

ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร
อำเภอท่าด่าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Effect of community participation for decrease drinking's
Person at Clongtri community Amphur Thachang
Suratthani Province



สมควร จงอักษร

สมสุข ไชวเจริญ

ปองดา เกมโทะระ

พรทิพย์ โพธิ์กรุประเสริฐ

อารณ์ สุวรรณเจนกุลดิศ

กรุณี ตันพิชญ์วิวัฒน์

ผ่องพิศ อินทวิเศษ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550

สนับสนุนการวิจัยโดย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร
อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Effect of community participation for decrease drinking's
Person at Clongtri community Amphur Thachang
Suratthani Province

สมควร จุลอักษร สมสุข โฉวเจริญ
ปลดา เหมโลหะ พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ
อาภรณ์ สุวรรณเกษภาเลิศ ครุณี ตันติเจริญวิวัฒน์
ผ่องพิศ อินทวิเศษ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550
สนับสนุนการวิจัยโดย
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุรา (2) ทักษะคิดของประชาชนชุมชนคลองไทรต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุรา (3) ความรู้ความเข้าใจและผลกระทบจากการดัดสุราของประชาชนชุมชนคลองไทร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการดัดสุราของประชาชนที่เป็นตัวแทนจากครัวเรือนๆละ 1 คน จำนวน 170 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชน (A-I-C) ต่อการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุรา โดยเครื่องมือที่ใช้วิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดัดสุรา (AUDIT) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

กลุ่มที่ 2 การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุราตามหลักการ A-I-C ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามหลักการ A-I-C แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุรา แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจและผลกระทบจากการดัดสุรา แบบสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรม A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการลดการดัดสุราในชุมชน ซึ่งทั้ง 2 ส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Dependent t- test)

ผลจากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุรา (กลุ่มที่ 1) หลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชนให้กลุ่มที่ 2 ดีขึ้น กล่าวคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดัดสุรา (AUDIT) ต่ำกว่าก่อนจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชน (A-I-C) ต่อการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่า ในกลุ่มที่ 2 ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุราดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดัดสุราสูงกว่าก่อนเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับความพึงพอใจต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการได้มาซึ่งแนวทางการลดการดัดสุราของผู้ที่ดัดสุราในชุมชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 พึงพอใจในระดับมากที่สุด และรองลงมาร้อยละ 23.3 พึงพอใจในระดับมาก

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีผลต่อการลดการดื่มสุราในชุมชนและสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในทางที่ดีขึ้นได้ ตลอดจนสามารถทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราดีขึ้น ดังนั้นเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุราของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน จึงควรนำกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ไปขยายผล แต่ควรมีปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ เช่น นโยบาย และแผนงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

Executive Summary

This study is a quasi-experimental pretest-posttest design aimed to study; 1) the drinking behaviors of person, 2) the attitude of Clongtri community on participation to reduced drinking of person and 3) the knowledge and understanding about drinking effect of people in Clongtri community. The research divided into 2 groups:

Group 1: to evaluate drinking behavior of 170 people who were agent from families (one family one case). The samples were selected by simple random sampling without replacement. The pretest-posttest of A-I-C participation workshop of community on reduced drinking was compared. The instruments were the demographic data and the AUDIT interviews. The Cronbach's Alpha coefficient for reliability was .82.

Group 2: the participation workshop of community on reduced drinking of the alcoholic based on A-I-C concept. The samples were purposive to select 60 samples. The instruments were the community participation program based on A-I-C concept, the demographic data, the attitude on participation of community on reduced drinking of person questionnaire, the knowledge and understanding about drinking effect questionnaire, and the satisfaction on A-I-C activities and activities participation to reduced drinking questionnaire. frequency, percentage, and dependent t-test were used for data analysis.

The results of this study showed that the alcoholic's drinking behaviors (Group1) after participated the A-I-C participation workshops of community (Group 2) on reduced drinking were improve. The drinking behaviors scores (AUDIT) were significantly lower than before the A-I-C participation workshop at .05 levels. Moreover, the attitude of Clongtri community on participation to reduced drinking of person was significantly higher than before the A-I-C participation workshop at .01 level, the knowledge and understanding about drinking effect of Clongtri community was significantly higher than before the A-I-C participation workshop at .01 level, and the satisfaction on participation process and the guideline for reduced drinking of person in the community was found that most of people were satisfaction at a great deal level and numerous level (76.7% and 23.3%, respectively).

The findings showed that from the A-I-C participation workshop, the community participation was effected to reduce drinking in the community and it could change the

community attitude better. Furthermore, it could help the community knew and understood about drinking effect better. Therefore, the result findings should be expand to the other groups and also should be clearly study about the community context but it should be support by another factors such as the policy, the plan and evaluate continually.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถนอมศรี อินทนนท์ และคุณลัดดา พิหรานันท์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบโครงสร้าง เนื้อหา และข้อผิดพลาดต่าง ๆ ตลอดจนการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คุณธนพล อันจิมานนท์ นายอำเภอท่าฉาง คุณมาโนช ทองแท้ สาธารณสุขอำเภอท่าฉาง ที่สนับสนุนบุคลากรเพื่อช่วยเหลือในการจัดกิจกรรม A-I-C ขอขอบพระคุณ คุณทิพวัลย์ สิทธิสุราษฎร์ หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไทร และคุณโกสินทร์ อินทวิเศษ คุณปราโมทย์ ไกรวงศ์ ที่ช่วยประสานงาน เอื้ออำนวยความสะดวก เกี่ยวกับการจัดหาอุปกรณ์ตลอดจนสถานที่ในการจัดประชุม รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบพระคุณประชาชนตำบลคลองไทรที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คุณจันทนา ศรีวิศาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คุณรัตนา เหล่าปิยะสกุล หัวหน้าตึกชาย 2 ที่สนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ตลอดจนการพัฒนางานทางด้านการพยาบาล ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2550

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	ก
Executive Summary.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
รายการตาราง.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
คำถามของการวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดและ/หรือทฤษฎี.....	3
นิยามศัพท์.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	6
แนวคิดกระบวนการ A-I-C.....	8
แนวคิดพฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา.....	10
การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการลดการดื่มสุรา.....	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	18
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	23
ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	23
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	25

4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	
ผลการวิจัย.....	26
การอภิปรายผล.....	37
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	
สรุปผลการวิจัย.....	40
ข้อเสนอแนะ.....	42
บรรณานุกรม.....	43
ภาคผนวก.....	47
ภาคผนวก ก.แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	47
ภาคผนวก ข.ตารางกิจกรรมปฏิบัติการA-I-C.....	60
ภาคผนวก ค.ภาพประกอบกิจกรรม.....	62

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างที่ 2	29
2	เปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจผลกระทบจากการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	31
3	เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	31
4	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	32
5	จำนวนและร้อยละรายชื่อของระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	33
6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างที่ 1	34
7	ผลจำนวนคนดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	36
8	พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	36
9	เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เข้าร่วม กิจกรรม A-I-C	37

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการดื่มสุราในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรง โดยมีการใช้หลากหลายชนิด เช่น เหล้าขาว เหล้าแดง เหล้ากลั่น หรือเหล้าเถื่อน เบียร์ ไวน์ วิสกี้ เชียงซุน กระแช่ เป็นต้น และกระจายกว้างออกไปอย่างรวดเร็วในบุคคลหลายกลุ่ม ตั้งแต่ประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ใช้แรงงาน บุคคลวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่น ตลอดจนนักเรียนและนักศึกษา จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2547 พบว่า คนไทยดื่มสุราสูงมากเป็นอันดับที่ 5 ของโลก โดยกลุ่มวัยรุ่นเพศชายเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุ 11 ปี ส่วนวัยรุ่นเพศหญิงเริ่มดื่มตั้งแต่อายุ 15 ปี และยังพบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มดื่มสุรามากขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2548; Winstock, 2000) จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า มหันตภัยกำลังเกิดขึ้นกับสังคมไทย เนื่องจากการดื่มสุราเป็นประจำหรือดื่มจนติดก่อให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งต่อผู้ดื่ม ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ เช่น ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ ดับแฉียง ความดันโลหิตสูง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม เกิดความผิดปกติทางจิต หรือเป็นโรคจิตจากการดื่มสุรา ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาท เกิดอุบัติเหตุ เกิดความรุนแรงในครอบครัว (บัณฑิตและคณะ, 2549; Scott, 2000)

จากสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2546 – พ.ศ. 2548 มีจำนวน 135 , 317 และ 344 ราย ตามลำดับ ในจำนวนเหล่านี้เป็นผู้ติดสุราซ้ำคิดเป็นร้อยละ 51.1, 53.0 และ 59.3 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 2546, 2547, 2548) ซึ่งพบว่าอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่มีผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มากเป็นสามอันดับคือ อำเภอเมือง อำเภอพุนพิน และอำเภอท่าฉาง ตามลำดับ สำหรับอำเภอเมืองและอำเภอพุนพิน มีหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดกิจกรรมรณรงค์ ลด ละ เลิก การดื่มสุราในพื้นที่แล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวข้างต้นอาจเนื่องมาจากครอบครัว ชุมชน ขาดความตระหนักต่อการดูแลป้องกันปัญหาจากการดื่มสุรา การช่วยเหลือผู้ดื่มสุราจนเกิดปัญหาติดสุราจึงเป็นการช่วยเหลือที่ช้าเกินไป ฉะนั้นการกระตุ้นให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการหามาตรการช่วยเหลือกันเองอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน (สรีตา,จิราพรและวารภรณ์,2549) สอดคล้องกับประเวศและไพบุลย์ (ม.ป.ป.) ที่กล่าวไว้ว่า ผลสำเร็จของการพัฒนาเชิงรุกขึ้นอยู่กับชุมชนให้ความสำคัญและรับรู้ถึงผลกระทบ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วม

ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ศิริวรรณและคณะ (2541) และอุมาพร (2547) ได้อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้หลัก A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เป็นการประชุมที่มีวิธีการขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล ข่าวสารซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆอย่างถ่องแท้ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนร่วมกันระดมสมองเพื่อการพัฒนาในเชิงที่สร้างสรรค์ ผลงานที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิด ความรู้สึก ความต้องการของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน โดยยึดหลักว่า มนุษย์มีพลังอยู่ 3 อย่างคือ พลังความรัก พลังความคิด การมีปฏิสัมพันธ์ การผสมผสาน และพลังการควบคุมจัดการ พลังสร้างสรรค์เหล่านี้มีอยู่ในตัวบุคคล องค์กร ชุมชน และสังคม หากรู้จักระดมพลังสร้างสรรค์เหล่านี้ออกมาใช้จะเกิดประโยชน์มหาศาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร อำเภอนาทอง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุราของประชาชนในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของประชาชนชุมชนคลองไทรต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุราก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C
3. เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจและผลกระทบจากการดื่มสุราของประชาชนชุมชนคลองไทรก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

คำถามการวิจัย

1. ผู้ที่ดื่มสุรามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ประชาชนชุมชนคลองไทรมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุราก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ประชาชนชุมชนคลองไทรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดื่มสุรามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำวก่อนการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C
2. ประชาชนชุมชนคลองไทรมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุรต่ำวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C
3. ประชาชนชุมชนคลองไทร มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรต่ำวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

