



อาการโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้*

จอมสุรางค์ โปธิสัตย์ พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของอาการโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder ; PTSD) ในบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามากัดขวาง (descriptive cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างจากบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ อายุ 10-16 ปี จำนวน 214 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสอบถาม Child Revised Impact of Events Scale-Thai version (CRIES-13) โดยให้เด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ด้วย chi-square และ multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา พบความชุกของอาการ PTSD ในบุตรของตำรวจ ร้อยละ 18.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และเด็กที่รับรู้ว่ามีชีวิตของตนเองและคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตราย โดยหากมีจำนวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมากขึ้นก็จะมีโอกาสเกิดอาการ PTSD เพิ่มมากขึ้นไปด้วย

สรุป บุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้มีโอกาสเกิดอาการ PTSD ร้อยละ 18.2 ดังนั้นควรพัฒนาแนวทางในการคัดกรองและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นบุตรของข้าราชการตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ PTSD สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(3): 323-334

* ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554

** สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต



Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Children of Police Officers Working in the Unrest Areas of the Southern Provinces of Thailand*

Chomsurang Phothisat M.D.**

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence and the associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in the children of the police officers who working in the unrest areas of the Southern provinces of Thailand.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted . Two hundred and fourteen children, aged 10 to 16 years, were recruited then they were requested to answer the questionnaires . The collected data were (1) personal information (2) details of the unrest situation that they involved and (3) Child Revised Impact of Event Scale-Thai version (CRIES-13). Chi-square and multiple logistic regression analysis were used to analyze the influencing factors of PTSD symptoms.

Results: The prevalence of PTSD symptoms among these children was 18.2%. The significant factors associated with PTSD symptoms were the family relationship problems, the absence of their parents when they encountered the critical situations and the awareness that they or their families were in danger. The risk of developing PTSD symptoms increases with the number of the associated factors.

Conclusion: PTSD is not uncommon in the children of the police officers who working in the unrest areas of the southern provinces. Appropriate guideline should be developed to screen PTSD symptoms in this particular group of children and to offer proper intervention in the high risk group.

Keywords: PTSD, child and adolescent mental health, unrest situation

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(3): 323-334

* Funded by The psychiatric Association of Thailand

** Rajanukul Institute, Department of Mental Health

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ เป็นเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัด ได้แก่ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน สถิติความรุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่ มกราคม 2547-มกราคม 2553 มีเหตุการณ์ความไม่สงบ 9,446 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 4,100 ราย ผู้บาดเจ็บ 6,509 ราย สมาชิกครอบครัวได้รับผลกระทบจากความสูญเสีย 53,045 ราย เหตุการณ์ความไม่สงบมีแนวโน้มจะเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นโดยพบเหตุการณ์ความรุนแรงมากถึง 100 ครั้งต่อเดือน¹

เด็กและวัยรุ่นที่ประสบเหตุการณ์รุนแรงทั้งจากภัยธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder, PTSD)² พบอัตราการประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กอเมริกันถึงร้อยละ 25-45 และพบความชุกของ PTSD ร้อยละ 5-45 ของเด็กทั้งหมดที่ศึกษา³ ส่วนการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญด้วยน้ำมือมนุษย์ในต่างประเทศพบความชุกของ PTSD ร้อยละ 10-50⁴⁻⁹

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ทั้งจากภัยธรรมชาติและภัยจากน้ำมือมนุษย์โดยพบความชุกแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาเช่น พบ PTSD ร้อยละ 21.9 ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 11-18 ปีในจังหวัดชายแดนใต้¹⁰ และพบความชุกของ PTSD ร้อยละ 7.8 ในเด็กและวัยรุ่นที่ตนเองและหรือครอบครัวได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ดังกล่าว¹¹ ส่วนความชุกของ PTSD ในนักเรียนที่ประสบกับธรณีพิบัติภัยคือ ร้อยละ 57.3, 46.1, 31.6, 7.6, 4.5, 3.9 และ 2.7 ที่เวลา 6 สัปดาห์, 6 เดือน, 1, 2, 3, 4 และ 5 ปี ตามลำดับ¹²

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ PTSD ในเด็กและวัยรุ่นได้แก่ เพศหญิง ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดการประคับประคองทางจิตใจจากผู้ดูแลระหว่างและหลังเกิดเหตุการณ์ลักษณะของเหตุการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ประสบเหตุอยู่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์มาก และได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์นั้นเช่น ทรัพย์สินเสียหาย การบาดเจ็บของตนเองหรือพ่อแม่หรือคนคุ้นเคยและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก^{2, 4-17}

