

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ฉบับที่ ๑)

การศึกษาระยะยาวแบบไปข้างหน้าในประเทศไทย
เกี่ยวกับรูปแบบการใช้และการจัดหาเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดของผู้ปกครองใน
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

รายงานปีที่ ๑ / ๒๕๖๑

หัวหน้าโครงการ

รศ.พญ. รัชมน กัลยาศิริ

Rasmon Kalayasiri, M.D.

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

(Draft Final Report ฉบับที่ 1/3)

เรื่อง การศึกษาระยะยาวแบบไปข้างหน้าในประเทศไทยเกี่ยวกับรูปแบบการใช้และการ
จัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดของผู้ปกครองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
Thailand Parental Supply and Use of Alcohol, Cigarettes & Drugs Longitudinal
Study Cohort in Secondary School Students

หัวหน้าโครงการวิจัย รศ.พญ. รัชมน กัลยาศิริ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามทีมผู้วิจัย

กรุงเทพมหานคร รศ.พญ.รัชมน กัลยาศิริ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ.นพ. ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ร.อ.หญิง พญ. วณิดา รัตนสุมาวงศ์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นาย นวพรรษ เชื้อต่าย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภาคเหนือ รศ.พญ. สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ภาคอีสาน ศ.พญ. สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ. วรท ลำไย โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พญ. นัฏฐ์วิรัตน์ เอนกวิทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
ภาคกลาง ผศ.ดร.นพ. วรภัทร รัตอาภา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.นพ. วัลลภ อัจฉริยะสิงห์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อ.ดร.พญ. เริงฤดี ปธานวนิช ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ภาคใต้ นพ. พลเทพ วิจิตรคุณากร หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ. อธิบ ตันอารีย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ หน่วยระบาดวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

๑๖ เมษายน ๒๕๖๒

บทสรุปผู้บริหาร

ผลของการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นจากการศึกษาที่มีมาก่อนหน้าพบว่าการเริ่มดื่มและการใช้สารเสพติดเมื่ออายุน้อย จะส่งผลต่อการมีปัญหาและผลกระทบต่อความผิดปกติของพฤติกรรม การดื่มและการใช้สารเสพติดที่ตามมาได้ในอนาคต โดยพบผลที่ชัดเจนในด้านความผิดปกติของการใช้สารเสพติด และพบว่าปัจจัยที่หลากหลายที่มีอิทธิพลต่อการดื่มและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดของเยาวชนประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางด้านชีวภาพ เพศ อายุ โดยปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดสารเสพติดในอนาคตได้สูงมาก เช่น การเริ่มใช้สารตั้งแต่อายุยังน้อย การใช้สารเสพติดหลายชนิด และการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น การมีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางจิตสังคมทั้งทางด้านสุขภาพจิต การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ และทัศนคติที่มีต่อผลจากการใช้สาร กับปัจจัยทางสถานศึกษาและเพื่อน ทั้งพฤติกรรมกรดื่มหรือสูบบุหรี่ของเพื่อนและกฎระเบียบการดูแลในโรงเรียน โดยการมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างเด็ก เพื่อน และครูอาจารย์ จะช่วยเป็นปัจจัยป้องกัน และท้ายสุดคือปัจจัยทางครอบครัวที่พบจากการศึกษาในต่างประเทศว่าการหยิบบ่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ลูกหลานจะทำให้เกิดค่านิยมในเยาวชนว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติที่สามารถทำได้ ทำให้เกิดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่างๆ ตามมา นอกจากนี้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การโฆษณา การรณรงค์ และ ฉลากคำเตือนทางสุขภาพที่มีอยู่บนบรรจุภัณฑ์ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ค่านิยมของเยาวชนที่มีต่อการดื่มสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทางองค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ให้มีการบริหารจัดการเพื่อควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อใช้ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและด้านอื่นๆ อันเกิดเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ในแต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้น ยังจำเป็นต้องมีการค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติม เพื่อความเข้าใจ และสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น เพื่อลดความเสี่ยง และพฤติกรรมที่เกิดตามมาให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

โดยในการศึกษาปีที่หนึ่งของโครงการศึกษาแบบระยะยาวไปข้างหน้าเกี่ยวกับรูปแบบการใช้และการจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดของผู้ปกครองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งมีกำหนดระยะเวลาสามปี พบข้อมูลพื้นฐานของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่หนึ่งราวครึ่งหนึ่งหรือจำนวนนักเรียนในอัตราส่วนที่สูงถึงหนึ่งในสองคนเคยจิบ ทดลอง หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบเต็มแก้วมาตรฐานมาก่อน จากตัวเลขความชุกดังกล่าว ทำให้จำเป็นต้องตระหนักถึงการระมัดระวังการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กนักเรียน โดยเฉพาะตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีอายุเพียง 12-13 ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุที่อนุญาตให้มีการดื่มได้ การรณรงค์ป้องกันจึงควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่นักเรียนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กนักเรียนที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป โดยให้ยึดระยะเวลาในการเผชิญกับ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้ จากข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองของเด็กนักเรียนพบความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง โดยมากกว่าหนึ่งในสิบของผู้ปกครองเคยหยิบนครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กนักเรียน และราวหนึ่งในสิบเป็นผู้สูบบุหรี่อีกด้วย ซึ่งการศึกษาระยะยาวแบบไปข้างหน้าในปีที่สองและสาม จะทำให้ทราบแนวโน้มของพฤติกรรมของเด็กนักเรียนดังกล่าวว่ามีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการเป็นผู้ดื่ม และการใช้บุหรี่เป็นอย่างไร ผลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการรณรงค์ให้คนในครอบครัวไม่หยิบนครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็ก รวมถึงการไม่อนุญาตให้เด็กนักเรียนดื่มหรือจัดหาเครื่องดื่มมาดื่มเองโดยไม่ห้ามปราม การรณรงค์ดังกล่าวจะช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กนักเรียน จนผลท้ายสุดคือการที่เด็กและประชาชนในสังคมไม่มองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องปกติอีกต่อไป

คำสำคัญ (Key Words)

Thailand, Parental supply, Alcohol, Cigarette, Drugs, Secondary school student

บทนำ

การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ แบบอันตราย ทำให้เกิดภาวะโรคเป็นอันดับต้นในผู้ที่มีอายุน้อยทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ โดยเยาวชนถือเป็นกลุ่มวัยที่มีความอ่อนไหวต่อการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา รวมถึงเป็นกลุ่มวัยที่มีความอ่อนไหวต่อการเริ่มสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดอื่น การเริ่มดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดในเยาวชนอาจเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย โดยเฉพาะการเลี้ยงดูจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และอิทธิพลของสื่อและโฆษณา โดยเฉพาะสารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น สีสองของกลุ่มธุรกิจสุรา ซึ่งมีการแทรกซึมไปทุกช่องทางทางการสื่อสาร โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งทางคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์ ทั้งนี้ การเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมผิดปกติของการดื่มสุรา เช่น การดื่มหนัก โรคติดสุรา และยังเพิ่มความเสี่ยงของผลกระทบและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผลการเรียนและการทำงานบกพร่อง การใช้สารเสพติดอื่น การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ จนกระทั่งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จึงนับว่าการดื่มสุราในเยาวชนก่อให้เกิดภาวะโรค และการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก และยังคงส่งผลต่อการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ซึ่งปัญหาจากการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และประเทศอื่นทั่วโลก โดยปัญหาจากการใช้สารเสพติดนอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขแล้วยังเป็นปัญหาในด้านอื่นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย และแนวโน้มการแพร่ระบาดของสารเสพติดมีการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากรายงานสถานการณ์สารเสพติดระดับโลก โดยสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่า มีการแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดทั่วโลกโดยประชากรประมาณ 243 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรโลก ที่อายุระหว่าง 15-64 ปี มีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย ขณะที่ผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหา มีประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก หรือ 1 คน ในทุก ๆ 200 คน

การป้องกันนักดื่ม นักสูบบุหรี่ใหม่ และการเริ่มใช้สารเสพติดจัดเป็นหนึ่งในนโยบายหลักชาติอ้างอิงจากแผนยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติพ.ศ. 2554-2563 ซึ่งมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องคือ การลดความชุกของผู้บริโภคในประชากร 15-19 ปี อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า แนวโน้มของความชุกการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ในเยาวชนอายุ 15-19 ปี มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ.2550

เป็นร้อยละ 19.4 ในพ.ศ. 2558 และแม้ในปีพ.ศ. 2560 ความชุกการดื่มสุราในเยาวชนจะลดลงเป็นร้อยละ 13.6 ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นตัวเลขที่น่าเป็นห่วง และถือว่าไม่ได้ลดลงจากในอดีต นอกจากนี้ ผลกระทบจากการเริ่มดื่มสุรา เช่น การผันตัวไปเป็นผู้ดื่มประจำ ยังเป็นสัดส่วนที่สูงถึงหนึ่งในสามของนักดื่มเยาวชนทั้งหมด

นอกจากมาตรการเชิงกฎหมายและนโยบายเพื่อควบคุมเครื่องดื่มสุราและยาสูบสำหรับประชากรไทยทุกกลุ่มวัยแล้ว การควบคุมการดื่มสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในเยาวชนยังถือเป็นมาตรการที่ควรได้รับการส่งเสริม โดยควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเริ่มดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด รวมถึงการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดในเยาวชนไทย โดยมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างเดิมแบบไปข้างหน้าซึ่งจะทำให้ทราบถึงสาเหตุของการเริ่มดื่มสุราของเยาวชนไทยอย่างแท้จริง และยังทราบถึงแนวโน้ม และแบบแผนการดื่มสุราในช่วงเวลาต่างๆ ของเยาวชนไทย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรการในการป้องกันการดื่มสุราและผลกระทบที่เกี่ยวข้องของเยาวชนที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของประเทศไทย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงการเริ่มดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดของเยาวชนไทยแบบไปข้างหน้า โดยติดตามต่อเนื่อง 3 ปี โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด โดยการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มเยาวชนส่วนใหญ่จะศึกษาในประเทศในทวีปยุโรป อเมริกาและออสเตรเลีย และส่วนใหญ่เริ่มทำการศึกษากลุ่มเยาวชนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งระยะเวลาที่ติดตามการศึกษามีความหลากหลายตามประเด็นที่สนใจ ทั้งนี้ แต่ละการศึกษาใช้วิธีการเก็บข้อมูลแตกต่างกันไป เช่น การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) และการนัดสัมภาษณ์ และตรวจร่างกายที่สถานที่ทำการศึกษา และส่วนใหญ่จะศึกษาปัจจัยของการดื่มสุรา ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว เศรษฐฐานะ การเลี้ยงดูและประวัติการดื่มสุราของผู้ปกครอง การเข้าถึงเครื่องดื่มสุราและสื่อโฆษณาเครื่องดื่มสุรา โดยมีตัวแปรตามที่น่าสนใจ ได้แก่ การเริ่มดื่มสุรา ความถี่และปริมาณสุราที่ดื่ม และการเกิดความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราในเยาวชน

การศึกษา	ประเทศ (ปีค.ศ.ที่เริ่ม สำรวจ)	กลุ่ม ตัวอย่าง	ระยะ เวลาที่ ติดตาม	ปัจจัยที่สนใจ	ผลการศึกษาที่สำคัญ
The Australian Parental Supply of Alcohol Longitudinal Study (APSALS) ^(1,2)	ออสเตรเลีย (2010-2011)	นักเรียน grade 7 และ ผู้ปกครอง จำนวน 1,927 คู่	6 ปี	ข้อมูลผู้ปกครอง: demographic, alcohol use and consequences, relationship, norms, alcohol provision to adolescent ข้อมูลของเยาวชน: alcohol supply, alcohol use, onset, quantity, frequency, harms, alcohol use disorders, motivation, parenting practices, peer influences, other substance use	<ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มที่เข้าถึงสุราจากผู้ปกครองมีพฤติกรรม binge drinking, alcohol-related harms และ alcohol use disorder (AUD) symptoms มากกว่ากลุ่มไม่เข้าถึง (OR 2.51-2.58) ● Initiating alcohol use มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการดื่มแบบ binge drinking และปริมาณการดื่ม
Growing Up Today Study (GUTS) ⁽³⁾	สหรัฐอเมริกา (1996)	เยาวชนอายุ 9-14 ปี จำนวน 16,882 คน	3 ปี	<p><u>Demographics</u> Tanner stage, race (white/non-white), self-esteem (social, athletic, global, and scholastic), cigarette smoking</p> <p><u>Family Living</u> with parent/other relatives, the frequency of family dinner at home, alcohol use (adult/sibling<21 years)</p> <p><u>Context</u> Peer alcohol use, awareness of alcohol advertising/promotion, attitudes and beliefs about alcohol consumption</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจัยเสี่ยงของการเริ่มดื่มสุรา - older age, later maturational stage, smoking, adults drinking in the home, underage sibling drinking, peer drinking, possession of or willingness to use alcohol promotional items, and positive attitudes toward alcohol, higher social self-esteem (เพศหญิง), higher athletic self-esteem (เพศชาย) ● ปัจจัยปกป้องการเริ่มดื่มสุรา - family dinner at home every day (เพศหญิง) ● ปัจจัยเสี่ยงของการดื่มหนัก - positive attitudes toward alcohol, underage sibling drinking, alcohol promotion

การศึกษา	ประเทศ (ปีค.ศ.ที่เริ่ม สำรวจ)	กลุ่ม ตัวอย่าง	ระยะ เวลาที่ ติดตาม	ปัจจัยที่สนใจ	ผลการศึกษาที่สำคัญ
Duncan et al ⁽⁴⁾	สหรัฐอเมริกา (1999)	เยาวชนอายุ 9-13 ปี และ ผู้ปกครอง 405 ราย	4 ปี	Alcohol use (adolescent/parents), family alcohol problems, family cohesion, parent supervision, peer alcohol use, peer pressure, peer/school norms, peer deviance, parent demographics	<ul style="list-style-type: none"> ● เพศหญิงและการดื่มของผู้ปกครองในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับ initial rates of alcohol use ที่สูงขึ้น ● การกระตุ้นให้ดื่มจากเพื่อนที่มากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับ initial rates of alcohol use ที่ลดลง (intercept) ● Peer deviance และการกระตุ้นให้ดื่มจากเพื่อน การเป็นชาวผิวขาวและมาจากครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับอัตราการเพิ่มการดื่มในเด็กอายุ 9-16 ปี (slope)
Monitoring the Future (MTF) ⁽⁵⁾	สหรัฐอเมริกา (1976- 1986)	เยาวชนอายุ 18 ปี 21,137 คน (11 cohort years)	17 ปี	<p><u>Adolescent risk factors</u> race/ethnicity, parental education, single-parent home, religious attendance, grades, college plans, truancy, evenings out, risk-taking, aggression, theft/property damage, self-esteem, depressive symptoms, cigarette use, marijuana use and use of other illicit drugs</p> <p><u>Outcomes</u> - thirty-day and heavy alcohol use, heavy drinking, alcohol use disorder</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การเป็นชาวผิวขาวทำนาย alcohol use แต่ไม่ทำนาย AUDs ● การที่ผู้ปกครองดื่ม การมีความเสี่ยง และการใช้บุหรี่ และกัญชา ทำนายการดื่มหนักที่อายุ 35 ปี ● การวางแผนเข้าเรียนต่อใน college ทำนายการดื่มหนักมากขึ้นที่อายุ 22 ปี แต่มีความถี่ของการดื่มหนักน้อยกว่าเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน ● การมีพฤติกรรมดึกขโมยในช่วง high school และการทำลายข้าวของ จะทำนายการมีอาการของ AUDs ในเวลาต่อมา ● การมีผลที่หลากหลายในแต่ละ cohort สะท้อนถึง general developmental trends มากกว่าการมีประวัติที่เกี่ยวข้องอย่างเฉพาะเจาะจง

การศึกษา	ประเทศ (ปีค.ศ.ที่เริ่ม สำรวจ)	กลุ่ม ตัวอย่าง	ระยะ เวลาที่ ติดตาม	ปัจจัยที่สนใจ	ผลการศึกษาที่สำคัญ
Ryan et al ⁽⁶⁾	-	Systematic review of 77 longitudinal cohort studies; adolescence or pre-adolescence (8-17 years)	-	<u>Exposure</u> Parenting factors (parental modelling, provision of alcohol, alcohol-specific communication, disapproval of adolescent drinking, general discipline, rules about alcohol, parental monitoring, parent-child relationship quality, family conflict, parental support, parental involvement, and general communication) <u>Outcomes</u> Alcohol use and/or alcohol related problems during adolescence and/or problem drinking in adulthood	<ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจัยทำนาย Delayed alcohol initiation : Parental modelling, limiting availability of alcohol to the child, parental monitoring, parent-child relationship quality, parental involvement and general communication ● ปัจจัยทำนาย Reduced levels of later drinking ในวัยรุ่น : Parental modelling, limiting availability of alcohol to the child, disapproval of adolescent drinking, general discipline, parental monitoring, parent-child relationship quality, parental support and general communication.
The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) ^(7,8)	สหราชอาณาจักร (1991-1992)	เก็บข้อมูล ขณะกลุ่ม ตัวอย่างช่วง อายุ 12-15 ปี จำนวน 7,082 ราย	1-3 ปี	Drinking frequency, typical consumption, alcohol problem-use Pre-birth demographic (sex, housing tenure, crowding status, maternal education and parity, risky behaviours (cigarette, cannabis use), conduct problems), maternal substance use	<ul style="list-style-type: none"> ● สถานะทางสังคมที่ลดลง การศึกษาของมารดาที่ต่ำ การมีมารดาที่ใช้สารเสพติด และการที่เด็กมีการสูบบุหรี่ / ใช้กัญชา เมื่ออายุ 13 ปี มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับ alcohol-use pattern ● การอยู่ในกลุ่มที่ดื่มมาก (drinking frequency or typical consumption) เพิ่มความเสี่ยง 8-10-เท่า ในการมี harmful alcohol use ที่อายุ 16 ปี

การศึกษา	ประเทศ (ปีค.ศ.ที่เริ่ม สำรวจ)	กลุ่ม ตัวอย่าง	ระยะ เวลาที่ ติดตาม	ปัจจัยที่สนใจ	ผลการศึกษาที่สำคัญ
Gordon et al ⁽⁹⁾	สหราชอาณาจักร	เยาวชน อายุ 14-16 ปี 552 คน	2 ปี	<p><u>Demographic and school-related variables</u> -age, gender, social grade, ethnicity and religion, and liking of school</p> <p><u>Drinking-related variables</u> - parent/sibling/friend drinking perceptions of others' views on them trying alcohol</p> <p><u>Drinking behaviour</u> - drinking status, uptake of drinking (changes in drinking status between waves), number of alcoholic units consumed last time, frequency of drinking</p> <p><u>Alcohol marketing</u> - alcohol marketing awareness, involvement in alcohol marketing, liking of alcohol advertising</p>	<p><u>ปัจจัยทำนายการมี initiation of drinking</u> การเกี่ยวข้องกับ alcohol marketing (AOR = 1.31, P< 0.05 การพึ่งพอใจต่อ alcohol advertising (AOR = 1.272, P< 0.05) การมีเพื่อนองดื่ม (AOR = 1.97, P< 0.05) และการมี positive perceptions มากขึ้นจากผู้อื่น (AOR = 1.19, P< 0.01)</p> <p><u>ปัจจัยทำนาย frequency of drinking</u> การเกี่ยวข้องกับ alcohol marketing (AOR = 1.43, P< 0.05) การตระหนักรู้ถึง alcohol marketing (AOR = 1.11, P< 0.05) การพึ่งพอใจต่อ alcohol marketing (AOR = 1.295, P< 0.05) เป็นผู้ดื่มในช่วง baseline (AOR = 1.85, P < 0.05) และ holding positive perceptions จากผู้อื่น (AOR = 1.18, P< 0.05).</p> <p><u>ปัจจัยป้องกัน</u> การระบุว่ามีความเกี่ยวข้องกับศาสนา (AOR = 0.57, P< 0.05)</p>

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) นิยามความหมายของสารเสพติดว่า สารเสพติด ยาหรือสารเคมีใดๆ ที่เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดผลเสียหรือเกิดพิษเรื้อรังและความเสื่อมโทรมแก่ร่างกายและจิตใจของผู้เสพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการรับประทาน สูดดม สูบ ฉีดเข้าหลอดเลือดหรือวิธีอื่นๆ และยังส่งผลไปยังสังคมอีกด้วย ลักษณะสำคัญของการติดสารเสพติดมี 4 ประการ คือ

1. มีความต้องการทางร่างกายและจิตใจที่จะใช้สารนั้นอยู่ตลอดเวลา และพยายามแสวงหาสารด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ได้มา
2. ต้องเพิ่มปริมาณหรือขนาดของสารนั้นมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม
3. เมื่อลดหรือหยุดการใช้สาร จะมีอาการอยากหรืออาการขาดสาร
4. สุขภาพโดยทั่วไปของผู้เสพทรุดโทรมลง

การแบ่งประเภทของสารเสพติด สามารถแบ่งได้ตามหลักการต่างๆ ดังนี้

1. แบ่งตามกฎหมายซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับปี พ.ศ. 2522 ในมาตราที่ 7 ได้แบ่งสารเสพติดออกตามความรุนแรงของการโทษ ออกเป็น 5 ประเภท คือ
 - ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน
 - ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคน โคเคอีน ฟีน
 - ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีส่วนผสมของสารเสพติดประเภทที่ 2 รวมอยู่ด้วย ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา หรือได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ เช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอีน
 - ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 เช่น Acetic anhydride, Acetyl chloride
 - ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่ไม่ได้รวมเข้าอยู่ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 4 ตามที่รัฐมนตรีประกาศระบุชื่อตามมาตราที่ 8 เช่น กัญชา กระช่อม ทั้งนี้ ใน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับปี พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้ กัญชาและกระช่อมซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การวิจัย การเกษตรได้ โดยยังคงห้ามการเสพในผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาตเนื่องจากยังคงเป็นยาเสพติดที่มีโทษ

ส่วนสารเสพติดอื่นๆ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ซึ่งอนุญาตให้ใช้ได้โดยทั่วไปแต่ต้องใช้ภายใต้การควบคุม โดยมีการตรากฎหมายเพื่อมาควบคุมเฉพาะ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น

2. แบ่งประเภทสารเสพติดตามรูปแบบการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (จิตประสาท) ได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่
- ก. สารที่มีฤทธิ์กดประสาท เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฮโรอีน มอร์ฟีน ฝิ่น สารระเหย ยานอนหลับ กระทบปริมาณสูง
 - ข. สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น นิโคติน แอมเฟตามีน โคเคน กระทบปริมาณต่ำๆ
 - ค. สารที่มีฤทธิ์หลอนประสาท เช่น ยาเค LSD DMT เห็ดขี้ควาย ยาอี
 - ง. สารที่มีฤทธิ์ผสมผสาน เช่น กัญชา

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติด ⁽¹³⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติด ซึ่งปัจจุบันจัดเป็นความผิดปกติทางสุขภาพ และมีวิธีให้การดูแลการบำบัดรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำการวินิจฉัยตาม DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ของ American Psychiatric Association และ ICD (International Classification of Diseases) ของ World Psychiatric Association หากแบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR จะแบ่งเป็นการใช้สารแบบผิดแผน (Substance Abuse) และการติดสารเสพติด (Substance Dependence) และตามเกณฑ์ของ DSM-5 แบ่งเป็นความผิดปกติด้านการใช้สาร (Substance Use Disorder) ดังนี้

