

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้ศึกษาดำรง เอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. มาตรการการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
4. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการศึกษา

1. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.1 ความหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการใช้คำเรียกที่แตกต่างกันออกไป เช่น สุรา เหล้า น้ำเมา เป็นต้น ได้มีการอธิบายความหมายไว้ดังนี้

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา มาจากภาษาสันสกฤตและบาลี แปลว่า เหล้า หรือน้ำเมาที่กลั่นแล้วในทางวิทยาศาสตร์หมายถึง สารอินทรีย์ชนิดหนึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวใส กลิ่นฉุนระเหยง่าย ชื่อเต็มคือ เอทิลแอลกอฮอล์ แต่มักเรียกว่าแอลกอฮอล์ ได้มาจากการหมักสารประเภทแป้งหรือน้ำตาลผสมยีสต์ เมื่อดื่มเข้าไปทำให้เกิดอาการมึนเมา (ราชบัณฑิตสถาน, 2525)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น (ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2550)

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิด เช่น สุรา หรือเหล้า เช่น เหล้าขาว วิสกี้ (แม่โขง แสงทิพย์ หงส์ทอง) จะมีแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 40 ไวน์ จะมีแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 20.5 และเบียร์ มีแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 4-5 เนื่องมาจากความแตกต่างของความ

เข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิดดังกล่าว จึงเรียกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามปริมาณของแอลกอฮอล์คือ 1 ดื่มมาตรฐาน หรือ 1 ดริงก์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ 10 กรัม ซึ่งเทียบได้กับเหล้า 1 เป๊ก (30 มิลลิลิตร) หรือเบียร์ 1 แก้ว (285 มิลลิลิตร) หรือไวน์ 1 แก้วเล็ก (100 มิลลิลิตร) (<http://www.cas.or.th>, 30 เมษายน 2550)

1.2 สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลกระบุว่า ทุกวันนี้ทั่วโลกมีผู้ดื่มสุรา จำนวน 2,000,000,000 คน ซึ่งได้รับผลกระทบจากพิษสุราด้วยการเป็นโรคจากพิษสุรา จำนวน 76,000,000 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากสุราจำนวน 2,300,000 คน ต่อปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยสุราถึงชั่วโมงละ 300 คน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อทุกประเทศทั่วโลกเช่น ที่แคนาดาสูญเสียเกือบ 300,000 ล้านบาท ที่นิวซีแลนด์ สูงกว่า 600,000 ล้านบาท จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา อายุเฉลี่ยที่เด็กวัยรุ่นเริ่มดื่มเหล้า เบียร์ หรือไวน์ ตั้งแต่อายุ 12 ปี และในแต่ละปีจะมีวัยรุ่น จำนวน 4 ล้าน 6 แสนคน อายุระหว่าง 14-17 ปี (<http://www.thaihealth.or.th>, 29 เมษายน 2550)

สำหรับประเทศไทยมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 อยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก โดยมีปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8.47 ลิตร/คน/ปี แต่หากพิจารณาแยกประเภทพบว่า คนไทยดื่มเบียร์ เป็นอันดับที่ 85 ของโลก โดยมีปริมาณการดื่มเท่ากับ 1.31 ลิตร/คน/ปี รวมทั้งมีการดื่มไวน์ เป็นอันดับที่ 124 ของโลก โดยมีปริมาณการดื่มเท่ากับ 0.04 ลิตร/คน/ปี และมีการดื่มเหล้า เป็นอันดับที่ 5 ของโลก มีปริมาณการดื่มเท่ากับ 7.13 ลิตร/คน/ปี สำหรับแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ถึงปีพ.ศ. 2544 พบว่าช่วงระยะเวลาดังกล่าวคนไทยมีอัตราการดื่มที่เพิ่มสูงมากขึ้น คืออันดับที่ 50 ในปี พ.ศ. 2539 อันดับที่ 44 ในปี พ.ศ. 2540 อันดับที่ 43 ในปี พ.ศ. 2543 และอันดับที่ 40 ในปี พ.ศ. 2544 ประเภทของการดื่มเบียร์ ไวน์และเหล้ามีลำดับที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (<http://www.cas.or.th> 30 เมษายน 2550) (ดังแสดงได้ในตาราง 2.1)

ตาราง 2.1 อันดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2541-2544

ปี	อันดับโลก			
	รวม	เบียร์	ไวน์	เหล้า
2544	40	85	124	5
2543	43	92	132	6
2542	44	102	138	6
2541	50	102	146	9