การปฏิบัติงานของตำรวจหรือทหารในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลกระทบต่อบุตรเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่แน่นอน (uncertainty) ความไม่มั่นคง (instability) ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (unpredictability)¹⁸ และรับรู้ชีวิตของคนในครอบครัวกำลังตกอยู่ในอันตราย² นอกจากนี้ยังได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บทางกายและปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่อันเกี่ยวเนื่องจากความรุนแรงอีกด้วย¹⁹⁻²¹ จากการศึกษาบุตรทหารอเมริกันในสงครามอ่าวเปอร์เซียพบว่าระดับความรุนแรงของสงครามส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของบุตร²² การศึกษาในบุตรของทหารผ่านศึกชาวเวียดนามและบุตรของทหารอเมริกันพบว่าบุตรของทหารมีปัญหารวมและพฤติกรรมมากกว่าเด็กวัยเดียวกัน^{23, 24}

ข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ สำนักงานตำรวจแห่งชาติตั้งแต่ มกราคม 2547 - ธันวาคม 2553 พบว่ามีตำรวจบาดเจ็บจำนวน 1,036 ราย เสียชีวิตจำนวน 260 ราย และตำรวจได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เป็นลำดับที่สองรองจากทหาร²⁵ ซึ่งตำรวจเป็นบุคลากรภาครัฐที่ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าวเป็นระยะเวลายาวนานและมีครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยดังนั้นจึงทำให้บุตรของตำรวจที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนใต้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PTSD

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการ PTSD ในบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางในการดูแลบุตรของตำรวจ ทหาร เด็ก และเยาวชนจังหวัดชายแดนใต้ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีเกณฑ์ในการรับเข้าศึกษาดังนี้ อายุ 10-16 ปี อ่านออกเขียนได้ บุตรและบิดาหรือมารดาที่เป็นข้าราชการตำรวจอาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนใต้ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สมควรใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร $n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$ โดยใช้ค่า P (prevalence) เป็นค่าความชุกของ PTSD จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้¹⁰ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 263 ราย แต่จากการสำรวจรายชื่อบุตรของตำรวจที่เข้าเกณฑ์การรับเข้าศึกษาพบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 298 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับที่คำนวณได้ จึงศึกษาในเด็กทั้งหมดที่สำรวจ แต่สามารถเก็บข้อมูลได้เพียง 214 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.8 ของจำนวนเด็กทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความไม่สงบและ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Psy START Rapid Triage System^{10-11, 16}

3. แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Child Revised Impact of Events Scale-Thai version; CRIES-13) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง PTSD สำหรับเด็กอายุมากกว่า 8 ปีขึ้นไปหรือนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญแบบคัดกรองดังกล่าวได้มีการพัฒนาขึ้นจากโครงการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบเหตุการณ์พิบัติภัยในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (Psychosocial Intervention Program for Students in Takuapa After Tsunami : PIPSTAT) โดย พนม เกตุมานและคณะ¹⁴ โดยคะแนนจุดตัดคัดกรองอาการ PTSD คือเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ด้วย chi-square และ multiple logistic regression analysis โดยเลือกตัวแปรที่มี p-value < 0.05

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุขแล้ว

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป บุตรของตำรวจที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 214 คน เป็นเพศชายร้อยละ 62.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 37.4 อายุเฉลี่ย 14 ± 1.99 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 65.0) และอิสลาม (ร้อยละ 30.8) กำลังศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 (ร้อยละ 14.0) ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (ร้อยละ 45.3) และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 39.3) อาศัยอยู่กับ

พ่อและแม่ (ร้อยละ 69.6) อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ (ร้อยละ 21.1) และอาศัยอยู่กับญาติ (ร้อยละ 9.4) ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (ร้อยละ 57.9) มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (ร้อยละ 42.1) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการดูแลทางสุขภาพจิตร้อยละ 95.8 และต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 41.6

ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความไม่สงบและการรับรู้เหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างเห็นเหตุการณ์ความไม่สงบร้อยละ 49.5 ตนเองได้รับบาดเจ็บร้อยละ 45.3 พ่อแม่ได้รับบาดเจ็บร้อยละ 38.8 โรงเรียนได้รับ

