

**ประสบการณ์การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว  
มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชน:  
การวิจัยเชิงคุณภาพในแกนนำสุขภาพครอบครัว\***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2556

Volume 36 No.3 (July-September) 2013

**The Experiences of Practice according to the KKU Family  
Health Nursing Model for Reducing Alcohol Drinking Problems  
in Communities: A Qualitative Study of the Family Health Leaders**

ดารุณี จงอุดมการณ์ RN, Ph.D.\*\* สาราญ พูลทอง RN, MSN\*\*\*

กนิษฐา ป่องศิริ RN, MSN\*\*\*\* ปัทมา ชะวาสิสันต์ RN, MSN\*\*\*\*\*

พวงเพชร สิงหาวาระ RN, BN\*\*\*\*\* กิตติยาภรณ์ จันทร์ชม RN, BN\*\*\*\*\*

จริญญา โคตรชนะ RN, MSN\*\*\*\*\*

Darunee Jongudomkarn RN, Ph.D.\*\* Sumrarn Phulthong RN, MSN\*\*\*

Kanitha Phongsiri RN, MSN\*\*\*\* Pattama Chawalisant RN, MSN\*\*\*\*\*

Puangphet Singhawara RN, BN\*\*\*\*\* Kittiyaporn Junchom RN, BN\*\*\*\*\*

Charinya Kotchana RN, MSN\*\*\*\*\*

**บทคัดย่อ**

เสนอผลการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ของแกนนำสุขภาพครอบครัวจำนวน 60 คน ใน 3 พื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานี บุรีรัมย์ และ เลย พื้นที่ละ 20 คน ได้ชื่อจากเวทีประชาคมและเจ้าตัวยอมรับเข้าร่วมโครงการฯ และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ปฏิบัติตามรูปแบบฯที่กำหนด ประกอบด้วยเพศหญิง 31 คน และ เพศชาย 29 คน อายุ 30-65 ปี ในการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริงตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง บทความนี้นำเสนอผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มแยกพื้นที่กลุ่มละ 8-12 คน แยกเพศหญิงชาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาสร้างแก่นความคิดจากข้อมูลการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบแก่นความคิดได้ ดังนี้ 1) การขับเคลื่อนผ่านบทบาทสตรีที่ทำด้วยหัวใจ 2) จากจุดเริ่มที่ดูแลผ่อนคลายส่งเสริมแผนกลยุทธ์รื้อยเล่มเกวียน และ 3) เก็บเกี่ยวดอกผลบนความภาคภูมิใจ ผลที่ได้จากการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงบทเรียนจากการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพครอบครัวที่ร่วมโครงการฯ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้สนใจเพื่อนำไปสู่การต่อยอดของการดำเนินการที่คล้ายกันในอนาคต

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์การนำความรู้ไปใช้ แกนนำสุขภาพครอบครัว รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิจัยเชิงคุณภาพ การลดปัญหาการดื่มสุรา

\* ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* รองศาสตราจารย์และกรรมการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ตำบลปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

\*\*\*\* พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่ อ.เอราวัณ จ.เลย

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสว่าง ต.โคกสว่าง อ.หนองกี่ จ.บุรีรัมย์

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล วัฒนาศรี อ.จตุรธานี

\*\*\*\*\* พยาบาลชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ จ.อุบลราชธานี

\*\*\*\*\* พยาบาลชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย

## Abstract

The article was reported the findings of a qualitative study of the experiences of 60 family health leaders, comprising of 31 females and 29 male, aged 30 to 65 years, from three study areas, including Ubonratchatani, Bureerum, and Loei provinces. Twenty committed participants per community were nominated by each community forum. With a quasi-experimental research, the researchers engaged in building participant capacities by training as well as doing action planning as guided by the model. This article presented the results of the qualitative data collection through observation, interviews and focus group discussions, being composed of 8 to 12 persons per group and separated by sex. Within all groups designated scribes took verbatim notes which were later subject to qualitative content and thematic analyses. Results revealed three themes as follows: 1) the roles of female participants driven through their sole; 2) from the starting point of uncertainty and delusive vision to the strategic planning; and 3) being proud of accomplishments. The findings reflected the lessons learned of the participated family health leaders, which would be beneficial to those who were interested to provide a further similar health-promoting program support for communities in the future.

**keywords:** the experiences knowledge utilizing practice, family health leaders, kku family health nursing model, qualitative study, reducing alcohol problems

## ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นปฐมบทแห่งแนวคิดหลักที่นำมาซึ่งการก่อให้เกิดแนวคิดการพยาบาลสุขภาพครอบครัวองค์การอนามัยโลก และ พัฒนาศูการปฏิบัติเป็นรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU FHN) มีหลักการคือเน้นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชนบนพื้นฐานของการปฏิบัติการเพื่อสร้างสุขภาพของประชาชนโดยประชาชนและเพื่อประชาชนด้วยการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประชาชนให้สามารถเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพดังกล่าวให้เกิดความยั่งยืน มุ่งเน้นการจัดการทรัพยากรทางสุขภาพโดยใช้เงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ เริ่มแนวคิดเมื่อ ปี พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2525 องค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> มีการประชุมเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซียในเดือนกันยายน พ.ศ. 2521 เริ่มเสนอความคิดว่าจะเป็นแนวทางให้ประชากรทุกคนในโลกมีความสุขอนามัยที่ดีขึ้น และมีมติให้ถือว่า ปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 เป็นเป้าหมายที่ประชากรทุกคนของประเทศสมาชิกมีความสุขอนามัยดีถ้วนหน้า สำหรับประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นนโยบายให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลหรือจัดการด้านสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกในครอบครัวตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาประชาชนทุกระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ต่อมาประเทศไทยโดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคม โดยมุ่งพัฒนาตั้งแต่ครอบครัวที่ถือว่าเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมให้มีสุขภาพดี และมีความเข้มแข็ง โดยการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งเป็นรากฐานของสังคมให้มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ และสามารถพึ่งตนเองได้

การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพเป็นการสร้างอำนาจหรือภาวะแฝงในบุคคลให้ปรากฏออกมาเป็นที่ประจักษ์ก่อให้เกิดความตั้งใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้กิจกรรมที่กระทำนั้นบรรลุผลสำเร็จ เป็นความสามารถที่ตกลงใจ ปรารถนาที่จะเข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถเพิ่มในการใช้ทักษะอย่างใดอย่างหนึ่ง อันเกิดจากลักษณะคุณลักษณะที่เติมเต็มผนวกกับทางวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และอารมณ์ของบุคคล จนพัฒนาให้

บุคคลมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้<sup>2</sup> สำหรับการพัฒนาศักยภาพในการวิจัยนี้ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรที่กำหนดตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU FHN)<sup>3</sup> เพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนรวมถึงการติดตามเป็นพี่เลี้ยงตลอดการปฏิบัติการ เนื้อหาประกอบด้วยการทำงานตามรูปแบบฯ ความรู้และทักษะในเรื่องการทำงานเป็นทีม การวางแผนกลยุทธ์ แนวคิดเชิงเพศภาวะ ความรู้เรื่องสุรา ผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม การส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคัดกรองภาวะเสี่ยง การให้คำปรึกษาดูแลครอบครัวติดสุรา โดยมีพยาบาลครอบครัวเป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือพี่เลี้ยงในการจัดการสร้างหุ้นส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนตามกรอบแนวคิดรูปแบบฯ<sup>4</sup> ที่ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ

การศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสพการณ์ของแกนนำสุขภาพครอบครัวในการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริงตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนใน 3 พื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานี บุรีรัมย์ และ เลย พื้นที่ละ 20 คนรวม 60 คน ประกอบด้วยเพศหญิง 31 คน และ เพศชาย 29 คน อายุ 30-65 ปี ซึ่งชื่อแกนนำสุขภาพครอบครัวนี้ได้ชื่อจากเวทีประชาคมและเจ้าตัวยอมรับเข้าร่วมโครงการฯ โครงการวิจัยเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนนี้เกิดจากการตระหนักถึงข้อมูลเชิงประจักษ์และแนวโน้มของการดื่มสุราที่พบมากขึ้นทุกที และมีแนวโน้มของผู้ดื่มมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับองค์การอาหารและการเกษตรศาสตร์ (FAO) ที่คำนวณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีของประชากรไทย พบว่าคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 13.59 ลิตรต่อหัวต่อปีของประชากรไทย จัดเป็นอันดับ 5 ของโลก รองจากประเทศโปรตุเกส สาธารณรัฐไอร์แลนด์ บาฮามาส และสาธารณรัฐเช็ก ตามลำดับ<sup>4</sup>

สถิติแห่งชาติยังระบุว่า คนไทยดื่มสุราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 260,000 คน มีอัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยใน 10 ปีที่ผ่านมา จาก พ.ศ. 2535-2545 มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก 992 ล้านลิตร เป็น 1,926 ล้านลิตร อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นจาก 25.2 ลิตร ในปี 2535 เป็น 41.6 ลิตร ในปี พ.ศ. 2545 โดยเฉพาะเบียร์ มีการบริโภคเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า จาก 320 ล้านลิตร เป็น 1,222 ล้านลิตร คิดเป็น 8.1 ลิตรต่อคน เพิ่มขึ้นเป็น 24.8 ลิตรต่อคน โดยอัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 53.4 และในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 10.9<sup>5</sup> อายุเฉลี่ยของผู้เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีแนวโน้มน้อยลง และยังคงพบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีการดื่มสุราถึงร้อยละ 80<sup>6</sup>

กลุ่มที่น่าเป็นห่วงคือกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น (พ.ศ. 2539-พ.ศ.2546) พบอัตราของวัยรุ่นหญิงที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่าตัวจากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว และร้อยละ 5.6 ยังมีอัตราการดื่มเป็นประจำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 14.1 รวมทั้งพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบอัตราการดื่มสุราของประชากรคิดเป็นร้อยละ 23.7 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุรา 17.2 ในกลุ่มอายุ 25-59 ปี พบอัตราการดื่มสุราของประชากร คิดเป็นร้อยละ 37.3 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุรา 20.6 สำหรับอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราโดยรวมจะเริ่มดื่มที่อายุ 20.5 ปี ผู้ชายจะเริ่มดื่มเร็วกว่าผู้หญิง คืออายุ 19.4 และ 24.6 ปี ตามลำดับ<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มของกลุ่มผู้หญิงและวัยรุ่นหญิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เพื่อต้องการได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมั่นใจ แสดงออกว่าเป็น “ผู้หญิงทำงาน” “พึ่งตนเอง” และ “แค้นน้อย”<sup>7</sup> เชื่อว่าสุราทำให้สนุกสนาน บางคนดื่มยาต้องเหล้าสำหรับสตรีเพราะเชื่อว่าทำให้มี “สุขภาพดี”<sup>8</sup> การดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่มีผลจากสภาพแวดล้อมทางครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และ เศรษฐกิจ<sup>9</sup> รายงานของ สุวิทย์วิบูล ผลประเสริฐ<sup>10</sup> ระบุว่าจำนวนของผู้หญิงที่ดื่มเพิ่มมากขึ้น

และมีอายุน้อยลง สิ่งที่น่าวิตก คือ สุราเป็นสะพานเชื่อมไปสู่ปัญหาอื่น ๆ อาทิ การลองเสพสิ่งเสพติด เช่น กาว กัญชา บุหรี่ ยาบ้า รวมทั้งนำมาซึ่งปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การตั้งครกรั้ววัยรุ่น เป็นต้น

เป็นที่ทราบกันดีว่า การบริโภคสุราเป็นประจำมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน อาชญากรรม อุบัติเหตุ ต่อสุขภาพต่อตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เกิดโรคเรื้อรัง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาบุคลิกภาพและพัฒนาการของลูกในครอบครัวติดสุรา ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมประเทศชาติ<sup>5,11,12</sup> ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์เรื่องการกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวจากข่าวหนังสือพิมพ์อันเกิดจากการดื่มสุราในช่วง ปี พ.ศ. 2550-2551 พบว่ามีจำนวนการนำเสนอข่าวความรุนแรงในครอบครัวทั้งสิ้น 994 ข่าว มีสัดส่วนของข่าวความรุนแรงในครอบครัวที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปเป็นปัจจัยกระตุ้นกลับมีจำนวนมากขึ้น จากร้อยละ 18.9 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 21.6 ในปี 2551<sup>5</sup> ลักษณะของข่าวความรุนแรงในครอบครัวที่มีแอลกอฮอล์เข้าไปเป็นปัจจัยกระตุ้น จำนวนทั้งสิ้น 92 ข่าว<sup>13</sup>

มีข้อสรุปว่าสุราเป็นปัญหาแก้ไขจากหลายสาเหตุ เช่น เป็นสารเสพติด ผลประโยชน์จากรายได้ขายสุรา การทุ่มทุนจำนวนมากเพื่อการประชาสัมพันธ์ สร้างค่านิยมการดื่มสุราไปในทางบวกผ่านสื่อสารมวลชนทุกรูปแบบ และ ที่สำคัญรัฐเองก็มีผลประโยชน์ทับซ้อนจากรายได้จำนวนมากนับหมื่นล้านบาทต่อปีจากธุรกิจนี้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างรายได้จำนวนมากแก่ประชากรบางกลุ่ม เกิดการขยายตัวของสถานบริการ ร้านอาหาร และร้านขายเหล้าประเภทต่าง ๆ<sup>14</sup> ด้วยปัญหาของการดื่มสุราที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นที่น่าวิตกในสังคมไทยดังที่กล่าวมาข้างต้น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้สนับสนุนการทำวิจัยเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายแก่รัฐบาลในการดูแลแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชน ในปีงบประมาณ 2553<sup>15</sup> โดยการวิจัยดังกล่าวได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแล

แก้ไขปัญหาการดื่มสุราในระดับชุมชน ศึกษาในพื้นที่อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี ผลจากการวิจัยครั้งนั้น จนนำไปสู่การสร้างข้อเสนอรูปแบบการป้องกันดูแลแก้ไขพื้นที่สุขภาพจากปัญหาการดื่มสุราในระดับชุมชน ซึ่งรูปแบบดังกล่าวปฏิบัติการโดยคณะบุคคลที่เสนอชื่อจากเวทีประชาคม เรียกชื่อว่า “คณะกรรมการกำกับสุรา” ซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบฯ ด้วยคณะวิทยากรชุดเดียวกัน ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องสุราและผลกระทบ เทคนิคอย่างง่ายในการดูแลสุขภาพครอบครัว แนวคิดเพศภาวะ การทำงานเป็นทีม และการวางแผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติการดูแล 4 ระดับ และ 8 กลยุทธ์ และได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ แต่ละพื้นที่มีการร่วมกันวางแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และประเมินผล โดยมีพยาบาลครอบครัวในพื้นที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก หรือ เป็นพี่เลี้ยงอันเป็นที่มาสู่การสรุปเป็นรูปแบบ “การพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น” จากนั้นได้นำรูปแบบนี้ ทดลอง “นำความรู้สู่การใช้ประโยชน์” (Knowledge Translation หรือ Knowledge Implementation)<sup>16</sup> ด้วยการศึกษาแบบกึ่งทดลองประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือใน 3 จังหวัด คือ จังหวัดเลย อุบลราชธานี และ บุรีรัมย์ภายใต้การสนับสนุนการดำเนินการของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ในปีงบประมาณ 2555

