

พัฒนาการในเด็กและวัยรุ่นและปัญหาที่พบได้บ่อย

พ.ญ. อภิพร ตั้งจิตติพร

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

“พัฒนาการ” หมายถึงการเปลี่ยนแปลงความสามารถในด้านต่าง ๆ ได้แก่¹

- ด้านร่างกาย: เติบโต การทรงตัว เคลื่อนไหว
- ด้านสติปัญญา: การรับรู้ เข้าใจ การเรียนรู้ และการแก้ปัญหา
- ด้านอารมณ์: ความรู้สึกนึกคิด ควบคุมการแสดงออก
- ด้านสังคม: การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการช่วยเหลือตัวเอง และการดำรงชีวิตในสังคม
อย่างเป็นสุขและมีประโยชน์
- ด้านจิตวิญญาณ: การรู้จักคุณค่าชีวิตของตนเองและคนอื่น สิ่งแวดล้อม สุนทรียภาพ วัฒนธรรม
และมีคุณธรรม

โครงสร้างพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ทั้งด้านกาย ใจ สังคม และอารมณ์โดยเรียงตามฐานปิรามิดจนถึงยอดปิรามิดได้แก่ ปัจจัย 4, ความปลอดภัย, ความรัก ความอบอุ่น และการได้รับการยอมรับ, ความภาคภูมิใจ ศักดิ์ศรี, ความสำเร็จในชีวิต ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือต้องสร้างฐานให้แข็งแรงเพื่อทำให้เกิดยอดปิรามิดขึ้นมา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็ก

ปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งที่เกิดในตัวเด็กมาตั้งแต่กำเนิด และ สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) โดยการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์จะเป็นการผสมผสานสองปัจจัยนี้เข้าด้วยกัน เริ่มแรกเกิดปัจจัยทางชีวภาพจะมีผลต่อแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์และต่อสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อเด็ก แต่เมื่อเด็กเติบโต ปัจจัยสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

- ตัวเด็ก: เด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งเรื่อง เพศ พันธุกรรม ระดับสติปัญญา และพัฒนาการ สภาพร่างกาย การเจริญเติบโต ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัว การแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ต่างกันไป

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

- สภาพแวดล้อมตั้งแต่ในครรภ์ของมารดา ได้แก่ สารอาหาร อารมณ์ขณะตั้งครรภ์ของมารดา การได้รับยาหรือสารเคมีต่างๆ

- ผู้เลี้ยงดู : ลักษณะอารมณ์ พฤติกรรม ความผูกพันระหว่างลูกกับตนเอง และสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้เลี้ยงดู ส่งผลต่อการแสดงออก สัมพันธภาพและวิธีการเลี้ยงดูกับเด็ก ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของเด็กได้ โดยหน้าที่ของพ่อแม่ตาม McMaster Model²ประกอบไปด้วย

- ❁ เป็นต้นแบบ และกำกับบทบาทให้สมาชิกในครอบครัว
- ❁ ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์
- ❁ มีส่วนร่วมในอารมณ์
- ❁ ฝึกฝนและควบคุมพฤติกรรม
- ❁ การสื่อสารได้ผลในครอบครัว
- ❁ ฝึกลูกคิดแก้ปัญหา

หากครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามนี้ได้ดีก็ส่งผลดีต่อเด็กทำให้เด็กเติบโตอย่างมีสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะชีวิต

- วิธีการเลี้ยงดู: การเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับวัย (ตารางที่1) จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ในการฝึกฝนทักษะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับเด็ก ร่วมกับการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ที่ดี ทั้งผู้เลี้ยงดูและเด็กก็จะมีสัมพันธภาพที่ดี เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันปัญหาในเด็กและวัยรุ่น

ตารางที่1 การเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับวัย

ทารก-วัยเตาะแตะ	ใช้การสอน/บอก
วัยอนุบาล-วัยเรียน	โค้ช (แนะวิธีให้ลูกฝึกฝน)
วัยรุ่น	ที่ปรึกษา (คู่คิด)

- สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก เช่น เพื่อน โรงเรียน ชุมชน การเข้าถึงสื่อต่างๆ ค่านิยมหรือวัฒนธรรมของครอบครัวหรือชุมชน

พัฒนาการทางจิตสังคมของเด็กและวัยรุ่น **Psychosocial development Erik Erikson**³

บุคลิกภาพของคนเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตาย ขึ้นอยู่กับ สังคมที่เกี่ยวข้องด้วย บุคลิกภาพมี 2 แบบ คือ บุคลิกภาพที่พึงปรารถนา (Strong Ego) เมื่อคนนั้นสามารถแก้ไขความขัดแย้งทางจิตสังคมได้ แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งทางจิตสังคมได้ จะมีบุคลิกภาพที่มีปัญหา (Weak Ego) ได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่2 พัฒนาการทางจิตสังคมของเด็กและวัยรุ่น Psychosocial development Erik Erikson³

