



ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561


Facts and Figures Alcohol in Thailand 2016-2018



สาวิตรี อัมภานงค์กรชัย
บรรณาธิการ

ข้อเท็จจริงและตัวเลข
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
พ.ศ. 2559-2561

Facts and Figures:
Alcohol in Thailand 2016-2018



ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561

Facts and Figures: Alcohol in Thailand 2016-2018

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561 / บรรณาธิการ

สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย.-- พิมพ์ครั้งที่ 1.-- กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2562.

188 หน้า : ภาพประกอบ, ตาราง

ISBN 978-616-271-519-8

1. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ I. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, บรรณาธิการ

[HV5600.55 ข284 2562]

- บรรณาธิการบริหาร** : ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย
ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
- บรรณาธิการ** : ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, รศ.สมสมร ชิตตระการ
- รูปเล่ม** : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(พัชรินทร์ โพธิ์ทอง)
- ปก** : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(วิศวัช แดงอ่อน)
- พิมพ์ที่** : บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.
- พิมพ์ครั้งที่ 1** : เมษายน 2562
- จำนวน** : จำนวน 2,000 เล่ม

จัดทำโดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทร. 0-7445-1165



<http://cas.or.th>



<http://www.facebook/cas.org.th>

เผยแพร่โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนำ

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เป็นสถาบันวิชาการที่เป็นผู้นำในการพัฒนาองค์ความรู้ และชี้แนะนโยบายสาธารณะด้านกระบวนการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นประเด็นนโยบายที่ต้องการจะผลักดันในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างองค์ความรู้ใหม่หรือทบทวนความรู้เดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการ นอกจากนี้มีการจัดสัมมนาเพื่อระดมความคิดจากผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และนักวิชาการ มีการสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย และการจัดเวทีเพื่อเผยแพร่ผลการวิจัยตามโอกาสที่เหมาะสม รวมไปถึงการจัดทำสื่อเผยแพร่องค์ความรู้ในรูปแบบหนังสือ บทความ จดหมายข่าว Factsheet Infographic และมัลติมีเดียอื่นๆ เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ

หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และผลจากการดำเนินนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาที่สืบเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ประชาชนทั่วไป เนื้อหาในแต่ละหัวข้อจึงจัดทำในรูปแบบบทความสั้นๆ ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ ได้แก่ แบบแผนและแนวโน้มการดื่มสุราของประชาชนไทย ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับปัญหาสุขภาพและผลกระทบทางสังคม การรับรู้ ความคิดเห็น ทัศนคติของประชาชน การรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษาและกิจกรรมรณรงค์อื่นๆ การดูแลและบำบัดรักษาในระบบสุขภาพ และกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

คณะผู้จัดทำ

คณะผู้เขียน

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัมภางค์กรชัย

รศ.สมสมร ชิตตระการ

รศ.พญ.รัศมน กัลยาศิริ

ผศ.ดร.นพ.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว

ดร.ดาริกา ไสงาม

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์

ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร

นางสาวจิราลักษณ์ นนทารักษ์

นางสาวกนิษฐา ไทยกล้า

ภญ.อรทัย วลีวงศ์

นายวิษณุ ศรีทะวงศ์

พญ.วนิดา รัตนสุมาวงศ์

นพ.พงศ์ธรชาติพิทักษ์

นางสาวสิริกานต์ บางม่วงงาม

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และ หน่วยระบาดวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และ
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
กระทรวงสาธารณสุข

แผนพัฒนานโยบายสาธารณะ

สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.)
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.)
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561	1
--	----------

บทที่ 1	แบบแผนและแนวโน้มการดื่มสุราของประชาชนไทย	7
1.1	ความชุกและพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย พ.ศ. 2560	8
1.2	แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกของพฤติกรรมการ ดื่มสุรา พ.ศ. 2550-2560	15
1.3	ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี	18
1.4	การจัดอันดับจังหวัดตามความเสี่ยงด้านการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	22
1.5	การเปลี่ยนแปลงความชุกของการดื่มสุราของเยาวชน ก่อนและหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	30
1.6	การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับแบบแผนการดื่มสุรา ของประชาชนไทย	34
1.7	ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	43
1.8	สุรานอกระบบภาษีตามแนวชายแดนไทย	49
1.9	สถานการณ์แอลกอฮอล์และสุขภาพของโลก	56

สารบัญ

หน้า

บทที่ 2	ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับปัญหาสุขภาพและผลกระทบทางสังคม	67
	2.1 การดื่มสุรากับคุณภาพชีวิต	68
	2.2 การดื่มสุรากับภาวะซึมเศร้า	73
	2.3 การดื่มสุรากับโรคเมะเร็ง	77
	2.4 การตายและการสูญเสียปีในชีวิตจากการตายก่อนวัยอันควรเนื่องจากการดื่มสุรา	84
	2.5 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	90
	2.6 การดื่มสุรากับพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน	94
	2.7 ผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่น	99
บทที่ 3	การรับรู้ ความคิดเห็น ทัศนคติของประชาชน	105
	3.1 ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2560-2561	106
	3.2 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2561	110
	3.3 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	116
	3.4 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	123

สารบัญ

หน้า

บทที่ 4 การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา และกิจกรรมรณรงค์อื่นๆ 127

- 4.1 ผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับชาติ 128
- 4.2 ผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่ 134
- 4.3 การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคม
ในงานบุญประเพณีวัฒนธรรมและเทศกาลสำคัญ 138

บทที่ 5 การดูแลและบำบัดรักษาในระบบสุขภาพ 147

- 5.1 การคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการ
ดื่มสุราในประเทศไทย 148
- 5.2 ต้นทุนและผลตอบแทนทางสังคมของการบำบัดรักษา
ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราในโรงพยาบาลชุมชน 158

บทที่ 6 กฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติในการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 163

- 6.1 พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560
และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 164
- 6.2 กฎหมาย ประกาศ คำสั่ง ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับ
การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 168
- 6.3 ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 174

Facts and Figures

Alcohol in Thailand 2016-2018

“ข้อเท็จจริงและตัวเลข:
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในประเทศไทย
พ.ศ. 2559-2561”



บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดมีผลต่อร่างกายหลายๆ ระบบ เช่น ผลต่อสมอง ทำให้มีเมามา มีผลต่อการตัดสินใจ สมองเสื่อม ความจำบกพร่อง เสพติดสุรา ผลต่อดับดับอักเสบบดับแข็ง และ ดับวาย ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ เลือดออกในกระเพาะอาหาร ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง มีผลต่อทารกในครรภ์ทำให้ทารกมีรูปร่างผิดปกติ สติปัญญาด้อยลง ผลต่อสุขภาพทางจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล จากการสำรวจพบว่าเด็กและเยาวชนเริ่มดื่มสุราที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ และผู้หญิงเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งกับตัวเด็กเอง ครอบครัว และคนอื่นๆ ในสังคม เช่น ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การทะเลาะวิวาท ปัญหาการเรียน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การตายก่อนวัยอันควร รวมทั้งมีผลต่อชีวิตเด็กและเยาวชนคนนั้นต่อไปในอนาคต และจะเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคติดสุราและการทำงานของสมองเสื่อมถอยเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกันป้องกันแก้ไข ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้รวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยเพื่อนำเสนอ “ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561” ซึ่งประกอบด้วย 4 บทใหญ่ ดังนี้

บทที่ 1 เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ การจัดอันดับจังหวัดตามความเสี่ยงด้านการบริโภค ความชุกของการดื่มสุราของเยาวชน ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายสุรานอกระบบภาษี สถานการณ์แอลกอฮอล์และสุขภาพของโลก โดยพบว่าประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดคือ เบียร์ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันของประชากรไทยลดลงแต่สัดส่วนของนักดื่มประจำกลับเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหมายความว่า นักดื่มที่ยังคงดื่มอยู่หรือนักดื่มหน้าใหม่กลับมีพฤติกรรมดื่มสุราบ่อยมากยิ่งขึ้น ซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดอันตรายในระยะสั้น ในปี พ.ศ. 2560 ค่า APC (annual alcohol per capita consumption) เท่ากับ 7.33 ลิตร/คน/ปี ซึ่งสูงกว่าค่า APC ที่ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเพื่อจะบรรลุผลในปี พ.ศ. 2563 (7.32 ลิตร/คน/ปี) และจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มปัจจุบัน (ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา: current drinker) ในประชากรผู้ใหญ่ (ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เชียงราย รongลงมา คือ ลำพูน พะเยา น่าน และสุรินทร์ จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ลำปาง รongลงมา คือ เชียงราย พิษณุโลก จันทบุรี และสุโขทัย นอกจากนี้พบว่าความชุกของการดื่มสุราในนักเรียนหญิงกลับเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยร้านขายของชำจะเป็นจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มประจำ และนักดื่มหนัก รongลงมาคือร้านสะดวกซื้อและร้านอาหาร จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 ในพื้นที่รอบสถานศึกษา 66 แห่งทั่วประเทศ พบว่าความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเฉลี่ย 9.6 จุดต่อตารางกิโลเมตร เยาวชนเดินจากรั้วสถานศึกษาถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะทางที่ไกลขึ้นเป็นเท่าตัวคือ 4.4 เมตร

การลักลอบนำเข้าและหลีกเลี่ยงภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอยู่ทุกแนวชายแดนของไทย ปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากการที่เป็นพื้นที่ชายแดนที่สามารถเดินทางข้ามมาได้ง่าย มีการเดินเท้าเข้าออกเป็นประจำ การเป็นคนที่ต้องถิ่น การประกอบธุรกิจ เรือรับจ้าง รถตู้บริการนำเที่ยว เซลล์แมนขายสินค้า ปัจจุบันต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ จึงเป็นการเปิดช่องทางลักลอบและหลีกเลี่ยงฯ เข้ามาได้โดยสะดวกในหลายรูปแบบ

ทั่วโลกมีนักดื่มร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมด หรือคิดเป็นประมาณ 2.3 พันล้านคน ส่วนปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อหัวประชากรต่อปี คือ 6.4 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ความชุกของนักดื่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เท่ากับร้อยละ 27 โดยร้อยละ 14 เป็นนักดื่มวัยรุ่นที่ดื่มหนัก จากการวิเคราะห์คาดการณ์การบริโภคในอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า คาดว่าปริมาณการดื่มสุราของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 1.7 ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2568 และประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกมีนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศ ประเทศส่วนใหญ่มีการเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ระบบการคิดคำนวณภาษียังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการปรับพฤติกรรมผู้บริโภค ส่วนปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือกฎหมายห้ามโฆษณาส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมสื่อออนไลน์ ซึ่งยังมีช่องว่างทางกฎหมายที่สามารถปรับแก้ไขได้อีกมาก

บทที่ 2 เกี่ยวกับการดื่มสุรากับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า โรคมะเร็ง การตาย และการสูญเสียปีในชีวิตจากการตายก่อนวัยอันควร การสูญเสียปีสุขภาวะ พฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน และผลกระทบต่อผู้อื่น โดยพบว่าการดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตรายหรือการติดสุรามีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างชัดเจน ผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยงอันตรายหรือผู้ติดสุราจะมีโรคทางกายเรื้อรังร่วมด้วย ซึ่งยิ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง และพบว่าการดื่มสุรากับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังขึ้นกับสถานภาพทางสังคมที่สำคัญ คือ “เศรษฐกิจ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย” จากข้อมูลพบว่าการดื่มสุราปริมาณมากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าถึงสามเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อย นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้วการดื่มสุรายังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม ส่วนสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร โรคตับจากแอลกอฮอล์ และโรคตับแข็ง การดื่มในปริมาณที่มากขึ้นจะยิ่งเพิ่มโอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า วัยรุ่นและวัยแรงงานมีสัดส่วนการเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ดังนั้นการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ โดยพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเมื่อเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดมีสัดส่วนที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบผลจากการศึกษาทั่วโลก



บทที่ 3 เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนไทยต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อโฆษณา ต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจปี พ.ศ. 2561 พบว่า มาตรการที่มีผู้เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การห้ามจำหน่ายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี การจัดให้สถานบริการสาธารณสุขเป็นศูนย์บำบัดรักษา และ การห้ามดื่มในสถานที่สำคัญทางศาสนา หน่วยงานราชการ หรือในโอกาสที่มีความเสี่ยง ส่วนสิ่งที่กระตุ้นให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ณ จุดจำหน่ายได้มากที่สุด คือ โปรโมชัน ลด แลก แจก แถม กลยุทธ์อีกประเภทหนึ่งที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ในการโฆษณา คือ การนำเอาสิ่งเร้าทางเพศมาใช้กับการสื่อสารเพื่อดึงดูดผู้บริโภคให้เปิดรับข่าวสาร และนำไปสู่ความสนใจในตัวสินค้าในที่สุด หรือเรียกว่า การตลาดแบบเซ็กซี่ (sexy marketing) นอกจากนี้จะต้องมีความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายแล้ว สำหรับประชาชนควรมีการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ต่อการเคารพกฎหมาย ปลูกฝังให้เกิดเป็นค่านิยมสาธารณะ และควรมีการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้มากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการโฆษณา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งที่ไม่เคยดื่มและเคยดื่มสุราในปัจจุบัน ต่างเห็นด้วยหากจะมีข้อความคำเตือนคล้ายกับภาพและข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่ ข้อมูลในส่วนนี้สามารถนำไปผลักดันการแก้ไขมาตรการฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แสดงถึงโทษภัยและผลกระทบได้เช่นเดียวกับบนซองบุหรี่

บทที่ 4 เกี่ยวกับมาตรการทางสังคม กฎหมาย การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา การเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมในงานบุญประเพณี วัฒนธรรม การคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ต้นทุนและผลตอบแทนทางสังคมของการบำบัดรักษา พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย ประกาศ คำสั่ง ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกิจกรรมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาเปิดโอกาสให้นักดื่มสุราส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และทำให้พฤติกรรมการดื่มสุรา ลดหรืองดดื่มสุราได้ในช่วงสามเดือนนี้ อย่างไรก็ตาม ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาการรณรงค์ยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุหลักที่ไม่สามารถงดดื่ม คือ แรงกดดันจากสังคมรอบข้าง เช่น การชวนดื่ม การไปงานเลี้ยง และเกิดจากตัวผู้ดื่มเองที่ดื่มจนติด ส่วนผู้จำหน่ายสินค้าภายในงานบุญประเพณี วัฒนธรรม ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดงานที่ไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากทำให้งานมีความปลอดภัยไม่ต้องกังวลว่าจะมีใครมาทะเลาะวิวาทจนงานจบลงกลางคัน และรายได้ที่เคยได้จากการจัดงานที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดงานที่ไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นไม่มีความแตกต่าง และอาจจะขายดีมากกว่าเดิมด้วยซ้ำเนื่องจากสามารถจัดงานได้ตลอดจนจบงานไม่ต้องเลิกก่อน



ในด้านการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการติ่มสุราแบบคัดกรอง ASSIST หรือ AUDIT มีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองปัญหาได้สูง ช่วยให้ผู้ที่ติ่มที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไปสามารถลดหรือหยุดการติ่ม และหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดจากการติ่มสุราได้ และสามารถนำมาใช้เตือนผู้ติ่มถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา โดยการดำเนินโครงการบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชนให้ผลตอบแทนทางสังคมที่มีมูลค่ามากกว่าการลงทุนประมาณสองเท่า แสดงถึงความคุ้มค่าในการลงทุนและควรให้การบำบัดแก่นักติ่มสุราทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นนักติ่มความเสี่ยงสูงที่ยังไม่ติดสุราและนักติ่มที่ติดสุราแล้ว

สำหรับการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตที่กระทำภายหลัง พ.ร.บ. สรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีผลบังคับใช้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงราคาเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าสุราราคาแพงมีราคาลดลง และสุราราคาถูกมีราคาเพิ่มขึ้น จะเห็นว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ที่เป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกอยู่หลายฉบับ หากพนักงานเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเหล่านี้อย่างเข้มงวด และประชาชนรวมทั้งเจ้าของกิจการธุรกิจสุราปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ย่อมเกิดผลดีในด้านสาธารณสุขทั้งในด้านสุขภาพของผู้ติ่มสุราและลดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง

การทำงานของศูนย์วิจัยปัญหาสุราสร้างให้เกิดความตระหนักและมีเจตนาที่มุ่งลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ ปกป้องเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย ประชาชนเกิดสุขภาพที่ดี เอกสารวิชาการเล่มนี้จะมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล หน่วยงานหลายๆ ฝ่าย ที่จะนำข้อมูลทางวิชาการเหล่านี้ไปบูรณาการก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็ก เยาวชน และประชาชน



Facts and Figures

Alcohol in Thailand 2016-2018

แบบแผนและแนวโน้ม การดื่มสุราของประชาชนไทย

- 1.1 ความชุกและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนไทย พ.ศ. 2560
- 1.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พ.ศ. 2550-2560
- 1.3 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี
- 1.4 การจัดอันดับจังหวัดตามความเสี่ยงด้านการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 1.5 การเปลี่ยนแปลงความชุกของการดื่มสุราของเยาวชน ก่อนและ หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
- 1.6 การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับแบบแผนการดื่มสุราของ ประชาชนไทย
- 1.7 ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 1.8 สุรานอกระบบภาษีตามแนวชายแดนไทย
- 1.9 สถานการณ์แอลกอฮอล์และสุขภาพของโลก

1.1 ความชุกและพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย พ.ศ. 2560

สาวิตรี อัมณางค์กรชัย และ ดาริกา ไสงาม

ในปี พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย เป็นครั้งที่ 18¹ เพื่อศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของประชากรที่สูบบุหรี่และดื่มสุราและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา เก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified 2-stage sampling โดยมีกรุงเทพมหานครและเขตสุขภาพ 12 เขต เป็นสตราตัม เขตการปกครอง ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเป็นสตราตัมย่อย หน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง คือ เขตแ่งนับ (Enumeration Area: EA) หน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง คือ ครัวเรือนส่วนบุคคล และสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่างบุคคล 89,154 คน จาก 46,300 ครัวเรือน

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2560

ผลการสำรวจ พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) หรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 15.89 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 28.4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป นักดื่มประจำ (regular drinker) หรือผู้ที่ดื่มสุราอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 6.98 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากร ส่วนผู้ดื่มหนักประจำ ซึ่งหมายถึงนักดื่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 4 หน่วยดื่มมาตรฐานในครั้งเดียว และดื่มหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 1.71 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 3.1 ของประชากร และผู้ดื่มหนักเป็นครั้งคราว ซึ่งหมายถึง นักดื่มที่มีความถี่ในการดื่มหนักน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 4.945 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.8 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยในชีวิตมีจำนวน 31.99 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 57.2 และผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (เคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา) มีจำนวน 8.061 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

¹ ข้อมูลในบทนี้ได้จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561. และสำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558.

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจของปี พ.ศ. 2560 กับผลการสำรวจของครั้งก่อนหน้าในปี พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของการดื่มในปัจจุบัน การดื่มเป็นประจำ และการดื่มหนักลดลงอย่างชัดเจนทั้งในประชากรชายและหญิง (ตารางที่ 1.1.1)

ตารางที่ 1.1.1 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

ประเภทนักดื่ม	2557				2560			
	รวม		หญิง	ชาย	รวม		หญิง	ชาย
	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
นักดื่มปัจจุบัน	17.70	32.3	12.9	53.0	15.90	28.4	10.6	47.5
นักดื่มประจำ	7.51	13.7	2.3	25.8	6.98	12.5	2.0	23.7
นักดื่มนานๆ ครั้ง	10.20	18.6	10.6	27.1	8.91	15.9	8.6	23.8
ดื่มหนักประจำ	2.33	4.3	0.5	8.2	1.71	3.1	0.4	5.9
ดื่มหนักนานๆ ครั้ง	5.32	9.7	2.6	17.3	4.94	8.8	2.0	16.2
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	7.24	13.2	8.9	17.8	8.06	14.4	8.3	20.9
ไม่เคยดื่มเลย	29.89	54.5	78.2	29.3	31.99	57.2	81.1	31.6

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง ภูมิภาค

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากร เขตการปกครองและภูมิภาค ในการสำรวจ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 13.6 นักดื่มประจำร้อยละ 3.3 และนักดื่มหนักร้อยละ 5.4 ความชุกของการดื่มทุกประเภทสูงที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-44 ปี) และความชุกของการเคยดื่มแต่หยุดดื่มไปแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด (ร้อยละ 25.4) ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) (ตารางที่ 1.1.2)

ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 27.4 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 11.9 เป็นนักดื่มประจำ ส่วนประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 29.2 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 13.0 เป็นนักดื่มประจำ แม้ในเขตเทศบาลจะมีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันและนักดื่มประจำน้อยกว่านอกเขตเทศบาล แต่ในเขตเทศบาลกลับมีสัดส่วนนักดื่มหนักประจำ (ร้อยละ 3.2) สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.9) (ตารางที่ 1.1.2)

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรระหว่างภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงสุดคือ ร้อยละ 35.4 และร้อยละ 32.8 ตามลำดับ ภาคเหนือมีนักดื่มประจำในสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 รองลงมาคือภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.7 นอกจากนี้ พบว่าภาคกลางและภาคเหนือมีสัดส่วนนักดื่มหนักประจำสูงสุด คือ ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 3.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ไม่เคยดื่มสุรานั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.5 และภาคเหนือมีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.1 (ตารางที่ 1.1.2)

ตารางที่ 1.1.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง ภูมิภาค (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

	ดื่ม ปัจจุบัน	ดื่ม ประจำ	ดื่มนานๆ ครั้ง	ดื่มหนัก ประจำ	ดื่มหนัก นานๆ ครั้ง	เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	ไม่เคย ดื่มเลย
กลุ่มอายุ							
15-19 ปี	13.6	3.3	10.3	0.6	4.8	2.8	83.6
20-24 ปี	33.5	10.7	22.7	2.7	12.5	6.5	60.1
25-44 ปี	36.0	16.2	19.8	4.1	12.0	10.9	53.1
45-59 ปี	31.1	14.7	16.4	3.7	9.0	16.9	52.0
60 ปีขึ้นไป	15.2	7.5	7.8	1.4	3.1	25.4	59.3
เขตปกครอง							
ในเขตเทศบาล	27.4	11.9	15.6	3.2	8.3	14.9	57.7
นอกเขตเทศบาล	29.2	13.0	16.2	2.9	9.3	14.0	56.7
ภูมิภาค							
กรุงเทพฯ	25.3	10.5	14.8	3.1	7.2	15.0	59.7
กลาง	27.3	13.7	13.6	3.8	7.8	12.7	59.9
เหนือ	35.4	16.0	19.4	3.7	10.7	18.5	46.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	32.8	12.4	20.4	2.5	11.5	15.8	51.4
ใต้	16.1	7.5	8.6	1.7	5.0	9.4	74.5

สัดส่วนของนักดื่มหนักในนักดื่มปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรที่ดื่มหนักในประชากรนักดื่มปัจจุบัน พบว่าสัดส่วนของนักดื่มหนักนานๆ ครั้ง เท่ากับร้อยละ 31.1 ของนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด และสัดส่วนของนักดื่มหนักเป็นประจำ ในนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 10.8 ในกลุ่มนักดื่มเพศชาย พบว่า มีผู้ดื่มหนักประจำ คิดเป็น

ร้อยละ 12.5 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนของนักดื่มเพศหญิง (ร้อยละ 3.7) มาก ในกลุ่มนักดื่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี พบว่า มีสัดส่วนของผู้ดื่มหนักเป็นประจำน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ แต่สัดส่วนของผู้ดื่มหนักนานๆ ครั้งในกลุ่มเยาวชนไม่แตกต่างจากกลุ่มวัยหนุ่มสาวและวัยทำงานมากนัก (ร้อยละ 35.2, 37.5 และ 33.3 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีนักดื่มที่เป็นผู้ดื่มหนักประจำสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.8 และพื้นที่ที่มีนักดื่มหนักเป็นประจำต่ำที่สุด คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 7.7 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของผู้ดื่มหนักประจำในการสำรวจปี พ.ศ. 2560 ลดลงทุกกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภูมิภาค (ตารางที่ 1.1.3)

ตารางที่ 1.1.3 สัดส่วนของนักดื่มหนัก ต่อนักดื่มปัจจุบันใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

นักดื่มปัจจุบัน	2557		2560	
	ผู้ดื่มหนักประจำ	ผู้ดื่มหนักนานๆ ครั้ง	ผู้ดื่มหนักประจำ	ผู้ดื่มหนักนานๆ ครั้ง
รวม	13.2	30.0	10.8	31.1
เพศ				
หญิง	4.0	19.8	3.7	18.9
ชาย	15.6	32.7	12.5	34.0
กลุ่มอายุ				
15-19	6.4	37.9	4.5	35.2
20-24	14.9	32.5	8.2	37.5
25-44	14.0	32.0	11.5	33.3
45-59	13.6	27.2	11.9	29.0
60 ปีขึ้นไป	10.4	22.9	9.4	20.4
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	13.4	29.0	11.7	30.2
นอกเขตเทศบาล	13.0	30.9	10.1	31.8
ภูมิภาค				
กทม.	15.3	24.2	12.4	28.6
กลาง	17.4	30.8	13.8	28.5
เหนือ	11.8	31.6	10.3	30.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	9.5	31.1	7.7	35.0
ใต้	12.9	28.5	10.4	31.3

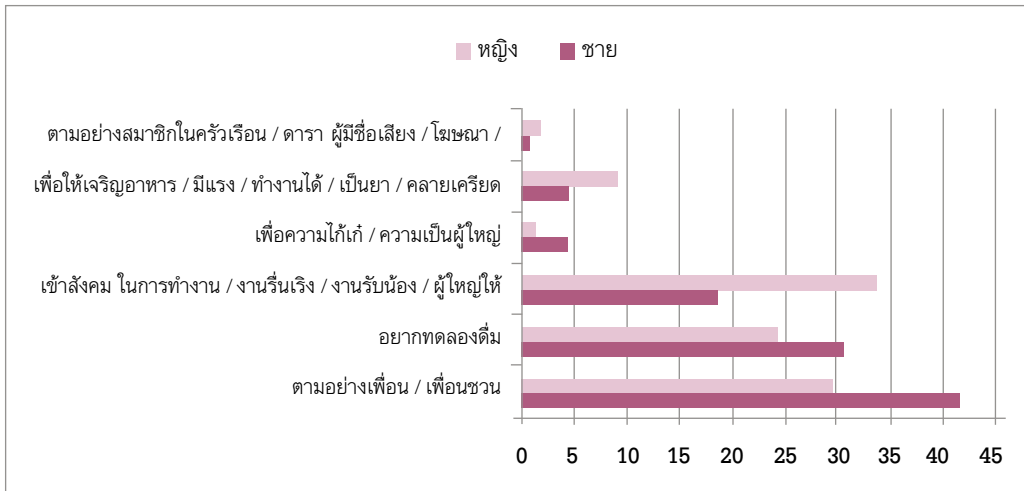
หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบัน ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

🌐 สาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนใหญ่ทั้งนักดื่มเพศชาย และนักดื่มเพศหญิง เริ่มดื่มสุราเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชว (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของนักดื่มชายที่เริ่มดื่มสุราเพราะอยากลองดื่ม (ร้อยละ 30.5) ในขณะที่นักดื่มหญิงที่เริ่มดื่มสุราเพราะเข้าสังคมในงานรื่นเริง/งานประเพณีต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ (ร้อยละ 27.8) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มในเพศชายคือ 19 ปี และผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี (ภาพที่ 1.1.1)

ภาพที่ 1.1.1 สาเหตุที่เริ่มดื่มสุรา (ร้อยละ คิดโดยการถ่วงน้ำหนัก*)

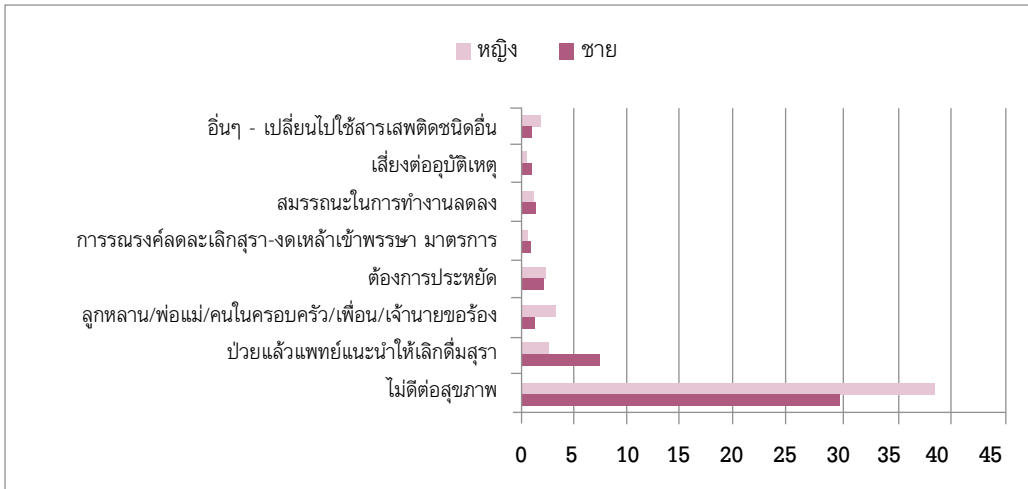
*ร้อยละในแผนภูมิกำหนดจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบัน และเคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด



ส่วนสาเหตุสำคัญของการเลิกดื่มสุราในกลุ่มผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ที่เลิกดื่มเพราะตระหนักว่าสุราไม่ดีต่อสุขภาพ (ร้อยละ 64.1) รองลงมาคือป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้เลิกดื่มสุรา (ร้อยละ 11.7) ลูกหลาน/พ่อแม่/คนในครอบครัวขอร้อง (ร้อยละ 9.8) และต้องการประหยัด (ร้อยละ 4.5) (ภาพที่ 1.1.2)

ภาพที่ 1.1.2 สาเหตุที่เลิกดื่มสุรา (ร้อยละ คิดโดยการถ่วงน้ำหนัก*)

*ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด



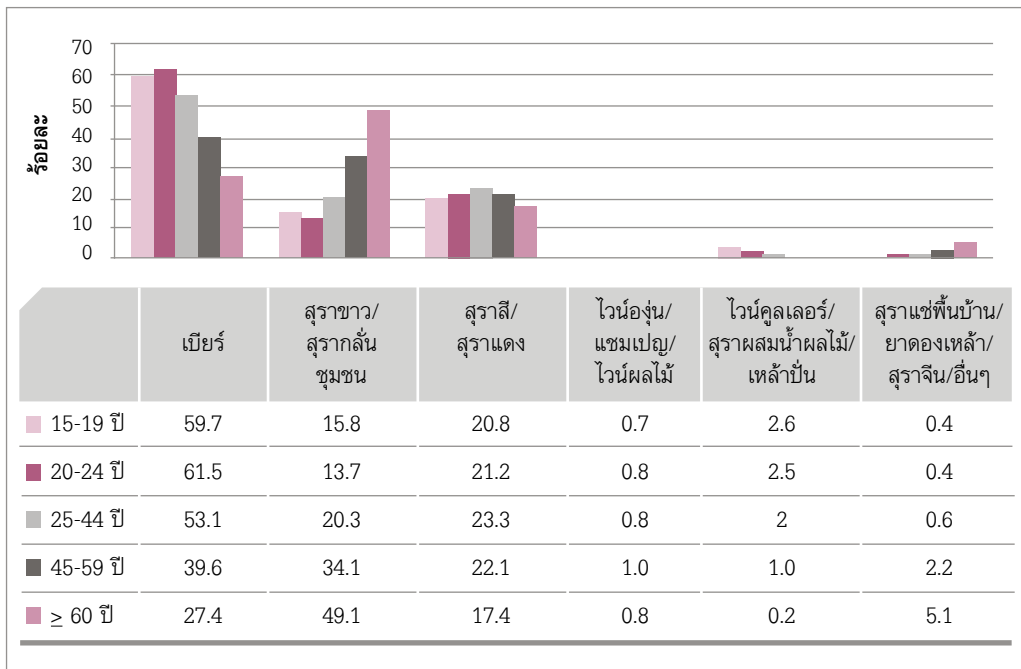
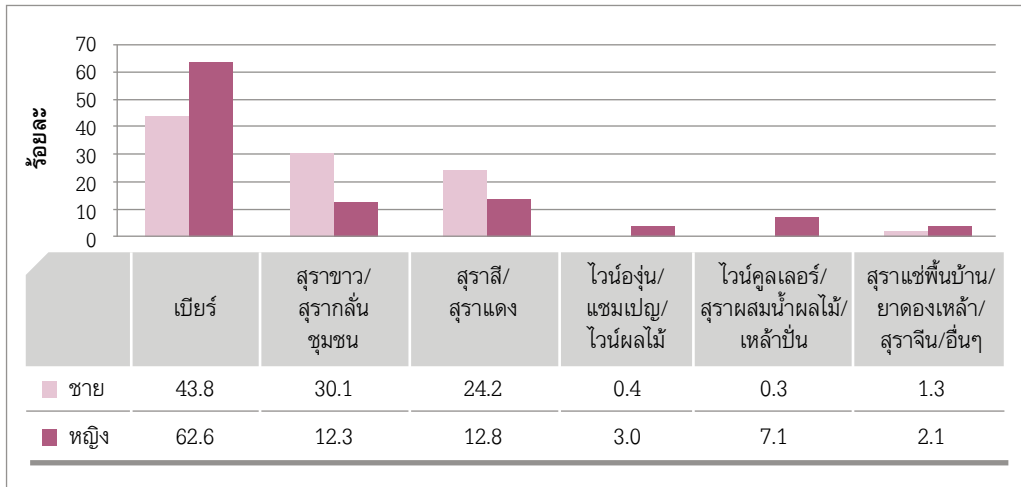
🌐 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่ม

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่

- 1) เบียร์
- 2) สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน
- 3) สุราสี/สุราแดง

คิดเป็นร้อยละ 47.4 ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า นักดื่มเพศชายและนักดื่มเพศหญิงนิยมดื่มเบียร์มากที่สุด (ร้อยละ 43.8 และ 62.6 ตามลำดับ) (ภาพที่ 1.1.3 บน) กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ดื่มเบียร์บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.7 เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน ในขณะที่นักดื่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ดื่มสุราขาว/สุรากลั่นชุมชน บ่อยที่สุด (ร้อยละ 49.1) (ภาพที่ 1.1.3 ล่าง)

ภาพที่ 1.1.3 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



1.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุรา พ.ศ. 2550-2560

พลเทพ วิจิตรคุณากร

พฤติกรรมการดื่มสุราที่สำคัญมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบต่อร่างกายและสังคมที่แตกต่างกัน ตัวอย่างแบบแผนพฤติกรรมการดื่มสุราที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มอย่างเป็นประจำ การดื่มปริมาณที่มากหรือดื่มหนักในแต่ละครั้ง การดื่มสุราและขับชี่ยานพาหนะ เป็นต้น ในบทนี้จะรายงานแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 4 รูปแบบ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 ถึง 2563² ดังนี้

- (1) ความชุกของนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ดื่มสุราน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป)
- (2) ความชุกของนักดื่มปัจจุบันที่เป็นวัยรุ่น (อายุ 15 ถึง 19 ปี) ในประชากรวัยรุ่น
- (3) สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่
- (4) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของประชากรไทย (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

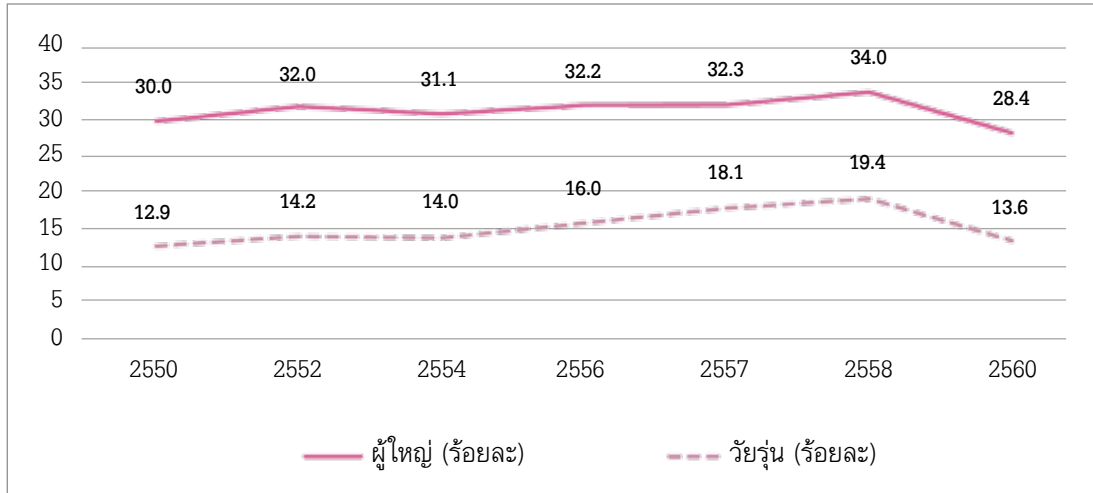
แนวโน้มความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรและการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน³ พบว่า จากปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาความชุกของการดื่มในปัจจุบันทั้งในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 34.0 และ 19.4 ตามลำดับ แต่ในปีล่าสุด พ.ศ. 2560 ความชุกของนักดื่มปัจจุบันทั้งในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 28.4 และ 13.6) (ภาพที่ 1.2.1)

² ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย, แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ, กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2552. 48 หน้า.

³ ข้อมูลในบทนี้ได้จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561. และการสำรวจในชุดนี้ร่วมกับการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

ภาพที่ 1.2.1 ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น พ.ศ. 2550-2560 (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)



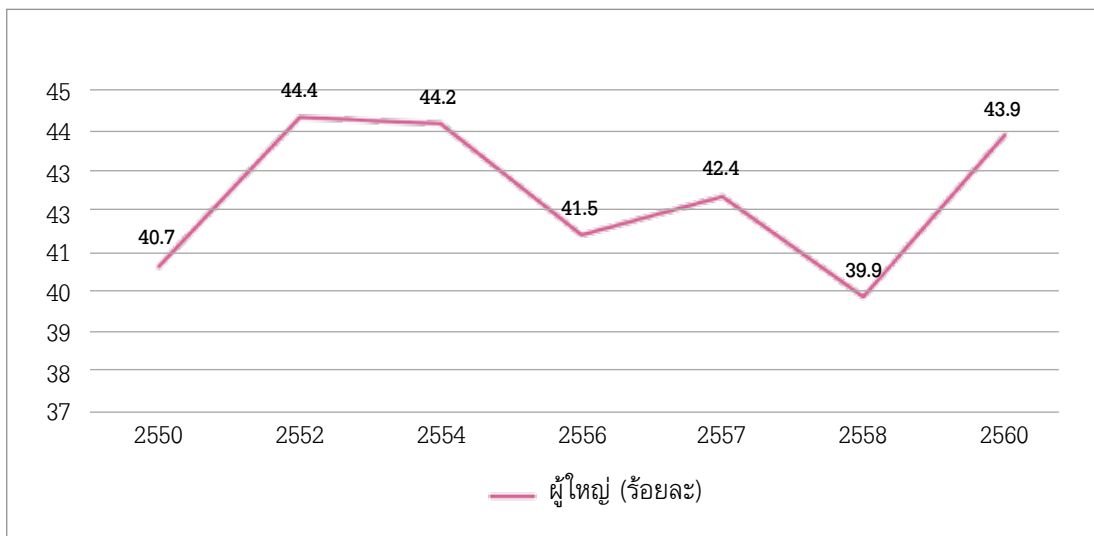
📍 สัดส่วนของนักดื่มประจำในนักดื่มปัจจุบัน

นักดื่มประจำ (Regular drinker) ในที่นี้ หมายถึง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา สัดส่วนของนักดื่มประจำจะคิดต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในช่วงเวลา 12 เดือนเดียวกัน จากภาพที่ 1.2.2 จะเห็นว่า สัดส่วนของนักดื่มประจำในนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดสูงขึ้นร้อยละ 4 ในปีล่าสุดจากปีก่อนหน้านั้น (จากร้อยละ 39.9 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 43.9 ในปี พ.ศ. 2560) หากพิจารณาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จะเห็นว่าสัดส่วนนี้เพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2552 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จนต่ำสุดในปี พ.ศ. 2558 โดยเฉลี่ยลดลงประมาณร้อยละ 1.1 ต่อปี

นอกจากข้อมูลจากการสำรวจประชากรแล้ว แหล่งข้อมูลอีกอย่างที่สำคัญ คือ ข้อมูลยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แยกประเภทจากกรมสรรพสามิต เพื่อมาคำนวณปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual per capita consumption; APC) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดอีกหนึ่งตัวตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ สำหรับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปีนี้จะกล่าวรายละเอียดในบทต่อไป



ภาพที่ 1.2.2 สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)



ข้อสังเกตที่น่าสนใจในปีนี้เป็นที่ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันของประชากรไทยลดลง แต่สัดส่วนของนักดื่มประจำกลับเพิ่มสูงขึ้น นั้นหมายความว่า แม้ว่าคนบางส่วนจะลดการดื่มหรือลดการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ แต่นักดื่มที่ยังคงดื่มอยู่หรือนักดื่มหน้าใหม่กลับมีพฤติกรรมดื่มสุร่าบ่อยมากยิ่งขึ้น ซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้ส่งผลต่อการเกิดอันตรายในระยะสั้น (acute alcohol-related harm) เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน การทะเลาะวิวาท และปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น

1.3 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual alcohol per capita consumption หรือ APC) คือ ปริมาณเฉลี่ยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรได้บริโภคในหนึ่งปี มีหน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ถือเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ เนื่องจากปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน APC จึงถูกกำหนดไว้เป็นหนึ่งในสี่ของดัชนีชี้วัดเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ควบคู่กับอีก 3 เป้าหมาย คือ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากร 15-19 ปี และสัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด โดยที่ค่าเป้าหมายของ APC ที่ถูกกำหนดไว้เพื่อบรรลุในปี พ.ศ. 2563 คือ 7.32 ลิตร/คน/ปี หรือต่ำกว่า

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี

การคำนวณค่า APC ที่ใช้อ้างอิงกันในประเทศไทย และใช้ในบทความนี้นั้น คำนวณได้จากข้อมูลปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิต โดยข้อมูลที่ได้จากกรมสรรพสามิตเป็นข้อมูลลิตรของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตและนำเข้าในปีนั้นๆ ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิตที่ถูกนำมาใช้คำนวณประกอบด้วย สุราขาว สุราผสม สุราปรุงพิเศษ สุราพิเศษ สุราพื้นเมือง สุรานำเข้า เบียร์ และไวน์ ข้อมูลลิตรของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะถูกนำมาแปลงเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยถือว่า เครื่องดื่มประเภทสุราทุกประเภทมีปริมาณแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี เบียร์มีปริมาณแอลกอฮอล์ 5 ดีกรี และไวน์มีปริมาณแอลกอฮอล์ 15 ดีกรี และนำมาคำนวณตามสูตร

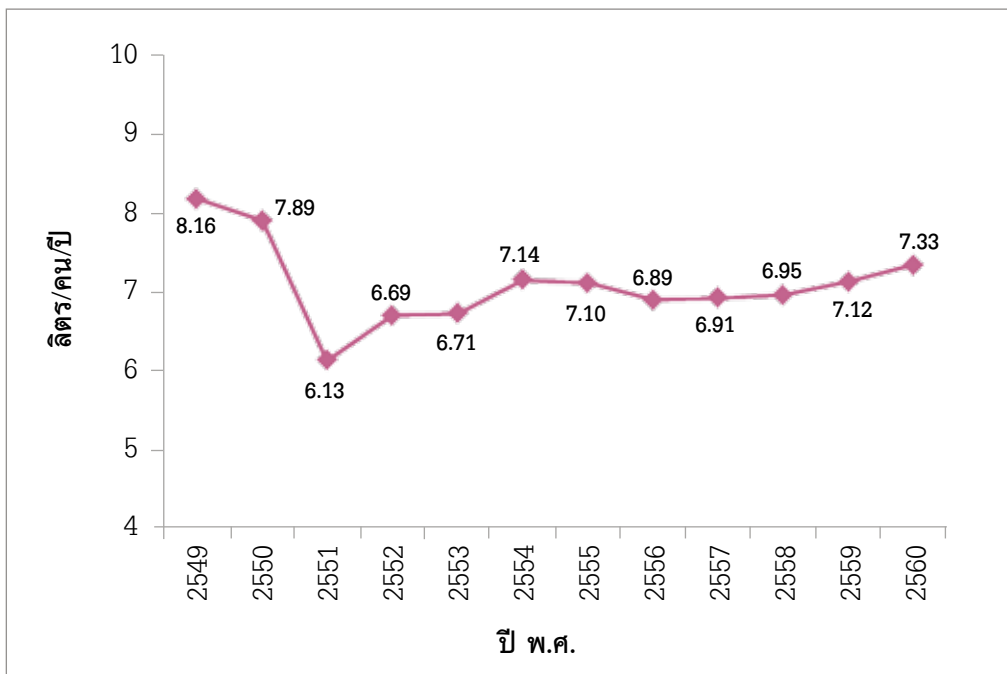
$$\begin{aligned} \text{ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์} &= 0.4 \times (\text{สุราขาว} + \text{สุราผสม} + \text{สุราปรุงพิเศษ} + \\ &\quad \text{สุราพิเศษ} + \text{สุราพื้นเมือง} + \text{สุรานำเข้า}) + \\ &\quad 0.05 \times (\text{เบียร์} + \text{เบียร์นำเข้า}) + 0.15 \times \text{ไวน์} \end{aligned}$$

แล้วนำปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่คำนวณได้ตามสูตรข้างต้นมาหารด้วย จำนวนประชากร กลางปีของปีเดียวกัน โดยข้อมูลประชากรกลางปีที่ใช้คำนวณในบทความนี้ อ้างอิงจากข้อมูลประชากร กลางปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูล APC ของประเทศไทยที่ถูกคำนวณตามวิธีดังกล่าวข้างต้นใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ซึ่งมีการปรับปรุงข้อมูลล่าสุดเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยมีการปรับแก้ข้อมูลปี พ.ศ. 2551-2559 ทำให้ข้อมูลที่น่าเสนอในบทความนี้อาจมีความแตกต่างเล็กน้อยจากข้อมูลที่มีการรายงานไปก่อนหน้านี้ ข้อมูล APC ของปี พ.ศ. 2549-2560 ดังนำเสนอในภาพที่ 1.3.1

จากภาพที่ 1.3.1 เห็นได้ว่าค่า APC มีค่าต่ำที่สุดในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปีที่มีการบังคับใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (พ.ร.บ. ควบคุมฯ) หลังจากนั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ แต่ยังคงต่ำกว่า 7 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2556-2558 จนถึงปี พ.ศ. 2560 ค่า APC เท่ากับ 7.33 ลิตร/คน/ปี ซึ่งสูงกว่าค่า APC ที่ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเพื่อ จะบรรลุผลในปี พ.ศ. 2563 (7.32 ลิตร/คน/ปี)

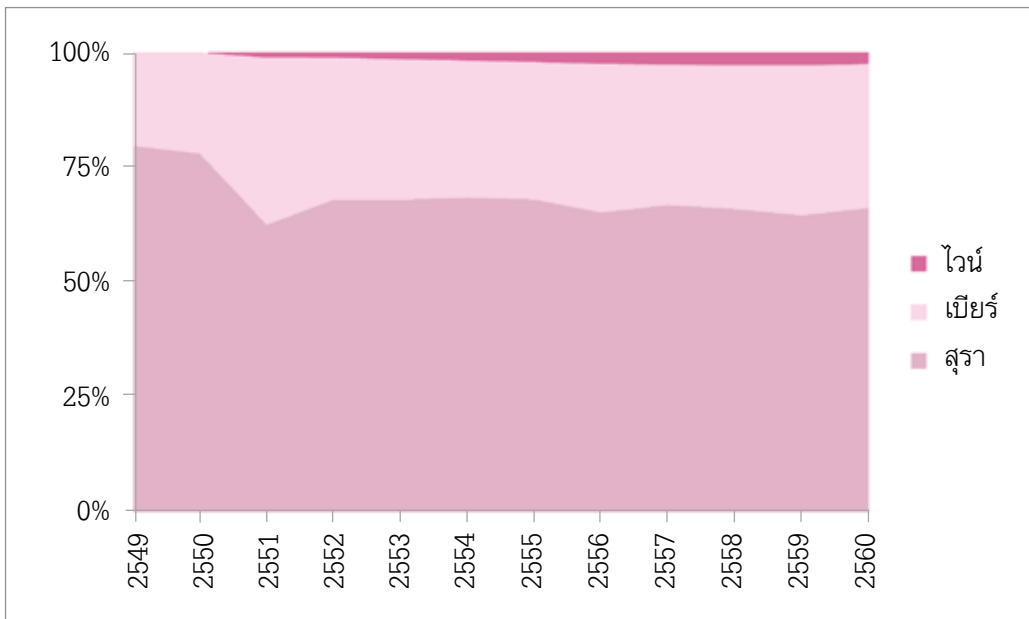
ภาพที่ 1.3.1 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี พ.ศ. 2549-2560



📍 ลัตส่วนแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเครื่องดื่มแต่ละประเภท

จากข้อมูลของกรมสรรพสามิต พบว่า ในปี พ.ศ. 2549 ลัตส่วนของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์มากกว่าร้อยละ 75 มาจากเครื่องดื่มประเภทสุรา หลังจากนั้นลัตส่วนดังกล่าวลดลงมาต่ำกว่าร้อยละ 70 โดยอยู่ที่ร้อยละ 62.7 ในปี พ.ศ. 2551 และมีลัตส่วนค่อนข้างคงที่มาจนถึงปัจจุบัน (ลัตส่วนอยู่ที่ร้อยละ 62.7-68.6) ลัตส่วนของเบียร์นั้นเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับที่มากกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2551 เช่นกัน และมีลัตส่วนค่อนข้างคงที่มาตลอด (ลัตส่วนอยู่ที่ร้อยละ 29.6-36.2) ในส่วนของไวน์นั้น มีลัตส่วนเพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ จากร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2551 มาเป็นร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 1.3.2)

ภาพที่ 1.3.2 ลัตส่วนแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเครื่องดื่มแต่ละประเภท ที่คนไทยบริโภครวมต่อปี พ.ศ. 2549-2560



📍 ข้อจำกัดของการประมาณค่า APC ในประเทศไทย

ข้อจำกัดสำคัญของข้อมูล APC และการประมาณค่าที่ใช้ในบทความนี้ มีด้วยกัน 3 ประการ คือ

- **ประการแรก** ข้อมูลที่ได้จากกรมสรรพสามิตเป็นข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตภายในประเทศ รวมทั้งปริมาณการนำเข้า ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตภายในประเทศนั้นมีจำนวนหนึ่งที่ผลิตเพื่อการส่งออก แต่ข้อมูลที่ได้จากกรมสรรพสามิตเพื่อคำนวณ APC นั้น ยังไม่สามารถแยกข้อมูลของการผลิตเพื่อส่งออกออกจากการผลิตเพื่อบริโภคภายในประเทศได้ ประเด็นนี้ส่งผลให้ข้อมูลที่ประมาณการได้อาจจะมีค่าสูงเกินจริง

- **ประการถัดมา** ข้อมูลที่นำมาใช้คำนวณนี้ ยังไม่รวมปริมาณแอลกอฮอล์จากเบียร์นำเข้า เนื่องจากแต่เดิมไม่มีการรายงานข้อมูลเบียร์นำเข้า เมื่อมีการรายงานข้อมูลเบียร์นำเข้าแล้ว ก็ยังไม่มี การรวมเข้าไปในการคำนวณ APC เนื่องจากกังวลว่าจะก่อให้เกิดปัญหาในการเปรียบเทียบข้อมูลในช่วงปีก่อนและหลังที่มีข้อมูลเบียร์นำเข้า ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการด้านแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยยังไม่มีข้อสรุปอย่างเป็นทางการเป็นฉันทามติว่า ควรรวมข้อมูลเบียร์นำเข้าไปในการคำนวณ APC หรือไม่ หรือควรมีการปรับข้อมูลอย่างไรให้เกิดการเปรียบเทียบแนวโน้มการดื่มในระยะยาวได้ ข้อมูล APC ที่ปรากฏในบทความนี้ จึงเป็นข้อมูลที่ยังไม่รวมปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเบียร์นำเข้า

- **ประการสุดท้าย** คือ การประมาณการค่า APC ในบทความนี้ ยังไม่ได้รวมปริมาณแอลกอฮอล์ ที่ไม่ได้เสียภาษี เช่น เครื่องดื่มที่ลักลอบนำเข้า หรือลักลอบผลิตโดยผิดกฎหมาย เนื่องจากยังไม่มีข้อมูล ในส่วนนี้ที่นำเชื่อถือของประเทศไทย ดังนั้น ค่า APC ที่รายงานในบทความนี้จึงเทียบเท่ากับการรายงาน ค่า “Recorded alcohol per capita consumption” ที่ใช้อ้างอิงกันในระดับสากลเท่านั้น



1.4 การจัดอันดับจังหวัดตามความเสี่ยงด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อธิบ ตันอารีย์ และ พลเทพ วิจิตรคุณากร

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ใช้ “ดัชนีแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Patterns of drinking score; PDS)” เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของแต่ละประเทศ แบบครอบคลุมหลายปัจจัย เช่น การดื่มในเทศกาล (festive drinking) การดื่มในที่สาธารณะ (drinking in public places) การดื่มระหว่างมื้ออาหาร (drinking with meals) เป็นต้น โดยที่ค่าดัชนีแบบแผนการบริโภคจะมีค่าระหว่าง 1 (บริโภคแบบเสี่ยงน้อยที่สุด) ถึง 5 (บริโภคแบบเสี่ยงมากที่สุด) โดยประเทศไทยมีดัชนีแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้อยู่ที่ระดับ 3 (บริโภคแบบเสี่ยงปานกลาง)⁴

ในประเทศไทยได้มีการประยุกต์ใช้ดัชนีแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลกนี้มาเป็นตัวชี้วัดระดับความเสี่ยงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของแต่ละจังหวัดในรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554 โดยใช้ชื่อว่า “ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index; PAPI)” (Provincial Alcohol Report 2011)⁵ โดยประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ข้อที่สำคัญ ได้แก่

- (1) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่
- (2) สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่
- (3) สัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่
- (4) สัดส่วนของการดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะในประชากรผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (5) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น

⁴ World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. 286 และ World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014: Country profile-Thailand. Geneva: World Health Organization; 2014.

