

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

The Development of Mental Health Caring System for Students in Higher Education Institutions

พิมพัรัตน์ บุญยะภักดิ์* เฉลิมพรรณ เมฆลอย*

รัชณี สรรเสริฐ** อรณลิน สิงขรณ์***

Pimrat Boonyapuk* Chaleormphan Mekloi*

Rachanee Sunsern*** Onnalin Singkhorn***

Received : 1/9/64

Revised : 29/12/64

Accepted : 29/12/64

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา และ 2) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารสถาบัน การศึกษา จำนวน 12 คน บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน นักศึกษาที่เคยใช้บริการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 25 คน ญาติของนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 คน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบฯ จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผ่านการพิจารณาร่างระบบฯ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน โดยมีการปรับปรุงร่างระบบฯ จำนวน 3 รอบ จนได้ระบบฯ ที่สมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.95 (0.67-1.00) ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบฯ ไปใช้ จากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 32 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.87 (0.67-1.00) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

* อาจารย์ประจำ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

* Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

** Associate Professor, School of Health Science, Mae Fah Luang University

*** Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

ผลการวิจัย พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โครงสร้างแบ่งเป็น *ระดับสถาบันการศึกษา* ได้แก่ ส่วนพัฒนานักศึกษาที่ต้องกำหนดหน่วยงานย่อยในการดูแลงานสุขภาพจิตของนักศึกษาให้ชัดเจน หน่วยงานที่ให้การดูแลบำบัดรักษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น โรงพยาบาล คลินิกให้การปรึกษา กับ *ระดับของสำนักวิชา/คณะ* ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา หรือบุคลากรที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิต 2) กระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมนักศึกษาทุกกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา นำไปสู่ 3) ผลลัพธ์ของการดูแล คือนักศึกษากลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง สำหรับความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งภาพรวม (Mean =4.51, S.D.=0.24) และรายด้าน 1) ประโยชน์ (Mean =4.78, S.D.=0.07) 2) การนำไปใช้ (Mean =4.42, S.D.=0.18 และ 3) ความเหมาะสม (Mean =4.39, S.D.=0.20)

สรุป พยาบาลจิตเวช ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในสถาบันอุดมศึกษาสามารถนำระบบดังกล่าวไปทดลองใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตสำหรับนักศึกษาให้ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถาบันการศึกษาได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิตวัยรุ่น ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา สถาบันอุดมศึกษา

ABSTRACT

The purposes of this study were 1) to develop mental health caring system for students in higher education institutions and 2) to examine the feasibility of the implementation of mental health caring system for students. This study operated in 3 phases: 1) to analyze the situation and needs for system development by collecting qualitative data through observation, in-depth interview and focus group interview among 12 executives of university, 20 of related academic and supportive staff, 25 university students, and three relatives of students who had mental health problems; 2) to develop the mental health caring system for students by synthesizing the data from phase 1 combined with a literature review to identify the model framework. The model was evaluated and improved for three rounds by three experts and ten persons of executive university, academic and supportive staff until the appropriate model was identified; the index of item objective congruence was 0.95 (0.67-1.00); 3) to study the feasibility of the model implementation from 32 academic and supportive staff, the validated questionnaire was used to collect the quantitative data. The index of item objective congruence was 0.87 (0.67-1.00). Qualitative data were analyzed by using the thematic analysis method. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics. The Ethical Research Committee approved the study.

The results illustrated that the Mental health caring system for students comprises three components: 1) structure has two levels; 1.1) institutional level includes student development division which must identify the sub-department to take responsibility on the mental health and the department that provides mental health and psychiatric care such as a hospital, counseling center; 1.2) process is functioned by ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) for promoting, preventing, caring, and continuum of care for students with mental health, risk, and mental health problems. The result of implying the structure and process is that students with mental health and risk groups do not develop having a mental illness; also, students with mental health problems receive appropriate care and treatment. The overall implementation feasibility of the mental health caring system had the highest level (Mean =4.51, S.D.=0.24), each sub-component; beneficial of implementation, feasibility of implementation, and transferability of the findings, had the highest level (Mean = 4.78, 4.42, 4.39, S.D.=0.07, 0.18, 0.20) respectively.

In conclusion: an academic institution could deploy the model to suitable the context of each institution for efficiency and efficiency. In addition, mental health and psychiatric nurses can customize the model to promote and prevent mental health problems for youth and undergraduate students.

Keywords: Youth Mental Health, Mental Health Caring System for Students, Higher Education Institutions

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ตั้งเป้าหมายในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้สถาบันอุดมศึกษามีหน้าที่สำคัญในการสร้างคน ผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพทั้งทางด้านความรู้ คุณธรรม จริยธรรม และมีสุขภาวะที่ดีเพื่อเป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีนั้นหมายถึงความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีต่างๆ ทำให้บุคคลโดยเฉพาะเยาวชนต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก นำไปสู่การเสียชีวิตมากกว่า 700,000 คนต่อปี¹ โดยเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าสูงเป็นหนึ่งในสี่ลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด² สำหรับประเทศไทยก็พบว่าคนไทยมีแนวโน้มที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จาก 231,082 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 245,788 และ 323,177 คนในปี พ.ศ. 2560 และ 2562 ตามลำดับ และแนวโน้มของการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 4,722 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 21,874 และ 22,541 คนในปี พ.ศ. 2560 และ 2562 ตามลำดับเช่นกัน โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 4.94 ต่อประชากรแสนคนในปี 2560 เป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคนในปี 2561³

นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง เป็นช่วงที่เปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ ต้องมีการปรับตัวในหลายๆ ด้าน เช่น การรับมือกับตนเอง การเรียนและการใช้ชีวิตส่วนตัว ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักศึกษานั้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัว ความเครียด การจัดการปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในช่วงวัยนี้ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ การจัดการอารมณ์ การปรับตัว ภาวะซึมเศร้า⁴⁻⁶ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ก็อาจพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้⁵⁻⁶ ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทหน้าที่สำคัญทั้งในระบบของโรงพยาบาลและชุมชน สถาบันการศึกษาถือเป็นชุมชนหนึ่งเช่นกัน ดังนั้นในฐานะพยาบาลจิตเวช การจัดให้มีระบบการดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในนักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยง ฟื้นฟูสมรรถภาพและลดภาวะแทรกซ้อนในนักศึกษาที่มีปัญหาทางจิตและจิตเวช ถือเป็นบทบาทที่สำคัญและเป็นไปตามมาตรฐานการบริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อเกิดปัญหานักศึกษาส่วนใหญ่มักจะไม่ขอรับการช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชหรือนักวิชาชีพสุขภาพจิตต่างๆ เนื่องจากมีการรับรู้และมีทัศนคติด้านลบ มองเป็นตรา

บาปของตนเอง (Stigma) ต่อการมีปัญห สุขภาพจิต⁷ แต่เลือกขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิด แทน ซึ่งบางปัญหาสามารถผ่านพ้นไปได้แต่บางปัญหาที่ซับซ้อน เพื่อนหรือคนใกล้ชิดไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ อาจเนื่องจากการขาดทักษะและไม่ได้รับการฝึกฝนที่จะช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง⁸⁻⁹ ส่งผลให้นักศึกษาที่มีปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อการเรียน จนอาจทำให้ไม่จบตามแผนการศึกษา หรือหลายรายต้องออกจากระบบการศึกษา ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องย่อมส่งผลให้เกิดการปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต หรือการฆ่าตัวตายตามมาได้⁴⁻⁶

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่เยาวชนมีแนวโน้มต้องการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากขึ้น กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายและเป้าหมายในการลดปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถาบันอุดมศึกษามีแนวทางที่หลากหลายในการให้การช่วยเหลือ นักศึกษาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว¹⁰⁻¹¹ ส่วนใหญ่เป็นเพียงกิจกรรมในการช่วยเหลือนักศึกษา ทางด้านสุขภาพจิต ยังไม่ปรากฏชัดเจนว่ามีการให้การดูแลที่เชื่อมโยงเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่ชัดเจน การมีแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบนั้นจะส่งผลให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตในสถาบันการศึกษาได้อย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จในการเรียนและจบเป็นบัณฑิตที่ดีต่อไป^{4,9-11} ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลจิตเวชจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการศึกษาการพัฒนา ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาที่สามารถ นำผลไปประยุกต์ใช้ในการวางระบบให้การช่วยเหลือ

ดูแลนักศึกษาทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ไม่ให้มีการพัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวชหรือหากป่วยเป็นโรคทางจิตเวชก็จะได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม ถูกต้องอย่าง ทันทีทันที่เพื่อลดความรุนแรงของโรค อันจะนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian's Model)¹² ซึ่งเป็นกรอบความคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบการบริการด้านสุขภาพและเป็นการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) โครงสร้าง (Structure) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) ในการศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา โดยอาศัยปัจจัยหลัก 4 Ms ประกอบด้วย 1.1) บุคคล หมายถึง ผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการงานด้านสุขภาพจิต 1.2) งบประมาณ หมายถึง งบประมาณในการดำเนินการที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 1.3) วัสดุอุปกรณ์ หมายถึง สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 1.4) การบริหารจัดการ หมายถึง นโยบาย มาตรการ และ/หรือ แผนงานของสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการ

ดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

2. กระบวนการ (Process) หมายถึง แนวทาง ขั้นตอน และ/หรือแนวปฏิบัติในการดำเนินการในสถานการณ์จริงของสถาบันการศึกษาในการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา

3. ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ 3.1 นักศึกษา กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และ 3.2 กลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยมีขั้นตอนการดำเนินแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในปัจจุบันและความต้องการการพัฒนา ระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ วางแผนดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโตนปีเตียน ได้แก่ ข้อมูลจากสถานการณ์ระบบผลิตบัณฑิตระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษา สถิติ

การขอรับการปรึกษา นโยบาย มาตรการ และ/หรือแผนงานของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพจิต และจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านสุขภาพจิต (12 คน) บุคลากรจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิต (11 คน) ตัวแทนของสำนักวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต (9 คน) นักศึกษาที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตจากสถาบันการศึกษา (18 คน) นักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสถาบันการศึกษา (7 คน) ญาติของนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสถาบันการศึกษา (3 คน) ระยะเวลาการสัมภาษณ์ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ครอบคลุมในประเด็น 1) 4Ms ได้แก่ บุคคล (Man) การบริหารจัดการ (Management) ทรัพยากรหรือวัสดุอุปกรณ์ (Materials) และงบประมาณ (Money) และ 2) กระบวนการ (Process) ควบคู่ไปกับการสังเกตแบบ

ไม่มีส่วนร่วม ในการดำเนินการเป็นการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปทันที โดยแยกการถอดเทปแบบอิสระต่อกัน มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น และสรุปข้อมูลโดยเชื่อมโยงแนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา และตรวจสอบยืนยันข้อมูลจากหลายแหล่งที่มา (Confirmability) ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสะท้อนคิดของผู้วิจัย คั้นข้อมูลให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตของสถาบันการศึกษา (Dependability) ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านสุขภาพจิต 2) บุคลากรจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต และ 3) ตัวแทนของสำนักวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต ผ่านการประชุมปรึกษาหารือ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2562 ครั้งที่ 2 วันที่ 8 ตุลาคม 2562 และครั้งที่ 3 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาจัดทำ (ร่าง) ระบบตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาปีเดียวนที่มีองค์ประกอบทั้งโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ในการดูแลครอบคลุมนักศึกษาทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยนำ (ร่าง) ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช

จำนวน 1 คน จิตแพทย์ จำนวน 1 คน และอาจารย์ที่ดูแลทางด้านกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการและความสอดคล้องกับข้อมูลบริบทของสถาบันการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงในประเด็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรอง จำแนกนักศึกษาก่อนนำเสนอให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ปรับครั้งที่ 1) ต่อจากนั้นได้นำ (ร่าง) ระบบที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 10 คน พิจารณาความสอดคล้องกับบริบทและความเข้าใจในร่างระบบ และได้ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงในประเด็นการพัฒนาทักษะทางด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากร การเพิ่มกิจกรรมการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ปรับครั้งที่ 2) หลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับ (ร่าง) ระบบโดยนำผลจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาปรับปรุง เกิดรูปแบบการดูแลที่เรียกว่า ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ที่ครอบคลุม 2 กระบวนการย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มปกติหรือมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต และ 2) กลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (ปรับครั้งที่ 3) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำระบบที่ผ่านการปรับครั้งที่ 3 ให้กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีค่าโดยรวมเท่ากับ .95 และให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยืนยันความตรงของระบบก่อนนำระบบไปประเมินความเป็นได้

ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ผู้วิจัยนำระบบที่ได้จากระยะที่ 2 มาดำเนินการประเมินความเป็นไปได้

ของการนำระบบไปใช้ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหมาะสม (Transferability of the Findings) 2) การนำไปใช้ (Feasibility of Implementation) และ 3) ประโยชน์ (Beneficial of Implementation) กับผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) บุคลากรจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และ 2) ตัวแทนของสำนักวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จำนวนรวม 32 คน โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีค่าโดยรวมเท่ากับ .87 วิเคราะห์ผลการประเมินความเป็นไปได้ ทบทวน ตรวจสอบระบบก่อนนำเสนอคืนข้อมูล ผู้วิจัยสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้ให้กับผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตผ่านระบบ online

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประเมินความเป็นไปได้ของการนำระบบไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เฉพาะเรื่อง (Thematic Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ 053/2561 วันที่ 25 เมษายน 2561 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ

จริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด และจะทำลายข้อมูลหลังจากเผยแพร่แล้ว 3 ปี รวมทั้งเก็บข้อมูลโดยตระหนักถึงการระมัดระวังภายใต้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 60 คน โดยเป็นเพศหญิง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 73.33) และเพศชายจำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.67) เป็นนักศึกษา จำนวน 25 คน (ร้อยละ 41.67) บุคลากรและตัวแทนของสำนักวิชา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 33.33) ผู้บริหารจำนวน 12 คน (ร้อยละ 20) และญาติของผู้ที่เคยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5)

1.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบ สรุปตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาปีเตียน ได้ดังนี้

1.2.1 ด้านโครงสร้าง พบว่า

1) บุคคล พบว่า ไม่ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ใช้การมอบหมายให้อาจารย์ที่พบนักศึกษาที่มีปัญหาหรืออาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ ดังคำกล่าวที่ว่า “เท่าที่ตัวเองอยู่มาสิบกว่าปีอะคะ ก็ยังรู้สึกว่ามันยังไม่มีระบบที่ชัดเจน แต่จะเป็นกลุ่มคนที่อาสาสมัครเข้ามาดูแลตรงนี้มากกว่า” (ผู้บริหาร) สัดส่วนของจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษาต่อจำนวนนักศึกษาค่อนข้างมาก ทำให้ ไม่สามารถดูแลนักศึกษาได้อย่างทั่วถึง “มีชั้นปีนี้มีสองอาจารย์ ก็คือคนละครึ่ง คือส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนี้ หลาย ๆ สาขา จะเป็นอย่างนี้” (ผู้บริหาร) บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ตนเองทำอยู่นั้น

ถูกต้องหรือไม่ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกังวล เมื่อต้องทำหน้าที่ “เราลองผัดลองถูก หรือพยายามหาข้อมูล ซึ่งเราก็ไม่แน่ใจว่าในอินเทอร์เน็ต มันน่าเชื่อถือหรือเปล่า ก็หาข้อมูลไปก็ทริท [ช่วยเหลือ] ไปแบบนั้น ไม่ได้มีโปรโตคอลที่ชัดเจน แล้วเราก็ทริทไปแบบไม่มั่นใจว่าจะได้ผลหรือเปล่า” (ตัวแทนของสำนักวิชา) นักศึกษาที่เคยได้รับการช่วยเหลือบางรายรู้สึกไม่มั่นใจว่าผู้ให้ความช่วยเหลือมีความสามารถเพียงพอหรือไม่ “ไม่ได้เรียนเฉพาะ เขาอาจจะแค่รับฟัง แล้วก็แบบก็พูดให้กำลังใจอะไรอย่างเงี้ยละ” (นักศึกษา)

2) งบประมาณ พบว่า ปัจจุบันมหาวิทยาลัยไม่มีการจัดสรรงบประมาณด้านการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ แต่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการพัฒนานักศึกษาทั่วไป “ยังไม่เคยมี และเราก็ไม่เคยตั้งบขในเรื่องนี้” (ผู้บริหาร) และคำกล่าวที่ว่า “ถ้าเราจะพูดตรงนี้ แล้วขอที่สำนัก เขาก็จะโยนไปว่างบส่วนใหญ่อยู่ที่ส่วนพัฒ [ส่วนพัฒนานักศึกษา] แล้วนะไปเอาตรงกลางนะ” (บุคลากร)

3) วัสดุอุปกรณ์ พบว่า ยังไม่ได้มีการกำหนดแนวทางในการใช้เครื่องมือในการประเมินหรือคัดกรองนักศึกษาที่ชัดเจน “ปัจจุบันก็ใช้แบบประเมินที่เปิดให้บุคคลทั่วไปใช้” (บุคลากร) ส่วนใหญ่ไม่มีสถานที่ในการให้การปรึกษาโดยเฉพาะ บางครั้งใช้ห้องประชุมเล็กเป็นสถานที่ในการให้การปรึกษาแก่นักศึกษา นอกจากนี้พบว่าสถานที่ของสำนักงานที่ทำหน้าที่ในการให้การปรึกษาไม่มีความเป็นส่วนตัว ส่งผลให้นักศึกษาที่เข้าไปใช้บริการบางคนรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว ขณะที่บางคนมองว่าไม่อยากได้สถานที่หรือห้องที่เข้าไปแล้วรู้สึกว่าเป็นคนที่มีปัญหา (Stigma) “หนูว่าไม่เหมาะ มันพลุกพล่าน คือเดินเข้าไปคนก็เห็นนะละ ก็แบบ [นั่งเงียบล่ำกัก] เธอไปปรึกษาอะไร อะไรอย่างเงี้ย ละ” (นักศึกษา)

4) การบริหารจัดการ พบว่า มหาวิทยาลัยมีระบบการช่วยเหลือกรณีเจ็บป่วยด้านร่างกายที่ดี แต่ยังไม่ทราบถึงนโยบายในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ชัดเจน ไม่ทราบว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบและมีกระบวนการในการช่วยเหลือหรือส่งต่ออย่างไร สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เท่าที่ทราบ มันยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ในกรณีความฉุกเฉิน ส่วนพัฒนานักศึกษาก็รีเฟอร์ [ส่งต่อ] ให้อาจารย์สุขภาพจิตที่คุ้นเคย” (ผู้บริหาร) “อยากให้ระบบมันออกมาว่า ถ้าสมมติว่ามีเคสเกิดขึ้น มันเหมือนกับเป็นงานรูทีน [งานที่ทำเป็นประจำ] โดยอัตโนมัติ ว่าใครจะเป็นคนเข้าไปเป็นด่านแรก แล้วคนคนนั้นจะต้องมีหน้าที่อะไรบ้าง จะต้องมีความสามารถในระดับไหน และเขาจะต้องมีทางเลือก หรือตัดสินใจได้ว่าหน้างานเป็นแบบนี้ เขาควรจะทำยังไงต่อ มันจะมีขั้นตอนต่อๆ รับไม้ ต่อๆ กันไป” (ตัวแทนของสำนักวิชา)

1.2.2 กระบวนการ แบ่งออกเป็น

1) การเข้าถึงบริการ พบว่า ช่องทางค้นพบนักศึกษาที่ต้องการการช่วยเหลือที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้สอนสังเกตพบความผิดปกติของนักศึกษา 2) เพื่อนนำเรื่องมาปรึกษาอาจารย์ 3) บุคลากรสังเกตเห็นความผิดปกติของนักศึกษา หรือ 4) นักศึกษาเข้ามาขอรับการช่วยเหลือโดยตรง ทั้งนี้ภายหลังที่ได้รับทราบเรื่องจะดำเนินการติดต่อขอความช่วยเหลือจากอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการส่วนตัว เพื่อส่งต่อนักศึกษาให้ได้รับการช่วยเหลือดูแล “ตอนที่เด็กเกิดปัญหา เช่น ไม่มาเรียนหนังสือ หรือเด็กหายไป เพื่อนๆ ก็มาแจ้งอาจารย์ว่าคนนี้หาย ซึ่งส่วนใหญ่ทุก ๆ เคสที่หายไปหรือมีปัญหาแบบนี้ ก็จะเป็นปัญหาเรื่องโรคซึมเศร้าหรืออะไรพวกนี้” (ผู้บริหาร) “ส่วนใหญ่ก็จะเน้นไปที่เด็กที่เกรดเฉลี่ยมีปัญหา ซึ่งมันก็อาจจะไปด้วยเด็กบางคนที่เขาไม่ตั้งใจเรียน แต่เราไม่มีทางทราบว่าเขา

เป็นหรือเปล่า เพราะเขาก็ไม่ยอมบอก จนกว่ามันเกิดปัญหาเราถึงจะทราบว่าเป็น” (ตัวแทนสำนักวิชา) สำหรับนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือแล้วต้องติดต่อใคร สอดคล้องกับผู้ปกครองที่ไม่ทราบว่าต้องทำอะไร หากลูกหลานมีปัญหา ต้องติดต่อใคร “ตอนที่อยู่ปี 1 เขาก็จะแนะนำว่าอันนี้เป็นสันตนาการนะ อย่างนี้ค่ะ แต่ยังไม่มีการบอกพวกหนูเลยว่ามืองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาอะไรอย่างนี้ค่ะ” (นักศึกษา)

2) ความต่อเนื่องในการดูแล พบว่าผู้บริหารและบุคลากรมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า นักศึกษาควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบจนกว่าจะพ้นวิกฤตหรือพ้นสภาพนักศึกษา แต่พบว่าอาจารย์และบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประสานข้อมูลหลังจากส่งนักศึกษาเข้ารับการช่วยเหลือ รักษา ทำให้ไม่ทราบว่าต้องดำเนินการหรือต้องให้การดูแลต่อเนื่องอย่างไร “ตอนนี้นั้นไม่มีการส่งต่อค่ะ ไม่มีความต่อเนื่อง เหมือนอย่างเคสเด็กที่เราส่งไปแล้วก็ไม่สามารถรู้ชะตาที่หนูเขาประเมินเด็กเราว่าไง เราฟังจากเด็กอะค่ะ” (ตัวแทนของสำนักวิชา) “ถ้าเกิดเด็กที่รักษาเนี่ยหมอบให้ feedback กลับมาว่าเราต้องดูแลด้านไหนเป็นพิเศษ เราต้องติดตามอะไร ก็จะช่วยให้ได้เลย เช่นอาจารย์ที่ปรึกษาได้ สอดส่องดูแลได้ว่าอยู่ในระดับที่เฝ้าระวัง ให้เฝ้าระวังมาก ๆ หรืออยู่ในระดับที่ปล่อยให้เขาสามารถใช้ชีวิตในประจำวันได้” (ตัวแทนของสำนักวิชา) สอดคล้องกับนักศึกษาที่เคยได้รับการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตต้องการให้มีการติดตามต่อเนื่องหลังได้รับการรักษา “หนูยังอยากให้มีคนติดตามนะค่ะว่าพวกเรา ตอนนี้เป็นยังไงบ้าง” (นักศึกษา) “การดูแลต่อเนื่อง ถ้าสมมติว่าเป็นเหมือนการติดตามต่อค่ะ เช่นไม่ได้แบบว่าพอส่งเราไปหาแพทย์แล้วก็ปิดเราเลย แบบไม่รับเราแล้วอย่างนี้ค่ะ ก็อยากให้นัดเรามาพูดคุยกัน ชักเดือนละครึ่งก็ดีค่ะ” (นักศึกษา) และ

ความคิดเห็นของผู้ปกครองก็เป็นในทิศทางเดียวกัน “ควรแจ้งให้ทราบเพื่อหาแนวทางการรักษาร่วมกับมหาวิทยาลัย” (ผู้ปกครอง)

1.2.3 ข้อค้นพบจุดแข็งของมหาวิทยาลัย บุคลากรของมหาวิทยาลัยมีจิตบริการ เต็มใจ และเต็มที่ในการช่วยเหลือนักศึกษา ถึงแม้ว่าจะเป็นนอกเวลาทำงานก็ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า “จุดแข็งของมหาวิทยาลัยเราที่ทำให้มหาวิทยาลัยเราโตขึ้นมาได้จนถึงทุกวันนี้คือเราช่วยกัน เราทำงานในลักษณะลงแขก ความเป็นเซ็นทรัลไลซ์ [รวมศูนย์การบริหารงาน] ของเราทำให้เราโตมาได้จนถึงวันนี้ และคิดว่าสิ่งนี้ยังคงมีอยู่” (ผู้บริหาร) บางสำนักวิชาที่มีทรัพยากรบุคคลที่พร้อม เช่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มีอาจารย์ที่มีความรู้ ความชำนาญในการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิต เป็นต้น “เรามีการมอบหมายให้ทีมของอาจารย์สาขาสุขภาพจิต และจิตเวชเป็นผู้ที่ให้การดูแลทางด้านทางจิตใจของนักศึกษา” (ผู้บริหาร) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ก็พบโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตแก่อาจารย์ บุคลากร ยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า “อาจารย์และเจ้าหน้าที่ของเรายังแยกไม่ออก แบบไหนคือเครียด แบบไหนคือซึมเศร้า แล้วหลังจากที่เราให้คำปรึกษาไปแล้ว เราจะส่งต่อวิธีการยังไง และวิธีการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะเป็นนักศึกษา หรืออาจารย์ หรือว่าเพื่อนๆ ร่วมงานของเรจะมีวิธีการฟัง วิธีการให้คำแนะนำยังไงที่ถูกต้อง” (ผู้บริหาร) และ “เราไม่ได้ถูกเทรนมา ไม่ได้เรียนมาด้วยวิธีการรับมืออย่างนั้นเหมือนกัน” (ตัวแทนสำนักวิชา) การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารแก่บุคลากรและนักศึกษายังไม่ทั่วถึง ดังคำกล่าวที่ว่า “ก็อยากจะให้มีการประชาสัมพันธ์ แบบพยายามให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องนี้ โทราเบอร์นี่ อะไรแบบนี้ก็คือทุกวันนี้ คือถ้าเกิดไม่มีอีเมลล์คือเราจะไม่รับรู้

ช่องทางหรือแชแนล [ช่องทาง] จะโทรเข้าไปขอคำปรึกษา” (นักศึกษา) นอกจากนี้พบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องยังมีการจัดการแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการวางแผนในการช่วยเหลือดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า “เราควรจะเป็นองค์กรรวมตรงหน้าว่า ให้เอามาจอย [รวม] กันอะ ทั้งข้อมูล ทั้งปัญหาในแต่ละวัน หรือว่าเดือนละครั้งก็ได้ ที่เราต้องมาสรุปปัญหา ร่วมกัน” (ตัวแทนของสำนักวิชา) ช่วงเวลาของการบริการช่วยเหลือนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิตน้อยไป เช่น เวลาทำการของสำนักงานให้คำปรึกษามีเพียง 8-16 น. วันจันทร์ถึงศุกร์ บางครั้งนักศึกษาต้องการความช่วยเหลือนอกเหนือจากช่วงเวลาทำการ “ก็อยากจะให้เพิ่มเรื่องเวลาอะ ถ้าจะให้มันตลอดทั้งวัน มันก็น่าจะเป็นไปได้ยาก แต่ถ้ามีได้ก็ดีอะ” (นักศึกษา) “หนูรู้สึกว่ถ้ามีฮอตไลน์มันจะดีอะ เพราะว่าอย่างหนูยังรู้สึกว่ตอนเช้ายังดี ๆ ตอนกลางคืนนี้ไม่ไหวแล้วอะ หนูก็เลยคิดว่าถ้ามีฮอตไลน์ มันก็จะทำให้การช่วยเหลือเรานั้นดีขึ้น” (นักศึกษา)

1.3 ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา (ภาพที่ 2) มีรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 โครงสร้าง แบ่งเป็น 1) ระดับสถาบันการศึกษา ได้แก่ ส่วนพัฒนานักศึกษาหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาต้องกำหนดหน่วยงานย่อยในการดูแลงานสุขภาพจิตของนักศึกษาให้ชัดเจน มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้การดูแล บำบัดรักษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น โรงพยาบาล คลินิกให้การปรึกษา และ 2) ระดับของสำนักวิชา/คณะ ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา หรือบุคลากรที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิต

1.3.2 กระบวนการ มีกระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง ครอบคลุมนักศึกษาทุกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา มีรายละเอียด ดังนี้

A: Approach ทำความรู้จักและคัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคล โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่ส่วนพัฒนานักศึกษาดำเนินการคัดกรองและจำแนกนักศึกษาเบื้องต้นออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปกติ 2) กลุ่มเสี่ยง และ 3) กลุ่มที่มีปัญหา โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์ สังเกต และการใช้แบบประเมิน ภายหลังจากที่คัดกรองและจำแนกนักศึกษาแล้ว กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา ผู้ที่ดำเนินการคัดกรองส่งต่อข้อมูลพร้อมทั้งนักศึกษามาที่สำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษาเพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น สำหรับกรณีที่นักศึกษาปฏิเสธขอรับการช่วยเหลือให้อาจารย์ที่ปรึกษา/เจ้าหน้าที่ส่วนพัฒนานักศึกษาติดตาม ฝ้าสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษาทุกกลุ่มปกติมหาวิทยาลัยสนับสนุนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ ส่วนพัฒนานักศึกษา สำนักวิชา/คณะ จัดกิจกรรม/โครงการต่างๆ โดยวางแผนการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตภายใต้หลักของ Universal, Selective, and Indicated Prevention และกำหนดให้มีคณะกรรมการดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตโดยตรงเพื่อทำหน้าที่พิจารณาโครงการต่างๆ ให้เป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย ตลอดจนติดตามและประเมินผลโครงการต่างๆ ที่จัดขึ้น

C: Care ดำเนินการให้การช่วยเหลือดูแลนักศึกษาทุกกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการส่งต่อ มีขั้นตอนในการช่วยเหลือดูแล 2 ระดับ ได้แก่

1) การช่วยเหลือเบื้องต้นทางด้านจิตสังคม รับผิดชอบโดยสำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษา ทำหน้าที่ประเมินระดับความรุนแรงของ

ปัญหาในการวางแผนให้การช่วยเหลือ โดยใช้แบบประเมินตามความเหมาะสมกับสภาพของปัญหา ได้แก่ 1) แบบประเมินความเครียด 2) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต 3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ 4) แบบคัดกรองโรคจิตเบื้องต้น เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตสังคม และจำแนกนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือได้ และ 2) กลุ่มที่ต้องส่งต่อเพื่อขอรับการบำบัดทางจิตสังคมหรือการรักษาทางชีวภาพ โดยเกณฑ์การจำแนกนักศึกษาคือคะแนนของแบบประเมินที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรองโรคจิตเบื้องต้น หรือมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และ/หรือมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้อื่น สำหรับนักศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ สำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษาทำหน้าที่ให้การปรึกษาดูแลตามผล และประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือนักศึกษา กรณีที่สุขภาพจิตของนักศึกษาดีขึ้นสามารถจำแนกเข้ากลุ่มปกติได้ แต่หากปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นให้ส่งต่อตามขั้นตอนต่อไป สำหรับนักศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงให้ส่งต่อนักศึกษาเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม กรณีที่นักศึกษาต้องการเข้ารับการปรึกษาโดยจิตแพทย์ ให้ประสานส่งตัวเข้ารับการปรึกษาที่โรงพยาบาล สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงให้ดำเนินการส่งต่อไปพบจิตแพทย์เพื่อเข้ารับการปรึกษาต่อไป

2) การบำบัดทางจิตสังคม
รับผิดชอบโดยอาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยาของมหาวิทยาลัย (ถ้ามี) ทำการประเมินอีกครั้งเพื่อคัดกรองความรุนแรงของปัญหาและให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม

ติดตามผล และประสานงานกับสำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษาในการช่วยเหลือดูแลนักศึกษา หากสุขภาพจิตของนักศึกษาดีขึ้นตามเกณฑ์ให้จำแนกนักศึกษาเข้ากลุ่มปกติ หรือต้องติดตามกรณีที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการปรึกษาให้ส่งต่อไปพบจิตแพทย์ ผู้ที่ให้การบำบัดส่งข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานให้การปรึกษาเพื่อประสานการส่งต่อ และประสานงานร่วมกันในการติดตามและวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

T: Treat นักศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือนักศึกษาที่ต้องได้รับการรักษาที่ผ่านการประเมินจากสำนักงาน/หน่วยงานการให้การปรึกษาหรืออาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชพิจารณาให้ส่งต่อเข้ารับการปรึกษาโดยจิตแพทย์ แนวทางการรักษาหรือการส่งต่อเพื่อการรักษาให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล สำนักงาน/หน่วยงานการให้การปรึกษาประสานกับโรงพยาบาล จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาถึงแนวทางในการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และกำหนดผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแจ้งผู้ปกครองของนักศึกษากรณีที่นักศึกษาจำเป็นต้องเข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล หรือมีความจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ปกครองโดยเปิดเผยข้อมูลเฉพาะการเข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล เท่านั้น สำหรับรายละเอียดของการรักษาการเปิดเผยข้อมูลให้อยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

C: Continue ดำเนินการติดตามและประเมินผลการช่วยเหลือนักศึกษากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาอย่างน้อย 3 ครั้งหลังได้รับการช่วยเหลือหรือติดตามตามความจำเป็น จัดทำ Case conference ร่วมกันของสหวิชาชีพในการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตแก่นักศึกษา กรณีที่จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษาพิจารณาไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาและ/หรือนักศึกษาที่เข้ารับการปรึกษาไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่สำนักงาน/หน่วยงานให้

การปรึกษาเพื่อติดตามและให้การช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องให้โรงพยาบาลเป็นผู้ให้การรักษ่า บำบัดติดตาม และประเมินผลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลและระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไม่สามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือใดๆได้เนื่องจากไม่มีข้อมูล สำนักงาน/หน่วยงานให้การ

ปรึกษาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สรุปและรายงานผลของการช่วยเหลือต่อผู้บริหารของมหาวิทยาลัยที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลด้านสุขภาพจิตเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย มาตรการ และแผนปฏิบัติการต่างๆ ทางด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัยให้มีความเหมาะสมต่อไป



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

2. ความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้

พบว่า ความเป็นไปได้ต่อการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean =4.51, S.D.=0.24) โดย 1) ด้านประโยชน์ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.78, S.D.=0.07) โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งต่อนักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และมหาวิทยาลัย (Mean =4.88, 4.78, 4.75, 4.72, S.D.=0.34, 0.49, 0.62, 0.52) ตามลำดับ 2) ด้านการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งความถูกต้องตามหลักวิชาการ เหมาะสมกับบริบทของ

มหาวิทยาลัย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Mean =4.63, 4.34, 4.28, S.D.=0.49, 0.75, 0.18) ตามลำดับ และ 3) ด้านความเหมาะสมในการนำไปใช้ออยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.39, S.D.=0.20) โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดในการกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางดำเนินการ มีเครื่องมืออำนวยความสะดวก และมีขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยาก (Mean =4.56, 4.50, 4.31, S.D.=0.62, 0.67, 0.21) ตามลำดับ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปทดลองใช้ได้ อย่างสมบูรณ์แบบ ส่งผลให้ไม่สามารถประเมิน

ประสิทธิผลได้อย่างสมบูรณ์ แต่ได้ทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงกับนักศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 8 คน โดยปฏิบัติตามกระบวนการของระบบที่วางไว้ในด้านการคัดกรอง/ประเมิน การช่วยเหลือดูแล การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า สามารถคัดกรองนักศึกษาได้ดีและรวดเร็วขึ้น นักศึกษาได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันทีที่ นักศึกษาจำนวน 6 คน สามารถทำกิจวัตรประจำวันและเรียนหนังสือได้ตามปกติ นักศึกษาอีก 2 คนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันที่ และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง

การสรุปและอภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ตามหลักวิชาการและบริบทสถานอุดมศึกษาที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์จริงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ออกแบบโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแบบอย่างต่อเนื่องจำนวน 3 รอบ จนได้ระบบการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาโดยระบบประกอบด้วย 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการเพื่อนำไปสู่ 3) ผลลัพธ์ของการดูแลคือนักศึกษากลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาโครงสร้างของสถาบันการศึกษา พบว่า โครงสร้างของระบบแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระบบสถาบันการศึกษา และระดับของสำนักวิชา/คณะ โดยในระดับของ

สถาบันการศึกษาควรมีการกำหนดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้ชัดเจน อาจอยู่ในรูปแบบของหน่วยงานย่อยในหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนานักศึกษาเพื่อรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามนโยบาย มาตรการในการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาของสถาบันการศึกษา บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ส่วนในระดับของสำนักวิชา/คณะ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโดนาปีเดียนที่ว่า การมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลผู้รับบริการที่เหมาะสม ได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีการมอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระบบที่ดีต้องมีการกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้ชัดเจน และมีการถ่ายทอดนโยบายและมาตรการ ตลอดจนแนวทางของการนำระบบไปใช้ให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบร่วมกัน¹³ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และนำไปสู่การเกิดทัศนคติที่ดีในการทำงานช่วยเหลือดูแลนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิต¹⁴ และการจัดให้มีระบบที่ปรึกษา (Mentor) สำหรับอาจารย์หรือบุคลากรที่พบนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและต้องการความช่วยเหลือจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของระบบ¹⁵ โดยควรส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ และการประเมินผล¹⁵

สำหรับองค์ประกอบด้านกระบวนการของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับศึกษานั้นมีกระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษากลุ่มปกติ กลุ่ม

เสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในสถาบันการศึกษาเป็นไปตามมิติของการดูแลสุขภาพ โดยกระบวนการเริ่มจากการทำความเข้าใจและคัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อจำแนกนักศึกษาออกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต อาศัยเครื่องมือในการจำแนกนักศึกษาเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดยนักศึกษาในกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยยึดหลักของ Universal, Selective, and Indicated Prevention ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนให้การป้องกันที่ครอบคลุมทั้งสามระดับนี้จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้^{10,16} สำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้รับการประเมินที่โดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการให้การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต มีการใช้เครื่องมือที่มีความจำเพาะในการประเมินเพิ่มขึ้นเพื่อวางแผนในการช่วยเหลือหรือส่งต่อได้ถูกต้อง เหมาะสม และทันทั่วถึง¹⁷ โดยกระบวนการจะมีการติดตามดูแลช่วยเหลือนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่านักศึกษาสามารถเรียนและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ มีความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล เป็นไปตามผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาควรเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง (protective factors) ลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำให้ปัญหายังคงอยู่หรือรุนแรงเพิ่มขึ้น (perpetuate factors) ครอบคลุมด้านชีวภาพ จิตใจ และสิ่งแวดล้อม¹⁸ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ เพื่อน เป็นต้น^{13,15} ทั้งนี้ปฏิบัติภายใต้การเคารพความเป็นบุคคล ความลับของผู้รับบริการ เพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่การเกิดความร่วมมือใน

การบำบัดรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการร่วมกัน

2. การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้

ผลการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ พบว่า ผู้ที่จะใช้ระบบมีความคิดเห็นในภาพรวมว่าระบบสามารถนำไปใช้ได้จริงและในรายด้านอยู่ระดับมากที่สุด โดยผู้ที่ใช้ระบบมีความคิดเห็นว่าการนำระบบไปใช้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อนักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่ารบบนี้เป็นไปตามหลักวิชาการ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เหมาะสมกับบริบทของสถาบันการศึกษา มีกำหนดขั้นตอน เครื่องมือ และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน¹³ จากการการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การที่ผู้ที่ใช้ระบบมีความคิดเห็นต่อการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุดนี้จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการนำระบบไปใช้อย่างจริงจัง นำไปสู่การเกิดประสิทธิผลที่ดีของการใช้ระบบต่อไป¹⁴⁻¹⁵ ถึงแม้ว่าการศึกษาค้างนี้ไม่ได้มีการทดลองใช้ระบบอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ แต่ได้นำไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงกับนักศึกษากลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยปฏิบัติตามกระบวนการของระบบที่วางไว้ในด้านการคัดกรอง/ประเมิน การช่วยเหลือดูแล การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า สามารถคัดกรองนักศึกษาได้ดีและรวดเร็วขึ้น นักศึกษาได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันทั่วถึง นักศึกษาสามารถทำกิจวัตรประจำวันและเรียนหนังสือได้ตามปกติ ส่วนนักศึกษาที่ต้องได้รับการรักษาก็ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และทันทั่วถึง และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง เป็นไปตามผลลัพธ์ของระบบที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ประโยชน์

1. ระดับการบริหารในสถาบันการศึกษา: ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักเรียน ผู้บริหาร สถาบัน/สำนักวิชา/คณะ ที่รับผิดชอบในการพัฒนา สุขภาพจิตนักศึกษาสามารถนำสาระสำคัญของระบบ ไปเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการในการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต นำไปวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการทั้งระยะยาวและระยะสั้นที่มีการกำหนดตัวชี้วัดทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และกำหนดโครงการหรือกิจกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ดังกล่าว นอกจากนี้ต้องวางระบบโดยปรับหรือพัฒนา โครงสร้าง กระบวนการที่เอื้อในการการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ตลอดจนจัดโปรแกรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

2. ระดับปฏิบัติการ: บุคคลที่อยู่ในระดับปฏิบัติการ ได้แก่ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใน ส่วนของการพัฒนานักศึกษาและงานด้านสุขภาพจิต นำกระบวนการ ACT-C ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของ นักศึกษา ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตาม กระบวนการที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มที่มีปัญหา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามี สุขภาพจิตที่ดี

3. พยาบาลจิตเวช: พยาบาลจิตเวชหรือ พยาบาลที่รับผิดชอบในงานทางด้านสุขภาพจิตและ จิตเวชสามารถนำสาระสำคัญของระบบไปเพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่นักศึกษาโดย ประสานงานหรือร่วมกับสถาบันการศึกษาในการ

จัดบริการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตให้ มากขึ้น ตลอดจนร่วมกันให้การดูแลนักศึกษาอย่าง ต่อเนื่องให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับผู้รับบริการให้ มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัย: ควรทำวิจัยเพื่อขยายผล โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง หรือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินประสิทธิผล ของระบบ และนำไปปรับปรุงระบบให้สอดคล้อง หรือเอื้อกับบริบทของสถาบันการศึกษาต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้า หลวงที่กรุณาสับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

REFERENCES

1. World Health Organization. Depression [online]. 2021 [cited 2021/9/13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. World Health Organization. Adolescent Mental Health [online]. 2020 [cited 2020/12/10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Department of Mental Health. E-report [online]. [cited 2020/5/1]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp> (in Thai)
4. Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Green JG, Nock MK, Kessler RC. Mental Health Problems in College Freshmen:

- Prevalence and Academic Functioning. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 225: 97-103.
5. Mofatteh M. Risk Factors Associated with Stress, Anxiety, and Depression among University Undergraduate Students. *AIMS Public Health*. 2020; 8(1): 36-65.
 6. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, et al. Prevalence and Risk Factors for Mental Health Problems in University Undergraduate Students: A Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;287: 282-292.
 7. Hilliard, R. C., Watson, J. C., & Zizzi, S. J. Stigma, Attitudes, and Intentions to Seek Mental Health Services in College Student-Athletes. *Journal of American College Health*. 2020; 1-10.
 8. Ebert, David D., et al. Barriers of Mental Health Treatment Utilization among First-Year College Students: First Cross-National Results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of Methods in Psychiatric Research*. 2019;28(2): e1782. doi:10.1002/mpr.1782
 9. Nash, Sara, et al. University Students' Perceived Need for Mental Health Services: A Study of Variables Related to not Seeking Help. *Psychological Services* 2017; 14(4):502.
 10. Rith-Najarian, Leslie R., Maya M. Boustani, and Bruce F. Chorpita. A Systematic Review of Prevention Programs Targeting Depression, Anxiety, and Stress in University Students. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 257: 568-584.
 11. Duffy, Anne, et al. Mental Health Care for University Students: a Way Forward? *The Lancet Psychiatry*. 2019; 6(11): 885-887.
 12. Donabedian A. Quality Assessment and Monitoring. *Evaluation & the Health Professions*. 1983; 6(3): 363-75.
 13. Chorpita, B.F., and Eric L. D. Coordinated strategic action: Aspiring to wisdom in mental health service systems. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018; 25(4): e12264.
 14. Hataiyusuk S., Seree, P. & Bosagaranut, K. Attitude and Motivation towards Mental Health Work in Participants of Mahidol Friend Project, Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2020; 50(2): 226-240. (in Thai)
 15. Ballard K. Inclusion, paradigms, power and participation. *Towards Inclusive Schools?* Routledge. 2018: 1-14.
 16. Arango, C., et al. Preventive Strategies for Mental Health. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(7): 591-604.
 17. McGorry, P.D., & Mei, C. Early Intervention in Youth Mental Health: Progress and Future Directions. *Evidence-Based Mental Health*. 2018; 21(4): 182-184.
 18. Langevin, R., Marshall, C., & Kingsland, E. Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019; 1524838019870917.