



ปกิณกะ

การศึกษาต่อเนื่องทางด้าน จิตเวชศาสตร์*

รศ. นพ. พิเชฐ อุดมรัตน์**

บทนำ

หากจิตแพทย์คนหนึ่งเกิดกลับไปเป็นเจ้าชายหรือเจ้าหญิงนิทราเมื่อ พ.ศ.2524 แล้วตื่นขึ้นมาอีกครั้งเมื่อปี พ.ศ.2544 จิตแพทย์คนนั้นคงจะประหลาดใจอย่างมาก เมื่อพบว่าในหนังสือคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับล่าสุดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV-TR)¹ มีโรคใหม่ชื่อ Acute Stress Disorder ที่ตนไม่เคยรู้จักมาก่อน จนอาจต้องแอบกระซิบถามเพื่อนสนิทว่าโรคนี้อาจต่างจาก Post-traumatic stress disorder หรือ Adjustment disorder อย่างไรยิ่งไปดูชื่ออาจยิ่งงงไปใหญ่ เพราะมีชื่อยาใหม่ๆ ที่ไม่เคยได้ยิน ไม่ว่าจะเป็น risperidone, olanzapine หรือ quetiapine ในการรักษาโรคจิตเภท หรือยา antidepressants กลุ่มใหม่ๆ เช่น NaSSA, SNRI เพราะก่อนจะหลับยวมนั้น จิตแพทย์คนดังกล่าวเพิ่งอ่านพบในวารสารถึงยากกลุ่มใหม่คือ SSRI ที่มาแทนที่ TCA เท่านั้น นี่แสดงว่าเพียงแค่ 20 ปีก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปอย่างมากในวงการจิตเวชศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านชีวจิตเวชศาสตร์ (biological psychiatry)

สองโรคใหม่ในกลุ่มแพทย์ : โรค NET และโรค NEK

หากในความเป็นจริง จิตแพทย์คนนั้นไม่ได้กลับไป แต่กลับเป็นโรค NET หรือกลุ่มอาการที่มีเวลาไม่พอ (No Enough Time syndrome) ทำให้แม้เขาจะมีเวลา 24 ชั่วโมงเท่าจิตแพทย์คนอื่น แต่ใน 24 ชั่วโมงของเขาก็ถูกจัดสรรไปให้กับภาระอื่นๆ ที่รุมเร้าอยู่รอบด้าน จนไม่มีเวลาติดตามความรู้ใหม่ๆ ทำให้ในที่สุดก็เป็นโรคเพิ่มขึ้นอีกอย่างที่ผมขอให้ชื่อว่า NEK คือกลุ่มอาการที่มีความรู้ไม่พอ (No Enough Knowledge syndrome) ซึ่งโรคทั้งสองสามารถรักษาได้ด้วย TM และ CPE

TM ในที่นี้ไม่ได้หมายถึง Transcendental Meditation แต่หมายถึง Time Management คือการบริหารเวลา เป็นยาที่ใช้รักษาโรค NET ได้ ส่วน CPE คือ Continuing Psychiatric Education หรือจิตเวชศาสตร์ศึกษาต่อเนื่อง เป็นยาขนานเอกสำหรับใช้รักษาโรค NEK นั้นเอง

*ปรับปรุงจากคำบรรยายเรื่อง “CME” ในการจัดสัมมนาโครงการพัฒนาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ ของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2544 เวลา 11.30-12.00 น. ณ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

