

Nurse and community cooperation to control alcohol consumption

Chitsanucha Chokwarakul¹ and Puktiporn Boonkern²

Received	Reviewed	Revised	Accepted
21/08/2564	25/09/2564	26/09/2564	29/09/2564

Abstract

A diverse group of people live together may have a sense of unity, have interactions with each other and are accept to the same rules and regulations can be considered as a community living. Moreover, established and constitutes a community also need strong economic and community organizations, food, resources and mental health, can lead the local community which manage themselves. There is a network of economic and community capital links that can lead to policy-level problem solving, and upgrade to be a province of self-sufficiency in terms of economy and community capital as well. In addition to taking care of the quality of life of the residents and the economy of the people in the community, taking care of the physical and mental health of people in the community is also important. Health care is a shared mission of all sectors in the community. Community nurses must implement processes for community health care. This is a method for studying health conditions and people's needs in order to lead to solving problems together with the community. They must be a process for assessing community health problems that are clear and consistent with real conditions. This will lead to the improvement of the operating model to build the health of people in the community further. The cooperation between the community and the nurses in control alcohol consumption in community is therefore the role of nurses in preventing alcohol consumption behavior in the community, focusing on managing the risk of alcohol consumption behavior in the community. may be caused by many factors. Anyway they should be preventing and focuses on prevention and promotion as well.

Keywords : community-nurse collaboration, alcohol consumption control, community-nurse

¹ Punjadee School, Email- chisanucha.mook@gmail.com

² Punjadee School, Email- chisanucha.mook@gmail.com

การร่วมมือระหว่างชุมชนและพยาบาลในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชิษณุชา โขควรรกุล³ และภัคติภรณ์ บุญเกิน⁴

บทคัดย่อ

การที่กลุ่มคนหลากหลายที่มา มาอยู่รวมกันในพื้นที่หรือบริเวณเดียวกันในช่วงเวลาที่แน่นอน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และกันอยู่ภายใต้กฎระเบียบกฎเกณฑ์เดียวกัน การรวมกลุ่มดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการอยู่อาศัยแบบชุมชน การที่มีการจัดตั้งและประกอบเป็นชุมชนนั้น นอกจากมีจำนวนประชากรและการอยู่อาศัยแล้วนั้น ชุมชนยังต้องมีกลุ่มองค์กรชุมชนด้านเศรษฐกิจและทุนชุมชนที่เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางอาหาร ทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ สุขภาพกายใจแข็งแรงมีฐานงาน เศรษฐกิจและทุนชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง มีการเชื่อมโยงเครือข่าย เศรษฐกิจและทุนชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาระดับนโยบาย เพื่อยกระดับให้เป็นจังหวัดการ ตนเองด้านเศรษฐกิจและทุนชุมชน ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น นอกจากการดูแล เรื่องคุณภาพชีวิตที่พอกอาศัยและเศรษฐกิจของประชาชนในชุมชนแล้วนั้น การดูแลสุขภาพร่างกายและ จิตใจของคนในชุมชนก็มีความสำคัญด้วยเช่นกันการดูแลสุขภาพจึงเป็นภารกิจร่วมของทุกภาคส่วนใน ชุมชน พยาบาลชุมชนต้องใช้กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาภาวะสุขภาพ และความต้องการของประชาชนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาพร้อมกับชุมชน โดยต้องมีกระบวนการ ประเมินปัญหาสุขภาพชุมชนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพจริง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการ ดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป การร่วมมือระหว่างชุมชนและพยาบาลในการควบคุม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการป้องกันพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในชุมชน คือ มุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในชุมชน ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย จึงควรดำเนินการป้องกันอย่างครอบคลุม ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกัน และส่งเสริมเป็นหลัก

คำสำคัญ : การร่วมมือระหว่างชุมชนและพยาบาล, การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ชุมชน และพยาบาล

การที่กลุ่มคนหลากหลายที่มา มาอยู่รวมกันในพื้นที่หรือบริเวณเดียวกันในช่วงเวลาที่แน่นอน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และกันอยู่ภายใต้กฎระเบียบกฎเกณฑ์เดียวกัน