จะเห็นได้ว่า ข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ยังอยู่ในอันดับที่สูงขึ้นโดยคิดอันดับโลกที่ 40 โดยมีการดื่มสุรากลั่นมากเป็นอันดับ 5 ของโลก สุรากลั่นในที่นี้หมายถึงรวมถึงเหล้าขาวด้วย ซึ่งเป็นเหล้าที่เสียภาษีเพียง 70 บาท/ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ขณะที่เหล้ากลั่นชนิดอื่น ๆ ถูกเก็บภาษีเต็มเพดานแล้วที่ 400 บาท/ลิตร ซึ่งทำให้ราคาขายสูงขึ้น ยอดจำหน่ายลดลง ดังนั้นเหล้าขาวจึงเป็นเหล้ามาได้ในราคาถูก ส่วนเบียร์ยังเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยนิยมดื่มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1.09 เป็น 1.13 1.25 และ 1.31 ลิตร/คน/ปี ทำให้อันดับโลกของการดื่มเบียร์เพิ่มจากอันดับที่ 102 เป็น 102, 92 และ 85 และยังทำให้อันดับรวมการดื่มทุกประเภทเพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 50 เป็น 44, 43, และ 40 ในปี พ.ศ. 2541 2542 2543 และ 2544 ตามลำดับ ส่วนการขึ้นภาษีเบียร์นั้นยังขึ้นไม่เต็มเพดานเหมือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่นที่ขึ้นภาษี เมื่อปลายปี พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมา ทั้งนี้เบียร์สามารถขึ้นอัตราภาษีตามมูลค่าจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 60 ซึ่งเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เยาวชนใช้เป็นต้นทางสู่การดื่ม ดังนั้นการทำให้เบียร์มีราคาสูงขึ้นโดยการขึ้นภาษีถือเป็นการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ที่มีประสิทธิภาพ (<http://www.cas.or.th> 30 เมษายน 2550)

จากรายงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าปริมาณการจำหน่ายสุรา เฉพาะไตรมาสที่ 4 ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2549 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8 โดยเบียร์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18.2 (<http://www.thaihealth.or.th>. 29 เมษายน 2550) สำหรับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่า 20 ล้านคน คิดเป็นอัตราการดื่มร้อยละ 32.7 มูลค่าการบริโภค 125,000 ล้านบาทต่อปีโดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิงกว่า 5 เท่า (ร้อยละ 55.4 และ 10.3) พบมากที่สุดในกลุ่มวัยแรงงานอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 38.7) รองลงมาในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 23.5) คาดว่าจำนวนผู้บริโภคจะเพิ่มขึ้นทุกเพศและกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิง 15-19 ปี เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า ภายใน 7 ปี และวัยรุ่นไทยดื่มหนักขึ้นมากกว่า 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย คิดเป็นอันดับที่ 40 ของโลก โดยเฉพาะการดื่มเหล้ากลั่นเป็นอันดับที่ 5 ของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เด็กและเยาวชนเคยดื่มมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เบียร์ (ร้อยละ 90) รองลงมาคือ วิสกี้หรือบรันดี (ร้อยละ 77) และเหล้าขาวหรือยาแดงเหล้า (ร้อยละ 58) (<http://www.thaihealth.or.th>. 29 เมษายน 2550)

1.3 ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น จะเป็นลักษณะที่ต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นจากไม่ดื่มเลยหรือดื่มน้อยไปจนถึงดื่มหนัก แต่อาจจะไม่สามารถกำหนดเป็นระดับการดื่มที่แน่นอนได้ว่าควรดื่มอย่างไรจึงจะปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ในต่างประเทศได้มีการ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสียดำ หมายถึง การดื่มในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งตัวต่อผู้ดื่มเองและสังคมรอบข้างคือ การดื่มที่ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง หมายถึง การดื่มในลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพคือ การดื่มช่วงระหว่างมากกว่า 2-4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือมากกว่า 4-6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย หมายถึง การดื่มในลักษณะที่เกิดอันตรายต่อสภาพร่างกายหรือจิตใจ เป็นการดื่มช่วงระหว่างมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิงหรือมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

1.4 ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อผลเสียต่อสุขภาพ ทว่าแนวโน้มทั้งจำนวนผู้ดื่มและปริมาณการดื่มกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในเชิงสุขภาพและสังคมในหลายด้าน ได้แก่

1.4.1 ผลกระทบทางด้านสุขภาพ

ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่าผลกระทบจากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทำให้เกิดโรคต่างๆ มากถึง 60 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็งตับ โดยพบผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่า 20,000 รายต่อปี นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพจิตคือ ผู้ดื่มสุราเรื้อรังจะมีความเครียดได้ร้อยละ 51.2 อาการซึมเศร้ามีร้อยละ 48.6 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 11.9 ส่วนวัยรุ่นที่มีบิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีสุขภาพจิตมากกว่าเด็กทั่วไปถึง 11.5 เท่า ในขณะที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบประสาทและร่างกาย (<http://www.stopdrink.com> 29 เมษายน 2550)

ข้อมูลจากศูนย์วิจัยสุราระบุว่า ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะสั้น การดื่มทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเมาค้าง ปวดมึนศรีษะ ในขณะที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบประสาทและร่างกายดังนี้ (<http://www.stopdrink.com>. 29 เมษายน 2550)

