



ผลของการทดลองใช้รูปแบบ “กุมภวาปีโมเดล” ต่อสภาพการดื่มสุรา ไม่พึงประสงค์ในชุมชน: กรณีศึกษาพื้นที่บ้านโนนมะกอก หมู่ที่ 2 ตำบลโคกสว่าง อำเภอนหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์*

ปัทมา ชะวาลินันต์ พย.ม.**

ดารุณี จงอุดมการณ์ PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการทดลองใช้ “กุมภวาปีโมเดล” ต่อสภาพปัญหาการดื่มสุราในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะกรรมการกำกับสุรา ได้จากการเสนอชื่อในเวทีประชาคมและเจ้าด้วยยอมรับจำนวน 20 คน 2) ตัวแทนครอบครัว ได้จากสูตรการคำนวณความเป็นตัวแทนประชากรครอบคลุมพื้นที่ศึกษาและการสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 125 คน และ 3) ผู้ดื่มสุราในชุมชนที่สมัครใจร่วมโครงการจำนวน 134 คนประเมินด้วยแบบ คัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนดีขึ้น เกิดมาตรการทางสังคม ประเพณีปฏิบัติใหม่ในการงดสุราในงานบุญฉลองอัฐิ งานบวช งานศพ งานกฐิน ได้บุคคล ต้นแบบลด ละ เลิกสุรา และส่งต่อบำบัด พื้นฟูผู้ติดสุราและครอบครัว 2) ผลการทดสอบความแตกต่างด้วยการ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคณะกรรมการกำกับสุรา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดื่มสุรา หลังอบรมและหลังดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการ (p -value = 0.017 และ 0.023 ตามลำดับ) ส่วนหลังอบรม กับหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดื่มสุรา ไม่แตกต่างกัน (p -value = 1.000) และค่าคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดต่อการดื่มสุราหลังอบรมและหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ (p -value < 0.001 และ 0.002 ตามลำดับ) ส่วนหลังอบรม และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อการดื่มสุรา ไม่แตกต่างกัน (p -value = 1.000) คณะกรรมการกำกับสุรามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดำเนินงาน ในระดับมาก 3) หลังดำเนินการตัวแทน ครอบครัว รับรู้ว่าการดื่มสุราของคนในชุมชนเป็นแบบไม่พึงประสงค์ระดับมาก ร้อยละ 50.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.2 และไม่มีปัญหา ร้อยละ 2.4 และ 4) การคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าหลังดำเนินการ มีค่า คะแนนเฉลี่ย ดีกว่าก่อนดำเนินการ (p -value < 0.001) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การปฏิบัติตาม “กุมภวาปีโมเดล” มีความเหมาะสมในการลดปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชน และสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่อื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: กุมภวาปีโมเดล ปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิด พฤติกรรมการดื่มสุราไม่พึงประสงค์¹ เป็นสาเหตุที่ ทำให้เกิดโรคและอุบัติเหตุรุนแรงมาซึ่งการสูญเสียชีวิตและ ทรัพย์สิน² รวมถึงพิการ มีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนของ

นักดื่มที่ใหม่ที่อายุน้อยลง¹ พื้นที่ตำบลโคกสว่างเป็น ชุมชนชนบทมีความแตกต่างของประชากรทั้งฐานะและ ความเป็นอยู่จากการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน ได้นำวัฒนธรรม จากสังคมเมืองติดตัวกลับเข้าสู่ชุมชนเดิม ก่อเกิดเงื่อนไข เปลี่ยนไปในเชิงชุมชนเมือง เกิดร้านค้า ร้านอาหาร และที่

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



นั่งตมกลายเป็นแหล่งชุมนุมของนักตมหน้าใหม่ เยาวชน ทั้งชายและหญิง³ วยแรงงานชายที่รับจ้างทำงานก่อสร้าง ใช้เครื่องตมสุราขาว ก่อนเริ่มทำงานด้วยเหตุผลที่ว่า “จะได้มีแรงทำงานทั้งวัน” ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้า หลังเลิกงาน ส่งผลให้มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และมีอายุที่เริ่มป่วยน้อยลง² และจากการสำรวจข้อมูล ผู้ที่ตมสุราจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ในปี 2554 พบความชุก ของผู้ที่ตมสุรา จำแนกตามความถี่ มีผู้ตมสม่ำเสมอโดย ตมประจำและตมหนัก ร้อยละ 26 และในจำนวนนี้มี ผู้ที่ตมทุกวัน ถึงร้อยละ 7.6 การตั้งวงของนักตมตาม ร้านค้าเสี่ยงต่อการเลียนแบบของเด็กและเยาวชน⁴ และ ยังก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น ชุมชนได้รับผลกระทบ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ขาดความรับผิดชอบ ก่อภาระหนี้สิน ปัญหาหย่าร้าง และมีเด็กกำพร้าให้ ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดู ผู้ดูแลประสพภาวะเครียดกับปัญหา ไร้ที่พึ่งหมดกำลังใจในการดูแลและแสดงบทบาทของ ตนเองในครอบครัว โยงใยกลายเป็นปัญหาที่ขยายวง กว้างสู่สังคม และในปี 2553 มีผู้ตมสุราเรื้อรังจนมีอาการ ทางจิต ใช้อาวุธปืนทำร้ายตนเองเสียชีวิต จำนวน 2 ราย หากไม่ดำเนินการให้ครอบครัวแก้ปัญหาสุราจะยิ่งทวีความ รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ กระทบต่อบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนเพิ่มขึ้น¹

