

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ :
การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๖
Factors related with post-traumatic stress disorder:
Thai national mental health survey 2013

นพพร ตันติรังสี, ปร.ด., กันทวรรณ มากวิจิต, พย.ม., วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, ศศ.ม.,
อัญชลี บุญรัตนา, กศ.บ., เมตตา เลิศเกียรติระชตะ, พย.ม.

Nopporn Tantirangsee, Ph.D., Kantawan Makwichit, M.Ns., Wichai Likhasithdamrongkul, M.A.,
Anchalee Boonrattana, B.Ed., Metta Lertkiatratchata, M.Ns.

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
Songkhla Rajanagarindra Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ของคนไทย

วัสดุและวิธีการ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง สุ่มตัวอย่าง 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage sampling) สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในชุมชน ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือนไม่สัมผัสทดแทน จำนวน 4,727 คน เครื่องมือคือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก วิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพันธ์กับข้อมูลลักษณะประชากร ลักษณะของเหตุการณ์ความรุนแรงที่เคยประสบ การเกิดโรคและปัญหาทางจิตเวช และโรคเรื้อรังทางกายด้วยสถิติ multinomial logistic regression รายงานผลเป็นค่า adjusted odd ratios (AOR) ที่ 95%CI

ผล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD ได้แก่ เพศหญิง 3.6 เท่า สถานภาพสมรสหม้าย 2.8 เท่า การประสบอุบัติเหตุรุนแรง 3.0 เท่า การเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด 3.4 เท่า ความรุนแรงในครอบครัว 2.7 เท่า เคยเห็นการทำทารุณโหดร้าย 5.8 เท่า โรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ alcohol use disorders 4.4 เท่า psychotic like experiences 2.8 เท่า และโรคระบบทางเดินอาหาร 2.7 เท่า

สรุป ลักษณะเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงหรือเกิดกับบุคคลใกล้ชิด โรคร่วมทั้งทางจิตเวชและโรคร่วมเรื้อรังทางกาย มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนไทย เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมด้านสุขภาพจิตเชิงรุกต่อไป

คำสำคัญ: ความเสี่ยงสัมพันธ์ ระบาดวิทยาสุขภาพจิต โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
ติดต่อผู้นิพนธ์ e-mail : nopporntan@hotmail.com

Abstract

Objectives To study the factors related with post-traumatic stress disorder (PTSD) in Thai population.

Materials and methods The Thai national mental health survey data in 2013 was used. It was cross sectional study, stratified four stage sampling, household survey and face to face interview. The total 4,727 samples were Thai population aging 18 years old and over. The study instrument was World Mental Health Survey Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0). The factors related with PTSD including demographic data, types of traumatic experiences, psychiatric comorbidities and chronic physical illness were analyzed using multinomial logistic regression and reported with adjusted odd ratios (AOR) at the 95% level of confidence.

Results The factors related with PTSD were female (AOR=3.6), widows (AOR=2.8), life-threatening accident (AOR=3.0), the intimate ever had an extremely traumatic experience (AOR=3.4), domestic violence (AOR=2.7), and see someone being badly injured or killed (AOR=5.8), the comorbid psychiatric disorders including alcohol use disorders (AOR=4.4), psychotic like experiences (AOR=2.8), and the chronic physical illness including the gastrointestinal disease (AOR=2.7).

Conclusion Types of severe traumatic experiences (occurred with oneself or relatedness), psychiatric comorbidities and chronic physical illness are factors related with PTSD. The results can be planned for setting up the mental health surveillance system in Thai population. The policy maker can use the results as the guidance for proactive prevention strategies in the future.

Key words : factors, mental health, PTSD

corresponding author e-mail : noppornan@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันทุกภาคส่วนของโลก มีเหตุการณ์รุนแรง เช่น ภัยพิบัติจากธรรมชาติ เหตุการณ์ทางการเมือง เหตุการณ์สงครามแบ่งแยกดินแดน ความไม่สงบชายแดนใต้ สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดวิกฤตสุขภาพจิต ทั้งระดับบุคคล (individual crisis) และสังคม (social crisis) ที่ผ่านมามีประเทศไทย มีเหตุการณ์ภัยธรรมชาติ เช่น กรณีสึนามิยักษ์ลิมา ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ มีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,395 คน และมหาอุทกภัยในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีผู้เสียชีวิตจำนวน 814 คน รวมถึงอุทกภัยที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปีในหลายๆ จังหวัด นอกจากนี้ยังมีภัยพิบัติน้ำมีอมนุษย์จากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นต้นมา ถูกคุกคามด้วยสถานการณ์ความรุนแรงรูปแบบต่างๆ ทั้งการลอบสังหาร วางเพลิง และวางระเบิด ซึ่งพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น 15,896 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 12,375 คน เสียชีวิต 6,745 คน¹ นอกจากนี้พบผู้ได้รับผลกระทบที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ระดับรุนแรง และกลุ่มสูญเสียบทบาทหน้าที่/โอกาสทางสังคม ร้อยละ 7.7² นอกเหนือจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับคนหมู่มากแล้ว สภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ยังก่อให้เกิดเหตุการณ์เกิดกับปัจเจกบุคคล (individual person) อีกด้วย เช่น ปัญหาการถูกทำร้ายร่างกายหรือจิตใจอย่างรุนแรง ไม่ว่าจะเกิดกับตนเองหรือคนใกล้ชิด ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เป็นต้น

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อประชาชน ผู้ประสบภัยทุกกลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็ก วัยรุ่น

วัยทำงาน หรือแม้กระทั่งวัยสูงอายุ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต มีภาวะความเครียดรุนแรงหลังเกิด เหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่ว่าจะได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อม อาจทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ พยายามฆ่าตัวตาย บุคคลที่เกิดการสูญเสียบุคคลใน ครอบครัว หรือคนใกล้ชิดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งโดยตรงและ โดยอ้อม อาจมีผลทำให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง เศร้า เสียใจจากการสูญเสีย³ เมื่อความเครียดถูกสะสมเพิ่มมากขึ้น จนอยู่ในระดับสูง ย่อมที่จะก่อให้เกิดผลเสีย ร่างกายจะถูกกระตุ้นมาก มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกเฉยเมย อารมณ์เย็นชา รู้สึกผิด รู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ ตื่นตกใจ หวาดระแวง หงุดหงิดง่าย ผื่นร้าย รับประทานอาหารไม่ได้ มีอารมณ์สนองตอบ ต่อเหตุการณ์มาก พฤติกรรมการแสดงออกเบี่ยงเบน จากปกติมาก⁴ บุคคลเหล่านี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ตามมาได้ เช่น โรค PTSD โรคซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด อย่างไรก็ตาม พบว่าโรค PTSD เป็นโรคที่มักพบก่อน ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว จะทำให้เกิดโรคร่วมต่างๆ ตามมาได้⁵ ซึ่งจากการศึกษาอุบัติการณ์ ปัญหาสุขภาพจิต กรณี โคลนถล่ม จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้ประสบภัยมีภาวะเครียดหลังจากเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ (PTSD) ร้อยละ 6.6⁶

Sareen⁷ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD พบว่าสามารถ แบ่งปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรก ได้แก่

ปัจจัยก่อนเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (pre-trauma factors) เช่น เพศหญิง ระดับสติปัญญาต่ำ และเคยป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน เป็นต้น กลุ่มที่สอง ได้แก่ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ (trauma factors) เช่น ความรู้สึกกลัวตาย ความรุนแรงของเหตุการณ์ และการบาดเจ็บทางกาย เป็นต้น และกลุ่มที่สาม ได้แก่ ปัจจัยหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-trauma factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ปัญหาเศรษฐกิจ ความรุนแรงของอาการปวด และความพิการ เป็นต้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ ข้อมูลลักษณะประชากร ลักษณะของเหตุการณ์ความรุนแรงที่เคยประสบ การเกิดโรค และปัญหาทางจิตเวช และโรคเรื้อรังทางกาย จากข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๖^๙ เพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการวางแผนให้การช่วยเหลือที่ตรงกลุ่มเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ 37/2559 ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ซึ่งการสำรวจครั้งนั้นเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง อิงตามข้อกำหนดของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative)^๘

การสำรวจใช้แผนการสุ่มตัวอย่างความน่าจะเป็นแบบแบ่ง 4 ชั้น (stratified four-stage probability sampling) โดยมีกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เป็นชั้นภูมิโดยหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่งใช้วิธีการสุ่มเขตพื้นที่ในกรุงเทพฯ และจังหวัดในแต่ละภูมิภาค ได้เป็นเขตในพื้นที่กรุงเทพฯ จำนวน 4 เขต (บางรัก จอมทอง วังทองหลาง และคลองสามวา) จังหวัดในภาคกลาง 5 จังหวัด (นนทบุรี สระบุรี จันทบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี) จังหวัดในภาคเหนือ 3 จังหวัด (เชียงใหม่ ลำพูน และเพชรบูรณ์) จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5 จังหวัด (ชัยภูมิ มหาสารคาม อุบลราชธานี อุดรธานี และมุกดาหาร) และจังหวัดในภาคใต้ 3 จังหวัด (สตูล นครศรีธรรมราช และระนอง) โดยมีเขตแจ้งนับ (enumeration areas : EAs) ซึ่งได้แก่บัญชีอาณาบริเวณที่กำหนดขึ้นสำหรับการปฏิบัติงานสำมะโนประชากรหรือการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง เลือกหน่วยตัวอย่าง EA อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มโดยให้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับหน่วยวัดขนาด (probability proportional to size) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 265 EAs ครั้วเรือนเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สาม สุ่มเลือกครั้วเรือน EA ละ 24 ครั้วเรือน ได้จำนวนครั้วเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 6,360 ครั้วเรือน และบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในครั้วเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือนเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นสุดท้าย เลือกตัวอย่างโดยใช้ตาราง Kish¹⁰ 1 คนต่อครั้วเรือน โดยไม่สุ่มทดแทน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 6,360 คน จากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในชุมชน (face to face interview) โดยสหวิชาชีพ

ล้งกั้ดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้จริง 4,727 คน⁸

เครื่องมือ

เครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0)¹¹ แบบกระดาษและดินสอ (paper and pencil instrument) ฉบับภาษาไทย คำถามในชุดความเครียดรุนแรงหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD: post-Traumatic stress disorder) ชุดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic condition) ส่วนข้อมูลบุคคลใช้ชุดคัดกรอง (screening) และชุดข้อมูลทั่วไป (demographics) สำหรับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเวชใช้ชุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) ได้แก่ ชุด depression (major depressive episode และ dysthymia) และชุด mania (manic และ hypomanic episode); กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ได้แก่ ชุด panic disorder, ชุด agoraphobia และ ชุด generalized anxiety disorder; ชุด alcohol use และ ชุด illegal substance use และปัญหาสุขภาพจิต (mental health problem) ได้แก่ ชุด suicidality และชุดคัดกรองโรคจิต (psychosis)

โดยคำถามในหมวด PTSD นั้น เริ่มต้นจากการถามถึงเหตุการณ์รุนแรงที่เคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา หากเคยประสบเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ผู้ถูกสัมภาษณ์จะถูกถามถึงอาการที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น แต่หากผู้ถูกสัมภาษณ์เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงมากกว่า 1 เหตุการณ์ จะถูกสุ่มมา 1 เหตุการณ์ เพื่อถามถึงอาการที่เกิดขึ้น โดยคำถามจะถาม 3 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ กลุ่มอาการ re-experience กลุ่มอาการ avoidance และ

กลุ่มอาการ hyperarousal โดยผู้ที่มีอาการครบทั้งสามกลุ่มอาการเป็นเวลาหนึ่งเดือนขึ้นไป จะได้รับการวินิจฉัยเป็น PTSD ในขณะที่ผู้ที่มีอาการอย่างน้อย 1 กลุ่มอาการแต่ไม่ครบ 3 กลุ่มอาการ จะถูกจัดเป็นกลุ่ม subthreshold PTSD

ข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภูมิภาค

ส่วนเหตุการณ์ที่ประสบ ได้แก่ การเกิดเหตุกับคนใกล้ชิด (คนใกล้ชิดป่วยหนักหรือเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิดหรือประสบเหตุอันตรายรุนแรง) การประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง เคยเห็นเหตุการณ์ทำทารุณโหดร้าย (เคยเห็นคนถูกทำร้ายจนบาดเจ็บรุนแรง หรือ เห็นคนถูกฆ่า เห็นขึ้นส่วนศพ หรือการฆาตกรรมหมู่) ความรุนแรงในครอบครัว (เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากคนเลี้ยงดูในวัยเด็ก หรือเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากคู่สมรส หรือเคยเห็นการทำร้ายร่างกายรุนแรงในบ้าน) ภัยธรรมชาติ การถูกทำร้าย (เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง ประทุษร้ายหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ) ภัยน้ำมือมนุษย์ (เคยอยู่ร่วมในสนามรบ พื้นที่สงคราม ความไม่สงบ เคยเป็นผู้ลี้ภัย เคยถูกลักพาตัว เคยถูกวางยาพิษ ไฟไหม้ จากความประมาท หรือการวางระเบิด) รวมทั้งปัจจัยโรคร่วม ได้แก่ โรคร่วมทางจิตเวช (affective disorders, anxiety disorders (ไม่รวม PTSD) alcohol use disorders, drug use disorders, psychotic like experiences และ suicidal behaviors) และโรคร่วมเรื้อรังทางกาย (โรคกระดูกและข้อ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคเบาหวาน) ทั้งนี้ตัวแปรตาม ได้แก่ โรค PTSD ตามเกณฑ์การ

วินิจฉัยของ ICD-10 และผู้ที่มีอาการแต่ไม่ครบเกณฑ์ การวินิจฉัยโรค PTSD (subthreshold PTSD)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณค่าประมาณการสัดส่วนด้วยการถ่วงน้ำหนัก ทดสอบสมมติฐานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ โรค PTSD และ subthreshold PTSD แบบ univariate analysis ด้วย Rao-Scott chi-square test¹² และหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (adjusted odd ratios: AOR) แบบ multivariate analysis ด้วย multinomial logistic regression¹³ โดยเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ univariate analysis เข้าสมการถดถอย ยกเว้นปัจจัยด้านเพศและอายุเนื่องจากข้อมูลการกระจายของเพศและอายุไม่เป็นตามสัดส่วนประชากรของประเทศ⁸ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R version 3.3.2¹⁴ package survey¹⁵

ผล

จากกลุ่มตัวอย่าง 4,727 คน มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD 47 คน (ร้อยละ 0.9) และ subthreshold PTSD 331 คน (ร้อยละ 6.5) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบ univariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค PTSD หรือ subthreshold PTSD ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิภาค การเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด การประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง เคยเห็นเหตุการณ์ทำทารุณโหดร้าย ความรุนแรงในครอบครัว ภัยธรรมชาติ การถูกทำร้าย และภัยน้ำมือผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่

กลุ่มโรค affective disorders, anxiety disorders, psychotic like experiences, suicidal behaviors และ ปัจจัยโรคร่วมเรื้อรังทางกายในกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบ multivariate analysis พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD ได้แก่ เพศหญิง 3.6 เท่า (95%CI=1.4-9.6) สถานภาพสมรสหม้าย 2.8 เท่า (95%CI=1.2-6.2) การประสบอุบัติเหตุรุนแรง 3.0 เท่า (95%CI=1.5-5.8) การเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด 3.4 เท่า (95%CI=1.7-6.8) ความรุนแรงในครอบครัว 2.7 เท่า (95%CI=1.2-5.8) เคยเห็นการทำทารุณโหดร้าย 5.8 เท่า (95%CI=2.8-12.2) โรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ alcohol use disorders 4.4 เท่า (95%CI=1.8-11.1) และ psychotic like experiences 2.8 เท่า (95%CI=1.3-6.0) และโรคระบบทางเดินอาหาร 2.7 เท่า (95%CI=1.4-5.3) (ตารางที่ 2)

ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการเกิด subthreshold PTSD ได้แก่ กลุ่มอายุ 25-35 ปี 2.4 เท่า (95%CI=1.1-5.2) สถานภาพสมรสหม้าย 1.6 เท่า (95%CI=1.1-2.3) หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 1.7 เท่า (95%CI=1.2-2.5) ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2.0 เท่า (95%CI=1.3-3.1) ภาคใต้ 1.9 เท่า (95%CI=1.2-2.9) การเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด 2.1 เท่า (95%CI=1.6-2.7) ความรุนแรงในครอบครัว 2.2 เท่า (95%CI=1.6-3.1) ประสบภัยธรรมชาติ 2.7 เท่า (95%CI=1.2-5.8) ประสบภัยน้ำมือมนุษย์ 4.0 เท่า (95%CI=2.9-5.5) โรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ suicidal behaviors 2.0 เท่า (95%CI=1.3-3.2) และโรคระบบทางเดินอาหาร 1.5 เท่า (95%CI=1.1-2.0) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n= 4,727)

ปัจจัย	n	% (SE)*			p-value
		no PTSD (n=4,349)	subthreshold PTSD(n=331)	PTSD (n=47)	
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ					
ชาย	1,718	92.9(0.6)	6.4(0.6)	0.7(0.2)	0.37
หญิง	3,009	92.2(0.6)	6.7(0.5)	1.1(0.2)	
อายุ (ปี)					
18-24	245	96.0(1.0)	3.3(0.8)	0.7(0.5)	<.01
25-34	549	90.7(1.0)	9.0(1.0)	0.3(0.2)	
35-44	945	93.5(1.3)	5.9(1.3)	0.6(0.2)	
45-54	1,128	93.0(0.7)	6.1(0.7)	0.9(0.3)	
55-59	496	92.8(1.0)	4.3(0.8)	2.9(0.9)	
≥ 60	1,364	90.4(0.7)	8.4(0.6)	1.2(0.2)	
สถานภาพสมรส					
.03					
แต่งงานแล้ว	3,116	93.1(0.5)	6.2(0.6)	0.7(0.1)	.03
แยกกันอยู่ /หย่าร้าง	386	90.0(1.8)	9.6(1.8)	0.4(0.3)	
หม้าย	641	87.7(1.8)	9.2(1.3)	3.1(0.9)	
โสด	584	93.4(1.2)	5.8(1.4)	0.8(0.5)	
อาชีพ					
0.25					
มีงานทำ	1,564	93.0(0.7)	6.4(0.8)	0.6(0.2)	0.25
งานส่วนตัว	1,912	92.8(0.4)	6.3(0.5)	0.9(0.2)	
ไม่ได้ทำงาน	1,251	91.7(0.7)	6.9(0.6)	1.4(0.3)	
ระดับการศึกษา					
0.18					
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ	2,893	91.6(0.7)	7.0(0.6)	1.4(0.2)	0.18
มัธยมศึกษาตอนต้น	474	94.0(0.8)	5.6(0.9)	0.4(0.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	768	93.5(1.0)	5.8(0.9)	0.7(0.4)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	592	93.2(1.4)	6.6(1.4)	0.2(0.1)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
0.23					
≤ 5,000	2,634	91.6(0.6)	7.5(0.6)	0.9(0.2)	0.23
5,001 – 15,000	1,432	93.3(0.6)	5.7(0.6)	1.0(0.3)	
15,001 – 30,000	457	94.7(1.0)	4.7(1.0)	0.6(0.3)	
> 30,000	204	93.7(1.9)	5.4(1.7)	0.9(0.5)	

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n = 4,727) (ต่อ)

ปัจจัย	n	% (SE)*			p-value	
		no PTSD (n=4,349)	subthreshold PTSD(n=331)	PTSD (n=47)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					0.43	
1-3 คน	2,744	92.2(0.5)	6.8(0.5)	1.0(0.2)		
4-6 คน	1,790	93.0(0.3)	6.0(0.3)	1.0(0.2)		
≥ 7 คน	193	91.7(2.8)	8.1(2.8)	0.2(0.2)		
ภูมิภาค					.01	
กทม.	715	95.5(0.8)	3.9(0.6)	0.6(0.3)		
ภาคกลาง	1,015	93.2(0.9)	5.7(0.9)	1.1(0.2)		
ภาคเหนือ	1,068	92.7(0.5)	6.6(0.3)	0.7(0.3)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	941	91.2(0.7)	7.7(0.8)	1.1(0.2)		
ภาคใต้	988	90.7(0.3)	8.6(0.2)	0.7(0.2)		
ลักษณะเหตุการณ์ที่ประสบ						
การถูกทำร้าย	เคย	211	85.2(3.0)	13.5(3.0)	1.3(0.7)	<.01
	ไม่เคย	4,516	92.9(0.4)	6.2(0.4)	0.9(0.7)	
ประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง	เคย	758	88.4(1.4)	9.3(1.4)	2.3(0.5)	
	ไม่เคย	3,969	93.4(0.4)	6.0(0.4)	0.6(0.1)	
เกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด	เคย	1,039	85.3(1.2)	11.7(1.2)	3.0(0.6)	
	ไม่เคย	3,688	94.3(0.4)	5.3(0.3)	0.4(0.1)	
ความรุนแรงในครอบครัว	เคย	351	79.6(2.5)	17.6(2.7)	2.8(0.7)	
	ไม่เคย	4,376	93.6(0.4)	5.7(0.3)	0.7(0.1)	
ภัยธรรมชาติ	เคย	555	86.1(1.3)	11.8(1.5)	2.1(0.6)	
	ไม่เคย	4,172	93.3(0.4)	5.9(0.4)	0.8(0.1)	
ภัยน้ำมือมนุษย์	เคย	313	75.7(3.2)	22.7(3.1)	1.6(0.6)	
	ไม่เคย	4,414	93.7(0.4)	5.4(0.3)	0.9(0.1)	
เคยเห็นการทำทารุณ	เคย	290	86.9(2.9)	8.4(2.7)	4.7(1.2)	
	ไม่เคย	4,437	93.0(0.3)	6.4(0.3)	0.6(0.1)	

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n = 4,727) (ต่อ)

ปัจจัย	n	% (SE)*			p-value	
		no PTSD (n=4,349)	subthreshold PTSD(n=331)	PTSD (n=47)		
โรคร่วมทางจิตเวช						
โรคร่วมทางจิตเวช						
affective disorders	มี	131	80.9(5.0)	13.8(4.0)	5.3(2.5)	<.01
	ไม่มี	4,596	92.8(0.4)	6.4(0.4)	0.8(0.1)	
anxiety disorders	มี	136	81.5(4.2)	13.9(3.7)	4.6(1.9)	<.01
(ไม่รวม PTSD)	ไม่มี	4,591	92.8(0.4)	6.4(0.4)	0.8(0.1)	
alcohol use disorders	มี	633	92.6(0.8)	5.8(0.8)	1.6(0.5)	.08
	ไม่มี	4,094	92.6(0.4)	6.7(0.4)	0.7(0.1)	
drug use disorders	มี	153	92.2(1.9)	6.7(1.5)	1.1(0.7)	0.88
	ไม่มี	4,574	92.6(0.4)	6.5(0.4)	0.9(0.1)	
psychotic like experiences	มี	269	85.7(2.3)	10.8(1.5)	3.5(1.0)	<.01
	ไม่มี	4,458	93.0(0.4)	6.3(0.4)	0.7(0.1)	
suicidal behaviors	มี	181	85.2(2.1)	12.8(2.0)	2.0(0.8)	<.01
	ไม่มี	4,546	92.8(0.4)	6.3(0.4)	0.9(0.1)	
โรคร่วมเรื้อรังทางกาย						
ระบบทางเดินอาหาร	มี	700	87.7(1.7)	10.2(1.7)	2.1(0.4)	<.01
	ไม่มี	4,027	93.4(0.4)	5.9(0.4)	0.7(0.1)	
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	มี	1,085	90.8(1.0)	7.7(0.8)	1.5(0.4)	.04
	ไม่มี	3,642	92.9(0.4)	6.3(0.4)	0.8(0.1)	
กระดูกและข้อ	มี	897	88.3(1.6)	10.3(1.5)	1.4(0.4)	<.01
	ไม่มี	3,830	93.4(0.3)	5.8(0.3)	0.8(0.1)	
ระบบประสาท	มี	472	88.8(1.4)	9.4(1.5)	1.8(0.5)	.02
	ไม่มี	4,255	93.0(0.4)	6.2(0.5)	0.8(0.1)	
ระบบทางเดินหายใจ	มี	689	93.0(1.2)	6.0(1.0)	1.0(0.3)	0.79
	ไม่มี	4,038	92.5(0.5)	6.6(0.5)	0.9(0.1)	
เบาหวาน	มี	415	92.2(1.4)	6.8(1.3)	1.0(0.5)	0.95
	ไม่มี	4,312	92.6(0.4)	6.5(0.4)	0.9(0.1)	

หมายเหตุ * =weighted data และ SE = standard error

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD และ subthreshold PTSD เมื่อเทียบกับ no PTSD

ปัจจัย	adjusted odd ratios (95 % CI)	
	subthreshold vs. no PTSD	PTSD vs. no PTSD
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ (reference=ชาย)		
หญิง	1.0(0.8, 1.3)	3.6(1.4, 9.6)*
อายุ (reference=18-24 ปี)		
25-34 ปี	2.4(1.1, 5.2)*	0.7(0.1, 5.0)
สถานภาพสมรส (reference=แต่งงานแล้ว)		
หม้าย	1.6(1.1, 2.3)*	2.8(1.2, 6.2)*
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.7(1.2, 2.5)*	0.2(0.0, 1.9)
ภูมิภาค (reference=กทม.)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.0(1.3, 3.1)*	2.5(0.7,8.8)
ภาคใต้	1.9(1.2, 2.9)*	1.7(0.5,6.6)
ลักษณะเหตุการณ์ที่ประสบ (reference=ไม่ประสบกับเหตุการณ์นั้น ๆ)		
ประสบอุบัติเหตุรุนแรง	1.7(0.5, 6.6)	3.0(1.5, 5.8)*
เกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด	2.1(1.6, 2.7)*	3.4(1.7, 6.8)*
ความรุนแรงในครอบครัว	2.2(1.6, 3.1)*	2.7(1.2, 5.8)*
ภัยธรรมชาติ	2.7(1.2, 5.8)*	1.8(0.8, 4.2)
ภัยน้ำมือมนุษย์	4.0(2.9, 5.5)*	1.6(0.6, 4.0)
เคยเห็นการทำทารุณโหดร้าย	0.8(0.5, 1.3)	5.8(2.8, 12.2)*
ปัจจัยโรคร่วม		
โรคร่วมทางจิตเวช (reference=ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นๆ)		
alcohol use disorders	0.9(0.6, 1.3)	4.4(1.8, 11.1)*
psychotic like experiences	1.2(0.8, 1.8)	2.8(1.3, 6.0)*
suicidal behaviors	2.0(1.3, 3.2)*	1.9(0.7, 5.4)
โรคร่วมเรื้อรังทางกาย (reference=ไม่มีโรคร่วมเรื้อรังทางกายนั้นๆ)		
โรคระบบทางเดินอาหาร	1.5(1.1, 2.0)*	2.7(1.4, 5.3)*

หมายเหตุ * = p<.05

วิจารณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล

พบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD ได้แก่ เพศหญิง (AOR=3.6, 95%CI=1.4-9.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gil และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในประชากรชาวอิสราเอล จากเหตุการณ์สงครามฉนวนกาซ่า พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD มากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Christiansen และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาในพนักงานธนาคารที่เผชิญเหตุการณ์ปล้นธนาคาร พบว่า เพศหญิงมีการแสดงออกของอาการ PTSD มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD ในระดับที่สูงกว่าเพศชาย ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหวัดไหว (neuroticism) ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ตื่นตระหนก กลัว หวาดผวา (horror) ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) และความคิดในด้านลบต่อเหตุการณ์ความรุนแรง (negative post-traumatic cognitions) ด้านสถานะภาพสมรส พบว่า สถานภาพหม้ายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD และ subthreshold PTSD สอดคล้องกับการศึกษาของ Zisook และคณะ¹⁸ ที่พบความชุกของโรค PTSD สูงขึ้นในผู้ที่สูญเสียคู่ครอง โดยเฉพาะการตายแบบผิดธรรมชาติ เช่น การฆ่าตัวตายหรือประสบอุบัติเหตุ เนื่องจากเป็นการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อนนั่นเอง

ในขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด subthreshold PTSD ได้แก่กลุ่มอายุ 25-34 ปี (AOR=2.4, 95%CI=1.1-5.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kessler และคณะ¹⁹ ที่พบว่า เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดโรค PTSD มากที่สุดในช่วงอายุ 25-34 ปี และพบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีความสัมพันธ์

กับการเกิด subthreshold PTSD ทั้งนี้เมื่อทำการวิเคราะห์ที่ลักษณะเหตุการณ์รุนแรงที่ประสบรายภาค จะพบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบว่าเคยประสบภัยจากน้ำมือมนุษย์สูงกว่าภูมิภาคอื่น (ร้อยละ 6.8) และผู้ถูกสัมภาษณ์ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้จะพบว่าเคยประสบภัยจากน้ำมือมนุษย์สูงกว่าภูมิภาคอื่น (ร้อยละ 20) เช่นเดียวกัน ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ประสบภัยจากธรรมชาติและน้ำมือมนุษย์จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด subthreshold PTSD นั้นเอง

ลักษณะเหตุการณ์ที่ประสบ

ลักษณะเหตุการณ์ที่ประสบทุกเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD หรือ subthreshold PTSD ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muller และคณะ²⁰ ที่พบว่า ลักษณะเหตุการณ์ที่รุนแรง ทั้งที่เกิดกับตนเองและได้พบเห็น ล้วนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD และ subthreshold PTSD ทั้งสิ้น ในขณะที่การศึกษาของประเทศไทย โดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ²¹ พบว่า การประสบเหตุการณ์ โดยเฉพาะพ่อแม่ ญาติพี่น้องบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ถือเป็นความรุนแรงของการถูกรบกวนจากเหตุการณ์มีผลต่อการเกิด PTSD อย่างมาก ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภัยพิบัตินั้น ไม่ควรเน้นไปที่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเพียงอย่างเดียว เนื่องจากผู้ได้รับผลกระทบกลุ่ม subthreshold PTSD ก็ได้รับผลกระทบทางจิตใจด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai และคณะ²² ที่พบว่าเมื่อติดตามผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุแผ่นดินไหวในประเทศไต้หวัน ทั้งที่มีอาการครบ

และไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD จะมีการสูญเสียหน้าที่ส่วนบุคคลไม่ต่างกัน

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่ประสบภัยพิบัติจากธรรมชาติและน้ำมีอารมณ์จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด subthreshold PTSD เท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ได้รับผลกระทบกลุ่มนี้มักได้รับการช่วยเหลือเยียวยาทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนอย่างทันทั่วถึง ซึ่งต่างจากภัยพิบัติอื่นๆ ซึ่งมักเป็นเรื่องส่วนบุคคล ทำให้โอกาสที่จะได้รับการเยียวยามีน้อยกว่านั่นเอง

โรคร่วมทางจิตเวชและโรคเรื้อรังทางกาย

โรคร่วมทางจิตเวชที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD ได้แก่ alcohol use disorder (AOR=4.4, 95%CI=1.8-11.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kessler และคณะ¹⁹ ที่พบความชุกของ alcohol use disorders ในผู้ป่วย PTSD ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเยียวยาตนเอง (self-medication)²³ ในขณะที่ผู้ที่มีอาการ psychotic like experience พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD เช่นกัน (AOR=2.8, 95%CI=1.3-6.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Auxemery และคณะ²⁴ ที่พบว่าผู้ป่วย PTSD มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางจิต (psychotic symptoms) ได้ ในขณะที่พฤติกรรมฆ่าตัวตายจะสัมพันธ์ต่อการเกิด subthreshold PTSD (AOR=2.0, 95%CI=1.3-3.2) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Muller และคณะ²⁰ ที่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน subthreshold PTSD 2.6 เท่า (95%CI=1.5-4.4)

ส่วนโรคร่วมเรื้อรังทางกายที่สัมพันธ์ต่อการเกิดทั้ง PTSD และ subthreshold PTSD ได้แก่

โรคระบบทางเดินอาหาร (AOR=2.7, 95%CI=1.4-5.3 และ AOR=1.5, 95%CI=1.1-2.0 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Savas และคณะ²⁵ ที่พบว่า ผู้หญิงที่เป็น irritable bowel syndrome (IBS) มีความสัมพันธ์กับโรค PTSD เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gruber และคณะ²⁶ ที่ทำการศึกษาในนักโทษจากสงครามเวียดนามที่เป็น PTSD พบว่ากลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความต้องการตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการทำ endoscopy นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Mayer และคณะ²⁷ ที่ใช้ neurobiological model อธิบายว่า การเกิดอาการทางระบบทางเดินอาหารกับปัญหาทางอารมณ์ได้แก่โรคซึมเศร้า วิตกกังวล แพนิก และ PTSD อาจมีสาเหตุร่วมกัน

การศึกษานี้ครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ คำถามในหมวด PTSD เป็นคำถามเกี่ยวกับการนึกย้อนไปถึงความทรงจำของเหตุการณ์รุนแรงและอาการที่เกิดขึ้นในอดีต ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจมีภาวะไม่สามารถจดจำเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในบางช่วงได้ (dissociative amnesia) ซึ่งเป็นกลไกป้องกันทางจิตใจเพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุล อาจทำให้เกิด recall bias ได้ รวมถึงบางเหตุการณ์เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงมาก ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจไม่บอก เพราะไม่อยากจะพูดถึง ซึ่งอาจทำให้การประมาณการต่ำกว่าความเป็นจริงได้ (underestimation) และการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationship) ได้

สรุป

ลักษณะเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงจากการประสบด้วยตนเองหรือเพียงแค่พบเห็น ทั้งต่อตนเองหรือเกิดกับบุคคลใกล้ชิด รวมถึงโรคร่วมทางจิตเวช

และโรคร่วมเรื้อรังทางกายบางโรค มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค PTSD สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนไทย รวมถึงใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมด้านสุขภาพจิตเชิงรุกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตและบางส่วนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ

References

1. Deep south incident database. Summary of incidents in southern Thailand from January 2004 to September 2016. Pattani: Deep south watch; 2016.
2. Makvijit K. Situation and trend of mental health problems in people affected by unrested situation in southernmost provinces of Thailand from 2009 to 2011. Songkhla: Songkhla Rajanagarindra psychiatric hospital; 2013.
3. Department of Mental Health. Care for children affected by unrested situation in southernmost provinces of Thailand: manual for public health personnel. Bangkok: Agricultural co-operative federation of Thailand printing house; 2008.
4. Keawkingkeo S. Psychiatric nursing. 2nded. Bangkok: Thammasat printing house; 2011.
5. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000;101:46–59.
6. Boonyamalik P, Suksawang S, Swangwongsin S. A one-year cohort study in mental health problems of the flooding victims in Uttaradit, 2005. J Psychiatr Assoc

Thai 2012;57:165–74.

7. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors and treatment. Can J Psychiatry 2014;59:460–7.
8. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. J Ment Health Thai 2016;24:1–14.
9. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. J Ment Health Thai 2017;25:1–19.
10. Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. J Am Stat Assoc 1949;44:380-7.
11. Kessler RC, Ustün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res 2004;13:93–121.
12. Rao J, Scott A. On chi-squared tests for multi-way tables with cell proportions estimated from survey data. Ann Stat 1984;12:46–60.
13. Kwak C, Clayton-Matthews A. Multinomial logistic regression. Nurs Res 2002;51:404–10.
14. R foundation for Statistical Computing. The comprehensive R archive network. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. [2 February 2017]
15. Lumley T. Survey: Analysis of complex survey samples. Retrieved from <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html>. [2 February 2017]
16. Gil S, Weinberg M, Or-Chen K, Harel H. Risk factors for DSM 5 PTSD symptoms in Israeli civilians during the Gaza war. Brain Behav 2015;5:e00316.
17. Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: a multi-variable mediation model. Eur J Psychotraumatel 2015;6:26068.
18. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR. PTSD following bereavement. Ann Clin Psychiatry 1998;10:157–63.

19. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048–60.
20. Müller M, Vandeleur C, Rodgers S, Rössler W, Castelao E, Preisig M, et al. Factors associated with comorbidity patterns in full and partial PTSD: findings from the PsyCoLaus study. *Compr Psychiatry* 2014;55:837–48.
21. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppapitiporn S, Pattalung AS, et al. Post-Traumatic stress disorder of the tsunami survivors in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2009;92:420–9.
22. Lai T-J, Chang C-M, Connor KM, Lee L-C, Davidson JRT. Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res* 2004;38:313–22.
23. Leeies M, Pagura J, Sareen J, Bolton JM. The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of post-traumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2010;27:731–6.
24. Auxéméry Y, Fidelle G. Psychosis and trauma. Theoretical links between post-traumatic and psychotic symptoms. *L'Encephale* 2011;37:433–8.
25. Savas LS, White DL, Wieman M, Daci K, Fitzgerald S, Laday Smith S et al. Irritable bowel syndrome and dyspepsia among women veterans: prevalence and association with psychological distress. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:115–25.
26. Gruber M, Byrd R. Post-traumatic stress disorder and GI endoscopy: a case study. *Gastroenterol Nurs* 1993;16:17–20.
27. Mayer EA, Craske M, Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *J Clin Psychiatry*. 2001;62Suppl8:28–36; discussion 37.