Original Article

Songklanagarind Medical Journal

รูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด: การศึกษาในจังหวัดสงขลา ประเทศไทย

Parental Parenting Styles in Patients with Substance Use Disorders: A Study in Songkhla, Thailand

สุชาวดี พงศ์ธนวิสุทธิ์, พ.บ., จตุรพร แสงกูล, พ.บ., ชนกานต์ ชัชวาลา, พ.บ.*

Suchawadee Pongthanawisuth, M.D., Jaturaporn Sangkool, M.D., Chonnakarn Jatchavala, M.D.*

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thialand.

*E-mail: jchonnak@gmail.com

Songkla Med J 2016;34(5):259-268

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษารูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูและปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในจังหวัดสงขลา

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบสำรวจข้อมูลภูมิหลังและแบบสำรวจรูปแบบการเลี้ยงดูที่ผู้ป่วยรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่กับโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดโดยใช้สถิติ Logistic regression analysis

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 237 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.1 อายุ 18-58 ปี อายุเฉลี่ย 27.1±6.8 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 62.9 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 34.6 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในการรับรู้ของผู้ป่วยที่พบบ่อยที่สุดและน้อยที่สุด ได้แก่ แบบประชาธิปไตย (ร้อยละ 70.3) และแบบใช้อำนาจควบคุม (ร้อยละ 6.8) ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับการใช้สารเสพติด (p-value=0.535) ผู้ป่วยที่รับรู้ตนเองเป็นศาสนิกชนในระดับปานกลาง/ไม่ดี มีโอกาสใช้สารเสพติดเป็น 2.39 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รับรู้ตนเองเป็นศาสนิกชนที่ดี [95% confidence interval (95% CI)=1.33, 4.28] หากมีคน

ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2558

รับต้นฉบับวันที่ 19 เมษายน 2559 รับลงตีพิมพ์วันที่ 15 กรกฎาคม 2559

ในครอบครัวเคยใช้สารเสพติดจะมีโอกาสใช้สารเสพติดเป็น 2.52 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว (95% CI=1.21, 5.29)

สรุป: ผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดรับรู้ว่าตนได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยเป็นจำนวนมากที่สุด และไม่พบรูปแบบการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด

คำสำคัญ: การใช้สารเสพติด, โรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด, รูปแบบการเลี้ยงดู

Abstract:

Objective: To evaluate the association between drug use and perceived parenting styles among patients with substance use disorders.

Material and Method: This cross-sectional study enrolled patients aged above 18 years, who received services at Thanyarak Songkhla Hospital between the first of April and May the 31st, 2015. The participants were asked to fill out parenting style questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and logistic regression.

Results: A total of 237 patients participated in the study. The response rate was 96% Most of the participants were male (75%), aged between 18-58, with a mean age of 27.1±6.8 years. Sixty-two point nine percent were Buddhist and 34.6% were Muslim. The most, common parenting style was authoritative (70.3%) followed by, authoritarian (6.8%). There was no association between drug use and that of the perceived parenting styles (p-value=0.535). Self-perceived moderately, and poor religious participants were 2.39 times more likely to use drugs [95% confidence interval (95% CI)=1.33, 4.28]. Additionally, participants who had a history of drug use within the family were 2.52 times more likely to use drugs (95% CI=1.21, 5.29).

Conclusion: Most patients with a substance use disorder perceive having an authoritative parenting style. There was no specific association between perceived parenting styles and drug use.

