



มุมมองของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ ต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดในประเทศไทย

พรจิรา ปรีวัชรากุล พบ.*, ณัฐรา สายเสวย พบ.*, วรภัทร รัตอาภา พบ.*,
ศุภโชค สิงห์กันต์ พบ.*, นันทวัช สิริธรรักษ์ พบ.*, กมลพร วรรณฤทธิ์ พบ.*,
ปเนต ผู้กฤตยาคามิ พบ.*, พนม เกตุมาน พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจมุมมองของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เกี่ยวกับการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดในประเทศไทย รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยด้วยจิตบำบัดหลังจากที่แพทย์ประจำบ้านสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษา มุมมองที่มีต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดในประเทศไทย ของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ประจำปี การศึกษา 2551 จากสถาบันฝึกอบรมทุกแห่งของประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นเก็บข้อมูล แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 59 ราย จากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ ปีการศึกษา 2551 จำนวนทั้งหมด 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ประจำบ้าน ส่วนใหญ่สนใจเรียนรู้การทำจิตบำบัดถึงมากที่สุด โดยมองว่าจิตบำบัดเป็นเอกลักษณ์ ของจิตแพทย์ และมีประสิทธิภาพดี ร้อยละ 84.2 พอใจโปรแกรมฝึกอบรมด้านจิตบำบัดของสถาบัน ที่สังกัด และส่วนใหญ่พอใจต่อ psychotherapy supervision ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อจบ การศึกษาไปแล้วร้อยละ 98.3 มีแผนที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย ด้วยเหตุผลสำคัญคือ จิตบำบัด เป็นการรักษาที่ให้ผลการรักษาดี (ร้อยละ 71.2) อยากรักษาทักษะที่เรียนมาไว้ (ร้อยละ 40.7) และต้องการเพิ่ม compliance การกินยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 33.9)

สรุป แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อจิตบำบัดและพอใจต่อการฝึกอบรม ด้านจิตบำบัดในประเทศไทย และมีแผนที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วยเมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว

คำสำคัญ จิตบำบัด แพทย์ประจำบ้าน ฝึกอบรม จิตเวชศาสตร์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2): 199-212

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



Psychotherapy Training in Thailand: Psychiatry Residents' Perspective

Pomjira Pariwatcharakul M.D. , Nattha Saisavoey M.D.* , Woraphat Ratta-apha M.D.* ,
Supachoke Singhakant M.D.* , Nantawat Sitdhiraksa M.D.* , Kamonporn Wannarit M.D.* ,
Panate Pukrittayakamee M.D.* , Panom Ketumarn M.D.**

ABSTRACT

Objectives: To survey Thai psychiatry residents' perspective on psychotherapy training in Thailand, including factors related to their decision to practice psychotherapy after finishing residency training

Methods: The study was a questionnaire-based cross-sectional descriptive study, surveying opinion of psychiatry residents in the fiscal year of 2008 about psychotherapy training in Thailand

Results: Fifty nine residents from the total of one hundred and fifty one Thai psychiatry residents in the fiscal year of 2008, accounted for 39%, responded to the questionnaire survey. Most of them were very interested or extremely interested in learning psychotherapy, and valued psychotherapy as the psychiatrists' identity and effective treatment. The satisfaction rate for psychotherapy training programs in their training institute was 84.2%. In addition, they were very satisfied or extremely satisfied with psychotherapy supervision. After finishing the residency training program in psychiatry, 98.3% of them planned to practice psychotherapy. There were three major reasons that influenced their decision to practice psychotherapy; psychotherapy is an effective treatment (71.2%), wanting to maintain their skill (40.7%), and to increase their patients' compliance to psychotropic medication (33.9%).

Conclusion: Most of the Thai psychiatry residents had positive attitudes on psychotherapy. They were satisfied with psychotherapy training in Thailand, and planned to practice psychotherapy after finishing the residency training program.

Keywords: psychotherapy, residents, training, psychiatry

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(2): 199-212

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ คือการบูรณาการความรู้ทั้งด้านชีวภาพและจิตใจ เพื่อให้ได้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งการพัฒนาตนเองโดยความเข้าใจของกระบวนการทางจิตและการทำจิตบำบัดนั้น ถือเป็นสิ่งที่โดดเด่นของจิตแพทย์เมื่อเทียบกับบุคลากรสาขาอื่นๆ ผลจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าจิตบำบัดมีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ดี และลดการกำเริบซ้ำของโรคได้^{2,3} นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มอัตราการร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยอีกด้วย⁴

แม้จะมีหลักฐานสนับสนุนถึงประโยชน์ของจิตบำบัดมากมาย แต่ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการแสดงความเป็นห่วงถึงสถานการณ์ที่จิตแพทย์มีแนวโน้มการทำจิตบำบัดลดลงทั่วโลก การสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า สัดส่วนการทำจิตบำบัดโดยจิตแพทย์ให้ผู้ป่วยเทียบกับจำนวนครั้งของการตรวจทั้งหมดลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 44.4 ในปี ค.ศ. 1996-1997 เป็นร้อยละ 28.9 ในปี ค.ศ. 2004-2005 โดยมีปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาค่าใช้จ่าย และแนวโน้มการใช้ยาที่มากขึ้น⁵ ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์การทำจิตบำบัดในประเทศไทยเช่นกัน⁶

