

**การลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชน: การประยุกต์แนวคิด
พยาบาลสุขภาพครอบครัวในปฏิบัติการวิจัย***
**Reducing Alcohol Misuse in Community:
An Application of the Family Health Nurse into
Research Intervention***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 33 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2553

Volume 33 No. 4 (October-December) 2010

ดาร์ณี จงอุดมการณ์ Darunee Jongudomkarn RN, Ph.D.** นฤมล โคตรชมภู BN***
ประพันธ์พงษ์ ประภินันท์ BN*** โอมธรรมา ภูทองอิน BN**** บริศรา คลื่นแก้ว BN****
สุพรรณ ศรีทองพาน MSN**** สุนทรี แจ่มแสง MSN**** อภิญญา ชาญศิริ MSN****
จิราวรรณ สุวัน BN**** อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ MA***** เกษราภรณ์ คลังแสง MA*****

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการวิจัยตามกรอบแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวขององค์การอนามัยโลก เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรา โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในแกนนำชุมชนจำนวน 256 คน แกนนำครอบครัวจำนวน 235 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการประชุมและระดมสมองแกนนำครอบครัวและชุมชนจำนวน 60 คน จาก 15 ชุมชน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์การดื่มสุราของคนในชุมชนในปัจจุบันนับวันรุนแรงมากขึ้น มี 3 ชุมชนที่เข้าร่วมปฏิบัติในโครงการฯ ร่วมวางแผนกลยุทธ์ แผนการดำเนินงานและการสร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน ในรูปแบบต่างๆ ตามกรอบแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชน ระเบียบการดื่มสุราในหมู่บ้านหลังการปฏิบัติการพบว่าสภาพการดื่มสุราลดลง รูปธรรมผลลัพธ์การดำเนินงานที่ได้ผลดี ในที่สุดได้เสนอ “กุ่มกาวปีโมเดล” เป็นต้นแบบในการจัดโครงสร้างการจัดการปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในพื้นที่ ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเผยแพร่และส่งต่อแนวคิดให้ท้องถิ่นรับไปดำเนินงานต่อ

คำสำคัญ : พยาบาลสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติการวิจัยในชุมชน การลดปัญหาการดื่มสุรา

Abstract

The action research based on WHO Family Health Nurse combining quantitative and qualitative for reducing drinking problems was conducted. Quantitative data were gathered using a survey among 256 community, and 235 family leaders. Qualitative data were collected through brain storming and dialogue with 60 family and community leaders from 15 villages. Results revealed a large-scale alcohol misuse. Three villages participated in the implementation of the project. The strategic and action plans solving alcohol problems, empowerment, support, and education took place in various forms to prevent, solve and rehabilitate undesirable drinking problems. Exit evaluation of the proposed model was conducted. Results revealed decreased alcohol consumption in the communities. A knowledge and experience exchange forum was carried out among the committee and local government agencies. Finally, ‘The Kumpavapi model’ was presented as a model for solving unwanted drinking problems.

keywords: Family Health Nurse, community-based actions research, reducing drinking problems

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยประเภทการวิจัยเชิงนโยบาย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2553

**รองศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิจัยสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขานิติศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว

****พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลอำเภอ

*****อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

*****ผู้ช่วยนักวิจัย กลุ่มวิจัยสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์เกินความจำเป็นในสังคมไทยกลายเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจน และกลายเป็นธรรมเนียมการปฏิบัติของผู้ติ่มที่มีก๊อ้าวากรรมว่าเป็นการติ่ม “เพื่อสังคม” เป็นความเคยชิน และเจตนาในชุมชน เห็นการตั้งวงเหล้ามากมาย ปรากฏการณ์ที่น่าวิตก คือ การเพิ่มจำนวนของผู้ติ่มหน้าใหม่มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพิจารณาได้จากผลการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550 ที่พบว่าเยาวชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปติ่มสุรามากถึง 19.3 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงถึง 2.3 ล้านคน สะท้อนให้เห็นว่าการติ่มสุรามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ¹ ข้อมูลยังระบุว่าสัดส่วนผู้ที่ติ่มนาน ๆ ครั้งลดลง ในขณะที่นักติ่มประจำเพิ่มขึ้น สัดส่วนของการเพิ่มขึ้นของนักติ่มประจำถึงร้อยละ 45 ส่วนอายุ 20 -24 ปี มีนักติ่มประจำเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 และยังพบว่ากลุ่มผู้หญิงมีสัดส่วนนักติ่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ทั้งนี้มีตัวเลขยืนยันทางสถิติพบว่า ปริมาณการจำหน่ายนำเข้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