³ โรงเรียนปัจจติ จังหวัดชัยภูมิ, Email-chisanucha.mook@gmail.com

⁴ โรงเรียนปัจจติ จังหวัดชัยภูมิ, Email-chisanucha.mook@gmail.com

การรวมกลุ่มดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการอยู่อาศัยแบบชุมชน โดยองค์ประกอบของชุมชนประกอบด้วย คน เป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งของชุมชน หากปราศจากคนเสียแล้วจะเป็นชุมชนไม่ได้ ซึ่งคนที่อยู่ในชุมชน นั้นจะต้องมีความสนใจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน และความสนใจดังกล่าวเป็นผลมาจากการอยู่ร่วมกันใน อาณาเขตบริเวณเดียวกัน มีส่วนสัมพันธ์กันมีคนที่ต้องมีสถานที่ แต่การจะกำหนดขอบเขต และขนาด ของสถานที่ ของชุมชนหนึ่งๆ เป็นเรื่องยาก มีการติดต่อแลกเปลี่ยนและปฏิบัติต่อกัน มีความสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในชุมชนเป็นสิ่งที่ผูกพันให้สมาชิกอยู่ร่วมกัน ตลอดจนแบบแผนของการ ดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึง และเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยชุมชนสามารถแบ่ง ออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ชุมชนชนบท และชุมชนเมือง โดยหลักการแบ่งชุมชนจากจำนวนประชากร ที่พักอาศัยและบ้านเรือนที่ปลูกสร้าง ดังนี้

ชุมชนชนบท หมายถึง ประชาชนพลเมืองอาศัยอยู่นอกเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ๆ และมีความสัมพันธ์แบบคุ้นเคย เห็นหน้ากันเป็นประจำ เรียกว่า อาศัยอยู่เป็นหมู่บ้าน มีประชากรอาศัยอยู่ มากกว่า 250 - 1,000 คน

ชุมชนเมือง หมายถึง บริเวณที่มีพลเมืองหนาแน่น มีความเจริญเป็นศูนย์กลางหากลักษณะ องค์ประกอบชุมชนแตกต่างกัน จะแบ่งออกเป็นประเภทที่แตกต่างกัน เช่น ชุมชนที่มีอาคารหนาแน่น ไร้ ระเบียบ และซาร์ตทรุดโทรม คนหนาแน่นอยู่กันอย่างแออัด สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เรียกว่า ชุมชน แออัด หากเป็นชุมชนที่มีบ้านเรือนไม่แออัดแต่ขาดการวางแผนทางด้านผังชุมชน เรียกว่า ชุมชนชาน เมือง ชุมชนที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวที่มีบริเวณ เช่น ทาวเฮ้าส์ ตึกแถว หรือบ้านแฝด เป็นต้น เรียกว่า ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร และหากชุมชนได้รับการจัดตั้งดำเนินการและดูแลโครงการ โดยการเคหะแห่งชาติ มีสภาพความเป็นพลัด เรียกว่า เคหะชุมชน

การที่มีการจัดตั้งและประกอบเป็นชุมชนนั้น นอกจากมีจำนวนประชากรและการอยู่อาศัยแล้ว นั้น ชุมชนยังต้องมีกลุ่มองค์กรชุมชนด้านเศรษฐกิจและทุนชุมชนที่เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางอาหาร ทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ สุขภาพกายใจแข็งแรงมีฐานงานเศรษฐกิจและทุนชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่ ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง มีการเชื่อมโยงเครือข่ายเศรษฐกิจและทุนชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาระดับนโยบาย เพื่อยกระดับให้เป็นจังหวัดการตนเองด้านเศรษฐกิจและทุนชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อย วิสาหกิจชุมชนและบุคลากรภาครัฐ เพื่อร่วมกัน พัฒนาและเชื่อมโยงกับสาขาการผลิตและบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตามแนวทางการพัฒนาเครือข่าย วิสาหกิจ พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของบุคลากรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมให้สามารถปรับตัวเพื่อ รองรับผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขตามกฎระเบียบใหม่ของโลก

นอกจากการดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตที่พักอาศัยและเศรษฐกิจของประชาชนในชุมชนแล้วนั้น การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของคนในชุมชนก็มีความสำคัญด้วยเช่นกัน การดูแลสุขภาพ เป็นความ

รับผิดชอบของบุคคล ชุมชน และสังคม การดูแลสุขภาพจึงเป็นภารกิจร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนการที่จะทราบถึงปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของแต่ละชุมชนท้องถิ่นนั้น พยาบาลชุมชนต้องใช้กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการของประชาชนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน โดยต้องมีกระบวนการประเมินปัญหาสุขภาพชุมชนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพจริง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป การมองสุขภาพของทุกคนหรือประชากรของชุมชนโดยรวม โดยมีการตรวจสอบใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) สภาวะ คือการวัดสุขภาพของคนในชุมชนทางด้านกายภาพ อารมณ์และสังคม 2) โครงสร้างของชุมชน คือบริการสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และ 3) กระบวนการ คือการทำหน้าที่ของชุมชนในการช่วยกันแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดีของทุกคน

การดูแลสุขภาพชุมชน เป็นการทำงานที่อาสาสมัครในชุมชนเป็นตัวตั้ง ดังนั้น เมื่อพยาบาลชุมชนทำงานจึงต้องทำความรู้จักกับคนหรือหาคนที่เป่าหมายในการดูแลให้พบ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ ในการค้นหา เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ การทำแผนที่คนดีการทำแผนที่ศักยภาพ ซึ่งการกำหนดกลุ่มประชากรเป่าหมายในการดูแลสุขภาพชุมชนโดยทั่วไป สามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (Nantabutr, K., 2008)

กลุ่มที่ 1 จัดกลุ่มตามอายุและพัฒนาการ ได้แก่ เด็กแรกเกิด เด็กวัยก่อนเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 จัดกลุ่มตามภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพแข็งแรง (เช่น กลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่) กลุ่มเสี่ยง (เช่น วัยรุ่น คนที่ทำงานในโรงงานทอผ้า คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และกลุ่มเจ็บป่วย (เช่น คนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเอดส์) ที่ผ่านมา บุคลากรทางด้านสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น สถิติการเจ็บป่วยสถิติการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ หรือวิเคราะห์จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ

กลุ่มที่ 3 จัดกลุ่มตามความต้องการเฉพาะ เช่น ผู้ด้อยโอกาส (ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง คนยากจน) สตรีในระยะเจริญพันธุ์เด็กอายุ 0-5 ปี สตรีวัยหมดประจำเดือน ผู้ชายวัยทอง

หากต้องการทำให้การดูแลสุขภาพชุมชนบรรลุเป่าหมายและเกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ต้องอาศัยการทำงานหลายกระบวนการ โดยขึ้นอยู่กับสมรรถนะ ความชำนาญขององค์กรภาคีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ประเด็นปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของคนในพื้นที่ ทั้งนี้พยาบาลชุมชนต้องหาประชากรเป่าหมายในการดูแลให้พบ เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน โดยอาจใช้ข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย การใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนในชุมชน เป็นต้น มาค้นหาประชากรเป่าหมายที่ชุมชนควรให้การดูแล

การวางแผนรักษาพยาบาลและการวางแผนดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชน มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ควรจัดบริการทางสาธารณสุขให้แก่บุคคลในชุมชนอนามัยชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน
2. ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดอัคคีภัยให้กับสมาชิกในชุมชน
3. ควรจัดตั้งให้มีแกนนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเช่นจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดทำโครงการสุขภาพ
4. สมาชิกในชุมชนต้องร่วมมือร่วมใจในการรักษาสุขภาพแวดล้อมของชุมชนเพราะสภาพแวดล้อมในชุมชนถือเป็นปัจจัยหลักในการส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลในชุมชนมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมในชุมชนที่มีความสะอาดไม่สกปรกก็จะไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์หรือแพร่พันธุ์โรคให้เกิดขึ้นกับบุคคลในชุมชน
5. บุคคลในชุมชนต้องช่วยกันสอดส่องดูแลสิ่ง ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สินของบุคคลในชุมชนหากพบเห็นสิ่งใดผิดปกติให้รีบแจ้งไปยังผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเช่นเจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นต้น
6. บุคคลในชุมชนต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและจะต้องมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องของสุขภาพเมื่อบุคคลในชุมชนมีทัศนคติที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในชุมชนทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำมาซึ่งความมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนทั้งนี้ ต้องอาศัยการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและตัวบุคคลในชุมชนเองเช่นจัดให้มีศูนย์เช่นการจัดกิจกรรมออกกำลังกายการออกกำลังกายโครงการอบรมเรื่องโรคต่าง ๆ หรือการซ้อม