ความเสียหายร้อยละ 46.3 รู้สึกว่าชีวิตของตนหรือคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตรายร้อยละ 50.5 (ตารางที่ 1)

อาการของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) จากการคัดกรองด้วยแบบสอบถาม CRIES-13 พบอาการ PTSD ร้อยละ 18.2 เป็นชายร้อยละ 9.8 เป็นหญิงร้อยละ 8.4 (อัตราส่วนชาย : หญิง เท่ากับ 1.17 : 1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการ 3 อันดับแรกดังนี้ พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 43.5 พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 42.1 พยายามลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร้อยละ 33.7

ตารางที่ 1 ประสพการณ์และการรับรู้เหตุการณ์รุนแรง

ประสพการณ์	จำนวน (n=214)	ร้อยละ
1. ประสพการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์		
เห็นเหตุการณ์ความรุนแรง	106	49.5
เห็นคนตายหรือบาดเจ็บ	61	28.5
ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเหตุการณ์รุนแรง	83	38.8
โรงเรียนได้รับความเสียหาย	99	46.3
ตนเองได้รับบาดเจ็บ	97	45.3
พ่อหรือแม่ได้รับบาดเจ็บ	83	38.8
ครูได้รับบาดเจ็บ	75	35.0
เพื่อนบ้านได้รับบาดเจ็บ	71	33.2
2. การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง		
ชีวิตของตนเองหรือคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตราย	108	50.5
รู้สึกตื่นตกใจ/กลัวสุดขีด	100	46.7
หนีไปไหนไม่ได้ /มีคนมาช่วยซ้ำเกินไป	93	43.5
รู้สึกกลัวมากเมื่อได้ยินข่าว	107	50.0
ได้ยินเสียงกรีดร้อง	99	46.3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ด้วย chi-square พบว่าเด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวมีโอกาสเกิดอาการ PTSD มากกว่า 2.6 เท่า เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์มีโอกาสเกิดอาการ PTSD มากกว่า 1.8 เท่า และเด็กที่รับรู้ชีวิตของตนหรือคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตรายมีโอกาสเกิดอาการ PTSD มากกว่า 2.6 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ด้วย multiple logistic regression พบว่าเด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวมีโอกาสเกิดอาการ PTSD

มากกว่า 2.5 เท่า เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์มีโอกาสเกิดอาการ PTSD มากกว่า 2.3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเด็กที่รับรู้ชีวิตของตนหรือคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตรายมีโอกาสเกิดอาการ PTSD มากกว่า 2.8 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 3) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ PTSD กับจำนวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าเด็กที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอาการ PTSD จำนวน 1, 2 และ 3 ปัจจัยมีโอกาสเกิดอาการ PTSD มากกว่าคนที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวคิดเป็น 9.48, 10.75, และ 68.80 เท่าตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ PTSD ด้วย chi-square test