กรอบแนวคิดและ / หรือกรอบทฤษฎี

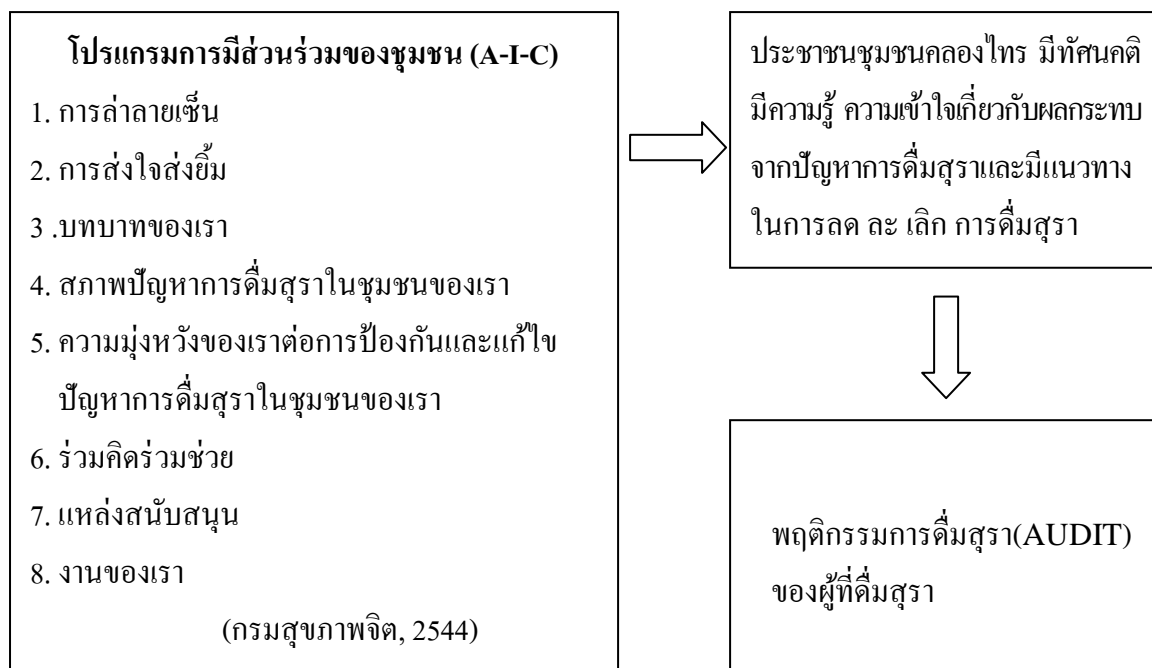
การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการดื่มสุร ใช้หลักการระดมพลังสร้างสรรค์ของประชาชน ที่มีชื่อว่า A-I-C ของดร. สมิธ อี และทูริด ซาโต (Dr. William E. Smith & Ms. Turid Sato) ซึ่งแปลโดย อรพินท์ (2537) อังใน กรมสุขภาพจิต (2544) เป็นการประชุมของประชาชนเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน มีวิธีการขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูล ข่าวสารซึ่งกันและกัน ทำให้เข้าใจสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการประชุมที่ระดมสมองเพื่อแก้ปัญหา และแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เมื่อดำเนินการถูกต้องตามขั้นตอน ผลงานที่ได้จากการประชุมนี้จะมาจากความคิดของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมทุกคน ทำให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาและเกิดการยอมรับ เข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งความหมายของ A-I-C มีดังนี้

A = Appreciation เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ และเพิ่มการยอมรับ การชื่นชมซึ่งกันและกัน การตระหนักรู้ในศักยภาพ ความมีคุณค่า บทบาทของสมาชิกแต่ละคน การตระหนักต่อปัญหาการดื่มสุร และการกำหนดความมุ่งหวังของชุมชนในการแก้ปัญหาจากการดื่มสุร

I = Influence เป็นขั้นตอนการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกำหนดวิธีการสำคัญ หรือยุทธวิธีที่สำคัญในการป้องกัน และแก้ไขปัญหามาจากการดื่มสุรเพื่อนำไปสู่การลดละ เลิกการดื่มสุรในชุมชน

C = Control เป็นขั้นตอนของการนำวิธีการที่สำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการจริงว่าจะแก้ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรของคนในชุมชนควรทำอย่างไร มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ การบริหาร โครงการ กิจกรรม และการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดื่มสุรของประชาชนในชุมชนคลองไทร อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังแผนภูมิต่อไปนี้



นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา หมายถึง การมีส่วนร่วมของตัวแทนครัวเรือนที่ดื่มสุรา ผู้นำชุมชนหรือตัวแทนชุมชนคลองไทร อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในการลด ละ เลิก การดื่มสุราในชุมชนตามกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ต่อการลดการดื่มสุรา (กรมสุขภาพจิต, 2544) ซึ่งสามารถประเมินได้จาก แบบประเมินการดื่มสุราด้วยตนเอง (AUDIT) แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา แบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา

กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เป็นการจัดกิจกรรมที่มีวิธีการขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล ข่าวสารซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ระดมสมองเพื่อการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ ผลงานที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน โดยยึดหลักว่า มนุษย์มีพลังอยู่ 3 อย่างคือ พลังความรัก พลังความคิด การมีปฏิสัมพันธ์ การผสมผสาน และพลังการควบคุมจัดการ (กรมสุขภาพจิต, 2544)

พฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา เป็นการพิจารณาจากปริมาณการดื่มสุราและผลจากการดื่มสุรา ซึ่งแบ่งพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (พันธันภาและหทัยชนนี, 2549; พันธันภา หทัยชนนี และสุนทรี, 2549) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มดื่มแบบมีปัญหาและกลุ่มดื่มแบบติดสามารถวัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา AUDIT ของ WHO ซึ่งแปลโดย สาวิตรี (2546)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของประชาชน ทั้งที่ดื่มสุรา และไม่ดื่มสุราในชุมชนหมู่ที่ 3 ตำบลคลองไทร อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550

ความสำคัญของการวิจัย

สามารถนำไปประกอบการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ไปใช้ในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน และสามารถนำไปสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านอื่นๆ ได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. แนวคิดกระบวนการ A-I-C
3. แนวคิดพฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการลดการดื่มสุรา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (People participatory or community participation) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2524) กล่าวว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน คือการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง ในการจัดการควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อประโยชน์ของสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี ในฐานะสมาชิกของสังคม และได้พัฒนาความรู้ ภูมิปัญญา โดยแสดงออกในรูปของการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาสังคมในชุมชนของตนเอง”

นิรันดร์ จงวุฒิเวทย์ (2527) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมมีโอกาสน ในการหาวิถีเพื่อกระทำการพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้สามารถยืนหยัดอยู่ได้

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม ฯลฯ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่อง ร่วมกันเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาตามที่กำหนดไว้ โดยกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. มีส่วนร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. ร่วมศึกษาและสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด ให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงาน การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุมติดตามประเมินผล และร่วมบำรุงรักษา โครงการ และกิจกรรมที่ได้ทำไป ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ต่อไป

สุจินต์ ดาววิระกุล (2527) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อตัวประชาชนเอง โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่ไม่มีการกำหนดกรอบแนวคิดจากภายนอก

อกิน รพีพัฒน์ (2537) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนว่าน่าจะหมายถึง การให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา และทำทุกอย่าง ซึ่งมีข้อกำหนดจากภายนอกว่าจะให้ประชาชนมาร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องที่ประชาชนคิดขึ้นมาเอง

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมกันคิดวางแผน และตัดสินใจในการปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลงานของตนเองด้วยความเสียสละ

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
2. ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้ และพัฒนาความสามารถของตนเอง
3. เป็นการระดมทรัพยากรบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและต่อเนื่อง
5. เป็นกระบวนการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนมีอิสระในการตัดสินใจ
6. เพื่อให้ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบ และมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในชุมชน นั่นคือเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องมีสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและมีความเชื่อว่าประชาชนมีศักยภาพ ไม่ครอบงำความคิดของประชาชน

2. ปัจจัยทางด้านสังคม-จิตวิทยา เช่น ความสามัคคีของชุมชน ความเสียสละของคนในชุมชน การรวมตัวกันง่าย ตลอดจนแรงจูงใจของคนในชุมชน

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นพลังที่สำคัญ ที่จะทำให้การพัฒนาและการแก้ปัญหาของชุมชนส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จและปัจจุบันการแก้ปัญหของงานต่างๆ ทางด้านสาธารณสุข มักจะใช้กระบวนการที่มีส่วนร่วมของประชาชนมาเป็นกลวิธีหนึ่งในการพัฒนางานเพิ่มขึ้น

แนวคิดกระบวนการ A-I-C

ศิริวรรณ และคณะ (2541) ได้กล่าวถึงกระบวนการ A-I-C ดังนี้

A-I-C คือ กระบวนการประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมสมองเพื่อการพัฒนาความคิดในเชิงสร้างสรรค์ ผลงานที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิดของผู้ร่วมประชุมทุกคน

แนวคิดของกระบวนการ A-I-C ได้มาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยยึดหลักว่ามนุษย์มีพลังอยู่ 3 อย่าง คือ พลังความรัก พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ การผสมผสานและพลังความพยายามและการควบคุมจัดการ พลังสร้างสรรค์เหล่านี้มีอยู่ภายในตัวบุคคล องค์กร ชุมชน และสังคม หากรู้จักวิธีระดมพลังสร้างสรรค์เหล่านี้ออกมาใช้ จะเกิดประโยชน์มากมายมหาศาลซึ่งมีความหมายดังนี้คือ

1. พลังความรักและความซาบซึ้ง (Appreciation) คือ มีความรักความเมตตาปรารถนาดี เป็นมิตรซาบซึ้งในคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจ ต่อสรรพสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติ ทรัพยากร วัตถุ สิ่งของ เหตุการณ์ และอื่นๆ

2. พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ การใช้ปัญญา โดยเน้นที่การคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยน ปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน ด้วยความเป็นมิตร ให้เกียรติ เคารพซึ่งกันและกัน

3. พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือ การมุ่งมั่น ผูกพัน และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความดูแลของตนเองให้ดำเนินไปด้วยดี รวมถึงการรู้จักวางแผน จัดสรรทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

วิธีการของ A-I-C

กระบวนการ A-I-C มีวิธีดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 (A = Appreciation) คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่น ไม่แสดงอาการต่อต้านวิพากษ์วิจารณ์ กระบวนการนี้ทุกคนมีโอกาสแสดงออกเท่าเทียมกันด้วยศักยภาพ ทำให้ทุกคนมีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริง ความรู้สึก เหตุผล การแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามความเป็นจริง เมื่อทุกคนได้แสดงออกโดยได้รับการยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้ทุกคนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุข อบอุ่น เกิดพลังขึ้นในขณะที่มาประชุมร่วมกันในช่วงของการแสดงออก แต่ละคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตของชุมชนว่าเป็นเช่นไร เป็นการใช้จ่ายเงินที่ไม่ว่างจำกัดด้วยปัจจัยหรือสถานการณ์ปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มองการณ์ไกล ซึ่งจินตนาการดังกล่าวช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ของแต่ละคน เมื่อมารวมกันยังมีพลังมากขึ้นกลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีความปรารถนาร่วมกันของชุมชน

ขั้นที่ 2 (I = Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ที่จะทำให้อบรมวิสัยทัศน์ร่วมกัน เมื่อได้วิธีการที่เสนอแนะมา นำมาจัดหมวดหมู่ พิจารณาเลือกวิธีการสำคัญที่คิดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ

ขั้นที่ 3 (C = Control) คือ การนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) อย่างละเอียดว่าทำอะไร มีหลักการสำคัญ มีเป้าหมายอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครต้องให้ความร่วมมือ ใช้งบประมาณเท่าไร จากแหล่งใด ในขั้นนี้สมาชิกในกลุ่มจะเลือกอาสาสมัครใจรับผิดชอบเรื่องใด เพื่อเป็นการกำหนดข้อผูกพันให้ตนเอง ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันของกลุ่ม

แนวคิดพฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา

แนวคิดพฤติกรรมการดื่มสุรา

ทางการแพทย์ได้จัดพฤติกรรมการดื่มสุราโดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มสุราและผลจากการดื่มสุราเป็นสำคัญ ซึ่งปริมาณการดื่มสุราเทียบเคียงได้จากจำนวนดื่มมาตรฐาน (Standard drink) โดยองค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2548) กำหนดไว้ว่า

1 ดื่มมาตรฐาน (1 drink) หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้ ที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม และ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแต่ละชนิดจะมีปริมาณไม่เท่ากัน เช่น

เบียร์ 1 แก้ว (285 มล.)

ไวน์ 1 แก้ว (100 มล.)

เหล้า 1 แก้ว (30 มล.)

