

ความชุกของการใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษา

สมเด็จ กั้วพิทักษ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบสำมะโนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดและความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับความรู้เท่าทันสารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษา นักเรียนกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา 2,148 คน ดำเนินการในโรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาสและมัธยมศึกษา รวม 23 แห่ง ใช้แบบสอบถามแบบตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Odd Ratio ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไคสแควร์ และการถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัย อัตราความชุกของการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 54.6 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา สัดส่วนการใช้สารเสพติดลดลง อัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 24.0 แต่ผู้ใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งยังมีความเสี่ยงสูง สารเสพติดที่พบบ่อย ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ګัญชา และสารกระตุ้นแอมเฟตามีน ความรู้เท่าทันสารเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องการใช้บุหรืและګัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: นักเรียนมัธยมศึกษา, การใช้สารเสพติด, ความรู้เท่าทันสารเสพติด, ปัจจัย

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Somdet Kuapitak. E-mail: somdet.k47@gmail.com

Received 13/07/2021

Revised 16/08/2021

Accepted 20/09/2021

PREVALENCE OF SUBSTANCE ABUSE AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS

*Somdet Kuapitak**

ABSTRACT

The purpose of this census-based survey was to study the prevalence of substance abuse and the relationship between substance use and substance abuse knowledge among secondary school students. A sample of 2,148 students voluntarily participated in the study conducted in 23 primary and secondary schools. A self-contained questionnaire was used. Data were analyzed using descriptive statistics, Odd Ratio, 95% confidence interval, chi-square, and multiple logistic regression.

The results showed that the lifetime prevalence of substance abuse was 54.6 percent in the past three months. The proportion of drug use has decreased. The prevalence rate is 24.0%, but some substance abusers are still at high risk. The most common drugs are alcohol, cigarettes, marijuana, and amphetamine stimulants. Substance awareness is a protective factor against tobacco and marijuana use. statistically significant.

Keywords: Secondary school students, Substance use, Substance literacy, Factors

*Mueang Khon Kaen District Public Health Office

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาทางสังคม ก่ยคุุคามต่อความมั่นคงของชาติ และส่งผลกระทบต่อความสงบสุขของประชากรในประเทศ และทั่วโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ [UNODC] ประมาณการในปี พ.ศ. 2562 ประชากรอายุ 15 ถึง 64 ปี จำนวน 275 ล้านคน ใช้ยาเสพติดในรอบปีที่ผ่านมา ผู้คนประมาณ 36 ล้านคน ต้องทนทุกข์ทรมาน และไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการใช้ยาเสพติด โดยยาเสพติดที่นิยมมากที่สุด คือ กัญชา ตามด้วยสารกระตุ้นแอมเฟตามีน [ATS] อนุพันธ์ฝิ่น โดยเฉพาะกัญชาได้รับความนิยมในกลุ่มเยาวชน¹

การสำรวจครัวเรือนในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าคนไทยในช่วงอายุ 12-65 ปี เคยใช้สารเสพติดชนิดหนึ่งประมาณ 3.7 ล้านคน และเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งภายในปีที่ผ่านมา จำนวน 1.97 ล้านคน หรือร้อยละ 3.91 โดยสารเสพติดที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี) กระเทียม (พืชกระเทียม น้ำดื่มกระเทียม) และกัญชา² สถาบันรามจิตต์ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้สำรวจประชาชน 45,894 คน ที่มีอายุระหว่าง 11 ถึง 15 ปี ในปี พ.ศ. 2554 และพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนมัธยม

ประเภทสารเสพติดที่พบมากที่สุด ได้แก่ แอลกอฮอล์ร้อยละ 25.4 บุหรี่ร้อยละ 14.6 และกัญชาร้อยละ 4.0 ตามลำดับ³ การสำรวจครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยที่มีอายุระหว่าง 12 ถึง 65 ปี 666,644 คน หรือประมาณร้อยละ 3.92 ใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมา และยาเสพติดที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ได้แก่ กัญชา กลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี) และยารักษาโรคจิตแบบแผน โดยส่วนมากเริ่มใช้สารเสพติดในช่วงอายุ 20-25 ปี⁴

จากการทบทวนสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบว่าอุปสงค์ยาเสพติดมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน แม้ว่าจะมีหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด แต่ข้อมูลเหล่านี้มักเก็บรวบรวมจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรบางกลุ่ม มีทั้งข้อดีและข้อเสีย สำหรับวิธีการรวบรวมข้อมูลนี้ ข้อดี คือ ต้นทุนต่ำ ง่ายต่อการรวบรวมข้อมูล และรับข้อมูลจากกลุ่มประชากรตามที่ต้องการ⁵ ในขณะที่ข้อเสีย คือ ข้อผิดพลาดจากวิธีการสุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด⁶ ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจประชากร (สำมะโน) ที่รวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมดในแต่ละหน่วยของประชากรวิจัยโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการศึกษาสถานการณ์ยาเสพติดด้วยวิธีนี้จะไม่มีความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง จึงมีความ

เหมาะสมหากจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้า
ระวังระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สาร
เสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้
สารเสพติดกับความรู้เท่าทันสารเสพติดใน
นักเรียนระดับมัธยมศึกษา

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบ
ภาคตัดขวาง

พื้นที่ศึกษา เป็นอำเภอที่ถูกสุ่มตัวอย่าง
แบบง่ายอำเภอหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ห่างจากตัวจังหวัด 80 กิโลเมตร มีประชากร
81,411 คน มีสถานศึกษา 63 แห่ง ตั้งอยู่
ทั่วอำเภอ สถานศึกษา 61 แห่ง อยู่ภายใต้การ
ดูแลของเขตพื้นที่ประถมศึกษา ในขณะที่
สถานศึกษา 2 แห่ง อยู่ในสังกัดกรมสามัญ
ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จาก
จำนวนโรงเรียน 63 แห่ง มีโรงเรียน 23 แห่ง
ที่ยินยอมร่วมในการศึกษานี้ ทำให้มีประชากร
เป้าหมายนักเรียนระดับมัธยมศึกษา 3,468
คน ในจำนวนนี้นักเรียนและผู้ปกครอง
ยินยอมร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจ และ
ลงนามยินยอม 2,148 คน (ร้อยละ 61.9) โดย
มีอายุตั้งแต่ 12 ถึง 19 ปี (อายุเฉลี่ย 14 ปี ค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.52)

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามชนิด
ตอบเอง ได้รับการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ
12 คน แบบสอบถามประกอบด้วยห้าส่วน
1) ข้อมูลประชากร 2) ระดับความรู้เท่าทัน
สารเสพติด และ 3) ระดับความเสี่ยงจากการ
ใช้ยา (ASSIST) ASSIST ได้รับการพัฒนา
สำหรับ WHO โดยกลุ่มนักวิจัยการใช้
สารเสพติดระดับนานาชาติ ความน่าเชื่อถือ
จากการทดสอบซ้ำของเครื่องมือ 0.90⁷
มาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติด ได้รับการ
พัฒนาโดยเฉพาะสำหรับประชากรไทยในปี
พ.ศ. 2558 CVI 0.86 concurrent validity
0.667⁸

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แจก
แบบสอบถามให้กับนักเรียนในโรงเรียนทั้ง
23 แห่ง ในภาคการศึกษาที่ 2 โดยนักเรียนที่
เข้าร่วมโครงการได้รับฟังคำชี้แจง อ่านคำถาม
และตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วใส่ซอง
ปิดผนึกส่งในกล่องที่บิที่เตรียมไว้ ใช้เวลา
เฉลี่ย 20 ถึง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจาก
แบบสอบถามถูกนำเข้าคอมพิวเตอร์แบบ
สอบทาน (data double entry) ตรวจสอบ
ความถูกต้อง วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน odd ratio
ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95% ไคสแควร์ และ
การถดถอยพหุคูณโลจิสติก

คำชี้แจงจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมนุษย์

จากสถาบันการศึกษา และเป็นไปตามหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิและมาตรฐาน ICH-GCP ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมและจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองของผู้เยาว์

ผลการศึกษา (Result)

นักเรียนผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 และอายุเฉลี่ย 14 ปี

(SD 1.52, มัธยฐาน 14.0, IQR 2, ต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 19 ปี) นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 75.4 และศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มศึกษาร้อยละ 54.6 เคยใช้สารเสพติดรวมทั้งแอลกอฮอล์และบุหรี่ (ตารางที่ 1) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 59.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 24.0 ใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของการใช้สารเสพติด (ร้อยละ)

สารเสพติด	เคยใช้	ยังคงใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
บุหรี่	16.81	9.75
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	30.1	19
กัญชา	3.89	2.31
สารกระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ฯลฯ)	2.19	1.24
สารระเหย	3.6	1.93
ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้ลมประสาท	1.53	1.04
สารหลอนประสาท	1.41	0.69
อนุพันธ์ฝิ่น	2.85	1.5