⁵ สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล, ทักษิณ ธรรมังสี. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554 (Provincial Alcohol Report). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2556. 111 หน้า



การคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในแต่ละตัวชี้วัด ทำได้ดังนี้

$$P_i = (\text{Value}_i - \text{Mini}) / (\text{Maxi} - \text{Mini})$$

- โดยที่ P_i คือ คะแนนของแต่ละตัวชี้วัด
 Value_i คือ ค่าเฉลี่ยของแต่ละจังหวัด
 Mini คือ ค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด
 Maxi คือ ค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่มากที่สุด

หลังจากนั้นคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดจากค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวชี้วัด ดังนี้

$$\text{Provincial Alcohol Problem Index (PAPI)} = (P_1 + P_2 + P_3 + P_4 + P_5) / 5$$

- โดยที่ PAPI คือ ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัด
- P1 คือ ค่าคะแนนความชุกของนักดื่มปัจจุบัน (ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ในประชากรผู้ใหญ่
- P2 คือ ค่าคะแนนสัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่
- P3 คือ ค่าคะแนนสัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่
- P4 คือ ค่าคะแนนสัดส่วนของการดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะในประชากรผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- P5 คือ ค่าคะแนนความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น

โดย Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) นี้มีค่าได้ตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดยที่ 1 หมายความว่า ความเสี่ยงสูงสุด

สำหรับในบทนี้ ใช้ข้อมูลของการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งล่าสุด ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ถึงระดับจังหวัด โดยจะรายงานผลเป็นดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดและค่าคะแนนแต่ละตัวชี้วัดตามลำดับผ่านทางแผนที่และตาราง เพื่อนำเสนอสถานการณ์ความเสี่ยงด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และทำให้สามารถเปรียบเทียบกับรายงานใน พ.ศ. 2554 ได้

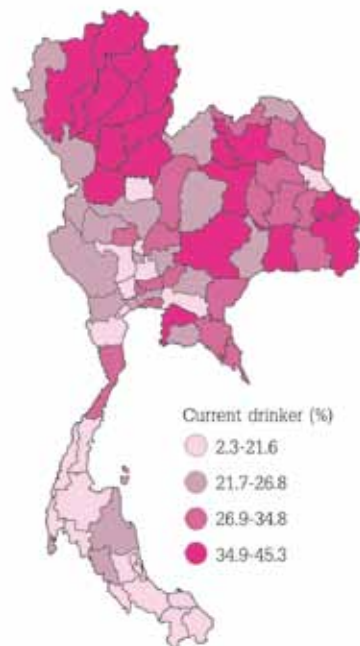
📍 ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย
ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่

จากภาพ 1.4.1 จะเห็นได้ว่า พื้นที่ที่มีความชุกของนักดื่มปัจจุบัน (ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา: current drinker) ในประชากรผู้ใหญ่ (ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) สูง ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแผนที่มีลักษณะคล้ายกันกับในปี พ.ศ. 2554 จังหวัดที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ เชียงราย (ร้อยละ 45.3) รองลงมา คือ ลำพูน (ร้อยละ 44.1) พะเยา (ร้อยละ 44.0) น่าน (ร้อยละ 42.4) และสุรินทร์ (ร้อยละ 40.6) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของจังหวัดเหล่านี้ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับ 5 จังหวัดที่มีลำดับต่ำสุด ได้แก่ ยะลา (ร้อยละ 2.3) ปัตตานี (ร้อยละ 3.9) นราธิวาส (ร้อยละ 4.9) สตูล (ร้อยละ 9.9) และสงขลา (ร้อยละ 13.2) ตามลำดับ ทั้งนี้ จังหวัดเหล่านี้มีประชากรมุสลิมจำนวนมากเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย

ตารางที่ 1.4.1 ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่สูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		
1	เชียงราย	45.3
2	ลำพูน	44.1
3	พะเยา	44.0
4	น่าน	42.4
5	สุรินทร์	40.6
5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)		
1	ยะลา	2.3
2	ปัตตานี	3.9
3	นราธิวาส	4.9
4	สตูล	9.9
5	สงขลา	13.2

ภาพที่ 1.4.1 ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่ รายจังหวัด



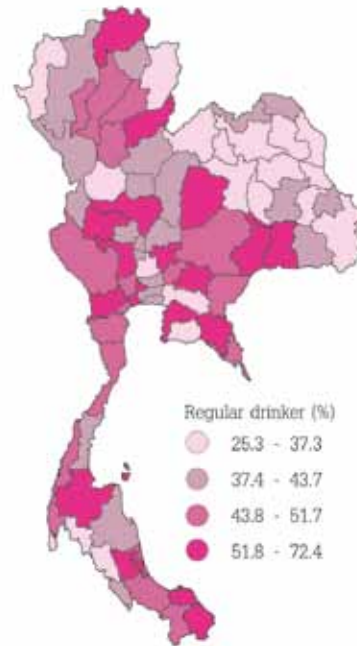
สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

ในประชากรผู้ดื่มสุราในปัจจุบันทั้งหมดสามารถจำแนกตามความถี่ในการดื่มเป็นนักดื่มประจำ (regular drinker) คือ ดื่มตั้งแต่ 1 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ และนักดื่มเป็นครั้งคราว (occasional drinker) คือ ดื่มน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ จากภาพ 1.4.2 พบว่า ครึ่งหนึ่งของนักดื่มปัจจุบัน (มากกว่าร้อยละ 50) เป็นนักดื่มประจำ และความชุกสูงในจังหวัดภาคกลาง และพบความชุกน้อยในจังหวัดภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานในปี พ.ศ. 2554

ตารางที่ 1.4.2 สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่สูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		
1	จันทบุรี	72.4
2	นราธิวาส	65.9
3	อุตรดิตถ์	61.9
4	สุราษฎร์ธานี	61.0
5	สระบุรี	60.5
5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)		
1	กาฬสินธุ์	25.3
2	ขอนแก่น	25.4
3	อุบลราชธานี	27.2
4	มหาสารคาม	27.3
5	น่าน	29.5

ภาพที่ 1.4.2 สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด รายจังหวัด



สัดส่วนของนักดื่มหนักต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่

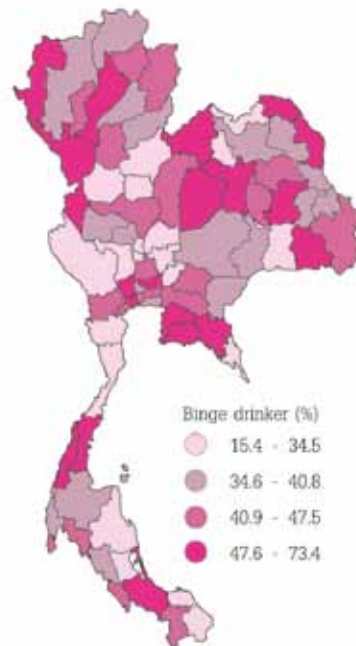
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนัก (Binge drinking) คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณการดื่มต่อครั้งตั้งแต่ 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไป ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 4 กระป๋อง, สุราขาว/ยาดองเหล้า/สุรากลั่น 4 เบ็ก, ไวน์ 4 แก้ว 100 มิลลิลิตร, น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์/ไวน์คูลเลอร์ 4.5 ขวด หรือสุราพื้นเมือง 1 ขวดใหญ่ เป็นต้น

จากภาพที่ 1.4.3 พบว่า พื้นที่ที่มีสัดส่วนของนักดื่มหนักต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในระดับสูงอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสอดคล้องกับในปี พ.ศ. 2554 เช่นกัน และเมื่อดูข้อมูลประกอบกับความชุกของนักดื่มปัจจุบัน และนักดื่มประจำ จะเห็นได้ว่า จังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่จะมีนักดื่มเป็นครั้งคราวสูง แต่ดื่มหนักในแต่ละครั้ง เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ

ตารางที่ 1.4.3 สัดส่วนของนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่สูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		
1	เลย	73.4
2	สมุทรสาคร	60.0
3	ระนอง	59.4
4	นครปฐม	59.4
5	ชุมพร	57.0
5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)		
1	ตราด	15.4
2	หนองคาย	21.9
3	สิงห์บุรี	23.5
4	พัทลุง	25.2
5	อ่างทอง	25.9

ภาพที่ 1.4.3 สัดส่วนของนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณมาก/บริโภคหนักต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรผู้ใหญ่ รายจังหวัด



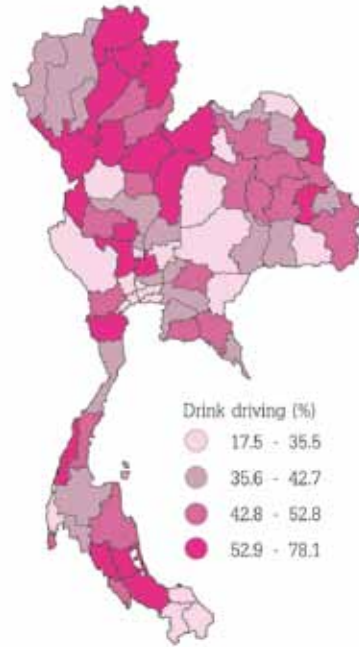
สัดส่วนของการดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะในนักดื่มปัจจุบัน

จากภาพที่ 1.4.4 จะเห็นได้ว่า จังหวัดในภาคเหนือมีสัดส่วนของการดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะสูงสุด โดยมากกว่าครึ่งของนักดื่มปัจจุบันเคยมีประวัติดังกล่าว ยิ่งไปกว่านั้น จังหวัดที่มีความชุกสูงสุดนั้นมีความชุกสูงถึงเกือบร้อยละ 80 ได้แก่ จังหวัดเลย (ร้อยละ 78.1) รองลงมา คือ พิษณุโลก (ร้อยละ 72.2) ยโสธร (ร้อยละ 68.7) พัทลุง (ร้อยละ 68.3) และนครพนม (ร้อยละ 67.4) ตามลำดับ และห้าจังหวัดที่มีความชุกต่ำสุดก็ยังมีสูงถึงร้อยละ 20 ได้แก่ จังหวัดนครปฐม (ร้อยละ 17.5) นราธิวาส (ร้อยละ 18.9) สมุทรปราการ (ร้อยละ 20.7) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 20.8) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 20.9)

ตารางที่ 1.4.4 สัดส่วนของการดื่มแล้วขับขี่พาหนะในผู้บริโภครถยนต์แอลกอฮอล์สูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		
1	เลย	78.1
2	พิษณุโลก	72.2
3	ยโสธร	68.7
4	พัทลุง	68.3
5	นครพนม	67.4
5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)		
1	นครปฐม	17.5
2	นราธิวาส	18.9
3	สมุทรปราการ	20.7
4	สมุทรสงคราม	20.8
5	กรุงเทพมหานคร	20.9

ภาพที่ 1.4.4 สัดส่วนของการดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะ ในผู้บริโภครถยนต์แอลกอฮอล์ รายจังหวัด



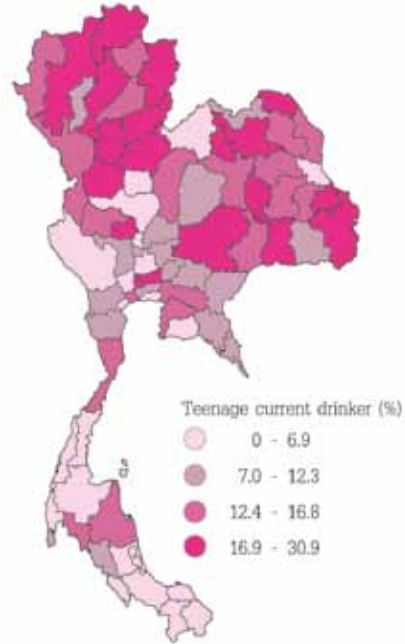
ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรวัยรุ่น

จากภาพ 1.4.5 จะเห็นได้ว่า พื้นที่ที่มีความชุกสูงของนักดื่มวัยรุ่น (อายุ 15 ถึง 19 ปี) อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่มีความชุกสูงของนักดื่มปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่ โดยส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกับในปี พ.ศ. 2554 โดยจังหวัดที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ พิษณุโลก (ร้อยละ 30.9) รองลงมา คือ หนองบัวลำภู (ร้อยละ 30.6) ลำปาง (ร้อยละ 30.2) นนทบุรี (ร้อยละ 26.8) และสุรินทร์ (ร้อยละ 25.9) ตามลำดับ ส่วนห้าจังหวัดที่มีความชุกต่ำสุด ได้แก่ นราธิวาส/พังงา/ยะลา (ร้อยละ 0) ปัตตานี (ร้อยละ 0.6) สตูล (ร้อยละ 1.5) ระนอง (ร้อยละ 1.7) และอุรุยา (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับ ทั้งนี้ จังหวัดดังกล่าวมีประชากรมุสลิมจำนวนมาก

ตารางที่ 1.4.5 ความชุกของผู้บริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่นสูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		
1	พิษณุโลก	30.9
2	หนองบัวลำภู	30.6
3	ลำปาง	30.2
4	นนทบุรี	26.8
5	สุรินทร์	25.9
5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)		
1	นราธิวาส/พังงา/ยะลา	0
2	ปัตตานี	0.6
3	สตูล	1.5
4	ระนอง	1.7
5	อุรุยา	2.2

ภาพที่ 1.4.5 ความชุกของผู้บริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรวัยรุ่น รายจังหวัด



ค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด

จากผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index; PAPI) ตามวิธีการที่กล่าวไว้ข้างต้น จากข้อมูลของการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ลำปาง (0.72 คะแนน) รองลงมา คือ เชียงราย (0.69 คะแนน) พิษณุโลก (0.65 คะแนน) จันทบุรี (0.64 คะแนน) และสุโขทัย (0.63 คะแนน) ตามลำดับ และจังหวัดที่มีดัชนีคะแนนต่ำที่สุด 5 ลำดับ ได้แก่ พังงา (0.23 คะแนน) ยะลา (0.25 คะแนน) นราธิวาส (0.25 คะแนน) ปัตตานี (0.26 คะแนน) และสิงห์บุรี (0.28 คะแนน) ตามลำดับ โดยภาพรวมจังหวัดที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์นั้นกระจายตัวเทียบเคียงกับรายงานจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2554 นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจังหวัดที่คะแนนความเสี่ยงสูงหลายจังหวัดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ

ตารางที่ 1.4.6 จังหวัดที่มีดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศ

5 อันดับสูงสุด (ร้อยละ)		
1	ลำปาง	0.72
2	เชียงราย	0.69
3	พิษณุโลก	0.65
4	จันทบุรี	0.64
5	สุโขทัย	0.63
5 อันดับต่ำสุด (ร้อยละ)		
1	พังงา	0.23
2	ยะลา	0.25
3	นราธิวาส	0.25
4	ปัตตานี	0.26
5	สิงห์บุรี	0.28

ภาพที่ 1.4.6 ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ รายจังหวัด



1.5 การเปลี่ยนแปลงความชุกของการดื่มสุราของเยาวชน ก่อนและหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

สาวิตรี อัจฉนาศรัย และ ดาริกา โสงาม

ประเทศไทยเริ่มมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อปี พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 10 ปีแล้ว โดยได้มีการออกอนุบัญญัติ ประกาศ และระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามมาหลายฉบับ รวมทั้งมาตรการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการลดนักดื่มและป้องกันการดื่มในเยาวชน เช่น ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2558 วันที่มีผลบังคับใช้คือ 23 ตุลาคม 2558 ประกาศฯ ฉบับนี้มีเจตนารมณ์เพื่อกำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเพื่อระงับภัยและแก้ไขปัญหาการรวมกลุ่มหรือมั่วสุมเพื่อก่อความเสียหายแก่ผู้อื่น ป้องกันมิให้เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นอนาคตของชาติเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย และอาจทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กและเยาวชนที่ดื่มสุรา โดยก่อนหน้านั้น เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2558 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้ประกาศคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 22/2558 มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ห้ามมิให้ผู้ประกอบกิจการสถานบริการหรือสถานประกอบการใดที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์เข้าไปใช้บริการ
- 2) ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์
- 3) เปิดทำการเกินกว่าเวลาตามที่มีกฎหมายบัญญัติ
- 4) ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่ากำหนดเวลาตามที่มีกฎหมายบัญญัติ
- 5) ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการพกพาอาวุธ วัตถุระเบิด หรือยาเสพติดเข้าไปในสถานที่

ของตน

6) ห้ามมิให้มีสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษาหรือหอพักในบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษา มาตรการต่างๆ เหล่านี้เป็นการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำกัดขอบเขตด้านเวลา สถานที่และลักษณะของผู้ดื่ม โดยเฉพาะผู้ดื่มเยาวชน เพื่อชะลอการเข้าถึงของผู้ที่คิดจะดื่มให้ช้าลง ลดการบริโภคโดยรวม และลดผลกระทบต่อสังคมจากการดื่ม

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงความชุกของการดื่มสุราของเยาวชนไทยก่อนและหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 นี้ต้องการจะแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุราของเยาวชนไทยก่อนและหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.ควบคุมฯ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลitudinalของโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ในปีการศึกษา 2550 (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 50,033) และปีการศึกษา 2559 (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 38,535) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 3 และ 5 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาสายสามัญ และนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปี 2 ของโรงเรียนสายอาชีวศึกษา ในจังหวัดที่สุ่มเลือกแบ่งตามเขตการศึกษาทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร โดยการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ครั้ง ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน⁶

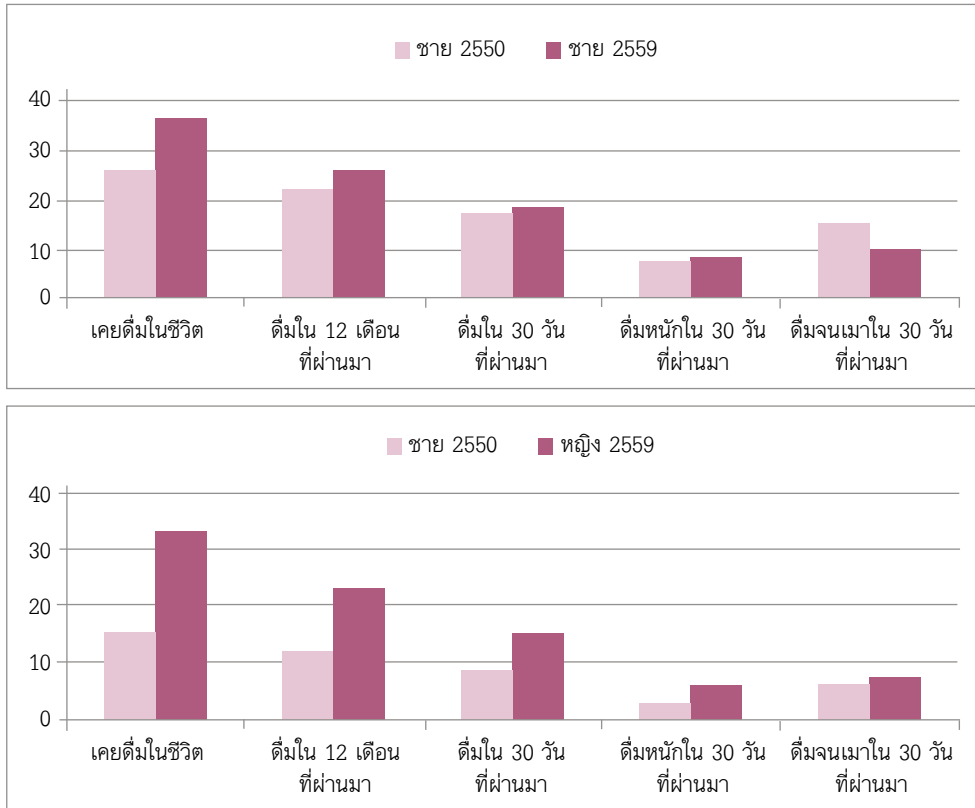
ความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุรานักเรียนชายและหญิง ปี พ.ศ. 2550 กับ พ.ศ. 2559

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างสองปี พบว่า ในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2559 นักเรียนชายร้อยละ 26.4 และร้อยละ 36.3 เคยดื่มสุรในชีวิต และเมื่อคิดเป็นอัตราส่วนความชุกระหว่างปี พ.ศ. 2559 กับปี พ.ศ. 2550 (prevalence ratio) จากแบบจำลองทางสถิติ weighted Poisson regression จะพบว่าอัตราความชุกของการเคยดื่มในปี พ.ศ. 2559 มีค่าเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 ความชุกของการดื่มในปัจจุบัน (ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา) ในนักเรียนชายของปี พ.ศ. 2559 มีค่าเพิ่มขึ้น 1.2 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และความชุกของการดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา และการดื่มหนักในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้น 1.1 เท่า หรือร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 แต่ความชุกของการดื่มจนเมาใน 30 วันที่ผ่านมา มีค่าลดลง (ลดลงร้อยละ 40)

แม้ความชุกของการดื่มสุรในนักเรียนชายจะเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ. 2559 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 แต่ที่น่าเป็นกังวลไปกว่านั้นคือ ความชุกของการดื่มสุรในนักเรียนหญิงเพิ่มขึ้นสูงมาก โดยพบว่า ความชุกของการเคยดื่มในชีวิต ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา ดื่มหนัก และดื่มจนเมาใน 30 วันที่ผ่านมา ของนักเรียนหญิง ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 110, 90, 70, 110, และ 20 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 1.5.1)

⁶ ข้อมูลในบทนี้ได้จาก สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, โอนชา หมักทอง, ธนอมศรี อินทนนท์. โครงการวิจัยการเฝ้าระวังพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2550. หาดใหญ่ สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัยและระบบข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้; 2551. และ สุชานดา ภัยหลีกส์, กนิษฐา ไทยกล้า, ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, ศยามล เจริญรัตน์, นพพร ดันดิรังสี, อังคณา ชินเดช, และคณะ. โครงการเฝ้าระวัง พฤติกรรมการใช้สุร ยาสูบ สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2559. หาดใหญ่ สงขลา: แผนงานภาควิชาการสารเสพติด (ภวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2559.

ภาพที่ 1.5.1 เปรียบเทียบความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุรานักเรียนชายและหญิง ระหว่างปี พ.ศ. 2550 กับ พ.ศ. 2559 (ร้อยละคิดแบบถ่วงน้ำหนัก)

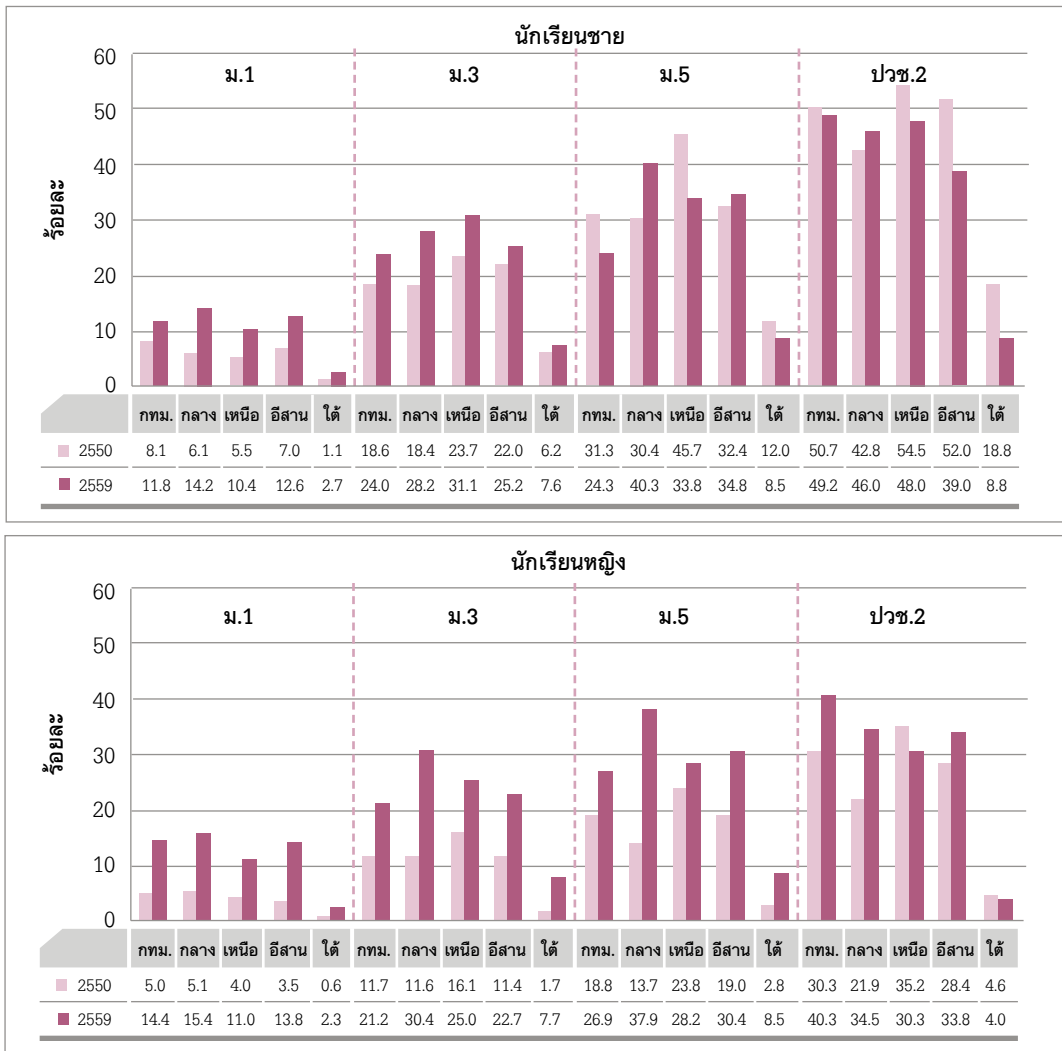


🌐 ความชุกของพฤติกรรมดื่มสุร่าจำแนกตามเพศ ชั้นปีการศึกษา และภูมิภาค ปี พ.ศ. 2550 กับ พ.ศ. 2559

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุร่าใน 12 เดือนที่ผ่านมาของนักเรียนจำแนกตามระดับชั้น ภูมิภาค และเพศ พบว่า ความชุกของการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในนักเรียนชายชั้น ม.1 และ ม.3 ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ลดลงในกลุ่มนักเรียนชายระดับชั้น ม.5 ในกรุงเทพฯ และปริมาณแอลกอฮอล์และภาคเหนือ และภาคใต้ และลดลงในกลุ่มนักเรียน ปวช. ปี 2 ในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้ (ภาพที่ 1.5.2 บน)

ความชุกของการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในนักเรียนหญิงชั้น ม.1 ม.3 และ ม.5 ในปี พ.ศ. 2559 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค และเพิ่มขึ้นสูงสุดในภาคใต้ เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนความชุกของปี พ.ศ. 2559 ต่อปี พ.ศ. 2550 จะพบว่าความชุกดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึง 4.1 เท่าในนักเรียนหญิงชั้น ม.1, 4.6 เท่า ในนักเรียนหญิงชั้น ม.2 และ 3.0 เท่าในนักเรียนหญิงชั้น ม.5 ในภาคใต้ อย่างไรก็ตาม นักเรียนหญิง ปวช.ปี 2 ในภาคเหนือและภาคใต้มีความชุกของการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ลดลง ในปี พ.ศ. 2559 (ภาพที่ 1.5.2 ล่าง)

ภาพที่ 1.5.2 ความซุกของการตี๋มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมาของนักเรียน จำแนกตามเพศ ชั้นปีการศึกษา และภูมิภาค พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2559



ถึงแม้ว่า ผลจากการศึกษานี้ไม่สามารถยืนยันได้ว่า ปรากฏการณ์ดังกล่าว เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับมาตรการใดๆ หรือประสิทธิภาพของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หรือไม่ อย่างไรก็ตาม การมี พ.ร.บ. ควบคุมฯ นี้ ก็เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่จะช่วยปรับเปลี่ยนสังคม แบบแผนวัฒนธรรมการตี๋มให้กับเยาวชนไทย ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนไปอีกระยะหนึ่ง ถึงแม้จะมี พ.ร.บ. นี้แล้วถึง 10 ปี แต่ความซุกของการตี๋มในเยาวชนลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่ถ้าหากเราไม่มีเครื่องมือนี้ความซุกของการตี๋มในเยาวชนอาจเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ก็ไม่ได้ อย่างไรก็ตาม มาตรการที่เหมาะสมและควรผลักดันให้เกิดในทุกพื้นที่คือ การควบคุมการเข้าถึงโดยการไม่อนุญาตให้มีร้านขายสุราในรัศมีรอบสถานศึกษาซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และสิ่งสำคัญคือ บุคลากรในสถาบันการศึกษาทุกแห่งควรเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเยาวชนด้วย

1.6 การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับแบบแผนการดื่มสุราของประชาชนไทย

ดาริกา ไสงาม

มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพนับเป็นมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิผล และคุ้มทุนสูงสุดตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาที่เกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการทางด้านนี้ที่นำมาใช้ในประเทศไทยประกอบด้วย การห้ามจำหน่ายและห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่เฉพาะ การกำหนดเวลาที่สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระใหญ่ การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีและแก่คนที่มีอาการมีเมามากจนสติมิได้ การจำกัดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี

ในการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบบุหรีและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2560 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁷ นอกจากจะเก็บข้อมูลในด้านพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยแล้ว ยังเก็บข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของประชาชนในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ เช่น การซื้อหรือดื่มสุราในสถานที่ วันเวลา และกิจกรรมหรือเทศกาลต่างๆ รวมทั้งการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย เช่น เหล้าต้ม เหล้าชุมชนหรือสุรากลอบนำเข้าที่ไม่เสียภาษี เนื้อหาในบทนี้ประกอบด้วยผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าวในประเด็นเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของประชาชนในการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญด้านหนึ่งในการสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพในประเทศไทยในปัจจุบัน

⁷ ข้อมูลในบทนี้ได้จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบบุหรีและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561. และสำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบบุหรีและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558.

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

สถานที่ซื้อและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มไทย

จากการสำรวจ พบว่า ร้านขายของชำเป็นจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มประจำ และนักดื่มหนัก^๑ รองลงมาคือร้านสะดวกซื้อและร้านอาหาร ซึ่งมีสัดส่วนความนิยมในกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน นักดื่มประจำ และนักดื่มหนักในปี พ.ศ. 2560 ไม่แตกต่างจากปี พ.ศ. 2557 มากนัก ส่วนสถานที่ดื่มสุราที่นิยมที่สุด คือ บ้านของตนเอง รองลงมาคือบ้านคนอื่น เป็นที่น่าสังเกตว่า นักดื่มปัจจุบัน นักดื่มประจำ และนักดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนการดื่มในงานเลี้ยง เช่น งานแต่งงาน งานศพ และงานสโมสร เพิ่มขึ้นจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 20.0, ร้อยละ 4.6 และร้อยละ 14.1 ตามลำดับ ตารางที่ 1.6.1)

เมื่อพิจารณาสถานที่ที่นักดื่มปัจจุบันนิยมซื้อสุราในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2560 พบว่า ส่วนแบ่งการตลาดของร้านขายของชำมีสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่นๆ และนักดื่มนอกเขตเทศบาลนิยมซื้อจากร้านขายของชำสูงกว่านักดื่มในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ในทางกลับกัน ร้านสะดวกซื้อรวมซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้าต่างๆ มีสัดส่วนในการเป็นจุดจำหน่ายสูงกว่าสำหรับพื้นที่ในเขตเทศบาล โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และภาคกลาง นักดื่มปัจจุบันในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหาร ผับ บาร์ หรือร้านคาราโอเกะสูงกว่านักดื่มในภูมิภาคอื่นๆ และนักดื่มทุกช่วงวัยนิยมที่จะหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำเป็นส่วนใหญ่ที่น่าสังเกตก็คือ เยาวชนอายุ 15-19 ปีมากกว่าร้อยละ 70 ในแต่ละปีรายงานว่านิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำ ข้อมูลนี้คงต้องนำไปพิจารณาควบคู่กับโอกาสในการซื้อได้สำเร็จของเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งหากพบว่านักดื่มอายุต่ำกว่า 20 ปีสามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่จำหน่ายเหล่านี้ได้จริง ก็จะเป็นการสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชน (ตารางที่ 1.6.2)

^๑นักดื่มปัจจุบัน คือ ประชาชนที่ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ นักดื่มประจำ คือ ประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ และนักดื่มหนักหมายถึง ประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณต่อไปนี้ขึ้นไปต่อหนึ่งครั้งหรือโอกาสที่ดื่ม 1) สุราขาว/เซียงซุน/ยาตองเหล้า 5 เป็ก หรือ 1/4 ขวดใหญ่ หรือ 1/2 ขวดกลาง 2) สุรากลั่น/ผสม 1/4 ขวดใหญ่หรือดื่มเพียว 5 เป็ก หรือ 8 แก้วผสม 3) เบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ 4) ไวน์/แชมเปญ 1 ขวดใหญ่หรือ 4 แก้วไวน์ 5) น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์/ไวน์คูลเลอร์ 4.5 ขวด/กระป๋อง 6) เหล้าหมัก (กระแช่/สาโท อุ/สุราพื้นเมือง) 1 ขวดใหญ่หรือ 2 แก้วครึ่ง

ตารางที่ 1.6.1 สถานที่ที่นักดื่มนิยมซื้อและดื่มสุรา (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

	นักดื่มปัจจุบัน*		นักดื่มประจำ**		นักดื่มหนัก***	
	2557	2560	2557	2560	2557	2560
สถานที่ที่นักดื่มนิยมซื้อสุรา						
ร้านขายของชำ	78.3	71.7	86.9	88.1	84.3	80.2
ร้านสะดวกซื้อ	8.1	6.2	7.5	6.9	8.2	7.4
ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า ¹	-	0.6	-	0.7	-	0.5
ร้านอาหาร	5.9	5.2	2.5	2.1	3.6	4.2
ผับ/บาร์ คาราโอเกะ	1.1	0.7	0.7	0.3	1.2	0.9
ไม่ได้ซื้อเอง/อื่นๆ	6.5	15.6	2.4	1.8	2.8	6.9
สถานที่ที่นักดื่มนิยมดื่มสุรา						
บ้านตนเอง	39.1	40.1	56.2	61.2	41.9	42.5
บ้านคนอื่น	31.7	22.5	29.9	22.1	36.3	26.7
ร้านอาหาร	8.3	9.5	5.3	7.2	8.1	9.9
ผับ/บาร์ คาราโอเกะ	1.8	1.3	1.2	0.8	1.9	1.6
งานเลี้ยง	16.2	20.0	3.6	4.6	9.0	14.1
งานบุญประเพณี ¹	-	4.6	-	1.2	-	3.9
งานคอนเสิร์ต ¹	-	0.4	-	0.1	-	0.2
อื่นๆ	2.8	1.6	3.9	2.8	3.0	1.1

* ร้อยละคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบันเท่านั้น ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

** ร้อยละคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มประจำเท่านั้น ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

*** ร้อยละคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มที่ดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

¹ ในปี พ.ศ. 2557 ไม่มีข้อคำถามเรื่องการซื้อในซูเปอร์มาร์เก็ต และการดื่มในงานบุญประเพณีและงานคอนเสิร์ต



ตารางที่ 1.6.2 สถานที่ที่นักดื่มปัจจุบันนิยมซื้อสุร่าจำแนกตามเขตการปกครอง ภาคและอายุ (ร้อยละ คิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

	ร้านขายของชำ		ร้านสะดวกซื้อ/ ซูเปอร์มาร์เก็ต		ร้านอาหาร คาราโอเกะ		ผับ/บาร์		ไม่ได้ซื้อเอง/ อื่นๆ	
	2557	2560	2557	2560	2557	2560	2557	2560	2557	2560
เขตเทศบาล										
ในเขต	68.5	64.2	13.9	12.0	10.0	8.2	1.9	1.1	5.7	14.4
นอกเขต	86.2	77.5	3.4	2.7	2.6	2.9	0.5	0.4	7.2	16.6
ภาค										
กรุงเทพฯ	51.7	54.0	24.2	18.1	17.6	13.5	2.9	1.3	3.6	13.1
กลาง	76.0	68.5	11.9	10.9	5.1	6.1	0.9	1.0	6.1	13.5
เหนือ	81.9	73.9	2.6	3.0	3.8	4.4	0.8	0.7	10.8	18.1
อีสาน	87.7	79.6	2.1	1.4	3.5	2.2	0.8	0.3	5.8	16.4
ใต้	82.6	73.2	7.0	5.3	5.1	3.4	1.1	0.7	4.2	17.5
อายุ										
15-19 ปี	81.2	74.1	8.0	4.0	5.8	2.6	2.4	0.7	2.7	18.7
20-24 ปี	77.3	70.1	9.1	6.8	5.2	8.4	4.3	2.1	4.1	12.5
25-44 ปี	75.5	69.5	10.0	9.0	8.1	6.3	1.2	1.0	5.3	14.1
45-59 ปี	82.1	73.4	6.6	5.2	3.3	4.1	0.2	0.1	7.7	17.2
60 ปีขึ้นไป	80.1	76.3	3.0	2.5	3.7	1.5	0.3	0.02	12.9	19.7

หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบัน ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

จากการสำรวจทั้งสองปี ยังพบว่า นักดื่มปัจจุบันทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บ้านของตนเองมากที่สุด รองลงมาคือการดื่มที่บ้านคนอื่น ซึ่งนักดื่มนอกเขตเทศบาลจะมีสัดส่วนของการดื่มที่บ้านของคนอื่นสูงกว่านักดื่มในเขตเทศบาลในทั้งสองปี และนักดื่มนอกเขตเทศบาลมีโอกาสดื่มในงานเลี้ยงต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานศพ หรืองานสโมสร และในงานบุญประเพณีมากกว่านักดื่มในเขตเทศบาล ในขณะที่นักดื่มในเขตเทศบาลจะมีโอกาสในการดื่มที่ร้านอาหาร หรือผับ บาร์ หรือร้านคาราโอเกะสูงกว่านักดื่มนอกเขตเทศบาลอย่างชัดเจน นักดื่มในกรุงเทพฯ นิยมดื่มที่ร้านอาหารหรือตามผับ/บาร์/คาราโอเกะมากกว่านักดื่มในภูมิภาคอื่นๆ แต่นักดื่มในภูมิภาคอื่นๆ มีสัดส่วนการดื่มสุราในงานเลี้ยง/งานแต่งงาน/งานศพและงานบุญประเพณีสูงกว่านักดื่มในกรุงเทพฯ (ตารางที่ 1.6.3)

กลุ่มนักดื่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บ้านคนอื่นมากกว่าการดื่มที่บ้านของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่านักดื่มเยาวชนเหล่านี้อาจจะไม่ได้รับอนุญาตจากพ่อแม่ผู้ปกครองให้ดื่มที่บ้านของตนเอง โอกาสในการดื่มสุราจึงมักจะเป็นเมื่อไปที่บ้านของคนอื่น อย่างไรก็ตาม หากสังเกตเฉพาะนักดื่มก่อนวัยที่กฎหมายไทยอนุญาตการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ (ก่อนอายุ 20 ปีบริบูรณ์) จะพบว่านักดื่มก่อนวัยฯ เหล่านี้เคยนั่งดื่มสุราในสถานที่นอกบ้านตนเองหรือบ้านคนอื่น เช่น ร้านอาหาร และงานเลี้ยง สูงถึงเกือบร้อยละ 10 ในแต่ละปี

นอกจากนั้น นักดื่มปัจจุบันกลุ่มอายุ 20-24 ปี นิยมดื่มที่ร้านอาหาร ผับ บาร์ หรือร้านคาราโอเกะสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่วนนักดื่มวัยสูงอายุมีโอกาสดื่มในงานเลี้ยงต่างๆ มากกว่านักดื่มกลุ่มวัยอื่น (ตารางที่ 1.6.3) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การเข้าถึงสถานที่ดื่มสุรามีความแตกต่างกันตามกลุ่มวัยของประชากรและภูมิภาค การจัดการเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดจากการดื่มสุราจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับประชากรกลุ่มต่างๆ



ตารางที่ 1.6.3 สถานที่ที่นักดื่มปัจจุบันนิยมดื่มสุร่าจำแนกตามเขตการปกครอง ภาคและอายุ (ร้อยละ คิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

	บ้านตนเอง		บ้านคนอื่น		งานเลี้ยง/งาน แต่ง/งานศพ		ร้านอาหาร		ผับ/บาร์ คาราโอเกะ		งาน บุญ	คอน เสิร์ต
	2557	2560	2557	2560	2557	2560	2557	2560	2557	2560	2560	2560
เขตเทศบาล												
ในเขต	39.6	40.2	27.4	20.3	13.6	18.0	14.0	14.3	3.0	2.2	3.0	0.5
นอกเขต	38.7	40.0	35.2	24.2	18.3	21.6	3.8	5.8	0.8	0.7	5.8	0.2
ภาค												
กรุงเทพฯ	41.9	46.7	19.5	16.3	8.8	13.4	22.3	17.9	5.3	2.4	1.0	0.8
กลาง	47.1	46.6	24.6	17.9	15.6	19.6	9.1	12.0	1.6	1.5	1.3	0.4
เหนือ	34.9	37.1	32.1	24.4	21.7	21.6	5.9	9.0	1.1	1.3	4.0	0.2
อีสาน	34.6	34.3	42.1	28.2	15.8	19.7	4.1	4.9	1.1	0.9	10.0	0.2
ใต้	36.1	36.9	34.1	21.1	17.2	29.0	6.3	7.1	1.8	1.0	2.4	0.4
อายุ												
15-19 ปี	14.7	16.3	61.7	52.4	9.6	12.6	7.9	6.8	3.8	1.9	7.7	1.1
20-24 ปี	29.0	22.9	41.4	34.8	12.1	16.1	9.1	14.8	6.7	4.5	5.7	0.5
25-44 ปี	39.0	39.6	29.4	22.5	16.3	19.3	11.2	11.7	1.9	1.6	3.7	0.4
45-59 ปี	45.3	45.3	28.6	17.4	17.1	22.9	5.0	7.2	0.3	0.2	5.0	0.3
60 ปีขึ้นไป	43.5	53.0	27.7	14.2	19.7	21.5	3.9	2.9	0.4	0.02	4.9	0.1

หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบัน ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

การซื้อขายและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ที่ผิดกฎหมาย

กฎหมายไทยได้ห้ามการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ วัด สถานศึกษา สถานพยาบาล/ร้านขายยา สถานที่ราชการ/รัฐวิสาหกิจ หอพัก ปิมน้ำมัน สวนสาธารณะ โรงงาน บนทาง บนทางรถไฟ สถานีขนส่ง ท่าเรือโดยสารสาธารณะ แต่จากตารางที่ 1.6.4 จะเห็นได้ว่าจากการสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2560 นักดื่มสุร่าในปัจจุบันร้อยละ 4.5 เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ห้ามจำหน่ายตามกฎหมาย ปิมน้ำมันเป็นสถานที่ที่ต้องห้ามที่นักดื่มสุร่าเคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.9 รองลงมาคือวัด คิดเป็นร้อยละ 1.4 อย่างไรก็ตาม ความซุกซนของการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ผิดกฎหมายในปี พ.ศ. 2560 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2557 (ตาราง 1.6.4)

กฎหมายไทยยังได้ห้ามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ วัด สถานศึกษา สถานพยาบาล/ร้านขายยา สถานที่ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ปิ่มน้ำมัน สวนสาธารณะ โรงงาน บนทาง บนทางรถไฟ สถานีขนส่ง ท่าเรือโดยสารสาธารณะ จากตารางที่ 1.6.4 เช่นกัน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ผิดกฎหมายเกิดขึ้นในนักดื่มปัจจุบันถึงร้อยละ 11.1 เมื่อเปรียบเทียบกับสถานที่ทั้ง 9 แห่งในตาราง พบว่า ผู้ดื่มในปัจจุบันเคยดื่มสุราบนถนน/ฟุตบอล/บนรถมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.5 รองลงมาคือวัด คิดเป็นร้อยละ 3.9 อย่างไรก็ตาม อัตราการดื่มสุราในสถานที่ผิดกฎหมายในปี พ.ศ. 2560 ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับในปี พ.ศ. 2557 (ตาราง 1.6.4)

ตารางที่ 1.6.4 การซื้อและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ผิดกฎหมาย (ร้อยละคิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

	เคยซื้อ		เคยดื่ม	
	2557	2560	2557	2560
วัด	2.7	1.4	6.2	3.9
สถานศึกษา	0.9	0.3	1.7	1.0
สถานพยาบาล/ร้านขายยา	0.1	0.1	0.2	0.3
สถานที่ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.5	0.3	1.6	1.1
หอพัก	1.1	0.6	2.0	0.7
ปิ่มน้ำมัน	5.0	1.9	3.5	1.4
สวนสาธารณะ	0.9	0.6	2.3	1.0
โรงงาน	1.4	0.5	1.5	0.6
บนถนน/ ฟุตบอล/ บนรถ	-	-	9.3	5.5
รวม (เคยซื้อ/ดื่มอย่างน้อย 1 แห่ง)	9.7	4.5	19.1	11.1

หมายเหตุ: ร้อยละในตารางคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบัน ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในประเทศไทย กฎหมายไม่อนุญาตให้ร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระใหญ่ 5 วัน ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษาและวันออกพรรษา และห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาอื่นนอกจากตั้งแต่เวลา 11.00-14.00 น. และตั้งแต่เวลา 17.00-24.00 น. จากตารางที่ 1.6.5 ในการสำรวจ



ปี พ.ศ. 2560 พบว่าเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปีเพียงร้อยละ 3.6 เคยถูกขอตรวจหลักฐานอายุ เช่น บัตรประชาชน/ใบขับขี่ ก่อนซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักดื่มสุราในปัจจุบันร้อยละ 9.2 เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระใหญ่ และร้อยละ 20.9 เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกช่วงเวลาที่ถูกกฎหมาย กำหนดให้ขายได้

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบผลิตหรือจำหน่าย (สุราเถื่อน) หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เสียภาษี (สุราหนีภาษีหรือปลอดภาษี) จากตารางที่ 1.6.5 นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 12.3 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยนักดื่มในปัจจุบันร้อยละ 9.4 เคยดื่มสุราเถื่อน/เหล้าต้ม/เหล้าชุมชนที่ไม่เสียภาษี และร้อยละ 4.6 เคยดื่มสุรานอกที่ลักลอบนำเข้าหรือปลอดภาษีใน 12 เดือนที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีจากการสำรวจปี พ.ศ. 2560 ลดลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับในปี พ.ศ. 2557 (ตาราง 1.6.5)

ตารางที่ 1.6.5 การปฏิบัติตามกฎหมายและการละเมิดกฎหมายของนักดื่มปัจจุบัน (ร้อยละ คิดโดยการถ่วงน้ำหนัก)

ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ปี 2560		
	เคย	ไม่เคย	จำไม่ได้
เยาวชนอายุ <20 ปี เคยถูกขอตรวจหลักฐานอายุ เช่น บัตรประชาชน/ ใบขับขี่ ก่อนซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*	3.6	95.3	1.1
เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันมาฆบูชา/วิสาขบูชา/วันอาสาฬหบูชา/วันเข้าพรรษา/วันออกพรรษา	9.2	86.8	4.0
เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกช่วงเวลาที่ถูกกฎหมาย กำหนดให้ขายได้ (11.00-14.00 น. หรือ 17.00-24.00 น.)	20.9	73.3	5.7
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี	2557		2560
เคยดื่มสุราเถื่อน/เหล้าต้ม/เหล้าชุมชน ที่ไม่เสียภาษี	11.9		9.4
เคยดื่มสุรานอกที่ลักลอบนำเข้าหรือไม่เสียภาษี	10.5		4.6
รวม (เคยดื่มอย่างน้อย 1 ประเภท)	18.4		12.3

หมายเหตุ: ร้อยละคำนวณจากฐานของจำนวนนักดื่มปัจจุบันเท่านั้นไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

* ร้อยละคำนวณจากฐานของนักดื่มปัจจุบันอายุ 15-19 ปี ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

โดยสรุป จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 และปี พ.ศ. 2557 ลັດส่วนของกาเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านสถานที่ซื้อและดื่มของนักดื่มปัจจุบันไม่แตกต่างกันมากนัก แต่การดื่มในงานเลี้ยง/งานแต่งงาน/งานศพ ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน งานวิจัยนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการจำกัดจำนวนร้านค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดวันและเวลาขายและอายุต่ำสุดตามกฎหมายในการจะซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ข้อค้นพบที่สอดคล้องกันว่าการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อสนับสนุนว่ามาตรการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพสูงในการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ อย่างไรก็ตาม มาตรการการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็อาจนำไปสู่ปัญหาข้างเคียงอื่นๆ โดยเฉพาะปัญหาการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย⁹ และประเด็นสำคัญที่จะทำให้มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพได้ผลสูงสุดก็คือ ความรู้ความเข้าใจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด สม่ำเสมอ และยุติธรรม รวมทั้งความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือของประชาชนในการปฏิบัติตามกฎหมาย

⁹ ทักษิณ พลธรรมรังสี สุรศักดิ์ ไชยสงค์ อรทัย วลีวงศ์ และคณะ. (2553). สุรา ไม่ใช่สินค้าธรรมดา. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2553.



1.7 ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กนิษฐา ไทยกกล้า

สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีกระจายอยู่ทั่วไป ไม่ห่างจากที่พักอาศัย ที่ทำงาน หรือสถานศึกษา ไม่ว่าจะเป็นร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ตขนาดเล็ก ภัตตาคาร ร้านอาหาร และเครื่องดื่มตามสั่ง สถานบันเทิง ร้านขายปลีก-ส่งเหล้า ผังเหล้าดอง ร้านหมูจุ่ม หมูกระทะ โฮสเทล เกสต์เฮาส์ และโรงแรม ในปี พ.ศ. 2551 ประชาชนไทยสามารถเดินทางไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านค้า/สถานที่จำหน่ายสะดวกที่สุดในเวลาเฉลี่ย 5.1 นาที และเดินทางไปยังดื่มในเวลาเฉลี่ย 12.6 นาที ในปี พ.ศ. 2561 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น เวลาในการไปซื้อเพิ่มขึ้นเป็น 17.1 นาที และระยะเวลาในการเดินทางไปยังดื่มเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 16.7 นาที¹⁰

บทนี้จะกล่าวถึงผลการสำรวจจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศในระยะเวลาต่างๆ เพื่อแสดงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มฯ ซึ่งสะท้อนถึงความยากง่ายในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน และผลของการใช้มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพของประเทศไทยได้ส่วนหนึ่ง

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

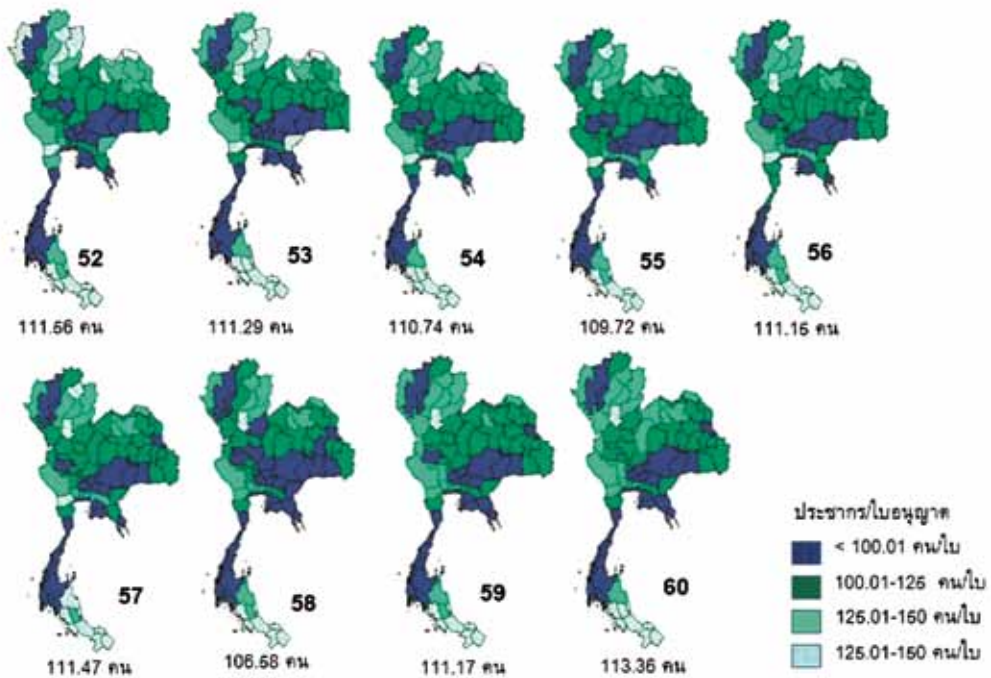
การสำรวจจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 ดำเนินการในพื้นที่ 79 แห่ง ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใน 13 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) เป็นแบบไม่มีที่นั่งดื่ม (off-premise outlet) โดยเป็นร้านขายของชำมากกว่าร้านสะดวกซื้อหรือซูเปอร์มาร์เก็ตขนาดเล็กเกือบห้าเท่า รองมาคือ สถานที่จำหน่ายแบบมีที่นั่งดื่ม (on-remise outlet) ประเภทร้านอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 34.4) สถานที่จำหน่าย

¹⁰ ศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. การศึกษาสถานการณ์การรับรู้ การปฏิบัติตามกฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ การโฆษณา และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลบังคับใช้ครบ 1 ปี. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2552.

เกรียงไกร ศรีธรรมาธิบุญชัย และคณะ. การรับรู้/ความคิดเห็น/การปฏิบัติต่อยุทธศาสตร์เบียร์กฎหมาย และการรณรงค์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. 2561.

เหล่านี้มากกว่าร้อยละ 40 มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดช่วงเวลาที่ร้านเปิดหรือแม้กระทั่งในเวลาที่ห้ามจำหน่าย จุดจำหน่ายที่มีใบอนุญาตจำหน่ายสุรา มีเพียงร้อยละ 88.6¹¹ โดยในปี พ.ศ. 2552 ร้านค้าที่ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวน 569,447 แห่ง หรือหนึ่งร้านต่อประชากรไทย 111 คน และในปี พ.ศ. 2560 มีร้านๆ ที่มีใบอนุญาต 583,880 แห่ง หรือเท่ากับหนึ่งร้านต่อประชากรไทย 113 คน และสัดส่วนประชากรไทยต่อใบอนุญาตหนึ่งใบมีมากขึ้นโดยเฉพาะจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน¹² (ภาพที่ 1.7.1)

ภาพที่ 1.7.1 สัดส่วนจำนวนประชากรทุกกลุ่มอายุ (คนต่อ 1 ใบอนุญาต) ของแต่ละจังหวัด ปี พ.ศ. 2552-2560



¹¹ กนิษฐา ไทยกล้า และคณะ. การจำกัดการเข้าถึงจุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาภายหลังการบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561.

¹² กรมสรรพสามิต. จำนวนใบอนุญาตทุกประเภทปี พ.ศ. 2561. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2561, สืบค้นจาก <https://opendata.excise.go.th/>

จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา

การสำรวจในพื้นที่รอบ 15 มหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลปี พ.ศ. 2557 พบว่ารอบสถานศึกษาเหล่านี้มีจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 79.4 จุดต่อพื้นที่หนึ่งตารางกิโลเมตร จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใกล้ที่สุดมีระยะห่างจากรั้วสถานศึกษาเพียง 2 เมตรเท่านั้น หลังจากที่มีคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2558 “ห้ามผู้ประกอบการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ห้ามมิให้มีสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษาหรือหอพักใกล้เคียงสถานศึกษา” ซึ่งไม่อนุญาตให้มีจุดจำหน่ายใหม่ในเขตโซนนิ่งรอบสถานศึกษา และจุดจำหน่ายเดิมที่กระทำความผิดไม่สามารถกลับมาเปิดกิจการได้อีก ส่งผลให้จุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาลดลงน้อยลง จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบว่าความหนาแน่นของจุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาลดลงเกือบเท่าตัว เหลือเพียงเฉลี่ย 43.8 จุดต่อพื้นที่หนึ่งตารางกิโลเมตร โดยจุดจำหน่ายที่อยู่ในหอพักลดลงเป็นเท่าตัว และจุดจำหน่ายแบบนั่งดื่มลดลงร้อยละ 46.2¹³

การสำรวจในปี พ.ศ. 2561 ในพื้นที่รอบสถานศึกษา 66 แห่งทั่วประเทศ พบว่าความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเฉลี่ย 9.6 จุดต่อตารางกิโลเมตร เยาวชนเดินจากรั้วสถานศึกษาถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะทางที่ไกลขึ้นเป็นเท่าตัวคือ 4.4 เมตร¹⁴ ปัจจัยด้านระยะทางระหว่างหอพักและสถานบันเทิงมีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสถานบันเทิงของเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเยาวชนหญิง¹⁵ ส่วนในพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล จุดจำหน่ายที่เป็นร้านเหล้าแบบนั่งดื่มรอบสถานศึกษามีจำนวนน้อยลงมากในปัจจุบันเมื่อเทียบกับการสำรวจปี พ.ศ. 2558 โดยลดลงร้อยละ 45¹⁶ ซึ่งนับว่าเป็นข้อดีที่ร้านเหล้าเหล่านี้มีการกวดขันเรื่องการติดป้ายข้อห้ามบริเวณด้านหน้าอย่างชัดเจนว่า “ไม่อนุญาตให้เด็กต่ำกว่า 18 ปี มาใช้บริการ” อย่างไรก็ตาม ไม่ควรที่จะเพิกเฉยหรือละเลยจุดจำหน่ายแบบไม่มีที่

¹³ ภัทรภร พลพนาธรรม. การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2558.

