

ตามรอยการก่อรูปแนวคิดของรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผ่านสุนทรียสนทนา

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.*

บทคัดย่อ

รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU family health nursing model: KKU: FHN Model) ได้รับการพัฒนาขึ้นจากการสังสมองค์ความรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัว การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการทำงานร่วมกับชุมชนในบริบทสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง บทความรับเชิญนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตามรอยพัฒนาการและเผยแพร่แนวคิดสำคัญที่นำไปสู่การก่อรูปของ KKU-FHN model ผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนาอันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนที่มาพัฒนาการ และเอกลักษณ์ของรูปแบบดังกล่าว ตลอดจนศักยภาพในการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพะครอบครัวและชุมชนไทย

นำเสนอภาพรวมของแนวคิดซึ่งนำการพัฒนาารูปแบบ ซึ่งให้ความสำคัญกับการมองครอบครัวเป็นหน่วย พื้นฐานของสุขภาพ การค้นหาและเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และการทำงาน ร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างบ้าน ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทุกช่วงวัย

บทความยังสรุปองค์ประกอบสำคัญของ KKU-FHN Model ประกอบด้วย เครื่องมือประเมิน ครอบครัว กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพครอบครัว และผลลัพธ์ที่คาดหวังในการพัฒนาสุขภาพะ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเครื่องมือประเมินช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจ โครงสร้าง หน้าที่ ศักยภาพ และความต้องการของครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ขณะที่กระบวนการปฏิบัติการ มุ่งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัว ทีมสุขภาพ และภาคีชุมชน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

KKU-FHN Model นับเป็นองค์ความรู้ที่มีเอกลักษณ์ สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย และสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในวิชาชีพการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ครอบครัวไทยให้อยู่ดีมีสุข อันสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนกที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศในการดูแลสุขภาพประชาชน ครอบครัว และชุมชน อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การพยาบาลสุขภาพครอบครัว การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น สุขภาพชุมชน สุขภาพะครอบครัว
สุนทรียสนทนา

*ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล darjon@kku.ac.th

Tracing the conceptual development of the KKU-family health nursing model through an appreciative dialogue

Darunee Jongudomkarn Ph.D.*

Abstract

The KKU Family Health Nursing (KKU-FHN) Model was developed through a long-term process of integrating family health nursing experiences, primary healthcare practices, and community-based health development within the Thai context. This invited article aimed to trace and document the developmental trajectory of the KKU-FHN Model through appreciative dialogue, with the purpose of disseminating the underlying concepts, developmental milestones, and practical applications of the model. The model possesses distinctive characteristics that support family and community health development and can be applied across multidisciplinary settings to enhance family well-being.

The content of this article presents the conceptual foundations that guided the development of the model, including its holistic perspective on families, family strengths, and collaborative partnerships among families, communities, and health services. Emphasis is placed on the seamless linkage among homes, communities, and healthcare systems, facilitating continuity of care across different levels of service.

In addition, the article summarizes the key components of the KKU-FHN Model, including family assessment tools, family-centered interventions, and expected outcomes. The assessment framework enables comprehensive understanding of family structures, functions, strengths, challenges, and health needs. The intervention processes support collaborative engagement among families, healthcare providers, and community stakeholders to promote sustainable health and well-being.

The KKU-FHN Model contributes to advancing family health nursing practice and interdisciplinary primary healthcare services. Its application aligns with the policies of the Ministry of Public Health and the Praboromarajchanok Institute, which aim to strengthen excellence in Thailand's primary healthcare system. The model offers a practical framework for promoting healthy, resilient, and thriving families and communities in contemporary Thai society.

keywords: family health nursing; family-centered care; primary health care; KKU-FHN Model; community health; family well-being; appreciative dialogue

*Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,
E-mail: darjon@kku.ac.th

บทนำ

“水到渠成 (อ่านว่า shuǐ dào qú chéng)”

สำนวนจีนนี้แปลเป็นไทยได้ว่า เมื่อน้ำไหลมาถึง รอยร่องน้ำจะเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มีความหมายว่า “เมื่อเงื่อนไขหรือเหตุปัจจัยต่าง ๆ สุกงอมและพร้อมมูลแล้ว เรื่องราวหรือความสำเร็จนั้น ๆ ก็เกิดขึ้นและราบรื่นไปเอง โดยไม่ต้องฝืน”

ข้อความที่กล่าวข้างต้น คือ ที่มาของการเขียนบทความรับเชิญเรื่องนี้ เป็นแรงบันดาลใจจากมีเหตุปัจจัยเกิดขึ้นพร้อมกันโดยมิได้นัดหมาย เหตุการณ์แรกเกิดจากการมีโอกาสได้นั่งตกผลึกความคิดแบบสุนทรียสนทนาตามรอยความผลิตรูปแบบ KKU FHN Model พิจารณาถึงอิทธิพลของงานวิจัยทุน Economic and Social Research Council (ESRC) แห่งรัฐบาลสหราชอาณาจักรอังกฤษที่เคยไปกินนอนในหมู่บ้านแรมเดือนในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ “ความอยู่ดีมีสุขกับการพัฒนา” (Wellbeing and Development)¹ ในวัยเยาว์สมัยเก่าผ่านกาลเวลา เมื่อเปรียบเทียบรายละเอียดแล้วรูปแบบนี้ มีความต่างอย่างน่าสนใจ ที่มีความต่างจากรูปแบบการพยาบาลครอบครัวในซีกโลกตะวันตกอื่น ๆ ที่เน้นโครงสร้างและการทำหน้าที่ครอบครัว รวมถึงเทคนิคเชิงวิชาชีพเป็นหลัก แต่รูปแบบที่เรานำเสนอได้กลั่นองค์ประกอบสำคัญของงาน “ความอยู่ดีมีสุขกับการพัฒนา”¹ เช่น ประเด็นทุนทางสังคม เพศภาวะ ครอบครัวเท่าเทียม การดูแลแบบผสมผสานเป็นองค์รวม และปลายทางการปฏิบัติการ คือ ครอบครัวอยู่ดีมีสุข ซึ่งในยุคร่วมสมัยที่เริ่มพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Khon Kaen University Family Health Nursing Model [KKU FHN Model]) คำเหล่านี้ที่กล่าวมาข้างต้นทางการพยาบาลยังไม่ปรากฏชัด ที่สำคัญรูปแบบนี้ แม้เกิดจากการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย แต่สะท้อนความเป็นไทยที่มีความเป็นสากลด้วย โดยเฉพาะมิติของจิตวิญญาณ ซึ่งเป็น “หลักสำคัญ” ของผู้คนในภูมิภาคนี้ ต่างจากรูปแบบซีกโลกตะวันตก ที่แม้มีการกล่าวถึงแต่มองเป็นเรื่อง “ของแถม” จึงมีความน่าสนใจที่ควรนำเสนอให้สหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในระดับปฐมภูมิ พิจารณานำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนได้หรือไม่? อย่างไร?²

