

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน

วันรับ : 20 พฤษภาคม 2564

วันแก้ไข : 12 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับ : 22 พฤศจิกายน 2564

วรรณพักร์ วิวัฒนวงศา, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน

วิธีการ : นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ชั้นปีเดียวกับห้องที่เกิดเหตุการณ์ จำนวน 178 คน ประเมินตนเองหลังเกิดเหตุการณ์ 5 เดือนด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ (CRIES-13) และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square และ odds ratio

ผล : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 13 ปี เพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.6 และ 54.4 ตามลำดับ) ร้อยละ 22.5 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในห้องที่เกิดเหตุการณ์ ร้อยละ 16.9 เห็นเหตุการณ์ยิงกัน ร้อยละ 64 ไม่เห็นเหตุการณ์แต่ได้ยินเสียงปืนและเสียงหวีดร้อง ร้อยละ 27.0 มีความเสี่ยง PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25) ร้อยละ 10.1 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (PHQ-A $\geq$ 10) และร้อยละ 6.2 มีความเสี่ยงทั้ง PTSD และภาวะซึมเศร้า เด็กที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยง PTSD มากกว่ากลุ่มที่ไม่เสี่ยงซึมเศร้า 5.2 เท่า (95% CI = 1.9 - 14.4) ไม่พบตัวแปรส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง PTSD ส่วนตัวแปรที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต (OR = 4.7; 95% CI = 1.7 - 13.2) และความสนิทสนมกับผู้เสียชีวิต (OR = 2.9; 95% CI = 1.1 - 7.9)

สรุป : นักเรียนมีผลกระทบทางจิตใจ ความเสี่ยงของ PTSD และภาวะซึมเศร้าหลังการเผชิญเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรอง การปฐมพยาบาลจิตใจของเด็กที่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์ รวมถึงระบบการติดตามในระยะยาว

คำสำคัญ : การยิงกันในโรงเรียน ภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้พิมพ์ : วรรณพักร์ วิวัฒนวงศา; e-mail: poohmom.w@gmail.com

Original article

Mental health problems of students after school shooting

Received : 20 May 2021

Revised : 12 November 2021

Accepted : 22 November 2021

Wannaphak Wiwattanawongsa, M.D.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To explore the prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression among students after the school shooting incidence.

Methods: Total of 178 students in the same year as the classroom where the incident took place (grade 7) were assessed for mental health problems 5 months after the incidence, using the children's revised impact of event scale (CRIES-13) and the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A). Data were analyzed by using descriptive statistics (frequency and percentage). Associations between mental health problems and personal factors were assessed by using chi-square and odds ratio.

Results: The mean age of participants was 13 years. Percentages of male and female participants were approximately equal (46.6% and 53.4%, respectively). Of all participants, 22.5% were in the same classroom as the shooter and the victim, 16.9% saw the shooting, whereas 64% did not see the shooting but heard gunshot and screaming. Approximately 27.0% were at risk of PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25), 10.1% were at risk of depression (PHQ-A $\geq$ 10), and 6.2% were at risks of both conditions. Those who were at risk of depression, compared to those who were not, were 5.2 times more likely to have risk of PTSD (95% CI = 1.9 - 14.4). PTSD risk was not significantly associated with any of personal factors, while depression risk was related to having past traumatic experiences (OR = 4.7; 95% CI = 1.7 - 13.2) and closeness to the victim (OR = 2.9; 95% CI = 1.1 - 7.9).

Conclusion: Psychological effects, specifically risks of PTSD and depression, were found among students 5 months after the school shooting. It is recommended that all students close to the incidence should receive screening, psychological first aids, and long-term follow-up.

Keywords: depression, post-traumatic stress disorder, school shooting

Corresponding author: Wannaphak Wiwattanawongsa; e-mail: poohmom.w@gmail.com

ความรู้เดิม : การประเมินผลกระทบปัญหาสุขภาพจิตหลังเหตุการณ์รุนแรง มักให้ความสำคัญในช่วงหลังเกิดเหตุและติดตามดูแลในช่วง 1 เดือนหลังเหตุการณ์

ความรู้ใหม่ : ภาวะ PTSD และซึมเศร้าหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง เกิดได้หลังเหตุการณ์ผ่านไปมากกว่า 6 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ปรับแนวทางการประเมินดูแลเด็กหลังเหตุการณ์รุนแรง ให้เข้าช่วยเหลือทันทีหลังเกิดเหตุและติดตามสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิต

บทนำ

วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2562 เกิดเหตุการณ์เด็กนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ก่อเหตุยิงเพื่อนนักเรียนร่วมชั้นเสียชีวิต 1 ราย เหตุการณ์ดังกล่าวถือเป็นเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนในระดับถึงแก่ชีวิต สร้างความตื่นตระหนกและสะเทือนใจ ไม่เพียงผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนและชุมชนนั้น ๆ แต่ยังรวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย จากเหตุการณ์ครั้งนี้ ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (mental health crisis assessment and treatment team; MCATT) ทีมดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศรีธัญญาและศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เข้าลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินสภาวะสุขภาพจิตและจัดกิจกรรมเยียวยาจิตใจทั้งกับครูและนักเรียนในชั้นเรียนของนักเรียนผู้ก่อเหตุและเหยื่อ รวมถึงนักเรียนห้องอื่น ๆ ในชั้นเรียนเดียวกัน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิตและอยู่ในห้องเรียนชั้นเดียวกับบริเวณที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงอาชววิทยาและจิตวิทยาที่มุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ ทำความเข้าใจผู้ยิงและเหยื่อผู้ถูกยิง แต่ยังมีจำนวนน้อยที่ศึกษาผลกระทบต่อบุคคลรอบตัวผู้ยิงและผู้ถูกยิง โดยเฉพาะในประเด็นสุขภาพจิต จากข้อมูลผู้ก่อเหตุยิงกันในโรงเรียนใน

สหรัฐอเมริกาซึ่งเกิดเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนมากที่สุดประเทศหนึ่งของโลก¹ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2009 - 2018) จากเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน 179 เหตุการณ์พบว่าลักษณะของผู้ยิงหรือผู้ก่อเหตุ ส่วนใหญ่มีอายุ 15 - 19 ปี แต่ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ยิงวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) ที่ไม่ใช่ นักเรียนในโรงเรียนมีแนวโน้มใช้อาวุธที่รุนแรงและมีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตรุนแรงกว่า ส่วนผู้ยิงที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี พบร้อยละ 21.4 ของเหตุการณ์ทั้งหมด² ส่วนใหญ่ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ใหญ่มากกว่านักเรียนในโรงเรียน³ การศึกษาบริบทของเหตุการณ์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการยิงโดยมีเป้าหมายเฉพาะ โดยมีเพียงร้อยละ 11 ที่เป็นการกราดยิงแบบสุ่ม สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และเกิดในโรงเรียนนอกเมืองมากกว่าในเมือง โดยผู้ก่อเหตุกราดยิงแบบสุ่มมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ก่อเหตุที่มีเป้าหมายชัดเจน⁴

การศึกษาผลกระทบจากเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน โดยเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่า เด็กนักเรียนที่ผ่านเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD) และภาวะซึมเศร้า⁵⁻⁷ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการพัฒนาไปเป็นโรค PTSD และโรคซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ความรุนแรง เช่น ผู้รอดชีวิต หรือผู้เห็นเหตุการณ์ ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีผลรองลงมา ได้แก่ เพศหญิง ความรู้สึกสูญเสียคนใกล้ชิด (loss) และประวัติการมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต (past-traumatic experiences)^{5,6} ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวได้⁸ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาวิจัยในประเทศนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะซึมเศร้าหลังเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียน ในเด็กที่เรียนอยู่ในชั้นเรียนชั้นเดียวกับห้องเรียนที่เกิดเหตุการณ์ รวมถึงผลกระทบด้านความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและการมาโรงเรียนหลังเกิดเหตุการณ์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับ

ความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความใกล้ชิดกับผู้ก่อเหตุและเหยื่อ ผู้เสียชีวิต และประวัติการมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน โดยการประเมินความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้าของเด็กภายใน 5 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต เลขที่ STY.IRB008/2563 ลงวันที่ 2 เมษายน 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นเดียวกับห้องเรียนที่เกิดเหตุการณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อผลกระทบด้านจิตใจจากเหตุดังกล่าว เนื่องจากอยู่ใกล้เคียงกับบริเวณที่เกิดเหตุมากที่สุด มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและประสบการณ์ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกคนในห้องเรียนที่อยู่ชั้นเดียวกับห้องเรียนที่เกิดเหตุการณ์ จำนวน 214 คน โดยขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลทั้งกับเด็กและผู้ปกครอง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดมี 178 คน คิดเป็นร้อยละ 83 ของประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นหลังผ่านเหตุการณ์ความรุนแรง อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต กรมสุขภาพจิต⁹ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน (1) ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา การอยู่อาศัย และประวัติการประสบเหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมา (2) ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ยิงกัน ได้แก่ ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ระดับความสนิทสนมกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิต และความรู้สึกต่อเหตุการณ์และโรงเรียน รวม 14 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ทดลองใช้

ในเด็กวัยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและภาษาของแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง

2) แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (the children's revised impact of event scale; CRIES-13) พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยสึนามิ¹⁰ โดยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹¹ เป็นแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองอาการ PTSD ในเด็กและวัยรุ่น มี 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบตอบเอง (self-report) เพื่อประเมินอาการตนเองในช่วง 7 วัน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) และ บ่อย ๆ (5 คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 65 คะแนน โดยจุดตัดที่ 25 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงต่อ PTSD แบบสอบถามมีค่าความไวร้อยละ 76 และค่าความจำเพาะร้อยละ 81

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of the patient health questionnaire for adolescent; PHQ-A)¹² พัฒนาขึ้นจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹³ ใช้ในวัยรุ่นอายุ 11 - 20 ปี เป็นแบบประเมินประเภทตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน มีค่าความเที่ยงตรงภายในระดับดีมาก (alpha coefficient = 0.92) ค่าความไวร้อยละ 76 และค่าความจำเพาะร้อยละ 81 โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้จุดตัดที่ 10 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยดำเนินการประสานจากโรงเรียนและครูประจำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกห้องเรียนเพื่อขอเก็บข้อมูลในโรงเรียน 2) ชี้แจงโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครองผ่านทางครูประจำชั้นและเอกสารชี้แจงโครงการ หลังจากนั้นครูประจำชั้นรวบรวมเอกสารยินยอม แจ้งรายชื่อเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และนัดหมายวันเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัย 3) เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างพร้อมกันทั้งหมดในห้องประชุมของโรงเรียน

โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงและตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

ในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ และแนวทางการตอบแบบประเมินกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง รวมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามหรือยุติการทำแบบประเมินได้ หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนหรือการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในอนาคต พร้อมเปิดโอกาสให้เด็กซักถาม จากนั้นจัดกลุ่มเด็กเป็นรายห้องโดยมีผู้ช่วยวิจัยประจำกลุ่มเพื่อให้เด็กตอบแบบประเมินอย่างอิสระและตอบข้อซักถามกรณีที่เด็กมีปัญหาเรื่องการอ่าน ทีมวิจัยอ่านข้อคำถามให้เด็กฟังและให้ตอบอย่างอิสระ ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 10 นาทีต่อคน หลังจากเด็กทุกคนทำแบบประเมินเสร็จ ทีมผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะการดูแลจิตใจเพื่อส่งเสริมทักษะในการดูแลจิตใจตนเองที่เหมาะสมตามวัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ เพื่อแสดงขนาดของปัญหาสุขภาพจิต PTSD และภาวะซึมเศร้า รวมถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ประวัติการประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในอดีต ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ก่อเหตุ และความสัมพันธ์กับเหยื่อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ประวัติการประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในอดีต ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ก่อเหตุ และความสัมพันธ์กับเหยื่อ ด้วยสถิติ chi-square และแสดงระดับความสัมพันธ์ด้วย odds ratio

ผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน มีเพศชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุ 13 ปี (ร้อยละ 73.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.2) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 65.8) และส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท และผู้ใหญ่ที่ใกล้ชิด

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (ตารางที่ 1) พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 33.7) เคยมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียน (ร้อยละ 94.4) มีเด็กที่อยู่ห้องเดียวกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิต 40 คน (ร้อยละ 22.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นเหตุการณ์แต่ได้ยินเสียงปืนและเสียงหวีดร้อง (ร้อยละ 64) ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตกใจมากที่สุด (ร้อยละ 86.5) รองลงมา รู้สึกกลัว (ร้อยละ 50) และรู้สึกเสียใจ (ร้อยละ 44.9) หลังจากเกิดเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าชีวิตตนเองตกอยู่ในอันตราย (ร้อยละ 44.9) และไม่อยากไปโรงเรียน (ร้อยละ 48.3)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยง PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25) มี 48 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ของทั้งหมด โดยมี 1 ราย (ร้อยละ 3.3) ที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันเป็น PTSD และเข้ารับการบำบัดรักษา เป็นเด็กหญิง อยู่ห้องเรียนติดกันเห็นเหตุการณ์ตอนเพื่อนถูกยิง และไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าเดิม กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (PHQ-A $\geq$ 10) มี 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของทั้งหมด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงทั้ง PTSD และภาวะซึมเศร้า มี 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 61.1 ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยง PTSD ร่วมด้วย (ตารางที่ 2) ความเสี่ยง PTSD กับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยง PTSD มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 5 เท่า (OR = 5.2; 95% CI = 1.9 - 14.4)

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง PTSD กับปัจจัยส่วนบุคคล

จากตารางที่ 3 พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการมีความเสี่ยง PTSD อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนและผู้ใหญ่ที่สนิท ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยง PTSD

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประสบการณ์

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรง (n = 178)

ปัจจัยเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง		ความถี่	ร้อยละ
ประวัติเกี่ยวกับความรุนแรง			
- มีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต	ไม่เคย	118	66.3
	เคย	60	33.7
	ไม่เคย	168	94.4
	เคย	10	5.6
เหตุการณ์ยังกั้นในโรงเรียน			
- ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์	ไม่อยู่ในโรงเรียน	2	1.1
	เห็นเหตุการณ์ยังกั้น	30	16.9
	เห็นผู้บาดเจ็บขณะเคลื่อนย้าย	27	15.2
	ไม่เห็นเหตุการณ์ แต่ได้ยินเสียงปืน เสียงกรีดร้อง	114	64.0
	ไม่เห็นเหตุการณ์หรือได้ยินเสียงปืน รู้ข่าวจากคนอื่นหรือสื่อ	5	2.8
	ห้องเรียนเดียวกันกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิต	40	22.5
	ห้องเรียนอื่นที่อยู่ในชั้นเดียวกันกับห้องที่เกิดเหตุ	138	77.5
	สนิทกับผู้เสียชีวิต	111	62.4
	ใช่	67	37.6
	สนิทกับผู้ก่อเหตุ	120	67.4
- ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ใช่	58	32.6
	กลัว	89	50.0
	ตื่นเต้น	20	11.2
	ตกใจ	154	86.5
	เศร้า	56	31.5
	เสียใจ	80	44.9
	โกรธ	23	12.9
	เครียด	40	22.5
	คิดว่าชีวิตตัวเองตกอยู่ในอันตราย	98	55.1
	ใช่	80	44.9
- อยากไปโรงเรียนหลังเหตุการณ์	อยากไป	92	51.7
	ไม่อยากไป	86	48.3

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า

	ความเสี่ยงของอาการ PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25)			
	ไม่มีความเสี่ยง (n = 130)		มีความเสี่ยง (n = 48)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า (PHQ-A $\geq$ 10)				
ไม่มีความเสี่ยง (n = 160)	123	76.9	37	23.1
มีความเสี่ยง (n = 18)	7	38.9	11	61.1

ความรุนแรงในอดีต เพิ่มความเสี่ยง 4 เท่า และความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต เพิ่มความเสี่ยง 3 เท่า

วิจารณ์

หลังจากเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนผ่านไป 5 เดือน ประมาณ 1 ใน 4 ของนักเรียนในระดับชั้นเรียนเดียวกันมีความเสี่ยงต่อ PTSD และ 1 ใน 10 มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าชีวิตตนเองตกอยู่ในอันตรายและไม่อยากไปโรงเรียน สะท้อนถึงความรู้สึกไม่ปลอดภัย มีภาวะเครียดกลัว วิตกกังวล โดยร้อยละ 6.2 ของกลุ่มตัวอย่างความเสี่ยงทั้งภาวะ PTSD และภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาล้องกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิตภายหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนที่พบว่า หลังเหตุการณ์ความรุนแรงแบบหมู่ พบภาวะ PTSD และภาวะซึมเศร้ามากที่สุด^{6,14,15} ความชุกของภาวะ PTSD จากการศึกษานี้ในประเทศพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 3 - 91 อาจเนื่องมาจากความ

แตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ช่วงอายุที่เกิดเหตุ ระยะเวลาในการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน¹⁶ ซึ่งส่วนใหญ่เหตุการณ์เกิดที่สหรัฐอเมริกา สำหรับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนที่เคยมีรายงานในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า เกิดที่ฟิลิปปินส์ 1 ครั้งในปี ค.ศ. 1999 และที่ประเทศไทย 1 ครั้งในปี ค.ศ. 2003¹⁷ แม้ในการศึกษานี้ไม่สามารถระบุความชุกของโรคที่ชัดเจนได้เนื่องจากข้อจำกัดของเครื่องมือ แต่ผลการศึกษาสะท้อนถึงแนวโน้มของขนาดปัญหาสุขภาพจิตของเด็กหลังเผชิญเหตุการณ์

การศึกษาที่ติดตามเด็กที่เผชิญเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนในระยะยาวพบว่า โดยทั่วไปอาการ PTSD และปัญหาสุขภาพจิตจะค่อย ๆ ดีขึ้นและผู้ประสบเหตุการณ์จะค่อย ๆ กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ก็ยังมีจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องแม้เหตุการณ์จะผ่านไปเป็นปี¹⁸ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ¹⁹⁻²¹ จึงควรมีการติดตามผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อ

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเสี่ยง PTSD				OR	95% CI of OR	chi-square	p-value
	ไม่มี n = 130		มี n = 48					
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ				
เพศ					1.5	0.8 - 2.9	1.3	.25
ชาย (n = 83)	64	77.1	19	22.9				
หญิง (n = 95)	66	69.5	29	30.5				
ประสบการณ์รุนแรงในอดีต					1.6	0.8 - 3.2	1.9	.17
ไม่เคย (n = 118)	90	76.3	28	118				
เคย (n = 60)	40	66.7	20	33.3				
ความใกล้ชิดกับเหตุการณ์					1.8	0.9 - 3.6	2.8	.94
ไม่เห็นเหตุการณ์ (n = 121)	93	76.9	28	23.1				
เห็นเหตุการณ์/เห็นผู้บาดเจ็บ (n = 57)	37	64.9	20	27.0				
สนิทกับผู้เสียชีวิต					1.4	0.7 - 2.8	1.0	.31
ไม่ใช่ (n = 111)	84	75.7	27	24.3				
ใช่ (n = 67)	46	68.7	21	31.3				
สนิทกับผู้ก่อเหตุ					1.5	0.8 - 3.1	1.5	.23
ไม่ใช่ (n = 120)	91	75.8	29	24.2				
ใช่ (n = 58)	39	67.2	19	32.8				

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				OR	95% CI of OR	chi-square	p-value
	ไม่มี (n = 160)		มี (n = 18)					
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ				
เพศ					2.5	0.8 - 7.2	2.9	.91
ชาย (n = 83)	78	94	5	6.0				
หญิง (n = 95)	82	86.3	13	13.7				
ประสบการณ์รุนแรงในอดีต					4.7	1.7 - 13.2	9.7	.00*
ไม่เคย (n = 118)	112	94.9	6	5.1				
เคย (n = 60)	48	80.0	12	20.0				
ความใกล้ชิดกับเหตุการณ์					1.1	0.4 - 3.0	0.02	.90
ไม่เห็นเหตุการณ์ (n = 121)	109	90.1	12	9.9				
เห็นเหตุการณ์/เห็นผู้บาดเจ็บ (n = 57)	51	89.5	6	10.5				
สนิทกับผู้เสียชีวิต					2.9	1.1 - 7.9	4.7	.03
ไม่ใช่ (n = 111)	104	93.7	7	6.3				
ใช่ (n = 67)	56	83.6	11	16.4				
สนิทกับผู้ก่อเหตุ					1.4	0.5 - 3.7	0.4	.55
ไม่ใช่ (n = 120)	109	90.8	11	9.2				
ใช่ (n = 58)	51	87.9	7	12.1				

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $< .001$

ประเมินซ้ำและให้การช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในการศึกษานี้พบตัวอย่าง 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD และได้รับการส่งต่อและรักษาต่อเนื่องโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสที่จะมีความเสี่ยง PTSD ประมาณ 5 เท่า แสดงถึงความเชื่อมโยงของการเกิด PTSD ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเดิม สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติซึมเศร้าอยู่เดิม มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็น PTSD หลังเผชิญเหตุการณ์ยิ่งกัน^{14,20} นอกจากนี้ยังพบว่า การมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีตและความสนิทกับเหยื่อผู้เสียชีวิต มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ การมีประวัติปัญหาสุขภาพจิตเดิมเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นหลังประสบเหตุการณ์ยิ่งกันในโรงเรียน^{6,14,19,21,22}

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD กับปัจจัยด้านเพศ การเห็นเหตุการณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ก่อเหตุ ความสัมพันธ์กับเหยื่อ และประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมักพบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศหญิง และความใกล้ชิดกับเหตุการณ์^{14,15,23,24} รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็น การอยู่กับครอบครัว การมีเพื่อนสนิท และมีผู้ใหญ่ที่สนิท^{20,23,24} อาจเป็นไปได้ว่านักเรียนทั้งหมด ได้รับการกระบวนการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจจากทีมสุขภาพจิตหลังเกิดเหตุในทันที ทำให้ผลกระทบไม่มีความรุนแรงมากเมื่อระยะเวลาผ่านไป 5 เดือน และการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในเด็กที่ประสบเหตุการณ์ ทำให้มีขนาดน้อยเกินไปที่จะสรุปประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อ PTSD

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ มีดังนี้ 1) เนื่องจาก CRIES-13 เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นจากเหตุการณ์สึนามิ

ซึ่งเป็นภัยธรรมชาติ มีอาการแสดงต่างจากเหตุการณ์ความรุนแรงในบางข้อ อาจมีผลต่อความไวในการประเมินระดับอาการที่ไม่รุนแรง อาจเป็นโจทย์วิจัยเพื่อหาความสอดคล้องของเครื่องมือต่อไป 2) การวิจัยนี้เก็บข้อมูลหลังเหตุการณ์ผ่านไป 5 เดือน เนื่องจากระยะเวลาการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดเหตุการณ์อยู่แล้ว หรือเป็นผลกระทบจากเหตุการณ์โดยตรง 3) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการประเมินหลังได้มีการให้กระบวนการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจสำหรับนักเรียนอย่างต่อเนื่องโดยทีมกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ในเดือนที่ 1 ซึ่งโดยจริยธรรมการวิจัยต้องคำนึงถึงการให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างก่อน จึงอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการศึกษาได้

สรุป

ประมาณ 1 ใน 4 ของนักเรียนในชั้นเรียนเดียวกับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนมีความเสี่ยง PTSD ประมาณ 1 ใน 10 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 6.2 มีความเสี่ยงทั้งภาวะอาการ PTSD และภาวะซึมเศร้า การมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มโอกาสความเสี่ยง PTSD ประมาณ 5 เท่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังเผชิญเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน ได้แก่ การมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต และความสนิทกับเหยื่อผู้เสียชีวิต ผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองและประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง และการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจตามระดับของความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาลงลึกในรูปแบบการช่วยเหลือและบำบัดทางจิตใจ และติดตามกลุ่มเสี่ยง PTSD ภาวะซึมเศร้า และผลกระทบด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Walker C. 10 years 180 school shootings 356 victims [internet]. Atlanta: Cable News Network; 2019 [cited 2019 Jan 12]. Available from: <https://edition.cnn.com/interactive/2019/07/us/ten-years-of-school-shootings-trnd/#storystart>
2. Livingston MD, Rossheim ME, Hall KS. A descriptive analysis of school and school shooter characteristics and the severity of school shootings in the United States, 1999-2018. *J Adolesc Health*. 2019;64: 797-99. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.12.006.
3. Brown JD, Goodin AJ. Mass casualty shooting venues, types of firearms, and age of perpetrators in the United States, 1982-2018. *Am J Public Health*. 2018;108(10):1385-7. doi:10.2105/AJPH.2018.304584.
4. Shultz JM, Cohen AM, Muschert GW, Flores de Apodaca R. Fatal school shootings and the epidemiological context of firearm mortality in the United States. *Disaster Health*. 2013;1(2):84-101. doi:10.4161/dish.26897.
5. Boffa JW, Norr AM, Raines AM, Albanese BJ, Short NA, Schmidt NB. Anxiety sensitivity prospectively predicts posttraumatic stress symptoms following a campus shooting. *Behav Ther*. 2016;47(3):367-76. doi:10.1016/j.beth.2016.02.006.
6. Lowe SR, Galea S. The mental health consequences of mass shootings. *Trauma Violence Abuse*. 2017;18(1):62-82. doi:10.1177/1524838015591572.
7. Travers A, McDonagh T, Elklit A. Youth responses to school shootings: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(6):47. doi:10.1007/s11920-018-0903-1.
8. Curry V. Thurston High School. *Journal of School Violence*. 2003;2(3):93-120. doi:10.1300/J202v02n03_06.

9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 [Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT]. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2561.
10. พนม เกตุมาน, วินัดดา ปิยะศิลป์. ความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ : การเรียนรู้จากโครงการช่วยเหลือ นักเรียนที่ประสบภัยสึนามิ 5 ปีในโรงเรียน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา [Posttraumatic stress disorder in children and adolescents : lesson learned from 5-year psychosocial intervention program for schools in Takuapa after Tsunami]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2552;54(ฉบับผนวก 1):81S-106S.
11. Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale— revised. In: Wilson JP, Keane TM, editor. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1991. p. 399-411.
12. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิพิศุทธิ์, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น [Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2561.
13. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instruments for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. J Adolesc Health. 2002;30(3):196-204. doi:10.1016/s1054-139x(01)00333-0.
14. Cimolai V, Schmitz J, Sood AB. Effects of mass shootings on the mental health of children and adolescents. Curr. Psychiatry Rep. 2021;23(3):12. doi:10.1007/s11920-021-01222-2.
15. Norris FH. Impact of mass shootings on survivors, families, and communities. PTSD Research Quarterly. 2007;18(3):1-6.
16. Sarah R, Lowe G, Sandro G. The mental health consequences of mass shootings. Trauma Violence Abuse. 2017;18(1):62-82. doi:10.1177/1524838015591572.
17. World Population Review. School shootings by country 2021. Walnut CA; 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/school-shootings-by-country>
18. Miron LR, Orcutt HK, Kumpula MJ. Differential predictors of transient stress versus posttraumatic stress disorder: evaluating risk following targeted mass violence. Behav Ther. 2014;45(6):791-805. doi:10.1016/j.beth.2014.07.005.
19. Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick C. Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. Am J Psychiatry. 1990;147(11):1526-30. doi:10.1176/ajp.147.11.1526.
20. North CS, Smith EM, Spitznagel EL. Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. Am J Psychiatry. 1994;151(1):82-8. doi:10.1176/ajp.151.1.82.
21. North CS, Smith EM, Spitznagel EL. One-year follow-up of survivors of a mass shooting. Am J Psychiatry. 1997;154(12):1696-702. doi:10.1176/ajp.154.12.1696.
22. Trappler B, Friedman S. Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn Bridge shoot-ing. Am J Psychiatry. 1996;153(5):705-7. doi:10.1176/ajp.153.5.705.
23. Orcutt HK, Miron LR, Seligowski AV. Impact of mass shootings on individual adjustment. PTSD Research Quarterly. 2014;25(3):1-9.
24. Suomalainen L, Haravuori H, Berg N, Kiviruusu O, Marttunen M. A controlled follow-up study of adolescents exposed to a school shooting – psychological consequences after four months. Eur Psychiatry. 2011;26(8):490-7. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.007.