นพดล กรรณิกา. การกระจายตัวและความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ใกล้เคียงกรณีศึกษาเปรียบเทียบการกระจายตัวจุดจำหน่าย ปี พ.ศ. 2552 ปี พ.ศ. 2557 และ ปี พ.ศ. 2559. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2559.

¹⁴ กนิษฐา ไทยกล้า และคณะ. การจำกัดการเข้าถึงจุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาภายหลังการบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561.

¹⁵ เผ่าไทย สีนอาพล, นฤภัค จันทิมา. ผลกระทบและแนวทางแก้ไขปัญหาจากการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยในจังหวัดเชียงใหม่. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 2561. 11(1).

¹⁶ ศรีรัช ลอยสมุทร. การศึกษาสถานการณ์ การติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังการบังคับใช้กฎหมาย และผลกระทบของร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในกรุงเทพมหานคร 1 และปริมณฑล. รายงานฉบับสมบูรณ์. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2560.

นั่งดื่ม เช่น ร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ ซึ่งยังมีอยู่ใกล้กับรั้วสถานศึกษา และยิ่งกว่านั้นยังพบเห็นจุดจำหน่ายในบริเวณหอพักอีกด้วย

ในช่วงห้าปีที่ผ่านมา มีการสำรวจจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษาหลายแห่งในภูมิภาคต่างๆ แต่ยังไม่สามารถนำข้อมูลมาเชื่อมโยงให้เห็นภาพสถานการณ์ในมิติเดียวกันได้ ดังนั้นควรมีการวางแผนเรื่องวิธีการสำรวจ ข้อมูลที่จำเป็น การบริหารจัดการข้อมูล การแบ่งปันข้อมูล การเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุดจำหน่ายของพื้นที่ต่างๆ เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์และติดตามรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของจุดจำหน่าย ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันเยาวชนนักดื่มหน้าใหม่ และทำให้เยาวชนไทยห่างไกลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น

ตารางที่ 1.7.1 จุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ปี พ.ศ. 2552, 2557 และ 2559¹⁷

สถานศึกษา	ปีที่สำรวจ	จำนวน	ความหนาแน่นในระยะ 500 เมตร	ระยะห่างจากรั้วที่ใกล้ที่สุด		
				ค่าเฉลี่ย	Min	Max
ราชภัฏสวนสุนันทา สวนดุสิต	2552	87	51.65	266.9	13.3	497.4
	2557	105	106.00			
	2559	75	40.50			
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2552	405	101.99	285.5	2.0	500.0
	2557	747	188.12			
	2559	587	125.20			
ศรีนครินทร์วิโรฒ	2552	99	55.49	320.7	68.4	500.0
	2557	166	93.04			
	2559	68	39.10			
หอการค้าไทย	2552	92	74.35	277.5	5.9	494.3
	2557	131	105.87			
	2559	97	77.00			

¹⁷ ภัทรภร พลพนาธรรม. การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2558.

นพดล กรรณิกา. การกระจายตัวและความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครและพื้นที่ใกล้เคียงกรณีศึกษาเปรียบเทียบการกระจายตัวจุดจำหน่ายฯ ปี พ.ศ. 2552 ปี พ.ศ. 2557 และ ปี พ.ศ. 2559. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2559.

ตารางที่ 1.7.1 จุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ปี พ.ศ. 2552, 2557 และ 2559¹⁷
(ต่อ)

สถานศึกษา	ปีที่สำรวจ	จำนวน	ความหนาแน่นใน ระยะ 500 เมตร	ระยะห่างจากรั้วที่ใกล้ที่สุด		
				ค่าเฉลี่ย	Min	Max
ราชมงคลกรุงเทพ	2552	83	41.43	254.8	4.6	493.7
	2557	182	90.85			
	2559	123	56.20			
ราชภัฏบ้านสมเด็จ และธนบุรี	2552	89	52.56	265.9	28.0	497.2
	2557	171	100.99			
	2559	79	79.80			
ลาดกระบัง	2552	105	31.48	347.5	96.0	492.0
	2557	229	68.65			
	2559	97	24.10			
รามคำแหง	2552	156	70.33	222.0	21.5	491.1
	2557	178	80.24			
	2559	207	78.70			
ธุรกิจบัณฑิตย์	2552	83	48.10	330.0	27.2	497.1
	2557	187	108.36			
	2559	69	48.30			
ราชภัฏจันทรเกษม	2552	121	79.01	251.9	11.6	490.7
	2557	165	107.74			
	2559	56	33.10			
เกษตรศาสตร์	2552	128	30.63	204.9	27.6	423.9
	2557	223	53.37			
	2559	88	17.20			
มหิดล ศาลายา	2557	117	34.44	200.4	28.6	496.5
	2559	58	11.50			
ธรรมศาสตร์	2557	108	24.17	143.8	39.2	335.8
	2559	52	7.60			
รังสิต	2557	45	19.32	288.4	112.7	500.0
	2559	11	3.90			
หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	2557	115	35.14	242.6	72.2	475.9
	2559	30	14.80			

ตารางที่ 1.7.2 จุดจำหน่ายรอบสถานศึกษาในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2552, 2554 และ 2557

ปี	จำนวน (แห่ง)			ความหนาแน่น ต่อหนึ่ง ตร.กม.	ระยะห่างจากรั้วสถานศึกษา (เมตร)		
	รวม	มีที่นั่งดื่ม	ไม่มีที่นั่งดื่ม		เฉลี่ย	ใกล้ที่สุด	ไกลที่สุด
2552	1056	641	415	26	328.97	13.34	1408.01
2554	1006	580	426	25	332.82	15.23	1405.73
2557	1240	732	508	31	294.83	3.60	1473.93



1.8 สุรานอกระบบภาษีตามแนวชายแดนไทย

กนิษฐา ไทยกกล้า และ ธิมา หมักทอง

สุรานอกระบบภาษี หมายถึง สุราหมักหรือกลั่นที่ผลิตเองภายในบ้าน แอลกอฮอล์ที่ไม่ใช้สำหรับดื่ม (surrogate alcohol เช่น น้ำยาบ้วนปาก น้ำหอม น้ำยาเช็ดกระจก เป็นต้น) สุราปลอดภาษีที่นำเข้ามาจากชายแดน สุราเถื่อนที่ลักลอบผลิตไม่เสียภาษี และสุราที่ลักลอบนำเข้า หรือสุราหนีภาษี โดยการลักลอบนำเข้าหมายถึง “การแอบเอาเข้ามาเอง ติดตัวมาเองหรือลักลอบขนมาเอง” และการหลีกเลี่ยงภาษี หมายถึง “การทำใบขนสินค้าขาเข้าหรือขาออก แต่อาจจะมียรายละเอียดของสินค้าไม่ถูกต้อง เช่น แจ้งว่าสินค้าเป็นเสื้อผ้า แต่ภายในบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรืออาจจะมีการซุกซ่อนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้ามากับสินค้าประเภทอื่นๆ เป็นต้น”

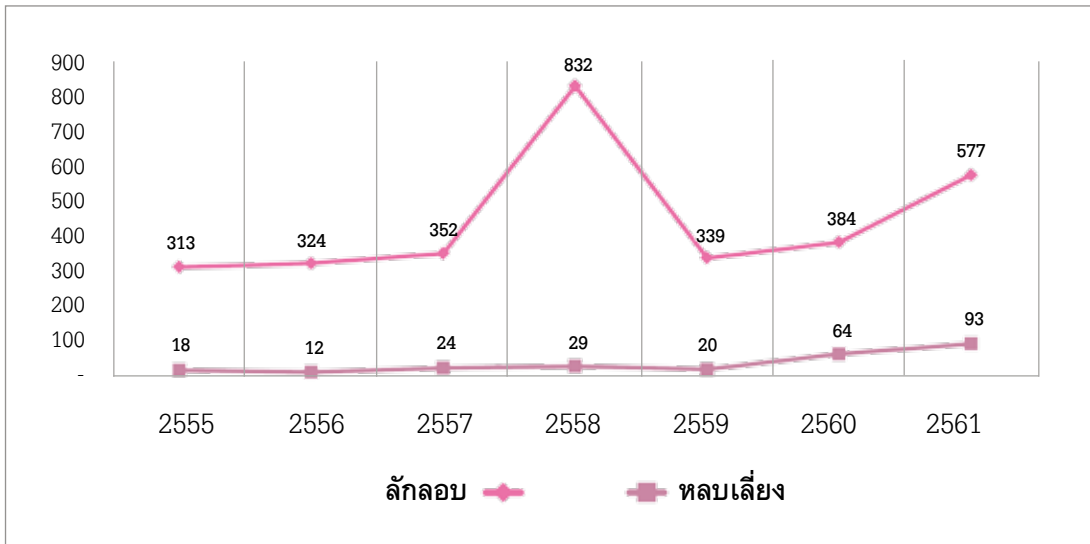
ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

สถิติการจับกุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบนำเข้าหรือหลีกเลี่ยงภาษี

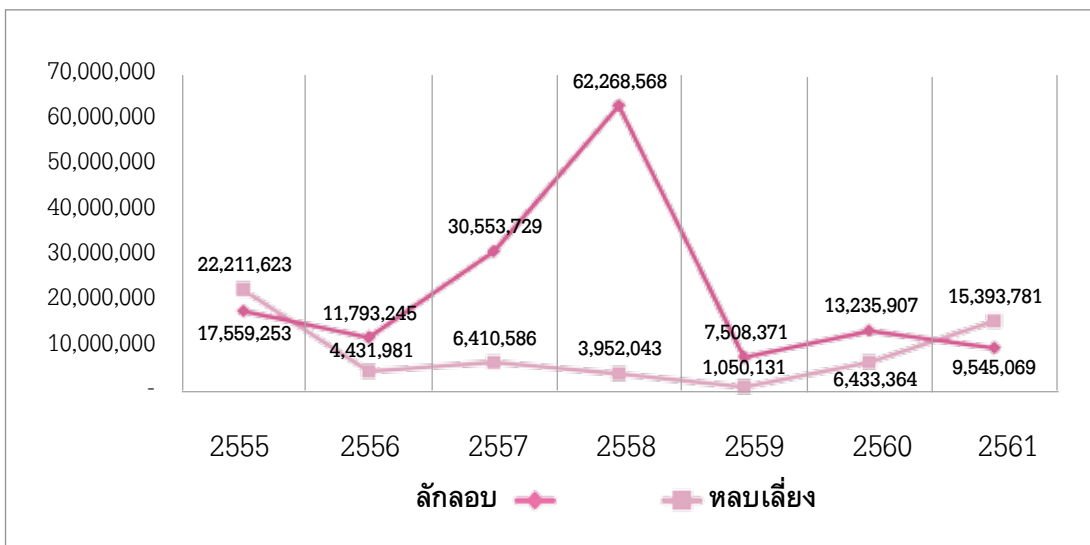
ในแต่ละปี มีการจับกุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบนำเข้าและหลีกเลี่ยงภาษีที่เข้ามาประเทศไทยเป็นจำนวนมาก จากสถิติผลการจับกุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบนำเข้าและหลีกเลี่ยงภาษีของกรมศุลกากร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2561 พบว่า จำนวนผู้ลักลอบนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในปี พ.ศ. 2558 โดยจับกุมได้ 832 ราย คิดเป็นมูลค่า 62.27 ล้านบาท จำนวนการจับกุมผู้ลักลอบนำเข้าลดลงในปี พ.ศ. 2559 และในช่วงสองปีหลังมีการจับกุมเพิ่มสูงขึ้น เป็น 577 รายในปี พ.ศ. 2561 (ภาพที่ 1.8.1) นอกจากนี้ พบว่ามูลค่าเงินจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลีกเลี่ยงภาษีเพิ่มขึ้นจาก 1.05 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 เป็น 6.43 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มมากขึ้นอีกเป็น 15.39 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2561 ในขณะที่มูลค่าเงินจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลักลอบนำเข้าลดลงจาก 13.24 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 เป็น 9.55 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2561 (ภาพที่ 1.8.2) ในแต่ละปีมูลค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบนำเข้าที่ถูกจับกุมได้จะสูงกว่ามูลค่าของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลีกเลี่ยงภาษี และเกิดจากการลักลอบนำเข้าสุราเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในปี พ.ศ. 2558 ที่มูลค่าการลักลอบนำเข้าเกิดขึ้นจากไวน์ถึง 47.73 ล้านบาท (ตารางที่ 1.8.1)¹⁸

¹⁸ กรมศุลกากร ศูนย์ประมวลผลข้อมูลการข่าวทางศุลกากร. รายงานการจับกุมจากรายงานแบบที่ 149 ตุลาคม 2561. กรุงเทพฯ: กรมศุลกากร. 2561.

ภาพที่ 1.8.1 จำนวนการลักลอบและหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมศุลกากร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2561 (ราย)



ภาพที่ 1.8.2 มูลค่าการลักลอบและหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมศุลกากร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2561 (บาท)



ตารางที่ 1.8.1 ผลการจับกุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบและหลีกเลี่ยงภาษีของกรมศุลกากร
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2561 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ไวน์ (มูลค่า: บาท)		เบียร์ (มูลค่า)		สุรา (มูลค่า)	
	ลักลอบ	หลีกเลี่ยง	ลักลอบ	หลีกเลี่ยง	ลักลอบ	หลีกเลี่ยง
2555	2,536,222.00	22,153,041.00	438,727.00	19,105.00	14,584,304.00	39,477.00
2556	3,481,004.00	4,398,003.00	513,762.00	22,720.00	7,798,479.00	11,258.00
2557	2,556,960.54	952,515.42	251,088.17	57,848.00	27,745,679.83	5,400,223.00
2558	47,735,090.11	3,719,959.86	1,323,464.53	61,965.19	13,210,013.09	170,118.06
2559	780,415.50	234,099.30	847,800.95	14,294.00	5,880,154.84	801,737.72
2560	2,646,054.22	4,459,885.08	1,044,030.05	68,714.97	9,545,822.80	1,904,764.25
2561	975,082.49	485,516.30	1,413,216.82	8,034,464.09	7,156,769.25	6,873,800.61

ที่มา: ส่วนข่าวกรอง ศูนย์ประมวลข้อมูลการข่าวทางศุลกากรกรมศุลกากร. รายงานการจับกุมจากรายงานแบบที่ 149 ตุลาคม พ.ศ. 2561

🌐 การลักลอบนำเข้าและหลีกเลี่ยงภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแนวชายแดนไทย

จากโครงการศึกษา เรื่องสุรานอกระบบภาษีตามแนวชายแดนไทยในปี พ.ศ. 2561¹⁹ ศึกษาในพื้นที่ชายแดนของจังหวัดเชียงราย หนองคาย ตาก และสงขลา พบว่าการลักลอบนำเข้าและหลีกเลี่ยงภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอยู่ทุกแนวชายแดนของไทย โดยในแต่ละภูมิภาคมีรูปแบบทั้งส่วนที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ปัจจัยส่วนใหญ่มาจากการที่เป็นพื้นที่ชายแดนที่สามารถเดินทางข้ามมาได้ง่าย มีการเดินเท้าเข้าออกเป็นประจำ การเป็นคนในท้องถิ่น การประกอบธุรกิจ เรือรับจ้าง รถตู้บริการนำเที่ยว เซลล์แมนขายสินค้า ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ จึงเป็นการเปิดช่องทางลักลอบและหลีกเลี่ยงฯ เข้ามาได้โดยสะดวกในหลายรูปแบบ ดังนี้

- กองทัพมดแบบเดินเท้าชนของเข้ามา สามารถพบเห็นทั่วไปตามแนวชายแดน เพื่อสนองต่อความต้องการของลูกค้าที่ต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนีภาษีมากกว่าปริมาณที่กฎหมายกำหนด (สามารถถือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาในประเทศไทยได้เองคนละไม่เกิน 1 ขวด หรือ 1 ลิตร บุหรี่

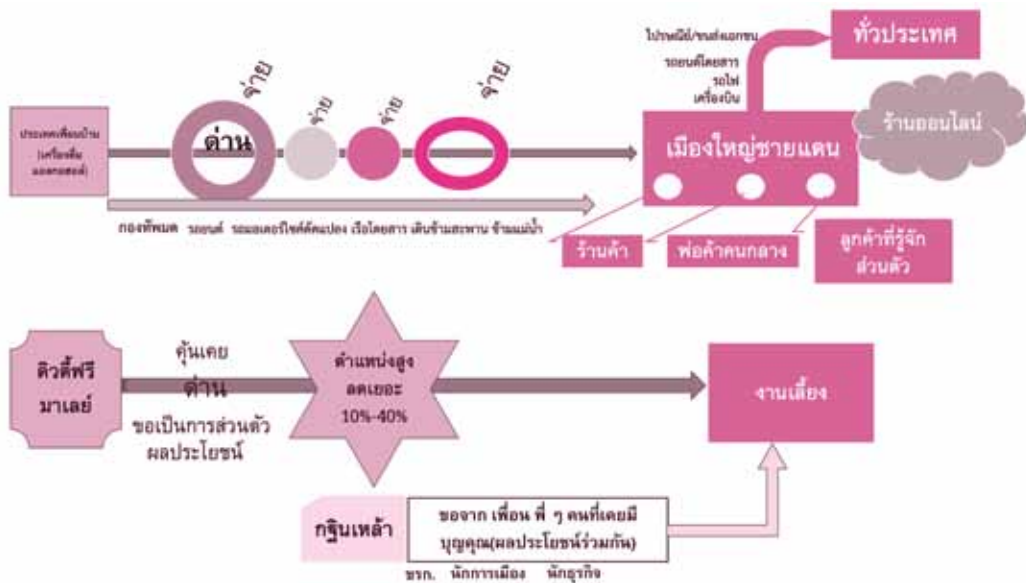
¹⁹ กนิษฐา ไทยกล้า, ธีมา หมักทอง. (2561). สุรานอกระบบภาษีของไทย. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. เอกสารอยู่ระหว่างจัดทำ.

ไม่เกินคนละ 200 มวน หรือ 2 แพค) “...อีก 1 ชม. กลับมาเอานะ เดียวไปเอามาให้...” เป็นคำพูดของชาวต่างชาติที่มาทำงานชายแดนไทยแบบเข้ามาเย็นกลับ มีเครือข่ายเป็นเพื่อนชาติพันธุ์เดียวกัน ช่วยถือเข้ามาคนละ 1-2 ขวด นักท่องเที่ยวที่ต้องการสุรา 1 ลัง ใช้เวลาไม่นานนักก็ได้ของตามต้องการ

- การลักลอบในช่วงเวลากลางคืนตามแนวแม่น้ำหรือทะเล แล้วนำมาเก็บรวบรวมไว้ “รวมหมอน” ณ สถานที่ต่างๆ เช่น บ้านคน สวน ไร่ เป็นต้น รวบรวมได้จำนวนหนึ่งก็จะลำเลียงไปยังพื้นที่ภูมิภาคต่างๆ ทางถนนด้วยรถยนต์ส่วนบุคคลที่มีการจัดขบวนรถนำทางเพื่อเจรจาทอรองกับเจ้าหน้าที่ระหว่างทางและรถติดตาม รถตู้ รถโดยสารประจำทาง หรือรถไฟ (สะดวกสุด) รวมทั้งการใช้บริการจัดส่งพัสดุทางไปรษณีย์ หรือบริษัทขนส่งเอกชน

- สังคมแห่งการอุปถัมภ์ช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนไทย การขอความอนุเคราะห์ การอำนวยความสะดวกในกลุ่มข้าราชการ นักธุรกิจ นักการเมือง ในการช่วยเปิดทางอำนวยความสะดวกในการขนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งไม่นับรวมการได้รับส่วนลดจากร้านดีวีพีรีประเทศเพื่อนบ้าน “...ยิ่งตำแหน่งสูงยิ่งได้ส่วนลดเยอะ...”

- “นักบิน หรือ แมสเซนเจอร์” โดยจะเป็นคนกลางที่รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนีภาษีจากทีมงานนำเข้าเพื่อมาส่งต่อให้ผู้ซื้อทั้งรายปลีกและเพื่อจำหน่ายต่อ มักจะขายดีในช่วงออกพรรษาจนถึงช่วงปีใหม่ ช่วงอื่นก็จะขายตามใบสั่งซื้อโดยไปรับสินค้ามาเก็บไว้ที่บ้าน โทรศัพท์แจ้งจุดรับสินค้า นัดรับของในบริเวณใกล้จุดหมายที่ลูกค้าสั่ง เพื่อลดความเสี่ยงระหว่างการนำส่ง การดำเนินงานแบบนี้มีค่าใช้จ่ายในการให้เจ้าหน้าที่รัฐช่วยอำนวยความสะดวกที่ค่อนข้างสูง



จากการศึกษาในโครงการนี้ พบจุดจำหน่ายสุราหนีภาษีในประเทศไทย 40 จุด อยู่ตามแนวชายแดน 36 จุด มากกว่าร้อยละ 90 เป็นร้านแบบไม่มีที่นั่งดื่ม ร้อยละ 83.1 ขายตลอดเวลาตั้งแต่ร้านเปิดจนร้านปิด ร้อยละ 38.9 ไม่มีใบอนุญาตจำหน่ายสุรา และร้อยละ 80.5 จำหน่ายสุราแบบไม่มีภาษีอย่างเดียว โดยพบมากในพื้นที่ภาคใต้โดยเฉพาะอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นรู้จักกันมานานว่ามีจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนีภาษีมากแห่งหนึ่งในประเทศไทย โดยมีถึง 17 แห่งที่มีการจำหน่ายทั้งสุรา ไวน์ เบียร์ และบุหรี่ยี่ห้อตลอดช่วงเวลาที่ร้านเปิดซึ่งส่วนใหญ่เปิด 24 ชั่วโมง กลุ่มลูกค้าส่วนใหญ่เป็นคนวัยทำงาน อายุประมาณ 25-35 ปี และมีจำนวนไม่น้อยที่เป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีที่น่าสนใจคือ ช่วงตั้งแต่เที่ยงวันจนถึงเที่ยงคืน มีลูกค้ามาซื้อบุหรี่ยี่ห้อเฉลี่ยประมาณ 150 รายต่อชั่วโมง

สถานบันเทิงในหาดใหญ่หลายแห่งที่มีการนำสุราหนีภาษีช่วยเพิ่มกำไรและลดต้นทุน “...ให้เพื่อนกลับเหล้า (แอบกลับโดยไม่มีใบอนุญาตประกอบโรงกลั่น) ผสมที่เป็นสูตรเครื่องดื่มแบบผสม (cocktail) เน้นรสชาติที่ดุดัน (ติดขม) และความแรงของแอลกอฮอล์ ขายแก้วละ 100 บาท เหล้าเถื่อนที่ได้มาบรรจุในขวดสุราที่มีอากรถูกกฎหมายเพื่อวางไว้หน้าบาร์เครื่องดื่มและเพื่อเลี่ยงการสังเกตจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ...”

“...มีหุ้นส่วนหลายคนและมีบางท่านเป็นเจ้าของที่รัฐที่คอยช่วยเหลือในเรื่องของการตรวจตราและจับกุม...”

อำเภอหาดใหญ่มีเขตติดต่อกับอำเภอสะเดาซึ่งติดกับชายแดนประเทศมาเลเซีย โดยมีด่านเข้าออก 2 ด่าน คือ ด่านปาดังเบซาร์ และด่านสะเดา-จังโหลน เมื่อผ่านด่านทั้งสองแห่งออกไปในพื้นที่รอยต่อก่อนถึงเขตประเทศมาเลเซีย (“no-man’s land”) จะมีร้านค้าปลอดภาษีของประเทศมาเลเซียที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปลอดภาษีอยู่ที่ละหนึ่งร้าน

“...ลักลอบผลิต นำเหล้าถูกมาผสมเหล้าจริง อย่างเช่น เหล้า Black พลอม ก็จะมี black จริงประมาณ 10% และเหล้าราคาถูก King Robert ผสมด้วยกันบรรจุในขวด black ซึ่งทั้งฉลาก ก่องที่รับซื้อจากบาร์ ร้านเหล้า ทำในหาดใหญ่ หาดใหญ่เป็นเมืองที่เติบโตมากับของหนีภาษี คนเขาหากินกับของพวกนี้มานาน ครั้นจะปราบปรามให้หมด คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องปะทะกับกลุ่มอิทธิพลท้องถิ่น ธุรกิจเหล่านี้มีเจ้าหน้าที่รัฐและกลุ่มอิทธิพลท้องถิ่นเกี่ยวข้องทั้งสิ้น...”

ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นอำเภอชายแดนทางภาคเหนือที่มีเขตติดต่อกับประเทศพม่า มีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี 13 แห่ง โดยมีลักษณะเป็นแผงขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าภาษีเรียงรายในเขตแผ่นดินไทย จุดจำหน่ายเหล่านี้มีระยะห่างจากชายแดนประเทศพม่าเพียง 96.4 เมตร และมีร้านค้าปลอดภาษีในบ่อนการพนันของประเทศพม่า 1 แห่ง ซึ่งมีบริการเรือหางยาวรับส่งนักท่องเที่ยวฟรี ส่วนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าภาษี 1 แห่ง ห่างจากแนวชายแดนเพียง 42.5 เมตร ด้านชายแดนด้านอำเภอแม่สายนี้มีลำน้ำสายกันแต่สามารถเดินข้ามสะพานไปยังอำเภอท่าลี่หลักของประเทศพม่าที่มีจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7 แห่ง นอกจากนี้ในจังหวัดเชียงรายยังมีอำเภอเชียงแสน ที่มีเขตติดต่อกับชายแดนประเทศพม่าและลาว ซึ่งมีร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าภาษี 3 แห่ง และในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำมีร้านปลอดภาษีในเขตประเทศพม่า 1 แห่ง และในเขตประเทศลาว 2 แห่ง ส่วนในอำเภอเมืองหนองคายติดด่านพรมแดนท่ามาแล้ง มีร้านหน้าภาษี 2 แห่ง และในนครหลวงเวียงจันทน์ประเทศลาวมี 7 แห่ง

แม้จะมีกฎหมายห้ามนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ปลอดภาษีจากประเทศเพื่อนบ้าน แต่ดูเหมือนว่าไม่มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบดังกล่าว

“...ของที่นี่ ชื้อกลับไทยได้ รถ 1 คัน ขนได้ 6 ลัง เจ้าของคอมเพล็กซ์ได้เคลียร์กับทางเจ้าหน้าที่ไว้แล้ว ถ้าโดนตรวจจะระหว่างทางออกจากอำเภอ ให้ไซว์บิลที่ซื้อจากดิวตี้ให้กับเจ้าหน้าที่...”

“...เคลียร์กับเจ้าหน้าที่ที่ด่านก่อนออกกว่าจะเอาเหล้าเข้ามา พอเอามาถึงฝั่งไทยจ่ายขวดละ 100 บาท...”

“...มีปัญญาชนไปได้เท่าไรก็ขนไปเลย แล้วค่อยไปขอ-จ่ายให้เจ้าหน้าที่ที่ฝั่งไทย ผากคนเรือช่วยขนไปก็ได้เนะ...”

ในการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทยอายุ 18-65 ปี จำนวน 456 คนในพื้นที่จังหวัดชายแดนเหล่านี้ พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าภาษีเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ดื่มสุราคือ มีราคาถูก (ร้อยละ 52.4) มีคนซื้อมาฝาก/ซื้อให้ (ร้อยละ 22.4) หาซื้อง่ายเพราะอยู่ในพื้นที่ (ร้อยละ 17.5) เมื่อวิเคราะห์ปริมาณสุราที่ดื่มในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 377 คน (ร้อยละ 82.7) ดื่มทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกและผิดกฎหมาย โดยคิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ดื่มเฉลี่ย 36.43 ลิตร/คน/ปี กลุ่มตัวอย่าง 17 คน (ร้อยละ 3.7) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบหน้าภาษีอย่างเดียว คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ดื่มเฉลี่ย 42.2 ลิตร/คน/ปี และอีก 62 คนดื่มเฉพาะแบบที่เสียภาษีถูกต้องอย่างเดียวเฉลี่ย 16.0 ลิตร/คน/ปี ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบหน้าภาษีล้วนน่าจะเป็นผู้ที่ดื่มหนักหรือดื่มประจำ จึงมีความต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ดื่มน้อยหรือดื่มเป็นครั้งคราว

โดยสรุป การบริโภคสุราหนึ่ภาษึ่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ตามแนวชายแดนของประเทศ ปัญหานี้มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและจริยธรรมของคนหลายฝ่าย ทั้งจากความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ การไม่บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด และการทุจริตคอร์รัปชันของเจ้าพนักงานที่เกี่ยวข้อง ธรรมเนียมการให้ของกำนัลมูลค่าสูงแก่เจ้านายหรือเจ้าหน้าที่ระดับสูงในวงราชการ การจัดเลี้ยงต่างๆ ในวงสังคมที่ต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลโกงและความตั้งใจค้ำกำไรของพ่อค้าผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งฝ่ายที่สำคัญที่สุดคือผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผิดกฎหมายเอง ที่นอกจากจะไม่ปฏิบัติตามกฎหมายแล้ว ยังนิยมบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพของตนเอง และอาจจะก่อความเดือดร้อนหรือผลกระทบที่เลวร้ายต่อบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย หากคนในสังคมมีความต้องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ได้ อุปทานของสุรานอกระบบภาษีก็จะลดลง และส่งผลให้ปัญหาอื่นๆ ลดลงตามมาด้วย



1.9 สถานการณ์แอลกอฮอล์และสุขภาพของโลก

อรรถัย วลีวงศ์

จากรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เรื่อง สถานการณ์ แอลกอฮอล์และสุขภาพ ปี พ.ศ. 2561 (Global status report on alcohol and health 2018)²⁰ ที่ได้เผยแพร่เมื่อเดือนกันยายน 2561 ที่ผ่านมา ได้มีการรวบรวมความก้าวหน้าทางด้านข้อมูล วิชาการต่างๆ และนำเสนอข้อมูลที่สำคัญที่มี เนื้อหาครอบคลุมสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สถานการณ์ปัญหาผลกระทบทาง สุขภาพ ภาระโรคและการบาดเจ็บและผลกระทบ ต่อสังคม สถานการณ์นโยบายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประเทศสมาชิกต่างๆ ทั่วโลก ผลการวิเคราะห์แนวโน้มของสถานการณ์ ตลอด จนข้อเสนอแนะในมุมมองสาธารณสุขสำหรับ ประเทศสมาชิก เพื่อป้องกันและลดปัญหาผล กระทบต่างๆ ของการดื่มสุรา นอกจากนี้ รายงาน ยังมีข้อมูลสถานการณ์แอลกอฮอล์ในระดับ ประเทศพร้อมข้อมูลความก้าวหน้าทางนโยบายของทั้ง 194 ประเทศสมาชิกทั่วโลกด้วย บทนี้ได้คัดเลือก เนื้อหาสำคัญจากรายงานฉบับนี้ โดยสรุปเป็นประเด็นสำคัญๆ 7 ประเด็น ดังต่อไปนี้



Global status report
on alcohol and health
2018



1. ทั่วโลกมีนักดื่มร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมด หรือคิดเป็นประมาณ 2.3 พันล้านคน ส่วนปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อหัวประชากรต่อปีคือ 6.4 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ แนวโน้มการบริโภคโดยรวมถือว่าค่อนข้างคงที่ ความชุกของนักดื่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เท่ากับร้อยละ 27 โดยร้อยละ 14 เป็นนักดื่มวัยรุ่นที่ดื่มหนัก จากการวิเคราะห์คาดการณ์การบริโภค ในอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า คาดว่าปริมาณการดื่มสุราของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 1.7 ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2568

²⁰ World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization



ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2559 พบมีประชากรทั่วโลกร้อยละ 43 เป็นนักดื่มสุรา หรือคิดเป็นประมาณ 2.3 พันล้านคน และจากข้อมูลปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัว ประชากรผู้ใหญ่ต่อปี (ภาพที่ 1.9.1) ซึ่งคำนวณจากข้อมูลการผลิตและการขายของอุตสาหกรรม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (recorded alcohol) และการประมาณการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกกระป๋อง (unrecorded alcohol) จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ พบว่า ในภาพรวมระดับโลกเทียบกับ ข้อมูลปี พ.ศ. 2553 พบปริมาณการดื่มไม่ได้ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2559 มีค่าปริมาณการบริโภคสุรา เฉลี่ย 6.4 ลิตรต่อหัวประชากรโลกต่อปี หรือ 13.9 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อวัน ประเทศในกลุ่ม ภูมิภาคยุโรป ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์มีรายงานการบริโภคสูงที่สุดที่ปริมาณมากกว่า 10 ลิตรต่อหัว ประชากรต่อปี ความแตกต่างในการบริโภคของแต่ละประเทศเหล่านี้ขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและประชากร ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรม และรูปแบบการดื่มตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

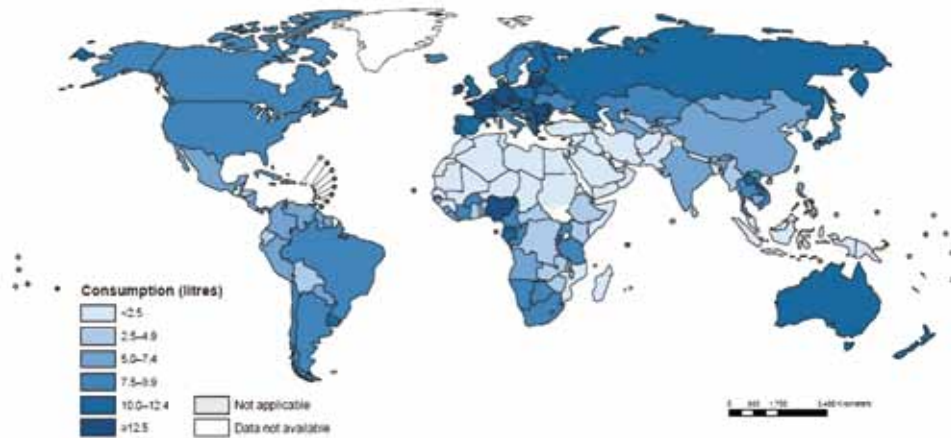
เมื่อพิจารณาตามลักษณะของกลุ่มประชากร ประชากรชายมีสัดส่วนของนักดื่มสุรามากกว่า ประชากรหญิง (ประชากรชายร้อยละ 54 เป็นนักดื่ม และประชากรหญิงร้อยละ 32 เป็นนักดื่ม) แต่เมื่อดูแนวโน้มการดื่มสุราในภาพรวมของโลก พบว่า ความชุกของนักดื่มหญิงกำลังเพิ่มขึ้น ซึ่งตัวเลขนี้ เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกของนักดื่มหญิงในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าอัตราความชุกที่ลดลงของนักดื่มหญิงในภูมิภาคอื่นๆ อยู่มาก (ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)

ส่วนความชุกของนักดื่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เท่ากับประมาณร้อยละ 27 โดยเป็น นักดื่มหนัก ร้อยละ 14 แม้จะพบว่าแนวโน้มการดื่มในกลุ่มวัยรุ่นในกลุ่มประเทศในยุโรปและประเทศ รายได้สูงมีแนวโน้มลดลง เช่น ออสเตรเลีย และอังกฤษ แต่เมื่อพิจารณาประเทศอื่นๆ ส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย พบว่า การดื่มในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

จากการวิเคราะห์คาดการณ์การบริโภคในอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า คาดว่าปริมาณการดื่ม สุราของประเทศในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มสูงขึ้นอีกจาก 4.5 ลิตร ในปี พ.ศ. 2559 เป็นประมาณ 6.2 ลิตรในปี พ.ศ. 2568 และคาดว่า โดยเฉพาะประเทศอินเดียซึ่งมีจำนวนประชากร หนาแน่นเพียงประเทศเดียว ปริมาณการดื่มสุราจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 2.2 ลิตรต่อหัวประชากรต่อปี



ภาพที่ 1.9.1 ข้อมูลปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี ปี พ.ศ. 2559 (Alcohol per capita consumption; APC) ในหน่วยของลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์



2. ข้อมูลปี พ.ศ. 2559 ยืนยันอีกครั้งว่า “แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ” ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 5.3 หรือหนึ่งในยี่สิบของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 75) การตายก่อนวัยอันควรทั่วโลกประมาณร้อยละ 7.2 เกิดจากการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 ชนิด ตาม ICD-10 (หรือบัญชีการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพฯ เพื่อข้อมูลทางสถิติระหว่างประเทศฉบับทบทวนครั้งที่ 10) เช่น โรคความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) โรคตับแข็ง โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไม่ติดต่อ (NCDs) โรคมะเร็งหลากหลายชนิด โดยเฉพาะมะเร็งช่องปาก มะเร็งตับอ่อน โรควัณโรค การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงจากการทำร้ายร่างกาย โรคลมชัก เป็นต้น (ภาพที่ 1.9.2) จากข้อมูลภาวะโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกปี พ.ศ. 2559 พบว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี

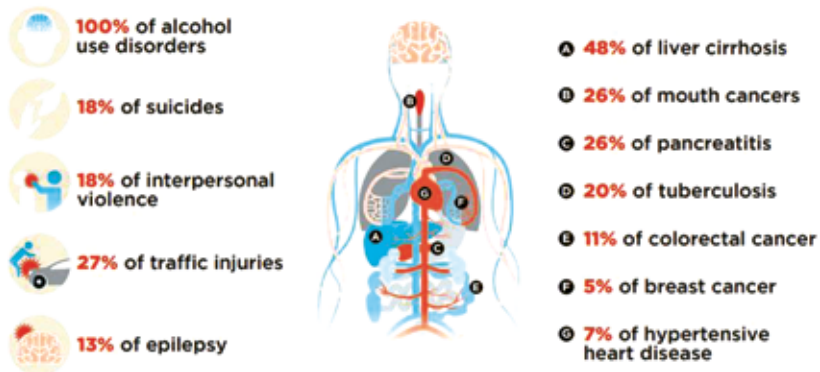
โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 75) และในสัดส่วนของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการดื่มสุรานี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจากรถและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมด เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประเทศ พบว่า กลุ่มประเทศรายได้ต่ำมีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บที่เกิดจากการดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง ในขณะที่กลุ่มประเทศรายได้สูงมีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มประเทศรายได้ต่ำ

ภาพที่ 1.9.2 ข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี พ.ศ. 2559 และค่าสัดส่วนของปัจจัยแอลกอฮอล์ต่อการเสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Alcohol-attributable fractions, %)

Alcohol and health

3 million deaths every year
6 deaths every minute from harmful use of alcohol
 women 1/4
 men 3/4

Harmful use of alcohol causes



3. การดื่มสุร่าเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุ “เป้าหมายสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573” และยังเพิ่มความเหลื่อมล้ำและช่องว่างทางสังคมด้วย

จากข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพประชาชนและความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของการดื่มสุร่าในรายงานองค์การอนามัยโลกล่าสุดนี้ย้ำชัดอีกครั้งว่า การดื่มสุร่าเป็นอุปสรรคของประเทศในการบรรลุ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2558-2573 (Sustainable Development Goals; SDGs)” ของสหประชาชาติหลายเป้าหมาย (ภาพที่ 1.9.3) โดยเฉพาะเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการดื่มสุร่า ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรคทางจิตเวช การบาดเจ็บและการได้รับพิษ สุขภาพแม่และเด็ก ไปจนถึงโรคติดต่อ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และวัณโรค นอกจากนี้ การผลิตและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายและตัวชี้วัด SDGs อื่นๆ อีกหลายเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “เป้าหมายที่ 3.5: เสริมการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดและการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย” ซึ่งมีตัวชี้วัดเป็นการลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี (alcohol per capita consumption per year) และมีข้อมูลวิชาการแสดงให้เห็นว่าการดื่มสุร่าเพิ่มเพิ่มความเหลื่อมล้ำและช่องว่างทางสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมาย SDG เช่นกัน คือ “เป้าหมายที่ 10: ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ” สำหรับภายในประเทศ กลุ่มคนจนมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากการดื่มสุร่า และแบกรับผลกระทบดังกล่าวมากกว่ากลุ่มคนรวย รวมทั้งคนจนยังมีศักยภาพและความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ต่ำกว่าคนรวย ส่วนในระดับระหว่างประเทศ ประเทศที่ยากจนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยกว่าประเทศที่ร่ำรวย แต่เมื่อคิดเป็น “ปริมาณอันตรายต่อหน่วยการดื่มเป็นลิตร (harm per litre)” บ่อยครั้งที่ประเทศที่ยากจนกลับมีปัญหาลูกสูงกว่าประเทศร่ำรวยในหน่วยปริมาณการดื่มที่เท่ากัน

นอกจากความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้แล้ว ยังมีข้อมูลว่าการดื่มสุร่ายังมีผลต่อความไม่เท่าเทียมทางเพศด้วย เช่น เพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง แต่เมื่อพิจารณาผลกระทบในครอบครัวเรื่องค่าใช้จ่ายสมาชิกในครอบครัวของนักดื่มชาย เช่น ภรรยา และบุตร จะต้องแบกรับภาระเหล่านี้ร่วมด้วย ทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อสุร่าและค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายเพราะการได้รับผลกระทบจากการดื่ม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าข้าวของเสียหาย รวมถึงการขาดรายได้จากการหยุดงาน ซึ่งอาจเป็นสัดส่วนที่ไปเบียดบังค่าใช้จ่ายที่สำคัญอื่นๆ ของครอบครัว เช่น ค่าอาหาร ค่าการศึกษาของบุตร เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น ข้อมูลวิชาการได้ยืนยันชัดเจนมากขึ้นว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มสุร่าของคู่สมรสเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดความรุนแรงในครอบครัวหรือความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก



ภาพที่ 1.9.3 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) 17 เป้าหมายที่รับรอง โดยประเทศสมาชิกของสหประชาชาติ ณ ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ ครั้งที่ 70 และจะใช้เป็นวาระแห่งการพัฒนาของโลกระหว่างปี พ.ศ. 2558-2573



4. ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก 80 ประเทศรายงานว่า มีนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศ ประเทศส่วนใหญ่มีการเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ระบบการคิดคำนวณภาษียังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอในการปรับพฤติกรรมผู้บริโภค และยังมีโอกาสในการพัฒนามาตรการด้านราคาอื่นๆ กฎหมายห้ามโฆษณาส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมสื่อออนไลน์ที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน การลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ใช้มาตรการการออกใบอนุญาต แต่ก็ยังมีช่องว่างทางกฎหมายที่สามารถพัฒนาได้อีก

จากการสำรวจสถานการณ์การบังคับใช้นโยบายแอลกอฮอล์และมาตรการที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศสมาชิกทั่วโลก พบว่า ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก 80 ประเทศมีนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศ โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 67 ของประเทศที่มีรายได้สูง ร้อยละ 85 ของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับสูง) และร้อยละ 15 ของประเทศที่มีรายได้ต่ำ โดยประเทศที่ยังไม่มีนโยบายระดับชาติด้านแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นประเทศในแถบภูมิภาคแอฟริกาและภูมิภาคอเมริกา ซึ่งการมีนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความตระหนัก ความเป็นผู้นำ และความมุ่งมั่นทางการเมืองของประเทศที่จะจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เมื่อพิจารณาตามนโยบาย Best Buy หรือนโยบายที่คุ้มค่าสูง (มีประสิทธิภาพสูง แต่ต้นทุนต่ำ) พบว่าประเทศทั่วโลกร้อยละ 95 มีการเก็บภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่มีประเทศเพียงส่วนน้อยที่มีการคิดภาษีปรับตามอัตราเงินเฟ้อและรายได้ของประชากร หรือมีนโยบายทางด้านภาษี และราคาอื่นๆ เช่น การกำหนดเพดานราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะเสริมประสิทธิผลในการลดการบริโภคในระดับประชากรจากมาตรการเก็บภาษีสรรพสามิตปกติเพียงมาตรการเดียว การกำหนดการออกใบอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิธีการที่ประเทศส่วนใหญ่ใช้ในการจำกัดการเข้าถึง โดยมีเพียง 30 ประเทศที่มีระบบผูกขาดให้รัฐเป็นผู้จำหน่ายปลีกแต่เพียงผู้เดียว

สำหรับมาตรการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประเทศสมาชิก ร้อยละ 26 มีการห้ามการโฆษณาโดยสิ้นเชิงทางช่องทางโทรทัศน์และวิทยุ อย่างไรก็ตาม มีเพียงไม่กี่ประเทศทั่วโลก ได้แก่ ฟินแลนด์ สวีเดน เอสโทเนีย ลิทัวเนีย ที่มีกฎหมายในการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ในประเทศฟินแลนด์กำหนดห้ามบริษัทแอลกอฮอล์โฆษณาและส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการชิงรางวัลหรือการแข่งขันผ่านสื่อออนไลน์ หรือจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการแชร์สื่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่างๆ ระหว่างผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ แต่ทั้งนี้กฎหมายของฟินแลนด์ยังอนุญาตให้ใช้วิธีการโฆษณารูปแบบปกติผ่านสื่อออนไลน์ และยังไม่บังคับใช้ในกรณีผู้ใช้สื่อเป็นบุคคลทั่วไป

ส่วนสถานการณ์มาตรการอื่นๆ ได้แก่ นโยบายการคัดกรองและบำบัดแบบสั้นแก่นักดื่มที่ดื่มแบบเสี่ยงและดื่มแบบอันตรายในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว มาตรการกำหนดดวลาค่าเตือนบนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีใช้ใน 47 ประเทศ โดยข้อความเตือนส่วนใหญ่เป็นคำเตือนเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับ การดื่มขณะตั้งครรถ์ และการดื่มของเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด บางประเทศก็มีข้อความเตือนอื่นๆ แตกต่างกันไป เช่น ผลของการดื่มสุราต่อโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งและโรคเลือดออกในสมอง (ประเทศสวีเดน) การดื่มสุรากับการเกิดอาชญากรรมและความรุนแรง (ประเทศแอฟริกาใต้) และการดื่มสุราทำลายสมองเยาวชน (ประเทศอัลบาเนีย) เป็นต้น

5. แม้ว่าการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมทั่วโลกจะมีความก้าวหน้ามากขึ้น ตั้งแต่การรับรองยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2553 แต่ถือว่าการจัดการปัญหายังไม่เข้มข้นเพียงพอที่จะป้องกันผลกระทบและลดภาระความสูญเสียที่เกิดกับประชากรและประเทศ โดยเฉพาะในบริบทที่เศรษฐกิจและการค้าโลกกำลังเติบโต การจัดการปัญหาในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางถือว่ามีความก้าวหน้าเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ไม่มีความก้าวหน้าในการทำงาน คือ การขาดความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาในระดับการเมืองและผู้กำหนดนโยบายของประเทศ



ในขณะที่เศรษฐกิจและการค้าของโลกกำลังเติบโต ส่วนหนึ่งอาจจะช่วยทำให้ประเทศมีศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่การเติบโตทางเศรษฐกิจกลับไปกระตุ้นการเติบโตของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำมาซึ่งการบริโภคที่มากขึ้นและมีปัญหามากขึ้นทวีคูณตามมา เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโลกโดยรวม ซึ่งไม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน และขนาดปัญหาของผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆ ที่ขยายเพิ่มขึ้นเป็นวงกว้าง กับช่องว่างทางนโยบายที่ประเทศต่างๆ กำลังดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นปีที่มีการรับรองยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมมีความก้าวหน้าเล็กน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และหากพิจารณาตามนโยบาย Best Buy สามด้าน ได้แก่ การขึ้นภาษี การจำกัดการเข้าถึง และการควบคุมการโฆษณา พบว่า การดำเนินการยังไม่เพียงพอ เช่น มีประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกเพียงร้อยละ 59 มีการขึ้นภาษีสุราในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศส่วนใหญ่มากกว่าสองในสามยังไม่มีมาตรการจำกัดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมากกว่าครึ่งยังไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับเวลาห้ามจำหน่ายซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผล

อุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาเรื่องแอลกอฮอล์ยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร หลายประเทศให้ข้อมูลว่าเป็นเพราะการขาดความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาในระดับการเมืองและผู้กำหนดนโยบายของประเทศ เช่น ไม่มีหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่ควบคุมปัญหาเรื่องแอลกอฮอล์อย่างเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะการออกกฎระเบียบที่สำคัญของประเทศและการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ การขาดการทำงานร่วมกันในหน่วยงานด้านสาธารณสุขในประเด็นนี้ รวมถึงการขาดผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการปัญหา

6. ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำกำลังขยายตัว อุตสาหกรรมสุราทั้งระดับโลกและระดับประเทศได้พยายามเข้ามามีบทบาทในกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลให้การออกกฎระเบียบใหม่ๆ มีความล่าช้า หรือทำให้เนื้อหาของข้อบังคับและนโยบายมีช่องว่างและอ่อนแอลง ในขณะที่ยังไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศใดๆ ที่มาควบคุมการบริโภคและจำกัดปัญหาเรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำกำลังขยายตัว ซึ่งสะท้อนจากตัวเลขการตลาดต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งจำนวนของใบอนุญาตผลิตและจำหน่ายของประเทศเหล่านั้น นอกจากนี้ อุตสาหกรรมสุราทั้งระดับโลกและระดับประเทศได้พยายามเข้ามามีบทบาทในกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลให้การออกกฎระเบียบใหม่ๆ มีความล่าช้า หรือทำให้เนื้อหาของข้อบังคับและนโยบายมีช่องว่างและอ่อนแอลง จากข้อมูลยังพบอีกว่าอุตสาหกรรมสุรา

โดยองค์กรหน้าฉาก ได้เข้ามามีบทบาทในการจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านการดื่มสุราต่างๆ ในหลายประเทศ เช่น การส่งเสริมให้มีการดื่มแบบรับผิดชอบ แม้ว่างานวิชาการยืนยันแล้วว่า นอกจากจะเป็นมาตรการที่ไม่มีประสิทธิผลแล้ว ยังอาจกระตุ้นให้มันักดื่มมากขึ้นอีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้นในบางประเทศ อุตสาหกรรมสุราได้เข้าไปมีอิทธิพลในวงการการวิจัย โดยการให้ทุนสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมซึ่งได้สร้างข้อสงสัยในประเด็นความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และความเหมาะสมในการรับทุนของนักวิจัยอีกด้วย

เมื่อเทียบกับสารเสพติดอื่นๆ แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดเพียงประเภทเดียวที่ยังไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศที่มาปกป้องสังคมและสุขภาพของประชาชนจากปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างกรณีของการควบคุมยาสูบในระดับโลก จะเห็นได้ชัดเจนว่า มีกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control; FCTC) ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศต่างๆ ต้องปฏิบัติตาม ดังนั้น ความจำเป็นในการสร้างความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ ถือเป็นหนึ่งในโอกาสในการทำงานที่ควรดำเนินการ

7. นักวิชาการทั่วโลกเสนอแนวทางเพื่อจัดการปัญหาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เช่น การมุ่งลดการดื่มหนักในระดับประชากร โดยเฉพาะนักดื่มหนักที่อายุน้อย การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่กว้างขวางของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น การพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก การพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบติดตามและเฝ้าระวังการบริโภคและปัญหาจากแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ข้างต้น นักวิชาการได้เสนอแนวทางเพื่อจัดการปัญหาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เกี่ยวข้องทั้ง เป้าหมาย SDG และเป้าหมายการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ ซึ่งกำหนดให้มีการลดปริมาณการดื่มสุราแบบอันตรายลงร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2568 แนวทางที่แนะนำ เช่น

- (1) การมุ่งลดการดื่มหนักในระดับประชากร โดยเฉพาะนักดื่มหนักที่อายุน้อย
- (2) การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่กว้างขวางของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะเรื่องสุขภาพ เช่น โรคไม่ติดต่อเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างของผู้ดื่มและชุมชนในมิติสังคมอื่นๆ ด้วย ไปจนถึงประเด็นการพัฒนาประเทศ ซึ่งต้องการการจัดการปัญหาอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนนอกเหนือจากภาคส่วนด้านสาธารณสุข



- (3) การทำงานร่วมกันมากขึ้นกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญอื่นๆ เช่น สารเสพติด และบุหรี่ ที่เป็นปัจจัยร่วมของการเกิดปัญหาเดียวกัน เช่น อุบัติเหตุและความรุนแรง โรคไม่ติดต่อ ไปจนถึงการทำงานร่วมกับภาคส่วนนอกระบบสุขภาพ
- (4) การพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก
- (5) การพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบติดตามและเฝ้าระวังการบริโภคและปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการศึกษาในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา และการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประชากร
- (6) การระดมทุนเพื่อจัดการปัญหาอย่างยั่งยืน เช่น การสร้างกลไกทางการเงินเพื่อสุขภาพของประชาชน เช่น กองทุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้เงินจากการเก็บภาษีสินค้าและบริการที่ทำลายสุขภาพ อย่างแอลกอฮอล์ ยาสูบ หรือธุรกิจการพนัน มาทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน หรือการขยายการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุม เป็นต้น



Facts and Figures

Alcohol in Thailand 2016-2018

ความสัมพันธ์ระหว่างการ ดื่มสุรากับปัญหาสุขภาพ และผลกระทบทางสังคม

- 2.1 การดื่มสุรากับคุณภาพชีวิต
- 2.2 การดื่มสุรากับภาวะซึมเศร้า
- 2.3 การดื่มสุรากับโรคมะเร็ง
- 2.4 การตายและการสูญเสียในชีวิตจากการตายก่อนวัยอันควร
เนื่องจากการดื่มสุรา
- 2.5 การสูญเสียสุขภาพจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 2.6 การดื่มสุรากับพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน
- 2.7 ผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่น

2.1 การดื่มสุรากับคุณภาพชีวิต

จรรยาวัณณ นนทาร์กษ

การดื่มสุราไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและจิตใจ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นหรือบุคคลที่อยู่รอบข้างได้ เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มและผู้อื่น และปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด หรือมีปัญหาในการทำงานได้ เป็นต้น

“คุณภาพชีวิต” คือการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของตนเองในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่สะท้อนให้เห็นการรับรู้สภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ของตนเอง ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การรับรู้ถึงสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยไม่ทำให้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน¹ คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดในการประเมินติดตามภาวะสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป หรือประเมินผลลัพธ์ของการรักษาโรคได้ และยังสามารถนำไปใช้ในงานวิจัยต่างๆ เช่น การวิจัยทางคลินิก และการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ปัจจุบันแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่ใช้แพร่หลายทั่วโลก คือ แบบสอบถาม EQ-5D-5L ที่ถูกพัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยหลากหลายสาขาในยุโรป (EuroQoL Group) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สั้นใช้งานง่าย และสามารถตอบได้ด้วยตัวเอง เครื่องมือนี้มีคำถามด้านสุขภาพ 5 ข้อ หรือ 5 มิติ²

¹ สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2540.

² แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย. Policy Brief ปีที่ 3 ฉบับที่ 24 เดือนกรกฎาคม 2558. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับคุณภาพชีวิต ทั้งในกลุ่มคนที่มีและไม่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เนื้อหาของบทความนี้ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556³ ซึ่งเป็นการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นภูมิ จากประชากรไทยที่อาศัยใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งประเทศในแต่ละกลุ่มอายุ สำหรับบทความนี้ ใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 13,177 คน และวิเคราะห์ด้วยการถ่วงน้ำหนัก เพื่อปรับให้เป็นค่าของประชากรทั่วประเทศ

การประเมินภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราใช้แบบสอบถาม Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ซึ่งมีคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัญหาและผลกระทบจากการดื่มสุรารวม 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 รวมคะแนนทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0 ถึง 40 คะแนน จากคะแนนรวมสามารถแบ่งตามระดับความเสี่ยงของการมีภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-7 เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) คะแนน 8-15 เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) คะแนน 16-19 เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 เป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence)⁴

การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ5D-5L ซึ่งเป็นแบบสอบถามวัดสุขภาพ 5 มิติ 5 ระดับ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บป่วย/ไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ในแต่ละมิติจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่มีปัญหาในด้านนั้นเลย และ ระดับ 5 หมายถึง มีปัญหารุนแรงจนไม่สามารถทำหน้าที่ในด้านนั้นได้เลย เช่น มิติที่หนึ่ง ด้านการเคลื่อนไหว ระดับ 1 หมายความว่า ผู้นั้นไม่มีปัญหาในการเดินไปมาเลย และ ระดับ 5 หมายความว่า ผู้นั้นไม่สามารถเดินไปมาได้เลย คะแนนรวมของทั้งห้ามิติสามารถนำมาแปลงเป็นค่าดัชนีรวมของคุณภาพชีวิต ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 1 เป็นค่าคุณภาพชีวิตสูงสุด ในการศึกษาี้ กำหนดให้คุณภาพชีวิตระดับดีเท่ากับค่าคะแนนตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป

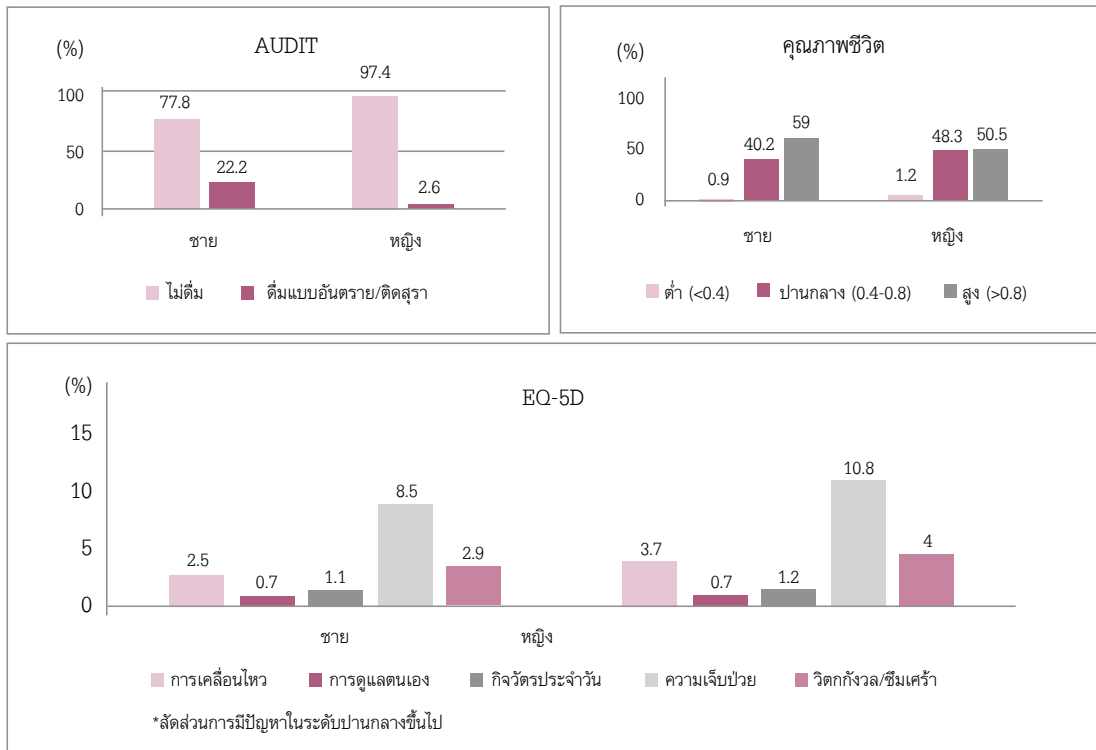
³ วิชัย เอกพลากร, บรรณานิกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

⁴ Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second ed. Geneva: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.

🌐 ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

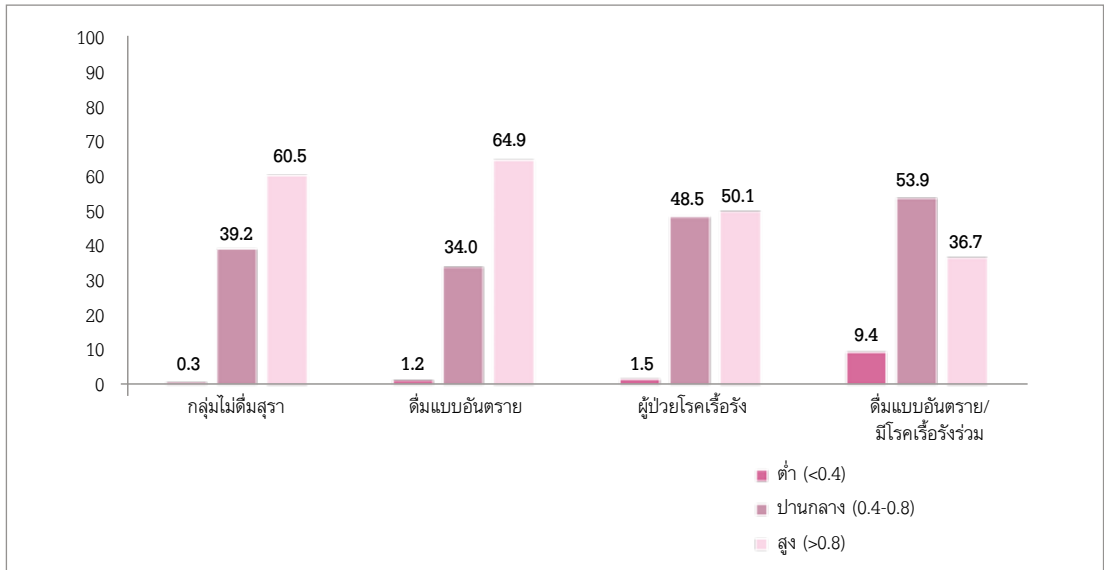
- ความชุกของผู้ดื่มสุราในปัจจุบัน (ดื่มอย่างน้อยหนึ่งดื่มมาตรฐานใน 12 เดือนที่ผ่านมา) เท่ากับร้อยละ 22 เมื่อแบ่งตามคะแนน AUDIT เป็นกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงหรือเสี่ยงต่ำ (คะแนน = 0-7) และกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงอันตรายหรือติดสุรา (คะแนน = 8-40) พบว่า ผู้ชายมีสัดส่วนการดื่มแบบเสี่ยงอันตราย/ติดสุรามากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ)
- ผู้ชายมีคุณภาพชีวิตในระดับดีเป็นสัดส่วนมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 59 และร้อยละ 50.5 ตามลำดับ) และมีภาวะสุขภาพในทุกมิติดีกว่าผู้หญิงในเกือบทุกด้าน โดยผู้หญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย/ไม่สบายตัวในระดับปานกลางขึ้นไปมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 10.8 และร้อยละ 8.5) มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 4 และร้อยละ 2.9) เป็นต้น (ภาพที่ 2.1.1)

ภาพที่ 2.1.1 สัดส่วนผู้มีปัญหาการดื่มสุรา, คุณภาพชีวิตและสถานสุขภาพ 5 มิติ (Health-related quality of life) จำแนกเพศ



- ผู้ที่ดื่มสุราแบบอันตราย และมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 9.4) รองลงมา ได้แก่ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 1.5) และผู้ที่ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 1.2) (ภาพที่ 2.1.2)

ภาพที่ 2.1.2 สัดส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตตามกลุ่มผู้ดื่มสุราและ/หรือมีโรคเรื้อรังร่วม



เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตรายหรือติดสุรา ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตรายหรือติดสุราร่วมกับมีโรคเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยง 1.2, 1.5 และ 1.9 เท่าตามลำดับ ที่จะมียุทธภาพชีวิตต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่ดื่มสุรา นอกจากนี้ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะทำงาน เขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการมียุทธภาพชีวิตของประชาชนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ การว่างงานและการอาศัยอยู่ในเขตชนบทเป็นปัจจัยป้องกันของการมียุทธภาพชีวิตต่ำ (Adjusted OR = 0.6; 95% CI 0.6-0.7 และ 0.9; 95% CI 0.8-0.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2.1.1)

ตารางที่ 2.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

การดื่มสุรา/โรคเรื้อรัง	คุณภาพชีวิตระดับต่ำ			
	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
กลุ่มไม่ดื่มสุรา	1	-	1	-
ดื่มแบบเสี่ยงฯ	0.9 (0.8-1.0)	0.02	1.2 (1.1-1.3)	<0.000
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	2.0 (1.9-2.1)	<0.000	1.5 (1.4-1.6)	<0.000
ดื่มแบบเสี่ยงฯ และมีโรคเรื้อรังร่วม	1.5 (1.4-1.6)	<0.000	1.9 (1.7-2.2)	<0.000

หมายเหตุ: ปรับค่าด้วยอายุ เพศ การศึกษา สถานะสมรส เขตที่อยู่อาศัย เศรษฐฐานะ และการสูบบุหรี่

โดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตรายหรือการติดสุรามีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างชัดเจน ผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยงอันตรายหรือผู้ติดสุราก็มักจะมีโรคทางกายเรื้อรังร่วมด้วยอยู่แล้ว ซึ่งยิ่งทำให้คนเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตต่ำลงอีก การดูแลสุขภาพและละเว้นการดื่มสุรานอกจากจะลดความเสี่ยงของการเกิดความพิการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแล้ว ยังจะช่วยป้องกันการสูญเสียคุณภาพชีวิตอีกด้วย ดังนั้น การทำให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงข้อเท็จจริงเหล่านี้จึงเป็นแนวทางด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์กับประชากรของประเทศ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ เป็นการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางที่สำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สถานะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ณ ระยะเวลาที่กำหนดเพียงครั้งเดียว ดังนั้น การอนุมานความสัมพันธ์แบบเชิงเหตุผล (causal relationship) อาจต้องแปลผลด้วยความระมัดระวัง

ผู้ที่ดื่มสุราแบบอันตรายและมีโรคเรื้อรังมี “คุณภาพชีวิตต่ำ” กว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา การส่งเสริมสุขภาพและสร้างความตระหนักให้กับประชาชนกลุ่มนี้อย่างรวดเร็วจะเป็นการลดภาระทางสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น



2.2 การดื่มสุรากับภาวะซึมเศร้า

จรรยาวัจนันนทรรักษ์

การศึกษาภาวะโรคจากการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่า การดื่มสุร่าเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted life Year; DALY) ในผู้ชายไทย และภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 4 ในผู้หญิง และ อันดับที่ 16 ในผู้ชาย⁵ ทั้งปัญหาการดื่มสุร่าและโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมต่างๆ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับปริมาณการดื่มสุร่าหรือการดื่มสุร่าอย่างหนัก และปัจจัยทางด้านสังคม เช่น เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา สถานะสมรส เขตที่อยู่อาศัย เป็นต้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการดื่มสุร่า โดยการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 ซึ่งมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรดื่มสุร่า ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยทางสังคมต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพต่างๆ จำนวนตัวอย่าง 13,177 คน อายุ 20 ปี ขึ้นไป จาก 20 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร⁶

ภาวะซึมเศร้า ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM IV)⁷ โดยตอบคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย การมีอารมณ์เศร้า (depressive mood) หรือหมดความสนใจ (loss of interest) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการอื่นๆ และ/หรือเป็นผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้กินยารักษาภาวะซึมเศร้าอยู่ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา

ระดับความเสี่ยงของการดื่มสุร่า แบ่งตามระดับปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคเฉลี่ยต่อวันโดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁸ เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ดื่มสุร่า (abstainer) กลุ่มที่ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ (<20 กรัมต่อวัน ในเพศหญิง และ <40 กรัมต่อวันในเพศชาย) และกลุ่มที่ดื่มในระดับเสี่ยงสูง (≥20 กรัมต่อวัน ในเพศหญิง และ ≥40 กรัมต่อวันในเพศชาย)

⁵ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2558) รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

⁶ วิชัย เอกพลากร, บรรณานิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

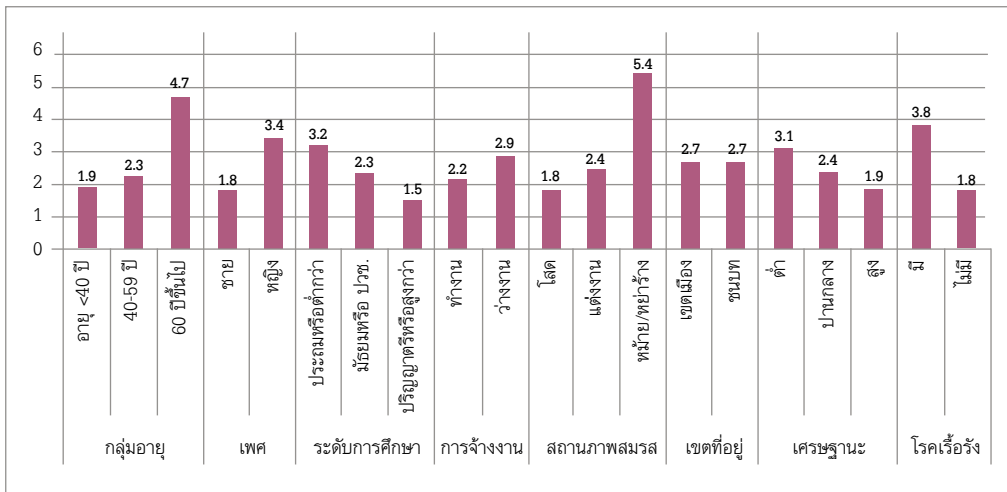
⁷ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM IV), TextRevision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

⁸ International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. World Health Organization. 2000.

📍 ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

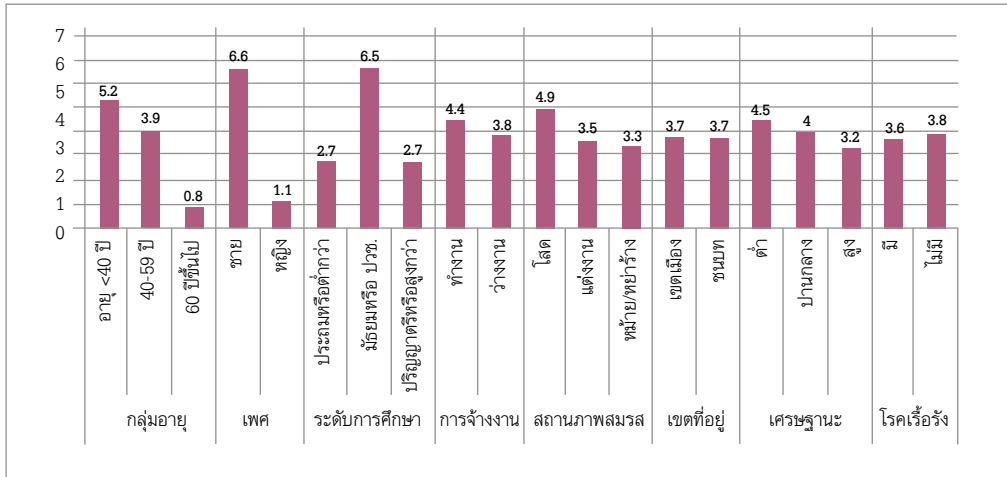
- ความชุกของภาวะซึ่มเศร้ำในประชาชนไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2556-2557 เท่ากับร้อยละ 2.7 และความชุกของการดื่มสุร่าในปัจจุบัน (ดื่มอย่างน้อยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานใน 12 เดือนที่ผ่านมา) เท่ากับร้อยละ 27.6 โดยเป็นผู้ดื่มสุร่าแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinkers) และดื่มสุร่าแบบเสี่ยงสูง (high risk drinkers) ร้อยละ 23.7 และ 3.9 ตามลำดับ
- ความชุกของภาวะซึ่มเศร้ำมีความแตกต่างตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค และเศรษฐกิจ พบว่า ความชุกของภาวะซึ่มเศร้ำสูงในผู้สูงอายุ เพศหญิง ผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และแต่งงานแล้ว ผู้มี ระดับเศรษฐกิจต่ำ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (ภาพที่ 2.2.1)

ภาพที่ 2.2.1 ความชุก (ร้อยละ) ของภาวะซึ่มเศร้ำในประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556-2557



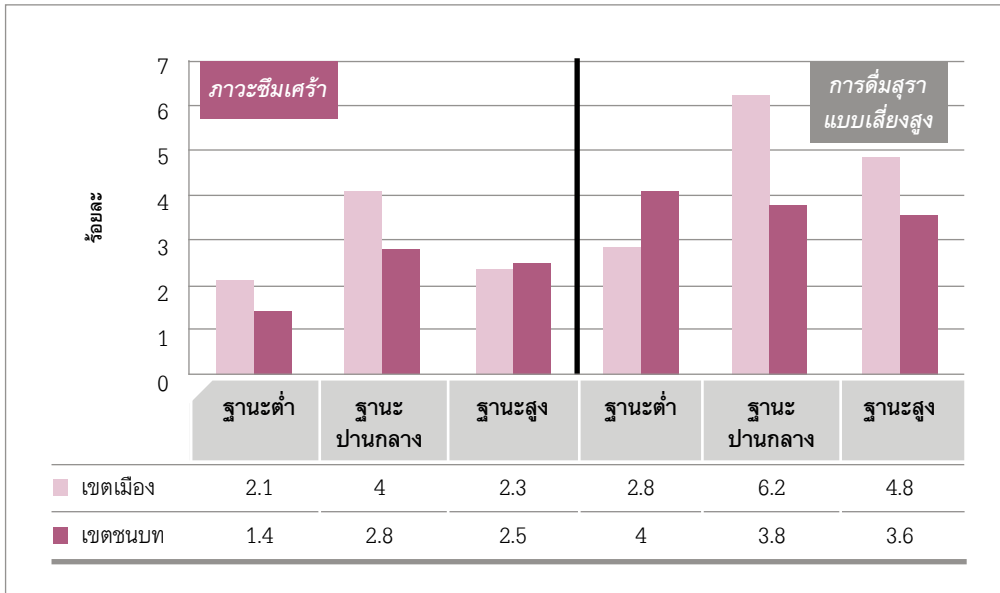
- ความชุกของการดื่มสุร่าแบบเสี่ยงมีค่าแตกต่างกันตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจเช่นกัน พบว่า ความชุกดังกล่าวสูงในกลุ่มผู้ที่ยอายุน้อยกว่า 40 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ผู้มีระดับเศรษฐกิจต่ำ และคนโสด (ภาพที่ 2.2.2)
- ผู้ที่ดื่มสุร่าแบบเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึ่มเศร้ำมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุร่า 3.5 เท่า (Adjusted Odds ratio = 3.55, 95% CI: 2.45, 5.13) นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึ่มเศร้ำคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และการมีโรคเรื้อรัง

ภาพที่ 2.2.2 ความชุก (ร้อยละ) ของการดื่มสุรแบบเสี่ยงสูงในประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556-2557



เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะซึ่มเศร้ำและการดื่มสุรแบบเสี่ยงจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย และระดับเศรษฐฐานะ พบว่า คนชั้นกลางโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีอัตราความชุกของภาวะซึ่มเศร้ำและการดื่มสุรแบบเสี่ยงสูงที่สุด ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่า ชนชั้นกลางซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเป็นกลุ่มที่มีแรงกดดันทางสังคมและการแข่งขันสูง จึงทำให้มีความเครียดสูง และโอกาสที่จะมีภาวะซึ่มเศร้ำรวมทั้งดื่มสุรแบบเสี่ยงมากกว่าคนกลุ่มอื่น นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้มีเศรษฐฐานะต่ำที่อาศัยในเขตเมืองจะมีภาวะซึ่มเศร้ำมากกว่าผู้ที่มีเศรษฐฐานะระดับเดียวกันที่อาศัยในเขตชนบท ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า คนในเขตชนบทมีสัมพันธภาพและการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันดีกว่าคนในเมือง ผู้ที่ฐานะยากจนที่อยู่ในเขตชนบทจะมีโอกาสเข้าถึงอาหารและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพได้ง่ายกว่าคนจนในเมือง รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลจากเพื่อนบ้าน ดังนั้น การอาศัยในเขตชนบทจึงอาจจะเป็นปัจจัยที่ป้องกันความเสี่ยงของการมีภาวะซึ่มเศร้ำได้ อย่างไรก็ตาม นักดื่มสุรที่อาศัยในเขตชนบทอาจจะมีโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฟรีได้ง่ายกว่านักดื่มในเมือง เนื่องจากกิจกรรมที่มีการเลี้ยงสุรพริยังพบเห็นในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง จึงอาจจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พบความชุกของการดื่มสุรแบบเสี่ยงสูงในคนจนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่า (ภาพที่ 2.2.3)

ภาพที่ 2.2.3 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและการดื่มสุราแบบเสี่ยงสูงจำแนกตามเศรษฐกิจฐานะ และเขตที่อยู่อาศัย ในประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556-2557



โดยสรุป การดื่มสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขึ้นอยู่กับสถานภาพทางสังคม ที่สำคัญ คือ **“เศรษฐกิจฐานะ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย”** จากข้อมูลข้างต้น การดื่มสุราปริมาณมากเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าถึงสามเท่ากว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อย คนชั้นกลางที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าและดื่มสุราแบบเสี่ยงได้มากกว่าคนในเขตชนบท แต่คนจนในเขตชนบทกลับมีโอกาสที่จะดื่มสุราแบบเสี่ยงได้มากกว่าคนจนในเมือง ข้อเท็จจริงเหล่านี้ย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการลดการดื่มสุราในประชากรทั่วไป เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยเฉพาะการป้องกันภาวะซึมเศร้า และมาตรการเหล่านี้ควรจะปรับให้เหมาะสมกับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของประชากรด้วย

2.3 การดื่มสุรากับโรคมะเร็ง

อธิบ ตันอารีย์

การดื่มสุร่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 3 ล้านรายต่อปี และเป็นสาเหตุร้อยละ 5.1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 นอกจากนี้การดื่มสุร่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ กว่า 200 ชนิด ซึ่งรวมถึงการเกิดโรคมะเร็งประเภทต่างๆ เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม การศึกษาจากต่างประเทศพบว่า การดื่มสุร่าเป็นสาเหตุร้อยละ 4-6 ของการเกิดโรคมะเร็งทุกประเภท⁹ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการดื่มสุร่าโดยใช้ข้อมูลของประชากรไทยโดยตรง ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพของการดื่มสุร่า เพื่อประกอบการวางแผนเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการดื่มสุร่าในประเทศไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุร่าในประเทศไทยใน พ.ศ. 2564 และเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุร่า แยกตามเพศ กลุ่มอายุ และภูมิภาค โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิมาระดับประเทศในประเทศไทยสองแหล่ง ได้แก่

1) การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุร่าของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2554 เพื่อคำนวณความชุกและแบ่งประเภทนักดื่มตามปริมาณการดื่มสุร่าของประชากรไทย

2) ข้อมูลอุบัติการณ์โรคมะเร็งจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็ง 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น ลพบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ถึง พ.ศ. 2557 ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของประชากรภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เพื่อประมาณและคาดการณ์อุบัติการณ์โรคมะเร็งในอนาคตของประชากรไทยจำแนกรายเพศ กลุ่มอายุ และรายภูมิภาค ด้วยการวิเคราะห์แนวโน้มของอัตราอุบัติการณ์ (trend analysis) ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการดื่มสุร่า ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม¹⁰

⁹ World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. 2018.

Parkin D. Cancers attributable to consumption of alcohol in the UK in 2010. Br J Cancer. 2011;105(S2):S14. Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatoński W, Hashibe M, et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer. 2016;138(6):1380-7.

¹⁰ Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and Sub-national Population-Based Incidence of Cancer in Thailand: Assessing Cancers with the Highest Burdens. Cancers (Basel). 2017;9(8):108.

การศึกษานี้ใช้สมมติฐานว่าการดื่มสุราใช้ระยะเวลา 10 ปีในการเกิดโรคมะเร็ง เพื่อประมาณการจำนวนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2554 โดยใช้ข้อมูลความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งแต่ละประเภทจากการดื่มสุราในปริมาณต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาของ Parkin และคณะ และการศึกษาของ Bagnardi และคณะ¹¹ โดยนำเสนอผลการประมาณการจำนวนอุบัติการณ์โรคมะเร็งอยู่ในระหว่างช่วงค่าความมั่นใจที่ได้จากการคำนวณโดยใช้ข้อมูลความเสี่ยงสัมพัทธ์ทั้งสองแหล่งนี้

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

ความชุกของการดื่มสุราของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2554

ความชุกของการดื่มสุราในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยพบความชุกการดื่มสุราทั้งในเพศชายและเพศหญิงพบสูงสุดในช่วงอายุ 35-49 ปี ในกลุ่มผู้ดื่มสุรา พบว่าเพศชายมักดื่มในระดับปานกลางถึงหนัก (50 กรัมต่อวันขึ้นไป) ส่วนในเพศหญิงมักดื่มในระดับเล็กน้อย (ไม่เกิน 12 กรัมต่อวัน) ถึงปานกลาง (มากกว่า 12 กรัมต่อวันแต่ไม่ถึง 50 กรัมต่อวัน) (ตารางที่ 2.3.1)

ตารางที่ 2.3.1 ความชุก (ร้อยละ) ของการดื่มสุราของประชากรไทยรายเพศและกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2554

	ไม่ดื่มสุรา	ดื่มเล็กน้อย	ดื่มปานกลาง	ดื่มหนัก
ชาย				
15-24 ปี	74	5	10	11
25-34 ปี	50	11	19	20
35-49 ปี	48	13	19	20
50-65 ปี	59	13	14	13
65+ ปี	83	8	5	4
หญิง				
15-24 ปี	97	1	1	1
25-34 ปี	94	2	3	2
35-49 ปี	92	3	4	2
50-65 ปี	94	3	2	1
65+ ปี	98	2	1	0

¹¹ Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. Ann Oncol. 2012;24(2):301-8.



🌐 จำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราในปี พ.ศ. 2564

ในปี พ.ศ. 2564 คาดว่าจะมีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งทั้ง 6 ประเภทจากทุกสาเหตุเกิดขึ้นใหม่จำนวน 67,727 คน โดยผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เหล่านี้ร้อยละ 8.3-10.8 หรือคิดเป็น 5,609-7,312 คน มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา เมื่อแยกตามเพศพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพศชายและเพศหญิงร้อยละ 13.3-16.6 และร้อยละ 3.1-4.9 มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา โดยโรคมะเร็งที่มีสัดส่วนของสาเหตุจากการดื่มสุราสูงสุดในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร (ร้อยละ 43.7-57.5) และมะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ 31.2-33.0) ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร (ร้อยละ 7.6-10.1) มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 4.7-7.7) และมะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ 4.3-5.4) ดังตารางที่ 2.3.2

🌐 จำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราในปี พ.ศ. 2564 แยกตามภูมิภาค

เมื่อเปรียบเทียบรายภูมิภาค พบว่า ภาคกลางจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราสูงที่สุด โดยเป็นมะเร็งช่องปากและคอหอยจำนวน 867-929 คน มะเร็งหลอดอาหารจำนวน 569-747 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 481-641 คน มะเร็งตับจำนวน 425-559 คน และมะเร็งเต้านมจำนวน 373-610 คน ส่วนโรคมะเร็งกล่องเสียงที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุดในภาคใต้ ได้แก่ 26-42 คน แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของการเป็นสาเหตุของโรค พบว่าการดื่มสุรามีสัดส่วนในการเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งประเภทต่างๆ ไม่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค (ตารางที่ 2.3.3)

🌐 สัดส่วนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็ง ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา ในปี พ.ศ. 2564 แยกตามเพศและกลุ่มอายุ

ในเพศชาย ในปี พ.ศ. 2564 กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราสูงที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 35-44 ปี (เท่ากับช่วงอายุ 25-34 ปี เมื่อดื่มสุราในปี พ.ศ. 2554) ส่วนในเพศหญิง กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราสูงที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 45-59 ปี (เท่ากับช่วงอายุ 35-49 ปี เมื่อดื่มสุราในปี พ.ศ. 2554) (รูปที่ 2.3.1)

ตารางที่ 2.3.2 จำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2564 ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา

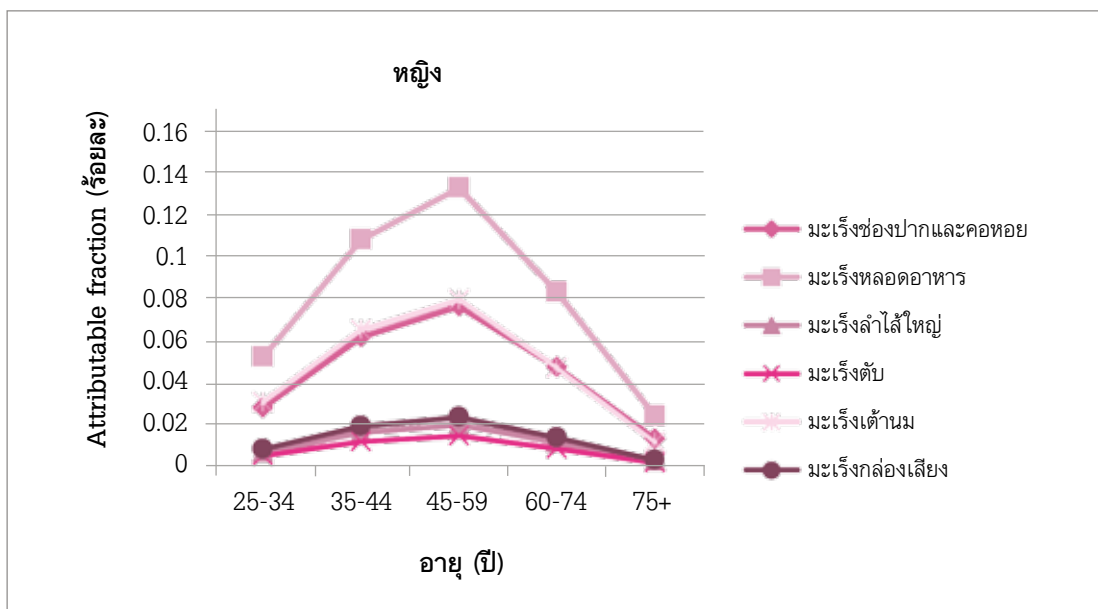
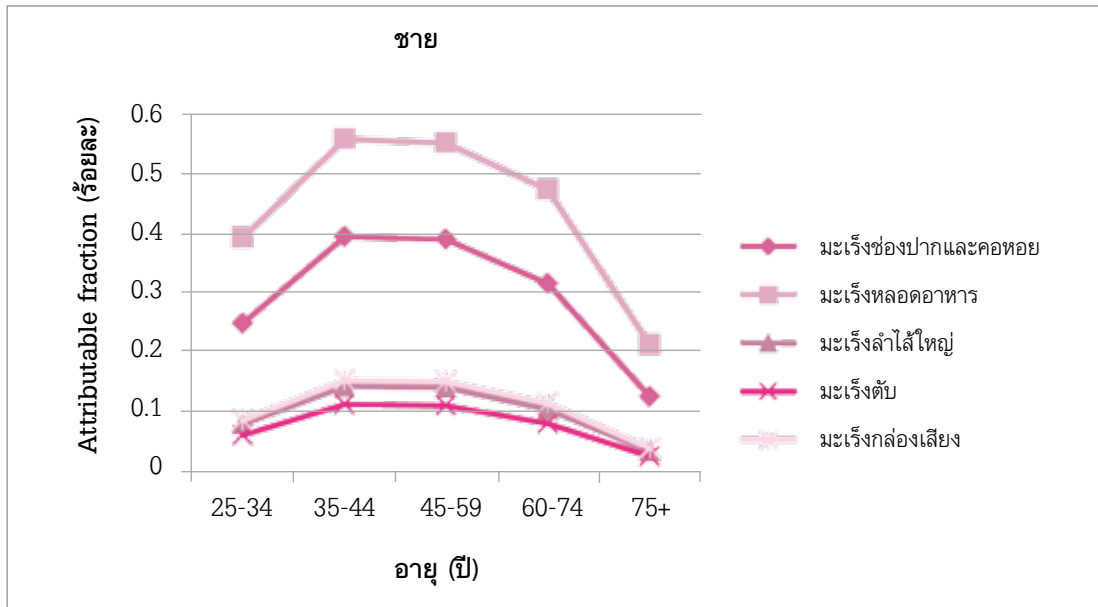
	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่เกิดจากการดื่มสุรา	สัดส่วนที่เกิดจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่เกิดจากการดื่มสุรา	สัดส่วนที่เกิดจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่เกิดจากการดื่มสุรา	สัดส่วนที่เกิดจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)
มะเร็งช่องปากและคอหอย	4,835	1,512-1,597	31.2-33.0	2,079	90-112	4.3-5.4	6,914	1,602-1,709	23.2-24.7
มะเร็งหลอดอาหาร (SCC)	1,968	860-1,132	43.7-57.5	198	15-20	7.6-10.1	2,166	875-1,152	40.4-53.2
มะเร็งลำไส้ใหญ่	10,373	924-1,230	8.9-11.9	7,926	83-108	1.0-1.4	18,299	1,007-1,338	5.5-7.3
มะเร็งตับ	15,771	1,153-1,528	7.3-9.7	5,981	46-57	0.8-1.0	21,752	1,199-1,585	5.5-7.3
มะเร็งเต้านม	-	-	-	17,064	801-1,322	4.7-7.7	17,064	801-1,322	4.7-7.7
มะเร็งกล่องเสียง	1,401	124-204	8.9-14.6	131	1-2	0.8-1.5	1,532	125-206	8.2-13.4
รวม	34,348	4,573-5,691	13.3-16.6	33,379	1,036-1,621	3.1-4.9	67,727	5,609-7,312	8.3-10.8

SCC = squamous cell carcinoma

ตารางที่ 2.3.3 จำนวนอุบัติเหตุการฉีกของโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2564 ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา แยกตามภูมิภาค

	มะเร็งช่องปากและคอหอย			มะเร็งหลอดอาหาร (SCC)			มะเร็งลำไส้ใหญ่			มะเร็งตับ			มะเร็งเต้านม			มะเร็งกล่องเสียง		
	ทั้งหมด	จากการดื่มสุรา	สัดส่วนจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	ทั้งหมด	จากการดื่มสุรา	สัดส่วนจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	ทั้งหมด	จากการดื่มสุรา	สัดส่วนจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	ทั้งหมด	จากการดื่มสุรา	สัดส่วนจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	ทั้งหมด	จากการดื่มสุรา	สัดส่วนจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)	ทั้งหมด	จากการดื่มสุรา	สัดส่วนจากการดื่มสุรา (ร้อยละ)
เหนือ																		
ชาย	966	303-319	31.4-33.0	314	130-172	41.4-54.8	1,850	156-210	8.4-11.4	4,148	288-382	6.9-9.2%	-	-	-	199	18-29	9.0-14.6
หญิง	394	17-21	4.3-5.3	70	5-6	7.1-8.6	1,628	17-22	1.0-1.4	1,771	14-18	0.8-1.0	3,019	131-217	4.3-7.2	20	0	0
ตะวันออกเฉียงเหนือ																		
ชาย	904	285-301	31.5-33.3	230	101-133	43.9-57.8	2,146	181-241	8.4-11.2	5,023	340-451	6.8-9.0	-	-	-	205	16-28	7.8-13.7
หญิง	520	19-25	3.6-4.8	24	0-1	0-4.2	2,300	23-30	1.0-1.3	1,856	13-15	0.7-0.8	4,793	218-360	4.5-7.5	5	0	0
กลาง																		
ชาย	2,585	800-846	30.9-32.7	1,213	562-734	46.3-60.5	4,797	438-584	9.1-12.2	5,362	406-537	7.6-10.0	-	-	-	70	6-11	8.6-15.7
หญิง	1,431	67-83	4.7-5.8	113	7-13	6.2-11.5	4,024	43-57	1.1-1.4	2,371	19-22	0.8-0.9	7,761	373-610	4.8-7.9	83	1-2	1.2-2.4
ใต้																		
ชาย	795	248-263	31.2-33.1	534	216-287	40.4-53.7	1,117	90-120	8.1-10.7	1,295	94-124	7.3-9.6	-	-	-	306	26-42	8.5-13.7
หญิง	269	11-12	4.1-4.5	40	3-4	7.5-10.0	927	11-14	1.2-1.5	583	4-4	0.7-0.7	2,277	103-171	4.5-7.5	14	0	0

รูปที่ 2.3.1 สัดส่วนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราในปี พ.ศ. 2564 แยกตามกลุ่มอายุ ในเพศชาย (บน) และหญิง (ล่าง)



ข้อจำกัดในการใช้ข้อมูล

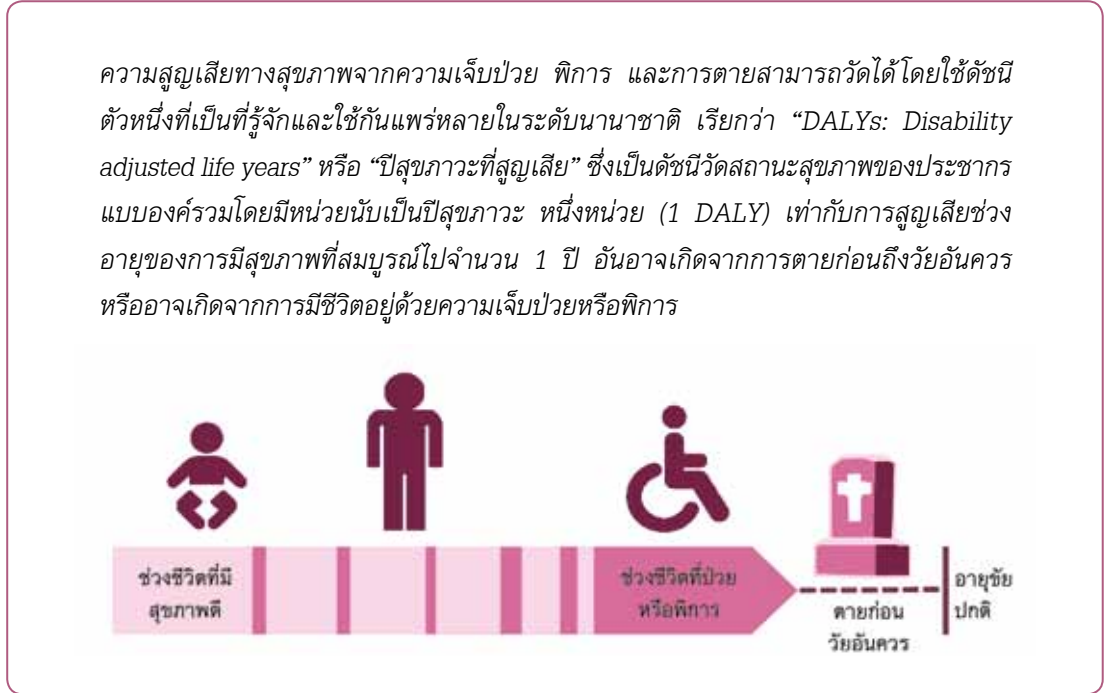
เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ข้อมูลความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งจากการดื่มสุรามาจากการศึกษาในประชากรในต่างประเทศ ซึ่งมีปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม และด้านชีววิทยาที่แตกต่างจากประชากรไทย การนำผลการศึกษาไปใช้จึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง ในอนาคตจึงควรมีการศึกษาถึงความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งจากการดื่มสุราในประชากรไทยเพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้องมากที่สุด

โดยสรุป การดื่มสุราเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย โดยคาดว่าจะ เป็นสาเหตุถึงร้อยละ 8.3-10.8 ของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่หกชนิดหลักที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านมในประชากรไทยในปี พ.ศ. 2564 โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งเต้านม ซึ่งการดื่มสุรามีสัดส่วนของการเป็นสาเหตุในการเกิดโรคมะเร็งสูงสุด เมื่อแยกตามกลุ่มวัย พบว่าเพศชายที่ดื่มสุราในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเพศหญิงที่ดื่มสุราในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งประเภทต่างๆ ใน 10 ปีต่อมาสูงที่สุด จึงถือเป็นกลุ่มวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา

2.4 การตายและการสูญเสียปีในชีวิตจากการตายก่อนวัยอันควรเนื่องจากการดื่มสุรา

จรรยาภรณ์ นนทารักษ์

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า มีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 75) โดยการเสียชีวิตเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตายร้อยละ 29 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 21 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 19 โรคติดเชื้อร้อยละ 13 และโรคมะเร็งร้อยละ 13 คิดโดยรวมเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมด¹² สำหรับในประเทศไทย การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาพที่ดี (Disability Adjusted life Year; DALY) ในผู้ชายไทยในรอบสิบปีที่ผ่านมา (ประมาณ 6.2 ล้านคน-ปีต่อปี)¹³



¹² World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization

¹³ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2558) รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับประเทศและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



บทความนี้เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546-2557 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 39,290 คนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นภูมิ จากประชากรไทยทั่วประเทศ¹⁴ โดยการติดตามจำนวนและสาเหตุการตายที่ระบุเป็นสาเหตุหลักอันดับหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จากฐานข้อมูลการตายของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งบันทึกรหัสสาเหตุ การตายรายโรคตาม ICD-10 จนถึงปี พ.ศ. 2559

โรคหรือการบาดเจ็บที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในที่นี่รวมถึง ภาวะที่เกิดจากการดื่มสุราโดยตรงทั้งหมด เช่น โรคติดสุรา/พิษสุราเรื้อรัง (alcohol dependence) โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากแอลกอฮอล์ (alcohol-induced pancreatitis) และโรคตับจากแอลกอฮอล์ (alcoholic liver diseases) ซึ่งภาวะเหล่านี้จะมีสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable fraction) เท่ากับ 1 และโรค/การบาดเจ็บที่มีสาเหตุบางส่วนเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งช่องปากและลำคอ มะเร็งเต้านม หัวใจล้มเหลว เลือดออกในทางเดินอาหาร เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค อุบัติเหตุจราจร ถูกไฟลวกไฟไหม้ ตกจากที่สูง อุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นต้น ภาวะในกลุ่มนี้จะมีสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันไป

ค่าสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์นี้สามารถคำนวณได้จาก สัดส่วนของประชากรที่สัมผัสกับ (ดื่ม) แอลกอฮอล์ในระดับต่างๆ กับอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตายหรือเจ็บป่วยในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์เทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่ม เช่น ในประเทศไทย โรคตับแข็ง (liver cirrhosis) มีสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายเท่ากับ 0.82 ในผู้หญิงเท่ากับ 0.27 มะเร็งในช่องปากมีสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายเท่ากับ 0.45 ในผู้หญิงเท่ากับ 0.26 และโรคเส้นเลือดในหลอดเลือดโป่งพองมีสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายเท่ากับ 0.73 ในผู้หญิงเท่ากับ 0.46 เป็นต้น

¹⁴ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

📌 ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 39,290 คนนี้ เมื่อติดตามไปจนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตไปแล้วจำนวนทั้งสิ้น 6,828 คน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 2,264 คน ที่ถูกระบุสาเหตุหลักของการเสียชีวิตด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (จำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งที่มีสาเหตุโดยตรงทั้งหมดจากการดื่มสุรา และโรค/การบาดเจ็บที่มีสาเหตุบางส่วนเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์)

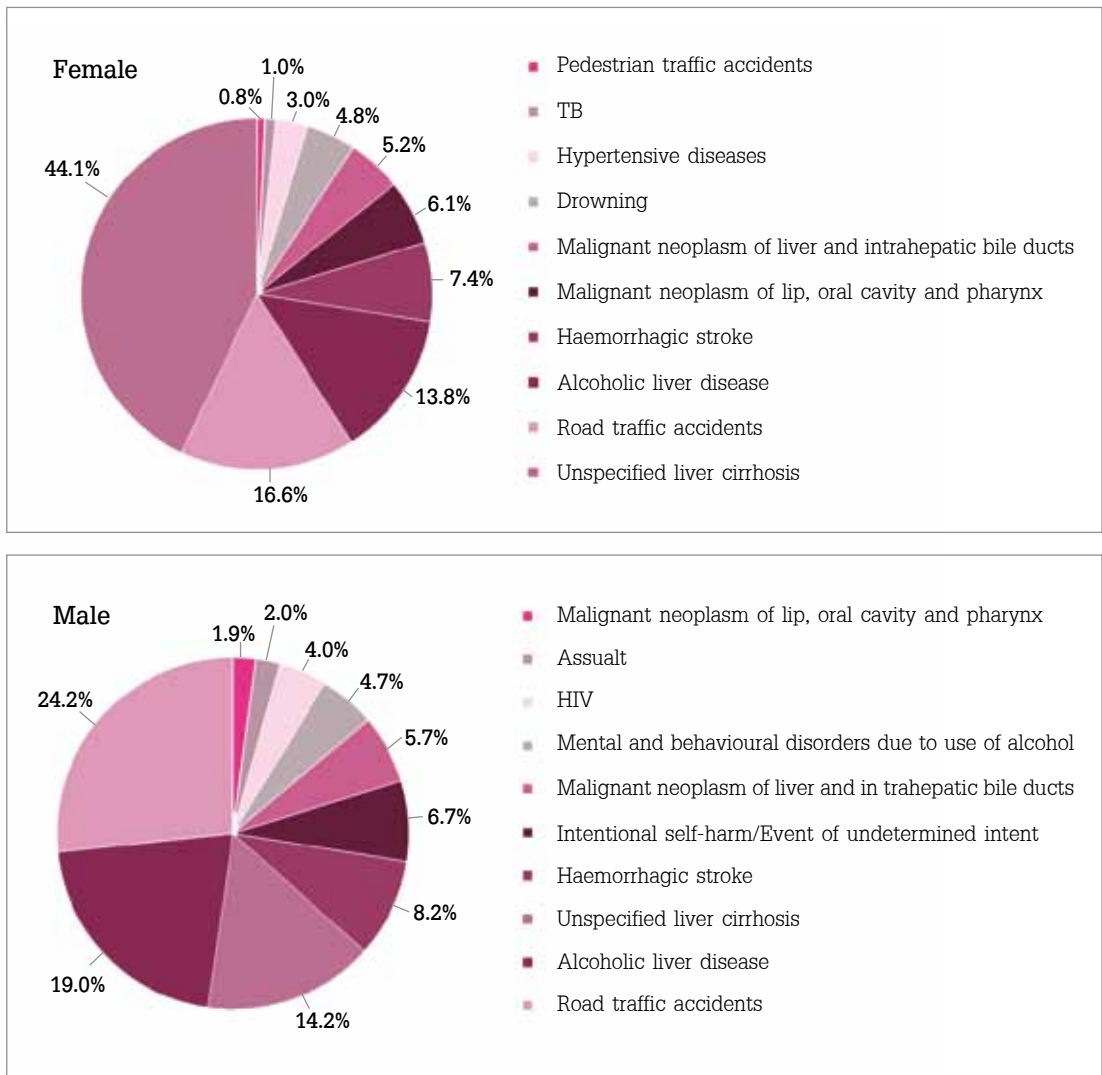
เมื่อประมาณค่าโดยใช้วิธีการทางสถิติ พบว่าในระยะเวลา 13 ปีนี้ (พ.ศ. 2546-2559) อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ทุกโรค (alcohol-attributable mortality rate) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 3 ผู้ชายมีอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 3.9 และร้อยละ 3.0 ตามลำดับ)

เมื่อปรับจำนวนการเสียชีวิตด้วยค่าสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์รายโรค (alcohol attributable fraction) ตามปริมาณการดื่ม และจำนวนประชากรรายปี จะประมาณได้ว่าประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 192,472 คน และประชากรหญิง 42,864 คน เสียชีวิตด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะเวลา 13 ปีดังกล่าว หรือประมาณ 17,000 รายต่อปี

สาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด 3 อันดับแรกในผู้ชาย คือ โรคตับ (รวมโรคตับจากแอลกอฮอล์ (alcoholic liver diseases) และโรคตับอื่นๆ (unspecified liver diseases) ร้อยละ 26) อุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 20) และโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (รวมโรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดสมองตีบแตก ฯลฯ ร้อยละ 19) ส่วนในผู้หญิง ได้แก่ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 26) โรคตับ (ร้อยละ 25) และมะเร็งของอวัยวะต่างๆ (ร้อยละ 19) (ตารางที่ 2.4.1)



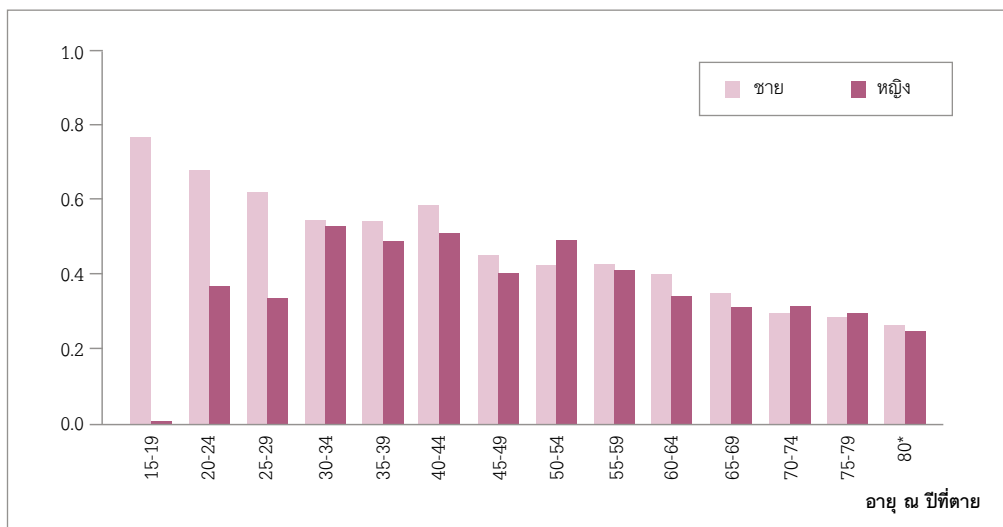
ตารางที่ 2.4.1 สัดส่วนของสาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่าง พ.ศ. 2546-2559



อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (รวมการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย) ในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้ชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้หญิง (7.9 ต่อ 1,000 ประชากรชาย และ 1.4 ต่อ 1,000 ประชากรหญิง)

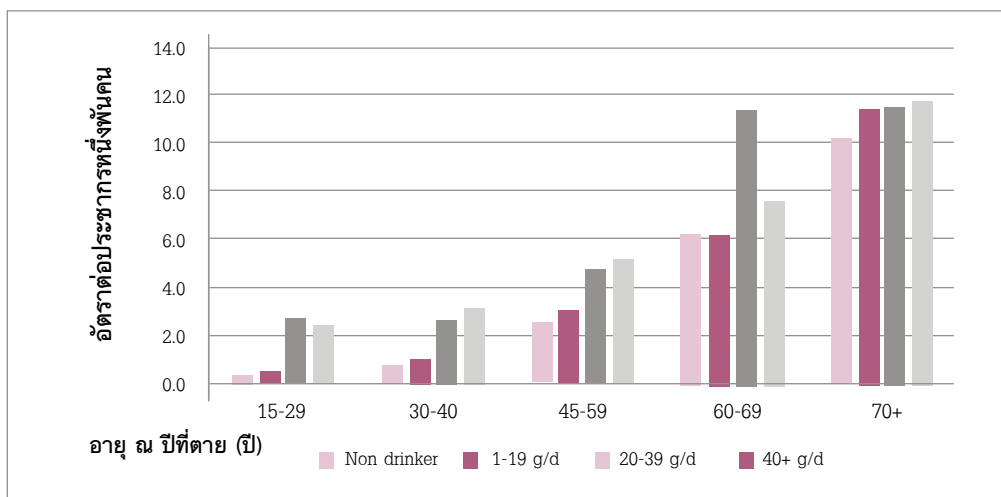
หากพิจารณาสัดส่วนการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-attributable death) เทียบกับการตายจากทุกสาเหตุ พบว่า วัยรุ่นผู้ชายอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด (ร้อยละ 75) รองลงมาคือ ผู้ชายอายุ 20-24 และ 25-29 ปี (ร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ) สำหรับผู้หญิง สัดส่วนการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สูงสุดในวัยกลางคน อายุ 30-44 ปี (ประมาณร้อยละ 50) ผู้ชายเกือบทุกวัยมีสัดส่วนการตายจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้หญิง (ภาพที่ 2.4.1)

ภาพที่ 2.4.1 สัดส่วนการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์เทียบกับจำนวนการตายทั้งหมดของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546-2559 จำแนกเพศและอายุ



เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายจากทุกสาเหตุตามปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ยิ่งดื่มปริมาณมากขึ้น (กรัมเอธานอลต่อวัน) อัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และเมื่อดูเฉพาะการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ก็พบว่า ถ้าดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทุก 20 กรัมเอธานอลต่อวัน อัตราตายจะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกกลุ่มอายุ (ภาพที่ 2.4.2)

ภาพที่ 2.4.2 อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน พ.ศ. 2546 ถึง 2559



การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร

ในระยะเวลา 13 ปีตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2559 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชาย เท่ากับ 28.5 ล้านปี และในผู้หญิง เท่ากับ 6.3 ล้านปี โดยเฉลี่ยประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ปีละประมาณ 2.6 ล้านปี ผู้ชายอายุ 35-44 ปีมีการสูญเสียปีสุขภาวะก่อนวัยอันควรต่อปีจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด (7.23 ล้านปี) ส่วนผู้หญิงอายุ 45-54 ปีมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด (1.50 ล้านปี)

อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง 4.8 เท่า (1,194.5 ปีสุขภาวะ และ 249.9 ปีสุขภาวะต่อประชากร 1,000 คน) และอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่อดื่มปริมาณมากขึ้น โดยประชากรไทยจะสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 40 ปีต่อคน เมื่อดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 40 กรัมเอทานอลต่อวัน

โดยสรุป การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรในประชากรไทย สาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร โรคตับจากแอลกอฮอล์ และโรคตับแข็ง การดื่มปริมาณมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มโอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า วัยรุ่นและวัยแรงงานมีสัดส่วนการเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอายุอื่น

การไม่ดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับประชากรไทย

2.5 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อธิป ตันอารีย์

การประเมินภาระทางสุขภาพจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง ส่งผลต่อความบกพร่องของความสามารถในการทำงานและการใช้ชีวิต และส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เช่น การสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญ จะทำให้ทราบขนาดของปัญหา เพื่อการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษา การรายงานภาระทางสุขภาพของโรคและการบาดเจ็บต่างๆ ซึ่งรวมถึงการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นการวัดในหน่วยของปีที่สูญเสียสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years; DALYs) ซึ่งเป็นผลรวมของจำนวนปีที่สูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to Premature Mortality; YLL) และจำนวนปีที่อยู่กับภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability; YLD) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบภาระโรคระหว่างโรคและการบาดเจ็บกลุ่มต่างๆ และแนวโน้มของภาระโรคในแต่ละช่วงเวลาได้

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

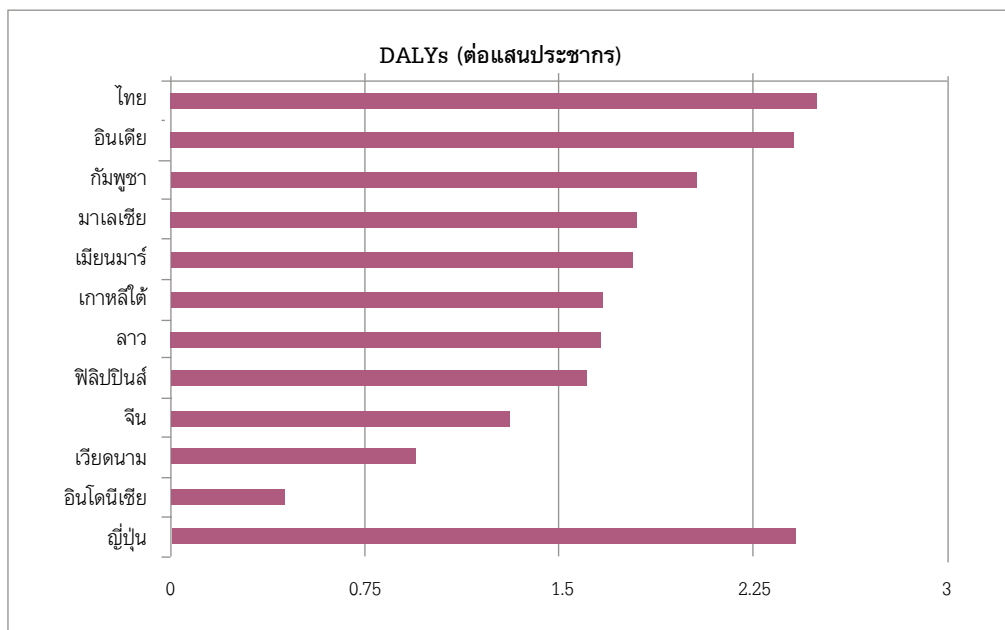
สถานการณ์ภาระโรคจากการดื่มสุราและโรคติดสุราในประเทศไทยและทั่วโลก

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ภาระโรค (global burden of disease; GBD) ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อให้เกิด DALYs ทั่วโลกทั้งหมด 17.6 ล้านปี (คิดเป็นร้อยละ 0.7 จาก DALYs รวมทุกโรค) โดยเป็นการสูญเสียจากการมีชีวิตอยู่กับภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) 13.8 ล้านปี เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น พบว่าการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อให้เกิด YLD สูงเป็นอันดับ 15 จากทุกโรค¹⁵

เมื่อเปรียบเทียบรายประเทศในทวีปเอเชีย พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีการสูญเสีย DALYs จากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงที่สุดเท่ากับ 2.5 ปีต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ อินเดีย และกัมพูชา ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่น อินโดนีเซีย และเวียดนามมีการสูญเสีย DALYs ต่ำที่สุด (ต่ำกว่าหนึ่งปีต่อแสนประชากร) (ภาพที่ 2.5.1)

¹⁵ Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown J, Carter A, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet 2016;388: 1603-58.