- 30 มก. % สมองสั่น ร่าเริง
- 50 มก. % เสียการควบคุมการเคลื่อนไหว

100 มก. %	แสดงอาการมา ทรงตัวไม่ได้
200 มก. %	สับสน
300 มก. %	เกิดอาการง่วง งง ซึม
400 มก. %	หมดสติ และอาจถึงตายได้

ส่วนผลเสียทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะยาว ทำให้ความจำเสื่อม ประสาทหลอน เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคกระเพาะ ซึ่งเป็นโรคที่รักษาให้หายยาก รายได้ที่ได้จากการทำงานต้องหมดไปกับการรักษาโรค ต้องไปกู้หนี้ยืมสินมาเป็นค่าใช้จ่าย และสูญเสียหน้าที่การทำงานเกิดความรุนแรงในครอบครัว มีแนวโน้มเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าในครอบครัว สูงกว่าในครอบครัวทั่วไป ทำให้เด็กหนีออกจากบ้านเป็นเด็กจรจัดไร้ที่อยู่สร้างปัญหาสังคมไม่รู้จักหมดสิ้น (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, 2544)

1.4.2 ผลกระทบทางด้านสังคม

องค์การอนามัยโลกระบุว่า มีอัตราการเสียชีวิตจาก 64 ประเทศทั่วโลกที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร การฆาตกรรม โรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับ เป็นต้น พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 37-43 และ 18-43 ตามลำดับ) (World Health Organization [WHO], 1999) จากสถิติของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2547 มีการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดเหตุ มีผู้บาดเจ็บจากยานพาหนะทุกประเภทถึงร้อยละ 72.7 มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 62.0 ในแต่ละปีพบปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด ผู้ที่ “เมาแล้วขับ” ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจรสร้างความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก โดยพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับอุบัติเหตุจราจรเมื่อเทียบกับคนที่ไม่บริโภค (ขงยุทธ ขจรธรรม และคณะ, 2547) ดังนี้คือ

ระดับแอลกอฮอล์ (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	การเกิดอุบัติเหตุ (เท่า)
20-40	3-5
50-70	6-17
100-140	29-240
มากกว่า 150	มากกว่า 300

จากข้อมูลของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ได้สรุปอุบัติเหตุทางท้องถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2550 พบเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 4,180 ครั้ง จำนวนผู้บาดเจ็บ 4,671 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 359 ราย จังหวัดที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด รองลงมาคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดเชียงใหม่ ตามลำดับ มีผู้บาดเจ็บมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 18.7 อายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 17.1

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ จากรายงานการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ. 2550 ประจำวันที่ 11-16 เมษายน 2550 โดยศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่พ.ศ. 2550 มีการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 101 ครั้ง พบว่าผู้บาดเจ็บจำนวน 98 ราย แยกเป็นชาย 73 ราย หญิง 25 ราย และผู้เสียชีวิตจำนวน 11 ราย แยกเป็นชาย 9 ราย หญิง 2 ราย พบสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการเมาสุรา ตามลำดับ โดยมักเกิดในช่วงเวลา 16.01-20.00 น. และ 12.01-16.00 น. ตามลำดับ (<http://www.cdpm10.com>. 30 เมษายน 2550)

1.4.3 ผลกระทบด้านปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่ามีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวถึงร้อยละ 83 ที่เกิดจากฤทธิ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.84 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ไม่ใช้สุรา นอกจากนี้มีผลการศึกษาพฤติกรรมเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดของเยาวชนที่ทำผิดกฎหมายทั้งหมดกว่า 6,000 คน อายุ 7-18 ปี ในจำนวนเด็กที่ทำผิด เคยดื่มสุราร้อยละ 85 โดยร้อยละ 35 ทำผิดระหว่างดื่ม (<http://www.thaihealth.or.th>. 29 เมษายน 2550)

2. มาตรการการควบคุมเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.1 ประวัติความเป็นมาของเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายควบคุมปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย มีการกำหนดขึ้นและเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปตามสถานการณ์เรื่อยมา ซึ่งสะท้อนพัฒนาการของสังคมในการมองและแก้ไขปัญหาอันเกี่ยวเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีแนวคิดในการกำหนดนโยบายสุราเพื่อประโยชน์ของรัฐ ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันคือรัฐมุ่งเน้นการหารายได้จากการค้าเครื่องดื่มสุราด้วยวิธีผูกขาด โดยให้เอกชนผูกขาดดำเนินการ แล้วเปลี่ยนมาเป็นรัฐบาลผูกขาดดำเนินการเอง

สำหรับการผูกขาดการสุรานั้นเริ่มในสมัยพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ดังปรากฏในตราสามดวง มีการออกกฎหมายเรื่องน้ำสุรา จ.ศ. 1148 (พ.ศ. 2329) โดยห้ามราษฎรดื่มกลั่นสุราโดยมิได้รับอนุญาต ทั้งนี้เพื่อให้การจัดเก็บรายได้ให้รัฐและการปราบปรามสุราเถื่อน ได้สร้างโรงงานสุราบางยี่ขัน ซึ่งเป็นโรงต้มกลั่นสุราของรัฐบาลแห่งแรกขึ้น ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 2 ในสมัยรัชกาลที่ 3 ทรงประกาศยกเลิกการฝิ่น เพราะทรงเห็นว่าฝิ่นเป็นสิ่งไม่ดีแต่ทรงคงอากรสุราไว้ เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้แผ่นดินนโยบายที่ถือว่าสำคัญกว่าการควบคุมการบริโภคสุรา แต่ในสมัยรัชกาลที่ 5 มี

พอสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 เปรียบเสมือนการเริ่มต้นของยุคใหม่แห่งการบริโภค และการจำหน่ายสุราในประเทศไทย การบริโภคสุราโดยเฉพาะสุรารัฐบาลเพิ่มขึ้นมากจะเห็นได้จากปริมาณภาษีสุราของรัฐที่เพิ่มสูงเกือบเท่าตัวในเวลาหนึ่งปี จาก 39.3 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2488 เป็น 66.57 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2489 สถิติดังกล่าวเพิ่มขึ้นเกือบทุกปี และเป็นการเพิ่มในอัตราที่สูงมาก โดยเฉลี่ยแล้วทุก 10 ปี รายได้จากภาษีสุราจะเพิ่มเป็น 3 เท่าตัว มีการปราบสุราเถื่อนและต่อรองกับสุราต่างประเทศตลอด เนื่องจากทำให้ยอดจำหน่ายสุราของรัฐลดลง ช่วงใดที่มีสุราเถื่อนมาก หรือสุราต่างประเทศเข้ามามาก ช่วงนั้นสุราของรัฐจะจำหน่ายได้ลดลง ช่วงนั้นสุราไทยจะมียอดขายสูงและได้อนุญาตให้เอกชนทำการต้มกลั่นและขายส่ง โดยใช้วิธีเปิดประมูลเงินค่าธรรมเนียมพิเศษ แต่ในท้ายที่สุดรัฐบาลโอนกิจการการผลิต และจำหน่ายสุรากลั้บให้กรมสรรพสามิตเป็นผู้ดำเนิน โดยให้เอกชนได้ดำเนินการทั้งหมดและจัดตั้งองค์การสุรา ซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจขึ้นในปี พ.ศ. 2506 พ.ร.บ.สุรา พ.ศ. 2493 เป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุราที่บังคับใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ครอบคลุมการกำหนดกฎเกณฑ์ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการทำสุรา และนำเข้าสุรามาในราชอาณาจักร ภาษีสุรา การใช้และการขนสุรา การขายสุราและบทกำหนดโทษ โดยมีการปรับปรุงข้อบังคับต่างๆ ตามสภาพต่างๆ ในแต่ละยุคสมัย (<http://www.cas.or.th>, 30 เมษายน 2550)

2.2 องค์การที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การพัฒนาด้านองค์การที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ องค์การที่สำคัญได้แก่

2.2.1 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เกิดขึ้นเมื่อเดือนเมษายน 2544 ซึ่งได้รับงบประมาณจากเงินทุนร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่ เพื่อดำเนินการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรภาคีต่างๆ ในการดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสังคมโดยรวม และการสร้างกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพของ

2.2.2 คณะกรรมการดำเนินการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

(คบอช.)

เกิดขึ้นโดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 724/2546 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2546 โดยมีอำนาจหน้าที่การกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชาติประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ศึกษาวิจัย สนับสนุนการมีส่วนร่วมของสาธารณชน พิจารณาเสนอมาตรการ หรือปรับปรุงแก้ไข กฎหมายจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ รวมทั้งรายงานผลการดำเนินการของคณะกรรมการให้คณะรัฐมนตรีทราบอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ทำให้มีจุดเริ่มต้นของการบูรณาการการทำงานขององค์กรต่างๆ (<http://www.thaiantitobacco.com>. 30 เมษายน 2550)

2.2.3 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

เป็นองค์กรภายใต้มติบุคคลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2547 ศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้ถูกเปลี่ยนชื่อมาแล้ว 2 ครั้งด้วยกัน จากศูนย์วิจัยเพื่อควบคุมการบริโภคสุราเป็นศูนย์วิชาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสุราจนมาเป็นศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ในที่สุด ทำหน้าที่เป็นศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคราระดับชาติด้วยกลไกการประสานและสนับสนุนกิจกรรมการสร้าง และใช้ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ติดตามและประเมินผลนโยบาย มาตรการ และการดำเนินการต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสุรา (<http://www.cas.or.th>. 30 เมษายน 2550)

2.2.4 เครือข่ายองค์กรงดเหล้า

กำเนิดขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2546 โดยครั้งแรกมีองค์กรกว่า 50 องค์กร ได้มารวมตัวกันทำกิจกรรม “รณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปลูกกระแสสังคมให้ตระหนัก

2.3 มาตรการในการป้องกันและควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะสามารถช่วยลดปัญหาและผลกระทบด้านต่างๆ ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนทุกคน มาตรการที่สำคัญได้แก่ มาตรการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดอุบัติเหตุ การเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิต การควบคุมการเข้าถึงและหาซื้อ การโฆษณา รวมทั้งร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้คือ (<http://www.cas.or.th>, 30 เมษายน 2550)

2.3.1 มาตรการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดอุบัติเหตุ

ในปี พ.ศ. 2522 รัฐได้ออก พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 กำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่รถในขณะที่มีเมาสุราหรือของอย่างอื่น (มาตรา 43(2)) โดยกำหนดให้เจ้าพนักงานจราจรหรือพนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถ และสั่งให้มีการทดสอบว่าผู้ขับขี่หย่อนความสามารถในการขับหรือเมาสุรา หรือของเมอย่างอื่นหรือไม่ รวมทั้งการกำหนดไม่ให้ผู้ขับขี่ขับรถขณะเมาสุรา และการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกินกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพื่อเป็นการสนับสนุนการควบคุมปัญหาอุบัติเหตุจากการเมาสุรา

2.3.2 มาตรการเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิต

โดยกำหนดการออกใบอนุญาต การเพิ่มอัตราค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตจำหน่าย และมาตรการกำหนดพื้นที่เขตปลอดการจำหน่ายและการดื่ม เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน และร้านสะดวกซื้อในปั้มน้ำมัน เป็นต้น

2.3.3 การออกมาตรการควบคุมการเข้าถึงและหาซื้อ

รัฐบาลมีนโยบายจำกัดอุปทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก โดยการจำกัดเวลาขายตามกฎกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2504 ออกตามความในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 โดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายปลีกสุรา ที่ไม่ใช่การจำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขาย จำหน่ายได้เฉพาะเวลา 11.00–14.00 น. และ 17.00–20.00 น. ของวันถัดไป ต่อมามีการจำกัดเวลาเพิ่มขึ้น โดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายปลีกสุราทั้งที่จำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขาย และไม่ใช่อำนาจจำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขายให้จำหน่ายได้เฉพาะเวลา 11.00–14.00 น. และ 17.00–24.00 น.

ต่อมามีนโยบายการจำกัดอายุผู้ซื้อและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุต่ำกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 26 (10) ระบุว่าภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งกฎหมายอื่นไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ โดยห้ามมิให้ผู้ใดกระทำการจำหน่าย แลกเปลี่ยน หรือให้สุราหรือบุหรี่แก่เด็ก เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์ และ มาตรา 45 ห้ามมิให้เด็กซื้อหรือเสพสุรา

ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 25097 มาตรา 16 (2) กำหนดห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตั้งสถานบริการยินยอม หรือปล่อยให้พลละเลยให้ผู้มีอาการมีเมานจนประพฤตินุญวาย หรือครองสติไม่ได้เข้าไปหรืออยู่ในสถานบริการระหว่างเวลาทำการ มาตรา 16 (3) ห้ามมิให้จำหน่ายสุราให้แก่ ผู้มีอาการมีเมานจนประพฤตินุญวายหรือครองสติไม่ได้ และมาตรา 16 / 1 ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตั้งสถานบริการยินยอม หรือปล่อยให้พลละเลยให้ผู้มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ เข้าไปในสถานบริการระหว่างทำการ

2.3.4 มาตรการโฆษณา

รัฐบาลมีนโยบายจำกัดอุปทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก โดยการจำกัดเวลาขายตามกฎหมายกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2504 ออกตามความในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 177 พ.ศ. 2540 ข้อ 5 กำหนดให้สุราเป็นอาหารที่ต้องมีฉลากโดยติดฉลากคำเตือนเป็นภาษาไทยที่มองเห็นได้ง่าย ใช้ตัวอักษรที่บิขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 2 มิลลิเมตร สีของข้อความตัดกับสีพื้นของฉลากโดยต้องแสดงข้อความ “คำเตือน : การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง” บนผลิตภัณฑ์สุรา

สำหรับประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 275) พ.ศ. 2546 ได้กำหนดข้อความคำเตือนมีดังนี้คือ “ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี” “การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง” และ “เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ควรดื่ม” โดยใช้ตัวอักษรเส้นที่บิขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร อยู่ในกรอบที่แยกจากส่วนอื่น สีของกรอบและข้อความตัดกับสีพื้นของฉลาก ต่อมา 22 มีนาคม 2548 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณาที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ว่าด้วยเรื่องคำเตือนในโฆษณา มี 6 ข้อความ ได้แก่ การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการบั่นทอนสติสัมปชัญญะการดื่มสุราดื่มสุราผิดศีลข้อ 5 ทำให้ดับแข็งและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เมแล้วขับอาจพิการและตายได้ ดื่มสุราอาจทำให้ขาดสติและเสียชีวิต โดยผู้ประกอบการจะต้องแสดงคำเตือนให้ครบทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงชิ้นงานโฆษณา ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 29 กรกฎาคม 2546 ได้เห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามมาตรการ โดยห้ามเผยแพร่สปอดโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบ รวมทั้งการแสดงเครื่องหมายการค้า ชื่อผลิตภัณฑ์ ชื่อบริษัท

