

ข้อเท็จจริงและตัวเลข

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

พ.ศ. 2562-2564

//////
Facts and Figures
Alcohol in Thailand 2019-2021



สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย
พลเทพ วิจิตรคุณากร
บรรณาธิการ



ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2565

Facts and Figures Alcohol in Thailand 2019–2021

สาวิตรี อัมณางค์กรชัย
พลเทพ วิจิตรคุณากร
บรรณาธิการ

ข้อเท็จจริงและตัวเลข

Facts and Figures Alcohol in Thailand 2019–2021

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2565

ISBN 978-616-271-712-3

บรรณาธิการ

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี	อำนวยการช่วย	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.นพ.พลเทพ	วิจิตรคุณากร	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผกามาศ	อรุณสวัสดิ์	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
--------	-------------	--

คณะผู้เขียน

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี	อำนวยการช่วย	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.นพ.พลเทพ	วิจิตรคุณากร	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.นพ.อุดมศักดิ์	ชาญใจ	: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.วิทย์	วิชัยดิษฐ์	: สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.นพ.มูฮัมหมัดฟาห์มี	ตาละ	: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร.ดาริกา	ใสงาม	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.จิราลักษณ์	นนทาร์ักษ์	: ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ภญ.อรทัย	วสิวงศ์	: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
จินตนา	จันทร์โคตรแก้ว	: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.ศรีรัช	ลามใหญ่	: หน่วยวิชาการบ่มเพาะเครือข่ายนักจัดการปัจจัยเสี่ยง
กนิษฐา	ไทยกล้า	: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โคภิต	นาสืบ	: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
รศ.นพ.มล.ทยา	กิตติยากร	: สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.ศรัญญู	ชูศรี	: หน่วยโรคติดเชื้อ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.นพ.พलय	ชี้เจริญ	: หน่วยโรคหัวใจ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.นพ.อธิป	ตันอารีย์	: โรงพยาบาลศรีธัญญา
ผศ.พญ.อรพรรณ	พุมณีโชติ	: สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.ภญ.มนตร์ดี	ถาวรเจริญทรัพย์	: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.รัศมี	โชติพันธุ์วิทยากุล	: สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ทพญ.กนิษฐา	บุญธรรมเจริญ	: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
ผกามาศ	อรุณสวัสดิ์	: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รูปเล่ม : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(พัชรินทร์ โพธิ์ทอง)

ปก : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(วิสรวิชัย แดงอ่อน)

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2565

จำนวน : จำนวน 1,000 เล่ม

จัดพิมพ์และจัดทำโดย

แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

☎ 0-7445-1165

🌐 <http://cas.or.th>

📘 <http://www.facebook/cas.org.th>

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ออกแบบโดย

หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

☎ 0-7445-1148

☎ 0-7421-2900

✉ book_unit@medicine.psu.ac.th

📘 <https://www.facebook.com/PSUmedicalbookshop>



คำนำ

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เป็นหน่วยงานทางวิชาการที่สร้างและจัดการองค์ความรู้ พัฒนากลไกการประสานและศักยภาพทางวิชาการ เพื่อสนับสนุนกระบวนการจัดการกับปัญหา จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการสนับสนุนทุนวิจัย จัดเวทีสัมมนา และมีผลงานทางวิชาการต่าง ๆ มากมาย รวมถึงเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผ่านทางหนังสือ บทความ รายงานวิจัย อินโฟกราฟิก และสื่อมัลติมีเดีย เป็นต้น

เนื่องด้วยการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบกับ โครงสร้างของประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประชาชนไทยมีความแตกต่างจากในอดีตที่ผ่านมา ชุดหนังสือนี้จึงจัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ ในประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับแบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในบทที่ 1 กระแสโฆษณาและการตลาด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบทที่ 2 นอกจากนี้ยังมีบทที่ 3 ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมของ การดื่มสุรา และบทที่ 4 นโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นเนื้อหา ของหนังสือข้อเท็จจริงและตัวเลข ปี พ.ศ. 2562-2564 โดยเน้นการนำเสนอในรูปแบบแผน ภาพประกอบ เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย

ทั้งนี้ ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ในภาคส่วนต่าง ๆ โดยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้อ้างอิง วางแผนการควบคุม ส่งเสริม และป้องกันปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยต่อไปได้ในอนาคต

คณะผู้จัดทำ
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1	
แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรไทย	1
บทนำ	1
1.1 ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3
1.2 นักดื่มปัจจุบัน	5
1.3 ประชากรไทยที่ไม่ดื่มสุรา	7
1.4 นักดื่มหน้าใหม่	9
1.5 นักดื่มประจำและนักดื่มหนัก	11
1.6 แนวโน้มอัตราความชุกการดื่มสุราของประชากรไทย	13
1.7 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย	16
1.8 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปี	18
1.9 นักดื่มวัยรุ่นและนักดื่มเยาวชน	20
1.10 นักดื่มวัยเรียน	22
1.11 นักดื่มหญิง	25
1.12 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มไทยนิยมดื่ม	26
1.13 การดื่มสุรานอกระบบภาษี	28
1.14 ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของนักดื่มไทย	29
1.15 สถานที่ซื้อและดื่มสุรา	30
1.16 ระดับเศรษฐฐานะกับการดื่มสุรา	32
1.17 จังหวัดของนักดื่ม	35
1.18 นักดื่มไทยในสถานการณ์โควิด-19	37
1.19 นักดื่มไทยท่ามกลางบริบทสากล	39
บทที่ 2	
กระแสโฆษณาและการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	43
2.1 การเปลี่ยนแปลงของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	43
2.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระแสใหม่	47
2.3 ผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคกลุ่มใหม่และผลิตภัณฑ์มุ่งเป้ากลุ่มผู้หญิง	52

สารบัญ

หน้า

2.4	การตลาดเครื่องตีมแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์	57
2.5	การรับรู้และความคิดเห็นต่อการโฆษณาเครื่องตีมแอลกอฮอล์	63

บทที่ 3 ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมของการตีมสุรา 69

3.1	บทนำ	69
3.2	โรคมะเร็ง	71
3.3	โรคของระบบทางเดินอาหารและตับ	73
3.4	โรคติดเชื้อ	76
3.5	โรคหัวใจและหลอดเลือด	77
3.6	โรคสมองเสื่อม	80
3.7	ผลกระทบจากการตีมสุราในมุมมองด้านการดูแลแบบประคับประคอง	82
3.8	การบาดเจ็บ	84
3.9	อุบัติเหตุทางถนน	86
3.10	ผลกระทบทางสังคม	88
3.11	ความรุนแรงและคดีอาชญากรรม	91
3.12	ต้นทุนทางสังคมจากการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์	93
3.13	อุปสรรคต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน	96
3.14	ผลกระทบจากการตีมสุราต่อผู้อื่น	97
3.15	ผลกระทบจากการตีมสุราต่อผู้อื่น ข้อมูลจากสถานitäารวจและห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล	100
3.16	ภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับการตีมสุรา	103
3.17	ผลกระทบทางสุขภาพอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์	105

บทที่ 4 มาตรการและนโยบายควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ 109

4.1	บทนำ: มาตรการและนโยบายควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ตามกรอบนโยบาย SAFER	109
4.2	การควบคุมและจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องตีมแอลกอฮอล์	111

สารบัญ

	หน้า
4.3 การควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มสุรา	112
4.4 การเข้าถึงระบบบริการคัดกรองและการบำบัดรักษา ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา	114
4.5 การใช้เครื่องหมายการค้าที่คล้ายคลึงกับเครื่องหมาย ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตราเสมือน)	116
4.6 ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านมาตรการทางภาษีและราคา	119
4.7 การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา	122
4.8 ทักษะคติของประชาชนต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	128

บทสรุปผู้บริหาร

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง การดื่มสุราอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และผลกระทบต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสังคมได้ เริ่มตั้งแต่ การเกิดภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication) ซึ่งเกิดขึ้นจากการดื่มในปริมาณที่มากเกินไป ทำให้ร่างกายและจิตใจผิดปกติไปจากเดิม ไปจนกระทั่งการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วยต่าง ๆ กว่า 230 ประเภท เช่น โรคตับแข็ง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางจิตประสาท เป็นต้น และเป็นที่แน่นอนว่า ย่อมส่งผลกระทบต่อสังคมจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน หากผู้บริโภคดื่มแล้วขับ รวมไปถึงการทะเลาะวิวาท และการทำร้ายร่างกายได้^{A,1}

อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การดื่มสุราทำให้เกิดโทษหลายประการ แต่ก็ยังมีผู้ดื่มสุราอยู่จำนวนหนึ่งในประเทศไทย โดยสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) และโครงสร้างของประชากร นอกจากนี้ ด้วยการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางสื่อสังคมออนไลน์ และกิจกรรมการตลาดที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ในรูปแบบข้อความ คำสแลง รูปภาพ หรือสื่อมัลติมีเดียต่าง ๆ ที่สามารถพบเห็นได้บ่อยในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเพชบุรี ไลน์ อินสตราแกรม ทวิตเตอร์ และดีด็อก เป็นต้น รวมทั้งการใช้ตราเสมือน และการให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมสุรา

^A World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0/IGO.

^B กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

¹ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). โทษ พิษ ภัย ของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ส่งผลให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่และผู้ดื่มมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ² จึงเป็นที่มาของการกำหนดหรือปรับแก้นโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ ของประเทศไทยเพื่อควบคุม ป้องกัน และลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 เป็นต้น นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 และแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2564-2570 ถึงแม้จะมีกฎหมายเพื่อบังคับใช้ดังกล่าวข้างต้นแล้ว แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากมีความซับซ้อนและล่าช้าต่อการดำเนินการ³ ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุนี้ ประชาชนควรมีความรู้และตระหนักถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น โดยการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หนังสือเล่มนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลความรู้ในบทความต่าง ๆ ดังนี้

บทที่ 1 แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย

ในระยะสามปีล่าสุด พ.ศ. 2562-2564 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ สถานการณ์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน สถานที่ซื้อและดื่มสุรา เศรษฐฐานะของผู้ดื่ม ตลอดจนนักดื่มไทยในสถานการณ์โควิด-19 โดยพบว่า นักดื่มปัจจุบันใน 12 เดือนที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนใกล้เคียงกับในปี พ.ศ. 2560 (15,966,498 คน หรือร้อยละ 28.00 ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2564 เทียบกับ 15,897,265 คน หรือร้อยละ 28.41 ในปี พ.ศ. 2560) คาดว่า มีสาเหตุมาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุม จึงทำให้จำนวนนักดื่มปัจจุบันไม่เพิ่มขึ้น ส่วนนักดื่มหน้าใหม่หรือประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในชีวิตภายใน 3 ปีก่อนการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,381,449 คน คิดเป็นร้อยละ 5.93 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยนักดื่มหน้าใหม่เพศหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากกว่านักดื่มเพศชายอย่างเด่นชัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มนิยมดื่มมากที่สุดสามอันดับแรก คือ เบียร์ (ร้อยละ 55.96) สุราประเภทต่าง ๆ ได้แก่ สุราขาว/สุรากลั่นผสมสุราสี/สุราแดง และยาตองเหล้า/สุราจีน/วอดก้า/อื่น ๆ (ร้อยละ 40.98) และไวน์คูลเลอร์และสุราผสมน้ำผลไม้ (ร้อยละ 1.83) ตามลำดับ นักดื่มปัจจุบันเพศชายมีสัดส่วนเคยดื่มสุรานอกระบบภาษีสูงกว่า

² พรรณพิไล สุทธนะ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). สื่อโฆษณาแอลกอฮอล์ออนไลน์: ลึงชักนำเด็กและเยาวชนเข้าสู่วงจรนักดื่มหน้าใหม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 10(2); 248-59.

³ กนกอร งามนั้ และคณะ. (2563). ภาพรวมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สภาวชิร อัจฉนาถ์กรชัย และ อรทัย วลีวงศ์. รายงานสถานการณ์การดำเนินการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เพศหญิง สำหรับแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่า นักดื่มในปี พ.ศ. 2564 เสียค่าใช้จ่ายในการดื่มเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2560 เกือบ 2 เท่า และแนวโน้มของการซื้อเครื่องดื่มที่บ้านสูงมากขึ้นในช่วงรอบการสำรวจปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 สถานที่ซื้อสุราที่นิยมมากที่สุด คือ ร้านขายของชำ รองลงมา คือ ร้านสะดวกซื้อ/ซูเปอร์มาเก็ต เมื่อเทียบกับรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มเป็นอัตราส่วนต่อรายได้ของตนเองมากกว่าผู้มีรายได้สูงเป็นอย่างมาก อัตราการดื่มของประชากรที่อาศัยในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น นักดื่มปัจจุบันและนักดื่มหนักส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ในขณะที่นักดื่มสุรานอกระบบภาษีส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ภาคเหนือมีอัตราการดื่มสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดที่มีดัชนีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด 3 อันดับแรกของประเทศ ปี พ.ศ. 2564 ได้แก่ น่าน เชียงราย และแพร่ ส่วนสามจังหวัดที่มีดัชนีระดับความเสี่ยงต่ำสุด ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

บทที่ 2 กระแสโฆษณาและการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย แบ่งเป็นสินค้าผลิตในประเทศและนำเข้า กลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงสำเร็จพร้อมดื่มเริ่มพบเห็นในท้องตลาดมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา โดยเฉพาะกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสพร้อมดื่มบรรจุขวดและกระป๋อง สุราหมักหรือกลั่นพร้อมดื่มปรุงกลั่นรสผลไม้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสแบบอัดก๊าซ รวมทั้งกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม DIY (Do It Yourself) เครื่องมือสื่อสารการตลาดที่พบว่าถูกใช้มากที่สุดในการขับเคลื่อนการตลาดในประเทศไทย คือ ช่องทางออนไลน์ โดยเฉพาะการใช้ influencer marketing แนวโน้มความนิยมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงแต่งรส รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่โฆษณาว่ามีคุณค่าเพิ่ม (added-value) ต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวโน้มระดับโลก เช่น พลังงานต่ำ น้ำตาลต่ำหรือไม่มีน้ำตาล สินค้าพรีเมียมโลโก้ นอกจากนี้ สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ขยับฐานผู้บริโภคมุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้หญิงและ LGBTQ+ มากขึ้น โดยรูปแบบการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปัจจุบันเป็นการเชื่อมต่อผลานการตลาดออนไลน์ และออฟไลน์เข้าด้วยกัน เป็นการสร้างและขยายโอกาสทางธุรกิจ ผู้บริโภคได้รับสื่อแบบไม่มีการแบ่งแยกระหว่างออนไลน์และออฟไลน์ ผู้บริโภคไม่ต้องเลือกว่า จะซื้อจากร้านบนออนไลน์หรือออฟไลน์ เน้นการสร้างประสบการณ์ที่ดีเกินกว่าที่คาดหวังไว้ให้แก่ผู้บริโภค

ในประเด็นการรับรู้และความคิดเห็นต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผู้พบเห็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าการพบเห็นโฆษณาโชตาและน้ำดื่มที่ใช้ตราสินค้าเสมือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบริษัทเดียวกัน และยังพบว่า ผู้ที่พบเห็นการโฆษณาโชตาและน้ำดื่มที่มีโลโก้เสมือนก็ยังคงมีความอยากซื้อและอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบริษัทเดียวกันนั้นได้เช่นกันกับ

การพบเห็นตราสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น นั้นแสดงให้เห็นว่า การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสินค้าเครื่องดื่มอื่นที่ใช้ตราเสมือนมีอิทธิพลต่อการบริโภคของประชาชนเป็นอย่างมาก

บทที่ 3 ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมของการดื่มสุรา ผลกระทบของการดื่มสุราสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านหลัก คือ ผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบทางสังคม ในด้านสุขภาพการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคมะเร็ง โรคทางเดินอาหารและโรคตับ โรคติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น ส่วนทางด้านสังคมนั้น การดื่มสุราก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างหลายลักษณะ ทั้งแบบเฉียบพลัน เช่น ปัญหาการใช้ความรุนแรง ทะเลาะวิวาท และอาชญากรรมต่าง ๆ และปัญหาสังคมระยะยาวหรือเรื้อรัง เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้หญิงและเด็ก ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน และปัญหาความยากจน เป็นต้น ทั้งนี้ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อสังคมในภาพรวมสามารถวัดได้ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ผ่านการประเมิน “ต้นทุนทางสังคมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ซึ่งเป็นการประเมินความสูญเสียที่รัฐหรือสังคม ต้องแบกรับจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าความเสียหายจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ตลอดจนความสูญเสียจากการเสียชีวิตของผู้ดื่มก่อนวัยอันควร เป็นต้น นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 14 หัวข้อ อีกด้วย

บทที่ 4 นโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรอบนโยบาย SAFER เป็นกรอบข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับมาตรการลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับประเทศไทยมีมาตรการที่สอดคล้องกับกรอบนโยบาย SAFER อยู่ในกฎหมายสำคัญ 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และ พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2522 มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันมิให้ผู้บริโภคหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย ประกอบด้วย การควบคุมสถานที่ วันเวลา และวิธีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งในประเทศไทย มาตรการดังกล่าวถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยเกี่ยวกับการขั้ชียานพาหนะหลังการดื่มสุราที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2522 มาตรา 43

ตราสินค้าหรือแบรนด์ DNA สามารถทำให้เกิดความรู้สึก หรือความประทับใจโดยรวมต่อสินค้านั้น ๆ ขึ้นภายในจิตใจของผู้บริโภค โดยอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากการพบเห็นโฆษณา ภาพลักษณ์ขององค์กร และบุคลากรจากสินค้าและบริการ มาตรการที่กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เป็นมาตรการช่วยลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ

ในการประเมินผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาที่จัดขึ้นทุกปี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทยให้ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลจากการสำรวจพบว่า ประชากรไทยประมาณร้อยละ 80 เคยพบเห็นหรือรับรู้สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการงดเหล้าเข้าพรรษาประจำปี การรณรงค์มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยลดลงในช่วงปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต เหตุผลหลักสำหรับผู้ที่สามารถงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตลอดช่วงเข้าพรรษา คือ เป็นผู้ที่ยังดื่มน้อยเป็นประจำทุกปีอยู่แล้ว โดยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมา คือ เป็นคนที่ดื่มน้อยหรือไม่ค่อยดื่มอยู่แล้ว และความต้องการรักษาศีลในช่วงเข้าพรรษา ส่วนสาเหตุผู้ที่สามารถงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นบางช่วง พบว่า เกิดจากการมีคนชวนดื่มขัดไม่ได้ ความชอบเที่ยวสังสรรค์ และต้องไปงานเลี้ยง นอกจากนี้ยังมีประเด็นเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่า ข้อกฎหมายที่ประชาชนไทยมีการรับรู้ถูกต้องสูงกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การควบคุมสถานที่ห้ามจำหน่าย อายุขั้นต่ำ และช่วงเวลาที่สามารถจำหน่ายให้ได้ และมากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็นการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิงที่สำคัญซึ่งมีการอ้างถึงหลายครั้งในหนังสือเล่มนี้

^A World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

^B กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

บทที่

1 แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนไทย

1. บทนำ

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่คนนิยมดื่มมากทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะมีคนดื่มสุราอยู่จำนวนมาก แต่พบว่า จำนวนคนที่ไม่ดื่มกลับมีมากกว่า แบบแผนการดื่มสุราทั้งในด้านชนิดของเครื่องดื่มฯ ปริมาณ และพฤติกรรมการดื่มมีความแตกต่างกันตาม เพศ อายุ ศาสนา เศรษฐฐานะ ค่านิยมทางสังคม และสภาวะสุขภาพ นักดื่มกลุ่มที่มีฐานะดีอาจจะนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาแพง เช่น เหล้า ไวน์ หรือเบียร์นำเข้า ในขณะที่ผู้ติดสุราหรือนักดื่มที่มีฐานะยากจนอาจจะนิยมดื่มสุรานอกระบบภาษีมากกว่า เพราะมีราคาถูกกว่า ความชุกของการดื่มสุราในหญิงไทยต่ำกว่าในชายไทยเสมอมา ถึงแม้ว่าหญิงไทยจะมีแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันก็ตาม ซึ่งเป็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทั่วโลก

บทนี้จะกล่าวถึง แบบแผน จำนวน อัตราความชุกของการดื่มสุราลักษณะต่าง ๆ ในประชากรไทยในปัจจุบัน รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าเหล่านี้ในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา ข้อมูลส่วนใหญ่ที่รายงานได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของชุดโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และโครงการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งจัดทำขึ้นทุกสามปี โดยเสนอข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2560 และครั้งล่าสุด คือ พ.ศ. 2564^B รวมทั้งชุดโครงการสำรวจซ้ำอื่น ๆ เช่น ชุดโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2550 ถึงครั้งล่าสุดในปีการศึกษา 2563⁴ และการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการรับรู้มาตรการลดความเสี่ยงในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 พ.ศ. 2563 และ 2564 โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา⁵ เป็นต้น และข้อมูลปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของกรมสรรพสามิต (ภาพที่ 1.1.1)



➤ ภาพที่ 1.1.1

โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2560 และโครงการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

⁴ วิทย์ วิชัยดิษฐ, สาวิตรี อัมผางค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม, วลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์. (2564) การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการใช้สุรยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ปีการศึกษา 2563. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

⁵ Wichaidit W, Sittisombut M, Assanangkornchai S, Vichitkunakorn P. (2021). Self-reported drinking behaviors and observed violation of state-mandated social restriction and alcohol control measures during the COVID-19 pandemic: Findings from nationally-representative surveys in Thailand. Drug Alcohol Depend; 221:108607.

1.1 ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ดัชนีที่นิยมใช้ในการรายงานระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรทั่วไประดับประเทศ ซึ่งมักใช้เป็นตัวชี้วัดของผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศด้วย ได้แก่ จำนวนประชากร และอัตราความชุก (prevalence) ของประชากรที่ดื่มสุรากลักษณะต่าง ๆ เช่น นักดื่มปัจจุบัน นักดื่มประจำ นักดื่มหนัก และประชากรที่ไม่ดื่มสุรา เป็นต้น โดยค่าอัตราความชุกมักคิดเป็นร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด หรือแยกตามเพศ กลุ่มอายุ หรือปัจจัยอื่นที่น่าสนใจ ค่าความชุกนี้หมายถึง ลัดส่วนของจำนวนคนที่ดื่มสุราต่อจำนวนประชากรทั้งหมด ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ๆ โดยจำนวนคนที่ดื่มสุรา ณ ช่วงเวลานั้นอาจจะเป็นคนที่ดื่มมานานแล้วหรือเพิ่งเริ่มดื่มครั้งแรกในช่วงเวลานั้นก็ได้ ค่าความชุกจึงสะท้อนถึงขนาดของนักดื่มหรือปัญหาจากการดื่มสุราในขณะนั้น การลดค่าความชุกของนักดื่มปัจจุบันในแต่ละช่วงเวลามักจะเกิดจากการมีจำนวนคนที่หยุดหรือเลิกดื่มเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลานั้น ๆ และเมื่อเปรียบเทียบค่าความชุกนี้ในระยะเวลหลายปี ก็จะทราบถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของขนาดปัญหาในระยะยาว สามารถนำไปใช้ในการวางแผนควบคุมจำนวนนักดื่มสุราหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องได้

นอกจากนั้น ยังมีดัชนีในด้านปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประชาชนในประเทศบริโภคที่นิยมใช้เป็นตัวชี้วัดระดับประเทศด้วยเช่นกัน ได้แก่ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี (annual alcohol per capita consumption; APC) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปี และจำนวนกรัมของเอทานอลบริสุทธิ์ที่บริโภคต่อวัน (grams of pure ethanol per day)^A ค่าทั้งสามนี้มักใช้ในเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศ โดยปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศต่าง ๆ มักขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่น ศาสนา ธรรมเนียมการดื่มสุรา บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนในประเทศนั้นนิยมดื่ม และจำนวนประชากรที่ไม่ดื่มสุราของประเทศนั้น

อัตราส่วนระหว่างค่าปริมาณการบริโภคต่อหัวนักดื่มกับปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากรจะขึ้นกับความชุกของนักดื่มปัจจุบัน ในประเทศที่มีจำนวนประชากรที่ไม่ดื่มสุราในปัจจุบัน (current abstainer) สูง อัตราส่วนนี้จะมีค่าสูงมาก ซึ่งแสดงว่า ประเทศนั้นมีประชากรนักดื่มปัจจุบันต่ำ แต่ผู้ที่เป็่นนักดื่มส่วนใหญ่มักจะดื่มในปริมาณที่สูงมาก การใช้ทั้งดัชนีด้านความชุกและปริมาณการบริโภคร่วมกันจึงบ่งบอกถึง สถานการณ์ด้านแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศได้ดีกว่าการใช้ดัชนีใดดัชนีหนึ่งเพียงตัวเดียว

ในแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2564-2570⁶ ได้กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายด้านแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้สี่ตัว และตัวชี้วัดเป้าหมายด้านผลกระทบจากการบริโภคอีกหนึ่งตัว ได้แก่

1. ความชุกของนักดื่มปัจจุบัน ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ความชุกของนักดื่มปัจจุบันที่เป็นวัยรุ่น (อายุ 15 ถึง 19 ปี) ในประชากรวัยรุ่น
3. ความชุกของนักดื่มหนักในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
4. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ (ลิตรของเอธานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากรต่อปี
5. จำนวนการป่วย บาดเจ็บ และตาย ด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-attributable morbidities and mortalities)

นิยามของดัชนีวัดระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรทั่วไปของประเทศ

- **อัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบัน (Prevalence of current drinkers):** ร้อยละของผู้ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน (หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับประมาณ 10 กรัมแอลกอฮอล์โดยน้ำหนัก) ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจแต่ละครั้ง ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ
- **ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี (Total annual alcohol per capita consumption; APC):** ปริมาณเฉลี่ยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกชนิดที่ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (รวมทั้งประชากรผู้ดื่มในปัจจุบันและประชากรที่ไม่ดื่มสุรา) หนึ่งคนบริโภคในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทิน โดยคิดเป็นจำนวนลิตรของเอธานอลบริสุทธิ์
- **ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปี (Total annual consumption per drinker):** ปริมาณเฉลี่ยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกชนิด ที่นักดื่มปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่รวมประชากรที่ไม่ดื่มสุรา) หนึ่งคนบริโภคในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทิน โดยคิดเป็นจำนวนลิตรของเอธานอลบริสุทธิ์
- **จำนวนกรัมของแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวัน (Grams of pure ethanol per day):** ปริมาณเฉลี่ยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปหนึ่งคน หรือนักดื่มหนึ่งคนดื่มต่อวัน โดยคิดเป็นน้ำหนักของเอธานอลบริสุทธิ์ ซึ่งใช้หน่วยวัดเป็นกรัม คำนี้อาจคำนวณได้จาก จำนวนลิตรของเอธานอลบริสุทธิ์ที่บริโภคต่อปี (APC) คูณด้วยความถ่วงจำเพาะของแอลกอฮอล์ (0.793 กรัมต่อเดซิลิตร ที่อุณหภูมิ 20 องศาเซลเซียส) หารด้วย 365 วัน (กรัมต่อวัน = APC x 1,000 x 0.793 / 365 วัน)

⁶ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2565 ถึง 2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

1.2 นักดื่มปัจจุบัน

คำจำกัดความของ**นักดื่มปัจจุบัน (Current drinker)** ที่นิยมใช้ในรายงานทางวิชาการ หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุรา อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ใน 12 เดือนที่ผ่านมา⁷ โดยการดื่มหนึ่งครั้งนี้ไม่รวม การจิบหรือชิมเพียงเล็กน้อย แต่หมายถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอย่างน้อยหนึ่ง หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อครั้ง ซึ่งในการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราระดับชาติ ทุกครั้งในประเทศไทยก็ใช้คำจำกัดความนี้เช่นกัน

นอกจากการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาแล้ว อีกตัวแปรหนึ่งที่นิยมใช้บอกความชุกของพฤติกรรม การดื่มสุราในปัจจุบันของประชากร คือ การดื่มใน 30 วัน (หรือหนึ่งเดือน) ที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ ทราบสภาพปัญหาที่มีความเป็นปัจจุบันมากขึ้น จึงเหมาะสมสำหรับการวางแผนมาตรการหรือ โครงการระยะสั้นมากกว่าความชุกในหนึ่งปี

สำหรับในประเทศไทย หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน หมายถึง ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คิด เป็นปริมาณเอธานอลบริสุทธิ์เท่ากับ 10 กรัม ซึ่งเทียบเท่ากับ เบียร์ (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 4.5-5%) ประมาณ 300 มล. เหล้าขาว/เหล้าสี (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40%) ประมาณ 30 มล. หรือไวน์ (ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 12-13%) ประมาณ 100 มล.

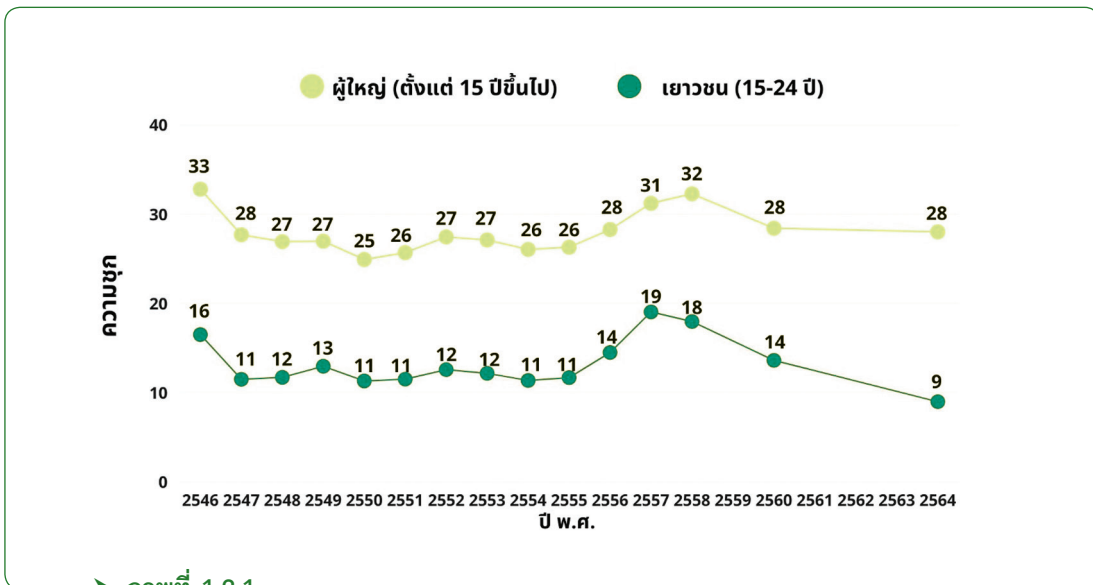
จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ^B พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28.00 เป็น นักดื่มปัจจุบัน โดยอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 28.41) ถึงแม้ว่า เมื่อคิดเป็นจำนวนคนจะเพิ่มขึ้นก็ตาม (จำนวนนักดื่มปัจจุบันในปี 2560 เท่ากับ 15.89 ล้านคน) เนื่องจากจำนวนประชากรไทยที่ใช้เป็นฐานในการประมาณค่ามีขนาดเพิ่มมากขึ้น

⁷ World Health Organization (WHO). (2022). Definition of current drinkers. Retrieved from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3680#:~:text=Definition%3A,in%20the%20last%2012%20months>.

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรชาย 12.77 ล้านคน (ร้อยละ 46.44) เป็นนักดื่มปัจจุบัน สำหรับประชากรหญิง มีเพียง 3.20 ล้านคน (ร้อยละ 10.83) เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน ซึ่งอัตราความชุกในประชากรหญิงน้อยกว่าความชุกในประชากรชายถึงประมาณสี่เท่า และเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงสุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) โดยประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 36.53 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ต่ำสุดในประชากรอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 8.97) และ 60 ปีขึ้นไป (15.06) ตามลำดับ

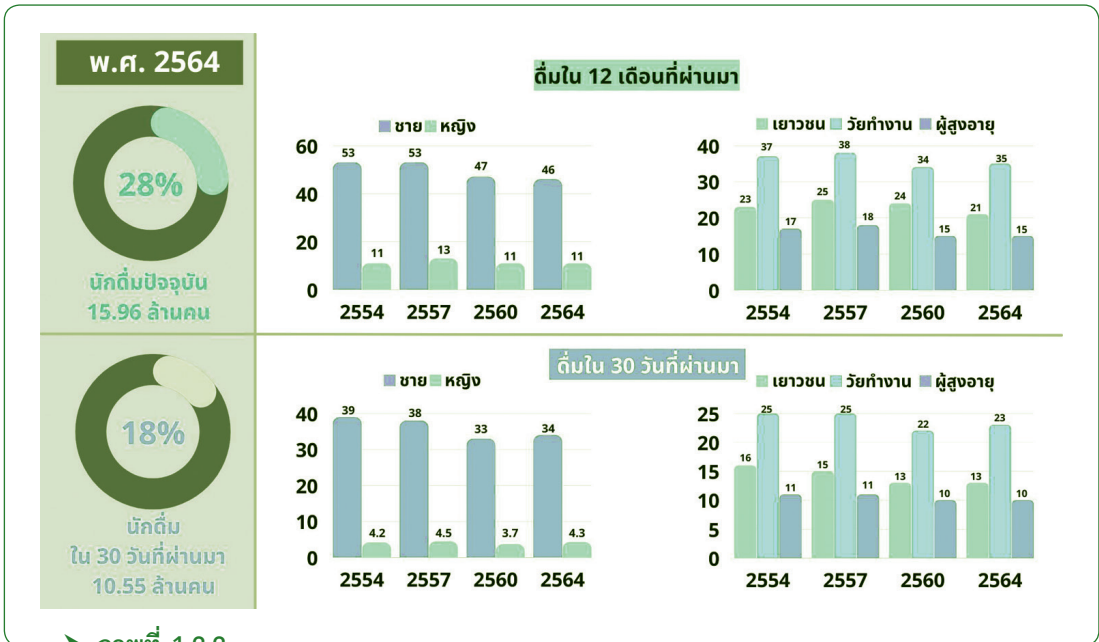
นอกจากนี้ ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 11.78 ล้านคน หรือร้อยละ 20.65 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่เป็นประชากรชาย (10.10 ล้านคน หรือคิดเป็นความชุกร้อยละ 36.74 ของประชากรชายไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป) ส่วนประชากรหญิงมีเพียง 1.68 ล้านคน หรือร้อยละ 5.68 เท่านั้นที่ดื่มสุราในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจ อัตราความชุกของผู้ที่ดื่มใน 30 วันที่ผ่านมาสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-44 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26.97 และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 5.44)

เมื่อพิจารณาแนวโน้มของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปัจจุบันของประชากรไทยในระยะเวลาเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราความชุกค่อนข้างคงที่ในช่วงปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2556 แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 แล้วจึงลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา (ภาพที่ 1.2.1) โดยเห็นการลดลงนี้ได้ชัดเจนในประชากรชายมากกว่าในประชากรหญิง (ภาพที่ 1.2.2)



➤ ภาพที่ 1.2.1

ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบัน พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564



▶ ภาพที่ 1.2.2

อัตราความชุก (ร้อยละ) ของนักดื่มสุรารปัจจุบัน (ดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา) และนักดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ และกลุ่มวัย พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

1.3 ประชากรไทยที่ไม่ดื่มสุรา

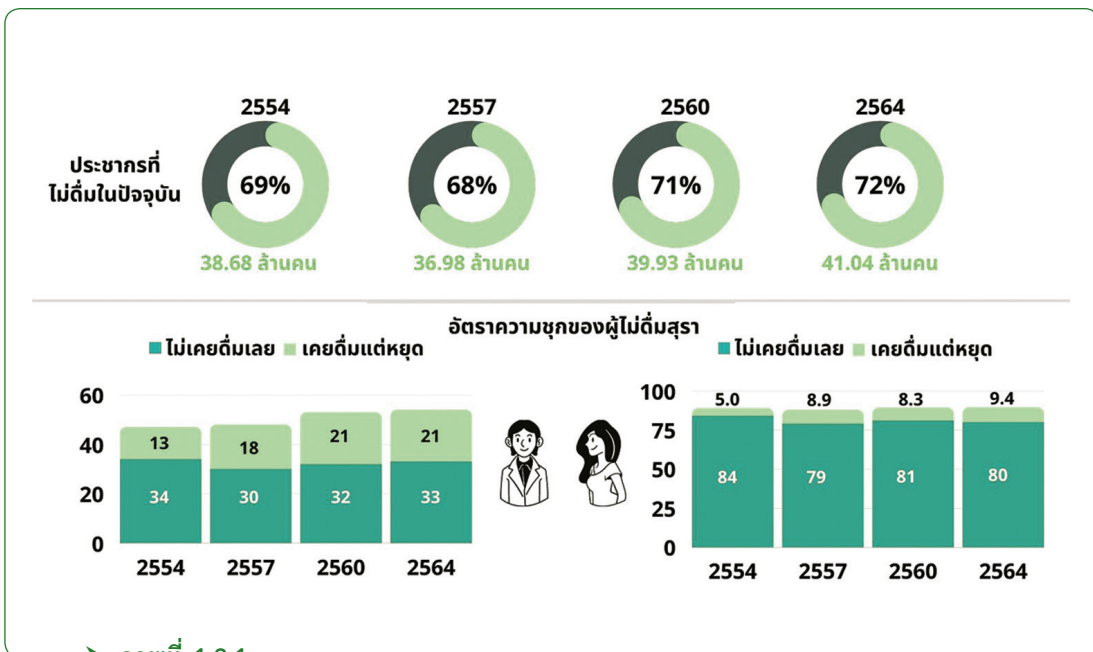
ประชากรที่ไม่ดื่มสุราแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่ม ดังนี้

- **ผู้ไม่เคยดื่มเลย (Lifetime abstainer):** ผู้ที่ไม่เคยดื่มสุราเลยในตลอดชีวิตที่ผ่านมา
- **ผู้เคยดื่ม (Former drinker):** ผู้ที่เคยดื่มสุราในชีวิต แต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- **ผู้ที่ไม่ดื่มในปัจจุบัน (Non-current drinker):** ผู้ที่ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต ร่วมกับผู้ที่เคยดื่มในชีวิต แต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ประชากรไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะประชากรเพศหญิงเกือบร้อยละ 80 ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต และอีกร้อยละ 10 เคยดื่มแต่หยุดดื่มไปแล้วในปัจจุบัน จากภาพที่ 1.3.1 จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁸ สังเกตได้ว่า สัดส่วนของผู้ไม่เคยดื่มสุราในชีวิต (lifetime abstainers) และผู้เคยดื่ม (former drinkers) ซึ่งรวมกันได้เป็นผู้ไม่ดื่มในปัจจุบันในช่วงปี พ.ศ. 2550-2564 นั้นมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในเพศหญิง แต่เพิ่มขึ้นในเพศชาย โดยในประชากร

เพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554-2564 มีผู้ไม่ดื่มในปัจจุบันร้อยละ 87-89 ส่วนในประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554 และ 2557 มีผู้ไม่ดื่มในปัจจุบันร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2560 และ 2564 มีผู้ไม่ดื่มในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาขอยกลงไป พบว่า จำนวนผู้ที่เคยดื่มสุราในชีวิต แต่หยุดดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเพิ่มจาก 4.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2554 เป็น 7.2, 8.1 และ 8.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557, 2560 และ 2564 ตามลำดับ หรือจากความชุกร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 13.2, 14.4 และ 15.1 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2557, 2560 และ 2564 ตามลำดับ อัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นนี้เห็นได้ค่อนข้างชัดเจนในประชากรเพศชาย โดยเพิ่มจากร้อยละ 12.82 และร้อยละ 17.78 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2557 เป็นร้อยละ 20.92 และร้อยละ 21.09 ในปี พ.ศ. 2560 และ 2564 ส่วนในประชากรเพศหญิง อัตราดังกล่าวก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.95 ในปี พ.ศ. 2554 แล้วค่อนข้างคงที่อยู่ที่ร้อยละ 8.90, ร้อยละ 8.33 และร้อยละ 9.42 ใน ปี พ.ศ. 2557-2564 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาอัตราความชุกของผู้ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตในภาพรวม พบว่า อัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงมาเรื่อย ๆ จากร้อยละ 59.82 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 54.51, ร้อยละ 57.18 และร้อยละ 56.95 ในปี 2557, 2560 และ 2564 ตามลำดับ



▶ ภาพที่ 1.3.1

จำนวนและอัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรไทยที่ไม่ดื่มสุรา พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า การที่อัตราความชุกของนักดื่มในปัจจุบันลดลงในการสำรวจปี พ.ศ. 2560 และ 2564 คงเป็นจากการที่มีจำนวนคนที่หยุดดื่มไปใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้นในช่วงการสำรวจสองครั้งสุดท้ายนี้ ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงผลสำเร็จส่วนหนึ่งของมาตรการรณรงค์เพื่อให้คนไทยลดหรือเลิกดื่มสุรา และมาตรการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มแข็งมากในปัจจุบัน รวมทั้งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของประชาชนในระยะ 3-6 ปีหลังนี้ เช่น การหยุดดื่มสุราและงดจัดงานรื่นเริงต่าง ๆ ในช่วงหนึ่งปีของการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ในปลายปี พ.ศ. 2559-2560 และการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต และสภาพทางเศรษฐกิจของประชาชนเป็นอย่างมากอีกด้วย (ภาพที่ 1.3.1)

1.4 นักดื่มหน้าใหม่

“นักดื่มหน้าใหม่” เป็นกลุ่มประชากรที่ต้องจับตามองในแต่ละรอบปี หรือรอบการสำรวจ เพราะเป็นกลุ่มประชากรที่อาจจะเติบโตเป็นนักดื่มประจำ นักดื่มหนัก ผู้ติดสุรา หรือผู้ที่เลิกดื่มไปก็ได้ จำนวนประชากรนักดื่มหน้าใหม่จะมีผลให้อัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละรอบของการสำรวจ ในช่วงใดที่มีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นมาก โดยที่นักดื่มเดิมไม่ได้หยุดหรือเลิกดื่มไป อัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันก็จะเพิ่มสูงขึ้น

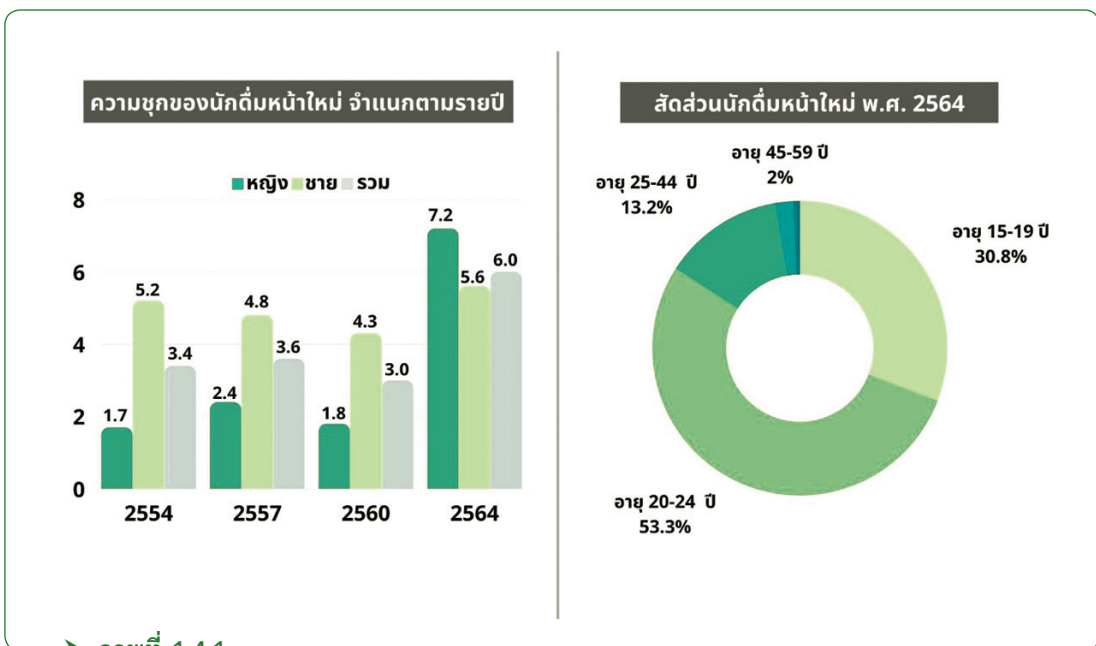
นักดื่มหน้าใหม่ (Novice drinkers): นักดื่มที่เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี และผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่งเริ่มดื่มเป็นครั้งแรก ภายในช่วง 3 ปีก่อนการสำรวจแต่ละครั้ง (การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554, พ.ศ. 2557, พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564)

การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564^B พบว่า นักดื่มหน้าใหม่ หรือประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในชีวิตภายใน 3 ปีก่อนการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,381,449 คน คิดเป็นร้อยละ 5.93 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นนักดื่มหน้าใหม่ที่มีอายุปัจจุบันในช่วง 15-19 ปี ซึ่งเป็นอายุก่อนเกณฑ์ที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมายจำนวน 425,400 คน คิดเป็นร้อยละ 30.79 ของนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 736,624 คน หรือร้อยละ 53.32 ของนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด และนักดื่มหน้าใหม่ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 15.88 อยู่ในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 1.4.1)

หากเทียบเป็นความชุกในประชากรทั่วไปในแต่ละช่วงอายุ พบว่า กลุ่มประชากรอายุ 20-24 ปี มีความชุกของนักดื่มหน้าใหม่สูงที่สุด (ร้อยละ 15.22) และน้อยที่สุดในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 0.07) นอกจากนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ การสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่ในประชากรหญิงเพิ่มสูงขึ้นมาก ถึงร้อยละ 7.2 โดยสูงกว่าความชุกในประชากรชาย (ร้อยละ 5.6) อีกด้วย

อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันและผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว อยู่ที่ 20.43 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มดื่ม คือ 8 ปี และสูงสุดที่ 73 ปี

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลนี้กับข้อมูลการสำรวจในสามครั้งที่ผ่านมา พบว่า อัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึง พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาเฉพาะนักดื่มหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน ก็พบว่า ความชุกของนักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในการสำรวจปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึง อิทธิพลของโฆษณาหรือการตลาด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พยายามทำให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะนักดื่มเยาวชนและนักดื่มหญิง โดยการออกโฆษณาและทำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดึงดูดความสนใจของเยาวชนและผู้หญิง เช่น เครื่องดื่มผสมพร้อมดื่ม (ready to drink; RTD) น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่นิยมดื่มกันในภาพยนตร์ต่างประเทศ และทำบรรจุภัณฑ์ให้มีสีสันสวยงามน่าลิ้มลอง เป็นต้น รวมทั้งทำการตลาดในสื่อสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อินเทอร์เน็ต หรือสื่อออนไลน์



➤ ภาพที่ 1.4.1

อัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่รวม และจำแนกรายเพศในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

1.5 นักดื่มประจำและนักดื่มหนัก

การดื่มสุราเป็นประจำส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มในระยะยาวได้ เพราะปริมาณแอลกอฮอล์ที่สะสมในร่างกาย มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน ระบบจิตประสาท และสมอง ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับและโรคของระบบทางเดินอาหาร โรคจิตเวชจากการดื่มสุรา รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรคและเอชไอวี เป็นต้น ส่วนการดื่มหนักหรือการดื่มปริมาณมากต่อครั้งมักสัมพันธ์กับผลกระทบที่เกิดขึ้นฉับพลันหรือระยะสั้นหลังการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย หรือการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย เป็นต้น ผู้ที่ดื่มหนักบ่อย ๆ หรือเป็นประจำจะยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

นักดื่มประจำ (Regular drinkers) หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราด้วยความถี่อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

นักดื่มหนัก (Heavy/binge drinkers) หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในช่วงเวลาของการดื่มหนึ่งครั้ง

นักดื่มประจำ

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ^B พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 6.99 ล้านคนเป็นนักดื่มประจำหรือดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งคิดเป็นความชุกของการดื่มประจำเท่ากับร้อยละ 12.26 (ร้อยละ 23.15 ในประชากรชาย และร้อยละ 2.12 ในประชากรหญิง) เมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรจะพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีนักดื่มประจำเพศชายอยู่ 6.36 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นกว่า 10 เท่า ของจำนวนนักดื่มประจำเพศหญิงที่มีอยู่ 0.63 ล้านคน

ดังนั้น จะเห็นว่า นักดื่มปัจจุบันชาวไทยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.21 ของนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด) จะดื่มเป็นครั้งคราว หรือดื่มน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ โดยเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า นักดื่มเพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.39 ของนักดื่มปัจจุบันเพศหญิง) เป็นนักดื่มเป็นครั้งคราว ในขณะที่นักดื่มปัจจุบันเพศชายนั้นประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.15) ดื่มเป็นครั้งคราว และอีกครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.85) ดื่มประจำ

นอกจากนี้ ยังพบว่า นักดื่มปัจจุบันมากถึงร้อยละ 11.01 ดื่มสุราทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 4.2 ดื่มเกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 9.38 และร้อยละ 19.16 ดื่ม 3-4 วัน และ 1-2 วันต่อสัปดาห์ตามลำดับ โดยสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันเพศชายที่ดื่มสุราทุกวันหรือเกือบทุกวันสูงถึงร้อยละ 12.66 และร้อยละ 4.85 ในขณะที่นักดื่มปัจจุบันเพศหญิงเพียงร้อยละ 4.44 และร้อยละ 1.82 เท่านั้นที่ดื่มสุราทุกวันหรือเกือบทุกวัน

เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากรของนักดื่มประจำ พบว่า นักดื่มประจำเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.03) เป็นผู้ชาย และอยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) เป็นสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 42.97) เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 46.25) และต่ำสุดในผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 8.56) และนักดื่มประจำส่วนใหญ่มาจากภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรวมกันได้ประมาณร้อยละ 60.64

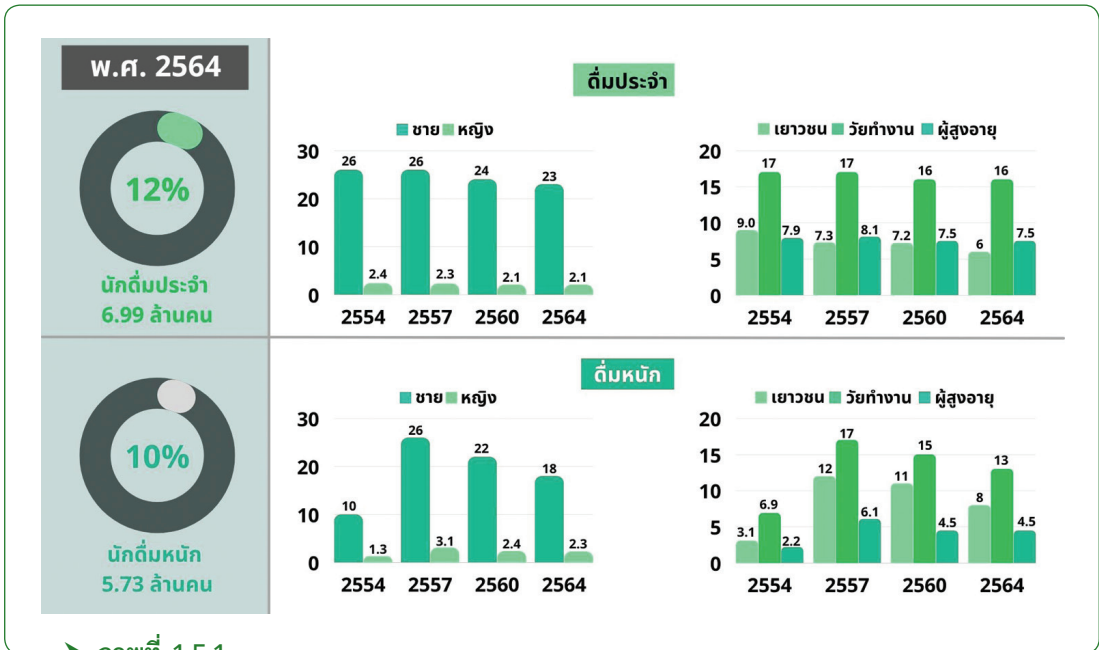
เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปีก่อน ๆ (ภาพที่ 1.5.1) พบว่า แนวโน้มของอัตราความชุกของนักดื่มประจำลดลงมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยเห็นได้ชัดเจนในประชากรเพศชายมากกว่าในประชากรเพศหญิง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ จะเห็นว่า อัตราความชุกของนักดื่มประจำลดลงในการสำรวจสองปีสุดท้ายในทุกกลุ่มอายุ แต่จะเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มอายุเยาวชน (15-24 ปี) มากกว่าในกลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

