

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราเถื่อนชุมชนกับรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของประชากรไทย

Associations between *illicit* alcohol consumption and harmful drinking patterns of the Thai population

กมลพัฒน์ มากแจ้ง¹Kamolphat Markchang¹จินตนา จันทร์โคตรแก้ว¹Jintana Jankhotkaew¹โสภิต นาสีบ¹Sopit Nasueb¹สุรศักดิ์ ไชยสงค์^{1,2}Surasak Chaiyasong^{1,2}¹สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ¹International Health Policy Program,

กระทรวงสาธารณสุข

Ministry of Public Health

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

DOI: 10.14456/dcj.2022.26

Received: March 26, 2021 | Revised: August 18, 2021 | Accepted: September 3, 2021

บทคัดย่อ

1 ใน 4 ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกเป็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ (unrecorded alcohol consumption) หรือเฉลี่ยประมาณ 1.6 ลิตรต่อคนต่อปี ในขณะที่ประเทศไทยมีการบริโภคที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกโดยอยู่ที่ 1.7 ลิตรต่อคนต่อปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราเถื่อนชุมชนกับรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของประชากรไทย โดยใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากรปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 22,610 คน สำหรับรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหา คือ การดื่มแบบ Binge และการดื่มแบบ High-risk level และหาความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression analysis) ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนมีรูปแบบการดื่มแบบ binge และการดื่มแบบ high-risk level มากกว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (ร้อยละ 58.87 ต่อ 37.14 และร้อยละ 10.49 ต่อ 5.99 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นในการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณแล้ว กลุ่มที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนมีโอกาสที่จะมีการดื่มแบบ binge 2.55 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (95% CI 2.54-2.56; $p < 0.001$) และกลุ่มที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนมีโอกาสที่จะมีการดื่มแบบ high-risk level 1.57 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (95% CI 1.57-1.58; $p < 0.001$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราเถื่อนชุมชนมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบังคับใช้มาตรการป้องกันและควบคุมการลักลอบผลิต และนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบอย่างจริงจัง

ติดต่อผู้พิมพ์ : กมลพัฒน์ มากแจ้ง

อีเมล : kamolphat@ihpp.thaigov.net

Abstract

One-fourth of alcohol consumption worldwide is unrecorded alcohol consumption, representing approximately 1.6 liters of alcohol per capita (APC), while the Thai population's unrecorded alcohol consumption has a higher consumption rate, about 1.7 liters of APC. This study aimed to analyze associations between illicit alcohol consumption and harmful drinking patterns of the Thai population. A cross-sectional research was conducted using data from the Smoking and Drinking Behavior Survey (SDBS) in 2017, conducted by the National Statistical Office of Thailand (NSO), with a total sample of 22,610 respondents aged 15 years old and above being included for data analysis. The study investigated two types of harmful drinking patterns: binge drinking, and high-risk level drinking. Multiple logistic regression was utilized to investigate the associations between illicit alcohol consumption and the harmful drinking patterns. Illicit alcohol consumption had a greater prevalence of binge drinking than recorded alcohol consumption (58.87% for illicit alcohol consumption, and 37.14% for recorded alcohol consumption), as was the case for high-risk level drinking behaviors (10.49% for illicit alcohol consumption, and 5.99% for recorded alcohol consumption). After adjusting for potential confounders, illicit alcohol drinkers reported 2.55 times more likely to be binge drinkers compared to recorded alcohol drinkers (95% CI 2.54–2.56; $p < 0.001$), and illicit alcohol drinkers had 1.57 times more likely to report high-risk level drinking patterns compared to recorded alcohol drinkers (95% CI 1.57–1.58; $p < 0.001$). The study showed that illicit alcohol drinking was significantly associated with more harmful drinking patterns than recorded alcohol drinking. Therefore, relevant authorities should seriously enforce the regulations banning the smuggling and illegal production of unrecorded alcohol products.

Correspondence: Kamolphat Markchang

E-mail: kamolphat@ihpp.thaigov.net

คำสำคัญ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ, สุราเถื่อนชุมชน, การดื่มหนักในครั้งเดียว, การดื่มในปริมาณมากโดยเฉลี่ย

Keywords

unrecorded alcohol, illicit alcohol, binge drinking, high-risk level drinking

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบในระดับบุคคล ทั้งตัวผู้ดื่มและบุคคลรอบข้าง ระดับครัวเรือน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณปีละ 3 ล้านคน และก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของภาระโรคและการบาดเจ็บทั่วโลก⁽¹⁾ ในประเทศไทยการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดภาระโรค และการบาดเจ็บสูงถึงร้อยละ 13 ของภาระโรคทั้งหมดใน เพศชาย⁽²⁾ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคม

เช่น การทะเลาะวิวาท⁽³⁾ ความรุนแรงในครัวเรือน⁽⁴⁾ และอาชญากรรม⁽⁵⁾ เมื่อประเมินเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจในประเทศไทยพบว่า การบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความสูญเสียเป็นมูลค่าสูงถึง 1.56 แสนล้านบาท หรือร้อยละ 1.99 ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ⁽⁶⁾

อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ (unrecorded alcoholic beverage) เป็นสินค้าที่มีอันตรายต่อร่างกายมากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทั่วไปหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบที่ผ่านกระบวนการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต (recorded alcoholic beverage) โดย

จากงานศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบมีส่วนประกอบและสารปนเปื้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น โลหะตะกั่ว อะซีตัลดีไฮด์สารก่อมะเร็ง สารแต่งกลิ่นที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพ polyhexamethyleneguanidine (PHMG) ซึ่งเป็นสารฆ่าเชื้อ (disinfectant agent)⁽⁷⁻⁸⁾ และเมทานอล (methanol) หรือไดเอทิลทาเลต⁽⁹⁻¹⁴⁾ โดยเฉพาะเมทานอลอาจส่งผลให้ผู้ดื่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง รวมถึงเป็นพิษทางตา ตาพร่ามัว แพ้แสง⁽¹⁵⁾ และอาจมีผลทำให้ตาบอดได้⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ในสุราเดือนชุมชนของประเทศไทย อาจมีการนำวัตถุมีพิษบางชนิด เช่น สารเคมีกำจัดวัชพืช สารเคมีกำจัดแมลง และผงซักฟอก ผสมหรือเติมลงไปในกระบวนการผลิตหรือในสุราเดือนที่ต้มกลั่นแล้วอีกด้วย⁽¹⁷⁾

การดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบยังสามารถนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มหนักแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นรูปแบบการดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในอนาคต^(10,18) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2560 พบว่าประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันเคยมีพฤติกรรมการดื่มหนัก (binge drinking) สูงกว่าร้อยละ 40 มีการดื่มสุราเดือนชุมชนร้อยละ 9.4 และมีการดื่มสุราลักลอบนำเข้าร้อยละ 4.6⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ วิชัย เอกพลากร (2557) ได้สำรวจการดื่มในรอบ 30 วันที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน (อายุ 30-44 ปี) มีความชุกของการดื่มในระดับความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (แอลกอฮอล์ ≥ 41 กรัมสำหรับเพศชาย ≥ 21 กรัมสำหรับเพศหญิง) สูงถึงร้อยละ 9.8⁽²⁰⁾ ผลกระทบของรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้มักก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งแบบเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง อาชญากรรม รวมถึงภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ รวมทั้งแบบเรื้อรังระยะยาว เช่น การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เป็นต้น⁽²¹⁻²²⁾

นอกจากนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบยังสร้างผลกระทบต่อ การดำเนินนโยบายสาธารณะที่พยายามจะควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการทางภาษี เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบจะมีกระบวนการผลิตที่มีคุณภาพต่ำกว่าเครื่อง

ดื่มแอลกอฮอล์ในระบบมีปริมาณแอลกอฮอล์ที่สูงกว่า และไม่ต้องชำระภาษี ทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบมีราคาที่ถูกกว่า^(10,23) และอาจทดแทนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริโภคที่มีรายได้น้อย⁽²⁴⁾ ผลที่ตามมาคือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบจะลดลง นำไปสู่การลดลงของรายได้รัฐจากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหากรัฐไม่สามารถควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบได้ รัฐอาจต้องปรับลดอัตราภาษีลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของมาตรการในการลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่สุด⁽²⁵⁻²⁶⁾

ปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบถือเป็นปัญหาสำคัญในระดับนานาชาติ โดยในปี 2553 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ว่าด้วยการลดการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบควบคู่ไปกับนโยบายอื่นๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁷⁾ และปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบได้กลายเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ประเทศสมาชิกต้องดำเนินการติดตามและรายงานต่อองค์การอนามัยโลก โดยในปี 2559 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบในสัดส่วน ประมาณร้อยละ 30 ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด หรือคิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (Alcohol Per Capita: APC) อยู่ที่ 1.6 ลิตรต่อคนต่อปี⁽²¹⁾ โดยเพิ่มจาก 1.5 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2553⁽²⁸⁾ ในขณะที่ประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบสูงถึง 1.7 ลิตรต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้น 1.1 เท่า จากปี 2553 (0.8 ลิตรต่อคนต่อปี) อีกทั้งสัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบยังเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.3 เป็นร้อยละ 20.5 ของการบริโภคสุราโดยรวม⁽²¹⁾ นอกจากนี้ จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2560 ยังพบว่าในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความชุกของการดื่มเครื่อง

ดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบถึงร้อยละ 12.4 โดยส่วนใหญ่ดื่มสุราเดือนละครั้งถึงร้อยละ 9.6⁽²⁹⁾

การศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบในปัจจุบันยังมีค่อนข้างจำกัด โดยส่วนใหญ่เน้นไปที่ผลกระทบโดยฉับพลันต่อสุขภาพจากสารพิษที่อยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ และปัจจัยต่อการเกิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบเป็นสำคัญ อาทิ ปัจจัยด้านการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการผลิตสุราและบทลงโทษที่ค่อนข้างต่ำทำให้เกิดปัญหาการลักลอบผลิตสุราเถื่อนชุมชนขึ้น⁽²⁶⁾ หรืองานศึกษาของ Chaiyasong S, et al. (2011) ที่พบว่า การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับส่งผลค่อนข้างน้อยต่อการบริโภคสุราชาวชุมชนผิวดำ⁽³⁰⁾ อีกทั้ง สำนักงานสถิติแห่งชาติที่แม้ว่าจะรายงานพฤติกรรมกรรมการดื่มที่เสี่ยงสูง และสัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบของประชากรไทยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มที่เห็นได้ชัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบโดยเฉพาะสุราเถื่อนชุมชนกับรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของประชากรไทย

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

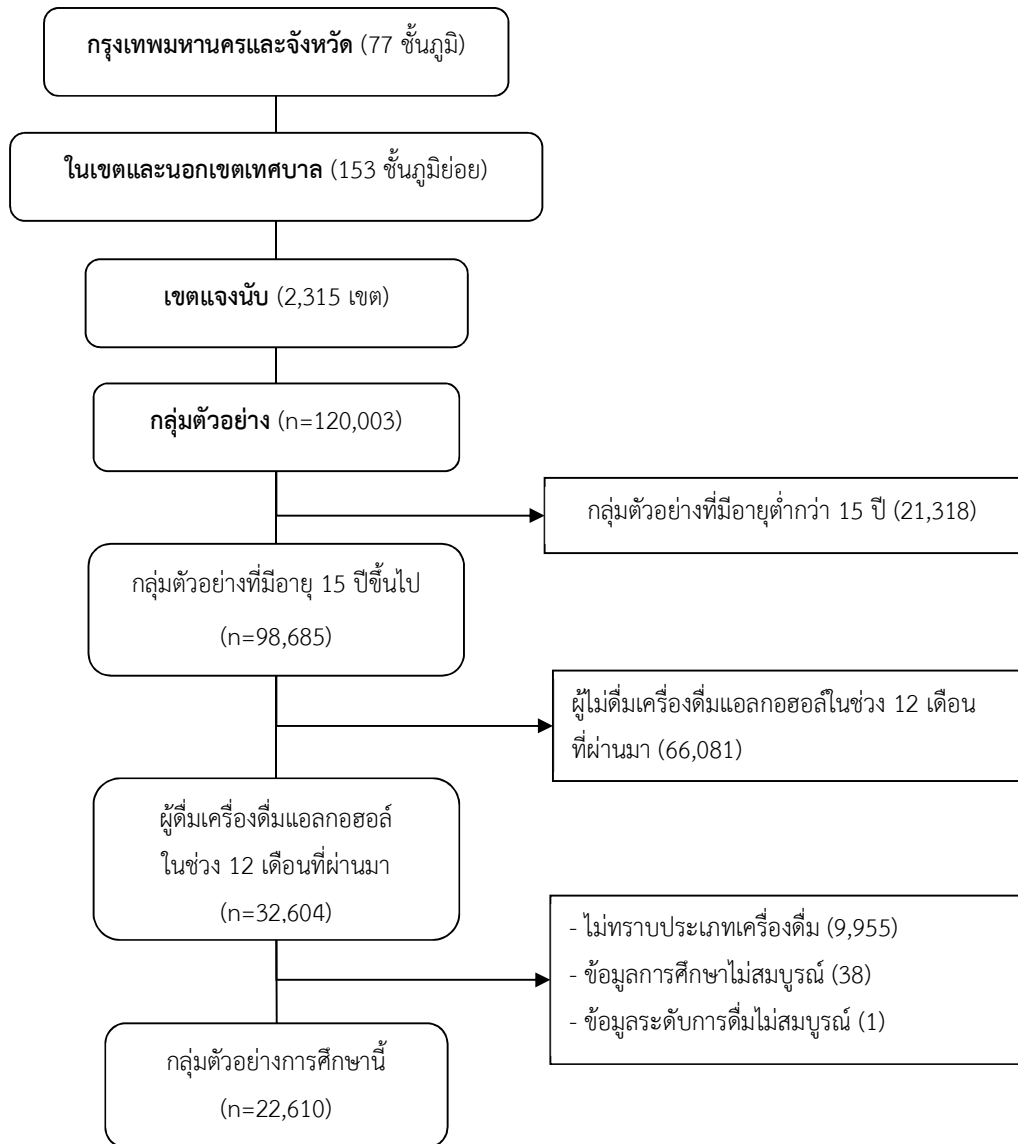
การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรปี 2560 (สพบส. 2560) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การศึกษานี้เป็นงานวิจัยส่วนหนึ่งของโครงการการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ

ประเทศไทยและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 018/2562 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สพบส. 2560 เป็นโครงการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ระดับประเทศ (Smoking and Drinking Behaviour Survey in 2017: SDBS) ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการเก็บข้อมูลทุก 3 ปี ซึ่งในปี 2560 นี้เป็นการเก็บข้อมูลรอบที่ 5 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2560

แผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ stratified two stage sampling โดยมีกรุงเทพมหานครและจังหวัดเป็นชั้นภูมิ ซึ่งมีทั้งสิ้น 77 ชั้นภูมิ และในแต่ละชั้นภูมิ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ได้แบ่งออกเป็น 2 ชั้นภูมิย่อยคือ ในเขตและนอกเขตเทศบาล แต่ละชั้นภูมิย่อยของแต่ละจังหวัดได้ทำการเลือกเขตแ่งนับ (enumeration areas) ตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน รวมตัวอย่างทั้งสิ้น 2,315 เขต จากทั้งสิ้นจำนวน 129,440 เขต ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่กระจายไปตามเขตสุขภาพ เขตการปกครอง และจังหวัดจำนวนทั้งสิ้น 120,003 คน (46,300 ครัวเรือน)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 21,318 คน) ซึ่งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 66,081 คน) โดยต้องทราบว่าเครื่องดื่มที่ตนเองดื่มนั้นเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบหรือเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบและมีข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ (ไม่ทราบประเภทเครื่องดื่มและมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ 9,994 คน) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22,610 คน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้

นิยามเชิงปฏิบัติการและการจัดการตัวแปร

ตัวแปรตาม (dependent variable) ที่ใช้ในการศึกษาคือรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพโดยจำแนกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

(1) การดื่มแบบ Binge หมายถึง พฤติกรรมการดื่มหนักในครั้งเดียว (จนมึนเมา) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถาม “ใน 12 เดือนที่แล้ว เคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียวหรือ

ไม่” ประมาณได้ถึงการดื่มสุราขาว หรือสุรากลั่น 1/4 ขวดใหญ่ 630 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 4 กระป๋อง 330 มิลลิลิตร หรือประมาณ 5 ดั้มมาตรฐาน หรือเอทานอล 50 กรัม⁽³¹⁾ โดยหากตอบ “ไม่เคย” ให้กำหนดรหัส 0 หากตอบ “เคย” ให้กำหนดรหัส 1

