

รายงานผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดอยู่ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่รับรองโดยประเทศสมาชิกของสหประชาชาติ “เป้าหมายที่ 3 Good Health เป้าหมายย่อยที่ 3.5 เสริมการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใชยาเสพติดและการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย ตัวชี้วัดที่ 2 การใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย (3.5.2)”¹ โดยกำหนดตัวชี้วัดลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี) เป้าหมายในปี 2568 ลดลงร้อยละ 10 (9 Global NCD targets)² และมีข้อมูลวิชาการแสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราเพิ่มความเหลื่อมล้ำและช่องว่างทางสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมาย SDG “เป้าหมายที่ 10 ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ” สำหรับภายในประเทศ กลุ่มคนจนมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา และแบกรับผลกระทบดังกล่าวมากกว่ากลุ่มคนรวย รวมทั้งคนจนยังมีศักยภาพและความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ต่ำกว่าคนรวย ส่วนในระดับระหว่างประเทศ ประเทศที่ยากจนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยกว่าประเทศที่ร่ำรวย แต่เมื่อคิดเป็น “ปริมาณอันตรายต่อหน่วยการดื่มเป็นลิตร (harm per liter)” บ่อยครั้งที่ประเทศที่ยากจนกลับมีปัญหาสูงกว่าประเทศร่ำรวยในหน่วยปริมาณการดื่มที่เท่ากัน

เป้าหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/Goals

เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2560	ปี 2563 ³ (ค่าเป้าหมายตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ)	ปี 2568 (ค่าเป้าหมายตาม SDG และ NCD Global Target)	ปี 2580	GAP (เทียบกับปี 2560 กับค่าเป้าหมายปี 2568)
ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรผู้ใหญ่ (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)	6.95	7.33	7.32	6.40	4.25	ลดลง 0.92
ความชุกของผู้บริโภคแอลกอฮอล์ในประชากรผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)	34.0	28.4	27.0	-	-	ลดลง 1.4

สถานการณ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/Burden of disease

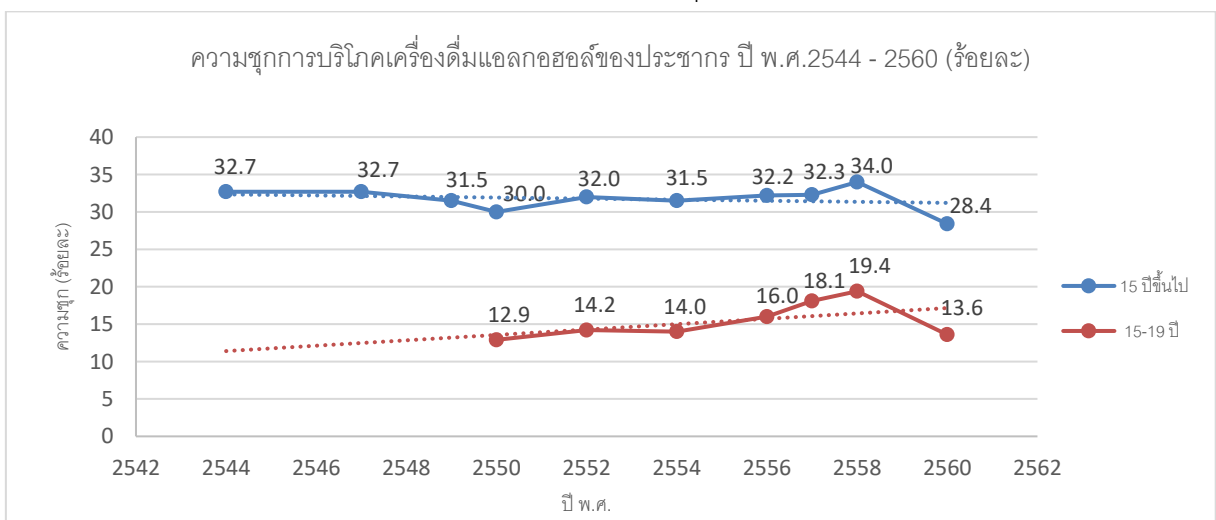
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 ชนิด ตาม ICD-10 (หรือบัญชีการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพฯ เพื่อข้อมูลทางสถิติระหว่างประเทศฉบับทบทวนครั้งที่ 10) จากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี 2559 (รูปที่ 1) แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีความเสี่ยงชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี

(คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 75) และในสัดส่วนของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควร ทั้งหมด เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประเทศ พบว่า กลุ่มประเทศรายได้ต่ำมีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง ในขณะที่กลุ่มประเทศรายได้สูงมีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มประเทศรายได้ต่ำ⁴



รูปที่ 1 ข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี 2559 และค่าสัดส่วนของปัจจัยแอลกอฮอล์ต่อการเสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Alcohol-attributable fractions, %)