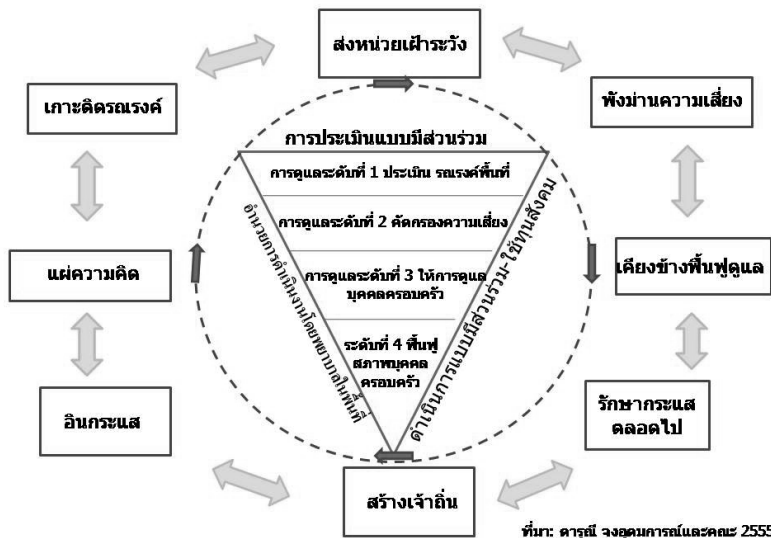
“คณะกรรมการกำกับสุราในชุมชน” จึงเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวเป็นผู้ปฏิบัติการสำคัญ (Key actors) ในงานวิจัยเป็นเจ้าของประสบการณ์สำคัญ<sup>17</sup> จึงต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาถึงการรับรู้ ความเข้าใจ มุมมองต่อประสบการณ์ในมิติตั้งแต่การกลายเข้าสู่บทบาทแกนนำ การรับรู้ถึงประสบการณ์ทั้งแง่บวก แง่ลบ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อต่อที่ควรปรับปรุงข้อเสนอแนะที่มีเพื่อเป็นบทเรียนสำคัญอันจะยังประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้สนใจสืบต่อการทำงานเพื่อขยายผลทั้งในชุมชนและถ่ายทอดไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันในการป้องกันดูแลแก้ไข

ฟื้นฟูปัญหาการดื่มสุราในระดับชุมชนตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นต่อไป โดยมีคำถามการวิจัยว่า “ประสบการณ์การปฏิบัติงานของแกนนำสุขภาพครอบครัวเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนตามรูปแบบ “การพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น” เป็นอย่างไร

**รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น**

เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ต่อยอดกรอบแนวคิดการพยาบาลสุขภาพครอบครัวองค์การอนามัยโลก<sup>18</sup> สู่รูปธรรมการปฏิบัติจริงร่วมกับแนวคิดเชิงเทศภาวะกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวแนวคิดการใช้ทุนทางสังคม<sup>19</sup> ที่มีอยู่ในชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และ สุขภาพ ในการขับเคลื่อนการปฏิบัติการ โดยมีหลักการสำคัญ คือ การสร้าง

เจ้าภาพหรือแกนนำสุขภาพครอบครัวในการปฏิบัติการด้วยการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรฯ ที่กำหนดตามรูปแบบฯ บนพื้นฐานของการใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ เน้นการปฏิบัติการแบบบูรณาการเป็นองค์รวมตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน แบบมีส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนในทุกชั้นตอนอย่าง ภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนในพื้นที่ มีระดับการปฏิบัติการดูแล 4 ระดับ คือ 1) ระดับการส่งเสริมป้องกัน 2) ระดับการคัดกรองความเสี่ยง 3) ระดับการดูแลสุขภาพโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และ 4) ระดับการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ด้วยการปฏิบัติการ 8 แผนกลยุทธ์ปฏิบัติการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน ซึ่งไม่สามารถให้รายละเอียดในที่นี้ได้ คือ 1) สร้างเจ้าถิ่น 2) อินกระแส 3) แผ่ความคิด 4) เกาะติด 5) ส่งหน่วยเฝ้าระวัง 6) พังม่านความเสี่ยง 7) เคียงข้างฟื้นฟูดูแล และ 8) รักษากระแสตลอดไป<sup>3</sup> (ดังแสดงในภาพที่ 1)



กระบวนการทำงานตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข.

ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการทำงานตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (pragmatic qualitative research design)<sup>20</sup> เพื่อศึกษาประสบการณ์ของ “แกนนำสุขภาพครอบครัวในชุมชน” ซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวจำนวน 60 คน และเป็นผู้ปฏิบัติการสำคัญในการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นใน 3 จังหวัดและใช้สัญลักษณ์ในการบันทึกข้อมูล ดังนี้ จังหวัดเลย (Loei-L) อุบลราชธานี (Ubon-U) และ บุรีรัมย์ (Buree-B) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มเนื่องจากหลักการที่เชื่อว่าผลจากการมีปฏิริยาพูดคุยกระตุ้นซึ่งกันและกันในกลุ่มจะนำไปสู่การอภิปรายและได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกกว่าการศึกษาเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถาม<sup>21</sup> ยังนำมาซึ่งโอกาสของการสังเกตปฏิริยาในกลุ่มขณะสนทนาด้วย<sup>22</sup> ดำเนินการในแต่ละพื้นที่ ๆ ละ 20 คน แบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มตามเพศกลุ่มละ 8-12 กลุ่มในระยะและสัญลักษณ์การบันทึกข้อมูล ดังนี้ 1) เริ่มดำเนินการ (beginning-B) 2) ระยะเวลา (interim-I) และ 3) ระยะเวลาประเมิณผล (ending-E) โครงการฯ ใช้เวลาในการสนทนา 1 ชั่วโมงครั้ง นำการสนทนาโดยทีมวิจัยฝ่ายเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผ่านการฝึกปฏิบัติด้านการสนทนากลุ่มมาแล้วหลายโครงการและไม่เข้าไปเกี่ยวข้องในการอบรมหรือเป็นที่เลี้ยงของแกนนำเพื่อไม่ให้มีผลต่อการแสดงความคิดเห็น มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการให้ข้อมูลตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการชี้แจงว่าหากไม่สะดวกในการให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ให้ตอบตามความคิดเห็นที่คิดเอง ไม่มีถูกมีผิดและไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลใด ๆ ทั้งนี้ไม่มีการบันทึกชื่อผู้เข้าร่วมกลุ่มแต่เป็นการให้หมายเลขกำกับและ บันทึกเป็นลำดับเลขกลุ่มที่จัดสนทนาตามพื้นที่ (ตัวอย่างเช่น LB1 = กลุ่มที่ 1 ในระยะเริ่มต้นโครงการที่เลย/ UB2 = กลุ่มที่ 2 ในระยะเริ่มต้นโครงการที่อุบลราชธานี/ BB2 = กลุ่มที่ 2 ในระยะเริ่มต้นโครงการที่บุรีรัมย์/ LI2 = กลุ่ม 2 ในระยะกลางของโครงการที่เลย เป็นต้น) และมีตัวอย่างคำถามการวิจัยที่ใช้ในการสนทนากลุ่มมีดังนี้ 1)

อะไรที่ทำให้ท่านเข้าร่วมปฏิบัติการวิจัยในครั้งนี้ 2) ช่วยเล่าประสบการณ์ที่ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเพื่อลดละเลิกการดื่มสุราของชาวบ้านในชุมชนครั้งนี้ 3) มีประสบการณ์อะไรบ้างที่ท่านคิดว่าดี ประทับใจในที่ท่านพบในการปฏิบัติการเพื่อลดละเลิกสุราของชาวบ้านในชุมชนครั้งนี้ 4) มีประสบการณ์อะไรบ้างที่ท่านคิดว่าเป็นบทเรียนทางลบที่ท่านพบในการปฏิบัติการเพื่อลดละเลิกสุราของชาวบ้านในชุมชนครั้งนี้ จากนั้นเนื้อหาทั้งหมดของการสนทนากลุ่มซึ่งมีการบันทึกเสียงได้รับการถอดเป็นความเรียงเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำเสนอภาพความคิด<sup>23,24</sup> วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์หาแก่นความคิด (thematic analysis) ด้วยวิธีการเปิดรหัสคำและจัดกลุ่มความหมาย<sup>24</sup> จากเนื้อหาการถอดคำสนทนากลุ่มที่ได้รับการบันทึกเสียงด้วยการอ่านทบทวนกลับไปกลับมาหลายครั้ง แล้วจัดทำรหัสคำ ประโยค<sup>25</sup> จากนั้นจัดกลุ่มรายการที่มีการสื่อความหมายไปในทิศทางเดียวกัน ดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 1

