นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กในเยาวชนไทยที่รับทุนจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา

วันรับ : 11 กันยายน 2568
วันแก้ไข : 2 พฤศจิกายน 2568
วันตอบรับ : 11 พฤศจิกายน 2568

ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, พ.บ.
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) ของเยาวชนไทยที่มาจากครอบครัวรายได้น้อย

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางในเยาวชนอายุ 18 - 23 ปี ใน 4 ภูมิภาค ที่ได้รับทุนจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ถึงประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ครอบคลุมการถูกทารุณกรรม การถูกละเลยทอดทิ้ง และปัญหาในครอบครัว ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับ ACEs และระหว่าง ACEs ประเภทต่าง ๆ ด้วยการทดสอบ chi-square

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 400 คน อายุเฉลี่ย 19.10 ± 1.02 ปี เป็นหญิงร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 รายงานว่าประสบ ACEs อย่างน้อย 1 ประเภทก่อนอายุ 18 ปี โดยพบปัญหาการแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่มากที่สุด (ร้อยละ 44.5) รองลงมา ได้แก่ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย (ร้อยละ 43.8) และทางจิตใจ (ร้อยละ 16.8) เพศหญิงรายงานการถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ครอบครัวมีปัญหาความรุนแรง การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยทางจิตเวช และการก่ออาชญากรรม รายงานการถูกทารุณกรรมทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ประมาณสามในสี่ของเยาวชนจากครอบครัวรายได้น้อยมี ACEs โดยเพศหญิง การเผชิญความรุนแรงในครอบครัว และการมีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติโรคจิตเวชหรือการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้ง จึงควรพัฒนามาตรการคัดกรองและระบบช่วยเหลือสำหรับครอบครัวเปราะบาง เพื่อลดปัญหาในครอบครัวและผลกระทบระยะยาวต่อเด็ก

คำสำคัญ : ความชุก, ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก, ยากจน, วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ ; e-mail: asuthra@yahoo.com

Original article

Adverse childhood experiences among Thai youth receiving scholarships from the Equitable Education Fund

Received : 11 September 2025
Revised : 2 November 2025
Accepted : 11 November 2025

Suthra Auapisithwong, M.D.
Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute,
Department of Mental Health, Bangkok

Abstract

Objective: To examine the prevalence and associated factors of adverse childhood experiences (ACEs) among Thai students from low-income families.

Methods: An online survey was administered to individuals aged 18 - 23 years who were supported by the Equitable Education Fund across four regions of Thailand. Participants completed the Thai version of the ACE questionnaire, assessing experiences related to various types of child maltreatment and household dysfunction. Chi-square tests were performed to assess relationships between ACEs and sex, and among types of ACEs.

Results: A total of 400 participants completed the questionnaire. The mean age was 19.10 ± 1.02 years, and 50.5% were female. Notably, 75.5% reported experiencing at least one type of ACEs before the age of 18. The most common types of ACEs were parental separation or divores (44.5%), physical neglect (43.8%), and emotional neglect (16.8%). Females reported significantly higher rates of emotional abuse and neglect than male counterparts. Household dysfunction, particularly domestic violence, substance misuse, mental illness, and incarceration of a family member, was significantly associated with experiences of physical, emotional, and sexual abuse.

Conclusion: The prevalence of ACEs among youth from low-income backgrounds was approximately three-quarters. Being female, witnessing domestic violence, and having a family member with substance misuse or mental illness were associated with child abuse. Monitoring systems and interventions focusing on vulnerable families are warranted to mitigate the risk of household dysfunction, child maltreatment, and potential mental health challenges in adulthood.

Keywords: adolescent, adverse childhood experiences, poverty, prevalence

Corresponding author: Suthra auapisithwong; e-mail: asuthra@yahoo.com

ความรู้เดิม : วัยรุ่นและเยาวชนไทยเกินกว่าร้อยละ 50 ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

ความรู้ใหม่ : เยาวชนที่มาจากในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีความชุกของ ACEs กว่าร้อยละ 75 ซึ่งสูงกว่าเยาวชนทั่วไป โดยเพศหญิงและปัญหาในครอบครัว ได้แก่ ความรุนแรง การใช้สารเสพติด และประวัติการก่ออาชญากรรม มีความสัมพันธ์กับการถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้งในวัยเด็ก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนามาตรการคัดกรอง เฝ้าระวัง และช่วยเหลือสำหรับเยาวชนที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ เพื่อลดผลกระทบเชิงลบและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

