



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา ในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

## Factors Associated with Help-Seeking in Obsessive-Compulsive Disorder Patients

อัณชิตา ขำแก้ว\*, รัตนา สายพานิชย์\*, ปัทภพร วิสาจันทร์\*, สูดาววรรณ จุลเกตุ\*

Anchida Khamkaew\*, Ratana Saipanish\*, Pattarabhorn Wisajun\*, Sudawan Julakate\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจแบบภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ โดยมีอายุ 18-60 ปี จำนวน 87 ราย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในช่วงกรกฎาคม 2560-มิถุนายน 2561 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้เข้ารับการรักษาเร็วและผู้เข้ารับการรักษาช้า โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป Thai self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition, Interview on help-seeking (ฉบับแปลไทย) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square test และ multiple logistic regression

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 ราย เป็นกลุ่มมารับการรักษาเร็วร้อยละ 37.9 และมารับการรักษาช้าร้อยละ 62.1 โดยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนเข้ารับการรักษาในกลุ่มผู้มารับการรักษาช้าเฉลี่ย  $9.52 \pm 7.483$  ปี พบว่าลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท/เดือน มีแนวโน้มมารับการรักษาช้ากว่า ( $p = 0.023$ ) ส่วนด้านความรุนแรงของโรคและโรคร่วมอื่นทางจิตเวชไม่แตกต่างกัน และในทั้งสองกลุ่มเกิดความตระหนักถึงปัญหาจากการสังเกตว่าพฤติกรรมตนเองเปลี่ยน การไม่สามารถควบคุมปัญหาและความรบกวนของปัญหาที่มีมากที่สุด เหตุผลที่มารับการรักษาช้าของทั้งสองกลุ่มเกิดจาก ความเชื่อว่าปัญหาไม่ได้รุนแรง การคิดว่าสามารถควบคุมปัญหาได้และเชื่อว่าปัญหาเป็นชั่วคราวมากที่สุด ส่วนเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาทั้งสองกลุ่มตอบเรื่องของปัญหาที่เป็นมากขึ้นและรบกวนมากขึ้น ปัญหาที่มีไม่หายไปและควบคุมไม่ได้มากที่สุด แต่ในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วพบว่าการมีรายได้ที่สูงกว่า ความเชื่อว่าปัญหาเป็นชั่วคราว และความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง มีความสัมพันธ์มากกว่าในกลุ่มที่มารับการรักษาช้าอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเป็นมาจากการตระหนักว่าตนเองเปลี่ยนไปไม่สามารถควบคุมปัญหาได้และรบกวนต่อการใช้ชีวิต แต่ปัจจัยที่ทำให้ช้าต่อการรักษาคือความคิดเกี่ยวกับปัญหาที่มีไม่รุนแรง ยังสามารถควบคุมได้ และเป็นปัญหาชั่วคราว ดังนั้นการช่วยให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาที่มีเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคย้ำคิดย้ำทำและสามารถเข้าถึงการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วมากขึ้น มีอาการที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

**คำสำคัญ** ย้ำคิดย้ำทำ ปัจจัย เข้ารับการรักษา

Corresponding author: รัตนา สายพานิชย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(2): 115-126

## ABSTRACT

**Objectives :** To study about the factors associated with treatment-seeking among the obsessive-compulsive disorder (OCD) patients

**Methods :** A cross-sectional descriptive study was conducted in 87 OCD patients aged 18-80 years in the outpatient clinic, Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital from July 2017-June 2018. Participants were divided into 2 groups, which were early treatment-seeking and delayed treatment-seeking group. The questionnaire consisted of demographic characteristics, Thai self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition, Interview on help-seeking (Thai version). Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test.

**Results :** Total of 87 patients, 62.1% were the delayed treatment-seeking group and 37.9% were the early treatment-seeking group. In the delayed group, the mean length of delay in seeking treatment was  $9.52 \pm 7.483$  years. There were no difference in socioeconomic status, comorbidity and severity of the disorder between both groups, but the patients with less income 30,000/month were likely to be delayed their treatment-seeking ( $P = 0.023$ ). Both groups recognized the problem when they realized that their behaviors changed, they couldn't control their behavior/thoughts and symptoms interfered more in their daily activities. Regards to factors which delayed the treatment-seeking, both groups mostly reported the belief that the problem was not serious, thoughts that they could control the problem and the belief that problem was temporary. Factors that affected the treatment-seeking were the problem became more and more disturbing, the problem was not extinguished and couldnot be controlled, and the problem interfered daily activities. Moreover, the early treatment-seeking group had higher income, reported more belief that the problem was temporary and more fear about what would be happening to them than the other group.

**Conclusion :** Factors influencing the decision-making of patients were the realization that their behaviors have changed, the symptoms were uncontrollable and disruptive to life. Factors that delayed treatment were thinking about a problem that it was not serious, controllable and temporary. Therefore, raising awareness of the problem and improving knowledge about the obsessive-compulsive disorder will help patients to access the treatment more quickly, have better outcomes and quality of life.

**Keywords:** OCD factor treatment-seeking

---

Corresponding author: Ratana Saipanish

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(2): 115-126

## บทนำ

โรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ร้อยละ 2-3 ของประชากร<sup>1</sup> บางการศึกษารายงานว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อยเป็นลำดับที่ 4 รองจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ และพบร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำจะมีปัญหาเรื่องความคิดที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมาซ้ำๆ และมีการกระทำเพื่อลดความกังวลจากความคิดที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงกว่าโรคอื่นๆ ทางจิตเวชถึง 3 เท่า<sup>2</sup> ทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น และโรคย้ำคิดย้ำทำยังเป็น 1 ใน 10 โรคที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง<sup>3</sup>

แม้ว่าโรคย้ำคิดย้ำทำจะได้รับผลการรักษาที่ดี ทั้งการได้รับยา SSRI ร่วมกับการทำ cognitive behavioral therapy (CBT) หรือการได้รับการทำ CBT เพียงอย่างเดียวก็ตาม แต่จากการวิจัยกลับพบว่ามีผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำไม่ได้เข้ารับการรักษารวมถึงการรักษาซ้ำถึงร้อยละ 40-90<sup>4</sup> และพบความแตกต่างของการไม่ได้เข้ารับการรักษารวมถึงการรักษาซ้ำในแต่ละประเทศอย่างมาก<sup>5</sup> ในวิจัยหนึ่งพบว่าการตระหนักถึงความเป็นปัญหาที่รบกวนชีวิตนั้นมีความเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจเข้ารับการรักษามีการศึกษาในต่างประเทศถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ พบว่าผู้ที่มีความตระหนักต่อโรคนั้นมากกว่า ความรุนแรงของอาการมากกว่า มีลักษณะอาการบางอย่าง เช่น ความย้ำคิดที่เป็นลักษณะก้าวร้าวหรือความคิดที่ไม่มีความสุข และมีโรคทางจิตเวชร่วม มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ไม่เข้ารับการรักษาคือ ความรู้สึกอับอายเกี่ยวกับอาการหรือการขอรับการรักษาย<sup>5</sup> แต่ถึงอย่างไรก็ตามการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำไม่เข้ารับการรักษารวมถึงการรักษาซ้ำนั้นยังมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ

สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับโรคย้ำคิดย้ำทำยังมีข้อมูลน้อย จากการศึกษาถึงความชุกของโรคย้ำคิดย้ำทำในประเทศไทยพบร้อยละ 0.3<sup>7</sup> ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาความชุกในต่างประเทศมาก และไม่พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางที่จะวางแผนพัฒนาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ตระหนักและตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในไทยในอนาคตอีกด้วย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำที่แผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีผู้เข้าร่วมการศึกษารวมทุกคนได้รับคำชี้แจงกระบวนการและให้ความยินยอมเข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการศึกษา (ID07-60-24ย)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ โดยมีอายุ 18-60 ปี จำนวน 87 ราย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ในช่วงกรกฎาคม 2560- มิถุนายน 2561 โดยเริ่มเข้ารับการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำน้อยกว่า 5 ปี และมีอัตราความร่วมมือในการเข้ารับการศึกษาร้อยละ 100 ผู้เข้าร่วม

วิจัยจะถูกจัดออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเข้ารับการรักษา โดยกลุ่มที่ 1 คือผู้มารับการรักษาเร็ว หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนเข้ารับการรักษาไม่น้อยกว่า 1 ปี และกลุ่มที่ 2 คือผู้มารับการรักษาช้า หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ปี โดยอ้างอิงจากในการศึกษาของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> และทั้ง 2 กลุ่มจะตอบแบบสอบถามใน 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง และแบบสอบถามที่แพทย์ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. Thai self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition (YBOCS II SR-T)<sup>8</sup> ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเองโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำและความรุนแรงของโรค ข้อคำถามในส่วนลักษณะอาการมีทั้งหมด 67 ข้อ ประกอบด้วยลักษณะอาการย้ำคิด 29 ข้อ ลักษณะอาการย้ำทำ 29 ข้อ การหลีกเลี่ยง 9 ข้อ โดยตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” และข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามในส่วนประเมินความรุนแรงของโรคเท่านั้น โดยแบ่งเป็นความรุนแรงของอาการย้ำคิด 5 ข้อ และความรุนแรงของอาการย้ำทำ 5 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมีตัวเลือกระดับความรุนแรงจาก 0 คืออาการน้อยสุดไปจนถึง 5 คืออาการรุนแรงมากที่สุด และรวมคะแนนที่ผู้เข้าร่วมตอบโดยจะมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 50 แบบประเมินอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเองได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงพบว่า ค่า internal consistency ของคะแนนรวม ความรุนแรงของอาการย้ำคิดและความรุนแรงของอาการย้ำทำอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\alpha=0.94$ ,  $\alpha=0.90$ ,  $\alpha=0.89$ ) และค่า correlation กับ YBOCS II-T และ The Florida Obsessive-Compulsive Inventory - Thai version (FOCI-T) สูง (rs .0.90)

2. Interview on help-seeking<sup>9</sup> โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้วิจัยต้นฉบับข้อคำถามและแปลเป็นภาษาไทย โดยแพทย์ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 คำถามหลักคือ 1. ระยะเวลาที่นานเท่าไรที่คุณชักเข้าต่อการเข้ารับการรักษาหลังจากเริ่มมีอาการและ 2. คุณตระหนักตั้งแต่แรกหรือไม่ว่าปัญหาหรือความคิดหรือพฤติกรรมของคุณนั้นผิดปกติ และมีส่วนของคำถามรองอีก 3 คำถามคือ 1. คุณตระหนักได้อย่างไรว่าคุณมีปัญหา 2. เพราะอะไรคุณชักเข้ากับการไปขอรับความช่วยเหลือต่อปัญหา และ 3. เพราะอะไรคุณจึงเข้ารับความช่วยเหลือต่อปัญหาในส่วนของคำถามรองจะมีคำตอบย่อยและให้ผู้ร่วมวิจัยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 18 โดยศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วย Chi-square test และ multiple logistic regression

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ 87 ราย แบ่งเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาเร็ว 33 ราย (ร้อยละ 37.9) และเป็นผู้มารับการรักษาช้า 54 ราย (ร้อยละ 62.1) โดยผู้มารับการรักษาเร็วมีอาการนาน  $0.55 \pm 0.307$  ปีก่อนเข้ารับการรักษา กลุ่มผู้มารับการรักษาช้ามีอาการนาน  $9.52 \pm 7.483$  ปีก่อนเข้ารับการรักษา จากรูปที่ 1 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาเข้ารับการรักษาพบว่า ในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วส่วนใหญ่อายุมากกว่า 6 เดือน และกลุ่มผู้มารับการรักษาช้าส่วนใหญ่อายุมากกว่า 10 ปีมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มี

Patients

ความแตกต่างกันคือ มีจำนวนผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโสด/หย่าร้าง/หม้าย นับถือศาสนาพุทธ และระดับการศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มปริญญาตรี เป็นกลุ่มว่างงานและกลุ่มทำงานเท่าๆ กัน ส่วนใหญ่มีโรคร่วมทางจิตเวชอายุเฉลี่ยในกลุ่มมารับการรักษาเร็วน้อยกว่ากลุ่มมารับการรักษาช้าเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

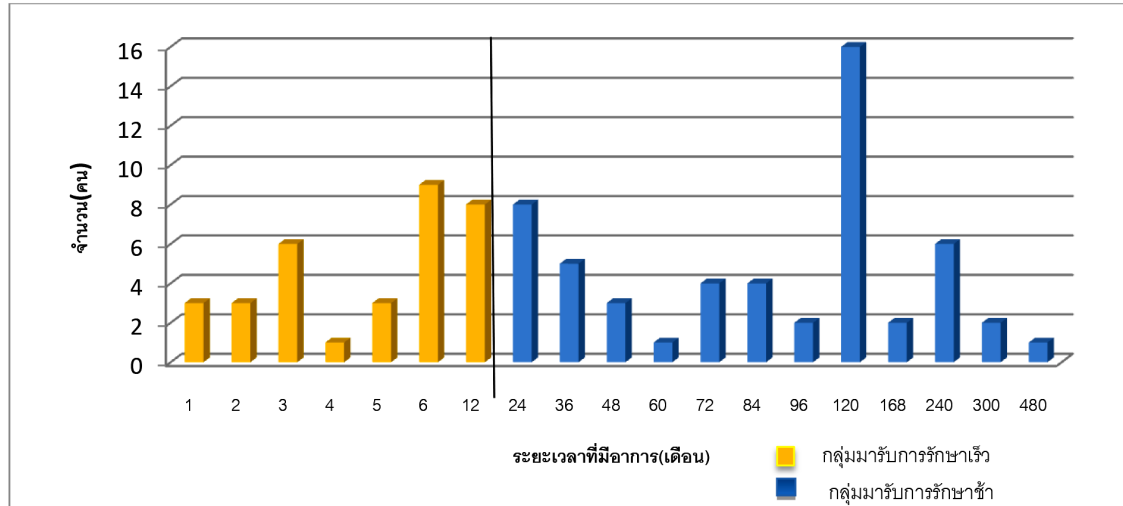
คะแนนรวม YBOCS-II-SR-T ของกลุ่มที่มาปรึกษาเร็วน้อยกว่ากลุ่มที่มาปรึกษาช้าเล็กน้อยโดยคะแนนทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง-สูงแต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือกลุ่มที่เข้ารับการปรึกษาเร็วมีรายได้สูงกว่ากลุ่มที่เข้ารับการปรึกษาช้า (p =0.023)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างผู้มารับการรักษาเร็วและผู้มารับการรักษาช้า

	ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว (n=33) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า (n=54) จำนวน (ร้อยละ)	Chi square	P value
<b>เพศ</b>			0.558	0.455
ชาย	15 (45.5)	29 (53.7)		
หญิง	18 (54.5)	25 (46.3)		
<b>อายุเฉลี่ย</b>	29.88±10.638	32.67±12.244	-1.082	0.282
<b>สถานภาพสมรส (%)</b>			0.372	0.542
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	28 (84.8)	43 (79.6)		
สมรส	5 (15.2)	11 (20.4)		
<b>ศาสนา</b>			0.736	0.987
พุทธ	32 (97.0)	52 (96.2)		
อิสลาม	1 (3.0)	1 (1.9)		
อื่นๆ	0	1 (1.9)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			1.001	0.875
ประถมศึกษา	1 (3.0)	3 (5.6)		
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	2 (6.1)	6 (11.1)		
ปวส. หรือ ปริญญาตรี	23 (69.7 %)	34 (63.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	7 (21.2)	11 (20.3)		
<b>อาชีพ</b>			0.472	0.515
มีงานทำ	14 (42.4)	27 (50.0)		
ว่างงาน	19 (57.6)	27 (50.0)		
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>			5.180	0.023*
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30,000	22 (66.7)	47 (87.0)		
สูงกว่า 30,000	11 (33.3)	7 (13.0)		
<b>โรคทางจิตเวชร่วม</b>			0.012	0.912
มี	26 (78.8)	42 (77.8)		
ไม่มี	7 (21.2)	12 (22.2)		
<b>ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมารับการรักษา (ปี)</b>	0.55 ± 0.307	9.52 ± 7.483	-8.8	<0.05
<b>คะแนนรวม YBOCS-II-SR-T</b>	21.12 ± 11.132	24.15 ± 7.737	-1.495	0.139

\* ค่า p-value <0.05

Note: YBOCS II SR-T = Thai self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition



รูปที่ 1 กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยยักษิตยักษิตตามระยะเวลาที่มีอาการก่อนมารับการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบความตระหนักถึงอาการตั้งแต่เริ่มแรกว่ามีความผิดปกติพบว่าทั้งกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วและมารับการรักษาช้าตระหนักถึงปัญหาตั้งแต่แรกไม่แตกต่างกันทางสถิติคือประมาณร้อยละ 60 ในทั้งสองกลุ่ม

ส่วนการตระหนักว่ามีปัญหาพบว่าทั้งสองกลุ่มตอบไปในแนวทางเดียวกันคือ สังเกตว่าพฤติกรรมตนเองเปลี่ยนแปลงมากที่สุดและตอบเหตุผลนี้ในผู้มารับการรักษาเร็วมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.022$ ) การตระหนักจากไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือความคิดได้มีแนวโน้มสูงกว่าในผู้มารับการรักษาเร็วแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.55$ ) และการตระหนักถึงความรบกวนของปัญหาต่อสิ่งที่กำลังทำ ทั้งหมดนี้เป็นเหตุผลที่ตอบมากที่สุด 3 อันดับในทั้งสองกลุ่ม

ส่วนสาเหตุที่ทำให้เข้ารับการรักษาช้าในกลุ่มผู้มารับการรักษาช้าตอบว่า เชื่อว่าพฤติกรรมหรือความคิดไม่ได้เป็นปัญหารุนแรง (ร้อยละ 74.1) รู้สึกว่าสามารถควบคุมปัญหาได้ (ร้อยละ 51.9) และเชื่อว่า

ปัญหาเป็นชั่วคราว (ร้อยละ 42.6) เป็น 3 อันดับแรก อย่างไรก็ตามผู้มารับการรักษาเร็วตอบสาเหตุของการชักช้าต่อการมารับรักษาด้วยเหตุผล 3 ข้อนี้เช่นกัน นอกจากนี้พบว่าคำตอบเรื่องการเชื่อว่าปัญหาเป็นชั่วคราวทำให้มารับการรักษาช้าในผู้มารับการรักษาเร็วมากกว่าผู้มารับการรักษาช้าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.014$ )

สาเหตุที่ทำให้เข้ารับความช่วยเหลือต่อปัญหาผู้ป่วยกลุ่มมารับการรักษาเร็วตอบว่าปัญหา (ความคิดและ/หรือ พฤติกรรม) เป็นมากขึ้นและรบกวนมากขึ้น (ร้อยละ 87.90) ปัญหาไม่หายไป ไม่สามารถควบคุมปัญหาได้ (ร้อยละ 81.80) และปัญหา (ความคิดและ/หรือ พฤติกรรม) รบกวนในสิ่งที่กำลังทำ (ร้อยละ 72.7) เป็น 3 อันดับแรก เช่นเดียวกับในผู้มารับการรักษาช้าที่ตอบด้วยเหตุผลทั้ง 3 ข้อมากที่สุดเช่นกันด้วยจำนวนร้อยละที่ต่างไป (ร้อยละ 75.9, 72.2, 81.5 ตามลำดับ) และพบว่าการกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $P=0.013$ )

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคำตอบข้อคำถามการขอรับความช่วยเหลือระหว่างผู้มารับการรักษาเร็วและผู้มารับการรักษาช้า

ข้อคำถาม	ผู้ป่วยมารับ การรักษาเร็ว	ผู้ป่วยมารับ การรักษาช้า	X <sup>2</sup>	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
คุณตระหนักตั้งแต่แรกหรือไม่ว่าปัญหาหรือความคิดหรือพฤติกรรมของ คุณนั้นผิดปกติ	20 (60.6)	31 (57.4)	0.086	0.769
<b>ส่วนที่ 1 คุณตระหนักได้อย่างไรว่าคุณมีปัญหา</b>				
1.ฉันไม่สามารถควบคุม (พฤติกรรมหรือความคิดของฉัน) ได้	30 (90.9)	40 (74.1)	3.692	0.055
2.มันรบกวนสิ่งต่างๆ ที่ฉันกำลังทำ	26 (78.8)	45 (83.3)	0.282	0.595
3.ฉันรู้สึกเศร้า	13 (39.4)	20 (37.0)	0.048	0.826
4.ฉันสังเกตเห็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป	33 (100.0)	46 (85.2)	5.384	0.022*
5.บางคนบอกฉันว่าพฤติกรรม (และ/หรือ ความคิดกังวล) ของฉันผิดปกติหรือแปลก	15 (45.5)	24 (44.4)	0.008	0.927
6.ฉันรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค	12 (36.4)	20 (37.0)	0.004	0.950
<b>ส่วนที่ 2 เพราะอะไรคุณชักช้ากับการไปขอรับความช่วยเหลือต่อ ปัญหา</b>				
1.ฉันเชื่อว่าปัญหาจะเป็นชั่วคราว (มันจะผ่านไปตามกาลเวลา)	23 (69.7)	23 (42.6)	6.039	0.014*
2.ฉันรู้สึกว่าฉันควบคุมปัญหาได้	20 (60.6)	28 (51.9)	0.635	0.426
3.ฉันเชื่อว่าพฤติกรรมหรือความคิดของฉันไม่ได้เป็นปัญหารุนแรง	20 (60.6)	40 (74.1)	1.736	0.188
4.ฉันรู้สึกอายในสิ่งที่คิด	5 (15.2)	17 (31.5)	2.891	0.089
5.ฉันกลัวจะถูกมองว่าเป็นคนป่วยทางจิต	10 (30.3)	18 (33.3)	0.086	0.769
6.ฉันคิดว่ามันไม่ได้เป็นปัญหาที่จะต้องมาขอความช่วยเหลือหรือ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ	15 (45.5)	21 (38.9)	0.364	0.546
7.ฉันกลัว (ในสิ่งที่คิด)	9 (27.3)	17 (31.5)	0.173	0.677
8.ปัญหาไม่ได้รบกวนกิจวัตรประจำวันของฉัน	13 (39.4)	15 (27.8)	1.266	0.260
9.ฉันเกรงว่าจะมีคนว่าฉันเป็นคนไม่ดีที่มีความคิดนี้	5 (15.2)	6 (11.1)	0.303	0.741
10.ฉันคิดว่าถ้าฉันเปิดเผยความคิดกับใครบางคน ความคิดนั้น จะกลายเป็นจริงขึ้นมา	4 (12.1)	6 (11.1)	0.021	1.000
<b>ส่วนที่ 3 เพราะอะไรคุณจึงเข้ารับความช่วยเหลือต่อปัญหา</b>				
1.ปัญหาไม่หายไป ฉันไม่สามารถควบคุมมันได้	27 (81.8)	39 (72.2)	1.030	0.310
2.ปัญหา (ความคิด และ/หรือ พฤติกรรม) รบกวนในสิ่งที่ฉันกำลังทำ	24 (72.7)	44 (81.5%)	0.920	0.338
3.ปัญหา (ความคิด และ/หรือ พฤติกรรม) เป็นมากขึ้นและรบกวนมากขึ้น	29 (87.9)	41 (75.9)	1.861	0.172
4.ปัญหา (ความคิด และ/หรือ พฤติกรรม) เป็นถี่ขึ้น	15 (45.5)	26 (48.1)	0.060	0.807
5.ฉันรู้สึกเศร้า	12 (36.4)	20 (37.0)	0.004	0.950
6.ฉันกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับฉัน	15 (45.5)	11 (20.4)	6.151	0.013*
7.ฉันเชื่อว่าความคิดของฉันจะกลายเป็นจริงขึ้นมา	8 (24.2)	9 (16.7)	0.748	0.387
8.ฉันคิดว่าฉันมีปัญหา (โรค) ที่รุนแรง	15 (45.5)	25 (46.3)	0.006	0.939
9.ใครบางคนแนะนำให้ฉันมารับการรักษา	21 (63.6)	27 (50.0)	1.540	0.215
10.ฉันคิดว่าฉันเป็นคนไม่ดีที่มีความคิดเหล่านี้	3 (9.1)	4 (7.4)	0.078	1.000

\* ค่า p-value <0.05

เมื่อนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา ได้แก่ รายได้ การสังเกตถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ความเชื่อว่าปัญหาเป็นชั่วคราวและความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองรวมถึงปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา ได้แก่ คะแนนรวม YBOCS II SR-T มาคำนวณผลความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเร็วหรือช้า โดยเพิ่มปัจจัยเรื่องไม่สามารถควบคุมความคิด/พฤติกรรมได้มาวิเคราะห์ (ตารางที่ 3) พบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท/

เดือน จะเข้ามารับการรักษาเร็วกว่า 5.912 เท่า (95%CI 1.502-23.274) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคนที่คิดว่าปัญหาเป็นชั่วคราวมารับการรักษาเร็วกว่า 3.026 เท่า (95%CI 1.025-8.930) และคนที่รู้สึกกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นมารับการรักษาเร็วกว่า 3.818 เท่า (95%CI 1.189-12.254) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนรวม YBOCSII SR-T การไม่สามารถควบคุมความคิด/พฤติกรรมได้และการสังเกตว่าพฤติกรรมเปลี่ยนไปไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาเร็วหรือช้า

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการเข้ารับการรักษา (multiple logistic regression)

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการรักษา	$\beta$	OR	95%CI	P value
รายได้	1.777	5.912	1.502-23.274	0.011*
Total YBOCSII SR-T	0.058	1.059	0.993-1.130	0.080
1.1 ฉันไม่สามารถควบคุม (พฤติกรรมหรือความคิดของฉัน)	-1.313	0.269	0.057-1.279	0.099
1.4 ฉันสังเกตว่ามีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป	20.784	1.062	NA	0.999
2.1 ฉันเชื่อว่าปัญหาจะเป็นชั่วคราว (มันจะผ่านไปตามกาลเวลา)	1.107	3.026	1.025-8.930	0.045*
3.6 ฉันกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง	1.340	3.818	1.189-12.254	0.024*

\* ค่า p-value <0.05

Note: NA = Not available

## วิจารณ์

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาโรคยาคิดย้าทำ โดยใช้การตอบแบบสอบถามทั้งส่วนที่ตอบด้วยตนเองและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าผู้มีเข้ารับการรักษาช้าเป็น 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานสมรสและอาชีพ ทั้งกลุ่มของผู้มารับการรักษาเร็วและมารับการรักษาช้าไม่แตกต่างกัน มีเพียงปัจจัยเรื่องรายได้ โดยในผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000บาท/เดือนจะมารับการรักษาเร็วกว่าสูงถึง 5.912 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น เปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศพบผลคล้ายกัน<sup>4,6,10-16</sup> แต่ในการ

ศึกษาบางฉบับพบความแตกต่างในบางปัจจัย เช่น การศึกษาของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> ที่รายงานว่าการศึกษาสูงจะมารับการรักษาช้ากว่า การศึกษาของ Demet และคณะ<sup>14</sup> รายงานว่าสถานภาพโสด/หย่าร้างเข้ารับการรักษาช้ากว่า 2.29 เท่าและกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและสูงรับการรักษาช้ากว่า 3.12 เท่า<sup>14</sup> และการศึกษาของ Goodwin และคณะ<sup>4</sup> รายงานว่าคนที่มีความทำงานต่ำมารับการรักษาช้ากว่า ถึงแม้บางการศึกษาจะรายงานว่าปัจจัยบางอย่างส่งผลกระทบต่อเข้ารับการรักษา แต่ยังมีผลแตกต่างกันในหลายวิจัยจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยข้อมูลพื้นฐานใดที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาความแตกต่างด้านปัจจัยพื้นฐานของวิจัยนี้กับวิจัยอื่นๆ อธิบายได้จากลักษณะ



วัฒนธรรมทางสังคมที่แตกต่างกันดังนี้ ปัจจัยเรื่องรายได้ที่น้อยกว่า 30,000 บาท/เดือนมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา อาจเป็นจากผู้ที่มีรายได้น้อยมีความสามารถในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูงอีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีผู้ที่ว่างงานและมึนงานทำเท่าๆ กัน จึงสนับสนุนเรื่องของการเข้ารับการรักษาว่ามีอิทธิพลจากศักยภาพในการจ่ายค่ารักษามากกว่าการจัดการเวลารับการรักษา ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเช่นกัน มีเพียงการศึกษาของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> ที่รายงานว่า ผู้มารับการรักษาซ้ำมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ดังนั้นหากมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ไม่ได้เข้ารับการรักษา อาจพบความแตกต่างในปัจจัยดังกล่าวมากขึ้น ในเรื่องสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดแตกต่างกับการศึกษาของ Demet และคณะ<sup>14</sup> ที่อธิบายถึงการมีคู่สมรสช่วยเพิ่มการตระหนักถึงปัญหาที่มี<sup>14</sup> อาจเป็นมาจากกลุ่มสถานะโสด/หย่าร้างมีโอกาสที่จะสังเกตปัญหาที่มีได้มากกว่าและมีความสามารถในการจัดการดูแลปัญหาของตนเองได้มากกว่า

ความรุนแรงของอาการจากคะแนนรวม YBOCS-II-SR-T อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง-สูงทั้งสองกลุ่มซึ่งในวิจัยของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> และ Demet และคณะ<sup>14</sup> พบว่าเมื่อระดับความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเข้ารับการรักษามากขึ้น<sup>6, 14</sup> ดังนั้นจากผลวิจัยนี้จึงเป็นไปได้ว่าความรุนแรงของอาการไม่มีผลต่อการมารับการรักษาเร็วหรือช้า แต่ความรุนแรงของอาการอาจมีผลต่อการเข้ารับการรักษาเพื่อยืนยันถึงข้อสันนิษฐานดังกล่าวจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา ในเรื่องความตระหนักถึงปัญหาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความ

ตระหนักไม่แตกต่างกันขัดแย้งกับวิจัย meta-analysis ที่สรุปว่า กลุ่มที่มีความตระหนักต่ออาการมากกว่ามีความรุนแรงของอาการสูงกว่า และมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นจะมารับการรักษามากกว่าและมาเร็วกว่า<sup>17</sup> ผลวิจัยที่พบอาจอธิบายได้ว่าการตระหนักถึงปัญหาไม่ได้มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจมารับการรักษา แต่จะมารับการรักษาเมื่ออาการของโรคมีความรุนแรงมากในทั้งสองกลุ่มพบว่าโรคร่วมอื่นทางจิตเวชมากกว่า (ร้อยละ 75) และไม่แตกต่างกันทางสถิติ สอดคล้องกับในการศึกษาของ Demet และคณะ<sup>14</sup> ที่ไม่พบความแตกต่างปัจจัยนี้เช่นกัน<sup>14</sup> แต่ในวิจัยของ Torres ได้ศึกษาถึงโรคร่วมอื่นที่พบได้บ่อยและกลุ่มที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะเข้ารับการรักษามากกว่ากลุ่มที่เป็นย้ำคิดย้ำทำอย่างเดียว<sup>12</sup> เนื่องจากการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพียงอย่างเดียว หากมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ที่เข้ามารับการรักษาในกลุ่มผู้ที่ยังไม่เข้ามารับการรักษาอาจทำให้เห็นความสัมพันธ์กับการมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ชัดเจนขึ้น

เหตุผลของการตระหนักว่าตนมีปัญหาของทั้งสองกลุ่มที่ตอบมากที่สุดคือ การสังเกตว่าตนเองพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือความคิดได้และการตระหนักถึงการรบกวนของปัญหาต่อสิ่งที่กำลังทำ และพบว่าในผู้ป่วยที่มาปรึกษาเร็วมีการสังเกตของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากกว่าผู้ที่มาปรึกษาช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อทำการวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยอื่นกลับพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเร็วหรือช้าจากผลดังกล่าวแสดงถึงลักษณะของการใส่ใจตนเองที่มากกว่าทำให้ตระหนักต่อปัญหาได้มากกว่าแต่ไม่มีผลต่อการมารับการรักษาเร็วหรือช้า ส่วนความรู้สึกลัวว่าไม่สามารถควบคุมปัญหาในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มมารับการรักษาช้าแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> ที่ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยจะพยายามควบคุมความคิดหรือพฤติกรรมก่อนที่จะขอความช่วยเหลือ<sup>6</sup> ดังนั้นผู้ป่วยที่สามารถสังเกตถึงการมีปัญหาของตนเองและยอมรับได้ว่าไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้มารับการรักษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตอบปัจจัยที่ทำให้เข้ารับความช่วยเหลือต่อปัญหามากที่สุดในเหตุผลเดียวกันคือปัญหาที่มีเป็นมากขึ้นและรบกวนมากขึ้น ปัญหาบางอย่างที่กำลังทำ ปัญหาไม่หายไปและควบคุมไม่ได้ และพบเพิ่มเติมว่าผู้มารับการรักษาเร็วตอบว่ากลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทำให้ตัดสินใจมารับรักษามากกว่าถึง 3.818 เท่า จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับความช่วยเหลือเป็นประเด็นของการจัดการกับปัญหาและความรุนแรงของการกระทบกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วย และหากมีความกังวลผลจากโรคย่ำคิดย่ำทำมากยิ่งขึ้น ทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น ซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์กับเรื่องของลักษณะอาการย่ำคิดย่ำทำที่มี ดังนั้นการศึกษาวิจัยต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของลักษณะอาการย่ำคิดย่ำทำที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษา ผลที่พบในประเด็นนี้คล้ายกับผลของวิจัยอื่น<sup>6, 11</sup> และในการศึกษาของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> ได้อธิบายถึงการได้รับคำแนะนำจากคนอื่นให้เข้ารับการรักษา ซึ่งช่วยให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาได้มากขึ้น<sup>6</sup> สอดคล้องกับวิจัยนี้ที่พบว่า การตัดสินใจมารับการรักษาจากคำแนะนำของคนอื่นมีประมาณร้อยละ 50-60 ทั้งสองกลุ่ม จึงสนับสนุนเรื่องของการเกิดความตระหนักของปัญหามากขึ้นจากคำแนะนำของคนอื่น

ในเรื่องสาเหตุที่ทำให้มารับการรักษาช้าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตอบเหมือนกันคือ ความคิดเกี่ยวกับปัญหาที่มีว่าไม่รุนแรง เชื่อว่าสามารถควบคุมปัญหาได้และคิดว่าปัญหาเป็นชั่วคราวมากที่สุด จึงอธิบายได้ว่าการประเมินความรุนแรงต่อปัญหาที่มี ความคิดว่าสามารถควบคุมปัญหาและการมองว่าปัญหาจะเป็นชั่วคราวเป็น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการรักษา แสดงถึงการที่ผู้ป่วยพยายามจะจัดการกับปัญหาก่อนที่จะขอรับการรักษาและอาจเป็นเรื่องของการขาดความรู้หรือข้อมูลที่จะช่วยให้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

จากผลการศึกษาที่ว่า ความคิดว่าปัญหาเป็นชั่วคราวพบในผู้มารับการรักษาเร็ว (ร้อยละ 69.70) มากกว่าผู้มารับการรักษาช้า (ร้อยละ 42.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดย multiple logistic regression พบความสัมพันธ์สูงถึง 3.026 เท่าอาจเป็นจากแบบสอบถามใช้คำถามว่าเพราะอะไรถึงชักช้าต่อการรักษา ซึ่งเป็นคำถามทำให้ผู้ปวยคิดถึงคำตอบในการหาเหตุผลที่มาช้าดังนั้นคำตอบของกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วจึงไม่ใช่คำตอบจากเหตุผลของพฤติกรรมที่ชักช้าต่อการรักษาจริงเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาหลังจากมีอาการน้อยกว่าหนึ่งปี ส่วนเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้เข้ารับการรักษาช้าจากผลการวิจัยนี้ไม่พบว่าผลแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม แต่ในงานวิจัยอื่นรายงาน ว่า ความรู้สึกอับอายทั้งในเรื่องของสิ่งที่ผู้ป่วยคิด การต้องขอรับการรักษาหรือการกลัวว่าคนอื่นจะคิดลบกับผู้ป่วย มีผลทำให้เข้ารับรักษาช้าและความคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญก็เป็นปัจจัยในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเช่นกัน ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นไม่พบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มในงานวิจัยนี้ นอกจากนี้การศึกษาของ Belloch และคณะ<sup>6</sup> รายงานเรื่องการรับรู้ว่าการที่เป็นโรคย่ำคิดย่ำทำมีเพียงร้อยละ 3.8 ของกลุ่มตัวอย่าง<sup>6</sup> แต่ในวิจัยนี้ผู้ป่วยทราบข้อมูลโรคย่ำคิดย่ำทำถึงร้อยละ 36 ในทั้งสองกลุ่มซึ่งสูงกว่าในวิจัยอื่น อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยรู้จักโรคย่ำคิดย่ำทำแต่หากปัญหาไม่ได้รับการดูแลหรือยังควบคุมปัญหาได้ก็มีแนวโน้มที่จะยังไม่เข้ารับการรักษา และในวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่แล้ว หากการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา อาจทำให้ผลแตกต่างไปจากนี้

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในประเด็นของการไม่ได้เก็บข้อมูลในเรื่องของลักษณะอาการย้ำคิดย้ำทำ ความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยหรือการเข้ารับการรักษา ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อด้านอื่นๆ เช่นการทำงาน การเข้าสังคม เป็นต้น ซึ่งในบางงานวิจัยได้มีการเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ช่วยตัดสินใจต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำด้วย นอกจากนี้ยังขาดการประเมินถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งอาจบ่งบอกถึงผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิต และการเก็บข้อมูลในวิจัยนี้มี subjective recall bias เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลด้านปัจจัยในช่วงก่อนเข้ารับการรักษา อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของคำตอบได้ งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่เข้ารับการรักษาแล้วจึงขาดข้อมูลในส่วนของผู้ที่ตัดสินใจไม่รับการรักษาไปจึงยังไม่สามารถระบุได้ว่ามีปัจจัยอื่นหรือไม่ที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เข้ารับการรักษา หากในอนาคตมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว อาจจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยในการมารับการรักษามากขึ้น

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเป็นมาจากการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงไปของตนเอง การประเมินความสามารถการจัดการปัญหาและระดับความรบกวนต่อการใช้ชีวิตแต่ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเร็ว คือ รายได้ที่สูงและความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการโรคย้ำคิดย้ำทำ การดำเนินของโรค การสังเกตถึงความรุนแรงของอาการผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการให้ข้อมูลถึงแนวทางของการเข้าถึงการรักษาตามสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ เพื่อเป็นการ

สร้างความตระหนักให้แก่กลุ่มเสี่ยงและบุคคลทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษามากขึ้นและเร็วขึ้นซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนในเรื่องการศึกษาควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายขึ้นเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่น่าสนใจศึกษาต่อไปในอนาคต คือ ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาต่อ ผลการรักษาในระยะยาวผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆ คุณภาพชีวิตและปัจจัยเรื่องของการเข้าถึงการรับบริการ เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ให้การช่วยเหลือการเก็บข้อมูลวิจัย และคณะอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดีที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 1094-9.
2. Jenkins R, Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Farrell M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. Am J Psychiatry 2006; 163: 1978-85.
3. Jane L, Eisen MAM, Pinto A, Meredith E. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. Compr Psychiatry 2006; 47: 270-5.

4. Goodwin R, Koenen KC, Hellman F, Guardino M, Struening E. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 143-9.
5. García-Soriano G, Delsignore A, Weidt S. Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking. *Psychiatry Res* 2014; 220: 1-10.
6. Belloch A, Del Valle G, Morillo C, Carrio C, Cabedo E. To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 257-64.
7. Bunditchate A, Kitiruksanon P, Chutha W. Epidemiology of Mental Disorders Among Thai People. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2001; 46: 335-43.
8. 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-Second Edition. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 2817-24.
9. Saipanish R, Hiranyatheb T, Lotrakul M. Reliability and validity of the Thai version of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory. *Scientific World J* 2015; 2015: 240787.
10. Mayerovitch JI, du Fort GG, Kakuma R, Bland RC, Newman SC, Pinard G. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 162-8.
11. Besiroglu L, AS CI, Askin R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 99-108.
12. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Farrell M, et al. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the british psychiatric morbidity survey of 2000. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 977-82.
13. Cullen B, Samuels JF, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, et al. Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2008; 25: 218-24.
14. Demet MM, Deveci A, Taskin EO, Erbay Dundar P, Turel Ermertcan A, Mizrak Demet S, et al. Risk factors for delaying treatment seeking in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 480-5.
15. Chong SA, Abdin E, Sherbourne C, Vaingankar J, Heng D, Yap M, et al. Treatment gap in common mental disorders: the Singapore perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012; 21: 195-202.
16. Levy HC, McLean CP, Yadin E, Foa EB. Characteristics of individuals seeking treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 2013; 44: 408-16.
17. García-Soriano G, Rufer M, Delsignore A, Weidt S. Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: A review of the literature. *Psychiatry Res* 2014; 220: 1-10.