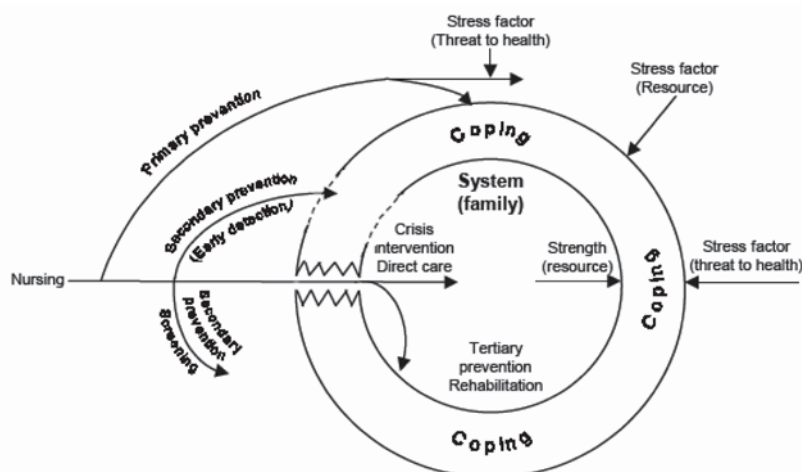
พฤติกรรมกรรมการติ่มสุราที่เพิ่มมากขึ้นแบบไม่พึงประสงค์จนกลายเป็นปัญหาและสร้างความเสียหายให้แก่ประเทศเป็นจำนวนมาก เช่น ในปี พ.ศ. 2546 สามารถคิดเป็นมูลค่ากว่า 13,007.9 - 33,652.6 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.22 - 0.56 ของ GDP โดยแบ่งเป็น 1) ความเสียหายที่คิดเป็นต้นทุนส่วนบุคคลผู้ติ่มสุรา อาทิ อาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการติ่มสุราเป็นต้นทุนค่ารักษาโรค ต้นทุนเวลาที่ขาดงานเนื่องจากการติ่ม และมูลค่าการสูญเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการติ่มสุรา มีมูลค่ารวมเป็น 4,968.4 - 7,492.8 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 22.2 - 38.2 ของมูลค่าความเสียหายทั้งหมด 2) ต้นทุนต่อสังคมของการติ่มสุรา ได้แก่ การตายและอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการติ่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยมูลค่าการสูญเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่มาจาก การติ่มสุรา ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ประสบอุบัติเหตุจากการติ่มสุรา คิดเป็น 8,039.5 - 26,179.8 ล้านบาทซึ่งคิดเป็นร้อยละ 61.8 - 77.8 ของมูลค่าความเสียหายทั้งหมด^{3, 4}

การแก้ปัญหาค่าการติ่มสุราจึงเป็นสิ่งที่ยากแก่การจัดการเพราะเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกวงการโดยเฉพาะในวงการสื่อสารมวลชนที่ต้องอาศัยรายได้หลักจากการขายโฆษณา สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้สุราซึ่งเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่กฎหมาย และสังคมยอมรับ ให้มีการจำหน่ายได้ทั่วไป ง่าย ถูกสร้างค่านิยมและตอกย้ำเชิงบวกอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแฟชั่นที่ถูกทำให้ดูเท่สำหรับเยาวชน⁵ ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ติดอันดับบริโภคแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก และพบว่าอายุของผู้ติ่มเริ่มต่ำลง^{6, 7} สุรายังมีผลกระทบต่อผู้ติ่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ด้านร่างกาย^{8, 9} ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน¹⁰ ไม่รับผิดชอบนำมาซึ่งปัญหาทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ในครอบครัว และสังคม^{11, 12} เกิดภาวะซึมเศร้าและเกิดอาการทางจิตได้³ ความจำเสื่อม¹⁴ ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น¹⁵ มีโรคพิษสุราเรื้อรัง นำไปสู่ปัญหาการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว ก่อให้เกิด ‘ครอบครัวอยู่ทุกข์ไร้สุข’ ตามดัชนีชี้วัดครอบครัวอยู่ดีมีสุข 22 ตัวชี้วัด¹⁶ ตัวชี้วัดที่ 18 ที่ระบุว่า “การเป็นครอบครัวที่มีสมาชิกไม่ติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติด”

ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิด “พยาบาลสุขภาพครอบครัว” (family health nurse) ซึ่งได้รับการเสนอภาพความคิดครั้งแรกโดยองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปในปี ค.ศ. 2000 และได้รับการนำไปปฏิบัติเป็นนโยบายทั่วยุโรป¹⁷ เป็นกรอบขึ้นนำปฏิบัติการวิจัย แนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวนี้เกิดขึ้นจากข้อเรียกร้องต้องการพยาบาลที่มีคุณลักษณะมีความเชี่ยวชาญในการเข้าถึงครอบครัวในชุมชนในระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทในการดูแลต่อเนื่อง (the whole continuum of care) ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ป้องกันโรค (disease prevention) ฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) และให้การดูแลผู้รับบริการ (providing care) ประการสำคัญพยาบาลสุขภาพครอบครัวมีบทบาทในการสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวในชุมชน ทำงานแบบหุ้นส่วนด้วยการระดมทุนทางสังคม ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อแก้ไขปัญหาด้านด้วยตนเอง มีคุณลักษณะการทำงาน คือ เป็นผู้ดูแลสุขภาพ (a care

provider) เป็นผู้ตัดสินใจทางสุขภาพ (decision-maker) เป็นผู้สื่อสาร/ประสานงาน (communicator) และ เป็นผู้จัดการทางสุขภาพ (leader/manager) จุดเน้นในการทำงานของพยาบาลสุขภาพครอบครัว คือ ทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน ผ่านการทำงานโดยการเยี่ยมบ้าน ดูแลครอบครัวทั้งระบบ (family as the unit of care) เป็นการดูแลต่อเนื่องและอย่างเท่าเทียม (reciprocity) ปฏิบัติกิจกรรมทั้งด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค (health promotion/disease prevention) การตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่นๆ แล้วรีบแก้ไขในทันที โดยพยาบาลสุขภาพครอบครัวให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พยาบาลสุขภาพครอบครัวจึงเป็นพยาบาล

ด้านแรก (family's first point of contact) ที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัวกับระบบบริการสุขภาพ^{17,18,19,20} แนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวแบ่งระดับการดูแลเป็น 4 ระดับ กล่าวคือ 1) ระดับที่ 1 การป้องกันปัญหาการดื่มสุราระดับปฐมภูมิ (primary prevention) 2) ระดับที่ 2 การป้องกันปัญหาการดื่มสุราระดับทุติยภูมิ (secondary prevention/ screening/ early detection) 3) ระดับที่ 3 การป้องกัน/ฟื้นฟูสภาพปัญหาการดื่มสุราระดับตติยภูมิ (tertiary prevention/ rehabilitation) และ 4) ระดับที่ 4 การดูแลแบบโดยตรงเพื่อช่วยผู้ป่วย/ครอบครัวรับมือต่อภาวะวิกฤตได้ (crisis intervention/ direct care) โดยมีตัวอย่างการปฏิบัติการดูแลสุขภาพครอบครัว (care scenarios)^{17,18,19,20} เพื่อการดูแลแก้ไขปัญหาการดื่มสุราจนครบทุกระดับ ดังภาพแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบการทำงานของพยาบาลสุขภาพครอบครัวในการดูแลแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา¹⁷