Keywords: parenting style, substance use, substance-related disorder

บทนำ

ยาเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญในระดับประเทศ จากรายงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศไทย โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่าปัญหาอาชญากรรมมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[1] โดยคดียาเสพติดมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 85.4 ของคดีอาญา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด และรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการปราบปรามยาเสพติดและการบำบัดรักษาสูงถึงหมื่นล้านบาทต่อปี[2]

กลุ่มผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราวที่เข้าเกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ติดสารของ diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th edition, text revision[3] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากเพื่อน ปัจจัยจากตัวผู้ใช้สารเองและปัจจัยจากครอบครัว ซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น คือ ปัจจัยด้านครอบครัว งานวิจัยในต่างประเทศได้พยายาม

อธิบายอิทธิพลของครอบครัวต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดกับวัยรุ่นที่ไม่ได้ใช้ วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดจะมีพ่อแม่รวมถึงสมาชิกอื่นในบ้าน โดยเฉพาะพี่ชายใช้สารเสพติดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4,5] ซึ่งมีการตั้งข้อสมมติฐานว่าเป็นผลจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมนำไปสู่บุคลิกภาพที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดหรือการมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างจากพ่อแม่ หรือสมาชิกอื่นในบ้าน หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่น เนื่องจากการที่พ่อแม่ใช้สารเสพติดอาจรบกวนการอบรมเลี้ยงดูลูก[6] นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพของแม่มีผลต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น โดยเฉพาะแม่ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช แม่ที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ แม่ที่มีอารมณ์ไม่คงที่หรือมีความเชื่อและคุ้นชินต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับอัตราความชุกของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7]

แนวคิดเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูลูกเริ่มต้นจากการศึกษาของ Schaefer[8] ซึ่งได้สร้างแบบจำลองเพื่ออธิบายพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ ซึ่ง Becker[9] อธิบายรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแต่ละแบบให้ชัดเจนขึ้น เช่น การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (democratic) พ่อแม่จะมีความสงบเยือกเย็นกว่าแบบตามใจ (indulgent) ต่อมา Diana Baumrind จึงได้สรุปรูปแบบการเลี้ยงดูเป็น 3 แบบ และภายหลังได้มีการปรับเพิ่มเป็น 4 แบบ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุม (authoritarian type) การอบรมเลี้ยงดูแบบรักตามใจ (permissive type) การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (authoritative type) และการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (neglect type)[10] สำหรับประเทศไทย เนาวนิตย์ มุขสมบัติ ได้แบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามแนวคิดของ Schaefer[8] และ Becker[9] ออกเป็น 4 แบบ ได้แก่

1. การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่แสดงความรัก ส่งเสริมให้มีอิสระในการคิดตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง โดยพ่อแม่ให้เหตุผลเมื่อการส่งเสริมหรือห้ามมิให้กระทำสิ่งใด มีความเสมอภาคในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ

2. การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ ไม่ให้ความช่วยเหลือแก่เด็กเมื่อจำเป็น วิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิ และลงโทษรุนแรง เมื่อเด็กกระทำความผิด

3. การอบรมเลี้ยงดูแบบรักตามใจ หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ยอมให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้ตามปรารถนา โดยไม่ต้องทำตามกฎเกณฑ์ แม้กระทำความผิดก็ไม่ต้องรับโทษ เด็กเกิดความรู้สึกว่าพ่อแม่ปล่อยตามใจ และไม่มีการให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

4. การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุม หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่เด็กได้รับการควบคุมพฤติกรรม ความคิดเจตคติและความรู้สึก โดยพ่อแม่จะคอยออกคำสั่งให้ปฏิบัติตามเสมอ หากไม่ปฏิบัติตามก็จะถูกลงโทษ

การศึกษาในปี พ.ศ. 2552-2553 ในประเทศอิหร่าน ศึกษาในผู้บำบัดสารเสพติดอายุ 18-35 ปี พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้เกิดบุคลิกภาพและการมองโลกภายนอกของลูก[13] และในปีถัดมาการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของชาวอิหร่าน 265 ราย พบว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบรักตามใจ และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] และในขณะเดียวกันพบว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบราซิลว่าการรับรู้การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย รักตามใจ หรือใช้อำนาจควบคุม ของกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กวัยรุ่นที่เพื่อนมีแม่เลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ร้อยละ 43 มีแนวโน้มที่จะใช้กัญชาลดลง เมื่อเทียบกับเด็กวัยรุ่นที่เพื่อนซึ่งมีแม่เลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย[13] แสดงให้เห็นว่าการคบเพื่อนที่ได้รับรูปแบบการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่ต่างกัน สามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นเช่นกัน นอกเหนือไปจากการเลี้ยงดูที่ได้รับโดยตรงจากพ่อแม่ของตนเองแล้ว