อีกเหตุการณ์ที่บังเอิญเกิดขึ้นพร้อมกัน คือ ได้รับการติดต่อให้ไปบรรยายเกี่ยวกับเรื่อง แนวคิดทฤษฎีเพื่อการประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัว สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกแห่งหนึ่ง ขณะพูดคุยได้รับทราบว่า อาจารย์ที่สอนวิชาการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในชุมชนได้นำเครื่องมือของ KKU FHN Model ให้นักศึกษาปริญญาตรีใช้มา 2 ปีแล้ว รวมทั้งได้บรรจุหนังสือที่เขียนเพื่อใช้รูปแบบ KKU FHN Model นี้ เป็นตำราหลักของวิทยาลัยด้วย² และบอกว่าสนใจทำวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบนี้ ซึ่งอยู่ในระหว่างการเตรียมทีมวิจัย พร้อมได้รับข้อมูลว่า สถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดวิสัยทัศน์ ดังนี้ “เป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลกในการผลิตบุคลากรและสร้างองค์ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ” (World class university for primary care) ความตื่นตันทันทีเกิดขึ้น เพราะในความเป็นจริง ได้รับเชิญให้ไปสอนเรื่องทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาล/เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นประจำทุกปี และต่อเนื่องในหลายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก แต่ยังไม่เคยมีใครออกมาประกาศเรื่องการนำเครื่องมือในรูปแบบนี้ไปใช้ พร้อมเตรียมงานวิจัยเช่นนี้ ทำให้ทุกครั้งที่ผ่านมาของการบรรยายเพียงสอดแทรกเนื้อหาในรูปแบบ KKU FHN Model อย่างเกรงใจเจ้าภาพ คล้ายวิ่งผ่านสายน้ำแห่งประวัติศาสตร์ของคนอาบน้ำในหน้าหนาว กลัวเขาจะมองว่ากำลังยึดยึดดั่งสิ่งที่ไม่ปรารถนาและทำให้เขาเสียเรื่อง!!

จุดเริ่มต้นของการสร้างโมเดลใหม่

การสร้างโมเดลทางการพยาบาลไม่น่าจะเป็นวิถีปกติของอาจารย์พยาบาลไทย ในยุคสมัยช่วงต้น ๆ หลัง พ.ศ. 2540 เป็นยุคที่อาจารย์ของเรามีจิตแห่งความพอเพียงทางวิชาการสูง ซึ่งในภาษาเยอรมันเรียกว่า Zeitgeist หรือ spirits of age หรือเป็นวิญญาณแห่งยุคสมัย กล่าวได้ว่า ผู้เขียนเติบโตในวิถีชีวิตข้าราชการสายวิชาการที่หยึดยืนเหนียวแน่นในวิถีแห่งราชการ เป็นยุคที่ศัพท์คำว่า “บูรณาการเรียนการสอน วิจัย และบริการวิชาการ” เป็น “วิถีข้าราชการวิชาการสี่เสา” โดยสะท้อนทัศนะออกมาจากคำปณาสที่อาจารย์สายตรงปรารภ คือ “กินแรงเด็ก (นักศึกษา)” ทั้งที่ปัจจุบันต่างยอมรับแล้วว่า เป็นโอกาสที่นักศึกษาได้เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติการวิจัยที่มีคุณค่ามหาศาล ชนิดมีเงินก็หาซื้อประสบการณ์เหล่านี้ไม่ได้ คนกลุ่มนี้เรียกตนเองว่า กลุ่มยีนหนึ่ง คือ ทำทีละอย่าง เหมือนกินข้าวต้องกินทีละคำ เป็นยุคสมัยที่คณะวิชาต่าง ๆ สงบไร้ภัยยินดี แม้คุณจะได้รางวัล ได้อนุสิทธิบัตร หรือได้ลิขสิทธิ์มาสิบกว่าใบก็ตาม กลับกันกับยุคนี้ ที่มีการเปลี่ยนผ่านทางความคิด (mindset shift) ไปแบบสุดขั้ว จนขาดความพอดี แสดงออกมากเกินไปถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติ วิธีคิด หรือความเชื่อส่วนบุคคลไปอีกชั่วแบบต้นตะลิ่งทีเดียว

สำหรับความคิดเริ่มต้นของการหวนเมล็ดพันธุ์ “ฉันจะลองสร้างโมเดลคู่สักรา” เมื่อได้รับคำถามจากเพื่อนเก่าว่า “จริง ๆ แล้ว คุณได้โมเดลนี้แบบไม่ตั้งใจใช่ไหม แต่พอทำงานไป สร้างเครื่องมือไป แก้ปัญหาไป พัฒนาไป จนได้ข้อสรุปเป็นโมเดลนี้” มีเสียงตอบในใจว่า “โอ๊ะโอ...ทำไมคนตาน้ำข้าวจึงคิดว่าคนตาดำ ๆ จะสร้างโมเดลทำงานที่ทำให้เป็นของคนตาดำ ๆ โดยคนตาดำ ๆ และเพื่อคนตาดำ ๆ ไม่ได้ละ” แล้วตอบไปว่า “เป็นปณิธานเลยละ ที่จะสร้างโมเดลที่สอดคล้องรองรับวิถีคนไทยอย่างแท้จริง ให้ใช้ไป ปรับแก้ไป จนมีความเหมาะสมในแต่ละยุคสมัย ยินดีให้ทุกคนนำไปใช้ได้ วิจัยได้ เปลี่ยนชื่อได้ แต่ควรให้เครดิตสถาบันต้นกำเนิดตามมารยาททางวิชาการด้วยเท่านั้นเอง” ด้วยคำถามจากเพื่อนเก่านี้ นำมาซึ่งการทำสุนทรียสนทนาในครั้งนี้ เพื่อพิจารณาถึงมูลเหตุแห่งปัจจัยเกื้อหนุนการพัฒนาแบบ KKU FHN Model สรุปประเด็นได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเปิดโลกทัศน์: เป็นช่วงเวลาศึกษาต่อระดับปริญญาเอกที่สก็อตแลนด์³⁻⁴ ศูนย์วิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษา (Centre of nursing practice, research, and development: CeNPRaD) รับทุนวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการปฏิบัติการทั่วพื้นที่สก็อตแลนด์ตามแนวคิด Family Health Nursing ที่ขับเคลื่อนโดยองค์การอนามัยโลกแห่งทวีปยุโรป⁵⁻⁶ ภาพที่เห็น คือ การประชุม หรือของที่มีวิจัยกันอย่างคึกคัก มีโอกาสเข้าร่วมสังเกตการณ์ทั้งในพื้นที่วิจัยและห้องประชุมและร่วมพูดคุยกับทีมงาน ทำให้ได้สัมผัสแนวคิดสุขภาพครอบครัวระดับสากล เห็นแนวคิดส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะ เห็นบทบาทของครอบครัวในฐานะหน่วยรับการดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดแนวคิด แรงขับเคลื่อน และมุ่งมั่นว่าเราจะสร้างโมเดลที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในบ้านเราเอง

ระยะที่ 2 การตั้งคำถาม: เมื่อจบการศึกษามีโอกาสร่วมทีมวิจัยประเทศไทยที่รับทุนรัฐบาลประเทศสหราชอาณาจักรอังกฤษเรื่อง “ความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนา” (ESRC Research group, UK. on Wellbeing in Developing Countries - WeD)^{1,7} ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาโมเดลนี้ โดยไม่รู้ตัวและยังมีการติดต่อพูดคุยกับนักวิจัยในโครงการและอาจารย์ที่สก็อตแลนด์ เห็นจุดช่องว่างโครงการในสก็อตแลนด์แล้วเชื่อมโยงกับบริบทไทย พบว่า กรอบที่มีอยู่อาจยังไม่ตอบโจทย์บางเรื่อง เพราะครอบครัวไทยมีพลวัตทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ เมื่อสำรวจโมเดลของพยาบาลหลายโมเดล พบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินสภาพที่มุ่งเน้นปัญหามากกว่าศักยภาพครอบครัว การตั้งคำถามในช่วงดังกล่าว มีกรณีศึกษาเด็กที่เผชิญความปวดเป็นต้นแบบ เนื่องจากภาระงานที่รับมือหมายส่วนใหญ่อยู่ที่หอผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงเห็นแบบประเมิน

ความสมบูรณ์ของต้นไม้ (มะพร้าว) ของครอบครัว เพื่อหาช่องว่างการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ครอบครัวเผชิญ มีคุณลักษณะคล้ายแบบประเมินความปวดในเด็ก⁸⁻¹⁰

ระยะที่ 3 การออกแบบ: ในช่วงงานวิจัย “ความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนา” สิ้นสุด และเขียนรายงาน พร้อมการตีพิมพ์บทความที่รับผิดชอบ ตั้งใจสร้างโมเดล เลือกองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ผสมผสาน องค์ความรู้หลายแหล่ง ทดลองใช้ และปรับปรุง กลุ่มเป้าหมายการดูแลเป็นครอบครัว กลุ่มผู้รับบริการ ที่หอผู้ป่วยเด็ก (ทุนวิจัย Teasdale-Corti Research Grants, Canada on Pediatric Pain Management in Northeast Thailand)¹¹ และครอบครัววิกฤตที่มีปัญหาการติดสุรา ครอบครัวสตรีเปราะบาง และผู้ป่วย โรคเรื้อรังในชุมชน (ทุนวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.))¹²⁻¹⁵

ระยะที่ 4 การตกผลึกและขยายชุมชนถึงโรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ: พัฒนาเป็น Extended KCU-FHN Model¹⁴ สร้างเครื่องมือประเมิน นำไปใช้บูรณาการในการเรียนการสอน วิจัย และบริการวิชาการ (ทุนวิจัยฟุ้งเป้าด้านสังคม วช.)¹⁵ ตลอดเส้นทางการพัฒนาองค์ความรู้ คือ การทดลองใช้ พัฒนา เผยแพร่ เป็นบทความ จดอนุสิทธิบัตรเครื่องมือ และเขียนหนังสือเผยแพร่²

เมื่อมองย้อนอดีตเริ่มแรกที่เข้ามาเป็นอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ซึ่งเมื่อก่อน บริหารจัดการให้อาจารย์หมุนเวียนกัน จากภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็กและภาควิชาการพยาบาล สตรีศาสตร์ ดังนั้น ในสถานการณ์ที่อาจารย์ลาศึกษาต่อเป็นจำนวนมาก จึงบริหารจัดการด้วยการใช้อาจารย์ ร่วมกัน 2-3 ภาควิชา คือ ตัวอย่างผู้เขียนได้รับมอบหมายภาระงาน ภาคต้นสอนวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาล เด็กชั้นสูงที่เด็ก 5 วัน/สัปดาห์ ภาคปลายสอนวิชาปฏิบัติการสตรีศาสตร์ (ห้องคลอด) คือ เวรเช้า ป้าย ดึก 5 วัน/สัปดาห์ ภาคฤดูร้อน สอนภาคปฏิบัติการในชุมชน ออกไปนอนที่ชุมชน/สถานอนามัย ด้วยการหมุนเวียน ปฏิบัติงานเช่นนี้ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนพื้นฐานถึงความสนใจในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างความอยู่ดีมีสุข ของผู้รับบริการที่เป็นเด็กที่เผชิญความปวด สตรีกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง¹⁶⁻¹⁷ และครอบครัว ทั้งระบบเป็นหน่วยรับการดูแลทุกกลุ่มที่เน้นการดูแล มีเรื่องราวความประทับใจทางวิชาการ อาทิ กลุ่มเด็ก ที่เผชิญความปวด เริ่มจากประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรับมือหัตถการนำมา ซึ่งความปวดครั้งแล้วครั้งเล่า จึงนำมาสู่การวิจัยและตีพิมพ์นานาชาติ ทำให้ทุนวิจัยจากแคนาดาสนใจและได้รับ โอกาสการร่วมงานวิจัย ต่อมาปี พ.ศ. 2558 ได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นคณะที่ปรึกษาด้านเทคนิค (เป็นคนเอเชียคนเดียว และเป็น 1 ใน 7 คน จากทุกทวีป) ณ เจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ ในการจัดทำคู่มือด้านการ ลดปวดในเด็กที่ได้รับวัคซีน¹⁸ สตรีกลุ่มด้อยโอกาส⁴ เป็นเพศที่ต้องแบกรับภาระของครอบครัวอย่างหนัก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเศรษฐกิจยากจน ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง⁴ สังคมไทยเป็นสังคมที่เลี้ยงลูกไม่เคยโต ผู้สูงอายุ หลายบ้านที่ต้องทำงานหาเลี้ยงหลานเหลนที่พ่อแม่เด็กฝากไว้ ยิ่งไปกว่านั้นบางครอบครัว วิกฤตติดสุรา ยาเสพติด ผู้สูงอายุยังต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วย ทั้งหมดทั้งปวงวิเคราะห์ครอบครัวในฐานะครอบครัวเป็น หน่วยรับการดูแล⁴

จากข้อมูลการกระทำรุนแรงในครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ ชี้ให้เห็นถึงการทวีความรุนแรงของ สถานการณ์วิกฤตครอบครัวมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีอัตราการกระทำรุนแรงในครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นในภาคเหนือและภาคอีสาน จึงมีความจำเป็นต้องมีเจ้าภาพ ซึ่งเป็นผู้ เข้าใจในศาสตร์ เข้าใจถึงกระบวนการความเป็นครอบครัว (family process) ในชุมชน/สังคม แม้จะเรียก บุคลากรนั้นว่าอะไรก็ตาม เพราะ... “การลดวิกฤตครอบครัว คือ การลดวิกฤตสังคม”

ความคิด ความเชื่อ องค์ประกอบ และการปฏิบัติของรูปแบบ: ร่องรอยความคิดและการพัฒนา

เมื่อพิจารณาผลการพัฒนา KKU FHN Model ผู้ริเริ่มพัฒนาร่วมกับทีมงาน ซึ่งทั้งหมด คือ นักศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว/เวชปฏิบัติครอบครัว และทีมอาจารย์ และศิษย์เก่า ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2543-2568) ผลงานที่ปรากฏ เกิดจากการร่วมวิจัย วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผ่านข้อมูลและความรู้ที่ฝังแน่นในทีมแต่ละคน (tacit knowledge) ซึ่งได้จากประสบการณ์ สัญชาตญาณ ทักษะ พรแสวง และพรสวรรค์ เจินนามธรรมที่ฝังอยู่ในตัว ผู้ร่วมงาน ขอคลี่วิวัฒนาการที่เป็นร่องรอยความคิดการพัฒนา KKU FHN Model ตามมุมมองที่เป็น รอยผลึก ความรู้ในส่วนของผู้เขียนที่คัดสรร ผ่านองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (relevant metaparadigm elements) ตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU FHN Model) ดังนี้

ปรัชญา (philosophy) รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU family health nursing model: KKU: FHN Model) เชื่อว่า บุคคลและครอบครัวเป็นระบบที่มีศักยภาพ มีคุณค่า และมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ภายใต้บริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน สุขภาพ ครอบครัวมีใช้สภาวะคงที่ แต่เป็นกระบวนการพลวัตของการปรับตัว การสร้างความหมายและการอ้างถึงความหวังร่วมกันของสมาชิกครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยการเรียนรู้ การสะท้อนคิด และการค้นพบศักยภาพของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกในการดูแลสุขภาพ และดำรงความอยู่ดีมีสุขตามเป้าหมายที่ครอบครัวให้คุณค่า