เพศชายมีความเสี่ยงในการใช้ยามากกว่าเพศหญิง (OR 0.69, 95% CI 0.58-0.82, $p < 0.001$) กลุ่มอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปีมีความเสี่ยงในการใช้ยามากกว่ากลุ่มอายุ 12 ถึง 14 ปี (OR 1.59, 95% CI 1.33-1.90, $p < 0.001$) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 62.1) มีความเสี่ยงในการใช้ยา

สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น 1.6 เท่า (OR 1.60, 95% CI 1.33-1.92, $p < 0.001$) สารเสพติดที่พบมากที่สุด ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาสูบ และกัญชา สำหรับผู้ใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด ซึ่งรวมถึงบุหรี่และแอลกอฮอล์ พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.5 และร้อยละ 26.4 เป็นอยู่ในมัธยมศึกษาตอนต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่ายิ่งอายุมากขึ้น การใช้สารเสพติดหลายชนิดก็จะมีสูงขึ้น การใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า การใช้ บุหรี่ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

สารกระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ฯลฯ) และกัญชา มีระดับความเสี่ยงสูง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด (ร้อยละ)

สารเสพติด	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงรุนแรง
บุหรี่ (n=338)	5.6	77.2	17.2
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=659)	13.4	81.9	4.7
กัญชา (n=80)	13.8	82.4	3.8
สารกระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ฯลฯ) (n=43)	25.6	69.8	4.7
สารระเหย	37.3	61.2	1.5
ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้ลมประสาท	22.2	75	2.8
สารหลอนประสาท	37.5	58.3	4.2
อนุพันธ์ฝิ่น	36.5	61.5	2

นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติดใด ๆ ร้อยละ 81.1 มีความรู้เท่าทันสารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องจากการใช้สารเสพติด (OR 0.48, 95% CI 0.39-0.60, $p < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ กับความรู้เท่าทันสารเสพติด พบว่า ในกลุ่มนักเรียนที่รู้เท่าทันสารเสพติด พบว่า ร้อยละ 85.5 ไม่สูบบุหรี่, ร้อยละ 83.2 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 81.5 ไม่ใช้กัญชา เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยการใช้สาร

เสพติดกับความรู้เท่าทันสารเสพติดด้วยการถดถอยพหุคูณโลจิสติก พบว่า เมื่อควบคุมผลของปัจจัยกวนแล้ว ความรู้เท่าทันสารเสพติดยังสามารถปกป้องนักเรียนจากการสูบบุหรี่ และกัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปกป้องจากการสูบบุหรี่ (AOR 0.32, 95% CI 0.19-0.54, $p < 0.001$) และปกป้องจากการใช้กัญชา (AOR 0.24, 95% CI 0.16-0.38, $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรู้เท่าทันสารเสพติด และการใช้สารเสพติดชนิดเดียวหรือร่วมกันหลายชนิด
(n=2148)

	COR	AOR	95%CI	p value
บุหรื	0.26	0.32	0.10-0.54	0
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.58	1.26	0.73-2.16	0.405
กัญชา	0.13	0.24	0.16-0.38	0
สารกระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ฯลฯ)	0.36	1.51	0.80-2.85	0.203
สารระเหย	0.38	0.92	0.57-1.50	0.739
ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท	0.34	0.8	0.38-1.72	0.579
สารหลอนประสาท	0.21	0.67	0.31-1.43	0.297
อนุพันธ์ฝิ่น	0.48	0.95	0.54-1.70	0.874
ใช้สารชนิดเดียว	0.48	0.98	0.54-1.60	0.793
ใช้สารร่วมกันหลายชนิด	0.3	1.02	0.57-1.82	0.941

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้ใช้วิธีการสำรวจแบบสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่แสดงความซุกในประชากรเป้าหมายที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าการใช้วิธีการสำรวจแบบสุ่มตัวอย่าง วิธีการสำรวจด้วยการสุ่มตัวอย่างต้องอาศัยความแม่นยำของความเป็นตัวแทนในประชากร ดังนั้น ข้อผิดพลาด/ความคลาดเคลื่อนอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่การเริ่มกระบวนการสุ่มเลือกตัวอย่าง และกระบวนการอื่น ๆ การลดข้อผิดพลาดเหล่านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มเลือก ดังนั้น การทำสัมภาษณ์จึงเป็นการวิเคราะห์ประชากรทั้งหมด ซึ่งช่วยขจัดปัญหา

