



## Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

### Review Article

บาดแผลทางจิตใจ : การคัดกรองและการประเมินผู้ได้รับผลกระทบสำหรับ  
นักจิตวิทยาคลินิก

Trauma: Screening and Trauma-informed Assessment for Clinical  
Psychologists

อารยา ผลธัญญา<sup>1\*</sup>, กุลวดี ทองไพบูลย์<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>2</sup> ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Araya Pontanya<sup>1\*</sup> and Kulvadee Thongpibul<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

<sup>2</sup> Department of Psychology, Faculty of Liberal Arts, Thammasat University

\* Corresponding author: e-mail. araya.p@cmu.ac.th

Received: 30 July 2020 | Revised: 12 December 2020 | Accepted: 21 December 2020

### บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจและการคัดกรอง การประเมินผู้ได้รับผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจ โดยจะเน้นประเด็นเฉพาะเจาะจงในเรื่องการ คัดกรองและการประเมินผู้ได้รับผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจ ซึ่งบทความนี้มีการนำเสนอโดยการ สังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับบาดแผลทางใจ แนวทางในการคัดกรองและประเมินผู้ได้รับผลกระทบจาก การมีบาดแผลทางจิตใจ ผู้เขียนได้รวบรวมตัวอย่างแบบคัดกรองและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการให้ ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจ ตลอดจนอธิบายความสำคัญของการคัด กรองและการประเมินผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจได้อย่างทันที่และถูกต้อง ซึ่งจะส่งผล ต่อกระบวนการวินิจฉัยและการวางแผนการบำบัดรักษาผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดประโยชน์ ต่อทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาคลินิกต่อไป

**คำสำคัญ:** บาดแผลทางจิตใจ, การคัดกรอง, การประเมิน

## Abstract

This article aims to study general knowledge about trauma and screening and assessment of individuals affected by trauma, especially about screening and assessment of trauma. This article presents the synthesis of knowledge about trauma, guidelines for screening and assessment of individuals affected by trauma. The authors collected samples of screening and assessment instruments that related to provision of support for those affected by trauma and described the importance of screening and assessment of the impact of trauma in a timely and accurate manner. This result will be more effective diagnostic process and therapeutic planning for clients and clinical psychologists.

**Keywords:** Trauma; Screening; Assessment

## บทนำ

สถานการณ์ความรุนแรงในประเทศไทย ได้ทวีจำนวนและความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงในครอบครัว สถานศึกษา สถานที่ทำงาน หรือสถานการณ์ในสังคมทั่วไปรวมถึงในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และสื่อ (social media) ในรูปแบบต่าง ๆ โดยพบว่า สถิติความรุนแรงในเด็กและสตรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2558 ได้มีการเก็บสถิติความรุนแรงกว่า 30,000 ราย และพบว่าเพิ่มขึ้นจากปี 2557 ที่มีจำนวนกว่า 28,000 คน โดยแบ่งเป็นเด็กประมาณ 19,000 ราย และสตรีประมาณ 12,000 ราย ในกลุ่มของเด็กพบว่าร้อยละ 90 เป็นหญิง อายุระหว่าง 10-15 ปี โดยรูปแบบการกระทำรุนแรงอันดับหนึ่งเป็นกระทำรุนแรงต่อร่างกาย ทั้งกักขัง บังคับ ทบตี อันดับสองเป็นคดีทางเพศ ทั้งข่มขืน กระทำชำเราและล่วงละเมิดทางเพศ (Tangkananurak, 2015) การใช้ความรุนแรงไม่เพียงกระทบสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ถูกกระทำ ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือรู้เห็นเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรง และผู้ให้ความ

รุนแรงเอง ซึ่งผลกระทบทางจิตใจนี้อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตได้ จากรายงานวิจัย โครงการความชุกของการบาดเจ็บทางสมอง ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาวะซึมเศร้าในกำลังพลกองทัพเรือที่ปฏิบัติการกิจในพื้นที่ชายแดนใต้ในปี 2556 พบว่า ประชากรทั่วไปมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต โดยประมาณร้อยละ 25 มีโอกาสเกิด Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) หรือโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรทั่วไปจำแนกตามเพศคือ อุบัติเหตุร้ายแรงถึงชีวิต การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทำร้ายด้วยอาวุธ การถูกข่มขืนและล่วงละเมิดทางเพศ การเป็นพยานรู้เห็นถึงการบาดเจ็บและความรุนแรง และภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Waiprom, 2014) ทั้งนี้การช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเพื่อเยียวยาจิตใจและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งปัจจุบันในทางปฏิบัติ นั้น นักจิตวิทยาคลินิกได้ให้ความสำคัญกับการประเมินและคัดกรองผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก

บาดแผลทางจิตใจ (trauma) หรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญเพิ่มมากขึ้นโดยการประเมินและคัดกรองถือเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการให้ความช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ แต่ในแง่ขององค์ความรู้เชิงวิชาการยังขาดการรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและคัดกรองผู้รับบริการทางสุขภาพจิตที่อาจมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจซึ่งเคยเกิดขึ้นในอดีตและส่งผลกระทบต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันโดยที่ผู้รับบริการอาจคาดไม่ถึงว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีตก็เป็นได้

ด้วยเหตุผลข้างต้น บทความวิชาการนี้ผู้เขียนจึงได้รวบรวมประเด็นเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในเรื่องบาดแผลทางจิตใจและเน้นประเด็นสำคัญในเรื่อง Trauma-informed assessment หรือการประเมินโดยคำนึงถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับผลกระทบของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในการประเมินและการให้การดูแลทางจิตใจกับผู้รับบริการ ทั้งนี้ข้อมูลความรู้ในประเด็นดังกล่าวเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยาคลินิกสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการประกอบการคัดกรองและการประเมินสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้นเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการประกอบการวางแผนการบำบัดรักษาต่อไป

## ความหมายของบาดแผลทางจิตใจ (Trauma)

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) เป็นหน่วยงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และลด

ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตใจในสังคมอเมริกาได้นิยามคำว่าบาดแผลทางจิตใจ (trauma) ว่าเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการมีเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์ หรือชุดเหตุการณ์ซึ่งบุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจหรือชีวิต รวมทั้งส่งผลกระทบในทางลบต่อการดำเนินชีวิตและการใช้ชีวิตในระยะยาว ไม่ว่าจะ เป็นทางจิตใจ ร่างกาย สังคม อารมณ์ หรือจิตวิญญาน (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018a)

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> Edition) (American Psychiatric Association [APA], 2013) ซึ่งระบุเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ใช้แพร่หลายทั่วโลกได้อธิบายลักษณะของการเกิดบาดแผลทางจิตใจในหลากหลายกรณี ดังนี้ 1) เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic events) เป็นประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือ 2) ได้รู้เห็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญด้วยตนเอง แม้นตนเองไม่ได้เป็นผู้ประสบกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง หรือ 3) ได้เรียนรู้ว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้เกิดกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตน เช่น สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ไม่ว่าจะ เหตุการณ์ที่มีภัยคุกคามถึงชีวิตนั้นจะเกิดจากความรุนแรงหรืออุบัติเหตุก็ตาม หรือ 4) ได้รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ทั้งนี้ไม่รวมถึงการรับรู้เหตุการณ์ผ่านสื่อ ภาพภาพยนตร์ หรือโทรทัศน์เว้นเสียแต่บุคคลนั้นทำงานเกี่ยวข้องกับสื่อดังกล่าว

สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเกิดบาดแผลทางจิตใจอาจเป็นการทารุณกรรมทางร่างกาย การถูกทอดทิ้งปล่อยปละละเลย การล่วงละเมิดทางเพศ การทารุณกรรมทางจิต รวมถึงการสูญเสียบุคคลที่รักอย่างกะทันหัน

และภัยพิบัติต่าง ๆ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจเกิดกับบุคคลเพียงครั้งเดียวหรือเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หลายครั้งก็เป็นได้ โดยผู้กระทำเป็นได้ทั้งบุคคลที่ถูกกระทำหรือผู้กระทำก็ได้ ซึ่งพบว่าประสบการณ์การเกิดบาดแผลทางจิตใจที่รุนแรงมักเกิดจากการถูกกระทำจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ถูกกระทำ โดยเป็นการกระทำ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยเจตนา มีการกระทำซ้ำ ๆ และมีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน และหากเหตุการณ์เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ถูกกระทำอายุน้อยจะยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำมากขึ้น ทั้งนี้การเกิดบาดแผลทางจิตใจมักจะนำไปสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง จากสถิติของบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 90 ของบุคคลเหล่านี้เคยมีบาดแผลทางจิตใจและส่วนมากมีประสบการณ์ที่นำไปสู่การเกิดบาดแผลทางจิตใจมากกว่าหนึ่งครั้ง (Mueser, et al., 2004; Mueser et al., 1998)

จากความหมายของบาดแผลทางจิตใจ ผู้เขียนสามารถสรุปได้ว่า บาดแผลทางจิตใจคือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่อาจเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวหรืออาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทารุณกรรม อุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยบุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตใจซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นโดยตรงกับบุคคลเองหรืออาจเป็นเหตุการณ์ที่ประสบในทางอ้อม โดยเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตนเองก็เป็นได้ ทั้งนี้ผู้เขียนจะได้กล่าวถึงผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญและบาดแผลทางจิตใจในประเด็นต่อไป

## ผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะส่งผลกระทบต่อทั้งความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย โดยอาจจะมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญดังนี้ (American Psychiatric Association, 2013)

ด้านความคิด : บุคคลมักจะมีความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง ผันรำย มีปัญหาในการคงสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ

ด้านอารมณ์ : เกิดความรู้สึกกลัว โกรธ หงุดหงิดขี้รำคาญ ในบางรายอาจเกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ โศกเศร้าเสียใจอย่างรุนแรงได้

ด้านพฤติกรรม : มีพฤติกรรมแยกตัวจากผู้อื่น ถอนตัวออกจากสังคม หลีกเลียง ใช้สุราหรือสารเสพติด ระวังระวังมาก

ด้านร่างกาย : นอนไม่หลับ พฤติกรรมความอยากอาหารเปลี่ยนไป อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวดศีรษะ เจ็บปวดตามร่างกาย

อาการต่าง ๆ อาจเกิดจากการได้รับสิ่งกระตุ้น (triggers) ที่ทำให้บุคคลนึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งสิ่งกระตุ้นอาจเป็นภาพ เสียง กลิ่น หรือสัมผัส ซึ่งทำให้บุคคลนั้นนึกถึงเหตุการณ์ในทันที โดยอาจมีลักษณะของภาพย้อนเหตุการณ์ (flashbacks) คือการมีภาพของเหตุการณ์กลับเข้ามาในความทรงจำทั้งภาพ เสียง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น

เหตุการณ์สะเทือนขวัญอาจก่อให้เกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ได้แก่ โรค Acute Stress Disorder (ASD) และโรค Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) โดยมีอาการคือ มีความทรงจำที่ไม่ดีเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นผุดขึ้นมาซ้ำ ๆ หรือมีฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ โดยไม่อาจยับยั้งได้ (intrusion) มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและอารมณ์ (altered cognition and

mood) เช่น รู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น ไม่สามารถมีความสุขหรือความรู้สึกพึงพอใจ มีความคิดทางลบ โทษตัวเอง มีการหลีกเลี่ยงความทรงจำหรือความรู้สึก หรือสิ่งที่จะทำให้ถึงเหตุการณ์นั้น ๆ (avoidance) การตื่นตัวหรือการตอบสนองเปลี่ยนแปลงไป (altered arousal) เช่น ระวังระวังเกินปกติ ตื่นตระหนกง่าย การนอนแปรปรวน ระเบิดอารมณ์ และอาจมีอาการเหม็นเฉย แยกแยกไร้อารมณ์ รวมถึงมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือตนเองผิดไปจากความเป็นจริง (dissociative symptom) หรือไม่สามารถจำรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ โดยอาการเหล่านี้ผู้ป่วยจะแสดงอาการ 3 วันขึ้นไปแต่หายไปภายใน 1 เดือนแรกหลังเผชิญเหตุการณ์ในกรณี ASD และนานกว่าหนึ่งเดือนในกรณี PTSD นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติทางจิตใจอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ผิดปกติ ย้ำคิดย้ำทำ การรับประทานผิดปกติ การใช้สารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติ (American Psychiatric Association, 2013)

อย่างไรก็ตาม ในการประเมินและคัดกรองผู้ที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญพบว่า ยังมีอุปสรรคอยู่หลายประการไม่ว่าจะเป็นการขาดขั้นตอนการคัดกรองและประเมิน ซึ่งการขาดขั้นตอนดังกล่าวทำให้ผู้รับบริการในกลุ่มนี้ถูกละเลยในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจและส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด การมีปัญหาลักษณะจิตที่รุนแรง การแยกตัวจากสังคมและการสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม ทั้งยังทำให้ผู้รับบริการมีความเปราะบางต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการให้การรักษาที่ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาเป็น

อย่างมาก (Tucker et al., 2002; Stewart, 1996; Drake, Mueser, Clark, & Wallach, 1996) อุปสรรคถัดมาคือ การที่ผู้รับบริการไม่รายงานว่าตนเองเคยเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่สามารถทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจได้ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเพราะผู้รับบริการรู้สึกไม่ปลอดภัยที่จะเล่าเรื่องกลัวว่าหากเล่าเรื่องแล้วจะถูกตัดสินจากผู้ประเมินหรือมีความละเอียดอ่อนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการที่ผู้รับบริการประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งที่ความจริงแล้วอาจเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจได้ และในผู้รับบริการเพศชายมักจะเลือกที่จะไม่พูดถึงเหตุการณ์มากกว่า สำหรับเด็กเล็กการไม่เล่าเหตุการณ์มักเกิดจากการที่ไม่สามารถสื่อสารโดยคำพูดได้เนื่องจากข้อจำกัดในการสื่อสาร (Cusack, Frueh, & Brady, 2004; Harris & Fallot, 2001)

ในส่วนของอุปสรรคในการประเมินโดยทั่วไปในอดีตที่ผ่านมาพบว่า อาจเกิดขึ้นได้จากการประเมินผลกระทบของเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ต่ำกว่าความเป็นจริง การมีความเชื่อว่าควรรักษาอาการที่แสดงออกชัดเจนก่อน การขาดประสบการณ์ในการซักประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รับบริการ หรือความไม่มั่นใจในการถามคำถามผู้รับบริการ ความกลัวว่าการถามคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ดี หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ประเมินเองมีบาดแผลทางจิตใจที่ยังไม่ได้รับการเยียวยาทำให้ไม่กล้าถามผู้รับบริการ การไม่มีการกำหนดข้อมูลส่วนนี้ไว้ในการสัมภาษณ์เบื้องต้น (intake) และการไม่มีการบริการหรือการเยียวยาเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ (Goodman et al., 1999; Gallop, McKeever, Toner, Lancee, & Lueck, 1995)

ทั้งนี้หากมีการซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือประสบการณ์ที่อาจนำไปสู่การมีบาดแผลทางจิตใจจะมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างยิ่งในการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และมีผลทางบวกต่อการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ รวมถึงทำให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ความทุกข์ของตนเองลดลง ช่วยลดความรู้สึกกลัว ความรู้สึกผิด ความรู้สึกอายที่มีต่อความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยการได้มาซึ่งข้อมูลดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการคัดกรองและประเมินเนื่องจากข้อมูลเป็นประเด็นที่อ่อนไหว และการซักถามอาจส่งผลต่อผู้รับบริการได้

## Trauma-informed Screening

Trauma-informed screening เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์สะเทือนขวัญของผู้รับบริการโดยการสอบถามเพื่อให้ทราบว่าบุคคลคนนั้นเคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจหรือไม่ โดยเป็นการถามเพื่อคัดกรองผลกระทบของบาดแผลทางจิตใจว่ามีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ ผู้คัดกรองต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งต่อการถามคำถามโดยหลีกเลี่ยงคำถามที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกเลวร้ายต่อเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นอีกครั้ง (re-traumatization)

ทั้งนี้ trauma-informed screening ควรใช้ในการคัดกรองกับผู้รับบริการทุกราย เพื่อเป็นการป้องกันการวินิจฉัยที่ผิดพลาดและการวางแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยให้เห็นว่าผู้รับบริการรายใดที่อาจมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นที่เกิดจากการมีประสบการณ์สะเทือนขวัญ และยังช่วยในเรื่องของการป้องกันการจำหน่ายผู้รับบริการที่เร็วเกินไป การกลับมาป่วยซ้ำและการมีผลลัพธ์

ทางลบอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (Harris & Fallot, 2001) การคัดกรองควรครอบคลุม อาการที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ ประเภทและความรุนแรงของเหตุการณ์ สะเทือนขวัญที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ประวัติทางจิตเวช การใช้สารเสพติด แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับปัญหา ความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย และการใช้ความรุนแรง

แนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง มีดังนี้

1. ในการคัดกรองเบื้องต้นผู้คัดกรองควรคำนึงถึงอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการมีประสบการณ์ที่เลวร้าย และควรถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการ

2. ควรพิจารณาว่าผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับการประเมินเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการหรือไม่ โดยอาจอ้างอิงจากคะแนนของแบบคัดกรองที่ผู้ประเมินเลือกใช้

3. คำนึงถึงระยะเวลาในการคัดกรอง โดยควรทำการคัดกรองโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และมีการอธิบายขั้นตอนในการคัดกรองให้กับผู้รับบริการทราบเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกปลอดภัยและควบคุมสถานการณ์ได้ ทั้งนี้ผู้คัดกรองควรตระหนักว่าในการคัดกรองผู้รับบริการอาจจะให้ข้อมูลหรือยังไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็ได้

4. ในส่วนของสภาพแวดล้อม ผู้คัดกรองต้องคำนึงถึงความรู้สึกปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นอันดับแรก และควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม รวมทั้งมีการให้ความหวังกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบนพื้นฐานของความเป็นจริง ใช้น้ำเสียงที่สุภาพ หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสิน และเคารพพื้นที่

ส่วนตัวของผู้รับบริการโดยรักษาระยะห่างที่เหมาะสมในการคัดกรอง นอกจากนี้ต้องระมัดระวังท่าทีของตนเองเมื่อได้ฟังเรื่องราวของผู้รับบริการ และในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาเดียวกันกับผู้คัดกรอง ก็ควรเลือกใช้ล่ามอย่างเหมาะสมโดยล่ามไม่ควรมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับบริการ เช่น เพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว ทั้งนี้เมื่อดำเนินการคัดกรองแล้วควรให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการคัดกรองแก่ผู้รับบริการ และควรคำนึงถึงการนำข้อมูลไปใช้ในทางกฎหมายด้วย

5. การคำนึงถึงความปลอดภัย โดยการเน้นให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เช่น ให้ทางเลือกกับผู้รับบริการว่าจะให้เพศไหนเป็นผู้สัมภาษณ์ หรือการให้ผู้รับบริการกรอกแบบคัดกรองด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถอ่านออกเขียนได้ (self-report questionnaires) ทั้งนี้ควรใช้เวลาแก่ผู้รับบริการในการให้ข้อมูลต่าง ๆ และในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกท้อแท้ อาจใช้เทคนิค grounding ที่ช่วยให้ผู้รับบริการอยู่กับปัจจุบัน เช่น การฝึกหายใจ หรือการรับรู้สิ่งรอบตัวผ่านสัมผัสทั้งห้า ในการเตรียมและลดความรู้สึกที่ท้อแท้ของผู้รับบริการ

6. การใช้คำถาม ควรใช้คำถามเริ่มต้นเป็นคำถามโดยทั่วไปก่อน โดยควรใช้ภาษาที่ชัดเจนและตรงไปตรงมาเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนกับผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามผู้คัดกรองไม่ควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องที่จะไม่พูดถึงบาดแผลทางจิตใจ ทั้งนี้หากผู้รับบริการมีการรายงานถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผู้คัดกรองควรตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเมื่อใด (ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่) และถามเกี่ยวกับสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้รับบริการในปัจจุบัน เช่น ในปัจจุบันนี้ผู้รับบริการเกิด

ความรู้สึกกลัวว่าจะมีใครมาทำร้ายผู้รับบริการหรือไม่ นอกจากนี้ควรตั้งคำถามที่ชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะของการถูกทารุณกรรม เช่น หากเป็นการทารุณกรรมทางร่างกาย ผู้รับบริการถูกกระทำในลักษณะใด การชก การต่อย หรือถูกกระทำด้วยอาวุธ เป็นต้น (Harris & Fallot, 2001)

ตัวอย่างแบบคัดกรองบาดแผลทางจิตใจในผู้ใหญ่มีดังนี้ Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5), SPAN Self-Report Screen, The Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT) และ Trauma Screening Questionnaire (TSQ) สำหรับในบริบทของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2P ขึ้น และพิทักษ์พลบุญยมมาลิก (2557) ได้พัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ-10 ขึ้นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานสำหรับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต โดยแบบคัดกรองบาดแผลทางจิตใจเหล่านี้คัดกรองจากกลุ่มอาการที่แสดงออกของผู้รับบริการเป็นหลักเพื่อประเมินเบื้องต้นเท่านั้น

## Trauma-informed Assessment

Trauma-informed assessment คือ การประเมินอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับลักษณะและความรุนแรงของเหตุการณ์สะเทือนขวัญทั้งในอดีตและปัจจุบัน ผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจและอาการต่าง ๆ เกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการบำบัดรักษา โดยให้ผู้รับบริการมี re-traumatization น้อยที่สุด การประเมินบาดแผลทางจิตใจเป็นกระบวนการหนึ่ง โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อนำไปสู่การเยียวยารักษา ซึ่ง

เกิดจากการมีความรู้สึกปลอดภัยและไวใจที่ผู้รับบริการมีต่อผู้ประเมินซึ่งผู้ประเมินต้องพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้รับบริการไปเรื่อย ๆ (Fallot & Harris, 2001; Cook et al., 2005)

สิ่งที่ผู้ประเมินพึงตระหนักคือความกลัวในการเปิดเผยตนเองของผู้รับบริการ ความยากลำบากในการรักษาขอบเขตของผู้รับบริการที่ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สามารถปกป้องตนเองได้ และความรุนแรงของบาดแผลทางจิตใจซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถควบคุมการตอบสนองของตนต่อการซักถามของผู้ประเมินได้ เช่นเดียวกับการคัดกรองบาดแผลทางจิตใจในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกที่รุนแรงระหว่างการประเมิน ผู้ประเมินควรใช้เทคนิค grounding ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการผ่อนคลายลง (Harris & Fallot, 2001)

การสำรวจบาดแผลทางจิตใจต้องอาศัยระยะเวลาในการได้ข้อมูลจากผู้รับบริการ และในผู้ที่มีประสบการณ์สะท้อนขวัญจะรู้สึกไม่มีอำนาจและไม่มีทางเลือก ดังนั้นการได้ควบคุมจังหวะและเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้รับบริการ ทั้งนี้ในกระบวนการประเมิน ผู้ประเมินควรตามทิศทางที่ผู้รับบริการนำ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โดยผู้ประเมินต้องอธิบายให้ชัดเจนถึงกระบวนการและขั้นตอนการประเมิน เหตุผลที่ต้องถามคำถามเหล่านี้ และสิทธิของผู้รับบริการในการที่จะไม่ตอบคำถามใดก็ได้ (Harris & Fallot, 2001)

## Trauma-informed Diagnostic Assessment

ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจอาจมีโรคร่วมหรืออาการร่วม เช่น

ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด ทั้งนี้การวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือการไม่นำประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจนั้นมาพิจารณาประกอบในการวินิจฉัยโรคจะส่งผลกระทบต่อการวางแผนการบำบัดรักษาและในผู้ที่มีประวัติทางจิตเวชมาอย่างยาวนานอาจเชื่อในการวินิจฉัยโรคเดิมที่ตนเคยได้รับจึงไม่ให้ประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจ ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ในการลดโอกาสของการเกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ผู้ประเมินควรตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการวินิจฉัยเดิมในกรณีที่ผู้รับบริการมีอาการทางจิตเวชโดยครอบครัวไม่เคยมีประวัติจิตเวชมาก่อน ช่วงอายุที่เริ่มแสดงอาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ทั่วไป อาการทางจิตมีลักษณะผิดปกติ มีอาการซ้ำ ๆ คล้ายกับ PTSD หรืออาการที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์โรคทางจิตเวชอื่น ๆ และการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาไม่ว่าจะโดยการใช้ยาหรืออื่น ๆ ไม่เป็นที่พอใจโดยไม่สามารถอธิบายได้ (Tucker et al., 2002)

ในกระบวนการประเมิน ผู้ประเมินควรตระหนักถึงความหลากหลายของผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจ ทั้งในลักษณะความรุนแรง และระยะเวลา และควรสร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้รับบริการถึงบทบาทของบาดแผลทางจิตใจที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต รวมทั้งมุมมองต่อโลกและต่อตนเองของผู้รับบริการ โดยการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายรองลงมา ทั้งนี้แทนที่จะมองว่าอาการหรือโรคเป็นความบกพร่อง ผู้ประเมินอาจช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นข้อเด่น (ความสามารถในการปรับตัว) และข้อด้อยที่เกิดจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์สะท้อนขวัญ และสำรวจบทบาทของบาดแผลทางจิตใจใน

บริบทของการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ โดยบาดแผลทางจิตใจอาจทำให้เกิดอาการและพฤติกรรมเสี่ยงหรือทำร้ายตนเองแต่ก็ส่งผลให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมปกป้องตนเองเพื่อการอยู่รอดเช่นเดียวกัน กระบวนการประเมินบาดแผลทางจิตใจจึงเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ประเมินในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบาดแผลทางจิตใจ การพยายามจัดการกับบาดแผลทางจิตใจและข้อเด่นข้อด้อยของผู้รับบริการ (Harris & Fallot, 2001)

การประเมินบาดแผลทางจิตใจควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะของประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ผู้ประเมินควรพิจารณาว่าลักษณะหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้รับบริการหรือไม่ และผู้รับบริการรู้สึกหวาดกลัวและหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง (helplessness) หรือไม่ ทั้งนี้ผู้ประเมินควรคำนึงว่าบางครั้งผู้รับบริการไม่คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ เช่น ในเพศชายอาจมองว่าการถูกทำร้ายร่างกายเป็นการฝึกฝนให้แกร่งและอดทน เป็นต้น

2. ความรุนแรงของประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ผู้ประเมินควรพิจารณาผลกระทบทางลบจากบาดแผลทางจิตใจ และหากบาดแผลทางจิตใจเกิดขึ้นในวัยเด็ก มีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ผลกระทบจะยิ่งรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ผู้ประเมินควรให้ความสนใจกับระดับความรุนแรง การคุกคามต่อชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกกระทำและผู้กระทำซึ่งอาจเป็นสมาชิกครอบครัว ผู้ที่ถูกกระทำไว้ใจ หรือคนแปลกหน้า และการ

ตอบสนองของผู้อื่นต่อการเปิดเผยประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการ

3. ผลกระทบของบาดแผลทางจิตใจต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ การประเมินควรครอบคลุมทุกด้านตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD และควรพิจารณาผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจในด้านต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงชัดเจนกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ

4. ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ผู้ประเมินควรระบุ สถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ชัดเจนที่ทำให้เกิดการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ เช่น การสัมผัส การชมชู้ การทะเลาะเสียงดัง และการอยู่ในที่แคบกับคนที่ไม่รู้จัก ทั้งนี้ ผู้ประเมินควรสังเกตตัวกระตุ้นที่ไม่เห็นอย่างชัดเจนในตอนแรกซึ่งอาจจะชัดเจนขึ้นเมื่อผู้รับบริการสามารถแสดงการตอบสนองต่อความเครียดของตนได้ดีขึ้น

5. วิธีการจัดการกับปัญหา และข้อเด่นหรือจุดแข็งของผู้รับบริการ การประเมินบาดแผลทางจิตใจ (Trauma-informed assessment) มองบุคคลเป็นองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับจุดแข็งและทรัพยากร (resources) ของผู้รับบริการ พร้อมทั้งพยายามระบุปัญหา ข้อบกพร่องและข้อด้อยของผู้รับบริการ ผู้ประเมินอาจช่วยผู้รับบริการให้รู้ถึงทักษะและความสามารถที่ตนเองมีและใช้ทักษะความสามารถเหล่านี้ในการจัดการกับความรับรู้ที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ เช่น ทักษะการรักษาสิทธิของตนเอง (assertiveness skills) ทักษะในการปลอบขวัญตนเอง (self-soothing skills) ตลอดจนช่วยให้ผู้รับบริการระบุทรัพยากรทางบวกที่มีในตนเอง เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง การฟื้นคืนได้

การมีความหมายในการดำรงชีวิต และกลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ที่ท่วมท้น

ทั้งนี้ ผู้ประเมินควรพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้รับบริการเอง และจากบุคคลรอบตัว ผู้รับบริการเช่น สมาชิกครอบครัว ญาติ และผู้บำบัดรักษา ซึ่งอาจให้ข้อมูลสำคัญที่ผู้รับบริการเองไม่รับรู้ นอกจากนี้ในการประเมินควรใช้เครื่องมือที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความเที่ยง ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ และการนำเครื่องมือมาใช้ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย หากมีเวลาที่เพียงพอควรใช้เครื่องมือที่เป็นกรายงานตนเอง (self-report) ประกอบกับเครื่องมือที่ใช้การสัมภาษณ์ (interview-based) รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมร่วมด้วย

## ขั้นตอนในการประเมิน

แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** เป็นระยะที่ผู้ประเมินทำให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง โดยในระยะนี้จะเป็นการคัดกรองเพื่อให้ทราบว่าผู้รับบริการเคยมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจในอดีตและปัจจุบัน รวมถึงการประเมินอาการต่าง ๆ ในเบื้องต้น และผู้ประเมินจะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ โดยอธิบายอย่างเป็นมิตร ไม่ตีตรา และไม่ตัดสิน รวมถึงการเริ่มต้นฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ และเสริมความแข็งแกร่งในการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการ

**ระยะที่ 2** ในระยะนี้จะเป็นการประเมินประสบการณ์บาดแผลทางจิตใจทั้งในอดีตและปัจจุบัน อาการต่าง ๆ และความยากลำบากในการจัดการกับอารมณ์โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานที่เหมาะสม ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพลวัตของบาดแผลทางจิตใจและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในความเชื่อหลัก (core beliefs)

วิธีการในการจัดการกับอารมณ์ ความผูกพันส่วนบุคคล และมุมมองทางจิตวิญญาณที่เริ่มเกิดขึ้นหลังการเกิดบาดแผลทางจิตใจและการคงอยู่ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เหมาะสมในการปกป้องตนเอง ในระยะนี้นักจิตวิทยาคลินิกจำเป็นต้องสร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการรักษาเยียวยาที่ปลอดภัยเพื่อที่ผู้รับบริการจะได้เปิดเผย และทำความเข้าใจประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจและปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อการฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและเสริมความแข็งแกร่งในสัมพันธภาพส่วนบุคคล

**ระยะที่ 3** ในระยะที่ 3 นี้จะเป็นการตรวจสอบ ติดตามผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับความคิดและอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม จุดแข็งและทรัพยากรของผู้รับบริการโดยทำการตรวจสอบและติดตามเป็นระยะ

