



คู่มือการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู เด็กและเยาวชนจิตเวช



กองพัฒนาระบบสุขภาพเด็กและเยาวชน
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

คำนำ

คู่มือการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนจิตเวช ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เป็นคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทุกตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแก้ไข บำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการฯ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ/หัวหน้าสถานแรกรับฯ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ พนักงานพินิจ คู่มือนี้จึงมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวช ทั้งองค์ความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ และแนวทางการปฏิบัติงานกับเด็กและเยาวชนจิตเวช ตั้งแต่การคัดกรอง การจำแนกและจัดทำแผนฝึกอบรม การจัดทำแนวทางเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยและสงเคราะห์ติดตามภายหลังปล่อย เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแล เด็กและเยาวชนจิตเวช เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สามารถดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวชได้อย่างเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยูปถัมภ์ และบุคลากรของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสนับสนุน ด้านวิชาการ ความร่วมมือและให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำจนสำเร็จ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อให้บรรลุภารกิจของกรมพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดต่อไป

คณะผู้จัดทำ
กันยายน ๒๕๖๕

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทที่ ๑ บทนำ.....๑

- ความเป็นมา.....๑
- วัตถุประสงค์.....๒
- นิยามศัพท์เฉพาะ.....๒
- กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง.....๓

บทที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวช.....๕

- ปัจจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทางจิตเวช.....๕
- โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น.....๑๖
- การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น.....๓๖
- การปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น.....๕๗
- การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนจิตเวช.....๕๗
- การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น.....๖๓
- การบริหารสถานการณ์วิกฤตและการเจรจาต่อรอง.....๗๔
- การบริหารจัดการเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violent Behavior).....๘๑

บทที่ ๓ แนวทางการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม.....๙๖

- การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวช.....๘๙
- การส่งต่อเด็กและเยาวชนเข้ารับการรักษาทันที.....๙๑
- การจำแนก และจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล/แผนแก้ไขบำบัดฟื้นฟู/แผนฝึกอบรมฯ และแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย กรณีเด็กหรือเยาวชนจิตเวช.....๙๓
- การดูแลและบำบัดรักษาเด็กและเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม.....๙๔
- การบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินเด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน.....๑๑๓
- การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยเด็กหรือเยาวชนจิตเวช.....๑๒๐
- การส่งต่อข้อมูลและการส่งเคราะห์ติดตามภายหลังปล่อยเด็กหรือเยาวชนจิตเวช.....๑๒๐
- ผังการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวช.....๑๒๒

สารบัญ

หน้า

บรรณานุกรม.....	๑๒๓
-----------------	-----

ภาคผนวก.....	๑๒๕
--------------	-----

- แบบพิจารณาเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน.....	๑๒๗
- แบบคัดกรองภาวะจิตเวชฉุกเฉิน.....	๑๒๘
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression).....	๑๒๙
- แบบส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อตรวจทางจิตวิทยา/ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา.....	๑๓๑
- รายงานการตรวจทางจิตวิทยา (จว.๐๒).....	๑๓๒
- แบบรายงานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก (จว.๐๓).....	๑๓๔
- แผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน (จว.๐๕).....	๑๓๕
- แนวทางแผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน (จว.๐๕).....	๑๔๕
- แบบสัมภาษณ์ทางสังคมสงเคราะห์เบื้องต้น (สค.๐๑).....	๑๔๔
- แบบประเมินทางสังคมสงเคราะห์ (สค.๐๒).....	๑๔๗
- แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง.....	๑๕๗
- แบบประเมินระดับการควบคุม พต.อ.๐๔.....	๑๖๐
- หนังสือขอส่งเด็ก/เยาวชนเข้ารับการตรวจรักษา.....	๑๖๔
- แบบส่งต่อข้อมูลสุขภาพกาย/จิตของเด็กและเยาวชน.....	๑๖๕
- หนังสือขอความร่วมมือในการประสานการประเมินครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช.....	๑๖๗
- แบบฟอร์มแจ้งกลับผลการประเมินสภาพครอบครัวเด็กหรือเยาวชน.....	๑๖๘

