



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2569
Volume 34 Number 2 April - June 2026
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคจิตกึ่งหวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี : การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566
- ผลของโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
- ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 60 ปี
- ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต (จิตประสาธโมเดล) ในโรงพยาบาลพังงา
- บทบาทของพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต
- การปฐมพยาบาลทางใจตามแนวทางสากลสู่การประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทย : การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต
- บทเรียนการเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่ชายแดน : กรณีสถานการณ์ไทย-กัมพูชา

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อริบ ต้นอารีย์

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ต้นตรง
นพ.สุทธา สุปัญญา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์
นพ.ศุภเสก วิโรจนานา
ดร.วีร์ เมฆวิสัย

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว
ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา
พญ.ดุชนันท์ จิตศิริกุลวิทย์
พญ.เบญจพร ปัญญา
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลี
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์

บรรณาธิการต่างประเทศ

Dr.Alan Frederick Geater

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทวรรณ พงษ์พิยะ
นางสาวศรัณย์พิชญ์ อักษร
นางสาวณัฐสุดา จุลสินธนาภรณ์

นางสาวพาสณา คุณาธิวัฒน์
นางจิตติญา จันทพรหม
นางสาวณิชา บุญหนู

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)
เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 8567 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its focus and scope is a new knowledge of research and academic work in mental health and psychiatry or useful in exchanging knowledge at the national level.

Free subscription:

Free access online: Every 3 months or 4 volumes/year

Download and Submission:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health, Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8567 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th
jmht.dmh@gmail.com

Remark:

Authorization to photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. The consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Burin Suraaronsamrit, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. Retired government official
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Retired government official

Editor-in-Chief

Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Srithanya Hospital

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Bureau of Mental Health Service Administration
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Srithanya Hospital
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
Supasaek Virojanapa, M.D. Srithanya Hospital
Dr.Week Mekwilai Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D. Independent Scholar
Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University
Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University
Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Yuwaprasart Waithayopatum Child and Adolescent Psychiatric Hospital
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official
Pitakpol Boonyamalik, M.D., Ph.D. Retired government official
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

Managing Editors

Mr.Phothorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Ms.Passana Gunadhidhavana
Ms.Sarunyapich Aksorn Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Natsuda Julsintanaporn Ms.Nicha Boonnoo

Unless otherwise states, the views and opinion expressed in Journal of Mental Health of Thailand are those of authors of the papers, and do not represent those of the editorial board or the Department of Mental Health.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2569

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี : การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 สุนทรี ศรีโกสย, ชลิตพร สมใจ, พิมพิไล ใจตรง	91
ผลของโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยง ในวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี วรุฒม์ เกตุสิริ	104
ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 60 ปี โรส สิริพิพัฒน์ขจร, บุรณี กาญจนถวัลย์	114
ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต (จิตประสัสมรโมเดล) ในโรงพยาบาลพังกา ชนิกา ศฤงคารชยธวัช	125
บทความปริทัศน์	
บทบาทของพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต อาภากร เป็รัมย์, ศศิวิทย์ งามจำรัส	138
การปฐมพยาบาลทางใจตามแนวทางสากลสู่การประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทย : การทบทวน วรรณกรรมอย่างมีขอบเขต ชลชญาน์ หลวงธิดา, เทียนทอง อินตารักษ์	149
ปกิณกะ	
บทเรียนการเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่ชายแดน : กรณีสถานการณ์ไทย-กัมพูชา บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, อธิป ตันอารีย์, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ศุภกร สรรพโส, สุวิมล อินทร์เชื้อ	162
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 34 Number 2 April - June 2026

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
ORIGINAL ARTICLES	Factors associated with anxiety disorders among individuals aged 18 - 30 years: a secondary analysis of the Thai National Mental Health Survey 2023 Soontaree Srikosai, Chaleeporn Somjai, Pimpilai Jaitrong	91
	Effects of a positive behavior support (PBS)-based rehabilitation program on risk behaviors in adolescents with substance-induced psychiatric conditions at Sirindhorn hospital, Ubon Ratchathani province Warut Ketsiri	104
	The relationship between adverse childhood experiences and interpersonal problems in adulthood among individuals aged 18 - 60 years Rose Siripipatkajorn, Buranee Kanchanatawan	114
	Effects of the Jitrapassorn Model for patients with substance-induced psychiatric disorders in Phang-Nga hospital Chanika Saringcanchayathawat	125
REVIEW ARTICLE	The roles of nurses in caring for and promoting mental health among people experiencing crisis events Arpakorn Prewnim, Sasiwan Ngamjamrat	138
	International approaches to psychological first aid toward application in the Thai social context: a scoping review Chonchaya Luangthija, Thianthong Intaraksa	149
MISCELLANY	Lessons learned from proactive mental health surveillance in border areas: a case study of the Thai-Cambodian border Burin Suraaronsamrit, Athip Tanaree, Kamonluck Makklai, Supphakorn Sapphaso, Suwimon Inchu	162
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี พ.ศ. 2569 จัดขึ้นเป็นครั้งที่ 25 ภายใต้หัวข้อ “นวัตกรรมสุขภาพจิตรับมือวิกฤตการณ์โลก (Innovative Mental Health Solutions for Global Crisis)” ระหว่างวันที่ 15 - 17 กรกฎาคม 2569 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สโตนีลี คอนเวนชั่น จังหวัดนนทบุรี การประชุมมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตระหว่างนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานทั้งในและต่างประเทศ โดยเน้นการพัฒนาแนวทางและนวัตกรรมเพื่อรับมือกับวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก รายละเอียดเพิ่มเติมดูได้ที่ <https://srithanya.go.th/24aimhc/>

สำหรับวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้ ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 4 เรื่อง บทความปริทัศน์ 2 เรื่อง และปกิณกะ 1 เรื่อง มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพจิตที่หลากหลาย ได้แก่ โรควิตกกังวลในเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้น การปรับพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต การปฐมพยาบาลทางใจในบริบทไทย และการถอดบทเรียนจากการเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ซึ่งสะท้อนความก้าวหน้าขององค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าเสมอมา

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

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

วันรับ : 2 ธันวาคม 2568

วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2569

วันตอบรับ : 7 เมษายน 2569

สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด., ชลัพร สมใจ, พย.ม.,

พิมพ์ไฉ่ ใจตรง, พย.ม.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประมาณความชุกและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคจิตกักขังในผู้มีอายุ 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 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีโรคจิตกักขัง ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตกักขังกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพ พฤติกรรม และครอบครัว ด้วยการทดสอบฟิชเชอร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 314 คน พบความชุกในตลอดชีวิตของกลุ่มโรคจิตกักขังร้อยละ 4.5 และในช่วง 12 เดือนร้อยละ 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคจิตกักขังในตลอดชีวิต 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) และการมีประวัติโรคจิตกักขังทั่วไปในครอบครัว (AOR = 39.04, 95% CI = 1.74 - 877.20) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคจิตกักขังในช่วง 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 : การเกิดกลุ่มโรคจิตกักขังในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี มีความสัมพันธ์กับประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และสุขภาพจิตที่ไม่ดี

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, ผู้ใหญ่ตอนต้น, เยาวชน, ระบาดวิทยาสุขภาพจิต, โรคจิตกักขัง

ติดต่อผู้พิมพ์ : 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) ประกอบด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป (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 มักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีการเริ่มแรกในช่วงอายุ 25 - 30 ปี³

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 โดยผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมยุโรปและแอ่งโกลพบความชุกของโรควิตกกังวลร้อยละ 3.8 - 10.4 โอเชียเนียและละตินพบร้อยละ 6.2 แอฟริกาเหนือและตะวันออกกลางพบร้อยละ 4.9 แอฟริกาพบร้อยละ 4.4 ยุโรปกลางและตะวันออกพบร้อยละ 3.2 ส่วนผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมอินโดและเอเชียพบร้อยละ 2.8⁴ การศึกษาความชุกในช่วง 12 เดือนของกลุ่มโรควิตกกังวลในเยอรมนีพบว่า SAD, GAD และ SP พบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 18 - 34 ปี ขณะที่ PD พบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 35 - 49 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 50 - 64 ปี พบอัตราการเกิดโรคเหล่านี้ลดลง⁵ การรายงานความชุกกลุ่มโรควิตกกังวลชนิด GAD ในเยาวชนพบความแตกต่างระหว่างเพศและภูมิภาค เช่นเดียวกัน 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 3.1⁹ เป็นร้อยละ 3.2¹⁰ ซึ่งใช้เครื่องมือสำรวจเดียวกัน¹¹ โดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 ประเมินการว่ามีคนไทย 1.3 ล้านคนเคยมีประสบการณ์กลุ่มโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.3 เท่า¹⁰ ผลการสำรวจทั้งสองครั้งแสดงให้เห็นว่าเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้นพบมีอาการของกลุ่มโรควิตกกังวลได้บ่อย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรควิตกกังวลรบกวนความสามารถของเยาวชนในด้าน การเรียน การทำงาน และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน^{2,7} อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โดยพบว่าประมาณร้อยละ 3 ของเยาวชนที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น

โรควิตกกังวลได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเป็นความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ภายใน 2 ปีต่อมา ซึ่งเป็นอุบัติการณ์เกือบ 3 เท่าเมื่อเทียบกับเยาวชนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวล¹² นอกจากนี้การเกิดโรควิตกกังวลในเยาวชนยังมีส่วนต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ลดลงเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

การป้องกันหรือลดความเสี่ยงของโรควิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการออกแบบวิธีการจัดการปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม การศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่าการเกิดโรควิตกกังวลในเยาวชนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลากหลายด้าน ด้านบุคคล ได้แก่ เพศหญิง อายุที่มากขึ้น การอาศัยอยู่ในเขตเมือง การมีโรคเรื้อรังทางกาย อาการปวดเรื้อรัง และการใช้สารเสพติด¹⁴⁻¹⁸ 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 พบสูงสุดในเยาวชนและวัยรุ่นตอนต้น^{9,10} อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรควิตกกังวลในผู้มีอายุ 18 - 30 ปี

วิธีการ

การศึกษาค้นคว้าตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 โดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566¹⁰ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 018/2568 วันที่รับรอง 4 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจ พ.ศ. 2566 ดำเนินการในผู้มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน มีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา และหอพักประจำ สุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นแบบแบ่งชั้น 4 ชั้น (stratified four-stage probability sampling) ตามหลักการของ World Mental Health (WMH) Survey โดยมีชั้นภูมิ (stratum) ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้ ชายแดนใต้ และกรุงเทพมหานคร หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 1 คือ จังหวัด สุ่มได้ 20 จังหวัด จากชั้นภูมิข้างต้น โดยภาคเหนือประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ พะเยา ลำพูน พิชณุโลก และนครสวรรค์ ภาคกลางประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ลพบุรี ชลบุรี ราชบุรี และนครนายก ภาคตะวันออกประกอบด้วย 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 เขตแดน (enumeration areas: EAs) หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 3 คือครัวเรือน หน่วยสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 4 คือ บุคคล (สมาชิกในครัวเรือน) ทำการสุ่มเลือกครัวเรือนละ 1 คน ด้วยตารางคิช (Kish selection table) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4,800 คน ซึ่งการสำรวจ พ.ศ. 2566 ผู้ที่มีข้อมูลสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 4,160 คน (ร้อยละ 86.7)¹⁰

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

เครื่องมือ

การสำรวจ 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) ที่อิงเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวช ทั้ง ICD-10 และ DSM-IV โดย WMH-CIDI 3.0 ได้รับการพัฒนาต่อมาจาก WHO-CIDI มีความเที่ยงตรงสูง สามารถวินิจฉัยโรคในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและในตลอดชีวิต มีข้อคำถามในการประเมินความรุนแรงของโรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยง และผลที่ตามมา เครื่องมือนี้ผ่านการแปลเป็นฉบับภาษาไทยและทดสอบคุณภาพตามขั้นตอนที่ WMH Survey กำหนด¹¹ ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมให้มีความเข้าใจโครงสร้างของเครื่องมือ รวมถึงทักษะการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลอย่างเหมาะสม

ตัวแปรต้น

กำหนดจากผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตกักขังในเยาวชนหรือวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ระหว่างปี ค.ศ. 2012 - 2024¹⁴⁻²⁰ โดยตัวแปรและชุดคำถามของ WMH-CIDI 3.0 ที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้มีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย ใช้ชุดข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเขตแดนนับ (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

ใช้ข้อมูลกลุ่มโรคจิตกักขัง ประกอบด้วย GAD, PD, agoraphobia และ PTSD แบ่งเป็นชุดข้อมูลในตลอดชีวิต และชุดข้อมูลในช่วง 12 เดือน โดยผู้ที่มีโรคจิตกักขัง หมายถึง ผู้เข้าเกณฑ์โรคจิตกักขังดังกล่าวอย่างน้อย 1 ชนิด ส่วนผู้ที่ไม่โรคจิตกักขัง หมายถึง ผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์โรคจิตกักขังใด ๆ ในตลอดชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงผู้ที่อาจมีโรคจิตเวชอื่นหรือไม่มีโรคจิตเวชใด ๆ เลยก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างผู้ที่มีอาการของกลุ่มโรคจิตกักขังและผู้ที่ไม่มีอาการของกลุ่มโรคจิตกักขังด้วยการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีโรคจิตกักขังในตลอดชีวิตและในช่วง 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) พบผู้มีโรคจิตกักขังในตลอดชีวิต 14 คน (ร้อยละ 4.5) และในช่วง 12 เดือน 10 คน (ร้อยละ 3.2) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลด้านประชากรศาสตร์ระหว่างผู้ที่มีโรคจิตกักขังกับผู้ที่ไม่โรคจิตกักขังในตลอดชีวิต พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเขตที่อยู่อาศัยรายภาค โดยกลุ่มที่มีโรคจิตกักขังอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและในชายแดนใต้ มากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคจิตกักขังอาศัยอยู่ในภาคกลาง ชายแดนใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างกันในปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย (ใน/นอกเมือง) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มที่มีโรคจิตกักขังในตลอดชีวิตมีการใช้กัญชา และกระเทียมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคจิตกักขังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับสุขภาพกายโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับดีเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคือดีเยี่ยม ขณะที่ระดับสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีโรคจิตกักขังมีสุขภาพจิตโดยรวมระดับพอใช้เป็นสัดส่วนสูงสุด ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคจิตกักขังส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตโดยรวมระดับดีเป็นสัดส่วนสูงสุด ประเด็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย พบว่า กลุ่มที่มีโรคจิตกักขังมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคกระเพาะ/ลำไส้อักเสบ และ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านประชากรศาสตร์ของผู้มีอายุ 18 - 30 ปี ระหว่างกลุ่มที่มีโรควิตกกังวล และกลุ่มที่ไม่มีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต (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/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)	
ตะวันออก/เฉียงเหนือ	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

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 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 โดยมีอัตราส่วนโอกาสปรับแล้วเท่ากับ 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)	
กระเทียมหรือน้ำกระเทียม				.002
ใช้	30 (9.6)	4 (30.8)	26 (8.7)	
ไม่ใช้	283 (90.4)	9 (69.2)	274 (91.3)	
ระดับของสุขภาพกายโดยรวม				
ดีเยี่ยม	55 (17.5)	3 (21.5)	52 (17.4)	.167
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				
ดีเยี่ยม	62 (19.7)	2 (14.3)	60 (20.0)	.002
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/รูมาตติซึม				.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)	
โรคเมะเร็ง				.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 โดยการใช้กัญชาเพื่อสันหนนาการเพิ่มอัตราโอกาสการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับผลการติดตามกลุ่มวัยรุ่นออสเตรเลีย 3,239 คน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 21 ปี หลังควบคุมปัจจัยรบกวนแล้ว พบว่าผู้ที่เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปีและใช้บ่อยครั้งเมื่ออายุ 21 ปี มีแนวโน้มรายงานอาการของโรควิตกกังวลในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ และใกล้เคียงกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย

Hayatbakhsh และคณะ²¹ 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				
≤16 ปี (ไม่เกินมัธยมปลาย)	258 (82.2)	11 (78.6)	247 (82.3)	.626
>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

นำไปสู่ความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการทำงานของสมองบกพร่องและขาดความรู้สึกรักตัว²² ในทางกลับกัน การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับอุดมศึกษา พบว่า การมีอาการของโรควิตกกังวลเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การใช้กัญชา บุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าได้ตั้งแต่อายุยังน้อยมากกว่าเพื่อนในชั้นเรียนที่ไม่มีอาการวิตกกังวล²³ สะท้อนว่าผู้ที่มีอาการวิตกกังวลอาจมีแนวโน้มใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการของตนเอง (self-medication) ดังนั้น การรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องอันตรายของการใช้กัญชาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์สำหรับกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นใหญ่ตอนต้นควรได้รับการดำเนินการอย่างจริงจัง

ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า การมีอาการปวดศีรษะบ่อยและโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบมีโอกาสการมีโรควิตกกังวลในตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือนสูงกว่าผู้ไม่มีอาการหรือโรคดังกล่าว ใกล้เคียงกับการศึกษาแบบย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนใน 17 ประเทศ (n = 47,609) ที่พบว่า 9 ใน 10 ของภาวะสุขภาพกายเรื้อรังที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดที่สูงขึ้นของ GAD โดยมีอัตราส่วนโอกาส 1.3 เท่าสำหรับโรคเบาหวาน ไปจนถึง 2.5 เท่าสำหรับโรคปอดเรื้อรัง²⁴ และ

ใกล้เคียงกับการศึกษาที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจาก 42 ประเทศทั่วโลก พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีอาการคล้ายโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความบกพร่องทางการมองเห็น อาการปวดหลังเรื้อรัง และอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด 3 อันดับแรก มีอัตราส่วนโอกาส 3.69, 2.23 และ 1.97 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีอาการเรื้อรังดังกล่าว¹⁵ และการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าและ/หรือโรควิตกกังวล เมื่อติดตามไป 2 ปี พบว่า กลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะและอาการปวดท้องมีการเพิ่มระดับความรุนแรงของโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵ อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอาการปวดศีรษะและอาการเกี่ยวกับทางเดินอาหารมีความยากลำบากในการปรับตัวในชีวิตประจำวันจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งอาจเพิ่มความรุนแรงของอาการโรควิตกกังวล ในทางกลับกัน มุมมองทางจิตวิทยาของอาการปวดได้อธิบายว่า ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลมีแนวโน้มรับรู้การเจ็บปวดสูงขึ้น เนื่องจากบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับมิติความเจ็บปวดและอารมณ์มีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรป้อนกลับ (feedback loop) โดยอารมณ์หรือสภาวะการรับรู้เชิงลบหรือเชิงบวกสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเจ็บปวดได้โดยตรง²⁶

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)
การใช้สารเสพติด										
กัญชาหรือผลิตภัณฑ์ยาเพื่อสันทนาการ										
ใช่	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
ไม่ใช่	277 (92.3)	9 (69.2)	1.00		1.00		279 (91.8)	7 (77.8)	1.00	
โคเคน										
ใช่	2 (0.7)	1 (7.1)	12.42 (1.05 - 146.63)	.055	-		3 (1.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.999
ไม่ใช่	298 (99.3)	12 (92.3)	1.00				301 (99.0)	9 (100.0)	1.00	
ยาบ้า										
ใช่	16 (5.4)	1 (7.7)	1.47 (0.18 - 12.05)	.717	-		17 (5.6)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.999
ไม่ใช่	283 (94.6)	12 (92.3)	1.00				286 (94.4)	9 (100.0)	1.00	
สารระเหย										
ใช่	4 (1.3)	1 (7.7)	6.17 (0.64 - 59.45)	.116	-		5 (1.6)	0 (0.0)	0.00 (0.00 - ∞)	.999
ไม่ใช่	296 (98.7)	12 (92.3)	1.00				299 (98.4)	9 (100.0)	1.00	
กระพุ่มหรือรับประทานกระท่อม										
ใช่	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
ไม่ใช่	274 (91.3)	9 (69.2)	1.00		1.00		275 (90.5)	8 (88.9)	1.00	
ระดับของสุขภาพจิตโดยรวม										
ดีเยี่ยม										
ใช่	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
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 (10.0)	0.21 (0.02 - 2.37)	.208
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
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
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
ไม่มี	283 (94.6)	7 (53.8)	1.00		1.00		285 (94.1)	5 (55.6)	1.00	9.47 (1.28 - 70.06)
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
ไม่มี	275 (92.0)	8 (61.5)	1.00		1.00		279 (92.1)	4 (44.4)	1.00	6.88 (1.17 - 40.64)
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
ไม่มี	291 (98.3)	9 (75.0)	1.00		1.00		293 (98.3)	7 (70.0)	1.00	0.05 (0.00 - ∞)
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
ไม่มี	297 (99.7)	9 (75.0)	1.00		1.00		299 (99.3)	7 (77.8)	1.00	0.33 (0.01 - 20.32)

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

ผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพจิตไม่ดีไม่มีโอกาสการมีโรคจิตกังวลในช่วง 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพจิตดี สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาสที่พบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การเงิน การเรียน และความสัมพันธ์กับครู ครอบครัว เพื่อน และแฟน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวล ($r = .484, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงสุด ($\beta = .410, p < .001$)²⁷ อธิบายได้ว่าการมีสุขภาพจิตไม่ดีแสดงถึงการมีสถานะที่ไม่มีความสุข การขาดความตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการปรับตัวและรับมือกับความเครียดในชีวิตที่ลดลง และความบกพร่องของความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้เกิดอาการของโรคจิตกังวล ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเขตที่อยู่อาศัยรายภาคพบว่า กลุ่มที่มีโรคจิตกังวลอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและในชายแดนใต้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคจิตกังวล อาจสะท้อนอิทธิพลของบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งควรมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว ผู้มีประวัติโรคจิตกังวลในครอบครัวมีโอกาสการมีโรคจิตกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติดังกล่าว การศึกษาด้านพันธุกรรมที่ผ่านมาสนับสนุนว่าโรคจิตกังวลมีอิทธิพลถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ประมาณร้อยละ 30 โดยมีหลักฐานเกี่ยวกับยีนที่ไวต่อการเกิดโรคจิตกังวลในระบบ serotonin ได้แก่ 5-hydroxytryptamine transporter (5-HTT), 5-hydroxytryptamine receptor 1A (5-HT1A) และ monoamine oxidase A (MAOA)²⁰ ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่พบว่าการศึกษามากมารดาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการมีโรคจิตกังวล ทั้งในตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{16,17} อาจเนื่องจากระดับการศึกษาของมารดาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เกินมัธยมปลายและมีข้อมูลขาดหายร้อยละ 11.8 ($n = 37$) ซึ่งมีผลให้อำนาจการทดสอบทางสถิติลดลง รวมถึงอาจได้รับอิทธิพลจากความคลาดเคลื่อนในการนิยามย้อนหลัง (non-differential misclassification) จึงควรมีการศึกษาเพื่อสำรวจความสัมพันธ์ดังกล่าวต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางทางคลินิกด้านการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคจิตกังวล ตลอดจนการให้คำแนะนำและสุขภาพจิตศึกษา และการพัฒนารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มโรคจิตกังวลสำหรับวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาก่อนการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) ขนาดตัวอย่างที่น้อย เนื่องจากการใช้ชุดข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่ได้ออกแบบเพื่อศึกษาผู้มีอายุ 18 - 30 ปีโดยเฉพาะ จึงส่งผลต่อความแม่นยำและอำนาจในการทดสอบทางสถิติในปัจจัยบางประการ 2) ชุดข้อมูลที่ใช้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างตัวแปรได้ และ 3) การศึกษานี้ไม่ได้รายงานปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มโรคจิตกังวลจำแนกตามรายโรค ทั้งนี้เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตกังวลชนิดต่าง ๆ สำหรับการวางแผนทางการป้องกันที่เฉพาะโรคมากขึ้น

สรุป

ผู้มีอายุ 18 - 30 ปีร้อยละ 4.5 มีโรคจิตกังวลในตลอดชีวิตและร้อยละ 3.2 มีโรคจิตกังวลในช่วง 12 เดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคจิตกังวลในตลอดชีวิต ได้แก่ การใช้ัญญาเพื่อสันทนการ อาการปวดศีรษะบ่อย การเป็นโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ และประวัติโรคจิตกังวลในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคจิตกังวลในช่วง 12 เดือน ได้แก่ สุขภาพจิตโดยรวมที่ไม่ดี อาการปวดศีรษะบ่อย และโรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้อักเสบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่อนุญาตให้ใช้ชุดข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สุนทรี ศรีโกสย : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ชลพร สมใจ : ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ ; พิมพ์ไฉ่ ใจตรง : ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ

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-Gyamrah 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, Martin-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/jama.psychiatry.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)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวความคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วันรับ : 2 มกราคม 2569

วันแก้ไข : 28 มีนาคม 2569

วันตอบรับ : 8 เมษายน 2569

วรุตม์ เกตุศิริ, พ.บ.

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการรายงานพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวความคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่มารับการบำบัดและมีอาการอยู่ในระยะสงบ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 6 - 8 คน แต่ละกลุ่มได้รับโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวความคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก จำนวน 8 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมพฤติกรรมก้าวร้าว การต่อต้านการบำบัด ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การหลีกเลี่ยงสังคม และการทำร้ายตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์

ผล : ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรายงานพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 3.27$, $\text{SD} = 0.69$) หลังโปรแกรมเสร็จสิ้นทั้งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมลดลงอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{mean} = 2.07$, $\text{SD} = 0.58$; $t = 8.65$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่าคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

สรุป : โปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวความคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกมีแนวโน้มลดการรายงานพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

คำสำคัญ : การฟื้นฟูพฤติกรรม, การส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก, พฤติกรรมเสี่ยง, ภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด, วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรุตม์ เกตุศิริ; e-mail: sittisakttm@gmail.com

Original article

Effects of a positive behavior support (PBS)-based rehabilitation program on risk behaviors in adolescents with substance-induced psychiatric conditions at Sirindhorn hospital, Ubon Ratchathani province

Received : 2 January 2026

Revised : 28 March 2026

Accepted : 8 April 2026

Warut Ketsiri, M.D.

Sirindhorn Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand

Abstract

Objective: To compare risk behavior scores among adolescents with substance-induced psychiatric conditions before and after participating in a positive behavior support (PBS)-based rehabilitation program.

Methods: A one-group pretest-posttest quasi-experimental design was employed among 30 adolescents aged 13 - 18 years, diagnosed with substance-induced psychiatric conditions at Sirindhorn Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand. Participants attended a PBS-based rehabilitation program delivered in groups of 6 - 8 individuals, consisting of eight sessions over four weeks. Risk behaviors, including aggression, treatment resistance, relapse risk, social withdrawal, and self-harm, were assessed before and immediately after the program using a researcher-developed questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

Results: Before the program, the mean overall risk behavior score was at a moderate level (mean = 3.27, SD = 0.69). After the program, the mean score significantly decreased to a low level (mean = 2.07, SD = 0.58; $t = 8.65$, $p < .001$). Significant reductions were also observed across all five risk behavior domains.

Conclusion: The PBS-based rehabilitation program demonstrated potential for reducing risk behaviors among adolescents with substance-induced psychiatric conditions. Further controlled studies are warranted to confirm its effectiveness.

Keywords: adolescents, behavioral rehabilitation, positive behavior support, risk behaviors, substance-induced psychiatric conditions

Corresponding author: Warut Ketsiri; e-mail: sittisakttm@gmail.com

ความรู้เดิม : วัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และการบำบัดแบบดั้งเดิมมักมีข้อจำกัดด้านความร่วมมือและความต่อเนื่องของการรับบริการ

ความรู้ใหม่ : วัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก (PBS-based rehabilitation program) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ดำเนินการใน 4 สัปดาห์ มีคะแนนการรายงานพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมก้าวร้าว การต่อต้านการบำบัด ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การหลีกเลี่ยงสังคม และการทำร้ายตนเอง ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมนี้อาจเป็นแนวทางเสริมในการฟื้นฟูพฤติกรรมและลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในบริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอก

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคม ช่วงวัยนี้มักแสวงหาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน มีความต้องการแสดงออกถึงอิสระ และมีแนวโน้มในการตัดสินใจโดยใช้อารมณ์มากกว่าการไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล จึงกลายเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเริ่มจากความอยากรู้อยากลอง ความกดดันจากเพื่อน หรือการใช้เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาครอบครัวหรือปัญหาทางอารมณ์ การใช้สารเสพติดในช่วงวัยนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่มีหน้าที่ควบคุมการวางแผน ความจำ การยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และความสามารถในการตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนและกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว¹ ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประมาณ 2.1 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 30 เป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี² ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่ช่วงมัธยมศึกษา

สอดคล้องกับรายงานผู้รับบริการด้านจิตเวชจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ผู้ที่มีปัญหาการติดแอลกอฮอล์ ยาบ้า และสารเสพติดอื่นมีสัดส่วนสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของผู้รับบริการทั้งหมด สะท้อนว่าปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดยังเป็นภาระสำคัญของระบบบริการสุขภาพจิตทั้งในระดับประเทศและพื้นที่³

การใช้สารเสพติดมีความเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มความผิดปกติทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (substance-induced psychiatric disorders) เช่น ภาวะโรคจิตจากการใช้สารเสพติด (substance-induced psychotic disorder) ที่เกี่ยวข้องกับอาการหวาดระแวง พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ความรุนแรง และภาวะซึมเศร้าจากการใช้สารเสพติด (substance-induced depressive disorder) ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเพื่อจัดการกับอารมณ์ทางลบ⁴

ปัจจุบันการบำบัดวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือมีภาวะจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด มักใช้การรักษาตามอาการทางจิตเวชร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) และการบำบัดที่มีครอบครัวเป็นฐาน (family-based therapy: FBT) ซึ่งเป็นแนวทางที่มีหลักฐานสนับสนุนในการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด⁵ อย่างไรก็ตาม การขาดความต่อเนื่องของการบำบัดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกระบวนการรักษาแบบจิตสังคมและอาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ⁶ โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมก้าวร้าว การต่อต้านการบำบัด หรือทักษะทางสังคมไม่เพียงพอ การส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก (positive behavior support: PBS) เป็นแนวคิดที่เน้นการทำความเข้าใจหน้าที่ของพฤติกรรม การปรับสิ่งแวดล้อม การลดตัวกระตุ้น และการสอนพฤติกรรมทางเลือก โดยมีรายงานการนำ PBS ไปใช้ในบริการสุขภาพจิตและกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำลายรวมทั้งในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการหรือพฤติกรรมทำลายในบริบทการศึกษา ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมทางเลือก

ที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ PBS ยังเน้นการเสริมแรงเชิงบวก (positive reinforcement) แทนการลงโทษ ซึ่งอาจช่วยให้วัยรุ่นมีความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น^{7,8}

การศึกษานี้จึงพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิด PBS สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และทดสอบผลของโปรแกรม PBS ต่อการรายงานพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมต่อต้านการบำบัด การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การหลีกเลี่ยงสังคม และการทำร้ายตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาระบบฟื้นฟูสุขภาพจิตในวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ วัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะจิตเวชที่เป็นผลจากการใช้สารเสพติด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด test family เป็น t-tests เลือก statistical test เป็น means: difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดการทดสอบแบบสองทาง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล (d) 0.55 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 29 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) ว่ามีภาวะจิตเวชที่เป็นผลจากการใช้สารเสพติด ได้แก่ กลุ่มอาการโรคจิตหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า โดยรวมถึงการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายและแอลกอฮอล์ 2) อยู่ในระยะฟื้นฟูที่ไม่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง สามารถสื่อสารและร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ 3) ไม่ได้อยู่ระหว่างรับการทำจิตบำบัด

แบบเข้มข้นรูปแบบอื่น ยกเว้นการรักษาด้วยยาทางจิตเวชตามมาตรฐาน และ 4) บิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายลงนามแสดงความยินยอม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีโรคจิตเวชเดิมก่อนหรือเกิดร่วมกับการใช้สารเสพติด (co-occurring disorders) 2) มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือก้าวร้าวรุนแรง จนไม่สามารถควบคุมตนเองและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ 3) มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือปัญหาด้านการรู้คิดที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการทำความเข้าใจกระบวนการของโปรแกรม หรือ 4) มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก (PBS-based rehabilitation program) พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยร่วมกับนักจิตวิทยาคลินิก โดยอิงหลักการของ Horner และคณะ⁹ โปรแกรมเป็นรูปแบบกิจกรรมกลุ่มขนาดกลุ่มละ 6 - 8 คน ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดำเนินการต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) นำกิจกรรมโดยนักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีมาตรฐานเดียวกัน กิจกรรมหลักประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์ 3) การปรับความคิดและการเสริมแรงเชิงบวก และ 4) ทักษะทางสังคมและการปฏิเสธยาเสพติด (ตารางที่ 1) โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน โดยมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item-objective congruence: IOC) 0.80 - 1.00 และผ่านการทดลองใช้กับวัยรุ่นกลุ่มคล้ายคลึงกันจำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล

แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด เป็นแบบประเมินชนิดตอบด้วยตนเอง (self-report) ภายใต้การดูแลของผู้วิจัย พัฒนาโดยอ้างอิงโครงสร้างจาก Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)¹⁰ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด

ครั้งที่ (สัปดาห์ที่)	กิจกรรม (ระยะเวลา)	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม/เทคนิคที่ใช้	ผู้ดำเนินการ/สื่ออุปกรณ์/ การประเมินผล
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	การสร้างสัมพันธภาพและ ข้อตกลงกลุ่ม (90 นาที)	เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่าง ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรม สร้างความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์ ของโปรแกรม และกำหนดข้อตกลง ร่วมของกลุ่ม	แนะนำตัวผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนิน กิจกรรม ชี้แจงเป้าหมายของโปรแกรม สร้างข้อตกลงกลุ่ม สำนวความคาดหวัง และใช้การเสริมแรงเชิงบวกเมื่อ ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วม	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : ใบงานความคาดหวัง ป้ายชื่อ กระดาษฟลิปชาร์ต ประเมินผล : การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และการตอบคำถาม
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)	การรู้เท่าทันอารมณ์และ ตัวกระตุ้น (90 นาที)	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถระบุอารมณ์ ความคิด และสถานการณ์ที่กระตุ้น พฤติกรรมเสี่ยงได้	ให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ฝึกระบุตัวกระตุ้นส่วนบุคคล เช่น ความโกรธ ความเครียด ความขัดแย้ง ในครอบครัว หรือการถูกชักชวนให้ใช้ สารเสพติด ใช้เทคนิค trigger mapping และการสะท้อนคิด	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : ใบงานตัวกระตุ้น บัตรอารมณ์ ประเมินผล : ตรวจสอบใบงานและการ สะท้อนความคิดเห็นในกลุ่ม
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2)	การวิเคราะห์พฤติกรรม ด้วย ABC model (90 นาที)	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจความสัมพันธ์ ระหว่างสิ่งกระตุ้น พฤติกรรม และ ผลลัพธ์ของพฤติกรรมเสี่ยง	ฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงตาม แนวคิด ABC model (Antecedent, Behavior และ Consequence) โดย ใช้สถานการณ์จริงหรือสถานการณ์ จำลอง เช่น การทะเลาะวิวาท การไม่ร่วมมือในการบำบัด หรือการ อยากกลับไปใช้สารเสพติด	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : ใบงาน ABC model กรณี ตัวอย่าง ประเมินผล : ความถูกต้องของการ วิเคราะห์พฤติกรรมจากใบงาน
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2)	การเสริมแรงเชิงบวกและ พฤติกรรมทางเลือก (90 นาที)	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเลือก พฤติกรรมทางเลือกแทนพฤติกรรม เสี่ยง และเข้าใจการเสริมแรงเชิงบวก	อภิปรายผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยง ฝึกเลือกพฤติกรรมทางเลือกที่ปลอดภัย เช่น การขอเวลาสงบสติอารมณ์ การขอความช่วยเหลือ การออกจาก สถานการณ์เสี่ยง และการกำหนดรางวัล หรือคำชมตนเองเมื่อทำพฤติกรรมที่ เหมาะสม	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : บัตรพฤติกรรมทางเลือก ใบงาน การเสริมแรงตนเอง ประเมินผล : การนำเสนอพฤติกรรม ทางเลือกของผู้เข้าร่วม
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 3)	ทักษะการสื่อสารและ การปฏิเสธสารเสพติด (90 นาที)	เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารเชิงบวก และทักษะการปฏิเสธเมื่ออยู่ใน สถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด	ฝึกการสื่อสารแบบ assertive communication การพูดปฏิเสธ อย่างชัดเจน การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ เสี่ยง และการขอความช่วยเหลือเมื่อ ถูกเพื่อนชักชวนให้ใช้สารเสพติด	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : สถานการณ์จำลอง บทบาทสมมติ ประเมินผล : แบบสังเกตทักษะการ ปฏิเสธและการให้ feedback จากกลุ่ม
ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 3)	การจัดการความโกรธและ การป้องกันการทำร้าย ตนเอง (90 นาที)	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีทักษะในการ จัดการอารมณ์รุนแรง ลดพฤติกรรม ก้าวร้าว และลดความเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเอง	ฝึกเทคนิคหยุดคิด การหายใจผ่อนคลาย การนับถอยหลัง การออกจาก สถานการณ์เสี่ยง การขอความช่วยเหลือ จากบุคคลที่ไว้วางใจ และจัดทำแผน ความปลอดภัยส่วนบุคคลเบื้องต้น	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : ใบงานจัดการความโกรธ ใบงาน แผนความปลอดภัย ประเมินผล : การจัดทำแผนความ ปลอดภัยและการสะท้อนวิธีรับมือ ของผู้เข้าร่วม

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (ต่อ)

ครั้งที่ (สัปดาห์ที่)	กิจกรรม (ระยะเวลา)	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม/เทคนิคที่ใช้	ผู้ดำเนินการ/สื่ออุปกรณ์/ การประเมินผล
ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 4)	แผนป้องกันการกลับไป ใช้สารเสพติดซ้ำ (90 นาที)	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถวิเคราะห์ สถานการณ์เสี่ยงและวางแผน ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้	ทบทวนตัวกระตุ้นส่วนบุคคล วิเคราะห์ สถานการณ์เสี่ยงสูง วางแผนหลีกเลี่ยง หรือรับมือกับแรงชักชวน กำหนด บุคคลช่วยเหลือ และจัดทำแผนป้องกัน การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำรายบุคคล	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : ใบงาน relapse prevention plan รายชื่อแหล่งช่วยเหลือ ประเมินผล : ความครบถ้วนของแผน ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ
ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 4)	สรุปบทเรียนและแผน คงพฤติกรรมเชิงบวก (90 นาที)	เพื่อทบทวนทักษะที่ได้รับ เสริมแรง ความสำเร็จ และวางแผนคง พฤติกรรมเชิงบวกหลังจบโปรแกรม	ทบทวนบทเรียนทั้ง 7 ครั้ง ให้ผู้เข้าร่วม สะท้อนสิ่งที่เรียนรู้แลกเปลี่ยนเป้าหมาย หลังจบโปรแกรม ให้ feedback เชิงบวก และจัดทำแผนคงพฤติกรรม เชิงบวกรายบุคคล พร้อมประเมินหลัง เข้าร่วมโปรแกรม	ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวช สื่อ : ใบงานสรุปบทเรียน แบบประเมิน หลังโปรแกรม ประเมินผล : post-test และการ สะท้อนความคิดเห็นหลังจบโปรแกรม

ยาเสพติดร่วมกับกรมสุขภาพจิต¹¹ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่
1) พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางคำพูดหรือ
การกระทำที่มีลักษณะข่มขู่ โต้เถียงรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น
ทำลายสิ่งของ หรือควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ 2) พฤติกรรม
ต่อต้านการบำบัด หมายถึง การไม่ให้ความร่วมมือในการ
รักษาหรือกิจกรรมบำบัด การปฏิเสธคำแนะนำ ไม่ปฏิบัติตาม
ข้อตกลง หรือแสดงท่าทีไม่ยอมรับกระบวนการบำบัด
3) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หมายถึง
ความคิดอยากใช้สาร การเข้าใกล้สถานการณ์หรือบุคคล
ที่ชักชวนให้ใช้สาร การขาดทักษะปฏิเสธ หรือการไม่สามารถ
หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงได้ 4) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคม
หมายถึง การแยกตัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรม หลีกเลี่ยงการพูด
คุยหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากร และ
5) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง หมายถึง ความคิด คำพูด หรือ
พฤติกรรมที่มีแนวโน้มทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ รวมถึง
การพูดถึงการไม่ยอมมีชีวิตอยู่ การทำร้ายร่างกายตนเอง
หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อความปลอดภัยของตนเอง

แต่ละมิติมีข้อคำถามมิติละ 6 ข้อ รวมทั้งฉบับ 30 ข้อ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เคย,
2 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง และ 5 = บ่อยมาก
คะแนนรายมิติคำนวณจากค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทุกข้อในมิตินั้น
ส่วนคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงรวมคำนวณจากค่าเฉลี่ยของ
ข้อคำถามทั้งฉบับ คะแนนที่สูงกว่าหมายถึงมีพฤติกรรมเสี่ยง

ในระดับสูงกว่า และคะแนนที่ต่ำกว่าหมายถึงมีพฤติกรรม
เสี่ยงในระดับต่ำกว่า โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย
เป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00 - 1.80 = ต่ำมาก, 1.81 - 2.60 = ต่ำ,
2.61 - 3.40 = ปานกลาง, 3.41 - 4.20 = สูง และ
4.21 - 5.00 = สูงมาก

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.88 และหาค่าความ
เชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยนำแบบประเมิน
ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 5 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อประเมิน
ความเข้าใจของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษา และ
ระยะเวลาในการตอบแบบประเมิน จากนั้นนำข้อเสนอแนะ
มาปรับถ้อยคำให้ชัดเจนก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง นอกจากนี้
ยังมีแบบสอบถามปลายเปิด 1 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็น
และความพึงพอใจต่อโปรแกรมภายหลังการเข้าร่วม

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
ที่มีรับการติดตามอาการ (follow-up) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ปกครองและ
ผู้ป่วยวัยรุ่น

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรม
เสี่ยงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test)

3. ดำเนินการให้โปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมทางบวกแบบกลุ่มแก่กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 4) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินชุดเดิมอีกครั้ง (post-test) พร้อมแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการทดสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนนก่อนและหลังด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 คน ผลการทดสอบพบว่าผลต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงรวมและคะแนนรายมิติทั้ง 5 มิติ มีการแจกแจงไม่แตกต่างจากการแจกแจงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงใช้สถิติ paired sample t-test ในการเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 08.010) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงข้อมูลและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วนทั้ง 8 ครั้งและไม่มีผู้ถอนตัวออกจากการศึกษา (drop out) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย 15.8 ปี (SD

= 1.2) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 60.0) สารเสพติดที่ใช้หลัก คือ แอมเฟตามีนร่วมกับแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 66.7) การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นภาวะโรคจิตจากการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าจากการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 43.3)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม 3.27 (SD = 0.69) อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยรายมิติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำซึ่งอยู่ในระดับสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมลดลงเป็น 2.07 (SD = 0.58) อยู่ในระดับต่ำ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.65, p < .001$) และเมื่อพิจารณารายมิติพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 5 ด้าน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยทุกมิติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

สำหรับผลประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมจากข้อคำถามปลายเปิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนความพึงพอใจว่า โปรแกรมช่วยให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ได้เรียนรู้วิธีการปฏิเสธเพื่อนเมื่อถูกชักชวนให้ใช้สารเสพติด และรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในรูปแบบกลุ่ม

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกทันทีวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติดมีคะแนนการรายงานพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการลดลง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ($n = 30$)

พฤติกรรมเสี่ยง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD		
ก้าวร้าว	3.42	0.65	2.15	0.58	7.84	< .001
ทำร้ายตนเอง	3.20	0.71	2.04	0.60	6.52	< .001
เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ	3.60	0.68	2.30	0.64	8.11	< .001
ต่อต้านการบำบัด	2.98	0.74	1.85	0.57	7.43	< .001
หลีกเลี่ยงสังคม	3.15	0.70	2.02	0.62	6.90	< .001
พฤติกรรมเสี่ยงรวม	3.27	0.69	2.07	0.58	8.65	< .001

ของพฤติกรรมเสี่ยงสามารถอธิบายได้จากกระบวนการของโปรแกรม PBS ซึ่งเน้นการเสริมแรงเชิงบวก การสร้างทักษะทางสังคม และการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เข้าร่วมตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น^{7,12}

เมื่อพิจารณารายมิติ คณะกรรมการรายงานตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงอาจอธิบายได้จากกิจกรรมการเรียนรู้ทบทวนอารมณ์ การระบุตัวกระตุ้น และการวิเคราะห์พฤติกรรมตามแนวคิด ABC model ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์กระตุ้น ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และผลลัพธ์ที่ตามมา เมื่อผู้เข้าร่วมสามารถระบุตัวกระตุ้นของความโกรธหรือความขัดแย้งได้ชัดเจนขึ้น จึงมีโอกาสเลือกพฤติกรรมทางเลือก เช่น การออกจากสถานการณ์เสี่ยง การขอเวลาสงบสติอารมณ์ หรือการสื่อสารอย่างเหมาะสม แทนการตอบสนองด้วยความรุนแรง นอกจากนี้ การเสริมแรงเชิงบวกเมื่อผู้เข้าร่วมแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมยังช่วยเพิ่มโอกาสในการคงพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ PBS ที่มุ่งลดพฤติกรรมทำลายโดยทำความเข้าใจหน้าที่ของพฤติกรรม ปรับสิ่งแวดล้อม และสอนพฤติกรรมทางเลือกที่เหมาะสม^{7,8}

สำหรับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การลดลงของคณะกรรมการรายงานหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาจสัมพันธ์กับกิจกรรมการจัดการอารมณ์ การฝึกหยุดคิด การฝึกหายใจ ผ่อนคลาย และการจัดทำแผนความปลอดภัยส่วนบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีวิธีรับมือกับอารมณ์รุนแรงหรือความคิดทางลบโดยไม่ใช้การทำร้ายตนเองเป็นทางออก อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้รับการยอมรับ การสะท้อนประสบการณ์ และแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่มและผู้ดำเนินกิจกรรม จึงอาจช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มแนวโน้มการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสี่ยง กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการปรับพฤติกรรมและการส่งเสริมทักษะทางสังคม ซึ่งมุ่งเพิ่มพฤติกรรมทางเลือกที่ปลอดภัยและลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง^{8,12}

ในส่วนของการลดลงของคณะกรรมการรายงานตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Griffin และคณะ¹³

ที่ระบุว่าโปรแกรมเชิงพฤติกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะการปฏิเสธมีผลต่อการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากกิจกรรมการระบุตัวกระตุ้นส่วนบุคคล การฝึกทักษะการปฏิเสธสารเสพติด การซ่อมสถานการณ์จำลอง และการจัดทำแผนป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำรายบุคคล กิจกรรมเหล่านี้อาจช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถคาดการณ์สถานการณ์เสี่ยง เช่น การพบเพื่อนกลุ่มเดิม การถูกชักชวน การเผชิญความเครียด หรือการมีอารมณ์ทางลบ และเลือกวิธีตอบสนองที่เหมาะสมก่อนเกิดพฤติกรรมใช้สารซ้ำ การฝึกบทบาทสมมุติยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิเสธและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เมื่อร่วมกับการเสริมแรงเชิงบวกจากผู้ดำเนินกิจกรรมและเพื่อนร่วมกลุ่ม จึงอาจช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีแรงจูงใจในการคงพฤติกรรมปลอดภัยสารเสพติดมากขึ้น แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการของโปรแกรมป้องกันการใช้สารเสพติดที่เน้นการพัฒนาทักษะชีวิต ทักษะทางสังคม และทักษะการต้านทานแรงกดดันจากเพื่อน ซึ่งมีรายงานว่าสามารถส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในระยะยาวได้^{13,14}

เมื่อพิจารณาช่องว่างของการบำบัดเดิมที่มักมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการรักษา การคงพฤติกรรมเชิงบวก และการขาดการบำบัด โปรแกรมในการศึกษาค้างครั้งนี้ อาจช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าวได้บางส่วน เนื่องจากโปรแกรมมีโครงสร้างกิจกรรมที่ชัดเจน ดำเนินการเป็นกลุ่มย่อย และใช้ระยะเวลาไม่ยาวเกินไป นอกจากนี้ องค์ประกอบของโปรแกรม เช่น การจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย การใช้กิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และเน้นการเสริมแรงเชิงบวกมากกว่าการตำหนิหรือลงโทษ ยังส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและลดแรงต้านของวัยรุ่นต่อกระบวนการบำบัด อย่างไรก็ตาม ยังไม่ควรสรุปว่าโปรแกรมนี้นำให้อัตราความร่วมมือสูงกว่าการบำบัดรูปแบบอื่นโดยตรง เนื่องจากการศึกษาค้างครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่น เช่น MI หรือ CBT ดังนั้น ประเด็นเกี่ยวกับความร่วมมือหรือความต่อเนื่องของการบำบัดควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการออกแบบที่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษานี้แสดงถึงความเป็นไปได้ของโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิด PBS เพื่อฟื้นฟูพฤติกรรมสำหรับวัยรุ่นที่มี

ภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่ได้รับการรักษาในระยะฉุกเฉินและมีอาการทางจิตสงบพอสมควร สามารถสื่อสารเข้าใจดีในกลุ่ม และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ โดยเฉพาะผู้ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านความก้าวร้าว การต่อต้านการบำบัด การหลีกเลี่ยงสังคม การทำร้ายตนเอง หรือความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ในระดับที่สามารถดูแลในรูปแบบผู้ป่วยนอกได้ ทั้งนี้ โปรแกรมนี้อาจไม่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีภาวะก้าวร้าวเฉียบพลัน ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งควรได้รับการประเมินและดูแลตามมาตรฐานทางจิตเวชอย่างใกล้ชิดก่อน นอกจากนี้ ควรใช้โปรแกรมนี้เป็นส่วนเสริมร่วมกับการรักษามาตรฐาน เช่น การรักษาด้วยยาทางจิตเวช การให้คำปรึกษา MI และ CBT ไม่ควรใช้เป็นการบำบัดเดียวในวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติด การนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทอื่นควรคำนึงถึงความพร้อมของทรัพยากร ความรู้และทักษะของบุคลากร ทั้งในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงและการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กรณีนำไปใช้ในบริบทที่มีบุคลากรจำกัด อาจจำเป็นต้องปรับรูปแบบกิจกรรมให้กระชับขึ้น รวมถึงควรมีระบบคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระหว่างดำเนินกิจกรรม และระบบส่งต่อเมื่อพบผู้เข้าร่วมที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดสำคัญ คือ การใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้การสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างโปรแกรมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการลดลงของพฤติกรรมเสี่ยงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การรักษาด้วยยาทางจิตเวช การติดตามจากทีมรักษา การดูแลจากครอบครัว การเปลี่ยนแปลงตามเวลา หรือความคุ้นเคยกับแบบประเมินในการตอบครั้งที่สอง การประเมินผลเบื้องต้นทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมโดยไม่มี การติดตามผลในระยะกลางหรือระยะยาวทำให้ไม่สามารถยืนยันการคงอยู่ของการรายงานพฤติกรรมเสี่ยงหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียว อาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังวัยรุ่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น วัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หน่วยบริการชุมชน หรือกลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการทางจิตแตกต่างจากกลุ่ม

ตัวอย่างในการศึกษานี้ นอกจากนี้ การใช้แบบประเมินชนิดตอบด้วยตนเองอาจได้รับอิทธิพลจากความต้องการตอบให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้วิจัยหรือผู้ดูแล ส่งผลให้การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอาจต่ำกว่าความเป็นจริงบางส่วน ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบเป็นการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการรักษามาตรฐาน ติดตามผลในระยะกลางและระยะยาว และควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมและยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์

สรุป

โปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก (PBS) อาจเป็นทางเลือกในการฟื้นฟูวัยรุ่นที่มีภาวะจิตเวชจากการใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านความก้าวร้าว การต่อต้านการบำบัด การหลีกเลี่ยงสังคม การทำร้ายตนเอง หรือความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารซ้ำ ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและการติดตามผลในระยะกลางและระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความคงอยู่ของโปรแกรมต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิต โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในกระบวนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. Office of the Narcotics Control Board. National drug situation report 2022. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2022. (in Thai)
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Psychiatric service utilization report, Ubon Ratchathani Province, fiscal year 2023: Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023 [cited 2026 May 10]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/host.asp?id=34&nyear=2566>

4. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023;22(2):203-29. doi:10.1002/wps.21073.
5. Faddis MC, Squeglia LM, Valadez EA, Tomko RL, Bryant BE, Gray KM. Adolescent substance use disorder treatment: an update on evidence-based strategies. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(10):96. doi:10.1007/s11920-019-1086-0.
6. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2020;115(2):201-17. doi:10.1111/add.14793.
7. Clark LL, Lekka F, Murphy A, Perrino L, Bapir-Tardy S, Barley EA. The use of positive behaviour support plans in mental health inpatient care: a mixed methods study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;27(2):140-50. doi:10.1111/jpm.12566.
8. Beqiraj L, Denne LD, Hastings RP, Paris A. Positive behavioural support for children and young people with developmental disabilities in special education settings: a systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2022;35(3):719-35. doi:10.1111/jar.12989.
9. Horner RH, Sugai G, Smolkowski K, Eber L, Nakasato J, Todd AW, et al. A randomized, wait-list controlled effectiveness trial assessing school-wide positive behavior support in elementary schools. *J Posit Behav Interv*. 2009;11(3):133-44. doi:10.1177/1098300709332067.
10. Brener ND, Kann L, Kinchen SA, Grunbaum JA, Whalen L, Eaton D, et al. Methodology of the youth risk behavior surveillance system. *MMWR Recomm Rep*. 2004;53(RR-12):1-13.
11. Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice; Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for surveillance, screening, referral, treatment, and monitoring of drug patients with psychiatric symptoms [Internet]. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board and Department of Mental Health; 2019. (in Thai)
12. Cipriano C, Strambler MJ, Naples LH, Ha C, Kirk M, Wood M, et al. The state of evidence for social and emotional learning: a contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Dev*. 2023;94(5):1181-204. doi:10.1111/cdev.13968.
13. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Williams C. Long-term behavioral effects of a school-based prevention program on illicit drug use among young adults. *J Public Health Res*. 2023;12(1):22799036221146914. doi:10.1177/22799036221146914.
14. Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. *New Dir Youth Dev*. 2014;2014(141):57-65. doi:10.1002/yd.20086.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก กับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 60 ปี

วันรับ : 5 มีนาคม 2569
วันแก้ไข : 11 พฤษภาคม 2569
วันตอบรับ : 15 พฤษภาคม 2569

โรส สิริพิพัฒน์ขจร, วท.ม.¹, บุรณี กาญจนถวัลย์, พ.บ.²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ¹,
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) กับปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวางในผู้ใหญ่ อายุ 18 - 60 ปี เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยแบบประเมินประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ในภาพรวมและจำแนกตามกลุ่มรุ่นอายุ (Generation X, Y และ Z)

ผล : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.4 เป็นกลุ่ม Generation X ร้อยละ 40.6 Generation Y ร้อยละ 38.7 และ Generation Z ร้อยละ 20.8 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ACEs เฉลี่ย 4.11 ประสบการณ์ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การทะเลาะ/ทอดทิ้งทางจิตใจ (ร้อยละ 70.7) การทะเลาะ/ทอดทิ้งทางกาย (ร้อยละ 62.3) และการทารุณกรรมทางจิตใจ (ร้อยละ 61.3) การวิเคราะห์ภาพรวมพบว่า การทะเลาะ/ทอดทิ้งทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต ($\beta = 0.31$, $p = .004$) ส่วนการทารุณกรรมทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ($\beta = 0.26$, $p = .018$) เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มรุ่นอายุ พบว่าใน Generation X ACEs มีความสัมพันธ์กับปัญหาสัมพันธภาพหลายมิติ ได้แก่ ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ส่วนใน Generation Y และ Z พบเพียงบางมิติ ได้แก่ ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ตามลำดับ

สรุป : ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) โดยเฉพาะการทะเลาะ/ทอดทิ้งและการทารุณกรรมทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ โดยลักษณะและขอบเขตของความสัมพันธ์แตกต่างกันตามกลุ่มรุ่นอายุ (Generation) ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบระยะยาวของ ACEs ต่อการสร้างและดำรงสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก, ปัญหาสัมพันธภาพ, รุ่นอายุ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : โรส สิริพิพัฒน์ขจร ; e-mail: rsiripipat@gmail.com

Original article

The relationship between adverse childhood experiences and interpersonal problems in adulthood among individuals aged 18 - 60 years

Received : 5 March 2026

Revised : 11 May 2026

Accepted : 15 May 2026

Rose Siripipatkajorn, M.Sc.¹, Buranee Kanchanatawan, M.D.²

Master of Science, Program in Mental Health, Department of Psychiatry,

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand¹,

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand²

Abstract

Objective: To examine the association between adverse childhood experiences (ACEs) and interpersonal problems in adulthood.

