ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, ปร.ด.*, เพ็ญจมาศ คำธนะ, พย.บ.**, จิริยา อินทนา, พย.บ.**
ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, ค.ด.**, กาญจนา เลิศถาวรธรรม, พย.บ.**และ กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานแบบลำดับ (mixed methods: sequential design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ประชากรคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับยาที่รพ.สต. ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power ได้ 448 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ที่เลือกตอบใช่/ไม่ใช่และประเมินค่า มีค่าความเชื่อมั่นจากสูตร KR-21 และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคคือ .80 และ .86 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพกายและแบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคคือ .81 และ .83 และแนวการสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองใช้แล้ว เก็บข้อมูลระหว่างมกราคม - พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและไคสแควร์ ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %) พบว่าประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การทอดทิ้งทางกายและจิตใจ ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845 และ 32.547 ตามลำดับ) ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกายและจิตใจ ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286 และ 16.384 ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์แบบ thematic analysis พบ 4 ประเด็น ได้แก่ ถูกกีดกันทางสังคม ใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว ถูกบีบคั้นทางอารมณ์ และอยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง

ความรู้จากงานวิจัยนี้กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก และนักการศึกษาควรสอดแทรกสาระในการเรียนการสอน

คำสำคัญ: ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, การป่วยทางจิตเวช

---

*วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
*Corresponding E-mail: kannika@bcnr.ac.th
(Received: September 5, 2025; Revised: December 31, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Relationships between Adverse Childhood Experiences and Physical and Mental Health Outcomes among Patients with Psychiatric Disorders in Health Region 5

Yaowaluck Meebunmak, Ph.D. (Nursing)[*], Phenchamat Khamtana, M.M.S.[**]
Jiriya Intana, M.M.S.[**], Parinyaporn Thanaboonpuang, Ph.D.[**]
Karnchana Lersthavorntham, M.M.S.[**] & Kannika Kitnopkiat, M.M.S.[**]

Abstract

This sequential mixed-method study aimed to describe adverse childhood experiences (ACEs), details of health outcomes, and the relationship between ACEs and health outcomes among psychiatric patients within Health Region 5. The population were psychiatric patients receiving medication at sub-district health promotion hospitals (SHPH) in Health Region 5. The sample size, determined using G*Power, was 448 individuals. The research instruments were general information questionnaire and ACE questionnaire with yes/no responses, and a rating scale. The reliabilities confirmed by using the KR-21 formula and Cronbach's alpha coefficients were .80 and .86. Cronbach's alpha coefficients of physical and mental health outcomes assessment were .81 and .83. The interview guide criticized by experts and tried out, was used for qualitative data collection. The researchers collected the data from January to May 2024 and analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and point prevalence. The qualitative data were analyzed using thematic analysis. The results showed that the majority of physical and mental health outcomes were at good (n = 292, 65.18%) and poor (n = 316, 70.54%) levels. Experiences of physical, emotional, and sexual abuse; physical and emotional neglect; family separation; substance abuse; and having a criminal family history were significantly associated with physical health outcomes at the .05 level (X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845, and 32.547, respectively). Experiences of physical and emotional abuse, violence, family separation, and having a criminal family history were significantly associated with mental health outcomes at the .05 level (X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286, and 16.384, respectively). The health outcomes described were socially excluded, living alone, being emotionally oppressed, and living with a mother with high emotional expression.

According to the study findings, the Ministry of Public Health should establish policies to prevent adverse childhood experiences, health personnel should promote knowledge in child rearing, and educators should integrate the content into teaching and learning process.

Keywords: Adverse Childhood, Physical Health Outcomes, Psychiatric Disorders

[*]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute Ministry of Public Health