บทนำ

ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 ที่ผ่านมา วัยรุ่นไทยอายุ 15 - 19 ปี มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ในอัตรา 2.63, 2.71 และ 3.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[1] แม้เป็นอัตราที่ต่ำกว่ากลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ แต่ก็พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดในทุกกลุ่มวัย โดยใน ปี พ.ศ. 2565 มีวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 8,953 ราย หรือคิดเป็น 224.38 ต่อแสนประชากร[2] ปัจจัยทางจิตวิทยาสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย คือ การถูกทารุณกรรม หรือ บาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก การวิเคราะห์อภิมานของ Zatti และคณะ[3] และ Liu และคณะ[4] พบว่า การถูกทารุณกรรมทุกชนิดเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) ซึ่งครอบคลุมการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจและทางเพศ การถูกละเลยทอดทิ้ง ตลอดจนปัญหาความรุนแรง การหย่าร้าง การใช้สารเสพติด ความเจ็บป่วยทางจิตเวช และการก่ออาชญากรรมในครอบครัว[5] ยังเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ส่งผลเชิงลบในระยะยาว นอกเหนือจากความสัมพันธ์กับการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย โดยการศึกษาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับการเกิดโรคซึมเศร้า พฤติกรรมรุนแรง และการต้องคดีความ[6,7]

ประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของ ACEs ในกลุ่มวัยรุ่นในระดับจังหวัด ได้แก่ ในจังหวัดทางภาคใต้ โดย Hosiri และคณะ[8] และในกรุงเทพมหานคร โดย Thepthien และ Htike[9] พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.36 และร้อยละ 51.4 ตามลำดับ รายงานว่าเคยประสบ ACEs อย่างน้อย 1 ด้าน ในการศึกษาของ Hosiri และคณะ[8] ยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมโดยเฉพาะกลุ่มที่ประสบ ACEs ตั้งแต่ 4 ด้านขึ้นไป ($r = 0.17$, $p < .01$) ส่วนการศึกษาของ Thepthien และ Htike[9] พบว่าการประสบ ACEs มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวล (AOR = 3.91, 95% CI: 2.92-5.25) ภาวะซึมเศร้า (AOR = 4.02, 95% CI: 3.00 - 5.38) การมีเพศสัมพันธ์ (AOR = 3.12, 95% CI: 3.23 - 4.37) และการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (AOR = 2.59, 95% CI: 1.83 - 3.67)

การวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ (child maltreatment surveillance tool: CMST) จากระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก (child protection and information system: CPIS) ที่ดำเนินการโดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อรายงานสถานการณ์ปัญหาประสบ ACEs และการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำในเด็กและเยาวชนอายุ 0 - 18 ปีทั่วประเทศ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 เด็กและเยาวชนร้อยละ 39.7 อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทางกัน โดยครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่และมีปัญหาทางเศรษฐกิจมีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำมากที่สุด และเด็กชายมีโอกาสประสบปัญหาการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำสูงกว่าเด็กหญิง นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กที่อยู่กับครอบครัวใหม่มีปัญหาการถูกทำร้ายและการใช้สารเสพติดสูง ในขณะที่เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติที่ไม่ใช่พ่อแม่มีการติดเกมสูง ส่วนช่วงวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี มีโอกาสถูกปล่อยปละละเลยและเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม การเสพติด และการไม่ได้เรียนหนังสือสูงกว่าในวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

การศึกษาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผ่านกลไกการประสบ ACEs การติดตามระยะยาวในกลุ่มเยาวชนพบว่า การอยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความสัมพันธ์กับ

การประสบ ACEs ในระยะเวลา 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประสบ ACEs เพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตทั้งด้านอารมณ์ (internalizing symptoms) และพฤติกรรม (externalizing symptoms) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] นอกจากนี้ การวิเคราะห์อภิมานในกลุ่มผู้ใหญ่ยังพบว่ากลุ่มที่ประสบ ACEs ตั้งแต่ 4 ด้านขึ้นไปมักเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและติดสารเสพติด มาจากครอบครัวรายได้ต่ำ และเป็นคนไร้บ้าน[12]

กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ก่อตั้งตามพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561[13] มีเจตนารมณ์เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการศึกษาแก่เด็กและเยาวชนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์และด้อยโอกาส โดยมุ่งให้ทุนแก่นักเรียนจากครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งอยู่ในกลุ่มร้อยละ 20 ล่างสุดของประเทศ จึงถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเผชิญ ACEs และการได้รับผลกระทบด้านลบสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ ACEs ในนักเรียนที่อยู่ภายใต้การดูแลของ กสศ. โดยเฉพาะ ส่งผลให้การออกแบบมาตรการดูแลและป้องกันสำหรับนักเรียนกลุ่มนี้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับ

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจความชุก รูปแบบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประสบ ACEs ในนักเรียนที่อยู่ภายใต้การดูแลของ กสศ. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางต่อไป

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยวิธีการสำรวจแบบออนไลน์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต รหัสโครงร่างการวิจัย DMH.IRB 035/2567 ลงวันที่ 10 เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนที่ได้รับทุนของ กสศ. ระหว่าง ปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 อายุ 18 ปีขึ้นไป ใน 4 ภูมิภาคในประเทศไทย จำนวน 11,853 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane[14] โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (e) ที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เลือกตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) โดยผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในสถานศึกษา ใน 41 จังหวัดทั่วประเทศ (ไม่รวมสถาบันที่ให้ทุนแก่นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ) และขอความร่วมมือครูส่งโปสเตอร์ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อเชิญชวนนักเรียนทุนที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนให้ความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบตกลงก่อนการตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ เมื่อมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยปิดการเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ทันที เพื่อลดโอกาสการเข้าถึงคำถามที่มีความอ่อนไหวเกินจำนวน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลช่องทางการรับบริการด้านสุขภาพจิตทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อเป็นทางเลือกในการขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองในกรณีที่เกิดความไม่สบายใจจากการตอบแบบสอบถาม และให้แนวทางแก่อาจารย์ในการสังเกตความผิดปกติของผู้เข้าร่วมหลังตอบแบบสอบถามผ่านเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยแนะนำหลักการ 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง)[15]

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ จังหวัดที่ตั้งของสถานศึกษา

2. แบบสอบถามประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACE questionnaire) ฉบับภาษาไทย[16] จำนวน 28 ข้อ จำแนกเป็นกลุ่ม ACEs 2 ด้าน 10 ประเภท ประกอบด้วย ด้านการกระทำต่อเด็ก (childhood maltreatment) 5 ประเภท ได้แก่ การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ 2 ข้อ การถูกทารุณกรรมทางกาย 2 ข้อ การถูกทารุณกรรมทางเพศ 4 ข้อ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย 5 ข้อ และการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ 5 ข้อ และด้านปัญหาในครอบครัว (household dysfunction) 5 ประเภท ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว 4 ข้อ การแยกทางของพ่อแม่ 1 ข้อ การใช้สารเสพติดในครอบครัว 2 ข้อ การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว 2 ข้อ และการมีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นอาชญากร 1 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น “มีบางครั้งที่พ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ อาจทำร้ายเด็ก ในช่วงที่คุณเติบโตตั้งแต่เด็กจนกระทั่งอายุ 18 ปี บ่อยแค่ไหนที่พ่อแม่ พ่อแม่บุญธรรม หรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ ในบ้านทำสิ่งดังต่อไปนี้ : ด่าทอ ดูถูก หรือเหยียดหยามคุณ” สำหรับการแปลผล หากคะแนนแบบสอบถาม

เข้าเกณฑ์ของ ACEs ประเภทใด ก็จะนับเป็นประเภท ACEs ที่ประสบ แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ และมีความสอดคล้องภายในจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ด้านการถูกทารุณกรรม การถูกละเลยทอดทิ้ง และปัญหาในครอบครัว เท่ากับ 0.79, 0.82 และ 0.66 ตามลำดับ[15]

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปและการประสบ ACEs ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลเพศหญิงและชาย และความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs ด้วยการทดสอบ chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 458 คนซึ่งมาจาก 17 จังหวัด มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนจำนวน 400 คน (ร้อยละ 87.3) อายุเฉลี่ย 19.10 ± 1.02 ปี แบ่งเป็นผู้มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 35.3 อายุ 19 ปี ร้อยละ 29.8 อายุ 20 ปี ร้อยละ 26.8 อายุ 21 ปี ร้อยละ 6.5 อายุ 22 ปี ร้อยละ 1.5 และอายุ 23 ปี ร้อยละ 0.3 เพศหญิง ร้อยละ 50.5 อยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 16.5, 27.3, 30.0 และ 26.3 ตามลำดับ

ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 ประสบ ACEs อย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ร้อยละ 11.25 ประสบเหตุอย่างน้อย 4 ด้าน ดังตารางที่ 1

เมื่อจำแนกตามประเภทของ ACEs พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางหรือหย่าร้างกันมากที่สุด ร้อยละ 44.5 รองลงมา ได้แก่ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกายและทางจิตใจ ร้อยละ 43.8 และ 16.8 ตามลำดับ ส่วนการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ พบร้อยละ 10.8, 8.5 และ 5.5 ตามลำดับ ดังแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์ความแตกต่างของ ACEs ระหว่างเพศ พบว่า เพศชายและหญิงมีจำนวน ACEs ที่ประสบไม่แตกต่างกัน ขณะที่ประสบการณ์การถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว มีรายงานในเพศหญิงสูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs ด้านปัญหาในครอบครัวกับ ACEs ด้านการกระทำต่อเด็กพบว่า กลุ่มที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวมีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ และการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือเป็นอาชญากรมีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ประสบปัญหาการใช้สารเสพติดในครอบครัวมีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทางกายและทางจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัญหาการแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่กับ ACEs ด้านการกระทำต่อเด็กทุกประเภท และระหว่าง ACEs ด้านการถูกละเลยทอดทิ้งทางกายกับปัญหาครอบครัวทุกประเภท ดังตารางที่ 3

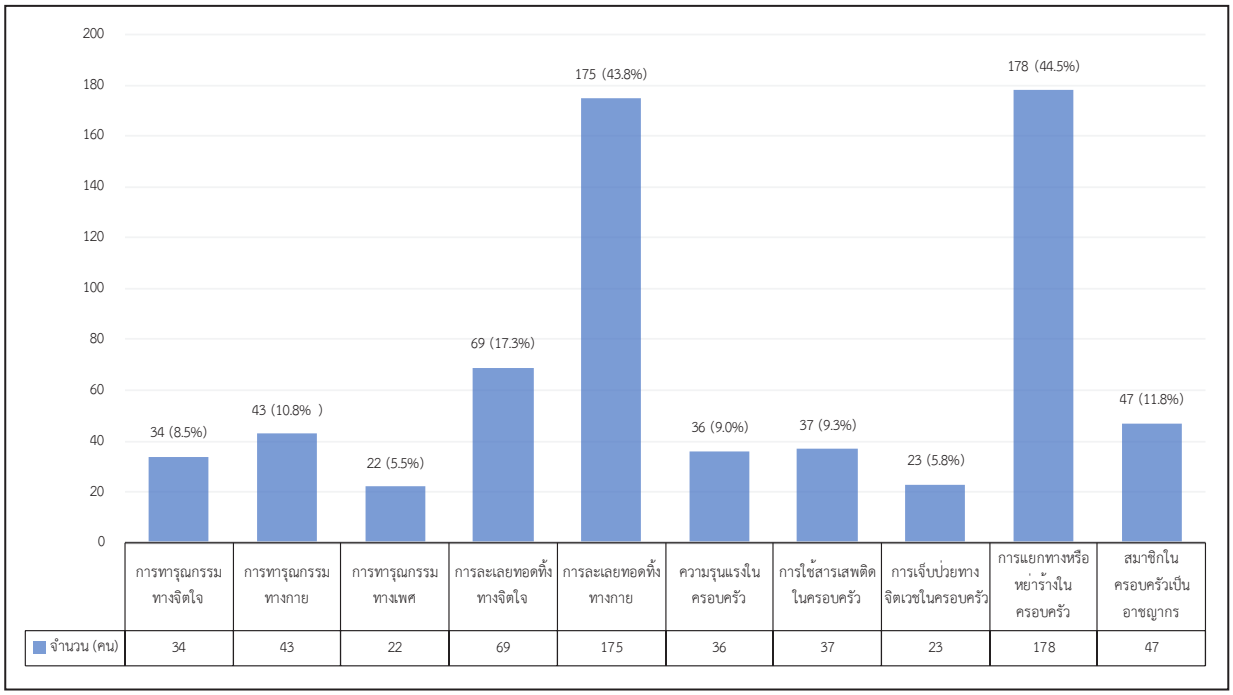
วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจากครัวเรือนรายได้น้อยมีความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) อย่างน้อย 1 ประเภทมากถึง

ตารางที่ 1 ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) แยกตามจำนวนประสบการณ์ (n = 400)

จำนวน ACEs	จำนวน (ร้อยละ)
0	98 (24.5)
1	139 (34.8)
2	78 (19.5)
3	40 (10.0)
≥ 4	45 (11.3)

ACEs = adverse childhood experiences



หมายเหตุ : นักเรียน 1 คน สามารถประสบเหตุการณ์ได้มากกว่า 1 ประเภท

แผนภาพที่ 1 ความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับจำนวนและประเภทของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

	เพศชาย (n = 198) n (%)	เพศหญิง (n = 202) n (%)	χ^2	df	*p*
จำนวน ACEs			0.714	2	.700
0	51 (25.8)	47 (23.2)			
1 - 3	127 (64.1)	130 (64.4)			
≥ 4	20 (10.1)	25 (12.4)			
ประเภทของ ACEs					
การถูกทารุณกรรมทางเพศ			0.237	1	.626
มี	12 (6.1)	10 (5.0)			
ไม่มี	186 (93.9)	192 (95.0)			
การถูกทารุณกรรมทางกาย			0.544	1	.461
มี	19 (9.6)	24 (11.9)			
ไม่มี	179 (90.4)	178 (88.1)			
การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ			4.37	1	.037
มี	11 (5.6)	23 (11.4)			
ไม่มี	187 (94.4)	179 (88.6)			
การถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ			10.6	1	< .001
มี	22 (11.1)	47 (23.3)			
ไม่มี	176 (88.9)	155 (76.7)			
การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย			0.534	1	.465
มี	83 (41.9)	92 (45.5)			
ไม่มี	115 (58.1)	110 (54.5)			
ความรุนแรงในครอบครัว			.082	1	.774
มี	17 (8.6)	19 (9.4)			
ไม่มี	181 (91.4)	183 (90.6)			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับจำนวนและประเภทของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400) (ต่อ)

	เพศชาย (n = 198) n (%)	เพศหญิง (n = 202) n (%)	χ^2	df	*p*
การใช้สารเสพติดในครอบครัว			.056	1	.813
มี	19 (9.6)	18 (8.9)			
ไม่มี	179 (90.4)	184 (91.1)			
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว			5.35	1	.021
มี	6 (3.0)	17 (8.4)			
ไม่มี	192 (97.0)	185 (91.6)			
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว			0.329	1	.531
มี	85 (42.9)	93 (46.0)			
ไม่มี	113 (57.1)	109 (54.0)			
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร			0.007	1	.934
มี	23 (11.6)	24 (11.9)			
ไม่มี	175 (88.4)	178 (88.1)			

ACEs = adverse childhood experiences

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในครอบครัว กับประสบการณ์การถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้งด้านต่าง ๆ (n = 400)

	n	การถูกทารุณกรรมทางกาย		การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ		การถูกทารุณกรรมทางเพศ		การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย		การถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ	
		n (%)	*p*	n (%)	*p*	n (%)	*p*	n (%)	p	n (%)	*p*
ความรุนแรงในครอบครัว			< .001		< .001		.002		.983		.013
มี	36	17 (77.3)		12 (54.5)		6 (27.3)		15 (68.2)		11 (50.0)	
ไม่มี	364	26 (6.9)		22 (5.8)		30 (7.9)		151 (39.9)		53 (14.0)	
การใช้สารเสพติดในครอบครัว			< .001		< .001		.137		.901		.611
มี	37	10 (27.0)		9 (24.3)		4 (10.8)		15 (40.5)		7 (18.9)	
ไม่มี	363	33 (9.1)		25 (6.9)		18 (5.0)		151 (41.6)		57 (15.7)	
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว			< .001		< .001		< .001		.843		.439
มี	23	9 (39.1)		11 (47.8)		8 (34.8)		10 (43.5)		5 (21.7)	
ไม่มี	377	34 (9.0)		23 (6.1)		14 (3.7)		156 (41.4)		59 (15.6)	
การแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่			.209		.079		.329		.703		.895
มี	178	23 (12.9)		20 (11.2)		12 (6.7)		72 (40.4)		28 (15.7)	
ไม่มี	222	20 (9.0)		14 (6.3)		10 (4.5)		94 (42.3)		36 (16.2)	
มีสมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร			< .001		< .001		< .001		.269		.520
มี	47	13 (27.7)		9 (19.1)		8 (17.0)		16 (34.0)		6 (12.8)	
ไม่มี	353	30 (8.5)		25 (7.1)		14 (4.0)		150 (42.5)		58 (16.4)	

ร้อยละ 75 ซึ่งสูงความชุกในกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือนักเรียนอาชีวศึกษาทั่วไปในประเทศไทยที่พบประมาณร้อยละ 50 - 60[8,9] เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศพบว่า ประเทศอังกฤษรายงานความชุกของ ACEs อย่างน้อย 1 ประเภทร้อยละ 61 ในวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี[7] ประเทศจีนพบร้อยละ 77 ในนักเรียนมัธยมศึกษาในมณฑลกวางโจว[16] ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกสองในสามของประชากรวัยผู้ใหญ่[17] อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบความชุกควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือ นิยามตัวแปร กลุ่มอายุ และบริบททางสังคมวัฒนธรรมอาจส่งผลต่อระดับความชุกที่รายงาน โดยการศึกษาในประเทศไทยใช้แบบสอบถาม ACE ฉบับเดียวกับการศึกษา

ครั้งนี้[8] หรือฉบับย่อ 11 ข้อ[9] ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศใช้เครื่องมือสำรวจแตกต่างกันไปตามบริบท เช่น Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) และ Child Abuse and Trauma Scale (CATS)[4]

เมื่อจำแนกตามประเภท ACEs พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนทั่วไป[8,9] ลำดับรองลงมา ได้แก่ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย ซึ่งสะท้อนถึงการขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า และการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับการดูแลคุ้มครองจากพ่อแม่ พบว่ามีความชุกสูงกว่าการศึกษาในนักเรียนทั่วไป[8,9] อาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มประชากรครั้งนี้เป็นนักเรียนจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทำให้กระทบต่อความสามารถของครอบครัวในการดูแลในด้านปัจจัยทางกายสูงกว่า

การศึกษานี้พบว่า จำนวนประเภท ACEs ที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงเคยมีประสบการณ์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบประเภทของ ACEs พบว่า ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาที่พบว่า นักเรียนชายถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางเพศ และประสบกับความรุนแรงในครอบครัวสูงกว่านักเรียนหญิง[9] และผลการวิเคราะห์ข้อมูล CMST ในเด็กและเยาวชนอายุ 0 - 18 ปี ที่พบว่า เด็กชายมีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำสูงกว่าเด็กหญิง ขณะที่การถูกละเลยทอดทิ้งพบมากเพิ่มขึ้นตามวัย[10] ทั้งนี้ ระบบ CMST เป็นการรายงานโดยผู้ปกครอง ขณะที่การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรายงานด้วยตัวเอง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมักมีแนวโน้มรายงานประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบด้วยตัวเองสูงกว่าเพศชาย เช่น การสำรวจขนาดใหญ่ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศบราซิลที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มรายงาน ACEs มากกว่าเพศชาย[19] และการศึกษาบาดแผลทางจิตใจในวัยรุ่นประเทศโปรตุเกสที่พบว่าเพศหญิงรายงานความรู้สึกเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยความรู้สึกเศร้าสัมพันธ์กับประสบการณ์ถูกละเลยทอดทิ้งทางอารมณ์[20]

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs ด้านปัญหาในครอบครัวกับด้านการกระทำต่อเด็กพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวใช้ความรุนแรง ใช้สารเสพติด มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช และกระทำผิดกฎหมาย รายงานการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ครอบครัวไม่มีปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การใช้สารเสพติดในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการกระทำความรุนแรงต่อเด็กทุกประเภท[21] ส่วนความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งหมายถึงการพบเห็นเหตุการณ์รุนแรงระหว่างแม่และพ่อ รวมถึงพ่อเลี้ยง หรือเพื่อนชายของแม่ ทำร้ายกัน ทุบตีหรือใช้อาวุธ จัดเป็นความรุนแรงระหว่างคู่สมรส (intimate partner violence: IPV) ที่ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง การศึกษาในประเทศเดนมาร์กพบว่าจำนวนของ ACEs ที่มากมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและระยะเวลาของ IPV โดย IPV ที่มีความคุกคามต่อชีวิต (life-threatening) มีแนวโน้มส่งผลกระทบเชิงลบต่อเด็กในระดับที่เทียบเคียงกับการกระทำทารุณกรรมต่อเด็กโดยตรง[22]

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นสำรวจ ACEs ในเยาวชนที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ในทุกภูมิภาคในประเทศไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงขนาดและความเชื่อมโยงของประสบการณ์ ACEs ในเยาวชนกลุ่มดังกล่าว ทั้งปัญหาในครอบครัวและการกระทำต่อเด็ก ที่พบมากและมีแนวโน้มรุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับเยาวชนทั่วไป ทั้งนี้ ความยากจนถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อน และมีความเชื่อมโยงกับกลไกอื่น ๆ เช่น การเกิด ACEs และความขัดแย้งในครอบครัว การเผชิญปัจจัยเหล่านี้พร้อมกันจึงนับเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาวะที่ไม่ดีของเด็กและวัยรุ่น

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention : CDC)[23,24] ได้เสนอว่าจุดคานงัดสำคัญของการป้องกัน ACEs ที่มีประสิทธิผลในเยาวชน ได้แก่ การจัดให้มีระบบเฝ้าระวัง ACEs ผ่านการพัฒนาฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบท การกำหนดนโยบายการแบ่งปันข้อมูลที่ครอบคลุม และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการออกแบบมาตรการป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตาม จากทบทวนวรรณกรรมโดยองค์การอนามัยโลก

ภายใต้โครงการ Helping Adolescent Thrive (HAT)[25] พบว่า ปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับมาตรการป้องกันด้านจิตสังคมสำหรับวัยรุ่นที่อยู่ในความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low- and middle-income countries: LMICs) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพเกี่ยวกับมาตรการด้านจิตสังคม เพื่อมุ่งป้องกันและลดผลกระทบทางลบจาก ACEs ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ เป็นการสำรวจตามความสมัครใจโดยนักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ ไม่ได้ใช้กระบวนการสุ่ม ดังนั้น การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคได้ การออกแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางสามารถอธิบายปรากฏการณ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ รวมทั้งการสำรวจในประเด็น ACEs มีความอ่อนไหวและใช้การระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต อาจส่งผลให้มีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง สำหรับการศึกษาในอนาคต ควรมีการจัดทำการสำรวจอย่างเป็นระบบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรไทย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันและวางมาตรการดูแลปัญหาตั้งแต่เริ่มแรก (early intervention)

สรุป

ความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) พบได้มากถึงสามในสี่ของเยาวชนที่มาจากครอบครัวยากจน โดยเพศหญิงรายงานประสบการณ์ถูกละเลยทอดทิ้งทั้งทางกายและทางจิตใจสูงกว่าเพศชาย และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต การใช้สารเสพติด และประวัติกระทำผิดกฎหมายในครอบครัว กับการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ จึงควรมีการคัดกรองเฝ้าระวัง และช่วยเหลือเยาวชนและครอบครัวที่มีปัญหาและมีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ เพื่อลดผลกระทบและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้จัดการกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ที่ช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. National Suicide Prevention Center, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Suicide rate report (1997-2020, died according to the household registration) [Internet]. Khon Kaen Province: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2025 [cited 2025 Aug 26]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=2 (in Thai)
2. Limsuwan N. Self-harm in children and adolescents. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2025. 172 p. (in Thai)
3. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegaro VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. Psychiatry Res. 2017;256:353-8. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082.
4. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2018;5(1):51-64. doi:10.1016/S2215-0366(17)30469-8.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse Childhood Experiences (ACEs) [Internet]. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control; 2024 [cited 2025 Aug 2]. Available from: https://www.cdc.gov/aces/about/index.html
6. Aytur SA, Carlino S, Bernard F, West K, Dobrzycki V, Malik R. Social-ecological theory, substance misuse, adverse childhood experiences, and adolescent suicidal ideation: Applications for community-academic partnerships. J Community Psychol. 2022;50(1):265-84. doi:10.1002/jcop.22560.
7. Warner TD, Leban L, Pester DA, Walker JT. Contextualizing adverse childhood experiences: the intersections of individual and community adversity. J Youth Adolesc. 2023;52(3):570-84. doi:10.1007/s10964-022-01713-2.
8. Hosiri T, Jongjaroen A, Imaroonrak S, Sumalrot T, Phattharayuttawat S. Role of resilience in the relationship between adverse childhood experiences and behavior problems among Thai adolescents in a province of southern Thailand: a school-based cross-sectional study. Siriraj Med J. 2024;76(5):282-92. doi:10.33192/smj.v76i5.267232
9. Thepthien B, Htike M. Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. Cogent Psychol. 2020;7(1):1832403. doi:10.1080/23311908.2020.1832403.

10. Chotipanvithayakul R, Disayawanwat P. Situation of adverse childhood experiences and minimum standards of care for children in Thailand: secondary data analysis of child protection information system 2022-2023. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2023. (in Thai)
11. Barnhart S, Garcia AR, Karcher NR. Adolescent mental health and family economic hardships: the roles of adverse childhood experiences and family conflict. J Youth Adolesc. 2022;51(12):2294-311. doi:10.1007/s10964-022-01671-9.
12. Madigan S, Deneault AA, Racine N, Park J, Thiemann R, Zhu J, et al. Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. World Psychiatry. 2023;22(3):463-71. doi:10.1002/wps.21122.
13. Equitable Education Fund. Powers of the EEF [Internet]. Bangkok: Equitable Education Fund; 2025 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.eef.or.th/about/authority/. (in Thai)
14. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973. 1130 p.
15. Suwanmaitri S, Tantirangsee N, Siriwisutirat P. Manual for Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT): revised edition 2018. Bangkok: Beyond Publishing; 2018. (in Thai)
16. Rungmueanporn L, Buathong N, Chandarasiri P, Wittayasai W. Development of the adverse childhood experiences (ACE) questionnaire Thai version. Chulalongkorn Medical Bulletin. 2019;1(3):251-60. doi:10.14456/chulamedbull.2019.21. (in Thai)
17. Luo S, Feng X, Lin L, Li J, Chen W, Guo VY. Association of adverse and positive childhood experiences with health-related quality of life in adolescents. Public Health. 2024;228:92-9. doi:10.1016/j.puhe.2024.01.006.
18. Portwood SG, Roberts MC, Lawler MJ. The past, present, and promise of adverse childhood experiences (ACEs) science. In: Portwood SG, Lawler MJ, Roberts MC, editors. Handbook of adverse childhood experiences: a framework for collaborative health promotion. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 3-8.
19. Coêlho BM, Santana GL, Duarte-Guerra LS, Viana MC, Neto FL, Andrade LH, et al. The role of gender in the structure of networks of childhood adversity. Psychiatry Res. 2018;270:348-56. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.059.
20. Monteiro S, Matos AP, Oliveira S. The moderating effect of gender: traumatic experiences and depression in adolescence. Procedia Soc Behav Sci. 2015;165:251-9. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.629.
21. Negriff S. ACEs are not equal: examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. Soc Sci Med. 2020;245:112696. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112696.
22. Lamers-Winkelman F, Willemen AM, Visser M. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: consequences for their wellbeing. Child Abuse Negl. 2012;36(2):166-79. doi:10.1016/j.chiabu.2011.07.006.
23. Guinn AS, Ottley PG, Anderson KN, Oginga ML, Gervin DW, Holmes GM. Leveraging surveillance and evidence: preventing adverse childhood experiences through data to action. Am J Prev Med. 2022;62(6 Suppl 1):S24-30. doi:10.1016/j.amepre.2021.12.003.
24. Anderson KN, Swedo EA, Clayton HB, Niolon PH, Shelby D, McDavid Harrison K. Building infrastructure for surveillance of adverse and positive childhood experiences: integrated, multimethod approaches to generate data for prevention action. Am J Prev Med. 2022;62(6 Suppl 1):S31-9. doi:10.1016/j.amepre.2021.11.017.
25. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organization; 2020.