

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT)
3. เจตคติต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า (Attitude toward ECT)

ตอนที่ 1 โรคจิตเภท

ประวัติของโรคจิตเภท ^(1,4)

บลูเลอร์ (Eugene Bleuler) ได้ใช้ชื่อโรคนี้ว่า "Schizophrenia" แทนคำว่า "dementia praecox" เพราะลักษณะสำคัญของโรคคือ มีการแตกแยกของ ความคิด และ อารมณ์ ของผู้ป่วย โดยได้แบ่งอาการของโรคออกเป็นอาการหลัก และ อาการรอง ได้แก่

1. อาการหลัก (Primary symptoms) อาการหลักของ Bleuler มีอยู่ 4A (Bleuler's four A's) ได้แก่

- 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่องของความคิด (loosening of association)
- 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (affect)
- 1.3 หมกมุ่นในจินตนาการโดยไม่สนใจโลกภายนอก (autism)
- 1.4 มีพฤติกรรม หรือความคิดสองจิตสองใจ (ambivalence)

2. อาการรอง (Secondary symptoms) ได้แก่

- 2.1 อาการประสาทหลอน (hallucinations)
- 2.2 อาการหลงผิด (delusions)

ชไนเดอร์ (Kurt Schneider) เป็นผู้รวบรวมอาการสำคัญเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ซึ่งเรียกว่า "Schneiderian First - Rank symptoms (SFRS) " ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยของชไนเดอร์ ได้แก่

1. การได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Audible thoughts)
2. มีเสียงคนพูดโต้เถียงกันในเรื่องซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Voices arguing or discussing or both)
3. มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย (Voices commenting)
4. เชื่อว่ามีแรงจากภายนอกมากระทำต่อร่างกายผู้ป่วย (Somatic passivity experiences)
5. เชื่อว่าความคิดหายไปกระทันหันจากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป (Thought withdrawal and other experiences of influenced thought)
6. ความคิดของผู้ป่วยแพร่กระจายสู่ภายนอก (Thought broadcasting)
7. มีการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติไปแบบหลงผิด (Delusional perceptions)
8. อื่น ๆ เช่น ความต้องการ หรือการกระทำของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการกระทำของสิ่งภายนอก (All other experiences involving volition, made affects, and made impulse)

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยของบลูลเลอร์ นั้นง่ายต่อการทำความเข้าใจ แต่การนำไปใช้ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ใช้ นอกจากนี้ยังมีจิตแพทย์และคณะผู้เชี่ยวชาญอีกเป็นจำนวนมากที่พยายามจะกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง จนเป็นที่ถกเถียงกันมาก อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 1980 ได้รวบรวมเอาหลัก เกณฑ์ที่กำหนดโดยชไนเดอร์ ซึ่งบรรยายถึงลักษณะอาการ หลงผิด และประสาทหลอนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทอีกทั้งยังกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้ อย่างน้อยถึง 6 เดือน และได้พัฒนามาจนถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทซึ่งจัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 4 ที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำจำกัดความของโรคจิตเภทได้แคบลงกว่าเดิม และมีผลต่อการศึกษาดังอุบัติการณ์และความชุกของโรคนี้⁽¹⁸⁾

ระบาดวิทยา

การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรื่องยาก และอาจไม่ได้ตัวเลขที่แท้จริง เนื่องจากมีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย แต่พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์ของโรค (incidence) มีประมาณร้อยละ 0.01-0.07 ความชุกของโรค (prevalence) มีปริมาณร้อยละ 0.06-0.71 และความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) มีประมาณร้อยละ 0.09-1.10⁽¹⁾

2. อายุ เพศ เชื้อชาติ

อายุเฉลี่ยที่พบว่าเริ่มมีอาการอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี ในผู้ชาย และ 25-35 ปีในผู้หญิง โดยผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 90 จะมีอายุอยู่ในช่วง 15-55 ปี⁽⁴⁾ พบผู้ป่วยจิตเภทเป็นชาวผิวดำมากกว่าชาวผิวขาว⁽¹⁹⁾

3. ฤดูกาลที่กำเริบ

จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดในฤดูหนาวและต้นฤดูใบไม้ผลิมากกว่าในปลายฤดูใบไม้ผลิ และฤดูร้อน ซึ่งเชื่อว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสบางตัวซึ่งพบได้บ่อยในฤดูหนาว⁽²⁰⁾

4. วัฒนธรรมและเศรษฐกิจทางสังคม

ในประเทศอุตสาหกรรมมักพบผู้ป่วยในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเพราะอาการป่วยทำให้มีเศรษฐานะต่ำลง หรือทำให้ไม่สามารถมีเศรษฐานะในระดับสูงขึ้นไปหรือในอีกแง่หนึ่งคือ ความเครียดของผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำอาจทำให้เกิดโรคจิตเภท

การอพยพย้ายถิ่น (immigration) หรือ การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดโรคจิตเภทได้มากขึ้น นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคยังขึ้นอยู่กับสภาพสังคมหรือวัฒนธรรมที่จะเป็นตัวตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นผิดแปลกไปจากสังคมหรือไม่⁽¹⁷⁾

5. อัตราการครองเตียง

ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการครองเตียงประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมด⁽⁴⁾ ส่วนในประเทศไทย จากการศึกษานี้ของ สัน สวรรณเลิศ ศึกษาผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระยะยาวตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 42.2 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในโรงพยาบาล⁽⁵⁾

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

1. Stress - Diathesis Model เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นโดยปัจจัยบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยทางด้านชีวภาพ หรือสิ่งแวดล้อม หรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน⁽⁴⁾

2. พันธุกรรม (Genetics) จากการศึกษพบว่า บุคคลมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีญาติป่วยเป็นโรคนี้ โดยเฉพาะถ้ามีความใกล้ชิดทางสายเลือด ยังมีโอกาสสูง (ดูตารางที่ 1)⁽⁴⁾

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท

กลุ่มประชากร	ความเสี่ยง (ร้อยละ)
ประชากรทั่วไป	1.0
พี่น้องของผู้ป่วย	8.0
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	12.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	12.0
ลูกที่พ่อและแม่ป่วย	40.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	47.0

3. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors) ⁽²¹⁾

3.1 สมมติฐานโดปามีน (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก Dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

3.2 กายวิภาคของสมอง (Neuroanatomy) มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณลิมบิก (limbic) และบริเวณรอบช่องว่างในสมอง (periventricle)

3.3 ประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiology) พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe)

4. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

4.1 ด้านปัจเจกบุคคล (the individual patient) มีทฤษฎีต่าง ๆ พยายามอธิบายไว้ดังนี้

4.1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการขาดมารดา หรือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ในระยะปาก (Oral stage) มากาเร็ต มาห์เลอร์ (Magaret Mahler) อธิบายว่า ในวัยทารกเด็กต้องพึ่งพิงมารดาทุกอย่าง ในช่วงนี้ถ้าเด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม จะทำให้ทารกมีความผูกพันใกล้ชิดกับแม่ และต่อมามารดาจะสามารถแยกได้ว่าเขาไม่ใช่คนเดียวกันกับแม่ สามารถแยกระหว่างตัวเองกับสิ่ง

แวดล้อมและพัฒนาไปเป็นการมีเอกลักษณ์เฉพาะตน นักจิตวิเคราะห์บางท่านสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากการที่บุคคลมีการทำงานของอีโก้ (ego) ในช่วงต้น ๆ ของชีวิตที่บกพร่อง ซึ่งทำให้ทารกมีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) และจะก้าวร้าว (aggression) สูงอยู่ในจิตใต้สำนึก ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างแม่และทารกเสียไป ส่งผลให้บุคลิกภาพของบุคคลนั้นพัฒนาไปมีลักษณะทนต่อความกดดันได้น้อย โดยอาการของโรคอาจเริ่มเกิดในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่จำเป็นต้องมีอีโก้ที่เข้มแข็งเพื่อก้าวผ่านพัฒนาการในด้านความเป็นตัวของตัวเอง การแยกเป็นอิสระจากพ่อแม่หรือการควบคุมตนเอง เป็นต้น ⁽⁴⁾

4.1.2 ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theories) เชื่อว่า อาการทางจิตอาจเกิดจากการติด (fixation) กับพัฒนาการในระยะใดระยะหนึ่ง เนื่องจากการที่บุคคลไม่สามารถผ่านความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในวัยนั้นได้ ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไปได้ ดังนั้นแม้อายุของบุคคลนั้นจะผ่านระยะของพัฒนาการนั้นไปแล้ว แต่ความขัดแย้งภายในจิตใจจะยังคงอยู่ นอกจากนี้อาการทางจิต อาจเกิดจากบุคคลต้องเผชิญหน้ากับการคุกคามหรือเมื่อบุคคลมีความลำบากในการพัฒนาทางบุคลิกภาพของวัยนั้น ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลได้รับความผิดหวัง หรือมีความคับข้องใจอย่างมาก จึงถอยหลังไปสู่ระยะของการพัฒนาการทางจิตใจในวัยต้นของชีวิต (regression) เพื่อช่วยให้ความกังวลลดลง เช่นการใช้การจินตนาการ (fantasy) ซึ่งกลไกที่ใช้ในที่นี้ถือว่าไม่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ ^(22,23)

4.1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) เชื่อว่าเกิดจากการเรียนรู้ของเด็กโดยการเลียนแบบวิธีคิดและปฏิกิริยาของพ่อแม่ที่มีปัญหาทางอารมณ์ หรือมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไม่ดี ⁽⁴⁾

4.2 ด้านครอบครัว (Patient's family)

4.2.1 ดับเบิล ไบด์ (Double bind) ของ เกรกอรี เบทสัน (Gregory Bateson) อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันทั้งในด้านพฤติกรรม ทศนคติ และความรู้สึก อาการของโรคจึงเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสับสนและหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดยการถอยหลังไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิต เช่น การมีหูแว่ว หรือภาพหลอน ซึ่งเป็นโลกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเองและสามารถเข้าใจได้ ⁽⁴⁾

4.2.2 การแสดงอารมณ์ที่รุนแรง (High expressed emotion : high EE) จากการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่พบว่า ถ้าในครอบครัวมีสมาชิกที่มีลักษณะการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) หรือมีลักษณะเข้ามาวุ่นวายกับชีวิตผู้ป่วยมากเกินไป (overinvolvement) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีลักษณะตรงข้าม ⁽²⁴⁾

4.2.3 ครอบครัวที่มีลักษณะซูดิมิววล (Pseudomutual families) คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะดูภายนอกเหมือนมีความผูกพันรักใคร่ แต่แท้จริงแล้วสมาชิกจะไม่เป็นตัวของตัวเอง เพราะสมาชิกทุกคนต้องคิด รู้สึกและกระทำในสิ่งที่เหมือนกัน การสื่อสารในครอบครัวมีลักษณะแปรปรวน (communication deviance) นั่นคือ มีลักษณะกำกวม ไม่ต่อเนื่องและไม่คงเส้นคงวา⁽²³⁾ อาการแสดงของผู้ป่วยอาจแสดงถึงความปรารถนาที่จะเป็นตัวของตัวเอง

การจำแนกกลุ่มย่อย⁽¹⁷⁾

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 4 โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกได้เป็น 5 กลุ่มย่อย ได้แก่

1. แบบคาทาโทเนีย (Catatonic type) เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวลดลงมาก ไม่พูด ซึมอย่างรุนแรง (stupor), มีลักษณะเคลื่อนไหวมาก วุ่นวาย ไม่มีจุดมุ่งหมาย (excitement) หรืออยู่ในท่าแปลก ๆ นาน ๆ ไม่เปลี่ยนแปลงท่า (posturing) เป็นต้น

2. แบบดิสออแกไนซ์ (Disorganize type) มีลักษณะสำคัญ คือ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แสดงออกมาทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น ผู้ป่วยพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันเลย หรือเกี่ยวข้องกันเพียงเล็กน้อย โดยผู้พูดไม่ได้ตระหนักว่าเป็นคนละเรื่องกัน เนื่องจากการขาดความต่อเนื่องของความคิด (loosening of association) เป็นต้น

3. แบบระแวง (Paranoid type) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยลักษณะบุคลิกภาพโดยรวมไม่เสื่อมเท่า 2 ชนิดแรก มีลักษณะสำคัญ คือ หมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว

4. แบบอันดิเฟอเรนซิเอท (Undifferentiated type) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภทแต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใด

5. แบบหลงเหลือ (Residual type) คือ ลักษณะอาการที่หลงเหลือ หลังจากที่เคยมีอาการกำเริบ ส่วนใหญ่พบเป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น

อาการและอาการแสดงทางคลินิก⁽⁴⁾

1. อาการและอาการแสดงก่อนเกิดโรค

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีบุคลิกภาพแบบแยกตัว (schizoid) หรือ สซิโซไทพอล (schizotypal) คือ มีลักษณะเงียบขรึม ยอมตาม และเก็บตัว ในวัยเด็กมักมีเพื่อนน้อย ช่วงวัยรุ่นมักไม่มีเพื่อนสนิทหรือไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ

แม้ว่าผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก แต่พบบ่อยที่ผู้ป่วยมีอาการมาแล้วเป็นเดือน ๆ หรือเป็นปี ๆ โดยมักเริ่มด้วยมีอาการทางกาย เช่น ปวดหัว, ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ, อ่อนเพลีย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหาร คนรอบข้างอาจสังเกตเห็นได้ถึงความเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีการทำหน้าที่ในด้านอาชีพ สังคม และสนใจตัวเองน้อยลง ผู้ป่วยอาจหันมาสนใจกับความคิดด้านนามธรรม ปรัชญา เรื่องลึกลับ หรือศาสนา รวมถึงมีพฤติกรรมแปลก ๆ มีอารมณ์ คำพูดและการรับรู้ที่ผิดปกติหรือมีความคิดที่ดูแปลกประหลาด

2. การตรวจสภาพจิตที่พบในโรคจิตเภท

2.1 สภาพโดยทั่วไปที่พบ เช่น วุ่นวาย กริธร่อง ลุกลี้ลุกน เงียบ ไม่เคลื่อนไหว พูดมาก ทำท่าทางประหลาด มีลักษณะที่ตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน เช่น พูดคนเดียว ผู้ป่วยจิตเภทมักแต่งตัวสกปรก ไม่สนใจสุขภาพอนามัยของตนเอง

2.2 อารมณ์ ที่พบบ่อย คือ การตอบสนองทางอารมณ์ลดน้อยลง หรืออาจเป็นลักษณะแบบไม่มีความสุข (anhedonia) หรือมีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว

2.3 การรับรู้ที่ผิดปกติ (Perceptual disturbances) ที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว (auditory hallucination) ที่มีเนื้อหาในลักษณะหยาบคาย การกล่าวหา หรือดูถูก โดยอาจเป็นเสียงของคน ๆ เดียว สองคนหรือมากกว่านั้นพูดคุย หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย

2.4 ความคิดที่ผิดปกติ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

2.4.1 เนื้อหา (content) ที่เห็นได้ชัดคือ การหลงผิด (delusions) เช่น หลงผิดคิดว่าถูกคนกลั่นแกล้ง หรือถูกทำร้าย (delusion of persecution) หลงผิดคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ หรือมีความสามารถพิเศษ (delusion of grandeur) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ศาสนา ปรัชญา หรือ เรื่องลึกลับ เป็นต้น

2.4.2 รูปแบบ (form) ซึ่งสังเกตได้จากการพูด หรือเขียน เช่น ขาดความสัมพันธ์ต่อเนื่อง (loosening of association) ไม่ปะติดปะต่อ (derailment) ไม่เชื่อมโยงกัน (incoherence) พูดไม่เข้าประเด็น (tangentiality) พูดอ้อมค้อม (circumstantiality) ใช้ภาษาแปลกประหลาด (neologism) พูดตามผู้อื่น (echolalia) ใช้คำในประโยคที่ไม่สัมพันธ์กัน (word salad) และไม่ยอมพูด (mutism)

2.4.3 กระบวนการคิด (process) เช่น ความคิดแล่นเร็ว (flight of idea) ความคิดหยุดชะงัก (thought blocking) เสียความสนใจ (impaired attention) เนื้อหาของคำพูดมีน้อย (poverty of thought content) เป็นต้น โดยผู้ตรวจสามารถสังเกตได้จากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เขียน หรือ วาดภาพออกมา

2.5 การขาดความยับยั้งชั่งใจ (impulsiveness) การฆ่าตัวตาย (suicide) และการฆาตกรรม (homicide) พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีความสามารถในการควบคุมตัวเองน้อย บางครั้งเป็นการกระทำโดยตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน

การฆ่าตัวตาย (suicide) พบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย และพบร้อยละ 10 ถึง 15 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายอาจมาจาก ความซึมเศร้า ความรู้สึกที่ว่างเปล่า หมดหวัง ต้องการหนีจากอาการทางจิตที่เป็นอยู่ หรือประสาทหลอนทางหูที่เป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง

ส่วนการทำให้ตนเองพิการ (self - mutilation) เช่น ตัดใบหู คลั่งลูกตาตนเอง พบได้น้อย

2.6 การรับรู้สภาพแวดล้อม (Orientation) ผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคลได้ดี แต่บางครั้งอาจให้คำตอบไม่ถูก หรือแปลก ๆ ได้ เพราะไม่มีสมาธิหรือแรงจูงใจที่จะตอบคำถาม

2.7 ความจำ (Memory) มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จะตรวจได้ยากในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

2.8 การตัดสินใจและการรู้สภาพตนเอง (Judgement and Insight) มักจะเสียไป

2.9 ความเชื่อถือได้ (Reliability) ไม่ต่างจากคนปกติ แต่ผู้ตรวจควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ใกล้ชิด

3. การทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological testing)

ความคิดที่แปลกประหลาดสามารถตรวจสอบได้จากการทดสอบชนิด projective test เช่น การทดสอบแบบรอร์ชชัค (Rorschach test) การทดสอบบุคลิกภาพ เช่น การใช้การทดสอบเอ็มเอ็มพีไอ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory : MMPI) จะพบว่า มีบุคลิกภาพผิดปกติ นอกจากนี้จากการใช้แบบทดสอบทางเชาว์ปัญญา (Intelligence Test) พบว่า ผู้ป่วยมีสติปัญญาลดลงได้ในระยะแรกของโรค และอาจลดลงเรื่อย ๆ ตามการดำเนินของโรค

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

การดำเนินโรค (course) : อาการของโรคมักเริ่มเกิดช่วงวัยรุ่น โดยจะมีอาการนำของโรค (prodromal symptoms) มาก่อนอาจเป็นวันหรือเป็นเดือน แล้วตามด้วยอาการที่เด่นชัด ซึ่งมักเกิดจากปัจจัยกระตุ้น โดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น ย้ายโรงเรียน การใช้ยาเสพติด หรือการตายของญาติใกล้ชิด เป็นต้น อาการนำของโรคนี้อาจเกิดอยู่เป็นปีหรือมากกว่านั้น โดยยังไม่เกิดอาการทางจิต

หลังเกิดอาการครั้งแรก ผู้ป่วยจะค่อย ๆ มีอาการดีขึ้น และมักจะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว มักไม่หายสนิท โดยในการกลับเป็นซ้ำแต่ละครั้ง จะทำให้เกิดความเสื่อมดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ

การพยากรณ์โรค (prognosis) : สำหรับการติดตามผลของการรักษาโรคจิตเภทนั้นพบว่า มีปัจจัยในด้านของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค และวิวัฒนาการของการรักษาโรคเข้ามาเกี่ยวข้อง และจากการศึกษาของเฮการ์ตี และคณะ (Hegarty, et al) ในปี 1994 พบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจากการติดตามผลการรักษาไปประมาณ 5 ปี มีผลการรักษาดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจ ร้อยละ 36.4⁽²⁵⁾ ประมาณได้ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20-30 สามารถที่จะกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ร้อยละ 20-30 จะยังมีอาการอยู่บ้าง และร้อยละ 40-60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต⁽⁴⁾ การพยากรณ์โรคจิตเภท มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภท

ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์โรคดี	ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี
<ul style="list-style-type: none"> ❖ เริ่มเกิดโรคเมื่อมีอายุมาก ❖ มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคที่ชัดเจน ❖ มีการเกิดโรคแบบเฉียบพลัน ❖ ก่อนเกิดโรคมีประวัติความสัมพันธ์ทางสังคม ประวัติทางเพศ และการทำงานที่ดี ❖ มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ❖ แต่งงานแล้ว ❖ มีประวัติโรคความผิดปกติทางอารมณ์ในครอบครัว ❖ มีระบบการช่วยเหลือที่ดี ❖ มีอาการด้านบวก 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ เริ่มเกิดโรคตั้งแต่อายุน้อย ❖ ไม่มีปัจจัยให้เกิดโรคที่ชัดเจน ❖ มีการเกิดโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ❖ ก่อนเกิดโรคมีประวัติความสัมพันธ์ทางสังคม ประวัติทางเพศ และการทำงานที่ไม่ดี ❖ มีพฤติกรรมแบบแยกตัว หรือหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง ❖ โสียด หย่า หรือหม้าย ❖ มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว ❖ มีระบบการช่วยเหลือที่ไม่ดี ❖ มีอาการด้านลบ ❖ มีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ❖ มีประวัติการบาดเจ็บขณะคลอด ❖ ไม่หายขาดใน 3 ปี ❖ มีการกลับเป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ❖ มีประวัติทำร้ายผู้อื่น (assaultiveness)

การรักษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาจึงควรใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การรักษาทางกาย กับ การรักษาทางจิตสังคม

1. การรักษาทางกาย (Somatic, Organic, Physical, Biological treatments)

การรักษาในกลุ่มนี้ ได้แก่ การรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ที่กระทำต่อร่างกาย โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในอดีตเคยมีวิธีการที่นำมาใช้หลายอย่าง แต่ในปัจจุบันมีเพียงการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้าเท่านั้น ที่ใช้กันอยู่⁽¹⁸⁾

1.1 ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs)

ก. การรักษาในระยะรุนแรง (active phase) ของโรค : เพื่อช่วยรักษาอาการสำคัญต่าง ๆ เช่น ประสาทหลอนและหลงผิด โดยยาแต่ละตัวให้ผลใกล้เคียงกัน จะต่างกันเพียงผลข้างเคียง (side-effects) ของยา การให้ยารักษาโรคจิตควรให้ยาตัวเดียว เพื่อป้องกันความสับสนเกี่ยวกับฤทธิ์ของยา โดยปกติมักเริ่มด้วยการให้คลอโรโพรมาซีน (chlorpromazine : CPZ) 300 มก./วัน การเพิ่มหรือลดขนาดของยาทำได้ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามถ้าผลข้างเคียงของอาการเอ็กซ์ตรีรัมไพรามิคอล (extrapyramidal symptoms) เช่น ลั่นแข็ง ตัวแข็ง ตาเหลือก คอแข็งบิดหรือเคลื่อนไหวช้า ต้องให้ยาแอนตี้โคลลิเนอร์จิก (anticholinergic) หรือ ยาต้านอาการพาร์กินสัน (antiparkinsonism) เช่น เบนซ์โทรพีน (Bentropine) ควบคุมไปด้วย⁽²⁶⁾

ข. การรักษาระยะยาว หรือระยะคงสภาพ : หลังจากผ่านระยะรุนแรง (active phase) ของโรคแล้ว การรักษาแบบคงสภาพในขนาดยาที่เหมาะสม อาจทำให้อัตราการเกิดอาการซ้ำลดลง และต้องพิจารณาเพิ่มขนาดยาเมื่อเกิดอาการขึ้นอีก

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้า คือ การรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำ ๆ ที่ควบคุมโดยเครื่องมือที่รักษาด้วยไฟฟ้า ผ่านเข้าสมองผู้ป่วยทำให้เกิดการชักแบบลมบ้าหมู (generalized seizure) โดยให้มีการชักอยู่นาน 25-50 วินาที ก่อนผ่านกระแสไฟฟ้าจะให้ยาระงับความรู้สึก (anaesthesia) และให้ยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวเต็มที่ก่อนการผ่านกระแสไฟฟ้า ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามีประโยชน์ในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายชนิด เช่น โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น โดยในการรักษาโรคจิตเภทนั้นให้ผลดีในรายที่มีอาการครั้งแรก มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอาการคาทาโทเนีย มีอาการทางจิต

รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นต้น โดยรายละเอียดจะกล่าวในตอนต่อไป

2. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatments)

การรักษาในกลุ่มนี้คือ การรักษาทางจิตสังคม มักต้องให้ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาโรคจิต ซึ่งการรักษาทางจิตใจนี้มีบทบาทมากในผู้ป่วยที่เรื้อรัง และมีเพียงอาการด้านลบ (negative symptoms) เท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งทางด้านการศึกษา การงาน ครอบครัว และสังคม

2.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง และการแนะนำให้คำปรึกษา (Supportive Psychotherapy and Counselling) คือ การให้คำปรึกษาทั้งกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่ามีคนเข้าใจ และรับฟังปัญหาของตน ตลอดจนการช่วยให้พบทางออกของปัญหา โดยทั่วไปญาติก็ควรได้พบผู้รักษา เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วยและสาเหตุ ตลอดจนวิธีการดูแลผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด เกิดความร่วมมือ (compliance) ในการรักษา ญาติได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

2.2 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาที่มุ่งไปที่ระดับจิตใต้สำนึก (unconscious) ได้แก่ การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) จิตบำบัดครอบครัว (family therapy) และกลุ่มบำบัด (group therapy) อย่างไรก็ตาม การทำจิตบำบัดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนี้ยังไม่พบประโยชน์ที่ชัดเจนนัก⁽²⁷⁾ การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) แต่อย่างไรก็ตามการทำจิตบำบัดครอบครัวมีประโยชน์เพื่อช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีส่วนช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าใจกัน เรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติกันอย่างเหมาะสม และช่วยแก้ไขความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ เช่น การควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป หรือการแสดงอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงต่อกัน⁽²³⁾

2.3 มิลิวเธอราปี (Milieu therapy) เป็นการรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ไม่แลดูเหมือนห้องขัง มีการจัดกิจกรรมกลุ่มหลาย ๆ รูปแบบ โดยแต่ละแบบมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต่างกันไป โดยบุคลากรผู้รักษาแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งทางด้านสังคม การงาน และการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ

ตอนที่ 2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

2.1 ประวัติและวิวัฒนาการ

ในปี ค.ศ. 1934 เมดูนา (Ladislas J. Von Meduna) ได้นำการรักษาด้วยการชัก (Convulsive therapy) มาใช้กับผู้ป่วย ดีเมนเซีย พร็คอกซ์ (dementia praecox) หรือโรคจิตเภทในปัจจุบัน โดยวิธีฉีดการบูร (camphor) เข้ากล้ามเนื้อของผู้ป่วย เนื่องจากข้อสังเกตที่ว่าโรคลมชัก (Epilepsy) และโรคจิตเภท จะเกิดร่วมกันน้อยมาก ปรากฏว่า ผู้ป่วยคาทาโทเนีย และผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางจิตดีขึ้นหลังจากมีอาการชัก และต่อมาพบว่า เมทราโซล (metrazole) ทำให้เกิดการชักดีกว่าเขาจึงได้นำสารนี้มาใช้ในการรักษาโรคจิตเภท^(1,28)

แต่ต่อมาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ ทำให้เกิดผลแทรกซ้อน เช่น กระดูกเคลื่อน แดงหรือหัก เบนเนตต์ (Abram E. Bennett) จึงได้แนะนำให้มีการใช้ยาฉีดคลายกล้ามเนื้อ คิวราเร (curare) ออกมาใช้ในปี ค.ศ. 1940 เพื่อลดความรุนแรงของการชัก และช่วยให้ผลแทรกซ้อนจากกระดูกหักน้อยลง⁽⁴⁾

การใช้ไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดอาการชัก หรือ Electroconvulsive therapy หรือ ECT ได้เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1938 โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ เซอร์เลตตี (Ugo Cerletti) ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์ และประสาทวิทยา ของกรุงโรม ประเทศอิตาลี ได้รายงานผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 ราย มารับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้เครื่องมือที่ศาสตราจารย์ บินี (L. Bini) ประดิษฐ์ขึ้น โดยใช้กระแสไฟฟ้าสลับ 110 โวลต์ นาน 0.2 วินาที โดยวางขั้วไฟฟ้า (electrode) บนศีรษะบริเวณหน้าผากและข้างขม่อม (frontoparietal electrode) ทำทั้งหมด 11 ครั้ง ปรากฏว่าได้ผลดี จึงนับเป็นรายงานแรกในการรักษาด้วยไฟฟ้า ต่อมาทั้งสองได้ร่วมกันนำการรักษาด้วยไฟฟ้าไปใช้รักษาผู้ป่วยโรคอินโวลูชันนอล ดีเพรสชัน (Involutional Depression) ซึ่งก็ได้ผลดีเช่นกัน⁽¹⁰⁾

ปี ค.ศ. 1942 ไฟรด์แมน (E. Friedman) เป็นบุคคลแรกที่ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับ 2 ข้างของศีรษะ (Bilateral ECT) และได้รับความนิยมใช้มาจนถึงทุกวันนี้ ต่อมา ในปี ค.ศ. 1943 มัวร์ (N. P. Moor) เป็นบุคคลแรกที่นำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่องตลอดไป (Maintenance ECT) มาใช้ โดยให้การรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยเดือนละครั้ง นานเป็นปี ซึ่งวิธีนี้สามารถช่วยป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบขึ้นมาอีก⁽¹⁰⁾

ปี ค.ศ. 1947 กลุ่มก้าวหน้าทางจิตเวช (The Group for the Advancement of Psychiatry : GAP) ได้ออกแถลงการณ์เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ว่าแม้จะให้ผลดี แต่ก็ได้มีการนำเอาไปใช้ในทางที่ผิด จึงได้เสนอให้เพิ่มความระมัดระวังในการใช้และสนับสนุนให้มีการทำวิจัยศึกษาหาข้อเท็จจริงให้มากขึ้น⁽²⁹⁾

ต่อมาในปี ค.ศ. 1951 ได้มีการนำ ซิคซินิลโคลีน (succinylcholine) มาใช้เป็นยาคลายกล้ามเนื้อในระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า และเป็นที่ยอมรับใช้จนถึงปัจจุบัน⁽⁴⁾

ปี ค.ศ. 1952 ในประเทศสวีเดน โฮล์มเบิร์ก และทีสเลฟ (G. Holmberg and S. Thesleff) ได้นำยาสลบ และยาคลายกล้ามเนื้อ มาใช้รวมกันกับการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นครั้งแรก ซึ่งเรียกว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดดัดแปลง (Modified ECT) สามารถลดผลแทรกซ้อนจากกระดูกหัก และข้อเคลือบลงได้มาก และวิธีการดังกล่าวยังใช้กันจนถึงทุกวันนี้⁽³⁰⁾

ปี ค.ศ. 1956 อูเล็ต และคณะ (G.A. Ulett, et al) ได้ทำการรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้แรงดันไฟฟ้าต่ำ ๆ ในระยะเวลาสั้น ๆ หรือที่เรียกว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบซับคอนวัลส์ฟ (Subconvulsive Therapy ECT) เพื่อทำให้ไม่รู้สึกรู้ตัว (unconscious) หรือให้เกิดการชักแบบเกร็ง (tonic convulsion) พบว่าได้ผลดี โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการสับสน (confuse) และหลงลืม (amnesia) มากนัก⁽³¹⁾ แต่ปัจจุบันการรักษาวินิจฉัยนี้เลิกใช้แล้ว เนื่องจากพบว่าไม่ได้ผลดีจริงดังที่ อูเล็ต และคณะ ได้รายงานไว้

ปี ค.ศ. 1958 ในประเทศอังกฤษ แลงแคสเตอร์และคณะ (N.P. Lancaster, et al.) ได้นำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบวางขั้วไฟฟ้าบนศีรษะข้างเดียวกับมือที่ถนัด (Unilateral nondominant ECT) มาใช้เป็นครั้งแรก โดยพบว่าได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับ 2 ข้างศีรษะ แต่ทำให้เกิดความสับสนและอาการหลงลืม น้อยกว่า โดยเรียกตำแหน่งที่วางขั้วไฟฟ้านี้ว่าตำแหน่งแลงแคสเตอร์ (Lancaster position) ต่อมาได้มีผู้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบวางขั้วไฟฟ้าบนศีรษะข้างเดียวกับมือที่ถนัด กับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับ 2 ข้างของศีรษะกันมากมาย ขณะนี้วิธีนี้ได้เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันในหลายประเทศ⁽³²⁾

ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1941 - 1959 นี้ การรักษาด้วยไฟฟ้าได้มีการพัฒนาเทคนิคการใช้อย่างมากมาย และถูกนำไปใช้รักษาอาการผิดปกติทางจิตเวชต่าง ๆ จำนวนมาก⁽⁶⁾

ปี ค.ศ. 1974 เฮอริวิทซ์ (Thomas D. Hurwitz) ได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ทั้งในด้านของประสิทธิภาพของการรักษาด้วยไฟฟ้า ผลแทรกซ้อนของการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ทั้งแบบดัดแปลง และแบบไม่ดัดแปลง ปริมาณและระยะเวลาของกระแสไฟฟ้าที่เหมาะสม ผลทางกายภาพ (Physiologic effects) ตลอดจนกลไกการออกฤทธิ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้า นอกจากนี้เขายังเสนอแนะว่า การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นเป็นวิธีการที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิผล และจิตแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเห็นประโยชน์ของการรักษาด้วยไฟฟ้า⁽³³⁾

ปี ค.ศ. 1976 ในประเทศเดนมาร์ก ได้มีการสำรวจการใช้ การรักษาด้วยไฟฟ้าในช่วงประมาณ ปี ค.ศ. 1972 พบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้รักษาดีเพรสชันแบบเ็นโดจีนัส (Endogenous depression) อาการเพ้อคลั่งแบบฉับพลัน (Acute delirium) แมเนีย (Mania) โรคจิตแบบฮิสทีเรีย (Hysterical psychosis) ดีเพรสชันแบบรีแอคทีฟ (Reactive depression) และ โรคจิตเภท โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบวางขั้วไฟฟ้าบนศีรษะข้างเดียว กับมือที่ถนัด มีการให้ยาสลบก่อนการผ่านกระแสไฟฟ้า โดยทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และพบผลแทรกซ้อนจากการทำเล็กน้อยถึงปานกลาง⁽³⁴⁾

ขณะที่ในปีเดียวกัน ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และอาลาบามาของสหรัฐอเมริกา มณฑลออนตาริโอของประเทศแคนาดา และประเทศเนเธอร์แลนด์ ความนิยมที่จะใช้การรักษาด้วยไฟฟาลดลงต่ำสุดจนกระทั่งรัฐบาลออกกฎหมายห้ามทำการรักษาด้วยไฟฟ้า นับเป็นห้วงเลี้ยวหัวต่อในประวัติศาสตร์ของการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้เกิดคำถามต่าง ๆ ขึ้นมากมาย เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้เกิดความพิการของสมองอย่างถาวร (permanent brain damage) จริงหรือไม่ การรักษาด้วยไฟฟ้ามีโทษมากกว่าประโยชน์จริงหรือไม่ หรือควรยกเลิกการใช้ การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาทางจิตเวชหรือไม่ คำถามเหล่านี้ทำให้สมาคมจิตแพทย์ในหลาย ๆ ประเทศมีความตื่นตัว ให้ความสนใจในการศึกษาค้นคว้าหาคำตอบให้ได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งต่อมากจากการรวบรวมความรู้ทางวิชาการ การทำวิจัย และรายงานข้อเท็จจริง ผลออกมาตรงกันทุกประเทศว่า การรักษาด้วยไฟฟ้ายังเป็นการรักษาที่ให้ประโยชน์ ไม่เกิดความเสียหายต่อสมองอย่างถาวร จึงร่วมกันสนับสนุนให้ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าต่อไป พร้อมทั้งต่อต้านกฎหมายห้ามใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า มีผลให้ความนิยมค่อย ๆ คืบคลานมาอีกครั้งหนึ่ง และแม้ในถิ่นที่มีกฎหมายห้ามใช้การรักษาด้วยไฟฟ้ายังมีการผ่อนผันให้ใช้ได้ ถ้ามีจิตแพทย์รับรอง^(10, 35)

ปี ค.ศ. 1977 ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศอังกฤษ (The Royal College of Psychiatrists) ได้รายงานความรู้เรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้าในด้านต่าง ๆ เช่น ประสิทธิภาพ อาการข้างเคียง เทคนิคและวิธีการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งนับเป็นสมาคมจิตแพทย์แห่งแรกที่มีท่าทีสนับสนุนให้มีการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าต่อไป⁽³⁶⁾

ปี ค.ศ. 1978 คณะอนุกรรมการของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association : APA, Task Force on ECT) รายงานผลการวิจัยแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติและประสบการณ์การใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า จิตแพทย์อเมริกา ร้อยละ 67 นิยมใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยส่วนมากนิยมใช้แบบดัดแปลง โดยวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับ 2 ข้าง โดยให้ผู้ป่วยชัก 1 ครั้ง ในการทำแต่ละครั้ง ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง กว่าครึ่งหนึ่งนิยมใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับยา และจิตแพทย์ส่วนหนึ่งใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่องตลอดไป

และพบว่าผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งร้อยละ 77 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depression) และร้อยละ 17 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท⁽³⁷⁾

นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกา ชูตินี้ยังได้รายงานทางวิชาการอย่างละเอียด ทั้งด้านทฤษฎี ประสบการณ์ การใช้กฎหมายและความถูกต้องทางจรรยาบรรณ ได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการทำเป็นขั้นตอน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างมีขอบเขต เช่น มีข้อบ่งชี้วิธีการทำที่ถูกต้อง และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ

ต่อมา ปี ค.ศ. 1987 ทอมป์สัน และ เบลน (James W. Thompson and Jack D. Blaine) ได้ศึกษาการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในปี ค.ศ. 1980 ร้อยละ 2.4 ของผู้ป่วยในหน่วยงานจิตเวชได้รับการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยร้อยละ 69.8 ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้ารักษาโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และร้อยละ 16.6 ใช้รักษาโรคจิตเภท และพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้ามีการใช้น้อยลงถึงร้อยละ 46 เมื่อเทียบกับ ปี ค.ศ. 1975⁽³⁸⁾ แต่อย่างไรก็ตามรายงานการศึกษานี้อาจใช้กลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป พบว่ามีการใช้กลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา หรือการศึกษาในประเทศอังกฤษ แคนาดา และไอร์แลนด์⁽³⁹⁾

ในปี ค.ศ. 1981 สุชะ (G.D. Shukla) ได้ศึกษาผู้ป่วยของแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอินเดีย ระหว่างปี ค.ศ. 1977 ถึง ค.ศ. 1980 พบผู้ป่วยร้อยละ 14.3 ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยในจำนวนนี้ 3 ใน 4 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท และ อีก 1 ใน 5 เป็นผู้ป่วยซึมเศร้า ปรากฏว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ผลดีกับผู้ป่วยจิตเภทและให้ผลดีที่สุดกับผู้ป่วยซึมเศร้า และผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปัญหาด้านความจำ และ สุชะยังได้กล่าวถึงการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดไม่ดัดแปลง ว่าประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าแบบดัดแปลง และการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัยและประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงเป็นวิธีการรักษาที่มีความจำเป็นมากโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา⁽⁴⁰⁾

ปี ค.ศ. 1982 โคลบ์ และ โบรดี (L. Kolb and K. Brodie) ได้กล่าวไว้ในหนังสือจิตเวชศาสตร์คลินิกสมัยใหม่ ซึ่งตีพิมพ์เป็นครั้งที่ 10 (Modern Clinical Psychiatry, Tenth edition) ว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ใช่วิธีการรักษาที่ล้าสมัยอีกต่อไป เพราะพิสูจน์ได้ว่าเป็นการรักษาที่ได้ผล ประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองอย่างชั่วคราว หรือถาวร⁽⁴¹⁾

ปี ค.ศ. 1983 อีเลีย ออตโตสัน และสตอร์มเกิน (G. d' Elia, J.O. Ottosson and L.S. Stromgren) ได้รายงานการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้าในกลุ่มประเทศแอสกันดิเนียเวีย ปรากฏว่าความนิยมกำลังเริ่มกลับคืนมาหลังจากที่ได้ลดลงในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และพวกเขา

ได้เสนอแนะว่า การใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ควรทำให้ผู้ป่วยหมดสติแบบตื้น ๆ โดยให้ออกซิเจนตลอดการรักษา ใช้กระแสไฟฟ้าต่ำที่สุดที่จะทำให้เกิดการชักที่สมบูรณ์ (generalized seizure) ควรมีเครื่องมือที่ไว้วัด ระยะเวลาการชัก (seizure duration) นอกจากนี้การทำการรักษาด้วยไฟฟ้านี้ ควรปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม มีสถานที่สำหรับทำการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยเฉพาะควรมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจขั้นตอนของการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถลดความหวาดกลัวลงได้⁽⁴²⁾

ปี ค.ศ. 1990 คณะอนุกรรมการของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้เสนอแนะว่า การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภทโดยเฉพาะในรายที่มีอาการคาทาโทเนีย มีอาการเด่นทางด้านอารมณ์ หรือมีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าดี⁽⁶⁾ และควรใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่อง (Continuation ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่องตลอดไป (Maintenance ECT) ให้ผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดซ้ำของอาการซึ่งตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าดี และมีประวัติดี้อยา หรือทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือในรายที่ต้องการทำ และนอกจากนี้ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยยังต้องยินยอมรับบริการด้วยไฟฟ้า และอยู่ในสภาพที่สามารถจะรับการรักษานี้ได้⁽⁴³⁾

โดยสรุป วิวัฒนาการของการรักษาด้วยไฟฟ้า อาจแบ่งออกได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยไฟฟ้าเริ่มต้นด้วยการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่สมองในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือที่เรียกว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ดัดแปลง ต่อมามีการพัฒนาเทคนิคการทำ โดยใช้ยาสลบ และยาคลายกล้ามเนื้อ ก่อนการผ่านกระแสไฟฟ้า ทำให้ลดผลแทรกซ้อนจากกระตุกหัก และข้อเคล็ดลงได้มาก อีกทั้งยังลดความกลัวของผู้ป่วยได้มากเช่นกัน
2. การวางขั้วไฟฟ้าในช่วงแรกส่วนใหญ่เป็นแบบ วางขั้วไฟฟ้า 2 ข้างของศีรษะ ต่อมาพัฒนาเป็นแบบขั้วเดียว ปัจจุบันนิยมใช้การวางขั้วไฟฟ้า ทั้ง 2 แบบ
3. เครื่องมือผลิตกระแสไฟฟ้าลักษณะคลื่นไฟฟ้าแบบไซน์ (Sine - wave) เปลี่ยนมานิยมใช้คลื่นไฟฟ้าแบบบริฟ-พัลส์ (BRIEF-pulse wave) เนื่องจากสามารถลดจำนวนกระแสไฟฟ้า ที่ใช้ได้ถึง 1 ใน 3 ผู้ป่วยหลังรักษาจะรู้สึกตัวเร็วกว่า อาการสับสนและการสูญเสียความจำน้อยกว่า และความทรงจำจะกลับคืนมาเหมือนเดิมได้เร็วกว่า⁽⁴⁴⁾
4. การรักษาด้วยไฟฟ้าได้วิวัฒนาการมาใช้รักษาโรคจิตเวชบางโรคเท่านั้น เช่น โรคความผิดปกติทางอารมณ์ และโรคจิตเภท เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย นายแพทย์อรุณ ภาคสุวรรณ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ได้นำเครื่องแบบหิ้ว (portable) ขนาดเล็กชื่อ เม็ดคราฟท์ (Medcraft) เข้ามาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2488 โดยครั้งแรกรักษาผู้ป่วย 8 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท โดยฉีดอะโทรปีน (atropine) ก่อนทำวางขั้วไฟฟ้าแบบ 2 ขั้ว ปรากฏว่าได้ผลดีพอสมควร สะดวกรวดเร็ว และประหยัดค่าใช้จ่าย จากนั้นได้ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเรื่อยมา⁽²⁵⁾

ในราวปี พ.ศ. 2519 นายแพทย์ชูทิตย์ ปานปรีชา ได้นำการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดดัดแปลงมาใช้รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยเลือกใช้กับผู้ป่วยบางคนเพื่อการศึกษาและสาธิตให้กับแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้าน หรือใช้ในรายที่ญาติต้องการ หรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงอันตราย แต่ในการทำกรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดไม่ดัดแปลงนี้ไม่ได้ถูกใช้เป็นวิธีการรักษากับผู้ป่วยทุกคน เนื่องจากจำนวนแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ดูแลมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย⁽³⁵⁾

ในปีเดียวกันนั้น นายแพทย์เอม อินทภรณ์ ได้นำการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดดัดแปลง มาใช้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยในระยะแรกใช้เครื่องมือเม็ดคราฟท์ บี 24 (Medcraft B24) ซึ่งเป็นคลื่นไฟฟ้าแบบไซน์ ในปี พ.ศ. 2531 ใช้เครื่องเม็คต้า (MECTA) ซึ่งเป็นคลื่นไฟฟ้าแบบบร็ฟ-พัลส์ และมีเครื่องบันทึกคลื่นสมอง (EEG) คลื่นหัวใจ (EKG) และได้ใช้มาจนถึงปัจจุบัน โดยยังไม่พบอัตราตายในผู้ป่วย⁽⁴⁵⁾

ปี พ.ศ. 2540 นายแพทย์ วรวิวัฒน์ จันทร์พัฒนา ได้ศึกษาผลของการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดต่อเนื่อง ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท แบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective) โดยคัดผู้ป่วยจิตเภท 12 คน ที่ได้รับการรักษาอาการเฉียบพลัน ด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียว และมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้าดี มารับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดต่อเนื่อง ต่อไปอีก 6 เดือน โดยให้เพียงยาไดอะซีแพม (diazepam) เพื่อลดอาการหงุดหงิด พบว่าผู้ป่วย 8 คน ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ไม่พบอาการกำเริบ ไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรง และไม่พบความบกพร่องของความรู้ความคิด (cognitive impairment)⁽⁴⁶⁾

ปัจจุบัน แม้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าในประเทศไทยจะมีมา 53 ปีแล้วก็ตาม แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า ก็ยังมีอยู่น้อยมาก เนื่องจากโดยทั่วไปในประเทศไทยยังทำการรักษาด้วยไฟฟ้ากันน้อยอยู่ การเรียนการสอนการรักษาด้วยไฟฟ้ามีน้อย และโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ ยังจำเป็นต้องใช้รักษาชนิดไม่ดัดแปลง ในขณะที่มีเพียงโรงพยาบาลแห่งที่มีทีมวิสัญญีใช้การรักษาชนิดดัดแปลง

ข้อบ่งชี้ (Indications)

1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ได้ผลดีและรวดเร็วกับโรคซึมเศร้า โดยจะพิจารณาใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีอาการทางจิตรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการหงุดหงิด วุ่นวายอย่างมาก หรืออาการไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โดยมีประสิทธิผลดีเท่ากับยาต้านเศร้า ทั้งในด้านของประสิทธิภาพและระยะเวลาการตอบสนอง และควรพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษารักษาอันดับแรก สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการทางจิตที่การใช้ยาอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลดี หรือในรายที่ต้องการตอบสนองที่รวดเร็ว เช่น มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตนเองหรือผู้อื่น^(1,4) สำหรับอาการเมเนีย ปัจจุบันพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ผลดีเท่ากับหรือดีกว่าลิเทียม^(1, 4, 47)

2. โรคจิตเภท การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการครั้งแรก มีอาการด้านบวกของโรคจิต มีระยะเวลาของการป่วยสั้น มีอาการคาทาโทเนีย มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย มีประวัติการตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า มีความรู้สึกผิด (guilt) หรือ มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการรักษาดด้วยไฟฟ้าจะให้ผลดีพอ ๆ กับยา และจะให้ผลดีมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกัน^(1, 4)

3. อื่น ๆ การรักษาด้วยไฟฟ้ายังสามารถใช้ในผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นได้อย่างปลอดภัย⁽⁴⁸⁾ บางรายงานพบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ได้ผลดีกับโรคความผิดปกติย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - compulsive disorder), โรคอนอเร็กเซีย เนอร์โวซา (anorexia nervosa), อาการเพ้อคลั่ง (delirium) หรือ โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นต้น

ข้อห้ามใช้ (Contraindications)

การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่มีข้อห้ามใช้ 100% แต่ควรหลีกเลี่ยงในการใช้กับผู้ป่วยที่มีโรคทางกายบางชนิด เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันในสมองสูง (increase intracranial pressure)⁽⁴⁹⁾ ผู้ที่มีเนื้องอกในสมอง (brain tumor) ผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในสมอง (intracerebral bleeding) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เพิ่งเกิดอาการ (recent myocardial infarction) โดยเฉพาะภายในระยะ 10 วันที่ผ่านมา แต่อาจไม่เป็นปัญหาถ้าเกิดขึ้นมานานกว่า 3 เดือน และควรระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) แต่อาจแก้ได้โดยให้ยาลดความดันโลหิตสูง (antihypertension) ก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า และระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายที่มีความเสี่ยงอันตรายในการใช้ยาสลบ^(1, 44)

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) ในปี ค.ศ. 1978 ได้แนะนำให้ประเมินผู้ป่วยทุกคนก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ดังนี้

1. ชักประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตอย่างละเอียด โดยเฉพาะประวัติที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจ หัวใจและหลอดเลือด ประสาทวิทยา กระดูกและข้อต่อ ประวัติการได้รับยาและการแพ้ยา ตลอดจนประวัติที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ
2. ตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยเฉพาะในระบบต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วในข้อแรก นอกจากนั้นต้องระวังเป็นพิเศษเกี่ยวกับช่องปาก โดยเฉพาะฟันปลอม ฟันโยก ฟันผุ เป็นต้น
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจากประวัติและการตรวจร่างกาย เช่น การถ่ายภาพรังสีของทรวงอก กระดูกสันหลัง กระโหลกศีรษะ และอื่น ๆ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และถ้ามีความจำเป็นอาจต้องพิจารณาตรวจระดับของพลาสมา ชูโดโคลิเนสเทอเรสในเลือด (plasma Pseudocholinesterase activity level) ของผู้ป่วย บางรายก่อนให้ยาชกซนิลโคลีน

อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อน ปัจจุบันพบอุบัติเหตุการณ์ของอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงน้อย ตั้งแต่มีการระมัดระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนจากการทำการรักษาด้วยไฟฟ้าที่สำคัญ ได้แก่

1. ปวดศีรษะ โดยมากไม่รุนแรง และไม่เป็นทุกราย
2. คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มักเกิดกับผู้ป่วยหลังการชกหยุด ถ้าผู้ป่วยมีอาการชกรุนแรง ก็จะมีคลื่นไส้ได้ง่าย ส่วนการอาเจียนรุนแรงพบได้น้อยมาก
3. สับสนงุนงง อาการจะเป็นมาก - น้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนและความถี่ของการรักษา⁽⁵⁰⁾ โดยปกติมักจะหายไปภายใน 5 - 45 นาที
4. หลงลืม การสูญเสียความจำมาน้อยอาจขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำ แต่จะเกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อหยุดการรักษา ความจำก็จะดีขึ้นจนปกติภายในไม่กี่สัปดาห์ และไม่เกิน 6 เดือน^(19, 51)
5. ความกลัว อาจเกิดจากความสับสนงุนงงหรือจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจกระบวนการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า อาจแก้ไขได้โดยการให้คำอธิบายและซักถาม ให้ความรู้ การให้ความมั่นใจ (reassurance) หรือ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (relaxation training) แก่ผู้ป่วย⁽¹⁾
6. ตาย ในอดีตพบอัตราการตายจากรายงานต่าง ๆ ร้อยละ 0-0.08 แต่เมื่อมีเทคนิคการให้ยาสลบมาใช้ อัตราการตายลดลงเหลือ ร้อยละ 0.02-0.04 หรือพบการตาย 1 ครั้ง ใน

การทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 25,000 ครั้ง ซึ่งสาเหตุการตายเกิดจากผู้ป่วยมีโรคทางกายอย่างรุนแรงเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือระบบทางเดินหายใจ⁽⁵²⁾

7. การทำลายสมอง (Brain damage) ในปัจจุบันยังไม่พบหลักฐานแน่ชัดว่าการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้เกิดความเสียหายต่อสมองอย่างถาวร ตัวอย่างเช่น กรณีศึกษา ของ ลิพพ์แมน และคณะ (Lippman et al., 1985) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 1,250 ครั้งในรอบ 26 ปี ไม่พบหลักฐานที่แสดงถึงสมองที่ถูกทำลาย⁽⁵³⁾

2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภท

ในปี ค.ศ. 1967 สมิธ และคณะ (Smith, et al) รายงานผลการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยยาคลอโรโพรมาซีนอย่างเดียว กับการรักษาด้วยยา คลอโรโพรมาซีน ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า การใช้ยาคลอโรโพรมาซีน ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้อาการดีขึ้นเร็วกว่า มีระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่าและมีอัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลภายในปีเดียวกันน้อยกว่าการใช้ยาคลอโรโพรมาซีนเพียงอย่างเดียว⁽⁵⁴⁾

ในปี ค.ศ. 1973 เวลล์ (Donn A. Wells) ศึกษาผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทย้อนหลังไปตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960-1969 เลือกศึกษาเฉพาะในรายที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรก โดยผู้ป่วยทุกคนได้รับยาควบคู่กับการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า ผู้ป่วย 3 ใน 4 มีอาการดีขึ้นในระดับปานกลางถึงดี และพบว่า แพทย์ไม่ได้พิจารณาให้ การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นเพียงวิธีรักษาวิธีสุดท้าย แต่ได้รับการยอมรับว่าให้ประโยชน์ในการรักษาในช่วงเวลาแรก ๆ ของการป่วย นอกจากนี้การรักษาด้วยไฟฟ้ายังให้ผลดีกับสซิชิโซเฟเนีย โรคจิตเภทชนิดคาทาโทเนีย (Catatonic Schizophrenia) และดีที่สุดในการป่วยครั้งแรกและมีอาการเศร้าร่วมด้วย⁽⁵⁵⁾

ปี ค.ศ. 1980 เทย์เลอร์ และ เฟลมมิงเกอร์ (P. Taylor and J.J. Fleming) ในประเทศอังกฤษ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจริง จะมีอาการดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากทำการรักษาด้วยไฟฟ้าไปแล้ว 6 อาทิตย์ และหลังจากสิ้นสุดการรักษา จึงสรุปว่า การรักษาด้วยไฟฟ้า นั้นเป็นวิธีการรักษาที่ให้ประโยชน์อย่างรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัด⁽⁵⁶⁾

ปี ค.ศ. 1981 เมย์ และ คณะ (May, et al) ได้เสนอว่า ในระยะยาวแล้วการรักษาด้วยไฟฟ้า นั้นให้ผลดีพอ ๆ กับยาหรืออาจดีกว่า สถานภาพและบทบาทของการรักษาด้วยไฟฟ้า ในการรักษาโรคจิตเภทควรได้รับการสนใจศึกษาอย่างจริงจัง ผลการศึกษาที่ผ่านมาทำให้เราเห็นถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยไฟฟ้าและต้องการศึกษาต่อไป ซึ่งขัดแย้งกับการโจมตีหรือเจตคติที่ไม่ดีที่มีต่อการรักษาชนิดนี้⁽²⁷⁾

ในปีเดียวกันในประเทศอินเดีย สุชะ (G.D. Shukla) ศึกษาผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า ต่อผู้ป่วยจิตเวช 503 คน พบว่า ได้ผลดีกับผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจะมีการตอบสนองต่อการรักษาอย่างมาก เมื่อใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคู่ไปกับการใช้ยา⁽⁴⁰⁾

ปี ค.ศ. 1985 แบรินดอน และคณะ (S. Brandon, et al) ในประเทศอังกฤษ ศึกษาผู้ป่วยจิตเภท เพื่อดูผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจริง มีอาการดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าปลอม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการทดลอง แต่ไม่พบผลเช่นเดียวกันนี้ เมื่อติดตามผลไปข้างหน้าเมื่อการรักษาไม่ได้ถูกควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 และ 28⁽⁵⁷⁾ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในปี ค.ศ. 1987 ของ อับราฮัม และกุลฮารา (K.R. Abraham and P. Kulhara) ในประเทศอินเดีย ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจริง จะมีอาการดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 8 สัปดาห์แรก แต่ไม่พบความแตกต่างเช่นนี้ในสัปดาห์ที่ 12 และเดือนที่ 6⁽⁵⁸⁾

ปี ค.ศ. 1988 กูเรจี (O. Gureje) ในประเทศไนจีเรีย ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทผิวดำที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดไม่ตัดแปลง พบว่าการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ จำนวนครั้งที่มาอยู่ในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นเพราะสิ่งสำคัญที่จะพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้ากับผู้ป่วย คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเป็นระยะเวลานานแล้วแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือเป็นเพราะธรรมชาติของโรคเองที่ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน⁽⁵⁹⁾

ปี ค.ศ. 1989 ด็อดเวลล์ และโกลด์เบิร์ก (D.Dodwell and D. Goldberg) ศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภท 17 คน เพื่อดูผลของการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า ได้ผลดี เช่น เมื่อเป็นผู้ที่มีระยะเวลาการป่วยสั้น มีบุคลิกภาพแบบแยกตัว หรือมีอาการด้านอารมณ์ไปตามการหลงผิดหรือประสาทหลอน (mood-congruent delusions or hallucinations)⁽⁶⁰⁾

ต่อมาคณะอนุกรรมการของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้ออกแถลงการณ์ในปี ค.ศ. 1990 ว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาโรคจิตเภทที่ได้ผลดีในรายที่มีอาการคาทาโทเนีย มีอาการด้านอารมณ์เด่น หรือมีประวัติตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า นอกจากนี้ยังรักษาโรคจิตที่สัมพันธ์กับโรคจิตเภท เช่น โรคความผิดปกติของจิตประสาทและโรคความผิดปกติแบบสลิโซเอฟเฟคทีฟ ได้ผลดีอีกด้วย⁽⁶⁾

ในปี ค.ศ. 1993 ซาจู และ ยาชอบ (P.J. Saju and K.S. Jacob) ในประเทศอินเดีย กล่าวถึงการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ในการรักษาโรคจิตเภทว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าช่วยลดอาการและเพิ่มการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศอินเดียและจะแสดงผลเร็วขึ้น เมื่อใช้คู่กับ

ยา การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประโยชน์แม้กระทั่งการรักษาในผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ในช่วงแรกของการรักษาอาการเจ็บพลัน และใช้ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นทางเลือกในการรักษาที่สำคัญ เพราะเป็นวิธีการรักษาที่ไม่มีผลข้างเคียงในระยะยาว ช่วยลดปริมาณยาที่ใช้ ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และประหยัดค่าใช้จ่าย⁽⁹⁾

ปี ค.ศ.1995 ครูเกอร์ และแซคแฮม (R.B. Krueger and H.A. Sackeim) เสนอว่า การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพ ในการรักษาโรคจิตเภทอย่างน้อยในรายที่มีอาการเจ็บพลัน หรือในรายที่มีระยะเวลาการป่วยไม่นาน ขณะเดียวกันยังพบว่ามีการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ควบคู่ไปกับยาจะให้ผลการรักษาในระยะสั้นดีกว่าการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือยาเพียงอย่างเดียว⁽⁶¹⁾

ในปี ค.ศ. 1996 ฟิงค์ และ แซคแฮม (M. Fink and H.A. Sackeim) ได้ประเมินบทบาทของการรักษาด้วยไฟฟ้าต่อโรคจิตเภทในปัจจุบันว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะในรายที่ป่วยครั้งแรก มีลักษณะเคลื่อนไหวมาก วุ่นวายไม่มีจุดมุ่งหมาย หลงผิด เพ้อคลั่ง หรือใช้ในผู้ป่วยอายุน้อย เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยเรื้อรัง และในผู้ป่วยที่มีอาการคาทาโทเนีย มีอาการด้านบวกของโรคจิต หรือมีอาการสซิทโซเอฟเฟคทีฟ นอกจากนี้จากผลการศึกษาหลายชิ้นที่ผ่านมา พบว่า การใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า คู่กับยา ทำให้มีการตอบสนองต่อการรักษาที่รวดเร็วและดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียวในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท⁽⁶²⁾

นายแพทย์ชุตติย์ ปานปรีชา (2536) กล่าวถึงการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังว่า ปัจจุบันไม่นิยมใช้ นอกจากผู้ป่วยมีอาการที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นและแพทย์ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อลดอาการรุนแรงลงเท่านั้น⁽⁴⁴⁾

สำหรับการศึกษาการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่อง และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่องตลอดไป ในการรักษาโรคจิตเภท พบน้อยมาก ที่พบคือ ในปี 1965 คาร์ไลเนอร์ และ เวร์แฮม (W. Kardiner and H. Wehrheim) ศึกษาโดยติดตามไปข้างหน้า 6 ปี พบอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่องตลอดไป และร้อยละ 79 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่องตลอดไป⁽⁶³⁾ และการศึกษาของนายแพทย์ วรวัฒน์ จันทร์พัฒนนะ (2540) ในประเทศไทยดังที่กล่าวมาแล้วในตอนประวัติและวิวัฒนาการของการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยศึกษาผลของการ รักษาด้วยไฟฟ้าชนิดต่อเนื่อง ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าดี 12 คน ติดตามไป 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านโรคจิต พบว่าผู้ป่วย 8 คน ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และไม่มีอาการกำเริบ และพบผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรง อีกทั้งไม่พบความบกพร่องของความรู้ความคิด⁽⁴⁶⁾

ตอนที่ 3 เจตคติต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจตคติ

ความหมายของเจตคติ (Definition of Attitudes)

เจตคติ หรือ ทศนคติ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้
 โสภกา ชูพิกุลชัย กล่าวถึงเจตคติว่าเป็นการรวบรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ
 ความคิดเห็น และความจริง (ซึ่งได้แก่พวกความรู้ต่าง ๆ) รวมทั้งความรู้สึกซึ่งเราเรียกเป็นการ
 ประเมินค่าทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพันถึงกัน และจะบรรยายให้ทราบ ถึงจุด
 แกนกลางของวัตถุนั้น ๆ ความรู้สึก และความรู้สึกเหล่านั้น มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรม
 ชนิดใดชนิดหนึ่งขึ้น⁽⁶⁴⁾

สุนทรี โคมิน ให้ความหมายของ "เจตคติ" ว่า คือ ความรู้สึกและปฏิกิริยา
 ความพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวก หรือเชิงลบ ที่มีต่อเฉพาะบุคคล เฉพาะสิ่ง เฉพาะเรื่อง
 และเฉพาะสถานการณ์⁽⁶⁵⁾

ลัดดา กิติวิภาต กล่าวว่า เจตคติ คือ ความคิดที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ
 ซึ่งทำให้เกิดความพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาได้ตอบในทางบวก หรือในทางลบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด⁽⁶⁶⁾

มนูญ ตนะวัฒนา กล่าวว่า เจตคติคือความโน้มเอียง หรือ ความพร้อมที่จะ
 ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่มีความสำคัญด้วยลักษณะอาการที่ได้มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้า⁽⁶⁷⁾

โทมัส และซาไนกี (Thomas and Znaniecki) กล่าวว่า เจตคติทำให้เราเข้าใจ
 สภาวะจิตใจที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของปัจเจกชน⁽⁶⁸⁾

เชพ (Chave) กล่าวว่า เจตคติคือส่วนผสมของความรู้สึก ความปรารถนา
 ความกลัว ความเชื่อ อคติ ฯลฯ ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป
 แล้วแต่ประสบการณ์⁽⁶⁹⁾

อัลพอร์ท (Gordon W. Allport) ได้สรุปว่า เจตคติ คือ ความพร้อมของจิต
 และประสาท อันเกิดจากประสบการณ์ เป็นตัวกำหนดทิศทางการตอบสนองของปัจเจกบุคคลต่อ
 สิ่ง ต่าง ๆ หรือ ต่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁰⁾

ไมเยอส์ (David G. Myers) กล่าวว่า เจตคติคือ ปฏิกิริยาต่อบางสิ่งหรือบาง
 บุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบ ซึ่งแสดงถึงความเชื่อ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคล⁽⁷¹⁾

องค์ประกอบของเจตคติ ⁽¹²⁾ (Three components of attitude)

1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ ความคิด (Cognitive Component) คือความรู้ ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจเป็นข้อเท็จจริง ความรู้ และความเชื่อที่เกี่ยวกับสิ่งนั้น
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) คือ ความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีลักษณะของการประเมิน เช่น ชอบ - ไม่ชอบ, พอใจ - ไม่พอใจ เป็นต้น
3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavior Component) คือ ความพร้อมที่จะตอบสนอง หรือแนวโน้มของการกระทำของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

หน้าที่ของเจตคติ ⁽⁶⁶⁾ (Functions of Attitudes)

1. เจตคติช่วยในการให้บุคคลเข้าใจโลกรอบๆตัวเรา (Knowing Function) การสร้างเจตคติอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อจัดระบบข่าวสารข้อมูลที่ซับซ้อนมากมายรอบตัวให้ง่ายต่อการเข้าใจ ทำให้เกิดความรู้ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่ต้องการทำนายเหตุการณ์ต่าง ๆ หรือต้องการทราบถึงสาเหตุของเหตุการณ์นั้น ๆ อาจถูกหรือผิดก็ได้ เช่น สินค้าราคาแพงเราก็อาจคิดว่าเป็นเพราะพ่อค้าคนกลาง
2. เจตคติช่วยป้องกันตนเอง (Self - Defensive Function) ทำให้บุคคลไม่ถูกตนเองเกิดความภาคภูมิใจ โดยการสร้างเจตคติอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อเสริมอีโก้ของตน หรือไม่ก็ปกป้องแก้ตัวเพื่อป้องกันอีโก้ของตน เช่น นางสาว ก. ไม่เรียนต่อ เพราะเรียนไม่ไหว แล้วสร้างเจตคติว่าคนเรียนสูง ๆ เป็นคนเห็นแก่ตัว ⁽⁶⁵⁾
3. เจตคติช่วยในการปรับตัว หรือใช้เป็นเครื่องมือทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ต่าง ๆ (Social Adjustment or Instrumental Function) สิ่งใดที่ทำให้เราได้รับประโยชน์ เราก็จะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น สิ่งใดที่ขัดขวางความต้องการของเรา เราก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น หนีห่างจากสิ่งนั้น เช่น กลุ่มเกษตรกรภาคอีสาน สนับสนุนพรรคการเมืองหนึ่งเพราะเขามีความเชื่อว่าพรรคการเมืองพรรคนี้อาจจะทำให้พวกเขามีเศรษฐกิจดีขึ้น นาย ก. ซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพรรคนี้อาจจะปรับตัวให้เข้ากับกลุ่ม
4. เจตคติช่วยให้บุคคลแสดงตนเองออกมา (Self - Expressive Function) และทำให้เรารู้จักหรือเข้าใจบุคคลนั้น เพราะ บุคคลมักจะแสดงเจตคติที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมของตนเอง

การเกิดเจตคติ (Attitude Formation)

เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาจากการเรียนรู้ เช่น จากการได้รับแรงเสริม (reinforcement) การเลียนแบบ (imitation) หรือการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) หรือ เจตคติอาจเกิดจากการมีประสบการณ์ทั้งทางตรงหรือทางอ้อมกับแหล่งทัศนคตินั้น อย่างไรก็ตาม การเกิดของเจตคติอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ^(72, 73) ได้แก่

1. เจตคติที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) หรืออีกนัยหนึ่งคือ ได้รับมาจากบุคคลอื่น แม้บุคคลนั้นจะไม่เคยมีประสบการณ์ตรงกับสิ่งที่ทำให้เกิดเจตคตินั้นมาก่อนก็ตาม แต่เจตคติก็สามารถเกิดขึ้นได้โดยผ่านการเรียนรู้ทางสังคม แหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดเจตคตินี้ได้แก่ พ่อแม่ เพื่อน สถาบัน หรือสื่อมวลชน เป็นต้น เช่น เด็กเรียนรู้ที่จะมีเจตคติที่ดีต่อการเรียน จากการเลียนแบบพฤติกรรมของพ่อแม่ (modeling) หรือจากการได้รับแรงเสริม (reinforcement) เช่น ถูกดุเมื่อไม่ทำการบ้าน แต่ได้รับคำชมและเงินค่าขนมเพิ่มขึ้นเมื่อเรียนได้คะแนนดี เป็นต้น

สำหรับสื่อมวลชน เป็นต้นว่า หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ในปัจจุบัน จัดว่าเป็นแหล่งของเจตคติที่มีอิทธิพลมากทั้งในแง่ของการทำให้เกิดเจตคติ และการเสริมเจตคติให้มั่นคงยิ่งขึ้น⁽⁷³⁾

2. เจตคติที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (direct experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้เกิดเจตคติในทางดีหรือไม่ดีตามที่เขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน เช่น นาย ก. เคยติดต่องานกับหน่วยงานแห่งหนึ่ง และได้รับการต้อนรับที่ไม่ดีจาก นาย ข. นาย ก. มีเจตคติที่ไม่ดีต่อ นาย ข. และอาจถึงขั้นมีเจตคติที่ไม่ดีต่อหน่วยงานนั้นไปด้วย (stereotype) นอกจากนี้ Kay Deaux และ Lawrence S. Wrightsman⁽⁷³⁾ ได้กล่าวไว้ว่า เจตคติอาจไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกสิ่งที่เราเผชิญ แต่การถามคำถามโดยตรงเกี่ยวกับสิ่งนั้น จะทำให้เกิดเจตคติได้ เพราะคนสามารถทำความเข้าใจและมีปฏิกิริยาต่อสิ่งนั้นได้ทันที

มาร์ค แกร์ริสัน (Mark Garrison)⁽⁷⁴⁾ ได้อธิบายกระบวนการเกิดและเปลี่ยนแปลงเจตคติว่ามีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่

1. การยอมตาม (Compliance) คือ การยอมตามความปรารถนาของผู้อื่นเพื่อหลีกเลี่ยงความอึดอัดใจ หรือเพื่อได้รับประโยชน์บางอย่าง แต่ความกดดันทางสังคมนี้ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติจริง ๆ

2. การเลียนแบบ(Identification) คือ การเลียนแบบผู้อื่นเมื่อบุคคลต้องการจำกัดตัวเองเข้ากับบุคคลหรือกลุ่มนั้น เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน หรือเป็นเจตคติที่เกิดจากการแสวงหาความสอดคล้องหรือเอกลักษณ์เฉพาะตน (agreement - seeking หรือ identity - seeking)⁽⁶⁵⁾ เจตคติที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้ จะมีความเปราะบาง เนื่องจากเกิดจากการยึดติดกับบุคคลหรือกลุ่มมากกว่าจะเป็นการประเมินรับสิ่งนั้นเข้ามาด้วยตนเอง

3. การรับไว้เป็นของตน (Internalization) คือ เจตคตินั้นเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยมพื้นฐานที่มีอยู่แล้ว และเจตคตินั้นสนับสนุนหรือเสริมภาพพจน์ (self - image) ของตนเอง เจตคติที่เกิดขึ้นนี้มีความมั่นคงที่สุด เพราะเกิดจากการประเมินข้อดี-ข้อเสียด้วยตัวเอง ไม่ขึ้นอยู่กับกลุ่ม หรือเรียกว่า เจตคติที่เกิดจากการแสวงหาข้อมูล (information - seeking)⁽⁶⁵⁾

มาร์ค แกริสัน (Mark Garrison) กล่าวว่า การยอมรับ และ การเลียนแบบ อาจนำไปสู่การรับไว้เป็นของตน และบางครั้งมีความคาบเกี่ยวกันทั้ง 3 ลักษณะ

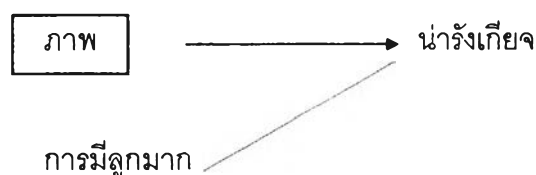
ทฤษฎีเจตคติ (Attitude Theories)

1. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการให้แรงเสริม (Conditioning and Reinforcement Theories)

เป็นทฤษฎีเจตคติที่ใช้หลักการเรียนรู้ที่มีเงื่อนไขและแรงเสริมกำลัง (Conditioning and Reinforcement) ศักดิ์ สุนทรเสถียร⁽⁷⁵⁾ ได้สรุปไว้ว่าการก่อให้เกิดเจตคติจากทฤษฎีนี้มี 3 วิธีคือ

1.1 วิธีสร้างเจตคติแบบเชื่อมโยง (Association) คือ แบบเชื่อมโยงสิ่งเร้าตั้งแต่สองตัวขึ้นไป ตามแบบทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Classical Conditioning Theory) ของ พาฟลอฟ (Pavlov) ในชีวิตประจำวันของคนเราได้รับการเรียนรู้ประเภทนี้มากมาย เช่น การโฆษณา การค้าขาย เป็นต้น

ตัวอย่างการโฆษณาการคุมกำเนิด



1.2 วิธีให้แรงเสริม (Reinforcement) ซึ่งเป็นหลักการของ สกินเนอร์ (Skinner) เพื่อจะให้บุคคลเกิดเจตคติอย่างใดอย่างหนึ่งโดยการให้รางวัล คำชมเชย พฤติกรรมใดที่ได้รับรางวัล บุคคลนั้นก็จะประพฤติเรื่อยไป ถ้าไม่มีคนชมเรา เราก็ชมตัวเอง ภูมิใจตัวเอง (Self-reinforcement) ซึ่งจะทำให้เจตคติดังอยู่ตลอดไป

1.3 เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ (Imitation a model) พ่อแม่ เพื่อน และครูจะเป็นตัวแบบที่สำคัญที่เด็กจะเลียนแบบเจตคติต่อสิ่งต่าง ๆ ตามตัวแบบนั้น ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของตัวแบบกับสิ่งที่ทำให้เกิดเจตคตินั้น ๆ เช่น พ่อ - แม่ นับถือศาสนาพุทธ ลูกจะมีเจตคติที่ดีต่อศาสนาพุทธ และยอมรับนับถือศาสนาพุทธด้วย

2. ทฤษฎีการสอดคล้องของการรับรู้ (Cognitive consistency approach)

2.1 ทฤษฎีความสมดุลย์ของไฮเดอร์ (Balance Theory) เป็นทฤษฎีความสอดคล้องที่เก่าที่สุดและเป็นทฤษฎีแรกที่ไฮเดอร์ (Heider) ได้คิดทฤษฎีนี้ขึ้นในปี ค.ศ.1946บางที่เรียกทฤษฎีนี้ว่า Heider's P-O-X formulation หรือ Heider's three elements system

ทฤษฎีนี้จะกล่าวถึง 3 สิ่ง คือ

- P หมายถึง บุคคลหนึ่ง (อาจเป็นตัวเรา)
 O หมายถึง บุคคลอีกคนหนึ่ง (อาจเป็นเพื่อนเรา)
 X คือ วัตถุหรือสิ่งของ (อาจเป็นภาพยนตร์จีน)

ความสัมพันธ์ระหว่าง P-O-X จะสมดุลหรือไม่สมดุลนั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ว่าเป็นไปทางใด อาจจะเป็นทางบวก (+) หรือทางลบ (-) ดูภาพประกอบ

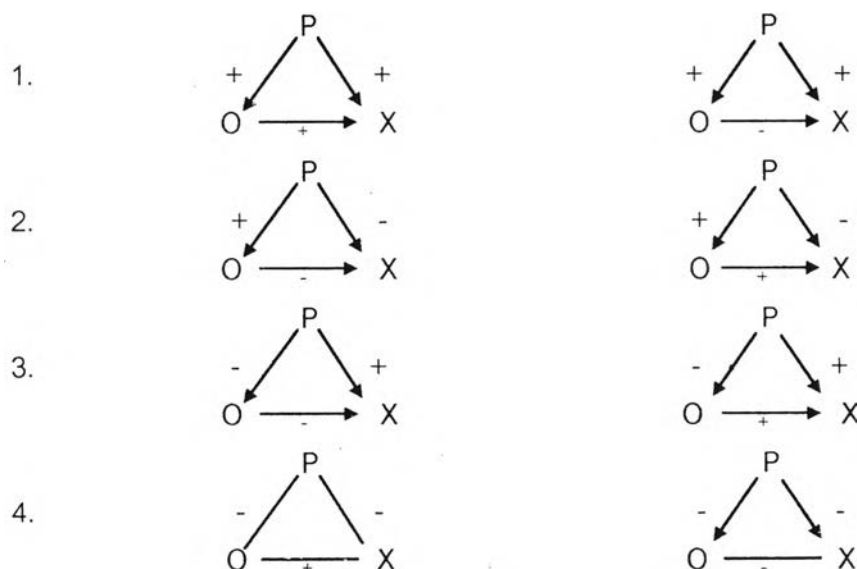
ในที่นี้ เครื่องหมาย + หมายถึง ชอบ

เครื่องหมาย - หมายถึง ไม่ชอบ

ภาพความสมดุลและไม่สมดุลของทฤษฎี P-O-X

ภาวะสมดุล Balanced States

ภาวะไม่สมดุล Unbalanced States



ตัวอย่าง จากภาพ P - O - X 3. จะเห็นว่า P ชอบ X และไม่ชอบ O แต่ O ไม่ชอบ X

ในกรณีนี้จะเกิดความสมดุลงขึ้น เพราะว่า P จะพอใจในสิ่งที่ตนชอบ และจะไม่พอใจเมื่อบุคคลที่ตนไม่ชอบ ไม่ชอบในสิ่งเดียวกับที่ตนชอบ คือ เราพอใจที่คนที่เราเกลียดไม่มีอะไร ๆ เหมือนกับเรา ในกรณีนี้ P ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เพราะเกิดภาวะสมดุล

ตัวอย่าง จาก P - O - X 7.

จะเห็นว่า P ชอบ X และไม่ชอบ O แต่ O ชอบ X

ในกรณีนี้จะเกิดความไม่สมดุลงขึ้น เพราะว่า P จะพอใจในสิ่งที่ตนชอบและไม่พอใจเมื่อบุคคลที่ตนไม่ชอบ มาชอบในสิ่งเดียวกับที่ตนเองชอบ คือ เราไม่ยอมให้คนที่เราเกลียดมาทำอะไรเหมือนกับเรา ในกรณีนี้ P จะเกิดความขัดแย้งหรือเกิดภาวะไม่สมดุลงขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดภาวะสมดุลโดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติต่อ X คือ ไม่ชอบ X เสีย ซึ่งจะกลายเป็น P - O - X 4. ไปและเกิดความสมดุล

ในชีวิตประจำวันเราอาจจะพบกับภาวะเช่นนี้บ่อยครั้ง เช่น เราจะไปที่ศุนาจรที่พิทย เรารู้ว่าคนที่เราเกลียดหรือเราไม่ชอบไปที่ศุนาจรในรถคันเดียวกับเราด้วย เราอาจจะไม่ไปเที่ยวพิทยา ทั้ง ๆ ที่เราอยากไป การเปลี่ยนเจตคติบางครั้งเราก็เปลี่ยนบางครั้งเราก็ไม่เปลี่ยน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของ O และความสำคัญของ X กล่าวคือ

ถ้า O เป็นหัวหน้าของเราจะออกคำสั่งเราก็ต้องไป ไม่เปลี่ยนเจตคติหรือ X มีความสำคัญมากกว่า O เราก็อาจจะไม่เปลี่ยนเจตคติ เช่น เราไปเที่ยวพิทยาเพื่อที่ศุนาจร และถือโอกาสเอาเงินไปให้บิดามารดาที่กำลังขาดแคลนเงินทองที่ต้องใช้จ่ายในการเล่าเรียนของน้อง ซึ่งกำลังเปิดเทอมอยู่ ความคิดของไฮเดออร์นี่เป็นพื้นฐานและถูกดัดแปลงในระยะต่อมา โดยนักจิตวิทยาอื่น ๆ เช่น ทฤษฎีของนิวคอมป์เรียกว่า Newcomp's A - B - X Model เป็นต้น

2.2 ทฤษฎีความสอดคล้องของ ออสกู๊ด (Osgood's Congruity Theory 1953)

ออสกู๊ดสนใจเรื่องของแหล่งข่าวสารที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเกิดเจตคติ แหล่งของข่าวสารสามารถเกิดหรือทำให้เปลี่ยนแปลงเจตคติได้ ผู้รับข่าวสารจะประเมินค่าจากแหล่งข่าวสารและจะยอมรับ (accept) ข่าวสารนั้นแตกต่างกัน

ออสกู๊ด กล่าวว่า "ข้อความเดียวกัน ถ้าคนพูดมีสองคนเราจะเชื่อไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเจตคติที่เรามีต่อสองคนนั้นมากกว่าก่อนว่ามีเจตคติในทางบวกหรือทางลบ"

2.3 ทฤษฎีการไม่สอดคล้องของการรู้ของเฟสติงเกอร์ (Festinger's Theory of Cognitive Dissonance)

ทฤษฎีนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1957 โดยลีออน เฟสติงเกอร์ (Leon Festinger,) ทฤษฎีนี้ได้มาจากความคิดที่ว่า มนุษย์ไม่สามารถทนต่อความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องกันได้ มนุษย์จึงจำเป็นที่จะต้องลดความขัดแย้งนั้นด้วยการเปลี่ยนเจตคติ เฟสติงเกอร์กล่าวว่า "ถ้าเจตคติไม่สอดคล้องกับการกระทำแล้ว เจตคติต่อสิ่งนั้นจะเปลี่ยนไป"

วิธีลดความขัดแย้งตามแนวคิดของ เฟสติงเกอร์ อาจทำได้ดังนี้⁽⁷⁶⁾

1. เปลี่ยนแปลงเจตคติหรือพฤติกรรมนั้น เช่น เลิกสูบบุหรี่เพื่อให้สอดคล้องกับความคิดที่ว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง
2. เปลี่ยนแปลงความสำคัญเพื่อลดความขัดแย้ง เช่น คิดว่าหลักฐานที่มาสนับสนุนว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งไม่น่าเชื่อถือ
3. หาข้อมูลใหม่มาเพิ่มเติม หรือรับรู้ข้อมูลใหม่ที่สอดคล้องกับความคิดอย่างใดอย่างหนึ่งของตน เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำอาจช่วยให้เราไม่เป็นมะเร็ง
4. ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ข้อมูลที่ทำให้มีความขัดแย้งมากขึ้น เช่น ปฏิเสธว่าการสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดมะเร็ง และหลีกเลี่ยงที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่

โรเบิร์ต เอส เฟลด์แมน (Robert S. Feldman) ในปีค.ศ.1994 กล่าวว่า แม้เราจะไม่รู้วาทฤษฎีใดที่จะถูกต้องที่สุดในการอธิบายว่าบุคคลมีปฏิกิริยาอย่างไรต่อความไม่สอดคล้องที่เกิดขึ้นระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมของตน แต่สิ่งที่แน่นอนที่สุดเมื่อเกิดความไม่สอดคล้องขึ้นคือ บุคคลจะปรับเจตคติให้สอดคล้องกับพฤติกรรม หรือพยายามทำพฤติกรรมให้ไปในทางเดียวกับเจตคติ เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในจิตใจ⁽⁷⁶⁾

3. ทฤษฎีการตัดสินทางสังคม (Social Judgement Theory)⁽⁶⁶⁾

ในปี ค.ศ. 1961 ผู้เสนอทฤษฎีนี้ได้แก่ เซอร์ริฟและฮอฟแลนด์ (Sherif and Hovland) เสนอว่า ทศนคติมีความสัมพันธ์กับบรรทัดฐานของสังคมและความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล (ego - involvement) กระบวนการของทฤษฎีนี้มี 2 ขั้นตอน คือ

- 3.1 การตัดสินใจ การตัดสินใจจะยอมรับ (acceptance) หรือปฏิเสธ (rejection) ข้อมูลที่ได้รับ
- 3.2 การเปลี่ยนทัศนคติหรือการคงทัศนคติเดิมไว้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินแล้วว่า จะยอมรับหรือปฏิเสธ

สำหรับการเปลี่ยนทัศนคติในทฤษฎีนี้ เกิดขึ้นเมื่อมีความขัดแย้งระหว่างทัศนคติเดิมของตัวบุคคลกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ บุคคลจะเปรียบเทียบทัศนคติของตนกับข้อมูลนั้น ๆ ถ้า

ทัศนคติเดิมตรงกับบรรทัดฐานของกลุ่ม แต่ข้อมูลใหม่ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลที่เป็นตัวแทนของกลุ่ม เช่นกัน ในกรณีนี้บุคคลจะสงสัยว่าทัศนคติของตนจะผิดแปลกไปจากบรรทัดฐานของกลุ่ม จึงทำให้บุคคลเปลี่ยนไปเชื่อข้อมูลใหม่ที่ได้รับเพราะเห็นว่าเป็นบรรทัดฐานของกลุ่มมากกว่า อย่างไรก็ตาม ทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตัวแปรดังนี้

1) ความขัดแย้งระหว่างทัศนคติกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ

(1) ถ้าทัศนคติเดิมใกล้เคียงหรือขัดแย้งกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับไม่มากนัก บุคคลจะเปลี่ยนทัศนคติไปตามข้อมูลใหม่นั้น (assimilation)

(2) ถ้าทัศนคติเดิมห่างไกลหรือขัดแย้งกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับอย่างมาก บุคคลจะคงทัศนคติเดิมหรือไม่ยอมรับข้อมูลใหม่นั้น (contrast)

2) การยอมรับและการปฏิเสธของแต่ละบุคคล ถ้ามีการยอมรับข้อมูลใหม่มากการเปลี่ยนทัศนคติจะเปลี่ยนไปได้ง่าย ดังนั้น ในกรณีที่ทัศนคติเดิมของบุคคลขัดแย้งกับข้อมูลใหม่ แต่ถ้าบุคคลยอมรับข้อมูลนั้น บุคคลจะเปลี่ยนทัศนคติไปตามข้อมูลใหม่ที่ได้รับ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลไม่ยอมรับหรือปฏิเสธข้อมูลใหม่ บุคคลจะคงทัศนคติเดิมของตนไว้

3) ความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล (ego - involvement) :

(1) ถ้าข้อมูลใหม่แตกต่างจากทัศนคติเดิมและเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลมาก บุคคลจะไม่ยอมรับข้อมูลที่แตกต่างนั้น ยกเว้นว่าบุคคลจะไม่สนใจหรือให้ความสำคัญกับข้อมูลใหม่เท่าไรนัก

(2) ถ้าข้อมูลใหม่แตกต่างจากทัศนคติเดิมไม่มากนัก และเป็นข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเท่าไร บุคคลจะยอมรับหรือเปลี่ยนทัศนคติมากกว่า

4) ความชัดเจนของข้อมูล ถ้าข้อมูลที่ได้รับมีความคลุมเครือ กำกวม ไม่ชัดเจน การยอมรับจะเกิดขึ้นได้น้อย

นอกจากตัวแปรดังกล่าวข้างต้นแล้ว เซอร์ริฟและฮอฟแลนด์ยังได้พิจารณาถึงตัวแปรอื่น ๆ อีก เช่น ข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลที่บุคคลคุ้นเคยหรือไม่ เป็นข้อมูลที่นำเสนอหรือไม่ แหล่งข้อมูลเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือหรือไม่ เป็นต้น

การเปลี่ยนเจตคติ (Attitude Change)

แซนเด็น (James W. Vander Zanden)⁽⁷⁷⁾ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนเจตคติไว้ว่าต้องคำนึงถึงตัวแปรต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. **ผู้ส่งสาร (The Communicator)** เป็นตัวแปรหนึ่งที่เราพิจารณาในขณะที่เรารับข่าวสารหรือข้อมูล ซึ่งผู้ส่งสารที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ อาจต้องมีลักษณะต่อไปนี้

❖ ความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) เพราะคนเรามีแนวโน้มจะตัดสินใจโดยไม่ประเมินข้อมูลนั้น ถ้าผู้ส่งสารนั้นมีความน่าไว้วางใจ คนที่น่าเชื่อถือมากกว่าจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้มากกว่า

❖ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ (Expertness) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตแก่ประชาชน จิตแพทย์จึงมีความเหมาะสมที่สุดที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล

❖ ความชอบ (Liking) เราจะเปลี่ยนความเชื่อของเราตามคนที่เรารู้สึกชอบมากกว่าคนที่เราไม่ชอบ

❖ ความคล้ายคลึง (Similarity) ในการเปลี่ยนเจตคติพบว่า ผู้รับสารมักจะชอบและไว้วางใจผู้ส่งสารที่มีความคล้ายคลึงกับตนมากกว่าผู้ส่งสารที่แตกต่างกับตน

❖ การมีแหล่งข่าวสารจำนวนมาก (Multiple Sources) จะทำให้เราคิดและสนใจสิ่งนั้นมากขึ้น และจะทำให้เพิ่มเจตคติทางบวกมากกว่าฟังจากแหล่งข่าวสารเพียงแหล่งเดียว

2. *ตัวสาร (The Message)* เป็นตัวสื่อความคิด ความรู้สึกของผู้ส่งสาร ตัวสารที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติอาจต้องคำนึงถึงลักษณะดังต่อไปนี้

❖ การกระตุ้นให้เกิดความกลัว (Fear Appeals) คือการบอกถึงอันตรายที่จะมาถึง ถ้าบุคคลกระทำหรือไม่กระทำในสิ่งนั้น เช่น การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็ง หรือ การล่าสัตว์ทางเพศทำให้เกิดเอดส์ และควรบอกถึงวิธีจัดการหรือการแก้ปัญหา เพื่อหลีกเลี่ยงความกลัวนั้น เช่น การแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ หรือ การให้ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

❖ มีการสรุปให้เข้าใจชัดเจน (Conclusion Drawing) และถ้าจะทำให้เกิดเจตคติได้มากขึ้น ถ้าสารนั้นทำให้ผู้รับสารสรุปได้เอง

❖ สารนั้นมีจำนวนมาก (Multiple Messages) ยิ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้มากกว่า

❖ การเสนอข่าวสารด้านเดียว หรือสองด้าน (One-sided versus Two-sided Communications) การเสนอข่าวสารด้านเดียว หมายถึง เสนอข่าวสารที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับผู้รับสารอย่างใดอย่างหนึ่ง และการเสนอข่าวสารสองด้าน คือ การเสนอข่าวสารทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับผู้รับสาร การเสนอข่าวสารด้านเดียว เหมาะสำหรับผู้รับสารที่ยังไม่รู้ข้อมูลนั้น มีการศึกษาน้อย หรือมีเจตคติในทางเดียวกับข้อมูลอยู่แล้ว และมีประโยชน์ในการทำให้เจตคติมั่นคงขึ้น ส่วนการเสนอข่าวสารสองด้านจะทำให้ผู้ส่งสารได้รับความเชื่อถือมากกว่า เนื่องจากมีลักษณะเป็นกลาง และไม่ดูเป็นการโฆษณาชวนเชื่อ จึงเหมาะจะใช้กับกลุ่มผู้รับสารที่รู้ข้อมูลดีอยู่แล้ว มีการศึกษาสูง หรือมีเจตคติในทางต่อต้านกับข้อมูลนั้น

3. ผู้รับสาร (The Target) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงตัวผู้รับสารด้วย เพราะเราไม่สามารถใช้วิธีติดต่อสื่อสารวิธีเดียวกันกับผู้รับสารทุกคน เราจำเป็นต้องพิจารณาถึง เจตคติเดิม สถิติปัญญา บุคลิกภาพของผู้รับสาร รวมทั้งยังอาจต้องคำนึงถึง ความสนใจ ความตั้งใจ อายุ เพศ ประสบการณ์เดิม ฐานะทางสังคม ระดับการศึกษา เป็นต้น

การวัดเจตคติ

วิธีการวัด : การศึกษาเจตคติ ทำได้ 4 วิธี คือ⁽⁷⁸⁾

1. การสังเกต (Observation) เป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แล้วนำข้อมูลที่สังเกตนั้นไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้นเป็นอย่างไร

แต่ข้อด้อยของวิธีสังเกตคือ ในขณะที่สังเกตถ้าไม่มีพฤติกรรมออกมาเราก็สังเกตไม่ได้ และการแสดงพฤติกรรมอาจจะเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ บางครั้งพฤติกรรมที่แสดงออกก็ไม่เป็นประโยชน์ต่อการสังเกตด้วย และเป็นการยากที่จะนำพฤติกรรมที่สังเกตได้ไปอนุมานเป็นเจตคติ ทำให้วิธีการนี้จึงไม่ค่อยใช้มากนักในการศึกษาเจตคติ เพราะข้อมูลที่ได้อาจมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้น้อย และเป็นวิธีที่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก

2. การรายงานตนเอง (Self - Report) เป็นวิธีศึกษาเจตคติของบุคคลโดยให้บุคคลนั้นเล่าความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้นออกมาว่ารู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี ผู้รายงานตนเอง จะเล่าหรือบรรยายความรู้สึกนึกคิดออกมาตามประสบการณ์และความสามารถของเขา ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จากการบอกเล่านี้สามารถกำหนดค่าคะแนนของเจตคติได้ ตามวิธีการศึกษาเจตคติของ เฮอร์สโตน (Thurstone) ลิเคิร์ท (Likert) กัทท์แมน (Guttman) และออสกู๊ด (Osgood) ซึ่งวิธีต่าง ๆ นี้ นิยมใช้กันมาก โดยเฉพาะงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์

3. วิธีการสร้างจินตภาพ (Projective) เป็นวิธีสร้างจินตภาพโดยการใช้ภาพเป็นตัวกระตุ้น ให้บุคคลนั้นแสดงความคิดเห็นออกมา และสังเกตได้ว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ที่ได้รับมา ตัวอย่างวิธีนี้ เช่น วิธีหยดหมึก (Ink Blot) หรือวิธีเล่าเรื่อง (Story Telling) เป็นต้น

4. วิธีวัดทางกายภาพ (Physiological Measures) คือ การวัดเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยการวัด การตอบสนองทางกายภาพ ที่มีต่อสิ่งกระตุ้นนั้น เช่น การวัดการเปลี่ยนแปลงความต้านทานของผิวหนังต่อกระแสไฟฟ้าอ่อน ๆ อันเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ตามอารมณ์ที่ถูกเร้า (Galvanic Skin Response : GSR) การวัดเจตคติโดยวัดขนาดของรูม่านตา หรือ การวัดความตึงของกล้ามเนื้อบนใบหน้า (Electromyographic หรือ EMG) เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบหลักฐานที่แน่นอน ทั้งในด้านของความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของวิธีการวัดเหล่านี้⁽⁷⁹⁾

มาตรวัด : มาตรวัดที่ใช้ในการวัดเจตคติที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน มี 4 ชนิด ได้แก่ มาตรวัดของเทอร์สโตน (Thurstone Scales) มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scales) มาตรวัดของออสกู๊ด (The Semantic Differential Scales) และ มาตรวัดของกัทท์แมน (Guttman's technique) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสร้างมาตรวัดเจตคติตามวิธีของ ลิเคิร์ต (Likert)⁽⁶⁶⁾ ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการสร้างสรุปได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลือกคำถามและรวบรวมข้อความคิดเห็นที่ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา มีความชัดเจน และรัดกุม

ขั้นที่ 2 การกำหนดน้ำหนักในการตอบตัวเลือกต่าง ๆ แต่ละข้อ คือ วิธีที่นำข้อความที่จะใช้วัดเจตคติไปให้ผู้ตอบลงความเห็นว่ามีความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไรบ้าง ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนน 5,4,3,2,1 คะแนน ในกรณีที่มีเจตคติทางบวก และให้คะแนน 1,2,3,4,5 คะแนน ตามลำดับ ในกรณีที่มีเจตคติทางลบ

ขั้นที่ 3 การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยให้ผู้รู้ช่วยกันตัดสิน (Expert Judgement) ว่าครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องที่ต้องการวัดมากน้อยแค่ไหน

ขั้นที่ 4 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Coefficient Alpha)

3.2 เจตคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาที่มีวิวัฒนาการมาเป็นระยะเวลายาวนาน มีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย มีประโยชน์ในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเศร้า บางช่วงของการวิวัฒนาการความนิยมใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าได้ลดลงเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น มีการค้นพบยาต้านโรคจิต และยาต้านเศร้าที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงในช่วงเวลาดังกล่าว การรักษาด้วยไฟฟ้าได้ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้นจากแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ หรือใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นเพียงวิธีที่สะดวกในการทำให้ผู้ป่วยสงบ โดยบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงข้อบ่งชี้ หรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ⁽⁸⁰⁾ รวมทั้งสื่อมวลชนและกลุ่มแพทย์ที่ต่อต้านการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ได้เขียนบทความวิพากษ์วิจารณ์ ล้อเลียน เสียดสี ทำให้ภาพพจน์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าแยลงมากขึ้น และทำให้เกิดกฎหมายห้ามทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในประเทศที่เจริญและมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ความหวาดกลัวการรักษาด้วยไฟฟ้ากระจายออกไปอย่างกว้างขวาง แต่อย่างไรก็ตามความนิยมการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ลดลงนี้กลับเหมือนเป็นการกระตุ้นให้วงการจิตเวชหันกลับมาสนใจศึกษาเพื่อรวบรวมหา

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งในเรื่องของเจตคติของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนโดยทั่วไป ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้ทราบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้ายังคงเป็นวิธีการรักษาที่ให้ประโยชน์ มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย มีผลทำให้ความนิยมกลับคืนมารวมทั้งการยกเลิกกฎหมายห้ามทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในเวลาต่อมา⁽¹⁰⁾

สำหรับเจตคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า นั้นในต่างประเทศมีผู้ศึกษาไว้พอสมควร ซึ่งผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศตะวันตก ผู้วิจัยรวบรวมมาได้ดังนี้

ปี ค.ศ.1971 เพ็ตตี (Donald E. Pettit) ศึกษาเจตคติของผู้ป่วยจิตเวช 56 คน ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลหรือกลัวเกี่ยวกับยาและการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่แตกต่างกัน เพศหญิงกลัวการรักษาด้วยไฟฟ้ามากกว่าเพศชาย ไม่ว่าจะเคยหรือไม่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามาก่อน เขาสรุปว่า เจตคติต่อการรักษาด้วยไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรหลายอย่าง เช่น เพศ บุคลิกภาพ ปัจจัยแวดล้อม รวมถึงประสบการณ์การได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามาก่อน⁽⁸¹⁾

ปี ค.ศ.1977 ฮิลลาร์ด และ ฟอล์เกอร์ (Hillard and Folger,) ศึกษาเจตคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยพิจารณาถึงผลของการใช้ยาหลอก (placebo effects) พวกเขาสรุปว่าผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า อาจมาจากเจตคติของผู้ป่วยเอง โดยได้รับอิทธิพลมาจากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในตึกผู้ป่วย⁽⁸²⁾

ปี ค.ศ.1980 ฟรีแมน และ เคนเดล (Freeman and Kendell) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า ร้อยละ 78 บอกว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่น่ากลัวและช่วยพวกเขาได้ ร้อยละ 15 ยินดีจะรับการรักษาด้วยไฟฟ้าอีกถ้ากลับมามีอาการ ร้อยละ 50 บอกว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าน่ากลัวน้อยกว่าการไปพบทันตแพทย์ และร้อยละ 49 บอกว่าไม่ได้รับคำอธิบายที่พอเพียงเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า⁽⁸³⁾

ซึ่งคล้ายกับการสำรวจของ ฮิวจ์ และคณะ (Hughes ,et al.) ในปี ค.ศ.1981พบว่า ร้อยละ 83 คิดว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้เขามีอาการดีขึ้น และตรงกับบันทึกการรักษาของจิตแพทย์ ร้อยละ 81 ตอบตกลงจะรับการรักษาด้วยไฟฟ้าอีกถ้ากลับมามีอาการ ร้อยละ 54 บอกว่าการทำฟันน่ากลัวกว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าไม่ได้รับคำอธิบายที่เหมาะสม หรือเพียงพอ⁽⁸⁴⁾

ในปีเดียวกัน คาลาแยม และสไตน์ฮาร์ท (B.Kalayam and M. Steinhart)สำรวจเจตคติต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าบุคลากรจิตเวชและประชาชนทั่วไปพบว่าเจตคติต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยรวมเป็นไปในทางบวกโดยทุกกลุ่มเห็นด้วยกับการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าในเงื่อนไขที่จำเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ทำให้สูญเสียความทรงจำ

และทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้นหลังการรักษา โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นกลุ่มที่ต้องการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือปฏิเสธการทำการรักษาด้วยไฟฟ้าน้อยที่สุด⁽¹³⁾

เคอร์ และคณะ (R.A. Kerr, et al.) ในปี ค.ศ.1982 ศึกษาเจตคติต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าของคน 3 กลุ่ม ในประเทศออสเตรเลีย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า กลุ่มญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และกลุ่มญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ปรากฏว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ร้อยละ 73 บอกว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้พวกเขาอาการดีขึ้น โดยร้อยละ 18 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และร้อยละ 50 ของญาติผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มกล่าวว่าการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่ถ้าได้รับคำอธิบายจากแพทย์จะมีความกลัวน้อยลง นอกจากนี้พบว่าสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจผิดและความกลัวเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างมาก⁽¹⁴⁾

ปี ค.ศ. 1986 อาเปเรีย (B. Aperia) ศึกษาเจตคติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 33 คน หลังให้การรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า หลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วย 2 ใน 3 คิดว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ผลดีกับอาการของเขาและยินดีจะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าอีกถ้ากลับมามีอาการ โดยทั้งนี้เจตคติทางบวกไม่มีความสัมพันธ์กับอาการที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า⁽⁸⁵⁾

ปี ค.ศ.1987 ไวเนอร์ และผู้ร่วมงาน (R.D. Weiner ,et al.) ศึกษาเจตคติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เคยได้รับที่ผ่านมาประมาณ 5 ปี พบว่า ร้อยละ 85 เชื่อว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้อาการดีขึ้น โดยร้อยละ 69 บอกว่าผลดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า คงอยู่มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 94 ตอบตกลงทำการรักษาด้วยไฟฟ้าถ้าเขากลับมามีอาการอีก หรือการรักษาอย่างอื่นไม่ได้ผล หรือ แพทย์สั่ง แต่พบว่าร้อยละ 85 ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความจำอยู่บ้าง แต่อย่างไรก็ตามร้อยละ 73 บอกว่าผลข้างเคียงนั้นไม่ได้มีผลกระทบต่อพวกเขามากนัก⁽¹⁶⁾

ปี ค.ศ. 1989 ดอดเวลล์ และ โกลด์เบิร์ก (D.Dodwell and D. Goldberg) ศึกษาผลของการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วย 17 คน พบว่า ผู้ป่วย 13 คนรู้สึกว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าช่วยพวกเขาได้ 12 คน เห็นด้วยว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีที่เป็นประโยชน์และได้ผลดี และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เต็มใจที่จะกลับมาทำการรักษาด้วยไฟฟ้า อีกถ้าจำเป็นต้องทำ⁽⁶⁰⁾

เพ็ตตินาติ และคณะ (H.M.Pettinati ,et al.) ในปี ค.ศ.1994 ได้ทำการสำรวจเจตคติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 78 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ตอบรับการรักษาด้วยไฟฟ้า มีเจตคติที่ดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งก่อนและหลังการรักษา และเจตคตินี้ยังคงอยู่หลังการรักษาไปแล้ว 6 เดือน ส่วนกลุ่มที่ตอบรับการรักษาด้วยไฟฟ้าในตอนแรกที่มีเจตคติในทางลบ หรือไม่แน่ใจ หลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่ามีเจตคติในทางบวก และ ร้อยละ 98 ของกลุ่ม ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าตอบตกลงที่จะรับการรักษาด้วยไฟฟ้าอีกเมื่อกลับมามีอาการ⁽⁸⁶⁾