

# ประสบการณ์และทัศนคติต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทยและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด: การศึกษานำร่อง

วุฒิกักร เอี่ยมมีชัย\*, วรภัทร รัตอาภา\*, ณัฐฐา สายเสวย\*, นราทิพย์ สงวนพานิชย์\*, นที วีรวรรณ\*

\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย

**วิธีการ** การศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนที่ 1 คณะผู้วิจัยสุ่มตัวแทนแพทย์ประจำบ้านในสถาบันฝึกอบรมต่างๆ ในประเทศไทย สถาบันละ 1-2 คน เพื่อตอบแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ชนิดคำถามเปิดทางออนไลน์ และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบชนิดลิเคิร์ทสเกล จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากสถาบันที่แตกต่างกันตรวจสอบและให้ความคิดเห็น ในขั้นตอนที่ 2 คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ชนิดลิเคิร์ทสเกลที่พัฒนาขึ้น ข้อมูลที่เก็บได้แก่ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด และการพบอาจารย์ที่ปรึกษา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด

**ผลการศึกษา** มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 29 ราย (ร้อยละ 21.0 ของจำนวนแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั้งหมด) ในผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 89.7 มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด (มีฐาน 12 ครั้ง พัลส์ควอทล์ 4, 15) ร้อยละ 84.0 เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นประจำ ร้อยละ 93.1 วางแผนจะทำจิตบำบัดต่อไปในอนาคตหลังสำเร็จการฝึกอบรม ร้อยละ 48.3 มองว่าภาระงานที่มากเกินไปเป็นอุปสรรคต่อการทำจิตบำบัด ทัศนคติที่ว่า "มีผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการทำจิตบำบัดจึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้" มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสนใจในการทำจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.69, p<0.01$ ) ในทางกลับกัน ทัศนคติที่ว่า "การทำจิตบำบัดไม่จำเป็นเพราะมีการรักษาอื่นที่ให้ผลดีกว่า" และ "อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยจัดการผลกระทบทางจิตใจในด้านลบจากการทำจิตบำบัดต่อตัวท่านได้" เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความสนใจในการทำจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.59, p=0.02$  และ  $r=-0.57, p=0.03$  ตามลำดับ) ในกลุ่มตัวอย่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ความมั่นใจในความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสนใจในการทำจิตบำบัด ( $r=0.60, p=0.02$  และ  $r=0.57, p=0.03$  ตามลำดับ)

**สรุป** ทัศนคติต่อประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัด ความมั่นใจในความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัด และการประทับใจทางจิตใจจากอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด

**คำสำคัญ:** จิตบำบัด ฝึกอบรมจิตบำบัด ความสนใจในการทำจิตบำบัด แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์

Corresponding author: นที วีรวรรณ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: natee.vir@mahidol.ac.th

วันรับ : 4 มกราคม 2566 วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2566 วันตอบรับ : 27 มีนาคม 2566

# Experiences in and Attitudes Toward Psychotherapy Training of General Psychiatry Residents in Thailand and Factors Associated With Psychotherapy Interest: A Pilot Study

Wuttipat Iammeechai\*, Woraphat Ratta-apha\*, Nattha Saisavoey\*, Naratip Sanguanpanich\*, Natee Viravan\*

\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand

## ABSTRACT

**Objective:** To explore psychotherapy delivering experiences, attitude toward psychotherapy, and factors associated with the psychotherapy interest of general psychiatry residents in Thailand.

**Methods:** The present study comprised two phases. In the first phase, one or two psychiatry residents from each training institute in Thailand were randomly selected to answer the online open-ended questionnaire for evaluate experiences and attitude toward psychotherapy. Then, the Likert-type questionnaire was developed by using gathered information. It was validated by three content experts from different institutions. In the second phase, the developed online Likert-type questionnaire was used to assess attitude toward psychotherapy, psychotherapy delivering and supervision experiences, and factors associated with psychotherapy interest of general psychiatry residents in Thailand.

**Results:** In the second phase, 29 participants responded (21.0% of all general psychiatry residents in Thailand). 89.7% had delivered psychotherapy (Median 12 sessions, IQR [4, 15]). 84.0% of participants attended supervision regularly. 93.1% reported they would further provide psychotherapy. 48.3% said work overload was a barrier for psychotherapy practice. The attitude "Some patients need psychotherapy to make their symptoms better" was positively correlated with psychotherapy interest ( $r=0.69$ ,  $p<0.01$ ). On the other hand, the attitudes "Psychotherapy is unnecessary because other treatments are more effective" and "Supervisors cannot help me with my negative psychological impacts from psychotherapy" were negatively correlated with psychotherapy interest ( $r=-0.59$ ,  $p=0.02$  and  $r=-0.57$ ,  $p=0.03$ , respectively). Self-confidence in knowledge and skills for psychotherapy positively correlated with psychotherapy interest of first-year residents ( $r=0.60$ ,  $p=0.02$  and  $r=0.57$ ,  $p=0.03$ , respectively).

**Conclusions:** Attitude toward the effectiveness of psychotherapy, self-confidence in psychotherapy skills and knowledge, and psychological support from supervisors were correlated with psychotherapy interest.

**Keyword:** Psychotherapy, Psychotherapy training, Psychotherapy interest, Psychiatry resident

Corresponding author: Natee Viravan

E-mail: natee.vir@mahidol.ac.th

Received 4 January 2023 Revised 20 March 2023 Accepted 27 March 2023

## บทนำ

จิตบำบัดถูกใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 19 และมีหลักฐานการศึกษาที่รองรับผลการรักษาและประสิทธิภาพในการรักษาด้วยการบำบัดมากขึ้นในปัจจุบัน<sup>1-5</sup> ทั้งด้านการลดอาการช่วงอาการกำเริบ (acute phase) และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (maintenance phase) ของโรคจิตและโรคทางอารมณ์ จิตบำบัดจึงเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ถูกแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค<sup>2,6-8</sup> ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ต่างประเทศให้ความสำคัญกับการฝึกทำจิตบำบัดในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ โดยมองว่าการทำจิตบำบัดเป็นพื้นฐานของความเป็นจิตแพทย์ การขาดทักษะในการทำจิตบำบัดจะส่งผลให้เกิดปัญหาในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน<sup>1,3,9</sup> องค์การควบคุมมาตรฐานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ กำหนดให้การฝึกทำจิตบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์<sup>3,10-12</sup>