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นจุดบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นจุดที่มีการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคลในครอบครัวชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวคิดแบบองค์รวมโดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองยามเจ็บป่วยได้ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดี

การจัดทำรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ. 2563 จากข้อมูลการสำรวจของโครงการ “สำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2563” ซึ่งเป็นโครงการสำรวจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญและใหญ่ที่สุดในประเทศไทย โดยข้อมูลที่ได้ครอบคลุมประเด็นความชุกและลักษณะพฤติกรรมในการ

บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนผลกระทบในด้านต่างๆ และประเด็นทางกฎหมายที่สำคัญ จากรายงานฉบับนี้ได้นำเสนอข้อมูลความชุกของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่ม ค่าใช้จ่ายในการดื่ม และบริบทของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย แบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน อายุ 15-24 ปี และประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สาเหตุและบริบทของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของประชากรกลุ่มต่างๆ สถิติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดกฎหมาย ผลกระทบหลากหลายมิติของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสถิติที่สำคัญและชี้ให้เห็นถึงบทเรียนของปี พ.ศ. 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2557 ที่อาจช่วยให้เห็นทิศทางการขับเคลื่อนเรื่องสุราในประเทศไทยชัดเจนขึ้น

รายงาน “สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2563” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราชอาณาจักรไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2563 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำรวจจากการสุ่มเลือกครัวเรือน และสัมภาษณ์ผู้อยู่อาศัยในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ การสุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ใช้วิธีแบบ stratified two-stage sampling โดยมีกรุงเทพมหานครและ 76 จังหวัดเป็นสตรatum ซึ่งมีทั้งสิ้น 77 สตรatum และมีสตรatumย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คือ เขตแขวงนับ (Enumeration Area: EA) หน่วยตัวอย่างขั้นที่สองคือ ครัวเรือน ได้กลุ่มตัวอย่าง 89,154 คน จาก 38,989 ครัวเรือน ของ 77 จังหวัดทั่วประเทศ เก็บข้อมูลพร้อมกันทั่วทั้งประเทศ ระหว่างวันที่ 17 พฤษภาคม - 30 กรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ซอฟต์แวร์ R พร้อมแพ็คเกจ epicalc และ survey โดยค่าตัวเลขที่นำเสนอในแต่ละบทได้ผ่านการถ่วงน้ำหนักประชากรตามที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้กำหนดเอาไว้ โดยใช้ค่าค้ำประมาณของประชากรในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 เพื่อผลการวิเคราะห์สามารถเป็นตัวแทนของการประมาณสถิติประชากรระดับประเทศที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้ง 55,948,232 คน

ผลการสำรวจพบว่า จากประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคนทั่วประเทศ มีผู้ไม่เคยดื่มสุราเลยร้อยละ 57.18 ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้วร้อยละ 14.41 และมีนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28.41 โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศชัดเจน ประชากรเพศหญิงร้อยละ 81.05 ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต และเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 10.62 ส่วนในประชากรเพศชายมีผู้ไม่เคยดื่มสุราเลยเพียงร้อยละ 31.62 และเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 47.46 สัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 35.40) และต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 16.05) ไม่พบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดื่มในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล นักดื่มประจำ ร้อยละ 56.06 ดื่มเป็นครั้งคราว (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ส่วนร้อยละ 43.94 ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่า) นักดื่มเพศหญิง และนักดื่มอายุ 15-44 ปี ดื่มเบียร์บ่อย

ที่สุด ส่วนนักดื่มชาย และนักดื่มอายุ 45 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มฯ ประเภท “สุรา” (เหล้าขาว เหล้าแดง วิสกี้ เบรัลดี เป็นต้น) บ่อยที่สุด ทั้งนี้ นักดื่มปัจจุบันบริโภคแอลกอฮอล์คิดเป็นปริมาณเอธานอลบริสุทธิ์ 8.22 ลิตรต่อคนต่อปี และส่วนมากซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำ (ร้อยละ 71.66) มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 917.24 บาทต่อคนต่อเดือน ผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในชีวิตในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีทั้งสิ้น 1,665,377 คน โดยนักดื่มหน้าใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 38.40) และช่วงอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 48.07) ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พบว่า เยาวชนร้อยละ 23.91 ระบุว่าเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศชัดเจน แบ่งได้เป็นร้อยละ 9.20 ในกลุ่มเยาวชนหญิง (ร้อยละ 8.34 เป็นนักดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 0.86 เป็นนักดื่มประจำ) และร้อยละ 38.31 ในกลุ่มเยาวชนชาย (ร้อยละ 24.96 เป็นนักดื่มเป็นครั้งคราว และร้อยละ 13.34 เป็นนักดื่มประจำ) นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 4.50 ระบุว่าเคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ห้ามจำหน่ายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยสถานที่ที่ระบุมากที่สุดได้แก่ปั้มน้ำมัน (ร้อยละ 1.90) และวัด (ร้อยละ 1.38) ในขณะที่นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 11.09 ระบุว่าเคยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามบริโภคในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดย สถานที่ที่ระบุมากที่สุดได้แก่ บนถนน พุดบาร บนรด (ร้อยละ 5.47) และวัด (ร้อยละ 3.89) นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 12.36 เคยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแบ่งได้เป็นสุราขาว / เหล้าต้ม / เหล้าชุมชน ร้อยละ 9.55 และสุรานอก/เหล้าต่างประเทศ ร้อยละ 4.76

จากการรวบรวมข้อมูลผลการสังเคราะห์ผลการสำรวจปี พ.ศ. 2560 เทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 และ 2554 พบว่าประชากรไทยทั้งหญิงและชายมีแนวโน้มในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2560 เป็นปีแรกที่ความชุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรชายไทยลงมาอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ประเภทของเครื่องดื่มที่นิยมบริโภคก็มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลง สัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่าดื่มเบียร์เพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับการดื่มเครื่องดื่มฯ ประเภทสุรา (สุราขาว สุราสี และอื่นๆ) ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่ตอบว่าดื่มเครื่องดื่มฯ ประเภทสุราลดลงอย่างต่อเนื่อง มีผู้รายงานการซื้อและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ที่ผิดกฎหมายลดลง ส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย และการดื่มเมื่ออายุไม่ถึงเกณฑ์ มีความแปรผันขึ้น-ลง ทั้งนี้ในกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ มีสัดส่วนของผู้มีพฤติกรรมดื่มหนักลดลง ผู้เข้าร่วมการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 รายงานว่าการตามอย่างเพื่อน / เพื่อนชวนดื่มเป็นเหตุผลอันดับหนึ่งในการเริ่มดื่ม ตามมาด้วยความอยากทดลองดื่ม ในขณะที่ข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2557 ระบุว่า การเข้าสังคม / การสังสรรค์เป็นเหตุผลอันดับหนึ่ง ตามมาด้วยการตามอย่างเพื่อน / เพื่อนชวนดื่ม

ในประเทศไทย เครื่องดื่มประเภทเบียร์เป็นเครื่องดื่มที่ผลิตโดยบริษัทขนาดใหญ่เท่านั้น และมีบทบาทต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง นโยบายเปิดเสรีทางการค้า

ทำให้เกิดแรงจูงใจให้นักลงทุนต่างชาติเข้ามาสร้างโรงงานในประเทศ ทำให้มีการผลิตเบียร์เป็นจำนวนมาก (mass production) ดันให้ราคาเบียร์ถูกลงและหาซื้อได้ง่าย ในขณะที่การโฆษณาอย่างต่อเนื่องได้เปลี่ยนบรรทัดฐานของผู้บริโภค และภาครัฐไม่มีนโยบายเปลี่ยนแปลงมาตรการควบคุมการผลิตเบียร์เชิงอุตสาหกรรมภายในประเทศ จึงคาดการณ์ว่าเบียร์จะเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดแรกของนักดื่มหน้าใหม่มากขึ้นเรื่อยๆ ผลการสำรวจในครั้งนี้เสนอแนะว่าโครงการรณรงค์ต้านภัยสุราในกลุ่มเยาวชนซึ่งที่อายุไม่ถึงเกณฑ์และอายุถึงเกณฑ์ควรเน้นที่ผลิตภัณฑ์เบียร์เป็นหลัก

ความร่วมมือระหว่างชุมชนและการพยาบาลในการดูแลสุขภาพ การพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในเขตที่รับผิดชอบ ดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงโรคและผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ทั้งเรื่องจริงและเฉียบพลัน โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ขจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของโรค และปัญหาสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพิ่มศักยภาพและความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ ลักษณะการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนประกอบด้วยลักษณะงานที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นบริการเพื่อสุขภาพ บริการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นบริการเพื่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ ในประเทศไทยเป็นบริการที่จ่ายโดยรัฐหรือองค์กรอาสาสมัคร ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ให้คำแนะนำให้การพยาบาลที่บ้าน การตรวจร่างกาย ตลอดจนการช่วยเหลือประชาชน อาจเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติ เอกซ์เรย์ ค่ายาหรือวัคซีน เฉพาะในส่วนที่รัฐไม่ได้จัดสรรงบประมาณไว้ให้

2. เป็นการดูแลต่อเนื่อง แบบองค์รวม และผสมผสาน ให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในเขตที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพและอายุ คำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทุกด้าน รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่เป็นงานหลักและการรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ขจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของโรค และปัญหาสุขภาพ

3. เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือของชุมชน เพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีลดการป่วย การตาย ความพิการที่ป้องกันได้ การเสริมความเข้มแข็งทางสุขภาพให้ชุมชน (Empowerment) พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา (consultant) ให้ความรู้เพิ่มขีดความสามารถ (Enabling) ให้ความช่วยเหลือเป็นที่เล็ง (Mentoring) แนะนำแหล่งประโยชน์อำนวยความสะดวก(Facilitating) เป็นปากเป็นเสียงและให้การสนับสนุน (supporting) รวมทั้งร่วมปฏิบัติงานที่ชุมชนเป็นเจ้าของโครงการ(collaborating)

4. ให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่และกลุ่มเสี่ยงก่อน ในการลำดับความสำคัญของการบริการ พยาบาลอนามัยชุมชนต้องการบริการปัญหาที่มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ก่อน และมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากกว่าการตามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Phongchok, P. et al., 2006 : 9)

สำหรับหน้าที่ของพยาบาลชุมชนนั้น ประกอบด้วยหน้าที่หลักๆ ดังนี้

1 หน้าที่ด้านบริการพยาบาลอนามัยชุมชน ให้บริการชุมชนตามขอบเขตความรับผิดชอบ ลักษณะบริการเป็นบริการครบถ้วน(comprehensive care) ผสมผสานและต่อเนื่อง(Integrative care) ผสมผสานบริการ 4 ด้าน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ได้แก่ 1) บริการด้านการรักษา 2) บริการด้านการป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพ 3) บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ 4) บริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

2. ด้านการบริหารจัดการ พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้บริหารงานจัดการที่ดีในงานส่วนที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างราบรื่นอย่างประหยัดกำลังคน เวลา และงบประมาณ ได้แก่การประสานงาน การควบคุมกำกับ การนิเทศงาน การประเมินผลงานการประสานงานที่ดีจะทำให้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ร่วมงานและประชาชน ประกอบด้วย 1) การบริหารงานด้านพยาบาลเป็นผู้วางแผนงาน จำเป็นต้องทราบนโยบายของหน่วยงานเพื่อวางแผนดำเนินงานได้สอดคล้องกัน 2) จัดระบบงาน กำลังคน จัดทรัพยากรงบประมาณ หาแหล่งประโยชน์เตรียมให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานได้ 3) ติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กรตรวจควบคุมงาน นิเทศงาน ให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพ เสร็จตามกำหนดเวลา 4) ประเมินผลงาน และแก้ไขข้อบกพร่อง ปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับการดำเนินงานขั้นต่อไป