บทนำ

ความเป็นมา

สถานการณ์การกระทำผิดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมมีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า เด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าวมีปัญหาสุขภาพจิตและพยาธิสภาพทางสมอง และยังพบประวัติการถูกละเมิดทางร่างกายและจิตใจ หรือทางเพศในวัยเด็ก มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ โดยบางรายพบพฤติกรรมต่อต้านสังคมตั้งแต่วัยเด็ก อีกทั้งขาดความพร้อมด้านครอบครัว ทั้งมิติด้านสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ และการควบคุมความประพฤติ ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวเป็นสภาพปัญหาที่ซับซ้อนรุนแรง มีความยากลำบากในการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู หากไม่ได้รับการบำบัดแก้ไขเฉพาะทาง เด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าวอาจพัฒนาเป็นอาชญากรในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๕๙)

เด็กและเยาวชนที่อยู่กระบวนการยุติธรรม มีแนวโน้มเป็นโรคทางจิตเวชมากกว่าเด็กและเยาวชนทั่วไป ๓.๕ เท่า (Liann Seiter, ๒๐๑๗) ซึ่งจากการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชของเด็กและเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชน ของจอมสุรางค์ โปธิสัถย์ และ สุภรัตน์ เอกอัครวิน (๒๕๕๙) โดยเก็บข้อมูลจากสถานแรกรับเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน ๑๔ แห่ง ในกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดี จำนวน ๖๐๐ คน โดยมีช่วงอายุระหว่าง ๑๒-๑๘ ปี พบว่า ความชุกของโรคจิตเวชของเด็กและเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชน ร้อยละ ๙๑.๔ และโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดสองกลุ่มโรคคือ ความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) พบ ร้อยละ ๘๓.๙ รองลงมาคือ กลุ่มโรคต่อต้าน เกเร ต่อต้าน (Disruptive Behavior Disorder) ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) โรคดื้อ (Oppositional defiant disorder: ODD) และ conduct Disorder พบร้อยละ ๓๓.๙ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติเด็กและเยาวชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ถึง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า โรคที่พบบ่อยในเด็กและเยาวชนของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้แก่ อาการทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด, โรคสมาธิสั้น, Conduct Disorder, โรคซึมเศร้า และภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ทั้งนี้พบว่าเด็กและเยาวชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Conduct Disorder มีแนวโน้มที่จะกระทำผิดซ้ำสูงกว่าโรคอื่น (Kia Russell, ๒๐๑๗)

หน่วยงานในสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จึงจำเป็นต้องสร้างความพร้อมของระบบการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวช ทั้งด้านการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู การส่งต่อเด็กและเยาวชนจิตเวชเข้ารับการรักษาทันทีเพื่อบรรเทาความทุกข์และทักษะในการปฏิบัติงานด้านการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวชของบุคลากร ให้ทันต่อสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และมุ่งดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเพื่อให้เด็กหรือเยาวชนจิตเวช บรรเทาอาการ เพื่อสร้างความพร้อมในการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู ด้านการลดการกระทำผิดซ้ำต่อไป

ดังนั้น กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจึงจัดทำคู่มือการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนจิตเวช เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนจิตเวช และเพื่อให้เด็กและเยาวชนจิตเวชได้รับการบริการด้านสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน เพื่อให้อาการจิตเวชหายทุเลาและเตรียมความพร้อมสู่การแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเพื่อลดการกระทำผิดซ้ำ นำไปสู่การกลับไปอยู่

ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข สอดรับกับภารกิจของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการพิทักษ์ คุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเป็นแนวทางการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวช สำหรับเจ้าหน้าที่ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
๒. เพื่อให้เด็กและเยาวชนจิตเวชของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้รับการบริการด้านจิตเวช อย่างเหมาะสม

นิยามศัพท์เฉพาะ

เด็กหรือเยาวชนจิตเวช หมายถึง เด็กหรือเยาวชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่น ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (อ้างอิง: แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐)

สถานควบคุม หมายถึง สถานที่ควบคุมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และศูนย์ฝึก และอบรมเด็กและเยาวชน (อ้างอิง: พระราชบัญญัติ การบริหารการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด พ.ศ. ๒๕๖๑)

ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเฉียบพลันหรือรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือ ทรัพย์สินได้ และอาจนำไปสู่ความพิการ หรือความตายในที่สุด รวมทั้งภาวะก้าวร้าวรุนแรง การพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะเพื่อจากการถอนสุราและลมชัก ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการรักษา หากพบเห็นเด็กหรือเยาวชนมีภาวะ จิตเวชฉุกเฉิน สามารถส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรา ๒๒ และ ๒๕ (อ้างอิง: มาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและเยาวชนในสถานควบคุม)

ปัญหาทางจิตเวช หมายถึง อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจาก สุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (อ้างอิง: มาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและ เยาวชนในสถานควบคุม)

นักวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรของหน่วยงานในสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนประกอบด้วย พนักงานคุมประพฤติ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (อ้างอิง: มาตรฐาน การบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและเยาวชนในสถานควบคุม)

การจำแนกในศูนย์ฝึกและอบรม หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการที่ใช้เทคนิคและความชำนาญของ วิชาชีพแต่ละนักวิชาชีพ ได้แก่ นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ พ่อบ้าน

หรือแม่บ้าน และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัญหาและความจำเป็นรวมทั้งสาเหตุของกระทำผิด โดยคำนึงถึงข้อมูลของเด็กหรือเยาวชนที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษา ในด้านร่างกาย จิตใจ อาชีพ การศึกษา สังคม เพื่อนำมาวางแผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความจำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู

แผนฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน หมายถึง แผนที่จัดทำขึ้นสำหรับการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู เด็กหรือเยาวชนที่อยู่ระหว่างฝึกอบรม โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความจำเป็นของเด็กหรือเยาวชนแต่ละราย (อ้างอิง: คู่มือการประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน)

คณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน หมายถึง นักวิชาชีพของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมประชุม เพื่อจัดทำแผนฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน ประกอบด้วย ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการฝึกอบรมและวิชาชีพ พ่อบ้านหรือแม่บ้าน (อ้างอิง: คู่มือการประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน)

ครูที่ปรึกษา หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ แนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และตักเตือนในสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ประสานงานดำเนินการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู และการดำเนินชีวิตของเด็กหรือเยาวชน ควบคุมดูแลเพื่อให้การแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเป็นไปตามแผนพัฒนารายบุคคลหรือแผนแก้ไขบำบัดฟื้นฟูหรือแผนการฝึกอบรมให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกำกับติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กหรือเยาวชน (อ้างอิง: คู่มือการประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน)

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตัวเองและไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกทางคำพูด การกระทำหรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๑) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มุ่งเน้นการปกป้องคุ้มครอง ส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อเสริมสร้างและคุ้มครองสิทธิผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิตให้ได้รับการบำบัดรักษาให้หายหรือดีขึ้น และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

๒) พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๓

๓) พระราชบัญญัติการบริหารการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด พ.ศ. ๒๕๖๑

๔) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

๕) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

๖) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๖

๗) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐

๘) มาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและเยาวชนในสถานควบคุม กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

๙) มาตรฐานการปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชนจิตเวชในสถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (Standard Operating Procedure: SOP)

๑๐) ระเบียบกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการอนุญาตให้เด็กหรือเยาวชนออกนอกสถานพินิจเป็นครั้งคราว พ.ศ. ๒๕๕๔

๑๑) ระเบียบกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนว่าด้วยการปล่อยชั่วคราว พ.ศ.๒๕๕๗ และฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๘

๑๒) ระเบียบกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนว่าด้วยการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย แนวทางการติดตามภายหลังปล่อยการสงเคราะห์ช่วยเหลือ และการติดตามเด็กและเยาวชนภายหลังปล่อย พ.ศ.๒๕๖๕

บทที่ ๒

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวช

ผู้ดูแลในสถานควบคุมมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวชที่เหมาะสม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้เด็กและเยาวชน เพื่อบรรเทาอาการ ลดอันตรายต่อทั้งเด็กและเยาวชน และคนรอบข้างได้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวชที่ผู้ปฏิบัติงานควรรู้ ได้แก่

1. ปัจจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทางจิตเวช
2. โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น
3. การให้การปรึกษาเด็กและเยาวชนเบื้องต้น
4. การปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนจิตเวช
6. การบริหารสถานการณ์วิกฤตและการเจรจาต่อรอง
7. การบริหารจัดการเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violent Behavior)

ปัจจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทางจิตเวช

๑. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช

การดูแลเด็กและเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพนั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือ แก้ไข บำบัด ฟื้นฟู เด็กและเยาวชนได้ตรงกับสภาพปัญหา ซึ่งโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม (Biopsychosocial model) (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๕๕) มีรายละเอียดดังนี้

๑) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors) ได้แก่ พันธุกรรม สุขภาพระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่เรื้อรังตั้งแต่เด็ก หรือการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำงานของสมอง/สารเคมีในสมอง (Physical Diseases and injury factors)

๒) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors) ได้แก่ พื้นอารมณ์ (Temperament) และรูปแบบความผูกพัน (Attachment Style) ซึ่งอาจเป็นทั้งเหตุและผลการแสดงออก การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการรับรู้สิ่งรอบตัว แล้วกลับมาเป็นสภาพจิตใจและบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ

๓) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (Sociological Factors) ได้แก่ สภาพครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ที่ทำงาน และอาชีพ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้นๆ

๒. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ พื้นอารมณ์ (Temperament)

Temperament เป็นลักษณะพื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิด และถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านชีวภาพโดยเฉพาะด้านพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น คู่แฝดไข่ใบเดียวกันมีพื้นอารมณ์เหมือนกันมากกว่า คู่แฝดไข่คนละใบ และในปัจจุบันพบว่าลักษณะพื้นอารมณ์บางด้านสัมพันธ์กับ gene polymorphism บางอย่าง เป็นต้น พบว่าลักษณะพื้นอารมณ์เป็นคุณสมบัติที่มักติดตัวไปเมื่อเติบโตขึ้น แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเติบโตขึ้นมา เช่น การเลี้ยงดู ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

Thomas และ Chess จำแนกเด็กตามลักษณะพื้นอารมณ์ได้ ๓ ประเภท ดังนี้

๑. พื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงง่าย (Easy Child) เด็กกลุ่มนี้จะมีการกิน การนอน การขับถ่ายสม่ำเสมอเป็นเวลา ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้เร็ว เข้าหาสิ่งเร้าใหม่ด้วยความสนใจ ส่วนใหญ่จะอารมณ์ดีและทำทางเป็นมิตรและตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่รุนแรง พบว่าร้อยละ ๔๐ ของเด็กมีพื้นอารมณ์ในกลุ่มนี้

๒. พื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก (Difficult child) เด็กกลุ่มนี้จะมีการกิน การนอน การขับถ่าย ไม่สม่ำเสมอ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก มักหลีกเลี่ยงหรือห่างไกลจากสิ่งเร้าใหม่ๆ อารมณ์ส่วนใหญ่จะหงุดหงิดง่าย และมีทำทางไม่เป็นมิตร และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ รุนแรง พบว่าร้อยละ ๑๐ ของเด็กมีพื้นอารมณ์ในกลุ่มนี้

๓. พื้นอารมณ์เป็นเด็กปรับตัวช้า (Slow-to-warm-up) เด็กกลุ่มนี้จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ช้า มีแนวโน้มถอยห่างจากสิ่งเร้าใหม่ แต่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่รุนแรงนัก เป็นเด็กมีลักษณะขี้อาย พบว่าร้อยละ ๑๕ ของเด็กมีพื้นอารมณ์ในกลุ่มนี้

ทั้งนี้ พบว่าเด็กประมาณ ร้อยละ ๓๕ ไม่สามารถจัดกลุ่มพื้นอารมณ์ได้ กล่าวคือ อาจมีลักษณะหลายแบบขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (จิรนนท์ วีรกุล, ๒๕๖๐)

จากทฤษฎีข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าเด็กแต่ละคนมีพื้นอารมณ์แตกต่างกันควรเข้าใจเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม พึงระลึกว่าการเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูสามารถหล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็กได้ เช่น เด็กที่มีพื้นอารมณ์แบบเด็กเลี้ยงยาก อาจทำให้ผู้เลี้ยงดูเกิดความเครียดในการเลี้ยงดู และตอบสนองต่อความต้องการของเด็กไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อรูปแบบความผูกพัน (Attachment) ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาสุขภาพจิตของเด็กเมื่อโตขึ้นได้

๒.๒ ทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory)

Bonding หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างบุคคลที่คงอยู่ยาวนาน ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น ระหว่างพ่อแม่ต่อลูก ระหว่างพี่น้อง ระหว่างคนรัก

Attachment หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีลักษณะเฉพาะ คือเป็นความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อผู้เลี้ยงดูที่เด็กรับรู้ว่าเป็นผู้ที่สามารถปกป้องคุ้มครองเขาให้ปลอดภัยได้ เด็กจะต้องการอยู่ใกล้ชิดเพราะทำให้รู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัยโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เด็กรู้สึกมีอันตราย

Ainsworth ได้พัฒนาวิธีการประเมินคุณภาพความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อผู้เลี้ยงดูสำหรับเด็กอายุ ๒-๓ ปีที่เรียกว่า “strange situation” เป็นการสร้างสถานการณ์ให้เด็กเกิดความตึงเครียด

และต้องการผู้เลี้ยงดูเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งทำให้สามารถประเมินคุณภาพความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อผู้เลี้ยงดู ซึ่งแบ่งเป็น ๔ ประเภทดังนี้

