

ความรู้เท่าทันสารสนเทศติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัย

สุนีรัตน์ ยิ่งยืน*, สวรรค์ ธิติสุทธิ*

บทคัดย่อ

การวิจัยชนิดภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันสารสนเทศติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 360 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ และ Multinomial logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.1) มีอายุเฉลี่ย 19.6 ปี มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 60.6 และมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 50.6 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.3 และมีความรู้เท่าทันสารสนเทศระดับสูง ร้อยละ 73.6 ส่วนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 36.7 และดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันสารสนเทศติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น พบว่า ความรู้เท่าทันสารสนเทศระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR=2.96, 95%CI: 1.35,6.48; aOR=2.62, 95%CI: 1.36, 5.03 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาชี้ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาได้รับอิทธิพลมาจากความรู้เท่าทันสารสนเทศ ดังนั้นการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ควรมีการพัฒนาทักษะความรู้เท่าทันสารสนเทศให้กับนักศึกษาด้วย

คำสำคัญ: ความรู้เท่าทันสารสนเทศ, การดื่มแอลกอฮอล์, นักศึกษา

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: Suneerat Yangyuen. E-mail: suneeratyang1@hotmail.com

Received 01/04/2020

Revised 30/04/2020

Accepted 29/05/2020

HEALTH LITERACY IN SUBSTANCE USE AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Suneerat Yangyuen, Sawan Thitisutthi**

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to determine the association of health literacy in substance use with alcohol consumption among university students. The samples were 360 students from stratified random sampling. The face-to-face structured interviews were used for data collection. Statistical analysis used descriptive statistic, chi-square test, and multinomial logistic regression. The results revealed that majority of samples were female (51.1%), age average 19.6 years old, reported a high level of positive alcohol expectancies (60.6%) and negative alcohol expectancies (50.6%), 52.3 % of them reported alcohol drinking, and about 73.6 % of them reported a low level of health literacy in substance use. Approximately 36.7% were low-risk drinking and 15.6% were hazardous drinking. After adjusted for all covariates, the low health literacy in substance use was significantly related to hazardous drinking and low-risk drinking (aOR= 2.96, 95% CI: 1.35, 6.48; aOR= 2.62, 95% CI: 1.36, 5.03, respectively).

This concluded that students' alcohol consumption was influenced by health literacy in substance use. Therefore, to improving their health literacy could be help prevented or reduced the risk of drinking.

Keywords: health literacy in substance use, alcohol consumption, students

[†]Faculty of Public Health, Mahasarakham University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น นอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของวัยรุ่นเอง เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็ง มะเร็ง อุบัติเหตุ เป็นต้น ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อและ ความเสียหายต่อผู้อื่น เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง อาชญากรรมและอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น¹ นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยรุ่นยังมีความสัมพันธ์กับการติดสุรา (alcohol dependence) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ด้วย² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี 2016 พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกปีละประมาณ 3.3 ล้านคน และมีวัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 26.5³ สำหรับประเทศไทย ปี 2560 พบว่า ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 28.6 ทั้งนี้ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) ร้อยละ 13.6 นักดื่มหนัก (heavy drinker) ร้อยละ 5.4 และนักดื่มประจำ (regular drinker) ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ โดยภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของนักดื่มในกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35.4 และ 32.8 ตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 19.0 และ 16.8 ตามลำดับ) สูงกว่าภูมิภาคอื่น^{1,4} สำหรับจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปี 2558 มีความชุกของผู้ดื่ม

แอลกอฮอล์ที่มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 39.58 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายกำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 13) และเนื่องจากเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการศึกษา จึงมีสถานบันการศึกษาจำนวนมาก และมีนิสิต นักศึกษาเข้ามาเรียนจำนวนมากด้วย ทำให้มีความหนาแน่นของประชากรเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งมีสถานบันเทิงและแหล่งท่องเที่ยวกลางคืนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นและเกิดปัญหาทางสังคมตามมา เช่น ปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจร ภาวะการฉ้อโกง การทำร้ายร่างกาย อาชญากรรม เป็นต้น⁵ และจากการศึกษาของ พลัญญ์ แก้วศุภาสวัสดิ์⁶ พบว่าความชุกของนักศึกษาที่เป็นนักดื่มปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 57.0 จะเห็นได้ว่านักศึกษาเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการใช้ชีวิตที่มีความเป็นอิสระค่อนข้างสูง ใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อน เชื่อและไว้ใจเพื่อนและพยายามปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มหรือเป็นที่ยอมรับของกลุ่มจึงง่ายต่อการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น⁷ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหาด้านการเรียน การทะเลาะวิวาท และปัญหาสังคมในระยะยาว อาทิเช่น ปัญหาการว่างงาน อาชญากรรม ยาเสพติด เป็นต้น⁸

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy; HL) มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การเข้าถึงโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การใช้จ่ายยาเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁹ และมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพ การปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านสุขภาพและการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดด้วย¹⁰ ทั้งนี้ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ และทักษะในการค้นหาข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แผลผล และเลือกใช้ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดีได้¹¹ โดยบุคคลที่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่ต่ำ จะขาดความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล ข่าวสารและบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ระบุคุณภาพชีวิตต่ำ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่ำ และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง^{9,12,13} สำหรับความรู้เท่าทันสารเสพติดนั้น เป็นการนำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการ ใช้สารเสพติด โดยความรู้เท่าทันสารเสพติด (Health literacy in substance use) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน

และจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน รวมทั้งสามารถชี้แนะบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อการป้องกันไม่ให้เข้าไปเสพติด^{14,15} จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การมีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดที่ต่ำ และการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์^{14,16} โดยบุคคลที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำนั้น จะมีความสามารถในการรับรู้การจัดการตนเองและป้องกันการ ใช้สารเสพติดที่ต่ำด้วย อาทิเช่น ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ถ้ามีความรู้เท่าทันสารเสพติดในระดับต่ำ จะทำให้เกิดปัญหาการจัดการสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ไม่เข้ารับการรักษาหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น เนื่องจากขาดข้อมูลและขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายหรือผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้การตัดสินใจเลือกหรือปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เหมาะสม¹⁴ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ถ้ามีความรู้เท่าทันสารเสพติดในระดับต่ำ จะไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่ดีได้ และไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงของการติดยา (addiction severity) มากยิ่งขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดมีความแตกต่างกันตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว และความ

คาดหวังในผลลัพธ์ของการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เป็นต้น¹⁸⁻²⁰ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์สุขภาพหรือสภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ และมีจำนวนน้อยที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น^{2,9} สำหรับงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นของประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับโรคอ้วน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์^{21,22}

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความรู้เท่าทันสารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และกลุ่มนักศึกษาซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในกลุ่มดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าวัยรุ่นสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดเพื่อการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการตีพิมพ์แอลกอฮอล์หรือไม่ โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติดของวัยรุ่นและพัฒนามาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อหาสัดส่วนของนักศึกษาที่เคยตีพิมพ์แอลกอฮอล์
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional analytic study โดยดำเนินการศึกษาในนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2562-มกราคม 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวนทั้งสิ้น 40,759 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 2) เป็นนักศึกษาคนไทย 3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร (พูดและเขียน) และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามประเด็นที่ศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร²³ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 360 คน ทำการสุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Stratified Random Sampling โดยจัดกลุ่มนักศึกษาตามคณะที่สังกัด โดยคณะเดียวกันถือว่าเป็น stratum เดียวกัน จากนั้นทำการสุ่มนิสิตในแต่ละ stratum โดยการให้ตารางเลขสุ่ม ซึ่งการสุ่มจะใช้ตัวเลข 2 หลัก ที่ตรงกับรหัสประจำตัวนักศึกษา 2 ตัวสุดท้าย นักศึกษาที่มีรหัสประจำตัวตรงกับเลขที่สุ่มได้ก็就会被เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ได้เลขซ้ำก็ใช้หมายเลขถัดไป ดำเนินการสุ่มจนได้ขนาดตัวอย่างครบตามต้องการ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิแปรผันตามขนาดประชากรของชั้นภูมิ (Probability proportional to size, PPS)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} NPQ}{Z^2 \alpha_{/2} PQ + Nd^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (จำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด เท่ากับ 40,759 คน)²⁴

$Z_{\alpha_{/2}}$ = คะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (หรือ 1.96)

P = สัดส่วนนักศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคามที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 74.9 %⁸

Q = 1- P

d = maximum allowable error = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(40,759)(0.749)(0.251)}{(1.96)^2(0.749)(0.251)+(40,759)(0.05)^2} = 286.8 \approx 287$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ได้ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1-R}$$

$$= 287 / (1-0.20) = 287 / 0.8 = 358.7 \approx 360$$

จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 360 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเอาเครื่องมือของนักวิจัยที่ได้ทำการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการประเมินความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลลัพธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัด The Brief Comprehensive Effects of Alcohol questionnaire (B-CEOA) ของ Ham et al.²⁵ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 4 ระดับ (four-point scale) คือ 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง), 3 (เห็นด้วย), 2 (ไม่เห็นด้วย), 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนรวมระหว่าง 8-32 คะแนน และแบ่งคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก ออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ดังนี้ ระดับสูง คือ 23 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 23 คะแนน ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนรวมระหว่าง 7-28 คะแนน และแบ่งคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ดังนี้ ระดับสูง คือ 22 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 22 คะแนน (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.82)

3. ข้อมูลความรู้เท่าทันสารเสพติด เป็นการประเมินระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอามาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดของคนไทยฉบับย่อของกิตติมา โมะเมน และมานพ คณะโต²⁶ มาใช้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบรวมคะแนน (summed

rating scale) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ประสิทธิภาพการได้ยินพบเห็นหรือจับต้องสารเสพติด 2) การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ใช้สารเสพติด 3) ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเสพติด และ 4) การช่วยเหลือผู้อื่นไม่ให้ใช้สารเสพติด โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-106 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ดังนี้ ถ้าคะแนน 66 คะแนนขึ้นไป คือ มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง และถ้าคะแนนต่ำกว่า 66 คือ มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำ (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.81)

4. ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยนำเอาแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) ของ WHO ฉบับภาษาไทย แปลโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์²⁷ มาใช้ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ และแบ่งพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ 0-7 คะแนน เป็นการบริโภคแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking), 8-15 คะแนน เป็นการบริโภคแบบเสี่ยง (Hazardous drinking), 16-19 คะแนน เป็นการบริโภคแบบอันตราย (Harmful drinking) และ 20 คะแนนขึ้นไป เป็นการบริโภคแบบติด (Alcohol dependence)

(ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.84)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประชุมชี้แจง รายละเอียดและแนวทางการดำเนินการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย และอบรมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายกิจการนิสิตของคณะต่าง ๆ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และกรณีในกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อาทิเช่น เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดสูง

และต่ำ และสถิติ Multinomial logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา และจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ พบว่า ตัวแปรผลลัพธ์ในที่นี้คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Never drinking) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking) และกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ส่วนการดื่มแบบอันตรายและแบบติดนั้นไม่มีรายงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรผลลัพธ์ (Reference group) คือ กลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และจากการทบทวนวรรณกรรมได้กำหนดตัวแปรกวนในการศึกษานี้ คือ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH096/2562 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2562

ผลการศึกษา (Results)

จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.1) มีอายุเฉลี่ย 19.6 ปี ค่ากลาง (median) ของรายได้ต่อเดือนของครอบครัวเท่ากับ 8,000 บาท มีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.0 และมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.4 มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 60.6 และมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 50.6 สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 36.7 และดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ส่วนความรู้เท่าทันสารเสพติด พบว่ามีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง ร้อยละ 73.6 และมีความ

