

ฉบับพิเศษ

# สุรากับการระบาด ของเชื้อไวรัสโคโรนา : มุมมองเชิงปัจเจกบุคคล สังคม และนโยบาย

ชุดรายงาน :

สุราและสังคม ปี 2021

ทีมวิจัยการทบทวนวรรณกรรมนานาชาติและสวีเดน  
A REVIEW OF INTERNATIONAL AND SWEDISH RESEARCH

กลุ่มองค์กรริเริ่มจัดทำรายงานฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ และองค์กรวิชาการไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเชิงพาณิชย์ใด ๆ

SFAM เป็นวิทยาลัยวิชาชีพและวิทยาศาสตร์การแพทย์ (แพทยเวชศาสตร์ครอบครัว) ในสวีเดนเพื่อการพัฒนาวิชาชีพแพทย์ต่อเนื่อง การฝึกอบรมต่อยอดแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การประเมินความสามารถ การพัฒนาคุณภาพ และงานวิจัยของแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว The Swedish Society of Nursing เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร และเป็นเวทีเพื่อการอภิปรายและพัฒนาบริการด้านการพยาบาลโดยสนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์ จริยธรรม การศึกษา และคุณภาพทางการแพทย์ IOGT-NTO เน้นการทำงานด้านผลกระทบจากสุราและยาเสพติดในระดับบุคคลและสังคม และยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและชมรมต่าง ๆ ในวงกว้าง กองทุน Stiftelsen Ansvar

För Framtiden มีเป้าหมายเพื่อความร่วมมือและงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ของชาวยุโรปเหนือที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต ข้อคิดเห็นสาธารณะ รวมถึงการดูแลเด็ก มูลนิธินี้มีสมาชิก 8 องค์กร จาก 3 ประเทศกลุ่มยุโรปเหนือ CERA เป็นศูนย์ความร่วมมือและสหวิชาชีพเพื่อการศึกษาและวิจัยด้านการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด ที่มหาวิทยาลัยโกเธนเบิร์ก ทำงานเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาการศึกษาและงานวิจัยในด้านการเสพติด และเผยแพร่ความเชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์ให้ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพในด้านการเสพติดและผู้สนใจอื่น ๆ Swedish Society of Addiction Medicine ทำงานเพื่อส่งเสริมงานวิจัยและการศึกษาด้านการเสพติดทางการแพทย์และพัฒนาวิชาชีพในทุกสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะทาง SIGHT เป็นเวทีงานวิจัยของสวีเดนเพื่อความเสมอภาคด้านสุขภาพระดับโลก ซึ่งมุ่งเน้นที่เด็กและเยาวชน โดยใช้ชุดเครื่องมือสหวิชาชีพเพื่อให้ครอบคลุมทุกประเด็นในปี ค.ศ. 2030

ข้อคิดเห็นในรายงานฉบับนี้เป็นของผู้นิพนธ์ และไม่จำเป็นต้องสะท้อนความคิดเห็นขององค์กรผู้ริเริ่มงานนี้

ข้อมูลค้นคว้า: “Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Sherk A, Stockwell T. (2021). Alcohol and Society 2021: Alcohol and the coronavirus pandemic: individual, societal and policy perspectives. Stockholm: Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF, CERA, The Swedish Society of Addiction Medicine, SIGHT, Movendi International & IOGT-NTO.”

ผลิตเผยแพร่โดย Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk sjuksköterskeförening, CERA, Stiftelsen Ansvar för Framtiden, Actis-Rusfeltets samarbetsorgan, Alkohol & Samfund, Hela Människan, IOGT-NTO, MA – Rusfri Trafikk, MHF Motorförarnas Helykterhetsförbund, Sveriges Blåbandsförbund och Sveriges Frikyrkosamråd, Svensk

förening för Beroendemedicin, SIGHT, Movendi International 2021.

A Swedish language version of this report is also available from [www.iogt.se](http://www.iogt.se), [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se) or [cera.gu.se](http://cera.gu.se). Graphic design and cover illustration: Petra Handin, Poppi Design

Printers: Fridholm & Partners AB, Göteborg

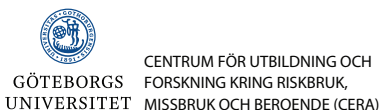
ISBN: 978-91-982220-6-7 (print version in Swedish)

ISBN: 978-91-982220-7-4 (pdf in Swedish)

ISBN: 978-91-982220-8-1 (pdf in English)

URN: urn:nbn:se:iogt-2021-aos-en

สนับสนุนการเผยแพร่โดย Stiftelsen Ansvar för Framtiden (SAFF).



# จัดทำโดย ทีมวิจัยการทบทวนวรรณกรรมนานาชาติและสวีเดน (A REVIEW OF INTERNATIONAL AND SWEDISH RESEARCH)

ภายใต้ชื่อเรื่อง

## Alcohol and society 2021: Alcohol and the coronavirus pandemics: individual, societal and policy perspectives

Suggested citation: “Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Sherk A, Stockwell T. (2021). Alcohol and Society 2021: Alcohol and the coronavirus pandemic: individual, societal and policy perspectives. Stockholm: Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF, CERA, The Swedish Society of Addiction Medicine, SIGHT, Movendi International & IOGT-NTO.”

## ชุดรายงาน: สุราและสังคม ปี 2021

### สุรากับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา: มุมมองเชิงปัจเจกบุคคล สังคม และนโยบาย

ISBN: 978-616-271-626-3

แปลและเรียบเรียงโดย:

แพทย์หญิง พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

นายแพทย์ สุจิระ ปรีชาวิทย์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

หน่วยระบาดวิทยา อาคารบริหาร ชั้น 6

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

พิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน 2564

จำนวน : 56 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : หจก.วนิดาการพิมพ์ โทร. 053-110503-4

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ **ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ** ถ่ายทอด ไม่ว่าจะด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า

หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

โทร. 0-7445-1165 website: <http://cas.or.th> ;

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



# คำนำ

ค.ศ. 2020 เป็นปีที่ทั่วโลก่วมกันเผชิญความท้าทายระดับโลก เชื้อไวรัสโควิด-19 ผลักดันให้ภาครัฐ ผู้มีอำนาจสั่งการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และนักวิจัยจากทั่วโลกทำงานด้วยกันเพื่อช่วยชีวิตมนุษยชาติ

กลยุทธ์การรับมือเชื้อไวรัสโคโรนาของแต่ละประเทศมีวิธีการจัดการกับการตีตมสุราที่แตกต่างกันมาก บางประเทศลดการจำหน่ายสุราอย่างรวดเร็ว ในขณะที่บางประเทศมองว่าสุราเป็นตัวช่วยพยุงเศรษฐกิจท้องถิ่นเอาไว้ ส่วนในสวีเดนยังไม่มี การหยิบยกให้ การตีตมสุราและผลกระทบที่ตามมาเป็นส่วนหนึ่งของ กลยุทธ์การรับมือเชื้อไวรัสโคโรนา

ทีมนักวิจัยที่จัดทำชุดความรู้ “สุราและสังคม” จึงตัดสินใจศึกษาเพิ่มเติมถึงบทบาทของการตีตมสุรา ต่อการแพร่กระจายของเชื้อและการติดเชื้อโควิด-19 ดังนั้น หัวข้อในรายงานปี ค.ศ. 2021 นี้ คือ ผลของ สุราต่อระบบภูมิคุ้มกันและการแพร่กระจายของ เชื้อไวรัสที่เป็นผลจากพฤติกรรมของผู้ตีตมสุรา รายงานฉบับนี้ยังได้กล่าวถึงผลของการระบาดใหญ่ (pandemic) ในแง่ความวิตกกังวล การเว้นระยะห่าง ทางสังคม การว่างงาน ฯลฯ ว่ามีผลต่อการตีตมสุรา อย่างไร และวิธีการที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาครัฐทั่วโลกตอบสนองต่อความท้าทายนี้ และ เช่นเดียวกับในปีที่ผ่านมา ๆ มา รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยกลุ่มนักวิจัยชั้นนำระดับโลกด้านสุรานำโดย Harold Holder

เนื่องจากการระบาดยังคงดำเนินอยู่และ สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กลุ่มนักวิจัย จึงต้องปรับวิธีการเลือกระเบียบวิธีวิจัยและแหล่งข้อมูล ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รายงานฉบับนี้จึงมีจุดเน้น ที่แตกต่างไปจากรายงานฉบับก่อนหน้า กล่าวคือ นักวิจัย จะเสาะหาแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันในวงกว้างเพื่อ

เน้นและอิงตามบริบทของพื้นที่ที่กำลังเกิดปัญหาขึ้น เพื่อทำความเข้าใจในหัวข้อที่กำหนด แทนการมุ่งเน้น การวิพากษ์หลักฐานเชิงประจักษ์เช่นดั้งเดิม

ชุดรายงาน “สุราและสังคม” นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเน้นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถบอกถึง ผลกระทบจากการตีตมสุราทั้งในระดับบุคคลและ ระดับสังคม รายงานนี้เป็นฉบับที่ 8 ของชุดนี้ โดย รายงานของปีก่อนหน้ามุ่งเน้นในประเด็นอื่น ๆ เช่น สุรากับคนหนุ่มสาว ผลกระทบมือสองจากการตีตมสุรา สุรากับความรุนแรง และสุรากับการตั้งครรรค์ เป็นต้น รายงานเหล่านี้รวมทั้งรายงานของปีนี้สามารถศึกษา ได้ในเว็บไซต์ของเรา องค์กรที่ให้การสนับสนุน รายงานของปีนี้มีดังต่อไปนี้

- The Center for Education and Research on Risk, Abuse, and Addiction (CERA), University of Gothenburg
- The Swedish Society of Nursing
- Stiftelsen Ansvar for Framtiden (SAFF)
- The Swedish Association of General Practice
- The Swedish Society of Addiction Medicine
- Swedish Institute for Global Health Transformation (SIGHT) at The Royal Swedish Academy of Sciences
- IOGT-NTO
- Movendi International

เราหวังว่ารายงานฉบับนี้จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้ และการตระหนักถึงความเสี่ยงจากการตีตมสุราที่ เชื่อมโยงกับการระบาดใหญ่ในครั้งนี้อย่างต่อเนื่องต่อไป ในอนาคต ทั้งในด้านอันตรายต่อสุขภาพ (สุราทำให้ ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง) และการเพิ่มความเสี่ยง แพร่เชื้อเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ตีตมสุรา

- Kristina Berglund**  
Director, CERA,  
University of Gothenburg
- Ami Hommel**  
Chair, The Swedish  
Society of Nursing
- Magnus Isacson**  
Chair, The Swedish  
Association of General  
Practice
- Arne Winerdal**  
Chair, SAFF
- Joar Guterstam**  
Chair, The Swedish  
Society of Addiction  
Medicine
- Peter Friberg**  
Director, SIGHT
- Johnny Mostacero**  
Chair, IOGT-NTO

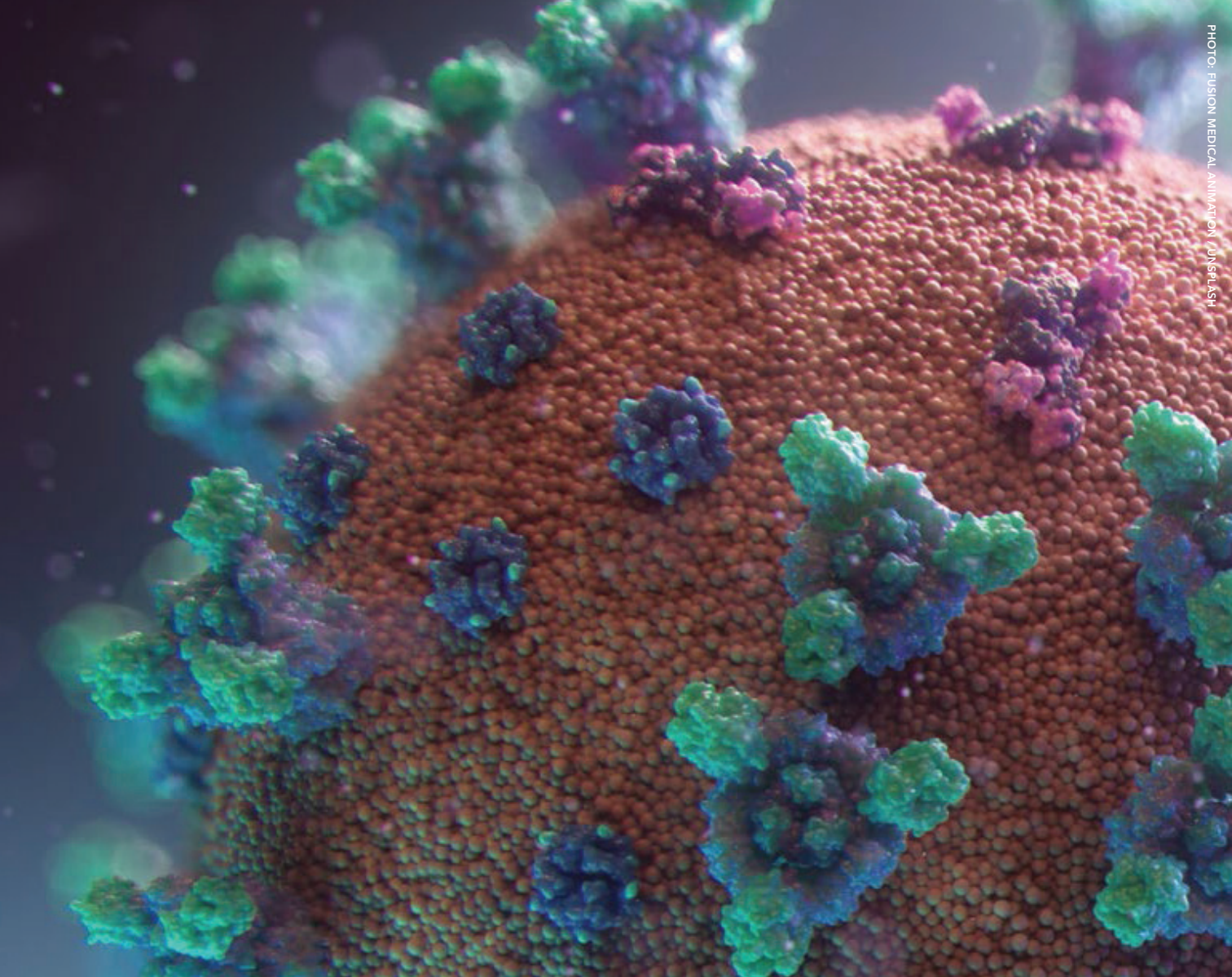
# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

- การตีตราอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ในขณะที่เดียวกันยังเป็นเหตุของปัญหาทางการแพทย์และสังคมอื่น ๆ ที่สร้างภาระต่อบริการดูแลสุขภาพและบริการต่าง ๆ
- การตีตราเพิ่มการแพร่เชื้อโควิด-19 โดยลดความยับยั้งชั่งใจทางสังคมแม้ตีตราเพียงเล็กน้อยก็ตาม และเป็นเหตุทำให้ความเจ็บป่วยรุนแรงเมื่อตีตราปริมาณมากขึ้น จากการไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่าง ๆ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคมและการล้างมือ เป็นต้น
- ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการตีตราอย่างหนัก (เช่น เบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด) เป็นปัจจัยเสี่ยงให้การติดเชื้อโควิด-19 เกิดผลลัพธ์ที่รุนแรงมากขึ้นด้วยตัวเองอยู่แล้ว
- การตีตรา (โดยเฉพาะการตีตราหนัก) สามารถลดการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน และยังเพิ่มโอกาสเกิดโรคทางเดินหายใจรุนแรงได้
- ปัญหาจากการตีตราใช้ทรัพยากรของบริการสุขภาพไปอย่างมาก นโยบายควบคุมเครื่องตีตราแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดในช่วงการระบาดโควิด-19 นี้ จะสามารถลดภาระบริการสุขภาพที่เกินกำลังช่วงนี้ได้ โดยลดทั้งความต้องการใช้บริการสุขภาพจากสุราและบริการสุขภาพจากโควิด-19
- ในกลุ่มประเทศรายได้สูง ผลการสำรวจมีแนวโน้มแสดงให้เห็นว่า ประชาชนที่ตีตรามากขึ้นมีจำนวนมากกว่าประชาชนที่ลดการตีตราในช่วงแรกของการปิดเมือง (lockdown) ในขณะที่ประเทศรายได้ต่ำ การจำหน่ายสุราทั้งหมดและการตีตราส่วนใหญ่ลดลง นโยบายภาครัฐและปัจจัยท้องถิ่นที่มีผลต่อการจัดหาสุราได้ง่ายพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2020 ในสวีเดนพบการตีตราลดลงเพียงร้อยละ 7 ทั้งนี้เพราะมีการขายปลีกเพิ่มขึ้นช่วยชดเชยการนำเข้าจากนักท่องเที่ยวที่ลดลง
- ความรุนแรงในครอบครัวสูงขึ้นในหลายแห่งระหว่างการระบาดครั้งนี้ โดยปัญหาจากการตีตรามีส่วนเกี่ยวข้องด้วย
- อุบัติเหตุบนท้องถนนลดลงในประเทศส่วนใหญ่ เนื่องจากการเดินทางน้อยลง
- ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เครียด และซึมเศร้าจากโควิด-19 ในช่วงการระบาด จะยิ่งหนักมากขึ้นเมื่อมีการตีตรา และปัจจัยเหล่านี้ก็ยังเป็นเหตุให้ตีตรามากเกินไปด้วย
- ภาครัฐหลายประเทศได้ประกาศยกเว้นให้ร้านขายปลีกและผู้ผลิตเครื่องตีตราแอลกอฮอล์ในช่วงการปิดเมือง โดยจัดให้เป็นบริการที่จำเป็น ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวในหลายประเทศเป็นอิทธิพลจากการวิงวอนของอุตสาหกรรมเครื่องตีตราแอลกอฮอล์

- การเปลี่ยนแปลงมาตรการควบคุมหรือผ่อนปรนที่สำคัญนั้น (เช่น การอนุญาตบริการจัดส่งสุราถึงบ้าน-home delivery) ยกที่จะเปลี่ยนกลับมาเหมือนก่อนระบาด และมีแนวโน้มจะคงอยู่ต่อไปหลังการระบาด
- คำแนะนำนโยบายสาธารณสุขสำหรับการระบาดใหญ่มีดังต่อไปนี้:
  - ยกเลิกการขายสุราในสนามกีฬาและการจัดงานขนาดใหญ่
  - ห้ามดื่มสุราในที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะชายหาด
  - ห้ามนั่งดื่มสุราในร้านซึ่งมีความเสี่ยงสูง เช่น ผับ บาร์ สถานบันเทิง
  - กำหนดข้อจำกัดบริการจัดส่งสุราถึงบ้าน (หากมีการอนุญาต)
  - จัดให้มีการบำบัดรักษาสำหรับผู้ที่มมีอาการจากปัญหาการดื่มสุราทุกชนิด รวมถึงภาวะติดสุรา
  - เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต รวมถึงบริการออนไลน์
- บุคลากรสุขภาพควรแนะนำให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ให้ลดหรือหยุดดื่มสุรา (เช่น ผู้สูงอายุ น้ำหนักเกิน เบาหวาน สูบบุหรี่ โรคทางเดินหายใจ มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น)
- เนื่องจากสุราและโควิด-19 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างมาก ดังนั้นนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรคงไว้หรือเข้มงวดในช่วงการระบาดใหญ่นี้ และยังไม่ควรริบผ่อนคลาย
- นโยบายที่มีประสิทธิภาพ เช่น ลดการจัดหาสุราได้ง่ายทางกายภาพ และการเพิ่มราคาผ่านการเพิ่มภาษีและราคาขั้นต่ำ สามารถช่วยจำกัดการแพร่กระจายเชื้อไวรัส ลดภาระของบริการสุขภาพ และเพิ่มรายได้ให้รัฐในยามที่มีความจำเป็นอย่างมาก



**การดื่มสุรา  
เพิ่มการแพร่เชื้อ  
โควิด-19 โดยลด  
ความยับยั้งชั่งใจ  
ทางสังคม แม้ดื่ม  
เพียงเล็กน้อยก็ตาม  
และเป็นเหตุทำให้  
ความเจ็บป่วยรุนแรง  
เมื่อดื่มปริมาณ  
มากขึ้น**



## Authors



**Sven Andreasson**

Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Stockholm, Sweden



**Tanya Chikritzhs**

Curtin University, National Drug Research Institute, Perth, Australia



**Frida Dangardt**

Sahlgrenska Academy and University Hospital, The Queen Silvia Children's Hospital - Paediatric Clinical Physiology, Gothenburg, Sweden



**Harold Holder**

Senior Scientist Emeritus and former Director of Prevention Research Center, Pacific Institute for Research and Evaluation, Berkeley, CA, USA



**Timothy Naimi**

Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria, BC, Canada



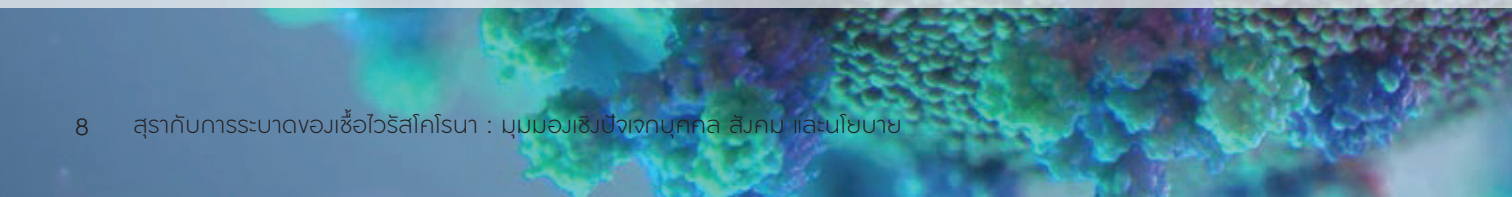
**Adam Sherk**

Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria, BC, Canada



**Tim Stockwell**

Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria, BC, Canada





# บทนำ

การระบาดของโควิด-19 (COVID-19 pandemic) เกิดผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อสังคมทั่วโลก และมีผลกระทบต่อการตีพิมพ์วารสาร การตีพิมพ์ และนโยบายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อย่างมากเช่นกัน ในทางกลับกัน เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์หรือวารสารเองก็มีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อโควิด-19 ระหว่างบุคคลและในกลุ่มประชากร และยังส่งผลเสียทางการแพทย์ สังคม และเศรษฐกิจจากการระบาดใหญ่นี้อีกด้วย

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างวารสารกับโควิด-19 ที่มีผลต่อแง่มุมต่าง ๆ ในชีวิต เนื่องจากข้อมูลมีความเฉพาะตัวและความไม่แน่นอนของหลักฐาน รายงานฉบับนี้จะแตกต่างไปชุดรายงานก่อนหน้านี้ นักวิจัยจะเสาะหาแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันในวงกว้างโดยเน้นและอิงตามบริบทของพื้นที่ที่เพิ่งเกิดปัญหาขึ้นเฉพาะประเด็นวารสารกับโควิด-19 เพื่อทำความเข้าใจในหัวข้อที่กำหนด แทนที่จะมุ่งเน้นการวิพากษ์หลักฐานเชิงประจักษ์ (เช่น ระเบียบวิธีวิจัย ข้อจำกัดของวิจัย) นอกจากนี้ คณะทำงานยังได้สืบค้นงานวิจัยย้อนหลังไปหลายสิบปีถึงบทบาทของนโยบายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ที่มีอิทธิพลต่อการตีพิมพ์วารสารในระดับประชากร และผลกระทบของการตีพิมพ์ที่มีต่อสุขภาพและสังคม

รายงานนี้เริ่มด้วยการกล่าวถึงผลจากการตีพิมพ์วารสารต่อโควิด-19 ในด้านความเสี่ยงระดับบุคคลต่อการติดเชื้อและแพร่เชื้อไวรัส ผ่านกลไกทางสรีรวิทยาและความคิดพฤติกรรม คณะทำงานได้แสดงหลักฐานให้เห็นว่าพฤติกรรมกรรมการตีพิมพ์อิทธิพลต่อการระบาดได้หลากหลายอย่างไรบ้าง

หลังจากนั้นคณะทำงานได้แสดงข้อมูลอีกด้านหนึ่งคือ ผลของการระบาดที่มีต่อการตีพิมพ์วารสารในระดับประชากรและอันตรายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ผลเหล่านี้เกิดขึ้นผ่านปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการขัดขวางเศรษฐกิจและสังคมในระดับมหภาค รวมไปถึงการตอบสนองต่อนโยบายที่กระทบกับการจัดหาและเข้าถึงวารสาร (เช่น ห้ามจำหน่ายวารสาร ยกเว้นข้อจำกัดการขายปลีก) คณะทำงานยังได้สะท้อนให้เห็นว่ารัฐบาลต่าง ๆ ตอบสนองต่อความท้าทายจากโรคระบาดอย่างไร และอุตสาหกรรมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์มีส่วนได้เสียมีวิธีการอย่างไรในการเข้ามามีบทบาทปรับเปลี่ยนการตัดสินใจเชิงนโยบาย และหากปล่อยไว้จะเพิ่มภาระต่อสาธารณสุขและความปลอดภัยในระยะยาวอย่างไร

คณะทำงานสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ระหว่างการระบาดในประเด็นการตีพิมพ์วารสาร ผลลัพธ์จากการตีพิมพ์กิจกรรมที่เกิดขึ้น และให้ข้อเสนอแนะสำหรับประชาชนและภาครัฐ โดยเฉพาะเน้นในประเด็นนโยบายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ซึ่งนโยบายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการลดอันตรายจากการตีพิมพ์วารสารและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส



# 1 ผลกระทบด้านสรีรวิทยาและ การรู้คิดจากการดื่มสุราที่มีต่อ การแพร่เชื้อไวรัสโควิด-19

## Implications of physiological and cognitive effects of alcohol for transmission of COVID-19

การดื่มสุรา โดยเฉพาะการดื่มหนัก อาจเพิ่มความเสี่ยงให้บุคคลนั้นสัมผัสเชื้อและแพร่เชื้อโรคติดต่อได้มากขึ้น รวมถึงเพิ่มความรุนแรงของอาการอีกด้วย เป็นที่ทราบกันดีว่า สุราเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อและการดำเนินโรคของโรคติดต่ออื่น ๆ เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ และ HIV<sup>1</sup> ซึ่งการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแนวโน้มจะเป็นเช่นเดียวกัน โดยกลไกการติดเชื้ออาจเกิดได้จากผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันและการทำงานของอวัยวะ (เช่น ปอด ตับ ลำไส้) หรือเป็นผลจากฤทธิ์ต่อจิตประสาทของแอลกอฮอล์ที่มีต่อความสามารถหน้าที่ในการรู้คิดและพฤติกรรม (เช่น การยับยั้งชั่งใจ การมีพฤติกรรมเสี่ยง) ซึ่งขึ้นกับบริบทการดื่มที่มีผลต่อความเสี่ยง

### 1.1 ระบบภูมิคุ้มกัน

ภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อในร่างกายมนุษย์เกิดจากสองกลไก คือภูมิคุ้มกันที่มีมาแต่กำเนิด (innate) และภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired) มนุษย์ส่วนใหญ่เกิดมาพร้อมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อบางชนิดที่มีมาแต่กำเนิด ร่างกายเราจึงสามารถตรวจจับเชื้อโรคที่พบบ่อยได้ ภูมิคุ้มกันที่มีมาแต่กำเนิดนี้เป็นตัวกระตุ้นกลไกป้องกันด่านหน้าในรูปแบบของแมคโครฟาจ (macrophage) เซลล์เดนไดรต์ (dendritic cell)

และเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เรียกว่านักฆ่าตามธรรมชาติ (natural killer cell; NK) เพื่อจัดการภัยคุกคามที่พบบ่อย แต่ระบบภูมิคุ้มกันแต่กำเนิดนี้ทำงานแบบไม่จำเพาะเจาะจง และไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคชนิดใหม่ ๆ ได้เสมอไป ดังนั้นระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired) หรือที่ปรับตัว (adaptive) จึงเข้ามาทำหน้าที่ภายหลังจากถูกกระตุ้นด้วยสารเคมีที่ส่งสัญญาณว่ามีเชื้อโรคเข้ามาในร่างกาย

ระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลังจะมีวิวัฒนาการจนมีความจำเพาะสูงมาก และสามารถแยกแยะเชื้อโรคที่มีความแตกต่างกันแม้เพียงเล็กน้อยได้ โดยมีเซลล์สำคัญหลัก 2 ชนิด คือ T-cell และ B-cell ซึ่งเซลล์สองชนิดนี้จะทำงานร่วมกันในการกำจัดเซลล์ที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ “เรียนรู้ (learning)” เพื่อสร้างแอนติบอดีที่จำเพาะไปจับและทำลายเชื้อโรคนั้น ๆ เซลล์เหล่านี้จะสามารถ “จดจำ (memory)” เชื้อโรคและไวรัสที่เคยเจอมาก่อน และจะนำมาใช้อีกหากเกิดการติดเชื้ออีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลังนี้ต้องใช้เวลานานหลายวันเพื่อกระตุ้นการทำงาน ในขณะที่ระบบภูมิคุ้มกันแต่กำเนิดสามารถทำงานได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง<sup>2</sup>

ความชราภาพ (aging) มีผลอย่างมากต่อระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ โดยทั่วไประบบภูมิคุ้มกัน



**การดื่มสุราจึงมีผล  
ทั้งลดภูมิคุ้มกันต่อ  
การติดเชื้อและ  
ยังเพิ่มความเสี่ยง  
ภาวะแทรกซ้อน  
รุนแรงจากการ  
กระตุ้นการ  
ตอบสนองภูมิคุ้มกัน  
ที่มากเกินไป**

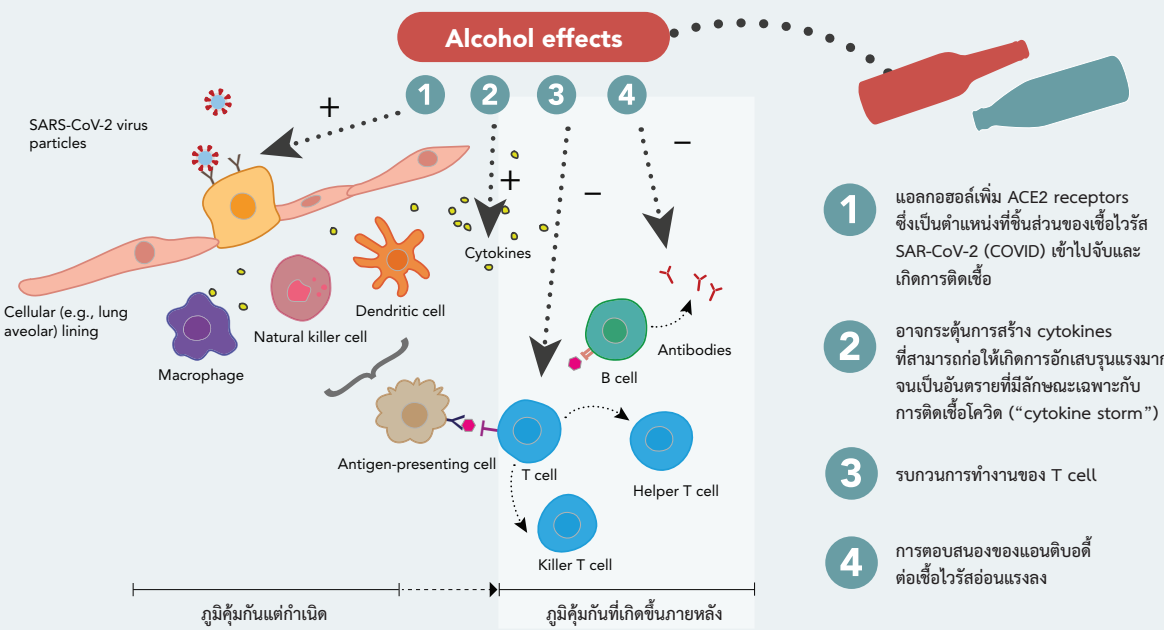
แต่กำเนิดทำงานได้ดีเมื่ออายุยังน้อย และภูมิคุ้มกัน  
ที่เกิดภายหลังจะถูกสร้างขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปอย่างไร  
ก็ตาม เมื่ออายุมากความสามารถในการทำงานของ  
ภูมิคุ้มกันจะลดลง ทั้งระบบภูมิคุ้มกันแต่กำเนิดและ  
ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลังมีแนวโน้มจะตอบสนอง  
ต่อเชื้อโรคลดลงและมีประสิทธิภาพลดลง การอักเสบ  
เรื้อรังที่ไม่รุนแรงมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมี  
แนวโน้มทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ดังนั้น ผลที่  
ตามมาของความชราภาพที่พบบ่อยคือ เชื้อโรคหรือ  
ไวรัส (เช่น โควิด-19) เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้นและ  
ก่อโรครุนแรงได้<sup>3,4</sup>

สุราอาจทำให้ภูมิคุ้มกันแต่กำเนิดและภูมิคุ้มกัน  
ที่เกิดขึ้นภายหลังตอบสนองต่อโคโรนาไวรัสได้ไม่ดี  
ด้วยเหตุผลหลายประการดังนี้:

- แอลกอฮอล์ไปเพิ่มจำนวนตัวรับ (receptors) ที่เป็นช่องทางหลักของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เช่น SARS ที่ปอด ระบบทางเดินอาหาร และ หัวใจ<sup>5,210,211</sup> ทำให้เพิ่มโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา เช่น โควิด-19 ได้ง่ายขึ้น

- การดื่มสุราอาจเพิ่มโอกาสการติดเชื้อโควิด-19 และเพิ่มความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยมีผลต่อโมโนไซต์ (monocyte) และเซลล์ NK ซึ่งเป็นตัวหลักสำคัญในการติดเชื้อโควิด-19 และยังมีบทบาทในกระบวนการ “อักเสบรุนแรง (hyperinflammation)” ซึ่งเป็นการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่มากเกินไป<sup>6,7</sup> การดื่มสุราหนักเป็นครั้ง ๆ (episodic heavy drinking) จะเพิ่มการตอบสนองต่อการอักเสบ ตามมาด้วยการทำงานของเซลล์ในการตอบสนองภูมิคุ้มกันลดลง<sup>8</sup> ดังนั้น การดื่มสุราจึงมีผลทั้งลดภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อและยังเพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการกระตุ้นการตอบสนองภูมิคุ้มกันที่มากเกินไป
- การดื่มสุรายังอาจทำให้ความสามารถของร่างกายในการสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อบกพร่องไป ตัวอย่างเช่น มีหลักฐานแสดงว่าแอลกอฮอล์ไปรบกวนการสร้าง T-cell กับ B-cell และลดความเข้มข้นของแอนติบอดีหลักที่ตอบสนองภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลังในเลือดลง

รูปที่ 1 บทบาทของแอลกอฮอล์ในการกระตุ้นและเกิดการอักเสบจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ปรับปรุงจาก Golchin et al.<sup>12</sup>



## 1.2 อวัยวะและระบบการทำงานของร่างกาย

เป็นที่ทราบกันดีว่า การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาไม่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-19 สุราส่งผลเสียต่ออวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ และปอด หากดื่มหนักผลเสียก็จะยิ่งมากขึ้น การดื่มสุราโดยเฉพาะการดื่มหนักร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะยิ่งทำให้ระบบเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้

### ปอด

การดื่มสุราอย่างหนักเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อที่ปอดทั้งไวรัสและแบคทีเรีย<sup>212,213</sup> และยังเพิ่มความเสี่ยงของภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome; ARDS) และความเสี่ยงต่อภาวะปอดความเสียหายอย่างถาวร<sup>5</sup> ผ่านกลไกและวิธีการต่าง ๆ มากมาย ตัวอย่างเช่น การดื่มสุราหนักเรื้อรังจะเพิ่ม ACE2 receptor ให้ปรากฏมากขึ้นในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นช่องทางหลักที่เชื้อโคโรนาไวรัสเข้าสู่ร่างกายและติดเชื้อ และเพิ่มการตอบสนองต่อการอักเสบ ดังที่ได้อธิบายก่อนหน้านี้ การดื่มสุราส่งผลเสียต่อทั้งภูมิคุ้มกันแต่กำเนิดและภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีต่อการติดเชื้อ โดยรวมแล้วปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่การติดเชื้อง่ายขึ้น ความรุนแรงมากขึ้น และความเสียหายต่อปอดที่อาจคงอยู่ตลอดไป<sup>5</sup> หลักฐานสนับสนุนนี้มาจากการวิจัยภาวะปอดเสียหายถาวรหลังการติดเชื้อโควิด-19 ล่าสุดที่พบว่า ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดพังผืดในปอด (pulmonary fibrosis) นอกเหนือไปจากปัจจัยอื่น เช่น ภาวะสูงอายุ โรคร่วม และการสูบบุหรี่<sup>13</sup>

### ตับและระบบการย่อยอาหาร

เมื่อสุราเข้าสู่ร่างกาย ปฏิกิริยาแรกเกิดขึ้นที่ทางเดินอาหาร กระบวนการเมตาโบลิซึมแอลกอฮอล์



PHOTO: MUJIB MAJUN / UNSPLASH

(ทั้งแบบoxidative และ non-oxidative) จะทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของชั้นเยื่อเมือก (mucosa) ทำงานแย่ลง และทำลายมีผลต่อผนังกันเยื่อเมือก (mucus barrier) และเยื่อบุผนังลำไส้ (epithelium) ทำให้เชื้อไวรัสและเชื้อโรคอื่น ๆ เข้ามาสู่ตับผ่านเส้นเลือด portal vein ได้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่มากเกินไป จำนวนแบคทีเรียลดลง (dysbiosis) และภูมิคุ้มกันของชั้นเยื่อเมือกผิดปกติ นำไปสู่การอักเสบทั้งระบบและตับถูกทำลาย (liver damage)<sup>14-16</sup>

การดื่มสุราอย่างหนักโดยเฉพาะการดื่มติดต่อกันนานเรื้อรัง และการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่างเป็นสาเหตุในการทำลายตับอย่างรุนแรงได้ทั้งสิ้น ดังนั้น ผลเสริมกันจากการดื่มสุราและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ถือเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงมากที่จะทำให้ตับทำงานผิดปกติ มีรายงานอุบัติการณ์ของการทำลายตับร่วมกับความผิดปกติของเอนไซม์และโปรตีนจากตับในระหว่างการติดเชื้อโควิด-19<sup>17,18</sup> กลไกต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุการทำลายตับในระหว่างการติดเชื้อโควิด-19 เช่น ตับอักเสบจากภูมิคุ้มกันตัวเอง (immune mediated

hepatitis) ผลโดยตรงจากเชื้อไวรัส ผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโควิด-19 การอักเสบทั้งระบบของร่างกายจากการติดเชื้อ (infection induced systemic inflammation) เลือดคั่งในตับภายหลังการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือจากโรคตับเดิมที่เป็นอยู่ เป็นต้น<sup>17</sup>

ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง (liver cirrhosis) เองก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เนื่องจากความผิดปกติการทำงานของภูมิคุ้มกันที่สัมพันธ์กับตับแข็ง ในผู้ที่มีตับแข็งสูงจึงมีโอกาสดูแลเสียชีวิตจากโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีตับแข็ง<sup>19</sup> การศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะตับแข็งและตับวายจากสุราเป็นอาการเด่น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่า<sup>20</sup>

อย่างไรก็ตาม โรคตับที่ไม่ได้เกิดจากสุรากับความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังติดโควิด-19 พบสองรายงานการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกัน โดยการศึกษาขนาดเล็กรจากประเทศจีนไม่พบความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น<sup>21</sup> ในขณะที่การศึกษานานใหญ่กว่าจากสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคตับที่ไม่ได้เกิดจากสุรามีแนวโน้มได้นอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าอย่างชัดเจน<sup>22</sup>

### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้หลายวิธี เช่น เพิ่มการก่อตัวของลิ่มเลือด หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) พังผืดของหลอดเลือด (vascular fibrosis) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis)<sup>23</sup> ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้หัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากโรคหัวใจ (cardiogenic shock) รวมถึงความผิดปกติและการอักเสบของหลอดเลือดหัวใจ โดยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ชัดเจนกับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ดูผลจากการดื่มสุราในบริบทดังกล่าว<sup>24</sup>

### สมอง

การดื่มสุราอย่างหนักมีผลให้การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในสมองส่วนหน้า (frontal cortex) เปลี่ยนแปลงไปและเพิ่มการส่งสัญญาณตอบสนองการอักเสบ การดื่มสุราอย่างหนักมีผลต่อการซึมผ่านของเยื่อกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (blood-brain barrier) ซึ่งเป็นไปได้ว่าการหลั่ง inflammatory cytokines ที่ผิดปกติเนื่องจากสุรานั่น (ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด) ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบที่รุนแรง (excessive inflammation) ดังที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รุนแรง ซึ่งหากเกิดขึ้นจะยิ่งเพิ่มความรุนแรงของโรคมากขึ้น การทำลาย blood-brain barrier ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราเรื้อรัง ยังอาจเพิ่มโอกาสให้เชื้อโรครวมถึงเชื้อโควิด-19 แทรกซึมเข้าไปในสมองได้<sup>25</sup>

### 1.3 โรคจิตเวชและสุขภาพจิต

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 เป็นปัญหาหลัก (แต่ไม่เฉพาะ) สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป<sup>26-28</sup> ซึ่งตรงข้ามกับการระบาดใหญ่ของเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดอื่นๆ เช่น SARS และ MERS ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเกิดอาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms)<sup>29</sup> สิ่งสำคัญที่ต้องคิดถึงคือ แอลกอฮอล์เป็นสารพิษต่อระบบประสาท (neurotoxin) ที่รุนแรงเป็นสาเหตุหรือทำให้เกิดโรคทางระบบประสาทได้หลากหลาย เช่น ภาวะสมองเสื่อม โดยความเสี่ยงยิ่งสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น<sup>30</sup> งานวิจัยล่าสุดได้แนะนำว่าการดื่มสุราเป็นประจำแม้เพียงเล็กน้อย จะทำให้สมองมีปริมาตรลดลงและสมองเสื่อมได้ไวขึ้น<sup>31</sup>

หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับผลโดยตรงของเชื้อโควิด-19 ในด้านจิตเวชยังมีจำกัด ต่างจากงานวิจัยด้านความเครียดวิตกกังวลที่เกิดจากโรคระบาดและมาตรการควบคุมต่าง ๆ ที่มีมากกว่า อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยเรื่อง MERS และ SARS

ก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นความผิดปกติทางจิตเวช และระบบประสาท เช่น พยาธิสภาพทางสมอง (encephalopathy) อารมณ์เปลี่ยนแปลง โรคจิต ความผิดปกติของประสาทและกล้ามเนื้อ หรือโรคปลอกประสาทอักเสบ<sup>32</sup>

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และวิเคราะห์ทอภิมาน (meta-analysis) ตีพิมพ์ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2020 ประเด็นการติดเชื้อโคโรนาไวรัสต่อสุขภาพจิตที่เน้นอาการหรืออาการแสดง และความรุนแรงของอาการทางจิตเวช วินิจฉัยอิงตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (โดยไม่รวมผลทางอ้อมที่เกิดในผู้ที่ไม่ติดเชื้อ) พบว่าอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วย SARS และ MERS ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลคือ ภาวะสับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล ความจำเสื่อม และนอนไม่หลับ และผู้ป่วยร้อยละ 32.2 ยังมีอาการของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder) แม้หายจากโรคแล้ว<sup>33</sup>

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโควิด-19 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่รับการรักษาในแผนกวิกฤตเกิดอาการสับสน (ร้อยละ 65) และกระสับกระส่าย (ร้อยละ 69)<sup>33</sup> รายงานการศึกษาหนึ่งพบว่า ณ ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยร้อยละ 33 มีกลุ่มอาการที่เรียกว่า “dysexecutive syndrome” ซึ่งเป็นอาการด้านพฤติกรรม อารมณ์ และความคิด<sup>34</sup> อย่างไรก็ตาม การรักษาตัวอยู่ในแผนกวิกฤต (ICU) เป็นเวลานานถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเวชโดยเฉพาะภาวะเพ้อสับสน (delirium) อยู่แล้ว<sup>35</sup> ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคมที่มีวิกฤตอย่างมากและยังอาจถูกบังคับให้แยกกักตัวเอง อีกทั้งประเทศชุมชน หรือครอบครัวอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหาร และยารักษาโรค เนื่องจากสินค้าอุปโภคบริโภคขาดแคลนและสูญเสียรายได้ บางประเทศอาจบังคับใช้กฎหมายปิดเมือง และเว้นระยะห่างอย่างเข้มงวด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช การสำรวจผู้ที่ไม่ติดเชื้อในประเทศอังกฤษพบว่า

ประชากรผู้ใหญ่เกือบหนึ่งในห้า (ร้อยละ 19.2) มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้าได้ในรูปแบบต่าง ๆ ในระหว่างการระบาดใหญ่เดือนมิถุนายน ค.ศ. 2020 ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากประมาณ 1 ใน 10 ของประชากร (ร้อยละ 9.7) ก่อนการระบาด (กรกฎาคม ค.ศ. 2019 ถึง มีนาคม ค.ศ. 2020)<sup>36</sup>

อีกการศึกษาหนึ่งรายงานการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน 20 แห่ง ในแถบตะวันตกตอนกลางของสหรัฐอเมริกาช่วงการปิดเมืองด้วยอาการทางจิต พบว่าสัดส่วนของปัญหาพฤติกรรมที่บันทึกในรหัส “ความคิดฆ่าตัวตาย” ลดลงอย่างมาก (ร้อยละ 61) ในทางกลับกัน สัดส่วนของปัญหาพฤติกรรมที่บันทึกในรหัส “แอลกอฮอล์” ก่อนข้างสูงขึ้น (ร้อยละ 28.2 ถึงร้อยละ 33.5) ผู้นิพนธ์ตั้งข้อสังเกตว่า ยากที่จะสรุปได้ว่าการลดลงของความคิดฆ่าตัวตายที่เป็นอาการนำมาที่แผนกฉุกเฉินนั้นสะท้อนถึงความคิดฆ่าตัวตายในประชากรที่ลดลง หรือเป็นเพราะประชาชนพยายามเข้ารับการรักษาหรือจากบริการสุขภาพจิตฉุกเฉินลดลง (แม้ว่ายังเป็น) เนื่องจากคำสั่งให้อยู่ในที่พำนักอาศัย ข้อมูลนี้จะชัดเจนมากขึ้นหากได้เปรียบเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประชากร อีกคำอธิบายหนึ่งคือ การเว้นระยะห่างทางสังคมอาจช่วยลดตัวกระตุ้นความเครียดที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย หรือทำให้ผู้ที่มีปัญหาจำนวนมากใช้บริการออนไลน์หรือบริการช่วยเหลือทางไกลแทน<sup>37</sup>

ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า การดื่มสุรามีผลอย่างไรต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ก่อนแล้วหรือเพิ่งเกิดขึ้นใหม่ อาจเป็นผลโดยตรงจากการติดเชื้อ หรือเป็นผลจากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการระบาด อย่างไรก็ตาม จากความรู้เดิมที่ว่าสุราส่งผลต่อสมองทั้งระยะสั้นและระยะยาว จึงคาดการณ์ด้วยเหตุผลได้ว่าผลกระทบที่รุนแรงน่าจะเกิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ) และอาจมีผลต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

## 1.4 การศึกษาทางระบาดวิทยาและความ ท้าทายของระเบียบวิธีวิจัย

ประเด็นพิจารณาสำคัญถึงความรู้ปัจจุบันในบทบาทของแอลกอฮอล์ต่อการติดเชื้อ การแพร่เชื้อ และการดำเนินโรคโควิด-19 คือ การศึกษาขนาดใหญ่ส่วนมากยังไม่มีการศึกษาประเด็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อจากการดื่มสุราและแบบแผนการดื่ม (เช่น ปริมาณและความถี่ของการดื่ม) หรือความผิดปกติพฤติกรรมจากการดื่มสุรา (alcohol use disorder) ในขณะที่ติดเชื้อ จึงทำให้มุมมองความสัมพันธ์ระหว่างสุรากับโควิด-19 ยังไม่ได้รับศึกษา ข้อมูลต่อไปนี้เพียงข้อค้นพบในระยะแรก

การทบทวนงานวิจัย 34 เรื่อง พบว่าโรคเรื้อรังร่วมที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงหรือถึงแก่ชีวิตคือ โรคอ้วนและความดันโลหิตสูง ตามมาด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคไต และโรคตับ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการดื่มสุรา<sup>38</sup>

การศึกษาต่อไป ควรศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะแทรกซ้อนว่า สาเหตุทางพยาธิสรีรวิทยาระหว่างการดื่มสุรากับผลของการติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบร่วมกันบ่อย (co-occurrence) โดยไม่เกี่ยวข้องกัน หรือมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตัวอย่างเช่น โรคอ้วนมิได้เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการดำเนินของโรคโควิด-19 แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและเบาหวานชนิดที่ 2 และการดื่มสุราอย่างหนักก็ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อทั้งสามภาวะข้างต้น แต่ละภาวะต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคลต่อการติดเชื้อโควิด-19 รุนแรง (โดยไม่จำเป็นต้องมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย) กลไกความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนกับโควิด-19 ยังไม่ทราบชัดเจน แต่คำอธิบายที่เป็นไปได้คือเนื้อเยื่อไขมันเป็นทั้งแหล่งสะสมเชื้อไวรัสและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการอักเสบ<sup>19</sup>

การศึกษาติดตามระยะยาว (cohort study) ที่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาเกือบ 400,000 คน รวมถึงผู้ที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากโควิด-19 จำนวน 760 คน พบว่าการดื่มสุราอย่างหนัก (ดื่มหลายปีก่อนหน้านี้) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อหรือการนอนโรงพยาบาลจากโควิด-19<sup>39</sup> เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามากหยุดดื่มสุราก่อนเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากยาที่แพทย์สั่งจ่ายและปัญหาสุขภาพประจำตัว จึงอาจบดบังความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากสุราได้

การทบทวนวรรณกรรมประเด็นความผิดปกติพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (substance use disorders) กับโควิด-19 พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าวมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะทำให้ผลลัพธ์ของการติดเชื้อโควิด-19 แย่ลง ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงได้แก่ ความเครียด โรคหัวใจและปอดที่เป็นอยู่เดิม ภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การไม่เว้นระยะห่างทางสังคม และการผ่อนคลายมาตรการควบคุมการจำหน่ายสุรา โดยเฉพาะการนั่งดื่มในร้าน (on-trade)<sup>40</sup> การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (case-control) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าการดื่มสุรา (เปรียบเทียบกับกลุ่มที่เคยดื่มกับกลุ่มที่ไม่เคยดื่ม) เพิ่มความเสี่ยงตรวจพบผลบวกเชื้อโควิด-19 ถึงร้อยละ 42 แม้จะยังไม่ทราบชัดว่าเป็นเพราะกลุ่มที่เคยดื่มสุราเข้าไปในสถานที่เสี่ยง (เช่น ผับ สถานบันเทิง ร้านอาหาร) บ่อยกว่า หรือเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ<sup>41</sup>

มีรายงานไม่เป็นไปตามการคาดการณ์ถึงผลป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จากการดื่มสุราหนักอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าผู้ที่มิทั้งโรคปอดเรื้อรังและประวัติการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดมีโอกาสพบผลบวกจากเชื้อโควิด-19 น้อยกว่า<sup>42</sup> ผลการศึกษานี้ตรงข้ามกับการคาดการณ์ที่อิงจากผลการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้านี้ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุรากับโรคปอดเรื้อรัง ได้แก่ ปอดอักเสบ วัณโรค การติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) และภาวะทาง



### การทบทวนงานวิจัย

34 เรื่อง พบว่าโรคเรื้อรังร่วมที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงหรือถึงแก่ชีวิตคือ โรคอ้วนและความดันโลหิตสูง ตามมาด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคไต และโรคตับ



เดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome; ARDS)<sup>43</sup> อาจเป็นไปได้ว่าผลป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวเป็นเพียงผลลัพธ์ลวงเนื่องจากลดการเข้าสู่สังคมและมีการระมัดระวังอื่น ๆ เพิ่มเติมในผู้ที่มิโรคปอดเรื้อรัง เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวดูเพียงแนวโน้มการตรวจพบผลบวกจากเชื้อโควิด-19 แต่ไม่ได้ประเมินความรุนแรงของโรค

การศึกษาในอังกฤษพบว่า การดื่มไวน์แดงสัมพันธ์กับแนวโน้มผลตรวจพบเชื้อโควิด-19 ลดลง<sup>44</sup> อย่างไรก็ตาม เช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงสังเกตอื่น ๆ ที่เป็นการรายงานการดื่มสุราด้วยตัวเอง<sup>45</sup> เป็นไปได้ที่การเกิดผลปกป้องจากไวน์แดงมาจากปัจจัยปกป้องอื่น ๆ ที่พบบ่อยในกลุ่มคนที่ดื่มไวน์แดงเป็นประจำ (ในรายงานนี้พบร้อยละ 52 ของประชากรผู้ใหญ่) เช่น อาหาร และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

## 1.5 ผลด้านความคิดและพฤติกรรมจากการดื่มสุราและบริการดื่ม

สุรามีผลอย่างมากต่อการแพร่เชื้อโควิด-19 จนถึงปัจจุบันมีหลักฐานจำนวนมากที่พบว่าความเสี่ยงจากสุราที่เพิ่มขึ้นเป็นผลของพฤติกรรมมารดื่มและลักษณะบริบทหรือสถานที่ดื่ม (เช่น ปิ้งย่างทางสังคม กิจกรรมบันเทิง) มากกว่าเป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาต่อการรับเชื้อและแพร่เชื้อของบุคคล

### ผลด้านความคิดและพฤติกรรม

ผลของพฤติกรรมจากการดื่มสุราที่กระทบการแพร่เชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับผลเฉียบพลัน (acute) ที่เกิดจากความยับยั้งซึ่งใจลดลงและความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นแม้ดื่มในปริมาณเล็กน้อย และหากดื่มมากขึ้นจะทำให้การทำงานของสมองด้านการรู้คิดเชิงบริหาร (executive function) บกพร่องไปในระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากเชื้อโควิด-19 ติดต่อดังข้างมาจึงสามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คนด้วยการสัมผัสโดยตรงหรือผ่านทางอากาศ ซึ่งความเสี่ยง