สำหรับประเทศไทย การศึกษาเรื่องรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในมุมมองของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาความผิดปกติจากสารเสพติดยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

กับรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จ.สงขลา
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จ.สงขลา

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และยินดีเข้าร่วมการศึกษาในวันที่เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2558

เกณฑ์คัดกลุ่มประชากรเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการใช้สารเสพติดทุกชนิด ยกเว้น แอลกอฮอล์และบุหรี่ ซึ่งกำลังเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในวันที่เก็บข้อมูล
2. อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารด้วยการพูดภาษาไทยได้
4. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนขณะเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

1. มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตรุนแรงอยู่ในขั้นปรากฏอาการ (active phase) จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามมี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้ยาเสพติดและภูมิหลังโรคทางกาย จิต สังคม จำนวน 31 ข้อ โดยมีเกณฑ์การใช้สารเสพติดในปริมาณมาก (heavy use) เมื่อรายงานว่าใช้สารเสพติดมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจรูปแบบการเลี้ยงดูของ เนาวนิตย์ มุขสมบัติ[12] จำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งรูปแบบของการเลี้ยงดูเป็น 4 แบบ คือ แบบประชาธิปไตย (ข้อ 1–10) แบบปล่อยปละละเลย (ข้อ 11–20) แบบรักตามใจ (ข้อ 21–30) และแบบใช้อำนาจควบคุม (ข้อ 31–40) ซึ่งแบบทดสอบนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าได้ค่าเท่ากับ 0.73 และเมื่อนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ REC 57–343–03–4) แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ประชากรผู้เข้าร่วมการศึกษา ให้ข้อมูลและให้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) ภายหลังจากการสุ่มเลือกแบบง่าย ดำเนินการโดยพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลธัญรักษ์สงขลา หลังจากผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับบริการตามปกติ และขอยกเว้นการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบยินยอม (waiver of documentation of consent) ทั้งหมดนี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มเลือกวันสำรวจอย่างง่ายเช่นเดียวกัน (simple random sampling)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R ด้วยสถิติเชิงพรรณนาก่อนนำเสนอข้อมูลในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่กับโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดโดยใช้วิธี logistic regression analysis

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยมีจำนวน 237 ราย จากทั้งหมด 248 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.1 อายุอยู่ในช่วง 18–58 ปี (อายุเฉลี่ย 27.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.8) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 62.9 และ 34.6 ตามลำดับ) ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นศาสนิกชนที่ดีและปานกลาง (ร้อยละ 29.5 และ 67.9 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 65.4) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 63.7) ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 29.1) รองลงมา คือ รับราชการ (ร้อยละ 18.1) มีรายได้หรือค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือน 5,000–10,000 บาท (ร้อยละ 43.9) เป็นลูกคนโตและคนกลาง (ร้อยละ 32.5 และ 33.3 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่แม่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดในครอบครัว (ร้อยละ 51.9) มีเพียงร้อยละ 4.2 เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช และมีเพียงร้อยละ 2.1 มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว พบการใช้สารเสพติดเป็นประจำของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่เป็นพี่ชาย/พี่สาวมากที่สุด (ร้อยละ 42.1) รองลงมาคือ น้องชาย/น้องสาว (ร้อยละ 23.7)

ผู้ป่วยร้อยละ 11.8 เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 2.1 มีคนในครอบครัวมีประวัติเคยฆ่าตัวตาย มีการใช้กำลังความรุนแรงหรือทำร้ายร่างกายระหว่างสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 10.5) หรือเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 0.8)