- การติดสารเสพติด (Substance dependence) หลักการวินิจฉัยโรค คือ ผู้ป่วยเสพยาจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อ ในช่วงเวลา 12 เดือนเดียวกัน
 1. อาการดื้อสาร (Tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง
 - ก. เพิ่มปริมาณของสารเพื่อให้เกิดฤทธิ์ของสารเท่าเดิม
 - ข. ผลของสารลดลงอย่างมากเมื่อใช้ในปริมาณเท่าเดิม
 2. อาการขาดสาร (Withdrawal symptoms) โดยมีอาการต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง
 - ก. มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงของการขาดสารนั้น
 - ข. เสพสารเพื่อให้อาการขาดสารลดน้อยลง หรือเพื่อไม่ให้มีอาการดังกล่าว
 3. เสพสารปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจ
 4. มีความตั้งใจอยู่บ่อยครั้งที่จะลดปริมาณการเสพลงมาแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
 5. ใช้เวลานานหมดไปกับ (ก) การได้สารมา (ข) การเสพ หรือ (ค) การพักผ่อนให้หายจากอาการมึนเมา
 6. การใช้สารทำให้มีความบกพร่องในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงาน สังคมหรือการพักผ่อนหย่อนใจ
 7. เสพอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่า การเสพทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ

- การเสพยาเสพติดแบบผิดแผน (Substance abuse) หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค คือ ผู้ป่วยเสพยาเสพติดอย่างผิดปกตินำให้เกิดปัญหาสำคัญ ๆ โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ในช่วงเวลา 12 เดือนเดียวกัน (โดยอาการยังไม่เข้ากับภาวะ dependence)
 1. เสพยาเสพติดฯ จนปฏิบัติผิดระเบียบหรือกฎเกณฑ์ในโรงเรียน บ้านหรือที่ทำงาน
 2. เสพยาเสพติดฯ ในสถานการณ์ซึ่งอาจเกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร
 3. เสพยาเสพติดฯ แล้วเกิดปัญหาทางกฎหมายอันเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด
 4. ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคม หรือมนุษยสัมพันธ์
- ความผิดปกติด้านการใช้สาร (Substance Use Disorder) เป็นความผิดปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 มีการเปลี่ยนแปลงบางประการจาก DSM-IV-TR โดยยกเลิกการแบ่งความผิดปกติเป็น abuse กับ dependence เหลือเพียงการมีปัญหาด้านการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder) เพียงโรคเดียว โดยมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค คือ ผู้ป่วยเสพยาจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ในช่วงเวลา 12 เดือนเดียวกัน
 1. เสพยาปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจ
 2. มีความตั้งใจอยู่บ่อยครั้งที่จะลดปริมาณการเสพยาแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
 3. ใช้เวลานานหมดไปกับ (ก) การได้มา (ข) การเสพยา หรือ (ค) การพักผ่อนให้หายจากอาการมึนเมา
 4. มีความกระหาย (craving) ความปรารถนาอย่างมาก และมีความเร่งรื้อที่จะต้องเสพยา
 5. เสพยาเสพติดฯ จนปฏิบัติผิดระเบียบหรือกฎเกณฑ์ในโรงเรียน บ้านหรือที่ทำงาน
 6. มีความบกพร่องในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงาน สังคมหรือการพักผ่อนหย่อนใจ
 7. ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคม หรือมนุษยสัมพันธ์
 8. เสพยาเสพติดฯ ในสถานการณ์ซึ่งอาจเกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร
 9. เสพยาอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่าเสพยาทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ
 10. อาการดื้อสาร (Tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้โดยอย่างน้อยหนึ่ง
 - ก. เพิ่มปริมาณของสารเพื่อให้เกิดฤทธิ์ของสารเท่าเดิม
 - ข. ผลของสารลดลงอย่างมากแม้จะเสพยาอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
 11. อาการขาดสาร (Withdrawal symptoms) โดยมีอาการต่อไปนี้โดยอย่างน้อยหนึ่ง
 - ก. มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงของการขาดสารนั้น
 - ข. เสพยาเพื่อให้อาการขาดสารลดน้อยลง หรือเพื่อไม่ให้มีอาการดังกล่าว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากผลสำรวจ National Mental Health Survey (NMHS) 2013 ของประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต พบความชุกช่วง 12 เดือน และความชุกชั่วชีวิตของปัญหาการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol

Use Disorder) อยู่ที่ร้อยละ 5.3 และร้อยละ 18.0 ตามลำดับ และความชุกช่วง 12 เดือน และความชุกชั่วชีวิตของปัญหาการใช้สารเสพติดไม่ว่าชนิดใดก็ตาม (Substance use disorder) อยู่ที่ร้อยละ 5.8 และ ร้อยละ 19.6 ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากการศึกษาของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ประจำปี 2015 ระบุว่า การแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายทั่วโลกค่อนข้างคงที่ โดยประชากรประมาณ 243 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรโลก ที่อายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย ขณะที่ผู้ใช้สารเสพติดผิดกฎหมายแบบมีปัญหามีประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากร ผู้ใหญ่ทั่วโลกหรือ 1 คน ในทุก ๆ 200 คน นอกจากนี้ พบว่า ในแต่ละปีผู้ใช้สารเสพติดผิดกฎหมายทั่วโลกมีเพียง 1 ใน 6 คน เท่านั้นที่เข้ารับการบำบัดรักษาความผิดปกติจากการติดสารเสพติด และในปี พ.ศ. 2555 มีการเสียชีวิตอันเกี่ยวเนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติดประมาณ 200,000 ราย⁽³⁾

จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 พบว่า ในปี 2554 มีผู้ถูกจับกุมคดีที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษจำนวน 320,972 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2548 มากกว่า 3 เท่า สำหรับประเภทของยาเสพติดที่ถูกจับกุมได้จะพบว่า ผู้ต้องหาถูกจับกุมในคดีที่เกี่ยวข้องกับยาบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.8 รองลงมาคือ กัญชาแห้ง (ร้อยละ 6.8) พืชกระท่อม (ร้อยละ 4.7) ยาไอซ์ (ร้อยละ 4.4) สารระเหย (ร้อยละ 2.4) เฮโรอีน (ร้อยละ 0.4) วัตถุออกฤทธิ์อื่น ๆ (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ⁽²⁾

จากข้อมูลการศึกษาของสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สถิติการเข้าบำบัดรักษาสารเสพติด ปี 2554 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดประเภทยาบ้าคิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 3.6) สารระเหย (ร้อยละ 2.0) ฝิ่น (ร้อยละ 1.6) เฮโรอีน (ร้อยละ 1.3) และกระท่อม (ร้อยละ 1.0) ตามลำดับ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดกว่า 209,000 คน ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรักษาผู้เสพ 132,700 คน รองลงมาคือการบำบัดรักษาผู้ติด 73,200 คน และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรุนแรง 3,500 คน⁽¹⁾

จากการศึกษาของ Mary E. Farmer, MD และคณะ⁽²⁴⁾ จากข้อมูลของ Epidemiologic Catchment Area (ECA) study ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความชุกตลอดชีวิตของการพบโรคทางจิตเวชร่วมกับสารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 22.5 และพบความชุกของการติดแอลกอฮอล์ร่วมกับโรคทางจิตเวชร้อยละ 13.5 และสารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 6.1 โดยการศึกษาของ Haisin และ คณะ^(26, 27) พบว่าค่าความชุกตลอดชีวิตของโรค Major Depressive Disorder ร่วมกับผู้ป่วย Alcohol Use Disorder และ Any Illicit Substance Use Disorders อยู่ที่ร้อยละ 40.3 และ ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ และพบความชุกตลอดชีวิตของโรค Major Depressive Disorder และ Alcohol Dependence ที่ร้อยละ 21

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. ความชุก แนวโน้มความชุกและแบบแผนของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และสารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดเป็นสาเหตุของการเริ่มใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และสารเสพติดในเยาวชนไทย และผลทางพฤติกรรมและสุขภาพที่เกิดจากการใช้ สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อค้นหาความชุก แนวโน้มความชุกและแบบแผนของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และสารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเริ่มใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และสารเสพติดในเยาวชนไทย และผลทางพฤติกรรม และสุขภาพที่เกิดจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ ของนักเรียนและการจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบโดยเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองที่ใกล้ชิดที่สุด โดยสำรวจกลุ่มเดิมทุกปีอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาสามปี ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวนภาคละสามกลุ่มโรงเรียน ประกอบด้วย โรงเรียนรัฐบาลในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเอกชน รูปแบบละ 1 กลุ่มโรงเรียน โดยทำการศึกษาทั้งสิ้น 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

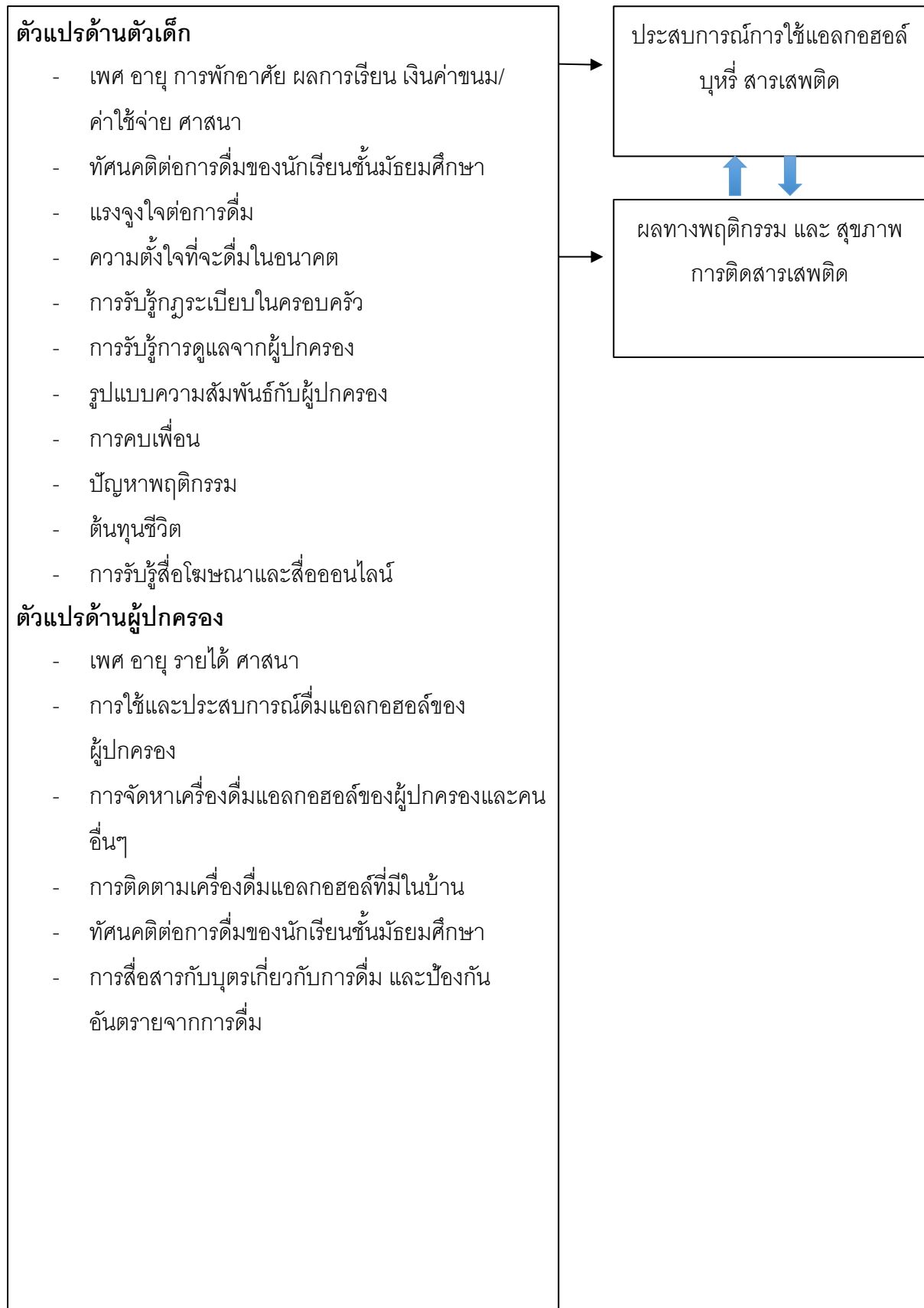
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบแบบแผนการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา และความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครอง ผลที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการจัดการการรณรงค์ที่เกี่ยวกับปัญหาการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ รวมถึงสารเสพติดอื่นๆ ที่มักเริ่มการใช้ตั้งแต่ช่วงเด็กและวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น/ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



คำสำคัญ (Key Words)

- Alcohol Parental supply การจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ปกครอง
- Alcohol เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- Cigarette บุหรี่
- Drugs สารเสพติดผิดกฎหมาย
- Secondary school student นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

การจัดหา หมายถึง การหยิบยื่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือ สารเสพติด ให้แก่นักเรียน เช่น การให้จับเครื่องดื่ม การอนุญาตให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ในบ้าน เป็นต้น

ประสบการณ์การใช้สาร หมายถึง ประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือสารเสพติดในอดีตและปัจจุบัน

ผลทางพฤติกรรม หมายถึง การเกิดปัญหาจากการใช้สารและอาการติดสาร และการมีปัญหาด้านอารมณ์ สมาธิ พฤติกรรม ประเมินจากการทำแบบสอบถามปัญหาการติดสาร และแบบสัมภาษณ์ SDQ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบติดตามไปข้างหน้า (prospective cohort study)

ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ทำการศึกษา

ในโรงเรียน ภูมิภาคละ 3-4 โรงเรียน ซึ่งเป็นโรงเรียนรัฐในเมืองหรือเทศบาล (ภาคละอย่างน้อย 600 คน) โรงเรียนรัฐนอกเมืองหรือเทศบาล (ภาคละ 150 - 600 คน) และโรงเรียนเอกชน (ภาคละอย่างน้อย 600 คน) โดยทำการศึกษาทั้งสิ้น 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่

ภาคกลาง

1. โรงเรียนสระบุรีวิทยาคม อ.เมือง จ.สระบุรี จำนวนนักเรียน ม. 1 - 700 คน
2. โรงเรียนสองคอนวิทยาคม อ.แก่งคอย จ.สระบุรี จำนวนนักเรียน ม. 1 - 59 คน
3. โรงเรียนบ้านท่ามะพร้าววิทยา อ.แก่งคอย จ.สระบุรี จำนวนนักเรียน ม. 1 - 112 คน
4. โรงเรียนวินิตศึกษา อ.เมือง จ.ลพบุรี, จำนวนนักเรียน ม. 1 - 929 คน

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1. โรงเรียนหอวัง จำนวนนักเรียน ม. 1 - 660 คน

2. โรงเรียนมัธยมวัดสิงห์ จำนวนนักเรียน ม. 1 - 611 คน
3. โรงเรียนลาซาล จำนวนนักเรียน ม. 1 - 416 คน
4. โรงเรียนสุขเจริญผล จำนวนนักเรียน ม.1 - 77 คน
5. โรงเรียนสาธิตบางนา จำนวนนักเรียน ม.1 - 40 คน

ภาคเหนือ

1. โรงเรียนบรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
2. โรงเรียนวัฒโนทัยพายัพ จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
3. โรงเรียนจอมทอง จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. โรงเรียนปิยะมหาราชาลัย
2. โรงเรียนนครพนมวิทยาคม
3. โรงเรียนอุเทนพัฒนา
4. โรงเรียนธาตุพนม
5. โรงเรียนศรีบัวบาน
6. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟนาแก
7. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟศรีสงคราม
8. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟสกลนคร
9. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟท่าแร่
10. โรงเรียนมารีย์พิทักษ์พังโคน
11. โรงเรียนมารีย์พิทักษ์สว่างดินแดน

ภาคใต้

1. โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
2. โรงเรียนสทิงพระวิทยา จำนวนนักเรียน ม. 1 - 300 คน
3. โรงเรียนสงขลาวิทยาคม จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
4. โรงเรียน มอ.วิทยานุสรณ์ จำนวนนักเรียน ม. 1 - 500 คน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เยาวชนอายุประมาณ 12 ปี ทั่วประเทศ

ประชากรเป้าหมาย นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และผู้ปกครองที่ใกล้ชิดที่สุด ทั่วประเทศ

ประชากรตัวอย่าง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และผู้ปกครองที่ใกล้ชิดที่สุด ทั่วประเทศจากโรงเรียน
รัฐบาลในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเอกชน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ก. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และผู้ปกครอง เช่น พ่อ แม่ หรือญาติที่นักเรียนใกล้ชิดที่สุด ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาทุกปี เป็นเวลา 3 ปี
2. สามารถให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามได้ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

ข. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่สับสนกับสัญญาณไม่เต็มที่จะร่วมมือทำแบบสอบถามได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ ความซุกการใช้สาร ได้แก่ แอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด

โดยใช้สูตร

$$n = \frac{z\alpha^2 pq}{d^2}$$

โดย α = ค่าความน่าจะเป็นของ type I error = 0.05 (2-sided), $Z_{0.025} = 1.96$

p = ความซุกที่ใช้ในการคำนวณในการศึกษานี้ คือ 0.5

(เนื่องจากยังไม่เคยมีการประมาณการค่าความซุกการเริ่มใช้สารในประเทศไทยจึงตั้งค่าเพื่อเก็บ

ตัวอย่างทั่วประเทศในจำนวนมากที่สุด โดยกำหนดค่า p เป็น 0.5)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในการศึกษาวิจัย ร้อยละ 5

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 385 คน ต่อกลุ่มโรงเรียนในแต่ละภาค และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 424 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่าง อีกร้อยละ 40 กรณีไม่ส่งแบบสอบถามกลับในงานลักษณะการสำรวจ จึงได้ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มโรงเรียนในแต่ละภาคเท่ากับ 594 คน บัดขึ้นเป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 600 คนต่อกลุ่มโรงเรียนในแต่ละภาค

ดำเนินการเก็บตัวอย่างในโรงเรียน ภาคละ 3-4 โรงเรียน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรงเรียนรัฐในเขตเมืองหรือเทศบาล (ภาคละอย่างน้อย 600 คน) โรงเรียนรัฐนอกเขตเมืองหรือเทศบาล (ภาคละ 150 - 600

คน) กับโรงเรียนเอกชน (ภาคละอย่างน้อย 600 คน) โดยทำการศึกษาทั้งสิ้น 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคละหนึ่งถึงสามจังหวัด โดยจะดำเนินการส่งแบบสอบถามให้นักเรียนจำนวนทั้งสิ้น 1,800 คน ต่อภาค รวมจำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 9,000 คน ทั่วประเทศ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้เก็บข้อมูลจากการสุ่มโดยวิธี Multi-stage sampling โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) เลือกจังหวัด ในแต่ละภาค จำนวน 1 จังหวัด แล้วจึงสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกโรงเรียนในแต่ละกลุ่ม และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายผู้วิจัยจึงกำหนดให้ในแต่ละภาคจะประกอบด้วยโรงเรียนรัฐในเขตเมืองหรือเทศบาล โรงเรียนรัฐนอกเขตเมืองหรือเทศบาล และโรงเรียนเอกชนอย่างละประมาณ 1 โรงเรียน โดยสามารถเพิ่มจำนวนโรงเรียนให้ได้จำนวนนักเรียนในแต่ละกลุ่มตามที่กำหนดไว้ ตัวอย่างโรงเรียนที่สุ่มได้ ได้แก่

ภาคกลาง

1. โรงเรียนสระบุรีวิทยาคม อ.เมือง จ.สระบุรี จำนวนนักเรียน ม. 1 - 700 คน
2. โรงเรียนสองคอนวิทยาคม อ.แก่งคอย จ.สระบุรี จำนวนนักเรียน ม. 1 - 59 คน
3. โรงเรียนบ้านท่ามะพร้าววิทยา อ.แก่งคอย จ.สระบุรี จำนวนนักเรียน ม. 1 - 112 คน
4. โรงเรียนวินิตศึกษา อ.เมือง จ.ลพบุรี, จำนวนนักเรียน ม. 1 - 929 คน

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1. โรงเรียนหอวัง จำนวนนักเรียน ม. 1 - 660 คน
2. โรงเรียนมัธยมวัดสิงห์ จำนวนนักเรียน ม. 1 - 611 คน
3. โรงเรียนลาซาล จำนวนนักเรียน ม. 1 - 416 คน
4. โรงเรียนสุขเจริญผล จำนวนนักเรียน ม.1 - 77 คน
5. โรงเรียนสาธิตบางนา จำนวนนักเรียน ม.1 - 40 คน

ภาคเหนือ

1. โรงเรียนปิ่นสร้อยแยลสวิทยาลัย จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
2. โรงเรียนวัฒโนทัยพายัพ จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
3. โรงเรียนจอมทอง จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. โรงเรียนปิยะมหาราชาลัย
2. โรงเรียนนครพนมวิทยาคม
3. โรงเรียนอุเทนพัฒนา

4. โรงเรียนธาตุพนม
5. โรงเรียนศรีบัวบาน
6. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟนาแก
7. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟศรีสงคราม
8. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟสกลนคร
9. โรงเรียนเซนต์ยอเซฟท่าแร่
10. โรงเรียนมารีย์พิทักษ์พังโคน
11. โรงเรียนมารีย์พิทักษ์สว่างดินแดน

ภาคใต้

1. โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
2. โรงเรียนสทิงพระวิทยา จำนวนนักเรียน ม. 1 - 300 คน
3. โรงเรียนสงขลาวิทยาคม จำนวนนักเรียน ม. 1 - 600 คน
4. โรงเรียน มอ.วิทยานุสรณ์ จำนวนนักเรียน ม. 1 - 500 คน

ทั้งนี้ ทำการเก็บตัวอย่างทั้งชั้นเรียนโดยไม่มีครูผู้สอนในห้องเรียน เพื่อความสะดวกในการติดตามในแต่ละปี หากมีการย้ายห้องเรียนในแต่ละปี

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ

ด้านตัวเด็ก : เพศ อายุ การพักอาศัย ผลการเรียนรู้ เงินค่าขนม/ค่าใช้จ่าย ศาสนา ทักษะคิดต่อการดื่มของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา แรงจูงใจต่อการดื่ม ความตั้งใจที่จะดื่มในอนาคต การรับรู้กฎระเบียบในครอบครัว การรับรู้การดูแลจากผู้ปกครอง รูปแบบความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง การคบเพื่อน ปัญหาพฤติกรรม ต้นทุนชีวิต การรับรู้สื่อโฆษณาและสื่อออนไลน์

ด้านผู้ปกครอง เพศ อายุ รายได้ ศาสนา การใช้และประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครอง การจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ปกครองและคนอื่นๆ การติดตามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีในบ้าน ทักษะคิดต่อการดื่มของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา การสื่อสารกับ บุตรเกี่ยวกับการดื่ม และป้องกันอันตรายจากการดื่ม

ตัวแปรตาม

การเริ่มดื่มสุรา การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดื่มสุรา อายุที่เริ่มดื่มสุรา
แบบแผนการดื่มสุรา เช่น ความถี่ ปริมาณ การดื่มหนัก

ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ในระยะแรกจะเป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลพื้นฐานปีแรกของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และผู้ปกครองที่ใกล้ชิดที่สุด ทั่วประเทศ โดยเครื่องมือที่จะใช้เก็บข้อมูลดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามในเด็กนักเรียนประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามประวัติทั่วไป และประวัติการได้รับสาร ประสพการณ์การใช้สาร เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก Australian Parental Supply Alcohol Longitudinal Study แปลเป็นภาษาไทยโดย รัศมน กัลยาศิริ และแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ของ สุชาดา ภัยเหล็กดี และคณะ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับด้านต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ การพักอาศัย ผลการเรียน เงินค่าขนม/ค่าใช้จ่าย ศาสนา ทักษะคติต่อการดื่มของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา แรงจูงใจต่อการดื่ม ความตั้งใจที่จะดื่มในอนาคต การรับรู้ภาวะเบียร์ ในครอบครัว การรับรู้การดูแลจากผู้ปกครอง รูปแบบความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง การคบเพื่อน และการใช้สารเสพติด จำนวน 171 ข้อ