นักดื่มหนัก

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ^B พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 5.73 ล้านคนเคยดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือคิดเป็นความชุกร้อยละ 10.05 โดยแบ่งเป็นนักดื่มหนักเพศชาย 5.05 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 18.38 ในประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป) และเพศหญิง 0.68 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 2.29) นักดื่มหนักส่วนใหญ่ (4.36 ล้านคน) ดื่มหนักเป็นครั้งคราวเท่านั้น (ความถี่ของการดื่มน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) ความชุกของนักดื่มหนักประจำในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจึงเท่ากับร้อยละ 2.4 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม มีนักดื่มปัจจุบันเพศชายถึงร้อยละ 2.81 และเพศหญิงร้อยละ 0.92 ที่ดื่มหนักทุกวันหรือเกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย ประชากรวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) มีความชุกของการดื่มหนักสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.77 ประชากรที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์ดื่ม (อายุ 15-19 ปี) มีความชุกของการดื่มอย่างหนักต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.88

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ผ่านมา พบว่า ความชุกของนักดื่มหนักโดยรวมจากการสำรวจปี พ.ศ. 2564 ลดลงจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 เพียงเล็กน้อย (ภาพที่ 1.5.1) แต่ความชุกดังกล่าวลดลงค่อนข้างชัดเจนในประชากรเพศชาย (จากร้อยละ 25.6 และร้อยละ 22.1 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 18.4 ในปี พ.ศ. 2564)



▶ ภาพที่ 1.5.1

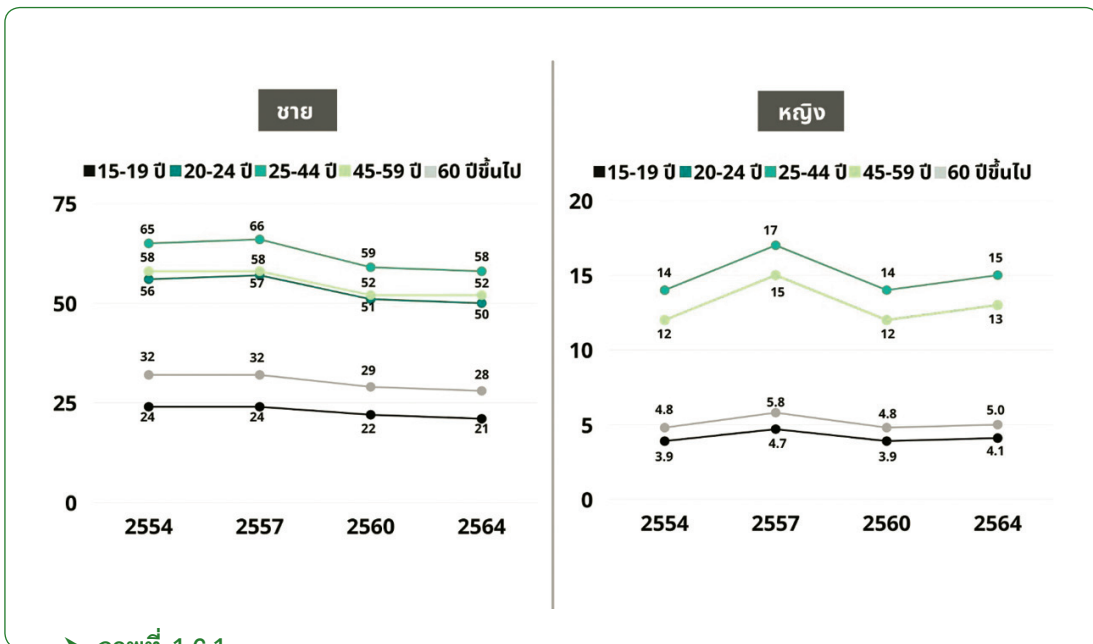
อัตราความชุกของนักดื่มประจำและนักดื่มหนัก จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

1.6 แนวโน้มอัตราความชุกของการดื่มสุราของประชากรไทย

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Poisson regression เพื่อศึกษาแนวโน้มของอัตราความชุกของการดื่มในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2564 โดยปรับด้วยตัวแปรเพศและอายุ พบว่า โดยรวมความชุกของนักดื่มปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ภาพที่ 1.6.1) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มนักดื่มเพศชายที่มีอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ (15-19 ปี) มีความชุกลดลงจากร้อยละ 23.9 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 21.5 ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นจำนวนนักดื่มที่ลดลงเฉลี่ยประมาณ 24,535 คนต่อปี กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันลดลงมากที่สุดระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 โดยลดลงจากร้อยละ 64.7 ใน พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 58.1 ใน พ.ศ. 2564 หรือคิดเป็นจำนวนนักดื่ม

ปัจจุบันลดลง รวมประมาณสองแสนคนในรอบสิบปี สำหรับนักดื่มปัจจุบันผู้หญิง พบว่า แนวโน้มการดื่มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีอัตราการความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุด คิดเป็นการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 0.7 หรือเป็นจำนวนนักดื่มปัจจุบันเพิ่มขึ้นประมาณเกือบสามหมื่นคนในรอบสิบปี และนักดื่มปัจจุบันเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดในกลุ่มเพศหญิงที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ จากร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2564

สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ความชุกของการดื่มในปัจจุบันลดลงตั้งปี พ.ศ. 2560 น่าจะเป็นจากการที่ประชาชนไทยไว้อาลัยต่อการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 จึงงดงานเลี้ยงรื่นเริงต่าง ๆ ที่มีการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งประชาชนบางส่วนยังหยุดดื่มสุราเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลอีกด้วย ส่วนการลดลงในการสำรวจ ปี พ.ศ. 2564 น่าจะเกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้นักดื่มบางส่วนหยุดหรือลดการดื่มลงเพื่อรักษาสุขภาพ รวมทั้งจากมาตรการจำกัดการขายหรือบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามวันเวลาและสถานที่ต่าง ๆ และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมของภาครัฐ ทำให้การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรวมกลุ่มของประชาชนเพื่อดื่มสุราในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในช่วงที่มีการประกาศใช้มาตรการอย่างเข้มข้นในระยะสองปีที่ผ่านมา

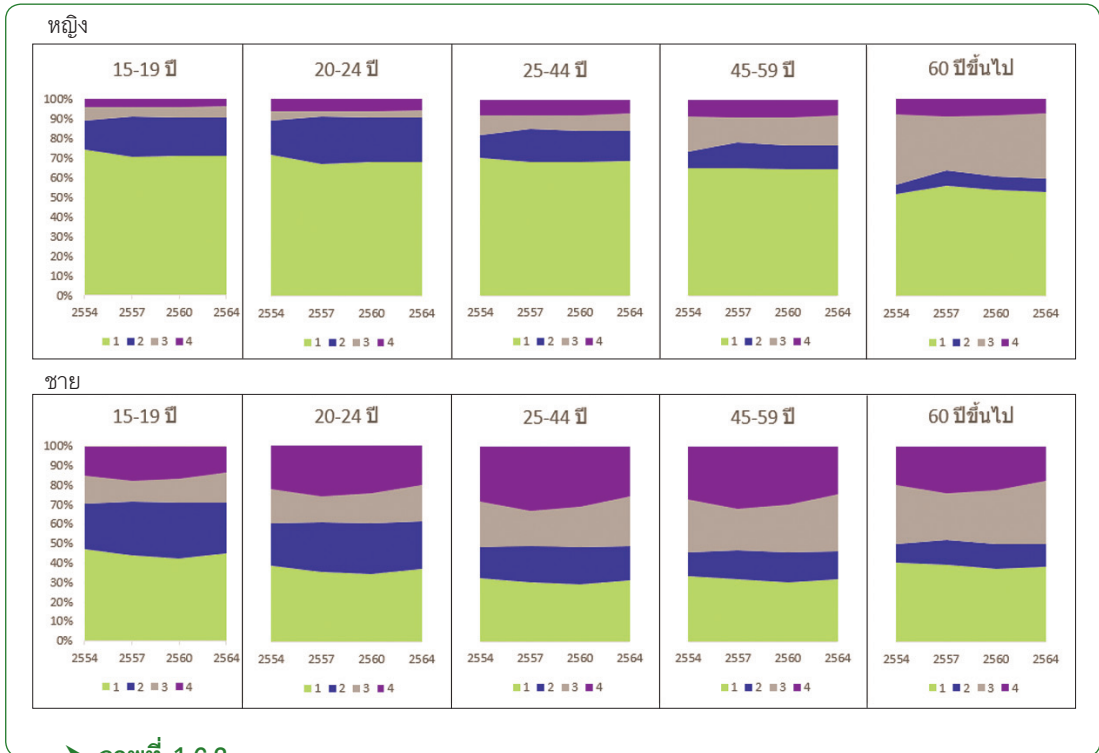


➤ ภาพที่ 1.6.1

แนวโน้มอัตราการความชุกนักดื่มปัจจุบันจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564



จากการวิเคราะห์แนวโน้มสัดส่วนของแบบแผนพฤติกรรมการดื่มสุรา (ภาพที่ 1.6.2) พบว่า ในประชากรชาย มีแนวโน้มการดื่มเป็นประจำอย่างหนักลดลงในปี พ.ศ. 2564 ในทางตรงกันข้าม นักดื่มประจำที่ไม่เคยดื่มอย่างหนักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ สำหรับประชากรหญิง พบว่า สัดส่วนนักดื่มประจำเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 อย่างชัดเจน ทั้งนักดื่มประจำที่เคยและไม่เคยดื่มหนัก โดยสัดส่วนของนักดื่มประจำเพศหญิงสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป



▶ ภาพที่ 1.6.2

แนวโน้มสัดส่วนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

หมายเหตุ

- กลุ่ม 1 คือ นักดื่มครั้งคราวที่ไม่เคยดื่มหนัก
- กลุ่ม 2 คือ นักดื่มครั้งคราวที่ดื่มหนัก
- กลุ่ม 3 คือ นักดื่มประจำที่ไม่เคยดื่มหนัก
- กลุ่ม 4 คือ นักดื่มประจำที่ดื่มหนัก



1.7 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย

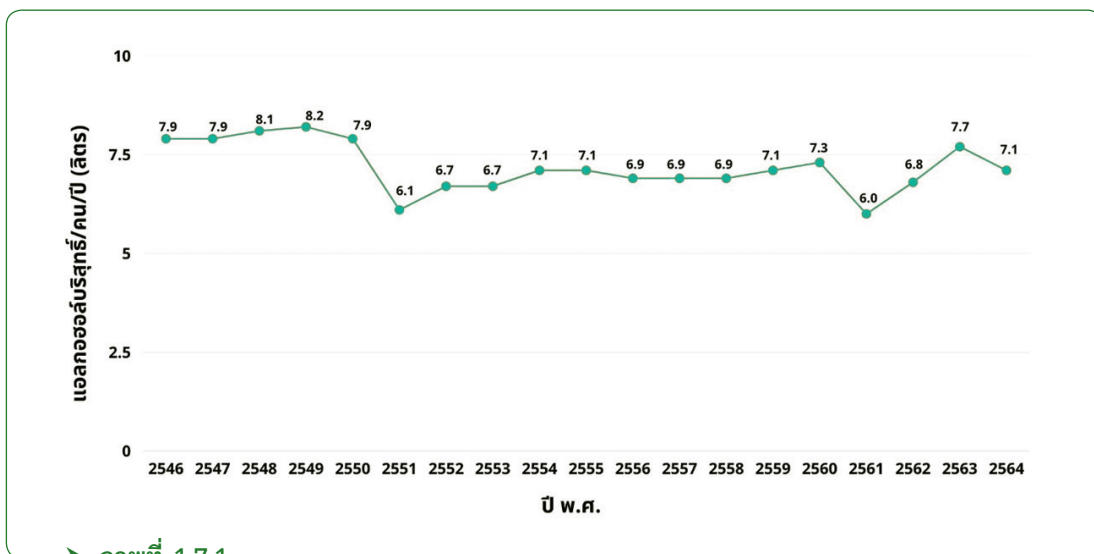
ในการติดตามสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญที่ถูกใช้กันในระดับสากล คือ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ถูกบริโภคในหน่วยลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อประชากรหนึ่งคนต่อปี (annual per capita consumption; APC) เนื่องจากปริมาณการบริโภคในภาพรวมนี้มีความสัมพันธ์กับขนาดผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับประเทศไทยนั้น ค่าสถิตินี้ถูกคำนวณจาก ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ รวมกับปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าที่มีข้อมูลตลอดทั้งปี (คิดตามปีงบประมาณ) และนำมาเฉลี่ยด้วยจำนวนประชากรกลางปีที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยข้อมูลปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวเป็นปริมาณที่อยู่ในระบบภาษี (recorded APC) เท่านั้น ซึ่งได้มาจากฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิต ไม่ได้รวมปริมาณเครื่องดื่มฯ ที่อยู่นอกระบบภาษี ค่านี้จึงแตกต่างกับค่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์รวมต่อหัวประชากรต่อปี (total APC) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งคำนวณโดยรวมค่าประมาณของการบริโภคสุรานอกระบบภาษี (unrecorded alcohol) และหักลบการบริโภคของนักท่องเที่ยวออกไป และปรับค่าโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ของประเทศ เพื่อให้ได้ค่าที่เปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศ⁸

จากภาพที่ 1.7.1 เห็นได้ว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ลิตรของเอธานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากร ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2561 มีแนวโน้มลดลงหรือคงที่ โดยที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ลดลงต่ำสุดเท่ากับ 5.95 ลิตร/คน/ปี ใน พ.ศ. 2561 แล้วปริมาณการบริโภคกลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2562-2563 โดยเพิ่มเป็น 7.67 ลิตร/คน/ปี ใน พ.ศ. 2563 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ 7.32 ลิตร/คน/ปี ของ พ.ศ. 2563 ที่ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563⁹ และเมื่อคิดเป็นปริมาณการบริโภคโดยน้ำหนัก จะได้เท่ากับปริมาณเอธานอลบริสุทธิ์ 16.67 กรัมต่อคนต่อวัน หรือประมาณ 1.7 หน่วยดื่มมาตรฐาน (หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน = 10 กรัมเอธานอลบริสุทธิ์)

⁸ World Health Organization. (2019). Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2). Retrieved from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption).

⁹ ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. (2552). แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.





▶ **ภาพที่ 1.7.1**

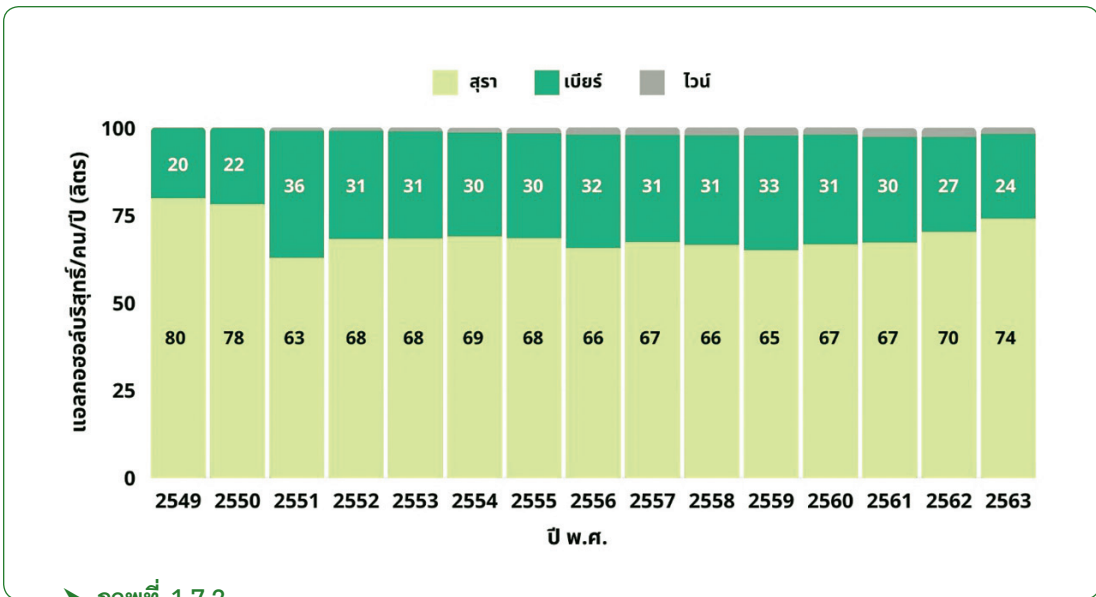
ปริมาณการบริโภคเอทานอลบริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (ลิตร)

สำหรับในปี พ.ศ. 2551 ที่ปริมาณการบริโภคนี้มีค่าลดลงอย่างชัดเจน สาเหตุส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ของประเทศไทย ที่น่าจะมีผลให้ประชาชนดื่มสุราลดลงในปีนั้น การผลิต (อุปทาน) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงลดลงตามอุปสงค์ ส่วนการลดลงในปี พ.ศ. 2561 นั้นน่าจะเกิดจากการปรับแก้พระราชบัญญัติสรรพสามิตในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการปรับวิธีการและอัตราภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงอาจทำให้ ภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีก่อนหน้าที่จะออกกฎหมายนั้นเพิ่มขึ้นเพื่อเก็บไว้ก่อน เพราะยังไม่ทราบทิศทางของกฎหมาย ในปี พ.ศ. 2561 จึงผลิตลดลงเพราะยังมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตไว้ตั้งแต่ปีก่อนนั้นเหลืออยู่จำนวนมาก ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 การผลิตจึงกลับมาเพิ่มขึ้นในขณะที่จำนวนประชากรกลางปีมีค่าค่อนข้างคงที่ในช่วงห้าปีสุดท้ายนี้

เมื่อแบ่งตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (**ภาพที่ 1.7.2**) พบว่า ค่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีสัดส่วนสูงสุดมาจากเครื่องดื่มประเภทสุรากลั่น รองลงมาคือ เบียร์ โดยสัดส่วนการบริโภคสุรากลั่น ในปี พ.ศ. 2549-2550 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 80 แต่ลดลงมาต่ำกว่าร้อยละ 70 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 การบริโภคสุรากลั่นเริ่มมีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 70 อีกครั้ง ในเวลาเดียวกัน เครื่องดื่มที่มีสัดส่วนการบริโภคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ไวน์ อย่างไรก็ตาม เมื่อดูสัดส่วนแล้ว การบริโภคไวน์ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ของการบริโภคเครื่องดื่ม



ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด ในส่วนของเบียร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 สัดส่วนการบริโภคเบียร์เพิ่มมากขึ้นจากประมาณร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2549-2550 มาเป็นมากกว่าร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2551 และมีระดับคงที่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 ต่อเนื่องมาตลอด แต่กลับลดลงเป็นร้อยละ 27 และร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563



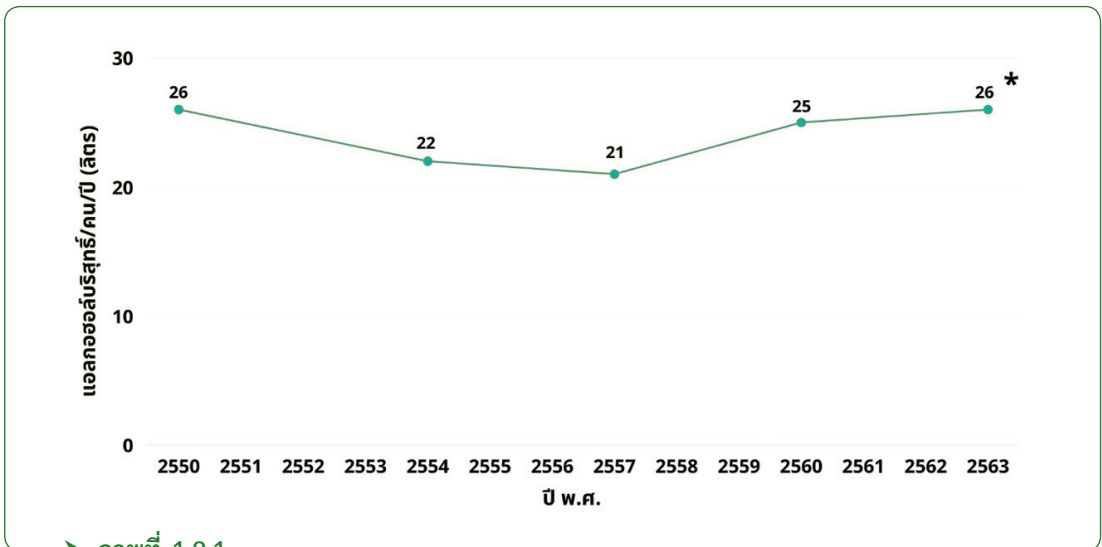
➤ ภาพที่ 1.7.2

สัดส่วนแอลกอฮอล์บริโภคที่ถูกรับประทานแยกตามประเภทเครื่องดื่ม

1.8 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปี

นอกจากจะใช้ปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากรต่อปีเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศแล้ว อีกตัวชี้วัดหนึ่งที่น่าสนใจคือ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปี (annual alcohol consumption per drinker) นั่นคือ แทนที่จะใช้จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศ (ซึ่งรวมทั้งคนที่ดื่มสุราและไม่ดื่มสุรา) เป็นตัวหารตัวชี้วัดนี้กลับใช้เฉพาะจำนวนนักดื่มปัจจุบัน (ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน ที่ผ่านมา) ของปีนั้น ๆ ของประเทศเป็นตัวหาร จำนวนนักดื่มปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่ได้มาจากการสำรวจระดับประเทศ สำหรับในประเทศไทย ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบหรี่และการดื่มสุรา หรือการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก 3-4 ปี

ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2557 ปริมาณการบริโภคเอธานอลบริสุทธิ์ต่อหัวนักดื่มต่อปีมีแนวโน้มลดลง จาก 26.16 ลิตร/นักดื่ม/ปี ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 20.27 ลิตร/นักดื่ม/ปี ในปี พ.ศ. 2557 แต่กลับเพิ่มขึ้น เป็น 24.65 ลิตร/นักดื่ม/ปี ในปี พ.ศ. 2560 หรือเท่ากับ 53.55 กรัมเอธานอลบริสุทธิ์ต่อนักดื่มหนึ่งคนต่อวัน (ประมาณ 5.4 หน่วยดื่มมาตรฐาน) ซึ่งจัดว่าเป็นค่าที่สูงมาก บ่งบอกถึงระดับการดื่มสุราที่สูงเกินค่าที่จัดว่าเป็นระดับการดื่มพอประมาณ (moderate level) ตามแนวปฏิบัติที่มักใช้กันในบางประเทศ¹⁰ ปริมาณการบริโภคต่อหัวนักดื่มนี้มีค่าเป็นประมาณ 3 เท่าของปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากร ซึ่งแสดงว่า สัดส่วนนักดื่มในประชากรอยู่ในระดับที่ไม่สูง คือ ประชากรไทยเพียงประมาณ 1 ใน 3 คนเท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน แต่นักดื่มไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ค่อนข้างสูงมากต่อวัน (ภาพที่ 1.8.1)



▶ ภาพที่ 1.8.1

ปริมาณการบริโภคเอธานอลบริสุทธิ์ต่อหัวนักดื่มต่อปี (ลิตร) พ.ศ. 2550-2563

*จำนวนนักดื่มปัจจุบันปี พ.ศ. 2563 ใช้ค่าประมาณการจำนวนนักดื่มปัจจุบันจาก การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 เนื่องจากไม่มีการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราในปี พ.ศ. 2563

¹⁰ Center of Disease Control and Prevention. (2020). Preventing Excessive Alcohol Use. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/moderate-drinking.htm#:~:text=To%20reduce%20the%20risk%20of,days%20when%20alcohol%20is%20consumed.>



1.9 นักดื่มวัยรุ่นและนักดื่มเยาวชน

ในแต่ละปี ประเทศไทยมีนักดื่มสุราที่เป็นวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ประมาณ 3.8-9.4 แสนคน การเริ่มต้นดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อยมีผลต่อพัฒนาการของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะการทำงานของสมองส่วนหน้าหรือสมองส่วนการวางแผน และสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ก่อให้เกิดปัญหาด้านความจำ สมาธิ การควบคุมตนเอง และนำไปสู่การเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ และปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาต่อการเรียน อุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท การตั้งครุภักก่อนวัยอันควร การใช้สารเสพติดชนิดอื่น และปัญหาครอบครัว เป็นต้น เยาวชนที่ดื่มแบบหนักมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาต่าง ๆ มากกว่าเยาวชนที่ไม่ดื่มหนัก¹¹ การดื่มสุราในวัยรุ่นหรือเยาวชนจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งที่บ่งถึงผลของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศนั้นด้วย

สำหรับประเทศไทย แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2565-2570^{12,13} ได้จัดให้ อัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันที่เป็นวัยรุ่น (อายุ 15 ถึง 19 ปี) ในประชากรวัยรุ่น เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้เช่นกัน

ในการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของสำนักงานสถิติแห่งชาติทุกครึ่ง^B ได้แบ่งประชากรเยาวชนออกเป็นสองช่วงอายุ ได้แก่ ประชากรวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี ซึ่งจัดเป็นประชากรที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมาย และประชากรเยาวชนรวมที่อายุ 15-24 ปี

ในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า ประชากรวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวนประมาณ 387,986 คนดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งคิดเป็นความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรกลุ่มนี้เท่ากับร้อยละ 8.97 โดยแบ่งเป็นประชากรวัยรุ่นชาย 312,471 คน (ร้อยละ 14.22) และประชากรวัยรุ่นหญิง 75,515 คน (ร้อยละ 3.55) โดยนักดื่มปัจจุบันวัยรุ่นทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่

¹¹ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). Underage Drinking. Retrieved from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA67/AA67.htm>.

¹² ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนัย. (2552). แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

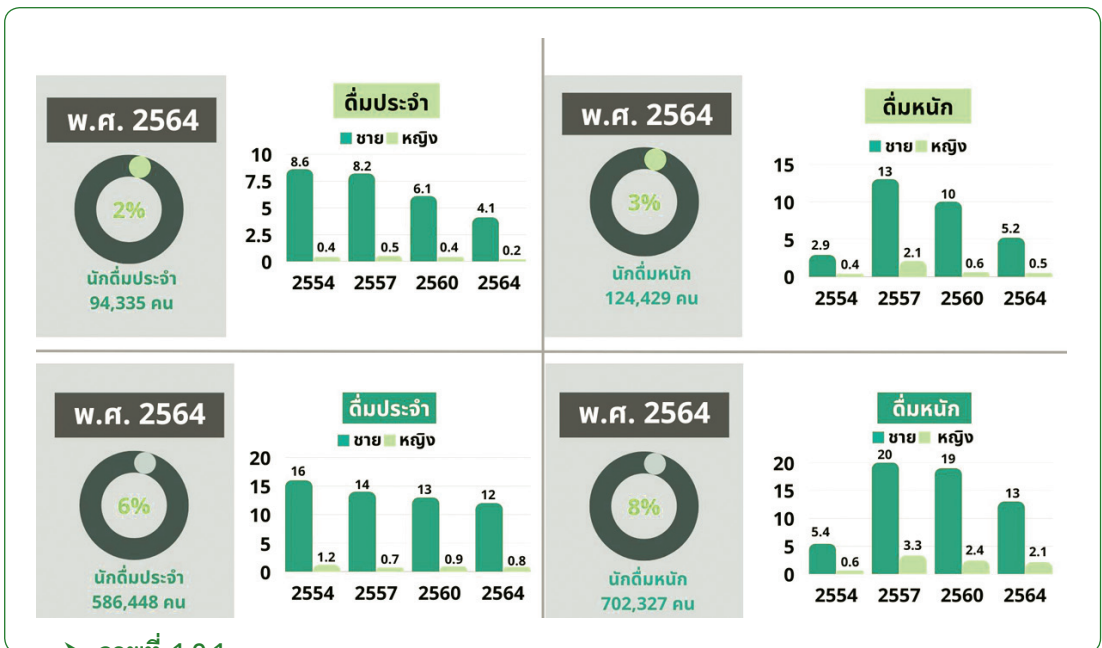
¹³ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2565 ถึง 2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.



(ร้อยละ 75.69) ดื่มสุราเป็นครั้งคราวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม พบว่า นักดื่มวัยรุ่นถึงร้อยละ 2.88 หรือประมาณ 124,429 คนเป็นนักดื่มหนัก ซึ่งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 5 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อครั้ง โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นนักดื่มวัยรุ่นชาย (113,665 คน) โดยคิดเป็นอัตราความชุกของนักดื่มหนักในประชากรวัยรุ่นชายเท่ากับร้อยละ 5.17 และในประชากรวัยรุ่นหญิงเท่ากับร้อยละ 0.51 แต่นักดื่มหนักเหล่านี้ส่วนใหญ่ก็ดื่มหนักเป็นครั้งคราวเท่านั้น ไม่ได้ดื่มหนักเป็นประจำ

สำหรับประชากรเยาวชนโดยรวม (อายุ 15-24 ปี) จะพบแบบแผนที่คล้ายคลึงกัน นั่นคือ ประชากรเยาวชนประมาณ 1.92 ล้านคนเป็นนักดื่มสุราในปัจจุบัน คิดเป็นความชุกเท่ากับร้อยละ 20.93 ในประชากรเยาวชนทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นเยาวชนเพศชาย (1.50 ล้านคน) หรือคิดเป็นความชุกเท่ากับร้อยละ 32.38 ในประชากรเยาวชนชาย ส่วนในประชากรเยาวชนหญิง ความชุกของนักดื่มปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 9.15 ประชากรนักดื่มเยาวชนส่วนใหญ่ (1.33 ล้านคน) ก็ดื่มเป็นครั้งคราว นอกจากนี้พบว่า นักดื่มเยาวชนประมาณ 702,327 คนเป็นนักดื่มหนัก ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นนักดื่มเยาวชนเพศชาย (609,698 คน) และดื่มหนักเป็นครั้งคราวเท่านั้น

เมื่อเทียบกับการสำรวจที่ผ่านมา ความชุกของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของนักดื่มวัยรุ่นและนักดื่มเยาวชนมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยอัตราความชุกของนักดื่มวัยรุ่นและนักดื่มเยาวชนที่ดื่มเป็นประจำ หรือดื่มหนักก็มีแนวโน้มลดลงด้วยเช่นกัน (ภาพที่ 1.9.1) เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้การดื่มสุราในกลุ่มนักดื่มดังกล่าวลดลง แต่นักดื่มเพศหญิงทุกกลุ่ม มีอัตราการดื่มลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น



▶ ภาพที่ 1.9.1

อัตราความชุกการดื่มสุราในนักดื่มวัยรุ่นและเยาวชน จำแนกตามประเภทของนักดื่ม พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

1.10 นักดื่มวัยเรียน

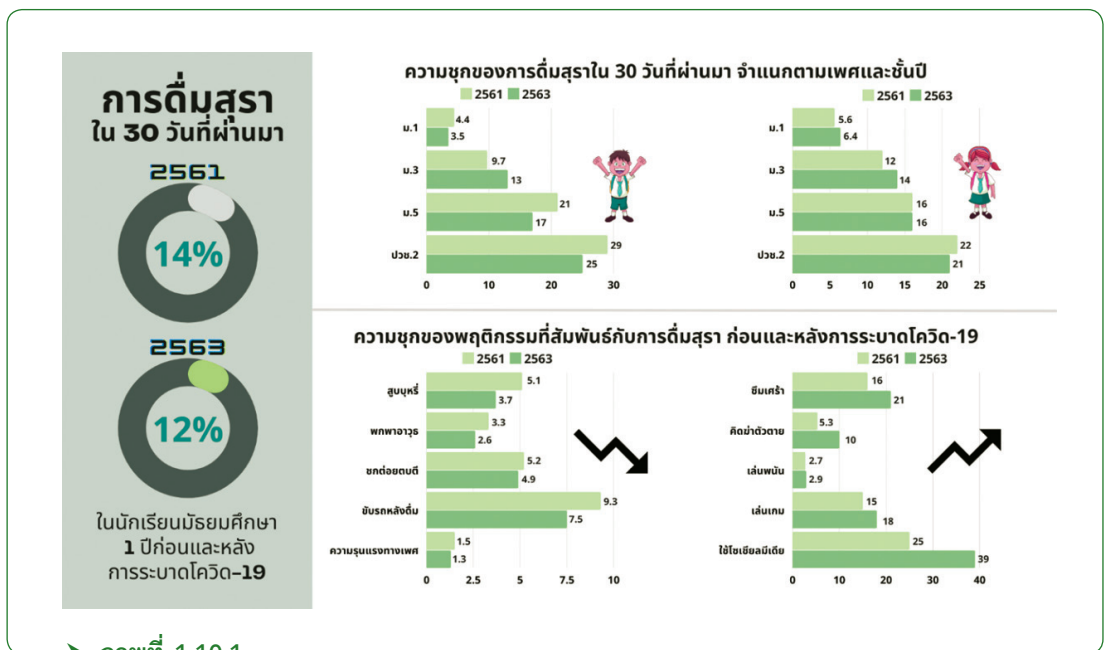
การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญของวัยรุ่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่วัยรุ่นนิยมใช้มากที่สุด เด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยจะมีโอกาสเกิดปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น และอาจจะใช้สารเสพติดอื่น ๆ มากกว่าเด็กที่ยังไม่เริ่มดื่ม นอกจากนี้ การดื่มสุรายังเพิ่มโอกาสที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพอื่น ๆ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ความรุนแรง อุบัติเหตุ และปัญหาอื่น ๆ วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียนในระดับมัธยมศึกษา ตอนต้นถึงตอนปลาย หรืออาชีวศึกษา ข้อมูลเชิงประจักษ์เรื่องลักษณะ และขอบเขตของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาต่าง ๆ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงปัญหาการดื่มสุราในวัยรุ่น และเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ดังกล่าว

ในช่วงก่อนและหลังการเริ่มระบาดของโรคโควิด-19 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรាយาลุบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษา ประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561 ซึ่งเก็บข้อมูลการสำรวจในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงกุมภาพันธ์ 2562 หรือก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย และครั้งที่ 5 ปีการศึกษา 2563 ซึ่งเก็บข้อมูลสำรวจในช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2563-2564 หรือประมาณหนึ่งปีหลังเริ่มการแพร่ระบาด ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 3 และ 5 และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 โดยให้เด็กนักเรียนในโรงเรียนและห้องเรียนที่สุ่มเลือกได้กรอกแบบสอบถามชนิดตอบเอง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคำถามเรื่องพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของนักเรียน การสำรวจแต่ละครั้งมีนักเรียนเข้าร่วมโครงการประมาณ 23,000 คน นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อายุระหว่าง 12-17 ปี

ผลการสำรวจ พบว่า ในปีการศึกษา 2563 นักเรียนมีอัตราการดื่มสุราในช่วงชีวิตและการดื่มใน 30 วันที่ผ่านมาลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนในปีการศึกษา 2561 เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ในปีการศึกษา 2563 นักเรียนทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราต่ำกว่านักเรียนในระดับชั้นเดียวกัน ในปีการศึกษา 2561 โดยการลดลงของพฤติกรรมดังกล่าวจะมีความเด่นชัดในนักเรียนชายมากกว่า ในนักเรียนหญิง (ภาพที่ 1.10.1) นอกจากนี้ ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ในขณะที่นักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งหญิงและชาย มีอัตราความชุกของพฤติกรรม

การดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนในปีการศึกษา 2563 แต่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อัตราความชุกดังกล่าวกลับเพิ่มขึ้น ทั้งในนักเรียนหญิงและชาย ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบการเพิ่มขึ้นของความชุกในนักเรียนหญิงแต่ลดลงในนักเรียนชาย

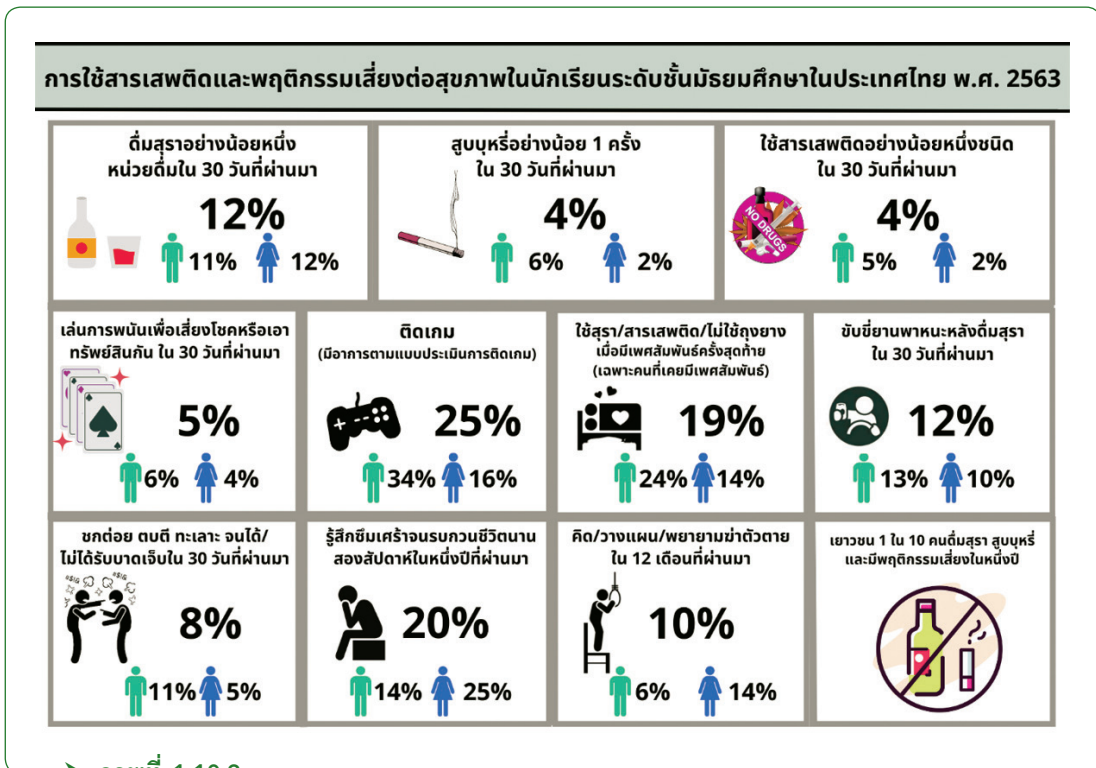
การที่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปีการศึกษา 2563 ต่ำกว่าในปีการศึกษา 2561 นี้อาจเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมของประเทศในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากเป็นช่วงการระบาดระลอก 2-3 ของไวรัสโคโรนา-19 ส่งผลให้มีมาตรการ lockdown และเว้นระยะห่างทางสังคมค่อนข้างเข้มงวด ทำให้นักเรียนมีโอกาสที่จะสังสรรค์ หรือมีกิจกรรมเข้าสังคมต่าง ๆ รวมถึงการดื่มสุราได้ค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลให้ความชุกของพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ลดลงตามไปด้วย เช่น การทะเลาะวิวาทชกต่อยหรือการตบตี ในเพศชายลดลงจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 11.2 และเพศหญิงจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 4.6 นอกจากนี้การดื่มแล้วขับก็มีแนวโน้มลดลงอย่างเด่นชัด ในขณะที่พฤติกรรมกรรมการติดเกมมีความชุกเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงเป็น 8 เท่า และ 2 เท่า ตามลำดับ อាកการชิมเคร้า



➤ ภาพที่ 1.10.1

ความชุกของการดื่มสุราและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในนักเรียนระดับชั้น ม.1 ม.3 ม.5 และ ปวช. 2 จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 และ 2563

เป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 14.2 และเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.0 เป็นร้อยละ 25.4 ในปีการศึกษา 2561 และ 2563 ตามลำดับ ส่วนการคิดฆ่าตัวตายก็มีความชุกที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน (ภาพที่ 1.10.2)^{14,15}



➤ ภาพที่ 1.10.2

ความชุกของการดื่มสุรา การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเยาวชนไทย พ.ศ. 2563

¹⁴ สาวิตรี อัมฆางค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม, วลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์, พวงรัตน์ จินพล, อังคณา ชินเดช, ศยามล เจริญรัตน์, สุชาดา ภัยหลีกถี้ และกนิษฐา ไทยกล้า. (2561). การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

¹⁵ วิทย์ วิชัชดิษฐ, ดาริกา ไสงาม และสาวิตรี อัมฆางค์กรชัย. (2563). การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ปีการศึกษา 2563. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



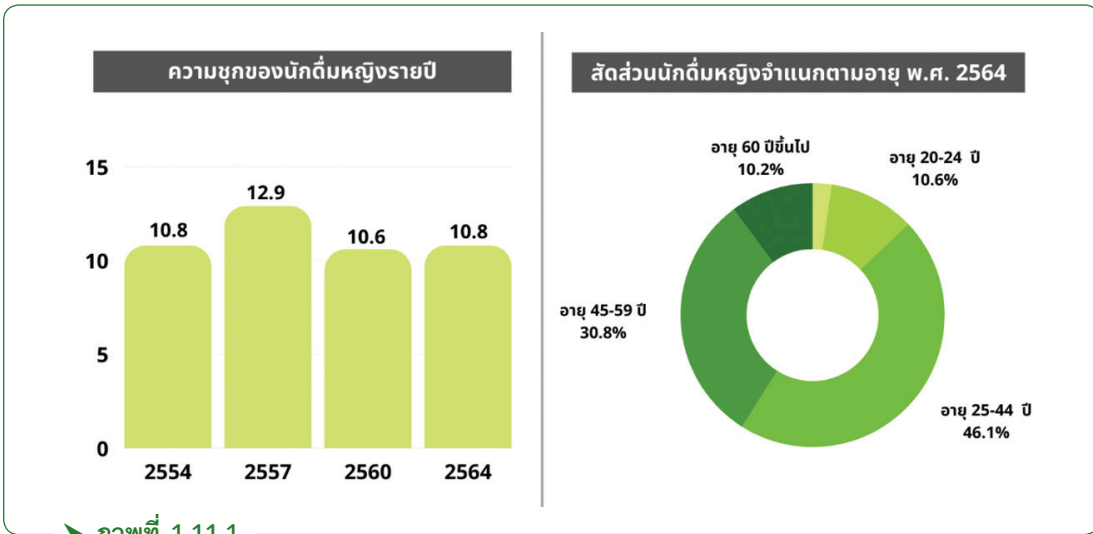
1.11 นักดื่มหญิง

ผู้หญิง เป็นกลุ่มเปราะบางต่อการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มสุรามากกว่าผู้ชาย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายที่เล็ก ทำให้ขนาดของตับเล็ก อันส่งผลให้การกำจัดแอลกอฮอล์ ออกจากร่างกายได้น้อยกว่าผู้ชาย รวมทั้งการมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายสูง ทำให้ร่างกาย สะสมแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชาย เมื่อดื่มสุราในปริมาณเท่ากัน อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงกลับ เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายสำคัญของการโฆษณาหรือการตลาด เพื่อส่งเสริมให้ดื่มสุราในสังคม ยุคปัจจุบัน ทั้งนี้ เพราะจำนวนนักดื่มหญิงยังมีน้อยกว่านักดื่มชาย และตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในนักดื่มเพศชายใกล้จะถึงจุดอิ่มตัวแล้ว การทำการตลาดเพื่อจูงใจนักดื่มหญิงให้ดื่มมากขึ้น จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการขยายตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564^B พบว่า หญิงไทยเกือบร้อยละ 80 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย และมีเพียงร้อยละ 10.83 เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน หรือคิดเป็น จำนวน 3,197,639 คน และอัตราความชุกของนักดื่มประจำในประชากรหญิงคิดเป็นร้อยละ 2.12 เท่านั้น หรือเท่ากับ 627,161 คน นอกจากนั้น นักดื่มหญิงเพียง 676,655 คนที่เป็นนักดื่มหนัก (ร้อยละ 2.29 ของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป) หรือเทียบเป็นสัดส่วนประมาณสองในสิบคน (ร้อยละ 21.29) ของนักดื่มปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ประชากรหญิงกลุ่มอายุ 45-59 ปีมีอัตราความชุกของนักดื่ม ประจำสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 2.65 รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) ร้อยละ 2.51 และต่ำสุดในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 0.20 ตามลำดับ

อัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันเพศหญิงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มคงที่ คือ โดยประมาณร้อยละ 10.6-10.8 และมีค่าสูงสุดใน ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 12.92 (ภาพที่ 1.11.1)



➤ ภาพที่ 1.11.1

อัตราความชุก (ร้อยละ) ของนักดื่มปัจจุบันเพศหญิงในประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

1.12 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มไทยนิยมดื่ม

ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประชาชนในประเทศไทยนิยมเลือกดื่มมักขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ราคา ความยากง่ายในการเข้าถึงเครื่องดื่มชนิดนั้น ความนิยมในสังคม และอิทธิพลของโฆษณาการตลาดของผู้ผลิตหรือจำหน่ายเครื่องดื่มนั้น นอกจากนี้ ประเภทของนักดื่มเองก็เป็นปัจจัยหลักในการเลือกชนิดของเครื่องดื่ม นักดื่มหนักหรือผู้ติดสุราที่ดื่มเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำอาจจะนิยมเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงและราคาถูก เช่น เหล้าขาวหรือสุรากลั่นพื้นบ้าน ส่วนนักดื่มเยาวชน นักดื่มหน้าใหม่ หรือนักดื่มหญิงอาจจะนิยมเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์แอลกอฮอล์ต่ำ เช่น เบียร์ หรือไวน์คูลเลอร์และเครื่องดื่มผสมที่มีรสชาติอร่อย เป็นต้น

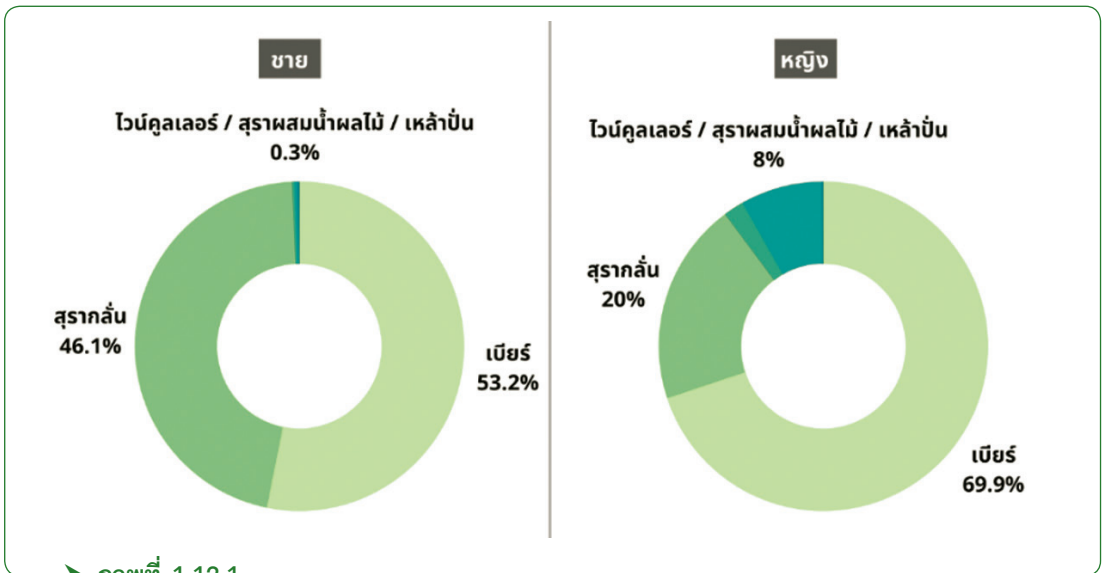
ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564^B พบว่า ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มไทยนิยมบริโภคมากที่สุด คือ เบียร์ เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับที่นักดื่มนิยมดื่มมากที่สุด พบว่า นักดื่มร้อยละ 55.96 นิยมดื่มเบียร์มากที่สุด รองลงมาคือ สุราประเภทต่าง ๆ ได้แก่ สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน สุราสี/สุราแดง และยาดองเหล้า/สุราจีน/วอดก้า/อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 40.98 และไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น คิดเป็นร้อยละ 1.83 ตามลำดับ

(ภาพที่ 1.12.1) ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ นักดื่มหญิงนิยมบริโภคเบียร์และไวน์ประเภทต่าง ๆ ทั้งไวน์องุ่นและไวน์คูลเลอร์มากกว่านักดื่มชาย (สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่นิยมดื่มเบียร์ และไวน์มากที่สุดเท่ากับร้อยละ 70.21 และ 8.69 สัดส่วนในนักดื่มชายเท่ากับร้อยละ 52.37 และ 0.50 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์ (อายุ 15-19 ปี) ดื่มเบียร์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.50 กลุ่มวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45-59 ปี) นิยมดื่มสุรามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.76 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) นิยมดื่มสุราโดยเฉพาะสุราขาว/สุรากลั่นชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.16

จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 นี้ ยังแสดงให้เห็นว่า นอกจาก “เบียร์” จะเป็นเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยมสูงสุดในกลุ่มนักดื่มเพศหญิงและนักดื่มเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์แล้วนั้น “เครื่องดื่มผสมได้แก่ ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น” ก็ได้รับความนิยมสูงในประชากรนักดื่มสองกลุ่มนี้เช่นกัน โดยสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มผสม คิดเป็นร้อยละ 8.06 ในกลุ่มนักดื่มเพศหญิง และร้อยละ 2.70 ในกลุ่มนักดื่มเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มหนักนิยมดื่ม คือ เบียร์ ร้อยละ 46.08 (ร้อยละ 43.58 ในนักดื่มหนักชาย และร้อยละ 64.77 ในนักดื่มหนักหญิง) รองลงมา คือ สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน คิดเป็นร้อยละ 32.37 (ร้อยละ 34.83 ในนักดื่มหนักชาย และร้อยละ 14.02 ในนักดื่มหนักหญิง) และสุราสี/สุราแดง 19.61 (ร้อยละ 20.39 ในนักดื่มหนักชาย และร้อยละ 13.79 ในนักดื่มหนักหญิง)



▶ **ภาพที่ 1.12.1**
สัดส่วนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามอันดับที่นักดื่มนิยมดื่มมากที่สุด

สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มประจำนิยมดื่มมากที่สุด คือ เบียร์ (ร้อยละ 47.54) ทั้งในนักดื่มประจำชายและหญิง ที่ร้อยละ 46.75 และ 55.58 ตามลำดับ สำหรับนักดื่มหน้าใหม่นิยมดื่มเบียร์ (ร้อยละ 68.38) มากที่สุดเช่นเดียวกัน ทั้งในนักดื่มหน้าใหม่ชายและหญิง ที่ร้อยละ 68.06 และ 69.28 ตามลำดับ รองลงมา คือ สุราสี/สุราแดง คิดเป็นร้อยละ 14

1.13 การดื่มสุรานอกระบบภาษี

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย หรือ สุรานอกระบบภาษี (Unrecorded alcohol) หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบผลิตหรือไม่เสียภาษี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีแบ่งออกได้เป็นสองประเภทใหญ่ ได้แก่ สุราเถื่อน เหล้าต้ม เหล้าชุมชน และสุราพื้นบ้านที่ลักลอบผลิตหรือไม่เสียภาษี หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเพื่อดื่มเองในบ้าน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำพวกเหล้า เบียร์ ไวน์จากต่างประเทศ ที่ลักลอบนำเข้าหรือซื้อจากร้านปลอดภาษีตามแนวชายแดน

