



การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ*

A Study of the Effect of the Project to Support Psychologist in Primary Care Services*

อติญาณ์ ศรเกษตริณ¹, ดาราวรรณ รongเมื่อง¹, รุ่งนภา จันทรา¹, อำนวย ธัญรัตน์ศรีสกุล¹, สุธานันท์ กัลละ²
Atiya Sarakshetrin¹, Daravan Rongmuang¹, Rungnapa Chantra¹, Amnouv Tanyaratsrisakul¹, Suthanan Kunlaka²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินโครงการการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ นักจิตวิทยาที่ได้รับการจ้างงานด้วยงบประมาณพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิ จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายและข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมโดยการสนทนากลุ่มนักจิตวิทยา ภาคละ 8-12 คน และหัวหน้างานทั่วประเทศจำนวน 7 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานจิตเวชชุมชน และ 3) แบบสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม 0.66 และ 1.00 ตามลำดับและค่าความเชื่อมั่น 0.79 และ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านประสิทธิผล ด้านความสำเร็จและด้านความยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =4.18, S.D.=.33; \bar{X} =4.16, S.D.=.37; \bar{X} =3.87, S.D.=.58 ตามลำดับ) และ 2) ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานจิตเวชชุมชนของนักจิตวิทยามีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (\bar{X} =7.54, S.D.=1.60) และผลการสนทนากลุ่มนักจิตวิทยาและหัวหน้างาน พบว่า โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิเป็นโครงการที่ดี สนับสนุนให้มีนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในชุมชน ทำให้มีโอกาสเรียนรู้งาน และสร้างสรรค์งานใหม่ เกิดการบูรณาการงานสุขภาพจิตกับงานอื่น ๆ ในระบบบริการปฐมภูมิ มีการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนต่อเนื่องในปีถัดไปและนักจิตวิทยาส่วนใหญ่ได้รับการจ้างงานต่อภายหลังโครงการสิ้นสุดลง ทั้งนักจิตวิทยาและหัวหน้างานมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนผลักดันระดับนโยบายจึงควรดำเนินการส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนส่งเสริมให้นักจิตวิทยาเข้าพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานจิตวิทยาในระดับปฐมภูมิเพื่อให้การบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: นักจิตวิทยา สุขภาพจิตชุมชน บริการปฐมภูมิ

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

¹ Boromarajonnani College of Nursing Suratthani

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

² Boromarajonnani College of Nursing Bangkok

**Abstract**

This mixed method research aimed to study the effectiveness of the project to support psychologists in primary care services. The sample consisted of psychologists who have been hired through the budget of the development of community mental health services system in primary care. 40 psychologists were chosen through simple random sampling and were used to collect the quantitative data. Whereas, the qualitative data was collected from the psychologists, who work in primary care services, through a focus group discussion. The focus group was conducted in 4 regions of Thailand and it had 8-12 psychologists/region and 7 supervisors. The participants were selected using purposive sampling. The data was collected using: 1) the development of community mental health services system in primary care questionnaire, 2) the satisfaction of the community psychology practice, and 3) focus group discussion interview guide. Content validity of the questionnaires was validated by 3 experts. The IOC was 0.66 and 1.00, respectively. The reliability (Cronbach's alpha) was 0.79 and 0.90, respectively. The data were analyzed using frequencies, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The results showed that: 1.) the effect of the development of community mental health services in primary care in three aspects that includes the effectiveness, success and sustainability were high ($\bar{X}=4.18$, S.D.=.33; $\bar{X}=4.16$, S.D.=.37; and $\bar{X}=3.87$, S.D.=.58, respectively), and 2.) the satisfaction of the community psychology practice of the psychologists was high as well ($\bar{X}=7.54$, S.D.=1.60). The focus group discussion revealed that both of the psychologists and their supervisors expressed that the project was good. It supports the psychologists to work in the community by increasing the chance to learn, create new innovation, and integrate the mental health services with the other career in primary care. They also continue to create the plan for community mental health services in the next coming years. Moreover, most of the psychologists were re-hired after the project was finished. Both of the psychologists and their supervisors were satisfied to the community psychology practice in primary care. The government that has driven the policy should continue to promote and create the network of psychologists who work in primary care services as well as to encourage psychologists to develop different aspects of their competencies that are related to mental health in primary care in order to provide the effective services to the people in the community.

Keywords: Psychologist, Community Mental Health, Primary Care Service

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ การขัดแย้งทางความคิด ความรุนแรง การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคภัยแรง โรคทางจิตเวช ติดสุรา พิกการ ลูกมีปัญหากการเรียนหรือพฤติกรรม ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน จากข้อมูลและสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในแต่ละช่วงวัย พบว่า วัยเด็ก มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 30 มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสติปัญญา และเป็นโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 10 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และจากรายงานการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) เฉลี่ย 98.59 (ค่าปกติ =100) และเป็นกลุ่มสติปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 6.5 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ส่วนความฉลาดทางด้านอารมณ์ (Emotional quotient: EQ) พบว่าคะแนนความฉลาดทางด้านอารมณ์ลดลงจากปี 2554 ในด้านการมุ่งมั่นพยายาม ความกระตือรือร้น การปรับตัวต่อปัญหา นอกจากนี้ยังมีปัญหาสังคมที่สำคัญ



ได้แก่ ปัญหาเด็กติดเกมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษา ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 14.4 ในปี 2553 (ชาภูววิทย์ พรหมาดล และคณะ, 2553)

ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต คือการตั้งครมในวัยรุ่นและพบว่ามีการทำแท้งสูงถึงร้อยละ 50 (วิชัย รูปขำดี, 2553) จากรายงานของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน การกระทำคามผิดของเด็กและเยาวชนไทย จาก 7 สถานความผิด ในปี 2544 - 2553 เป็นคดีเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อชีวิตร่างกายร้อยละ 13.07 คดีความผิดเกี่ยวกับอาวุธ ร้อยละ 7.39 และคดีความผิดเกี่ยวกับเพศ ร้อยละ 4.74 และมีความรุนแรงมากขึ้นโดยในปี 2551 และ 2553 พบคดีเด็กและเยาวชน 44,057 และ 46,918 คดีตามลำดับ และมีการใช้อาวุธ เช่น มีดและปืน ในการก่อคดีมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติด เป็นเด็กในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับประถมศึกษา ส่วนปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการดื่มสุรามากที่สุดในกลุ่ม 30-40 ปี และฆ่าตัวตายมากในกลุ่ม 25-59 ปี เนื่องจากคุณภาพชีวิตไม่ดี(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ปัญหาการหย่าร้างเพิ่มขึ้นจากอัตรา 5 : 1 ในปี 2542 เป็น 3 : 1 ในปี 2551 (วราภูมิ โรมรัตน์พันธ์ และคณะ, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผลที่ตามมาคือเด็กถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุถูกปล่อยให้ตามลำพัง ปัญหายาเสพติด ความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะพึ่งพา จากสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหนึ่งในสิบโรคในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการจัดบริการที่ครอบคลุมในทุกมิติได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู โดยการบริการมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555) แม้ว่าปัญหาสุขภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหนึ่งในสิบโรคในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการจัดบริการที่ครอบคลุมในทุกมิติแต่จากการสำรวจอัตราค่าจ้างบุคลากรที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชายังพบว่า ประเทศไทยขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต โดยมีสัดส่วนจิตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 175,674 คน พยาบาล จิตเวช 1 คน ต่อประชากร 33,414 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน ต่อประชากร 271,383 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยพบว่านักจิตวิทยาเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ขาดแคลนมากที่สุด ซึ่งนักจิตวิทยามีหน้าที่หลักที่สำคัญ คือ ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ศึกษา ค้นคว้า วิจัย ด้านจิตวิทยาคลินิก พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม สอน ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้ด้านจิตวิทยาคลินิก และวิชาการอื่นๆ นอกจากนี้ นักจิตวิทยายังมีหน้าที่ ในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูตามเป้าหมายและปรัชญาของบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีปัญหาและภาวะวิกฤตต่าง ๆ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองภัยพิบัติได้รับการดูแลเกิดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จากผู้กระทำผิด ด้วยการบำบัด ฟื้นฟูทางจิตใจ และแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ลดปัญหาด้านพัฒนาการ สติปัญญา และพฤติกรรมกระตุ้นพัฒนาการ บำบัด รักษา และฟื้นฟู ให้เด็กเจริญเติบโตสมวัยและเต็มตามศักยภาพ ซึ่งบทบาทของนักจิตวิทยาควรเริ่มตั้งแต่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยมีหน้าที่ ประเมินและคัดกรองปัญหาวินิจฉัยแบบองค์รวม ดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา ฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนประสาน ส่งต่อความร่วมมือกับหน่วยอื่น และยังเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการวางแผนและดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิที่ผ่านมามีพบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนนักจิตวิทยาในเรื่องการให้คำปรึกษาแนะแนวการปรับพฤติกรรมซึ่งก็สามารถทำหน้าที่ได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, 2555) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยภาระงานของพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิที่มากและการให้คำปรึกษาแนะแนวการปรับพฤติกรรมเป็นทักษะเฉพาะที่ต้องมีการฝึกฝน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ เห็นความสำคัญของการบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทำให้แผนงานสนับสนุนบริการปฐมภูมิ สปสช. ได้จัดทำโครงการสนับสนุนการพัฒนาและกระตุ้นการกระจายบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพช.) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2556 มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิเป็นองค์รวม ผสมผสานระหว่างการให้บริการสุขภาพกาย จิต สังคม ทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพจิต และสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพจิตในระดับบริการปฐมภูมิ และในชุมชน ให้มีกำลังคนนักจิตวิทยาปฏิบัติงานประจำ เพิ่มเวลาเพื่อสนับสนุนการจัดบริการและพัฒนาบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิสามารถพัฒนาบริการสุขภาพจิตในเครือข่ายบริการปฐมภูมิและชุมชนจากการที่นักจิตวิทยาสามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและชุมชนเพราะนักจิตวิทยามีบทบาทที่ครอบคลุมในการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะเรื่อง การคัดกรองและให้คำปรึกษาแนะแนวการปรับพฤติกรรมผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ในเบื้องต้นมีสถานบริการสุขภาพดำเนินการพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนโดยมีการจัดจ้างนักจิตวิทยา จำนวน 104 คน (อติญาณ์ ตรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, ดาราวรรณ รongเมือง, อำนวย ธัญรัตนศรีสกุล และสุทธานันท์ กัลละ, 2558) ภายหลังจากดำเนินโครงการสิ้นสุดลงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ทำการศึกษาผลดำเนินงานของนักจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยกำหนดให้มีการศึกษาผลการดำเนินงาน ศึกษาสถานการณ์ การปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ อันจะเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการพัฒนาบริการด้านสุขภาพชุมชน การจัดการงบประมาณเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาการบริหารการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดกับประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดำเนินโครงการการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิในด้านประสิทธิผลความสำเร็จ ความยั่งยืน และความพึงพอใจ