PHOTO: KELLY SIKKEMA / UNSPLASH

จะสูงขึ้นอย่างมากเมื่ออยู่ใกล้ชิดกัน กล่าวคือพฤติกรรมที่มีสติของบุคคลมีความสำคัญต่อการลดโอกาสรับเชื้อจากคนอื่นและลดการแพร่เชื้อสู่คนอื่นด้วย ดังนั้นการระบาดใหญ่นี้จึงเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนต้องตระหนักถึงการเพิ่มความเสี่ยงของตัวเองและการมีพฤติกรรมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เช่น ล้างมือบ่อย ๆ ไอและจามอย่างถูกสุขอนามัย และรักษาระยะห่างทางสังคม โดยการเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่มีอยู่ในขณะนี้ที่จะลดความเสี่ยงของบุคคลและควบคุมการแพร่เชื้อไวรัสในชุมชนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลเป็นอย่างมากที่จะต้องมีความสติในการลดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามปกติประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสทางกายภาพ (เช่น การจับมือ ทักทาย การกอด) หรือการใกล้ชิดกับบุคคลอื่น (เช่น เดินทางสาธารณะ การใช้สถานที่ทำงานร่วมกัน การรับประทานอาหาร การเดินร่ำ)

สุราเป็นหนึ่งในสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีการใช้มากที่สุดในโลก และเป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าลดความสามารถในการยับยั้งซึ่งใจแม้ดื่มเพียงเล็กน้อย และทำให้การตัดสินใจบกพร่องลงเมื่อดื่ม



**สุราเป็นหนึ่งในสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีการใช้มากที่สุดในโลก เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าลดความสามารถในการยับยั้งซึ่งใจแม้ดื่มเพียงเล็กน้อย และทำให้การตัดสินใจบกพร่องลงเมื่อดื่มพอประมาณ**

พอประมาณ ผลที่มีต่อการรู้คิดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออันตรายทางสังคมได้หลากหลาย ทั้งจากสมรรถนะการขับเคลื่อน ความรุนแรง การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย และการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะเมาสุราจะยิ่งเพิ่มการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมก้าวร้าวและความเสี่ยงอุบัติเหตุบนท้องถนน<sup>46</sup> สนับสนุนโดยการศึกษานิสิตวัดคลองและมนุษย์ที่พบหลักฐานว่า แอลกอฮอล์ลดทอนการตัดสินใจและพฤติกรรมยับยั้งชั่งใจต่าง ๆ ลง ทำให้ความสนใจของผู้ดื่มจดจ่อกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นหรือยั่ว และละเลยต่อสิ่งเร้าที่เป็นตัวยับยั้ง<sup>47</sup> การศึกษาหลายชิ้นในวัยรุ่นและเยาวชนที่ได้รับสุราในปริมาณที่แตกต่างกัน (ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดประมาณร้อยละ 0.06 - 0.09) แสดงให้เห็นความสามารถในการควบคุมการยับยั้งชั่งใจได้ลดลงในกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย<sup>48,49</sup>

การได้รับสุราแม้เพียงเล็กน้อยยังทำให้ความสามารถและกระบวนการคิดแย่ง ทั้งด้านความสามารถในการจดจ่อสมาธิ และการวางแผน ในขณะที่เมาสุราจะทำให้การตัดสินใจแย่ง การศึกษาในห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ทักษะด้านการเคลื่อนไหว และความสามารถในการคิดเริ่มลดลงตั้งแต่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 0 ซึ่งก็คือตั้งแต่เมื่อเริ่มดื่ม<sup>50-52</sup> บ่งบอกว่าสุราทำให้การตัดสินใจแย่งก่อนที่จะมีอาการเมามากหรือก่อนที่ผู้ดื่มจะรู้สึก “เมา” ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์โรคระบาดนี้ เช่น การกอดกัน หรือการยืนใกล้กับผู้อื่นมากเกินไป

### บริบทการดื่ม

บริบทการดื่มทั่วไปซึ่งหลายร่วมกับผลของการดื่มสุราต่อความคิดและพฤติกรรมในขณะนั้นของผู้ดื่มทำให้เกิดการแพร่เชื้อโควิด-19 ได้มากขึ้น ได้แก่ การไปผับ/บาร์ ร่วมงานปาร์ตี้มหาวิทยาลัย หรืองานเลี้ยงส่วนตัวขนาดใหญ่ แม้ว่าบริบทการดื่มเหล่านี้จะเกี่ยวกับการดื่มสุรา แต่บรรยากาศการร่วมดื่มกับผู้อื่น

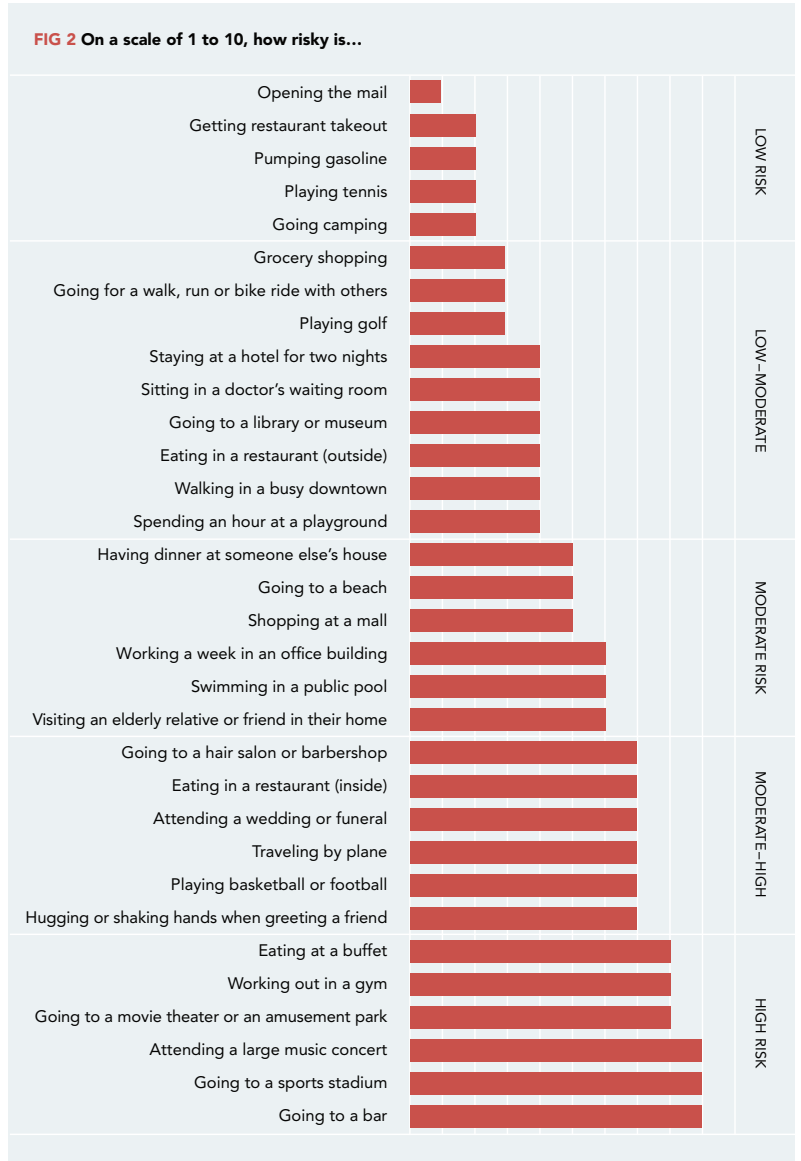
ก็อาจเป็นแรงจูงใจสำคัญให้เข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้เช่นกัน โดยในแต่ละบริบทเหล่านี้ การดื่มสุราอาจเป็นเหตุผลหลักในการไปสถานที่ที่มีเครื่องดื่มให้บริการ (เช่น การไปบาร์เพื่อดื่มสุรา) และ/หรือเป็นปัจจัยกระตุ้นจากการสถานที่ที่ไปเพื่อเข้าสังคม (เช่น งานแต่งงาน งานเลี้ยงส่วนตัวขนาดใหญ่) แต่มีสุราในงาน

การไปผับ/บาร์เป็นตัวอย่างหนึ่งของพฤติกรรมทางสังคมที่มีความเสี่ยงสูง สุรามีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มความถี่ของการแพร่เชื้อโควิด-19 ผับ/บาร์มักมีผู้คนหนาแน่นวนเวียนอยู่ด้านในอาคารปิด และคนจำนวนมากสัมผัสใกล้ชิดซึ่งกันและกันในพื้นที่จำกัด เช่นเดียวกับพื้นที่ในอาคารที่ใช้ร่วมกันอื่น ๆ (เช่น สำนักงาน โรงพยาบาล โรงเรียน) การระบายอากาศอาจไม่เพียงพอและอัตราการไหลเวียนอากาศจำกัด (เช่น การแลกเปลี่ยนอากาศเสียภายในกับอากาศบริสุทธิ์ภายนอก)<sup>53</sup> คนที่ดื่มสุราไม่สามารถใส่หน้ากากปิดจมูกและปากได้ และการยับยั้งชั่งใจที่ลดลงจะยิ่งไม่ระวังตัวในการเว้นระยะห่างทางสังคม ยิ่งไปกว่านั้น เสียงที่ดังและการขาดความยับยั้งชั่งใจจะทำให้ผู้ดื่มต้องเข้าใกล้กันมากขึ้นและตะโกนเสียงดัง หรือบางครั้งอาจมีการร้องเพลง เต้นรำ หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องออกแรงอื่น ๆ (ทำให้เพิ่มอัตราการหายใจและหายใจแรงขึ้น) จะยิ่งเพิ่มความถี่ต่อการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การสัมผัสตัวกับลูกค้าคนอื่นและการสัมผัสพื้นผิวต่าง ๆ (โต๊ะ กระจก) อาจเพิ่มความถี่ต่อการแพร่เชื้อด้วยเช่นกัน ท้ายที่สุด เนื่องจากลูกค้าส่วนใหญ่จะไม่รู้จักกัน คนที่รู้สึกไม่สบายอาจคำนึงถึงโอกาสการแพร่เชื้อโควิด-19 น้อยกว่าการเข้าร่วมงานในเครือข่ายสังคมหรือครอบครัวของตนเอง

ทฤษฎีเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากรายงานและการศึกษาจำนวนมากที่กล่าวว่า บริบทสังคมที่มีสุราเป็นหลักนั้นมักมีบทบาทสำคัญในเหตุการณ์แพร่ระบาดเป็นวงกว้าง (super-spreader) ทำให้ขยายวงการระบาดในระยะแรกของการระบาดใหญ่ หรือกลับมาระบาดซ้ำหลังควบคุมโรคได้แล้ว ตัวอย่างเช่น

การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 แฉกฝั่งตะวันออกของสหรัฐอเมริกาที่เริ่มต้นจากงานเลี้ยงส่วนตัวขนาดใหญ่ในมลรัฐคอนเนตทิคัท<sup>54</sup> และที่งานประชุมเทคโนโลยีชีวภาพในมลรัฐแมสซาชูเซตส์<sup>55</sup> การกลับมาระบาดของเชื้อโควิด-19 ในหลายประเทศถูกเชื่อมโยงกับการอนุญาตให้เปิดบาร์ สถานบันเทิง เทศกาลดนตรี การแข่งรถ งานปาร์ตี้มหาวิทยาลัยหลังเปิดเรียน เป็นต้น ในทางกลับกัน การปิดหรือจำกัดการเปิดบาร์และสถานบันเทิงได้เชื่อมโยงให้เห็นการแพร่เชื้อที่ลดลงอย่างชัดเจน และการระบาดในชุมชนที่ช้าลง<sup>56-59</sup>

ผลต่อพฤติกรรมเฉียบพลันจากสุราและบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (มักดื่มจนถึงจุดที่มีปัญหา) มีผลอย่างมากต่อการแพร่เชื้อโควิด-19 อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงการดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorder) ด้วย เพราะอาจปัจจัยเสี่ยงทางเศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรมของภาวะเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 เช่นกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราระดับรุนแรงมักมีฐานะยากจน มีโรคทางกายเรื้อรัง สูบบุหรี่ ไม่มีที่อยู่อาศัยถาวรหรืออยู่ในสถานที่แออัด เช่น ที่พักอาศัยชั่วคราว ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และมักจะมีอาการรุนแรงหากติดเชื้อ นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราไม่รุนแรงแต่เป็นผู้ดื่มหนัก (ซึ่งเป็นลักษณะส่วนใหญ่ของผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา) แม้จะเป็นช่วงที่ไม่ได้ดื่ม มักมีความบกพร่องของสมองแบบเสื่อมถอย (neurodegenerative conditions) หรือมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย การทำงานของสมองด้านการรู้คิดเชิงบริหาร (executive function) เช่น การตัดสินใจ และการใช้เหตุผลอาจได้รับผลกระทบอย่างมาก จนทำให้คงพฤติกรรมป้องกันตนเองต่อเนื่องทำได้ยากขึ้น เช่น การรักษาระยะห่างทางสังคม การสวมใส่หน้ากาก และการล้างมือ เป็นต้น



แหล่งข้อมูล: Texas Medical Association



## 2 การดื่มสุราในระดับประชากร อันตรายทางสังคม และการระบาด

### Population level alcohol use, related social harms and the pandemic

ในภาพรวมสังคม (ระดับประชากร) การดื่มสุราทั้งหมดจะคงเดิม ลดลง หรือเพิ่มขึ้นในระหว่างการระบาดหรือในระยะยาว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลากหลายมากมายแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการดื่ม ภาครัฐ และประเทศ อย่างไรก็ตาม “ทฤษฎีการจัดการได้ง่าย (availability theory)” ร่วมกับผลการศึกษาค้นคว้าของผู้นิยมดื่มต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างกะทันหันหรือวิกฤติการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เห็นภาพว่าประชากรที่ดื่มมีแนวโน้มจะตอบสนองต่อการระบาดครั้งนี้ได้อย่างไร

งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์หลายสิบปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า นโยบายและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการได้ง่ายของสุราในระหว่างการระบาดถือเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางและขนาดของการเปลี่ยนแปลงของการดื่มสุราและอันตรายที่เกี่ยวข้องในระดับประชากร<sup>61-63</sup> การจัดการได้ง่ายของสุรามีสองด้านคือ ด้านเศรษฐกิจและด้านกายภาพ การจัดการได้ง่ายทางเศรษฐกิจ (economic availability) จะสูงขึ้นเมื่อราคาขายปลีกลดลงเปรียบเทียบกับรายได้ หากไม่มีปัจจัยอื่นเปลี่ยนแปลง (กล่าวคือ ประชาชนสามารถซื้อสุราได้มากขึ้นหรือราคาไม่แพง) การจัดการได้ง่ายทางกายภาพ (physical availability) จะสูงขึ้นเมื่อการเข้าถึงง่ายขึ้น เช่น จำนวนร้านค้าเพิ่มขึ้น หรือขยายเวลาจำหน่ายนานขึ้น เมื่อการจัดการได้ง่ายของสุรา

เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมย่อมมีผลต่อสถานที่และวิธีการดื่มสุราด้วย (เช่น เปลี่ยนจากดื่มที่บาร์เป็นที่บ้าน) และมีผลตามมาถึงวิธีการแสดงออกของอันตรายจากสุรา (เช่น ความรุนแรงในที่สาธารณะลดลง แต่ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น) ผลจากการเปลี่ยนแปลงการหาได้ง่ายของสุราอาจมีผลแตกต่างกันในประชากรกลุ่มต่าง ๆ (เช่น เพศ อายุ สถานภาพเศรษฐกิจสังคม) โดยขึ้นอยู่กับความเสี่ยงพื้นฐาน (เช่น ปัญหาสุขภาพจิต) และแบบแผนการดื่ม (เช่น ดื่มบ่อยเป็นประจำ ดื่มหนักมากเป็นครั้งคราว)

กุญแจสำคัญที่เป็นตัวกำหนดผลของการระบาดต่อการดื่มสุราในระดับประชากรคือ ความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา (โดยเฉพาะการดื่มอย่างหนัก) กับความเครียดทางจิตใจ (psychological distress) หรือปัญหาสุขภาพจิต โดยการใช้สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตมักเกิดขึ้นร่วมกันได้บ่อย และยังเป็นที่ยกเถียงกันว่าการศึกษาที่มีประสิทธิภาพและมาตรการป้องกันจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ทั้งสองนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ<sup>64</sup> ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่าไม่ว่าการระบาดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม แย่ลงหรือการระบาดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตใหม่ต่างก็มีความเสี่ยงให้เกิดการดื่มสุราในระดับประชากร โดยอาจไม่จำเป็นต้องมีผลกระทบเท่ากันในประชากรแต่ละกลุ่มย่อย



งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์หลายสิบปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า นโยบายและการควบคุมเครื่องดื่มที่มีอิทธิพลต่อการจัดการได้ง่ายของสุราในระหว่างการระบาดถือเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางและขนาดของการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราและอันตรายที่เกี่ยวข้องในระดับประชากร

มีงานวิจัยสองชิ้นที่สนับสนุนความสำคัญของการจัดหาได้ง่ายของสุราทางเศรษฐกิจและทางกายภาพกับปัญหาสุขภาพจิตที่บ่งบอกผลของการระบาดต่อระดับการดื่มสุราในระดับประชากร De Goeij และคณะ (ค.ศ. 2015) และ REHM และคณะ (ค.ศ. 2020) ได้ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจในอดีต (เช่น การถดถอย) กับวิกฤติทางสาธารณสุข (เช่น การระบาดของโรค SARS) ต่อการดื่มสุราในระดับประชากร โดยกำหนดให้ความเครียดทางจิตใจ ระดับรายได้/ข้อจำกัดการเงิน และการเปลี่ยนแปลงราคาและ/หรือการจัดหาได้ง่ายทางกายภาพของสุราเป็นตัวทำนายการดื่มสุรา ดังนั้น ในการระบาดของโควิด-19 จึงเป็นไปได้ที่ผลลัพธ์ต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับกลไกของปัจจัย

เหล่านี้และมีผลร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ความเครียดทางจิตใจที่เพิ่มขึ้นในชุมชนอาจนำไปสู่การดื่มสุราในชุมชนมากขึ้น แต่ถูกขัดขวางโดยการจำกัดการเข้าถึงสุราผ่านการงดจำหน่ายสุราและการขึ้นราคา เป็นต้น อีกตัวอย่างหนึ่งคือ การปิดสถานที่จำหน่ายสุรา เช่น บาร์หรือร้านอาหาร (ที่ขายอาหารและสุรา) ทั้งหมดและในขณะเดียวกันได้ยกระดับการควบคุมการจำหน่ายสุราผ่านร้านค้าปลีก กลับทำให้เพิ่มจำนวนการซื้อผ่านร้านอาหารที่ยังคงสามารถจำหน่ายสุราผ่านการซื้อกลับบ้านหรือส่งถึงบ้านได้ ไม่ว่าจะสั่งพร้อมหรือไม่พร้อมอาหาร กรณีดังกล่าวอาจทำให้การดื่มสุราในภาพรวมเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่การดื่มสุราในบ้านเพิ่มขึ้นอย่างมาก



FOTO: OSCAR SODERLUND / UNSPLASH

## 2.1 การดื่มสุราในระดับประชากรก่อนและหลังการระบาด

ในระหว่างปี ค.ศ. 1990-2017 ก่อนการระบาดของโควิด-19 การดื่มสุราต่อประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมากถึงร้อยละ 10 (จากแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 5.9 ลิตร เป็น 6.5 ลิตร) รายงานจาก Manthey และคณะ (ค.ศ. 2019)<sup>67</sup> ทำนายว่าแนวโน้มจะยังคงเพิ่มขึ้นเช่นนี้ และภายในปี ค.ศ. 2030 การดื่มสุราทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 17 จนถึง 7.6 ลิตรต่อประชากร ความชุกของผู้ดื่มในปัจจุบัน (current drinker) มีทิศทางเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 45 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2030) ในขณะที่ความชุกของผู้ที่ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิตคาดการณ์ว่าจะลดลง (จากร้อยละ 46 เป็นร้อยละ 40) ดังนั้น เห็นได้ชัดเจนว่าก่อนการระบาด จำนวนผู้ดื่มและปริมาณการดื่มสุราทั้งหมดทั่วโลกอยู่ช่วงขาขึ้น

การดื่มสุราเป็นสาเหตุของภาวะความพิการและการเสียชีวิตทั่วโลกอย่างมาก<sup>68</sup> โดยความสูญเสียที่แท้จริงทั้งหมดยังไม่สามารถประมาณการได้<sup>45,69</sup> จากปริมาณการดื่มภาพรวมและการดื่มต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้นเป็นความท้าทายต่อระบบสาธารณสุข ความปลอดภัย และภาวะของสุราที่มีต่อสังคม นอกจากนี้ตามที่ได้อธิบายไปในบทที่แล้วว่าผลของสุรา (โดยเฉพาะการดื่มหนักหรือเมาสุรา) ต่อสรีรวิทยาและพฤติกรรมเพิ่มความเครียดและความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และเพิ่มโอกาสการแพร่เชื้อไวรัส

จากข้อมูลที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน ยังเร็วเกินไปที่จะสรุปว่าการดื่มสุราหรือแบบแผนการดื่มทั้งหมดเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้างในช่วงการระบาดนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลค่อนข้างชัดเจนว่า ความหลากหลายในการตอบสนองของประชากรขึ้นอยู่กับรูปแบบและความเข้มข้นของกลไกสำคัญที่กล่าวไว้ข้างต้น

การสรุปรายงานและวิเคราะห์ผลกระทบของการระบาดต่อปริมาณการดื่มและแบบแผนการดื่มสุราเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากมีตัวแปรหลากหลายในระดับการดื่มก่อนการระบาดและแบบแผนการดื่มที่

แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค การตีความจำเป็นต้องพิจารณาถึงตัวแปรในภูมิภาคทั้งจาก เพศ อายุ และปัจจัยอื่น ๆ รวมถึงผลกระทบจากโควิด-19 ต่อสภาพสังคมเศรษฐกิจ นอกจากนี้ การดื่มสุราในแต่ละท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละช่วง โดยหลักพื้นฐานแล้ว การประเมินผลของโควิด-19 ต่อการดื่มสุราในระดับประชากรขึ้นอยู่กับวิธีการวัดปริมาณการดื่มสุรา (เช่น จากข้อมูลการจำหน่ายสุราที่รายงานโดยอิสระ เทียบกับข้อมูลรายงานการดื่มด้วยตัวเอง) คุณภาพและช่วงเวลาของข้อมูล ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะมีพร้อมอยู่หรือไม่ก็ตาม

### การสำรวจโดยการรายงานด้วยตนเอง (Self-report survey)

สาเหตุของการดื่มสุราแตกต่างกันหลากหลายตามพื้นที่ซึ่งแตกต่างกันไปทั่วโลก บางคนที่ต้องแยกตัว (isolation) ความเบื่อหน่ายและวิตกกังวลทำให้ดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นหากสุราสามารถจัดหาได้ง่าย แต่บางคนการสูญเสียรายได้และการจำกัดการเข้าถึงสุราทำให้ดื่มสุราน้อยลง การสำรวจพฤติกรรมดื่มสุราในช่วงการระบาดจะเน้นที่ผู้ตอบดื่มสุราเพิ่มขึ้นหรือลดลงในช่วงเวลาดังกล่าวนี้ ถึงแม้ว่าข้อมูลเหล่านี้อาจยังไม่สามารถสรุปเป็นข้อมูลเชิงปริมาณการดื่มสุราในระดับประชากรและมักเป็นข้อมูลจากกลุ่มประเทศรายได้สูง แต่ถือว่าเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าร้อยละของผู้ตอบที่ดื่มสุราเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ตอบที่ดื่มสุราน้อยลง ตัวอย่างเช่น ในแคนาดา (ร้อยละ 20 ดื่มเพิ่มขึ้น และร้อยละ 10 ดื่มน้อยลง) เยอรมนี (ร้อยละ 35 และร้อยละ 19) สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 39 และร้อยละ 12) และอังกฤษ (ร้อยละ 43 และร้อยละ 15)<sup>70-75</sup> การสำรวจการใช้สารเสพติดทั่วโลก (Global Drug Survey)<sup>74</sup> รายงานว่ามีผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 และผู้ดื่มลดลงร้อยละ 22 แม้ว่าข้อมูลมีจำนวนน้อยและจำกัดเพียง 20 ประเทศที่มีรายได้สูง แต่ในทางตรงข้ามการสำรวจออนไลน์

ใน 9 ประเทศแถบยุโรปพบว่าผู้ดื่มสุราลดลงร้อยละ 36 และมีน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ดื่มเพิ่มขึ้น<sup>75</sup> คล้ายกับผลการสำรวจในนอร์เวย์<sup>76</sup>

ในออสเตรเลีย รายงานการดื่มสุราด้วยตัวเองในภาพรวมมีแนวโน้มดื่มเพิ่มขึ้น และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ปัจจัยหลักที่ทำนายการดื่มมากขึ้นในผู้หญิงคือ การดูแลลูกที่ยังพึ่งพา ส่วนในผู้ชายคือ การตกงานหรือลดชั่วโมงการทำงานลง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และประชากรในกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามพบว่าความเครียดทางจิตใจตั้งแต่เกิดการระบาดเป็นปัจจัยทำนายการดื่มเพิ่มขึ้นที่ดีที่สุด<sup>77</sup> รายงานล่าสุดจากสกอตแลนด์สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการระบาดกับการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ดื่มที่เสียสูง เช่น ผู้ที่ดื่มปริมาณมากก่อนการระบาด<sup>78</sup> ข้อสังเกตจากหน่วยงานวิจัยและสุขภาพท้องถิ่นชี้ให้เห็นว่าการดื่มสุราเพิ่มขึ้นมีปัจจัยสนับสนุนจากการจัดหาสุราได้โดยง่ายทางกายภาพ ด้วยการส่งเสริมการตลาดอย่างหนักจากร้านอาหารและการให้บริการส่งถึงบ้านได้<sup>79</sup> การสำรวจระดับประเทศของสหรัฐอเมริกาในลูกจ้าง 3,000 คนที่ทำงานจากที่บ้าน (work from home) รายงานว่าประมาณหนึ่งในสามคิดว่าตนน่าจะดื่มสุรามากขึ้นในช่วงปิดเมืองหรือช่วงแยกกักตัวเมื่อเทียบกับช่วงภาวะปกติ ผู้ถูกสำรวจในสัดส่วนใกล้เคียงกันรายงานว่าการทำงานจากที่บ้านมีแนวโน้มที่ตนเองจะดื่มสุราในช่วงเวลาทำงานมากกว่าการทำงานโดยปกติ<sup>80</sup>

### การจำหน่ายสุรา (Alcohol sales)

นอกจากผลการสำรวจแล้ว ข้อมูลการจำหน่ายสุรา (ในที่ที่มีข้อมูล) เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะบอกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยปกติแล้ว ข้อมูลการจำหน่ายสุราระดับประเทศอย่างเป็นทางการมักจัดทำรายงานทุกปี ดังนั้นจึงยังไม่มีข้อมูลในช่วงของการระบาด อย่างไรก็ตาม บางข้อมูลสามารถรวบรวมได้จากเอกสารของบริษัทผลิตสุรา

เช่น รายงานยอดการจำหน่ายตามปริมาณของบริษัทผลิตสุราขนาดใหญ่ 2 แห่ง คือ AB InBev และ Diageo จากรายงานหกเดือนของบริษัท (สิ้นสุดเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2020) บริษัท AB InBev มียอดปริมาณการจำหน่ายลดลงร้อยละ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปีก่อน<sup>81</sup> และบริษัท Diageo รายงานว่ายอดปริมาณการจำหน่ายลดลงร้อยละ 11 เช่นเดียวกัน<sup>82</sup> ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะอนุมานว่าข้อมูลนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราทั้งหมด เนื่องจากผู้ดื่มอาจเปลี่ยนไปดื่มสุราที่ราคาถูกกว่าหรือไม่มีการบันทึกไว้ นอกจากนั้นยอดการจำหน่ายตามปริมาณแตกต่างกันมากในแต่ละภูมิภาคทั่วโลก ตัวอย่างเช่น บริษัท AB InBev รายงานว่ายอดจำหน่ายในแถบอเมริกาเหนือลดลงร้อยละ 3 ส่วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกลดลงร้อยละ 22 ในขณะที่บริษัท Diageo มียอดจำหน่ายในแถบอเมริกาเหนือที่ค่อนข้างคงเดิม โดยลดลงเพียงร้อยละ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับยอดจำหน่ายที่ลดลงร้อยละ 30 หรือมากกว่าในภูมิภาคอื่นทั่วโลก