การแก้ไขปัญหการตมสุราในตำบลโคกสว่าง ยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน ยังไม่ตระหนักในปัญหาทั้ง บุคคลากรผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน และ อสม. ยังมีทัศนคติ เห็นเป็นเครื่องตมเพื่อสังคมตามวัฒนธรรมของท้องถิ่น ยากต่อการจัดการ จากกระแสวัตถุนิยม และประเพณี วัฒนธรรมทำให้วิถีชีวิตและบริบทของชุมชนเปลี่ยนไป การณรงค์ผ่านทางสื่อในการลดการตมยังไม่เป็นรูปธรรม ที่จะก่อให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาการตมสุราใน ชุมชน ทั้งนี้ตำบลโคกสว่างมีความพร้อมของทุนทาง สังคม ความเข้มแข็งและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย สามารถเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการแก้ไขปัญหา สุราในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อน และ มีความสอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานตาม “กุ่มกาวปีโมเดล” ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบที่ได้จากการ สรุปผลตามแบบที่เคยปฏิบัติที่อำเภอกุ่มกาวปีทดลองใช้ ในพื้นที่ตำบลโคกสว่าง เพื่อนำผลการวิจัยเป็นบทเรียน

ต้นแบบและนำประสบการณ์ที่ได้ขยายไปสู่ชุมชนอื่นที่มี คุณลักษณะใกล้เคียงกันให้เกิดความคงอยู่และสามารถ ผลักดันเข้าสู่การสนับสนุนต่อเนื่องของกองทุนสุขภาพ ตำบลอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

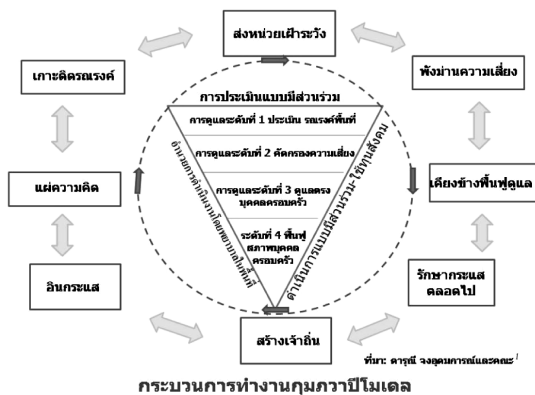
เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ ต่อการตมสุรา การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกำกับสุรา และตัวแทนครอบครัว รวมถึงศึกษาสภาพการณ์ปัญหา การตมสุราในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนก่อน และหลังดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองในชุมชน ศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและสภาพการณ์ที่ เปลี่ยนไปในชุมชนภายหลังดำเนินการโดยใช้คำถาม เชิงโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม การสังเกต วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ANOVA repeated measures ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา สรุปเชื่อมโยงประเด็น งานวิจัยนี้ได้ผ่าน การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่างตุลาคม 2554 – กันยายน 2555

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ครอบครัวบ้านโนนมะกอก จำนวน 213 ครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ตัวแทนครอบครัว จำนวน 125 ครอบครัว 2) คณะกรรมการกำกับสุรา จำนวน 20 คน และ 3) ผู้ตมสุราไม่พึงประสงค์สมัครใจเข้าร่วม โครงการ จำนวน 134 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นรูปแบบ “กุ่มกาวปีโมเดล” ร่วมกับแนวคิดเชิงเพศภาวะ(ภาพที่ 1) ผู้วิจัยนำข้อมูลผลการสำรวจสภาพการณ์ และผลการ วิเคราะห์สภาพปัญหาการตมสุราในตำบลโคกสว่าง เสนอ ต่อเวทีประชาคมระดับตำบล ให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมรับรู้ สภาพการณ์ปัญหาตามรูปแบบ “กุ่มกาวปีโมเดล”



ภาพที่ 1 กระบวนการทำงานแก้ไขปัญหาคัดเลือกหมู่บ้าน
ไม่พึงประสงค์ตามรูปแบบ “กุ่มกวาปีโมเดล”¹

ระดับที่ 1 การประเมินสภาพและรณรงค์ในพื้นที่

สร้างเจ้านิน โดยสำรวจสภาพการณ์ปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของการดื่มสุราของแกนนำครอบครัว คัดเลือกหมู่บ้านที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ และประชาคมระดับหมู่บ้านเพื่อคัดเลือกคณะกรรมการฯ ในพื้นที่ดำเนินการ