		บุคลิกภาพที่พึงปรารถนา (Strong Ego)	บุคลิกภาพที่มีปัญหา (Weak Ego)	การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มีบุคลิกภาพที่พึงปรารถนา
วัยทารก	0-1 ปี	ไว้วางใจ (Trust)	ไม่ไว้วางใจ (Mistrust)	วิธีการเลี้ยงดูของแม่หรือคนที่เลี้ยงทารกเป็นสิ่งสำคัญ ต้องให้ความรักความอบอุ่น ตอบสนองเด็กเหมาะสมต่อความต้องการ
วัยเตาะแตะ	1-3 ปี	เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)	ลังเล (Shame & Doubt)	เปิดโอกาสเรียนรู้ กระตุ้นพัฒนาการทุกด้าน ให้เด็กได้สำรวจอย่างมีขอบเขตและปลอดภัย ฝึกควบคุมการขับถ่าย
วัยก่อนเข้าเรียน	3-6 ปี	คิดริเริ่ม (Initiative)	รู้สึกผิด (Guilt)	เด็กรู้สึกเป็นอิสระมากขึ้น พึ่งพาพ่อแม่น้อยลง และเริ่มมีสังคมเพื่อน ควรเปิดโอกาสเรียนรู้ อย่างมีขอบเขตและปลอดภัย และฝึกระเบียบวินัย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กสามารถเรียนรู้สิ่งที่ควรทำ/ไม่ควรทำ
วัยเรียน	6-12 ปี	ความขยันพยายาม (Industry)	รู้สึกด้อย (Inferiority)	ส่งเสริมความสามารถรอบด้าน ไม่มองแค่เฉพาะด้านการเรียน ฝึกทักษะชีวิตแก่เด็ก เพื่อวางรากฐานให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเอง ไม่พึ่งพาคนอื่น พัฒนาด้านที่ด้อย
วัยรุ่น	12-18 ปี	มีเอกลักษณ์เป็นของตัวเอง รู้จักตนเอง (Identity)	สับสนในเอกลักษณ์ ไม่รู้จักตนเอง (Role confusion)	ค้นหาเอกลักษณ์ โดยผ่านการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับเขาคือใคร อะไรบ้างที่ตนสามารถจะทำได้หรือทำไม่ได้
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น	18-40 ปี	ความรู้สึกผูกพัน (Intimacy)	แยกตัว (Isolation)	บุคคลในวัยนี้มุ่งอยู่กับการทำงาน เพื่อสร้างฐานะให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบ มีครอบครัว หรือมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง	40-65 ปี	การทำประโยชน์ให้สังคม (Generativity)	การคิดถึงแต่ตนเอง (Stagnation)	แสดงบทบาทต่างๆ ในฐานะสมาชิกของสังคม ที่ก่อประโยชน์และมีส่วนช่วยเหลือสังคม ต้องการการทำประโยชน์ให้สังคมและรู้จักอบรมแก่คนรุ่นถัดมา
วัยผู้ใหญ่ช่วงปลาย	65 ปีขึ้นไป	ความรู้สึกลับคืนในชีวิตร (Integrity)	ความรู้สึกลับคืนหวัง (Despair)	ยอมรับความจริงในวัยที่เปลี่ยนแปลงไป มีความสุขในชีวิต

การเข้าใจวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ ทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม สิ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีความหุนหันพลันแล่น ใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล เกิดจากการที่ฮอร์โมนในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกับอารมณ์ ร่วมกับ การที่สมองส่วนหน้า (ทำหน้าที่เกี่ยวกับ เหตุผล การตัดสินใจ ความคิดเป็นระบบ) เป็นส่วนที่เจริญได้ช้ากว่าสมองส่วนอื่นๆและสมองส่วนอารมณ์ (Amygdala) เป็นส่วนที่วัยรุ่นใช้เยอะ สิ่งนี้สามารถอธิบายได้ว่าวัยรุ่นมักจะอารมณ์หุนหันพลันแล่นมากกว่าผู้ใหญ่ และมักจะแปล/รับรู้สัญญาณเกี่ยวกับอารมณ์ผิด เช่น มองหน้า = หาเรื่อง⁴

ปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น

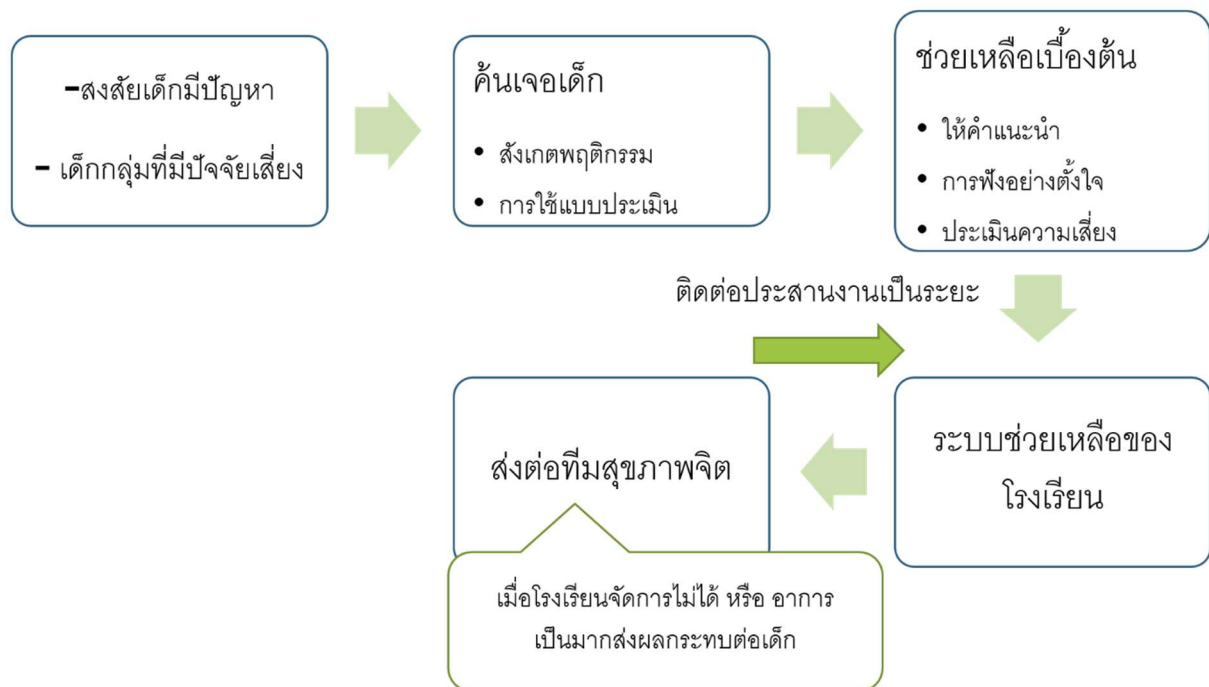
ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจพบได้มากขึ้นซึ่งเป็นผลจากสถานการณ์ COVID 19 เนื่องจากเหตุการณ์นี้มีความไม่แน่นอน ยังไม่สามารถควบคุมจัดการได้ง่าย และเป็นเหตุที่คาดเดาไม่ได้ ดังนั้นจึงทำให้เกิดความกังวลต่อการเจ็บป่วย ร่วมกับเด็กและครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์นี้หลายอย่าง เช่น Social distancing ที่ทำให้ไม่สามารถได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่รัก, โรงเรียนไม่สามารถเปิดเรียนได้ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการเรียนรู้ เช่น การเรียนออนไลน์, ปัญหาความเครียดในผู้ปกครอง ที่เกิดจากการต้องทำงานที่บ้าน หรือ ปัญหาเศรษฐกิจ⁵ จึงทำให้มีผลต่อสุขภาพจิต ปัญหาที่เจอได้คือ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรุนแรงในครอบครัวหรือการทำทารุณกรรมในเด็ก และ PTSD (Posttraumatic stress disorder) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในเด็กกลุ่มเสี่ยง ดังต่อไปนี้⁶

