

กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ Mechanisms Propelling Psychologists in Primary Health Care Systems

วีร์ เมฆวิลัย,

ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ และ นิชาภา รัตนจันทร์

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

Wee Mekwilai,

Tananate Chantaluckwong and Nichapha Rattanajan

Bureau of Mental Health Service Administration Roman

Corresponding Author, E-mail: weepositive7@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิและปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิธีการวิจัยมี 2 ขั้นตอนคือ วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit: PCU) หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Network primary care unit: NPCU) ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ 116 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.87 - 0.99 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลด้วยช่องทางออนไลน์ผ่าน Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน และเครือข่ายนอกระบบสุขภาพในพื้นที่ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเก็บข้อมูลโดยตรงจากการทำ Focus group วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลไกการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ กลไกเชิงโครงสร้าง กลไกเชิงกฎหมาย กลไกเชิงบริบทพื้นที่ และกลไกหนุนเสริม 2) ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยประกอบด้วย 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การจัดการระบบและนโยบายที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและครอบครัว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ผ่านการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพจิต การสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเพื่อลดการตีตรา และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โดยผสมผสานปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ กลไกการขับเคลื่อน; นักจิตวิทยา; ระบบสุขภาพปฐมภูมิ; สุขภาพจิต

* วันที่รับบทความ : 7 กันยายน 2567; วันที่แก้ไขบทความ 22 กันยายน 2567; วันที่ตอบรับบทความ : 24 กันยายน 2567

Received: September 7 2024; Revised: September 22 2024; Accepted: September 24 2024

Abstract

This research aims to study the mechanisms for developing psychologists in the primary health care system and the success factors in driving mental health work in primary health care units in Thailand. The research methodology consists of two parts: quantitative and qualitative approaches. The quantitative method involved analyzing secondary and primary data from

a sample of 116 personnel working in primary care units (PCU) or network primary care units (NPCU) registered with the Primary Health Care Support Office. Data was collected through an online questionnaire via Google Forms and analyzed using descriptive statistics. The qualitative method employed simple random sampling to select administrators, practitioners, and non-health system networks in the area. Data was collected through semi-structured interviews and focus groups, followed by content analysis.

The research findings revealed that 1) Mechanisms for developing psychologists in the primary health care system include structural, legal, contextual, and supportive mechanisms, 2) Five main success factors in driving mental health work in primary health care units in Thailand including efficient system and policy management, social support from community and family, human resource development through mental health personnel training, building knowledge and awareness in the community to reduce stigma, and utilizing technology to improve patient care efficiency

The study concludes that integrating these factors can lead to sustainable success in driving mental health work at the primary care level.

Keywords: Driving mechanisms; Mental health; Primary health care system; Psychologists

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการปัญหาสุขภาพเบื้องต้น ในประเทศไทยระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ พหุวิทยุมิ และตติยภูมิ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีเป้าหมายเพื่อการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ลดการใช้บริการในระดับที่สูงขึ้น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่กำหนด โดยคลินิกหมอครอบครัวหนึ่งทีมรับผิดชอบดูแลประชากรประมาณ 10,000 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ 10 สายงาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) อย่างไรก็ตาม ในองค์ประกอบของทีมยังไม่พบการระบุถึงวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยา

ในปัจจุบัน พบปัญหาความขาดแคลนวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก/ จิตวิทยา ในระบบงานสาธารณสุขทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเป็นอย่างมาก โดยไม่มีการบรรจุตำแหน่งข้าราชการสายงานนักจิตวิทยาคลินิก/ จิตวิทยา ในระดับปฐมภูมิ ส่วนในระดับทุติยภูมิมีการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวในบางหน่วยบริการเท่านั้น และในระดับตติยภูมิมีการกำหนดตำแหน่งเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่ง และโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น (สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย, 2564) จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีนักจิตวิทยาคลินิกในสังกัดกรมสุขภาพจิต 117 อัตรา กรมการแพทย์ 38 อัตรา และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 69 อัตรา รวมทั้งสิ้น 224 อัตรา เมื่อเทียบสัดส่วนกับประชากรทั่วประเทศประมาณ 65 ล้านคน พบว่าปัจจุบันในประเทศไทยมีสัดส่วนนักจิตวิทยาคลินิก 1 คนต่อประชากร 290,178 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่สูงขึ้นในระยะยาว (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ นโยบายจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐที่ผ่านมา ทำให้ขาดช่วงของการกำหนดจำนวนเพิ่มอัตรากำลังตามขนาดของปัญหาและภารกิจที่ต้องปฏิบัติในปัจจุบัน ส่งผลให้ประชาชนขาดที่พึ่งในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และอาจนำไปสู่ปัญหาสังคมอื่นตามมา (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2565)

นักจิตวิทยามีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟู ตามเป้าหมายและปรัชญาของบริการสาธารณสุข (สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย, 2564) บทบาทของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิจึงรวมถึงการประเมินและคัดกรองปัญหาแบบองค์รวม การดูแลช่วยเหลือ ฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนการประสานส่งต่อความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ นักจิตวิทยายังเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการวางแผนและดำเนินงานอื่นๆด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (McDaniel et al., 2014) การขาดแคลนนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในหลายด้าน เช่น กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มก่อความรุนแรง (SMI-V) หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขในขั้นเบื้องต้นอย่างทันท่วงที อาจทำให้ปัญหาที่มีความซับซ้อนและรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลช่วยเหลือในภายหลังมีความยุ่งยากมากขึ้น และผู้ป่วยอาจเสียโอกาสในการกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2565)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ความท้าทาย และโอกาสในการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและพัฒนานโยบายด้านกำลังคนสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ สภาวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ ยังจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ในการพัฒนาแนวทางการทำงานและการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
2. ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบคู่ขนาน (Convergent parallel mixed methods design) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองส่วนมาบูรณาการเพื่อตอบคำถามการวิจัย (Creswell & Creswell, 2018)

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)

1.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลกำลังคน ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในสายงานจิตวิทยาคลินิก/ จิตวิทยา ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 จากฐานข้อมูลกำลังคนกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนปัจจุบัน

1.2 การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data)

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) กระจายทั่วประเทศ จำนวน 2,124 แห่ง ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: ใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ คือ Effect size = 0.3, α error probability = 0.05, Power (1- β error probability) = 0.95 และ Number of predictors = 5 (ตัวแปรทำนายหลักที่คาดว่าจะมีผลต่อกลไกการพัฒนานักจิตวิทยา) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 120 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

2.2.2 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดด้านกำลังคนสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบด้วยตนเอง (Self - report) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดย 1 = น้อยที่สุด และ 5 = มากที่สุด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล: เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน (ปี) และข้อมูลการปฏิบัติงาน: ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่รับผิดชอบ และ 2) ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ด้านทรัพยากรและงบประมาณ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

2.2.3 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่า $IOC \geq 0.70$ (Turner & Carlson, 2003) ผลการตรวจสอบได้ค่า $IOC = 0.87 - 0.99$ และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU/ NPCU ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบได้ค่า $\alpha = 0.96$

2.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบ Online survey ผ่าน Google forms โดยส่งลิงก์และ QR Code สำหรับเข้าถึงแบบสอบถามไปยังผู้ประสานงานของโรงพยาบาลจิตเวช 20 แห่งทั่วประเทศ เพื่อกระจายต่อไปบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน (1 - 30 มิถุนายน 2567) มีส่งการแจ้งเตือนและติดตามการตอบแบบสอบถามทุกสัปดาห์ เมื่อครบกำหนด ปิดรับข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผลการเก็บข้อมูลได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ 116 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.67 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้

2.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

2. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)

2.1.1 การทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจะทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (Systematic literature review) โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ กรอบแนวคิดการพัฒนากำลังคน ด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก บทบาทของนักจิตวิทยาในงานสุขภาพจิตชุมชน นโยบายและ ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย และแนวปฏิบัติที่ดี (Best practices) ในการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิจากต่างประเทศ โดยใช้ฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง เช่น PubMed, CINAHL, PsycINFO และ Thai Journal Online (ThaiJO) ใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกบทความที่ตีพิมพ์ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2566) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย

2.2 การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data)

2.2.1 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย นักวิชาการ/ นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ/ ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ ตัวแทนชุมชน/ ผู้รับบริการ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนา กลุ่ม (Focus group discussion guide) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จัดการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง กับตัวแทนชุมชน และผู้รับบริการ จำนวน 12 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม (โดยได้รับความ ยินยอมจากผู้เข้าร่วม) และมีผู้จดบันทึกการสนทนา

2.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์ แก่นสาระ (Thematic analysis)

3. การบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพแยกกันแล้ว ผู้วิจัยจะทำการบูรณาการผลการวิเคราะห์ทั้งสองส่วนเข้าด้วยกัน โดยใช้วิธีการ "ผสมข้อมูล" (Data triangulation) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความแตกต่างของผลการวิจัย และนำไปสู่การสรุปผลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากการบันทึกในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) การกระจายตัวของบุคลากรนักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาในสังกัดต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 3 หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ในภาพรวมมีบุคลากรทั้งหมด 883 คน โดยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 82.8 (731 คน) รองลงมาเป็นพนักงานกระทรวง ร้อยละ 7.9 (70 คน) พนักงานราชการ ร้อยละ 5.1 (45 คน) และลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 4.2 (37 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกตามสังกัด พบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรมากที่สุด 629 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ของบุคลากรทั้งหมด กรมสุขภาพจิต มีบุคลากร 204 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 ของบุคลากรทั้งหมด กรมการแพทย์ มีบุคลากรน้อยที่สุด 50 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ของบุคลากรทั้งหมด ในทุกสังกัด ข้าราชการมีสัดส่วนมากที่สุด โดยกรมสุขภาพจิตมีสัดส่วนข้าราชการสูงที่สุด (ร้อยละ 90.2) รองลงมาคือ กรมการแพทย์ (ร้อยละ 84.0) และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ประเภทบุคลากร นักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาในกระทรวงสาธารณสุข

สังกัด	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)				
	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงาน กระทรวง	ลูกจ้าง ชั่วคราว	รวม
สป.สธ.*	505 (80.0)	23 (3.6)	65 (10.3)	36 (5.7)	629 (100.0)
กรมการแพทย์	42 (84.0)	3 (6.0)	4 (0.8)	1 (0.2)	50 (100.0)
กรมสุขภาพจิต	184 (90.2)	19 (9.3)	1 (0.5)	0 (0.0)	204 (100.0)
รวม	731 (82.8)	45 (5.1)	70 (7.9)	37 (4.2)	883 (100.0)

*สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยเชิงปริมาณ ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน จากการส่งแบบประเมิน 120 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.7 พบว่า มีอายุเฉลี่ย 41.1 ปี ($SD = 11.1$) และประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10.7 ปี ($SD = 10.5$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.3) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 51.7) โดยมีตำแหน่งเป็นพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 34.5) นักจิตวิทยา (ร้อยละ 13.8) และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 6.9) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 116)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	mean = 41.1, SD = 11.1 min = 23, max = 59	
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	mean = 10.7, SD = 10.5 min = 0.5, max = 33	
เพศ		
หญิง	80	31.0
ชาย	36	69.0
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8	6.9
ปริญญาตรี	92	79.3
ปริญญาโท	16	13.8
หน่วยงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	60	51.7
คลินิกหมอครอบครัว	4	3.5
โรงพยาบาลจิตเวช	12	10.3
โรงพยาบาลชุมชน	28	24.2
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ จังหวัด	12	10.3
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ		
พยาบาล	52	44.8
นักจิตวิทยา	16	13.8
นักวิชาการสาธารณสุข	40	34.5
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	8	6.9

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 2 พื้นที่เป้าหมาย รวม 12 คน ประกอบด้วย เพศชาย 3 เพศหญิง 9 คน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.7 ปี ต่ำสุด 6 เดือน สูงสุด 33 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลไกต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลไกสำคัญ ดังนี้

