



อาการของโรคย้ำคิดย้ำทำในคนปกติ

Obsessive–Compulsive Symptoms in Normal Adults

รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย*, รัตนา สายพานิชย์*, ธนิตา หิรัญเทพ*, สูดาววรรณ จุลเกต*
Rungtip Prasertchai*, Ratana Saipanish*, Thanita Hiranyatheb*,
Sudawan Jullagate*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำที่เกิดขึ้นในคนปกติ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ นักศึกษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี และบุคคลทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองว่าไม่มีโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตเวช และได้รับการประเมินด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ฉบับภาษาไทย จากนั้นทำการประเมินอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำโดยใช้แบบประเมินตนเอง Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale–Second Edition–Self Report ฉบับภาษาไทย (Y-BOCS-II-SR-T)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย มีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำสูงถึงร้อยละ 65.7 โดยมีอาการเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ต่อคนเท่ากับ 6.85 ± 12.74 อาการ เป็นอาการย้ำคิดเฉลี่ย 3.39 ± 6.65 อาการและอาการย้ำทำ 3.45 ± 6.34 อาการ อาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดคือ ความคิดที่กังวลเกี่ยวกับเรื่องเชื้อโรคร้อยละ 25.7 ความกังวลถึงการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคร้อยละ 26.7 ส่วนอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดคือ การตรวจสอบกลอน เต้าไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ ร้อยละ 36.2 และการตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาดร้อยละ 30.5

สรุป อาการของโรคย้ำคิดย้ำทำพบได้บ่อยในคนปกติ ข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการดูแลรักษา ให้ความรู้ ความมั่นใจกับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ และยังคงอาจจะเป็นประโยชน์ต่อไปสำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความคิดของมนุษย์

คำสำคัญ อาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ คนปกติ

Corresponding author: รัตนา สายพานิชย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(2): 129-138

ABSTRACT

Objectives : This study aimed to investigate the prevalence and characteristic of obsessive-compulsive symptoms in normal adults.

Methods : This was a descriptive cross-sectional study. Participants were patients' relatives, hospital staffs and students, including normal adults aged from 18 to 70, who had no history of psychiatric disorders. All participants were interviewed by using Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and then answered questionnaires about general identification and assessed their own obsessive-compulsive symptoms by using the Thai self-report version of the Yale-Brown Obsessive -Compulsive Scale -Second Edition (YBOCS-II-SR-T).

Result : One hundred and five normal adults participated in this study. The prevalence of obsessive-compulsive symptoms was relatively high (65.7%). The mean and standard deviation (SD) of total symptoms per person was 6.85 ± 12.74 . The mean and SD of obsessive symptoms was 3.39 ± 6.65 and compulsive symptoms was 3.45 ± 6.34 . The highest prevalence of obsessive symptoms were excessive worry about germs (25.7%) and having an illness or disease (26.7%). The most prevalence of obsessive symptoms were checking locks, stove, appliances, etc (36.2%) and checking that no mistake was made (30.5%).

Conclusion : Obsessive –compulsive symptoms were prevalent in normal adults. The study data might be useful for health care personals to take care, provide knowledge and reassure the obsessive-compulsive patients.

Keywords : Obsessive-compulsive symptoms, Normal adults

Corresponding author: Ratana Saipanish

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(2): 129-138

บทนำ

โรคย้ำคิดย้ำทำมีอาการที่สำคัญคืออาการย้ำคิด และอาการย้ำทำ ซึ่งสาเหตุของโรคนั้นมีสมมติฐานมากมาย ตั้งแต่การทำงานของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ การทำงานที่มากเกินไปของสมองในส่วนของ frontal lobes, basal ganglia และ cingulum การมีบุคลิกภาพ หรือจิตพลวัตที่มีปัญหา ขณะเดียวกันก็มีผู้นำเสนอ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral theory)¹ ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดโรคนี้ได้เช่นกัน โดยตั้งสมมติฐานว่าความคิดที่เป็นอาการย้ำคิดนี้มีรากฐานมาจากความคิดที่ไม่พึงประสงค์ บางความคิด ซึ่งพบได้ในคนทั่วไป Rachman และ DE Silva² ได้เคยรายงานถึงความคิดที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาเองในคนปกติทั่วไป ไปนั้น ว่าไม่ได้มีความแตกต่างแต่อย่างใดกับความคิดของคนที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาอีกหลายการศึกษาที่พบว่าคนปกติโดยทั่วไปไปถึงร้อยละ 80 หรือมากกว่าก็มีความคิดที่ไม่พึงประสงค์แบบนี้เกิดขึ้นมาได้ ในบางเวลา²⁻⁵ แต่ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างความคิดที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในคนปกติกับความคิดของผู้ที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำนั้นเป็นเรื่องของความถี่และความรุนแรงของความคิด ในบางการศึกษาพบว่าความแตกต่างระหว่างความคิดในบุคคลทั่วไปกับผู้ที่เป็ นโรคย้ำคิดย้ำทำคือ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับความไม่พึงพอใจหรือความวิตกกังวล ความรู้สึกลำบาก ในการควบคุมความคิด พฤติกรรมที่ทำเพื่อลดความไม่สบายใจ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตจากความคิดหรือการกระทำเพื่อลดความไม่สบายใจ โดยความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับความไม่พึงพอใจนั้น เป็นประเด็นที่สำคัญมากที่สุด^{1,2,4,6,7}

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงความคิดที่เกิดขึ้นในคนปกติให้ กลายเป็นโรคนั้น อาจเกิดจาก 1) การประเมินและการให้ความหมายความสำคัญของความคิดที่ไม่พึงประสงค์ โดยผู้ที่เป็ นโรคย้ำคิดย้ำทำจะให้ความสำคัญและรู้สึก

ว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัวหรือกังวลอย่างมาก 2) การตอบสนอง เพื่อที่จะลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดมาจาก ความคิดนั้นโดยผู้ที่กังวลมากก็จะทำพฤติกรรม (ที่อาจ จะแสดงออกมาอย่างชัดเจนหรือซ่อนเร้น) บางอย่างเพื่อ ที่จะยุติหรือบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดเนื่ อมาจาก ความคิดนั้น¹ และพฤติกรรมการตอบสนองเพื่อลดความ ไม่สบายใจนี้เองที่เป็นตัวการสำคัญก่อให้เกิดเป็นอาการ ย้ำคิดและย้ำทำต่อไปตามคำกล่าวของ Salkovskii⁸ โดย สรุปลักษณะความคิดที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมาในคนปกติ ทั่วไปกับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำได้เหมือนกัน แต่ส่วนที่ ต่างกันคือ กระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีความคิด นั้นจะสามารถทำให้เกิดหรือไม่เกิดโรคได้

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเชื่อต่าง⁹⁻¹¹ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการเปลี่ยนความคิดที่ไม่พึง ประสงค์ในคนทั่วไปให้กลายเป็นอาการย้ำคิดในโรคย้ำ คิดย้ำทำได้อีกดังนี้คือ ความเชื่อที่ว่าตนต้องรับผิดชอบ ต่อสิ่งเลวร้ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากเนื้อหาความคิดที่ไม่ดี ที่ตนคิด ความเชื่อที่ว่าการมีความคิดไม่ดีที่เกิดขึ้นนั้น แท้ที่จริงแล้วมาจากในส่วนตัวตนเป็นคนไม่ดี และ ความเชื่ออื่นๆ อีก เช่น การควบคุมหรือการหยุดยั้งความ คิดที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เหล่านั้นเป็นเรื่องจำเป็น การที่ มีความเชื่อเหล่านี้จะทำให้คนๆ นั้นให้ความสำคัญกับ ความคิดที่ไม่พึงประสงค์และต้องตอบสนองด้วยการทำ พฤติกรรมบางอย่างอันจะก่อให้เกิดเป็นโรคได้ในที่สุด

การศึกษาเกี่ยวกับความคิดที่ไม่พึงประสงค์ที่ เกิดขึ้นในบุคคลทั่วไปเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เพราะนอกจาก จะมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมากแล้ว ยังสามารถเป็น ข้อมูลเบื้องต้นที่จะช่วยบอกถึงความชุกและลักษณะ อาการของโรคย้ำคิดย้ำทำที่เกิดขึ้นในคนทั่วไป อีกทั้งเป็น หลักฐานในการยืนยันว่าคนทั่วไปก็มีความคิดเหล่านี้ไม่ แตกต่างไปจากคนที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำซึ่งสามารถนำ ไปใช้เป็นประโยชน์ในการดูแล ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย โรคย้ำคิดย้ำทำอีกด้วย คณะผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญ จึงได้ทำการศึกษานี้ขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว เลขที่โครงการ ID 06-59-61 ย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้เป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปซึ่งเป็นญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ นักศึกษา ในโรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนถึงบุคคลทั่วไปที่สนใจซึ่งมีอายุระหว่าง 18 ถึง 70 ปี และสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยตามคำเชิญของคณะผู้วิจัยและจากการประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยผู้เข้าร่วมทั้งหมดจะได้รับการกลั่นกรองโดยผู้วิจัยในเบื้องต้นก่อนว่าต้องไม่มีโรคหรือภาวะที่ผิดปกติทางจิตเวช สภาวะบกพร่องทางปัญญา หรือมีปัญหาในการอ่านหรือเขียน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายต้องได้รับคำชี้แจงของกระบวนการวิจัยและให้ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) เป็นเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อช่วยในวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV and ICD-10 ที่สามารถสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม โดยมีค่าความถูกต้องและค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี¹² ใน การศึกษานี้ใช้ MINI ฉบับภาษาไทย¹³ ซึ่งได้แปลมาจาก MINI ฉบับที่ 5 โดยค่าความจำเพาะ ความแม่นยำ และความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์สูงทุกรายโรค (>0.81) ผู้สัมภาษณ์คือผู้ร่วมนิพนธ์รายที่ 4 (สุดาวรรณ) เป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วและมีค่าความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ประเมินที่สูง (0.91)¹⁴

2. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition-Self report ฉบับภาษาไทย (Y-BOCS-II-SR-T)¹⁵ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการ

และความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำฉบับภาษาไทย โดยผู้ป่วยตอบเอง เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อลดข้อจำกัดในเรื่องผู้สัมภาษณ์และเวลาที่ใช้ของ Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition ฉบับภาษาไทย (Y-BOCS-II-T)(Hiranyatheb, 2015 #1)¹⁶ Y-BOCS-II-SR-T ประกอบด้วยส่วนสำคัญสองส่วนคือ 1) รายชื่อของอาการ และ 2) เกณฑ์วัดความรุนแรง ในส่วนที่เป็นรายชื่อของอาการประกอบด้วยอาการต่างๆ ทั้งหมด 67 หัวข้อ แบ่งเป็นอาการย้ำคิด 29 หัวข้อ อาการย้ำทำ 28 หัวข้อ และการหลีกเลี่ยง 10 หัวข้อ คะแนนรวมในส่วนนี้คำนวณโดยนำเอาจำนวนอาการทั้งหมดมารวมกัน ส่วนเกณฑ์วัดความรุนแรงนั้นมี 10 หัวข้อ โดยประเมินเวลาที่ใช้ไปในการย้ำคิดและย้ำทำ ช่วงเวลาที่ไม่มีอาการย้ำคิด การต่อต้านที่จะไม่ย้ำทำ การควบคุมอาการย้ำคิดและย้ำทำ ความทุกข์ที่เกิดจากการย้ำคิด ความทุกข์เมื่อถูกขัดหรือห้ามไม่ให้ย้ำทำ และการรบกวนจากการย้ำคิดหรือย้ำทำ โดยในแต่ละข้อจะให้ผู้ป่วยให้คะแนนความรุนแรงตนเองว่ามากน้อยเพียงใด แล้วผู้ทำการศึกษาเป็นผู้กรอกคะแนน (จาก 0-5) ในแต่ละข้อ ส่วนคะแนนรวมได้มาจากการนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน (มีค่าได้ตั้งแต่ 0-50) Hiranyathep¹⁵ ได้รายงานค่าความเชื่อถือได้ภายในของเกณฑ์ความรุนแรงในส่วนอาการย้ำคิด อาการย้ำทำ และค่าความรุนแรงโดยรวมไว้เท่ากับ 0.94, 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ และรายงานค่าความแม่นยำว่ามีค่าความสัมพันธ์ร่วมสูงกับเครื่องมือประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำอื่นๆ ได้แก่ Y-BOCS-II-T และ Florida Obsessive-Compulsive Inventory ฉบับภาษาไทย (FOCI-T) ($r_s > 0.90$) และมีค่าความสัมพันธ์ไม่มากนัก ($r_s < 0.60$) กับเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต Pictorial Thai Quality of Life (PTQL)

การเก็บข้อมูล หลังจากอาสาสมัครได้รับการแจ้งให้ทราบถึงกระบวนการการศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้ว อาสาสมัครทุกรายจะได้รับการประเมินเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีโรคทางจิตเวชโดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีความผิดปกติทางจิตเวชใดๆ จากการสัมภาษณ์ด้วย M.I.N.I. จะถูกคัดออก จากนั้นจึงกรอกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินตนเอง Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition-Self Report ฉบับภาษาไทย (Y-BOCS-II-SR-T)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 18.0 โดยศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง อาการย้ำคิดย้ำทำ ตลอดจนความรุนแรงของอาการโดยใช้

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย chi-square test และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย ANOVA

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา เป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่มีโรคทางจิตเวชจากการวินิจฉัยด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้ M.I.N.I. จำนวนทั้งสิ้น 105 ราย เป็นเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.9 ±40.12 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด 61 ราย (ร้อยละ 58.1) นับถือศาสนาพุทธ 98 ราย (ร้อยละ 93.3) การศึกษาระดับปริญญาตรีและมากกว่าปริญญาตรี 83 ราย (ร้อยละ 79.0) และมืงงานทำ 59 ราย (ร้อยละ 56.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย

| | รวม (n=105) จำนวน (ร้อยละ) | อาการย้ำคิดและ/หรือย้ำทำ | | χ ² / F | p-value |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|---------|
| | | มี (n=69) จำนวน (ร้อยละ) | ไม่มี (n=36) จำนวน (ร้อยละ) | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 48 (45.7) | 34 (49.3) | 14 (38.9) | 1.028 | 0.409 |
| หญิง | 57 (54.3) | 35 (50.7) | 22 (61.1) | | |
| อายุ (SD) | 40.12 (16.9) | 37.44 (15.56) | 45.17 (18.33) | 4.984 | 0.028* |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด | 61(58.1) | 43 (62.3) | 18 (50.0) | 4.569 | 0.334 |
| คู่ | 37 (35.2) | 20 (29.0) | 17 (47.2) | | |
| หย่าร้าง/หม้าย | 6 (5.7) | 5 (7.2) | 1 (2.8) | | |
| ศาสนาพุทธ | 98 (93.3) | 64 (92.8) | 34 (94.4) | 3.490 | 0.322 |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ≤มัธยมศึกษา | 20 (19.0) | 15 (21.7) | 7 (19.4) | 3.827 | 0.700 |
| ≥ปริญญาตรี | 83 (79.0) | 54 (78.3) | 29 (80.6) | | |
| อาชีพ | | | | | |
| นักศึกษา | 29 (27.6) | 21 (30.4) | 8 (22.2) | 9.066 | 0.170 |
| รับราชการ | 34 (32.4) | 23 (33.3) | 11 (30.6) | | |
| พนักงานเอกชน /ส่วนตัว | 25 (23.8) | 16 (23.1) | 9 (25.0) | | |
| ว่างงาน | 4 (3.8) | - | 4 (11.1) | | |
| ไม่เปิดเผย | 13 (12.4) | 9 (13.0) | 4 (11.1) | | |
| รายได้ (บาท) | | | | | |
| < 10,000 | 22 (21.0) | 14 (20.3) | 8 (22.2) | 3.717 | 0.715 |
| 10,000-20,000 | 32 (30.5) | 25 (36.2) | 7 (19.4) | | |
| 20,000-40,000 | 31 (29.5) | 19 (27.5) | 12 (33.3) | | |
| > 40,000 | 14 (13.3) | 8 (11.5) | 6 (16.7) | | |

อาการย้ำคิดย้ำทำ

จากการใช้ แบบสอบถามประเมินตนเอง Y-BOCS-II-SR-T พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษา 69 ราย (ร้อยละ 65.7) มีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยมีจำนวนอาการเฉลี่ยต่อคนเท่ากับ $6.85 \pm SD 12.74$ อาการกว่าครึ่งของผู้เข้าร่วม (ร้อยละ 52.4) มีอาการย้ำคิดจำนวนอาการย้ำคิดเฉลี่ยเท่ากับ $3.39 \pm SD 6.65$ อาการต่อคน และร้อยละ 58.1 มีอาการย้ำทำ โดยอาการย้ำทำเฉลี่ยเท่ากับ $3.45 \pm SD 6.34$ อาการต่อคน ส่วนอาการหลีกเลี่ยงพบเพียงร้อยละ 22.9 เฉลี่ยอาการหลีกเลี่ยงเท่ากับ $0.97 \pm SD 2.44$ อาการต่อคน โดยอาการทุกอาการในแบบสอบถาม (67 ข้อ) ได้ถูกเลือกกว่าเคยเกิดขึ้น (ตารางที่ 3) อาการย้ำคิดที่พบได้มากที่สุดคือ ความคิดที่กังวลเกี่ยวกับเรื่องเชื้อโรคจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 25.7) ความกังวลถึงการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค 28 ราย (ร้อยละ 26.7) ส่วนอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดคือ การตรวจสอบกลอน เต้าไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ 38 ราย (ร้อยละ 36.2) และการตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาด 32 ราย (ร้อยละ 30.5) ทั้งนี้ไม่พบความ

แตกต่างในเรื่องเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาอาชีพ หรือรายได้ระหว่างผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำกับผู้ที่ไม่มีอาการ ยกเว้นผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำมีอายุเฉลี่ย $37.44 \pm SD 15.56$ น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ (45.17 ± 18.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.984, df=1, p=0.028$) (ตารางที่ 2)

กลุ่มอาการ

เมื่อนำอาการทั้งหมดมาจัดเป็นกลุ่มอาการตาม Storch และคณะ เคยจัดไว้¹⁷ (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มอาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มอาการย้ำคิดเกี่ยวกับการปนเปื้อน (contamination) ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือกลุ่มอาการย้ำคิดเกี่ยวกับความรุนแรง (aggression) ร้อยละ 27.6 และกลุ่มอาการย้ำคิดเกี่ยวกับเรื่องความสมมาตรและเที่ยงตรง (symmetry and exactness) ร้อยละ 25.7 ส่วนกลุ่มอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มอาการย้ำทำเกี่ยวกับการตรวจสอบ (checking) ร้อยละ 44.8 รองลงมาเป็นกลุ่มอาการย้ำทำพิธีกรรมซ้ำๆ (repeating rituals) ร้อยละ 26.7 และกลุ่มอาการย้ำทำเกี่ยวกับการสะสมสิ่งของ (hoarding) ร้อยละ 23.8

ตารางที่ 2 อาการและความรุนแรงของอาการในกลุ่มตัวอย่างเมื่อประเมินด้วย Y-BOCS-II-SR-T

| กลุ่มอาการ | มี (%) | Y-BOCS-II-SR -T | Y-BOCS-II-SR -T |
|--------------------------|-----------|-------------------|---|
| | | Symptom Checklist | Severity Score |
| | | Mean (SD) | หัวข้อประเมิน Mean (SD) |
| Obsessions | 55 (52.4) | 3.39 (6.65) | 2.34 (3.30) |
| • Contamination | 39 (37.1) | 1.23(2.28) | • เวลาที่ใช้ไปกับการย้ำคิด 0.42 (0.61) |
| • Aggression | 29 (27.6) | 0.71 (1.50) | • ช่วงเวลาที่ไม่มีอาการย้ำคิด 0.68 (1.25) |
| • Religious | 18 (17.1) | 0.30 (0.77) | • การควบคุมการย้ำคิด 0.48 (0.94) |
| • Sexual | 10 (9.5) | 0.19 (0.65) | • ความทุกข์ทรมานจากการย้ำคิด 0.35 (0.86) |
| • Symmetry / Exactness | 27 (25.7) | 0.51 (1.04) | • การถูกรบกวนจากการย้ำคิด 0.35 (0.72) |
| • Hoarding | 12 (11.4) | 0.17 (0.51) | |
| Compulsions | 61 (58.1) | 3.45 (6.34) | 1.53 (2.76) |
| • Cleaning / washing | 11 (10.5) | 0.16 (0.50) | • เวลาที่ใช้ไปกับการย้ำทำ 0.27 (0.44) |
| • Checking | 47 (44.8) | 0.87 (1.19) | • การต่อต้านการย้ำทำ 0.49 (1.19) |
| • Repeating rituals | 28 (26.7) | 0.42 (0.82) | • ระดับการควบคุมการย้ำทำ 0.27 (0.62) |
| • Counting | 11 (10.5) | 0.10 (0.31) | • ความทุกข์หากถูกขัดไม่ให้ย้ำทำ 0.23 (0.55) |
| • Ordering / arranging | 20 (19.0) | 0.28 (0.61) | • การถูกรบกวนจากการย้ำทำ 0.18 (0.48) |
| • Hoarding | 25 (23.8) | 0.45 (0.98) | |
| Obsessions & Compulsions | 69 (65.7) | 6.85 (12.74) | คะแนนรวม 4.01 (5.59) |
| Avoidances | 24 (22.9) | 0.97 (2.44) | - |

ตารางที่ 3 ลักษณะอาการย้ำคิดย้ำทำที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

| หัวข้อ | มี (%) | หัวข้อ | มี (%) |
|--|-----------|--|-----------|
| ข้อ 1-29 : อาการย้ำคิด | | ข้อ 30-57: อาการย้ำทำ | |
| เป็นห่วงหรือกังวลในเรื่องเกี่ยวกับ... | | | |
| 1. เชื้อโรค | 27 (25.7) | 30. การรักษาสุขภาพอนามัยที่มากเกินไปหรือเป็นเหมือนพิธีกรรม | 7 (6.7) |
| 2. สิ่งปนเปื้อนหรือสารเคมี | 15 (14.3) | 31. การทำความสะอาดของใช้ในครัวเรือน สิ่งของ หรือสัตว์เลี้ยง | 10 (9.5) |
| 3. ทำอันตรายต่อผู้อื่นโดยแพร่เชื้อโรคหรือสิ่งปนเปื้อน | 11 (10.5) | 32. การตรวจสอบกลอน เต้าไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า เบริกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ | 38 (36.2) |
| 4. ของเสียหรือของเหลวจากร่างกาย | 14 (13.3) | 33. การตรวจสอบว่าไม่มีอะไรที่น่ากลัวเกิดขึ้นหรือจะเกิดขึ้น | 13 (12.4) |
| 5. สิ่งเหนียวๆ หรือสิ่งตกค้าง | 10 (9.5) | 34. การตรวจสอบว่าได้ทำผิดพลาด | 32 (30.5) |
| 6. การตั้งกรรมกรหรือทำให้ผู้อื่นตั้งกรรมกร | 9 (8.6) | 35. การตรวจสอบร่างกาย | 8 (7.6) |
| 7. การเจ็บป่วยหรือเป็นโรค | 28 (26.7) | 36. การทำกิจวัตรประจำวันหรือข้ามผ่านแนวแบ่งเขตซ้ำๆ | 8 (7.6) |
| 8. การกินอาหารบางอย่าง | 15 (14.3) | 37. การทำให้เท่ากันหรือเสมอกัน | 15 (14.3) |
| 9. ทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นเพราะไม่ระวังเพียงพอ | 14 (13.3) | 38. การอ่านซ้ำหรือเขียนซ้ำ | 25 (23.8) |
| 10. ทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นจากแรงผลักดันภายใน | 6 (5.7) | 39. การนับซ้ำๆ | 11 (10.5) |
| 11. ต้องรับผิดชอบกับเหตุการณ์ร้ายแรง | 19 (18.1) | 40. กิจวัตรประจำวันที่เป็นขั้นตอน | 20 (19.1) |
| 12. การสวดคำหยาบหรือคำต้ออกมา | 8 (7.6) | 41. ทำพิธีกรรมทางศาสนาที่มากเกินไป | 6 (5.7) |
| 13. การทำสิ่งที่น่าอายหรือไม่เหมาะสม | 14 (13.3) | 42. การย้ำกับการจัดลำดับหรือการจัดเรียง | 14 (13.3) |
| 14. ภาพความรุนแรง น่ากลัว หรือน่ารังเกียจ | 14 (13.3) | 43. พุดซ้ำในสิ่งที่คนอื่นพุดไปแล้ว | 11 (10.5) |
| 15. ความถูกผิดหรือศีลธรรม | 16 (15.2) | 44. การถามเพื่อให้มั่นใจ | 17 (16.2) |
| 16. การลบหลู่หรือพุดดูหมิ่นศาสนา | 10 (9.5) | 45. พฤติกรรมกรกินอย่างเป็นพิธีกรรม | 7 (6.7) |
| 17. การถูกวิญญานหรือปีศาจเข้าสิง | 6 (5.7) | 46. เก็บสิ่งของที่ไร้ประโยชน์ | 10 (9.5) |
| 18. ความคิดหรือภาพทางเพศที่ต้องห้ามหรือไม่เหมาะสม | 7 (6.7) | 47. เก็บสิ่งของที่คนส่วนใหญ่มองข้าม | 10 (9.5) |
| 19. การมีแรงผลักดันทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ | 8 (7.6) | 48. ตรวจสอบสิ่งของก่อนที่จะทิ้งไป | 19 (18.1) |
| 20. รสนิยมทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ | 5 (4.8) | 49. ชื่อของที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก | 7 (6.7) |
| 21. ความสมมาตรหรือความเที่ยงตรง | 8 (7.6) | 50. บอก ตาม หรือสารภาพบางสิ่ง | 12 (11.4) |
| 22. ความเนียบของรูปลักษณ์หรือการแต่งกาย | 13 (12.4) | 51. ทำอะไรบางอย่างจนกว่าจะรู้สึกว่ "ใช้ได้แล้ว" | 14 (13.3) |
| 23. การพุดผิด | 18 (17.1) | 52. ต้องการสัมผัสแตะ หรือดู | 7 (6.7) |
| 24. สิ่งที่ไม่ทำให้รู้สึกว่ "ใช้ได้แล้ว" | 13 (12.4) | 53. จ้องมอง หรือกระพริบตา เป็นรูปแบบขั้นตอน | 5 (4.8) |
| 25. การรู้หรือจดจำ | 15 (14.3) | 54. พฤติกรรมเชื่อถือโชคกลาง | 13 (12.4) |
| 26. การสะสมหรือเก็บสิ่งของ | 9 (8.6) | 55. การทำเป็นพิธีกรรมในใจ (ที่นอกเหนือไปจากการตรวจสอบ หรือการนับ) | 8 (7.6) |
| 27. การสูญเสียสิ่งของ ข้อมูล หรือบุคคล | 9 (8.6) | 56. เชื่องช้าไปหมด | 9 (8.6) |
| 28. เวทมนตร์หรือไสยศาสตร์ | 5 (4.8) | 57. การหลีกเลี่ยงอย่างเป็นรูปแบบขั้นตอน | 7 (6.7) |
| 29. เสียง คำพุด หรือเพลงที่ไม่มีมีความหมายที่สอดแทรก ขึ้นมา | 8 (7.6) | | |
| ข้อ 58-67: การหลีกเลี่ยงผู้ป่วยหลีกเลี่ยง..... | | | |
| 58. สิ่งที่ถูกกลัว โดยใช้มาตรการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยง | 10 (9.5) | 63. การพุดคุย หรือเขียนถึงคนอื่น ๆ เพราะกลัวว่าจะพุดหรือเขียนผิด | 11 (10.5) |
| 59. สิ่งของ สถานที่ หรือบุคคลเนื่องมาจากกรย้ำคิด | 15 (14.3) | 64. การรับรู้จากสื่อต่างๆ เพื่อปิดกั้นตัวเองจากข้อมูลที่รบกวนใจ | 7 (6.7) |
| 60. การสัมผัสกับวัตถุหรือคนที่มีสิ่งปนเปื้อน | 12 (11.4) | 65. การไปซื้อปั้งเนื่องจากกังวลว่าจะซื้อของที่ไม่จำเป็น | 8 (7.6) |
| 61. การถือของมีคม การขับชี่ยานพาหนะ หรือ ใช้เครื่องจักร | 12 (11.4) | 66. การทำบางสิ่งทีอาจจะกระตุ้นให้ทำรูปแบบขั้นตอนที่ เสียเวลามาก | 9 (8.6) |
| 62. การสัมผัสกับคน เด็ก หรือสัตว์เลี้ยง เพราะมีแรงกระตุ้นที่ ไม่ต้องการ | 8 (7.6) | 67. การอ่าน การเขียนเพราะอาจจะนำไปสู่การกระทำที่มี รูปแบบขั้นตอน | 9 (8.6) |

ความรุนแรงของอาการ

ค่าคะแนนจาก Y-BOCS-II-SR-T ในส่วนของเกณฑ์วัดความรุนแรงโดยรวมพบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้เวลาไปกับการย้ำคิดและไม่ค่อยมีการย้ำคิด (ร้อยละ 61) ควบคุมความคิดตนเองได้ (ร้อยละ 64.8) ไม่มีความรู้สึกทรมานจากการย้ำคิด (ร้อยละ 74.3) และไม่ถูกรบกวนจากการย้ำคิด (ร้อยละ 68.6) สำหรับความรุนแรงของอาการย้ำทำพบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้เวลาไปกับอาการย้ำทำ (ร้อยละ 68.6) ไม่ค่อยมีอาการจึงไม่จำเป็นต้องต่อต้านการย้ำทำ (ร้อยละ 69.5) ควบคุมพฤติกรรมย้ำทำของตนเองได้ทั้งหมด (ร้อยละ 68.6) ไม่ทุกข์ทรมานจากพฤติกรรมย้ำทำ (ร้อยละ 73.3) และไม่ถูกรบกวนจากอาการย้ำทำ (ร้อยละ 76.2) เมื่อคิดค่าเฉลี่ยของอาการย้ำคิดย้ำทำ (ตารางที่ 2) พบว่าความรุนแรงโดยรวมเท่ากับ 4.01 ± 5.59 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดอยู่ที่ $2.34 \pm SD 3.30$ คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำทำเท่ากับ $1.53 \pm SD 2.76$ คะแนน

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ามีความผิดปกติของโรคย้ำคิดย้ำทำเกิดขึ้นได้ในคนปกติ โดยพบได้ถึงร้อยละ 65.7 ที่มีอาการของย้ำคิดและ / หรือย้ำทำ ส่วนที่มีอาการย้ำคิดพบได้ร้อยละ 52.4 และย้ำทำร้อยละ 58.1 แต่ความรุนแรงของอาการนั้นมีไม่มากนัก โดยคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยที่ประเมินโดย Y-BOCS-II-SR-T มีค่าเท่ากับ 4.01 ± 5.59 คะแนน ซึ่งหมายความว่าคนทั่วไปไม่ได้ใช้เวลาไปกับการรบกวนเหล่านี้มากนัก ไม่ต้องต่อต้านหรือควบคุมอาการ และไม่เป็นทุกข์หรือถูกรบกวนจากอาการเหล่านี้ อาการย้ำคิดที่พบได้มากที่สุดคือ ความคิดที่กังวลเกี่ยวกับเรื่องเชื้อโรค และความคิดกังวลถึงการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค ส่วนอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดคือ การตรวจสอบกลอน เตาไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ และการตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาด

ความชุกของอาการย้ำคิดที่พบจากการศึกษานี้ย่นกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้^{2,4,5} ที่ได้รายงานไว้ว่า

พบมากกว่าร้อยละ 80 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานั้นแตกต่างกัน แต่ผลของการศึกษานี้พบอาการย้ำคิดได้ถึงร้อยละ 52.4 ก็ยังถือว่าพบได้บ่อยมากเช่นกัน ส่วนอาการย้ำทำนั้นมีรายงานการศึกษาน้อยกว่าอาการย้ำคิด³ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ของการศึกษาให้ความสำคัญกับเรื่องความคิดมากกว่า โดยมองว่าการกระทำที่เป็นเหมือนอาการย้ำทำนั้นเป็นผลต่อเนื่องมาจากความคิดที่ไม่พึงประสงค์ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ได้ใช้แบบประเมินตนเอง Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition-Self Report ฉบับภาษาไทย (Y-BOCS-II-SR-T) เป็นเครื่องมือในการศึกษาจึงมีโอกาสได้ประเมินอาการย้ำทำด้วย โดยพบว่ามีจำนวนถึงร้อยละ 58.1 ที่มีอาการย้ำทำซึ่งใกล้เคียงกับที่ Sternberger และ Burns⁵ ได้รายงานไว้ว่าพบร้อยละ 45 จากการศึกษานี้ที่พบว่าอาการย้ำทำที่มากกว่าอาการย้ำคิดนั้นอาจเป็นไปได้ว่าอาการย้ำคิดและอาการย้ำทำไม่จำเป็นต้องมาคู่กัน หรืออาจจะมาคู่กันเพียงแต่บุคคลไม่สามารถสังเกตความคิดตนเองได้ชัดเจน

เนื้อหาของความคิดในการศึกษานี้ต่างไปจากการศึกษาที่ Belloch และคณะ¹ ได้รายงานไว้ถึงเนื้อหาความคิดไม่พึงประสงค์ที่พบได้เป็นอันดับแรกๆ จะเป็นเรื่องกลัวอุบัติเหตุ เปิดเตาไฟหรือเครื่องทำความร้อนค้างไว้ ทั้งสิ่งต่างๆ ไป หรือไม่ได้ล็อกบ้านให้เรียบร้อย Parkinson และ Rachman⁷ ได้รายงานว่าความคิดที่พบบ่อยเป็นเรื่องความรุนแรง ความคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ส่วน Purdon และ Clark⁹ ได้รายงานว่าความคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรุนแรง และความคิดกังวลเกี่ยวกับสิ่งปนเปื้อนเป็นความคิดที่พบมากที่สุดในคนปกติ แต่สำหรับการศึกษานี้ความคิดที่พบมากที่สุดคือความคิดที่กังวลเกี่ยวกับเชื้อโรค ความกังวลถึงการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค ส่วนอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้เป็นเรื่องย้ำเกี่ยวกับการตรวจสอบกลอน เตาไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของ Sternberger และ Burns⁵ อันดับรองลงมา

ยังคงแตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้เป็นการตรวจสอบว่าไม่ได้ทำอะไรผิดพลาด แต่ของ Sternberger และ Burns เป็นเรื่องการใช้เวลานานมากกับการแต่งตัว ความแตกต่างในเนื้อหาของอาการย้ำคิดและย้ำทำของแต่ละการศึกษาอาจเป็นผลมาจากวัฒนธรรมและการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน วิธีการศึกษา ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาก็ยังแตกต่างกันอีกด้วย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในคนปกติ แต่กลุ่มอาการที่พบมีความใกล้เคียงกับที่ออกลกรณและคณะ¹⁸ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยพบว่ากลุ่มอาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรุนแรง เกี่ยวกับเรื่องความปนเปื้อน ส่วนกลุ่มอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดเป็นเรื่องเกี่ยวกับการตรวจสอบ แม้ว่าจะใช้เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน และวิธีจัดกลุ่มอาการแตกต่างกันไปบ้าง แต่สามารถทำให้เห็นลักษณะร่วมของอาการระหว่างผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำและคนปกติได้

ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมีความทุกข์อย่างมากจากอาการของตนและผู้ป่วยจำนวนมากมีความต้องการที่จะลบหรือจัดความคิดที่ไม่พึงประสงค์ของตนเองออกไปให้หมดจึงจะรู้สึกดี โดยไม่ได้เข้าใจว่าความคิดและพฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องธรรมชาติซึ่งมีได้ในคนทั่วไป การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานที่สำคัญในการยืนยันพร้อมให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำว่าความคิดที่ไม่พึงประสงค์นั้นจะมีอยู่เหลืออยู่ได้ และไม่ต้องลบออกไปจนหมด แต่สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้โรคย้ำคิดย้ำทำดีขึ้นคือการตอบสนองกับความคิดและความไม่สบายใจที่เกิดจากความคิดเหล่านั้นต่างหาก¹⁹ ซึ่งวิธีการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดจะเน้นว่าไม่ให้ทำพฤติกรรมใดๆที่จะลดความไม่สบายใจ เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านั้นจะเท่ากับเป็นการสนับสนุนอิทธิพลของความคิดที่ไม่พึงประสงค์นั้นให้คงอยู่และจะพัฒนาต่อไปเป็นอาการย้ำคิดที่เป็นโรคได้ ส่วนพฤติกรรมที่ทำเพื่อลดหรือขจัดความไม่สบายใจก็จะพัฒนาเป็นอาการย้ำทำต่อไป

การศึกษานี้แม้จะช่วยให้เห็นความชุกและลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีในคนปกติ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ อันดับแรกคือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะยังน้อยไป หากในอนาคตได้มีการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากกว่านี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีน้ำหนักมากขึ้น สองกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนหนึ่งเป็นญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ หรือนักศึกษาในโรงพยาบาลซึ่งอาจมีผลต่อความคิดกังวลที่เกี่ยวกับเชื้อโรคหรือความเจ็บป่วยได้ การศึกษาในกลุ่มประชากรที่ต่างไปจะช่วยให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการศึกษาสำรวจเฉพาะเนื้อหาและระดับความรุนแรงของอาการโดยรวมเท่านั้น ยังขาดการศึกษาในเรื่องความถี่ของอาการ สิ่งกระตุ้น ความหมายของอาการและผลกระทบของแต่ละอาการต่อตัวบุคคลซึ่งต้องการการศึกษาเชิงลึกต่อไป

สรุป

อาการของโรคย้ำคิดย้ำทำพบได้บ่อยในคนปกติในการศึกษานี้พบได้ถึงร้อยละ 65.7 โดยอาการย้ำคิดที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความคิดที่กังวลเกี่ยวกับเชื้อโรค จำนวน และความกังวลถึงการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค ส่วนอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ การตรวจสอบกลอนเตาไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ และการตรวจสอบว่าไม่ได้ทำอะไรผิดพลาดซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการให้ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ และยังคงจะเป็นประโยชน์ต่อไปสำหรับการศึกษาที่เกี่ยวกับเรื่องความคิดของบุคคลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. Belloch A, Morillo C, Luccero M, Cabedo E, Carrio C. Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. Clin Psychol Psychother 2004; 11: 100-10.

2. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978;16: 233-48.
3. Gibbs NA. Nonclinical populations in resesarch on obsessive-compulsive disorder. A critical review. *Clin Psychol Rev* 1996; 16:729-73.
4. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions--a replication. *Behav Res Ther* 1984; 22: 549-52.
5. Sternberger LG, Burns GL. Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: obsessions and compulsions in a nonclinical sample. *Behav Res Ther* 1990; 28:337-40.
6. Oltmanns TF, Gibbs NA. Emotional responsiveness and obsessive-compulsive behavior. *Cogn Emotion* 1995; 9: 563-78.
7. Parkinson I, Rachman S. Part II. The nature of intrusive thooughts. *Adv Behav Res Ther* 1981; 3: 101-10.
8. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res The* 1989; 27: 677-82; discussion 683-674.
9. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav* 1993; 31: 713-20.
10. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6(2): 102-10.
11. Salkovskis PM, Richards HC, Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behav Cogn Psychother* 1995; 23: 281-99.
12. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Clin Psychiatry* 1998; 59(Supp20): 22-33;quiz 34-57.
13. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai Version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005; 13:126-36.
14. Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 2097-103.
15. Hiranyatheb T, Saipanish R, Lotrakul M, Prasertchai R, Ketkaew W, Udomsubpayakul, et al. Reliability and validity of the Thai self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 2817-24.
16. Hiranyatheb T, Saipanish R, Lotrakul M. Reliability and validity of the Thai version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Second Edition in clinical samples. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 471-77.
17. Storch EA, Larson MJ, Price LH, Rasmussen SA, Murphy TK, Goodman WK. Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist. *J Anxiety disord* 2010; 24: 650-56.
18. Takurmsadakul A, Hiranyatheb T, Saipanish R. Clinical characteristics and severity of Obsessive-Compulsive disorder in a psychiatric out-patient unit at Ramathibodi Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57: 463-76.
19. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37 (Suppl 1):S29-52.