1. ผู้ปกครองมีปัญหาการสูญเสียทางการเงิน
2. เด็กที่มีโรคเรื้อรัง
3. เด็กที่มีประสบการณ์ไม่ดี หรือมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนทางจิตใจก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์โรคระบาด
4. เด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตอยู่เดิม

สัญญาณเตือนของเด็กที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ผลการเรียนตกลง หรือ คะแนนแยกลงแม้ว่าได้พยายามแล้ว, มีความวิตกกังวลมาก, ไม่เข้าเรียน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน แยกตัว เก็บตัว , ยุกยิก อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ, ผื่นร่ายบ่อยๆ, หงุดหงิด ก้าวร้าวมากขึ้น หรืออารมณ์เศร้า ดูเบื่อตลอดเวลา หรือสิ่งที่สามารถสังเกตได้ง่ายคือหากเด็กมีอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หากเด็กมีสิ่งนี้ เป็นสิ่งที่เราต้องเข้าไปประเมินและให้การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้

การลงไปประเมินให้การช่วยเหลือเด็ก โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการค้นหาเด็กได้อย่างรวดเร็ว เพราะเป็นสถานที่ที่เด็กใช้เวลาอยู่เยอะ และสามารถลงไปประเมินได้กลุ่มนักเรียนจำนวนมาก โดยสิ่งสำคัญคือ โรงเรียนควรมีการพูดคุยและสร้างระบบการช่วยเหลือเพื่อให้คุณครูทุกท่านทราบระบบ หากมีเด็กนักเรียนมีปัญหาเพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว และ คุณครูจะได้ไม่เกิดความรู้สึกกังวล หรือจัดการไม่ได้ แนวทางการประเมินและช่วยเหลือดังนี้ (รูปภาพที่1)

รูปภาพที่1 แสดงแนวทางการประเมินและช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นในระบบของโรงเรียนที่สามารถทำได้



โรคซึมเศร้า (Depression)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชซึ่งพบได้บ่อยมากขึ้น ในสังคมเมือง มีการประมาณการจากองค์การอนามัยโลก ว่าไม่เกิน 10 ปี ข้างหน้าโรคซึมเศร้าจะพบบ่อยเป็น อันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และจะเป็นปัญหา ทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกประเทศ ทั่วโลกเหมือนกันหมด โดยการฆ่าตัวตาย เป็น สาเหตุการตายที่สำคัญในลำดับต้นๆ สำหรับทุกกลุ่มอายุ แทบทุกประเทศ มีการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรก ในปัจจุบันโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่น เพิ่มขึ้น และจำนวนผู้ที่ซึมเศร้าจะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทุกปี^{7,8} แต่การเข้าถึงบริการในเด็กและวัยรุ่นยังมีได้น้อย เนื่องจากยังขาดความรู้เรื่องโรคและอาการของโรค อาการแสดงในเด็กและวัยรุ่นมีความแตกต่างกันในแต่ละวัย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือโรงเรียนจะมีความสำคัญอย่างมากในการให้ความรู้และการค้นหาเด็กเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาจเกิดจากการเผชิญกับปัญหาชีวิตที่รุนแรงหรือต่อเนื่องยาวนาน หรือ ระดับสารเคมีในสมองเกิดเสียสมดุล

ลักษณะอาการของเด็กและวัยรุ่น

- เด็กก่อนวัยเรียน มีพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน หงุดหงิดก้าวร้าว กลัว ร้องไห้ง่าย ไม่ร่าเริง ไม่เล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน มีพฤติกรรมถดถอย และมักแสดงออกเป็นอาการทางกายได้บ่อย
- เด็กวัยเรียน แสดงออกทางปัญหาพฤติกรรมและอาการทางกาย มีผลการเรียนลดลง
- วัยรุ่น อาจมาด้วยพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย กระทำผิดกฎหมาย มีพฤติกรรมทางเพศอย่างไม่ปลอดภัย ใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย วัยรุ่นสามารถบรรยายอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น มีอาการใกล้เคียงกับผู้ใหญ่มากขึ้น

แนวทางการคัดกรอง

ควรมีการคัดกรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบคัดกรองที่มีในประเทศไทยดังนี้⁹ (แบบประเมินและการแปลผลอยู่ในภาคผนวก) หรือในเด็กกลุ่มเสี่ยงควรมีความคัดกรองมากขึ้น

- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory (CDI) เป็นแบบประเมินตนเอง 27 ข้อ ใช้ได้ในเด็กอายุ 7-17 ปี¹⁰
- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินตนเอง 20 ข้อ ใช้ได้ในเด็กอายุ 15-18 ปี¹¹
- The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินตนเอง 9 ข้อ ใช้ได้ในเด็กอายุ 11-20 ปี¹²

ในวัยรุ่นที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก มีอาการที่น่าสงสัยภาวะซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ควรมีการส่งต่อเพื่อประเมิน วินิจฉัย และรักษาโรคโดยจิตแพทย์

การให้การช่วยเหลือดูแลรักษาเบื้องต้น

1. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว แก่วัยรุ่นและผู้ปกครองและให้การช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจเบื้องต้น เช่น การปรับสภาวะแวดล้อม การช่วยเหลือที่โรงเรียน และแก้ไขปัจจัยความเครียดที่มีอยู่ โดยการให้ความรู้ประกอบไปด้วย⁹

- ให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- แนะนำการปฏิบัติตัวของวัยรุ่น การดำเนินชีวิตประจำวัน
- ออกกำลังกายแบบ Aerobic exercise เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ

- สุขอนามัยในการนอนหลับ
- จัดการความเครียดและการแก้ปัญหา
- ทำแผนสร้างกิจกรรมที่เพิ่มความสุขและความสำเร็จง่ายๆ ในชีวิต (pleasure activities) และส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแผนนั้น (Behavioral activation)
- แนะนำการเพิ่มปฏิสัมพันธ์และแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งในครอบครัว
- เผื่อระวังความเสี่ยงทำร้ายตนเอง และการเก็บอาวุธและวัตถุที่อาจใช้ ทำร้ายตนเอง