## ผลการวิจัย

สรุปภาพผลการวิจัยกึ่งทดลองในการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นพบว่าได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีการสร้างวัฒนธรรม ประเพณี ความคิดความเชื่อในสังคมใหม่ ว่า “การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่เรื่องธรรมดาของสังคม” นำสู่งานบุญปลอดสุรา ลดค่าใช้จ่าย สภาพการดื่มสุราในชุมชนลดลง มีการสร้างมาตรการทางสังคมที่เติมมาตรการทางกฎหมายใช้ไม่ได้ผล มีการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการทำงานทำให้เข้าใจ แก่ไข นำสู่การสร้างความสำเร็จจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในกลุ่มและภายนอกกลุ่มมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เกิดความยั่งยืน สามารถประสานแหล่งประโยชน์ใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่บูรณาการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายที่เข้มแข็งในที่สุดได้ต้นแบบการลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนอันจะเป็นแหล่งประโยชน์ในการถ่ายทอดวิธีการกระบวนการสู่ชุมชนอื่น ๆ ได้ มีการขยายเครือข่ายการทำงานร่วมสร้างมาตรการทางสังคมรวมถึงการติดตามการปฏิบัติ

อย่างจริงจังต่อเนื่อง รวมถึงบูรณาการประสานระบบบริการสถานที่บำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุรา ร่วมสร้างใช้ ปรับปรุงซึ่งไม่ขอกว่าในรายละเอียดในบทความนี้ ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนถึงการรับรู้ประสบการณ์ของแกนนำสุขภาพครอบครัวผู้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมีการ

รับรู้ประสบการณ์ทั้งในแง่บวกและลบที่เกิดขึ้นในขณะดำเนินการโครงการต่อบุคคล ตนเอง สภาพแวดล้อม มีแก่นความคิดหลักที่ผุดขึ้นมาเด่นชัด ดังนี้ 1) การขับเคลื่อนผ่านบทบาทสตรีที่ทำด้วยหัวใจ 2) จากจุดเริ่มต้นที่ดูเลือนลางลงเหลือแผนกลยุทธ์ร้อยเล่มเกวียน และ 3) เก็บเกี่ยวดอกผลบนความภาคภูมิใจ มีรายละเอียดกล่าวคือ

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างผลการวิเคราะห์แก่นความคิด

แก่นความคิด	ตัวอย่างข้อมูล
การขับเคลื่อนผ่านบทบาทสตรีที่ทำด้วยหัวใจ	“กะยอมรับ...ว่าผู้หญิงทำงานส่วนรวมดีทุกเรื่อง ยิ่งเรื่องเหล่านี้เขาเอาคัก กะให้เขาออกหน้าไปเรื่องประสาน ไปเว้า ไปประชาสัมพันธ์ เป็นแนวหน้าไปเคาะประตูบ้าน...ผู้ชาย...อยากอายุจ๊กหน่อยเรื่องเล่า” (สัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านพื้นที่จังหวัดเลย)
จากจุดเริ่มต้นที่ดูเลือนลางเหลือแผนกลยุทธ์ร้อยเล่มเกวียน	“...ต้องให้ความสนใจแน่ไปคุณำเล่นนำ เขาติดตามเอา ไปกินน้ำกินทำไปหาสูไปแ่วดู ๆเอา (เยียมบ้อย ๆ) เพราะว่าคนที่ลิกินเหล้าต้องมีปัญหาในจิตใจเรากะเว้าไปทีแรกกะกินเพื่อลืมปัญหาต่อไปกะลิเป็นพิษสุราเรื้อรังปัญหากะเพิ่มบ่อแมนแก๊ซ กะพยายามเฮ็ดให้ดีที่สุดใช้ความจริงใจเข้าหาเขา” (BE2)
เก็บเกี่ยวดอกผลบนความภาคภูมิใจ	“...โครงการงานศพปลอดเหล้า แยกบ้านอื่นที่มาในงานศพ เผิ่นเห็นก็เลยว้า “หมู่บ้านนี้คือดีหลายแท้” แยกผู้ที่มาในงานเป็นพี่น้องของคนตาย เผิ่นพากันมาจากบ้านอื่น 3-4 หมู่บ้าน เผิ่นมาเห็นโครงการนี้...เผิ่นก็เลยว้า “คือดีคักแท้หมู่บ้านนี้” ..ดีแท้ที่มีผู้ชักนำผู้ชักจูงมาให้และหลังจากนั้นมากก็มีผู้มาศึกษาดูงานนำคะ...เผิ่นที่มาศึกษาดูงานเฉพาะพื้นที่หมู่บ้าน....โดยดูเรื่องศักยภาพหมู่บ้านมีความเข้มแข็ง” (สัมภาษณ์ชาวบ้านสตรีในพื้นที่บุรีรัมย์)

**การขับเคลื่อนผ่านบทบาทสตรีที่ทำด้วยหัวใจ**

ผู้หญิงเป็นฟันเฟืองผู้เป็นกำลังหลักและสำคัญในการขับเคลื่อนและผลักดันภารกิจจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ได้อธิบายถึงการเข้ามาเป็นรับบทบาทนี้ว่าเพราะต่างมีประสบการณ์ที่เจ็บปวดจากการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ใกล้ชิดมีปัญหาการดื่มสุรา บ้างเสียชีวิตเพราะสุรา บ้างเสียผู้เสียคนเสียการเสีงานสูญเสียครอบครัว เธอจึงไม่ยากให้ออกมาคลุกคลานในชุมชนต้องประสบชะตากรรมเดียวกัน และถือว่าเป็นการ

อุทิศตนเพื่อส่วนรวม เป็นการ “ทำบุญ” ครั้งยิ่งใหญ่ที่ช่วยลดปัญหาของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนให้มีปัญหาน้อยลงจากสุรา พวกเธอเชื่อว่าหลายคนคิดหาหนทางแก้ไขปัญหา แต่ก็ท้อแท้เพราะคิดว่าเกินกำลังความสามารถที่จะทำ การที่ต่างคนต่างทำไม่มีพลัง ต้องรวมกันและทำไปด้วยกันแบบมีกลยุทธ์ขั้นตอน เมื่อมีโครงการฯเช่นนี้เข้ามาก็รับที่จะทำ ดีกว่าอยู่เฉย ๆ แล้วปล่อยบ้านเมืองเป็นไปตามยถากรรม โดยเฉพาะที่จังหวัดอุบลราชธานีมีสตรีเป็นประธานคณะกรรมการฯ บาง

แห่งแม่ไม่ได้เป็นประธานโดยตำแหน่ง แต่ก็เป็นผู้อยู่เบื้องหลังในการขับเคลื่อน ประสานงาน และอำนวยความสะดวก ผลการดำเนินการโครงการเป็นที่ประจักษ์ชัดคือความเอาการของกลุ่มคณะกรรมการที่เป็นแกนนำสตรีที่สนใจปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การใช้วาทกรรมในการขับเคลื่อนผ่านชาวบ้านสตรีด้วยคำพูดในการรณรงค์ให้ชุมชนตระหนักถึงพิษภัยของสุราว่า “...พวกเข้าในฐานะเป็นเมีย เป็นแม่ และเป็นยายซึ่งผ่านความทุกข์ยากกับการดื่มสุราของคนในครอบครัวมาหลาย เข้าต้องร่วมใจหยุดยั้งโครงการลดปัญหาสุราในชุมชนของเรา...” และเมื่อคณะกรรมการเยี่ยมบ้านเป้าหมายสมาชิกสตรีของครอบครัวเหล่านั้นได้ทำหน้าที่ด้านหน้าของการปฏิบัติการของแกนนำสุขภาพครอบครัวจนนำมาซึ่งผลสำเร็จของการดำเนินการ จึงถือได้ความสำเร็จส่วนสำคัญในครั้งนี้เป็น “ผลสำเร็จผ่านน้ำมือของสตรี” นั่นเอง นอกจากนี้ยังมีคำพูดของภรรยาผู้ติดสุราที่จังหวัดอุบลราชธานีได้สร้างความปลาบปล้มแก่คณะผู้วิจัยและแกนนำ คือ “ขอบคุณสำหรับสิ่งดี ๆ ที่โครงการได้ทำช่วยให้มีความสุขในครอบครัวกลับคืนมาจากที่ทั้งพ่อและลูกเล็กเหล่านี้...” ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