3. ด้านวิชาการ ประกอบด้วย การวิจัย มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาการพยาบาล การบริการด้านสุขภาพ การสาธารณสุข ฯลฯ และการฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพ นักเรียน นักศึกษา อาสาสมัคร สาธารณสุขของชุมชนประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชนหรือผู้ที่ประชาชนเชื่อถือมาปรึกษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

ปัจจุบันระบบสุขภาพอยู่ในระยะปรับเปลี่ยน มีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจากเดิมที่มีบทบาทหน้าที่ให้บริการเชิงรุกบริการด้านการป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการชั่วคราวหรือเรื้อรัง มีการให้บริการตามบ้าน บริการในชุมชน ในโรงเรียน ในคลินิกป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพ เช่น คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี คลินิกตรวจและรับฝากครรภ์ ตรวจและดูแลหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว เนื่องจากที่ผ่านมาไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง พยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทให้สามารถเพิ่มการพัฒนาศักยภาพของชุมชน อย่างจริงจังมากขึ้น ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับ

.....

ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดปัญหาของสุขภาพให้เห็นผลชัดเจน ประชาชนยอมรับลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของประชาชนและงบประมาณของประเทศ โดยรวม งานรักษาเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนจากเดิมที่เป็นเพียงการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน คัดกรองโรคและส่งต่อแพทย์ เมื่อมีการพัฒนาระบบสุขภาพแนวใหม่พยาบาลอนามัยชุมชนต้องให้บริการที่เรียกว่า ไกล่บ้าน ไกล่ใจ คือ บริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อถือยอมรับ และพอใจของผู้ใช้บริการ เพื่อให้มารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ไม่ข้ามขั้นไปรับบริการที่สถานพยาบาลตติยภูมิ เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายลดความแออัดได้อีกส่วนหนึ่ง

ดังนั้น การร่วมมือระหว่างชุมชนและพยาบาลในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นการ เป็นบทบาทพยาบาลในการป้องกันพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ดังต่อไปนี้ คือ มุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย จึงควรดำเนินการป้องกันอย่างครอบคลุม ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมเป็นหลัก โดยพยาบาลต้องมีการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่คนในชุมชน รณรงค์ให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ตามมา เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมรุนแรง อุบัติเหตุทางถนน และการใช้สารเสพติด ปรับ/ลดทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนในสถานศึกษา โรงเรียนและชุมชนควรร่วมมือกันในการป้องกันการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านค้าบริเวณโรงเรียน ป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น กำหนดมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โครงการรณรงค์การลด ละ เลิก บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างให้แก่เด็กและเยาวชน และการควบคุม/ห้าม การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการสอนนักเรียนให้รู้เท่าทันโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดำเนินนโยบาย/ ภาวะเฝ้าระวังและการจัดโครงการต่างๆ ในโรงเรียนและชุมชน ควรทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

Reference

- Hanucharoenkul. S. (2000). *Health Promotion : Concepts, Theory and Practice of Nursing*. Nakhon Si Thammarat : Walailak University.
- Kalaya Sonthong. (2016). *Community Health Nursing and Roles and Duties of Community Health Nurses*. [Online]. <http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/01/blog-post.html>. [31 January 2016]
- Nantabutr, K., (2008) , *Educational Methodology Framework and Discontinued Community Action Lessons*. Bangkok : Office of the Health Promotion Foundation.
- Phongchok, P. et al. (2006), *Community Health Nursing*. Bangkok: Golden Point.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2006). *Foundations of Nursing in the Community : Community Oriented Practice*. (2nded.). St.Louis : Mosby.