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดให้แก่แพทย์ประจำบ้าน⁶ โดยที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมระยะสั้นด้านการเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการทำจิตบำบัด จิตบำบัดแนวพุทธ จิตบำบัดซาเทียร์ (Satir's brief systemic psychotherapy) และจิตบำบัดแบบ cognitive behavior therapy (CBT) นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มข้อกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านส่งรายงานการทำจิตบำบัดแก่ทางราชวิทยาลัย ซึ่งถือเป็นข้อกำหนดใหม่สำหรับการสมัครสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์ของแพทย์สมาชิกด้วย

ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังคงไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าการฝึกอบรมจิตบำบัดที่ดีที่สุดควรเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตาม โดยหลักของแพทยศาสตร์ศึกษาแล้ว การได้รับทราบข้อมูลมุมมองและความต้องการของผู้เรียน ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตร⁸ ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการสำรวจความคิดเห็นและมุมมองของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เกี่ยวกับการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดในประเทศไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงมุมมองดังกล่าว รวมถึงปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีจิตบำบัดหลังจากที่แพทย์ประจำบ้านสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาการเรียนการสอนและหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษามุมมองต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดในประเทศไทยของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ประจำปีการศึกษา 2551 แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์จากสถาบันฝึกอบรมทุกแห่งของประเทศไทยเป็นประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยที่ไม่มีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) การศึกษานี้ได้รับหนังสือยืนยันการยกเว้นการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้น ประกอบด้วย 30 คำถามหลัก เพื่อประเมินข้อมูลต่อไปนี้

1) ข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ประจำบ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สาขาและชั้นปีที่กำลังฝึกอบรม ปีที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต ปีที่เข้าฝึกอบรม และเหตุผลที่เลือกเรียนจิตเวชศาสตร์

2) มุมมองของแพทย์ประจำบ้านต่อจิตบำบัด ก่อนเข้าฝึกอบรม

3) มุมมองของแพทย์ประจำบ้านต่อจิตบำบัด ระหว่างที่เข้าฝึกอบรม ในแง่มุมมองต่างๆ ได้แก่ เจตคติ ความรู้ ความสนใจ ประสบการณ์การเรียนรู้ และความมั่นใจในการทำจิตบำบัดแต่ละชนิด ความพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมโดยภาพรวม และจำเพาะด้านจิตบำบัด ได้แก่ การเน้นความสำคัญของเนื้อหาด้านจิตบำบัดของสถาบัน การให้คำปรึกษาของอาจารย์ (psychotherapy supervision) ผลกระทบของการฝึกอบรมจิตบำบัดที่มีต่ออารมณ์ความรู้สึกของแพทย์ประจำบ้าน และแนวทางการจัดการ

4) การตัดสินใจทำหรือไม่ทำจิตบำบัด หลังสำเร็จ การฝึกอบรมแล้ว

หลังจากร่างแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งให้ประธานเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่ออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2551 พิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อคำถามต่างๆ และขอความร่วมมือจากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ จำนวน 5 ราย ให้พิจารณาถึงข้อคำถามต่างๆ ในแบบสอบถาม เกี่ยวกับความเข้าใจ ความชัดเจนในเนื้อหา ขนาดแบบสอบถาม และตัวอักษร จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะต่างๆ ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยประชาสัมพันธ์ในการบรรยายวิชาการของราชวิทยาลัยจิตแพทย์และเอกสารชี้แจงผู้ร่วมวิจัย ผู้ที่สนใจสามารถตอบแบบสอบถามได้ตามความสมัครใจ และส่งคืนโดยใส่ซองเปล่าที่จัดเตรียมให้และปิดผนึกด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเขียนชื่อหรือทำเครื่องหมายใดๆ บนซอง เพื่อเป็นการรักษาความลับของแพทย์ประจำบ้าน อย่างไรก็ตามเพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือและเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ทางผู้วิจัยยังได้ขอความร่วมมือหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านของแต่ละสถาบันเป็นผู้รวบรวมของแบบสอบถามจากแพทย์ประจำบ้านในสถาบันของตนเอง โดยผู้วิจัยสอบถามเพียงจำนวน แต่ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามฉบับนั้นๆ มาจากผู้ร่วมการศึกษาของสถาบันใดเพื่อเป็นการลดอคติในการแปลผลข้อมูล

นอกจากนี้ เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของราชวิทยาลัยในวันที่เก็บข้อมูล ทางผู้วิจัยยังได้ทำการส่งจดหมายเชิญชวนตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกกลดลิงค์ เพื่อตอบแบบสอบถามฉบับออนไลน์นี้ได้อีกด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS version 18 ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมจิตบำบัด กับความพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสถาบันที่ฝึกอบรมฯ ด้วย Pearson correlation