อินกระแส อบรมเชิงปฏิบัติการสร้างความตระหนักรู้สถานการณ์ พิษภัยสุรา แนวคิดเพศภาวะความสัมพันธ์การทำหน้าที่ของครอบครัวและการประเมินการดื่มสุรา การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา หลักสูตร 2 วัน มี 5 กิจกรรมหลักดังนี้ 1) กิจกรรมความคาดหวัง สะท้อนความคาดหวังผ่านรูปหัวใจ 2) กิจกรรมกล่อสืต ทุกคนเข้าใจบทบาทของตนเองถึงบุคลิกลักษณะที่แท้จริง 3) กิจกรรมต้นไม้ของครอบครัว การระดมความคิดเห็นของกรรมการผ่านต้นไม้ 4) กิจกรรมกลุ่มการทำแผนกลยุทธ์เพื่อการป้องกันดูแลแก้ไขปัญหาคัดเลือกหมู่บ้านไม่พึงประสงค์แบบมีความไวเชิงเพศภาวะ 5) กิจกรรมพันธะสัญญาร่วมกัน

แผ่ความคิด คณะกรรมการฯ ประชุมทำแผนกลยุทธ์ เพื่อกำหนดกลวิธีดำเนินการในชุมชนทั้งมาตรการทางสังคมในการป้องกันปัญหาคัดเลือกหมู่บ้านไม่พึงประสงค์ สร้างความไว้วางใจโดยใช้ความ

สัมพันธ์กันในชุมชน ได้กฎระเบียบหมู่บ้าน ประเพณีปฏิบัติใหม่ในงานบุญ ความร่วมมือของร้านค้า

เกาะติดรณรงค์ คณะกรรมการฯ สร้างความตระหนักรู้ในชุมชน ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายโฆษณาเอกสารการเดินขบวน การประกาศเจตนารมณ์ การร่วมงานบุญปลอดเหล้า (งานบุญกฐิน งานบวช งานบุญฉลองอัฐิ งานศพ) ติดป้ายหน้างาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระดับที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยง

ส่งหน่วยเฝ้าระวัง คณะกรรมการฯ สำรวจและคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหาในระยะเริ่มต้น คัดกรองภาวะเสี่ยงในการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน AUDIT แบ่งระดับผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ-เสี่ยง-อันตรายและติด มีการเฝ้าระวังโดยให้คำแนะนำรายบุคคล และครอบครัว ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำและเสี่ยง แนะนำส่งต่อเจ้าหน้าที่บำบัดในรายที่ดื่มแบบอันตรายและติด

ระดับที่ 3 การดูแลโดยตรงต่อบุคคลครอบครัว

ฟังมาความเสี่ยง โดยการรณรงค์เชิงลึกกับครอบครัวที่รับผิดชอบ ให้คำแนะนำรายบุคคล และครอบครัว ถึงปัญหาและผลกระทบในการดื่มแอลกอฮอล์ เพศภาวะกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยชุดให้ความรู้ และแบบคัดกรองความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาลครอบครัวในพื้นที่โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพครอบครัวให้สามารถรักษาสมาดุล เกิดความตระหนักรู้ ปรับทัศนคติ มีการสื่อสารภายในครอบครัวโดยใช้แหล่งประโยชน์ภายใน และภายนอกครอบครัว

ระดับที่ 4 การฟื้นฟูสภาพบุคคลครอบครัว

เคียงข้างฟื้นฟูดูแล ฟื้นฟูสภาพ ผู้ติดสุรา ภายหลังเข้ารับการบำบัดเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ดูแลต่อเนื่องสร้างความใกล้ชิด ชี้อธิบายถึงโทษ ข้อดี ข้อเสียของสุรา ฟื้นฟูครอบครัวให้เข้าสู่สมดุลภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาลครอบครัวในพื้นที่

รักษาระบบดูแลต่อไป การรณรงค์ต่อเนื่องขยายผลเป็นแนวปฏิบัติและร่วมประกาศเป็น 3 หมู่บ้าน ขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำเสนอผลงานร่วมกับภาคีต่าง ๆ สร้างระบบการดูแลที่เชื่อมต่อกับชุมชน ผู้สถานบริการในเครือข่าย ผู้บริหาร



ระดับอำเภอเห็นความสำคัญเกิดประโยชน์แก่ชุมชนโดยตรง การทำงานเป็นทีมและการประสานเครือข่ายทั้งระบบ ผู้นำชุมชนนำโครงการเข้ากองทุนแม่ของแผ่นดิน ชุมชนเป็นผู้ริเริ่มคิดและสร้างกระบวนการด้วยชุมชน

ผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยตามแผนกลยุทธ์ผ่านเวทีประชาคมเพื่อปฏิบัติการใน 3 ระดับ ดังนี้

1. การปฏิบัติการระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน

1.1 คะแนนการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของผู้ดื่มสุราไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 1 การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของผู้ดื่มสุรา ก่อนและหลังดำเนินการ (n = 134 คน)

