

ความชุกของประสบการณ์รังแกและโรคจิตเวชในนักเรียนไทย

Prevalence of bullying experiences and psychiatric disorders in Thai students

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, พ.บ.¹, จอมสุรางค์ โฟธิสัตย์, พ.บ.²
Suparat Ekasawin, M.D.¹, Chomsurang Phothisut, M.D.²

สถาบันราชานุกูล¹, โรงพยาบาลศรีธัญญา²
Rajanukul Institute¹, Srithanya Hospital²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความชุก 1 ปี ของประสบการณ์รังแกและโรคจิตเวชในนักเรียนไทย

วัสดุและวิธีการ ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาความชุกโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 3,374 คน จาก 3 เขตกทม. และ 17 จังหวัด เครื่องมือ คือ National Youth Risk Behavior Survey 2015 (YRBS), Thai Youth Checklist: Self-Report และ แบบสัมภาษณ์ Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ univariate correlation analysis

ผล ความชุก 1 ปีของนักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกใดๆ หลังถ่วงน้ำหนักเท่ากับร้อยละ 21.0 เป็นชายร้อยละ 55.1 อายุเฉลี่ย 14.8 ปี แยกเป็นกลุ่มเหยื่อ กลุ่มผู้กระทำและกลุ่มผสม ร้อยละ 12.3, 9.0 และ 2.1 ตามลำดับ ความชุกของประสบการณ์รังแกใดๆ ในนักเรียนชายและหญิงร้อยละ 23.4 และ 18.7 ตามลำดับ กลุ่มเหยื่อเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด นักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกใดๆ พบโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 60.1 และกลุ่มโรคจิตเวชที่พบมาก 3 ลำดับแรกได้แก่กลุ่ม disruptive behavior disorders, anxiety disorders และ mood disorders ตามลำดับ โดยนักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกใดๆ จะเสี่ยงต่อโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค สูงกว่านักเรียนที่ไม่มีประสบการณ์ 2.6 เท่า โดยเฉพาะกลุ่มผสมจะมีโอกาสพบโรคจิตเวชใดๆ สูงกว่านักเรียนที่ไม่มีประสบการณ์ 8.6 เท่า

สรุป ความชุก 1 ปีของประสบการณ์รังแกใดๆ ในนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษา เท่ากับร้อยละ 21.0 และพบโรคทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 60.1 และเสี่ยงต่อโรคจิตเวชสูงกว่านักเรียนที่ไม่มีประสบการณ์รังแก 2.6 เท่า การคัดกรองประสบการณ์รังแกของนักเรียนในโรงเรียนทำได้ง่ายจึงควรจัดระบบบริการสาธารณสุขให้เชื่อมต่อกับสถานศึกษา เพื่อป้องกันโรคจิตเวชและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

คำสำคัญ : ความชุก นักเรียน รังแก โรคจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ e-mail : drsuparat@gmail.com

Abstract

Objectives To determine one year prevalence of bullying experiences and psychiatric disorders in Thai students.

Materials and methods Secondary data from the study of psychiatric disorders prevalence among Thai students aged 13-17 years in the year 2016. The 3,374 students were systematically drawn from junior high school in 3 districts in Bangkok and 17 provinces across the country. Three kinds of tools were administered: 1. National Youth Risk Behavior Survey 2015 (YRBS) 2. Thai Youth Checklist: Self-Report 3. Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R). Descriptive statistics and univariate correlation analysis were analyzed.

Results After data weighting, any bullying experience in 1 year of Thai students was 21.0 percent which most of them were male 55.1 percent, average age 14.8 years old. The prevalence of bullying in male and female were 23.4 percent and 18.7 percent respectively. The prevalence of psychiatric disorders in students with any bullying experience was 60.1 percent. The three most common psychiatric disorders were disruptive behavior disorders, anxiety disorders and mood disorders. Students experiencing any bullying have 2.6 times higher chance of psychiatric disorders than students without experiences. In particular, the mixed group has 8.6 times higher.

Conclusion One year prevalence of any bullying experiences in Thai secondary school students was 21.0 percent and 60.1 percent of them had psychiatric disorders and they have a 2.6 times higher chance of psychiatric disorders. Screening for bullying experiences in school setting was easy and the public health services should be alliance with schools to prevent psychiatric disorders and increase service accessibility.

Key words : bullying, prevalence, psychiatric disorders, student
corresponding author e-mail : drsuparat@gmail.com

บทนำ

โรงเรียนควรเป็นสถานที่ปลอดภัยของเยาวชน แต่จากการสำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาทั่วประเทศไทยภายใต้ความร่วมมือในโครงการ Global School-based Student Health Survey (2015 Thailand GSHS) ปี ๒๕๕๘ พบความชุกของเหยื่อที่ถูกเพื่อนรังแกร้อยละ 29.5¹ ในต่างประเทศ World Health Organization สำรวจประสบการณ์รังแกของนักเรียนอายุ 11-15 ปี ใน 38 ประเทศ เมื่อปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบความชุกของกลุ่มเหยื่อร้อยละ 9-13 กลุ่มผู้กระทำคนอื่นร้อยละ 8-12² ตัวเลขความชุกการรังแกในโรงเรียนสะท้อนขนาดปัญหาความรุนแรงในหมู่เยาวชนของประเทศต่างๆ

นิยามการรังแก (bullying) หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวที่ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการได้แก่ การแสดงอำนาจว่าเหนือกว่า (imbalance of power) จงใจกระทำ (intentionality) และเกิดขึ้นซ้ำๆ (repetition) อาจกระทำโดยตรงคือการชู้ สร้างขวเลี้ยหาย ทำร้ายร่างกาย กักขัง หรือกระทำทางอ้อม คือ กีดกัน ชวนเพื่อนไม่ให้พูดคุยด้วย^{3, 4} เป็นนิยามตาม Olweus D⁵ นิยามนี้ได้รับการอ้างอิงแพร่หลาย เช่น งานวิจัยของ U.S. Centers For Disease Control⁶, American Psychological Association⁷ และ National Association of School Psychologists⁸ ปัจจุบันยังมีรูปแบบการรังแกทางไซเบอร์ (cyber-bullying) แยกต่างหาก ผู้มีประสบการณ์รังแกแบ่งได้ 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้กระทำ (bully) กลุ่มเหยื่อ (victim) และกลุ่มผสม (bully-victim) คือ ทั้งผู้กระทำและเหยื่อในคนเดียว ความชุกนักเรียนชายที่มีประสบการณ์รังแกสูงกว่าหญิงและมักเป็นกลุ่มผู้กระทำ ส่วนเพศหญิงมักเป็นกลุ่มเหยื่อ⁹

ประสบการณ์รังแกมักเริ่มตั้งแต่อ่อนวัยเรียน แต่ความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 11-15 ปี และลดลงเมื่ออายุมากขึ้น¹⁰ รูปแบบการรังแกมีแนวโน้มเปลี่ยนตามอายุที่มากขึ้นจากการเป็น เหยื่อไปเป็นผู้กระทำ¹¹ พฤติกรรมการรังแกของนักเรียนไทย ได้แก่ การพูดลวนลามทางเพศร้อยละ 24.8 ทำร้ายหรือกักขังร้อยละ 22.8 ล้อเลียนร้อยละ 11.3¹²

ปัญหาการรังแกนั้นคุกคามต่อสุขภาพกายและจิตของเด็ก-วัยรุ่น (ในการศึกษานี้เน้นเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพจิต) และยังส่งผลกระทบต่อระยะยาวจนเป็นผู้ใหญ่¹³ ได้แก่ อารมณ์เศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าว ปัญหาการนอน การเรียน การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตาย โดยนักเรียนที่มีพฤติกรรมรังแกไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้กระทำหรือเหยื่อหรือผสมจะมีโอกาสพบโรคจิตเวชในอีก 10-15 ปีต่อมาเป็น 3 เท่า กลุ่มผสมจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคือ 5 เท่า¹⁴⁻¹⁶ ปัญหาจิตเวชที่พบในกลุ่มผู้กระทำมักเป็นอาการ externalizing โดยเฉพาะ conduct disorder และ substance use ส่วนกลุ่มเหยื่อมักเป็น internalizing เช่น anxiety disorders หรือ mood disorders และกลุ่มผสมจะพบทั้ง externalizing และ internalizing^{17, 18} แต่นักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกทุกกลุ่มจะเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 2 เท่า¹⁹ ในไทยปี ๒๕๕๔ การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการข่มเหงรังแกกัน (The revised Olweus bully/victim questionnaire: OBVQ) ฉบับภาษาไทยและแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต (The strengths and difficulties questionnaire: SDQ) ฉบับภาษาไทยพบความชุกของกลุ่มเหยื่อร้อยละ 23.4 กลุ่มผู้กระทำร้อยละ 6.1 และนักเรียน

ที่มีประสบการณ์รังแกมีปัญหาสุขภาพจิตจากแบบประเมิน SDQ เท่ากับร้อยละ 62.7²⁰

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความชุกของประสบการณ์รังแกและโรคร่วมจิตเวชในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของไทย ข้อค้นพบจะสร้างความตระหนักและนำไปวางแผนจัดบริการอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการเข้ากับงานสุขภาพจิตในโรงเรียน ทำการค้นหานักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกในโรงเรียนเพื่อป้องกันหรือบรรเทาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ทั้งนี้ไม่มีการศึกษาโรคจิตเวชในนักเรียนไทยที่มีประสบการณ์รังแกระดับชาติมาก่อน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้นำข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาความชุกโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙²¹ มาทำการวิเคราะห์ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล รหัส 040/2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ถึงมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1-3 ทุกสังกัดการศึกษาจำนวน 3,374 คน ใน 3 เขตทวม. (คลองสาน ดุสิต ดลิ่งชั้น) ภาคกลาง (นนทบุรี สมุทรปราการ นครปฐม สระแก้ว นครสวรรค์) ภาคเหนือ (เชียงใหม่ พิษณุโลก ลำพูน) ภาคตะวันออก (นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี เลย นครพนม) และภาคใต้ (สุราษฎร์ธานี สงขลา พัทลุง ปัตตานี) รวมทั้งสิ้น 20 จังหวัด / 3 เขตทวม. แบ่งเป็นในและนอกเขตเทศบาล แล้วแบ่งเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 และมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1-3 สุ่มเลือก 1 โรงเรียน ดังนั้นจะมี 4 โรงเรียนในแต่ละ

จังหวัด ในแต่ละระดับชั้นสุ่มเลือก 3 ห้องเรียน ในแต่ละห้องเรียนสุ่มเลือกนักเรียนแบบมีระบบ เก็บข้อมูลด้วย 1). แบบสำรวจ National Youth Risk Behavior Survey 2015 (YRBS)¹⁶ นักเรียนตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง ถามถึงการมีประสบการณ์การถูกรังแกซ้ำๆ เพื่อระบุ “กลุ่มเหยื่อ” โดยเริ่มต้นด้วยอธิบายนิยามของการรังแกก่อนที่จะถามข้อคำถามมีใจความดังนี้ “ต่อไปนี้จะถามถึงการรังแกกัน การรังแกหมายถึงการที่คนๆ หนึ่งหรือคนกลุ่มหนึ่งตั้งใจทำให้คนอื่นเดือดร้อนหรือทุกข์ใจ เช่น แกล้ง ช่มชู้ ให้อาย ทำร้าย ทำร้าย กักขัง ล้อเลียน ทำให้อาย และไม่ใช้การที่คนสองคนทะเลาะกันหรือต่อสู้กัน” ขอให้น้องตอบคำถามต่อไปนี้อย่างตรงตามประสบการณ์ของน้องเอง “ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา น้องเคยถูกคนอื่นรังแก กลั่นแกล้ง ให้อาย ช่มชู้ รีดไถ ทำร้าย ซ้ำๆ หรือไม่” 2). แบบสำรวจพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับเด็กและนักเรียนไทย (Thai Youth Checklist- Self Report, TYC-SR)²² คำถามที่แสดงถึง “กลุ่มผู้กระทำ” ในอีก 4 ข้อคำถามนับต่อจากข้อแรก ได้แก่ ข้อ 2 “ฉันใจร้าย ชอบรังแกคนอื่น” ข้อ 3 “ฉันทำร้ายร่างกายผู้อื่น” ข้อ 4 “ฉันล้อเลียนผู้อื่นมาก” ข้อ 5 “ฉันช่มชู้ทำร้ายผู้อื่น” รวมข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ตัวเลือกคำตอบมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ไม่เลย” “เล็กน้อย/บางครั้ง” “อย่างมาก/บ่อยครั้ง” นักเรียนกลุ่มเหยื่อต้องให้คำตอบในข้อ 1 “อย่างมาก/บ่อยครั้ง” ส่วนกลุ่มผู้กระทำต้องให้คำตอบ “อย่างมาก/บ่อยครั้ง” อย่างน้อย 1 ข้อ และกลุ่มผสม หมายถึง กลุ่มที่ให้คำตอบว่าเป็นทั้งกลุ่มเหยื่อและกลุ่มผู้กระทำ 3). แบบสัมภาษณ์ Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R)²³ ครอบคลุมโรคทางจิตเวช 4 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรค disruptive

behavior disorders ได้แก่ attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder และ conduct disorder, กลุ่มโรค substance use/dependence disorders ได้แก่ alcohol, tobacco, marijuana และ amphetamine กลุ่มโรค disruptive behavior disorders, mood disorders, anxiety disorders, substance use/dependence disorders ได้แก่ major depressive disorder, manic disorder และ dysthymic disorder กลุ่มโรค anxiety disorders ได้แก่ generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, post traumatic stress disorder การวินิจฉัยอิง DSM-IV ที่เพิ่มเกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ ลังคม อารมณ์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีประสพการณ์การรังแกด้วย Rao-Scott adjusted chi-square test ความชุกโรคทางจิตเวชต่างๆ รายงานด้วยร้อยละ เปรียบเทียบความชุกระหว่างกลุ่มต่างๆ ด้วย odds ratio และ 95% confidence interval

ผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลายและอาชีวศึกษาจาก 20 จังหวัด/เขต ที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 3,075 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบนักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกจำนวนทั้งสิ้น 671 คน หลังจากถ่วงน้ำหนักข้อมูลคิดเป็นความชุก 1 ปี ของนักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกร้อยละ 21.0 เป็นชายร้อยละ 55.1 อายุเฉลี่ย 14.8 ปี เรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 54.0 ได้คะแนนเฉลี่ย 3 ขึ้นไปในปีที่ผ่านมาร้อยละ 88.9 ไม่เคยเข้าชั้นร้อยละ 95.6 เรียนในโรงเรียนสังกัดของรัฐร้อยละ 76.5 อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 41.5 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มนักเรียนที่ไม่มีประสพการณ์รังแก พบว่าไม่มีปัจจัยใดแตกต่างกันยกเว้นเพียงด้านเพศเท่านั้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของนักเรียนจำแนกตามกลุ่มที่มีและไม่มีประสพการณ์รังแกใน 1 ปี (หลังถ่วงน้ำหนัก)

	มีประสพการณ์รังแก (n= 671)		ไม่มีประสพการณ์รังแก (n= 2,404)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ (SE)	จำนวน	ร้อยละ (SE)	
อายุเฉลี่ย (ปี/SD)		14.8/0.1		15.0/0.1	
เพศชาย	373	55.1(1.3)	1151	48.1(0.4)	<.01
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	369	54.0(2.4)	1157	48.5(0.8)	0.10
คะแนนเฉลี่ย 3 ขึ้นไปในปีที่ผ่านมา	601	88.9(3.2)	2228	91.9(2.1)	0.13
ไม่เคยเข้าชั้น	644	95.6(1.2)	2313	96.3(0.4)	0.55
โรงเรียนสังกัดของรัฐ	560	76.5(12.4)	2049	78.1(12.5)	0.50
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	240	41.5(10.1)	941	43.0(11.1)	0.82

เมื่อพิจารณาความชุกของนักเรียนที่มี
 ประสบการณ์รังแกแยกตามเพศ นักเรียนชายมี
 ความชุกในการเป็นกลุ่มเหยื่อ กลุ่มผู้กระทำและเป็น
 กลุ่มผสมร้อยละ 12.3, 9.0 และ 2.1 ตามลำดับ ในขณะที่
 ที่นักเรียนหญิงมีความชุกร้อยละ 10.4, 6.2 และ 2.1

ตามลำดับ ในภาพรวมนักเรียนชายและหญิงมี
 ประสบการณ์รังแกใดๆ ร้อยละ 23.4 และ 18.7
 ตามลำดับและนักเรียนชายมีความชุกสูงกว่าหญิง
 ในกลุ่มเหยื่อและกลุ่มผู้กระทำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของนักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกแยกตามเพศ

ประสบการณ์รังแก	รวม (n=3,075)		ชาย (n=1,524)		หญิง (n=1,551)	
	จำนวน	ร้อยละ (SE)	จำนวน	ร้อยละ (SE)	จำนวน	ร้อยละ (SE)
กลุ่มเหยื่อ	376	11.3(1.6)	204	12.3(1.8)	172	10.4(1.6)
กลุ่มผู้กระทำ	231	7.6(1.0)	135	9.0(1.5)	96	6.2(0.9)
กลุ่มผสม	64	2.1(0.4)	34	2.1(0.5)	30	2.1(0.4)
กลุ่มประสบการณ์รังแกใดๆ	671	21.0(2.0)	373	23.4(2.2)	298	18.7(2.0)
กลุ่มไม่มีประสบการณ์รังแก	2404	79.0(2.0)	1151	76.6(2.2)	1253	81.3(2.0)

เมื่อพิจารณาความชุกของโรคจิตเวชใน
 นักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกทุกกลุ่มพบว่าความชุก
 ของโรค disruptive behavior disorders สูงกว่าทุกโรค
 ในขณะที่นักเรียนที่ไม่มีประสบการณ์รังแกมีความชุกของ
 โรค anxiety disorders สูงสุด กลุ่มเหยื่อและกลุ่ม
 ผู้กระทำมีความชุกของโรคจิตเวชจากมากไปน้อยดังนี้
 disruptive behavior disorders, anxiety disorders,
 mood disorders, substance use disorder และ
 attempted suicide ยกเว้นกลุ่มผสมที่มีความชุกของ
 ทุกโรคสูงกว่ากลุ่มอื่น ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบนักเรียนที่ไม่มีประสบการณ์
 รังแก ค่า OR ของโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค ใน
 นักเรียนที่มีประสบการณ์รังแกใดๆ เท่ากับ 2.6
 โดยกลุ่มผสมมีค่า OR ของโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค
 สูงที่สุดเท่ากับ 8.6 ค่า OR ของโรคจิตเวชที่สูงสุด
 ในกลุ่มเหยื่อและกลุ่มผสม คือ โรค disruptive behavior
 disorders ส่วนกลุ่มผู้กระทำ attempted suicide
 มีค่า OR สูงสุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุก 1 ปี และค่า odds ratio ของโรคจิตเวชในเด็กเรียนที่มีประสบการณ์รังแก

ประสบการณ์รังแก	≥ 1 โรค		DBD		MD		ANX		SUD		attempted	
	ร้อยละ	OR (95%CI)	ร้อยละ	OR (95%CI)	ร้อยละ	OR (95%CI)	ร้อยละ	OR (95%CI)	ร้อยละ	OR (95%CI)	ร้อยละ	OR (95%CI)
เพศ	59.1	2.2 (1.8, 2.9)	39.6	2.8 (2.0, 4.0)	24.5	1.9 (1.4, 2.5)	33.5	2.1 (1.9, 2.5)	20.8	1.6 (1.3, 2.1)	7.5	1.5 (1.0, 2.3)
กระทำ	54.5	1.8 (1.2, 2.6)	31.6	1.8 (1.4, 2.3)	22.7	1.6 (0.9, 3.0)	24.0	1.2 (0.9, 1.7)	19.2	1.4 (1.1, 1.8)	12.3	2.8 (1.7, 4.6)
ผล	85.3	8.6 (2.8, 26.2)	66.2	7.7 (3.8, 15.6)	50.5	5.8 (3.4, 9.9)	44.3	3.0 (1.5, 6.2)	28.3	2.3 (1.1, 5.0)	20.5	4.9 (2.0, 11.6)
ประสบการณ์รังแกใดๆ	60.1	2.6 (1.9, 3.6)	39.4	3.3 (2.3, 4.7)	26.5	2.5 (2.0, 3.1)	31.1	2.1 (1.7, 2.5)	21.0	1.8 (1.4, 2.3)	10.5	2.8 (2.1, 3.9)
กลุ่มไม่มีประสบการณ์รังแก	36.3	1	16.4	1	10.1	1	17.9	1	13.0	1	4.0	1

DBD=disruptive behavior disorders, MD=mood disorders, ANX=anxiety disorders, SUD=substance use/dependence disorders, attempted= attempted suicide

วิจารณ์

รายงานการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับการรังแกมักใช้ข้อมูลจากโครงการร่วมนานาชาติที่สำรวจเกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่น ได้แก่ โครงการ Global School Based Student Health Survey (GSHS)¹ และ Third International Mathematics and Science Study (TIMSS)²⁴ ทั้งสองโครงการที่ดำเนินการในประเทศไทยจะมี 1-2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการถูกรังแก ซึ่ง GSHS ใช้ข้อคำถามจาก YRBS ที่มีกรอบอธิบายถึงนิยามของการรังแกก่อนถามถึงความถี่เป็นวันของการถูกรังแกและวิธีการรังแก ส่วน TIMSS ไม่มีกรอบอธิบายนิยาม ถามเพียงการเคยถูกรังแก 6 รูปแบบที่กำหนด จะเห็นว่าโครงการทั้งสองค้นหาเฉพาะ “เหยื่อ” แต่ด้วยเกณฑ์การคัดเลือกที่ต่างกัน การเปรียบเทียบตัวเลขความชุกของกลุ่มเหยื่อ จึงควรทำอย่างระมัดระวัง ทำนองเดียวกับการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าจะใช้ข้อคำถามจาก YRBS เหมือนกับโครงการ GSHS แต่ก็ใช้เกณฑ์คัดเลือกต่างกันโดยการศึกษาครั้งนี้ “เหยื่อ” หมายถึงนักเรียนที่ตอบ “อย่างมาก/บ่อยครั้ง” ส่วน GSHS หมายถึงนักเรียนที่ตอบ “ความถี่ 1 วันหรือมากกว่า” เกณฑ์ความถี่ของการถูกรังแกที่ต่างกันสร้างความต่างของตัวเลขความชุกได้มาก เช่น ในการศึกษาทางภาคใต้ของไทยเมื่อใช้ความถี่ “บ่อยๆ” ได้ความชุกร้อยละ 6 แต่เมื่อใช้ความถี่ “เคย” เป็นร้อยละ 16²⁵ จึงทำให้ความชุกของกลุ่มเหยื่อในการศึกษาครั้งนี้ ต่ำกว่ารายงานตามโครงการ GSHS ของนักเรียนไทยที่ทำในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๘ ร้อยละ 27.8¹² และ 29.5²⁶ ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้รายงานความชุกกลุ่มผู้กระทำด้วยข้อคำถาม TYC-SR เพียง 4 ข้อเมื่อเทียบกับการศึกษาเฉพาะเรื่องประสบการณ์รังแก

เพียงเรื่องเดียวมักนิยมใช้ เครื่องมือ OBVQ ที่มีข้อคำถามถึงพฤติกรรมรังแกแบ่งเป็นการถูกรังแก 23 ข้อและการรังแกคนอื่นอีก 23 ข้อ การใช้ข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมรังแกมากกว่าทำให้ได้ความชุกสูงกว่า เช่น ในการศึกษาระดับชาติของนักเรียนไทยปี ๒๕๕๙ ด้วยเครื่องมือ OBVQ พบความชุกของกลุ่มเหยื่อร้อยละ 40 และกลุ่มผู้กระทำร้อยละ 20²⁷ และในการศึกษาครั้งนี้ นักเรียนเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งปัจจุบันวิธี self-report เป็นที่ยอมรับมากที่สุด²⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ความชุกของกลุ่มเหยื่อร้อยละ 11.3 แตกต่างมากจากกลุ่มผู้กระทำร้อยละ 7.6 (ตารางที่ 2) ความชุกของกลุ่มผู้กระทำน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงอาจจาก 1. ข้อคำถามของ TYC-SR ถามถึงพฤติกรรมเพียง 4 ด้าน ได้แก่ การรังแกคนอื่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การล้อเลียนผู้อื่น และการขู่จะทำร้าย ขาดข้อคำถามอีกหลายพฤติกรรม เช่น บังคับ กีดกัน ช้อนของ กุเรื่องให้ร้าย กักขังหรือพูดวณลาม ฯลฯ 2. การปกปิดของนักเรียน การศึกษาในต่างประเทศพบว่านักเรียนร้อยละ 64 ไม่กล้าตอบความจริงในเรื่องเกี่ยวกับการรังแก²⁹ เมื่อความชุกกลุ่มผู้กระทำต่ำกว่าความจริง ดังนั้นความชุกของกลุ่มผลสมก็น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงเช่นกัน เพราะกลุ่มผลสมต้องให้คำตอบว่าเป็นทั้งกลุ่มเหยื่อและกลุ่มผู้กระทำ ส่วนเรื่องกรอบเวลาของความชุกที่ต้องการศึกษา (timeframe) ในขณะที่โครงการ GSHS ใช้กรอบเวลา 1 เดือน การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 12 เดือนตาม YRBS อาจนานจนลืมประสบการณ์รังแก แต่มีรายงานว่าในช่วง 12-24 เดือน ไม่มีผลต่อการย้อนระลึกถึง (recall) ประสบการณ์รังแกในอดีต³⁰

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มเหยื่อและกลุ่มผู้กระทำ พบในเพศชายมากกว่าหญิง (ตารางที่ 2)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในนักเรียนไทย^{12, 20} และต่างประเทศ⁹ แต่ก็มีรายงานที่ไม่พบความสัมพันธ์นี้^{31, 32} การศึกษาที่ผ่านมามีรายงานถึงผลการเรียนที่ไม่ดีในกลุ่มที่มีประสพการณ์รังแก³³ หรือในทางตรงกันข้ามคือมีผลการเรียนดีในกลุ่มที่มีประสพการณ์รังแก³⁴ ซึ่งการศึกษาคั้งนี้สนับสนุนข้อค้นพบประการหลังคือนักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ย 3 ขึ้นไปในปีที่ผ่านมา ข้อค้นพบนี้ทำให้การวางกลยุทธ์ในการค้นหานักเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน ไม่ควรมองข้ามนักเรียนที่มีผลการเรียนดี

นักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกใดๆ พบโรคจิตเวชร้อยละ 60.1 (ตารางที่ 3) ใกล้เคียงกับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนที่มีประสพการณ์รังแก จังหวัดเชียงใหม่²⁰ และนักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกใดๆ เสี่ยงต่อการมีโรคจิตเวชมากกว่ากลุ่มไม่มีประสพการณ์รังแกเกือบ 3 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มผสมที่เสี่ยงต่อการมีโรคจิตเวชเกือบ 9 เท่า ทั้งนี้การศึกษาคั้งนี้มีลักษณะตัดขวางจึงไม่ได้แสดงถึงการเป็นสาเหตุของโรคจิตเวช แต่สามารถขยายความได้ว่านักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกใดๆ โดยเฉพาะกลุ่มผสม จำเป็นต้องได้รับส่งต่อเพื่อการคัดกรองโรคจิตเวช

กลุ่มเหยื่อและกลุ่มผสมเสี่ยงต่อโรค disruptive behavior disorders สูงกว่าโรคอื่นๆ (ตารางที่ 3) เช่นเดียวกับรายงานในประเทศฟินแลนด์พบโรคที่มีความชุกมากที่สุดได้แก่ attention deficit/hyperactivity disorder และ oppositional defiant disorder³⁵ ทั้งนี้ น่าจะเป็นจากอาการของโรคในกลุ่ม disruptive behavior disorders เช่น อยู่ไม่สุข รอนานไม่ได้ คิดแค้น ก้าวร้าว อาการเหล่านี้จะเพิ่ม

ความเสี่ยงต่อประสพการณ์ทั้งรังแกผู้อื่นและถูกรังแกและการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มผสมมีความชุกของทุกโรคสูงกว่ากลุ่มรังแกอื่นๆ ซึ่งในต่างประเทศก็รายงานผลเช่นเดียวกัน^{17, 36, 37} การศึกษาของประเทศออสเตรเลียพบว่าทุกกลุ่มที่มีประสพการณ์รังแกจะมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียด โรคซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตายอาจเนื่องจากนักเรียนที่มีประสพการณ์รังแกมักขาดทักษะทางสังคม เศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ³⁸

ประสพการณ์รังแกจึงเป็นเพียงยอดภูเขาน้ำแข็งที่สะสมปัญหาสุขภาพจิตไว้ด้านล่าง และสามารถพัฒนาความรุนแรงเมื่อนักเรียนเติบโตขึ้น อีกทั้งประสพการณ์รังแกเป็นพฤติกรรมเดี่ยว (single event) ที่สามารถทำนายการเกิดอาการทางจิตเวชในอนาคตได้³⁹ การเฝ้าระวังประสพการณ์รังแกในนักเรียนจึงควรเริ่มต้นได้ทั้งในโรงเรียนและชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักเรียน ซึ่งเป็นมิติสำคัญของงานป้องกันโรคจิตเวชในวัยรุ่น

สรุป

ความชุก 1 ปี ของประสพการณ์รังแกใดๆ ในนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาเท่ากับร้อยละ 21.0 และพบโรคร่วมจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 60.1 และเสี่ยงต่อการมีโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคสูงกว่านักเรียนทั่วไป 2.6 เท่า การคัดกรองประสพการณ์รังแกของนักเรียนในโรงเรียนทำได้ง่ายและหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดระบบบริการให้เชื่อมต่อกับสถานศึกษา เพื่อป้องกันโรคจิตเวชและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้ข้อคำถามที่ใช้คัดเลือกกลุ่มเหยื่อหรือกลุ่มผู้กระทำมีความจำกัดตามโครงสร้างของแบบประเมินที่ทำให้ข้อคำถามอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์จริง และการเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ทำให้นักเรียนอ่อนล้าจนอาจส่งผลทำให้คำตอบของนักเรียน

References

- Larpsombatsiri K. Global School-based Student Health Survey, Thailand 2015 fact sheet. Nontaburi,Thailand: School age and youth health group, Ministry of Public Health; 2015.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, DeLooze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- Naylor P, Cowie H, Cossin F, de Bettencourt R, Lemme F. Teachers' and pupils' definitions of bullying. Br J Educ Psychol 2006;76:553-76.
- Hamburger ME, Basile KC, Vivolo AM. Measuring bullying victimization,perpetration, and bystander experiences: a compendium of assessment tools. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
- Olweus D. Sweden. In: Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P, editors. The nature of school bullying: a cross-national perspective. London: Routledge;1999. p. 7–27.
- Gladden RM, Vivolo-Kantor AM, Hamburger ME, Lumpkin C. Bullying surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA U.S. Center for Disease Control; 2014.
- VandenBos GR. APA dictionary of psychology. VandenBos GR, editor. Washington DC: American Psychological Association; 2007.
- National Association of School Psychologists. Bullying prevention and intervention in schools. Bethesda: National Association of School Psychologists; 2012.
- Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. Sch Psychol Q 2010;25:65-83.
- Vaillancourt T, Trinh V, McDougall P, Duku E, Cunningham L, Cunningham C, et al. Optimizing population screening of bullying in school-aged children. J Sch Violence 2010;9:233–50.
- Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. Int J Public Health 2009;54suppl2:216-24.
- Pengpid S, Peltzer K. Bullying and its associated factors among school-aged adolescents in Thailand. Sci World J 2013;254-83.
- Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. JAMA Psychiatry 2013;70:419-26.
- Luukkonen AH. Bullying behaviour in relation to psychiatric disorders, suicidality and criminal offences : a study of under-age adolescent inpatients in Northern Finland [Doctoral Dissertation]. Finland: University of Oulu; 2010.
- Kumpulainen K, Rasanen E. Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. an epidemiological sample. Child Abuse Negl 2000;24:1567-77.
- Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS): high school questionnaire.Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/questionnaires.htm> [3 Aug 2015].
- Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:40-9.

18. Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and victimization in adolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. *J Genet Psychol* 2009;170:115-33.
19. Ford R, King T, Priest N, Kavanagh A. Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14 to 15 year olds in a representative sample of Australian children. *Aust N Z J Psychiatry* 2017;51:897-908.
20. Sakarinkhul C, Wacharasindhu A. Prevalence of bullying and associated psychosocial factors among lower secondary school students in Muang, Chiangmai. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59:221-30.
21. Ekasawin S, Pothisat J, Chomcheun R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years. *J Ment Health Thai* 2016;24:186-98.
22. Suwanmaitree S, Ekasawin S. The study of psychometric property and norm of Thai Youth Checklist: self-report. *Rajanukul Institute Journal* 2016;31:13-24.
23. Ekasawin S, Pothisat J, Chomcheun R. Validity of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents (T-DICA-R): adolescent version. *J Ment Health Thai* 2016;24:29-39.
24. Musikphan W, Yongchin S, Chancharoen S. A study project on management cyberbullying with family participation. Bangkok: Mahidol University; 2011.
25. Sittichai R, Smith PK. Bullying in south-east asian countries: a review. *Aggress Violent Behav*; 2015.
26. Laeheem Kasetchai. Factors relatd to students' bullying behavior in islamic private schools, Songkla province. *JHSS* 2014;6:14-7.
27. Tapanya S. Bullying among Thailand school student. 2006; Available from: <http://www.thaihealth.or.th> [9 Aug 2017].
28. Pellegrini AD. Sampling instances of victimization in mile school: a methodological comparison. In: Juvonen J, Graham S, editors. *Peer harassment in school: the plight of the vulnerable and victimized*. New York: Guilford Press; 2001.
29. Petrosino A, Guckenbug S, DeVoe J, Hanson T. What characteristics of bullying, bullying victims, and schools are associated with increased reporting of bullying to school officials? : National Center for Education Evaluation and Regional Assistance; 2010.
30. Beran T. Stability of harassment in children: analysis of the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth data. *J Psychol* 2008;142:131-46.
31. Marsh HW, Nagengast B, Morin AJS, Parada RH, Craven RG, Hamilton LR. Construct validity of the multidimensional structure of bullying and victimization: an application of exploratory structural equation modeling. *J Educ Psychol* 2011;103:701-32.
32. Kokkinos C, Panayiotou G. Predicting bullying and victimization among early adolescents: associations with disruptive behavior disorders. *Aggress Behav* 2004;30:520-33.
33. Spriggs AL, Iannotti RJ, Nansel T R, Haynie DL. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *J Adolesc Health* 2007;41:283-93.
34. Farmer TW, Petrin R, Robertson D, Fraser M, Hall C, Day S, et al. Peer relations of bullies, bully-victims, and victims: the two social worlds of bullying in second-grade classrooms. *ESJ* 2010;110:364-92.
35. Kumpulainen K, Rasanen E, Puura K. Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggress Behav* 2001;27:102-10.
36. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P, Rimpela A. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000;23:661-74.
37. Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T, Gillberg C. Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nord J Psychiatry* 2005;59:365-73.
38. Thomas HJ, Connor JP, Lawrence DM, Hafekost JM, Zubrick SR, Scott JG. Prevalence and correlates of bullying victimisation and perpetration in a nationally representative sample of Australian youth. *Aust N Z J Psychiatry* 2017;51:909-20.
39. Sourander A, Jensen P, Ronning JA, Elonheimo H, Niemela S, Helenius H, et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: the Finnish from a boy to a man study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:546-52.