ดังนั้น พยาบาลสุขภาพครอบครัวจึงเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในระดับที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการสุขภาพด้านแรกแก่ครอบครัวทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ “จากครรภ์มารดาจนถึงเชิงตะกอน” เพราะเป็นการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิด เกิด ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วย หลังเจ็บป่วย ครอบครัวในภาวะหลังความตาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต

วิญญาณ เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่งของครอบครัวอันจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชน ยังไม่รวมถึงภารกิจอื่นๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม ทั้งทางเศรษฐกิจ การเมืองทั้งระดับท้องถิ่นและประเทศ^{17,21} โดยองค์การอนามัยโลกคาดหวังว่าพยาบาลสุขภาพครอบครัวสามารถสนองตอบนโยบาย “Health 21” ซึ่งเป็นเป้าหมายทางสุขภาพ 21 ประการให้บรรลุซึ่งความสำเร็จในศตวรรษที่ 21 พร้อมทั้งระบุไว้ว่า “The Family

Health Nurse” มีขอบเขตและศักยภาพที่จะช่วยให้ Health 21 นี้บรรลุเป้าหมาย 20 ข้อ ใน 21 ข้อ ข้อที่อาจไม่บรรลุ คือ ข้อที่ 17 ว่าด้วยการออกนโยบายทางการเมืองของผู้มีอำนาจทางการเมืองและทางวิชาชีพ พร้อมทั้งให้คำจำกัดความว่า¹⁷ “พยาบาลครอบครัวเป็นผู้ที่ช่วยให้บุคคลและครอบครัวสามารถรับมือหรือปรับตัวได้กับสภาพที่ไม่พึงประสงค์ อาทิ ความเจ็บป่วย ความทุพพลภาพ ภาวะกดดัน โดยให้การดูแลที่บ้านผู้รับบริการร่วมกับครอบครัว โดยมีจุดเน้นได้แก่การให้คำปรึกษาด้านวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมถึงการช่วยเหลือดูแลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสุขภาพโดยการตรวจพบแต่เนิ่นๆ เพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญหาด่วนแต่เนิ่นๆ ไม่ให้บานปลาย...” และตระหนักว่าบทบาทการทำงานของพยาบาลสุขภาพครอบครัวจะเป็นฟันเฟืองสำคัญในการลดระดับความรุนแรงของปัญหาด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบของการพยาบาลสุขภาพครอบครัวทดลองปฏิบัติขึ้นในการลดปัญหาการติ่มสุราในระดับชุมชน¹⁸ โดยการใช้การปฏิบัติการวิจัยแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทุนทางสังคมของชุมชนที่มีเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ในปัญหาการติ่มสุราทุกระดับ คือ ระดับชุมชน ระดับครอบครัว และ ระดับบุคคล รวมทั้งเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายทุนทางสังคมให้สามารถระดมมาใช้ในการแก้ปัญหาการติ่มสุรา^{22,23} เพราะทุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำหรือไม่ทำอะไรต่อบุคคล²⁴ หรือ กลุ่มบุคคล²⁵ เป็นการเชื่อมโยงบุคคลที่เขาไว้วางใจให้นำพาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ การเกิดพฤติกรรมร่วมของกลุ่มเครือข่ายทางสังคม ซึ่งทั้ง Oh, Labianca และ Chung²⁶ ได้ชี้ให้เห็นว่าการสร้างทุนทางสังคมให้มิลักษณะเป็นกลุ่มก้อนนี้มีข้อดีที่สามารถเป็นแหล่งก่อให้เกิดพลังงานร่วมในการขับเคลื่อน เป็นการหนุนกำลังซึ่งกันและกันได้

บทความนี้มุ่งนำเสนอบางส่วนของการปฏิบัติการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ที่มีวัตถุประสงค์ของโครงการใหญ่ คือ ศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ของการพัฒนาโครงสร้างหน้าที่สถาบันครอบครัวและชุมชนในการแก้ปัญหาการติ่มสุราไม่พึงประสงค์บนพื้นฐานของทุนทางสังคมของชุมชนตามกรอบการทำงานของแนวคิดพยาบาลสุขภาพ

ครอบครัวขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากเนื้อหาที่นำเสนอจำกัดผู้วิจัยจึงนำเสนอเน้นส่วนการปฏิบัติการวิจัยตามกรอบแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ 3 ชุมชนที่เข้าร่วมโครงการในอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม²⁷ (Participatory action research) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา (situation analysis phase) ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถึงการรับรู้ของแกนนำชุมชน และ แกนนำครอบครัวซึ่งได้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงสภาพการณ์ปัญหาการติ่มสุราตามการรับรู้ของผู้นำชุมชนและวิเคราะห์สถานะและทุนทางสังคมของชุมชนแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลแก้ไขปัญหการติ่มสุราในครอบครัวและชุมชน 2) ระยะที่ 2 การดำเนินการเพื่อปฏิบัติการแก้ไขปัญห เป็นขั้นปฏิบัติการ (action phase) ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบโครงสร้างหน้าที่สถาบันครอบครัวและชุมชนในการแก้ปัญหาการติ่มสุราไม่พึงประสงค์บนพื้นฐานของทุนทางสังคมของชุมชนที่พัฒนา พร้อมทั้งติดตามผลการทดลองปฏิบัติทุกสัปดาห์ตลอด 120 วันที่ทดลองปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีขั้นตอนวิจัยย่อย 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนร่วมกันในการทดลองใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาร่วมกัน 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การประเมินผลการปฏิบัติ เป็นลักษณะวงจรย้อนกลับ ด้วยวิธีการสังเกต ตีความ สะท้อนคิด (reflection) และลงมือปฏิบัติ จากนั้นมีการทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์อีกครั้ง (look again) ตีความ (reanalyze) และ ลงมือปฏิบัติอีกครั้งตามวิธีการที่เปลี่ยนไป ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้วิจัยและร่วมวิจัยเรียนรู้ร่วมกันผ่านการจัดการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องตามแบบแผนที่กำหนดทุกเดือนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับปรุงการทำหน้าที่ของโครงสร้างสถาบันครอบครัวในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาทดลองใช้จนสามารถสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การขยายฐานการ