1.2 แบบสอบถามการใช้บุหรี่ พัฒนาโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย) โดยใช้ข้อคำถามจาก แบบสำรวจ Global Youth Tobacco Survey (GYTS) ปี 2009 และ 2015 แบบสำรวจ Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study, United States และ แบบสำรวจการศึกษาการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า และการรู้จักผลิตภัณฑ์บุหรี่รูปแบบใหม่ๆ ใน social media โดย ดร. ศิริรัช ลอยสมุทร จำนวน 61 ข้อ

1.3 แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในเด็ก ซึ่งพัฒนาจากต้นฉบับเดิมของ Robert Goodman จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แปลและศึกษาความถูกต้องโดยกรมสุขภาพจิต ฉบับแรกในปี พ.ศ.2541 และฉบับปรับปรุงในปี พ.ศ.2546 ในส่วนของคุณสมบัติของแบบประเมินนั้น ข้อคำถามมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ระดับสูง โดยมีค่า Cronbach's alpha ฉบับประเมินตนเอง 0.70 ฉบับผู้ปกครอง 0.81 และฉบับครู 0.76 โดยในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้ฉบับประเมินตนเองของนักเรียนจำนวน 31 ข้อ และฉบับผู้ปกครองประเมิน จำนวน 31 ข้อ ข้อบ่งชี้ในการใช้ คือเพื่อใช้คัดกรองปัญหาพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปี ในโรงเรียนหรือสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้ประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม และสามารถติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของอาการได้

- 1.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับต้นทุนชีวิต ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของสุริยเดว ทรีปาตีและคณะ (2552) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ rating scale แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับต้นทุนชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ด้านพลังตัวตน ด้านพลังครอบครัว ด้านพลังสร้างปัญญา ด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม และด้านพลังชุมชน จำนวน 48 ข้อ
- 1.5 แบบสอบถามความผูกพันกับผู้ปกครอง (Parental Bond Instrument) เป็นแบบสอบถามความผูกพันระหว่างบุตรกับผู้ปกครองพัฒนาโดย Park และคณะ มีจำนวน 25 ข้อ ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงและนำไปใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มวัยรุ่นทั่วประเทศ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาเท่ากับ 0.7 – 0.8 เป็นการสอบถามความผูกพันในช่วงก่อนที่เด็กจะมีอายุครบ 16 ปี
2. แบบสอบถามในผู้ปกครองประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสอบถามประวัติทั่วไป และประวัติการได้รับสาร ประสบการณ์การใช้สาร เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก Australian Parental Supply Alcohol Longitudinal Study แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชมน กัลยาศิริ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับด้านต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ศาสนา การใช้และประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครอง การจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองและคนอื่นๆ การติดตามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีในบ้าน ทักษะติดต่อการดื่มของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา การสื่อสารกับบุตรเกี่ยวกับการดื่ม และการป้องกันอันตรายจากการดื่ม จำนวน 125 ข้อ
 - 2.2 แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) ดังข้อ 1.3 ฉบับผู้ปกครองประเมิน จำนวน 31 ข้อ

การเก็บข้อมูล

1. ติดต่อเพื่อขออนุมัติดำเนินการจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ทำการขออนุญาตใช้และปรับปรุงแบบสอบถามต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ขออนุญาตเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากโรงเรียนทุกแห่งที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา
4. ประชุมเพื่อทำความเข้าใจตัวแบบสอบถามร่วมกันระหว่างผู้วิจัยร่วมในแต่ละภาค
5. ผู้วิจัยร่วมดำเนินการขออนุญาตผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยชี้แจงข้อมูลการวิจัยการเข้าร่วมงานวิจัย โดยความสมัครใจ โดยนัดแนะเวลากับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อขอเข้าชี้แจงข้อมูลการวิจัยในแต่ละชั้นเรียน โดยจะเก็บข้อมูลในช่วงหลังเริ่มเรียนภาคการศึกษาปลายจนถึงก่อนการขึ้นชั้นเรียนในปีการศึกษาถัดไป ซึ่งอยู่ประมาณเดือนพฤศจิกายน 2561 – พฤษภาคม 2562 ในปีแรกที่ทำการศึกษา

6. หากผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการอธิบายเกี่ยวกับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งให้นักเรียนทราบว่าการทำงานแบบสอบถามถือเป็นการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent by action) ซึ่งขั้นตอนการขอความยินยอม มีดังนี้ ขออนุญาตอาจารย์ประจำชั้นเรียนในการขอเวลาที่อาจารย์เห็นสมควรในการแจ้งและแจกเอกสารข้อมูลพร้อมอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยให้นักเรียนแต่ละห้องเรียนจากนั้นให้นักเรียนตัดสินใจตามความสมัครใจ หากนักเรียนคนใดสมัครใจที่จะเข้าร่วมงานวิจัย จะดำเนินการให้เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ปกครองแก่นักเรียนที่สมัครใจเพื่อนำไปให้ผู้ปกครอง โดยหากผู้ปกครองยินดีที่จะให้ข้อมูลให้ทำการกรอกข้อมูลในตอบสอบถามและส่งคืนให้นักเรียน โดยไม่ต้องลงชื่อแต่อย่างใด แต่จะใช้รหัสการวิจัยเท่านั้น และให้นักเรียนนำแบบสอบถามส่งคืนในกล่องที่จัดไว้ การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีต่อครั้ง โดยอาสาสมัครจะต้องตอบแบบสอบถาม 3 ครั้ง โดยตอบปีละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 ปี และเพื่อประโยชน์ต่ออาสาสมัคร ในเอกสารแผ่นสุดท้ายจะมีช่องให้กรอกว่าต้องการทราบผลการทำแบบสอบถามหากพบความผิดปกติจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ และให้อาสาสมัครกรอกวิธีที่สะดวกในการติดต่อกลับเพื่อแจ้งผล โดยเอกสารฉบับนี้จะแยกแ่่นจากแบบสอบถาม
7. จัดทำแผ่นซีดีรวมเลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัยหนึ่งเลขต่ออาสาสมัครหนึ่งคน เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลในปีถัดไป โดยไม่มีชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยหรือข้อมูลอื่นใดที่จะระบุตัวตนได้ในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล (ดำเนินการปีที่ 2-3)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติดังนี้ ข้อมูลที่เก็บระหว่างนักเรียนและผู้ปกครองจะนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาทั้งหมดแยกเป็นสองชุด คือชุดของนักเรียนและชุดของผู้ปกครอง แต่จะนำข้อมูลของผู้ปกครองไปใช้เป็นหลักในการนำไปวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน

1. **สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)** เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการจัดหา ข้อมูลการใช้สาร ข้อมูลด้านปัจจัยต่างๆ เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความชุกและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และข้อมูลการจัดหา กับการใช้สาร โดยใช้สถิติ Chi-square

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาจากการใช้สาร โดยใช้ logistic regression analysis

15. ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นการตอบแบบสอบถามซึ่งแสดงความรู้สึกร่วมตัวโดยอิสระ ดังนั้นผู้วิจัย จะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำข้อมูลส่วนตัวมาเปิดเผย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทราบข้อมูล ในการทำวิจัย การแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะระมัดระวังอันตรายที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยสามารถมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการข่มขู่บังคับใดๆ จากผู้วิจัย หรือผู้มี อิทธิพลอำนาจ และผู้วิจัยไม่แสวงหาประโยชน์จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพียงเพื่อความก้าวหน้าทาง วิชาการ และจะไม่ทอดทิ้งหรือแบ่งแยกบุคคล หรือกลุ่มคนที่อาจได้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของการ วิจัย ขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยได้ยึดหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Autonomy) จากการวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การรายงานผลการศึกษาค้นคว้าจะไม่ระบุชื่อ ตำแหน่ง สถานที่พักอาศัยของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษานี้จะไม่มีการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ให้การเคารพในการให้การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้ รับข้อมูลที่ถูกต้อง พอเพียง ไม่ปิดบังข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลไม่ถูกชักจูงด้วยอามิสสินจ้างและมีสิทธิที่จะถอน ตัวจากโครงการ วิจัยโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย

2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ผู้เข้าร่วมวิจัย อาจมีความเสี่ยง เล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงที่เทียบได้กับการตรวจร่างกายหรือทดสอบสุขภาพจิต ประจำปี หรือ minimal risks เช่น เสียเวลาไม่สะดวก แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมี ผลกระทบต่อบุคคลหรือองค์กรที่ถูกต้องอ้างถึง นอกจากนี้ หากพบว่าเด็กนักเรียนมีปัญหาทางพฤติกรรมที่ ต้องการดูแลเฉพาะทาง จะดำเนินการให้ข้อมูลที่สามารถให้การดูแลรักษา เช่น โรงพยาบาลที่มี จิตแพทย์ใกล้สถานศึกษา เป็นต้น

3. หลักยุติธรรม (Justice) จากการวิจัยก่อนหน้าที่นำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะใดก็ได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน มีการกระจายความ เสี่ยงและมีการสุ่มตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียมกัน

16. ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสอบถามตัวนักเรียนและผู้ปกครองที่ใกล้ชิดที่สุดหนึ่งคน จึงไม่ สามารถเป็นตัวแทนของการจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือสารเสพติด ของผู้ปกครองทั้งหมดหรือคน ในครอบครัวคนอื่นได้

17. ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

- ได้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นสุราและแบบแผนการดื่มสุราของเยาวชนไทย และทราบแนวโน้มและแบบแผนการดื่มสุราของเยาวชนไทยตามช่วงอายุ
- เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและประเมินผลของการดำเนินมาตรการที่เกี่ยวข้อง

18. อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัยและมาตรฐานในการแก้ไข (Obstacles and Strategies to Solve the Problems)

ผู้ให้ข้อมูลอาจจะให้ข้อมูลได้ไม่ครบหรือปกปิดข้อมูลบางอย่างที่ไม่อาจจะรู้สึกว่าเป็นปัญหาต่อตัวผู้ตอบแบบสอบถามเอง บางคนอาจจะจำประวัติของตนเองได้ไม่ครบตามที่มีในแบบสอบถาม การแก้ไขโดยผู้วิจัยจะทำการอธิบายวิธีการ ทำแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

19. การบริหารงานวิจัย และตารางการปฏิบัติงาน (Administration and Time Schedule)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เดือน														
	1	2	3	4	5- 15	16	17- 27	28	29	30	31	32	33	34	35- 36
<u>ขั้นตอนเตรียมงาน</u>															
1.ศึกษาเอกสารและ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	↔														
2.เขียนโครงการวิจัย	↔														
3.เสนอโครงร่าง	↔														
4.ปรับปรุงแก้ไข		↔													
5.ติดต่อเพื่อขออนุมัติ ดำเนินการจาก ภาควิชา จิตเวชศาสตร์และ คณะกรรมการจริยธรรม ของคณะ		↔	↔												
6.ติดต่อโรงเรียนเพื่อขอ อนุญาตเก็บข้อมูล		↔													
<u>ขั้นปฏิบัติงาน (หลังได้รับ อนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรม)</u>															
1.เก็บรวบรวมข้อมูล				↔		↔		↔							
2.ตรวจสอบความถูกต้อง ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล					↔		↔		↔	↔			↔		
<u>ขั้นการพิมพ์รายงาน</u>															
1.พิมพ์รายงาน															
2.เสนอรูปเล่มครั้งแรก และแก้ไข													↔		
													↔		
3.จัดทำรูปเล่ม														↔	↔
4.เสนอผลงาน														↔	↔

Reference

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน ระบบติดตาม และระบบเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด. http://antidrug.moph.go.th/beta2/report/reportIndex_New.php.; 2554.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานสถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดประเทศไทย ปี 2555 และแนวโน้ม. [http://nccd.go.th/upload/content/suj.pdf\(26\).pdf](http://nccd.go.th/upload/content/suj.pdf(26).pdf).; 2555.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2015. United Nations publication: 2015.
4. นพ.นพพร ตันติรังสี. National Mental Health Survey (NMHS) 2013. 2556.
5. Svanum S, McAdoo WG. Predicting rapid relapse following treatment for chemical dependence: a matched-subjects design. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:222-6.
6. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:620-5.
7. Kim KM, Kim JS, Kim GJ, Kim SS, Jung JG, Kim SM, et al. The readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *J Korean Med Sci* 2007;22:453-8.
8. Adams RE, Ritter C, Bonfine N. Epidemiology of trauma: Childhood adversities, neighborhood problems, discrimination, chronic strains, life events, and daily hassles among people with a severe mental illness. *Psychiatry Res* 2015;230:609-15.
9. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:19-30.
10. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* 2004;7:847-54.
11. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009;12:342-8.
12. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1023-31.
13. Benjamin J. Sadock MD, Virginia A. Sadock, M.D. , Pedro Ruiz ,M.D. . Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 11th Edition 2015.
14. Burgermeister D. Childhood adversity: a review of measurement instruments. *J Nurs Meas* 2007;15:163-76.
15. Shapiro RA, MD , Makoroff, Kathi Lynn, MD . CHILD ABUSE AND NEGLECT : A reference for medical professionals 2nd Edition 2005.
16. Rhen T, Cidlowski JA. Antiinflammatory action of glucocorticoids--new mechanisms for old drugs. *N Engl J Med* 2005;353:1711-23
17. Hollenberg SM, Weinberger C, Ong ES, Cerelli G, Oro A, Lebo R, et al. Primary structure and expression of a functional human glucocorticoid receptor cDNA. *Nature* 1985;318:635-41.

18. Turner JD, Alt SR, Cao L, Vernocchi S, Trifonova S, Battello N, et al. Transcriptional control of the glucocorticoid receptor: CpG islands, epigenetics and more. *Biochem Pharmacol* 2010;80:1860-8.
19. Steiger H, Labonte B, Groleau P, Turecki G, Israel M. Methylation of the glucocorticoid receptor gene promoter in bulimic women: associations with borderline personality disorder, suicidality, and exposure to childhood abuse. *Int J Eat Disord* 2013;46:246-55.
20. Turner JD, Muller CP. Structure of the glucocorticoid receptor (NR3C1) gene 5' untranslated region: identification, and tissue distribution of multiple new human exon 1. *J Mol Endocrinol* 2005;35:283-92.
21. McCormick JA, Lyons V, Jacobson MD, Noble J, Diorio J, Nyirenda M, et al. 5'-heterogeneity of glucocorticoid receptor messenger RNA is tissue specific: differential regulation of variant transcripts by early-life events. *Mol Endocrinol* 2000;14:506-17.
22. Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008;3:97-106.
23. Tyrka AR, Price LH, Marsit C, Walters OC, Carpenter LL. Childhood adversity and epigenetic modulation of the leukocyte glucocorticoid receptor: preliminary findings in healthy adults. *PLoS One* 2012;7:e30148.
24. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama* 1990;264:2511-8.
25. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:543-52.
26. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1097-106.
27. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:830-42.
28. Margoese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res* 2004;67:157-66.
29. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998;24:443-55.
30. Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:147-56.
31. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, et al. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1999;174:150-3.

32. สมจิตร มณีปานนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพะนิตย์. ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วย. จิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59:371-80.
33. McLaughlin KA, Conron KJ, Koenen KC, Gilman SE. Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2010;40:1647-58.
34. Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2011;31:883-99.
35. Turecki G, Meaney MJ. Effects of the Social Environment and Stress on Glucocorticoid Receptor Gene Methylation: A Systematic Review. *Biol Psychiatry* 2016;79:87-96.
36. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olie E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry* 2011;1:e59.
37. Gauderman WJ. Sample size requirements for association studies of gene-gene interaction. *Am J Epidemiol* 2002;155:478-84.
38. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*;12:224-31.
39. Aiken A, Clare PJ, Wadolowski M, Hutchinson D, Najman JM, Slade T, et al. Age of alcohol initiation and progression to binge drinking in adolescence: a prospective cohort study. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2018;42(1):100-10.
40. Mattick RP, Clare PJ, Aiken A, Wadolowski M, Hutchinson D, Najman J, et al. Association of parental supply of alcohol with adolescent drinking, alcohol-related harms, and alcohol use disorder symptoms: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(2):e64-e71.
41. Fisher LB, Miles IW, Austin SB, Camargo CA, Colditz GA. Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(10):959-66.
42. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model. *Drug Alcohol Depend*. 2006;81(1):71-81.
43. Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008;103:84-99.
44. Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(9):774-83.

45. Heron J, Macleod J, Munafò MR, Melotti R, Lewis G, Tilling K, et al. Patterns of alcohol use in early adolescence predict problem use at age 16. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(2):169-77.
46. ALSPAC Study Team. ALSPAC—the avon longitudinal study of parents and children. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(1):74-87.
47. Gordon R, MacKintosh AM, Moodie C. The impact of alcohol marketing on youth drinking behaviour: a two-stage cohort study. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(5):470-80.

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากโครงการแบ่งเป็นสองส่วนหลัก ได้แก่ ผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม และ ผลการศึกษาจากการลงเก็บข้อมูลในโรงเรียน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลจากการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวัยรุ่นที่มีอยู่ในปัจจุบันสำหรับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในเด็กวัยรุ่น สามารถแบ่งออกได้เป็นในด้านผลกระทบที่เกิดจากการใช้สาร อิทธิพลของเพื่อน โรงเรียน และครอบครัวต่อการใช้สาร และอิทธิพลจากสื่อโฆษณา สิ่งแวดล้อมอื่นๆ โดยมีผลกระทบที่สำคัณ ดังนี้

1.1 ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดในเยาวชนต่อความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มและใช้สารเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด เช่น การดื่มหนัก และการติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ มีความอยากรู้อยากลองและต้องการแสวงหาความท้าทาย ในขณะที่วุฒิภาวะในการตัดสินใจยังไม่พร้อมเต็มที่ อีกทั้งสมองของวัยรุ่นยังอยู่ในช่วงของการพัฒนาซึ่งมีโอกาสเกิดพิษจากการแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้ง่าย ดังนั้นการเริ่มใช้สารในช่วงวัยรุ่นจึงมีโอกาสเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดผลกระทบดังกล่าว โดยพบผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความผิดปกติในการดื่มและการใช้สารเสพติดว่าการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเมาสุราในช่วงอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมผิดปกติของการดื่มที่หลากหลาย Hingson และคณะ¹ พบว่าผู้ที่เริ่มดื่มก่อนอายุ 14 ปี มีโอกาสเกิดการติดแอลกอฮอล์ และมีจำนวนครั้ง จำนวนอาการ และระยะเวลาของการติดแอลกอฮอล์ต่อครั้งที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาจากประเทศกำลังพัฒนา เช่น อินเดีย พบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีโอกาสเกิดภาวะความเครียดทางจิตใจ เกิดการติดแอลกอฮอล์ และการเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มสูงกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังอายุ 20 ปีอย่างมีนัยสำคัญ² และการศึกษาในวัยรุ่นชนพื้นเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการเมาสุราตั้งแต่อายุน้อยเพิ่มโอกาสการดื่มหนัก จำนวนปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามากขึ้นในระยะเวลาดต่อมา³

นอกจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว การดื่มยังถือเป็นจุดเริ่มต้นของการทดลองสารเสพติดที่มีฤทธิ์รุนแรงขึ้นตามทฤษฎี gateway drug theory ซึ่งประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่าการดื่มสุรามักเป็นสารที่มีการใช้ลำดับแรกๆ และเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย

อื่นๆ^{4, 5} สำหรับผลของอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่นๆ Adam และคณะ⁶ พบว่า การเมาสุรารั้งแรกก่อน อายุ 15 ปี มีความสัมพันธ์กับการเริ่มใช้สารเสพติด โดยเพิ่มโอกาสการสูบบุหรี่ การใช้กัญชา และการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ ในตลอดช่วงชีวิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเกิดหรือเคยเกิดการเมาสุรารั้งแรกหลังอายุ 15 ปี ราว 3 ถึง 4 เท่า และ McCabe และคณะ⁷ ได้รายงานว่าการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อย เป็นปัจจัยทำนายการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด

สอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประเทศไทย พ.ศ. 2556 ที่พบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 15 ปี มีโอกาสเริ่มใช้สารเสพติดอื่นๆ เช่น กัญชา และ เมทแอมเฟตามีนสูงกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังอายุ 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อควบคุมปัจจัยรบกวนที่สำคัญ เช่น ระยะเวลาที่ดื่ม ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว และลักษณะการดื่มในปัจจุบันแล้ว โดยพบว่าระยะเวลาจากการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกจนกระทั่งเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกมีระยะเวลาที่น้อยกว่า 5 ปี⁸

อย่างไรก็ตาม อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์อาจมีสาเหตุโดยตรงแต่เป็นเพียงลักษณะบ่งชี้ของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดผลกระทบจากการดื่มเท่านั้น ดังที่พบจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มประเทศตะวันตก ที่พบว่า ผลของอายุที่เริ่มดื่มต่อพฤติกรรมดื่มหนักและการเกิดภาวะเมาสุราจะมีการลดลงหรือหายไปเมื่อมีการควบคุมปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมดื่มสุรา เช่น การเกิดปัญหา conduct disorder⁹ และปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น ปัญหาการดื่มสุราของฝาแฝด หรือญาติใกล้ชิด¹⁰ ทั้งนี้ อายุที่เริ่มดื่มสุราอาจมีผลต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ในเยาวชนกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เยาวชนที่มีภาวะเครียด หรือมีประวัติปัญหาการดื่มสุราในครอบครัว¹¹ นอกจากนี้การเริ่มดื่มสุราในวัยรุ่นยังมักเกิดร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่พบบ่อยในช่วงวัยรุ่น เช่น การใช้สารเสพติดอื่นๆ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมักมีต้นเหตุร่วมกัน¹² การศึกษาแบบ systematic review ของ Maimaris และ McCambridge ได้สรุปว่าในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยเป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดปัญหาการดื่มเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะสั้น เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย ดังนั้น นโยบายที่เกี่ยวกับการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนจึงยังเป็นสิ่งสำคัญ¹³

ในทางกลับกัน ผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในช่วงวัยรุ่นต่อการมีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด กลับพบว่า อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดมีผลอย่างชัดเจนต่อการเกิดพฤติกรรมผิดปกติของการใช้สารเสพติดในเวลาต่อมา แม้จะมีการควบคุมปัจจัยรบกวนที่สำคัญอื่นๆ แล้วก็ตาม โดย King และ Chassin¹⁴ ได้ทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าระยะยาวใน

กลุ่มเยาวชน พบว่าเยาวชนที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 13 ปี มีโอกาสเกิดการติดสารเสพติดมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาต่อมา นอกจากนี้ Trenz และคณะ พบว่า การใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อยเพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 1.62 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เริ่มใช้สารเสพติดในภายหลัง¹⁵