ประเทศสวีเดน บันทึกยอดขายปลีกจากบริษัท Systembolaget ซึ่งเป็นผู้ผูกขาดการจำหน่ายสุราของประเทศเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 12 ในช่วงมกราคมถึงมิถุนายน<sup>83</sup> แต่ยอดขายที่ไม่ถูกบันทึกไว้ (เช่น การนำเข้าประเทศส่วนบุคคล) ลดลงอย่างมาก การดื่มสุราในภาพรวมประมาณการว่าลดลงร้อยละ 7 ในช่วงเดือนมีนาคมและเมษายน<sup>84</sup> บริษัทที่ผูกขาดการจำหน่ายสุราของนอร์เวย์และฟินแลนด์รายงานว่าการขายปลีกแบบช้อปกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก แต่ในฟินแลนด์ยอดขายสูงขึ้นไม่มากเนื่องจากการดื่มที่บาร์และร้านอาหารลดลง<sup>76,85</sup>

ข้อมูลยอดขายในแต่ละประเทศแสดงให้เห็นภาพแบบแผนการซื้อขายสุรา แต่ภาพในระยะสั้นนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ได้เพราะสุราที่ซื้อไปอาจจะยังไม่นำไปดื่มทันที ในหลายประเทศได้กำหนดให้ร้านจำหน่ายสุราเป็นกิจการที่ “ไม่ใช่สิ่งจำเป็น” ในระยะชั่วคราว แต่กลับมียอดขายสุราสูงขึ้นมากเนื่องจาก





กักตุนสินค้า โดยรายงานเดือนมีนาคม ค.ศ. 2020 แสดงให้เห็นยอดขายสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก เปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า ตัวอย่างเช่น ยอดขายในอังกฤษเพิ่มขึ้นร้อยละ 54<sup>86</sup> ในแคนาดาเพิ่มขึ้นร้อยละ 40<sup>87</sup> ในออสเตรเลียเพิ่มขึ้นร้อยละ 34<sup>88</sup> และในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นร้อยละ 55<sup>88</sup> อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่แล้วยอดขายจะตกลงมาใกล้เคียงกับปีก่อนหน้านี้หลังหยุดตื่นตระหนก

### รูปแบบการจำหน่ายสุราและการเข้าถึงสุรา

ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ณ ขณะนี้ยังคงมีการระบาคอยู่ จึงเป็นเรื่องยากที่จะสรุปให้ชัดว่าการดื่มสุราในประชากรเพิ่มขึ้น ลดลง หรือคงเดิม กล่าวคือ ในหลายประเทศเห็นได้ชัดว่าการเปลี่ยนแปลงการดื่มเป็นไปตามความสามารถในการเข้าถึงสุรา (อย่างน้อยเป็นเวลาราวชั่วโมง) และสถานที่ที่สามารถดื่มได้

การปิดเมืองในหลายพื้นที่ได้รวมถึงการปิดร้านที่มีการจำหน่ายสุรา (เช่น บาร์และร้านอาหาร) และ

เปลี่ยนเป็นการจำหน่ายในร้านค้าปลีก (ช็อกลับ) สอดคล้องกับการเปลี่ยนสถานที่ดื่มสุราร้านอาหาร ผับบาร์ เป็นที่พิกอาศัยส่วนบุคคลมากขึ้น รายงานการจำหน่ายสุราแบบออนไลน์เพิ่มขึ้นอย่างมากด้วยความสะดวกจากบริการส่งถึงบ้านที่เพิ่งเกิดขึ้นและกระจายไปอย่างกว้างขวาง รายงานในอังกฤษ<sup>89</sup> สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย<sup>88</sup> พบว่าการจำหน่ายแบบออนไลน์เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 200 โดยในบางพื้นที่เกิดวิธีการจำหน่ายรูปแบบใหม่ที่ยังไม่เคยมีมาก่อน ตัวอย่างเช่น บริการช็อกลับบ้านจากบาร์และร้านอาหาร เช่น ในรัฐเบงกอลตะวันตกของอินเดียที่เริ่มอนุญาตให้มีบริการส่งสุราได้ ในสวีเดนก็เช่นกัน เทศบาลหลายแห่งอนุญาตให้ร้านค้าจำหน่ายสุราแบบช็อกลับได้ ซึ่งขัดแย้งกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับปัจจุบัน<sup>90</sup> (ทั้งนี้คำตัดสินจากศาลอยู่ระหว่างการพิจารณา)

โดยสรุป เป็นตามที่คาดไว้ว่า ผลกระทบของการระบาคต่อการดื่มสุราในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกมีความหลากหลายแตกต่างกัน เป็นไปตามตัวแปรต่าง ๆ

เช่น วิธีการตอบสนองของผู้กำหนดนโยบายภาครัฐ แบบแผนการดื่มสุราก่อนการระบาด และบรรทัดฐานทางสังคม ยังมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของกลุ่มผู้ดื่มในแต่ละพื้นที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดื่มก่อนการระบาดและความเครียดทางจิตใจอย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่อาจจะมีประโยชน์มากที่สุดคือ วิธีการเปลี่ยนแปลงที่ควรดำเนินต่อไปในระยะยาวเป็นอย่างไร การเปลี่ยนแปลงระยะยาวที่สำคัญในการดื่มสุราและอันตรายจากสุราอาจถูกขับเคลื่อนโดยการปรับเปลี่ยนนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ออกมาเพื่อรับมือในช่วงการระบาด สิ่งนี้จะเป็นจริงโดยเฉพาะในกรณีที่หลังการระบาดแล้วนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการผ่อนปรน “ชั่วคราว” ในช่วงการระบาดไม่ได้ถูกเปลี่ยนกลับไปเหมือนเดิมในระดับก่อนการระบาด

## 2.2 อันตรายทางสังคมจากการดื่มสุรา

อันตรายจากการดื่มสุราหลากหลายมากเกินกว่าอันตรายต่อสุขภาพกายและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดื่ม ซึ่งเป็นจริงไม่น้อยในบริบทของการระบาดของโควิด-19 อันตรายทางสังคมจากการดื่มสุราเป็นผลมาจากทั้งปริมาณการดื่มและบริบททางกายภาพและทางสังคมในขณะที่ดื่ม โดยทั่วไปแล้วอันตรายจากการดื่มสุรามีแนวโน้มคิดด้านสังคมอย่างชัดเจน รวมถึงผลลัพธ์อย่างเช่น ความรุนแรงระหว่างบุคคล ความรุนแรงในครอบครัว การทารุณกรรมและการทอดทิ้งเด็ก การดื่มสุราขณะตั้งครรภ์ และการบาดเจ็บ (โดยเฉพาะที่เกิดในขณะที่ขับขี่ยานพาหนะ) หลักในการพิจารณาว่าสุราก่อให้เกิดการระด้านสุขภาพโดยรวมต่อสังคมมากน้อยเพียงใด สามารถดูได้จากขนาดของภาระที่ผลเหล่านี้เกิดขึ้นต่อบริการสาธารณสุข

### ความรุนแรงระหว่างคนแปลกหน้า (stranger-to-stranger violence)

ข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนี้ยังมีจำกัดที่จะบอกได้ว่า สุรากับความรุนแรงระหว่างคนแปลกหน้าได้รับ

ผลกระทบอย่างไรจากการระบาด อย่างไรก็ตาม ความเป็นไปได้ว่าความรุนแรงระหว่างบุคคลที่เกิดจากสุราลดลง (โดยเฉพาะในที่สาธารณะ) เนื่องจากคำสั่ง “ให้อยู่ในที่พักอาศัย” หรือ “ปิดเมือง” นั้นหมายถึงให้อยู่ที่บ้าน และ/หรือจำกัดการใช้บริการร้านอาหารและบาร์ในหลายประเทศ คำสั่งให้เว้นระยะห่างทางสังคมที่กำหนดให้แต่ละคนอยู่ห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1.5 - 2 เมตร ทั้งหมดนี้อาจลดการเข้าถึงสุราแบบนั่งดื่มในร้าน และโอกาสดื่มในที่สาธารณะลดลง (เช่น บาร์ที่มีคนหนาแน่น) ซึ่งเป็นสถานที่ที่มักเกิดความรุนแรงกับคนแปลกหน้าหรือคนที่ไม่ใช่ญาติอยู่บ่อยครั้ง แต่ท้ายสุด เมื่อข้อจำกัดต่าง ๆ ถูกผ่อนคลาย ทุกประเทศมีแนวโน้มที่จะเกิดความรุนแรงในคนแปลกหน้าจากการดื่มสุรามากขึ้นจนถึงระดับเดียวกับที่เป็นอยู่ก่อนการระบาด

### ความรุนแรง การทำร้ายร่างกาย และการทารุณกรรมในครอบครัว

หลักฐานจำนวนมากยืนยันถึงความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงในชีวิตคู่ (โดยเฉพาะต่อผู้หญิง) ที่เพิ่มขึ้นเมื่อดื่มสุรา รายละเอียดดังกล่าวสามารถศึกษาได้จากชุดรายงานในปี ค.ศ. 2017 เรื่อง “สุรากับความรุนแรง (alcohol and violence)”<sup>91</sup> ในช่วงการระบาดที่หลายประเทศได้จำกัดการออกนอกบ้านของประชาชน มีหลักฐานพบว่าความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น รายงานหนึ่งพบว่า จำนวนครั้งการโทรศัพท์ไปหน่วยบริการฉุกเฉินในประเทศสมาชิกรัฐสภายุโรปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 และการโทรศัพท์ติดต่อสายด่วนป้องกันความรุนแรงเพิ่มขึ้น 5 เท่า<sup>92</sup> อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าการติดต่อสายด่วน 911 ในเมืองของมลรัฐชิคาโกเพิ่มขึ้นเมื่อประชาชนมีเวลาอยู่บ้าน ในขณะที่การโทรศัพท์ติดต่อรับบริการทั่วไปของตำรวจลดน้อยลง แต่ติดต่อขอความช่วยเหลือจากปัญหาในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น รายงานนี้ขัดแย้งกับสถิติอย่างเป็นทางการที่รายงานว่า การโทรติดต่อทั้งสองแบบลดลง อย่างไรก็ตาม

60%

รายงานหนึ่งพบว่า จำนวนครั้งการโทรศัพท์ไปหน่วยบริการฉุกเฉินในประเทศสมาชิกรัฐสภายุโรปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 และการโทรศัพท์ติดต่อสายด่วนป้องกันความรุนแรงเพิ่มขึ้น 5 เท่า

การจับกุมคดีอาชญากรรมความรุนแรงในครอบครัว ลดลง แต่ลดน้อยกว่าคดีอาชญากรรมที่ไม่ใช้ความรุนแรง ในภาพรวมผู้พันพธัประมาณการว่าในระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน ค.ศ. 2020 มีอาชญากรรมจากความรุนแรงในครัวเรือนกว่า 1,000 คดีที่ไม่ถูกรายงาน<sup>93</sup> กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund) คาดการณ์ว่าหากการปิดเมืองต่อเนื่องไปอีกหกเดือนอาจมีเหยื่อจากความรุนแรงตามเพศกว่า 31 ล้านคนทั่วโลก<sup>92</sup> ทั้งนี้ยังไม่รวมการดื่มสุราเข้าไปในการพยากรณ์นี้

รายงานความรุนแรงต่อเด็กเพิ่มขึ้นทั่วโลก ในระหว่างการปิดเมืองได้ถูกเปิดเผยขึ้น<sup>94-95</sup> โรงพยาบาลหนึ่งในกรุงลอนดอนรายงานว่า ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม ถึง 23 เมษายน ค.ศ. 2020 เด็กเล็กที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งสงสัยว่าเป็นการทำร้ายร่างกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1,500 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในสามปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่อังกฤษประกาศให้กักตัวที่บ้านทั่วประเทศ<sup>96</sup> รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ถูกทารุณกรรมอาจลดลงในบางพื้นที่ อาจเป็นผลมาจากการขาดการติดต่อระหว่างเด็กกับบุคลากรทางการศึกษา (ครู/อาจารย์) หรือนักสังคมสงเคราะห์ชุมชน<sup>97</sup> นักวิจารณ์บางท่านให้ความเห็นว่ารายงานการโทรศัพท์ที่ไปยังสายด่วนช่วยเหลือเด็กและความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมากและการสะท้อนข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เป็นตัวชี้บ่งชี้ที่น่าเป็นห่วงว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมจำนวนมากกำลังถูก “ละเลย”<sup>98</sup> เป็นไปได้อย่างมากว่า การทำร้ายเด็กยังคงเพิ่มสูงขึ้น แต่โรงเรียนและศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ซึ่งเป็นหลักในการตรวจพบและรายงานได้ปิดทำการลง จึงอาจทำให้การรายงานเหตุการณ์ดังกล่าวต่ำกว่าความเป็นจริงอย่างมาก

ผลเฉพาะจากสุราต่อความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม มีสี่เหตุผลที่สงสัยว่า น่าจะเป็นเหตุสำคัญต่อความรุนแรง ข้อแรกคือ งานวิจัยตั้งแต่ก่อนเกิดการระบาดแสดงถึงบทบาทของการดื่มสุรากับความรุนแรงในครอบครัว การทำร้ายร่างกาย

และการทารุณกรรมเด็ก<sup>69</sup>; ข้อที่สอง ภายใต้อิทธิพลของโควิด-19 รายงานการทบทวน<sup>99</sup> พบว่าการดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นตัวเร่งและเสริมความรุนแรงในชีวิตคู่; ข้อที่สาม ความเครียดทางจิตใจที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงาน ความรับผิดชอบในการดูแลลูก รวมถึงปัญหาการเงินในระหว่างการระบดอาจส่งผลให้มีการดื่มสุรามากขึ้นและเพิ่มโอกาสเกิดอันตรายต่อสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น และข้อที่สี่ จากนโยบายการปิดเมืองในหลายประเทศ สัดส่วนการดื่มสุราที่บ้านสูงกว่าในภาวะปกติ นำไปสู่การลดความสามารถในการดูแลเด็ก พร้อมกับการมีผู้ใหญ่ดื่มสุรามากขึ้นในบ้านและดื่มได้นานขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราที่บ้านและความรุนแรงในครอบครัว สรุปลตามหลักเหตุผลได้ว่าการดื่มสุรายังคงเป็นเหตุให้เกิดความรุนแรงระหว่างที่มีการระบาด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมที่สำคัญ สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ที่บ้านเพิ่มขึ้น และสัดส่วนการดื่มสุราในบ้านสูงขึ้นจากการปิดเมือง ทั้งนี้ความเป็อหมายปัญหาในครอบครัวที่ไม่ได้แก้ไข หรือความตึงเครียดภายในครอบครัว ความเครียดทางจิตใจ ความเครียดจากภาระการดูแลลูก (เช่น จากกรปิดโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กทำให้ต้องจัดการเรียนการสอนที่บ้าน) และการมีเวลว่างที่ไม่เกิดประโยชน์ ทั้งหมดนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของการดื่มและอันตราย ทั้งด้านสถานที่ เวลา ปริมาณการดื่ม และอันตรายที่เกิดขึ้นกับคนอื่นในบ้าน

### การตั้งครรภ์และการดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์

อัตราการเกิด (birth rates) ได้รับผลกระทบแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ทั่วโลกระหว่างการระบาด การเข้าถึงการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดที่ลดลงอาจทำให้อัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทำให้อัตราการเกิดลดลงในประเทศพัฒนาแล้ว จากการสำรวจในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ผู้หญิง

# 31

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund) คาดการณ์ว่าหากการปิดเมืองต่อเนื่องไปอีกหกเดือน อาจมีเหยื่อจากความรุนแรงตามเพศกว่า 31 ล้านคนทั่วโลก ทั้งนี้ยังไม่รวมการดื่มสุราเข้าไปในการพยากรณ์นี้

มีแนวโน้มชะลอการตั้งครุฑหรือวางแผนมีจำนวน บุตรน้อยลงตั้งแต่เกิดการระบาดขึ้น<sup>100,101</sup> มีรายงาน ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่ สัมพันธ์กับการตีพิมพ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ลดลง หลังตีพิมพ์และการมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยง<sup>102</sup>

การได้รับสุราในระหว่างตั้งครุฑเป็นสาเหตุ อันดับต้น ๆ ของการทำลายพัฒนาการทางระบบ ประสาท ความบกพร่องการเรียนรู้ (learning disability) และปัญหาพฤติกรรม รวมไปถึงภาวะการพัฒนาทาง ระบบประสาทที่ยังไม่ทราบและไม่ได้รับการวินิจฉัย ส่วนใหญ่ด้วย มีข้อสงสัยว่าภาวะระบาดของโควิด-19 อาจเพิ่มอันตรายต่อทารกในครรภ์จากการตีพิมพ์ ผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนาอาจมีความเสี่ยงสูงต่อ การตั้งครุฑที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากไม่สามารถ เข้าถึงหรือขาดแคลนวิธีการคุมกำเนิดระหว่างที่มีการ ระบาด ในขณะที่เดียวกัน การตีพิมพ์ระหว่างตั้งครุฑ มีแนวโน้มที่จะเกิดและตีพิมพ์มากขึ้นในผู้หญิงที่มีภาวะ เครียดทางจิตใจ หรือกลัวกังวลว่าจะติดเชื้อ หรือการ จำกัดไม่ให้ออกนอกบ้าน<sup>103</sup>

การสำรวจการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครุฑ ในแคนาดาล่าสุดพบว่า ผู้หญิงเกือบร้อยละ 7 รายงานว่าตีพิมพ์ระหว่างตั้งครุฑในช่วงการระบาดของ โควิด-19<sup>104</sup> อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบความเชื่อมโยง ที่ชัดเจนว่าเป็นความกังวลที่เกิดจากโควิด-19 และความชุกของการตีพิมพ์ในมารดายังไม่สูงเกินไปกว่า ค่าประมาณของประชากรในช่วงก่อนหน้า<sup>105</sup>

### การบาดเจ็บ

ทั้งการติดเชื้อโควิด-19 และการตีพิมพ์เป็น สาเหตุในการทำลายระบบประสาทได้ เป็นที่ทราบ กันดีทั่วโลกว่าภาวะเมาสุราจนมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ตามมา เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ บนท้องถนน การพลัดตกหกล้ม การจมน้ำ เป็นต้น ดังที่ได้กล่าวมาก่อนหน้านี้ การตีพิมพ์ในปริมาณสูง ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เพิ่มความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อโควิด-19 และอาจทำให้การดำเนินโรคแย่ลง

ส่วนเชื้อไวรัสโควิด-19 เองนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า ไวรัสไปมีผลต่อพฤติกรรมจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ เพิ่มขึ้นหรือไม่ โดยเป็นจากภาวะเป็นพิษต่อระบบ ประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย เช่น โรคมองอึกเสบ พยาธิสภาพทางสมอง (encephalopathy) อาการปวดกล้ามเนื้อ (myalgia) รวมถึงอาการด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม<sup>106</sup> ในทางกลับกัน การเจ็บป่วยด้วยโควิด-19 ในระยะ เฉียบพลันมีแนวโน้มให้การตีพิมพ์ลดลง และลด กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้บาดเจ็บ และยังคงพบว่า โควิด-19 สัมพันธ์กับอุบัติเหตุจากยานพาหนะลดลง เนื่องจากการปิดเมืองและลดความจำเป็นในการขับขี ยานพาหนะลง

ยังไม่มีการศึกษาหรือรายงานถึงปฏิกิริยาของ การตีพิมพ์กับการติดเชื้อโควิด-19 ที่จะส่งผลต่อ พฤติกรรมและโอกาสได้รับบาดเจ็บในระหว่างและ หลังการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม เริ่มมีการศึกษามากขึ้น ถึงผลทางอ้อมของการระบาดจากข้อบังคับเพื่อควบคุม การแพร่กระจายเชื้อโดยภาครัฐทั่วโลก ส่วนสำคัญ ของการศึกษาเหล่านี้คือความสนใจถึงผลกระทบจาก การตีพิมพ์และพฤติกรรมเสี่ยงที่ตามมาของผู้ตีพิมพ์ โดยเฉพาะการไม่เว้นระยะห่างทางสังคม

การรวบรวมข้อมูล การประเมิน และความรู้ เกี่ยวกับการระบาดและผลกระทบต่อบาดเจ็บ รูปแบบต่าง ๆ (เช่น พลัดตกหกล้ม จมน้ำ ถูกไฟไหม้) ยังมีช่องว่างอย่างมาก จนถึงขณะนี้ ประเด็นที่มีข้อมูล พริ้วที่สุดคือ อุบัติเหตุจากรถ โดยภาพรวมแล้ว อุบัติเหตุรถชนในประเทศต่าง ๆ เกิดขึ้นน้อยลง หลังจาก ความหนาแน่นการจราจรลดลง เป็นผลมาจากการจำกัด การเดินทางและการชะลอตัวทางเศรษฐกิจ นโยบาย การบังคับปิดเมืองทำให้อุบัติเหตุทางถนนที่ไม่รุนแรง (ที่ไม่เกิดการบาดเจ็บ) ลดลง แต่อัตราการบาดเจ็บ รุนแรงหรือเสียชีวิตต่อระยะทางหรือต่ออุบัติเหตุ เพิ่มขึ้นในหลายประเทศ<sup>107</sup>

ตัวอย่างเช่น ในมลรัฐฟลอริดา นิวยอร์ก และ แมสซาชูเซตส์ มีแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุจาก

รถชนและการบาดเจ็บจากยานพาหนะลดลง<sup>108</sup> อีกหนึ่งการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าในภาพรวม การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลง แต่อัตราการเสียชีวิตต่อระยะที่เดินทางเพิ่มสูงขึ้น<sup>109</sup> ในฟินแลนด์พบการกระทำผิดจากดื่มแล้วขับเพิ่มมากขึ้น<sup>85</sup>

อัตราการดื่มแล้วขับในแต่ละภูมิภาคที่แตกต่างกัน เป็นประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการระบาดของโควิด-19 เอง ตัวอย่างเช่น ในสวีเดน การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์บนท้องถนนโดยตำรวจถูกยกเลิกไปเพื่อลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อ<sup>110</sup> รายงานการดื่มแล้วขับที่ลดลงในช่วงการระบาดโควิด-19 จึงยากที่จะตีความ ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงจากการลดความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายลง

### การปนเปื้อนในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การเสียชีวิตจากการดื่มสุราที่ปนเปื้อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารเมทานอล (methanol) หรือสารพิษเสพติดอื่นๆ มีรายงานในหลายประเทศ เช่น เม็กซิโก<sup>111</sup> และอินเดีย<sup>112</sup> ทั้งนี้เป็นผลตามมาจากการจำกัดการเข้าถึงได้ง่ายของสุราในระหว่างการระบาด อย่างไรก็ตาม ปัญหาการปนเปื้อนในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบได้บ่อยก่อนการระบาดอยู่แล้ว ในขณะที่สื่อและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะได้รับความสะดวกหลัก ปัญหาเหล่านี้อาจเป็นปัญหาขนาดเล็กเมื่อเปรียบเทียบกับผลเสียที่ประชากรส่วนใหญ่เผชิญจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเชิงพาณิชย์

### การะงับวิทยากรบริการสุขภาพ

การปกป้องทรัพยากรบริการสุขภาพเป็นความสำคัญลำดับแรกของประเทศในการรับมือกับการระบาด เช่น โควิด-19 เมื่ออัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินในหลายประเทศเต็มไปด้วยผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว (เช่น อิตาลี สเปน) และในอีกหลายประเทศกำลังพัฒนา (เช่น อิหร่าน ปากีสถาน) ตามที่กล่าวข้างต้นมีหลายเหตุผล

ที่น่าเป็นห่วงว่า การดื่มสุราและการเข้าไปในสถานที่ดื่มทำให้การแพร่กระจายเชื้อไวรัสผ่านกลไกต่าง ๆ ทางสรีรวิทยา ความคิดพฤติกรรม และสังคม นอกจากการดื่มสุราจะมีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บมากกว่า 400 โรค<sup>113</sup> ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระอย่างมากต่อบริการสุขภาพ

ความเป็นจริงแล้ว ผลกระทบของสุราต่อการจัดการสุขภาพมีความสำคัญมากในเกือบทุกประเทศ ในช่วงทศวรรษที่ 1980 แผนกฉุกเฉินมากกว่า 100 แห่งจาก 33 ประเทศได้เข้าร่วมการศึกษานานาชาติเรื่องผลของการดื่มสุราต่อการบาดเจ็บ<sup>114</sup> การศึกษาระดับโลกนี้แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุของอาการนำมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยการบาดเจ็บร้อยละ 20 และไม่ใช่การบาดเจ็บร้อยละ 11.5 ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 2014 พบว่าการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาเกือบ 5 ล้านครั้งเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา<sup>115</sup> ในขณะที่การศึกษาของแคนาดาประมาณพบว่ามากกว่าเจ็ดแสนครั้งในปี ค.ศ. 2017<sup>116</sup>

ในหลายประเทศพบสัดส่วนการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากการดื่มสุราค่อนข้างสูงจาก International Model for Alcohol Harms and Policies<sup>113</sup> ประมาณการการนอนรักษาในโรงพยาบาลจากการดื่มสุราของสวีเดนในปี ค.ศ. 2014 จำนวน 59,469 ครั้ง<sup>117</sup> ฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2016 จำนวน 46,016 ครั้ง<sup>118</sup> และแคนาดาในปี ค.ศ. 2017 จำนวน 105,065 ครั้ง<sup>116</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับกรนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในปีนั้น ๆ พบเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.8 ในสวีเดน ร้อยละ 6.3 ในฟินแลนด์ และร้อยละ 4.3 ในแคนาดา โดยอัตราความชุกประจำปีของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการดื่มสุราในแต่ละประเทศสูงกว่าอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลจากโควิด-19 ในปี ค.ศ. 2020

หนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์สาธารณสุขระหว่างการระบาด คือ “ลดความชันของ



**นอกจากการดื่มสุรา จะมีความเสี่ยง ในการแพร่เชื้อและเพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ มากกว่า 400 โรค ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระอย่างมากต่อบริการสุขภาพ**

กราฟ (flatten the curve)” หมายถึงการป้องกันหรือชะลอผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อลดความต้องการบริการสุขภาพลงทันที และชะลอความต้องการบริการสุขภาพในอนาคต แท้จริงแล้ว ประเทศที่ใช้นโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มข้นพบว่าสามารถลดการรับบริการที่ห้องฉุกเฉินและการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลงได้มากกว่าผลจากการปิดเมือง<sup>119,120</sup>