การประเมินบาดแผลทางจิตใจควรทำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยระหว่างการประเมิน ผู้ประเมินต้องช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย และผลการประเมินควรนำมาประกอบการวางแผนในการบำบัดรักษา (Cook et al., 2005; Fallot & Harris, 2001)

## ตัวอย่างเครื่องมือประเมิน

ในส่วน of ตัวอย่างเครื่องมือประเมิน ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบประเมินและคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ โดยได้สรุปสาระสำคัญของแบบประเมินเฉพาะแบบประเมินที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายไว้ดังตารางที่ 1 ส่วนแบบประเมินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนได้มีการอ้างอิงไว้เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป ทั้งนี้ สาระสำคัญของแบบประเมินแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของแบบประเมินและแบบคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางใจ

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
แบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2P	Department of Mental Health Ministry of Public Health (2018)	2	แบบคัดกรอง 2P มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์และระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ส่วนที่ 2 มี 2 ข้อคำถาม ข้อ 1P เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ประสบโดยหากปัจจุบันไม่มีอาการให้จบการสัมภาษณ์ ส่วนคำถามข้อที่ 2P เป็นคำถามเกี่ยวกับผลกระทบในการดำเนินชีวิตอันเนื่องมาจากอาการที่เกิดขึ้น โดยหากผู้ตอบ ตอบว่า “ใช่” ทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ถือว่ามีความเสี่ยงควรส่งพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม
แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ-10 (The Psychological Impact Scale for Crisis Events-10 (PISCES-10))	Boonyamalik (2014)	10	แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ-10 ใช้ในการแบ่งระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) ที่เกิดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญหลังจากประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 72 ชั่วโมงถึง 2 สัปดาห์ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ (0-3) แบบรายงานตนเอง (Self-report) ข้อคำถามแบ่งเป็นการประเมินอาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านความคิด ด้านพฤติกรรมและด้านอาการทางกาย ทั้งนี้หากผู้ตอบได้คะแนนรวม 14-19 คะแนนจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับมากและรุนแรงควรได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจและติดตามเฝ้าระวังต่อไป
Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)	Prins, Bovin, Kimerling, Kaloupek, Marx, Pless Kaiser, and Schnurr (2015)	5	แบบคัดกรอง PC-PTSD-5 ใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM 5 ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อ จุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองเท่ากับ 4 คะแนนจึงถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
Davidson Trauma Scale (DTS) for DSM-IV	Davidson et al. (1997)	17	แบบประเมินโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ DTS ประเมินความถี่และความรุนแรงของการแสดงอาการของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) โดยผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report)

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
SPAN Self-Report Screen	Davidson (2002)	4	แบบคัดกรอง SPAN คือแบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งย่อจากแบบประเมิน Davidson Trauma Scale ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) โดยผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการสำคัญของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 4 อาการ คือ การตื่นตกใจ (startle) ความรู้สึกไม่ดีในร่างกายเมื่อมีสิ่งที่ทำให้นึกถึง trauma (physically upset by reminders) อารมณ์โกรธ (anger) และการไร้ความรู้สึก (numbness) ทั้งนี้แบบคัดกรองสามารถใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยที่แสดงอาการ PTSD ออกจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ PTSD ได้ โดยจุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองหากมากกว่าเท่ากับ 5 คะแนนจะถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
The Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT)	Connor and Davidson (2001)	8	แบบคัดกรอง The Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT) เป็นแบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยการประเมินอาการหลักของ PTSD ได้แก่ intrusion, avoidance, numbing และ arousal โดยจุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองหากเท่ากับ 14 คะแนนจะถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
Trauma Screening Questionnaire (TSQ)	Brewin et al. (2002)	10	แบบคัดกรอง Trauma Screening Questionnaire (TSQ) ใช้ประเมินโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญสำหรับผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญทุกประเภท โดยข้อคำถาม แบ่งเป็นการประเมินอาการ re-experiencing จำนวน 5 ข้อ และอาการ arousal จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อคำถาม ทั้งนี้หากผู้ตอบเลือกตอบ “ใช่” มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ข้อ จะถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
Brief Trauma Questionnaire (BTQ)	Schnurr, Vielhauer, Weathers, and Findler (1999)	10	แบบคัดกรอง Brief Trauma Questionnaire (BTQ) พัฒนาขึ้นจากแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (the Brief Trauma Interview) โดยแบบคัดกรอง BTQ ใช้ประเมินอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV เฉพาะเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ประกอบด้วยสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตและการได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรง ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) ในแต่ละข้อผู้ตอบจะตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยข้อ 1-3 และข้อ 5-7 จะเป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตและการได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรง ข้อ 4 เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตโดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ข้อ 8 เกี่ยวกับการเผชิญความบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรง ส่วนข้อ 9 และข้อ 10 เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตและการได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรงของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ตอบ
Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)	Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, and Keane (2013)	17	แบบประเมิน Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินประสบการณ์การเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD ทั้งหมด 16 สถานการณ์ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ของผู้ตอบตลอดทั้งชีวิต โดยผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) ในข้อคำถามแต่ละข้อผู้ตอบต้องระบุว่าสถานการณ์นั้นตนเองเป็นผู้ประสบโดยตรง เป็นผู้เห็นเหตุการณ์นั้น เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้รู้จากแหล่งอื่น เป็นส่วนหนึ่งของงาน ไม่แน่ใจว่าเคยประสบ หรือไม่เคยประสบกับสถานการณ์นั้น ทั้งนี้แบบประเมินนี้จะใช้เพื่อดูว่าผู้ตอบเคยหรือไม่เคยเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD หรือไม่เท่านั้น เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินอย่างละเอียดต่อไป
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Blevins, Weathers, Davis, Witte and Domino (2015)	20	แบบประเมิน PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) ใช้ในการประเมินคัดกรองอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM 5 โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) จุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 31-33 คะแนนจึงถือว่าผู้ตอบมีแนวโน้มความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญแต่อย่างไรก็ตามการใช้จุดตัดของคะแนนดังกล่าวควรพิจารณาถึงความแตกต่างในเชิงบริบทของเหตุการณ์สะเทือนขวัญและกลุ่มผู้ตอบด้วย

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Weiss and Marmar (1996)	22	แบบประเมิน Impact of Event Scale-Revised (IES-R) ใช้ในการประเมินอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV 3 อาการได้แก่ Intrusion Avoidance และ Hyperarousal โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) และผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report)
Trauma History Questionnaire (THQ)	Hooper, Stockton, Krupnick, and Green (2011)	24	แบบประเมิน The Trauma History Questionnaire (THQ) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ตอบเคยเผชิญซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดบาดแผลทางใจได้ เช่น การตกเป็นเหยื่อของอาชญากรรม การประสบภัยพิบัติ การถูกทารุณกรรมในรูปแบบต่างๆ และการถูกทำร้ายร่างกาย ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อคำถาม ผู้ตอบต้องประเมินประสบการณ์ของตนเองทั้งในแง่ของความถี่ของเหตุการณ์และช่วงอายุที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น
Trauma History Screen (THS)	Carlson et al. (2011)	14	แบบประเมิน Trauma History Screen (THS) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ทั้งหมด 13 เหตุการณ์ที่ระบุชัดเจนและเหตุการณ์อื่นๆที่นอกเหนือจาก 13 เหตุการณ์นี้อีก 1 เหตุการณ์ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้ตอบเคยเผชิญในช่วงชีวิต ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อคำถามและผู้ตอบจะต้องประเมินความถี่ของเหตุการณ์ในข้อที่ผู้ตอบตอบว่า “ใช่” นอกจากนี้ในแบบประเมินนี้ยังมีการประเมินในมิติของผลกระทบที่ได้รับจากเหตุการณ์นั้น โดยลักษณะการประเมินเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ (0-4)

เครื่องมือประเมินประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจอื่น ๆ ที่น่าสนใจ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ตารางที่ 1 เช่น Combat Exposure Scale (CES) (Keane et al., 1989), Life Stressor Checklist-Revised (LSC-R) (Wolfe & Kimerling, 1997), Potential Stressful Events Interview (PSEI) (Resnick, Falsetti, Kilpatrick, & Freedy, 1996) และ Trauma Assessment for Adults (TAA) (Resnick et al., 1996)

เครื่องมือประเมินอาการ PTSD แบบรายงานตนเอง (self-report) อื่น ๆ ที่น่าสนใจ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ตารางที่ 1 เช่น Dissociative Subtype of PTSD Scale (DSPS) (Wolf et al., 2017), Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa et al., 2016a), Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40) (Elliot & Briere, 1992) และ Trauma Symptom Inventory (TSI) (Briere, 1996).

เครื่องมือประเมินอาการ PTSD แบบสัมภาษณ์ (interview-based) เช่น Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) (Weathers et al., 2015), PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSS-I-5) (Foa et al., 2016b), Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID PTSD Module) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996), Structured Interview for PTSD (SI-PTSD) (Davidson, Kudler & Smith, 1990)

เครื่องมือประเมินโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ เช่น Mental Health Screening Form III (Carroll, 2008) และ Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998)

เครื่องมือประเมินการจัดการกับอารมณ์ (self-regulation) เช่น Inventory of Interpersonal Problems-Short Form (IIP-32) (Barkham, Hardy & Startup, 1996), Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark & Tolin, 1999), Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation (NMR) (Salvatore, Catanzaro & Mearns, 1990) และ Positive Affect Negative Affect Scales (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น Crisis Support Scale (CSS) (Elklit, Pedersen & Jind, 2001) เครื่องมือประเมินการฟื้นคืนได้ (resilience) เช่น Resilience Scale for Adults (Morote, Hjemdal, Martinez Uribe & Corveleyn, 2017) และ Connor Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003)

สำหรับเครื่องมือประเมินเหล่านี้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ประเมินมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นเพื่อใช้ประกอบการบำบัดรักษาทั้งในเรื่องของบาดแผลทางจิตใจ ผลกระทบที่ผู้รับบริการได้รับจากการมีบาดแผลทางจิตใจและทรัพยากรที่เป็นจุดแข็งของผู้รับบริการ

## Trauma-informed Approach

องค์กรที่ใช้แนวทาง trauma-informed จะต้องมีความเข้าใจ (Realize) ถึงผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจและแนวทางในการบำบัดฟื้นฟู มีความตระหนัก (Recognize) ถึงสัญญาณและอาการของการมีบาดแผลทางจิตใจ ทั้งในผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ให้บริการ และมีการตอบสนอง (Respond) โดยการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจกับนโยบาย

ต่างๆ ขององค์กร และพยายามไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดบาดแผลทางจิตใจซ้ำ (re-traumatization)

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018b) ได้กำหนดหลักการ 6 ประการสำหรับ trauma-informed approach

1. ความปลอดภัย คือ การกระทำที่ส่งผลให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น การให้เกียรติ การคำนึงถึงพื้นที่ส่วนตัว และความสม่ำเสมอในการให้บริการ

2. ความไว้วางใจ คือ ความคาดหวังและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ประเมินที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ เช่น การมีขอบเขต (boundaries) การไม่ตัดสิน และการเคารพสิทธิส่วนบุคคล

3. ทางเลือก คือ เงื่อนไขที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีทางเลือก และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เช่น การให้ทางเลือกในการบำบัดรักษา

4. ความร่วมมือกัน คือ การแบ่งปันและการร่วมมือกันในทุกปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การขอความคิดเห็น และการฟังก่อนพูด

5. การเสริมพลัง คือ การส่งเสริมผู้รับบริการให้สามารถมองเห็นจุดแข็งของตนเองทำให้เกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อไป เช่น การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นต้น

6. ประเด็นทางวัฒนธรรมต่างๆ คือ ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมและประเด็นอ่อนไหวทางวัฒนธรรมตลอดการประเมิน

## สรุป

บาดแผลทางจิตใจที่เกิดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการและยังเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชและอาการทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น โรค Acute Stress Disorder (ASD) และโรค Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) ตลอดจนความวิตกกังวล ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์และการสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ในการประเมินประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการบำบัดเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการไม่คำนึงถึงการมีบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการอาจส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยโรคที่ไม่ตรงกับอาการหลักของผู้รับบริการซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา

Trauma-informed assessment หรือการประเมินโดยคำนึงถึงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการ เป็นการประเมินและคัดกรองที่ให้ความสำคัญกับผลกระทบของเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่อาจส่งผลทำให้โรคทางจิตเวชของผู้รับบริการที่มีอยู่แล้วหรือที่เริ่มแสดงอาการมีการพยากรณ์โรคที่แย่ลง โดยแบ่งออกเป็น 1) การคัดกรองเบื้องต้น (Trauma-informed screening) ซึ่งเป็นการสอบถามเพื่อให้ทราบว่าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจหรือไม่ โดยเป็นการถามเพื่อคัดกรองผลกระทบของบาดแผลทางจิตใจว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยการคัดกรองเบื้องต้นนี้เป็นสิ่งที่ควรมีการดำเนินการในผู้รับบริการทุกรายเพื่อเป็นการป้องกันการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนและการวางแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่จุดเริ่มต้นของกระบวนการรักษา 2) การ

ประเมินผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง (Trauma-informed Assessment) เป็นการสำรวจลักษณะ ผลกระทบ และความรุนแรงของบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการทั้งในอดีตและปัจจุบันซึ่งประเมินโดยนักจิตวิทยาคลินิกโดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อนำไปสู่การเยียวยารักษา ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้เกิดจากการมีความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจที่ผู้รับบริการมีต่อผู้ประเมินซึ่งผู้ประเมินต้องพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้รับบริการไปเรื่อย ๆ และ 3) การประเมินผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค (Trauma-informed Diagnostic Assessment) เป็นการประเมินโดยการใช้เครื่องมือในการประเมินที่เป็นมาตรฐานอันจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องและเกิดจากประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาใช้พิจารณาประกอบในการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) และส่งผลต่อกระบวนการวางแผนการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการคัดกรองและการประเมินบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการเป็นเสมือนจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาและยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งในกลุ่มจิตเวชทั่วไปและกลุ่มที่ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยตรงเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498.
- Boonyamalik, P. (2014). The establishment of the psychological impact scale for crisis events-10 (PISCES-10). *Journal of Srithanya Hospital*, 15(1), 8-21. (in Thai).
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Briere, J. (1996). Psychometric review of trauma symptom inventory (TSI). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 381-383). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Carlson, E. B., Smith, S. R., Palmieri, P. A., Dalenberg, C., Ruzek, J. I., Kimerling,

- R., Burling, T. A., & Spain, D. A. (2011). Development and validation of a brief self-report measure of trauma exposure: The trauma history screen. *Psychological Assessment, 23*, 463-477.
- Carroll, J. (2008). Development of the mental health screening form III. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*, 72-76.
- Connor, K. M., & Davidson, J. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 16*, 279-284.
- Connor, K. M., & Davidson, R. T. (2003). Development of a new resilience scale The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., & Brady, K. T. (2004). Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatric Services, 55*(2), 157-162.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*, 153-160.
- Davidson, J. (2002). *SPAN addendum to DTS manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., & Smith, R. D. (1990). Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In J. E. L. Giller (Ed.), *Biological assessment and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 205-221). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Department of Mental Health Ministry of Public Health. (2018). *Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT try out version*. Bangkok: Bureau of mental health service administration department of mental health. (in Thai).
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Clark, R. E., & Wallach, M. A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(1), 42-51.
- Elklit, A., Pedersen, S., & Jind, L. (2001). The Crisis Support Scale: Psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences, 31*, 1291-1302.
- Elliot, D. M. & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the trauma symptom

- checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 23-31.
- Foa, E. A., Ehlers, A., Clark, D. M., & Tolin, D. F. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., . . . Knowles, K. (2016a). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, 28, 1166-1171.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zong, J., Rauch, S., Porter, K., . . . Kauffman, B. (2016b). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28, 1159-1165.
- Gallop, R., McKeever, P., Toner, B., Lancee, W., & Lueck, M. (1995). Inquiring about childhood sexual abuse as part of the nursing history: Opinions of abused and nonabused nurses. *Archive of Psychiatric Nursing*, 9(3), 146-151.
- Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K. T., & Rosenberg, S. D. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 587-599.
- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 3-22.
- Hooper, L., Stockton, P., Krupnick, J., & Green, B., (2011). Development, use, and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 258-283.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment*, 1, 53-55.
- Morote, R., Hjemdal, O., Martinez Uribe, P., & Corveleyn, J. (2017). Psychometric properties of the Resilience Scale for Adults (RSA) and its relationship with life-stress, anxiety, and depression in a Hispanic Latin-American community sample. *PLOS ONE*, 12(11), e0187954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187954>.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., . . . Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499.

- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., . . . Site Health and Risk Study Research Committee. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 45-57.
- Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G, Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). *Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)* [Measurement instrument]. Retrieved December 12, 2020, from <https://www.ptsd.va.gov>
- Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J. R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T. W. Miller (Ed.), *Stressful life events* (pp. 231-266). Madison: International Universities Press.
- Salvatore, J., Catanzaro, & Mearns, J. (1990). Measuring Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation: Initial Scale Development and Implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.
- Schnurr, P., Vielhauer, M., Weathers, F., & Findler, M. (1999). *The Brief Trauma Questionnaire (BTQ)* [Measurement instrument]. Retrieved December 12, 2020, from <http://www.ptsd.va.gov>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83-112.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018a). *Trauma and Violence*. Retrieved April, 12 2020, from <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018b). *Trauma-Informed Approach and Trauma-Specific Interventions*. Retrieved April 12, 2020, from <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>
- Tangkananurak, W. (2015). Statistics of children and female are constantly increasing every year. *Bangkokbiznews*. Retrieved from <https://www.Bangkokbiznews.com/news/detail/674771> (in Thai).
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Doughty, D., Jordan, F., Jones, D. E., & Nixon, S. J. (2002). Body handlers after terrorism

- in Oklahoma City: Predictors of posttraumatic stress and other symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 469-475.
- Waiprom, P. (2014). *The prevalence of traumatic brain injury (TBI) and the coprevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression with which returning the Royal Thai Navy personnel (RTN) deployed for the peace building process in southernmost provinces of Thailand*. Research report. Royal Thai Navy: Bangkok. (in Thai).
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)* [Measurement instrument]. Retrieved December 12, 2020, from <https://www.ptsd.va.gov>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2015). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)-Past Week* [Measurement instrument]. Retrieved December 13, 2020, from <https://www.ptsd.va.gov>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.
- Wolf, E., Mitchell, K. S., Sadeh, N., Hein, C., Fuhrman, I., Pietrzak, R. H., & Miller, M. W. (2017). The Dissociative Subtype of PTSD Scale: Initial evaluation in a national sample of trauma-exposed Veterans Assessment, 24, 503-516.
- Wolfe, J., & Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192-238). New York: Guilford. PTSDpubs.