ภาพที่ 2.5.1 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประเทศในทวีปเอเชียในปี พ.ศ. 2559



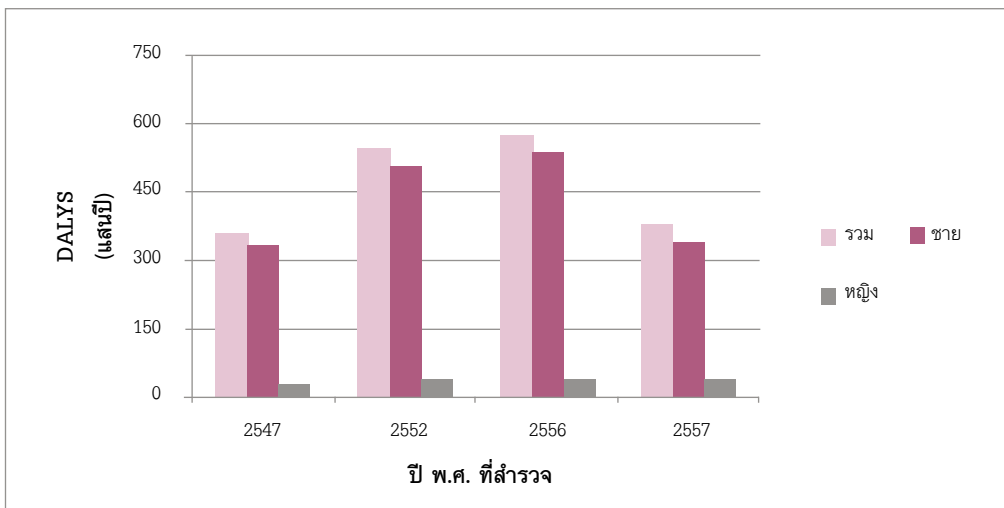
(ดัดแปลงจากข้อมูลของ the Oxford Martin Programme on Global Development โดย the University of Oxford: <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>)

สำหรับการศึกษาภาระโรคในประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ทุก 5 ปี จนถึงครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งพบว่า การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะใน ประชากรไทยทั้งสิ้น 434,248 ปี (คิดเป็นร้อยละ 3 ของ DALY ทั้งหมด) แบ่งเป็นการสูญเสียในเพศชาย 388,193 ปี และการสูญเสียในเพศหญิง 46,056 ปี ส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียจาก YLD ซึ่งคิดเป็น อันดับหนึ่งและอันดับ 12 ของ YLD จากทุกสาเหตุในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ¹⁶

¹⁶ Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown J, Carter A, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet 2016;388: 1603-58.

เมื่อดูแนวโน้มจากการสำรวจในแต่ละปี พบว่า DALYs จากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี พ.ศ. 2556 และลดลงในปี พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 2.5.2) โดยส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียในเพศชาย ซึ่งพบว่าจำนวนปีสุขภาวะที่เสียไปเนื่องจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 8 ถึง 14 เท่า แนวโน้มของ DALYs ที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น แหล่งข้อมูลที่ใช้ ระเบียบวิธีการคำนวณ DALYs ระบาดวิทยาของโรค และบริบททางสังคมตามช่วงสมัย โดยในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งพบว่าค่า DALYs จากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลงจากปี พ.ศ. 2552 ประมาณร้อยละ 30 อาจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลของนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือจากการเปลี่ยนแปลงแหล่งข้อมูลที่มีการใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่แม่นยำและละเอียดขึ้นซึ่งส่งผลให้ค่าอุบัติการณ์ของโรคลดลง

ภาพที่ 2.5.2 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย



(ดัดแปลงจากข้อมูลของ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

หมายเหตุ: ค่า DALYs ในปี พ.ศ. 2557 เป็นแบบคิดอัตราลดทอนเพื่อการเปรียบเทียบกับค่า DALYs ในปีอื่น

ระเบียบวิธีและตัววัดทางระบาดวิทยาที่ใช้ในการประมาณภาระโรคจากการดื่มสุราและการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ในการประมาณค่า DALYs ของการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตามการศึกษาของ GBD นั้น ได้มีการพัฒนาระเบียบวิธีการประมาณ DALYs เรื่อยมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 (รายงานในปี ค.ศ. 1993) โดยในการสำรวจล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการคำนวณ DALYs ของการเสพติด

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคในการคำนวณน้ำหนักความพิการที่ละเอียดขึ้น การปรับเปลี่ยนการคำนวณ YLD จากความชุกของโรค (prevalence YLD) แทนที่อุบัติการณ์ของโรค (incidence YLD) การไม่คิดอัตราลดทอนและค่าถ่วงน้ำหนัก

สำหรับการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทย ในรายงานครั้งล่าสุดนำเสนอโดยใช้ข้อมูลสถานการณ์โรคในปี พ.ศ. 2557 โดยคงระเบียบวิธีหลักเพื่อให้สามารถเทียบเคียงกับรายงานการศึกษาในประเทศครั้งก่อน ได้แก่ การคำนวณ YLD คำนวณจากสูตร incidence YLD และยังคงใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการตาม GBD 2000 และการศึกษาระบาดวิทยาของประเทศออสเตรเลีย อย่างไรก็ตามยังมีการปรับวิธีการบางอย่างตามวิธีการศึกษา GBD 2010 ได้แก่ การไม่ใช้อัตราลดทอน (discount rate) และไม่มีการถ่วงน้ำหนักตามอายุ และมีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลของอุบัติการณ์ของการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2556 ที่ใช้เครื่องมือวิจัยที่แม่นยำมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ที่จำเป็นในการประมาณการ DALYs เช่น ระยะเวลาที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ อัตรากาตาย และความเสียหายของชีวิตนั้นยังไม่มีมีการสำรวจในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัววัดบางอย่างที่ใช้ในการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทยอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลที่อาจไม่ทันสมัยและไม่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย เช่น น้ำหนักความพิการ ที่อ้างอิงจากการศึกษาของประเทศออสเตรเลียที่มีบริบททางสังคม รวมถึงความชุกของการดื่มสุราที่แตกต่างออกไป จึงถือเป็นช่องว่างที่ควรมีการศึกษาตัววัดดังกล่าวในประชากรไทยต่อไป เพื่อให้เป็นมาตรฐานและสามารถเปรียบเทียบกับค่า DALYs ในการสำรวจครั้งต่อไป ทั้งนี้ในปัจจุบันที่ยังไม่มีการศึกษาตัววัดเหล่านี้ในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีการอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลบางอย่างจากต่างประเทศที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยมากที่สุด

โดยสรุป การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ โดยพบว่าในประเทศไทย การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดมีสัดส่วนที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลจากการศึกษาทั่วโลก โดยส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียปีสุขภาวะบกพร่องทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทย โดยเฉพาะการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ใช้ระเบียบวิธีการประมาณการโรคที่แตกต่างจากการศึกษา GBD อีกทั้งยังมีการปรับเปลี่ยนแหล่งข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ประมาณอุบัติการณ์ และระเบียบวิธีการบางอย่างที่แตกต่างกันในการสำรวจแต่ละครั้ง จึงควรแปรผลการศึกษาด้วยความระมัดระวัง ช่องว่างในการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ การขาดข้อมูลตัววัดทางระบาดวิทยาที่จำเป็นในการประมาณการโรคที่ศึกษาในประชากรไทยโดยเฉพาะ ซึ่งจะทำให้การประมาณการโรคในประเทศไทยมีความถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยมากที่สุด

2.6 การดื่มสุรากับพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน

สาวิตรี อัจฉนาภรณ์ชัย

สุราและยาสูบมักเป็น “ด่านแรก” (gateway drugs) ที่ผู้ใช้สารเสพติดมักจะผ่านก่อนที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมายชนิดอื่น มีทฤษฎีและองค์ความรู้มากมายที่กล่าวถึงบทบาทของการเป็น “สารด่านแรก” ของสารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น สุราและยาสูบ และเส้นทางการใช้ต่อไปที่มักจะต่อยอดด้วยสารชนิด “อ่อน” เช่นกัญชา หรือสารชนิดอื่นที่หาได้ง่าย และผู้ใช้คิดว่ามีอันตรายน้อย (ตัวอย่างในประเทศไทย จะเป็นการใช้สารผสมน้ำกระท่อม หรือที่เรียกกันว่า “สี่คูณร้อย”) และพัฒนาเป็นการใช้สารชนิดรุนแรง เช่น สารกลุ่มเมทาแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์) หรือเฮโรอีน ต่อไป หากอิงตามทฤษฎีนี้ การป้องกันไม่ให้เกิดและเยาวชนเริ่มต้นใช้สุราหรือยาสูบก็จะเป็นการ “ตัดไฟแต่ต้นลม” หรือเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดและเยาวชนก้าวต่อไปใช้สารเสพติดผิดกฎหมายชนิดอื่นในครรลองชีวิตต่อไป

เยาวชนส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นใช้สุราและยาสูบเป็นสารเสพติดชนิดแรกในชีวิต พฤติกรรมการใช้สุราและยาสูบมักจะเกิดขึ้นร่วมกัน โดยเรามักจะพบเสมอว่า ผู้ที่ดื่มสุราก็มักจะสูบบุหรี่ด้วย หรือผู้ที่สูบบุหรี่ก็มักจะดื่มสุราเช่นกัน และการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรามีความสัมพันธ์หรือเกิดขึ้นร่วมกัน (cluster) กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ เช่น การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย การต่อสู้ทะเลาะวิวาท ขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบมากมายตามมา ได้แก่ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ปัญหาทางการเรียนและการทำงาน ปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางกฎหมาย และปัญหาทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ เยาวชนที่เคยทั้งดื่มสุราและสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าความคิดฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นกว่าเยาวชนที่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว¹⁷ ปรากฏการณ์เหล่านี้สามารถจะอธิบายได้ตามหลักทฤษฎีที่ว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเหล่านี้ทำหน้าที่เดียวกันในพัฒนาการทางสังคมและจิตใจของเด็กและเยาวชน หรือพฤติกรรมเหล่านี้เป็นการแสดงออกของปัจจัยบ่งชี้ภายในที่คล้ายคลึงกันหรือจากปัจจัยร่วมกันก็ได้¹⁸

¹⁷ Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF. Drinking-smoking status and health risk behaviors among high school students in Thailand. J Drug Educ. 2012;42(2):177-93.

¹⁸ Huang, D. Y., Lanza, H. I., Murphy, D. A., & Hser, Y. I. (2012). Parallel development of risk behaviors in adolescence: potential pathways to co-occurrence. International Journal of Behavioral Development, 36, 247-257.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health, 12, 597-605.



🌐 ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

ปัญหาการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเยาวชนไทย

จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาจากโรงเรียนสายสามัญศึกษา 117 แห่ง และโรงเรียนสายอาชีวศึกษา 79 แห่งทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวนนักเรียน 38,535 คน อายุระหว่าง 11-25 ปี พบความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเยาวชนไทยดังแสดงในภาพที่ 2.6.1

ภาพที่ 2.6.1 ความชุกของการดื่มสุรา ใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเยาวชนไทย พ.ศ. 2559



เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจจะระหว่างปี พ.ศ. 2550, 2552 และ 2559 พบว่า ความชุก ของการดื่มสุราในนักเรียนชายลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2559 แต่ความชุกดังกล่าวกลับสูงขึ้นในนักเรียนหญิง ส่วนการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น กัญชา กระช่อม ยาบ้า สารระเหย ไอซ์ ผีน และยาอี/ยาเลฟมีแวนโน้มลดลงทั้งในนักเรียนชายและหญิง ในปี พ.ศ. 2559 ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชนิดอื่นๆ พบว่า พฤติกรรมการขับขียานพาหนะหลังดื่มสุราเพิ่มขึ้นในนักเรียนหญิงแต่ลดลงเล็กน้อยในนักเรียนชาย ส่วนพฤติกรรมการพกพาอาวุธ และการชกต่อยทะเลาะวิวาท มีแนวโน้มลดลง

ทั้งในนักเรียนชายและหญิง แต่การใช้สุราหรือสารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อยทั้งในนักเรียนชายและหญิง นอกจากนี้ ความชุกของการมีภาวะซึมเศร้าก่อนข้างลดลงในปี พ.ศ. 2559 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 แต่พอๆ กับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ส่วนความคิดฆ่าตัวตายหรือการวางแผนฆ่าตัวตาย มีความชุกพอๆ กันในทั้งสามปี¹⁹

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุราและยาสูบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ

จากผลการสำรวจของนักเรียนมัธยมศึกษาในปี พ.ศ. 2559 นี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

- เยาวชนที่เคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมายร้อยละ 52 เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ด้วย
- เยาวชนที่เคยดื่มสุรามีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย 1.62 (95% CI: 1.51, 1.75) เท่า และเยาวชนที่เคยสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย 2.11 (95% CI: 1.80, 2.47) เท่าของเยาวชนที่ไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่
- เยาวชนที่เคยทั้งดื่มสุราและสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติด 2.91 (95% CI 2.65, 3.21) เท่าของเยาวชนที่ไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

นอกจากนี้ เราสามารถวิเคราะห์ให้เห็นว่า นักเรียนที่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา มีความเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชนิดอื่น ซึ่งรวมทั้งการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย อันควรหรือเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย การต่อสู้ทะเลาะวิวาท ขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มสุราหรือใช้ สารเสพติด ความรู้สึกซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มมากขึ้นกว่าเยาวชน ที่ไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ และเยาวชนที่ทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมดังกล่าว มากกว่าเยาวชนที่ไม่เคยดื่มและไม่เคยสูบ หรือเยาวชนที่ดื่มหรือสูบเพียงอย่างเดียว ดังแสดงในภาพที่ 2.6.2 ซึ่งจะเห็นว่า

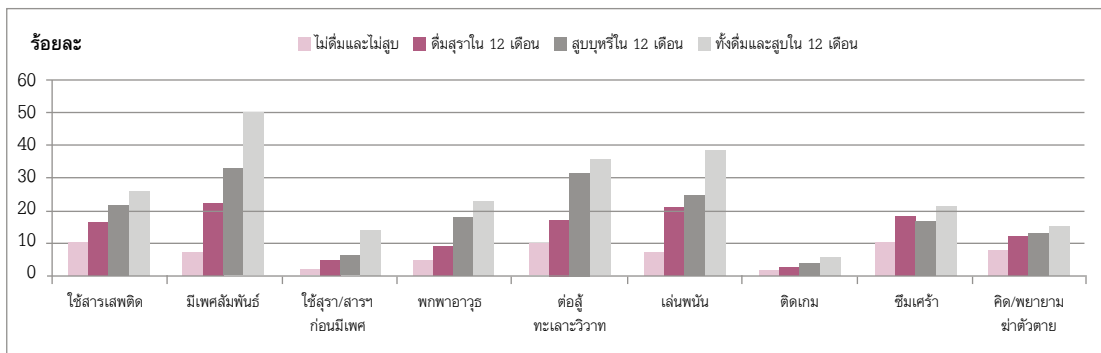
¹⁹ สาวิตรี อัมผางค์กรชัย, อโนชา หมักทอง, ถนอมศรี อินทนนท์. รายงานผลโครงการวิจัยการเฝ้าระวังพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2550. สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัยและระบบข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2551.

สาวิตรี อัมผางค์กรชัย, อโนชา หมักทอง, นิศานต์ สำอางศรี, อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์. การเฝ้าระวัง พฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย - ผล การสำรวจในปี 2552. สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553.

สุชาติดา ภัยหลีกส์, กนิษฐา ไทยกล้า, ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, ศยามล เจริญรัตน์, นพพร ตันติรังสี, อังคณา ชินเดช, et al. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในประเทศไทย - ผลการสำรวจในปี 2558. สงขลา: แผนงานงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2559.

- อัตราความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงทุกชนิดในเยาวชนที่ดื่มสุราแต่ไม่สูบบุหรี่จะสูงกว่าความชุกของพฤติกรรมนั้นในเยาวชนที่ไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่ ความชุกของพฤติกรรมเดียวกันในเยาวชนที่สูบบุหรี่จะสูงกว่าในเยาวชนที่ดื่มสุรากับสูงกว่าในเยาวชนที่ไม่ดื่มไม่สูบบุหรี่ และความชุกของพฤติกรรมนั้นในเยาวชนที่ทั้งดื่มสุราและสูบบุหรี่จะสูงที่สุด

ภาพที่ 2.6.2 ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุราและ/หรือสูบบุหรี่ใน 12 เดือนที่ผ่านมาของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2559



- เมื่อพิจารณาเป็นโอกาสเสี่ยงที่เยาวชนจะมีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ละชนิด ก็จะเห็นว่าโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นอีกเป็นเท่าตัวหากเยาวชนดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือทั้งดื่มและสูบบุหรี่ เมื่อเทียบกับเยาวชนที่ไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่เลย ยกตัวอย่างเช่น เยาวชนชายที่ดื่มสุราอย่างเดียวจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมายรวมด้วย 1.4 เท่า เยาวชนชายที่สูบบุหรี่อย่างเดียวมีโอกาสเสี่ยง 2.0 เท่า แต่เยาวชนชายที่ทั้งดื่มและสูบบุหรี่ จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดรวมด้วยเพิ่มเป็น 2.7 เท่าของเยาวชนที่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่เลย ในเยาวชนหญิงก็เช่นกัน แต่โอกาสเสี่ยงที่เยาวชนหญิงที่ทั้งดื่มและสูบบุหรี่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมายรวมด้วยเพิ่มขึ้นสูงถึง 3.4 เท่าของเยาวชนหญิงที่ไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่

🌐 การจัดการปัญหาการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน

จากโครงการวิจัยในเยาวชนไทยหลายโครงการที่ดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2558-2559 สะท้อนภาพข้อเท็จจริงในประเทศไทยว่า พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนรวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นผลลัพธ์และเป็นภาพสะท้อนปัญหาครอบครัว และสภาพเศรษฐกิจสังคมของประเทศ ซึ่งในขณะเดียวกันยังเป็นปัจจัยที่ทำให้สภาพครอบครัว เศรษฐกิจสังคมของประเทศแย่ลงด้วย เสมือนเป็นวงจรอุบาทว์ที่ในที่สุดจะแย่ลงไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไข ดังนั้นการทำงานกับวัยรุ่นและเยาวชนในการลดพฤติกรรมเสี่ยง จะมุ่งเน้นทำงานด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียวไม่ได้ และจะมุ่งควบคุมปัญหาพฤติกรรมปลายเหตุเป็นหลักก็จะไม่เป็นการแก้ไขปัญหอย่างแท้จริง และยั่งยืน²⁰

²⁰ รัศมี สังข์ทอง. วิถีชีวิตเยาวชนไทย ใครช่วยได้ บทสังเคราะห์จากงานวิจัยระดับชาติวิทยา พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนไทย. สงขลา: แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด หน่วยระดับชาติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2560



2.7 ผลกระทบจากดื่มสุราของผู้อื่น

อรรถัย วลีวงศ์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือผลกระทบต่างๆ โดยตรงต่อของตัวผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเชิงลบด้านอื่นๆ ต่อไปถึงบุคคลและสังคมที่อยู่รอบข้างตัวผู้ดื่ม ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมอีกด้วย ในทางวิชาการมีการเรียกผลกระทบในมิติเหล่านี้ว่า “ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (ภัยเหล้ามือสอง)” (Alcohol’s harm to others) เช่นเดียวกับการเรียกคั่นบุหรีมือสอง ที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ก็ได้รับผลเสียไปด้วยหากได้รับหรือสัมผัสคั่นบุหรีเข้าไป ผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์อาจเริ่มตั้งแต่บุคคลในครอบครัวของผู้ดื่ม เช่น ลูกหลาน สามี/ภรรยา พี่น้อง พ่อ แม่ ญาติ หรืออาจเป็นบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดีกับผู้ดื่ม เช่น เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนในชุมชนเดียวกัน ไปจนถึงเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักกับผู้ดื่ม

ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อผู้อื่นนั้นส่งผลกระทบเป็นวงกว้างและสร้างปัญหาหรือภาระแก่ผู้อื่นได้หลากหลายเหตุการณ์ ทั้งผลกระทบระยะสั้นและระยะยาว หลายระดับความรุนแรงตั้งแต่ ผลกระทบต่อจิตใจ การสร้างความเดือดร้อนรำคาญใจ ผลกระทบทางด้านสัมพันธภาพ ผลกระทบทางการเงินและความสูญเสียของทรัพย์สิน จนถึงผลกระทบทางร่างกายและทางเพศ การทำร้ายร่างกายและการเสียชีวิต เหตุการณ์ผลกระทบเหล่านี้ท้ายที่สุดคือการเชื่อมโยงไปถึงความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของสังคม

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

สถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อผู้อื่นในภาพรวมของประเทศไทย

ข้อมูลจากงานวิจัยผลการสำรวจประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,695 คน เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553²¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79 ระบุว่าเคยได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในมิติใดมิติหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา และหากแบ่งกลุ่มตามประเภทผลกระทบเป็นสี่กลุ่มใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับ “ผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกไม่ปลอดภัย” (ร้อยละ 76.8) ตามด้วย “ผลกระทบทางสังคมและผลต่อการดำเนินชีวิต” (ร้อยละ 42.0), “ผลกระทบทางการเงินและการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์” (ร้อยละ 22.6) และ “ผลกระทบทางร่างกายและทางเพศ” (ร้อยละ 6.2) (ภาพที่ 2.7.1)

²¹ Waleewong, O., Jankhotkaew, J., Thamarangsi, T. & Chaiyasong, S. (2017), Prevalence of harm from others' alcohol drinking and the relationships with demographics and the respondents' drinking behaviors in Thailand, *Journal of Substance Abuse*, 22(6): 605-611. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14659891.2017.1283451>

ภาพที่ 2.7.1 ความชุกของผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นในประเทศไทย พ.ศ. 2553

76.8% ของคนไทยได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกไม่ปลอดภัย*

- ร้อยละ 38.3 เคยรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในสถานที่สาธารณะเพราะการดื่มของคนแปลกหน้า*
- ร้อยละ 37.8 เคยรู้สึกไม่สบายใจ (ไม่สบายแม้แต่จะมอง) เนื่องจากการดื่มของคนในครอบครัว/เพื่อน
- ร้อยละ 33.2 เคยรู้สึกหวาดกลัว เมื่อต้องเผชิญหน้ากับคนแปลกหน้าที่ดื่มตามถนน/ในสถานที่สาธารณะต่างๆ*
- ร้อยละ 31.2 เคยต้องตื่นขึ้นกลางดึก/นอนไม่หลับ เพราะเสียงดังรบกวนจากวงสุรา/ผู้มีเมาบริเวณบ้านหรือในชุมชน*
- ร้อยละ 29.3 เคยถูกคนที่ดื่มทั้งรู้จักและไม่รู้จัก พุดจาหยาบคายใส่
- ร้อยละ 24.7 เคยรู้สึกเสียใจ/รู้สึกว่าคุณถูกเพิกเฉย เนื่องจากการดื่มของคนในครอบครัว/เพื่อน
- ร้อยละ 22.8 เคยโดยสารหรือนั่งรถไปกับคนขับรถที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก
- ร้อยละ 15.8 เคยถูกรบกวน/ถูกก่อกวนโดยคนที่ดื่ม/เมา ในระหว่างงานเลี้ยงหรือในสถานที่ส่วนบุคคล
- ร้อยละ 14.6 เคยถูกรบกวน/คุกคามตามท้องถนน/ในสถานที่สาธารณะต่างๆ จากคนแปลกหน้าที่ดื่ม*
- ร้อยละ 8.9 เคยรู้สึกว่าถูกข่มขู่ หรือ รู้สึกกลัวคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ในบ้านตนเองหรือในสถานที่ส่วนบุคคล*
- ร้อยละ 4.1 เคยต้องออกจากบ้านโดยไม่ทันอะไรเลย เพราะการดื่ม/เมาของคนในบ้าน

42.0% ของคนไทยได้รับผลกระทบทางสังคมและผลต่อการดำเนินชีวิต

- ร้อยละ 28.9 คนในครอบครัว/เพื่อนไม่ทำงานที่ได้รับมอบหมายได้เพราะการดื่ม/เมาของพวกเขา
- ร้อยละ 22.4 การดื่มของคนในครอบครัว/เพื่อน ทำให้งานสังคมต่างๆ ที่คุณเข้าร่วมหมดสนุกหรือเกิดปัญหา
- ร้อยละ 10.0 เคยมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน หรือ เพื่อนบ้าน เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ของพวกเขา
- ร้อยละ 8.8 เคยมีปัญหาครอบครัว หรือ ปัญหาชีวิตซมรม เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนอื่น
- ร้อยละ 5.4 คนในบ้านไม่ยอมทำงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ เพราะการดื่ม/เมา
- ร้อยละ 4.7 เคยต้องหลีกเลี่ยงไม่พบปะเพื่อน/ญาติพี่น้อง เพราะรู้สึกอายถึงพฤติกรรมกาารดื่มของคนในบ้าน
- ร้อยละ 2.3 เคยต้องหนีออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่น เพราะการดื่ม/เมาของคนในบ้าน

22.6% ของคนไทยได้รับผลกระทบทางการเงินและการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์

- ☑ ร้อยละ 11.2 เคยมีปัญหาทางการเงิน (เช่น ไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในสิ่งจำเป็น) เนื่องจากการตีตัวของคนอื่น
- ☑ ร้อยละ 5.2 เคยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการตีตัวของคนอื่น (เช่น เป็นผู้โดยสารเป็นคู่กรณีได้รับลูกหลง บาดเจ็บหรือทรัพย์สินเสียหาย)
- ☑ ร้อยละ 5.1 บ้าน รถ หรือทรัพย์สินต่างๆ เคยได้รับความเสียหายเพราะการตีตัวของคนอื่น
- ☑ ร้อยละ 4.7 เคยต้องหยุด/ขาด/ลางาน (หรือหยุดเรียน) เพราะได้รับอันตรายหรือผลกระทบจากการตีตัวของคนอื่น
- ☑ ร้อยละ 3.8 เคยถูกคนที่ตีแอลลกอฮอล์ คุกคาม/ทำลายข้าวของ
- ☑ ร้อยละ 3.4 เคยมีเงินไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในบ้าน เนื่องจากการตีของคนในบ้าน
- ☑ ร้อยละ 2.4 คนในบ้าน/เพื่อน เคยขโมยเงิน หรือ ของมีค่าของคุณ เพราะการตี/เมา

6.2% ของคนไทยได้รับผลกระทบทางร่างกายหรือทางเพศ

- ☑ ร้อยละ 4.9 เคยถูกคนที่ตีแอลลกอฮอล์ ผลัก
- ☑ ร้อยละ 2.4 เคยถูก/โดนคนที่ตีแอลลกอฮอล์ ทำร้ายร่างกาย
- ☑ ร้อยละ 0.8 เคยถูกบังคับ หรือ กดขี่ทางเพศ เนื่องจากการตีของคนในครอบครัว/เพื่อน

จากข้อมูลโครงการสำรวจการได้รับผลกระทบจากการตีสุราของผู้อื่นในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ในความดูแล จำนวน 937 คน²² ร้อยละ 24.6 รายงานว่าเด็กที่ตนดูแลอยู่ได้รับผลกระทบจากการตีสุราของคนอื่น อย่างไม่อย่างหนึ่ง ได้แก่ “การได้รับผลกระทบความรุนแรงโดยตรงจากคนตี” ร้อยละ 9.5 (ได้แก่ การถูกดูตัวอย่างรุนแรง (ร้อยละ 7.4), การถูกทอดทิ้ง/ถูกละเลยให้อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 3.5) หรือการถูกตี/ทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 1.7)) ตามด้วย “การที่เด็กต้องอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงและไม่เหมาะสม” ร้อยละ 10.7 (ได้แก่ เด็กเคยอยู่ในเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 7.4) หรือ การที่มีเงินไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กภายใต้การดูแล (ร้อยละ 5.2)) และเด็กที่ดูแลเคยไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 0.1

²² อรทัย วลีวงศ์ และคณะ (2558), รายงานโครงการศึกษาวิจัย การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ตีในประเทศไทย (ระยะที่ 1), ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา <http://goo.gl/ufDaoB>

๑๖ สถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มสุราของเพื่อนร่วมงาน

จากข้อมูลของโครงการสำรวจเดียวกันนี้ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรที่เป็นคนทำงานที่มีเพื่อนร่วมงานจำนวน 792 คน พบว่า มีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของเพื่อนร่วมงาน ซึ่งหมายรวมถึงเจ้านาย หรือลูกน้องด้วยอย่างน้อยเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ร้อยละ 31.7 (โดยมีร้อยละ 18.8 ที่รายงานว่าจะต้องทำงานแทนเพื่อนร่วมงานที่ดื่มและขาดงาน ร้อยละ 18.1 รายงานว่าประสิทธิภาพในการทำงานหรือผลผลิตจากการทำงานลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากเพื่อนร่วมงานที่ดื่ม ร้อยละ 10.1 รายงานว่าพวกเขาต้องทำงานนอกเวลาเพิ่มเติมเนื่องจากได้รับผลกระทบจากการดื่มของเพื่อนร่วมงาน และร้อยละ 5.7 รายงานว่าได้เข้าไปเกี่ยวข้องอุบัติเหตุในที่ทำงานที่เกิดการดื่มของเพื่อนร่วมงาน)

๑๗ สถานการณ์ผลกระทบด้านภาระหน้าที่และการต้องดูแลผู้ดื่มสุรา

การต้องดูแลผู้ดื่ม ถือว่าเป็นผลกระทบรูปแบบหนึ่งของการดื่มสุราต่อคนรอบข้างคนดื่ม จากข้อมูลโครงการสำรวจการได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในประเทศไทยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.6 เคยต้องทำความสะอาด (บ้าน) หลังจากการดื่มสุราของคนในครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 19.8 เคยต้องดูแลคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่ดื่มสุรา และร้อยละ 4.7 เคยต้องดูแลเด็กหรือคนอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เพราะการดื่มของคนในครอบครัว/เพื่อน

๑๘ การขอความช่วยเหลือหรือใช้บริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของผู้ได้รับผลกระทบ

คนที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของบุคคลอื่นจำเป็นต้องไปขอความช่วยเหลือหรือใช้บริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากข้อมูลโครงการสำรวจนี้พบว่า ร้อยละ 6.9 เคยต้องไปขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้นำชุมชน เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำศาสนา หรือหน่วยบริการอื่นๆ (ที่ไม่เป็นทางการ) ร้อยละ 5.3 เคยต้องโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากตำรวจ ร้อยละ 2.5 เคยต้องไปพบแพทย์ พยาบาลที่สถานบริการสุขภาพต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก สถานี อนามัย (รวมถึงไปซื้อยาเพื่อรักษาตัวเองที่ร้านขายยา) และร้อยละ 1.4 เคยต้องไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของคนอื่น

๑๙ แนวทางการจัดการปัญหาผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่น

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่น ชี้ให้เห็นว่า ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกหลายอย่างที่ซ่อนอยู่ในสังคม โดยเฉพาะปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นภายในรั้วบ้านจากการดื่มของสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดื่มของสามีภรรยา พ่อแม่ ญาติพี่น้อง หรือ ลูกหลาน ตั้งแต่ ผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบทางการดำเนินเงิน ผลกระทบทางด้านสัมพันธภาพ ผลกระทบทางสังคมและการดำเนินชีวิต ไปจนถึงผลกระทบทางร่างกายและทางเพศซึ่งถือว่ามีผลกระทบรุนแรงมาก โดยเฉพาะการใช้ความรุนแรง

ต่อสตรีและเด็ก ข้อมูลเหล่านี้ยืนยันได้ว่า **“การดื่มสุรานั้นไม่ใช่สิทธิส่วนบุคคลเสมอไป”** และเมื่อการดื่มส่งผลกระทบต่อผู้อื่นที่มากมายขนาดนี้ รัฐและสังคมมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเข้าไปควบคุมและจัดการวงจรการเกิดปัญหาเหล่านี้ โดยเฉพาะเพื่อการปกป้องสิทธิของคนในสังคมและให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่เปราะบางหรือเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบเหล่านี้สอง เช่น เด็ก สตรี และประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐกิจสถานะทางสังคมต่ำ ผ่านกฎหมายและมาตรการต่างๆ ในทุกระดับทั้งระดับประเทศ ระดับชุมชน และมาตรการในระดับครอบครัว ผ่านกลไกการจัดการปัญหาที่หลากหลาย

- สังคมไทยต้องการ **“นโยบายและมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคและการลดปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้มแข็งและมีประสิทธิผล”** ทั้งเพื่อป้องกันและการลดความรุนแรงของปัญหาผลกระทบจากการดื่มสุราที่เกิดต่อทั้งตัวผู้ดื่มและผู้อื่น ซึ่งไม่ควรจำกัดเฉพาะแค่การจัดการรายเหตุการณ์ปัญหา เช่น การกำหนดบทลงโทษต่อผู้ดื่มที่กระทำผิด แต่ควรให้ความสำคัญกับนโยบายและมาตรการที่เข้าไปจัดการที่ปัจจัยด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยต้นเหตุ มุ่งเป้าให้ครอบคลุมไปถึงการควบคุมการบริโภคของคนในสังคม การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งล้วนแต่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการเรียกร้องไปยังผู้ผลิตและจำหน่ายให้การเข้ามารับผิดชอบต่อปัญหาเหล่านี้ด้วย
- หากมองในมิติการช่วยเหลือเยียวยาเหยื่อหรือผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่น สังคมและรัฐควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบด้วย ทั้งหน่วยงานที่ให้บริการทางสุขภาพ หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม หน่วยงานด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับการบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมด้วย



Facts and Figures

Alcohol in Thailand 2016-2018

การรับรู้ ความคิดเห็น ทัศนคติของประชาชน

- 3.1 ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2560-2561
- 3.2 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทย
ต่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2561
- 3.3 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทย
ต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 3.4 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทย
ต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.1 ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2560-2561 — อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว —

ความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนไทยต่อการดื่มสุราก็เป็นหนึ่งในข้อมูลสำคัญสำหรับนักวิชาการ ภาคประชาสังคม และผู้กำหนดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการออกมาตรการบังคับใช้กฎหมาย หรือการรณรงค์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นจะทำได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนจากประชาชนทั่วไป

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้สนับสนุนการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนไทย (Alcohol Poll) ในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 การสำรวจในปี พ.ศ. 2560 จัดทำภายใต้โครงการ “การทำโพลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Poll) ต่อข้อกังวลของสาธารณชน (public concern) และพฤติกรรมเครื่องดื่ม การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย” ซึ่งทำการสำรวจโดยสำนักวิจัยซูเปอร์โพล¹ และในปี พ.ศ. 2561 จัดทำภายใต้โครงการ “สำรวจการเตรียมพร้อมก่อนรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา” ทำการสำรวจโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ซึ่งมีข้อคำถามที่แตกต่างกันเล็กน้อย²

การสำรวจในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 5,407 คน จาก 5 ภูมิภาค (กรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 9.1 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 3,910 คน จาก 5 ภูมิภาคเช่นกัน ร้อยละ 52.5 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 7.5 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

จากการเปรียบเทียบข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 พบว่า ผลกระทบทางสุขภาพที่ประชาชนทั่วไปมีความเห็นที่ค่อนข้างคงที่ คือ การดื่มสุราก็ทำให้เกิดโรคตับแข็ง ส่วนข้อความที่ว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งนั้น สัดส่วนของผู้เห็นด้วยลดลงเกือบร้อยละ 20 และข้อความที่ว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เกิดโรค

¹ นพดล กรรณิกา. การทำโพลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Poll) ต่อข้อกังวลของสาธารณชน (Public Concern) และพฤติกรรมเครื่องดื่ม การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยซูเปอร์โพล; 2560.

² ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. การสำรวจการเตรียมพร้อมก่อนรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ; 2561.

หัวใจนั้นสัดส่วนของผู้เห็นด้วยเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 50 (ตารางที่ 3.1.1) การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนที่ค่อนข้างมากดังกล่าวอาจจะมีสาเหตุมาจากข้อคำถามที่แตกต่างกัน หรือการได้รับสารผ่านสื่อต่างๆ ในระหว่างปี จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่า ผู้ที่ทำการรณรงค์เพื่อลดการดื่มสุราคงจะสื่อสารแก่ประชาชนทั่วไปให้ชัดเจนว่า การดื่มสุรานั้นเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ในภาพรวมของประชากร ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และโดยเฉพาะจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อดื่มปริมาณมากขึ้น และระดับของการดื่มสุราที่ทำให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพน้อยที่สุดก็คือการไม่ดื่มเลย³

ตารางที่ 3.1.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561

ความคิดเห็น	เห็นด้วย (ร้อยละ)		การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
	ปี พ.ศ. 2560	ปี พ.ศ. 2561	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคตับแข็ง	88.6	89.7	+ 1.1
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	89.1	71.3	- 17.8
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคหัวใจ	28.6	75.0	+ 46.4

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มี 2 มาตรการที่ถูกบรรจุในข้อคำถามของการสำรวจทั้ง 2 ปี คือ การใช้มาตรการทางภาษีและราคา และการห้ามโฆษณา โดยที่ทั้ง 2 มาตรการมีสัดส่วนของประชาชนที่เห็นด้วยเพิ่มขึ้นทั้งคู่ (ตารางที่ 3.1.2) แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่มากนัก

ตารางที่ 3.1.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561

มาตรการ	เห็นด้วย (ร้อยละ)		การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
	ปี พ.ศ. 2560	ปี พ.ศ. 2561	
การกำหนดราคาและภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้สูงขึ้น	66.5	67.0	+ 0.5
การห้ามโฆษณา	78.2	84.4	+ 6.2

³ Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;392(10152):1015-35.

นอกจากนี้จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 ผู้ตอบแบบสอบถามประมาณครึ่งหนึ่งคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติธรรมดา และร้อยละ 44.8 คิดว่าการดื่มเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการสังสรรค์ ทั้ๆ ที่ผู้ตอบแบบสอบถามกว่าร้อยละ 70 ก็ระบุว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาของสังคมไทย ความยั่งยืนของความคิดเห็นของสาธารณะเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่าคนไทยทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นปัญหาของสังคม แต่ก็ยังมองการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ จึงเป็นช่องว่างที่การรณรงค์เพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์จะต้องเติมเต็มเพื่อให้สังคมเข้าใจได้ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นสาเหตุของหลายๆ ปัญหาในสังคม จึงไม่ควรถือว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ (ตารางที่ 3.1.3)

ตารางที่ 3.1.3 ทศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจปี พ.ศ. 2561

ทัศนคติ	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	เฉยๆ (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)
การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติธรรมดา	18.1	32.3	49.6
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการสังสรรค์	23.7	31.5	44.8
การดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนบุคคลไม่มีผลกระทบต่อสังคม	30.7	35.2	34.1
ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญในสังคมไทย	2.6	25.5	71.9

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจปี พ.ศ. 2561 (ตารางที่ 3.1.4) พบว่า มาตรการที่มีผู้เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การห้ามจำหน่ายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี การจัดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งเป็นศูนย์บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการห้ามดื่มในสถานที่สำคัญทางศาสนา หน่วยงานราชการ หรือในโอกาสที่มีความเสี่ยง ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่าเจ้าหน้าที่ควรบังคับใช้กฎหมายตามมาตรการดังกล่าวอย่างเต็มที่โดยไม่ต้องกลัวแรงต่อต้านจากประชาชน ในขณะที่กลุ่มมาตรการที่มีผู้เห็นด้วยน้อย ได้แก่ การห้ามใช้นักกีฬา ดารา นักแสดงหรือผู้มีชื่อเสียงจูงใจให้ดื่ม การกำหนดราคาและภาษีให้สูงขึ้น เพื่อลดจำนวนผู้ซื้อผู้ขายลง และการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบลดราคา ซิงโซค ซิงราววัล ดังนั้นหน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ภาคประชาสังคม และนักวิชาการด้านแอลกอฮอล์ ควรจะให้ความรู้แก่สังคมให้เห็นถึงความจำเป็นในการบังคับใช้มาตรการดังกล่าว เพราะการบังคับใช้กฎหมายต้องทำควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจแก่ประชาชน

ในส่วนของมาตรการที่มีผู้รู้จักน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบลดราคา ซิงโซค ซิงราววัล การห้ามจำหน่ายแก่คนเมาครองสติไม่ได้ และการจัดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งเป็นศูนย์บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นมาตรการ



เป้าหมายที่ควรทำการเผยแพร่ให้ประชาชนในวงกว้างได้รับทราบ จะได้ไม่เกิดข้ออ้างจากผู้กระทำความผิดว่าไม่ทราบว่ามีมาตรการดังกล่าวเมื่อเกิดการบังคับใช้กฎหมายเกิดขึ้น

ตารางที่ 3.1.4 ทิศนคติเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจปี พ.ศ. 2561

มาตรการ	เห็นด้วย (ร้อยละ)	รู้จัก (ร้อยละ)
การห้ามจำหน่ายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี	93.4	95.0
การจัดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งเป็นศูนย์บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา	89.6	55.9
การห้ามดื่มในสถานที่สำคัญทางศาสนา (เว้นแต่เป็นพิธีกรรม) สถานพยาบาล สถานที่ราชการ อุทยานแห่งชาติ สถาบันการศึกษา สถานบริการเชื้อเพลิง สวนสาธารณะของส่วนราชการ สถานที่ทำงานและโรงงาน บนทางในขณะขับขี่หรือโดยสารอยู่ในรถ	89.0	86.4
กำหนดให้มีค่าเตือนทางด้านสุขภาพ หรือผลกระทบจากการดื่มสุรา	86.8	75.9
กำหนดเวลาจำหน่ายเฉพาะ 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.	85.4	87.2
การกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขณะขับขี่ยานพาหนะ	84.8	76.3
การห้ามโฆษณาบางส่วน โดยห้ามปรากฏภาพสินค้าในโฆษณา ยกเว้นในลักษณะการให้ข้อมูลข่าวสารเชิงสร้างสรรค์สังคม	84.4	66.5
การห้ามโฆษณาโดยมีเนื้อหาเกินจริง ชูการประสบความสำเร็จด้านหน้าที่การงานเพิ่มสมรรถนะทางเพศ หรือการมีร่างกายที่ดีขึ้น อดอ้างสรรพคุณหรือจูงใจให้ดื่ม	83.9	57.0
การห้ามจำหน่ายแก่คนเมาครองสติไม่ได้	83.1	45.9
กำหนดเวลาให้โฆษณาทางโทรทัศน์หรือวิทยุได้ในช่วง 22.00-05.00 น. (เนื้อหาเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเชิงสร้างสรรค์สังคม)	78.5	65.9
การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่เดียวกับที่ห้ามดื่มข้างต้น โดยเพิ่มห้องพัก ห้ามเร่ขาย หรือขายโดยเครื่องขายอัตโนมัติ	78.4	58.5
การห้ามใช้นักกีฬา ดารา นักแสดงหรือผู้มีชื่อเสียงจูงใจให้ดื่ม	77.9	65.7
การกำหนดราคาและภาษีให้สูงขึ้น เพื่อลดจำนวนผู้ซื้อผู้ขายลง	67.0	83.5
การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบลดราคา ซิงโซค ซิงรางวัล	64.5	36.0

3.2 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2561

สมสมร ชิตตระกูล

การโฆษณา คือ การนำเสนอข้อมูลเพื่อช่วยส่งเสริมการขายสินค้าหรือบริการ หรือเป็นการสื่อสารต่อสาธารณชน เพื่อสร้างการรับรู้ในตัวสินค้าหรือบริการ พร้อมกับโน้มน้าวให้ตัดสินใจซื้อและบริโภค การโฆษณายังหมายถึงรวมถึง การสื่อสารการตลาดในรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อแสดงสินค้าส่งเสริมการขาย ส่งเสริมภาพลักษณ์ ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสาร จัดหรือสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ และทำการตลาดแบบตรง หรือ “การตลาดเชิงกิจกรรม” (event marketing) ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อดึงดูดกลุ่มเป้าหมายให้เข้ามามีประสบการณ์ร่วมกับสินค้า หรือองค์กรธุรกิจนั้น อันจะเป็นการช่วยเพิ่มยอดขาย รวมถึงส่งเสริมภาพลักษณ์ความน่าสนใจให้กับตัวสินค้าและองค์กรธุรกิจผู้ผลิตหรือจัดจำหน่ายสินค้านี้ดังกล่าว

บทนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอสถานการณ์ด้านความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนไทยต่อการโฆษณาและกิจกรรมการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ข้อมูลได้มาจากโครงการสำรวจการรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งเป็นการสำรวจซ้ำสามครั้งโดยใช้แบบสอบถามที่คล้ายคลึงกัน และกรอบการสุ่มตัวอย่างเหมือนกัน ครั้งที่ 1 สำรวจในช่วงระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 15 มีนาคม 2561 จำนวนตัวอย่าง 3,951 คน ครั้งที่ 2 สำรวจในช่วงระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 20 กรกฎาคม 2561 จำนวนตัวอย่าง 3,924 คน และครั้งที่ 3 สำรวจในช่วงระหว่างวันที่ 23 พฤศจิกายน - 21 ธันวาคม พ.ศ. 2561 จำนวน ตัวอย่าง 3,918 คน โดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ⁴ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

ในการสำรวจครั้งที่ 1, 2 และ 3 พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.8, 48.4 และ 46.4 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ตัวอย่างมากกว่าครึ่งดื่มเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง โดยเบียร์เป็นเครื่องดื่มที่คนนิยมดื่มมากที่สุด (ร้อยละ 63.5, 64.7 และ 59.4)

⁴ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการสำรวจการรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ; 2561.

และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.6, 32.4 และ 29.6 บอกว่าเพื่อนมีส่วนสำคัญในการชักชวนให้ดื่ม ส่วนสิ่งที่กระตุ้นให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ณ จุดจำหน่ายได้มากที่สุด คือ โปรโมชัน เช่น ลด แลก แจก แถม เป็นต้น รองลงมาคือฉลาก/บรรจุภัณฑ์

เปรียบเทียบการรับรู้การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการสำรวจสามครั้ง

จากผลการสำรวจทั้งสามครั้งนี้โดยภาพรวมพบว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน “การตลาดเชิงกิจกรรม” (event marketing) โดยเฉพาะคอนเสิร์ตที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ให้การสนับสนุน รวมถึงงานเทศกาล อย่างปีใหม่ และสงกรานต์ นอกจากนี้จะสร้างการรับรู้ต่อตัวสินค้าสูงแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความอยากซื้อ และอยากดื่มในสัดส่วนที่สูงมาก ส่วนการโฆษณาผ่านสื่อ รูปแบบที่พบมากคือ การโฆษณา “โซดา” และ “น้ำดื่ม” ที่มีโลโก้ใกล้เคียงกับโลโก้เบียร์ ซึ่งก็ส่งผลให้เกิดความอยากซื้อ และอยากดื่มเบียร์ยี่ห้ออื่นๆ ได้เช่นกัน แต่อาจไม่สูงเท่าการพบเห็นในคอนเสิร์ต และงานเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยภาพรวมยังมีประเด็นที่น่าพิจารณาอีกประการคือ การพบเห็นการโฆษณาในลักษณะต่างๆ ส่วนใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับที่ทำการสำรวจ สำหรับผลการสำรวจเมื่อจำแนกตามรูปแบบการโฆษณาในลักษณะต่างๆ อธิบายได้ตามตารางที่ 3.2.1 แสดงตัวเลขร้อยละของผู้ที่พบเห็นโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โซดา น้ำดื่ม ที่มีตราสินค้าเหมือนหรือใกล้เคียงกับตราสินค้าเบียร์ การโฆษณาในรูปแบบคลิปวิดีโอ สปอตโฆษณา โดยมีการแสดงชื่อหรือตราสินค้าของเบียร์ การพบเห็นตราสินค้าของเครื่องดื่ม/บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในการสำรวจแต่ละครั้งดังนี้

1) การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ปรากฏภาพสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ ในครั้งแรกพบเห็นร้อยละ 22.6 ขณะที่ครั้งที่ 2 และ 3 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 38.0 และ 35.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการสำรวจทั้งสามครั้งพบความสอดคล้องกันว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นกว่าครึ่งอยากซื้อ และอยากดื่ม

2) โฆษณา “โซดา” ที่มีโลโก้ใกล้เคียงกับโลโก้เบียร์ ในครั้งแรกพบเห็นร้อยละ 77.0 ขณะที่ครั้งที่ 2 และ 3 เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเป็นร้อยละ 82.9 และ 83.2 ทั้งนี้ การสำรวจทั้งสามครั้งพบความสอดคล้องกันว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นประมาณ 1 ใน 3 อยากซื้อ และอยากดื่ม

3) โฆษณา “น้ำดื่ม” ที่มีโลโก้ใกล้เคียงกับโลโก้เบียร์ ในครั้งแรกพบเห็นร้อยละ 78.3 ขณะที่ครั้งที่ 2 และ 3 เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเป็นร้อยละ 81.3 และ 84.5 ทั้งนี้ การสำรวจทั้งสามครั้งพบความสอดคล้องกันว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นกว่า 1 ใน 4 อยากซื้อ และอยากดื่ม

4) โฆษณาด้วยวิธีในรูปแบบคลิปวิดีโอ สปอตโฆษณา โดยมีการแสดงชื่อหรือโลโก้ของเบียร์ ในครั้งแรกพบเห็นร้อยละ 66.1 ขณะที่ครั้งที่ 2 และ 3 เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเป็นร้อยละ 75.2 และ 75.9 ทั้งนี้ การสำรวจทั้งสามครั้งพบความสอดคล้องกันว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นประมาณ 1 ใน 3 อยากซื้อ และอยากดื่ม

5) โลโก้ของเครื่องดื่ม/บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในครั้งแรกพบเห็นร้อยละ 60.7 ขณะที่ครั้งที่ 2 และ 3 เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเป็นร้อยละ 79.2 และ 82.7 ทั้งนี้ การสำรวจทั้งสามครั้งพบความสอดคล้องกันว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นกว่า 1 ใน 3 อยากรู้ และอยากดื่ม

6) ฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในครั้งแรกพบเห็นร้อยละ 44.9 ครั้งที่ 2 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 75.9 ขณะที่ครั้งที่ 3 ลดลงจากครั้งที่ 2 เหลือร้อยละ 55.2 ทั้งนี้ การสำรวจทั้งสามครั้งพบความสอดคล้องกันว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นประมาณร้อยละ 40 อยากรู้ และอยากดื่ม

7) คอนเสิร์ตที่มีการโฆษณา/การตลาดเครื่องดื่มฯ (เฉพาะที่เข้าร่วม) ผลสำรวจทั้งสามครั้งพบสัดส่วนการพบเห็นสูงกว่าร้อยละ 90 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ คือร้อยละ 92.4, 92.6 และ 95.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นกว่าร้อยละ 70 อยากรู้ และอยากดื่ม โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับที่ทำการสำรวจ

8) งานเทศกาลที่มีการโฆษณา/การตลาดเครื่องดื่มฯ (เฉพาะที่เข้าร่วม) ผลสำรวจสองครั้งแรก (ปีใหม่ และสงกรานต์) พบสัดส่วนการพบเห็นสูงกว่าร้อยละ 80 คือร้อยละ 85.7 และ 81.9 ตามลำดับ ขณะที่ครั้งที่ 3 (ลอยกระทง) ลดลงเหลือร้อยละ 40.1 โดยพบว่า การโฆษณาในลักษณะดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ที่พบเห็นประมาณร้อยละ 50-60 อยากรู้ และอยากดื่ม

ตารางที่ 3.2.1 การพบเห็นโฆษณา ตราสินค้า และฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสามเดือนที่ผ่านมา และความรู้สึกอยากรู้ และอยากดื่มที่เกิดขึ้นหลังพบเห็น (ร้อยละ)

ผลิตภัณฑ์		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	พบเห็น	22.6	38.0	35.0
	อยากรู้*	52.0	53.8	53.1
	อยากดื่ม*	51.5	53.2	51.6
โฆษณา “โซดา” ที่มีโลโก้ใกล้เคียงกับโลโก้เบียร์	พบเห็น	77.0	82.9	83.2
	อยากรู้	35.2	34.9	32.7
	อยากดื่ม	34.9	34.7	34.1
โฆษณา “น้ำดื่ม” ที่มีโลโก้ใกล้เคียงกับโลโก้เบียร์	พบเห็น	78.3	81.3	84.5
	อยากรู้	26.1	29.0	26.7
	อยากดื่ม	25.7	28.8	26.7



ตารางที่ 3.2.1 การพบเห็นโฆษณา ตรายาลินค้า และฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสามเดือนที่ผ่านมา และความรู้สึกอยากซื้อ และอยากดื่มที่เกิดขึ้นหลังพบเห็น (ร้อยละ) (ต่อ)

ผลิตภัณฑ์		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
โฆษณาด้วยวิธีในรูปแบบคลิปวิดีโอ สปอตโฆษณา โดยมีการแสดงชื่อหรือโลโก้ของเบียร์	พบเห็น	66.1	75.2	75.9
	อยากซื้อ	31.4	34.0	31.0
	อยากดื่ม	31.0	33.8	31.9
โลโก้ของเครื่องดื่ม/บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	พบเห็น	60.7	79.2	82.7
	อยากซื้อ	35.1	39.4	35.8
	อยากดื่ม	34.4	38.8	36.1
ฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	พบเห็น	44.9	75.9	55.2
	อยากซื้อ	40.1	39.8	39.8
	อยากดื่ม	39.9	39.8	39.6
คอนเสิร์ตที่มีการโฆษณา/การตลาดเครื่องดื่มฯ (เฉพาะที่เข้าร่วม)	พบเห็น	92.4	92.6	95.9
	(n)	(145)	(68)	(145)
	อยากซื้อ	73.9	79.4	81.3
	(n)	(134)	(63)	(139)
	อยากดื่ม	73.1	79.4	81.3
	(n)	(134)	(63)	(139)
งานเทศกาลที่มีการโฆษณา/การตลาดเครื่องดื่มฯ** (เฉพาะที่เข้าร่วม)	พบเห็น	85.7	81.9	40.1
	(n)	(1,036)	(1,512)	(1,430)
	อยากซื้อ	59.9	61.1	52.9
	(n)	(888)	(1,238)	(573)
	อยากดื่ม	60.5	61.3	52.9
	(n)	(888)	(1,238)	(573)

*เฉพาะตัวอย่างที่พบเห็นโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รูปแบบต่างๆ โดยความอยากซื้อ/อยากดื่มคำนวณมาจากการตอบของแต่ละข้อ นำมาคิดเป็นยอดรวม

**งานเทศกาลในการสำรวจครั้งที่ 1 คืองานฉลองต้อนรับปีใหม่ (เคาท์ดาวน์ปีใหม่) ครั้งที่ 2 คืองานเทศกาลสงกรานต์ ครั้งที่ 3 คืองานเทศกาลลอยกระทง

ลักษณะการโฆษณาอีกประเภทหนึ่งคือ การสร้างมายาคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีกระบวนการสร้างมายาคติในหลายรูปแบบ โดยการสร้างความหมายใหม่ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นมาอย่างจริงจังและตั้งใจที่จะเทียบเคียง แทนที่ สวมรอยความหมายเดิมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลายเป็นความหมายใหม่ เช่น สุราสสามารถทำให้ชีวิตคุณดีขึ้นในด้านกีฬา การเข้าสังคม และเสริมสร้างมิตรภาพระหว่างกัน สุราสนับสนุนความเป็นไทย จนทำให้รู้สึกว่าการดื่มสุราและการค้าขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน トラบใดถ้าทำตนให้เป็นมิตรและเป็นประโยชน์ต่อสังคม การดื่มสุราหรือการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องที่น่ากลัว และสุราเป็นเครื่องหมายของการประสบความสำเร็จของคนรุ่นใหม่ที่เกิดจากการไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ และพยายามที่จะพัฒนาให้ตนเองก้าวไปไกลกว่าเดิมตลอดเวลาโดยมีความสุขกับสิ่งที่ทำ เป็นต้น

ภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีกระบวนการสร้างมายาคติโดยอาศัยเครื่องหมายสัญลักษณ์ วัตถุ ฉากหรือสถานที่ เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย ภาษาท่าทาง และสีล้น หรือรหัสของภาพ เช่น การเน้นสีล้นของอุปกรณ์ประกอบฉากด้วยโทนสีของผลิตภัณฑ์หรือโทนสีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สีของผลิตภัณฑ์เป็นฉากหลังในตอนสุดท้ายโฆษณา และแรงจูงใจ เช่น การใช้จุดจับใจด้านอารมณ์ขัน จุดจับใจด้านเพศ จุดจับใจด้านความอบอุ่น จุดจับใจด้านความเป็นตัวเอง จุดจับใจด้านดนตรี จุดจับใจโดยใช้ดารานักกีฬา หรือผู้มีชื่อเสียง เป็นต้น⁵

กลยุทธ์อีกประเภทหนึ่งที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ในการโฆษณา คือ การนำเอาสิ่งเร้าทางเพศมาใช้กับการสื่อสารเพื่อดึงดูดผู้บริโภคให้เปิดรับข่าวสาร และนำไปสู่ความสนใจในตัวสินค้า ในที่สุด หรือเรียกว่า การตลาดแบบเซ็กซี่ (sexy marketing) ภายหลังมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งห้ามมิให้โฆษณาหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้ผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ทางการตลาดแบบเดิมที่เคยใช้ มาสื่อสารการตลาดผ่านกลยุทธ์การตลาดเซ็กซี่เพิ่มมากขึ้น โดยเน้นการนำเซ็กซี่มาร์เก็ตติ้งไปใช้กับการสื่อสารการตลาดแบบ below the line แทนการสื่อสารการตลาดแบบ above the line แบบเดิมๆ ที่ขัดต่อข้อกฎหมาย เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย การลดแลกแจกแถม การแลกซื้อ ฯลฯ หรือเรียกง่าย ๆ ว่าสื่อสารตรงตัวลูกค้ามากขึ้น ความเซ็กซี่เป็นสิ่งที่เรียกร่องความสนใจของผู้บริโภค ให้หันมาสนใจในตัวสินค้า ช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถดำเนินการขายสินค้าต่อไปได้ และการทำการตลาดได้ง่ายยิ่งขึ้น⁶

⁵ อัคริน เนตรโพธิ์แก้ว. มายาคติในภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้มายาคติในภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชน. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2560.

⁶ เสริมศักดิ์ ขุนพล. การศึกษากลยุทธ์การสื่อสารการตลาดแบบเซ็กซี่ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2560.

ดังนั้น การโฆษณาและการสื่อสารทางการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากพอสมควร โดยเฉพาะการโฆษณาทางอ้อมผ่านรูปแบบของน้ำดื่ม โลโก้ หรือคลิปวิดีโอ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเกือบทุกรูปแบบของการโฆษณา และการสื่อสารทางการตลาดอีกด้วย การใช้โลโก้ของเครื่องดื่มประเภทต่างๆ สามารถเป็นตัวกลางสื่อสารไปยังผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากพอสมควร เนื่องจากมีสัดส่วนของผู้ที่ระบุว่าทำให้นึกถึง เกิดความรู้สึกอยากซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยี่ห้อต่างๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ใน 4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีพบเห็นภาพสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกอยากซื้อ อยากดื่มมากกว่า การพบเห็นการโฆษณาหรือสื่อสารทางการตลาดรูปแบบอื่น

ข้อสังเกตสำคัญอีกประการคือ ระดับความรู้สึกอยากซื้อ อยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้รูปแบบการสื่อสารลักษณะต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มความรู้สึกมากขึ้นภายใต้บริบทของกิจกรรมที่เป็นงานรื่นเริงสังสรรค์ โดยเฉพาะงานคอนเสิร์ต ซึ่งนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่สุด การโฆษณาและสื่อสารทางการตลาดในรูปแบบต่างๆ ในปัจจุบัน สามารถกระตุ้น หรือเสริมแรงให้เกิดความรู้สึกอยากซื้อ และอยากดื่ม ในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อย (วันเว้นวันจนถึงทุกวัน) ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง เช่นเดียวกันหากพิจารณาในกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 25 ปี) ก็ยังคงพบว่าการโฆษณาและสื่อสารในรูปแบบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกอยากซื้อ และอยากดื่มในระดับที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ใหญ่ การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการให้ทุนอุปคัมภ์กิจกรรม ได้รับการตอบรับจากประชาชน เนื่องจากส่วนใหญ่เข้าใจเจตนาของการสนับสนุนงานกิจกรรมของกลุ่มธุรกิจแอลกอฮอล์ว่าเป็นการทำเพื่อการตลาดมากกว่าการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม

โดยรวม ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า จำเป็นต้องมีการทบทวนมาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพบว่ามาตรการควบคุมในปัจจุบันยังขาดความชัดเจน รัดกุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมการโฆษณาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ อีกทั้งผู้ประกอบการปัจจุบันมีกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ที่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างการตระหนักรู้ (awareness) ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทั้งอยากซื้อ และอยากดื่ม ทั้งนี้ถ้าจะให้มีประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมการโฆษณาที่มีการนำเอาตัวสินค้า บรรจุภัณฑ์ ตลอดจนตราสัญลักษณ์ที่เชื่อมโยงไปสู่ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ และควรให้น้ำหนักกับการควบคุมการโฆษณาในกิจกรรมที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก เพื่อเป็นการลดแรงกระตุ้นในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะงานรื่นเริง สังสรรค์ ส่วนการกำหนดมาตรการควบคุม นอกจากจะพิจารณาถึงบริบทโดยทั่วไปแล้วยังต้องให้ความสำคัญในการปกป้องกลุ่มเด็กและเยาวชนให้มากขึ้น เนื่องจากรูปแบบ และช่องทางการโฆษณาประชาสัมพันธ์ปัจจุบัน เข้าถึงคนกลุ่มนี้ได้ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเสริมแรงให้มีการซื้อ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น

3.3 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ดริกา ไสงาม

การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำได้โดยอาศัยมาตรการที่หลากหลาย ทั้งการลดอุปสงค์ (demand) การควบคุมอุปทาน (supply) การควบคุมปัจจัยแวดล้อมการดื่ม การลงโทษ การให้ข้อมูลความรู้ การคัดกรอง และการบำบัดรักษา มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่ม ได้แก่

- 1) มาตรการทางภาษีและราคา
- 2) มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการควบคุม วันเวลาสถานที่จำหน่าย และความหนาแน่นของจุดจำหน่าย
- 3) มาตรการปรับบริบทของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม โดยมุ่งหวังให้เป็นการควบคุมปริมาณการบริโภค และลดปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ
- 4) มาตรการจัดการปัญหาการขบขันยานพาหนะที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแล้วขับ
- 5) มาตรการให้ความรู้และการโน้มน้าวโดยเฉพาะการให้ความรู้ด้วยการณรงค์สาธารณะผ่านสื่อและการให้สุศึกษาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในโรงเรียน
- 6) มาตรการควบคุมการโฆษณาและการทำการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7) มาตรการการจัดระบบคัดกรองและบำบัดรักษาในระบบบริการสุขภาพและการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบ⁷

มาตรการเหล่านี้เป็นมาตรการที่ทั่วโลกให้การยอมรับว่ามีประสิทธิผลและใช้กันอยู่ ณ ปัจจุบัน แต่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าเมื่อนำมาใช้กับประเทศไทยแล้วจะมีประสิทธิผลเช่นเดียวกับประเทศเหล่านั้นหรือไม่

สำหรับในประเทศไทย พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ถือเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือหลักในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญเพื่อลดปริมาณการดื่มสุราของประชาชนและลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

⁷ Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No ordinary commodity - Research and public policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.

1) การควบคุมการเข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ ประกอบด้วย การห้ามขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณต่างๆ ได้แก่ วัดหรือศาสนสถาน สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานที่ราชการ หอพัก สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมัน สวนสาธารณะของทางราชการ นอกจากนี้ยังห้ามขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในวันหรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดห้ามขายแก่เด็กเยาวชนอายุต่ำกว่ายี่สิบปี และคนเมาครองสติไม่ได้ ห้ามขายด้วยวิธีบางลักษณะ ได้แก่ การใช้เครื่องขายอัตโนมัติ การเช่าขาย การลดราคาเพื่อส่งเสริมการขาย การชิงโชคชิงรางวัล การแจก แถม นอกจากนี้ยังครอบคลุมไปถึงการห้ามตี้มในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ วัด หรือศาสนสถาน สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานที่ราชการ สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมัน และสวนสาธารณะของทางราชการ

2) การควบคุมการโฆษณาและการทำการตลาดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย การกำหนดลักษณะเงื่อนไขของบรรจุภัณฑ์ ฉลาก พร้อมทั้งข้อความคำเตือน การห้ามโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณ หรือชักจูงใจให้ผู้ตี้มโดยตรงหรือโดยอ้อม

โดยมีอนุบัญญัติที่ออกตามความแห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่เป็นกฎกระทรวง ประกาศ และระเบียบอีกหลายฉบับ อาทิ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการแสดงภาพสัญลักษณ์ เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2553 ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ประกอบกิจการโรงงาน พ.ศ. 2555 ประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับฉลากของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558 ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558⁸

ข้อมูลในบทนี้ได้มาจากการสำรวจการรับรู้และความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ⁹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้ และความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เก็บข้อมูลในประชาชนอายุ 11 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัดทั่วประเทศ ภูมิภาคของประเทศ รวมจำนวน 3,028 คน ในช่วงระหว่างวันที่ 27 มกราคม ถึง 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เคยตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ในจำนวนนี้ร้อยละ 34.8

⁸ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. อนุบัญญัติที่ออกตามความแห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2561.

⁹ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. การรับรู้และความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 11 ปีขึ้นไป ใน 12 จังหวัดทั่วประเทศทุกภูมิภาคของประเทศ. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2561.

เพิ่งดื่มในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา และในกลุ่มที่ดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มที่ดื่ม 1-2 วันต่อเดือน มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 34.6) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ดื่ม 3-5 วันต่อเดือน (ร้อยละ 30.2) ในขณะที่กลุ่มที่ดื่ม 20 วันขึ้นไปต่อเดือนมีถึงร้อยละ 11.2

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

การเข้าถึง การหาซื้อ การดื่ม และการรับรู้การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.3 เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตัวเองในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.7) รายงานว่าสามารถเข้าถึงร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (on-or off-premise outlet) ได้โดยสะดวก ประเด็นที่น่าสนใจคือ เวลาที่ใช้เดินทางไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยประมาณ 7 นาทีเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 80 ระบุว่าสามารถไปนั่งดื่มสุราในร้านที่มีที่นั่งดื่ม (on-premise outlet) ได้โดยสะดวก

- กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 32.6 ระบุว่าเคยพบเห็นเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

- กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปร้านอาหาร/ผับ/บาร์/คาราโอเกะในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 73.7 เคยพบเห็นการโฆษณา ณ จุดขาย โดยสื่อบุคคล เช่น สาวเชียร์เบียร์ ส่วนกลุ่มที่เคยไปห้างสรรพสินค้า/ร้านค้าปลีก/ร้านสะดวกซื้อ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 32.3 พบเห็นการโฆษณา ณ จุดขายโดยสื่อบุคคล และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.8 เคยพบเห็นการส่งเสริมการขายในรูปแบบ ลด แลก แจก แถม (ตารางที่ 3.3.1)

ตารางที่ 3.3.1 การเข้าถึง การหาซื้อ การดื่ม และการรับรู้การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

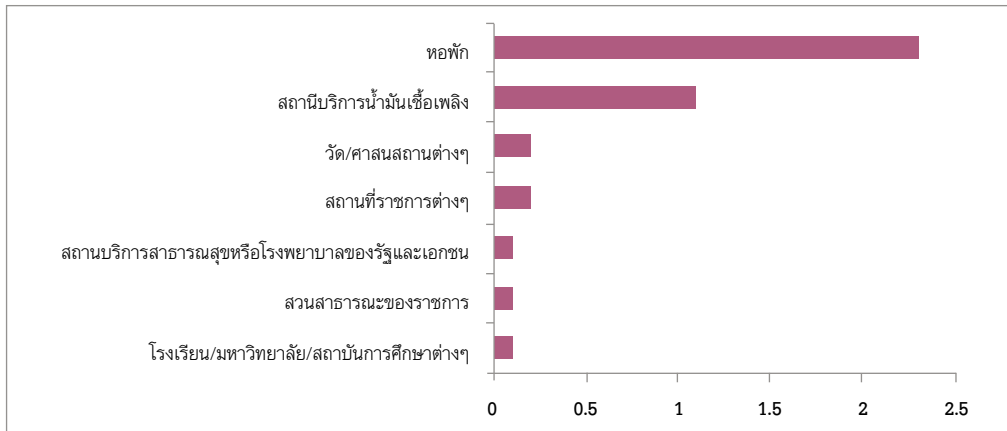
ประสบการณ์	ร้อยละ
มีความสะดวกในการเดินทางไปหาร้าน/สถานที่ “ซื้อ” เครื่องดื่มแอลกอฮอล์*	96.7
มีความสะดวกในการเดินทางไปหาร้าน/สถานที่ “นั่งดื่ม” เครื่องดื่มแอลกอฮอล์*	80.3
พบเห็นเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ใน 30 วันที่ผ่านมา	32.6
พบเห็นการโฆษณา ณ จุดขายโดยสื่อบุคคล เช่น สาวเชียร์เบียร์ในร้านอาหาร/ผับ/บาร์/คาราโอเกะในช่วง 30 วันที่ผ่านมา**	73.7
พบเห็นการโฆษณา ณ จุดขาย โดยสื่อบุคคล เช่น สาวชวนให้ชิมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฟรีในห้างสรรพสินค้า/ร้านค้าปลีกขนาดใหญ่/ร้านสะดวกซื้อในช่วง 30 วันที่ผ่านมา**	32.3
พบเห็นการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	12.8

* เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตัวเองในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

** กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปสถานที่ดังกล่าวในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

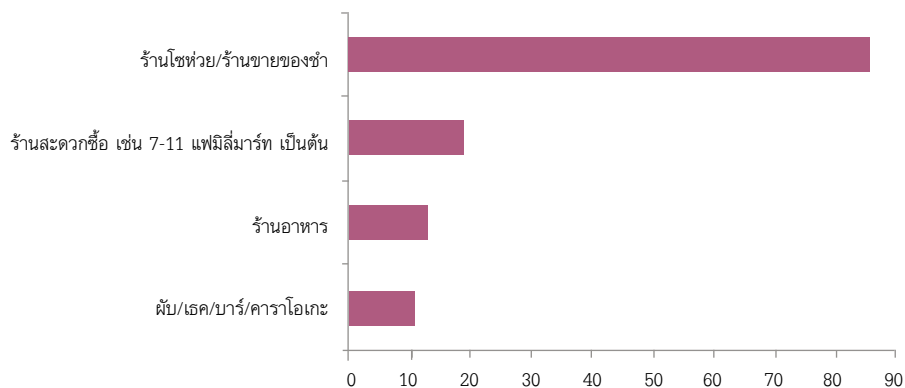
อย่างไรก็ตาม การควบคุมสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำได้ดีพอสมควร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 ไม่สามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามจำหน่าย มีเพียงร้อยละ 4 ที่ซื้อได้ โดยซื้อได้จากหอพักและสถานบริการน้ำมัน/เชื้อเพลิงมากที่สุด (ภาพที่ 3.3.1)

ภาพที่ 3.3.1 สถานที่เคยหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในช่วงเวลาห้ามจำหน่ายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ)



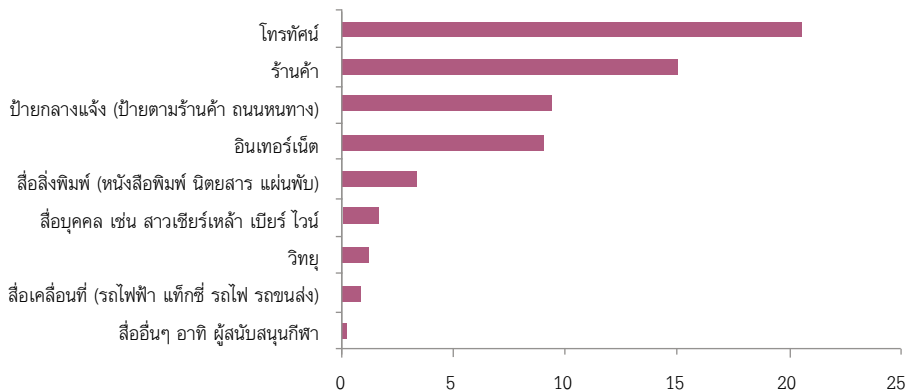
ส่วนการควบคุมเวลาจำหน่าย พบว่า ยังได้ผลไม่มากนัก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.5 เคยไปซื้อในเวลาห้ามจำหน่าย (24.00-11.00 น. และ 14.00-24.00 น.) และยังสามารถซื้อได้ ร้านที่พบการกระทำผิดมากที่สุด คือ ร้านโชห่วย/ขายของชำ (ร้อยละ 85.6) (ภาพที่ 3.3.2)

ภาพที่ 3.3.2 สถานที่เคยหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในช่วงเวลาห้ามจำหน่ายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ค่าร้อยละคิดจากจำนวนคนที่ตอบว่าเคยซื้อและซื้อได้นอกเวลาจำหน่ายตามกฎหมาย)



กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.9 เคยพบเห็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางต่างๆ ในรอบวันที่ผ่านมาพบมากที่สุด 3 อันดับ คือ โทรทัศน์ ร้านค้า และป้ายกลางแจ้ง (ร้อยละ 20.6 ร้อยละ 15.0 และร้อยละ 9.3 ตามลำดับ) (ภาพที่ 3.3.3)

ภาพที่ 3.3.3 การพบเห็นหรือได้ยินโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรอบวันที่ผ่านมา (ร้อยละ)

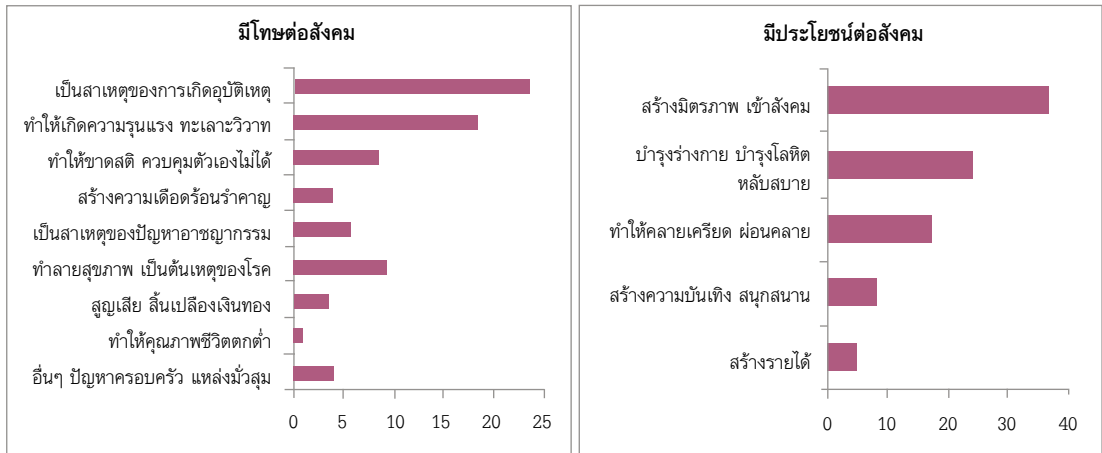


ผลการสำรวจในประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาครัฐควรมีความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะการตรวจตราร้านโชห่วย/ขายของชำ ทั้งเรื่องให้จำหน่ายตามเวลาที่กำหนด และไม่จำหน่ายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี รวมถึงการปฏิบัติตามข้อกำหนดต่างๆ รวมทั้งมาตรการจัดโซนนิ่งร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกำหนดความหนาแน่นของจุดจำหน่าย รวมถึงการออกใบอนุญาตจำหน่าย ซึ่งต้องบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนดแนวทาง

📍 **ความคิดเห็นต่อประโยชน์หรือโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคมไทย**

กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 95 เห็นว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ให้โทษต่อสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ปัญหาความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท ทำลายสุขภาพทำให้เกิดโรคร้าย สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้กับผู้อื่น อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.6 ระบุว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น ช่วยสร้างมิตรภาพ บำรุงร่างกาย บำรุงโลหิต และหลับสบาย เป็นต้น (ภาพที่ 3.3.4)

ภาพที่ 3.3.4 ความคิดเห็นต่อประโยชน์หรือโทษของเครื่องต้มแอลกอฮอล์ต่อสังคมไทย (ร้อยละ)



🌐 ความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์

ผลสำรวจยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.9 เห็นว่าสังคมจำเป็นต้องมีกฎ ระเบียบ หรือมาตรการต่างๆ ที่เข้มงวดเพียงพอเพื่อควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์ด้วย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับทุกประเด็นเกี่ยวกับกฎระเบียบ มาตรการควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์ ซึ่งประเด็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ประกอบด้วย การลดและป้องกันปัญหาสังคมที่เกิดจากการดื่มสุราเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ร้อยละ 80) รองลงมาคือการรักษาและการให้การช่วยเหลือโดยเร็วแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่ม (ร้อยละ 79.5) และการบูรณาการกฎระเบียบหรือมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.8)

สำหรับมาตรการควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์ที่ประชาชนรู้จักมากที่สุดคือ การห้ามจำหน่ายเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่างๆ เช่น วัด สถานศึกษา ปั่นน้ำมัน (ร้อยละ 92.5) รองลงมา คือ การห้ามจำหน่ายเครื่องต้มแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 89.4) ส่วนมาตรการที่มีการรับรู้ น้อยที่สุดคือ การห้ามโฆษณาเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในสื่อโทรทัศน์และวิทยุเวลา 05.00-22.00 น. (ร้อยละ 48.1) (ตารางที่ 3.3.2)

จากผลการสำรวจนี้ แสดงให้เห็นว่า นอกจากจะต้องมีความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายแล้ว สำหรับประชาชนควรมีการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อการเคารพกฎหมาย ปลูกฝังให้เกิดเป็นค่านิยมสาธารณะ และควรมีการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้มากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการโฆษณา

ตารางที่ 3.3.5 ความคิดเห็นและการรับรู้ต่อกฎระเบียบ และมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ)

กฎระเบียบหรือมาตรการต่างๆ เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	เห็นด้วย
การลดและป้องกันปัญหาสังคมจากการดื่ม เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	80.0
การรักษาและการให้การช่วยเหลือโดยเร็วแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่ม	79.5
การบูรณาการกฎระเบียบหรือมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	76.8
การให้การศึกษาและการรณรงค์แก่ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงโทษภัยจากการดื่ม	75.8
การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันแก่คนในชุมชนให้ลดการซื้อการดื่มลง	75.8
การควบคุมโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อลดแรงกระตุ้นของผู้ซื้อ/ผู้ดื่ม	71.3
การควบคุมสภาพแวดล้อมในการดื่ม เพื่อจำกัดสถานที่ดื่มให้น้อยลง หาท่าดื่มยากขึ้น	67.9
การจำกัดการเข้าถึงและการหาซื้อเพื่อทำให้ผู้ซื้อ/ผู้ดื่ม หาซื้อหาดื่มได้ยากขึ้น	65.6
การกำหนดราคาและภาษีให้สูงขึ้น เพื่อลดจำนวนผู้ซื้อผู้ขายลง	64.9
การร่วมมือกันระหว่างประเทศต่างๆ เพื่อลดการบริโภคสุราของประชาชน	62.5
การรับรู้กฎ ระเบียบหรือมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ทราบ
ห้ามจำหน่ายในสถานที่ต่างๆ เช่น วัด สถานศึกษา สถานบริการน้ำมัน	92.5
ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี	89.4
ห้ามจำหน่ายนอกเวลาจำหน่าย (นอกเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.)	74.2
ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางป้ายกลางแจ้งรอบสถานศึกษาในรัศมี 500 เมตร	56.2
ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่อโทรทัศน์และวิทยุ เวลา 05.00-22.00 น.	48.1



3.4 การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมสมร ชิตตระกูล

การกำหนดข้อความหรือภาพคำเตือนบนฉลากผลิตภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกำหนดเนื้อหา รูปแบบ และเงื่อนไขของฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการสื่อสารโดยตรงเกี่ยวกับอันตรายและความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผู้บริโภค รวมทั้งมุ่งหวังในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภคเพื่อความปลอดภัย ในช่วงเวลาที่สำคัญ ณ จุดจำหน่าย และจุดบริโภค ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของมาตรการนี้ซึ่งไม่มีมาตรการอื่นๆ มาทดแทนได้ การใช้ภาพคำเตือนมีประสิทธิภาพในการสื่อสารคำเตือน และเรียกความสนใจจากสาธารณชนได้ดีกว่าการใช้ข้อความเตือนบนผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยได้พยายามผลักดันให้สุราเป็นสินค้าไม่ธรรมดา แต่ให้เป็นสินค้าที่ต้องมีการควบคุมเช่นเดียวกับบุหรี่ และให้มีข้อความหรือภาพคำเตือนขนาดใหญ่บนฉลากบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งควบคุมข้อความและรูปแบบของฉลากบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผ่านการออกประกาศของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สองฉบับ ได้แก่ ประกาศเรื่อง **รูปแบบของข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือภาพสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๗** ซึ่งกำหนดให้มีการแสดงข้อความคำเตือนทุกครั้งที่มีการแสดงภาพลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการแสดงข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือภาพลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นจะใช้ในกรณีการใช้ทางกิจการโทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และประกาศเรื่อง **หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๘** ซึ่งกำหนดไม่ให้ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แสดงข้อความบนฉลากและบรรจุภัณฑ์ที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม หรือข้อความที่เชิญชวนให้บริโภคหรืออวดอ้างสรรพคุณเกินความเป็นจริง ข้อความที่ทำให้เกิดทัศนคติว่า จะทำให้ประสบความสำเร็จในทางสังคมหรือทางเพศ หรือทำให้สมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น ข้อความหรือภาพที่มีนักกีฬา ดารา ศิลปิน นักร้อง หรือนักแสดง ข้อความที่ชักจูงหรือโน้มน้าวให้ซื้อหรือบริโภคเพื่อนำรายได้ไปบริจาคเป็นสาธารณกุศล หรือชักจูงหรือโน้มน้าวให้เข้าร่วมกิจกรรมทางด้านดนตรี กีฬา การประกวด หรือนันทนาการอื่นๆ

ข้อมูลในบทนี้ได้มาจากการสำรวจการรับรู้ความคิดเห็นต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 16 จังหวัดทุกภูมิภาค ดำเนินงานโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ¹⁰ เก็บข้อมูลจากตัวอย่างประชาชนไทยอายุ 12-65 ปีจาก 16 จังหวัดในทุกภูมิภาคของประเทศ จำนวน 4,074 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 21-28 กุมภาพันธ์ 2560 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 62.7 เคยดื่มสุราในชีวิต และร้อยละ 42.3 เป็นผู้ดื่มสุราในปัจจุบัน (ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา) และโดยเฉพาะตัวอย่างอายุ 15-19 ปี มีผู้ดื่มในปัจจุบันอยู่ถึงร้อยละ 36.4

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

- ประชาชนไทยเพียงน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 45.0) เคยเห็นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยเห็นจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือจากสื่อโซเชียลมีเดีย และการติดประกาศตามร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ประชาชนไทยกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยหากจะมีภาพและข้อความคำเตือนถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บน “ฉลากและบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” (คล้ายกับที่มีภาพและข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่) เช่น คำเตือนว่าสุราเป็นเหตุก่อมะเร็งได้ เป็นต้น

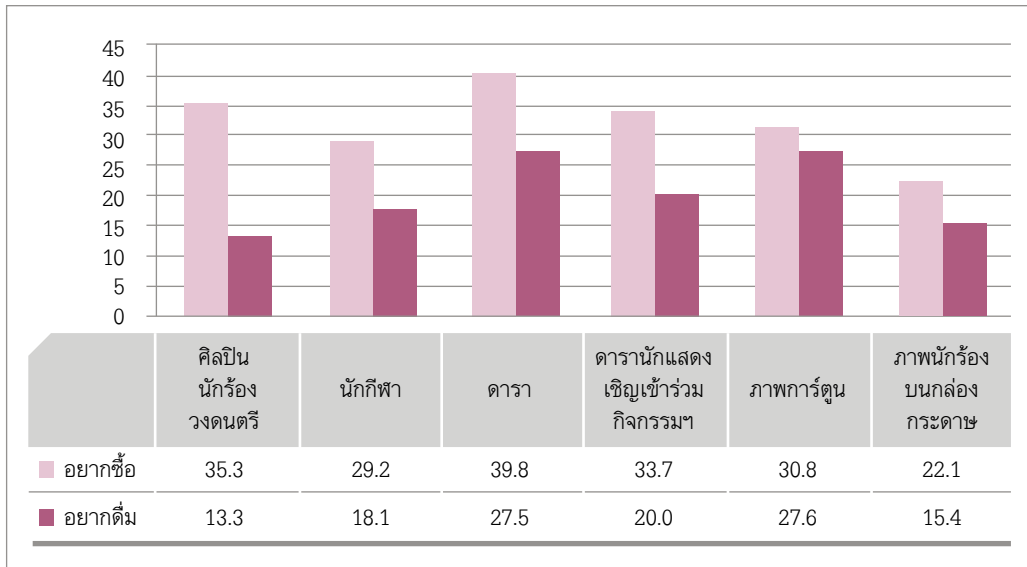
- แต่สำหรับผู้ที่เคยดื่มสุราในตลอดชีวิตที่ผ่านมา พบว่ามีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น ที่คิดว่าการมีข้อความคำเตือน “ห้ามจำหน่ายสุราแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ หรือการดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง หรือบุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ไม่ควรดื่ม” จะมีผลทำให้ดื่มลดลง

- ฉลากที่มีภาพศิลปินนักร้องวงดนตรีปรากฏอยู่เป็นฉลากที่มีลักษณะต้องห้ามที่คนเคยพบเห็นมากที่สุด รองลงมาคือ ฉลากที่มีภาพนักกีฬา แต่ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จะพบเห็นฉลากที่มีภาพดารามากที่สุด รองลงมาคือ ฉลากที่มีภาพดารานักแสดงเชิญเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ

- ภาพบนฉลากและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทำให้ผู้พบเห็นอยากซื้อและอยากดื่มเครื่องดื่มนั้นพอสมควร โดยเฉพาะฉลากที่มีภาพดารากลับมาจะเป็นสื่อปรากฏอยู่จะกระตุ้นแรงจูงใจได้สูงสุด โดยผู้พบเห็นฉลากนี้ในสามเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 39.8 รู้สึกอยากซื้อ และร้อยละ 27.5 เกิดความรู้สึกอยากดื่มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 3.4.1)

¹⁰ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. การสำรวจการรับรู้ความคิดเห็นต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 16 จังหวัดทุกภูมิภาค. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2560.

ภาพที่ 3.4.1 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุความอยากซื้อและอยากดื่มเมื่อเห็นฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เฉพาะผู้ที่เห็นฉลากฯ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา)



- กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.3) ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างโลโก้ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มโซดากับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ที่พบเห็นโลโก้ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มโซดาร้อยละ 37.9 เห็นแล้วนึกถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยี่ห้ออื่น และมีร้อยละ 12.8 ที่เห็นแล้วต้องการจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยี่ห้ออื่น

- เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อคุ้มครองไม่ให้ประชาชนถูกชักจูงใจได้โดยง่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.8 ระบุว่า ฉลากและบรรจุภัณฑ์ควรระบุถึงโทษ/พิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ชัดเจน ทั้งรูปภาพ และตัวอักษร เช่น มีตัวอักษรใหญ่อ่านง่าย มีภาพอุบัติเหตุ หรือวัยวะถูกทำลาย รองลงมาร้อยละ 15.8 เห็นว่าควรมีการบังคับใช้กฎหมาย/มีมาตรการอย่างเข้มงวดจริงจัง/เพิ่มบทลงโทษให้รุนแรง และร้อยละ 13.3 เสนอว่าห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่ควรโฆษณาบนฉลากหรือบรรจุภัณฑ์โดยใช้ฟรีเซ็นเตอร์ ดารา นักร้อง นักกีฬา หรือแสดงโลโก้ผ่านสื่อต่างๆ

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ประกาศ/กฎหมายควบคุม ฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ประชาชนรับทราบ โดยใช้ช่องทางที่หลากหลาย ทั้งทางโทรทัศน์ และสื่อโซเชียลมีเดียซึ่งประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการติดประกาศตามร้านจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งที่ไม่เคยดื่มและเคยดื่มสุราในปัจจุบัน ต่างเห็นด้วยหากจะมีข้อความคำเตือนคล้ายกับภาพและข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่ ข้อมูลในส่วนนี้ สามารถนำไปผลักดันการแก้ไขมาตรการฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แสดงถึงโทษภัยและผลกระทบได้ เช่นเดียวกับบนซองบุหรี่ และในเมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังคงเห็นฉลากที่มีลักษณะต้องห้าม เช่น การใช้ภาพดาราคาเป็นสื่อปรากฏอยู่บนฉลาก และการใช้ดารานักแสดงเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมนั้นหนทางการ ซึ่งมีผลต่อความต้องการซื้อ และทำให้อยากดื่มเพิ่มขึ้นอยู่พอสมควร ผู้บังคับใช้กฎหมายจึงต้องตรวจสอบ ควบคุมให้เข้มงวดขึ้น และประเด็นสำคัญอีกข้อหนึ่งจากข้อมูลนี้ คือ การใช้โลโก้หรือตราสัญลักษณ์ ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มหรือโซดา คล้ายคลึงกับโลโก้ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มาจากบริษัทเดียวกันหรือ เป็น “ตราสินค้า” เดียวกัน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดอย่างหนึ่งของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนับว่าได้ผล เพราะสามารถเผยแพร่ตราสัญลักษณ์นั้นได้โดยไม่ผิดกฎหมาย และมีอิทธิพลทำให้ผู้พบเห็น นึกถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตราสินค้านั้นๆ และส่งผลต่อเนื่องให้ต้องการดื่ม ประเด็นดังกล่าวนี้เป็นเรื่อง ที่ควรพิจารณาในเชิงมาตรการ เพื่อหาแนวทางการควบคุมต่อไป



4

การรณรงค์งดเหล้า เข้าพรรษา และ กิจกรรมรณรงค์อื่นๆ

- 4.1 ผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับชาติ
- 4.2 ผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่
- 4.3 การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคม
ในงานบุญประเพณีวัฒนธรรมและเทศกาลสำคัญ



4.1 ผลการรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษาระดับชาติ

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว

โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาเริ่มต้นอย่างเป็นทางการ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นการรณรงค์สาธารณะที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทย นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมของการสร้างเสริมสุขภาพที่มีจำนวนองค์กรภาคีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และกลายเป็นกิจกรรมที่อาศัยเทศกาลสำคัญทางพุทธศาสนาอันเป็นศาสนาประจำชาติมาช่วยในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาได้มีการดำเนินการโดยองค์กรต่างๆ อาทิ สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการงดเหล้าเข้าพรรษามาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์หลักของการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา คือเพื่อให้ผู้ดื่มสุรางดดื่มสุรายน้อยในช่วงสามเดือนของการเข้าพรรษา หรือเลิกดื่มต่อไปได้ตลอดชีวิต บริบททางสังคมที่กลายเป็นต้นทุนทางสังคมของโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาก็คือ ความเชื่อทางพุทธศาสนาที่ถือว่า ในช่วงสามเดือนของการเข้าพรรษา (ประมาณกลางเดือนกรกฎาคมถึงต้นเดือนตุลาคมของทุกปี) เป็นช่วงเวลาที่พุทธศาสนิกชนควรจะปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ ละเว้นจากอบายมุขต่างๆ ถือศีลห้า ซึ่งรวมถึงการละเว้นจากการดื่มสุราและของมึนเมาต่างๆ ด้วย

การรณรงค์ในแต่ละปีจะมีการชูประเด็นหลักของการรณรงค์ให้เข้ากับสถานการณ์เพื่อดึงดูดให้ประชาชนมาเข้าร่วมโครงการ ประเด็นของการรณรงค์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2561 เป็นดังตารางที่ 4.1.1 โดยที่ประเด็นรณรงค์ล่าสุด คือ “พลังมด ชวนงดเหล้า” เพื่อกระตุ้นให้คนรอบข้างมีส่วนช่วยให้กำลังใจผู้ที่จะงดเหล้าให้ได้จนครบพรรษา¹

¹ อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, สาวิตรี อักษรณรงค์ชัย, บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย (Facts and Figures: Alcohol in Thailand). สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2559.

ตารางที่ 4.1.1 ประเด็นรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา พ.ศ. 2554-2561

ปี พ.ศ.	ประเด็นรณรงค์
2561	พลังมด ชวนงดเหล้า
2560	พักตับ พักยก
2559	พักตับ
2558	งดเหล้าครบพรรษา
2557	ชวน ช่วย ให้กำลังใจ คนไทยงดเหล้าครบพรรษา
2556	สิ้นระฆังงดเหล้า เริ่มต้นชีวิตใหม่ เพื่อตนเองและครอบครัว/สัญญางดเหล้าเข้าพรรษา
2555	เลิกเหล้า ละบาป รับบุญ
2554	เหล้าทำลายมิตรภาพ เข้าพรรษานี้ เลิกเลย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจเพื่อสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในช่วงเข้าพรรษา โดยทำการสำรวจในช่วงหลังออกพรรษา หรือในช่วงปลายพรรษาเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการประเมินการเข้าร่วมโครงการและประมาณการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มระหว่างช่วงเข้าพรรษา ข้อมูลในบทนี้จะเน้นที่การสำรวจในปี พ.ศ. 2558-2561 ซึ่งทำในประชากรเป้าหมายที่เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จากพื้นที่ 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ มีกลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2558, 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 7,099, 4,296, 3,983 และ 3,927 คน ตามลำดับ²

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

จากผลการสำรวจในสี่ปีนี้ (ปี พ.ศ. 2558-2561) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยพบเห็น/รับรู้สื่อประชาสัมพันธ์การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาทางโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมา คือจากป้ายโฆษณากลางแจ้งขนาดใหญ่ (billboard) เว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต และนิตยสาร/หนังสือพิมพ์ โดยในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86 (ค่าประมาณการ 45.553 ล้านคน) พบเห็น/รับรู้ถึงสื่อประชาสัมพันธ์เป็นสัดส่วนสูงที่สุดในรอบ 8 ปี (พ.ศ. 2553-2560) โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ถึงร้อยละ 11.2 ช่องทางสำคัญยังเป็นโทรทัศน์เช่นที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าโฆษณาโทรทัศน์ชุด “พักตับ พักยก” ในปีนั้นเข้าถึงประชาชนได้อย่างกว้างขวาง และประชาชนส่วนใหญ่ก็เห็นตรงกันว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลเสียต่ออวัยวะตับ

² ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2560”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2560.

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยกับโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา และเห็นว่ามีส่วนทำให้ประเทศไทยลดปริมาณการดื่มและจำนวนคนที่ดื่มลงได้ และกว่าร้อยละ 80 เห็นว่าสื่อประชาสัมพันธ์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” สร้างความตระหนักในการ ลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

ในปี พ.ศ. 2560 ยังพบว่า ผู้ดื่มสุราร้อยละ 70 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มระหว่างเข้าพรรษา โดยที่ผู้ดื่มมากกว่าหนึ่งในสามสามารถงดดื่มสุราได้ตลอดจนครบพรรษา นักดื่มอีกเกือบร้อยละ 30 สามารถงดดื่มเป็นบางช่วงหรือลดปริมาณการดื่มลง และนักดื่มอีกประมาณหนึ่งในสามไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มระหว่างช่วงเข้าพรรษา (ภาพที่ 4.1.1)

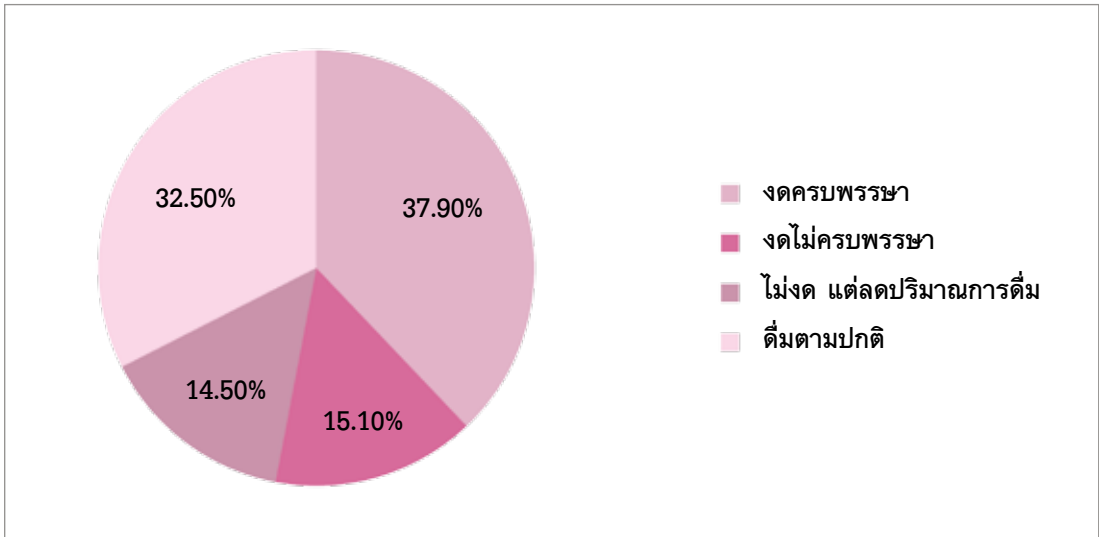
กลุ่มที่ลดหรืองดดื่มในช่วงเข้าพรรษาในปี พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่ระบุว่าทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น และมีกว่าครึ่งที่ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ เฉลี่ยรายละ 1,844 บาท ประมาณการจําหน่ายเงินโดยรวมที่ประเทศประหยัดได้ 1.1 หมื่นล้านบาท ซึ่งลดลงจากปีที่แล้ว 2 พันล้านบาท ในกลุ่มนี้ร้อยละ 18.8 ตั้งใจจะเลิกดื่มสุราไปเลย โดยเฉพาะกลุ่มที่งดได้ตลอดพรรษา มีความตั้งใจจะเลิกดื่มสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน สำหรับในช่วงเข้าพรรษาปีหน้า ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ตั้งใจจะลดหรืองดดื่มเช่นเดิม และมีกว่าครึ่งตั้งใจจะงดตลอดเทศกาลเข้าพรรษา

ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้ดื่มสุราร้อยละ 30.4 งดได้ตลอดเทศกาลเข้าพรรษา ร้อยละ 44.5 ดื่มไม่แตกต่างจากช่วงก่อนเข้าพรรษาโดยไม่ลดทั้งปริมาณและความถี่ ร้อยละ 9.9 งดเป็นบางช่วง (ไม่ครบพรรษา) และร้อยละ 15.2 ไม่งดแต่ลดการดื่มลง (ภาพที่ 4.1.2) ในกลุ่มนักดื่มที่งดได้ตลอดเทศกาลเข้าพรรษา งดเป็นบางช่วง และไม่งดแต่ลดการดื่มลงในช่วงเข้าพรรษา พบว่า ร้อยละ 8 มีอาการที่เกิดขึ้นหลังหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ มือสั่น ปวดศีรษะ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ หงุดหงิดหรือวิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นหลังหยุดดื่มเฉลี่ย 7 วัน (ต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 30 วัน) ผู้ที่มีอาการดังกล่าวส่วนใหญ่ร้อยละ 85.1 เกิดขึ้นบ้างนานๆ ครั้ง โดยร้อยละ 90.5 ไม่ได้ไปพบแพทย์ ปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 6.8 ไม่ได้ไปพบแพทย์แต่ซื้อยามารับประทานเอง

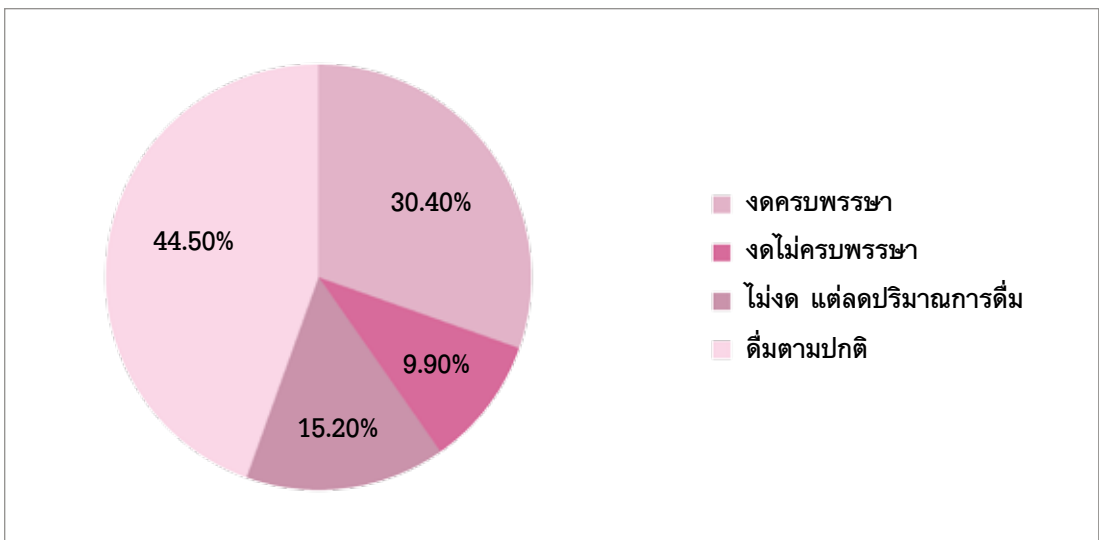


กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งประหยัดค่าใช้จ่ายได้ เฉลี่ยรายละ 1,820 บาท ประมาณการจำนวนเงิน โดยรวมที่ประเทศประหยัดได้ 1 หมื่นล้านบาท ซึ่งลดลงจากปีที่แล้ว 5 ร้อยล้านบาท

ภาพที่ 4.1.1 พฤติกรรมผู้ดื่มระหว่างเข้าพรรษาปี พ.ศ. 2560

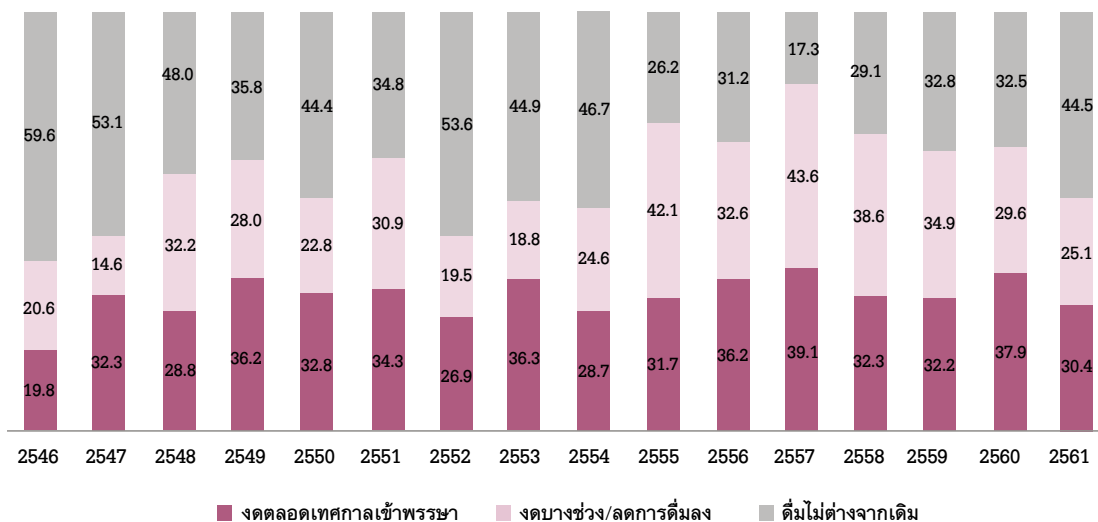


ภาพที่ 4.1.2 พฤติกรรมผู้ดื่มระหว่างเข้าพรรษาปี พ.ศ. 2561



เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา พบว่า จำนวนนักดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม (งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์) ระหว่างช่วงเข้าพรรษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงแรก คือ ปี พ.ศ. 2552-2557 จนสูงสุดในปี พ.ศ. 2557 ที่มีนักดื่มถึงร้อยละ 83.4 เข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2561 ลัดส่วนของนักดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มค่อนข้างคงที่และอยู่ที่ประมาณร้อยละ 70 และผู้ที่งดดื่มสุราได้ตลอดช่วงเข้าพรรษาทั้งสามเดือนก็อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 ในแต่ละปี (ภาพที่ 4.1.3)

ภาพที่ 4.1.3 ลัดส่วนของนักดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มระหว่างเข้าพรรษาปี พ.ศ. 2546-2561 (ร้อยละ)



เมื่อถามถึงเหตุผลที่ทำให้สามารถงดดื่มได้ตลอดพรรษา สาเหตุอันดับต้นๆ เป็นปัจจัยจากพฤติกรรมเดิม คือ ดื่มน้อยอยู่แล้ว หรืองดเป็นประจำทุกปี ยังมีส่วนน้อยที่ตอบว่าเป็นผลจากการณรงค์โดยตรง อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมเข้าพรรษาเป็นประจำทุกปีเปิดโอกาสให้นักดื่มส่วนใหญ่ลดหรืองดการดื่มลงได้ดังที่ได้แสดงไปแล้วข้างต้น

สำหรับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาให้เหตุผลอันดับหนึ่งว่า เป็นเพราะมีผู้อื่นชวนดื่มและไม่สามารถขัดได้ จึงจำเป็นต้องดื่ม ซึ่งเป็นเหตุผลของผู้ดื่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการกว่าร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่าแรงกดดันทางสังคมยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไทยต้องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนสาเหตุรองลงมาเป็นสาเหตุจากแรงจูงใจภายในของตัวผู้ดื่ม คือ การชอบเที่ยวสังสรรค์ และผู้ที่ดื่มจนติดในกรณีหลังหากต้องการให้หยุดหรือเลิกดื่มคงต้องใช้บริการทางการแพทย์เข้ามาช่วย (ตารางที่ 4.1.2)

ตารางที่ 4.1.2 ปัจจัยที่ทำให้สามารถงดดื่มได้ตลอดพรรษา และปัจจัยที่นักดื่มไม่เข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา (ข้อมูลปี พ.ศ. 2560)

ลำดับ	ปัจจัยที่ทำให้งดดื่มได้ตลอดพรรษา	ร้อยละ	ปัจจัยที่ไม่ร่วมโครงการงดเหล้า	ร้อยละ
1	ปกติดื่มน้อย ไม่ค่อยได้ดื่มอยู่แล้ว	35.9	มีคนชวนดื่มขัดไม่ได้	53.3
2	งดเป็นประจำทุกปี	18.7	ชอบเที่ยวสังสรรค์	40.2
3	ต้องการรักษาสุขภาพช่วงเข้าพรรษา	5.9	ปกติดื่มน้อย ไม่ค่อยได้ดื่มอยู่แล้ว	40.0
4	มีการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ	5.4	ดื่มเป็นประจำ/ ดื่มจนติด	31.1
5	ในชุมชนมีการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา	3.1	ต้องไปงานเลี้ยง	29.1

โดยสรุป กิจกรรมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาเปิดโอกาสให้นักดื่มสุราส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เช่น ลดหรืองดดื่มสุราได้ในช่วงสามเดือนนี้ อย่างไรก็ตาม ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาการรณรงค์ยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างมีนัยสำคัญ การไม่เข้าร่วมโครงการมาจาก 2 สาเหตุหลัก คือ แรงกดดันจากสังคมรอบข้าง เช่น การชวนดื่ม การไปงานเลี้ยง และเกิดจากตัวผู้ดื่มเองที่ดื่มจนติด การขยายกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการจึงจำเป็นต้องใช้การรณรงค์เพื่อเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มที่ชวนผู้อื่นดื่มสุรา และสำหรับกลุ่มที่ดื่มจนติดสุรา ควรจะต้องกระตุ้นให้เข้ารับบริการเลิกดื่มสุราในสถานบริการสาธารณสุข

4.2 ผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่

ดารีกา ไสงาม

นอกจากการสำรวจระดับชาติเพื่อประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” แล้ว ศูนย์วิจัยปัญหาสุรายังจัดให้มีการประเมินผลการรณรงค์ในระดับพื้นที่ด้วยในบางปี โดยในปี พ.ศ. 2558 ได้มีการศึกษาผลของโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา รายจ่ายสุรา สุขภาพ และผลผลิตภาพการทำงานในช่วงเข้าพรรษาที่เปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อช่วงก่อนเข้าพรรษา ทำการศึกษาใน 4 พื้นที่ใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ จังหวัดน่าน อุบลราชธานี ลพบุรี และนครศรีธรรมราช โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการเฉพาะ (พื้นที่ปฏิบัติการ) 4 หมู่บ้านใน 4 จังหวัดที่กล่าวมาข้างต้น และพื้นที่ที่ไม่มีโครงการอีก 4 หมู่บ้านในจังหวัดเดียวกัน³ และในปี พ.ศ. 2560 ได้มีการศึกษาและถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา เพื่อศึกษาการปฏิบัติงาน กิจกรรมการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานของโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาดำบลองเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน⁴

ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

จากการศึกษาในสี่พื้นที่ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปฏิบัติการมีสัดส่วนของผู้งดดื่มสุรารสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบทั้งในช่วงเข้าพรรษา หลังออกพรรษา 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน โดยในช่วงเข้าพรรษา กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปฏิบัติการมีผู้งดดื่มสุราจนครบพรรษาสูงถึงร้อยละ 57.27 และร้อยละ 19.46 ลดปริมาณการดื่มลง ขณะที่พื้นที่เปรียบเทียบมีผู้งดดื่มครบพรรษาเพียงร้อยละ 37.37 แต่มีสัดส่วนผู้ลดปริมาณการดื่มลงร้อยละ 36.08

หลังออกพรรษา 1 สัปดาห์ พบว่า สัดส่วนของผู้งดดื่มสุรามีจำนวนลดลงจากช่วงเข้าพรรษา โดยพื้นที่ปฏิบัติการมีผู้งดดื่มเหลืออยู่ร้อยละ 42.51 และพื้นที่เปรียบเทียบมีผู้งดดื่มร้อยละ 32.73 และเมื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราต่อเนืองหลังจากออกพรรษา 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าสัดส่วนของผู้งดดื่มมีจำนวนลดลงทั้งสองพื้นที่ ขณะเดียวกันสัดส่วนของผู้ลดปริมาณการดื่มลงเพิ่มขึ้น ส่วนการ

³ วรางคณา จิรรัตนโสภณ. การประเมินโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับหมู่บ้าน ปี 2558. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2559.