ในเรื่องของการใช้สารเสพติด สารเสพติดที่พบว่าถูกใช้เป็นประจำและพบบ่อยที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ใบกระท่อม/สี่คูณร้อย ยาไอซ์ กัญชา และเฮโรอีน (ร้อยละ 73, 57, 43.9, 30.4 และ 10.9 ตามลำดับ) และยังพบผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดครั้งละมากกว่า 1 ชนิด ถึงร้อยละ 11.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดทุกวัน (ร้อยละ 30.8) โดยใช้สารเสพติดมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือใช้สารเสพติดในแต่ละครั้งมากกว่า 1 ชนิด (poly-substance use) ถึงร้อยละ 49.4 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดของผู้ป่วยมีตั้งแต่ 6–57 ปี (อายุเฉลี่ย 19.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.0) ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นลูกคนกลาง (ร้อยละ 33.3) สถานภาพสมรสของพ่อแม่ตอนที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกส่วนใหญ่สมรสหรือยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 55.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนสามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย (ร้อยละ 70.9) และยอมรับว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดของตน (ร้อยละ 53.6) รวมถึงพบว่ามีการใช้สารเสพติดของเพื่อนบ้านและในกลุ่มเพื่อนที่คบหาของกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 59.1 และ 88.2 ตามลำดับ

2. รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดรับรู้

จากแบบสำรวจผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูให้การเลี้ยงดูตนไปในทิศทางเดียวกัน (ร้อยละ 52.7) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการจะนำรูปแบบการเลี้ยงดูที่ตนได้รับไปเลี้ยงดูลูกหลานต่อถึงร้อยละ 65.8 ผู้ป่วยได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยมากที่สุดถึงร้อยละ 70.0 รองลงมา ได้แก่ แบบรักตามใจ แบบปล่อยปละละเลย และแบบใช้อำนาจควบคุม (ร้อยละ 12.2, 7.2 และ 6.8 ตามลำดับ) และยังพบผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนได้รับการเลี้ยงดูมากกว่า 1 รูปแบบถึงร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมีสัดส่วนของความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเลี้ยงดูรูปแบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.017)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยเรื่องเพศ อายุ และศาสนาไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าเพศชายจะมีสัดส่วนการใช้สารเสพติดแบบใช้ในปริมาณมาก คือ ใช้สารเสพติดมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือใช้สารเสพติดในแต่ละครั้งมากกว่า 1 ชนิด สูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองเป็นศาสนิกชนในระดับปานกลางหรือศาสนิกชนที่ไม่ดีก็มีโอกาสใช้สารเสพติดในปริมาณมากขึ้นเป็น 2.39 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ตนเองเป็นศาสนิกชนที่ดี [95% confidence interval (95% CI)=1.33, 4.28) โดยพบว่าหากมีคนในครอบครัวเคยใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างจะมีโอกาสใช้สารเสพติดปริมาณมากสูงขึ้นเป็น 2.52 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว (95% CI=1.21, 5.29) ซึ่งคน

ในครอบครัวที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นพี่น้องมากกว่าพ่อและไม่พบประวัติการใช้สารเสพติดในแม่เลย ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ป่วยที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายมีโอกาสใช้สารเสพติดปริมาณมากเป็น 2.30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย (95% CI=1.00, 5.33) และพบว่ากลุ่มที่เข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายมีโอกาสใช้สารเสพติดปริมาณมากมากกว่ากลุ่มที่เข้าถึงสารเสพติดได้ยากถึง 3.91 เท่า (95% CI=2.10, 7.27) การมีเพื่อนสนิทใช้สารเสพติดเพิ่มโอกาสการใช้ในปริมาณมากเพิ่มขึ้นเป็น 3.38 เท่า (95% CI=1.98, 5.79) เช่นเดียวการใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อนเพิ่มโอกาสในการใช้สารปริมาณมากมากถึง 3.21 เท่า (95% CI=1.30, 7.91) และ 1.82 เท่าในผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดของเพื่อนบ้าน (95% CI=1.07, 3.10)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามรูปแบบการเลี้ยงดู (n=237)