ในแต่ละปี มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 1.2-3.2 ล้านคนที่รายงานว่า ตนเองดื่มสุรานอกระบบภาษีชนิดใดชนิดหนึ่งใน 12 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า ความชุกของประชากรที่เคยดื่มสุรานอกระบบภาษีประเภทใดประเภทหนึ่ง คือ ร้อยละ 2.17 หรือคิดเป็นจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,238,314 คน เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด พบว่า นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 7.76 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยสัดส่วนของผู้ดื่มสุราขาว/เหล้าต้ม/เหล้าชุมชนที่ผิดกฎหมายสูงกว่าสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราต่างประเทศที่ผิดกฎหมาย โดยคิดเป็นร้อยละ 6.34 และร้อยละ 2.48 ตามลำดับ และนักดื่มประจำมีพฤติกรรมการดื่มสุราขาว/สุราชุมชนนอกระบบภาษี มากกว่านักดื่มเป็นครั้งคราวถึง 2 เท่า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 8.84 และร้อยละ 4.40 ตามลำดับ

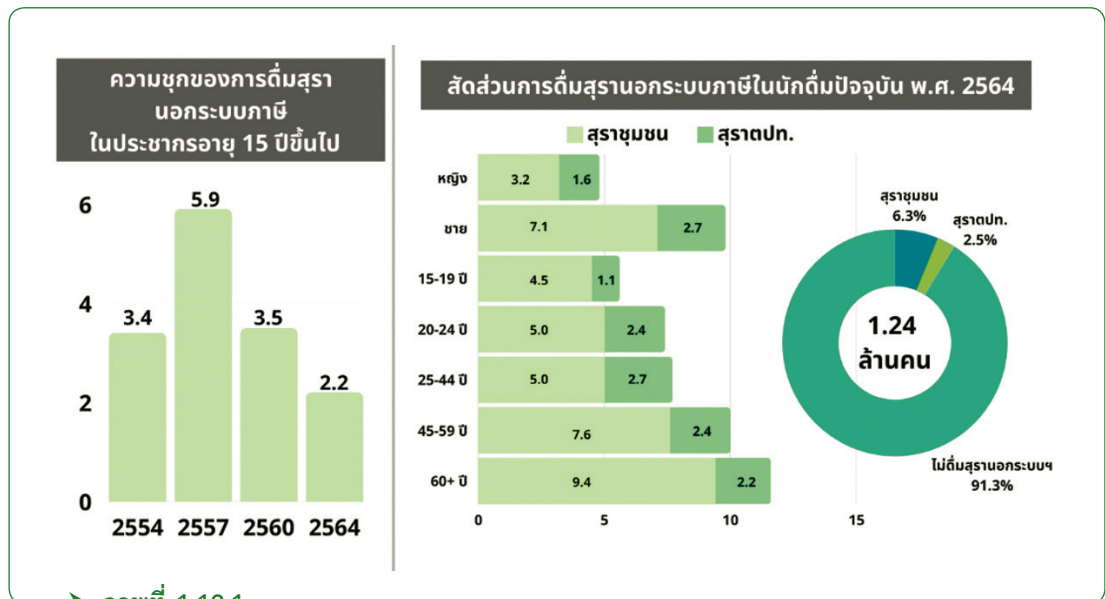
นักดื่มปัจจุบันเพศชายมีสัดส่วนเคยดื่มสุรานอกระบบภาษีสูงกว่านักดื่มปัจจุบันเพศหญิง โดยนักดื่มปัจจุบันชายร้อยละ 7.14 เคยดื่มสุราขาว/สุราชุมชนนอกระบบภาษี และร้อยละ 2.71 เคยดื่มสุรานอก/เหล้าต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา สำหรับนักดื่มเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 3.17 ที่เคยดื่มสุราขาว/สุราชุมชนนอกระบบภาษี และเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าการดื่มสุรานอก/เหล้าต่างประเทศที่ไม่เสียภาษีเช่นกัน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.55



นักดื่มเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์ (อายุ 15-19 ปี) ร้อยละ 4.48 เคยดื่มสุราขาว/สุราชุมชนนอกระบบภาษี แต่มีเพียงร้อยละ 1.10 เท่านั้นที่เคยดื่มสุรานอก/เหล้าต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี ในขณะที่นักดื่มที่เป็นเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ร้อยละ 5.88 เคยดื่มสุรานอกระบบภาษีอย่างน้อย 1 ประเภท ซึ่งแบ่งเป็นร้อยละ 4.89 เคยดื่มสุราขาว/สุราชุมชนนอกระบบภาษี และร้อยละ 2.14 เคยดื่มสุรานอก/เหล้าต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี

สำหรับกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ พบว่า นักดื่มเหล่านี้เคยดื่มสุราขาว/สุราชุมชนนอกระบบภาษีในสัดส่วนที่สูงกว่าสุรานอก/เหล้าต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี คิดเป็นร้อยละ 4.73 เทียบกับร้อยละ 2.43 ตามลำดับ

เมื่อดูแนวโน้มตั้งแต่การสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึง พ.ศ. 2564 ความซุกของประชากรที่เคยดื่มสุรานอกระบบภาษีอย่างน้อย 1 ประเภท เพิ่มขึ้นจากความซุกร้อยละ 3.48 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2557 แล้วลดลงมาเป็นร้อยละ 3.5 และร้อยละ 2.17 ในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (ภาพที่ 1.13.1)



▶ ภาพที่ 1.13.1 ความซุกและสัดส่วนของการดื่มสุรานอกระบบภาษีในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

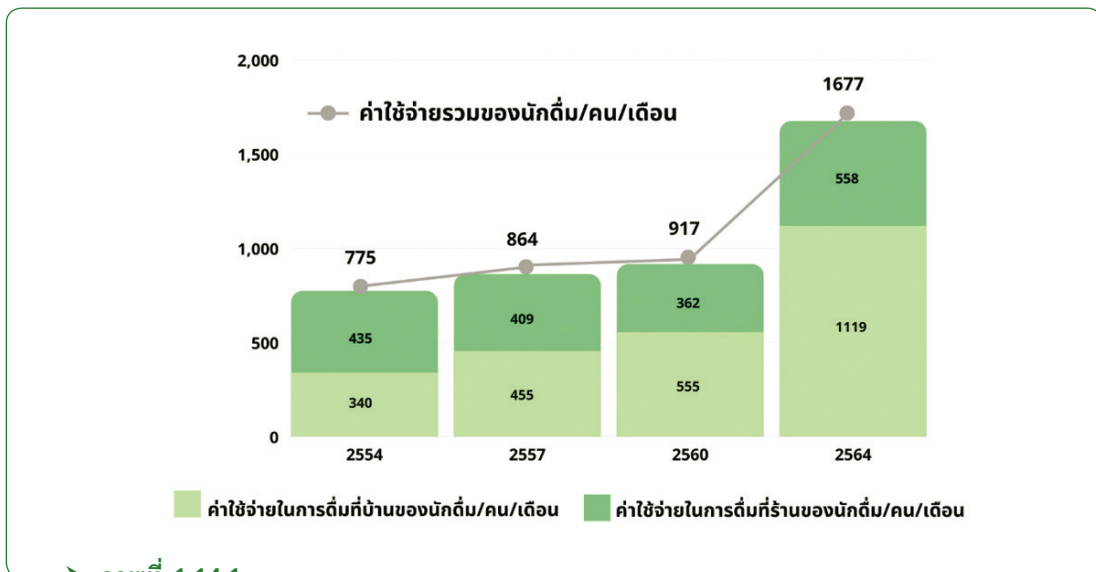
1.14 ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของนักดื่มไทย

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564^B พบว่า นักดื่มมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคน เท่ากับ 1,677.23 บาทต่อเดือน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายจากการดื่มที่บ้าน 1,119.25 บาท และจากการดื่มที่ร้าน 557.98 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของนักดื่มเพศชายจะสูงกว่าของนักดื่มหญิงประมาณ 2 เท่า คือ 1,876.42 บาท เทียบกับ 802.36 บาทต่อเดือน

นักดื่มประจำเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดื่มสุรามากกว่านักดื่มเป็นครั้งคราว คิดเป็นอัตราส่วนกว่า 7.6 เท่า กล่าวคือ 3,047.54 บาท เทียบกับ 402.11 บาท โดยนักดื่มประจำเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มที่บ้านมากกว่าการดื่มที่ร้าน (โดยเฉลี่ย 2,120.53 บาทต่อเดือน เทียบกับ 927.01 บาทต่อเดือน) ในทางกลับกัน นักดื่มเป็นครั้งคราวเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มที่ร้านมากกว่าการดื่มที่บ้านเล็กน้อย คือ 243.68 บาท และ 158.43 บาทต่อเดือน ตามลำดับ

สำหรับผู้ดื่มหนักเป็นประจำมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดื่มมากกว่านักดื่มปัจจุบันที่ไม่เคยดื่มหนักประมาณ 3 เท่า คือ 3,722.19 บาทต่อเดือน เทียบกับ 1,415.82 บาทต่อเดือน และมีค่าใช้จ่ายในการซื้อมาดื่มที่บ้านสูงกว่าการดื่มที่ร้าน นั่นคือ 2,466.68 บาทต่อเดือน และ 1,255.51 บาทต่อเดือน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่านักดื่มปัจจุบันที่ไม่เคยดื่มหนักเลย

แนวโน้มค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และแนวโน้มของการซื้อมาดื่มที่บ้านสูงมากขึ้นในรอบการสำรวจปี พ.ศ. 2560 และ 2564 (ภาพที่ 1.14.1)



➤ ภาพที่ 1.14.1

ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของนักดื่มปัจจุบันเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน (บาท)

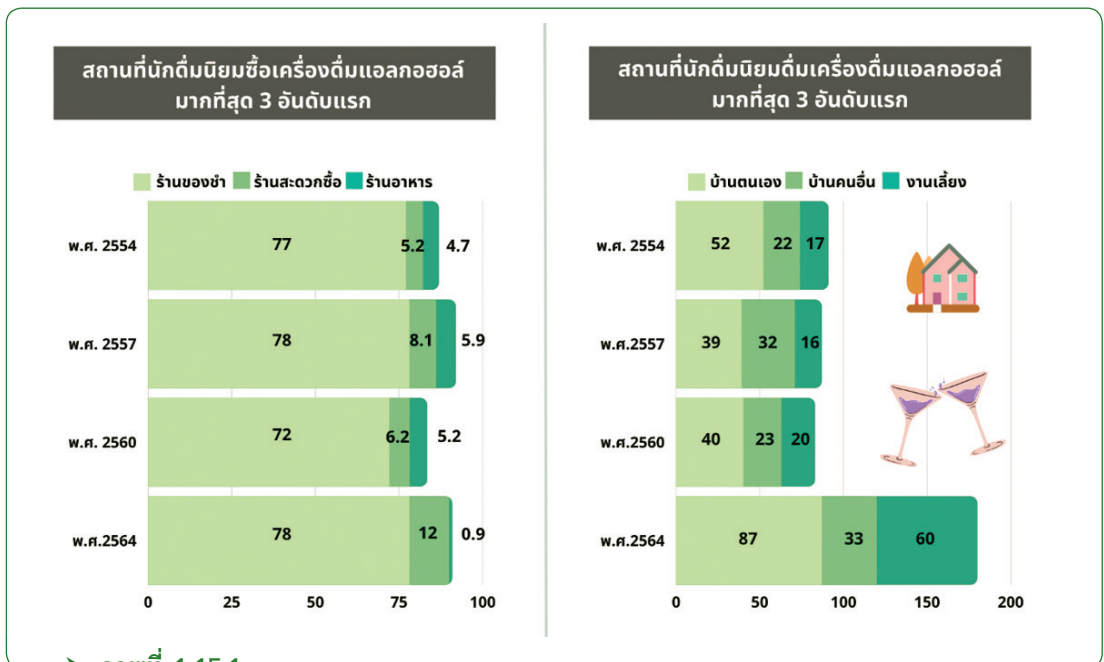


1.15 สถานที่ซื้อและดื่มสุรา

นักดื่มไทยนิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ร้านขายของชำมากที่สุดมาตลอดทุกครั้งที่ทำการสำรวจ (มากกว่าร้อยละ 70 ในการสำรวจทุกครั้ง) รองลงมาคือร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหาร และร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม มีนักดื่มจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 16) ไม่ได้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง เพราะได้มาฟรี

เหตุผลสำคัญที่ทำให้คนนิยมซื้อเครื่องดื่มมาจากร้านขายของชำ น่าจะเป็นเพราะความสะดวกในการเข้าถึง เนื่องจากในแต่ละชุมชนมักจะมีร้านขายของชำซึ่งเปิดขายให้กับคนในชุมชนได้ตลอดเวลา โดยบางร้านอาจจะไม่จำกัดเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามที่กฎหมายกำหนดก็ได้ นอกจากนี้ ในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564^B ได้เพิ่มเติมคำถามเกี่ยวกับการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์ ซึ่งเป็นช่องทางที่เริ่มได้รับความนิยมในปัจจุบัน แต่กลับพบว่านักดื่มน้อยกว่าร้อยละ 1 รายงานว่า เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากช่องทางออนไลน์

สำหรับสถานที่ที่นักดื่มไทยนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ก็พบว่า เป็นที่บ้านของตนเอง โดยนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 87 ในแต่ละปีรายงานว่า ตนเองนิยมดื่มสุราที่บ้านของตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ การดื่มที่บ้านของคนอื่น และที่น่าสนใจคือ ในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564^B พบว่า นักดื่มปัจจุบันถึงร้อยละ 59.84 เคยดื่มสุราที่สถานที่จัดงานเทศกาลประเพณี/คอนเสิร์ต/งานเลี้ยงในที่สาธารณะ โดยส่วนใหญ่ได้เครื่องดื่มมาฟรีจากงานหรือเจ้าภาพ (ภาพที่ 1.15.1)



▶ ภาพที่ 1.15.1

สถานที่ซื้อและดื่มสุราที่นิยมมากที่สุดของนักดื่มปัจจุบัน พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

1.16 ระดับเศรษฐฐานะกับการดื่มสุรา

ในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับรายได้ต่อเดือนออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 รายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน ระดับที่ 2 รายได้ระหว่าง 2,501-4,500 บาทต่อเดือน ระดับที่ 3 รายได้ระหว่าง 4,500-8,000 บาทต่อเดือน ระดับที่ 4 รายได้ระหว่าง 8,001-13,500 บาทต่อเดือน และระดับที่ 5 รายได้ 13,501 บาทขึ้นไปต่อเดือน ตามลำดับ

กลุ่มประชากรที่มีระดับรายได้ชั้นที่ 4 (รายได้ระหว่าง 8,001-13,500 บาทต่อเดือน) มีความชุกของนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.93 รองลงมา คือ กลุ่มระดับรายได้ชั้นที่ 5 ร้อยละ 36.44 และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่สุด (ระดับรายได้ชั้นที่ 1) มีความชุกของนักดื่มปัจจุบันต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 14.15 อัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น โดยมีความชุกสูงที่สุดในกลุ่มที่มีระดับรายได้ชั้นที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 14.96 ในเพศหญิง และร้อยละ 55.72 ในเพศชาย

เช่นเดียวกัน ในกลุ่มนักดื่มประจำ พบว่า อัตราความชุกของการดื่มประจำเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ความชุกของนักดื่มประจำในกลุ่มระดับรายได้ชั้นที่ 1 มีค่าต่ำสุดที่ร้อยละ 5.63 และความชุกของนักดื่มประจำสูงที่สุดในกลุ่มระดับรายได้ชั้นที่ 4 และ 5 คิดเป็นร้อยละ 17.05 และร้อยละ 16.40 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ ความชุกของการดื่มประจำในนักดื่มหญิงและชายสูงที่สุดในกลุ่มระดับรายได้ชั้นที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 2.89 และ ร้อยละ 29.18 ตามลำดับ

ในกลุ่มนักดื่มหนัก กลุ่มระดับรายได้ชั้นที่ 4 มีสัดส่วนความชุกของการดื่มสูงที่สุด คือ ร้อยละ 38.64 และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด เป็นกลุ่มที่มีความชุกของการดื่มต่ำสุด เช่นเดียวกับนักดื่มกลุ่มอื่น ๆ

ในทางตรงข้าม นักดื่มสุรานอกระบบภาษี พบอัตราความชุกสูงที่สุดในกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลาง (กลุ่มระดับรายได้ ชั้นที่ 3) คิดเป็นร้อยละ 3.18 รองลงมาคือ กลุ่มระดับรายได้ชั้นที่ 4 ร้อยละ 2.73 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1.16.1

โดยสรุป นักดื่มที่อยู่ในกลุ่มรายได้สูงต่อเดือน (มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน) เป็นกลุ่มที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน นักดื่มประจำ รวมทั้งนักดื่มหนักในสังคมไทยมากที่สุด ในขณะที่ นักดื่มสุรานอกระบบภาษีอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางมากกว่ากลุ่มรายได้ระดับอื่น

ตารางที่ 1.16.1 อัตราความชุกของการดื่มสุราตามประเภทการดื่มและระดับรายได้ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

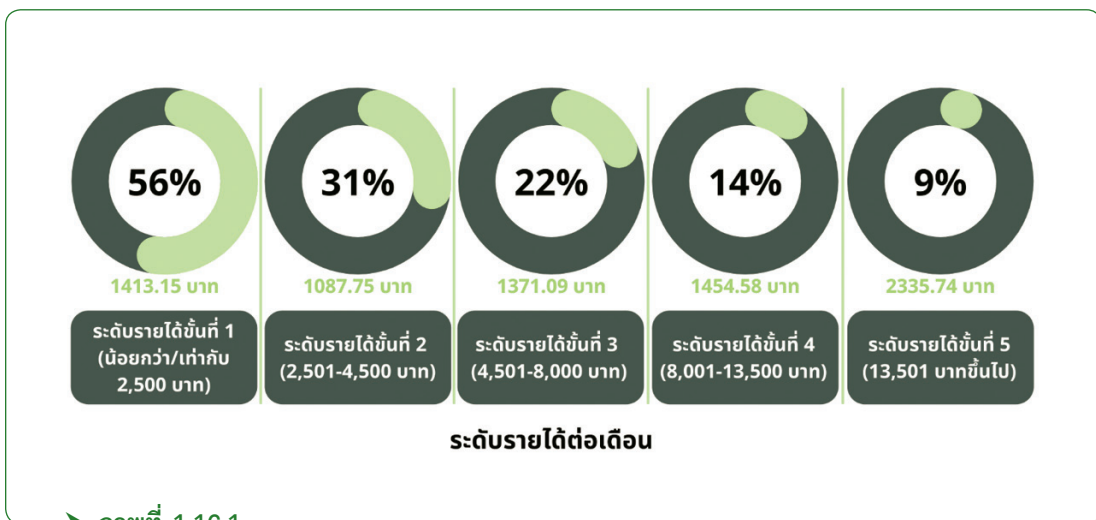
ระดับรายได้	อัตราความชุก (ร้อยละ) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป			
	นักดื่มปัจจุบัน	นักดื่มประจำ	นักดื่มหนัก	นักดื่มสุรานอกกระบพ
ระดับรายได้ขั้นที่ 1 (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน)	14.15	40.17	32.16	0.96
ระดับรายได้ขั้นที่ 2 (2,501-4,500 บาทต่อเดือน)	21.13	40.73	34.33	2.39
ระดับรายได้ขั้นที่ 3 (4,501-8,000 บาทต่อเดือน)	31.24	42.99	36.77	3.18
ระดับรายได้ขั้นที่ 4 (8,001-13,500 บาทต่อเดือน)	36.93	46.18	38.63	2.73
ระดับรายได้ขั้นที่ 5 (13,501 บาทต่อเดือนหรือมากกว่า)	36.44	45.04	36.15	2.06

เมื่อพิจารณาระดับรายได้และค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ กลุ่มนักดื่มที่มีระดับรายได้มากกว่า 13,500 บาทต่อเดือน มีค่าใช้จ่ายการดื่มสุราอยู่ที่ 2,335 บาทต่อเดือน โดยแบ่งเป็นดื่มที่บ้าน 1,614 บาทต่อเดือน และดื่มที่ร้าน 721 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้มีรายได้ที่ประมาณ 2,501 ถึง 4,500 บาท มีค่าใช้จ่ายการดื่มสุรต่ำที่สุด อยู่ที่ 1,088 บาท อย่างไรก็ตาม ผู้มีรายได้ที่ระดับต่ำสุด (น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน) กลับเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราสูงเกือบเท่ากับผู้มีระดับรายได้ขั้นที่ 4 คือ 1,413 บาท กับ 1,454 บาทต่อเดือน

เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรากับรายได้ พบว่า กลุ่มระดับรายได้ขั้นที่ 1 และ 2 มีค่าใช้จ่ายจากการดื่มสุรา คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของรายได้ (เทียบกับรายได้ประมาณ 2,500 บาทต่อเดือน) เช่นเดียวกับกลุ่มรายได้ประมาณ 2,501 ถึง 4,500 บาท มีค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราประมาณ 1 ใน 3 ของรายได้ (เทียบกับรายได้ 3,480 บาทต่อเดือน) ในขณะที่กลุ่มระดับรายได้ขั้นที่ 5 มีค่าใช้จ่ายจากสุราที่ร้อยละ 7.57 (เทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,877) ดังแสดงใน**ตารางที่ 1.16.2** และ**ภาพที่ 1.16.1** ดังนั้น เมื่อเทียบกับรายได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มเป็นสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้สูงเป็นอย่างมาก ดังนั้น การลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะทำให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยสามารถออมเงินได้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายอื่นภายในบ้านได้ในแต่ละเดือน

ตารางที่ 16.1.2 ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรารายเดือนของนักดื่ม จำแนกตามระดับรายได้ต่อเดือน

ระดับรายได้	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรา			ค่าดื่มคิดเป็นร้อยละของรายได้
		ดื่มที่บ้าน	ดื่มที่ร้าน	รวมค่าดื่ม	
ระดับรายได้ขั้นที่ 1 (น้อยกว่าเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน)	2,500.00	801.55	611.60	1413.15	56.53
ระดับรายได้ขั้นที่ 2 (2,501-4,500 บาทต่อเดือน)	3,480.00	730.02	357.73	1087.75	31.26
ระดับรายได้ขั้นที่ 3 (4,501-8,000 บาทต่อเดือน)	6,222.00	975.39	395.71	1371.09	22.04
ระดับรายได้ขั้นที่ 4 (8,001-13,500 บาทต่อเดือน)	10,466.00	1000.16	454.42	1454.58	13.90
ระดับรายได้ขั้นที่ 5 (13,501 บาทต่อเดือนหรือมากกว่า)	24,709.00	1614.32	721.41	2335.74	9.45



➤ **ภาพที่ 1.16.1**

สัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราต่อรายได้อต่อเดือนของนักดื่มไทย พ.ศ. 2564



1.17 จังหวัดของนักดื่ม

การดื่มสุรารูปแบบต่าง ๆ มีผลต่อปัญหาในลักษณะที่แตกต่างกัน และมีความซับซ้อน การจัดลำดับความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มสุรารายจังหวัด โดยใช้ดัชนีแสดงที่ครอบคลุมตัวแปรแบบแผนการดื่มหลายตัว จะทำให้สามารถเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงระหว่างจังหวัดได้อย่างเป็นกลางมากกว่าการใช้เพียงตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง ประเทศไทยจึงใช้ “ดัชนีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด (Provincial Alcohol Problem Index; PAPI)” เป็นตัวชี้วัดที่คำนวณจากตัวแปรย่อย 5 ตัว ดังนี้

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

โดยที่ PAPI คือ ดัชนีระดับความเสี่ยงของปัญหาแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัด

- P₁ คือ ค่าคะแนนความชุกของนักดื่มปัจจุบัน (ผู้บริโภครองดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ในประชากรผู้ใหญ่ (ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)
- P₂ คือ ค่าคะแนนสัดส่วนของนักดื่มประจำในนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด
- P₃ คือ ค่าคะแนนสัดส่วนของนักดื่มหนักในนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด
- P₄ คือ ค่าคะแนนสัดส่วนของผู้ที่ดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะในนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด
- P₅ คือ ค่าคะแนนความชุกของนักดื่มปัจจุบันที่เป็นวัยรุ่นในประชากรวัยรุ่น

และการคำนวณดัชนีคะแนนความเสี่ยงของปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในแต่ละตัวแปร ดังนี้

$$P_i = \frac{(\text{Value}_i - \text{Min}_i)}{(\text{Max}_i - \text{Min}_i)}$$

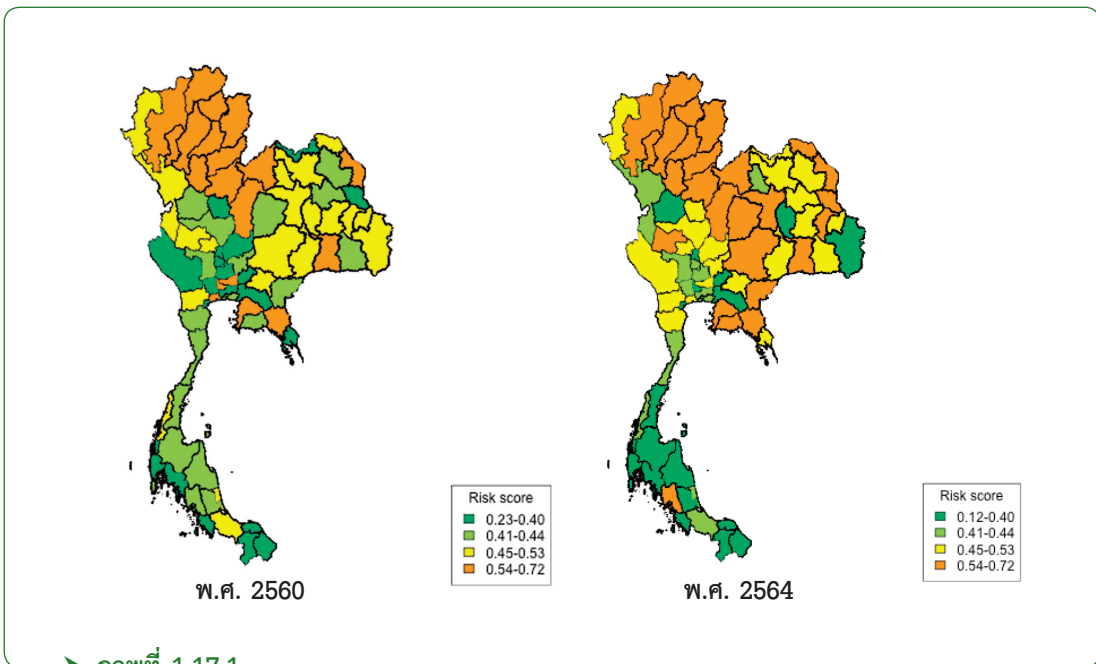
- โดยที่ P_i คือ คะแนนของตัวแปรแต่ละตัว
- Value_i คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรนั้นในจังหวัดนั้น
- Min_i คือ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรนั้นของจังหวัดที่มีคะแนนต่ำที่สุด
- Max_i คือ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรนั้นของจังหวัดที่มีคะแนนสูงที่สุด

การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า จังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนความเสี่ยงของปัญหาแอลกอฮอล์สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ ส่วนจังหวัดในภาคใต้มีคะแนนความเสี่ยงต่ำที่สุด สำหรับจังหวัดที่มีค่าดัชนีความเสี่ยงสูงที่สุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกแสดงในตารางที่ 1.17.1



เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 ก็พบว่า จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงสูงสุดได้เปลี่ยนจาก จังหวัดลำปางในปี พ.ศ. 2560 มาเป็นจังหวัดน่านในปี พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ ตัวแปรที่ทำให้จังหวัดน่านขึ้นมา เป็นอันดับหนึ่งน่าจะเป็นจากค่าสัดส่วนของนักดื่มหนักต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดของจังหวัดน่าน ซึ่งมีค่า สูงสุดของประเทศ (ร้อยละ 61) ในปี พ.ศ. 2564 ในขณะที่ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดน่านเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 42.4 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 43.3 ในปี พ.ศ. 2564 ส่วนจังหวัดเชียงใหม่ยังคงอยู่อันดับสองเช่นเดิม นอกจากนี้ ยังพบว่า สี่ในห้าจังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยง สูงสุดยังคงอยู่ในภาคเหนือทั้งในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564

สำหรับสี่จังหวัดที่มีดัชนีระดับความเสี่ยงต่ำสุดยังคงเป็นจังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และ พังงา เช่นเดียวกันกับในปี พ.ศ. 2560 โดยสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) มีอัตรา ความชุกของนักดื่มปัจจุบันต่ำกว่าร้อยละ 5 ในทั้งสองปี ส่วนจังหวัดพังงาได้ขยับจากจังหวัดที่มีดัชนีต่ำ ที่สุดของประเทศในปี พ.ศ. 2560 มาเป็นจังหวัดที่มีดัชนีต่ำที่สุดอันดับสี่ในปี พ.ศ. 2564 และที่น่าสนใจ คือ จังหวัดสิงห์บุรียังคงเป็นจังหวัดที่มีดัชนีต่ำสุดอันดับห้าของประเทศ ทั้งในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 จึงเป็นจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในภาคใต้จังหวัดเดียวที่อยู่ในกลุ่มห้าจังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่ำสุด¹⁶



▶ ภาพที่ 1.17.1

ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ รายจังหวัด พ.ศ. 2560 และ 2564

¹⁶ พลเทพ วิจิตรคุณากร, อธิป ตันอารีย์. (2565). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ตารางที่ 1.17.1 จังหวัดที่มีดัชนีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุดและต่ำสุด 5 อันดับแรกของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (ค่าในตาราง คือ ร้อยละ ค่าในวงเล็บ คือ คะแนนของตัวแปรนั้นของจังหวัดนั้น)

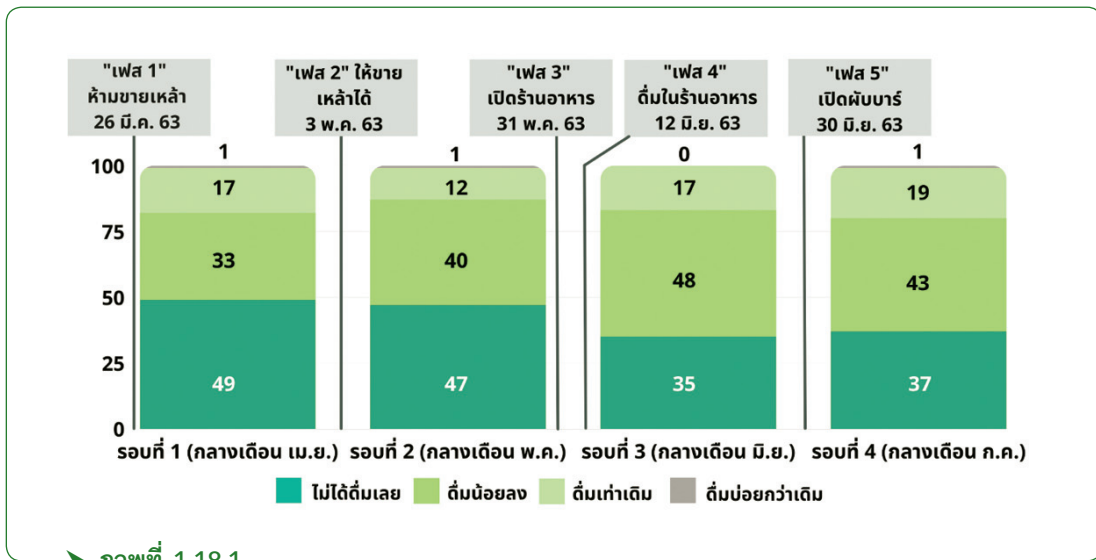
อันดับ	จังหวัด	ดัชนีระดับความเสี่ยง (PAPI)	ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่	สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด	สัดส่วนของนักดื่มหนักต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด	สัดส่วนของการดื่มแล้วขับต่อนักดื่มปัจจุบัน	ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรวัยรุ่น
5 อันดับสูงสุด							
1	น่าน	0.723	43.3 (1.000)	30.9 (0.212)	61.0 (1.000)	60.4 (0.878)	11.1 (0.524)
2	เชียงราย	0.722	41.1 (0.955)	36.3 (0.334)	56.8 (0.919)	67.5 (1.000)	8.5 (0.401)
3	แพร่	0.704	42.9 (0.989)	50.2 (0.648)	39.9 (0.592)	52.4 (0.740)	11.7 (0.551)
4	มุกดาหาร	0.696	38.6 (0.886)	26.2 (0.106)	50.6 (0.799)	60.8 (0.886)	17.0 (0.803)
5	พะเยา	0.688	40.7 (0.937)	32.1 (0.238)	49.8 (0.783)	56.2 (0.807)	14.3 (0.674)
5 อันดับต่ำสุด							
1	ยะลา	0.123	3.3 (0.040)	28.8 (0.164)	27.4 (0.349)	11.3 (0.036)	0.5 (0.023)
2	ปัตตานี	0.148	1.6 (0)	40.6 (0.431)	25.4 (0.311)	9.2 (0)	0 (0)
3	นราธิวาส	0.172	2.4 (0.020)	32.8 (0.255)	35.8 (0.511)	13.6 (0.076)	0 (0)
4	พังงา	0.277	14.4 (0.307)	50.9 (0.663)	17.7 (0.161)	20 (0.186)	1.4 (0.067)
5	สิงห์บุรี	0.284	18.7 (0.410)	43.4 (0.494)	16.2 (0.133)	25 (0.272)	2.4 (0.112)

1.18 นักดื่มไทยในสถานการณ์โควิด-19

นับตั้งแต่การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 จนถึงปัจจุบัน มาตรการจำกัดการจำหน่ายและบริโภคสุราในสถานที่ต่าง ๆ ได้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคมาโดยตลอด ซึ่งเหตุผลส่วนหนึ่งมาจากการที่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยเป็นการดื่มเชิงเข้าสังคม ดังนั้น การลดการเข้าถึงสุราและโอกาสในการดื่มสุราจึงเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสโควิด-19 ไปด้วย ข้อมูลจากชุดการสำรวจสี่ครั้งของ



ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ร่วมกับบริษัทศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) ระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงในช่วงการแพร่ระบาด โดยขึ้นกับมาตรการต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 40 เป็นผู้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หรือจัดว่าเป็นนักดื่มปัจจุบัน โดยนักดื่มปัจจุบันเหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49) หยุดดื่ม และอีกประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33) ดื่มลดลงในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจครั้งแรกในเดือนเมษายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่มีประกาศห้ามขายสุราทั่วประเทศ หลังจากนั้น ในราวเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม ซึ่งเป็นช่วงที่มีการออกมาตรการอนุญาตให้มีการดื่มสุราในร้านอาหารได้ ความชุกของการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม นักดื่มปัจจุบันที่รายงานว่าตนเคยดื่มในช่วงเดือนที่ผ่านมา ก่อนการสำรวจเกือบทุกคนรายงานว่า ตนดื่มน้อยกว่าช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 หรือดื่มเท่ากับช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 ทั้งสิ้น¹⁷ รายละเอียดตามภาพที่ 1.18.1



▶ ภาพที่ 1.18.1

พฤติกรรมการดื่มสุราในช่วงการแพร่ระบาดเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดของไวรัสโควิด-19 (ร้อยละ) ในนักดื่มปัจจุบัน จากการสำรวจ 4 รอบในช่วงปี พ.ศ. 2563

¹⁷ Wichaidit W, Sittisombut M, Assanangkornchai S, Vichitkunakorn P. (2021). Self-reported drinking behaviors and observed violation of state-mandated social restriction and alcohol control measures during the COVID-19 pandemic: Findings from nationally-representative surveys in Thailand. Drug Alcohol Depend. 221:108607.

นอกจากนี้ ผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรไทยระยะต่อเนื่อง ในช่วงครึ่งแรกของปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นระลอกที่ 3 ของการระบาด ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของนักดื่มไทยมีลักษณะใกล้เคียงกันในทั้งสองช่วง สัดส่วนนักดื่มปัจจุบันเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 42 ช่วงเดือนเมษายน 2564 และร้อยละ 43 ช่วงเดือนพฤษภาคม 2564) ตามตารางที่ 1.18.1

ตารางที่ 1.18.1 พฤติกรรมการดื่มสุรา จากการสำรวจประชากรไทยทางโทรศัพท์ ช่วงเดือนเมษายน และพฤษภาคม 2564

พฤติกรรมการดื่ม	การสำรวจครั้งที่ 1 (24-28 เมษายน 2564) (n=1555)	การสำรวจครั้งที่ 2 (26-29 พฤษภาคม 2564) (n=1558)
ไม่เคยดื่มเลย	35.8% + 1.2%	34.2% + 1.2%
เคยดื่ม (ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	22.2% + 1.1%	22.7% + 1.1%
นักดื่มปัจจุบัน (ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	42.0% + 1.2%	43.1% + 1.2%

ที่มา: ข้อมูลของการสำรวจจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ร่วมกับ บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB)

1.19 นักดื่มไทยท่ามกลางบริบทสากล

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2561^A ประเทศไทยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร 8.3 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน เท่ากับประเทศเวียดนาม และรองจาก สปป.ลาว (10.4 ลิตรต่อคนต่อปี) ปริมาณการดื่มของไทยสูงกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง (7.0 ลิตรต่อคนต่อปี) แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศรายได้สูง (9.8 ลิตรต่อคนต่อปี)

เมื่อพิจารณาปริมาณการดื่มต่อหัวนักดื่ม ปริมาณการดื่มต่อหัวนักดื่มในกลุ่มประเทศอาเซียนสูงสุดใน สปป.ลาว (25.9 ลิตรต่อคนต่อปี) ตามด้วย เวียดนาม (22.8 ลิตรต่อคนต่อปี) กัมพูชา (21.7 ลิตรต่อคนต่อปี) และไทยเป็นอันดับที่ 4 (20.3 ลิตรต่อคนต่อปี) โดยข้อมูลปริมาณการดื่มต่อหัวนักดื่มสูงเช่นนี้ ส่วนหนึ่งอาจสามารถสะท้อนลักษณะปัญหาเฉียบพลันหลังจากการดื่มได้ เช่น อุบัติเหตุจราจร และทะเลาะวิวาท ได้



ส่วนการดื่มสุรานอกระบบภาษี ประชากรไทยดื่มสุรานอกระบบภาษีในสัดส่วนร้อยละ 20.5 ของปริมาณการดื่มทั้งหมดซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศอาเซียน (ร้อยละ 39.8 ของปริมาณการดื่มทั้งหมด) แต่สูงกว่าประเทศรายได้สูงกว่า 2 เท่า (ร้อยละ 11.4 ของปริมาณการดื่มทั้งหมด)

เมื่อพิจารณาความชุกของนักดื่มปัจจุบัน จากชุดข้อมูลขององค์การอนามัยโลกฉบับเดียวกันนี้ พบว่า ประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 40.9 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 2 ในอาเซียนรองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 70.0) แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความชุกในระดับโลก (ร้อยละ 43.0) เมื่อพิจารณารูปแบบการดื่มหนัก (หรือดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 60 กรัมต่อครั้ง) พบว่า ประเทศไทยมีความชุกของนักดื่มหนักในประชากรผู้ใหญ่สูงเป็นอันดับที่ 3 (ร้อยละ 15.7) ในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 30.0) และ สปป.ลาว (ร้อยละ 17.5) ส่วนข้อมูลเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี พบว่า เยาวชนไทยมีความชุกของการดื่มหนักสูงเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศกลุ่มอาเซียน (ร้อยละ 13.0) รองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 30.4)

เมื่อเทียบสัดส่วนนักดื่มผู้ชายและนักดื่มผู้หญิง พบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนนักดื่มผู้ชายต่อนักดื่มผู้หญิงประมาณเกือบ 2 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศสิงคโปร์ โดยความชุกของนักดื่มผู้หญิงของไทยคือ ร้อยละ 27.7 สูงเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจาก สิงคโปร์ (ร้อยละ 58.8) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความชุกของนักดื่มหนักในกลุ่มผู้หญิงไทยสูงเป็นอันดับที่ 3 (ร้อยละ 4.9) ในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 13.8) และ สปป.ลาว (ร้อยละ 5.8) **(ตารางที่ 1.19.1)**

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่กล่าวถึงในส่วนนี้ ซึ่งได้มาจากรายงานขององค์การอนามัยโลกทั้งหมดจะไม่ตรงกับตัวเลขที่ได้จากการสำรวจประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศไทยเองที่กล่าวถึงไปแล้วในบทก่อน ๆ ทั้งนี้ เป็นเพราะตัวเลขขององค์การอนามัยโลกจะมีการปรับค่าโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ โดยใช้ตัวแปรอื่น เช่น ลักษณะประชากรและระดับรายได้ของประเทศด้วย เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม



ตารางที่ 1.19.1 แบบแผนการดื่มสุราของประเทศไทยเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้และจีน

แบบแผนการดื่ม	ระดับโลก	HICs*	Upper MIC**	อาเซียน***	ไทย	กัมพูชา	พม่า	ฟิลิปปินส์	สปป.ลาว	เวียดนาม	สิงคโปร์	ญี่ปุ่น	เกาหลี	จีนใต้
ชุดแบบแผน A														
ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (ลิตรต่อคนต่อปี)	6.4	9.8	7.0	6.7	8.3	6.7	4.8	6.6	10.4	8.3	2.0	8.0	10.2	7.2
ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อคนดื่ม (ลิตรต่อคนดื่มต่อปี)	15.1	-	-	18.7	20.3	21.7	17.6	19.9	25.9	22.8	2.9	14.1	16.0	12.9
ปริมาณการดื่มสุรานอกระบบภาษี (ลิตรต่อคนต่อปี)	1.6	1.1	1.5	2.7	1.7	3.2	3.2	2.1	3.4	5.3	0.3	1.1	1.2	1.5
สัดส่วนการดื่มสุราในระบบนอกระบบ	2.9	-	-	2.3	3.9	1.1	0.5	2.1	2.1	0.6	6.0	6.3	7.6	3.8
% ปริมาณการดื่มสุรานอกระบบภาษี	25.0	11.4	21.4	39.8	20.5	47.8	66.7	31.8	32.7	63.9	15.0	13.8	11.8	20.8
% นักดื่มปัจจุบัน (ในกลุ่มประชากร)	43.0	67.3	47.7	39.8	40.9	30.9	27.1	33.1	40.0	36.6	70.0	57.0	63.9	55.9
% ประชากรที่ไม่เคยดื่มตลอดชีวิต	44.5	-	-	36.3	34.5	45.6	50.1	43.1	35.5	38.6	6.7	9.1	7.1	42.1
% นักดื่มหญิงที่ดื่มในปัจจุบัน	32.4	-	-	27.8	27.7	19.6	16.5	21.0	27.0	23.9	58.8	43.7	51.2	42.6
สัดส่วนนักดื่มที่ดื่มชาย: นักดื่มหญิง	1.7	1.4	1.6	1.6	1.4	2.2	0.2	2.2	2.0	2.1	1.4	1.6	1.5	1.6
ชุดแบบแผน B														
% นักดื่มหนักอายุ 15 ปีขึ้นไป (ในกลุ่มประชากร)	18.2	38.7	40.7	15.8	15.7	11.5	9.1	12.6	17.5	14.4	30.0	22.8	30.5	22.7
% นักดื่มหนักอายุ 15 ปีขึ้นไป (ในกลุ่มนักดื่ม)	39.5	-	-	39.0	38.4	37.3	33.4	38.0	43.8	39.3	42.9	40.0	26.6	40.7
% นักดื่มหนักอายุ 15-19 ปี (ในกลุ่มประชากร)	13.6	-	-	12.9	13.0	8.1	6.3	9.0	12.9	10.7	30.4	25.0	29.5	20.4
% นักดื่มหนักอายุ 15-19 ปี (ในกลุ่มนักดื่ม)	45.7	-	-	45.6	47.4	42.1	38.8	43.2	48.7	45.9	53.2	54.9	58.5	49.4
% นักดื่มหญิงที่ดื่มหนัก (ในกลุ่มประชากรหญิง)	19.9	20.6	21.0	5.0	4.9	3.2	2.3	2.2	5.8	2.8	13.8	8.9	13.6	8.6

* กลุ่มประเทศรายได้สูง (High-income countries)

** กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง (Upper middle-income countries)

*** กลุ่มประเทศอาเซียน ประกอบด้วย ไทย กัมพูชา พม่า ฟิลิปปินส์ สปป.ลาว เวียดนาม และสิงคโปร์ โดยไม่รวมประเทศไทย (ข้อมูล มาเลเซีย อินโดนีเซีย)



บทที่ 2 ธุรกิจ กระแสโฆษณา และการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.1 การเปลี่ยนแปลงของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ภาพที่ 2.1.1)



▶ ภาพที่ 2.1.1

ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

รายงาน แนวโน้มธุรกิจและอุตสาหกรรมปี 2562-2564: อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม¹⁸
วิเคราะห์แนวโน้มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า มีการเติบโตและเข้าสู่ภาวะอิ่มตัว

¹⁸ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน). (2564). แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2562-2564: อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม. เข้าถึงได้จาก: <https://www.krungsri.com/th/research/industry/industry-outlook/Food-Beverage/Beverage/IO/io-beverage-20-th>

แนวโน้มประเภทสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความนิยมในประเทศก็สอดคล้องกับแนวโน้มโลก คือ เบียร์ สุรา และไวน์

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยแบ่งเป็น สินค้าผลิตในประเทศ ซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดเป็นส่วนใหญ่ และสินค้านำเข้าในกลุ่มสุรา ไวน์ และเบียร์ ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 มีความหลากหลายมาก แบ่งเป็นตลาดเบียร์ผลิตในประเทศ เบียร์นำเข้า กลุ่มเบียร์สูตรพิเศษ เช่น เบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ 0% หรือสูตรน้ำตาลต่ำ สุรา ไวน์ สุราขาว และสุราพื้นบ้าน คราฟท์เบียร์ ทั้งผลิตในประเทศและนำเข้า สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสผลไม้ทั้งผลิตในประเทศและนำเข้า และกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงสำเร็จพร้อมดื่มทั้งผลิตในประเทศและนำเข้า รวมทั้งสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าประเภทอื่น ๆ ที่เริ่มพบเห็นในท้องตลาดมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา โดยเฉพาะในกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสพร้อมดื่มบรรจุขวดและกระป๋อง สุราหมักหรือกลั่นพร้อมดื่ม ปรุงกลั่นรสผลไม้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสแบบอัดก๊าซจากประเทศเกาหลีและญี่ปุ่น รวมทั้งกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม DIY (Do It Yourself) ที่เริ่มพบมากขึ้น ได้แก่ ได้รับความนิยมหมักเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากผลไม้ด้วยตนเองที่แพร่กระจายในสื่อออนไลน์ ได้รับความนิยมผลิตเบียร์ด้วยตนเอง ได้รับความนิยมผลิตค็อกเทล ปรุงรสสำเร็จรูปบรรจุขวดหรือกระป๋องจำหน่ายในลักษณะสินค้าชุมชน หรือกิจการระดับเล็กและกลาง (Small and medium-sized enterprises; SME) ที่แพร่กระจายในสื่อออนไลน์

ในประเทศไทยมีโรงงานผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวม 95 แห่ง หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12 ของจำนวนผู้ผลิตเครื่องดื่มทั้งหมด เน้นการผลิตสุราและเบียร์ ในส่วนอุตสาหกรรมเบียร์ในประเทศไทย ตลาดถือครองโดยผู้ผลิตรายใหญ่ โดยสินค้าในกลุ่มผู้ผลิตรายใหญ่นี้มีส่วนแบ่งตลาดรวมกันเป็นร้อยละ 93 ของปริมาณจำหน่ายเบียร์ในประเทศ ในส่วนอุตสาหกรรมสุรา ตลาดถือครองโดยผู้ผลิตรายใหญ่เช่นกัน โดยมีผู้ผลิตรายใหญ่ครองส่วนแบ่งตลาดร้อยละ 80 มีทั้งสินค้าผลิตในประเทศและนำเข้า ส่วนกลุ่มคราฟท์เบียร์ พบว่า มีลักษณะทั้งการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ผู้ผลิตรายใหญ่มีการแตกยอดผลิตภัณฑ์คราฟท์เบียร์ร่วมด้วย ผู้จำหน่ายและนำเข้าอิสระ และผู้ผลิตระดับ micro หรือผลิตตามบ้าน

ในด้านผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านประเภท และการแตกกลุ่มสินค้าใหม่ ในกลุ่มสินค้าสุราระดับราคาสูง และเป็นสินค้าต่างประเทศหลายยี่ห้อ จากที่เคยวางตำแหน่งเป็นสินค้าพรีเมียม ในกลุ่มเป้าหมายผู้ชาย วัยทำงาน ให้กลายเป็นสินค้าที่ทุกคนทุกเพศวัยเข้าถึงจับต้องได้โดยง่าย มีการขยับปรับเปลี่ยนทิศทางการตลาด คือ กลับเข้ามาทำการตลาดใหม่ในประเทศไทยด้วยสินค้าเดิม และสินค้าใหม่ที่ปรับเปลี่ยน แต่มีแนวทางการทำตลาดใหม่ กลุ่มเป้าหมายใหม่ คือ กลุ่มผู้หญิงและวัยรุ่นยุค Gen Z



ผลิตภัณฑ์อีกกลุ่มหนึ่งที่กำลังเติบโตทั้งในด้านปริมาณ ประเภท และกระแสนิยม คือ กลุ่มสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสพร้อมดื่มทั้งบรรจุขวดและกระป๋อง ซึ่งพบว่า มีสินค้ากลุ่มนี้เป็นสินค้านำเข้าจากประเทศเกาหลีและญี่ปุ่นเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอิทธิพลซีรีส์ละครเกาหลีเป็นแรงจูงใจ จากภาพตัวแสดง ดารา นักร้องเกาหลี แสดงภาพการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางประเภทในชีวิตประจำวันในละคร และการเป็นพรีเซ็นเตอร์สินค้าเครื่องดื่มเกาหลี ทำให้มีการนำเข้าสินค้ากลุ่มนี้เข้ามาจำนวนมาก ทั้งในลักษณะผู้นำเข้าอิสระ จำหน่ายออนไลน์ และผู้ผลิตเบียร์รายหนึ่งในประเทศก็เป็นผู้นำเข้าสินค้ากลุ่มนี้เข้ามาด้วยเช่นกัน รวมทั้งกลุ่มธุรกิจค้าปลีก และห้างสรรพสินค้า ก็พบว่า เป็นผู้นำเข้าสินค้ากลุ่มนี้เข้ามาจำหน่ายในช่องทางกายภาพของตนเอง จุดเด่นของสินค้ากลุ่มนี้ คือ บรรจุภัณฑ์ที่ออกแบบสวยงาม การปรุงรสผลไม้ การแต่งสีแต่งกลิ่น ความพร้อมดื่ม และราคาไม่สูง

ยังมีผลิตภัณฑ์อีก 2 กลุ่มที่พบได้มากขึ้น และกำลังเป็นที่นิยมเพิ่มมากขึ้นคือ กลุ่มเบียร์ผลไม้ (fruit beer) ทั้งในรูปแบบพร้อมดื่มบรรจุกระป๋อง ขวด ทั้งเป็นสินค้านำเข้า สินค้าในประเทศที่แตกยอดมาจากกลุ่ม RTD (Ready To Drink) คราฟท์เบียร์ และเบียร์ DIY หรือผลิตเองตามบ้าน จุดเด่นของสินค้ากลุ่มนี้ คือ การอ้างสรรพคุณว่า ผลิตจากผลไม้ และกลุ่มเครื่องดื่มรสซ่า (sparkling alcohol drink) ในรูปแบบพร้อมดื่มบรรจุกระป๋อง ขวด จุดเด่นของสินค้ากลุ่มนี้ คือ ลักษณะของเครื่องดื่ม และรสชาติ

กระแสการปรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา จะเห็นทิศทางการปรับผลิตภัณฑ์ในด้านการปรุงรส (flavouring) เป็นหนึ่งกระแสการปรับ และแตกยอดผลิตภัณฑ์ และเป็นหนึ่งในทิศทางการปรับยี่ห้อ (brand revamp) ของสินค้าสุราหลายประเภท โดยการปรับสินค้าของตนเองให้มีผลิตภัณฑ์ใหม่เป็นสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงแต่งกลิ่นรส รสผลไม้กลายเป็นเทรนด์เก่า เทรนด์ใหม่ของการปรับผลิตภัณฑ์นี้ คือ แสงวาทกลิ่นรสแปลกใหม่มากขึ้น กลิ่นรสเลียนแบบขนมเบเกอรี่ หรือการผสมกลิ่นรสแปลกใหม่เข้าด้วยกัน เช่น สุรานำเข้ายี่ห้อหนึ่งมีผลิตภัณฑ์ใหม่ เป็นสุราปรุงรสสตอเบอรี่ครีมพาย บรรจุภัณฑ์ออกแบบใหม่เป็นสีชมพูมีลวดลายผลไม้ ใช้การส่งเสริมการขายด้วยการรีวิวในออนไลน์ และเน้นราคาที่ลดลง

เมื่อศึกษาติดตามการสื่อสารการตลาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมในครึ่งปีแรกของ พ.ศ. 2565 พบว่า กลุ่มสินค้าสุราราคาสูงจากต่างประเทศปรับแนวทางการสื่อสารการตลาดใหม่ด้วยการปรับสินค้า หรือ brand revamp ปรับสี ปรับรูปแบบ (look) ปรับภาพลักษณ์สินค้า ให้ดูเป็นสินค้าใหม่ เปลี่ยนแนวทางการสื่อสารโดยเปลี่ยนจากผู้ชายมาใช้พรีเซ็นเตอร์เป็นผู้หญิงผู้มีชื่อเสียง ใช้การตลาด music marketing ที่จับกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น โดยเลือกใช้วงดนตรีและแนวดนตรีที่คนยุคใหม่ชื่นชอบ เพื่อมุ่งเป้ากลุ่มเป้าหมายใหม่ คือ กลุ่มผู้หญิงมากขึ้น พบว่า ผู้หญิงมีแรงขับเคลื่อนสินค้ากลุ่มนี้ที่นอกเหนือจากอิทธิพลละครแล้วยังเป็นอิทธิพลสื่อออนไลน์ในรูปแบบการรีวิว การใช้ influencer ผู้หญิง

และการขึ้นห้างขาย การสื่อสารการตลาดอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นกระแสโลกในการสื่อสารสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ กระแส food pairing โดยการจับคู่อาหารและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าด้วยกัน ซึ่งไม่ได้มีแค่กลุ่มเครื่องดื่มไวน์เท่านั้น แต่ถูกใช้ในในกลุ่มสินค้าเบียร์ด้วย การสื่อสารและการโฆษณาในกระแส food pairing พบในรูปแบบการแนะนำอาหารที่ไปด้วยกันได้เหมาะสม หรืออร่อยเข้ากันกับเบียร์ประเภทใด พบในรูปแบบรายการชวนชิมอาหารตามร้านต่าง ๆ โดยมีเบียร์เป็นส่วนประกอบบนโต๊ะอาหาร

เครื่องมือสื่อสารการตลาดที่พบว่าถูกใช้มากที่สุดในการขับเคลื่อนการตลาดในประเทศไทย คือ ช่องทางออนไลน์ โดยเฉพาะการใช้ Influencer marketing ในกลุ่มการรีวิว ทั้งโดยบุคคลประเภท Influencer, You tuber และ Reviewer ในระดับ Macro, Micro และ Nano ที่แสดงตนหรือหน้าตา และกลุ่มเพจรีวิวที่ไม่เจาะจงบุคคลที่แสดงตน ในด้าน Content marketing ผู้บริโภคไทยชอบเนื้อหาประเภทประสบการณ์เล่าเรื่อง แชร์เรื่องราว ทั้งตัวเองเป็นผู้เล่าหรือผู้แชร์ หรือฟังจากผู้อื่นแล้วทำตามกระแส จึงพบว่า มีเนื้อหาแนวแชร์เรื่องราวประสบการณ์การดื่มผลิตภัณฑ์ใหม่ แนะนำสินค้าใหม่ ทั้งในรูปแบบ blog และแบบวิดีโอ หรือรายการแนวทดลองดื่มให้ชมผ่านสื่อ ชี้นำสินค้า หรือแนวระบุแหล่งขายให้เกิดกระแสตามล่าหาซื้อ และเนื้อหาแนว DIY แนะนำวิธีทำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเองพร้อมขายอุปกรณ์ หรือสอนมิกซ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทดลองสูตรใหม่ให้ชม พบเห็น Content creator ที่เป็นผู้หญิงแนวดื่มหรือแนะนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น การใช้ SEO (search engine optimization) ให้เกิดการมองเห็น พบเจอแบรนด์ตลอดเวลา การตลาดดนตรีที่ยังคงถูกใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารการตลาดตลอดเวลา แต่เปลี่ยนรูปแบบไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ในส่วนการจำหน่าย และการส่งเสริมการขาย พบว่า กลุ่มสินค้าสุราราคาสูงจากต่างประเทศ มุ่งเป้ากลุ่มเป้าหมายใหม่ โดยปรับกลยุทธ์ด้านการเข้าถึงด้วยการวางจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ และส่งเสริมการขายด้วยการออกสินค้าที่ระลึกที่มุ่งเป้ากลุ่มผู้หญิง เช่น กระเป๋า และกระติกน้ำ เป็นต้น ในส่วนสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรุงรสพร้อมดื่ม ทั้งบรรจุขวดและกระป๋อง ก็เช่นเดียวกัน คือ วางจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อและแหล่งค้าปลีกทั่วไป และวางจำหน่ายในลักษณะแช่พร้อมดื่มในตู้แช่ สรุปว่า แนวทางการเข้าถึงสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การสร้างการเข้าถึงที่ง่าย ด้วยผลิตภัณฑ์ที่พร้อมดื่มทันที และพึ่งพาแหล่งจำหน่ายประเภทร้านสะดวกซื้อสมัยใหม่ และช่องทางออนไลน์ เพื่อสร้างการเข้าถึงที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ทุกคนเข้าถึงได้และมองเห็น เข้ากันได้กับพฤติกรรมกรซื้อแบบไม่ยับยั้งชั่งใจ (Impulsive buying)

อาจกล่าวได้ว่า แนวโน้มความนิยมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ นิยมสินค้าปรุงแต่งรส เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่โฆษณาว่า มีคุณค่าเพิ่ม (added-value) ต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวโน้มระดับโลก เช่น พลังงานต่ำ น้ำตาลต่ำหรือไม่มีน้ำตาล สินค้าพรีเมียมโลโก้ แนวโน้มในด้านกลุ่มเป้าหมาย พบว่า สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขยับฐานผู้บริโภค มุ่งเป้าผู้หญิงมากขึ้น ผู้หญิงดื่มมากขึ้น มีปัญหาการดื่มมากขึ้น มีวาระในการดื่มที่แตกต่างจากนักดื่มชาย เช่น งานสังสรรค์ในกลุ่มผู้หญิง (ปาร์ตี้เกิร์ลแก๊ง)



ส่วนแนวโน้มด้านผลิตภัณฑ์ พบว่า ผู้บริโภคยังคงชอบสินค้าปรุงแต่งรส ชอบสินค้าแปลกใหม่ พร้อมทั้งจะทดลองสินค้าใหม่ และมีพฤติกรรมทำตามกระแสออนไลน์ การตลาดดนตรียังคงเป็นเครื่องมือสื่อสารการตลาดที่ได้รับความนิยมและปรับใช้ได้ในทุกกิจกรรมและทุกวาระ แนวทางการสื่อสารจะเน้นการแสดงและสะท้อนวิถีชีวิตของผู้บริโภค สอดแทรกการดื่มและผลิตภัณฑ์เข้าไปในวิถีชีวิตของบุคคลในทุกมิติ เช่น การทำงาน การพักผ่อน กีฬา อาหาร การท่องเที่ยว ตลอดจนการออกกำลังกายที่ก็ยังมีส่วนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 0% หรือเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ ทำการตลาดในจุดนี้ด้วย รวมทั้งการขยายทิศทางการตลาดจากดิจิทัลไปสู่การตลาดใน Metaverse แต่ยังคงยึดพื้นที่แหล่งขายกายภาพ ร้านสะดวกซื้อ ผับบาร์ ร้านอาหารไวเช่นเดิม หลังจากสิ้นยุคการระบาดของโรคโควิด-19 สิ่งที่ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะกลับไปเน้นคือแหล่งขายกายภาพ เริ่มกิจกรรมในสถานที่ (on-site) เช่น คอนเสิร์ต หรือลานเบียร์ ต่อไป

2.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระแสใหม่ (ภาพที่ 2.2.1)



▶ ภาพที่ 2.2.1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระแสใหม่

โลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เปลี่ยนทุกวัน ยังมีเทคโนโลยีใหม่เพิ่มเติมเข้ามา การเปลี่ยนแปลงนี้ยิ่งรวดเร็วไม่หยุดยั้ง และก่อให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นนวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ บริการ ตลอดจนการเปลี่ยนค่านิยม พฤติกรรม ความคิดของบุคคลในสังคม บทความนี้จะแสดงให้เห็นถึงกระแสใหม่ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย ที่ควรติดตามและเฝ้ามองต่อไปในปี 2565 และต่อจากนี้ไป

การตลาดเพศสภาพ (Gender marketing) หรือตลาด LGBTQ+ ตลาดประชากร ณ ปัจจุบันนั้นจะไม่สามารถแบ่งส่วนย่อยเป็นชายและหญิงได้ตามแบบเดิมอีกต่อไป แต่นักการตลาดจำเป็นต้องปรับการทำลัดส่วนย่อย (segmentation) ใหม่ในกลุ่มประชากรรุ่นใหม่ และตามสภาพสังคมใหม่ โดยการทำการตลาดแบบ gender marketing หรือการตลาดที่ถูกแบ่ง segment ตามเพศสภาพของกลุ่มประชากร เป็น LGBTQ+ มิใช่ตามเพศกำเนิด ซึ่งความหลากหลายทางเพศสภาพ กลายเป็นกระแสโลกที่ประเทศไทยขานรับจนนำมาซึ่งการปรับกฎหมาย ประเทศไทยมีกลุ่มบุคคลที่ระบุว่า ตนเองมีเพศสภาพเป็น LGBTQ 4 ล้านคน¹⁹ สูงที่สุดในเอเชีย และเป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อสูง จับจ่ายใช้สอยสูง ตลาดนี้จึงเป็นตลาดใหม่ มีความเฉพาะ เป็นตลาดที่เปิดกว้าง และสามารถรองรับผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ได้อีกมากมาย และมีสินค้าหลายประเภทที่เปลี่ยนทิศทางการผลิตภัณฑ์ บริการ และแนวทางโฆษณาเพื่อตอบสนองกลุ่ม LGBTQ+ นี้โดยเฉพาะ เช่น ธุรกิจแฟชั่น ธุรกิจเครื่องสำอาง ยา การท่องเที่ยว และพบว่า ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางประเทศได้ออกแคมเปญเฉพาะ หรือสินค้าใหม่สำหรับตอบสนอง pride month ในเดือนมิถุนายน และไม่ใช่เรื่องใหม่ที่การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ามาทำกลยุทธ์เฉพาะกับกระแสความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวของ LGBTQ+ หรือกระแสสตรีนิยม (feminist movement) เช่น เครื่องดื่มขวดก้ำยี่ห้อดัง ออกผลิตภัณฑ์ขวดก้ำยใหม่เป็นสีรุ้ง เพื่อตอบสนอง pride month เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกบริษัทหนึ่งทำกิจกรรมเสริมภาพลักษณ์องค์กร (CSR) กับองค์กรที่สนับสนุนสิทธิ LGBTQ+ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกบริษัทหนึ่งทำกิจกรรมการกุศลชนิดซื้อเครื่องดื่มยี่ห้อ x แล้วจะหักก้ำไรเพื่อสมทบกิจกรรม pride month เรียกได้ว่า pride month ไม่ได้เป็นแค่สิทธิการแสดงออกของประชาชน แต่ได้กลายเป็นกระแสการตลาดใหม่ของหลายธุรกิจไปแล้ว

ในกลุ่ม LGBTQ+ การตลาดและการแบ่ง segmentation ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย เดิมแบ่งตามเพศกำเนิด คือ เครื่องดื่มสำหรับผู้ชาย และเครื่องดื่มสำหรับผู้หญิง ที่แบ่งอย่างค่อนข้างชัดเจน และกลุ่ม LGBTQ จะผูกอยู่ในกลุ่มเครื่องดื่มผู้หญิงแบบแฝง หากแต่ต่อไปนี้การเคลื่อนไหวของกลุ่ม LGBTQ+ จะกลายเป็นเทรนด์โลก อาจส่งผลกระทบต่อกลยุทธ์การตลาด ผลิตภัณฑ์ใหม่หรือการปรับผลิตภัณฑ์ แนวทางการโฆษณาและการสื่อสารของธุรกิจแอลกอฮอล์

แนวคิด “Mindful drinking - การดื่มอย่างมีสติ” มาแทนแนวคิด “เมาไม่ขับ” แนวคิด mindful drinking เป็นแนวคิดใหม่ที่นำเสนอโดยธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ชื่อเรียกต่าง ๆ เช่น การดื่มอย่างชาญฉลาด หรือการดื่มแบบรู้เท่าทัน (ร่างกาย) ตนเอง หรือการดื่มแบบเลือกให้เหมาะกับตน เป็นต้น สรุปก็คือ แนวคิดการนำเสนอการดื่มในวิธีต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มผู้ดื่มประจำ กลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยดื่ม และนักดื่มหน้าใหม่

¹⁹ กนกวรรณ แกนเกตุ. (2562). เจาะตลาด LGBT กับ 10 ตัวอย่างจากแบรนด์ดัง ตลาดที่หลายธุรกิจไม่ควรมองข้าม. เข้าถึงได้จาก: <https://stepstraining.co/trendy/10-case-study-lgbt-marketing-campaign>



ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า มีกลุ่มผู้ไม่ดื่มและยังไม่เคยดื่มอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น กลุ่มผู้หญิง มีกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ดื่มประจำ กลุ่มที่ดื่มตามวาระหรือกลุ่มที่ดื่มตามสังคม เช่น ไปสังสรรค์จึงจะดื่ม แต่ปกติไม่ดื่ม กลุ่มผู้สูงอายุที่เลิกการดื่มประจำไปแล้วกลายเป็นผู้ดื่มนาน ๆ ครั้ง กลุ่มเหล่านี้คือ กลุ่มที่ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามนำเสนอผลิตภัณฑ์ “ทางเลือก” ให้นั่นเอง รวมทั้งกลุ่มผู้ดื่มประจำที่เริ่มห่วงสุขภาพ หรือมีอายุมากขึ้นแต่ยังรักการดื่ม กลุ่มนี้ก็เช่นกันที่จะมองหาทางเลือกให้กับการดื่มของตนเองในบางครั้งที่รู้สึกว่าคุณดื่มมากเกินไป หรือเมื่อรู้สึกผิดต่อการดื่มของตน กลุ่มนี้ก็มองหาผลิตภัณฑ์ทางเลือกในบางครั้งที่จะดื่ม

แนวคิด mindful drinking - การดื่มอย่างมีสติ ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัย 4 ประการ คือ 1) กระแสห่วงสุขภาพที่เป็นกระแสโลก ผู้คนแสวงหาผลิตภัณฑ์ที่คิดว่า ปลอดภัยมากขึ้น ในกระแสนี้ น้ำตาล ไขมัน แคลอรีที่สูงคือ สิ่งที่ยอันตรายที่ก่อกวนโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคอ้วน สินค้าที่ตามกระแสสุขภาพจึงต้องนำเสนอผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีทั้งน้ำตาล ไขมัน และแคลอรีต่ำ รวมไปถึงการคิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เช่น เนื้อสัตว์ทำจากพืช (plant-based) เป็นต้น 2) ความรู้และข้อมูลเรื่องอันตรายจากการดื่มสุรา สังคมมีการรับรู้ในเรื่องนี้มากขึ้น การรณรงค์ที่ต่อเนื่องยาวนานได้ทำลายมายาคติบางประการของการดื่มสุราออกไป เช่น ภาพลักษณ์ของนักดื่มที่ไม่ได้ดูเท่อีกต่อไปพ้อ ๆ กับภาพลักษณ์นักสูบบุหรี่ 3) ความต้องการขยายกลุ่มเป้าหมายใหม่ ไปยังกลุ่มที่ไม่เคยดื่ม หรือคิดว่า สินค้าสุรา เบียร์คือสินค้าแนว hard core ที่ไม่เหมาะกับตน เช่น กลุ่มผู้หญิง และ 4) การสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับการดื่มสุราว่า ใคร ๆ ก็ดื่มได้อย่างปลอดภัยไม่ใช่ซีเ็มมา รวมทั้งตอบสนองพฤติกรรมการดื่มและมายาคติเรื่องการดื่มเพียงเล็กน้อยเป็นประโยชน์มากกว่าให้โทษ แต่ต้องเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมแก่ตน หรือที่พูดกันในสังคม เช่น “ดื่มพอให้หน้ามีเลือดผาด แก้มพองแดง ๆ” หรือ “ดื่มพอสนุกๆ” หรือ “ดื่มเบา ๆ ก็พอ” ผู้บริโภคจึงมักจะเชื่อว่า ตนเองได้เลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมแก่ตนแล้ว เช่น เลิกดื่มเบียร์แอลกอฮอล์ต่ำ ดังนั้น การดื่มก็จะปลอดภัย ไร้กังวล และไม่มีภาพลักษณ์ซีเ็มมา แต่เป็นการดื่มที่ผ่านการเลือกแล้ว

จากแนวคิดนี้ ทำให้การตลาดตอบสนองด้วยการมีผลิตภัณฑ์ใหม่ขึ้นมา เพื่อสร้างตัวเลือกให้ผู้บริโภค เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไร้น้ำตาล เบียร์แอลกอฮอล์ต่ำ เครื่องดื่มแบบอ่อนมาก (extra-light) เพื่อให้ผู้บริโภครู้สึกสบายใจว่า ตนเองได้เลือกเครื่องดื่มที่ปลอดภัยแล้ว แต่ยังคงได้รับรสชาติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่ม hard seltzer หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอัดก๊าซฟองฟูแต่งกลิ่นรสผลไม้ที่ออกแบบบรรจุภัณฑ์สวยงามคล้ายเครื่องดื่มน้ำผลไม้ ก็เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้แนวคิด mindful drinking อยู่เบื้องหลัง ทำให้ผู้บริโภคคิดว่า ตนเองดื่มน้ำอัดลม หรือน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์มากกว่าที่จะคิดว่าตนเองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กระแสสุขภาพมีความสำคัญ และแนวคิด mindful drinking ผลิตภัณฑ์จึงเปลี่ยนเป็น low abv/low cal มากขึ้น กระแสการห้วงสุขภาพเป็นกระแสโลกที่มีผลต่อการตลาดอย่างมหาศาล ทั้งในด้านการปรับผลิตภัณฑ์ การเปลี่ยนคุณสมบัติผลิตภัณฑ์ การสื่อสาร และแนวทางโฆษณา เช่น การตลาดเครื่องดื่มไม่มีน้ำตาลในธุรกิจน้ำอัดลม แต่โฆษณาว่า ปลอดภัยไร้น้ำตาลแต่ไม่เปลี่ยนรสชาติ ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นกัน กระแสสุขภาพมีผลต่อการปรับทิศทางและผลิตภัณฑ์ของ ธุรกิจอาหาร น้ำอัดลม และธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาต่อเนื่องหลายปี การปรับผลิตภัณฑ์ของธุรกิจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้สอดคล้องกับกระแสสุขภาพนั้นออกมาในหลายรูปแบบ ที่ได้รับความนิยม คือ การออกผลิตภัณฑ์น้ำตาลต่ำ หรือไร้น้ำตาล ผลิตภัณฑ์ low calorie พบได้ในกลุ่มเบียร์และเครื่องดื่มกลุ่ม FAB โดยชูประเด็นโฆษณาว่า ไม่ทำให้อ้วน ส่วนสินค้าที่ค่อนข้างใหม่ คือ เบียร์ low ABV หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำ (alcoholic strength by volume; ABV) หรือเป็นที่รู้จักในท้องตลาดด้วยชื่อเรียกต่างกัน เช่น พรีเมียมไลท์ ชูเปอร์ไลท์ เป็นต้น

นอกจากกลุ่มสินค้าที่ถูกเรียกทำยชื่อเดิมด้วยคำว่า “ไลท์” แล้วนั้น ยังมีกลุ่มสินค้าใหม่ที่ผลิตออกมาเพื่อตอบรับกระแสสุขภาพ นั่นก็คือ กลุ่มเครื่องดื่มมอลต์นั่นเอง หรือเรียกในท้องตลาดว่า กลุ่มเบียร์ไม่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งอันที่จริงแล้ว มีแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำ นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มสินค้าเบียร์ที่โฆษณาว่า ทั้งแคลอรีต่ำ และแอลกอฮอล์ต่ำ ซึ่งก็ถูกเรียกว่า กลุ่มสินค้าไลท์ เช่นกัน หรือสินค้าเบียร์ยี่ห้อใหม่ ๆ ที่โฆษณาว่า ทำมาจากดอกฮอปเช่นเดียวกับเบียร์ น้ำตาลต่ำ แคลอรีต่ำ ไม่ใช่กรรมวิธีเดียวกับเบียร์ในการหมักแต่ได้รสชาติเดียวกับเบียร์ มีฟองเช่นเดียวกับเบียร์ และแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 1% สินค้ากลุ่มนี้จะไม่เรียกตนเองว่าเบียร์ แต่จะนิยมผลิตภัณฑ์ตนเองว่า เป็นสินค้ากลุ่ม hop drink และโฆษณาในแนวทางว่า ดีกว่าเบียร์ เพื่อจับกระแสสุขภาพมาคู่กันกับ mindful drinking ผู้บริโภคไม่ได้ต้องการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ แต่จะแสวงหาทางเลือก หาดตัวเลือกที่คิดว่าปลอดภัยกว่า น้ำตาลต่ำ แคลอรีต่ำ แอลกอฮอล์น้อย แต่ยังคงได้รสชาติและความสนุกเช่นเดียวกับการดื่มเบียร์ ทำให้ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ออกมามากมาย เห็นได้ตั้งแต่ผลิตภัณฑ์เบียร์ยี่ห้อใหม่ ๆ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบปรุงรสผลไม้ อัดก๊าซ ผสมน้ำอัดลมแบบไร้น้ำตาลบรรจุกระป๋องพร้อมดื่ม ไปจนถึงเบียร์กระป๋องที่โฆษณาว่า Gluten-free เพื่อจับกลุ่มผู้ที่แพ้กลูเตนอีกด้วย

ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มประเภท FAB จะได้รับความนิยมมากขึ้น และตลาดจะเติบโต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทแต่งกลิ่นปรุงรสพร้อมดื่ม (flavoured alcoholic beverage; FAB) มีแนวโน้มจะกลายเป็นสินค้าที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป และจะกลายเป็นสินค้ายอดนิยมอย่างหนึ่งในกลุ่มประเทศเอเชีย



ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้จะมีการแตกแขนงสินค้ามากขึ้น ทวีความหลากหลายในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นตัวสินค้า บรรจุภัณฑ์ ราคา และการผสมผสานกับเครื่องดื่มอื่นให้ออกมาเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แนวใหม่ เช่น สินค้ากลุ่ม hard coffee หรือเครื่องดื่มกลุ่มกาแฟผสมแอลกอฮอล์โดยมีกาแฟเป็นพื้นหรือสินค้ากลุ่ม hard tea เครื่องดื่มกลุ่มชาผสมแอลกอฮอล์ ในตลาดไทยก็พบว่า มีธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผลิต hard coffee หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมกาแฟออกมาจำหน่ายในรูปแบบกระป๋องแล้ว ตลาดเครื่องดื่ม FAB เป็นตลาดที่มีความหลากหลายสูง ปัจจัยที่ทำให้ตลาดสินค้ากลุ่ม FAB มีความหลากหลายในทุกด้านมากกว่ากลุ่มสุราและเบียร์ เนื่องจากสามารถนำเครื่องดื่มประเภทอื่น ๆ ที่ผู้บริโภคกำลังสนใจมาผสมแอลกอฮอล์ ประจุรสเพิ่ม แล้วได้เป็นสินค้าใหม่ ไม่ว่าจะเป็นน้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร เครื่องดื่มหมัก แม้กระทั่งเครื่องดื่มสุขภาพอย่างคอมบูชา (kombucha) หรือชาหมักเพื่อให้เกิดจุลินทรีย์ที่เป็นประโยชน์ ก็ยังถูกนำไปผลิตเป็น hard kombucha หรือเครื่องดื่มคอมบูชาผสมแอลกอฮอล์

จุดเด่นของสินค้ากลุ่ม FAB คือ รสชาติ บรรจุภัณฑ์ที่ต้องออกแบบให้สวยงามมีสีสันสดใส คุณสมบัติฟองฟูของสินค้า สีของเครื่องดื่มที่จะต้องแตกต่างจากสุราและเบียร์โดยสิ้นเชิง และการโฆษณาที่เน้นรสชาติเป็นจุดขาย กลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น และผู้หญิงซึ่งจะใช้จ่ายกับผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มากกว่า²⁰

การหยิบยกเครื่องดื่มอื่นแล้วนำมาผสมแอลกอฮอล์ลงไปประมาณร้อยละ 1-9 กลายเป็นเทรนด์การตลาดใหม่ของผู้ผลิต พลิกแพลงสินค้าอื่นได้เรื่อย ๆ ผู้บริโภคชอบในความมีฟองฟูอัดก๊าซซึ่งถูกโฆษณาว่า สร้างความสดชื่นเพิ่มขึ้น ผู้บริโภคติดรสชาติ และแสวงหารสชาติใหม่ ๆ ความหลากหลายในกลุ่มนี้ นอกจากผลิตภัณฑ์แล้วนั้น ยังมีความหลากหลายในด้านการทำราคา บรรจุภัณฑ์ ซึ่งเทรนด์ใหม่พบว่า ผู้บริโภคชอบบรรจุภัณฑ์แบบกระป๋องหรือแบบ to go มากกว่าแบบขวด และแนวทางการโฆษณาที่อาศัยพื้นสินค้าเดิม เช่น น้ำผลไม้ กาแฟ น้ำอัดลม น้ำหวาน มาเป็นแนวทางสื่อสารว่า เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ “ปลอดภัย” หรือ “เบา” กว่าสุราหรือเบียร์ กลุ่มเป้าหมายคือผู้หญิง วัยรุ่น และ LGBTQ+

การเติบโตของกลุ่มสินค้า FAB จะกลายเป็นการเติบโตในระดับโลก เห็นได้ชัดจากการที่บริษัทผู้ผลิตน้ำอัดลมรายใหญ่ของโลกก็หันมาผลิตสินค้ากลุ่ม FAB ทั้งสินค้าในชื่อน้ำอัดลมของตนเอง แต่เป็นรุ่นผสมแอลกอฮอล์มีก๊าซพร้อมดื่ม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบพร้อมดื่มยี่ห้ออื่น ๆ ผลิตภัณฑ์ที่กำลังมา “แรง” คือ สินค้ากลุ่ม hard seltzer หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อัดก๊าซมีฟองฟูปรุงแต่งรสชาติและสี สีสัน ได้รับความนิยมทั้งในตลาดสหรัฐ อังกฤษ ออสเตรเลีย ในฝั่งเอเชีย คือ ญี่ปุ่น และเกาหลี ซึ่งเป็นเจ้าตลาดสินค้ากลุ่มนี้อยู่แล้ว ส่วนในตลาดไทย พบในลักษณะสินค้านำเข้าเกือบทั้งหมด

²⁰ PennState Extension. (2022). Alcoholic Beverage Consumption Statistics and Trends 2022. Retrieved from: <https://extension.psu.edu/alcoholic-beverage-consumption-statistics-and-trends-2022>. (accessed on 26 August 2022)

2.3 ผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มใหม่และผลิตภัณฑ์มุ่งเป้ากลุ่มผู้หญิง (ภาพที่ 2.3.1)



➤ ภาพที่ 2.3.1

ผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มใหม่

จากรายงาน World beer index 2021²¹ ระบุว่า คนไทย (เฉพาะในกรุงเทพมหานคร) ใช้จ่ายกับการดื่มเบียร์ 685 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี หรือประมาณ 24,155 บาทต่อคนต่อปี หรือประมาณ 2,013 บาทต่อเดือน ในขณะที่ประเทศเยอรมัน (เฉพาะในกรุงเบอร์ลิน) มีค่าใช้จ่ายในการดื่มเบียร์ 1,907 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี (67,245 บาท) และประเทศไฮติ (เฉพาะในเมือง Port-au-Prince) ประชากรมีค่าใช้จ่ายในการดื่มเบียร์ต่ำที่สุด คือ 10 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี (353 บาท) ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดื่มเบียร์ของคนไทยในกรุงเทพมหานครนั้นสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการดื่มเบียร์ของประชากรญี่ปุ่นในโตเกียว (543 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี) และประชากรเกาหลีในโซล (596 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี) น้อยกว่าประชากรจีนในปักกิ่ง (982 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี) หากเทียบเฉพาะภูมิภาค อาจกล่าวได้ว่า สูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยมูลค่าตลาดเบียร์ในประเทศราว 2 แสนล้านบาท ในขณะที่รายงานจากหลายแหล่งระบุคล้ายกันว่า ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกมีแนวโน้มเติบโตมูลค่าราว 2.15 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ถึงแม้ภาวะเศรษฐกิจโลกจะชะงักก็ตาม ประชากรทั่วโลกดื่มเพิ่มขึ้น ผู้หญิงดื่ม

²¹ James Arney. (2021). World Beer Index 2021: The Cost and Consumption of Beer Around the World. Retrieved from: <https://www.expensivity.com/beer-around-the-world/>

เพิ่มขึ้น ผู้หญิงมีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มมากขึ้น และกระแสผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งผลิตภัณฑ์เดิมบางประเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มวิสกีและผู้หญิง เป็นต้น

ในบทความนี้จะกล่าวถึงผู้หญิง ในฐานะเป็นผู้บริโภคกลุ่มใหม่ ที่มีความสำคัญในด้านการเป็น game changer หรือ ตัวการหลักในการเปลี่ยนแปลงการตลาด และทิศทางธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มุ่งเป้ากลุ่มผู้หญิง

She-economy ตลาดผู้หญิง: สายดื่ม สายดี ตลาดนักดื่มหน้าใหม่ที่มีกำลังซื้อ จากบทที่ 1 แบบแผนและแนวโน้มการดื่มสุราของประชาชนไทย หัวข้อ 1.4 นักดื่มหน้าใหม่ของหนังสือเล่มนี้ แสดงว่าแนวโน้มผู้หญิงดื่มเพิ่มขึ้น 4 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 ทิศทางการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2564-2565 แสดงความชัดเจนในด้านผลิตภัณฑ์และการสื่อสารที่มุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้หญิงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

She-economy หรือ Sheconomy หมายถึง ตลาดที่ผู้หญิงกลายเป็นบุคคลที่มีกำลังซื้อสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นหญิงโสดหรือมีครอบครัว มีอำนาจทางการเงินมากขึ้น ฟังฟังผู้ชายด้านการเงินน้อยลง ตัดสินใจด้านการเงินด้วยตัวเองมากขึ้น เป็น economic agent และเป็นกลุ่มที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยความพร้อมซื้อ แจ็ค หม่า แห่ง Alibaba เคยกล่าวไว้ว่า การเติบโตของ Taobao.com นั้นโตมาได้ด้วยผู้หญิงล้วน ๆ การทำการตลาดที่กระตุ้นกลุ่มผู้บริโภคหญิงนั้นสามารถทำได้ด้วยการสร้างกระแสไวรัล สร้างความประทับใจ การใช้ไอดอล การใช้ Influencer ผู้หญิง การลดราคาหรือกิจกรรมที่นำเสนอด้านราคา เช่น เทศกาลคนโสด เซลล์กลางปี การอาศัยกระแส WOM (word-of-mouth) การตลาดที่เน้นอารมณ์ความรู้สึก การตลาดที่อาศัยการบอกต่อ การแชร์เรื่องราวให้ผู้อื่นได้รับรู้หรือทำตาม จะเห็นได้ว่า สินค้าหลายประเภทที่เคยจับกลุ่มตลาดผู้ชายหันมาทำการตลาดกับผู้หญิงมากขึ้น มีกิจกรรมการตลาดและแนวทางสื่อสารที่มุ่งเป้าผู้หญิงโดยเฉพาะแยกออกมาจากกลุ่มผู้บริโภคอื่น เช่นกลุ่มรถยนต์ อุปกรณ์กีฬา เห็นได้ชัดเจนจากโฆษณาการกระเบบางยี่ห้อในประเทศไทยที่ผลิตภาพยนตร์โฆษณาขายรถกระเบที่มีผู้หญิงเป็นผู้ขับ นำเสนอว่า ผู้หญิงเป็นผู้ใช้ ไม่นำเสนอคุณสมบัติด้านการบุกตะลุยแต่นำเสนอคุณสมบัติด้านความสวยงาม และความน่าใช้แทน ไปจนถึงโฆษณารถยนต์ไฟฟ้าหลายยี่ห้อที่นำเสนอผู้หญิงในฐานะผู้ขับ ผู้ใช้ นี่คือน She-economy ฐานเศรษฐกิจใหม่ที่มีผู้หญิงเป็นผู้ขับเคลื่อนกำลังซื้อ^{22,23}

²² Beverages Dynamics. (2022). Alcohol Trends in 2011-2022. Retrieved from: <https://beveragedynamics.com> (accessed on 26 August 2022).

²³ Morgan Stanley. (2019). Rise of the SHEconomy. Retrieved from: <https://advisor.morganstanley.com/the-schriber-group/documents/field/s/sc/schriber-group/RiseofSHEconomy.pdf> (accessed on 26 August 2022).

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นกัน ผู้หญิง เป็นตลาดที่ยังเปิดกว้างสำหรับธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากรหญิงมีจำนวนมากกว่าประชากรชาย ผู้หญิงอยู่ในภาคแรงงานมากขึ้น มีกำลังซื้อมากขึ้น แต่การทำตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้บริโภคหญิง มีความแตกต่างและมีความเฉพาะตัวแตกต่างจากการทำตลาดในกลุ่มผู้ดื่มชายโดยสิ้นเชิง ยิ่งผู้หญิงรุ่นใหม่ ก็ยังเป็นกลุ่มที่มีความเปิดกว้างต่อธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่จะมานำเสนอตลาดผู้หญิง ตัวอย่างของ She-economy นั้นเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หันเหทิศทางการผลิตภัณฑ์มาสนใจกลุ่มผู้หญิง ตัวอย่างเช่น วิสกี้ต่างประเทศยี่ห้อดัง ที่ห่างหายไปจากตลาดเมืองไทยมาเป็นเวลา 10 ปี กลับมาทำตลาดใหม่ เปลี่ยนทิศมาจับกลุ่มคนรุ่นใหม่โดยอาศัยนักรณรงค์ชาวไทยชื่อดังเป็นพรีเซ็นเตอร์สินค้า ถูขอวดสุราโฆษณา แสดงภาพถือแก้วเหล้าในกลุ่มปาร์ตี้เพื่อนหญิง เป็นการ์ริเบรนต์สินค้าในกลุ่มผู้บริโภคกลุ่มใหม่ สร้างภาพลักษณ์สินค้าใหม่ในกลุ่มผู้หญิงรุ่นใหม่ และแสดงอย่างชัดเจนว่า สินค้านี้เป็นเครื่องดื่มหนึ่งในกลุ่มผู้หญิง ไลฟ์สไตล์เดิมที่ผู้ชายอยู่ในฐานะผู้ดื่ม ทิศทางของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มาทำตลาดใน She-economy คือ ผู้หญิงดื่มมากขึ้น ใช้จ่ายกับเครื่องดื่มมากขึ้น มีวาระในการดื่มมากขึ้น สร้างภาพลักษณ์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะ party drink ให้เข้ากับค่านิยมของผู้หญิงยุคใหม่ที่ห่วงสุขภาพ ไม่อยากมีภาพขี้เมา กลัวอ้วน คิดว่าดื่มเล็กน้อยพอสร้างบรรยากาศ หรือคิดว่าพอขับรถได้ดื่มสนุก ๆ เครื่องดื่มจึงควรเป็นส่วนหนึ่งของปาร์ตี้ มีไว้ดื่มเล็กน้อยเพื่อสร้างบรรยากาศ บรรจุกัณฑ์ต้องสวยพอที่จะถือถ่ายรูปออกมาแล้วสวยหรือดูหรูหรา เป็นเครื่องดื่มที่ควรมีแคลอรีต่ำ แอลกอฮอล์ต่ำ เบาบาง รสอ่อน ดื่มง่ายดื่มคล่องหรือสามารถดื่มได้ตลอดเวลา และในทุกที่ เช่น แนวทางการทำตลาดของกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 0% เป็นต้น หรือการรีแพคผลิตภัณฑ์เดิมที่เคยจับกลุ่มผู้ชาย มาเป็นกลุ่มผู้หญิงรุ่นใหม่ เช่น ผลิตภัณฑ์ไวน์ในบรรจุภัณฑ์ใหม่ที่เปลี่ยนจากขวดมาเป็นกระป๋อง หรือผลิตภัณฑ์ขวดแก้วที่ตั้งชื่อผลิตภัณฑ์เป็นชื่อผู้หญิง และมีคำว่า skinny ต่อท้ายชื่อ

“คิดว่าปลอดภัย ใส ๆ เบาบาง”: หัวใจหลักในการสร้างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มมุ่งเป้าผู้หญิง ทำอย่างไรให้ลบภาพขี้เมา ความแตกต่างในการทำตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มุ่งเป้าผู้หญิงนั้น เริ่มต้นที่บรรจุภัณฑ์ คือ ความประทับใจแรกเห็น (first impression) ของสินค้า ผู้ซื้อจะตัดสินผลิตภัณฑ์หรือได้รับแรงจูงใจหรือสะดุดตาจากบรรจุภัณฑ์เป็นลำดับแรก โดยเฉพาะผู้หญิง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มุ่งเป้าผู้หญิง จึงต้องเน้นการออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้แตกต่างในด้านความสวยงาม สี สัน รูปทรง ฉลาก ตัวอักษรบนฉลาก รูปประกอบบนขวด ยิ่งถ้าเป็นขวดทรงคอดหรือกระป๋องทรงเรียว (slim) ยิ่งมีความหมายต่อผู้หญิง เหมือนการตลาดบุหรี่ยุค slim นั่นเอง คือโยนไปถึงรูปร่าง ทำให้เข้าใจได้ว่า บริโภคแล้ว



ไม้อ้วนหรือไม่มีผลในเรื่องทำให้อ้วน ดังนั้น จะเห็นได้ว่า บรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มุ่งเป้าผู้หญิง หากวางบนห้างขายสินค้า บรรจุภัณฑ์จะโดดเด่นเด่นออกมาจากสินค้าอื่น ๆ ด้วยตัวมันเอง เช่น บรรจุภัณฑ์ เหล้าหวานเกาหลีกระป๋องที่นิยมใช้สีชมพูพาสเทล สีฟ้าอ่อน สีเหลืองสวย มีรูปตุ๊กตาเด็กผู้หญิงเป็น ดีไซน์บนกระป๋อง หรือบรรจุภัณฑ์ “ซูโฮ” เหล้าหวานญี่ปุ่นกระป๋อง ก็โดดเด่นด้วยบรรจุภัณฑ์หลากสี เป็นสิ่งแรกที่เห็น

รูปแบบฉลากหรือรูปแบบบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็เป็นอีกหนึ่งความแตกต่าง รูปแบบบรรจุภัณฑ์ที่มุ่งเป้าผู้หญิง มักจะใช้รูปผลไม้ ดอกไม้ ตุ๊กตา เป็นหลัก เพื่อสื่อถึงรสชาติ ความเป็นธรรมชาติ ความเป็นธรรมชาติ ความเป็นธรรมชาติ และเชื่อมโยงไปถึง “ความปลอดภัย” หรือความเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอ่อน ๆ ทำให้เข้าใจได้ว่า สินค้าข้างในนั้นทำมาจากธรรมชาติ คือน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ หรือมีส่วนผสมผลไม้ สร้างความรู้สึกอ่อนโยนเบาบาง ปลอดภัยอันตราย ปลอดภัย “น้ำเมา” หรือซี้เมา ออกไปได้ อย่างสิ้นเชิง

เครื่องดื่มปรุงรส (Flavoured drink) หรือการเป็น fizzy drink หรือกลุ่มสินค้าใหม่ seltzer drink เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ฉีกตลาดออกมาอีกกลุ่มหนึ่ง คือ เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รสซ่าอัดแก๊ส ปรุงกลิ่นรสผลไม้ ปรุงรสหวาน แต่งน้ำตาลแต่งสี เปิดออกมาแล้วเป็นฟองฟูแบบน้ำอัดลมส่วนใหญ่มาในรูปกระป๋อง ก็เป็นอีกหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่มุ่งเป้าผู้หญิง สินค้ากลุ่มนี้พลิกผันชื่อเรียกหรือนิยามสินค้าไปหลายประการ เพื่อให้อิงอยู่กับความคล้ายน้ำอัดลมหรือน้ำหวานรสซ่า ปลอดภัย ปลอดภัย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เรียกว่า pop drink บ้าง หรือ sparkling drink บ้าง บางยี่ห้ออาศัยกระแสความนิยมดื่มน้ำแช่ผลไม้ ที่นิยมในกลุ่มผู้หญิงและสายออกกำลังมาโฆษณาว่า เครื่องดื่มกลุ่ม seltzer drink คือ น้ำแช่ผลไม้ผสมแอลกอฮอล์เพื่อความซ่าสดชื่น ทั้งการปรุงรส แต่งสีเครื่องดื่มให้เป็นสีชมพู สีส้มพาสเทล สีฟ้า สีเขียวอ่อน แต่งกลิ่นให้เป็นกลิ่นผลไม้ เปิดมามีความซ่า มีกลิ่นหอมติดรสชาติคล้ายผลไม้หวาน ๆ คือการลบภาพความเป็นน้ำเมา ให้ดูเป็นสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เบาโลว์ไรท์ซี้เมา แต่หากพินิจฉลาก จะพบว่า บางยี่ห้อแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 5-9

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มุ่งเป้าผู้หญิง มักเป็นสินค้าที่โฆษณาว่า มีคุณสมบัติด้านสุขภาพ แตกต่างจากการโฆษณาสินค้ามุ่งเป้าผู้ชาย ความเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแคลอรีต่ำ แอลกอฮอล์ต่ำ น้ำตาลต่ำ หรือ zero-sugar เพื่อตอบสนองจิตวิทยาของผู้หญิงที่กลัวอ้วน และเชื่อว่า สินค้าที่แคลอรีต่ำ น้ำตาลน้อย เป็นสินค้าที่ปลอดภัยพอ

แนวทางการโฆษณาผลิตภัณฑ์มุ่งเป้าผู้หญิง ก็แตกต่างจากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มกลุ่มผู้ชาย ผู้หญิงชอบการบอกต่อ ชอบการแชร์เรื่องราว และรับฟังเรื่องราวที่ถูกแชร์มา หรือบอกเล่าต่อกันมา ทำให้การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มุ่งเป้าผู้หญิงนิยมใช้ผู้หญิงด้วยกันมาเป็นผู้บอกเล่า บอกต่อ แชร์กันเอง ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า มี influencer ผู้หญิงหน้าใหม่ ในการรีวิวเบียร์ สุรา เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ แนะนำวิธีดื่ม แนะนำสูตรต่าง ๆ ใน Tik Tok กันอยู่มากมาย คำพูดส่วนใหญ่ในการรีวิวหรือแนะนำคือ “ดื่มสวย ๆ พอน่ารัก” หรือ “ดื่มเก๋ ๆ” หรือ “สายดี๊ละมุน ๆ” เน้นการดื่มที่คิดว่า “ใส ๆ” ในกลุ่มผู้หญิง ซึ่งเป็นค่านิยมที่ไม่พบในกลุ่มนักดื่มชาย หรือแม้แต่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำหน่ายทั่วไปหลายยี่ห้อในท้องตลาดไทย เช่น กลุ่ม RTD ก็หันมาทำโฆษณา รีวิว แนะนำสินค้าไปในทิศทางที่มุ่งเป้าผู้หญิงโดยเฉพาะ เช่น เน้นคุณสมบัติด้านกลิ่นรสผลไม้ รีวิวรสชาติเป็นหลัก ความเบาของเครื่องดื่มใช้ฟรีเซินเตอร์หญิงวัยรุ่นหน้าใส แสดงภาพปาร์ตี้ริมทะเลสนุก ๆ เป็นต้น รวมไปถึงกระแสการตามหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกาหลีตามรอยซีรีส์เกาหลี ที่ทำให้กลุ่มผู้หญิงหันมาทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกาหลีหรือญี่ปุ่นกันบ้าง ด้วยเห็นนักแสดงในซีรีส์เกาหลีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในซีรีส์ และสินค้าเหล่านี้ใช้ดารานักกร้องเกาหลีผู้หญิงเป็นฟรีเซินเตอร์แทบทั้งสิ้น และทำให้มีผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่ในท้องตลาดไทยอีกเป็นจำนวนมาก ที่ล้วนเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มุ่งเป้าผู้หญิงแทบทั้งสิ้น

She-economy กำลังเป็นกระแสเศรษฐกิจใหม่ทั่วโลก ผู้หญิงจะกลายเป็นภาคแรงงานที่ยิ่งใหญ่ขึ้นและขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่ยิ่งใหญ่ขึ้นเช่นกัน สินค้าเกือบทุกประเภท ต่างหันทิศทางการตลาดของตนมาศึกษาวิเคราะห์ผู้บริโภคหญิง และทุ่มการตลาดไปกับการมุ่งเป้าผู้หญิงโดยเฉพาะก็มีเป็นจำนวนมากมายหลายสินค้า แม้กระทั่งสินค้ากลุ่มยานพาหนะที่เคยมีผู้ชายครองตลาดในฐานะผู้บริโภคหลักและผู้ตัดสินใจซื้อ ปัจจุบัน แม้กระทั่งสินค้ากลุ่มยานพาหนะ ก็เข้ามาทำตลาดกลุ่มผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคหลักกันเกือบทุกยี่ห้อแล้ว สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นกัน ทั้งสินค้าเจ้าเดิม สินค้าที่เคยหายไป และผลิตภัณฑ์ใหม่ที่จับตลาดผู้หญิงโดยเฉพาะ มีแทบทุกประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแตกยอดผลิตภัณฑ์ออกไปอีก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ย่อมก่อโรคในเพศหญิงเช่นกันและอาจก่อผลกระทบในด้านอุบัติเหตุได้เช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่านักดื่มหญิงจะคิดว่าตนเองดื่มใส ๆ แต่เครื่องดื่มมุ่งเป้าผู้หญิงบางยี่ห้อ มีแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 9 ที่เดียว การดื่มในผู้หญิงก่อโรคมะเร็งเต้านม แม้การดื่มเพียงเล็กน้อยก็ตาม การดื่มเพียง 2-5 แก้วต่อวันไม่ว่าจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใด เพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้นถึงร้อยละ 41 ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตาม ผู้หญิงควรยึดหลัก “ปลอดภัยไว้ก่อน”²⁴ จึงควรเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้หญิงยุคใหม่

²⁴ กรมสุขภาพจิต. (2561). นักดื่ม เสี่ยงมะเร็งเต้านมหรือมีประโยชน์. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1241>

2.4 การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์

ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงมากมายจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 รัฐบาลได้ใช้มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดหลายมาตรการ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย เช่น การประกาศปิดสถานบันเทิง การประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินที่กำหนดช่วงเวลาในการออกนอกเคหะสถาน (เคอร์ฟิว) การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ณ จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ และประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 ในบั้นนี้เป็นการเสนอผลจากการสำรวจการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ รูปแบบทางการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์ โดยเปรียบเทียบ 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงที่ 1 ช่วงปกติ (ก่อนที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19) ช่วงที่ 2 ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 (ปี พ.ศ. 2563-2564) และ ช่วงที่ 3 ช่วงการผ่อนผัน (ปี พ.ศ. 2565)

ช่วงปกติ (ก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19)

ช่วงปกติก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 คือ ช่วงก่อนวันที่มีคำสั่งปิดสถานบันเทิง ในวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 จากการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปภาพ คลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากทุกแพลตฟอร์ม จำนวน 2,904 โพสต์²⁵ พบว่า จำนวนโพสต์ร้อยละ 37.3 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดเป็นโพสต์จากร้านอาหารและเครื่องดื่ม ผับบาร์ ร้อยละ 35.0 เป็นร้านขายส่งขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 14.2 เป็นโพสต์จากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์โดยตรง (official agencies) โดยแพลตฟอร์มที่นิยมโพสต์มากที่สุด คือ เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 77.3) รองมาคือ อินสตาแกรม (ร้อยละ 12.3) และทวิตเตอร์ (ร้อยละ 6.4) แพลตฟอร์มเหล่านี้ถูกใช้เป็นช่องทางหนึ่งในการสื่อสารข้อมูลการตลาดไปยังผู้บริโภคโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.5) เน้นการสร้างการรับรู้ด้วยการแสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม อยากซื้อ รองมาคือ การให้บริการจัดส่งแบบถึงหน้าประตู (ร้อยละ 13.8) การแจ้งข้อมูลโปรโมชั่น เช่น การให้ส่วนลด การแจก และการแถม เป็นต้น (ร้อยละ 13.8)

²⁵ กนิษฐา ไทยกล้า และ วินัส แก้วอยู่. (2564). การตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนอินเทอร์เน็ต. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



การตลาดในช่วงนี้จะบูรณาการสื่อสารในช่องทางต่าง ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กลุ่มเป้าหมายและผู้บริโภคได้รับข้อมูลทางการตลาดชุดเดียวกัน ทำให้เกิดการจดจำแบรนด์ สร้างประสบการณ์ที่ดีของทั้งโลกออนไลน์และออฟไลน์เข้าด้วยกันอย่างลงตัว เพิ่มตัวเลือกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากขึ้นให้กับกลุ่มเป้าหมายและผู้บริโภค การจัดกิจกรรมเพื่อดึงดูดให้ผู้บริโภคไปใช้บริการ ณ จุดจำหน่ายแบบออฟไลน์หรือหน้าร้าน เช่น การโพสต์เพื่อเป็นการรีวิวเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแจ่งโปรโมชั่น การบอกสถานที่จำหน่าย การบอกราคาขายพร้อมส่วนลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแจกบัตรเข้าชมคอนเสิร์ตที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผู้สนับสนุน เป็นต้น เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายด้วยการซื้อในช่องทางออนไลน์พร้อมการส่งสินค้าให้ถึงหน้าบ้าน

ช่วงที่ 2 ช่วงระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 (ปี พ.ศ. 2563-2564)

ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 (ปี พ.ศ. 2563-2564) รัฐบาลได้ประกาศพระราชกำหนดภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 ตามด้วยประกาศห้ามบุคคลใดทั่วประเทศออกนอกเคหะสถาน (เคอร์ฟิว) ในเวลากลางคืน การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ จนกระทั่งการประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 เริ่มบังคับใช้วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มาตรการต่าง ๆ ล้วนส่งผลต่อธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปภาพ คลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากทุกแพลตฟอร์มในช่วงนี้ จำนวน 7,748 โพสต์²⁶ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.8) เป็นโพสต์จากร้านขายส่ง ขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมา (ร้อยละ 30.6) เป็นร้านอาหารและเครื่องดื่ม ผับบาร์ และร้อยละ 14.2 เป็น reviewers หรือ influencers โดยแพลตฟอร์มที่นิยมโพสต์มากที่สุด ยังคงเป็นเฟซบุ๊ก (ร้อยละ 61.8) รองมาคือ อินสตาแกรม (ร้อยละ 29.1) และไลน์ (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ เนื้อหาในการสื่อสารข้อมูลการตลาดไปยังผู้บริโภคยังคงเน้นที่การสร้างการรับรู้และกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม อยากซื้อ (ร้อยละ 84.4) รองมาคือ การเสนอบริการจัดส่งแบบถึงหน้าประตู (ร้อยละ 50.0) การแจ่งข้อมูลโปรโมชั่น เช่น การให้ส่วนลด การแจกหรือการแถม เป็นต้น (ร้อยละ 35.7)

มาตรการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศเป็นมาตรการที่ส่งผลต่อการเข้าถึง การตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน ซึ่งจัดเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบออฟไลน์ (การขายหน้าร้าน) มาสู่การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ การสร้างเพจ

²⁶ กนิษฐา ไทยกล้า และ วินัส แก้วอยู่. (2564). การตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนอินเทอร์เน็ต. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ร้านค้าในสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อนำเสนอเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมการจัดโปรโมชั่นส่วนลดพิเศษ การบริการจัดส่งให้ถึงหน้าบ้าน โดยลูกค้าเพียงติดต่อสั่งซื้อด้วยการส่งข้อความทางสื่อสังคมออนไลน์ ในแพลตฟอร์มต่าง ๆ หรือโทรศัพท์ ก็สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เหมือนมีร้านค้าอยู่ที่บ้าน สามารถเลือกซื้อสินค้าได้ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดทางด้านอายุ เวลา และสถานที่ เหมือนอย่างการตลาดแบบออฟไลน์ (หน้าร้าน) ซึ่งทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย สร้างความรู้สึกที่ติดต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ชาย เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่อยากซื้อ อยากดื่มมากยิ่งขึ้น และเกิดการบอกต่อ

ช่วงที่ 3 ช่วงผ่อนคลาย (ปี พ.ศ. 2565)

ช่วงผ่อนคลายมาตรการควบคุมการแพร่ระบาด (ปี พ.ศ. 2565) เป็นช่วงที่มีการบังคับใช้มาตรการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการ หรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ ในขณะที่เดียวกัน สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ลดความรุนแรงลง รัฐบาลเริ่มผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ เช่น การยกเลิกเคอร์ฟิว การอนุญาตให้นั่งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหารและเครื่องดื่ม ผับบาร์ สถานบันเทิง ส่งผลดีต่อธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูล รูปภาพ คลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากทุกแพลตฟอร์มระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 3,643 โพสต์²⁷ ยังพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.8) เป็นโพสต์จากร้านขายส่ง ขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.8 เป็นร้านอาหารและเครื่องดื่ม ผับบาร์ และร้อยละ 23.5 เป็น reviewers หรือ influencers แพลตฟอร์มที่นิยมโพสต์มากที่สุดยังคงเป็นเฟซบุ๊ก (ร้อยละ 54.5) รองมากลับเป็นติ๊กต็อก (ร้อยละ 16.1) และอินสตาแกรม (ร้อยละ 11.4) เนื้อหาของการโพสต์ยังคงเป็นการสื่อสารข้อมูลการตลาดไปยังผู้บริโภค เพื่อเน้นการสร้างการรับรู้และกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม อยากซื้อ (ร้อยละ 95.3) แต่รองมากกลายเป็นการแสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการใช้ Brand DNA (ร้อยละ 62.9) การแจ้งข้อมูลโปรโมชั่น (ร้อยละ 15.3) นอกจากนี้ยังมีการโพสต์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า 5% สำหรับกลุ่มผู้บริโภคที่เน้นสุขภาพ ความงามและรูปร่าง และเครื่องดื่มแบบไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ไม่มีแอลกอฮอล์ ไวน์ไม่มีแอลกอฮอล์ ค็อกเทลไม่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น และการโฆษณาสินค้าชนิดอื่นที่ใช้ตราเสมือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการรวบรวมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับแบรนด์สินค้าประเภทอื่น (surrogate advertisements และ brand collaborations) มากกว่าทุกช่วงที่ผ่านมา

²⁷ กนิษฐา ไทยกล้า และ นิษฐา หุ่นเกษม. (2565). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนสื่อสังคมออนไลน์ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2565. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

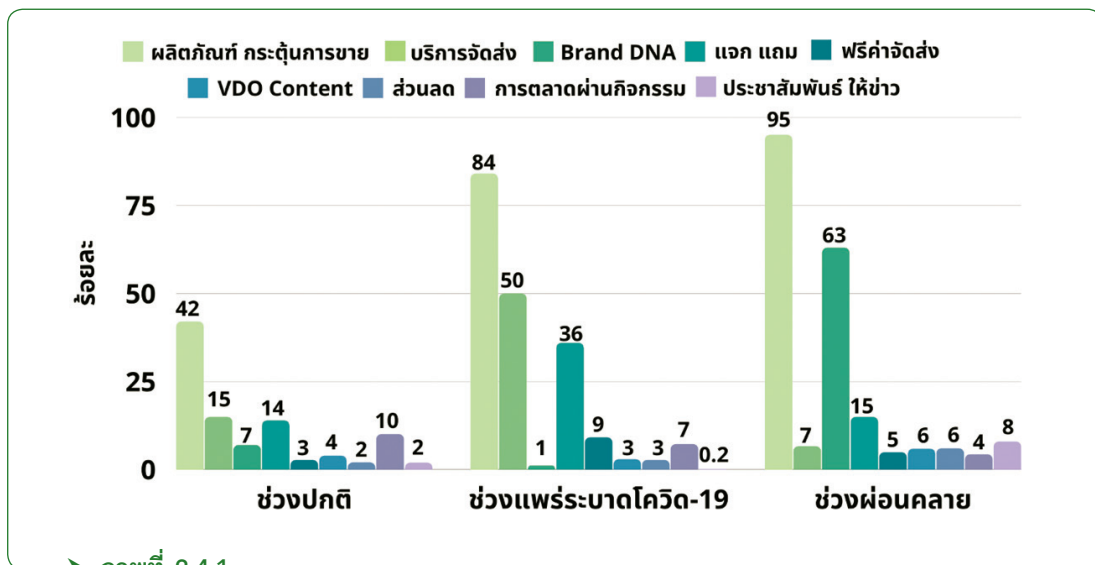
รูปแบบการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงนี้จึงเป็นการเชื่อมต่อผสานการตลาดออนไลน์และออฟไลน์เข้าด้วยกัน เป็นการสร้างและขยายโอกาสทางธุรกิจ ผู้บริโภคได้รับสื่อแบบไม่มีการแบ่งแยกระหว่างออนไลน์และออฟไลน์ ผู้บริโภคไม่ต้องเลือกว่า จะชื้อบนออนไลน์หรือออฟไลน์ เน้นการสร้างประสบการณ์ที่ดีเกินกว่าที่คาดหวังไว้ให้แก่ผู้บริโภค ด้วยการใช้นโยบายออนไลน์และออฟไลน์ไปพร้อม ๆ กัน ผู้บริโภคทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ จึงเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบริการของแบรนด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในทุกช่องทาง และทุกช่วงเวลาได้อย่างราบรื่น เนื้อหาการโพสต์จะมีทั้งข้อความ ภาพ นำเสนอโปรโมชั่นให้เห็นรูปเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบนด์และราคา การบอกพิกัด GIS ของจุดจำหน่าย การโพสต์ โปรโมทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใหม่ด้วยวิดีโอแบบ Auto-Play นำเสนอภาพและเสียงที่กระตุ้นความอยาก ความต้องการซื้อและดื่ม มีการสร้างระบบการขาย ตะกร้าสินค้า การจ่ายเงิน เปิดทางลัดทำให้ผู้บริโภคสามารถกดดูเมนู กดสั่งซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระบบการขายบัตรการแสดงดนตรี การจองโต๊ะผ่านช่องทางออนไลน์ที่สามารถเลือกโต๊ะ เลือกที่นั่งได้เองตลอด 24 ชั่วโมง การบริการระบบจัดส่งถึงหน้าประตูบ้าน การสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการตลาด เช่น การแสดงดนตรี ณ จุดจำหน่าย ถ่ายทอดสดทางออนไลน์เพื่อเชื่อมโลกจริงกับโลกเสมือนเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีการรับประกันคุณภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แท้ 100%) การรับประกันการแตกชำรุดระหว่างการจัดส่ง เป็นต้น

กลยุทธ์สำคัญที่ใช้ในการสร้างประสบการณ์ของผู้บริโภคต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การใช้ผู้ทรงอิทธิพล ในการสื่อสารการตลาด กิจกรรมทุนอุปถัมภ์ (sponsorship) กิจกรรมส่งเสริมการขายร่วมกับให้ผู้บริโภคเป็นผู้สร้างเนื้อหา (User-generated content; UGC) การใช้แฮชแท็กเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาที่โพสต์ส่วนใหญ่เน้นการตลาดการขาย มีการใช้ข้อความ สัญลักษณ์ อีโมจิ โทนสี เพื่อเป็นการเลี่ยงกฎหมาย และเพื่อกระตุ้นการรับรู้ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การผสมเครื่องดื่มแบบใหม่ ก่อให้เกิดความอยากลองดื่ม อยากซื้อ เป็นต้น

อินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ เป็นกลยุทธ์การตลาดที่ทำให้ผู้บริโภคสามารถหา เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเปรียบเทียบกับแบรนด์ต่าง ๆ ด้วยตัวเองได้มากกว่าเดิม ผู้บริโภคเชื่อการสื่อสารที่ส่งตรงจากแบรนด์น้อยลง เชื่อตัวเองและข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุผลที่ว่าธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นิยมให้ที่มีอิทธิพลบนโลกออนไลน์รีวิวเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ “อินฟลูเอนเซอร์” การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ผนวกกับมาตรการของภาครัฐทำให้กลยุทธ์การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงไปพอสมควร หันมาใช้ช่องทางออนไลน์ในการขาย-ซื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดข้อมูลจำนวนมากขึ้นทุกวัน จากคอนเทนต์ พฤติกรรม และธุรกรรมต่าง ๆ บนแพลตฟอร์มออนไลน์ ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ประโยชน์จากข้อมูลมหาศาล วิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค แนวโน้มการตลาด สร้างเส้นทางเดิน และประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้บริโภค ด้วยการนำข้อมูล การวิเคราะห์

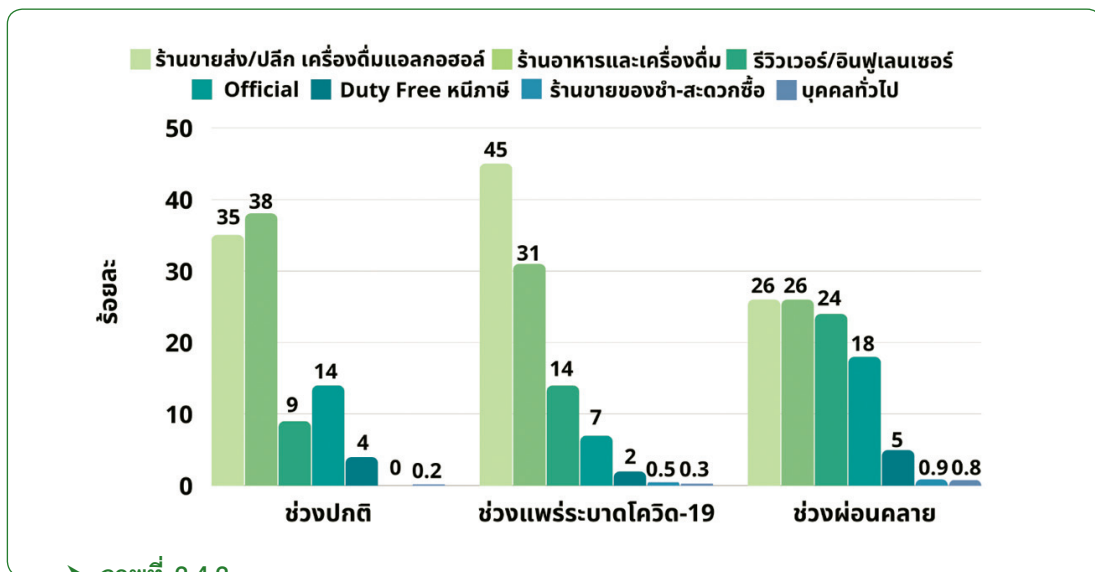


เทคโนโลยี และพฤติกรรมผู้บริโภคมาเชื่อมผสานโลกออฟไลน์และออนไลน์เข้าด้วยกัน เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตรงและมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันผู้บริโภคสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้นตามไปด้วย (ภาพที่ 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3 และ 2.4.4)



▶ ภาพที่ 2.4.1

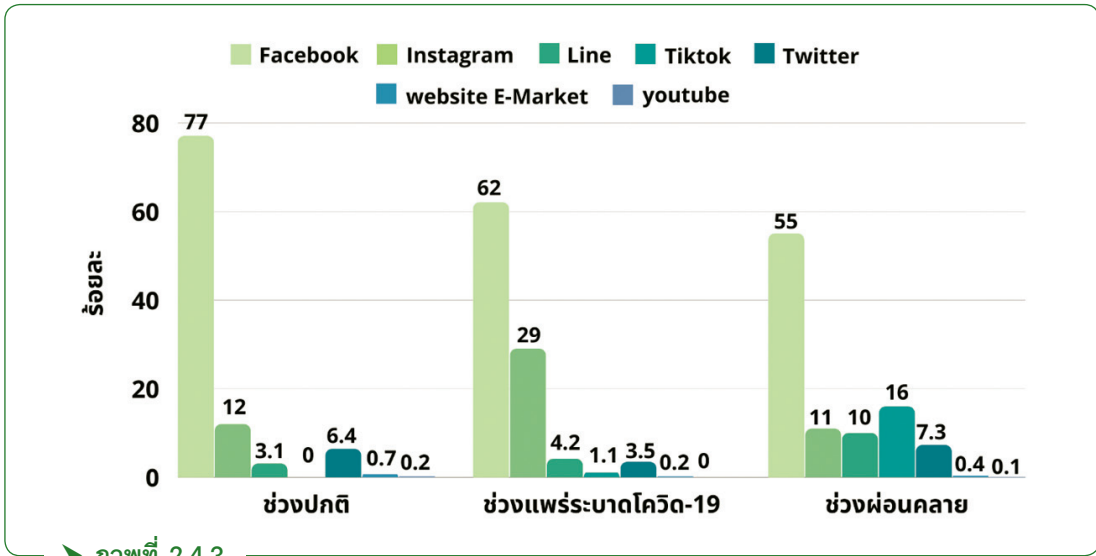
การโพสต์รูปแบบการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์ในแต่ละช่วงเวลา



▶ ภาพที่ 2.4.2

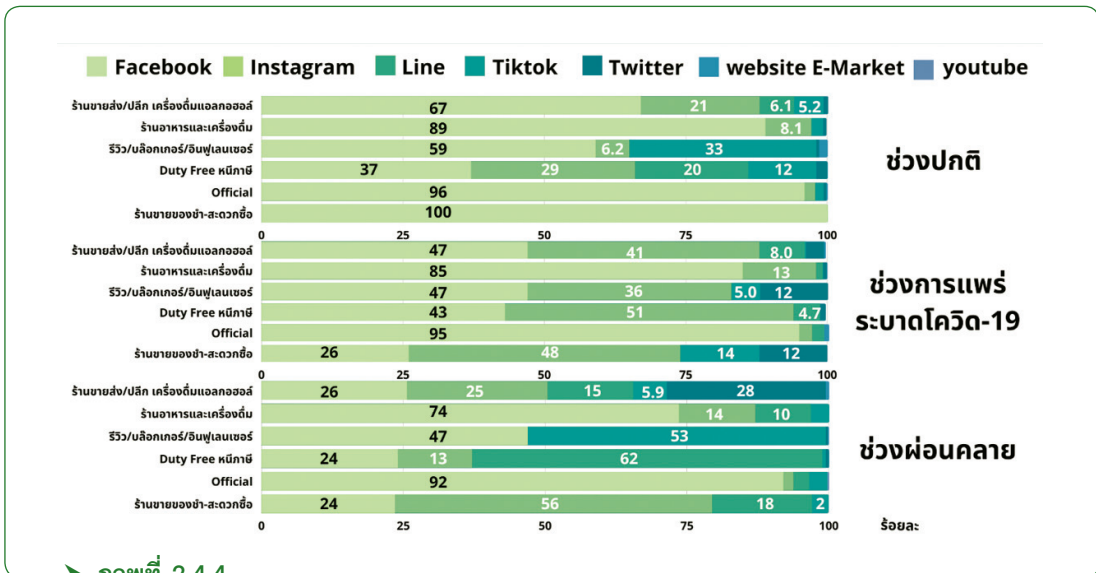
ประเภทธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์ในแต่ละช่วงเวลา

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถควบคุมการเข้าถึงตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโลกออนไลน์ได้ ควรดำเนินการบังคับกฎหมายอย่างจริงจังในการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบออนไลน์ และจัดส่งสินค้า โดยเฉพาะเรื่องการกำหนดวัน เวลาอายุ ของผู้ซื้อ ผู้รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกรณีการจัดส่งแบบเดลิเวอรี่



➤ ภาพที่ 2.4.3

การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์ในแต่ละแพลตฟอร์มจำแนกตามช่วงเวลา



➤ ภาพที่ 2.4.4

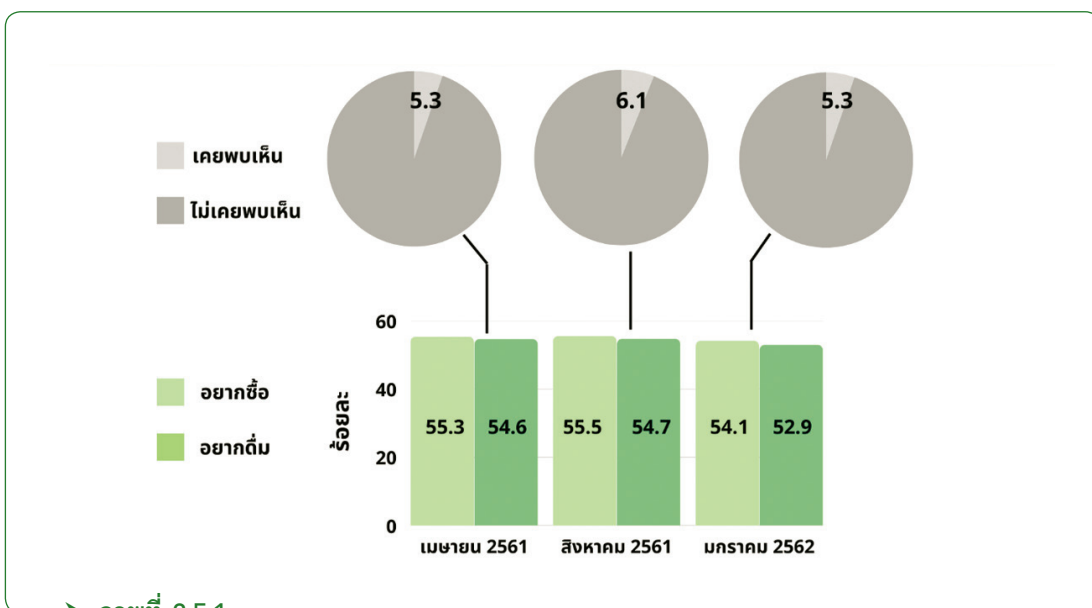
การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละแพลตฟอร์มจำแนกตามช่วงเวลาและประเภทธุรกิจ



2.5 การรับรู้และความคิดเห็นต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุราร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB) ได้จัดการสำรวจติดตามการรับรู้และตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเดือนเมษายนและสิงหาคม พ.ศ. 2561 เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 และเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยในแต่ละครั้งการสำรวจ ได้เก็บข้อมูลในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 3,866 คน โดยสุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัดทั่วประเทศ^{28,29} ซึ่งมีผลการสำรวจดังต่อไปนี้

ในประเด็นของการเคยพบเห็นการโฆษณารวมถึงการอยากซื้อและอยากดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.3-6.1 เคยพบเห็นการโฆษณาสุรา โดยคนที่เคยเห็นโฆษณานั้นมีความรู้สึกอยากซื้อและอยากดื่มเกินครึ่งหนึ่ง (ภาพที่ 2.5.1)



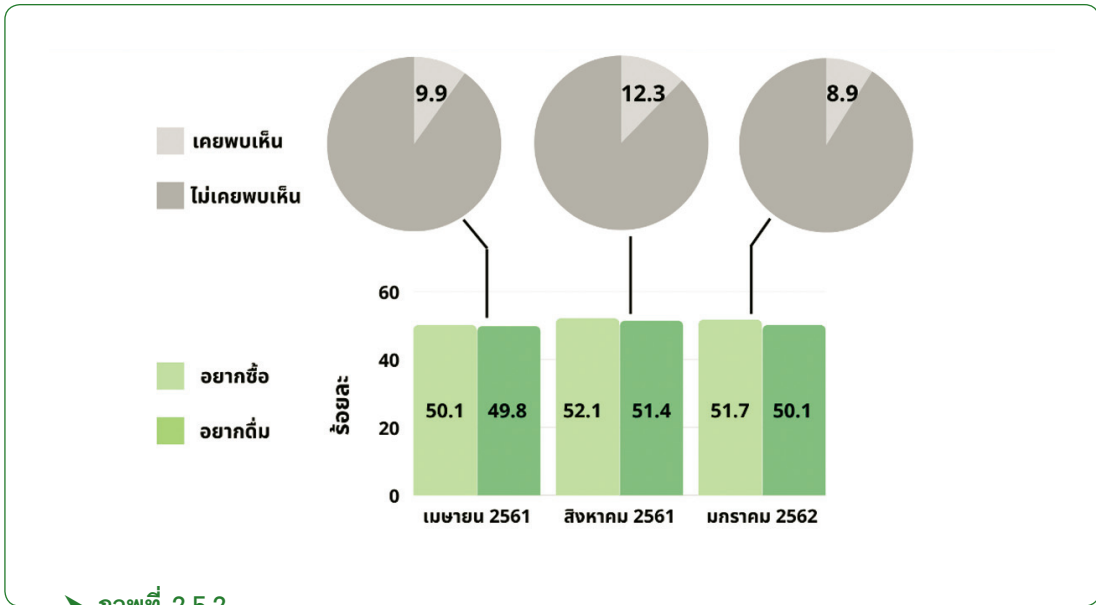
▶ ภาพที่ 2.5.1

การเคยพบเห็นการโฆษณาสุรา และความรู้สึกอยากซื้อและอยากดื่มสุรา

²⁸ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2562). การรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 1-3. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

²⁹ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2564). การสำรวจการรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรม การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ส่วนของการเคยพบเห็นการโฆษณา รวมถึงการอยากซื้อและอยากดื่มเบียร์นั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.9-12.3 เคยพบเห็นการโฆษณาเบียร์ โดยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยพบเห็นโฆษณาดังกล่าวรู้สึกอยากซื้อและอยากดื่มเช่นกัน (ภาพที่ 2.5.2)



▶ ภาพที่ 2.5.2

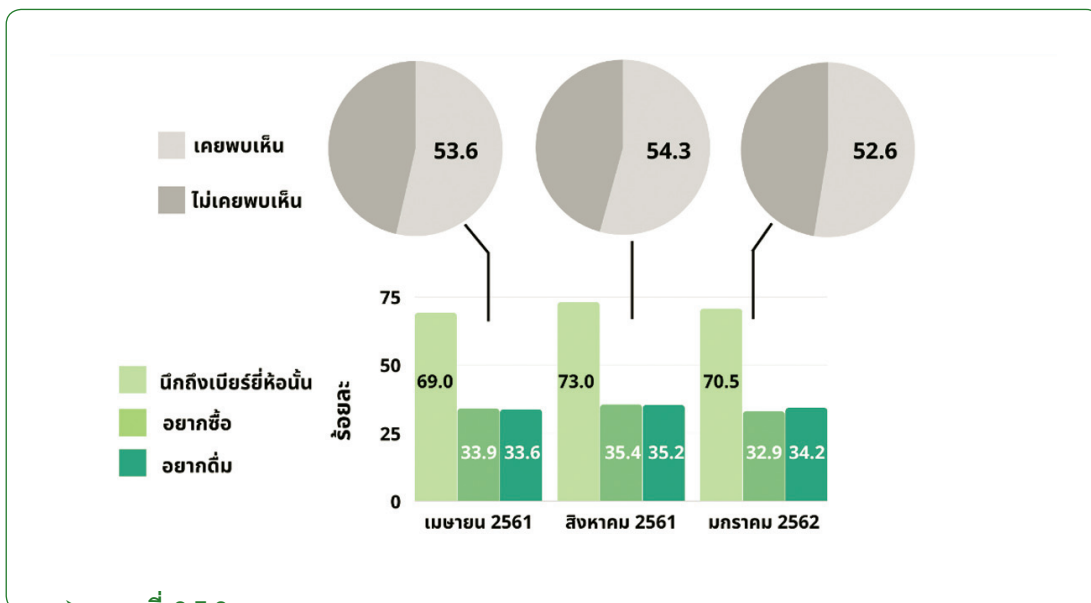
การเคยพบเห็นการโฆษณาเบียร์ และความรู้สึกอยากซื้อและอยากดื่มเบียร์

จากการสำรวจทั้งสามครั้งพบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งเคยพบเห็นโฆษณา “โซดา” ที่มีโลโก้เสมือน ทำให้นึกถึงเบียร์ยี่ห้ออื่นร้อยละ 69.0-73.0 แต่เกิดความรู้สึกอยากซื้อหรืออยากดื่มเพียง 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 30 เท่านั้น (ภาพที่ 2.5.3)

จากการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่า 2 ใน 3 เคยพบเห็นโฆษณา “น้ำดื่ม” ที่มีโลโก้เสมือน ทำให้เกิดนึกถึงเบียร์ยี่ห้ออื่นสูงถึง 1 ใน 3 ของผู้ที่เคยพบเห็นโฆษณา แต่ส่งผลให้เกิดความอยากซื้อและอยากดื่มเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น (ภาพที่ 2.5.4)

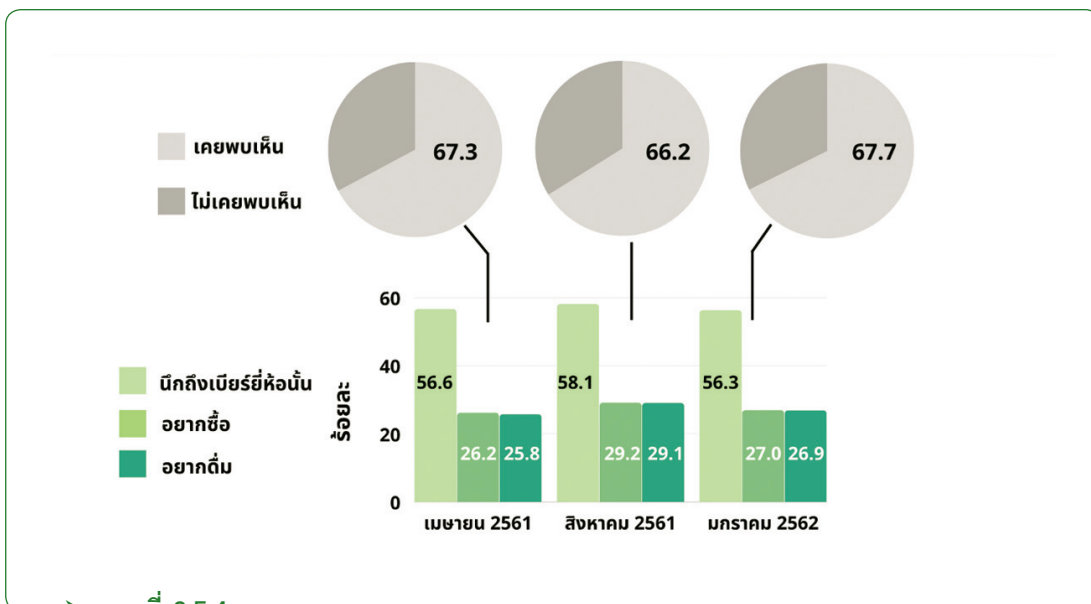
ความคิดเห็นเกี่ยวกับเจตนาของธุรกิจแอลกอฮอล์ ในการเป็นผู้สนับสนุนจัดกิจกรรมต่าง ๆ นั้น พบว่า ลำดับแรกเป็นการเพิ่มหรือกระตุ้นยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักดื่มโดยรวม รองลงมา คือ การสร้างภาพลักษณ์บริษัทให้ดูดี และการจูงใจให้นักดื่มใหม่มาเป็นลูกค้า ส่วนความคิดเห็นที่มีผู้ตอบเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ระบุว่า เพื่อตั้งใจช่วยเจ้าภาพด้านค่าใช้จ่ายในการจัดงาน และตั้งใจส่งเสริมสังคมและวัฒนธรรมอย่างจริงจัง (ภาพที่ 2.5.5)





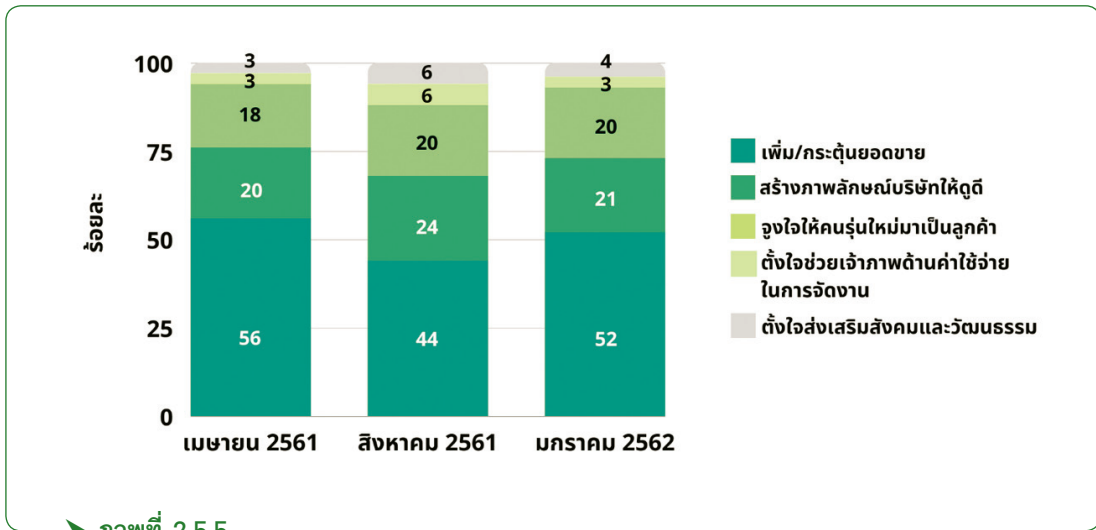
► ภาพที่ 2.5.3

การเคยพบเห็นโฆษณา “โซดา” ที่มีโลโก้เสมือน และความรู้สึกรักอยากซื้อและอยากดื่มเบียร์



► ภาพที่ 2.5.4

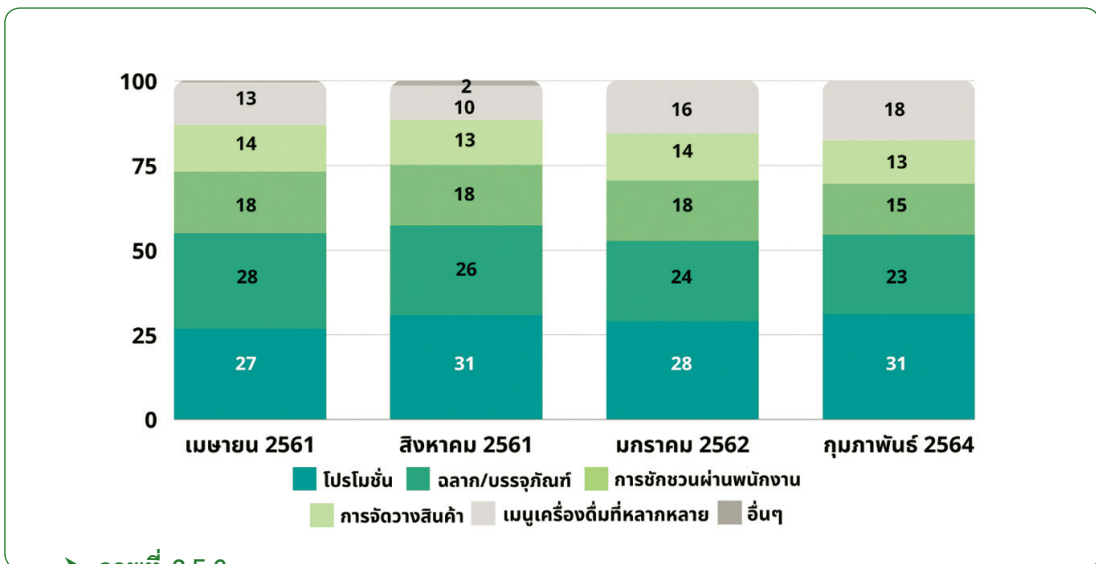
การเคยพบเห็นโฆษณา “น้ำดื่ม” ที่มีโลโก้เสมือน และความรู้สึกรักอยากซื้อและอยากดื่มเบียร์



▶ ภาพที่ 2.5.5

ความคิดเห็นเกี่ยวกับเจตนาของธุรกิจแอลกอฮอล์ ในการเป็นผู้สนับสนุนจัดกิจกรรมต่าง ๆ

ในประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การมีสิ่งกระตุ้นให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจในปีดังกล่าวที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง พบว่า โปรโมชันเป็นสัดส่วนเกือบ 1 ใน 3 ที่ทำให้กระตุ้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมา คือ ฉลากหรือบรรจุภัณฑ์ ร้อยละ 23-28 และการชักชวนผ่านพนักงาน ร้อยละ 15-18 ตามมาด้วยการจัดวางสินค้าและการมีเมนูเครื่องดื่มที่หลากหลาย (ภาพที่ 2.5.6)

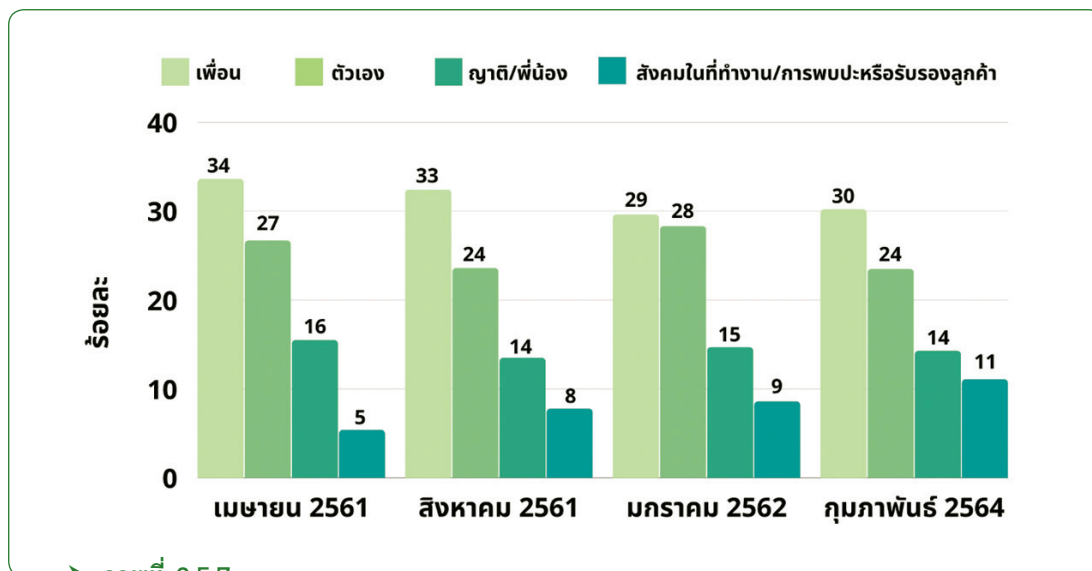


▶ ภาพที่ 2.5.6

สิ่งทีกระตุ้นให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากที่สุด กรณีอยู่ ณ จุดจำหน่าย



ในเรื่อของบุคคลหรือกิจกรรมที่ช้กชวนให้ตมเครื่อตมแอลกอฮอล์มากที่สุด ผลจากการล้ารวพบวา เพือนเป็นส่วนล้าคัญที่สุดที่ช้กชวนให้มการตมเครื่อตมแอลกอฮอล์ (ประมาณ 1 ใน 3) รองลงมาคือ ตัวเอง ญาติ/พ้เนอง และล้คมในที่ทำงาน/การพบปะหรือร้บรองลูกค้า (ภาพที่ 2.5.7)



▶ ภาพที่ 2.5.7

บุคคลหรือกิจกรรมที่ช้กชวนให้ตมเครื่อตมแอลกอฮอล์มากที่สุด

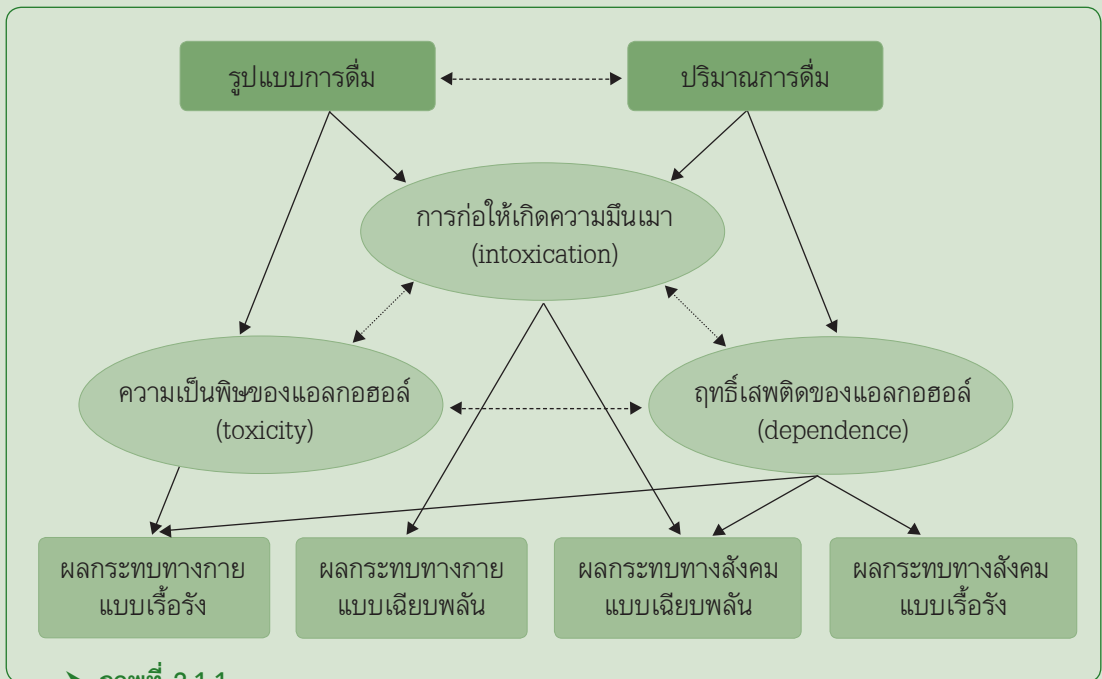
โดยสรุปล้ มีผู้พบเห็นการโฆษณาสุราและเบียร์เป็นล้ดส่วนที่น้อยกว้ากการพบเห็นโฆษณาไซดาและน้ำตมที่มีโลโก้เสมือเน แต่การพบเห็นโฆษณาไซดาและน้ำตมที่มีโลโก้เสมือเนก็กระตุ้นความรู้สึกอยากชื้อและอยากตมเครื่อตมแอลกอฮอล์ย้ห้อเดียวกันได้เช่นกัน การพบเห็นโปรโมช้เน ณ จุดขายเป็นล้ิงกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากชื้ออยากตมมากที่สุด เน้นแสดงให้เห็นวา การโฆษณาและส่งเสริมการขายเครื่อตมแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อการตมสุราของประชาชนเป็นอย่างมาก ดงนั้น การควบคุมการโฆษณาเครื่อตมแอลกอฮอล์จึงเป็นล้ิงจ้าเป็นอย้างย้ง นอกจากนี้ “เพือน” ยังเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลในการช้กชวนให้มการตมเครื่อตมแอลกอฮอล์มากที่สุดอ้ีกด้วย

บทที่ 3

ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมของการดื่มสุรา

3.1 บทนำ

ในแวดวงการนโยบายสุขภาพด้านแอลกอฮอล์ของโลก ผลกระทบของการดื่มสุราสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านหลัก³⁰ ตามกรอบแนวคิดข้างล่างนี้ (ภาพที่ 3.1.1) ได้แก่



▶ ภาพที่ 3.1.1

กลไกเชื่อมโยงรูปแบบและปริมาณการดื่มกับผลกระทบของการดื่มสุรา¹

³⁰ Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 98(9): 1209-28.

- 1. ผลกระทบทางสุขภาพ** สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลกระทบทางสุขภาพระยะสั้น (acute disease) ที่สำคัญ คือ อุบัติเหตุ (accident) กับการบาดเจ็บ (injury) และโรคหรือความเจ็บป่วยระยะยาว (chronic illness) ซึ่งมีข้อมูลงานวิจัยที่ทันสมัยมากมายจนถึงปัจจุบัน ในบทนี้จะนำเสนอกลุ่มโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญ
- 2. ผลกระทบทางสังคม** แบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่ม เช่นกัน ได้แก่ ผลกระทบทางสังคมระยะสั้น (acute social impacts) และผลกระทบทางสังคมระยะยาว (chronic social impacts) ผลกระทบทางสังคมมีความซับซ้อนมาก และพบเห็นได้ตามสื่อต่าง ๆ มากมาย ในบทนี้จะยกตัวอย่างประเด็นทางสังคมที่สำคัญในช่วงนี้เช่นเดียวกัน

ผลกระทบต่าง ๆ ข้างต้นนั้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราทั้งปริมาณการบริโภค (average volume) และรูปแบบการดื่ม (patterns of drinking) โดยที่การดื่มสุราในปริมาณที่มากจะส่งผลต่อผลกระทบที่มากโดยตรงไปตรงมา แต่สิ่งที่สำคัญเช่นกัน คือ รูปแบบการดื่ม ซึ่งมี 2 รูปแบบที่สำคัญ ได้แก่

- 1. การดื่มหนัก (Binge drinking)** นิยามที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การดื่ม 5 ถึง 6 หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) หรือประมาณ 60 กรัม ขึ้นไปต่อครั้ง การดื่มในปริมาณสูงต่อครั้งถึงแม้จะดื่มแบบนาน ๆ ครั้งจะก่อผลกระทบผ่านกลไกการก่อความเมามาได้ชัดเจนกว่า เช่น อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ความรุนแรง และผ่านกลไกความเป็นพิษต่ออวัยวะด้วยเช่นกัน³¹
- 2. การดื่มประจำ (Regular drinking)** หมายถึง การดื่มในความถี่ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป โดยการดื่มบ่อยหรือถี่นั้นอย่างต่อเนื่องมักไม่ค่อยนำไปสู่ภาวะเมามา แต่จะก่อปัญหาผ่านการเป็นพิษต่ออวัยวะ และการเป็นสารเสพติด การดื่มสุราทุกวันแม้จะในปริมาณต่ำและต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่ง ก็สามารถนำไปสู่ภาวะดัดแปลงจากผลการเป็นพิษสะสมของแอลกอฮอล์ต่อตับ และสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ อีกจำนวนมาก เช่น โรคมะเร็ง กลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และปลายประสาทอักเสบ เป็นต้น³²

ในบทนี้ผู้อ่านจะได้ศึกษาผลกระทบต่าง ๆ ของการดื่มสุรา โดยในบทย่อยที่ 3.2 ถึง 3.5 เป็นบทสรุปของผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ โรคของระบบทางเดินอาหารและตับ โรคติดเชื้อ รวมถึงโรคติดเชื้อโควิด-19 และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจะตอบคำถามสำคัญที่ว่า การดื่มปริมาณน้อย ๆ

³¹ Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 105(5): 817-43.

³² National Health Medical Research Council. (2009). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: Commonwealth of Australia.

ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจริงหรือไม่ และในบทย่อยที่ 3.6 จะเป็นผลกระทบทางจิตประสาท โดยโรคที่พบบ่อยในปัจจุบัน คือ โรคสมองเสื่อม และเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสังคมไทยซึ่งมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ต้องอาศัยการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ไม่ทนทุกข์ทรมาน ดังนั้น ในบทย่อยที่ 3.7 จะกล่าวถึงผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อร่างกายในระยะท้ายของชีวิต จากนั้นในบทย่อยที่ 3.8 และ 3.9 จะกล่าวถึง ผลกระทบแบบเฉียบพลัน อันได้แก่ การบาดเจ็บและอุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกเหนือจากผลกระทบด้านสุขภาพแล้วนั้น ผลกระทบทางด้านสังคมก็มีความสำคัญเช่นกัน ในบทที่ 3.10 จะกล่าวถึง ภาพรวมของผลกระทบทางสังคมและผลกระทบต่อประเทศ โดยในบทนี้จะยกตัวอย่างประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ความรุนแรงและคดีอาชญากรรม (บทที่ 3.11) ต้นทุนทางสังคม (social costs) (บทที่ 3.12) แอลกอฮอล์กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (บทที่ 3.13) นอกจากผลกระทบต่อผู้ดื่มแล้ว ผลกระทบต่อผู้อื่นที่ไม่ดื่ม (alcohol's harm to others) ก็มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งจะกล่าวถึงในบทที่ 3.14 และ 3.15 นอกจากนี้ เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพการดื่มสุราวิธีที่นิยมคือการวัดภาระโรค (burden of disease) และการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะกล่าวถึงในบทย่อยที่ 3.16 และ 3.17

3.2 โรคมะเร็ง

ในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราโดยใช้ข้อมูลประเทศไทยโดยตรง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารต่อประชาชนและผู้ป่วย รวมถึงวางแผนเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ดังนั้น ในที่นี้จึงขออ้างอิงข้อมูลจากต่างประเทศเป็นหลัก

ข้อมูลล่าสุดปี พ.ศ. 2563 จากสถาบันมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (GLOBOCAN)³³ พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในแต่ละปี ประมาณร้อยละ 4 สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

โรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม ซึ่งจะเห็นว่า เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทยด้วยเช่นกัน งานวิจัยยังชี้ชัดว่า ปริมาณการดื่มต่อวันที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสในการเกิดมะเร็งที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยรูปแบบการดื่มหนัก หรือ binge drinking (เอทานอลบริสุทธิ์มากกว่า 60 กรัมต่อวัน) มีค่าสัดส่วนการเกิดมะเร็งจากการดื่มสุรา

³³ Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VE, Rehm J, Soerjomataram I. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. The Lancet Oncology. 22(8): 1071-80.



ในประชากร (populational attributable fraction; PAF) สูงถึงร้อยละ 46.7 ซึ่งหมายความว่า ถ้าเราสามารถทำให้ประชากรไม่ดื่มสุราแบบหนักเลย เราจะสามารถลดการป่วยหรือการตายด้วยโรคมะเร็งในประชากรได้ถึงร้อยละ 46.7 และโรคมะเร็งหลายชนิดมีความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในสัดส่วนที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3.1.1)

ตารางที่ 3.1.1 ข้อมูลความชุก ความเสี่ยงสัมพัทธ์ และสัดส่วนการเกิดโรคมะเร็งจากการดื่มสุราในประชากร

ชนิดโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ความเสี่ยงสัมพัทธ์จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Relative risk; RR) (หน่วย: จำนวนเท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ดื่ม) ³⁴	สัดส่วนการเกิดโรคมะเร็งในประชากรจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Population attributable fraction; PAF) (หน่วย: ร้อยละ)	
		เพศชาย	เพศหญิง ³⁵
มะเร็งเต้านม (Female breast cancer)	1.04 - 1.61 (เฉพาะเพศหญิง)	-	9
มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal cancer)	1.17 - 1.44	3	2
มะเร็งตับ (Liver cancer)	1.08 - 2.07	49	16
มะเร็งในช่องปาก (Oral cavity cancer)	1.13 - 5.13	52	17
มะเร็งคอหอย (Pharyngeal cancer)			
มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer)	1.44 - 2.65	68	26
มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)	1.26 - 4.95	6	24

³⁴ Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose–response meta-analysis. *Br J Cancer*. 112(3): 580-93.

³⁵ Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P. (2010). The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health*. 10(1): 323.



ข้อมูลล่าสุดจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2563 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคมะเร็ง 5 อันดับที่มีความชุกของผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดในประเทศไทยแยกตามเพศ ได้แก่

- **เพศหญิง:** ความชุกสูงสุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งตับ ตามลำดับ
- **เพศชาย:** ความชุกสูงสุด ได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก และหลอดอาหาร ตามลำดับ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งในประเทศไทยที่มีความชุกสูงสุดหลายชนิดมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราอย่างชัดเจน คำแนะนำต่อประชาชน คือ จากข้อมูลวิชาการปัจจุบัน การงดหรือลดการดื่มสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน

3.3 โรคของระบบทางเดินอาหารและตับ

แอลกอฮอล์ก่อโรคในระบบทางเดินอาหารที่ตับ ตับอ่อน หลอดอาหาร กระเพาะ และลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง (ภาพที่ 3.3.1) โดยอาจจะมีผลกับผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรังชนิดอื่นอยู่ก่อน เช่น ไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี ได้ง่ายที่สุด และแม้จะดื่มในปริมาณไม่มาก โดยจะทำให้มีภาวะตับแข็งและมะเร็งตับง่ายขึ้น ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบว่า มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งอันดับแรกในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยที่พบว่า เป็นมะเร็งตับจำนวน 27,394 คน และเสียชีวิต 26,704 คน³⁶ สำหรับคนที่ไม่ได้มีโรคตับเรื้อรัง นอกจากปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคแล้ว พันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคตับ³⁷ ภาวะตับอักเสเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์ (alcoholic hepatitis) เป็นภาวะที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะสั้น นอกจากนั้น มะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสามของการเสียชีวิตจากมะเร็งในประเทศไทย มีจำนวนคนเสียชีวิต 11,331 คน ในปี ค.ศ. 2020 จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ส่วนมะเร็งหลอดอาหาร มีคนเสียชีวิต 3,176 คน

³⁶ Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VE, Rehm J, Soerjomataram I. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology*. 22(8): 1071-80.

³⁷ Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. (2020). Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019Practice guidance from the American association for the study of liver diseases. *Hepatology*. 71(1): 306-33.

ในปีเดียวกัน ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค³⁸ และความเสี่ยงดังกล่าวเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อดื่มเพียง 1 ถึง 2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน³⁹ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญมากในการหยุดการดำเนินโรค และการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคตับและโรคตับอ่อน^{40,41}

สำหรับข้อมูลประเทศไทย จากรายงานวิจัยของ ดร.จิราลักษณ์ นนทรักษ์⁴² ซึ่งอ้างอิงข้อมูลจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรไทย และฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จากข้อมูล 43 แพ้มของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในระยะห้าปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคตับ เฉลี่ยประมาณ 40,309 คน หากพิจารณาจากค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ระหว่างการดื่มสุรากับโรคเหล่านี้ สามารถประมาณได้ว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคตับที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ปีละ 25,895 คน (ผู้ชายเฉลี่ย 18,999 คน และผู้หญิงเฉลี่ย 6,896 คน) ซึ่งหากเราสามารถลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องการดื่มสุราลงไปได้ ประเทศไทยจะสามารถลดจำนวนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเหล่านี้ได้ในแต่ละปีถึงร้อยละ 36.8 ในผู้ชาย และร้อยละ 37.5 ในผู้หญิง

³⁸ V Bagnardi, M Rota, E Botteri, I Tramacere, F Islami, V Fedirko, L Scotti, M Jenab, F Turati, E Pasquali, C Pelucchi, C Galeone, R Bellocco, E Negri, G Corrao, P Boffetta and C La Vecchia. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British Journal of Cancer*. 112(3); 580-93.