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในวันจัดกิจกรรมวิชาการของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งจัดที่ห้องบรรยายของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีผู้ร่วมตอบแบบสอบถาม

ทั้งสิ้น 47 ราย และมีแพทย์ประจำบ้านร่วมตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 2 ราย และฉบับออนไลน์อีก 10 ราย รวมเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 59 ราย (ตารางที่ 1) จากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ ปีการศึกษา 2551 จำนวนทั้งหมด 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวนแพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถาบันฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แบบสอบถามที่สามารถระบุสถาบันฝึกอบรมได้	47	79.7
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล	12	20.3
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	8	13.6
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ม.มหิดล	7	11.9
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	7	11.9
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	5	8.5
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	4	6.8
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2	3.4
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	2	3.4
ไม่สามารถระบุสถาบันฝึกอบรมของผู้ตอบแบบสอบถามได้	12	20.3
แบบสอบถามออนไลน์	10	16.9
ไปรษณีย์	2	3.4
รวม	59	100.0

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

แพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.6) สถานภาพโสด มีอายุเฉลี่ย 27.4 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.9) กำลังฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไป 46 ราย

(ร้อยละ 78.0) และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น 13 ราย (ร้อยละ 22.0) โดยที่แพทย์ประจำบ้านสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตมาแล้วเป็นเวลาเฉลี่ย 3.5 ปี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ที่ร่วมตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	25.4
หญิง	44	74.6
ศาสนา		
พุทธ	56	94.9
อิสลาม	1	1.7
คริสต์	2	3.4
สถานภาพ		
โสด ยังไม่เคยมีแฟนมาก่อน	16	27.1
โสด แต่กำลังมีหรือเคยมีแฟนแล้ว	36	61.0
แต่งงานแล้ว ยังไม่มีบุตร	5	8.5
มีบุตรแล้ว	2	3.4
สาขาวิชาที่ฝึกอบรม		
จิตเวชทั่วไป	46	78.0
ชั้นปีที่ 1	12	20.3
ชั้นปีที่ 2	16	27.1
ชั้นปีที่ 3	18	30.5
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	13	22.0
ชั้นปีที่ 1	1	1.7
ชั้นปีที่ 2	4	6.8
ชั้นปีที่ 3	5	8.5
ชั้นปีที่ 4	3	5.1
อายุ		
ค่าเฉลี่ย (ปี) ± SD		27.4 ± 1.5
range		25 - 32
จำนวนปีหลังจบแพทยศาสตรบัณฑิต		
ค่าเฉลี่ย (ปี) ± SD		3.5 ± 1.7
range		1 - 11

เหตุผลที่แพทย์ประจำบ้านเลือกฝึกอบรมด้านจิตเวชศาสตร์ ได้แก่ ชอบวิชาจิตเวชศาสตร์ (ร้อยละ 83.1) คุณภาพชีวิตเมื่อจบการศึกษาแล้วน่าจะดี (ร้อยละ 30.5) ประเทศยังขาดแคลนจิตแพทย์ (ร้อยละ 20.3) และได้เรียนเร็ว ไม่ต้องออกไปใช้ทุนก่อน (ร้อยละ 10.2) ทั้งนี้ไม่มีแพทย์ประจำบ้านรายใดเลือกเหตุผลว่ารายได้ดี นอกจากนี้พบว่า แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 84.5 มีความสนใจวิชาจิตเวชศาสตร์ในเชิงจิตสังคม (psychosocial aspect) เท่าๆ กับเชิงชีวภาพ (biomedical aspect) และมีเพียงร้อยละ 8.6 และ 6.0 ที่ให้ความสนใจเฉพาะด้านชีวภาพและด้านจิตสังคมเป็นหลัก ตามลำดับ

มุมมองของแพทย์ประจำบ้านฯ ต่อจิตบำบัดก่อนเข้าฝึกอบรม

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เคยรู้จักจิตบำบัดมาก่อนตั้งแต่ตอนเรียนแพทย์ (ร้อยละ 61.0) โดยมีแพทย์ประจำบ้านเพียง 9 ราย (ร้อยละ 15.3) ที่ไม่เคยรู้จักจิตบำบัดในช่วงก่อนเข้าฝึกอบรม ทั้งนี้แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีความประทับใจและสนใจที่จะเรียนรู้การทำจิตบำบัด (ตารางที่ 3)

อย่างไรก็ตามแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ร้อยละ 42.4 มองว่าชื่อเสียงด้านการทำจิตบำบัดของสถาบันฝึกอบรมต่างๆ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกอันดับสถาบันในการสมัครแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ และร้อยละ 33.9 มองว่ามีผลในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 มุมมองของแพทย์ประจำบ้านฯ ต่อจิตบำบัดก่อนที่จะเข้ารับการฝึกอบรม