Methods: A cross-sectional study was conducted among Thai adults aged 18 - 60 years. Data were collected through online questionnaires consisting of the Thai version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire and the Thai Interpersonal Questionnaire. Associations were examined using multiple linear regression analyses, both overall and stratified by generation (Generation X, Y, and Z).

Results: A total of 106 participants were included, of whom 76.4% were female, 40.6% were in Generation X, 38.7% were in Generation Y, and 20.8% were in Generation Z. The mean ACEs score was 4.11. The most frequently reported ACEs were emotional neglect (70.7%), physical neglect (62.3%) and emotional abuse (61.3%). In the overall analysis, emotional neglect was significantly associated with interpersonal disputes ($\beta = 0.31$, $p = .004$), whereas emotional abuse was significantly associated with interpersonal deficits ($\beta = 0.26$, $p = .018$). Stratified analyses showed that among Generation X participants, ACEs were associated with multiple dimensions of interpersonal problems, including grief, interpersonal disputes, and interpersonal deficits. In contrast, among Generation Y and Generation Z participants, significant associations were observed only with interpersonal disputes and interpersonal deficits, respectively.

Conclusion: ACEs, particularly emotional neglect and emotional abuse, were associated with interpersonal problems in adults. The patterns of these associations varied across generations, reflecting the long-term impact of ACEs on the development and maintenance of interpersonal relationships in adulthood.

Keywords: adverse childhood experiences, generation, interpersonal problems, interpersonal relationships

Corresponding author: Rose Siripipatkajorn; e-mail: rsiripipat@gmail.com

ความรู้เดิม : ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านอารมณ์และรูปแบบสัมพันธ์ภาพในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับผู้เลี้ยงดูซึ่งเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบริบทของประชากรไทย รวมถึงความแตกต่างระหว่างรุ่นอายุ (Generation) ยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : ในกลุ่มตัวอย่างคนไทยวัยผู้ใหญ่ การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต ขณะที่การทารุณกรรมทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพ รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับปัญหาสัมพันธ์ภาพแตกต่างกันตามรุ่นอายุ โดย Generation X พบความสัมพันธ์กับปัญหาสัมพันธ์ภาพหลายมิติ ขณะที่ Generation Y และ Generation Z พบความสัมพันธ์เฉพาะบางมิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำความเข้าใจผลกระทบของ ACEs ต่อปัญหาสัมพันธ์ภาพในวัยผู้ใหญ่ การพัฒนาแนวทางการเลี้ยงดูเพื่อสนับสนุนการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพในระยะยาว และการออกแบบบริการด้านสุขภาพจิตและการบำบัดด้านสัมพันธ์ภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างรุ่นอายุ

บทนำ

ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางกายและจิตใจในระยะยาว¹ การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของ Anda และคณะ² ที่วิเคราะห์ข้อมูลจาก ACE Study พบว่า ACEs มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ปัญหาการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมเสี่ยง และความยากลำบากด้านสัมพันธ์ภาพในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ หลักฐานทางชีววิทยาได้สนับสนุนว่า ACEs อาจส่งผลต่อพัฒนาการของระบบประสาทและจิตใจ โดยเฉพาะบริเวณ amygdala และ prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินความปลอดภัย การควบคุมอารมณ์ และการตอบสนองต่อความเครียด² ส่งผลให้บุคคลมีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ (emotional

dysregulation) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพในระยะยาว

ตามทฤษฎีความผูกพัน (attachment theory) ของ Bowlby³ ประสบการณ์ความสัมพันธ์กับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างแบบจำลองความสัมพันธ์ภายใน (internal working model) ซึ่งกำหนดรูปแบบการรับรู้ตนเองและผู้อื่นในความสัมพันธ์ หากเด็กเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ ถูกละเลย หรือเผชิญความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่รูปแบบความผูกพันที่ไม่มั่นคง (insecure attachment) ทั้งแบบ anxious attachment และ avoidant attachment ซึ่งสัมพันธ์กับความไม่ไว้วางใจผู้อื่น ความกลัวการถูกทอดทิ้ง ความยากลำบากในการสร้างความใกล้ชิดทางอารมณ์ และปัญหาการจัดการความขัดแย้งในสัมพันธ์ภาพเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่^{4,5} การศึกษาของ Colman และ Widom⁶ พบว่า ผู้ที่มีประวัติถูกทารุณกรรมหรือถูกละเลยในวัยเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสัมพันธ์ภาพใกล้ชิดและความขัดแย้งระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ขณะที่ Paradis และ Boucher⁷ รายงานว่า ACEs มีความสัมพันธ์กับรูปแบบความผูกพันที่ไม่มั่นคง ความกลัวการถูกปฏิเสธ และความยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงโรแมนติกที่มั่นคง

ทั้งนี้ สัมพันธ์ภาพในวัยผู้ใหญ่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบททางสังคมในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง “รุ่นอายุ” (Generation) ซึ่งไม่ได้สะท้อนเพียง “อายุ” แต่ยังสะท้อนประสบการณ์ร่วมของคนที่เกิดในบริบทสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เทคโนโลยี และครอบครัวในแต่ละช่วงสมัย ในบริบทของประเทศไทย Generation X เป็นกลุ่มที่เติบโตในบริบทครอบครัวและสังคมที่ยังให้ความสำคัญกับลำดับชั้น การเชื่อฟังผู้ใหญ่ และการอดทนต่อปัญหาภายในครอบครัว ขณะที่ Generation Y หรือ Millennials เติบโตในช่วงเปลี่ยนผ่านจากสังคมดั้งเดิมสู่สังคมดิจิทัล มีประสบการณ์ทั้งค่านิยมครอบครัวแบบเดิมและแรงกดดันจากการแข่งขันทางเศรษฐกิจ การทำงาน และสัมพันธ์ภาพในสังคมสมัยใหม่ ส่วน Generation Z เติบโตในยุคดิจิทัลอย่างเข้มข้น จึงมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็เผชิญความเสี่ยงจากการเปรียบเทียบตนเอง และสัมพันธ์ภาพผ่านสื่อออนไลน์⁸ ความแตกต่างดังกล่าวอาจส่งผลต่อทั้งโอกาสและลักษณะของ ACEs ที่อาจ

เปลี่ยนแปลงไปตามค่านิยมของการเลี้ยงดู และอาจส่งผลต่อประสบการณ์และการจัดการความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม การศึกษาความสัมพันธ์ของ ACEs และสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ รวมถึงความแตกต่างระหว่างรุ่นอายุในบริบทไทยยังมีจำกัด

ดังนั้น การศึกษานี้จึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ทั้งในผู้ใหญ่ทุกวัยและจำแนกตามรุ่นอายุ (Generation X, Y และ Z) เพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของประสบการณ์ทางอารมณ์ในวัยเด็กที่มีต่อปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ รวมถึงความแตกต่างตามบริบทรุ่นอายุ

วิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 0848/2025 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือคนไทยอายุ 18 - 60 ปี เนื่องจากไม่ทราบสัดส่วนประชากรที่มี ACEs อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Cochran⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 โดยกำหนดค่า $p = .05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 96 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมเป็นจำนวน 106 คน

เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยรับสมัครอาสาสมัครผ่านช่องทางออนไลน์ และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Forms ผู้เข้าร่วมทุกคนให้ความยินยอมโดยสมัครใจก่อนตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดเงื่อนไขการตั้งค่าแบบสอบถามเพื่อใช้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมเบื้องต้น หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จะไม่สามารถดำเนินการตอบแบบสอบถามในขั้นตอนถัดไปได้ นอกจากนี้แบบสอบถามออนไลน์ถูกตั้งค่าให้สามารถส่งคำตอบได้เพียง 1 ครั้งต่อบัญชีผู้ใช้งาน เพื่อลดโอกาสการตอบซ้ำ

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีสัญชาติไทย อายุ 18 - 60 ปี และเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพ 4 มิติ ได้แก่ ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ

การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยผู้ที่มีประสบการณ์ในทั้ง 4 มิติจะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษา ทั้งนี้ การคัดกรองดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีประสบการณ์ที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษา และสามารถตอบแบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะได้รับการประเมินระดับการปรับตัวและความรุนแรงของปัญหาสัมพันธภาพในแต่ละมิติเพิ่มเติมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การแบ่งรุ่นอายุ (generation) ใช้เกณฑ์ที่เกิดโดยอ้างอิงจาก Pew Research Center⁸ ได้แก่ Generation X (พ.ศ. 2508 - 2523), Generation Y (พ.ศ. 2524 - 2539) และ Generation Z (ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นไป) และกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามโครงสร้างประชากรจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566¹⁰

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศกำเนิด เพศวิถี อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และประวัติสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences Questionnaire) พัฒนาโดย Centers for Disease Control and Prevention (CDC) และ Kaiser Permanente ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ประเมินประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กก่อนอายุ 18 ปี โดยได้รับการแปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยเลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร และคณะ¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ดังนี้ ด้านการทารุณกรรม (abuse domain) 3 ข้อ ได้แก่ การทารุณกรรมทางจิตใจ การทารุณกรรมทางกาย และการทารุณกรรมทางเพศ ด้านการละเลย/ทอดทิ้ง (neglect domain) 2 ข้อ ได้แก่ การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ และการละเลย/ทอดทิ้งทางกาย และด้านปัญหาในครอบครัว (household dysfunction domain) 5 ข้อ ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว การใช้สารเสพติดในครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว การแยกทางหรือหย่าร้างของบิดามารดา และการมีสมาชิก

ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม แต่ละข้อมีคำตอบแบบ 2 ค่า หากผู้ตอบมีประสบการณ์ในข้อนั้นจะให้คะแนน 1 คะแนน และหากไม่มีประสบการณ์จะให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมคำนวณจากผลรวมของทุกข้อ มีค่าตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนจำนวน ACEs ที่มากขึ้น แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) อยู่ในระดับยอมรับได้ โดยมีค่า Cronbach's alpha ในมิติการทารุณกรรม การละเลย/ทอดทิ้ง และปัญหาในครอบครัว เท่ากับ 0.79, 0.82 และ 0.66 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินต้นฉบับมีความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยมีค่า kappa coefficient อยู่ระหว่าง 0.55 - 0.77⁴

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพิจารณาผลใน 2 ลักษณะ ได้แก่ คะแนนรวม ACEs ซึ่งใช้สะท้อนภาระของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก และการวิเคราะห์รายประสบการณ์ โดยกำหนดให้คะแนน 1 หมายถึง มีประสบการณ์ และ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีประสบการณ์

3. แบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire: Thai IPT) พัฒนาโดย Lueboonthavatchai และ Thavichachart¹² โดยอิงคู่มือการบำบัดทางจิตของ Weissman และคณะ¹³ เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ใช้ประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief) หมายถึง ความยากลำบากในการปรับตัวต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มี 4 ข้อ ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความไม่ลงรอยกับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่รักหรือสมาชิกในครอบครัว มี 5 ข้อ การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (role transitions) หมายถึง ความยากลำบากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือสถานะในชีวิต มี 3 ข้อ และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) หมายถึง ความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดทักษะในการสร้างหรือรักษาความสัมพันธ์ และข้อจำกัดในการสร้างความใกล้ชิดทางอารมณ์ มี 4 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อให้คะแนน 0 - 3 โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนระดับปัญหา

สัมพันธภาพที่มากขึ้น แปลผลคะแนนรวมรายมิติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้ดี มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขปัญหา และมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ตามช่วงคะแนนของแต่ละมิติ แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี โดยมีค่า Cronbach's alpha รายมิติเท่ากับ 0.79, 0.96, 0.96 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลทั่วไป ACEs และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วยการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยกำหนดให้คะแนนปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 มิติเป็นตัวแปรตาม คะแนน ACEs ทั้งโดยรวมและรายด้านเป็นตัวแปรอิสระ รายงานความสัมพันธ์ในรูปแบบค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (standardized beta coefficient: β) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจาก scatter plot และตรวจสอบการกระจายตัวของตัวแปรตาม (normality) จาก histogram พบว่าข้อมูลมีแนวโน้มสอดคล้องกับข้อตกลงของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในระดับที่ยอมรับได้ จึงดำเนินการตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ไม่ได้กำหนดตัวแปรร่วมอื่นเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ เนื่องจากมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่าง ACEs กับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเพื่อหลีกเลี่ยงความซับซ้อนของโมเดลเมื่อพิจารณาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรุ่นอายุ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อประเมินความสัมพันธ์และเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวต่อปัญหาสัมพันธภาพภายในสมการเดียวกัน

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.4 มีรสนิยมทางเพศแบบเพศตรงข้าม (heterosexual) ร้อยละ 74.5 อยู่ในช่วง Generation X ร้อยละ 40.6 Generation Y ร้อยละ 38.7 และ Generation Z ร้อยละ 20.8 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 34.9 เป็นพนักงานบริษัท เอกชนหรือลูกจ้างร้อยละ 27.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาทร้อยละ 34.0 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 57.6 สำหรับสุขภาพจิตในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความไม่สบายใจเล็กน้อยเป็นบางช่วงตามสถานการณ์ แต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างชัดเจนร้อยละ 35.9 ขณะที่ด้านสุขภาพกาย กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพเล็กน้อยเป็นครั้งคราวแต่ไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันร้อยละ 52.8

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ACEs เฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (SD = 2.18) โดยเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของประสบการณ์ พบว่า การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจมีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 70.7) รองลงมา ได้แก่ การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย (ร้อยละ 62.3) และการทารุณกรรมทางจิตใจ (ร้อยละ 61.3) ขณะที่ประสบการณ์ที่มีความชุกต่ำที่สุด คือ การมีสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม (ร้อยละ 7.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ทั้ง 4 มิติ โดยพิจารณาจากสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวระดับมาก พบว่า มิติที่มีสัดส่วนสูงที่สุด คือ อารมณ์เศร้าโศกจากการ

สูญเสีย (ร้อยละ 47.2) รองลงมา ได้แก่ ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (ร้อยละ 36.0) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (ร้อยละ 15.1) และการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (ร้อยละ 9.4) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ในภาพรวม พบว่า การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.31, p = .004$) และการทารุณกรรมทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ($\beta = 0.26, p = .018$) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ACEs กับมิติความเศร้าโศกจากการสูญเสียและการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม

เมื่อจำแนกตามรุ่นอายุ พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs และปัญหาสัมพันธภาพมีความแตกต่างกันในแต่ละ Generation โดยในกลุ่ม Generation X พบความสัมพันธ์ระหว่างการละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ระหว่างความรุนแรงในครอบครัวกับความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต และระหว่างการทารุณกรรมทางจิตใจกับความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ในกลุ่ม Generation Y พบความสัมพันธ์ระหว่างการละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจกับความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต ส่วนในกลุ่ม Generation Z พบความสัมพันธ์ระหว่างการละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจและการมีสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมกับความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ACEs	จำนวน (ร้อยละ)
mean (SD); min - max	4.11 (2.18); 0 - 9
การทารุณกรรมทางจิตใจ	65 (61.3)
การทารุณกรรมทางกาย	51 (48.1)
การทารุณกรรมทางเพศ	40 (37.7)
การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ	75 (70.7)
การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย	66 (62.3)
ความรุนแรงในครอบครัว	31 (29.2)
การใช้สารเสพติดในครอบครัว	26 (24.5)
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	39 (36.8)
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว	35 (33.0)
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร	8 (7.5)

ตารางที่ 2 ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน (n = 106)

	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (0 - 12 คะแนน)		6.74 $\pm$ 2.76
ไม่มีปัญหาในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา (0 - 3 คะแนน)	11 (10.3)	2.00 $\pm$ 1.10
มีปัญหา (4 - 6 คะแนน)	45 (42.5)	5.31 $\pm$ 0.76
มีปัญหาหนัก (7 - 12 คะแนน)	50 (47.2)	9.06 $\pm$ 1.79
ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (0 - 15 คะแนน)		9.27 $\pm$ 3.18
ไม่มีปัญหาในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา (0 - 5 คะแนน)	11 (10.2)	2.73 $\pm$ 1.9
มีปัญหา (6 - 10 คะแนน)	57 (53.8)	8.49 $\pm$ 1.26
มีปัญหาหนัก (11 - 15 คะแนน)	38 (36.0)	12.34 $\pm$ 1.38
การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (0 - 9 คะแนน)		3.33 $\pm$ 2.16
ไม่มีปัญหาในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา (0 - 3 คะแนน)	62 (58.5)	1.85 $\pm$ 1.24
มีปัญหา (4 - 6 คะแนน)	34 (32.1)	4.88 $\pm$ 0.91
มีปัญหาหนัก (7 - 9 คะแนน)	10 (9.4)	7.20 $\pm$ 0.63
ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (0 - 12 คะแนน)		5.26 $\pm$ 2.27
ไม่มีปัญหาในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา (0 - 3 คะแนน)	24 (22.6)	2.46 $\pm$ 0.98
มีปัญหา (4 - 7 คะแนน)	66 (62.3)	5.35 $\pm$ 1.09
มีปัญหาหนัก (8 - 12 คะแนน)	16 (15.1)	9.13 $\pm$ 1.02

ACEs = adverse childhood experiences; SD = standard deviation

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ multiple linear regression ระหว่างประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) กับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (n = 106)

ACEs	ความเศร้าโศก จากการสูญเสีย		ความขัดแย้ง กับบุคคลสำคัญ		การเปลี่ยนผ่าน บทบาททางสังคม		ความบกพร่อง ทางสัมพันธภาพ	
	β	p-value	β	p-value	β	p-value	β	p-value
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 106)								
การทารุณกรรมทางจิตใจ	0.18	.084	0.21	.051	0.09	.374	0.26	.018
การทารุณกรรมทางกาย	0.11	.302	0.15	.168	0.07	.498	0.10	.331
การทารุณกรรมทางเพศ	0.09	.391	0.13	.214	0.04	.702	0.16	.127
การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ	0.19	.071	0.31	.004	0.08	.431	0.17	.098
การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย	0.12	.261	0.14	.187	0.11	.294	0.15	.156
ความรุนแรงในครอบครัว	0.10	.348	0.12	.249	0.06	.553	0.13	.219
การใช้สารเสพติดในครอบครัว	0.07	.491	0.09	.381	0.05	.617	0.08	.446
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	0.14	.183	0.17	.102	0.10	.337	0.18	.087
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว	0.13	.226	0.16	.118	0.07	.501	0.14	.173
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร	0.05	.644	0.06	.591	0.03	.781	0.04	.709
Generation X (n = 43)								
การทารุณกรรมทางจิตใจ	-0.17	.436	-0.06	.784	-0.11	.646	0.47	.019
การทารุณกรรมทางกาย	-0.16	.448	-0.11	.599	-0.07	.743	-0.15	.420
การทารุณกรรมทางเพศ	0.08	.636	-0.02	.888	-0.20	.278	-0.17	.267
การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ	0.43	.050	0.01	.969	0.03	.881	-0.02	.927
การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย	-0.07	.727	-0.10	.616	-0.03	.880	-0.16	.367
ความรุนแรงในครอบครัว	0.12	.570	0.46	.030	0.04	.813	0.35	.062
การใช้สารเสพติดในครอบครัว	0.17	.347	-0.16	.366	0.04	.830	0.04	.782
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	-0.02	.925	-0.14	.426	0.20	.311	0.11	.481
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว	-0.17	.345	-0.07	.708	-0.13	.499	-0.28	.082
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร	0.10	.582	0.21	.227	0.01	.972	0.10	.543

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ multiple linear regression ระหว่างประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) กับ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (n = 106) (ต่อ)

ACEs	ความเศร้าโศก จากการสูญเสีย		ความขัดแย้ง กับบุคคลสำคัญ		การเปลี่ยนผ่าน บทบาททางสังคม		ความบกพร่อง ทางสัมพันธภาพ	
	β	p-value	β	p-value	β	p-value	β	p-value
Generation Y (n = 41)								
การทารุณกรรมทางจิตใจ	-0.32	.172	-0.23	.285	-0.21	.359	-0.13	.619
การทารุณกรรมทางกาย	0.39	.131	0.05	.833	0.13	.602	0.05	.867
การทารุณกรรมทางเพศ	0.22	.206	-0.11	.505	-0.19	.263	0.03	.878
การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ	0.21	.263	0.65	.001	-0.04	.843	0.22	.288
การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย	0.02	.920	-0.03	.869	0.19	.386	-0.02	.944
ความรุนแรงในครอบครัว	-0.15	.478	-0.15	.796	-0.26	.234	-0.21	.372
การใช้สารเสพติดในครอบครัว	-0.39	.059	-0.09	.628	-0.03	.876	-0.11	.631
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	-0.04	.829	-0.04	.788	0.05	.755	0.06	.763
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว	0.17	.364	-0.05	.766	0.33	.086	-0.01	.974
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Generation Z (n = 22)								
การทารุณกรรมทางจิตใจ	0.35	.317	0.21	.347	-0.13	.65	0.27	.219
การทารุณกรรมทางกาย	-0.36	.339	-0.16	.497	-0.56	.107	-0.20	.399
การทารุณกรรมทางเพศ	0.11	.688	-0.25	.184	-0.23	.356	-0.24	.192
การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ	-0.05	.899	0.43	.119	0.30	.412	0.62	.033
การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย	0.38	.369	0.33	.231	0.15	.695	0.10	.704
ความรุนแรงในครอบครัว	0.49	.245	0.20	.454	0.71	.067	-0.25	.345
การใช้สารเสพติดในครอบครัว	0.05	.895	-0.33	.212	-0.42	.240	-0.20	.437
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	-0.21	.583	-0.17	.476	0.14	.670	0.26	.282
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว	-0.30	.405	0.00	.994	-0.47	.145	-0.26	.254
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร	0.13	.744	0.22	.378	0.25	.476	0.54	.049

β = standardized regression coefficient จาก multiple linear regression; ACEs = adverse childhood experiences

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุกของ ACEs ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะด้านการละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจ (ร้อยละ 70.7) การละเลย/ทอดทิ้งทางกาย (ร้อยละ 62.3) และการทารุณกรรมทางจิตใจ (ร้อยละ 61.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทประเทศไทยที่รายงานไว้ ร้อยละ 85.1 ของนิสิตระดับอุดมศึกษาเคยมี ACEs อย่างน้อย 1 ประเภท¹⁴ แม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะไม่ได้รายงานคะแนน ACEs เฉลี่ย แต่สัดส่วนที่สูงสะท้อนว่า ACEs เป็นสิ่งที่พบได้อย่างแพร่หลายในประชากรไทย และมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมาก ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนน ACEs เฉลี่ย 4.11 คะแนน ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งเคยเผชิญประสบการณ์ไม่พึงประสงค์หลายรูปแบบในวัยเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบว่า การละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต และการทารุณกรรมทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paradis และ Boucher⁷ ที่พบว่าประวัติการถูกทารุณกรรมในวัยเด็กสัมพันธ์กับปัญหาความสัมพันธ์ในคู่รักวัยผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Colman และ Widom⁶ ที่พบว่าผู้ที่มิประวัติถูกทารุณกรรมหรือถูกละเลยในวัยเด็กมีความเสี่ยงต่อปัญหาความสัมพันธ์ใกล้ชิดในวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้ การศึกษาของ Berzenski¹⁵ อธิบายว่าการละเลยทอดทิ้งทางจิตใจและความรุนแรงทางอารมณ์มีผลต่อปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคมผ่านกลไกการควบคุมอารมณ์ที่แตกต่างกัน โดยการละเลยทอดทิ้งทางจิตใจเกี่ยวข้องกับความต้องการล่าบากในการตระหนักรู้

และทำความเข้าใจอารมณ์ของตนเอง กล่าวคือ เด็กที่ขาดการตอบสนองทางอารมณ์จากผู้เลี้ยงดูอาจไม่ได้เรียนรู้การรับรู้ แปลความ และสื่อสารความต้องการทางอารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองดังกล่าวอาจแสดงออกเป็นความไวต่อการถูกละเลย ความคาดหวังสูงต่อบุคคลใกล้ชิด หรือการสื่อสารความต้องการในรูปแบบอ้อมหรือรุนแรง จึงเพิ่มโอกาสเกิดความขัดแย้งกับคู่รัก สมาชิกครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ โดยเฉพาะในบริบทสังคมไทย ที่มีค่านิยมเรื่องการเชื่อฟังผู้ใหญ่ การรักษาความกลมเกลียว และการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งในครอบครัว อาจทำให้การละเลยทางอารมณ์ไม่ได้ถูกรับรู้หรือสื่อสารออกมาตั้งแต่วัยเด็ก แต่สะสมเป็นแบบแผนความสัมพันธ์ที่ยากต่อการแสดงความต้องการและการจัดการความขัดแย้งในวัยผู้ใหญ่¹⁶ ขณะที่ความรุนแรงทางอารมณ์เกี่ยวข้องกับปัญหาการตอบสนองทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ในความสัมพันธ์ กล่าวคือ การถูกตำหนิ ถูกดูถูก ข่มขู่ หรือทำให้หวาดกลัวซ้ำ ๆ ในวัยเด็ก อาจหล่อหลอมให้บุคคลมีมุมมองต่อตนเองในเชิงลบ รู้สึกไม่ปลอดภัยในความใกล้ชิด และคาดการณ์ว่าความสัมพันธ์จะนำไปสู่การถูกทำร้าย หรือถูกปฏิเสธ ส่งผลให้หลีกเลี่ยงความใกล้ชิดทางอารมณ์ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น หรือขาดทักษะในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระยะยาว และแสดงออกในรูปแบบความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน เย็นชา หรือมีการควบคุมผู้อื่น¹⁷

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ACEs กับมิติความเศร้าโศกจากการสูญเสียและการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม อาจสะท้อนว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากปัจจัยในปัจจุบันมากกว่าประสบการณ์วัยเด็กโดยตรง โดยการเผชิญความสูญเสียสัมพันธ์กับลักษณะของเหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการเผชิญปัญหา และความยืดหยุ่นทางใจ¹⁸ ขณะที่การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัวต่อบริบทชีวิตและทรัพยากรส่วนบุคคล ตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมองว่าการเศร้าโศกจากการสูญเสียและการเปลี่ยนบทบาททางสังคม เชื่อมโยงกับเหตุการณ์และความสัมพันธ์ในปัจจุบันเป็นสำคัญ¹³ อีกทั้งยังอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านเครื่องมือวัดความเศร้าโศกจากความสูญเสียและการเปลี่ยนบทบาททางสังคมที่เน้น

เหตุการณ์ชีวิตและการปรับตัวในปัจจุบัน ส่งผลให้ไม่สามารถสะท้อนอิทธิพลเชิงระยะยาวจากประสบการณ์ในวัยเด็กได้อย่างครบถ้วน ทำให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวถูกลดทอนลง

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการทำธุรกรรมทางกายกับปัญหาสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการทำร้ายร่างกายในวัยเด็กกับปัญหาสุขภาพจิตและความยากลำบากด้านความสัมพันธ์ในวัยผู้ใหญ่^{2,19,20} ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากลักษณะของแบบประเมิน ACEs ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นการประเมินย้อนหลังและวัดเพียงการมีหรือไม่มีประสบการณ์ โดยไม่ได้ประเมินความรุนแรง ความถี่หรือบริบทของเหตุการณ์ ทำให้ผลกระทบระยะยาวของการทำธุรกรรมทางกายอาจไม่ถูกจำแนกได้ชัดเจน¹¹ นอกจากนี้ อาจเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย เนื่องจากการลงโทษทางกายเคยถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการอบรมเลี้ยงดูมากกว่าการทำธุรกรรมเด็ก กลุ่มตัวอย่างบางส่วนจึงอาจตีความประสบการณ์ดังกล่าวว่าเป็นการสั่งสอน และไม่เชื่อมโยงกับปัญหาสัมพันธภาพในภายหลัง อีกทั้งค่านิยมเรื่องความกตัญญูและความเคารพผู้ใหญ่อาจมีผลต่อการรับรู้ผลกระทบของเหตุการณ์ดังกล่าว^{16,21} อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้เครื่องมือที่สามารถประเมินความรุนแรงและบริบทของการทำธุรกรรมทางกายที่ละเอียดมากขึ้นเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว

เมื่อจำแนกตามรุ่นอายุ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับปัญหาสัมพันธภาพมีรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละ Generation ซึ่งอาจสะท้อนว่า ACEs ไม่ได้ส่งผลต่อสัมพันธภาพในวัยผู้ใหญ่ในลักษณะเดียวกันทุกรุ่นอายุแต่ได้รับอิทธิพลจากภารกิจพัฒนาการและบริบททางสังคมที่แตกต่างตามทฤษฎีช่วงชีวิต (life course theory) ซึ่งเสนอว่าผลกระทบของประสบการณ์ในวัยเด็กอาจแสดงออกแตกต่างกันตามช่วงชีวิตและบริบททางสังคม¹ กลุ่ม Generation X พบผลกระทบต่อความสัมพันธ์หลายมิติมากที่สุด ทั้งความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ อาจเนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงตอนปลายมักกำลังเผชิญภาระครอบครัว ความรับผิดชอบทางเศรษฐกิจ และ

การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มอายุน้อย ขณะที่ Generation Y พบผลกระทบต่อความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต อาจเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Erikson ที่มองว่าการกิจสำคัญของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือการสร้างความผูกพันที่มั่นคง²² ส่วน Generation Z พบผลกระทบในมิติความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ซึ่งอาจสะท้อนความยากลำบากในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ในช่วงวัยที่กำลังพัฒนาตัวตนและเครือข่ายทางสังคม¹⁸

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของ ACEs โดยเฉพาะการละเลย/ทอดทิ้งและการทารุณกรรมทางจิตใจที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ในหลากหลายมิติ การวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามรุ่นอายุยังชี้ให้เห็นว่าผลดังกล่าวอาจขึ้นอยู่กับช่วงวัยและบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละช่วงสมัย ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพจิตควรพิจารณาประเมินประวัติ ACEs โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านอารมณ์ในผู้ที่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนมีการวางแผนการดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างในช่วงวัยหรือรุ่นอายุ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การศึกษาแบบตัดขวางซึ่งไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้ นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลจากการรายงานตนเอง (self-report) อาจเกิดอคติจากการระลึกย้อนหลัง (recall bias) เนื่องจากผู้เข้าร่วมต้องย้อนนึกถึงเหตุการณ์ในวัยเด็กที่อาจถูกลืมหรือได้รับอิทธิพลจากสภาวะทางอารมณ์ในปัจจุบัน ส่งผลให้มีการรายงานต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริงได้ การเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ที่เข้าถึงเทคโนโลยีได้จำกัด อีกทั้งการวิเคราะห์แยกตามรุ่นอายุทำให้จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มลดลง โดยเฉพาะในกลุ่ม Generation Z ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ และทำให้ไม่สามารถตรวจพบความสัมพันธ์บางประการได้ การศึกษาในอนาคตควรใช้การติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่าง ACEs กับปัญหาสุขภาพ รวมทั้งศึกษาบทบาทของปัจจัยครอบครัวและสังคมในฐานะปัจจัยปกป้องหรือปัจจัยส่งเสริม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแนวทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก โดยเฉพาะด้านการละเลย/ทอดทิ้งทางจิตใจและการทารุณกรรมทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ในหลากหลายมิติ โดยรูปแบบความสัมพันธ์มีความแตกต่างกันในแต่ละรุ่นอายุ ผลการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของประสบการณ์ทางอารมณ์ในวัยเด็กต่อสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ควรตีความผลลัพธ์ภายใต้ข้อจำกัดของการศึกษาแบบภาคตัดขวางและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์และบุคลากรภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

โรส สิริพิพัฒน์ขจร : ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ ; บุณิ กาญจนถวัลย์ : กำกับดูแลการวิจัย ออกแบบการวิจัย ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Elder GH, Johnson MK, Crosnoe R. The emergence and development of life course theory. In: Mortimer JT, Shanahan MJ, editors. Handbook of the life course. New York: Springer; 2003. p. 3-19.
2. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256(3):174-86. doi:10.1007/s00406-005-0624-4.
3. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.
4. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse

- childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8.
5. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press; 2007.
6. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse Negl.* 2004;28(11):1133-51.
7. Paradis A, Boucher S. Child maltreatment history and interpersonal problems in adult couple relationships. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2010;19(2):138-58. doi:10.1080/10926770903539433.
8. Dimock M. Defining generations: where millennials end and generation Z begins [Internet]. Washington DC: Pew Research Center; 2019 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins/>.
9. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
10. National Statistical Office. Population and housing statistics 2023. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2023. (in Thai).
11. 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. (in Thai).
12. Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. Universality of interpersonal psychotherapy (IPT) problem areas in Thai depressed patients. *BMC Psychiatry.* 2010;10:87. doi:10.1186/1471-244X-10-87.
13. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
14. Jiamwijitkul P. Romantic relationship quality, adverse childhood experiences, and the association between romantic relationship quality and mental health of undergraduate students at Chulalongkorn University [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023. (in Thai)
15. Berzenski SR. Distinct emotion regulation skills explain psychopathology and problems in social relationships following childhood emotional abuse and neglect. *Dev Psychopathol.* 2019;31(2):483-96. doi:10.1017/S0954579418000020.
16. Junla D, Yotanyamaneewong S. Cultural values, parenting and child adjustment in Thailand. *Int J Psychol.* 2024;59(4):559-67. doi:10.1002/ijop.13111.
17. Christ C, de Waal MM, Dekker JJM, van Kuijk I, van Schaik DJF, Kikkert MJ, et al. Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One.* 2019;14(2):e0211882. doi:10.1371/journal.pone.0211882.
18. Arnett JJ. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55(5):469-80.
19. Palmier-Claus J, Golby R, Stokes LJ, Saville CWN, Velemis K, Varese F, et al. The relationship between childhood adversity and affective instability across psychiatric disorders: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2025;151(1):33-45. doi:10.1111/acps.13745.
20. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use. *Pediatrics.* 2003;111(3):564-72. doi:10.1542/peds.111.3.564.
21. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310-57.
22. Erikson EH. Identity: youth and crisis. New York: W.W. Norton; 1968.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต (จิตประสาธน์โมเดล)
ในโรงพยาบาลพังกา

วันรับ : 27 มีนาคม 2569

วันแก้ไข : 20 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ : 26 พฤษภาคม 2569

ชนิกา ศฤงคารชยธวัช, พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพังกา จังหวัดพังกา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตรูปแบบใหม่ (จิตประสาธน์โมเดล) เปรียบเทียบกับการดูแลรูปแบบเดิม

วิธีการ : การศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพังกา แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะบริการ 2 ช่วง ได้แก่ การดูแลรูปแบบเดิมที่ดำเนินการทั้งหมดในโรงพยาบาล และจิตประสาธน์โมเดลที่เน้นกิจกรรมการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ/วิกฤต ระยะฟื้นฟูในมิถุนารักษ์ และระยะติดตามแบบผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลการมารับการรักษาตามนัดในระยะ 6 เดือน ผลตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะและคะแนนภาระการดูแลจากแบบประเมิน Zarit Burden Interview วิเคราะห์ข้อมูลด้วย chi-square test, Fisher's exact test และ Wilcoxon signed-rank test

ผล : กลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดล ($n = 23$) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ($n = 22$) มีลักษณะทั่วไป การใช้สารเสพติด และประวัติการรักษาก่อนมารับบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับการบริการพบว่า กลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดลมีอัตราการมาตามนัดที่ระยะ 6 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดลมีคะแนนภาระการดูแลที่การติดตาม 1 สัปดาห์ลดลงจากแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.02, p < .001$) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีคะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีอัตราผลตรวจสอบสารเสพติดเป็นลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : จิตประสาธน์โมเดลมีแนวโน้มช่วยเพิ่มอัตราคงอยู่ในระบบการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและลดภาระการดูแลของผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรูปแบบเดิม

คำสำคัญ : การดูแลแบบองค์รวม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ความต่อเนื่องของการรักษา, ภาระผู้ดูแล, อาการทางจิตจากสารเสพติด

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชนิกา ศฤงคารชยธวัช ; email: chanikajaa@hotmail.com

Review article

Effects of the Jitrapassorn Model for patients with substance-induced psychiatric disorders in Phang-Nga hospital

Received : 27 March 2026

Revised : 20 May 2026

Accepted : 26 May 2026

Chanika Saringanchayathawat, M.D.

Psychiatry and Substance Abuse Unit, Phang-Nga Hospital,
Phang-Nga Province, Thailand

Abstract

Objective: To examine the effects of the newly developed care model for substance-induced psychiatric disorders (Jitrapassorn Model) compared with the conventional care model.

Methods: A retrospective study was conducted among patients with substance-induced psychiatric disorders admitted to the psychiatric ward at Phang Nga Hospital. Patients were divided into two groups based on the service period: 1) the conventional care, in which all treatment was provided within the hospital, and 2) the Jitrapassorn Model, which emphasizes holistic care activities and family participation. The Jitrapassorn Model consists of three phases: the admission/crisis phase, the rehabilitation phase in the Mini Thanyarak Center, and the outpatient follow-up phase. Outcomes included adherence to scheduled follow-up visits over a 6-month period, urine drug screening results, and caregiver burden using the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using chi-square test, Fisher's exact test, and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The Jitrapassorn Model group ($n = 23$) and the conventional care group ($n = 22$) were not significantly different in baseline characteristics, substance use patterns, or treatment history prior to receiving services. After the services, the Jitrapassorn Model group demonstrated a significantly higher rate of attendance at the 6-month follow-up than the conventional care group. The Jitrapassorn Model group also showed a statistically significant reduction in caregiver burden scores at 1-week follow-up ($Z = -4.02$, $p < .001$), whereas the conventional care group showed a non-significant reduction. However, there was no statistically significant difference between the two groups in the rate of negative urine drug screening results.

Conclusion: The Jitrapassorn Model showed potential to improve retention in the treatment system among patients with substance-induced psychiatric disorders and reduce caregiver burden compared with the conventional care model.

Keywords: caregiver burden, continuity of care, family participation, holistic care, substance-induced psychiatric symptoms

Corresponding author: Chanika Saringanchayathawat; email: chanikajaa@hotmail.com

ความรู้เดิม : การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในโรงพยาบาลทั่วไปมักเน้นการรักษาระยะวิกฤตและการติดตามแบบผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยยังขาดความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการเชื่อมต่อกับระบบฟื้นฟูในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่มาตามนัด กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเพิ่มภาระต่อผู้ดูแล

ความรู้ใหม่ : จิตประสัสมโนเดล ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่บูรณาการการดูแลโดยสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและมินิธัญญารักษ์ สามารถเพิ่มอัตราการมาตามนัดและลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการดูแลรูปแบบเดิม อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำระหว่างสองกลุ่ม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นรูปแบบทางเลือกในระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามรักษาและลดภาระของผู้ดูแล ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายและขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ทั่วโลกมีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 316 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6 ของประชากรอายุ 15 - 64 ปี¹ จากสถิติจำนวนคดีอาญาในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 คดียาเสพติดรับแจ้งความมีสัดส่วนสูงสุดโดยมี 252,119 คดี ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า และมีจำนวนผู้ต้องหาทั้งสิ้น 263,364 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.6 ในจำนวนนี้มีเป็นผู้ต้องหาหายใหม่ 183,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.6²

การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับอาการและโรคทางจิตเวช และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้เอง ครอบครัว และชุมชน³⁻⁶ ขณะเดียวกัน ครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทสำคัญต่อการบำบัดและการเลิกใช้สารเสพติด

ด้วยเหตุนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนให้ผู้มีปัญหายาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น โดยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และคำนึงถึงความหลากหลายของบุคคลและบริบทในแต่ละชุมชน⁷ อันจะนำไปสู่รูปแบบการดูแลและบำบัดที่หลากหลายเพื่อลดข้อจำกัดทางด้านการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวชและยาเสพติด

ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านมา โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่เน้นการบำบัดภาวะวิกฤตทางจิตเวช การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interview: MI) หรือการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกภายหลังอาการสงบสำหรับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง มักต้องส่งต่อไปยังสถานบริการเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ หรือโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากร รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงในการดูแลระหว่างกระบวนการส่งต่อ นอกจากนี้ ระยะทางที่ห่างไกลระหว่างโรงพยาบาลเฉพาะทางกับพื้นที่ชุมชนยังเป็นอุปสรรคต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 จึงได้มีการจัดตั้งรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นระบบบริการที่พัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูได้ง่ายขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการเดินทางมารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แม้ปัญหาเดียวไม่เพียงพอ และลดความแออัดในการรับบริการ⁸

อย่างไรก็ตาม การให้บริการดังกล่าวยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การจัดการกรณีผู้ป่วยหลบหนีหรือมีพฤติกรรมรุนแรง การขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และข้อจำกัดด้านงบประมาณและสถานที่⁹ นอกจากนี้ จากข้อมูลของโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง ซึ่งเปิดระบบมินิธัญญารักษ์เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าการดำเนินงานในช่วงปีแรกประสบปัญหาการประเมินและดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะฉุกเฉิน การขาดระบบส่งต่อที่ชัดเจน และการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการบำบัดรักษา

ในเขตพื้นที่ภาค 8 มีจำนวนคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2567 สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ โดยจังหวัด พังงามีการดำเนินคดียาเสพติดจำนวน 2,266 คดี¹⁰ สอดคล้องกับสถิติผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลพังงา ปีงบประมาณ 2565 - 2567 ซึ่งมีจำนวน 207, 282 และ 910 ราย ตามลำดับ¹¹ หลังจากได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยอาการ ก้าวร้าวรุนแรงจากการขาดยาและการกลับไปใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยที่มาติดตามต่อเนื่องที่แผนกจิตเวชมีเพียง ร้อยละ 18.6 ไม่มาตามนัดเลยร้อยละ 32.2 และมีการนอน โรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 11.8 ในกลุ่มที่มาติดตามตามนัด มีการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำร้อยละ 20.5 และมี 1 ราย ที่ถูกดำเนินคดี¹¹

ในปี พ.ศ. 2568 ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลพังงา จึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ในชื่อ “จิตประภัสสร โมเดล” โดยปรับการดูแลและยกระดับเชิงให้มุ่งเน้นการดูแล แบบองค์รวม (holistic care) จากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความตระหนักรู้และความเข้าใจตนเอง โดยด้านร่างกาย ได้เพิ่มการดูแลทางโภชนาการ การแพทย์แผนไทย และการดูแลช่องปาก ด้านจิตสังคม ได้เพิ่มการประเมินครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว (family session) และการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวโดยนักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ นอกจากนี้ มีการวางแผนร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลพังงากับโรงพยาบาลตะกั่วทุ่งเพื่อปรับปรุงระบบ การส่งต่อ โดยบุคลากรโรงพยาบาลตะกั่วทุ่งมารับผู้ป่วยที่ ผ่านการดูแลและยกระดับจากโรงพยาบาลพังงาไปฟื้นฟู ต่อเนื่องที่มินิธัญญารักษ์ตะกั่วทุ่งเพื่อลดปัญหาความไม่สะดวก และเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วยและครอบครัว โดยดำเนินการรอบแรกเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2568 จำกัด เฉพาะผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากยังไม่มีพื้นที่สำหรับการดูแล ผู้ป่วยเพศหญิงที่มินิธัญญารักษ์ตะกั่วทุ่ง ปัจจุบันมีจำนวน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและส่งต่อในรูปแบบนี้ทั้งหมด 78 คน โดยมีผู้ที่คงอยู่ในระบบครบ 6 เดือนร้อยละ 52.6 และได้รับการติดตามต่อเนื่องในปัจจุบันร้อยละ 55.1

ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปยังมี ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะรูปแบบที่ผสมผสานการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและบริบทชุมชน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างรูปแบบจิตประภัสสรโมเดลกับ แนวทางการบำบัดรักษาแบบเดิม ในประเด็น 1) การมารับ การบำบัดรักษาตามนัด 2) ผลของการตรวจปัสสาวะเพื่อหา สารเสพติดตกค้าง และ 3) ภาระการดูแลของผู้ดูแล อันจะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการขยายผลระบบการดูแล ผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective analytical study) ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพังงา เลขที่ 052/2568 รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชายที่มารับการรักษาตัว แบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยจิตประภัสสร โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม รับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และ 2) กลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วย จิตประภัสสรโมเดล รับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568 คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ chi-square โดยกำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลาง ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน

คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่ามีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสถานะการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแพทย์อนุญาต และ 4) มีผลประเมินภาระการดูแล ของญาติหรือผู้ดูแล ทั้งแรกเริ่มและที่การติดตาม 1 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติเคยได้รับการรักษาอาการ ทางจิตจากการใช้สารเสพติดที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพังงา มาก่อนครั้งนี้ 2) อยู่ในสถานบำบัดหรือเรือนจำหลังได้รับ

การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือ 3) มีเวชระเบียนที่มีข้อมูลบันทึกตัวแปรตามหลักขาดหาย (missing data) มากกว่าร้อยละ 15 ของแบบบันทึกทั้งหมด

ข้อมูลที่เก็บรวบรวม

1. ข้อมูลทั่วไปและด้านการใช้สารเสพติดและการรักษา ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด ชนิดของสารเสพติดที่เริ่มใช้ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน การเคยเข้ารับการรักษาด้านจิตเวชหรือการบำบัดสารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดตกค้าง จากบันทึกการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก

2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากแบบประเมิน Overt Aggressive Scale (OAS)¹² ซึ่งวัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมต่อตนเอง ต่อผู้อื่น (ทั้งทางคำพูดและการแสดงออก) และต่อทรัพย์สิน คำตอบแต่ละข้อมี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่พบพฤติกรรม จนถึง 3 มีความรุนแรงสูงและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายร้ายแรง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประเมิน แผลผลคะแนนจากคะแนนสูงสุดที่ประเมินได้เพียงข้อเดียว แบ่งการแปลผล 3 เป็นระดับตามเกณฑ์ความเร่งด่วน ได้แก่ 1 กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) หมายถึง เริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวแต่ยังสามารถรับฟังคำเตือนและสงบสติอารมณ์ลงได้ 2 เร่งด่วน (urgency) หมายถึง มีภาวะที่เริ่มไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีท่าทีที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และ 3 ฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้เลย หรือได้ก่อให้เกิดอันตรายขึ้นแล้ว แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82¹²

3. ผลการประเมินการติดสารเสพติด จากแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการจำแนกความรุนแรงของผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสม¹³ โดยปรับปรุงมาจากเครื่องมือ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย มี 6 ข้อคำถาม ประเมินโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย การแปลผลใช้คะแนนรวมเพื่อจำแนกระดับ

ความรุนแรงตามหลักเกณฑ์ทางคลินิก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (2 - 3 คะแนน) อนุमानเป็นผู้ใช้ หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราวและยังไม่มีผลกระทบสะท้อนรุนแรง ระดับปานกลาง (4 - 26 คะแนน) อนุमानเป็นผู้เสพ หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติดสม่ำเสมอและเริ่มได้รับผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานหรือสุขภาพ เหมาะสำหรับการบำบัดแบบสั้น ระดับสูง (27 คะแนนขึ้นไป) อนุमानเป็นผู้ติด หมายถึง ผู้ที่มีอาการอยากยารุนแรง ไม่สามารถควบคุมการใช้ได้ และมีปัญหาแทรกซ้อนรุนแรงในหลายมิติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาแบบเข้มข้น บคก.กสธ. V.2 ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94¹⁴

4. ภาระการดูแลของผู้ดูแล จากแบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับย่อ¹⁵ ซึ่งมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินตนเองเกี่ยวกับภาระและความเครียดสะสมที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่บ้าน มี 12 ข้อ ครอบคลุมผลกระทบในมิติต่าง ๆ ได้แก่ เวลาส่วนตัว ความเครียดจากการแบกรับความรับผิดชอบ สัมพันธภาพทางสังคม สุขภาพกายและจิตใจ และความรู้สึกไม่มั่นใจในบทบาทการดูแล คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่มีเลย จนถึง 4 แทบทุกครั้ง การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งระดับความรุนแรงของภาระการดูแลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยมากหรือไม่เป็นภาระเลย (0 - 10 คะแนน) หมายถึง ยังมีความสามารถในการปรับตัวและจัดการกับภาระหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ระดับน้อยถึงปานกลาง (11 - 20 คะแนน) หมายถึง เริ่มได้รับผลกระทบและเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง และระดับภาระรุนแรง (21 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง กำลังเผชิญกับความเครียดสะสมสูงมากจนกระทบต่อคุณภาพชีวิต และจำเป็นต้องได้รับระบบช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92¹⁵

การบำบัดสารเสพติดรูปแบบเดิมของโรงพยาบาลพังงา

ดำเนินการในโรงพยาบาลพังงาทั้งหมด แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกรับ/วิกฤต (แรกรับ - 2 สัปดาห์) ประกอบด้วย การเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงฉับพลันด้วยแบบประเมิน OAS การรักษาในระยะฉุกเฉิน 1 - 2 สัปดาห์

โดยการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยจิตแพทย์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและพิจารณาส่งปรึกษา นักจิตวิทยาร่วมด้วยในบางกรณี พยาบาลวิชาชีพประเมินความพร้อมของผู้ป่วยรายบุคคล และเข้าสู่กระบวนการ brief advice (BA) และ/หรือ brief intervention (BI) จากนั้นทีมรักษาสารุปรประมวลผลให้นักสังคมสงเคราะห์ ประสานกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อวางแผนหาข้อสรุปและสร้างข้อตกลงกับผู้ป่วย โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านในบางกรณี และ 2) ระยะฟื้นฟูและติดตามแบบผู้ป่วยนอก (สัปดาห์ที่ 3 - 24 สัปดาห์) เป็นการติดตามความต่อเนื่องในการรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพฤติกรรม การใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ร่วมกับการพบนักจิตวิทยา หรือพยาบาล เพื่อให้ MI

จิตประภัสสรโมเดล

เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม¹⁶ และการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต เช่น Matrix program¹⁷ และ FAST Model^{8,18} โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครอบคลุมในความซับซ้อนของปัญหาทั้งด้านสมอง จิตใจ และปัจจัยทางสังคมไปพร้อมกัน และสนับสนุนให้ครอบครัว เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนพัฒนาการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะเวลาที่นานเพียงพอก่อนกลับไปเผชิญสภาพสังคมตามเดิม มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ (joint collaboration) การสร้างความตระหนักรู้รายบุคคล (individual awareness) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (participation) และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและส่งต่อ (transition care) โดยการส่งเสริมการตระหนักรู้ประยุกต์จากหลักการและทฤษฎี MI, Stages of Change (Transtheoretical Model) และ Biopsychosocial Model^{17,19} มุ่งเน้นใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ สภาวะโรคและอาการทางจิตเวชที่ต้องใช้ยาควบคุม สิ่งกระตุ้นในการใช้ ยาเสพติด และคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ส่วนการมีส่วนร่วมของครอบครัวมุ่งเน้นการให้คำปรึกษารอบครัว เพื่อให้เข้าใจสภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อปรับความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือความขัดแย้ง

กับครอบครัว และการร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดข้อตกลง และวางแผนลดปัจจัยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ สารเสพติด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ของผู้ป่วยและครอบครัว^{18,20}

จิตประภัสสรโมเดลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะแรกรับ/วิกฤต (แรกรับ - 2 สัปดาห์) ดำเนินการในโรงพยาบาลพังกา ประกอบด้วย การเฝ้าระวัง พฤติกรรมรุนแรงฉับพลันด้วยแบบประเมิน OAS การรักษา ในระยะฉุกเฉิน 1 - 2 สัปดาห์ การส่งเสริมความตระหนักรู้ รายบุคคล 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกร โดยใช้ข้อมูล จากผลการคัดกรองการติดสารเสพติดและ OAS เพื่อสะท้อน ให้ผู้ป่วยมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมสารเสพติด ผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และความเสี่ยงทางกฎหมาย ปัจจัยกระตุ้น และการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตและ ลดอาการถอนยา การฟื้นฟูสุขภาพพื้นฐาน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยโภชนากร ทันตแพทย์ และแพทย์แผนไทย เพื่อให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลด้านโภชนาการ การดูแลช่องปาก และการปรับสมดุลกายด้วยวิถีธรรมชาติ การประเมินการดูแลให้คำปรึกษา และเตรียมความพร้อม ครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับจิตแพทย์ เพื่อให้ ความรู้และความเข้าใจโรคของผู้ป่วยแบบองค์รวม ศักยภาพ ของผู้ป่วย และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษเกิดความพร้อมทั้งทาง ร่างกายและจิตใจในการร่วมมือบำบัดฟื้นฟูในระยะต่อไป

2. ระยะฟื้นฟู (สัปดาห์ที่ 3 - 4) ดำเนินการใน มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง โดยอิงแนวทางจิตสังคม บำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ควบคู่กับ การฟื้นฟูสุขภาพทางจิต^{18,21} เพื่อลดการใช้สารเสพติด และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention) ลดความเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมความรุนแรงซ้ำในชุมชน และสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวกและความพร้อมของครอบครัว ในการร่วมดูแลผู้ป่วย ในระยะนี้โรงพยาบาลตะกั่วทุ่งจะมารับ ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพังกาตามรอบ มีการประสานข้อมูล เบื้องต้นทางโทรศัพท์ เช่น จำนวนผู้ป่วยโดยประมาณ และ

การส่งต่อเอกสารสรุปข้อมูลเฉพาะราย ได้แก่ รายละเอียดการรักษาโดยจิตแพทย์ และข้อมูลทางสังคมและประเด็นทางครอบครัวโดยนักสังคมสงเคราะห์ ในวันรับตัวผู้ป่วย พยาบาลของโรงพยาบาลพังกาสรุปประเด็นที่สำคัญของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลของมินิรัฐญารักษ์โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง

3. ระยะติดตามแบบผู้ป่วยนอก (สัปดาห์ที่ 5 - 24) ดำเนินการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพังกา ประกอบด้วย การติดตาม 5 ครั้ง ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ (6 เดือน) โดยครั้งที่ 1 ติดตามในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายจากมินิรัฐญารักษ์ ครั้งที่ 2 ติดตามสัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 3 ติดตามสัปดาห์ที่ 7 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 4 ติดตามสัปดาห์ที่ 15 หลังจำหน่าย และครั้งที่ 5 ติดตามสัปดาห์ที่ 23 - 24 หลังจำหน่าย โดยแพทย์และพยาบาลติดตามความต่อเนื่องและความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พร้อมส่งตรวจปัสสาวะ นักสังคมสงเคราะห์ติดตามประเด็นของครอบครัวและการประเมินภาระผู้ดูแลด้วย ZBI ในการติดตามครั้งที่ 1 เกณฑ์ประเมินความเข้าใจ ความร่วมมือ และผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา และนักจิตวิทยาเสริมสร้างกำลังใจในการเลิกสารเสพติดและการมารับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดการข้อมูลสูญหายในवेระเบียนโดยใช้วิธีตัดข้อมูลรายกรณี (listwise deletion) หากจำนวนข้อมูลที่หายไปไม่เกินร้อยละ 5 ของข้อมูลทั้งหมด และดำเนินการตรวจสอบยืนยันข้อมูลดิบกับสมุดทะเบียนรับยาผู้ป่วยนอกและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (query database) อีกครั้งเพื่อประกันความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อแจกแจงข้อมูลทั่วไป การมารับบำบัดตามนัด ผลตรวจปัสสาวะ และภาระของผู้ดูแล ใช้สถิติอนุมาน chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป การมารับบำบัดตามนัด ผลตรวจปัสสาวะ และภาระของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมและกลุ่มที่ได้รับจิตประวัตรัสสรโมเดล และสถิติ Wilcoxon signed-rank test เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาระของ

ผู้ดูแลระหว่างแรกรับและที่การติดตามหลังจำหน่ายครั้งแรก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38.16 ปี (SD = 11.18) แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม 22 คน และกลุ่มที่ได้รับจิตประวัตรัสสรโมเดล 23 คน การวิเคราะห์ความแตกต่างโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไป การใช้สารเสพติด และประวัติการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

การมารับการบำบัดรักษาตามนัดของผู้ติดยาเสพติดพบว่า ร้อยละการมาตามนัดครั้งที่ 1 และ 2 ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประวัตรัสสรโมเดล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การมาบำบัดรักษาตามนัดครั้งที่ 3 - 5 ของกลุ่มที่ได้รับจิตประวัตรัสสรโมเดลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดตกค้างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประวัตรัสสรโมเดล พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนผู้ไม่ผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ (ไม่พบสารเสพติด) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด ระหว่างแรกรับกับการมาตามนัดครั้งที่ 1 พบว่า กลุ่มที่ได้รับจิตประวัตรัสสรโมเดลมีคะแนนภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.02$, $p < .001$) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีคะแนนภาระการดูแลลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.847$, $p = .065$) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจิตประวัตรัสสรโมเดล มีสัดส่วนการมารับการบำบัดรักษาตามนัดต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากกระบวนการดูแลที่เน้นความตระหนักรู้ในสุขภาวะเกี่ยวกับโรคและอาการแสดง การใช้กระบวนการเยียวยาจิตใจและวิถีจัดการอารมณ์เพื่อให้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประภัสสรโมเดล (n = 45)

	การดูแลรูปแบบเดิม (n = 22)	จิตประภัสสรโมเดล (n = 23)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)			.310 ^b
18 - 30 ปี	6 (27.3)	5 (21.7)	
31 - 40 ปี	5 (22.7)	11 (47.8)	
41 - 50 ปี	6 (27.3)	5 (21.7)	
51 ปีขึ้นไป	5 (22.7)	2 (8.7)	
	$\bar{X} = 39.27, SD = 12.76$	$\bar{X} = 37.09, SD = 9.59$	
อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด (ปี)			.902 ^b
6 - 12 ปี	2 (9.1)	1 (4.3)	
13 - 19 ปี	12 (54.5)	14 (60.9)	
20 - 44 ปี	8 (36.4)	8 (34.8)	
	$\bar{X} = 19.95, SD = 9.10$	$\bar{X} = 19.09, SD = 7.63$	
สารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก			.051 ^a
ยาบ้า (Methamphetamine)	7 (31.8)	14 (60.9)	.916 ^a
กัญชา (Cannabis)	8 (36.4)	7 (30.4)	.265 ^a
กระท่อม (Kratom)	4 (18.2)	4 (17.4)	
ประวัติการรักษาด้านจิตเวช			1.000 ^b
ไม่เคยรับการรักษา	10 (45.5)	12 (52.2)	
เคยมารับการรักษา แต่ไม่ต่อเนื่อง	10 (45.5)	10 (43.5)	
มารับการรักษา แบบต่อเนื่อง	2 (9.1)	1 (4.3)	
ประวัติโรคร่วมจิตเวช			.720 ^b
โรคจิตเภท	3 (13.0)	3 (13.0)	
สติปัญญาบกพร่อง/ลมชัก	1 (4.5)	4 (17.4)	
ภาวะอารมณ์ปรับตัวผิดปกติ	2 (9.1)	1 (4.3)	
โรคซึมเศร้า/อารมณ์สองขั้ว	2 (9.1)	1 (4.3)	
ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน			.047 ^b
ยาบ้า (Methamphetamine)	16 (72.7)	22 (95.7)	.908 ^a
กัญชา (Cannabis)	9 (40.9)	8 (34.8)	.265 ^a
กระท่อม (Kratom)	6 (27.3)	11 (47.8)	
คะแนน บคก.กสธ. V2			.518 ^b
กลุ่มผู้ใช้	1 (4.5)	0 (0)	
กลุ่มผู้เสพ	10 (45.5)	17 (73.9)	
กลุ่มผู้ติด	3 (13.6)	3 (13.0)	
คะแนน OAS			.115 ^b
ระดับ 0 (ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว)	10 (45.5)	5 (21.7)	
ระดับ 1 (กึ่งรุนแรงต่ำ)	2 (9.1)	2 (8.7)	
ระดับ 2 (รุนแรงต่ำ)	0 (0.0)	4 (17.4)	
ระดับ 3 (ฉุกเฉิน)	10 (45.5)	12 (52.2)	

a: chi-square test; b: Fisher's Exact test

OAS = Overt Aggressive scale

ตารางที่ 2 การมารับการบำบัดรักษาตามนัดของผู้ติดยาเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประสรัสรโมเดล (n = 45)

	การดูแลรูปแบบเดิม (n = 22)		จิตประสรัสรโมเดล (n = 23)		p-value
	มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	18 (81.8)	4 (18.2)	21 (91.3)	2 (8.7)	.414 ^b
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)	15 (68.2)	7 (31.8)	19 (82.6)	4 (17.4)	.436 ^a
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7)	7 (31.8)	15 (68.2)	16 (69.6)	7 (30.4)	.030 ^a
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 15)	6 (27.3)	16 (72.7)	15 (65.2)	8 (34.8)	.024 ^a
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 24)	3 (13.6)	19 (86.3)	15 (65.2)	8 (34.8)	.001 ^a

a: chi-square test; b: Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดตกค้างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประสรัสรโมเดล (n = 45)

	การดูแลรูปแบบเดิม (n = 22)			จิตประสรัสรโมเดล (n = 23)			p-value
	n	ผลเป็นลบ จำนวน (ร้อยละ)	ผลเป็นบวก จำนวน (ร้อยละ)	n	ผลเป็นลบ จำนวน (ร้อยละ)	ผลเป็นบวก จำนวน (ร้อยละ)	
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	17	11 (64.7)	6 (35.3)	13	7 (53.8)	6 (46.2)	.821 ^a
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)	14	10 (71.4)	4 (28.6)	14	10 (71.4)	4 (28.6)	1.000 ^b
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7)	5	4 (80.0)	1 (20.0)	11	8 (72.7)	3 (27.3)	1.000 ^b
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 15)	5	4 (80.0)	1 (20.0)	13	8 (61.5)	5 (38.5)	.615b
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 24)	2	2 (100.0)	0 (0.0)	8	5 (62.5)	3 (37.5)	1.000b

a: chi-square test; b: Fisher's Exact test

ตารางที่ 4 คะแนนการะของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดก่อนนอนโรงพยาบาลกับการมาตามนัดครั้งที่ 1 ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมและกลุ่มที่ได้รับจิตประสรัสรโมเดล (n = 45)

การะของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด	n	$\bar{X}$	SD	Z	Asymp sig. (2-tailed)
การดูแลรูปแบบเดิม	18			-1.847	.065
แรกรับ		18.94	4.09		
การติดตามนัดครั้งที่ 1		14.44	9.42		
จิตประสรัสรโมเดล	21			-4.02	< .001
แรกรับ		23.43	2.82		
การติดตามนัดครั้งที่ 1		7.67	4.39		

ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom²² ที่ระบุว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับพุทธิสัย

(cognitive domain) ซึ่งบุคคลเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงเหตุผลในการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาที่ยั่งยืนขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากการดูแล

แบบบองคร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทั้งการรักษาอาการทางจิตและการดูแลสุขภาพทางกาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ในทุกมิติ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาเชื่อมโยงกับร่างกายตนเองและมองเห็นคุณค่าของชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Adedokun และคณะ²³ ที่พบว่า การบูรณาการด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพกายในผู้ป่วยยาเสพติดมีส่วนสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจในภาพรวม และอาจเป็นผลจากการเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูต่อเนื่องที่มีนัชนิธิยารักษ์ โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง โดยมีการส่งต่อพร้อมกันเป็นรอบ ซึ่งสนับสนุนความผูกพันและการประคับประคองซึ่งกันและกัน (peer support) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษมาด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิภากรณ์ ปัญญาดี²⁴ ที่พบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาที่เน้นความต่อเนื่องและมีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดยาเสพติด และสอดคล้องกับแนวคิดของ Phillips และคณะ²⁵ ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ทั้งนี้ แม้พบแนวโน้มการมาตามนัดที่ดีขึ้น แต่ผลการศึกษากลับพบว่า ผลตรวจปัสสาวะที่เป็นลบระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ในการเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญต่อการกลับไปเสพซ้ำ โดยในด้านบุคคล Grevenstein และคณะ²⁶ ระบุว่าบุคคลที่ขาดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต (sense of coherence) มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดเพื่อเป็นกลไกในการเผชิญปัญหามากขึ้น ขณะที่การศึกษาของ Chen และ Gueta²⁷ พบว่า ระดับความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและความหมายในชีวิตเป็นทุนในการฟื้นฟูที่สำคัญต่ออัตราการคงอยู่ในระยะหยุดเสพ ด้านครอบครัวและสังคม การศึกษาของสำเนาวิ นิลบรรพ์ และคณะ²⁸ พบว่า ความขัดแย้งภายในครอบครัว การไม่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว การมีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติดล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกลับไป

ใช้แอมเฟตามีนซ้ำ ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ Dyba และคณะ²⁹ พบว่า การฝึกทักษะการจัดการความสัมพันธ์ในครอบครัวมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาครอบครัว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มที่พิจารณาปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้สามารถอธิบายผลลัพธ์ด้านการหยุดใช้ได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

คะแนนการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับจิตประภัสสรโมเดลเมื่อมาตามนัดครั้งที่ 1 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงแรกเริ่ม อาจอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลไม่ได้เป็นเพียงผู้นำส่งผู้ป่วย แต่ได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต ความขัดแย้งภายในครอบครัวจึงลดลง นอกจากนี้ เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่และเข้าสู่ระบบการฟื้นฟูที่เป็นระบบ (ผ่านนัชนิธิยารักษ์) อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปเสพซ้ำหรืออาการคลุ้มคลั่งของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะทางใจและทางเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภากรณ์ ปัญญาดี²⁴ ที่พบว่ารูปแบบการบำบัดที่เน้นความร่วมมือและการติดตามผลอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับการดูแล (historical comparison) ซึ่งมีความเสี่ยงต่ออคติจากปัจจัยด้านเวลา (temporal bias) หรือปัจจัยรบกวนที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา เช่น ประสบการณ์และการเปลี่ยนผ่านของบุคลากร แนวทางและมาตรฐานการรักษา ระบบบริการ หรือนโยบายของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลของหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทีมสหวิชาชีพแกนหลักชุดเดิมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช โดยไม่มีการเปลี่ยนทีมที่ดูแลตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา จึงอาจช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยรบกวนดังกล่าว การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เพศชาย ในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียว ผลการศึกษาจึงอาจไม่ครอบคลุมประชากรผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดหรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่น จึงควรมีการพัฒนาแบบการติดตามไปข้างหน้า หรือใช้การทดลองแบบสุ่มและ

มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและมีจำนวนเพียงพอต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของจิตประสรัสมเดล ตลอดจนมีการติดตามระยะยาวมากขึ้นเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ดังกล่าว

สรุป

จิตประสรัสมเดลได้รับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งพบข้อจำกัดด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและระบบการส่งต่อฟื้นฟูผู้ป่วย โมเดลนี้จึงเน้นการดูแลแบบองค์รวม การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ การสร้างความตระหนักรู้รายบุคคล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม/วิกฤต ระยะฟื้นฟูที่มีนิธัญรักษ์โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง และระยะติดตามแบบผู้ป่วยนอก 6 เดือน

ผลการศึกษาย้อนหลังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับจิตประสรัสมเดลมีอัตราการมารับการบำบัดรักษาตามนัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และผู้ดูแลมีคะแนนการการดูแลที่ระยะ 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายลดลงจากแรกเริ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จิตประสรัสมเดลจึงอาจเป็นทางเลือกของระบบบริการในโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือและความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยคำนึงปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคมที่ซับซ้อน รวมทั้งควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2025 [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2025 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
2. Office of the Narcotics Control Board. Report on the performance of drug prevention and resolution activities for the fiscal year 2024 [Internet]. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2024 [cited 2025

- Nov 25]. Available from: <https://nctc.oncb.go.th/ebook/B1216/index.html> (in Thai)
3. Ólafsdóttir J, Hrafnadóttir S, Orjasniemi T. Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. Nordisk Alkohol Nark. 2018;35(3):165-78. doi:10.1177/1455072518766129.
4. Daley DC. Family and social aspects of substance use disorders and treatment. J Food Drug Anal. 2013;21(4):S73-6. doi:10.1016/j.jfda.2013.09.038.
5. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. Soc Work Public Health. 2013;28(3-4):194-205. doi:10.1080/19371918.2013.759005.
6. Mauri MC, Ciriigliaro G, Piccoli E, Vismara M, de Carlo V, Girone N, et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. Int J Ment Health Addict. 2023;21(3):4071-84. doi:10.1007/s11469-022-00842-w.
7. Act Promulgating the Narcotics Code, B.E. 2564 (2021) [Internet]. Royal Thai Government Gazette. Vol. 138, Part 73 A (2021 Nov 8) [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF (in Thai)
8. Thanyarak Khon Kaen Hospital. Guidelines for long-term rehabilitation of drug and substance users in community hospitals using the Mini-Thanyarak model (Long Term Residential Care) [Internet]. 2nd ed. Khon Kaen: Thanyarak Khon Kaen Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://tyrkk.go.th/new/wp-content/uploads/2023/10/แนวทางดำเนินงานมินิธัญรักษ์-Ver.2.pdf> (in Thai)
9. Choojai M. Evaluation of the Mini-Thanyarak Service Project in Thailand. Primary Health Care Journal (Northern Region). 2024;34(3):1-10. (in Thai)
10. Office of Justice Affairs. White paper on crime and justice 2024 [Internet]. Bangkok: Office of Justice Affairs; 2024 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://www.oja.go.th/2024/09/30/whitepaper-2023/>. (in Thai)
11. Phang-Nga Hospital. Medical records of substance dependence patients fiscal years 2022-2024 [Unpublished data]. Phang-Nga: Medical Record and Statistics Department, Phang-Nga Hospital; 2024. (in Thai)

12. Sereerat T. Development of an integrated approach to reduce the aggressive behavior of drug users with psychiatric symptoms in Roi Et province. *Singburi Hospital Journal*. 2024;32(3):B127-40. (in Thai)
13. Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Standard operating procedure for drug addict rehabilitation: fiscal year 2017 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017 [cited 2025 Jun 7]. Available from: <https://tuthos.moph.go.th/handbook/10.pdf> (in Thai)
14. Pimanpang K, Krohchukun W. Effectiveness of new normal rehabilitation therapy for outpatient drug addicts, Mukdahan Hospital. *Journal of Health Science of Thailand*. 2025;34(3):501-8. (in Thai)
15. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai version of the Zarit Burden Interview using rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):120. doi:10.1186/s13104-020-04967-w.
16. Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, Helming MAB. *Holistic nursing: a handbook for practice*. 5th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2009.
17. Kinara P, Rewatnanon A, Chaipathum W, Klangkhan L, Thepwong R, Inthuphrapha W, editors. *Fundamental knowledge for outpatient rehabilitation of drug and substance addicts based on the Matrix Program model*. 1st ed. Pathum Thani: Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment; 2020.
18. Department of Mental Health. Clinical practice guidelines for intermediate care (IMC) in drug-addicted patients [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2024 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/2008> (in Thai)
19. Rattanasumawong W, Kalayasiri R, Saengcharnchai P. Current models of addiction and controversy. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(3): 295-306. (in Thai)
20. Medical Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Social work practice guideline for substance use disorder clients [Internet]. Nonthaburi: Born to be Publishing; 2019 [cited 2026 Jun 4]. Available from: https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_download/1bri2bpbxyf4ssks-gw.pdf (in Thai)
21. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual for treatment and rehabilitation of drug and substance users: Mini Thanyarak model [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3464&Itemid=147 (in Thai)
22. Bloom BS, editor. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain* [Internet]. New York: Longmans, Green; 1956 [cited 2025 Aug 16]. Available from: https://archive.org/details/taxonomyofeducat-0000bloo_o9o7/page/n9/mode/2up
23. Adedokun OA, Desmennu M, Plonski P, Jenkins B, Noble J. Healthy choices for your recovering body: a nutrition education curriculum for adults with limited resources in substance use recovery. *J Nutr Educ Behav*. 2025;57(9):892-8. doi:10.1016/j.jneb.2025.05.200.
24. Panyadee W. Effects of modifying psychosocial drug rehabilitation on compliance with treatment plans of methamphetamine drug addicts. *Academic Journal of College of Government, Maejo University*. 2020;3(3):107-19. (in Thai)
25. Phillips W, Dawney J, Hutton E, Adams A, Strang L, Morley K, et al. Integrated care for people who use alcohol and/or other drugs: a case study analysis of the current landscape in England [Internet]. Cambridge: RAND Corporation; 2026 [cited 2026 Jan 7]. Available from: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RRA4700/RRA4735-5/RAND_RRA4735-5.pdf
26. Grevenstein D, Bluemke M, Nagy E, Wippermann CE, Kroeninger-Jungaberle H. Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Pers Individ Dif*. 2014;64:52-7. doi:10.1016/j.paid.2014.02.019.
27. Chen G, Gueta K. Sense of coherence as a recovery capital in recovery from substance use disorders. *J Addict Dis*. 2020;38(4):529-39. doi:10.1080/10550887.2020.1794494.
28. Nilaban S, Sriherun B, Kongthong U. Causal relationship of factors affecting relapsing behavior of methamphetamine users. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*. 2016;10(1):195-209. (in Thai)

29. Dyba J, Moesgen D, Klein M, Pels F, Leyendecker B. Evaluation of a family-oriented parenting intervention for methamphetamine-involved mothers and fathers - The SHIFT Parent Training. *Addict Behav Rep.* 2019;9:100173. doi:10.1016/j.abrep.2019.100173.

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 ขณะที่เหตุการณ์ที่เกิดจากมนุษย์อาจมีผลกระทบทางจิตรุนแรงและซับซ้อนกว่าภัยพิบัติทางธรรมชาติ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความรู้สึกถูกละเมิด การสูญเสียความไว้วางใจในเพื่อนมนุษย์ และความผิดหวังต่อสังคม^{4,5} ทั้งนี้ หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันที่ อาจส่งผลให้อาการเหล่านี้พัฒนาไปสู่ภาวะทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น 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 ครอบคลุมการดูแลระยะฉุกเฉินระยะเฉียบพลัน 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

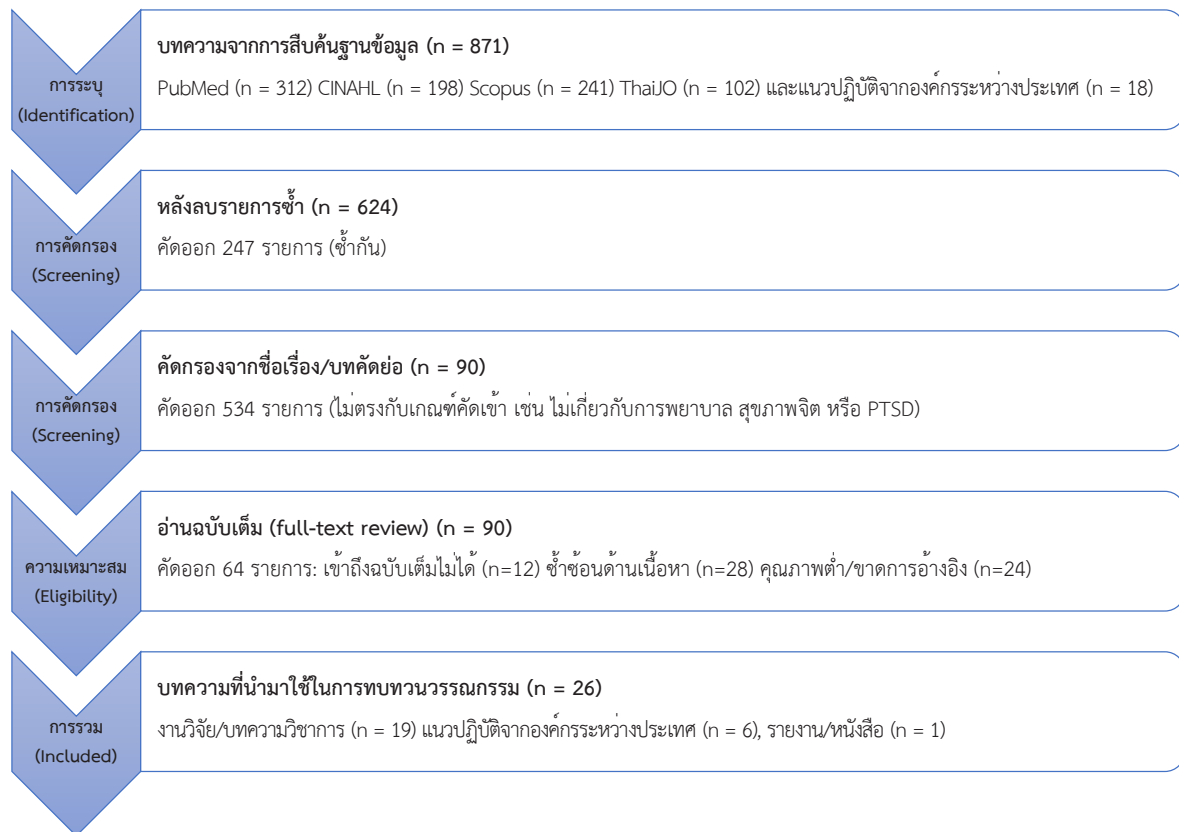
ผลการสืบค้นเบื้องต้นพบเอกสารทั้งหมด 853 รายการ จากฐานข้อมูล PubMed (n = 312), CINAHL (n = 198), Scopus (n = 241) และ ThaiJO (n = 102) เมื่อรวมแนวปฏิบัติจากองค์กรระหว่างประเทศ (WHO, APA และ SAMHSA) อีก 18 รายการ รวมเป็น 871 รายการ หลังลบรายการซ้ำ (duplicates) เหลือ 624 รายการ จากนั้นคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกที่กำหนด 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 บันทึกข้อมูลเพื่อความต้องการต่อเนื่อง
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 ยากล่อมจิตใจ ยาโรคซึมเศร้า
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 เข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างแม่นยำและทันทั่วทั้ง⁷

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 ซึ่งอาจช่วยให้บุคลากรมีความพร้อมในการดูแลจิตใจประชาชนเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตในพื้นที่และสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันทั่วทั้งขณะที่แนวทาง 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 และดูแลเยียวยาจิตผู้ประสบเหตุการณ์ในทุกระยะตั้งแต่ระยะฉุกเฉินเฉียบพลัน จนถึงระยะฟื้นฟู 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 งามจรัส : 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, Künzel 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>

บทความปริทัศน์

การปฐมพยาบาลทางใจตามแนวทางสากลสู่การประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทย : การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต

วันรับ : 23 กุมภาพันธ์ 2569

วันแก้ไข : 26 เมษายน 2569

วันตอบรับ : 11 พฤษภาคม 2569

ชลชญาณ์ หลวงธิดา, พย.ม., เทียนทอง อินตารักษา, วท.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจในระดับสากล และสังเคราะห์แนวทางร่วมที่บูรณาการกับบริบทสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพจิตของประเทศไทย

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiJO, Google Scholar, PsycINFO และ PubMed คัดเลือกเอกสารเกี่ยวกับแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจในระดับสากลที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2568 ตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ ผ่านการจัดหมวดหมู่และการสังเคราะห์ประเด็นร่วม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวทางเชิงกระบวนการ

ผล : จากเอกสารทั้งหมด 502 เรื่อง มีแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจที่ผ่านเกณฑ์ 5 แนวทาง ซึ่งมีองค์ประกอบร่วมสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัยและการทำให้สงบ การสร้างสัมพันธภาพและการรับฟัง การประเมินความต้องการ การเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสนับสนุน และการฟื้นตัวระยะกลางและระยะยาว ทั้งนี้ บางแนวทางให้ความสำคัญเพิ่มเติมกับการเสริมสร้างความหวังและความเชื่อมั่นในตนเองในระยะฟื้นตัว ผลการทบทวนนำไปสู่การสังเคราะห์แนวทาง PASS Model ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อม (Preparation) การประเมินความต้องการ (Assessment) การช่วยเหลือและการเชื่อมโยง (Support) และการเสริมพลังใจ (Strengthen) โดยบูรณาการร่วมกับกลไกทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) พუნทางสังคมด้านน้ำใจของชุมชน และการคำนึงถึงวัฒนธรรมความเกรงใจของสังคมไทย

สรุป : PASS Model เป็นกรอบแนวคิดที่เสนอขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากมาตรฐานสากลเข้ากับบริบทสังคมไทย ซึ่งอาจใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤต ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโมเดลในสถานการณ์จริง

คำสำคัญ : การปฐมพยาบาลทางใจ, ความเครียดเฉียบพลัน, พุนทางสังคม, ภาวะวิกฤต, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชลชญาณ์ หลวงธิดา; e-mail: chonchaya.psy@hotmail.com

Review article

International approaches to psychological first aid toward application in the Thai social context: a scoping review

Received : 23 February 2026

Revised : 26 April 2026

Accepted : 11 May 2026

Chonchaya Luangthija, M.N.S., Thianthong Intaraksa, B.Sc.

Division of Psychiatry and Substance Abuse, Mae Ai Hospital, Chiang Mai Province, Thailand

Abstract

Objective: To review international psychological first aid (PFA) approaches and synthesize a common framework integrated with social, cultural, and mental health system contexts of Thailand.

Methods: A scoping review was conducted using ThaiJO, Google Scholar, PsycINFO, and PubMed databases. Literature related to international PFA guidelines published between 2005 and 2025 was selected according to predefined criteria. Data were analyzed using content analysis through thematic categorization and synthesis of common themes to develop a process-oriented framework.

Results: Of 502 identified documents, five international PFA guidelines were included and analyzed. Five common components were identified, including safety and calming, engagement and listening, needs assessment, linkage to support systems, and medium- to long-term recovery. Some guidelines additionally emphasized the promotion of hope and self-efficacy during the recovery phase. Based on these findings, the PASS Model was developed, comprising four sequential steps: Preparation, Assessment, Support, and Strengthen. The model integrates the Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT) system, community social capital characterized by mutual support and generosity, and the Thai cultural value of consideration for others (Kreng Jai).

Conclusion: The PASS Model is a conceptual framework synthesized from international PFA approaches and adapted to the sociocultural context of Thailand. It may serve as a preliminary guideline for supporting individuals affected by crisis situations. However, further empirical research is needed to evaluate its effectiveness in real-world settings.

