

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

วันรับ : 16 มิถุนายน 2565

วันแก้ไข : 24 สิงหาคม 2565

วันตอบรับ : 28 สิงหาคม 2565

อธิป ตันอารีย์, ปร.ด.<sup>1</sup>, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, พย.ม.<sup>2</sup>,

มาลี เกตแก้ว, พย.ม.<sup>2</sup>, เจษฎา ไชยฤกษ์, วศ.บ.<sup>2</sup>

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต<sup>1</sup>,

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประมาณความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสัมพันธ์กับลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตในประเทศไทย

**วิธีการ :** ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (crisis mental health surveillance system; CMS) ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์วิกฤต อายุ 18 ปีขึ้นไป สุ่มลักษณะพื้นฐานก่อนเกิดเหตุการณ์ ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ และคัดกรองภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางจิตเวช

**ผล :** กลุ่มตัวอย่าง 1,489 คน ร้อยละ 80.1 ประสบภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ร้อยละ 13.3 ประสบภัยธรรมชาติ ความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 2.4 (95% CI = 2.8 - 4.7) และ 3.8 (95% CI = 1.6 - 3.2) ตามลำดับ ลักษณะพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา เมื่อควบคุมลักษณะพื้นฐานที่สำคัญและประเภทของเหตุการณ์วิกฤตพบว่า การได้รับบาดเจ็บ สูญเสียญาติ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง หลังเกิดเหตุการณ์ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การได้รับบาดเจ็บ อยู่ในเหตุการณ์ มีญาติเสียชีวิต มีญาติบาดเจ็บ และรับรู้เหตุการณ์ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป :** ฐานข้อมูล CMS สามารถใช้คัดแยกผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเร่งด่วนหลังประสบเหตุการณ์วิกฤต โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ญาติผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง หลังเกิดเหตุการณ์

**คำสำคัญ :** ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, ภาวะซึมเศร้า, เหตุการณ์วิกฤต

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** อธิป ตันอารีย์; e-mail: atanaree@gmail.com

## Original articles

## Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental health surveillance system

Received : 16 June 2022

Revised : 24 August 2022

Accepted : 28 August 2022

Athip Tanaree, Ph.D.<sup>1</sup>, Metta Lertkiatratchata, M.N.S.<sup>2</sup>,Malee Katekaew, M.N.S.<sup>2</sup>, Jetsada Chairerk, B.Eng.<sup>2</sup>Srithanya Psychiatric Hospital, Department of Mental Health<sup>1</sup>,Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** To determine prevalence of mental health problems and association with exposure-related factors among Thai people who experienced traumatic events.

**Methods:** Data from the crisis mental health surveillance system (CMS) from 2017 to 2020 were used. Adults aged 18 years and over who lived nearby the incidents were explored about pre-morbidity, exposure levels, post-traumatic stress, and depression two weeks to three months after the incidents. Associations between exposure-related factors and mental health problems were assessed by using the chi-square test and multivariate logistic regression analysis.

**Results:** Of 1,489 subjects, 80.1% and 13.3% experienced man-made and natural disasters, respectively. Post-traumatic stress and depression were found in 2.4% (95% CI = 2.8 - 4.7) and 3.8% (95% CI = 1.6 - 3.2) of the subjects, respectively. Age, marital status, and religion were associated with psychiatric consequences. By controlling socio-demographics and incident type, being injured, death of a family member, being dependent elderly, and psychological disturbance were associated with post-traumatic stress, while being injured, death of a family member, having an injured family member, witnessing the incident, and acknowledging the incident were independently associated with depression.

**Conclusion:** The CMS data can be used to triage those in need of urgent and timely psychological interventions after traumatic events, especially the injured, relatives of the injured or deceased, elderly people who are physically dependent, and those with psychological disturbance.

**Keywords:** depression, post-traumatic stress, traumatic event

**Corresponding author:** Athip Tanaree; e-mail: atanaree@gmail.com

**ความรู้เดิม :** ความชุกและลักษณะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในประชากรทั่วไปในประเทศไทย

**ความรู้ใหม่ :** ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้เผชิญเหตุการณ์วิกฤตในประเทศไทยและความสัมพันธ์กับลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ โดยความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความรุนแรงของผลกระทบทางร่างกาย และปัญหาทางร่างกายและจิตใจที่มีอยู่เดิม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** เพื่อคัดแยกผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบเหตุการณ์วิกฤต เพื่อให้ความช่วยเหลือทางจิตใจที่เหมาะสมและทันเวลา

## บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตรูปแบบต่าง ๆ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งจากภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติและจากการกระทำของมนุษย์ใน เช่น สึนามิ วิกฤตดินโคลนถล่ม น้ำป่าไหลหลาก น้ำท่วมใหญ่ ปัญหาฝุ่นควัน การแพร่กระจายของโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ และโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตลอดจนวิกฤตการเมือง และการก่อการร้าย ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตทุกครั้งจะมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตและทรัพย์สิน ในด้านปฏิกริยาทางจิตใจ เมื่อประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผู้ได้รับผลกระทบจะรู้สึกช็อค หลังจากนั้นอาจจะมีอาการหวาดกลัวและหวาดหวั่น รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกสิ้นหวัง และเสียอำนาจการควบคุมตนเอง<sup>1</sup> ด้านร่างกายมีการตอบสนองทางร่างกาย สมองไม่รับรู้เวลาและสถานที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและกระบวนการคิดในสมอง<sup>2</sup> ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบทางสุขภาพจิตของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

(post-traumatic stress disorder: PTSD) และโรคซึมเศร้า โดย PTSD พบได้ร้อยละ 3.9 ของประชากรทั่วไปและร้อยละ 5.6 ของผู้ที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต<sup>3</sup> โดยบางการศึกษาพบได้ถึงร้อยละ 67.1<sup>4</sup> ขณะที่ภาวะซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 4.9 ของผู้ที่เผชิญเหตุการณ์<sup>5</sup> ทั้งสองภาวะนี้พบร่วมกันได้บ่อย โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มี PTSD มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย<sup>6</sup> และพบว่าทั้งสองภาวะเพิ่มความเสี่ยงซึ่งกันและกัน<sup>7,8</sup> ปัจจัยก่อนเกิดเหตุการณ์ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ PTSD และภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ การไม่ได้แต่งงาน ความเคร่งศาสนา การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเคยเผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจมาก่อนหน้า การติดสุรา และการมีโรคร่วมเรื้อรังทางกาย<sup>3,4,9</sup> สำหรับปัจจัยเสี่ยงระหว่างและหลังเกิดเหตุการณ์พบว่า การเผชิญความรู้สึกหวาดกลัวหรือความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การได้รับบาดเจ็บ การตกงาน การสูญเสียทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัย ได้รับความเสียหาย เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า<sup>4</sup> โดยปัจจัยดังกล่าวอาจพบได้ทั้งในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงและผู้ที่อยู่ในพื้นที่<sup>10</sup> ประเภทของเหตุการณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ได้แก่ การประสบอุบัติเหตุรุนแรง การเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด ความรุนแรงในครอบครัว และการพบเห็นการทำทารุณโหดร้าย<sup>9</sup> โดยเฉพาะเมื่อความรุนแรงระหว่างบุคคลนั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน<sup>11</sup> ผลกระทบทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นอาจหายได้เองหรือมีความเรื้อรังได้หลายปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเรื้อรังของปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การสูญเสียครอบครัว การประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ดีหลายเหตุการณ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี<sup>12</sup>

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและเยียวยาจิตใจประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตภายใต้การดูแลของกรมสุขภาพจิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดที่ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ และภัยพิบัติสึนามิ ประกอบด้วย การจัดตั้งและพัฒนา ศักยภาพทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (mental health crisis assessment and treatment

team; MCATT) ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือการปฏิบัติงานด้านวิกฤตสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องแก่เครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต สำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ (violence-related mental health surveillance system; VMS) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและส่วนมหาวิทยาลัย เพื่อรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพจิตที่เป็นระบบ<sup>13</sup> ต่อมาในปีงบประมาณ 2559 ได้ปรับรูปแบบเป็นฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (crisis mental health surveillance system; CMS) ให้มีการบันทึกที่ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งการประเมิน การคัดกรอง การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การให้ความช่วยเหลือหรือบำบัด และการติดตามปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในผู้ที่ประสบภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ภัยธรรมชาติ และเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ<sup>14</sup> โดยเริ่มใช้ครั้งแรกในเขตสุขภาพที่ 12 และในปี พ.ศ. 2560 ได้ขยายการใช้ฐานข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบให้แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่เขตสุขภาพที่ 11 และเขตสุขภาพที่ 9

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ในประเทศไทย เช่น สึนามิ น้ำท่วม และเหตุการณ์ความไม่สงบ<sup>15-17</sup> แต่เป็นการศึกษาเฉพาะในประชากรที่ประสบเหตุการณ์นั้น ๆ ซึ่งมีเครื่องมือประเมินและช่วงเวลาประเมินที่แตกต่างกัน จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่มีการประเมินด้วยวิธีเดียวกัน เพื่อให้สามารถประมาณการและเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้ที่ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว รวมทั้งการพัฒนาการรักษาและเยียวยาจิตใจที่ทันเวลา ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบ การศึกษาค้นคว้าวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเผชิญ

เหตุการณ์กับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและซึมเศร้าในผู้เผชิญเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

## วิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล CMS การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ SKPH.IRB.COA 4/2563 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2563

### แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (CMS) ซึ่งมีแนวทางการบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะหลังเกิดเหตุทันทีถึง 2 สัปดาห์ ทีม MCATT ในพื้นที่ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต กำหนดพื้นที่ที่จะลงไปช่วยเหลือ จากนั้นลงพื้นที่เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานและผลกระทบเบื้องต้นจากเหตุการณ์วิกฤตของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูล CMS และจำแนกผู้ได้รับผลกระทบตามความรุนแรงของผลกระทบ โดยกลุ่มที่ต้องได้รับการติดตามต่อไปในระยะต่อไป ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง (ผู้บาดเจ็บ ญาติผู้เสียชีวิต ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ อย่างน้อย 2 กลุ่ม) และกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช หรือผู้มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ในระยะนี้มีการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้นโดยการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (psychological first aid; PFA) แก่ผู้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงทุกคน 2) ระยะหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ทีม MCATT ในพื้นที่เกิดเหตุติดตามและประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย การคัดกรองโรคซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในระยะนี้มีการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา และการส่งต่อแพทย์ ตามความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่พบ และ 3) หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป ทีม MCATT ในพื้นที่เกิดเหตุลงพื้นที่

เพื่อประเมินติดตามกลุ่มเสี่ยง และค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤต รายใหม่ที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลัง สำหรับการศึกษานี้ นำข้อมูล CMS ในระยะที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์เท่านั้น

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ประสบหรือได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกคน ที่ได้รับการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 - มีนาคม พ.ศ. 2563

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเผชิญเหตุการณ์วิกฤต และผลกระทบด้านจิตใจ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) *ข้อมูลทั่วไป* ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และการศึกษา 2) *ประเภทของเหตุการณ์วิกฤตที่เผชิญ* แบ่งเป็น ภัยธรรมชาติ เช่น วัตภัย อุทกภัย และอัคคีภัย และภัยจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การก่อการร้าย 3) *ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์* หมายถึง ความใกล้ชิดและความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ญาติผู้เสียชีวิต ญาติผู้บาดเจ็บ ผู้สูญเสียบ้านหรือทรัพย์สิน เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับรู้เหตุการณ์ และ 4) *ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ* ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง การใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประวัติการรักษาทางจิตเวช อาการด้านจิตใจที่รบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ และความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า ที่ประเมินในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต โดยในฐานข้อมูล CMS ได้ใช้เครื่องมือประเมินดังนี้

1) *เครื่องมือการคัดกรอง 2P*<sup>18</sup> ใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ โดยหากตอบว่า “ใช่” ทั้งสองข้อ จึงประเมินด้วย

แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต 10 ข้อ (PISCES-10) ต่อ เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน mini international neuropsychiatric interview หมวด PTSD พบว่า แบบคัดกรอง 2P มีความไวเท่ากับร้อยละ 87.2 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 89.1 มีค่า positive predictive value และ negative predictive value เท่ากับร้อยละ 44.2 และร้อยละ 98.6 ตามลำดับ<sup>18</sup>

2) *แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต 10 ข้อ (psychological impact scale for crisis events - 10; PISCES-10)*<sup>19</sup> เป็นแบบประเมินความรุนแรงของผลกระทบทางจิตใจในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ ด้านความคิด 2 ข้อ ด้านพฤติกรรม 3 ข้อ และด้านอาการทางกาย 2 ข้อ คำตอบของแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีอาการ 1 มีอาการเล็กน้อย 2 มีอาการมาก และ 3 มีอาการรุนแรง มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 แบ่งระดับความเสี่ยงของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต ดังนี้ < 9 คะแนน เสี่ยงต่ำ 9 - 18 คะแนน เสี่ยงปานกลาง และ  $\geq 19$  คะแนน เสี่ยงสูง โดยผู้ที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปควรได้รับการติดตามต่อในระยะฟื้นฟู การศึกษานี้ใช้จุดตัดตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

3) *แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q)*<sup>20</sup> ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ขั้นตอน โดยขั้นแรกประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q ประกอบด้วยข้อคำถาม “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่” และ “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่” หากตอบ มีอย่างน้อย 1 ข้อ จึงประเมินต่อด้วยแบบคัดกรอง 9Q ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ คำตอบของแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน ไม่มีอาการเลย 1 คะแนน เป็นบางวัน 2 คะแนน

เป็นบ่อย และ 3 คะแนน เป็นทุกวัน คะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน คุณสมบัติของแบบประเมิน 9Q มีค่า receiver operating characteristic area เท่ากับ 0.928 (95% CI = 0.893 - 0.964) ความไวร้อยละ 75.68 ความจำเพาะร้อยละ 93.37 ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio) 11.41 เท่า เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ < 7 คะแนน เสี่ยงต่ำ 7 - 14 คะแนน เสี่ยงปานกลาง และ  $\geq 19$  คะแนน เสี่ยงสูง การศึกษานี้ใช้จุดตัดตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลทั่วไปและผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะการกระจายของข้อมูลทั่วไปและระดับปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเหตุการณ์ภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์ด้วยสถิติ chi-squared test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ และระดับปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence interval; 95% CI)

### ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,489 คน อายุเฉลี่ย  $43.74 \pm 17.0$  ปี ร้อยละ 60.2 เป็นเพศหญิง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเป็นสัดส่วนเท่ากัน ได้แก่ ร้อยละ 31.9 ร้อยละ 61.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 49.6 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 80.1 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การก่อความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ร้อยละ 13.3 เป็นผู้ได้รับผลจากภัยธรรมชาติ เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ในหลายภูมิภาค และร้อยละ 6.6 เป็นผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ เช่น ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เหตุการณ์ที่มีผู้เกี่ยวข้องมากที่สุด คือ การกราดยิงในห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์พบว่า ร้อยละ 39.4 เป็นผู้อยู่ใน

เหตุการณ์ ร้อยละ 32.7 เป็นผู้ที่ยอมรับว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้น ร้อยละ 15.7 เป็นผู้บาดเจ็บ และร้อยละ 15.4 มีญาติเสียชีวิต ปัญหาทางร่างกายและจิตใจในช่วงระหว่างก่อนเกิดเหตุการณ์ถึง 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์ พบว่า ร้อยละ 0.3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ร้อยละ 25.3 มีปัญหาสุขภาพจิตจนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ และร้อยละ 4.1 รายงานว่ามีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทางประชากรระหว่างผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์ พบว่า ผู้ที่ประสบภัยจากการกระทำของมนุษย์มีส่วนของเพศชายอายุน้อย โสด ได้รับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา และได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์มากกว่าผู้ประสบภัยธรรมชาติ แสดงดังตารางที่ 1

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลางและสูงที่ได้รับการประเมินในระยะต่อไปรวม 574 คน (ร้อยละ 38.5) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า (9Q  $\geq 7$  คะแนน) เท่ากับร้อยละ 3.8 (95% CI = 2.8 - 4.7) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยความชุกในกลุ่มผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์เท่ากับร้อยละ 1.0 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ และพบความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PISCES-10  $\geq 9$  คะแนน) เท่ากับร้อยละ 2.4 (95% CI = 1.6 - 3.2) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยความชุกในกลุ่มผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์เท่ากับร้อยละ 0.5 และ ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ผู้ประสบภัยจากการกระทำของมนุษย์มีความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงกว่าผู้ที่ประสบภัยธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของระดับความรุนแรงของทั้งสองภาวะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกลุ่มที่ได้รับการติดตามในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรพบว่า ผู้นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเกิดภาวะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของการเผชิญเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของเหตุการณ์

	จำนวน (ร้อยละ)	ประเภทของเหตุการณ์		p-value
		ธรรมชาติ (n = 198) จำนวน (ร้อยละ)	มนุษย์ (n = 1,192) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>เพศ</b>				< .001
ชาย	583 (39.8)	51 (25.9)	481 (41.2)	
หญิง	880 (60.2)	146 (74.1)	686 (58.8)	
<b>อายุ</b>				< .001
18 - 29 ปี	349 (23.4)	34 (17.2)	286 (24.0)	
30 - 39 ปี	345 (23.2)	29 (14.6)	297 (24.9)	
40 - 49 ปี	284 (19.1)	47 (23.7)	219 (18.4)	
50 - 59 ปี	227 (15.2)	24 (12.1)	188 (15.8)	
60 ปีขึ้นไป	284 (19.1)	64 (32.3)	202 (16.9)	
<b>การศึกษา</b>				< .001
ต่ำกว่าประถมศึกษา	118 (11.9)	9 (8.7)	104 (12.8)	
ประถมศึกษา	317 (31.9)	71 (68.9)	212 (26.0)	
มัธยมศึกษา	242 (24.3)	18 (17.5)	204 (25.0)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	317 (31.9)	5 (4.9)	295 (36.2)	
<b>สถานะภาพสมรส</b>				.032
โสด	396 (29.8)	39 (22.7)	333 (31.4)	
สมรส	813 (61.1)	121 (70.3)	636 (59.9)	
หม้าย/หย่า	121 (9.1)	12 (7.0)	93 (8.8)	
<b>ศาสนา</b>				< .001
พุทธ	718 (48.2)	46 (23.6)	660 (56.7)	
อิสลาม	739 (49.6)	149 (76.4)	503 (43.3)	
<b>ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์</b>				
ผู้บาดเจ็บ	234 (15.7)	2 (1.0)	225 (18.9)	< .001*
อยู่ในเหตุการณ์	587 (39.4)	132 (66.7)	445 (37.3)	< .001
ญาติผู้เสียชีวิต	229 (15.4)	4 (2.0)	209 (17.5)	< .001*
ญาติผู้บาดเจ็บ	88 (5.9)	1 (0.5)	54 (4.5)	.003*
ผู้สูญเสียบ้าน ทรัพย์สิน	9 (0.6)	1 (0.5)	5 (0.4)	1.00*
เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ	106 (7.1)	61 (30.8)	44 (3.7)	< .001
รับรู้เหตุการณ์	487 (32.7)	130 (65.7)	332 (27.9)	< .001
<b>ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ</b>				
ผู้พิการ	2 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)	1.00*
ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง	4 (0.3)	1 (0.5)	3 (0.3)	.460*
ใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1 (0.1)	1 (0.5)	0 (0)	.142*
มีประวัติการรักษาทางจิตเวช	19 (1.3)	5 (2.5)	12 (1.0)	.147
มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง	377 (25.3)	7 (3.5)	365 (30.6)	< .001
<b>จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์</b>				
มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์	61 (4.1)	2 (1.0)	58 (4.9)	.008*

\* fisher exact test

เครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้นับถือศาสนาพุทธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.11, 95% CI = 1.03 - 1.20 และ AOR = 1.05, 95% CI = 1.02 - 1.08 ตามลำดับ) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุและการศึกษา โดยพบว่ากลุ่มอายุ 40 - 49 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยรุ่น (AOR = 1.62, 95% CI = 1.12 - 2.35) ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (AOR = 1.44, 95% CI = 1.01 - 2.04) และผู้ที่มิสถานภาพหย่าหรือหม้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สถานภาพโสด (AOR = 1.12, 95% CI = 1.06 - 1.19) แสดงดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเผชิญเหตุการณ์และประวัติเสี่ยงทางร่างกายและจิตใจกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่ได้รับการติดตามในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ ด้วยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร โดยควบคุมตัวแปรทางประชากรที่มีนัยสำคัญพบว่า ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเป็นผู้ได้รับบาดเจ็บ (AOR = 1.29, 95% CI = 1.14 - 1.45) และการมีคนในครอบครัวเสียชีวิต (AOR = 1.27, 95% CI = 1.14 - 1.41) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการได้รับบาดเจ็บ (AOR = 1.25, 95% CI = 1.12 - 1.41) การมีคนในครอบครัวเสียชีวิต (AOR = 1.28, 95% CI = 1.15 - 1.42) หรือบาดเจ็บ (AOR = 1.38, 95% CI = 1.20 - 1.59) การอยู่ในเหตุการณ์ (AOR = 1.12, 95% CI = 1.02 - 1.23) และการรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้น (AOR = 1.17, 95% CI = 1.07-1.28) ด้านประวัติปัญหาด้านร่างกายและจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ที่มีการรบกวนทางจิตใจที่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมีแนวโน้มเกิดทั้งภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 4

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตมีความชุกของภาวะซึมเศร้า หลังเกิดเหตุการณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนเท่ากับร้อยละ 3.8 และพบความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเท่ากับร้อยละ 2.4 โดยผู้ประสบภัยจากการกระทำของมนุษย์มีความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการคัดกรองสูงกว่าผู้ประสบภัยธรรมชาติ แต่ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงของทั้งสองภาวะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในการศึกษานี้สูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไปจากการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตระดับชาติในปี พ.ศ. 2556<sup>21</sup> ที่พบความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของโรคซึมเศร้า และ PTSD เท่ากับร้อยละ 0.6 และ 0.3 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากประชากรและเครื่องมือสำรวจที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์วิกฤต ขณะที่การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตฯ เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นเพียงการประเมินเบื้องต้นเท่านั้น แตกต่างกับเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตฯ ที่ใช้วินิจฉัยโรค อีกทั้งช่วงเวลาในการประเมินก็แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษานี้ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ขณะที่การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตฯ ประเมินอาการในระยะเวลา 12 เดือน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในการศึกษานี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความชุก PTSD ทั่วโลกที่พบร้อยละ 5.6<sup>3</sup> และต่ำกว่าการศึกษาในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตที่ผ่านมาในประเทศไทย เช่น สึนามิ น้ำท่วม และการวางระเบิด ที่พบความชุกร้อยละ 6.6 - 23.4<sup>15-17</sup> อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นจากทีมสหวิชาชีพ (MCATT) ในพื้นที่ทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ จึงช่วยลดโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้บางส่วน จึงควรแปรผลการศึกษาด้วยความระมัดระวัง



ตารางที่ 2 ผลกระทบทางจิตเวชภายหลังเผชิญเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน จำแนกตามประเภทของเหตุการณ์

	ทั้งหมด (n = 1,489) จำนวน (ร้อยละ)	ประเภทของเหตุการณ์		p-value
		ธรรมชาติ (n = 198) จำนวน (ร้อยละ)	มนุษย์ (n = 1,192) จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับคะแนน 9Q				.120*
7 - 12 คะแนน	41 (2.8)	1 (0.5)	37 (3.1)	
13 - 18 คะแนน	10 (0.7)	1 (0.5)	7 (0.6)	
≥ 19 คะแนน	4 (0.3)	0 (0.0)	5 (0.4)	
2P				< .001*
2 ข้อ	69 (4.6)	1 (0.5)	61 (5.1)	
ระดับคะแนน PISCES-10				.052*
9 - 18 คะแนน	31 (2.1)	0 (0.0)	26 (2.2)	
≥ 19 คะแนน	5 (0.3)	1 (0.5)	4 (0.3)	

\* fisher exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ (n = 574)

	ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ		ภาวะซึมเศร้า	
	AOR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	1		1	
หญิง	1.02 (0.95 - 1.09)	.659	1.07 (0.87 - 1.33)	.517
อายุ				
18 - 29 ปี	1		1	
30 - 39 ปี	0.97 (0.86 - 1.08)	.542	0.92 (0.67 - 1.25)	.582
40 - 49 ปี	0.99 (0.87 - 1.12)	.876	1.62 (1.12 - 2.35)	.012
50 - 59 ปี	1.10 (0.97 - 1.24)	.144	1.31 (0.96 - 1.80)	.094
60 ปีขึ้นไป	1.02 (0.89 - 1.16)	.788	1.16 (0.80 - 1.70)	.440
การศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1		1	
ประถมศึกษา	1.06 (0.94 - 1.19)	.363	1.44 (1.01 - 2.04)	.046
มัธยมศึกษา	1.05 (0.92 - 1.21)	.480	1.40 (0.93 - 2.10)	.107
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.09 (0.95 - 1.26)	.198	1.23 (0.81 - 1.87)	.326
สถานะภาพสมรส				
โสด	1		1	
สมรส	1.00 (0.90 - 1.11)	.972	1.01 (0.97 - 1.05)	.784
หม้าย/หย่า	1.02 (0.89 - 1.18)	.739	1.12 (1.06 - 1.19)	< .001
ศาสนา				
พุทธ	1		1	
อิสลาม	1.11 (1.03 - 1.20)	.009	1.05 (1.02 - 1.08)	< .001

AOR = adjusted odds ratio

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเผชิญเหตุการณ์และประวัติเสี่ยงกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า ภายหลังจากเผชิญเหตุการณ์ 2 สัปดาห์

	ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ		ภาวะซึมเศร้า	
	AOR (95% CI) <sup>1</sup>	p-value	AOR (95% CI) <sup>1</sup>	p-value
<b>ลักษณะเหตุการณ์</b>				
ภัยธรรมชาติ	1		1	
ภัยจากน้ำมือมนุษย์	1.14 (0.99 - 1.31)	.069	1.05 (0.92 - 1.20)	.588
<b>ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์</b>				
ผู้บาดเจ็บ	1.29 (1.14 - 1.45)	< .001	1.25 (1.12 - 1.41)	< .001
อยู่ในเหตุการณ์	1.01 (0.92 - 1.12)	.829	1.12 (1.02 - 1.23)	.021
ญาติผู้เสียชีวิต	1.27 (1.14 - 1.41)	< .001	1.28 (1.15 - 1.42)	< .001
ญาติผู้บาดเจ็บ	1.01 (0.87 - 1.17)	.915	1.38 (1.20 - 1.59)	< .001
ผู้สูญเสียบ้าน ทรัพย์สิน	1.03 (0.68 - 1.57)	.891	0.83 (0.55 - 1.23)	.350
เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ	1.09 (0.94 - 1.26)	.242	1.03 (0.90 - 1.18)	.658
รับรู้เหตุการณ์	0.91 (0.83 - 1.00)	.058	1.17 (1.07 - 1.28)	< .001
<b>ประวัติเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ</b>				
ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง	1.46 (1.04 - 2.05)	.031	1.18 (0.85 - 1.63)	.331
ใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0.92 (0.50 - 1.68)	.788	0.71 (0.40 - 1.26)	.247
มีประวัติการรักษาทางจิตเวช	1.29 (0.95 - 1.76)	.101	1.14 (0.87 - 1.50)	.355
มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์	1.30 (1.17 - 1.45)	< .001	1.38 (1.03 - 1.85)	.035

<sup>1</sup> ควบคุมปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา, AOR = adjusted odds ratio

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต โดยผู้ที่อายุ 40 - 49 ปีและจบการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อายุ 18 - 29 ปีและจบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา meta-analysis ของ Tang และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่า การได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษา meta-analysis ของ Brewin และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่า อายุอ่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTSD โดยทั่วไปอายุที่มากขึ้นและการได้รับระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมักสัมพันธ์กับการมีทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สถานะทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และความสามารถในการรับมือกับปัญหาที่สูงขึ้น<sup>23</sup> อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยกลางคนที่แม้ได้รับการศึกษาแต่อยู่ในระดับต่ำ

มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย (ซึ่งในประเทศไทยมักเป็นผู้สูงอายุ) อาจเนื่องจากในสังคมไทยประชากรกลุ่มนี้มักเป็นกำลังหลักในการดูแลครอบครัว แต่เนื่องจากมีทรัพยากรทางสังคมน้อย เมื่อเผชิญเหตุการณ์วิกฤตหรือมีการสูญเสียจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า และพบว่าผู้ที่มีสถานภาพหย่าหรือหม้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สถานภาพโสด สอดคล้องกับผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตจาก 26 ประเทศทั่วโลก<sup>3</sup> การเป็นหม้ายหรือการหย่าร้างเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเป็นความสูญเสียที่ส่งผลให้เกิดความโดดเดี่ยวและขาดที่พึ่ง<sup>24</sup> เมื่อเผชิญความสูญเสียซ้ำจากภาวะวิกฤตจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีโอกาสเกิดทั้งภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าเมื่อประเหตุการณ์วิกฤตมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่

ที่มีการก่อการร้ายจากกลุ่ม ISIS ในประเทศอิรักซึ่งพบความชุกของ PTSD และภาวะซึมเศร้าในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามสูงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์<sup>25</sup> และการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่าผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนามีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความเชื่อทางศาสนา<sup>4</sup> อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของศาสนาต่อความเชื่อและการให้ความหมายของเหตุการณ์วิกฤตที่แตกต่างกัน เช่น การมองว่าเหตุการณ์วิกฤตเป็นการลงโทษจากสิ่งที่ตนเองนับถือ หรือมองว่าการประสบเหตุการณ์วิกฤตเป็นสิ่งที่น่าอัปยศหรือถูกตีตราจากสังคม<sup>26</sup>

ส่วนปัจจัยด้านลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ พบว่าการได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บ การมีบุคคลอื่นเป็นที่รักบาดเจ็บ และการมีบุคคลอื่นเป็นที่รักเสียชีวิต เพิ่มโอกาสของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตฯ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งพบว่า การประสบอุบัติเหตุรุนแรงและการเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD โดยเพิ่มความเสีย 3.0 เท่า และ 3.4 เท่า ตามลำดับ<sup>9</sup> และสอดคล้องกับการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบความชุกของ PTSD สูงสุดในผู้ที่ประสบที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงระหว่างบุคคลและการสูญเสียบุคคลอื่นเป็นที่รัก<sup>27</sup> ผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ซึ่งถึงความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งก่อให้เกิดความเศร้าโศกที่กระทบกระเทือนจิตใจ ซึ่งทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอาจเกิดขึ้นพร้อมกันหลังจากการสูญเสียที่ไม่คาดคิด นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตอาจมีภาวะซึมเศร้าจากผลกระทบที่ตามมา เช่น การสูญเสียรายได้ และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (family dysfunction)<sup>28</sup> การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และผู้ที่ได้รับรู้ว่าเหตุการณ์เกิดขึ้น แม้ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือมีการสูญเสีย ก็มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan และคณะ<sup>29</sup> ที่ติดตามเยาวชนในเหตุแผ่นดินไหวในมณฑลเสฉวน พ.ศ. 2551 เป็นเวลา 3 ปี พบว่า การเห็นผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัสที่ไม่ใช่

คนในครอบครัวก็สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบว่าการอยู่ในเหตุการณ์และการรับรู้เหตุการณ์สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อาจเนื่องจากกลุ่มอาการ PTSD ในผู้ประสบเหตุการณ์บางส่วนเกิดขึ้นช้ากว่าระยะเวลาที่ติดตามดังที่พบในการศึกษาแบบ meta-analysis ว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่มีอาการ PTSD เกิดหลังประสบเหตุการณ์มากกว่า 6 เดือน<sup>30</sup> และพบว่าร้อยละ 60 แสดงอาการ PTSD บางส่วน (subsyndromal PTSD) เป็นครั้งแรกเมื่อเหตุการณ์ผ่านไปแล้ว 3 เดือนขึ้นไป<sup>31</sup> หรืออาจเนื่องจากเหตุการณ์ที่มีผู้พบเห็นหรือรับรู้มักเป็นภัยธรรมชาติ ดังที่พบในการศึกษานี้ที่เหตุการณ์ภัยธรรมชาติมีส่วนของผู้พบเห็นและรับรู้ เหตุการณ์สูงกว่าเหตุการณ์จากการกระทำของมนุษย์อย่างมีนัยสำคัญ การพบเห็นเหตุการณ์ที่กระทบเป็นวงกว้างและอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์จึงอาจก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังหรือหมดหนทางมากกว่าความรู้สึกสะเทือนขวัญซึ่งมักเกิดจากการประสบเหตุการณ์รุนแรงโดยตรง Tracy และคณะ<sup>5</sup> เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างภาวะซึมเศร้าและ PTSD ในกลุ่มผู้ประสบภัยจากพายุเฮอริเคนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า PTSD เกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการประสบภัยพิบัติโดยตรง ขณะที่ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดขึ้นหลังภัยพิบัติ (non-traumatic stressors) เช่น การพลัดถิ่นฐานและการสูญเสียทางการเงิน<sup>32</sup> รวมถึงการมีความเปราะบางส่วนบุคคล เช่น การเผชิญความเครียดในชีวิตก่อนเกิดเหตุการณ์<sup>33</sup>

ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์ มีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากขึ้น 1.3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลในพื้นที่สงครามของระหว่างเลบานอนและอิสราเอล Palgi และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะ PTSD มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า (OR = 18.86, 95% CI = 4.08 - 87.07) โดยผู้ที่เผชิญกับความเครียดจากสงครามเป็นเวลานานมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าการประสบ

เหตุการณ์เพียงครั้งเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักพบภาวะ PTSD ร่วมได้ร้อยละ 4 - 36<sup>34-36</sup> และทั้งสองภาวะมีอาการบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน เช่น อาการไร้ความรู้สึกทางอารมณ์ (emotional numbing)<sup>37</sup> ส่วนปัญหาทางร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากขึ้น 1.46 เท่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้ลำบาก และมักมีโรคเรื้อรังทางกายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งโรคเรื้อรังทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะ PTSD<sup>9,38</sup> ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจมาก่อนควรได้รับความช่วยเหลือตามความการขั้นพื้นฐานและการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างทันที

จุดแข็งของการศึกษานี้ ได้แก่ แหล่งข้อมูลที่ประเมินกลุ่มตัวอย่างภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่นาน ทำให้ลดการเกิดอคติด้าน recall bias และเป็นการศึกษาที่เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการประเมินแบบภาคตัดขวางซึ่งอาจไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ด้านความเป็นเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะเนื่องจากมีเหตุการณ์ความไม่สงบจากการกระทำของมนุษย์เกิดขึ้นบ่อยครั้ง จึงไม่อาจนำข้อมูลที่ได้มาเป็นตัวแทนของคนไทยทั้งประเทศได้ นอกจากนี้ฐานข้อมูล CMS ไม่มีข้อคำถามที่ตรวจสอบยืนยันว่าอาการของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องหรือเป็นผลโดยตรงจากภัยพิบัตินั้นหรือไม่ และไม่ได้เก็บข้อมูลของปัจจัยที่มีการศึกษาอื่นพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ประวัติการประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจในอดีต ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู บุคลิกภาพ ตลอดจนความถี่และระยะเวลาของการเผชิญเหตุการณ์การศึกษาในอนาคตจึงควรคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้

## สรุป

พบภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้ามาร้อยละ 2.4 และ 3.8 ของผู้ที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต ตามลำดับ ผู้ที่มีความเสี่ยงของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าได้แก่ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ญาติผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. Norris FH, Elrod CL. Psychosocial consequences of disaster: a review of past research. In: Norris FH, Galea S, Friedman MJ, Watson PJ, editor. Methods for disaster mental health research. New York: The Guilford Press; 2006. p. 20-42.
2. Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dörfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(7):1004-31. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.03.004.
3. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychol Med.* 2017;47(13):2260-74. doi:10.1017/S0033291717000708.
4. Tang B, Liu X, Liu Y, Xue C, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health.* 2014;14:623. doi:10.1186/1471-2458-14-623.
5. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depression and Anxiety.* 2011;28(8):666-75. doi:10.1002/da.20838.
6. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Trauma Stress.* 2013; 26(3):299-309. doi:10.1002/jts.21814.

7. Palgi Y, Ben-Ezra M, Langer S, Essar N. The effect of prolonged exposure to war stress on the comorbidity of PTSD and depression among hospital personnel. *Psychiatry Res.* 2009;168(3): 262-4. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.003.
8. Gill JM, Page GG, Sharps P, Campbell JC. Experiences of traumatic events and associations with PTSD and depression development in urban health care-seeking women. *J Urban Health.* 2008;85(5):693-706. doi:10.1007/s11524-008-9290-y.
9. นพพร ตันติรังสี, กันตวรรณ มากิจิต, วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, อัญชลี บุญรัตน์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ : การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Factors related with post-traumatic stress disorder: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2560;25(2):122-35.
10. Hobfoll SE, Canetti-Nisim D, Johnson RJ, Palmieri PA, Varley JD, Galea S. The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *J Trauma Stress.* 2008;21(1):9-21. doi:10.1002/jts.20307.
11. Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Resnick HS, Danielson CK, Saunders BE, et al. Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency, and binge drinking among adolescents: Data from the NSA-R. *J Trauma Stress.* 2012;25(1): 33-40. doi:10.1002/jts.21672.
12. Fan F, Zhang Y, Yang Y, Mo L, Liu X. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *J Trauma Stress.* 2011;24(1):44-53. doi:10.1002/jts.20599.
13. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. ร่างรายงานการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) [Draft report reviewing the situation and trend of mental health operations for the preparation of the department of mental health strategic plan during the plan 12 (2017 - 2021)]. นนทบุรี: สำนัก; 2559.
14. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, นพพร ตันติรังสี, พิชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต [Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
15. ภควัต วิวัฒน์นครเศรษฐ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดทางจิตหลังประสบภัยระเบิด [Prevalence and association factors in posttraumatic stress disorder following a bombing]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2558;60(3):209-20.
16. van Griensven F, Chakkraband ML, Thienkrua W, Pengjuntr W, Lopes Cardozo B, Tantipiwatanaskul P, et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA.* 2006;296(5):537-48. doi:10.1001/jama.296.5.537.
17. พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2549: การติดตามดูแลระยะยาว 1 ปี [A one-year cohort study in mental health problems of the flooding victims in Uttaradit, 2005]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57(2):165-74.
18. นพพร ตันติรังสี. การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ [Development of post-traumatic stress disorder (PTSD) screening test]. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์; 2559.
19. พิทักษ์พล บุญยมาลิก. การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-10 [The Establishment of the Psychological Impact Scale for Crisis Events-10 (PISCES-10)]. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.* 2557;15(1):8-21.

20. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
21. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อักษรมากรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
22. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66. doi:10.1037//0022-006x.68.5.748.
23. Lee J. Pathways from education to depression. *J Cross Cult Gerontol.* 2011;26(2):121-35. doi:10.1007/s10823-011-9142-1.
24. Yan XY, Huang S, Huang C-Q, Wu W-H, Qin Y. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res.* 2011;39(4):1142-54. doi:10.1177/147323001103900402.
25. Richa S, Herdane M, Dwaf A, Bou Khalil R, Haddad F, El Khoury R, et al. Trauma exposure and PTSD prevalence among Yazidi, Christian and Muslim asylum seekers and refugees displaced to Iraqi Kurdistan. *PLoS One.* 2020;15(6):e0233681. doi:10.1371/journal.pone.0233681.
26. Heim E, Karatzias T, Maercker A. Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clin Psychol Rev.* 2022;93:102143. doi:10.1016/j.cpr.2022.102143.
27. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(sup5):1353383. doi:10.1080/20008198.2017.1353383.
28. McDermott BM, Cobham VE. Family functioning in the aftermath of a natural disaster. *BMC Psychiatry.* 2012;12:55. doi:10.1186/1471-244X-12-55.
29. Pan X, Liu W, Deng G, Liu T, Yan J, Tang Y, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among junior high school students in worst-hit areas 3 years after the Wenchuan earthquake in China. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(2):NP1985-94. doi:10.1177/1010539513488625.
30. Smid GE, Mooren TT, Van Der Mast RC, Gersons BP, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(11):1572-82. doi:10.4088/JCP.08r04484.
31. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Silove D. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA psychiatry.* 2013;70(8):839-46. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1137.
32. Najarian LM, Goenjian AK, Pelcovitz D, Mandel F, Najarian B. The effect of relocation after a natural disaster. *J Trauma Stress.* 2001;14(3):511-26. doi:10.1023/A:1011108622795.
33. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):837-41. doi:10.1176/ajp.156.6.837.

34. Campbell DG, Felker BL, Liu CF, Yano EM, Kirchner JE, Chan D, et al. Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *J Gen Intern Med.* 2007;22(6):711-8. doi:10.1007/s11606-006-0101-4.
35. Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:2097-103. doi:10.2147/NDT.S72026.
36. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย : การศึกษาระดับชาติ 2551 [Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2556;21(1):1-14.
37. Feeny NC, Zoellner LA, Fitzgibbons LA, Foa EB. Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *J Trauma Stress.* 2000;13(3):489-98. doi:10.1023/A:1007789409330.
38. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med.* 2008;31(4):341-9. doi:10.1007/s10865-008-9158-3.