

酒：不寻常的产品—研究和公共政策 ——WHO 报告

Alcohol: no ordinary commodity—research and policy
—Brief of WHO report

钱玲¹, Ian M. NEWMAN², 吴岩玮¹, 侯培森³ 摘译
Qian Ling, Ian M. NEWMAN, Wu Yan-wei, Hou Pei-sen

【中图分类号】R193 【文献标识码】B 【文章编号】1002-9982(2007)12-0941-04
【关键词】酒；公共政策；WHO 报告；摘译

在全球酒政策研究领域，世界卫生组织 (WHO) 已出版了 4 份系列报告：《从公共卫生角度讨论酒控制政策》(1975)^[1]、《酒政策和公共利益》(1994)^[2]、《发展中国家的酒：一个公共卫生措施》(2002)^[3]和《酒：不寻常的产品—研究和公共政策》(2003)^[4]。其中系列报告之 4《酒：不寻常的产品—研究和公共政策》共分 5 部分：(1) 导言；(2) 流行病学：发现对酒政策的需求；(3) 工具箱：策略和干预；(4) 过程：有效酒政策的形成；(5) 结论。本文对“工具箱：策略和干预”部分中所介绍的各项策略进行摘译，以期为我国未来制订酒控制政策和策略提供参考。

1 价格和税收

在各国所采取的各种各样的控制饮酒相关问题策略中，酒税和价格立法是迄今为止最普遍的一种策略。这不单是由于政府需要财政来源，且可以通过传统税收来获得；也是因为酒税和价格法规相对来说容易制订和实施。近一个多世纪以来，许多国家通过对酒类征税来减少饮酒所致危害。也有证据表明，酒类饮料的价格可以影响酒消费以及饮酒相关问题的水平。饮酒者包括重度饮酒者和问题饮酒者均会对酒价格的变化作出反应。来自很多发达国家和发展中国家的经济学研究均显示，增加酒类饮料的

税收和价格与减少饮酒行为及相关问题有关联。

然而，最近十年来，许多国家酒类饮料的真实价格下降，同时许多酒控制措施不被执行或完全摒弃。由于征收酒税既能增加国家直接收入，又能减少饮酒相关危害，因而是一个非常具有吸引力的酒政策工具。增加酒税的最重要问题是那些已征税酒类饮料的潜在产品或替代品的存在，尤其是来自酒类非法走私或国内非法生产方面。然而，税收和价格增加的净效果是减少酒消费以及饮酒相关问题。

2 控制酒类饮料的可及性

物质可及性是指对产品的可接近性或方便性，提示可以制订政策对面向个体消费者的零售店销售环境进行控制，以预防饮酒相关问题。

酒类饮料零售市场有正规和不正规之分。正规市场，无论是在社区水平、区域水平或是国家水平，均由政府进行规范管理。在成熟的市场经济体系中，通过规范正规零售市场可以保证产品的纯度、安全性和产品说明的准确性，也有助于税务征收。因此，可通过制定针对酒类饮料销售的特殊法规，对零售服务时间段或天数、零售市场的布置和地点、酒类广告和促销以及买酒者进行广泛的限制。酒类饮料特别税也可视为规范体系的一部分。在加拿大、美国、斯堪的纳维亚国家和世界许多其他地区，通过立法限制酒类饮料的可及性是一项核心政策^[5,6]。

非正规市场大多数是通过不规范的社会和商业网（如家庭生产和销售酒类）为消费者提供期望的产品和服务。近年来，非正规酒类市场在欧洲的重要性日益增加，但在绝大部分发达国家，非正规酒

【译者单位】1 中国疾病预防控制中心健康教育所，北京 100011；
2 Nebraska Prevention Center for Alcohol and Drug Abuse, University of Nebraska, Lincoln, NE 68588-0345, USA;

3 中国疾病预防控制中心，北京 100050
【译者简介】钱玲 (1967-)，女，湖北武汉人，博士，副研究员，主要从事健康教育与健康促进研究工作。

类市场只占总销售中的小部分。在发展中国家,非正规酒类市场常常显得更加重要,在某些地区,其在总销售中所占比例可达90%^[3]。

研究显示,控制酒类可及性能减少饮酒相关问题。缩短销售时段和天数、减少销售点数量、限制获取酒的途径均与降低饮酒消费及饮酒相关问题相关联。对年轻人而言,通过立法降低最小法定饮酒年龄可减少饮酒年轻人中的酒类销售和饮酒相关问题,该策略有最强有力的实践经验支持^[7]。

此处所言策略是指影响饮酒者环境的所有措施。与单纯依赖于教育或说服个体饮酒者的预防项目相比,直接针对酒类商业销售者的预防性法规及加强这些法规的执行更加有效。

3 改变饮酒场景

饮酒行为是在一定社会、文化和团体场景中发生的,可以通过有关降低危害措施改变这些场景,以改变重度消费和减少饮酒相关问题。此处所言措施针对普遍的饮酒环境,特别是销售和消费环境,因此其有效性并不取决于个体饮酒者的支持或依从,尽管这种支持可以加强措施的效果。针对高危饮酒环境的预防措施(如注册销售点)为那些针对人群的预防措施(如酒类价格)和针对个体的措施(如治疗)提供了选择余地或补充。

在西方国家,注册销售点的饮酒环境已成为发生酒醉^[8]、酒后驾驶^[9-12]、攻击和暴力等问题行为^[13-15]的高危场所。由于注册销售点中饮酒相关问题的发生率,以及通过许可证制度和其他措施控制这些高危环境的可行性,注册销售点是旨在预防饮酒相关问题的酒政策的一个首要目标。

在多数国家,攻击行为是与注册销售点饮酒相关联的一个主要问题。有关实践研究表明醉酒是发生攻击行为的主要原因^[16]。个性和环境因素在其中也起着关键性的作用^[17]。譬如,酒吧中攻击行为的高发生率至少部分可归因于经常来此环境饮酒的不同饮酒者类别(如年轻的成年男性)。酒吧环境的某些方面也可增加饮酒相关问题发生的可能性^[18],包括提供那些能促使酒醉发生的服务、酒吧服务员和地方警察在营业结束时的过激言语行为^[19,20]、酒吧服务员在问题行为管理时表现出的无能无为、酒吧间环境的一般性特征如拥挤和服务

员的纵容^[21]以及酒吧的不同类型^[14]。

针对注册销售点等高危环境的预防措施有几个优势:首先,相对于针对高危个体的措施,它们能产生广泛的影响尤其是对处于危险饮酒体验的年轻人和亚文化群;其次,可以同时采取多项措施(如培训、执法、减少环境危险)以加强效果;最后,普遍认为大多数针对高危环境的措施是跨文化的,因而也是可以直接采纳的。此处主要是指针对那些与注册销售点饮酒有关的问题的干预,包括培训酒吧服务员有责任地提供酒服务、管理问题行为、执行酒服务提供的规定、遵守自发行为规范以及社区动员。

经过妥善设计和实施的针对环境的措施能对饮酒相关问题的发生产生显著效果。然而,其中一些干预措施可能需要充分的资源,因而可能不如一般性酒类控制和税收措施那样符合成本效益分析。因此,在预防饮酒相关问题的综合策略中,旨在减少饮酒场所危害的措施是一个有效可用的选择。然而,在现有证据支持尚有限的情况下,这些措施还不应被认为能替代其他业已证实是有效的酒政策策略。

4 反酒后驾驶的措施

通常,酒后驾驶是对在酒的影响下驾驶机动车这一犯罪行为的特定描述术语^[22]。在任何一个以机动车作为主要交通工具的国家,酒后驾驶事故都是一个问题,因而提出了一系列反酒后驾驶措施,并对其中大部分措施进行了系统评价。

一系列研究回顾证明,反酒后驾驶领域是20世纪后叶的一个重大公共卫生成就。反酒后驾驶措施使全人群饮酒相关问题发生率降低了5%~30%,产生了长期效果。

大多数成就是通过新的法律或对现有法律的更具想象力的执行来取得的。在警戒措施方面,尽管新发明(如随机呼吸检测)的利用导致拘留现象有少许增加,但大量减少了事故发生,使警察和社会了解到了警戒的影响力。即便如此,很多成就是能通过加强已有政策来取得的。

5 规范酒类促销

目前,酒类销售业已成为全球化工业,销售策

略的连贯性导致了不同国家传统饮酒模式的集中^[23]。那些瞄准全球和地方市场的酒类品牌通过一种囊括电视、广播和印刷广告、买卖促销点和互联网的全方位综合性策略被促销,市场也通过将这个品牌与一系列体育运动、生活方式和消费者身份进行关联而发展起来。

政策制订者所面临的一个主要问题是酒类促销是否应根据公共利益进行法制化或是留待企业自我规范。回溯既往的研究,有理由得出两个结论:首先,酒类促销提供了如何吸引、影响和招募新一代潜在饮酒者的日益精炼的综合性销售策略的信息。不断重复的、高水平的酒类促销活动,给人们灌输了对饮酒的态度,增加了发生重度饮酒的可能性。研究显示,酒类广告在促使年轻人形成对酒类饮料和饮酒行为规范上产生了累积影响,使未到法定饮酒年龄的未成年人倾向于饮酒。酒类企业的运动赞助策略则把酒类饮料的图像和信息深深烙印到年轻人的日常生活之中。其次,企业自我规范标准尚未准确阐明销售影响的范围和详细情况。已经证实自我规范是脆弱的和极可能无效的。另外,尽管许多国家已经在不同程度上限制了酒类广告,对这种立法反应的评估发现了不一致。除了在解释因果关系上的固有难点之外,评估结果显示那些在二十世纪八十年代和九十年代被视为可行的限制并没有在短期内达到减少饮酒和饮酒相关问题的目的。反之,由于酒类销售的百般诡辩所形成的社会风气,不仅与健康促进信息背道而驰,也促使新一代年轻人发展成为重度饮酒者。

因此,酒类广告研究必须能影响政策制订者,使其为年轻人有效接收健康促进信息创造一个多方位运作的氛围。

6 教育和说服策略

教育和说服策略是预防饮酒相关问题的最普遍采用的策略。这些策略在学校、大学和社区等多种背景和场所中被检验。这些策略在个体和群体水平上均具有非常显著的倾向性,主要实现以下目标:(1)改变有关酒类以及饮酒有关危险的知识;(2)改变对饮酒的态度,从而降低危险;(3)改变饮酒行为本身;(4)降低饮酒相关问题的发生频率或严重性;(5)增加酒精政策资源和支持。

与其他回顾研究所得出的政策相关结论不同,对教育和说服策略的研究得出了相当负面的结论^[2]。在大多数研究中,上面列出的行为目标都没有实现。

近年来,信息和教育项目的数量呈指数增长^[24],其中许多项目没有进行过评估;而做过评估的项目往往不符合“方法学公正”的标准^[24,25]。已评估的项目涉及范围相对较窄,其结果也没有为效果推广或策略改进提供准确的参考根据。对这些项目的最好估计是产生了较小影响,然而其中大多数项目的效果无持续性^[25]。与其他干预措施和策略(如执法行动、零售店分区、价格政策和有责任提供服务)相比,教育项目非常昂贵,且对酒消费水平和饮酒相关问题的影响较小。

7 治疗和早期干预服务

酒政策常常将提供治疗视为减少饮酒相关问题的综合性措施的一部分。除了其在减少人类痛苦方面的价值,治疗被认为是预防的一种形式。在饮酒相关问题出现不久之后进行的治疗,称为二级预防;旨在控制慢性饮酒相关损伤的治疗,称为三级预防。作为社会对饮酒问题的一种最初反应,尽管治疗干预既消耗了资源,又有科学评估其成本效果的证据,仍没有作为一种政策选择来被严格评估。

在公共卫生实践领域已经逐渐达成共识,即不宜开展针对个体干预的群体途径。除非:(1)对机体状态或疾病的定义已形成清楚的一致意见;(2)已了解疾病的自然史;(3)已有准确的筛选试验诊断患病个体;(4)已有充分证据说明患者管理干预的有效性;(5)考虑到了实施高科技方法的潜在效益和成本^[26,27]。

在过去的 15 年里,通过在筛选、诊断和术语学上的完善,在饮酒相关问题上,基于个体干预的公共卫生措施的前三个先决条件在国际上得到了发展^[28,29]。在管理危险饮酒者方面,对成本-效益疗法(包括短期干预和加强治疗)的探讨也取得了显著进步^[30]。

传统上,治疗和预防在很大程度上都被认为是互不相关的活动而进行着各自的设计、实施和评估。如果酒政策旨在确定饮酒相关问题的全面疾病谱,就需要有一个更全面的视角。除了治疗干预的

效果证据之外,人们对如何把个人获益转化至人群的机制关注很少。治疗干预首先是服务于患者和顾客个体,但是可通过一系列方式使其产生社区和人群水平上的影响,如唤醒公众对饮酒有关问题的意识、纳入国家和社区工作议程,使保健人员参与到预防之中和为家庭、雇主和汽车驾驶员提供间接收益等。治疗干预的效果同样能更直观地表现在减少饮酒者的酒消费量(和相关危险)以及影响饮酒者周围环境上。通过截断影响重度饮酒群体持续性的源头^[31],治疗干预可以减少整个社会的饮酒相关问题的发生率。

参考文献

- 1 Bruun K. Alcohol control policies in public health perspective[M]. Finland:Finnish Foundation for Alcohol Studies,1975. 1.
- 2 Edwards G, Anderson P, Babor TF, et al. Alcohol policy and the public good[M]. Oxford:Oxford University Press,1994. 1,123-125.
- 3 Room R, Jernigan J, Carlini Marlatt B, et al. Alcohol in Developing Societies:Public Health Approach[M]. Finland:Finnish Foundation for Alcohol Studies,2002. 1, 23-25.
- 4 Babor T, Caetano R, Casswell S, et al. Alcohol:no ordinary commodity. Research and policy[M]. Oxford:Oxford University Press, 2003. 1.
- 5 Kortteinen T. State monopolies and alcohol prevention: report and working papers of a collaborative international study[M]. Finland: Social Research Institute of Alcohol Studies, 1989.20.
- 6 WHO. Global status report on alcohol[M]. Geneva: Substance Abuse Department, WHO,1999. 15.
- 7 Grube JW, Nygaard P. Adolescent drinking and alcohol policy[J]. Contemporary Drug Problems, 2001,28:87-132.
- 8 Snow RW, Landrum JW. Drinking locations and frequency of drunkenness among Mississippi DUI offenders[J]. American Journal of Drug and Alcohol Abuse,1986,12:389-402.
- 9 O'Donnell M. Research on drinking locations of alcohol-impaired drivers: Implications for prevention policies[J]. Journal of Public Health Policy,1985,6:510-25.
- 10 Single E, McKenzie D. The epidemiology of impaired driving stemming from licensed establishments[R]. Toronto:18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium,1992. 1-5.
- 11 Fahrenkrug H, Rehm J. Drinking contexts and leisure-time activities in the prephase of alcohol-related road accidents by young Swiss residents[J]. Sucht,1995,41:169-180.
- 12 Gruenewald P, Mitchell P, Treno AJ. Drinking and driving: drinking patterns and drinking problems[J]. Addiction,1996,91: 1637-1649.
- 13 Ireland CS, Thornamny JL. The crime cocktail: Licensed premises, alcohol and street offences[J]. Drug and Alcohol Review, 1993,12:143-150.
- 14 Stockwell T, Lang E, Rydon P. High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking[J]. Addiction,1993, 88:1519-1526.
- 15 Rossow J. Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context[J]. Addiction, 1996,91:1651-1661.
- 16 Bushman BJ. Recent developments in alcoholism-Alcohol and violence: effects of alcohol on human aggression: validity of proposed mechanisms[M]. New York: Plenum Press, 1997. 227-244.
- 17 Graham K, Leonard KE, Room R, et al. Current directions in research in understanding and preventing intoxicated aggression[J]. Addiction,1998,93:659-676.
- 18 Graham K, Homel R. Alcohol: minimizing the harm-Creating safer bars[M]. London: Free Association Press,1997. 171-192.
- 19 Marsh P, Kibby K. Drinking and public disorder[M]. London: Portman Group,1992. 150.
- 20 Tomson S. A top night out: social protest, masculinity and the culture of drinking violence[J]. British Journal of Criminology,1997, 37:990-1002.
- 21 Homel R, Clark J. The prediction and prevention of violence in pubs and clubs[J]. Crime Prevention Studies,1994,3:1-46.
- 22 WHO. Lexicon of alcohol and drug terms[M]. Geneva: WHO, 1994.50.
- 23 Gual A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe[J]. Addiction, 1997, 92:S21-S32.
- 24 Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness[J]. Addiction, 1997,92:531-537.
- 25 White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review[J]. Addiction,1998,93:1475-1487.
- 26 Babor TF, Kadden R. Research monograph No. 17:early identification of alcohol abuse-Screening for alcohol problems: conceptual issues and practical considerations[M]. Washington: US Government Printing Office,1985. 1-30.
- 27 Thompson RS, Taplin SH, McAfee TA, et al. Primary and secondary prevention services in clinical practice, twenty years' experience in development, implementation, and evaluation[J]. Journal of the American Medical Association,1995, 273: 1130-1135.
- 28 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Part II[J]. Addiction,1993,88:791-804.
- 29 WHO. Assessing the standards of care in substance abuse treatment [M]. Geneva: WHO, 1993. 86-99.
- 30 Institute of Medicine. Broadening the base of treatment for alcohol problems[M]. Washington: National Academy Press, 1990. 56-77.
- 31 Skog OJ. The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption[J]. British Journal of Addiction, 1985,80:83-99.

[收稿日期] 2007-09-28 [本文编辑] 李英华