นี้⁶ นอกจากนี้ความถูกต้องของผลการศึกษาก็จากวิธีการสำรวจแบบสุ่มตัวอย่างยังขึ้นอยู่กับข้อผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูลหรือในกลุ่มตัวอย่างการศึกษา⁹ อย่างไรก็ตาม การสำรวจประชากรแบบสัมภาษณ์มีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาศึกษาและค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าความซุกของการใช้สารเสพติด (รวมบุหรืและแอลกอฮอล์) ในนักเรียนมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.6 โดยความซุกในเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีความซุกสูงสุด และยังพบว่ากลุ่มอายุ 12 ปี ร้อยละ 45.4 เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ซึ่งแสดง

ให้เห็นว่าสารเสพติดได้แพร่กระจายเข้าสู่สถานศึกษา^{10, 11} นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงสารเสพติดของเยาวชนเป็นไปได้โดยง่าย และยังบ่งบอกถึงทัศนคติที่มีต่อสารเสพติดว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติในสังคม สามารถเสพได้ทุกที่และทุกเวลาโดยไม่รู้สึกผิดและละอายหรือรับรู้ว่ามีผิดกฎหมายหรือต้องปิดบัง¹² ดังนั้นจึงทำให้การแพร่กระจายสารเสพติดเป็นไปอย่างง่ายดายและรวดเร็ว

การใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิดรวมทั้งแอลกอฮอล์และบุหรี่ยัง กลุ่มอายุมากกว่าพบว่ามีความชุกในการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิดมากกว่า^{13, 14}

สารเสพติดที่พบว่าแพร่ระบาดมากที่สุดได้แก่ แอลกอฮอล์ บุหรี่ กัญชา สารระเหย และสารกระตุ้นแอมเฟตามีน^{3, 4, 15} เหตุที่ความชุกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังสูงในกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ อาจอธิบายได้ว่าสารทั้งสองชนิดนี้ถูกกฎหมายในประเทศไทย แม้ว่าจะมีกฎหมายที่จำกัดผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จากการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างถูกกฎหมาย¹⁶ การบังคับใช้กฎหมายยังคงไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะร้านค้าในหมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถซื้อได้โดยไม่จำกัดเวลาหรืออายุ^{17, 18} นอกจากนี้ คนไทยยังเพิ่มคุณค่าการดื่มสุราให้เป็นส่วนหนึ่งของประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งชักนำนักดื่มหน้าใหม่และค่านิยมการดื่มใหม่ ๆ โดยเฉพาะมาสู่เด็กและเยาวชน¹⁹ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่าการใช้

แอลกอฮอล์และบุหรี่ยังร่วมกับสารเสพติดประเภทอื่นกำลังเพิ่มขึ้น^{20, 21}

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้สารเสพติด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เท่าทันสารเสพติด แม้ว่าความชุกจะไม่แตกต่างกันระหว่างชายและหญิง แต่มีระดับความเสี่ยงของการใช้สารในชายมากกว่าหญิง นักเรียนมัธยมศึกษาเริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยและใช้มากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น^{14, 20-22} สำหรับผู้ที่เคยสูบบุหรี่ 1 ใน 5 สูบบุหรี่ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดื่มในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ในทางกลับกัน สำหรับผู้ใช้กัญชา มีเพียงร้อยละ 4.3 เท่านั้นที่ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการใช้กัญชาไม่ได้ทำให้ติดง่าย¹¹ คนไทยใช้กัญชาเป็นส่วนผสมในการปรุงอาหาร โดยเฉพาะวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย²³

การศึกษาค้นคว้าพบว่า นักเรียนที่ไม่ใช้สารเสพติดมีระดับความรู้เท่าทันสูงกว่า ดังนั้น การรู้เท่าทันสารเสพติด จึงสามารถนำแนวคิดเรื่องนี้มาใช้ในการพัฒนาภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคลต่อการใช้สารเสพติดได้²⁴ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้นำหลักการความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสุขภาพ²⁵ บ่งชี้ว่าการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

อันตรายของสารแต่ละประเภท การใช้สารร่วมกันหลายชนิด และความรู้ในการใช้สาร จะช่วยในการวิเคราะห์ ประเมิน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เช่นเดียวกับสุขภาพ

ข้อยุติ (Conclusions)

ความชุกของการใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 54.6 สารเสพติดที่พบบ่อยที่สุด ในนักเรียนมัธยมศึกษา ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ กัญชา และสารกระตุ้นแอมเฟตามีน นักเรียนที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดจะสามารถปกป้องตนเองจากบุหรี่ และกัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นเรื่องมาตรการป้องกัน นอกเหนือจากการให้

ความรู้ โดยเฉพาะการสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติด และการปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อการใช้ยาเสพติดแบบแผน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สารเสพติดแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษานี้ นอกจากพบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ แล้วยังพบกัญชา และสารกระตุ้นแอมเฟตามีน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ คณะครู ผู้บริหาร สถานศึกษา ผู้ปกครอง และนักเรียนที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2021. United Nations publication; 2021.
2. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Substances Users Population in Thailand 2019. ONCB Journal 2020; 36(2): 37-48.
3. Ramajitti Institute. Research project of Ramajitti Institute [online] 2010 [cited 2021 March 22]. Available from: http://www.ramajitti.com/research_project_drug.php.
4. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R, Thongjit S, Komputsa C, Pisitpong W, Chansena B. Substances Users Population in the Northeast Thailand 2019. ONCB; 2020. [in Thai].

5. Medhi J. **Statistical methods: An introductory text**. New York: Wiley-Interscience; 1992.
6. Levy PS, Lemeshow S. **Sampling of populations: methods and applications**. New York: John Wiley & Sons; 2013.
7. WHO ASSIST Working Group. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction** 2002; 97(9): 1183-1194.
8. Kanato M, Kittima M. Thai substance literacy scales. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3: 123-136. [in Thai].
9. Fowler FJJr. **Survey research methods**. 5th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013.
10. Klampakorn S, Watcharangkul R, Kerdmuang S. Tobacco use situation of students in schools under the Office of Basic Education: Secondary data analysis of summary report on substance abuse. **Journal of Nursing (Thai Journal of Nursing)** 2014; 63: 55-63. [in Thai].
11. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. **N Engl J Med** 2014; 370: 2219-2227.
12. Perngporn U, Areesantichai C. Misconduct related to the substance use of juveniles in the Detention and Protection Center for Children and Youth. **Thai Population Journal** 2011; 2: 4-56. [in Thai].
13. Moss HB, Chen CM, Yi HY. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. **Drug and alcohol dependence** 2014; 136: 51-62.
14. Patrick ME, Schulenberg JE. Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. **Alcohol research: current reviews** 2013; 35(2): 193-200.
15. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Blanco J, Zambrano J, Rojas E, Ramirez M. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. **Addiction** 2007; 102(8): 1261-1268.
16. The Office of Alcohol Control Committee. **Law: Alcohol Control Act BE 2551** [online] 2008 [cited 2021

- March 22]. Available from: <http://www.thaiantialcohol.com/law>. [in Thai].
17. Boonkert Y. **Legal issues in the enforcement of the Alcohol Control Act 2008, Case study on location control** [online] 2008 [cited 2021 March 22]. Available from: <http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/1714>. [in Thai].
18. Jeiwattanukul Y, Thasamai T. Thai family alcohol consumption. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2014; 15(2): 305-311. [in Thai].
19. Kuansamakom D. Measures and enforcement of Alcohol Control Act 2008: Case study in Amphoe Mueang Chiang Mai. **Naresuan University Law Journal** 2013; 6(1): 53-76. [in Thai].
20. Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. **Drug and alcohol dependence** 2007; 88(2-3): 234-243.
21. Korhonen T, Huizink AC, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Kaprio J. Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: a longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. **Drug and alcohol dependence** 2008; 97(1-2): 33-43.
22. Arillo-Santillan E, Lazcano-Ponce E, Hernandez-Avila M, Fernández E, Allen B, Valdes R, Samet J. Associations between individual and contextual factors and smoking in 13,293 Mexican students. **American Journal of Preventive Medicine**. 2005; 28(1): 41-51.
23. World Health Organization. **Track 2: Health literacy and health behaviour**. [online] 2017 [cited 2021 Feb 20]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.
24. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Ann Intern Med** 2011; 155(2): 97-107.
25. Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health. **Key performance indicators: List of strategy indicators, Ministry of Public Health, Fiscal Year 2556, No. 71**. [online] 2013 [cited 2021 Feb 20]. Available from: http://healthdata.moph.go.th/kpi/2556/KpiDetail.php?topic_id=71. [in Thai].