2. ติดตามการรักษา ช่วยทำให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและประเมินอาการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง

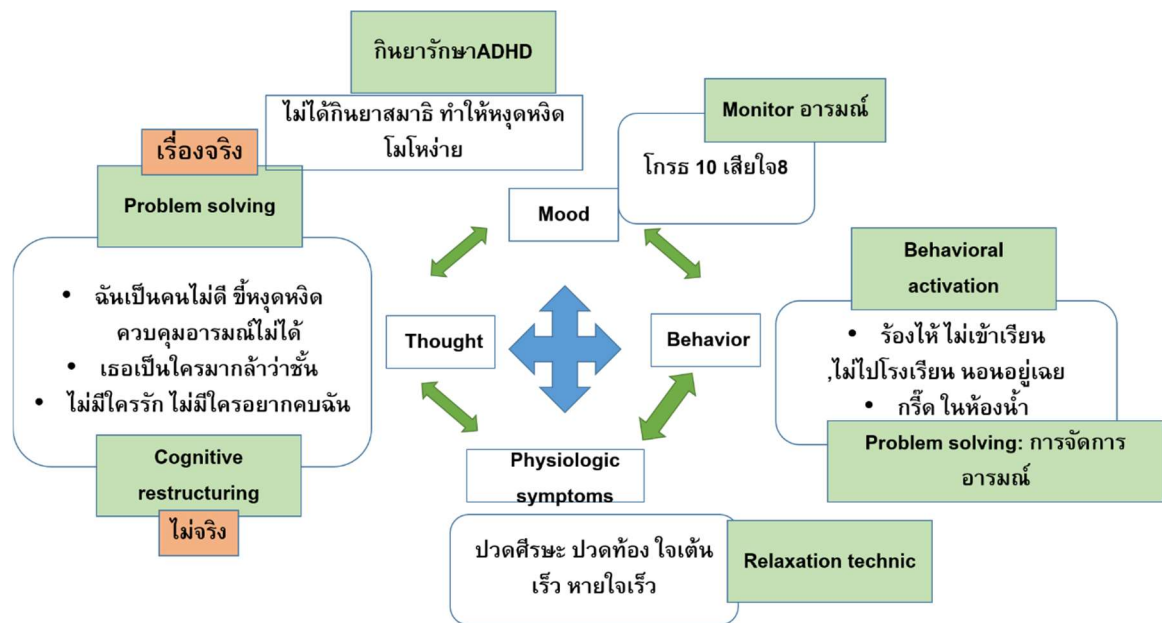
การรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค หากมีอาการระดับไม่รุนแรง ให้การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ และติดตามอาการ หากมีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ควรได้รับการรักษา ด้วยยาและการทำจิตบำบัด เช่น การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy, CBT) หรือการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT)

การทำ CBT เน้นการเพิ่มพฤติกรรมที่นำไปสู่อารมณ์ทางบวก (behavior activation) และปรับความคิดที่ มักนำไปสู่อารมณ์ทางลบ (cognitive restructuring) ร่วมกับการฝึกให้มีการจัดการปัญหาที่ดี (Problem solving skill)

ตัวอย่าง การใช้ CBT ในการรักษาเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า (เน้นการทำ Behavioral activation และ Problem solving skill)

เด็กผู้หญิงอายุ 13 ปี มีโรคประจำตัวคือ สมาธิสั้น กินยาไม่สม่ำเสมอมีปัญหาสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ล่าสุดโดนเพื่อนนินทาในกลุ่มลับในFacebook



1. สอนเรื่องการจัดการปัญหาก่อน เนื่องจากหากเริ่มที่ Behavioral activation ผู้ป่วยอาจเจอกับปัญหาเดิมๆที่ทำให้อารมณ์แย่

ฝึกแก้ปัญหา:ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ส่งผลให้ทะเลาะกับเพื่อน คิดวิธีจัดการอารมณ์		
ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
1. เขียนคำเพื่อนใส่กระดาษด้วยคำหยาบเสร็จแล้วเผาทิ้ง	ได้ระบายอารมณ์ทำให้อารมณ์สงบ	เปลือง เสียไฟไหม้ ระบายได้ไม่เต็มที่
2. เปลี่ยนมุมมองความคิดของตนเองที่มีต่อเพื่อน	สงบ ไม่ต้องเปลี่ยนคนอื่น	บางครั้งไม่ตรงความจริง
3. กรีด	ระบายอารมณ์โกรธได้มาก	คนอื่นมองไม่ดี มองว่าเป็นคนมีปัญหา
4. ชกกำแพง	เหมือนได้ระบายกับคนจริง	เจ็บ
5. เขวี้ยงโทรศัพท์	ได้ระบาย	ของพัง
6. นอน	ไม่ต้องคิด	ตื่นมายังจำได้
7. ไปหาเพื่อน	ได้ระบาย	หาเพื่อนที่เข้าใจได้ยาก มีเอาเราไปนินทา
8. โปสลงเฟซบุ๊ก	ได้ระบาย	คนที่มมีปัญหาเข้ามาเจอเรื่องยิ่งเยอะ
9. ไปหากิจกรรมอื่นทำ เช่น ทำงานบ้าน	ไม่หมกมุ่นในความคิด	เหนื่อย
10. ออกกำลังกาย ต่อยมวย เล่นบาส	เหนื่อยจนลืม ได้ระบาย	ไม่มี
11. ออกไปเดินเล่น	ไปเจอโลกภายนอก อารมณ์ดีขึ้น	ไปตะโกนใส่หมา หมากัด
ทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับฉันได้แก่ เดินเล่น ออกกำลังกาย		

แผนการแก้ปัญหา 1. กียาสม่ำเสมอเพื่อช่วยควบคุมอารมณ์ 2. เมื่อมีอาการหงุดหงิดให้ออกไปเดินเล่น หรือออกกำลังกาย 3. ลองมองด้านดีของเพื่อนให้มากขึ้น
หลังจากนั้นเริ่มการทำ Behavioral activation

2.ตาราง Activity Monitoring เพื่อดูกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละวัน พร้อมให้คะแนนอารมณ์ส่วน ใหญ่มีอารมณ์ เศร้าและเบื่อ 8-10 คะแนน

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
6-8	ไปโรงเรียน	ไปโรงเรียน	นอน	ไปโรงเรียน	ไปโรงเรียน	นอน	นอน
8-10	ไปโรงเรียน	ไปโรงเรียน	ไม่ไป โรงเรียน	ไม่ไป โรงเรียน	ไม่ไป โรงเรียน	นอน	นอน
10-12	เรียน	เรียน	นอน	นอน	นอน	เล่นโทรศัพท์	นอน
12-14	เรียน	เล่นโทรศัพท์	นอน	นอน	นอน	เล่นโทรศัพท์	ตื่นนอน
14-16	ทำการบ้าน	โดดเรียน	นอน	นอน	นอน	ดูTV	นอนเล่น
16-18	ทำการบ้าน	นอน	อยู่เฉย ๆ	อยู่เฉย ๆ	เล่นโทรศัพท์	นอน	นอนเล่น
18-20	เล่น โทรศัพท์	ทำการบ้าน	เล่นโทรศัพท์	เล่นโทรศัพท์	เล่นโทรศัพท์	ดูTV	นอนเล่น
20-22	เล่น โทรศัพท์	นอนเล่น	นอนเล่น	เล่นโทรศัพท์	เล่นโทรศัพท์	นอนเล่น	นอนเล่น
22-24	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน

3.ค้นหากิจกรรมสร้างความพึงพอใจ ชวนผู้ป่วยคิดถึงกิจกรรมช่วงก่อนที่จะมีอาการเศร้า และลงไปทำ กิจกรรมดูพร้อมให้คะแนนความสุขต่อกิจกรรมและ เมื่อทำกิจกรรมเสร็จ

กิจกรรม	คะแนนความสุขต่อ กิจกรรม (1-10)	เมื่อทำสำเร็จฉันเป็นสุขใจ (1-10)
เดินเล่นนอกบ้าน1 ชั่วโมง	8	10
ทำการบ้านเสร็จ	5	9
คุยโทรศัพท์กับเพื่อนสนิท	8	9
คุยกับแม่	6	5
เล่นบาสเกตบอล	8	10
มวญ	8	10

4.แผนกิจกรรมให้ชัดเจน โดยกำหนดเป้าหมายว่า “ไปโรงเรียนอยู่จนโรงเรียนเลิกให้ได้ทุกวัน โดย ไม่โดดเรียนก่อน จนถึง ปิดเทอม” → เน้นการทำตามแผนไม่ทำตามอารมณ์

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
6-8	ตื่น	ตื่น	ตื่น	ตื่น	ตื่น		
8-10	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	ตื่น	ตื่น
10-12	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	ไปเล่นมวย	ไปเล่นบาส
12-14	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	ทำอาหาร	ทำอาหาร
14-16	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	แต่งหน้า	จัด ตารางสอน
16-18	ทำการบ้าน	ดูเพื่อนทำ กิจกรรม	เดินเล่น ทำการบ้าน	เดินเล่น ดูTV	เดินเล่น ทำการบ้าน	ชวนแม่เดิน เล่น/shopping	จัดห้องนอน
18-20	ชวนแม่คุย	ทำการบ้าน	ชวนแม่คุย	ทำการบ้าน	คุยโทรศัพท์ กับเพื่อน	ดูTV	คุยโทรศัพท์ กับเพื่อน
20-22	สวดมนต์	สวดมนต์	สวดมนต์	สวดมนต์	สวดมนต์	สวดมนต์	สวดมนต์
22-24	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน

ติดตามผล โดยประเมินอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและปรับกิจกรรมให้เพิ่มอารมณ์ความสุขเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง (Nonsuicidal self-injury; NSSI)

พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง เช่น กรีดข้อมือ ทำร่างกายให้มีบาดแผลตื้นๆ, กัดตัวเอง, ข่วนตนเอง, ชกกำแพง NSSI สามารถพบได้ทั้งในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคทางจิตเวชและไม่มีโรคทางจิตเวช ได้พบพฤติกรรมนี้เกิดจากอิทธิพลของหลายๆปัจจัย เช่น การติดต่อทางสังคม (Social contagion), ความเครียด, ปัจจัยพื้นฐานทางชีวภาพสมอง (Neurobiological background) ส่งผลต่ออารมณ์และการจัดการอารมณ์, การเคยผ่านประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก เป็นต้น มีงานศึกษาวิจัยพบว่าในเด็กวัยรุ่นอายุ 15-16 ปี เป็นช่วงอายุที่พบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองได้มากที่สุด และหลังจากอายุ 18 ปี จะค่อยๆ ลดลง ความสำคัญที่เราต้องรีบประเมินและให้การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้คือ หากเด็กทำพฤติกรรมนี้ซ้ำๆ หรือใช้วิธีที่หลากหลายทำร้ายตัวเอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดการฆ่าตัวตายได้¹³

ปัจจัยเสี่ยงของการทำพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง¹⁴

1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ วัยรุ่น เพศหญิง มีปัญหาทางสุขภาพจิต เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเคยทำพฤติกรรมทำร้ายตัวเองมาก่อน เคยถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก
2. ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ครอบครัวหย่าร้าง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ครอบครัวที่ปล่อยปละละเลยเด็ก
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ถูกกลั่นแกล้ง การติดต่อทางสังคม (Social contagion) เช่นการใช้ social media อินเทอร์เน็ต มีกลุ่มเพื่อนใช้วิธีนี้

การทำงานของพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (Function of NSSI) ¹⁵

ในเด็กที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองเป็นการแสดงออกที่มีแรงขับเคลื่อนภายในจิตใจ ที่ส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมเช่นนี้เกิดจากการเรียนรู้ที่มีเงื่อนไข (Operant conditioning) ดังตารางที่3

ตารางที่ 3 การทำงานของพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (ดัดแปลงมาจาก Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury. Bentley et al.,2014)