บุคคล ครอบครัว ชุมชน (person, family, community) หมายถึง คน ครอบครัว ชุมชน ที่เกี่ยวข้องในปฏิบัติการพยาบาลหรือดูแล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องที่อาจมองเห็นได้หรือมองไม่เห็นในการเปลี่ยนแปลงมนุษย์ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะยากลำบากในตลอดช่วงวงจรชีวิต โดยพื้นฐานเชื่อว่า คนมีอิสรภาพในการที่จะมี ที่จะเป็น ที่จะทำ มีคุณความดี ใฝ่ดี ต้องการผลลัพธ์ที่ดี แต่พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เกิดจากการรับรู้ต่อตนเอง ต่อครอบครัว การปรับตัวเพื่อความอยู่รอดกลายเป็นความเคยชิน คนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เมื่อเปลี่ยนมุมมอง

สิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง ปัจจัยด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ รวมถึงทุนทางสังคม ระบบบริการต่าง ๆ แก่บุคคล ครอบครัวในชุมชนและสังคมที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นระบบเปิดและดำรงอยู่ในชุมชน สังคมที่บุคคลครอบครัวได้รับประโยชน์จากทุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน และสังคม

สุขภาพ (health) หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตหรือการสิ้นสุดสิ่งมีชีวิตที่ให้ความสำคัญแก่ความสามารถของบุคคลและครอบครัว ทั้งมิติด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในการปรับตัวสนองตอบต่อสถานการณ์คุกคามในชีวิตเพื่อความอยู่รอด

การดูแลสุขภาพครอบครัว (family health care) หมายถึง การกระทำต่อเนื่อง ปฏิบัติการตามบทบาทของการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นองค์รวมและมีความไวทางเพศภาวะ ความแตกต่าง วัฒนธรรมผ่านกระบวนการการดูแลสุขภาพครอบครัวที่กระทำ ทั้งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพ สนับสนุนการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ช่วยให้บุคคลและครอบครัวในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพบุคคล ครอบครัวรวมทั้งการใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคม ระบบสนับสนุนเครือข่ายในชุมชนและสังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคนในครอบครัวจากความเคยชินให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนมุมมองต่อตนเอง ครอบครัว และ

สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ มีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยได้รับการส่งเข้าสู่ระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู ครอบครัวได้รับการส่งเสริมสุขภาพลดความเสี่ยง และครอบครัวเข้าสู่ภาวะสมดุล

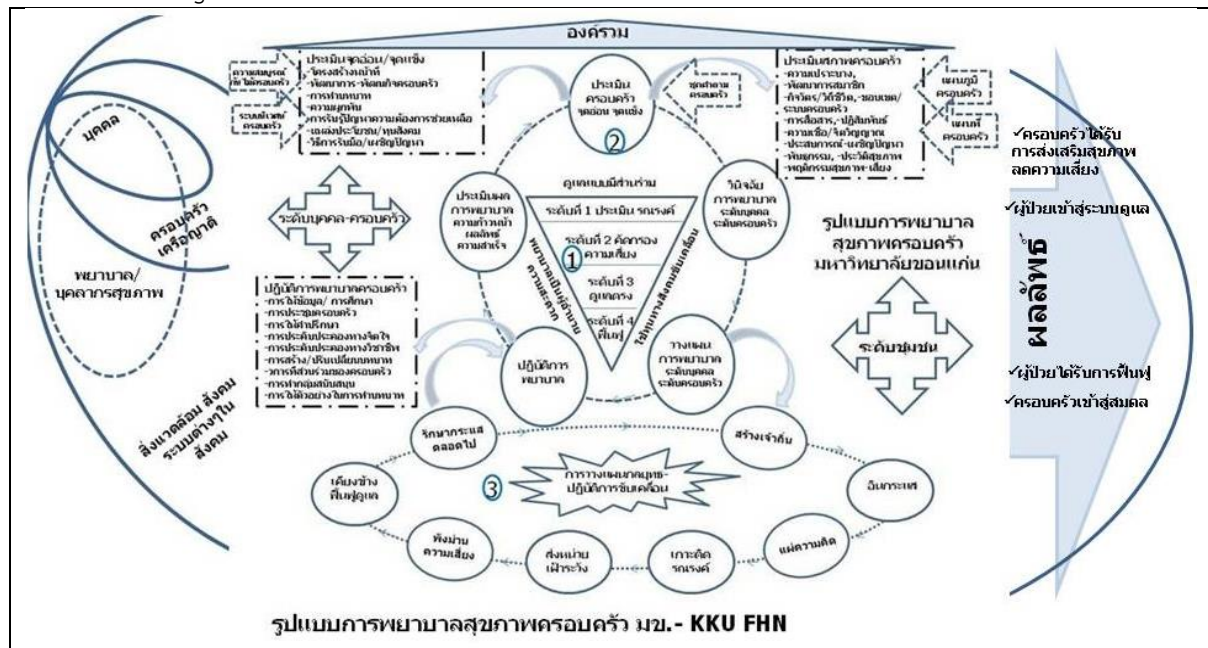
ดังนั้น มุมมองต่อการปฏิบัติการการดูแลสุขภาพ ตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นรูปแบบที่มีจุดยืนว่า สุขภาพครอบครัวเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติการครอบครัว ที่ถือว่า หน่วยครอบครัวมีพลังงาน มีความแตกต่างเฉพาะ มีความรับผิดชอบ มีความเชื่อมโยง ให้คุณค่าแก่กัน ระหว่างสมาชิก รูปแบบนี้มีมุมมองต่อครอบครัว สุขภาพ และ “สุขภาพครอบครัวอยู่ในกระบวนการวงล้อ ต่อเนื่องหมุนวนสิ่งเก่าสู่จุดปัจจุบัน ผลักดันสู่ความหวังในอนาคตที่เท่าเทียมเป็นหุ้นส่วน”

สุขภาพครอบครัว เป็นผลลัพธ์แห่งสภาวะที่สมาชิกและระบบครอบครัวรับรู้ เป็นอัตวิสัยถึงองค์รวม ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวตนเองว่า มีเป้าหมายความอยู่ดีมีสุขร่วมกันมีความสมบูรณ์ในแหล่งประโยชน์และทำตามหน้าที่บทบาทที่คาดหวังเป็นพลวัตรตามปัจจัยเงื่อนไขที่มีอยู่ของครอบครัว