รู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำ ร้อยละ 26.4 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง ส่วนใหญ่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.5 ส่วนกลุ่มที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 50.5 และยังพบว่าทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูงและระดับต่ำ) มีสัดส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกและผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เท่าทันสารเสพติด

	จำนวนทั้งหมด (n=360) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับสูง (n=265) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับต่ำ (n=95) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ*			
ชาย	176 (48.9)	111 (41.9)	65 (68.4)
หญิง	184 (51.1)	154 (58.1)	30 (31.6)
อายุ (ปี) *			
≥ 20	180 (50.0)	115 (43.4)	65 (68.4)
< 20	180 (50.0)	150 (56.6)	30 (31.6)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เท่าทันสารเสพติด (ต่อ)

	จำนวนทั้งหมด (n=360) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับสูง (n=265) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับต่ำ (n=95) จำนวน (ร้อยละ)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท) *			
≥ 8,000	202 (56.1)	138 (52.1)	64 (67.4)
< 8,000	158 (43.9)	127 (47.9)	31 (32.6)
สมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์			
มี	234 (65.0)	169 (63.8)	65 (68.4)
ไม่มี	126 (35.0)	96 (36.2)	30 (31.6)
เพื่อนดื่มแอลกอฮอล์			
มี	269 (74.4)	195 (73.6)	74 (77.9)
ไม่มี	91 (25.3)	70 (26.4)	21 (22.1)
ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์			
ระดับสูง (≥ 23 คะแนน)	218 (60.6)	162 (61.1)	56 (58.9)
ระดับต่ำ (< 23 คะแนน)	142 (39.4)	103 (38.9)	39 (41.1)
ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์			
ระดับสูง (≥ 22 คะแนน)	182 (50.6)	133 (50.2)	49 (51.6)
ระดับต่ำ (< 22 คะแนน)	178 (49.4)	132 (49.8)	46 (48.4)
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์*			
ไม่ดื่ม (Never drinking)	172 (47.7)	147 (55.5)	25 (26.3)
การดื่มแบบมีความเสี่ยง ต่ำ (Low risk drinking)	132 (36.7)	84 (31.7)	48 (50.5)
การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)	56 (15.6)	34 (12.8)	22 (23.2)

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้อาสาสมัครเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับการวิเคราะห์แบบ Bivariate พบว่า ความรู้อาสาสมัครระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (OR=3.80, 95%CI:1.92,7.53) และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (OR=3.36, 95%CI: 1.93,.5.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยง (OR=0.44, 95%CI: 0.24,0.82) และแบบมีความเสี่ยงต่ำ (OR=0.53, 95%CI: 0.34,0.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางกลับกัน พบว่า การมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (OR=2.27, 95%CI:1.18,4.37) และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (OR= 1.82, 95%CI: 1.13,2.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ และการ

มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ ก็มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำเช่นกัน (ตารางที่ 2)

สำหรับการวิเคราะห์ Multivariate โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ความรู้อาสาสมัครระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (aOR=2.96, 95%CI: 1.35,6.48) และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (aOR= 2.62, 95%CI: 1.36,5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเพศชาย หรือคนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป หรือมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูงจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกันการมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูงจะลดโอกาสเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา

ตัวแปร	ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)		ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking)	
	OR (95%CI)	aOR (95%CI)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
-เพศชาย (ref: เพศหญิง)	3.73 (1.97,7.04)**	2.61 (1.26,5.35)*	2.94 (1.84,4.71)**	1.97 (1.13,3.42)*
-อายุ ≥ 20 ปี (ref: <20)	3.54 (1.89,6.64)**	2.96 (1.39,6.26)**	4.55 (2.80,7.41)**	4.12 (2.29,7.41)**
-รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ≥ 8,000 บาท (ref: น้อยกว่า 8,000 บาท)	1.76 (0.91,3.16)	1.19 (0.58,2.43)	1.67 (1.00,2.66)	1.13 (0.65,1.97)
-มีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ (ref: ไม่มี)	3.11 (1.53,6.30)**	2.44 (1.13,5.25)*	2.35 (1.44,3.84)**	1.87 (1.07,3.28)*
-มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ (ref: ไม่มี)	5.31 (2.16,13.08)**	3.83 (1.46,10.04)**	4.04 (2.25,7.24)**	3.07 (1.60,5.89)**
-มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (ref: ระดับต่ำ)	2.27 (1.18,4.37)*	2.81 (1.34,5.92)**	1.82 (1.13,2.91)*	2.40 (1.36,4.25)**
-มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (ref: ระดับต่ำ)	0.44 (0.24,0.82)*	0.44 (0.22,0.91)*	0.53 (0.34,0.85)*	0.51 (0.29,0.90)*
-มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	3.80 (1.92,7.53)**	2.96 (1.35,6.48)**	3.36 (1.93,5.84)**	2.62 (1.36,5.03)**

หมายเหตุ: OR=Odds ratio, aOR=Adjusted Odds ratio, CI=confidence interval, ref=Reference group, กลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มอ้างอิง), *p<0.05, **p<0.01.

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า นักศึกษาที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง คนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Fleary et al.,² Mahmoodi et al.,¹³ and Wontaisong²⁸ พบว่าบุคคลที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูง และเมื่อบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาหญิงมีความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาชาย และมีผู้ปกครองเป็นบุคคลหลักในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ²⁹ นอกจากนี้เพศหญิง เป็นเพศที่มีบทบาทหลักด้านการศึกษาและสุขภาพของครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มคนที่มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลและมีความรู้ด้านสุขภาพและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมากกว่าคนอื่น^{13,30} นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของบุคคลนั้นจะลดลง เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยคนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่จะมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุ^{13,31} เนื่องจากมาจากทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ของบุคคลจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และทักษะการประมวลผลข้อมูลข่าวสารของบุคคลจะมีสูงสุดในช่วงวัยรุ่นเมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่น ๆ³² อย่างไรก็ตามยังพบว่านักศึกษาที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง จะมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสูง เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีพ่อแม่ที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับสูงด้วย โดยผู้ปกครองเป็นบุคคลที่สอนทักษะด้านสุขภาพและวิธีการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพให้กับวัยรุ่น

ส่งผลให้วัยรุ่นมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสูงตามไปด้วย² แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้แย้งกับหลาย ๆ การศึกษา เช่น Chisolm et al.,³³ Wu et al.,³⁴ and Lincoln et al.³⁵ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับสูงและระดับต่ำนั้นมีอายุเฉลี่ย สัดส่วนเพศและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากความแตกต่างในประเด็นต่าง ๆ เช่น ประชากรที่ศึกษา และเครื่องมือใช้วัดระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมามักจะทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือกลุ่มประชากรทั่วไป (ทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยรวมกัน) และวัดระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยใช้ The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ซึ่งเป็นเครื่องมือใช้คัดกรองความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในผู้ป่วย หรือพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเองเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ แต่สำหรับการศึกษาค้างนี้เน้นทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และใช้เครื่องมือวัดที่มีการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประเมินความรู้เท่าทันสารสนเทศสำหรับประชาชนไทยโดยเฉพาะ

นอกจากนี้พบว่า ความรู้เท่าทันสารสนเทศในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chisolm et al.³² and Park et al.³⁶ พบว่า

วัยรุ่นที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การเสพยาเสพติด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำนั้น จะขาดทักษะความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ แผลผล และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดในการตัดสินใจเพื่อป้องกันตนเอง หรือหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด^{9,14} ดังนั้นถ้าวัยรุ่นขาดข้อมูล ขาดความเข้าใจ หรือมีความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ไม่เพียงพอ อาจทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อหลีกเลี่ยงหรือละเว้นการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ซึ่งพบว่าครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติและการตัดสินใจด้านสุขภาพของวัยรุ่น โดยเฉพาะพ่อแม่อาจจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือห้ามไม่ให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การพูดคุย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา การเป็นต้นแบบพฤติกรรม (Modeling behavior) และแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ^{12,37} อย่างไรก็ตามกลุ่มเพื่อนก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจด้านสุขภาพของวัยรุ่นเช่นกัน (เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมทางเพศและ

พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ เป็นต้น) โดยผ่านการสร้างแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน (peer pressure) และรูปแบบการใช้ชีวิตของวัยรุ่นเอง (Life style)^{2,12} ดังนั้น ถ้าวัยรุ่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ถูกต้องจะทำให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดด้วย^{14,38} แต่ถ้าวัยรุ่นได้รับข้อมูลหรือเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดไม่ถูกต้องจากครอบครัวหรือเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเพื่อนหรือคนในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด ซึ่งบุคคลดังกล่าวอาจให้ข้อมูลผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้สารเสพติด สอนวิธีการใช้สารเสพติด หรือแลกเปลี่ยนค่านิยมการใช้สารเสพติด³⁹ ซึ่งวัยรุ่นอาจจะเชื่อข้อมูลเหล่านั้นได้ง่าย เพราะเป็นบุคคลที่วัยรุ่นใกล้ชิดและไว้วางใจ ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถตีความหมายและตัดสินใจได้ว่า ข้อมูลใดเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและอาจนำไปสู่การทดลองเสพยาเสพติดได้³ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แย้งกับการศึกษาของ Brandt et al.³⁸ and Demota et al.⁴⁰ ที่พบว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด โดยพบว่าบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้ง่ายและสะดวก กลับเป็นกลุ่มบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดอย่างหนัก อาจเนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีความสนใจส่วนบุคคลและตระหนักถึงผลลัพธ์เชิงลบจากการ

ใช้สารเสพติดของตนเอง จึงพยายามสืบค้น ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดที่ตนเองใช้

สำหรับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า การมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในทางกลับกันการมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chisolm et al.,³³ and Chen et al.⁴¹ ได้อธิบายว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์คือ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างไรนั้นเป็นผลมาจากความเชื่อที่บุคคลมีต่อผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ อาทิเช่น ถ้าหากมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก นั่นคือ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลดี ก็จะทำให้บุคคลนั้นดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในทางตรงกันข้ามหากมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ นั่นคือการดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตราย ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มของการดื่มแอลกอฮอล์ที่น้อยลงหรือไม่ดื่มเลย⁴² ทั้งนี้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากประสบการณ์โดยตรงจากการดื่มแอลกอฮอล์

ของตนเอง หรือจากการสังเกตพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่ ญาติ หรือเพื่อน เป็นต้น ทำให้บุคคลรับรู้ด้วยตนเองว่าผลลัพธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นอย่างไร⁴¹ และนอกจากนี้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์สูง แต่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบต่ำ รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดต่ำด้วย³³ นอกจากนี้การตัดสินใจใช้สารเสพติดของวัยรุ่น มักเป็นผลมาจากการประเมินอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับผลลัพธ์เชิงบวกและเชิงลบจากการใช้สารเสพติด⁴³ ดังนั้นถ้าวัยรุ่นมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำ จะทำให้มีความสามารถในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดในการตัดสินใจเพื่อการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดต่ำด้วย เพราะไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลว่าสิ่งใดคือ ผลเสียหรืออันตรายที่เกิดขึ้นตามมาจากการใช้สารเสพติดอย่างแท้จริง³³

ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้เท่าทันสารเสพติด เป็นปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ถ้านักศึกษามีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำจะเพิ่มโอกาสการดื่ม

แอลกอฮอล์มากขึ้น และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน โดยความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากระดับความรู้เท่าทันสารเสพติด ดังนั้นในการกำหนดมาตรการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาควรนำแนวทางการเสริมสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติดมาเข้าร่วมด้วย นอกจากนี้จำเป็นต้องเสริมสร้างให้นักศึกษาเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ และลดหรือขจัดความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก ซึ่งอาจจะทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดน้อยลงหรือไม่ดื่มเลย สำหรับการศึกษาค้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Saengow U, Vichitkunakron P, Assanangkornchai S. **Facts and figures: alcohol in Thailand**. Songkhla:

อาจจะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติดเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันสารเสพติดกับพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ใหญ่ และจากผลการศึกษาค้างนี้ก็พบว่าความรู้เท่าทันสารเสพติดก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นเช่นกัน โดยวัยรุ่นที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นมีความสามารถในการรับรู้ การจัดการตนเองและป้องกันการใช้สารเสพติดที่ต่ำ และไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

Prince of Songkla University, Songkhla; 2016. [in Thai].

2. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos

- JE. Adolescent health literacy and health behaviours: A systematic review. *J Adolesc* 2018; 62:116-27.
3. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health 2018: executive summary** [online] 2018 [cited 2019 Nov. 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312318>.
 4. Assanangkornchai S. **Provincial alcohol report 2017**. Songkla: Center for Alcohol Studies, Prince of Songkla University; 2019. p.22. [in Thai].
 5. Posri K, Chumnanborirak P, Kraichan K. The Strategic development for Alcohol Stopdrink, Mahasarakham Province. **Mahasarakham hospital journal** 2016; 13(2): 8-16. [in Thai].
 6. Kaewsupsawat P. Enforcement of the Alcoholic Drink Control ACT, B. E. 2551, Around Mahasarakham University. Mahasarakham: **Proceedings of the 4th International Conference on Magsaysay Awardees: Good Governance and Transformative Leadership in Asia**. Mahasarakham University: Mahasarakham; 2016, p.457-478. [in Thai].
 7. Songklang S, Yangyuen S. Correlations between social environment factors and alcohol use among adolescents. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2020; 7(1): 32-44. [in Thai].
 8. Kitchua R, Tenitsara K, Thirasilawe T, Kanasri S. **Alcohol consumption behaviors, drinking impacts and quality of life in Mahasarakham University students**. Mahasarakham: Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Mahasarakham; 2012. [in Thai].
 9. Muhanga M, Malungo J. The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. **International Journal of Health** 2017; 5(2): 107-114.
 10. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters AJ, et al. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. **Am J Public Health** 2013; 103(7): e43-9.
 11. Kaeodumkoeng K, Trepetsriurai N. **Health literacy**. Nonthaburi: Department of health service support, Nonthaburi; 2011. [in Thai].
 12. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Educ Res**.

- 2008; 23(5): 840-7.
13. Mahmoodi H, Dalvand S, Gheshlagh RG, Kurdi A. A systematic review and meta-analysis of health literacy in the Iranian population: findings and implications. **Shiraz E-Medical Journal** 2019; 20(4): 1-24
14. Rundle- Thiele S, Siemieniako D, Kubacki KK, Deshpande S. Benchmarking alcohol literacy: a multi-country study. **Modern Management Review** 2013; 18:99-111.
15. Damari B, Azimi A, Shahrabi NS. Status of substance abuse literacy in manufacturing and production sites in Iran: Results from a nationwide survey. **Med J Islam Repub Iran** 2019; 33:7.
16. Panahi R, Niknami S, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F. Is there a relationship between low health literacy and smoking?. **Health Education and Health Promotion** 2015; 3(3): 43-52.
17. Maina R, Obondo AA, Kuria MW, Donovan DM. Substance use literacy: Implications for HIV medication adherence and addiction severity among substance users. **Afr J Drug Alcohol Stud** 2015; 14(2): 138-152.
18. Wang JW, Cao SS, Hu RY. Smoking by family members and friends and electronic cigarette use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. **Tob Induc Dis.** 2018; 16:5.
19. Leshargie CT, Alebel A, Kibret GD, Birhanu MY, Mulugeta H, Malloy P, et al. The impact of peer pressure on cigarette smoking among high school and university students in Ethiopia: A systemic review and meta-analysis. **PLoS One** 2019; 14(10): e0222572.
20. Urbán R, Kökönyei G, Demetrovics Z. Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. **Addict Behav** 2008; 33(10): 1344-52.
21. Intarakamhang U, Intarakamhang P. Health Literacy Scale and Causal Model of Childhood Overweight. **J Res Health Sci** 2017; 17(1): e00368.
22. Thongnopakun S, Pumpaibool T, Somrongthong R. The association of sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors with health literacy toward behaviors for preventing unintended pregnancy