เป้าหมายในอนาคตคือ การควบคุมปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยได้แก่ การส่งเสริมความเข้มแข็งของการบังคับใช้กฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งการออกกฎหมายและมาตรการเพื่อควบคุมปัญหาดังกล่าวเพิ่มเติม ได้แก่

- มาตรการจำกัดความหนาแน่นของร้านจำหน่าย และการจำกัดพื้นที่ที่จำหน่ายได้
- มาตรการห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง หรือมาตรการโฆษณาตอบโต้การเชิญชวนการบริโภคสุราโดยตรง
- มาตรการควบคุมการผลิตของผลิตภัณฑ์ที่สนับสนุนการบริโภค สุราของเยาวชนโดยตรง เช่น การควบคุมบรรจุภัณฑ์ขนาดเล็กราคาถูกที่กลุ่มเป้าหมายเยาวชนหาซื้อได้ง่าย หรือการควบคุมผลิตภัณฑ์สุราพร้อมดื่ม (Ready to Drink) ที่สร้างความสะดวกให้กับกลุ่มเป้าหมาย จนมากกว่าที่การใช้วิจารณ์ของเด็กเยาวชนที่จะเห็นโทษภัยเพียงพอได้
- การนำธุรกิจสุราออกจากกรอบการค้าเสรี เพื่อให้ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีอันตรายต่อสุขภาพและสังคม ซึ่งไม่สามารถอาศัยประโยชน์จากการลดภาษีศุลกากรตามข้อตกลงการค้าเสรี อันจะทำให้ราคาสุราของประเทศคู่ค้าทั้งสองฝ่ายถูกจนเป็นเหตุให้การบริโภคสุราเพิ่มขึ้น

2.3.5 ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ขณะที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศมากมาย ดังนั้นสมควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งยังช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ขึ้น (ภาคผนวก ก, หน้า 57)

สถานการณ์ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยผลการสำรวจการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ.2550 ระหว่างวันที่ 11-17 เม.ย. 2550 ว่าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ได้ทำการสุ่มสำรวจการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่และเวลาที่ห้ามขาย จำนวน 19 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นนทบุรี สระบุรี สิงห์บุรี ชลบุรี ราชบุรี นครราชสีมา ชัยภูมิ ขอนแก่น อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก ลำพูน สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช และสงขลา พบว่าส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือจากพ่อค้าและแม่ค้าเป็นอย่างดี แต่ยังมีผู้ฝ่าฝืนขายในเวลาและสถานที่ห้ามขายเกือบร้อยละ 30 สูงกว่าช่วงเทศกาลปีใหม่สากล 2 เท่าตัว จากการสำรวจการขายในสถานที่ห้ามขาย ได้แก่ บั๊มน้ำมัน บริเวณสถานศึกษาและศาสนสถาน จำนวนทั้งหมด 1,019 แห่ง พบว่ามีการกระทำผิด 180 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 18 โดยบั๊มน้ำมันมีการกระทำผิดมากที่สุดร้อยละ 23 ศาสนสถาน ร้อยละ 10 และสถานศึกษา ร้อยละ 9 ส่วนใหญ่ขายตามเวลาที่กำหนดคือ 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. โดยมีร้านค้าที่ฝ่าฝืนมีการกระทำผิดขายในเวลาห้าม 277 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29 จากผลสำรวจดังกล่าวจะประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้มงวดการบังคับใช้กฎหมายต่อไป

(<http://www.thaihealth.or.th.20> มิถุนายน 2550)

ด้านนายแพทย์มรกต กรเกษม กล่าวว่า จะเร่งผลักดันร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีผลบังคับใช้โดยเร็ว สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้เกี่ยวข้องกับทั้งการควบคุมการซื้อขาย เพื่อลดการบริโภค โดยกำหนดอายุผู้ซื้อต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป กำหนดสถานที่ขาย รวมไปถึงการห้ามโฆษณา เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2550 ได้มีมติเห็นชอบในหลักการร่างพระราชบัญญัติการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ และจะเสนอสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไป โดยมีเนื้อหาห้ามจำหน่ายสุราให้เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี รวมทั้งห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท ยกเว้นโฆษณาที่มาจากต่างประเทศในรายการต่างๆ เช่น แข่งขันกอล์ฟ ฟุตบอล แต่รายการที่ผลิตในประเทศไทยห้ามโฆษณาอย่างเด็ดขาด ทุกเวลา ทุกสถานที่ และห้ามลดแลกแจกแถมสินค้า นอกจากนี้ยังกำหนดโทษหนึ่ง ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ใกล้โรงเรียน วัด สถานที่ราชการ โรงเรียน และโรงพยาบาล (<http://www.thaihealth.or.th.20> มิถุนายน 2550)