ชนิดแรงจูงใจ (Reinforcement type)	ทางลบ (Negative)	ทางบวก (Positive)
อัตโนมัติ (Automatic)	เพื่อลด หรือกำจัด ความรู้สึกหรือความคิดในด้านลบที่มากระตุ้น เช่น ความรู้สึกเศร้า เจ็บ ซา รู้สึกว่างเปล่า	เพื่อเพิ่ม หรือทำให้เกิด ความรู้สึกหรือความคิดที่ปรารถนา เช่น ความรู้สึกยังมีตัวตนอยู่
ทางสังคม (Social)	เพื่อลด หรือกำจัด เหตุการณ์ทางสังคมในด้านลบที่มากระตุ้น เช่น การเลี้ยงไม่ต้องเผชิญเหตุการณ์	เพื่อเพิ่ม หรือทำให้เกิดเหตุการณ์ทางสังคมที่ปรารถนา เช่น ได้รับ ความสนใจ

โดยการทำงานนี้หากได้รับการตอบสนองซ้ำๆหรือเด็กใช้วิธีนี้เป็นวิธีสื่อสารความคิดหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตัวเองซ้ำๆด้วย แต่การทำงานนี้ก็ยังไม่สามารถอธิบายปัจจัยทั้งหมดที่ทำให้เด็กทำพฤติกรรมนี้ เพราะยังมีปัจจัยทางด้านชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอิทธิพลร่วมด้วย

แนวทางการคัดกรอง

เริ่มตั้งแต่สังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก รวมถึงการตรวจร่างกาย เช่นรอยแผลตามตัว ข้อมือ หรือใช้แบบประเมินซึ่งในไทยขณะนี้มิใช่ชื่อว่า The Brief Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool (BNSSI-AT) Thai version พัฒนาโดย The Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery¹⁶ แปลโดย พญ.เวรณีอุบลศรี, พญ.ศิริรัตน์อุพารัตินนท์ กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี¹⁷ (ตัวอย่างแบบประเมินอยู่ในภาคผนวก)

แนวทางให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

หากประเมินพบว่าเด็กมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ให้ประเมินร่วมด้วยว่าเด็กมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือไม่ หากมีให้รีบส่งต่อเพื่อให้จิตแพทย์เด็กประเมิน แต่หากประเมินแล้วพบว่าเด็กมีพฤติกรรมนี้เกิดจากความเครียด หรือไม่สามารถจัดการปัญหาได้ แนวทางการช่วยเหลือคือ

1. ให้ค้นหาความคิดหรืออารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น เพื่อเพิ่มการรู้เท่าทันอารมณ์แก่เด็ก (Awareness)
2. จัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดย การสอนวิธีผ่อนคลาย (Relaxation technique) เช่น การฝึกหายใจเข้าออกลึกอย่างช้า (Deep breathing), การเกร็งกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation), การหากิจกรรมอื่นๆทำ, การพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนที่ไวใจ หรือ ระบายความรู้สึกออกทางการเขียน วาดรูป เล่นกีฬา เป็นต้น

แนวทางการรักษา

การรักษาเด็กที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองตอนนี้ที่มีงานศึกษาวิจัยที่ได้ผลในเด็กวัยรุ่น ได้แก่ Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A), Cognitive behavioral therapy (CBT), และ Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A)¹³ โดยมีหลักการรักษาดังนี้ สร้างแรงจูงใจในการรักษา, การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง, การค้นหาสิ่งกระตุ้นหรือปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่, สอนทักษะการจัดการปัญหาที่ดีและจัดการความขัดแย้ง, สร้างความร่วมมือในการรักษา โรคร่วมทางจิตใจ ส่วนการรักษาด้วยยา ยังไม่มีข้อมูลงานวิจัยที่แน่ชัด

โรควิตกกังวล (Anxiety disorder)

ความกังวล เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัยของเด็ก (ตามตารางที่ 4) โดยลักษณะความกังวลที่เป็นโรค สามารถประเมินได้จาก 1. ความกังวลที่ไม่เป็นไปตามพัฒนาการ 2. มีความรุนแรงอย่างมากและ เกิดขึ้นเป็นประจำ 3. เป็นต่อเนื่องมากกว่าสัปดาห์ 4. ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ การเข้าสังคม กิจกรรมประจำวัน 5. เมื่อสถานการณ์ผ่านไปเด็กยังไม่สามารถปรับตัว หรือจัดการกับความกังวลได้

ตารางที่ 4 ความกังวลตามพัฒนาการเด็ก¹⁸

เด็กทารก	กลัวคนแปลกหน้า กลัวการแยกจากจากบุคคลที่รัก
เด็กเล็ก	กลัวฟ้าร้องฟ้าผ่า กลัวน้ำ กลัวความมืด กลัวสัตว์ กลัวสิ่งมีชีวิตในจินตนาการ กลัวการตาย
เด็กวัยเรียน	กลัวเชื้อโรค กลัวการเจ็บป่วย กลัวภัยธรรมชาติ กังวลเกี่ยวกับการเรียน การแสดงออกต่อหน้าผู้อื่น
เด็กวัยรุ่น	กลัวเพื่อนปฏิเสธ กลัวการถูกประเมินในด้านลบ

อาการของโรควิตกกังวล

อาการของเด็กที่เป็นโรควิตกกังวล ในเด็กเล็กหรือเด็กที่ยังสื่อสาร แสดงออกความรู้สึกได้ไม่ดี อาจมีการแสดงอาการวิตกกังวลโดยมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เวียนศีรษะ ปวดเมื่อยหรือเกร็งกล้ามเนื้อ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว อาการอื่นๆที่พบ เช่น มีปัญหาการเข้านอนหรือการนอน ตกใจง่าย กังวล ไม่ยอมแยกจากพ่อแม่ถามซ้ำในเรื่องที่กังวล ซ้ำถาม ไม่กล้าแสดงออก เพื่อนน้อยหรือไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม

แนวทางการคัดกรอง

ใช้การสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ร่วมกับ แบบประเมินในการคัดกรองภาวะวิตกกังวลในเด็ก โดยในประเทศไทยมีแบบคัดกรองความวิตกกังวลในเด็ก (Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version) ใช้ได้ตั้งแต่อายุ 8-18 ปี แปลโดย พญ. ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์ กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีทั้งแบบให้เด็กประเมินตนเอง, ผู้ปกครองประเมินเด็ก¹⁹ (ตัวอย่างแบบประเมินในภาคผนวก)