- among university students. **J Multidiscip Healthc** 2018; 11: 149-156.
23. Chirawatkul A, Laopaiboon M, Jeeraporn K, Thavornpitak Y, Chokkanatitak J, Thinkhamrop B, et al. **Biostatistics for health science research**. Khon Kaen: Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen; 2004. [in Thai].
24. Mahasarakham University. **Annual report 2017**. Mahasarakham: Division of planning, Mahasarakham University, Mahasarakham; 2018. [in Thai].
25. Ham LS, Stewart SH, Norton PJ, Hope DA. Psychometric assessment of the comprehensive effects of alcohol questionnaire: Comparing a brief version to the original full scale. **J Psychopathol Behav Assess** 2005; 27(3): 141–58.
26. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **J Med Assoc Thai** 2015; 98 (Suppl 6): S10-6.
27. Silapakit P, Kittirattanapaiboon P. **AUDIT: alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care 2nd edition 2001 (Thai version)**. Bangkok: Tantawanpaper; 2009. [in Thai].
28. Wontaisong N. Substance literacy among secondary students, Sakonnakhon pattanasuksa school, Sakonnakhon Province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2019; 7(2): 215-29. [in Thai].
29. Ye XH, Yang Y, Gao YH, Chen SD, Xu Y. Status and determinants of health literacy among adolescents in Guangdong, China. **Asian Pac J Cancer Prev** 2014; 15(20): 8735-40.
30. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?. **Am J Mens Health** 2015; 9(5): 370-9.
31. Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. **BMC Public Health** 2016; 16(1): 1151.
32. Howieson DB. Cognitive Skills and the Aging Brain: What to Expect. **Cerebrum** 2015; 2015: cer-14-15.

33. Chisolm DJ, Manganello JA, Kelleher KJ, Marshal MP. Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviours in teens. **Patient Educ Couns** 2014; 97(2): 291-6.
34. Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and risk factors of low health literacy: a community-based study in Shanghai, China. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2017; 14(6): 628.
35. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. **J Gen Intern Med** 2006; 21(8): 818-22.
36. Park A, Eckert TL, Zaso MJ, Scott-Sheldon LAJ, Vanable PA, Carey KB et al. Associations between health literacy and health behaviours among urban high schoolers. **J Sch Health** 2017; 87(12): 885-93.
37. Hamzaha SR, Ismail M, Nor ZM. Does attachment to parents and peers influence health literacy among adolescents in Malaysia?. **Kontakt** 2018; 20(4): 376-83.
38. Brandt L, Schultes MT, Yanagida T, Maier G, Kollmayer M, Spiel C. Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. **Public Health** 2019; 174: 74-82.
39. Foo YC, Tam CL, Lee TH. Family factors and peer influence in drug abuse: a study in rehabilitation centre. **Int J Collab Res Intern Med Public Health** 2012; 4(3): 190-201.
40. Dermota P, Wang J, Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M. Health literacy and substance use in young Swiss men. **Int J Public Health** 2013; 58(6): 939-48.
41. Chen CY, Storr CL, Liu CY, Chen KH, Chen WJ, Lin KM. Differential relationships of family drinking with alcohol expectancy among urban school children. **BMC Public Health** 2011; 11:87.
42. Smit K, Voogt C, Hiemstra M, Kleinjan M, Otten R, Kuntsche E. Development of alcohol expectancies and early alcohol use in children and adolescents: a systematic review. **Clin Psychol Rev** 2018; 60: 136-46.
43. Kuther TL. Rational decision perspectives on alcohol consumption by youth

revising the theory of planned
behavior. *Addictive Behaviours* 2002;
27(1): 35-47.