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	จำนวน (ร้อยละ)
แบบที่ 1 (ข้อ 1-10) เป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย	166 (70.0)
แบบที่ 2 (ข้อ 11-20) เป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย	17 (7.2)
แบบที่ 3 (ข้อ 21-30) เป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบรักตามใจ	29 (12.2)
แบบที่ 4 (ข้อ 31-40) เป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุม	16 (6.8)
แบบผสม (ได้รับการเลี้ยงดูมากกว่า 1 แบบ)	8 (3.4)
ไม่ระบุ	1 (0.4)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลประชากรทั่วไปกับการใช้สารเสพติด (n=235)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		OR (95% CI)	P-value LR-test
	Non-heavy use (n=118)	Heavy use (n=117)		
เพศ				0.310
ชาย	85 (72.0)	91 (77.8)	1	
หญิง	33 (28.0)	26 (22.2)	0.74 (0.41, 1.33)	
อายุ (ปี)				0.815
18-28	79 (66.9)	74 (63.2)	1	
29-38	30 (25.4)	34 (29.1)	1.21 (0.67, 2.17)	
≥39	9 (7.6)	9 (7.7)	1.07 (0.4, 2.84)	
ศาสนา				0.679
อิสลาม	37 (31.4)	43 (36.8)	1	
พุทธ	78 (66.1)	71 (60.7)	0.78 (0.45, 1.35)	
คริสต์/อื่นๆ	3 (2.5)	3 (2.6)	0.86 (0.16, 4.52)	
ศาสนิกชน				0.003
ดี	45 (38.1)	24 (20.5)	1	
ปานกลาง/ไม่ดี	73 (61.9)	93 (79.5)	2.39 (1.33, 4.28)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		OR (95% CI)	P-value LR-test
	Non-heavy use (n=118)	Heavy use (n=117)		
สถานภาพสมรส				0.622
โสด	77 (65.3)	77 (65.8)	1	
สมรส/อยู่ด้วยกัน	29 (24.6)	32 (27.4)	1.1 (0.61, 2.00)	
หม้าย/หย่าร้าง	12 (10.2)	8 (6.8)	0.67 (0.26, 1.72)	
ระดับการศึกษา (n=233)				0.244
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6 (5.1)	1 (0.9)	1	
ประถมศึกษา	33 (28.2)	32 (27.6)	5.82 (0.66, 51.03)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	73 (62.4)	77 (66.4)	6.33 (0.74, 53.81)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	5 (4.3)	6 (5.2)	7.2 (0.64, 81.48)	
อาชีพ (n=230)				0.001
รับราชการ/พนักงานบริษัทเอกชน	36 (31.0)	12 (10.5)	1	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16 (13.8)	23 (20.2)	4.31 (1.73, 10.75)	
รับจ้าง/เกษตรกร	45 (38.8)	58 (50.9)	3.87 (1.81, 8.27)	
อื่นๆ (นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ)	19 (16.4)	21 (18.4)	3.32 (1.35, 8.16)	
รายได้ (บาท)				0.044
>10,000	16 (13.6)	30 (25.6)	1	
5,000-10,000	58 (49.2)	44 (37.6)	0.40 (0.20, 0.83)	
<5,000/ไม่มีรายได้/ไม่มีข้อมูล	44 (37.3)	43 (36.8)	0.52 (0.25, 1.09)	
จำนวนพี่น้อง (คน)				0.387
0-2	39 (33.1)	45 (38.5)	1	
>2	79 (66.9)	72 (61.5)	0.79 (0.46, 1.35)	
คนในครอบครัวที่สนิท (n=228)				0.492
ไม่สนิทกับใครเลย	3 (2.6)	6 (5.3)	1	
พ่อ	16 (13.9)	9 (7.9)	0.28 (0.06, 1.41)	
แม่	61 (53.0)	60 (53.1)	0.49 (0.12, 2.06)	
พี่น้อง	26 (22.6)	32 (28.3)	0.62 (0.14, 2.70)	
ญาติ	4 (3.5)	2 (1.8)	0.25 (0.03, 2.24)	
>1 ราย	5 (4.3)	4 (3.5)	0.40 (0.06, 2.70)	
คนในครอบครัวใช้สารเสพติด				0.011
ไม่มี	106 (89.8)	91 (77.8)	1	
มี	12 (10.2)	26 (22.2)	2.52 (1.21, 5.29)	
ถ้ามี ได้แก่:				
พ่อ	2 (16.7)	2 (8.0)		
พี่น้อง	8 (66.7)	17 (68.0)		
อื่นๆ (ลุง, ป้า, น้า, อา, พี่เขย)	2 (16.7)	6 (24.0)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		OR (95% CI)	P-value LR-test
	Non-heavy use (n=118)	Heavy use (n=117)		
มีความคิดฆ่าตัวตาย				0.044
ไม่มี	107 (92.2)	98 (83.8)	1	
มี	9 (7.8)	19 (16.2)	2.30 (1.00, 5.33)	
อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด (ปี)				<0.001
≥25	23 (19.5)	13 (11.1)	1	
18-24	65 (55.1)	32 (27.4)	0.87 (0.39, 1.94)	
<18	30 (25.4)	72 (61.5)	4.25 (1.90, 9.47)	
สถานภาพสมรสของพ่อแม่ตอนเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก (n=227)				0.129
สมรส/อยู่ด้วยกัน	58 (51.8)	73 (63.5)	1	
พ่อและ/หรือแม่เสียชีวิต	18 (16.1)	18 (15.6)	0.79 (0.38, 1.66)	
การเข้าถึงสารเสพติด				<0.001
ยาก	49 (41.5)	18 (15.4)	1	
ง่าย	69 (58.5)	99 (84.6)	3.91 (2.10, 7.27)	
การใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อน				0.007
ไม่มี	20 (16.9)	7 (6.0)	1	
มี	98 (83.1)	110 (94.0)	3.21 (1.30, 7.91)	
อิทธิพลของเพื่อนต่อการใช้สารเสพติด				<0.001
ไม่มี	72 (61.0)	37 (31.6)	1	
มี	46 (39.0)	80 (68.4)	3.38 (1.98, 5.79)	
การใช้สารเสพติดของเพื่อนบ้าน (n=233)				0.026
ไม่ใช้	55 (47.0)	38 (32.8)	1	
มี	62 (53.0)	78 (67.2)	1.82 (1.07, 3.10)	
นำรูปแบบการเลี้ยงดูไปใช้				0.357
ไม่นำไปใช้/ไม่แน่ใจ	43 (36.4)	36 (30.8)	1	
นำไปใช้	75 (63.6)	81 (69.2)	1.29 (0.75, 2.22)	
รูปแบบการเลี้ยงดู				0.525
แบบที่ 1 ประชาธิปไตย	86 (72.9)	79 (67.5)	1	
แบบที่ 2 ปล่อยปละละเลย	8 (6.8)	9 (7.7)	1.22 (0.45, 3.33)	
แบบที่ 3 รักตามใจ	14 (11.9)	15 (12.8)	1.17 (0.53, 2.57)	
แบบที่ 4 ใช้อำนาจควบคุม	5 (4.2)	11 (9.4)	2.39 (0.80, 7.20)	
ได้รับการเลี้ยงดูมากกว่า 1 แบบ	5 (4.2)	3 (2.6)	0.65 (0.15, 2.82)	

หมายเหตุ: ในบางตัวแปรข้อมูลอาจรวมกันไม่ได้เท่ากับจำนวนรวมทั้งหมดเนื่องจากมี missing value

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยรวมถึงผู้ป่วยโรคผิดปกติจากสารเสพติด โดยมิได้ระบุประเภทยาเสพติดเป็นการเฉพาะในการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของการนับถือศาสนาในผู้ป่วยใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปในจังหวัดสงขลาและภาคใต้ การเป็นศาสนิกชนที่ดี ไม่ว่าจะศาสนาใดทำให้โอกาสใช้สารเสพติดน้อยลง 2.39 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ[4,16,17] ที่พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับศาสนาสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทัศนคติที่ดีต่อศาสนาจะช่วยลดความเครียดทางจิตใจ และป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงอาจนำไปแนะนำการเลี้ยงดูเพิ่มเติมว่าพ่อแม่ควรส่งเสริมให้ลูกหลานมีความใกล้ชิดและศรัทธาในศาสนามากขึ้น

ตามทฤษฎีของ Alfred Adler ระบุว่าในกลุ่มผู้กระทำผิดกฎหมายมีแนวโน้มที่จะเป็นลูกคนกลาง ซึ่ง Adler อธิบายว่าอาจมีสาเหตุจากการที่ลูกคนกลางไม่ได้รับความเอาใจใส่ความสนใจจากพ่อแม่อย่างเพียงพอ[18] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นลูกคนกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 33.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Brook[5] ในปี พ.ศ. 2533 ที่พบว่าการใช้สารเสพติดของพี่ชายมีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของน้องชาย และหากมีพ่อแม่ใช้สารเสพติดด้วย การที่พี่ชายไม่ใช้สารเสพติดจะสามารถหักล้างความเสี่ยงในการไปใช้สารเสพติดของน้องชายลงได้ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของพี่ชายกับน้องชายที่มีอิทธิพลมากกว่าความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ซึ่ง Brook ได้อธิบายผ่านสองกลไก คือ การสังเกตและลอกเลียนแบบโดยเฉพาะหากความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องเป็นแบบแข่งขันหรือขัดแย้งกัน ในทางกลับกันหากความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องเป็นแบบอบอุ่น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีกลุ่มเพื่อนร่วมกันก็จะมีแนวโน้มที่ทำพฤติกรรมผิดกฎหมายร่วมกัน โดยผ่านกลไกที่สอง คือการมีกิจกรรมร่วมกัน[19] จากกลไกดังกล่าว ไม่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องจะเป็นไปด้วยดีหรือไม่ก็ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของน้องชายทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพี่ชายหรือพี่สาวที่ใช้สารเสพติด ดังนั้นในเชิงป้องกันผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการเร่งรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดรายแรกในครอบครัวจะช่วยลดความเสี่ยงการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวรายอื่นๆ ลงได้ เช่นเดียวกับการอยู่ในสังคมที่เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมกลุ่มไม่ข้องแวะกับยาเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือไปจากการเลี้ยงดูโดยตรงของพ่อแม่[20]

อย่างไรก็ตาม แม้ผลศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดรับรู้ว่าตนได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยเป็นจำนวนมากที่สุด และไม่พบรูปแบบการเลี้ยงดูที่จำเพาะกับการใช้สารเสพติด แต่เพราะเป็นการเก็บข้อมูลรูปแบบการเลี้ยงดูตามที่ผู้ป่วยรับรู้ และเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ดังนั้นผลการสำรวจจึงอาจไม่ใช่การเลี้ยงดูตามที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูให้การเลี้ยงดูที่แท้จริงก็เป็นได้ เพราะเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเลี้ยงดูที่ “เกิดขึ้นในอดีต” จึงอาจจะมี recall bias ได้

สรุป

จากการผลศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดรับรู้ว่าตนได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยเป็นจำนวนมากที่สุด และไม่พบรูปแบบการเลี้ยงดูที่จำเพาะกับการใช้สารเสพติด โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด 6 เรื่อง ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวเคยใช้สารเสพติด เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย การเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย อิทธิพลจากเพื่อนสนิท การใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อน และการใช้สารเสพติดของเพื่อนบ้าน ทั้งหมดสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะการใช้สารเสพติดในปริมาณมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเคร่งศาสนาสามารถใช้เป็นปัจจัยป้องกันการใช้สารเสพติดได้