ระดับการดื่ม	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ดื่มแบบเสี่ยงน้อย (0-7 คะแนน)	43.3	54.5
2. ดื่มแบบเสี่ยง (8 - 15 คะแนน)	24.6	17.9
3. ดื่มแบบมีปัญหา (16 - 19 คะแนน)	13.4	15.7
4. ดื่มแบบติด (20 - 40 คะแนน)	18.7	11.9
รวม	100.0	100.0
คะแนนรวมต่ำสุด-สูงสุด	0 - 36	0 - 30
$\bar{X}$ /SD	11.5 / 8.98	8.49 / 7.73

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ก่อน - หลังดำเนินการ

ตัวแปร	n	$\bar{X}$ (SD)	แปลผล	$\bar{X}$ (SD)	t-value	df	p-value
ก่อนทดลอง	134	11.500(8.975)	ดื่มแบบเสี่ยง	3.007(4.190)	8.309	133	<0.001
หลังทดลอง	134	8.493(7.726)	ดื่มแบบเสี่ยง				

1.2 คะแนนความรู้ทัศนคติ ต่อการดื่มสุราของคณะกรรมการฯ ในชุมชนก่อนและหลังดำเนินการ 1) ด้านการดื่มสุรา มีความรู้ระดับมาก ค่าคะแนนรวมความรู้เฉลี่ยก่อน- หลังอบรมฯ และหลังดำเนินการเท่ากับ 9.40 ± 1.57 , 10.70 ± 1.22 และ 10.70 ± 0.97 ตามลำดับ ส่วนทัศนคติมีระดับมากโดยมีค่าคะแนนรวมทัศนคติเฉลี่ยก่อน- หลังอบรมฯ และหลัง

คณะกรรมการฯ แบ่งพื้นที่รับผิดชอบเฝ้าระวังผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการทั้งเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนทั้งสิ้น 134 เป็นผลให้ผู้ดื่มสุรามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของคณะกรรมการฯ ประกอบกับได้รับการยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบ (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนน AUDIT ก่อน - หลังดำเนินการ พบว่าหลังดำเนินการค่าคะแนน AUDIT ต่ำกว่าก่อนดำเนินการ (p-value < 0.001) (ตารางที่ 2)

ดำเนินการเท่ากับ 38.40 ± 3.24 , 42.85 ± 2.60 และ 42.25 ± 2.77 ตามลำดับ 2) ด้านเพศภาวะกับการดื่มสุรา หลังดำเนินการ มีความรู้ระดับมาก ค่าคะแนนรวมความรู้เฉลี่ยหลังดำเนินการเท่ากับ 7.45 ± 1.23 ส่วนทัศนคติมีระดับมาก ค่าคะแนนรวมทัศนคติเฉลี่ยหลังดำเนินการเท่ากับ 40.75 ± 2.63 สภาพการดื่มสุราของคนในชุมชน คณะกรรมการฯ รับรู้ว่าเป็นปัญหา (ตารางที่ 3)



1.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติต่อการดื่มสุราของคณะกรรมการฯ ก่อน-หลังอบรมฯ และหลังดำเนินการ คณะกรรมการฯ มีความรู้และทัศนคติดีเป็นทุนทางสังคมเดิมในชุมชน การให้ความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นการต่อยอดให้มีความตระหนักและปรับทัศนคติ ช่วยเสริมพลังให้ดำเนินการในชุมชนได้ประสบผลสำเร็จ ส่วนด้านเพศภาวะเป็นเหมือนความรู้ใหม่ที่นำมาซึ่งประเด็นให้กับคณะกรรมการฯ ได้เห็นปัญหาและผลกระทบด้านเพศภาวะจากการดื่มสุรา จึงช่วยเสริมแรงในการให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะเพศหญิง (ตารางที่ 4)

การเปรียบเทียบความรู้ต่อการดื่มสุรา คณะกรรมการฯ มีความรู้เรื่องการดื่มสุราก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง หลังอบรมฯ และหลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดื่มสุราระหว่างระยะเวลาการดำเนินการ พบว่าระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดื่มสุราแตกต่างกัน (ตารางที่ 5) และผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องการดื่มสุรา ระหว่างระยะเวลาดำเนินการเป็นรายคู่ พบว่าหลังอบรมฯ และหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดื่มสุราสูงกว่าก่อนดำเนินการ ส่วนหลังอบรมกับหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 สภาพการดื่มสุราของคนในชุมชน ตามการรับรู้ของคณะกรรมการฯ ก่อนและหลังอบรมฯ และหลังดำเนินการ (n=20)

ระดับการรับรู้สภาพการณ์การดื่มสุราไม่พึงประสงค์ ของคณะกรรมการกำกับสุรา	ก่อนอบรม หลังอบรม หลังดำเนินการ		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหาในเรื่องการดื่มสุรา (0-3 คะแนน)	0	0	5.0
2. มีปัญหาในเรื่องการดื่มสุรา/ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ (4 คะแนน)	0	0	35.0
3. ดื่มสุรา/ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ระดับมาก (5-24 คะแนน)	100.0	100.0	60.0

ตารางที่ 4 การดื่มสุราและเพศภาวะของคณะกรรมการฯ ก่อน-หลังอบรมฯ และหลังดำเนินการ (n=20)

ความรู้/ทัศนคติ	ก่อนอบรม		หลังอบรม		หลังดำเนินการ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความรู้เรื่องการดื่มสุรา	0.78	0.13	0.89	0.10	0.89	0.08
ทัศนคติต่อการดื่มสุรา	2.40	0.20	2.68	0.16	2.64	0.17
ความรู้ด้านเพศภาวะ	-	-	-	-	0.62	0.10
ทัศนคติด้านเพศภาวะ	-	-	-	-	2.21	0.26

ตารางที่ 5 ความรู้เรื่องการดื่มสุราของคณะกรรมการฯ จำแนกตามระยะเวลาการดำเนินการ (n=20)

ระยะเวลาดำเนินการ	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น		
ก่อนดำเนินการ	0.78	0.13	ปานกลาง		
หลังอบรม	0.89	0.10	มาก		
หลังดำเนินโครงการ	0.89	0.08	มาก		
วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวิเคราะห์ซ้ำ	SS	Df	MS	F	p-value
ระหว่างระยะเวลาดำเนินการ	0.156	2	0.078	6.746	0.003
ความคลาดเคลื่อน	0.441	38	0.012		



ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องการดื่มสุรา ระหว่างระยะเวลาดำเนินการเป็นรายคู่

ระยะเวลาดำเนินการ	หลังอบรม	หลังดำเนินโครงการ
ก่อนดำเนินการ	-0.108(0.017*)	-0.108(0.023*)
หลังอบรม		0.000(1.000)
หลังดำเนินโครงการ		

หมายเหตุ * p-value

การเปรียบเทียบทัศนคติต่อการดื่มสุรา คณะกรรมการมีทัศนคติต่อการดื่มสุราอยู่ในระดับมาก ทุกระยะของการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มสุราของคณะกรรมการฯ ระหว่างระยะเวลาดำเนินการ พบว่า ระยะเวลาดำเนินการที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อ

การดื่มสุราแตกต่างกัน (ตารางที่ 7) ภายหลังจากอบรม และหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มสุรา สูงกว่าก่อนดำเนินการ ส่วนหลังอบรมฯ และหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มสุรา ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 ระดับทัศนคติต่อการดื่มสุราของคณะกรรมการฯ จำแนกตามระยะเวลาดำเนินการ (n=20)

ระยะเวลาดำเนินการ	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
ก่อนดำเนินการ	2.40	0.20	มาก
หลังอบรม	2.68	0.16	มาก
หลังดำเนินโครงการ	2.64	0.17	มาก

วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวิเคราะห์ซ้ำ	SS	Df	MS	F	p-value
ระหว่างระยะเวลาดำเนินการ	0.911	2	0.456	14.229	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	1.217	38	0.032		

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างของทัศนคติต่อการดื่มสุรา ระหว่างระยะเวลาดำเนินการเป็นรายคู่

ระยะเวลาดำเนินการ	หลังอบรม	หลังดำเนินการ
ก่อนดำเนินการ	-0.278(<0.001*)	-0.241(0.002*)
หลังอบรม		0.038(1.000)
หลังดำเนินการ		

หมายเหตุ * p-value



1.4 คะแนนความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ ในการดำเนินการ มีส่วนร่วมการตัดสินใจวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการวางแผน และวางมาตรการของชุมชน และมีส่วนร่วมดำเนินการตั้งแต่การอุทิศเวลา การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ร่วมกันกำหนดกฎระเบียบ การณรงค์สร้างความตระหนักรู้ดูแลระดับปกครองครอบครัวที่มีปัญหาการดื่มสุรา การรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผล (ตารางที่ 9)

จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการฯ ดังตัวอย่างข้อคิดเห็น และภาพรวมระดับปัญหาการดื่มสุราของคนในชุมชนตามการรับรู้ของคณะกรรมการฯ (ตารางที่ 10) “อยากให้โครงการนี้ขยายไปเรื่อยๆ คนในประเทศจะได้ตระหนักถึงโทษ” (กรรมการฯ หญิง) “แต่ก่อนชาวบ้านเข้าใจผิดกันมาก คิดว่าเป็นธรรมเนียมต้องมีเหล้าเป็นหลัก หลังจากมีโครงการเข้ามา ดื่มมากเลยรู้สึกว่าคุณในชุมชนตื่นตัวกันมาก” (กรรมการฯ ชาย)

ตารางที่ 9 ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ กับสุรา (n=20)

ระดับการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
	ร้อยละ	ร้อยละ
มากที่สุด	45.0	55.0
มาก	50.0	45.0
ปานกลาง	5.0	0.0
น้อย	0.0	0.0
ไม่มีเลย	0.0	0.0

ตารางที่ 10 ภาพรวมระดับปัญหาการดื่มสุราของคนในชุมชนตามการรับรู้ของคณะกรรมการฯ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมฯ และภายหลังดำเนินการ