แม้ว่าการทำจิตบำบัดจะมีประสิทธิภาพ และถูกกำหนดเป็นมาตรฐานในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการทำจิตบำบัดในระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านยังมีอุปสรรคหลายประการ อาทิ แพทย์ประจำบ้านมีความลำบากในการจัดสรรเวลาเพื่อทำจิตบำบัด<sup>14</sup> หรือพบอาจารย์ที่ปรึกษา (supervision)<sup>15</sup> ชั่วโงม การเรียนการสอนและกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้การทำจิตบำบัดไม่เพียงพอต่อความต้องการของแพทย์ประจำบ้าน<sup>16</sup> แพทย์ประจำบ้านไม่มั่นใจในการทำจิตบำบัด แพทย์ประจำบ้านมีเจตคติด้านลบต่อการทำจิตบำบัด<sup>17</sup> ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเห็นความสำคัญของการทำจิตบำบัด จึงสนับสนุนการจัดฝึกอบรมการทำจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ และกำหนดให้การฝึกทำจิตบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยเช่นเดียวกับในต่างประเทศ<sup>18</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยยังมีน้อย มีเพียงการศึกษามุมมองของแพทย์ประจำบ้านต่อการทำจิตบำบัดและหลักสูตรการฝึกอบรมในภาพรวมที่ศึกษาเมื่อ 5 ปีก่อน<sup>19</sup> และยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การฝึกทำจิตบำบัด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดในต่างประเทศมาบ้างแล้ว บริบทการฝึกอบรมและสภาพแวดล้อมของประเทศไทยอาจแตกต่างจากต่างประเทศ และผลการศึกษาในต่างประเทศอาจไม่สามารถนำมาใช้กับบริบทของประเทศไทยได้

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิจัยนี้เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดและทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย ตลอดจนศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ผลการศึกษาจะช่วยสะท้อนระบบการฝึกทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ไทยในปัจจุบัน และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการฝึกทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในระบบออนไลน์ (online questionnaire) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด และขั้นตอนการเก็บข้อมูล การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Siriraj Institutional Review Board) เลขที่หนังสือรับรอง Si 200/2020 และได้รับอนุญาตจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ในการเก็บข้อมูล

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วประเทศไทย ชั้นปีที่ 1 - 3 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและพิจารณาตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยตนเองผ่านทางออนไลน์ โดยคณะผู้วิจัยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ทั่วไป ชั้นปีที่ 2 - 3 หรือหลักสูตรจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันฝึกอบรมภายในประเทศไทย มีประสบการณ์ทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ราย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตและใช้เว็บไซต์เพื่อกรอกแบบสอบถามได้

ขั้นตอนที่ 2 เป็นแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ทั่วไป ชั้นปีที่ 1-3 ที่ศึกษาอยู่ในสถาบันฝึกอบรมภายในประเทศไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตและใช้เว็บไซต์เพื่อกรอกแบบสอบถามได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อ

## การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลประสบการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ชนิดคำถามเปิดทางออนไลน์ซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 27 ข้อ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด ได้แก่ ทัศนคติ ระบบการเรียนการสอนและกิจกรรมวิชาการของสถาบันฝึกอบรม อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มาจากการทบทวนการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ของ G.Hadjipavlou et al.<sup>14</sup>, L.M.Schmidt et al.<sup>15</sup>, J.G.Kovach et al.<sup>16</sup>, S.Zisook et al.<sup>17</sup>, P.Pariwatcharakul et al., O.L.Shachar et al.<sup>20</sup>, G.M.Radu et al.<sup>21</sup>, และ R.AIOtaibi et al.<sup>22</sup> โดยคณะผู้วิจัยได้นำปัจจัยดังกล่าวมาดัดแปลงเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเก็บข้อมูลบริบทจริงที่เกิดขึ้นในประเทศไทย รวมทั้งคณะผู้วิจัยได้มีการเพิ่มคำถามปลายเปิดเกี่ยวข้องกับระบบบริการ และความคิดเห็นต่อการสนับสนุนจากราชวิทยาลัย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีเฉพาะในประเทศไทย ตัวอย่างคำถามเช่น “ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้ท่านทำจิตบำบัดแก่ผู้ป่วย” “ท่านคิดว่ามุมมองต่อจิตบำบัดอย่างไรที่ไม่ส่งเสริมให้แพทย์เลือกทำจิตบำบัด” “กิจกรรมวิชาการด้านการทำจิตบำบัดในสถาบันฝึกอบรมของท่านส่งผลต่อการทำจิตบำบัดของท่านหรือเพื่อนแพทย์ประจำบ้านอย่างไร” คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ชนิดคำถามเปิดทางออนไลน์ มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด แบบชนิดลิเคิร์ทสเกล หลังจากพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด แล้ว คณะผู้วิจัยส่งแบบประเมินประสบการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชศาสตร์จำนวน 3 ท่าน จากต่างสถาบันฝึกอบรมเพื่อประเมินคุณภาพของข้อคำถามในแบบสอบถามและให้

ความเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น (-1) 0 หรือ 1 (โดย (-1) หมายถึงไม่เห็นด้วย 0 หมายถึง ไม่มีความเห็น และ 1 หมายถึง เห็นด้วย) และให้ความคิดเห็นในการปรับปรุงข้อคำถามแต่ละข้อ ข้อคำถามใดที่ได้คะแนนรวมจากผู้เชี่ยวชาญน้อยกว่า 2 คะแนน คณะผู้วิจัยจะปรับปรุงข้อคำถามเหล่านั้นและส่งแบบสอบถามฉบับปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้เกณฑ์เดียวกับการประเมินคุณภาพในครั้งแรก จากนั้นคณะผู้วิจัยติดต่อแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์แต่ละสถาบัน เพื่อขอตัวแทนทดลองทำแบบสอบถามและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามตามความสมัครใจจำนวน 10 คน เพื่อปรับแก้ไขภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามากยิ่งขึ้น ก่อนนำแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดแบบชนิดลิเคิร์ทสเกล ฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลจริง

### ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัย ประชาสัมพันธ์การศึกษาวิจัยแก่แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วประเทศไทย โดยขอความร่วมมือจากตัวแทนแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์แต่ละสถาบันช่วยประชาสัมพันธ์แพทย์ประจำบ้านในสถาบันของตนเอง ร่วมกับประชาสัมพันธ์การศึกษาวิจัยผ่านกลุ่มไลน์ ที่มีแพทย์ประจำบ้านเป็นสมาชิก (LINE group)

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2563 โดยผู้ร่วมวิจัยตอบแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด แบบชนิดลิเคิร์ทสเกลที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 1 ผ่านกูเกิลฟอร์ม (Google Forms) ข้อมูลที่เก็บได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐาน เช่น หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ที่ศึกษา ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่
2. ประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด ประกอบด้วยคำถามชนิดเติมคำแบบมีตัวอย่างคำตอบ จำนวน 9 ข้อ และแบบเลือกคำตอบจาก 5 ตัวเลือก จำนวน 1 ข้อ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เคยทำจิตบำบัด ความสนใจในการทำจิตบำบัด (จำนวนครั้งที่เคยทำจิตบำบัด) เทคนิคที่ใช้ในการทำจิตบำบัด แผนการทำจิตบำบัดในอนาคต
3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องในการทำจิตบำบัด ประกอบด้วยคำถามชนิดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ และคำถามแบบเลือกอันดับจำนวน 6 ข้อ เช่น ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัด

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันฝึกอบรม ประกอบด้วย คำถามชนิดเลือกคำตอบ จาก 6 ตัวเลือก จำนวน 1 ข้อ คำถามชนิดเลือกคำตอบ จาก 3 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ คำถามชนิดลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ และ คำถามชนิดเติมคำ จำนวน 2 ข้อ เช่น ระบบสนับสนุน การบำบัดของสถาบันที่ฝึกอบรม กิจกรรม วิชาการเกี่ยวกับการบำบัด
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย คำถามชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 1 ข้อ และคำถาม ลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ เช่น ความคิดเห็น ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาในการบำบัด ความถี่ ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาในการบำบัด โดยกำหนดให้มาตรฐานการพบอาจารย์ที่ปรึกษา 1 ครั้งต่อการบำบัดให้แก่ผู้ป่วย 1 ครั้ง
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับราชวิทยาลัยฯ ประกอบด้วย คำถามชนิดลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ และ คำถามชนิดเติมคำ จำนวน 4 ข้อ เช่น กิจกรรมวิชาการ กลางเกี่ยวกับบำบัด ค่ายฝึกอบรมการบำบัด เกณฑ์การฝึกอบรมด้านบำบัด
7. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ประกอบด้วย คำถามชนิดเติม คำตอบ จำนวน 4 ข้อ

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการบำบัดมาวิเคราะห์ทางสถิติตามความเป็นจริงตามลักษณะการเก็บข้อมูล โดยไม่ได้มีการแปลงข้อมูลใดๆ เช่น ข้อมูลอายุและจำนวนครั้งการทำบำบัดนำไปวิเคราะห์แบบข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) ข้อมูลจากคำถามชนิดเลือกตอบ และคำถามชนิดลิเคิร์ตสเกลนำไปวิเคราะห์ข้อมูลแบบกลุ่ม (Categorical data)

คณะผู้วิจัยตั้งใจป้องกันการระบุตัวตนจากการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ขั้นตอน จึงไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถาบันการฝึกอบรมเนื่องจากข้อมูลเหล่านี้อาจนำไปสู่การระบุตัวตนในกลุ่มประชากรที่เล็กได้

### นิยามเชิงปฏิบัติการ

“การทำบำบัด” ในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึง การทำบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) ตามหลักการมาตรฐานของรูปแบบบำบัดนั้นๆ เช่น มีการตกลงจำนวนครั้ง การให้คำมั่น (Sign contract) การตั้งเป้าหมาย และมีระยะเวลา

การทำบำบัดครั้งละ 40 - 60 นาที โดยไม่นับการนำเทคนิคของ การบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการตรวจผู้ป่วยเป็นครั้งคราว “การทำบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy)” ในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึง การบำบัด หรือการเรียนการทำบำบัดในรูปแบบที่ใช้ความรู้พื้นฐานจาก ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) หรือทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theory) โดยรวมการทำบำบัดทั้งรูปแบบ ปรึกษาประคอง (supportive psychotherapy) และจิตบำบัดแบบ รู้แจ้ง (insight-oriented psychotherapy)

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณแบบต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานหากข้อมูลกระจายแบบปกติ และนำเสนอด้วย มัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์หากข้อมูลกระจายแบบไม่ปกติ

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แรงนับด้วย Chi-square หรือ Fisher's exact test และ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องด้วย independent t-test หรือ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระกับความสนใจในการทำบำบัดโดยใช้สถิติ Spearman's correlation การวิเคราะห์ Spearman's correlation จะวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 2 และ 3 เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวนหนึ่งยังไม่เริ่มทำ บำบัด การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลขาดหาย (missing data) และ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences version 18.0 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value) ที่  $<0.05$

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐาน

มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 ของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั้งหมดในประเทศไทย โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.7 มีอายุเฉลี่ย  $28.69 \pm 2.52$  ปี ประกอบด้วยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 48.3 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 37.9 และ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 13.8



### ตารางที่ 1 ประสพการณ์และเทคนิคในการทำจิตบำบัด

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
จำนวนผู้ป่วยในการทำจิตบำบัดต่อแพทย์ประจำบ้าน 1 คน	2.24	1.19
จำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดเฉลี่ยต่อแพทย์ประจำบ้าน 1 คน	13.17	14.70
เทคนิคในการทำจิตบำบัด		จำนวน (ร้อยละ)*
Psychodynamic-oriented psychotherapy		20 (76.9)
Cognitive behavior therapy		9 (34.6)
Satir transformational systemic therapy		4 (15.4)
Interpersonal psychotherapy		1 (3.8)

\*เฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีประสพการณ์การทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย (n=26)

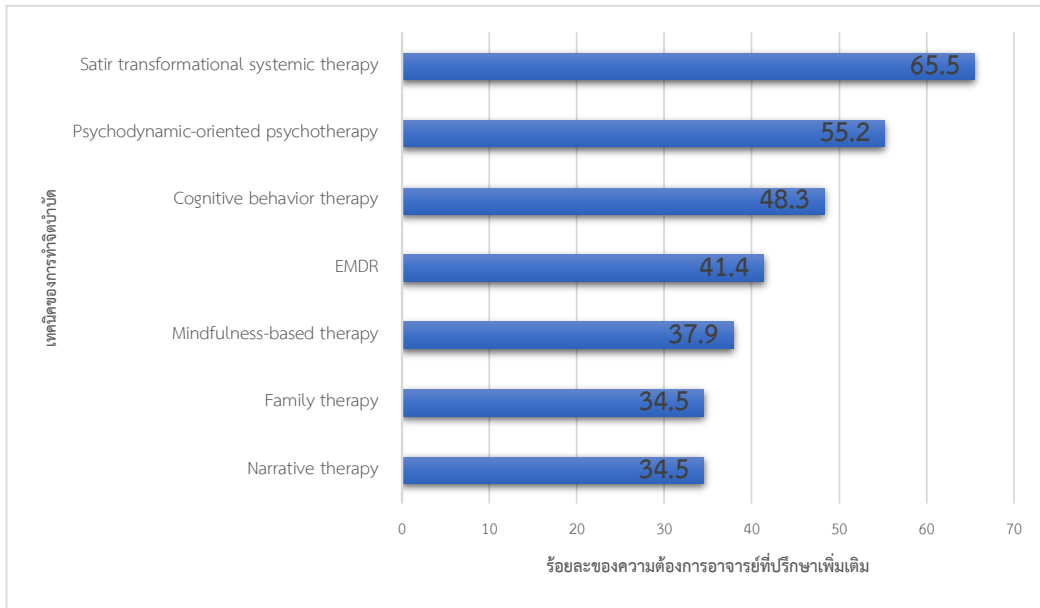
หมายเหตุ: แพทย์ประจำบ้าน 1 คน อาจมีการเลือกทำจิตบำบัดมากกว่า 1 เทคนิค

### ประสพการณ์ในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน

ผู้เข้าร่วมวิจัย 26 คน (89.7%) เคยทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยแล้วอย่างน้อย 1 ราย โดยค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดเท่ากับ 12 ครั้ง และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ [4,15] จำแนกเป็นชั้นปีต่างๆ ดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยชั้นปีที่ 1 มีมัธยฐานเท่ากับ 4 ครั้ง (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์=0,12.25) ผู้เข้าร่วมวิจัยชั้นปีที่ 2 มีมัธยฐานเท่ากับ 12 ครั้ง (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์=12,15) และผู้เข้าร่วมวิจัยชั้นปีที่ 3 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 45 ครั้ง (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์=19.5, 60) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยังไม่เคยทำจิตบำบัดกับผู้ป่วยเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำจิตบำบัดจากผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างการฝึกอบรมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ราย (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ = 1, 3.5)

ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่เคยทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย (n=26) มีการเลือกใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy) มากที่สุด (ร้อยละ 76.9) รองลงมาเป็นจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) คิดเป็นร้อยละ 34.6 จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) คิดเป็นร้อยละ 15.4 และจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) คิดเป็นร้อยละ 3.8 ไม่พบการเลือกใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบอื่น เช่น จิตบำบัดแนวพุทธ (Buddhist therapy) จิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) จิตบำบัดแบบสติเป็นฐาน (Mindfulness-based psychotherapy)

ประสพการณ์ในการเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีประสพการณ์การทำจิตบำบัดส่วนใหญ่เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาการทำจิตบำบัดเป็นประจำ (ร้อยละ 84) โดยแจกแจงความถี่ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาดังนี้ ครบทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บ่อยครั้ง และนานๆครั้ง มีจำนวนร้อยละ 32, 24, 28, 12 และ 4 ตามลำดับ แต่มีผู้เข้าร่วมวิจัย 1 รายที่ให้ข้อมูลว่า “ไม่มี/ไม่เคยพบอาจารย์ที่ปรึกษา” จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษากับความถี่ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอาจารย์ที่ปรึกษาการทำจิตบำบัด (n=25) พบว่าความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ว่า “อาจารย์ที่ปรึกษาให้เวลาเพียงพอ” มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับความถี่ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษา ( $r=0.45, p 0.03$ ) นอกจากนี้ ร้อยละ 58.6 ของผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญในการทำจิตบำบัดบางสาขาเพิ่มเติมในสถาบันของตนเอง โดย 3 อันดับแรกของสาขาจิตบำบัดที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอยากให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญเพิ่มเติมในสถาบันของตนเอง ได้แก่ จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) ร้อยละ 65.5, การทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy) ร้อยละ 55.2 และจิตบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ร้อยละ 48.3 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 กิจกรรมวิชาการเกี่ยวกับการทำจิตบำบัด ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ได้รับกิจกรรมวิชาการที่ส่งเสริมการทำจิตบำบัดจากสถาบันฝึกอบรมประมาณ 1 - 3 ชั่วโมงต่อเดือน (ร้อยละ 41.4) ใช้เวลาศึกษาด้วยตนเองประมาณ 1 - 3 ชั่วโมงต่อเดือน (ร้อยละ 44.8)



**แผนภูมิที่ 1** ร้อยละของความต้องการอาจารย์ที่ปรึกษาเพิ่มเติมจำแนกตามเทคนิคของการทำจิตบำบัด (n=29)  
หมายเหตุ EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing therapy

และคิดว่ากิจกรรมวิชาการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะการทำจิตบำบัด (ร้อยละ 55.2) ร้อยละ 20.7 ของผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการให้มีจำนวนชั่วโมงวิชาการเพิ่มมากขึ้นหรือมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น และร้อยละ 48.3 คิดว่าภาระงานที่มากเกินไปส่งผลให้ไม่อยากทำจิตบำบัด

### ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำจิตบำบัด โดยมองว่าการทำจิตบำบัดมีประโยชน์ต่อการเป็นจิตแพทย์ (ร้อยละ 93.1) การพัฒนาตนเอง (ร้อยละ 96.5) ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 100) และมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 93.1) ส่วนทัศนคติในเชิงลบ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ให้ความเห็นปานกลางและเห็นด้วยต่อทัศนคติที่ว่า “มีองค์ความรู้และทักษะอื่นๆ ที่น่าสนใจและควรฝึกฝนระหว่างการฝึกอบรมมากกว่าการทำจิตบำบัด” (ร้อยละ 44.8) โดยร้อยละ 20.6 ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เห็นด้วยกับทัศนคติข้อนี้ ซึ่งแตกต่างจากทัศนคติเชิงลบอื่นๆ มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลว่า “ไม่เห็นด้วย” มากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) ดังแสดงในตารางที่ 2 ร้อยละ 93.1 ของผู้เข้าร่วมวิจัยสนใจจะทำจิตบำบัดต่อในอนาคต โดยร้อยละ 17 จะทำอย่างแน่นอน และร้อยละ 75.8 จะทำหากภาระงานไม่มากเกินไป

### ปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด

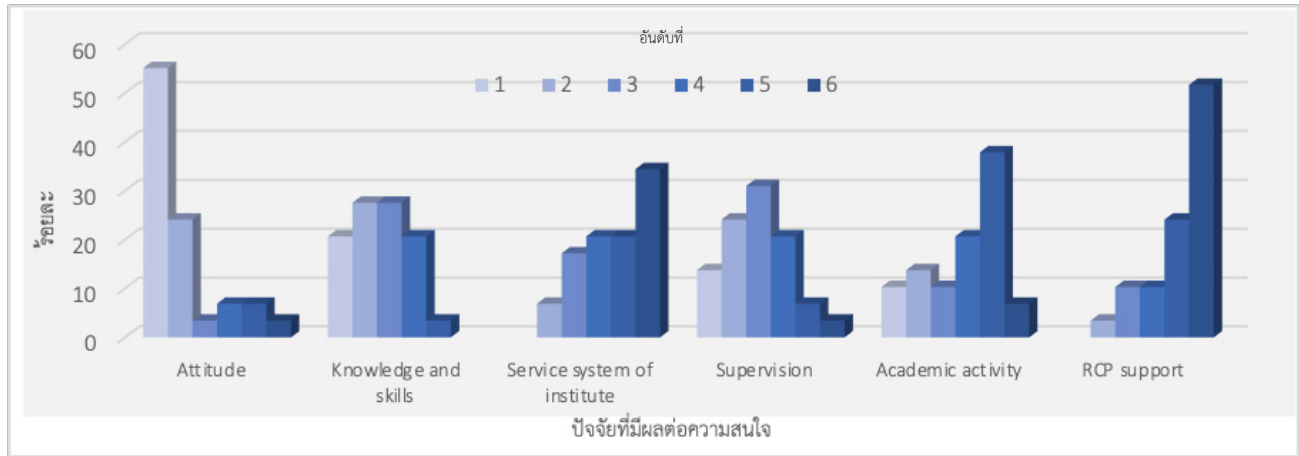
จากตัวเลือก 6 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติ ความรู้และทักษะระบบบริการของสถาบันฝึกอบรม อาจารย์ที่ปรึกษา กิจกรรมวิชาการ และการสนับสนุนของราชวิทยาลัย ปัจจัยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.17) มองว่ามีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัดมากที่สุด (เป็นอันดับ 1) คือทัศนคติ และปัจจัยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.72) มองว่ามีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัดน้อยที่สุด (เป็นอันดับ 6) คือการสนับสนุนจากราชวิทยาลัย รายละเอียดแสดงในแผนภูมิที่ 2

#### ปัจจัยด้านทัศนคติ

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดกับความสนใจในการทำจิตบำบัด พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางระหว่างทัศนคติที่ว่า “มีผู้ป่วยบางรายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด จึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้” กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ( $r=0.69, p<0.01$ ) และมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางระหว่างทัศนคติที่ว่า “การทำจิตบำบัดไม่จำเป็น เพราะมีการรักษาอื่นที่ได้ผลดีกว่า” กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ( $r=0.59, p=0.02$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

#### ปัจจัยด้านความมั่นใจในความรู้ทักษะการทำจิตบำบัด และการรักษาด้วยยา

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่ากลางของความมั่นใจในการรักษาด้วยยาในระดับที่ดี (มัธยฐาน=4) แต่มีค่ากลางของความมั่นใจในความ



RCP = ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Psychiatrist of Thailand)

**แผนภูมิที่ 2** ร้อยละของอันดับที่พึงพอใจที่มีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด (n=29)

รู้พื้นฐาน ทักษะ การทำความเข้าใจผู้ป่วย (case formulation) และการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในระดับปานกลาง (มัธยฐาน=3) ผู้เข้าร่วมวิจัยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มีค่ากลางของความมั่นใจในการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในระดับค่อนข้างต่ำ (มัธยฐาน=2) แต่มีความมั่นใจมากขึ้นในชั้นปีที่ 2 (มัธยฐาน=3) และชั้นปีที่ 3 (มัธยฐาน=3.5) ซึ่งความมั่นใจในการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละชั้นปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ , Mann-Whitney U test) โดยจำนวนชั้นปีมีความสัมพันธ์ในทางบวก ระดับปานกลางกับความมั่นใจในการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ( $r = 0.572$ ,  $p = 0.001$ ) ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางระหว่างความสนใจในการทำจิตบำบัดกับความมั่นใจในความรู้พื้นฐานในการทำจิตบำบัด ( $r = 0.6$ ,  $p = 0.02$ ) และความมั่นใจในทักษะในการทำจิตบำบัด ( $r = 0.57$ ,  $p = 0.03$ ) อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 ความมั่นใจในการรักษาด้วยยากับความสนใจในการทำจิตบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ปัจจัยด้านอาจารย์ที่ปรึกษา**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและความสนใจในการทำจิตบำบัด พบว่าความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ว่า “อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยจัดการผลกระทบทางจิตใจในด้านลบที่เกิดจากการทำจิตบำบัดได้”

มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสนใจในการทำจิตบำบัด ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.03$ ) ในขณะที่ความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ว่า “การหาอาจารย์เป็นที่ปรึกษา มีความยากลำบาก” มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความสนใจในการทำจิตบำบัดแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.48$ ,  $p = 0.07$ )

**วิจารณ์**

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และทัศนคติในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 ทุกคนเคยมีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย และมักเริ่มทำจิตบำบัดหลังจบการฝึกอบรมในชั้นปีที่ 1 โดยส่วนใหญ่เลือกใช้การทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy) แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างเป็นประจำและมองว่าจิตบำบัดเป็นประโยชน์ต่อการเป็นจิตแพทย์และการพัฒนาตนเอง รวมทั้งเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาด้วยจิตบำบัด แม้ว่าแพทย์ประจำบ้านบางส่วนจะมองว่ามีความรู้หรือทักษะอื่นที่อาจจำเป็นต้องฝึกฝนในระหว่างการฝึกอบรมมากกว่าการทำจิตบำบัด

แพทย์ประจำบ้านในการศึกษานี้มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดมากกว่าที่ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้เป็นเกณฑ์สำเร็จการฝึกอบรมทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของการทำจิตบำบัด แต่น้อยกว่าแพทย์ประจำบ้าน



**ตารางที่ 2** ทศนคติต่อการทำจิตบำบัดและความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติต่อการทำจิตบำบัดกับความสนใจในการทำจิตบำบัด (n=29)