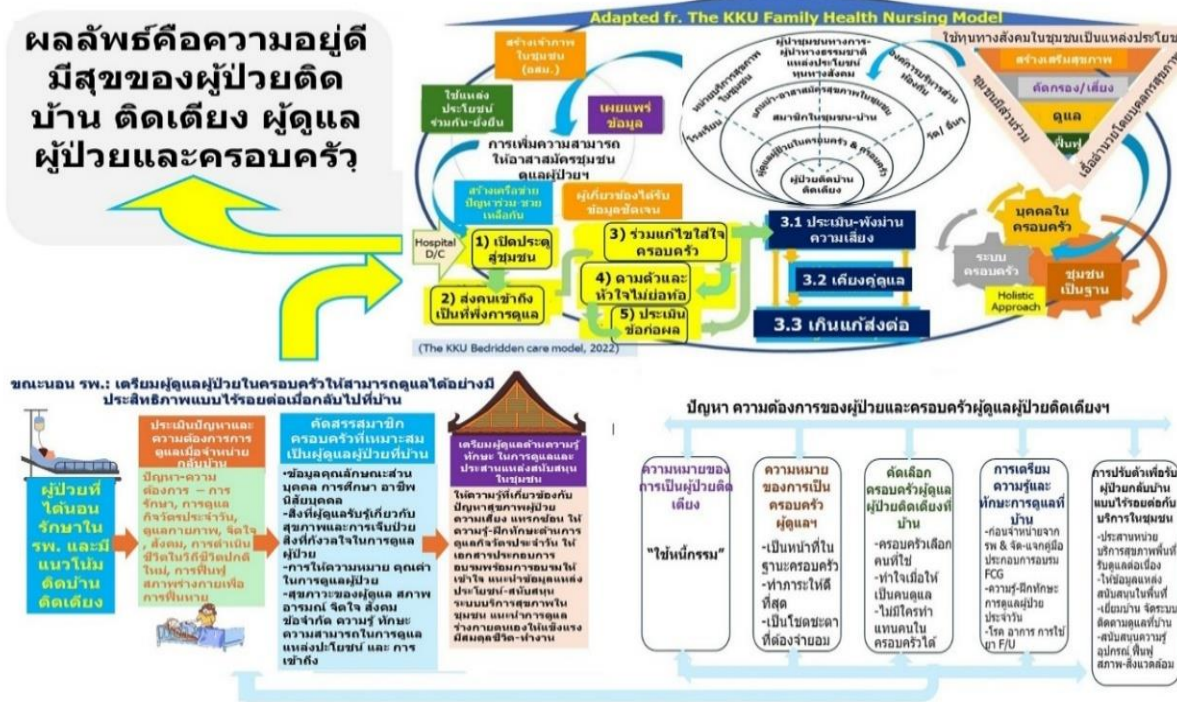
การพยาบาลครอบครัว หมายถึง การกระทำปฏิบัติการตามบทบาทของพยาบาล ผ่านกระบวนการพยาบาลครอบครัวที่กระทำต่อเนื่องแก่สมาชิกครอบครัวทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ในฐานะครอบครัวเป็นบริบทของบุคคล ครอบครัวเป็นผู้ให้บริการ ครอบครัวเป็นระบบ และครอบครัวเป็นสมาชิกของสังคม ทั้งนี้ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพ สนับสนุนการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของบุคคล ครอบครัว ชุมชนช่วยให้บุคคลและครอบครัวในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพบุคคล ครอบครัว รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนเครือข่ายในชุมชนและสังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคน ครอบครัวจากความเคยชินให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนมุมมองต่อตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม มีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการส่งเข้าสู่ระบบบริการ ได้รับการฟื้นฟู ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยง และครอบครัวอยู่ดีมีสุขเข้าสู่ภาวะสมดุล

การสร้างและพัฒนาต่อเนื่อง “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวและส่วนขยาย” โดยรูปแบบ KKU FHN เป็นผลงานที่เกิดจากการบูรณาการสอน วิจัย บริการวิชาการอย่างต่อเนื่อง และมีการตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ในวารสารระดับชาติ TCI และนานาชาติ The KKU Family Health Nursing Model (KKU FHN Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการบูรณาการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาสุขภาพครอบครัว เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินการ โดยปฏิบัติการเพื่อใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน การคัดกรองความเสี่ยง การดูแลโดยตรง และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตแบบองค์รวม เป็นปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่ครบทุกมิติของทั้งด้านกายภาพ สุขภาพจิต สังคม และ จิตวิญญาณ ผ่านเครื่องมือสำคัญ คือ กระบวนการพยาบาลครอบครัว ที่ออกแบบให้มีเครื่องมือช่วยในการปฏิบัติการ ทั้งขั้นการประเมินและการปฏิบัติการ ต่อมาปี พ.ศ. 2568 ได้นำเสนอรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ส่วนขยาย) เพื่อให้การเชื่อมต่อระหว่างครอบครัวในชุมชนและการส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อรักษาต่อเนื่อง และการส่งคืนกลับสู่ชุมชนอย่าง “ไร้รอยต่อ” และเป็นระบบ แบ่งเป็น 2 ส่วน ของการดูแลผู้ป่วยต้องพึ่งพิง คือ เมื่อต้องกลับสู่บ้านในชุมชน ครอบครัวเป็นผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ และในการดูแลจากบ้านสู่โรงพยาบาล ครอบครัวส่งต่อไปที่โรงพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยทุกอย่าง ต้องได้รับการส่งต่ออย่างหน่วยบริการ และขณะรักษาที่โรงพยาบาลมีการประเมินสภาพผู้ป่วย แล้วสรุปความน่าจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงหรือติดเตียง ต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเตรียมศักยภาพครอบครัวผู้ดูแลที่บ้านให้สามารถปฏิบัติการแบบไร้รอยต่อ โดยร่วมกับครอบครัวในการเลือกสมาชิกเพื่อมอบหมายภารกิจ ตามบทบาทผู้ดูแล

ตามความเหมาะสมและสมัครใจ และระดมทรัพยากรของครอบครัวที่มีขีดความสามารถที่ผู้ดูแลที่ต้องสูญเสียเมื่อรับภาระเป็นผู้ดูแลและให้การเตรียมศักยภาพของผู้ดูแลให้พร้อมก่อนกลับบ้าน ให้สามารถทำหน้าที่แบบไร้รอยต่อ จึงสรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความเฉพาะในบริบทสังคมไทย แนวคิดนี้มี “มีคุณค่าเชิงพื้นที่” สอดคล้องกับค่านิยมในครอบครัวไทย คือ มีความกตัญญู มีหน้าที่มีความผูกพัน สอดคล้องกับระบบบริการปฐมภูมิไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทีมหมอครอบครัว ระบบประกันสุขภาพไทย หรือ Universal Health Coverage (UHC) ตลอดจนวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนา



ผลลัพธ์คือความอยู่ดี มีสุขของผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว



ภาพแสดงรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ส่วนขยาย)

เครื่องมือตามรูปแบบ KKU Family Health Nursing Model ใช้ประเมินสภาพครอบครัว ตามแนวคิด ทฤษฎีครอบครัวและที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ☒ Family Structural
- ☒ Family Developmental
- ☒ Family Functional
- ☒ Family Role
- ☒ Family Attachment
- ☒ Family Crisis Theories

เพื่อสร้างเป็นแผนภูมิครอบครัว/แผนผังเครือญาติ หรือ genogram แผนผัง/แผนภูมิระบบนิเวศ หรือ ecomap แผนภูมิความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือ attachment การรับรู้ความสมบูรณ์ต้นไม้มือของครอบครัว หรือ family wellness และชุดคำถามสำคัญ 5 คำถาม (five key question questions) มีดังนี้

- 1) ตอนนี้ครอบครัวเรากำลังจะโหล่มากที่สุด เมื่อมีปัญหา
- 2) การที่มีปัญหานี้ ใครในครอบครัวได้รับผลกระทบมากที่สุด ทำไมจึงคิดเช่นนั้น
- 3) เมื่อเกิดปัญหาที่ว่ามาในข้อ 2) นี้ ใครที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด อย่างไร?
- 4) ตอนนี้คุณอยากทราบอะไรมากที่สุด
- 5) ตอนนี้คุณอยากให้เราช่วยอะไรมากที่สุด



ภาพแสดงเครื่องมือประเมินสุขภาพครอบครัวของ KKU FHN Model ด้านหน้าและด้านหลัง

ชุดการปฏิบัติการตาม KKU FHN MODEL:

ประกอบด้วย เทคนิค 10 เทคนิค ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในภาษาอังกฤษและภาษาไทย (พ.ศ. 2545-2555) โดยศึกษาจากฐานข้อมูล TCI, TDC, Pubmed and CINAHL databases ประกอบด้วย การปฏิบัติ¹⁹⁻²⁰ ดังนี้

- 1) การให้การศึกษหรือการสอนครอบครัว (family education)
- 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (family involvement)
- 3) การประคับประคองทางจิตใจแก่ครอบครัว (psychological support)
- 4) การประคับประคองเชิงวิชาชีพแก่ครอบครัว (professional support)
- 5) การประชุมครอบครัว (family conference/meeting)
- 6) การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling)
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว (family empowerment)

8) การสร้าง/ปรับเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว (redefining Roles)

9) การให้ตัวอย่างการทำบทบาท (role modeling)

10) การทำกลุ่มประคับประคอง/สนับสนุน (support group)

ทั้งนี้ ในส่วนการประคับประคองเชิงวิชาชีพแก่ครอบครัว (professional support) มีชุดเทคนิคสำคัญ คือ การปรับความหมายต่อปัญหา การปรับความคาดหวัง การค้นหาทรัพยากร การจัดการอารมณ์ การสร้างความหวังใหม่ และการกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิต

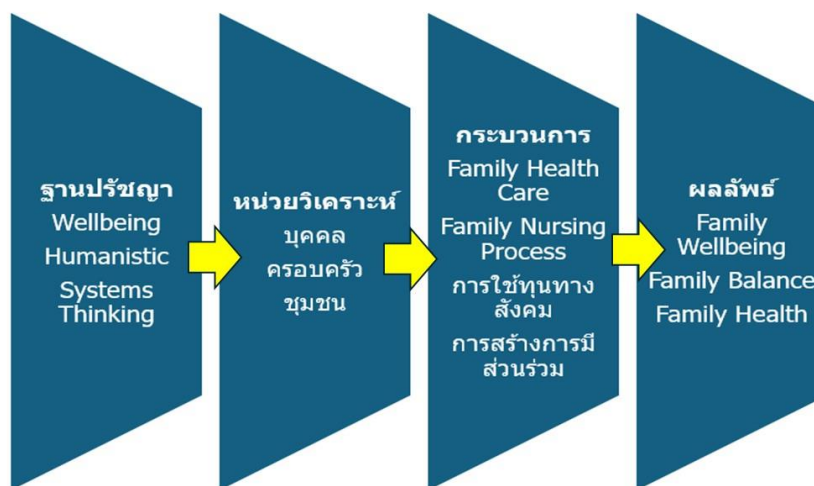
รูปแบบส่วนขยาย หรือ KKU-FHN extended model ใช้เทคนิคการเชื่อมโรงพยาบาลกับครอบครัวและชุมชนแบบต่อเนื่อง ภายใต้การเอื้ออำนาจของพยาบาลผ่านปฏิบัติการประเมินครอบครัว แทรกแซงครอบครัว และการขับเคลื่อนครอบครัวในชุมชน ซึ่งเป็นภาพที่สอดคล้องกับการจัดการระบบ primary care, transitional care และ seamless care ในระบบสุขภาพไทยปัจจุบัน จึงกล่าวได้ว่า รูปแบบส่วนขยาย ของ KKU Model สามารถตอบโจทย์เรื่อง "ไร้รอยต่อ" ได้ดี สรุปเป็นแผนภูมิแนวปฏิบัติงาน ดังนี้

**"Family Assessment → Family Health Nursing → Integrated Family Care
Hospital-to-Community Care"**

ด้านประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการ: ประกอบด้วย 18 ตัวชี้วัด จาก 6 มิติ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และผลวิจัยที่สำรวจระดับประเทศใน 5 ภูมิภาค จากทุนสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และผู้พัฒนารูปแบบได้แต่งเป็นเพลงไว้เพื่อเข้าถึงง่ายมี 6 มิติ คือ 1) โครงสร้างครอบครัว 2) สัมพันธภาพและการสื่อสาร 3) ความเท่าเทียมและความหลากหลาย 4) ความเข้มแข็งของคู่สมรส 5) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และ 6) สุขภาพและการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งผลของการปฏิบัติการนำไปสู่การมีผลลัพธ์สุดท้ายที่คาดหวัง คือ ครอบครัวสุขภาวะ ซึ่งจะนำสู่ชุมชนเข้มแข็ง และสังคมสุขภาวะ เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน สำหรับเนื้อหาเพลงกลยุทธ์ครอบครัวสุขภาวะ มีดังนี้

“กลยุทธ์ครอบครัวสุขภาวะ	ดุลยอิสระพึงพาอย่างเหมาะสม
จัดการภายในทุกหน้าที่ได้รื่นรมย์	มีเขตพรมแดนเส้นแบ่งระหว่างวัย
ถนอมกายประนอมใจทุกข้อแย้ง	สื่อสารแรงแปลงเบาเข้าประสาน
อุทิศตนประคองกันฟันฝ่าพาล	เบิกบานเพศสภาพเท่าเทียมเคารพกัน
ใช้เวลาร่วมมือกิจกรรมให้เสมอ	ได้เจอเจอกันสัมพันธ์สมานฉันท์
ต่างศาสนาต่างความเชื่อไม่ว่ากัน	ไม่ซ้ำพลันร่วมมือกิจกรรมนอกครอบครัว
คู่สมรสเท่าเทียมเตรียมเรียนรู้	ชื่นชมชูกันและกันทั้งเมียผัว
ดูแลกันพันธุเชื้อสัดยขจัดชั่ว	ไม่เมาเมาเมาบ่บายขายซื้อโลกียา
รู้ดออบบริหารเงินอย่างรอบคอบ	เป็นหลักรอบคอบลูกหลานการเงินหนา
เป็นแบบอย่างใช้เงินทองตรงปัญหา	ใช้เงินตรารู้ค่ารู้เล่ห์กล
สุขภาพครอบครัวต้องมาก่อน	ปล่อยเปียกปอนย้อนมาซ้ำไร้น
สุขภาพดีเริ่มที่บ้านงานรักษัตน	ลูกหลานพันจนเจ็บโง่โตสมวัย
กลยุทธ์ครอบครัวทวิสุข	ป้องเหตุทุกชั่วร่วมก่อสุขยุคหน้าใส
ครอบครัวสุขสังคมสุขทุกซอกทุก	เปลี่ยนโลกไซริให้งดงามอย่างยั่งยืน...

ข้อสังเกตร่องรอยความคิด



ภาพแสดงโครงสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงของเนื้อหาในรูปแบบจากฐานปรัชญาสู่ผลลัพธ์ของครอบครัว

สรุปในฐานะผู้พัฒนารูปแบบ สามารถมองเห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของเนื้อหา คือ 1) **ฐานปรัชญา** **ขึ้นำการปฏิบัติงาน** ประกอบด้วย ฐานคิด wellbeing, humanistic และ systems thinking ซึ่งเป็นรากฐานของการดูแลสุขภาพครอบครัว 2) **หน่วยวิเคราะห์ผู้รับบริการ** คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน หน่วยวิเคราะห์เข้าสู่กระบวนการ 3) **กระบวนการ** ประกอบด้วย กระบวนการ family health care, family nursing process การใช้ทุน 4) **ผลลัพธ์** คือ family wellbeing ด้วย family balance, family health ดังภาพข้างต้น

กล่าวได้ว่า รูปแบบ KKU FHN Model บูรณาการขึ้นจากการผสมผสานข้อมูลจากฐานความรู้หลายแหล่ง จึงทำให้มีเอกลักษณ์ทางวิชาการเฉพาะตัว ที่แตกต่างจากรูปแบบการพยาบาลครอบครัวสากล โดยภาพรวมเมื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ได้รับข้อคิดเห็นว่า มีจุดเด่นที่บรรยายถึงปรัชญาความคิดความเชื่อได้รับคำวิจารณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิว่า เป็นรูปแบบที่มีความร่วมสมัยในปัจจุบันพอสมควร โดยเฉพาะมีตัวชี้วัดเรื่อง family wellbeing มีการนำทุนทางสังคมเข้ามา มีเรื่องเพศภาวะเน้นความคิดครอบครัวเสมอภาค เน้นเรื่องความเปราะบางของเด็ก สตรี และผู้สูงอายุซึ่งร่วมสมัย สอดคล้องกับแนวคิดองค์การอนามัยโลกดี

ด้วย "KKU-FHN Model มิได้เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดใดกรอบแนวคิดหนึ่งโดยตรง แต่เกิดจากความพยายามแปลงองค์ความรู้ ด้านสุขภาพครอบครัวและสุขภาพะที่ได้รับจากบริบทนานาชาติให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของครอบครัวไทยและระบบบริการสุขภาพ และจากคำอธิบายข้างต้น KKU FHN Model มีเนื้อหาเกินกว่าการเป็นเพียงแบบประเมินสุขภาพครอบครัว เพราะมีทั้งปรัชญา สมมติฐาน มุมมองต่อมนุษย์ มุมมองต่อครอบครัว มุมมองต่อสุขภาพ กลไกการเปลี่ยนแปลง ปรากฏอยู่ในย่อหน้าเดียวกันทั้งหมด ซึ่งนำเสนอมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีสิ่งที่น่าสนใจ คือ ขณะนี้เราอ่านด้วยเลนส์สายตาในปี พ.ศ. 2569 และมีคำหลายคำที่ปัจจุบันกำลังเป็นกระแสในศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์ระดับนานาชาติ เช่น strength-based approach, family resilience, hope, meaning making, partnership, social capital, systems thinking และ dynamic adaptation โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ความสำคัญแก่แนวคิดทุนทางสังคม (social capital) ทั้งในนิยามสิ่งแวดล้อม ในนิยามการดูแลสุขภาพครอบครัว ในนิยามการพยาบาลครอบครัว ซึ่งถือว่า การพัฒนารูปแบบไม่ได้มองครอบครัวแบบแยกส่วนเดี่ยว ๆ แต่เห็นครอบครัว

เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทชนบทของไทย โดยเฉพาะอีสานบ้านเรา ในขณะที่สรุปเพื่อเขียนรายละเอียดนำเสนอเป็นหนังสือสมบูรณ ในปี พ.ศ. 2558 ที่รูปแบบอื่น ๆ ทางกายภาพยังเน้นรูปแบบ แบบประเมินอะไรบ้าง มีขั้นตอนที่ขั้นตอน เน้นในการใช้แบบฟอร์ม ตรงนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิชื่นชม และถือว่า KKU FHN Model นี้ ล้ำสมัย “มาก่อนกาล”

ดังนั้น จากข้อเขียนการนำเสนอในปี พ.ศ. 2558 สามารถมองเห็นร่องรอยที่เป็นภูมิหลังของผู้พัฒนาหลักในฐานะเคยร่วมที่วิจัย แนวคิด Wellbeing and Development (WeD) ที่ไม่ได้มองความอยู่ดีมีสุขเป็นแค่สุขภาพหรือความพึงพอใจ แต่พยายามเชื่อม 3 มิติใหญ่เข้าด้วยกัน คือ 1) ทรัพยากรและเงื่อนไขของชีวิตที่มีอยู่ (What people have) 2) ความสามารถในการทำและดำเนินชีวิต (What people can do) 3) การรับรู้และความหมายที่ให้กับชีวิต (What people think and feel) ดังนั้น จึงเห็นค่านิยมของสุขภาพครอบครัวของ KKU FHN Model แบบ “อัติวิสัย” ได้แก่ ประโยคที่ว่า “สมาชิกและระบบครอบครัวรับรู้เป็นอัติวิสัยถึงองค์รวมความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวตนเอง” ในขณะที่รูปแบบการทำงานของพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการทำหน้าที่ครอบครัว การสื่อสาร บทบาท สุขภาพ แต่คำว่า “รับรู้เป็นอัติวิสัย” ซึ่งเป็นภาษาของ wellbeing studies มากกว่า หมายความว่า ครอบครัวจะอยู่ดีมีสุขหรือไม่ ไม่ได้ตัดสินจากคนนอกเพียงอย่างเดียว แต่ต้องฟังว่าครอบครัวนั้นนิยามความอยู่ดีมีสุขของตนเองอย่างไร ทูทางสังคมไม่ใช่แค่ “ทรัพยากร” แต่เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า ดังนั้น KKU FHN จึงไม่ได้ถามแค่ ครอบครัวมีปัญหาอะไร แต่ถามว่า ครอบครัวมีใครอยู่ข้างหลังบ้าง ซึ่งเป็นจุดที่กว้างและแตกต่างจากวิสัยทัศน์กับรูปแบบทางการพยาบาลอื่น ๆ

นอกจากนี้ ความอยู่รอด (survival) ได้รับการนำมาเชื่อมกับความอยู่ดีมีสุข (wellbeing) ต่อแนวคิดที่ว่า “การปรับตัวเพื่อความอยู่รอดกลายเป็นความเคยชิน” โดยมองว่า บางครั้งพฤติกรรมที่ดู “ไม่เหมาะสม” อาจเป็นกลยุทธ์ของการทำให้ตนเองอยู่รอดในบริบทชีวิตจริงก็ได้ เช่น การหยุดกินยาเพราะกินแล้วง่วงทำงานไม่ได้ ในขณะที่รายได้ครอบครัวมาจากการทำงาน การไม่มาตามนัดเพราะไม่มีค่าเดินทาง ผู้สูงอายุไม่ยอมพักเพราะต้องเลี้ยงหลาน หากมองจากวิชาชีพแบบอดีต หรือ biomedical model อาจตีความว่า “ไม่ร่วมมือ” แต่ถ้ามองแบบ wellbeing ถามว่า “พฤติกรรมนี้ กำลังช่วยให้เขาอยู่รอดอย่างไร”

ส่วนประเด็น ความหวังและอนาคต เป็นความเฉพาะของสังคมไทย มีประโยค “ผลักดันสู่ความหวังในอนาคต” ตรงนี้แตกต่างจาก family nursing model อื่น ๆ ซึ่งมองว่า การมีชีวิตที่ดีไม่ได้หมายถึงปัจจุบันอย่างเดียว แต่รวมถึงการมีอนาคตที่ยังคาดหวังได้

ผู้ทรงคุณวุฒิยังให้ข้อสังเกตว่า เมื่อมองย้อนกลับไปจากงานที่พัฒนาและหาร่องรอย อาจกล่าวได้ว่า KKU FHN Model ได้รับอิทธิพลทางความคิดจากประสบการณ์วิจัยที่มีรากฐานอย่างน้อย 3 สาย ที่ผสมกัน คือ 1) family nursing 2) systems thinking 3) wellbeing and development แปลงเป็นภาษาไทยในเรื่องการพยาบาล เช่น สุขภาวะครอบครัว/ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว จากแนวคิด Wellbeing ใช้คำว่า ทูทางสังคม/ระบบสนับสนุน/แหล่งประโยชน์ จากแนวคิด Social capital

KKU Family Health Nursing Model พัฒนาขึ้น ภายใต้บริบทระบบสุขภาพไทย มองครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้มองครอบครัวอยู่อย่างโดด ๆ หากมองอยู่ภายในระบบที่เชื่อมโยงกันหลายระดับ ได้แก่

“บุคคล → ครอบครัว → ชุมชน → หน่วยบริการสุขภาพ → เครือข่ายสังคม”

ดังนั้น จึงรองรับแนวคิด family-centered care, community-based care, integrated care, continuity of care, transitional care, seamless care ได้ดี

จึงมีความเหมาะสมกับผู้ทำงานในชุมชน ผู้ปฏิบัติเวชปฏิบัติทั่วไป หรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว เพราะบทบาทจริงของหน่วยงานในปัจจุบันไม่ใช่แค่ "ประเมินครอบครัว" แต่เป็นคนค้นหาปัญหาในชุมชน ค้นหาครอบครัว ประเมินครอบครัว แล้วเชื่อมโยงการรักษาในโรงพยาบาล เตรียมจำหน่าย ส่งต่อกลับบ้าน ติดตามต่อเนื่อง ประสานเครือข่ายในชุมชน สนับสนุนการจัดการตนเองของครอบครัว ซึ่งเป็นวงจรเดียวกันต่อเนื่อง ไม่ใช่การทำงานแบบแยกส่วน ดังนั้น คำว่า "สุขภาพครอบครัว" ใน KKU FHN Model จึงไม่ได้มีความหมายแคบแบบ health status แต่ใกล้เคียงกับ คำว่า family wellbeing มากกว่า

บทส่งท้าย

สรุปได้ว่า หัวใจสำคัญในการ "ดูแลครอบครัว" ไม่ได้มองเฉพาะบุคคลที่มีปัญหา แต่จะมองครอบครัวเป็นหน่วยของการดูแล (family as a unit of care) โดยมีแนวคิดสำคัญ ดังนี้ 1) มองครอบครัวเป็นระบบ (family system) สมาชิกทุกคนมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกัน เมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นและต่อครอบครัวโดยรวม 2) เน้นจุดแข็งและศักยภาพของครอบครัว ค้นหาทุนทางสังคม ความสามารถ และทรัพยากรที่ครอบครัวมีอยู่ ส่งเสริมให้ครอบครัวใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญ สมาชิกทุกคนควรมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา วางแผน และตัดสินใจ ไม่ใช่ให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กำหนดแนวทางเพียงฝ่ายเดียว 4) ทำความเข้าใจบริบทของครอบครัว โดยพิจารณาวิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของครอบครัว การละปัญหาสุขภาพต้องวิเคราะห์ร่วมกับบริบทชีวิตจริงของครอบครัว 5) การเสริมพลัง (empowerment) มุ่งให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน พัฒนาผู้นำสุขภาพครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนให้ช่วยกันดูแลสุขภาพ เน้นการประเมินครอบครัวแบบองค์รวม ดูทั้งโครงสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต และการปรับตัวต่อปัญหา ไม่มองเฉพาะอาการป่วยของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง นั่นคือ หลักสำคัญของ KKU FHN Model คือ "มองครอบครัวทั้งระบบ เป็นองค์รวม เน้นจุดแข็ง การมีส่วนร่วม และการเสริมพลังให้ครอบครัวสามารถจัดการปัญหาของตนเองได้เพื่อความยั่งยืน" มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาที่ตัวสมาชิกคนใด/ผู้ป่วยเพียงคนเดียว ดังคำกลอนสอนใจไท่ควั ดังนี้

เฮมาชอยกันสร้างบ้านเฮาให้ชาวผ่อง

ฮ่วมประคองฟองน้องพี่บ่ถิ่มไผ

เด็กน้อยได้โตใหญ่ผู้เฒ่าดีใจ

ผู้เจ็บไข้ได้ผู้แย่งบ่หมองหม่น

มาตุ้มโฮมโถมกันวันสิ้นเชื้อ

ฮ้อนผ่องเย็นเป็นแสงใจให้ได้ผล

สร้างปัญญาแก้ปัญหาที่ทุกข์ทน

ไท่ชุมชนคนครอบครัวบ่วน่ากัน

บ่แม่นย้อนก่อนเงินคำพราล้นหลาม

แตงดงามตามฮึดคองประคองขันธุ์

ครอบครัวอุ่นชุมชนดีอยู่น่ากัน

เฮาเบิ่งกันฉันท้รูปแบบ เคเคยู

References

1. Jongudomkarn D, Camfield L. Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. *Soc Indic Res* 2006;78(3):489-529.
2. Jongudomkarn D. Family health nursing: concept and theory implications for crisis intervention. 5th ed. Khon Kaen: Khlangnanawitaya; 2023. (in Thai)
3. Jongudomkarn D, West BJM. Health problems in working women in Northeast Thailand urban low-income communities. *Asian J Nurs Stud* 2004;7(1):5-17.
4. Jongudomkarn D, West BJM. Work life and psychological health: the experiences of Thai women in deprived communities. *Health Care Women Int* 2004;25(6):527-42.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
6. Macduff C, West BJ. An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland. *Int J Nurs Stud* 2005;42(1):47-59. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.05.003.
7. Jongudomkarn D, Angsupakorn N, Camfield L. The meanings of pain: a qualitative study of the perspectives of children living with pain in North-eastern Thailand. *Nurs Health Sci* 2006;8(3):156-63.
8. Jongudomkarn D, Angsupakorn N, Siripul P. The development and validation of the Khon Kaen University pediatric pain assessment tool for school-aged Isaan children in Thailand. *J Transcult Nurs* 2008;19(3):213-22.
9. Jongudomkarn D, Forgeron P, Siripul P, Finley A. My child you must have patience and kreng jai: Thai parents and child pain. *J Nurs Scholarsh* 2012;44(4):323-31. doi:10.1111/j.1547-5063.2012.01467.x.
10. Forgeron PA, Jongudomkarn D, Evans J, Finley GA, Thienthong S, Siripul P, et al. Children's pain assessment in Northeastern Thailand: perspectives of health professionals. *Qual Health Res* 2009;19(1):71-81.
11. Jongudomkarn D, Singhawara P, Macduff C. Village voices: lessons about processes for disease prevention from a qualitative study of family health leaders in a community in Northeastern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(10):4101-8.
12. Jongudomkarn D. A volunteer alcohol consumption reduction campaign: participatory action research among Thai women in the Isaan region. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(17):7343-50.
13. Panpanit L, Jongudomkarn D, Duangmungkorn A, Boontos K, Neelasmith S, Manorat M, et al. Implementing a care model for bedridden stroke survivors: a qualitative study in Northeastern Thailand. *Patient Prefer Adherence* 2025;19:345-58. doi:10.2147/PPA.S494046.

14. Panpanit L, Jongudomkarn D, Duangmungskorn A, Boontos K, Neelasmith S, Manorat M, et al. A blueprint for an extended family nursing model to enhance family caregivers' abilities to care for homebound and bedridden patients from hospital to community: a systematic innovation synthesis of sequential research data. *J Nurs Sci Health* [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 23];48(1):155-73. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/274473> (in Thai)
15. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(23):10367-74.
16. Padwang B, Jongudomkarn D, Saito A. The bonding-binding of grandchildren in long-term care for family elder: family values in Northern Thailand. *Glob J Health Sci* 2022; 14(6):77-83.
17. Hongthai K, Jongudomkarn D. A phenomenological study on older persons as a breadwinner of a skipped-generation family: day-by-day coping journey in Thai context. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2021;16(1):1967260. doi:10.1080/17482631.2021.1967260.
18. Pottie K, Siu W, Duclos P, Antwi-Agyei KO, Chambers C, Goubert L, et al. New recommendations to prevent pain during immunizations: WHO position paper-September 2015. *Vaccine* 2016;34(32):3627-8. doi:10.1016/j.vaccine.2015.11.064.
19. Anderson KH, Nagy H, Friedemann ML, Buscher A, Jongudomkarn D. Family nursing interventions that promote family and women's health. In: *Proceedings of the ICOWHI 19th International Congress on Women's Health: Partnering for a Brighter Global Future*; 2012 Nov 14-16; Bangkok, Thailand. 2012.
20. Jongudomkarn D, Wacharasin C, Deoisres W, Phuphaibul R, Surakan P. Family and caring for ill members: suggestions based on documentary research. *J Nurs Sci Health* [Internet]. 2016 [cited 2026 Jun 23];38(4):100-13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/40921> (in Thai)