⁴ นพวรรณ อุปคำ. โครงการถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2560.

เปลี่ยนแปลงหลังออกพรรษา 6 เดือน พบว่า หมู่บ้านปฏิบัติการและหมู่บ้านเปรียบเทียบมีสัดส่วนของผู้ดื่มลดลงใกล้เคียงกัน แต่สัดส่วนของผู้ที่ลดปริมาณการดื่มลง ผู้ที่ดื่มปกติ และผู้ดื่มมากกว่าปกติ มีความแตกต่างระหว่าง 2 พื้นที่ โดยพื้นที่ปฏิบัติการมีสัดส่วนผู้ดื่มที่ลดปริมาณการดื่มลงน้อยกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ และมีสัดส่วนของผู้ดื่มปริมาณปกติและผู้ดื่มมากกว่าปกติสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ (ตารางที่ 4.2.1)

ตารางที่ 4.2.1 ประสิทธิภาพของโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาต่อการดื่มสุรากลุ่มหลังออกพรรษา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนในหมู่บ้านปฏิบัติการและหมู่บ้านเปรียบเทียบ (n = 824)

	หลังออกพรรษา 1 เดือน		หลังออกพรรษา 3 เดือน		หลังออกพรรษา 6 เดือน	
	ปฏิบัติการ	เปรียบเทียบ	ปฏิบัติการ	เปรียบเทียบ	ปฏิบัติการ	เปรียบเทียบ
งดดื่มต่อเนื่อง	34.98	23.45	26.91	18.81	17.26	18.56
ลดการดื่มตลอด	35.65	44.85	32.96	45.62	32.29	40.98
ดื่มปกติ	25.56	31.19	32.51	34.02	40.81	36.86
ดื่มมากกว่าปกติ	3.81	0.52	7.62	1.55	9.64	3.61

การศึกษานี้ยังได้ประเมินประสิทธิผลในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มในช่วงเข้าพรรษา และหลังออกพรรษา 1 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์แบบจำลองการถดถอยโลจิสติก โดยควบคุมปัจจัยด้านพื้นที่ ระดับความเสี่ยงในการดื่มก่อนเข้าพรรษา พฤติกรรมการดื่มในช่วงเข้าพรรษาปีที่ผ่านมา และปัจจัยทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะหัวหน้าครัวเรือน ภาวะสุขภาพและระยะเวลาในการเดินทางไปร้านจำหน่ายสุรา ผลการวิเคราะห์พบว่า พื้นที่ปฏิบัติการมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นในช่วงเข้าพรรษาคิดเป็น 1.86 เท่า เมื่อเทียบกับพื้นที่เปรียบเทียบ (95% CI: 1.38, 2.50) และเมื่อติดตามต่อเนื่องไปถึงออกพรรษา 1 สัปดาห์ พบว่า พื้นที่ปฏิบัติการมีโอกาสที่จะงดดื่มสูงกว่าพื้นที่หมู่บ้านเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 1.52 เท่า (95% CI: 1.06, 2.17)

นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปฏิบัติการรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้นคิดเป็น 2.29 เท่า (95% CI: 1.66, 3.16) และรู้สึกว่าคุณภาพการทำงานได้มากขึ้น คิดเป็น 4.41 เท่า (95% CI: 3.06, 6.37) ของกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่เปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม รายงานที่ประหยัดได้จากการดื่มสุราไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่เปรียบเทียบ (ค่ามัธยฐานอยู่ที่ประมาณ 500 บาทต่อคนในทั้งสองพื้นที่)

ผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2558 นี้สรุปได้ว่า โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ช่วยเสริมประสิทธิผลของโครงการรณรงค์ระดับชาติ โดยส่งผลให้นักดื่มปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น มีสัดส่วนผู้งดดื่มครบพรรษาและต่อเนื่องไปจนออกพรรษาเพิ่มขึ้น โดย ประสิทธิภาพของโครงการฯ เกิดมากในกลุ่มที่ลงนามปฏิญาณตนงดเหล้าเข้าพรรษา สำหรับปัจจัยความสำเร็จของโครงการฯ คือการพยายามชักชวนให้นักดื่มปัจจุบันตระหนักและตั้งใจงดดื่ม โดยให้แสดงออก ในรูปของการลงนามเพื่อสร้างพันธะสัญญางดเหล้าในช่วงเข้าพรรษา อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของโครงการฯ ลดลงตามระยะเวลา และสิ้นสุดลงในช่วงหลังจากออกพรรษาไปแล้ว 3 เดือน ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้คนงดดื่มสุราจึงไม่ควรสิ้นสุดเฉพาะช่วงเข้าพรรษา แต่ควรจะทำ ต่อเนื่องไปตลอดหลังจากออกพรรษาไปแล้ว เพื่อจะช่วยให้ผู้ที่ตั้งใจจะงดหรือเลิกสุราสามารถทำได้สำเร็จ ตลอดไป

ส่วนการศึกษาผลการดำเนินงานของโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาของตำบลร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูนในปี พ.ศ. 2560 ได้ข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

	ตำบลร่องเคาะ
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา	มีผู้งดดื่มได้ตลอดช่วงเข้าพรรษา ร้อยละ 69.8 ผู้ที่ไม่งดและไม่ลดการดื่มเลยมีเพียงร้อยละ 2.2 และมีผู้งดดื่มสุราได้ตลอดเทศกาลเข้าพรรษาและจะงดต่อไปจนออกพรรษา ร้อยละ 74.2
การเริ่มต้นโครงการงดเหล้า	เริ่มกิจกรรมโครงการงดเหล้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 นำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่ อบต. อาศัยการมีส่วนร่วมของชาวบ้านทั้ง 17 หมู่บ้าน และหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งสู่การเป็นต้นแบบสุขภาวะด้านการงดเหล้า ผู้นำชุมชนได้ให้ความสำคัญประกาศเป็นนโยบาย คนต้นแบบเลิกเหล้า
กิจกรรมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา	จัดกิจกรรมทุกปี วัดเป็นเจ้าภาพ ได้รับงบประมาณจาก สสส. มีการบรรยายจากหมอหรือ รพ.สต. เกี่ยวกับตัวอย่างครอบครัวที่พ่อแม่ดื่มเหล้า ครอบครัวที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากผู้ดื่มสุรา พระเทศน์เรื่องผลกระทบของการดื่มเหล้า กิจกรรมการงดเหล้าลด ละ เลิกบุหรี่ยาสูบ กิจกรรมวันต่อต้านยาเสพติด กิจกรรมการแข่งขันกีฬาต้านยาเสพติด กิจกรรมส่งเสริมกลุ่มอาชีพต่างๆ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมงานศพปลอดเหล้า กิจกรรมลดเหล้าหลังเลิกงาน กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมงด ลาบ หลู้ ล้าดิบ กิจกรรมเครือข่ายคนต้นแบบ ศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่ เป็นต้น ภายใต้สโลแกน “อบต.ชวนเลิกเหล้า” การค้นหาร้านค้าสี่ขา ร้านค้าต้นแบบ บุคคลต้นแบบ หรือภาคีเครือข่ายต้นแบบ

	ตำบลร่องเคาะ
ผลการดำเนินงาน	สถิติอุบัติเหตุลดลง งานศพ งานบุญต่างๆ ในชุมชนจะไม่มีการเล่นเหล้า คุณภาพชีวิตของคนที่ดื่มและครอบครัวดีขึ้น ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง มีแนวร่วมในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะแนวร่วมที่เกิดจากความสมัครใจหรือจิตอาสา มีการเผยแพร่ข้อมูลทางไลน์ เฟสบุ๊กไปยังหมู่บ้านใกล้เคียง มีคนชื่นชมในทางบวกมากขึ้น คนรุ่นใหม่ได้รับรู้และเข้าร่วมในโครงการมากขึ้น
	ตำบลบ้านธิ
พฤติกรรม การดื่มสุรา	มีผู้งดดื่มได้ตลอดช่วงเข้าพรรษา ร้อยละ 42.1 ผู้ที่ไม่งดและไม่ลดดื่มมีเพียงร้อยละ 1.8 และมีผู้งดดื่มสุราได้ตลอดเทศกาลเข้าพรรษาและจะงดต่อไปจนออกพรรษาร้อยละ 32.7
การเริ่มต้น	ดำเนินงานอย่างจริงจังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยเริ่มจากปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและโครงการงดเหล้า การฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งพบว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาดังกล่าว จึงได้เริ่มทำโครงการหมู่บ้านปลอดสุรา
กิจกรรมรณรงค์ งดเหล้า เข้าพรรษา	จัดกิจกรรมทุกปี ขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจนครบ 36 หมู่บ้าน มีประชาคมหมู่บ้านดำเนินกิจกรรมไม่เลี้ยงเหล้าและอบายมุขในงานศพ งดเหล้าเข้าพรรษา งดดื่มสุราในวันพระ และร้านค้างดขายเหล้าทุกวันพระ เจ้าอาวาส พระภิกษุ ผู้ใหญ่บ้านทำหนังสือเชิญชวนให้ชาวบ้านร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา เจ้าหน้าที่เทศบาลเชิญชวนประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาถึงที่บ้านและให้ลงชื่อเข้าร่วมกิจกรรม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสาธารณสุข แจกใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ นำไปให้กลุ่มที่สนใจงดเหล้าเข้าพรรษา
ผลการดำเนินงาน	ได้รับการคัดเลือกให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาจากการดื่มสุรา

จากการถอดบทเรียนของทั้งสองตำบลพบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน มีการขับเคลื่อนโครงการโดยส่วนราชการ อบต. ผู้นำชุมชน อสม. พระภิกษุ และมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการถอดบทเรียนจากบุคคลต้นแบบ มีกลุ่มแกนนำ เพื่อนชวนเพื่อน โดยให้กลุ่มที่หยุดดื่มแนะนำคนที่ดื่มสุราหรือคนที่ไม่เข้าโครงการฯ และสมาชิกครอบครัวช่วยชวนให้เลิกเหล้า มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมต่อเนื่องหลังจากเข้าร่วมโครงการฯ มีเวทีคุยกันประจำของส่วนราชการและผู้นำชุมชนในพื้นที่ ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบ เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง โดยลงมือทำให้เห็นด้วยตนเอง

โดยสรุป การศึกษาผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของประชาชนและบุคลากรเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนงานงดเหล้าเข้าพรรษาในชุมชนของตน ทำให้ผู้ดื่มสุราในชุมชนสามารถหยุดดื่มได้ทั้งในตลอดช่วงของการเข้าพรรษาและในระยะต่อมา

4.3 การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมในงานบุญประเพณีวัฒนธรรม และเทศกาลสำคัญ

วิษณุ ศรีทะวงศ์

ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณีวัฒนธรรม สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำการขับเคลื่อนงานเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคมในงานบุญประเพณีวัฒนธรรมและเทศกาลสำคัญ ซึ่งได้อาศัยพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ควบคู่ไปกับมาตรการณรงค์ทางสังคม และมาตรการทางการเงิน (sponsorship replacement) เข้ามาใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวรบสำคัญเพื่อสร้างความเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) และสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงรูปธรรมที่จับต้องได้ในระดับพื้นที่ ดังจะได้นำเสนอต่อไปในบทความนี้

📍 สถานการณ์ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี พ.ศ. 2546-2550)

เป็นที่ยอมรับกันดีว่า ธุรกิจแอลกอฮอล์ได้เข้ามามีอิทธิพล และเข้ามาทำการตลาด โดยใช้งานบุญประเพณีวัฒนธรรมและเทศกาลสำคัญ อาทิ งานสงกรานต์ งานบุญบั้งไฟ งานบุญแข่งเรือ งานกาชาด และของดีประจำจังหวัด ประจำอำเภอ งานเทศกาลอาหาร งานเทศกาลดนตรี งานลอยกระทง งานสารทเดือนสิบ เป็นต้น ในขณะที่การสนับสนุนกิจกรรมของธุรกิจแอลกอฮอล์ในต่างประเทศมักจะเป็นการเข้าไปสนับสนุนในงานดนตรีและกีฬา โดยธุรกิจแอลกอฮอล์ดำรงตนอยู่ในบทบาทของผู้ให้การสนับสนุนหรืออุปถัมภ์กิจกรรมทางสังคม เป็นผู้มีพระคุณต่อผู้จัดงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเจ้าภาพจัดงานในพื้นที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งการเข้ามาตั้งบูธกิจกรรมส่งเสริมการขาย บูธชงชิมพร้อมสาวพริตตี้ สาวเชียร์เบียร์ เปิดลานเบียร์ และการแสดงดนตรีเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดื่มตลอดช่วงเวลาการจัดงาน มีกิจกรรมโฆษณา โปรโมทสินค้าและผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ มีการสื่อให้เห็นอย่างโดดเด่นในป้ายโฆษณา ป้ายขวางถนน และป้ายกลางแจ้ง เชิญชวนให้มาร่วมงานทั่วทั้งเมืองและรวมทั้งในบริเวณพื้นที่จัดงานหรือที่ที่จะมีการถ่ายทอดสด ในสนามการแสดงหรือเวทีกิจกรรมทางประเพณี มีการแสดงชื่อโลโก้และตราสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมงานประเพณีวัฒนธรรมผ่านขบวนแห่ ฟังเข้าเป็นชื่อส่วนหนึ่งของทีมเรือยาว ใช้เป็นสื่อบุคคลกับนักพากย์เรือ ชื่อทีมสโมสรฟุตบอลหรือปรากฏบนหน้าอกเสื้อนักกีฬา เพื่อให้เกิดการจดจำและภาพความทรงจำที่ดีของผู้คนต่อบริษัทและผลิตภัณฑ์เหล่านั้น เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายใดๆ ในการควบคุม

ดังนั้น งานบุญประเพณีและเทศกาลจึงถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการโฆษณาประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการขาย การเข้ามาส่งเสริมการตลาดและโฆษณาอย่างต่อเนื่องนี้เองส่งผลที่สืบเนื่องตามมา ทำให้ค่านิยมของประชาชนที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อครั้งที่ระบุไว้ในคำสอนทางศาสนาเป็นสิ่งต้องห้ามหรือควรหลีกเลี่ยงให้ห่างไกล ประชาชนเริ่มมีทัศนคติเชิงบวกต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเหล้าเบียร์เป็นสินค้าปกติ เป็นเครื่องดื่มที่ใครๆ ก็สามารถเข้าถึงได้และดื่มได้โดยไม่เกี่ยวข้องกับบาปบุญคุณโทษ มีค่านิยมที่ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นของดีที่คู่ควรต่อช่วงเวลาในการเฉลิมฉลองหรือโอกาสพิเศษ มองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แสดงถึงการมีรสนิยมทางสังคม เป็นเครื่องดื่มที่นำไปสู่การสร้างมิตรภาพระหว่างคนแปลกหน้าให้กลายมาเป็นเพื่อน เป็นต้น รวมทั้งการมองว่าบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผู้ให้ เป็นผู้ที่เข้ามาช่วยเหลือและส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดงานบุญประเพณีในแต่ละท้องถิ่น เกิดความเชื่อว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติใครๆ เขาก็ดื่มกัน การจัดงานไม่มีเหล้าก็ไม่สนุก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับงานบุญประเพณีเป็นของคู่กัน เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้

ความรุนแรง
การดื่มแอลกอฮอล์ ในครอบครัว
ทำลายคุณค่าประเพณีวัฒนธรรม
เมาแล้วขับ ความสูญเสีย
อุบัติเหตุ ท้อง แท้ง ทิ้ง
เจ็บตายพิการ ทะเลาะวิวาท
นักดื่มหน้าใหม่ทั้ง
ต้นเหตุ 200 โรค NCDs

ปัญหาการบริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในประเทศไทย

กฎหมาย หมักหมมยาวนาน **เต็มไปด้วยเงื่อนไข**
ขาดประสิทธิภาพ **ซบเซา**
New Media สื่อออนไลน์ **ยังไม่หยุดโฆษณา**
มาตรการเดียว **ไม่ได้ผล**
การเมืองเกี่ยว **การเมืองเกี่ยว**

ยังแก้ง่าย
นายทุนอยู่เบื้องหลัง
กระทบคนจำนวนมาก
เกี่ยวพันวิถีวัฒนธรรม
ระบบอุปถัมภ์

สถานการณ์
ของปัญหาที่พบ

การรุกคืบของธุรกิจแอลกอฮอล์
มุ่งทำการตลาดระดับพื้นที่ **10,000** เทศกาล

BAN
800 เทศกาลอาหาร เบื้องหน้า
200 งานแข่งเรือ
100 งานเทศกาลดนตรี
8,000 งานบุญประเพณี
76 งานกาชาด
200 งานของดี
1,000 งานกีฬา ฯลฯ

การทำ Below the line ของธุรกิจแอลกอฮอล์
ที่อิสระเสรี โดยไม่มีใครหน่วยงานใดเข้ามาควบคุมดูแล
งานบรรจงให้คนทั้งประเทศชักชวนกันมาดื่มเหล้าแบบเนียนๆ ถูกต้อง ของบรรจง
เด็กเยาวชนสัมผัส เข้าถึงประสบการณ์ตรงได้ตลอดทุกเทศกาลทั้งปี

🍷 เมื่อมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี พ.ศ. 2551)

ภายหลังจากที่มี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2551 แผนงานพัฒนาโยบายสาธารณะ ได้นำ พ.ร.บ. ฉบับนี้มาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเข้าไปพูดคุยเจรจากับเจ้าภาพจัดงานในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดความยอมรับ ตระหนักถึงสถานการณ์และความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จัดงานต่างๆ เพื่อให้การขาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งเป็นกติกาทางสังคมที่ต้องเคารพและยอมรับร่วมกัน โดยในช่วงแรก ต้องยอมรับว่าเป็นเรื่องที่ไม่ได้ไม่ถนัดนัก ทั้งนี้เนื่องจาก พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2551 เป็นเรื่องใหม่ ผู้คนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ ประกอบกับอิทธิพลของธุรกิจแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลประโยชน์จากการส่งเสริมการตลาดทั้งหลาย ทั้งในส่วนของเจ้าของผู้ประกอบการร้านค้า ผับบาร์หรือเอเยนต์ต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและเกี่ยวพันกับการจัดลานเบียร์ หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย ส่งผลให้เจ้าภาพจัดงานซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล สำนักงานจังหวัดและส่วนราชการต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งได้งบประมาณสนับสนุนทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในภาวะเอาหูไปนาเอาตาไปไร่ เนื่องจากต่างก็ได้รับผลกระทบ และเป็นผู้ที่เสียผลประโยชน์จากรายได้ที่ได้รับจากธุรกิจแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน

ไม่เฉพาะเรื่องผลประโยชน์อันเกี่ยวข้องกับธุรกิจแอลกอฮอล์เท่านั้น แต่มาyacติความคิด ความเชื่อของสังคมไทยที่มีต่อธุรกิจแอลกอฮอล์ และต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ฝังรากลึก อีกทั้งการบังคับใช้กฎหมายระดับพื้นที่ที่อยู่ในสภาพไกลปืนเที่ยง ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานใดที่ออกหน้าเข้ามาดำเนินการ หรือแสดงความรับผิดชอบเท่าที่ควร เพราะคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยมิใช่เรื่องสำคัญเมื่อเทียบกับประเด็นอื่น แม้ว่าแผนพัฒนาโยบายสาธารณะจะมีเครื่องมือทางการเงินหรือสปอนเซอร์ชิพทดแทน (alcohol sponsorship replacement) หมายถึง การให้ทุนสนับสนุนแก่เจ้าภาพจัดงานแทนทุนที่พวกเขาเคยได้รับจากธุรกิจแอลกอฮอล์ แต่ก็ไม่ได้ทำให้ผู้จัดงานรู้สึกสบายใจหรือยินดีปรีดา ทั้งนี้เพราะผลประโยชน์ หรือเม็ดเงินที่ได้นั้น มีมูลค่าลดลงจากที่พวกเขาเคยได้รับและมีขั้นตอนที่ยุ่งยากกว่าเงินให้เปล่าของธุรกิจแอลกอฮอล์ แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2551 แผนงานได้ใช้โอกาสของการมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วงชิงพื้นที่จัดงาน จากที่เคยได้รับการสนับสนุนจากธุรกิจแอลกอฮอล์ไปเป็นจำนวน 23 งาน ใน 15 จังหวัด อาทิ งานพิทยามิวสิค, งานเทศกาลสงกรานต์ดอกคูณเสียงแคน (ถนนข้าวเหนียว) จังหวัดขอนแก่น, งานปีใหม่เมือง จังหวัดเชียงใหม่, งานบุญบั้งไฟทะเลล้าน จังหวัดกาฬสินธุ์, งานแข่งเรือยาวประเพณี จังหวัดน่าน, งานเทศกาลกินปลา จังหวัดสมุทรสงคราม, งานวัฒนธรรมภาคกลาง จังหวัดราชบุรี, งานเผาเทียนเล่นไฟและลอยกระทง จังหวัดสุโขทัย, งานยี่เป็ง จังหวัดเชียงใหม่ และ งานกาชาดและของดี จังหวัดจันทบุรี เป็นต้น

🌐 การดำเนินงานในระยะแรกหลังมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี พ.ศ. 2552-2555)

ภายหลังจากที่แผนงานและภาคีเครือข่าย ร่วมกันดำเนินการแทรกแซงและแยงชิงพื้นที่ในงาน ประเพณีวัฒนธรรมที่เคยได้รับการสนับสนุนจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสร้างความเข้าใจอย่างต่อเนื่องกับเจ้าภาพจัดงาน ส่งผลให้มีการขยายพื้นที่จากการมีรูปธรรมพื้นที่จัดงานปลอดเหล้า 20 งานต่อปี กลายมาเป็นมีพื้นที่จัดงานปลอดเหล้าในเทศกาลสำคัญๆ กว่า 150 งานต่อปี โดยมีการดำเนินการ ควบคุมไปกับการพัฒนาคำสั่งและกระบวนการนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่กว่า 100 คำสั่งต่อปี อาทิ ประกาศนโยบายสาธารณะการจัดงานสงกรานต์ปลอดเหล้าจากเทศบาลนครเชียงใหม่, ประกาศนโยบายสาธารณะงานแข่งเรือปลอดเหล้า จังหวัดน่าน, ประกาศนโยบายสาธารณะการจัดงานบุญบั้งไฟ ปลอดเหล้า เทศบาลตำบลเอราวัณ จังหวัดเลย, ประกาศนโยบายสาธารณะการจัดงานเทศกาลอาหาร อร่อยได้ไร้แอลกอฮอล์ เทศบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นต้น มีการดำเนินการทำงานแผนที่ จุดเสี่ยงในพื้นที่จัดงานต่างๆ และคืนข้อมูลเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงแบบทันทีทันใดภายในงาน รวมทั้ง การจัดเวทีสาธารณะในงานประเพณีต่างๆ ในการถกกันถึงคุณค่าแท่งงานบุญประเพณี และการควบคุม บังคับเสี่ยง การใช้มาตรการทางสังคมผ่านภาคประชาสังคมและเครือข่ายเด็กเยาวชน นำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคม และก่อให้เกิดการขยายตัว ออกไปในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ จนเกิด ถนนเล่นน้ำตระกูลข้าว มากกว่า 35 ถนนตระกูลข้าว ใน 80 พื้นที่จัดงานในปี พ.ศ. 2555

การดำเนินงานดังกล่าว ได้รับการตอบรับที่ดีจากเจ้าภาพจัดงานในพื้นที่ จากการสำรวจข้อมูล ความคิดเห็นของประชาชนนักท่องเที่ยวผู้ร่วมงาน ผู้จำหน่ายสินค้าภายในงาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยกับการจัดงานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย อุ่นใจ ที่จะเข้ามาเที่ยวชมงาน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมดูแลความสงบเรียบร้อยภายใน งานก็รู้สึกสบายใจ และมีภาระงานลดลง ไม่ต้องดูแลเรื่องคนต่อยติทะเลาะวิวาท อีกทั้งรายได้ที่พวกเขา เคยได้จากการจัดงานที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดงานที่ไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นไม่มีความ แตกต่าง และอาจจะขายดีมากกว่าเดิมด้วยซ้ำเนื่องจากสามารถจัดงานได้ตลอดจนจบงานไม่ต้องเลิกก่อน นอกจากนี้ สถิติอุบัติเหตุการทะเลาะวิวาทที่ลดลง ไม่มีคนเมา หรือพฤติกรรมสืบเนื่องที่เกิดจากการเมา อาทิ การลวนลาม การแสดงท่าทีก้าวร้าวหรือใช้ความรุนแรงก็ลดลง ตัวอย่างของงานเทศกาลอาหาร พบว่ารายได้ที่เกิดขึ้นจากการขายอาหารเมื่อไม่มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จัดงานกลับเพิ่มขึ้น ชัดแย้งกับความเชื่อที่ว่าถ้าไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วจะไม่มีคนมางาน โดยผู้ประกอบการร้านอาหาร ส่วนใหญ่พบว่ายอดขายอาหารภายในงานมีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการหมุนเวียนของผู้ที่นั่งกิน อาหารในพื้นที่ที่มีการจัดไว้ให้เพิ่มขึ้น ไม่มีลักษณะของการนั่งแช่และการซื้อสินค้ากลับไปกินที่บ้านมี มากขึ้น อีกทั้งส่วนที่สำคัญที่สุดคือบรรยากาศของผู้มาเที่ยวชมงานมีลักษณะความเป็นครอบครัว จูงลูก จูงหลาน มาเดินเล่นในยามค่ำคืนได้อย่างปลอดภัย ไม่ต้องกังวลว่าจะมีคนเมาหรือจะมีความไม่ปลอดภัย ในการจัดงาน



พลังความเข้มแข็งระดับอำเภอในหลายพื้นที่ กำลังสร้างการเปลี่ยนแปลง
 นำอาสาสมัครสาธารณสุข อ.จตุรพักตรพิมาน จ.อุบลราชธานี ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหลายสถาน
 ที่เพื่อลดอัตราการดื่ม การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีพื้นที่สาธารณะปลอดการ
 การดื่มสุราและบุหรี่ตามโครงการฯ การกำหนดจุดตั้งในชุมชนที่ปลอดภัย
 ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นต้นแบบสร้างสถานการณ์อภัยภูธร จ.จตุรพักตร

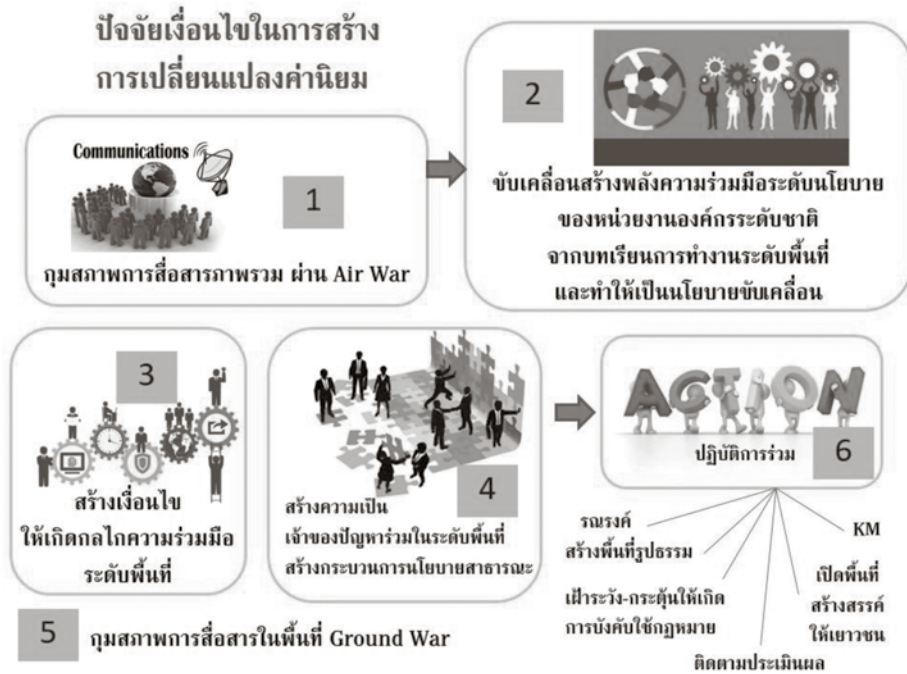


🌐 การดำเนินงานในระยะต่อมา ช่วง 5-10 ปี หลังจากมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี พ.ศ. 2555-2560)

ภายหลังจากที่มีการดำเนินงานมาระยะหนึ่งในการขยายพื้นที่รูปธรรม ด้วยการใช้มาตรการทางการเงิน ควบคุมกับมาตรการทางสังคมและมาตรการทางกฎหมาย ภาคธุรกิจเริ่มมีการปรับตัวและมีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินการ มีการใช้ผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม โซดา และน้ำแร่ ที่มีตราสัญลักษณ์ที่คล้ายคลึงกันกับผลิตภัณฑ์เหล้าเบียร์ รวมทั้งกิจกรรม CSR ของบริษัท เพื่อกลับมาสนับสนุนแข่งชิงพื้นที่จัดงานกลับคืน ทำให้การทำงานระดับพื้นที่มีความยากมากขึ้น



สิ่งที่ภาคีเครือข่ายดำเนินการในช่วงเวลา 5-10 ปี หลังจากมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี พ.ศ. 2555-2560) คือ การขยายผลเชิงนโยบายควบคู่ไปกับการทำงานเชิงความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำงาน การใช้มาตรการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วยทั้ง hard power และ soft power เนื่องจากเข้าใจถึงข้อจำกัดและความอ่อนแอของกลไกของรัฐในการควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย อีกทั้งธุรกิจเองก็มีการปรับตัว มีกลยุทธ์ใหม่ๆ เข้ามาดำเนินการในระดับพื้นที่มากขึ้นเรื่อยๆ อาทิ การใช้ป้ายโฆษณาน้ำตาลมีโซดา น้ำแร่ กิจกรรม CSR การทำงานเชิงวัฒนธรรมแนววิถี เพิ่มการส่งเสริมกิจกรรมสำหรับเด็กเยาวชน การเข้าไปสนับสนุนสโมสรฟุตบอลที่เป็นศูนย์รวมแห่งความภาคภูมิใจของแต่ละจังหวัด เหล่านี้เป็นต้น หากเพียง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551 คงไม่สามารถที่จะยับยั้งการรุกเข้ามาของธุรกิจได้ นี่คือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในสังคมไทย 10 ปี หลังจากมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551



ทิศทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการทำงานควบคุมเครื่องดีเซลสกอตต์ในงานประเพณีวัฒนธรรมและเทศกาลสำคัญ

สังคมไทยต้องตระหนักว่า ปัจจุบันประเพณีวัฒนธรรมอยู่ในยุคที่เสื่อมถอย ทั้งในเนื้อหากุณค่าและรูปแบบ ดังนั้นการจะไปต่อจำเป็นต้องมีการทบทวนเนื้อหาคุณค่าและรูปแบบในปัจจุบัน ว่าตอบสนองต่อสิ่งใดกันแน่ ระหว่างอำนาจทุนหรือคุณค่าแท้ในการจัดงาน โดยเฉพาะธุรกิจแอลกอฮอล์เข้ามาใช้งานประเพณีวัฒนธรรมเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการขาย ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนการจัดงานอย่างแท้จริง ขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อภาระทางสังคมเอาไว้เบื้องหลัง

สังคมไทยต้องตระหนักว่า ปัจจุบันเด็กเยาวชน อยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยง มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเติบโตของเด็กและเยาวชน มีอบายมุขและสิ่งชั่วร้ายมากมาย ที่จะส่งผลทำให้เกิดความพลั้งเผลอในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เครื่องดื่มมีนเมาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเติบโตของเด็กเยาวชน หากไม่มีการควบคุมที่ดีแล้วจะส่งผลให้เขาก้าวเข้ามาเป็นนักดื่มหน้าใหม่อย่างรวดเร็วก่อนวัยอันควร ดังนั้น ในการจัดงานประเพณีวัฒนธรรมเทศกาลสำคัญต่างๆ ควรต้องมีการควบคุมดูแลเป็นอย่างดี ไม่ให้มีการโฆษณาส่งเสริมการขาย หรือให้เด็กเข้าไปสัมผัสกับกิจกรรมทางการตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์

สังคมไทยต้องตระหนักว่า ธุรกิจแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะเรื่องความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท ดังนั้นการจัดงานในพื้นที่สาธารณะหรือกิจกรรมสาธารณะใดๆ ที่มีผู้คนเข้ามาเกี่ยวข้องในจำนวนมากๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือหากจะมีการดื่มก็ควรดื่มในสถานที่ที่มีการจัดเอาไว้ให้เป็นการเฉพาะ อาทิเช่น ร้านอาหารที่มีโต๊ะนั่งมีบริเวณและมีการขายในช่วงเวลาปกติ ซึ่งจะทำการดื่มการขายเป็นที่เป็นทาง ไม่กระทบต่อสาธารณะเหมือนดังเช่นในปัจจุบันที่มีการขายการดื่ม ในพื้นที่จัดงานทั่วไปตามข้างทาง ตามถนนหนทาง

สังคมไทยต้องตระหนักว่า ธุรกิจที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม จำเป็นที่จะต้องแสดงความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาต่างๆ คล้ายกับกรณีทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีแนวคิด Polluter Pay Pollution (PPP) ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการยกระดับความรับผิดชอบต่อธุรกิจแอลกอฮอล์ ไม่ใช่การผลักภาระความรับผิดชอบต่อผู้ที่ผู้บริโภคเหมือนดังแคมเปญให้ดื่มอย่างรับผิดชอบแต่จะต้องนำไปสู่การขายอย่างรับผิดชอบ อย่างกรณีในต่างประเทศ ซึ่งไม่ขายให้คนเมาคนครองสติไม่ได้ ไม่ขายให้กับเด็กเยาวชน หรือแม้กระทั่งมีกฎหมายที่ให้ทางร้านรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดหากพิสูจนได้ว่าผู้บริโภคดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากร้านดังกล่าวและไปเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้านที่ขายให้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยที่ประกันภัยจะไม่รับผิดชอบ เป็นต้น อันนี้เป็นมาตรการที่สังคมไทยจะต้องให้ธุรกิจแสดงความรับผิดชอบต่อการขายของตนที่ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคเหมือนที่ประเทศที่พัฒนาแล้วโดยเฉพาะในยุโรปได้มีการดำเนินการและได้ผลเป็นอย่างดี

สังคมไทย โดยเฉพาะหน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมกันผลักดันยุทธศาสตร์นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และในมิติสังคมสุขภาพต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมกันติดตามและตรวจสอบ ประสิทธิภาพของการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว การมีนโยบายของหน่วยงานและกลไกดำเนินการที่ชัดเจน ในกระทรวงต่างๆ และต้องมีการทำงานเชิงรุก ไม่ใช่เชิงรับอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะกรณี สื่อออนไลน์ Facebook ที่มีช่องว่างของการดำเนินการ โดยพื้นที่สื่อออนไลน์มีอิทธิพลโดยตรงต่อ เด็กเยาวชนที่เป็นผู้รับสาร รวมทั้งการใช้ตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะเดียวกันกับผลิตภัณฑ์ อาทิ โขดน้ำดื่ม น้ำแร่ และการใช้กลยุทธ์ CSR ยังคงมีผลต่อการรับรู้สื่อโฆษณาและภาพลักษณ์เชิงบวก ไปยัง เด็กเยาวชนซึ่งต้องได้รับการปกป้อง

สังคมไทย ต้องร่วมกันยกระดับ และปรับปรุงประสิทธิภาพของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2551 ให้กว้างขวางในทุกระดับมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อที่จะได้เร่งรัดการดำเนินการในการสร้างภูมิคุ้มกัน ให้กับลูกหลาน โดยต้องมองว่า พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มิใช่เรื่องของการจำกัดสิทธิ และเสรีภาพในการดื่ม แต่เป็นเครื่องมือในการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม มิให้เด็กเยาวชนเข้าไปสัมผัส หรือเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญในระยะยาวในการพัฒนาคุณภาพ พลเมืองไทยในอนาคต



5

การดูแลและบำบัดรักษา ในระบบสุขภาพ

- 5.1 การคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา
ในประเทศไทย
- 5.2 ต้นทุนและผลตอบแทนทางสังคมของการบำบัดรักษา
ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราในโรงพยาบาลชุมชน



5.1 การคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย

รัศมน กัลยาศิริ และวนิดา รัตนสุมาวงศ์

ในปัจจุบัน ปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการยอมรับมากขึ้นว่า เป็นปัญหาสุขภาพที่สามารถใช้การรักษาทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันมาเข้าร่วมในการดูแลและบำบัดรักษา งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ระบบประสาทได้จัดการติดสารเสพติดซึ่งรวมถึงสุราด้วย เป็นความผิดปกติในระดับสารสื่อประสาทและตัวรับสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและร่างกายจากการได้รับสารเสพติดเป็นระยะเวลายาวนาน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบความผิดปกติของสมองในผู้ที่ติดสุรา แต่การดูแลและบำบัดรักษายังจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการที่ผสมผสานกันระหว่างวิธีการต่างๆ ทางชีว-จิตสังคม (Bio-psychosocial) เช่น การใช้ยาในการบำบัดรักษา ร่วมกับการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด ซึ่งรวมไปถึงการบำบัดในชุมชน ที่ผู้มีปัญหาจากการดื่มได้อาศัยอยู่ ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้มีหน่วยงานในการให้การดูแลรักษาปัญหาจากการดื่มสุรา ทั้งที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน

ในช่วงปีที่ผ่านมา ได้มีความพยายามที่จะจัดระบบการดูแลทั้งในส่วนของการบำบัดรักษาโดยตรง ส่วนการดูแลในชุมชน และส่วนงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา เช่น การจัดให้มีการคัดกรอง (screening) และให้การบำบัดอย่างสั้น (brief Intervention) ปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ในหน่วยงานทางสาธารณสุข และมีความพยายามที่จะจัดให้การดูแลรักษาดังกล่าวอยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการในระดับชุมชนและพื้นที่โดยการรณรงค์และส่งเสริมให้คนในชุมชนงดเหล้าโดยเฉพาะในช่วงเทศกาลงดเหล้าเข้าพรรษามาอย่างต่อเนื่อง และได้มีการต่อยอดการทำงานโดยการจัดตั้งชมรมสำหรับผู้งดเหล้าได้ครบพรรษาหรือได้ตลอดต่อเนื่องเป็นปี อันเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ติดสุราสามารถ ลด ละ เลิกสุรา โดยจัดเป็นการดูแลและบำบัดในชุมชนได้รูปแบบหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเพื่อช่วยในการเลิกดื่มสุรานั้น ยังมีที่ใช้อยู่น้อยในประเทศไทย ซึ่งมักจะใช้ต่อเมื่อมีการติดสุรารุนแรงและมีผลแทรกซ้อนแล้ว เช่น มีอาการถอนแอลกอฮอล์ เป็นต้น ส่วนใหญ่ของโปรแกรมการบำบัดรักษา มักเน้นการทำจิตสังคมบำบัดเป็นหลัก ซึ่งมีการศึกษาในหลายรูปแบบในประเทศไทย

เนื้อหาในบทนี้จะสรุปรูปแบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในระบบสุขภาพในประเทศไทย และแสดงข้อมูลสถานบำบัดหลักที่มีบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย รูปแบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราสามารถแบ่งออกเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

การคัดกรองปัญหาเบื้องต้นที่เกิดจากการดื่มสุราสามารถทำได้เมื่อมีผู้เข้ารับบริการทางสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะหน่วยบริการทางสุขภาพที่มักมีผู้ดื่มสุราเข้าไปใช้บริการจำนวนมาก หรือเป็นด่านแรกในการให้บริการผู้ป่วย หรือสถานบริการที่พบผู้ป่วยที่อาจจะได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา เช่น แผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกเอชไอวี/เอดส์ คลินิกจิตเวช คลินิกฝากครรภ์ และหอผู้ป่วยใน เป็นต้น ทั้งนี้ แพทย์และบุคลากรสุขภาพสามารถซักประวัติและประเมินปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ร่วมกับการประเมิน พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ หรือใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความแม่นยำและเหมาะสมก็ได้ เช่น แบบคัดกรอง Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) หรือ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยนานาชาติขององค์การอนามัยโลก และเคยได้รับการทดสอบและใช้ในประเทศไทยมาแล้ว แบบคัดกรองนี้มีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองปัญหาได้สูง และสามารถนำมาใช้เตือนผู้ดื่มถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา และเชื่อมต่อไปยังการบำบัดแบบย่อ เพื่อช่วยให้ผู้ดื่มที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไปสามารถลดหรือหยุดการดื่ม และหลีกเลี่ยงอันตรายอันอาจเกิดจากการดื่มสุราได้

การบำบัดรักษาด้วยยาสำหรับผู้ติดสุรา

การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ติดสุรานั้น แบ่งได้เป็นสองขั้นตอนตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ การรักษาอาการขาดสุรา และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำหรือลดปริมาณการดื่มลง ยาหลักที่นิยมใช้รักษาอาการขาดสุรา คือ ยากลุ่ม benzodiazepines ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ที่ใช้ในประเทศไทยเพื่อรักษาอาการดังกล่าว ได้แก่ ยา diazepam ยา lorazepam และยา chlordiazepoxide

สำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มซ้ำหรือลดการดื่มสุราลง ยาที่ได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิผลดังกล่าวและมีตัวยาให้ใช้ในประเทศไทย ได้แก่ ยา disulfiram ซึ่งมีประสิทธิผลดีในการทำให้หยุดดื่มสุราได้ แต่ต้องใช้ยาภายใต้การกำกับของแพทย์ และไม่ควรให้ยาโดยที่ผู้ติดสุราไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือไม่ทราบว่าแพทย์ได้สั่งยาตัวนี้ให้กับตน อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังมีชนิดอื่นที่มีรายงานว่าประสิทธิผลในการรักษาผู้ติดสุราแต่ยังไม่ชัดเจนนัก เช่น ยา topiramate ยา baclofen ยา ondansetron และ ยา nalmefene เป็นต้น รวมทั้งมีการศึกษาเบื้องต้นถึงผลการรักษาภาวะติดสุราด้วยยา gabapentin ในผู้ป่วยของสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับยา gabapentin สามารถลดจำนวนวันที่ดื่มและวันที่ดื่มหนักได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ยาอื่นที่มีการรับรองว่ามีประสิทธิผลใช้ในการรักษาการติดสุราได้ ได้แก่ ยา acamprosate และ ยา naltrexone แต่ยาดังกล่าวไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

🍷 การรักษาแบบจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา

จิตสังคมบำบัดเป็นขั้นตอนสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ติดสุรา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรามีอาการดีขึ้น ลดปริมาณการดื่ม ลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่ม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จิตสังคมบำบัดมีส่วนอย่างยิ่งให้ผู้ป่วยติดสุราเกิดความเข้าใจ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งมีทักษะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้สำเร็จ ผู้บำบัดสามารถใช้จิตสังคมบำบัดได้ทั้งในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและผู้ติดสุราตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง (mild) ระดับปานกลาง (moderate) จนถึงระดับรุนแรงมาก (severe) รวมทั้งสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคอื่นๆ รวมได้อีกด้วย (coexisting problems) การบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและมีที่ใช้ในประเทศไทย ได้แก่

- **การบำบัดแบบสั้น (Brief Interventions; BI)** เป็นการให้การปรึกษาจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ได้ในกลุ่มผู้ดื่มเสี่ยงสูง หรือผู้ดื่มแบบอันตราย ใช้เวลาสั้น และไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะของผู้บำบัดที่ซับซ้อนมากนัก สามารถทำได้ทั้งทางโทรศัพท์ หรือทำในสถานบริการทางการแพทย์แบบปฐมภูมิ ห้องฉุกเฉิน และห้องตรวจทั่วไป

- **การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI MET)** เป็นการให้การปรึกษาที่มีเป้าหมายชัดเจน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง MI เชื่อว่าผู้ติดสุรามีพื้นฐานที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น แต่อยู่ในภาวะสองจิตสองใจ (ambivalence) ดังนั้นกระบวนการให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถคลี่คลายภาวะสองจิตสองใจ และมีเป้าหมายไปสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น ส่วน MET คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หลักการบำบัดใช้พื้นฐานของ MI มาจัดเป็นรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจนมากขึ้น

- **การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy; CBT)** และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse Prevention; RP) CBT มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาโครงสร้างทางพฤติกรรมและกระบวนการทางความคิดอันก่อให้เกิดปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบ CBT และ RP จะเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยผ่านการใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ เช่น การหยุดดื่ม หรือการจัดการกับความอยากหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้กลับไปดื่มซ้ำ การจัดการอารมณ์ทางลบที่นำไปสู่การดื่มสุรา ส่งเสริมการควบคุมตนเอง และรับรู้ถึงศักยภาพในระดับสูงของตนเอง (self efficacy)

- **การบำบัดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด** เช่น Contingency Management Intervention (CM), Community Reinforcement Approach และ Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) เป็นการประยุกต์หลักการพฤติกรรมศาสตร์โดยการให้ในสิ่งที่ต้องการตามข้อตกลงเพื่อเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมที่ต้องการ (positive reinforcement) เช่น

การหยุดดื่ม เป็นต้น ตัวอย่างของการใช้หลักการ CM เช่น การทำข้อตกลงกับผู้ติดสุร่าว่าจะมีการให้รางวัล เช่น บัตรกำนัลที่จะสามารถนำไปแลกเป็นเงินของ อาหาร เมื่อสามารถลดการดื่มได้สำเร็จ (Voucher-Based Reinforcement, VBR) ส่วนมากมักเริ่มใช้ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีแรงจูงใจที่ตื่นักในการเลิกสุร่า หรือช่วงแรกของการบำบัด หลักการ CM ยังได้รับการประยุกต์ใช้กับญาติหรือครอบครัวของผู้ติดสุร่า (Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) และชุมชนของผู้ติดสุร่า (Community Reinforcement Approach (CRA)) โดยเน้นให้สังคม ญาติ และครอบครัวมีทักษะในการจัดการและให้ความช่วยเหลือผู้ติดสุร่า การเสริมแรงทางบวก และส่งเสริมให้ผู้ติดสุร่าเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ติดสุร่าตลอดการรักษาบำบัด เป็นต้น

- **กลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group)** เช่น กลุ่มผู้ติดสุร่านิรนาม (Alcohol Anonymous; AA) เป็นกลุ่มบำบัดที่ผู้ติดสุร่าช่วยเหลือผู้ติดสุร่าด้วยตนเอง ในประเทศไทยมีสองรูปแบบใหญ่ๆ คือ กลุ่มผู้ติดสุร่านิรนาม หรือกลุ่มเอเอ (Alcohol Anonymous; AA) และชมรมจิตอาสา โดยกลุ่มเอเอคือกลุ่มบำบัดสุร่าภาคประชาชน ใช้กระบวนการกลุ่มในการฟื้นฟู สภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual recovery) ประกอบด้วยผู้ติดสุร่าที่นำประสบการณ์ความหวังกำลังใจมาแบ่งปันซึ่งกันและกัน เพื่อให้ไปสู่การเลิกสุร่าได้อย่างยั่งยืน ส่วนกลุ่มจิตอาสาคือกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดสุร่า โดยมีจุดมุ่งหมายให้เพื่อนช่วยเหลือกันให้เลิกสุร่าได้สำเร็จ และปรับตัวต่อปัญหาอื่นๆ ได้ดีขึ้น หากมีการกลับไปดื่มก็มีการแลกเปลี่ยนให้ความหวัง กำลังใจเพื่อให้สามารถเลิกได้อีกครั้ง

- **การส่งเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve-Steps Facilitation Therapy, TSF)** TSF มีวัตถุประสงค์หลักคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเอเอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอนของกลุ่มเอเอ โดยเน้นหลักการพึ่งพาตนเองได้สำเร็จ โดยให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการให้คำปรึกษา 12 ครั้ง การบำบัดแบบ TSF ยังไม่แพร่หลายในประเทศไทยมากนัก หากแต่มีการใช้หลักการ TSF ผสมผสานกับ MI และ CBT เรียกว่าพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention; CBI)

การบำบัดทั้งแบบ MI, MET, CBT และ CM ที่ได้กล่าวมาแล้วสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ทั้งในรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เช่น สายด่วนเลิกสุร่า (1413) การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน รวมทั้งการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบอยู่อาศัยระยะยาวในสถานบริการ (residential program) และใช้ร่วมกันกับการบำบัดรูปแบบอื่นๆ ได้อีกด้วย ผู้ให้การบำบัดเหล่านี้ควรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับการอบรมเฉพาะทาง

๕ รูปแบบการบำบัดและรายละเอียดของสถานที่บำบัดรักษาที่มีในประเทศไทย

การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรามีด้วยกันหลายรูปแบบ ดังนี้

- การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือสายด่วน (Helpline) เหมาะกับผู้ที่มิมีปัญหาการดื่มสุราในระดับที่ไม่รุนแรง

- การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient program) เป็นการบำบัดรักษาในผู้ที่ไม่มีอาการทางร่างกาย หรือไม่มีอาการทางจิตเวชแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

- การรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient program) เหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการติดสุรารุนแรง มีอาการถอนสุรารุนแรง มีโรคทางกายหรือทางจิตเวชแทรกซ้อน หรือมีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

- การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Residential program) เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีความลำบากอย่างมากในการเลิกสุรา หรือต้องการสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

จากตารางที่ 5.1.1 จะเห็นได้ว่า จุดให้บริการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรามีกระจายอยู่ทั้งในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและต่างจังหวัด นอกจากนี้ ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรายังสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชทั้งภาครัฐและเอกชน หรือคลินิกจิตเวชตามสถานพยาบาลต่างๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ การเข้าถึงการบริการเป็นสิ่งสำคัญมาก จึงต้องจัดและทำให้เกิดปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบำบัดรักษาให้ได้มากที่สุด และการให้การบำบัดที่มีอยู่ในชุมชนเอง จะทำให้เกิดความสะดวกในการเข้าถึงบริการ อีกทั้งจะทำให้ชุมชนได้ตระหนัก และร่วมกันช่วยป้องกันปัญหาที่เกิดจากสุราได้ต่อไป

ตารางที่ 5.1.1 สถานบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย
พื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร

รายชื่อ	ที่อยู่	เบอร์ติดต่อ	รายละเอียดการบำบัด
โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า 1413 สายด่วน เลิกสุรา	315 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	โทรศัพท์ 02-7633189 โทรศัพท์ 1413	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สายด่วน 1413) BIs, MI MET, Family counseling, CBT กลุ่มเอเอ การบำบัดรูปแบบผสมแบบกลุ่ม (Group Counseling, PMK Model) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์	1873 ถนน พระรามสี่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 02-2565180	BIs, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัด รักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
สถาบันกัลยาณ์ ราชชนรินทร์	23 หมู่ 8 พุทธมณฑล สาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170	โทรศัพท์ 02-4416100	BIs, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	112 แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600	โทรศัพท์ 02-4422500 ต่อ 59305 / 59306 / 59307	BIs, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล ทหารเรือกรุงเทพ	224 ถ.ริมทางรถไฟเก่า แขวงบางนา เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260	โทรศัพท์ 02-3930959, 02-4752408	BIs, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลตำรวจ	492/1 ถ.พระราม 1 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	โทรศัพท์ 02-2076143	BIs, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

รายชื่อ	ที่อยู่	เบอร์ติดต่อ	รายละเอียดการบำบัด
สถาบันวิจัยดาราศาสตร์ (ปทุมธานี)	ต.ประจักษ์ศิลปชัย อ.วิบูลย์บุรี จ.ปทุมธานี 12130	โทรศัพท์ 1165 ต่อ 0	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ Bis, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล สมุทรสาคร (สมุทรสาคร)	1500 ถ.เอกชัย ต.มหาชัย อ.เมือง สมุทรสาคร 74000	โทรศัพท์ 034427099 ต่อ 6118 034 429099 ต่อ 6188	Bis, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล สมุทรปราการ (รพ.ปากน้ำ) (สมุทรปราการ)	71 ถ.จ๊กกะพาด ต.ปากน้ำ อ.เมือง สมุทรปราการ 10150	โทรศัพท์ 02 7018132 ต่อ 3018	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า (นนทบุรี)	206 ต.บางกระสอบ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	โทรศัพท์ 025284567 ต่อ 1301	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็น (นครปฐม)	2 หมู่ 3 ต.บางแก้วฟ้า อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120	โทรศัพท์ 034-961113-7 ต่อ 105	Bis, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลสวนปรุง (เชียงใหม่)	131 ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100	โทรศัพท์ 053-908500 ต่อ 60318	Bis, MI MET, Family counseling กลุ่มเอเอ การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

รายชื่อ	ที่อยู่	เบอร์ติดต่อ	รายละเอียดการบำบัด
โรงพยาบาล ชัยภูมิราชภัฏชัยภูมิ (เชียงใหม่)	187 หมู่ 7 ต.ขี้เหล็ก อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180	โทรศัพท์ 053-298082-5	BIs, MI MET, Family counseling, CBT กลุ่มเอเอ การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ (นครสวรรค์)	43 ต.ปากน้ำใน อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000	โทรศัพท์ 056-219888 ต่อ 5202	BIs, MI MET, Family counseling การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล จิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์ (นครสวรรค์)	2 ต.ท่าน้ำอ้อย อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ 60130	โทรศัพท์ 056-219444	BIs, MI MET, Family counseling การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ (ขอนแก่น)	169 หมู่ 4 ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40000	โทรศัพท์ 043-209999 ต่อ 63411.63412	BIs, MI MET, Family counseling กลุ่มเอเอ การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดขอนแก่น (ขอนแก่น)	775 หมู่ 19 ต.ศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000	โทรศัพท์ 043-345391-2	BIs, MI MET, Family counseling, CBT กลุ่มเอเอ การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดอุดรธานี (อุดรธานี)	271 ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี 41330	โทรศัพท์ 042-295758 และ 042-295756	BIs, MI MET, Family counseling, CBT การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

รายชื่อ	ที่อยู่	เบอร์ติดต่อ	รายละเอียดการบำบัด
โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ (อุบลราชธานี)	212 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000	โทรศัพท์ 045-352500	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การบำบัดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group)
โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา (นครราชสีมา)	185 ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	โทรศัพท์ 044-235096	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล ค่ายสุรนารี (นครราชสีมา)	211 ถ.พิบูลละเอียด ต.หนองไผ่ล้อม อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	โทรศัพท์ 044-273370, 044 274479	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาล สวนสราญรมย์ (สุราษฎร์ธานี)	298 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี 84130	โทรศัพท์ 077-916500	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ (สงขลา)	472 ต.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา 90000	โทรศัพท์ 074-317400	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา (สงขลา)	186 หมู่ 8 ต.เกาะแก้ว อ.เมือง จ.สงขลา 90000	โทรศัพท์ 074-467453 ต่อ 103, 205	Bis, MI MET, Family counseling การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลหล่มสัก	15 ต.สามัคคีชัย อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ 67110	โทรศัพท์ 056-704120 ต่อ 153, 086-2786354	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

รายชื่อ	ที่อยู่	เบอร์ติดต่อ	รายละเอียดการบำบัด
โรงพยาบาลวัดโสมนัส	135 ต.วัดโสมนัส อ.วัดโสมนัส จ.พิษณุโลก	โทรศัพท์ 084-5936259	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
โรงพยาบาลลำปาง	280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง	โทรศัพท์ 054-237400 ต่อ 4502, 4504 / 054-237412	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

กลุ่มเอเอ มีอยู่ตามโรงพยาบาลต่างๆ หลายแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ขอนแก่น โรงพยาบาลภักธงชัย โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร เครือข่ายโรงพยาบาลในภาคอีสาน โรงพยาบาลแม่อวด จังหวัดตาก โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร และโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลอภัยภูเบศรเชียงใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาลในภาคเหนือ โรงพยาบาลมิชชั่นภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และศูนย์การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยานานาชาติ นอกจากนี้ยังหาซื้อข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องสถานที่ และการเข้าร่วมกลุ่มเอเอ รวมทั้งสายด่วนกลุ่มเอเอได้จากเว็บไซต์ <http://www.aathailand.org/th/helpines> หรือสามารถติดต่อที่ หมายเลขโทรศัพท์ 085-199-3540 ส่วนกลุ่มชมรมจิตอาสาที่มีการทำกลุ่มอย่างสม่ำเสมอมีที่โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่ เป็นต้น

5.2 ต้นทุนและผลตอบแทนทางสังคมของการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราในโรงพยาบาลชุมชน

อธิป ตันอารีย์

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (i-MAP Health programme) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศในการดูแลผู้ดื่มสุราที่ก่อปัญหาโดยใช้มาตรการการดูแลรักษาที่หลากหลายตั้งแต่การคัดกรองและทำจิตบำบัดเบื้องต้น การทำจิตบำบัดแบบเข้มข้นรายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม และการถอนพิษสุราโดยการใช้ยา โดยเริ่มนำร่องในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ใน 22 จังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ผลการดำเนินงานเบื้องต้นเป็นที่น่าพึงพอใจ มีผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองประวัติดื่มสุราและได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงของปัญหามากกว่าร้อยละ 60 และร้อยละ 80 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จากผลประเมินโครงการเบื้องต้นพบว่า อุปสรรคต่อการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติอาจมีภาระงานอื่นทำให้ไม่สามารถดำเนินงานตามโครงการได้เต็มที่¹ ด้วยเหตุที่ทรัพยากรสาธารณสุขมีจำกัดและปัญหาจากการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตสังคมเป็นวงกว้าง จึงควรมีการประเมินผลความคุ้มค่าของการบำบัดรักษาโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมและครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการขยายสู่สถานพยาบาลทั่วประเทศ

เนื่องจากปัญหาจากการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และสังคมเป็นวงกว้าง ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ยังมีผลต่อภาวะทางจิตใจที่ไม่สามารถประเมินค่าโดยตรง เช่น ภาวะความเครียดของทั้งตัวนักดื่มเอง คนใกล้ชิดและชุมชน จึงควรมีการประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินโครงการ i-MAP ด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ในด้านต่างๆ ของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment; SROI) เป็นอีกวิธีหนึ่งในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (economic evaluation) ของโครงการต่างๆ โดยมีจุดเด่นได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประเมิน เพื่อให้ผลการประเมินที่ได้มีความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง ขั้นตอนหลักของการประเมินประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตและ

¹Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission. Results form Implementaion The Integrated Management of Alcohol Intervention Program in Health Care System (i-MAP Health) in Piloted Settings: A Qualitative Study. Bangkok 2013.

วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) การร่วมกันกำหนดผลลัพธ์และการสร้างแผนที่ผลลัพธ์ (outcome mapping) การวัดผลลัพธ์ (evidencing outcomes) การประเมินมูลค่าของผลลัพธ์ด้วยการเลือกตัวแทนทางการเงิน (financial proxies) การประมาณสัดส่วนของผลตอบแทนที่เกิดขึ้นจากโครงการอย่างแท้จริงด้วยวิธีหักลบสัดส่วนของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นเอง (deadweight) หรือจากโครงการอื่น (attribution) ระยะเวลาที่ผลลัพธ์คงอยู่ (duration) และอัตราการผลตอบแทนนั้นในปีถัดไป (drop off) นำเสนอผลการประเมินด้วยอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI ratio) ซึ่งคำนวณจากมูลค่าปัจจุบันของผลลัพธ์ทั้งหมดหารด้วยมูลค่าปัจจุบันของการลงทุนทั้งหมด²

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการดำเนินโปรแกรม i-MAP ในระดับโรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษาในอำเภอนำร่องของจังหวัดสงขลา ได้แก่ โรงพยาบาลสิงหนคร โรงพยาบาลสทิงพระ โรงพยาบาลรัตภูมิ และโรงพยาบาลบางกล่ำ โดยเป็นการคาดการณ์ที่ครอบคลุมระยะเวลา 5 ปี

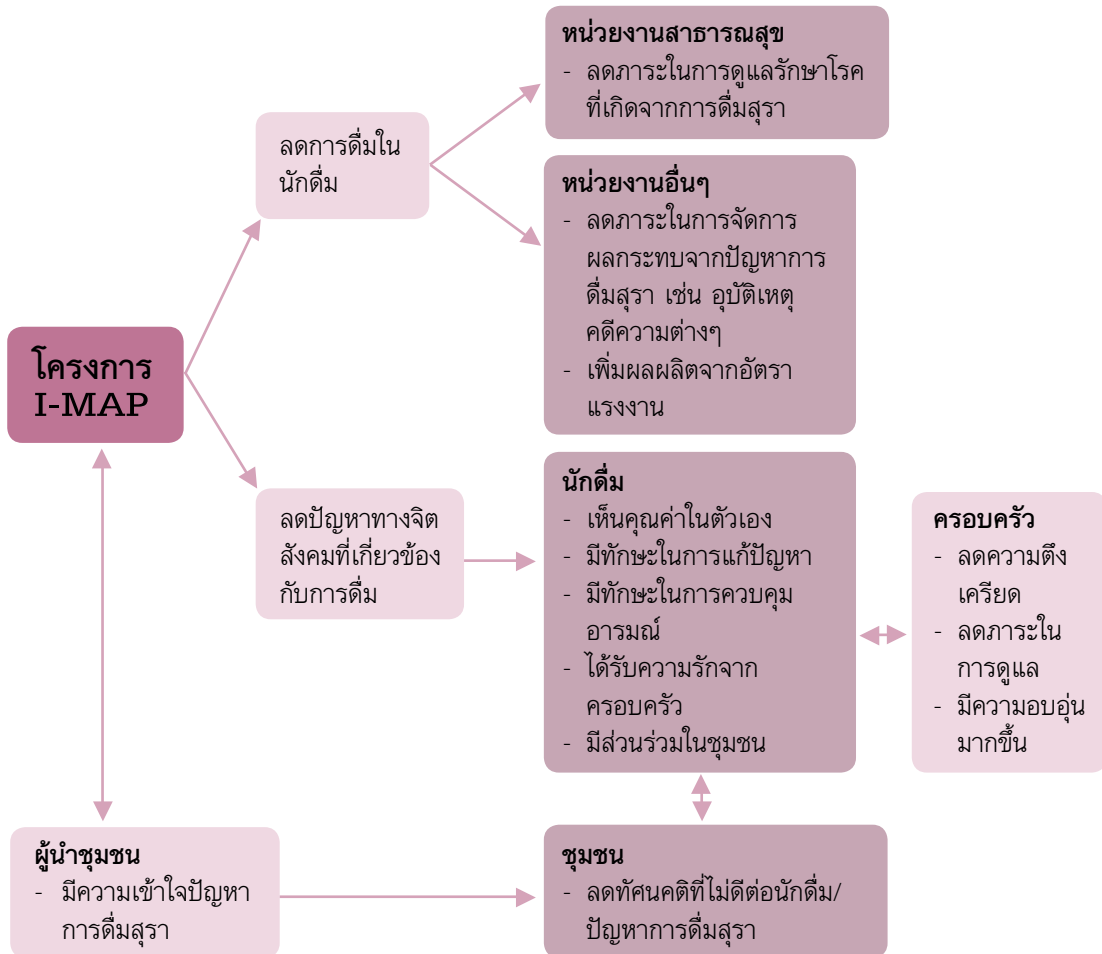
ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่สำคัญในประเทศไทย

แผนที่ผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชนจากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ i-MAP ได้แก่ กลุ่มนักดื่มสุราที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ญาติของนักดื่ม ผู้ให้บริการสาธารณสุข ชุมชนท้องถิ่น และภาคีที่สาม ได้แก่ องค์กรทางกฎหมาย และตลาดแรงงาน จากการประชุมตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตอำเภอนำร่องทั้งสี่อำเภอในจังหวัดสงขลา พบว่า ผลตอบแทนทางสังคมที่ระบุได้จากการมีส่วนร่วมในโปรแกรมบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ การลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคและการบาดเจ็บ การลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การเพิ่มผลผลิตจากการทำงานให้กับประเทศ (productivity gain) และผลตอบแทนทางจิตสังคมของนักดื่มสุรา ญาติ และชุมชน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การมีทักษะจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การลดความเครียดและภาระของญาติ การเพิ่มปฏิสัมพันธ์ของนักดื่มสุรากับครอบครัวและชุมชน และการเพิ่มเจตคติที่ดีต่อนักดื่มสุราในชุมชน โดยสามารถสรุปเป็นแผนที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ดังภาพที่ 5.2.1

² Thai Health Promotion Foundation. Social Return on Investment (SROI): Selected Cases from Thai Health Promotion Foundation: Thai Health Promotion Foundation; 2014.

ภาพที่ 5.2.1 แผนที่ผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชน



📌 การวัดต้นทุนและผลลัพธ์ที่เกิดจากดำเนินโปรแกรมบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชน

ต้นทุนจากการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในการดูแลรักษานักดื่มสุราในโรงพยาบาลชุมชนน่าร่องแบ่งออกได้เป็น ต้นทุนที่ใช้ในการเตรียมแผนงาน การฝึกอบรมบุคลากรและนิเทศงาน และต้นทุนในการดำเนินงาน ซึ่งได้แก่ ต้นทุนของผู้ให้บริการในการประเมินและบำบัดรักษาตามความเสี่ยง เวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้รับบำบัด

จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการบำบัดรักษานักดื่มสุรากลุ่มเสี่ยงต่ำ นักดื่มกลุ่มเสี่ยงสูง และนักดื่มแบบติดต่อกันเท่ากับ 516 บาท 2,961 บาท และ 3,810 บาท ตามลำดับ เมื่อประมาณการจำนวนนักดื่มที่มารับบริการทั้งปี จำแนกตามความเสี่ยงของการดื่ม พบว่าต้นทุนรวมรายปีต่อโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง เท่ากับ 25.5 ล้านบาท แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษานักดื่มสุรากลุ่มเสี่ยงต่ำ 4 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษานักดื่มความเสี่ยงสูง 14.5 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษานักดื่มแบบติด 6.6 ล้านบาท

สำหรับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดแล้วเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า นักดื่มระดับความเสี่ยงสูงและระดับติดสุราที่ได้รับการบำบัดร้อยละ 42-46 หยุดดื่มสุราหรือดื่มสุราในระดับความเสี่ยงต่ำ และนักดื่มระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 17-29 และผู้ติดสุราร้อยละ 3-24 มีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางจิตสังคมทั้ง 5 ด้านที่ดีขึ้นเป็นอย่างมาก (การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การมีทักษะจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การลดความเครียดและภาวะของญาติ การเพิ่มปฏิสัมพันธ์ของนักดื่มสุรากับครอบครัวและชุมชน และการเพิ่มเจตคติที่ดีต่อนักดื่มสุราในชุมชน) นอกจากนี้ ญาติของนักดื่มระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 17-49 และญาติของผู้ติดสุราร้อยละ 22-49 มีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านที่ดีขึ้นเป็นอย่างมากหลังจากที่นักดื่มสุราได้เข้ารับการบำบัดจากโปรแกรม

ผลตอบแทนทางสังคมจากโปรแกรมบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อนำผลลัพธ์ที่วัดได้มาประเมินคุณค่าเป็นตัวเงินโดยใช้ค่าตัวแทนทางการเงิน (financial proxy) ที่เหมาะสมจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (ตัวอย่างเช่น มูลค่าของการลดภาระของญาติในการดูแลนักดื่มสุราเท่ากับอัตราจ้างผู้ดูแลภายนอกเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี) ประเมินมูลค่าของผลตอบแทนทางสังคมที่กรอบระยะเวลา 5 ปี หักลบด้วยสัดส่วนของผลลัพธ์ที่ไม่ได้เกิดจากโครงการโดยตรงแล้วพบว่าผลตอบแทนจากโปรแกรมมีมูลค่าประมาณ 51 ล้านบาท ดังนั้นการดำเนินโครงการ i-MAP ของโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 1 ปีจะให้อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI ratio) ในระยะเวลา 5 ปีเท่ากับ 2 บาทต่อการลงทุน 1 บาท ผลการวิเคราะห์ความอ่อนไหวโดยการเปลี่ยนแปลงค่าของปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลการวิเคราะห์ เช่น อัตราลดทอนของค่าเงิน (discount rate) อัตราการเกิดผลลัพธ์ด้านต่างๆ และสัดส่วนการเป็นเจ้าของผลงาน พบว่าอัตราผลตอบแทนทางสังคมอยู่ในช่วง 1.3 ถึง 2.4 เท่า เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามความเสี่ยงของนักดื่มพบว่าการบำบัดรักษานักดื่มกลุ่มเสี่ยงให้อัตราผลตอบแทนทางสังคมที่มากกว่าการบำบัดรักษานักดื่มกลุ่มติด (2.8 และ 1.5 เท่า ตามลำดับ)

ข้อจำกัดในการนำข้อมูลไปใช้

การประเมินความคุ้มค่าของโครงการ i-MAP ด้วยวิธี SROI มีข้อจำกัด ได้แก่ การคัดเลือกผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และมุมมองของตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อื่นหรือในระดับประเทศ และค่าของผลตอบแทนซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น กรอบระยะเวลาที่นำมาวิเคราะห์ พื้นที่ของการลงทุนโครงการ การเลือกใช้อัตราส่วนลดและการกำหนดสัดส่วนของการเป็นเจ้าของโครงการ ซึ่งอาจไม่มีแหล่งข้อมูลจากการศึกษาในอดีตที่สามารถอ้างอิงได้ และต้องอาศัยมุมมองของตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นหลัก

โดยสรุป การดำเนินโครงการบำบัดสุราในโรงพยาบาลชุมชนให้ผลตอบแทนทางสังคมที่มีมูลค่ามากกว่าการลงทุนประมาณสองเท่า แสดงถึงความคุ้มค่าในการลงทุน และควรให้การบำบัดแก่นักดื่มสุราทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นนักดื่มความเสี่ยงสูงที่ยังไม่ติดสุราและนักดื่มที่ติดสุราแล้ว ผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลในการวางแผนนโยบายในการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขเพื่อลดปัญหา ภาวะโรคและการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา



กฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติ ในการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในประเทศไทย

- 6.1 พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6.2 กฎหมาย ประกาศ คำสั่ง ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับ
การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
- 6.3 ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์

6.1 พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว

พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560) ถือเป็นการสังคายนาครั้งใหญ่ของระบบภาษีสรรพสามิตของประเทศไทย โดย พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560 ถูกนำมาใช้แทน พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้องกับภาษีสรรพสามิตที่มีมาก่อนหน้าถึง 46 ฉบับ โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุราตาม พ.ร.บ. ฉบับนี้ ถือเป็น 1 ใน 21 รายการสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับภาษีสรรพสามิต ตามที่ระบุไว้ในบัญชีพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิตท้าย พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560¹ ดังตารางที่ 6.1.1

ตารางที่ 6.1.1 สินค้าและบริการที่ระบุไว้ในบัญชีพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิตท้าย พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560

สินค้า	บริการ
1 น้ำมันและผลิตภัณฑ์น้ำมัน	17 กิจการบันเทิงหรือหย่อนใจ เช่น ไนต์คลับและดิสโก้เธค สถานอาบน้ำหรืออบตัวและนวด
2 เครื่องดื่ม	18 กิจการเสี่ยงโชค เช่น สนามแข่งม้า สลากกินแบ่ง
3 เครื่องไฟฟ้า	19 กิจการที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น สนามกอล์ฟ
4 แบตเตอรี่	20 กิจการที่ได้รับอนุญาตหรือสัมปทานจากรัฐ เช่น กิจการโทรคมนาคม
5 แก้วและเครื่องแก้ว	21 บริการอื่นๆ ตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา
6 รถยนต์	
7 รถจักรยานยนต์	
8 เรือ	
9 ผลิตภัณฑ์เครื่องหอมและเครื่องสำอาง	
10 พรมและสิ่งปูพื้นอื่นๆ	
11 หินอ่อนและหินแกรนิตที่แปรรูปแล้ว	
12 สารทำลายชั้นบรรยากาศโอโซน	
13 สุรา	
14 ยาสูบ	
15 ไฟ	
16 สินค้าอื่นๆ ตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา	

¹พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560

สุรา ตามนิยามใน พ.ร.บ. ฉบับนี้ หมายความว่ารวมถึง “วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้ว สามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา แต่ไม่รวมถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกินศูนย์จุดห้า ดีกรี” สุราตาม พ.ร.บ. ฉบับนี้ ถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ สุราแช่ และสุรากลั่น สำหรับ สุราที่มีส่วนผสมของทั้งสุราแช่และสุรากลั่นให้พิจารณาจากดีกรี หากไม่เกิน 15 ดีกรีถือเป็น สุราแช่ หากเกิน 15 ดีกรีถือเป็น สุรากลั่น

ประเด็นที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560 ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ใบอนุญาต สำหรับผลิต นำเข้าและจำหน่ายสุรา และภาษีสรรพสามิต

สำหรับมาตรการของใบอนุญาตที่เกี่ยวข้องกับสุรานั้น สามารถสรุปเนื้อหาสาระที่สำคัญได้ดังนี้

- กรณีผลิตสุราหรือมีเครื่องกลั่นสำหรับผลิตสุราไว้ในครอบครอง และการนำเข้าสู่สุราให้ยื่นขอ อนุญาตต่ออธิบดีกรมสรรพสามิต
- กรณีจำหน่ายสุรา ให้ยื่นคำขออนุญาตต่อเจ้าพนักงานสรรพสามิต โดยที่ใบอนุญาตขายสุรา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ยึดตามปริมาณสุราที่ขายต่อครั้ง คือ
 - ใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 1 สำหรับการขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนตั้งแต่ 10 ลิตร ขึ้นไป
 - ใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 2 สำหรับการขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนต่ำกว่า 10 ลิตร

โดยมีค่าธรรมเนียมสำหรับใบอนุญาตแต่ละชนิดดังสรุปไว้ในตารางที่ 6.1.2

ตารางที่ 6.1.2 ประเภทและอัตราใบอนุญาตเกี่ยวกับสุรา

ประเภทใบอนุญาต	หน่วย	ค่าธรรมเนียม (บาท)
ใบอนุญาตผลิตสุรา	ฉบับละ	300,000 บาท
ใบอนุญาตนำสุราเข้ามาในราชอาณาจักร	ครั้งละ	25,000 บาท
ใบอนุญาตขายสุรา ประเภทที่ 1	ปีละ	100,000 บาท
ใบอนุญาตขายสุรา ประเภทที่ 2	ปีละ	50,000 บาท

สำหรับกรณีภาษีสรรพสามิตที่เกี่ยวข้องกับสุรานั้น เป็นการเก็บทั้งตามมูลค่า (ad valorem taxation) และตามปริมาณ (specific taxation) โดยฐานภาษีของการเก็บตามมูลค่านั้นใช้ “ราคาขายปลีกแนะนำ” ที่ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ซึ่งต้องไม่ต่ำกว่าราคาขายต่อผู้บริโภคทั่วไปรายสุดท้ายในตลาดปกติ และการเก็บภาษีตามปริมาณ ใช้ปริมาณลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในสุรามาเป็นฐานคิด (ตาราง 6.1.3) การเก็บภาษีตามมูลค่าจะทำให้อัตราภาษีเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อได้ในระดับหนึ่ง ส่วนการเก็บภาษีตามปริมาณจะจูงใจให้เกิดการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นต่ำลงซึ่งส่งผลให้ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในภาพรวมลดลง

ตารางที่ 6.1.3 ตัวแปรที่ใช้ในการคำนวณภาษีสรรพสามิตสุรา

ชนิดภาษี	ตัวแปรที่ใช้คำนวณภาษี
ตามมูลค่า	ราคาขายปลีกแนะนำ ที่ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม
ตามปริมาณ	ปริมาณลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

สำหรับอัตราภาษีที่ระบุไว้ในบัญชีพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิตท้าย พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560 นั้น เป็นเพดานของการเก็บภาษี คือ ไม่สามารถเก็บภาษีสูงกว่าอัตราดังกล่าวได้ ซึ่งโดยปกติ การเก็บภาษีจะเก็บต่ำกว่าอัตราดังกล่าวพอสมควร โดยสรุปเพดานภาษีสรรพสามิตตาม พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560 ของสุรานั้นเป็นไปตามตารางที่ 6.1.4

จะสังเกตได้ว่า การกำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตดังกล่าวกำหนดเพดานกลุ่มสุรากลั่น และไวน์ที่ทำจากผลไม้อื่นนอกจากองุ่นไว้น้อยกว่า ซึ่งในทางปฏิบัติสุรากลุ่มนี้ คือ กลุ่มสุราขาว และไวน์พื้นเมืองต่างๆ ซึ่งเป็นกลุ่มสุราที่มีราคาถูกอยู่แล้ว การกำหนดอัตราเพดานภาษีไว้ในลักษณะเช่นนี้ ทำให้ในระยะยาวเมื่ออัตราการเก็บภาษีเข้าใกล้เพดาน สุราราคาจะถูกปรับเพิ่มราคาน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเบียร์และไวน์องุ่น ซึ่งทำให้ผู้บริโภคส่วนหนึ่งเปลี่ยนพฤติกรรมจากการดื่มเบียร์และไวน์มาดื่มสุราที่ราคาถูกซึ่งอาจทำให้ลดประสิทธิภาพต่อมาตรการทางภาษีในการก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนลง

ตารางที่ 6.1.4 อัตราเพดานภาษีสรรพสามิตของสุรา

ชนิดสุรา	ตามมูลค่า	ตามปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (อัตราต่อ 1 ลิตร)
สุราแช่ (เบียร์ ไวน์องุ่น หรือที่ผสมไวน์องุ่น)	30%	3,000 บาท
สุรากลั่น และสุราแช่ (นอกเหนือจากเบียร์ และที่ผสมไวน์องุ่น)	30%	1,000 บาท

สำหรับผลในขั้นต้นของการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตที่กระทำภายหลัง พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560 มีผลบังคับใช้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 6.1.5 ซึ่งสังเกตได้ว่า ในเบื้องต้น สุราราคาแพงมีราคาลดลง และสุราราคาถูกมีราคาเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 6.1.5 ราคาสูราที่เปลี่ยนแปลงหลัง พ.ร.บ. สรรพสามิต 2560 มีผลบังคับใช้

ชนิดสุรา	การเปลี่ยนแปลงราคา	ราคาที่เปลี่ยนแปลงต่อหน่วย
เบียร์ราคาแพง	ลดลง	0.9-2.0 บาท/ขวด
เบียร์ราคาถูก	เพิ่มขึ้น	0.5-2.7 บาท/ขวด
ไวน์นำเข้าและมีราคาเกิน 1,000 บาท	เพิ่มขึ้น	110 บาท/ขวด
ไวน์ในประเทศ	ลดลง	25 บาท/ขวด
สุรานำเข้าที่มีราคาสูง	ลดลง	2-20 บาท/ขวด
สุราในประเทศขนาดขวด 700 มิลลิลิตร 28 ดีกรี	เพิ่มขึ้น	8-30 บาท/ขวด
สุรากลั่นในประเทศ 40 ดีกรี	เพิ่มขึ้น	8-30 บาท/ขวด
สุราขาว	เพิ่มขึ้น	0.8-3.5 บาท/ขวด

ที่มา: ไทยพับลิก้า. เปิดราคาบุหรี-เหล้า-เบียร์ หลังสรรพสามิตขยับโครงสร้างภาษี. 2560; Available from: <https://thaipublica.org/2017/09/alcohol-and-tobacco-tax-restructuring-16-9-2560/>.

6.2 กฎหมาย ประกาศ คำสั่ง ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

พงษ์ธร ชชาติพิทักษ์ และสิริกานต์ บางม่วงงาม

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ถูกตราขึ้นภายใต้เจตนารมณ์ในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจอันมีมูลเหตุมาจากโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา จวบจนปัจจุบันเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี โดยมีมาตรการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในหมวด 4 ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าสูง (best-buy interventions) ขององค์การอนามัยโลก อาทิเช่น การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ และการจำกัดและควบคุมโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งภายหลังจากที่พระราชบัญญัติฉบับนี้บังคับใช้ก็ได้มีการออกอนุบัญญัติต่างๆ เพิ่มเติมในแต่ละมาตรา เพื่อให้การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เนื้อหาโดยสรุปของมาตราต่างๆ และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

มาตรการควบคุมฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (มาตรา ๒๖)

กำหนดให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต้องจัดให้มีบรรจุภัณฑ์ ฉลาก พร้อมทั้งข้อความคำเตือนสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือนำเข้าให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำหนด ซึ่งได้มีการออกประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามมา โดยมีสาระสำคัญคือ ห้ามมิให้ใช้ข้อความที่มีลักษณะไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือใช้ข้อความที่อาจก่อผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม หรือข้อความที่เชิญชวนให้บริโภคหรืออวดอ้างสรรพคุณ คุณประโยชน์ หรือคุณภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงหรือทางอ้อม เช่น การใช้ภาพนักกีฬา ดารา ศิลปิน นักร้อง นักแสดง ภาพการ์ตูน หรือการนำรายได้ไปบริจาคเป็นสาธารณกุศล โดยเนื้อหาหลักนั้นนำมาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค และเพิ่มเติมในส่วนเนื้อหาที่จะเป็นการห้ามการโฆษณาบนฉลาก ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่สุดในการลดผลร้ายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการออกอนุบัญญัตินี้ ได้มีการแจ้งมาตรการสุขอนามัย และสุขอนามัยพืช และอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้าในด้านสินค้าเกษตร และอาหารของไทย ตามพันธกรณีภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization; WTO) และได้มีการปรับปรุงแก้ไขร่างประกาศตามข้อกังวล และข้อคิดเห็นจากประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลก และตัวแทนผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องจากหลายประเทศก่อนที่จะประกาศฉบับนี้จะมีผลบังคับใช้ ผู้ผลิต

หรือนำเข้าเครื่องต้มแอลกอฮอล์ที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรานี้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรการควบคุมสถานที่ขาย (มาตรา 27)

สถานที่บริโภค (มาตรา 31) เครื่องต้มแอลกอฮอล์ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต้มแอลกอฮอล์ ได้กำหนดสถานที่ ห้ามขาย ห้ามบริโภคได้แก่ (1) วัด หรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา (2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาล และร้านขายยา (3) สถานที่ราชการ (4) หอพัก (ห้ามเฉพาะชาย) (5) สถานศึกษา (6) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และ (7) สวนสาธารณะของทางราชการ

และภายหลังได้มีการออกอนุบัญญัติเพื่อกำหนดสถานที่ห้ามขายตามมาตรา 27 (8) ห้ามบริโภคตามมาตรา 31 (7) เพิ่มเติมได้แก่ (1) ห้ามบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2555 (2) ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2555 (3) ห้ามขายหรือห้ามบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ประกอบกิจการโรงงาน พ.ศ. 2555 (4) ห้ามขาย หรือบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในสวนสาธารณะของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2556 (5) ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่อยู่ในกำกับดูแลและใช้ประโยชน์ของราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2558 (6) ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในสถานขนส่ง พ.ศ. 2558 (7) ห้ามขายเครื่องต้มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2558 (8) ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์บนทางรถไฟ พ.ศ. 2558 (9) ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในท่าเรือโดยสารสาธารณะ พ.ศ. 2558 และ (10) ห้ามขายเครื่องต้มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558 โดยในการกำหนดสถานที่ห้ามขาย ห้ามบริโภคเพิ่มเติม นั้น จะมีการใช้ข้อมูลทางวิชาการ และการศึกษาถึงผลกระทบของการขายการบริโภคเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในสถานที่นั้นๆ รวมถึงมีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนว่าเห็นด้วยกับการห้ามขาย ห้ามบริโภคในสถานที่เหล่านี้หรือไม่ ประกอบการพิจารณา ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 31 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรการควบคุมวัน และเวลาจำหน่ายเครื่องต้มแอลกอฮอล์ (มาตรา 28)

ในการกำหนดวันห้ามขายนั้น ได้มีการออกประกาศกำหนดวันห้ามขายฉบับแรก ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งกำหนดวันห้ามขาย ได้แก่ วันมาฆบูชา วิสาขบูชา อาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา เนื่องจากวันดังกล่าวถือเป็นวันสำคัญทางศาสนา และสอดคล้องกับหลักศีลธรรมอันดีของประชาชน และได้มีการยกเว้นการขายในโรงแรมในประกาศฉบับที่ 2 ในปีเดียวกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมนโยบายการท่องเที่ยวในประเทศไทย และกระตุ้นเศรษฐกิจของภาคอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว

ต่อมาได้มีการออกประกาศฉบับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งได้มีการยกเลิกประกาศฉบับแรก และฉบับที่ 2 จึงทำให้การขายในโรงแรมไม่ได้รับการยกเว้นอีกต่อไป เพื่อเป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้าทั่วไปกับในโรงแรม ไม่ให้เป็นการเลือกปฏิบัติ และไม่ขัดกับหลักความเสมอภาค และได้กำหนดวันห้ามขายเพิ่มอีก 1 วัน คือวันออกพรรษา และมีการยกเว้นการขายเฉพาะร้านค้าปลอดอากรภายในอาคารท่าอากาศยานนานาชาติ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของนานาชาติ

ส่วนในการกำหนดเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีการออกประกาศกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาอื่น นอกจากตั้งแต่เวลา 11.00 นาฬิกา ถึงเวลา 14.00 นาฬิกา และตั้งแต่เวลา 17.00 นาฬิกา ถึงเวลา 24.00 นาฬิกา ยกเว้น การขายในอาคารท่าอากาศยานนานาชาติ และการขายในสถานบริการซึ่งเป็นไปตามกำหนดเวลาเปิดปิดของสถานบริการ ซึ่งเป็นเวลาที่ระบุอยู่ในกฎหมายเดิม คือ ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 พ.ศ. 2515 แต่เนื่องจากในประกาศของคณะปฏิวัติได้กำหนดโทษของการจำหน่ายสุรานอกเวลาที่กำหนดของผู้ที่ได้รับอนุญาตขายสุราให้ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ในขณะที่ผู้ซึ่งไม่ได้รับอนุญาตขายสุรา มีเพียงโทษปรับไม่เกินห้าร้อยบาท ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการบังคับใช้กฎหมาย จึงได้มีการออกประกาศฉบับนี้เพิ่มเติม ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เพื่อใช้บังคับทั้งกับผู้ที่ได้รับอนุญาตและผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต ดังนั้น หากผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรการควบคุมบุคคล (มาตรา 29)

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้ (1) บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ (2) บุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้ โดยไม่ได้ให้อำนาจในการออกอนุบัญญัติเพิ่มเติมบุคคลที่มีให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ จึงไม่มีอนุบัญญัติเพิ่มเติมในมาตรานี้ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรการควบคุมลักษณะและวิธีการขายเครื่องดื่ม (มาตรา 30) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดย (1) ใช้เครื่องขายอัตโนมัติ (2) การเร่ขาย (3) การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย (4) ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแก่ผู้นำทับท้อ หรือสลาก หรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ (5) โดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือกับสินค้าอื่น หรือการให้บริการอย่างอื่น แล้วแต่กรณี หรือแจกจ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะเป็น

ตัวอย่างของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภคเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ รวมถึง การกำหนดเงื่อนไขการขายในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์โดยตรงหรือทางอ้อม ซึ่ง ณ ปัจจุบัน ยังไม่มีอนุบัญญัติที่ออกตามมาตรา 30 (1) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน หนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนผู้ที่ฝ่าฝืนมาตรา 30 (2) - (6) ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรการห้ามโฆษณาเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ (มาตรา 32)

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณ หรือชักจูงใจให้ ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม ซึ่งนิยามคำว่าโฆษณาตามมาตรา 3 ของพระราชบัญญัตินี้ ให้หมายความว่า รวมถึงการสื่อสารการตลาดด้วย โดยมีข้อยกเว้นเฉพาะให้ผู้ผลิตเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์สามารถให้ข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่อง ตีเมล็ดแอลกอฮอล์นั้น แต่สามารถปรากฏภาพสัญลักษณ์ของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์หรือสัญลักษณ์ของบริษัท ผู้ผลิตเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์นั้นได้ ทั้งนี้ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง และบทบัญญัติในมาตรา 32 มิให้ใช้ บังคับกับการโฆษณาที่มีต้นกำเนิดนอกราชอาณาจักร

สำหรับกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 32 นี้ได้แก่ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการแสดง ภาพสัญลักษณ์เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2553 มีสาระสำคัญ คือ กำหนดให้การแสดงภาพสัญลักษณ์ของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิต เครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ ต้องใช้ร่วมกับการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยขนาดตัวอักษรกับขนาดของภาพสัญลักษณ์และรูปแบบของข้อความ คำเตือนต้องเป็นไปตามที่กฎกระทรวงฉบับนี้ระบุไว้ อีกทั้งกฎกระทรวงฉบับนี้ ยังระบุถึงลักษณะต้องห้าม ของการแสดงภาพสัญลักษณ์และข้อความคำเตือนไว้อีกด้วย

นอกจากนี้ได้มีการออกประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ว่าด้วยรูปแบบและ วิธีการแสดงข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของ บริษัทผู้ผลิตเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2553 ประกอบกฎกระทรวงนี้ โดยกำหนดให้มีการแสดงข้อความ คำเตือนทุกครั้งที่มีการแสดงภาพลักษณ์ของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ โดยการแสดงข้อความคำเตือนประกอบ ภาพสัญลักษณ์ของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์นั้นจะ ใช้ในกรณีการใช้สื่อทางกิจการโทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และมีการปรับปรุงเป็น ประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ เรื่อง รูปแบบของข้อความคำเตือนประกอบภาพ สัญลักษณ์ของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ หรือภาพสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2557

โดยมีการเพิ่มขนาดพื้นที่ของข้อความค่าเตือน และปรับลดข้อความค่าเตือนโดยคงไว้เฉพาะข้อความค่าเตือนที่ได้ผลมากที่สุด ทั้งนี้ หากผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 32 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินห้าแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

กฎหมายอื่นๆ ที่มีมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อันเป็นกฎหมายเฉพาะในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ยังมีกฎหมายอื่นอีกหลายฉบับที่มีการมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้เจตนารมณ์แห่งกฎหมายที่แตกต่างกันออกไป อาทิเช่น

พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560

ถือเป็นกฎหมายอีกหนึ่งฉบับในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นไปตามมาตรการ best-buy interventions ขององค์การอนามัยโลก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับในด้านมาตรการทางภาษีและราคา รวมถึงการกำหนดหลักเกณฑ์ในการออกใบอนุญาตให้กับผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนำเอามาตรการของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ไปใช้เป็นเงื่อนไขในการออกใบอนุญาตขายสุรา ตามกฎกระทรวงการอนุญาตขายสุรา พ.ศ. 2560 โดยกำหนดให้ผู้ที่จะได้รับใบอนุญาตขายสุราต้องไม่ใช่สถานที่ต้องห้ามขายสุราตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสถานประกอบการขายสุรา และหากผู้ได้รับใบอนุญาตขายสุราใช้ใบอนุญาตไม่ตรงกับสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตหรือไม่แสดงใบอนุญาตไว้ในที่เปิดเผย มีโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท หรือทำการขายสุราไม่ตรงตามประเภทของใบอนุญาต มีโทษปรับไม่เกินสองพันบาท หรือหากขายสุราโดยไม่ได้รับอนุญาต มีโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

มีเจตนารมณ์เพื่อสงเคราะห์ คุ้มครองสวัสดิภาพและส่งเสริมความประพฤติเด็ก (บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์) พระราชบัญญัติฉบับนี้มีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำหนดไว้ในมาตรา 26 (10) ว่า ไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย แลกเปลี่ยน หรือให้สุราแก่เด็ก เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์ หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน ปรับไม่เกินสามหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

กำหนดให้เป็นหน้าที่ของผู้รับอนุญาต ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการจำหน่าย หรือเสฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามมาตรา 28 (10) ซึ่งหากผู้รับใบอนุญาต ผ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 28 (10) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาต สถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นได้ และมีโทษปรับไม่เกินสามหมื่นบาท

พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติ พ.ศ. 2504

มาตรา 18 ประกอบกับระเบียบกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืชว่าด้วยการเข้าไปใน อุทยานแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และประกาศกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช เรื่อง ห้ามมิให้นำ เข้าไปหรือจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทในอุทยานแห่งชาติ กฎหมายสองฉบับนี้ได้กำหนด มาตรการห้ามมิให้บุคคลซึ่งเข้าไปหรือใช้สถานที่ต่างๆ ในอุทยานแห่งชาติ ห้ามนำเข้าไปหรือจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทในอุทยานแห่งชาติ เพื่อป้องกันการส่งเสียงอื้อฉาว หรือกระทำการ อันเป็นการรบกวน หรือเป็นที่เดือดร้อนรำคาญแก่คนหรือสัตว์ หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน ปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

โดยสรุป จะเห็นว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นไป ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกอยู่หลายฉบับ หากพนักงานเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเหล่านี้ อย่างเข้มงวด และประชาชนรวมทั้งเจ้าของกิจการธุรกิจสุราปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ย่อม เกิดผลดีในด้านสาธารณสุขทั้งในด้านสุขภาพของผู้ดื่มสุราและลดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ด้าน ความสงบเรียบร้อยในสังคม และด้านเศรษฐกิจของประเทศชาติ การทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ ประชาชน และผู้ประกอบการมีความรู้และเข้าใจเนื้อหาของกฎหมายจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

6.3 ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พงษ์ธร ชาติพิทักษ์

เนื่องจากสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา แต่เป็นสินค้าที่ก่อให้เกิดการเสพติด ทำให้เกิดผลกระทบมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่เยาวชน จากหลักฐานทางวิชาการของธนาคารโลกได้สรุปอย่างชัดเจนว่าการจะควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประสบผลสำเร็จนั้นจะต้องดำเนินมาตรการร่วมกันหลายๆ มาตรการอย่างบูรณาการ การอาศัยเพียงการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจะทำให้บรรลุผลได้ แต่ต้องใช้มาตรการจำกัดการเข้าถึง (โดยการจำกัดอายุผู้ซื้อ จำกัดจำนวนหรือความหนาแน่นของแหล่งจำหน่าย จำกัดวัน และเวลาจำหน่าย จำกัดสถานที่บริโภคเป็นต้น) ต้องขึ้นราคารวมกับต้องห้ามการโฆษณาาร่วมกันไปด้วยจึงจะได้ผลสูงสุด ซึ่งจะเห็นได้ว่ามาตรการที่มีประสิทธิภาพเหล่านี้ต้องอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการ เพราะต้องจำกัดสิทธิ เสรีภาพของคนส่วนน้อยเพื่อประโยชน์ของคนส่วนมาก ประเทศไทยจึงได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายสำคัญคือ (1) การลดนักดื่มหน้าใหม่โดยการเลื่อนอายุการริเริ่มดื่มของเยาวชนให้นานที่สุด (2) การลดปริมาณการดื่มของประชากรโดยรวม (3) การลดอันตรายจากการดื่มเช่นอุบัติเหตุความรุนแรงและปัญหาสุขภาพ ซึ่งหากประชาชนเคารพและปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ผลที่สังคมไทยจะได้รับคือ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะลดลง การเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้สังคมมั่นใจว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยจะถูกควบคุมอยู่ภายในกรอบที่กฎหมายกำหนด

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการสนับสนุน ผลักดันกำหนดกฎหมายและนโยบายสาธารณะ แนะนำให้คำปรึกษา เสนอแนะ วิเคราะห์วิจัย กำกับทิศทาง และติดตามประเมินผลและพัฒนาแนวทางต่างๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงดำเนินการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนางานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในด้าน (1) **พัฒนากลไก นโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** โดยการจัดประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น อนุกรรมการพิจารณาการกระทำความผิด อนุกรรมการป้องกัน และปราบปรามการกระทำความผิด (2) **พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/การจัดการความรู้/วิชาการในการป้องกันควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** โดยการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (3) **พัฒนากลไกบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** โดยการพัฒนาศักยภาพ และทักษะ

ในการดำเนินคดีให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ และถ่ายทอดข้อมูลกฎหมายให้กับ สื่อมวลชน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้อง ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้การดำเนินงานของ สำนักงาน คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค แบ่งงานออกเป็น

1. งานเฝ้าระวังเชิงรับ ได้มีการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน และพัฒนาช่องทางการรับเรื่อง ร้องเรียนในหลายช่องทาง เพื่อให้ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากการฝ่าฝืนกฎหมายสามารถเข้าถึงบริการ ภาครัฐได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนอง ตามมติว่า “ทุกเรื่องร้องเรียนของ ประชาชนมีความหมายและต้องได้รับการตอบสนอง” โดยมีช่องทางการร้องเรียน ได้แก่

- (1) การร้องเรียนด้วยตนเอง ผู้ร้องสามารถติดต่อแจ้งเรื่องร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบัน ป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด
- (2) การส่งจดหมายหรือหนังสือราชการ โดยส่งมาได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลขที่ 88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัด นนทบุรี
- (3) Call Center ทางหมายเลขโทรศัพท์ 0 2590 3342 โดยได้นำระบบ Server ที่มีความ ทันสมัยด้านการจัดการ เช่น ระบบโอนสายอัตโนมัติ การบันทึกเสียงสนทนา เพื่อรองรับ การร้องเรียนตลอด 24 ชั่วโมง และไม่ให้เกิดการติดต่อกับผู้ร้องเมื่อเกิดเหตุขัดข้อง หรือไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่จะทำการตรวจสอบข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ที่พลาด การติดต่อและติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าว รวมถึงการรับเรื่องร้องเรียน จากสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422
- (4) เว็บไซต์ www.thaiantialcohol.com เปิดให้บริการรับเรื่องร้องเรียนนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ซึ่งปัจจุบันได้เชื่อมโยงกับโปรแกรมประยุกต์ผ่านทางเว็บไซต์ tas.go.th
- (5) สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook ในชื่อ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ App Line
- (6) โปรแกรมประยุกต์ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System; TAS) โปรแกรม ประยุกต์ TAS ทำงานผ่าน web browser ในรูปแบบ responsive web application ซึ่งสามารถใช้งานได้ที่ tas.go.th โปรแกรมประกอบด้วยฟังก์ชันการทำงาน การรับเรื่อง ร้องเรียน การบันทึกข้อมูลของสถานประกอบการและการแสดงผลในรูปแบบแผนที่ ภูมิศาสตร์ การแจ้งความประสงค์รับเงินสินบนออนไลน์ การถาม-ตอบ (chat) แบบ real time และคลังความรู้เผยแพร่ข้อมูลวิชาการและข้อมูลกฎหมาย (ภาพที่ 6.3.1)

ภาพที่ 6.3.1 โปรแกรมประยุกต์ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System; TAS)

พ.ศ. 2559 - 2561



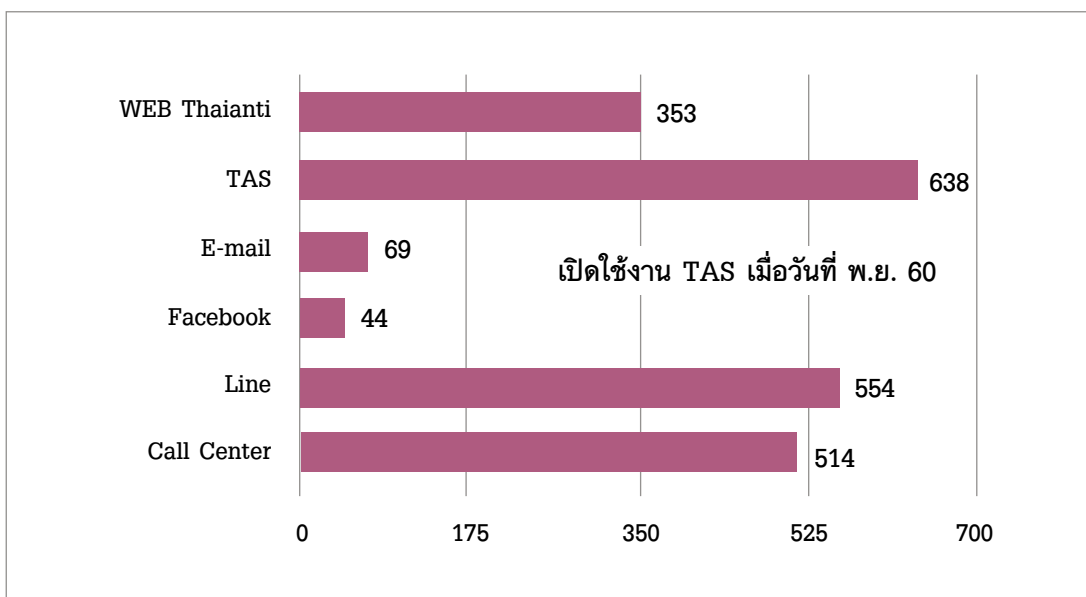
<https://tas.go.th>

2. งานเฝ้าระวังเชิงรุก มุ่งเน้นการแสวงหาและรวบรวมข้อมูลการกระทำความผิดตามแหล่งที่มา ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เกิดการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 บ่อยครั้งทางสื่อประชาสัมพันธ์ ทางสื่อโซเชียลมีเดีย (เว็บไซต์) สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์และนิตยสาร) และร้านค้าผู้ประกอบการรายย่อย โดยเฉพาะในแง่ของการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เจ้าหน้าที่จะทำสืบค้นข้อมูลอย่างต่อเนื่อง หรือลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อการเฝ้าระวังประชาสัมพันธ์ข้อกฎหมาย และทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินคดี และมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลอย่างต่อเนื่อง

🌐 ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน มีการรับเรื่องร้องเรียนทางช่องทางต่างๆ รวมทั้งสิ้น 2,172 เรื่อง เป็นการรับเรื่องร้องเรียนผ่านโปรแกรม TAS มากที่สุด จำนวน 638 เรื่อง (ภาพที่ 6.3.2) สามารถดำเนินการส่งต่อเพื่อให้พื้นที่ จำนวน 632 เรื่อง โดยความผิดที่มีการร้องเรียนสูงสุด คือ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาตรา 32 รองลงมาคือ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือ ลักษณะแฉก แฉกให้ฯ ตามมาตรา 30(5) แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.3.1) เมื่อพิจารณาข้อมูลร้องเรียนผ่าน TAS ตามพื้นที่เกิดเหตุ พบว่า เกิดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 37 เรื่อง รองลงมาคือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 เรื่อง และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 25 เรื่อง จังหวัดพังงา จำนวน 18 เรื่อง และจังหวัดราชบุรี นครปฐม นครศรีธรรมราช และชลบุรี จังหวัดละ 14 เรื่อง ตามลำดับ

ภาพที่ 6.3.2 จำนวนเรื่องร้องเรียนจำแนกตามช่องทางการร้องเรียน ปี พ.ศ. 2559-2561



ตารางที่ 6.3.1 สัดส่วนฐานความผิดตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีการร้องเรียนผ่านทางช่องทาง TAS

ลำดับ	ฐานความผิด	สัดส่วน
1	มาตรา 32 โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	76%
2	มาตรา 30 (5) แจก แถม ให้ แอลกอฮอล์	16%
3	มาตรา 30 (3) ลดราคาแอลกอฮอล์	2%
4	มาตรา 32 แสดงชื่อหรือเครื่องหมาย าวดอ้างสรรพคุณชักจูงใจ	2%
5	มาตรา 29 ขายแอลกอฮอล์อายุ 20 ปี	2%
6	มาตรา 28 เวลา แอลกอฮอล์	1%
7	มาตรา 27 ขายบนทาง	1%

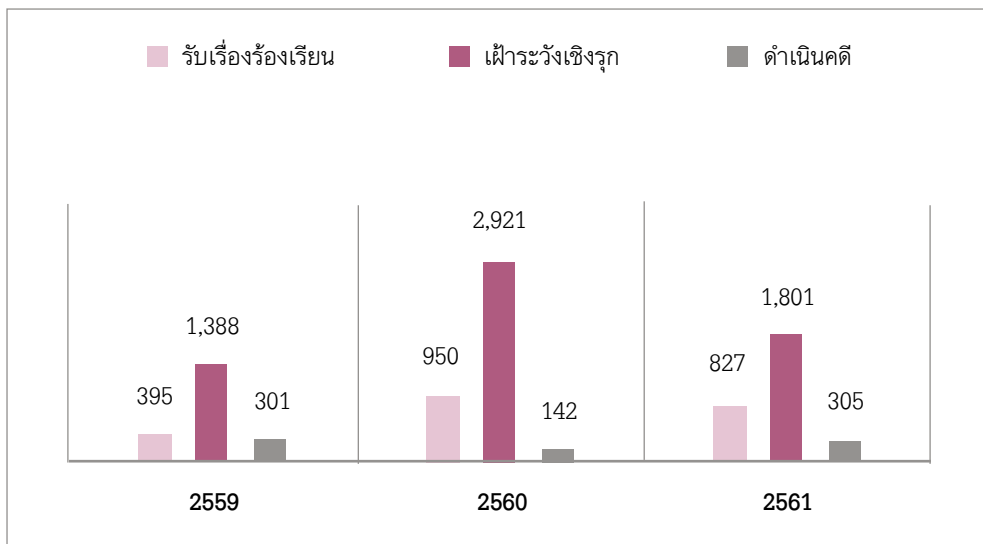
เรื่องร้องเรียนทุกเรื่อง จะได้รับการกลั่นกรองข้อมูลเบื้องต้น และส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานระดับเขตของกรมควบคุมโรค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เพื่อประสานหน่วยงานในระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน และบังคับใช้กฎหมาย และจะมีการรายงานผลการตรวจสอบ และบังคับใช้กฎหมายส่งกลับมาตามระบบ ใช้เวลาในการรับเรื่องร้องเรียนจนถึงการตรวจสอบประมาณ 7-14 วัน (ภาพที่ 6.3.3) รวมทั้งจะมีการส่งข้อมูลให้กับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของจังหวัดนั้นๆ โดยในปี พ.ศ. 2561 (ตุลาคม 2560 - สิงหาคม 2561) ได้ดำเนินการรับเรื่องร้องเรียน จำนวน 827 ราย เฝ้าระวังประชาสัมพันธ์ข้อกฎหมาย จำนวน 1,801 ราย และดำเนินคดี จำนวน 305 ราย (ภาพที่ 6.3.4)

ภาพที่ 6.3.3 แผนผังแสดงขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน และส่งข้อร้องเรียนให้พื้นที่ตรวจสอบ



ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ ก่อให้เกิดความร่วมมืออันดีกับเครือข่าย ภาคประชาชน เช่น เครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุรา ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญที่เอื้อให้กลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดการขับเคลื่อน โดยเครือข่ายภาคประชาชนจะช่วยเหลือเป็นตาเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย (Watch Dog) และส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน บุหรีและสุราอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6.3.5) ด้วยการส่งต่อข้อมูลละเมิดกฎหมายที่เกิดขึ้นทั่วประเทศให้แก่หน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หากพนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบตามข้อร้องเรียน ทำให้ข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนอง จะก่อให้เกิดสภาพบังคับตามกฎหมาย ซึ่งเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ประกอบการ บริษัทผู้ผลิต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามกฎหมาย เกิดความตระหนักถึงเจตนารมณ์แห่งกฎหมาย ที่มุ่งลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปกป้องเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย ประชาชนเกิดสุขภาวะที่ดี และให้ความร่วมมืออันดีในการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างถูกต้อง

ภาพที่ 6.3.4 จำนวนเรื่องร้องเรียนที่ได้รับ ได้เฝ้าระวังเชิงรุก และได้ดำเนินคดี จำแนกตามปี



ภาพที่ 6.3.5 ความเชื่อมโยงการดำเนินงานผ่านโปรแกรมเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์





ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561

Facts and Figures Alcohol in Thailand 2016-2018

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

☎ 074-451165, 083-5775533

🌐 <http://cas.or.th/> 📘 [facebook.com/cas.org.th/](https://www.facebook.com/cas.org.th/)