กรอบแนวคิด

การประเมินผลสรุป (Summative evaluation) เมื่อสิ้นสุดโครงการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดสินคุณค่าของโครงการตลอดจนค้นหาสิ่งที่ดีของโครงการเพื่อนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกันต่อไปซึ่งผลสรุปที่ได้จะนำสู่การรายงานว่าโครงการได้บรรลุเป้าหมาย (Goals) หรือไม่อย่างไร ตลอดจนการรายงานถึงสถานะภาพของโครงการว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวเพียงไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ต้องแก้ไขปรับปรุงข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารโครงการสามารถนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์ของโครงการ ที่เป็นส่วนของการประเมินตามแนวคิดของไทเลอร์ (Tyler, 1986) ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) เน้นการประเมินผลลัพธ์ของผลการดำเนินงานที่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ โดยพิจารณาจากผลของงาน/ กิจกรรม ที่วางไว้ คือการพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิให้ครอบคลุมบริการสุขภาพกายจิต สังคม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วระยะหนึ่ง การประเมินความสำเร็จ (Successful) เป็นการประเมินผลการดำเนินงานที่บรรลุตามตัวชี้วัด/เป้าหมายของโครงการที่ตั้งไว้ ได้แก่ การมีนักจิตวิทยา การจัดบริการเพื่อการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตและการมีเครือข่ายบริการชุมชน หน่วยงานมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการที่มีต่อการมีส่วนร่วมในโครงการ และการประเมินความยั่งยืน (Sustainability) เป็นการประเมินผลงานที่หน่วยงานดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และมีกรวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมและเกิดผลกระทบ นำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานสรุปผลความสำเร็จ และพัฒนาโครงการ



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักจิตวิทยาที่ได้รับการจัดจ้างด้วยงบประมาณโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิจำนวน 82 คน และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนในหน่วยบริการที่นักจิตวิทยาปฏิบัติงานอยู่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ นักจิตวิทยาที่ได้รับการจัดจ้างด้วยงบประมาณโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิ จำนวน 68 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ วิธีของ Taro Yamane (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน และได้แบบสอบถามคืนกลับร้อยละ 70.59 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ นักจิตวิทยาที่ได้รับการจัดจ้างด้วยงบประมาณโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิ 4 ภาคฯละ 8-12 คน และหัวหน้างานของนักจิตวิทยาทั่วประเทศจำนวน 7 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) เป็นนักจิตวิทยาที่ได้รับการจัดจ้างด้วยงบประมาณสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ
- 2) เป็นนักจิตวิทยาที่ยังคงปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ
- 3) เป็นหัวหน้างานของนักจิตวิทยาที่ได้รับการจัดจ้างด้วยงบประมาณสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามผลการดำเนินงานการสนับสนุนนักจิตวิทยาสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิผล ด้านความสำเร็จ และด้านความยั่งยืน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบ่งช่วงการแปลผลตามหลักของการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class interval) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเดมคักคี สุทธิวิบูลย์(2552) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33	หมายถึง ผลการประเมินในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66	หมายถึง ผลการประเมินในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 - 5.00	หมายถึง ผลการประเมินในระดับสูง

ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .66 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็น วิชาล อนาล็อกสเกล (Visual analogue scales: VAS) คะแนน 1-10 ตั้งแต่ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด แปลผลโดยให้ช่วงหางหรือพิสัยของคะแนนทุกระดับเท่ากัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 4.00	หมายถึง ผลการประเมินในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.01 - 7.00	หมายถึง ผลการประเมินในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 7.01 - 10.00	หมายถึง ผลการประเมินในระดับสูง

ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็น แนวทางการสนทนากลุ่ม ในเรื่องการประเมินประสิทธิผล ความสำเร็จ ด้านความยั่งยืน และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ ในโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยใช้วิธีการส่งแบบสอบถามผลการดำเนินงานการสนับสนุนนักจิตวิทยาสู่ระบบบริการปฐมภูมิชุมชนทางไปรษณีย์ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญการวิจัย จำนวน 68 ชุด ได้คืนจำนวน 40 ชุด คิดเป็นร้อยละ 70.59
2. การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในแต่ละภาค จำนวน 4 ภาค ภาคละ 8-12 คน และหัวหน้างาน จำนวน 7 คนโดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง ตามแนวทางการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการจดบันทึก และบันทึกเทป โดยใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้รับความอิ่มตัว ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการสรุปและรายงานผลการสัมภาษณ์ต่อผู้เชี่ยวชาญสนทนากลุ่ม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่จก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี 2114/10 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการดำเนินการวิจัยวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัยโดยข้อมูลที่ได้รับการตอบแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและผลการดำเนินงานในด้านประสิทธิผล ความสำเร็จ ความยั่งยืน และความพึงพอใจโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านประสิทธิผล ความสำเร็จ ความยั่งยืน และความพึงพอใจโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานโครงการการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ในด้านประสิทธิผล ความสำเร็จ ความยั่งยืน และความพึงพอใจ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.00 มีอายุเฉลี่ย 26 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 มีรายได้จากการจ้างงานตั้งแต่ 10,230 - 15,000 บาท ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 90.00
- 1.2 ผลการดำเนินงานการสนับสนุนนักจิตวิทยาสู่ระบบบริการปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ พบว่า 1) ประสิทธิภาพของโครงการฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.18$, S.D.=.33) 2) ความสำเร็จของโครงการฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.16$, S.D.=.37) และ 3) ความยั่งยืนของโครงการฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.87$, S.D.=.58) และการพัฒนาองค์ความรู้และระบบการทำงานด้านจิตเวชอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร อยู่ในระดับสูงแต่ค่อนข้างปานกลาง แต่มี 2 ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การสร้างขวัญและกำลังใจ และการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมให้มีการสรุปบทเรียนจากการทำงานด้านจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ



1.3 ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิของนักจิตวิทยาอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =7.54, S.D.=1.60) รวมถึงความพึงพอใจในระดับหน่วยงาน ระดับชุมชน และระดับเครือข่ายอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ผลการดำเนินงานการสนับสนุนนักจิตวิทยาสู่ระบบบริการปฐมภูมิ และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิของนักจิตวิทยา (n=40)

การดำเนินงานการสนับสนุนนักจิตวิทยาสู่ระบบบริการปฐมภูมิ	Minimum	Maximum	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ด้านประสิทธิผล	3.46	4.85	4.18	.33	สูง
2. ด้านความสำเร็จ	3.35	4.90	4.16	.37	สูง
3. ความยั่งยืน	2.60	5.00	3.87	.58	สูง
4. ความพึงพอใจ	3.00	10.00	7.54	1.60	สูง

2. ผลการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.71) มีอายุอยู่ในช่วง 23-41 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.43) โดยมีรายได้จากการจ้างงานตั้งแต่ 10,230 - 15,000 บาท ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 85.71) จากการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า

2.1 ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) ของโครงการ

นักจิตวิทยา และหัวหน้างานมีความเห็นว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ดี เป็นโครงการที่สนับสนุนให้มีนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในชุมชน สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนได้มากขึ้น และครอบคลุมกลุ่มประชาชนมากขึ้น ซึ่งรูปแบบกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในระยะเวลาที่ผ่านมา นักจิตวิทยาชุมชนได้ดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิ ในหลายรูปแบบครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู ทุกช่วงวัย ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2.2 ความสำเร็จ (Successful) ของโครงการ

นักจิตวิทยา และหัวหน้างานมีความเห็นว่าโครงการก่อให้เกิดความสำเร็จเรื่องการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิเป็นองค์รวม เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับบริการในการประเมินสุขภาพจิต และส่งต่อการบำบัดรวดเร็วขึ้น จากเดิม ลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากไม่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์เพื่อการประเมินสุขภาพจิต มีการผสมผสานระหว่างให้บริการสุขภาพกาย จิต สังคม ทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพจิต ซึ่งมีการทำงานร่วมกันในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ เกิดเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพกายและจิตในชุมชนระหว่างเครือข่ายทางสุขภาพและเครือข่ายทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

2.3 ความยั่งยืน (Sustainability) ของโครงการ

นักจิตวิทยาส่วนใหญ่ได้รับการจ้างงานต่อ หลังจากโครงการสิ้นสุดลงแล้ว และมีการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนต่อเนื่องในปีถัดไป พยายามสร้างผลงานให้ปรากฏ มีการต่อยอดงานที่มีอยู่เดิม และพยายามสร้างงานใหม่ๆ ให้ปรากฏได้ชัดเจนขึ้น และถึงแม้ยังไม่มีงบดำเนินงานให้กับนักจิตวิทยา เนื่องจากยังไม่มีการขออัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชน แต่บางโรงพยาบาลได้เห็นความสำคัญจึงพิจารณาจ้างนักจิตวิทยาในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว แต่มีบางโรงพยาบาลได้บรรจุนักจิตวิทยาในตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานบางหน่วยงานยังต้องการสนับสนุนจาก สปสช. นอกจากนี้หน่วยงานยังมีความคาดหวังให้นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานสามารถ คัดกรองเบื้องต้น แบบคัดกรองหลายด้าน ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือขั้นสูง สามารถบำบัดเบื้องต้น และส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้การมีนักจิตวิทยาในระบบบริการระดับปฐมภูมิ สามารถช่วยลดภาระของจิตแพทย์ได้มาก ทั้งเรื่องของการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากรับการรักษา

2.4 ความพึงพอใจ (Satisfactory) ของโครงการ

นักจิตวิทยา และหัวหน้างานที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานจิตวิทยาในระบบบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานมีความพึงพอใจในการจ้างนักจิตวิทยามาปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ เพราะมีความเห็นว่าการจ้างนักจิตวิทยาในระบบบริการปฐมภูมิก็มีความจำเป็น และ ทำให้นักจิตวิทยาได้มีโอกาสเรียนรู้งาน และสร้างสรรคงานใหม่ให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ

อภิปรายผล

การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นประเด็นที่น่าสนใจตามผลการดำเนินงาน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านประสิทธิผล พบว่า ผลการดำเนินโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ พบว่ามีหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิได้ดำเนินการจ้างนักจิตวิทยาไว้ในหน่วยงานจำนวน 82 ราย เพื่อให้บริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิที่มีความครอบคลุมบริการ จากการประเมินประสิทธิผลของโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง และการให้บริการด้านสุขภาพจิตชุมชนมีการให้บริการครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต และทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากนโยบายความต้องการของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิทำให้โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสามารถขยายงานสุขภาพจิตได้มากขึ้น และครอบคลุมประชาชนมากขึ้น สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง “ทีมหมอครอบครัว (Family care team)” เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน โดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ในทีมผู้ให้บริการระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจิตวิทยาชุมชนเข้าร่วมให้บริการอย่างเชื่อมโยงกัน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)รวมถึงนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ที่มีนโยบายและยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ ที่เหมาะสมในทุกมิติ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) เช่นเดียวกับสมชาย เจริญอำนวยสุข (2557) กล่าวว่า สังคมไทยควรที่จะเพิ่มนักจิตวิทยาในท้องถิ่นพื้นที่ที่มากขึ้นเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำกับชาวบ้านในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องซึ่งถ้ามีระบบการให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆในพื้นที่และสามารถเข้าถึงชาวบ้านได้มากขึ้นจะสามารถป้องกันปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เพราะกระบวนการการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สร้างทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น การพูดคุยรับฟังปัญหา การระบายความรู้สึกภายในจิตใจ ร่วมคิดหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันกับบุคคลร่วมค้นหาแนวทางเพื่อให้บุคคลได้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ภายในจิตใจด้วยตนเองอย่างเป็นระบบแบบเป็นองค์รวมตลอดจนมีการอธิบายปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้นของบุคคลให้บุคคลใกล้ชิด ชุมชน เกิดความเข้าใจ ตระหนักช่วยเหลือ และร่วมดูแลบุคคลที่เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมตลอดจนการร่วมกำหนดแนวทางเพื่อเฝ้าระวังปัญหาในพื้นที่ (วันชาติ แก้วปาน และสุวีร์ คิวะแพทย์, 2558)เป็นการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความสำเร็จ พบว่า มีนักจิตวิทยาให้บริการในชุมชนที่มีการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ทำให้บรรลุตามเป้าหมายของโครงการที่ตั้งไว้โดยพบว่าภายหลังการจ้างนักจิตวิทยาในระบบบริการปฐมภูมิได้มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิเป็นองค์รวม โดยผสมผสานระหว่างการใช้บริการสุขภาพกาย จิต สังคมทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพจิต ซึ่งมีการทำงานร่วมกันในรูปแบบทีมสหวิชาชีพเกิดเครือข่ายบริการการดูแลสุขภาพกายและจิตในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่เป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน



ทั้งด้านการรักษาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเน้นการให้บริการเชิงรุกให้กับประชาชนทั่วไปและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เป้าหมายของการจัดบริการระดับปฐมภูมิเพื่อ ลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2547; สำนักบริหารการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ประสานงาน ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ เช่นเดียวกับ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2556) กล่าวว่า การที่นักจิตวิทยาทำงานในชุมชนเป็นการเติมเต็มให้กับการทำงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเนื่องจาก นักจิตวิทยาสามารถเติมเต็มช่องว่างในการให้บริการใน 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ 1)การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการวางแผนและดำเนินงาน 2) การให้บริการทางสุขภาพจิตทั้งในและนอกสถานบริการ และ 3) การใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา การทำจิตบำบัด และการให้คำปรึกษาในรายที่ซับซ้อน ซึ่งถือได้ว่าการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา เป็นหนึ่งในบทบาทเฉพาะของวิชาชีพจิตวิทยาตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และสุรเกียรติ์ อาชานภาพกล่าวว่ บทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาใน District health system (DHS) ได้แก่ 1) ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาล/ชุมชน/โรงเรียน/สถานประกอบการ (ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ) 2) เป็นครูและเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพถ่ายทอดความรู้ แก่ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชน 3) พัฒนางานสุขภาพจิตใน DHS (สร้างเครือข่าย เช่น ชมรมนักจิตวิทยาชุมชนและ 4) รวบรวม /ผลิตองค์ความรู้รวมถึงการกำหนดความรับผิดชอบหน้าที่ของนักจิตวิทยาคลินิกโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) การวินิจฉัยด้วยเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยาคลินิกที่เป็นมาตรฐานรวมกับการสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ผลและแปลผลแบบทดสอบ เพื่อนำผลการทดสอบมาช่วยในการวางแผนการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย 2) การวิจัยค้นคว้าเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างเครื่องมือตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา 3) งานในด้านคลินิกชุมชนเพื่อช่วยในการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อคัดกรองปัญหาของบุคคลและกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต และ 4) งานด้านการสอนและฝึกอบรม เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ทางคลินิก และผลิตบุคลากรวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2554)

ด้านความยั่งยืน พบว่า นักจิตวิทยาส่วนใหญ่ได้รับการจ้างงานต่อ หลังจากโครงการสิ้นสุดลงแล้ว และมีการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนต่อเนื่องในปีถัดไป พยายามสร้างผลงานให้ปรากฏ มีการต่อยอดงานที่มีอยู่เดิม และพยายามสร้างงานใหม่ๆ ให้ปรากฏ และแม้ยังไม่มีการบรรจุงานให้กับนักจิตวิทยาเนื่องจากยังไม่มีการอัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชน แต่บางโรงพยาบาลได้เห็นความสำคัญจึงพิจารณาจ้างนักจิตวิทยาในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว แต่มีบางโรงพยาบาลได้บรรจุนักจิตวิทยาในตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานบางหน่วยงานยังต้องการบสนับสนุนจาก สปสช. จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ความยั่งยืนของโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.87, S.D.=.58$)และการพัฒนาองค์ความรู้และระบบการทำงานด้านจิตเวชอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร อยู่ในระดับสูงแต่ค่อนข้างปานกลาง ($\bar{X}=3.67, S.D.=.97$) ในขณะที่การสร้างขวัญและกำลังใจ และการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมให้มีการสรุปบทเรียนจากการทำงานด้านจิตเวชอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการสร้างขวัญและกำลังใจจะสามารถดำรงรักษากำลังใจคนให้อยู่ในระบบได้ ก่อให้เกิดความผูกพันและจงรักภักดีต่อองค์กร ทำให้คนทุกคนมีความกระตือรือร้น มีความอยากที่จะทำงาน และมีความสุขที่ได้ทำงานนั้น (นุชลี อุบัติย์, 2551; วรณิ ลิ้มอักษร, 2551)

ด้านความพึงพอใจ ความพึงพอใจของนักจิตวิทยาต่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิภาพรวม รวมถึงความพึงพอใจในระดับหน่วยงาน ระดับชุมชน และระดับเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=7.54, S.D.=1.06$) ทั้งนี้เนื่องจาก นักจิตวิทยาได้มีโอกาสเรียนรู้งาน และสร้างสรรคงานใหม่ ตลอดจนหน่วยงานต้นสังกัดให้ความสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนอย่างเต็มที่ ทั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงาน รวมถึงเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งการร่วมสร้างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) โดยให้ความร่วมมือและสนับสนุนในส่วนของงบประมาณในการดำเนินงาน เช่นเดียวกับ



การศึกษาของรุ่งอรุณ อนุพันธ์สืบสาย, สุชีรา ภักทรายุตวรรัตน และเชิดศักดิ์ โสวาสินธุ์ (2555) ศึกษาประเมินหลักสูตรของการจัดการเรียนจิตวิทยาพบว่า นักจิตวิทยามีสมรรถนะในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะของนักจิตวิทยาในการปฏิบัติงานแต่ตรงข้ามกับผลการศึกษาของนักศึกษาปริญญาโทจิตวิทยาคลินิก รุ่นที่ 17 (2545) ที่ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกไทยจำนวน 150 คน พบว่า การประเมินการรับรู้ตนเองด้านต่างๆ มีระดับตั้งแต่ปานกลางจนถึงมากที่สุดโดยด้านที่มากที่สุดจะเป็นด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกด้านการบำบัดทางจิตวิทยา และด้านจรรยาบรรณ ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือด้านการพัฒนาตนเองและการสอนและฝึกอบรมทางจิตวิทยาส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ด้านการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางจิตวิทยาคลินิกและด้านการงานทางจิตวิทยาคลินิกชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้คำปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่และหน่วยบริการ โดยดำเนินการจัดตั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจิตวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน

1.2 กำหนดแนวทางส่งเสริมการสร้างความมั่นคงของนักจิตวิทยาในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิเนื่องจากในปัจจุบันตำแหน่งนักจิตวิทยายังไม่มีกรอบ/ตำแหน่งที่ชัดเจน ทำให้นักจิตวิทยามีการเปลี่ยนงานหรือจำเป็นต้องออกไปหางานใหม่ เนื่องจากรู้สึกไม่มั่นคงในการทำงาน ในลักษณะการจ้างตามโครงการ โดยมีระยะเวลาการจ้างไม่แน่นอนหรือจ้างช่วงสั้นๆ เท่านั้น

1.3 สนับสนุนส่งเสริมให้นักจิตวิทยาเข้ารับการอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานจิตวิทยาในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตอย่างง่าย เทคนิคการให้คำปรึกษา การสร้างเครือข่ายในชุมชน เนื่องจากนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ มีความแตกต่างกันตามสาขา เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาให้คำปรึกษา นักจิตวิทยาพัฒนาการ เป็นต้น ดังนั้นความต้องการได้รับโอกาสในการประชุมอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะที่จำเป็นจึงมีความสำคัญ

1.4 สนับสนุนการจัดอบรมเพิ่มเติมต่างๆ ทั้งด้านการใช้เครื่องมือ แบบประเมิน และแนวทาง/วิธีการเบิกเงินค่าบริการที่เกิดจากการให้บริการสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนให้นักจิตวิทยามีผลงานจากบทบาทของนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

1.5 ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาและบุคลากรสาขาอื่นๆ ในหน่วยงาน ส่งเสริมให้มีนักจิตวิทยา เข้าร่วมปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพ โดยให้มีการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตและพัฒนาศักยภาพการจัดการบริการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ร่วมกับทีมวิชาชีพอื่นๆ ให้สอดคล้องกับนโยบาย “ทีมหมอครอบครัว” ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้เข้มแข็งเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในระดับบริการปฐมภูมิในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา โดยควรมีการพัฒนาควบคู่กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในระดับบริการปฐมภูมิ



กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอขอบคุณนายแพทย์ชูชัย ครุขานี ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ นางชาติมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์ แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ขอขอบคุณผู้ประสานงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1- 13 นักจิตวิทยา หัวหน้างาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่นักจิตวิทยาปฏิบัติงานอยู่ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และผู้มีส่วนรวมทุกท่านในการดำเนินงาน การวิจัยให้สำเร็จลุล่วง

รายการอ้างอิง

- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2554). ประวัติจิตวิทยาคลินิกในประเทศไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 42(1), 1 – 6.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก <http://www.dmh.go.th/download/ebooks/MHCC1.pdf>.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต 2554. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊ก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ส่งเสริมสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. (2553). การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. การสัมมนา วช.ทางออกปัญหาติดเกมคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: บีทีเอส เพรส.
- นุชลี อุปลัย. (2551). จิตวิทยาการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: แมทซ์พอยท์.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2558 จาก <http://ms.src.ku.ac.th/schedule / Files/2553/Oct/1217086.doc>.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2556). บทบาทของนักจิตวิทยาในระดับปฐมภูมิ. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/files/userfiles.pdf>.
- รุ่งอรุณ อนุพันธ์สืบสาย, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ และเชิดศักดิ์ โฆวาลินธุ์. (2555). การติดตามผลบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาคลินิกวารสาร. จิตวิทยาคลินิก, 43(2), 6-18.
- วรวิมล โรมรัตน์พันธ์ และคณะ. (2554). รายงานผลกิจกรรมพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านครอบครัวรายงานสถานการณ์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณิ ลิ้มอักษร. (2551). จิตวิทยาการศึกษา. สงขลา: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- วิชัย รูปขำดี. (2553). ราชยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก www.bangkokbiznews.com/home/media/.../news_attach_358984_1.doc.
- วันชาติ แก้วปาน และ สุวีรี ศิวแพทย์. (2558). การประเมินความต้องการจำเป็นของการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศึกษาศาสตร์ ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(2), 123- 128.
- สมชาย เจริญอำนวยการสุข. (2557). สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สศ). หนุนเพิ่มนักจิตวิทยาท้องถิ่น. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก <http://www.thairath.co.th/content/470869>.



- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2555). ความสำคัญและประสิทธิภาพของการจัดการบริการปฐมภูมิที่มีนักจิตวิทยาสนับสนุน. **เอกสารสรุปการบรรยายในการประชุมการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/เอกสารบรรยาย_ประชุม/2012--09-13.ความสำคัญและประสิทธิภาพของการจัดการบริการปฐมภูมิที่มีนักจิตวิทยาสนับสนุน_อ_สุรเกียรติ์.pdf.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2557). **ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2555-2559**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMg==>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). **รายงานสถิติรายปี 2554 ประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/syb_54/SYB_54_T.pdf.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ที่หมอมอครอบครัว**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **แนวทางการพัฒนาระดับบริการสุขภาพสาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2557, จาก http://203.157.181.5/service_plan/load/11.pdf.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, ดาราวรรณ รongเมือง, อำนวย ธัญรัตนศรีสกุล และสุทธานันท์ กัลก. (2558). **การศึกษาลผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนนักจิตวิทยาเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ**. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
- Tyler, R.W. (1986). **Evaluation acting program**. Boston: Allin and Bacon.
- Yamane, T. (1973). **Statistics: An introduction analysis** (3rd ed.). New York: Harper & Row.