กล่าวโดยสรุปเกี่ยวกับผลของการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น จากการศึกษาที่มีมาก่อนหน้าจะพบว่า การเริ่มดื่มและการใช้สารเสพติดเมื่ออายุน้อย จะส่งผลต่อการมีปัญหาและผลกระทบต่อความผิดปกติของพฤติกรรม การดื่มและการใช้สารเสพติดที่ตามมาได้ในอนาคต โดยพบผลที่ชัดเจนในด้านความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันต่อการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในวัยรุ่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นสามารถแบ่งได้ออกเป็นสองส่วนตาม NIDA (National Institute on Drugs Abuse) (1) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยสามารถแบ่งแยกออกได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน ปัจจัยด้านโรงเรียน และปัจจัยด้านชุมชน โดยพบว่าปัจจัยด้านบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญ

ปัจจัยส่วนบุคคล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ ด้านชีววิทยา ด้านพฤติกรรม และด้านจิตสังคม ดังนี้

- ด้านชีววิทยา เช่น เพศ อายุ พบว่าเพศชายมีโอกาสใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง (2, 3, 4, 5, 6-8) และอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะยิ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ (9, 10) โดยจากการศึกษาของ Irma Arteaga et al. (2) พบว่า ปัจจัยที่ใช้ทำนายการใช้สารเสพติดในเด็กคือ เพศชายและอายุที่มากกว่า เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ Asghar Mohammad Poorasl et al.(3)
- ด้านพฤติกรรม เช่น การเคยใช้บุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์มาก่อน (3, 64) การมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากวิถีทั่วไป (65-69) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นทั้งสิ้น
- ด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด (4, 11, 12) โรคซึมเศร้า (13-18) ภาวะวิตกกังวล (19) โรคทางจิตเวชอื่น (4, 5) ความรู้สึกแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ (20) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (4) การมีทัศนคติที่ชื่นชอบต่อการใช้สารเสพติด (5, 20-22) บุคลิกภาพแบบอันธพาล (Antisocial Personality Disorder) (23-27, 30) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (28, 29)

Anxiety Disorders ร่วมกับ Antisocial Personality Disorder (30) โดยมีข้อค้นพบด้านจิตสังคมที่สำคัญ ดังนี้

- I. การมีโรคร่วมทางจิตเวช โดยพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงในการเริ่มใช้แอลกอฮอล์มากขึ้น (31) ซึ่งผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ/หรือใช้สารเสพติดถือเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (32, 33) ภาวะซึมเศร้าสามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายการใช้บุหรี่ยาสูบ แอลกอฮอล์ และกัญชาได้ในอนาคต (75) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการเริ่มใช้แอลกอฮอล์มากขึ้น (34) มีงานวิจัยที่สนับสนุนมากมายว่าการใช้สารเสพติดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่ง (35-40) โดยเฉพาะในเพศหญิง (37, 41) และผู้ใช้แอลกอฮอล์ (42, 43) และในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดผิดกฎหมายนั้นก็พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (32-34) เช่นกัน ส่วนวัยรุ่นที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนสูง (44-47) สำหรับวัยรุ่นที่สูบบุหรี่พบว่า หากมีความรู้สึกซึมเศร้ามากจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่น้อยในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ (48) นอกจากนี้ จากการสำรวจในวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งของภาคเหนือยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์กับภาวะซึมเศร้าอีกด้วย และยังพบว่าในเด็กหญิงถึงแม้จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่นการใช้สารเสพติดน้อยกว่าเพศชาย แต่ก็พบว่าในเด็กหญิงนั้นมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (40) และยังพบว่าในวัยรุ่นที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (36) โดยเฉพาะกัญชา (39, 49) โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ การเป็นเพศหญิงและการใช้สารเสพติด (50) ในทางกลับกัน มีงานวิจัยที่พบว่าเพศหญิงที่มีโรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการติดสารเสพติด (51) ร่วมด้วย
- II. การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ (Sensation seeking) จากการศึกษานักเรียนของ Amparo Victorio (20) พบว่านักเรียนที่มีคะแนนพฤติกรรมแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจที่สูงจะสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mervyn K. Wagner (19) และของ Helene Raskin White and the others (52) ที่พบว่านักเรียนที่มีคะแนนพฤติกรรมแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์แบบหนัก Zuckerman (1979) (53) ได้ให้ความหมายของความตื่นเต้นเร้าใจ (sensation) ว่าหมายถึงผลจากการได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก เป็นความรู้สึกที่แปลกใหม่ นำตื่นเต้นที่ต่างจากระดับของเกณฑ์ปกติ เช่น การลองเสพสารเสพติด การทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย โดนสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นจะผลักดันให้เกิดความตื่นเต้นเร้าใจ ส่วนคำว่า seeking นั้นคือ ลักษณะที่ถูกแสดงออกมาโดยการค้นหาแม้ว่าจะมีข้อจำกัดจากรูปแบบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมก็ตาม

และยังเป็นส่วนหนึ่งของการแสวงหาความเสี่ยง ดังนั้น การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ จึงหมายถึง ลักษณะของความต้องการความแตกต่าง ความแปลกใหม่ ประสบการณ์ความรู้สึกที่น่าตื่นเต้น และการแสดงออกในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงทั้งต่อตนเองและสังคม เพื่อให้ได้มาซึ่งประสบการณ์นั้นๆ

- III. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้และเชื่อในความรู้ความสามารถ พลังอำนาจ และความสำเร็จของตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับแก่สังคมได้อย่างเหมาะสม ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเองและการใช้สารเสพติด Wheeler SB ทำการศึกษาจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพแห่งชาติ ในวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกาที่มีอายุระหว่าง 11 – 26 ปี พบว่า การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ต่ำ (54) และยังพบว่าการที่วัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัยมีระดับของการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดในวัยรุ่น (55) และพบว่าการที่วัยรุ่นเกรด 8 และเกรด 9 ในสโลวาเกียมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำก็มีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่และกัญชาด้วยเช่นกัน (56) โดยพบว่าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ต่ำกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำก็จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำกว่าคนที่สูบเป็นครั้งคราว (56, 57)
- IV. ทักษะคิดที่มีต่อสารเสพติด พบว่า ตัวทำนายที่สำคัญต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียน คือ การยอมรับและชื่นชมผลที่ได้จากการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (21) โดยเฉพาะในนักเรียนเพศหญิงที่พบว่าการมีทัศนคติทางบวกต่อการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มีเป็นตัวทำนายที่สำคัญการใช้สารเสพติด (21) แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ ทัศนคติ (Attitude) เป็นสิ่งที่บอกถึงว่าบุคคลคิดและรู้สึกอย่างไรต่อบางสิ่งบางอย่าง โดยทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะสนองตอบต่อสิ่งเร้า เป็นมิติของการประเมินว่าชอบหรือไม่ชอบ สำหรับทัศนคติกับการใช้สารเสพติด มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการใช้สารเสพติดดังเช่นการศึกษาที่ทำการติดตามระยะยาวในกลุ่มวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกาพบว่า การมีทัศนคติทางบวกต่อการดื่มแบบหนักจะมีความสัมพันธ์กับการดื่มแบบหนักในอนาคต (58) และในทางกลับกันหากมีทัศนคติทางลบต่อการดื่มแอลกอฮอล์และไม่เคยมีอาการ craving จะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่น้อย (59) นอกจากนี้ยังมีการอธิบายไว้ว่า ตัวทำนายที่สำคัญในการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบเสี่ยงคือ การมีทัศนคติทางบวกต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (60) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด กับทัศนคติของวัยรุ่น ที่พบว่าในกลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีทัศนคติที่ดี

ต่อสารเสพติด ส่วนในกลุ่มที่สูบบุหรี่หรืออย่างเดียวพบว่ามีทัศนคติทางลบต่อสารเสพติดน้อยกว่ากลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างเดียว (61) นอกจากนี้ การมีทัศนคติทางบวกต่อสารเสพติดก็มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการใช้สารเสพติดทั้ง แอลกอฮอล์ สารระเหย และกัญชา (62) ส่วนการศึกษาในนักเรียนระดับวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีการใช้สารเสพติดประเภท Nonmedical prescription stimulant เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าสามารถช่วยให้การทำงานที่ต่างๆ ของตนเองดีขึ้นได้ ซึ่งการมีทัศนคติทางด้านบวกต่อการใช้อาเหล่านี้นำไปซึ่งการเป็นผู้ติดสารเสพติดได้ในอนาคต (63)

กล่าวโดยสรุป พบว่ามีปัจจัยที่หลากหลายในการดื่มและใช้สารเสพติด โดย ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์มากที่สุดกับการใช้สารเสพติด (70-73) ทางองค์การอนามัยโลก ได้มีการสรุปผลจากการศึกษาแบบ cohort studies หลากหลายการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดสารเสพติดในอนาคตได้สูงมาก คือ การเริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย การใช้สารเสพติดหลายชนิด และการมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (71) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง (13-16, 18, 74)

ปัจจัยทางสถานศึกษาและเพื่อน

จากตารางด้านล่าง การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และการรู้สึกถึงการยอมรับต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อนมีผลต่อการเริ่มทดลองและการเพิ่มปริมาณการดื่มและใช้สารเสพติดในเยาวชนมากที่สุด¹⁻⁴ โดยปัจจัยของกลุ่มเพื่อนยังคงมีผลแม้จะควบคุมปัจจัยอื่น เช่น การเลี้ยงดู พันธุกรรม และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองและพี่น้อง⁵ และมีผลตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นจนถึงผู้ใหญ่ตอนต้น สำหรับแรงจูงใจที่เป็นสาเหตุของการใช้สาร ได้แก่ การเลือกคบเพื่อนที่เหมือนกับตนเอง (ใช้สารหรือไม่ใช้สารเช่นเดียวกับตนเอง) และเพื่อเข้าสังคมหรือต้องการยอมรับจากเพื่อน การเลือกคบเพื่อนที่ดื่มหรือใช้สารเสพติดยังอาจเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เช่น การตามใจมากเกินไป หรือการปล่อยปละละเลย⁶ ในทางกลับกัน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนยังส่งผลต่อการคบเพื่อนเช่นเดียวกัน โดยพบว่าเยาวชนที่ดื่มมีโอกาสถูกเลือกจากเพื่อนมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม แสดงให้เห็นว่าเยาวชนอาจมองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นผู้ที่น่าคบหาหรือมีมนุษยสัมพันธ์ดี ซึ่งเพิ่มโอกาสในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเพื่อนได้มากขึ้น^{7,8}

สำหรับปัจจัยสภาพแวดล้อมของสถานศึกษานั้น พบว่า ความรู้สึกผูกพันกับสถานศึกษา เช่น การได้รับความเอาใจใส่ การเคารพซึ่งกันและกันระหว่างนักเรียน หรือระหว่างนักเรียนและครูบาอาจารย์ และ

การวางกฎเกณฑ์ในโรงเรียนที่ชัดเจน มีผลลดความเสี่ยงต่อการทดลองหรือยึดช่วงวัยที่เริ่มทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดออกไป^{9, 10} ในทางกลับกันการมีนโยบายคุ้มครองตรวจสอบสารเสพติดในโรงเรียนอาจไม่มีผลต่อการป้องกันการใช้สารในเยาวชน¹⁰ สำหรับการทำกิจกรรมในสถานศึกษา เช่น การเล่นเกมกีฬา พบว่า ผู้ที่เป็นนักกีฬามีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความรุนแรงจากการดื่มสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เล่นเกมกีฬา โดยเฉพาะกีฬาที่มีการปะทะ อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า การเล่นเกมกีฬาอาจมิใช่สาเหตุโดยตรงแต่เป็นเพียงลักษณะบ่งชี้ของเยาวชนที่มีความเสี่ยงของการใช้ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มสุราเท่านั้น¹¹

ปัจจัยทางครอบครัว

เยาวชน โดยเฉพาะวัยรุ่นช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเริ่มเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด ปัจจัยทางด้านครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อทัศนคติ การเรียนรู้ การเลียนแบบพฤติกรรมการใช้ รวมทั้งทัศนคติต่อแอลกอฮอล์ และสารเสพติด¹ โดยเยาวชนในระยะวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างก้าวกระโดด อีกทั้งเป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้ และทดลองสิ่งใหม่ๆ โดยจากการอธิบายทางชีวเคมีพบว่าในเด็กวัยรุ่นนี้ จะ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและฮอร์โมน ทำให้เกิดอารมณ์ที่หุนหันพลันแล่น ในขณะที่สมองส่วนหน้าและส่วนความคิดยังไม่เติบโตเต็มที่^{2,3} ร่วมกับการอธิบายทางจิตใจว่าในช่วงวัยรุ่น มีความต้องการค้นหาความเป็นตนเอง อยากรู้ อยากลองสิ่งใหม่ๆ ด้วยปัจจัยดังกล่าวนี้ ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการพฤติกรรมเข้าสู่การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดอย่างมาก^{4,5}

มีหลักฐานจากงานวิจัยมากมายที่ยืนยันว่าปัจจัยทางครอบครัวส่งผลต่อเยาวชน ในการเริ่มใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด รวมถึงเมื่อเข้าสู่การใช้แล้ว ปัจจัยทางครอบครัวยังส่งผลต่อการใช้ที่ต่อเนื่อง ระยะเวลาการใช้ และปริมาณการใช้^{6,7} ปัจจัยจากครอบครัวสามารถแบ่งออกกว้างๆ ได้เป็นสองส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยที่ช่วยป้องกัน (protective factors) ดังที่กล่าวข้างต้น ปัจจัยเหล่านี้ได้รับการค้นหาและมีหลักฐานจากงานวิจัยว่าสามารถช่วยชะลอการเข้าสู่การใช้ แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดในเยาวชนได้เป็นอย่างมาก⁸

ตารางการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางโรงเรียนและเพื่อนต่อการดื่มสุราและใช้สารเสพติด

การศึกษา (ประเทศ/ปีที่ตีพิมพ์)	รูปแบบการศึกษา/ประชากรที่ศึกษา	ปัจจัยที่ศึกษา	ปัจจัยร่วม/ปัจจัยควบคุม	ตัวแปรตามหลัก	ผลการศึกษา
Heavyrunner-Rioux และคณะ (สหรัฐอเมริกา/2010) ¹	1,341 native American adolescents (subsample from 20,274 respondents) อายุเฉลี่ย 15.42 ปี	-ความรู้สึกรู้สึกผูกพันกับสังคม (ผู้ปกครองและโรงเรียน) -การเรียนรู้ทางสังคม (การใช้สารในกลุ่มเพื่อน,ทัศนคติต่อพฤติกรรมการกระทำผิดในกลุ่มเพื่อน) -ลักษณะทางสังคม เช่น ความยากจนของชุมชน	-ปัจจัยพื้นฐาน (เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง) -การมี Impulsivity	การใช้แอลกอฮอล์, กัญชา และสารเสพติดอื่นๆ (LSD, cocaine, crack, glue, stimulants, sedatives, heroin, opiates, หรือ ecstasy) ในช่วง 30 วัน	ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์และ การใช้สารเสพติด ได้แก่ การมีกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารและทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมของการกระทำผิดในกลุ่มเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สารทุกตัว ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการใช้สารบางตัวเท่านั้น
Van Ryzin และคณะ (2012) ²	Longitudinal prospective cohort เยาวชนอายุ 12 ปี (N=998) ระยะเวลาติดตาม 11 ปี	-Parental monitoring, family relationship quality -Association with deviant peers	Socioeconomic status (parental employment status, parental education, family housing status, family income และ financial aid status)	Tobacco, alcohol, and marijuana use	การเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีผลต่อการใช้สารในบางช่วงวัยเท่านั้น เช่น การที่ผู้ปกครองมีการสอดส่องเฝ้าระวังพฤติกรรมของเยาวชน มีผลในการลดความเสี่ยงในการใช้สารในช่วงวัยรุ่นตอนต้นเท่านั้น ในขณะที่การคบกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมกระทำผิดมีผลในการเพิ่มความเสี่ยงของการใช้สารในทุกช่วงวัยตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้นจนถึงผู้ใหญ่ตอนต้น
Hoffmann และ Bahr (2013) ⁶	Longitudinal Study เยาวชนอายุ 12-14 ปี 5,419 คน	-Parenting style (perceived parental support, monitoring) -Religiosity -Peer alcohol use	Age, gender, race/ethnicity, parental education, age at first alcohol use and family structure	-Alcohol use -Heavy drinking (having five or more drinks on the same occasion)	ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลทางอ้อมต่อการดื่มของเยาวชนผ่านการเลือกคบกลุ่มเพื่อน เช่น การเลี้ยงดูในลักษณะตามใจมากเกินไป หรือการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมีผลให้เยาวชนคบกลุ่มเพื่อนที่ดื่ม
Cruz และคณะ (2012) ⁵	-Longitudinal Study -Peer nomination data from 134 schools (n = 82,629) and 1,846 twin and sibling pairs	-Sibling sample alcohol use -Peer substance use -Friendship exposure -Peer behaviors	Age, gender	-Change in alcohol use from adolescence to early adulthood	การอยู่ในสังคมที่มีเพื่อนใช้สารเป็นปัจจัยทำนายในการเริ่มใช้สารหรือการใช้สารที่หนักขึ้นของเยาวชนเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะควบคุมปัจจัยทางพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมในวัยเด็ก (เช่นการใช้สารของฝาแฝดหรือพี่น้องใกล้ชิด) แล้วก็ตาม

การศึกษา (ประเทศ/ปีที่ตีพิมพ์)	รูปแบบการศึกษา/ ประชากรที่ศึกษา	ปัจจัยที่ศึกษา	ปัจจัยร่วม/ปัจจัยควบคุม	ตัวแปรตามหลัก	ผลการศึกษา
Sznitman, และ Romer (2014) ¹⁰	Longitudinal Study – นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (n = 361) อายุ 14–18 ปี ระยะเวลาติดตาม 1 ปี	-Perceived student drug testing -Perceived positive school climate (the rules in the school are clear, teachers can handle problems in the school, and the level of respect between students, teachers for students, and students for teachers)	-race/ethnicity, age, gender, grade point average, region, urban versus rural residence, school size, and private versus public school. -income level of the respondent's neighborhood	การเริ่มใช้สาร (สุรา บุหรี่ กัญชา) และ ความถี่ในการใช้	การรับรู้ว่าการสุ่มตรวจสารเสพติดในโรงเรียนไม่มีผลต่อ การใช้สารของเยาวชน ในขณะที่ความรู้สึกดีต่อบรรยากาศ ภายในโรงเรียน เช่น การเคารพซึ่งกันระหว่างนักเรียน หรือ นักเรียนและครูอาจารย์ กฎของโรงเรียนมีความชัดเจนและมี ครูอาจารย์ที่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี โดยมีผลลด ความเสี่ยงในการทดลองหรือความถี่ในการสูบบุหรี่และ กัญชา แต่ไม่มีผลต่อการลดการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน
Sonderlunda และ คณะ (2014) ¹¹	-Systematic review of 11 studies US middle/high school/college/univers ity students -Mean participant age = 22.4 years, (modal age = 15 years)	การเล่นกีฬา	-	Alcohol consumption and alcohol-related harms (aggression and violence)	กลุ่มเยาวชนที่เป็นนักกีฬามีอัตราการดื่มและใช้ความรุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสูงกว่าเยาวชนที่ไม่ได้เป็นนักกีฬา โดยมี ผลมากขึ้นในกีฬาที่มีการปะทะ การดื่มสุราและการเล่นกีฬามีผลเพิ่มโอกาสในการใช้ความ รุนแรงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มากกว่าผู้ที่ดื่มสุราแต่ไม่ได้ เล่นกีฬาหรือผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุรา โดยการเล่นกีฬาอาจเป็น ตัวกลางที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของการดื่มและการใช้ความ รุนแรง การเกิดความรุนแรงอาจขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการดื่ม โดย พบว่าการใช้แอลกอฮอล์เพื่อลดความเครียด เพิ่มความเสี่ยง ในการใช้ความรุนแรง ในขณะที่การดื่มเพื่อเข้าสังคมหรือ ความเพลิดเพลินไม่เพิ่มความเสี่ยงดังกล่าว

การศึกษา (ประเทศ/ปีที่ตีพิมพ์)	รูปแบบการศึกษา/ประชากรที่ศึกษา	ปัจจัยที่ศึกษา	ปัจจัยร่วม/ปัจจัยควบคุม	ตัวแปรตามหลัก	ผลการศึกษา
Li และคณะ (2011) ⁹	เยาวชนชั้นมัธยมศึกษา 6,864 คน อายุเฉลี่ย 10.97 ปี	-ความผูกพันกับโรงเรียน (behavioral school engagement, emotional school engagement)	-Grade levels (i.e., time), sex, family SES -การกระทำผิด	Substance abuse	ความผูกพันกับโรงเรียนทั้งในทางพฤติกรรม เช่น การไปโรงเรียนด้วยความพร้อม และทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกถึงความใส่ใจของเพื่อนและครูอาจารย์มีผลลดความเสี่ยงในการเริ่มใช้สารและมีผลในการยืดช่วงวัยที่เริ่มต้นใช้สารออกไป
Trucco และคณะ (2011) ³	longitudinal study เยาวชน อายุ 11-13 ปี 371 คน	-Perceived peer approval and Delinquency -Parenting	-Demographic variables (gender or race -Caregiver marital status, education and income	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมกระทำผิดเพิ่มความโอกาสในการรู้สึกถึงการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนต่อการดื่มแอลกอฮอล์ การรู้สึกถึงการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนต่อการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน
LaBrie และคณะ (2010) ⁴	Cross-sectional นักเรียน 3,753 คน	- Perceived level of approval of drinking of typical student/ parents/close friends -Personal attitudes	Demographics	-ปริมาณการดื่มสุรา -การเกิดปัญหาสุขภาพและการเรียนเนื่องจากการดื่มสุรา	-ค่านิยมต่อการดื่มสุราของสังคมมีผลต่อการดื่มสุราและการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราน้อยกว่าค่านิยมในผู้ปกครอง กลุ่มเพื่อนและทัศนคติของตนเอง
Osgood และคณะ (2013) ⁷	Longitudinal study - network analysis นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 13,214 คน	การใช้สุราของเพื่อน/ตนเอง	Gender race ethnicity composite of attitudes toward school (grades, family relationships, religious participation, and sensation seeking	การดื่มสุราของตนเอง การคบเพื่อน	การดื่มสุราและการเลือกคบเพื่อนมีผลซึ่งกันและกัน โดยพบว่า เยาวชนที่ดื่มสุรามีโอกาสถูกเสนอชื่อจากเพื่อนมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา ในทางกลับกัน เยาวชนที่ดื่มสุรามักถูกเสนอชื่อจากเพื่อนมากกว่าเยาวชนที่ไม่ได้ดื่มสุรา และโอกาสในการเริ่มดื่มสุราของเยาวชนสูงขึ้นตามสัดส่วนการดื่มสุราในกลุ่ม
Burk และคณะ (2011) ⁵	Cross-sequential study เยาวชนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา 950 คน	ความถี่ของการเมาสุราของเพื่อน/ตนเอง	Gender, ethnicity, household structure	การคบเพื่อน	การเลือกคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดื่มแบบเดียวกับตนมักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนต้น สูงสุดในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย การเริ่มดื่มตามเพื่อนเพื่อการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนกลางเป็นต้นไป

การทบทวนวรรณกรรมนี้จะมุ่งเน้นในเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านครอบครัวที่ส่งผลให้เยาวชนในระยะเวลาวัยรุ่น เข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด โดยพบว่าปัจจัยที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างมาก มีดังนี้

- การหยิบบิ้นแอลกอฮอล์และสารเสพติดจากคนในครอบครัว (active)
- ทักษะติดต่อแอลกอฮอล์และสารเสพติดของครอบครัว และการไม่ห้าม (passive)
- การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด และระดับความรุนแรงของการใช้ในครอบครัว
- ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว
- ปัญหาพฤติกรรม และจำนวนคนที่มีปัญหาในครอบครัว เช่น การใช้ความรุนแรง ปัญหาทางอารมณ์ เป็นต้น
- เศรษฐฐานะ การทำงาน การศึกษาของพ่อแม่

การหยิบบิ้นแอลกอฮอล์และสารเสพติดจากคนในครอบครัว

พบว่าปัจจัยนี้มีการศึกษามากในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่บุหรี่ และ สารเสพติดประเภทอื่นๆ ยังไม่มีการศึกษาวิจัยมากนัก จากงานวิจัยพบว่าการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครั้งแรกของเยาวชนส่วนใหญ่เริ่มมาจากการหยิบบิ้นเครื่องดื่มที่มาจากคนในครอบครัวก่อน โดยมักเริ่มจากการเริ่มจิบทีละน้อย⁸ จนในที่สุดนำไปสู่การดื่มที่เพิ่มมากขึ้นและเกิดปัญหาทางพฤติกรรมอื่นๆ ตามมา ในปัจจุบันพบว่าการจิบทีละน้อยส่งผลอย่างชัดเจนต่อการดื่มที่เร็วขึ้นและการเข้าสู่การติดแอลกอฮอล์ ที่เร็วขึ้น^{9,10} ผู้ปกครองส่วนหนึ่งหยิบบิ้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ลูกหลาน เนื่องจากมีความเชื่อว่าการให้ดื่มภายใต้การดูแลและหยิบบิ้นจากผู้ปกครองจะช่วยลดการเข้าสู่การดื่มแบบเสี่ยงหรือการออกไปดื่มกับกลุ่มเพื่อนได้ รวมทั้งเป็นการสอนวิธีการดื่มให้แก่วัยรุ่น¹¹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการหยิบบิ้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทิศทางไปในทางเดียวกัน คือ ผู้ปกครองไม่ควรจะหยิบบิ้นแอลกอฮอล์ให้แก่เยาวชนวัยรุ่น¹² เพราะจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มที่เพิ่มมากขึ้น จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในด้านต่างๆ ตามมา นอกจากนี้ การหยิบบิ้นจากผู้ปกครองยังเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้สึกว่าการดื่มเครื่องดื่มเป็นสิ่งที่สามารถทำได้และเป็นที่ยอมรับอีกด้วย

การค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ปกครองหยิบบิ้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เยาวชนเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจและป้องกันแก้ไขเพื่อให้การหยิบบิ้นน้อยลง จากงานวิจัย Parents Who Supply Sips of Alcohol in Early Adolescence¹³ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ติดตามไปข้างหน้าขนาดใหญ่ในประเทศออสเตรเลียเพื่อค้นหาปัจจัยในครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการหยิบบิ้น

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เยาวชนวัยรุ่น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการยับยั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การที่ผู้ปกครองเริ่มตระหนักว่า เยาวชนวัยรุ่นกำลังมีความเสี่ยงที่จะเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด เช่น มีเพื่อนในกลุ่มเริ่มเข้าสู่การใช้ เป็นต้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีความเชื่อว่า การให้ จิบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (sips) ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองจะสามารถป้องกันไม่ให้เยาวชนวัยรุ่น ออกไปใช้กับกลุ่มเพื่อน และสามารถลดปริมาณการใช้กับกลุ่มเพื่อนลง อย่างไรก็ตามหลังจากตัด ปัจจัยรบกวนอื่นๆ ออกไป พบว่าการที่จะยับยั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เยาวชนวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการดื่มในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลจากครอบครัว แต่ สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ปกครองทำการยับยั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เด็กมักเริ่มจากการดื่มภายใต้ บริบททางสังคม เช่น ตามงานเลี้ยงที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ทัศนคติต่อแอลกอฮอล์และสารเสพติดของครอบครัวและการไม่ห้าม

จากงานวิจัยพบว่าเยาวชนจะเริ่มรู้จักและมีทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดตั้งแต่ในวัยก่อนเข้าเรียน¹ ทัศนคติของคนในครอบครัวหมายถึงรวมถึงการแนะนำเบื้องต้น ท่าที เรื่อง การใช้ กฎกติกาในครอบครัว การสื่อสารทั้งทางตรงและทางอ้อมในเรื่องการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด คุณลักษณะต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลอย่างยิ่งต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดในเวลา ต่อมา¹⁴ ทั้งนี้ทัศนคติในครอบครัวที่มีต่อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดมักได้รับการส่งผ่าน มาในแต่ละรุ่นของครอบครัว เป็นแบบแผนความคิด และการตอบสนองที่มีต่อเรื่องดังกล่าว อีกทั้ง ทัศนคติของบุคคลในครอบครัวยังได้รับอิทธิพลจากสังคม สิ่งแวดล้อม จารีตประเพณีของท้องถิ่นที่อยู่ อีกด้วย

ครอบครัวที่มีท่าทีไม่ให้การยอมรับต่อพฤติกรรมกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดมีความสัมพันธ์เป็นอย่างมากต่อการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดที่ลดลง โดยถือว่าปัจจัยนี้เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญ (protective factor)¹⁵ โดยเฉพาะท่าทีที่ไม่ให้การยอมรับ จากผู้ปกครองเพศเดียวกันกับเยาวชนมีความสัมพันธ์เป็นอย่างมากกับการป้องกันการเข้าสู่การใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด¹⁶ นอกจากนี้ ปัจจัยดังกล่าวยังส่งผลทางอ้อมต่อการกล้า ปฏิเสธในการเริ่มเข้าสู่การใช้สารเสพติดของเยาวชนอีกด้วย¹⁷ ในทางกลับกัน ครอบครัวที่ยอมให้มีการ ดื่มในบ้านสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มของเยาวชนที่มากขึ้น^{18,19}

การมีกฎระเบียบวินัยที่ชัดเจนในเรื่องต่างๆไปในครอบครัว (general discipline) เป็นปัจจัย ป้องกันไม่ให้เยาวชนวัยรุ่นเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด โดยเฉพาะเยาวชน วัยรุ่นตอนต้น²⁰ การที่บิดามีการใช้ระเบียบวินัยอย่างเหมาะสมและคงที่ (consistency) ในครอบครัว

สัมพันธ์อย่างมากกับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลง²¹ อย่างไรก็ตาม การที่มีระเบียบวินัยหรือเข้มงวดมากจนเกินไปจนขาดความเข้าใจจะสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นในการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด²²

การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดในครอบครัว (parental medelling)

ครอบครัวที่มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการที่เยาวชนเข้าสู่การใช้ในช่วงอายุที่เร็วขึ้น มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มที่มากขึ้น และมีปัญหาพฤติกรรมจากการดื่มที่มากขึ้น^{23,24} ความสัมพันธ์จากปัจจัย ทางด้านครอบครัวสามารถอธิบายได้จากองค์ประกอบที่มาจากพันธุกรรม และจากองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม²⁵ สำหรับผู้ปกครองที่มีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายจะมีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายของเยาวชนที่เร็วขึ้น อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเยาวชน เช่น พฤติกรรมที่รุนแรง หนีหั่นพินแดน และการมีปัญหาด้านอารมณ์ที่ไม่มั่นคง^{26,27}

ในครอบครัวที่มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงที่เยาวชนจะมีพฤติกรรมเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เร็วขึ้นมากกว่า ครอบครัวที่มีการใช้มีสารเสพติดที่ผิดกฎหมายที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของเยาวชนถึง 1.5 เท่า ทั้งนี้ยังพบว่าการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวส่งผลให้เยาวชนมีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มมากกว่าครอบครัวที่ไม่ดื่มอย่างมีนัยสำคัญ เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทั้งจากการสื่อสารโดยตรง และการสื่อสารทางอ้อม

ครอบครัวที่มีบิดาติดแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เยาวชนมีปัญหาด้านการดื่มมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติ รวมทั้งยังสัมพันธ์กับการมีกฎระเบียบในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม²⁸ จำนวนของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ และติดสารเสพติดในครอบครัวยังเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สามารถทำนายการติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติดในเด็กเยาวชนได้เป็นอย่างดี โดยพบว่าจะเกิดความเสี่ยงสูงสุด ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²⁹ ทั้งนี้จากงานวิจัยพบว่าปัจจัยจากบิดาหรือจากมารดาที่มีการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์เท่ากัน ที่จะส่งผลต่อการเริ่มใช้สารเสพติดไปจนถึงการติดสารเสพติดในเยาวชน³⁰ แต่ก็ยังมีงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยจากบิดาที่ใช้สารเสพติดจะมีอิทธิพลต่อเยาวชนในการเริ่มใช้สารเสพติดจนนำไปสู่การติดสารเสพติดที่มากกว่า³¹

ครอบครัวที่มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงในครอบครัว ที่เพิ่มมากขึ้น การต่อสู้กับภายในครอบครัวที่สูงขึ้น มีปัญหาทางโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{27,32}

โดยสรุปการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดในครอบครัว ส่งผลต่อการเข้าสู่การใช้ที่เร็วขึ้นของเยาวชน และการเกิดปัญหาจากการใช้ที่มากกว่า จากงานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดในครอบครัวส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเทียบเท่ากับการที่ เยาวชนอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด^{33,34}

ความสัมพันธ์ในครอบครัว (family functioning)

ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดทั้งทางตรงและทางอ้อม กลไกที่สำคัญ เช่น ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวส่งผลให้เยาวชนติดเพื่อนมากขึ้น ต้องการการยอมรับจากบุคคลภายนอกครอบครัวมากกว่าเยาวชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว อันส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเข้าสู่การเริ่มใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดมากขึ้น^{35,36} โดยความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว สามารถแบ่งออกเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้

- การสื่อสารที่ดีในครอบครัว (good general communication) หมายถึง การสื่อสารที่ดี ไม่ใช่อารมณ์ แต่ตรงไปตรงมา การสื่อสารที่ดีในครอบครัว เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญ และลดการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดในเยาวชน^{37,38}
- การมีส่วนร่วมภายในครอบครัว (family involvement) หมายถึง การสื่อสารระหว่างกันในครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว แม้แต่กิจกรรมเล็กน้อย เช่น การช่วยเหลือในการทำบ้าน การดูโทรทัศน์ร่วมกัน เป็นต้น จากหลักฐานงานวิจัยพบว่าหากมีส่วนร่วมภายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น จะมีการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดน้อยลง พบว่าครอบครัวที่รับประทานอาหารร่วมกันทุกวันอย่างพร้อมหน้าเป็นประจำ สัมพันธ์กับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่ลดลง^{39,40} อย่างไรก็ตาม ในทางกลับกัน มีหลักฐานจากงานวิจัยที่บ่งบอกว่าการที่ครอบครัวเข้ามาให้ความใกล้ชิด หรือ เข้ามามีส่วนร่วมมากเกินไป (over involvement) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น⁴¹
- การได้รับความสนับสนุนจากครอบครัว (parental support) หมายถึงการที่ครอบครัวคอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือเยาวชนในด้านต่างๆ เมื่อเยาวชนร้องขอ จากหลักฐานงานวิจัยพบว่าหากเยาวชนรับรู้ได้ถึงความสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เมื่อร้องขอจัดเป็นปัจจัยป้องกันในการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด^{42,40} นอกจากนี้ การได้รับความสนับสนุนจากครอบครัว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่

ทำให้เยาวชน (mediator variables) สามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น และการเข้าสู่การใช้แอลกอฮอล์ และกัญชาน้อยลง⁴⁰

- การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทางด้านอารมณ์ (emotional parental support) หมายถึงการที่เยาวชนสามารถเล่าปัญหาต่างๆ ให้ผู้ปกครองรับฟัง และรับรู้ถึงความสามารถในการพึ่งพิงครอบครัวทางด้านอารมณ์ได้ พบว่าปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับการเข้าสู่การใช้สารเสพติด อีกทั้งยังพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทางด้านอารมณ์มีผลช่วยลดการเข้าสู่การใช้สารเสพติดมากกว่าการได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (instrumental support)⁴³
- การสอดส่องดูแลจากครอบครัว (parental monitoring) หมายถึงการที่ผู้ปกครองคอยสอดส่องดูแลกิจกรรมต่างๆ ของเยาวชนทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โดยการสอดส่องดูแลนั้นมีจุดมุ่งหมายในเชิงบวกคือเพื่อให้เยาวชนสามารถควบคุมตนเองไปในทางที่ถูกต้อง⁴⁴ หลักฐานจากงานวิจัยพบว่า ครอบครัวที่มีการสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดมีผลสัมพันธ์กับการเริ่มการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เร็วขึ้นแต่ดื่มในปริมาณที่ไม่มากนัก^{45,46} ทั้งนี้ ครอบครัวที่มีการสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อการเริ่มใช้การใช้สารเสพติดในเยาวชน⁴⁴ นอกจากนี้ ครอบครัวที่สอดส่องดูแลมาก ยังส่งผลต่อเยาวชนในการเลือกเข้ากลุ่มเพื่อนที่ไม่ใช้สารเสพติดอีกด้วย⁴⁷

ครอบครัวที่มีผู้ปกครองมีปัญหาพฤติกรรม หรือมีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว

สิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าสู่การเริ่มใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด ครอบครัวที่มีผู้ปกครองหรือคนในครอบครัวมีปัญหาพฤติกรรม มีอาการป่วยทางจิตเวช มีการใช้ความรุนแรง จะส่งผลให้เยาวชนเข้าสู่การใช้และติดสารเสพติดในอัตราที่เพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ^{48,49}

- ครอบครัวที่มีปัญหาพฤติกรรมจากการใช้แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด จากผลงานวิจัยของ McKeganey and colleagues พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดจะมีการเกิดอารมณ์ในทางลบ และความตึงเครียดในครอบครัวมากกว่าปกติ ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่สามารถดูแล สภาวะทางอารมณ์ของเด็กได้ดีนัก อีกทั้งยังสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงได้มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติเหล่านี้ เมื่อติดตามไปในระยะยาวพบว่าเมื่อเยาวชนเหล่านี้เติบโตขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดมากกว่า รวมทั้ง เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ^{50,51,52}

- ครอบครัวยที่มีผู้ปกครองที่มีโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) ครอบครัวยที่มีผู้ปกครองที่มีโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม สัมพันธ์กับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มากขึ้นของเยาวชน ในครอบครัวยอย่างชัดเจนโดยได้ตัดตัวแปรรบกวนอื่นที่อาจจะส่งผลได้ออกไป⁵³ อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่มีโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคมมักจะเลือกผู้ปกครองที่มีปัญหาในแบบเดียวกัน และมักมีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดอยู่ในครอบครัวยเยาวชนที่เติบโตในครอบครัวยเหล่านั้น⁵⁴ มักมีการเลียนแบบพฤติกรรม ความรุนแรง ทัศนคติ รวมทั้งแบบแผนของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด
- ครอบครัวยที่มีผู้ปกครองมีปัญหาโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) หรือ โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder) พบว่าครอบครัวยที่มีผู้ปกครอง หรือบุคคลในครอบครัวยมีปัญหาโรควิตกกังวล หรือโรคอารมณ์ผิดปกติ สัมพันธ์กับการที่เยาวชนเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด เร็วกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่มีประวัติดังกล่าว จากการวิจัยติดตามไปข้างหน้าระยะเวลา 10 ปี ในเรื่องผลกระทบต่อเยาวชนวัยรุ่นเมื่อมีผู้ปกครองมีโรคซึมเศร้า⁵⁵ พบว่า เมื่อมีผู้ปกครองป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เยาวชนจะเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นถึง 5 เท่า ทั้งนี้พบว่าเยาวชนวัยรุ่นเพศหญิงได้รับผลกระทบจากปัจจัยดังกล่าว มากกว่าเยาวชนวัยรุ่นเพศชาย และในกลุ่มผู้ปกครองที่มีโรควิตกกังวล ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนของการที่ผู้ปกครองเป็นโรควิตกกังวลกับการเข้าสู่การใช้สารเสพติด
- ครอบครัวยที่มีการทารุณกรรมหรือล่วงละเมิด (abuse) เยาวชนที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) ได้รับทารุณกรรมทางร่างกาย (physical abuse) และจิตใจ (emotional abuse) รวมทั้งถูกละทิ้ง (neglect) มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดในระยะเวลาดต่อมา⁵⁶ อีกทั้งยังพบว่าเยาวชนเหล่านี้มักมีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน โดยมีพฤติกรรมที่รุนแรงและเป็นปัญหาตามมามากกว่าเยาวชนที่ไม่มีประวัติดังกล่าว⁵⁷

ลักษณะของครอบครัวย

- เศรษฐฐานะของครอบครัวย พบว่า เศรษฐฐานะของครอบครัวยมีความสัมพันธ์กับการเริ่มใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด ซึ่งในปัจจุบันผลจากงานวิจัยยังคงมีความขัดแย้งกันอยู่ โดย Goodman and Huang (2002) พบว่าครอบครัวยที่มีเศรษฐานะไม่ดี หรือยากจนจะมีการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และโคเคนในอายุน้อยกว่าครอบครัวยที่มีเศรษฐานะดี อย่างมีนัยสำคัญ⁵⁸ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายชิ้นกลับพบว่าครอบครัวยที่มีรายได้น้อยกว่ากลับมีผลต่อการเข้าสู่การใช้สารเสพติดมากกว่าครอบครัวยที่มี

รายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นในเรื่องรายได้ (income) ของครอบครัวเป็นหลัก และตัดปัจจัยรบกวนอื่นๆ เช่น การศึกษาของพ่อแม่ หรือสถานะทางสังคมของครอบครัว ออกไป ทั้งนี้ ครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เช่น อยู่ในชุมชนแออัด ซึ่งสัมพันธ์กับเศรษฐกิจที่ไม่ดีในครอบครัว จะมีความเสี่ยงในการเข้าสู่การใช้สารเสพติดของเยาวชนเพิ่มมากขึ้น⁵⁹

- ระดับการศึกษาของคนในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นเป็นปัจจัยป้องกันการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด ในทางกลับกัน ครอบครัวที่มีผู้ปกครอง มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่มากขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวที่มีมารดาการศึกษาสูงขึ้นจะส่งผลต่อการเข้าสู่การใช้สารเสพติดที่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ⁶⁰
- โครงสร้างครอบครัว เยาวชนที่มาจากครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว จะมีความเสี่ยงในการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดที่เร็วขึ้น^{29,30} โดยเฉพาะหากเกิดการหย่าร้างในช่วงวัยรุ่น จะยิ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเข้าสู่การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด งานวิจัยพบว่าครอบครัวที่แตกแยกก่อนวัยรุ่นอายุ 16 ปี จะมีความสัมพันธ์ในการเข้าสู่การใช้สารเสพติดของเยาวชนในเวลาต่อมามากกว่าครอบครัวที่แตกแยกหลังวัยรุ่นอายุ 16 ปี⁵² ในครอบครัวที่เยาวชนอยู่อาศัยกับพ่อเลี้ยงเดี่ยวจะมีความสัมพันธ์กับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเยาวชนที่อาศัยกับแม่เลี้ยงเดี่ยว
- การเข้าสู่กิจกรรมทางศาสนา การมีความเชื่อทางศาสนา การเข้าสู่กิจกรรมทางศาสนาที่น้อย สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเข้าสู่การใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดที่เพิ่มขึ้น^{60,61}

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบข้อมูลสนับสนุนไปในทิศทางที่ยืนยันว่า ปัจจัยทางครอบครัวส่งผลต่อเยาวชนทั้งในส่วนของการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด อย่างไรก็ดีตาม ในแต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้น ยังจำเป็นต้องมีการค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติม เพื่อความเข้าใจ และสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้นำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น เพื่อลดความเสี่ยง และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ปัจจัยอื่นๆ เช่น สื่อโฆษณา การรณรงค์ และฉลากผลิตภัณฑ์

ผลของการโฆษณา

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้ข้อสรุปว่าสื่อ (media) ได้เข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในหลายช่องทาง ทั้งการโฆษณาผ่านโทรทัศน์ วิทยุ การได้พบเห็นภาพการสูบบุหรี่ในภาพยนตร์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงการเห็นการสูบบุหรี่ในอินเทอร์เน็ตและ social network⁽³⁴⁾ โดยในทศวรรษก่อน บริษัทบุหรี่ได้ทำการโฆษณานูหรีให้น่าดึงดูดในหลายช่องทางโดยมีหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายหลักคือประชากรกลุ่มเยาวชน ทั้งนี้ วัตถุประสงค์ในการโฆษณา ได้แก่ เพื่อกระตุ้นให้เยาวชนทดลองใช้โดยจะเป็นการเพิ่มโอกาสที่จะใช้เป็นประจำต่อไป เพื่อเพิ่มความถี่และจำนวนของการใช้ เพื่อลดแรงจูงใจในการเลิกใช้ และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เลิกใช้แล้วกลับมาใช้ต่อ โดยทำให้การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้ในสังคมและแสดงให้เห็นโทษภัยในระดับที่น้อยกว่าข้อเท็จจริง⁽³⁵⁾ และมีการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่ประกอบด้วยคำแนบท้ายที่ให้น้ำหนักความอันตรายน้อยกว่าความเป็นจริง เช่น 'light' 'low tar' เป็นต้น^(36, 37)

ทั้งนี้ ได้มีการศึกษาหลายรายงานจากต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่า การที่บริษัทโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือเครื่องหมายการค้าผ่านสื่อในช่องทางต่าง ๆ ทั้งโทรทัศน์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์นั้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอุบัติการณ์การใช้สารโดยเฉพาะในเครื่องหมายการค้า นั้น ๆ ในกลุ่มเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁸⁻⁴⁵⁾ และมีหลายการศึกษาที่พบว่า การพบเห็นการโฆษณา หรือความชื่นชอบในตัวโฆษณาของผลิตภัณฑ์ในเยาวชนมีความสัมพันธ์กับสถานะการใช้และการริเริ่มการใช้โดยไม่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การใช้ของกลุ่มเพื่อน ของพี่น้องหรือของผู้ปกครอง เป็นต้น⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

นอกจากนี้ มีการศึกษาหลายรายงาน ที่พบว่า การพบเห็นการสูบบุหรี่ในภาพยนตร์ซึ่งไม่ใช่การโฆษณาโดยตรงก็อาจเพิ่มอัตราการใช้หรือทดลองใช้ในประชากรกลุ่มเยาวชนได้⁽⁵⁰⁻⁵⁶⁾ ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นการใช้ในภาพยนตร์และการใช้ของเยาวชน โดย Charlesworth และ Glantz (2005) ได้ข้อสรุปว่า การพบเห็นการสูบบุหรี่ในภาพยนตร์จะส่งผลให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่และจำนวนหรือระยะเวลาการพบเห็นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชน⁽⁵⁷⁾ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นได้รวมถึงการพบเห็นการสูบบุหรี่ที่ไม่ใช่การจงใจโฆษณาในสื่อที่ใกล้เคียงกับภาพยนตร์อย่างรายการโทรทัศน์หรือด้วย^(58, 59)

ในส่วนของการศึกษาในประเทศไทยนั้น ในปี 2005 ได้มีการสำรวจกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปีทั่วประเทศไทยโดย Rudatsikira และคณะ (2008) ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยผลการสำรวจ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.8 เคยพบเห็นโฆษณาทางโทรทัศน์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 40.8 มีสิ่งของที่มีตราสินค้าของบริษัท และร้อยละ 45.5 เคยพบเห็นโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยกลุ่มเยาวชนเพศชายมีการพบเห็นโฆษณาและมีสิ่งของที่มีสัญลักษณ์ของบริษัทมากกว่า เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างคือ การเป็นเพศชาย การคิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ได้มีอันตรายต่อสุขภาพ การมีผู้ปกครองหรือเพื่อนที่สูบบุหรี่ โดยไม่ได้มีการรายงานถึงความสัมพันธ์กับการพบเห็นโฆษณาตามสื่อ⁽⁶⁰⁾ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่ทำการสำรวจในประชากรกลุ่มเดียวกันโดย Sirichotiratana และคณะ (2008) โดยผลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ร้อยละ 9 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับการเสนอให้บุหรี่ไปใช้ฟรีโดยบริษัทโดยเพศชายมีโอกาสได้รับสินค้าฟรีมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶¹⁾

สำหรับการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่องทางต่าง ๆ ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นหนึ่งในปัจจัยสนับสนุนที่กระตุ้นให้กลุ่มเยาวชนเริ่มดื่มหรือยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการโฆษณาได้ส่งผลให้เกิดความคาดหวังผลทางบวกที่จะเกิดขึ้นของการดื่ม^(62, 63) ผลทางบวกต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เยาวชนคิดว่าสังคมให้การยอมรับการดื่มมากขึ้น เห็นการดื่มเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเพื่อนและในกลุ่มผู้ใหญ่ รวมถึงมีแนวโน้มที่จะเริ่มดื่มมากขึ้น ทั้งนี้ องค์ประกอบที่ทำให้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น่าดึงดูดและเกิดผลทางบวกในประชากรกลุ่มนี้ได้แก่ การใช้ภาพเคลื่อนไหว อารมณ์ขัน และการใช้เพลงหรือดนตรีที่ได้รับความนิยมมาเป็นส่วนหนึ่งในการโฆษณา ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ที่ชมเกิดความอยากที่จะซื้อเครื่องดื่มนั้นมากขึ้น⁽⁶⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศพบว่า มีหลายการศึกษาที่พบว่า การพบเห็นโฆษณาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยการจดจำโฆษณาผลิตภัณฑ์ได้ตอนอายุน้อยโดยเฉพาะเบียร์ อาจสัมพันธ์กับการดื่มในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้^(65, 66) ความถี่และระยะเวลาการพบเห็นโฆษณาเครื่องดื่มในสื่อชนิดต่าง ๆ ได้แก่ รายการโทรทัศน์ มีวีสควิตี้โอ มีความสัมพันธ์กับการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะเบียร์⁽⁶⁷⁻⁷⁰⁾ การที่กลุ่มเยาวชนได้พบเห็นโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มบนป้ายโฆษณาหรืองานดนตรียังส่งผลให้เกิดการริเริ่มดื่มและสัมพันธ์กับความถี่ของการดื่มอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷¹⁾ และการพบเห็นการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพยนตร์ก็อาจส่งผลให้เกิดการเริ่มดื่มและคงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยเฉพาะถ้าหากปราศจากการควบคุมดูแลจากผู้ปกครอง^(70, 72-74) นอกจากนี้ ความนิยมใช้ social network ในทศวรรษที่ผ่านมาซึ่งมีการโฆษณาทางตรงหรือทางอ้อมแฝงอยู่ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มของเยาวชนได้⁽⁷⁵⁾

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ได้มีการศึกษาในปี 2011 โดย Kheokao และคณะ (2012) ซึ่งทำการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 5,145 คนทั่วประเทศเกี่ยวกับการตลาดของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อการพบเห็นโฆษณาผลิตภัณฑ์ ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 77.6 พบเห็นสื่อที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังทางบวกต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับต่ำ และประมาณครึ่งหนึ่งของเยาวชนตั้งใจจะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในส่วนของสื่อที่พบเห็นมากสามลำดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์ การโฆษณา ณ จุดขาย (point of purchase) และสื่อโฆษณานอกบ้าน โดยส่วนใหญ่ของเยาวชนมีความสงสัยต่อการโฆษณา ของผลิตภัณฑ์ และมีความต้องการลองดื่มในอนาคตในระดับที่ต่ำ ทั้งนี้ ในกลุ่มเยาวชนที่มีความตั้งใจจะดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตจะมีคะแนนความคาดหวังถึงผลทางบวกของแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่ไม่แน่ใจและกลุ่มที่ตั้งใจว่าจะไม่ดื่มอย่างแน่นอน⁽⁷⁶⁾

ผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพ

ในปีค.ศ. 2017 องค์การอนามัยโลกได้ออกนโยบายให้แต่ละประเทศมีมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการซื้อหรือขายผลิตภัณฑ์จากยาสูบเพื่อเป็นการลดอัตราการสูบบุหรี่ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่และยาเส้น การจัดสถานที่สาธารณะให้ปลอดจากการสูบบุหรี่ การลดหรือหยุดการโฆษณาบุหรี่ รวมถึงการออกฉลากคำเตือนทางสุขภาพ (health- warning labels, HWLs) บนซองบุหรี่⁽¹⁾ ซึ่งในส่วนของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่ ได้มีการออกแนวทางคำแนะนำลักษณะรวมถึงรูปแบบของฉลากโดยระบุว่า ฉลากคำเตือนเป็นมาตรการที่มี cost-effectiveness สูงในการลดการสูบบุหรี่และทำให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยทางสุขภาพที่เกิดจากบุหรี่ได้ ทั้งนี้ แนวทางคำแนะนำได้ระบุให้บริเวณของฉลากคำเตือนต้องมีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของบริเวณพื้นที่ของซองบุหรี่รวมถึงยาเส้น โดยควรใช้รูปภาพประกอบข้อความ (graphics) มากกว่าเพียงข้อความคำเตือนอย่างเดียว (text-only labels) เนื่องจากพบว่าภาพประกอบมีประสิทธิภาพมากกว่าข้อความในการลดอัตราการสูบบุหรี่⁽²⁾

ปัจจุบันในประเทศไทย รัฐบาลได้มีการออกฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่และยาเส้น โดยมีการเพิ่มพื้นที่ของฉลากครอบคลุมกว่าร้อยละ 85 ตั้งแต่ ปีค.ศ. 2014 โดยมีภาพคำเตือนและข้อความประกอบสองด้าน ทั้งบนซองด้านหน้าและหลัง รวมถึงข้อความคำเตือนบริเวณด้านข้างของซอง⁽³⁾ ตามภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1: ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่และยาเส้นของประเทศไทยในปัจจุบัน⁽³⁾

การศึกษาเรื่องผลของฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด และส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ โดยผลการศึกษาโดยรวมพบว่า การใช้ฉลากคำเตือนแบบภาพประกอบข้อความนั้นีผลทำให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ และสามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้มากกว่าการใช้ฉลากคำเตือนแบบข้อความอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁻⁶⁾ สำหรับการศึกษาในกลุ่มเยาวชน ได้มีการสำรวจของ Sirirassamee และคณะ (2013) ในประชากรอายุ 13-17 ปีในประเทศไทยที่ทั้งสูบ เคยสูบและไม่สูบบุหรี่ถึงผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่ ในช่วงปี 2005-2008 โดยเก็บข้อมูลในสามจุดเวลา ผลการศึกษาพบว่าหลังจากที่รัฐมีการเริ่มใช้ฉลากคำเตือนแบบภาพประกอบข้อความและมีการเพิ่มขนาดของฉลากคำเตือนจากร้อยละ 33 ของพื้นที่เป็นร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งด้านหน้าและหลังซองนั้น เยาวชนไทยได้สังเกตเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นจากร้อยละ 32.3 เป็นร้อยละ 46.5 อัตราการคิดไตร่ตรองถึงผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.9 เป็นร้อยละ 51 และสัดส่วนความเชื่อต่อคำเตือนบนซองบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73 เป็นร้อยละ 78.2 แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนของเยาวชนที่คิดว่าฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่จะช่วยให้เกิดความรู้สึกไม่อยากสูบบุหรี่ยังคงที่อยู่ที่ประมาณเดิมจากร้อยละ 20.6 เพิ่มขึ้นเป็นเพียงร้อยละ 21 เมื่อสิ้นสุดการสำรวจ⁽⁷⁾ และผลการศึกษาล่าสุดที่สำรวจในกลุ่มประชากรเยาวชนกลุ่มเดิมในประเทศไทยโดย Rungnirundorn และ Hitchman (2017) พบว่า การเพิ่มฉลากข้อความคำเตือนด้านข้างของซองบุหรี่ครอบคลุมร้อยละ 60 ของพื้นที่และการนำฉลากคำเตือนไปใช้ครั้งแรกบนซองยาเส้นครอบคลุมร้อยละ 55 ของพื้นที่ซองยาเส้นในปี 2012 นั้นไม่ส่งผลต่อสัดส่วนการที่จะสังเกตเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นหรือส่งผลกระทบต่อสัดส่วนของผู้ที่คิดไตร่ตรองถึงผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้วิจัยได้อภิปรายว่าอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การที่ขนาดพื้นที่หรือลักษณะของภาพคำเตือนบนด้านหน้าและหลังซองยังคงขนาดเท่าเดิมและเหมือนเดิม การที่กลุ่มประชากรมีทั้งเยาวชนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ซึ่งในกลุ่มหลังอาจไม่ได้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของฉลากคำเตือนเนื่องจากโอกาสเข้าถึงซองบุหรี่มีน้อยอยู่แล้ว การที่เยาวชนที่สูบบุหรี่อาจมีบางส่วนที่สูบบุหรี่แบบแยกขายรายมวนมากกว่าซื้อแบบเป็นซอง และการที่เกิดผลจากความเคยชิน (wear-out effect) ต่อภาพคำ

เตือนบนซองบุหรี่⁽⁸⁾ ซึ่งในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ควรมีการเปลี่ยนภาพหรือข้อความบนฉลากคำเตือนบนซองเป็นระยะ ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงผลจากความเคยชินนี้⁽²⁾ ทั้งนี้ ยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการเปลี่ยนภาพคำเตือนในขนาดใหญ่ขึ้นเป็นร้อยละ 85 ของพื้นที่บนซองบุหรี่ในปี 2014 ในกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย

สำหรับผลของฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการดื่มของเยาวชนในปี ค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลกได้ออกคำแนะนำเชิงนโยบายให้กับนานาชาติดำเนินการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การควบคุมราคา มาตรการดูแลการขับรถหลังจากดื่ม การควบคุมการทำตลาด รวมไปถึงการลดผลกระทบจากการดื่มซึ่งมีการระบุไว้ว่า ควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคผ่านฉลากถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁹⁾ ทั้งนี้ฉลากคำเตือนอาจแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ คำเตือนเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ (health risks) คำเตือนเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม ความสามารถหรือหน้าที่การงาน (social, functional or occupational impacts) คำเตือนเกี่ยวกับปริมาณการดื่ม (amount of consumption) และคำเตือนทางกฎหมาย (law regulation)⁽¹⁰⁾ โดยในส่วนของประเทศไทย มีเพียงคำเตือนเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม ความสามารถหรือหน้าที่การงาน เช่น “การดื่มสุร่าทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง” และคำเตือนทางกฎหมาย เช่น “ห้ามจำหน่ายสุร่าแก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี” หรือ “บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ไม่ควรดื่ม” เท่านั้น

ทั้งนี้ ฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการสนับสนุนจากความเห็นของประชาชนทั่วไปเป็นส่วนใหญ่มากจากการสำรวจในระดับนานาชาติ⁽¹¹⁻¹⁴⁾ ส่วนประสิทธิภาพในการลดการดื่มนั้น ได้มีการสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าถึงแม้จะมีการพบเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นแต่ไม่ส่งผลต่อการคิดไตร่ตรองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ นอกจากนี้อาจมีผลทำให้ผู้ที่ดื่มแล้วขับชี่ด้วยความระมัดระวังที่จะไม่ขับรถหลังดื่มมากขึ้น⁽¹⁵⁾ สำหรับในกลุ่มเยาวชนนั้น การสำรวจความเห็นของนักเรียนในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีการพบเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นเช่นเดียวกัน แต่การคิดถึงคำเตือนบนฉลากไม่ส่งผลต่อการใช้ หรือพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมไปถึงการดื่มแล้วขับ⁽¹⁶⁾ และระยะเวลาที่เห็นฉลากคำเตือนไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการดื่มในเยาวชน⁽¹⁷⁾

ในประเทศไทยปี 2017 ได้มีรายงานการสำรวจความเห็นของประชาชนทั่วไปตั้งแต่อายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศเกี่ยวกับฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 43.8 ที่ทราบว่าประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเกี่ยวกับฉลากและบรรจุ

ภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่มีประชาชนจำนวนถึงร้อยละ 97.6 ทั้งที่เคยดื่มและไม่เคยดื่ม แอลกอฮอล์ที่เห็นด้วยกับการมีข้อความคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 33.6 ของผู้ที่เคยดื่มที่คิดว่าการพบเห็นข้อความบนฉลากคำเตือนทำให้การดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ขณะที่ร้อยละ 65.7 ของผู้ที่เคยดื่มคิดว่าฉลากคำเตือนในปัจจุบันไม่มีผลต่อการดื่ม นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.8 เสนอให้มีการระบุโทษหรือพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ชัดเจนบนฉลาก ทั้งในรูปแบบรูปภาพและตัวอักษร โดยอาจมีภาพอุบัติเหตุหรืออวัยวะถูกทำลาย มีตัวอักษรที่ใหญ่อ่านง่าย โดยร้อยละ 93.8 เห็นด้วยหากจะมีภาพและข้อความคำเตือนเหมือนฉลากบนซองบุหรี่ (18)

สำหรับการศึกษาในกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย ได้มีรายงานการศึกษาในปี 2018 เกี่ยวกับการรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรซึ่งมีอายุระหว่าง 15-25 ปี ผลการศึกษาพบว่า ฉลากคำเตือนที่มีทั้งรูปภาพและข้อความคำเตือนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่อการดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม ด้านผลดีภักดิ์และด้านผลต่อผู้บริโภคในทางที่ไม่ดีมากกว่าฉลากคำเตือนที่มีแต่ข้อความคำเตือนอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งเหล่า เปียร์ และไวน์ และขนาดของฉลากคำเตือนแปรผันตรงกับความรู้สึกทางลบต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งควรมีขนาดมากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ขวด โดยควรเน้นคำว่า ตาย พิการ และใช้รูปประกอบจริงที่ดูน่ากลัวตามตัวอย่างภาพประกอบที่ 2⁽¹⁹⁾



ภาพประกอบที่ 2: ตัวอย่างฉลากคำเตือนบนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ในการศึกษา⁽¹⁹⁾

ผลของการรณรงค์ผ่านสื่อ

องค์การอนามัยโลกได้ออกคำแนะนำถึงมาตรการในการลดการสูบบุหรี่ในปีค.ศ. 2017 ดังที่กล่าวข้างต้นในหัวข้อฉลากคำเตือน ซึ่งคำแนะนำหนึ่งที่รวมอยู่ในมาตรการ ได้แก่ การรณรงค์ผ่านสื่อ โดยการให้ความรู้ต่อสาธารณะถึงอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่รวมทั้งไปถึงอันตรายที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (second hand smoke)⁽¹⁾ ซึ่งการรณรงค์อาจไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มประชากรหรือหากจะจำเพาะเจาะจง กลุ่มประชากรที่มักจะได้รับ การรณรงค์เพื่อลดหรืองดการสูบบุหรี่คือกลุ่มเยาวชนโดยอาจสื่อถึงโทษภัยของบุหรี่ในระยะสั้นและระยะยาว หรือสอนวิธีปฏิเสธการลองสูบบุหรี่จากการ

ชักชวนของกลุ่มเพื่อน⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ ในส่วนของประเทศไทย ได้มีการออกแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สอง พ.ศ. 2559-2562 ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับกำกับการป้องกันการเกิดผู้สูบบุหรี่ใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก และเยาวชน รวมถึงนักสูบบุหรี่ใหม่ นั้นได้มีการระบุให้มีการสื่อสารโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สถานีวิทยุท้องถิ่นหรือเสียงตามสาย และตาม social media⁽²¹⁾

โดยรวมแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาในต่างประเทศ การรณรงค์ผ่านสื่อเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอาจมีประสิทธิภาพในการป้องกันไม่ให้ผู้ที่ยังไม่เริ่มสูบบุหรี่หรือสามารถลดจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่อยู่แล้วได้ และจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากการรณรงค์นั้นเกิดร่วมกันกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ในหลักสูตรที่โรงเรียนหรือการให้ความรู้ในชุมชน⁽²²⁻²⁶⁾

ในส่วนของ การสำรวจในกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย ได้มีการศึกษาของ Zawahir และคณะ (2013) ถึงผลของการรณรงค์สูบบุหรี่ผ่านสื่อและการให้ความรู้ในกลุ่มประชากรอายุ 13-17 ปี ในประเทศไทย โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเยาวชนในไทยได้พบเห็นข้อความการรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่บ่อย ๆ กว่าร้อยละ 70 โดยการรณรงค์ผ่านสื่อ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากบุคลากรทางสุขภาพและครูมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ ระดับความเสี่ยงที่จะเริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนชายที่ไม่เคยสูบไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพ แต่ในกลุ่มเยาวชนหญิง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดการริเริ่มสูบได้⁽²⁷⁾

สำหรับผลของการรณรงค์ผ่านสื่อเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการดื่มของเยาวชนนั้น ในส่วนของคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2010 ดังที่กล่าวในหัวข้อที่แล้วเช่นกัน ได้มีการกล่าวถึงมาตรการลดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะขับขีรถยนต์ โดยหนึ่งในมาตรการทางนโยบายคือการรณรงค์ (campaign) ให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ โดยอาจรณรงค์มากขึ้นในกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มเยาวชน หรือรณรงค์มากขึ้นในช่วงเวลาเทศกาลเฉพาะ เช่น วันหยุดยาว⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การรณรงค์ผ่านสื่อ อาจมีจุดประสงค์อื่น ๆ อีก ได้แก่ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการดื่ม เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดจากการดื่ม หรือเพื่อจูงใจให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่ม ผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายประกาศ ข่าว หรือโฆษณาในหนังสือพิมพ์หรือวารสาร⁽²⁸⁾

โดยรวมแล้ว ประสิทธิภาพของการรณรงค์ผ่านสื่ออาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความเสี่ยงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น แต่ก็ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในการดื่ม และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในอันตรายที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย มีลักษณะสังคมที่ยอมรับการดื่ม และมีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้⁽²⁹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มเยาวชน ได้มีการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่า การรณรงค์ผ่านสื่ออาจจะมีประสิทธิภาพการป้องกันการดื่มในประชากรกลุ่มนี้ ทั้งในส่วนของ การลดโอกาสที่จะเลือกใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กเพศหญิง⁽³⁰⁾ หรือทำให้เกิดผู้ดื่มในกลุ่มเยาวชนน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการรณรงค์ผ่านสื่อร่วมกับมีเนื้อหาในหลักสูตรสอน เกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติด⁽³¹⁾

การรณรงค์ผ่านสื่อในประเทศไทยเพื่อมุ่งใจให้ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นับได้ว่า สำคัญที่สุดคือการรณรงค์ให้ “งดเหล้าเข้าพรรษา” โดยโครงการนี้ได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเพื่อ ส่งเสริมการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาพุทธโดยใช้ช่วงเวลา 3 เดือนของเทศกาลเข้าพรรษาเป็น ช่วงเวลาสำหรับเริ่มต้นการลดหรือเลิกดื่มโดยสมัครใจ ทั้งยังหวังผลให้การลดหรือเลิกดื่มคงอยู่ต่อไป หลังจากออกพรรษาไปแล้ว⁽³²⁾ โดยมีการรณรงค์ผ่านสื่อกระแสหลักทั้งทางโทรทัศน์ โฆษณาวินิเทศ สื่อ สิ่งพิมพ์และป้ายกลางแจ้งทั้งในช่วงก่อนและช่วงระหว่างเทศกาล⁽³³⁾ ซึ่งในส่วนของผลลัพธ์จากการ รณรงค์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยเห็นหรือรับรู้สื่อ ประชาสัมพันธ์โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาโดยเฉลี่ยร้อยละ 90.0 ในช่วง 10 ปี และสื่อประชาสัมพันธ์ ผลให้เกิดความตระหนักหรือสำนึกในการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยร้อยละ 45.0 ในช่วง 10 ปีระหว่างพ.ศ. 2548-2557 โดยมีการงดดื่มตลอดเทศกาลเฉลี่ยที่ร้อยละ 33.17 ของกลุ่ม ประชากร มีการงดหรือลดการบริโภคเป็นบางช่วงในเทศกาลเฉลี่ยร้อยละ 29 และไม่เกิดการงดหรือลด การดื่มประมาณในช่วงเทศกาลเฉลี่ยร้อยละ 37.83 ของกลุ่มประชากร⁽³³⁾ ทั้งนี้ ยังไม่เคยมีการศึกษาใน ประเทศไทยเกี่ยวกับผลการของการรณรงค์ผ่านสื่อเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนที่มี อายุต่ำกว่า 15 ปีมาก่อน

กล่าวโดยสรุปแล้ว ผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน พบว่า การดื่มตั้งแต่วัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ เช่น ทำให้ เกิดความผิดปกติในการดื่ม และทำให้เกิดการสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย รวมถึง ผลกระทบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง อุบัติเหตุ และการขาดการยับยั้งชั่งใจ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการ

ดื่ม การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดของเยาวชน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางด้านชีวภาพ เพศ อายุ ปัจจัยทางจิตสังคมทั้งทางด้านสุขภาพจิต การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ และทัศนคติที่มีต่อผลจากการใช้สาร ปัจจัยทางสถานศึกษาและเพื่อนทั้งพฤติกรรมการดื่มหรือสูบบุหรี่ของเพื่อนและโรงเรียนที่มีกฎระเบียบที่ชัดเจน และมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างเด็ก เพื่อน และครู อาจารย์ และท้ายสุดคือปัจจัยทางครอบครัวที่พบจากการศึกษาในต่างประเทศว่าการหยิบบ่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ลูกหลานจะทำให้เกิดค่านิยมในเยาวชนว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติที่สามารถทำได้ และทำให้เกิดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่างๆ ตามมา นอกจากนี้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การโฆษณา การรณรงค์ และ ราคาค่าเตือนทางสุขภาพที่มีอยู่บนบรรจุภัณฑ์ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ค่านิยมของเยาวชนที่มีต่อการดื่มสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทางองค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ให้มีการบริหารจัดการเพื่อควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อใช้ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและด้านอื่นๆ อันเกิดเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากการลงเก็บข้อมูลในโรงเรียน

ปีที่ 1 (ผล ณ เมษายน 2562)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการและได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ Med Chula IRB ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และได้ดำเนินการลงเก็บข้อมูลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่หนึ่งเป็นปีแรก ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย โรงเรียนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 1,800 ราย โรงเรียนในภาคกลางจำนวน 1,800 ราย โรงเรียนในภาคเหนือจำนวน 1,800 ราย และโรงเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เฉพาะจังหวัดนครพนม) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่นและภาคใต้จังหวัดสงขลานั้น ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการเนื่องจากขอรับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันร่วมด้วย ซึ่งคาดว่าจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลได้ราวเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

ทั้งนี้ ตามแผนการดำเนินงานจะมีการตรวจสอบและลงข้อมูลในการดำเนินงานปีที่สอง อย่างไรก็ตาม ได้มีการปรับแผนการดำเนินงานโดยเริ่มดำเนินการลงข้อมูลตั้งแต่ปีแรก จึงทำให้ได้ผลการดำเนินงานเกินกว่าที่ได้วางแผนการไว้ เนื่องจากขั้นตอนการลงข้อมูลขนาดใหญ่เข้าสู่ระบบจำเป็นต้องใช้เวลาในการดำเนินการ และวางแผนจะดำเนินการลงข้อมูลของปีแรกให้ครบสิ้นสุดก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในปีที่สองต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการลงข้อมูลคู่ขนานไปกับการเตรียมความพร้อมในการเก็บตัวอย่างในปีที่สอง โดย ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 ได้ดำเนินการลงข้อมูลในส่วนของกรุงเทพมหานครเพื่อเตรียมความพร้อมในการวิเคราะห์ผลแล้วจำนวน 395 คน โดยมีแบบสอบถามที่ใช้ได้ของนักเรียนจำนวน 285 แบบสอบถาม จากจำนวนทั้งสิ้น 395 แบบสอบถาม หลังจากได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล โดยพบว่าจำเป็นต้องการตัดแบบสอบถามบางชุดออก หากพบว่าไม่ได้ตอบในข้อคำถามที่เป็นคำถามหลักของการวิจัย เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิต (B1) เป็นต้น สำหรับลักษณะทั่วไปของนักเรียนและพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากตารางที่ 1 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ชายร้อยละ 58.2 และมีอายุ 13 ปี ร้อยละ 63.5 โดยมีเกรดในเทอมที่ผ่านมาส่วนใหญ่สูงกว่า 3.00 ซึ่งมีถึงร้อยละ 59.6 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 80.4 และได้รับเงินค่าขนมสูงกว่าวันละ 100 บาท รวบรวมร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.7 โดยพบนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เคยจิบหรือทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 36.1 และเคยมีการดื่มเต็มแก้วในช่วงชีวิตที่ผ่านมาสูงถึงร้อยละ 13.3 โดยมีอายุที่เริ่มจิบหรือดื่มครั้งแรกก่อนอายุ 10 ปี สูงถึงร้อยละ 21.4 รองลงมาคือเมื่ออายุ 12 ปี ร้อยละ 18.6 และอายุ 10 ปี ร้อยละ 17.9 ตามลำดับ

Table 1 Baseline demographic data and baseline alcohol use data of the students

	n (N = 285)	%
Sex - Male	166	58.2
- Female	119	41.8
Age (years)		
12	81	28.4
13	181	63.5
14	22	7.0
15	2	0.7
Do not know	1	0.4
Living - alone	4	1.4
- with Father and Mother	229	80.4
- with friend(s)	1	0.4
- with relatives	37	13.0
- with others (i.e., only Father or Mother)	4	1.4
- Did not answer	10	3.6
GPA		
< 3.00	53	18.6
3.00 and higher	170	59.6
Did not answer	62	21.8
Daily expense (Thai baht)		
< 100	76	26.7
100 and higher	196	68.8
Did not answer	13	4.6
Religion		
Budhist	267	93.7
Moslem	4	1.4
Christian	3	1.1
Did not answer	11	3.9
Lifetime alcohol drinking		
Never	140	49.2
Sip or taste	103	36.1
At least 1 full drink	38	13.3
Did not know	4	1.4
Age of first alcohol drinking (n=145)		
<5 yrs	8	5.5
<10 yrs	23	15.9
10 yrs	26	17.9
11 yrs	19	13.1
12 yrs	27	18.6
13 yrs	18	12.4
14 yrs and higher	2	1.3
Did not answer	22	15.1
Current drinking in the last 12 month (n=145)		
None	46	31.7
Sip or taste	69	47.6
At least 1 full drink	30	20.7

Table 2 Baseline demographic data and baseline alcohol use data of the parents

	n (N = 285)	%
Sex - Male	70	24.6
- Female	191	67.0
- Did not answer	24	8.4
Age (years)		
< 30	9	3.2
< 40	49	17.2
< 50	138	48.4
50 or more	49	17.2
Did not answer	40	14.0
Relationship with students		
Father	64	22.5
Mother	171	60.0
Paternal grandfather	1	0.4
Paternal grandmother	5	1.8
Maternal grandfather	4	1.4
Maternal grandmother	3	1.1
Uncle	12	4.2
Aunt	1	0.4
Did not answer	24	8.4
Cigarette smoking		
Current regular smokers	14	4.9
Current smokers but not daily	3	1.1
Ex-smoker	16	5.6
Never smoke	219	76.8
Did not answer	33	11.6
Couple cigarette smoking		
Current regular smokers	24	8.4
Current smokers but not daily	9	3.2
Ex-smoker	24	8.4
Never smoke	164	57.5
Did not have a couple	22	7.7
Did not answer	40	14.8
Lifetime parental alcohol supply		
Yes	36	12.6
No	201	70.5
Did not answer	48	16.9
Lifetime parental alcohol drinking		
No	94	33.0
Yes	135	47.3
Did not answer	56	19.6
Current parental alcohol drinking in the last 12 month		
No	95	33.3
Yes	137	48.1
Did not know	17	6.0
Did not answer	36	12.7

ทั้งนี้ พบนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เป็นผู้ดื่มในปัจจุบัน กล่าวคือมีการจิบ ทดลอง หรือ ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เต็มแก้วในปีที่ผ่านมาสูงถึง ร้อยละ 68.3 ของผู้ที่เคยมีการจิบ ทดลอง หรือดื่มเต็ม แก้วมาก่อนในชีวิต

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ปกครองที่ใกล้ชิดที่สุดของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้หญิง มากกว่าผู้ชาย โดยเป็นผู้หญิงสูงถึงร้อยละ 67.0 โดยมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของนักเรียนผู้ตอบ แบบสอบถามมากที่สุด อายุส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 50 ปี และเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 6.0 ส่วน คู่ครองของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 11.6 นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 48.1 ทั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองที่เคยหยิบยื่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้แก่เด็กนักเรียนมีสูงถึงร้อยละ 12.6

จากพื้นฐานลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ผู้ปกครองของ เด็กนักเรียนมีความซุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง และมากกว่าหนึ่งในสิบของผู้ปกครอง เองเคยหยิบยื่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กนักเรียน และราวหนึ่งในสิบเป็นผู้สูบบุหรี่ ซึ่งการศึกษา ระยะยาวแบบไปข้างหน้า จะทำให้ทราบแนวโน้มของพฤติกรรมของเด็กนักเรียนดังกล่าวว่ามีการ เปลี่ยนแปลงในแง่ของการเป็นผู้ดื่ม โดยพบสูงถึงครึ่งหนึ่ง หรือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สูงถึง หนึ่งในสองคน ที่เคยจิบ ทดลอง หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบเต็มแก้วมาตรฐาน จากตัวเลขความ ซุกดังกล่าว ทำให้จำเป็นต้องตระหนักถึงการระมัดระวังการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กนักเรียน โดยเฉพาะตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีอายุเพียง 12-13 ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุที่อนุญาตให้มีการดื่มได้ การรณรงค์ป้องกันจึงควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่นักเรียนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กนักเรียนที่จะ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปโดยให้ยึดระยะเวลาในการเผชิญกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากที่สุดเท่าที่จะ เป็นไปได้ โดยส่วนสำคัญนอกจากสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กนักเรียนเองอันเป็นปัจจัยส่วนบุคคลดังที่ ได้มีการทบทวนวรรณกรรมไว้ก่อนหน้าแล้ว การรณรงค์ให้ครอบครัวไม่สนับสนุนทั้งการหยิบยื่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็ก รวมถึงการไม่อนุญาตให้ดื่มโดยที่เด็กไปหามาดื่มเอง จะช่วยสร้าง ทศนคติที่ดีต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนผลท้ายสุดคือการที่เด็กและประชาชนในสังคม ไม่มอง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องปกติอีกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

การทบทวนวรรณกรรมด้านผลกระทบจากการดื่มและการใช้สารเสพติด

1. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(7):739-46.
2. Pillai A, Nayak MB, Greenfield TK, Bond JC, Hasin DS, Patel V. Adolescent drinking onset and its adult consequences among men: a population based study from India. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(10):922-7.
3. Henry KL, McDonald JN, Oetting ER, Silk Walker P, Walker RD, Beauvais F. Age of onset of first alcohol intoxication and subsequent alcohol use among urban American Indian adolescents. *Psychol Addict Behav.* 2011;25(1):48.
4. Degenhardt L, Dierker L, Chiu WT, Medina-Mora ME, Neumark Y, Sampson N, et al. Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):84-97.
5. Kirby T, Barry AE. Alcohol as a gateway drug: a study of US 12th graders. *J Sch Health.* 2012;82(8):371-9.
6. Adam A, Faouzi M, Gaume J, Gmel G, Daepfen J-B, Bertholet N. Age of first alcohol intoxication: association with risky drinking and other substance use at the age of 20. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13226.
7. McCabe SE, Cranford JA, Morales M, Young A. Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: prevalence, correlates, and consequences. *J Stud Alcohol.* 2006;67(4):529-37.
8. Tanaree A, Assanangkornchai S, Kittirattanapaiboon P. Pattern and risk of developing alcohol use disorders, illegal substance use and psychiatric disorders after early onset of alcohol use: Results of the Thai National Mental Health Survey 2013. *Drug Alcohol Depend.* 2017;170:102-11.
9. Rossow I, Kuntsche E. Early onset of drinking and risk of heavy drinking in young adulthood—A 13-year prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2013;37:E297-E304.

10. Lee LO, Young Wolff KC, Kendler KS, Prescott CA. The effects of age at drinking onset and stressful life events on alcohol use in adulthood: a replication and extension using a population-based twin sample. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2012;36(4):693-704.
11. Pilatti A, Caneto F, Garimaldi JA, Vera BdV, Pautassi RM. Contribution of time of drinking onset and family history of alcohol problems in alcohol and drug use behaviors in Argentinean college students. *Alcohol Alcohol*. 2013;49(2):128-37.
12. Marshall EJ. Adolescent alcohol use: risks and consequences. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(2):160-4.
13. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(3):267-77.
14. King KM, Chassin L. A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007;68(2):256-65.
15. Trenez RC, Scherer M, Harrell P, Zur J, Sinha A, Latimer W. Early onset of drug and polysubstance use as predictors of injection drug use among adult drug users. *Addict Behav*. 2012;37(4):367-72.

การทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

1. National institute on drugs abuse. Preventing Drug Use among Children and Adolescents 2003 [cited 2003].
2. Arteaga I, Chen C-C, Reynolds AJ. Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review*. 2010;32(8):1108-20.
3. Mohammad Poorasl A, Vahidi R, Fakhari A, Rostami F, Dastghiri S. Substance abuse in Iranian high school students. *Addictive Behaviors*. 2007;32(3):622-7.
4. Hoffmann JP, Cerbone FG. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002;66(3):255-64.

5. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. A participatory handbook for youth drug abuse prevention programmes A guide for development and improvement. Vienna2002. Available from: www.unodc.org/.
6. Hicks BM, Blonigen DM, Kramer MD, Krueger RF, Patrick CJ, Iacono WG, et al. Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: A longitudinal twin study. *Journal of abnormal psychology*. 2007;116(3):433-47.
7. King KM, Chassin L. A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2007;68(2):256-65.
8. Steinhausen HC, Eschmann S, Metzke CW. Continuity, psychosocial correlates, and outcome of problematic substance use from adolescence to young adulthood in a community sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2007;1(1):12.
9. Elliott MA, Ainsworth K. Predicting university undergraduates' binge-drinking behavior : A comparative test of the one- and two-component theories of planned behavior. *Addictive Behaviour*. 2012;37:92-101.
10. Huchting K, Lac A, LaBrie JW. An application of the Theory of Planned Behaviour to sorority alcohol consumption. *Addictive Behaviour*. 2008;33:538-51.
11. Hussong AM, Chassin L. Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and psychopathology*. 2004;16(4):985-1006.
12. Windle M, Windle RC. Adolescent temperament and lifetime psychiatric and substance abuse disorders assessed in young adulthood. *Personality and Individual Differences*. 2006;41(1):15-25.
13. Marti CN, Stice E, Springer DW. Substance use and abuse trajectories across adolescence: a latent trajectory analysis of a community-recruited sample of girls. *J Adolesc*. 2010;33(3):449-61.
14. Marmorstein NR, Iacono WG, Malone SM. Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. *Drug Alcohol Depend*. 2010;107(2-3):154-60.

15. Kaplow JB, Curran PJ, Angold A, Costello EJ. The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *Journal of clinical child psychology*. 2001;30(3):316-26.
16. Rao U, Daley SE, Hammen C. Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during the transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(2):215-22.
17. Stice E, Burton EM, Shaw H. Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(1):62-71.
18. White HR, Xie M, Thompson W, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2001;15(3):210-8.
19. Wagner MK. Behavioral characteristics related to substance abuse and risk-taking, sensation-seeking, anxiety sensitivity, and self reinforcement. *Addictive Behaviors*. 2001;26(1):115-20.
20. Victorio A. The relation between intake patterns and substance abuse in a student sample. *Addict Behav*. 2001;26(3):439-45.
21. Branstrom R, Leibiger IB, Leibiger B, Klement G, Nilsson J, Arhem P, et al. Single residue (K332A) substitution in Kir6.2 abolishes the stimulatory effect of long-chain acyl-CoA esters: indications for a long-chain acyl-CoA ester binding motif. *Diabetologia*. 2007;50(8):1670-7.
22. Branstrom R, Sjostrom E, Andreasson S. Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents. *European journal of public health*. 2008;18(1):12-8.
23. Messina N, Marinelli-Casey P, Hillhouse M, Rawson R, Hunter J, Ang A. Childhood adverse events and methamphetamine use among men and women. *Journal of psychoactive drugs*. 2008;Suppl 5:399-409.
24. Bor W, McGee TR, Hayatbakhsh R, Dean A, Najman JM. Do antisocial females exhibit poor outcomes in adulthood? An Australian cohort study. *Psychiatry*. 2010;44(7):648-57.
25. Locke TF, Newcomb MD. Adolescent predictors of young adult and adult alcohol involvement and dysphoria in a prospective community sample of women. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2004;5(3):151-68.

26. Guo J, Hawkins JD, Hill KG, Abbott RD. Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of studies on alcohol*. 2001;62(6):754-62.
27. Hamil-Luker J, Land KC, Blau J. Diverse trajectories of cocaine use through early adulthood among rebellious and socially conforming youth. *Social science research*. 2004;33(2):300-21.
28. Tamm L, Trello-Rishel K, Riggs P, Nakonezny PA, Acosta M, Bailey G, et al. Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013;44(2):224-30.
29. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*. 2012;37(1):11-24.
30. Mills KL, Marel C. Chapter 50 - International Data on the Prevalence and Correlates of Comorbid Substance Use and Psychiatric Disorders. In: Miller PM, editor. *Principles of Addiction*. San Diego: Academic Press; 2013. p. 481-8.
31. Worley MJ, Trim RS, Roesch SC, Mrnak-Meyer J, Tate SR, Brown SA. Comorbid depression and substance use disorder: Longitudinal associations between symptoms in a controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2012;43(3):291-302.
35. Bailey SJ, Covell K. Pathways among Abuse, Daily Hassles, Depression, and Substance Use in Adolescents. *The New School Psychology Bulletin*. 2011;8(2).
36. Wang P-W, Lin H-C, Yeh Y-C, Liu T-L, Yen C-F. The relation of substance use with different levels of depressive symptoms and the moderating effect of sex and age in Taiwanese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(7):1013-20.
37. Obando P, Kliwer W, Murrelle L, Svikis DS. The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004;76(1):37-44.
38. Cairns KE, Hui Yap MB, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*. (0).

39. Adrian M, McCarty C, King K, McCauley E, Stoep AV. The internalizing pathway to adolescent substance use disorders: Mediation by ruminative reflection and ruminative brooding. *Journal of Adolescence*. 2014;37(7):983-91.
40. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American journal of preventive medicine*. 2004;27(3):224-31.
41. Orton HD, Riggs PD, Libby AM. Prevalence and characteristics of depression and substance use in a U.S. child welfare sample. *Children and Youth Services Review*. 2009;31(6):649-53.
42. Ranney ML, Walton M, Whiteside L, Epstein-Ngo Q, Patton R, Chermack S, et al. Correlates of depressive symptoms among at-risk youth presenting to the emergency department. *General hospital psychiatry*. 2013;35(5):537-44.
43. McCarty CA, Kosterman R, Mason WA, McCauley E, Hawkins JD, Herrenkohl TI, et al. Longitudinal associations among depression, obesity and alcohol use disorders in young adulthood. *General hospital psychiatry*. 2009;31(5):442-50.
32. ศาวิตรี วิษณุโยธิน, นชพร อธิธิวิศวกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2010;16(1):5-23.
33. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. 1 ed. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2553.
34. Crum RM, Storr CL, Ialongo N, Anthony JC. Is depressed mood in childhood associated with an increased risk for initiation of alcohol use during early adolescence? *Addictive Behaviors*. 2008;33(1):24-40.
44. Lee Y-H, Salman A, Fitzpatrick JJ. HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behavior in adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2009;46(5):653-60.
45. Melvin GA, Dudley AL, Gordon MS, Ford S, Taffe J, Tonge BJ. What happens to depressed adolescents? A follow-up study into early adulthood. *Journal of affective disorders*. 2013;151(1):298-305.

46. Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*. 2002;32(2):337-48.
47. Mustafa MB, Nasir R, Yusooff F. Parental Support, Personality, Self-Efficacy and Depression among Medical Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;7(0):419-24.
48. Ringlever L, Hiemstra M, Engels RCME, van Schayck OCP, Otten R. The link between asthma and smoking explained by depressive feelings and self-efficacy. *Journal of psychosomatic research*. 2013;74(6):505-10.
49. Libby AM, Orton HD, Stover SK, Riggs PD. What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors*. 2005;30(9):1649-62.
50. Goldstein AL, Walton MA, Cunningham RM, Trowbridge MJ, Maio RF. Violence and Substance Use as Risk Factors for Depressive Symptoms among Adolescents in an Urban Emergency Department. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40(3):276-9.
51. Whitmore EA, K. Mikulich S, Thompson LL, Riggs PD, Aarons GA, Crowley TJ. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug and Alcohol Dependence*. 1997;47(2):87-97.
52. WHITE HR, McMORRIS BJ, CATALANO RF, FLEMING CB, HAGGERTY KP, ABBOTT RD. Increases in Alcohol and Marijuana Use During the Transition Out of High School Into Emerging Adulthood: The Effects of Leaving Home, Going to College, and High School Protective Factors. *Journal Students Alcohol*. 2006;67(6):810-22.
53. Zuckerman M. *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale,NJ: Erlbaum; 1979.
54. Wheeler SB. Effects of Self-Esteem and Academic Performance on Adolescent Decision-Making: An Examination of Early Sexual Intercourse and Illegal Substance Use. *Journal of Adolescent Health*. 2010;47(6):582-90.

55. Kounenou K. Exploration of the relationship among drug use & alcohol drinking, entertainment activities and self-esteem in Greek University students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;2(2):1906-10.
56. Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk JP, Reijneveld SA. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*. 2009;34(3):287-91.
57. Guillon M-S, Crocq M-A, Bailey PE. Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. *Addictive Behaviors*. 2007;32(4):758-64.
58. van der Zwaluw CS, Kleinjan M, Lemmers L, Spijkerman R, Engels RCME. Longitudinal associations between attitudes towards binge drinking and alcohol-free drinks, and binge drinking behavior in adolescence. *Addictive Behaviors*. 2013;38(5):2110-4.
59. Houben K, Schoenmakers TM, Wiers RW. I didn't feel like drinking but I don't know why: The effects of evaluative conditioning on alcohol-related attitudes, craving and behavior. *Addictive Behaviors*. 2010;35(12):1161-3.
60. Jackson N, Denny S, Sheridan J, Fleming T, Clark T, Teevale T, et al. Predictors of drinking patterns in adolescence: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;135(0):133-9.
61. Best D, Rawaf S, Rowley J, Floyd K, Manning V, Strang J. Drinking and smoking as concurrent predictors of illicit drug use and positive drug attitudes in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 2000;60(3):319-21
62. Tonin SL, Burrow-Sanchez JJ, Harrison RS, Kircher JC. The influence of attitudes, acculturation, and gender on substance use for Mexican American middle school students. *Addictive Behaviors*. 2008;33(7):949-54.
63. Looby A, Kassman KT, Earleywine M. Do negative stimulant-related attitudes vary for prescription stimulants and cocaine among college students? *Addictive Behaviors*. 2014;39(6):1100-5.
64. Palmer RHC, Young SE, Hopfer CJ, Corley RP, Stallings MC, Crowley TJ, et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009;102(1-3):78-87.

65. O'Brien K, Daffern M, Chua CM, Thomas SDM. Youth gang affiliation, violence, and criminal activities: A review of motivational, risk, and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*. 2013;18:417-25.
66. Bouchard M, Spindler A. Groups, gangs, and delinquency: Does organization matter? *Journal of Criminal Justice*. 2010;38:921-33.
67. Barrett EL, Teesson M, Mills KL. Associations between substance use, post-traumatic stress disorder and the perpetration of violence: A longitudinal investigation. *Addictive Behaviors*. 2014;39:1075-80.
68. Wright EM, Fagan AA, Pinchevsky GM. The effects of exposure to violence and victimization across life domains on adolescent substance use. *Child abuse & neglect*. 2013;37:899-909.
69. Caballero MÁ, Ramos L, González C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child abuse & neglect*. 2010;34:576-84.
70. Huang C-M, Lin L-F, Lee T-C, Guo J-L. Proximal to distal correlates of the patterns of illicit drug use among night school students in Taiwan. *Addictive Behaviors*. 2013;38(1):1481-4.
71. Gil AG, Vega WA, Turner RJ. Early and mid-adolescence risk factors for later substance abuse by African Americans and European Americans. *Public Health Rep*. 2002;117 Suppl 1:S15-29.
72. ชวนพิศ ชุ่มวัฒนะ. หลักการสำคัญในการทำโครงการป้องกันยาเสพติด : ประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกา. *วารสารสำนักงาน ปปส*. 2556:50-4.
73. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2008;43(2):157-64.
74. Han B, Gfroerer JC, Colliver JD. Associations Between Duration of Illicit Drug Use and Health Conditions: Results from the 2005–2007 National Surveys on Drug Use and Health. *Annals of epidemiology*. 2010;20(4):289-97
75. Clark HK, Ringwalt CL, Shamblen SR. Predicting adolescent substance use: The effects of depressed mood and positive expectancies. *Addictive Behaviors* 2011;36:488-93.

การทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยเสี่ยงด้านโรงเรียนและเพื่อนต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

1. Heavyrunner-Rioux AR, Hollist DR. Community, family, and peer influences on alcohol, marijuana, and illicit drug use among a sample of Native American youth: An analysis of predictive factors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2010;9(4):260-83.
2. Van Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addict Behav*. 2012;37(12):1314-24.
3. Trucco EM, Colder CR, Wieczorek WF. Vulnerability to peer influence: A moderated mediation study of early adolescent alcohol use initiation. *Addict Behav*. 2011;36(7):729-36.
4. LaBrie JW, Hummer JF, Neighbors C, Larimer ME. Whose opinion matters? The relationship between injunctive norms and alcohol consequences in college students. *Addict Behav*. 2010;35(4):343-9.
5. Cruz JE, Emery RE, Turkheimer E. Peer network drinking predicts increased alcohol use from adolescence to early adulthood after controlling for genetic and shared environmental selection. *Dev Psychol*. 2012;48(5):1390.
6. Hoffmann JP, Bahr SJ. Parenting style, religiosity, peer alcohol use, and adolescent heavy drinking. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2014;75(2):222-7.
7. Osgood DW, Ragan DT, Wallace L, Gest SD, Feinberg ME, Moody J. Peers and the emergence of alcohol use: Influence and selection processes in adolescent friendship networks. *J Res Adolesc*. 2013;23(3):500-12.
8. Burk WJ, Van Der Vorst H, Kerr M, Stattin H. Alcohol use and friendship dynamics: Selection and socialization in early-, middle-, and late-adolescent peer networks. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2012;73(1):89-98.
9. Li Y, Zhang W, Liu J, Arbeit MR, Schwartz SJ, Bowers EP, et al. The role of school engagement in preventing adolescent delinquency and substance use: A survival analysis. *J Adolesc*. 2011;34(6):1181-92.
10. Sznitman SR, Romer D. Student drug testing and positive school climates: Testing the relation between two school characteristics and drug use behavior in a longitudinal study. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2014;75(1):65-73.

11. Sønderlund AL, O'Brien K, Kremer P, Rowland B, De Groot F, Staiger P, et al. The association between sports participation, alcohol use and aggression and violence: A systematic review. *J Sci Med Sport*. 2014;17(1):2-7.

การทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัวต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

1. Noll RB, Zucker RA, Greenberg GS: Identification of alcohol by smell among preschoolers: evidence for early socialization about drugs occurring in the home. *Child Dev* 1990, 61:1520–1527
2. Cohen JR, Asarnow RF, Sabb FW, Bilder RM, Bookheimer SY, Knowlton BJ, Poldrack RA. A unique adolescent response to reward prediction errors. *Nature Neuroscience*. 2010;13:669–671
3. Dahl RE. Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. In: Dahl RE, Spear LP, editors. *Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities*. vol. 1021. New York: Annals of the New York Academy of Sciences; 2004. pp. 1–22.
4. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction* 2004; 99:1520 – 1528.
5. Grant BF, Stinson FS, Harford TC. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse* 2001; 13:493 -504
6. Ary DV, Tildesley E, Hops H, Andrews J. The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *Subst Use Misuse* 1993; 28:853 – 880.
7. Hawkins JD, Graham JW, Maguin E, Abbott R, Hill KG, Catalano RF. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J Stud Alcohol* 1997; 58:280 – 290.
8. Ryan SM, Jorm AF, Kelly CM, Hart LM, Morgan AJ, Lubman DI. Parenting strategies for reducing adolescent alcohol use: a Delphi consensus study. *BMC Publ Health* 2011, 11:13.
9. Aiken A, Wadolowski M, Bruno R, et al. Cohort profile: The Australian parental supply of alcohol longitudinal study (APSALS) [published online ahead of print May 6, 2015]

10. Int J Epidemiol. 16. Donovan JE, Molina BSG. Childhood risk factors for early-onset drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72(5):741–751
11. Jackson C, Ennett ST, Dickinson DM, Bowling JM. Letting children sip: understanding why parents allow alcohol use by elementary school-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(11):1053–1057
12. Aiken A, Wadolowski M, Bruno R, et al. Cohort profile: The Australian parental supply of alcohol longitudinal study (APSALS) [published online ahead of print May 6, 2015. *Int J Epidemiol*.
13. Wadolowski M, Hutchinson D, Bruno R, et al. Parents Who Supply Sips of Alcohol in Early Adolescence: A Prospective Study of Risk Factors. *Pediatrics*. 2016; 137(3):e20152611
14. Gilligan C, Kypri K, Lubman D: Changing parental behaviour to reduce risky drinking among adolescents: Current evidence and future directions. *Alcohol Alcoholism* 2012, 47:349.
15. Mrug S, McCay R. Parental and Peer Disapproval of Alcohol Use and its Relationship to Adolescent Drinking: Age, Gender, and Racial Differences. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2013;27(3):604-614.
16. Johnson V, Pandina RJ. Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17:71 – 88
17. Nash, Susan G. et al. Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health* , Volume 37 , Issue 1 , 19 -28
18. Van Der Zwaluw CS, Scholte RH, Vermulst AA, Buitelaar JK, Verkes RJ, Engels RC. Parental problem drinking, parenting, and adolescent alcohol use. *J Behav Med* 2008; 31:189 – 200. 50.
19. Komro KA, Maldonado-Molina MM, Tobler AL, Bonds JR, Muller KE. Effects of home access and availability of alcohol on young adolescents ' alcohol use . *Addiction* 2007; 102:1597 – 1608
20. Jackson C, Henriksen L, Dickinson D. Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children . *J Stud Alcohol* 1999; 60:362 – 367.
21. Marshal MP, Chassin L. Peer influence on adolescent alcohol use: the moderating

role of parental support and discipline. *Appl Dev Sci* 2000; 4:80 – 88

22. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Turrisi R, Johansson M. Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. *Am J Public Health* 2005; 95:894 – 899

23. Chuang Y-C, Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA. Neighborhood influences on adolescent cigarette and alcohol use: mediating effects through parent and peer behaviors. *J Health Soc Behav* 2005; 46:187 – 204.

24. Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA, Pemberton M, Hicks KA. Parent – child communication about adolescent tobacco and alcohol use: what do parents say and does it affect youth behavior? *J Marriage Fam* 2001; 63:48 – 62.

25. Guerrini I, Thomson AD, Gurling HD. (2007) The importance of alcohol misuse, malnutrition and genetic susceptibility on brain growth and plasticity. *Neurosci Biobehav Rev* 31:212–20.

26. Arria AM, Kuhn V, Caldeira KM, O'Grady KE, Vincent KB, Wish ED. High school drinking mediates the relationship between parental monitoring and college drinking: a longitudinal analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008

27. Guo J, Hawkins JD, Hill KG, Abbott RD. Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *J Stud Alcohol*. 2001;62:754–62. 3(6

28. DeLucia C, Belz A, Chassin L. Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment? *Dev Psychol*. 2001;37:207–16.

29. Handley ED, Chassin I, Haller MM, Bountress KE, Dandreaux D, Beltran I. Do executive and reactive disinhibition mediate the effects of familial substance use disorders on adolescent externalizing outcomes?. *J Abnorm Psychol*. 2011 Aug;120(3):528-42.

30. Hoffmann JP, Cerbone FG. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2002 May1;66(3):255-64.

31. Ohannessian, C. M., & Hesselbrock, V. M. The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: An examination of within and across-gender patterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2004;13(2): 67 – 76

32. McKeganey N, Barnard M, McIntosh J. Paying the price for their parents' addiction: meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2002;9(3): 233–246.
33. Baumann M, Spitz E, Predine R, Choquet M, Chau N. Do male and female adolescents differ in the effect of individual and family characteristics on their use of psychotropic drugs? *Eur J Pediatr*. 2007;166:29–35.
34. Centre for Suicide Research and Prevention U of HK (CSRP). A study on drug abuse among youths and family relationship. LC Pap. 2011. [http:// www.legco.gov.hk/yr11-12/chinese/panels/ws/papers/ws0312cb2-1546-1-ec.pdf#page=1&zoom=auto,-178,842.](http://www.legco.gov.hk/yr11-12/chinese/panels/ws/papers/ws0312cb2-1546-1-ec.pdf#page=1&zoom=auto,-178,842)
35. Dick DM, Rose RJ, Viken RJ, Kaprio J. Pubertal timing and substance use: associations between and within families across late adolescence. *Dev Psychol*. 2000;36:180–189
36. Patton GC, McMorris BJ, Toumbourou JW, Hemphill SA, Donath S, Catalano RF. Puberty and the Onset of Substance Use and Abuse. *Pediatrics*. 2004;114(3):e300-e306.
37. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics* 1994; 94:368 – 375.
38. Jordan LC, Lewis ML. Paternal relationship quality as a protective factor: preventing alcohol use among African American adolescents. *J Black Psychol* 2005; 31:152 – 171
39. Pilgrim CC, Schulenberg JE, O'Malley PM, et al. Mediators and moderators of parental involvement on substance use: A national study of adolescents. *Prevention Science*. 2006;7:75–89
40. Wills, T. A., Resko, J. A., Ainette, M. G., & Mendoza, D. (2004). Role of parent support and peer support in adolescent substance use: A test of mediated effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 122-134
41. Dishion TJ, Loeber R. Adolescent marijuana and alcohol use: the role of parents and peers revisited. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1985;11(1-2):11-25.
42. Barnes GM, Reifman AS, Farrell MP, Dintcheff BA. The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: A six-wave latent growth model. *Journal of Marriage and the Family*. 2000;62:175–186.
43. Wills, T. A., and Cleary, S. D. (1996). "How are social support effects mediated? A

test with parental support and adolescent substance use". *Journal of personality and social psychology*, 71(5), 937-952.

44. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, Davies S, Hook EW 3rd, Oh MK. Parental monitoring: Association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics*, 2001 Jun;107(6):1363-8.

45. Chuang Y-C, Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA. Neighborhood influences on adolescent cigarette and alcohol use: mediating effects through parent and peer behaviors. *J Health Soc Behav* 2005; 46:187 – 204.

46. Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA, Pemberton M, Hicks KA. Parent – child communication about adolescent tobacco and alcohol use: what do parents say and does it affect youth behavior? *J Marriage Fam* 2001; 63:48 – 62.

47. Bahr SJ, Hawks RD, Wang G. Family and religious influences on adolescent substance abuse. *Youth and Society*.1993;24:443–465. 17.

48. Barnard M, McKeganey N. The impact of paternal problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*. 2002;99: 552–559

49. Solis JM, Shadur JM, Burns AR, Hussong AM. Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Curr Drug Abuse Rev*. 2012;5(2): 135–147

50. McKeganey N, Barnard M, McIntosh J. Paying the price for their parents' addiction: meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2002;9(3): 233–246.

51. Norman R E., Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11)

52. D'Onofrio BM, Van Hulle CA, Waldman ID, Rodgers JL, Rathouz PJ, Lahey BB. Causal Inferences Regarding Prenatal Alcohol Exposure and Childhood Externalizing Problems. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(11):1296–1304.

53. Jeffrey G. Johnson, Elizabeth Smailes, Patricia Cohen, Stephanie Kasen, Judith S. Brook; Anti-social Parental Behaviour, Problematic Parenting and Aggressive Offspring Behaviour During Adulthood: A 25-Year Longitudinal Investigation, *The British Journal of Criminology*, Volume 44, Issue 6, 1 November 2004, Pages 915–930

54. Zucker RA, Donovan JE, Masten AS, Mattson ME, Moss HB. Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*. 2008;121:S252–S272
55. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of Depressed Parents 10 Years Later. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(10):932–940
56. Widom CS, Ireland T, Glynn PJ. Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: Are they at increased risk? *Journal of Studies on Alcohol*. 1995;56:207–217.
57. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behav*. 2002 Sep-Oct;27(5):713-25.
58. Goodman E, Huang B. Socioeconomic Status, Depressive Symptoms, and Adolescent Substance Use. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(5):448–453.
59. Humensky JL. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2010;5:19.
60. Donovan JE, Molina BSG. Childhood Risk Factors for Early-Onset Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2011;72(5):741-751.
61. Wallace, John M., Ryoko Yamaguchi, Jerald G. Bachman, Patrick M. O'Malley, John E. Schulenberg, and Lloyd D. Johnston. "Religiosity and Adolescent Substance Use: The Role of Individual and Contextual Influences." *Social Problems* 54, no. 2 (2007): 308-27. doi:10.1525/sp.2007.54.2.308.

การทบทวนวรรณกรรมผลของสื่อโฆษณาและการรณรงค์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในเยาวชน

1. World Health Organization. 'Best Buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017.
2. Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 11, Packaging and labelling of tobacco products. 2008.
3. Jaiwang N. Health Warning Labels on Cigarette packages. Post Today. 2016.

4. Fathelrahman AI, Li L, Borland R, Yong H-H, Omar M, Awang R, et al. Stronger pack warnings predict quitting more than weaker ones: finding from the ITC Malaysia and Thailand surveys. *Tobacco induced diseases*. 2013;11(1):20.
5. Yong H-H, Fong GT, Driezen P, Borland R, Quah ACK, Sirirassamee B, et al. Adult smokers' reactions to pictorial health warning labels on cigarette packs in Thailand and moderating effects of type of cigarette smoked: findings from the international tobacco control southeast Asia survey. *nicotine & tobacco research*. 2013;15(8):1339-47.
6. Li L, Fathelrahman AI, Borland R, Omar M, Fong GT, Quah ACK, et al. Impact of graphic pack warnings on adult smokers' quitting activities: findings from the ITC Southeast Asia Survey (2005–2014). *Journal of smoking cessation*. 2016;11(2):124-34.
7. Sirirassamee T, Sirirassamee B, Borland R, Fong GT, Hammond D. Short- and long-term impact of new graphic health warning labels on adolescent attitude toward smoking: findings from ITC Thailand survey. *The World Conference on Tobacco on Health (WCTOH); Singapore 2013*.
8. Rungnirundorn T. The impact of changing health warning labels (HWLs) on noticing warning labels and thinking about the health risks of cigarette smoking among youths in Thailand: Findings from 2011-2012 International Tobacco Control (ITC) Survey.: King's College London; 2017.
9. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.*; 2010.
10. European Alcohol Policy Alliance E. *A brief summary of health warning labels on alcoholic beverages*. 2009.
11. Mongan D. *Attitudes towards alcohol: Special Eurobarometer. Drugnet Ireland*. 2010:24-5.
12. Greenfield TK, Ye Y, Giesbrecht NA. Views of alcohol control policies in the 2000 National Alcohol Survey: What news for alcohol policy development in the US and its States? *Journal of Substance Use*. 2007;12(6):429-45.

13. Tobin C, Moodie AR, Livingstone C. A review of public opinion towards alcohol controls in Australia. *BMC Public Health*. 2011;11(1):58.
14. Weiss S. Israeli Arab and Jewish youth knowledge and opinion about alcohol warning labels: Pre-intervention data. *Alcohol and alcoholism*. 1997;32(3):251-7.
15. Greenfield TK, Graves KL, Kaskutas LA. Long-term effects of alcohol warning labels: Findings from a comparison of the United States and Ontario, Canada. *Psychology & marketing*. 1999;16(3):261-82.
16. MacKinnon DP, Nohre L, Pentz MA, Stacy AW. The alcohol warning and adolescents: 5-year effects. *American journal of public health*. 2000;90(10):1589.
17. MacKinnon DP, Nohre L, Cheong J, Stacy AW, Pentz MA. Longitudinal relationship between the alcohol warning label and alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*. 2001;62(2):221-7.
18. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. การสำรวจการรับรู้ ความคิดเห็นต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 16 จังหวัดทุกภูมิภาคทั่วประเทศ. 2017.
19. กนิษฐา ไทยกกล้าและคณะ. การรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2018.
20. Farrelly MC, Niederdeppe J, Yarsevich J. Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present, and future directions. *Tobacco Control*. 2003;12(suppl 1):i35-i47.
21. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สอง พ.ศ. 2559-2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2016.
22. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Badger GJ, Geller BM, Costanza MC. Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health*. 1992;82(6):827-34.

23. Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp K-I. Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health*. 1992;82(9):1210-6.
24. Hafstad A, Aarø LE, Engeland A, Andersen A, Langmark F, Stray-Pedersen B. Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents—the accumulated effect of multiple exposures. *Health Education Research*. 1997;12(2):227-36.
25. Bauer UE, Johnson TM, Hopkins RS, Brooks RG. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: findings from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000. *Jama*. 2000;284(6):723-8.
26. Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: the Florida "truth" campaign. *American Journal of Public Health*. 2001;91(2):233.
27. Zawahir S, Omar M, Awang R, Yong H-H, Borland R, Sirirassamee B, et al. Effectiveness of antismoking media messages and education among adolescents in Malaysia and Thailand: findings from the international tobacco control southeast Asia project. *Nicotine & Tobacco Research*. 2012;15(2):482-91.
28. Babor et al. *Alcohol: No ordinary commodity, Research and Public policy*. Second ed. Babor T, editor. The United States: Oxford University Press; 2010.
29. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*. 2009;373(9682):2234-46.
30. Eintraub EW, Kristine A, Johnson K. Effects of general and alcohol-specific media literacy training on children's decision making about alcohol. *Journal of health communication*. 1997;2(1):17-42.
31. Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, et al. Combining in-school and community-based media efforts: Reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Education Research*. 2005;21(1):157-67.

32. วัชรพงศ์ รติสุขพิมล. การรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ “งดเหล้าเข้าพรรษา”. นพพล วิทย์วงพงศ์, editor: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2014.
33. วัชรพงศ์ รติสุขพิมล วช,นพพล วิทย์วงพงศ์ น,สมทิพ วัฒนพงษ์. โครงการการประเมินผลของโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2015.
34. Wakefield M, Flay B, Nichter M, Giovino G. Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction*. 2003;98:79-103.
35. U. S. Department of Health Human, Services. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. Office on Smoking and Health. 1989:43-54.
36. Jarvis M, Bates C. Why low tar cigarettes don't work and how the tobacco industry has fooled the smoking public. London: Action on Smoking and Health (www.ash.org.uk). 1999.
37. Pollay RW, Dewhirst T. Marketing cigarettes with low machine-measured yields. *Smoking and tobacco control monograph*. 2001;13:199-233.
38. Lewit EM, Coate D, Grossman M. The effects of government regulation on teenage smoking. *The Journal of Law and Economics*. 1981;24(3):545-69.
39. Pierce JP, Lee L, Gilpin EA. Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988: an association with targeted advertising. *JaMa*. 1994;271(8):608-11.
40. Pierce JP, Gilpin EA. A historical analysis of tobacco marketing and the uptake of smoking by youth in the United States: 1890–1977. *Health Psychology*. 1995;14(6):500.
41. Cummings KM, Shah D. Trends in smoking initiation among adolescents and young adults--United States, 1980-1989. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 1995;44(28):521-5.
42. Pollay RW, Siddarth S, Siegel M, Haddix A, Merritt RK, Giovino GA, et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979-1993. *The Journal of Marketing*. 1996:1-16.

43. Armstrong BK, Shean RE, Dunn DA, Dolin PJ. Influence of education and advertising on the uptake of smoking by children. *The Medical Journal of Australia*. 1990;152(3):117-24.
44. Aitken PP, Eadie DR, Hastings GB, Haywood AJ. Predisposing effects of cigarette advertising on children's intentions to smoke when older. *British journal of addiction*. 1991;86(4):383-90.
45. Pucci LG, Siegel M. Exposure to brand-specific cigarette advertising in magazines and its impact on youth smoking. *Preventive medicine*. 1999;29(5):313-20.
46. Schooler C, Feighery E, Flora JA. Seventh graders' self-reported exposure to cigarette marketing and its relationship to their smoking behavior. *American Journal of Public Health*. 1996;86(9):1216-21.
47. O'Connell DL, Alexander HM, Dobson AJ, Lloyd DM, Hards GR, Springthorpe HJ. Cigarette smoking and drug use in schoolchildren. II Factors associated with smoking. *International Journal of Epidemiology*. 1981;10(3):223-32.
48. Potts H, Gillies P, Herbert M. Adolescent smoking and opinion of cigarette advertisements. *Health Education Research*. 1986;1(3):195-201.
49. Botvin EM, Botvin GJ, Michela JL, Baker E, Filazzola AD. Adolescent Smoking Behavior and the Recognition of Cigarette Advertisements 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 1991;21(11):919-32.
50. Hanewinkel R, Sargent JD. Exposure to smoking in internationally distributed American movies and youth smoking in Germany: a cross-cultural cohort study. *Pediatrics*. 2008;121(1):e108-e17.
51. Hanewinkel R, Sargent JD. Exposure to smoking in popular contemporary movies and youth smoking in Germany. *American journal of preventive medicine*. 2007;32(6):466-73.
52. Dalton MA, Sargent JD, Beach ML, Titus-Ernstoff L, Gibson JJ, Ahrens MB, et al. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *The Lancet*. 2003;362(9380):281-5.

53. Wilkinson AV, Spitz MR, Prokhorov AV, Bondy ML, Shete S, Sargent JD. Exposure to smoking imagery in the movies and experimenting with cigarettes among Mexican heritage youth. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2009;18(12):3435-43.
54. Titus-Ernstoff L, Dalton MA, Adachi-Mejia AM, Longacre MR, Beach ML. Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children. *Pediatrics*. 2008;121(1):15-21.
55. Song AV, Ling PM, Neilands TB, Glantz SA. Smoking in movies and increased smoking among young adults. *American journal of preventive medicine*. 2007;33(5):396-403.
56. Morgenstern M, Sargent JD, Engels RCME, Scholte RHJ, Florek E, Hunt K, et al. Smoking in movies and adolescent smoking initiation: longitudinal study in six European countries. *American journal of preventive medicine*. 2013;44(4):339-44.
57. Charlesworth A, Glantz SA. Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics*. 2005;116(6):1516-28.
58. Sargent JD, Hanewinkel R. Impact of media, movies and TV on tobacco use in the youth. *The Tobacco Epidemic*. 42: Karger Publishers; 2015. p. 171-80.
59. Gidwani PP, Sobol A, DeJong W, Perrin JM, Gortmaker SL. Television viewing and initiation of smoking among youth. *Pediatrics*. 2002;110(3):505-8.
60. Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S, Mataya RH. Correlates of cigarette smoking among school-going adolescents in Thailand: findings from the Thai global youth tobacco survey 2005. *International Archives of Medicine*. 2008;1(1):8.
61. Sirichotiratana N, Techatraisakdi C, Rahman K, Warren CW, Jones NR, Asma S, et al. Prevalence of smoking and other smoking-related behaviors reported by the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Thailand. *BMC Public Health*. 2008;8(1):S3.
62. Weintraub Austin E, Knaus C. Predicting the potential for risky behavior among those "too young" to drink as the result of appealing advertising. *Journal of health communication*. 2000;5(1):13-27.

63. Austin EW, Pinkleton BE, Fujioka Y. The role of interpretation processes and parental discussion in the media's effects on adolescents' use of alcohol. *Pediatrics*. 2000;105(2):343-9.
64. Chen M-J, Grube JW, Bersamin M, Waiters E, Keefe DB. Alcohol advertising: what makes it attractive to youth? *Journal of health communication*. 2005;10(6):553-65.
65. Connolly GM, Casswell S, Zhang JF, Silva PA. Alcohol in the mass media and drinking by adolescents: a longitudinal study. *Addiction*. 1994;89(10):1255-63.
66. Casswell S, Zhang JF. Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study. *Addiction*. 1998;93(8):1209-17.
67. Robinson TN, Chen HL, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics*. 1998;102(5):e54-e.
68. Stacy AW, Zogg JB, Unger JB, Dent CW. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American journal of health behavior*. 2004;28(6):498-509.
69. Van den Bulck J, Beullens K. Television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol and Alcoholism*. 2005;40(3):249-53.
70. Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(1):18-24.
71. Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K, McCaffrey DF. Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*. 2005;100(2):235-46.
72. Hanewinkel R, Morgenstern M, Tanski SE, Sargent JD. Longitudinal study of parental movie restriction on teen smoking and drinking in Germany. *Addiction*. 2008;103(10):1722-30.

73. Dal Cin S, Worth KA, Dalton MA, Sargent JD. Youth exposure to alcohol use and brand appearances in popular contemporary movies. *Addiction*. 2008;103(12):1925-32.
74. Wills TA, Sargent JD, Gibbons FX, Gerrard M, Stoolmiller M. Movie exposure to alcohol cues and adolescent alcohol problems: a longitudinal analysis in a national sample. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2009;23(1):23.
75. McCreanor T, Lyons A, Griffin C, Goodwin I, Moewaka Barnes H, Hutton F. Youth drinking cultures, social networking and alcohol marketing: Implications for public health. *Critical public health*. 2013;23(1):110-20.
76. Kirkgulthorn T, Yingrengreung S, editors. *Perceptions of Thai Adolescents Towards Alcohol Marketing Communication and Its Impacts on Their Alcohol Expectancies and Consumptions* 2012 2012.

ภาคผนวก

แบบสอบถามสำหรับนักเรียน

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง