

การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

ภิญทิลลา เลี้ยงผ่องพันธุ์*, รัตนา สายพานิชย์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะอาการและระดับความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ของผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำของผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 โดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำฉบับภาษาไทย (The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale II-Thai version)

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำทั้งหมด 126 ราย เมื่อแบ่งอาการย้ำคิดเป็นกลุ่มอาการ พบกลุ่มอาการ contamination บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.4 โดยเป็นอาการ 'กังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเชื้อโรค' มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.6 และกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ checking คิดเป็นร้อยละ 90 โดยเป็นอาการ 'ตรวจสอบกลอน เต้าเครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ' มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำอยู่ในระดับปานกลาง

สรุป ลักษณะกลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือ contamination และกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ checking ซึ่งมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงค่อนข้างสูงมาก ซึ่งจิตแพทย์ควรให้ความสำคัญที่จะถามถึงการหลีกเลี่ยงมากขึ้น เพราะอาจจะมีผลต่ออาการและความรุนแรงของโรคทั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และช่วงสถานการณ์ปกติ

คำสำคัญ โรคย้ำคิดย้ำทำ ลักษณะอาการ ความรุนแรง

Corresponding author: พญ.ภิญทิลลา เลี้ยงผ่องพันธุ์

ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: violet.zooyu@gmail.com

วันรับ : 28 ธันวาคม 2564 วันแก้ไข : 15 มีนาคม 2565 วันตอบรับ : 20 มีนาคม 2565



A Study of Clinical Symptoms and Severity of Obsessive-compulsive Disorder Patients at Ramathibodi Hospital during the COVID-19 Pandemic

Pantila Liengpongpun*, Ratana Saipanish*

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

ABSTRACT

Objective: To examine clinical characteristics and severity of obsessive-compulsive disorder (OCD) in psychiatric out-patient unit at Ramathibodi Hospital during COVID-19 pandemic.

Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study. Participants were OCD patients aged 18 years old or older and visited the psychiatric out-patient unit of Ramathibodi Hospital between May 2020 and May 2021. Instrument was used the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale II to assess characteristics and severity of obsessive-compulsive disorder.

Results: Participants were 126 OCD patients. The most common group of obsession were contamination 79.4% and most common symptom was 'excessive concern about germs' 51.6%. The most common group of compulsion were checking 90% and most common symptom was 'checking locks, stoves and electrical appliances' 55.6%. Severity of obsessive-compulsive symptom was moderate.

Conclusion: The most common obsession was contamination. The most common compulsion was checking. Severity of obsessive-compulsive symptom was moderate. At the same time, the outcomes were shown that patient have high prevalence for avoidance. Psychiatrists should focus on this important topic because it may impact to symptoms and severity of disease on covid pandemic situation and normal situation.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, clinical characteristics, severity

Corresponding author: Pantila Liengpongpun

E-mail: violet.zooyu@gmail.com

Received 28 December 2021 Revised 15 March 2022 Accepted 20 March 2022

บทนำ

โรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคที่มีความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองซ้ำๆ โดยไร้เหตุผล และก่อให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก พร้อมกับมีอาการย้ำทำคือการกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนซ้ำๆ เพื่อป้องกันหรือลดความไม่สบายใจจากอาการย้ำคิด¹ จากการศึกษาความชุกในประเทศต่างๆ พบว่าโรคนี้มีความชุกชั่วชีวิตอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2 - 3 เป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียเวลา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก¹ ซึ่งโรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคที่มีความหลากหลายทางลักษณะอาการและความรุนแรง ซึ่งข้อมูลในเรื่องลักษณะอาการย้ำคิดและย้ำทำเป็นข้อมูลที่สำคัญ เพราะสามารถใช้พยากรณ์ความแตกต่างในการตอบสนองต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอาการได้² จากการศึกษาในอดีตที่นำข้อมูลส่วนกลุ่มอาการหลักของโรคไปศึกษาต่อในรูปแบบ multidimensional model พบว่าผลการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือการทำจิตบำบัดในกลุ่มอาการโรคย้ำคิดย้ำทำแต่ละกลุ่มนั้นไม่เท่ากัน โดยพบว่าในกลุ่มอาการสะสมสิ่งของจะมีการตอบสนองต่อการรักษาหรือการทำจิตบำบัดน้อยกว่าในกลุ่มอื่นๆ^{3,4}

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคที่แพร่ระบาดทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โรคที่สามารถติดจากคนสู่คนได้ ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เพราะฉะนั้นในหลายๆ ประเทศรวมถึงประเทศไทยจึงมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดโดยการรักษาระยะห่างจากผู้อื่น สวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ และล้างมือเป็นประจำ ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งเป็นการศึกษาของ Lior Carmi และ Chakraborty A^{5,6} พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84 ไม่ได้มีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำมากขึ้นต่างไปจากช่วงที่ไม่มีการแพร่ระบาดของอาการไม่ได้ถูกกระตุ้นให้เป็นมากขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการศึกษาในทวีปยุโรปของ Jelinek L และคณะ⁷ พบว่ามีอาการย้ำคิดย้ำทำพบบ่อยที่สุดคือ cleaning/washing พบถึงร้อยละ 55.6 และระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับรุนแรง ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรปอื่นๆ ของ Mataix-Cols, Rufer, Landeros-Weisenberger และคณะ^{2,8,9}

การศึกษาในประเทศไทยมีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำมีอยู่เพียงงานวิจัยเดียว คือ การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามารัตน์¹⁰ จัดทำโดย อลงกรณ์และคณะ ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะอาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดคือ ความลังเลสงสัย กลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือย้ำคิดเรื่องความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ลักษณะอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ การตรวจสอบ กลอนประตู เต้าไฟ หรือเครื่องใช้ไฟฟ้าบ่อยๆ ส่วนกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ ย้ำทำในเรื่องการตรวจสอบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแถบทวีปยุโรป^{2,8} ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในทวีปเอเชีย¹¹⁻¹³ ที่พบว่าอาการย้ำคิดที่พบมากคือย้ำคิดเกี่ยวกับเรื่องความสกปรก หรือการปนเปื้อน และอาการย้ำทำที่พบมากคือย้ำทำเกี่ยวกับการล้างมือหรือทำความสะอาด ยังเป็นที่น่าสงสัยด้วยเหตุใดการศึกษาของประเทศไทยจึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาในทวีปเอเชียซึ่งมีลักษณะวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวมีกลุ่มประชากรค่อนข้างน้อยคือเพียง 36 ราย และใช้ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำนี้ โดยจะใช้กลุ่มประชากรที่มากขึ้นและจะใช้ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) ซึ่งมีข้อดีกว่าคือมีการปรับเปลี่ยนคำถามเกี่ยวกับอาการที่ชัดเจนและมีความเข้าใจมากขึ้น มีการเพิ่มคะแนนเพื่อให้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงขณะทำการรักษามากขึ้น มีการเปลี่ยนจากความสามารถที่ทนต่อการต้านทานความย้ำคิดไปเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีอาการย้ำคิด มีการประเมินในเรื่องของการหลีกเลี่ยงซึ่งเป็นอีกอาการหนึ่งที่สำคัญ เพราะฉะนั้นการศึกษานี้จึงใช้แบบประเมิน The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการทราบลักษณะอาการและความรุนแรง^{14,15} และยังไม่มีการศึกษาในช่วงสถานการณ์โรคระบาดเช่นนี้ ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำนี้โดยจะใช้กลุ่มประชากรที่มากขึ้นและจะใช้ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) ซึ่งทางผู้วิจัยคิดว่าการศึกษาถึงลักษณะอาการต่างๆ ของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำรวมถึงระดับความรุนแรงจะมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รหัสโครงการ COA.MURA2020/893 ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาในช่วงเดือน พฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 และการศึกษาเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่จัดทำโดยดุษฎีและคณะ¹⁰ ซึ่งมีข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นข้อมูลที่เข้าร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำแบบภาษาไทย ที่อ้างอิงจาก The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale II ในรูปแบบที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (self-rate) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นที่ค่อนข้างสูง (>0.9)¹⁶ โดยแบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ จำนวน 67 ข้อ และความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 - 60 นาที โดยในส่วนของลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำได้มีการถามลักษณะอาการที่เกิดขึ้นซึ่งผู้ป่วยสามารถตอบได้หลายข้อ และได้นำไปแบ่งตามกลุ่มอาการของการย้ำคิดหรือย้ำทำ การเก็บข้อมูลทำโดยแพทย์ผู้วิจัย นอกจากนี้ยังมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลส่วนของโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม และการรักษาที่ได้รับ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 26 โดยศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1) **ข้อมูลพื้นฐาน** พบว่าในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 มีผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 126 ราย มีอายุเฉลี่ย 38.4 ± 13.82 ปี พบเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.4) โสด (ร้อยละ 63.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 73.8) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65.9) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $22,846.59 \pm 30,566.44$ บาท อาการย้ำคิดย้ำทำ อายุที่เริ่มมีอาการเฉลี่ย 26.0 ปี ระยะเวลาที่ได้

รับการรักษาเฉลี่ย 8.2 ปี การมีอยู่ของอาการเป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 63.5) แนวโน้มของอาการเป็นๆ หายๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว (ร้อยละ 39.7) ไม่มีโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม (ร้อยละ 63) โรคทางจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 11.9) ส่วนมากได้รับยามากกว่าหนึ่งขนาน (ร้อยละ 57.1) และยาที่ได้รับมากที่สุด คือ SSRI (ร้อยละ 73.8) (ตามตารางที่ 1)

2) **อาการย้ำคิด** พบว่าผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดเฉลี่ย 11.46 ชนิดต่อคน โดยลักษณะอาการย้ำคิดที่พบได้บ่อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ย้ำคิดเรื่องกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเชื้อโรค (ร้อยละ 51.6) ย้ำคิดเรื่องกังวลเกี่ยวกับการลบล้างหรือพุดดูหมิ่นศาสนา (ร้อยละ 47.6) ย้ำคิดเรื่องกังวลมากเกินไปกับความถูกต้องหรือศีลธรรม (ร้อยละ 43.7) ย้ำคิดเรื่องกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค (ร้อยละ 42.9) ย้ำคิดเรื่องทุกข์ร้อนใจกับของเสียหรือของเหลวจากร่างกาย (ร้อยละ 42.1)

กลุ่มอาการย้ำคิด ที่พบได้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ contamination obsessions (ร้อยละ 79.4) aggressive obsessions (ร้อยละ 76.2) obsessions with need for symmetry or exactness (ร้อยละ 52.4) religious obsession (ร้อยละ 62.7) hoarding/saving obsessions และ miscellaneous (ร้อยละ 47.6) (ตามตารางที่ 2)

3) **อาการย้ำทำ** พบว่าผู้ป่วยมีอาการย้ำทำเฉลี่ย 10.77 อาการต่อคน โดยลักษณะการย้ำทำที่พบได้บ่อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ตรวจสอบกลอน เต่า เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ (ร้อยละ 55.6) อ่านซ้ำ หรือเขียนซ้ำ (ร้อยละ 54.8) ตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาด (ร้อยละ 50) ถามเพื่อให้มั่นใจ (ร้อยละ 47.6) ตรวจสอบสิ่งของก่อนที่จะทิ้งไป (ร้อยละ 46.8)

กลุ่มอาการย้ำทำ ที่พบได้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ checking (ร้อยละ 90.0) miscellaneous (ร้อยละ 81.7) repeating rituals (ร้อยละ 65.1) hording/collecting (ร้อยละ 59.5) cleaning/washing (ร้อยละ 50.8) (ตามตารางที่ 3)

4) **การหลีกเลี่ยง** การหลีกเลี่ยงที่พบได้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนเพราะการย้ำคิด (ร้อยละ 54) หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับวัตถุหรือคนที่มีความเปื้อน (ร้อยละ 39.7) ใช้มาตรการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารปนเปื้อนหรือสิ่งต่างๆ ที่กลัว (ร้อยละ 34.9) หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนที่อาจจะต้นให้ทำรูปแบบขั้นตอนที่ทำให้เสียเวลาหรือทำลำบาก เช่น การล้าง การแต่งกายและ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ			การดำเนินโรค		
ชาย	66	52.4	เป็นๆหายๆ	80	63.5
หญิง	60	47.6	เป็นตลอดเวลา	40	31.7
			แทบไม่มีอาการเลย	6	4.8
อายุเฉลี่ย	38.41 ± 13.82 ปี		แนวโน้มของอาการ		
สถานภาพ			เป็นๆหายๆ	50	39.7
โสด	80	63.5	เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	12	9.5
คู่	43	34.1	ลดลงเรื่อยๆ	30	23.8
หย่าร้าง	1	0.8	ดีขึ้น	34	27
หม้าย	2	1.6			
ศาสนา			โรคทางจิตเวชที่ได้รับ		
พุทธ	113	89.7	การวินิจฉัยร่วม	34	27
อิสลาม	5	4	มี	4	3.2
คริสต์	5	4	Anxiety disorder	15	11.9
อื่นๆ	3	2.4	Major depressive disorder/Dysthymia	7	5.6
การศึกษา			Bipolar disorder	8	6.3
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33	26.2	อื่นๆ	92	83
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	93	73.8	ไม่มี		
อาชีพ			จำนวนยาที่ได้รับ		
กำลังศึกษา	24	19	ไม่ได้รับยา	15	11.9
ประกอบอาชีพ	83	65.9	ได้รับยาชนิดเดียว	39	31.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	15.1	ได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิด	72	57.1
รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย	22846.59 ± 30566.44 บาท		ชนิดของยาที่ใช้		
อาการย้ำคิดย้ำทำ เริ่มมีอาการ อายุเฉลี่ย	26.03 ± 12.8 ปี		SSRI	93	73.8
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเฉลี่ย	1.21 ± 6.71 ปี		SNRI	8	6.3
			TCA	9	7.1
			FGA	10	7.9
			SGA	32	25.4
			BZD	50	39.7
			อื่นๆ	26	20.6

Abbreviations: SSRI = selective serotonin reuptake inhibitors, SNRI = serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, TCA = tricyclic antidepressants, FGA = first generation antipsychotics, SGA = second generation antipsychotics, BZD = benzodiazepines

อื่นๆ (ร้อยละ 31.4) หลีกเลี่ยงการดูทีวี ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์ เพื่อปิดกั้นตัวเองจากข้อมูลที่มากระทบใจ (ร้อยละ 27.8) (ตาม ตารางที่ 4)

5) ความรุนแรงของอาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับความย้ำคิดวันละ 0 - 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 37.3) เวลา

ต่อเนื่องยาวนานที่สุดที่ไม่มีอาการย้ำคิดวันละ 3 - 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 28.6) การควบคุมการย้ำทำสามารถหยุดหรือเพิกเฉยต่อการย้ำคิดได้บางครั้ง (ร้อยละ 30.2) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการย้ำคิดเดือดร้อนชัดเจนแต่พอจัดการได้ (ร้อยละ 27.0) การย้ำคิดรบกวนเล็กน้อยต่อกิจกรรมทางสังคมและอาชีพ แต่สมรรถภาพโดยรวม

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการย้ำคิดที่พบในผู้ป่วย

ลักษณะอาการย้ำคิด	ลักษณะอาการ : จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลัก : จำนวน (ร้อยละ)
Contamination obsessions	100 (79.4)	
กังวลมากเกินไป เกี่ยวกับเชื้อโรค	65 (51.6)	18 (14.3)
กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค	54 (42.9)	10 (7.9)
ทุกซึ่ร้อนใจกับของเสียหรือของเหลวจากร่างกาย	53 (42.1)	18 (14.3)
กังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นโดยการแพร่เชื้อโรคหรือสิ่งปนเปื้อน	44 (34.9)	11 (8.7)
กังวลมากเกินไปเกี่ยวกับสิ่งปนเปื้อนหรือสารเคมี	40 (31.7)	7 (5.6)
กังวลมากเกินไปกับการตั้งครรภหรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ	31 (24.6)	6 (4.8)
ทุกซึ่ร้อนใจกับสิ่งเหนียวๆ หรือสิ่งตกค้าง	31 (24.6)	5 (4.0)
กลัวการกินอาหารบางอย่าง	26 (20.6)	4 (3.2)
Aggressive obsessions	96 (76.2)	
กลัวว่าอาจทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นเพราะไม่ระวังเพียงพอ	50 (39.7)	12 (9.5)
กลัวต้องรับผิดชอบกับเหตุการณ์ร้ายแรง	45 (35.7)	11 (8.7)
กลัวการทำสิ่งที่น่าอายหรือไม่เหมาะสม	45 (35.7)	10 (7.9)
กลัวการสบถคำหยาบหรือคำด่าออกมา	43 (34.1)	11 (8.7)
กลัวว่าอาจทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่นจากแรงผลักดันภายใน	41 (32.5)	8 (6.3)
มีภาพความรุนแรงน่ากลัว หรือน่ารังเกียจ	41 (32.5)	8 (6.3)
Religious obsessions	79 (62.7)	
กังวลเกี่ยวกับการลบหลู่หรือพุดดูหมิ่นศาสนา	60 (47.6)	20 (15.9)
กังวลมากเกินไปกับความถูกผิดหรือศีลธรรม	55 (43.7)	19 (15.1)
กลัวมากไปว่าจะถูกลงโทษหรือปีศาจเข้าสิง	24 (19.0)	4 (3.2)
Sexual obsessions	52 (41.3)	
ความคิดหรือภาพทางเพศที่ต้องห้ามหรือไม่เหมาะสม	42 (33.3)	10 (7.9)
การมีแรงผลักดันทางเพศที่ไม่พึงประสงค์	27 (21.4)	6 (4.8)
กังวลมากไปเกี่ยวกับบรรณนิยมทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ	20 (15.9)	4 (3.2)
Obsessions with need for symmetry or exactness	88 (52.4)	
ต้องการความสมมาตรหรือความเที่ยงตรง	50 (39.7)	7 (5.6)
กังวลใจอย่างมากกับสิ่งที่ไม่ทำให้รู้สึก "ใช้ได้แล้ว"	48 (38.1)	11 (8.7)
กลัวพุดผิด	40 (31.7)	11 (8.7)
ความเนียบของรูปลักษณ์หรือการแต่งกาย	36 (28.6)	10 (7.9)
Hoarding/saving obsessions	60 (47.6)	
ต้องการสะสมหรือเก็บสิ่งของ	44 (34.9)	10 (7.9)
กลัวการสูญเสียสิ่งของ ข้อมูล หรือบุคคล	35 (27.8)	10 (7.9)
Miscellaneous	60 (47.6)	
กลัวเวทมนตร์หรือไสยศาสตร์	37 (29.4)	7 (5.6)
เสียงคำพุด หรือเพลงที่ไม่มีมีความหมายที่สอดแทรกขึ้นมา	31 (24.6)	5 (4.0)
ต้องการรู้หรือจดจำ	31 (24.5)	3 (2.4)

ตารางที่ 3 ลักษณะอาการย้ำทำที่พบในผู้ป่วย

ลักษณะอาการย้ำทำ	ลักษณะอาการ : จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลัก : จำนวน (ร้อยละ)
Cleaning/washing	64 (50.8)	
การรักษาสุขอนามัยที่มากเกินไปหรือเป็นเหมือนพิธีกรรม	49 (38.9)	17 (13.5)
การทำความสะอาดของใช้ในครัวเรือน สิ่งของ หรือสัตว์เลี้ยง	29 (23.0)	7 (5.6)
Checking	114 (90.0)	
ตรวจสอบบกลอน เต้า เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ	70 (55.6)	29 (23.0)
ตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาด	63 (50.0)	18 (14.3)
ถามเพื่อให้มั่นใจ	60 (47.6)	18 (14.3)
ตรวจสอบว่าไม่มีอะไรที่น่ากลัวเกิดขึ้นหรือจะเกิดขึ้น	33 (26.2)	10 (7.9)
ตรวจสอบตามการย้ำคิดที่เกี่ยวกับร่างกาย	28 (22.2)	2 (1.6)
Repeating rituals	82 (65.1)	
อ่านซ้ำ หรือเขียนซ้ำ	69 (54.8)	20 (15.9)
ต้องการทำกิจวัตรประจำวันหรือข้ามผ่านแนวแบ่งเขตซ้ำๆ	38 (30.2)	10 (7.9)
พูดซ้ำในสิ่งที่คนอื่นพูดไปแล้ว	27 (21.4)	6 (4.8)
Counting	55 (43.7)	
การนับย้ำๆ	42 (33.3)	8 (6.3)
Ordering/arranging	50 (39.7)	
การทำให้เท่ากันหรือเสมอกัน	38 (30.2)	2 (1.6)
การย้ำกับการจัดลำดับหรือจัดเรียง	31 (24.6)	3 (2.4)
Hoarding/collecting	75 (59.5)	
ตรวจสอบสิ่งของก่อนที่จะทิ้งไป	59 (46.8)	19 (15.1)
เก็บสะสมสิ่งของที่ไร้ประโยชน์	33 (26.2)	4 (3.2)
เก็บสิ่งของที่คนส่วนใหญ่มองข้ามไป	23 (18.3)	5 (4.0)
ชื่อของที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก	19 (14.3)	4 (3.2)
Miscellaneous	103 (81.7)	
ย้ำทำเป็นพิธีกรรมในใจ (ที่นอกเหนือจากการตรวจสอบ หรือการนับ)	45 (35.7)	12 (9.5)
กิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นขั้นตอน	44 (34.9)	11 (8.7)
ต้องการบอก ถาม หรือสารภาพบางสิ่ง	44 (34.9)	15 (11.9)
ต้องการทำอะไรจนกว่าจะรู้สึก “ใช้ได้แล้ว”	44 (34.9)	9 (7.1)
ใช้มาตรการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารปนเปื้อน หรือสิ่งต่างๆ ที่กลัว	44 (34.9)	10 (7.9)
พฤติกรรมเชื่อถือโชคกลาง	34 (27.0)	6 (4.8)
ต้องการสัมผัสแตะ หรือถู	32 (25.4)	6 (4.8)
จ้องมองหรือกระพริบตาเป็นรูปแบบขั้นตอน	31 (24.6)	4 (3.2)
ทำพิธีกรรมทางศาสนาที่มากเกินไป	25 (19.8)	5 (4.0)
เชื่องช้าไปหมด	27 (21.4)	2 (1.6)
การหลีกเลี่ยงอย่างเป็นรูปแบบขั้นตอน	20 (15.9)	2 (1.6)
พฤติกรรมกรกินอย่างเป็นพิธีกรรม	19 (15.1)	1 (0.8)

ตารางที่ 4 การหลีกเลี่ยงที่พบในผู้ป่วย

การหลีกเลี่ยงที่พบในผู้ป่วย	ลักษณะอาการ : จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลัก : จำนวน (ร้อยละ)
Avoidance	104 (81.7)	
หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนเพราะการรำคาญ	68 (54.0)	16 (12.7)
หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับวัตถุหรือคนที่มีสิ่งปนเปื้อน	50 (39.7)	10 (7.9)
หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนที่อาจกระตุ้นให้ทำรูปแบบขั้นตอนที่ทำให้เสียเวลามากหรือทำลำบาก (เช่น การล้าง การแต่งกาย และอื่นๆ)	43 (34.1)	13 (10.3)
หลีกเลี่ยงการดูทีวี ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์เพื่อปิดกั้นตัวเองจากข้อมูลที่มากระทบใจ	35 (27.8)	3 (2.4)
หลีกเลี่ยงการอ่านหรือเขียนเพราะอาจนำมาสู่การมีรูปแบบขั้นตอน (เช่น อ่านซ้ำ เขียนซ้ำ)	33 (26.2)	10 (7.9)
หลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือเขียนถึงคนอื่น เพราะกลัวว่าจะพูดหรือเขียนผิด	32 (25.4)	6 (4.8)
หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับคน เด็ก หรือสัตว์ เพราะมีแรงกระตุ้นที่ไม่ต้องการ	32 (25.4)	3 (2.4)
หลีกเลี่ยงการถือของมีคมหรือเป็นอันตราย หรือขับขี่ยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักรเนื่องจากกังวลว่าอาจไปทำอันตรายผู้อื่น	29 (23.0)	4 (3.2)
หลีกเลี่ยงการไปซื้อของเนื่องจากกังวลว่าจะซื้อของที่ไม่จำเป็น	19 (15.1)	1 (0.8)

ไม่บกพร่อง (ร้อยละ 40.5) เวลาที่ใช้ไปกับความย่ำทำวันละ 0 – 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 42.1) พยายามต่อต้านการย่ำทำตลอดเวลา หรือมีอารมณ์น้อยจนไม่จำเป็นต้องตั้งใจต่อต้าน (ร้อยละ 26.2) ควบคุมการย่ำทำได้บ้าง (ร้อยละ 25.4) รู้สึกทุกข์ทรมานเพียงเล็กน้อยหากถูกขัดไม่ให้ย่ำทำ (ร้อยละ 29.4) การย่ำทำรบกวนเล็กน้อยต่อกิจกรรมทางสังคมหรืออาชีพ โดยรวมแล้วทำหน้าที่ไม่แย่งลง (ร้อยละ 33.3)

เมื่อคิดค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำเท่ากับ 19.84 ± 0.36 คะแนน เป็นความรุนแรงระดับปานกลาง โดยแบ่งย่อยออกเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดเท่ากับ 10.07 ± 0.29 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย่ำทำเท่ากับ 9.77 ± 0.45 คะแนน (ตามตารางที่ 5)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคส่วนใหญ่แบบเป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 63.5) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sobin และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะแบบเป็นอยู่ตลอดเวลา (ร้อยละ 76) โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วยร้อยละ 11.9 ซึ่งน้อยกว่าในต่างประเทศ^{8,18-20} ที่พบถึงร้อยละ 28.8 - 92.1 โดย major depressive disorder จัดเป็นโรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัย

ร่วมมากที่สุดเช่นเดียวกับในต่างประเทศ^{8,9,19,20}

ลักษณะกลุ่มอาการย้ำคิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ contamination obsessions (ร้อยละ 79.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศทวีปเอเชีย ของ Matsunaga, Tripathi, Chowdhury MH และคณะ¹¹⁻¹³ แต่แตกต่างจากการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือย้ำคิดเรื่องความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งระยะเวลาที่ทำการศึกษานี้ห่างจากการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ โดยช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และพบว่าการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lior Carmi และคณะ⁵ ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 เช่นกัน โดยอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือ Contamination

ส่วนลักษณะกลุ่มอาการย่ำทำที่พบได้บ่อยที่สุด คือ checking (ร้อยละ 81.7) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป ของ Mataix-Cols, Rufer, Landeros-Weisenberger และคณะ^{2,8,9} และสอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ โดยแตกต่างจากการศึกษาในประเทศทวีปเอเชีย ของ Matsunaga, Tripathi, Chowdhury MH และคณะ¹¹⁻¹³ ที่พบว่า cleaning/washing เป็นลักษณะอาการย่ำทำที่พบมากที่สุด ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากสภาพ

ตารางที่ 5 ความรุนแรงของอาการย้ำคิดและย้ำทำ

หัวข้อความรุนแรง	จำนวน (ร้อยละ)					
เวลาที่ใช้ไปกับการย้ำคิด	ไม่มี	0 - 1 ชั่วโมงต่อวัน	1 - 3 ชั่วโมงต่อวัน	3 - 8 ชั่วโมงต่อวัน	8 - 12 ชั่วโมงต่อวัน	มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน
	9 (7.1)	47 (37.3)	40 (31.7)	20 (15.9)	3 (2.4)	7 (5.6)
เวลา (ต่อเนื่อง) ที่ไม่มีอาการย้ำคิด	ไม่มีอาการ	มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	3 - 8 ชั่วโมงต่อวัน	1 - 3 ชั่วโมงต่อวัน	0 - 1 ชั่วโมงต่อวัน	มีอาการตลอดเวลา
	17 (13.5)	25 (19.8)	36 (28.6)	26 (20.6)	17 (13.5)	5 (4)
การควบคุมการย้ำคิด	ควบคุมได้ทั้งหมด	ส่วนใหญ่	ใช้ความพยายามบ้าง	ได้บางครั้ง	ได้ไม่บ่อย	ไม่ได้เลย
	8 (6.3)	23 (18.3)	33 (26.2)	38 (30.2)	18 (14.3)	6 (4.8)
ความทุกข์ทรมานจากย้ำคิด	ไม่เลย	น้อย	ชัดเจน แต่จัดการได้	จัดการได้ยาก	มาก	มากจนทำอะไรไม่ได้เลย
	17 (13.5)	32 (25.4)	34 (27.0)	21 (16.7)	18 (14.3)	4 (3.2)
การรบกวนจากย้ำคิด	ไม่เลย	รบกวนเล็กน้อย	รบกวนชัดเจน แต่จัดการได้	บกพร่องด้านใด ด้านหนึ่ง	รบกวนการใช้ชีวิต	ทำอะไรไม่ได้เลย
	18 (14.3)	51 (40.5)	28 (22.2)	17 (13.5)	11 (8.7)	1 (0.8)
เวลาที่ใช้ไปกับการย้ำทำ	ไม่มี	0 - 1 ชั่วโมงต่อวัน	1 - 3 ชั่วโมงต่อวัน	3 - 8 ชั่วโมงต่อวัน	8 - 12 ชั่วโมงต่อวัน	มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน
	20 (15.9)	53 (42.1)	31 (24.6)	15 (11.9)	5 (4.0)	2 (1.6)
การต่อต้านการย้ำทำ	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	ปานกลาง	พยายามบ้าง	ไม่พยายามต่อต้าน	ยอมทำตามโดยสิ้นเชิง
	33 (26.2)	19 (15.1)	26 (20.6)	27 (21.4)	19 (14.3)	3 (2.4)
การควบคุมการย้ำทำ	ควบคุมได้ทั้งหมด	มาก	ปานกลาง	ได้บ้าง	ได้น้อย	ไม่ได้เลย
	13 (10.3)	27 (21.4)	30 (23.8)	32 (25.4)	23 (18.3)	1 (0.8)
ความทุกข์ทรมานจากย้ำทำ	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอสมควร แต่จัดการได้	จัดการได้ยาก	มาก	มากจนทำอะไรไม่ได้เลย
	20 (15.9)	37 (29.4)	23 (18.7)	29 (23.0)	17 (13.5)	17 (13.5)
การรบกวนจากย้ำคิด	ไม่เลย	รบกวนเล็กน้อย	รบกวนชัดเจน แต่จัดการได้	บกพร่องด้านใดด้านหนึ่ง	รบกวนการใช้ชีวิต	ทำอะไรไม่ได้เลย
	27 (21.4)	42 (33.3)	31 (24.6)	14 (11.1)	11 (8.7)	1 (0.8)

สังคมของไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางเดียวกับประเทศในซีกโลกตะวันตกมากขึ้น และปัญหาความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยในสังคมไทย อาจกระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการย้ำทำดังกล่าว ซึ่งเหมือนในการศึกษาของ Williams MT และคณะ²¹ ส่วนในการศึกษาที่ศึกษาในช่วงมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของ Lior Carmi และ Chakraborty^{6,7} พบว่าอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำไม่ได้ถูกกระตุ้นให้เพิ่มมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นเพราะผู้ป่วยมีการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัดที่เหมาะสม

จากการศึกษาพบอาการย้ำคิดส่วนใหญ่มีอาการ contamination แต่กลับไม่พบว่าอาการย้ำทำจะเป็น cleaning/washing ตามที่คาดการณ์ไว้ และร่วมกับมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยควรมีอาการ cleaning/washing กลับพบว่าผู้ป่วยมีอาการ avoidance ในลักษณะหลีกเลี่ยงการทำบางสิ่งไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนเพราะการย้ำคิด ซึ่งพบถึงร้อยละ 54 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้วิธีหลีกเลี่ยงแทน ซึ่งส่วนนี้อาจเป็นประเด็นสำคัญที่จิตแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญที่จะถามถึงการหลีกเลี่ยงก่อนจะเชื่อว่าผู้ป่วยไม่ได้มีความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำมากจริง และอีกประเด็นเกี่ยวกับแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีคำถามอธิบายที่ไม่เหมาะสม เช่น การรักษาสุขอนามัยที่มากเกินไปหรือเป็นเหมือนพิธีกรรม ตัวอย่าง: ล้างมือเหมือนศัลยแพทย์ที่ขัดถูเวลาจะผ่าตัด ใช้ผงซักฟอกอย่างแรง หรือน้ำที่ร้อนจัด มีขั้นตอนในการอาบน้ำนาน แปร่งฟันหรือใช้ห้องน้ำตามกิจวัตรมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่เลือก ซึ่งพบเพียงร้อยละ 38.9

สำหรับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ พบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำเท่ากับ 19.84 ± 0.36 ถือว่าอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ Y-BOCS II²² โดยระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ^{2,18,19,20} ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ในช่วงก่อนมีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Jelinek L และคณะ⁷ ที่ศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าอยู่ในระดับความรุนแรงมีคะแนนถึง 27.64 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าทั่วไป แต่ยังมีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทำต่อเนื่องจากการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ ซึ่งจุดแข็งในการศึกษานี้ คือ จำนวนกลุ่มประชากรที่มากขึ้นกว่าการศึกษาเดิม และใช้แบบทดสอบ The

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) ซึ่งมีข้อดีก็คือ มีการปรับเปลี่ยนคำถามเกี่ยวกับอาการที่ชัดเจน และมีความเข้าใจมากขึ้น มีการเพิ่มคะแนนเพื่อให้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงขณะทำการรักษามากขึ้น มีการเปลี่ยนจากความสามารถที่ทนต่อการต้านทานความย้ำคิดไปเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีการย้ำคิด มีการประเมินในเรื่องของการหลีกเลี่ยงซึ่งเป็นอีกอาการหนึ่งที่สำคัญ ส่วนข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ แบบสอบถามมีปริมาณค่อนข้างมากและยังมีบางคำถามอาจมีคำอธิบายอาการที่ไม่เหมาะสม ผู้ร่วมวิจัยอาจไม่ได้อ่านอย่างละเอียด และผู้ร่วมวิจัยจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 51) ไม่ได้ตอบอาการหลัก ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยไม่ได้เอาอาการหลักมาวิจารณ์ในการศึกษารั้งนี้ และผู้ร่วมวิจัยบางรายอาจลืมหรือจำอาการช่วงแรกไม่ได้ (recall bias)

ข้อเสนอแนะในแบบสอบถามควรปรับปรุงให้มีคำอธิบายอาการที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายมากขึ้น และเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ จึงควรมีการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

จากการศึกษาอาการของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีลักษณะกลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือ contamination และกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ checking ซึ่งมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ประเด็นสำคัญที่พบร่วมคือผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงค่อนข้างสูง เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้วิธีหลีกเลี่ยงแทน ซึ่งส่วนนี้จิตแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญที่จะถามถึงมากขึ้น เพราะอาจจะมีผลต่ออาการและความรุนแรงของโรคทั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และช่วงสถานการณ์ปกติ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่น่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ พยาบาล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี คุณภัทรพร วิสาจันทร ผู้ช่วยวิจัย และเพื่อนแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ที่มีส่วนช่วยในงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. *Diagnosis and statistic manual of mental disorder*. 5 ed. Washington DC: Arlington VA: American Psychiatric Association 2013.
2. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 2002;71(5):255-62.
3. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165(12):1532-42.
4. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):228-38.
5. Carmi L, Ben-Arush O, Fostick L, Cohen H, Zohar J. Obsessive compulsive disorder during Coronavirus disease 2019 (COVID-19): 2-and 6-month follow-ups in a clinical trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 2021;24(9):703-9.
6. Chakraborty A, Karmakar S. Impact of COVID-19 on obsessive compulsive disorder (OCD). *Iran J Psychiatry* 2020;15(3):256.
7. Jelinek L, Moritz S, Miegel F, Voderholzer U. Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: turning a problem into an opportunity. *J Anxiety Disord* 2021;77:102329.
8. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113(5):440-6.
9. Landeros-Weisenberger A, Bloch MH, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, Dombrowski P, et al. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2010;121(1-2):175-9.
10. Takurngsakdakul A, Hiranyatheb T, Saipanish R. Clinical characteristics and severity of obsessive-compulsive disorder in a psychiatric out-patient unit at Ramathibodi hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(4):463-76.
11. Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, Okino K, Matsui T, Iketani T, et al. Symptom structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):251-3.
12. Tripathi A, Avasthi A, Grover S, Sharma E, Lakdawala BM, Thirunavukarasu M, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: findings from a multicentric study from India. *Asian J Psychiatr* 2018;37:3-9.
13. Chowdhury M, Rahman H, Mullick MS, Arafat S. Clinical profile and comorbidity of obsessive-compulsive disorder among children and adolescents: a cross-sectional observation in Bangladesh. *Psychiatry J* 2016;2016:9029630
14. 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.
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1006-11.
16. Hiranyatheb T, Saipanish R, Lotrakul M, Prasertchai R, Ketkaew W, Jullagate S, et al. reliability and validity of the Thai self-report version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:2817.
17. Sobin C, Blundell M, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. *J Psychiatr Res* 1999;33(3):265-73.
18. Torresan RC, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrão YA, Miguel EC, et al. Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr Psychiat* 2009;50(1):63-9.
19. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurrieta N, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2008;25(10):832-8.
20. Khandelwal A, Aggarwal A, Garg A, Jiloha R. Gender differences in phenomenology of patients with obsessive compulsive disorder. *Delhi Psychiatry Journal* 2009;12(1):8-17.
21. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology* 2013;46(6):365-76.
22. Storch EA, De Nadai AS, Do Rosário MC, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, et al. Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2015;63:30-5.