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากประชากรเพียงกลุ่มเดียวในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เนื่องด้วยข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นการศึกษาในระยะต่อไปจึงควรทำการสุ่มประชากรตัวอย่างจากหลายพื้นที่และช่วงเวลา เพื่อเป็นตัวแทนประชากรไทยได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้อาจเก็บข้อมูลรูปแบบการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการเลี้ยงดูที่แท้จริง และทำการเก็บข้อมูล

รูปแบบการเลี้ยงดูในกลุ่มประชากรปกติ เพื่อเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์จะทำให้เข้าใจรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Narcotic Control Technology Center. The synthetic report of substance use situation 2002-2012 [homepage on the Internet]. Bangkok: Narcotic Control Technology Center [cited 2014 Feb 10]. Available from: http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=com_content&view=article&id=1701:research393&catid=245:research2&Itemid=287
2. Royal Thai Government. Statement of Royal Thai Government expenditure 2014 [homepage on the Internet]. Bangkok: The Secretariat of the Prime Minister Government House [cited 2014 Feb 10]. Available from: http://www.thaigov.go.th/th/media-centre-government-house/the-speeches/item/77559
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry; behavioral sciences and clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Brook JS, Brook DW, Delarosa M, et al. Adolescent illegal drug use: the impact of personality, family, and environmental factors. J Behav Med 2001; 24: 183 - 203.
5. Brook JS, Whiteman M, Gordon AS, et al. The role of older brothers in younger brothers' drug use viewed in the context of parent and peer influences. J Genet Psychol 1990; 151: 59 - 75.
6. Arria AM, Mericle AA, Meyers K, et al. Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. J Subst Abuse Treat 2012; 43: 114 – 22.
7. Brook JS, Whiteman M, Gordon AS, et al. Onset of adolescent drinking: a longitudinal study of intrapersonal and interpersonal antecedents. Adv Alcohol Subst Abuse 1986; 5: 91 - 110.
8. Schaefer E. A circumplex model for maternal behavior. J Abnorm Soc Psychol 1959; 59: 226 - 35.
9. Becker WC. Consequences of different types of parental discipline. In: Hoffman ML, Hoffman LW, editors. Review of child development research. New York: Russell Sage Foundation; 1964; p.169 - 208.
10. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. J Early Adolescence 1991; 11: 56 - 95.
11. Sirivunnabood P, Uwanno T, Rithakananone P, et al. Study of pattern of relationships between contemporary behaviors of Thai people and socialization process of Thai families in relation to the development of the country [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
12. Mooksombud N. The opinion of morals and factors correlated among high school students at Nonthaburi province [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
13. Mirlashari J, Demirkol A, Salsali M, et al. Early childhood experiences, parenting and the process of drug dependency among young people in Tehran, Iran. Drug Alcohol Rev 2012; 31: 461 – 8.
14. Javdan M, Mirzadeh M, Tadayon A, et al. Exploringthe relationship between parenting styles and substance abuse among high-school students in Minab. J Basic Appl Sci Res 2011; 1: 2994 - 6.
15. Aslani Kh, Derikvandi N, Dehghani Y. Relationship between parenting styles, religiosity, and emotional intelligence with addiction potential in high schools students. J Fundamentals Mental Health 2015; 17: 74 - 80.
16. Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, et al. Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. J Pediatr (Rio J) 2011; 87: 238 - 44.
17. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. Psychol Addict Behav 2003; 17: 24 - 31.
18. Adler A. Position in family constellation influences lifestyle. Int J Ind Diff 1937; 3: 211 – 27.
19. Altonji JG, Cattan S, Ware I. Identifying sibling influence on teenage substance use. London: Institute for Fiscal Studies; 2013.
20. Shakya HB, Christakis NA, Fowler JH. Parental influence on substance use in adolescent social networks. Arch Pediatr & Adolesc Med 2012; 166: 1132 - 9.