ดังนั้นรูปแบบพฤติกรรมการดื่มสุราจึงแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังนี้ (พื้นฐานภาพและหทัยชนนี, 2549; พื้นฐานภาพ, หทัยชนนี และสุนทรี, 2549)

1. กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเป็นเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 2 กัง (60 ซีซี.) เบียร์ประมาณ 1.5 – 2 กระป๋อง ไวน์ประมาณ 2 แก้ว และมิวนั่มดื่มเล็กน้อย 2 วันในหนึ่งสัปดาห์ การดื่มลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มอย่างปลอดภัยได้ ยกเว้นในผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร คนที่แพ้สุรา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือผู้ที่รับประทานยาใดๆ ก็ตามที่มีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ ไม่ควรดื่มเลยหรือดื่มน้อยกว่านี้

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) หมายถึง การดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม โดยผลเสียนี้เกิดขึ้นทั้งต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆก็ตาม การดื่มแบบเสี่ยงสามารถเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณคือ

ในผู้หญิง คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/2 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)

ในผู้ชาย คือการดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/2 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง)

นอกจากนี้ยังรวมทั้งการดื่มเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กำลังตั้งครรภ์มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาใดๆ ที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ รวมทั้งการดื่มแบบ “binge drinking” คือการดื่มหนักมากติดต่อกันแบบหัวราน้ำ

3. การดื่มแบบมีปัญห (harmful drinking) หมายถึง การดื่มจนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

4. การดื่มแบบติด (alcohol dependence) หมายถึง ผู้ที่ดื่มจนติดนั้น มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติด เมื่อหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

การวินิจฉัยการดื่มแบบติด จะต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย สามในเจ็ดข้อต่อไปนี้

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (tolerance)
2. มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (withdrawal)
3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (impaired control)
4. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มสุรา หรือพยายามเลิกดื่มสุราหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ (cut down)
5. หมกมุ่นกับการดื่มหรือหาสุรามาสำหรับดื่ม (time spent drinking)
6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ (neglect of activity)
7. ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (drinking despite problems)

ผลกระทบของการดื่มสุรา

เมื่อบุคคลดื่มสุราในทางที่ผิดหรือไม่เหมาะสมบ่อย ๆ ก็จะป่วยด้วยโรคติดสุรา จะเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548 ; พันธุ์ภา และหทัยชนนี, 2549; kapland & Sadock, 1998)

ผลกระทบด้านร่างกาย

สุรามีผลต่อสรีระวิทยาร่างกาย ถ้าดื่มติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดพยาธิสภาพแก่ร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมได้แก่

1. สุราทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ทำให้ขาดความขี้คิด อีกริม มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ไม่เกรงกลัวสิ่งใดๆ และขาดความ

ละออย หลงลิ้ม ขาดสติ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม และตัดสินใจผิดพลาด นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้การเดินผิดปกติ เสียการทรงตัวและกีดการทำงานโดยทั่วไปของสมอง ทำให้ความรู้สึกต่างๆลดลง ในกรณีที่ดื่มมากๆ สุราจะกดศูนย์การควบคุมการหายใจที่สมองส่วนเมดูลลา ทำให้การหายใจหยุดและอาจถึงตายได้

2. สุราทำให้ปัสสาวะบ่อยและกระหายน้ำ เพราะสุราไปยับยั้งการทำงานของต่อมพิทูอิทารี ทั้งยังดึงน้ำในเซลล์ออกนอกเซลล์ ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายและในเซลล์น้อยลง

3. สุราทำให้เกิดอาการเมาค้าง ซึ่งประกอบด้วยอาการกระหายน้ำ ปั่นป่วนในกระเพาะอาหารและปวดศีรษะ อาการกระหายน้ำเกิดจากสาเหตุที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และอาการปั่นป่วนในกระเพาะอาหารซึ่งเกิดจากสุรามีผลก่อให้เกิดการระคายเคืองเยื่อของกระเพาะอาหาร

4. สุราอาจทำให้มีอาการตกเลือดอย่างเฉียบพลันของตับอ่อน ทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะอาหาร หรือเป็นแผลที่กระเพาะอาหาร หรือท้องเสีย มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร เพราะฉะนั้นการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารจะเสียไป ยิ่งกว่านั้นสุรายังมีฤทธิ์ทำลายตับเนื่องจากการเพิ่มไขมันในตับ และทำให้การเผาผลาญต่างๆที่เกิดจากตับผิดปกติไป ทำให้ตับแข็งและตับอ่อนอักเสบเป็นต้น

5. ไตถูกรบกวนจากสุรา โดยในคนที่ดื่มสุรามากอาจจะเกิดกรดแลคติก อันเป็นผลจากระดับไฮโดรเจนในตับสูงเกินไป สภาวะนี้จะลดการขับถ่ายกรดยูริกของไต ทำให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูงและอาการของโรคเก๊าท์กำเริบขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีการขับสารเมกนีเซียมออกทางปัสสาวะมากทำให้ระดับสารเมกนีเซียมในเลือดต่ำ

6. อาการอักเสบของปลายประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือเท้า แขนและขา

7. ระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

8. มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจ

9. ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราจัด จะมีความสัมพันธ์กับการแท้งลูก และมีกลุ่มอาการผิดปกติของเด็กในครรภ์ได้

10. สุรามีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้ขาดสารอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะวิตามินบี สุราส่งผลกระทบต่อทางตรงคือ ทำให้การดูดซึมอาหารและวิตามินต่างๆเลวลง และผลกระทบต่อโดยอ้อมคือ ผู้ที่ติดสุรามักไม่ยอมรับประทานอาหาร เพราะแอลกอฮอล์มี

แคลอรีสูงอยู่แล้ว อาจก่อให้เกิดอาการทางสมอง จากการขาดวิตามินบีรวมและวิตามินบี 1 ทำให้สูญเสียความทรงจำอย่างรุนแรงเรียกว่า Wernicke Korsakoff syndrome นอกจากนั้นการที่สูรารบกวนการทำงานของตับและไต ก็ทำให้จำนวนสารอาหารและแร่ธาตุบางอย่างในร่างกายผิดปกติไปด้วย แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ขึ้นกับความเข้มข้นในกระแสเลือดและผลการตรวจร่างกายที่พบร่วมด้วย

ผลกระทบด้านจิตใจ

เมื่อผู้ติดสุราหากไม่ได้ดื่มสุราจะเกิดภาวะขาดสุรา (withdrawal symptom) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง โดยจะมีอาการสั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย วิดกกังวล ซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (มานิต และจำลอง, 2542) นอกจากนี้ พบว่าผู้ติดสุราที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจากการที่ผู้ติดสุราไม่สามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนเองได้ ทำให้มีความรู้สึกผิด บุคลิกภาพอ่อนแอ ขาดความนับถือตนเอง (สุนทรี, 2548; Schuckit, 2000) และบางรายมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราสูง แต่เมื่อเลิกดื่มสุราจะมีภาวะตื่นตระหนก (panic) จึงต้องกลับไปดื่มซ้ำบ่อยๆเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว ทำให้ผู้ติดสุรามีปัญหาด้านจิตใจ (พันธู์ภาและหทัยชนนี, 2549)

ผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม

ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวป่วยด้วยโรคติดสุรา จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวมาก เช่น ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าในภรรยาของผู้ติดสุรา จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ของ พูนศรี, นิรมลและหทัยวัน (2549) ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ภรรยาผู้ติดสุราเป็นโรคซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 85.4 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำมากที่สุด ร้อยละ 20.8 สอดคล้องกับการศึกษาของไสยา (2546) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของกลุ่มสมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่า กลุ่มสมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรามีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ โดยให้เหตุผลว่า อาจเนื่องมาจากหัวหน้าครอบครัวที่ติดสุราจะไม่สามารถปฏิบัติบทบาทได้ ต้องให้คู่สมรสทำหน้าที่แทนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต มักจะใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา ทำให้เสียสัมพันธภาพ สามีและภรรยาต้องหย่าร้างกัน (สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2547; สุมัทนา, 2545)

นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวที่บิดาและมารดาติดสุรา จะทำให้บุตรได้รับผลกระทบมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า บุตรที่มีบิดาหรือมารดาติดสุรา มีโอกาสเสี่ยงในการติดสุรามากกว่าบุตรที่บิดามารดาไม่ติดสุรา (สมภพ, 2543) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปณินันท์ (2531) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคจิตจากพิษสุราเรื้อรัง จะเป็นแบบขัดแย้งและควบคุม ทำให้เกิด

ปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นที่บิดาไม่เป็นโรคจิตจากพิษสุราเรื้อรัง และพบว่า เด็กที่ถูกทารุณกรรม ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาติดสุรา จากการศึกษาที่ดื่มสุรามากเกินไปจนป่วยเป็นโรคติดสุรา จะทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ขาดงาน ถูกไล่ออก ตกงาน เงินทองไม่พอใช้ มีหนี้สิน ก่อคดี เพราะดื่มสุรา (ซันเคอร์, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุรามักจะทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น มีการฝ่าฝืนกฎหมาย รวมทั้ง เมื่อเจ็บป่วยจนต้องรักษา จะต้องเสียเวลาและเสียเงินในการรักษา (สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2547) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ

สรุปได้ว่า การดื่มสุรามีผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ในผู้ติดสุรา แม้ว่าการดื่มสุราเพียงเล็กน้อย อาจถือว่าปกติได้ แต่เมื่อการดื่มนั้นก่อให้เกิดปัญหาต่อร่างกายหรือจิตใจ เช่น ดื่มจนเสียนาน ดื่มแล้วเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ดื่มแล้วมีปัญหาทางกฎหมาย หรือดื่มแล้วมีปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัว ก็ถือว่าเป็นการดื่มแบบอันตราย หรือดื่มแบบผิดๆ ซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นเวลานาน ก็จะทำให้เกิดอาการทางกาย ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ หมกมุ่นในการดื่ม ไม่สามารถหยุดดื่มได้สำเร็จ และยังคงดื่มต่อทั้งที่มีผลเสียเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มสุรามักจะไม่ยอมรับถึงปัญหา และพฤติกรรมกรรมการดื่มของตนเอง ยังขาดแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มสุรา ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีจิตใจไม่เข้มแข็ง หรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มของตนเองได้ ท้ายที่สุดก็จะทำให้ไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง 5 ปี ค้นพบรายงานหรือการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ของผู้ที่ดื่มสุราโดยตรงยังมีไม่มาก เช่น จุลนิตย์และเนตรนภา (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการ A-I-C กับชุมชนต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา หลังบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจำนวน 10 คน พบว่า ผู้ป่วยติดสุราหลังบำบัดรักษาสามารถหยุดดื่มสุราได้จำนวน 3 คน ดื่มน้อยลงหรือควบคุมการดื่มได้ 4 คน ไม่สามารถลดปริมาณการดื่มได้จำนวน 3 คน แต่ได้มีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดซึ่งสามารถนำมาใช้เทียบเคียงได้ เนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เช่น ภาณุวัฒน์และณรงค์ศักดิ์ (2548) ได้ศึกษา ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในเยาวชน: กรณีศึกษาชุมชนทับผึ้ง จังหวัดสุโขทัย โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดพบว่า วิธีการนี้ช่วยให้เยาวชนกล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจได้ประสบความสำเร็จและมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น เปรียบเสมือนเกราะป้องกันไม่ให้เยาวชนไปใช้สารเสพติด

จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกัน และสามารถลดปัญหาการใช้ยาเสพติดได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้น หากนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ลดการค้ำสุราของผู้ที่ดื่มสุรา จึงคาดว่าจะทำให้ผู้ที่ดื่มสุราสามารถลดหรือเลิกการค้ำสุราได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการค้ำสุราของผู้ที่ดื่มสุรา พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้น้อย แต่ที่ค้นพบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการใช้กระบวนการ A-I-C เพื่อเป็นยุทธวิธีในการวางแผนเพื่อพัฒนาประเทศ งานสาธารณสุขชุมชน และพัฒนางานด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งพอจะนำมาอ้างอิงในการวิจัยได้ดังนี้

อัญชลี (2539) ได้ศึกษา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน พบว่า ทักษะคิดของประชาชนต่อผู้ป่วยโรคจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน กล่าวคือ ประชาชนที่มีทักษะคิดที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตมาก

ศิริวรรณ, อัญชลี และกัลยา (2542) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน พบว่า หลังการใช้กระบวนการ A-I-C ประชาชนมีทักษะคิดที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตมากกว่าก่อนเข้าร่วมประชุม และมีความพึงพอใจมากจากการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้ และได้ร่วมกันหาวิธีต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือชุมชนของตนเอง

สมปรารถน์ (2545) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด ซึ่งในชุมชนมีการใช้และการจำหน่ายยาบ้าแพร่ระบาด โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าประชุมประกอบด้วย อ.สม. ผู้ปกครอง เยาวชน ในหมู่ที่ 5, 9 และ 11 ตำบลป่าตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 150 คน โดยใช้หลักการ A-I-C ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนได้ร่วมกันสร้างมาตรการและกฎระเบียบของหมู่บ้าน โดยผ่านการประชุมของหมู่บ้านทั้ง 3 แห่ง พบว่าสภาพปัญหาสารเสพติดทั้ง 3 แห่งลดลงอย่างมาก

อุไรวรรณ (2545) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตบ้านท่าม่วง อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ชุมชนทดลองบ้านท่าม่วงได้ดำเนินการตามที่ชุมชนทำได้เอง คือ โครงการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ข่าวสารบ้านท่าม่วง หลังจากมีการติดตาม

ประเมินผลกระทบ โครงการในระยะสั้น 6 เดือน พบว่า ชุมชนยังมีความร่วมมือที่ดีรวมทั้งชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ชุมชนศึกษาควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องดังกล่าว

กานววัฒน์ และณรงค์ศักดิ์ (2548) ได้ศึกษา ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในเยาวชน : กรณีศึกษาชุมชนทับผึ้ง จังหวัดสุโขทัย โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่า วิธีการนี้สามารถทำให้เยาวชน กล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจ ได้ประสบความสำเร็จและมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น เปรียบเสมือนเกราะป้องกันไม่ให้เยาวชนไปใช้สารเสพติด

จุนิตย์และเนตรนภา (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กระบวนการ A-I-C กับชุมชนต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราหลังบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 10 คน พบว่า ผู้ป่วยติดสุราหลังบำบัดรักษาสามารถหยุดดื่มสุราได้จำนวน 3 คน ดื่มน้อยลงหรือควบคุมการดื่มได้ 4 คน ไม่สามารถลดปริมาณการดื่มได้จำนวน 3 คน

ไกรสุข (2550) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันยาเสพติด โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ณ ชุมชนบางพรหม จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เกิดโครงการ “บางพรหมร่มเย็นเป็นสุข” เป็นโครงการแก้ไขปัญหาเสพติดในเชิงบวก เกิดมาตรการทางสังคมของชุมชน ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาเสพติดได้ในระดับหนึ่ง และเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี

ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา เพื่อลดความรุนแรงของการดื่มสุราซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบันและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดื่มสุราให้ดีขึ้นในโอกาสต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประเภทกึ่งทดลอง (quasi experimental research) วัดผลก่อนหลัง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มที่ 1	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>O₁ (170 คน)</td> <td>Audit</td> <td>O₂ (90 คน)</td> </tr> </tbody> </table>	O ₁ (170 คน)	Audit	O ₂ (90 คน)
O ₁ (170 คน)	Audit	O ₂ (90 คน)		
กลุ่มที่ 2	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>O₃ (60คน)</td> <td>X₁ (AIC)</td> <td>O₄ (60คน)</td> </tr> </tbody> </table>	O ₃ (60คน)	X ₁ (AIC)	O ₄ (60คน)
O ₃ (60คน)	X ₁ (AIC)	O ₄ (60คน)		
กลุ่มที่ 1	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>O₂ (90คน)</td> <td>X₂ + Audit (ผลจาก AIC+ โครงการ)</td> <td>O₅ (90คน)</td> </tr> </tbody> </table>	O ₂ (90คน)	X ₂ + Audit (ผลจาก AIC+ โครงการ)	O ₅ (90คน)
O ₂ (90คน)	X ₂ + Audit (ผลจาก AIC+ โครงการ)	O ₅ (90คน)		

O₁ หมายถึง ประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน ก่อนการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
Audit หมายถึง แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

O₂ หมายถึง ประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน หลังการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (เฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา)

O₃ หมายถึง ผู้นำทางการ/ผู้นำทางธรรมชาติ และตัวแทนของชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

X₁ หมายถึง โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน (A-I-C) ต่อการลดการดื่มสุรา

O₄ หมายถึง ผู้นำทางการ/ผู้นำทางธรรมชาติ และตัวแทนของชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

X₂ หมายถึง ผลจากการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C และโครงการที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม A-I-C

O₅ หมายถึง ประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือนที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

(เฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา) ภายหลังจากการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ให้กลุ่มที่ 2 และเข้าร่วม โครงการที่ได้จากกิจกรรม A-I-C

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นประชาชนหมู่ที่ 3 ตำบลคลองไทร อำเภอนาทม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 1,249 คริวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนของคริวเรือน หมู่ที่ 3 ตำบลคลองไทร อำเภอนาทม จังหวัดสุราษฎร์ธานี คริวเรือนละ 1 คน จำนวน 170 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน สัมภาษณ์พฤติกรรมการดื่มสุราโดยคัดเลือกตัวแทนคริวเรือนๆละ 1 คน หากคริวเรือนนั้นมีผู้ดื่มสุรามากกว่า 1 คน คัดเลือกผู้ที่ดื่มสุรามากที่สุดเป็นตัวแทนในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ให้กลุ่มที่ 2

กลุ่ม 2 เป็นผู้นำทางการหรือผู้นำทางธรรมชาติ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ที่ปรึกษาหมู่บ้าน พัฒนาการในพื้นที่ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรสาธารณสุข ตัวแทนกรรมการกลุ่มต่างๆในหมู่บ้าน ตัวแทนผู้ที่ดื่มสุรา และผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO ที่แปลโดย สาวิตรี (2546) เป็นแบบทดสอบก่อนทดลอง (pre-test) และประยุกต์แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO เป็นแบบทดสอบหลังทดลอง (post-test) แบบสัมภาษณ์มี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ประวัติครอบครัว ประกอบด้วย ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพหลักของครอบครัว สถานภาพของบิดามารดา ใครบ้ำงในครอบครัวที่ดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดื่มสุรา ประกอบด้วยชื่อ-สกุล อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่ดื่ม เหตุผลการดื่ม ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ใช้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO จำนวน 10 ข้อ
(ภาคผนวก ก)
การให้คะแนน

- 0 – 7 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำ
8 – 12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง
13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

1.2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ถูกหรือผิด การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

1.3 แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบการให้คะแนน Rating Scale เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 2 4 5 7 9 10 และเป็นข้อความที่มีความหมายด้านลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 6 8 โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก		ข้อความที่มีความหมายด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน

แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการดื่มสุราชุดนี้ใช้สอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ต่อการลดการดื่มสุราของชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบการให้คะแนน Rating Scale

โดยมีการให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
มาก	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน

น้อย	ให้	1	คะแนน
ไม่พอใจ	ให้	0	คะแนน

การแปลผลคะแนน

0 - 8 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

9 - 16 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับน้อยต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

17 - 24 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลางต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

25 - 32 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

33 - 40 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ต่อการลดการดื่มสุราของชุมชนชุดนี้ ใช้สอบถามกลุ่มตัวอย่างเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

2. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา A-I-C ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการป้องกันสารเสพติดของกรมสุขภาพจิต (2544) มาปรับใช้เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม (ภาคผนวก ข) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การล่าถอยเซ็น

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความสนุกสนาน
3. เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ คือ การกระตุ้นให้สมาชิกได้ค้นหาความดีของคนอื่น จะเป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกัน ซึ่งนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดี มีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 2 การส่งใจส่งยิ้ม

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงศักยภาพ ความมีคุณค่าของตนเองและเพื่อนสมาชิก

2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

สาระสำคัญ คือ ความภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลมีต่อตนเอง เป็นการรับรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองหรือการมีภาพพจน์ต่อตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า การรับรู้นี้จะมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นความสุขใจ

กิจกรรมที่ 3 บทบาทของเรา

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงบทบาทของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทของตนเองและมีความพร้อมที่จะกระทำบทบาทเพื่อชุมชนของตนเอง

สาระสำคัญ คือ บุคคลย่อมมีบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น การเข้าใจและตระหนักรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนและรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่นั้น เป็นความภาคภูมิใจและก่อให้เกิดการพัฒนาไปในทางสร้างสรรค์เพื่อชุมชนของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 สภาพปัญหาการดื่มสุราในชุมชนของเรา

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันสำรวจปัญหาสุราในชุมชน
2. เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหาในชุมชนที่มีผลกระทบมาจากสุรา
3. เพื่อให้สมาชิกร่วมกันสำรวจปัญหาของผู้ติดสุราในชุมชน

สาระสำคัญ คือ การสำรวจสภาพปัญหาของผู้ติดสุรา จะช่วยทำให้สมาชิกทุกคนได้ช่วยกันมองปัญหาได้กว้างขึ้นและละเอียดมากขึ้น และได้รับทราบร่วมกันว่าปัญหาสุรามีโซ่ปัญหาเฉพาะของผู้ใดผู้หนึ่ง แต่มีผลกระทบต่อชุมชน เป็นปัญหาของทุกคนที่ต้องร่วมมือช่วยกันแก้ไข

กิจกรรมที่ 5 ความมุ่งหวังของเราต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนของเรา

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจความมุ่งหวังของตน ที่มีต่อชุมชนและการช่วยเหลือผู้ติดสุราในชุมชน
2. เพื่อให้สมาชิกได้รู้ความมุ่งหวังของสมาชิกคนอื่น ที่มีต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุราในชุมชนและการช่วยเหลือผู้ติดสุรา
3. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดถึงความมุ่งหวังที่เป็นจริงได้ ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุราในชุมชนและการช่วยเหลือผู้ติดสุรา

สาระสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกได้สร้างจินตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของตนเองที่มีต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาสุราในชุมชนของตนและการช่วยเหลือผู้ติดสุรา ช่วยให้

สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญในการช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาสุราในชุมชนและการช่วยเหลือผู้ติดสุราในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 ร่วมคิดร่วมช่วย

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกได้คิดค้นวิธีการที่จะทำให้ความมุงหวังนั้นสำเร็จ
2. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้การคิดหาวิธีการต่าง ๆ อย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม

สาระสำคัญคือ การให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการคิดและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ย่อมทำให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วม และรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันและทำให้สมาชิกได้ประสบการณ์สำหรับการแก้ไขปัญหาอื่นๆได้ต่อไป

กิจกรรมที่ 7 แหล่งสนับสนุน

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดถึงหน่วยงาน หรือองค์กรที่ช่วยเกื้อหนุนให้กิจกรรมที่จะป้องกันแก้ไขปัญหาสุราในชุมชนและการช่วยเหลือผู้ติดสุราได้

สาระสำคัญคือ การดำเนินกิจกรรมที่ทำให้ความมุงหวังนั้นสำเร็จได้ต้องอาศัยการร่วมมือร่วมใจของกลุ่มเป็นหลัก ที่จะทำให้เกิดพลังในการทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมบางอย่างสมาชิกสามารถร่วมกันดำเนินได้เอง แต่มีกิจกรรมบางอย่างที่อาจต้องขอความร่วมมือหรือสนับสนุนจากองค์กรและหรือหน่วยงานต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 8 งานของเรา

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีวางแผน และการทำงานให้บรรลุความหวัง
2. เพื่อให้สมาชิกได้จัดทำแผนและมอบหมายความรับผิดชอบ

สาระสำคัญคือ การที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายใด ๆ ก็ตามการวางแผนเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เหมาะในการวางแผน จะช่วยให้การดำเนินงานอย่างมีขั้นตอน มีระบบ อีกทั้งการมอบหมายรับผิดชอบการทำงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วม จะทำให้มีความชัดเจนและสะดวกต่อการติดตาม

(หมายเหตุกิจกรรมที่ 1-5 เป็นขั้น Appreciation กิจกรรมที่ 6-7 เป็นขั้น Influence กิจกรรมที่ 8 เป็นขั้น Control)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดความรู้ ความเข้าใจ และผลกระทบจากการดื่มสุรา แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราและแบบประเมินความพึงพอใจ และปรับแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO ซึ่งแปลโดย สาวิตรี (2546) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนและทำวิจัยเกี่ยวกับสารเสพติด พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้ถูกต้องสมบูรณ์

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ ความเข้าใจและผลกระทบจากการดื่มสุรา แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ไปทดลองใช้กับประชาชนในหมู่ 3 ตำบลคลองไทร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แบบวัดความรู้ ความเข้าใจผลกระทบจากการดื่มสุรา นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

แบบประเมินความพึงพอใจ นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

หาค่าความเที่ยงแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ขั้นตอนและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินงานมี 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาในชุมชน

1.1 สร้างสัมพันธภาพกับประชาชนในชุมชนหมู่ 3 ตำบลคลองไทร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.2 ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยทำการสัมภาษณ์ตัวแทนจากครัวเรือน ๆ ละ 1 ชุดจำนวน 170 คนหากครัวเรือนใดมีผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 1 คน จะคัดเลือกผู้ที่ดื่มสุรามากที่สุดเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (โดยสัมภาษณ์ก่อนจัด A-I-C ให้กลุ่มที่ 2)

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลด้านโครงสร้างทางสังคม

1.5 วิเคราะห์และค้นหากลุ่มประชากรที่มีศักยภาพ ในการสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

2. การเตรียมชุมชน และการเตรียมการ

2.1 เตรียมชุมชน โดยการจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับแกนนำชุมชนจำนวน 30 คน ในวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2550

2.2 เตรียมการประชุม โดยการเตรียมทีมวิจัย และวางแผนการประชุม ซึ่งทีมผู้วิจัยมีจำนวน 7 คน เป็นผู้ที่มิประสบความสำเร็จการทำงานกับชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการ A-I-C มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ นัดหมาย วัน เวลา ทบตวนบทบาทหน้าที่ของทีมงาน ร่วมประชุมกับชาวบ้านเดือนละครั้งเป็นเวลา 2 เดือน

3. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop)

3.1 ผู้วิจัยวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา วัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันแก้ไขปัญหามาจากการดื่มสุราให้กลุ่มที่ 2 ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C (pre-test)

3.2 ดำเนินการจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ให้กลุ่มที่ 2 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองไทร ระยะเวลา 2 วัน ในวันที่ 26 – 27 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ซึ่งใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน A-I-C ต่อการลดการดื่มสุรา

3.3 หลังดำเนินการเสร็จสิ้น ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดังข้อ 3.1 สอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C (กลุ่มที่ 2) ซ้ำอีกครั้ง (post-test) และเพิ่มการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

4. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของชุมชนเพื่อการลดการดื่มสุรา

ให้ประชาชนร่วมแรงร่วมใจพัฒนาเพื่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ตามแนวทางที่สามารถทำได้เองตามโครงการที่ประชาชนร่วมคิดมีจำนวน 4 โครงการคือ 1) โครงการจากใจถึงใจเพื่อชาวคลองไทรปลอดสุรา 2) โครงการส่งเสริมอาชีพตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง 3) โครงการชาวคลองไทรร่วมใจลด ละ เลิกสุรา 4) โครงการลด ละ เลิกสุราด้วยสัญญาประชาคม

5. ติดตามและประเมินผล

5.1 ทีมผู้วิจัยเข้าร่วมโครงการที่ชุมชนกำหนดขึ้น (กลุ่มที่ 2) ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C 4 โครงการ สอบถามปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะรวมทั้งมีการประชุมร่วมกับชุมชน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 3 เดือน

5.2 ทีมผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการคัมสุรา (AUDIT) ของ WHO: ซึ่งปรับจากแบบสัมภาษณ์เดิมสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมคัมสุรา (กลุ่มที่ 1) หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C (กลุ่มที่ 2) เป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการคัมสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C กลุ่มที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมกรรมการคัมสุรา (AUDIT) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการคัมสุรา และแบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการคัมสุราของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C โดยใช้สถิติทดสอบ ที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Dependent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา ณ หมู่ 3 ชุมชนคลองไทร อำเภอลำปาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณประเภทกึ่งทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชน ข้อมูลด้านโครงสร้างทางสังคมโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับแกนนำชุมชนจำนวน 30 คน สังกัดผู้เข้าร่วมประชุมและไปพบประชาชนในหมู่บ้าน และการศึกษาเชิงปริมาณประเภทกึ่งทดลอง เป็นการวัดผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร โดยใช้กระบวนการ A-I-C ซึ่งมี 8 กิจกรรม วัดผลการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ณ ชุมชนคลองไทร ก่อนและหลัง กลุ่มที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C (pretest posttest design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา (กลุ่มที่ 1) ก่อนและหลังประชาชนชุมชนคลองไทร (กลุ่มที่ 2) เข้าร่วมกิจกรรม A-I-C

ผลการศึกษาเบื้องต้นนำเสนอข้อมูลในประเด็นต่อไปนี้

1. บริบทของตำบลคลองไทรและชุมชนศึกษาทดลอง
2. ผลจากการสนทนากลุ่ม
3. กระบวนการของปรากฏการณ์ทางสังคมในช่วงศึกษา
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

1. บริบทของตำบลคลองไทรและชุมชนศึกษาทดลอง

ตำบลคลองไทร ตั้งอยู่ใน อำเภอลำปาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนครัวเรือน 1,249 ครัวเรือน และมีประชากรจำนวน 51,111 คน ประชาชนมีขนบธรรมเนียม ประเพณี วิถีชีวิต ที่คล้ายคลึงกันและมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ มีหมู่บ้านทั้งหมด 9 หมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1	มี 172 ครัวเรือน	มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน	738	คน
หมู่ที่ 2	มี 91 ครัวเรือน	มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน	398	คน
หมู่ที่ 3	มี 295 ครัวเรือน	มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน	1,070	คน
หมู่ที่ 4	มี 228 ครัวเรือน	มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน	978	คน
หมู่ที่ 5	มี 60 ครัวเรือน	มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน	302	คน
หมู่ที่ 6	มี 112 ครัวเรือน	มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน	489	คน

หมู่ที่ 7 มี 67 ครัวเรือน มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 336 คน

หมู่ที่ 8 มี 133 ครัวเรือน มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 582 คน

หมู่ที่ 9 มี 91 ครัวเรือน มีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 152 คน

ชุมชนที่ศึกษา คือ หมู่ที่ 3 ซึ่งตั้งอยู่ในใจกลางของตำบลคลองไทร มีถนนลาดยาง และถนนลูกรัง ตัดผ่านหมู่บ้าน การติดต่อคมนาคมสะดวก สภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีบางส่วนเป็นดินร่วน และบางส่วนเป็นดินเหนียว ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำสวนยาง ทำสวนผลไม้ ค้าขาย ด้านอุตสาหกรรมมีบริษัทแปรรูปไม้ ประชากรส่วนใหญ่จึงมีรายได้ค่อนข้างดี มีสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งอุปโภค บริโภคเพียงพอกับความต้องการ ลักษณะบ้านเรือน ส่วนใหญ่เป็นบ้านปูนซีเมนต์ชั้นเดียวหลังใหญ่และประชาชนในหมู่บ้านมีความสามัคคี มีความร่วมมือในการพัฒนาหมู่บ้านซึ่งสังเกตได้จากการรวมกลุ่มต่างๆทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มแกนนำเยาวชน กลุ่มพัฒนาอาชีพตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง กองทุนเงินล้าน สหกรณ์ออมทรัพย์หมู่บ้าน เป็นต้น ส่วนการปกครองของหมู่บ้านเป็นการปกครองอยู่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองไทร

2. ผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ผู้ศึกษาได้สนทนากลุ่ม กับแกนนำชุมชนจำนวน 30 คนในวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2550 พบปัญหาการดื่มสุราในชุมชนมีดังนี้

1. มีวัยรุ่นดื่มสุราในชุมชนมากขึ้น
2. ปัญหาจากการว่างงานส่งผลให้ประชาชนในชุมชนใช้สุราเพิ่มขึ้น

สำหรับผลกระทบจากการดื่มสุราในชุมชนในกลุ่มได้นำเสนอถึงผลกระทบของการดื่มสุราแบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1. ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ สุขภาพไม่ดี เสียโอกาสด้านการเรียน ทำให้นิสัยเปลี่ยน สูญเสียการทำงาน ทำงานไม่ได้
2. ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว เด็กขาดความรักความอบอุ่น เป็นแบบอย่างที่ไม่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว สร้างปัญหาในครอบครัว เกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก
3. ผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ เกิดคดีความ เกิดการทะเลาะวิวาทในหมู่บ้าน สร้างความรำคาญให้คนในชุมชน ขาดเหลือเป็นขยะ เกิดอุบัติเหตุเมื่อเมาสุรา
4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น แนวทางการแก้ไขที่ชุมชนนำเสนอ

1. จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการดื่มสุรา

2. จัดให้มีงาน/อาชีพให้ประชาชนในชุมชน

3. จัดกิจกรรมส่งเสริมหรือรณรงค์ในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา

3. ปραกฏการณ์ทางสังคมในช่วงของการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

1. ด้านบรรยากาศและความร่วมมือ

ผู้เข้าร่วมประชุมมีปฏิสัมพันธ์กันดี ตั้งใจรับฟังซึ่งกันและกันและกันมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และร่วมทำกิจกรรมจนบรรลุวัตถุประสงค์ รวมทั้งมีผู้ติดสุราได้แสดงความรู้สึกรื่นชื่นขมวิทษากรที่ให้ความรู้ในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

2. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน/ระยะเวลา

ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน สามารถจัดกิจกรรมตามกระบวนการทุกขั้นตอนในระยะเวลาที่กำหนด

3. ผลที่ได้รับ/สิ่งดีงามที่เกิดขึ้น

สมาชิกส่วนใหญ่เต็มใจและให้ความร่วมมือมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ร่วมแสดงความคิดเห็นเกิดโครงการต่าง ๆ โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมนอกจากนี้โครงการที่ชุมชนร่วมกันคิดสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโครงการชุมชนสามารถนำกิจกรรมต่างๆไปใช้ดำเนินการตามแผนได้ ส่งผลให้เกิดผลการลด ละ เลิกการดื่มสุราของชุมชนได้ นอกจากนี้สมาชิกมีความต้องการให้ขยายผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ไปยังหมู่บ้านอื่นๆ

ปัญหาและอุปสรรค

ภายหลังจัดโครงการที่นักศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่างๆของชุมชนซึ่งมีโครงการย่อยภายใต้ 4โครงการ ได้ทุกโครงการย่อยเนื่องจาก โครงการย่อยมีการจัดเวลาต่อเนื่องกันที่ผู้วิจัยมีข้อจำกัดต้องปฏิบัติงานประจำทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการย่อยของชุมชนได้ทุกครั้ง แต่ได้มีการกระตุ้นให้ เครือข่ายสาธารณสุขและแกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแทน

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ที่จัดให้กลุ่มที่ 2 แบ่งเป็น

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เข้าร่วม โครงการ

1.2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติและผลกระทบจากการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

1.3 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา(กลุ่มตัวอย่างที่ 1) แบ่งเป็น

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ดื่มสุรากลุ่มตัวอย่างที่ 1

2.2 พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

ส่วนที่ 1 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรม A-I-C มีจำนวน 60 คน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรม A-I-C จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=60)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	63.3
หญิง	22	36.7
อายุ		
20 – 30 ปี	3	5.0
31 – 40 ปี	21	35.0
41 – 50 ปี	17	28.3
51 – 60 ปี	10	16.7
61 ปี ขึ้นไป	9	15.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	23	38.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	28.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	14	23.4
อนุปริญญา / ปวส.	3	5.0
ปริญญาตรี	3	5.0
สถานภาพสมรส		
โสด	5	8.3
คู่	48	80.0
หย่า / แยก / หม้าย	7	11.7

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	40	66.7
รับจ้าง	2	3.3
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	10	16.7
ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่		
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	10	16.7
อสม.	12	20.0
อบต.	8	13.3
ผู้นำชุมชน / กรรมการชุมชน / กรรมการหมู่บ้าน	14	23.4
ประชาชนทั่วไป	16	26.6
รวม	60	100.00

จากตาราง 1 พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมาอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 28.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.3 รองลงมาคือการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 28.3 และระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 5.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 รองลงมาเป็นหย่า / แยก / หม้าย ร้อยละ 11.7 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือค้าขาย / ธุรกิจ ร้อยละ 16.7 และมีอาชีพข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.3 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 26.6 รองลงมาเป็นผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 23.4

1.2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิดและผลกระทบจากการ ดื่มน้ำของ กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มน้ำของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C (n=60)

คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ผลกระทบจากการดื่มน้ำ	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	t	df	Sig
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	60	6.32	1.94	13.822	59	.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	60	9.82	0.39			

จากตาราง 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มน้ำของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มน้ำ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการลดการดื่มน้ำในผู้ที่ดื่มน้ำของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C (n=60)

คะแนนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของ ชุมชน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	t	df	Sig
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	60	32.87	2.45	7.540	59	.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	60	36.05	1.73			

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มน้ำของผู้ที่ดื่มน้ำระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C มีคะแนนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มน้ำ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C

1.3 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมที่ได้มาเพื่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน (n =60)

ความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	14	23.3
ระดับมากที่สุด	46	76.7

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ส่วนใหญ่มีความความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมที่ได้มาเพื่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชนระดับมากที่สุดร้อยละ 76.7 และพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 23.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมA-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมที่ได้มาเพื่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน (กลุ่มที่2) รายชื่อ (n=60)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (คน / ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
1. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทรครั้งนี้	9/15.0	51/85.0	-	-	-
2. ความพึงพอใจต่อความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา	7/11.7	53/88.3	-	-	-
3. ความพึงพอใจของท่านที่ได้ร่วมปรึกษาพูดคุย เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	19/31.7	41/48.3	-	-	-
4. ความพึงพอใจของท่านที่ได้ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	42/70	18/30	-	-	-
5. ความพึงพอใจของท่านต่อเทคนิค วิธีการที่คณะผู้จัดทำนำมาใช้ในการจัดประชุม	43/71.7	17/28.3	-	-	-
6. ระยะเวลาในการจัดโครงการมีความเหมาะสม	3/5.0	45/75.0	12/20.0	-	-
7. ความพึงพอใจต่อวิทยากร	26/43.3	34/56.7	-	-	-
8. สถานที่ที่ใช้ในการจัดประชุมมีความเหมาะสมเพื่อลดการดื่มสุราในชุมชน	14/23.3	39/65.0	7/11.7	-	-
9. ความพึงพอใจของท่านต่อมาตรการที่ได้มาเพื่อลดการดื่มสุราในชุมชน	31/51.7	29/48.3	-	-	-
10. โดยภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการจัดประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทรเพียงใด	28/46.7	32/53.3	-	-	-

นอกจากนี้หลังจัดกิจกรรม A-I-C มีโครงการซึ่งเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันคิดร่วมกันวางแผนเพื่อช่วยลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชนของตนเอง 4 โครงการ ดังนี้คือ

1. โครงการจากใจถึงใจเพื่อชาวคลองไทรปลอดสุรา
2. โครงการส่งเสริมอาชีพตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง
3. โครงการชาวคลองไทรร่วมใจลด ละ เลิก สุรา
4. โครงการ ลด ละ เลิก สุรา ด้วยสัญญาประชาคม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ดื่มสุรา

ตาราง 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ดื่มสุรา (n = 90)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	86.7
หญิง	12	13.3
อายุ		
≤ 20 ปี	7	7.8
21 – 30 ปี	13	14.5
31 – 40 ปี	18	20.0
41 – 50 ปี	26	28.9
51 – 60 ปี	9	10.0
≥ 61 ปี	6	6.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	29	32.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	31.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	17	18.9
อนุปริญญา / ปวส.	14	15.6
ปริญญาตรี	2	2.2

ตาราง 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ดื่มสุรา (n = 90) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	19	21.1
คู่	64	71.1
หย่า / แยก / หม้าย	7	7.8
อาชีพ		
เกษตรกร	56	62.2
รับจ้าง	31	34.5
รับราชการ	3	3.3
ศาสนา		
พุทธ	90	100
ระยะเวลาที่ดื่มสุรา (ปี)		
1 - 5 ปี	44	48.9
6 - 10 ปี	31	34.5
11 - 20 ปี	13	14.4
มากกว่า / เท่ากับ 21 ปี	2	2.2
การดื่มสุรา		
เลิกดื่ม	0	0
ยังดื่มอยู่	90	100.00

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.7 และเพศหญิงร้อยละ 13.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 28.9 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 20.0 และอายุต่ำกว่า / เท่ากับ 20 ปี ร้อยละ 7.8 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.2 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมตอนต้น ร้อยละ 31.1 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.1 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 21.1 มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.2 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาที่ดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 48.9 รองลงมาอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 34.5 ปัจจุบันยังดื่มสุราอยู่ร้อยละ 100.0

2.2 พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ตาราง 7 แสดงผลพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนในหมู่ 3 ต.คลองไทร จ.สุราษฎร์ธานี (n = 170) ก่อนและหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

พฤติกรรมการดื่ม	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนคน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนคน (ร้อยละ)
- ดื่มสุรา (คน)	90 (52.9)	86(50.6)
- ไม่ดื่มสุรา (คน)	80 (47.1)	84(49.4)

จากตาราง 7 พบว่าประชาชนในแต่ละบ้าน (ตัวแทนของครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ 1) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีผู้ที่ดื่มสุราจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 และมีผู้ที่ไม่ดื่มสุราจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีผู้ที่ดื่มสุราจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 50.6 และมีผู้ที่ไม่ดื่มสุราจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4

ตารางที่ 8 แสดงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) (คะแนน AUDIT) ก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม กิจกรรม A-I-C เฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา (n=90)

คะแนน AUDIT	ระดับความเสี่ยง	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม
		จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
	หยุดดื่ม	-	4 (4.4)
0 – 7	ความเสี่ยงต่ำ	23(25.6)	28(31.1)
8 – 12	ความเสี่ยงปานกลาง	21(23.3)	27(30.0)
> 13	ความเสี่ยงสูง	46(51.1)	31 (34.5)

จากตาราง 8 พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาคือความเสี่ยงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.6 และความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.3 ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีผู้หยุดดื่มสุราจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ส่วน 86 คน พฤติกรรมการดื่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือความเสี่ยงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.1 และความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.0

ตาราง 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา (คะแนน AUDIT) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C (N=90)

คะแนน AUDIT	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
				t	df	Sig
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	90	13.64	9.27	2.157	89	.034
หลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	90	11.27	7.75			

จากตาราง 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณประเภทกึ่งทดลอง เป็นการวัดผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา(กลุ่มตัวอย่างที่ 2)โดยใช้กระบวนการ A-I-C และศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา(กลุ่มตัวอย่างที่ 1)ก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 26.6 รองลงมามีตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 23.4 (ตาราง 1) ทั้งนี้เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C จะเป็นตัวแทนของประชาชนในชุมชนที่เข้าร่วมประชุมเพื่อหามาตรการในการดำเนินงานเพื่อลดการดื่มสุราโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเอง ดังนั้นตัวแทนที่เข้าร่วมกิจกรรมจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน และผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 35.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.7 ซึ่งตรงกับการศึกษาบริบทของตำบลคลองไทรที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำสวนยาง ทำสวนผลไม้ และประชากรส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างดี

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีคะแนนความรู้ความเข้าใจและผลกระทบจากการดื่มสุราสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 13.822, p < .01$) ดังตารางที่ 2 ซึ่ง สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 กล่าวคือขณะทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ในกิจกรรมที่ 4 ได้มีการกระตุ้นให้ชุมชนสำรวจสภาพปัญหาผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชน และผู้วิจัยเพิ่มเติมความรู้ส่วนที่ขาด หรือที่เข้าใจไม่ถูกต้องให้แก่คนที่เข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งขณะทำกิจกรรมได้เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มองปัญหาซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวของชุมชน ซึ่งคนในชุมชนมีประสบการณ์ตรงจึงทำให้เข้าใจกระจ่างชัดเกี่ยวกับโรคติดสุรา และผลกระทบจากการดื่มสุรา ตลอดจนมีความรู้ในการดูแลผู้ติดสุรา และรู้วิธีการ เพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุรา ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ศิริวรรณ อัญชติ และกัลยา (2542) ที่ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน พบว่า ความรู้ก่อน และหลังการจัดกิจกรรม A-I-C ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ 2 มีทัศนคติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.540, p < .01$) ดังตารางที่ 3 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า กระบวนการ A-I-C มีจุดเน้นคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการศึกษา ค้นคว้าปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชน และประชาชนได้ร่วมกันตัดสินใจค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชนด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ใช้ความรู้ ความสามารถ และภูมิปัญญาของตนเอง (ทวิทอง, 2524; ไพรัตน์, 2527) และสอดคล้องกับภานุวัฒน์และณรงค์ศักดิ์ (2548) ที่ได้ศึกษา ปัญหาการใช้สารเสพติดในเยาวชน : กรณีศึกษาชุมชนทับผึ้ง จังหวัดสุโขทัย พบว่า การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดสามารถทำให้เยาวชน ได้ประสบการณ์ และมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ชุมชนได้รับรู้ปัญหาของตนเอง และการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในวางแผนแก้ไขปัญหตามบริบทของตนเอง ทุกคนได้แสดงออกและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้นุคคลมีความรู้สึกที่ดี มีความสุขอบอุ่น เกิดพลัง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ชุมชนเกิดความร่วมมือร่วมแรง ร่วมใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้เป็นอย่างดี (ศิริวรรณและคณะ, 2541)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่ให้สัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พบว่า มีผู้ดื่มสุราจำนวน 90 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 28.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.1 มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.2 ระยะเวลาที่ดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่

ระหว่าง 1-5 ปีร้อยละ 48.9 รองลงมาอยู่ระหว่าง 6-10ปี ร้อยละ 34.5 และปัจจุบันยังดื่มสุราอยู่ร้อยละ 100.0 จากการศึกษาพบว่า ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาคือความเสี่ยงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.6 และความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.3 (ตาราง 8) เมื่อติดตามประเมินผล ภายหลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C 3 เดือน พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ดีขึ้น (คะแนน AUDIT ลดลง) กว่าก่อนการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ให้กลุ่มตัวอย่างที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.157, p < .05$) ดังตารางที่ 9 โดยพบว่ามีผู้ดื่มสุราลดลง จากจำนวน 90 คน เป็น 86 คน (หยุดดื่มได้ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4) พฤติกรรมการดื่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือระดับความเสี่ยงต่ำคิดเป็นร้อยละ 31.1 และ ความเสี่ยงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 30.0 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สอดคล้องกับผล การศึกษาของ จุฬนิศย์และเนตรนภา (2549) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กระบวนการ A-I-C กับชุมชนต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรารับบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลหนองบัวลำพู ซึ่งผู้ ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และอาจเป็นเพราะว่าจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (กลุ่มที่2) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C เพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี (2539) เรื่อง ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน พบว่า หากทักษะคิดของประชาชนดี จะ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยดี และจากผลการศึกษานี้ พบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C (ดังตารางที่2) อธิบายได้ว่า การที่ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องประโยชน์ของการเลิกสุรา รับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา จะ ทำให้เกิดความร่วมมือ มีความพยายามหาแนวทางวิธีการให้ประชาชนในชุมชนลด ละ เลิกการดื่ม สุรา ดังทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) ของ ฟิชไบน์ และเอ็จเซน (Fishbein and Ajzen, 1975) อ้างตาม วสันต์และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2542 ซึ่งกล่าวว่า การที่ บุคคลจะลงมือปฏิบัติอะไรก็ตาม จะต้องมีความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมนำมาก่อน ความตั้งใจนี้มีอิทธิพล มาจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น และรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่บุคคลนั้นให้ความเชื่อถือ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณประเภทกึ่งทดลอง (quasi experimental research) วัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา (2) ทักษะคติของประชาชนชุมชนคลองไทรต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุรา (3) ความรู้ความเข้าใจผลกระทบจากการดื่มสุรา ของประชาชนชุมชนคลองไทร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน หมู่ที่ 3 ตำบลคลองไทร อำเภอลำปาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 170 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน หลังสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากลุ่มตัวที่ 1 คัดเลือกเฉพาะครัวเรือนที่มีผู้ดื่มสุรา โดยเลือกผู้ที่ดื่มสุรามากที่สุดในครัวเรือน จำนวน 90 คน เป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ให้กลุ่มตัวอย่างที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นผู้นำทางการ และผู้นำทางธรรมชาติ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ที่ปรึกษาหมู่บ้าน พัฒนาการในพื้นที่ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรสาธารณสุข ตัวแทนกรรมการกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ตัวแทนผู้ดื่มสุรา และผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C โดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุรา ความรู้ความเข้าใจ และผลกระทบจากการดื่มสุรา เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C รวมทั้งความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C ระยะเวลาที่ใช้รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงธันวาคม 2550 รวมทั้งสิ้น 9 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO ที่แปลโดย สาวิตรี (2546) เป็นแบบทดสอบก่อนและหลังจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C 2) แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา สอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C 3) แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการดื่มสุรา 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการลดการดื่มสุราของชุมชน โดยนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการลดการดื่มสุรา มาใช้ในการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C โดยปรับจากกรมสุขภาพจิต, 2544 ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การล่าลายเซ็น กิจกรรมที่ 2 การส่งใจส่งยิ้ม กิจกรรมที่ 3 บทบาทของเรา กิจกรรมที่ 4 สภาพปัญหาการดื่มสุราในชุมชนของเรา กิจกรรมที่ 5