แนวทางการรักษา

การรักษาโรควิตกกังวลในเด็กประกอบด้วย การให้คำแนะนำเรื่องโรค การทำจิตบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย และการรักษาด้วยยาาร่วมด้วยหากอาการเป็นมากจนกระทบชีวิตประจำวัน

การรังแกกลั่นแกล้ง (Bully)

การรังแกเป็นความรุนแรงรูปแบบหนึ่งซึ่งผู้รังแก(หนึ่งคนหรือหลายคน) กระทำซ้ำโดยมีเจตนาทำให้คนอื่น(ผู้ถูกรังแก) ได้รับความเจ็บทางร่างกาย และ/หรือทางจิตใจ²⁰ มีความแตกต่างจากการล้อเล่น (อีกฝ่ายต้องไม่ได้รับความเจ็บทางร่างกาย และ/หรือทางจิตใจ)

ประเภทของการรังแก

1. รังแกทางร่างกาย : เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจ เช่น ตบศีรษะ การชกต่อย รุมกระแทก ตบหน้า ขว้างของ เป็นต้น รวมถึงการรังแกทางเพศ เช่น การจับ การสัมผัสอวัยวะทางเพศ
2. รังแกทางวาจา : เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางวาจาก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจ เช่น ด่าพุดเสียดสี นินทาให้ร้าย ล้อเลียน ข่มขู่
3. รังแกทางสังคม : เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงการรุกรานเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น กีดกันออกจากกลุ่ม แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ให้ความสนใจ สร้างข่าวลือ สร้างกลุ่มแอนด์

4. รังแกบนโลกไซเบอร์: เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจบนโลกออนไลน์ เช่น การแพร่กระจายข่าวลือ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การปลอมข้อมูลผู้อื่น การข่มขู่หรือใช้ข้อความไม่ดีต่อคนอื่น การรีดไถเงินผ่านออนไลน์ การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว

บทบาทของเด็กที่สำคัญต่อเหตุการณ์นี้

บทบาทของเด็กต่อเหตุการณ์รังแกกันประกอบด้วย ผู้รังแก ผู้ถูกรังแก และผู้พบเห็นเหตุการณ์ โดยที่ในเด็ก 1 คนสามารถอยู่ได้ในทุกบทบาทนี้²¹

1. เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการถูกรังแก: เด็กที่มองว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น ไม่ดีเหมือนคนอื่น เช่น ตัวเล็ก-ตัวอ้วน เด็กใหม่ในโรงเรียน เรียนไม่เก่ง ไม่มีความสามารถ มองว่าตนเองอ่อนแอ ไม่สามารถสู้คนอื่นได้ เด็กมีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง ไม่เป็นที่นิยม มีเพื่อนน้อย มีปัญหาทักษะสังคม เข้ากับคนอื่นได้ยาก

2. เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่น: มีลักษณะเด่นของเด็กอยู่ 2 แบบ:

- กลุ่มแรกคือเด็กที่มีเพื่อนเยอะ มีอิทธิพล เป็นผู้นำ สามารถจัดการคนอื่นได้ คนที่รังแกคนอื่นไม่จำเป็นต้องเป็นคนที่แข็งแรง หรือตัวโตกว่า พลังหรืออิทธิพลในเด็กอาจมาจากการเป็นที่นิยมในสังคม ความแข็งแรง หรือความสามารถทางสติปัญญา
- กลุ่มสองคือเด็กที่แยกตัวจากคนอื่น ไม่มีเพื่อน ไม่มั่นใจในตนเอง ถูกเพื่อนชักจูงง่าย

เด็กที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์ มีความอดทนต่ำ เด็กที่มองคนอื่นในแง่ลบ เด็กที่มีปัญหาครอบครัว เด็กที่มีกลุ่มเพื่อนไปรังแกคนอื่น หรือยอมรับว่าวิธีการรังแกเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดี ใน Cyberbully สื่อจะเป็นสิ่งหนึ่งที่เด็กใช้เพื่อแสดงอำนาจ หรือความเป็นอิทธิพล และการกลั่นแกล้งในนี้สามารถไม่เปิดเผยชื่อที่แท้จริงได้ จึงยิ่งทำให้เกิดการกลั่นแกล้งได้ง่ายขึ้น

3. เด็กที่เป็น ผู้พบเห็นเหตุการณ์ (Bystander) มีอยู่ 4 ลักษณะ

1. เด็กที่เป็นผู้ช่วย **Kids who Assist**: ไม่ได้เป็นคนเริ่ม แต่มีส่วนช่วยในการกลั่นแกล้ง
2. เด็กที่เป็นผู้ส่งเสริม **Kids who Reinforce**: ไม่ได้เข้าร่วมในเหตุการณ์ แต่ได้ฟังแล้วมีอารมณ์ร่วมเช่น หัวเราะ หรือคอยส่งเสริมให้ทำ
3. เด็กที่เป็นคนนอก **Outsiders**: ไม่ได้เข้าร่วมเหตุการณ์และไม่ได้เป็นคนยุยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ แต่จะเป็นผู้พบเห็น หรือได้ยินแล้วไม่แสดงท่าทีใดๆ เด็กกลุ่มนี้อาจจะอยากช่วย แต่ยังไม่รู้วิธีการจัดการปัญหา จึงทำได้แค่มอง

4. เด็กที่เป็นผู้ปกป้อง Kids who Defend: เข้าช่วยเหลือ ปกป้องไม่ให้มีสถานการณ์กลั่นแกล้งเกิดขึ้น

โดยที่ถ้าเราสามารถเพิ่มเด็กที่เป็นผู้ปกป้องได้มากขึ้น จะช่วยทำให้การกลั่นแกล้งกันลดลง

แนวทางการป้องกัน

ที่บ้าน สามารถป้องกันปัญหาการกลั่นแกล้งในเด็กได้โดย ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่กลั่นแกล้งผู้อื่น การสอนทักษะที่สำคัญเช่น การสอนทักษะสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการจัดการปัญหา การใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัย สอนให้รู้จักการเคารพสิทธิทั้งของตนเองและผู้อื่น

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่สามารถสอนให้เด็กไม่กลั่นแกล้งกันได้ โดยโรงเรียนควรมีมาตรการเรื่องนี้อย่างชัดเจน และจริงจัง ทั้งเรื่องการสอนทักษะต่างๆที่สำคัญแก่เด็ก การควบคุมตรวจตราไม่ให้เกิดการกลั่นแกล้ง การช่วยเหลือเด็กในเหตุการณ์กลั่นแกล้ง สร้างบรรยากาศปลอดภัยในโรงเรียน จัดกิจกรรมสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีในโรงเรียน

แนวทางการช่วยเหลือ

แนวทางการช่วยเหลือของโรงเรียน ต้องชัดเจน และมีการกำกับทั้งแนวทางของผู้กลั่นแกล้ง ผู้ถูกกลั่นแกล้ง หรือผู้อยู่ในเหตุการณ์

แนวทางการช่วยเหลือเด็กผู้ถูกกลั่นแกล้ง: รับฟัง และให้เด็กระบายความคิดความรู้สึก ประเมินเด็กทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน ร่วมกับประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น ชวนเด็กคิดว่า เราจะมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วอย่างไรได้บ้าง และ แนวทางการช่วยเหลือ เสริมทักษะที่สำคัญให้แก่เด็ก ติดตามผล

แนวทางการช่วยเหลือเด็กผู้กลั่นแกล้งคนอื่น: ใจเย็นและสงบอารมณ์ก่อนคุยกับเด็ก บอกให้เด็กรู้ว่าพฤติกรรมนี้เป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะเป็นการทำให้คนอื่นเดือดร้อน เข้าใจถึงเหตุผลที่เด็กไปกลั่นแกล้งคนอื่น เช่น เด็กมีวิธีการจัดการอารมณ์ได้ไม่ดี หรือ ไม่มีวิธีการแก้ปัญหา ใช้การให้เด็กเรียนรู้ และรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้นในการสอน แทนการลงโทษ ชวนเด็กคิดว่า เราจะมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วอย่างไรได้บ้าง ไม่ใช้วิธีการลงโทษเด็ก หรือการประจานเด็ก โดยเด็ดขาด นั่นคือการ Bully เด็กซ้ำ ส่งเสริมการยอมรับเด็กในด้านที่ดีด้านอื่นๆเพิ่ม ทบทวนกฎกติกาของโรงเรียน ติดตามผล

แนวทางการช่วยเหลือเด็กผู้อยู่ในเหตุการณ์: มุ่งเน้นเพื่อเปลี่ยนจากผู้เห็นเหตุการณ์ เป็นผู้ที่ยินหยัดเพื่อความถูกต้องเน้นการ สร้างความตระหนัก และบทบาทในการช่วยเหลือเพื่อนที่ถูกรังแก แนะนำวิธีที่สามารถหยุดวงจรการกลั่นแกล้งได้ และสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ถูกกลั่นแกล้งให้สามารถขอความ

ช่วยเหลือได้ บอกคนอื่น เช่น ครู พ่อแม่ ว่ามีสถานการณ์การกลั่นแกล้งเกิดขึ้น โพสต์ข้อความหรือพูดในเชิงให้กำลังใจผู้ถูกแกล้ง รายงานผู้กลั่นแกล้ง **สิ่งสำคัญ**คือโรงเรียนต้องสร้าง ความมั่นใจและความปลอดภัยให้เด็กที่รายงานและช่วยเหลือเพื่อน

เอกสารอ้างอิง

1. รู้จักเด็ก ทั้งตัวและหัวใจ : พัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น:นายแพทย์ สุริยเดส ทรีปาตรี.สสส. 2011
2. Epstein NB, Bishop DS, Levin S. The McMaster model of family functioning. Journal of Marital and Family therapy. 1978 Oct;4(4):19-31.
3. Elkind D. Erik Erikson's eight ages of man. New York Times Magazine. 1970 Apr 5;5:25-7.
4. Lensyl U. Control your Destiny: How the Adolescent Brain Works [Internet]. 2012 [Cited 2020 may 20]. Available from: <https://montessorimuddle.org/2012/04/25/control-your-destiny-shape-your-mind/>.
5. Witt A, Ordonez A, Martin A, Vitiello B, Fegert JM. Child and adolescent mental health service provision and research during the COVID-19 pandemic: challenges, opportunities, and a call for submissions.
6. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in a\the acute phase and the long return to normality. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2020 Dec; 14(1):1-1.
7. Kessler RC, Ustun TB, editors. The WHO world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University; 2008.
8. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367(9524):1747–57.
9. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า Clinical practice guideline for adolescents with depression.กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์;2018

10. อุมพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539:41(4),221-30.
11. อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540:42(1).
12. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
13. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence.Current psychiatry reports. 2017 Mar 1;19(3):20.
14. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal self-injury in adolescents. Deutsches Arzteblatt International. 2018 Jan;115(3):23.
15. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. Clinical Psychological Science. 2014 Sep;2(5):638-56.
16. Whitlock, J.L., Exner-Cortens, D. & Purington, A. Validity and reliability of the non-suicidal self-injury assessment test (NSSI-AT). Psychological Assessment.2014; 26(3): 935-946.1
17. Ubonsri W., Ularntinon S. The Brief Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool (BNSSI-AT) :Thai version [Internet]. 2020 [Cited 2020 may 22]. Available from: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/baebxbtham-bnssi-at-thai-version.pdf>
18. Craske MG, Stein MB. Anxiety; Normative fears throughout childhood and adolescence. Lancet, 2016. Doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
19. Ularntinon S. Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version[Internet]. 2017 [Cited 2020 may 22]. Available from: <https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/ThaiScreenforChildAnxietyRelatedDisordersSCAREDChildVersion.pdf.pdf>
20. วินัดดา ปิยะศิลป์, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน.การรังแกในเด็กและวัยรุ่น[ออนไลน์].[เข้าถึงเมื่อ 2563 พฤษภาคม 25] เข้าถึงได้จาก:<http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20200127111610.pdf>
21. Stopbullying.gov. Bullying [Internet]. 2019 [Cited 2020 may 25]. Available from: <https://www.stopbullying.gov/cyberbullying/what-is-it/index.html>

ภาคผนวก: แบบประเมินคัดกรองโรคทางจิตเวช

1. โรคซึมเศร้า

2. พฤติกรรมทำร้ายตนเอง :

<http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/baebxbtham-bnssi-at-thai-version.pdf>

3. โรควิตกกังวล :

<https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/ThaiScreenforChildAnxietyRelatedDisordersSCAREDChildVersion.pdf.pdf>