จากการประชุมของคณะอนุกรรมการพิจารณาการพิจารณาพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการหารือในประเด็นการควบคุมการโฆษณาว่า กรรมการทั้งหมดต่างไม่เห็นด้วยกับการกำหนดห้ามโฆษณาตลอด 24 ชั่วโมง ตามที่เสนอมาโดยเห็นว่าไม่ควรห้ามอย่างเด็ดขาดทั้งหมด เพราะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นธุรกิจที่รัฐจัดเก็บภาษีเช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ และสามารถนำเงินเข้าประเทศจำนวนมาก ประกอบกับการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ปรากฏว่ามีเพียงแค่ 1-2 ประเทศเท่านั้นที่ห้ามโฆษณาเด็ดขาด นอกนั้นเป็น

ทางด้าน ดร.อัมมาร สยามวาลา นักวิชาการทีดีอาร์ไอเสนอว่า การโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรพบกันครึ่งทาง ให้มีเนื้อที่โฆษณาเตือนหลังโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นั้นเห็นว่า มีหน่วยงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้งบประมาณจากการ จัดเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่ดำเนินการอยู่แล้ว ดังนั้นหากจะกำหนดให้ผู้ประกอบการจ่ายเพิ่มให้กับ รัฐบาลในการโฆษณาเตือนคงเป็นสิ่งไม่ถูกต้องและไม่มีเหตุผล ดังนั้นข้อเสนอของ ดร.อัมมาร จึง เป็นไปไม่ได้และคงไม่กำหนดในกฎหมาย และจะเป็นการพิจารณาต่อในส่วนสื่อโฆษณาอื่นอย่าง เช่น การจัดอีเวนท์ สาวเชียร์เบียร์ เป็นต้น (<http://www.moph.go.th>, 20 มิถุนายน 2550)

ช่วงนี้มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้การสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฝ่ายของผู้เสียผลประโยชน์โดยตรงที่มีกำลังเงินและอิทธิพล ได้มีความ พยายามวิ่งเต้นเพื่อล้มกฎหมายในสภา หรือแก้ไขกฎหมายเรื่องดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพลดลง หากร่างพระราชบัญญัติคืบหน้ามาที่เสนอโดยรัฐบาล ซึ่งมีสาระสำคัญเรื่องการมีกลไกระดับชาติ และระดับจังหวัด คูณนโยบายการจำกัดสถานที่จำหน่าย สถานที่ดื่ม เวลาขาย อายุแก่ผู้ซื้อ การห้าม โฆษณาในทุกสื่อและการจัดบริการบำบัดรักษาผู้ติดเหล้า นั้น ได้ผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ออกเป็นกฎหมายได้ สถานที่หลายแห่งจะปลดการขายเหล้า เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดผลกระทบจากการดื่มน้ำเมาอย่างวิกฤติเหมือนในปัจจุบัน

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ประเทือง ภูมิภัทราคม (2540, อ้างใน ชูชาติ เจริญสอน, 2549) ให้ความหมายของ พฤติกรรมว่าหมายถึง สิ่งทีบุคคลกระทำ แสดงออกตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพที่สังเกตได้ พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ พฤติกรรมภายนอก หมายถึง การกระทำซึ่งแสดงออก หรือ การตอบสนองที่สามารถสังเกตและวัดได้ และพฤติกรรมภายใน หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถ

Boom (1975, อ้างใน จันทนา ชูเกียรติศิริ, 2544) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ ตามระดับการเรียนรู้ต่างๆ โดยแบ่งตามลักษณะของพฤติกรรมด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ

สรุป พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรม หรือการกระทำต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกมาเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยผ่านกระบวนการรับรู้ ความรู้สึก และการตัดสินใจ แล้วแสดงออกมาเป็นการปฏิบัติในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

4. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมายของความคิดเห็น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กันดังนี้

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2538, อ้างใน ฉัตรชัย วิบูลย์สิทธิโชค, 2545) ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinions) หมายถึง ความพึงพอใจ ความไว้วางใจ หรืออคติสำหรับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว

วิรัตน์ แต่กระโทก (2542) ให้ความหมายว่าเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึก หรือความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ด้วยการพูด หรือการเขียน โดยมีอารมณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานของการแสดงออก ซึ่งอาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ อาจจะได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้

โทมัส (Thomas 1959 : 223, อ้างใน วิรัตน์ แต่กระโทก 2542) ให้ความหมายความคิดเห็นสั้นๆ ไว้ว่า “คือการยอมรับในคำพูดที่แสดงออกมาในเรื่องนั้นๆ”

ฮิลการ์ด (Hilgard 1962 : 622 , อ้างใน วิรัตน์ แต่กระโทก 2542) กล่าวว่า “ความคิดเห็น คือ การพิจารณาตัดสิน หรือ ความเชื่อที่นำไปสู่การคาดคะเน หรือ การแปลผลในพฤติกรรม หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น”

Kolasa (1969, อ้างใน ศรีสำอางค์ วรรณกุล. 2548) อธิบายว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่จะพิจารณาถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นการประเมินผล หรือแปลความหมายสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

สรุป ความคิดเห็นเป็นความเชื่อ การแสดงออกทางด้านความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพูดหรือการเขียน โดยมีอารมณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อม โดยการแสดงออกขณะนั้น อาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ อาจได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่น และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ (2544) ได้สำรวจพฤติกรรมและความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 1,672 ตัวอย่าง พบมีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากที่สุด (ร้อยละ 67.2) รองลงมาคือ ดื่มแล้วก่ออาชญากรรม และดื่มแล้วทำอาจารย์ ล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 59.2 และ ร้อยละ 47.7 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการดื่มเหล้า เบียร์ โดยเฉลี่ย 3.8 แก้วต่อคนต่อวัน (ร้อยละ 55.2) และมีวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 9)

จินตนา คำแก่น (2548) ได้ศึกษาบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน หมู่บ้านดงจี้เหล็ก ตำบลเข้ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่าง 101 คน พบว่า เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น และพบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตของชุมชนจากความเชื่อและประเพณีต่างๆ

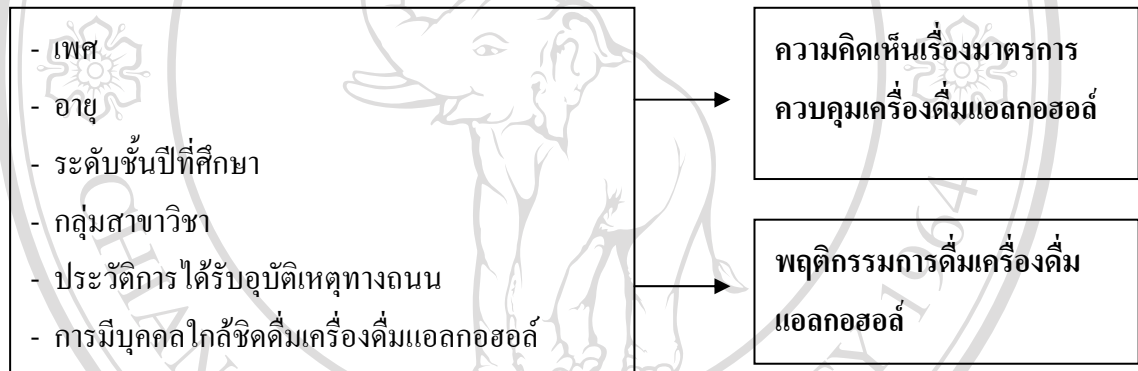
ฉานนัท ปิ่นเสมอ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคที่มีผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่ดื่มในงานสังสรรค์ ดื่มกับเพื่อน ดื่มที่สถานบันเทิงในช่วงเวลาระหว่าง 20.01-24.00 น. โดยซื้อที่ร้านสะดวกซื้อ มีความถี่ในการดื่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ดื่มครั้งละ 1 ขวด โดยรู้จักจากสื่อโทรทัศน์ และซื้อจากการลดราคา

ธนกฤต ณะประกอบภรณ์ (2549) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคสุราไทยและสุราต่างประเทศของประชาชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่มักจะบริโภคเป็นครั้งคราวเวลาในช่วงเย็น (หลังเลิกงาน) แต่แต่ละครั้งจะบริโภคน้อยกว่าครึ่งขวด ส่วนใหญ่จะซื้อสุราขวดใหญ่ขนาด 750 มิลลิลิตร ที่ร้านค้าปลีกทั่วไปใกล้บ้านมาบริโภค ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคสุราไทยพบว่า ด้านผลิตภัณฑ์ให้ความสำคัญกับรสชาติและราคาที่เหมาะสม ด้านบุคคลให้ความสำคัญกับการดื่มสังสรรค์กับเพื่อน และการซื้อสุราได้สะดวก

ประภัสสร สุวรรณบงกช (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่าง 330 คน พบอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปี ร้อยละ 67.0 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 85.2 และ 35.0) โดยนิยมเบียร์และเหล้า พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 33.0 และ 9.5) โดยดื่มเบียร์ครั้งละ 4-6 กระป๋อง/ครั้ง มากกว่า 2-4 ครั้ง/สัปดาห์ มักดื่มกับเพื่อน และมีเหตุผลการดื่มเพื่อเข้าสังคมใน

สุจิตรา อินทะวงษ์ (2549) ได้ศึกษาความคาดหวังจากการดื่มน้ำแอลกอฮอล์และแบบแผนการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่าง 1,152 คน พบว่าส่วนใหญ่มีการดื่มน้ำแอลกอฮอล์แบบเล็กน้อย (ร้อยละ 64.4) รองลงมาคือ การดื่มน้ำแอลกอฮอล์แบบอันตรายและ การดื่มน้ำแอลกอฮอล์แบบอันตรายมาก (ร้อยละ 18.4 และ 17.0 ตามลำดับ)

6. กรอบแนวคิดการศึกษา



แผนภาพ 2.1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง