

**การพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยา
ในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ**
**Development of Psychologist's Competencies when Working Collaboration
with a Family Care Team (Primary Care Services)**

อติญาณ์ ศรีเกษตริน^{1*}, รุ่งนภา จันทรา¹, ดาราวรรณ รongเมือง², อำนวย ธัญรัตนศรีสกุล¹,
สุธานันท์ กัลละ³ ชาลิมาศ ตันสุเทพวิรวงศ์⁴ และวชิระบูลย์ อินสว่าง¹
Atiya Sarakshetrin¹, Rungnapa Chantra¹, Darawan Rongmuang², Suthanan Kunlaka³,
Amnouy Tanyaratsrisakul¹ Chaleemas Tansuthepverawongse⁴ and Vachiraboon Insawang¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์¹, วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี²,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกุญชร³, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยา ในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิจำนวน 93 คน ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) ขั้นการสะท้อนผล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิ และ 3) สมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์กัน ผลการวิจัยพบว่า

การพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยา ในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1. การวางแผน พัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาโดยการจัดอบรม ศึกษาดูงานและสร้างคู่มือการดำเนินงาน
2. การปฏิบัติ โดยการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติ การเข้าค่ายกิจกรรมและค่ายความรู้ ศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ และให้คู่มือการดำเนินงาน
3. การสังเกตการเปลี่ยนแปลง พบว่า ร้อยละของนักจิตวิทยาที่เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ มีการรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 95.18 ร้อยละ 78.49) และมีสมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. ขั้นการสะท้อนผล พบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการสามารถนำไปสู่การประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาได้และคู่มือการดำเนินงาน สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานได้

คำสำคัญ: นักจิตวิทยา, ทีมหมอครอบครัว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: atiya_s@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5699268)

Abstract

This action research aimed to develop the psychologist's competencies when they work in collaboration with a family care team in a primary care service. The participants consisted of 93 psychologists who were working in primary care service. The process and data collection was divided in 4 steps, including plan, action, observation, and reflection. The data were collected and analyzed using questionnaire with 3 sections: 1) demographic data, 2) perception of the psychologist's role in working in collaboration with a family care team at the primary care service, and 3) working competencies on collaboration skills with the care team in the primary care service. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and independent t-test. Results revealed that the development of the psychologist's competencies when working in collaboration with the family care team in primary care service was as follows:

1. Planning composed of literature search and meeting with the leaders of psychologists who work in primary care service and the experts in psychology in order to plan the set-up of the workshop for developing psychologist competencies, field study, and to compose a working manual in working collaboration with family care team in primary care service.

2. Acting, implementation of workshop, camping, and knowledge camping for the psychologists were carried out in 4 regions of Thailand. The participants participated on a field study in a community using the model of community mental health that serves the district health system and family care team. The participants also received the working manual.

3. Observation in the changes found that there was an increase in percentage of perception with the role of psychologists among the participants in the preparation of psychologists to support working collaboration with family care team in primary care service project (before= 78.49% and after =95.18%). Additionally, after the participation in the project, competencies in working collaboration with family care team in primary care service were significantly higher than before, $p < .05$.

- 4) Reflecting; conducting stakeholder seminar found that the activity could be able to develop the psychologist competencies in working collaboration with family care team in primary care service and the working manual can be used to apply in working.

Keywords: Psychologist, Family Care Team

บทนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2558 เน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำสังคม และสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน จึงได้จัด “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนโดยเฉพาะ ในระดับบริการปฐมภูมิ โดยยึดสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันแบบทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่าง ๆ แบบบูรณาการ และรวมไปถึงการประสานการทำงานกับทุกภาคส่วนนอกภาคสาธารณสุข ซึ่งจะนำมาสู่การทำให้ประชาชนและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน และภาคประชาชน ซึ่งร่วมกันทำงานทีม เพื่อที่จะดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นการปฏิรูปการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบใหม่ ที่ต่อยอดจากฐานการทำงานเดิม ของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยมีสุขภาพที่ดีของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมาย ทุกครอบครัวจะมีทีมหมอประจำ ดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาถึงบ้านและประสานหน่วยบริการอย่างใกล้ชิด เสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิท หรือญาติของครอบครัว มีส่วนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติทั้ง การรักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่อง ทันทีที่ รวมถึงประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างใกล้ชิด และเหมาะสมกับผู้ป่วย (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

นักจิตวิทยา เป็นกลุ่มวิชาชีพหนึ่งในทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอที่ทำหน้าที่ร่วมกับแพทย์ และสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และทีมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยงให้การสนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพทางคลินิกทีมตำบล ชุมชน รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรทุกประเภทที่จำเป็น เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดกับครอบครัวในเขตรับผิดชอบประสานงานส่งต่อและติดตามความคืบหน้าของผู้ป่วยในการไปรับบริการสุขภาพยังสถานบริการในทุกระดับ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยมีหน้าที่คือ ร่วมวางแผนออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ปกครอง อสม. แกนนำชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้เครื่องมือทางสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แบบประเมินภาวะ PTSD และประเมินสุขภาพกาย รวมถึงการดูแลตนเองรวมถึงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วย และรายงาน Case ให้แพทย์ทราบ การทำกิจกรรมบำบัด เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ศึกษา ค้นคว้า วิจัย ด้านจิตวิทยาเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม สอน ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้ด้านจิตวิทยา และวิชาการอื่น ๆ

บทบาทหน้าที่เฉพาะของนักจิตวิทยา ในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟู ในทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ดังนี้ 1) ให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ 2) ให้บริการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คนพิการ เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ



ปัญหาการเรียน และปัญหาบุคลิกภาพ 3) ให้บริการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา บำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และพฤติกรรม ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช คนพิการ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียนรู้อื่นๆ 4) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด 5) เป็นทีมบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชน 6) เป็นผู้ประสานงานระหว่าง รพ.สต. โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนกับทีมสุขภาพ 7) เป็นผู้จัดการและวางแผนรักษา ฟื้นฟู ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คนพิการ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียน ปัญหาบุคลิกภาพ จัดทำแผนการดูแล ในผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน และ 8) เป็นผู้ฝึกสอนให้ความรู้กับญาติ และนักบริบาลชุมชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายและยุทธศาสตร์ สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ ที่เหมาะสมในทุกมิติ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แผนงานสนับสนุนบริการปฐมภูมิ สปสช. จึงได้สนับสนุนการพัฒนา และกระตุ้นการกระจายบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2556 มีโรงพยาบาลชุมชน ที่สนใจร่วมดำเนินการพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนโดยมีนักจิตวิทยา จำนวน 104 คน จากการติดตามผลงาน และพัฒนาเครือข่ายนักจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตชุมชนในบริการระดับปฐมภูมิ ที่ได้ดำเนินการตามนโยบายของ สปสช. ในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับนักจิตวิทยา คือ ขอบเขตหน้าที่ของนักจิตวิทยายังไม่ชัดเจน บางครั้งเกิดความซ้ำซ้อน เนื่องจากยังเป็นตำแหน่งใหม่ในหน่วยงาน ซึ่งยังไม่เคยทำงานในตำแหน่งนี้ มาก่อนเมื่อนักจิตวิทยาในหน่วยงาน ผู้ร่วมงานยังไม่เข้าใจบทบาทของนักจิตวิทยา ว่ามีขีดความสามารถในการทำงานอะไรได้บ้าง บางรายขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และงานสุขภาพจิตชุมชนเป็นงานรูปแบบใหม่ ที่ต้องสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในชุมชน ในบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม สำหรับนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในชุมชน และมีข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ว่าควรมีการทำความเข้าใจกับทีมสหวิชาชีพ และส่งเสริมให้นักจิตวิทยา แสดงบทบาทของตนเองให้ชัดเจน และควรสร้างสมรรถนะการประสานความร่วมมือกับทีม สหวิชาชีพทำงานในการเป็นทีม นอกจากนี้ ควรมีการรวมตัวกันของนักจิตวิทยา เพื่อสร้างเครือข่ายให้คำปรึกษาในการทำงาน และพัฒนาเครือข่ายนักจิตวิทยาเพื่องานสุขภาพจิตชุมชนสำหรับนักจิตวิทยารุ่นใหม่ (อติญาณ์ ตรีเกษตริณ, ดาราวรรณ รองเมือง, รุ่งนภา จันทรา, อำนวย ธัญรัตน์ศรีสกุล และสุทธนันท์ กัลละ, 2558)

การแก้ไขปัญหาดำเนินงานของนักจิตวิทยานั้น จำต้องใช้กระบวนการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาที่ตรงตามปัญหาและความต้องการ และพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานรวมทั้งพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Dick, 2004) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงที่เห็นผล (Knowledge from Action) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ 1) ขั้นการวางแผน เป็นการสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างคนในองค์กร เพื่อให้ได้ปัญหาสำคัญ ตลอดจนแยกแยะรายละเอียดของปัญหา พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไข 2) ขั้นการปฏิบัติ เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ เมื่อพบปัญหาอุปสรรค

ต้องทำการวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างทีมงานเพื่อหาทางแก้ไขปรับปรุงแผน 3) ขั้นการสังเกต เป็นการสังเกต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขั้นการปฏิบัติอย่างรอบคอบพร้อมทั้งจดบันทึกสิ่งที่คาดหวังและไม่คาดหวังโดยใช้ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น เป็นการสังเกตกระบวนการ และผลของการปฏิบัติ และ 4) ขั้นสะท้อน ผลการปฏิบัติ เป็นการประเมินหรือตรวจสอบการแก้ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในขั้นการปฏิบัติ เกิดจากการพูดคุย ประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การปรับปรุง และวางแผนการปฏิบัติต่อไป (Dick, 2005)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาในการทำงาน ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อส่งเสริมนักจิตวิทยาให้สามารถทำงานร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ (หมอครอบครัว) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิต และเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในบริการระดับปฐมภูมิ สนองต่อนโยบายและความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแล รักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

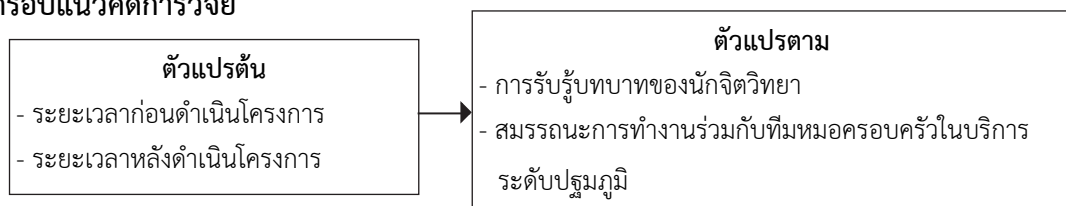
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินปัญหา และความต้องการของนักจิตวิทยา ในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิ
2. เพื่อดำเนินการตามปัญหา และความต้องการของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิ
3. เพื่อสังเกตผลที่เกิดขึ้นหลังมีการดำเนินการตามปัญหา และความต้องการของนักจิตวิทยา ในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ
4. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของนักจิตวิทยา ในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิก่อนดำเนินโครงการ และหลังดำเนินโครงการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)



ประชากร คือ นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิจำนวน จำนวน 120 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงาน ในระบบบริการปฐมภูมิจำนวน 93 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นนักจิตวิทยาที่ได้รับการจัดจ้าง ด้วยงบโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน ในบริการปฐมภูมิ 2) เป็นนักจิตวิทยาที่ยังคงปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยา และสมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ มีการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องของรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การประเมิน (Item of Congruence) พบว่ารายการข้อคำถามมีดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ และนำไปทดลองใช้ พบว่ามีค่าความเที่ยง .87

ส่วนที่ 3 สมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องของรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การประเมิน (Item of Congruence) พบว่ารายการข้อคำถามมีดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 และมีบางข้อที่ควรทำการปรับปรุงผู้วิจัยจึงทำการปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ และเมื่อนำไปทดลองใช้พบว่า มีค่าความเที่ยง .90 แบ่งช่วงการแปลผลตามหลักของการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) มีความหมายในการประเมิน ดังนี้

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ของกิจกรรมที่จะปฏิบัติ วิธีการประเมินผลโครงการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางการสร้างเครือข่ายการจัดทำคู่มือการทำงานของนักจิตวิทยาชุมชนและแนวทางการอบรมสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักจิตวิทยาในการดำเนินงานจิตวิทยาชุมชน และการมีส่วนร่วมในทีมหมอครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ปฏิบัติตามแผนการที่ได้วางไว้ โดย

- 1) ดำเนินการสร้าง/กระตุ้นเครือข่ายนักจิตวิทยาเปิดรับสมัครทั้งใหม่-เก่า/ทำทะเบียนชื่อ-ที่อยู่/หน่วยงานสาขาที่จบ ทักษะ จุดเด่น
- 2) ศึกษาฐานในพื้นที่ต้นแบบสุขภาพจิตชุมชนที่ตอบสนองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
- 3) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ/เข้าค่ายกิจกรรมและค่ายความรู้ เพื่อพัฒนาทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักจิตวิทยาทั้งและพัฒนาและจัดทำคู่มือและจัดสถานการณ์/เงื่อนไขให้มีการนำคู่มือการทำงานของนักจิตวิทยาชุมชนไปใช้จริงสำหรับกิจกรรมที่ใช้ในการดำเนินการแบ่งเป็น 4 กิจกรรม ประกอบด้วย

- 1.1) กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวกำหนดปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
- 1.2) กิจกรรมจัดทำคู่มือการดำเนินงานของนักจิตวิทยาชุมชน
- 1.3) กิจกรรมกำหนดแนวทางการอบรมสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักจิตวิทยาในการดำเนินงานจิตวิทยาชุมชน และการมีส่วนร่วมในทีมหมอครอบครัว
- 1.4) กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ
- 1.5) กิจกรรมการจัดทำทะเบียนเครือข่ายนักจิตวิทยาในบริการระดับปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) สังเกตกระบวนการ การเปลี่ยนแปลง และผลของการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) จัดสัมมนาร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินหรือตรวจสอบการแก้ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในขั้นการปฏิบัติ นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทและสมรรถนะของนักจิตวิทยา ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้ในการวิเคราะห์ Dependent t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าที่ประชุมพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ได้รับเลขจริยธรรมที่ 2014/16

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.72 อายุ น้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 69.89 (อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 53 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 92.47 สาขาวิชาที่จบส่วนใหญ่จบการศึกษาสาขาจิตวิทยาร้อยละ 98.92 มีระยะเวลาการในการทำงานน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 73.12

2. การพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ จากการศึกษาเอกสาร และประชุมกลุ่มแกนนำนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา จำนวน 15 คน เพื่อวางแผนการพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาโดยใช้กระบวนการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อการพัฒนาที่ตรงตามปัญหาและความต้องการ และแนวทาง/วิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้แนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานรวมทั้งพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา



ความต้องการ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้น คือ นักจิตวิทยายังขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน ขาดแนวทางในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงมีความต้องการให้จัดอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงาน และและสร้างคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน

2.2 การดำเนินการตามปัญหาและความต้องการของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ โดยการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติ การเข้าค่ายกิจกรรมและค่ายความรู้ให้กับตัวแทนนักจิตวิทยาทั้ง 4 ภาค ศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบสุขภาพจิตชุมชนที่ตอบสนองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) ในพื้นที่ภาคกลาง โรงพยาบาลลำนธิ จังหวัดลพบุรี ภาคใต้ โรงพยาบาลศรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภาคตะวันออกเฉยเหนือ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัด นครราชสีมา และภาคเหนือ โรงพยาบาลกไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พร้อมทั้งให้คู่มือการดำเนินงานนักจิตวิทยาในบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการปฐมภูมิ

2.3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นหลังการดำเนินการตามปัญหาและความต้องการของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า ร้อยละของนักจิตวิทยาที่เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิมีการรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (ก่อน ร้อยละ 78.49 และ หลัง ร้อยละ 95.18) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบร้อยละของการรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ

การรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ	การรับรู้	
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
1. ให้คำปรึกษาเพื่อมุ่งส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย	100.00	100.00
2. ประสานงานกับเครือข่ายชุมชนเพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิต	95.70	96.31
3. กระตุ้นให้ประชาชนแก้ไขปัญาสุขภาพจิตด้วยตนเอง	92.47	92.57
4. คัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชทุกกลุ่มวัย	97.85	98.15
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรแก่ผู้ปกครอง	89.25	87.04
6. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม	98.92	100.00
7. จัดตั้งคลินิกด้านสุขภาพจิต เช่น คลินิกคลายเครียด คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ	89.25	92.57
8. การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	96.77	98.15
9. วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า	47.31	33.33

ตาราง 1 (ต่อ)

การรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงาน ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ	การรับรู้	
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
10. เยี่ยมบ้านผู้เฉพาะกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต	70.97	61.11
11. วางแผน และพัฒนาระบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต และวิกฤตสุขภาพจิต	93.55	94.44
12. การปฏิบัติการจิตวิทยาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	94.62	96.30
13. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	100	100
14. ดูแลผู้ที่มีภาวะวิกฤติของชีวิต เช่น ตั้งครรภ์ ความรุนแรง การหย่าร้าง	95.70	94.44
15. บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย	93.55	100
16. ฟื้นฟูและพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	61.29	66.67
17. บำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด	88.17	88.89
18. ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสังคมและจิตใจพร้อมส่งต่อผู้เชี่ยวชาญและหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม	98.92	98.15
19. สืบค้น วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตวิกฤตสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	93.55	94.44
20. ทำงานวิจัยในหน่วยงาน / พื้นที่	78.49	95.18

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวหลังการเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ (ร้อยละ 95.18 และ 78.49 ตามลำดับ) มีบางส่วนที่มีการรับรู้บทบาทของตนเองน้อยกว่าร้อยละ 80 เช่น วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า เยี่ยมบ้านผู้เฉพาะกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และฟื้นฟูและพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

4. การเปรียบเทียบสมรรถนะของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิก่อนดำเนินโครงการและหลังดำเนินโครงการ

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ

ตัวแปร	M	SD	t	p-value
สมรรถนะก่อนการเข้าร่วมโครงการ	3.08	0.38	2.63	0.01
สมรรถนะหลังการเข้าร่วมโครงการ	3.16	0.35		

จากตาราง 2 พบว่านักจิตวิทยาที่เข้าร่วมโครงการการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิมีสสมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาคน ทำให้คน สร้างความภาคภูมิใจและกำลังใจ (วรการณ บุญเชียง, 2559) โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ พบว่านักจิตวิทยายังขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน ขาดแนวทางในการปฏิบัติงาน จึงมีความต้องการให้จัดอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงาน และสร้างคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตามความต้องการโดยการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทของนักจิตวิทยา การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเข้าค่ายกิจกรรมและค่ายความรู้ การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบสุขภาพจิตชุมชนที่ตอบสนองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) พร้อมกับการจัดทำคู่มือการดำเนินงานนักจิตวิทยาในบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการปฐมภูมิ มีการปฐมมนิเทศเกี่ยวกับการใช้คู่มือดังกล่าว จากผลการดำเนินการดังกล่าว พบว่า นักจิตวิทยาหลังเข้าร่วมโครงการ มีการรับรู้บทบาทการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และเมื่อติดตามพบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีการรับรู้บทบาทของนักจิตวิทยาในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิเช่นเดียวกัน และมีบางข้อที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง คือ 1) สามารถเป็นผู้นำในทีมหมอครอบครัวในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ 2) สามารถจัดกิจกรรมฟื้นฟูและพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้และ 3) สามารถทำงานวิจัยในหน่วยงาน/พื้นที่เพื่อพัฒนาตนเอง และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายของประเทศที่มีการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนที่เปลี่ยนไปเป็นรูปแบบทีมหมอครอบครัว โดยมีการกำหนดอย่างชัดเจนว่านักจิตวิทยาเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งเป็นทีมงานหนึ่งในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนโดยมีรายละเอียดบทบาทของนักจิตวิทยาในการดำเนินงาน ทำให้นักจิตวิทยามีการรับรู้บทบาทการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาประสบการณ์การทำงานของนักจิตวิทยาส่วนใหญ่เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 25 ปี ซึ่งอาจส่งผลต่อการเป็นผู้นำ การทำงานวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ได้ ซึ่งการรับรู้บทบาทและสมรรถนะดังกล่าวของนักจิตวิทยาสอดคล้องกับนโยบายการให้บริการระดับปฐมภูมิที่เป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเน้นการให้บริการเชิงรุกให้กับประชาชนทั่วไปและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เป้าหมายของการจัดบริการระดับปฐมภูมิเพื่อ ลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค (กรมสุขภาพจิต, 2550; กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

โดยมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ประสานงาน ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ การที่มีนักจิตวิทยาทำงานในชุมชน เป็นการเติมเต็มให้กับการทำงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเนื่องจาก นักจิตวิทยาสามารถเติมเต็มช่องว่างในการให้บริการใน 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการวางแผนและดำเนินงาน 2) การให้บริการทางสุขภาพจิตทั้งในและนอกสถานบริการ และ 3) การใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา การทำจิตบำบัด และการให้คำปรึกษาในรายที่ซับซ้อนซึ่งถือได้ว่าการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา เป็นหนึ่งในบทบาทเฉพาะของวิชาชีพจิตวิทยาตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวถึงความรับผิดชอบหน้าที่ของนักจิตวิทยาคลินิก ได้แก่ 1) การวินิจฉัยด้วยเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยาคลินิกที่เป็นมาตรฐานร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ผลและแปลผลแบบทดสอบ เพื่อนำผลการทดสอบมาช่วยในการวางแผนการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย 2) การวิจัยค้นคว้าเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างเครื่องมือตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา 3) งานในด้านคลินิกชุมชนเพื่อช่วยในการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อคัดกรองปัญหาของบุคคลและกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และ 4) งานด้านการสอนและฝึกอบรม เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ทางคลินิก และผลิตบุคลากรวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2555)

เมื่อทำการเปรียบเทียบการรับรู้และสมรรถนะการทำงานของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัว พบว่า นักจิตวิทยาที่เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิมีสมรรถนะในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ยกเว้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรแก่ผู้ปกครองวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและเยี่ยมบ้านผู้เฉพาะกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ในการวิจัยเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักจิตวิทยาในการดำเนินงานจิตวิทยาชุมชน และการมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพเกิดการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ผ่านกระบวนการศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักจิตวิทยารุ่นพี่ และเพื่อนนักจิตวิทยาด้วยกันโดยเฉพาะอย่างกิจกรรม “คุณค่านักจิตวิทยาในบริการระดับปฐมภูมิและบทบาทหน้าที่ในทีมหมอครอบครัว” ซึ่งเป็นการบรรยายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาในการสนับสนุนการดำเนินงานจิตวิทยาร่วมกับทีมหมอครอบครัวและกิจกรรม “แนวคิด DHS กับ นโยบาย FCT ” เป็นการบรรยายเกี่ยวกับการขับเคลื่อนระบบนโยบายสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งเชื่อมโยงกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และสหสาขาวิชาชีพ ให้ความเข้มแข็งของชุมชน ผสมผสานกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว สิ่งเหล่านี้อาจทำให้นักจิตวิทยามีสมรรถนะที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งอรุณ อนุพันธ์สืบสาย, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และเชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์ (2555) ศึกษาประเมินหลักสูตรของการจัดการเรียนจิตวิทยาพบว่า นักจิตวิทยามีสมรรถนะในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะของนักจิตวิทยาในการปฏิบัติงานแต่ตรงข้ามกับผลการศึกษาของนักศึกษาปริญญาโทจิตวิทยาคลินิก รุ่นที่ 17 (2545) ที่ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกไทยจำนวน 150 คน พบว่า การประเมินการรับรู้ตนเองด้านต่างๆ มีระดับตั้งแต่ปานกลางจนถึงมากที่สุดโดยด้านที่มากที่สุดจะเป็นด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกด้านการบำบัดทางจิตวิทยา และด้านจรรยาบรรณ ด้านที่อยู่ในระดับมากคือด้านการพัฒนาตนเองและการสอนและฝึกอบรม



ทางจิตวิทยาส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ด้านการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางจิตวิทยาคลินิกและด้านการทำงานทางจิตวิทยาคลินิกชุมชนเช่นเดียวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนโดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ในทีมผู้ให้บริการระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจิตวิทยาชุมชนเข้าร่วมให้บริการอย่างเชื่อมโยงกัน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) รวมถึงนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีนโยบายและยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ ที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่นเดียวกับสมชาย เจริญอำนวยสุข (2557) กล่าวว่า สังคมไทยควรจะมีเพิ่มนักจิตวิทยาในท้องถิ่นพื้นที่ให้มากขึ้นเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำกับชาวบ้านในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องซึ่งถ้ามีระบบการให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆในพื้นที่และสามารถเข้าถึงชาวบ้านให้มากจะสามารถป้องกันปัญหาต่าง ๆ ได้ เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

แต่อย่างไรก็ตาม กิจกรรมดังนี้ อาจยังไม่ตอบสนองต่อสมรรถนะบางเรื่อง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรแก่ผู้ปกครองและเยี่ยมบ้านผู้ดูแลกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ต้องอาศัยประสบการณ์ในการดูแลบุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่อาศัยในชุมชนแต่ละคนอาจมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ทั้งยังมีปัจจัยที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจทำให้นักจิตวิทยาที่มีอายุการปฏิบัติงานน้อยเกิดความไม่มั่นใจในการวินิจฉัยดังกล่าวได้

การนำผลงานวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนส่งเสริมให้นักจิตวิทยาเข้ารับการอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานจิตวิทยาในระดับปฐมภูมิได้แก่ ความเป็นผู้นำ การวิจัย และการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต
2. ส่งเสริมให้มีระบบพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่และหน่วยบริการให้กับนักจิตวิทยาที่อายุการปฏิบัติงานน้อย โดยดำเนินการจัดตั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจิตวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน
3. ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาและบุคลากรสาขาอื่น ๆ ในหน่วยงาน ส่งเสริมให้นักจิตวิทยา เข้าร่วมปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพ โดยให้มีการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต และพัฒนาศักยภาพการจัดการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ร่วมกับทีมวิชาชีพอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบาย “ทีมหมอครอบครัว” ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้เข้มแข็งเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามคู่มือการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในบริการระดับปฐมภูมิ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ



รายการอ้างอิง

- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2555). *คู่มือจิตวิทยาคลินิก: ภาคปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: นิโธ ดิจิตอล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- วรภรณ์ บุญเชียง. (2560). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR)*. สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 60 จาก www.crc.ac.th/2015/.../5.1.5-8-Par-การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.pdf.
- รุ่งอรุณ อนุพันธ์สืบสาย, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และเชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. (2555). การติดตามผลบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาคลินิก. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 42(2): 6-18.
- สมชาย เจริญอำนวยสุข. (2557). *สค.หนุนเพิ่มนักจิตวิทยาท้องถิ่น*. สืบค้นเมื่อ 7 มี.ค. 58 จาก <http://www.thairath.co.th/content/470869>
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อติญาณ ศรีเกษตริน, ดาราวรรณ รองเมือง, รุ่งนภา จันทรา, อำนวย ธีรรัตน์ศรีสกุล และสุทธนันท์ กัลละ. (2558). *การติดตามผลงานและพัฒนาเครือข่ายนักจิตวิทยาเพื่องานสุขภาพจิตชุมชนในบริการระดับปฐมภูมิ*. รายงานวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี, รายงานวิจัย.
- Dick, W., Lou, C. & James, O. C. (2004). *The Systematic Design of Instruction*. 5th ed. New York: Addison-Wesley.
- Dick, W., Lou, C. & James, O. C. (2005). *The Systematic Design of Instruction*. 6th ed. Boston: Pearson.