ภาพรวมระดับปัญหาการดื่มสุราของคนในชุมชนตามการรับรู้ของคณะกรรมการฯ	ก่อนอบรม	หลังอบรม	หลังดำเนินการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
น้อยที่สุด	0.0	0.0	15.0
น้อย	0.0	0.0	45.0
บางส่วน	5.0	20.0	40.0
เป็นส่วนใหญ่	95.0	80.0	0.0
มากที่สุด	0.0	0.0	0.0

1.5 คะแนนความรู้ ทักษะคติ ต่อการดื่มสุราของตัวแทนครอบครัวในพื้นที่ปฏิบัติการ ค่าคะแนนความรู้ทัศนคติต่อการดื่มสุราหลังดำเนินการระดับมากเท่ากับ 9.62 ± 1.19 , 39.93 ± 3.83 ตามลำดับ และค่าคะแนนความรู้ทัศนคติด้านเพศภาวะกับ

การดื่มสุราหลังดำเนินการระดับปานกลางเท่ากับ 7.44 ± 1.38 , 26.21 ± 2.83 ตามลำดับ หลังดำเนินการตัวแทนครอบครัวรับรู้สภาพการดื่มสุราของคนในชุมชนเป็นปัญหา (ตารางที่ 11)



ตารางที่ 11 ระดับการรับรู้สภาพการณ์การดื่มสุราของคนในชุมชนตามการรับรู้ ของตัวแทนครอบครัว ภายหลังดำเนินการ

ระดับการรับรู้สภาพการณ์การดื่มสุราไม่พึงประสงค์ของตัวแทนครอบครัว	หลังดำเนินการ
	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหาในเรื่องการดื่มสุรา (0-3 คะแนน)	2.4
2. มีปัญหาในเรื่องการดื่มสุรา/ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ (4 คะแนน)	47.2
3. ดื่มสุรา/ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ระดับมาก (5-24 คะแนน)	50.4

1.6 ข้อมูลเชิงคุณภาพของสภาพการณ์
ปัญหาการดื่มสุรา บ้านโนนมะกอก หมู่ที่ 2 ได้เสนอผลการดำเนินกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีมีนักการเมืองท้องถิ่น ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้บริหารในพื้นที่ ตัวแทนครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้า บุคคลต้นแบบ คณะศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลหนองกี่ เข้าร่วมรับฟังและวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานดังนี้

ระดับชุมชน เมื่อได้ดำเนินการเกิดความชัดเจน ตั้งกฎระเบียบผ่านความเห็นชอบเวทีประชาคม เกิดเคารพและปฏิบัติตาม ได้มีการเก็บสถิติงานบุญปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ มกราคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2555 มีงานบุญฉลองอัฐิ 3 งาน และงานศพ 3 งาน สามารถลดรายจ่ายและลดปัญหาที่อาจตามมาเช่น การทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุขณะมีเมเมาเป็นต้น ปรากฏผลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังตัวอย่างนี้

“ไม่ได้วุ่นวายกับเหล้า แต่ก่อนถึงแขก ไม่ถามเราก็ตองซื้อหามาไว้” (เจ้าภาพงานบุญฉลองอัฐิ)

“ไม่ใช่งานที่จะฉลอง เห็นดีด้วยที่ไม่มีเหล้า” (เจ้าภาพงานศพ)

“โครงการนี้มีเข้ามาก็ช่วยให้วัยรุ่นเลิกเหล้า พุดง่าย ๆ คือลดการดื่มลงมา ไม่ให้เกิดการทะเลาะวิวาทกันในงาน ผมคิดว่าดี ร้อยละ 100 อยากให้มีโครงการไปนานต่อไปถึงลูกหลาน” (ประธานคณะกรรมการ)

“ขอใจหลายเลยครั้บ แต่ละงานนี้ประหยัดค่าใช้จ่ายไปงานละ 30000 - 50000 เลย” (ผู้นำชุมชน)

“รณรงค์คักเลย เข้าไปเฝ้ากับคนที่เขากินเหล้า ขอใจกันไปคนบ้านเดียวกัน” (คณะกรรมการฯ หญิง)

ระดับครอบครัว: การดูแลและฟื้นฟูกลุ่มเสี่ยงและผู้ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ การค้นหาผู้ดื่มสุรายน้อยจำนวน 1 คน 134 หลังคาเรือน หลังดำเนินการผู้ดื่มสุรามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มตามคำแนะนำของคณะกรรมการฯ ยกย่องเป็นบุคคลต้นแบบ เป็นผลให้ผู้ดื่มแบบเสี่ยงน้อยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.3 เป็น ร้อยละ 54.5 ดื่มแบบเสี่ยงลดลงจากร้อยละ 24.6 เป็นร้อยละ 17.9 ดื่มแบบมีปัญหาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.4 เป็นร้อยละ 15.7 เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมดื่มแบบติดลดลงจากร้อยละ 18.7 เป็นร้อยละ 11.9 ผู้ดื่มสุรามีการปรับเปลี่ยนลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้ใกล้ชิดเอื้ออาทรต่อกัน เกิดสมดุลตามบทบาท หน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“กะสิเฮ็ดจังได้ได้ เพิ่นกะเป็นพอเฮา กะดูแลกันไป คอยบอก คอยคุ้ยกัน เอามื้อละหน้อย ค่อย ๆ ลดลง กะหยั่งดี เรากินมาโดนแล้ว สิให้เลิกทันทีคือผู้หนุมกะยาก (ลูกสาวผู้ดูแลบิดาติดสุรา)

“กินไปกะบ่มีเงินเก็บ มาให้ลูกเมีย บอกเพิ่นว่าลูกต้องไ้เรียนหนังสือ ครั้นเวว่าหลายกะบ่ได้แต่กะตีมีแก่นนำมาชอยว่า ชอยกันเวว่าชอยกันเบ้ง” (ภรรยาของผู้ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ หญิง 35 ปี)

“กะอยากเลิกอยู่ แต่มั่นกะเฮ็ดยากๆ เมียกะให้กำลังใจ ว่าเซาะเซ มาไปกะบ่ได้หยั่ง ผมกะคิดได้เด่ว ปาด!... เป็นฮอดพ่อคน เฮ็ดให้ลูกให้เมียชานี้บ่ได้บ่แหม่นแล้ว” (ผู้ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ชาย 46 ปี)

ระดับบุคคล การให้โอกาส สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกดื่มสุรา ให้ผู้ดื่มสุรามีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เน้นการติดตามเยี่ยม



บ้านอย่างสม่ำเสมอ ให้กำลังใจ เกิดความรู้สึกอยาก เลิกสูรด้วยตนเอง ส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโคกสว่าง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรักษาตามขั้นตอนต่อไป หลังการดูแลผู้ดื่มสุราได้แสดงออกถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบต่อร่างกายตนเอง และ ครอบครัว 2) ความตั้งใจลด/ละ/เลิก การดื่มสุรด้วย ตนเอง 3) การลดปัญหาทางเศรษฐกิจ 4) ครอบครัวให้ กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ดื่มสุราไม่พึงประสงค์มีกำลังใจ

ในการหยุดดื่มด้วยตนเอง และ 5) เกิดความละอาย ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว ร่วมกับแนวคิดเชิงเพศภาวะ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ประเมินปัญหาระดับบุคคลและครอบครัว การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแล การประเมินผลการดูแล ดังคะแนน AUDIT ของกรณีศึกษาจำนวน 5 คน (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ผลการประเมิน เปรียบเทียบค่าคะแนน AUDIT ความถี่ในการดื่ม และปริมาณการดื่ม ก่อนและหลัง การดูแลโดยตรงและฟื้นฟูผู้ดื่มสุรา กรณีศึกษา 5 ครอบครัว

กรณีศึกษา	คะแนน AUDIT		ความถี่ในการดื่ม (ครั้ง / สัปดาห์)		ปริมาณในการดื่ม (ดื่มมาตรฐาน)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	21	0	7	0	8	0
2	30	0	7	0	10	0
3	16	0	6-7	0	6	0
4	15	0	5-7	0	6	0
5	19	0	7	0	9	0

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งหวังศึกษาผลของการปฏิบัติการตามรูปแบบ “กุ่มกวาปีโมเดล” โดยบูรณาการกรอบแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวและแนวคิดเพศภาวะ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะต่อการดื่มสุรา ข้อค้นพบด้านทุนทางสังคมพบว่า บ้านโนนมะกอก หมู่ที่ 2 มีทุนทางสังคมทางด้านบุคคลและพร้อมที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในระดับชุมชน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสามารถนำทุนทางสังคมอันเกิดจากการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำบนฐานของความไว้วางใจสายใยความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ตักมรดกของสังคมไทยในพื้นที่ผ่านระบบความสัมพันธ์ในองค์ประกอบหลักได้แก่คนสถาบัน วัฒนธรรมและองค์ความรู้เหล่านี้ระดมสู่การสร้างพลังในครอบครัวชุมชนและสังคมในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์โดยมีหลักในการระดมทุนทางสังคมในชุมชนที่มีอยู่แล้วในการพัฒนาศักยภาพเพิ่มทุกภาคส่วนทั้งในระดับครอบครัวชุมชน

การปฏิบัติการตาม “กุ่มกวาปีโมเดล” ในพื้นที่บ้านโนนมะกอกหมู่ที่ 2 อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ตามแผนกลยุทธ์ที่ผ่านเวทีประชาคมเพื่อปฏิบัติการใน 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติการระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน ระดับครอบครัว และระดับบุคคลเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลแก้ไขปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชนร่วมกันในพื้นที่ที่มีศักยภาพ มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการ ผลที่สะท้อนออกมาเห็นถึงการเปลี่ยนด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราสภาพการณ์ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชนที่ลดน้อยลงตามการรับรู้ของคณะกรรมการฯ ตัวแทนครอบครัวและบุคคลที่อาศัยในชุมชนมีทัศนคติต่อการดื่มสุราเปลี่ยนแปลงไป คณะกรรมการฯมีความพึงพอใจในการดำเนินการ มีบุคคลที่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราภายในช่วงการปฏิบัติการวิจัยอย่างน้อย 5 คนจึงสามารถกล่าวได้ว่าการปฏิบัติการครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกประการจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงการเชื่อมเครือข่ายทุนทางสังคมให้สามารถระดมมาใช้ในการแก้ปัญหาการดื่มสุราดังได้กล่าวมา การปฏิบัติตาม



“กุ่มกวาปีโมเดล” จึงมีความเหมาะสมในการลดปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชน และสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการปฏิบัติตาม “กุ่มกวาปีโมเดล” เพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนไปทำวิจัยต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาต่อยอด ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมในแต่ละบริบทต่อไป
2. ควรมีการนำรูปแบบการปฏิบัติตาม “กุ่มกวาปีโมเดล” ทดลองใช้กับกลุ่มเยาวชนที่มีปัญหาการดื่มสุราในสถานศึกษา และทะเลาะวิวาท
3. ควรสร้างเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินการเรื่องการลดปัญหาสุราในชุมชนอื่นๆ เพื่อหาความแตกต่างหรือความเหมือนกันเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตแบบไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรีมหาวิทยาลัยขอนแก่น (CRT-GWH) ที่สนับสนุนทุนการวิจัยผ่าน รองศาสตราจารย์ ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์ ทีมวิทยากรอบรมแกนนำสุขภาพในโครงการในการถ่ายทอดความรู้ และการพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์งานสำเร็จด้วยดี ขอขอบพระคุณบุคลากรในพื้นที่วิจัย ผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยดำเนินการได้เสร็จสมบูรณ์

References

1. Jongudomkarn D, Pultong S, Pongsiri K, Chawalisant P, Chanchum K, Chanchom K, Katechana C. The Experiences of Practice according to the KGU Family Health Nursing Model to Reduce Alcohol Drinking Problems in Community: A Qualitative the Study of the Family Leads Journal of Nursing Science & Health 2013; 36(3): 81-94.
2. World Health Organization. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Praphanphong Prakiran P, Jongudomkarn D. The Outcomes of Potential Development for Family and Community Leaders in Reducing Alcohol Undesirable Problems: A Case Study at One Community, Udonthani Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(4): 109-16.
4. Boonprasat J. The study of alcohol consumptions in student workers in cassava field at village in burirum province. An Independent Study Report for the Master of Nursing Science. Master of Nursing Science Program in Community Nursing. Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2013.
5. Ibrahim F. Nursing Practice Based on Nursing Theories. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2003.
6. World Health Organization. The Family Health Nurse, Context, Conceptual Framework and Curriculum [data based on the internet] 2010 [cited 2012 Jan 13] Available from: [http:// www.see-educoop.net/educationily_health_nurse-oth](http://www.see-educoop.net/educationily_health_nurse-oth)



The Results of Using “Kumpawapee Model” on Undesirable Drinking Conditions in the Community: A Study at Bannonmakok, Tambol Khoksawang, Buriram Province*

Pattama Chawalisant M.N.S.**

Darunee Jongudomkarn PhD***

Abstract

This Quasi – experimental research aimed to study the results in using Kumpawapee Model to solve problems in drinking alcohol in a community. The sample size of this study was divided into 3 groups, which were 1) 20 persons of “the committees of alcohol drinking regulation”, who were volunteers and nominated via community forum. 2) 125 family representatives who were randomly sampling by using systematic sampling random method and calculated by the formula of being a representative of population all over the research area. 3) 134 of “the alcoholic drinkers” in the community who were assessed by AUDIT screening.

The research found that 1) the alcoholic drinking rate was decreased by the social preventive intervention. The new social values on nonalcoholic drinking in Buddhist festivals were emerged. Besides, there was a policy in having a role model in giving up drinking alcohol and a guideline on alcoholic drinks addicted caring. 2) One Way Repeated Measures ANOVA was used to determine the effect of program. Qualitative data was analyzed by The result showed that the average scores of knowledge toward drinking were significant increased ($p = 0.017, 0.023$). It was also found that the averages scores of attitude toward drinking were significant increased ($p < 0.001, 0.002$). The average scores of participation of the committee showed the high level of decision-making and intervention involvements. 3) The family representatives perceived that the level of drinking in the community after intervention was 50.4% for high level, 47.2% for medium, and 2.4% for low level respectively. 4) The scores of participant drinking level at pre and post intervention by using the alcohol screening (AUDIT) were significant decreased ($p < 0.001$, paired t-test)

Therefore, the result of the research revealed that Kumpawapee Model is a suitable model for solving the problems in alcoholic drinking in the community. It is recommended that this model might be adopted to intervene in other areas.

Keywords: kumpawapee model, alcohol drinking problems in community

*Thesis of Master of Nursing Science, Family Nursing, Graduated School, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science Program in Family Nursing, Khon Kaen University

***Associated Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University