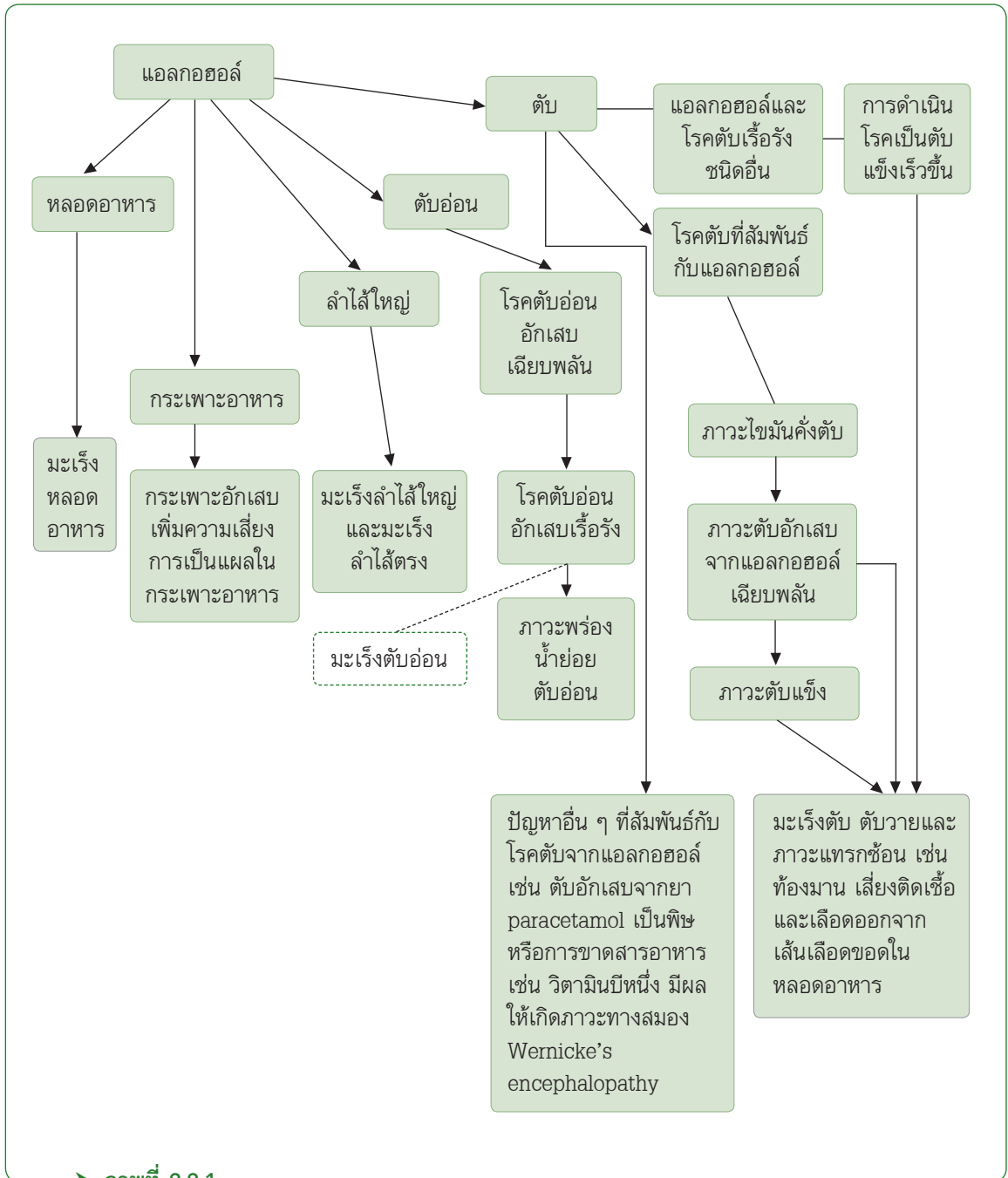
³⁹ H Scherübl. (2020). Alcohol use and gastrointestinal cancer risk. *Visceral Medicine* 36: 175-81.

⁴⁰ C Lackner, W Spindelboeck, J Haybaeck, P Douschan, F Rainer, L Terracciano, J Haas, A Berghold, R Bataller, RE. Stauber. (2017). Histological parameters and alcohol abstinence determine long-term prognosis in patients with alcoholic liver disease. *Journal of Hepatology*. 66: 610-8.

⁴¹ MV Apte, JS Wilson. (2003). Alcohol-induced pancreatic injury. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 17(4): 593-612.

⁴² จิราลักษณ์ นนทรักษ์. (2564). รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 - 2562. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.





▶ ภาพที่ 3.3.1

ความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์กับการเกิดโรกระบบทางเดินอาหารที่ตับ ตับอ่อน หกลดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง

3.4 โรคติดเชื้อ

ผู้ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม จากการศึกษาพบว่า การดื่มสุราจะทำให้กลไกการป้องกันต่อเชื้อโรคต่าง ๆ รวมถึงภูมิคุ้มกันในร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้ การดื่มสุรายังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อม

การดื่มสุราทำให้ประสิทธิภาพของกลไกการป้องกันเชื้อโรคลดลง

ร่างกายของมนุษย์มีกลไกป้องกันการติดเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น ระบบการปิดเปิดทางเดินหายใจอัตโนมัติโดยกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งพบว่า แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยลดลง เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูดสูดเชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะปอดอักเสบ ภาวะโพรงหนองในปอด หรือภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบ นอกจากนี้ พบว่า การดื่มสุราจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของภูมิคุ้มกันในร่างกายได้จากหลายกลไก เช่น การดื่มสุราก็ทำให้เกิดภาวะตับแข็งซึ่งทำให้การสร้างโปรตีนที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อลดลง จึงทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อจากเยื่อต่าง ๆ เช่น ทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร และยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งเมื่อมีการติดเชื้อบางชนิดจะมีอาการรุนแรงมากกว่า เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียในเนื้อเยื่ออ่อนและกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด และการดื่มสุรายังส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดขาวในไขกระดูก และการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคต่าง ๆ อ่อนกำลังลง ซึ่งทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรงมากขึ้น

การดื่มสุราก็ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

การป้องกันการติดเชื้อในโรคต่าง ๆ มักจะมีวิธีและแบบแผนที่ปฏิบัติอย่างเป็นรูปแบบเฉพาะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่ขาดสติหลังจากการดื่มสุราจะมีวิธีและแบบแผนที่ปฏิบัติในการป้องกันตนเองเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันไม่ดี เช่น การใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่ดื่มสุราจนเกิดความมึนเมาอาจจะไม่ใส่หรือใส่ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี จึงทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ หรือในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ผู้ที่ดื่มสุราในผับ บาร์ ร้านค้าอาจจะไม่ระมัดระวังตนเอง ไม่ใส่ผ้าปิดจมูกและปาก หรือมีการร้องรำทำเพลง สัมผัสใกล้ชิด จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากขึ้น



การดื่มสุราส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคติดเชื้อ

การรักษาหลักของโรคติดเชื้อ คือ การใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งการที่การรักษาจะประสบความสำเร็จได้นั้น การรับประทานยาให้ครบตามตำรับมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ดื่มสุราจนขาดสติอาจจะไม่รับประทานยา ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาหรือเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะตามมา นอกจากนี้ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาปฏิชีวนะยังทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษา ผู้ป่วยที่ดื่มสุรา มีแนวโน้มที่จะมีผลข้างเคียง โดยเฉพาะภาวะเป็นพิษต่อตับได้มากกว่า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาปฏิชีวนะได้ครบตามตำรับ นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการเมตาบอลิซึมหรือการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของยาปฏิชีวนะในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ระดับยาที่ได้รับไม่ตรงตามเป้าหมาย ในกรณีที่ระดับยาลดลงจะลดทอนประสิทธิภาพการรักษาโรคติดเชื้อ ในขณะที่ถ้าระดับยาเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการเกิดพิษจากยาปฏิชีวนะนั้น ๆ ได้

การดื่มสุราและการป่วยเป็นโรคโควิด-19

การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคโควิด-19 และเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อชนิดนี้ เช่น ภาวะปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลว ซึ่งการดื่มสุราจะทำให้ประสิทธิภาพของกลไกการป้องกันเชื้อโรคทางเดินหายใจลดลง เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยลดลง จึงก่อให้เกิดการสูดสำลักเชื้อชนิดนี้ได้มากขึ้น และพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งจากการดื่มสุราจะมีโปรตีนที่ป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจลดลงด้วย ซึ่งเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อชนิดนี้เช่นกัน นอกจากนี้ การดื่มสุราทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง จึงนำไปสู่ความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่มีการติดเชื้อ การไม่สวมหน้ากากอนามัย และไม่รักษาระยะห่าง โดยเข้าไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผับหรือบาร์

โดยสรุป การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้จากการที่ทำให้ประสิทธิภาพของกลไกการป้องกันเชื้อโรคลดลง ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และยังส่งผลต่อยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อ

3.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด

“การดื่มไวน์แดงวันละหนึ่งแก้ว สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ”
 หลายคนคงเคยได้ยินคำพูดนี้ หรือหลายคนอาจจะปฏิบัติตามความเชื่อนี้ โดยหวังว่าการดื่มสุราในปริมาณที่เหมาะสม จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจได้ ข้อความข้างต้นนี้มีที่มาจากการศึกษาในอดีตที่พบว่า การดื่มสุราพอประมาณสัมพันธ์กับการลดโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ อย่างไรก็ตาม การ



ศึกษาในอดีตมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น เป็นการศึกษาเชิงสังเกต ไม่ได้มีการสุ่มหรือทดลอง รวมทั้งไม่ได้มีการกำจัดปัจจัยรบกวนในการศึกษาอย่างเหมาะสม ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง และทำให้เกิดความเชื่อที่ผิดได้

จากฐานข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรไทย และฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จากข้อมูล 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2562 มีผู้ที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณหกแสนคนต่อปี ในจำนวนนี้มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา 30,197 คน ซึ่งหากเราสามารถลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องการดื่มสุราลงไปได้ ประเทศไทยจะสามารถลดจำนวนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเหล่านี้ได้ถึงร้อยละ 9.6 ในผู้ชาย และร้อยละ 2.3 ในผู้หญิงในแต่ละปี

ในปัจจุบันมีข้อมูลใหม่ จากผลการศึกษาของ Millwood และคณะ⁴³ ซึ่งศึกษาผลของการดื่มสุราต่อการเกิดโรคหัวใจและสมอง จากประชากร 512,715 คน ในประเทศจีน โดยใช้ข้อมูลทางพันธุกรรม พบว่า การดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้นจะเพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง การศึกษานี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การดื่มสุราไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ รวมทั้งแสดงว่า ไม่มีการดื่มสุราปริมาณใดเลยที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Csengeri และคณะ⁴⁴ ในประชากรยุโรปจำนวน 107,845 คน ซึ่งพบว่า การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในสมองและเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตตามมา โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวพบได้ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเบียร์ ไวน์ หรือเหล้า นอกจากนี้ การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน ของ Zhang และคณะ⁴⁵ ยังพบว่า การที่แม่หรือพ่อมีประวัติดื่มสุราในช่วง 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ จนถึงอายุครรภ์ 3 เดือน (ไตรมาสแรก) เด็กที่เกิดมาจะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยถ้าแม่ดื่มสุราจะเพิ่มความเสี่ยงถึงร้อยละ 16 ในขณะที่ถ้า

⁴³ Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, Bennett DA, Chen Y, Dong C, Hu R, Zhou G. (2019). Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500,000 men and women in China. *The Lancet*. 1831-42.

⁴⁴ Csengeri D, Sprünker NA, Di Castelnuovo A, Niiranen T, Vishram-Nielsen JK, Costanzo S, Söderberg S, Jensen SM, Vartiainen E, Donati MB, Magnussen C. (2021). Alcohol consumption, cardiac biomarkers, and risk of atrial fibrillation and adverse outcomes. *European Heart Journal*. 42(12): 1170-7.

⁴⁵ Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Zhao L, Wang T, Chen L, Ye Z, Zheng Z, Qin J. (2020). Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 27(4): 410-21.



พ่อดื่มสุราในช่วงเวลาดังกล่าว ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นไปเป็นร้อยละ 44 ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราของแม่ในช่วงเวลาดังกล่าวต่อการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดขึ้นในระดับพันธุกรรม โดยแอลกอฮอล์มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการของหัวใจของทารกในครรภ์ สำหรับการดื่มสุราของพ่อนั้น มีงานวิจัยที่อธิบายว่า แอลกอฮอล์มีผลต่อกระบวนการถ่ายทอดสารพันธุกรรมในสเปิร์ม ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะความพิการแต่กำเนิดในทารก

การศึกษาในประชากรไทยในช่วงเวลาไม่นานมานี้ ก็พบความสัมพันธ์ของการดื่มสุรากับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการศึกษาของ Trisrivirat และคณะ⁴⁶ พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ทำในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งได้ติดตามเป็นระยะเวลา 30 ปีพบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและจากโรคมะเร็งอย่างชัดเจน⁴⁷

จากข้อมูลความรู้ที่ได้กล่าวมานี้ ชื่อนแนะนำสำหรับคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำก็คือ ควรจะเลิกดื่มเลย เนื่องจากการควบคุมตนเองให้ดื่มเพียงพอประมาณนั้นทำได้ยากกว่าการเลิกดื่มไปเลย และการดื่มสุราไม่ว่าจะน้อยหรือมาก ก็ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพทั้งสิ้น ส่วนคำแนะนำสำหรับคนที่ไม่เคยดื่มสุราก็คือ ไม่ควรที่จะเริ่มดื่ม สำหรับคนที่หวังผลว่า การดื่มสุราจะช่วยป้องกันความเสี่ยงของโรคหัวใจนั้น ข้อมูลปัจจุบันหักล้างความเชื่อเดิมทั้งหมด ดังนั้น ควรจะใช้วิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่สูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับไขมัน รวมทั้งการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพที่มีข้อมูลอย่างชัดเจนแล้วว่าสามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจได้

“ปัจจุบันเป็นที่แน่ชัดมากขึ้นว่าการดื่มสุรานอกจากจะไม่ช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ยังทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและเพิ่มความเสี่ยงของอัมพฤกษ์อัมพาต รวมทั้งไม่มีการดื่มสุราในระดับปริมาณใด ๆ ที่ส่งผลดีต่อหัวใจเลย”

⁴⁶ Trisrivirat K, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Chutarattanakul L, Angkurawaranon C. (2021). Association between metabolic syndrome and alcohol consumption: A Cross-sectional Study. Journal of Health Science and Medical Research. 39(2): 145-55.

⁴⁷ Jankhotkaew J, Bundhamcharoen K, Suphanchaimat R, Waleewong O, Chaiyasong S, Markchang K, Wongworachate C, Vathesatogkit P, Sritara P. (2020). Associations between alcohol consumption trajectory and deaths due to cancer, cardiovascular diseases and all-cause mortality: a 30-year follow-up cohort study in Thailand. BMJ. 1;10(12): e038198.



3.6 โรคสมองเสื่อม

ปัจจุบันโรคสมองเสื่อมทวีความสำคัญขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการสูญเสียจำนวนปีของชีวิตที่อยู่อย่างมีสุขภาพดีของประชาชนไทยทั้งชายและหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 2 ถึง 4 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีความชุกเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกฝนสมอง การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามินซี วิตามินอี และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีคำแนะนำว่าการดื่มสุราในปริมาณน้อย ๆ จะช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ เนื่องจากพบว่า แอลกอฮอล์อาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และเครื่องดื่มประเภทไวน์อาจมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ⁴⁸ อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาวิจัยใหม่ออกมาขัดแย้งกับคำแนะนำดังกล่าวนี้ และยังคงเป็นที่ถกเถียงกันว่า การดื่มสุราช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้จริงหรือไม่

คณะวิจัยจากมหาวิทยาลัยฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา⁴⁹ ได้รวบรวมรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการดื่มสุราต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์จำนวน 19 เรื่อง พบว่า งานวิจัย 9 เรื่องไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราต่อการเพิ่ม หรือลดความเสี่ยงของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ มีการศึกษาเพียง 7 เรื่องที่สนับสนุนว่า การดื่มสุราช่วยลดโอกาสการเกิดโรคอัลไซเมอร์ และการศึกษาอีก 3 เรื่องแสดงว่า การดื่มสุราเพิ่มโอกาสเกิดโรคอัลไซเมอร์

คณะวิจัยจากมหาวิทยาลัยโตรอนโต ประเทศแคนาดา⁵⁰ ได้รวบรวมการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคอยสูง สรุปได้ว่า การดื่มสุราแบบหนัก (มากกว่า 60 กรัม/วันสำหรับผู้ชาย และมากกว่า 40 กรัม/วันสำหรับผู้หญิง) ทั้งการดื่มเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราว เพิ่มความเสี่ยงของการมีภาวะสติปัญญาบกพร่องและสมองเสื่อมรูปแบบต่าง ๆ ส่วนการดื่มสุราแบบเล็กน้อยถึงปานกลาง (น้อยกว่า 20 กรัม/วัน สำหรับผู้ชาย และน้อยกว่า 16 กรัม/วัน สำหรับผู้หญิง) สัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะพุทธิปัญญาพร่องและสมองเสื่อมรูปแบบต่าง ๆ ที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มสุรา อย่างไร

⁴⁸ Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Santamato A, Imbimbo BP, Scafato E, Pilotto A, Solfrizzi V. (2012). Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *Int J Geriatr Psychiatry*. 27(12): 1218-38.

⁴⁹ Piazza-Gardner AK, Gaffud TJ, Barry AE. (2013). The impact of alcohol on Alzheimer's disease: a systematic review. *Aging & mental health*. 17(2):133-46.

⁵⁰ Rehm J, Hasan OS, Black SE, Shield KD, Schwarzsinger M. (2019). Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. *Alzheimer's research & therapy*. 11(1): 1-1.



ก็ตาม ผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นว่า ข้อค้นพบดังกล่าวนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระเบียบวิธีการวิจัยที่แตกต่างกันมาก ทั้งการให้นิยามของภาวะสมองเสื่อม และรูปแบบการวัดปริมาณและความถี่ของการดื่ม ทำให้ข้อค้นพบของผลจากการดื่มสุราในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในแต่ละการศึกษามีความขัดแย้งกันค่อนข้างมาก

ทั้งนี้ ผู้วิจัยของการศึกษาหลายเรื่องได้ให้ความเห็นที่ไปในทางเดียวกันว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การแบ่งระดับการดื่มสุราที่ไม่มีความแน่นอน ไม่ได้มาตรฐาน หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ที่ใช้เพียงเกณฑ์วินิจฉัยเบื้องต้น ซึ่งมีความแม่นยำน้อยกว่าการตรวจวินิจฉัยที่ใช้ในทางการแพทย์ การศึกษาเหล่านี้ยังมักไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยรบกวนต่าง ๆ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดโรคอัลไซเมอร์มากกว่าการดื่มสุรา เช่น การสูบบุหรี่ และระดับการศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลของการดื่มสุรากับการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ มักศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ และมักไม่รวมผู้ที่ดื่มหนักหรือผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สุรา (alcohol use disorder) ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มักประสบอุบัติเหตุหรือมีภาวะทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ทำให้เสียชีวิตไปก่อนวัยที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งผู้ที่ให้ประวัติว่า ไม่ดื่มสุรานั้นแท้จริงแล้วอาจเป็นผู้ที่เคยดื่มในอดีต แต่หยุดดื่มเมื่อมีอายุมากขึ้น หรือเนื่องจากมีความเจ็บป่วยทางร่างกายจากการดื่มสุรา ข้อจำกัดต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้ดูเหมือนว่า การดื่มสุราในปริมาณเล็กน้อยมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสือน้อยกว่าผู้ที่ให้ประวัติว่าไม่ดื่มเลย⁵¹

ในระยะหลังมีการศึกษาในระดับพันธุกรรมที่เรียกว่า Mendelian randomization study ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยีนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สนใจ (exposure) กับยีนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่สนใจ (outcome) เช่น อាកาหรือโรคต่าง ๆ การศึกษาประเภทนี้มีจุดแข็งคือ เป็นการศึกษาระหว่างเหตุและผลโดยตรง โดยสามารถจัดอิทธิพลจากปัจจัยรบกวนต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นประสบในช่วงเวลาระหว่างการเผชิญปัจจัยเสี่ยงและการเกิดโรค และได้ถูกนำมาใช้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของการเกิดภาวะหรือโรคต่าง ๆ เช่น โรคเมเร็ง และโรคอัลไซเมอร์ การศึกษาประเภทนี้พบว่า ยีนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ไม่ว่าจะปริมาณน้อยหรือมาก ไม่มีความสัมพันธ์กับยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอัลไซเมอร์ กล่าวคือ ไม่พบว่า การดื่มสุราช่วยลดหรือเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสมองเสื่อมแต่อย่างใด ซึ่งขัดแย้งกับข้อค้นพบจากการศึกษาแบบตัดขวางที่กล่าวมาข้างต้น^{52,53}

⁵¹ Rao RT. (2018). Methodological difficulties of studying alcohol consumption and dementia. *BMJ*. 19;362.

⁵² Andrews SJ, Fulton-Howard B, O'Reilly P, Marcora E, Goate AM, collaborators of the Alzheimer's Disease Genetics Consortium, Farrer LA, Haines JL, Mayeux R, Naj AC, Pericak-Vance MA. (2021). Causal associations between modifiable risk factors and the Alzheimer's phenome. *Annals of neurology*. 89(1): 54-65.

⁵³ Larsson SC, Traylor M, Malik R, Dichgans M, Burgess S, Markus HS. (2017). Modifiable pathways in Alzheimer's disease: Mendelian randomisation analysis. *BMJ*. 7; 359.



มีหลักฐานทางชีววิทยาหลายประการที่แสดงถึง ผลของการดื่มสุราต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง โดยพบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการดื่มสุราและการลดลงของปริมาตรของเนื้อสมอง ทั้งส่วน grey และ white matter การดื่มสุราแม้ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลางก็สัมพันธ์กับการฝ่อของฮิปโปแคมปัส (hippocampal atrophy) และยังพบผลของการดื่มสุราอย่างหนักต่อความสามารถของสมองด้านการคิดการวางแผน (executive functioning)⁵⁴

โดยสรุป การดื่มสุราในปริมาณมากและภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรานั้นเพิ่มความเสียหายของภาวะสมองเสื่อมทุกประเภท โดยมีหลักฐานสนับสนุนทางชีววิทยา ผลของการดื่มสุราในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจน โดยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในเรื่องนี้ไม่สอดคล้องกัน แต่การดื่มสุราในระดับเล็กน้อยหรือปานกลางสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางสมอง รวมถึงการฝ่อของฮิปโปแคมปัส ดังนั้น จึงไม่ควรแนะนำให้ผู้ที่ไม่ดื่มสุราเริ่มดื่มเพื่อหวังผลในการป้องกันโรคสมองเสื่อม เนื่องจากการดื่มสุรามีผลต่อการเสียชีวิตและการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคทางจิตเวช โรคตับแข็ง และมะเร็ง ซึ่งเป็นที่ทราบแน่ชัดอยู่แล้ว

3.7 ผลกระทบของการดื่มสุราในมุมมองด้านการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะท้าย⁵⁵ การดื่มสุรารวมทั้งการมีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) จะส่งผลต่อการดูแลแบบประคับประคอง ดังต่อไปนี้

1. ผลด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราหรือดื่มสุรามามากเป็นระยะเวลานานจะเพิ่มความเสียหายต่อการเกิดการปวดเรื้อรัง (chronic pain) ได้มากขึ้น⁵⁶ และเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้าย ความสามารถในการรับประทานอาหารจะลดลง ดังนั้น อาจเกิดภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ซึ่งทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ อาการสับสนกระวนกระวายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (delirium and agitation in terminally ill patient) เป็นต้น⁵⁷

⁵⁴ Oscar-Berman M, Marinković K. (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology review*. 17(3): 239-57.

⁵⁵ World Health Organization (2022). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

⁵⁶ Apkarian AV, Neugebauer V, Koob G, Edwards S, Levine JD, Ferrari L, et al. (2013). Neural mechanisms of pain and alcohol dependence. *Pharmacol Biochem Behav*. 112: 34-41.

⁵⁷ Irwin P, Murray S, Bilinski A, Chern B, Stafford B. (2005). Alcohol withdrawal as an underrated cause of agitated delirium and terminal restlessness in patients with advanced malignancy. *Journal of Pain and Symptom Management*. 29(1): 104-8.



2. ผลด้านจิตใจ อาการเครียดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากจำเป็นต้องรับมือกับความไม่แน่นอนของร่างกายเมื่อโรคดำเนินไป โดยเฉพาะเมื่อโรครากำลังดำเนินเข้าสู่ระยะท้าย⁵⁸ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรามักมีโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลร่วมอยู่ด้วย รวมทั้งผู้ป่วยที่ดื่มสุรามานานจะมีความสามารถในการจัดการความเครียดที่บกพร่องไป ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้⁵⁹ อีกทั้งความสามารถในการตัดสินใจลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในแบบที่ตนเองต้องการเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต⁶⁰

3. ผลทางด้านสังคม การสนับสนุนด้านสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความทุกข์ทรมาน (burden) ให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁶¹ ผู้ป่วยที่ดื่มสุรา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรามักมีปัญหาทางการสื่อสาร ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องความขัดแย้งกับคนในบ้าน⁶² ผู้ดูแลรวมทั้งบุคคลใกล้ชิด ดังนั้น การสนับสนุนทางด้านสังคมจึงลดลงไปด้วย

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นระยะเวลานานไปจนกระทั่งผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา เมื่อจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและต้องมีการดูแลเฉพาะที่แตกต่างออกไปจากกลุ่มอื่น ดังนั้น การชกัประวัติการดื่มสุรา และการประเมินภาวะติดสุราจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

⁵⁸ Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS, Jackson VA. (2020). Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 38(9): 915-25.

⁵⁹ Becker HC. (2012). Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption. *Alcohol Res.* 34(4): 448-58.

⁶⁰ Witham G, Galvani S, Peacock M. (2019). End of life care for people with alcohol and drug problems: Findings from a Rapid Evidence Assessment. *Health & Social Care in the Community.* 27(5): e637-50.

⁶¹ Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *European Journal of Cancer Care.* 27(3): e12837.

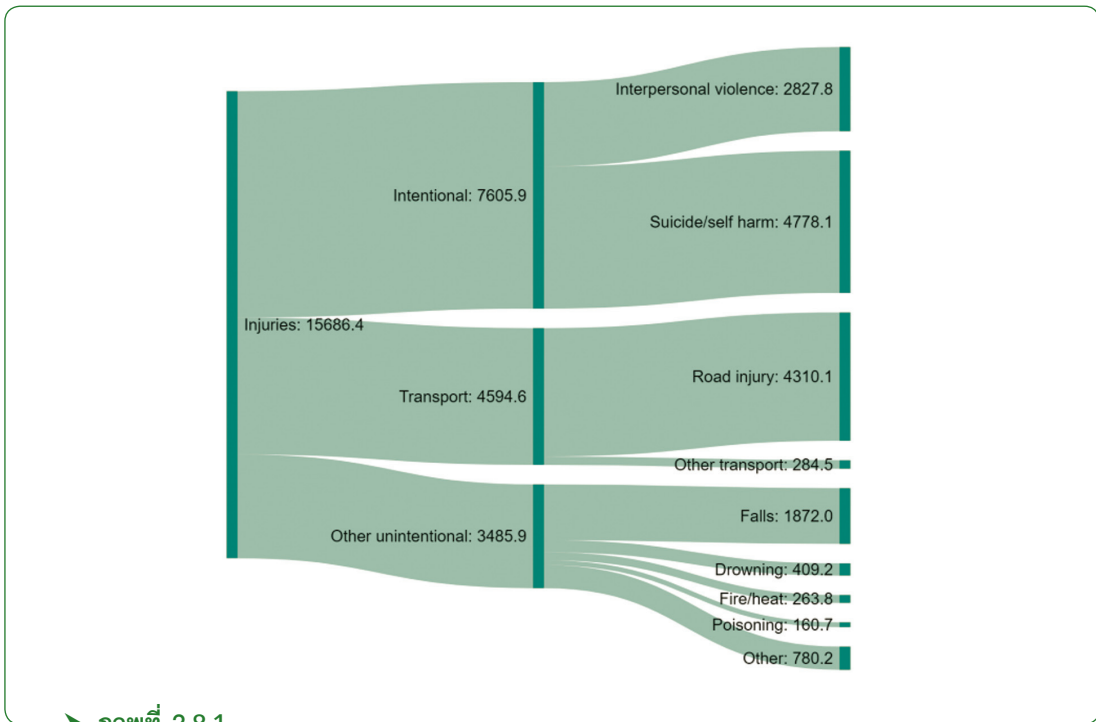
⁶² National Drug and Alcohol Research Centre. (2014). The impact of alcohol use disorders on family life: A review of the empirical literature. Retrieved from: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/resource/impact-alcohol-use-disorders-family-life-review-empirical-literature>



3.8 การบาดเจ็บ

การบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภทหลัก ตามกลไกการเกิดโรค และผลกระทบต่อภาวะโรค (ภาพที่ 3.8.1) ซึ่งการแบ่งเช่นนี้เป็นที่นิยมทั่วโลก เนื่องจากมีประโยชน์มากในการหาวิธีการป้องกันและประเมินประสิทธิภาพ ได้แก่⁶³

1. การบาดเจ็บที่ตั้งใจ (Intentional injury) ประกอบไปด้วย 2 ชนิดย่อย ได้แก่ การฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง (suicide/self-harm) โดยพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา และการทำความรุนแรงระหว่างบุคคล (interpersonal violence) วิธีการป้องกันการบาดเจ็บที่ตั้งใจจะเน้นไปที่การดูแลจัดการต่อบุคคลนั้น ๆ เป็นหลัก



▶ ภาพที่ 3.8.1

ปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years; DALYs) ที่สูญเสียจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโลก⁶³

⁶³ Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). GBD Results Tool: Global Health Data Exchange; University of Washington: Seattle, WA, USA



2. การบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจ (Unintentional injury) การบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจที่พบบ่อย ได้แก่ การบาดเจ็บจากการเดินทาง (transport injury) หรืออุบัติเหตุทางถนน (road traffic injury; RTI) สำหรับการบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจอื่น ๆ ที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ หกล้ม (fall) และ จมน้ำ (drowning) วิธีการป้องกันการบาดเจ็บประเภทนี้จะต้องคำนึงถึงหลากหลายปัจจัย ทั้งในด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น ถนน ทางม้าลาย ทางเดินเท้า หรือสภาวะแวดล้อม ของบ้าน เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ยังไม่พบว่า มีการเก็บข้อมูลที่ทำให้เห็น สัดส่วนของปัญหาการบาดเจ็บชนิดต่าง ๆ โดยข้อมูลที่มีเป็นข้อมูลจากการสำรวจ หรือเก็บข้อมูล บางประเด็น ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ที่ไม่ตรงกัน ดังนั้น จึงไม่สามารถประมาณค่าสัดส่วนได้ อย่างไรก็ตาม ในที่นี้จะขอสรุปข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศของ ไทย ในปี พ.ศ. 2564 ดังนี้⁶⁴

- นักดื่มสุราที่ขับขีรถยนต์/จักรยานยนต์ร้อยละ 50 เคยมีประวัติดื่มแล้วขับในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา
- ผู้เมาแล้วขับร้อยละ 13 มีพฤติกรรมเมาแล้วขับเป็นประจำ
- ผู้ขับขีรถยนต์/จักรยานยนต์ร้อยละ 7.6 และ 0.6 เคยได้รับบาดเจ็บจากการดื่มของตนเอง และผู้อื่น ตามลำดับ
- นักดื่มร้อยละ 7.8 มีปัญหาในครัวเรือนจากการดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่ทำให้เกิดความรำคาญ (ร้อยละ 61.0) ความรุนแรงทางวาจา (ร้อยละ 29.6) และความรุนแรงทางกาย (ร้อยละ 9.5)

ข้อมูลจากศูนย์อำนวยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน สรุปสถิติอุบัติเหตุในช่วงปีใหม่ พ.ศ. 2564 ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 4 มกราคม พ.ศ. 2564 รวม 7 วัน เกิดอุบัติเหตุรวม 3,333 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 392 ราย ผู้บาดเจ็บ 3,326 คน สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ได้แก่ ขับรถ เร็ว (ร้อยละ 33.6) และดื่มแล้วขับ (ร้อยละ 33.1)

⁶⁴ กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จากการทบทวนงานวิจัย และวิเคราะห์บริบทของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก แต่เนื่องจากปัญหามีความซับซ้อนสูง และเกี่ยวข้องกับประเด็นทางกฎหมาย โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งจนถึงปัจจุบันก็ยังมีปัญหาเช่นนี้อยู่ นอกจากนี้แล้ว การบาดเจ็บอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ดูเหมือนจะเป็นปัญหาที่ไม่ได้หยิบยกขึ้นมาพิจารณามากนัก รวมถึงข้อมูลสถิติมีจำกัด โดยข้อมูลที่มีอยู่ส่วนใหญ่จะเป็นการพบปัญหาในโรงพยาบาลเอง และในหน้าข่าวหนังสือพิมพ์เสียมากกว่า ดังนั้น ประเทศไทยควรมีการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายกับปัญหาการดื่มแล้วขับให้มากกว่านี้ รวมถึงมีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาอื่น ๆ ให้เป็นรูปธรรมเพื่อให้เห็นว่า มีปัญหาจริงหรือไม่ และลักษณะปัญหาเป็นอย่างไร

3.9 อุบัติเหตุทางถนน

จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า อุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร และความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรชายไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 10.1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด ที่สำคัญคือ อุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 29.4 และ 12.0 ตามลำดับ⁶⁵

จากการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบ comparative risk assessment เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อจำนวนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย พบว่า สองปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลสูงสุดต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการดื่มสุราก่อนการขับขี่ (คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 35.0 และ 27.8 ของการตายจากอุบัติเหตุจราจรตามลำดับ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรชาย⁶⁶

ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรจากข้อมูลสามฐานของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 (ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 14 กรกฎาคม 2565) พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทั้งสิ้น 17,831 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 27.2 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 อัตราการเสียชีวิตลดลง 3.2 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ภาพที่ 3.9.1) จังหวัดที่มีอัตราการชีวิตต่อประชากรสูงสุด

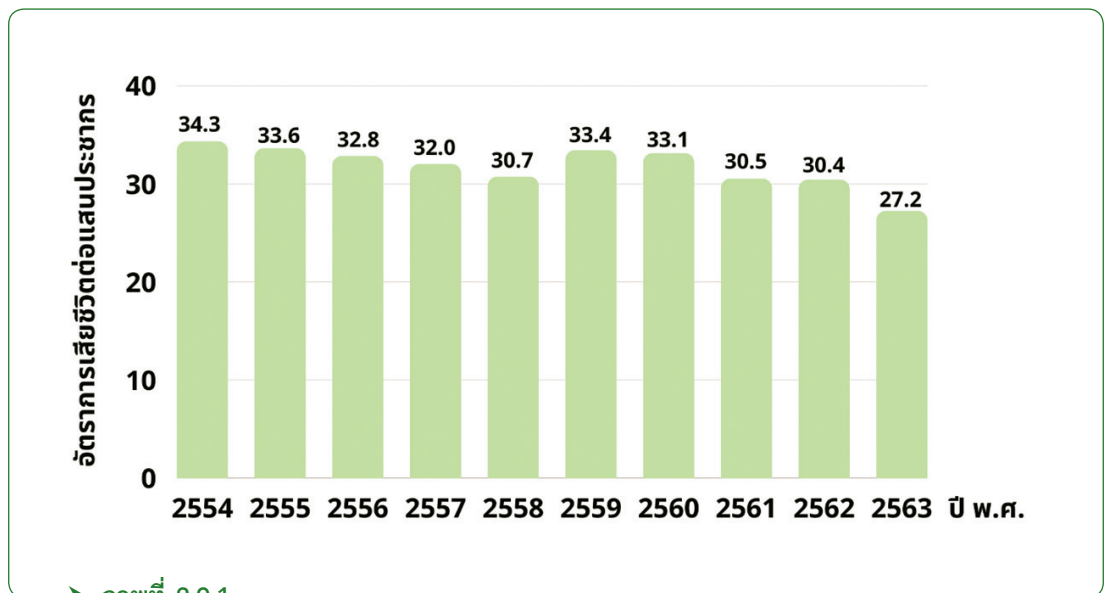
⁶⁵ แผนงานสนับสนุนการป้องกันจราจรระดับจังหวัด. (2564). รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: แผนงานสนับสนุนการป้องกันจราจรระดับจังหวัด.

⁶⁶ ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ. (2564). รายงานการวิจัยการวิเคราะห์มาตรการที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนนเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.



5 อันดับแรก ได้แก่ ระยอง นครนายก จันทบุรี ชลบุรี และชัยนาท อัตราการเสียชีวิตตลอดทั้งปีจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) มีค่าสูงสุดถึงปี พ.ศ. 2563 เนื่องจากข้อมูลต้องมีการจัดการเบื้องต้นก่อน แต่ข้อมูลในช่วงเทศกาลสงกรานต์นั้นมีค่าสูงสุดถึงปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเห็นได้ว่าแม้ว่าในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราลดลง แต่ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยคาดว่าเกิดจากการผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ รวมถึงรัฐบาลกระตุ้นการท่องเที่ยวอย่างมาก (ภาพที่ 3.9.2)

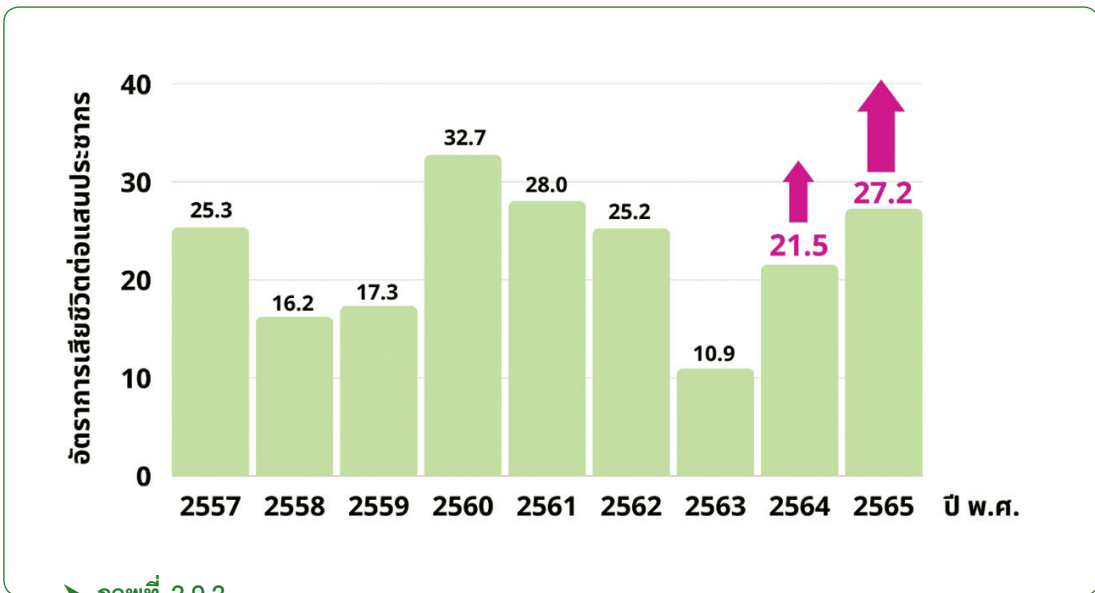
จากรายงานคดีที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ. 2563 พบว่า เป็นคดีเมาสุราขณะขับรถ 66,219 คดี (ร้อยละ 2.1 ของคดีที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 3,117,420 คดี) โดยจังหวัดที่มีอัตราการจับกุมคดีเมาสุราขณะขับรถต่อปีสูงสุดห้าอันดับแรก ได้แก่ ตาก (5,521.0 คดีต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ขอนแก่น (1,632.3 คดีต่อประชากรหนึ่งแสนคน) พิษณุโลก (811.0 คดีต่อประชากรหนึ่งแสนคน) นราธิวาส (747.9 คดีต่อประชากรหนึ่งแสนคน) และเพชรบูรณ์ (549.0 คดีต่อประชากรหนึ่งแสนคน)⁶⁷



▶ ภาพที่ 3.9.1

อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคนในช่วงทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน)

⁶⁷ แผนงานสนับสนุนการป้องกันจรรยาบรรณระดับจังหวัด. (2564). รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: แผนงานสนับสนุนการป้องกันจรรยาบรรณระดับจังหวัด.



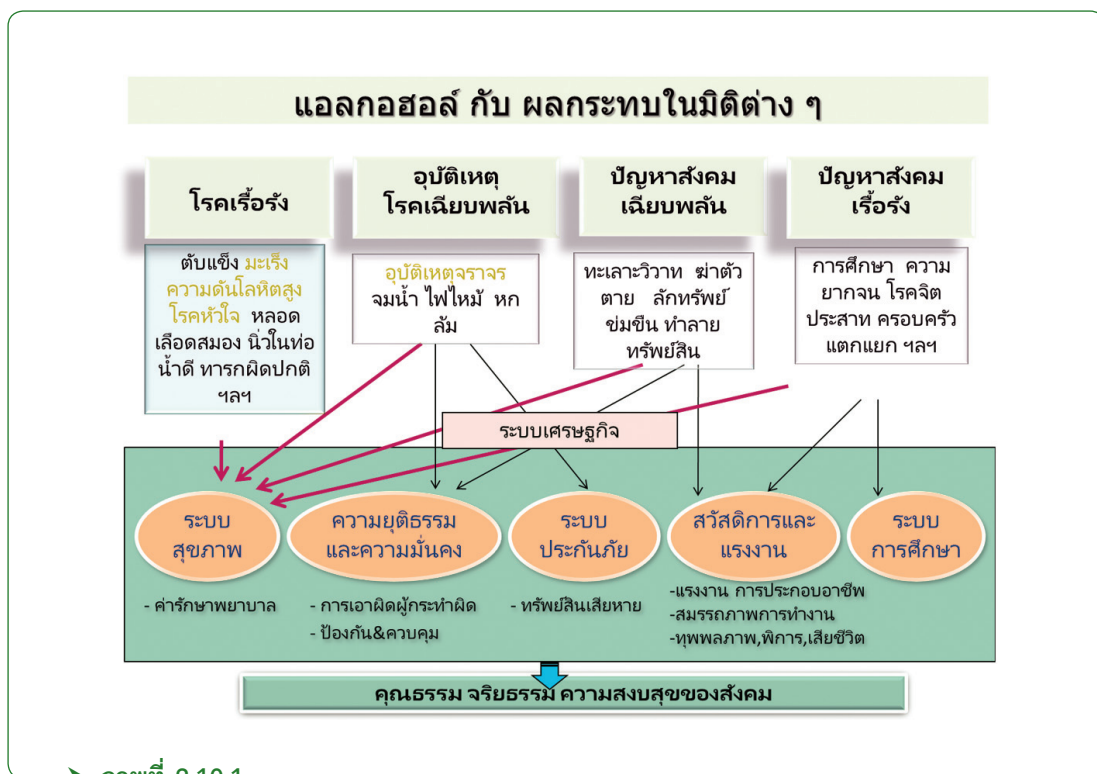
▶ **ภาพที่ 3.9.2**

อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ จากฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน)

3.10 ผลกระทบทางสังคม

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว การดื่มสุราก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างหลายลักษณะ ทั้งแบบเฉียบพลัน เช่น ปัญหาการใช้ความรุนแรง ทะเลาะวิวาท และอาชญากรรมต่าง ๆ และปัญหาสังคมระยะยาวหรือเรื้อรัง เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้หญิงและเด็ก ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน และปัญหาความยากจน เป็นต้น ผลกระทบโดยรวมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งต่อสุขภาพและสังคม สามารถสร้างผลกระทบต่อเนื่องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประเทศผ่านโครงสร้างและระบบต่าง ๆ ของรัฐ เช่น ระบบสุขภาพ ระบบยุติธรรมและความมั่นคง ระบบประกันภัย ระบบสวัสดิการ ระบบแรงงาน และระบบการศึกษา เป็นต้น ซึ่งในที่สุด ผลกระทบเหล่านี้ก็จะสร้างความสูญเสียไปถึงระบบเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ตลอดจนคุณธรรม จริยธรรม และความสงบสุขของสังคมอีกด้วย (**ภาพที่ 3.10.1**)





▶ **ภาพที่ 3.10.1**

ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคมและประเทศโดยรวม (ดัดแปลงจาก Rehm J⁶⁸, Single E⁶⁹ และ Klingemann H⁷⁰)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁷¹ (**ภาพที่ 3.10.2**) พบว่า ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปัญหาที่เพิ่มขึ้นสูงที่สุด ได้แก่ ปัญหาในการทำงาน ปัญหาในครัวเรือน

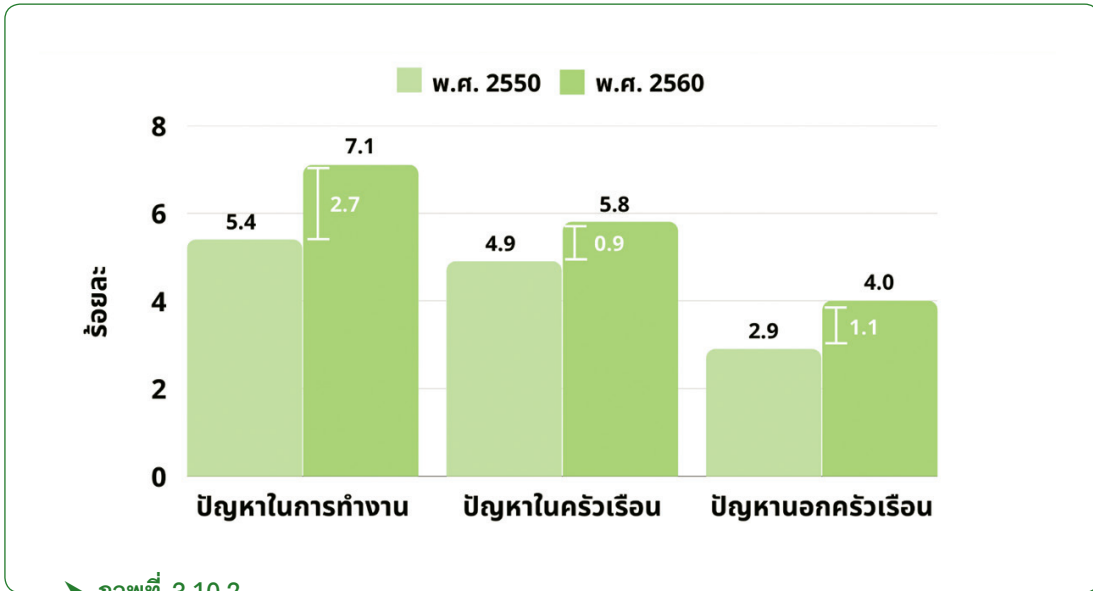
⁶⁸ Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 98(9): 1209-28.

⁶⁹ Single E. (2003). Estimating the costs of substance abuse: implications to the estimation of the costs and benefits of gambling. *Journal of Gambling Studies*. 9(2): 215-33.

⁷⁰ Klingemann H, Gmel G, editors. (2001). *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

⁷¹ Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S. (2019). Trends in inequalities of alcohol-related harms among Thai households: 2007-2017. *Drug and alcohol dependence*. 1;204:107577.

และปัญหาในครัวเรือน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.6 ร้อยละ 2.1 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ) โดยปัญหาส่วนใหญ่เกิดในผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าในผู้ที่มีรายได้สูงกว่า โดยความไม่เท่าเทียมดังกล่าว เพิ่มมากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ยกเว้น ปัญหาในครัวเรือนที่ลดลง



▶ **ภาพที่ 3.10.2**

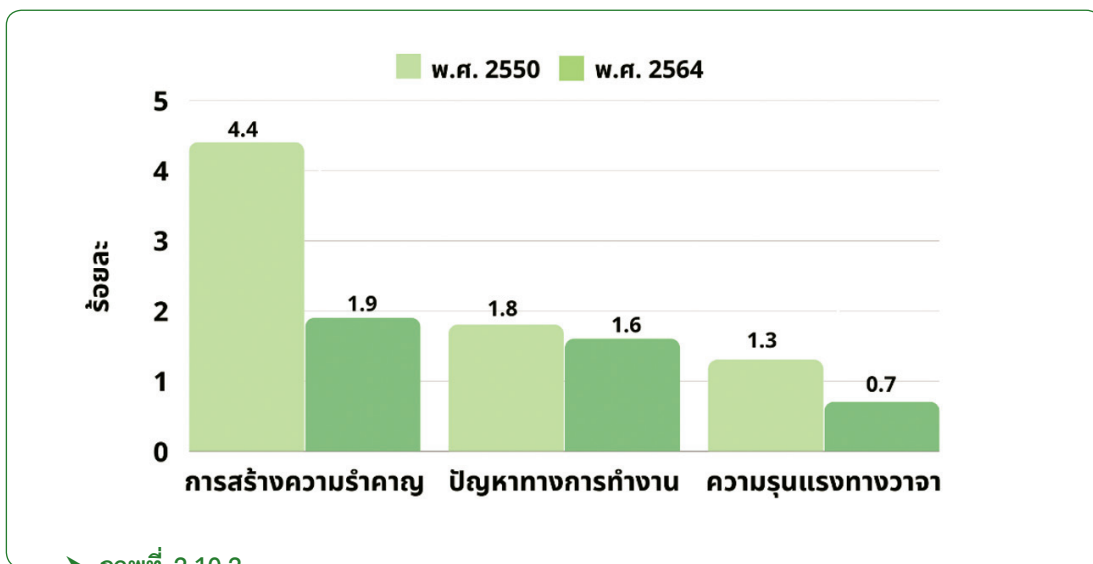
ปัญหาทางสังคมจากการดื่มสุราในการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560

นอกจากนั้น จากข้อมูลของการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 (**ภาพที่ 3.10.3**) พบว่า ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราที่พบบ่อย ได้แก่ การสร้างความรำคาญ (ร้อยละ 4.41 และ 1.90) ปัญหาทางการทำงาน (ร้อยละ 1.83 และ 1.59) และความรุนแรงทางวาจา (ร้อยละ 1.27 และ 0.71) ตามลำดับ^{72,73}

⁷² กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). สำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบหรือและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

⁷³ กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.





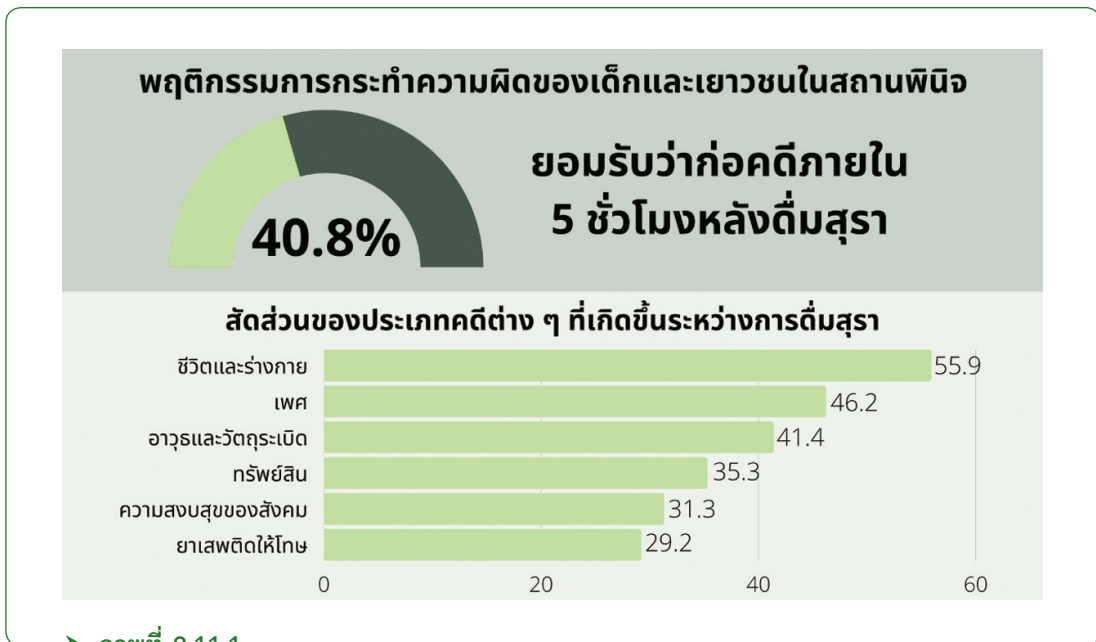
▶ **ภาพที่ 3.10.3** ปัญหาทางสังคมจากการดื่มสุราที่พบบ่อยในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2564

3.11 ความรุนแรงและคดีอาชญากรรม

การดื่มสุราเป็นประจำนำไปสู่ปัญหาสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะความรุนแรงและอาชญากรรม และสร้างมูลค่าความสูญเสียต่อสังคมมากมาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราในสังคมมีหลายระดับ ตั้งแต่การก่อให้เกิดความรำคาญใจ การทำลายทรัพย์สินสาธารณะ ไปจนถึงขั้นการทำร้ายร่างกายและฆาตกรรม จากการศึกษาในกลุ่มผู้ต้องโทษในคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย เช่น คดีฆ่า ทำร้ายร่างกาย ช่มชืด ลักทรัพย์ ปล้น และความผิดอื่น ๆ ในเรือนจำและทัณฑสถานในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลในปี พ.ศ. 2553 พบว่า การดื่มสุราเป็นปัจจัยหลักในการประกอบอาชญากรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังวัยรุ่น (อายุไม่เกิน 25 ปี) ผู้ต้องขังร้อยละ 88 มีพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการกระทำความผิด โดยผู้ต้องขังกว่า ร้อยละ 76 ก่ออาชญากรรมภายหลังการดื่มสุราภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ชั่วโมง ณ วันเกิดเหตุ และมักใช้อาวุธ คือ มีด ดาบ ของมีคม และปืนร่วมด้วย สถานที่เกิดเหตุมักเป็นพื้นที่เดียวกันหรือใกล้เคียงกับสถานที่ที่ดื่มสุรทั้งในบ้านพักและร้านที่ดื่ม จึงทำให้ผู้เสียหายส่วนใหญ่เสียชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัสร่วมด้วย⁷⁴

⁷⁴ สุนันทิพย์ จิตสว่าง. (2553). ความสัมพันธ์ของการเสพสุรากับอาชญากรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จากการศึกษาพฤติกรรมการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ ใน พ.ศ. 2550 พบว่า เด็กและเยาวชนร้อยละ 40.8 ยอมรับว่าก่อคดีภายใน 5 ชั่วโมงหลังดื่มสุรา โดยสัดส่วนของคดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ ดังนี้ คดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายร้อยละ 55.9 คดีความผิดเกี่ยวกับเพศร้อยละ 46.2 คดีเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิดร้อยละ 41.4 คดี ความผิดต่อทรัพย์สินร้อยละ 35.3 คดีเกี่ยวกับความสงบสุขของสังคมร้อยละ 31.3 และคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษร้อยละ 29.2⁷⁵ (ภาพที่ 3.11.1)



► ภาพที่ 3.11.1

พฤติกรรมกระทำความผิดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจใน พ.ศ. 2550

ถึงแม้จะมีข้อเท็จจริงว่า ปัจจัยที่ก่อปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงนั้นเป็นเรื่องซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลาย ทั้งปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม และไม่ใช่ว่าทุกคดีความรุนแรงจะต้องเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งไม่ใช่ว่า⁷⁶ คนเมาทุกคนจะก่อเหตุหรือสร้างความเดือดร้อนรำคาญแก่สังคม แต่ก็มีข้อมูลวิชาการชี้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุราสัมพันธ์กับจำนวนและความรุนแรงใน

⁷⁵ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2550). ยุทธศาสตร์ลดการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชนจากการดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.

⁷⁶ Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I. (2010). Alcohol: no ordinary commodity. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.



สังคม จำนวนของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับจำนวนคดีอาชญากรรม ความหนาแน่น และการกระจายตัวของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแบบแผนที่สัมพันธ์กับการกระจายตัวของจุดเกิดเหตุอาชญากรรม ตลอดจนเวลาในการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบันเทิงเชื่อมโยงกับสถิติช่วงเวลาการเกิดอาชญากรรม เช่น การทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท การทำลายข้าวของ และทรัพย์สินสาธารณะ และอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์แล้วขับ เป็นต้น นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถช่วยป้องกันและลดปัญหาอาชญากรรมลงได้ และอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นปัญหาที่ป้องกันและควบคุมได้

การก่อความรุนแรงหรืออาชญากรรมไม่ได้จำกัดเฉพาะนักดื่มที่ดื่มหนักเท่านั้น การดื่มของเหยื่อเองก็เพิ่มทั้งโอกาสและความรุนแรงในการเกิดปัญหามากขึ้น โดยเฉพาะกรณีถูกการทำร้ายร่างกายและความรุนแรงในครอบครัว^{77,78} นอกจากนี้ปัญหาความรุนแรงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่สาธารณะยังมีปัญหาอื่น ๆ ที่ซ่อนเร้นอยู่อีกในสังคม โดยเฉพาะในระดับครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก ดังนั้น การแก้ปัญหาจึงไม่ควรจำกัดเฉพาะบทลงโทษต่อผู้กระทำผิด แต่ต้องพิจารณาถึงมาตรการป้องกัน โดยการจัดการที่ปัจจัยด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งแวดล้อมด้วย

3.12 ต้นทุนทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อสังคมในภาพรวม ยังสามารถวัดได้ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ผ่านการประเมิน “ต้นทุนทางสังคมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ซึ่งเป็นการประเมินความสูญเสียที่รัฐหรือสังคมต้องแบกรับจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าความเสียหายจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ตลอดจนความสูญเสียจากการเสียชีวิตของผู้ดื่มก่อนวัยอันควร เป็นต้น การศึกษาต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยได้ตัวเลขแตกต่างกันในแต่ละครั้ง โดยขึ้นกับระเบียบวิธีวิจัย การอนุมานค่าของตัวแปรที่ใช้ในการคำนวณ และจำนวนหรืออัตราของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ทุกการศึกษาก็มักจะแบ่งต้นทุนที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ต้นทุนทางตรงหรือมูลค่าของทรัพยากรที่สังคมต้องสูญเสียไปในรูปของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง และต้นทุนทางอ้อมหรือมูลค่าของทรัพยากรที่สังคมต้องสูญเสียไปในรูปของต้นทุนค่าเสียโอกาสที่สังคมพึงได้รับจากปัญหาพฤติกรรมนั้น

⁷⁷ รณชัย คงสกนธ์. (2548). สุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

⁷⁸ พงษ์เดช สารการ, เยาวเรศ คำเมฆา (2552). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการกระทำความรุนแรงของสามีต่อภรรยา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 4(3): 589-97.

ต้นทุนทางตรงแบ่งออกเป็น ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมเพื่อจัดการคดีความที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ก่อเหตุ และต้นทุน ค่าเสียหายจากอุบัติเหตุจากรถทางบกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่ ซึ่งมักจะใช้ข้อมูลจากรายงานงบประมาณของหน่วยงานรัฐ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ของผู้ประกันตนภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม มูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจากรถทางบก จำนวนคดีที่มีการดำเนินการที่สถานีตำรวจ ศาลยุติธรรม และสำนักงานอัยการสูงสุด และจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำด้วยคดีความต่าง ๆ จากกรมราชทัณฑ์ เป็นต้น ในส่วนของการคำนวณข้อมูลต้นทุนทางอ้อม มักใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุต่าง ๆ ในปีนั้น ๆ ซึ่งมักได้จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ต้นทุนที่ประเมินได้นี้ นักวิจัยเชื่อว่า มักจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะยังไม่ครอบคลุมผลกระทบอื่น ๆ อีกหลายประเด็น เช่น ต้นทุนค่าเสียโอกาสของเหยื่อจากอาชญากรรมหรืออุบัติเหตุ ต้นทุนทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากไฟไหม้และอาชญากรรม ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพของสมาชิกในครอบครัวซึ่งต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ที่ป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา รวมทั้งต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ เช่น ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน รวมถึงประเด็นผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นด้วย เช่น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในระดับครัวเรือน และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนด้วย มูลค่าความสูญเสียต่อสังคมจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจัดได้ว่าสูงมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์จากการทำการค้าของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ เช่น รายได้จากการเก็บภาษี หรือ ประโยชน์จากการจ้างงาน ถือว่ายังขาดดุลอยู่มาก

การศึกษาต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย 3 ครั้งล่าสุด (**ตารางที่ 3.12.1**) จะเห็นได้ว่า ต้นทุนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 95) เป็นต้นทุนทางอ้อม ซึ่งสังคมไม่ค่อยได้รับรู้มากนัก สำหรับต้นทุนทางตรงส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาพยาบาล จากตารางมีข้อสังเกตว่า ต้นทุนในปี พ.ศ. 2560 ต่ำกว่าปีอื่น ๆ ค่อนข้างมาก ทั้งนี้ไม่สามารถนำเอาข้อมูลมาเทียบกันได้โดยตรงเนื่องจากความแตกต่างหลายประการ คือ

1) ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตที่ใช้ในการคำนวณแตกต่างกัน โดยปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 ใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับในปี พ.ศ. 2560 ได้ปรับการตักจุดการเสียชีวิต (under-registration) ร้อยละ 8.36 ในเพศชายและร้อยละ 9 ในเพศหญิง ในขณะที่การวิเคราะห์ในปี พ.ศ. 2564 ทำการปรับจำนวนคนเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุในปี พ.ศ. 2563 บางส่วนให้เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตในโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทย พ.ศ. 2560-2562 และในงานวิจัยปี พ.ศ. 2549 ใช้จำนวนผู้เสียชีวิตจากการศึกษาภาระโรค (Burden of Disease Research Program; BOD)



ตารางที่ 3.12.1 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย พ.ศ. 2549, 2560 และ 2564

รายการ	พ.ศ. 2549 ⁷⁹	พ.ศ. 2560 ⁸⁰	พ.ศ. 2564 ⁸¹
ต้นทุนรวม; หน่วย: ล้านบาท	156,105.4	85,814.6	165,450.5
ร้อยละของ GDP*	1.99	0.5	1.02
ต้นทุนต่อหัวประชากร (บาท)	2,391	1,240	2,500
ต้นทุนทางตรงรวม; หน่วย: ล้านบาท (ร้อยละ)	6,512.9 (4.2)	3,945.3 (4.6)	6,091.7 (3.7)
- ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล	5,491.2	2,508.2	4,370.1
- ต้นทุนในกระบวนการยุติธรรม	242.4	1,406.6	1,704.3
- ต้นทุนมูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจราจรทางบก	779.4	30.5	17.2
ต้นทุนทางอ้อมรวม; หน่วย: ล้านบาท (ร้อยละ)	149, 592.5 (95.8)	81,869.3 (95.4)	159,358.8 (96.3)
- ต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยสาเหตุอื่น ๆ (อุบัติเหตุ)	104,127.9	44,546.2	157,918.7
- ต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรค		37,323.1	
- ต้นทุนจากการขาดงานเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล	-	-	1,440.1
- ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน	45,464.6	-	-
หมายเหตุ	gross cost calculation	net cost calculation	gross cost calculation

*ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (gross domestic product; GDP)

⁷⁹ Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramit-pitagkul P. (2010). The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 10(1): 323.

⁸⁰ ธีรพันธ์ โกมลไพศาล. (2562). การประเมินต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

⁸¹ มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2565). การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

2) ในการประเมินต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับการศึกษาปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2560 ใช้รายได้จากการสำรวจสภาวะการทำงานของประชากรไทยจำแนกตามเพศและอายุ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2564 ใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวประชากรในการคำนวณซึ่งจะทำให้มูลค่าชีวิตสูงกว่า ในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2560

3) ในการคำนวณในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2564 เป็นการคำนวณแบบ gross cost analysis กล่าวคือประเมินเฉพาะผลลบที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้นำเอาผลดีต่อบางโรคซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการบริโภค ในปริมาณต่ำ ๆ มาคำนวณด้วย ในขณะที่ในการประเมินในปี พ.ศ. 2560 เป็นการประเมินแบบ net cost analysis

4) ในการประเมินในปี พ.ศ. 2549 ได้มีการประเมินต้นทุนจากการขาดงานและการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน ร่วมด้วยในขณะที่ในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 มิได้มีการประเมินในส่วนนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล แม้ในปี พ.ศ. 2564 จะมีการประเมินต้นทุนจากการขาดงาน แต่ก็ยังเป็นเพียงเฉพาะในส่วนที่ขาดงาน เพื่อมารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเท่านั้นซึ่งตัวเลขจะต่ำกว่า ในปี พ.ศ. 2549

3.13 อุปสรรคต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

การดื่มสุราเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุ “เป้าหมายสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs)” ซึ่งองค์การสหประชาชาติตั้งเป้าให้บรรลุในปี พ.ศ. 2573 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “เป้าหมายที่ 3.5: เสริมการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้อยาเสพติดในทางที่ผิด และการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย” ซึ่งมีตัวชี้วัดเป็นการลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (alcohol per capita consumption per year) และเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการดื่มสุรา ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรคทางจิตเวช การบาดเจ็บและการได้รับพิษ สุขภาพแม่และเด็ก ไปจนถึงโรคติดต่อ เช่น เอชไอวี/เอดส์ ไวรัสตับอักเสบ และโรคฉี่หนู เป็นต้น

นอกจากเป้าหมายด้านสุขภาพแล้ว การผลิตและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายและตัวชี้วัดอื่น ๆ อีกหลายเป้าหมาย เช่น “เป้าหมายที่ 10 การลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ” เมื่อพิจารณาเฉพาะภายในประเทศหนึ่ง ๆ กลุ่มคนจนของประเทศมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากการดื่มและแบกรับผลกระทบดังกล่าวมากกว่ากลุ่มคนรวย ประกอบกับศักยภาพและความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในคนจนมักต่ำกว่าคนรวย ส่วนในระหว่างประเทศ ประเทศที่ยากจนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยกว่าประเทศที่ร่ำรวย แต่เมื่อคิดเป็น



“ปริมาณปัญหาหรือผลกระทบต่อหน่วยการดื่มเป็นลิตร (harm per litre)” ประเทศที่ยากจนมักได้รับปริมาณปัญหาสูงกว่าประเทศร่ำรวยในหน่วยปริมาณการดื่มที่เท่ากัน

นอกจากนี้ การดื่มสุรายังมีผลต่อประเด็นความเท่าเทียมทางเพศด้วย เช่น เพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง แต่เมื่อพิจารณาผลกระทบต่อครอบครัวในด้านค่าใช้จ่าย สมาชิกในครอบครัวของนักดื่มชาย เช่น ภรรยา และบุตร กลับต้องแบกรับภาระเหล่านี้ร่วมด้วย ทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการดื่มสุรา เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าข้าวของเสียหาย รวมถึงการขาดรายได้จากการหยุดงาน ซึ่งอาจเป็นสัดส่วนที่ไปเบียดบังค่าใช้จ่ายที่สำคัญอื่น ๆ ของครอบครัว เช่น ค่าอาหาร ค่าการศึกษาของบุตร เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น ข้อมูลวิชาการได้ยืนยันชัดเจนมากขึ้นว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มสุราของกลุ่มมรส เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดความรุนแรงในครอบครัวหรือความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก⁸²

สำหรับประเด็นสิ่งแวดล้อมนั้น การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงทางน้ำของโลก เช่น การผลิตไวน์หรือเบียร์หนึ่งลิตร ต้องใช้น้ำจืดประมาณ 872 และ 296 ลิตรตามลำดับ⁸³ ในขณะที่โลกใบนี้มีประชากรกว่าร้อยละ 40 ที่ไม่มีน้ำดื่มที่ได้มาตรฐาน นอกจากนั้นแล้วยังก่อให้เกิดแก๊สเรือนกระจก เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้อง พบว่า มาจากขั้นตอนการผลิตจนกระทั่งกระบวนการขนส่งถึงมือผู้บริโภค⁸⁴

3.14 ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อผู้อื่น

การดื่มสุราไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือผลกระทบต่าง ๆ ต่อตัวของผู้ดื่มโดยตรงเท่านั้น การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อเชิงลบด้านอื่น ๆ ต่อไปถึงบุคคลและสังคมที่อยู่รอบข้างตัวผู้ดื่ม ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมอีกด้วย ในทางวิชาการเรียกผลกระทบในมิติเหล่านี้ว่า “ผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีต่อผู้อื่น (ภัยเหล่านี้มีสอง)” (alcohol’s harm to others) เช่นเดียวกับการเรียกการได้รับควันบุหรี่มือสอง ที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับผลเสียไปด้วย หากได้รับหรือสัมผัสควันบุหรี่เข้าไป ผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราอาจเริ่มตั้งแต่บุคคลในครอบครัวของผู้ดื่ม เช่น ลูกหลาน สามี ภรรยา พี่น้อง พ่อ แม่ ญาติ หรือ

⁸² World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

⁸³ Water Footprint Network: Gallery-wind and beer. Retrieved from: <http://waterfootprint.org/en/resources/interactive-tools/product-gallery/>

⁸⁴ Hospido, A., Moreira, M.T. & Feijoo, G. (2005). Environmental analysis of beer production, Int. J. Agricultural Resources, Governance and Ecology. 4(2): 152-62.

อาจเป็นบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดีกับผู้ดื่ม เช่น เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนในชุมชนเดียวกัน ตลอดไปจนถึงเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักกับคนดื่ม เช่น ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถจากผู้ขับขี่ที่ดื่มสุรา และผู้ที่ได้รับลูกหลงจากการทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายของผู้เมาสุรา เป็นต้น

ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อผู้อื่นนั้นส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง และสร้างปัญหาหรือภาระแก่ผู้อื่น ได้หลากหลายเหตุการณ์ ทั้งผลกระทบระยะสั้นและระยะยาว หลายระดับความรุนแรงตั้งแต่ ผลกระทบต่อจิตใจ การสร้างความเดือดร้อนรำคาญใจ ผลกระทบทางด้านสัมพันธภาพ ผลกระทบทางการเงิน ความสูญเสียของทรัพย์สิน จนถึงผลกระทบทางร่างกายและทางเพศ การทำร้ายร่างกายและการเสียชีวิต โดยเหตุการณ์ผลกระทบเหล่านี้ร้ายที่สุด คือ การเชื่อมโยงไปถึงความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของสังคม

ในบทนี้จะอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่ม ในประเทศไทย (ระยะที่ 1) ในปี พ.ศ. 2558 โดยสำรวจประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,695 คน⁸⁵ โดยมีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ (ภาพที่ 3.14.1)

สถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นในภาพรวมของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 79 ระบุว่า เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นในมิติใดมิติหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา และหากแบ่งกลุ่มตามประเภทของผลกระทบเป็น 4 กลุ่มใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับ “ผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกไม่ปลอดภัย” (ร้อยละ 76.8) ตามด้วย “ผลกระทบทางสังคมและผลต่อการดำเนินชีวิต” (ร้อยละ 42.0) “ผลกระทบทางการเงินและการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์” (ร้อยละ 22.6) และ “ผลกระทบทางร่างกายและทางเพศ” (ร้อยละ 6.2)

สถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนร่วมงาน

จากข้อมูลโครงการสำรวจการได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในประเทศไทย พ.ศ. 2558 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่เป็นคนทำงานที่มีเพื่อนร่วมงานจำนวน 792 คน พบว่า มีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของเพื่อนร่วมงาน ซึ่งหมายรวมถึงเจ้านาย หรือ ลูกน้องด้วยอย่างน้อย เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ร้อยละ 31.7 โดยร้อยละ 18.8 รายงานว่า ต้องทำงานแทนเพื่อนร่วมงานที่ดื่มและขาดงาน ร้อยละ 18.1 รายงานว่า ประสิทธิภาพในการทำงานหรือผลผลิตจากการทำงานลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากเพื่อนร่วมงานที่ดื่ม ร้อยละ 10.1 รายงานว่า พวกเขาต้องทำงาน

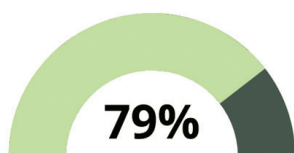
⁸⁰ อรทัย วลีวงศ์ และคณะ. (2558). รายงานโครงการศึกษาวิจัย การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่ม ในประเทศไทย (ระยะที่ 1). สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. เข้าถึงได้จาก: <http://shorturl.at/agw13>



นอกเวลาเพิ่มเติมเนื่องจากได้รับผลกระทบจากการดื่มของเพื่อนร่วมงาน และ ร้อยละ 5.7 รายงานว่า ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุในที่ทำงานที่เกิดการดื่มของเพื่อนร่วมงาน

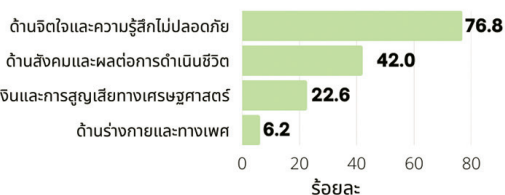
สถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น ในภาพรวมของประเทศไทย

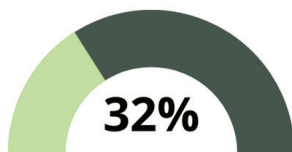


เคยได้รับผลกระทบ
จากดื่มสุราของผู้อื่น

ประเภทของผลกระทบที่ได้รับ

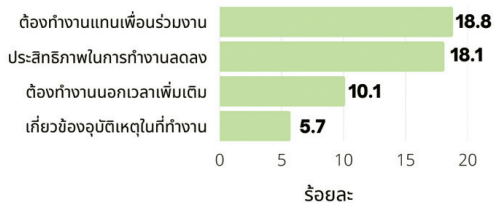


ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของเพื่อนร่วมงาน



เคยได้รับผลกระทบจาก
การดื่มของเพื่อนร่วมงาน

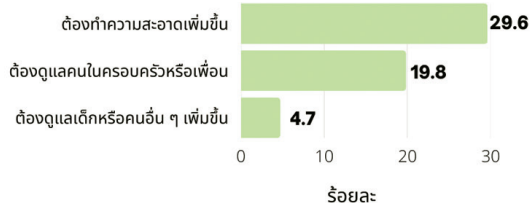
ประเภทของผลกระทบที่ได้รับ



ผลกระทบด้านภาระหน้าที่และ การต้องดูแลผู้ดื่ม



ประเภทของผลกระทบที่ได้รับ



▶ ภาพที่ 3.14.1

สถานการณ์ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์ผลกระทบด้านภาระหน้าที่และการต้องดูแลผู้ดื่ม

การต้องดูแลผู้ดื่มสุราจัดได้ว่าเป็นผลกระทบรูปแบบหนึ่งของการดื่มสุราต่อคนรอบข้างคนดื่ม จากข้อมูลโครงการสำรวจการได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นในประเทศไทย พ.ศ. 2558 พบว่า ร้อยละ 29.6 เคยต้องทำความสะอาด (บ้าน) หลังจากการดื่มของคนในครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 19.8 เคยต้องดูแลคนในครอบครัวหรือเพื่อน เพราะการดื่มของคนในครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 4.7 เคยต้องดูแลเด็กหรือคนอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น เพราะการดื่มของคนในครอบครัวหรือเพื่อน

3.15 ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อผู้อื่น ข้อมูลจากสถานีตำรวจและห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล

การดื่มสุราไม่เพียงมีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมต่อผู้ดื่มเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างอย่างมาก องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศไทย ลาว เวียดนาม อินдия และศรีลังกา ได้ร่วมกันจัดทำโครงการเพื่อศึกษา 1) ขนาดของผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีต่อผู้อื่น 2) ลักษณะผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 3) ระบบการให้บริการและความช่วยเหลือต่อผู้ได้รับผลกระทบ

การศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เกี่ยวกับ ลักษณะของเหตุการณ์ และผลกระทบ จากผู้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายจากอุบัติเหตุจราจรหรือถูกกระทำโดยผู้อื่นทุกราย (เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราหรือไม่ก็ตาม) ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (200 ราย) และสถานีตำรวจ (200 ราย) ในเวลา 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ได้รับผลกระทบระดับรุนแรงจากการดื่มสุราของผู้อื่น (90 ราย) ที่มารับบริการแผนกฉุกเฉิน สถานีตำรวจ และหน่วยสวัสดิการสังคมฯ 3) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ได้รับผลกระทบฯ (10 ราย) ที่แผนกฉุกเฉิน สถานีตำรวจ และหน่วยสวัสดิการสังคมฯ ในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา

ในการศึกษา มีผู้ร่วมโครงการจากห้องฉุกเฉิน 9 แห่ง จำนวน 442 คน สถานีตำรวจ 9 แห่ง จำนวน 103 คน หน่วยสวัสดิการสังคม 9 แห่ง จำนวน 35 คน และได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จำนวน 10 คน พบว่า มีผู้ได้รับอุบัติเหตุจราจรจากการดื่มสุราของผู้อื่นร้อยละ 14.7 (คิดจากผู้ทราบสถานะการดื่มสุราของคู่กรณี) มีผู้ได้รับความรุนแรงจากการทำร้ายร่างกาย จิตใจ (รวมลักขโมย ช่มชู้) ร้อยละ 29 โดยผู้ที่ให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ร้อยละ 61 ระบุว่า ได้รับผลกระทบระดับปานกลางถึงรุนแรงมากที่สุด



ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ ไม่รู้จักกับคู่กรณี และไม่ทราบสถานะการดื่มสุราของคู่กรณี แต่ร้อยละ 19.2 มีข้อสงสัยว่า คู่กรณีอาจใช้สารเสพติดหรือสารออกฤทธิ์มีนเมาอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างผู้ประสบอุบัติเหตุจากร้อยละ 10.5 เป็นผู้ดื่มสุราด้วย โดยดื่มภายใน 6 ชั่วโมงก่อนเกิดเหตุ และผู้ดื่มเหล่านี้ ร้อยละ 52.6 ดื่มมากกว่า 50 กรัม (ดื่มปริมาณสูง) อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นรายงานว่า ตนเองดื่มสุราภายใน 6 ชั่วโมงก่อนเกิดเหตุเลย ผู้ประสบอุบัติเหตุจากร้อยละ 80 ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐขณะเกิดเหตุ โดยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยบริการกู้ภัยมากที่สุด รองลงมาได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเหตุการณ์ และได้รับความช่วยเหลือจากสถานพยาบาล สถานีตำรวจ และเพื่อนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 20

ผู้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย จิตใจ จากการดื่มสุราของผู้อื่นรายงานว่า ผู้กระทำส่วนใหญ่มีอายุ 20-60 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 80-95 เป็นคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเอง บ้านคนรู้จัก หรือสถานที่สาธารณะ อย่างไรก็ตาม ผู้ได้รับผลกระทบฯ จากเหตุการณ์ทำร้ายร่างกายในสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณสี่เท่าของเหตุการณ์ความรุนแรงที่ไม่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น และความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดเวลากลางคืน โดยมีเพียงร้อยละ 20 ขอความช่วยเหลือในเบื้องต้น ส่วนใหญ่ขอความช่วยเหลือจากเพื่อน หรือคนในครอบครัว

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่พบว่า มีระบบการบันทึกเหตุการณ์เกี่ยวกับการดื่มสุรา และการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบที่สถานพยาบาล แต่ยังไม่มียระบบดังกล่าวที่สถานีตำรวจ นอกจากนี้ การให้บริการยังเป็นแบบแยกส่วน ยังไม่มีการบูรณาการด้วยกัน

โดยสรุปแล้ว ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่นเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย มีลักษณะความรุนแรงขนาดปานกลางถึงมากที่สุด และยังไม่มียระบบการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอย่างเป็นระบบและชัดเจน



คุณดื่มเหล้า.. เขาเป็นทุกข์

ผลกระทบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่น (ภัยเหล้ามือสอง)

“ถ้าเขาไม่กินเหล้าเขาจะเป็นคนดีคนหนึ่งเลย ยังหวังว่าวันนึงเขาจะเลิกได้”
 “หลังจากกลับจากร้านเบียร์สด พอมาถึงก็ทะเลาะกันเขาก็ดีและตบ”
 “ปลงแล้ว คงเป็นกรรมของเรา”
 “พอเมาก็ทำงานไม่ได้ เราต้องรับผิดชอบคนเดียว”
 “เม้าเหล้าตั้งแต่ป้ายจนคำ ผากให้ดูแอลกอฮอล์ก็ไม่ได้รับผิดชอบอะไรไม่ได้เลย”
 “ต้องหอบลูกหนีไปบ้านญาติเรื่อยๆ อายไม่อยากบอกใคร” - [ภรรยา] -

“ลูกทำร้ายผมเพราะไปว่าเขาเมา... ผมเลยไม่เข้าใกล้เวลาเขาเมาไม่ค่อยคุยกับเขาแล้ว คุยเท่าที่จำเป็น” - [พ่อ แม่] -

“ผมรายงานหัวหน้า เขาก็กดขี่ให้ผมย้ายแผนก แต่ผมก็ยังกลัวเพราะเขายังข่มขู่ผมบอกแฟนไว้ด้วยว่า ถ้าผมเป็นอะไรไป ก็เป็นคนนี้ที่ทำผม” - [เพื่อนร่วมงาน] -

“พ่อยิงผม เลี้ยวหนีคนเดียวเอง”
 “เวลาที่ป้าเมา แม่หนีเลยนะไม่ต้องคุยกับป้า” - [ลูก] -

“คนที่งานเลี้ยงไม่พอใจลากเราไปต่อในป่า ไม่มีใครช่วยเหลือเลย”
 “เราทำงานอยู่ในออฟฟิศ มีผู้ชายเดินเข้ามาในร้าน เขาก็ใช้มีดแทงตีที่หลังหัน ไม่อย่างนั้นคงตายไปแล้ว” - [บุคคลทั่วไป] -

“ทะเลาะกันเรื่องโทรศัพท์มือถือถือก็ตีกัน และต่อเรา ” - [แฟน] -

1 ใน 5 ของอุบัติเหตุจราจรที่มีผู้บาดเจ็บต้องเข้าโรงพยาบาลมีผู้กระทำผิดดื่มสุรา

1 ใน 3 ของการทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกายรุนแรงก่อเหตุโดยผู้ดื่มสุรา

<p>ต้องการบำบัดเลิกสุราติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สายด่วนเลิกเหล้า โทร 1413 - แผนกจิตเวช โรงพยาบาลต่างๆ - โรงพยาบาลจิตเวช - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 	<p>ถูกทำร้ายร่างกาย จิตใจจากผู้ดื่มสุรา และต้องการความช่วยเหลือติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บ้านพักเด็กและครอบครัว - ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง - ศูนย์ช่วยเหลือสังคม โทร 1300 - มูลนิธิเพื่อนหญิง
---	---

นักวิจัย: ผศ.ดร. พญ. วิมล สัจจทอง, รศ.ดร. กาญจนสุนันท์ บาลทิพย์, รศ.ถนอมศรี อินทนนท์, อาจารย์อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์ และนางสาวบุรฉัตรนิม อนุทิน
 หน่วยระบบนิเวศ คณะแพทยศาสตร์ และ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

➤ ภาพที่ 3.15.1 “คุณดื่มเหล้า...เขาเป็นทุกข์”

3.16 ภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

ภาระโรคเป็นดัชนีที่บอกระดับความสูญเสียทางสุขภาพของประชากรในหน่วยของปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควร (Disability Adjusted Life Year; DALY) การประเมินภาระโรคที่เป็นผลจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้วิธีการประมาณจากความเสี่ยงในการเกิดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ ตามระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร โดยใช้วิธีการศึกษา comparative risk assessment

จากการศึกษาภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก⁸⁶ พบว่า ประชากรประมาณ 3 ล้านคนทั่วโลก เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูญเสียปีสุขภาวะถึง 131.4 ล้านปี ในปี ค.ศ. 2016 ภาระโรคอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีสัดส่วนสูงสุด คือ โรคตับแข็ง ร้อยละ 47.4 โรควัณโรค ร้อยละ 19.2 และอุบัติเหตุต่าง ๆ ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ

จากการศึกษาภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 195 ประเทศทั่วโลกปี ค.ศ. 1990-2016⁸⁷ พบว่า กลุ่มอายุ 15 ถึง 49 ปี สูญเสียปีสุขภาวะจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.9 ของจำนวนปีที่สูญเสียทั้งหมดในผู้ชาย และร้อยละ 2.3 ของจำนวนปีที่สูญเสียทั้งหมดในผู้หญิงที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ สัดส่วนการตายที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 12.2 ของจำนวนการตายทั้งหมดในผู้ชาย และร้อยละ 3.8 ของจำนวนการตายทั้งหมดในผู้หญิง สำหรับสาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับแรก ได้แก่ วัณโรค (ร้อยละ 1.4) อุบัติเหตุทางจราจร (ร้อยละ 1.2) และการทำร้ายตัวเอง (ร้อยละ 1.1) จากสาเหตุการตายทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามดัชนีทางสังคมในกลุ่มอายุ 15 ถึง 49 ปี พบว่า ประเทศในกลุ่มที่มีดัชนีทางสังคมต่ำ สาเหตุการตายอันดับหนึ่งคือ วัณโรค ในขณะที่ประเทศในกลุ่มที่มีดัชนีทางสังคมสูง สาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คือ อุบัติเหตุทางจราจร

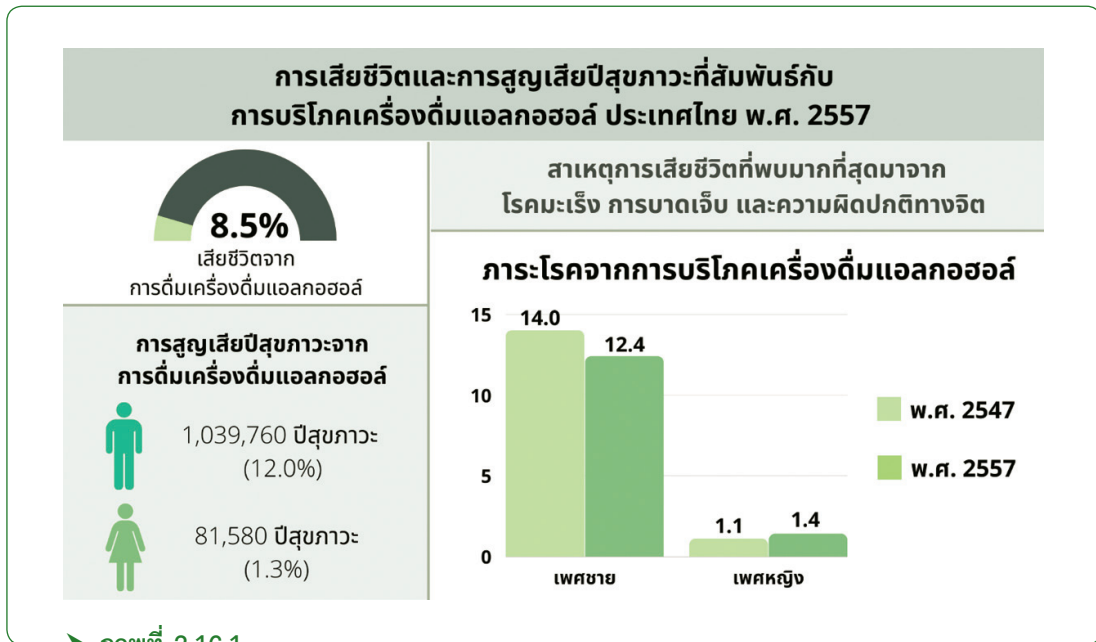
⁸⁶ Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*. 5(1): e51-61.

⁸⁷ Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. (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(10152): 1015-35.



ในประเทศไทย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ในประชากรไทย ถึง 21,843 คน คิดเป็นร้อยละ 8.54 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (จำนวนตายทั้งสิ้น 255,694 คน) ในปี พ.ศ. 2557 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดมาจากโรคมะเร็ง การบาดเจ็บ ความผิดปกติทางจิต เป็นต้น และก่อให้เกิดภาวะโรคมากที่สุด ที่ 1,039,760 ปีสุขภาวะ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12.02 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในผู้ชาย ส่วนในผู้หญิง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้น 81,580 ปีสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ 1.30 ในปี พ.ศ. 2557⁸⁸ (ภาพที่ 3.16.1)

ภาวะโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงในเพศชาย จากร้อยละ 14.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่ภาวะโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 1.1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ



➤ ภาพที่ 3.16.1

การเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทย พ.ศ. 2557

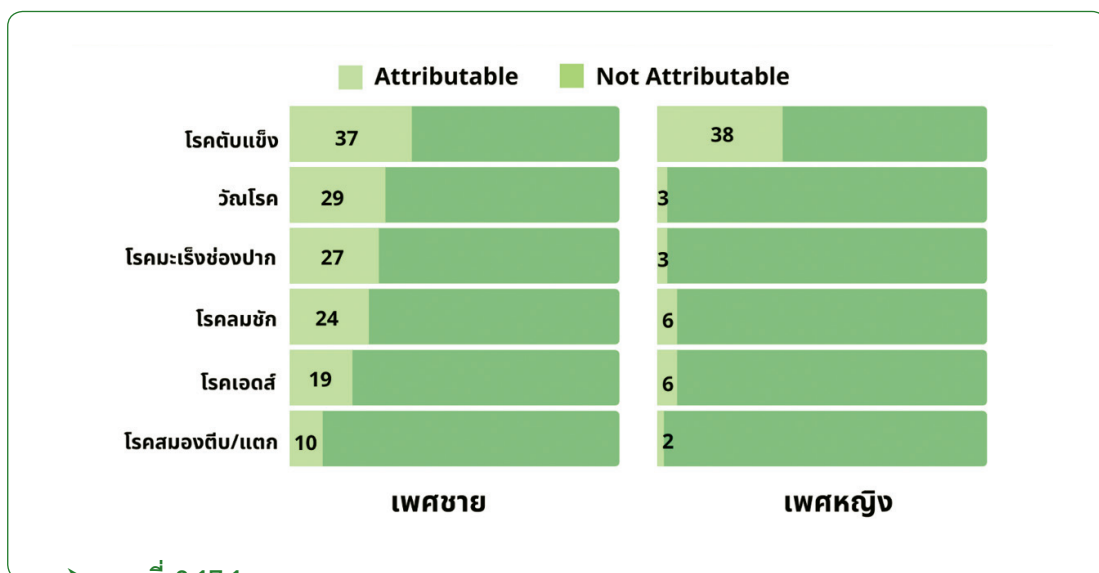
⁸⁸ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.



3.17 ผลกระทบทางสุขภาพอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผลกระทบทางสุขภาพอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถแบ่งเป็นสาเหตุโดยตรง (wholly attribute to alcohol) โดยการดื่มสุราส่งผลกระทบบิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โรคติดสุรา ภาวะถอนพิษสุรา เป็นต้น และสาเหตุทางอ้อม (partially attribute to alcohol) ตัวอย่างเช่น โรคตับแข็งซึ่งมีการดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคนี้นี้ประมาณร้อยละ 48 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 27 โรคมะเร็งตับอ่อน ร้อยละ 26 และโรคหัวใจ ร้อยละ 20 เป็นต้น⁸⁹

ในประเทศไทย การศึกษาสัดส่วนของโรคอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (alcohol attributable fraction) ได้ค่าสัดส่วนที่แตกต่างจากการศึกษาภาวะโรคทั่วโลก (ภาพที่ 3.17.1) กล่าวคือ ในผู้ชาย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคตับแข็ง ร้อยละ 37 โรคหัวใจร้อยละ 29 และโรคมะเร็งช่องปากร้อยละ 27 ในขณะที่ในผู้หญิง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคตับแข็งร้อยละ 38 โรคลมชัก และโรคเอดส์ ร้อยละ 6 เป็นต้น⁸⁹

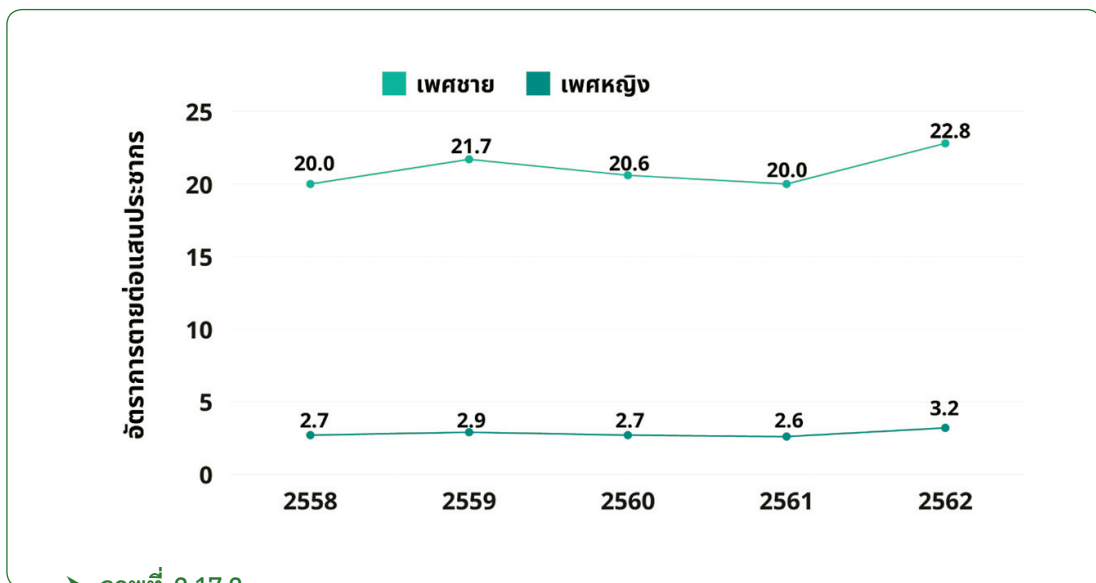


▶ ภาพที่ 3.17.1 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผลกระทบทางสุขภาพอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในประเทศไทย (Alcohol attributable fraction)

⁸⁹ จิราลักษ์ นนทรักษ์. รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี 2558-2562. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



การวิเคราะห์แนวโน้มการเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562 (ภาพที่ 3.17.2) พบว่า อัตราตายเฉพาะอายุที่ปรับฐานประชากรจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี และปี พ.ศ. 2562 มีอัตราตายสูงที่สุด คิดเป็น 22.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในผู้ชาย และ 3.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในผู้หญิง สาเหตุการเสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ โรคมะเร็งตับจากการดื่มสุรา โรคตับแข็ง และโรคเส้นเลือดสมองแตก ตามลำดับทั้งในเพศชายและหญิง

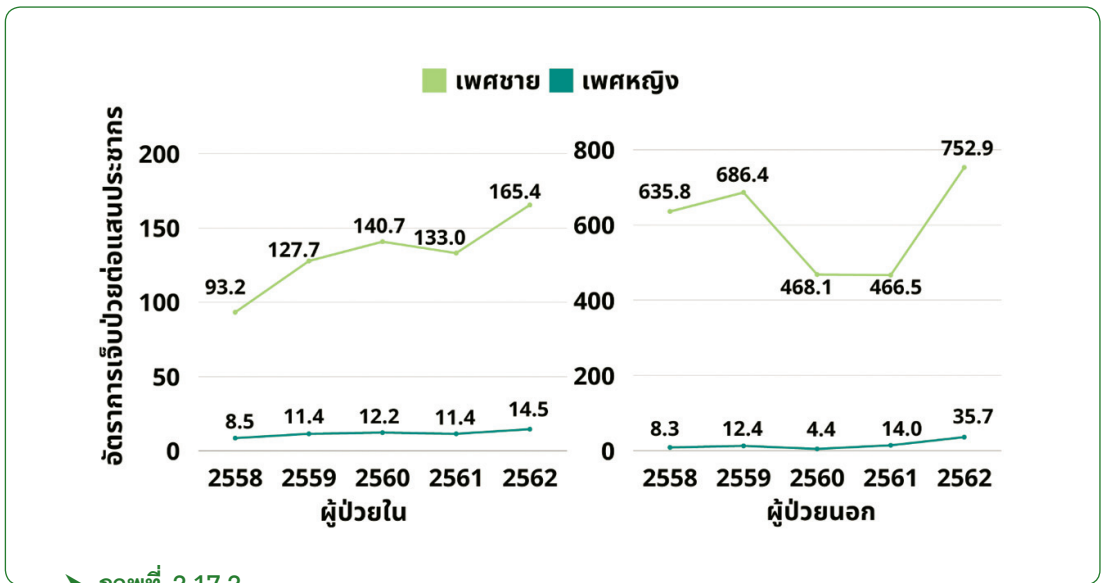


▶ ภาพที่ 3.17.2

อัตราตายเฉพาะอายุปรับฐานประชากร จำแนกตามเพศ ในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562

สำหรับการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ภาพที่ 3.17.3) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยอัตราผู้ป่วยในสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็น 165.4 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในเพศชาย และ 14.5 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในเพศหญิง และอัตราผู้ป่วยนอกสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 เช่นเดียวกัน





▶ ภาพที่ 3.17.3

อัตราการเจ็บป่วยปรับฐานประชากร จำแนกตามเพศ ในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562



บทที่ 4 มาตรการและนโยบาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.1 บทนำ: มาตรการและนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกรอบนโยบาย SAFER

กรอบนโยบาย SAFER เป็นกรอบข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับมาตรการลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการตามกรอบนโยบาย SAFER⁹⁰ เป็นมาตรการที่มีผลกระทบสูง มีหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์รองรับ และมีความคุ้มค่าในการใช้มาตรการ (high-impact, evidence-based, cost effective interventions) ชื่อเรียกกรอบนโยบายนี้ มาจากตัวอักษรแรก (ในภาษาอังกฤษ) ของกลุ่มมาตรการดังต่อไปนี้

- Strengthen restrictions on alcohol availability (สร้างความเข้มแข็งในการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)
- Advance and enforce drink driving counter measures (ยกระดับและบังคับใช้มาตรการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มแอลกอฮอล์)
- Facilitate access to screening, brief interventions and treatment (จัดให้มีการเข้าถึงระบบบริการคัดกรอง การบำบัดแบบสั้น และการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา)

⁹⁰ World Health Organization. (2022). The SAFER initiative: A world free from alcohol related harm. Retrieved from: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>

- Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion (บังคับใช้กฎหมายห้ามหรือจำกัดการโฆษณา การให้ทุนอุปถัมภ์ และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างครอบคลุม)
- Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies (ขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านระบบภาษีสรรพสามิตและมาตรการทางด้านราคาอื่น ๆ)

สำหรับประเทศไทยมีมาตรการที่สอดคล้องกับกรอบนโยบาย SAFER อยู่ในกฎหมายสำคัญ 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522⁹¹ ดังตารางที่ 4.1.1 ดังนั้น ประเทศไทยจึงจัดได้ว่ามีกฎหมายที่ค่อนข้างครอบคลุมมาตรการตามกรอบนโยบาย SAFER และกฎหมายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์กรด้านนโยบายสุขภาพในระดับสากล

ตารางที่ 4.1.1 กฎหมายไทยที่สอดคล้องกับกรอบนโยบาย SAFER

กรอบนโยบาย SAFER	กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง
Strengthen restrictions on alcohol availability	<ul style="list-style-type: none"> • พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (มาตรา 27-31) • พ.ร.บ. สรรพสามิต พ.ศ. 2560 (มาตราที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาต)
Advance and enforce drink driving counter measures	<ul style="list-style-type: none"> • พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522
Facilitate access to screening, brief interventions and treatment	<ul style="list-style-type: none"> • พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (มาตรา 33)
Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion	<ul style="list-style-type: none"> • พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (มาตรา 26 และ 32)
Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies	<ul style="list-style-type: none"> • พ.ร.บ. สรรพสามิต พ.ศ. 2560 (มาตราที่เกี่ยวข้องกับภาษี)

⁹¹ อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, อภิญา เลขาประธานนท์, รัตติยา อักษรทอง, อรุณ หล้าอุบ. (2564). องค์ความรู้นโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นครศรีธรรมราช: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาศาสตร์ข้อมูลเพื่อวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์



4.2 การควบคุมและจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันมิให้ผู้บริโภคหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย ประกอบด้วย การควบคุมสถานที่ วันเวลา และวิธีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งในประเทศไทย มาตรการดังกล่าวถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

กฎหมายไทยอนุญาตให้ขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2 ช่วงเวลาของวัน คือ ระหว่าง 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. นอกจากนี้ ยังห้ามจำหน่ายจ่ายแจก หรือจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดในเขตเลือกตั้ง ตั้งแต่เวลา 18.00 น. ของวันก่อนวันเลือกตั้งหนึ่งวันไปจนถึงสิ้นสุดเวลาเลือกตั้ง รวมถึงการห้ามจำหน่ายในวันสำคัญทางศาสนาพุทธ (วันพระใหญ่) คือ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา และวันออกพรรษา

ในส่วนการควบคุมสถานที่จำหน่าย ส่วนใหญ่เป็นการห้ามจำหน่ายในสถานที่ราชการและพื้นที่สาธารณะ (เช่น วัด และสวนสาธารณะ) และพื้นที่ที่การบริโภคอาจนำไปสู่ผลกระทบได้สูง (เช่น สถานีบริการน้ำมัน บนทาง และโรงงาน เป็นต้น) นอกจากนี้ ยังมีการห้ามจำหน่ายแก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และการห้ามขายแบบเร่ขายหรือใช้เครื่องอัตโนมัติ⁹²

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการสำรวจระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2551 และ 2561 พบว่า โดยเฉลี่ยประชาชนไทยใช้เวลานานขึ้นในการเข้าถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับร้านค้าแบบซ็อกกลับใช้เวลานานขึ้น 2 นาที และร้านแบบนั่งดื่มใช้เวลานานขึ้น 4.1 นาที ผลสำรวจนี้เป็นเครื่องบ่งชี้ว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นทำได้ยากขึ้นหลัง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ถูกบังคับใช้ (ตารางที่ 4.2.1)

⁹² ลาวิตริ อัมฉางค์กรชัย อรทัย วลีวงศ์. (2563). รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561 ภายใต้โครงการ Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ตารางที่ 4.2.1 ระยะเวลาในการเข้าถึงสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เวลาเฉลี่ย	พ.ศ. 2551 ⁹³	พ.ศ. 2561 ⁹⁴
การเข้าถึงร้านค้าแบบซื้อกลับบ้าน	5.1 นาที	7.1 นาที
การเข้าถึงร้านค้าแบบนั่งดื่ม	12.6 นาที	16.7 นาที

ในช่วงปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนใบอนุญาตอยู่ในช่วง 80.7-93.8 ใบต่อประชากร 10,000 คน โดยไม่เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างชัดเจน ปีที่มีสัดส่วนใบอนุญาตสูงที่สุด คือ พ.ศ. 2558 (93.8 ใบต่อประชากร 10,000 คน) และต่ำที่สุด คือ พ.ศ. 2564 โดยมีสัดส่วนใบอนุญาต 80.7 ใบต่อประชากร 10,000 คน⁹⁵

4.3 การควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มสุรา

การขับขี่ยานพาหนะเมื่ออยู่ภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์นำไปสู่ความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งความเสียหายนั้น เกิดต่อทั้งผู้ดื่มและบุคคลอื่นที่อาจไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดผลกระทบจากการขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มสุรามีอยู่หลายมาตรการ ทั้งมาตรการที่มุ่งไปที่พฤติกรรมผู้ดื่มแล้วขับโดยตรง และมาตรการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อลดโอกาสและความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยเกี่ยวกับการขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มสุราที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ซึ่งระบุว่า ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถในขณะที่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น โดยมีข้อกำหนดในกฎกระทรวง ฉบับที่ 16 (พ.ศ. 2537) และฉบับที่ 21 (พ.ศ. 2560) ที่มีสาระสำคัญ คือ ให้ใช้เครื่องตรวจลมหายใจ (breath analyzer test) เป็นวิธีหลักในการตรวจวัด

⁹³ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2552). การศึกษาสถานการณ์การรับรู้ การปฏิบัติตามกฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ การโฆษณา และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลบังคับใช้ครบ 1 ปี. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

⁹⁴ กนิษฐา ไทยกล้า, สุริยัน บุญแท้. (2562). การประเมินการรับรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติ ต่อนโยบาย กฎระเบียบ กฎหมาย และการณรงค์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

⁹⁵ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2564). มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ. เอกสารวิชาการ 2564-1. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



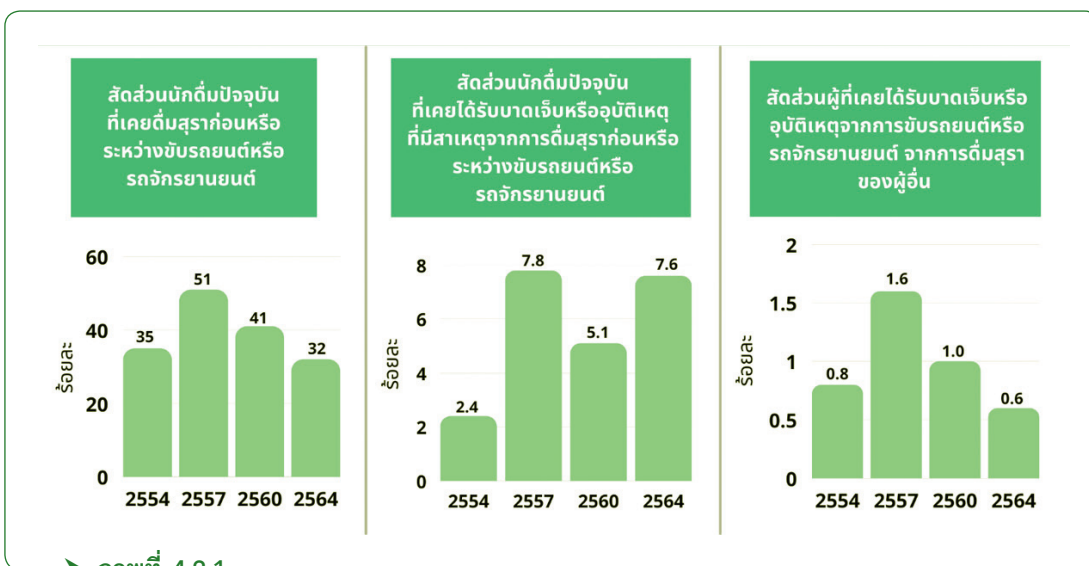
ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด หากไม่สามารถทดสอบได้ให้ใช้การตรวจจากปัสสาวะและเลือด โดยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ถือว่า เมาสุรา คือ 50 mg% ในกรณีทั่วไป และ 20 mg% ใน 4 กรณี คือ ผู้ขับขี่อายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ขับขี่ที่ได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราว ผู้ขับขี่ที่มีใบอนุญาตขับรถประเภทอื่นที่แทนกันไม่ได้ และผู้ขับขี่ที่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ นอกจากนี้ ยังมีประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจหรือทดสอบสาร อันเกิดจากการเสพสุรา และกำหนดเจ้าพนักงานผู้มีอำนาจตรวจหรือทดสอบ หรือสั่งให้ผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประจำรถในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่รับการตรวจหรือทดสอบ พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งมีข้อกำหนดเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ขับขี่ที่รถสาธารณะโดยให้ถือว่า หากตรวจพบปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดแม้ไม่เกิน 50 mg% ก็ให้ถือว่าเป็นผู้เสพสุรา ซึ่งมีความผิดตามกฎหมายเช่นกัน

ในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวจำเป็นต้องมีการดำเนินการซึ่งสอดคล้องตามคำแนะนำ SAFER ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การตั้งจุดตรวจผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับ การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ การเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งล้วนแต่เป็นมาตรการที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในประเทศไทย แต่การบังคับใช้ยังไม่เข้มข้น ในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นเพียงร้อยละ 1.32 เท่านั้นที่เคยถูกสุ่มเรียกตรวจแอลกอฮอล์ขณะขับขี่หรือโดยสารยานพาหนะ⁹⁶ มาตรการเสริมที่เป็นทางเลือกในการนำมาใช้ซึ่งยังไม่มีในประเทศไทย ได้แก่ การติดตั้งอุปกรณ์ล็อกคัมสตาร์ทรถ (ignition interlock device; IID หรือ breath alcohol ignition interlock device; BAIID) ซึ่งบังคับให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะต้องเป่าตรวจระดับแอลกอฮอล์ก่อน หากต่ำกว่าค่าที่กำหนดไว้จึงจะสามารถสตาร์ทเครื่องยนต์ได้ ซึ่งเหมาะกับการนำมาใช้กับรถประจำทางหรือรถสาธารณะ

พฤติกรรมการดื่มสุราแล้วขับขี่ยานพาหนะเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า พฤติกรรมการดื่มแล้วขับของนักดื่มปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2564 แต่สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราก่อนหรือระหว่างขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ในนักดื่มปัจจุบันกลับเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความชุกของการเคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์จากการดื่มสุราของผู้อื่นมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน (ภาพที่ 4.3.1)

⁹⁶ จิราลักษณ์ นนทรักษ์, เอ็ดเวิร์ด แม็คแนล. (2565). ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2564. ใน: สาวิตรี อัมผางค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม (บรรณาธิการ). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.





