

บทความปริทัศน์

บทบาทของพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต

วันรับ : 5 มกราคม 2569

วันแก้ไข : 5 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ : 7 พฤษภาคม 2569

อาภากร เปี้ยวนันท์, พร.ด.¹, ศศิวัลย์ งามจำรัส, พย.บ.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ กรุงเทพฯ¹,

โรงพยาบาลวิชัยยุทธ กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต และแนวปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของปฏิกิริยาความเครียดเฉียบพลันและโรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD)

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลวิชาการ PubMed, CINAHL, Scopus และ ThaiJO ครอบคลุมงานวิจัย บทความวิชาการ รวมถึงคู่มือและแนวปฏิบัติขององค์กรระหว่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2568 และมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตหรือเป็นแนวปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

ผล : เอกสารที่ผ่านการคัดเลือกรวม 26 รายการ มีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลทางการพยาบาลในระยะฉุกเฉิน ระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟู โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและคัดกรองอาการทางจิตใจ การให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น การให้สุขภาพจิตศึกษา การสนับสนุนครอบครัว และการส่งเสริมการฟื้นตัว แนวทางสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) การดูแลที่คำนึงถึงบาดแผลทางจิตใจ (TIC) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นบาดแผลทางจิตใจ (TF-CBT) และโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต (mhGAP) อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างด้านเครื่องมือคัดกรองและแนวทางการดูแล PTSD ที่สอดคล้องกับบริบทไทย รวมถึงระบบส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรด้านหน้า

สรุป : พยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตผู้เผชิญเหตุการณ์วิกฤต การเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตให้แก่พยาบาล ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทไทย อาจช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในการรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตในอนาคต

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพจิต, การปฐมพยาบาลทางจิตใจ, บทบาททางการพยาบาล, โรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, เหตุการณ์วิกฤต

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศศิวัลย์ งามจำรัส ; e-mail: iammay2527@gmail.com

Review article

The roles of nurses in caring for and promoting mental health among people experiencing crisis events

Received : 5 January 2026

Revised : 5 May 2026

Accepted : 7 May 2026

Arpakorn Prewnim, Ph.D.¹, Sasiwan Ngamjamrat, B.N.S.²

Faculty of Nursing, North Bangkok University, Bangkok, Thailand¹,

Vichaiyut Hospital, Bangkok, Thailand²

Abstract

Objective: To review the roles of nursing personnel in mental health care and promotion for individuals affected by crisis and events, and evidence-based practices for reducing acute stress reactions and post-traumatic stress disorder (PTSD).

Methods: A narrative literature review was conducted using academic databases including PubMed, CINAHL, Scopus, and ThaiJO, covering research, academic articles, as well as manuals and guidelines from international organizations. Documents published between 2015 and 2025 and relevant to nursing roles in mental health care for individuals affected by crises or internationally recognized practice guidelines were selected.

Results: Twenty-six publications were included in the review. The findings highlighted the critical roles of nurses across the emergency, acute, and recovery phases of crisis management. Their key responsibilities include mental health risk assessment and screening, basic psychological support, psychoeducation, family support, and facilitating recovery through evidence-based interventions. Major approaches supporting nursing practice included psychological first aid (PFA), trauma-informed care (TIC), trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), and the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). However, important gaps remain in culturally appropriate PTSD screening and care approaches for the Thai context, referral systems, continuity of care, and mental health support for frontline healthcare providers.

Conclusion: Nurses play a pivotal role in mental health care for individuals experiencing crisis and traumatic events. Strengthening nurses' mental health competencies and developing culturally appropriate care approaches can strengthen mental health systems preparedness for future crises.

Keywords: mental health care, nursing role, post-traumatic stress disorder (PTSD), psychological first aid, traumatic events

Corresponding author: Sasiwan Ngamjamrat; e-mail: iammay2527@gmail.com

ความรู้เดิม : เหตุการณ์และภาวะวิกฤตส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) สำหรับประเทศไทย บทบาทของพยาบาลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง การให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ได้รับผลกระทบที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ความรู้ใหม่ : พยาบาลมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิต ผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน ระยะเฉียบพลัน จนถึงระยะฟื้นฟู โดยสามารถใช้แนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ได้แก่ การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) การดูแลที่คำนึงถึงบาดแผลทางจิตใจ (TIC) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นบาดแผลทางจิตใจ (TF-CBT) และโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต (mhGAP) เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และระบบสนับสนุน และป้องกันการพัฒนาเป็น PTSD อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างสำคัญด้านเครื่องมือคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย ระบบการดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนสุขภาพจิตของพยาบาลและบุคลากรด้านหน้า

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระบบบริการด้านวิกฤตที่เหมาะสมกับบริบทไทย

บทนำ

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าประชากรโลกเกือบร้อยละ 70 เคยผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต¹ และในปี พ.ศ. 2564 ภูมิภาคเอเชียได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติรุนแรงสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66 ของจำนวนผู้ได้รับผลกระทบทั่วโลก² สำหรับประเทศไทย ดัชนีความเสี่ยงด้านสภาพภูมิอากาศโลกได้จัดอันดับให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 9 ของโลกในด้านประเทศที่ได้รับผลกระทบสูงสุด

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2562³ โดยประเทศไทยเผชิญภัยพิบัติซ้ำซาก เช่น อุทกภัยครั้งใหญ่ ปี พ.ศ. 2554 ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนใน 65 จังหวัด มีผู้เสียชีวิต 815 ราย สร้างความเสียหายกว่า 1.44 ล้านล้านบาท และอุทกภัยปี พ.ศ. 2567 ที่กระทบครัวเรือนกว่า 181,870 หลัง ใน 37 จังหวัด นอกจากภัยพิบัติธรรมชาติ ประเทศไทยยังประสบกับความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและหลากหลาย ในระยะแรกผู้ประสบภัยมักแสดงปฏิกิริยาความเครียดเฉียบพลัน เช่น ความตกใจ ความสับสน หรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นกลไกตอบสนองทางจิตใต้ตามธรรมชาติ ขณะที่เหตุการณ์ที่เกิดจากมนุษย์อาจมีผลกระทบทางจิตใจรุนแรงและซับซ้อนกว่าภัยพิบัติทางธรรมชาติ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความรู้สึกถูกละเมิด การสูญเสียความไว้วางใจในเพื่อนมนุษย์ และความผิดหวังต่อสังคม^{4,5} ทั้งนี้ หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันที่ อาจก่อให้เกิดพัฒนาไปสู่ภาวะทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น พบว่าผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตหรือภัยพิบัติต่าง ๆ มีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 22⁶ โดยเฉพาะโรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ การมีภาพความทรงจำย้อนกลับมารบกวน (intrusive thoughts/flashbacks) การหลีกเลี่ยงสิ่งเตือนความจำ (avoidance) การเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์เชิงลบ (negative alterations in cognitions and mood) และอาการตื่นตัวมากเกินไป (hyperarousal)^{7,8} โรคนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ความสัมพันธ์ และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และมักพบร่วมกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ปัญหาสุขภาพกายจากความเครียดเรื้อรัง รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการแยกตัวจากสังคม⁹

ผู้ที่ประสบความรุนแรงหรือสงครามมีอัตราการเกิด PTSD สูงกว่าประชากรทั่วไป ข้อมูลจาก WHO World Mental Health Surveys พบว่า ความชุกของ PTSD ในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 3.9 ส่วนในผู้ที่สัมผัสกับ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญพบร้อยละ 5.6¹ โดยเฉพาะในผู้สัมผัสกับความรุนแรงหรือสงครามพบสูงถึงร้อยละ 15.3² ในประเทศไทยพบความชุกของ PTSD ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สึนามิร้อยละ 6.3 - 13.0¹⁰ ส่วนในกลุ่มนักศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ขัดแย้งสูงพบความชุกร้อยละ 30.8¹¹ อย่างไรก็ตาม ทั่วโลกมีผู้ป่วย PTSD เพียงร้อยละ 50 ที่ได้รับการรักษาใด ๆ โดยเฉพาะประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางที่มีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 22.8^{1,6} ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านการรักษาที่เป็นปัญหาเร่งด่วน

การประเมินและการให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญตั้งแต่เนิ่น ๆ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันผลกระทบระยะยาว องค์การอนามัยโลกจึงได้เน้นย้ำถึงบทบาทของพยาบาลในการเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพจิตในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตให้แก่พยาบาล ซึ่งถือเป็นการลงทุนที่มีประสิทธิภาพสูงเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในการรับมือกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ^{6,10,12} ในบริบทของประเทศไทย พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในทุกระดับของการดูแล ตั้งแต่ชุมชนจนถึงห้องฉุกเฉิน อีกทั้งมีสมรรถนะและประสบการณ์ในการสังเกตและประเมินความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและละเอียดอ่อน จึงมีศักยภาพในการเป็นด่านหน้าของการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต ตั้งแต่การคัดกรองผู้มีความเสี่ยง การประเมินความรุนแรงของอาการ การให้การสนับสนุนทางจิตสังคมเบื้องต้น เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (psychological first aid: PFA)¹³ ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ¹⁴

การดูแลสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤตในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีการดำเนินงานผ่านทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ซึ่งลงพื้นที่ปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ โดยเริ่มจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามระดับผลกระทบและใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตพื้นฐาน เช่น แบบประเมิน 2Q และ 9Q สำหรับภาวะซึมเศร้า และแบบประเมิน Psychological Impact Scale for Crisis Events-10 (PISCES-10) สำหรับ

ปฏิกิริยาทางจิตใจหลังวิกฤตการณ์ ควบคู่ไปกับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น เช่น PFA และการประสานงานส่งต่อในพื้นที่ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข^{15,16} อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างสำคัญ เช่น การขาดแนวทางการคัดกรองและดูแลรักษา PTSD ที่ชัดเจนโดยเฉพาะสำหรับบริบทไทย รวมถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในด้านหน้าที่ซึ่งแม้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในทุกระดับการดูแลแต่อาจยังมีศักยภาพที่ไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ในกระบวนการฟื้นฟูระยะยาว^{11,14,17}

บทความนี้ทบทวนบทบาทและแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต ครอบคลุมการดูแลระยะฉุกเฉิน ระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟู รวมถึงวิเคราะห์ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยมุ่งเน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับสากลเข้ากับบริบทของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขไทยในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา สืบค้นเอกสารจากฐานข้อมูลวิชาการ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Scopus และ Thai Journals Online (ThaiJO) โดยใช้คำค้นหลัก ได้แก่ “traumatic events”, “post-traumatic stress disorder”, “PTSD”, “nursing role”, “mental health care”, “psychological first aid”, “trauma-informed care” และคำภาษาไทยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังสืบค้นจากคู่มือและแนวปฏิบัติของหน่วยงานระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association: APA) และองค์การบริหารด้านการใช้สารเสพติดและสุขภาพจิต (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA) ของสหรัฐอเมริกา

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ในการคัดเลือกบทความ ได้แก่ 1) เป็นบทความที่ผ่านกระบวนการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer-reviewed)

2) ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2568 (ค.ศ. 2015 - 2025) ยกเว้นกรณีที่เป็นการศึกษาปฐมฐานสากลที่ยังคงมีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน 3) มีเนื้อหามุ่งเน้นไปที่บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะในด้าน PTSD หรือการดูแลสุขภาพหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) จากองค์กรระดับชาติหรือนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ 4) เขียนด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และ 5) สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็ม (full text) ได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีเนื้อหาไม่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตหรือการพยาบาล 2) ไม่มีการแปลบทคัดย่อ (abstract) เป็นภาษาอังกฤษ หรือ 3) เป็นบทความประเภทความเห็นส่วนตัว บทบรรณาธิการ หรือบทความที่ขาดการอ้างอิงที่ชัดเจน

กระบวนการทบทวนวรรณกรรมดำเนินการโดยผู้นิพนธ์ 2 คน ร่วมกันคัดกรองเอกสารเบื้องต้นจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนดำเนินการประเมินเอกสารฉบับเต็มอย่างเป็นระบบ กรณีมีความเห็นไม่สอดคล้องกันใช้วิธีการปรึกษาหารือเพื่อหาข้อสรุป (consensus) จากนั้นประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมุ่งเน้นที่ความตรงเชิงเนื้อหา มาตรฐานการตีพิมพ์ และความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติมาตรฐานหลักขององค์กรระดับสากล เช่น WHO, APA และ SAMHSA^{6,9} การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการบรรยายเชิงพรรณนา (narrative approach) ในประเด็นบทบาทของพยาบาล 3 ระยะ แนวปฏิบัติเชิงประจักษ์ และช่องว่างขององค์ความรู้ โดยมีการนำเสนอข้อมูลผ่านตารางและแผนผัง PRISMA flow diagram¹⁸

ผล

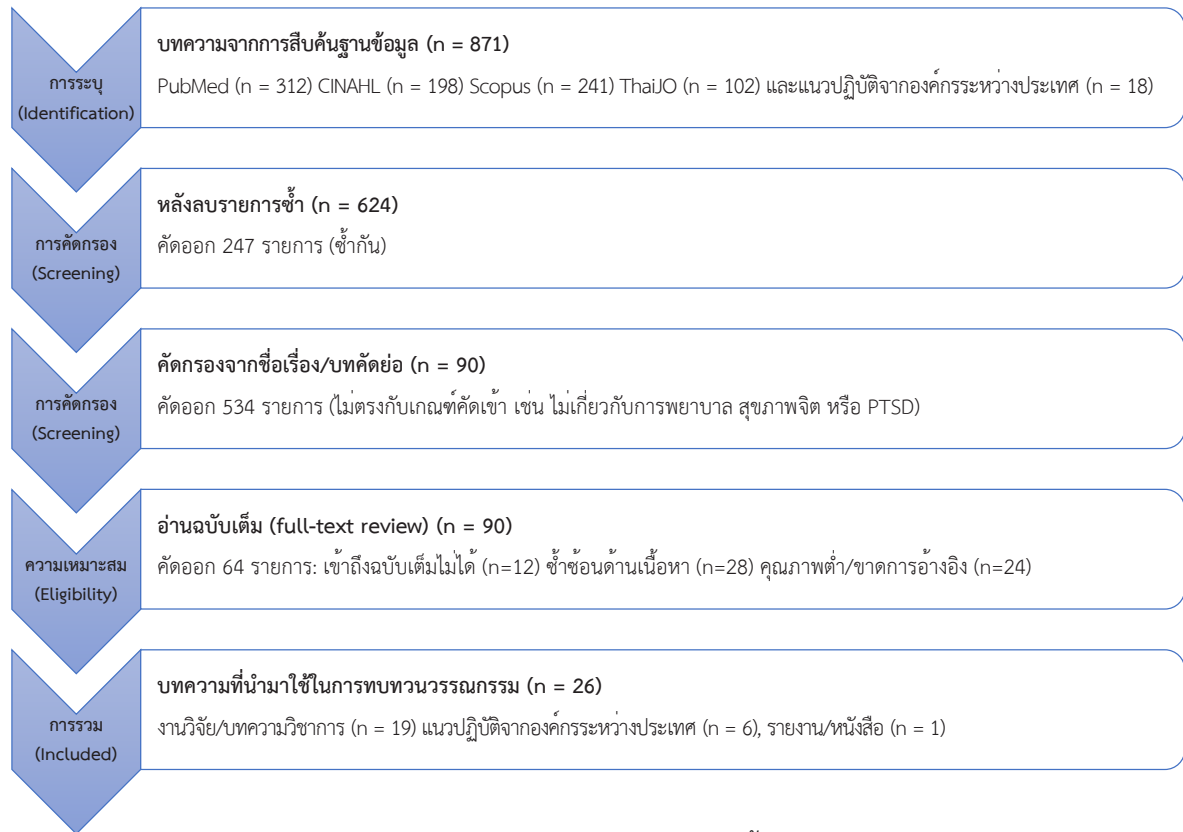
ผลการสืบค้นเบื้องต้นพบเอกสารทั้งหมด 853 รายการ จากฐานข้อมูล PubMed (n = 312), CINAHL (n = 198), Scopus (n = 241) และ ThaiJO (n = 102) เมื่อรวมแนวปฏิบัติจากองค์กรระหว่างประเทศ (WHO, APA และ SAMHSA) อีก 18 รายการ รวมเป็น 871 รายการ หลังลบรายการซ้ำ (duplicates) เหลือ 624 รายการ จากนั้นคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกที่กำหนด เหลือ 90 รายการ

ที่นำมาอ่านฉบับเต็ม (full-text review) และสุดท้ายได้เอกสารสำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 26 รายการ แบ่งเป็นเอกสารประเภทงานวิจัย/บทความวิชาการ 19 รายการ^{1,5,8,10-13,19-30} แนวปฏิบัติจากองค์กรระหว่างประเทศ 6 รายการ^{4,6,9,14,17,31} และรายงาน/หนังสือ 1 รายการ² ดังแผนภาพที่ 1

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต

ผลกระทบทางจิตใจจากเหตุการณ์วิกฤตมีความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างซับซ้อน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีผลร่วมกัน⁵ การประเมินอย่างครอบคลุมที่พิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของเหตุการณ์ ความเปราะบางพื้นฐานของแต่ละบุคคล และทรัพยากรทางสังคม จึงเป็นรากฐานสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลสุขภาพจิตสังคมเฉพาะบุคคลเพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะทางจิตเวชที่รุนแรง ขณะเดียวกัน การส่งเสริมความสามารถในการฟื้นตัว หรือ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวจากความยากลำบาก ประกอบด้วย การมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับครอบครัวและเพื่อน การมีความเชื่อหรือศาสนาที่ให้ความหมายและความหวัง และการมีกลยุทธ์การรับมือที่ดี¹⁶ ช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวของผู้ประสบเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตเพื่อนำไปสู่การฟื้นตัว^{11,19-23,26} แบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก แบ่งตามช่วงเวลาหลังประสบเหตุการณ์^{22,23,26} ดังนี้ 1) ระยะฉุกเฉิน (immediate response) ได้แก่ การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) การสร้างความไว้วางใจ การส่งต่อและประสานงาน และการดูแลตนเองและทีม 2) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ได้แก่ การติดตามอาการต่อเนื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา การประเมินและจัดการความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาเรื่องยา การประสานการดูแลและส่งต่อ และการสนับสนุนครอบครัว และ 3) ระยะฟื้นฟู (recovery phase) ได้แก่ การติดตามผลระยะยาว การส่งเสริมการบำบัดตามหลักฐาน การส่งเสริมทักษะการรับมือ การเสริมระบบสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ



แผนภาพที่ 1 แผนผัง PRISMA Flow Diagram แสดงขั้นตอนการคัดเลือกเอกสาร

และการป้องกันและจัดการภาวะกำเริบ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

แนวทางการปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์

สำหรับแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสากล องค์การระดับโลกแนะนำแนวทางที่พยาบาลและบุคลากรทั่วไปสามารถนำไปประยุกต์ใช้ แนวทางเหล่านี้เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการวางแผนและดำเนินการดูแล มักมุ่งเน้นไปที่การให้ความช่วยเหลือที่รวดเร็ว ปลอดภัย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน เพื่อลดผลกระทบระยะสั้นและป้องกันความผิดปกติทางสุขภาพจิตในระยะยาว โดยมีแนวทางปฏิบัติสำคัญ 4 แนวทาง^{9,11} ดังนี้

1. การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) ขององค์การอนามัยโลก¹⁴ สามารถใช้ได้โดยบุคลากรทั่วไปที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ เน้นการดำเนินการใน 72 ชั่วโมงแรก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าหาและประเมินความต้องการ (look) การรับฟังโดยไม่ตัดสินหรือกดดัน (listen) และการเชื่อมโยงกับบริการ (link) ซึ่งเน้นการช่วยเหลือเชิงประจักษ์และการรับฟังอย่างสงบ เมื่อผู้ประสบเหตุการณ์พร้อมโดยไม่บังคับให้เล่ารายละเอียดของเหตุการณ์ (psychological

debriefing)^{4,11,14,27} แนวทาง PFA นี้ถูกนำไปใช้ในวงกว้างทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ครอบคลุมประชากรหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น อุทกภัยและสึนามิเหยื่อของความรุนแรงและสงคราม ผู้เผชิญเหตุการณ์วิกฤตทางการแพทย์ รวมถึงกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยลดอุบัติการณ์ของ PTSD และภาวะซึมเศร้า ตลอดจนเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{9,11,14}

2. แนวทางการดูแลที่คำนึงถึงบาดแผลทางใจ (trauma-informed care: TIC) โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) และ SAMHSA⁹ มีกรอบแนวคิดเชิงระบบที่ปรับวัฒนธรรมองค์กรทั้งหมดให้ไม่สร้างบาดแผลทางใจซ้ำ มีหลักการ 6 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัย (safety) ความไว้วางใจและโปร่งใส (trustworthiness and transparency) การสนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์ร่วม

ตารางที่ 1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตผู้ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

บทบาท	การปฏิบัติ
ระยะที่ 1 ระยะฉุกเฉิน (immediate response) 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุการณ์⁹	
การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง	ประเมินระดับความรู้สึกตัว อารมณ์ ความเสี่ยงทำร้ายตนเอง และปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล โดยใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น เช่น Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) และ PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)
การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (psychological first aid: PFA)	ไม่บังคับให้เล่าเหตุการณ์ แต่ช่วยให้รู้สึกปลอดภัย สงบ เชื่อมกับความต้องการพื้นฐาน (น้ำ อาหาร ที่พัก)
การสร้างควมไว้วางใจ	รับฟังโดยไม่ตัดสิน เคารพศักดิ์ศรี ยอมรับความรู้สึกของผู้ประสบเหตุการณ์ ไม่บอกว่า “ไม่ควรรู้สึกแบบนี้”
การส่งต่อและประสานงาน	สื่อสารกับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ส่งต่อจิตแพทย์หากมีความเสี่ยงสูง บันทึกข้อมูลเพื่อความสะดวกต่อเนื่อง
การดูแลตนเองและทีม	ระวังความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) หมั่นเวียนงาน พุดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อนร่วมงาน ขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกได้รับผลกระทบ
ระยะที่ 2 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) 72 ชั่วโมงแรก - 2 สัปดาห์¹⁷	
การติดตามอาการต่อเนื่อง	ประเมินความถี่ของการรำลึกความหลัง (flashback) ฝันร้าย พฤติกรรมหลีกเลี่ยง อาการทางกาย และสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน
การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ^{1,9,14}	อธิบายว่าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเป็น “ปกติในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ” สอนเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation)
การประเมินและจัดการความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ถามตรง ๆ เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินแผนและความตั้งใจ จัดทำแผนความปลอดภัย (safety plan) ร่วมกับผู้ป่วย
การให้คำปรึกษาเรื่องยา	อธิบายวัตถุประสงค์ ผลข้างเคียง และความสำคัญของการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เช่น ยาลดความวิตกกังวล ยารักษาโรคซึมเศร้า
การประสานการดูแลและส่งต่อ	วางแผนนัดติดตาม เชื่อมกับทีมสุขภาพจิตชุมชน บริการสังคม และให้ข้อมูลสายด่วน 1323
การสนับสนุนครอบครัว	ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการ สอนการรับฟังเชิงเห็นอกเห็นใจ แนะนำไม่เร่งรัดให้ “ลืมไปเสีย”
ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟู (recovery phase) 1 - 3 เดือนขึ้นไป¹⁷	
การติดตามผลระยะยาว	ประเมินด้วย แบบประเมิน PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) แบบวัดความวิตกกังวล 7 ข้อคำถาม (General Anxiety Disorder-7: GAD-7) เป็นระยะติดตามการทำงานในชีวิตประจำวัน สังเกตสัญญาณกำเริบ
การส่งเสริมการบำบัดตามหลักฐาน	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย การบำบัดด้วยกระบวนการทางความคิด (cognitive processing therapy: CPT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นบาดแผลทางจิตใจ (TF-CBT) การบำบัดด้วยการเคลื่อนไหวของดวงตาเพื่อลดความรู้สึกไวต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญและประมวลผลข้อมูลใหม่ (eye movement desensitization and reprocessing: EMDR) ส่งเสริมให้เข้าร่วมการรักษา ติดตามผลและผลข้างเคียง
การส่งเสริมทักษะการรับมือ	สอนการจัดการความเครียด การฝึกสติ (mindfulness) การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ระบุและหลีกเลี่ยงกลไกรับมือที่ไม่ดี
การส่งเสริมระบบสนับสนุนทางสังคม	เชื่อมโยงกับกลุ่มสนับสนุน ส่งเสริมกิจกรรมชุมชน ประสานองค์กรท้องถิ่น ป้องกันการแยกตัว
การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience)	ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การมองเห็นจุดแข็ง การตั้งเป้าหมายอนาคต และการเรียนรู้จากประสบการณ์
การป้องกันและจัดการภาวะกำเริบ	ช่วยระบุสัญญาณเตือนของการกำเริบ วางแผนรับมือกับปัจจัยกระตุ้นในช่วงวันครบรอบเหตุการณ์ (anniversary reactions) จัดทำแผนฉุกเฉินพร้อมเบอร์ติดต่อ

(peer support) การร่วมมือและประสานงาน (collaboration and mutuality) การให้อำนาจ ทางเลือก และการควบคุม (empowerment, voice, and choice) และประเด็น ด้านวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ และเพศสภาพ หรือการเคารพ ความหลากหลาย (cultural, historical, and gender issues)^{9,19} แนวทาง TIC ถูกนำไปใช้ทั่วโลกในประชากร ทุกช่วงวัยที่เผชิญภาวะวิกฤต เช่น ผู้ลี้ภัยหรือเหยื่อความรุนแรง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยมีพยาบาลและ ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการหลัก ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าช่วยลดการเกิดบาดแผลทางใจซ้ำและอาการ PTSD พร้อมทั้งเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและความยืดหยุ่นทาง จิตใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ^{9,25,26,28}

3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เน้น เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (trauma-focused cognitive behavioral therapy: TF-CBT) โดยสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน (APA) และสถาบันสุขภาพและความเป็นเลิศ ด้านการดูแลแห่งชาติ (National Institute for Health and Care Excellence: NICE) ซึ่งถือเป็นมาตรฐานหลัก (gold standard) สำหรับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการ บำบัดรักษาผู้มีอาการ PTSD^{4,31} โดยใช้เทคนิคการประมวลผล ความทรงจำในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (processing memories in a safe environment) การให้ความรู้เกี่ยวกับ PTSD ทักษะการผ่อนคลาย (relaxation skills) การเผชิญ เหตุการณ์ (exposure) และการปรับความคิด (cognitive restructuring) ร่วมกัน แนวทาง TF-CBT ถูกนำไปใช้บำบัด รักษาเด็กและผู้ใหญ่ในหลายประเทศ ซึ่งมีหลักฐาน เชิงประจักษ์ว่าช่วยลดอาการ PTSD เช่น อาการสะอื้น ผวา และฝันร้าย และลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตมีทักษะการจัดการ อารมณ์และความทรงจำที่เจ็บปวด การปรับเปลี่ยนความคิด ด้านลบต่อเหตุการณ์ และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพิ่มขึ้น^{4,20,29,31}

4. โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต (Mental Health Gap Action Programme: mhGAP) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแล รักษาโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติจาก การใช้สารเสพติด (mental, neurological, and substance

use disorders: MNS) ในพื้นที่ที่มีช่องว่างในการรักษา (treatment gap) สูง^{17,30} ผ่านเครื่องมือที่เรียกว่า “คู่มือ การดูแลรักษาเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต” (mhGAP Intervention Guide: mhGAP-IG) ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) การขยายบริการให้ครอบคลุมและส่งเสริมให้มี การบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถ เข้าถึงการดูแลได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้อง รอคอยการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพียงอย่างเดียว 2) การจัดการภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ประกอบด้วย แนวทางการประเมินและจัดการภาวะที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียด ปฏิบัติการความเครียดเฉียบพลัน และอาการที่ อาจพัฒนาไปสู่ PTSD ร่วมกับการให้การบำบัดทางจิตสังคม เบื้องต้นและการพิจารณาการส่งต่อ และ 3) mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG) เป็นคู่มือฉบับย่อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ ผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงขึ้นมาโดยเฉพาะเพื่อจัดการกับ โรคกลุ่ม MNS ในบริบทของสถานการณ์ฉุกเฉินและวิกฤต ด้านมนุษยธรรม²¹ โปรแกรม mhGAP ถูกนำไปใช้ในกว่า 100 ประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง และในสถานการณ์วิกฤตด้านมนุษยธรรม เพื่อให้พยาบาล และบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญสามารถประเมินและจัดการ ปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยลด ช่องว่างในการเข้าถึงการรักษา พร้อมทั้งเพิ่มสมรรถนะในการ ดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบ^{1,2,17,21}

วิจารณ์

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมีบทบาทของสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตผู้ประสบ เหตุการณ์วิกฤตตลอดทุกระยะของการประสบเหตุการณ์ ในระยะฉุกเฉิน พยาบาลมีบทบาทในการคัดกรอง คัดแยก (triage) และระบุกลุ่มเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ เด็ก ผู้สูงอายุที่อาศัยคนเดียว และผู้ตอบสนองเหตุฉุกเฉิน คนแรก (first responders)^{13,22} สำหรับการคัดกรองอาการ PTSD นั้น แบบคัดกรอง PC-PTSD-5 มีจุดเด่นด้านความ รวดเร็วในการคัดกรองเบื้องต้นโดยพยาบาลทั่วไป ขณะที่ PCL-5 ให้รายละเอียดความรุนแรงของอาการได้ลึกกว่า แต่มีความซับซ้อนในการแปลผล ทั้งนี้ แม้เครื่องมือทั้งสองชุด

จะมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว แต่ยังมีช่องว่างสำคัญด้านความตรงเชิงวัฒนธรรม (cultural validity) เนื่องจากแบบประเมินสากลอาจไม่ครอบคลุมมิติความเชื่อทางศาสนาและระบบสนับสนุนทางสังคมเฉพาะของไทย พยาบาลจึงควรนำมาใช้ควบคู่กับการประเมินเชิงรุกที่คำนึงถึงบริบทพื้นที่เพื่อปิดช่องว่างในการระบุกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วย PTSD เข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างแม่นยำและทันท่วงที⁷

หลักฐานที่ทบทวนยืนยันว่าแนวทาง PFA, TIC, TF-CBT และ mhGAP ล้วนมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภาวะวิกฤต^{9,12,14,19} ทั้งนี้แต่ละแนวทางอาจมีความเหมาะสมและข้อจำกัดในช่วงเวลาดำเนินการ ประชากรเป้าหมาย รวมถึงการประยุกต์ใช้ในบริบทไทยที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 แนวทางที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ PFA และ mhGAP โดย PFA ได้รับการบรรจุเป็นมาตรฐานหลักสำหรับทีม MCATT ทั่วประเทศ ส่วนโปรแกรม mhGAP มีการนำมาใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถคัดกรองและให้การดูแลทางจิตสังคมเบื้องต้นได้ ซึ่งอาจช่วยให้บุคลากรมีความพร้อมในการดูแลจิตใจประชาชนเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตในพื้นที่และสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ขณะที่แนวทาง TIC และ TF-CBT เริ่มมีการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางหรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย PTSD ในหน่วยบริการบางแห่งเท่านั้น เช่น โรงพยาบาลศูนย์สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่ดูแลผู้ถูกกระทำรุนแรง โดยมีการฝึกอบรมให้แก่พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและนักจิตวิทยา เนื่องจากแนวทางเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรเชี่ยวชาญและการ

ต้องปรับวัฒนธรรมทั้งองค์กรให้สอดคล้องกับแนวทาง อีกทั้งการประยุกต์ใช้โดยพยาบาลอาจต้องอาศัยการฝึกอบรมผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อพัฒนาทักษะการคัดกรอง PTSD และการสื่อสารที่สอดคล้องกับความเชื่อและระบบสนับสนุนทางสังคมของไทย^{9,15,17,24}

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับรูปแบบการดูแลช่วยเหลือด้านวิกฤตสุขภาพจิตในบริบทวัฒนธรรมไทย^{10,11,20} โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางไกล (telehealth) และแพลตฟอร์มให้บริการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยในพื้นที่ห่างไกล²¹ การขาดเครื่องมือคัดกรองที่มีความตรงเชิงวัฒนธรรมสูง ช่องว่างในระบบส่งต่อและความต่อเนื่องของการดูแลในบริการแต่ละระดับ^{10,16} ตลอดจนช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิตของพยาบาลและบุคลากรผู้ให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะการบาดเจ็บทางจิตใจจากการรับรู้เรื่องราวของผู้อื่น (vicarious trauma) และภาวะหมดไฟ (burnout)^{5,8,12} จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและโปรแกรมการพยาบาลด้านวิกฤตสุขภาพจิตที่บูรณาการมิติทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และระบบสนับสนุนในครอบครัว โดยสามารถติดตามผู้ได้รับผลกระทบทุกกลุ่มอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดกระบวนการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ^{1,11} รวมทั้งการพัฒนาระบบสนับสนุนและดูแลจิตใจพยาบาลด้านหน้าและบุคลากรผู้ให้การช่วยเหลือในฐานะกำลังสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในสถานการณ์วิกฤต^{6,10,12}

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีข้อจำกัดสำคัญเนื่องจากเอกสารส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติระดับสากลมิใช่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวทางการประยุกต์ใช้ในแต่ละระยะและกลุ่มเป้าหมาย

แนวปฏิบัติ	วัตถุประสงค์หลัก	ระยะของเหตุการณ์วิกฤต	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย
PFA	สร้างความปลอดภัยและประคองใจเบื้องต้น	ระยะที่ 1	ผู้อยู่ในเหตุการณ์ทุกคน
TIC	ปรับสภาพแวดล้อมไม่ให้เกิดบาดแผลซ้ำ	ทุกระยะ	ผู้อยู่ในเหตุการณ์ทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง
TF-CBT	บำบัดรักษาความทรงจำที่เจ็บปวด	ระยะที่ 3	ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น PTSD
mhGAP	คัดกรองและจัดการโรคทางจิตเวช	ระยะที่ 2 และ 3	ผู้ที่มีอาการทางจิตใจชัดเจน

PFA = psychological first aid, TIC = trauma-informed care, TF-CBT = trauma-focused cognitive behavioral therapy, mhGAP = Mental Health Gap Action Programme

การประเมินประสิทธิผลเชิงทดลองโดยตรง และใช้วิธีการสังเคราะห์แบบพรรณนาแทนการทบทวนอย่างเป็นระบบผ่านกรอบ PICO อีกทั้งการสืบค้นที่จำกัดเพียงบางฐานข้อมูลและการขาดการประเมินคุณภาพหลักฐานด้วยเครื่องมือมาตรฐาน อาจทำให้เกิดอคติในการคัดเลือกและรายงานผลได้นอกจากนี้ หลักฐานส่วนใหญ่ยังมาจากต่างประเทศซึ่งอาจมีความไม่สอดคล้องบางประการกับบริบททางวัฒนธรรมและระบบสุขภาพของไทย จึงควรตีความผลการทบทวนด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบริบทของประเทศไทยเพื่อยืนยันความเหมาะสมและประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในทางปฏิบัติ

สรุป

พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในระบบสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตแบบองค์รวม โดยมีบทบาทในการเข้าถึง คัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และดูแลเยียวยาจิตผู้ประสบเหตุการณ์ในทุกระยะตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน เจ็บปวดจนถึงระยะฟื้นฟู โดยมุ่งสร้างความรู้สึกปลอดภัย เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และเชื่อมโยงผู้ได้รับผลกระทบเข้าสู่ระบบสนับสนุนที่เหมาะสม แนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ได้แก่ PFA, TIC, TF-CBT และ mhGAP ซึ่งพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนาไปสู่ PTSD อย่างไรก็ดี ยังมีความจำเป็นในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง แนวทางการดูแล และระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพและระบบสนับสนุนสำหรับพยาบาลและบุคลากรด่านหน้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในสถานการณ์วิกฤตอย่างยั่งยืน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

อาภากร เปี้ยวนั้ม : กำหนดขอบเขต สืบค้นวรรณกรรม คัดกรองเอกสาร สังเคราะห์ข้อมูลเขียนบทความ ; ศศิวัลย์ จามจำรัส : สังเคราะห์ข้อมูลเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Eckstein D, Kunzel V, Schäfer L. Global climate risk index 2021. Bonn: Germanwatch; 2021.
4. American Psychiatric Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2017 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
5. Ogińska-Bulik N, Gurowiec PJ, Michalska P, Kędra E. Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: a cross-sectional study. PLoS One. 2021;16(2):e0247596. doi:10.1371/journal.pone.0247596.
6. World Health Organization. Mental health in emergencies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787.
8. Isobel S, Thomas M. Vicarious trauma and nursing: an integrative review. Int J Ment Health Nurs. 2022;31(2):247-59. doi:10.1111/inm.12953.
9. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
10. Udomratn P. Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia. Int Rev Psychiatry. 2008;20(5):441-44. doi:10.1080/09540260802397487.
11. Pratummanee W, Sangsuwan T, Jatchavala C, Sirirak T. Facing the pandemic aftermath: exploring depression and mental health service usage among first-year university students in southern Thailand. Front Psychiatry. 2025;16:1555361. doi:10.3389/fpsy.2025.1555361.
12. Güllirmak Güler K, Uzun S, Emirza EG. Secondary traumatic stress and coping experiences in psychiatric

- nurses caring for trauma victims: a phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2025;32(2):402-13. doi:10.1111/jpm.13121.
13. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):693-7. doi:10.1164/rccm.200606-735OC.
14. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva: World Health Organization; 2011.
15. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Mental Health Service System Administration Division, Department of Mental Health. *Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT) operational manual (revised edition)* [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2024 [cited 2026 Jun 14]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/2103> (in Thai).
16. World Health Organization. *Mental health and social connection in Thailand* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>
17. World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) - version 2.0*. Geneva: World Health Organization; 2016.
18. Selçuk AA. A guide for systematic reviews: PRISMA. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2019;57(1):57-8. doi:10.5152/tao.2019.4058.
19. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, Duffee J. Trauma-informed care. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052580. doi:10.1542/peds.2021-052580.
20. Meinhausen C, Fu K, Urbina RD, Gunby T, Perez LA, Wilson PA, et al. Efficacy of interventions for posttraumatic stress disorder symptoms induced by traumatic medical events: a systematic review. *Health Psychol Rev*. 2025;19(4):820-38. doi:10.1080/17437199.2025.2526666.
21. Serpeloni F, Köbach A, Chibashimba A, Crombach A, Domen I, Arango I, et al. Addressing the burden of violence on global mental health: contributions of Narrative Exposure Therapy across different health systems. *Cad Saude Publica*. 2025;41(9):e00199124. doi:10.1590/0102-311XEN199124.
22. Delahanty DL, Nugent NR. Predicting PTSD prospectively based on prior trauma history and immediate biological responses. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1071(1):27-40. doi:10.1196/annals.1364.003.
23. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(2): 233-9. doi:10.4088/JCP.09r05072blu.
24. Padinha S, Fernandes JB, Castro C. Nursing Interventions in approaching trauma victims: scoping review. *J Clin Med*. 2025;14(9):3016. doi:10.3390/jcm14093016.
25. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, McFarlane AC, Silove D, et al. Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: a network analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(2):135-42. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3470.
26. O'Malley KA, Sullivan JL, Mills W, Driver J, Moye J. Trauma-informed care in long-term care settings: from policy to practice. *Gerontologist*. 2023;63(5):803-11. doi:10.1093/geront/gnac072.
27. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000560. doi:10.1002/14651858.CD000560.
28. Menschner C, Maul A. Key ingredients for successful trauma-informed care implementation [Internet]. Trenton (NJ): Center for Health Care Strategies; 2016 [cited 2026 Jun 14]. Available from: https://www.chcs.org/media/ATC_whitepaper_040616.pdf
29. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2017.
30. World Health Organization. *mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2026 Jun 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>
31. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic stress disorder (NICE guideline NG116)* [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 [cited 2026 Jun 14]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>