สามารถนำความรู้มาเสริมสร้างศักยภาพด้านการแพทย์
และสาธารณสุขของประเทศได้
โดยนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย”

ค่าลงทะเบียน

ผู้บรรยาย : ศ.ดร.พ.อศ. สวัสดิ์ชนบท และทีมวิทยากร HITAP

หลักสูตร	สมัครภายในวันที่ 30 เม.ย. 52	สมัครวันที่ 1 พ.ค. - 30 มิ.ย. 52
หลักสูตรเบื้องต้น (รับจำนวน 120 ที่นั่ง) อบรมวันที่ 13-14 กรกฎาคม 2552	5,500 บาท	6,500 บาท
หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ (รับจำนวน 50 ที่นั่ง) อบรมวันที่ 15-17 กรกฎาคม 2552	12,000 บาท	14,000 บาท

สนใจติดต่อ : คุณกมลวรรณ พันธุ์เพ็ง
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ก.วัฒนาบ่อ 0.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร.0-2590-4549, 0-2590-4374-5 โทรสาร 0-2590-4369
E-mail address : eetraining@msn.com
Website : www.hitap.net

โควตาสำหรับนักศึกษา ระดับปริญญาโทและปริญญาเอก (ต้องแนบหนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษาด้วย)

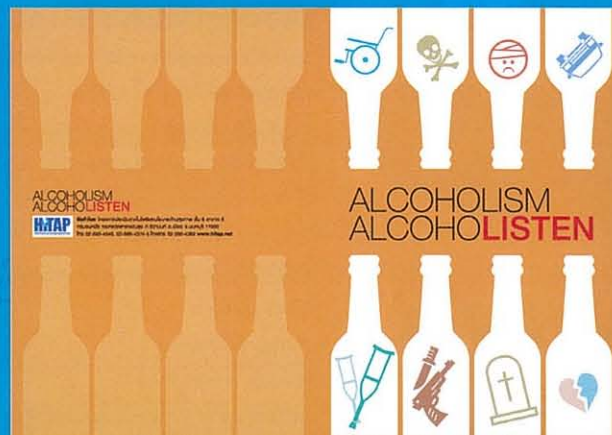
HITAP

ชวนมารู้

ว่ากันว่ามนุษย์ในสมัยก่อนประวัติศาสตร์อาจรู้จักเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยบังเอิญ จากการดื่มน้ำผึ้งที่ถูกปล่อยทิ้งในอากาศนานๆ และเมื่อได้ประจักษ์ว่าสิ่งที่ดื่มเข้าไปนั้นสามารถกระตุ้นเร้าจิตใจได้ดี จึงพยายามค้นหาวิธีการทำแอลกอฮอล์จนสำเร็จด้วยการหมักผลไม้เป็นเวลานานๆ แล้วเทคโนโลยีดังกล่าวก็ถูกถ่ายทอดต่อๆ กันมา แต่แล้วในปี 2356 T. Trotter แห่ง Edinburgh College of Medicine ในสกอตแลนด์ รายงานว่าแอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูงอาจทำให้ผู้ดื่มเสียชีวิตเนื่องจากดับแข็ง ผู้คนจึงพยายามต่อต้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่นั้นมา

ข้อมูลจาก สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

“หนังสือการ์ตูนเล่มนี้เป็นเครื่องมือทางสังคมที่สำคัญ
เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะช่วยดึงเด็กและเยาวชนไทยให้ห่างไกลจากยาเสพติด (แอลกอฮอล์)”
ส่วนหนึ่งจากคำนิยม โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข



“เป็นความพยายามอีกขั้นหนึ่งของ HITAP ในการแปลงสาระสำคัญจากงานวิจัย
เพื่อเผยแพร่สู่ประชาชนในรูปแบบที่ง่ายและน่าสนใจ”
ส่วนหนึ่งจากคำนิยม โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผู้สนใจหนังสือเล่มนี้ สามารถติดต่อได้โดยตรงที่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
โทรศัพท์: 0-2590-4549, 0-2590-4374-5 (ติดต่อคุณสิริพร)

ท่านสามารถเสนอแนะ ดิชม หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์: 0-2590-4549, 0-2590-4374-5 โทรสาร: 0-2590-4369 และท่านสามารถอ่านจุลสาร HITAP ในรูปแบบ PDF file ได้ที่ www.hitap.net www.hitap.net
ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ: ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวชส กองบรรณาธิการ: สิริพร มีะนันท์, กาญจนา อุดมสุข, โสภิตา ธนสุนทรกุล, ปวเรศ เลขะวรรณ, เชิญขวัญ ฤชณรงค์