(2) การดื่มแบบ High-risk level หมายถึง พฤติกรรมการดื่มในปริมาณมากโดยเฉลี่ยต่อวัน โดยปริมาณการดื่มคิดเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เกินกว่า 60 กรัม

ต่อวันสำหรับเพศชาย และเกินกว่า 40 กรัมต่อวันสำหรับเพศหญิง⁽³¹⁾ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ “ใช่” ในคำถาม “การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่แล้ว และระบุปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด 3 ประเภทแรก”

ในส่วนตัวแปรต้น (independent variable) คือประเภทผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (current drinker) ซึ่งจำแนกเป็น 2 ตัวแปร ได้แก่

(1) ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (recorded alcohol drinker) หมายถึง ผู้ที่ตอบ “ใช่” ในคำถาม “เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ใน 12 เดือนที่แล้ว” และตอบ “ไม่ใช่” ในคำถาม “การดื่มสุราเถื่อน เหล้าต้ม เหล้าชุมชน ที่ไม่เสียภาษี” ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบจึงหมายถึงผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบและไม่เคยดื่มสุราเถื่อน เหล้าต้ม เหล้าชุมชน ที่ไม่เสียภาษี

(2) ผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชน (community Illicit alcohol drinker) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบ “ใช่” ในคำถาม “การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่แล้ว” และตอบ “ใช่” ในคำถาม “การดื่มสุราเถื่อน เหล้าต้ม เหล้าชุมชน ที่ไม่เสียภาษี” ดังนั้นการดื่มสุราเถื่อนชุมชนจึงหมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนและอาจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบด้วย”

การนิยามความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบจะแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม โดยส่วนใหญ่มักหมายถึงเครื่องดื่มที่ไม่ได้มีการบันทึกหรือรายงานไว้ในระบบข้อมูลระดับชาติหรือฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐต่าง ๆ รวมทั้งอยู่นอกระบบการจัดเก็บภาษีหรือระบบอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽³²⁾ โดยประกอบด้วย 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มิได้ผลิตเพื่อการบริโภค เช่น แอลกอฮอล์ในเชิงอุตสาหกรรม น้ำหอม ซึ่งบางครั้งอาจเรียกว่าสุราทดแทน (surrogate alcohol) 2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในครัวเรือน (homebrewed alcohol) 3) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผิดกฎหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ลักลอบ

นำเข้า (smuggling alcohol) และลักลอบผลิตเพื่อจำหน่าย (Illicit alcohol) และ 4) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกยกเว้นภาษี เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ปริมาณไม่ถึงเกณฑ์ต้องชำระภาษี เป็นต้น⁽³²⁻³³⁾ ซึ่งในแบบสอบถามสพบส. 2560 ของประเทศไทยได้ถามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทที่ 3 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผิดกฎหมาย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ลักลอบนำเข้า (smuggling alcohol) และลักลอบผลิตเพื่อจำหน่าย (illicit alcohol) โดยการศึกษานี้จะเน้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทลักลอบผลิตเพื่อจำหน่าย (illicit alcohol) เนื่องจากมีกระบวนการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐานจึงมีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงทางสุขภาพที่มากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบและสุราลักลอบนำเข้า ซึ่งในบริบทของประเทศไทยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทลักลอบผลิตเพื่อจำหน่ายคือ “สุราเถื่อนชุมชน” สำหรับตัวแปรลักษณะประชากร (characteristic variables) ได้แก่ เพศ (ชาย หรือหญิง) อายุ (แบ่งเป็น 5 ช่วง คือ 15-19, 20-24, 25-44, 45-59 และ 60 ปีขึ้นไป) รายได้ (แบ่งเป็นควินไทล์ที่ 1-5 โดยควินไทล์ที่ 1 คือ รายได้ต่ำสุด (น้อยกว่า 3,000 บาท) และควินไทล์ที่ 5 คือ รายได้สูงสุด (มากกว่า 15,000 บาท)) การศึกษา (แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาระดับประถม การศึกษาระดับมัธยมต้น การศึกษาระดับมัธยมปลาย และการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป) และภูมิภาคที่อาศัย (แบ่งเป็น กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลลักษณะทางประชากร และรูปแบบการดื่มด้วยสถิติพรรณนา เป็นความถี่ และร้อยละ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบกับรูปแบบการดื่มแบบ binge และการดื่มแบบ high-risk level drinking ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression analysis) เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ตัวแปรลักษณะทางประชากร แสดงค่าความสัมพันธ์เป็น

odds ratio (OR) 95% confidence interval (95% CI) และ p -value วิเคราะห์แบบถ่วงน้ำหนัก (weighted analysis) โดยใช้คำสั่ง “iw=FinalWeight_POP” เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากแผนการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และประมาณค่าให้เป็นตัวแทนของประชากรไทย การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรม STATA version 14.2

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22,610 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.39) ส่วนใหญ่มีอายุ 25-44 ปี (ร้อยละ 40.20) มีรายได้ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 22.34) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 47.32) ส่วนใหญ่อาศัยในภาคอีสาน (ร้อยละ 32.90) และเป็นผู้ดื่มสุราเถื่อนชุมชน (ร้อยละ 10.80) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=22,610)

ตัวแปร	ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	
	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะทางประชากร		
เพศ		
ชาย	17,950	79.39
หญิง	4,660	20.61
ช่วงอายุ		
15-19 ปี	732	3.24
20-24 ปี	1,425	6.30
25-44 ปี	9,090	40.20
44-59 ปี	8,131	35.96
60 ปีขึ้นไป	3,232	14.29
รายได้ (ต่อเดือน)		
ควินไทล์ 1 (น้อยกว่า 3,000 บาท)	4,523	19.96
ควินไทล์ 2 (3,001-6,000 บาท)	5,045	22.34
ควินไทล์ 3 (6,001-9,000 บาท)	4,407	19.49
ควินไทล์ 4 (9,001-15,000 บาท)	4,684	20.72
ควินไทล์ 5 (มากกว่า 15,000 บาท)	3,951	17.47
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	682	3.02
ประถมศึกษา	10,698	47.32
มัธยมศึกษาตอนต้น	3,749	16.58
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3,932	17.39
อนุปริญญาขึ้นไป	3,549	15.70
ภูมิภาค		
กรุงเทพมหานคร	1,221	5.40
ภาคกลาง	5,976	26.43
ภาคเหนือ	6,061	26.81
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7,439	32.90
ภาคใต้	1,913	8.46
ประเภทผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ	20,169	89.20
ผู้ดื่มสุราเถื่อนชุมชน	2,441	10.80

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดื่มแบบ Binge พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดื่มแบบ Binge ร้อยละ 39.49 เมื่อจำแนกตามลักษณะทางประชากรพบว่า เพศชายมีสัดส่วนการดื่มแบบ Binge มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 44.26 และ 21.09 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่าผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนมีสัดส่วนผู้ดื่มแบบ Binge สูงกว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (ร้อยละ 58.87 และ 37.14 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

สำหรับพฤติกรรมการดื่มแบบ High-risk level พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มแบบ High-risk level ร้อยละ 6.48 เมื่อจำแนกตามลักษณะทางประชากรพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ High-risk level พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 7.34 และ 3.13 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบในผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนสูงกว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ (ร้อยละ 10.49 และ 5.99 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัดส่วนของการดื่มแบบ Binge และการดื่มแบบ High-risk level ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและจำแนกตามลักษณะประชากร และตามรูปแบบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม

ตัวแปร	การดื่มแบบ Binge, n(%)			การดื่มแบบ High-risk level, n(%)		
	ไม่ใช่	ใช่	p-value	ไม่ใช่	ใช่	p-value
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	13,682 (60.51)	8,928 (39.49)		21,146 (93.52)	1,464 (6.48)	
ลักษณะทางประชากร						
เพศ						
ชาย	10,005 (55.74)	7,945 (44.26)		16,632 (92.66)	1,318 (7.34)	
หญิง	3,677 (78.91)	983 (21.09)	<0.001	4,514 (96.87)	146 (3.13)	<0.001
ช่วงอายุ						
15-19 ปี	443 (60.52)	289 (39.48)		707 (96.58)	25 (3.42)	
20-24 ปี	797 (55.93)	628 (44.07)	<0.001	1,366 (95.86)	59 (4.14)	<0.001
25-44 ปี	5,172 (56.90)	3,918 (43.10)		8,495 (93.45)	595 (6.55)	
44-59 ปี	4,986 (61.32)	3,145 (38.68)		7,533 (92.65)	598 (7.35)	
60 ปีขึ้นไป	2,284 (70.67)	948 (29.33)		3,045 (94.21)	187 (5.79)	
รายได้ (ต่อเดือน)						
ครินไน์ 1 (น้อยกว่า 3,000 บาท)	2,948 (65.29)	1,567 (34.71)		4,247 (94.06)	268 (5.94)	
ครินไน์ 2 (3,001-6,000 บาท)	3,078 (60.91)	1,975 (39.09)	<0.001	4,726 (93.53)	327 (6.47)	0.252
ครินไน์ 3 (6,001-9,000 บาท)	2,593 (58.84)	1,814 (41.16)		4,094 (92.90)	313 (7.10)	
ครินไน์ 4 (9,001-15,000 บาท)	2,768 (59.09)	1,916 (40.91)		4,376 (93.42)	308 (6.58)	
ครินไน์ 5 (มากกว่า 15,000 บาท)	2,295 (58.09)	1,656 (41.91)		3,703 (93.72)	248 (6.28)	
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	423 (62.02)	259 (37.98)		629 (92.23)	53 (7.77)	
ประถมศึกษา	6,650 (62.16)	4,048 (37.84)	<0.001	9,913 (95.66)	785 (7.34)	<0.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	2,112 (56.34)	1,637 (43.66)		3,505 (93.49)	244 (6.51)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2,331 (59.28)	1,601 (40.72)		3,699 (94.07)	233 (5.93)	
อนุปริญญาขึ้นไป	2,166 (61.03)	1,383 (38.97)		3,400 (95.80)	149 (4.20)	

ตารางที่ 2 สัดส่วนของการดื่มแบบ Binge และการดื่มแบบ High-risk level ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและจำแนกตามลักษณะประชากร และตามรูปแบบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (ต่อ)

ตัวแปร	การดื่มแบบ Binge, n(%)			การดื่มแบบ High-risk level, n(%)		
	ไม่ใช่	ใช่	p-value	ไม่ใช่	ใช่	p-value
ภูมิภาค						
กรุงเทพมหานคร	729 (59.71)	492 (40.29)		1,145 (93.78)	76 (6.22)	
ภาคกลาง	3,751 (62.77)	2,225 (37.23)	0.001	5,465 (91.45)	511 (8.55)	<0.001
ภาคเหนือ	3,632 (59.92)	2,429 (40.08)		5,669 (93.53)	392 (6.47)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,442 (59.71)	2,997 (40.29)		7,123 (95.75)	316 (4.25)	
ภาคใต้	1,128 (58.96)	785 (41.04)		1,744 (91.17)	169 (8.83)	
ประเภทผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ	12,678 (62.89)	7,491 (37.14)		18,961 (94.01)	1,208 (5.99)	
ผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชน	1,004 (41.13)	1,437 (58.87)	<0.001	2,185 (89.51)	256 (10.49)	<0.001

การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression analysis) พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชน มีโอกาสที่จะดื่มแบบ Binge มากกว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 2.55 เท่า (95% CI 2.54–2.56; $p<0.001$) โดยเพศหญิงมีโอกาสในการดื่มแบบ Binge น้อยกว่าเพศชาย 0.34 เท่า (95% CI 0.34–0.34; $p<0.001$) กลุ่มอายุ 20–24 ปี มีโอกาสในการดื่มแบบ Binge มากกว่ากลุ่มอายุ 15–19 ปีมากที่สุด 1.42 เท่า (95% CI 1.42–1.43; $p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสในการดื่มแบบ Binge น้อยกว่ากลุ่มอายุ 15–19 ปี 0.63 เท่า (95% CI 0.63–0.64; $p<0.001$) กลุ่มที่มีรายได้ยิ่งสูงมีโอกาสที่จะดื่มแบบ Binge มากขึ้น โดยกลุ่มที่มีรายได้มากที่สุด (มากกว่า 15,000 บาท) มีโอกาสในการดื่มแบบ Binge สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดมากที่สุด 1.34 เท่า (95% CI 1.34–1.35; $p<0.001$) กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีโอกาสในการดื่มแบบ Binge สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามากที่สุด 1.26 เท่า (95% CI 1.25–1.27; $p<0.001$) และกลุ่มที่อาศัยในภาคอีสานมีโอกาสในการดื่มแบบ Binge มากกว่ากลุ่มที่อาศัยในกรุงเทพมหานครมากที่สุด 1.17 เท่า (95% CI 1.16–1.17; $p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มที่อาศัยในภาคเหนือและภาคใต้มีโอกาสในการดื่มแบบ Binge น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 3)

นอกจากนี้ ผู้ที่ดื่มสุราเถื่อนชุมชนยังมีความเสี่ยงสูงที่จะดื่มแบบ High-risk level มากกว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 1.57 เท่า (95% CI 1.57–1.58; $p<0.001$) โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level น้อยกว่าเพศชาย 0.39 เท่า (95% CI 0.39–0.39; $p<0.001$) เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นมีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มอายุ 44–59 ปี มีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level มากกว่ากลุ่มอายุ 15–19 ปีมากที่สุด 2.69 เท่า (95% CI 2.65–2.73, $p<0.001$) เมื่อรายได้ลดน้อยลงมีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level มากขึ้น โดยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำที่สุด (น้อยกว่า 3,000 บาท) มีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level มากที่สุด กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามากที่สุด ในขณะที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มที่อาศัยในภาคกลางมีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level มากกว่ากลุ่มที่อาศัยในกรุงเทพมหานครมากที่สุด 1.27 เท่า (95% CI 1.27–1.28, $p<0.001$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่อาศัยในภาคอีสานมีความเสี่ยงที่จะดื่มแบบ High-risk level น้อยกว่าประชากรที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราเดือนชุมชนกับการดื่มแบบ Binge และการดื่มแบบ High-risk level

ตัวแปร	การดื่มแบบ Binge, n(%)			การดื่มแบบ High-risk level, n(%)		
	OR*	95% CI*	p-value*	OR*	95% CI*	p-value*
ประเภทผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ	1.00			1.00		
ผู้ที่ดื่มสุราเดือนชุมชน	2.55	2.54-2.56	<0.001	1.57	1.57-1.58	<0.001
เพศ						
ชาย	1.00			1.00		
หญิง	0.34	0.34-0.34	<0.001	0.39	0.39-0.39	<0.001
ช่วงอายุ						
15-19 ปี	1.00			1.00		
20-24 ปี	1.42	1.42-1.43	<0.001	1.73	1.70-1.76	<0.001
25-44 ปี	1.30	1.29-1.31	<0.001	2.55	2.52-2.59	<0.001
44-59 ปี	1.05	1.04-1.06	<0.001	2.69	2.65-2.73	<0.001
60 ปีขึ้นไป	0.63	0.63-0.64	<0.001	1.66	1.64-1.69	<0.001
รายได้ (ต่อเดือน)						
ครินไทน์ 1 (น้อยกว่า 3,000 บาท)	1.00			1.00		
ครินไทน์ 2 (3,001-6,000 บาท)	1.16	1.15-1.16	<0.001	0.95	0.94-0.95	<0.001
ครินไทน์ 3 (6,001-9,000 บาท)	1.19	1.18-1.19	<0.001	0.96	0.96-0.97	<0.001
ครินไทน์ 4 (9,001-15,000 บาท)	1.17	1.16-1.17	<0.001	0.82	0.81-0.83	<0.001
ครินไทน์ 5 (มากกว่า 15,000 บาท)	1.34	1.34-1.35	<0.001	0.86	0.86-0.87	<0.001
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1.00			1.00		
ประถมศึกษา	1.13	1.12-1.13	<0.001	1.23	1.21-1.24	<0.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.26	1.25-1.27	<0.001	1.24	1.23-1.26	<0.001
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.08	1.07-1.08	<0.001	0.92	0.91-0.94	<0.001
อนุปริญญาขึ้นไป	1.01	1.00-1.02	0.001	0.65	0.64-0.66	<0.001
ภูมิภาค						
กรุงเทพมหานคร	1.00			1.00		
ภาคกลาง	1.01	1.00-1.01	<0.001	1.27	1.27-1.28	<0.001
ภาคเหนือ	0.93	0.93-0.93	<0.001	1.00	0.99-1.00	0.520
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.17	1.16-1.17	<0.001	0.73	0.72-0.73	<0.001
ภาคใต้	0.88	0.88-0.88	<0.001	1.18	1.17-1.19	<0.001

หมายเหตุ: *weighted analysis

วิจารณ์

ผลการศึกษาเชิงพรรณนาได้ชี้ให้เห็นว่าประชากรไทยมีพฤติกรรมดื่มแบบ Binge ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 39.5) ในขณะที่มีการดื่มแบบ High-risk level เพียงร้อยละ 6.48 ชี้ให้เห็นว่าประชาชนไทยนิยมดื่มจน

เมามากกว่าที่จะดื่มในปริมาณมากอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดื่มแบบ Binge จะส่งผลกระทบต่อโดยฉับพลัน โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับผลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยที่อยู่อันดับต้นๆ ของโลกมาโดยตลอด โดยในปี 2556 ทั่วโลกมีอัตราผู้เสียชีวิต

ชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 18.2 คนต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 32.7 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽³⁴⁾ ในภาพรวมการเกิดอุบัติเหตุมีสาเหตุมาจากการดื่มสุราร้อยละ 4 อย่างไรก็ตามหากพิจารณาอุบัติเหตุที่เกิดบนถนนสายรอง (ทางหลวงชนบท) กลับมีสาเหตุมาจากการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 17.2⁽³⁵⁾

เมื่อจำแนกตามลักษณะประชากรยังพบข้อมูลที่น่าสนใจ อาทิ ประชาชนเพศชายมีสัดส่วนการดื่มแบบ Binge มากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัดสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบการดื่มแบบ Binge ในเพศชายร้อยละ 19.4 และเพศหญิงร้อยละ 2.9⁽²⁰⁾ อีกทั้งประชาชนที่มีรายได้สูงขึ้นยิ่งมีพฤติกรรมการดื่มแบบ Binge มากขึ้นสอดคล้องกับงานศึกษาของ CDC (2012) ซึ่งสำรวจพฤติกรรมการดื่มในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ารายได้ของครัวเรือนยิ่งสูงขึ้นยิ่งมีสัดส่วนการดื่มแบบ Binge สูงขึ้น โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงที่สุดมีสัดส่วนการดื่มแบบ Binge มากที่สุดถึงร้อยละ 20.20⁽³⁶⁾ ในทางตรงกันข้าม ประชาชนที่อายุมากขึ้นและมีการศึกษาสูงขึ้นกลับมีสัดส่วนการดื่มแบบ High-risk level ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Murakami and Hashimoto (2019) ซึ่งพบว่าคนญี่ปุ่นที่มีการศึกษาน้อยที่สุดมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของการดื่มแบบ High-risk level ถึง 1.80 เท่า และสัมพันธ์กับการดื่มแบบ High-risk level จนเกิดปัญหาถึง 2.06 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีการศึกษาสูงที่สุด⁽³⁷⁾

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราชุมชนกับการดื่มแบบ High-risk level มีความสอดคล้องกับงานศึกษาส่วนใหญ่ของต่างประเทศ โดย Rehm et al. (2014) ได้พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระบุว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบจะนำไปสู่การดื่มในปริมาณมากเร็วขึ้น⁽¹⁰⁾ และ Neufeld et al. (2017) ได้พบว่าการบริโภคสุราคุณภาพต่ำนอกระบบมีความสัมพันธ์กับอาการเมาค้างและการดื่มติดต่อกันอย่างน้อย 2 วัน (zapoi)⁽³⁸⁾ อีกด้วย

ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลผู้ดื่มสุราเดือนชุมชนอาจมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบรวมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา กับรายงานสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปีพ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (n=92,015 คน) เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า มีสัดส่วนผู้ที่ดื่มสุราชุมชนมีความใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 10.80 และ 9.40 ตามลำดับ) และมีสัดส่วนการดื่มหนักที่มีความใกล้เคียงกันเช่นกัน (ร้อยละ 39.49 และ 41.86 ตามลำดับ)

สุดท้าย ผู้วิจัยค้นพบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบโดยสำนักงานสถิติแห่งชาตินั้นยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถแยกประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบได้อย่างชัดเจนนัก เพียงแต่แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ สุราเดือนชุมชนและสุรากลอบนำเข้าเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าสุราเดือนชุมชนนั้นเป็นสุรากลอบผลิตที่ไม่ได้คุณภาพ มีสารอื่นเจือปน หรือเป็นสุราชุมชนที่ผลิตได้มาตรฐาน แต่หลีกเลี่ยงภาษีสรรพสามิต ซึ่งแต่ละประเภทมีผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน

สรุป

ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าผู้ที่ดื่มสุราเดือนชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดื่มแบบ Binge และการดื่มแบบ High-risk level มากกว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการกลั่นกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบอย่างเข้มงวดและจริงจัง โดยเฉพาะสุราเดือนชุมชน เนื่องจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นแล้วว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการดื่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่มากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบทั่วไป นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการติดตามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบอย่างจริงจัง ในเชิงวิชาการ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาลักษณะของเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์นอกระบบของประเทศไทย และองค์ประกอบทางเคมีในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบแต่ละประเภทอย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือ รวมถึงผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสาธารณะ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบมีความเฉพาะเจาะจงตามบริบทของสังคม วัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโครงการเพิ่มการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการโดยหน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์ สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สนับสนุนข้อมูลทุติยภูมิสำหรับใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- International Health Policy Program. Report of burden of disease and injury of Thai population in 2557 BC. Nonthaburi: Burden of Disease Thailand; 2018. (in Thai)
- Waleewong O, Laslett AM, Chenhall R, Room R. Harm from others' drinking-related aggression, violence and misconduct in five Asian countries and the implications. International Journal of Drug Policy. 2018;56:101–7.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Rome: World Health Organization; 2013.
- McMurran M. Alcohol and crime. Criminal Behaviour and Mental Health. 2003;13(1):1–4.
- Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 2010;10:323.
- Ostapenko YN, Brusin KM, Zobnin YV, Shchupak AY, Vishnevetskiy MK, Sentsov VG, et al. Acute cholestatic liver injury caused by poly-hexamethyleneguanidine hydrochloride admixed to ethyl alcohol. Clinical Toxicology. 2011;49(6):471–7.
- Solodun YV, Monakhova YB, Kuballa T, Samokhvalov AV, Rehm J, Lachenmeier DW. Unrecorded alcohol consumption in Russia: toxic denaturants and disinfectants pose additional risks. Interdiscip Toxicol. 2011;4(4):198–205.
- Rehm J, Kanteres F, Lachenmeier DW. Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences. Drug and Alcohol Review. 2010;29(4):426–36.
- Rehm J, Kailasapillai S, Larsen E, Rehm MX, Samokhvalov AV, Shield KD, et al. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. Addiction. 2014;109(6):880–93.
- McKee M, Szucs S, Sarvary A, Adany R, Kiryanov N, Saburova L, et al. The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. Alcohol Clin Exp Res. 2005;29(10):1884–8.
- Lang K, Vali M, Szucs S, Adany R, McKee M. The composition of surrogate and illegal alcohol products in Estonia. Alcohol Alcohol. 2006;41

- (4):446-50.
- 13.Lachenmeier DW, Leitz J, Schoeberl K, Kuballa T, Straub I, Rehm J. Quality of illegally and informally produced alcohol in Europe: Results from the AMPHORA project. *Adicciones*. 2011;23(2):133-40.
- 14.Lachenmeier DW, Ganss S, Rychlak B, Rehm J, Sulkowska U, Skiba M, et al. Association between quality of cheap and unrecorded alcohol products and public health consequences in Poland. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(10):1757-69.
- 15.Ramathibodi Poison Center. Methanol poisoning [Internet]. [cited 2019 Jun 20]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/pois-cov/Methanol> (in Thai)
- 16.Siripanich S. Methanol poisoning, a threat near alcohol drinkers (Methanol poisoning). *Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand*. 2010;41(22):337-40. (in Thai)
- 17.Viriyahirunpiboon J. Illegal liquor. General knowledge about toxic things. Nonthaburi: National Institute of Health of Thailand; 1994. (in Thai)
- 18.Mkuu RS, Barry AE, Ishino FAM, Amuta AO. Examining characteristics of recorded and unrecorded alcohol consumers in Kenya. *BMC Public Health*. 2018;18:1058.
- 19.National Statistical Office. The smoking and drinking behavior survey in 2560 BC. Bangkok: Pimdeekampim Company Limited; 2017. (in Thai)
- 20.Aekphakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W. Thai health examination report by physical examination No. 5, 2557 BC. Nonthaburi: Health systems research institute; 2014. (in Thai)
- 21.World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva; 2018.
- 22.Centers for Disease Control and Prevention. Fact sheets-binge drinking [Internet]. [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>
- 23.Lachenmeier DW. Unrecorded and illicit alcohol. In: Anderson P, Moller L, Galea G, editors. *Alcohol in the European union consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- 24.Lachenmeier DW, Gmel G, Rehm J. Chapter 15 unrecorded alcohol consumption. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W, et al, editors. *Alcohol science, policy, and public health university of Oxford: Oxford University Press*; 2013. p. 135.
- 25.Nordlund S, Osterberg E. Unrecorded alcohol consumption: its economics and its effects on alcohol control in the Nordic countries. *Addiction*. 2000;95(4):551-64.
- 26.Lorpadit T, Noosorn N. Problem of binge drinking illicit spirits community with policy controls Thailand. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2018;10(1):154-63. (in Thai)
- 27.World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 28.World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 29.Assanangkornchai S. Report on the Situation of alcohol consumption in Thai society in 2560 BC. Bangkok: Sahamit Pattana Printing; 2017.

- (in Thai)
30. Chaiyasong S, Limwattananon S, Limwattananon C, Thamarangsi T, Tangchareonsathien V, Schommer J. Impacts of excise tax raise on illegal and total alcohol consumption: A Thai experience. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2011;18(2):90–9.
31. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Non-communicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization; 2000.
32. Thamarangsi T. Unrecorded alcohol: significant neglected challenges. *Addiction*. 2013;108(12):2048–50.
33. Rehm J, Poznyak V. On monitoring unrecorded alcohol consumption. *Alcoholism and Drug Addiction*. 2015;28(2):79–89.
34. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. France: World Health Organization; 2018.
35. The Office of Transport and Traffic Policy and planning. Report analysis of road accident situations of the Ministry of Transport, B.E. 2020. Bangkok: Ministry of Transport; 2021. (in Thai)
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults – United States, 2010. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(1):14–9.
37. Murakami K, Hashimoto H. Associations of education and income with heavy drinking and problem drinking among men: evidence from a population-based study in Japan. *BMC Public Health*. 2019;19:420.
38. Neufeld M, Wittchen H-U, Rehm J. Drinking patterns and harm of unrecorded alcohol in Russia: a qualitative interview study. *Addiction Research & Theory*. 2017;25(4):310–7.