มุมมองของแพทย์ประจำบ้านฯ ต่อจิตบำบัดก่อนที่จะเข้ารับการฝึกอบรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การรู้จักจิตบำบัดครั้งแรก		
เคยรู้จักจากตอนเรียนแพทย์	36	61.0
เคยเห็นการสาธิตการทำจิตบำบัดของแพทย์รุ่นพี่หรืออาจารย์	10	16.9
เคยทำจิตบำบัดอย่างง่ายให้ผู้ป่วยตอนเป็นนักศึกษาแพทย์	1	1.7
เคยได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดมาก่อน	1	1.7
ไม่เคยรู้จักมาก่อน	9	15.3
ความประทับใจต่อจิตบำบัด		
ดีมาก	16	27.1
ดี	26	44.1
เฉยๆ	15	25.4
ความสนใจที่จะเรียนรู้การทำจิตบำบัด		
มากที่สุด	18	30.5
มาก	26	44.1
ปานกลาง	10	16.9
เล็กน้อย	1	1.7
ไม่สนใจ	2	3.4

**มุมมองของแพทย์ประจำบ้านฯ ต่อจิตบำบัด
ในระหว่างฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน**

1) ทักษะคดีที่มีต่อจิตบำบัด

กลุ่มตัวอย่างแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า จิตบำบัดเป็นเอกลักษณ์ของจิตแพทย์ และมีบทบาทสำคัญต่อจิตเวชปฏิบัติในปัจจุบัน รวมทั้งมองว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย (ตารางที่ 4)

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มองว่าจิตบำบัดเป็นการรักษาที่จะเลือกใช้มากกว่า (preferred treatment) สำหรับโรคจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมองว่า จิตบำบัดเป็นการรักษาที่จะเลือกใช้มากกว่า สำหรับโรคในกลุ่ม anxiety disorders, depressive disorders และ personality disorders

2) ความพอใจและมุมมองต่อโปรแกรมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ของสถาบันฝึกอบรมที่สังกัด

แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 98.3 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ โดยรวมของสถาบันฝึกอบรมที่สังกัด ทั้งนี้มีแพทย์ประจำบ้านเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.7) เท่านั้นที่ระบุว่าไม่พอใจต่อการฝึกอบรม

สำหรับความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ด้านจิตบำบัดของสถาบันฝึกอบรมที่สังกัด มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมฯ โดยรวม ($r=0.62, p<0.001$) โดยแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 84.2 พอใจในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 12.3 ไม่พอใจ และร้อยละ 3.5 ไม่พอใจอย่างยิ่ง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ทักษะคดีของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ ที่มีต่อจิตบำบัด

คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด		เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จิตบำบัดเป็นเอกลักษณ์ของจิตแพทย์ (n=57)	36	63.2	18	31.6	2	3.5	1	1.8	-	-
จิตบำบัดมีบทบาทสำคัญต่อจิตเวชปฏิบัติในปัจจุบัน (n=57)	26	45.6	22	38.6	9	15.8	-	-	-	-
จิตบำบัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย (n=56)	18	32.1	30	53.6	8	14.29	-	-	-	-

ตารางที่ 5 ความพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ในภาพรวม และในด้านจิตบำบัด

ระดับความพอใจ	จำนวนผู้แสดงความเห็นเกี่ยวกับความพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ในสถาบันที่สังกัด (n=57)				correlation	
	การฝึกอบรมในภาพรวม		การฝึกอบรมด้านจิตบำบัด		r	p-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
มากที่สุด	14	24.6	6	10.5	0.617591	<0.001*
มาก	28	49.1	21	36.8		
ปานกลาง	14	24.6	21	36.8		
ไม่พอใจ	1	1.8	7	12.3		
ไม่พอใจอย่างยิ่ง	-	-	2	3.5		

* ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 2-tailed

นอกจากนี้ จากจำนวนผู้ตอบคำถาม 58 ราย พบว่า แพทย์ประจำบ้านฯ ส่วนใหญ่จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 62.1) เห็นว่าทางสถาบันฝึกอบรมที่ตนเองสังกัด เน้นการเรียนการสอนด้านจิตบำบัดอย่างเหมาะสมดี ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านฯ จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 37.9) เห็นว่าให้ความสำคัญต่อการเรียนการสอนด้านจิตบำบัดน้อยเกินไป

สำหรับด้านความสมดุลของสัดส่วนการเรียนการสอนระหว่างด้านจิตบำบัดและด้านชีวภาพ แพทย์ประจำบ้านฯ จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 70.7) มองว่าทางสถาบันฝึกอบรมให้ความสำคัญต่อการฝึกอบรมระหว่างด้าน biomedical กับด้าน psychosocial ได้สมดุลกันดี ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านฯ 16 ราย (ร้อยละ 27.6) มองว่าทางสถาบันฝึกอบรมที่ตนเองสังกัดให้ความสำคัญกับการเรียนการสอนด้านชีวภาพ (biomedical aspect) มากเกินไป และมี 1 ราย มองว่าให้ความสำคัญกับด้านจิตสังคม (psychosocial aspect) มากเกินไป