Keywords: acute stress, crisis situations, mental health, psychological first aid, social capital

Corresponding author: Chonchaya Luangthija; email: chonchaya.psy@hotmail.com

ความรู้เดิม : การปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) ในระดับสากลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤต โดยมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทางจิตใจเฉียบพลันและการสนับสนุนการฟื้นตัวในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม แต่ละแนวทางมีความแตกต่างกันในโครงสร้างและความชัดเจนของการดำเนินงาน อีกทั้งการประยุกต์ใช้ในประเทศไทยอาจต้องคำนึงถึงบริบททางสังคม ซึ่งอาจเป็นทั้งปัจจัยเอื้อและขัดขวางต่อการดำเนินงาน

ความรู้ใหม่ : แนวทางสากลสำหรับการปฐมพยาบาลทางใจมีองค์ประกอบร่วมสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยและการทำให้สงบ การสร้างสัมพันธภาพและการรับฟัง การประเมินความต้องการ การเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสนับสนุน และการฟื้นตัวระยะกลางและระยะยาว ซึ่งสามารถสังเคราะห์เป็น PASS Model 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อม (Preparation) การประเมินความต้องการ (Assessment) การช่วยเหลือและการเชื่อมโยง (Support) และการเสริมพลังใจ (Strengthen) แนวทางดังกล่าวสามารถบูรณาการร่วมกับบริบทสังคมและระบบบริการสุขภาพจิตไทย ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของทีม MCATT การส่งเสริมบทบาทการช่วยเหลือเกื้อกูลของชุมชน และการลดอุปสรรคที่เกิดจากวัฒนธรรมความเกรงใจ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นกรอบแนวคิดและแนวทางเบื้องต้นสำหรับการปฐมพยาบาลทางใจในภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในประเทศไทย หรือการวิจัยต่อยอดในอนาคต

บทนำ

เหตุการณ์วิกฤต เช่น ภัยธรรมชาติ โรคระบาด อุบัติเหตุ และความรุนแรงในสังคม¹ ก่อให้เกิดความเครียดเฉียบพลัน (acute stress) และหากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD)^{2,3} ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรทั่วไป การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ที่ประสบภัยอุทกภัยมี

ความชุกของ PTSD ถึงร้อยละ 29.5⁴ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยง PTSD ร้อยละ 3.8 และ 2.4 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป⁵ สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีแนวทางช่วยเหลือทางจิตใจที่สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะวิกฤต

การปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA) เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตในระยะเริ่มต้น โดยเน้นการช่วยเหลือที่ไม่ซับซ้อนและทันทีทันใด ในประเทศไทยได้เริ่มมีการใช้การปฐมพยาบาลทางใจในระบบบริการสุขภาพจิตร่วมกับการจัดตั้งทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) หลังเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ ในปี พ.ศ. 2547⁶ และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ เช่น น้ำท่วม ดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหว โรคระบาด ปัญหาฝุ่น PM 2.5 เหตุการณ์กราดยิงในที่สาธารณะ และความไม่สงบในชายแดนไทย⁷ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปฐมพยาบาลทางใจช่วยให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถสงบจิตใจ ดูแลตนเองทางร่างกายและจิตใจ และกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ^{6,8} อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมีระดับพลังใจเพิ่มขึ้น มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลง⁹ ในด้านผู้ให้บริการพบว่า การอบรมการปฐมพยาบาลทางใจช่วยเพิ่มความมั่นใจและความต้องการในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และมีความเข้าใจในแนวทางการส่งต่อผู้ประสบภาวะวิกฤตเข้าสู่ระบบการรักษา¹⁰ ส่วนในด้านระบบบริการสุขภาพ การนำแนวคิดของการปฐมพยาบาลทางใจ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น การคัดกรอง และการส่งต่อไปใช้ในบริการระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ¹¹

กลไกของการปฐมพยาบาลทางใจต่อการตอบสนองและฟื้นตัวในภาวะวิกฤตมีความสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาหลากหลายแนวคิด ซึ่งเป็นพื้นฐานของการออกแบบการช่วยเหลือทางใจในระยะเริ่มต้น โดยทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา (stress and coping theory) ได้อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการประเมินว่าสถานการณ์

ที่เผชิญเกินขีดความสามารถในการรับมือของบุคคล การช่วยเหลือทางใจในระยะเริ่มต้นจึงมีบทบาทในการสนับสนุนกลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanisms) และลดความรุนแรงของปฏิกิริยาความเครียด¹² ทฤษฎีความยืดหยุ่นทางใจ (resilience theory) ได้อธิบายว่า การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมอย่างทันที่ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของเหตุการณ์วิกฤต จะช่วยส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูสภาพจิตใจและลดความเสี่ยงของปัญหาทางอารมณ์ในระยะยาว¹³ หลักจิตวิทยามนุษยนิยม (humanistic psychology) ได้เน้นความสำคัญของการรับฟังอย่างเข้าใจและการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข ซึ่งเป็นหัวใจของการสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัยทางใจ ส่งผลต่อการฟื้นฟูจิตใจของผู้ประสบภาวะวิกฤต¹⁴ ส่วนทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) ได้อธิบายว่า การตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านความปลอดภัยและการดำรงชีวิต เป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจและปรับตัวทางอารมณ์ได้อย่างมั่นคง¹⁵ นอกจากนี้ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการควบคุมอารมณ์และแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน และการส่งเสริมความหวัง (hope) ซึ่งช่วยลดการมองโลกในแง่ร้าย (catastrophizing) และความรู้สึกสิ้นหวัง ยังเป็นทรัพยากรทางจิตใจที่ช่วยให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถเปลี่ยนผ่านจากผู้สูญเสียไปสู่การเป็นผู้ที่รอดชีวิตที่มีศักยภาพในการใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคง¹⁶

แม้การปฐมพยาบาลทางใจตามมาตรฐานสากลจะมีพื้นฐานทางทฤษฎีที่ชัดเจน และได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในระบบบริการสุขภาพจิตไทย แต่ในทางปฏิบัติพบว่า บริบทวัฒนธรรมไทยบางประการอาจส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการได้ ในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของ COVID-19 มีการศึกษาพบว่า สังคมไทยมีพฤติกรรมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยมีการบริจาค การแบ่งปันสิ่งของ การให้กำลังใจ รวมถึงการช่วยเหลือกันในชีวิตประจำวัน¹⁷ ซึ่งสะท้อนถึงความมีน้ำใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ของสังคมไทย¹⁸ อันถือเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่อาจมีบทบาทในการสนับสนุนและเสริมสร้างทุนทางจิตใจ (psychological capital)¹⁹ ขณะเดียวกัน ความเกรงใจ ซึ่งเป็นลักษณะเด่น

ทางจิตสังคมของคนไทยที่สะท้อนถึงการไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้ผู้อื่น²⁰ อาจเป็นอุปสรรคในการประเมินและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ประสบภาวะวิกฤตได้ จึงควรมีการทบทวนแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจ โดยคำนึงถึงการเชื่อมโยงกับบริบทและคุณค่าทางวัฒนธรรมของสังคมไทย

การศึกษานี้มุ่งทบทวนและสังเคราะห์แนวทางการปฐมพยาบาลทางใจที่บูรณาการมาตรฐานสากลกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพจิตไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับบุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤตในประเทศไทย

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต (scoping review) โดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางวิชาการทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ ได้แก่ Thai Journals Online (ThaiJO), Google Scholar, PsycINFO และ PubMed กำหนดคำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ “การปฐมพยาบาลทางใจ” (psychological first aid), “สุขภาพจิตในภาวะวิกฤต” (mental health crisis) และ “การบำบัดภาวะวิกฤต” (crisis intervention) โดยใช้ตัวดำเนินการทางตรรกะ (boolean operators) เช่น AND และ OR ในการเชื่อมคำค้น โดยมีตัวอย่างการสืบค้น เช่น “psychological first aid AND crisis intervention”, “psychological first aid OR mental health crisis” และ “mental health crisis AND crisis intervention” กำหนดช่วงเวลาในการสืบค้นตั้งแต่ พ.ศ. 2548 - 2568 (ค.ศ. 2005 - 2025) เพื่อให้ได้ข้อมูลและแนวปฏิบัติที่มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ของเอกสาร ได้แก่ 1) เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ (peer-reviewed articles) หรือ คู่มือปฏิบัติงานมาตรฐาน (field guides) และ 2) มีเนื้อหาที่แสดงขั้นตอนการให้การปฐมพยาบาลทางใจอย่างชัดเจน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เน้นจิตบำบัดระยะยาวมากกว่าการช่วยเหลือระยะเริ่มต้น หรือ 2) ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ การคัดกรองเอกสารดำเนินการ

เป็นลำดับขั้น โดยในรอบแรกพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นจึงพิจารณาฉบับเต็มของเอกสารที่ผ่านเกณฑ์เบื้องต้นโดยคณะผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ เพื่อคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (core guidelines) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล 2) มีการนำไปใช้จริงในบริบทการดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤต 3) มีโครงสร้างหรือองค์ประกอบที่ชัดเจนทั้งในรูปแบบขั้นตอนการดำเนินงานหรือกรอบแนวคิดเชิงหลักการซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบและสังเคราะห์ได้ 4) ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการปฐมพยาบาลทางใจในหลายมิติทั้งในด้านกระบวนการช่วยเหลือและผลลัพธ์ทางจิตใจ และ 5) เป็นแนวทางที่พัฒนาโดยองค์กรหรือสถาบันที่มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพจิตและการช่วยเหลือภาวะวิกฤต

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการสกัดข้อมูล (data extraction) จากแนวทางปฏิบัติที่ผ่านเกณฑ์ โดยมุ่งเน้นองค์ประกอบสำคัญของการปฐมพยาบาลทางใจ ได้แก่ ขั้นตอนการดำเนินงาน แนวคิดหลัก และองค์ประกอบเชิงจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงวิพากษ์ (critical comparison) เพื่อระบุความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละแนวทาง และวิเคราะห์เชิงประเด็นร่วม (thematic analysis) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 6 ขั้นตอนของ Braun และ Clarke²¹ เพื่อจัดกลุ่มเนื้อหาที่มีความหมายสอดคล้องกัน จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสังเคราะห์การปฐมพยาบาลทางใจที่บูรณาการแนวทางสากลและการประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทย โดยในทุกขั้นตอนมีการอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อสรุป (consensus discussion) ในกรณีที่ทีมผู้วิจัยมีความเห็นไม่ตรงกัน

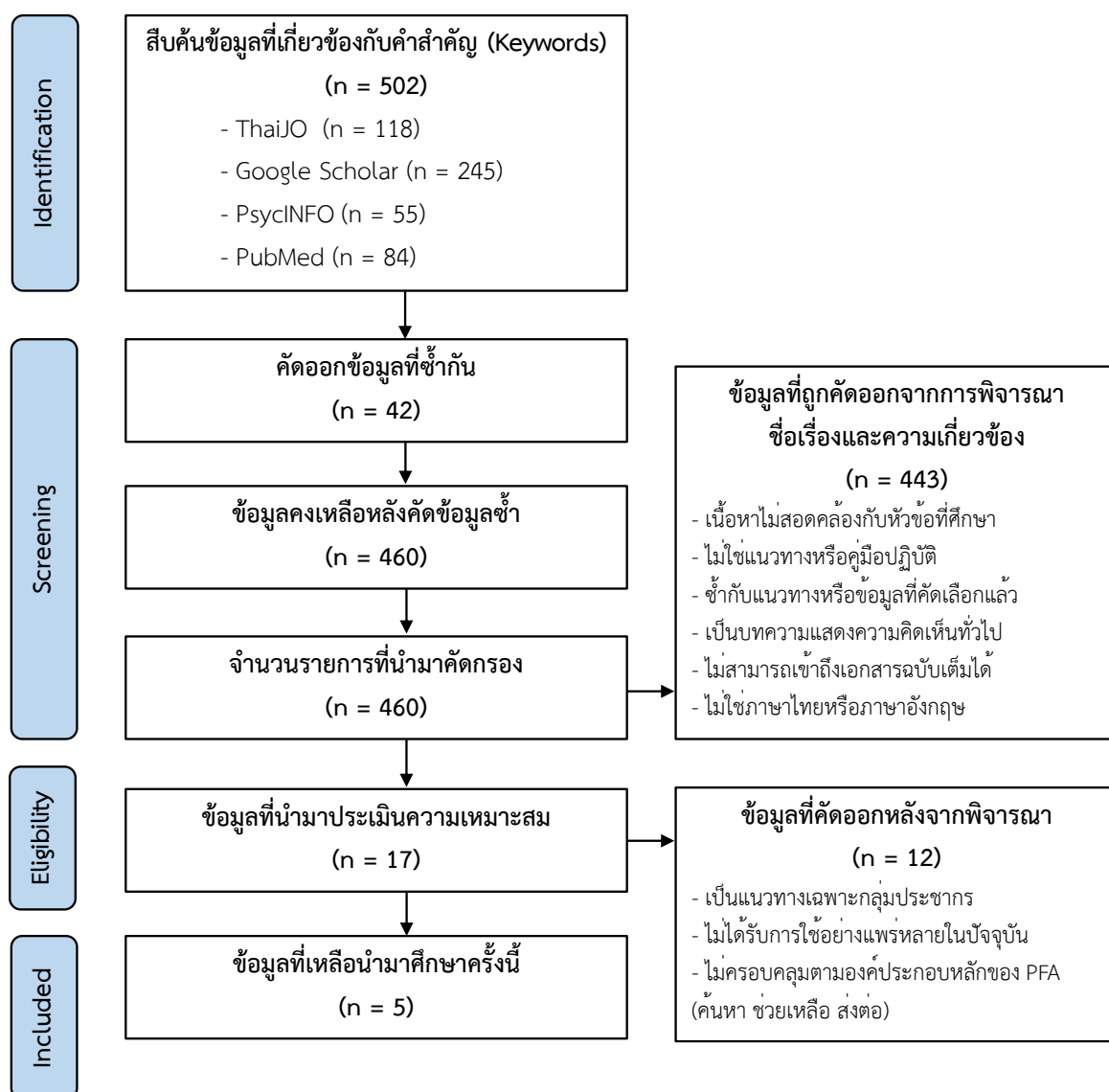
ผล

จากการสืบค้นพบเอกสารทั้งหมดจำนวน 502 เรื่อง มีเอกสารที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน 17 เรื่อง และมีเอกสารที่ผ่านเกณฑ์แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานจำนวน 5 เรื่อง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 แนวทางที่ได้รับการคัดเลือกครอบคลุมทั้งคู่มือมาตรฐานจากสถาบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในระดับสากลและวารสารวิชาการที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ได้แก่ องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization: WHO),²² Johns Hopkins

University,²³ National Center for PTSD (NCPTSD),²⁴ National Child Traumatic Stress Network,²⁵ และ Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention¹⁶ โดยแต่ละแนวทางมีองค์ประกอบสำคัญ จุดแข็ง และข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการสังเคราะห์เชิงประเด็นร่วม พบว่า แนวทางการปฐมพยาบาลทางใจในระดับสากลมีองค์ประกอบหลักร่วมกัน 5 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัยและการทำให้สงบ (safety and calming) การสร้างสัมพันธภาพและการรับฟัง (engagement and listening) การประเมินและความต้องการ (needs assessment) การเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสนับสนุน (linkage to support systems) และการฟื้นตัวระยะกลางและระยะยาว (medium- to long-term recovery) โดยมีนิยามดังแสดงในตารางที่ 2 ขณะเดียวกันยังพบความแตกต่างในมิติความเป็นระบบของกระบวนการประเมินและแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และความหวัง (hope) ตัวอย่างเช่น RAPID Model ให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ประสบภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ ขณะที่ PFA Core Actions และ 3L-WHO เน้นการประเมินผ่านการสังเกตความต้องการ ความปลอดภัย และบริบทของผู้รับบริการอย่างยืดหยุ่นมากกว่า ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวทาง Five Essential Elements กล่าวถึงการเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยตรง ขณะที่บางแนวทางสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวผ่านการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติและการส่งเสริมให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถจัดการปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ส่วนประเด็นความหวัง พบว่า Five Essential Elements ให้ความสำคัญกับความหวังในฐานะองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นตัว ขณะที่แนวทางอื่นมักส่งเสริมความหวังผ่านการสร้างความปลอดภัย การเชื่อมโยงทางสังคม และการสนับสนุนทางอารมณ์

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว นำมาบูรณาการและจัดองค์ประกอบใหม่เชิงกระบวนการของการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ได้แนวทาง PASS Model ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การเตรียมความพร้อม (Preparation) การประเมินความต้องการ (Assessment) การช่วยเหลือและ



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกวรรณกรรมในการศึกษา

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจในระดับสากล

แนวทาง	องค์ประกอบสำคัญ	จุดแข็ง	ข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้
1. 3L-WHO ²²	Look, Listen, Link	จดจำง่าย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก เหมาะสำหรับอาสาสมัครและผู้ปฏิบัติงานทั่วไป	ขาดความละเอียด ไม่ระบุเทคนิคการประเมินความรุนแรงหรือการจัดการอารมณ์ที่ซับซ้อน
2. RAPID (Johns Hopkins) ²³	R-A-P-I-D (5 ขั้นตอน)	มีระบบการประเมินและการจัดลำดับความสำคัญ (prioritization) ที่ชัดเจน	ขาดความยืดหยุ่น ขั้นตอนเป็นลำดับเส้นตรงเกินไป ไม่สอดคล้องกับสภาวะเร่งด่วนในภาวะวิกฤต
3. Stress First Aid (NCPTSD) ²⁴	7C Framework	เน้นความยืดหยุ่นสูงและการเสริมสร้างสมรรถนะ (competencies) ให้ผู้รับบริการ	จดจำยาก มีองค์ประกอบมากถึง 7 ประการ อาจทำให้สับสนหรือเลือกใช้ไม่ถูกในภาวะวิกฤตที่มีเวลาจำกัด
4. PFA Core Actions ²⁵	8 Core Actions	ครอบคลุมรอบด้าน โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มเด็กและกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นระบบ	ซับซ้อนเกินไป มีรายละเอียดขั้นตอนมากเกินไปจนอาจไม่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่จุดคัดกรอง
5. Five Essential Elements ¹⁶	5 Principles	เน้นผลลัพธ์เชิงจิตวิทยาที่เป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟู	เป็นนามธรรมสูง เป็นเพียงหลักการกว้าง ๆ ขาดแนวทางปฏิบัติ (how-to) ที่เป็นรูปธรรมสำหรับพนักงาน

NCPTSD = National Center for PTSD; PFA = psychological first aid

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์เชิงประเด็นร่วม (thematic analysis) ของแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจระดับสากล

ประเด็นสำคัญ	ข้อค้นพบ	แนวทางที่สะท้อนชัดเจน
1. ความปลอดภัยและการทำให้สงบ (safety and calming)	หลายแนวทางให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้สึกปลอดภัยและการลดความตื่นตระหนกในระยะเริ่มต้น	3L-WHO, Core Actions, Five Essential Elements
2. การสร้างสัมพันธภาพและการรับฟัง (engagement and listening)	การเข้าหาอย่างอ่อนโยนและการรับฟังโดยไม่ตัดสินพบในหลายแนวทาง	3L-WHO, RAPID, Core Actions
3. การประเมินและความต้องการ (needs assessment)	บางแนวทางมีการประเมินเชิงระบบและการจัดลำดับความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ	RAPID, SFA
4. การเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสนับสนุน (linkage to support systems)	การส่งต่อและการเชื่อมโยงกับเครือข่ายสนับสนุนปรากฏในหลายแนวทาง	3L-WHO, Core Actions, SFA
5. การฟื้นตัวระยะกลางและระยะยาว (medium- to long-term recovery)	องค์ประกอบด้าน self-efficacy และ hope ปรากฏชัดในบางแนวทาง	Five Essential Elements

หมายเหตุ : การปฐมพยาบาลทางใจระดับสากล 5 แนวทาง ได้แก่ 3L-WHO, RAPID Model, Stress First Aid, PFA Core Actions และ Five Essential Elements

การเชื่อมโยง (Support) และการเสริมพลังใจ (Strengthen) ซึ่งสะท้อนลักษณะของการสังเคราะห์เชิงหน้าที่ (functional integration) มากกว่าการรวบรวมองค์ประกอบเชิงเนื้อหา (content aggregation) โดยขั้นตอน Preparation รวบรวมองค์ประกอบด้านความปลอดภัย (safety) และการประเมินสถานการณ์เบื้องต้น ซึ่งพบได้ในแนวทาง 3L-WHO, PFA Core Actions และ Stress First Aid (SFA) ในขณะที่ขั้นตอน Assessment ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ (rapport) การรับฟังเชิงสะท้อนความรู้สึก (reflective listening) และการรวบรวมข้อมูลความต้องการ (information gathering) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ RAPID Model และ PFA Core Actions สำหรับขั้นตอน Support ทำหน้าที่เชื่อมโยงแหล่งสนับสนุน (linkage) และการช่วยเหลือในเชิงปฏิบัติ และขั้นตอนสุดท้าย Strengthen ประกอบด้วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง และความสามารถในการรับมือ (competence/confidence) ซึ่งพบใน Five Essential Elements และ SFA ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ PASS Model ตามแนวทางสากล ร่วมกับการทบทวนบริบทสังคมและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย^{6,7,17-20} โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมจุดแข็งและลดข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินการ สามารถสังเคราะห์ขั้นตอน PASS Model ในบริบทสังคมไทยได้ดังนี้ การเตรียมความพร้อม (Preparation) ที่อาศัยกลไกของ MCATT และเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่ การประเมิน (Assessment)

ที่คำนึงถึงวัฒนธรรมความเกรงใจของคนไทย การให้การสนับสนุน (Support) ที่อาศัยทุนทางสังคม และการเสริมพลังใจ (Strengthen) ที่เน้นการสร้างขวัญกำลังใจและพลังอำนาจในตนเอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และแสดงจุดเน้นของแต่ละขั้นตอนดังแผนภาพที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้ทบทวนแนวทางการปฐมพยาบาลทางใจที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลและสังเคราะห์เป็นแนวทางเชิงกระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตไทย ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวเป็นการบูรณาการเชิงแนวคิดจากวรรณกรรมที่มีอยู่เดิม มีใช้การค้นพบองค์ความรู้ใหม่โดยตรงจากการศึกษาเชิงประจักษ์ โดยแบ่งโครงสร้างเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ที่ครอบคลุมกระบวนการที่ช่วยเหลือให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ และสามารถปรับตัวได้ในอนาคตอย่างเหมาะสม ได้แก่ การเตรียมความพร้อม (Preparation) การประเมินความต้องการ (Assessment) การช่วยเหลือและการเชื่อมโยง (Support) และการเสริมพลังใจ (Strengthen) หรือเรียกโดยย่อว่า PASS Model ซึ่งลดความซับซ้อนของแนวทางเดิมและเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในบริบทของประเทศไทย

ในขั้นตอน Preparation (P) ผลการสังเคราะห์สะท้อนถึงความสอดคล้องระหว่างแนวทางสากล เช่น การประเมินความปลอดภัยในพื้นที่ การสังเกตปฏิกิริยา

ตารางที่ 3 แนวทางการปฐมพยาบาลทางใจ 4 ขั้นตอนที่บูรณาการแนวทางสากล (PASS Model)

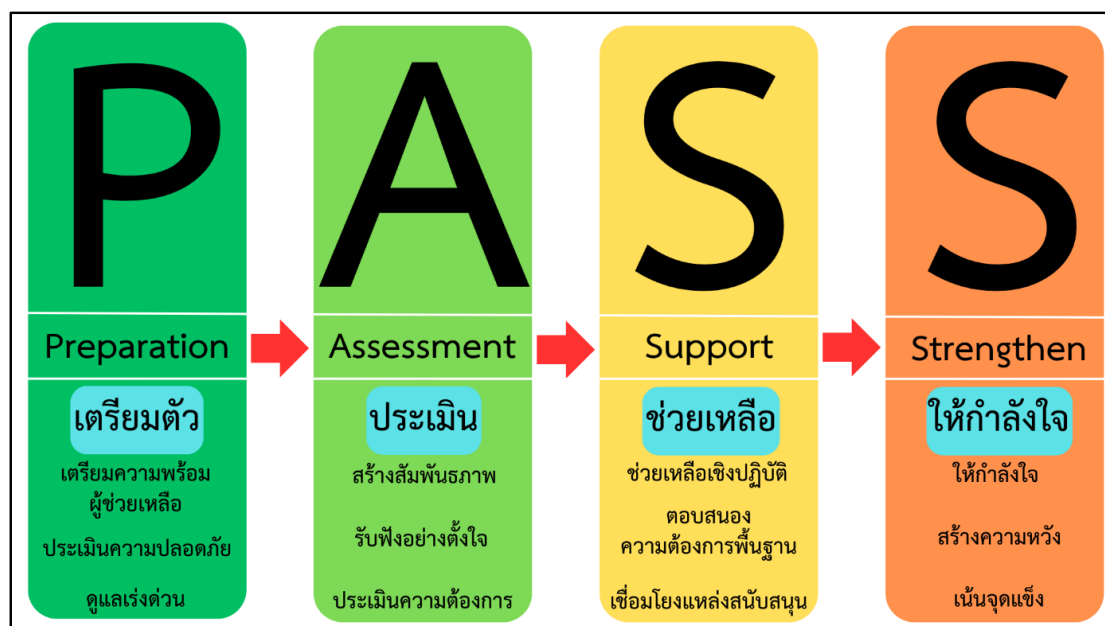
ขั้นตอน PASS Model	นิยาม	องค์ประกอบที่สอดคล้อง				
		3L-WHO ²²	RAPID Model ²³	Stress First Aid (SFA) ²⁴	PFA Core Actions ²⁵	Five Essential Elements ¹⁶
Preparation	การเตรียมความพร้อมของผู้ให้การปฐมพยาบาลทางใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการประเมินความปลอดภัยในพื้นที่เกิดเหตุ (safety check) เพื่อสามารถระบุความเสี่ยงและจัดการความปลอดภัยอย่างเร่งด่วน เน้นการดูแลเบื้องต้นที่ตรงตามการทันที (immediate care) เพื่อประเมินสถานการณ์โดยรวมก่อนเริ่มเข้าถึงตัวผู้ประสบภาวะวิกฤต โดยขั้นตอนนี้ช่วยสร้างความมั่นใจและระงับเหตุการณ์วิกฤตเฉพาะหน้าเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการเยียวยาจิตใจในลำดับถัดไป	Look	assessment, intervention	check, calm	safety and comfort, stabilization	safety, calming
Assessment	การใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการเข้าหาผู้ประสบภาวะวิกฤตอย่างเป็นมิตรเพื่อสร้างความไว้วางใจและลดอุปสรรคทางวัฒนธรรมเรื่องความเกรงใจ โดยใช้การรับฟังเชิงลึก (active listening) และการสะท้อนความรู้สึก (reflection of feelings) เป็นเครื่องมือสำคัญในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริง (information gathering) ขั้นตอนนี้ช่วยให้การปฐมพยาบาลทางใจสามารถประเมินระดับความรุนแรงของปฏิกิริยาความเครียดเฉียบพลันได้อย่างแม่นยำ และเพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคล	Listen	rapport and reflective listening	-	contact and engagement, information gathering	-
Support	การลงมือช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ (action) ตามข้อมูลที่ประเมินได้ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น น้ำดื่ม อาหาร สิ่งของจำเป็น หรือข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางสังคมเรื่อง “น้ำใจ” ผ่านการเชื่อมโยงระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ขั้นตอนนี้ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมต่อระหว่างผู้ประสบภาวะวิกฤตกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เดิมในบริบทสังคมไทย เพื่อสร้างความรู้สึกมั่นคงและลดความโดดเดี่ยวในระยะเริ่มต้น ในกรณีที่พบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีความเสี่ยงสูงหรือมีความต้องการการดูแลเฉพาะทาง ขั้นตอนนี้ยังครอบคลุมการประสานงานเพื่อส่งต่อ (referral) ไปยังบริการด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม	Link	disposition	coordinate, cover, connect	practical assistance, connection with social supports, linkage with collaborative services	connectedness
Strengthen	การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ประสบภาวะวิกฤตให้สามารถกลับมาควบคุมอารมณ์และแก้ไขปัญหาด้านตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมความหวัง (hope) และการชี้ให้เห็นจุดแข็งหรือศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อลดการมองโลกในแง่ร้ายและความรู้สึกสิ้นหวังซึ่งเกิดจากการประเมินตนเอง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถปรับตัวทางจิตใจได้อย่างมั่นคง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะผู้สูญเสียไปสู่การเป็นผู้รอดชีวิตที่มีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป	-	-	competence, confidence	information on coping	self and collective efficacy, hope

PFA = psychological first aid

ตารางที่ 4 ขั้นตอน PASS Model ที่บูรณาการบริบทสังคมและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตไทย

ขั้นตอน PASS Model	มาตรฐานสากลที่นำมาปรับใช้	บริบทสังคมและโครงสร้าง ระบบบริการสุขภาพจิตไทย	การผสมผสานเชิงปฏิบัติ
Preparation	look/check/safety: การประเมินความปลอดภัยในพื้นที่ การสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจที่รุนแรง และการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การช่วยเหลือ (SFA, 3L-WHO, PFA Core Actions)	ระบบเฝ้าระวังและการเตรียมความพร้อมของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ ⁶	การประชุมเตรียมความพร้อมของทีม MCATT เช่น การประชุมทีม การทบทวนความรู้ และการซ้อมแผนประจำปี เพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตอย่างต่อเนื่อง ⁶ และขณะเกิดภาวะวิกฤต มีการประเมินความปลอดภัยก่อนเข้าถึงและให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤต
Assessment	listen/rapport/information gathering: การสร้างสัมพันธภาพด้วยความใส่ใจ การรับฟังอย่างกระตือรือร้น และการสำรวจความต้องการเบื้องต้น (RAPID Model, PFA Core Actions)	วัฒนธรรมความเกรงใจและแนวโน้มหลีกเลี่ยง การเปิดเผยความทุกข์หรือความต้องการต่อบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ²⁰	การใช้เทคนิคการรับฟังเชิงสะท้อนความรู้สึก ²³ การเข้าหาอย่างเหมาะสม และการคาดการณ์และเสนอความช่วยเหลือเบื้องต้น ²⁵ เพื่อละลายความเกรงใจและสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจ ซึ่งอาจเอื้อต่อการเปิดเผยความต้องการของผู้ประสบภาวะวิกฤตมากยิ่งขึ้น
Support	link/practical assistance/connectedness: การช่วยเหลือเชิงปฏิบัติที่จำเป็น การเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการสร้างสายสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด (3L-WHO, PFA Core Actions, Five Essential Elements)	ทุนทางสังคม: การช่วยเหลือผ่านน้ำใจ และมีการส่งต่อและช่วยเหลือโดยเครือข่ายปฐมภูมิและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ^{6,17,18}	การเชื่อมโยงบทบาท “น้ำใจชุมชน” เช่น การสนับสนุนอาหาร น้ำ ที่พักอาศัย และการส่งต่อหากมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงทรัพยากรภาครัฐอย่างทั่วถึง ²²
Strengthen	self-efficacy/hope/competence: การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสร้างความหวัง และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด (Five Essential Elements, SFA, PFA)	ทุนทางจิตใจ : ทรัพยากรทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตได้ โดยในบริบทไทยสะท้อนผ่านการสร้างขวัญและกำลังใจ เช่น การปลอบขวัญ การพูดให้กำลังใจ และการเสริมแรงเชิงบวก ¹⁹	การใช้กลไก “ต. ต้องชม” และการปลอบใจเพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจ ¹⁹ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความหวัง ¹⁶

MCATT = Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team; PFA = psychological first aid; SFA = stress first aid



แผนภาพที่ 2 จุดเน้นการดำเนินการปฐมพยาบาลทางใจตามแนวทาง PASS Model ที่บูรณาการบริบทสังคมและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตไทย

ตอบสนองทางจิตใจที่รุนแรง และการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การช่วยเหลือ กับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยที่มี MCATT เป็นกลไกสำคัญในการตอบสนองภาวะวิกฤต โดยมีการบูรณาการการทำงานกับระบบสาธารณสุขของประเทศและดำเนินงานภายใต้กรอบการจัดการสาธารณสุข 2P2R (Prevention, Preparedness, Response และ Recovery) ซึ่งเน้นการเตรียมความพร้อมและการป้องกันเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น^{6,19} ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเตรียมความพร้อมของบุคลากรด้านการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรบผ่านสถานการณ์จำลอง (simulation-based training) และการฝึกตามสถานการณ์เสมือนจริง (scenario-based learning) สามารถส่งเสริมความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ปัจจุบันหลักฐานที่เชื่อมโยงโดยตรงกับผลลัพธ์ต่อผู้ประสบภาวะวิกฤตยังมีจำกัด แต่การที่บุคลากรและระบบบริการมีความพร้อมเพิ่มขึ้น ย่อมมีแนวโน้มช่วยให้การตอบสนองต่อสถานการณ์จริงมีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁶

ขั้นตอน Assessment (A) เป็นการสังเคราะห์โดยเชื่อมโยงแนวทางสากล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพด้วยความใส่ใจ การรับฟังอย่างกระตือรือร้น และการสำรวจความต้องการเบื้องต้น กับบริบททางวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง “ความเกรงใจ”²⁰ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเปิดเผยถึงความทุกข์ ความต้องการ หรือการขอความช่วยเหลือของผู้ประสบภาวะวิกฤต ด้วยเหตุนี้ ขั้นตอน Assessment จึงไม่ได้มุ่งเพียงการประเมินข้อมูลหรือความต้องการของผู้รับบริการเท่านั้น แต่เน้นการเข้าหาอย่างเป็นมิตร การสร้างสัมพันธภาพ และการรับฟังเชิงลึก ซึ่งเป็นกลไกที่สอดคล้องกับหลักจิตวิทยามนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ความเข้าอกเข้าใจ และการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจ²³ หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ชี้ให้เห็นว่า เทคนิคการสื่อสารที่เน้นการรับฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก รวมถึงการสำรวจแรงจูงใจของผู้รับบริการ มีส่วนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และความต่อเนื่องในการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม²⁷ แม้หลักฐานดังกล่าว

จะไม่ได้ศึกษาในบริบทการปฐมพยาบาลทางใจโดยตรง แต่สะท้อนให้เห็นศักยภาพของกระบวนการสื่อสารเชิงสนับสนุนต่อการตอบสนองและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในสถานการณ์วิกฤตได้ ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลโดยตรงของความเกรงใจต่อประสิทธิผลของการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต รวมถึงแนวทางที่ช่วยลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับความเกรงใจในบริบทสังคมไทยต่อไป

การสังเคราะห์ขั้นตอน Support (S) เป็นการนำทุนทางสังคมของไทย ได้แก่ น้ำใจของชุมชน^{17,18} และองค์ประกอบเด่นด้านการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงานของ MCATT โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแกนนำชุมชนเข้ามาร่วมดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤต และให้ความสำคัญกับบริบททางวัฒนธรรม ศาสนา และวิถีชีวิตของประชาชนในการเยียวยาจิตใจ⁶ มาประยุกต์เป็นกลไกสำคัญในแนวทางสากลด้านการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติการ เชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการสร้างสายสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด โดยมีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าแนวทางที่ส่งเสริมความเชื่อมโยงทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีแนวโน้มช่วยเพิ่มการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนและการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน ซึ่งอาจสนับสนุนกระบวนการฟื้นตัวทางสุขภาพจิตได้²⁸ อย่างไรก็ตาม หลักฐานดังกล่าวส่วนใหญ่ยังอยู่ในบริบทสุขภาพจิตทั่วไป และยังไม่ได้ศึกษาโดยตรงในบริบทการปฐมพยาบาลทางใจหรือสถานการณ์วิกฤตโดยเฉพาะ

ขั้นตอน Strengthen (S) เป็นการมุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจผ่านการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience)¹⁶ โดยอาศัยกลไกทางวัฒนธรรมไทย เช่น การปลอบขวัญและการให้กำลังใจ¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างจุดแข็งและทรัพยากรทางจิตใจของบุคคล เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและฟื้นตัวจากสถานการณ์วิกฤตได้อย่างเหมาะสม²⁹ และแนวคิดเรื่องความหวังที่อธิบายว่า บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นเมื่อมีเป้าหมาย เห็นแนวทางไปสู่เป้าหมาย และมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตต่อไป³⁰ หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ

umbrella review ในผู้ประสบภาวะวิกฤตและเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจพบว่า โปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ การเผชิญปัญหา และการฟื้นตัวทางจิตใจมีแนวโน้มช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและสนับสนุนการปรับตัวทางจิตใจในบางบริบท แม้ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลยังมีความหลากหลายระหว่างการศึกษาศึกษา^{31,32} อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันประสิทธิผลในบริบทของภาวะวิกฤตโดยตรง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวต่อไป

PASS Model อาจใช้เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการดำเนินงานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หรือการวิจัยต่อยอดด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ขอบเขตของแนวทางนี้อาจไม่ครอบคลุมกรณีภาวะวิกฤตที่มีความรุนแรงสูง หรือผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะทางจิตเวชรุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เข้มข้นและการส่งต่อ การตีความบทบาทของปัจจัยทางวัฒนธรรมยังอยู่ในระดับเชิงแนวคิด และยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับโดยตรง อีกทั้ง PASS Model ยังไม่ได้รับการทดสอบในสถานการณ์จริง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินทั้งประสิทธิผลและความเหมาะสมในบริบทที่หลากหลาย

สรุป

บทความนี้ทบทวนและสังเคราะห์แนวทางการปฐมพยาบาลทางใจในระดับสากล ผลการวิเคราะห์พบว่าแนวทางสากลมีองค์ประกอบร่วมสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยและการทำให้สงบ การสร้างสัมพันธภาพและการรับฟัง การประเมินความต้องการ การเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสนับสนุน และการฟื้นตัวระยะกลางและระยะยาว ขณะเดียวกันยังมีความแตกต่างในด้านระดับความเป็นระบบของการประเมินและการให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังใจในระยะฟื้นตัวภายหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถสังเคราะห์เป็น PASS Model ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อม (Preparation) การประเมินความต้องการ (Assessment) การช่วยเหลือและการเชื่อมโยง (Support) และการเสริมพลังใจ (Strengthen) ตามลำดับ

กระบวนการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต โดยมีการบูรณาการร่วมกับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตไทย ได้แก่ MCATT การส่งเสริมทุนทางสังคมไทย ได้แก่ การช่วยเหลือเกื้อกูลของชุมชน และการลดอุปสรรคทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเกรงใจ เพื่อเสนอเป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการที่อาจใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตที่เชื่อมโยงกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลและความเหมาะสมของการนำแนวทางนี้ไปใช้ในบริบทที่หลากหลายต่อไป

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ชลชญาณ์ หลวงจิธา : ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย สืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย สกัดข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ตรวจสอบต้นฉบับ ; เทียนทอง อินตารักษา : สืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

- Booneiad B, Chamnanphuttiphon S. Environmental crisis and social risk. The Journal of Sirindhornparidhat. 2024;25(2):2591-602. (in Thai)
- Hermosilla S, Forthal S, Sadowska K, Magill EB, Watson P, Pike KM. We need to build the evidence: a systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. J Trauma Stress. 2023;36(1):5-16. doi:10.1002/jts.22888.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.
- Golitaleb M, Mazaheri E, Bonyadi M, Sahebi A. Prevalence of post-traumatic stress disorder after flood: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2022;13:890671. doi:10.3389/fpsy.2022.890671.
- Tanaree A, Lertkiatratthata M, Katekaew M, Chairerk J. Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental health surveillance system. Journal of Mental Health of Thailand. 2022;30(3):222-36. (in Thai)
- Department of Mental Health. Operational manual for mental health crisis assessment and treatment

- team (MCATT). Revised ed. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2024. (in Thai)
7. Chaipimonplin T. Hazard disaster in the modern world. Chiang Mai: Chiang Mai University Press; 2020. (in Thai)
8. Chrstraksa W, Kongsuwan V, Suttharungsee W. The effects of a psychological crisis management program for floods on knowledge and self-care competency among village health volunteers in Hat Yai District, Songkhla Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2014;34(3):75-95. (in Thai)
9. Detkong T, Aksorn S, Gunadhidadhana P, Opaswattana C, Assadonsak K. Effects of a strength-based counseling program on resilience, stress, burnout, depression, and suicide risk in people at risk for mental health problems. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2024;32(2):166-75. (in Thai)
10. Saraswati P. Mental health and mental health first aid: a narrative review. *J Psychiatry Ment Health*. 2026;11(1):60. doi:10.30654/MJPMH.10060.
11. Kumluea P, Autsa S, Kumchalee N, Kumluea S, Maniin T. Development of mental health and psychiatric service model for primary care units, Sirattana District, Sisaket Province, 2014-2018. *Journal of Health Science*. 2021;30(5):834-44. (in Thai)
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
13. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20-8. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20.
14. Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
15. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370-96.
16. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-315. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283.
17. Phuangprayong K. Social helping behavior during the COVID-19 crisis of working age population in Bangkok. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*. 2021;6(5):202-24. (in Thai)
18. Mongkolyos W, Nantachantoon S. Kindness: a study of conceptual metaphor in Thai. *Journal of MCU Buddhapanya Review*. 2024;9(1):64-77. (in Thai)
19. Suwannarat W, Katekaew M, Sakulrang K. Building community mental strength in the coronavirus 2019 pandemic. *Academic Journal of Community Public Health*. 2022;8(1):1-14. (in Thai)
20. Mekthawornwathana T. The comprehensive meanings of Krongchai and the important aspects of Thai culture. *NIDA Development Journal*. 2012;52(1):235-63. (in Thai)
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
22. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: guide for field workers. Panyayong B, Suraarunsamrit B, translators. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2017. (in Thai)
23. Everly GS, Lating JM. The Johns Hopkins guide to psychological first aid. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2018.
24. Watson P, Gist R, Taylor V, Evlander E, Leto F, Martin R, et al. Stress first aid for health care workers. Washington (DC): National Center for PTSD; 2020.
25. Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological first aid: field operations guide. 2nd ed. Rockville (MD): National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD; 2006.
26. Nikitara M, Kalu A, Latzourakis E, Constantinou CS, Velonaki VS. Training nurses for disasters: a systematic review on self-efficacy and preparedness. *Healthcare*. 2025;13(24):3323. doi:10.3390/healthcare13243323.
27. Papus M, Dima AL, Viprey M, Schott AM, Schneider MP, Novais T. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2022;105(11):3186-203. doi:10.1016/j.pec.2022.06.013.
28. Brooks H, Devereux-Fitzgerald A, Richmond L, Bee P, Lovell K, Caton N, et al. Assessing the effectiveness of social network interventions for adults with a diagnosis of mental health problems: a systematic review and narrative synthesis of impact. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(5):907-25. doi:10.1007/s00127-022-02242-w.
29. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5-14.
30. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002;13(4):249-75.

31. Lotzin A, Franc de Pommereau A, Laskowsky I. Promoting recovery from disasters, pandemics, and trauma: a systematic review of brief psychological interventions to reduce distress in adults, children, and adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(7):5339. doi:10.3390/ijerph20075339.
32. Abate BB, Sendekie AK, Tadesse AW, Engdaw T, Mengesha A, Zemariam AB, et al. Resilience after adversity: an umbrella review of adversity protective factors and resilience-promoting interventions. *Front Psychiatry*. 2024;15:1391312. doi:10.3389/fpsy.2024.1391312.

ปกิณกะ

การเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานการณ์วิกฤต : บทเรียนจากสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา

วันรับ : 11 มีนาคม 2569

วันแก้ไข : 23 มิถุนายน 2569

วันตอบรับ : 24 มิถุนายน 2569

บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, พ.บ.¹, อธิป ตันอารีย์, พร.ด.², กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.¹,

ศุภกร สรรพโส, วท.บ.¹, สุวิมล อินทร์เชื้อ, วท.ม.¹

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี¹,

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี²

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความตึงเครียดบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ส่งผลกระทบกว้างต่อความมั่นคงและสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูง นำไปสู่การขับเคลื่อน “ระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุก” เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที แทนการรอรับผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพอย่างเดียว บทความนี้มุ่งนำเสนอประสบการณ์และบทเรียนจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในพื้นที่วิกฤตกรณีสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบต้วหน้าสุขภาพจิตเพื่อการจัดการในภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

การเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานการณ์ครั้งนี้ได้ดำเนินการผ่านทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ซึ่งใช้กลไกการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งภาครัฐ ภาคสังคม และภาคประชาชนในพื้นที่เพื่อทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มผลกระทบด้านสุขภาพจิตโดยรวม ตลอดจนระบุเป้าหมายประชากรและพื้นที่ที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน ร่วมกับกลไกการเฝ้าระวังแบบต้วหน้า (sentinel surveillance) ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) เข้าปฏิบัติการในพื้นที่

ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังนำไปสู่มาตรการเชิงนโยบายด้านการติดตามดูแลเชิงรุกในกลุ่มเปราะบางทางจิตเวช การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อลดความตึงเครียดของสังคม การลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตในบุคลากรด่านหน้า และการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ ความสำเร็จของระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องและทันสถานการณ์ ตลอดจนความเข้มแข็งของบุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพและการดูแลด้านสุขภาพจิตของบุคลากรด่านหน้าอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังเชิงรุก, ความขัดแย้งบริเวณชายแดน, ไทย-กัมพูชา, สถานการณ์วิกฤต, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : กมลลักษณ์ มากคล้าย ; e-mail: km.makhlai@gmail.com

Miscellany

Proactive mental health surveillance in crisis: lessons learned from the Thai-Cambodian border situation

Received : 11 March 2026

Revised : 23 June 2026

Accepted : 24 June 2026

Burin Suraaroonamrit, M.D.¹, Athip Tanaree, Ph.D.², Kamonluck Makklai, B.P.H.¹,
Supphakorn Sapphaso, B.Sc.¹, Suwimon Inchu, M.Sc.¹Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health,
Nonthaburi Province, Thailand¹,Srithanya Hospital, Department of Mental Health, Nonthaburi Province, Thailand²

Abstract

Since December 2025, escalating tensions along the Thailand-Cambodia border have broadly impacted the security and psychological well-being across populations, particularly individuals residing in highly affected areas. This situation has driven the implementation of a “proactive mental health surveillance system” to prevent and mitigate these problems in a timely manner, rather than relying solely on service users presenting themselves to healthcare facilities. This article presents experiences and lessons learned from the development of a surveillance system in this crisis area, applying the concepts of mental health epidemiology for effective emergency management.

The proactive mental health surveillance was implemented through the mechanism of Situation Awareness Team (SAT), which integrated information from multiple sources, including government agencies, civil society organizations, and local communities. The system was used to assess the overall situation and trends in mental health impacts, identify populations and areas requiring urgent monitoring and support, and guide response efforts. In parallel, sentinel surveillance was conducted in high-risk areas to screen and assess early warning signs of mental health problems among target populations, prioritize the issues, and provide this information to the Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT) for field intervention.

The surveillance findings informed policy measures for proactive monitoring and care of vulnerable psychiatric populations, risk communication strategies to reduce public anxiety, mitigating mental health impacts among frontline personnel, and the allocation of mental health resources in accordance with local contexts and emerging needs. The success of the proactive mental health surveillance system depended on multisectoral collaboration, timely and accurate information sharing, and the strength of local personnel and community networks. Therefore, continued efforts are needed to develop an integrated mental health information system, strengthen workforce capacity, and provide mental health support for frontline personnel.

Keywords: active surveillance, border conflict, crisis, mental health, Thailand-Cambodia

Corresponding author: Kamonluck Makklai; e-mail: km.makklai@gmail.com

ความรู้เดิม : ระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการติดตามแนวโน้มปัญหาและสนับสนุนการตอบสนองด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต แต่บทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวังเชิงรุกในบริบทสถานการณ์ความขัดแย้งบริเวณชายแดนยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์ค่อนข้างจำกัด

ความรู้ใหม่ : การเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนในสถานการณ์วิกฤตชายแดนควรใช้การเฝ้าระวังเชิงรุกและอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อให้สามารถตรวจจับปัญหาและตอบสนองได้อย่างทันทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูง การเฝ้าระวังแบบตัวแทน (sentinel surveillance) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยในการติดตามแนวโน้มและระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่เสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว และสนับสนุนการวางแผนช่วยเหลือที่เหมาะสม ทั้งนี้ ความสำเร็จของระบบเฝ้าระวังขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของเครือข่ายในพื้นที่ การสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านหน้าในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต เพื่อสนับสนุนการวางแผน การตอบสนอง และการจัดบริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

ชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชาเป็นพื้นที่ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ประชาชนของทั้งสองประเทศมีการเดินทางข้ามพรมแดนเพื่อการค้าขาย การประกอบอาชีพ การศึกษา และการติดต่อกับเครือญาติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ระดับชุมชนที่มีความใกล้ชิดและพึ่งพาอาศัยกันมาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม พื้นที่ชายแดนดังกล่าวยังคงมีความเปราะบางต่อสถานการณ์ด้านความมั่นคงเนื่องจากในบางช่วงเวลาอาจเกิดความตึงเครียดทางการเมืองหรือข้อพิพาทเกี่ยวกับเขตแดน^{1,2} ซึ่งอาจนำไปสู่ความไม่แน่นอนและส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่

ตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2568 เป็นต้นมา สถานการณ์ความตึงเครียดบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น³ มีรายงานเหตุการณ์ความไม่สงบ การปะทะทางทหาร และการใช้อาวุธหนักในบางพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน รวมถึงความเสียหายต่อโครงสร้างพื้นฐานของชุมชน เช่น สถานพยาบาล สถานศึกษา และศาสนสถาน ในด้านระบบบริการสาธารณสุข เกิดวิกฤตด้านการแพทย์ มีโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว 18 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 240 แห่ง⁴ หน่วยบริการหลายแห่งจำเป็นต้องปรับรูปแบบการให้บริการ โดยการเตรียมความพร้อมในการรองรับกรณีมีผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ การเตรียมระบบการส่งต่อผู้ป่วย การสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนการบริหารอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้สามารถให้บริการดูแลรักษาประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง⁴

สถานการณ์ความขัดแย้งยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ ประชาชนจำนวนมากต้องอพยพออกจากพื้นที่เสี่ยงเข้าสู่ศูนย์พักพิงชั่วคราว ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในการดำรงชีวิตและความเครียดสะสมในระดับชุมชน⁵ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้พื้นที่เกิดเหตุการณ์ รวมถึงครอบครัวของผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ การเผชิญกับภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และความหวาดกลัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะสั้นและระยะยาว^{4,5}

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังปฏิกิริยาทางอารมณ์ของคนไทยทั้งในสถานการณ์ปกติและเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตในประเทศมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงจากเหตุการณ์ สำหรับสถานการณ์ความตึงเครียดบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ข้อมูลการสำรวจในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 4,800 คน ในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ จันทบุรี บุรีรัมย์ และตราด ระหว่างวันที่ 5 - 9 มกราคม 2569 พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีความชุกของความเครียดที่เกี่ยวข้องกับ

ขัดแย้งในความคิดเห็นทางการเมืองในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 9.1 ความเครียดระดับสูงร้อยละ 3.1 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 0.7 โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังจิตเวช กลุ่มผู้ช่วยเหลือ เช่น อาสาสมัครกู้ภัย ผู้นำชุมชน รวมถึงผู้ที่ติดตามข่าวสารต่อเนื่องเป็นเวลานาน⁶

ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ชายแดนมีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรการป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิต การเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการช่วยเหลือด้านจิตสังคม และการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่สามารถปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ชายแดน

บทความนี้นำเสนอประสบการณ์และบทเรียนจากการเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตในอนาคต

สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่

เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 มีลักษณะเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางความมั่นคงที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง^{5,6} ดังนี้ 1) การยกระดับความรุนแรงเชิงกายภาพมีการปะทะทางทหารด้วยอาวุธหนักและการใช้จรวด BM-21 โจมตีพื้นที่พลเรือน ส่งผลให้โครงสร้างพื้นฐานสำคัญทั้งบ้านเรือน สถานพยาบาล ศาสนสถาน และโรงเรียนได้รับความเสียหายอย่างหนัก รวมถึงมีการบาดเจ็บและเสียชีวิต 2) การประกาศพื้นที่วิกฤต (พื้นที่สีแดง) มีการจัดระดับความเสี่ยงตามความรุนแรงของสถานการณ์ เพื่อกำหนดมาตรการจัดการภาวะฉุกเฉิน 3) การเคลื่อนย้ายประชากรครั้งใหญ่ โดยประชาชนกว่า 167,000 คน จำเป็นต้องละทิ้งถิ่นฐานและอพยพเข้าสู่ศูนย์พักพิงชั่วคราวจำนวน 848 แห่งเพื่อความปลอดภัย และ 4) ข้อจำกัดด้านบริการสาธารณสุข

โดยสถานพยาบาลในพื้นที่ต้องปิดทำการชั่วคราว ส่งผลให้การเข้าถึงการดูแลสุขภาพพื้นฐานและการส่งต่อผู้ป่วยทำได้ยากลำบาก

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิตในพื้นที่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจปฏิบัติการทางอารมณ์ของคนไทยในสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา⁶ พบปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่มีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ภาวะสะท้อนขวัญและการสูญเสียการเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงโดยตรงและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือทรัพย์สิน เป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะท้อนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) 2) ความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัยและอาชีพ โดยการอพยพเข้าสู่ศูนย์พักพิงนำมาซึ่งความเครียดสะสมจากสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด ความเป็นส่วนตัวลดลง และความกังวลต่อความปลอดภัยของทรัพย์สินที่ทิ้งไว้เบื้องหลัง 3) ผลกระทบจากการรับสื่อและข่าวลือ พบว่าการติดตามข่าวสารสถานการณ์ความไม่สงบต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยเฉพาะข่าวลือเรื่องการใช้อาวุธหนักผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความตื่นตระหนก (panic) และภาวะล้าทางอารมณ์ (emotional fatigue) 4) ความขัดแย้งทางความคิด พบความชุกของความเครียดที่เกิดจากความเห็นต่างทางการเมืองสูงสุดภายในกลุ่มผู้อพยพ (ร้อยละ 11.8) ซึ่งซ้ำเติมสภาวะจิตใจในระหว่างการพักพิง⁶ และ 5) ความเปราะบางเฉพาะกลุ่ม พบกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน (18 - 40 ปี) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าช่วงวัยอื่น นอกจากนี้กลุ่มเปราะบางทางสังคม เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากข้อจำกัดในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ที่จำกัด⁶

การเฝ้าระวังเชิงรุกด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (epidemiological surveillance) ตามนิยามของ Eylesbosch และ Noah⁷ คือ “การวิเคราะห์ แผลผล และการส่งข้อมูลกลับอย่างต่อเนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมมาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นวิธีการที่นำไปปฏิบัติได้จริง มีรูปแบบเดียวกัน และมีความรวดเร็ว เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งในทางปฏิบัติ

ของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ หลักตามวิธีการได้ข้อมูล ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังเชิงตั้งรับ (passive surveillance) เป็นลักษณะที่หน่วยเฝ้าระวังรอรับการรายงานข้อมูลที่ส่งมาจากหน่วยบริการสุขภาพตามรอบเวลาปกติ เช่น รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากโรงพยาบาล ซึ่งแม้จะประหยัดทรัพยากรแต่อาจพบปัญหาข้อมูลล่าช้าหรือไม่สะท้อนสถานการณ์จริงในกลุ่มประชากรที่เข้าไม่ถึงบริการ และ 2) การเฝ้าระวังเชิงรุก (active surveillance) เป็นลักษณะที่หน่วยเฝ้าระวังทำการรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากแหล่งข้อมูลหรือในพื้นที่เป้าหมาย แทนการรอรับรายงานเพียงอย่างเดียว วิธีการนี้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดหรือความไม่แน่นอนสูงทั้งในมิติเวลาและพื้นที่ เนื่องจากช่วยให้สามารถตรวจพบปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ (real-time detection)^{8,9}

การเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกเป็นกระบวนการสำคัญในการติดตามสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความไม่สงบ สำหรับการดำเนินงานในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ซึ่งมีความอ่อนไหวทางสังคมและความมั่นคง กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุก 2 แนวทาง ประกอบด้วย การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ และการเฝ้าระวังแบบตัวแทน (sentinel surveillance) ดังนี้

การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์

การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ ดำเนินการโดยทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมสุขภาพจิต⁵ โดยใช้ 3 กลยุทธ์ร่วมกัน ได้แก่ การทบทวนการรายงานอย่างเป็นทางการ การเฝ้าระวังข่าวในสังคม และการติดตามแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่

กลยุทธ์ที่ 1 การทบทวนการรายงานอย่างเป็นทางการ เป็นการรวบรวมข้อมูลที่รายงานโดยหน่วยงานภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ที่เกี่ยวข้องกับวิกฤตชายแดนไทย-กัมพูชา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง (triangulation) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่ 1) รายงานสถานการณ์การดูแลผู้ได้รับผลกระทบและการอพยพประชาชน และระบบเฝ้าระวังโรคและสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดน โดยกระทรวงสาธารณสุข 2) แลกเปลี่ยน

สถานการณ์ความมั่นคง การปะทะหรือเหตุการณ์ทางทหารในพื้นที่ชายแดน และมาตรการรักษาความปลอดภัยและการอพยพประชาชน โดยกองทัพไทย 3) การสื่อสารสถานการณ์และมาตรการของรัฐบาล 4) รายงานผลกระทบต่อโรงเรียนในพื้นที่ชายแดน เช่น การปิดโรงเรียน การปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการเรียนการสอน โดยกระทรวงศึกษาธิการ และ 5) ผลกระทบต่อแรงงานในพื้นที่ชายแดน การเคลื่อนย้ายแรงงาน และมาตรการคุ้มครองแรงงาน โดยกระทรวงแรงงาน โดยข้อมูลที่รวบรวมผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง โดยพิจารณาจากความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ความสอดคล้องของข้อมูล และความทันสมัยของข้อมูล เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความแม่นยำของการวิเคราะห์

กลยุทธ์ที่ 2 การเฝ้าระวังข่าวในสังคม เป็นการประเมินการรับรู้และการตอบสนองของสาธารณชน (อุณหภูมิทางสังคม) ผ่านการนำเสนอของสื่อมวลชน ในประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญหรือเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต หรือกรณีที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจผิดทางสังคมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช (social misconception) ซึ่งอาจนำไปสู่การตีตรา (stigma) ผู้ป่วยในลักษณะเป็นบุคคลอันตราย และการเลือกปฏิบัติ สำหรับแนวทางการเฝ้าระวังข่าวสารในสถานการณ์ชายแดนนี้ มีการพิจารณาประเด็นการเฝ้าระวังจากระดับความรุนแรงของผลกระทบ ความคุ้มค่า และความเสี่ยงในการนำเสนอข่าวสาร รวมทั้งมีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนงานโครงการ หรือบริการที่กรมสุขภาพจิตดำเนินการอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดกระบวนการตีตราในสังคม

สำหรับกลยุทธ์ที่ 3 เป็นการติดตามแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยทีมปฏิบัติการในพื้นที่ (operation team) ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข ทีมเยียวยาจิตใจ ผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ในเขตสุขภาพที่ 6 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการคัดกรองและรายงานข้อมูลในการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากพื้นที่ครอบคลุมทั้งข้อมูลเชิงสถานการณ์

และข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นของประชาชน เช่น ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมถึงสัญญาณความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ข้อมูลดังกล่าวได้รับการส่งต่อให้ทีม SAT ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อประเมินความรุนแรงของสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาต่าง ๆ รวมถึงระบุเบื้องต้นถึงพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต

การเฝ้าระวังแบบตัวแทน (sentinel surveillance)

การเฝ้าระวังเชิงรุกในรูปแบบ “การเฝ้าระวังแบบตัวแทน” (sentinel surveillance) โดยคำว่า sentinel มีความหมายว่า “ยาม” ที่ทำหน้าที่ตรวจจับสัญญาณความผิดปกติ การเฝ้าระวังรูปแบบนี้มักดำเนินการในประเด็นที่อ่อนไหว (sensitive issues) โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เฉพาะที่สามารถสะท้อนภาพรวมของปัญหาได้ โดยไม่จำเป็นต้องสำรวจประชากรทั้งหมด ซึ่งช่วยลดภาระด้านทรัพยากรและเพิ่มความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน⁷⁻⁹ นอกจากนี้ ยังช่วยระบุสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า (early warning signal) กรณีที่ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น รวมถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การวางแผนมาตรการช่วยเหลือด้านจิตสังคม การจัดการบริการสุขภาพจิตเชิงรุก และการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนได้อย่างทันท่วงทีและสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่

การสำรวจแบบ sentinel ในสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา ได้ประยุกต์ใช้แนวการสำรวจแบบเร่งด่วน (rapid emergency response survey)^{10,11} เพื่อให้ได้ข้อมูลผลกระทบเบื้องต้นและแนวโน้มด้านสุขภาพจิตทันทีหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต โดยเน้นการจัดเก็บข้อมูลที่รวดเร็ว คุ่มค่า และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด¹²⁻¹³ การกำหนดพื้นที่การสำรวจพิจารณาจากเกณฑ์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ชุมชนที่อยู่ใกล้แนวชายแดน 2) พื้นที่ที่ได้รับความเสียหายเชิงกายภาพ และ 3) พื้นที่ที่ประชาชนมีความกังวลสูงต่อสถานการณ์ความมั่นคง โดยกำหนดให้มีการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ระดับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

การเฝ้าระวังเชิงรุกสู่มาตรการด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

จากการวิเคราะห์รายงานสถานการณ์อย่างเป็นทางการโดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและทีมปฏิบัติการในพื้นที่ ร่วมกับการเฝ้าระวังสถานการณ์ข่าวประจำวันผ่านระบบวิเคราะห์อารมณ์สังคม (sentiment analysis) ส่งผลให้ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ตรวจจับสัญญาณเตือนภัยสำคัญ พบว่า เหตุการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชาไม่เพียงแต่ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องรับภาระหนักขึ้นอย่างฉับพลันจากการอพยพของประชาชนเข้าสู่ศูนย์พักพิงชั่วคราวเท่านั้น แต่ในมิติสังคมและข่าวสารกลับพบปฏิกิริยาทางอารมณ์ในลักษณะความตื่นตระหนกและภาวะล้าทางอารมณ์เป็นวงกว้าง ซึ่งถูกกระตุ้นโดยตรงจากการรับรู้ข่าวสื่อและข้อมูลลงเรื่องการใช้อาวุธหนักผ่านสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง แม้หน่วยงานภาครัฐจะมีการตอบสนองเชิงระบบอย่างรวดเร็ว ทั้งการควบคุมพื้นที่วิกฤต การสำรองเวชภัณฑ์ และเตรียมระบบส่งต่อฉุกเฉินก็ตาม

ทีม SAT จึงได้ขับเคลื่อนการสำรวจแบบ sentinel เพื่อเปลี่ยนผ่านจากระบบตั้งรับสู่การจัดการเชิงรุก โดยกลุ่มภารกิจระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต ได้ดำเนินการสำรวจปฏิกิริยาทางอารมณ์ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เฝ้าระวัง 7 จังหวัด โดยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้อพยพหรืออาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือไม่ประสงค์อพยพในช่วงเกิดเหตุการณ์ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัคร ภูมิ และผู้นำชุมชน ซึ่งมีผลการสำรวจเบื้องต้นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว⁶

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังเชิงรุกในครั้งนี้สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์ความขัดแย้ง เช่น ความเครียดจากสถานการณ์ทางสังคมและการเมือง การเสพข่าวสารจำนวนมาก รวมถึงภาระงานของบุคลากรด้านหน้า ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดมาตรการเชิงนโยบายเพื่อป้องกันและลดผลกระทบทางจิตใจของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายสำคัญ 4 มาตรการหลัก ดังนี้

มาตรการที่ 1 การติดตามดูแลกลุ่มเปราะบางทางจิตเวชเชิงรุกในภาวะวิกฤต เนื่องจากข้อมูลชี้ชัดว่าผู้ป่วย

เรื่องจิตใจเวชเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด โดยมีความคิดทำร้ายตนเองบางวันหรือไม่บ่อยสูงถึงร้อยละ 25.0 และมีความเครียดจากการเมืองระดับรุนแรงถึงร้อยละ 80.6 จึงเสนอให้กำหนดนโยบายให้สถานพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงต้องจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชรายบุคคลที่มีการปรับปรุงสถานะเป็นปัจจุบันทันที และสั่งการให้ทีมสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน ทั้งบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ลงพื้นที่ “เคาะประตูบ้าน” เพื่อตรวจสอบการรับประทานยาและประเมินความเครียดด้วย visual analogue scale (VAS) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและการทำร้ายตนเองที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดยาหรือความเครียดสะสม

มาตรการที่ 2 การบริหารจัดการการสื่อสารเพื่อลดระยะเวลาการเสพข่าวสารของประชาชน ผลสำรวจยืนยันว่าระยะเวลาการรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ที่ติดตามข่าวสาร 7 ชั่วโมงขึ้นไปพบอาการซึมเศร้าและมีความคิดทำร้ายตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น จึงเสนอให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารเป็น “single command and schedule” คือการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์จริงที่ถูกต้องและจำเป็น นำมาแถลงหรือกระจายเสียงผ่านหอกระจายข่าวเพียงวันละ 2 ช่วงเวลา เช่น เช้าและเย็น โดยเน้นความกระชับและชัดเจน เพื่อลดความจำเป็นของประชาชนในการเกาะติดหน้าจอโทรศัพท์หรือโทรทัศน์ตลอดทั้งวัน ซึ่งเป็นการลดความตระหนกและลดโอกาสการเกิดความเครียดจากการเสพข่าวเกินขนาด (information overload)

มาตรการที่ 3 การคุ้มครองสุขภาพจิตบุคลากรด้านหน้าและอาสาสมัคร จากข้อมูลพบว่าอาสาสมัคร กู้ภัย และบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะเพศหญิง มีความเครียดและอาการซึมเศร้าสูง โดยอาสาสมัครมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงร้อยละ 3.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่น จึงได้เสนอให้ผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่กำหนดนโยบาย “การหมุนเวียนและพักผ่อนแบบบังคับ” (mandatory rotation and rest) สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า โดยไม่ถือเป็นการลาหยุดเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟ (burnout) และให้มีการจับคู่ดูแล (buddy system) ภายในทีม เพื่อคอย

ตรวจสอบสัญญาณความเครียดของเพื่อนร่วมงาน หากพบความผิดปกติสามารถส่งต่อเข้าสู่กระบวนการเยียวยาได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบต่อนหน้าที่การงาน

มาตรการที่ 4 การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพจิตมุ่งเป้าพื้นที่วิกฤต (area-based intervention) โดยลดการบูรณาการช่วยเหลือในทุกพื้นที่ พร้อมกำหนดนโยบายเร่งด่วนมุ่งเป้าไปยัง “พื้นที่สีแดง” ตามข้อมูลสำรวจ เช่น อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ที่มีความเครียดทางการเมืองสูงที่สุด อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว และอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีความเครียดทั่วไปและอาการซึมเศร้าสูง โดยให้ระดมทีม MCATT ระดับเขตหรือจังหวัดข้างเคียงลงพื้นที่เพื่อจัดให้บริการเชิงรุกและทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดในพื้นที่เหล่านี้เป็นลำดับแรก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ดูแล และส่งต่ออย่างทันทั่วถึง ลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะวิกฤต และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตให้เกิดประโยชน์สูงสุดในพื้นที่ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน

บทเรียนจากการดำเนินงาน (lessons learned)

ในการติดตามและเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตที่มีผลกระทบในวงกว้างจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งหน่วยงานรัฐ สื่อมวลชน องค์กรระหว่างประเทศ และข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านสำหรับการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องและนำไปสู่การกำหนดมาตรการตอบสนองและข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสม

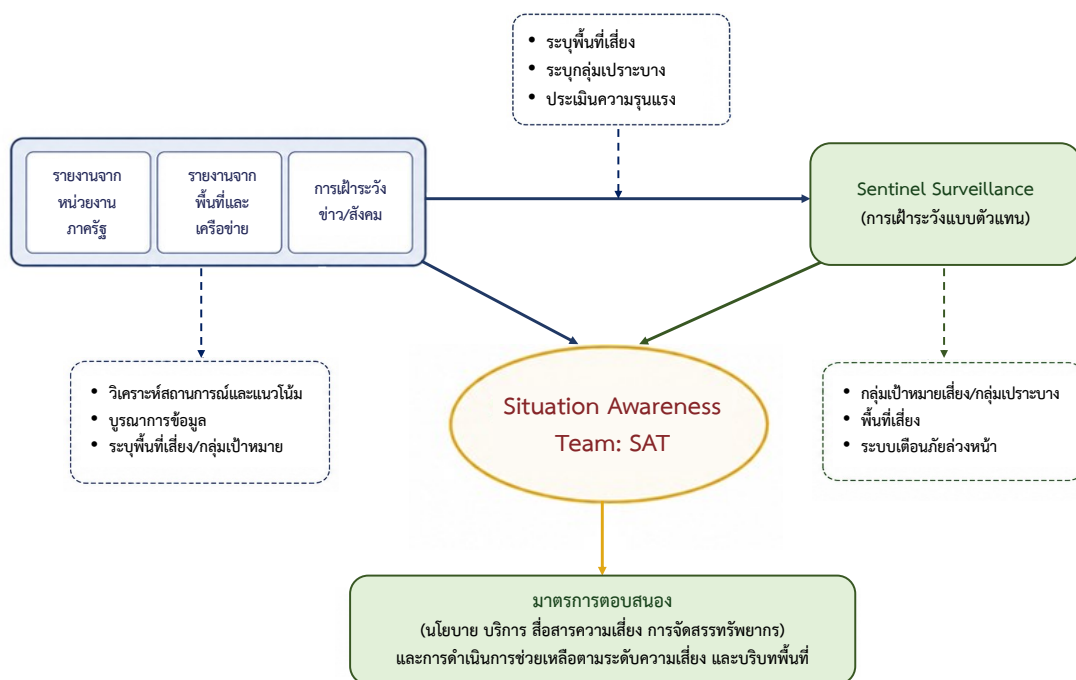
สำหรับกรณีสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา การเฝ้าระวังเชิงรุกสามารถสะท้อนสถานการณ์สุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่วิกฤตอย่างรวดเร็ว ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถมองเห็นแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบได้อย่างชัดเจน ข้อมูลดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนการช่วยเหลือและการจัดบริการสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตได้อย่างทันทั่วถึง¹⁴⁻¹⁶ หนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการเฝ้าระวังเชิงรุก คือ การสำรวจ sentinel surveillance ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโดยเลือกพื้นที่หรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่เสี่ยง มีจุดเด่นในการติดตามสัญญาณเตือนของ

ปัญหาสุขภาพจิตจากพื้นที่สำคัญได้อย่างรวดเร็ว แม้ในสถานะที่ทรัพยากรด้านบุคลากรและระบบข้อมูลมีข้อจำกัด นอกจากนี้ยังช่วยระบุพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง และปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนตอบสนองด้านสาธารณสุขและการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต โดยสามารถสรุปกลไกของการเฝ้าระวังดังแผนภาพที่ 1

บทเรียนสำคัญที่ได้รับจากการดำเนินงานครั้งนี้ คือ การกำหนดกลุ่มเฝ้าระวังที่เหมาะสมช่วยให้สามารถตรวจจับสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยพบว่ากลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและกลุ่มอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชนที่ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มีความเสี่ยงสูง มีแนวโน้มเผชิญความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงกว่ากลุ่มอื่น อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ บทบาทของปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและข้อมูลข่าวสาร โดยพบว่าการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์เป็นเวลานานต่อวันมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการสื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเหมาะสม เพื่อลดความตื่นตระหนกและผลกระทบทางจิตใจของประชาชนในช่วงสถานการณ์วิกฤต

นอกจากนี้ เครือข่ายในพื้นที่ยังมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการเฝ้าระวัง¹⁷⁻¹⁹ โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่ อสม. ประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครกู้ภัย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่เสี่ยง สามารถสะท้อนสถานการณ์จริงของชุมชน และช่วยคัดกรองหรือค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มนี้ ทั้งการคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพจิต และการให้การช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นด้วยการปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA) มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงหรือได้รับผลกระทบสูง

การดำเนินการเฝ้าระวังครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการเฝ้าระวังที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง และคำนึงถึงสถานการณ์และบริบทในพื้นที่ มีความสำคัญต่อการตรวจจับปัญหาสุขภาพจิตในระยะต้น และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการกำหนดมาตรการช่วยเหลือ การจัดบริการดูแลสุขภาพจิต และการวางแผนเชิงนโยบายในระดับพื้นที่และระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตให้มีความเชื่อมโยงกับระบบ



แผนภาพที่ 1 กลไกการดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต

ข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ โดยเน้นการเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเปราะบาง การสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม และการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรด่านหน้า เพื่อเสริมสร้างระบบเตือนภัยด้านสุขภาพจิตที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และลดผลกระทบทางจิตใจของประชาชนในระยะยาว

สรุป

สถานการณ์ความไม่สงบชายแดนไทย-กัมพูชาส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตในระยะสั้นของประชาชนทั้งโดยรวมและในพื้นที่อย่างชัดเจน เช่น ความเครียดเฉียบพลัน ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่มั่นคงต่อสวัสดิภาพและเศรษฐกิจ ซึ่งหากไม่ได้รับการเฝ้าระวัง ดูแล และติดตามอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนในระยะยาว โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า PTSD และการทำร้ายตัวเอง การเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานการณ์ครั้งนี้ไม่เพียงเป็นการเก็บข้อมูล แต่เป็นกลไกเฝ้าระวังที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทีมปฏิบัติการในพื้นที่เข้ากับระบบเตือนภัยล่วงหน้า เพื่อให้เห็นแนวโน้มและสัญญาณความผิดปกติก่อนที่จะปัญหาจะขยายวงกว้าง และนำมาวิเคราะห์เพื่อออกแบบมาตรการฟื้นฟูและจัดบริการสุขภาพจิตที่จำเพาะเจาะจงตามบริบทความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มประชากร

กลไกความสำเร็จในเฝ้าระวังเชิงรุกในครั้งนี้เกิดจากการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งภาครัฐ ภาคสังคม และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก การใช้การสำรวจแบบ sentinel เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็วและใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตอย่างคุ้มค่า ตลอดจนการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และชุมชน ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโดยเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อให้ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันและลดภาระในการส่งต่อข้อมูล รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรด่านหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างกลไกระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตให้สามารถติดตามแนวโน้มปัญหาและสนับสนุนการวางแผนมาตรการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่

การมีส่วนร่วมของผู้มีพันธ

บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ : กำหนดแนวความคิดเขียนบทความ ; อธิบ ตันอารีย์ : กำหนดแนวความคิดเขียนบทความ ; กมลลักษณ์ มากคล้าย : กำหนดแนวความคิดรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เรียบเรียงบทความ ; ศุภกร สรรพโส : รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; สุวิมล อินทร์เชื้อ : รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Synthetic drugs in east and southeast asia: latest developments and challenges 2025 [Internet]. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime; 2025 [cited 2026 Mar 6]. Available from: https://www.unodc.org/roseap/uploads/documents/Publications/2025/Synthetic_Drugs_in_East_and_Southeast_Asia_2025.pdf
2. Royal Thai Army Public Relations Center, Army Spokesperson Team. Thailand-Cambodia border issue is not a conflict among people but a result of negligence and political intentions from the Cambodian side [Internet]. Bangkok: Royal Thai Army; 2025 [cited 2026 Mar 6]. Available from: <https://rta.mi.th/42683/>. (in Thai)
3. Joint Information Center for the Thailand-Cambodia Border Situation, Royal Thai Army Television. Thailand-Cambodia border situation daily briefing [Video]. 2025 Dec 23 [cited 2026 Mar 6]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=3sBgS-0r3Qt8> (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Monitoring the situation and preparedness of medical and public health services: Thailand-Cambodia border situation. In: Monitoring the situation and preparedness of medical and public health services: Thailand-Cambodia border situation; 2025 Dec 2; Nonthaburi. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2026. (in Thai)
5. Situation Awareness Team (SAT), Department of Mental Health. Situation report and recommendations on the Thailand-Cambodia border crisis including targeted information. In: Meeting of the Mental Health Public Health Emergency Operation Center (PHEOC) regarding the Thai-Cambodian Border Conflict Situation; 2025 Nov 24; Nonthaburi. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2026. (in Thai)

6. Suraarunsamrit B, Tanaree A, Makkhlai K, Sapphason S. Sentinel surveillance survey on emotional reactions of Thai people during the Thailand-Cambodia border situation, 5-9 January 2026. 1st ed. Nonthaburi: Mental Health Epidemiology Mission, Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health; 2026. (in Thai)
7. Eylesbosch WJ, Noah ND. Surveillance in health and disease. Oxford: Oxford University Press; 1988.
8. Division of Epidemiology, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Principles of epidemiology and its importance to public health. In: Manual of epidemiological operations. Bangkok: Express Transportation Organization Printing Office; 1999. (in Thai)
9. Division of Epidemiology, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Epidemiological surveillance. In: Manual of epidemiological operations. Bangkok: Express Transportation Organization Printing Office; 1999. (in Thai)
10. World Bank. Rapid Emergency Response Survey 2017: pilot project (Somalia, South Sudan, Yemen) [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2017 [cited 2026 Mar 6]. Available from: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3402>
11. World Bank. Informing rapid emergency response with phone surveys [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2020 [cited 2026 Mar 6]. Available from: <https://blogs.worldbank.org/en/developmenttalk/informing-rapid-emergency-response-phone-surveys>
12. World Health Organization, United Nations High Commissioner for Refugees. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for major humanitarian crises. Geneva: World Health Organization; 2012.
13. Malilay J, Flanders WD, Brogan D. A method for rapid health assessment following disasters. *Int J Epidemiol*. 1996;25(2):390-405.
14. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):537-49. doi:10.1001/jama.2009.1132.
15. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-13. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7.
16. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. Barriers to human papillomavirus vaccination among US adolescents: a systematic review of the literature. *JAMA Pediatr*. 2014;168(1):76-82. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2752.
17. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
18. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *J Occup Environ Med*. 2018;60(3):248-57. doi:10.1097/JOM.0000000000001235.
19. Kohrt BA, Jordans MJD, Turner EL, Sikkema KJ, Luitel NP, Rai S, et al. Reducing stigma among healthcare providers to improve mental health services (RESHAPE): protocol for a pilot cluster randomized controlled trial of a stigma reduction intervention for training primary healthcare workers in Nepal. *Pilot Feasibility Stud*. 2018;4:36. doi:10.1186/s40814-018-0234-3.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (Instruction to Authors)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาช่วยประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (บทความนิพนธ์ต้นฉบับ 3 ท่าน) บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง (references)

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

เป็นการศึกษาค้นคว้ารวบรวมผลงานวิจัยเพื่อตอบคำถามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพ และคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไป ทบทวนความรู้ การแสดงความคิดเห็น วิจารณ์ แนะนำเครื่องมือใหม่ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

การเตรียมต้นฉบับ

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (เฉพาะประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ) จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (มีแบบฟอร์มบนเว็บไซต์วารสาร) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ด้วยอูณ์ การศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail ของผู้พิมพ์ทุกคน และระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณากลับกรองบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา สามารถส่งได้ทั้งบทความภาษาไทย และบทความภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง เช่น $p < .001$, $p = .103$

3. บทความ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาเหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิเคราะห์ สรุป ไม่เกิน 300 คำ ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3 - 5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางในการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่บีบอักษร ไม่จัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 (หากจำเป็นอนุโลมให้ไม่เกิน 15 หน้า) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระเบียบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 4) วิเคราะห์ ควรเขียนอธิบายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์ โดยระบุชื่อผู้พิมพ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 8) การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้ และ 9) เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) ตามที่วารสารกำหนด โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพไม่เกิน 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG/PNG

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ยกเว้นกรณียกเลิก/ถอนบทความหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) พิจารณาแล้ว จะต้องชำระค่าดำเนินการบทความจำนวน 3,000 บาท

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX¹ การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX^{1,2} การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX⁵⁻⁷ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ทั้งนี้ เอกสารอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ หากเป็นเอกสารภาษาไทยให้หาและตรวจสอบชื่อภาษาอังกฤษและระบุ (in Thai) ท้ายรายการอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1. วารสาร	
1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า	
1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)	Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. Curr Opin Psychiatry. 2017;30(4): 247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.
1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาภาษาอังกฤษ	Wongpiromsarn Y. Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue. Journal of Mental Health of Thailand. 2018;26(2):152-9. (in Thai)
1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษเช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1	Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67(1):8-13.
1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)	Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;292(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.
1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์	Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.
1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)	
1.4.1 ฉบับเสริมของปี	Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl 1:52-7.
1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม	Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.
1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []	Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996;347:1770.

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	
1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)	Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(4):482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.
1.6.2 บทความไม่มี DOI	Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol. 1990;15:437-58. Available from: http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437
2. หนังสือ	
2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป	
2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ	Detkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chac-Ban Publishing House; 2012. (in Thai)
2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ	American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์	World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.
2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ	Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 153-65.
2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ	Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweessit S, Vajanasara K, editor. 13 th National Academic Conference on Population and Society 2017: Sexual and Reproductive “Autonomy” and “Justice” The Unfinished Challenges; 2017 Jun 30; Bangkok, Thailand. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2017. p. 159-72. (in Thai)
3. รายงานทางวิชาการ	
3.1 รายงานวิจัย	Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamalik P, Arunpongpaissal S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010. (in Thai)

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์	Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998. Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008. (in Thai)
4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์	
4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใส่คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้น จบด้วย เครื่องหมาย “/”	Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2005 - 2007 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007 [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/ . (in Thai) Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplusdictionary.html Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyber-bullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพรับมือ-cyber-bullying-2/ . (in Thai) World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/ .
4.2 โสมเพจ/เว็บไซต์	
5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น	
5.1 บทความหนังสือพิมพ์	Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ	Stedman's medical dictionary. 26 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (register) สร้าง username/password และสร้าง profile
2. การส่งบทความ (submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ Word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract, keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

ส่งบทความได้ทาง

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/about/submissions>





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 71 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2569

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

แก้ข้อความผิด

B

นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต 114

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลลำพูน

กอร์ปบุญ ภาวกุล

ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับคุณภาพการนอนหลับ 126

ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นัยรัตน์ บรรดาศักดิ์, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช, จิรดา ประสาทพรศิริโชค

การพัฒนาแบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก 140

ปณณภัส ธนอรียาไพศาล, ศรินดา จันทร์เพ็ญ, ชาญวิทย์ พรนภดล, เทอดพงศ์ ทองศรีราช,
ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม, นันทิยา จีระทรัพย์, พชณัฏฐา อินตะ

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัยรุ่นในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 152

ชนัญญา สุขสวัสดิ์, บุรณาด รุ่งลักษณ์ศรี, สุทธา สุปัญญา, จรยพร เจียมเจริญกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 164

กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

คัทลียา วิเศษสมิต, ณัฐพล โชคไม้ตรี

ความเชื่อถือได้และความมั่นคงของแบบวัดการปรับตัวทางสังคมและการทำงานฉบับภาษาไทย 174

ในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชที่ไม่มีอาการโรคจิต

ศศิภาณุ แซ่มชื่น, มนัสพร มานัสสถิตย์, พิษณุวดี จิตตโรภาส, รัตนา สายพานิชย์, ปัญกรณ์ วาลีประโคน,
ธนาวิดี ประชาสันต์

ความชุกของกลุ่มอาการถอนพิษสุรารุนแรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยภาวะขาดสุราที่ได้รับ 187

การรักษาทางจิตเวช ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาเชิงพรรณนา

ธนวัฒน์ สุหฤท, ปุณทริก ศรีสวาท

อิทธิพลของความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความเหนื่อยล้า 202

ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์

ณัฐนันท์ จันทรวง, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล, ธนาวิดี ประชาสันต์

ความสัมพันธ์และปัจจัยของการเกิดภาวะระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในเลือดสูงจากการใช้ยาริสเพอริโดน 214

น้ำฝน ปิยะตระกูล, ทวนธน บุญลือ, ชมกฤษ วัระวัธนชัย, ปิยพร ชูชีพ

ขอเชิญส่งบทความตีพิมพ์เผยแพร่ใน

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

Journal of Mental Health of Thailand

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)



ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI
เป็นวารสารกลุ่มที่ 2



ไม่มีค่าใช้จ่ายการตีพิมพ์



ยกระดับความน่าเชื่อถือด้วยเลข
DOI Crossref ของบทความ



ขอบเขต (Scopes)

เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
ที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ในระดับประเทศ

ประเภทบทความ

- บทความพิเศษ
- นิพนธ์ต้นฉบับ
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- บทความปริทัศน์
- รายงานผู้ป่วย
- ปกิณกะ

เผยแพร่ 4 ฉบับ/ปี

- ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค.
- ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย.
- ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย.
- ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค.



อ่านและส่งบทความทาง (เว็บไซต์ระบบ ThaiJO)

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht>

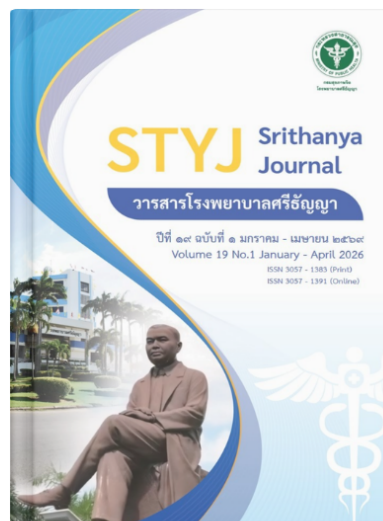
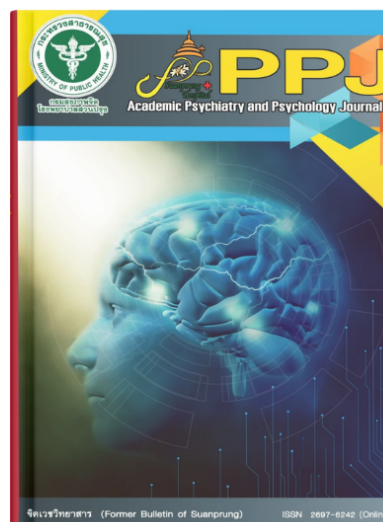
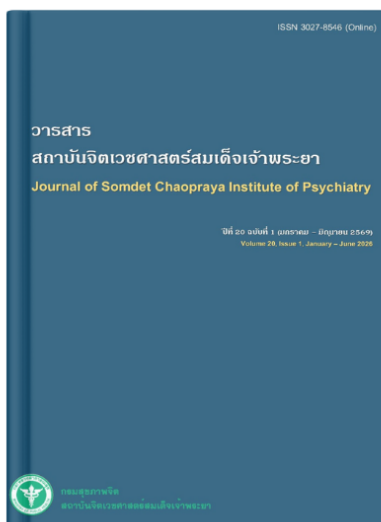


กองบรรณาธิการวารสารฯ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทร. 0-2590-8254 / 0-2590-8567
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

วารสารวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต



อ่านและดูรายละเอียดวารสารทาง
<https://www.thaidmh-elibrary.org/journal>

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทร. 0-2590-8254 / 0-2590-8567

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



- 1 คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- 2 Template รูปแบบการเขียนบทความ
- 3 หนังสือรับรองการส่งบทความ/ผลการวิจัย (ใบนำส่ง)
- 4 ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์

อ่านบทความและส่งบทความได้ทาง:
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht