

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผการัตน์ ฤทธิวิเศษ*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลเสียต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสังคม และประสิทธิภาพการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้บริโภคและต่อสังคม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี 2562

วิธีการวิจัย: การศึกษาเชิงสำรวจในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างในพื้นที่ 30 ชุมชน ในเดือนมีนาคม 2562

ผลการศึกษา: ผู้ตอบ 1,053 คน เคยดื่มสุราในช่วงชีวิตร้อยละ 52.90 (95% CI: 46.1, 59.9) มีผู้ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 43.3 (95% CI: 37.1, 49.5) จำนวนวันที่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ย 36.8 วัน ผู้ดื่มส่วนใหญ่ดื่มเพื่อการสังสรรค์ โดยดื่มกับเพื่อนหรือญาติเป็นส่วนมาก มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจระดับบุคคลมีความแตกต่างกันมาก ค่าเฉลี่ยความสูญเสีย เมื่อถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 975.5 บาทต่อคน เมื่อคำนวณความสูญเสียไปในยอดประมาณการผู้เคยดื่มในจังหวัดพื้นที่ศึกษาพบว่ามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในภาพรวมของจังหวัดมีมูลค่า 691.2 ล้านบาท (95% CI: 280.2, 1,102.3) หรือเฉลี่ย 502.9 บาทต่อหัวประชากร

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ, ค่าใช้จ่าย

*โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี

Corresponding Author: Phakarat Ritwises email: phakaratritwises@gmail.com

Received 18/10/2021

Revised 18/11/2021

Accepted 14/12/2021

ALCOHOL DRINKING BEHAVIOUR AND ECONOMIC COST INCURRED BY USERS

*Phakarat Ritwises**

ABSTRACT

Background: Alcohol consumption increases health risks and social consequences. It also lowers productivity resulting in economic losses for drinkers and the rest of society.

Objective: To investigate alcohol drinking behavior and to estimate economic cost incurred by alcohol users in 2019.

Material and Method: A cross-sectional survey targeting the population aged 18 years old and over was conducted in 30 communities in March 2019. Data were collected using structured interviews.

Results: Among 1,053 respondents, 53.0% drank alcohol sometime in their lives (95% CI: 46.1, 59.9). The percentage of individuals drinking in the past 12 months was 43.3% (95% CI: 37.1, 49.5). The average number of drinking days in past 12 months was 36.8 days. Most respondents drank for social activities, mainly with friends and relatives. Individual costs of alcohol consumption varied greatly. The weighted average cost in 2019 was 975.5 Baht per drinker. The estimated overall cost of alcohol consumption, in 2019, was 691.2 million Baht (95% CI: 280.0, 1,102.3 million), or 502.9 Baht per capita.

Keywords: Alcohol drinking behavior, Economic Cost, Expense

* Thanyarak Udon Thani Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยทั้งในโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ^{1,2} โครงการ WHO Global Burden of Disease ประเมินการว่าการใช้แอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิต 1.8 ล้านคน หรือ 3.2% ของการเสียชีวิตทั้งหมด และการสูญเสีย 58.3 ล้านคน ในช่วงชีวิตที่ปรับความทุพพลภาพ (DALYs) หรือ 4% ของ DALY ทั้งหมด^{3,4} มีการศึกษาหลายเรื่องเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐกิจของการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดในหลายประเทศ และค่าใช้จ่ายทางสังคมโดยประมาณมีนัยสำคัญ⁵

ในประเทศไทยร้อยละของผู้ดื่มสุราอยู่ที่ 30.0%-37.4%⁶⁻¹⁰ ค่าใช้จ่ายทางสังคมโดยประมาณของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี 2549 อยู่ที่ 156.10 พันล้านบาท โดยเฉลี่ย 2,391 บาทต่อหัว¹¹ ความชุกของผู้ดื่มสุราในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ 45.9%-46.2%^{9,12} นอกจากนี้ ความชุกของการขับรถหรือขี่มอเตอร์ไซด์หลังดื่มสุราใน 30 วันที่ผ่านมาอยู่ที่ 8.9% และ 20.0%⁹ นอกจากนี้ 36.1% มีการทะเลาะวิวาทและ 30.7% ประสบอุบัติเหตุ¹² แต่ยังคงขาดการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ดื่มในการศึกษาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป

และเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2562

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการศึกษา (Method)

การสำรวจครัวเรือนตามภาคตัดขวางนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมนุษย์ ประชากรที่ศึกษามีอายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 90 วันก่อน การสำรวจ ไม่รวมบุคคลที่อาศัยอยู่ในค่ายทหาร วัด หน่วยงานราชการ หอพัก หรือสถานที่ก่อสร้างชั่วคราว หน่วยตัวอย่างเป็นแบบครัวเรือน และสัมภาษณ์ผู้มีสิทธิทั้งหมดในครัวเรือนตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างถูกกำหนดจากสัดส่วนของผู้ดื่มตลอดชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2548¹³ และความแตกต่างที่ยอมรับได้ คือ 5% ขนาดตัวอย่างถูกปรับสำหรับอัตราการตอบสนองที่คาดไว้ 85% และค่า design effect 3.8 (ใช้จาก design effect ของตัวแปรแต่ละตัวจากการสำรวจครัวเรือนในแอฟริกาใต้ในปี 2542)¹⁴ จำนวนผู้เข้าร่วมอายุ 18 ปีขึ้นไป เฉลี่ยต่อครัวเรือน คือ 3.3 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และอัตราการเข้าถึงครัวเรือนที่คาดว่าจะ

เข้าถึงได้ คือ 85% เพื่อคาดการณ์จำนวนหน่วยสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเพื่อให้ได้ตัวอย่าง 592ครัวเรือน จากชุมชนเมือง 10 แห่ง และหมู่บ้านในชนบท 20 แห่ง

แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างได้รับการพัฒนาและทดสอบล่วงหน้า ใช้วิธีการ 3 ชนิด เพื่อวัดปริมาณการดื่มสุรา ได้แก่ การสอบถามและภาพประกอบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และขนาดภาชนะบรรจุใน “คู่มือสำรวจการดื่มสุราของไทย” ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภาชนะบรรจุ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตอบด้วยตนเองได้รับการทดสอบความถูกต้องในอาสาสมัคร 33 คน โดยใช้เทคนิค test-retest ภายใน 4 สัปดาห์ และให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนที่ 0.72 โดยมีค่า Cronbach's Alpha 0.873 ความน่าเชื่อถือสำหรับต้นทุนได้รับการทดสอบด้วยข้อมูลหลักประกันฉบับหลังผู้ตอบ ค่า Cronbach's Alpha สำหรับต้นทุนโดยรวม คือ 0.6 และ intraclass correlation coefficient ของต้นทุนทั้งหมด คือ 0.6

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแง่ของประสบการณ์การดื่มและความถี่ในการดื่ม

สุรา ส่วนที่ 4 ผลที่ตามมาและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนเวลาที่สูญเสียไป

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2562 โดยผู้ช่วยวิจัย 6 คน ที่ได้รับการฝึกอบรม ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมโดยใช้การสัมภาษณ์ต่อหน้า ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จะมีการอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นไปโดยสมัครใจ นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ยังดำเนินการโดยไม่มีการติดตามหรือการแทรกแซงจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ข้อมูลถูกบันทึกโดยไม่ระบุชื่อ จากนั้นทำการสแกนแบบสอบถามเพื่อป้อนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งแล้วโอนไปยัง SPSS 15.0 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์คำนวณจากปริมาณแอลกอฮอล์แต่ละประเภทที่บริโภคในแต่ละระดับ คูณด้วยร้อยละของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในแต่ละประเภท ความถี่ในการดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และความหนาแน่นจำเพาะของแอลกอฮอล์ของการบริโภคเอทานอล (0.793)¹⁵ ต้นทุนทางเศรษฐกิจคำนวณจาก (ก) ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเพื่อการบริโภคแอลกอฮอล์โดยตรง (ข) ค่าใช้จ่ายโดยอ้อมอื่น ๆ เช่น การเดินทางและค่าที่พัก (ค) การสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคลจากการขาดงานโดยใช้วิธีทุนมนุษย์ (ง) การ

สูญเสียผลิตภาพของญาติสำหรับการดูแลระหว่างการรักษาและการฟื้นฟูและ (๑) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ทรัพย์สินที่เสียหาย ค่าปรับและค่าธรรมเนียมสำหรับการฟ้องร้อง รวมถึงการประนีประนอมผู้เสียหาย ไม่รวมค่าเครื่องตีแมลงกอลเนื่องจากถือเป็นผลกระทบจากการตีแมลง

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ SPSS 16.0 และ STATA 15.0 ของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์ตัวแปรตามประเภทความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ตัวแปรต่อเนื่องเพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ในการประมาณค่าเปอร์เซ็นต์ของการตีแมลงและค่าใช้จ่ายแมลงกอล ได้มีการดำเนินการมาตรฐานโดยตรงเพื่อให้ได้เปอร์เซ็นต์ที่ถ่วงน้ำหนักและค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของต้นทุนการบริโภคเครื่องตีแมลงกอลโดยใช้ WinPepi 9.0

ผลการศึกษา (Results)

จากตัวอย่างที่สุ่มได้ 592 ครวเรือน ตัวอย่างประกอบด้วย 1,419 อาสาสมัคร

สามารถเข้าถึงได้เพียง 523 ครวเรือนและยินยอมให้สัมภาษณ์ 1,053 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึง 88.3% และอัตราการตอบสนอง 74.2% ในกลุ่มตัวอย่าง 1,053 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.0%) อายุเฉลี่ย 39.5 ปี (SD = 15.0) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (69.9%) ประมาณ 42.4% เป็นเกษตรกรและ 18.2% เป็นนักเรียน ประมาณสองในสามแต่งงานแล้วและ 24.6% เป็นโสด รายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 24,000 บาท (IQR = 57,300) กว่าครึ่งหนึ่ง (52.9%) เคยตีแมลงกอลในช่วงชีวิต สัดส่วนของผู้ตีแมลงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 30 วันที่ผ่านมา คือ 43.3% และ 34.9% สัดส่วนของผู้ตีแมลงในเขตเมืองสูงกว่าในชนบท อายุเฉลี่ยของการตีแมลงกอลครั้งแรก 22.2 ปี (SD = 8.4) ประมาณครึ่งหนึ่งเริ่มตีแมลงเมื่ออายุ 15-20 ปี และ 8.3% ตีแมลงครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี หรือน้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 1 ค่าถ่วงน้ำหนักของผู้ตีแมลงตลอดชีพ คือ 52.9% (95% CI: 46.1, 59.9) และการตีแมลงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ 43.3% (95% CI: 37.1, 49.5)

ตารางที่ 1 ประสพการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	เขตเมือง จำนวน (ร้อยละ)	เขตชนบท จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ประสพการณ์	n=178	n=875	n=1,053
เคยดื่มในช่วงชีวิต	100(56.2)	457(52.2)	557(52.9)
ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	84(47.2)	372(42.5)	456(43.3)
ดื่มในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	69(38.8)	299(34.2)	368(34.9)
อายุที่ดื่มครั้งแรก (ปี)	n=100	n=451	n=551
ไม่เกิน 14 ปี	13(13.0)	33(7.3)	46(8.3)
15-17 ปี	31(31.0)	109(24.2)	140(25.4)
18-20 ปี	23(23.0)	116(25.7)	139(25.2)
21-25 ปี	21(21.0)	87(19.3)	108(19.6)
26-30 ปี	7(7.0)	41(9.1)	48(8.7)
31-35 ปี	1(1.0)	22(4.9)	23(4.2)
36-40 ปี	4(4.0)	22(4.9)	26(4.7)
41 ปีขึ้นไป	0(0.0)	21(4.7)	21(3.8)
mean (SD)	19.9(5.9)	22.7(8.8)	22.2(8.4)
median (IQR)	18.8(8.0)	20.0(8.0)	20.0(8.0)

ในบรรดาผู้ดื่มในปัจจุบัน ประมาณ 1 ใน 5 ดื่ม 1-3 ครั้งต่อเดือน และ 8.6% ดื่มทุกวัน จำนวนวันที่ดื่มเฉลี่ย 36.8 วันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (SD = 83.1) โอกาสที่ดื่มคือ 30.6% ดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่ต้องมีโอกาพิเศษโดยเฉพาะ ในขณะที่ 26.9%