จากผู้ตอบคำถาม 58 ราย ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่ทางสถาบันฝึกอบรมจะมีการประเมินความสามารถด้านการทำจิตบำบัดของตนเองอย่างเป็นรูปแบบทางการ

โดยร้อยละ 13.8 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 51.7 เห็นด้วย อย่างไรก็ตามมีแพทย์ประจำบ้านฯ ร้อยละ 29.3 ไม่แน่ใจ ในขณะที่มี 1 ราย (ร้อยละ 1.7) ไม่เห็นด้วย และมี 2 ราย (ร้อยละ 3.4) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3) ความสนใจของแพทย์ประจำบ้านฯ ที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการทำจิตบำบัดในอนาคต

จากผู้ตอบคำถาม 58 ราย พบว่า แพทย์ประจำบ้านฯ สนใจจะเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมด้านจิตบำบัดเพิ่มเติมมากถึง 45 ราย (ร้อยละ 76.3) และอาจจะเข้าร่วม 12 ราย (ร้อยละ 20.3) ในขณะที่ผู้ที่แสดงความเห็นว่า จะไม่เข้าร่วมมีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.7)

4) Psychotherapy supervision

มีกลุ่มตัวอย่างแพทย์ประจำบ้านฯ จำนวน 46 ราย เคยได้รับ psychotherapy supervision จากอาจารย์จิตแพทย์ และส่วนใหญ่พอใจต่อ psychotherapy supervision ในระดับมาก (ร้อยละ 41.4) และมากที่สุด (ร้อยละ 34.8) แพทย์ประจำบ้านฯ ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 41.3) และไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 23.9) ว่าตนเองสามารถที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้อง supervise กับอาจารย์ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความเห็นของแพทย์ประจำบ้านที่มีต่อ psychotherapy supervision โดยอาจารย์จิตแพทย์ (n=46)

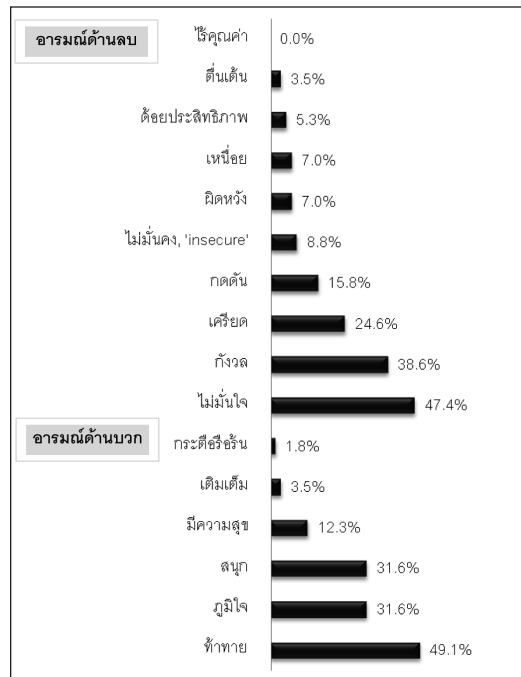
ความเห็นเกี่ยวกับ psychotherapy supervision	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับความพอใจต่อ supervision		
มากที่สุด	16	34.8
มาก	19	41.3
ปานกลาง	11	23.9
การ supervision ของอาจารย์จิตแพทย์ ทำให้ท่านรู้สึกอยากทำจิตบำบัด....		
มากขึ้น	34	73.9
เท่าๆ เดิม	12	26.1
คิดว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วยได้โดยไม่ต้อง supervise ทุกรายเสมอไป		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	4.3
เห็นด้วย	9	19.6
ไม่แน่ใจ	19	41.3
ไม่เห็นด้วย	11	23.9
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	10.9

5) อารมณ์ความรู้สึกของแพทย์ประจำบ้านที่เกิดจากการทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจ (ร้อยละ 47.4) กังวล (ร้อยละ 38.6) และเครียด (ร้อยละ 24.6) แต่ในขณะที่เดียวกันก็มองว่าทำหาย (ร้อยละ 49.1) ภูมิใจ (ร้อยละ 31.6) และ สนุก (ร้อยละ 31.6) กับการทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย (รูปที่ 1)

ทั้งนี้แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มองว่าอารมณ์ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบในภาพรวมต่อชีวิตตนเองในทางบวกมากกว่าลบ (ตารางที่ 7)

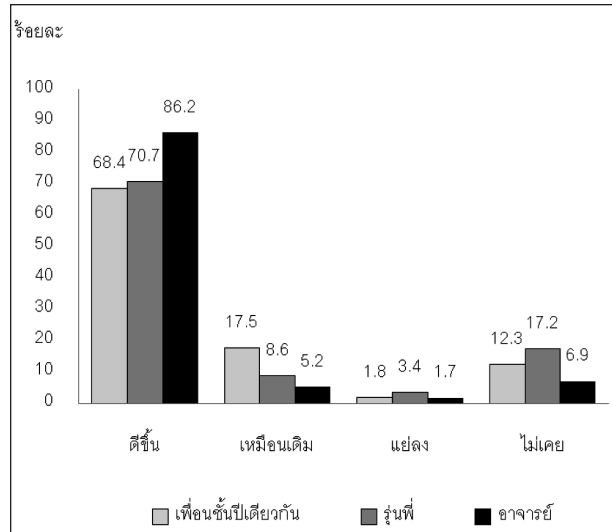
นอกจากนี้ มีแพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถาม 49 ราย (ร้อยละ 83.1) ได้กรอกความเห็นเพิ่มเติมบรรยายความคิดเห็นนอกเหนือจากข้อคำถามในแบบสอบถาม ซึ่งแสดงความรู้สึก ประสบการณ์การทำจิตบำบัดที่ผ่านมา และการพัฒนาตนเองที่เกิดขึ้นจากการฝึกทำจิตบำบัดด้วย



รูปที่ 1 อารมณ์ความรู้สึกของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ที่เกิดจากการทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย (n = 59)

ตารางที่ 7 ผลกระทบในภาพรวมของอารมณ์ความรู้สึกจากการฝึกทำจิตบำบัด ต่อชีวิตของแพทย์ประจำบ้าน

ผลกระทบในภาพรวมของอารมณ์ความรู้สึกจากการฝึกทำจิตบำบัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ส่งผลทางบวก	11	19.3
ส่งผลทางบวกมากกว่าลบ	38	66.7
ส่งผลทางลบมากกว่าบวก	7	12.3
ส่งผลทางลบ	1	1.8



รูปที่ 2 การขอคำปรึกษาในเรื่องอารมณ์ความรู้สึกจากการฝึกทำจิตบำบัดจากคนรอบข้าง และอารมณ์ความรู้สึกของแพทย์ประจำบ้านหลังได้รับคำปรึกษา

เมื่อเกิดความรู้สึกทางลบจากการทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้านจะปรึกษาอาจารย์มากที่สุด รองลงมาคือปรึกษาเพื่อนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีเดียวกัน และรุ่นพี่ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ปรึกษาแล้วรู้สึกดีขึ้น (รูปที่ 2)

6) แผนการจะทำหรือไม่ทำจิตบำบัด เมื่อจบการศึกษาไปแล้ว

เมื่อจบการศึกษาไปแล้ว แพทย์ประจำบ้านเกือบทั้งหมดมีแผนที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย โดยมีแพทย์ประจำบ้านเพียง 1 รายเท่านั้นที่ระบุว่าจะไม่ทำจิตบำบัดต่อ โดยให้เหตุผลว่าภาระงานมีมากและเวลาไม่พอ

สำหรับเหตุผลที่แพทย์ประจำบ้านฯ ตัดสินใจจะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วยเมื่อจบการศึกษาแล้ว ได้แก่ เห็นว่าจิตบำบัดเป็นการรักษาที่ให้ผลการรักษาดี (ร้อยละ 71.2) อยากรักษาทักษะที่เรียนมาไว้ (ร้อยละ 40.7) ต้องการเพิ่มความร่วมมือในการกินยา (drug compliance) ของผู้ป่วย (ร้อยละ 33.9) การทำจิตบำบัดทำให้ตัวแพทย์ประจำบ้านรู้สึกกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 25.4)

ทำหาย (ร้อยละ 25.4) และได้รับการฝึกอบรมจิตบำบัดมาเป็นอย่างดี (ร้อยละ 6.8)

วิจารณ์

ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ได้มีการแสดงความเป็นห่วงถึงสถานการณ์ที่จิตแพทย์มีแนวโน้มการทำจิตบำบัดลดลงทั่วโลก โดยมีปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาค่าใช้จ่าย และแนวโน้มการใช้จ่ายที่มากขึ้น³ สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่างเกิดความตระหนกต่อสถานการณ์ดังกล่าว และมีการสำรวจมุมมองของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เกี่ยวกับจิตบำบัดและการฝึกอบรมจิตบำบัดเกิดขึ้นหลายชิ้นในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา⁹⁻¹³ เพื่อนำข้อมูลไปใช้พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมจิตบำบัดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การศึกษานี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่สำคัญจะความคิดเห็นและมุมมองของแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์เกี่ยวกับการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดในประเทศไทย

ตั้งแต่ก่อนเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เคยรู้จักจิตบำบัดมาแล้วและมีความประทับใจแรกในระดับที่ดีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 71.2 เช่นเดียวกับความสนใจที่จะเรียนรู้การทำจิตบำบัด (ร้อยละ 74.6) อย่างไรก็ตาม แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ร้อยละ 42.4 มองว่าข้อเสียด้านการทำจิตบำบัดของสถาบันฝึกอบรมต่างๆ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกอันดับสถาบันในการสมัครแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ และร้อยละ 33.9 มองว่ามีผลในระดับปานกลาง ต่างกับผลสำรวจในประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งแพทย์ประจำบ้านคำนึงถึงข้อเสียด้านการฝึกอบรมจิตบำบัดของสถาบันฯ และใช้ในการเลือกอันดับถึงร้อยละ 49¹²

ระหว่างฝึกอบรมในหลักสูตร แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าจิตบำบัดเป็นเอกลักษณ์ของจิตแพทย์ และมีบทบาทสำคัญต่อจิตเวชปฏิบัติในปัจจุบันสอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁹ แคนาดา¹² และเกาหลี¹¹ รวมทั้งมองว่าจิตบำบัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นการรักษาที่จะเลือกใช้มากกว่า (preferred treatment) สำหรับ anxiety disorders, depressive disorders และ personality disorders ในภาพรวมแล้ว แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ของไทยมีทัศนคติที่ดีต่อจิตบำบัด ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับ psychotherapy competency ของแพทย์ประจำบ้าน¹³

ในด้านความพึงพอใจ แพทย์ประจำบ้านถึงร้อยละ 98.3 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ โดยรวมของสถาบันฝึกอบรมที่สังกัด โดยร้อยละ 84.2 พอใจในการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดของสถาบันที่สังกัด ซึ่งเป็นระดับความพอใจที่ใกล้เคียงกับผลการสำรวจในสหราชอาณาจักรคือร้อยละ 92¹⁴ และแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 62.1 เห็นว่าทางสถาบันฝึก

อบรมที่ตนเองสังกัดเน้นการเรียนการสอนด้านจิตบำบัดอย่างเหมาะสมดี ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับการสำรวจในสหรัฐอเมริกา¹⁰ และสูงกว่าผลการสำรวจในเกาหลีที่มองว่าการสอนจิตบำบัดในประเทศของตนเหมาะสมร้อยละ 41.3¹¹ นอกจากนี้หากมี course ฝึกอบรมด้านจิตบำบัดเพิ่มเติมในอนาคต มีแพทย์ประจำบ้านถึงร้อยละ 76.3 ต้องการเข้าร่วมอบรม แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ด้านจิตบำบัด

แพทย์ประจำบ้านทั้งหมดพอใจต่อ psychotherapy supervision ในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งความพึงพอใจนี้มีมากเมื่อเทียบกับการศึกษาในสหราชอาณาจักรซึ่งพอใจรวมร้อยละ 80¹⁴ ทั้งนี้แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 41.3) และไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 23.9) ว่าตนเองสามารถที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้อง supervise กับอาจารย์

สำหรับอารมณ์ความรู้สึกของแพทย์ประจำบ้านที่เกิดจากการทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย ร้อยละ 66.7 มองว่าอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อชีวิตตนเองในทางบวกมากกว่าลบ และพบว่าแพทย์ประจำบ้านขอรับคำปรึกษาด้านผลกระทบเหล่านี้กับอาจารย์แล้วรู้สึกดีขึ้นร้อยละ 84.2 มีแพทย์ประจำบ้านเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.7) ที่ปรึกษาแล้วรู้สึกแย่ลง ซึ่งต่ำกว่าผลสำรวจในเกาหลี (ร้อยละ 2.4)¹¹

เมื่อจบการศึกษาไปแล้ว แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 98.3 มีแผนที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^{9, 12, 14} โดยมีแพทย์ประจำบ้านเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.7) เท่านั้นที่ระบุว่าจะไม่ทำจิตบำบัดต่อ โดยให้เหตุผลว่าภาระงานมีมากและเวลาไม่พอ และเป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์ประจำบ้านเป็นรายเดียวกับที่ปรึกษาอาจารย์แล้วรู้สึกแย่ลงจากผลการศึกษาอาจสรุปได้ว่า supervision มีความจำเป็นต่อการเรียนรู้จิตบำบัด และช่วยให้แพทย์ประจำบ้านเกิดความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการทำจิตบำบัดในอนาคต

ดังนั้นการที่สถาบันฝึกอบรมฯ จัดสรรเวลาและสถานที่สำหรับ supervision ให้เพียงพอ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านฯ ในอนาคต

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้แพทย์ประจำบ้านตัดสินใจที่จะทำจิตบำบัดเมื่อสำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านฯ นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลต่อการรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งในด้านผลการรักษาและการเพิ่มความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย รวมทั้งต้องการรักษาทักษะความสามารถของตนเองไว้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการทำจิตบำบัดในช่วงที่ออกไปปฏิบัติงานจริงในสถานพยาบาลว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ทราบถึงสภาพการณ์และอุปสรรคของการทำงานจริง และนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในหลายประเด็น ข้อจำกัดที่สำคัญคือมีผู้ตอบแบบสอบถามเพียง 59 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับเพียงร้อยละ 39 ของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดในปีการศึกษา 2551 ต่ำกว่าอัตราการตอบแบบสอบถามในการสำรวจของต่างประเทศที่ร้อยละ 42-63^{10-12, 14} ซึ่งอาจเป็นได้ว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีทัศนคติที่ดีต่อจิตบำบัดมีแนวโน้มจะร่วมตอบแบบสอบถาม ในขณะที่ผู้ที่ไม่สนใจหรือไม่พอใจการฝึกอบรมจิตบำบัดอาจเลือกที่จะไม่ร่วมตอบแบบสอบถามตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดของการศึกษาแบบตัดขวางทำให้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าทัศนคติที่ดี ความพอใจต่อการฝึกอบรมและการตัดสินใจทำจิตบำบัดในอนาคตเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกัน (causal relationship) หรือไม่ ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า และเพิ่มอัตราการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น นอกจากนี้อาจใช้เครื่องมือที่มีการศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (psychometric properties) มาแล้วร่วมด้วย

สรุป

แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อจิตบำบัดและพอใจต่อการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดในประเทศไทย โดยมองว่าจิตบำบัดเป็นเอกลักษณ์ของจิตแพทย์ และมีบทบาทสำคัญต่อจิตเวชปฏิบัติในปัจจุบัน แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่พอใจในการฝึกอบรมด้านจิตบำบัดของสถาบันฝึกอบรมที่สังกัด ประมาณกว่าครึ่งเห็นว่าสถาบันฝึกอบรมที่ตนเองสังกัดเน้นการเรียนการสอนด้านจิตบำบัดได้เหมาะสม และมองว่าอารมณ์ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบในภาพรวมต่อชีวิตตนเองในทางบวกมากกว่าลบ เมื่อจบการศึกษาไปแล้ว แพทย์ประจำบ้านแทบทั้งหมดมีแผนที่จะทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วย โดยมีเหตุผลหลักได้แก่ เห็นว่าจิตบำบัดเป็นการรักษาที่ให้ผลการรักษาดี อยากรักษาทักษะที่เรียนมาไว้ และต้องการเพิ่มความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.นพ.มานิต หล่อตระกูล รองศาสตราจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในฐานะประธานเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขจิตเวชศาสตร์ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2551 ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการเขียนบทความและการสร้างแบบสอบถามสำหรับการศึกษานี้ ลักษณ์า ทองโชติ วท.บ. เพชรรัตน์ คุ้มขัน วท.บ. นราทิพย์ สงวนพานิช วท.บ. และภูธรศวรรค์ พงษ์บุปผา วท.บ สำหรับความช่วยเหลือด้านการจัดการข้อมูลการศึกษา และแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ที่ร่วมตอบแบบสอบถามทุกท่าน รวมทั้ง นพ.รัฐภูมิ พากเพียร พญ.นันทน์ชนัน จรัสจรุงเกียรติ พญ.ธัญญา ลีลาศิริวงศ์ นพ.พงศธร พหลภาคย์ พญ.รุจิรา สัจจะนิรันดร์ พญ.ลาวัลย์ สุฤทธิกามล นพ.दनัย อินทรกำแหง และ

พญ.กรรณกาญจน์ แก้วขำ ที่กรุณาเป็นตัวแทนสถาบัน
ฝึกอบรมฯ ในการรวบรวมแบบสอบถาม

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
และทุนเฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Gabbard GO, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1956-63.
2. Leichsenring F, Rabung LE. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1208-16.
3. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psycho-therapy by office-based psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:962-70.
4. Tacchi MJ, Scott J. Intervention to enhance adherence-research evidence. Improving adherence in schizophrenia and bipolar disorders. London: John Wiley and Sons, Ltd; 2005: 70.
5. Krairiksh CO. Psychotherapy in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997; 42:150-5.
6. Ratta-Apha W, Sitdhiraksa N, Saisavoey N, Lortrakul M, Udomratn P. Postgraduate psychiatric training in Thailand. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2009; 11:1238-43.
7. Ravitz P, Silver I. Advances in psychotherapy education. *Can J Psychiatry* 2004; 49:230-7.
8. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education: a six-step approach. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 1998.
9. Lanouette NM, Calabrese C, Sciolla AF, Bitner R, Mustata G, Haak J, et al. Do psychiatry residents identify as psychotherapists? A multisite survey. *Ann Clin Psychiatry* 2011; 23:30-9.
10. Calabrese C, Sciolla A, Zisook S, Bitner R, Tuttle J, Dunn LB. Psychiatric residents' views of quality of psychotherapy training and psychotherapy competencies: a multisite survey. *Acad Psychiatry* 2010; 34:13-20.
11. Lee SM, Bahn GH, Lee WH, Lee JJ, Lee SK, Park JK, et al. Intensive psychotherapy training in korean psychiatric residency programs. *Psychiatry Investig* 2008; 5:221-7.
12. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. A national survey of Canadian psychiatry residents' perceptions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 2007; 52:710-7.
13. Coon KA, Yates WR, Touchet BK, Lund B. A pilot study of psychiatry resident psychotherapy competency: the impact of resident attitude and demographics. *Am J Psychother* 2006; 60:175-85.
14. Carley N, Mitchison S. Psychotherapy training experience in the Northern Region Senior Unified SHO Scheme: present and future. *Psychiatric Bulletin* 2006; 30:390-3.