CPE คือ หัวใจหลักของภาพลักษณ์จิตแพทย์ ในอนาคต

การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์หรือแพทย-
ศาสตรศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical
education, CME) เป็นเรื่องที่ได้มีการอภิปรายกัน
มากในการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่
6 และได้กำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติ โดยให้
แพทยสภาประสานงานกับองค์กรวิชาชีพแพทย์และ
โรงเรียนแพทย์ต่างๆ ในการพัฒนาระบบการศึกษา
ต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายการศึกษาต่อเนื่องของ
แพทย์ในระดับชาติขึ้น ปัจจุบันแพทยสภาได้ก่อตั้ง
ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ที่มีชื่อ
เป็นภาษาอังกฤษว่า Center for Continuing Medical
Education (CCME) ซึ่งเป็นการจัดตั้งขึ้นตามข้อ
บังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาต่อเนื่อง พ.ศ.2543
 ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพันธกิจข้อหนึ่งของแพทยสภา
ที่ว่าให้ “แพทย์มีความสามารถพัฒนาตนเองในทุกๆ
ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามความก้าวหน้า
ทางวิชาการและเทคโนโลยี” และแพทยสภาได้เริ่ม
ให้มีคอลัมน์ มุม CME ขึ้นในจดหมายข่าวแพทย-
สภา, มี website ชื่อ <http://ccme.hypermart.net>
 เพราะเห็นว่าการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ถือเป็น
หัวใจหลักของภาพลักษณ์วิชาชีพในอนาคต เนื่อง
จากเป็นกลไกสำคัญที่จะเชื่อมโยงองค์ความรู้ใหม่
กับความรู้เก่าที่เคยเรียนอยู่ในโรงเรียนแพทย์ เป็น
การเตรียมความพร้อมให้แพทย์มีศักยภาพในการ
พัฒนาตนเอง² ถ้าเช่นนั้นสำหรับจิตแพทย์แล้ว
หัวใจหลักของภาพลักษณ์จิตแพทย์ในอนาคตก็คือ
จิตเวชศาสตรศึกษาต่อเนื่องนั่นเอง เพราะทำให้
จิตแพทย์ไทยทันสมัย ก้าวทันวิชาการ และคง
มาตรฐานของการรักษาตามแนวทางในปัจจุบัน

การวิเคราะห์สถานการณ์การศึกษาต่อเนื่อง ของแพทย์ทั้งประเทศ

เมื่อปี พ.ศ.2538 แพทยสภาเริ่มวิเคราะห์

สถานการณ์ปัจจุบันโดยให้ทุนสนับสนุน รศ.นพ.
สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ทำการศึกษาวิเคราะห์การ
ประชุมวิชาการที่เกี่ยวกับแพทย์และสาธารณสุขใน
ปี พ.ศ.2537 ผลการวิจัยพบว่า มีกิจกรรมการศึกษา
ต่อเนื่องประเภทที่ 1 คือ มีโครงการเพิ่มพูนวิชาการ
ของแพทย์ทั้งสิ้น 507 โครงการ ซึ่งประกอบด้วย
โครงการสำหรับแพทย์ทั่วไป 165 โครงการ (คิดเป็น
ร้อยละ 33) สำหรับแพทย์เฉพาะทาง 137 โครงการ
(คิดเป็นร้อยละ 13) ที่เหลือเป็นเรื่องเกี่ยวกับ
คอมพิวเตอร์ สถิติ จริยธรรม ฯลฯ ซึ่งรองรับผู้มาลง
ทะเบียนจากแพทย์ทั่วไป 35,001 คน และแพทย์
เฉพาะทางได้ถึง 8,350 คน ตลอดปี พ.ศ.2537 มี
กิจกรรมประเภทที่ 1 ที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพและ
สถาบันการศึกษาทั้งสิ้น 917,590 คน-ชั่วโมง ซึ่ง
ความต้องการของแพทย์ทั้งประเทศมีเพียง 559,710
คน-ชั่วโมง (โดยคิดจากแพทย์ 1 คน ควรจะมีกิจกรรม
ประเภทที่ 1 ประมาณ 30 ชั่วโมง คูณด้วยจำนวน
แพทย์ในปี พ.ศ.2537 ซึ่งเท่ากับ 18,657 คน)

ส่วนกิจกรรมประเภทที่ 2 จัดขึ้นในโรงพยาบาล
ทุกแห่งทั่วประเทศ เช่น Grand round, Interesting
case ฯลฯ นั้น ผู้วิจัยได้สำรวจโรงพยาบาล 114 แห่ง
พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลที่มีจำนวน
เตียงน้อย (น้อยกว่า 60 เตียง) และมีจำนวนแพทย์
ไม่เกิน 6 คน จะไม่มีกิจกรรมประเภทที่ 2 นี้ ส่วน
โรงพยาบาลที่มีกิจกรรมประเภทที่ 2 มี 38 แห่ง ถ้า
จัดได้น้อยสุดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ทุก
คนก็สามารถมีหน่วยกิตชั่วโมงที่มาจากกิจกรรม
ประเภทนี้ได้เพียงพอ นั่นคือได้น้อยสุด 50
หน่วยกิตชั่วโมงต่อปี (ซึ่งถ้าจำกัดไว้ไม่ต่ำกว่า 20
หน่วยกิต ก็หมายความว่าเกินพอแก่ความต้องการ)

จากการสำรวจโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 2
กลุ่มที่มีจำนวนเตียงต่างกัน กล่าวคือ รพช.ขนาด
60-90 เตียง และ รพช.ขนาด 10-30 เตียง ซึ่งได้
ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้นรวม 288 แห่ง เมื่อ
สอบถามเรื่องงานประจำที่ต้องใช้ความรู้ด้านการ

แพทย์และสาธารณสุขว่าได้เคยทำอะไรมาบ้างมากน้อยเพียงใดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ clinical practice guidelines การสำรวจสภาวะสุขภาพชุมชน การสำรวจผู้ป่วยที่มารับบริการ นวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข การสร้างสรรค์ระบบหรือกิจกรรม การให้บริการ การสอนข้างเตียงแก่แพทย์รุ่นน้อง การถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การเข้าร่วมอภิปรายในปัญหาการแพทย์และสาธารณสุข การทำวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข การตีพิมพ์บทความด้านการแพทย์และสาธารณสุข การออกข้อสอบสำหรับแพทย์/บุคลากรด้านการแพทย์ เป็นต้น

เมื่อนำเอากิจกรรมเหล่านี้มานับเป็นหน่วยกิต ชั่วโมงก็พบว่า โดยเฉลี่ย รพช.จะมีหน่วยกิตชั่วโมงที่ได้มาจากกิจกรรมเหล่านี้มากถึง 46.8 หน่วยกิต ชั่วโมง ซึ่งมากเกินเกณฑ์ที่ ศ.น.พ.ได้วางสำหรับ 1 คนต่อปี ดังนั้นแพทย์สภาได้เล็งเห็นว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นงานประจำที่แพทย์เองต้องมีการชวนช่วยหาความรู้มาเตรียมข้อมูล อีกทั้งยังเป็นแรงเสริมให้กับงานบริการซึ่งเป็นหน้าที่หลักของ รพช. ได้ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพสูงขึ้น ศ.น.พ.ภายใต้กำกับของแพทย์สภาจึงได้บัญญัติกิจกรรมใหม่เหล่านี้เพื่อเอื้ออำนวยให้แพทย์ที่ทำงานด้านบริการในชุมชนสามารถนำมาขึ้นทะเบียนกับ ศ.น.พ.ได้โดยตรง และคณะกรรมการบริหาร ศ.น.พ.ได้นำกิจกรรมส่วนบุคคลเหล่านี้มาจัดอยู่ในประเภทที่ 3 เพราะไม่จำเป็นต้องขออนุมัติจากหน่วยงานใดและโรงพยาบาลหรือคลินิกที่แพทย์ผู้นั้นได้ปฏิบัติงานอยู่ก็ไม่จำเป็นต้องผ่านการรับรองจาก ศ.น.พ.อีกด้วย

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องที่แพทย์สภากำหนด

ปัจจุบันแพทย์สภาได้กำหนดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องเป็น 4 กลุ่ม จำนวน 32 กิจกรรมดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 เป็นกิจกรรมกลุ่มซึ่งมุ่งเน้นองค์

ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่

- (1) การประชุมวิชาการประจำปี
- (2) การอบรมฟื้นฟูวิชาการ หรือการอบรมระยะสั้น
- (3) การอบรมเชิงปฏิบัติการ
- (4) การสัมมนาทางวิชาการ
- (5) การอภิปรายหมู่ทางวิชาการ
- (6) การบรรยายทางวิชาการเป็นชุดต่อ

เนื่อง (lecture series)

- (7) การบรรยายพิเศษทางวิชาการ

2. กลุ่มที่ 2 เป็นกิจกรรมกลุ่มซึ่งเรียนจากผู้ป่วยเป็นฐาน ได้แก่

- (8) การทบทวนหัวข้อทางการแพทย์

(Medical topic reviews)

- (9) การประชุมวิชาการระหว่างโรงพยาบาล

(10) การประชุมวิชาการระหว่างภาควิชา/แผนก (Interdepartmental academic conference)

- (11) การประชุมวิชาการของภาควิชา/แผนก

(12) การประชุมเพื่อศึกษาปัญหาทุพพลภาพและเสียชีวิตเนื่องจากการรักษา (Morbidly and mortality conference)

(13) การเสนอรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case)

- (14) การจัดสโมสรวารสาร (Journal Club)

3. กลุ่มที่ 3 เป็นกิจกรรมเฉพาะตัวแพทย์ที่ได้จัดทำขึ้นด้วยตนเอง แบ่งเป็น

3.1 กิจกรรมเกี่ยวกับงานสอน งานวิจัย และงานบริการ ได้แก่

- (15) การตีพิมพ์บทความในวารสารการแพทย์

(16) การนำเสนอผลงานทางวิชาการ (Scientific presentation)

- (17) การกลั่นกรองบทความโดยคณะ

- บรรณาธิการ (Editorial peer reviews)
- (18) การกลั่นกรองโครงร่างงานวิจัย (Research proposal and ethical reviews)
- (19) การอ่านผลงานเพื่อประเมินตำแหน่งทางวิชาการ (Peer review reader)
- (20) การเป็นวิทยากร/ผู้อภิปราย ในกิจกรรมเลขที่ (1) ถึง (13)
- (21) การออกแบบทดสอบ ได้แก่ การออกข้อสอบ การสร้างสื่อการศึกษาพร้อมแบบทดสอบ (Internet CME, CAI and other tests)
- 3.2 กิจกรรมเกี่ยวกับการศึกษาด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ ที่ผลิตโดยสถาบัน และศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ได้แก่
- (22) การศึกษาที่มีปฏิสัมพันธ์กับคอมพิวเตอร์
- (23) การประเมินและทบทวนความรู้ด้วยตนเองโดยสื่อสำเร็จรูป ได้แก่ เทปบันทึกเสียง/บันทึกภาพ แบบศึกษาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ เป็นต้น
- 3.3 กิจกรรมเฉพาะตัวบุคคลที่ทำเองอื่นๆ และคณะกรรมการฯ เห็นสมควร ได้แก่
- (24) การสอน/แสดงข้างเตียง (Bed-side teaching round)
- (25) การเขียนแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline)
- (26) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย และการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อการรักษา
- (27) การถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Medical and public health education provider)
- (28) การร่วมประชุมการบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Administrative meeting)
- (29) โครงการสำรวจผู้รับบริการ (Patient survey)
- (30) โครงการสร้างสรรระบบหรือกิจกรรม

- การให้บริการพิเศษ (Special initiative)
- (31) โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพในชุมชน (Community health survey)
- (32) การสร้างนวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Medical and public health innovation)
4. กลุ่มที่ 4 กิจกรรมวิชาการอื่นๆ ซึ่งไม่เข้ากับประเภทที่ 1-3 และคณะกรรมการฯ เห็นสมควร
คำว่า สถาบันหลักและสถาบันรองที่ระบุไว้ข้างต้นนั้น แพทยสภากำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้คือ
1. สถาบันหลัก
มีคุณสมบัติหลักในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
ได้แก่
- เป็นสถาบันที่มีภารกิจการสอนและการฝึกอบรมเป็นหลัก ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์
 - เป็นองค์กรวิชาชีพหลัก ได้แก่ ราชวิทยาลัย /วิทยาลัย
 - เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข
 - เป็นองค์กรวิชาชีพอื่น/โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ 1 เลขที่ (1)-(7) และพึงมีคุณสมบัติอื่นๆ ดังนี้
- 1.1 มีหน่วยงานหรือฝ่ายที่มีหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในสังกัด หรือเป็นสมาชิกกับองค์กรที่ได้รับการรับรอง
- 1.2 มีระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงได้กับ ศ.น.พ. อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3 มีศักยภาพในการผลิตกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์หลายรูปแบบ / ทุกประเภท
2. สถาบันรอง มีคุณสมบัติดังนี้
- 2.1 มีหน่วยงาน/ฝ่ายที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการศึกษาต่อเนื่อง และมีกระบวนการที่สามารถเก็บรวบรวมรายชื่อแพทย์ที่เข้าร่วมกิจกรรมจริงได้
- 2.2 มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
- 2.3 มีกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของ

แพทย์ประจำสถาบันรอง ได้แก่ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

การศึกษาต่อเนื่องกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ในขณะที่เตรียมต้นฉบับอยู่นี้ แพทย์สภายังไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ของการศึกษาต่อเนื่องกับการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่มีข้อเสนอให้ที่ประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 ที่จะประชุมกันในวันที่ 9-11 เมษายน 2544 ได้พิจารณา ดังนี้

1. ไม่มีการสอบเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ให้มีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุก 5 ปี
3. กำหนดให้แพทย์แต่ละคนมีกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องอย่างน้อย 150 หน่วยชั่วโมงต่อ 5 ปี โดยมีกิจกรรมกลุ่มที่ 1 ไม่น้อยกว่า 50 หน่วยชั่วโมง และกิจกรรมกลุ่มที่ 2 และหรือกลุ่มที่ 3 และหรือกลุ่มที่ 4 อีกไม่น้อยกว่า 100 หน่วยชั่วโมง
4. กิจกรรมกลุ่มที่ 1 กำหนดให้คิด 1 หน่วยกิตต่อ 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่ 2, 3 และ 4 จะมีการพิจารณารายละเอียดต่อไป
5. ต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยอัตโนมัติ เมื่อแพทย์มีการศึกษาต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

ไม่ว่าผลของการประชุมจะออกมาอย่างไร แต่สิ่งหนึ่งที่แน่นอนก็คือ เรื่องการศึกษาต่อเนื่องนี้เป็นเรื่องที่แพทย์ทุกคนซึ่งรวมทั้งจิตแพทย์จะถูกบังคับให้มีกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องอย่างแน่นอน³

บทบาทของราชวิทยาลัยฯ กับสมาคมฯ ในเรื่องการศึกษาต่อเนื่อง

ผู้เขียนขอเสนอความคิดเห็นดังนี้
ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยควรมี

กรรมการท่านหนึ่งที่รับผิดชอบในฐานะผู้บริหารโครงการการศึกษาต่อเนื่องของจิตแพทย์ (CME program administrators) ซึ่งอาจมอบหมายให้ประธานวิชาการของราชวิทยาลัยฯ ทำหน้าที่นี้ควบคู่ไปด้วย โดยมีบทบาทในการวางแผนและสร้างหลักสูตรสำหรับการศึกษาต่อเนื่อง ประสานงานกับศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ของแพทยสภา เพื่อขอหน่วยกิตสำหรับกิจกรรมทางวิชาการต่าง ๆ (accrediting CME) และอบรมจิตแพทย์ที่จะไปทำหน้าที่เป็นครูผู้ให้การศึกษาต่อเนื่อง (CME educators)

ในส่วนของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยอาจมีบทบาทผ่านทางวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โดยจัดให้มีบทความเพื่อการศึกษาต่อเนื่อง (CME article) เพื่อให้จิตแพทย์ที่อ่านบทความแล้วได้ตอบคำถามท้ายบท แล้วตอบกลับมาเพื่อรับหน่วยกิตสำหรับการศึกษาต่อเนื่อง (CME credit)

8 หลักการสำหรับการศึกษาต่อเนื่องเพื่อชีวิต

ในการประชุมเพื่อปฏิรูป (reform) แพทยศาสตรศึกษาต่อเนื่องในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ.1997 (พ.ศ.2540) นั้น ได้ข้อสรุปเป็นหลักการ (principles) 8 ข้อ สำหรับการศึกษาต่อเนื่องเพื่อชีวิตไว้ดังนี้⁴

1. การสร้างโปรแกรมและเนื้อหา ควรอยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ความต้องการ (need assessment) ของผู้เรียนเป็นหลัก และถ้าสามารถทำได้ ควรให้ผู้ที่จะมาเรียนช่วยกันวางแผน หรือร่วมกันกำหนดเนื้อหาด้วย
2. การศึกษาต่อเนื่องควรมีเป้าหมายเพื่อสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) ได้แก่ critical thinking, problem solving, clinical reasoning และ decision making process
3. เลือกวิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้

เหมาะสม เช่น self-directed learning (SDL), การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning, PBL) เป็นต้น

4. นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพร้อมใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ (educational tools) เช่น CD-ROM, Computer-based interactive learning เป็นต้น

5. คณะกรรมการสร้างหลักสูตร CME เอง ควรมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมในเรื่องกระบวนการของการศึกษา (education process) เพื่อจะได้ไปจัดทำกิจกรรมการศึกษา ต่อเนื่องได้อย่างประสบความสำเร็จ

6. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ควรสนับสนุนและสอดคล้องกับ evidence-based medicine (EBM)

7. เมื่อใดที่ทำได้ควรจัดให้มีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสาขา (inter-disciplinary interaction) หรืออภิปรายร่วมกันในกลุ่ม

8. ประสิทธิภาพของการศึกษาต่อเนื่องนี้ไม่ควรจะดูแต่การวัดผลเฉพาะด้านความรู้เปรียบเทียบก่อน (pre test) และหลัง (post test) ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการเท่านั้น แต่ควรดูว่าการศึกษาต่อเนื่องนั้นสามารถเปลี่ยนเวชปฏิบัติของแพทย์ได้หรือไม่ และมีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) อย่างไร

สอนแพทย์ประจำบ้านอย่างไร เพื่อให้ศึกษาต่อเนื่องได้ในอนาคต

เป็นที่ยอมรับกันว่า ไม่มีใครคนใดจะสอนเนื้อหาให้รู้ทั้งหมดได้ เพราะความรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา การศึกษาในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นไปที่กระบวนการ (process) ของการแสวงหาความรู้มากกว่าเนื้อหา เน้นที่นักเรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเน้นการสอนที่ให้ผู้เรียนรู้จักคิด

หากแพทย์ประจำบ้านเล่าประวัติผู้ป่วยที่รับใหม่รายหนึ่งว่าเป็น known case of schizophrenia

ครูผู้สอนอาจตั้งคำถามยั่วให้คิดว่า รู้ได้อย่างไรว่าใช้ schizophrenia, เป็น known case ของใคร เพราะไม่จำเป็นที่ case ซึ่งเคยถูกวินิจฉัยในครั้งแรกว่าเป็น schizophrenia จะยังคงการวินิจฉัยเดิม เนื่องจากอาจถูกวินิจฉัยผิดในครั้งแรกก็ได้ ใครที่เคยอ่านประวัติความเป็นมาของโรคแพนิค⁵ คงทราบว่า Donald F Klein ได้เฝ้าสังเกตกลุ่มผู้ป่วยใน ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะอาการที่ต่างออกไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพราะมักวิ่งมาหาพยาบาลที่เคาน์เตอร์บ่อยๆ ว่าตัวเองใจสั่น เหงื่อแตก แน่นหน้าอก และกลัวว่าตัวเองจะตาย และผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยตอบสนองต่อยารักษาโรคจิต แต่กลับตอบสนองดีต่อยา imipramine แทน ซึ่งในขณะนั้น Klein เรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า phobic anxiety syndrome ซึ่งก็คือ panic disorder ในปัจจุบันนั่นเอง⁶ ถ้า Klein ไม่รู้จักโรค แพนิค ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจยังถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังอยู่ รวมทั้งอาจเป็น candidate สำหรับทำ clinical trial ของยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ก็เป็นได้!

สอนให้คิด ฮิตมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล

ความจริงเรื่องสอนให้คิดนี้ไม่ใช่ของใหม่ องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าพระบรมศาสดา ซึ่งถือเป็นครูผู้ยิ่งใหญ่ของโลกคนหนึ่งก็ได้ทรงเน้นหลักของการคิดโดยแยกคาย (โยนิโสมนสิการ) เอาไว้ และได้ทรงใช้วิธีสอนให้คิดโดยแยกคายนี้ถึง 10 วิธีด้วยกัน คือ คิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย คิดแบบแยกแยะส่วนประกอบ คิดแบบรู้เท่าทันธรรมดา คิดแบบแก้ปัญหา คิดแบบสัมพันธ์หลักการกับการมุ่งหมาย คิดมองคุณโทษและทางออก คิดแบบคุณค่าแท้และคุณค่าเทียม คิดแบบอุบายปลูกเร้าคุณธรรม คิดตามสภาพเป็นอยู่ปัจจุบัน และคิดจำแนกแยกแยะออกให้ครบทุกแง่ทุกมุม ผู้ที่สนใจในเรื่องนี้

สามารถหาอ่านรายละเอียดได้ในหนังสือ “พุทธธรรม” ของพระราชวรมุนี ซึ่งได้อธิบายการประมวลวิธีคิดแบบโยนิโสมนสิการทั้ง 10 วิธีนี้ไว้อย่างชัดเจน

ในเรื่องการสอนให้คิดนั้นศาสตราจารย์สุนทรอมรวิวัฒน์ ได้กล่าวไว้ในหนังสือชื่อ “การสอนโดยสร้างศรัทธาและโยนิโสมนสิการ” ว่าครูจะต้องเป็นคนที่มีความคิดก่อน ความคิดย่อมมีฐานมาจากศรัทธาต่อการศึกษาหาความรู้ และต่อจุดประสงค์ที่จะนำความรู้นั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เมื่อครูมีความรู้ ความคิด ความสามารถ ครูย่อมมองเห็นแนวทางที่จะจัดวิธีสอนให้นักเรียนคิดได้

การสอนให้นักเรียนคิด

ทำให้นักเรียนมีความเห็นธรรม

การสอนให้นักเรียนเห็นธรรม

ทำให้นักเรียนรู้อย่างแท้จริง

การสอนให้นักเรียนรู้อย่างจริง

ทำให้นักเรียนแก้ปัญหาได้

การสอนให้นักเรียนแก้ปัญหาได้

ทำให้นักเรียนเติบโตอย่างมีอิสระภาพ

การศึกษาที่ดั้น ผู้เรียนยิ่งเรียนก็ยิ่งมีความรู้ รู้สึกภูมิใจตลอดไป รุ่งโรจน์เบา มองเห็นทางที่สว่าง และเดินไปตามทางนั้นอย่างมีความสุข⁴

ไม่ต้องเพิ่มเวลาใหม่ แต่สอดแทรกไปในกิจกรรมปกติ

เป็นที่น่ายินดีว่าในปัจจุบันสถาบันที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่างสอดแทรกการสอนให้คิดเข้าไปในกิจกรรมวิชาการต่างๆ ที่จัดตามปกติอยู่แล้ว เช่น วารสารสโมสร (Journal club) จากรูปแบบเดิมที่เป็นเพียงแค่การแปลเนื้อหาจากภาษาอังกฤษมาเล่าให้ฟังเป็นภาษาไทย เปลี่ยนเป็นการอภิปรายถึง methodology ว่าเหมาะสม ถูกต้องเพียงใด การศึกษานั้นมีข้อจำกัด (limitation) อะไรบ้าง สามารถนำมาปรับใช้กับสถานการณ์ทางคลินิกในประเทศไทยได้หรือไม่ เพราะเหตุใด ฯลฯ การเปลี่ยนรูปแบบ

จากแค่การแปลมาเป็นการอ่านเชิงวิพากษ์และประเมิน (critical appraisal) เช่นนี้ย่อมส่งผลให้แพทย์ประจำบ้านที่จะกลายเป็นจิตแพทย์ในอนาคตมีจิตใจใฝ่วิเคราะห์ อ่านบทความทางวิชาการอย่างมีวิจารณญาณ และนำมาให้มีใจใฝ่รู้ ไขว่คว้า ศึกษาต่อเนื่องอยู่ตลอดชีวิต (lifelong education)

บังคับทำวิจัย คือ การจุดไฟให้ไฟ

เมื่อครั้งที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เสนอหลักสูตรขอเปิดการฝึกอบรมต่อแพทยสภา โดยในหลักสูตรได้บังคับให้แพทย์ประจำบ้านจะต้องทำวิจัย ปรากฏว่าอาจารย์ผู้ใหญ่บางท่านเป็นห่วงว่าอาจทำให้แพทย์บางคนไม่เลือกที่จะสมัครมาที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพราะสามารถสมัครไปยังสถาบันฝึกอบรมอื่นที่ไม่ได้กำหนดเป็นข้อบังคับก็ได้ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์ ก็ได้กำหนดแล้วว่าผู้จะสมัครสอบนั้นต้องยื่นรายงานผลการวิจัย 1 เรื่องก่อน เพราะมองเห็นอันสืบของงานวิจัยที่จะหล่อหลอมให้เป็นคนใฝ่รู้ และนำไปสู่การศึกษาต่อเนื่องนั่นเอง

บทสรุป

เรื่องการศึกษาต่อเนื่อง เป็นเรื่องที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับจิตแพทย์ทุกคนในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความจริงแล้วไม่ว่าจิตแพทย์จะทำงานตรวจผู้ป่วย วิจัย หรือบริหารก็ตาม งานทุกอย่างล้วนมีปัญหาให้ขบคิด หรือต้องพัฒนาอยู่เสมอ การค้นคว้าเพื่อหาคำตอบของปัญหาดังกล่าว น่าจะถือว่าเป็นการศึกษาต่อเนื่องของจิตแพทย์ได้ทั้งสิ้น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยควรมีบทบาทสำคัญเพื่อช่วยให้สมาชิกที่เป็นจิตแพทย์ได้รับหน่วยกิตสำหรับการศึกษาต่อเนื่องตามข้อบังคับของแพทยสภา

ขณะเดียวกันในกระบวนการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อผลิตจิตแพทย์นั้นควรจัดการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านที่มุ่งเน้นกระบวนการแสวงหาความรู้ ฝึกให้ทำวิจัย และสอนให้รู้จักคิด เพื่อให้จิตแพทย์

ไทยในสหัสวรรษใหม่ เป็นคนทันสมัย ก้าวทันวิทยาการ คงมาตรฐานการรักษาในระดับสากล และมีจิตใจใฝ่รู้ ไขว่คว้าศึกษาต่อเนื่องอยู่ตลอดชีวิต.

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000:429-84.
2. มุม CME. จดหมายข่าวแพทยสภา 2543; 7:7.
3. ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์. เอกสารประกอบการประชุมแพทย-ศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เรื่อง การศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม. 15 กุมภาพันธ์ 2544 (เอกสารอัดสำเนา).
4. Abrahamson S, Baron J, Elstein AS, et al. Continuing medical education for life : eight principles. Academic Med 1999; 74: 1288-94.
5. พิเชฐ อุดมรัตน์. ประวัติความเป็นมาของโรคแพนนิค. สงขลานครินทร์เวชสาร 2528; 3:452-6.
6. Klein DF. Anxiety reconceptualized. In: Klein DF, Rabkin J, eds. Anxiety: New research and changing concepts. New York: Raven Press, 1981;235-63.
7. พิเชฐ อุดมรัตน์. บทบรรณาธิการ : สอนให้คิด. สงขลานครินทร์เวชสาร 2530; 5:360.