และ 25.6% ดื่มเฉพาะในโอกาสเลี้ยงฉลองและในเทศกาลต่าง ๆ (ตารางที่ 2) เกือบครึ่งหนึ่ง (49.0%) ดื่มในปริมาณเกือบคงที่เกือบทุกคน (89.9%) ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับเพื่อนหรือญาติ และ 37.3% ดื่มสุร่าย่างน้อยเดือนละครั้ง

ตารางที่ 2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	เขตเมือง จำนวน (ร้อยละ)	เขตชนบท จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ความถี่ที่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	n=85	n=355	n=440
ดื่มน้อยกว่าเดือนละครั้ง	26(30.6)	126(35.5)	152(34.5)
ดื่มเดือนละ 1-3 ครั้ง	15(17.6)	75(21.1)	90(20.5)
ดื่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	11(12.9)	45(12.7)	56(12.7)
ดื่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	13(15.3)	50(14.1)	63(14.3)
ดื่มสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง	11(12.9)	30(8.5)	41(9.3)
ดื่มทุกวัน	9(10.6)	29(8.2)	38(8.6)
mean (SD) วัน	50.5(97.2)	34.0(79.8)	36.8(83.1)
median (IQR) วัน	1.0(34.5)	1.0(15.0)	1.0(18.0)
โอกาสที่ดื่ม	n=85	n=372	n=456
เพื่อเข้าสังคม	5(5.9)	59(15.9)	64(14.0)
เลี้ยงฉลอง	33(38.8)	90(24.2)	123(26.9)
ไม่มีโอกาสพิเศษ	35(41.2)	105(28.2)	140(30.6)
เครียด	1(1.2)	3(0.8)	4(0.9)
เทศกาล	11(12.9)	106(28.5)	117(25.6)
อื่น ๆ	0(0.0)	9(2.4)	9(2.0)

ผู้ดื่มประมาณ 43% รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพ และ 20.0% ประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวนวันที่ขาดงานโดยเฉลี่ยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ 1.6 วัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวนวันที่ขาดงานโดยเฉลี่ย 5.6 วัน รองลงมาคือ ผู้ที่ดื่มที่มีความเสี่ยง

ค่อนข้างสูงขาดงานโดยเฉลี่ย 2.6 วันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ต้นทุนทางเศรษฐกิจ (ค่าใช้จ่าย) ที่เกี่ยวเนื่องของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้น 531,634 บาท การสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคล (ผู้ดื่มหยุดงาน/สูญเสียรายได้ อันเป็นผลต่อเนื่องมาจากการดื่มสุรา เช่น เจ็บป่วยต้องขาดงาน) 296,706

บาท หรือ 50.7% ของต้นทุนทั้งหมด รองลงมา คือ การสูญเสียผลผลิตภาพของสมาชิกในครอบครัว (สมาชิกในครัวเรือนต้องหยุดงาน/สูญเสียรายได้ อันเป็นผลต่อเนื่องมาจากบุคคลในครัวเรือนดื่มสุรา เช่น ต้องขาดงานดูแลผู้ดื่มสุรา) คิดเป็น 153,648 บาท หรือ 28.9% ค่ารักษาพยาบาลทางตรง (ค่ายา/รักษาพยาบาล) และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (ค่ารถ/ค่าใช้จ่ายอื่น) คิดเป็น 16.6% และ 1.9% ของต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนทางเศรษฐกิจเฉลี่ยต่อ

ผู้ดื่ม 975.5 บาท (SD = 6,892.2) และต้นทุนเฉลี่ยต่อประชากรตัวอย่าง 517.2 บาท (SD = 5,042.6) เมื่อนำต้นทุนถ่วงน้ำหนักต่อผู้ดื่มมาใช้กับจำนวนผู้ดื่มโดยประมาณในจังหวัด ต้นทุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ดื่มต้องจ่ายเองโดยประมาณในจังหวัด อยู่ที่ 691.1 ล้านบาท (95% CI: 280.0, 1,102.3) หรือต้นทุนเฉลี่ยต่อหัวประชากร 502.9 บาท (95 % CI: 181.98, 823.83) และคิดเป็น 0.6% ของผลิตภัณฑ์มวลรวม

ตารางที่ 3 มูลค่าทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

	มูลค่า (บาท)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลโดยตรง	88,010	16.6
ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล	10,120	1.9
ค่าสูญเสียผลผลิตภาพส่วนบุคคลอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา	269,706	50.7
ค่าสูญเสียผลผลิตภาพของครอบครัวอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา	153,648	28.9
ค่าใช้จ่ายอื่น	10,150	1.9
รวมต้นทุนทั้งหมด	531,634	100.0

วิจารณ์ (Discussions)

ในการศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่ต้องการ จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 2.5 คน และอัตราการตอบกลับต่ำกว่าที่คาดไว้ พื้นที่ศึกษาในเขตเมืองอยู่ในพื้นที่การค้า สำหรับพื้นที่ชนบทผู้ที่ปฏิเสธการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เพ่งย้าย

มาตั้งถิ่นฐานหลังจบการศึกษา และผู้ที่ทำงานในโรงงานซึ่งหลายคนต้องทำงานล่วงเวลาจนถึงช่วงดึก

สำหรับอัตราการตอบกลับต่ำ หากทำการวิเคราะห์ Best-case Analysis และ Worst- case Analysis เพื่อตรวจสอบผลกระทบของการไม่ตอบสนอง ในการ

วิเคราะห์ Best-case Analysis สัดส่วนการถ่วงน้ำหนักของผู้เคยดื่มในช่วงชีวิตจะลดลงเหลือ 39.5% (95% CI: 34.7, 44.4) และในการวิเคราะห์ Worst-case Analysis คือ 64.2% (95% CI: 55.2, 73.3) โดยนำจำนวนผู้เคยดื่มในช่วงชีวิตมาประมาณราคา โดย Best-case Analysis จะมีค่าใช้จ่าย 515.6 ล้านบาท (95% CI: 208.9, 822.2) และ 837.8 ล้านบาท (95% CI: 339.4, 1336.1) สำหรับ Worst-case Analysis แสดงให้เห็นว่าการไม่ตอบสนองมีผลกระทบต่อสัดส่วนของผู้เคยดื่มในช่วงชีวิต แต่มีผลเพียงเล็กน้อยต่อต้นทุน

จากการศึกษาพบว่าร้อยละของประชากรที่เคยดื่ม คือ 52.9% (95% CI: 50.2, 56.1) และผู้ที่ดื่มในในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 30 วันที่ผ่านมา คือ 43.3% และ 34.9% สัดส่วนผู้ดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาลดลงเล็กน้อยจากผลการศึกษา BRFSS เมื่อปี 2548 คือ 45.9%⁹ ซึ่งอาจเกิดจากการจำกัดอายุที่แตกต่างกันของประชากรที่ทำการศึกษา BRFSS ที่อายุ 15-74 ปี อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้งสองพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีปริมาณสูงอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากร อาจเป็นผลจากความพร้อมให้บริการในวงกว้างและเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างง่ายดายในทุกสถานที่

ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากผู้ดื่ม

สูญเสียผลิตภาพ โดยสูญเสียผลิตภาพส่วนบุคคล 50.7% ของต้นทุนพฤติกรรมการดื่มทั้งหมด และการสูญเสียผลิตภาพในครอบครัว 28.9% ของต้นทุนทั้งหมด ตามด้วยการรักษาพยาบาลโดยตรง ต้นทุน (16.6%) ของต้นทุนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ในบริบทสังคมไทยว่าสมาชิกในครอบครัวพาสมาชิกในครอบครัวไปโรงพยาบาลโดยเฉพาะระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ 502.9 บาทต่อหัว ดูเหมือนจะต่ำมาก เมื่อเทียบกับการศึกษาต้นทุนทางสังคมในประเทศไทย¹¹ ซึ่งอาจเกิดจากขอบเขตของต้นทุนในการศึกษานี้ ซึ่งอิงจากการรายงานตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอุบัติเหตุที่รับรู้ ซึ่งโดยทั่วไปจำกัดอยู่ที่ภาวะเฉียบพลันและอุบัติเหตุ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาต้นทุนทางสังคมที่ครอบคลุมโรคและการบาดเจ็บจากแอลกอฮอล์ สภาวะโรคต่าง ๆ ได้กว้างขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาในปัจจุบันวัดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงระยะสั้นสำหรับการรักษาและการสูญเสียผลิตภาพ อันเนื่องมาจากการขาดงาน ในขณะที่การศึกษาด้านทุนทางสังคมครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ตลอดจนรายได้ใน

อนาคต ความสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การสำรวจครัวเรือนตามภาคตัดขวางถือเป็นวิธีที่เหมาะสมในการรับปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้มาจากระบบทะเบียน และท้ายที่สุดแล้วต้นทุนเชิงเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นโดยผู้ใช้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ของสถาบันราชการ อย่างไรก็ตาม การสำรวจครัวเรือนยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถใช้ได้ดีกับโรคที่มีอุบัติการณ์ต่ำหรือความชุกต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือได้รับบาดเจ็บส่งผลให้ต้นทุนอาจต่ำกว่าจริง

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละถ่วงน้ำหนักของการดื่มแอลกอฮอล์คือ 52.9 % (95% CI: 46.1, 59.9) สำหรับผู้เคยดื่มในช่วงชีวิตและ 43.3 (95% CI: 37.1, 49.5) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายเชิงเศรษฐกิจโดยรวมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Codde JP, et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth

คิดเป็นเงิน 531,634 บาท ต้นทุนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็น 502.91 บาทต่อหัว (95% CI: 182.0, 823.8) ประเมินการต้นทุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัด เท่ากับ 691.2 ล้านบาท (95% CI: 280.0, 1,102.3)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผลที่ตามมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะทำให้มีค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบได้โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุที่มาจากการขับขี้นในภาวะเมาสุรา ดังนั้นจึงควรบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดรวมทั้งการรณรงค์สร้างความตระหนัก “เมาไม่ขับ” ในสังคม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาความชุกของผู้ดื่มสุรารวมทั้งผลกระทบ การศึกษานี้พบว่า นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายจากภาครัฐแล้วยังมีค่าใช้จ่ายของผู้ดื่มในรูปแบบต่าง ๆ

- Department of Human Services and Health; 1995.
2. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of

- alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003; 98: 1209-28.
3. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur Addict Res* 2003; 9: 157-64.
 4. World Health Organization. **Global status report on alcohol** 2004. Geneva: WHO; 2004.
 5. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009; 4(20): 1-11.
 6. National Statistics Office. **Summary of survey on tobacco and alcohol consumption in Thai population 2007** [online] 2008 [cited 2008 Aug 22]. Available from: [http:// service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf).
 7. National Statistics Office. **Summary of survey on tobacco and alcohol consumption in Thai population 2004** [online] 2004 [cited 2005 Oct 5]. Available from: [http:// service.nso.go.th/nso/data/02/02_files/cigar_drink_47.pdf](http://service.nso.go.th/nso/data/02/02_files/cigar_drink_47.pdf).
 8. National Statistics Office. **Survey on tobacco and alcohol consumption in population 2001** [online] 2001 [cited 2005 Oct 5]. Available from: [http:// service.nso.go.th/nso/data/02/02_files/smoke.pdf](http://service.nso.go.th/nso/data/02/02_files/smoke.pdf).
 9. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The survey report of behavioral risk factors of non- communicable diseases and injuries in Thailand 2005**. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2006.
 10. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The survey report of behavioral risk factors of non- communicable diseases and injuries 2004**. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2005.
 11. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, et al. **The economic cost of alcohol consumption in Thailand 2006**. Bangkok: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2007.

12. Kanato M, Chanprasert K, Rooptam K, Pakdeekul W, Pimchainoi S. **Alcohol consumption in Khon Kaen in 2004.** Khon Kaen: Isan Substance Abuse Network, Khon Kaen University; 2005.
13. Kanato M, Krongyuth P, Chaisivamongkol W, Paileeklee S, Ruengsuwan S, Rayapkul J. **Estimation of population related with alcohol use in northeastern region, 2003.** Khon Kaen: Isan Substance Abuse Network, Khon Kaen University; 2005.
14. Pettersson H, do Nascimento Silva PL. **Analysis of design effects for surveys in developing countries.** In: **Household sample surveys in developing and transition countries.** New York: United Nations; 2005: 123-43.
15. World Health Organization. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.** Geneva: WHO; 2000.