นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566

วันรับ : 2 ธันวาคม 2568
วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2569
วันตอบรับ : 7 เมษายน 2569

สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด., ชลีพร สมใจ, พย.ม.,
พิมพิไล ใจตรง, พย.ม.
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประมาณความชุกและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป 4,160 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ World Health Organization-composite international diagnostic interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลผู้มีอายุ 18 - 30 ปี จำแนกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีโรควิตกกังวล ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างโรควิตกกังวลกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพ พฤติกรรม และครอบครัว ด้วยการทดสอบฟิชเชอร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 314 คน พบความชุกในตลอดชีวิตของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 4.5 และในช่วง 12 เดือนร้อยละ 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต ได้แก่ การใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ (adjusted odds ratio: AOR = 6.05, 95% CI = 1.20 - 30.56) อาการปวดศีรษะบ่อย (AOR = 7.36, 95% CI = 1.55 - 34.95) โรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ (AOR = 5.92, 95% CI = 1.34 - 26.13) และการมีประวัติโรควิตกกังวลทั่วไปในครอบครัว (AOR = 39.04, 95% CI = 1.74 - 877.20) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือน ได้แก่ สุขภาพจิตโดยรวมที่ไม่ดี (AOR = 28.27, 95% CI = 2.30 - 347.74) อาการปวดศีรษะบ่อย (AOR = 9.47, 95% CI = 1.28 - 70.06) และโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ (AOR = 6.88, 95% CI = 1.17 - 40.64)

สรุป : การเกิดกลุ่มโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี มีความสัมพันธ์กับประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และสุขภาพจิตที่ไม่ดี

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, ผู้ใหญ่ตอนต้น, เยาวชน, ระบาดวิทยาสุขภาพจิต, โรควิตกกังวล

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุนทรี ศรีโกไสย ; e-mail: s.srikosai@gmail.com

Original article

Factors associated with anxiety disorders among individuals aged 18 - 30 years: the Thai National Mental Health Survey 2023

Received : 2 December 2025
Revised : 20 March 2026
Accepted : 7 April 2026

Soontaree Srikosai, Ph.D., Chaleeporn Somjai, M.N.S., Pimpilai Jaitrong, M.N.S.
Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Chiang Mai Province, Thailand

Abstract

Objective: To determine the prevalence and examine related factors of anxiety disorders among people aged 18 - 30 years in Thailand.

Methods: This cross-sectional study utilized a secondary data from the 2023 National Mental Health Survey of Thailand. The original survey included 4,160 individuals aged 18 years and older and employed the Thai version of the World Health Organization-composite international diagnostic interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0). For the present analysis, participants aged 18 - 30 years were included and categorized according to the presence or absence of any anxiety disorder. Associations between anxiety disorders and socio-demographic, health-related, behavioral, and family-related factors were examined using the Fisher's exact test and binary logistic regression analysis.

Results: A sample of 314 participants was obtained. The lifetime prevalence of anxiety disorders was 4.5%, and the 12-month prevalence was 3.2%. Factors significantly associated with lifetime anxiety disorders were recreational cannabis use (adjusted odds ratio: AOR = 6.05, 95% CI = 1.20 - 30.56), frequent headaches (AOR = 7.36, 95% CI = 1.55 - 34.95), gastroenteritis (AOR = 5.92, 95% CI = 1.34 - 26.13), and family history of generalized anxiety disorders (AOR = 39.04, 95% CI = 1.74 - 877.20). Factors associated with 12-month anxiety disorders included perceived poor mental health (AOR = 28.27, 95% CI = 2.30 - 347.74), frequent headaches (AOR = 9.47, 95% CI = 1.28 - 70.06), and gastroenteritis (AOR = 6.88, 95% CI = 1.17 - 40.64).

Conclusion: Anxiety disorders among people aged 18 - 30 years are associated with family history of psychiatric disorders, substance use, chronic illnesses, and perceived poor mental health.

Keywords: adolescents, anxiety disorders, early adulthood, mental health epidemiology, risk factors

Corresponding author: Soontaree Srikosai; e-mail: s.srikosai@gmail.com

ความรู้เดิม : กลุ่มโรควิตกกังวลมักเริ่มเกิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเกิดโรควิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่หลากหลาย เช่น เพศ การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยทางกาย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในชีวิต และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว สำหรับประเทศไทย แม้จะพบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลสูงในประชากรกลุ่มนี้ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรควิตกกังวลยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทยที่มีอายุ 18 - 30 ปี ในตลอดชีวิต ได้แก่ การใช้กัญชา อาการปวดศีรษะบ่อย การเป็นโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ และประวัติคนในครอบครัวมีโรควิตกกังวลทั่วไป และในช่วง 12 เดือน ได้แก่ สุขภาพจิตโดยรวมที่ไม่ดี อาการปวดศีรษะบ่อย และการเป็นโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนารูปแบบเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรควิตกกังวลสำหรับเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้น

บทนำ

กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ประกอบด้วย โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder: GAD) โรคกลัวสังคม (social anxiety disorder: SAD) โรคตื่นตระหนก (panic disorder: PD) โรคกลัวที่ชุมชน/ที่โล่งแจ้ง (agoraphobia) โรคกลัวแบบเฉพาะเจาะจง (specific phobias: SP) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder: OCD) และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD)[1,2] กลุ่มโรควิตกกังวลมักเกิดตั้งแต่อายุยังน้อย ร้อยละ 80 - 90 ของผู้ที่เป็นกลุ่มโรควิตกกังวลชนิดใดชนิดหนึ่งแสดงอาการก่อนอายุ 35 ปี และพบว่าช่วงอายุ 10 - 25 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงการเกิด SP สูงที่สุด ขณะที่ SAD มักเริ่มในวัยเด็กหรือวัยรุ่นตอนต้น ส่วน GAD, PD, และ agoraphobia มักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีอาการเริ่มแรกในช่วงอายุ 25 - 30 ปี[3]

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษา 48 เรื่อง พบความชุกของโรควิตกกังวลชนิด GAD, OCD, SAD และ PD ร้อยละ 3.8 - 25 โดยพบความชุกสูงในผู้หญิง ร้อยละ 5.2 - 8.7 วัยรุ่น ร้อยละ 2.5 - 9.1 และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 1.4 - 70 และพบความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก โดยผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมยุโรปและแองโกลพบความชุกของโรควิตกกังวลร้อยละ 3.8 - 10.4 ไอบีเรียและละติน พบร้อยละ 6.2 แอฟริกาเหนือและตะวันออกกลางพบร้อยละ 4.9 แอฟริกาพบร้อยละ 4.4 ยุโรปกลางและตะวันออกพบร้อยละ 3.2 ส่วนผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมอินโดและเอเชียพบร้อยละ 2.8[4] การศึกษาความชุกในช่วง 12 เดือนของกลุ่มโรควิตกกังวลในเยอรมนีพบว่า SAD, GAD และ SP พบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 18 - 34 ปี ขณะที่ PD พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 35 - 49 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 50 - 64 ปี พบอัตราการเกิดโรคเหล่านี้ลดลง[5] การรายงานความชุกกลุ่มโรควิตกกังวลชนิด GAD ในเยาวชนพบความแตกต่างระหว่างเพศและภูมิภาคเช่นเดียวกัน โดยเยาวชนสหรัฐอเมริกาอายุ 13 - 18 ปี พบร้อยละ 2.2 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (ร้อยละ 3.0 และ 1.5 ตามลำดับ)[2] เยาวชนเยอรมนีอายุ 14 - 21 ปี พบร้อยละ 23.4 และเยาวชนนอร์เวย์อายุ 19 - 29 ปี พบในเพศชายร้อยละ 9.6 และเพศหญิงร้อยละ 26.8 เยาวชนมาเลเซียอายุ 18 - 29 ปี พบร้อยละ 3 และเยาวชนสิงคโปร์อายุ 18 - 34 ปี พบร้อยละ 2.3

สำหรับประเทศไทยการศึกษาความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือน เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2556 และ 2566 พบว่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 3.1[9] เป็นร้อยละ 3.2[10] ซึ่งใช้เครื่องมือสำรวจเดียวกัน[11] โดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 ประมาณการว่ามีคนไทย 1.3 ล้านคนเคยมีประสบการณ์กลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.3 เท่า[10] ผลการสำรวจทั้งสองครั้งแสดงให้เห็นว่าเยาวชนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบมีอาการของกลุ่มโรควิตกกังวลได้บ่อย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรควิตกกังวลรบกวนความสามารถของเยาวชนในด้านการเรียน การทำงาน และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน[2,7] อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โดยพบว่าประมาณร้อยละ 3 ของเยาวชนที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น

โรควิตกกังวลได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเป็นความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ภายใน 2 ปีต่อมา ซึ่งเป็นอุบัติการณ์เกือบ 3 เท่าเมื่อเทียบกับเยาวชนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวล[12] นอกจากนี้การเกิดโรควิตกกังวลในเยาวชนยังมีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13]

การป้องกันหรือลดความเสี่ยงของโรควิตกกังวลที่มีประสิทธิผล จำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการออกแบบวิธีจัดการปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม การศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่าการเกิดโรควิตกกังวลในเยาวชนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลากหลายด้าน ด้านบุคคล ได้แก่ เพศหญิง อายุที่มากขึ้น การอาศัยอยู่ในเขตเมือง การมีโรคเรื้อรังทางกาย อาการปวดเรื้อรัง และการใช้สารเสพติด[14-18] ด้านจิตสังคม ได้แก่ การประสบเหตุการณ์ทางลบในชีวิต การถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการขาดทักษะการเผชิญปัญหา[16,19] และด้านครอบครัว ได้แก่ การขาดความใกล้ชิดกับผู้เลี้ยงดู และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม[19,20] นอกจากนี้ มีการศึกษาที่แสดงปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลของมารดา ได้แก่ การศึกษาระดับต่ำ และประวัติการรักษาทางจิตเวช[16,17]

โดยสรุป กลุ่มโรควิตกกังวลพบมากและส่งผลกระทบทางลบหลากหลายด้านต่อเยาวชนทั่วโลก ประเทศไทยพบกลุ่มโรควิตกกังวลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบสูงสุดในเยาวชนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น[9,10] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลของกลุ่มวัยนี้ในประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 โดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566[10] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 018/2568 วันที่รับรอง 4 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจฯ พ.ศ. 2566 ดำเนินการในผู้มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน มีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา และหอพักประจำ สุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นแบบแบ่งชั้น 4 ขั้น (stratified four-stage probability sampling) ตามหลักการของ World Mental Health (WMH) Survey โดยมีชั้นภูมิ (stratum) ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ชายแดนใต้ และกรุงเทพมหานคร หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 1 คือ จังหวัด สุ่มได้ 20 จังหวัด จากชั้นภูมิข้างต้น โดยภาคเหนือประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ พะเยา ลำพูน พิษณุโลก และนครสวรรค์ ภาคกลางประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ลพบุรี ชลบุรี ราชบุรี และนครนายก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา เลย อุดรธานี และยโสธร ภาคใต้ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต สงขลา และพัทลุง ชายแดนใต้ประกอบด้วย 3 จังหวัด ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และกรุงเทพมหานคร หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 2 คือ เขตแจงนับ (enumeration areas: EAs) หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 3 คือครัวเรือน หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 4 คือ บุคคล (สมาชิกในครัวเรือน) ทำการสุ่มเลือกครัวเรือนละ 1 คน ด้วยตารางคิช (Kish selection table) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4,800 คน ซึ่งการสำรวจฯ พ.ศ. 2566 ผู้ที่มีข้อมูลสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 4,160 คน (ร้อยละ 86.7)[10]

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 - 30 ปี โดยอ้างอิงจากผลการสำรวจฯ พ.ศ. 2566 ซึ่งพบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือนสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี ร้อยละ 4.0 (unweighted) ทั้งนี้เพื่อให้ขนาดตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก จึงขยายช่วงอายุเป็น 18 - 30 ปี ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 314 คน

เครื่องมือ

การสำรวจฯ พ.ศ. 2566 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย

ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง (structured interview) แบบเผชิญหน้า (face-to-face) ที่อิงเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชทั้ง ICD-10 และ DSM-IV โดย WMH-CIDI 3.0 ได้รับการพัฒนาต่อยอดมาจาก WHO-CIDI มีความเที่ยงตรงสูง สามารถวินิจฉัยโรคในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและในตลอดชีวิต มีข้อคำถามในการประเมินความรุนแรงของโรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยง และผลที่ตามมา เครื่องมือนี้ผ่านการแปลเป็นฉบับภาษาไทยและทดสอบคุณภาพตามขั้นตอนที่ WMH Survey กำหนด[11] ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมให้มีความเข้าใจโครงสร้างของเครื่องมือ รวมถึงทักษะการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลอย่างเหมาะสม

ตัวแปรต้น

กำหนดจากผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรควิตกกังวลในเยาวชนหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ระหว่างปี ค.ศ. 2012 - 2024[14-20] โดยตัวแปรและชุดคำถามของ WMH-CIDI 3.0 ที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้มีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย ใช้ชุดข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเขตแจงนับ (EA) และชุดคัดกรอง

2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การใช้บุหรี่ การใช้สารเสพติด ระดับของสุขภาพกายโดยรวม ระดับของสุขภาพจิตโดยรวม การเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ใช้ชุด Illegal Substance Use ชุด Chronic Conditions และชุด PTSD

3. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว และระดับการศึกษาของมารดา ใช้ชุดข้อมูลทั่วไป ชุด Depression ชุด Panic ชุด Agoraphobia และชุด GAD

ตัวแปรตาม

ใช้ข้อมูลกลุ่มโรควิตกกังวล ประกอบด้วย GAD, PD, agoraphobia และ PTSD แบ่งเป็นชุดข้อมูลในตลอดชีวิต และชุดข้อมูลในช่วง 12 เดือน โดยผู้ที่มีโรควิตกกังวล หมายถึง ผู้เข้าเกณฑ์โรควิตกกังวลดังกล่าวอย่างน้อย 1 ชนิด ส่วนผู้ที่ไม่มีโรควิตกกังวล หมายถึง ผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์โรควิตกกังวลใด ๆ ในตลอดชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงผู้ที่อาจมีโรคจิตเวชอื่นหรือไม่มีโรคจิตเวชใด ๆ เลยก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างผู้ที่มีอาการของกลุ่มโรควิตกกังวลและผู้ที่ไม่มีอาการของกลุ่มโรควิตกกังวลด้วยการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือน ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regressions) โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียว (univariate analysis) เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายปัจจัย (multivariate analysis)

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 314 คน อายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.5) พบผู้มีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต 14 คน (ร้อยละ 4.5) และในช่วง 12 เดือน 10 คน (ร้อยละ 3.2) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลด้านประชากรศาสตร์ระหว่างผู้ที่มีโรควิตกกังวลกับผู้ที่ไม่มีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเขตที่อยู่อาศัยรายภาค โดยกลุ่มที่มีโรควิตกกังวลอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและในชายแดนใต้มากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลอาศัยอยู่ในภาคกลาง ชายแดนใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างกันในปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย (ใน/นอกเมือง) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มที่มีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตมีการใช้กัญชาและกระท่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับสุขภาพกายโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับดีเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคือดีเยี่ยม ขณะที่ระดับสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีโรควิตกกังวลมีสุขภาพจิตโดยรวมระดับพอใช้เป็นสัดส่วนสูงสุด ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตโดยรวมระดับดีเป็นสัดส่วนสูงสุด ประเด็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย พบว่า กลุ่มที่มีโรควิตกกังวลมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคกระเพาะ/ลำไส้อักเสบ และ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านประชากรศาสตร์ของผู้มีอายุ 18 - 30 ปี ระหว่างกลุ่มที่มีโรควิตกกังวลและกลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต (n = 314)

	รวม (n = 314) จำนวน (ร้อยละ)	มีโรควิตกกังวล (n = 14) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีโรควิตกกังวล (n = 300) จำนวน (ร้อยละ)	*p-value*[a]
เพศ				.578
ชาย	121 (38.5)	4 (28.6)	117 (39.0)	
หญิง	193 (61.5)	10 (71.4)	183 (61.0)	
อายุ				.787
18 - 24 ปี	127 (40.4)	5 (35.7)	122 (40.7)	
25 - 30 ปี	187 (59.6)	9 (64.3)	178 (59.3)	
	mean = 25.0 ± 3.6	mean = 25.9 ± 4.2	mean = 25.0 ± 3.6	
		mean difference = -0.85, 95% CI = -2.809 - 1.101		
รายได้ต่อเดือน				.342
น้อยกว่า 30,000 บาท	129 (41.1)	4 (33.3)	125 (45.1)	
30,000 - 59,999 บาท	27 (8.5)	0 (0.0)	27 (9.8)	
60,000 บาท ขึ้นไป	133 (42.4)	8 (66.7)	125 (45.1)	
สถานภาพสมรส				.770
โสด	187 (59.6)	10 (71.4)	177 (59.0)	
คู่	114 (36.3)	4 (28.6)	110 (36.7)	
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	13 (4.1)	0 (0.0)	13 (4.3)	
ระดับการศึกษา				.156
ประถมศึกษา	22 (7.1)	2 (14.3)	20 (6.7)	
มัธยมต้น	71 (22.8)	1 (7.1)	70 (23.6)	
มัธยมปลาย	122 (39.2)	4 (28.6)	118 (39.7)	
กำลังศึกษา ป.ตรี/สูงกว่า	96 (30.9)	7 (50.0)	89 (30.0)	
เขตที่อยู่อาศัย (ใน/นอกเมือง)				.420
ในเมือง	164 (52.2)	9 (64.3)	155 (51.7)	
นอกเมือง	150 (47.8)	5 (35.7)	145 (48.3)	
เขตที่อยู่อาศัย (ภาค)				< .001
กรุงเทพมหานคร	45 (14.3)	7 (50.0)	38 (12.7)	
กลาง	72 (22.9)	1 (7.1)	71 (23.7)	
เหนือ	35 (11.1)	0 (0.0)	35 (11.7)	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	50 (15.9)	0 (0.0)	50 (16.7)	
ใต้	40 (12.7)	0 (0.0)	40 (13.3)	
ชายแดนใต้	72 (22.9)	6 (42.9)	66 (22.0)	

หมายเหตุ : จำนวนรวมในแต่ละตัวแปรอาจไม่เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 314) เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data) หรือผู้ตอบไม่ตอบคำถามบางข้อ
a = Fisher's exact test

อาการปวดศีรษะบ่อยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ประเด็นปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า กลุ่มที่มีโรควิตกกังวลมีประวัติโรคซึมเศร้าและ GAD ในครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษาของมารดาพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่เกินมัธยมปลาย ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรควิตกกังวล อาการปวดศีรษะบ่อย การใช้กัญชา และการเป็นโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ โดยมีอัตราส่วนโอกาสปรับแล้ว (adjusted odds ratio: AOR) เท่ากับ 39.04, 7.36, 6.05 และ 5.92 ตามลำดับ ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือน ได้แก่ สุขภาพจิตโดยรวมที่ไม่ดี อาการปวดศีรษะบ่อย และการเป็นโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ โดยอัตราส่วนโอกาสปรับแล้วเท่ากับ 28.27, 9.47 และ 6.88 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีอายุ 18 - 30 ปี ระหว่างกลุ่มที่มีโรควิตกกังวลและกลุ่มที่ไม่มีกลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต (n = 314)

	รวม (n = 314) จำนวน (ร้อยละ)	มีโรควิตกกังวล (n = 14) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีโรควิตกกังวล (n = 300) จำนวน (ร้อยละ)	*p-value*[a]
การใช้สารเสพติด				
บุหรี่				1.00
ใช้	66 (21.0)	3 (21.4)	63 (21.0)	
ไม่ใช้	248 (79.0)	11 (78.6)	237 (79.0)	
กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสันทนาการ				.001
ใช้	27 (8.6)	4 (30.8)	23 (7.7)	
ไม่ใช้	286 (91.4)	9 (69.2)	277 (92.3)	
โคเคน				.055
ใช้	3 (1.0)	1 (7.7)	2 (0.7)	
ไม่ใช้	310 (99.0)	12 (92.3)	298 (99.3)	
ยาบ้า				.059
ใช้	17 (5.4)	1 (7.7)	16 (5.4)	
ไม่ใช้	295 (94.6)	12 (92.3)	283 (94.6)	
ยาหรือสารหลอนประสาท				1.00
ใช้	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่ใช้	313 (100.0)	13 (100.0)	300 (100.0)	
ฝิ่น/เฮโรอีน/ผงขาว				.052
ใช้	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.7)	
ไม่ใช้	311 (99.4)	13 (100.0)	298 (99.3)	
สารระเหย				.054
ใช้	5 (1.6)	1 (7.7)	4 (1.3)	
ไม่ใช้	308 (98.4)	12 (92.3)	296 (98.7)	
กระท่อมหรือน้ำกระท่อม				.002
ใช้	30 (9.6)	4 (30.8)	26 (8.7)	
ไม่ใช้	283 (90.4)	9 (69.2)	274 (91.3)	
ระดับของสุขภาพกายโดยรวม				.167
ดีเยี่ยม	55 (17.5)	3 (21.5)	52 (17.4)	
ดีมาก	66 (21.0)	1 (7.1)	65 (21.7)	
ดี	144 (45.9)	5 (35.7)	139 (46.3)	
พอใช้	48 (15.3)	5 (35.7)	43 (14.3)	
ไม่ดี	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)	
ระดับของสุขภาพจิตโดยรวม				.002
ดีเยี่ยม	62 (19.7)	2 (14.3)	60 (20.0)	
ดีมาก	81 (25.8)	3 (21.4)	78 (26.0)	
ดี	143 (45.5)	3 (21.4)	140 (46.7)	
พอใช้	23 (7.3)	5 (35.7)	18 (6.0)	
ไม่ดี	5 (1.6)	1 (7.1)	4 (1.3)	
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย				
ข้ออักเสบ/รูมาติซึม				.092
มี	3 (1.0)	0 (0.0)	3 (1.0)	
ไม่มี	309 (99.0)	13 (100.0)	296 (99.0)	
ปวดศีรษะบ่อย				< .001
มี	22 (7.1)	6 (46.2)	16 (5.4)	
ไม่มี	290 (92.9)	7 (53.8)	283 (94.6)	
เส้นเลือดสมองแตกตีบตัน				.168
มี	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.7)	
ไม่มี	310 (99.4)	13 (100.0)	297 (99.3)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีอายุ 18 - 30 ปี ระหว่างกลุ่มที่มีโรควิตกกังวลและกลุ่มที่ไม่มีกลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต (n = 314) (ต่อ)

	รวม (n = 314) จำนวน (ร้อยละ)	มีโรควิตกกังวล (n = 14) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีโรควิตกกังวล (n = 300) จำนวน (ร้อยละ)	*p-value*[a]
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (ต่อ)				
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน				.087
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่มี	312 (100.0)	13 (100.0)	299 (100.0)	
โรคหัวใจ				.087
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่มี	312 (100.0)	13 (100.0)	299 (100.0)	
ความดันโลหิตสูง				.103
มี	5 (1.6)	0 (0.0)	5 (1.7)	
ไม่มี	307 (98.4)	13 (100.0)	294 (98.3)	
หืดหอบ				.097
มี	4 (1.3)	0 (0.0)	4 (1.3)	
ไม่มี	308 (98.7)	13 (100.0)	295 (98.7)	
เบาหวาน				.168
มี	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.7)	
ไม่มี	310 (99.4)	13 (100.0)	297 (99.3)	
โรคปอดเรื้อรัง				.128
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่มี	311 (100.0)	13 (100.0)	298 (100.0)	
โรคกระเพาะ/ลำไส้อักเสบ				< .001
มี	29 (9.3)	5 (38.5)	24 (8.0)	
ไม่มี	283 (90.7)	8 (61.5)	275 (92.0)	
โรคมะเร็ง				.128
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่มี	311 (100.0)	13 (100.0)	298 (100.0)	
ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในชีวิต				
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ				.201
เคย	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.7)	
ไม่เคย	298 (99.3)	12 (100.0)	286 (99.3)	

หมายเหตุ : จำนวนรวมในแต่ละตัวแปรอาจไม่เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 314) เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data) หรือผู้ตอบไม่ตอบคำถามบางข้อ

a = Fisher's exact test

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการเกิดโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลากหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และครอบครัว โดยการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการเพิ่มอัตราโอกาสการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับผลการติดตามกลุ่มวัยรุ่นออสเตรเลีย 3,239 คน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 21 ปี หลังควบคุมปัจจัยรบกวนแล้ว พบว่าผู้ที่เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปีและใช้บ่อยครั้งเมื่ออายุ 21 ปี มีแนวโน้มรายงานอาการของโรควิตกกังวลในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุม[16] และใกล้เคียงกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Hayatbakhsh และคณะ[21] ที่พบการศึกษา 8 เรื่องที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชากับการมีอาการทางคลินิกของโรควิตกกังวลหรือการมีคะแนนแบบวัดอาการวิตกกังวลที่สูง และการใช้กัญชาบ่อยครั้งในหญิงวัยรุ่นมีโอกาสเกิดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในภายหลังเพิ่มขึ้น 2 เท่า โดยเฉพาะการใช้กัญชาทุกวันเพิ่มโอกาสดังกล่าวเป็น 4 เท่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้ในเชิงชีววิทยา ที่กล่าวถึง D9-THC ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทหลักในกัญชาที่มีผลต่อสารสื่อประสาท เช่น serotonin, norepinephrine, gamma-aminobutyric acid (GABA) และ glutamate ทำให้เกิดอาการมึนเมาเฉียบพลัน (acute intoxication) และ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านครอบครัวของผู้มีอายุ 18 - 30 ปี ระหว่างกลุ่มที่มีโรควิตกกังวลและกลุ่มที่ไม่มีกลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต (n = 314)

	รวม (n = 314) จำนวน (ร้อยละ)	มีโรควิตกกังวล (n = 14) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีโรควิตกกังวล (n = 300) จำนวน (ร้อยละ)	*p-value*[a]
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว				
Depression				< .001
มี	8 (2.6)	3 (25.0)	5 (1.7)	
ไม่มี	300 (97.4)	9 (75.0)	291 (98.3)	
Panic disorder				.087
มี	2 (0.6)	1 (7.1)	1 (0.3)	
ไม่มี	312 (99.4)	13 (92.9)	299 (99.7)	
Agoraphobia				1.000
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่มี	312 (100.0)	14 (100.0)	298 (100.0)	
GAD				< .001
มี	4 (1.3)	3 (25.0)	1 (0.3)	
ไม่มี	306 (98.7)	9 (75.0)	297 (99.7)	
ระดับการศึกษาของมารดา				.626
≤16 ปี (ไม่เกินมัธยมปลาย)	258 (82.2)	11 (78.6)	247 (82.3)	
>16 ปี (ปริญญาตรี)	19 (6.0)	1 (7.1)	18 (6.0)	
ไม่ทราบ	37 (11.8)	2 (14.3)	35 (11.7)	

หมายเหตุ : จำนวนรวมในแต่ละตัวแปรอาจไม่เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 314) เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data) หรือผู้ตอบไม่ตอบคำถามบางข้อ
a = Fisher's exact test, GAD = generalized anxiety disorder

นำไปสู่ความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการทำงานของสมองบกพร่องและขาดความรู้สึกตัว[22] ในทางกลับกัน การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับอุดมศึกษา พบว่า การมีอาการของโรควิตกกังวลเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การใช้กัญชา บุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าได้ตั้งแต่อายุยังน้อยมากกว่าเพื่อนในชั้นเรียนที่ไม่มีอาการวิตกกังวล[23] สะท้อนว่าผู้ที่มีอาการวิตกกังวลอาจมีแนวโน้มใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการของตนเอง (self-medication) ดังนั้น การรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องอันตรายของการใช้กัญชาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์สำหรับกลุ่มเยาวชนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นควรได้รับการดำเนินการอย่างจริงจัง

ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า การมีอาการปวดศีรษะบ่อยและโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบมีโอกาสการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการหรือโรคดังกล่าว ใกล้เคียงกับการศึกษาแบบย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนใน 17 ประเทศ (n = 47,609) ที่พบว่า 9 ใน 10 ของภาวะสุขภาพกายเรื้อรังที่ศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของ GAD โดยมีอัตราส่วนโอกาส 1.3 เท่าสำหรับโรคเบาหวาน ไปจนถึง 2.5 เท่าสำหรับโรคปอดเรื้อรัง[24] และใกล้เคียงกับการศึกษาที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจาก 42 ประเทศทั่วโลก พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีอาการคล้ายโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความบกพร่องทางการมองเห็น อาการปวดหลังเรื้อรัง และอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด 3 อันดับแรก มีอัตราส่วนโอกาส 3.69, 2.23 และ 1.97 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีอาการเรื้อรังดังกล่าว[15] และการศึกษาในประเทศเนเธอแลนด์ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและ/หรือโรควิตกกังวล เมื่อติดตามไป 2 ปี พบว่า กลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะและอาการปวดท้องมีการเพิ่มระดับความรุนแรงของโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[25] อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอาการปวดศีรษะและอาการเกี่ยวกับทางเดินอาหารมีความยากลำบากในการปรับตัวในชีวิตประจำวันจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งอาจเพิ่มความรุนแรงของอาการโรควิตกกังวล ในทางกลับกัน มุมมองทางจิตวิทยาของอาการปวดได้อธิบายว่า ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลมีแนวโน้มรับรู้การเจ็บปวดสูงขึ้น เนื่องจากบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับมิติความเจ็บปวดและอารมณ์มีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรป้อนกลับ (feedback loop) โดยอารมณ์หรือสภาวะการรับรู้เชิงลบหรือเชิงบวกสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเจ็บปวดได้โดยตรง[26]

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตและช่วง 12 เดือน (n = 314)

	โรควิตกกังวลในตลอดชีวิต						โรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือน					
	ไม่มี (n = 300)	มี (n = 14)	crude OR (95% CI)	*p-value*	AOR (95% CI)	*p-value*	ไม่มี (n = 304)	มี (n = 10)	crude OR (95% CI)	*p-value*	AOR (95% CI)	*p-value*
การใช้สารเสพติด												
กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสันทนาการ												
ใช้	23 (7.7)	4 (30.8)	5.35 (1.53 - 18.72)	.009	6.05 (1.20 - 30.56)	.029	25 (8.2)	2 (22.2)	3.19 (0.63 - 16.18)	.162	-	
ไม่ใช้	277 (92.3)	9 (69.2)	1.00		1.00		279 (91.8)	7 (77.8)	1.00			
โคเคน												
ใช้	2 (0.7)	1 (7.1)	12.42 (1.05 - 146.63)	.055	-		3 (1.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.999	-	
ไม่ใช้	298 (99.3)	12 (92.3)	1.00				301 (99.0)	9 (100.0)	1.00			
ยาบ้า												
ใช้	16 (5.4)	1 (7.7)	1.47 (0.18 - 12.05)	.717	-		17 (5.6)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.999	-	
ไม่ใช้	283 (94.6)	12 (92.3)	1.00				286 (94.4)	9 (100.0)	1.00			
สารระเหย												
ใช้	4 (1.3)	1 (7.7)	6.17 (0.64 - 59.45)	.116	-		5 (1.6)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.999	-	
ไม่ใช้	296 (98.7)	12 (92.3)	1.00				299 (98.4)	9 (100.0)	1.00			
กระท่อมหรือน้ำกระท่อม												
ใช้	26 (8.7)	4 (30.8)	4.68 (1.35 - 16.26)	.015	0.00 (0.00 - ∞)	1.000	29 (9.5)	1 (11.1)	1.18 (0.14 - 9.81)	.875	-	
ไม่ใช้	274 (91.3)	9 (69.2)	1.00		1.00		275 (90.5)	8 (88.9)	1.00			
ระดับของสุขภาพจิตโดยรวม												
ดีเยี่ยม	60 (20.0)	2 (14.3)	1.00		1.00		60 (19.7)	2 (20.0)	1.00		1.00	
ดีมาก	78 (26.0)	3 (21.4)	1.15 (0.19 - 7.13)	.878	0.36 (0.02 - 6.91)	.499	81 (26.6)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.997	0.00 (0.00 - ∞)	.997
ดี	140 (46.7)	3 (21.4)	0.64 (0.11 - 3.95)	.633	0.36 (0.02 - 6.13)	.480	142 (46.7)	1 (1s0.0)	0.21 (0.02 - 2.37)	.208	0.17 (0.01 - 2.23)	.177
พอใช้	18 (6.0)	5 (35.7)	8.33 (1.49 - 46.65)	.016	0.15 (0.01 - 2.87)	.206	18 (5.9)	5 (50.0)	8.33 (1.49 - 46.65)	.016	2.95 (0.35 - 25.14)	.322
ไม่ดี	4 (1.3)	1 (7.1)	7.50 (0.55 - 101.50)	.130	1.28 (0.07 - 23.88)	.870	3 (1.0)	2 (20.0)	20.00 (2.05 - 195.00)	.010	28.27 (2.30 - 347.74)	.009
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย												
ปวดศีรษะบ่อย												
มี	16 (5.4)	6 (46.2)	15.16 (4.56 - 50.39)	< .001	7.36 (1.55 - 34.95)	.012	18 (5.9)	4 (44.4)	12.67 (3.13 - 51.28)	< .001	9.47 (1.28 - 70.06)	.028
ไม่มี	283 (94.6)	7 (53.8)	1.00		1.00		285 (94.1)	5 (55.6)	1.00		1.00	
โรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ												
มี	24 (8.0)	5 (38.5)	7.16 (2.17 - 23.60)	.001	5.92 (1.34 - 26.13)	.019	24 (7.9)	5 (55.6)	14.53 (3.66 - 57.72)	< .001	6.88 (1.17 - 40.64)	.033
ไม่มี	275 (92.0)	8 (61.5)	1.00		1.00		279 (92.1)	4 (44.4)	1.00		1.00	
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว												
โรคซึมเศร้า												
มี	5 (1.7)	3 (25.0)	19.40 (4.01 - 93.96)	< .001	0.15 (0.01 - 1.90)	.144	5 (1.7)	3 (30.0)	25.11 (4.99 - 126.37)	< .001	0.05 (0.00 - ∞)	.373
ไม่มี	291 (98.3)	9 (75.0)	1.00		1.00		293 (98.3)	7 (70.0)	1.00		1.00	
GAD												
มี	1 (0.3)	3 (25.0)	99.00 (9.36 - 1046.75)	< .001	39.04 (1.74 - 877.20)	.021	2 (0.7)	2 (22.2)	4.27 (5.24 - 348.24)	< .001	0.33 (0.01 - 20.32)	.598
ไม่มี	297 (99.7)	9 (75.0)	1.00		1.00		299 (99.3)	7 (77.8)	1.00		1.00	

หมายเหตุ : จำนวนรวมในแต่ละตัวแปรอาจไม่เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 314) เนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย (missing data) หรือผู้ตอบไม่ตอบคำถามบางข้อ ; GAD = generalized anxiety disorder

ผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพจิตไม่ดีมีโอกาสการมีโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพจิตดี สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่พบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การเงิน การเรียน และความสัมพันธ์กับครู ครอบครัว เพื่อน และแฟน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวล ($r = .484$, $p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงที่สุด ($\beta = .410$, $p < .001$)[27] อธิบายได้ว่าการมีสุขภาพจิตไม่ดีแสดงถึงการมีสภาวะที่ไม่มีความสุข การขาดความตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการปรับตัวและรับมือกับความเครียดในชีวิตที่ลดลง และความบกพร่องของความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้เกิดอาการของโรควิตกกังวล ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเขตที่อยู่อาศัยรายภาคพบว่า กลุ่มที่มีโรควิตกกังวลอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและในชายแดนใต้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวล อาจสะท้อนอิทธิพลของบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งควรมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว ผู้มีประวัติโรควิตกกังวลในครอบครัวมีโอกาสการมีโรควิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติดังกล่าว การศึกษาด้านพันธุกรรมที่ผ่านมาสนับสนุนว่าโรควิตกกังวลมีอัตราถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ประมาณร้อยละ 30 โดยมีหลักฐานเกี่ยวกับยีนที่ไวต่อการเกิดโรควิตกกังวลในระบบ serotonin ได้แก่ 5-hydroxytryptamine transporter (5-HTT), 5-hydroxytryptamine receptor 1A (5-HT1A) และ monoamine oxidase A (MAOA)[20] ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่พบว่าการศึกษาของมารดาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการมีโรควิตกกังวล ทั้งในตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา[16,17] อาจเนื่องจากระดับการศึกษาของมารดาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เกินมัธยมปลายและมีข้อมูลขาดหายร้อยละ 11.8 (n = 37) ซึ่งมีผลให้อำนาจการทดสอบทางสถิติลดลง รวมถึงอาจได้รับอิทธิพลจากความคลาดเคลื่อนในการนึกย้อนหลัง (non-differential misclassification) จึงควรมีการศึกษาเพื่อสำรวจความสัมพันธ์ดังกล่าวต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางทางคลินิกด้านการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรควิตกกังวลตลอดจนการให้คำแนะนำและสุขภาพจิตศึกษา และการพัฒนารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มโรควิตกกังวลสำหรับวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาก่อนการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) ขนาดตัวอย่างที่น้อย เนื่องจากเป็นการใช้ชุดข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่ได้ออกแบบเพื่อศึกษาผู้มีอายุ 18 - 30 ปีโดยเฉพาะ จึงส่งผลต่อความแม่นยำและอำนาจในการทดสอบทางสถิติในปัจจัยบางประการ 2) ชุดข้อมูลที่เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างตัวแปรได้ และ 3) การศึกษานี้ไม่ได้รายงานปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามรายโรค ทั้งนี้เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลชนิดต่าง ๆ สำหรับการวางแนวทางการป้องกันที่เฉพาะโรคมากขึ้น

สรุป

ผู้มีอายุ 18 - 30 ปีร้อยละ 4.5 มีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตและร้อยละ 3.2 มีโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต ได้แก่ การใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ อาการปวดศีรษะบ่อย การเป็นโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ และประวัติโรควิตกกังวลในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือน ได้แก่ สุขภาพจิตโดยรวมที่ไม่ดี อาการปวดศีรษะบ่อย และโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่อนุญาตให้ใช้ชุดข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สุนทรี ศรีโกไสย : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ชลีพร สมใจ : ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจทานนิพนธ์ต้นฉบับ ; พิมพิไล ใจตรง : ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจทานนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Sittiranrit K. Anxiety and obsessive-compulsive disorder and related disorders. In: Sitdhirak N, Wannasewok K, Wannarit K, Paritangkul P, Apinuntavech S, Ketumarn P, editors. Siriraj Psychiatry DSM-5. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. p. 411-30. (in Thai)
2. National Institute of Mental Health. Generalized anxiety disorder [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; 2010 [cited 2024 Apr 10]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/generalized-anxiety-disorder
3. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders.Psychiatry. 2007;6(4):136-42. doi:10.1016/j.mppsy.2007.01.007.
4. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. Brain Behav. 2016;6(7):e00497. doi:10.1002/brb3.497.
5. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327-35. doi:10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow.
6. Niermann HCM, Voss C, Pieper L, Venz J, Ollmann TM, Beesdo-Baum K. Anxiety Disorders among adolescents and young adults: Prevalence and mental health care service utilization in a regional epidemiological study in Germany. J Anxiety Disord. 2021;83:102453. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102453.
7. Kader Maideen SF, Mohd Sidik S, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of anxiety: a community survey in Selangor, Malaysia. BMC Psychiatry. 2015;15:262. doi:10.1186/s12888-015-0648-x.
8. Chang S, Abdin E, Shafie S, Sambasivam R, Vaingankar JA, Ma S, et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. J Anxiety Disord. 2019;66:102106. doi:10.1016/j.janxdis.2019.102106.
9. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Report on the prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2013 [cited 2025 Nov 2]. Available from: https://www.dmh-elibrary.org/items/show/177 (in Thai)
10. Bureau of Mental Health Academic Affairs. 1.3 million Thais have experienced an anxiety disorder at some point in their lives: Results from Thai national mental health survey 2023 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2025 [cited 2025 Sep 2]. Available from: https://bmha.dmh.go.th/info_reading.php?infoid=20 (in Thai)
11. Kittirattanapsiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai Mental health survey 2013: methodology and procedure. Journal of Mental Health of Thailand. 2016;24(1):1-14. (in Thai)
12. Bushnell GA, Gaynes BN, Compton SN, Dusetzina SB, Olfson M, Stürmer T. Incident substance use disorder following anxiety disorder in privately insured youth. J Adolesc Health. 2019;65(4):536-42. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.05.007.
13. Maldonado L, Huang Y, Chen R, Kasen S, Cohen P, Chen H. Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. J Adolesc Health. 2013;53(2):287-92. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.02.025.
14. Skogen JC, Sivertsen B, Lundervold AJ, Stormark KM, Jakobsen R, Hysing M. Alcohol and drug use among adolescents: and the co-occurrence of mental health problems. BMJ Open. 2014;4(9):e005357. doi:10.1136/bmjopen-2014-005357.
15. Vancampfort D, Koyanagi A, Hallgren M, Probst M, Stubbs B. The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: a global perspective across 42 countries. Gen Hosp Psychiatry. 2017;45:1-6. doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.11.002.
16. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. Trauma Violence Abuse. 2013;14(2):96-112. doi:10.1177/1524838012470032.
17. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. J Anxiety Disord. 2020;73:102234. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102234.
18. Narmandakh A, Roest AM, de Jonge P, Oldehinkel AJ. Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021;30(12):1969-82. doi:10.1007/s00787-020-01669-3.

19. Ahulu LD, Gyasi-Gyamerah AA, Anum A. Predicting risk and protective factors of generalized anxiety disorder: a comparative study among adolescents in Ghana. Int J Adolesc Youth. 2020;25(1):574-84. doi:10.1080/02673843.2019.1698440.
20. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(2):159-68. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke.
21. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Jamrozik K, Mamun AA, Alati R, Bor W. Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(3):408-417. doi:10.1097/chi.0b013e31802dc54d.
22. Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. Hum Psychopharmacol. 2009;24(7):515-23. doi:10.1002/hup.1048.
23. Bataineh BS, Wilkinson AV, Sumbe A, Clendennen SL, Chen B, Messiah SE, et al. Anxiety as a predictor of the age of initiation of tobacco and cannabis use in adolescents and young adults. Addict Behav. 2024;148:107876. doi:10.1016/j.addbeh.2023.107876.
24. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. JAMA Psychiatry. 2016;73(2):150-8. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2688.
25. Gerrits MMJG, Vogelzangs N, van Oppen P, van Marwijk HWJ, van der Horst H, Penninx BWJH. Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. Pain. 2012;153(2):429-36. doi:10.1016/j.pain.2011.11.001.
26. Crofford LJ. Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(1):147-55. doi:10.1016/j.berh.2015.04.027.
27. Ekathikhomkit N, Nintachan P, Samarksavee N. Factors predicting anxiety in Thai disadvantaged adolescents in a province in the north region. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2022;36(2):77-96. (in Thai)