ทดลองใช้ในบริบทอื่น ๆ และ 3) ระยะที่ 3 การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน (evaluation phase) เก็บ ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา (situation analysis phase/ Identifying a focus of problem)

ผลการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านการรับรู้ของ แกนนำชุมชนในอำเภอภูพานปีทั้งหมด จำนวน 256 คน และ แกนนำครอบครัวจำนวน 235 คนตามจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่คำนวณได้ ถึงสภาพการณ์ปัญหาการดื่มสุรา ตามการรับรู้ของผู้นำชุมชนและวิเคราะห์สถานะและทุน ทางสังคมของชุมชน ที่เอื้อต่อการปรับโครงสร้างหน้าที่ ของครอบครัวในเรื่องปัญหาการดื่มสุรา ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลพบว่าทั้งส่วนใหญ่กลุ่มผู้นำชุมชนและ แกนนำครอบครัวต่างมองว่ามีปัญหาการดื่มสุราใน ชุมชนตนเอง คิดว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนตัวที่ใครๆ ในสังคมก็ดื่ม เป็นเรื่องที่ยากแก่การเข้าไปดูแลแก้ไข ชาติ คนรับผิดชอบ ส่วนผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ได้จาก การประชุมระดมสมองในกลุ่มแกนนำครอบครัวและ ชุมชนในพื้นที่แสดงความสนใจเข้าร่วมวิจัยในตำบล ภูพานปี และตำบลปะโค อำเภอภูพานปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยแกนนำครอบครัวและชุมชนใน 15 หมู่บ้าน ของสองตำบล จำนวน 60 คน ผลการระดมสมองพบว่า บางชุมชนพร้อมเข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมระดม สมองได้ให้ภาพการดื่มสุราของผู้คนในพื้นที่ว่าการดื่ม สุราไม่มีในทุกครอบครัว ไม่มีครอบครัวไหนที่ปลอดคน ดื่มสุราและสามารถแบ่งกลุ่มผู้ดื่มได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) นาน ๆ ดื่มที พวกนี้ไม่มีปัญหา 2) ดื่มนาน ๆ ดื่มถี่ ๆ พวกนี้มีปัญหา และ พวก 3) ดื่มน้อย ๆ ดื่มถี่ ๆ พวก นี้ดื่มแบบมีปัญห พร้อมทั้งให้คำจำกัดความว่า 2 กลุ่ม หลังนี้เป็นกรดื่มสุราแบบมีปัญห ทั้งนี้ในการวิจัยแบบ มีส่วนร่วมนี้ผู้วิจัยมีความระมัดระวังที่จะไม่ผลักดันให้ ผู้ดื่มสุราหรือผู้มีปัญหาการดื่มสุราต้องก้าวถอยออกไป ด้วยการตีตราหรือเป็นชนกลุ่มน้อย ตรงกันข้ามได้ตั้ง ให้คนกลุ่มนี้เข้ามาเป็นแกนนำ หรือ มีส่วนร่วมการ ปฏิบัติการวิจัย ด้วยการร่วมกันสร้างคำจำกัดความร่วม

กันให้ความหมายของ “การดื่มสุราไม่พึงประสงค์” ก่อน เพราะความหมายนี้จะเป็นคำศัพท์สำคัญของการนำเข้าสู่ การปฏิบัติการวิจัย ไม่ใช่ความหมายที่นักวิชาการและ นักปฏิบัติทางสุขภาพให้นิยาม เช่น คำว่า “ความเสี่ยง จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ซึ่งหมายถึงการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีความเป็นไปได้สูงใน การก่อให้เกิดปัญหา สามารถแบ่งเป็น 1) ความเสี่ยง แบบเฉียบพลัน และ 2) ความเสี่ยงเรื้อรัง ตามระดับ การดื่มของผู้ชายผู้หญิงซึ่งกำหนดไว้ต่างกัน²⁸

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อสังเกตว่า เด็กและเยาวชนใน ชุมชนที่เป็นนักดื่มหน้าใหม่เริ่มตั้งแต่อายุน้อยลงเรื่อย เมื่อ ก่อนเริ่มที่อายุ 12 ปี แต่ปัจจุบัน 9 ปี ก็ เริ่มลองดื่มแล้ว ตามอุดมคติ ผู้นำ ผู้ใหญ่ในชุมชนต้องเข้าไปดูแลปัญหา เรื่องการดื่มสุราของเยาวชนมากกว่านี้ ผู้นำต้องเป็น แบบอย่าง แต่ที่ผ่านมาต่างคนต่างทำ และไม่ต่อเนื่อง และผู้นำบางคนเองก็ดื่มอย่างหนัก จนไม่สามารถเป็น แบบอย่างที่ดีได้ ไม่มีเจ้าภาพดูแลปัญหานี้ ต่อไปนี้เป็น ตัวอย่างการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