แม้ว่าจะมีหลักฐานจำนวนมากถึงภาระของสุราต่อทรัพยากรของโรงพยาบาลและบริการฉุกเฉิน (รวมถึงบุคลากร) แต่ผลสำเร็จที่ได้จากการป้องกันปัญหาเหล่านี้แทบจะไม่ได้รับการชื่นชมจากรัฐบาลเสียเลยที่จะยังคงเป็นเช่นนี้ในท่ามกลางการระบาดของโควิด-19 ที่เป็นตัวส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลกเช่นกัน สิ่งที่บ่งชี้ว่าความตระหนักของผู้มีอำนาจตัดสินใจในผลกระทบจากสุราต่อบริการสุขภาพในบางประเทศมีน้อยมากคือ อานาจศาลในอเมริกาเหนือบางแห่งได้ประกาศว่าจะให้ความมั่นใจว่าสุรายังคงมีจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและสุราถือเป็น “สินค้าจำเป็น (essential commodities)” *ทั้งนี้เพื่อปกป้องการจัดบริการสุขภาพ* ในมลรัฐโคโลราโด ออนตาริโอ และเขตตะวันตกเฉียงเหนือของแคนาดา ภาครัฐยังคงให้มีการจำหน่ายสุราทั้งนี้เพื่อป้องกันสถานบริการสาธารณสุข “มีผู้ป่วยล้มมือ” จากการใช้ผู้ติดสุราเข้ารับบริการด้วยภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal)<sup>121-123</sup> ทั้งที่ไม่สมเหตุผล เนื่องจากการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะถอนพิษสุรามีสัดส่วนจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจากปัญหาการดื่มสุราทั้งหมด (ในแคนาดาพบเพียงร้อยละ 5 ของอาการนำจากปัญหาการดื่มสุรา และร้อยละ 0.2 ของการโรงพยาบาลทั้งหมด<sup>124</sup>) และนอกจากนี้การนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะถอนพิษสุราจะลดลงเรื่อย ๆ หลังมีการควบคุมการจำหน่ายสุราที่เข้มข้น<sup>125-126</sup>

แท้จริงแล้ว การคงจำหน่ายสุรายังทำให้มีความต้องการในการรักษาภาวะถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่องพร้อมกับการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอื่น ๆ จากสุราที่มีจำนวนมากขึ้นมหาศาล (ศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อต่อไปเรื่องภาวะถอนพิษสุราและบริการสุขภาพ)

ดังนั้น สรุปตามเหตุผลได้ว่า เมื่อมีวิกฤตเฉียบพลันของระบบสุขภาพเกิดขึ้น การดำเนินการตามนโยบายที่มีผลให้ประชากรเพิ่มหรือคงการดื่มสุราจะยิ่งทำให้ระบบสุขภาพต้องแบกรับความต้องการบริการสุขภาพจากโรคที่เกิดจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้นหรือเหมือนเดิม นอกเหนือจากภาระงานจากการระบาดของไวรัส ความต้องการบริการเหล่านี้จะคงมีอยู่ต่อเนื่องทั้งในภาวะเฉียบพลันที่ต้องการบริการฉุกเฉินและบริการผู้ป่วยในสำหรับภาวะที่รุนแรงหรือร้ายจากการดื่มสุรา เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การจัดการวิกฤตของระบบสาธารณสุขและการระบาดอย่างเหมาะสมโดยมีนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความรับผิดชอบ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดแรงกดดันต่อทรัพยากรในระบบสุขภาพที่แบกรับภาระมากเกินไป

## ภาวะถอนพิษสุรา

การดื่มสุราและภาระต่อบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับโควิด-19 คือประเด็นภาวะถอนพิษสุรา โดยภาวะถอนพิษสุราสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ดื่มแบบติดที่หยุดดื่มทันที (หรือลดปริมาณการดื่มลงอย่างมาก) หลังจากดื่มมาเป็นเวลานาน ภาครัฐหลายประเทศได้ห้ามการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ซึ่งมีข้อถกเถียงสำคัญสองประเด็น กล่าวคือประเด็นแรก การดื่มสุราทำให้การตัดสินใจบกพร่องและเกิดพฤติกรรมเสี่ยงส่งผลกระทบต่อมาตรการที่แนะนำ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ การหลีกเลี่ยงระบบขนส่ง

สาธารณสุข เป็นต้น อีกประเด็นหนึ่งคือ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราก็ทำให้เกิดภาวะต่อทรพยากรบริการสุขภาพอย่างหนัก ส่งผลให้ศักยภาพในการจัดการการติดเชื้อโควิด-19 ลดน้อยลง<sup>127</sup>

ข้อกังวลในการห้ามจำหน่ายสุราโดยเด็ดขาดคืออาจทำให้อัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุราเพิ่มขึ้น การหยุดดื่มสุราทันทีในผู้ที่ดื่มอย่างหนักเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ได้ เช่น อาการชักและอาการเพ้อ (delirium) หากไม่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง<sup>128</sup> และยังมีรายงานการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นว่าเป็นผลมาจากภาวะถอนพิษสุราอีกด้วย<sup>129,130</sup>

สิ่งที่ทำให้ปัญหาภาวะถอนพิษสุรานั้นลดลงคือการยังคงดื่มอยู่ต่อเนื่องหรือดื่มเพิ่มขึ้น แต่แท้จริงแล้วภาวะถอนพิษสุราเป็นสัดส่วนเพียงเล็กน้อยของภาระสุขภาพจากการดื่มสุราทั้งหมด ผลภาพรวมจากการห้ามจำหน่ายหรือนโยบายอื่น ๆ ที่ลดการดื่มสุราในระดับประชากร ได้ช่วยลดปัญหาสุขภาพจากการดื่มสุราลงในระยะเฉียบพลัน<sup>131</sup> ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ที่มี

ภาวะถอนพิษสุราส่วนใหญ่สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องรับการรักษา และท้ายที่สุดการลดการจำหน่ายสุราอย่างจริงจังนำไปสู่การลดลงของภาวะถอนพิษสุราในระยะยาว เนื่องจากการยังคงมีสุราที่ทำได้โดยง่ายเป็นการเพิ่มการเสพติดสุราทางสรีรวิทยามากขึ้น ซึ่งยิ่งทำให้เกิดภาวะถอนพิษได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญมากคือ คำสั่งห้ามจำหน่ายสุราควรมาพร้อมกับการเตือนต่อสาธารณชนล่วงหน้า รวมทั้งเตือนบริการสุขภาพให้เตรียมจัดการให้พร้อมหากมีผู้ป่วยถอนพิษสุราเพิ่มขึ้น

ในปี ค.ศ 2020 Nadkarni และคณะ ได้เสนอทางเลือกแทนการห้ามจำหน่ายสุราในประเทศอินเดียและกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางอื่น ๆ โดยยังคงให้สามารถเข้าถึงสุราได้ แต่เน้นย้ำมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมสำหรับคนที่ยังต้องการดื่มสุราอยู่ ร่วมกับการใช้นวัตกรรมการรักษาแบบใหม่ เช่น การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เป็นต้น<sup>132</sup>





# 3 การตอบสนองของภาครัฐต่อ การระบาดและการดำเนินการของ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

## Government responses to the pandemic and alcohol industry actions

องค์ประกอบสำคัญของผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจจากการระบาดในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก คือ การตอบสนองอย่างรวดเร็วของภาครัฐโดยเฉพาะนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดำเนินการของภาครัฐไม่ได้เกิดขึ้นเองเพียงลำพัง แต่ได้รับอิทธิพลจากสภาพระบบสาธารณสุขพื้นฐานและสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากโควิด-19 การตอบสนองของประชาชนพลเมืองและองค์กรสำคัญ (เช่น องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ) ต่อการระบาดและการเคลื่อนไหวของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อนโยบายและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### 3.1 บทบาทและการตอบสนองของภาครัฐ

การตอบสนองของภาครัฐต่อโควิด-19 อาจเป็นการดำเนินการออกนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง หรืออาจเป็นการออกนโยบายทั่วไปที่มีผลทางอ้อมต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะและความรุนแรงของการปิดเมืองทั้งหมดหรือเพียงบางส่วนมีผลเช่นเดียวกับการห้ามจำหน่ายทันที ไม่ว่าจะจัดเป็นสินค้าหรือบริการที่จำเป็นหรือไม่ก็ตาม ตัวอย่างเช่นในอินเดียที่มีนโยบายปิดเมืองอย่างเข้มงวด แต่ไม่ได้กำหนดให้สุร่าเป็นสินค้าที่จำเป็นส่งผลให้สุร่าถูกห้ามจำหน่ายโดยเด็ดขาดทันที

การตอบสนองเชิงนโยบายของภาครัฐต่อการระบาดของโควิด-19 มีได้หลากหลาย และมีรูปแบบที่แสดงให้เห็นความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเอง ในภาพรวมการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบางเรื่องเป็นการเพิ่มข้อบังคับนโยบาย ในขณะที่บางเรื่องเป็นการผ่อนปรนนโยบายหรือนโยบายเสรี

ด้านข้อบังคับนโยบาย บางประเทศหรือบางเขตในประเทศมีคำสั่งห้ามจำหน่ายสุร่า แม้ว่าการห้ามจำหน่ายยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกัน แต่เป็นวิธีที่ได้ผลในการลดการดื่มสุร่าและสามารถลดอันตรายจากการดื่มสุร่าได้อย่างมาก การห้ามจำหน่ายสุร่าได้ผลดีเพราะสามารถตัดช่องทางการจัดหาสุร่าทางกายภาพได้อย่างดี และนโยบายที่ควบคุมการจัดการสุร่าทางกายภาพเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุร่าในระดับประชากรรวมถึงอันตรายจากสุร่าได้อยู่แล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ผลจากการห้ามจำหน่ายสุร่ายังอาจขยายมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดจากการระบาด เช่น การจำกัดการเดินทาง หรือการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ หรือการสูญเสียรายได้ เป็นต้น

ประเทศที่ออกนโยบายห้ามจำหน่ายสุร่าในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค หรือระดับท้องถิ่น



ลักษณะและความรุนแรงของการปิดเมืองทั้งหมดหรือเพียงบางส่วนมีผลเช่นเดียวกับการห้ามจำหน่ายทันที ไม่ว่าจะสุร่าจะจัดเป็นสินค้าหรือบริการที่จำเป็นหรือไม่ก็ตาม

เช่น แอฟริกาใต้ จอร์เจีย กรีนแลนด์ ฝรั่งเศส ไทย ฟิลิปปินส์ และเม็กซิโก<sup>66,119,133-136</sup> ลักษณะเด่นของการห้ามจำหน่ายสุราคือ ส่วนใหญ่เป็นการห้ามระยะสั้น มีประเทศส่วนน้อยที่ยังคงห้ามจำหน่ายสุราอย่างเข้มงวดในระยะยาว การห้ามจำหน่ายสุรานี้มักเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำหรือปานกลางมากกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง

ในขณะที่การห้ามจำหน่ายสุราโดยเด็ดขาดมีผลกระทบต่อจำหน่ายสุราทั้งหมด นโยบายส่วนใหญ่มักเปลี่ยนรูปแบบเป็นการจำกัดการจำหน่ายหรือห้ามจำหน่ายในร้านอาหาร (ห้ามนั่งดื่มในร้าน) ซึ่งพบได้บ่อยทั้งในกลุ่มประเทศรายได้สูงและรายได้ปานกลาง<sup>57,137-140</sup> และเป็นวิธีที่ใช้กันบ่อยขึ้นเพราะการนั่งดื่มในร้าน เช่น ร้านอาหาร ผับ บาร์ (รวมถึงการดื่มสุราในบริษัทที่คล้ายกัน ได้แก่ งานปาร์ตี้ มหาวิทยาลัย งานสังสรรค์ส่วนตัว ขนาดใหญ่ที่มีการดื่มสุราด้วย) ถือเป็นปัจจัยสำคัญในเหตุการณ์ “แพร่เชื้อเป็นวงกว้าง (super spreader)” และการระบาดซ้ำของโควิด-19 ดังนั้น การจำกัดหรือยกเลิกการจำหน่ายสุราในร้านอาหารเป็นวิธีที่ใช้บ่อยมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปตรงข้ามกับการห้ามจำหน่ายโดยเด็ดขาดที่มีการใช้ลดลง

ด้านนโยบายเสรี มีประเทศ รัฐ และเขตพื้นที่จำนวนมากได้ประกาศให้สุราเป็น “สินค้าจำเป็น” และให้การขายปลีกสุราก็ือเป็นบริการจำเป็น ตัวอย่างเช่น ร้านค้าปลีกสุราได้รับการบรรจุใน “บริการที่จำเป็น” ในประเทศแคนาดา นิวซีแลนด์ อังกฤษ ฝรั่งเศส เคนยา ยูกันดา รวันดา และได้รับอนุญาตให้เปิดขายได้ในช่วงที่มีการปิดเมือง<sup>141-143</sup> เช่นเดียวกับในสหรัฐอเมริกาที่ 42 มลรัฐ ถือว่าการขายปลีกสุราเป็นธุรกิจที่มีความจำเป็น<sup>137</sup> ในสถานการณ์ปิดเมืองที่ปิดกิจการทุกชนิด ยกเว้นธุรกิจและบริการที่จำเป็น ทำให้ธุรกิจสุราได้ประโยชน์และช่วยให้การค้าปลีกสุราได้เปรียบในการแข่งขันเพื่อการตัดสินใจใช้จ่ายของผู้บริโภค

สุราส่งผลกระทบต่อผู้คนทั่วโลกเป็นวงกว้าง แม้ในช่วงที่ยังไม่มีการระบาด ผู้เสียชีวิตจากสุรา

ในแต่ละปีมีประมาณ 3 ล้านคน<sup>144</sup> การกำหนดอย่างเป็นทางการให้สุราเป็นสินค้าจำเป็น และการจำหน่ายสุราเป็นบริการที่จำเป็น เป็นตัวบ่งชี้สถานะของสุราในหลายประเทศ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสินค้าภาคธุรกิจอื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในสถานะนี้ นอกจากนี้ยังช่วยอธิบายได้ว่าทำไมภาครัฐจึงลังเลที่จะเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แทนการเพิ่มภาษีอื่น ๆ หรือยอมรับนโยบายที่มีผลกระทบอื่น ๆ ตามมาในมุมมองทางเศรษฐกิจ แม้ว่าธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีขนาดใหญ่แต่ก็ยังเล็กกว่าภาคธุรกิจอื่น ๆ ที่ไม่ได้ถูกจัดว่ามีความจำเป็น<sup>145</sup> ระดับที่กำหนดว่าจะอะไรคือสิ่งจำเป็นต้องมีการพิจารณาหลายขั้นตอน สะท้อนให้เห็นถึงการใช้อิทธิพลหรือการวิงวอนของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ/หรือข้อเท็จจริงที่ว่าสุราเป็นยาที่ประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้กำหนดนโยบายชื่นชอบ

ในขณะที่การจำหน่ายสุราแบบนั่งดื่มในร้านถูกจำกัดในหลายพื้นที่ การจำหน่ายสุราแบบขายปลีกกลับทำได้เสรี โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้สูงทั้งที่มีระบบควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างครอบคลุม<sup>66,146</sup> โดยพบได้หลายรูปแบบ รูปแบบแรกคืออนุญาตให้จำหน่ายสุราทางอินเทอร์เน็ตและบริการส่งถึงบ้านซึ่งแต่เดิมเคยเป็นข้อห้ามมาก่อนอีกรูปแบบหนึ่งคือ อนุญาตให้ลูกค้าซื้อสุรกลับบ้าน (take away) จากร้านที่ขายแบบนั่งดื่มในร้านเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงอีกนโยบายหนึ่งคือ อนุญาตให้จำหน่ายแบบ “ลูกค้าสั่งล่วงหน้าทางอินเทอร์เน็ตและไปรับสินค้าโดยรออยู่ในรถ (curbside pickup)” ซึ่งไม่เคยมีมาก่อน และเพิ่มการอนุญาตให้ผู้ผลิตสามารถจำหน่ายหรือส่งสินค้าไปยังผู้บริโภคโดยตรงไม่ต้องผ่านร้านค้าส่งหรือร้านค้าปลีก

ตลอดช่วงระยะของการระบาด การดำเนินการนโยบายที่สำคัญของภาครัฐเป็นการจำกัดการจำหน่ายสุราแบบนั่งดื่มในร้าน แต่ผ่อนปรนให้กับกรจำหน่ายแบบขายปลีก ผลลัพธ์สุดท้ายของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะยังเห็นได้ชัดเจนขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ไม่ว่าจะมีการควบคุมปัจจัยด้านพฤติกรรมหรือเศรษฐกิจ

ที่เกิดจากการระบาดหรือไม่ก็ตาม ประเด็นคือ การเปลี่ยนแปลงแต่ละนโยบายนั้นจะคงอยู่นานเพียงใด หรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สัมพันธ์กับการระบาดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ จะมีผลกระทบมากน้อยระดับใด เนื่องจากว่าการห้ามจำหน่ายสุราแบบนั่งดื่มในร้านนี้ มักเป็นชั่วคราวตามธรรมชาติ แต่สุดท้ายแล้วในหลายประเทศ ทั้งผับบาร์และร้านอาหารกลับมาเปิดใหม่ และจำหน่ายสุราได้เหมือนเดิมหลังจากปิดเมืองช่วงแรก ในทางกลับกัน นโยบายเสรีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและอำนวยความสะดวกให้กับผู้บริโภค เช่น การจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ต และการส่งถึงบ้านให้คงอยู่ในระยะยาว เป็นที่ต้องการของอุตสาหกรรมและดูเหมือนจะก้าวไปด้วยระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-commerce) แสดงให้เห็นว่าการเริ่มนโยบายจำหน่ายสุราอย่างอิสระในช่วงการระบาดของโควิด-19 มีแนวโน้มที่จะคงอยู่ต่อไปอย่างไม่สิ้นสุดในหลายประเทศ สิ่งสำคัญที่พบคือว่า การจำหน่ายและการดื่มสุราส่วนใหญ่มากจากการขายปลีก แม้แต่ในกลุ่มประเทศรายได้สูง ดังนั้นผลสุทธิจึงอาจเป็นลบในแง่ผลลัพธ์จากการดื่มสุรามากเกินไปและอันตรายจากการดื่มสุรา

สุดท้ายนี้ ความสนใจของภาครัฐในการฟื้นฟูเศรษฐกิจทั่วไปและโดยเฉพาะธุรกิจด้านบริการซึ่งได้รับผลกระทบสูง มีแนวโน้มที่จะกระตุ้นนโยบายการจำหน่ายสุราอย่างเสรีเพิ่มขึ้นในอนาคต สิ่งนี้นำไปสู่ผลเสียต่อระบบสาธารณสุขตามมา ค่าใช้จ่ายจากสุราเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ภาครัฐมีงบประมาณจำกัด และเป็นไปได้ที่จะเกิดผลลบหรือมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับระบบเศรษฐกิจทั้งหมด ตรงข้ามกับผลที่ได้รับจากธุรกิจบริการและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนงบประมาณอาจนำไปสู่การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งภาระจากการเพิ่มภาษีดังกล่าวจะตกไปสู่ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายรายใหญ่ และผู้ดำเนินการอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นธุรกิจที่น่าจะมีสภาพดีกว่าภาคธุรกิจอื่น ๆ ในช่วงการระบาดของโควิด-19

### 3.2 การดำเนินการของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้มีส่วนได้เสีย)

ผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ตัวแทนจากภาคธุรกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และน้ำตาล จะใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อมีอิทธิพลต่อกรอบนโยบายและการออกกฎระเบียบควบคุมต่าง ๆ ในลักษณะที่เอื้อประโยชน์ให้กับธุรกิจของตน กลยุทธ์เหล่านี้ถูกนำมาใช้อย่างเต็มรูปแบบระหว่างการระบาดของโควิด-19 อุตสาหกรรมเสพติดทั้งหลายได้พยายามแสวงหาผลกำไรเพื่อรักษาและขยายตลาด และลดความเสี่ยงต่อภัยคุกคามภายในอนาคตไปด้วย เพื่อตอบสนองผู้ถือหุ้น ตัวอย่างเช่น ในกรณีการระบาดของโควิด-19 ภัยคุกคามภายนอกที่เห็นได้ชัดคือ ยอดจำหน่ายลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการห้ามจำหน่ายสุราทันที การปิดเมืองทั้งหมดหรือปิดร้านค้าที่จำหน่ายสุราแบบนั่งดื่มในร้าน และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมซึ่งจำกัดจำนวนลูกค้าที่นั่งดื่มในร้านที่ได้รับอนุญาต ภัยคุกคามภายนอกเหล่านี้ยังอาจรวมถึงหลักฐานงานวิจัยที่พบว่ากิจกรรมและบริบททาง



PHOTO: ANASTASIA CHEPINSKA / UNSPLASH



**การลงทุนทางธุรกิจ  
ด้วยความพยายาม  
วิงเด่นเพื่อเสริม  
โครงสร้างที่สนับสนุน  
อุตสาหกรรม  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
ให้เข้าถึงนโยบาย  
ระดับท้องถิ่น มลรัฐ  
หรือประเทศ เป็น  
กลยุทธ์ที่ดำเนินการ  
อย่างต่อเนื่อง และ  
คล้ายคลึงกับกรณี  
ของ Big Tobacco**

สังคมที่มีการดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญของการระบาด หากประเด็นดังกล่าวได้รับความสนใจจากสาธารณชน และผู้กำหนดนโยบาย จะส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของบริษัทและเกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ซึ่งมีผลต่อยอดขาย เช่น การกำหนดให้ร้านค้าแบบนั่งดื่มได้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การเพิ่มข้อจำกัดในจำนวนและสถานที่ที่มีการรวมตัวกัน เป็นต้น

ผู้มีส่วนได้เสียจะพยายามหาช่องทางสร้างอิทธิพล และปลูกฝังนโยบายที่ต้องการในทุกระดับของภาครัฐ และตั้งใจสนับสนุนเพื่อให้มีอิทธิพลต่อบรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคม วิทยาศาสตร์ และสื่อ<sup>147-148</sup> โดยมีออกมาในรูปแบบของความร่วมมือ (partnership) หรือพันธมิตร (partnering) ระหว่างอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาครัฐ ซึ่งอาจไปถึงการแทนที่อย่างเต็มตัวในบทบาทตัวแทนที่ได้รับการเลือกตั้งในการจัดทำนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาครัฐของประเทศรายได้น้อยและกำลังพัฒนามีแนวโน้มที่จะถูกแทรกแซงจากผู้มีผลประโยชน์ทับซ้อนเชิงพาณิชย์ หรือแม้แต่ภาครัฐของประเทศรายได้สูง ก็ไม่สามารถปลอดจากอิทธิพลนี้ได้<sup>147</sup>

การลงทุนทางธุรกิจด้วยความพยายามวิงเด่นเพื่อเสริมโครงสร้างที่สนับสนุนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เข้าถึงนโยบายระดับท้องถิ่น มลรัฐหรือประเทศ เป็นกลยุทธ์ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และคล้ายคลึงกับกรณีของ Big Tobacco<sup>147</sup> กลยุทธ์เพื่อสร้างเส้นทางและความสัมพันธ์ที่นำไปสู่อิทธิพลและการเปลี่ยนแปลงนโยบายอาจเป็นระยะสั้นหรือเป็นมุมมองระยะยาว หากในระยะยาวจะเป็นความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหา ตอบสนอง และเก็บเกี่ยวโอกาสที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะค่อย ๆ ปรับนโยบายและข้อกฎหมายในอนาคตหรือชะลอการต่อต้านของสาธารณสุข<sup>149</sup> ในภาวะการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมอย่างกะทันหันที่ถูกบีบคั้นจากการระบาดของโควิด-19 กลายเป็นโอกาสให้ธุรกิจแอลกอฮอล์ท้องถิ่นและนานาชาติรีบคว้าเอาไว้

หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ของผู้มีส่วนได้เสียปรากฏให้เห็นได้จากแหล่งข้อมูลมากมาย และหลากหลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้

**บทบาทของอุตสาหกรรมในการจัดกลุ่ม  
การจำหน่ายสุราให้เป็นบริการที่จำเป็น**

ภาครัฐหลายประเทศทั่วโลกให้การยกเว้นร้านจำหน่ายสุราแบบขายปลีกและผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเงื่อนไขการปิดเมืองอย่างเข้มข้นที่ใช้กับบริการหลักอื่น ๆ เช่น โรงเรียน สถานดูแลเด็ก การขนส่ง กีฬา และศูนย์ออกกำลังกาย ก่อนหน้านั้นในหลายประเทศการกำหนดว่าการจำหน่ายสุราแบบขายปลีกเป็นบริการที่จำเป็นนั้นพบได้ยากมากในประวัติศาสตร์ ซึ่งไม่เป็นที่สงสัยเลยว่าเป็นประโยชน์อย่างมากแก่ภาพลักษณ์สาธารณะของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และโอกาสในอนาคตต่ออิทธิพลเชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม หลักฐานบ่งชี้ว่ากระบวนการตัดสินใจที่อยู่เบื้องหลังการกำหนดว่าการจำหน่ายสุราเป็นบริการที่จำเป็นนั้น ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากแรงกดดันทางการเมืองที่ให้น้ำหนักเอื้อประโยชน์แก่ผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>125,150,151</sup>

ในช่วงแรก ๆ ของการระบาด ภาครัฐยังไม่ได้เตรียมพร้อมรับมือกับภัยคุกคามต่อวิกฤตสาธารณสุขขนาดใหญ่ขึ้นมา ก่อนปรากฏว่าตัวแทนของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามอย่างหนักที่จะวิงเด่นให้ภาครัฐประกาศฉุกเฉินว่า การจำหน่ายสุราเป็นบริการที่จำเป็น Opp และ Mosier (2020)<sup>123</sup> ได้เผยแพร่กรณีศึกษาที่บรรยายให้เห็นว่า ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย และโคโลราโด การจำหน่ายสุรากลายเป็นบริการที่จำเป็นได้อย่างไร และได้กล่าวถึงกระบวนการทางการเมืองคล้ายคลึงกันที่เป็นเบื้องหลังการกำหนดให้การจำหน่ายสุราและอาหารเป็นบริการที่จำเป็น ผู้สนับสนุนสรุปว่าข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแรงกดดันทางการเมืองเป็นตัวหนุนสถานะของสุรว่าเป็นสินค้าจำเป็นโดยกระตุ้นผ่านตัวละครหลายฝ่ายที่ขัดแย้ง

ในผลประโยชน์ด้วยการเพิ่มผลประโยชน์ทางการเมืองต่อบุคคลที่เป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ โดยไม่จำเป็นว่าสอดคล้องกับผลประโยชน์สาธารณะหรือไม่

ที่สำคัญ การวิ่งเต้นภาครัฐหรือวิ่งเต้นส่วนตัวต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจหลักโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มาพร้อมกันอย่างมีกลยุทธ์กับค่าเฉลี่ยสื่อของอุตสาหกรรม (ที่อ้างว่าเป็นข้อเท็จจริง) ถึงความสำคัญสุราต่ออารยสังคม (ว่าเป็นสิ่งจำเป็น) และกล่าวอ้างว่าดีต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น

“สุรา เป็นวิถีชีวิตของชาวออสเตรเลียทั้งหลาย และการดื่มพอประมาณดีต่อสุขภาพของคุณ”<sup>152</sup> (Australian Grape and Wine AGW)

“ถ้าเราต้องการให้ประชาชนอยู่บ้าน ถ้าเราต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีด้วยความสนุกสนานรื่นเริง การจะส่งเสริมให้ประชาชนร่วมมือเว้นระยะห่างทางสังคม เราต้องมั่นใจว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบรรทัดฐานทางสังคมตามปกติ อย่างเช่น มีความสุขกับการดื่มสุรา”<sup>152</sup> (Retail Drinks Australia RDA)

