

นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลงผิดที่โรงพยาบาลศรีธัญญา: การศึกษาแบบย้อนหลัง

ภาววัต อรุณเพชร, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคหลงผิด ลักษณะทางคลินิก รูปแบบการรักษา และผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2557–2561

ผล : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลงผิด (ICD-10 รหัส F22) จำนวน 99 ราย แสดงให้เห็นว่าอาการหลงผิดที่พบบ่อยที่สุดคือแบบคิดว่ามีคนปองร้าย (ร้อยละ 75.76) ผลการรักษาในระยะเวลา 6 เดือนแสดงถึงการตอบสนองที่หลากหลาย ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลการรักษาคืออาการหลงผิดชนิดหึ่งหวง และสถานภาพสมรส โดยมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย และมีการตอบสนองต่อการรักษาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

สรุป : การมีอาการหลงผิดแบบหึ่งหวง และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการขาดการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้ช่วยเสริมความเข้าใจในโรคหลงผิด ในบริบทของประเทศไทย และสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

คำสำคัญ : โรคหลงผิด การวินิจฉัย การรักษา การติดตามผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : e-mail: pawat.arunpetch@dmh.mail.go.th

*วันรับ 15 กรกฎาคม 2568; วันแก้ไข 6 สิงหาคม 2568; วันตอบรับ 18 สิงหาคม 2568

Original article

Clinical characteristics of patients with delusional disorder at Srithanya hospital: a retrospective study

Pawat Arunpetch, M.D.

Srithanya Hospital, Department of mental Health

Abstract

Objective: To examine demographic characteristics, clinical features, treatment patterns, and outcomes of patients diagnosed with Delusional Disorder at Srithanya Hospital.

Methods: This retrospective descriptive study analyzed the medical records from January 2014 to December 2018

Results: A total of 99 patients met inclusion criteria (ICD-10 code F22). The most common delusional subtype was persecutory delusion (75.76%). Some patients presented with comorbid hallucinations. Short-term treatment outcomes at six-month follow-up showed mild to moderate improvement.

Conclusion: Significant risk factors for poor treatment adherence included jealous-type delusions and being married. The findings provide essential information for improving clinical care and long-term outcomes of patients with Delusional Disorder in the Thai context.

Key words: Delusional Disorder, Diagnosis, Treatment, Follow-up, Risk Factors

Corresponding author: e-mail: pawat.arunpetch@dmh.mail.go.th

*Received: July 15, 2025; Revised: August 6, 2025; Accepted: August 18, 2025

บทนำ

โรคหลงผิด จากการศึกษาศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีความชุกอยู่ที่ 0.2-0.3% อัตราอุบัติการณ์อยู่ที่ 1-3 ราย ต่อประชากร 100,000 คน โดยอายุเฉลี่ยการเกิดโรคคือ 40 ปี มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹

การวินิจฉัยโรคหลงผิดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) คือ

- A. มีลักษณะของการหลงผิดหนึ่งชนิดหรือมากกว่า ในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน
- B. ลักษณะอาการไม่ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยข้อแรกของโรคจิตเภท เพิ่มเติม อาการประสาทหลอนนั้นมีได้ แต่ต้องไม่เป็นอาการเด่นและต้องสัมพันธ์กับรูปแบบการหลงผิด
- C. ในส่วนของผลกระทบของการหลงผิดนั้น จะต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ และลักษณะพฤติกรรมนั้นจะต้องไม่แปลกประหลาดอย่างชัดเจน
- D. ถ้ามีช่วงที่มีอาการซึมเศร้าหรือฟุ้งพล่านเกิดขึ้น จะต้องเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ที่สัมพันธ์กับช่วงที่มีอาการหลงผิด
- E. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น ต้องไม่ได้เกิดเนื่องมาจากผลจากการใช้ยาเสพติด หรือภาวะทางกาย และไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคคิดว่าตนมีรูปร่างหรืออวัยวะผิดปกติ (Body dysmorphic disorder) หรือโรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD)²

ทั้งนี้ได้มีการแบ่งชนิดย่อยออกเป็น

1. หลงผิดคิดว่ามีคนมารัก
2. หลงผิดว่ามีความสามารถพิเศษหรือมีความสัมพันธ์กับคนสำคัญ
3. หลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน
4. หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง
5. หลงผิดว่าตนเองมีภาวะความเจ็บป่วยทางกาย
6. หลงผิดมากกว่า 1 ชนิด โดยไม่มีชนิดไหนเด่น
7. หลงผิดโดยไม่มีเนื้อหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งชัดเจน หรือไม่เข้ากับชนิดดังกล่าวข้างต้น

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) คือ เป็นโรคที่มีลักษณะของการหลงผิดชนิดเดียวหรือกลุ่มของการหลงผิดที่สัมพันธ์กันโดยเป็นอย่างต่อเนื่องและอาจจะเป็นตลอดทั้งชีวิต เนื้อหาของการหลงผิดนั้นมีได้หลากหลาย โดยถ้ามีอาการต่อไปนี้ คือ อาการหลอนหูแว่วชัดเจนอย่างเป็นเวลาานาน อาการของโรคจิตเภท

เช่น หลงผิดคิดว่าถูกควบคุม แทบจะไม่มีการแสดงออกทางสีหน้าอารมณ์ มีหลักฐานชัดเจนว่ามีโรคทางสมอง จะไม่จัดอยู่ในการวินิจฉัยนี้

อย่างไรก็ตาม อาการหลอนหูแว่วที่เกิดขึ้นเพียงบางครั้งหรือชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุนั้น จะยังไม่สามารถตัดออกจากการวินิจฉัยได้ โดยมีเงื่อนไขว่า ผู้ที่มีอาการเหล่านั้น จะต้องไม่มีลักษณะการของโรคจิตเภทที่ชัดเจน³

ทั้งนี้จากการที่ผู้วิจัย นายแพทย์ภาวัต อรุณเพ็ชร ได้ทบทวนวรรณกรรม ในการรักษาโรคหลงผิดนั้น ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานและชัดเจน มีเพียงการอนุมานว่าใช้การรักษาเช่นเดียวกันกับโรคจิตเภท เพราะการศึกษาในโรคหลงผิดนั้นยังไม่เพียงพอ และยังมีน้อยอยู่⁴ อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าโรคหลงผิดมีการพยากรณ์โรคตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับดี โดยความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรค ดังนั้นความเข้าใจในเรื่องลักษณะของผู้ป่วยโรคหลงผิดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อที่จะใช้ในการพัฒนาแนวทางการรักษา แต่เนื่องจากการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคหลงผิดทางด้านประชากรสังคม ลักษณะทางคลินิก และลักษณะของการรักษาโรคหลงผิดเองในประเทศไทยนั้นก็ยังมีการศึกษาไม่มาก และยังไม่เคยมีการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เพราะฉะนั้นการศึกษานี้จึงจะสามารถช่วยทำให้ได้เข้าใจลักษณะทางสังคมประชากร ลักษณะทางคลินิก และลักษณะการได้รับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลงผิดในประเทศไทยมากขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคหลงผิดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลงผิด
2. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคหลงผิด
3. เพื่อศึกษาลักษณะการได้รับการรักษาและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคหลงผิด

ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย

ทำให้ทราบถึงความชุก ข้อมูลทางสังคมประชากร การได้รับการรักษา ของผู้ป่วยโรคหลงผิดที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาหาแนวทางการรักษาของโรคหลงผิด ภายในโรงพยาบาลศรีธัญญาต่อไป

วัสดุและวิธีการ

แบบแผนการวิจัย

Descriptive retrospective study design

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลังผิต ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) ในครั้งแรกที่ได้เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

การเลือกตัวอย่าง

Inclusion criteria

เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลังผิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ 10th revision of the international statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) ณ ครั้งแรกที่เข้ารับการรักษ (รหัสโรค คือ F22) ทั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งชายและหญิง ระหว่างปี 2557-2561

Exclusion criteria

ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีเชื้อชาติไทย ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาทางจิตเวชมาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยโรคในภายหลัง

แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

(1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ อายุ การศึกษา อาชีพ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมด้วย สิทธิการรักษา ประเภทการเข้ารับการรักษา โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการมีโรคจิตเวชในครอบครัว

(2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ อายุที่เริ่มมีอาการครั้งแรก ระยะเวลาที่ป่วย อาการสำคัญ ชนิดของอาการหลังผิต อาการประสาทหลอน อาการซึมเศร้า น้ำหนัก ประเภทยาที่ได้รับในการรักษา ชนิดของยาต้านอาการทางจิต ผลข้างเคียงของการรักษา ความรุนแรงของผลข้างเคียง การเปลี่ยนชนิดยาด้านอาการทางจิต ผลตอบสนองต่อการรักษา เปลี่ยนการวินิจฉัย จำนวนครั้งในการมาติดตามการรักษา สถานะการติดตามการรักษาในปัจจุบัน การรับรักษาในโรงพยาบาล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ร่วมกันทบทวนและพิจารณาแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง และทำการบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จัดเตรียมไว้ โดยจะมีการเก็บข้อมูลร่วมกันในเวชระเบียน 5 เวชระเบียนแรก และในระหว่างการเก็บข้อมูลต่อไป จะมีการเก็บข้อมูลร่วมกันทุก 10 เวชระเบียน ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย นายแพทย์ภาวัต อรุณเพชร ได้ดำเนินการค้นหาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลงผิด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 หลังจากได้เวชระเบียนแล้ว จึงนำมาลงบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ได้เตรียมไว้ และนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรทางสังคมประชากรและลักษณะทางคลินิกโดยใช้ ANOVA test และ Chi-square test
3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ สถานะการติดตาม การตอบสนองการรักษา การเปลี่ยนวินิจฉัย โดยใช้ Logistic Regression Analysis

ปัญหาด้านจริยธรรม

การรักษาสิทธิผู้ป่วย เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน ผู้วิจัย นายแพทย์ภาวัต อรุณเพชร จึงได้ทำการขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสืบค้นเวชระเบียน โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือแทรกแซงผู้ป่วย ผู้วิจัย นายแพทย์ภาวัต อรุณเพชร จะรักษาความลับของผู้ป่วยโดยการบันทึกเฉพาะรหัสเพื่อการสืบค้นเวชระเบียน ซึ่งจะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-ชื่อสกุล รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและจะไม่เชื่อมโยงข้อมูลที่ทำให้ระบุตัวผู้ป่วยได้ เมื่อสิ้นสุดงานวิจัยแล้วจะทำการเก็บข้อมูลการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากครบระยะเวลาดังกล่าวแล้วจะดำเนินการทำลายข้อมูลต่อไป และงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการวิจัย และการบริหารจัดการ

บุคคลที่จะใช้ในการวิจัย

1. หัวหน้าโครงการวิจัย: นายแพทย์ภาวัต อรุณเพชร แพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้าโครงการวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัย เขียนโครงร่างการวิจัย ขออนุญาต

จากคณะกรรมการการวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานการวิจัยและนำเสนอข้อมูล

2. ผู้ร่วมวิจัย: แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย นายแพทย์เชียวชาญ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
 - ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ กันยายน 2563 – ตุลาคม 2563
 - ระยะเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานการวิจัย 1 พฤศจิกายน 2563 – 31 ธันวาคม 2563
 - นำเสนอข้อมูล 19 มีนาคม 2564
 -

งบประมาณในการวิจัย

ศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ผล

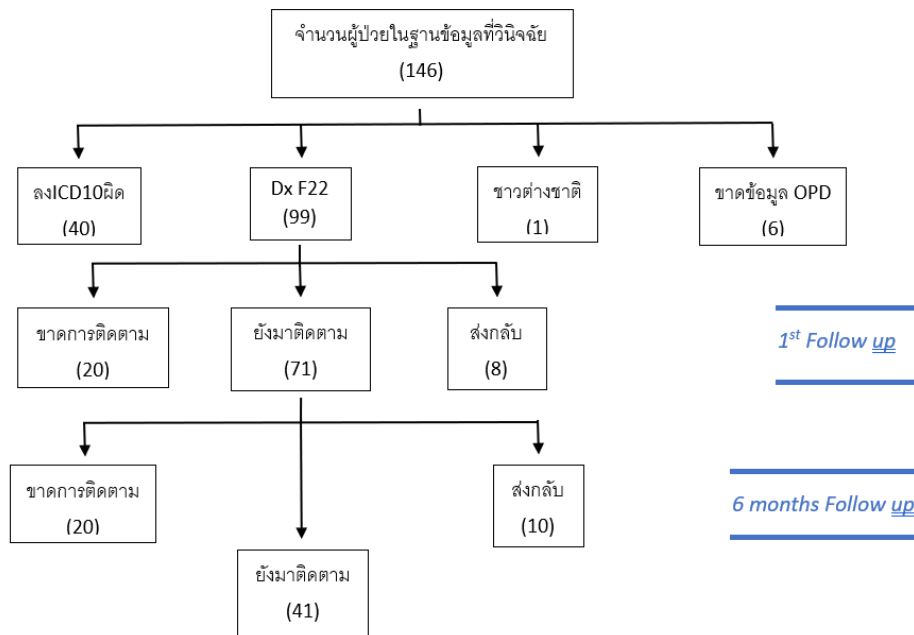
ข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลังผด (รหัสโรค คือ F22) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 – 31 ธันวาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 146 คน ทั้งนี้เมื่อทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการลงรหัสโรคผดจากที่วินิจฉัย 40 คน ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน 6 คน และเป็นชาวต่างชาติ 1 คน เหลือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลังผดและเวชระเบียนครบถ้วนทั้งสิ้น 99 คน โดยเป็นผู้ชายร้อยละ 58.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 41.4 มีอายุเฉลี่ย 53.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 16.9 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการ 49.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 16.9 ปี ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาคือ 44.8 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 59.2 เดือน มีสถานภาพสมรสร้อยละ 53.5 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 46.5 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 59.6 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 83.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 67.7 ไม่มีการใช้สารเสพติดร้อยละ 61.6 และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 82.8

ทั้งนี้เมื่อได้ติดตามการรักษาผู้ป่วยทั้ง 99 คนไปแล้ว 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังวินิจฉัยโรคหลังผดจำนวน 33 คน โดยเป็นผู้ชายร้อยละ 60.61 เป็นเพศหญิงร้อยละ 39.39 มีอายุเฉลี่ย 54.27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 14.7 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการ 48.66 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 14.65 ปี ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาคือ 62.69 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 57.37 เดือน มีสถานภาพโสดร้อยละ 60.61 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 60.61 มีการประกอบ

อาชีพร้อยละ 57.58 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 81.82 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 69.70 มีการใช้สารเสพติดร้อยละ 60.61 และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 81.82

แผนภูมิที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการติดตามครั้งแรกและติดตามเมื่อได้รับการรักษาไปแล้ว 6 เดือน



ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลังผิดและการรักษา

ในการศึกษานี้พบว่าในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลังผิดครั้งแรกนั้น ชนิดของอาการหลังผิดที่พบมากที่สุด คือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายหรือกลั่นแกล้งร้อยละ 65.7 รองลงมาคือหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน ร้อยละ 25.3 พบผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วยร้อยละ 33.3 โดยมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินร้อยละ 24.4 อาการประสาทหลอนทางการมองเห็นร้อยละ 8.8 มีผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 16.6 ในด้านการได้รับการรักษามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทั้งสิ้นร้อยละ 92.9 ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้ง 92 คนนั้น มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต 28 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตและยาแก้ซึมเศร้า 32 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตและยาคลายกังวล 44 คน และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตและยาควบคุมอารมณ์ 6 คน ทั้งนี้ในการแบ่งชนิดยารักษาโรคจิตพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มเก่าเป็นยาหลัก 39 คน ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นยาหลัก 54 คน และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคจิตมากกว่า 1 ตัว ทั้งสิ้น 11 คน (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ในการมารับการตรวจรักษาครั้งแรกนั้นมีผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2

เมื่อติดตามการรักษาของผู้ป่วย ในการติดตามการรักษาครั้งแรกนั้น มีผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 ขาดการติดตามการรักษา 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และมีผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับไปรักษาตามสิทธิการรักษาในครั้งแรกทั้งสิ้น 8 คน ระยะเวลาเฉลี่ยในการมาติดตามการรักษาครั้งแรกคือ 0.96 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 0.87 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยในครั้งนี้จำนวน 8 คน โดยมีการวินิจฉัยเปลี่ยนเป็น schizophrenia 3 คน, Organic delusional disorder 2 คน, Schizoaffective 1 คน, Brief Psychotic disorder 1 คน, Dementia with BPSD 1 คน ในการเปลี่ยนวินิจฉัยของผู้ป่วยทั้ง 8 ราย เนื่องจากได้ประวัติของผู้ป่วยเพิ่มเติม ในการติดตามการรักษาครั้งแรกนี้มีผู้ป่วยที่มีอาการจากผลข้างเคียงของยา 5 คน โดยจัดอยู่ใน common side effects ทั้งหมด

เมื่อติดตามการรักษาของผู้ป่วย ระยะเวลา 6 เดือนหลังได้รับการรักษาในครั้งแรก พบว่ามีผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา 41 คน ขาดการติดตาม 20 คน ถูกส่งกลับตามสิทธิการรักษา 10 คน ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยในครั้งนี้จำนวน 8 คน ในการเปลี่ยนวินิจฉัยของผู้ป่วยทั้ง 8 ราย เนื่องจากได้ประวัติของผู้ป่วยเพิ่มเติม ผู้ป่วยที่ยังคงวินิจฉัยโรคหลงผิดเมื่อติดตามการรักษาครบ 6 เดือน จำนวน 33 คน

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ยังได้รับการวินิจฉัยโรคหลงผิดในการติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 33 คน มีชนิดของอาการหลงผิดที่พบมากที่สุดคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายหรือกลั่นแกล้งร้อยละ 75.76 รองลงมาคือหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตนร้อยละ 12.12 พบผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วยร้อยละ 30.3 โดยมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินร้อยละ 27.27 อาการประสาทหลอนทางการมองเห็นร้อยละ 3.03 มีผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 18.18 ในด้านการได้รับการรักษา มีผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้ง 33 คนนั้น มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตเพียงประเภทเดียว 8 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตและยาแก้ซึมเศร้า 8 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตและยาคลายกังวล 10 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต ยาแก้ซึมเศร้าและยาคลายกังวล 6 คน และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตและยาควบคุมอารมณ์ 1 คน ทั้งนี้ในการแบ่งชนิดยารักษาโรคจิตพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มเก่าเป็นยาหลัก 18 คน ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นยาหลัก 14 คน ทั้งนี้ในการมารับการตรวจรักษาครั้งแรกนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 มีผู้ป่วยที่มีอาการจากผลข้างเคียงของยา 4 คน โดยจัดอยู่ใน common side effects ทั้งหมด

ในการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยโรคหลงผิดในการติดตามการรักษาไป 6 เดือน พบว่าตอบสนองการรักษาดี 12 คน, ตอบสนองต่อการรักษาเล็กน้อย 25 คน, ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 4 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะการติดตามการรักษา

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบในเรื่องสถานะการติดตามโดยแบ่งเป็น ขาดการติดตาม ติดตามต่อเนื่อง ติดตามไม่ต่อเนื่องและส่งกลับ พบว่าเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มที่ขาดการติดตามกับกลุ่มที่ติดตามต่อเนื่อง พบปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การที่ได้รับการรักษาด้วยยา perphenazine การที่ได้รับการรักษาด้วยยา risperidone การมีระยะเวลาเจ็บป่วยนานกว่า และมีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตนทั้งสิ้นจำนวน 25 คน มีผู้ที่มีอาการซึมเศร้า 16 คน มีโรคประจำตัว 14 คน มีการใช้สารเสพติด 15 คน ได้รับยาต้านเศร้า 9 คน มีอาการประสาทหลอน 5 คน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสถานะการติดตามการรักษา จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปรพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ มีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน ได้รับการรักษาด้วยยา perphenazine และได้รับการรักษาด้วยยา risperidone ทั้งนี้ เมื่อนำปัจจัยที่มีค่า $p\text{-value}$ ไม่เกิน 0.2 จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปร ไปวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก เมื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดการติดตามการรักษามี 2 ปัจจัย คือ มีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน และมีสถานภาพสมรส (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนการวินิจฉัย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบในเรื่องการเปลี่ยนวินิจฉัยโดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนวินิจฉัยกับกลุ่มที่เปลี่ยนวินิจฉัย พบว่ามีปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ กลุ่มที่มีชนิดอาการหลงผิดที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจน กลุ่มที่ไม่มีอาการประสาทหลอน กลุ่มที่มีอาการประสาทหลอนชนิดหูแว่ว (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการประสาททั้งสิ้น จำนวน 30 คน มีผู้ที่มีอาการซึมเศร้า 6 คน มีโรคประจำตัว 15 คน มีการใช้สารเสพติด 11 คน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเปลี่ยนการวินิจฉัย จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปรพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 2 ปัจจัย ได้แก่ มีอาการประสาทหลอน มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ทั้งนี้ เมื่อนำปัจจัยที่มีค่า $p\text{-value}$ ไม่เกิน 0.2 จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปร ไปวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก เมื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดการติดตามการรักษามี 1 ปัจจัย คือ ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลเนื่องจากมี uncooperative risk (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษา

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบ ในเรื่องผลการตอบสนองการรักษาโดยแบ่งเป็น ตอบสนองดี ตอบสนองเล็กน้อย และไม่ตอบสนอง เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มที่ตอบสนองดีกับกลุ่มที่ไม่ตอบสนอง พบว่ามีปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (ตารางที่2)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตอบสนองการรักษา จากการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร ไม่พบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองการรักษาหรือตอบสนองการรักษาน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้และเมื่อนำปัจจัยที่มีค่า $p\text{-value}$ ไม่เกิน 0.2 จากการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร ไปวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก เมื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ แล้วยังไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองการรักษาหรือตอบสนองการรักษาน้อยเช่นเดียวกัน (ตารางที่3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มต่าง ๆ

ตัวแปร	ตอบแบบสอบถาม (n,%)	p-value	การรับไว้รักษา ใน รพ. (n,%)	p-value	ลักษณะการรักษา (n,%)	รวม	p-value
เพศ: ชาย	6 (60%)	0.495	48 (61.5%)	0.25	28 (70%)	40	0.121
เพศ: หญิง	4 (40%)		30 (38.5%)		12 (30%)	46	
สถานภาพ: สมรส	9 (90%)	0.627	31 (39.7%)	0.719	12 (50%)	38	0.446
สถานภาพ: หย่าร้าง	1 (10%)		31 (39.7%)		12 (50%)		
อายุ (ปี)	56.70 ± 12.00	0.414	55.57 ± 17.07	0.477	50.27 ± 12.38	53.06 ± 14.02	
อาชีพ: มีงานทำ	4 (40%)	0.235	31 (39.7%)	0.796	12 (30%)	46	0.276
อาชีพ: ไม่มีงานทำ	6 (60%)		31 (39.7%)		12 (30%)		
ระยะเวลาป่วย (เดือน)	49.50 ± 13.74	0.206	48.13 ± 16.07	0.705	53.40 ± 16.80	51.80 ± 17.50	
ระยะเวลาการรักษา (เดือน)	90 (36–144)	0.129	114 (24–200)	0.064	24 (6–96)	12 (8–64)	
ชนิดอาการหลงผิด: หึงหวง	10 (100%)	0.654	12 (100%)	0.745	12 (100%)	100%	
ชนิดอาการหลงผิด: ยิ่งใหญ่	29.5%		25.6%		16.6%		
ชนิดอาการหลงผิด: รักหลง	85.7%	0.814	76.2%		66.7%		
ชนิดอาการหลงผิด: ถูกปองร้าย	71.4%	0.621	42.9%		81.8%		
ชนิดอาการหลงผิด: กาย	100%		100%		100%		

ตัวแปร	ตอบแบบสอบถาม (n,%)	p-value	การรับไว้รักษา ใน รพ. (n,%)	p-value	ลักษณะการรักษา (n,%)	รวม	p-value
ชนิดอาการหลงผิด: ผสม	94.9%	0.898	81.0%		100%		
ชนิดอาการหลงผิด: ไม่ จำแนก	100%	0.358	81.0%		100%		
ครอบครัวมีประวัติโรคจิต เวช	40%	0.325	42.9%		16.6%		
ประวัติการฆ่าตัวตาย	100%	0.464	92.1%		83.3%		
มีพฤติกรรมรุนแรง	90.5%	0.544	85.7%		94.4%		

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ Logistic regression ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา การเปลี่ยน
การวินิจฉัย และสถานการณ์ติดตามรักษา

ตัวแปร	ผลการ รักษา	p	ผลการ รักษา	p	การ เปลี่ยน	p	การ เปลี่ยน	p	สถานะ การ ติดตาม	p	สถานะ การ ติดตาม	p
	Crude OR (95% CI)		Adjusted OR (95% CI)		การ วินิจฉัย Crude OR (95% CI)		การ วินิจฉัย Adjusted OR (95% CI)		Crude OR (95% CI)		Adjusted OR (95% CI)	
ปัจจัยด้าน ประชากร												
เพศ (อ้างอิง: ชาย)	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–
หญิง	0.96 (0.21– 4.40)	0.963	1.67 (0.67– 4.64)	0.253	0.66 (0.27– 1.64)	0.376	–	–	–	–	–	–
สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–
สมรส	0.44 (0.04–4.62)	0.492	0.88 (0.27–2.96)	0.840	0.35 (0.11– 1.05)	0.084	0.34 (0.06– 2.02)	0.217	–	–	–	–
หย่า	1.25 (0.26–6.07)	0.787	0.42 (0.05–3.55)	0.410	0.59 (0.15– 2.30)	0.445	2.05 (0.63– 6.62)	0.217	–	–	–	–
การศึกษา	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–

ตัวแปร	ผลการรักษา Crude OR (95% CI)	p	ผลการรักษา Adjusted OR (95% CI)	p	การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย Crude OR (95% CI)	p	การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย Adjusted OR (95% CI)	p	สถานะการติดตาม Crude OR (95% CI)	p	สถานะการติดตาม Adjusted OR (95% CI)	p
(อ้างอิง: ≤ ประถม)												
≥ มัธยม	2.81 (0.61–12.97)	0.185	1.25 (0.61–2.55)	0.796	1.87 (0.75–4.65)	0.179	2.16 (0.61–7.57)	0.231	–	–	–	–
ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก												
มีอาการประสาทหลอน	–	–	–	–	3.12 (1.40–6.92)	0.005	2.90 (1.22–6.89)	0.016	–	–	–	–
(อ้างอิง: ไม่มี)												
ประสาทหลอนทางหู	–	–	–	–	2.74 (1.20–6.25)	0.018	–	–	–	–	–	–
การนอนรักษา/ไม่ให้ความร่วมมือ	–	–	–	–	2.40 (1.08–5.33)	0.031	2.35 (1.02–5.40)	0.044	–	–	–	–
(อ้างอิง: ไม่มี)												
ชนิดของความหลงผิด												
หลงผิดหึงหวง	–	–	–	–	–	–	–	–	2.85 (1.25–6.48)	0.013	2.67 (1.10–6.45)	0.029
(อ้างอิง: อื่นๆ)												
ปัจจัยด้านการรักษา												
ใช้ Perphenazine	–	–	–	–	–	–	–	–	1.95 (0.88–4.33)	0.094	–	–
(อ้างอิง: ไม่ใช้)												
ใช้ Risperidone	–	–	–	–	–	–	–	–	1.82 (0.85–3.89)	0.118	–	–
(อ้างอิง: ไม่ใช้)												
ปัจจัยด้านสังคม												

ตัวแปร	ผลการรักษา	p	ผลการรักษา	p	การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย	p	การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย	p	สถานะการติดตาม	p	สถานะการติดตาม	p
	Crude OR (95% CI)		Adjusted OR (95% CI)		Crude OR (95% CI)		Adjusted OR (95% CI)		Crude OR (95% CI)		Adjusted OR (95% CI)	
ไม่สูบบุหรี่ (อ้างอิง: สูบบุหรี่)	1.95 (0.90-4.21)	0.088	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
อยู่กับครอบครัว (อ้างอิง: ไม่ได้อยู่กับครอบครัว)	1.80 (0.85-3.79)	0.122	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

หมายเหตุ: OR = Odds Ratio; CI = ช่วงความเชื่อมั่น; Ref. = กลุ่มอ้างอิง; — = ไม่มีข้อมูลในภาพที่ให้มา

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาทบทวนเวชระเบียน ระหว่างช่วงปี 2557 – 2561 และติดตามการรักษาไปนาน 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังคงวินิจฉัยโรคหลงผิดนั้นมีจำนวน 33 คน โดยพบว่ามีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.54 : 1 อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการคือ 48.66 ปี ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพโสด มีการศึกษาสูงกว่าหรืออยู่ในการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีการประกอบอาชีพและอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Sandeep Grover และคณะ⁵ ซึ่งศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการคือ 37.90 ± 15.33 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส มีการศึกษาต่ำกว่ามาตรฐาน ทั้งนี้มีความสอดคล้องกันในการประกอบอาชีพซึ่งผู้ป่วยจะมีการประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ในเรื่องของอายุเริ่มแรกที่ผู้ป่วยมีอาการนั้นพบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Andreas Marneros และคณะ¹⁰ ซึ่งได้ศึกษาในประเทศเยอรมันพบว่า อายุที่เริ่มมีอาการในผู้ป่วยโรคหลงผิด คือ 46.9 ปี

เมื่อพิจารณาในลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลงผิด ชนิดของอาการหลงผิดที่พบมากที่สุด ซึ่งคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย และรองลงมาคือหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน นั้นใกล้เคียงกับการศึกษาของ Enrique de Portugal และคณะ¹¹ ซึ่งได้ศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลงผิด ที่ประเทศสเปน พบว่าชนิดของอาการหลงผิดที่พบมากที่สุดคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย (47.4%) รองลงมาคือหลงผิดมากกว่า 1 ชนิดโดยไม่มีชนิดไหนเด่น (11.5%) และหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน (10%)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายเป็นส่วนใหญ่ (75.76%)

ซึ่งจากการศึกษาของ Enrique de Portugal¹¹ และคณะนั้นพบว่าอาการหลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายนั้นสัมพันธ์กับสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะอธิบายถึงลักษณะสถานภาพของผู้ป่วยในการศึกษาซึ่งอยู่ในกลุ่มโสดมากที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของคนอื่นที่อัตราส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายแต่อยู่ในอัตราส่วนที่น้อยกว่า

ในด้านการติดตามการรักษานั้นพบว่า ตลอดการติดตามการรักษา มีการขาดการติดตามไป 40 คน จากจำนวนผู้ป่วยตอนแรก 99 คน คิดเป็น 40.40% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blanca Reneses และคณะ¹² ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดการติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกของประเทศสเปนนั้น พบว่าอัตราการขาดการติดตามการรักษานั้นอยู่ในช่วง 28.9% - 51.4% โดยในการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสถานะการติดตาม พบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการรักษาด้วยยา perphenazine, การมีระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนพบแพทย์ที่นาน, มีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน สัมพันธ์กับการติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง และการได้รับการรักษาด้วยยา Risperidone สัมพันธ์กับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องกว่า ซึ่งการรับการรักษาด้วยยา และอายุของผู้ป่วยที่มากขึ้น สัมพันธ์กับการติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง ส่วนในกลุ่มที่มีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตนในการศึกษานี้ทั้ง 25 นั้น มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย 15 คน (60%) ซึ่งการใช้สารเสพติดนั้นสัมพันธ์กับการขาดการติดตามการรักษาที่มากขึ้น และในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา risperidone ซึ่งมีความสัมพันธ์ไม่ปฏิบัติตามการศึกษาก่อนหน้าเมื่อดูในรายละเอียดของผู้ที่ได้รับยา (ตารางที่ 4) พบว่ามีผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงเพียง 1 คน จาก 26 คน โดยเป็นผลข้างเคียงในระดับ common เพราะฉะนั้นผลข้างเคียงของยาจึงอาจไม่ใช่สาเหตุทั้งนี้พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยา risperidone มีผู้ป่วยที่อยู่นอกจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 16 คน (61.54%) ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง ทั้งนี้ในการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลภูมิภาเนาของผู้ป่วยซึ่งควรจะต้องนำไปเป็นปัจจัยที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เมื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก เมื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ แล้วพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการขาดการติดตามคือ สถานภาพสมรส, มีอาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ต่อตน ซึ่งจากการศึกษาของ Blanca Reneses และคณะ¹² และการศึกษาของ Alexandre Henzen และคณะ¹³ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการติดตามการรักษา คือ อายุน้อย, การได้รับการรักษาจากแพทย์หลายคน, ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน, มีโรควิตกกังวลหรือโรคบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งในการศึกษาของเรานั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์ผลเพื่ออธิบายเพิ่มเติมได้

ในเรื่องการเปลี่ยนการวินิจฉัยนั้นพบว่าตลอดการติดตามการรักษา 6 เดือนนั้นมีการเปลี่ยนวินิจฉัย 13 คน จาก 99 คน คิดเป็น 13.13% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Andreas Marneros และคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลงผิดนั้น เมื่อติดตามไปมีโอกาสเปลี่ยนวินิจฉัยได้ 21.2% โดยในการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนวินิจฉัยกับกลุ่มที่เปลี่ยนวินิจฉัย พบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีอาการประสาทหลอนชนิดหูแว่วหรือภาพหลอน ซึ่งอธิบายได้จาก 1.เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 ซึ่งผู้ป่วยสามารถมีอาการประสาทหลอนได้แต่ต้องไม่ใช่อารมณ์เด่น 2.จากการที่ได้ประวัติผู้ป่วยมาไม่ครบถ้วนในการตรวจครั้งแรกและความน่าเชื่อถือของประวัติที่ได้จากผู้ป่วยและญาติ เมื่อได้ประวัติเพิ่มเติมชัดเจนมากขึ้น จึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

ในเรื่องผลการรักษาโรคหลงผิด จำนวน 33 คน เมื่อติดตามไป 6 เดือน พบว่ามีปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Karishma Kulkarni และคณะ⁷ ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา คือ การใช้สารเสพติด ทั้งนี้หลังจากวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก เมื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ แล้วไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sandeep Grover และคณะ⁵ ทั้งนี้การศึกษารั้งนี้ไม่ได้บันทึกปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้อาจมีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดของข้อมูล ข้อมูลไม่เพียงพอตามที่ต้องการจะนำไปวิเคราะห์ ไม่สามารถกำหนดกลุ่มควบคุมได้ชัดเจน และไม่สามารถควบคุมการประเมินการได้รับปัจจัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีอุปสรรคในการวัดค่าซึ่งอาจจะผิดจากความจริงได้ (information bias)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและวิจัย

การศึกษาในโรคหลงผิดนั้นยังมีน้อยมากในประเทศไทย ทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้อ้างอิงได้ การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลงผิดที่รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองการรักษา เปลี่ยนวินิจฉัย การติดตามการรักษา ที่บางส่วนแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลงผิดนั้นเป็นตัวแปรทำนายพยากรณ์โรคที่ดีของผู้ป่วยโรคหลงผิดได้ เพราะฉะนั้นการศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดตามการรักษานั้นเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยต่อไป

สรุป

จากการศึกษาย้อนหลังเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลงผิด ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2561 รวมจำนวนทั้งสิ้น 99 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ

58.6) มีอายุเฉลี่ย 53.1 ปี และอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการคือ 49.3 ปี โดยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเข้ารับการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 44.8 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอาชีพ และอาศัยอยู่กับครอบครัว ทั้งนี้ร้อยละ 67.7 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 61.6 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด

ในด้านลักษณะทางคลินิก พบว่าอาการหลงผิดที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการหลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (ร้อยละ 65.7) รองลงมาคืออาการหลงผิดคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ (ร้อยละ 25.3) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 33.3 ที่มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย และร้อยละ 16.6 มีอาการซึมเศร้า ทั้งนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 92.9 ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต โดยพบว่าได้รับยากลุ่มใหม่เป็นหลักร้อยละ 54 และมียาเสริมร่วมอื่น ๆ เช่น ยาด้านซึมเศร้า ยาคลายกังวล และยาควบคุมอารมณ์ตามความเหมาะสม

ภายหลังการติดตามผู้ป่วยนาน 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังคงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลงผิดจำนวน 33 ราย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอาการหลงผิดแบบถูกปองร้าย (ร้อยละ 75.76) และมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วยร้อยละ 30.3 ในกลุ่มนี้ ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต โดยส่วนใหญ่ได้รับยา รักษาโรคจิตมากกว่าหนึ่งชนิด หรือได้รับร่วมกับยาด้านซึมเศร้าและยาคลายกังวล นอกจากนี้ ร้อยละ 15.15 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาระดับ common side effects ร้อยละ 12.1

ในด้านผลการรักษา พบว่าร้อยละ 36.4 ของผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาในระดับดี ร้อยละ 75.8 มีการตอบสนองเพียงเล็กน้อย และร้อยละ 12.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าอาการหลงผิดประเภท "เชื่อว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์" มีความสัมพันธ์กับอัตราการขาดการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการใช้ยา perphenazine และ risperidone อีกทั้งสถานภาพสมรสก็มีความสัมพันธ์กับอัตราการติดตามต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านการเปลี่ยนแปลงวินิจัย พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงวินิจัยระหว่างการติดตาม 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 13.13 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีอาการประสาทหลอนโดยเฉพาะหูแว่ว และการ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (uncooperative risk)

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการรักษา พบว่าในกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาดีมีแนวโน้มไม่สูบบุหรี่ และอาศัยอยู่กับครอบครัว อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์แบบพหุโลจิสติกแล้ว ไม่พบปัจจัยใดที่มีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศ

โดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลงผิดในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในประเทศไทยมีลักษณะประชากรศาสตร์และทางคลินิกบางประการที่แตกต่างจากประเทศตะวันตก อาการหลงผิดคิดว่าถูกปองร้ายยังคงเป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุด และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์ผลลัพธ์ของโรค ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมในบริบทประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่อนุมัติการดำเนินโครงการ วิจัยฉบับนี้ รวมถึงทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญาที่สนับสนุนข้อมูลทางคลินิก รวมถึงแพทย์หญิง รุ่งสุตา กิจอรุณชัย สำหรับคำแนะนำด้านวิชาการตลอดการทำวิจัย

ความรู้เดิม : โรคหลงผิดเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย มีลักษณะเด่นคือการคงอยู่ของความเชื่อผิดจากความจริงอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีอาการอื่นของโรคจิตเภทที่เด่นชัด ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ลักษณะอาการ และการตอบสนองต่อการรักษา มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร ข้อมูลจากต่างประเทศพบว่าอาการหลงผิดแบบถูกปองร้ายและแบบหึงหวงเป็นชนิดที่พบบ่อย และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญต่อพยากรณ์โรค

ความรู้ใหม่ : การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังครั้งแรกในประเทศไทยที่วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลงผิดในโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง พบว่าอาการหลงผิดแบบถูกปองร้ายเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด และอาการหลงผิดแบบหึงหวงและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการขาดการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบอัตราการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงลักษณะการใช้ยารักษาโรคจิตและการตอบสนองต่อการรักษาในระยะ 6 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลงผิดในบริบทประเทศไทย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดอัตราการขาดการติดตาม และปรับกลยุทธ์การรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยในประเทศ รวมถึงเป็นฐานข้อมูลสำหรับการวิจัยต่อยอดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p.1582-7.
2. American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. p.90-3.

3. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p.330-9.
5. Grover S, Biswas P, Avasthi A. Delusional disorder: Study from North India. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007 Oct;61(5):462-70. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01694.x.
6. Nagendra J, Snowdon J. An Australian study of delusional disorder in late life. *International Psychogeriatrics* 2020;32(4):453–62. doi:10.1017/S1041610219000966.
7. Kulkarni K, Arasappa R, Prasad M K, Zutshi A, Chand K. P, Murthy P, et al. Risperidone versus olanzapine in the acute treatment of persistent delusional disorder: A retrospective analysis. *Psychiatry Res* 2017;253:270-3. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.066.
8. Rowland T, Birchwood M, Singh S, Freemantle, Everard L, Jones P, et al. Short-term outcome of first episode delusional disorder in an early intervention population. *Schizophr Res* 2019;204:72-9.
9. Mews MR, Quante A. Comparative efficacy and acceptability of existing pharmacotherapies for delusional disorder a retrospective case series and review of the literature. *J Clin Psychopharmacol* 2013 Aug;33(4):512-9. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182905796.
10. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional disorders – Are They Simply Paranoid Schizophrenia?. *Schizophr Bull (Bp)* 2012;38(3):561-8.
11. de Portugal E, González N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry* 2008 Mar;23(2):125-33.
12. Reneses B, Muñoz E, López-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry* 2009;8(3):173-177.
13. Henzen A, Moeglin C, Giannakopoulos P. et al. Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* 2016;16:111. Doi: 10.1186/s12888-016-0819-4.