1. กลไกเชิงโครงสร้างกำลังคน

กลไกเชิงโครงสร้างกำลังคน หมายถึง ระบบและกระบวนการในการจัดการทรัพยากรบุคคลในองค์กรหรือระบบใดๆ โดยครอบคลุมตั้งแต่ การวางแผน การสรรหา การพัฒนา การรักษา และการใช้ประโยชน์จากบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการขององค์กรหรือระบบนั้นๆ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2565) ในบริบทของระบบสุขภาพ กลไกเชิงโครงสร้างกำลังคนรวมถึงการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนาบุคลากร การกระจาย และการคงอยู่ของบุคลากร ตลอดจนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพ เพื่อให้มีบุคลากรที่มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ กำลังคนนักจิตวิทยาและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

1.1 กำลังคนนักจิตวิทยา พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดแคลนนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจาก 1) การผลิตบุคลากรที่ไม่เพียงพอ เนื่องจาก สถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรจิตวิทยามีจำนวนจำกัด และยังไม่สามารถผลิตบัณฑิตได้เพียงพอกับความต้องการ 2) การกระจายตัวของนักจิตวิทยาที่ไม่สมดุล เนื่องจากนักจิตวิทยาส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้ขาดแคลนในระดับปฐมภูมิ และ 3) แรงจูงใจในการทำงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ไม่เพียงพอ ทั้งในด้านค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพและสภาพแวดล้อมการทำงาน

1.2 นโยบายด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง แนวทางและมาตรการที่รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชน รวมถึงการจัดการระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และเข้าถึงได้ นโยบายด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีเป้าหมายสูงสุดในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและสร้างสังคมที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดี นโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ นโยบายนี้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกกระดับ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิต การสร้างความตระหนักและลดการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบสุขภาพทั่วไปและภาคส่วนอื่นๆ ของสังคม

2. กลไกเชิงกฎหมาย

กลไกเชิงกฎหมาย หมายถึง ระบบและกระบวนการทางกฎหมายที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อกำกับ ควบคุม และส่งเสริมการดำเนินงานในด้านต่างๆ ของสังคม โดยรวมถึงการออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย และการตีความกฎหมาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่กำหนดไว้ (บรรเจิด สิงคะเนติ, 2565) ในบริบทของระบบสุขภาพจิต กลไกเชิงกฎหมายครอบคลุมถึงพระราชบัญญัติ กฎกระทรวง และระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช การจัดบริการสุขภาพจิต และการกำหนด มาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนด กรอบการทำงานและความรับผิดชอบของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง คุ้มครองสิทธิและประโยชน์ ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงานและการให้บริการ และเอื้ออำนวยให้เกิด การพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง กลไกเชิงกฎหมายจึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่กำหนด กรอบการทำงานและบทบาทของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีกฎหมายสำคัญ 3 ฉบับที่เกี่ยวข้อง

2.1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 พ.ร.บ. ฉบับนี้มีผลกระทบต่อการพัฒนานักจิตวิทยา ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2564) ได้แก่ กำหนดสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในทุกระดับ ระบุบทบาท ของบุคลากรด้านสุขภาพจิต แต่ยังไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างชัดเจน และสร้างกลไกการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาในทุกระดับ

2.2 พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พ.ร.บ. ฉบับนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนา นักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ได้แก่ กำหนดกรอบ การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งรวมถึงบริการด้านสุขภาพจิต สร้างกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ และเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพในระบบปฐมภูมิ ซึ่งรวมถึงนักจิตวิทยา

2.3 พระราชกำหนดว่าด้วยการบริหารงานเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ พ.ศ. 2565 พ.ร.ก. นี้มี ผลกระทบต่อการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2566) คือสร้างกลไกที่บูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งรวมถึงการจัดการบริการ สุขภาพจิต เปิดโอกาสให้มีการจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรตามความต้องการของพื้นที่ และสร้างความยืดหยุ่น ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

