



ผลของวิดีโอทัศนศึกษาความรู้ต่อการลดความวิตกกังวลในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

Effect of an Educational Video in Reducing Anxiety Related to Electroconvulsive Therapy

ณัชพล เต็มพรเลิศ*, ปัญจภรณ์ วาลีประโคน*

Nutchaphol Tempornlerd*, Punjaporn Waleepakhon*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการรับชมวิดีโอทัศนศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่มีต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มเลือกเข้ากลุ่ม เปรียบเทียบความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถาม Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่กำลังจะรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมวิดีโอทัศนศึกษา กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม 2562 วัดในช่วงก่อนเริ่มทำการศึกษา ช่วงหลังจากได้รับข้อมูลความรู้ทันที และหลังจากครบจำนวนครั้งของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าช่วงเฉียบพลัน

ผลการศึกษา สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับชมวิดีโอทัศนศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ($n = 11$) มีคะแนนความวิตกกังวล APAIS น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($n = 10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม ทั้งช่วงหลังได้รับข้อมูลความรู้ทันทีและช่วงหลังจากได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าครบจำนวนครั้งและคะแนนมัธยฐานรวมทุกข้อคำถามของ APAIS ในกลุ่มทดลองช่วงก่อนทำการศึกษาจาก 18 คะแนน เหลือ 10 คะแนนในช่วงหลังได้รับข้อมูลความรู้ทันทีและ 6 คะแนนในช่วงหลังจากได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าครบจำนวนครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้ 19.5, 18.5 และ 12 คะแนน ใน 3 ช่วงเวลาดังกล่าวตามลำดับ

สรุป การได้รับชมวิดีโอทัศนศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าสามารถลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรกได้

คำสำคัญ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ความวิตกกังวล วิดีทัศน์

Corresponding author: ปัญจภรณ์ วาลีประโคน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(2): 153-166

ABSTRACT

Objectives : To study the effects of the electroconvulsive therapy (ECT) educational video in reducing anxiety related to electroconvulsive therapy.

Methods : A randomized control trial was conducted in both new patients with received ECT and their relatives in the Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital from July 2019 to October 2019. The Amsterdam Pre-operational Anxiety and Information Scale (APAIS) (Thai edition) was used to measure any differences in the anxiety levels between those who watched the ECT educational video additional during routine practice, and those who only received routine practice in 3 different sessions; namely, the pre-study, post-intervention and post-acute ECT courses.

Results : The addition of watching the ECT educational video during routine practice (n = 11) statistically and significantly decreases the score of all statements in APAIS when compared with the baseline (n = 10) in both post-intervention and post-acute ECT courses. The median score of APAIS in experimental group decreases from 18 points at pre-study to 10 points at post-intervention and to 6 points at post-acute ECT courses compares to control group which has 19.5, 18.5 and 12 points in these three different sessions respectively.

Conclusion : Watching the ECT educational video before the first ECT session could help in reducing the anxiety level of both new ECT patients and their relatives.

Keywords : electroconvulsive therapy, anxiety, educational video

Corresponding author: Punjaporn Waleeprakhon

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(2): 153-166

บทนำ

การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) เป็นการรักษาที่มีประวัติการใช้อย่างยาวนาน มีความปลอดภัยสูง และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรงได้ โดยมีผลข้างเคียงน้อยและเป็นเพียงชั่วคราว¹⁻⁴ แต่ในทางเวชปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าค่อนข้างมาก^{1, 5, 6} รวมทั้งมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าไม่เพียงพอ^{5, 7-15} หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้า⁵⁻¹⁸ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือเข้ารับการรักษาล่าช้าไม่ครบตามเป้าหมาย โดยความวิตกกังวลเป็นผลข้างเคียงทางจิตใจที่พบได้มากที่สุดจากการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้า และมีการศึกษาในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความชุกของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 14-75^{1, 19-22} โดยความวิตกกังวลที่พบได้บ่อยเกี่ยวกับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหลงลืมและการสูญเสียความทรงจำในระยะยาวพบร้อยละ 16 - 72²¹⁻²³ ความกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติหรือความเสียหายต่อสมองในระยะยาวพบร้อยละ 23-80^{20-22, 24} ความกังวลเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกพบร้อยละ 15-50^{20-21, 23-24} และความกังวลเกี่ยวกับการไม่ทราบถึงกระบวนการหรือขั้นตอนที่เกิดขึ้นพบร้อยละ 40-68²¹⁻²³

ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลจากการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้า ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับ chlorpromazine 100-500 มิลลิกรัมก่อนการรักษา²⁵ การให้ฟังเพลงก่อน

การรักษา²⁶ และการตั้งดูปลานในห้องรอก่อนการรักษา²⁷ ไม่สามารถลดความวิตกกังวลจากการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าได้ ส่วนการได้รับใบปลิวข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา^{28, 29} การมีปฏิสัมพันธ์กับสันทนาการก่อนการรักษา³⁰ และการได้รับยา propofol ขนาดต่ำ 0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม³¹ สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าและวิธีการลดความวิตกกังวลจากการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าในกลุ่มผู้ป่วยชาวไทย รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้าในญาติของผู้ป่วยด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้และหลักการของการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้า รวมทั้งขั้นตอนและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นผ่านสื่อวีดิทัศน์โดยเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยผู้วิจัยคาดว่า การให้ข้อมูลผ่านทางสื่อวีดิทัศน์จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการรักษาทันทีด้วยไฟฟ้ามากขึ้นกว่าการให้ข้อมูลตามปกติแบบเดิม ซึ่งน่าจะช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MURA 2019/547 โดยผู้เข้าร่วมการศึกษารับทราบและยินยอมให้ข้อมูลตามปกติแบบเดิม ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

รูปแบบการศึกษาและกลุ่มประชากร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มเลือกเข้ากลุ่ม (randomized control trial) โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และกำลังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม 2562 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ 2) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการศึกษา

ขั้นตอนของการศึกษา

หลังจากลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงข้อมูลการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยทุกรายจากแฟ้มเวชระเบียนได้แก่

1) คะแนน Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย 2) คะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย 3) คะแนน Young Mania Rating Scale (YMRS) ฉบับภาษาไทย และ 4) คะแนน Mini Mental Status Examination ฉบับภาษาไทย (T-MMSE) ทั้งช่วงก่อนและหลังการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

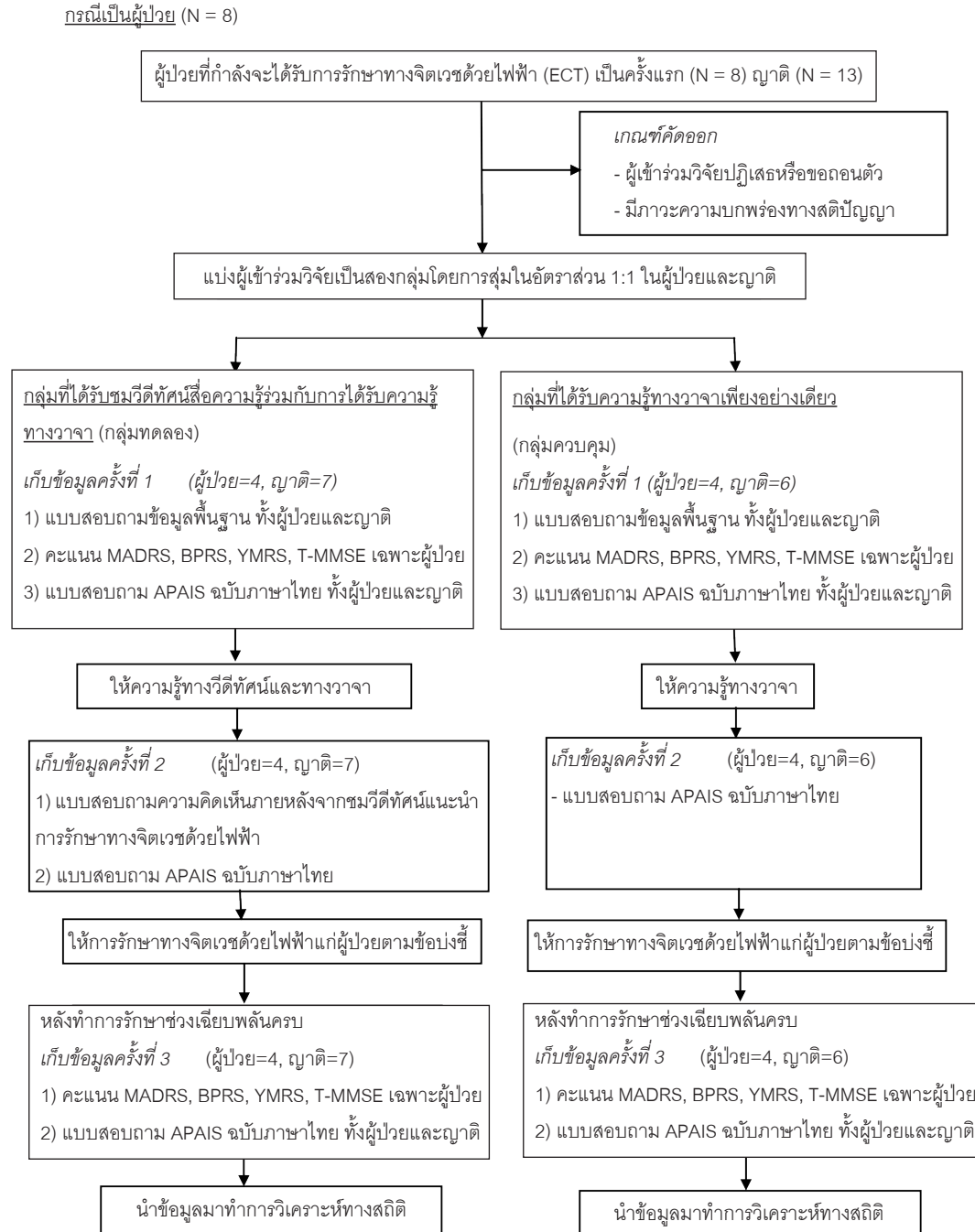
ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับชมสื่อวิธีทัศนให้ความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้หลักการ และขั้นตอนของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าวรรณถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจาตามขั้นตอนปกติของการขอความยินยอมก่อนรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (กลุ่มทดลอง) และ 2) กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางวาจาตามขั้นตอนปกติของการขอความยินยอมก่อนรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม)

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินและ/หรือตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ครั้ง คือ 1) ก่อนเริ่มทำการรักษา 2) หลังชมวิธีทัศนสื่อความรู้และ/หรือได้รับความรู้ทางวาจาในทันที และ 3) หลังครบจำนวนครั้งของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในช่วงเฉียบพลัน ซึ่งหมายถึงแพทย์ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดีอาการสงบหรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการรักษา (แผนภาพที่ 1)

สื่อที่ใช้ในการทดลอง

วิธีทัศนสื่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีทัศนที่จัดทำขึ้นใหม่ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) ส่วนการให้ความรู้เรื่องการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าโดยอาจารย์แพทย์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ขั้นตอนในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการดูแลรักษาผลข้างเคียงเบื้องต้นจากการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า โดยมีเนื้อหาอ้างอิงจากหนังสือแสดงเจตนารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่ใช้ในการดูแลตามปกติและ 2) ส่วนสาธิตขั้นตอนกระบวนการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า รวมความยาวทั้งหมดประมาณ 10 นาที โดยกลุ่มทดลองทุกรายได้รับชมวิธีทัศนในขั้นตอนการขอคำยินยอมรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ซึ่งเป็นเวลา 1 วันก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

ส่วนการให้ความรู้ทางวาจาเป็นการขอคำยินยอมรับการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ โดยใช้หนังสือแสดงเจตนารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่ใช้ในการดูแลตามปกติ ซึ่งแพทย์ในคลินิกการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า จะเป็นผู้อ่านข้อความในหนังสือแสดงเจตนาและขอคำยินยอม โดยเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาประกอบไปด้วย ข้อบ่งชี้ ขั้นตอนการรักษาโดยสังเขป และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า



ECT: electroconvulsive therapy, MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย, BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale ฉบับภาษาไทย, YMRS: Young Mania Rating Scale ฉบับภาษาไทย, T-MMSE: Mini Mental Status Examination ฉบับภาษาไทย, APAIS: Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale

แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ และส่วนประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ ประวัติการเคยได้รับการผ่าตัด ประวัติการเคยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบ และความเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวลหากจะต้องรับการผ่าตัดหรือรับยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบในครั้งต่อไป แบ่งการแสดงความเห็นเป็น 4 ระดับได้แก่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

2. แบบสอบถาม Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทย³² ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหรือการระงับความรู้สึก โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการใช้เครื่องมือวิจัยจากแพทย์หญิงอภิญญา กุณฑลลักษณะมี

แบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก 2) ความคิดเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกวนเวียนในใจฉันตลอดเวลา 3) ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ 4) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 5) ความคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดวนเวียนในใจฉันตลอดเวลา 6) ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ การประเมินในแต่ละหัวข้อมี 5 ตัวเลือก คือ “ไม่เลย” “มีบ้าง” “ปานกลาง” “ค่อนข้างมาก” และ “มากที่สุด”

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงค่าในข้อคำถามที่ 4-6 จาก “การผ่าตัด” เป็น “การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า” เพื่อให้เข้ากับบริบทของงานวิจัยมากขึ้นในการแปลผลนั้นคะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 1 และ 2 แสดงถึง “ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก” คะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 4 และ 5 แสดงถึง “ความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาทางจิตเวช

ด้วยไฟฟ้า” โดยคะแนนรวมจากทั้ง 2 หมวดนี้ แสดงถึง “ความวิตกกังวลโดยรวม” ส่วนคะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 3 และ 6 แสดงถึง “ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษา”

จากการศึกษาของอภิญญา และคณะพบว่าแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทยมีค่า internal consistency ของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดี ($\alpha = 0.88$) และมีค่า internal consistency ของหมวดความวิตกกังวลโดยรวมและหมวดความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษา ($\alpha=0.87$) โดยไม่มีการศึกษาเกณฑ์ในการจำแนกภาวะวิตกกังวลด้วยแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทย³² อย่างไรก็ตามแบบสอบถาม APAIS ต้นฉบับ³³ มีจุดตัดเกณฑ์ความวิตกกังวลที่คะแนน APAIS มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน

โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม APAIS มาประเมินทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนทำการรักษา หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในทันที และหลังจบการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าแบบเฉียบพลัน

3. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากชมวีดิทัศน์แนะนำการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าโดยใช้คำถาม 2 ข้อ ได้แก่ “การได้ชมวีดิทัศน์ทำให้ท่านเข้าใจการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ามากขึ้น” และ “การได้ชมวีดิทัศน์ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกคลายกังวล” การแสดงความเห็นแบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 18 ศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมใช้สถิติ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเพศ ประวัติการเคยได้รับการผ่าตัด ประวัติการเคยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบ

และใช้สถิติ Pearson chi square test ในการวิเคราะห์ตัวแปรสถานะ การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเคยได้รับการผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเคยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบและระดับความวิตกกังวลจาก APAIS รายข้อ

สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ได้แก่ MADRS BPRS YMRS และ T-MMSE และข้อมูลที่เป็นตัวแปรอันดับ (ordinal variable) ได้แก่ ค่าคะแนนระดับความวิตกกังวล APAIS ก่อนและหลังทำการศึกษาใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิก

กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงเป็นจำนวนใกล้เคียงกันและส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า

สำหรับด้านสถานภาพนั้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040$)

ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ต่างมีประวัติเคยได้รับการผ่าตัดและเคยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบ โดยส่วนใหญ่ไม่กังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกหรือยาสลบครั้งต่อไปมากขึ้น แต่ในกลุ่มทดลองพบว่ามี ความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งต่อไปมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$)

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย พบว่า ก่อนเริ่มการศึกษาและหลังจบการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าแบบเฉียบพลันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนประเมินอาการทางจิตเวช YMRS, BPRS, MADRS และ T-MMSE (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

	ผู้เข้าร่วมการศึกษา		P-value
	รับชมวิดีโอที่สนสื่อความรู้ร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจา จำนวน 11 คน (ร้อยละ)	ได้รับความรู้ทางวาจาเพียงอย่างเดียว จำนวน 10 คน (ร้อยละ)	
สถานะ			
เป็นผู้ป่วย	4 (36.3)	4 (40.0)	
การวินิจฉัย			
Schizophrenia	1 (9.1)	3 (30.0)	0.362
Major depressive disorder	3 (27.3)	1 (10.0)	
เป็นญาติผู้ป่วย	7 (63.6)	6 (60.0)	
เพศ			
หญิง	5 (45.5)	9 (90.0)	0.063
อายุเฉลี่ย (median ± IQR)	55.0 ± 22.0	64.5 ± 15.25	0.197
สถานภาพ			
โสด	1 (9.1)	6 (60.6)	0.040*
สมรส	9 (81.8)	4 (40.0)	
หย่าร้าง	1 (9.1)	0 (0)	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย (ต่อ)

	ผู้เข้าร่วมการศึกษา		P-value
	รับชมวิดีโอทัศนียภาพร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจา จำนวน 11 คน (ร้อยละ)	ได้รับความรู้ทางวาจาเพียงอย่างเดียว จำนวน 10 คน (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2(18.2)	0 (0)	0.514
มัธยมศึกษา	1 (9.1)	2(20.0)	
ปริญญาตรี	6 (54.5)	6(60.0)	
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (18.2)	2 (20.0)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (45.5)	5 (50.0)	0.228
มีอาชีพประจำ	6 (54.5)	3 (30.0)	
ไม่มีงานประจำ	0 (0)	2(20.0)	
ประวัติเคยได้รับการผ่าตัด			
เคย	6 (54.5)	8 (80.0)	0.361
ในผู้ที่เคยมีประวัติได้รับการผ่าตัด คุณมีกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งต่อไปมากขึ้น			
เห็นด้วย	4 (66.7)	1 (12.5)	0.028*
ไม่เห็นด้วย	1 (16.7)	1 (87.5)	
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 (16.7)	0 (0)	
ประวัติเคยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาสงบ			
เคย	9 (81.8)	8 (80.0)	1.00
ชนิดของการระงับความรู้สึกหรือยาตมสลบที่เคยได้รับ			
ดมยาสลบ	6 (54.5)	6 (60.0)	1.000
ฉีดยาสลบทางหลอดเลือดดำ	1 (9.1)	0 (0)	1.000
ฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง	1 (9.1)	1 (10.0)	1.000
ฉีดยาเฉพาะตำแหน่ง	3 (27.3)	1 (10.0)	0.586
ในผู้ที่มีประวัติเคยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาสงบ คุณกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกหรือตมสลบครั้งต่อไปมากขึ้น			
เห็นด้วย	3 (33.3)	3 (37.5)	0.357
ก่อนเริ่มทำการศึกษา(mean ± SD)			
YMRS	1.25 ± 1.25	6 ± 4.89	0.186
BPRS	32.5 ± 7.04	46.25 ± 10.28	0.083
MADRS	22.75 ± 11.30	13.25 ± 15.65	0.386
T-MMSE	25.5 ± 5.26	26.75 ± 2.21	1.00
หลังจบการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเฉียบพลัน (mean ± SD)			
YMRS	0.5 ± 1.0	4.5 ± 3.70	0.091
BPRS	21.75 ± 3.87	29.5 ± 9.04	0.149
MADRS	7.25 ± 13.84	4.25 ± 2.63	0.243
T-MMSE	28.5 ± 1.29	26.75 ± 2.22	0.243

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย, BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale ฉบับภาษาไทย, YMRS: Young Mania Rating Scale ฉบับภาษาไทย, T-MMSE: Mini Mental Status Examination ฉบับภาษาไทย

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

ในส่วนขอระดับความวิตกกังวล จากการประเมินโดยแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทย ก่อนเริ่มทำการศึกษาค้นพบว่าหัวข้อที่ 1 ถึง 6 ในกลุ่มทดลองตอบว่า ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 45.5, 9.1, 18.2, 36.4, 18.2 และ 36.4 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมตอบว่า ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 10, 20, 40, 40, 30, และ 80 ตามลำดับ เทียบทั้งสองกลุ่มมีระดับความกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ของ APAIS ข้อ 1 ถึง 6 = 0.291, 0.499, 0.110, 0.839, 0.243 และ 0.116 ตามลำดับ)

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าตามกลุ่มที่ได้จำแนกพบว่าหัวข้อที่ 1 ถึง 6 ในกลุ่มทดลองตอบว่า ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 9.1, 9.1, 18.2, 9.1, 9.1 และ 0 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมตอบว่า ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 30, 20, 40, 30, 20, และ 40 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม (p-value ของ APAIS ข้อ 1 ถึง 6 = 0.018,

0.048, 0.007, 0.018, 0.028 และ 0.019 ตามลำดับ)

สำหรับหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าตามข้อบ่งชี้ในช่วงเจ็บพลันครบจำนวนครั้งพบว่าหัวข้อที่ 1 ถึง 6 ในกลุ่มทดลองตอบว่า ไม่มีเลยถึงมีบ้าง ร้อยละ 100 ทุกหัวข้อ สำหรับกลุ่มควบคุมตอบว่า ไม่มีเลยถึงมีบ้าง ร้อยละ 70, 90, 90, 70, 90, และ 80 ตามลำดับ ทั้งผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถามเช่นกัน (p-value ของ APAIS ข้อ 1 ถึง 6 = 0.004, 0.003, 0.003, 0.013, 0.045 และ 0.015 ตามลำดับ)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามหมวดของคำถามในแต่ละช่วง โดยช่วงก่อนทำการศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนมัธยฐานของ APAIS ไม่แตกต่างกันในทุกหมวดคำถาม ส่วนการประเมินช่วงหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าและช่วงหลังจบการรักษาจิตเวชด้วยไฟฟ้าแบบเจ็บพลันพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานของ APAIS น้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกหมวดคำถามรวมทั้งคะแนนมัธยฐานรวมทุกข้อคำถามของแบบสอบถาม APAIS ด้วย (ตารางที่ 2 กราฟที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐาน APAIS⁺ ฉบับภาษาไทยจำแนกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

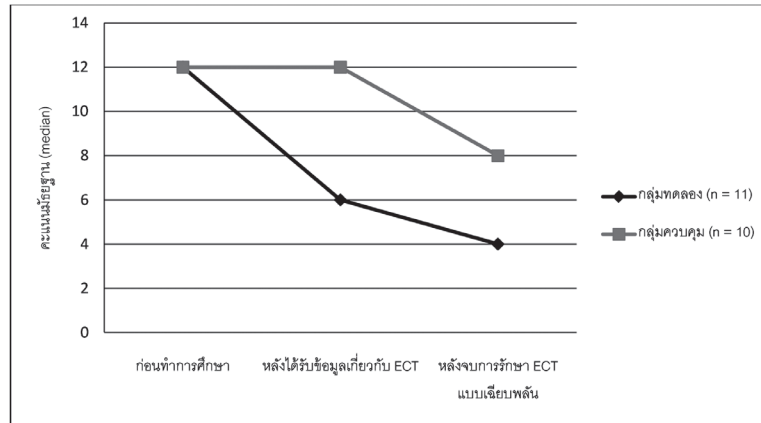
คะแนนมัธยฐาน APAIS ฉบับภาษาไทย median (IQR)**	ก่อนทำการศึกษา			หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า			หลังจบการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าแบบเจ็บพลัน		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก [†]	6.00 (3.00)	6.00 (2.25)	0.605	3.00 (2.00)	6.00 (3.50)	0.02 [†]	2.00 (0)	4.00 (2.25)	0.002 [†]
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ^{**}	6.00 (3.00)	6.00 (3.25)	0.973	3.00 (2.00)	6.00 (3.50)	0.029 [†]	2.00 (0)	4.00 (2.25)	0.006 [†]
ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษา ^{***}	5.00 (3.00)	7.00 (2.00)	0.132	4.00 (2.00)	6.00 (3.50)	0.016 [†]	2.00 (0)	4.00 (2.25)	0.008 [†]
ความวิตกกังวล โดยรวม ^{****}	12.00 (6.00)	12.00 (5.50)	0.918	6.00 (4.00)	12.00 (6.30)	0.024 [†]	4.00 (0)	8.00 (4.30)	0.001 [†]
คะแนนมัธยฐานรวมทุกข้อคำถาม	18.00 (12.00)	19.50 (6.80)	0.654	10.00 (6.00)	18.50 (10.50)	0.020 [†]	6.00 (0)	12.00 (6.80)	0.001 [†]

[†]APAIS: Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale, ^{**}IQR หมายถึง interquartile range

[†] คะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 1 และ 2, ^{**} คะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 4 และ 5, ^{***} คะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 3 และ 6

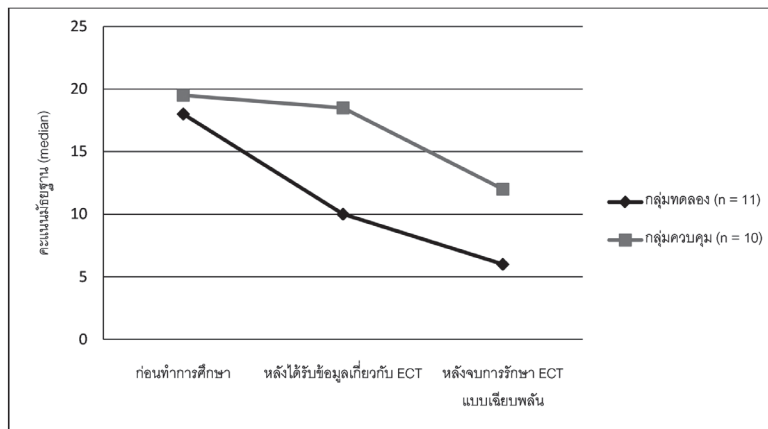
^{****} คะแนนรวมความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

†ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05



APAIS: Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale
ECT: electroconvulsive therapy

กราฟที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความวิตกกังวลโดยรวม APAIS ฉบับภาษาไทยจำแนกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง



APAIS: Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale
ECT: electroconvulsive therapy

กราฟที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานรวมทุกข้อคำถาม APAIS ฉบับภาษาไทยจำแนกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

หากใช้เกณฑ์ความวิตกกังวลจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม APAIS ต้นฉบับ³³ ซึ่งคือ มีคะแนน APAIS มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน จากการศึกษา พบว่า ความชุกของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่เกิดขึ้นรวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับในผู้ป่วยช่วงก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 75 และในญาติของผู้ป่วย

อยู่ที่ร้อยละ 100 ต่อมาหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าแล้วพบว่าความชุกของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นรวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 62.5 และในญาติของผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 61.54 และหลังจากรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าครบพบว่า ความชุกของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นรวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมในผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 25 และในญาติของผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 30.77

ความเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากชมวีดิทัศน์

ผลจากการสอบถามความเห็นกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากชมวีดิทัศน์พบกลุ่มตัวอย่างตอบว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” กับข้อความ “การได้ชมวีดิทัศน์ทำให้ท่านเข้าใจการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ามากขึ้น” และ “การได้ชมวีดิทัศน์ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกคลายกังวล” ร้อยละ 36.36 และ 63.63 ตามลำดับ

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมวีดิทัศน์สื่อความรู้ร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางวาจาเพียงอย่างเดียวในกลุ่มผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่กำลังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นการลดอคติในกลุ่มที่เคยได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ามาก่อนแล้ว และเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยช่วงก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 75 ต่อมาหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าแล้วพบว่าความชุกของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 62.5 ส่วนหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้าตามข้อบ่งชี้ในช่วง acute course ครบแล้ว พบว่าความชุกของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Obbels และคณะ¹ ที่พบว่าความชุก

ของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 14-75

โดยจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าครั้งแรกและญาติมีแนวโน้มจะมีความวิตกกังวลจากการระงับความรู้สึก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า และความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาใกล้เคียงกัน ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถลดลงได้จากการได้รับชมวีดิทัศน์สื่อความรู้ร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจาหรือจากการได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าถึงอย่างนั้นหลังจากรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าครบแล้วก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยและญาติที่มีความวิตกกังวลให้เห็นปรากฏอยู่จากการประเมินโดย APAIS

จากการศึกษานี้ พบว่าการได้รับชมวีดิทัศน์สื่อความรู้ร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจาของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก สามารถลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาจิตเวชด้วยไฟฟ้า และความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาได้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางวาจาเพียงอย่างเดียวซึ่งคาดว่าเป็นผลจากการรับชมวีดิทัศน์ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและผลข้างเคียงโดยละเอียดจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร่วมกับการได้เห็นภาพขั้นตอนกระบวนการรักษาจริง ทำให้สามารถลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการจินตนาการภาพการรักษาที่น่ากลัวเกินจริงและการไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอได้ รวมทั้งในวีดิทัศน์ได้เพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งไม่มีข้อมูลนี้ในหนังสือแสดงเจตนารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

โดยการได้ชมวีดิทัศน์สื่อความรู้ช่วยให้เข้าใจการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ามากขึ้นและช่วยให้รู้สึกคลายความกังวลได้ร้อยละ 36.36 ของกลุ่มตัวอย่าง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และอีกร้อยละ 63.63 “เห็นด้วย” ซึ่งผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับผลของการศึกษา

ของ Andrews และคณะ²⁸ ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าทั้งทางวีดิทัศน์หรือทางใบปลิวข้อมูล ช่วยทำให้มีทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่ดีขึ้นได้ และการศึกษาของ Jenaway และคณะ²⁹ ที่พบว่า การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ผลการสำรวจจากการตอบแบบสอบถามลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ก่อนเริ่มทำการรักษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่มีประวัติเคยเข้ารับการผ่าตัดมาก่อนมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งต่อไปมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทยในช่วงก่อนเริ่มทำการรักษาไม่พบความแตกต่างของความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม จากผลที่ได้นี้ทำให้ผู้วิจัยคิดว่าความแตกต่างของความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งต่อไประหว่างทั้งสองกลุ่มนี้ไม่น่ามีผลกระทบต่อผลการรักษาวิจัย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยพบว่า ก่อนเริ่มทำการรักษาและหลังจากได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าคระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนประเมินอาการทางจิตเวชไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผลของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม และยังคงแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่มีในผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนรับการรักษา อาจไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผลของการรักษาทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะเมเนียและระดับพุทธิปัญญา แต่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้สามารถตรวจพบได้ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล APAIS ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้อาจจะมีผลกระทบต่อทัศนคติของผู้ป่วยและความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าต่อไปในอนาคตได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ 1) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้อาจจะยังมีจำนวนน้อย 2) ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเรื่องระยะเวลาและจำนวนครั้งในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าแบบเฉียบพลันที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่ทำให้ผลการศึกษาคาดเคลื่อนได้ 3) ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยาที่ได้รับในขณะรับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ซึ่งยาบางชนิดอาจมีผลเพิ่มหรือลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ความชุกของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเวชของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ช่วงก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 75 ส่วนหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้าตามข้อบ่งชี้ในช่วงเฉียบพลันครบแล้วลดลงเหลือร้อยละ 25

โดยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าครั้งแรกและญาติ มีแนวโน้มจะมีความวิตกกังวลจากการระงับความรู้สึก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า และความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาใกล้เคียงกัน การได้รับชมวีดิทัศน์สื่อความรู้ร่วมกับการได้รับความรู้ทางวาจาของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก สามารถลดความวิตกกังวลทั้ง 3 หมวดนี้ได้ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติต่อไปได้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรศ. นพ. พิชัย อภิภูสสุกุล เจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณภัทรพร วิสาจันทร์คุณสุดาวรรณ จุลเกตที่
ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และขอขอบคุณ
อ.ดร.พญ.ธนาวดี ประชาสันต์ ที่ช่วยในการทบทวน
และปรับปรุงบทความต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Obbels J, Verwijk E, Bouckaert F, Sienaert P. ECT-related anxiety: A systematic review. *J ECT* 2017; 33: 229-36.
2. Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry* 2010; 68: 568-77.
3. Sienaert P. What we have learned about electroconvulsive therapy and its relevance for the practising psychiatrist. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 5-12.
4. Maughan D, Molodynski A. An international perspective on the acceptability and sustainability of electroconvulsive therapy. *BJPsych Int.* 2016; 13: 10-2.
5. Fisher P, Johnstone L, Williamson K. Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy. *J Ment Health* 2011; 20: 347-54.
6. Koopowitz LF, Chur-Hansen A, Reid S, Blashki M. The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003; 37: 49-54.
7. Virit O, Ayar D, Savas HA, Yumru M, Selek S. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007; 23: 255-9.
8. Tang WK, Ungvari GS, Chan GWL. Patients' and their relatives' knowledge of, experience with, attitude toward, and satisfaction with electroconvulsive therapy in Hong Kong, China. *J ECT* 2002; 18: 207-12.
9. Dan A, Grover S, Chakrabarti S. Knowledge and attitude of patients with psychiatric disorders and their relatives toward electroconvulsive therapy. *Indian J Psychol Med* 2014; 36: 264-9.
10. McFarquhar TF, Thompson J. Knowledge and attitudes regarding electroconvulsive therapy among medical students and the general public. *J ECT* 2008; 24: 244-53.
11. Li Y, An F-R, Zhu H, Chiu HFK, Ungvari GS, H. Ng C, et al. Knowledge and attitudes of patients and their relatives toward electroconvulsive therapy in China. *Perspect Psychiatr Care* 2016; 52: 248-53.
12. Zhang Q-E, Zhou F-C, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, Wang G, et al. Knowledge and attitudes of older psychiatric patients and their caregivers towards electroconvulsive therapy. *Psychogeriatrics* 2018; 18: 343-50.
13. Malekian A, Amini Z, Maracy MR, Barekatin M. Knowledge of attitude toward experience and satisfaction with electroconvulsive therapy in a sample of Iranian patients. *J ECT* 2009; 25: 106-12.
14. Westreich L, Levine S, Ginsburg P, Willets I. Patient knowledge about electroconvulsive therapy: Effect of an informational video. *Convuls Ther* 1995; 11: 32-7.
15. Chakrabarti S, Grover S, Rajagopal R. Electroconvulsive therapy: A review of knowledge, experience and attitudes of patients concerning the treatment. *World J Biol Psychiatry* 2010; 11: 525-37.

16. Payne NA, Prudic J. Electroconvulsive therapy: Part II: a biopsychosocial perspective. *J Psychiatr Pract* 2009; 15: 369-90.
17. Arshad M, Arham AZ, Arif M, Bano M, Bashir A, Bokutz M, et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 27.
18. Aoki Y, Yamaguchi S, Ando S, Sasaki N, Bernick PJ, Akiyama T. The experience of electroconvulsive therapy and its impact on associated stigma: A meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2016; 62: 708-18.
19. Fox HA. Patients' fear of and objection to electroconvulsive therapy. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 357-60.
20. Freeman CPL, Kendell RE. Patients' experiences of and attitudes to electroconvulsive therapy. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 462: 341-52.
21. Benbow SM. Patients' views on electroconvulsive therapy on completion of a course of treatment. *Convuls Ther* 1988; 4: 146-52.
22. Freeman CP, Kendell RE. ECT: I. Patients' experiences and attitudes. *BJPsych* 1980; 137: 8-16.
23. Gomez J. Subjective side-effects of ECT. *BJPsych* 1975; 127: 609-11.
24. Taieb O, Flament MF, Corcos M, Jeammet P, Basquin M, Mazet P, et al. Electroconvulsive therapy in adolescents with mood disorder: patients' and parents' attitudes. *Psychiatry Res* 2001; 104: 183-90.
25. Ayd FJ, Jr. Chlorpromazine therapy for anxiety associated with electroshock therapy. *Confin Neurol* 1956; 16: 168-73.
26. Graff V, Wingfield P, Adams D, Rabinowitz T. An investigation of patient preferences for music played before electroconvulsive therapy. *J ECT* 2016; 32: 192-6.
27. Barker SB, Rasmussen KG, Best AM. Effect of aquariums on electroconvulsive therapy patients. *Anthrozoos* 2003; 16: 229-40.
28. Andrews M, Hasking P. Effect of two educational interventions on knowledge and attitudes towards electroconvulsive therapy. *J ECT* 2004; 20: 230-6.
29. Jenaway A. Educating patients and relatives about electroconvulsive therapy: the use of an information leaflet. *Psychiatr Bull* 1993; 17: 10-2.
30. Barker SB, Pandurangi AK, Best AM. Effects of animal-assisted therapy on patients' anxiety, fear, and depression before ECT. *J ECT* 2003; 19: 38-44.
31. Tripathi A, Winek NC, Goel K, D'Agati D, Gallegos J, Jayaram G, et al. Electroconvulsive therapy pre-treatment with low dose propofol: comparison with unmodified treatment. *J Psychiatr Res* 2014; 53: 173-9.
32. Kunthonluxamee A, Pitimana-aree S, Laurujisawat P. Validity and reliability of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS); Thai version in adult Thai pre-operative patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54: 83-92.
33. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82: 445-51.