➤ ภาพที่ 4.3.1

อัตราความชุก (ร้อยละ) ของพฤติกรรมดื่มแล้วขับของนักดื่มปัจจุบันและผู้ที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ พ.ศ. 2554, 2557, 2560 และ 2564

4.4 การเข้าถึงระบบบริการคัดกรองและการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

จากข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2557 การเสพติดแอลกอฮอล์จัดเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชายถึง 388,000 ปีสุขภาวะ หรือร้อยละ 4.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดต่อปี ในประชากรเพศชาย และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ การเสพติดแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ ในประชากรกลุ่มอายุ 15-29 ปี โดยจัดเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชาย และอันดับ 7 ในประชากรหญิงในกลุ่มอายุดังกล่าว⁹⁷

รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2556 พบว่าประชากรไทยร้อยละ 18.0 หรือประมาณ 9.3 ล้านคน เคยมีภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และประชากรไทยร้อยละ 13.9 (0.9 ล้านคน) มีภาวะการดื่มสุราแบบผิดแผน (alcohol abuse) และร้อยละ 4.1 หรือประมาณ 5 แสนคน เคยป่วยเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ในช่วงชีวิต โดยผู้ที่มีภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่รายงานว่า เคยเข้ารับบริการใด ๆ จากบุคลากรสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้

⁹⁷ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาประเทศไทยระหว่างประเทศ. (2558). รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.



เป็นการรับบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไปร้อยละ 1.4 และจากบุคลากรสุขภาพจิตร้อยละ 0.63 แสดงถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ควรได้รับการรักษา⁹⁸

สำหรับแนวทางการดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทยนั้น มีกฎหมายหรือข้อกำหนดที่สำคัญ ได้แก่ มาตรา 33 ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีเนื้อหาให้สนับสนุนการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟู ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 กำหนดให้มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่ได้รับบริการฝากครรภ์ และใช้แบบคัดกรอง ASSIST พร้อมกับให้คำแนะนำอย่างสั้น (brief intervention) ปีละ 1 ครั้ง ในประชาชนกลุ่มอายุ 15-59 ปี⁹⁹ และข้อสั่งการการดำเนินงานคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลจัดระบบการคัดกรองและฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และให้บริการแก่ผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งบันทึกข้อมูลการรับบริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) ในแฟ้มที่ 41 special PP¹⁰⁰

แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผรส.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราแบบบูรณาการในระบบสุขภาพ (Integrated Management of Alcohol Intervention Program in Health Care System; i-MAP Health) ขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการของสถานพยาบาลในระบบสุขภาพในแต่ละระดับ ทั้งสถานพยาบาลเฉพาะทางโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งแนวทาง i-MAP Health ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระยะยาวหลังการรักษา¹⁰¹ เมื่อมีการขับเคลื่อนมาตรการอย่างจริงจังผ่านข้อสั่งการดำเนินงานคัดกรอง

⁹⁸ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ดันติรังสี, วรวรรณ จุฬา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สลาวตรี อึ้งนางค์กรชัย. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 25(1);1-19.

⁹⁹ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข(ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

¹⁰⁰ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ข้อสั่งการการดำเนินงานการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

¹⁰¹ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, สุนันท์ จำ รุณสวัสดิ์, สุนทร ศรีโกโลย, รักชนก จินดาคำ. (2557). กึ่งทศวรรษแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในบริบทที่หลากหลายในสังคมไทย. นนทบุรี: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.



และบำบัดรักษา ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้รับบริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนของผู้ได้รับการคัดกรองเพิ่มจาก เฉลี่ยร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 9.1 และร้อยละ 10.0 ในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ¹⁰²

นอกจากนี้ ยังมีความพยายามที่จะผลักดันยาที่ใช้ในการช่วยลดหรืองดการดื่มสุรา ได้แก่ ยา naltrexone และ acamprosate เข้าสู่ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเพิ่มเติมจากยา disulfiram ซึ่งเป็นเพียงยาตัวเดียวที่ใช้ได้ในประเทศไทย ผลการประเมินโดยมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพพบว่า ทั้งยา naltrexone และ acamprosate ได้รับความเชื่อมั่นจากแพทย์สูงกว่ายา disulfiram โดยที่ยา acamprosate มีความคุ้มค่ามากกว่า และมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้องค์การเภสัชกรรม กรมสุขภาพจิต สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ร่วมกันสนับสนุนการนำยาทั้ง 2 เข้ามาใช้โดยการสนับสนุนข้อมูลวิชาการจากมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ¹⁰³

4.5 การใช้เครื่องหมายการค้าที่คล้ายคลึงกับเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตราเสมือน)

ตราสินค้าหรือแบรนด์ DNA สามารถทำให้เกิดความรู้สึก หรือความประทับใจโดยรวมต่อสินค้า ยี่ห้ออื่น ๆ ขึ้นภายในจิตใจของผู้บริโภค โดยอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากการพบเห็นโฆษณา ภาพลักษณ์ขององค์กร และบุคลากรจากสินค้าและบริการ รวมถึงประสบการณ์ใด ๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องกับสินค้าและบริการของแบรนด์นั้น¹⁰⁴ การใช้ตราสินค้าเดียวกันจึงเป็นการทำการตลาดแบบตราร่วม (family brand) คือ ผู้ผลิตต้องการเสนอขายสินค้าในตราเดียวกัน แม้ว่าคุณภาพ รูปแบบ ชนิด และประเภทสินค้าจะแตกต่างกัน เป็นกลยุทธ์การตลาดซึ่งทำให้ผู้บริโภคมีความรู้สึกที่สินค้าแต่ละประเภทมีความเกี่ยวเนื่อง

¹⁰² บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, โสฬารวรรณ อินทสิทธิ์. (2564). การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาคาเรียมสุราของระบบบริการสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 29(4):345-57.

¹⁰³ รุ่งนภา คำผาง, มานิต ลิทธิมาตร, Painter C, ณชวิศ กิตติบวรดิฐ, เมอร์ลินณัญ ประทุมสุวรรณ, จุฬาทิพย์ บุญมา และคณะ. (2565). การศึกษาความเป็นไปได้ของการมียา naltrexone และ acamprosate สำหรับบำบัดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

¹⁰⁴ บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ. (2562). การรับรู้ของประชาชนต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านแบรนด์ DNA และสัญลักษณ์ที่มีความคล้ายคลึงกัน. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเอทีพี กรุ๊ป จำกัด.



กันในระดับคุณภาพเดียวกัน¹⁰⁵ สำหรับกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยได้มีการใช้กลยุทธ์ “ตราเสมือน” หรือเครื่องหมายการค้าที่มีความคล้ายคลึงกับตราสินค้าของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสินค้าอื่น ๆ ในเครือเดียวกัน (brand stretching หรือ brand extension) เช่น น้ำดื่ม น้ำแร่ หรือ โซดา โดยใช้ตราเสมือนดังกล่าว ในการโฆษณาผ่านทุกสื่อ รวมถึงในการสนับสนุนการจัดกิจกรรมของหน่วยงานต่าง ๆ¹⁰⁶ กลยุทธ์ทางการตลาดนี้เรียกว่า

การโฆษณาแฝง (Surrogate advertising)

ผลการสำรวจด้านการจูงใจให้ดื่มสุรา เมื่อพบเห็นฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2560 ของ ศูนย์วิจัยปัญหาสุราร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จากกลุ่มตัวอย่าง 4,074 คน พบว่า ร้อยละ 55.3 ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างตราสินค้าของผลิตภัณฑ์ อาทิ น้ำดื่ม โซดากับผลิตภัณฑ์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60.0 ระบุว่า เมื่อเห็นตราสินค้าของน้ำดื่มหรือโซดา แล้วนึกถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 16.9 ตอบว่า เมื่อเห็นตราเสมือนแล้วต้องการที่จะดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้น¹⁰⁷ นอกจากนี้ รายงานการรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 1-3 ของศูนย์วิจัยปัญหาสุราร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจในช่วงปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่า การพบเห็นตราเสมือนบนบรรจุภัณฑ์ “เบียร์” “โซดา” และ “น้ำดื่ม” สามารถกระตุ้นให้เกิดความอยากซื้อเบียร์เป็นร้อยละ 50.5-54.7, ร้อยละ 32.1-35.1 และร้อยละ 26.1-28.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ การพบเห็นบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแต่ละประเภทที่ใช้ตราสัญลักษณ์คล้ายกัน สามารถกระตุ้นความอยากดื่มเบียร์ยี่ห้อที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้น การใช้ตราเสมือนกับเครื่องดื่มประเภทอื่นมีผลต่อการจูงใจให้อยากซื้อ และอยากดื่มเบียร์ยี่ห้อเดียวกัน เกือบพอ ๆ กันกับการเห็นตราสัญลักษณ์ของเบียร์โดยตรง ดังข้อมูลในตารางที่ 4.5.1¹⁰⁸ ซึ่งจะเห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้อยากซื้อและอยากดื่มเบียร์เมื่อเห็นผลิตภัณฑ์โซดาหรือน้ำดื่มยี่ห้อเดียวกันกับเบียร์ชนิดนั้น กับสัดส่วน

¹⁰⁵ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2561). การรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 3. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

¹⁰⁶ ศรีรัช ลอยสมุทร. (2561). เหลียวหน้า แลหลัง เกาะกระแส ดีแต่ทุกประเด็น: เจาะลึกกลยุทธ์ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา.

¹⁰⁷ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2560). การสำรวจการรับรู้ ความคิดเห็นต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 16 จังหวัดทุกภูมิภาคทั่วประเทศ. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

¹⁰⁸ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2561). การรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 1. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ของผู้อยากซื้อและอยากดื่มเมื่อเห็นผลิตภัณฑ์เบียร์โดยตรง พบว่า การเห็นผลิตภัณฑ์โซดาที่ใช้ตราเสมือนมีสัดส่วนของผู้อยากซื้อและอยากดื่มเบียร์อยู่ที่ร้อยละ 32-35 ในขณะที่การเห็นผลิตภัณฑ์เบียร์โดยตรงมีสัดส่วนของผู้อยากซื้อและอยากดื่มเบียร์อยู่ที่ร้อยละ 50-55 ผลของการเห็นผลิตภัณฑ์โซดาหรือน้ำดื่มยี่ห้อเดียวกันต่อความอยากซื้ออยากดื่มจึงคิดเป็นร้อยละ 60.0 ของการเห็นผลิตภัณฑ์เบียร์โดยตรง

ตารางที่ 4.5.1 สัดส่วน (ร้อยละ) ความอยากซื้อ อยากดื่ม และนึกถึงเบียร์ยี่ห้ออื่น ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยพบเห็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์เบียร์ โซดา และน้ำดื่มที่มีตราสัญลักษณ์คล้ายตราสัญลักษณ์ของเบียร์

ยี่ห้อ	เบียร์				โซดา				น้ำดื่ม			
	ครั้งที่สำรวจ*				ครั้งที่สำรวจ*				ครั้งที่สำรวจ*			
	1	2	3	เฉลี่ย	1	2	3	เฉลี่ย	1	2	3	เฉลี่ย
ความอยากซื้อเบียร์ยี่ห้ออื่นเมื่อเห็นบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มยี่ห้อเดียวกัน												
ยี่ห้อ 1	48.1	51.7	52.0	50.6	33.2	31.8	31.3	32.1	25.1	27.7	25.4	26.1
ยี่ห้อ 2	48.2	51.4	51.8	50.5	35.3	36.6	33.2	35.0	-	-	-	-
ยี่ห้อ 3	53.8	56.2	54.2	54.7	33.2	37.7	34.3	35.1	27.3	30.7	28.5	28.8
ยี่ห้อ 4	53.8	55.8	54.4	54.7	-	-	-	-	-	-	-	-
ความอยากดื่มเบียร์ยี่ห้ออื่นเมื่อเห็นบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มยี่ห้อเดียวกัน												
ยี่ห้อ 1	47.6	51.0	50.2	49.6	32.9	31.6	32.7	32.4	24.7	27.3	25.2	25.7
ยี่ห้อ 2	47.3	50.8	49.4	49.2	35.1	36.5	36.1	35.9	-	-	-	-
ยี่ห้อ 3	53.7	55.9	53.1	54.2	32.9	37.5	33.9	34.8	26.9	30.9	28.6	28.8
ยี่ห้อ 4	52.9	54.1	52.7	53.2	-	-	-	-	-	-	-	-
การนึกถึงเบียร์ยี่ห้ออื่นเมื่อเห็นบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มยี่ห้อเดียวกัน												
ยี่ห้อ 1	-	-	-	-	64.3	66.3	66.7	65.8	53.0	52.9	51.1	52.3
ยี่ห้อ 2	-	-	-	-	68.7	74.0	71.6	71.4	-	-	-	-
ยี่ห้อ 3	-	-	-	-	74.0	78.6	73.3	75.3	60.1	63.3	61.4	61.6

* ผลจากการสำรวจการรับรู้และการตอบสนองต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: การศึกษาประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 1 (ม.ค. - เม.ย. 2561), ครั้งที่ 2 (พ.ค. - ส.ค. 2561) และ ครั้งที่ 3 (ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562) โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุราร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ



4.6 การเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านมาตรการทางภาษีและราคา

มาตรการที่ส่งผลต่อการเพิ่มราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เป็นมาตรการช่วยลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ประกอบด้วยมาตรการดังนี้ การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลไกการบังคับใช้ การทบทวนราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เทียบกับเงินเพื่อและรายได้อย่างสม่ำเสมอ การห้ามหรือจำกัดการทำการตลาดด้วยการลดราคา การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ การเพิ่มแรงจูงใจทางราคาสำหรับเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ และการไม่ให้สิทธิประโยชน์กับธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰⁹

กฎหมายในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับภาษีและราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งถูกนำมาบังคับใช้เป็นหลักคือ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตสุราตามกฎหมายกระทรวงกำหนดพิกัตอัตราภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 โดย “สุรา” ตามนิยามใน พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต หมายถึง “วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้ เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้ เช่นเดียวกับน้ำสุรา แต่ไม่รวมถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกินศูนย์จุดห้าดีกรี” ดังนั้น เครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ 0.5 จึงไม่ถูกจัดว่า เป็น สุรา ตามกฎหมายสรรพสามิต นอกจากการเก็บภาษีสรรพสามิตตามราคา และปริมาณเอทานอลในเครื่องดื่มโดยตรงแล้ว ประเทศไทยยังเก็บภาษีเพิ่มเติม (earmarked tax) จากภาษีที่เก็บจากสุรา เพื่อมาใช้เป็นเงินบำรุงในการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังแสดงใน **ตารางที่ 4.6.1**

ในทางเศรษฐศาสตร์การประเมินผลสัมฤทธิ์ของนโยบายด้านภาษีและราคาในรูปแบบหนึ่ง คือ การคำนวณค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท (own price elasticity of demand) ซึ่งเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงปริมาณการบริโภคของสินค้าประเภทหนึ่ง ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงราคาขายของสินค้าประเภทนั้น และค่าความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์ต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทหนึ่งต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น (cross-price elasticity of demand) ซึ่งเป็นการวัดอัตราการเปลี่ยนแปลงปริมาณการบริโภคของสินค้าประเภทหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงราคาขายของสินค้าอีกประเภท¹¹⁰

¹⁰⁹ World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

¹¹⁰ นพพล วิทย์วรพงศ์, และพงศ์ศักดิ์ วนิชานันท์. (2558). ความยืดหยุ่นต่อราคาและความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ตารางที่ 4.6.1 ภาษีและเงินบำรุงที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	ภาษี	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	อัตรา
1	ภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น	พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และ พ.ร.ฎ. กำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560	ร้อยละ 10.0 ของภาษีสรรพสามิต (มาตรา 4 ของ พระราชกฤษฎีกา)
2	เงินบำรุง กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544	ร้อยละ 2.0 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ (มาตรา 11)
3	เงินบำรุง องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย	พ.ร.บ. องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2551	ร้อยละ 1.5 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ ไม่เกิน 2,000 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ (มาตรา 12)
4	เงินบำรุง กองทุนพัฒนาการกีฬา	พ.ร.บ. การกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558	ร้อยละ 2.0 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ (มาตรา 37)
5	เงินบำรุง กองทุนผู้สูงอายุ	พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560	ร้อยละ 2.0 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ ไม่เกิน 4,000 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ (มาตรา 5)
6	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	พ.ร.บ. ให้ใช้บทบัญญัติแห่งประมวลรัษฎากร พ.ศ. 2481 พ.ร.ฎ. ออกตามความในประมวลรัษฎากรว่าด้วยการลดอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (ฉบับที่ 684) พ.ศ. 2562 พ.ร.บ. จัดสรรรายได้ประเภทภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีธุรกิจเฉพาะให้แก่ราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2534 และ พ.ร.บ. รายได้เทศบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2534	ร้อยละ 7.0 (มูลค่าเพิ่ม ร้อยละ 6.3 และเพื่อท้องถิ่นร้อยละ 0.7)
7	ภาษีศุลกากร	พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. 2560 และ พระราชกำหนดพิกัดอัตราศุลกากร (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2559	แยกพิกัดภาษียรายประเภทตามพระราชกำหนดพิกัดอัตราศุลกากร (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2559



การศึกษาถึงความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยที่ผ่านมา มีจำนวน 3 การศึกษาดังแสดงผลใน**ตารางที่ 4.6.2** งานวิจัยที่ 1 ของนิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ (2550) พบว่า ความยืดหยุ่นของอุปสงค์มีผลต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเบียร์เท่านั้น¹¹¹ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ 2 ของนพพล วิทย์วงศ์และพงศ์ทัศนวิชานันท์ (2558) พบว่า เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเดียวที่ผู้ดื่มจะลดการบริโภคลงหากราคาปรับเพิ่มขึ้น แต่มีผลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากอุปสงค์ของเบียร์มีความยืดหยุ่นต่ำ (ค่าความยืดหยุ่นอยู่ในช่วง -0.057 ถึง -0.073) คือ หากราคาเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 จะทำให้ปริมาณการบริโภคลดลงร้อยละ 5.7-7.3 ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น งานวิจัยนี้พบว่า ไม่ปรากฏนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่งานวิจัยที่ 3 ของสุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ (2561) พบว่า ทั้งเบียร์ สุราขาว สุราสี มีค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹²

ตารางที่ 4.6.2 ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเภทเครื่องดื่ม	ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา		
	งานวิจัยที่ 1 ¹¹³	งานวิจัยที่ 2 ¹¹²	งานวิจัยที่ 3 ¹¹⁴
เบียร์	-0.37*	-0.073 ถึง -0.057*	-0.27*
สุราขาว	-1.26	-0.052 ถึง -0.015	-0.68*
สุราสี		0.004 ถึง 0.010	-0.23*
บรั่นดี		-0.138 ถึง -0.077	
RTD		-0.194 ถึง -0.098	

หมายเหตุ * p-value <0.05, Ready to Drink: RTD เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม

¹¹¹ นิพนธ์ พัวพงศกร, ลิทธิศักดิ์ ลีลพานนท์, ดวงมณี เลาวกุล, เอี่ยมพร ตสาริกา, เศก เมธาสุรารักษ์, ทิพาตรี จิตตรีพันธ์, พรพนนิภา รุ่งเรืองสาร. (2550). โครงการวิจัยการประเมินผลกระทบของภาษีสุราต่อราคาและการบริโภคสุรา. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

¹¹² สุรศักดิ์ ไชยสงค์, จินตนา จันทรโคตรแก้ว, ไศภิต นาสิบ, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, นงนุช จินดารัตนาภรณ์, กฤษณี สระมณี และคณะ. (2561). โครงการพัฒนาแบบจำลองนโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



นอกจากการขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 3 ประเภท คือ เบียร์ สุราขาว และสุราสีแล้วนั้น เมื่อพิจารณาในส่วนค่าความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการขึ้นราคาของเครื่องดื่มในบางประเภทยังสามารถส่งผลการบริโภคเครื่องดื่มประเภทอื่นทดแทนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น จากงานวิจัยของสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ (2561) พบว่า ในเครื่องดื่มประเภทสุราสีเมื่อขึ้นราคาร้อยละ 100 ผู้ดื่มร้อยละ 46.0 จะหันไปดื่มเบียร์เพิ่มมากขึ้น และหากราคาเบียร์เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ผู้ดื่มร้อยละ 27.0 จะหันไปดื่มสุราสีเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4.6.3 นอกจากนี้งานวิจัยของนพพล วิทย์วงศ์ และพงศ์ศักดิ์ วินิชานันท์ ยังพบว่าความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์ของสุราขาวและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมพร้อมดื่มมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สุราขาวและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมพร้อมดื่มเป็นสินค้าทดแทนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่นได้

ตารางที่ 4.6.3 ค่าความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท

ประเภทเครื่องดื่มที่ราคาเปลี่ยนแปลง	ความยืดหยุ่นไขว้ ¹²	
	เครื่องดื่ม	ค่าความยืดหยุ่น
เบียร์	สุราขาว	-0.11
สุราสี	0.27*	สุราขาว
เบียร์	-0.87	สุราสี
0.20	สุราสี	เบียร์
0.46*	สุราขาว	0.66

หมายเหตุ *p-value < 0.05

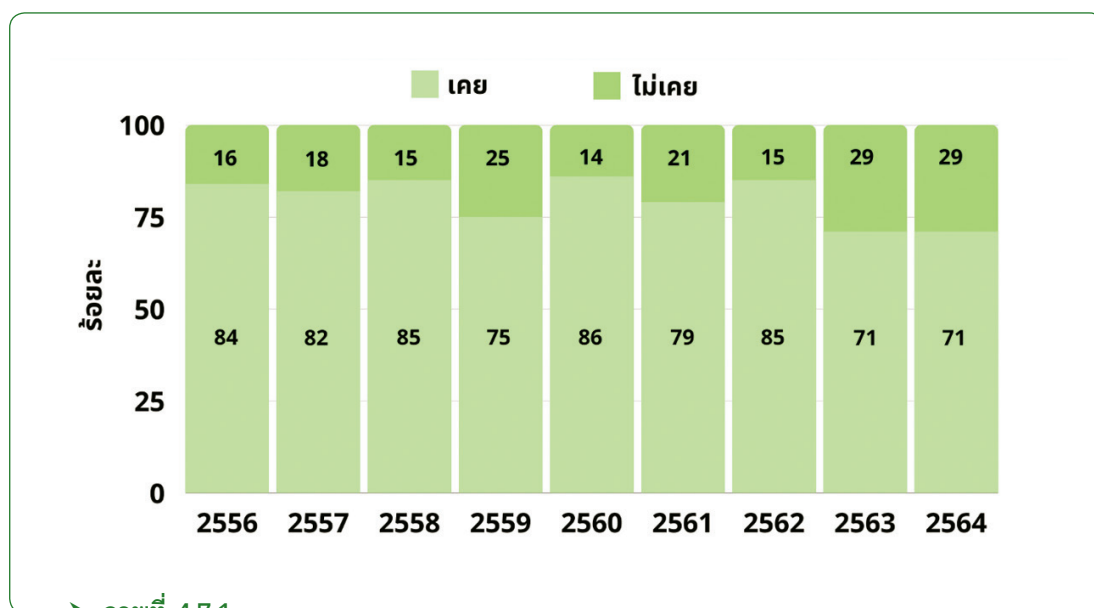
4.7 การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา

การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับรณรงค์และผลักดันมาตรการต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทยให้ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ซึ่งการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” นั้นมีประเมนผลอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้จัดให้มีการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยในช่วงเวลาสามเดือนของการเข้าพรรษาเป็นประจำทุกปี¹¹³

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการประเมินผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาปี พ.ศ. 2556-2564 ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทย ซึ่งเก็บข้อมูลการสำรวจโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB) พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 และปี พ.ศ. 2560 ประชากรไทยมากกว่าร้อยละ 80 เคยพบเห็นหรือรับรู้สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการงดเหล้าเข้าพรรษาประจำปี แต่ในปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2561 ประชากรที่เคยพบเห็นหรือรับรู้สื่อประชาสัมพันธ์ดังกล่าวมีเพียงร้อยละ 75 และร้อยละ 79 เท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น ในปีล่าสุด คือ ปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 มีประชากรเพียงร้อยละ 71 เท่านั้นที่เคยพบเห็นหรือรับรู้สื่อประชาสัมพันธ์นี้ (ภาพที่ 4.7.1)

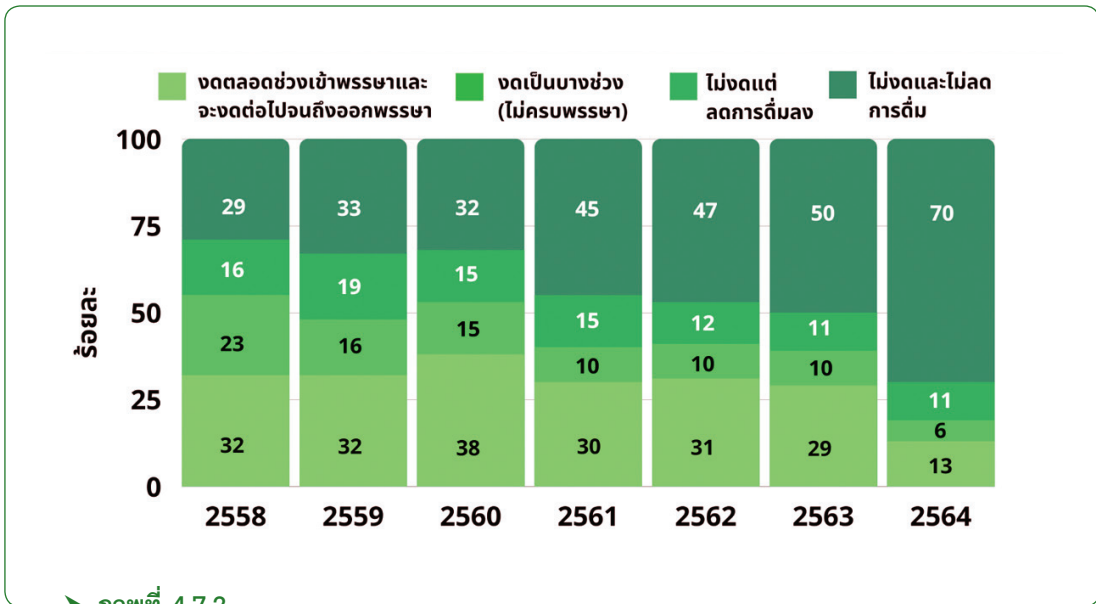


▶ ภาพที่ 4.7.1

การเคยพบเห็นหรือรับรู้สื่อประชาสัมพันธ์ “งดเหล้าเข้าพรรษาประจำปี” ในปี พ.ศ. 2556-2564

¹¹³ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2564). โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2558-2564”: กรณีศึกษาประชาชนทั่วประเทศที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มสุรา ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ในปี พ.ศ. 2558-2564 จากชุดการสำรวจเดียวกันนี้ ก็พบว่า ประชากรไทยมีแนวโน้มไม่งดและไม่ลดการดื่มในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาสูงขึ้นอย่างเด่นชัด โดยสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2558-2560 เป็นร้อยละ 45-50 ในปี พ.ศ. 2561-2563 และจากข้อมูลล่าสุด ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยถึงร้อยละ 70 รายงานว่า ไม่งดและไม่ลดการดื่มสุราลงเลยในช่วงสามเดือนของการเข้าพรรษา (ภาพที่ 4.7.2) ข้อมูลนี้น่าสนใจมาก โดยแสดงให้เห็นว่า การรณรงค์มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยลดลงในช่วงปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะมีผลมาจากสังคมในยุคปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ค่านิยมของคนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมเชิงศาสนาลดลง ในขณะที่การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโฆษณาการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ง่ายขึ้นกว่าในอดีต ทั้งเชิงกายภาพ และออนไลน์ และเหตุผลสำคัญอีกประการคือ ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การจัดกิจกรรมรณรงค์ระดับพื้นที่ทำได้จำกัดมาก และประชาชนอาจจะไม่ได้ให้ความสนใจกับช่วงเวลาของการเข้าพรรษามากนัก เนื่องจากมีความกังวลกับเรื่องการแพร่ระบาดมากกว่า จึงไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนในช่วงเวลาดังกล่าว

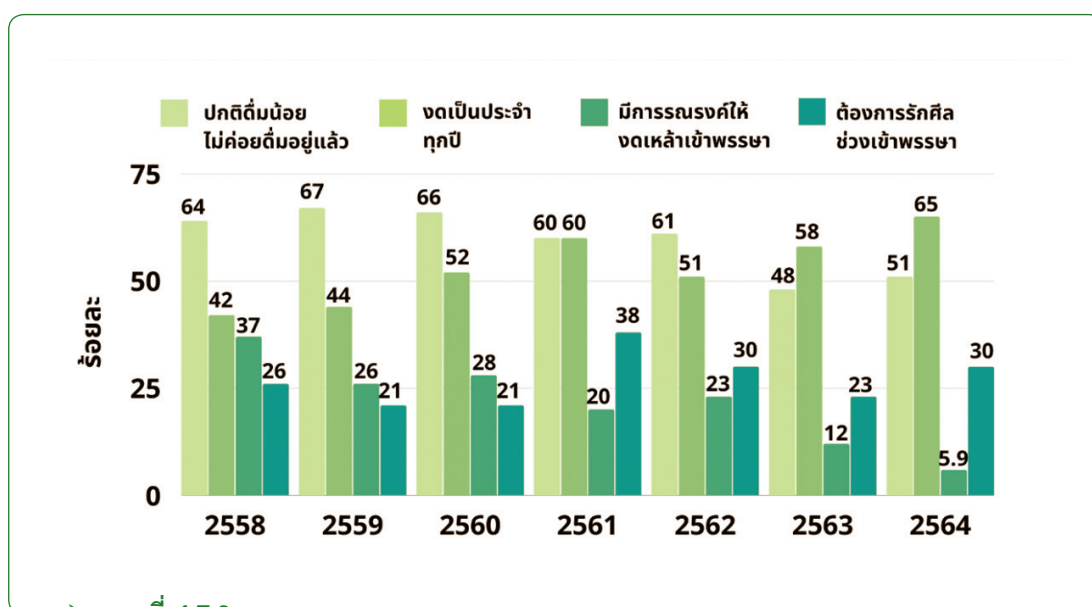


➤ ภาพที่ 4.7.2

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ในปี พ.ศ. 2558-2564



เมื่อสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลในผู้ที่สามารถงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตลอดช่วงเข้าพรรษาและจะงดต่อไปถึงออกพรรษานั้น มีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ เหตุผลว่า เคยงดเป็นประจำทุกปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 42 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 65 ในปี พ.ศ. 2564 โดยผู้ที่งดเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ที่ยกดื่มน้อยหรือไม่ค่อยดื่มอยู่แล้ว ส่วนเหตุผลอื่น ๆ คือ ความต้องการรักษาศีลในช่วงเข้าพรรษาซึ่งมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่า ร้อยละของผู้ที่ตอบว่าการงดดื่มได้ตลอดช่วงเข้าพรรษาและจะงดต่อไปถึงออกพรรษาเป็นผลจากการณรงค์ให้งดเหล้าเข้าพรรษานั้นลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 37 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2564 (ภาพที่ 4.7.3)

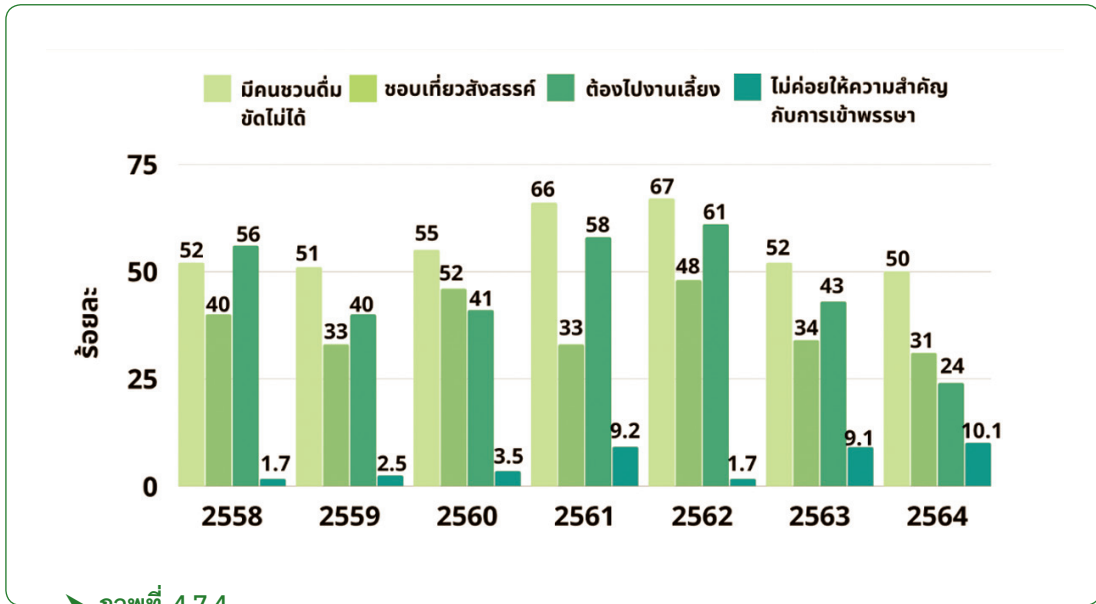


▶ ภาพที่ 4.7.3

เหตุผลที่ทำให้งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตลอดช่วงเข้าพรรษาและจะงดต่อไปถึงออกพรรษาในปี พ.ศ. 2558-2564

ส่วนเหตุผลในผู้ที่สามารถงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นบางช่วง พบว่า เกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การมีคนชวนดื่มขัดไม่ได้ ความชอบเที่ยวสังสรรค์ และต้องไปงานเลี้ยง โดยมีสัดส่วนในช่วงร้อยละ 24-67 ซึ่งเป็นสถิติที่ค่อนข้างผันผวนในตลอดช่วงปี พ.ศ. 2558-2564 ที่ผ่านมา

ส่วนสาเหตุที่ไม่ให้ความสำคัญกับการเข้าพรรษาไม่ได้เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้งดไม่ได้ โดยใน 2 ปีล่าสุด คือ ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 9.1 และปี พ.ศ. 2564 มีร้อยละ 10.1 ที่ตอบว่าไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าพรรษาจึงทำให้ไม่งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ภาพที่ 4.7.4)



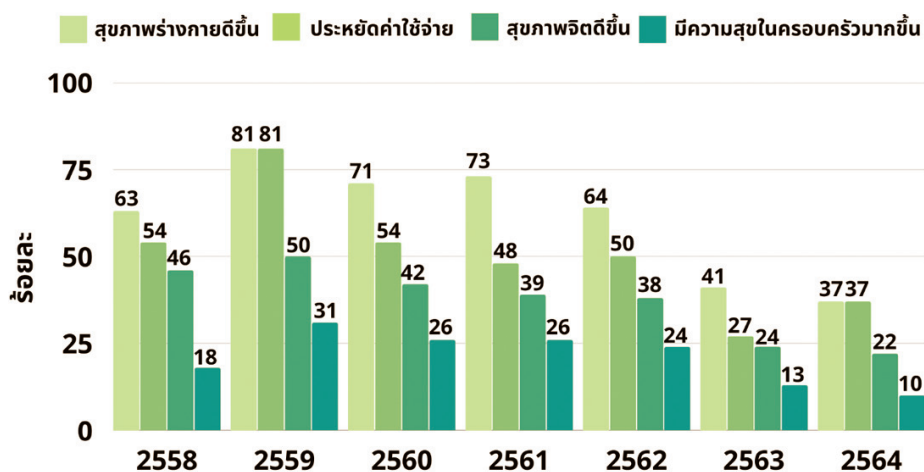
▶ **ภาพที่ 4.7.4**

เหตุผลที่ทำให้งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้บางช่วงในเทศกาลเข้าพรรษาในปี พ.ศ. 2558-2564

เมื่อกล่าวถึงผลที่ได้รับจากการลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเข้าพรรษา พบว่าผลที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากการสำรวจ คือ ผู้ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น รองลงมาเป็นผลทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและมีสุขภาพจิตดีขึ้น ส่วนผลอีกประการหนึ่งที่ได้จากการลด ละ เลิก ทำให้เกิดความสุขในครอบครัวมากขึ้น (**ภาพที่ 4.7.5**)

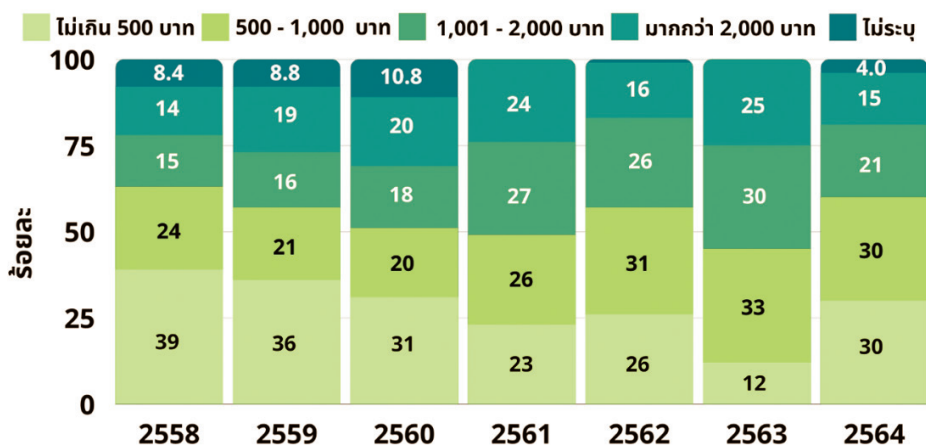
ในการสำรวจได้มีการประมาณการว่า เมื่อมีการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาแล้วจะประหยัดเงินได้เท่าไร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ประชาชนผู้งด ลด ละ เลิกสามารถประหยัดเงินได้เฉลี่ยคนละ 1,627 บาทในแต่ละปี (อยู่ในช่วง 66 ถึง 19,714 บาท) อย่างไรก็ตามผู้ตอบการสำรวจส่วนใหญ่คิดว่า จะสามารถประหยัดเงินได้น้อยกว่า 500 บาท และรองลงมา คือราว ๆ 500-1,000 บาท (**ภาพที่ 4.7.6**)





▶ ภาพที่ 4.7.5

ผลที่ได้รับจากการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลเข้าพรรษาในปี พ.ศ. 2558-2564



▶ ภาพที่ 4.7.6

ค่าประมาณการและร้อยละของผู้ประหยัดเงินจากการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ในปี พ.ศ. 2558-2564



โดยสรุป การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาเป็นกิจกรรมสำคัญ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยในตลอดสิบกว่าปีที่ผ่านมา ถึงแม้ว่า ประชาชนจะให้ความสำคัญต่อการรณรงค์นี้ลดน้อยลงในปีหลัง ๆ นี้ก็ตาม ข้อมูลในบทนี้ย้ำให้เห็นว่า การทำกิจกรรมรณรงค์ที่หวังผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนให้รับกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ของประเทศ และยุคสมัยอยู่เสมอ การวิเคราะห์ความสนใจ ทศนคติ และพฤติกรรมสังคมของประชาชนผู้รับผลการรณรงค์ และการประเมินผลของการรณรงค์ในแต่ละช่วงจึงมีความสำคัญ และควรทำต่อเนื่องควบคู่ไปกับการพัฒนานวัตกรรมการรณรงค์ให้เหมาะสมกับยุคสมัยด้วย

4.8 ทศนคติของประชาชนต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 นั้นกำลังเป็นประเด็นถกเถียงทางสังคม โดยอยู่ในระหว่างการพิจารณาปรับปรุงใหม่ ทั้งจากฝ่ายที่เห็นว่า ควรผ่อนปรนการควบคุมลง และฝ่ายที่เห็นว่า ควรควบคุมให้มีความเข้มงวดขึ้น ดังนั้น ศูนย์วิจัยปัญหาสุราจึงมีความสนใจต่อประเด็นดังกล่าว จึงได้มอบหมายให้ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB) ดำเนินการวิจัยพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,537 คน จากทั้งหมด 15 จังหวัดทั่วประเทศ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564¹¹⁴

จากผลการศึกษา พบว่า ประชากรไทยร้อยละ 76.3 รับทราบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีบางส่วนได้เข้าไปแสดงความความคิดเห็นในระบบรับฟังความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับแก้ไข โดยประชาชนร้อยละ 3.0 ได้เข้าไปแสดงความความคิดเห็นต่อร่างฯ ฉบับของประชาชนที่เปิดรับความคิดเห็นโดยรัฐสภา และร้อยละ 2.5 เข้าไปแสดงความความคิดเห็นต่อร่างฯ ฉบับของกระทรวงสาธารณสุข

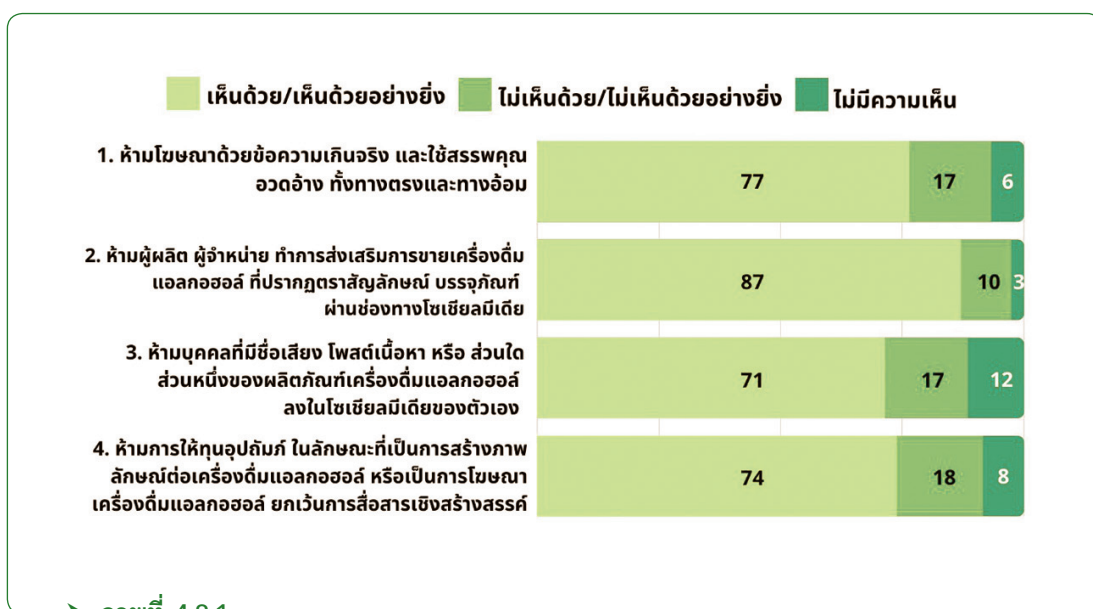
ผลการสำรวจการรับรู้ต่อกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พบว่า ข้อกฎหมายที่มีการรับรู้ถูกต้องสูงกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การควบคุมสถานที่ห้ามจำหน่าย อายุขั้นต่ำ และช่วงเวลาที่สามารให้จำหน่ายได้ ส่วนข้อกฎหมายที่มีการรับรู้ประมาณร้อยละ 50-60 ได้แก่ การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ห้ามลด แลก แจก แถม แต่โฆษณาน้ำดื่ม

¹¹⁴ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2564). การสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่: กรณีศึกษาประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 15 จังหวัด. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



โชดา ที่ใช้โลโก้เดียวกันกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ที่น่าพิจารณาคือข้อกฎหมายที่มีการรับรู้ต่ำกว่าครึ่ง ได้แก่ การห้ามดารา หรือบุคคลที่มีชื่อเสียงโพสต์ภาพเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านโซเชียลมีเดีย และธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังสามารถให้การสนับสนุนการจัดงานต่าง ๆ ได้

เมื่อกล่าวถึงทัศนคติของประชาชนต่อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชาชนมากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็นการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ภาพที่ 4.8.1)

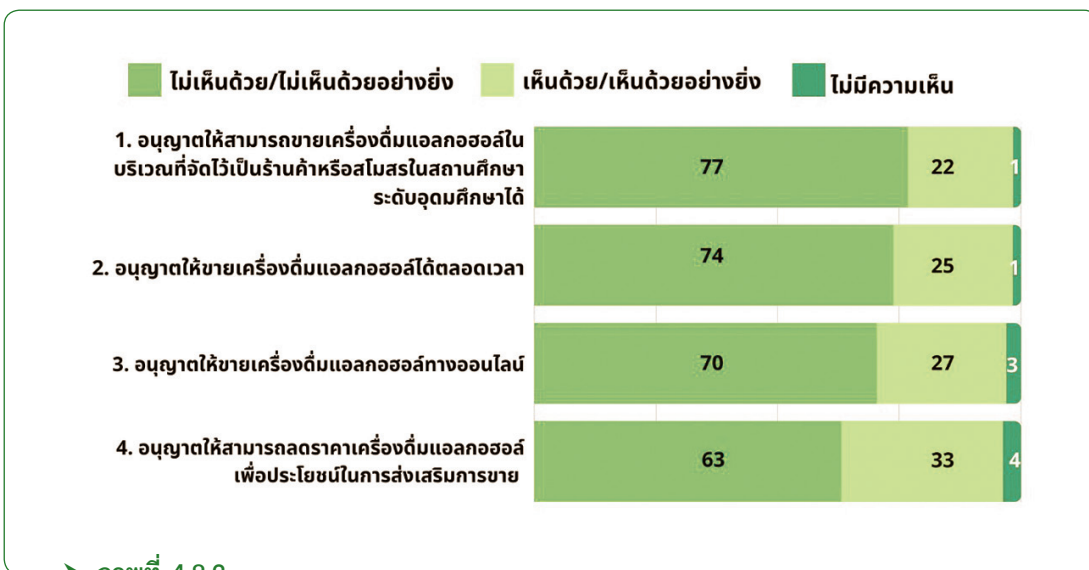


▶ ภาพที่ 4.8.1

ทัศนคติของประชาชนต่อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเด็นการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สํารวจเดือนกรกฎาคม 2564

ผลการสำรวจเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเด็นอื่น ๆ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 77 ไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสรในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 74 ไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตลอดเวลา ร้อยละ 70 ไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์ และร้อยละ 63 ไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้สามารถลดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย ทั้งนี้มีเพียงร้อยละ 1-4 เท่านั้นที่ไม่มีความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น (ภาพที่ 4.8.2)





➤ ภาพที่ 4.8.2

ทัศนคติของประชาชนต่อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเด็นอื่น ๆ สํารวจในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ในประชาชนอายุ 11 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ รวมจำนวน 3,028 คน ในช่วงระหว่างวันที่ 27 มกราคม ถึง 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จะเห็นว่า ประชาชนไทยมีการรับรู้ว่ามีกฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. ร้อยละ 74.2 ซึ่งต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.4 ในปี พ.ศ. 2564 ในขณะที่ร้อยละ 89.4 มีการรับรู้ในประเด็นการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี แต่ทั้งนี้ก็มีสัดส่วนลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 86.3 ในปี พ.ศ. 2564

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าประชากรไทยกว่า 3 ใน 4 ทราบดีว่าประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ลดการจำหน่ายในเวลาต้องห้าม รวมถึงการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงตามไปด้วย





ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564

////////////////////////////////////
Facts and Figures Alcohol in
Thailand 2019-2021



ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

 074-451165, 083-5775533

 <http://cas.or.th/>  facebook.com/cas.org.th/