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Odds ratio 95 % CI	p value
	มีอาการ PTSD N = 39	ปกติ N = 175		
เพศ			0.640 (.317-1.291)	0.143
ชาย	21 (53.7)	113 (64.3)		
หญิง	18 (45.5)	62 (35.5)		
อายุ (ปี)			1.984 (.945-4.166)	0.076
15-16	27 (69.2)	93 (52.8)		
10-14	12 (30.5)	82 (46.8)		
อาศัยอยู่กับ			1.563 (.758-3.22)	0.153
ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่	15 (38.5)	50 (28.5)		
พ่อแม่	24 (61.0)	125 (70.8)		
สถานภาพสมรสของพ่อแม่			1.841 (.897-3.779)	0.071
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	16 (41.0)	48 (27.4)		
อยู่ด้วยกัน	23 (58.5)	127 (72.2)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			2.642(1.294 -5.395)	0.007**
มีปัญหา	24 (61.5)	66 (37.7)		
ไม่มีปัญหา	15 (38.0)	109 (62.0)		
เพื่อนสนิท			1.830 (.905 -3.701)	0.065
น้อยกว่า 2 คน	23 (58.5)	77 (43.7)		
3 คนขึ้นไป	16 (41.0)	98 (56.0)		
ญาติสนิท			1.917 (.947-3.878)	0.077
น้อยกว่า 2 คน	23 (58.5)	75 (42.8)		
3 คนขึ้นไป	16 (41.0)	100 (57.0)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ PTSD ด้วย chi-square test (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Odds ratio 95 % CI	p value
	มีอาการ PTSD N = 39	ปกติ N = 175		
เห็นเหตุการณ์			1.235 (.616-2.477)	0.338
เห็น	21 (19.8)	85 (80.2)		
ไม่เห็น	18 (16.7)	90 (83.3)		
เห็นคนตายหรือบาดเจ็บ			1.143 (.537-2.434)	0.700
เห็น	12 (19.7)	49 (80.3)		
ไม่เห็น	27 (17.6)	126 (82.4)		
ได้ยินเสียงกรีดร้อง			0.771 (.382-1.558)	0.293
ใช่	16 (16.2)	83 (83.8)		
ไม่ใช่	23 (20.0)	92 (80.0)		
ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์			1.871 (.930-3.767)	0.041 *
ใช่	20 (24.1)	63 (75.9)		
ไม่ใช่	19 (14.5)	112 (85.5)		
ชีวิตของตนและคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตราย			2.611 (1.243-5.484)	0.007**
ใช่	27 (25.0)	81 (75.0)		
ไม่ใช่	12 (11.3)	94 (88.7)		
รู้สึกตื่นตกใจ/กลัวสุดขีด			1.250 (.624-2.504)	0.325
ใช่	20 (20)	80 (80)		
ไม่ใช่	19 (16.7)	95 (83.3)		
หนีไปไหนไม่ได้/มีคนมาช่วยซ้ำ			1.297 (.647-2.600)	0.289
ใช่	19 (20.4)	74 (79.6)		
ไม่ใช่	20 (16.5)	101 (83.5)		
รู้สึกกลัวมากเมื่อได้ยินข่าว			.939 (.469-1.881)	1.00
ใช่	19 (17.8)	88 (82.2)		
ไม่ใช่	20 (18.7)	87 (31.3)		
โรงเรียนเสียหาย			1.854 (.916-3.751)	0.060
ใช่	23 (23.2)	76 (76.8)		
ไม่ใช่	16 (14.0)	98 (86.0)		
ตนเองได้รับบาดเจ็บ			0.621 (.303-1.273)	0.129
ใช่	14 (14.4)	83 (85.6)		
ไม่ใช่	25 (21.4)	92 (78.6)		
พ่อหรือแม่ได้รับบาดเจ็บ			0.557 (.260-1.190)	0.088
ใช่	11 (13.3)	72 (86.7)		
ไม่ใช่	28 (21.5)	102 (78.5)		
ครูได้รับบาดเจ็บ			0.495 (.221-1.108)	0.058
ใช่	9 (12.0)	66 (88.0)		
ไม่ใช่	30 (21.6)	109 (78.4)		
เพื่อนบ้านได้รับบาดเจ็บ			0.903 (.439-1.858)	0.466
ใช่	14 (17.3)	67 (82.7)		
ไม่ใช่	25 (18.8)	108 (81.2)		

* p < .05, ** p < .01

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ PTSD ด้วยการใช้การวิเคราะห์ multiple logistic regression

ปัจจัย	Bvalue	S.E.	Odds ratio(95%CI)	p value
มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	.932	.375	2.54 (1.217-5.297)	.013*
ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์	.836	.382	2.31 (1.092-4.876)	.029*
ชีวิตของตนหรือคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตราย	1.043	.399	2.84 (1.298-6.208)	.009**

* p < .05, ** p < .01

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ PTSD กับจำนวนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จำนวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ อาการ PTSD	PTSD จำนวน (ร้อยละ)	Odd ratio (95% CI)	p value
0	1 (2.3)	1	
1	13 (18.1)	9.48 (1.194-75.202)	.033*
2	17 (20.0)	10.75 (1.380-83.724)	.023*
3	8 (61.5)	68.80 (7.067-669.817)	.000***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

วิจารณ์

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ เป็นเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น รวมถึง PTSD ด้วย โดยกลุ่มตัวอย่างเคยเห็นเหตุการณ์ความรุนแรงร้อยละ 49.5 พ่อหรือแม่ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 38.8 ระบุว่าชีวิตของตนและคนในครอบครัว ตกอยู่ในอันตรายร้อยละ 50.5 และพบความชุกของอาการ PTSD ในบุตรของตำรวจร้อยละ 18.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในนักเรียน 11-18 ปีในจังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 21.9)¹⁰ โดยอาการ PTSD 3 อันดับแรกที่พบเป็นอาการด้านพฤติกรรมหลักเพียงเช่นเดียวกันเนื่องจากการเป็นการศึกษาเหตุการณ์และเครื่องมือชนิดเดียวกัน ประกอบกับประชากรที่ศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่วนการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นที่ตนเองและหรือครอบครัวได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้และมีรายชื่อในข้อมูลของเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ด้วย UCLA PTSD Reaction

index มีอาการ PTSD ร้อยละ 7.8¹¹ เนื่องจากเป็นการศึกษาที่ใช้เครื่องมือต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบโดยตรงแต่เป็นการประเมินหลังจากได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์เป็นเวลานานกว่าคือมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.3 ที่ประเมินอาการภายหลังเหตุการณ์มากกว่า 6 เดือน รวมถึงได้รับเงินชดเชยและการช่วยเหลือจากทางราชการร้อยละ 80.2 ทั้ง CRIES-13 และ UCLA PTSD Reaction index เป็นแบบคัดกรองอาการ PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV เช่นเดียวกันแต่ยังไม่มีการศึกษารายงานความแตกต่างระหว่างเครื่องมือดังกล่าว

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความชุกของอาการ PTSD ในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาในนักเรียนชาวอัฟกานิสถานอายุ 11-16 ปี ด้วย CRIES-13 (ร้อยละ 23.9)⁹ การศึกษาในเด็กยิวอพยพ⁴ (ร้อยละ 27.6) และ เด็กนักเรียนชาว Bosnia และ Herzegovania⁷ (ร้อยละ 51.6) ด้วย Child Post-traumatic Reaction Index เนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นสงครามกลางเมืองที่มีความรุนแรงคุกคามต่อชีวิต

ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน เด็กสูญเสียพ่อหรือแม่ ต้องอพยพย้ายถิ่น และส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตอย่างมาก

การศึกษาในนักเรียนหลังเกิดสึนามิด้วย CRIES-13 และการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV พบว่าความชุกของ PTSD ลดลงอย่างต่อเนื่องหลังเหตุการณ์ (ความชุกของ PTSD ร้อยละ 57.3, 46.1, 31.6, 7.6, 4.5, 3.9 และ 2.7 ที่เวลา 6 สัปดาห์, 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ)¹² แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเหตุการณ์ภัยธรรมชาติ และภัยจากน้ำมือมนุษย์ โดยสึนามิเกิดขึ้นรวดเร็ว รุนแรง และมีความสูญเสียมาก หลังจากนั้นก็ฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ ส่วนเหตุการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนใต้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานนับจนถึงปัจจุบันก็เป็นเวลา 8 ปีแล้ว ทำให้เด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงพบความชุกของอาการ PTSD ในบุตรของตำรวจยังคงมีระดับสูง (ร้อยละ 18.2) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในเด็กนักเรียนเมื่อ 3 ปีก่อน¹⁰ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามอาการของเด็กกลุ่มนี้ในระยะเวลาต่างๆ ต่อไปสำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ได้แก่เด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์และเด็กที่รับรู้ชีวิตของตนและคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตราย

ปัจจัยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการกระทบจากความรุนแรงที่ใช้อาวุธ ได้แก่ ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู (attachment relationships) การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจจากผู้เลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย โดยพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรุนแรงของปัญหาอารมณ์และส่งเสริมความสามารถทางสังคม (social functioning) จากการศึกษาในประเทศพบว่าครอบครัวที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์และใช้ความก้าวร้าวรุนแรงทำให้เด็กขาดการประคับประคองจิตใจจะสัมพันธ์กับอาการ PTSD^{2, 17} เช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นครอบครัว

จึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและประคับประคองจิตใจเด็กในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งสุขภาพจิตของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำหน้าที่ดังกล่าวของครอบครัว^{2, 9}

การศึกษานี้พบว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์รุนแรงจะสัมพันธ์กับอาการ PTSD เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น²⁶ เนื่องจากเด็กไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจิตใจระหว่างและหลังเกิดเหตุการณ์จากพ่อแม่ซึ่งเป็นคนที่เด็กผูกพันและไว้วางใจ ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับอาการ PTSD แสดงให้เห็นว่า supportive relationship มีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันผลกระทบด้านจิตใจจากเหตุการณ์ความรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น^{2, 17}

เด็กที่รับรู้ชีวิตของตนและคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตรายสัมพันธ์กับอาการ PTSD เช่นเดียวกับการศึกษาในเด็กที่ตนเองและหรือครอบครัวได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้¹¹ และหลังเกิดสึนามิที่เวลา 2, 9 เดือน¹⁶ และ 4 ปี¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับ cognitive model ของ Ehler และ Clark²⁷ ที่กล่าวว่า การให้ความหมายเหตุการณ์หรือผลกระทบของเหตุการณ์ในด้านลบจะส่งผลต่อการเกิดอาการ PTSD ดังนั้น cognitive behavioral therapy จึงมีประโยชน์ในการรักษาอาการ PTSD โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและการให้ความหมายต่อเหตุการณ์รุนแรง

จากการศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ PTSD เพิ่มขึ้นมีโอกาสเกิดอาการ PTSD เพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาปัจจัยเสี่ยงและจำแนกประเภทเด็กตามระดับความเสี่ยงที่มีโอกาสในการเกิด PTSD เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือดูแลผลกระทบด้านจิตใจอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ยังคงมีเหตุการณ์รุนแรงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องทำให้เด็กที่มีรายชื่อจากการสำรวจประชากรที่ตรงตามเกณฑ์การรับเข้าศึกษา จากศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้และตำรวจภูธรภาค 9 บางคนย้ายออกจากพื้นที่ ผู้ปกครองปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษา และความปลอดภัยในการเดินทางเข้าไปเก็บข้อมูลในบางพื้นที่จึงเก็บข้อมูลได้เพียงร้อยละ 71.8 ของประชากรทั้งหมด

2. ข้อมูลจากการศึกษาได้จากการตอบแบบสอบถามโดยเด็กเท่านั้นจึงไม่ได้ข้อมูลจากพ่อแม่และครูซึ่งทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนทุกแง่มุม ตลอดจนมีข้อจำกัดด้านความถูกต้องของข้อมูลจากความเข้าใจและความตั้งใจในการตอบแบบสอบถามของเด็ก ประกอบกับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบคัดกรองซึ่งไม่ได้มีการประเมินและวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ว่าเป็น PTSD จริง

3. เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งไม่ใช่การศึกษาแบบติดตามระยะยาวจึงสรุปได้เพียงว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD เท่านั้น และผลการศึกษาก็เป็นเฉพาะของช่วงเวลาการศึกษาเท่านั้น

4. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะจำเพาะจึงไม่สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้อ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นของประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดโปรแกรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนใต้โดยเน้นบทบาทของครอบครัวในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกรับรองปลอดภัยสามารถให้การดูแลระดับประคองจิตใจเด็กได้อย่างเหมาะสม มีรูปแบบการเลี้ยงดูและการสื่อสารที่ช่วยให้เด็กสามารถจัดการกับความเครียดในสถานการณ์ความไม่สงบ รวมถึงสามารถติดตาม ช่วยเหลือและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของเด็กได้ ควรให้การส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตของ

พ่อแม่ควบคู่กันไปด้วย เนื่องจากสุขภาพจิตของพ่อแม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุตรด้วย

2. พัฒนาระบบคัดกรองเพื่อระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงและค้นหาเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่เข้าถึงได้ง่ายโดยบูรณาการให้โรงเรียน สถานพยาบาลและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

3. การจัดทำยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการช่วยเหลือเยียวยาเด็กและวัยรุ่นโดยบูรณาการทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันและใช้ข้อมูลจริงจากพื้นที่ร่วมกับผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้

4. ควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ของเด็กและวัยรุ่นรวมถึงปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบเพื่อจะได้ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

สรุป

ความชุกของอาการ PTSD ในบุตรของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้เท่ากับร้อยละ 18.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และเด็กที่รับรู้ชีวิตตนและคนในครอบครัวตกอยู่ในอันตราย โดยเด็กและวัยรุ่นที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอาการ PTSD ดังกล่าวมากขึ้นก็จะมีโอกาสเกิดอาการ PTSD เพิ่มขึ้นไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการวิจัยประจำปี พ.ศ.2554 ขอขอบคุณ ผศ.นพ.นันทวิช สิริธรรักษ์ ผศ.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ พญ.ศุภรัตน์ เอกอัศวิน พญ.พรรณพิมล วิบุลากร และพญ.เบญจพร ปัญญาาย ที่ช่วยให้คำแนะนำและขอขอบคุณอาจารย์เพ็ญสุข เสียงเพราะ และคณะที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Jitpiromsri S. Deep South Watch. Six years conclusion for unrest situation in the southern border provinces . [Retrieved January 24, 2011], Available from : <http://www.deepsouthwatch.org/node/728>.
2. Hagan JF Jr, American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Task Force on Terrorism. Psychosocial implications of disaster or terrorism on children: a guide for the pediatrician. *Pediatrics* 2005; 116:787-95 .
3. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-60.
4. Solomon Z, Lavi T. Israeli youth in the Second Intifada: PTSD and future orientation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:1167-75.
5. Perez-Olmos I, Fernandez-Pineros PE, Rodado-Fuentes S. The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Publica(Bogota)* 2005; 7:268-80.
6. Hunt KL, Martens PM, Belcher HM. Risky business: trauma exposure and rate of posttraumatic stress disorder in African American children and adolescents. *J Trauma Stress* 2011; 24:365-9.
7. Hasanovic M, Sinavoic O, Selimbasic Z, Pajevic I, Avdibegovic E. Psychological disturbance of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47:85-94.
8. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7, doi:10.1186/1471-2458-7-274.
9. Panter-Brick C, Eggerman M, Gonzalez V, Safdar S. Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. *Lancet* 2009; 374:807-16.
10. Panyayong B, Juntalasena S. Mental health problems among students in the area with continuous insurgency in the deep south of Thailand. *J Mental Health Thailand* 2009; 17: 1-11.
11. Panyayong B, Lempong R. Mental health problems among children and adolescents affected by continuous insurgency in the deep south of Thailand. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2009; 54:347-56.
12. Piyasilpa V, Ketumarn P, Plubrukan R, Ularntinon S, Sitdhiraksa N, Pithayratsathien N, et al. Post-traumatic stress disorder in children after the tsunami disaster in Thailand: a 5-year follow-up. *J Med Assoc Thai* 2011; 94:138s-44s.
13. Ketumarn P, Sitdhiraksa N, Pithayratsathien N, Piyasilpa V, Plubrukan R, Dumrongphol H, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in students: twenty-three months after tsunami. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2008; 53:8-20.
14. Ketumarn P, Piyasilpa V. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: lesson learned from 5- year psychosocial intervention program for schools in Takuapa after tsunami. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2009; 54:81s-106s.

15. Satawedin W, Pithayaratsathien N, Ketumarn P, Piyasilpa V, Sitdhiraksa N, Urantinon S, et al. Appraisals of trauma associated with chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) in child tsunami survivors in Takuapa district, Phang-nga province. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2010; 55:3-13.
16. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband S, Guadamuz TE, Pengjuntr W, Tantipiwatanaskul P, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA* 2006; 296:549-59.
17. Betancourt TS, Khan KT. The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20:317-32.
18. Miller L, Miller HB, Bjorklund D. Helping military children cope with parental deployment: role of attachment theory and recommendations for mental health clinicians and counselors. *Int J Emerg Ment Health* 2010; 12:231-5.
19. Gorman LA, Fitzgerald HE, Blow AJ. Parental combat injury and early child development: a conceptual model for differentiating effects of visible and invisible injuries. *Psychiatr Q* 2010; 81:1-21.
20. Klaric M, Franciskovic T, Klaric B, Kvesic A, Kastelan A, Graovac M. Psychological problems in children of war veterans with posttraumatic stress disorder in Bosnia and Herzegovina: cross-sectional study. *Croat Med J* 2008; 49:491-8.
21. Harkness LL. Transgenerational transmission of war-related trauma. In: Wilson JP, Raphael B, editors. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press, 1993:635-43.
22. Al-Turkiat FA, Ohaeri JU. Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2:12. doi:10.1186/1753-2000-2-12.
23. Caselli LT, Motta RW. The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. *J Clin Psychol* 1995; 51:4-12.
24. Chandra A, Lara-Cinisomo S, Jaycox LH, Tanielian T, Burns RM, Ruder T, et al. Children on the homefront: the experience of children from military families. *Pediatrics* 2010; 125:16-26.
25. Violence-related Injury Surveillance. Surveillance reports of injuries from violence in the southern provinces. [Retrieved January 24, 2011], Available from : <http://medipe2.psu.ac.th/~dscc/dsccmis/index.php?tab=victim&tab2=3>.
26. Lubit R, Rovine D, Defrancisci L. Impact of trauma on children. *J Psychiatr Pract* 2003; 9:128-38.
27. Ehler A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38:319-45.