

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยงดู และความสามารถในการฟื้นคืนกลับ
ที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายของวัยรุ่น
ในพื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, พ.บ. *, ภูษิตี หมุกเหาะ, สส.บ. **, พัชรินทร์ เสรี¹, กศ.ค. ***, บัญญัติ ยงย่วน, ปช.ค. ***

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

***สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: March 13, 2020 Revised: April 2, 2020 Accepted: May 25, 2020

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: Posttraumatic stress disorder (PTSD) พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อโรค PTSD หลายปัจจัย การศึกษาข้อมูลดังกล่าวจะนำไปสู่การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยงดู (parenting styles) และความสามารถในการฟื้นคืนกลับ (resilience) ที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

วัสดุและวิธีการ: วิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงานเขตพื้นที่ฯ เขตที่ 15 จังหวัดปัตตานีที่มีประสบการณ์สถานการณ์ความไม่สงบจำนวน 711 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Binary logistic regression

ผลการศึกษา: วัยรุ่นเสี่ยงต่อโรค PTSD จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 ประสิทธิภาพสถานการณ์ความไม่สงบทางอ้อม (adjusted odds ratio 1/0.48, $p < 0.05$, 95% CI 0.24 - 0.93) สถานภาพของบิดาและมารดาแบบแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง (adjusted odds ratio 1/0.17, $p < 0.01$, 95% CI 0.04 - 0.68) และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian) (adjusted odds ratio 1.11, $p < 0.01$, 95% CI 1.04 - 1.19) ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ

สรุป: วัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ มีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ร้อยละ 12.9 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบ สถานภาพบิดาและมารดา และรูปแบบการเลี้ยงดูส่งผลต่อโรค PTSD ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อโรค PTSD ของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ เพิ่มเติม

คำสำคัญ: โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย, พื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้, รูปแบบการเลี้ยงดู, ความสามารถในการฟื้นคืนกลับ

¹ผู้นิพนธ์ประสานงาน, โทรศัพท์: 0-2441-0602-8 ต่อ 1520, อีเมล: patcharin.ser@mahidol.edu

Original article

**Personal Factors, Parenting Style and Resilience
Affecting High-Risk Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder of
The Insurgency in The Southern Border Provinces of Thailand**

Somboon Hataiyusuk, M.D.^{*}, Junaidy Mudlaeh, B.S.W.^{**},
Patcharin Seree¹, Ed.D.^{***}, Banyat Yongyuan, Ph.D.^{***}

^{*}Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

^{**}Master of Science Program in Child, Adolescent and Family Psychology,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

^{***}National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

Abstract

Background: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a common psychiatric disease occurring among children and adolescents living in the deep-south border provinces of Thailand where insurgent attacks are common. There are multiple factors causing PTSD. Studying these factors and their effects will lead to better care for children and adolescents in these areas.

Objectives: This study aimed to investigate the effects of personal factors, parenting styles, and resilience on PTSD among adolescents in the insurgent areas in the southernmost provinces of Thailand.

Materials and Methods: This study was a descriptive cross-sectional one involving 711 high school children from schools under the administration of the Secondary Educational Service Area Office 15 Pattani, a target of many insurgent attacks. Data from all the students were obtained by using several questionnaires: the Child Revised Impact of Events Scale-Thai, version (CRIES-13) Questionnaire, the Parenting-Style Questionnaire, and the Resilience

Inventory Questionnaire. Descriptive statistics and binary logistic regression were conducted to analyze the obtained data.

Results: 92 high school students (12.9%) reported having a risk of PTSD. Factors including experiencing indirect insurgent attacks (adjusted odds ratio 1/0.48, $p < 0.05$, 95% CI 0.24 - 0.93), having separated or divorced parents (adjusted odds ratio 1/0.17, $p < 0.01$, 95% CI 0.04 - 0.68), and having an authoritarian parenting style (adjusted odds ratio 1.11, $p < 0.01$, 95% CI 1.04 - 1.19) were associated with the risks of getting PTSD.

Conclusion: 12.9% of adolescents in the insurgent areas were at risk of suffering from PTSD. Being exposed to or near insurgent attacks, along with the marital status and parenting style of the parents, were found to affect the risk of developing PTSD. Further study should focus on any additional determinants of this condition among adolescents in these areas.

Keywords: post-traumatic stress disorder, insurgency in the deep south of Thailand, parenting style, psychological resilience

¹Corresponding Author, Phone: 0-2441-0602-8 Ext. 1520, E-mail: patcharin.ser@mahidol.edu

บทนำ

จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ข้อมูลเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 พบว่ามีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นทั้งสิ้น 19,279 เหตุการณ์ ประเภทของเหตุการณ์ประกอบไปด้วย การยิง การวางระเบิด การวางเพลิง การก่อวินาศกรรม การปะทะ การปล้น รวมทั้งเหตุการณ์ความรุนแรงอื่นๆ ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 6,544 คน และมีผู้บาดเจ็บ 12,963 คน¹ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนที่ในพื้นที่ พบอัตราการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ 3.4² เด็กและวัยรุ่นเป็นประชากรกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ในพื้นที่ความไม่สงบฯ เช่นกัน โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2557 พบข้อมูลเด็กและวัยรุ่น บาดเจ็บ 445 คน เสียชีวิต 81 คน³ และส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ เช่น โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย⁴ (posttraumatic stress disorder - PTSD) โรคซึมเศร้า⁵ และโรคทางจิตเวชอื่นๆ

PTSD เป็นโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลภายหลังเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การก่อการร้าย การทำร้ายร่างกาย และภัยพิบัติจากธรรมชาติ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย โดยมีอาการสำคัญ คือ รู้สึกเหมือนเผชิญเหตุการณ์นั้นอีก (re-experience) หลีกเลียงสิ่งกระตุ้นที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์นั้น (avoidance) มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ไปในทางลบ (negative alterations in cognitions and mood) และการตื่นตัวมากกว่าปกติ (hyperarousal)⁶ โดยอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นหลังจากเผชิญเหตุการณ์เพียง 1 สัปดาห์ หรือยาวนานกว่านั้นก็ได้⁶ โดยส่วนมากอาการจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน⁷ อาการของโรคจะส่งผลกระทบต่างๆ เช่น หวาดกลัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ มีปัญหาในการทำงานและการเรียน⁸ การศึกษาในเด็กที่ผ่านมาพบโรค PTSD ร้อยละ 35.1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในเหตุการณ์สงครามซีเรีย⁹ ส่วนการศึกษาของประเทศไทยนั้นพบว่าในพื้นที่ความไม่สงบฯ พบอาการของโรค PTSD ร้อยละ 21.9⁴ และพบอาการของโรค PTSD ร้อยละ 57.3 และ 18.5 หลังประสบ

เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ 6 สัปดาห์⁹ และ 4 ปี¹⁰ ตามลำดับ

ในการเผชิญเหตุการณ์รุนแรง บุคคลจะมีความสามารถในการปรับตัวท่ามกลางสถานการณ์ที่ยากลำบาก เรียกว่า ความสามารถในการฟื้นคืนกลับ (resilience) ดังนั้น ความสามารถในการฟื้นคืนกลับจึงเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นจากการเผชิญกับสถานการณ์ไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข โดยองค์ประกอบหลักของความสามารถในการฟื้นคืนกลับตามแนวคิดของ Grotberg นั้นประกอบด้วย I have: แหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am: ความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ I can: ปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล¹¹ มีการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นคืนกลับกับโรค PTSD ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ¹⁰ แต่ยังไม่มีการศึกษาประเด็นดังกล่าวของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ โดยพบเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นคืนกลับกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว⁵ เท่านั้น

ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อโรค PTSD อีกปัจจัยหนึ่งคือ การอบรมเลี้ยงดู แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (authoritative) แบบควบคุม (authoritarian) แบบตามใจ (permissive) และแบบทอดทิ้งหรือปล่อยปละละเลย (uninvolved)¹²⁻¹³ การศึกษาในวัยรุ่นชาวจีนพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูสัมพันธ์กับอาการของโรค PTSD โดยพบว่าอาการของโรค PTSD มีความสัมพันธ์ทางลบกับการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (authoritative) และสัมพันธ์ทางบวกกับการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (authoritarian)¹⁴

เนื่องจากวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ ยังคงมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่ดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD ได้ในอนาคต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยงดู และความสามารถในการฟื้นคืนกลับที่ส่งผลต่อโรค PTSD ของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบฯ ว่าเป็นอย่างไ และส่งผลต่อโรค PTSD หรือไม่อย่างไร เพื่อสำรวจสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การวางแผน

ป้องกัน ส่งเสริม ช่วยเหลือและฟื้นฟูอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยงดู และความสามารถในการฟื้นคืนกลับที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเข้าในงานวิจัยนี้ คือ เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตที่ 15 จังหวัดปัตตานีที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ในระดับดี เกณฑ์คัดออกคือ วัยรุ่นหรือผู้ปกครองปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตที่ 15 มา 1 จังหวัด คือ จังหวัดปัตตานี และใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงในการเลือก 4 อำเภอที่มีจำนวนเหตุการณ์เกิดขึ้นสูงสุดในจังหวัดปัตตานี¹ โดยมีทั้งหมด 6 โรงเรียน มีนักเรียนรวมทั้งหมดจำนวน 1,577 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้นจำนวน 1,301 คน เป็นวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบจำนวน 711 คน โดยประสบการณ์ทางตรง หมายถึง นักเรียนพบเห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์ และประสบการณ์ทางอ้อม หมายถึง นักเรียนไม่ได้ประสบเหตุการณ์ด้วยตนเอง แต่ได้ยินผู้อื่นเล่าหรือได้รับข่าวเกี่ยวกับเหตุการณ์ในพื้นที่ที่วัยรุ่นอาศัยอยู่

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามด้าน เพศ อายุ ศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบ อายุบิดาและมารดา ระดับ

การศึกษาของบิดาและมารดา สถานภาพบิดาและมารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูสร้างขึ้นโดย รัชุนิศา เจริญจันทร์¹⁵ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งรูปแบบการเลี้ยงดูเป็น 4 แบบ คือ เข้มงวด (authoritarian) ให้อิสระอย่างมีขอบเขต (authoritative) ปล่อยปละละเลย (uninvolved) และยอมตามบุตร (permissive) มีจำนวน 22 ข้อ โดยแบบสอบถามนี้จะแสดงผลเป็นภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีรูปแบบการเลี้ยงดูแต่ละด้านอยู่ในระดับใด ค่าความเชื่อมั่นแบบ เข้มงวด แบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต แบบปล่อยปละละเลย และแบบยอมตามบุตร มีค่าเท่ากับ 0.90 0.78 0.79 และ 0.68 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience Inventory) สร้างขึ้นโดย พชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ¹¹ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ คะแนนรวมในความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่า 28-140 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง แบบสอบถามนี้จะแสดงค่าความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายด้าน โดยค่าของแต่ละบุคคลจะเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ไม่มีค่าคะแนนจุดตัดเฉพาะ ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.86 - 0.91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญฉบับภาษาไทย (child revised impact of events scale-Thai version; CRIES-13) แปลโดยพนม เกตุมาน และคณะ¹⁰ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่า 0 - 65 คะแนน คะแนนจุดตัดอยู่ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดแสดงว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 63.6 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 64 และค่าทำนายโรคเมื่อผลทดสอบเป็นลบ (negative predictive value) เท่ากับ 86.6

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง หลัง

จากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูลกับครู ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้ปกครอง หลังจากนั้นเก็บข้อมูลเฉพาะรายที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย โดยใช้เครื่องมือทั้ง 4 ส่วน ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ระหว่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ

วิจัย 2018/179.0108 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หากระหว่างการเก็บข้อมูล เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ มีสิทธิถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 22 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression ที่ระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 711)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	509	71.6
ชาย	202	28.4
อายุ (Max = 18, Min = 15, Mean = 16.6, SD = 1.0)		
ศาสนา		
พุทธ	262	36.8
อิสลาม	449	63.2
สถานภาพบิดาและมารดา		
สมรสอยู่ด้วยกัน	500	70.3
แยกกันอยู่	36	5.1
หย่าร้าง	84	11.8
บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต	91	12.8
ประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบ		
ประสบการณ์ทางตรงเพียงอย่างเดียว	43	6.1
ประสบการณ์ทางอ้อมเพียงอย่างเดียว	576	81.0
ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม	92	12.9

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1) ประกอบไปด้วยผู้วิจัยจำนวน 711 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.6 อายุเฉลี่ย 16.6 ปี (SD = 1.0, Min = 15, Max = 18) ส่วนมากนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 63.2 บิดามารดาสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.3 หย่าร้าง ร้อยละ 11.8 และบิดาและ/หรือ

มารดาเสียชีวิต ร้อยละ 12.8 ผู้วิจัยส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบทางอ้อมเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 81.0 รองลงมา มีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ร้อยละ 12.9 และมีประสบการณ์ทางตรงเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 6.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) (N = 711)

ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD	25 - 53	92	12.9
ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD	0 - 24	619	87.1

ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD (ตารางที่ 2) พบว่าผู้วิจัยในพื้นที่ความไม่สงบ มีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD

จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD จำนวน 619 คน คิดเป็นร้อยละ 87.1

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับรูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่าง (N = 711)

รูปแบบการเลี้ยงดู	ช่วงคะแนน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
เข้มงวด (authoritarian)	6 - 30	11.7	4.9	ต่ำ
ให้อิสระอย่างมีขอบเขต (authoritative)	8 - 30	25.9	3.8	สูง
ปล่อยปละละเลย (uninvolved)	6 - 27	10.7	4.5	ต่ำ
ยอมตามบุตร (permissive)	4 - 20	14.2	2.8	ปานกลาง

รูปแบบการเลี้ยงดู (ตารางที่ 3) รูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 711 คน ได้ผลดังนี้ แบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต (authoritative) อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=25.9$) แบบยอมตามบุตร (permissive) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 14.2$) ส่วนแบบเข้มงวด (authoritarian) และปล่อยปละละเลย (uninvolved) อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 11.7$), ($\bar{x} = 10.7$)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ คะแนนของความสามารถในการฟื้นคืนกลับของกลุ่มตัวอย่าง (N=711)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการฟื้นคืนกลับต่ำ	65-114	357	50.2
ความสามารถในการฟื้นคืนกลับสูง	115-140	354	49.8

ความสามารถในการฟื้นคืนกลับ (ตารางที่ 4) จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 49.8 (min - max = 115-140) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการฟื้นคืนกลับ และมีคะแนนความสามารถในการฟื้นคืนกลับต่ำ จำนวน 357 เท่ากับ 114.4 (SD = 11.44) (min - max = 65-140) และพบ คน คิดเป็นร้อยละ 50.2 (min - max = 65-114) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการฟื้นคืนกลับสูง

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกและค่าอัตราส่วนโอกาส ระหว่างภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD กับปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยงดู และระดับความสามารถในการฟื้นคืนกลับ (N=711)

ปัจจัย	ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD			
	(β)	Adjusted OR	95% CI	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ				
หญิง	0.15	1.16	0.65-2.08	0.62
ชาย (reference group)				
ศาสนา				
พุทธ	-0.07	0.94	0.50-1.74	0.84
อิสลาม (reference group)				
ประสบการณ์สถานการณ์ความไม่สงบ				
ประสบการณ์ทางตรงเพียงอย่างเดียว	-0.30	0.74	0.24-2.26	0.60
ประสบการณ์ทางอ้อมเพียงอย่างเดียว	-0.74	0.48	0.24-0.93	0.03
ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม (reference group)				
สถานภาพบิดาและมารดา				
สมรสอยู่ด้วยกัน	-0.41	0.66	0.23-1.87	0.44
แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง	-1.76	0.17	0.04-0.68	0.01
บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต (reference group)				

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกและค่าอัตราส่วนโอกาส ระหว่างภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD กับปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยงดู และระดับความสามารถในการฟื้นคืนกลับ (N=711) (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD			
	(β)	Adjusted OR	95% CI	p-value
รูปแบบการเลี้ยงดู				
เข้มงวด (authoritarian)	0.11	1.11	1.04-1.19	0.002
อิสระอย่างมีขอบเขต (authoritative)	-0.01	0.99	0.91-1.07	0.78
ปล่อยปละละเลย (uninvolved)	-0.02	0.98	0.91-1.06	0.55
ยอมตามบุตร (permissive)	0.03	1.03	0.94-1.14	0.52
ระดับความสามารถในการฟื้นคืนกลับ				
ต่ำ	-0.19	.83	0.48-1.45	0.51
สูง (reference group)				
ค่าคงที่ (constant)	-4.78	0.01		0.09

เมื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression (ตารางที่ 5) และพิจารณาตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$, $p = 0.01$, $p = 0.002$) พบว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบทางอ้อมเพียงอย่างเดียวจะช่วยป้องกันการเกิด (protective factor) ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD = 2.08 เท่า (adjusted odds ratio 1/0.48) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อพิจารณาตัวแปรสถานภาพบิดาและมารดาพบว่า วัยรุ่นที่บิดามารดาแยกกันอยู่ หรือหย่าร้างจะช่วยป้องกันการเกิด (protective factor) ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD = 5.88 เท่า (adjusted odds ratio 1/0.17) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian) ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian) เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อโรค PTSD เพิ่มขึ้น 1.1 เท่า (adjusted odds ratio = 1.11)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ของวัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบ คิดเป็นร้อยละ 12.9 มีค่าสูงกว่าความชุกของโรค PTSD โดยทั่วไปที่พบอัตราความชุกเพียงร้อยละ 8⁷ และร้อยละ 5-7 ในวัยรุ่น¹⁶ ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังและควรส่งต่อให้จิตแพทย์วินิจฉัย ให้การรักษาที่เหมาะสม ถึงแม้

สถานการณ์ความไม่สงบ มีแนวโน้มลดลง แต่ความชุกของโรค PTSD ยังคงสูงกว่าประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตาม ค่าความชุกนี้แตกต่างจากงานวิจัยในพื้นที่ความไม่สงบก่อนหน้านี้ซึ่งพบโรค PTSD ร้อยละ 18.2 – 21.9^{4,17} ผลการศึกษาที่แตกต่างกันในการศึกษานี้อาจเนื่องมาจากแนวโน้มการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 2,396 เหตุการณ์ ส่วนในปี พ.ศ. 2561 ลดลงเหลือเพียง 544 เหตุการณ์¹⁸ และช่วงเวลาที่ทำการศึกษารั้งนี้ อาจเป็นช่วงที่การดำเนินโรคอยู่ในระยะที่หายเป็นปกติ โดยปกติแล้วการดำเนินโรคเกินครึ่งหนึ่งจะหายภายใน 12 เดือน และบางรายหายภายใน 3 เดือน⁷

วัยรุ่นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบทางอ้อมเพียงอย่างเดียวจะช่วยป้องกันการเกิด (protective factor) ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD = 2.08 เท่า (adjusted odds ratio 1/.48) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม อธิบายได้ว่าเหตุการณ์ทางตรงมีลักษณะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอันตรายได้มากกว่า และการประสบทั้งเหตุการณ์ทางตรงและทางอ้อมนั้น อาจกระตุ้นให้เกิดการซ้ำเติมทางจิตใจ (re-traumatization) ซึ่งทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรค PTSD มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาโรค PTSD ที่เกิดจากการกระทำทารุณกรรมทางเพศ สงครามและภัยพิบัติจากมนุษย์โดยพบโรค PTSD ในผู้มีประสบการณ์ทางตรงมากกว่าทางอ้อมเช่นเดียวกัน¹⁹

วัยรุ่นที่บิดามารดาแยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง จะช่วยป้องกันการเกิด (protective factor) ภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD = 5.88 เท่า (adjusted odds ratio 1/.17) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต อธิบายได้ว่า การที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิตนั้นส่งผลให้วัยรุ่นขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จึงทำให้เสี่ยงต่อโรค PTSD ได้มากกว่า โดยถึงแม้จะแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง แต่ยังสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ทำให้มีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่พบว่า หากมีการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูง โอกาสในการเกิดโรค PTSD จะยิ่งลดลง²⁰

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian) ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian) เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อโรค PTSD เพิ่มขึ้น 1.1 เท่า (adjusted odds ratio = 1.11) อาการของโรค PTSD มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian) เนื่องจากวัยรุ่นที่ถูกควบคุมอย่างเข้มงวด ถูกใช้อำนาจบังคับจากบิดามารดา ส่งผลให้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง หรือคุกคามต่อชีวิตจะมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง ปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ยากลำบาก เนื่องจากบิดามารดาเป็นผู้คอยชี้นำ บังคับให้ทำตามคำสั่งมาโดยตลอด อีกทั้งยังไม่ได้ได้รับความเอาใจใส่และไม่ได้รับการตอบสนองต่อความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yanxue Zhai และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับโรค PTSD ในวัยรุ่นชาวจีนอายุ 12-18 ปี พบว่า อาการของโรค PTSD มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (authoritarian) เช่นเดียวกัน

ในการศึกษารังนี้พบว่าความสามารถในการฟื้นคืนกลับไม่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่าความสามารถในการฟื้นคืนกลับไม่มีความสัมพันธ์กับโรค PTSD เช่นกัน¹⁰ อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้เป็นการเทียบกันภายในกลุ่มตัวอย่างกันเอง ไม่มีค่าคะแนนจุดตัดที่จำเพาะในการบ่งบอกระดับของความสามารถในการฟื้นคืนกลับ นอกจาก

นั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของประสบการณ์ในสถานการณ์ความไม่สงบที่แตกต่างกัน ทั้งระดับความรุนแรง ลักษณะของการประสบเหตุ ประเภทของเหตุการณ์ รวมทั้งจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ประสบเหตุการณ์แตกต่างกัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางตรงร้อยละ 34.8 ที่ประสบเหตุการณ์มานานกว่า 2 ปี จึงเป็นการประเมินหลังจากที่เผชิญเหตุการณ์มานาน หากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็นเหตุการณ์เดียวกัน เกิดขึ้นในระยะเวลาเดียว และการเก็บข้อมูลย้อนหลังไม่นาน อาจทำให้เห็นผลของความสามารถในการฟื้นคืนกลับที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเนื่องมาจากระยะเวลาของเหตุการณ์ความรุนแรงนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องติดต่อกันกว่า 15 ปี ความเรื้อรังของเหตุการณ์ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเผชิญเหตุการณ์รุนแรงซ้ำๆ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวหรือฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติก็เป็นได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค PTSD วิธีการดำเนินการวิจัยที่เก็บข้อมูลเฉพาะวัยรุ่นชายที่มาโรงเรียน ทำให้รายที่ขาดเรียนหรือออกจากระบบโรงเรียนไปแล้วไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษารังนี้ นอกจากนั้นแล้วยังมีปัจจัยเรื่องจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้าร่วมในกระบวนการเก็บข้อมูลพร้อมๆ กันเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อการสังเกตผู้เข้าร่วมวิจัยได้อย่างทั่วถึง วัยรุ่นในพื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD ร้อยละ 12.9 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรค PTSD คือประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบ สถานภาพบิดามารดา และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian parenting style) จากผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประเมินและเฝ้าระวังการเกิดโรค PTSD ในวัยรุ่นพื้นที่ความไม่สงบ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประสบการณ์เกี่ยวสถานการณ์ความไม่สงบทั้งทางตรงและทางอ้อม บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิตรวมถึงกลุ่มที่บิดามารดาเลี้ยงดูแบบเข้มงวด เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรค PTSD ได้ทันทั่วทั้งที่ และควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือศึกษาในสถานศึกษาระบบอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Deep South Watch. The 13th year of the southern border conflict: complexity of violence and power of the Pattani peace dialogue [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 21]. Available from: <https://www.deepsouthwatch.org/ms/node/11053>
2. Thai Health Promotion Foundation. Children in the southern region have high risk of mental illnesses [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 21] Available from: [https://www.thaihealth.or.th/Content/38865 เด็กใต้เสี่ยงป่วยจิตเวช"สูง%20!!..html](https://www.thaihealth.or.th/Content/38865 เด็กใต้เสี่ยงป่วยจิตเวช)
3. Deep South Watch. Circumstances of children in the southern region: 11 years of circle of violence [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21]. Available from: <https://deep-southwatch.org/th/node/6656>
4. Panyayong B, Juntalasena S. Mental health problems among students in the area with continuous insurgency in the deep South of Thailand. *J Ment Health Thai* 2009; 17: 1-11
5. Suksri A, Nintachan P, Taweekoon T. Relationships between resilience and depression and aggressive behaviors in adolescents exposed to violence. *JPNMH* 2016; 30(2): 97-112.
6. Ketumarn P. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder; PTSD. In Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Ketumarn P, editors. *Siriraj Psychiatry DSM-5. 2nd ed.* Bangkok: Prayunsan Thai Printing; 2015. P 217-27.
7. Piyavhatkul N. Trauma- and stress-related disorder. In: Chaiudomsom K, Paholpak P, Vadhanavikkit P, Aphisitphinyo S, editors. *Psychiatry. 2nd ed.* Khon Kaen: Department of psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2017. p 213-227.
8. Perkins JD, Ajeeb M, Fadel L, Saleh G. Mental health in Syrian children with a focus on post-traumatic stress: a cross-sectional study from Syrian schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53: 1231-9.
9. Piyasil V, Ketuman P, Plubrukarn R, Jotipanut V, Tanprasert S, Aowjinda S, et al. Posttraumatic stress disorder in children after tsunami disaster in Thailand: 2 years follow-up. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 2370-6.
10. Ketumarn P, Piyasil W, Sitdhiraksa N, Pityaratstian N, Pariwatcharakul P, Chaopracha S, et al. A study of the prevalence of post-traumatic stress disorder and associated factors in grade 4-12 Students in schools 48 months after tsunami in Takuapa District, Phangnga Province, Thailand. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2009.
11. Nintachan P. Resilience: concept, assessment, and application. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2015.
12. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology* 1971; 4(1, Pt 2): 1-103.
13. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of Family: parent-child interaction. In Mussen PH, Hetherington EM; editor, *Handbook of child psychology, vol. 4 socialization, personality and social development.* New York: Wiley; 1983. p1-101.
14. Zhai Y, Liu K, Zhang L, Gao H, Chen Z, Du S, et al. The Relationship between post-traumatic symptoms, parenting style, and resilience among adolescents in Liaoning, China: A cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2015[cited 2017 Dec 22]; 10(10): e0141102. Available form: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0141102&type=printable>
15. Jarern-jun T. Health belief, self efficacy, parenting styles and self care behavior of the high school students at Satri Nonthaburi in Nonthaburi Province [Dissertation]. Bangkok: Kasetsart University; 2013.
16. National Institute of Mental Health. Prevalence of post-traumatic stress disorder among adolescents [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 22]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd.shtml#part_155470
17. Phothisat C. Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in children of police officers working in the unrest areas of the southern provinces of Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(3): 323-34.
18. Deep South Watch. Algorithm of variation throughout the 15 years of violence in the southern region/Pattani [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 13] Available from: <https://deepsouthwatch.org/th/node/11928>
19. Lee CY, Furnham A, Merritt C. Effect of directness of exposure and trauma type on Mental Health Literacy of PTSD. *J Ment Health* 2017; 26(3): 257-63.
20. Sorrayothin A. A Synthesis of research on factors related to resilience and posttraumatic stress disorder. [Dissertation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2012.