“ที่บ้านเป็นร้านค้าในชุมชนจึงเห็นการดื่มเหล้า มาแล้วมากมาย...พวกนี้สร้างปัญหาให้ครอบครัว ประเภทเข้าเียนตั้งวง สังสรรค์ยาวนาน ทำให้เกิด ทะเลาะในหมู่เพื่อนฝูง พี่น้อง เยาวชนส่วนอีกพวกดื่ม ทุกวันจนเมานั้นแหละ พวกนี้ก็ทำงานบ้าง แต่เงินได้มาก ก็ลงขวดหมด พวกนี้เป็นพวกพิษสุราเรื้อรัง ตื่นเช้า ก่อนอื่นก็ง่วง สักเที่ยงก็ง่วง บางคนบอกว่าไม่ยุ่งเกี่ยวกับ ชาวบ้าน แต่มองภาพรวมแล้วเสียหายครับ...” (รอง นายกองัดการบริหารส่วนตำบล)

“...เดี๋ยวนี้ 9 ปี ก็เริ่มแล้ว ป. 3 เมื่อก่อนเป็น เด็กที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไปเริ่มดื่มสุราแล้ว และ 9 ขวบก็ สูบบุหรี่แล้ว ปัญหา คือเมื่อเลิกเรียนแล้วเด็กก็มาเริ่มตั้ง วงดื่มสุราแล้ว ถ้าจะให้ชาวบ้านมาช่วยกันแก้ปัญหาเอง ก็มืดแปดด้าน...” (ผู้ใหญ่บ้าน...)

“ตอนกลางคืน...ก่อนเวลา 18.00 น.และเวลา หลัง 24.00 น.....มีเด็ก 2-3 คน อายุประมาณ 10 ขวบ มีอาการคล้าย ๆ ดื่มสุราไปแล้ว...ลองนั่งคุยด้วย คุยถูกคอกัน....นั่งซักพัก เพิ่มจำนวนเป็น 10 คนซักพัก เพิ่มอีกเป็น 20 คน เป็นเด็กในหมู่บ้าน มีรุ่นพี่ คือ เด็ก ที่ออกจากโรงเรียนไปแล้ว เป็นหัวโจกเพื่อนนั่งดื่มในวง

ด้วย...มีผู้หญิงมาด้วย เหล้าไม่มีการบรรจุขวดมา ก็จะใช้บรรจุขวดน้ำโค้กมา..... (สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล...)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ว่าผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนต่างเริ่มตระหนักว่าปัญหามีแนวโน้มทวี

ความรุนแรงมากขึ้น แต่บางชุมชนมองว่าชุมชนตนเองยังไม่พร้อมร่วมโครงการในการทดลองปฏิบัติการเพื่อดูแลแก้ไขปัญหาการติ่มสุรา จะเป็นเรื่องยากและเป็นไปไม่ได้ในที่สุดมีชุมชนที่เข้าร่วมปฏิบัติการวิจัย 3 ชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการปฏิบัติการวิจัย

การวิเคราะห์ปัญหาเชิงปริมาณ - คุณภาพ	ออกแบบการปฏิบัติวิจัย	สอดคล้องกับแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัว	ประเมินผล/ เมื่อสิ้นสุดโครงการ
1. ปัญหาสุรา ขาดเจ้าภาพดำเนินการเพื่อลดความรุนแรง หรือลดขนาดปัญหา	- จัดเวทีประชาคมหาข้อยุติร่วมกันในการสร้างเจ้าภาพดำเนินการและเป็นที่ยอมรับ - สร้างกลไกการบริโภครสุรา	- การปฏิบัติการแบบเป็นหุ้นส่วน	- มีคณะกรรมการดำเนินการตามแผน มีกฎระเบียบ และส่งต่อกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อดำเนินการอย่างยั่งยืน
2. ปัญหาการติ่มสุรา ขาดการตระหนักรู้ของชุมชน	- ออกแบบการสร้างความรู้ความตระหนักร่วมกันในกลุ่มคนทุกระดับในชุมชน ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ ความตระหนักต่อปัญหาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ และร่วมกันค้นหาผู้เสี่ยงครอบครัวเสี่ยงต่อการติ่มสุราไม่พึงประสงค์	- การป้องกันปัญหาการติ่มสุราระดับปฐมภูมิ - ป้องกันปัญหาการติ่มสุราระดับทุติยภูมิ	- สะท้อนความรู้ต่อปัญหาการติ่มสุราไม่พึงประเมินเพิ่มขึ้น - ทักษะติดต่อการติ่มสุราเป็นไปในทางบวก - มีครอบครัวเสี่ยงจำนวนหนึ่งที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ - ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ ภาพปรากฏการณ์การติ่มสุราไม่พึงประสงค์ในพื้นที่ลดลง
3. ปัญหาการติ่มสุราต่อตนเองและครอบครัว	- ฝึกหัดคณะกรรมการผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลครอบครัว และ พื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพครอบครัว	- การป้องกัน/ พื้นฟูสภาพปัญหาการติ่มสุราระดับตติยภูมิ - การดูแลโดยตรงเพื่อช่วยให้ครอบครัวรับมือต่อภาวะวิกฤต	- จำนวนผู้ติ่มสุราไม่พึงประสงค์ลดลง - ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า มีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปในทางบวก

ระยะที่ 2 การดำเนินการเพื่อปฏิบัติการแก้ไขปัญหเป็นขั้นปฏิบัติการ (action phase)

เมื่อได้ชุมชนที่เข้าร่วมโครงการแล้ว ได้ประชาคมสมัคคนที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการดูแลแก้ไขปัญหการติ่มสุราในชุมชนในเบื้องต้นผลการประชาคมได้คณะกรรมการชุมชนละ 20 คน และได้รับการแต่งตั้งจากอำเภออย่างเป็นทางการ จากนั้นมีการระดมสมองเพื่อสร้างแผนกลยุทธ์ขึ้นการดูแลแก้ไขปัญหการติ่มสุรา

ในชุมชนภายใต้การอำนวยการของพยาบาลสุขภาพครอบครัว (The Family Health Nurse) ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้คำปรึกษาคณะกรรมการฯ ในการดูแลแก้ไขฟื้นฟูสภาพปัญหาการติ่มสุราไม่พึงประสงค์ของหมู่บ้านที่ร่วมโครงการวิจัยครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพ^{29,30,31,32} บูรณาการใช้ในการดูแลประกอบด้วยทฤษฎีระบบครอบครัว (family system theory) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว (family interaction theory)

เมื่อประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในครอบครัวนาง ส. แล้ว กรรมการฯ ดำเนินการเป็นสื่อกลางและอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวมีการสื่อสารกัน ใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อสร้างความเข้าใจ และให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะสมดุล และให้แต่ละฝ่ายมีการปรับตัวรับมือต่อปัญหาในชีวิตและครอบครัวด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัว และให้การแนะแนว (counseling & Coaching) ให้อิสระในการตัดสินใจ กระตุ้นครอบครัวค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว^{35,36}

3. ระดับที่ 3 การป้องกัน/ฟื้นฟูสภาพปัญหาการดื่มสุราระดับตติยภูมิ (tertiary prevention/rehabilitation) เป็นระยะที่พยาบาลสุขภาพครอบครัวให้การฟื้นฟูสภาพแก่ครอบครัวที่ติดสุราและเมื่อช่วยเหลือประสานงานให้เขาผ่านการบำบัดรักษาการติดสุราจากหน่วยบริการสุขภาพแล้วซึ่งได้แก่ศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัด แต่สภาพแวดล้อมต่างๆ อาจนำไปสู่ผู้ติดสุรากลับมาติดสุราได้อีกหากไม่มีการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัว เพื่อนบ้านผู้ใกล้ชิด และพยาบาลสุขภาพครอบครัว ในงานวิจัยนี้คณะกรรมการดูแลแก้ไขการดื่มสุราฯ ในชุมชนได้ให้รางวัลเชิดชูเกียรติแก่ผู้ที่ผ่านการบำบัดสุราและจัดให้เป็นบุคคลตัวอย่างของชุมชน เผื่อหวังไม่ให้กลับดื่มซ้ำ

4. ระดับที่ 4 การดูแลแบบโดยตรงเพื่อช่วยผู้ป่วย/ครอบครัวรับมือต่อภาวะวิกฤตได้ (crisis intervention/ direct care) ระยะนี้เป็นการดูแลโดยตรงต่อครอบครัวที่มีปัญหาการดื่มสุรา ในงานวิจัยนี้ได้บูรณาการเทคนิคการดูแลครอบครัว อาทิ การใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ปัญหาในกลุ่มครอบครัวที่มีสภาพปัญหาล้ายกัน ประเด็นหลักในการสนทนากลุ่มร่วมกันเพื่อหาแนวทางลดผลกระทบจากการดื่มสุราแต่ละครั้งมีสมาชิกกลุ่มในการสนทนากลุ่มละ 5 - 6 คนที่จะทำให้สมาชิกผู้ร่วมสนทนาทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเอง สามารถวิพากษ์วิจารณ์ และมีปฏิริยาโต้ตอบกันในกลุ่มได้ สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ที่ติดสุรา 1 กลุ่ม และกลุ่มสมาชิกครอบครัวที่มีผลกระทบจากการดื่มสุรา 2 กลุ่ม การพบกันระหว่างสมาชิกกลุ่มจัดให้พบกันเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางสู่การปฏิบัติ ก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันจากการเปิดใจต่อกัน เช่น ตัวอย่างคำพูดของมารดาต่อบุตรที่มีปัญหาการดื่มสุรา “เวลาลูกเมาเหล้าแม่บ่นบายใจเลยเครียดหลาย เป็นห่วงหลายนอนไม่ได้ ลูกก็ยังบ่นเข้าบ้านย่านซัดไปลัม ไปชนคนย่านไปมีเรื่องกับคน ย่านเขาตีเอา” ในการดูแลครอบครัวนี้ผ่านกระบวนการดูแลครอบครัวซึ่งประกอบด้วยการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การออกแบบการดูแล และการประเมินผลการดูแล ดังตัวอย่างในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการดูแลในครอบครัวผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ข้อวินิจฉัยปัญหา	การปฏิบัติการดูแลครอบครัว	การประเมินผล
- มีความขัดแย้งเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบของการดื่มสุรา ระหว่างสมาชิกในครอบครัว S : “พ่อกินเหล้า เฮ็ดให้มีปัญหาในครอบครัวหลายหลาย แต่ว่าโตเพิ่นเองมีแต่ว่ากินเหล้ากะบ่ได้เฮ็ดให้ใผเดือดร้อน” O : จากการสัมภาษณ์พบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับ	- ปรับการรับรู้เกี่ยวกับสุราของผู้ติดสุรา และสมาชิกครอบครัวให้ตรงกันโดยการให้ข้อมูลเรื่องโทษของสุรา ผลกระทบต่อผู้ดื่ม ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัว และต่อชุมชน เป็นต้น	- ผู้ติดสุราทราบโทษ และผลกระทบของการดื่มสุราและครอบครัว ตั้งเป้าหมายว่าจะลดการดื่มสุราลงเพื่อลดผลกระทบต่างๆ

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการดูแลในครอบครัวผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยปัญหา	การปฏิบัติการดูแลครอบครัว	การประเมินผล
ผลกระทบที่ไม่ตรงกัน		
-มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสารที่ผิดภายในครอบครัว S : “ถูกชายคนใหญ่ มั่นคำพ่อ บ่นสนใจพ่อเลย เวลาพ่อกินเหล้ามันมีแต่คำอย่างเดียว” “ขามเมาเหล้าว่ากันบู้เรื่องคอกสิปรึกษาหยั่งกะบ่ได้” O : สังเกตเห็นการแสดงออกต่อกันด้วยท่าทางโกรธ ไม่พอใจ เมื่อผู้ติดสุราเกิดอาการเมาสุรา	- ใช้กระบวนการกลุ่ม 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ติดสุรา และกลุ่มผู้ดูแลหลักครอบครัวผู้ติดสุรา กลุ่มละ 6 คนเพื่อระดมสมองหาแนวทางลดผลกระทบจากการดื่มสุรา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้คำแนะนำ และส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวด้านการสื่อสาร เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก และสะท้อนให้ทราบความรู้สึกซึ่งกันและกัน สร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว - สนับสนุน ชี้นำให้เห็นจุดแข็งของครอบครัว คือความรักใคร่ ผูกพันของสมาชิกต่อกัน	ครอบครัวที่สามารถช่วยให้ผู้ติดสุราลดปริมาณการดื่มได้ 2 ครอบครัวคือ ครอบครัวนาย น.และครอบครัวนาง ด. -การสื่อสารภายในครอบครัวชัดเจนมากขึ้น สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกดีขึ้น สมาชิกพยายามปรับบทบาทให้เหมาะสม มีการใช้แหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกครอบครัวมากขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล (evaluation phase)

ประเมินผลการปฏิบัติการวิจัยเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่แสดงผลค่าความพึงพอใจในการดำเนินงาน การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมมีค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับผลของการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สภาพการดื่มสุราในพื้นที่ลดน้อยลง รูปธรรมผลลัพธ์การดำเนินงานที่ได้ผลดีและผลลัพธ์ที่ได้ เช่น ผลลัพธ์การจัดงานศพปลอดเหล้าที่ช่วยให้เจ้าภาพไม่ต้องเสียเงินเลี้ยงสุราและเหลืเงินทำบุญหลายหมื่นบาท มีบุคคลที่สามารถลด หรือเลิกดื่มสุราภายในช่วงการปฏิบัติการวิจัยอย่างน้อย 9 คน จึงสามารถกล่าวได้ว่า ในที่สุดได้เสนอต้นแบบในการจัดโครงสร้างการจัดการปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในระดับชุมชนที่เรียกว่า “กุ่มกวาปีโมเดล” เป็นต้นแบบในการจัดโครงสร้างการจัดการปัญหาการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในพื้นที่ ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเผยแพร่ความคิด ผลการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และส่งต่อไปให้ผู้บริหารในท้องถิ่นรับไปดำเนินงานต่อแก่ผู้บริหารอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ สาธารณสุข

อำเภอ และเทศบาลตำบล เมื่อสิ้นสุดงานวิจัยกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลได้บรรจุโครงการนี้ดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2554 และขยายให้ครอบคลุมพื้นที่

บทเรียนสำคัญที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ซึ่งปฏิบัติการในเรื่องที่เสี่ยงต่อ “การติดยา” ของสังคม การไม่กินผู้มีปัญหาการดื่มสุราคนขายของของสังคม แต่ใช้วิธีการดึงเข้ามาร่วมกิจกรรมรับรู้พิษภัยจากสุรา ร่วมด้วยช่วยกันเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมรณรงค์การดื่มสุราไม่พึงประสงค์ ด้วยกระบวนการกล่อมเกลางานสังคมเพียงระยะเวลาสั้นๆ ของการปฏิบัติการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด การพัฒนากระบวนการเรียนรู้โดยเริ่มจากการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่คณะกรรมการฯ ซึ่งถือว่าเป็น “ครู ก” ที่จะเป็นสื่อต่อ “ครู ข” ในการนำสู่การเปลี่ยนแปลงความคิด เกิดการสร้างกระแสการเปลี่ยนแปลงในวงกว้างของชุมชนหมู่บ้าน กลายเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความรู้สึกนึกคิดร่วมในสังคม^{35,36,37} เป็นปัจจัยเอื้อให้ผู้ดื่มสุราไม่พึงประสงค์ตระหนักรู้ คิด เป็นพลังความคิดจากฝ่ายความรู้สึกอึดสุราชนะเหนือฝ่ายอยากดื่มสุรา เกิดความรู้สึกกระเปิดจากภายในให้อยากหยุด อยากเลิกดื่มสุราในที่สุด เมื่อเกิดความรู้สึกร่วมเช่นนี้ สิ่งทีละ

กรรมการฯ รองรับ คือ การสนับสนุนวิธีการเลิกเหล้าตามวิถีที่ผู้ติ่มสุราไม่พึงประสงค์เลือก ให้กำลังใจทั้งตัวผู้ติ่มและครอบครัวมีกำลังใจหนุนใจให้มั่นคงให้กำลังใจแก่กัน ในการฟื้นฟูอุปสรรคไปด้วยกัน รักษาสภาพความรู้สึกต้องการเลิกเหล้าให้คงทน และร่วมฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจอันเนื่องมาจากพิษสุรารูปแบบนี้ นับว่าเป็นแนวทางที่สามารถเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นนำไปประยุกต์ใช้ และทดลองใช้ต่อไปได้

ข้อเสนอทางการวิจัย

1) ควรมีการนำรูปแบบการทำงาน “กุ่มกวาปีโมเดล” ซึ่งใช้กรอบแนวคิด “การพยาบาลสุขภาพครอบครัว” ในการบริการปฐมภูมิเพื่อลดปัญหาการติ่มสุราในชุมชนไปทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อพัฒนาต่อยอดปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมในแต่ละบริบท และ 2) ควรมีการทดลองใช้กรอบแนวคิด “การพยาบาลสุขภาพครอบครัว” ในการบริการปฐมภูมิตดลองใช้ในโจทย์วิจัยปัญหาทางสังคมและสุขภาพ อื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยประเภทการวิจัยเชิงนโยบาย ประจำปีงบประมาณ 2553 ขอบพระคุณท่านนายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุ่มกวาปี ผู้นำชุมชน แกนนำครอบครัว และชาวบ้านผู้ร่วมโครงการตลอดจนเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยดำเนินการมาได้อย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. คมชัดลึกรายวัน 1 ส.ค.; 2552
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการดำเนินการปี พ.ศ. 2550 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2550.
3. นิพนธ์ พัวพงศกร และ คณะ. การประมาณการจำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ฝ่ายแผนงานเศรษฐกิจรายสาขา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2548.

4. บัณฑิต ศรไพศาล. สถิติแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.
5. สุชาติ ตริทิพย์คุณ. แนวทางการประสานงานและการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชนสำหรับบุคลากรภาครัฐ. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. 2543; 16(2): 39-50.
6. วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบข้อมูลสารเสพติด: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการวิจัยปัญหาการติ่มสุราของคนไทย ปี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2546.
8. นิตานถ ไชคเกิด. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติ เพื่อ เลิกติ่มสุราของผู้ที่ติดยาในโรงพยาบาลลำพูน. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2545.
9. เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์. พฤติกรรมการบริโภคสุรา: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2541.
10. พีระศักดิ์ เลิศตระการนันท. รายงานโครงการรณรงค์สร้างความตระหนัก และพัฒนาความรู้ ในแกนนำผู้สูงอายุ เรื่อง ผลกระทบของการติ่มสุราและสูบบุหรี่. เชียงใหม่ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.
11. กฤตยา แสงเจริญ สมพร วัฒนกุลเกียรติ นิลาวรรณ ฉันทะปริดา จิราวรรณ แท่นวัฒนกุล ภณทิรา อธิรัตน์. รายงานการวิจัย เรื่อง ความรุนแรงระหว่างคู่ครองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
12. กฤตยา แสงเจริญ จิราวรรณ แท่นวัฒนกุล จอมขวัญ ศศิวรรณพงษ์ ศุภชัย อนวัชพงศ์. ความชุกของการถูกทารุณกรรมทอดทิ้งและพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กในจังหวัดขอนแก่น : ศึกษาในเด็กนักเรียน ผู้เลี้ยงดู.

- วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551; 31(1): 30-40.
13. ศรีสมบัติ วานิช และ ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. ใน การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. หน้า 303-316. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก; 2540.
 14. สุพัฒน์ อีระเวชเจริญชัย. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2541.
 15. ปิรทรรณ ศิลปกิจ และคณะ. สุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม. มติชนสุดสัปดาห์. 2536; 13(672): 46.
 16. สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็ก และครอบครัว. ความรู้เพื่อชีวิต สารสำคัญเพื่อการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
 17. World Health Organisation Europe. The family health nurse: context, conceptual, framework, and curriculum. copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
 18. Parfitt BA, Cornish F. Implementing family health nursing in Tajikistan: From policy to practice in primary health care reform. Soc Sci Med 2007; 65: 1720-9.
 19. Hennessy D, Gladin L. Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
 20. Macduff C, West BJM. An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland. Int J Nurs Stud 2005; 42: 47-59.
 21. ดารุณี จงอุดมการณ์. การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว: สมรรถนะและประสบการณ์ การจัดการเรียนการสอน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548; 28(2) : 1-13.
 22. 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.
 23. Deroose KP, Varda DM. Social capital and health care access: A systemic review. Med Care Res Rev 2009; 66(3): 272-306.
 24. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. Am J Sociol. 1988; 94: 95-120.
 25. Putnam DR. Democracy in flux: The evaluation of social capital in contemporary society. New York: Oxford University Press; 2002.
 26. Oh H, Labianca G, Chung M-H. A multilevel model of group social capital. Acad Manage Rev 2006; 31: 569-82
 27. Tolman D, Brydon-Miller M. From subjects to subjectives: a handbook of interpretive and participatory methods. New York, NY: New York University Press; 2001.
 28. บัณฑิต ศรีไพศาล จุฑากรณ์ แก้วมุงคุณ กมล วัฒนพร. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
 29. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing. research theory and practice. 5th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2003.
 30. อุมพร ตรังคสมบัติ. จัดบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ : บริษัท ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว จำกัด; 2544.
 31. Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. J. Fam Nurs. 2001; 7(4): 371-90.
 32. Hanson SMH, Sheryl TB. Family health care nursing: theory, practice, and research. Philadelphia: EA. Davis; 2001.

33. Martyn KK, Loveland-Cherry CJ, Villarruel AM, Cabriaes EG, Zhou Y, Ronis DL, Eakin B. Mexican Adolescents' Alcohol Use, Family intimacy, and parent-adolescent communication. *J Fam Nurs* 2009; 15(2): 152-70.
34. Perry CL, William CL, Veblen-Mortenson S, Toomey TL, Komro KA, Anstine PS, McGovern PG, Finnegan JR, Forster JL, Wagenaar AC, Wolfson M. Project Northland: Outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *Am J Public Health* 1996; 86: 956-65.
35. McCubbin M. Normative family transitions and health outcomes. In AS. Hinshaw, SL. Feetham, & JL. Shaver (eds.). *Handbook of clinical nursing research*. (pp. 201-230). Thousand Oaks, CA: Sage; 1999.
36. Wright LM, Leahey M. *Nurse and families: A guide to family assessment and intervention*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2000.
37. Wagemakers A, Corstjens R, Koelen M, Vaandrager L, Vant Riet H, Dijkshoorn H. Promotion and education. participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. 2008; 15(4): 17-23.