	ไม่เห็นด้วย n (%)	ปานกลาง n (%)	เห็นด้วย n (%)	Spearman correlation# (p-value)
<b>ทศนคติเชิงบวก</b>				
ท่านสนใจในการทำจิตบำบัด	1 (3.4)	4 (13.8)	24 (82.7)	0.12 (0.97)
จิตแพทย์ทุกคนต้องทำจิตบำบัดได้	3 (10.3)	5 (17.2)	21 (72.4)	0.28 (0.31)
การได้ทำจิตบำบัดทำให้ท่านรู้สึกดี	2 (6.9)	12 (42.1)	19 (68.9)	-0.36 (0.19)
ทักษะการทำจิตบำบัด มีประโยชน์ต่อการเป็นจิตแพทย์ แม้ในอนาคตอาจจะไม่ได้ทำจิตบำบัดเต็มรูปแบบ	0 (0)	2 (6.9)	27 (93.1)	0.30 (0.28)
การทำจิตบำบัดทำให้ท่านได้พัฒนาตนเอง	0 (0)	1 (3.4)	28 (96.5)	0.10 (0.72)
การทำจิตบำบัดมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย	0 (0)	0 (0)	29 (100.0)	-0.32 (0.91)
มีผู้ป่วยบางรายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดจึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้	0 (0)	2 (6.9)	27 (93.1)	0.69 (<0.01)*
ผลการรักษาจากการทำจิตบำบัดมีความคุ้มค่ากับเวลาที่ใช้	1 (3.4)	11 (37.9)	17 (58.6)	-0.44 (0.88)
<b>ทศนคติเชิงลบ</b>				
การทำจิตบำบัดไม่จำเป็นเพราะมีการรักษาอื่นที่ให้ผลดีกว่า เช่น การรักษาด้วยยา ECT TMS ฯลฯ	22 (75.8)	5 (17.2)	2 (6.9)	-0.59 (0.02)*
จิตแพทย์ไม่จำเป็นต้องทำจิตบำบัดเป็นเพราะมีสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เหมาะสมมากกว่า	22 (75.8)	5 (17.2)	2 (6.9)	-0.03 (0.91)
ในระหว่างการฝึกอบรมฯ ท่านคิดว่าเมื่อมีความรู้หรือทักษะอย่างอื่นที่น่าสนใจและควรให้เวลาฝึกฝนมากกว่าการทำจิตบำบัด	13 (44.8)	10 (34.5)	6 (20.6)	-0.09 (0.74)
ท่านกังวลว่าจะได้รับผลกระทบในแง่ลบต่อตนเองจากการทำจิตบำบัด เช่น ส่งผลเสียต่อสภาพจิตใจตนเอง ผู้ป่วยอาการแยลงระหว่างการทำจิตบำบัด	20 (68.9)	4 (13.8)	5 (17.2)	-0.44 (0.10)

#Spearman correlation แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติต่อการทำจิตบำบัดกับความสนใจในการทำจิตบำบัด โดยคำนวณเฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 2-3 (n=15)

\*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ECT = Electroconvulsive therapy, TMS = Transcranial magnetic stimulation

ประเทศแคนาดาในการศึกษาของ G. Hadjipavlou et al<sup>14</sup> ที่ทำจิตบำบัดในผู้ป่วย 5 รายและรวม 16 ครั้งโดยเฉลี่ย ความแตกต่างของผลลัพธ์อาจมาจากระยะเวลาการฝึกอบรมของประเทศแคนาดาที่นานกว่าประเทศไทย (5 ปี) และการศึกษาวิจัยนี้มีสัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่น้อย เทคนิคของการทำจิตบำบัดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การทำจิตบำบัดของจิตแพทย์ไทยรุ่นเยาว์ของธรรมชาติ เจริญบุญ และ มุทิทา พนาสถิตย์<sup>23</sup> ที่พบว่า จิตแพทย์

ไทยรุ่นเยาว์มีการเลือกทำจิตบำบัดโดยเทคนิคจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นอันดับที่ 1 และมีอันดับถัดไปตามลำดับ ดังนี้ จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) และจิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) ตามลำดับ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้คำนิยามจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented

**ตารางที่ 3** ทศนคติต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองต่ออาจารย์ที่ปรึกษากับความสนใจในการทำจิตบำบัด (n=26)

	ไม่เห็นด้วย n (%)	ปานกลาง n (%)	เห็นด้วย n (%)	Spearman correlation <sup>#</sup> (p-value)
อาจารย์ที่ปรึกษาให้เวลาแก่ท่านในการปรึกษาแนะนำการทำจิตบำบัดอย่างเพียงพอ <sup>^</sup>	4 (16.0)	6 (24.0)	15 (60.0)	0.15 (0.62) <sup>###</sup>
การปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาช่วยให้ท่านมีความมั่นใจในการทำจิตบำบัดมากขึ้น <sup>^</sup>	0 (0)	4 (16.0)	21 (84.0)	0.04 (0.88) <sup>###</sup>
ท่านมีความยากลำบากในการหาอาจารย์เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัด	12 (48.0)	10 (40.0)	4 (12.0)	-0.48 (0.07)
ท่านมีความยากลำบากในการติดต่อด้านหมายกับอาจารย์ที่ปรึกษาของท่าน <sup>^</sup>	9 (36.0)	10 (40.0)	6 (24.0)	0.26 (0.37) <sup>###</sup>
ท่านคิดว่าคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถนำไปใช้ในการทำจิตบำบัดได้จริง <sup>^</sup>	18 (72.0)	1 (4.0)	6 (24.0)	-0.04 (0.88) <sup>###</sup>
อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยจัดการผลกระทบทางจิตใจในด้านลบที่เกิดจากการทำจิตบำบัดต่อตัวท่านได้ <sup>^</sup>	21 (84.0)	1 (4.0)	3 (12.0)	-0.57 (0.03) <sup>###,*</sup>

<sup>^</sup> คำนวณจากผู้เข้าร่วมวิจัย 25 คน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คนไม่มีอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัดจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

<sup>#</sup> Spearman correlation แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติต่ออาจารย์ที่ปรึกษากับความสนใจในการทำจิตบำบัด โดยคำนวณเฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 2 - 3 (n=15)

<sup>###</sup> คำนวณจากผู้เข้าร่วมวิจัย 14 คน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คนไม่มีอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัดจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

<sup>\*</sup> มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

psychotherapy) ส่วนเทคนิคการทำจิตบำบัดที่ไม่ได้ถูกรายงานในการศึกษาครั้งนี้แต่รายงานในการศึกษาของ ธรรมชาติ และ มูทิตา พนาสฤติ<sup>23</sup> ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) และจิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) คณะผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า ข้อมูลดังกล่าวอาจมาจากผู้เข้าร่วมวิจัยจิตแพทย์รุ่นเยาว์ที่ให้ข้อมูลเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีการใช้เทคนิคจิตบำบัดใน 2 รูปแบบนี้มากกว่าจิตแพทย์ทั่วไป หรือเทคนิคจิตบำบัดเหล่านี้ แพทย์ประจำบ้านอาจปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ แต่ไม่ได้ทำในรูปแบบจิตบำบัดมาตรฐานตามที่นิยามไว้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ได้ถูกรายงานในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงเหตุที่แท้จริงต่อไป

ทศนคติเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดเป็นอันดับ 1 ซึ่งมีความสำคัญในการทำจิตบำบัดต่อการรักษาผู้ป่วยสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่มากขึ้น ในขณะที่ความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาของการทำจิตบำบัดและความไม่เชื่อมั่นในการดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่ลดลง โดย

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่สนใจที่จะทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยหลังจากสำเร็จการฝึกอบรม หากภาระงานไม่มากเกินไป แพทย์ประจำบ้านมีทศนคติเชิงบวกต่อการทำจิตบำบัดโดยมองว่าการทำจิตบำบัดเป็นอัตลักษณ์หนึ่งในการเป็นจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>14,19,21</sup> การศึกษาวิจัยนี้ประเมินทศนคติเชิงลบต่อการทำจิตบำบัดร่วมด้วย ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยใดทำมาก่อน และพบว่าแพทย์ประจำบ้านบางส่วนสนใจในการเรียนรู้เรื่องอื่นหรือฝึกทักษะอื่นๆ มากกว่าการทำจิตบำบัด

ความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัดกับชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพที่ดีของการฝึกอบรมที่สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับการฝึกอบรมได้ การศึกษาของพรจิรา ปรวิชรกุล และคณะ<sup>19</sup> ที่ศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ไทยจากสถาบันอบรมทุกแห่งของประเทศต่อการฝึกอบรมด้านจิตบำบัด ก็พบว่าแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมากต่อหลักสูตรการฝึกอบรมด้านจิตบำบัด

ความยากลำบากในการหาอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีแนวโน้มความสัมพันธ์เชิงลบกับความสนใจในการทำจิตบำบัด แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ การศึกษาเพิ่มเติมในผู้เข้าร่วมวิจัยที่ใหญ่ขึ้นอาจมีความจำเป็น นอกจากนี้ แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ต้องการให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาการทำจิตบำบัดในบางสาขาเพิ่มเติม ผลการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่าประเทศไทยขาดแคลนอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในการสอนการทำจิตบำบัด การศึกษาในประเทศเดนมาร์กของ L.M. Schmidt et al.<sup>15</sup> ก็รายงานปัญหาเรื่องการขาดแคลนในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านเช่นกัน อย่างไรก็ตาม แพทย์ประจำบ้านมีอัตราการเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ถึงประโยชน์ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษา โดยหากอาจารย์ที่ปรึกษาสามารถให้เวลาเพียงพอกับแพทย์ประจำบ้าน อาจจะเป็นผลให้แพทย์ประจำบ้านเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรึกษาในการทำจิตบำบัดมากยิ่งขึ้น และการมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่ดูแลจิตใจแพทย์ประจำบ้านได้น่าจะส่งผลให้ความสนใจในการทำจิตบำบัดมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ S. Zisook et al.<sup>17</sup> ที่รายงานถึงความสัมพันธ์ของอาจารย์ที่ปรึกษากับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่ลดลงในแพทย์ประจำบ้านในสหรัฐอเมริกา

อุปสรรคในการทำจิตบำบัดอีกอย่างหนึ่งคือ ภาระงานแพทย์ประจำบ้านเกือบครึ่งหนึ่ง มองว่าภาระงานที่มากเกินไปอาจส่งผลให้ไม่อยากทำจิตบำบัด ผลการศึกษเกี่ยวกับภาระงานและการทำจิตบำบัดมีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่รายงานว่า อาสาสมัครร้อยละ 77 มีความยากลำบากในการจัดหาเวลาเพื่อฝึกฝนทักษะการทำจิตบำบัดในประเทศเดนมาร์ก<sup>15</sup> และการศึกษาในประเทศไทย<sup>23</sup> ที่พบว่าจิตแพทย์ไทยรุ่นเยาว์ร้อยละ 85.4 ไม่สามารถจัดหาเวลาเพื่อฝึกฝนการทำจิตบำบัดได้ คณะผู้วิจัยเสนอว่าหากสถาบันฝึกอบรมสามารถจัดสรรภาระงานและเวลาในการทำจิตบำบัดอย่างเหมาะสม อาจส่งเสริมให้เกิดการทำจิตบำบัดที่มากขึ้นได้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่รายงานว่ามีความตั้งใจจะทำจิตบำบัดต่อในอนาคตหลังสำเร็จการฝึกอบรม หากระบบบริการและภาระงานรองรับ

### ข้อจำกัด (Limitation)

ข้อจำกัดสำคัญของการศึกษานี้ คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก และการมีสัดส่วนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ที่น้อย การศึกษาวิจัยนี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

(COVID-19) ทำให้ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ ข้อมูลประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้อาจยังไม่สามารถอธิบายถึงกลุ่มประชากรทั้งหมด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มากขึ้น

การศึกษานี้ คณะผู้วิจัยเลือกใช้จำนวนครั้งการทำจิตบำบัดในการวัดความสนใจในการทำจิตบำบัดเนื่องจากเป็นตัววัดที่เป็นรูปธรรม (objective) อย่างไรก็ตาม จำนวนเวลาที่มีโอกาสในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีไม่เท่ากัน อาจเป็นปัจจัยรบกวน (confounding factor) ที่ทำให้จำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากความสนใจในการทำจิตบำบัดได้ คณะผู้วิจัยไม่สามารถวิเคราะห์ผลแยกชั้นปีได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีไม่มากพอ ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลลัพธ์ด้านความสนใจในการทำจิตบำบัดยังมีความจำเป็น

### ข้อเสนอแนะและการประยุกต์ใช้ (recommendation and implementation)

การศึกษานี้พบว่ามุมมองที่มีต่อประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดมีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ผู้ที่มองว่าการทำจิตบำบัดยังจำเป็นในผู้ป่วยบางรายมีแนวโน้มที่จะสนใจการทำจิตบำบัดมากกว่าในขณะที่ผู้ที่มีมุมมองว่าการรักษาอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หรือการรักษาด้วยการกระตุ้นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial magnetic stimulation) มีประสิทธิภาพมากกว่าการทำจิตบำบัดก็มีแนวโน้มที่จะสนใจการทำจิตบำบัดน้อยกว่า คณะผู้วิจัยเสนอว่า การทำให้แพทย์ประจำบ้านตระหนักถึงผลลัพธ์การรักษาที่ดีจากการทำจิตบำบัดและมีความเข้าใจข้อบ่งชี้ในการทำจิตบำบัด อาจเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการสร้างความสนใจในการทำจิตบำบัด

นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ที่มีความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัดมักจะสนใจในการทำจิตบำบัดและการเริ่มสะสมประสบการณ์การทำจิตบำบัดตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 หากสถาบันฝึกอบรมสามารถพัฒนาความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านได้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 อาจทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความสนใจในการทำจิตบำบัดเพิ่มขึ้นและมีโอกาสในการพัฒนาการทำจิตบำบัดได้ก่อน ซึ่งอาจทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการทำจิตบำบัดเมื่อฝึกอบรมได้มากขึ้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยรายงานความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด พบว่าด้านทัศนคติมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 และอันดับที่ 2 เป็นปัจจัยด้านความรู้ทักษะและปัจจัยด้านอาจารย์ที่ปรึกษาในลำดับใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์สถิติที่พบว่าปัจจัยในด้านทัศนคติ อาจารย์ที่ปรึกษา ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นคณะผู้วิจัยมองว่า ลำดับความสัมพันธ์นี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะด้านที่ละเอียดมากขึ้น หรือกรณีที่สถาบันฝึกอบรมมีทรัพยากรจำกัด สถาบันฝึกอบรมอาจเลือกใช้ทรัพยากรในการพัฒนาปัจจัยที่สำคัญตามลำดับได้

## สรุป

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด มีทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดในทิศทางที่เป็นบวก มีความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัดในระดับปานกลาง และเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างเป็นประจำ ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ได้แก่ ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัด และอาจารย์ที่ปรึกษา โดยความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาคือการทำจิตบำบัดและความมั่นใจในความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ความไม่เพียงพอของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัด ความไม่มั่นใจในการดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา และภาระงานที่มากเกินไป สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านที่ลดลง

## กิตติกรรมประกาศ

ในโอกาสนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.นพ.เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ อ.นพ.พลภัทร โล่เสถียรกิจ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

## ทุนสนับสนุนการวิจัย

โครงการวิจัยนี้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนพัฒนาแพทยศาสตร์ศึกษา (Fund16) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

## ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันของคณะผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นพ.วุฒิกิตกร เอี่ยมมัย ศึกษาค้นคว้าข้อมูลการศึกษาก่อนหน้า ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ยกย่องบทความ และรายงานผลการวิจัย

ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตตภา สว่างเครื่องมือวิจัย คัดเลือกวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนร่างบทความ

รศ.พญ.ณัฐฐา สายสวย ให้กรอบความคิดในการสร้างการวิจัย ทบทวนร่างบทความ

คุณนราทิพย์ สงวนพานิชย์ วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล

อ.นพ.นที วีระวรรณ ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนร่างบทความ

## เอกสารอ้างอิง

- Gabbard GO. Psychotherapy in psychiatry. *International Review of Psychiatry* 2007;19(1):5-12.
- Marwood L, Wise T, Perkins AM, Cleare AJ. Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neurosci Biobehav Rev* 2018;95:61-72.
- Tavakoli S. The place of psychotherapy in contemporary psychiatry. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014;8(4).
- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):376-85.
- Hazell CM, Hayward M, Cavanagh K, Strauss C. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clin Psychol Rev* 2016;45:183-92.
- Lutgens D, Gariepy G, Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210(5):324-32.
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjemistad K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14(Suppl 1).
- Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder. *Can J*

- Psychiatry 2016;61(9):524-39.
9. Holmes J, Mizen S, Jacobs C. Psychotherapy training for psychiatrists: UK and global perspectives. *International Review of Psychiatry* 2007;19(1):93-100.
  10. Accreditation Council for Graduate Medical Education [Internet]. ACGME program requirements for graduate medical education in psychiatry. 2017 Jul 1 [cited 2020]2107. Available from [https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/400\\_psychiatry\\_2017-07-01.pdf](https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/400_psychiatry_2017-07-01.pdf).
  11. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. Specialty training requirements in psychiatry. 2015 [cited 2020]. Available from [https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry\\_str\\_e.pdf](https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry_str_e.pdf)
  12. Royal College of Psychiatrists [Internet]. A competency based curriculum for specialist core training in psychiatry. 2017 [cited 2020]. Available from <https://www.acgme.org/search/?q=program%20requirement%20psychiatry>
  13. Ravitz P, Lawson A, Fefergrad M, Rawkins S, Lancee W, Maunder R, et al. Psychotherapy competency milestones: An exploratory pilot of CBT and psychodynamic psychotherapy skills acquisition in junior psychiatry residents. *Academic Psychiatry* 2018;43(1):61-6.
  14. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. A national survey of Canadian psychiatry residents' perceptions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 2007;52(11):710-7.
  15. Schmidt LM, Foli-Andersen NJ. Psychotherapy and cognitive behavioral therapy supervision in Danish psychiatry: Training the next generation of psychiatrists. *Academic Psychiatry* 2015;41(1):4-9.
  16. Kovach JG, Dubin WR, Combs CJ. Psychotherapy training: Residents' perceptions and experiences. *Academic Psychiatry* 2014;39(5):567-74.
  17. Zisook S, Mcquaid JR, Sciolla A, Lanouette N, Calabrese C, Dunn LB. Psychiatric residents' interest in psychotherapy and training stage: A multi-site survey. *American Journal of Psychotherapy* 2011;65(1):47-59.
  18. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ ฉบับ พ.ศ. 2561: ปรับปรุงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rcpsycht.org/th/training/info>
  19. Pariwatcharakul P, Saisavoey N, Ratta-apha W, Singhakant S, Sitdhiraksa N, Wannarit K, et al. Psychotherapy training in Thailand: Psychiatry residents' perspective. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(2):199-211.
  20. Shachar OL, Mendlovic S, Hertzberg L, Baruch Y, Lurie I. Individual psychotherapy ("Talking Therapy"): A survey of attitudes among residents & specialists in psychiatry; Israel 2010-2011. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2016;53:48-57.
  21. Radu GM, Harris GE, Bonnell W, Bursley K. Psychiatry trainees' attitudes towards psychotherapy. *Open Journal of Medical Psychology* 2015;04(04):124-30.
  22. AlOtaibi R, AlHadi A, AlObaid LL. Psychiatric resident attitudes towards psychotherapy training and associated factors. *Ulutas Med J* 2018;4(3):124.
  23. Charernboon T, Phanasathit M. Psychotherapy practices and training experiences: A national survey of young Thai psychiatrists. *J Med Assoc Thailand* 2011;94:95-101.