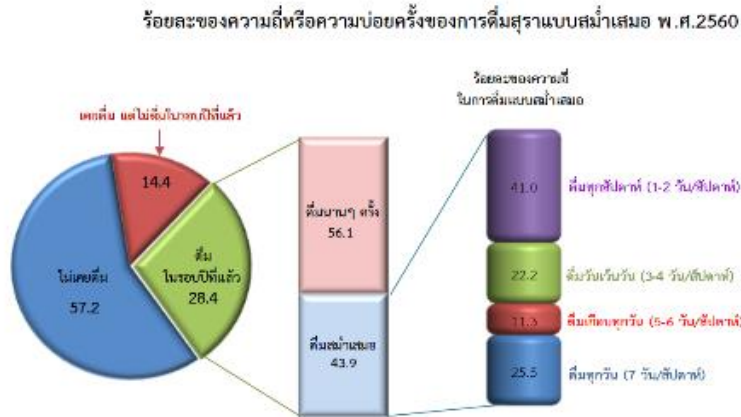
จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2544 – 2560⁵ พบว่า ภาพรวมความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วง 16 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 32.7 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 34.0 ในปี 2558 และกลับลดลงอย่างเห็นได้ชัดในปี 2560 เหลือร้อยละ 28.4 โดยเป็นนักดื่มชายมากกว่านักดื่มหญิง 4.5 เท่า (ร้อยละ 47.5 และ 10.6 ตามลำดับ) หากจำแนกตามอายุ ช่วงอายุ 15-19 ปี พบว่าแนวโน้มความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 12.9 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี 2558 และลดลงในปี 2560 เช่นกัน (รูปที่ 2) อาจเป็นผลมาจากรัฐบาลขอความร่วมมือให้งดจัดงานรื่นเริงต่างๆ และไวท์ทุกซ์เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลในหลวงรัชกาลที่ 9 เป็นเวลา 1 ปี รวมถึงหน่วยงานต่างๆ และประชาชนส่วนใหญ่ร่วมทำกิจกรรมจิตอาสา ทำความดีถวายเป็นพระราชกุศลในช่วงเวลาดังกล่าว



ที่มา: ปี 2550, 2554, 2560 จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบพหุและการดื่มสุราของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ปี 2552, 2556, 2558 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
วิเคราะห์โดย : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

รูปที่ 2 ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร ปี พ.ศ.2544 - 2560 (ร้อยละ)

เมื่อพิจารณาความถี่ของผู้ดื่มสุรามีกลุ่มผู้ดื่มมานานๆ ครั้ง ร้อยละ 56.1 และเป็นกลุ่มผู้ดื่มสม่ำเสมอถึงร้อยละ 43.9 (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ร้อยละของความถี่หรือความบ่อยครั้งของการดื่มสุรแบบสม่ำเสมอ พ.ศ. 2560

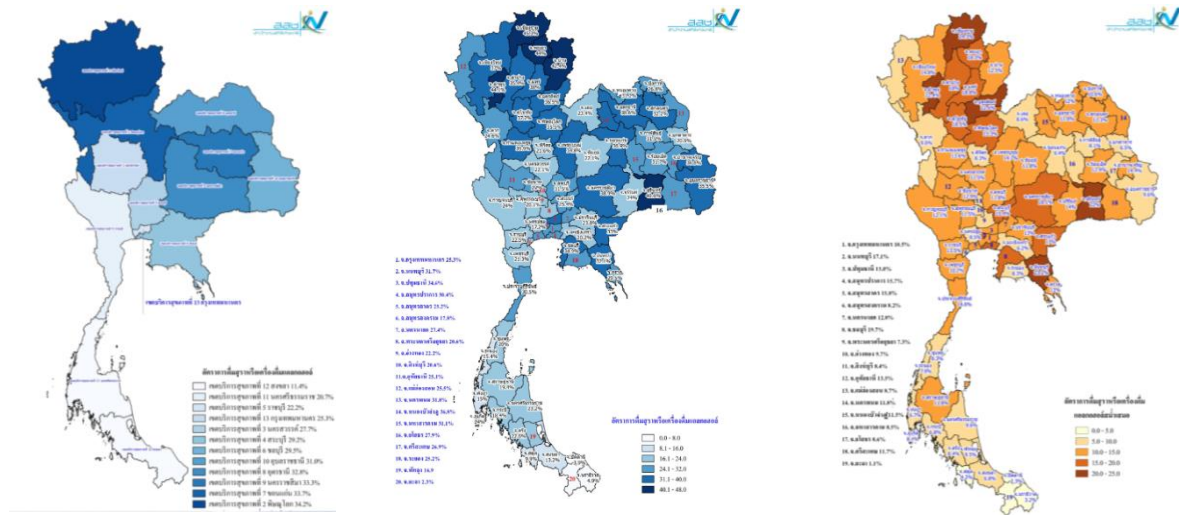
พฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครองในการสำรวจ ปี 2560 พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 13.6 และเป็นนักดื่มประจำร้อยละ 3.3 ความชุกของการดื่มทุกประเภทสูงที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-44 ปี) และความชุกของการเคยดื่มแต่หยุดดื่มไปแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด (ร้อยละ 25.4) ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 27.4 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 11.9 เป็นนักดื่มประจำ ส่วนประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 29.2 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 13.0 เป็นนักดื่มประจำ แม้ในเขตเทศบาลจะมีสัดส่วน นักดื่มปัจจุบันและนักดื่ม ประจำน้อยกว่านอกเขตเทศบาล แต่ในเขตเทศบาลกลับมีสัดส่วนนักดื่มหนักประจำ (ร้อยละ 3.2) สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.9) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง (ร้อยละ)

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง	พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ (ร้อยละ)				
	ไม่เคยดื่ม เลยในชีวิต	เคยดื่มแต่ไม่ ดื่มในรอบปี ที่แล้ว	ดื่มในรอบปีที่แล้ว		
			รวม (นักดื่ม ปัจจุบัน)	สม่ำเสมอ	นานๆ ครั้ง
กลุ่มอายุ (ปี)	57.2	14.4	28.4	12.5	15.9
15 - 19	83.6	2.8	13.6	3.3	10.3
20 - 24	60.1	6.5	33.5	10.7	22.7
25 - 44	53.1	10.9	36.0	16.2	19.8
45 - 59	52.0	16.9	31.1	14.7	16.4
60 ขึ้นไป	59.3	25.4	15.2	7.5	7.8
ชาย	31.6	20.9	47.5	23.7	23.8
หญิง	81.1	8.3	10.6	2.0	8.6
ในเขตเทศบาล	57.7	14.9	27.4	11.9	15.6
นอกเขตเทศบาล	56.7	14.0	29.2	13.0	16.2

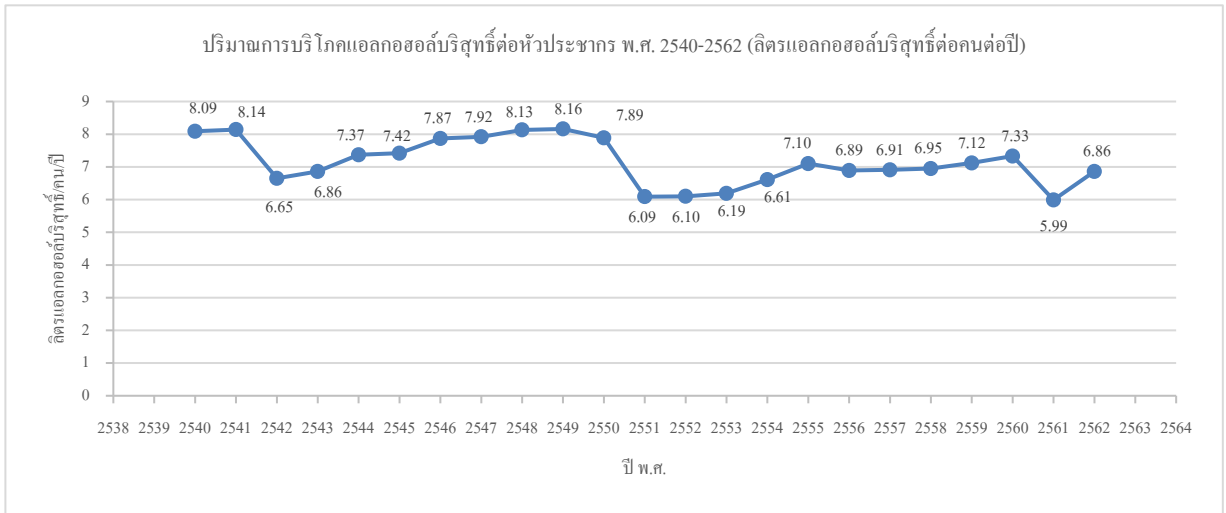
เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรระหว่างภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงสุดคือ ร้อยละ 35.4 และร้อยละ 32.8 ตามลำดับ ภาคเหนือมีนักดื่มประจำในสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 รองลงมาคือภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.7 นอกจากนี้พบว่าภาคกลางและภาคเหนือมีสัดส่วนนักดื่มหนักประจำสูงสุด คือ ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 3.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ไม่เคยดื่มสุราเลยนั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.5 และภาคเหนือมีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.1

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอในรอบปีที่แล้วในประชากรทั่วไป (15 ปีขึ้นไป) พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 40 มีจำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย (ร้อยละ 45.3) ลำพูน (ร้อยละ 44.1) พะเยา (ร้อยละ 44.0) น่าน (ร้อยละ 42.4) และ สุรินทร์ ร้อยละ 40.6 (รูปที่ 4)



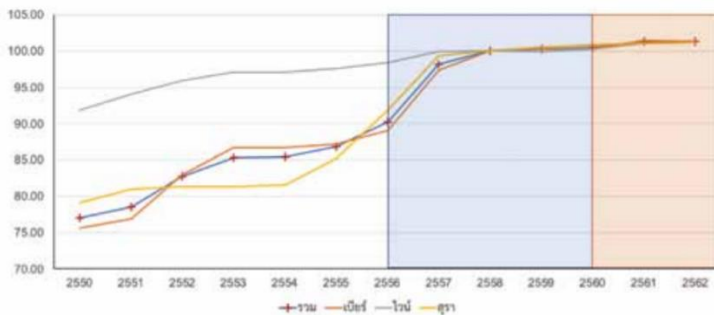
รูปที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการดื่มสุรารายเขตบริการ รายจังหวัด และอัตราการดื่มสุราสม่ำเสมอรายจังหวัด

จากข้อมูลการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ปี 2540 – 2562⁶ พบว่า เมื่อปี 2542 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี ลดลง อาจเป็นผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ (ต้มยำกุ้ง) ระหว่างปี 2540 – 2542 หลังจากปี 2542 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อปี 2551 ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ทำให้ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีลดลง และกลับมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่การเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน โดยเฉพาะตั้งแต่ปี 2554 - 2560 อยู่ในระดับใกล้เคียง 7 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และกลับลดลงอย่างชัดเจนในช่วงปี 2561 อาจเป็นผลมาจากการประกาศใช้ พ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาเพิ่มสูงขึ้นในปี 2562 (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริโภคต่อหัวประชากร พ.ศ. 2540 – 2562 (ลิตรแอลกอฮอล์บริโภคต่อคนต่อปี)

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเปลี่ยนแปลงราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยควบคุมปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากการขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรับตัวในช่วงแคบๆ ถ้าเปรียบเทียบกับสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ และเมื่อพิจารณาดัชนีราคาผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550-2562 พบว่าราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรับตัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2556 ได้มีการปรับโครงสร้างภาษี ทำให้ความขึ้นของการขึ้นราคาเพิ่มสูงขึ้น แตกต่างจากการปรับโครงสร้างภาษี ปี 2560 ที่ทำให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรับตัวขึ้นเพียงเล็กน้อย⁷ (รูปที่ 6)



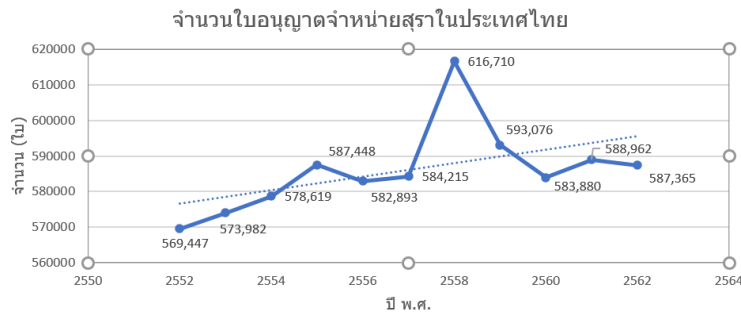
รูปที่ 6 ดัชนีราคาผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550 - 2562

ที่มา : กองดัชนีเศรษฐกิจการค้า สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า กระทรวงพาณิชย์

เมื่อพิจารณาข้อมูลปริมาณการจัดเก็บภาษี แยกตามประเภทสุรา จำแนกในประเทศและนำเข้า ปีงบประมาณ 2560 – 2561 ในปี 2560 ปริมาณการจัดเก็บภาษี แยกตามประเภทสุรา มากเป็นอันดับ 1 คือ เบียร์ รองลงมาคือ สุราขาว และสุราผสม ตามลำดับ และในปี 2561 ปริมาณการจัดเก็บภาษี แยกตามประเภทสุรา มากเป็นอันดับ 1 คือ เบียร์ รองลงมาคือ สุราสามทับ และสุราขาว ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายได้แผ่นดิน ปีงบประมาณ 2560 กล่าวคือ รายได้ภาษีเบียร์ 86,457,035,807.35 บาท และ รายได้ภาษีสุรา และแอสตมปีสุรา 56,395,739,492.04 บาท⁸

จากข้อมูลจำนวนใบอนุญาตจำหน่ายสุราพบว่าจำนวนใบอนุญาตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ในปี พ.ศ. 2562 จะมีจำนวนใบอนุญาตลดลงจากปี พ.ศ. 2561 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจุดจำหน่ายต่อจำนวนประชากร

พบว่า ปี 2562 มีสัดส่วนเฉลี่ย 1 ใบอนุญาตต่อประชากร 114 คน ซึ่งพบว่ามีความหนาแน่นมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

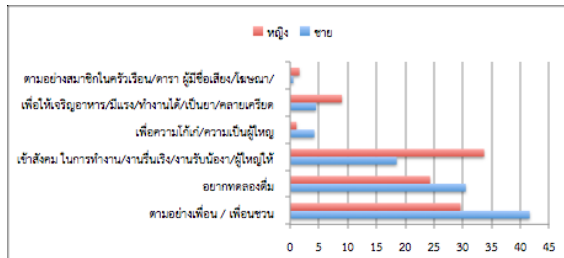


รูปที่ 7 จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายสุราในประเทศไทย
ที่มา : กรมสรรพสามิต

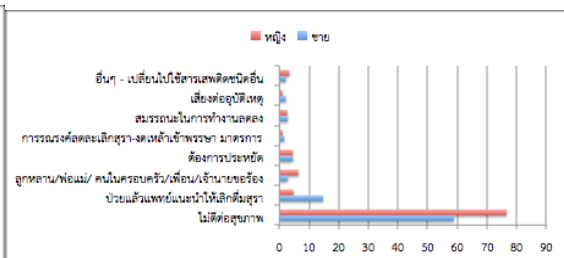
สาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนใหญ่ทั้งนักดื่มเพศชาย และนักดื่มเพศหญิง เริ่มดื่มสุราเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของนักดื่มชายที่เริ่มดื่มสุราเพราะอยากลองดื่ม (ร้อยละ 30.5) ในขณะที่นักดื่มหญิงที่เริ่มดื่มสุราเพราะเข้าสังคมในงานรื่นเริง/งานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญ ขึ้นบ้านใหม่ (ร้อยละ 27.8) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มในเพศชายคือ 19 ปี และผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี (รูปที่ 8)

ส่วนสาเหตุสำคัญของการเลิกดื่มสุราในกลุ่มผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ที่เลิกดื่มเพราะตระหนักว่าสุราไม่ดีต่อสุขภาพ (ร้อยละ 64.1) รองลงมาคือป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้เลิกดื่มสุรา (ร้อยละ 11.7) ลูกหลาน/พ่อแม่/คนในครอบครัวขอร้อง (ร้อยละ 9.8) และต้องการประหยัด (ร้อยละ 4.5) (รูปที่ 9)



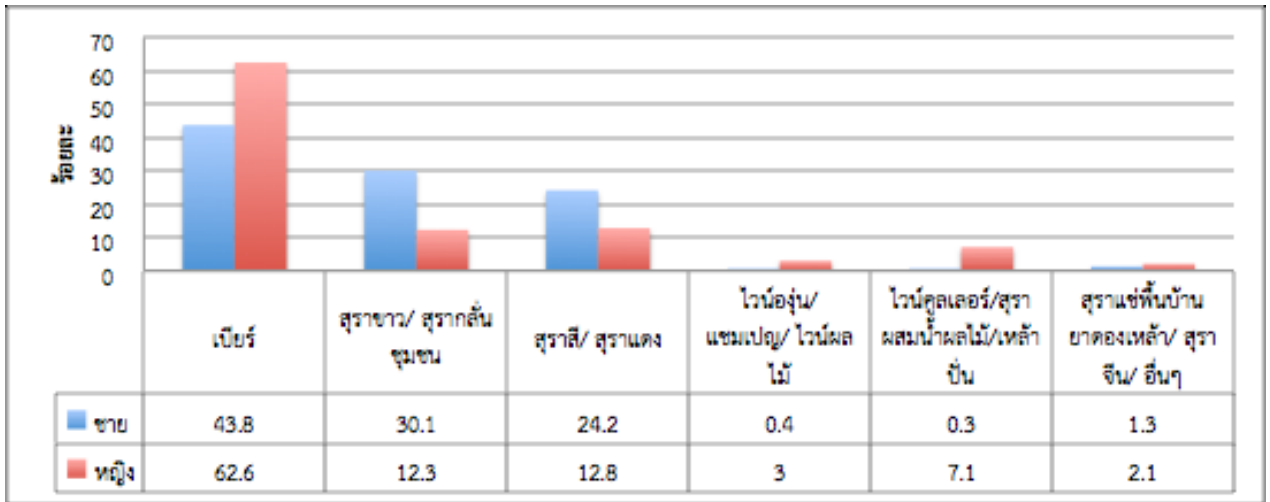
รูปที่ 8 สาเหตุที่เริ่มดื่มสุรา (ร้อยละ)



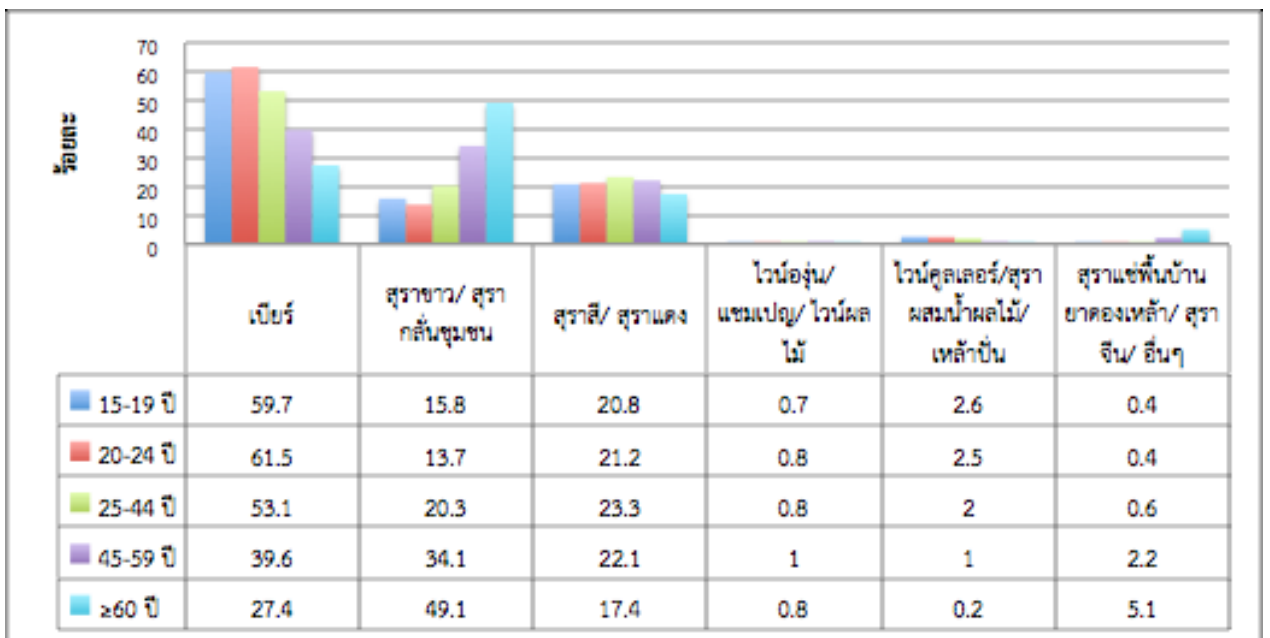
รูปที่ 9 สาเหตุที่เลิกดื่มสุรา (ร้อยละ)

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่ม⁵

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ 1) เบียร์ 2) สุราขาว/ สุรากลั่นชุมชน และ 3) สุราสี/ สุราแดง คิดเป็นร้อยละ 47.4 ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า นักดื่มเพศชายและนักดื่มเพศหญิงนิยมดื่มเบียร์มากที่สุด (ร้อยละ 43.8 และ 62.6 ตามลำดับ) (รูปที่ 10) กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ดื่มเบียร์บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.7 เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน ในขณะที่นักดื่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ดื่มสุราขาว/ สุรากลั่นชุมชน บ่อยที่สุด (ร้อยละ 49.1) (รูปที่ 11)



รูปที่ 10 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน จำแนกตามเพศ



รูปที่ 11 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน จำแนกตามกลุ่มอายุ

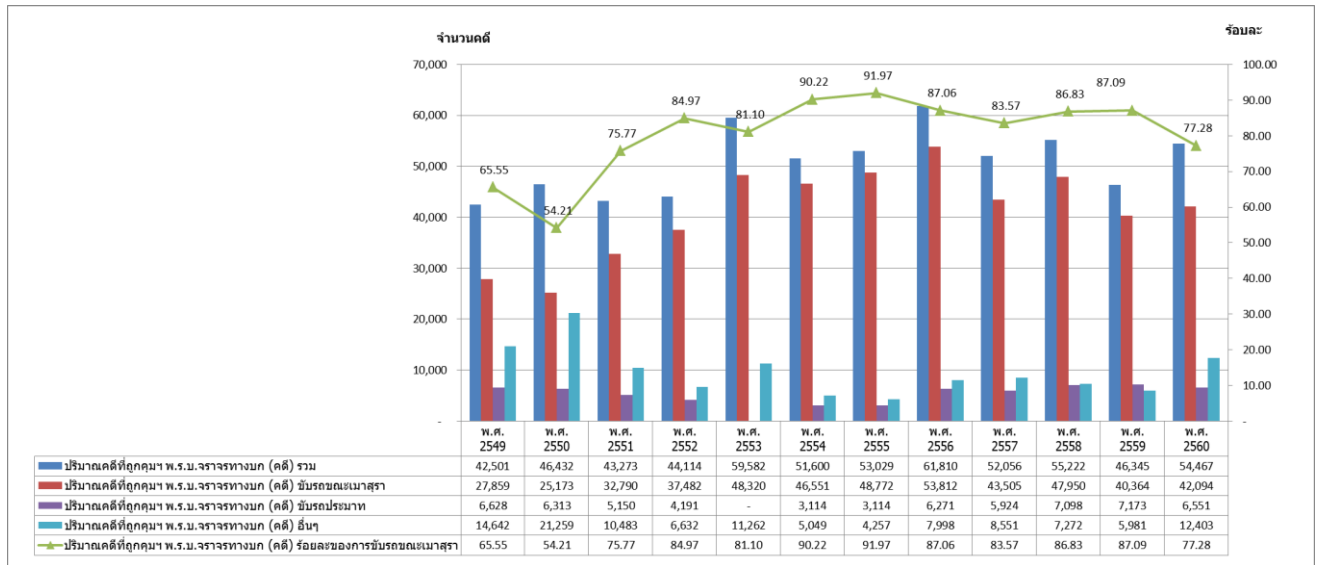
ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการสำรวจสถิติความรุนแรงในครอบครัว โดยรวบรวมข่าวจากหนังสือพิมพ์ 10 ฉบับ ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2563 พบข่าวความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 350 ข่าว และในจำนวนข่าวดังกล่าวมี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นถึง 74 ข่าว (ร้อยละ 21.14)¹⁰

จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2563 (ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม 2562 – 2 มกราคม 2563 พบว่า เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 3,421 ครั้ง โดยสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ เมาแล้วขับ ถึงร้อยละ 32.68¹¹

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ หากผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ระมัดระวังในการบริโภค บริโภคด้วยความประมาท ก็ย่อมประสบอุบัติเหตุได้โดยง่ายยังเป็นขณะขับรถบน

ท้องถิ่นด้วยแล้ว จากข้อมูลจะเห็นว่าจำนวนคดีชั้นบรรณคณะมาสุรามีนวนั่มเพิ่มขึ้น อย่งไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2560 จำนวนคดีชั้นบรรณคณะมาสุราค่อนข้างคงที่เฉลี่ย 44,164 คดี คิดเป็นร้อยละ 84.59 (รูปที่ 12)



ที่มา: สถิติการควบคุมความประพฤติทั้งผู้ใหญ่และเด็ก¹²

รูปที่ 12 สถิติปริมาณคดีที่เกิดจาก พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522 ปี พ.ศ. 2549-2560

ปัญหาด้านสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

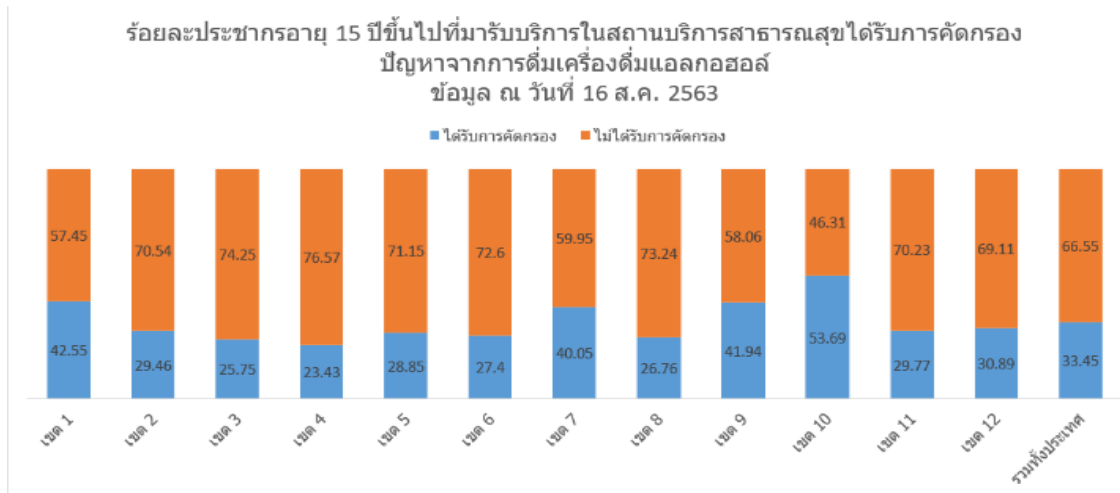
จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ alcohol use disorders 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน แต่ในจำนวนนี้เข้ารับบริการสุขภาพจากฐานระบบ 43 แห่งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 เพียง 168,729 คน นั่นหมายความว่า มีผู้มีปัญหาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ได้รับการจริงเพียงร้อยละ 6.13 แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงมาก¹³

มีการพัฒนาจากงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยอาศัยแนวคิดการดูแลเชิงรุกในชุมชนที่ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพ ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในชุมชน 4 ภาค เมื่อครบ 1 ปี พบว่า ผู้ติดสุราลดปริมาณการดื่ม ร้อยละ 90.0 - 96.7 และสามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 10.0 - 30.0 และในปี พ.ศ. 2560 ได้มีการนำเอาโปรแกรมใกล้บ้าน สบายใจ เป็นหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนที่บูรณาการระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ โดยอาศัยกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) พบว่า โปรแกรมใกล้บ้าน สบายใจ สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง¹⁴

ในปี พ.ศ. 2560 สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ร่วมมือกับแผนงาน ผรส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันให้การประเมินพฤติกรรมเครื่องดื่มสุราและบำบัดแบบสั้นในผู้มารับบริการสุขภาพได้รับการจัดอยู่ในแบบบันทึกข้อมูลรับบริการของกระทรวงสาธารณสุข 43 แห่งข้อมูล ในแฟ้มที่ 41 Special PP การส่งเสริมป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพทุกระดับสามารถให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคด้วยการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา โดยแบ่งกลุ่มผู้รับบริการเป็นกลุ่มไม่ดื่ม ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง หรือเสี่ยงสูง แล้วจัดบริการตามความเหมาะสมตั้งแต่ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หรือส่งต่อ และลดทอนความเสี่ยงพฤติกรรมเครื่องดื่มสุราและชนิดของการให้บริการเบื้องต้น ซึ่งฐานข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการสำหรับผู้มี

ปัญหาการติ่มสุราต่อไป ในปี 2563¹⁵ (ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2563 สถานบริการสาธารณสุขได้ดำเนินการคัดกรองผู้มีรับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปแล้ว ร้อยละ 33.45 พบเป็นผู้ติ่มสุรา ร้อยละ 11.63 และแบ่งกลุ่มได้เป็น

- ผู้ติ่มสุราความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 89.10 ในจำนวนนี้ได้รับ Brief Advice ร้อยละ 68.66
- ผู้ติ่มสุราความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 9.29 ในจำนวนนี้ได้รับ Brief Counselling ร้อยละ 30.48
- ผู้ติ่มสุราความเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.61 ในจำนวนนี้ได้รับ Brief Counselling ร้อยละ 22.44 และ Refer ร้อยละ 34.25



ที่มา : ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 13 ร้อยละประชากรอายุ 15

ผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบผ่าน App TAS

ผลการรับเรื่องร้องเรียนระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบผ่าน App TAS (Tobacco & Alcohol Surveillance System) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2563 พบว่า ประชาชนร้องเรียนผ่าน TAS จำนวน 967 เรื่อง เป็นกรณีการกระทำ ความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 645 เรื่อง (ร้อยละ 67) กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ จำนวน 297 เรื่อง (ร้อยละ 31) และกฎหมายควบคุมยาสูบ จำนวน 25 เรื่อง (ร้อยละ 2) สถานะการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียน

(1) ดำเนินการแล้วทั้งหมด 389 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 40) โดยตรวจสอบพบเป็นความผิด จำนวน 189 เรื่อง ไม่เป็นความผิด จำนวน 148 เรื่อง และข้อมูลไม่เพียงพอ จำนวน 52 เรื่อง

(2) อยู่ระหว่างดำเนินการทั้งหมด 492 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 51) โดยอยู่ระหว่างรอตรวจสอบ จำนวน 478 เรื่อง และสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม 14 เรื่อง

(3) ยังไม่ดำเนินการ จำนวน 86 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 9)

ซึ่งการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน พนักงานเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องลงพื้นที่ตรวจสอบสถานประกอบการ แต่เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด - 19 มีการประกาศพระราชกำหนดฉุกเฉินนับตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 โดยหนึ่งในมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค คือ คำสั่งปิดสถานประกอบการ ส่งผลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบสถานประกอบการได้

ฐานความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

ซึ่งจากเรื่องร้องเรียนของประชาชนในโปรแกรมประยุกต์ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ TAS พบว่าเป็นกรณีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ใน 5 อันดับสูงสุด ดังนี้

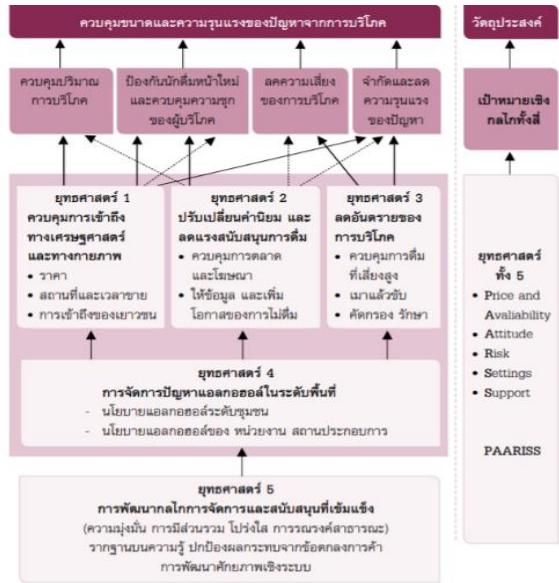
1. ฐานความผิดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรา 32 จำนวน 943 เรื่อง
2. ฐานความผิดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือลักษณะอันฝ่าฝืนกฎหมาย มาตรา 30 จำนวน 373 เรื่อง
3. ฐานความผิดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาห้ามขาย ตามมาตรา 28 จำนวน 21 เรื่อง
4. ฐานความผิดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณที่กฎหมายกำหนด ตามมาตรา 27 จำนวน 14 เรื่อง
5. ฐานความผิดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณที่กฎหมายกำหนด ตามมาตรา 31 จำนวน 13 เรื่อง

การกิจกรรม CSR และส่งเสริมการขาย

แคมเปญดื่มอย่างรับผิดชอบ (responsible drinking หรือ drink responsibly) เป็นรูปแบบการทำ CSR สำคัญที่ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาตินำมาใช้ สำหรับประเทศไทย มีการรณรงค์ในลักษณะเดียวกันเช่นกัน แคมเปญดังกล่าวมุ่งเข้าไปที่การป้องกันการเมาแล้วขับ และการดื่มแต่พอดี (moderate drinking) ซึ่งถือกำเนิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาภาพลักษณ์ที่ตกต่ำของธุรกิจ และเพื่อหลีกเลี่ยงการรณรงค์ให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ แคมเปญดื่มอย่างรับผิดชอบนั้นนอกจากเป็นการหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงปัญหาจากการดื่มหนัก โรคจากแอลกอฮอล์ และเป็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางอ้อมแล้ว ทั้งยังทำให้ธุรกิจแอลกอฮอล์สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของสังคม จากที่เคยมองว่า ธุรกิจแอลกอฮอล์เป็นต้นตอของปัญหา กลายเป็นว่าปัญหานั้นเกิดจากตัวผู้ดื่มเองที่ดื่มมากเกินไปจนเกิดโทษถือเป็นการชี้แนะสังคมโดยอ้อมความผิดทั้งหมดให้ผู้ดื่มทั้ง ๆ ที่ธุรกิจที่ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็พยายามโฆษณา และทำการตลาดเพื่อส่งเสริมการดื่มมาโดยตลอด นอกจากนี้การพยายามเผยแพร่แคมเปญดื่มอย่างรับผิดชอบยังเป็นการชี้แนะให้สังคมและรัฐบาลเห็นว่า ธุรกิจแอลกอฮอล์ได้มีมาตรการที่จะปกป้องผู้ดื่มแล้ว มาตรการของภาครัฐ เช่น การขึ้นภาษีสรรพสามิต การจำกัดการขาย และการจำกัดการโฆษณา เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น ทั้งๆ ที่มาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นมาตรการที่ได้ผลในการลดปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ดำเนินการภายใต้ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี 255-2563 ซึ่งผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 และมีกฎหมายหลักในการดำเนินการ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมของประเทศ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ (รูปที่ 14) และกำลังจะครบวาระในปี 2563



รูปแบบที่ 14 ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554- 2563

ปัจจุบันการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และใช้ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และพ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 เป็นเครื่องมือนั้น สามารถควบคุมปริมาณผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด แต่เป้าหมายของธุรกิจแอลกอฮอล์ได้เบนเข็มสู่เยาวชนเพิ่มมากขึ้น ดูได้จากการโฆษณา และกิจกรรม CSR ในขณะที่ผู้บริโภคเดิมมีแนวโน้มเป็นผู้บริโภคประจำ และบริโภคหนัก จนส่งผลกระทบต่อการเกิดอุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย และปัญหาในครอบครัว ในปี 2563 มีปัจจัยภายนอกทั้งสภาพเศรษฐกิจ ปัญหาโรคระบาดโควิด – 19 มีการประกาศพระราชกำหนดฉุกเฉินนับตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ห้ามการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จึงมีความเป็นไปได้ที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะไม่สูงขึ้น แต่จากสถานการณ์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าเมื่อปัจจัยที่มีผลกระทบผ่านไปปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะกลับมาสูงอีกครั้ง ทำให้มีความจำเป็นจะต้องดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จริงจัง และดำเนินการในหลายมาตรการควบคู่กัน เช่น การควบคุมการเข้าถึงด้วยการเพิ่มภาษีจนส่งผลกระทบต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นมากพอต่อการลดกำลังซื้อ การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจริงจัง การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ปรับทัศนคติ การขับเคลื่อนกลไกในระดับพื้นที่ดึงภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะชุมชน เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา รวมถึงการจัดบริการสุขภาพ เพิ่มการคัดกรองเพื่อดึงผู้มีปัญหาเข้าสู่ระบบ สิ่งเหล่านี้ช่วยลดปริมาณการดื่ม และลดปัญหาที่มาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2570 เพื่อทดแทนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่กำลังจะครบวาระ
2. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัย และกฎหมายให้กับประชาชน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เพื่อปรับทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. พัฒนากฎหมายให้มีความชัดเจน และครอบคลุมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกมิติ
4. ใช้มาตรการด้านภาษีและราคา เพื่อปรับให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีราคาสูงขึ้นเพื่อลดการเข้าถึงของประชาชนโดยเฉพาะเยาวชน

5. สร้างแรงจูงใจ และเพิ่มความเข้มงวด จริงจัง และต่อเนื่องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่
6. ขับเคลื่อนกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด
7. สร้างเครือข่ายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ระดับนโยบาย จนถึงระดับพื้นที่
8. สนับสนุนการจัดสรรปัจจัยนำเข้า (บุคลากร/งบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์) ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่
9. พัฒนาระบบการให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และให้บริการให้ครอบคลุมการติดตามโดยใช้เครือข่ายในชุมชน
10. พัฒนาระบบข้อมูล และระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
11. ลดการแทรกแซงจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมการโฆษณาแฝงในรูปแบบต่าง

เอกสารอ้างอิง

1. United nations. Sustainable Development Goals: SDGs[Internet]. [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
2. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโกซิส เต็มส์ จำกัด; 2552.
4. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยและของโลก พ.ศ. 2559 – 2561 โดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด; 2561.
6. อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร พ.ศ. 2550-2562: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการผลิตและนำเข้าสุราของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง. 2563. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
7. รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561 ภายใต้โครงการ Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand โดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด; 2563
8. กรมสรรพสามิต[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสรรพสามิต ; [วันที่อ้างถึง 20 พฤศจิกายน 2561]. ที่มา: <https://www.excise.go.th/>.
9. .กษิฐา ไทยกล้า[อินเทอร์เน็ต]. การเข้าถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา [วันที่อ้างถึง 20 สิงหาคม 2563] ที่มา: <http://cas.or.th/cas/wp->

<content/uploads/2019/07/86.61-AC-0025การเข้าถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.pdf>

10. มุลนิธิหญิงชายก้าวไกล[อินเทอร์เน็ต]. การสำรวจสถิติความรุนแรงในครอบครัวจากข่าวหนังสือพิมพ์ ครึ่งปี พ.ศ. 2563 [วันที่อ้างถึง 20 สิงหาคม 2563] ที่มา: <https://www.facebook.com/wmpsocal/>
11. ศูนย์อำนวยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2563[อินเทอร์เน็ต]. สรุป รายงานผลการปฏิบัติงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2563 [วันที่อ้างถึง 20 สิงหาคม 2563] ที่มา: <http://www.roadsafetythailand.com/>
12. กรมคุมประพฤติ. ข้อมูลสถิติการคุมประพฤติทั้งผู้ใหญ่และเด็กตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 31 มกราคม 2561; 2561.
13. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. การสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 วิธีการและกระบวนการ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559; 24(1): 1-14
14. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการ คัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2561.
15. โปรแกรมการใช้งาน HDC. รายงานการคัดกรองและการบำบัดผู้ดื่มสุรา (SpecialPP) [อินเทอร์เน็ต] [วันที่อ้างถึง 22 สิงหาคม 2563]. ที่มา: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