3. กลไกเชิงบริบทพื้นที่

กลไกเชิงบริบทพื้นที่ หมายถึง ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและการให้บริการที่คำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ซึ่งรวมถึงสภาพภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมของท้องถิ่นนั้นๆ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2565) ในบริบทของระบบสุขภาพจิต กลไกเชิงบริบทพื้นที่ หมายถึง การปรับรูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการงานสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับความต้องการและลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชน โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะทางประชากรและระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ทรัพยากรและศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพในท้องถิ่น ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของคนในชุมชน ตลอดจนระบบการปกครองและการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตชุมชน เนื่องจากช่วยให้การให้บริการมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลอย่างมากต่อการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รพ.สต. ที่ยังคงอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะการพัฒนานักจิตวิทยาที่เป็นข้อดี คือ มีระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ มีการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพจิตในระดับที่สูงขึ้น และมีโอกาสในการพัฒนาบุคลากรผ่านระบบการฝึกอบรมของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนข้อท้าทาย คือ ความไม่ยืดหยุ่นในการปรับบริการให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและอัตรากำลัง และการขาดแรงจูงใจในการพัฒนานวัตกรรมบริการในระดับพื้นที่

2) รพ.สต. ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การถ่ายโอน รพ.สต. ให้อยู่ภายใต้การดูแลของ อปท. มีผลกระทบต่อพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยข้อดี คือ มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการและจัดสรรทรัพยากร สามารถปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนได้มากขึ้น และมีโอกาสในการสร้างนวัตกรรมการให้บริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อท้าทายคือความแตกต่างของศักยภาพและทรัพยากรระหว่าง อปท. แต่ละแห่ง การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในระดับท้องถิ่น ตลอดจนความไม่ต่อเนื่องของนโยบายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่น

4. กลไกหนุนเสริม

กลไกหนุนเสริม หมายถึง ระบบ กระบวนการ หรือองค์ประกอบที่ช่วยสนับสนุน เกื้อหนุน และเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของระบบหลักหรือกลไกหลัก โดยทำหน้าที่เติมเต็มช่องว่างและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบโดยรวม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) ในบริบทของระบบสุขภาพจิต กลไกหนุนเสริมอาจรวมถึง คณะกรรมการหรือคณะกรรมการที่มีบทบาทในการให้คำปรึกษา กำกับติดตาม และประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจและวางแผน เครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม กองทุนสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพจิต โดยช่วยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน และส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพจิต ดังนั้น กลไกสุดท้ายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปทุมธานี คือ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลไกที่ถูกจัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยมีบทบาทและผลกระทบ คือ

1) คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพจิต ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

2) ผลกระทบต่อการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปทุมธานีในด้านดี คือ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต (สมหญิง ดีใจ, 2566) เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ และสามารถผลักดันนโยบายและแนวทางการพัฒนานักจิตวิทยาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่วนในข้อท้าทาย คือ ความแตกต่างของศักยภาพและความเข้มแข็งของคณะกรรมการฯ ในแต่ละจังหวัด การขาดการบูรณาการระหว่างแผนงานด้านสุขภาพจิตกับแผนพัฒนาสุขภาพโดยรวมของจังหวัด และมีข้อจำกัดด้านงบประมาณรวมถึงทรัพยากรในการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ

ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

1. การจัดการระบบและนโยบาย

การจัดการระบบและนโยบายที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การมีนโยบายที่ชัดเจนและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การทำงานในระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีระเบียบ ตัวอย่างเช่น การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมถึงการสร้างระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและสถานพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า การบริหารจัดการทรัพยากรที่เพียงพอในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิยังเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของงานสุขภาพจิต การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เหมาะสม และการบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่นเพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายของประชาชนในแต่ละพื้นที่เป็นปัจจัยที่ช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของระบบการดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การสร้างความรู้และความเข้าใจต่อสุขภาพจิตภายในชุมชน ช่วยลดการตีตรา (Stigma) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล้าที่จะขอความช่วยเหลือ

3. การพัฒนาศักยภาพมนุษย์

บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและทักษะที่เหมาะสมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรในด้านสุขภาพจิตเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้พวกเขามีทักษะในการประเมิน วินิจฉัย และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมภายในหน่วยงานช่วยให้บุคลากรมีความรู้ใหม่ๆ ส่งผลให้สามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การสร้างทีมงานที่มีความหลากหลายทางวิชาชีพและการทำงานร่วมกันเป็นทีม ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เต็มประสิทธิภาพ

4. การสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชน

การสร้างความรู้และความตระหนักเรื่องสุขภาพจิตในระดับชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการตีตราและส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้น การจัดกิจกรรมหรือการรณรงค์ในชุมชนที่เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตสามารถช่วยให้ประชาชนรู้จักวิธีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว รวมถึงการรู้จักกับสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิต การใช้สื่อสารมวลชนและสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความรู้และ

ความตระหนักในชุมชน การมีบทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตยังช่วยให้ข้อมูลสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างกว้างขวางและมีผลกระทบอย่างยั่งยืน

5. การใช้เทคโนโลยี

การนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้เพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เทคโนโลยีสามารถนำมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนและการตัดสินใจ รวมถึงการให้บริการทางสุขภาพจิตผ่านระบบออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่สามารถช่วยในการติดตามอาการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย เป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ การใช้ระบบการประชุมทางไกล (Telemedicine) ยังเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยมีความซับซ้อนและต้องพึ่งพาหลายปัจจัยที่สำคัญ การจัดการระบบและนโยบายที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชน และการใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถประสบความสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุขของไทย โดยพบการกระจายตัวของบุคลากรที่ไม่สมดุลระหว่างหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ (2565) ที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรสุขภาพจิตโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ สัดส่วนข้าราชการที่สูง (82.8%) แม้จะสร้างความมั่นคงในการทำงาน แต่อาจส่งผลกระทบต่อความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ ดังที่สมชาย ศรีสมบัณฑิต (2566) เสนอให้มีการปรับสมดุลประเภทบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ความแตกต่างของสัดส่วนข้าราชการระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิตที่มีสัดส่วนสูงสุด (90.2%) อาจส่งผลต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งนงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2567) ได้เสนอแนะให้พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ในขณะที่การที่กรมสุขภาพจิตแพทย์มีบุคลากรน้อยที่สุด (5.7%) อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนานโยบายและการให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยตรง สอดคล้องกับข้อเสนอของธนา นิลชัยโกวิทย์ (2566) ที่เน้นความจำเป็นในการเพิ่มอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตในทุกระดับ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

การพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน กลไกทั้ง 4 ประการที่ได้กล่าวมาข้างต้น มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อกันและกัน การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพจึงต้องคำนึงถึงความเชื่อมโยงระหว่างกลไกต่างๆ และมุ่งเน้นการสร้างระบบที่ยืดหยุ่น สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของแต่ละพื้นที่ได้ นอกจากนี้การพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิยังต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย รวมถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต (วิชัย มั่นคง และคณะ, 2565) การวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ระบบสามารถปรับตัวและรองรับความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

การพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่ใช่เพียงการเพิ่มจำนวนบุคลากรหรือการปรับปรุงโครงสร้างเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตในสังคม การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง (ศิริลักษณ์ สุขสบาย, 2565) การพัฒนาที่ยั่งยืนจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อสร้างระบบสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพสำหรับประชาชนทุกคนในประเทศไทย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2566) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม การบูรณาการกลไกทั้ง 4 ประการ ได้แก่ กลไกเชิงโครงสร้าง กลไกเชิงกฎหมาย กลไกเชิงบริบทพื้นที่ และกลไกหนุนเสริม จะช่วยสร้างระบบสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยที่ได้นำเสนอไว้ สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตระดับชุมชน การบูรณาการปัจจัยทั้ง 5 ด้านเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2565) ในด้านการจัดการระบบและนโยบาย การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายระดับชาติและการปฏิบัติในระดับท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญ การกระจายอำนาจและทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสมจะช่วยเพิ่มความคล่องตัวในการทำงาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) อย่างไรก็ตาม ต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจและการรักษามาตรฐานการบริการในระดับประเทศ การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างเครือข่ายชุมชนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีความผูกพันในระดับครอบครัวและชุมชนสูง (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2564) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกจะช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ นอกจากการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ในด้านสุขภาพจิตก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน เนื่องจาก อสม. เป็นกำลังสำคัญในการเข้าถึงประชาชนระดับรากหญ้า (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) การสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนควรคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษาในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย การพัฒนาสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นจะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) ในส่วนของการใช้เทคโนโลยี แม้จะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็ต้องคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลที่ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2566) การพัฒนาทักษะดิจิทัลของประชาชนและการสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีที่ทั่วถึงจึงเป็นสิ่งจำเป็นควบคู่ไปกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้

1.1 จากผลการวิจัย พบว่า กลไกการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย กลไกเชิงโครงสร้าง กลไกเชิงกฎหมาย กลไกเชิงบริบทพื้นที่ และกลไกหนุนเสริม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการกลไกทั้งสี่ด้านนี้เข้าด้วยกันในการวางแผนและดำเนินนโยบายพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิต

1.2 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยประกอบด้วย 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การจัดการระบบและนโยบายที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและครอบครัว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ผ่านการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพจิต การสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเพื่อลดการตีตรา และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและส่งเสริมปัจจัยทั้ง 5 ด้านนี้อย่างสมดุลและต่อเนื่อง เพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรระบุไว้ เช่น การเก็บข้อมูลที่อาจไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ และการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าสำหรับการวางแผนและพัฒนานโยบายในอนาคต

2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตรวมถึงการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อสุขภาพจิตของประชาชน การวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ของการลงทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตปฐมภูมิ และการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิระหว่างประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

การพัฒนานักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและท้าทาย แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและการพัฒนาประเทศในระยะยาว การบูรณาการกลไกต่างๆ ทั้งเชิงโครงสร้าง กฎหมาย บริบทพื้นที่ และกลไกหนุนเสริม ตามที่ได้นำเสนอในการศึกษานี้ ร่วมกับการให้ความสำคัญกับปัจจัยความสำเร็จทั้ง 5 ด้าน จะช่วยสร้างระบบสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยยกระดับการดูแลสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). นโยบายและยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 - 2580. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2566 - 2575). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานประจำปี 2565: การพัฒนาระบบสุขภาพจิตชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2564 - 2573. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). รายงานประจำปี 2023: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2564). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 66 (3), 227 - 240.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2023). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย: ความท้าทายและโอกาส. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 31 (2), 112-128.
- นงลักษณ์ พะโกยะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ กฤษฎา แสงวงศ์. (2024). นวัตกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพจิต: บทเรียนจากนานาชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 18 (1), 32-48.
- บรรเจิด สิงคะเนติ. (2565). หลักนิติรัฐและหลักนิติธรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2566). นโยบายสาธารณะกับการพัฒนาระบบสุขภาพจิตชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วชิระ เพ็งจันทร์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2022). การกระจายตัวของบุคลากรสุขภาพจิตในประเทศไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและแนวทางการพัฒนา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 67 (3), 245-260.
- วิชัย มั่นคง และคณะ. (2565). การศึกษาสถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 52 (2), 135 - 150.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2563). สุขภาพจิตชุมชน: แนวคิดและการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริลักษณ์ สุขสบาย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของนักจิตวิทยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 40 (4), 68 - 82.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). การประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมชาย ศรีสมบัณฑิต. (2023). การบริหารทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพจิต: กรณีศึกษาประเทศไทย. *วารสารการบริหารสาธารณสุข*. 15 (2), 78-95.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2565). คู่มือการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐยุคดิจิทัล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ก.พ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2565). แนวทางการพัฒนาระบบราชการ 4.0. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ก.พ.ร.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2566). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชกำหนดว่าด้วยการบริหารงานเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย. (2564). รายงานสถานการณ์วิชาชีพจิตวิทยาคลินิกในประเทศไทย ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย.
- สมหญิง ดีใจ. (2566). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตปทุมธานี: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 41 (3), 28 - 40.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 39 (2), 175-191.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C., ... & Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*. 69 (4), 409.
- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. *International Journal of Testing*. 3 (2), 163-171.