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สนับสนุนที่หลากหลายเพื่อตอกย้ำการรับรู้สถานะความจำเป็นของสินค้าสุราต่อสาธารณชน นักการเมือง และสื่อต่าง ๆ กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เรียกร้องซ้ำ ๆ ถึงความสำคัญของศูนย์กลางเศรษฐกิจในฐานะของนายจ้าง และบทบาทต่อห่วงโซ่คุณค่า (value chain) ของการทำงาน<sup>153-158</sup> และอีกนัยหนึ่งคือเรียกร้องสถานะพิเศษในหมู่ภาคธุรกิจอื่น ๆ หลักฐานบางชิ้นที่ถูกใช้ประโยชน์โดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือรายงานความกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ว่าจะเกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างมากในผู้ติดสุรา<sup>123</sup> ในขณะที่เดียวกัน อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ลงทุนริเริ่มแนวคิด “การดื่มแบบรับผิดชอบ (responsible

drinking)”<sup>159-164</sup> โดยแสดงความคิดเห็นไม่เห็นด้วยของสาธารณชนต่อข้อบังคับ<sup>165</sup> และการขยายตัวของสุราผิดกฎหมายแทน<sup>165</sup>

ในขณะที่ภาครัฐพยายามที่จะเริ่มจำกัดการค้าสุราที่ร้านขายปลีกในช่วงการระบาดเพื่อปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน มาตรการอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้พยายามให้ภาครัฐผ่อนปรนหรือยกเลิกข้อบังคับทั้งหมด

พัฒนาการในออสเตรเลียเป็นกรณีตัวอย่างที่ตรงประเด็น กล่าวคือ มลรัฐออสเตรเลียตะวันตก (West Australia; WA) ได้เริ่มมาตรการจำกัดการค้าสุราชั่วคราวในร้านขายปลีกช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน ค.ศ. 2020 ผู้ว่าการมลรัฐประกาศให้จำกัดการค้าจำหน่ายดื่มสุราต่อคนต่อวันไม่เกิน 57 ลิตรมาตรฐาน และระบุว่า “ปัญหาจากสุรา ใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพของเราจำนวนมาก ทรัพยากรเหล่านี้ไม่สามารถหาทดแทนได้ และต้องรักษาไว้ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19”<sup>166</sup>

กลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพเห็นชอบนโยบายและข้อความดังกล่าวว่าอันตรายจากสุราและโรคทางสังคมเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ ตัวแทนอุตสาหกรรมค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติได้กดดันมลรัฐออสเตรเลียตะวันตกอย่างต่อเนื่องให้ยกเลิกข้อบังคับและแทนที่ด้วยการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งถูกประกาศใช้ทั่วประเทศหกวันต่อมา กลยุทธ์รักษามลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้เสียที่เห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น แลกเปลี่ยนสื่อที่ระบุว่าสุราเป็นสินค้าจำเป็น; การเรียกร้องว่าการจำกัดการค้าจำหน่ายสุราจะมีผลกระทบต่ออุตสาหกรรมที่กำลังลำบากและเป็นการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อธุรกิจนมมลรัฐออสเตรเลียตะวันตก; และข้อเรียกร้องว่าการจำกัดการค้าจำหน่ายสุรานี้ยุ่งยากไร้ประสิทธิภาพ จำกัดปริมาณที่ซื้อให้น้อยเกินไป และยังทำให้ต้องเพิ่มจำนวนครั้งในการไปซื้อของ หลังจากนั้นไม่กี่สัปดาห์ ข้อบังคับของภาครัฐถูกแทนที่เป็นการจำกัดการค้าจำหน่ายทั่วประเทศโดยสมัครใจของอุตสาหกรรม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ไม่เกินครั้งละ 150 ต้มมาตรฐาน หนึ่งสัปดาห์ต่อมา อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ประกาศลดระดับการเข้าร่วมโดยสมัครใจของตนเอง<sup>167</sup>

เบื้องหลังความลำบากจากผลกระทบการปิดเมืองที่มีต่อผู้ทำงานธุรกิจบริการหรือการตื่นตระหนกซื้อสุราจากร้านค้าปลีกได้รับความสนใจจากสื่อยอดนิยมและมักรายงานซ้ำ ๆ สถานะของสุราที่เป็น “สินค้าจำเป็น” ในระหว่างการระบาดดูเหมือนจะมีการตั้งข้อสงสัยและถกเถียงกันในเวทีสาธารณะเพียงเล็กน้อยเท่านั้น<sup>168</sup>

### การตลาดและการบริจาคเพื่อการกุศล

การบริจาคเพื่อการกุศลที่เห็นเด่นชัด เช่น “การบริจาค (donation)” ที่มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวางเป็นรูปแบบหนึ่งของกลยุทธ์ประชาสัมพันธ์ การบริจาคมักมาพร้อมกับการโฆษณาและนำเสนอ

ผ่านสื่อสังคมอย่างเข้มข้น ตลอดช่วงการระบาดของโควิด-19 แคมเปญที่แสดงออกในรูปแบบสนับสนุนการกุศลโดยมุ่งเป้าไปที่พนักงานธุรกิจบริการที่ได้รับผลกระทบจากการปิดเมือง (เช่น บาร์เทนเดอร์ พนักงานร้านอาหาร) กองทุนสงเคราะห์ชุมชนท้องถิ่น และการจัดทำ “บัตรกำนัล” ซื้อง่ายเพื่อกระตุ้นการใช้จ่ายของผู้บริโภค<sup>169,170</sup>

โดยเฉพาะผู้ผลิตสุรากลั่นซูประเด็น “การบริจาค” แอลกอฮอล์บริสุทธิ์สำหรับใช้เป็นเจลทำความสะอาดล้างมือ และร่วมเป็นพันธมิตรกับผู้ผลิตท้องถิ่นด้วยเจตนาารมณ์ “...ช่วยยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด-19...”<sup>171</sup> บริษัทที่ริเริ่มการบริจาคเพื่อการกุศลเช่นนี้อาจได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างภาพลักษณ์ต่อสาธารณชน เพิ่มความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้เสียหลัก และท้ายที่สุดสามารถมีอิทธิพลที่ต่อวาระนโยบายอย่างไม่เหมาะสม<sup>172</sup> ตัวอย่างเช่น นักข่าวฝ่ายสืบสวนเปิดเผยว่า บริษัท



PHOTO: CHRIS MONTGOMERY / UNSPLASH

ประชาสัมพันธ์และแนะนำให้ลูกค้าธุรกิจแอลกอฮอล์ “ส่งข่าวด้านบวกเกี่ยวกับการบำเพ็ญประโยชน์ในวงกว้างของบริษัทโดยไม่หวังผลตอบแทน”<sup>168</sup>

### การยกเลิกและการฝ่าฝืนข้อบังคับ

นอกเหนือจากที่ผลิตภัณฑ์ได้รับสถานะ “สินค้าจำเป็น” แล้ว ตัวแทนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังวิ่งเต้นอย่างหนักให้มีการยกเลิกหรือผ่อนปรนข้อจำกัดเรื่องวัน เวลา<sup>173</sup> และจำนวนร้านค้าที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายสุรา<sup>174</sup> บริการส่งสินค้าถึงบ้านโดยไม่มีการสัมผัสกัน รวมถึงการขนส่งผ่านตัวแทนโดยไม่มีการจำกัดอายุขั้นต่ำของลูกค้า<sup>88,175,176</sup> และการสนับสนุนให้มีการค้าแบบอิเล็กทรอนิกส์<sup>154,177</sup> ซึ่งกำลังเป็นที่ต้องการ นอกจากนั้น อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังกดดันภาครัฐให้หยุดใช้กฎหมายใหม่ที่มีผลต่อการฟื้นตัวและการอยู่รอดของธุรกิจในอนาคต เช่น แผนการเพิ่มภาษี และการลดปัญหาจากกฎระเบียบต่าง ๆ<sup>178-180</sup>

เมื่อทำสำเร็จแล้ว ต่อไปในอนาคตภาครัฐจะย้อนกลับเปลี่ยนแปลงหรือการผ่อนปรนข้อบังคับต่าง ๆ ให้กลับมาเหมือนเดิมได้ยาก และมีแนวโน้มที่จะขยายระยะเวลาออกไปอีกหลังการระบาด ภาครัฐอาจให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูเศรษฐกิจอีกหลายปี ดังนั้น จึงสิ่งที่จะต้องสร้างความไม่แน่นอนให้ธุรกิจ เมื่อเวลาผ่านไป ข้อบังคับใหม่นี้จะค่อย ๆ ฝังแน่นขึ้น ได้รับการหยิบยกให้เป็นความคาดหวังเพื่อคงไว้ซึ่งนโยบาย และผลประโยชน์ทางการค้าโดยอ้างว่าต้องอาศัยระเบียบใหม่นี้ อันที่จริงแล้ว ดังตัวอย่างในคำกล่าวของสื่อต่าง ๆ ว่า แรงกดดันในปัจจุบันถูกนำมาใช้เพื่อกำหนดระเบียบข้อบังคับโดยผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งไม่ต้องสงสัยว่ามีเป้าหมายที่ผลประโยชน์ระยะยาวตามวัตถุประสงค์ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์:

“...อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มองเห็นโอกาสที่ต้องการมานานนับสิบปีที่จะผ่อนปรนข้อจำกัดการจำหน่ายสุราให้สำเร็จ...”<sup>181</sup>

“... สมาคมการค้าไวน์และสุรากลั่น (The Wine and Spirits Trade Association; WSTA) กำลังใช้อิทธิพลกดดันให้รัฐบาลอังกฤษทั้งหมด “ชะลอการออกกฎหมายใหม่” ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายของการตีมูลค่าขึ้น “จนกว่าจะสามารถจัดการกับวิกฤตในขณะนี้”<sup>168</sup>

“... สถาบันอดัมสมิธ (The Adam Smith Institute) “ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมตลาดเสรีและแนวคิดเสรีนิยมสมัยใหม่” เป็นกรณีตัวอย่างที่ติดต่อยังผู้สนับสนุนเพื่อเรียกร้องแนวคิด “พวกเราต้องการได้ยินเสียงจากคุณในทุกภาษีที่ลดลงที่สามารถลดภาระได้ ทุกการเปลี่ยนแปลงระเบียบข้อบังคับที่สามารถแบ่งเบาภาระของธุรกิจ...ทุกอุปสรรคของระบบราชการ...ที่อาจถูกชะลอหรือยกเลิกอย่างถาวร” แนวคิดเหล่านี้จะเป็นแผนงานหลัก (blue print) สำหรับประเทศอังกฤษสมัยใหม่ที่ต้องเกิดขึ้น...”<sup>168</sup>

### การลดภาษีและการชะลอการปรับภาษีตามกำหนด

มีหลักฐานว่ากลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วิ่งเต้นให้ภาครัฐลดภาษีและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ในช่วงที่มีการระบาดและต่อไป หลังจากนั้น ข้อถกเถียงที่นำมาอ้างคือ การทำเช่นนั้นภาครัฐจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของธุรกิจที่ได้ผลกระทบจากการระบาดและลดปัญหาการว่างงาน น่าสังเกตว่าในขณะที่ข้อบังคับบางเรื่องในมุมมอง



โดยสรุปแล้ว ผู้วิ่งเต้นให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกทำงานอย่างแข็งขันในระหว่างวิกฤตโควิด-19 ให้เกิดการอภิปรายสาธารณะในประเด็นบทบาทของสุราในสังคม เพื่อส่งเสริมการลดข้อจำกัดการขายส่งในตลาดและเป้าหมายสูงสุดคือเพื่อมีอิทธิพลต่อนโยบาย

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นโดยตรงจากการระบาด (เช่น การปิดผับและร้านอาหารชั่วคราว) แต่การเก็บภาษีแอลกอฮอล์เป็นปัญหาระยะยาวของอุตสาหกรรมนี้ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกมีประวัติศาสตร์ยาวนานในการใช้อิทธิพลอย่างหนักเพื่อต่อต้านการขึ้นภาษี (หนึ่งในกลยุทธ์ด้านสาธารณสุข) ในขณะที่เรียกร้องให้มีการลดภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย<sup>149</sup> จึงไม่น่าสงสัยว่าบริษัทแอลกอฮอล์ต่าง ๆ มองสถานการณ์ปัจจุบันว่าเป็นโอกาสที่จะยื่นกรานข้อโต้แย้งเพื่อการบรรลุมติวัตถุประสงค์เกี่ยวกับภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ตัวแทนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในออสเตรเลียเรียกร้องให้ภาครัฐเลื่อนกำหนดการขึ้นภาษีตามปกติออกไป<sup>178,179,182</sup> เช่นเดียวกับกับอังกฤษและแคนาดา<sup>183,184</sup> บริษัทผู้ผลิตเบียร์ในยุโรป (The Brewers of Europe; TBE) ยื่นจดหมายถึง 5 ประธานสภายุโรป (Eurogroup, European Central Bank, European commission, European Council, European parliament) เรียกร้องให้สนับสนุนภาคธุรกิจแบบนั่งดื่มในร้าน “ให้มีเป้าหมายลดภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิตในระยะกลาง”<sup>155</sup> ถึงแม้ว่าจดหมายจะไม่ได้แจกแจงรายละเอียดวิธีการลดภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รวมถึงเบียร์) ที่จะช่วยส่งเสริมธุรกิจท้องถิ่น กระตุ้นการฟื้นตัวเศรษฐกิจ และการสร้างงานได้อย่างไร แต่มีเหตุผลที่จะสรุปได้ว่าบริษัทผู้ผลิตเบียร์ในยุโรปมองเห็นลู่ทางว่าการลดภาษีจะช่วยเพิ่มการดื่มและการจำหน่ายสุรา ตรงกันข้ามกับเมื่อก่อนนี้ที่ภาครัฐพยายามจัดการกับการดื่มสุรามากเกินด้วยการปรับภาษี อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักได้เถียงว่าการปรับภาษีเป็นเครื่องมือที่ “ไร้ประสิทธิภาพ” ในการลดการดื่มและจำหน่ายสุรา<sup>185,186</sup> อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่ากลยุทธ์การกำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำหรือเรียกง่าย ๆ ว่า “ราคาขั้นต่ำ” ไม่ได้ถูกคัดค้านจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสมอไป

ในแคนาดาทุกเขตและจังหวัดกำหนดราคาขั้นต่ำหรือ “ราคาพื้นฐาน” สำหรับสุรา กลับได้รับการสนับสนุนจากผู้ผลิตสุรารายใหญ่เพราะส่งผลดีต่อกำไร<sup>187</sup>

โดยสรุปแล้ว ผู้วิ่งเต้นให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกทำงานอย่างแข็งขันในระหว่างวิกฤตโควิด-19 ให้เกิดการอภิปรายสาธารณะในประเด็นบทบาทของสุราในสังคม เพื่อส่งเสริมการลดข้อจำกัดการขายส่งในตลาด และเป้าหมายสูงสุดคือเพื่อมีอิทธิพลต่อนโยบาย ความสำเร็จที่เป็นเอกลักษณ์ที่ทิ้งไว้เป็นตำนานคือ การรับรองว่าการผลิตและจำหน่ายสุราในประเทศส่วนใหญ่ถือว่าเป็น “บริการที่จำเป็น” เช่นเดียวกับอาหาร พลังงาน และยารักษาโรค ความพยายามวิ่งเต้นหาช่องทางเพื่อยกเลิกนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกองค์ประกอบที่ทราบกันดีว่ามีประสิทธิภาพในการลดอันตรายต่อสุขภาพและสังคมจากสุราได้ อาทิเช่น วิธีการลดภาษี เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงสุรา และการยกเลิกข้อจำกัดการตลาดต่าง ๆ เนื่องจากสุราจัดเป็นสารเสพติดเพื่อความบันเทิงที่เป็นที่นิยม การกำหนดให้เป็น “สินค้าจำเป็น” และการยกระดับอุตสาหกรรมโดยพยายามจะยกเลิกหรือปรับแก้ข้อบังคับหรือเปลี่ยนแปลงนโยบาย ที่แต่เดิมถูกจัดเป็นมาตรการชั่วคราว จะเป็นความท้าทายอย่างไม่ต้องสงสัยหลังการระบาดผ่านพ้นไป ผู้ดำเนินการในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักให้เหตุผลที่ผิดและบางครั้งขัดแย้งกันเองเพื่อแก้ต่างให้กับนโยบายลดข้อจำกัดตามที่ตนต้องการ เช่น การส่งเสริมเรื่องเท็จที่ว่าบริการทางการแพทย์จะถูกถาโถมอย่างหนักด้วยจำนวนผู้ป่วยถอนพิษสุราหากจำกัดหรือห้ามจำหน่ายสุรา

เราจะต้องอภิปรายกันต่อว่าทำอย่างไรให้มีนโยบายสาธารณสุขในระหว่างการระบาดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาระบริการสุขภาพ ในขณะที่มีผลเป็นกลางถึงผลเชิงบวกต่อภาคธุรกิจ เช่น ผ่านการเสนอราคาต่อหน่วยขั้นต่ำ เป็นต้น





## 4 คำแนะนำ

### Recommendations

รายงานฉบับนี้จัดทำในช่วงหกเดือนที่มีการระบาด จึงไม่น่าแปลกใจว่าความสัมพันธ์ระหว่างสุรากับโควิด-19 ในหลายแง่มุมที่สลับซับซ้อนยังไม่ชัดเจน ผลในระยะยาวหรือแม้แต่ผลในปัจจุบันบางเรื่อง ยังไม่เป็นที่เข้าใจมากนัก และเป็นไปได้ว่าอาจจะไม่มีทางเข้าใจได้ชัดเจน แต่ไม่ต้องสงสัยเลยว่า ยังมีคำถามที่จะต้องมีการวิจัยด้านการแพทย์ ระบาดวิทยา จิตวิทยา และสังคมศาสตร์อีกจำนวนมาก เพื่อสร้างความเข้าใจทั้งเชิงลึกและเชิงกว้างต่อผลกระทบระหว่างกันของสุขภาพ ความอยู่ดีมีสุข และความปลอดภัยของแต่ละบุคคลและสังคมทั่วโลก ข้อสังเกตหลักอย่างหนึ่งที่ได้จากการระบาดครั้งนี้คือการระบาดผลักดันให้การอภิปรายในเวทีกลางถึงประเด็นสุขภาพของสาธารณะด้านการป้องกัน การติดเชื้อ การรักษาทางการแพทย์ และการเสียชีวิต สุราเป็นประเด็นนำกังวลของสาธารณสุขมาในอดีตอยู่แล้วอย่างไม่ต้องสงสัย หลังจากมีความเข้าใจเบื้องต้นการระบาดมากขึ้น พบว่าสุรากลายเป็นอีกปัจจัยหลักหนึ่งในการระบาดครั้งนี้ แม้ว่ายังไม่สามารถบอกกลไกที่ชัดเจนได้ ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มหรือการจำหน่ายสุรากับโควิด-19 เป็นตัวแทนความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ สุราเป็นตัวขยายปัญหาที่สำคัญของการระบาดด้วยผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ

โควิด-19 ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เห็นได้ชัดต่อสุขภาพ และตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการติดเชื้อโควิด-19 อาจจะรุนแรงมากขึ้นหากดื่มสุรา ผ่านกลไกทางสรีรวิทยาต่าง ๆ รวมถึงผลของสุราต่อระบบภูมิคุ้มกันและต่อปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอด โรคตับ และโรคทางเดินอาหาร การดื่มสุรายังมีบทบาทหลักในการแพร่เชื้อโควิด-19 ทั้งระหว่างบุคคลและระหว่างประชาชนผ่านการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมขณะดื่ม และการสัมผัสเชื้อไวรัสในสถานที่ที่มึนสาธารณะ เช่น ร้านอาหาร ผับบาร์ สถานบันเทิง งานแข่งกีฬา และการรวมตัวอื่น ๆ

การตอบสนองของภาครัฐต่อการระบาด เช่น คำสั่งให้ “อยู่ในที่พักอาศัย” และคำสั่ง “ปิดเมือง” พบว่ามีผลต่อสถานที่และแบบแผนการดื่มสุรา ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ในบางกรณีกลับเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาหากว่าการดื่มสุราเป็นปัญหาหลักอยู่แล้ว เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิต การปิดหรือชะลอช่องทางจำหน่ายยังอาจทำให้ลดการจัดหาหรือลดการเข้าถึงยา รวมทั้งยากู้มาเนดโดยเฉพาะผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนา ทำให้มีโอกาสเพิ่มการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การดื่มสุราของแม่ในขณะตั้งครรภ์ และผลเสียต่อทารกในครรภ์ (ศึกษาข้อมูลได้จาก Alcohol, pregnancy and infant health -- a shared responsibility, Alcohol and Society 2020<sup>188</sup>)

การดื่มสุราในผู้สูงอายุระหว่างการระบาดมีประเด็นที่น่ากังวลอย่างน้อย 3 ประเด็น ประเด็นแรกคือ การดื่มสุราอย่างหนัก (อาจรวมถึงการดื่มในระดับต่ำด้วย) มีโอกาสเกิดผลเสียทางสรีรวิทยาต่อการทำงานของอวัยวะและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในกลุ่มที่เสี่ยงสูงอยู่แล้ว ประเด็นที่สองคือ กลุ่มสูงอายุที่มีความชุกของโรคร่วมสูง และหลายโรคสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ของโรคที่รุนแรง (ศึกษาได้จาก Alcohol and older people, Alcohol and Society 2019<sup>189</sup>) และประเด็นที่สาม การดื่มสุราสร้างปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างมากให้แก่ระบบบริการทางการแพทย์ซึ่งต้องแบกรับภาระที่สูงขึ้นจากโควิด-19 และหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เตรียมตัวหรือยังไม่พร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือ (ศึกษาได้จาก Alcohol and older people, Alcohol and Society 2019<sup>189</sup>)

อีกประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาสำหรับทุกกลุ่มอายุคือ ภาวะที่สุรามีต่อทรัพยากรบริการสุขภาพ แม้แต่ “ภายใต้สถานการณ์ปกติ” ปัญหาสุราทำให้เกิดภาระงานของบุคลากรสุขภาพด้านหน้า (เช่น รพพยาบาล หอฉุกเฉิน) รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของบุคคลและสังคมซึ่งมีมูลค่าสูงมากในหลายประเทศ<sup>114,124,190-194</sup> คาดการณ์ได้ว่าประเทศใดที่ภาครัฐเพิ่มการเข้าถึงสุราระหว่างการระบาดไม่ว่าโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม คักยภาพของบริการสุขภาพที่ต้องจัดการกับความท้าทายขนาดใหญ่ในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ในขณะที่ต้องลดกำลังคนจากการติดเชื้อ ยิ่งทำให้บริการสุขภาพอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงมากขึ้น

#### 4.1 ข้อแนะนำสำหรับภาครัฐ

การตอบสนองของภาครัฐต่อโควิด-19 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงข้อบังคับและนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งบางแง่มุมทำให้การจัดการสุราทำได้โดยง่ายขึ้น สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

อาจคงอยู่ต่อไปหลังผ่านพ้นการระบาด มีหลักฐานมากมายบ่งบอกว่า นอกจากการคงสิทธิพิเศษของภาครัฐที่สร้างขึ้นเฉพาะเพื่อช่วยให้ธุรกิจรอดช่วงการระบาดไปได้ เป้าหมายระยะยาวสำหรับผู้มีส่วนได้เสียทางธุรกิจและผู้บังคับทั้งหลายคือ การทำให้กระบวนการควบคุมผ่อนคลายและการลดภาษี ผู้มีส่วนได้เสียในหลายประเทศเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วเพื่อปรับแตงนโยบายและการรับรู้สาธารณะในรูปแบบที่เอื้อประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของตน และมักไม่เปิดโอกาสให้หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และหน่วยบริการสังคมนอกภาครัฐมีโอกาสโต้ตอบ กฎเกณฑ์สำคัญต่อเปลี่ยนแปลงครั้งนั้นคือ การกำหนดให้การจำหน่ายสุราเป็น “บริการจำเป็น” หรือสุราเป็น “สินค้าจำเป็น” โดยภาครัฐในหลายประเทศ ซึ่งน่าจะนำไปสู่เกิดเฉพาะในประเทศรายได้สูงและรายได้ปานกลางหลายประเทศ

คำแนะนำลำดับแรกสำหรับภาครัฐในภาวะที่มีการระบาดของโควิด-19 รวมไปถึงการระบาดอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต คำแนะนำดังต่อไปนี้มีเป้าหมายเพื่อให้แน่ใจว่าภาระจากสุราต่อสาธารณสุขและความปลอดภัยจะไม่เพิ่มสูงขึ้นในระยะกลางถึงระยะยาว:

- ภาครัฐควรคงไว้หรือเข้มงวดข้อบังคับเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่แล้ว (เช่น ก่อนการระบาด) ได้แก่ การควบคุมการเข้าถึงได้ง่ายทางกายภาพ (เช่น เงื่อนไขการจำหน่าย – การจำกัดการจำหน่ายแบบซื้อกลับและบริการส่งสินค้าถึงบ้าน ชั่วโมงการจำหน่าย จำนวนร้านค้าที่ได้รับอนุญาต การเข้มงวดอายุขั้นต่ำในการซื้อ/อายุขั้นต่ำในการดื่ม) และการเข้าถึงได้ง่ายทางเศรษฐกิจ (เช่น ราคาขายปลีกที่เปรียบเทียบกับรายได้ การปรับภาษีตามกำหนด ราคาขายขั้นต่ำ) สิ่งที่ต้องเป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพนั้นมีหลักฐานที่มีอยู่ยืนยันหนักแน่นว่าช่วยลดการดื่มสุรา ลดการดื่มที่อันตราย และอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราได้<sup>61,195-197</sup> การเพิ่มความเข้มแข็งของนโยบาย



**สุราเป็นประเด็น  
น่ากังวลของ  
สาธารณสุข  
มาในอดีตอยู่แล้ว  
อย่างไม่ต้องสงสัย  
หลังจากมีความ  
เข้าใจเบื้องหลัง  
การระบาดมากขึ้น  
พบว่าสุรากลายเป็น  
อีกปัจจัยหลักหนึ่ง  
ในการระบาดครั้งนี้**



โดยรวมแล้ว การเคลื่อนไหว เพื่อเพิ่มการจัดการและการเข้าถึงสุราได้โดยง่าย เพิ่มการผลักดันให้ดื่มสุรา และเกิดอันตรายจากการดื่มของประชากร

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกสถานการณ์ที่เป็นไปได้ จะสามารถลดการดื่มสุราและอันตรายที่เกิดจากการดื่มลงได้ในทุกกลุ่มประชากร นโยบายเหล่านั้น จะช่วยลดแรงกดดันต่อหน่วยบริการสุขภาพลงในช่วงการระบาด

- ในขณะที่มีการให้สิทธิพิเศษแก่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ลดราคา การจำหน่ายภาษี หรือราคาจำหน่าย) หรือการอ้างถึงความจำเป็นเนื่องจากความกังวลต่อเศรษฐกิจ ภาครัฐไม่ควรชะลอการสร้างนโยบายที่มีอยู่ก่อนการระบาดและมาตรฐานการควบคุมที่เป็นพื้นฐานในการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนในระยะสั้น
- ภาครัฐควรพิจารณาการกำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำ (minimum unit price; MUP) มาใช้สำหรับการขายปลีกสุรา (หรือเพิ่มราคาต่อหน่วยขั้นต่ำที่มีใช้อยู่ก่อนแล้ว) ร่วมกับการเพิ่มภาษีสรรพสามิต การผสมผสานนโยบายเหล่านี้สามารถลดการดื่มสุราลง (โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในสังคม) และเพิ่มรายได้ให้แก่ภาครัฐ ในขณะที่มีผลดีที่เป็นกลางต่อภาคธุรกิจการค้า
- ภาครัฐและตัวแทนที่ได้รับการคัดเลือกควรมองหาและรับฟังแนวคิดต่าง ๆ จากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอหรือความตั้งใจเปลี่ยนแปลงนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปรึกษาและการตัดสินใจควรเป็นไปอย่างโปร่งใส เปิดเผย และสาธารณชนตรวจสอบได้เต็มที่ ควรมีรายชื่อในบันทึกสาธารณะสำหรับการบริจาคทางการเมือง การมีส่วนร่วมของภาครัฐที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน กิจกรรมการใช้สิทธิกดดันเพื่อผลประโยชน์ และรายชื่อผู้เจรจาต่อรองเพื่อผลประโยชน์เชิงนโยบาย

นอกจากนี้ เมื่อมี “จุดเสี่ยง (hot spot)” หรือผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อเสนอแนะสำหรับภาครัฐคือ ดำเนินการใช้ข้อบังคับเกี่ยวกับสุราชั่วคราวที่

เหมาะสมอย่างรวดเร็ว เพื่อลดการแพร่เชื้อและลดปัญหาทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดื่มสุราที่มีต่อภาระงานบริการสุขภาพทั้งหมด

- ระงับการดื่มสุรา ณ จุดจำหน่ายแบบนั่งดื่มในร้านที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บาร์ สถานบันเทิง และร้านอาหาร;
- ระงับการบริการจำหน่ายสุราในสนามกีฬาและงานแข่งขันกีฬา;
- ระงับการดื่มสุราในที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ และชายหาด;
- กำหนดการจำกัดปริมาณซื้อขายปลีกต่อวัน และบริการส่งถึงบ้าน (หากมีการอนุญาต);
- ให้บริการตรวจรักษาผู้ที่มีอาการจากปัญหาการดื่มสุราทุกรูปแบบ รวมถึงภาวะถอนพิษสุรา;
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต รวมถึงบริการแบบออนไลน์

#### 4.2 คำแนะนำสำหรับบุคคล

งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบทางสรีรวิทยาจากสุราต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และต่ออวัยวะต่าง ๆ บอกได้ว่าการดื่มสุราอย่างหนัก (อาจรวมถึงการดื่มในระดับต่ำด้วย) อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการติดเชื้อไวรัส ความรุนแรง การฟื้นตัว และผลระยะยาว ถึงแม้ว่าอาจยังต้องการหลักฐานเพิ่มเติม แต่ถือเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดื่มทุกคน (แม้ว่าจะดื่มแบบเสี่ยงต่ำ)

คำแนะนำสำหรับผู้ดื่มสุราปริมาณเล็กน้อยในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจาก โควิด-19 (ดูรายละเอียดด้านล่าง) ควรติดตามแนวปฏิบัติระดับประเทศของตนในผู้ที่ยังคงดื่มในระดับเสี่ยงอันตรายต่ำ (หรือหากไม่มีให้ปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก) คำแนะนำมีดังต่อไปนี้:

- ผู้ดื่มควรหลีกเลี่ยงการดื่มเกินระดับเสี่ยงต่ำในทุกครั้งที่ดื่ม โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการดื่มแบบเมาหัวราน้ำ (binge drinking) (ดื่มถึงจุดที่เริ่มเสียความสามารถในการควบคุม)

- ผู้ดื่มที่สงสัยว่าอาจมีปัญหาจากการดื่มหรือติดสุราก็ควรรับคำแนะนำและความช่วยเหลือทางการแพทย์
- วิธีปลอดภัยสูงสุดคือ หยุดดื่มสุราทุกชนิดตลอดเวลาในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร
- เป็นโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน;
- เป็นโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือมะเร็ง;
- เป็นโรคตับ โดยเฉพาะตับแข็ง

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อรุนแรงเนื่องจากอายุมากหรือมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมมีความจำเป็นต้องระมัดระวังในระดับสูง เนื่องจากมีโอกาสเกิดอาการรุนแรงมากได้ ดังนั้น ผู้ที่ควรลดหรือหยุดดื่มสุราโดยสิ้นเชิง ได้แก่ :

- อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป;
- มีประวัติการสูบบุหรี่;

ผู้ที่ไม่ดื่มสุราไม่ควรเริ่มดื่มสุรา เพราะการดื่มจะยิ่งส่งผลเสียต่อการติดเชื้อโควิด-19

สุดท้ายนี้ ผู้ดื่มสุราควรพิจารณาลดปริมาณการดื่มของตนลง เพื่อจะช่วยลดความเสี่ยงในอนาคตต่อการเกิดความเจ็บป่วยจากสุรา ได้แก่ มะเร็ง การบาดเจ็บ และโรคตับ โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินของระบบสาธารณสุข<sup>199-200</sup>

## สรุป

โควิด-19 มีผลต่อการดื่มสุรา และการดื่มสุราก็ว่ามีบทบาทสำคัญในการแพร่เชื้อและการกระจายตัวการระบาดออกไป พุดสั้น ๆ คือ สุรากับโควิด-19 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่รุนแรงถึงชีวิต นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกนำมาใช้ (หรือไม่ถูกนำมาใช้) ระหว่างการระบาดมีผลต่อทั้งปัญหาจากการดื่มสุราและการระบาด ตามที่ได้อภิปรายมาตลอดรายงานนี้ สิ่งสำคัญต่อสุขภาพและความปลอดภัยหลังการระบาดคือ การเปลี่ยนแปลงนโยบายชั่วคราวใด ๆ ที่เพิ่มการเข้าถึงสุราหรือลดราคาขายสุรา ควรต้องกลับไปเป็นแบบเดิมเหมือนก่อนหน้านี้ หากไม่สามารถทำเช่นนั้นได้ผลลัพธ์ที่เลวร้ายจากการระบาดต่อสาธารณสุขจะคงอยู่ตลอดไป

โดยรวมแล้ว การเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มการจัดการและการเข้าถึงสุราได้โดยง่ายเพิ่มการผลิตให้ดื่มสุราและเกิดอันตรายจากการดื่มของประชากร สิ่งที่น่าสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวคือมูลค่าความเสียหายสุรามากเกินกว่ารายได้จากภาษี และการแนะนำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจคำนึงถึงผลกระทบจากการดื่มสุราให้ครอบคลุมบริบททางเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมด (รวมถึงอันตรายจากผู้อื่นด้วย)<sup>69,194,201-209</sup> มากกว่าที่จะสนับสนุนผลประโยชน์จากภาคส่วนการผลิต การกระจายสินค้า และการค้าปลีกที่เฉพาะเจาะจง เราได้ชี้ให้เห็นนัยด้านจริยธรรมว่าในบรรดาสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททั้งหมด สุรามี “ผลกระทบมือสอง (second-hand effects)” สูงที่สุด ที่ก่อให้เกิดอันตรายและมูลค่าความเสียหายที่เกิดจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่น ๆ มากกว่าต่อตัวผู้ดื่มเองอีกด้วย)

# เอกสารอ้างอิง

1. Rehm J (2011) The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol* 34, 135–43.
2. Simon AK, Hollander GA, McMichael A (2015) Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. *Proc Biol Sci* 282, 20143085.
3. Montecino-Rodriguez E, Berent-Maoz B, Dorshkind K (2013) Causes, consequences, and reversal of immune system aging. *J Clin Invest* 123, 958–65.
4. Pereira BI, Akbar AN (2016) Convergence of Innate and Adaptive Immunity during Human Aging. *Front Immunol* 7. doi:10.3389/fimmu.2016.00445.
5. Testino G (2020) Are Patients With Alcohol Use Disorders at Increased Risk for Covid-19 Infection? *Alcohol Alcohol* 55, 344–6.
6. Maucourant C, Filipovic I, Ponzetta A, Aleman S, Cornillet M, Hertwig L, Strunz B, Lentini A, et al (2020) Natural killer cell immunotypes related to COVID-19 disease severity. *Sci Immunol* 5, eabd6832.
7. Merad M, Martin JC (2020) Pathological inflammation in patients with COVID-19: a key role for monocytes and macrophages. *Nat Rev Immunol* 20, 355–62.
8. Afshar M, Richards S, Mann D, Cross A, Smith GB, Netzer G, Kovacs E, Hasday J (2015) Acute immunomodulatory effects of binge alcohol ingestion. *Alcohol Fayettev N* 49, 57–64.
9. Sarkar D, Jung MK, Wang HJ (2015) Alcohol and the immune system. *Alcohol Res Curr Rev* 37, 153.
10. Szabo G, Saha B (2015) Alcohol's Effect on Host Defense. *Alcohol Res Curr Rev* 37, 159–70.
11. Pasala S, Barr T, Messaoudi I (2015) Impact of Alcohol Abuse on the Adaptive Immune System. *Alcohol Res Curr Rev* 37, 185–97.
12. Golchin A, Seyedjafari E, Ardeshiryajimi A (2020) Mesenchymal Stem Cell Therapy for COVID-19: Present or Future. *Stem Cell Rev Rep* 16, 427–33.
13. Ojo AS, Balogun SA, Williams OT, Ojo OS (2020) Pulmonary Fibrosis in COVID-19 Survivors: Predictive Factors and Risk Reduction Strategies. *Pulm Med* 2020, 1–10.
14. Albillos A, de Gottardi A, Rescigno M (2020) The gut-liver axis in liver disease: Pathophysiological basis for therapy. *J Hepatol* 72, 558–77.
15. Bishehsari F, Magno E, Swanson G, Desai V, Voigt RM, Forsyth CB, Keshavarzian A (2017) Alcohol and Gut-Derived Inflammation. *Alcohol Res Curr Rev* 38, 163–71.
16. Sharma A, Kroumpouzou G, Lotti T, Goldust M (2020) COVID-19 and alcohol use. *Drug Alcohol Rev*, dar.13163.
17. Rezasoltani S, Hatami B, Yadegar A, Asadzadeh Aghdaei H, Zali MR (2020) How Patients With Chronic Liver Diseases Succeed to Deal With COVID-19? *Front Med* 7, 398.
18. Shao T, Tong Y, Lu S, Jeyarajan AJ, Su F, Dai J, Shi J, Huang J, et al (2020)  $\gamma$ -Glutamyltransferase Elevations Are Frequent in Patients With COVID-19: A Clinical Epidemiologic Study. *Hepatol Commun*, hep 4.1576.
19. Boettler T, Marjot T, Newsome PN, Mondelli MU, Maticic M, Cordero E, Jalan R, Moreau R, et al (2020) Impact of COVID-19 on the care of patients with liver disease: EASL-ESCMID position paper after 6 months of the pandemic. *JHEP Rep Innov Hepatol* 2, 100169.
20. Shalimar null, Elhence A, Vaishnav M, Kumar R, Pathak P, Soni KD, Aggarwal R, Soneja M, et al (2020) Poor outcomes in patients with cirrhosis and Corona Virus Disease-19. *Indian J Gastroenterol Off J Indian Soc Gastroenterol*. doi:10.1007/s12664-020-01074-3.
21. Huang R, Zhu L, Wang J, Xue L, Liu L, Yan X, Huang S, Li Y, et al (2020) Clinical Features of Patients With COVID-19 With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Hepatol Commun*, hep4.1592.
22. Bramante C, Tignanelli CJ, Dutta N, Jones E, Tamariz L, Clark JM, Usher M, Metlon-Meaux G, Ikramuddin S (2020) Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and risk of hospitalization for Covid-19. *MedRxiv Prepr Serv Health Sci*. doi:10.1101/2020.09.01.20185850.
23. Falasca L, Nardacci R, Colombo D, Lalle E, Di Caro A, Nicastri E, Antinori A, Petrosillo N, et al (2020) Post-Mortem Findings in Italian Patients with COVID-19 – A Descriptive Full Autopsy study of cases with and without co-morbidities. *J Infect Dis*. doi:10.1093/infdis/jiaa578.

24. Shafi AMA, Shaikh SA, Shirke MM, Iddawela S, Harky A (2020) Cardiac manifestations in COVID-19 patients – A systematic review. *J Card Surg* 35, 1988–2008.
25. Wei Y, Shah R (2020) Substance Use Disorder in the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Vulnerabilities and Complications. *Pharm Basel Switz* 13. doi:10.3390/ph13070155.
26. Statistik över antal avlidna i covid-19 Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-over-antal-avlidna-i-covid-19/> [Accessed October 6, 2020].
27. COVID-19 Provisional Counts – Weekly Updates by Select Demographic and Geographic Characteristics (2020) Available at: [https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid\\_weekly/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm) [Accessed October 6, 2020].
28. Kang S-J, Jung SI (2020) Age-Related Morbidity and Mortality among Patients with COVID-19. *Infect Chemother* 52, 154.
29. Velayudhan L, Aarsland D, Ballard C (2020) Mental health of people living with dementia in care homes during COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr*, 1–2.
30. Schwarzingler M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, QalyDays Study Group (2018) Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health* 3, e124–32.
31. Immonen S, Launes J, Järvinen I, Virta M, Vanninen R, Schiavone N, Lehto E, Tuulio-Henriksson A, et al (2020) Moderate alcohol use is associated with decreased brain volume in early middle age in both sexes. *Sci Rep* 10, 13998.
32. Troyer EA, Kohn JN, Hong S (2020) Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun* 87, 34–9.
33. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS (2020) Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 7, 611–27.
34. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, Collange O, Boulay C, et al (2020) Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med* 382, 2268–70.
35. Sommer IE, Bakker PR (2020) What can psychiatrists learn from SARS and MERS outbreaks? *Lancet Psychiatry* 7, 565–6.
36. Coronavirus and depression in adults, Great Britain – Office for National Statistics Available at: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/coronavirusanddepressioninadultsgreatbritain/june2020> [Accessed October 6, 2020].
37. Smalley CM, Malone DA, Meldon SW, Borden BL, Simon EL, Muir MR, Fertel BS (2020) The impact of COVID-19 on suicidal ideation and alcohol presentations to emergency departments in a large healthcare system. *Am J Emerg Med*. doi:10.1016/j.ajem.2020.05.093.
38. Zhou Y, Yang Q, Chi J, Dong B, Lv W, Shen L, Wang Y (2020) Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. doi:10.1016/j.ijid.2020.07.029.
39. Hamer M, Kivimäki M, Gale CR, Batty GD (2020) Lifestyle Risk Factors for Cardiovascular Disease in Relation to COVID-19 Hospitalization: A Community-Based Cohort Study of 387,109 Adults in UK. *MedRxiv Prepr Serv Health Sci*. doi:10.1101/2020.05.09.20096438.
40. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S (2020) COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr* 14, 817–23.
41. Gu T, Mack JA, Salvatore M, Sankar SP, Valley TS, Singh K, Nallamotheu BK, Kheterpal S, et al (2020) COVID-19 outcomes, risk factors and associations by race: a comprehensive analysis using electronic health records data in Michigan Medicine. *MedRxiv Prepr Serv Health Sci*. doi:10.1101/2020.06.16.20133140.
42. Haimovich AD, Warner F, Young HP, Ravindra NG, Sehanobish A, Gong G, Wilson FP, Dijk D, et al (2020) Patient factors associated with SARS-CoV-2 in an admitted emergency department population. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 1, 569–77.
43. Simet SM, Sisson JH (2015) Alcohol's Effects on Lung Health and Immunity. *Alcohol Res Curr Rev* 37, 199–208.
44. Scalsky RJ, Desai K, Chen Y-J, O'Connell JR, Perry JA, Hong CC (2020) Baseline Cardiometabolic Profiles and SARS-CoV-2 Risk in the UK Biobank. *MedRxiv Prepr Serv Health Sci*. doi:10.1101/2020.07.25.20161091.
45. Chikritzhs T, Stockwell T, Naimi T, Andreasson S, Dangardt F, Liang W (2015) Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? *Addict Abingdon Engl* 110, 726–7.
46. Field M, Wiers RW, Christiansen P, Fillmore MT, Verster JC (2010) Acute alcohol effects on inhibitory control and implicit cognition: implications for loss of control over drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 34, 1346–52.

47. Giancola PR, Josephs RA, Parrott DJ, Duke AA (2010) Alcohol Myopia Revisited: Clarifying Aggression and Other Acts of Disinhibition Through a Distorted Lens. *Perspect Psychol Sci* 5, 265–78.
48. Tyszka T, Macko A, Stańczak M (2015) Alcohol reduces aversion to ambiguity. *Front Psychol* 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.01578.
49. Fromme K, Katz E, D'Amico E (1997) Effects of alcohol intoxication on the perceived consequences of risk taking. *Exp Clin Psychopharmacol* 5, 14–23.
50. De Blasiis MR, Ferrante C, Veraldi V (2020) Driving Risk Assessment Under the Effect of Alcohol Through an Eye Tracking System in Virtual Reality. In: Arezes PM (ed) *Advances in Safety Management and Human Factors, Advances in Intelligent Systems and Computing*, vol 969, Springer International Publishing, Cham, pp 329–41.
51. Fillmore MT, Blackburn JS, Harrison ELR (2008) Acute disinhibiting effects of alcohol as a factor in risky driving behavior. *Drug Alcohol Depend* 95, 97–106.
52. Lane SD, Cherek DR, Pietras CJ, Tcheremissine OV (2004) Alcohol effects on human risk taking. *Psychopharmacology (Berl)* 172, 68–77.
53. Morawska L, Tang JW, Bahnfleth W, Bluyssen PM, Boerstra A, Buonanno G, Cao J, Dancer S, et al (2020) How can airborne transmission of COVID-19 indoors be minimised? *Environ Int* 142, 105832.
54. Williamson E, Hussey K (2020) Party Zero: How a Soirée in Connecticut Became a 'Super Spreader'. *N Y Times*. Available at: <https://www.nytimes.com/2020/03/23/us/coronavirus-westport-connecticut-party-zero.html> [Accessed October 6, 2020].
55. Zimmer C (2020) One Meeting in Boston Seeded Tens of Thousands of Infections, Study Finds. *N Y Times*. Available at: <https://www.nytimes.com/2020/08/26/health/covid-19-superspreaders-boston.html> [Accessed October 6, 2020].
56. Nevada tightens restrictions again as COVID hospitalizations 'spike' Available at: <https://www.cbsnews.com/news/nevada-coronavirus-restrictions-bars-restaurants-again-as-covid-hospitalizations-spike/> [Accessed October 6, 2020].
57. White T, Nikas S, Doyle D (2020) Europe Clamps Down on Night Life to Regain Grip on Pandemic. *Bloomberg.com*. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-08-16/spain-to-shut-famed-nightclubs-after-links-to-covid-outbreaks> [Accessed September 11, 2020].
58. How Bars Are Fueling COVID-19 Outbreaks Ga Public Broadcast. Available at: <https://www.gpb.org/news/shots-health-news/2020/08/18/how-bars-are-fueling-covid-19-outbreaks> [Accessed October 6, 2020].
59. Courtemanche C, Garuccio J, Le A, Pinkston J, Yelowitz A (2020) Strong Social Distancing Measures In The United States Reduced The COVID-19 Growth Rate: Study evaluates the impact of social distancing measures on the growth rate of confirmed COVID-19 cases across the United States. *Health Aff (Millwood)* 39, 1237–46.
60. Mallet J, Dubertret C, Le Strat Y (2020) Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 110070.
61. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Hill L, et al (2010) *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford University Press, Oxford.
62. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA (2009) Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 104, 179–90.
63. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J, Holder H, Holmes J, et al (2018) Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density. *J Stud Alcohol Drugs* 79, 58–67.
64. Lima F, Sims S, O'Donnell M (2020) Harmful drinking is associated with mental health conditions and other risk behaviours in Australian young people. *Aust N Z J Public Health* 44, 201–7.
65. de Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, van de Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst AE (2015) How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Soc Sci Med* 131, 131–46.
66. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, Sanchez ZM, Manthey J (2020) Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev* 39, 301–4.
67. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J (2019) Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The Lancet* 393, 2493–502.
68. World Health Organization, World Health Organization, World Health Organization, Management of Substance Abuse Team (2018) *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*.



69. Laslett A-M, Alcohol Education and Rehabilitation Foundation, Turning Point Alcohol and Drug Centre (Vic) (2010) *The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others: Beyond the Drinker : Alcohol's Hidden Costs*, AER Foundation, Fitzroy, Vic.
70. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (2020) *Boredom and Stress Drives Increased Alcohol Consumption during COVID-19: NANOS Poll Summary Report* | Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Available at: <https://www.ccsa.ca/boredom-and-stress-drives-increased-alcohol-consumption-during-covid-19-nanos-poll-summary-report> [Accessed October 8, 2020].
71. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS (2020) *Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent "Stay-at-Home" Orders*. *Int J Environ Res Public Health* 17, 6268.
72. Koopmann A, Georgiadou E, Kiefer F, Hillemacher T (2020) *Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown?* *Alcohol Alcohol*, agaa058.
73. Avon Longitudinal Study of Parents and Children (2020) *Children of the 90s: COVID-19 Second Questionnaire Report*, University of Bristol Available at: [http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/alspac/documents/covid-19/CO90s\\_COVID\\_Q2\\_report\\_final.pdf](http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/alspac/documents/covid-19/CO90s_COVID_Q2_report_final.pdf) [Accessed October 8, 2020].
74. Winstock AR, Zhuparris A, Gilchrist G, Davies EL, Puljević C, Potts L, Maier LJ, Ferris JA, Barratt MJ (2020) *GDS Special Edition on Covid-19 Global Executive Summary*, *The Global Drug Survey* Available at: <http://www.globaldrugsurvey.com/downloads/GDS-CV19-exec-summary.pdf> [Accessed October 8, 2020].
75. Pišot S, Milovanović I, Šimunič B, Gentile A, Bosnar K, Prot F, Bianco A, Lo Coco G, et al (2020) *Maintaining everyday life praxis in the time of COVID-19 pandemic measures (ELP-COVID-19 survey)*. *Eur J Public Health*. doi:10.1093/eurpub/ckaa157.
76. *Vinmonopolets salgstall* | *Vinmonopolet* Available at: <https://www.vinmonopolet.no/salgstall> [Accessed October 8, 2020].
77. Biddle N, Edwards B, Gray M, Sollis K (2020) *Alcohol Consumption during the COVID-19 Period: May 2020*, ANU Centre for Social Research and Methods. Available at: [https://csmr.cass.anu.edu.au/sites/default/files/docs/2020/6/Alcohol\\_consumption\\_during\\_the\\_COVID-19\\_period.pdf](https://csmr.cass.anu.edu.au/sites/default/files/docs/2020/6/Alcohol_consumption_during_the_COVID-19_period.pdf) [Accessed October 8, 2020].
78. *Scots report changing drinking patterns during coronavirus lockdown*. Available at: <https://www.alcohol-focus-scotland.org.uk/news/scots-report-changing-drinking-patterns-during-coronavirus-lockdown/> [Accessed October 8, 2020].
79. *Insight: The coronavirus hangover and Scotland's alcohol timebomb*. Available at: <https://www.scotsman.com/health/insight-coronavirus-hangover-and-scotlands-alcohol-timebomb-2984728> [Accessed October 8, 2020].
80. *Drinking Alcohol When Working from Home* *Alcohol.org*. Available at: <https://www.alcohol.org/guides/work-from-home-drinking/> [Accessed October 8, 2020].
81. *AB InBev AB InBev Unaudited Interim Report for the Six-Month Period Ended 30 June 2020*, Anheuser-Busch InBev. Available at: [https://www.ab-inbev.com/content/dam/universaltemplate/ab-inbev/investors/reports-and-filings/annual-and-hy-reports/2020/2%204%20European%20Financials%20v17%20\(FINAL\).pdf](https://www.ab-inbev.com/content/dam/universaltemplate/ab-inbev/investors/reports-and-filings/annual-and-hy-reports/2020/2%204%20European%20Financials%20v17%20(FINAL).pdf) [Accessed August 5, 2020].
82. *Diageo (2020) Diageo Preliminary Results, Year Ended 30 June 2020* Available at: <https://www.diageo.com/PR1346/aws/media/11266/diageo-preliminary-results-f20-press-release.pdf> [Accessed August 5, 2020].
83. *Systembolaget Systembolagets Försäljning per Varugrupp, Kvartal 2, 2020*. Available at: [https://www.omsystembolaget.se/img/publishedmedia/g6mctx0sh3m604mhsmem/2020Q2\\_Varugrupp.pdf](https://www.omsystembolaget.se/img/publishedmedia/g6mctx0sh3m604mhsmem/2020Q2_Varugrupp.pdf) [Accessed August 6, 2020].
84. *Ingen ökad alkoholkonsumtion i Sverige under coronapandemin (2020)*. *CAN*. Available at: <https://www.can.se/pressmeddelande/ingen-okad-alkoholkonsumtion-i-sverige-under-coronapandemin/> [Accessed October 8, 2020].
85. *Nordic Welfare Centre (2020) The Effects of the Corona Pandemic on Alcohol Consumption, Smoking and Drug Treatment Services*. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=e09UnF2j00> [Accessed October 8, 2020].
86. *Grocery sales surge in lockdown as shoppers go online (2020)* *CityAM*. Available at: <https://www.cityam.com/grocery-sales-surge-in-lockdown-as-shoppers-go-online/> [Accessed October 8, 2020].
87. *Hobin E, Smith B (2020) Is another public health crisis brewing beneath the COVID-19 pandemic?* *Can J Public Health* 111, 392–6.
88. *Colbert S, Wilkinson C, Thornton L, Richmond R (2020) COVID-19 and alcohol in Australia: Industry changes and public health impacts*. *Drug Alcohol Rev* 39, 435–40.

89. Boyd B Alcohol use increases as pandemic and unrest continue. *Oxf Obs*. Available at: <https://oxfordobserver.org/742/business/alkohol-use-increases-as-pandemic-and-unrest-continue/> [Accessed October 8, 2020].
90. Allvarlig kritik mot alkohol-catering (2020) *Accent*. Available at: <https://accentmagasin.se/alkohol/allvarlig-kritik-mot-alkohol-catering/> [Accessed October 8, 2020].
91. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangart F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2017) Alcohol and violence: a survey of Swedish and International Research, IOGT-NTO, the Swedish Society of Medicine & CERA.
92. Mahase E (2020) Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *BMJ* 369, m1872.
93. Bullinger LR, Carr JB, Packham A (2020) COVID-19 and Crime: Effects of Stay-at-Home Orders on Domestic Violence, National Bureau of Economic Research doi:10.3386/w27667.
94. Campbell AM (2020) An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int Rep* 2, 100089.
95. Moreira DN, Pinto da Costa M (2020) The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *Int J Law Psychiatry* 71, 101606.
96. Sidpra J, Abomeli D, Hameed B, Baker J, Mankad K (2020) Rise in the incidence of abusive head trauma during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child*, archdischild-2020-319872.
97. Thomas EY, Anurudran A, Robb K, Burke TF (2020) Spotlight on child abuse and neglect response in the time of COVID-19. *Lancet Public Health* 5, e371.
98. Bhopal S, Buckland A, McCrone R, Villis AI, Owens S (2020) Who has been missed? Dramatic decrease in numbers of children seen for child protection assessments during the pandemic. *Arch Dis Child*, archdischild-2020-319783.
99. Silva AF da, Estrela FM, Soares CFS e, Magalhães JRF de, Lima NS, Morais AC, Gomes NP, Lima VL de A (2020) Marital violence precipitating/intensifying elements during the Covid-19 pandemic. *Ciênc Saúde Coletiva* 25, 3475–80.
100. Luppi F, Arpino B, Rosina A (2020) The Impact of COVID-19 on Fertility Plans in Italy, Germany, France, Spain and UK, *SocArXiv* doi:10.31235/osf.io/wr9jb.
101. Lindberg LD, VandeVusse A, Mueller J, Kirstein M (2020) Early Impacts of the COVID-19 Pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences, *Guttmacher Institute* doi:10.1363/2020.31482.
102. Li G, Tang D, Song B, Wang C, Qunshan S, Xu C, Geng H, Wu H, et al (2020) Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: CrossSectional, Online Survey Study. *J Med Internet Res* 22, e20961.
103. Sher J (2020) Fetal alcohol spectrum disorders: preventing collateral damage from COVID-19. *Lancet Public Health* 5, e424.
104. Kar P, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G, Bagshawe M, Lebel C (2020) Alcohol and Substance Use in Pregnancy during the COVID-19 Pandemic, *PsyArXiv* doi:10.31234/osf.io/h3csa.
105. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J (2017) Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 5, e290–9.
106. Garg R (2020) Spectrum of Neurological Manifestations in Covid-19: A Review. *Neurol India* 68, 560.
107. Car Crashes Became Deadlier During Lockdowns Across Globe: Reuters Insight (2020) *Insur J*. Available at: <https://www.insurancejournal.com/news/international/2020/06/30/573871.htm> [Accessed October 8, 2020].
108. Sutherland M, McKenney M, Elkbuli A (2020) Vehicle related injury patterns during the COVID-19 pandemic: What has changed? *Am J Emerg Med* 38, 1710–4
109. National Highway Traffic Safety Administration (2020) Early Estimate of Motor Vehicle Traffic Fatalities for the First Quarter of 2020. Available at: <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/812966> [Accessed October 8, 2020].
110. Coronasmittan stoppar alkoholkontroller (2020) *Drugnews*. Available at: <https://drugnews.nu/2020/03/11/coronasmittan-stoppar-alkoholkontroller/> [Accessed October 8, 2020].
111. Agren D (2020) Mexico: adulterated alcohol deaths rise to over 100 amid ban on official sales. *The Guardian*. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2020/may/15/mexico-adulterated-alcohol-deaths-over-100-coronavirus> [Accessed October 8, 2020].
112. India toxic alcohol: Dozens die in Punjab poisoning (2020) *BBC News*. Available at: <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-53624507> [Accessed October 8, 2020].
113. Sherk A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD, Churchill S (2020) The International Model of Alcohol Harms and Policies: A New Method for Estimating Alcohol Health Harms With Application to Alcohol-Attributable Mortality in Canada. *J Stud Alcohol Drugs* 81, 339–51.

114. Ye Y, Shield K, Cherpitel CJ, Manthey J, Korcha R, Rehm J (2019) Estimating alcohol-attributable fractions for injuries based on data from emergency department and observational studies: a comparison of two methods: Estimating alcohol-attributable injuries. *Addiction* 114, 462–70.
115. White AM, Slater ME, Ng G, Hingson R, Breslow R (2018) Trends in Alcohol-Related Emergency Department Visits in the United States: Results from the Nationwide Emergency Department Sample, 2006 to 2014. *Alcohol Clin Exp Res* 42, 352–9.
116. Canadian Substance Use Costs and Harms Project Team (2020) Canadian Substance Use Costs and Harms (2015–2017). Available at: <https://www.ccsa.ca/canadian-substance-use-costs-and-harms-2015-2017-report> [Accessed July 9, 2020].
117. Stockwell T, Sherk A, Norström T, Angus C, Ramstedt M, Andréasson S, Chikritzhs T, Gripenberg J, et al (2018) Estimating the public health impact of disbanding a government alcohol monopoly: application of new methods to the case of Sweden. *BMC Public Health* 18, 1400.
118. Stockwell T, Sherk A, Sorge J, Norström T, Angus C, Chikritzhs T, Churchill S, Holmes J, et al (2019) Finnish Alcohol Policy at the Crossroads: The Health, Safety and Economic Consequences of Alternative Systems to Manage the Retail Sale of Alcohol., Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria, Victoria, BC, Canada. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/about/news/current/new-report-finnish-alcohol-policy-at-the-crossroads.php> [Accessed October 8, 2020].
119. Medina-Mora ME, Cordero-Oropeza M, Rafful C, Real T, Villatoro-Velazquez JA (2020) COVID-19 and alcohol in Mexico: A serious health crisis, strong actions on alcohol in response – Commentary on Stockwell et al. *Drug Alcohol Rev*, dar.13177.
120. Parry CDH (2020) A timely piece that resonates with the South African experience: Commentary on Stockwell et al. *Drug Alcohol Rev*, dar.13159.
121. CBC News (2020) N.W.T. government will not close liquor stores, despite pushback from community leaders | CBC News. CBC. Available at: <https://www.cbc.ca/news/canada/north/liquor-sales-covid19-nwt-government-statement-1.5527649> [Accessed October 9, 2020].
122. Seglins D, Ivany K (2020) Do alcohol and COVID-19 isolation mix? Some health experts don't think so | CBC News. CBC. Available at: <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-alcohol-sales-physical-distancing-1.5520433> [Accessed October 9, 2020].
123. Opp SM, Mosier SL (2020) Liquor, marijuana, and guns: essential services or political tools during the Covid-19 pandemic? *Policy Des Pract*, 1–15.
124. Stockwell T, Andreasson S, Cherpitel C, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Sherk A (2020) The burden of alcohol on health care during COVID-19. *Drug Alcohol Rev*, dar.13143.
125. Narasimha VL, Shukla L, Mukherjee D, Menon J, Huddar S, Panda UK, Mahadevan J, Kandasamy A, et al (2020) Complicated Alcohol Withdrawal – An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf* 55, 350–3.
126. Rossow I (2002) The strike hits: the 1982 wine and liquor monopoly strike in Norway and its impact on various harm indicators. In: *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Harm When Alcohol Controls Change?*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki, pp 133–44.
127. Matzopoulos R, Walls H, Cook S, London L (2020) South Africa's COVID-19 Alcohol Sales Ban: The Potential for Better Policy-Making. *Int J Health Policy Manag*, 1.
128. Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, Serafim RB, Stevens RD (2015) Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 350, h2538–h2538.
129. Ahmed S, Khaium MO, Tazmeem F (2020) COVID-19 lockdown in India triggers a rapid rise in suicides due to the alcohol withdrawal symptoms: Evidence from media reports. *Int J Soc Psychiatry*, 20764020938809.
130. Varma RP (2020) Alcohol withdrawal management during the Covid-19 lockdown in Kerala. *Indian J Med Ethics V*, 105–6.
131. Wicki M, Gmel G (2011) Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug Alcohol Depend* 118, 209–15.
132. Nadkarni A, Kapoor A, Pathare S (2020) COVID-19 and forced alcohol abstinence in India: The dilemmas around ethics and rights. *Int J Law Psychiatry* 71, 101579.
133. Lange S, Probst C, Rehm J (2020) Coronavirus disease 2019 crisis and intentional injuries: now is not the time to erode alcohol control policies. *Can J Public Health*. doi:10.17269/s41997-020-00391-6.
134. CNN Philippines Staff (2020) Manila to lift liquor ban on Monday. *cnn*. Available at: <https://www.cnnphilippines.com/news/2020/6/6/manila-liquor-ban-lifted.html> [Accessed October 9, 2020].

135. France-Presse A (2020) Alcohol sales banned in Greenland capital during lockdown. *The Guardian*. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/29/alcohol-sales-banned-in-greenland-capital-during-lockdown> [Accessed October 9, 2020].
136. Sumaira F Georgia Bans Alcohol Sales During Coronavirus Lockdown. *UrduPoint*. Available at: <https://www.urdupoint.com/en/world/georgia-bans-alcohol-sales-during-coronavirus-879669.html> [Accessed October 9, 2020].
137. Alcohol Policy Information System (APIS) (2020) State Alcohol-Related Laws During the COVID-19 Emergency for On-Premise and Off-Premise Establishments as of August 15, 2020, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
138. Warnica R (2020) Ontario urges bars, restaurants to close amid COVID-19 pandemic, hours after telling public they could stay open. *Natl Post*. Available at: <https://nationalpost.com/news/ontario-government-moves-to-protect-workers-affected-by-covid-19> [Accessed September 11, 2020]
139. ABC News (2020) Cafes, restaurants and pub dining to resume in Victoria from June. Available at: <https://www.abc.net.au/news/2020-05-17/victoria-coronavirus-cafes-restaurants-pub-dining-to-reopen/12256306> [Accessed September 11, 2020].
140. NordAN (2020) Alcohol restrictions amid COVID-19 virus outbreak | Nordan. Available at: <https://nordan.org/alcohol-restrictions-amid-covid-19-virus-outbreak/> [Accessed September 8, 2020].
141. Braillon A (2020) Alcohol control and the COVID-19 crisis on the other side of the Atlantic. *Can J Public Health*. doi:10.17269/s41997-020-00401-7.
142. Ntakuka W (2020) The Alcohol Policy Situation in East Africa During COVID-19. *Movendi Int*. Available at: <https://movendi.ngo/blog/2020/06/29/alcohol-policy-situation-in-east-africa-during-covid-19/> [Accessed September 7, 2020].
143. Neufeld M, Lachenmeier DW, Ferreira-Borges C, Rehm J (2020) Is Alcohol an “Essential Good” During COVID-19? Yes, but Only as a Disinfectant! *Alcohol Clin Exp Res* 44, 1906–9.
144. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, Rehm J (2020) National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health* 5, e51–61.
145. Institute of Alcohol Studies What is the economic contribution of the alcohol industry? Available at: <http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/The-alcohol-industry/Factsheets/What-is-the-economic-contribution-of-the-alcohol-industry.aspx> [Accessed October 9, 2020].
146. Reynolds J, Wilkinson C (2020) Accessibility of ‘essential’ alcohol in the time of COVID-19: Casting light on the blind spots of licensing? *Drug Alcohol Rev* 39, 305–8.
147. Bakke Ø, Endal D (2010) Vested Interests in Addiction Research and Policy Alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa: Alcohol policies out of context. *Addiction* 105, 22–8.
148. Miller D, Harkins C, Schlögl M, Montague B (2018) *Impact of Market Forces on Addictive Substances and Behaviours: The Web of Influence of the Addictive Industries*, First Edition, Oxford University Press, New York, NY.
149. Bond L, Daube M, Chikritzhs T (2010) Selling addictions: Similarities in approaches between Big Tobacco and Big Booze. *Australas Med J* 3, 325–32.
150. Dür A, De Bièvre D (2007) The Question of Interest Group Influence. *J Public Policy* 27, 1–12.
151. Swanson C, Wingerter J (2020) How lobbyists and panicked Denverites kept liquor stores and marijuana dispensaries open during coronavirus. *Denver Post*. Available at: <https://www.denverpost.com/2020/04/13/denver-liquor-marijuana-essential-businesses-coronavirus/> [Accessed September 16, 2020].
152. Claughton D (2020) Can bottle shops remain open amid moves to limit the spread of COVID-19? Available at: <https://www.abc.net.au/news/rural/2020-03-26/can-bottle-shops-remain-open-while-stopping-coronavirus-spread/12093004> [Accessed September 11, 2020].
153. spiritsEUROPE (2020) spiritsEUROPE launches fit for recovery plan. *Spirit Press Releases*. Available at: <https://spirits.eu/media/press-releases/spiritseurope-launches-fit-for-recovery-plan> [Accessed October 11, 2020]
154. spiritsEUROPE (2020) Covid 19: 10-Point Action Plan. Available at: [https://spirits.eu/upload/files/publications/GEN.DOC-013b-2020%20COVID%2010%20Point%20ACTION%20PLAN\\_FINAL.pdf](https://spirits.eu/upload/files/publications/GEN.DOC-013b-2020%20COVID%2010%20Point%20ACTION%20PLAN_FINAL.pdf) [Accessed September 17, 2020].
155. The Brewers of Europe (2020) COVID19: Letter to EU, ECB & Finance Ministers on support to hospitality sector and supply chain. *Brew Eur Media Cent*. Available at: [http://www.brewersofeurope.eu/site/media-centre/post.php?doc\\_id=988](http://www.brewersofeurope.eu/site/media-centre/post.php?doc_id=988) [Accessed September 17, 2020].

156. The European Parliament Beer Club (2020) Urgent support of the hospitality sector needed, calls cross-party group of MEPs in letter to the Executive Vice-President of the European Commission. Available at: <https://www.epbeerclub.eu/urgent-support-of-the-hospitality-sector-needed/> [Accessed September 13, 2020].
157. UK Spirits Alliance reacts to the Chancellor's update (2020) UK Spirits Alliance. Available at: <https://spiritsuk.co.uk/uk-spirits-alliance-reacts-to-the-chancellors-update/> [Accessed October 11, 2020].
158. Listen: Alcohol Industry Wants 6 Months Cut On Drink VAT Rate (2020) Kfm Radio. Available at: <https://kfmradio.com/news/10072020-0914/listen-alcohol-industry-wants-6-months-cut-drink-vat-rate> [Accessed October 11, 2020].
159. spiritsEUROPE (2020) New global survey shows drinking down in lockdown. Spirit – PRESS RELEASES. Available at: <https://spirits.eu/media/press-releases/new-global-survey-shows-drinking-down-in-lockdown> [Accessed September 16, 2020].
160. DrinkWise Australia (2020) The importance of moderation during COVID-19. Drink Aust. Available at: <https://drinkwise.org.au/drinking-and-you/the-importance-of-moderation-during-covid-19/> [Accessed September 26, 2020].
161. Mokgobu A (2020) Beer Association calls for moderate, responsible drinking. Jacar FM. Available at: <https://www.jacarandafm.com/news/news/beer-association-calls-moderate-responsible-drinking/> [Accessed September 26, 2020].
162. Wine in Moderation (2020) Events – Wine in Moderation spreads positive messages during quarantine. Wine Moderate. Available at: <https://www.wineinmoderation.eu/sv/events/Wine-in-Moderation-spreads-positive-messages-during-quarantine.2041/> [Accessed October 12, 2020].
163. Heineken (2020) Back to the Bars, latest edition of #SocialiseResponsibly. Back Bars Latest Ed Social. Available at: <https://www.theheinekencompany.com/newsroom/back-to-the-bars-latest-edition-of-heineken-socialiseresponsibly/> [Accessed October 12, 2020].
164. Portman Group (2020) Portman Group research shows Brits continue to moderate their drinking under lockdown. Available at: <https://www.portmangroup.org.uk/portman-group-research-shows-brits-continue-to-moderate-their-drinking-under-lockdown/> [Accessed October 12, 2020].
165. International Alliance for Responsible Drinking, IARD (2020) Almost one in three drinkers consuming less alcohol under COVID-19 shutdowns, Global survey finds. Available at: <https://iard.org/press/ALMOST-ONE-IN-THREE-DRINKERS-CONSUMING-LESS-ALCOHO> [Accessed August 16, 2020].
166. Premier's Office, Western Australia (2020) COVID-19 response: Temporary changes to takeaway alcohol. Gov West Aust Media Statements. Available at: <https://www.mediastatements.wa.gov.au/Pages/McGowan/2020/03/COVID-19-response-Temporary-changes-to-takeaway-alcohol.aspx> [Accessed July 12, 2020].
167. Keric D, Stafford J (2020) Alcohol industry arguments for putting profit before health in the midst of a pandemic: The Western Australian experience. Drug Alcohol Rev, dar.13147.
168. Cave T (2020) Pandemic proves opportunity for industry power grab. Bur Investig Journal. Available at: <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2020-06-24/coronavirus-pandemic-proves-opportunity-for-industry-power-grab> [Accessed July 13, 2020].
169. Heineken (2020) TIGER® beer launches #SUPPORTOURSTREETS initiative in Asia. Heineken Newsroom. Available at: <https://www.theheinekencompany.com/newsroom/tiger-beer-launches-supportourstreets-initiative-across-asia/> [Accessed October 12, 2020].
170. Business Wire (2020) 10th Annual Responsib'ALL Day: Pernod Ricard Announces That Its Facilities Have Surpassed Production of 3.5 Million Liters of Pure Alcohol to Produce Over 100 Million 50cl Units of Hand Sanitizer. Bus Wire News. Available at: <https://www.businesswire.com/news/home/20200603005902/en/10th-Annual-Responsib%E2%80%99ALL-Day-Pernod-Ricard-Announces> [Accessed September 11, 2020].
171. The IARD Editorial Team (2020) Corporate Social Responsibility activations around the world – The IARD Digest – March 2020 – CORONAVIRUS SPECIAL. Just-Drinks Anal. Available at: [https://www.just-drinks.com/analysis/corporate-social-responsibility-activations-around-the-world-the-iard-digest-march-2020-coronavirus-special\\_id130583.aspx](https://www.just-drinks.com/analysis/corporate-social-responsibility-activations-around-the-world-the-iard-digest-march-2020-coronavirus-special_id130583.aspx) [Accessed September 11, 2020].
172. Porter ME, Kramer MR (2002) The competitive advantage of corporate philanthropy. Harv Bus Rev 80, 56–68, 133.
173. Distilled Spirits Council of the United States (2020) Ohio House Passes Bill Allowing Sunday Spirits Sales Statewide. Distill Spirits Counc U S Media Cent. Available at: <https://www.distilledspirits.org/news/ohio-house-passes-bill-allowing-sunday-spirits-sales-statewide/> [Accessed August 27, 2020].

174. Deslatte M (2020) Bar Owners Sue Louisiana Governor Over Virus Restrictions. US News World Rep. Available at: <https://www.usnews.com/news/best-states/louisiana/articles/2020-07-28/louisiana-suspends-4-bar-permits-says-violated-virus-rules> [Accessed September 17, 2020].
175. Maroney P (2020) Center releases new paper addressing Covid-19, recent alcohol de-regulations. Cent Alcohol Policy. Available at: <https://www.centerforalcoholpolicy.org/2020/06/09/center-releases-new-essay-addressing-covid-19-recent-alcohol-de-regulations/> [Accessed September 17, 2020].
176. Siddiqui F (2020) Uber Eats is delivering cocktails directly to customers, but isn't carding or following the rules. Wash Post. Available at: <https://www.washingtonpost.com/technology/2020/04/21/uber-eats-cocktails-coronavirus/> [Accessed September 17, 2020].
177. De Geer A (2020) Debattinlägg – Alkoholmonopolet måste utvecklas. SVL – Sprit Vinleverantörsföreningen. Available at: <https://www.svl.se/debattinlagg-alkohol-monopolet-maste-utvecklas/> [Accessed October 12, 2020].
178. Alcohol Beverages Australia (2020) Worst month on record for Australian beer, wine, spirits producers: ABA covid report. Alcohol Beverages Aust. Available at: <https://www.alcoholbeveragesaustralia.org.au/worst-month-on-record-for-australian-beer-wine-spirits-producers-aba-covid-report/> [Accessed September 16, 2020].
179. PerthNow (2020) Australian beer tax: calls to scrap August increase in alcohol levy. PerthNow. Available at: <https://www.perthnow.com.au/news/australia/australian-beer-tax-calls-to-scrap-august-increase-in-alcohol-levy-c-1147919> [Accessed September 16, 2020].
180. Magnusson D, Kroon GM, Bergenståhl B (2020) Mikrobryggerierna blöder – tillåt direktförsäljning. ATL. Available at: <https://www.atl.nu/debatt/mikrobryggerierna-bloder-tillat-direktforsaljning/> [Accessed September 16, 2020].
181. Gangitano A (2020) Coronavirus brings quick changes to state alcohol laws. The Hill. Available at: <https://thehill.com/business-a-lobbying/business-a-lobbying/490514-coronavirus-brings-quick-changes-to-state-alcohol> [Accessed September 16, 2020].
182. Olle E (2020) COVID should drive excise cuts for beer in 2020-21 federal budget, brewers say. 7NEWS.com.au. Available at: <https://7news.com.au/lifestyle/health-wellbeing/covid-should-drive-excise-cuts-for-beer-in-2020-21-federal-budget-brewers-say-c-1350351> [Accessed October 5, 2020].
183. The Canadian Press (2020) Groups call for urgent action to help restaurant industry amid COVID-19. CTV News. Available at: <https://www.ctvnews.ca/business/groups-call-for-urgent-action-to-help-restaurant-industry-amid-covid-19-1.5031636> [Accessed September 18, 2020].
184. UK Spirits Alliance (2020) Our campaign #BackBritish. UK Spirits Alliance. Available at: <https://spiritsuk.co.uk/back-spirits/> [Accessed September 18, 2020].
185. Miller PG, Kypri K, Chikritzhs TN, Skov SJ, Rubin G (2009) Health experts reject industry-backed funding for alcohol research. Med J Aust 190, 713; discussion 714.
186. Alcohol Beverages Australia (n.d.) Taxation & Pricing. Alcohol Beverages Aust. Available at: <https://www.alcoholbeveragesaustralia.org.au/information/taxation-pricing/> [Accessed September 17, 2020].
187. Stockwell T (2017) Minimum unit pricing for alcohol: the most cost-effective of cancer prevention strategies? Expert Rev Anticancer Ther 17, 981–3.
188. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangart F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2020) Alcohol, Pregnancy and Infant Health – a Shared Responsibility, Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF, CERA & IOGT-NTO, Stockholm.
189. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangart F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2019) Alcohol and Older People: A Survey of Swedish and International Research, Swedish Society of Medicine, Swedish Society of Nursing, CERA & IOGT-NTO, Stockholm.
190. Egerton-Warburton D, Gosbell A, Moore K, Wadsworth A, Richardson D, Fatovich DM (2018) Alcohol-related harm in emergency departments: a prospective, multi-centre study: Alcohol-related harm in EDs. Addiction 113, 623–32.
191. Egerton-Warburton D, Gosbell A, Wadsworth A, Moore K, Richardson DB, Fatovich DM (2016) Perceptions of Australasian emergency department staff of the impact of alcohol-related presentations. Med J Aust 204, 155–155.
192. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U (2009) The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. Subst Abuse Treat Prev Policy 4, 20.
193. Collins DJ, Lapsley HM, University of New South Wales, National Drug Strategy (Australia), Australia, Department of Health and Ageing (2008) The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society in 2004/05, Dept. of Health and Ageing, Canberra.

194. Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD (2011) Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006. *Am J Prev Med* 41, 516–24.
195. Nelson TF, Xuan Z, Babor TF, Brewer RD, Chaloupka FJ, Gruenewald PJ, Holder H, Klitzner M, et al (2013) Efficacy and the Strength of Evidence of U.S. Alcohol Control Policies. *Am J Prev Med* 45, 19–28.
196. Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E (2020) The Effects of Alcohol Warning Labels on Population Alcohol Consumption: An Interrupted Time Series Analysis of Alcohol Sales in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs* 81, 225–37.
197. Weerasinghe A, Schoueri-Mychasiw N, Vallance K, Stockwell T, Hammond D, McGavock J, Greenfield TK, Paradis C, Hobin E (2020) Improving Knowledge that Alcohol Can Cause Cancer is Associated with Consumer Support for Alcohol Policies: Findings from a Real-World Alcohol Labelling Study. *Int J Environ Res Public Health* 17, 398.
198. WHO Europe (n.d.) Q&A – How can I drink alcohol safely? World Health Organ Reg Off Eur. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics/q-and-a-how-can-i-drink-alcohol-safely> [Accessed October 12, 2020].
199. GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018) Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 392, 1015–35.
200. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2014) Evidence about health effects of “moderate” alcohol consumption. In: *Alcohol and Society*, vol 2014, IOGT-NTO & The Swedish Society of Medicine, Stockholm, pp 6–23.
201. Kaplan LM, Nayak MB, Greenfield TK, Karriker-Jaffe KJ (2017) Alcohol’s Harm to Children: Findings from the 2015 United States National Alcohol’s Harm to Others Survey. *J Pediatr* 184, 186–92.
202. Nayak MB, Patterson D, Wilsnack SC, Karriker-Jaffe KJ, Greenfield TK (2019) Alcohol’s Secondhand Harms in the United States: New Data on Prevalence and Risk Factors. *J Stud Alcohol Drugs* 80, 273–81.
203. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD (2015) 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *Am J Prev Med* 49, e73–9.
204. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2015) Second-hand effects of alcohol consumption – can we prevent harm to others? In: *Alcohol and Society*, vol 2015, IOGT-NTO & The Swedish Society of Medicine, Stockholm, pp 6–53.
205. Blanchette JG, Chaloupka FJ, Naimi TS (2019) The Composition and Magnitude of Alcohol Taxes in States: Do They Cover Alcohol-Related Costs? *J Stud Alcohol Drugs* 80, 408–14.
206. Ericson L, Magnusson L, Hovstadius B (2017) Societal costs of fetal alcohol syndrome in Sweden. *Eur J Health Econ* 18, 575–85.
207. Popova S, Lange S, Burd L, Rehm J (2014) Canadian Children and Youth in Care: The Cost of Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Child Youth Care Forum* 43, 83–96
208. Wada R, Chaloupka FJ, Powell LM, Jernigan DH (2017) Employment impacts of alcohol taxes. *Prev Med* 105, S50–5.
209. Connolly K, Bhattacharya A, Lisenkova K, McGregor PG (2019) Can a policy-induced reduction in alcohol consumption improve health outcomes and stimulate the UK economy?: A potential ‘double dividend’. *Drug Alcohol Rev* 38, 554–60.
210. Bilal B, Saleem F, Fatima SS (2020) Alcohol consumption and obesity: The hidden scare with COVID-19 severity. *Med Hypotheses* 144, 110272.
211. Tan Y, Li X, Prabhu SD, Brittan KR, Chen Q, Yin X, McClain CJ, Zhou Z, Cai L (2012) Angiotensin II plays a critical role in alcohol-induced cardiac nitrate damage, cell death, remodeling, and cardiomyopathy in a protein kinase C/nicotinamide adenine dinucleotide phosphate oxidase-dependent manner. *J Am Coll Cardiol* 59, 1477–86.
212. Kaphalia L, Calhoun WJ (2013) Alcoholic lung injury: metabolic, biochemical and immunological aspects. *Toxicol Lett* 222, 171–9.
213. Kershaw CD, Guidot DM (2008) Alcoholic lung disease. *Alcohol Res Health* 31, 66–75.

9 786162 716263



**Centrum för Utbildning och forskning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA)**

Göteborgs universitet  
Box 500, 405 30 Göteborg  
[www.cera.gu.se](http://www.cera.gu.se)

**Alkohol & Samfund**

Höfdingsvej 36, stuen  
2500 Valby  
Danmark  
[www.alkohologsamfund.dk](http://www.alkohologsamfund.dk)

**Sveriges Blåbandsförbund**

Dag Hammarskjölds väg 14  
115 27 Stockholm  
[www.blabandet.se](http://www.blabandet.se)

**Svensk förening för allmänmedicin**

Box 503  
114 11 Stockholm  
[www.sfam.se](http://www.sfam.se)

**Hela Människan**

Rehngatan 20, 6 tr,  
113 57 Stockholm  
[www.helamanniskan.se](http://www.helamanniskan.se)

**Sveriges Frikyrko-samråd**

Gustavslundsvägen 18  
167 14 Bromma

**Stiftelsen Ansvar För Framtiden**

Byängsgränd 8  
120 40 Årsta  
[www.ansvarforframtiden.se](http://www.ansvarforframtiden.se)

**IOGT-NTO**

Box 12825  
112 97 Stockholm  
[www.iogt.se](http://www.iogt.se)

**SIGHT Kungliga Vetenskapsakademien**

Box 50005  
104 05 STOCKHOLM  
[www.sight.nu](http://www.sight.nu)

**Svensk sjuk-sköterskeförening**

Baldersgatan 1  
114 27 Stockholm  
[www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

**MA – Rusfri Trafikk**

Postboks 752 Sentrum  
0106 Oslo  
Norge  
[www.marusfritrafikk.no](http://www.marusfritrafikk.no)

**Movendi International**

Klara Södra kyrkogata 20  
111 52 STOCKHOLM  
[www.movendi.ngo](http://www.movendi.ngo)

**Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan**

Torggata 1  
0181 Oslo  
Norge  
[www.actis.no](http://www.actis.no)

**MHF**

Byängsgränd 8  
120 40 Årsta  
[www.mhf.se](http://www.mhf.se)

**Svensk förening för beroendemedicin**

Blekingegatan 59  
116 62 STOCKHOLM  
[svenskberoendemedicin.se](http://svenskberoendemedicin.se)