[*]Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ (*Adverse Childhood Experiences: Aces)* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุก่อน 18 ปี ครอบคลุม 3 มิติหลัก คือ การถูกทารุณกรรม (Abuse):ร่างกาย จิตใจ เพศ การถูกละเลย (Neglect): ร่างกายและอารมณ์ ความไม่มั่นคงในครอบครัว (Household Dysfunction): การใช้สารเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว การแยกทาง การมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเวช หรือถูกจำคุก ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ทำให้บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต และมีผลทางอ้อมทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคเรื้อรังเมื่ออายุมากขึ้น การป้องกันประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์จึงสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพด้วยสาเหตุหลากหลาย เช่น สารเคมีในสมองไม่สมดุล ความกดดันในชีวิต และอาจมีสาเหตุจากประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ด้วย (Felitti, 1998) จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมจังหวัด สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 4.94, 4.94 และ 4.98 ของประชากร (Health Data Center, 2024b; Health Data Center, 2024a) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อสำคัญคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ในช่วงเวลาดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 7.58, 7.89, 8.15 และ 16.55, 17.06, 17.52 ของประชากร (Health Data Center, 2024c) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ความผิดปกติทางจิตเป็นปัจจัยตั้งต้น (precursor) ที่นำพาให้เกิดโรคไม่ติดต่อและเป็นผลที่เกิดภายหลัง (consequences) จากการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่หายขาด เกิดภาระ เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง ความผิดปกติทางจิตและโรคไม่ติดต่อ มีปัจจัยการเกิดโรค (determinants) และผลที่ตามมาหมือนกันหลายประการ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย ความสิ้นหวัง การรับรู้และเผชิญกับสถานการณ์ภายนอกที่เข้ามากระทบ (World Health Organization, 2024) เมื่อป่วยทางจิตแล้วอาจส่งผลให้บุคคลป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อได้ ในทางกลับกันเมื่อป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อบุคคลก็อาจป่วยทางจิตในภายหลังได้ ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีผลกระทบระยะยาวต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ (Fitzgerald & Notice, 2023; Momose & Ishida, 2024) เช่น การกินแบบไม่สามารถควบคุมได้ (binge-eating disorder: BED) โรคหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้ออักเสบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด (Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020; Chu et al., 2022) การทารุณกรรมทางกายและใจ การใช้ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติเป็นอาชญากร มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะการทารุณกรรมทางเพศ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Van Overloop et al., 2023) และโรคทางจิตเวช (Daníelsdóttir et al., 2024) นอกจากนี้ ยังส่งผลด้านพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ติดสารเสพติด และเป็นโรคอ้วน (Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020) แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 5 จึงจำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อหาคำตอบว่า ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตในเขตสุขภาพที่ 5 นั้นเป็นอย่างไร ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับใด และประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือไม่ ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความตระหนักให้ผู้เกี่ยวข้องป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

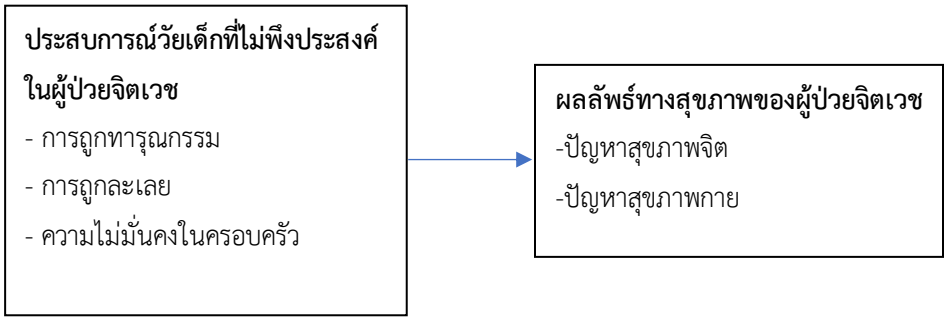
1. ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5
2. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในในเขตบริการสุขภาพที่ 5
3. ลักษณะประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเขตบริการสุขภาพที่ 5

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มาอธิบายปรากฏการณ์ที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิต อาจมีสาเหตุหนึ่งมาจากประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาก่อนตั้งแต่วัยเด็ก นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บป่วยทางกายเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์เป็นต้นเหตุได้เช่นกัน อิงตามแนวคิด ACE Framework ของ Felitti et al. (1998)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสมผสานแบบลำดับ (mixed methods: sequential design) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน แล้วนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพไปขยายความผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้ลึกซึ้งขึ้น การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 8 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 5 ระหว่างเดือนก.พ.-มี.ค. 66 กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ G*Power คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.สต. ในพื้นที่ 8 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 448 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือก 1 อำเภอจากแต่ละจังหวัด และสุ่มเลือก 2 รพ.สต.ต่อ 1 อำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 20 -59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช มีอาการทางจิตทุเลา มีผลประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ในระดับรุนแรงน้อย คือคะแนน 18-30 คะแนน (Ventura et al., 1993) 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถในการให้ข้อมูลเชิงลึกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยหรือมีอาการกำเริบจนต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ 2) ย้ายที่อยู่/ออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้เลือกตอบ และเติมคำตอบเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคทางจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Childhood Experiences: ACEs) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการแปลจาก CDC-Kaiser ACEs study questionnaire (Rungmueanporn et al., 2019) จำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทารุณกรรม ได้แก่ การทารุณกรรมทางอารมณ์ ทางกาย และทางเพศ 2) ด้านการทอดทิ้ง ได้แก่ การทอดทิ้งทางอารมณ์ และทางกาย และ 3) ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความแตกแยกหรือหย่าร้างของพ่อแม่ การอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวที่ติดสุราหรือสารเสพติด เคยถูกจำคุก เป็นโรคจิต/โรคซึมเศร้า/มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการได้เห็น/ได้รับการเลี้ยงดูจากแม่/ผู้ใหญ่ที่ใช้ความรุนแรง ข้อคำถามมี 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ และให้เลือกตามความถี่ของเหตุการณ์ว่ามีประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และไม่มีประสบการณ์ จำนวน 18 ข้อ

3. แบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่

3.1 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ดีอย่างยิ่ง ดี ดีปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีอย่างยิ่ง

3.2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน Thai General Health Questionnaire-28 (Thai GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2002) จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาพจิตของตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ดีมาก ปานกลาง ไม่ค่อยดี และไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) แล้วปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-21 และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ชุดที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่น .80 และ .86 ชุดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น .81 และ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้วิจัยขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในการเก็บข้อมูล ประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์การวิจัย ชี้แจงการวิจัย และเก็บข้อมูล ทำการประชาสัมพันธ์การวิจัย เชิญชวนผู้สนใจเป็นอาสาสมัครโดยติดประกาศที่บอร์ดของ รพ.สต.

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยจัดประชุม ชี้แจงการวิจัย ตอบข้อซักถามต่าง ๆ มอบเอกสารการวิจัยให้ผู้สนใจไปอ่าน ให้เวลาพิจารณาตัดสินใจร่วมกับครอบครัวที่บ้านอย่างน้อย 1 วัน ถ้าสนใจให้สมัครเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งลงนามในเอกสารคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามและคำยินยอมในการให้สัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนัดหมายอาสาสมัครเพื่อตอบแบบสอบถาม

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 8 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 30 คน คัดเลือกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีคะแนน ACEs สูง 2) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยหรือมีอาการกำเริบจนต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ 2) ย้ายที่อยู่/ ออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guide) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้คำตอบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะอย่างไร ประกอบด้วยประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับ โรคประจำตัวที่และอาการ สาเหตุการเกิด/กำเริบและการดูแล

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) แล้วปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจตรงกับความหมายของคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ .ผู้วิจัยดำเนินการ

1.ขออนุญาตสัมภาษณ์และบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลโดยให้ลงนามความยินยอมให้สัมภาษณ์และบันทึกเสียง

2.นัดหมายอาสาสมัครเพื่อให้สัมภาษณ์รายบุคคลที่ รพ.สต. ในห้องที่เตรียมไว้ ผู้เก็บข้อมูลคือวิจัยและผู้ช่วยที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกเก็บข้อมูลแล้ว

3.บันทึกข้อความที่ถอดจากการบันทึกเสียง และให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านบันทึกการให้สัมภาษณ์ของตนเอง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (member checking)

การวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ SPSS version 26.

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ

2. ระดับของผลลัพธ์ทางสุขภาพวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้ สถิติ Chi-square

4. ลักษณะประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์ด้วยวิธี thematic analysis

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เลขที่ BCNR-IRB2023-1 วันที่ 20 มค. 66

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 244 คน ร้อยละ 54.46 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 55.80 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 284 คน ร้อยละ 63.39 ประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 118 คน ร้อยละ 26.34 มีสุขภาพดี จำนวน 292 คน ร้อยละ 65.18 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จำนวน 184 คน ร้อยละ 41.07

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %) แสดงตารางที่ 1

3. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน (ร้อยละ 28.13) มีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก แสดงตารางที่ 2 การถูกทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การถูกละเลย ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845 และ 32.547 ตามลำดับ) แสดงในตาราง 3 ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกายและจิตใจ ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286 และ 16.384 ตามลำดับ) แสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช (n = 448)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	สุขภาพดี (คน)	ร้อยละ	สุขภาพไม่ดี (คน)	ร้อยละ
ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย				
- ภาวะสุขภาพกายภาพรวม	292	65.18	156	34.82
- จำนวนโรคประจำตัว	344	76.79	104	23.21
- ดัชนีมวลกาย	184	41.07	264	58.93
- ความดันโลหิต	354	79.02	94	20.98
ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตภาพรวม	132	29.49	316	70.54

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในวัยเด็กไม่พึงประสงค์ (n=448)

ประสบการณ์ในวัยเด็กไม่พึงประสงค์	มีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ (คน)	ร้อยละ	ไม่มีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ (คน)	ร้อยละ
ด้านการทารุณกรรม				
- ทารุณกรรมทางจิตใจ	110	24.55	338	75.45
- ทารุณกรรมทางกาย	69	15.40	379	84.60
- ทารุณกรรมทางเพศ	57	12.72	391	87.28
การทอดทิ้ง				
- การทอดทิ้งทางจิตใจ	110	24.55	338	75.45
- การทอดทิ้งทางกาย	95	21.21	353	78.79
ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่				
- การใช้ความรุนแรง	110	24.55	338	75.45
- การใช้สารเสพติด	126	28.13	322	71.87
- ครอบครัวแยกทาง	105	23.44	343	76.56
- ครอบครัวมีประวัติการเป็นอาชญากร	78	17.41	370	82.59

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 126 คน ร้อยละ 28.13 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่เป็นประสบการณ์ในวัยเด็กไม่พึงประสงค์ มากที่สุด โดยเฉพาะด้านการใช้สารเสพติด จำนวน 126 คน ร้อยละ 28.13 ส่วนด้าที่พบน้อยที่สุด คือ การทารุณกรรมทางเพศ จำนวน 57 คน ร้อยละ 12.72

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย (n=448)

ประสบการณ์ในวัยเด็ก	ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย						X^2	*df*	*p-value*
	สุขภาพดีมีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีมีประสบการณ์	รวม	สุขภาพดีไม่มีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีไม่มีประสบการณ์	รวม			
ด้านการทารุณกรรม									
- ทารุณกรรมทางจิตใจ	13 (11.82)	97 (88.18)	110 (100)	279 (82.54)	59 (17.46)	338 (100)	9.865	1	.002

ประสบการณ์ในวัยเด็ก	ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย								
	สุขภาพดีมีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีมีประสบการณ์	รวม	สุขภาพดีไม่มีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีไม่มีประสบการณ์	รวม	X^2	*df*	*p-value*
- ทารุณกรรมทางกาย	16 (23.19)	53 (76.81)	69 (100)	276 (72.82)	103 (27.18)	379 (100)	9.823	1	.002
- ทารุณกรรมทางเพศ	6 (10.53)	51 (89.47)	57 (100)	286 (73.15)	105 (26.85)	391 (100)	2.877	1	.040
การทอดทิ้ง									
- การทอดทิ้งทางจิตใจ	18 (16.36)	92 (83.64)	110 (100)	274 (81.07)	64 (18.93)	338 (100)	12.889	1	.000
- การทอดทิ้งทางกาย	38 (40.00)	57 (60.00)	95 (100)	254 (71.95)	99 (28.05)	353 (100)	4.358	1	.037
ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่									
การใช้ความรุนแรง	13 (11.82)	97 (88.18)	110 (100)	279 (82.54)	59 (17.46)	338 (100)	7.098	1	.213
การใช้สารเสพติด	56 (44.44)	70 (55.56)	126 (100)	236 (73.29)	86 (26.71)	322 (100)	15.845	1	.000
ครอบครัวแยกทาง	44 (41.90)	61 (58.10)	105 (100)	248 (72.30)	95 (27.70)	343 (100)	5.408	1	.020
ครอบครัวมีประวัติการเป็นอาชญากร	36 (46.15)	42 (53.85)	78 (100)	256 (69.19)	114 (30.81)	370 (100)	32.547	1	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การทอดทิ้งทางกายและจิตใจ ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845 และ 32.547 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชในในเขตบริการสุขภาพที่ 5

ประสบการณ์ในวัยเด็ก	ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต						X^2	*df*	*p*-value
	สุขภาพดีมีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีมีประสบการณ์	รวม	สุขภาพดีไม่มีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีไม่มีประสบการณ์	รวม			
ด้านการทารุณกรรม									
- ทารุณกรรมทางจิตใจ	26 (20.00)	104 (80.00)	130 (100)	266 (83.65)	52 (16.35)	318 (100)	5.657	1	0.041
- ทารุณกรรมทางกาย	21 (24.42)	65 (75.58)	86 (100)	271 (74.86)	91 (25.14)	362 (100)	2.598	1	0.007
- ทารุณกรรมทางเพศ	11 (16.18)	57 (83.82)	68 (100)	281 (73.95)	99 (26.05)	380 (100)	2.877	1	0.090
การทอดทิ้ง									
- การทอดทิ้งทางจิตใจ	42 (26.75)	115 (73.25)	157 (100)	250 (85.91)	41 (14.09)	291 (100)	6.118	1	0.138
- การทอดทิ้งทางกาย	68 (47.55)	75 (52.45)	143 (100)	224 (73.44)	81 (26.56)	305 (100)	5.893	1	0.146
ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่									
การใช้ความรุนแรง	18 (15.00)	102 (85.00)	120 (100)	274 (83.54)	54 (16.46)	328 (100)	5.389	1	0.041
การใช้สารเสพติด	52 (41.60)	73 (58.40)	125 (100)	240 (74.30)	83 (25.70)	323 (100)	19.037	1	0.104
ครอบครัวแยกทาง	48 (44.86)	59 (55.14)	107 (100)	244 (71.55)	97 (28.45)	341 (100)	17.286	1	.008

ประสบการณ์ในวัยเด็ก	ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต						X^2	*df*	*p*-value
	สุขภาพดีมีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีมีประสบการณ์	รวม	สุขภาพดีไม่มีประสบการณ์	สุขภาพไม่ดีไม่มีประสบการณ์	รวม			
ครอบครัวมีประวัติการเป็นอาชญากร	41 (46.59)	47 (53.41)	88 (100)	251 (69.72)	109 (30.28)	360 (100)	16.348	1	.010

จากตารางที่ 4 พบว่าประสบการณ์วัยเด็กด้านการทารุณกรรมทางจิตใจ ทารุณกรรมทางกาย การใช้ความรุนแรงครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติการเป็นอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ จิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 5.657, 2,598, 5.389, 17.286 และ 16.384 ตามลำดับ) ส่วนการทารุณกรรมทางเพศ การทอดทิ้งทางจิตใจ การทอดทิ้งทางกาย และการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต

4. ลักษณะประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์แบบ thematic analysis พบ 4 ประเด็น ดังนี้ ถูกกีดกันทางสังคม ใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว ถูกบีบคั้นทางอารมณ์ และอยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง

ถูกกีดกันจากสังคม

“ผมพูดช้าครับ 4 ขวบจึงจะพูด ผมเข้าเรียนแล้วครูไม่ยอมรับ เรียกแม่ไปบอกว่าอยู่กับคนอื่นไม่ได้ อยู่บ้านปีหนึ่ง บ้านผมสะอาดมากแลกกับโดนแม่ด่าทุกวัน อยู่ปากซอยก็ได้ยิน...ผมเป็นหอบหืดส่วนแม่ก็กินยาคลายเครียดครับ” (รบ-10)

ใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว

“ผมอยู่คนเดียวมาตั้งแต่ช่วงประถมครับ แม่แยกไปก่อน ทิ้งผมไว้กับพ่อ ตอนหลังพ่อแต่งงานไปอยู่บ้านต่างจังหวัด ผมอยู่คนเดียว มีปู่อยู่กับลุงบ้านใกล้กัน ... ผมเล่นยา บางทีไม่รู้ตัวทำร้ายปู่ไปสองครั้ง ลุงพาปู่ไปอยู่ที่อื่น ผมก็อยู่ของผมอย่างนั้น” (รบ-12)

ถูกบีบคั้นทางอารมณ์

“ตอนเด็กๆหนูเรียนดี พ่อแม่เรียนเก่งรับราชการ แม่อยากให้เป็นหมอ หนูต้องเรียนพิเศษตลอดทั้งตอนเย็นและเข้าค่ายตอนปิดเทอม กลุ่มผู้ปกครองผลัดเวรไปเฝ้าลูกๆที่เข้าค่ายติวมันกดดันมากอ่ะพี่ แม่จะว่า วิพากษ์วิจารณ์ หนูเคยหลุดนะพี่ คือแม่พูดจี้มาก จี้ๆๆ หนูกรี๊ดแล้วก็ลงไปดิ้นที่พื้น รักแม่นะพี่ แต่เวลาแม่พูดๆๆว่ามากๆนี้คือไม่ไหวอ่ะค่ะ” (ปจ-16)

อยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง

“คือหนูก็คิดถามตัวเองเหมือนกันว่าแม่กับหนูนี่ใครบ้ากันแน่ คือแม่เขาแยกกับพ่อ หนูก็ไม่รู้เรื่องนะ แต่แม่เขาจะเหวี่ยงอารมณ์ใส่ งานก็เครียด บางทีเงินไม่พอใช้ หนูต้องเป็นคนปลอบเขานะ ตั้งแต่ประถมก็เป็นแบบนี้ เคยเห็นแต่คนที่พ่อแม่เขาดูแล แต่เรานี่เป็นคนดูแลเขานะ แล้วแต่อารมณ์ เวลาเขาอารมณ์ขึ้นนี้เราต้องหาเรื่องมาพูดให้ดี ไม่งั้นหนูกับพี่กับน้องก็ไม่เป็นสุข ไม่ได้นอนทั้งคืน” (สคม-26)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %) ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกายและจิตใจ ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286 และ 16.384 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเปราะบางด้านจิตใจอยู่แล้ว ซึ่งอาจมาจากครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์หรือมีความกดดันในวัยเด็กมาก่อนจึงพบความชุกของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยจิตเวชอยู่มาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Daníelsdóttir et al. (2024) พบว่าประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 ประเภท และการสัมผัสกับประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์จำนวนมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้นในการเกิดความผิดปกติทางจิตเวช และภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย (Aspelund et al., 2024; Barnhart, Garcia, & Karcher, 2022; Van Overloop, Arms-Chavez, Carol, & LoBello, 2023; Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020) ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายกลไกของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยเฉพาะกรณีของ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ถูกบีบคั้นทางอารมณ์ในวัยเด็ก (ปจ-16) เติบโตในครอบครัวที่มีความคาดหวังสูง เผชิญการวิพากษ์วิจารณ์ซ้ำๆ จากมารดา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเปราะบางของสุขภาพในระยะยาว ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะกระตุ้นระบบสมอง–ต่อมใต้สมอง–ต่อมหมวกไต (HPA axis) อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติอยู่ในภาวะตื่นตัวสูงและลดประสิทธิภาพการควบคุมอารมณ์ ผลการวิจัยสะท้อนแนวคิดของ Stress-Diathesis Model ที่ชี้ว่า การมีประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์เป็น “diathesis” หรือความเปราะบางทางจิตใจที่เมื่อเผชิญกับความเครียดในชีวิตผู้ใหญ่ จะเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาทางจิตเวชมากขึ้น (Ingram & Luxton, 2005).

จากข้อมูลเชิงคุณภาพของเด็กที่เป็นหอบหืด (รบ.-10) มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า และเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ขาดความปลอดภัยทางอารมณ์ ถูกปฏิเสธจากโรงเรียน และเผชิญการดุด่าว่ากล่าวอย่างต่อเนื่องจากมารดา ซึ่งล้วนเป็นรูปแบบของความเครียดเรื้อรังในวัยเด็ก (early life stress) ตามหลักกายวิภาคและสรีรวิทยาของสมอง ความเครียดเรื้อรังจะกระตุ้นการทำงานของแกนสมอง–ต่อมใต้สมอง–ต่อมหมวกไต ส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล อย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นระบบนี้ในระยะยาวส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วนอารมณ์ (limbic system) และระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะตื่นตัวสูงตลอดเวลา (Suratsak, 2020). เมื่อเด็กไม่สามารถแสดงออกหรือสื่อสารความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ความตึงเครียดทางจิตใจจึงถูกถ่ายทอดออกมาผ่านร่างกาย เกิดเป็นความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหอบหืด ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียด และการทำงานผิดสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะการหดเกร็งของหลอดลมจากการกระตุ้นระบบซิมพาเทติค อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าการที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) นั้นไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น เช่น Fitzgerald and Notice (2023) ที่พบว่าการทารุณกรรมในวัยเด็กสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังในช่วงเวลา 10 ปี และการศึกษาของ Waehrer et al. (2020) ที่พบว่าประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก เป็นโรคอ้วน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคข้ออักเสบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวแต่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ เช่น เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง อาจส่งผลให้รับรู้ว่าสุขภาพกายดี

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การทอดทิ้งทางกายและจิตใจ ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845 และ 32.547 ตามลำดับ) อธิบายตามข้อค้นพบของ Fitzgerald and Notice (2023) ได้ว่าการทารุณกรรมในวัยเด็กอาจเร่งกระบวนการชราภาพทางชีวภาพและทำลายสุขภาพของผู้ใหญ่เมื่อเวลาผ่านไป ทำให้ผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีผลกระทบระยะยาวต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ (Fitzgerald & Notice, 2023; Momose & Ishida, 2024) เช่น มีปัญหาการกินแบบไม่สามารถควบคุมได้ (Binge-Eating Disorder: BED) โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคข้ออักเสบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และเป็นโรคอ้วน (Chu et al., 2022; Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020) นอกจากนี้ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ยังมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบความเจ็บปวด (pain) ด้วย (Luo et al., 2024) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลที่ต้องใช้ชีวิตตามลำพังตั้งแต่วัยเด็ก (รบ-12) สะท้อนถึงการขาดความมั่นคงทางอารมณ์ในช่วงพัฒนาการที่สำคัญ ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง การใช้สารเสพติดเป็นกลไกการเผชิญปัญหา และความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ความเครียดสะสมส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วนอมิกดาลาและสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อได้รับผลกระทบจากสารเสพติดเพิ่มเติม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

แม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่าการใช้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรุนแรงในครอบครัวไทยบางครั้งถือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้เป็นการกระทบกระทั่งกันภายในครอบครัว จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้กล่าวถึง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับการใช้ความรุนแรงทางร่างกายและทางวาจาในครอบครัว การทารุณกรรมทางเพศ การทอดทิ้งทางจิตใจ การทอดทิ้งทางกาย และการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต ประเด็นนี้แตกต่างจากข้อค้นพบจากการศึกษาอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการทารุณกรรมทางเพศเป็นประเด็นที่อาจไม่ได้พบได้บ่อยทั่วไป หรือกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ต้องการเปิดเผยก็เป็นไปได้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบข้อมูลเชิงคุณภาพที่กลุ่มตัวอย่างมีครอบครัวแตกแยกขาดความรักความอบอุ่น ถูกทอดทิ้งขาดที่พึ่งจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ต้องใช้ชีวิตตามลำพังในวัยเด็ก ใช้สารเสพติด มีปัญหาสุขภาพกายและป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น เด็กที่อยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง (สคม-26) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เติบโตในครอบครัวที่มารดามีความเครียดสูงและไม่มั่นคงทางอารมณ์ เด็กจึงต้องรับบทบาทดูแลและปลอบโยนผู้ใหญ่ตั้งแต่วัยประถม ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังและความรู้สึกไม่ปลอดภัยทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนความเครียดเป็นเวลานาน ส่งผลต่อสมองส่วนอารมณ์ โดยเฉพาะอมิกดาลาซึ่งทำหน้าที่ตรวจจับภัย และทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติเอียงไปทางการตอบสนองแบบตื่นตัวตลอดเวลา เมื่อเด็กต้องกดอารมณ์ของตนเองเพื่อรักษาความสงบในครอบครัว อารมณ์ที่ไม่ได้รับการระบายจะถูกสะสมในระบบประสาทและถ่ายทอดออกมาผ่านร่างกายเกิดเป็นความเจ็บป่วยทางกาย ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีผลกระทบระยะยาวต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผ่านกลไกของความเครียดเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ที่ไม่เหมาะสม ผลการวิจัยตอกย้ำความสำคัญของการป้องกันประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์และการดูแลสุขภาพจิตแบบคำนึงถึงบาดแผลทางใจตั้งแต่วัยเด็ก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็ก ที่ช่วยป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

2. บุคลากรด้านสุขภาพควรได้รับความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะการบริการเพื่อป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

3. สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพควรจัดให้นักศึกษามีความรู้ และตระหนักในความสำคัญของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงพัฒนาโปรแกรมป้องกันประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์รวมทั้งเชิงทดลองเพื่อลดบาดแผลทางใจที่เกิดจากประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

ข้อจำกัดของการวิจัย

ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ในอดีตที่เป็นบาดแผลทางใจ บางคนไม่อยากพูดคุยเรื่องอดีตที่เจ็บปวดทำให้มีความยากในการเก็บข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

เอกสารอ้างอิง

Chu, J., Raney, J. H., Ganson, K. T., Wu, K., Rupanagunta, A., Testa, A., Jackson, D. B., Murray, S. B., & Nagata, J. M. (2022). Adverse childhood experiences and binge-eating disorder in early adolescents. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), Article 168. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00682-y

Daníelsdóttir, H. B., Aspelund, T., Shen, Q., Halldorsdottir, T., Jakobsdóttir, J., Song, H., Lu, D., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Fall, K., Magnusson, P. K. E., Fang, F., Bergstedt, J., & Valdimarsdóttir, U. A. (2024). Adverse childhood experiences and adult mental health outcomes. *JAMA Psychiatry, 81*(6), 586–594. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0039

Department of Mental Health. (2002). *General Health Questionnaire-28 (Thai version)*. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health. (in Thai)

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Fitzgerald, M., & Notice, M. (2023). Childhood embedded: Childhood abuse and chronic physical health conditions over a 10-year period. *Journal of Public Health, 45*(2), 332–338. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac063

Health Data Center. (2024a). *A number out-patient with mental illness visiting categorized by groups of diseases and rights.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d

Health Data Center. (2024b). *Civil registration population in last three years.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=09cf07164c9b7cfbfe724bee8c6b20c3

Health Data Center. (2024c). *Illness with important non-communicated diseases.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

Momose, Y., & Ishida, H. (2024). Bullying experiences in childhood and health outcomes in adulthood. *PLOS ONE, 19*(7), Article e0305005. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305005

Rungmueanporn, L., Buanthong, N., Chandarasiri, P., & Wittayasai, W. (2019). Development of the adverse childhood experiences (ACE) questionnaire Thai version. *Chulalongkorn Medical Bulletin, 1*(3), 251–260. (in Thai)

Suratsak, S. (2020). *Human anatomy and physiology* (6th ed.). Bangkok: Mahidol University Press. (in Thai)

Van Overloop, E., Arms-Chavez, C., Carol, R. N., & LoBello, S. G. (2023). Effects of adverse childhood experiences and chronic health conditions on current depression. *Community Mental Health Journal, 59*(6), 1208–1216. https://doi.org/10.1007/s10597-023-01103-3

Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). *Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3, 221–244.

Waehrer, G. M., Miller, T. R., Silverio Marques, S. C., Oh, D. L., & Bruke Harris, N. (2020). Disease burden of adverse childhood experiences across 14 states. *PLOS ONE, 15*(1), Article e0226134. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226134

World Health Organization. (2024). *Synergies for beating NCDs and promoting mental health and well-being.* https://www.who.int/groups/high-level-commission-on-ncds/synergies-for-beating-ncds

Zhang, J., Tang, B. W., Liu, M. W., Yuan, S., Yu, H. J., Zhang, R., Huang, X., Nzala, S. H., Chikpya, M., Wang, P., & He, Q. (2020). Association of adverse childhood experiences with health risk behaviors among college students in Zambia. *International Journal of Behavioral Medicine, 27*, 400–405. https://doi.org/10.1007/s12529-020-09863-y