ความมุ่งหวังของเราต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนของเรา กิจกรรมที่ 6 ร่วมคิดร่วมช่วย กิจกรรมที่ 7 แหล่งสนับสนุน กิจกรรมที่ 8 งานของเรา

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกชุมชนศึกษาทดลองแบบเฉพาะเจาะจง (purposive study) คือ หมู่ที่ 3 ตำบลคลองไทร อำเภอลำปาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาในชุมชน 2) การเตรียมชุมชน และการเตรียมการ 3) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของชุมชนเพื่อการลดการดื่มสุราโดยเกิดโครงการที่ประชาชนร่วมคิด 4 โครงการคือ โครงการจากใจถึงใจเพื่อชาวคลองไทรปลอดสุรา โครงการส่งเสริมอาชีพตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง โครงการชาวคลองไทรร่วมใจลด ละ เลิกสุรา และโครงการลด ละ เลิกสุราด้วยสัญญาประชาคม 5) ติดตามประเมินผลโครงการที่เกิดขึ้น หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน และติดตามประเมินผลโครงการที่เกิดขึ้นอีกครั้ง โดยการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มตัวอย่างที่ 1 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจ และผลกระทบจากการดื่มสุรา แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C โดยใช้สถิติทดสอบ ที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) หลังการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา A-I-C ให้กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ดีขึ้นกล่าวคือ มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ต่ำกว่าก่อนจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุรา A-I-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่า ทัศนคติของประชาชนชุมชนคลองไทร ต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความรู้ความเข้าใจและผลกระทบจากการดื่มสุรา ของประชาชนชุมชนคลองไทรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความพึงพอใจต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการได้มาซึ่งแนวทางการลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ พึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 76.7 และรองลงมาในระดับมาก ร้อยละ 23.3

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อาจมีปัจจัยอื่นที่มีส่งผลต่อการลด ละ เลิกต่อการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา
2. ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มทดลอง สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราได้ชัดเจน
3. ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีผลต่อการลดการดื่มสุราในชุมชนสามารถทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบจากการดื่มสุราในชุมชนดีขึ้น ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในทางที่ดีขึ้น จึงควรนำไปขยายผลในกลุ่มอื่นๆต่อไป โดยต้องศึกษาบริบทของชุมชนนั้นๆให้ถ่องแท้และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
4. ควรกระตุ้นให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการจัดกิจกรรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2544). *คู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันสารเสพติด*.
 อุดรราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). *คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. นนทบุรี:
 ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ใน
 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพลอยการพิมพ์.
- ไกรสุข สิ้นสุข. (2550). *กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันยาเสพติดโดยวิธีการวิจัย
 การปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. Retrieval November 27, 2007, from [http://
 61.19.124.3/library/research/5_47.htm](http://61.19.124.3/library/research/5_47.htm)
- จตุรนิษฐ์ จันทร์ชมภู และเนตรนภา งามวงศ์ (2549). *รายงานการประเมินผลโครงการการมีส่วนร่วม
 ของชุมชนต่อการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์*. หนองบัวลำภู:
 เอกสารอัดสำเนา.
- ชันเดอร์, จอนปี. (2547). *องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต
 เนื่องจากแอลกอฮอล์*. (อินทิรา ปัทมินทร์และชญลักษณ์ แก้วเมือง, ผู้แปล) กรุงเทพฯ:
 บริษัท บีคอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). (2524). *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน*.
 กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวทย์. (2527). *กลวิธีแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา
 ชุมชน*. ในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ), *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*
 (หน้า 188). กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2549*. กรุงเทพฯ: โชดา
 สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2549). *ทำไมต้องควบคุมการโฆษณา และการส่งเสริมการขาย
 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง*. *เอกสารวิชาการประกอบการพิจารณากำหนดมาตรฐาน
 การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วันที่ 13-14 ธันวาคม 2549*. กรุงเทพฯ:
 โรงแรมรามาร์กเด็นส์.
- ประเวศ วะสีและไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. (ม.ป.ป.) *กระบวนการทรรคใหม่ในการพัฒนาสถาบันการ
 จัดการเพื่อชนบทและสังคม*. มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
 (ม.ป.ท.).

- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกไสย.(บรรณาธิการ). (2549). *แนว
เวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและใน
โรงพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: หจก. พลอยการพิมพ์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ. (บรรณาธิการ). (2549). *แนวเวชปฏิบัติการ
ให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: หจก. ไอเอ็ม
ออกเคในเซอร์แอนด์แอนด์แอนด์แอนด์ไอทิง.
- พูนศรี รังษิณี, นิรมล พัจจนสุนทร และหทัยวัน สนั่นเอื้อ.(2549) .ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่ม
สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย*, 51(3), 14-24.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527). *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบันของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สักดิ์โสภณการพิมพ์.
- ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน.(2548). ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันปัญหาการใช้
สารเสพติดในเยาวชน: กรณีศึกษาชุมชนทับผึ้ง จังหวัดสุโขทัย, *วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย*, 13(3), 183-191.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์: Text book of psychiatry*.
เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.(2546-2548). *ทะเบียนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน*.
สุราษฎร์ธานี: เอกสารอัดสำเนา.
- ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ. (2541). *คู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ศิริวรรณ เพียรสุข, อัญชลี สีลาเกษ และกัลยา อันชื่น.(2542). *ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม
ของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน*. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2548). *ธุรกิจสุรากับปัญหาตลาดหลักทรัพย์. เอกสารนำเสนอเวทีวิชาการ
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ วันที่ 17 มีนาคม 2548*. กรุงเทพฯ: โรงแรมแอมบาสเดอร์.
- สรिता ชีร์วัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรวงูร และวารภรณ์ ปัญญาลี. (2549). *การดื่มและมาตรการ
เพื่อลดการดื่ม : กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศ.ว.ส.)
- สาวิตรี อัยณางค์กรชัย.(2546). *Brief Intervention. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาจิตวิทยาวิทยา*.
วันที่ 28 ธันวาคม 2547. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สุจินต์ ดาววีระกุล. (2527). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้านเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปี พ.ศ. 2527*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุนทร ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมัทนา แก้วมา. (2545). *การทำหน้าที่ของครอบครัวทหารที่มีสามีดื่มสุรา: กรณีศึกษาในครอบครัวทหาร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมปรารถน์ หมั่นจิต. (2545). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด*. Retrieval November 27, 2007, from http://61.19.124.3/library/research/5_47.htm
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *สารเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเข้าพรรษา. (2547). *งดเหล้าเข้าพรรษา*. กรุงเทพฯ: ฟาอภัยการพิมพ์.
- ไสยา ตระกูลมูล. (2546). *สุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2542). *การวางแผนและการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- อकिन รพีพัฒน์. (2537). *สลัม ปัญหาและแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อัญชลี ศิลาเกษ. (2539). *ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์.คณะสังคมศาสตร์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2547). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิต*. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต. วันที่ 28 ธันวาคม 2547. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุไรวรรณ เฟื่องหนู. (2545). *กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพจิตบ้านท่าม่วงอำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry*. (8th ed.). The United States of America: Williams & Wilkins.
- Schuckit, M.A. (2000). In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry volume1* (7th ed.) (pp.953-971). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scott, H.K (2000). Screening for hazardous drinking in a population of well women. *Community Nursing*, 9(2), 107-114.
- Winstock, A. (2000). Drug and alcohol. In P. Wrigth, J. Stern, & M. (Ed.) *Core psychiatry* (pp. 419-433). London : W.B. Suander

ภาคผนวก ก

**แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา
ณ ชุมชนคลองไทร อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

แบบสอบถามชุดนี้มี 3 ส่วนด้วยกันคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบจากการดื่มสุราจำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา
จำนวน 10 ข้อ
- คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ซึ่งเป็นข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง
เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด (สิ่งที่ท่านตอบจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน แต่จะมีผล
ในการนำไปพัฒนาชุมชนเกี่ยวกับการลดการดื่มสุราในอนาคตต่อไป)

ส่วนที่ 1

1. เพศ
 1. () ชาย
 2. () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. () ไม่ได้รับการศึกษา
 2. () ประถมศึกษา
 3. () มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. () อนุปริญญา/ปวส.
 6. () ปริญญาตรี
 7. () อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
 1. () โสด
 2. () คู่
 3. () หย่า/แยก/หม้าย

5. อาชีพ

1. () เกษตรกร
2. () รับจ้าง
3. () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
4. () ประมง
5. () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
6. () แม่บ้าน/ว่างงาน
7. () อื่นๆ ระบุ.....

6. ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ของท่าน

1. () กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
2. () อสม.
3. () อบต.
4. () ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน
5. () ประชาชนทั่วไป
6. () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องถูกหรือผิดช่องใดช่องหนึ่งที่ตรงกับความรู้
ความเข้าใจของท่านในแต่ละข้อ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. การดื่มสุราจนติดสุรา หมายถึง การดื่มสุราอย่างมากและดื่มนานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม		
2. สุราเป็นสารออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ตื่นตัวไม่่วงนอน		
3. สาเหตุของการดื่มสุราส่วนหนึ่งมาจากพันธุกรรม การเลียนแบบจากผู้อื่น โกลัซิด สื่อโฆษณาต่างๆ		
4. คำกล่าวที่ว่า “การดื่มสุราจนติดสุราส่งผลให้เกิดโรคตับแข็ง ตับอักเสบ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ โรคกระเพาะ” เป็นคำกล่าวที่ไม่ถูกต้อง		
5. การดื่มสุราช่วยให้ร่างกายสดชื่น สามารถคลายเครียดได้อย่างถาวร		
6. การดื่มสุราบ่อยๆจนติดสุราก่อให้เกิดอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือมีภาวะหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายได้		
7. การดื่มสุราบ่อยๆในปริมาณมากก่อให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเฉียบพลัน หรืออาจฆ่าตัวตายได้		
8. การดื่มสุราช่วยเชื่อมความสัมพันธ์ ความรัก ความสามัคคีในครอบครัว ให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น		
9. การดื่มสุราจนติดสุราอาจทำให้เกิดภาวะเพ้อคลั่ง ชัก หมดสติจนหัวใจวายได้		
10. การดื่มสุราจนติดสุราเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร		

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเต็มใจที่ได้มีส่วนร่วมในการหาวิธีการช่วยเหลือให้บุคคลที่ดื่มสุราลดหรืองดการดื่มสุรา				
2. ท่านยินดีรับฟังการระบายปัญหาต่างๆของบุคคลในครอบครัวและเพื่อนในชุมชนที่ติดสุรา				
3. บุคคลที่ดื่มสุราจนติดเป็นบุคคลที่ทำตัวเองให้แย่งลงจึงไม่ควรให้ความช่วยเหลือ				
4. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อรณรงค์การลด ละ เลิกการดื่มสุราในชุมชนของท่าน				
5. การรวมพลังของชุมชนในการหามาตรการเพื่อให้ชุมชนลด ละ เลิกการดื่มสุราเป็นการพัฒนาท้องถิ่นแบบพึ่งตนเองที่ควรต้องเร่งสร้างให้เกิดในชุมชน				
6. การร่วมด้วยช่วยกันของท่านและคนในชุมชนเพื่อช่วยลดการดื่มสุราของคนในชุมชนเป็นการกระทำที่ไม่มีประโยชน์				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. การให้พลังของชุมชนเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตจากสุราน่าจะเกิดขึ้นใน ชุมชนของท่าน				
8. ท่านรู้สึกเครียด กังวลที่ต้องมาร่วม กันคิด ร่วมกันพัฒนาชุมชนของท่าน เพื่อให้มีการดื่มสุราลดลง				
9. ท่านมั่นใจว่าวิธีการพัฒนาชุมชน โดยชุมชนร่วมคิดร่วมทำเป็นการ พัฒนาที่ยั่งยืนกว่าผู้อื่นคิดวางแผนให้				
10. ท่านเชื่อว่าคนในชุมชนของท่าน รวมถึงตัวท่านเองมีความพร้อม ความสามารถในการร่วมหาแนวทาง ให้บุคคลในชุมชน ลด ละ เลิกการดื่ม สุรา				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน

ต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตรงกับข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดคำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับตัวท่านแต่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาวางแผนในการพัฒนาชุมชนต่อไป

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
1. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทรครั้งนี้					
2. ความพึงพอใจต่อความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา					
3. ความพึงพอใจของท่านที่ได้ร่วมปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราในชุมชน					
4. ความพึงพอใจของท่านต่อการร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชน					
5. ความพึงพอใจของท่านต่อเทคนิค วิธีการที่คณะผู้จัดทำนำมาใช้ในการจัดประชุม					
6. ระยะเวลาในการจัดโครงการมีความเหมาะสม					
7. ความพึงพอใจต่อวิทยากร					
8. สถานที่ที่ใช้ในการจัดประชุมมีความเหมาะสม					
9. ความพึงพอใจของท่านต่อมาตรการที่ได้มาเพื่อลดการดื่มสุราในชุมชน					
10. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทรเพียงใด					

แบบบันทึกการดื่มสุรา

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ส่วนที่ 1 ประวัติครอบครัว

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

อาชีพหลักของครอบครัว.....สถานภาพของบิดา-มารดา.....

ใครบ้างในครอบครัวที่ดื่มสุรา

ไม่มี มี ระบุ.....

(หมายเหตุ: หากตอบว่า “ไม่มี” ไม่ต้องตอบส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 หากตอบว่า “มี” กรุณาตอบส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ต่อ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระยะเวลารวมที่ดื่มสุรา ประมาณ.....ปี ปัจจุบัน เลิกดื่มแล้ว

ยังดื่มอยู่

เหตุผลของการดื่ม.....

ชนิดของสุราที่ใช้.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดื่มสุรด้วยตนเอง (AUDIT) ก่อนเข้าร่วมโครงการ
ดื่มแบบมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มสุราชนิดใดก็ได้ที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

เช่น	เบียร์	1	แก้ว	(285 มิลลิลิตร)
	ไวน์	1	แก้วเล็ก	(100 มิลลิลิตร)
	เหล้า	1	แก้ว	(30 มิลลิลิตร)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย X ตัวเลขหน้าคำตอบที่ตรงกับคุณมากที่สุด

1. คุณดื่มสุรบ่อยแค่ไหน

(0) ไม่เคยเลย (1) เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า (2) 2-4 ครั้ง/เดือน

(3) 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ (4) 4 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า

2. ในวันที่คุณดื่มตามปกตินั้นคุณดื่มที่ดื่มมาตรฐาน

(0) 1 หรือ 2 (1) 3 หรือ 4 (2) 5 หรือ 6 (3) 7 ถึง 9 (4) 10 หรือมากกว่า

3. คุณดื่ม 6 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่าในคราวเดียวกันบ่อยแค่ไหน

(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง

(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

4. ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณพบว่าเมื่อคุณได้เริ่มต้นดื่มแล้วคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้เลย

(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง

(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

5. เมื่อปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่การดื่มของคุณเป็นสาเหตุทำให้คุณไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่ตามปกติแล้วคุณเคยทำได้มาก่อน

(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง

(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

6. เมื่อปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณต้องการจะดื่มในตอนเช้าเพื่อให้คุณรู้สึกดีขึ้นหลังจากที่ได้ดื่มจัดมาก่อนหน้านี้

(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง

(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

7. เมื่อปีที่แล้วมีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณรู้สึกผิด หรือเกิดความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่มของคุณ

(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง

(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

8. เมื่อปีที่แล้วมีบ่อยครั้งแค่ไหน ที่การดื่มของคุณทำให้คุณไม่สามารถจะจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง ในคืนที่ผ่านมา

- (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง
(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

9. คุณหรือใครบางคนเคยได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการดื่มของคุณหรือไม่

- (0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว (4) เคย เมื่อปีที่แล้ว

10. เคยมีเพื่อนญาติพี่น้อง “แพทย์” หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือเคยแนะนำให้คุณลดการดื่มลงบ้างหรือไม่

- (0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว (4) เคย เมื่อปีที่แล้ว

การให้คะแนน

รวมคะแนนหน้าข้อที่คุณทำเครื่องหมาย X ไว้ทุกข้อ คะแนนที่คุณทำได้มีความหมายดังนี้

0 – 7 คะแนน แสดงว่า คุณมีความเสี่ยงต่ำ

- คุณควรรักษาระดับการดื่มของคุณไม่ให้มากกว่านี้ตลอดไป
- แต่ในบางสถานการณ์เช่น ขณะขับรถ ขณะทำงานกับเครื่องจักร ขณะตั้งครรภ์ หรือขณะเจ็บป่วย ฯลฯ การดื่มสุราแม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้คุณและผู้อื่นเสี่ยงอันตรายได้จึงไม่ควรดื่มในสถานการณ์ดังกล่าว

8 – 12 คะแนน แสดงว่า การดื่มของคุณสามารถก่อให้เกิดอันตรายได้

- ขณะนี้คุณอาจจะมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวไม่ดี ความสามารถในการคิดลดลง ความดันโลหิตสูง ซึมเศร้าและเครียด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โดยเฉพาะเมื่อขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร

- คุณควรลดการดื่มลง โดยควบคุมปริมาณการดื่มให้ได้ดังนี้

ถ้าคุณเป็นชาย คุณไม่ควรดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่ม ให้ได้อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่ควรดื่มเกิน 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว

ถ้าคุณเป็นหญิง คุณไม่ควรดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่ม ให้ได้อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่ควรดื่มเกิน 4 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว

13 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า คุณมีความเสี่ยงสูงหรือเสพติดสุราแล้ว

- คุณจะมีอาการผิดปกติต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตับและสมองของคุณจะถูกทำลาย ความจำของคุณจะเสื่อมลง

- คุณจะมีอาการติดสุรายากดื่มมาก จนใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดื่ม ทำให้เสียการ เสียงาน และเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดื่มสุรด้วยตนเอง (AUDIT) หลังเข้าร่วมโครงการ
ดื่มแบบมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มสุราชนิดใดก็ได้ที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

เช่น	เบียร์	1	แก้ว	(285 มิลลิลิตร)
	ไวน์	1	แก้วเล็ก	(100 มิลลิลิตร)
	เหล้า	1	แก้ว	(30 มิลลิลิตร)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย X ตัวเลขหน้าคำตอบที่ตรงกับคุณมากที่สุด

1. คุณดื่มสุรบ่อยแค่ไหน

- (0) ไม่เคยเลย (1) เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า (2) 2-4 ครั้ง/เดือน
(3) 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ (4) 4 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า

2. ในวันที่คุณดื่มตามปกตินั้นคุณดื่มกี่ดื่มมาตรฐาน

- (0) 1 หรือ 2 (1) 3 หรือ 4 (2) 5 หรือ 6 (3) 7 ถึง 9 (4) 10 หรือมากกว่า

3. คุณดื่ม 6 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่าในคราวเดียวกันบ่อยแค่ไหน

- (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง
(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

4. หลังกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณพบว่าเมื่อคุณได้เริ่มต้นดื่มแล้วคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้เลย

- (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง
(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

5. หลังกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่การดื่มของคุณเป็นสาเหตุทำให้คุณไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่ตามปกติแล้วคุณเคยทำได้มาก่อน

- (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง
(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

6. หลังกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณต้องการจะดื่มในตอนเช้าเพื่อให้คุณรู้สึกดีขึ้นหลังจากที่ได้ดื่มจัดมาก่อนหน้านี้

- (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง
(4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

7. หลังกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณรู้สึกผิด หรือเกิดความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่มของคุณ

- (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง

(4) วันละครึ่งหรือเกือบทุกวัน

8. หลังกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C มีบ่อยครั้งแค่ไหน ที่การดื่มของคุณทำให้คุณไม่สามารถจะจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในคืนที่ผ่านมา

(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครึ่ง (2) เดือนละครึ่ง (3) สัปดาห์ละครึ่ง

(4) วันละครึ่งหรือเกือบทุกวัน

9. คุณหรือใครบางคนเคยได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการดื่มของคุณหรือไม่

(0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว (4) เคย เมื่อปีที่แล้ว

10. เคยมีเพื่อนญาติพี่น้อง แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือเคยแนะนำให้คุณลดการดื่มลงบ้างหรือไม่

(0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว (4) เคย เมื่อปีที่แล้ว

การให้คะแนน

รวมคะแนนหัวข้อที่คุณทำเครื่องหมาย X ไว้ทุกข้อ คะแนนที่คุณทำได้มีความหมายดังนี้
0 – 7 คะแนน แสดงว่า คุณมีความเสี่ยงต่ำ

- คุณควรรักษาระดับการดื่มของคุณไม่ให้มากกว่านี้ตลอดไป
- แต่ในบางสถานการณ์เช่น ขณะขับรถ ขณะทำงานกับเครื่องจักร ขณะตั้งครรภ์ หรือขณะเจ็บป่วย ฯลฯ การดื่มแอลกอฮอล์แม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้คุณและผู้อื่นเสี่ยงอันตรายได้จึงไม่ควรดื่มในสถานการณ์ดังกล่าว

8 – 12 คะแนน แสดงว่า การดื่มของคุณสามารถก่อให้เกิดอันตรายได้

- ขณะนี้คุณอาจจะมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวไม่ดี ความสามารถในการคิดลดลง ความดันโลหิตสูง ซึมเศร้าและเครียด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โดยเฉพาะเมื่อขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร

- คุณควรลดการดื่มลง โดยควบคุมปริมาณการดื่มให้ได้ดังนี้

ถ้าคุณเป็นผู้ชาย คุณไม่ควรดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่ม ให้ได้อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่ควรดื่มเกิน 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว

ถ้าคุณเป็นผู้หญิง คุณไม่ควรดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่ม ให้ได้อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่ควรดื่มเกิน 4 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว

13 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า คุณมีความเสี่ยงสูงหรือติดสุราแล้ว

- คุณจะมีอาการผิดปกติต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตับและสมองของคุณจะถูกทำลาย ความจำของคุณจะเสื่อมลง

- คุณจะมีอาการติดสุรา อายากดื่มมาก จนใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดื่ม ทำให้เสียการเสียบงาน และเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
- คุณควรหยุดดื่ม และไปพบแพทย์เพื่อรับการบำบัดรักษาโดยด่วน

ภาคผนวก ข

**ตารางกิจกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร
อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

จากโครงสร้างและขั้นตอนของการจัดกิจกรรม กำหนดเป็นตารางจัดกิจกรรมในรูปแบบของการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เวลา 2 วัน ดังนี้คือ

วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2550

08.00-09.30 น. - ลงทะเบียน

- ชี้แจงการประชุมและวัตถุประสงค์

09.30-10.00 น. - กิจกรรมที่ 1 การล่าลายเซ็น

10.00-10.30 น. - กิจกรรมที่ 2 การส่งใจส่งยิ้ม

10.30-12.00 น. - กิจกรรมที่ 3 บทบาทของเรา

13.00-14.30 น. - กิจกรรมที่ 4 สภาพปัญหาการดื่มสุราในชุมชนของเรา

14.30-16.00 น. - กิจกรรมที่ 5 ความมุ่งหวังของเราต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่ม
สุราในชุมชนของเรา

วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2550

09.00-10.30 น. - กิจกรรมที่ 6 ร่วมคิดร่วมช่วย

10.30-12.00 น. - กิจกรรมที่ 7 แหล่งสนับสนุน

13.00-15.30 น. - กิจกรรมที่ 8 งานของเรา

15.30-16.00 น. - สรุปผลการจัดกิจกรรม

ภาคผนวก ค

กิจกรรมการดำเนินงาน