“เว้ามา...แมกัตีใจที่ได้ลูกได้กลับมา (ลดเหล้า) และตอกตีใจหลายที่ลูกได้ปรับตัวเอง แมกัตีใจหน้าก็อยากให้เห็นคือพี่ชาย เพราะลูกชายอีกผู้หนึ่งเห็นปกินเหล้าสูบยา แต่มีพี่ชายเห็นผู้หนึ่งเห็นก็กินเหล้าจนตายนอนอยู่ก็กำขวดเหล้าอยู่” (สัมภาษณ์ชาวบ้านสตรีในพื้นที่อุบลราชธานี)

“กะยอมรับเลยครีว่าผู้หญิงทำงานส่วนรวมดีทุกเรื่อง ยิ่งเรื่องเหล่านี้เขาเอาคัก กะให้เขาออกหน้าไปเรื่องประสาน ไปเว้า ไปประชาสัมพันธ์ เป็นแนวหน้าไปเคาะประตูบ้าน ลางเทื่อเฮาผู้ชายอาจจะยังอยากอายจักหน่อยเรื่องเล่า” (สัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านพื้นที่จังหวัดเลย)

“แนวคิดเรื่องบทบาทหญิงชายได้จากกรอบรามาประโยชน์ เอ็ดให้เข้าใจหลาย เป็นหยังผู้หญิงเวลากลับมาจากขายลอตเตอรีนี้เขาจะถือว่าทำงานเหนื่อยเดินขายทั้งวัน ฉันทหาเงินเอง บ้ากะกินเบียร์แก้เหนื่อยเต็มที่ ฉันทก็อยากแก้เหนื่อยเหมือนกัน ความไม่เท่ากัน

นี้ทำให้เกิดแรงขับอยากแสดงออก เป็นปัญหาความคิดแลมอันตรายของเหล้าต่อผู้หญิงยังรุนแรงกว่าผู้ชาย เราจะต้องไปเคลื่อนไหวให้เขาเข้าใจ อะไรพวกนี้...ไปเล่าต่อ...” (LB1)

### จากจุดเริ่มที่ดูเลือนลอยล้งเลสู่แผนกลยุทธ์ร้อยเล่มเกวียน

การปฏิบัติการที่มุดเริ่มต้นของความพร้อมและคุณลักษณะของบริบทที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนต่างเปิดใจเมื่อโครงการสิ้นสุดว่าไม่มั่นใจว่าจะทำได้และหนักใจมาก ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ไม่มั่นใจว่าจะทำได้เพราะสุราเป็นสิ่งที่ทุกคนเคยชินเป็นวัฒนธรรมไปแล้วเป็นปัญหาที่ยังรากลึก แต่ที่เข้าร่วมเพราะอยากลองดู...” (LE1) ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ใหญ่บ้านสตรีที่เพิ่งได้รับการเลือกตั้ง เคยเป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านมีความกระตือรือร้นในการทำงานซึ่งในส่วนเริ่มต้นทำโครงการด้วยความที่ผู้ใหญ่บ้านเป็นสตรีที่เพิ่งรับตำแหน่งก็ถูกต่อต้านจากผู้ใหญ่บ้านชายคนเก่าที่ยกแก๊งดื่มสุรากล่อมพร้อมคำพูด “ลีโป้ง (สนใจ) มันหยังมันเป็นเสรีภาพในประเทศไทย...กินโลด” อย่างไรก็ตามก็สามารถผ่านพ้นปัญหาทำที่ก่อกวนเช่นนี้ไปได้เมื่อชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโครงการฯ เช่นเดียวกับพื้นที่จังหวัดเลยมีผู้ใหญ่บ้านชายที่เพิ่งรับตำแหน่ง และได้รับการปราโมชจากทีมบริหารชุดเดิมว่าทำงานไม่เป็นประชาชนมีอาชีพขายเร่ลอตเตอรียังจังหวัดอื่น ไปคราวละ 7 วันก่อนหอยออก ดังนั้นเมื่อกลับบ้านนอกจากมาปฏิบัติการด้านเกษตรกรรมแล้ว บางส่วนถือว่าเป็นการพักผ่อนร่วมกับการดื่มสุราทั้งหญิงและชาย จึงดูเหมือนว่าในพื้นที่จังหวัดเลยมีความพร้อมน้อยที่สุด แต่ทั้งหมดเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้เกี่ยวข้องล้วนให้ข้อมูลว่าไม่มีความมั่นใจในการดำเนินการ ต่อมาเมื่อเข้าสู่กระบวนการทำงาน นอกจากเข้าสู่การทำแผนกลยุทธ์ตามรูปแบบฯ แล้ว ผู้ให้ข้อมูลต่างมีกลยุทธ์ส่วนบุคคลในการปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมาย เช่น การแสวงหาแนวร่วม การโน้มน้าวใจ การหมั่นเยี่ยมเยียน การใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวแบบชาวบ้าน ค่อยเป็นค่อยไป ดังตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ



“ยอมรับเลยว่าเมื่อถูกเสนอชื่อเข้าทำโครงการก็รับแบบเกรงใจ คิดว่าทำ ๆ ไป ไม่คิดว่าจะได้ผลอะไร แล้วยที่บ้านก็เอาเหล้าร้อยเปอร์เซ็นต์...พอได้อบรมได้ทำในส่วนของแกนนำ ความรู้สึกก็ยังห้าสิบห้าสิบ เพราะว่าผลมันยังไม่เกิด ไม่คิดว่าจะทำให้ที่นี่พอ ๆ ไปเออ...เปลี่ยนไปได้จริง...กะดีใจภูมิใจที่เราช่วยกัน...มีมาตรการชุมชนที่สร้างขึ้น ชาวบ้านเอาน้ำ ตอนนี้รู้สึกว่าการมีส่วนร่วมดีมากถ้าจะรณรงค์หรือขยายผลต่อไปหมู่บ้านอื่น” (BE3)

“...ตอนแรกที่...เริ่มพูดคุย แนะนำ มาฟังนโยบาย เข้ากะเกรงใจ เฮ็ดกะเฮ็ด บ่คิดสิว่าได้ผลยังมาเว้าให้ฟังเห็นตีบจักสันจักซี่ แล้วการจัดงานมาลดต้นทุนได้ซ้ำได้ จัดงานใหม่ ๆ เน้าบวชลูกชายกะทำบุญสองงานใส่กัน ว่ามันเปลืองหลายแล้วกะบ่มีคนเอะอะไว้วาย ตียอมรับว่าดี กะบ่คิดว่าชาวบ้านลิเอานำคักปานนี้” (LE2)

“ชุมชนนั้นเขามาหลายแล้วเต๊ะพ่อใหญ่ไปออย (โหม่นน้ำใจ) เอะ” (LE2)

“เฮากะกระตุ้นไปเล็กน้อยเล็กน้อย แยกไปเล็กน้อยกะบ่มีเหล่าหลายงานแล้วเต๊ะ” (UE1)

“ไปเยี่ยมไปยามไปคุยไปกินข้าวมา ไปพูดคุยแลกเปลี่ยนคือสภากาแฟมีผู้ให้ไว้พูดคุยแลกเปลี่ยนบ่ให้อยู่สันโดษ ไปเบ็งแยงดูแลกัน” (UE3)

“กะคือแก้ไขปัญหาคือคนที่กินเหล้ามันมีปัญหาเยอะคือเขาต้องให้ความสนใจแน้ไปคูนำเล่นนำ เขาติดตามเอา ไปกินน้ำกินท่าไปหาสุไปเว้ดู ๆ เอะ (เยี่ยมบ่อย ๆ) เพราะว่าการที่ลิกินเหล้าต้องมีปัญหาในจิตใจ เรากะเว้าไปที่แรกกะกินเพื่อลืมปัญหาต่อไปกะลิเป็นพิษสุราเรื้อรังปัญหากะเพิ่มบ่อแมนแก้ไข กะพยายามเฮ็ดให้ดีที่สุดใช้ความจริงใจเข้าหาเขา” (BE2)

“ครอบครัวเด็กน้อยไปชายล่อเตอี่เรากะต้องเบ็งแยงแทน คอยประสานกับพ่อแม่เขา การดูแลเด็กน้อยวัยรุ่นต้องเข้าใจ เราบ่อแมนพ่อแม่เขา แต่กะคอยออย (พูด ๆ ด้วย) คอยเว้ากะเขา บ่อให้เขาระวังว่าเราซึ้ง (พ่อแม่) ต้องเข้าให้ได้ทั้งสองทาง...การดูแลต้องประนีประนอม ดูความสมัครใจ เข้าทางพ่อแม่ ถ้าเด็กไม่ฟังอาจจะต้องมีมาตรการที่ไม่อ่อน คือเขาต้องเบ็งทาง

พ่อแม่ถ้าเขามาฝากเขาไว้เฮากะจั่งสิ ก็เข้าไปก๊วก่ายได้ แต่เขาต้องเข้าใจประสานให้ดี...” (LI1)

### เก็บเกี่ยวดอกพลบนความภาคภูมิใจ

เมื่อการดำเนินงานสิ้นสุด แกนนำสุขภาพครอบครัวมีความภาคภูมิใจที่สามารถร่วมหมั่นงลื้อประวัติศาสตร์ของชุมชนให้เกิดการปฏิบัติที่เปลี่ยนวัฒนธรรมใหม่ “การดื่มสุราไม่ใช่เรื่องธรรมดาของสังคม” จนทำให้เป็นผลสำเร็จร่วมกันของคนเพราะเกิดจากความร่วมมือจากทุกภาคส่วนว่าตนเป็นเจ้าของการจับมือทำงานเป็นทีม การเกาะติดกั๊ตไม่ปล่อยจนนำไปสู่การมีมาตรการใหม่ในสังคมที่ทุกคนยอมรับ นำความสุขของครอบครัวกลับคืนมา มีเรื่องราวดี ๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการปฏิบัติตามโครงการฯ คือความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเพื่อสังคมได้ชี้นำสังคมให้มีการเปลี่ยนแปลงไปทางบวก ที่มีส่วนทำให้สภาพการณ์การดื่มสุราของคนในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าลดลงทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ทำให้สภาพความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่มีความสงบน่าอยู่ สถิติอุบัติเหตุและคดีทะเลาะเบาะแว้งลดลง มีผลลดการกระทำรุนแรงในครอบครัวสามารถกระตุ้นเตือนและโหม่นน้ำใจให้คนติดสุราเข้าสู่กระบวนการบำบัดสุราได้ นอกจากนี้ยังรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำโครงการฯ แล้วมีผลเป็นที่ประจักษ์ว่าหลังการดำเนินการแล้วมีผลทำให้มีส่วนเปลี่ยนวัฒนธรรมการจัดงานบุญในพื้นที่ที่ปลอดจากการดื่มสุราแล้วสามารถพิสูจน์ได้ว่าช่วยประหยัดงบประมาณในการจัดการทางสังคมเหล่านี้หลายหมื่นถึงนับแสนบาท รวมถึงการเป็นพื้นที่ตัวอย่างของพื้นที่อื่น ๆ ใกล้เคียงให้สนใจนำไปดำเนินการเช่นเดียวกันกับที่โครงการฯ นี้ดำเนินการมาแล้ว ผู้เกี่ยวข้องมีความภาคภูมิใจที่พื้นที่ดำเนินการโครงการฯ ได้กลายเป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงานในการปฏิบัติกรฯ และเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้เป็นวิทยากรในเวทีต่าง ๆ รวมถึงการได้รับรางวัลต่าง ๆ ดังตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ

“หวานฮั่น (ช่วงนั้น) กะงานญาติพี่จะเจ้ากะบ่เอาเหล้าบ่เสียค่าเหล้าประหยัดได้หลายบ่มีไผ่ถามกินเต๊ะละ คนกะมาช่อยงานหลายคือเก่า ได้ผลอยู่คิดว่าได้ผลเกือบร้อยพุ้นละ” (สัมภาษณ์ชาวบ้านสตรีในพื้นที่เลย)

“เมื่อก่อนนี้การจัดงานบุญ งานบวชงานศพ งานละสามหมื่น สี่หมื่น ห้าหมื่น แต่แค่เครื่องต้มมะเฉพาเหล้านะทั้งเหล้าขาว เบียร์ กลม แบน ไปจั้งชั้น ถ้าเอาเงินนั้นมาซื้อของเข่าวัดยังดีกว่าเลย” (BE2)

“ดีดีมาก เฮ็ดโครงการงานศพปลอดเหล้า แยกบ้านอื่นที่มาจากงานศพ เผ่นเห็นก็เลยว่ “หมู่บ้านนี้คือดีหลายแท้” ซึ่งแยกผู้ที่มาในงานเป็นพี่น้องของคนตาย เผ่นพากันมาจากบ้านอื่น 3-4 หมู่บ้าน เผ่นมาเห็นโครงการนี้...เผ่นก็เลยว่ “คือดีคักแท้หมู่บ้านนี้” ..ดีแท้ที่มีผู้ชักนำผู้ชักจูงมาให้และหลังจากนั้นมาก็มีผู้มาศึกษาดูงานนำคะ...เผ่นที่มาศึกษาดูงานเฉพาะพื้นที่หมู่บ้าน..... โดยดูเรื่องศักยภาพหมู่บ้านมีความเข้มแข็ง” (สัมภาษณ์ชาวบ้านสตรีในพื้นที่บุรีรัมย์)

“แนวภูมิใจกะสิเป็นรางวัลที่ดี คือรางวัลในคำชมกะเฮ็ดให้เกิดความภาคภูมิใจเต๊ะครับ” (สัมภาษณ์กรรมการกำกับสุราชายในพื้นที่อุบลราชธานี)

## อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพถึงประสพการณ์การปฏิบัติวิจัยของผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบแก่นความคิดสำคัญ คือ 1) การขับเคลื่อนผ่านบทบาทสตรีที่ทำด้วยหัวใจ 2) จากจุดเริ่มที่ดูแลน้อยลงสู่แผนกลยุทธ์ร้อยเล่มเกวียน และ 3) เก็บเกี่ยวดอกผลบนความภาคภูมิใจ ข้อค้นพบในครั้งนี้พบว่าผู้หญิงที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวทำหน้าที่ขับเคลื่อนโครงการฯ “พาเซเจ้าเซเหล้า” ได้ทำประโยชน์เพื่อคนอื่นซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยอื่นที่พบว่าผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในงานอาสาสมัคร<sup>26</sup> เช่น รายงานตัวเลขในไทเปมีผู้หญิงทำงานอาสาสมัครเป็นสัดส่วนต่อผู้ชายประมาณ 70:30<sup>27</sup> อธิบายถึงการเข้ามาเป็นรับบทบาทนี้ทุกคนอธิบายว่าเพราะเธอต่างมีประสพการณ์ที่เจ็บ

ปวดจากการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ใกล้ชิดมีปัญหาการดื่มสุรา บ้างเสียชีวิตเพราะสุรา บ้างเสียผู้เสียคนเสียการเสีงาน สูญเสียครอบครัวก็เพราะสุรา เธอจึงไม่ยอมให้อนาคตลูกหลานในชุมชนต้องประสบชะตากรรมเดียวกัน เธอเชื่อว่าหลายคนคิดหาหนทางแก้ไขปัญหา แต่ก็ท้อแท้เพราะคิดว่าเกินกำลังความสามารถที่จะทำ การที่ต่างคนต่างทำไม่มีพลัง ต้องรวมกันและทำไปด้วยกันแบบมีกลยุทธ์ขั้นตอน เมื่อมีโครงการฯเช่นนี้เข้ามาก็รับที่จะทำดีกว่าอยู่เฉย ๆ แล้วปล่อยบ้านเมืองเป็นไปตามยถากรรม ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าเธอให้ความหมายของการอุทิศตนทำงานเพื่อส่วนรวมครั้งนี้เป็นการ “ทำบุญ” ช่วยลดปัญหาทางร่างกายจิตใจของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น<sup>26</sup> ซึ่งสตรีมีคุณสมบัติหลายประการในการทำงานเล็กใหญ่ได้สำเร็จ เช่น คุณสมบัติมีของความเป็นแม่ที่เอาใจจริงใจ ความอดทน มีความสามารถในทางสื่อสารโน้มน้าวใจ เข้ากับคนง่าย สามารถนั่งฟังคนอื่นได้ เป็นได้ทั้งผู้นำและผู้ตามที่ดี ยืดหยุ่น ละเอียดลออ มีท่าทีดี นำวิ้วางใจ ดูเสียสละอุทิศตน กล้าแสดงออกในการรณรงค์ มีความคล่องตัวและหลากหลายในตัวเองและมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติการรณรงค์เรื่องใดเรื่องหนึ่งในชุมชน<sup>28</sup> ประการสำคัญแรงผลักดันให้สตรีกระตือรือร้นในการทำงานเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรานั้นเพราะหลายคนมีคนในครอบครัวติดสุรา ผ่านความรู้สึกยุ่งยาก ทุกข์ใจจากการปัญหาการดื่มสุราในครอบครัวหรือและบางคนต้องสูญเสียสมาชิกในครอบครัวไปจากปัญหาสุรามาก่อน<sup>29</sup> เพราะปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดเชิงเพศภาวะ<sup>18</sup> เป็นค่านิยมที่สังคม “ผลิตซ้ำ” สืบทอดกันมาเป็นทุนทางสังคมต้านลบลู่ปัญหาการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดความคิด ความเชื่อ มายาคติสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมตั้งแต่ลืมาจากกรรมมารดา จนนำไปสู่วาทกรรมของการดื่มกินในสังคม<sup>30</sup> อาทิ “ลูกผู้ชายตัวจริงต้องดื่มเหล้า”<sup>31</sup> รวมทั้งได้รับการสร้างกระแสค่านิยม “หญิงเก่ง” “หญิงทำงาน” จากสื่อโฆษณา ผู้หญิงบางส่วนจึงดื่มสุรามากขึ้น<sup>32,33</sup> โครงการฯนี้จึงเพิ่มพลังอำนาจแก่แกนนำด้วยการบูรณาการแนวคิดเชิงเพศภาวะ (gender-

based action) ในการอบรมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรฯ ของรูปแบบฯ สิ่งที่มีการปฏิบัติการวิจัยปฏิบัติ คือ การลดทอนความเชื่อ ฐันท่านมาความคิดทางสังคม เพื่อมิให้บุรุษหรือสตรีใช้ท่าที พฤติกรรม “การตีมสุรา” เป็นสัญลักษณ์แห่งการแสดงซึ่งศักยภาพ ความสามารถทางครอบครัว และสังคมอีกต่อไป โดยส่วนลึกของ “ตัวตน” ทั้งบุรุษและสตรีต่างมีความโหยหาต้องการให้ตนเองเป็นที่ยอมรับในสังคม<sup>34</sup> จากแนวคิดนี้จึงนำมาซึ่งการมอบหมายภารกิจเชิงจิตวิทยา ทำให้เขารู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน มีบทบาท ถูกคาดหวังจากสังคมจนนำไปสู่การสร้างกระแส เปลี่ยนความเคยชินที่ตีม จนกลายเป็นวัฒนธรรมใหม่ที่ “ตีมาแล้วผิดปกติ” ให้เกิดความละอายใจที่จะตีม สร้างพิธีกรรมใหม่ พิธีกรรมที่เดิมเชื่อว่าจะต้องมี “สุราม่าเป็นตัวประสาน”<sup>15</sup> กลายเป็น “สุราคือยาพิษทำลายมิตรภาพ”

สุราเป็นปัญหาที่ประชาชนรับรู้ว่ายากแก่การจัดการเสมือนทางตัน จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีความลังเลในช่วงเริ่มต้นว่าจะมีความเป็นไปได้ในการก้าวต่อไปอย่างไร แต่จากจุดเริ่มต้นที่ดูเลือนลางเลขของผู้เกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนการปฏิบัติการให้ความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจปัญหา เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอันจะก่อให้เกิดความตระหนักรู้เรื่องการตีมสุราที่เป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และ สังคม<sup>35</sup> โดยผ่านกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดความตระหนักรู้เชิงวิเคราะห์ (critical awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพ และ ข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลง หรือ แก้ไขปัญหาการตีมสุรา<sup>36</sup> เมื่อเสริมพลังอำนาจแล้ว ปัญหาแก้ไขได้หรือไม่ ไม่เป็นไร แต่จะก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ตระหนักรู้ และ นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจในที่สุด ร่วมกับการสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้สังคมซึ่งเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีมแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น<sup>37,38</sup>

เมื่อเข้าสู่กระบวนการปฏิบัติการวิจัยการปฏิบัติการตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว

มหาวิทยาลัยขอนแก่นกำหนดให้มีการปฏิบัติการตามแผนกลยุทธ์ 8 ขั้นตอนซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์แบบเป็นทางการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ของแกนนำสุขภาพครอบครัวยังระบุว่ามีการใช้กลยุทธ์ส่วนบุคคลด้านการสร้างความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและการใช้เครือข่ายให้เกิดประโยชน์ที่คาดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องผลการนำเสนอของผลการวิจัยอื่นที่ระบุว่างานอาสาสมัครสามารถสร้างบทบาทการทำงานจากการบูรณาการความเชื่อมโยงกับสมาชิกและเครือข่ายทางสังคม<sup>39</sup> ทั้งทางตรงและทางอ้อม แม้ว่าการปฏิบัติการทุกเรื่องต้องมีการเผชิญปัญหาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลก็ระบุว่าไม่ย่อท้อและร่วมกันฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคด้วยการเชื่อมโยงการเรียนรู้ระหว่างคนในชุมชน เกิดการเชื่อมเครือข่ายทุนทางสังคมให้สามารถระดมมาใช้ในการแก้ปัญหาการตีมสุรา<sup>40,41,42</sup> เพราะทุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจหรือไม่ทำอะไรต่อบุคคล<sup>43</sup> หรือ กลุ่มบุคคล<sup>19</sup> เป็นการเชื่อมโยงบุคคลที่เขาไว้วางใจให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ การเกิดพฤติกรรมร่วมของกลุ่มเครือข่ายทางสังคม ซึ่ง Oh, Labianca และ Chung<sup>44</sup> ได้ชี้ให้เห็นว่าการสร้างทุนทางสังคมให้มีลักษณะเป็นกลุ่มก้อนนี้มีข้อดีที่สามารถเป็นแหล่งก่อให้เกิดพลังงานร่วมในการขับเคลื่อน เป็นการเพิ่มพูนทุนทางสังคมให้มีคุณภาพและนำไปสู่พลังร่วมสามารถจัดการกับปัญหาการตีมสุราไม่พึงประสงค์ต่อไปได้ ในที่สุดเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการและพบว่าประสบผลผู้ให้ข้อมูลต่างรู้สึกภาคภูมิใจในผลงานซึ่งสอดคล้องในรายงานการวิจัยที่ระบุว่าผู้ทำงานแบบอาสาสมัครรู้สึกมีความพึงพอใจในชีวิตและภาคภูมิใจในผลสำเร็จที่ตนเองได้ทำไป<sup>45</sup> เพราะงานที่สำเร็จถือว่าช่วยให้คุณภาพชีวิตครอบครัวผู้ตีมสุราดีขึ้นเพราะเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวตีมสุรามักเกิดความขัดแย้ง มีมุมมองที่ไม่สอดคล้องกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่คิดว่าสุราก็ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และ ความสงบสุขในครอบครัว เป็นความคิดเห็นขัดแย้งกันและอาจนำไปสู่การล่มสลายของครอบครัวได้<sup>39</sup> เพราะก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างความคิด ขัดแย้ง

นอกจากนี้ความรู้สึกภาคภูมิใจนี้ยังเกิดจากการมีขวัญกำลังใจ<sup>43</sup> จากการที่ได้รับการชื่นชมยกย่องในผลงานในรูปแบบต่างๆ ทั้งจากชุมชนและรางวัลในระดับต่างๆ เช่น ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต

ในที่สุดการศึกษาประสบการณ์ที่สะท้อนจากแกนนำสุขภาพครอบครัวในการปฏิบัติการเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนตามรูปแบบการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้ประโยชน์ในแง่บทเรียนที่ได้เรียนรู้ร่วมกันตลอดถึงเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้สนใจในการปฏิบัติการที่คล้ายกันอันนำไปสู่การป้องกันปัญหาล่วงหน้าได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประจําพื้นที่ และ ศูนย์ CRTGWH มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ร่วมกันสนับสนุนทุนการดำเนินการโครงการรวมถึงกลุ่มผู้ช่วยวิจัย คณะกรรมการสุขภาพครอบครัวและประชาชนในพื้นที่วิจัยในจังหวัดบุรีรัมย์ เลย และอุบลราชธานีที่ร่วมปฏิบัติการวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, September 6-12, Alma-Ata, USSR, 1978.
2. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์ จำกัด, 2542.
3. ดารุณี จงอุดมการณ์ สำราญ พูลทอง กนิษฐา ป้องศิริ ปัทมา ชะวาลิพันธ์ กิตติยาพร จันทรชัม พวงเพ็ชร ลิงหาวาระ จริญญา โคตรชนะ สิทธิรัตน์ พรหมญักคา. ผลของการ ปฏิบัติการในชุมชนตามรูปแบบกุมภวาปี โมเดลต่อสภาพการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชน. ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และ CRTGWH มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.

4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการวิจัยปัญหาการดื่มสุราของคนไทย ปี พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2548.
5. กระทรวงสาธารณสุข. เรื่องเด่นประจำสัปดาห์. สารสุขภาพ 2554; 4(44): 1.
6. บัณฑิต ศรไพศาล. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. วารสารคลินิก 2549; 22(1): 7-13.
7. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ศิริพร จิรวัฒน์กุล ธรรณิทร์ กอง สุข สุพิตรา สุชาวท จินตนา ลั้งเพิ่มพูน เยาวเรศ สุตะโท. เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 5(1): 61-74.
8. Jongudomkarn D. & West BJM. Work Life and Psychological Health: the Experiences of Thai Women in Deprived Communities. Health Care Women Int 2004; 25(6): 527-42.
9. Jongudomkarn D & Camfield L. Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. Soc Indic Res 2006; 78(3): 489-529.
10. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
11. อวิस्ता จันทรแสนตอ. ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
12. บุญเสริม หุตะแพทย์. ประมวลสาระชุดวิชาการศึกษามหาบัณฑิตชายหญิง: Gender studies หน่วยที่ 1-5. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2545.
13. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). ยุทธศาสตร์โลกในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด; 2553.

14. เทพินทร์ พัชรานุรักษ์. พฤติกรรมการบริโภคสุรา: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2541.
15. ดารุณี จงอุดมการณ์ ประพันธ์พงษ์ ปะภิระนะ นฤมล โคตรชมพู จีรวรรณ สุวัน โฉมตรู ภูหนองไธ้ เกษราภรณ์ คลังแสง และคณะ. การลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวในปฏิบัติการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 33(4): 38-41.
16. Baumbusch JL, Kirkham SR, Khan KB, McDonald H, Semeniuk P, Tam E & Anderson JM. Pursuing common agendas: A collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. Res Nurs Health 2008; 31: 130-40.
17. Sandelowski M. One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. Res Nurs Health 1996; 19: 525-9.
18. World Health Organisation Europe. The Family Health Nurse: Context, Conceptual, Framework, and Curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
19. Putnam DR. Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 2000.
20. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health 2000; 23: 334-40.
21. Morgan DL. Focus groups. Annu Rev Sociol 1996; 22: 129-52.
22. Morgan DL. Focus groups. In SN Hesse-Biber, P Leavy (Eds). Approach to qualitative research: A reader on theory and practice. New York: Oxford University Press; 2004. p.263-85.
23. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Qual Res 2001; 1(3): 385-405.
24. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford, UK.: Blackwell, 2002.
25. Morse JM. The significance of saturation. Qual Health Res 1995; 5: 147-9.
26. Mesas DAKH, Jong MKDe, McLoughlin K. Being Involved and Making a Difference: Empowerment and Well-Being Among Women Living in Poverty. J Holist Nurs 2005; 23(1): 70-88.
27. Beijing Time News. Taiwan Women Active in Volunteer Work. Beijing Time. Sunday, July 07 2002.
28. Linnan IA, Ferguson YO, Wasilewski Y, Lee AM, Yang J, Solomon F, Katz M. Using community-based participatory research methods to reach women with health message: Results from the North Carolina BEAUTY and Health Pilot Project. Health Promot 2005; 6(2): 164-73.
29. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรแบบบูรณาการโรงพยาบาลสวนปรุง; 2553.
30. เทวัญ ประจักษ์พนา. เพศภาวะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจผ่านวัฒนธรรมการดื่มกิน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสตรีศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
31. สุนทรี ศรีโกศัย. ทบทวนองค์ความรู้: การดื่มสุราและการติดสุราของสตรี. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และ วิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรแบบบูรณาการ (พรส.); 2553.
32. Moller-Leimkuhler MA, Schwarz R, Burtscheidt W, Gaebel W. Alcohol dependence and gender-role orientation. Eur Psychiatry 2002; 17: 1-8.

33. Keyes MK, Grant FB, Hasin SD. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug Alcohol Depen* 2008; 93: 21-9.
34. Satir V. *Self Esteem*. Berkeley, Calif: Celestial Arts; 2001.
35. Wallerstein NB, Duran B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities; *HPP* 2006; 7(3): 312-23.
36. Gibson CH. A Concept Analysis of Empowerment. *JAN* 1991; 16(3): 354-61.
37. Neighbors C, Lee C M, Lewis M A, Fossos N, & Larimer M E. Are social norms the best predictor of outcomes among heavy drinking college students? *JSAD* 2007; 68: 556-65.
38. Schultz CG & Neighbors C. Perceived norms and alcohol consumption: Differences between college students from rural and urban high schools. *J.Am. Coll.Health* 2007; 56(3): 261-65.
39. Wilson J, Musick M. The Effects of Volunteering on the Volunteer. *Law Contemp Probl* 1999; 62(4): 141-68.
40. Akdere M; Roberts PB. Economics of Social Capital: Implication for Organizational Performance. *ADHR* 2008; 10(6): 802-16.
41. De Flores CHB. A Conceptual Framework for the Study of Social Capital in New Destination Immigrant Communities. *J. Transcult. Nurs* 2010; 21(3): 205-11.
42. Derosé KP & Varda DM. Social Capital and Health Care Access: A Systemic Review. *Med Care Res Rev* 2009; 66(3): 272-306.
43. Musick M, Wilson J. Volunteering and Depression: The Role of Psychological and Social Resources in Different Age Group. *Soc Sci Med* 2003; 56(2): 259-69.
44. Oh H, Labianca G, Chung M-H. A Multilevel Model of Group Social Capital. *Acad Manage Rev.*2006; 31(3): 569-82.
45. Ziegler M, Schmidt-Atzert L, Buhner M, Krumm S. Fakability of different measurement methods for achievement motivation: questionnaire, semi-projective, and objective. *PSS* 2007; 49(4): 291-307.