๑. Secure attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์มั่นคงจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่อแม่กลับเข้ามา ดังนั้นจึงมีท่าทีดีใจ เข้าไปหา อยู่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับแม่ระยะหนึ่ง พอรู้สึกอุ่นใจเด็กจะหันไปสนใจเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในห้องต่อไป พฤติกรรมเช่นนี้แสดงว่าเด็กมีความรู้สึกไว้วางใจตอบแม้ว่าสามารถปลอบใจและช่วยเหลือเขาให้ปลอดภัยได้ เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์มั่นคงจะเชื่อฟังพ่อแม่กระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ มีความสนใจแก้ไขปัญหาที่มี self-esteem และพฤติกรรมทางสังคมดี

๒. Insecure avoidant attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ประเภทนี้จะทำทีหลบเลี่ยง หรือเพิกเฉยไม่สนใจเมื่อแม่กลับเข้ามา สัมพันธ์กับประสบการณ์การเลี้ยงดูที่พ่อแม่ปล่อยปละละเลย ไม่สนใจ ไม่มีอารมณ์ตอบสนองกับลูก หรือตอบสนองอย่างไม่เหมาะสม และพ่อแม่ที่ปฏิเสธไม่ยอมใกล้ชิดกับลูก

๓. Insecure ambivalent attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ประเภทนี้จะมีความ separation anxiety มากเมื่อแม่แยกจากไป และมีท่าทีที่สับสนจิตใจเมื่อแม่กลับเข้ามาคือต้องการใกล้ชิดแม่ แต่ก็โกรธและอาละวาดต่อต้านเมื่ออยู่ใกล้ชิดแม่ โดยที่แม่ไม่สามารถปลอบให้สงบลงได้ หรือมีอาการโกรธรุนแรงแต่ทำเป็นไม่สนใจแม่เลย สัมพันธ์กับประสบการณ์การเลี้ยงดูที่พ่อแม่ตอบสนองความต้องการทางร่างกายและอารมณ์อย่างไม่แน่นอน บางครั้งสนใจบางครั้งไม่สนใจ หรือบางครั้งอาจตอบสนองโดยไม่เหมาะสม เด็กจึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ และต้องคอยระแวงระวังท่าทีที่พ่อแม่จะตอบสนองอย่างไร ทำให้เด็กมักวิตกกังวลง่าย และมีความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียดต่อพ่อแม่

๔. Insecure disorganized/disoriented attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ประเภทนี้จะทำท่าทีไม่แน่นอนเมื่อแม่กลับเข้ามา คือมีพฤติกรรมสับสน ไม่เป็นระบบและไม่สัมพันธ์กัน เช่น เข้าหาแม่แต่หันหน้าไปทางอื่น พฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงความรู้สึกหวาดกลัวอย่างรุนแรงต่อพ่อแม่ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูที่พ่อแม่กระทำทารุณกรรมเด็ก (child abuse) ทั้งร่างกายและทางเพศ หรือพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชบางอย่าง เช่น major depressive disorder, bipolar disorder และ substance abuse (ศิริชัย หงส์สงวนศรี และนิดา ลิ้มสุวรรณ, ๒๕๕๘)

อาจกล่าวได้ว่า ปฏิสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูที่มีต่อเด็ก ทั้งความไวต่ออารมณ์และความสามารถในการกระตุ้นหรือตอบสนองความต้องการของเด็ก ทำให้เกิดเป็นความผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและเป็นการทำหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย โดยความผูกพันดังกล่าวจะส่งผลต่อรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อผู้อื่นในวัยผู้ใหญ่ด้วย โดยเด็กที่มีความผูกพันแบบมั่นคงจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่จิตใจแข็งแกร่ง มองโลกตามความเป็นจริง แต่หากเด็กมีความผูกพันแบบไม่มั่นคง จะทำให้มีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดเชิงลบต่อตนเองหรือผู้อื่น และอาจมีบุคลิกภาพผิดปกติในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

๒.๓ ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจ

พัฒนาการทางด้านจิตใจเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ดังนั้นในการทำความเข้าใจพัฒนาทางจิตใจ จำเป็นต้องใช้หลายทฤษฎีประกอบกัน โดยพัฒนาการทางจิตใจที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

๒.๓.๑ ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจด้านเพศ (Psychosexual development theory)

๒.๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการด้านความคิดและปัญญา (Cognitive Development)
๒.๓.๓ ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านสังคม (Psychosocial Development)
มีรายละเอียดของทฤษฎีพัฒนาการด้านต่างๆ ดังนี้

๒.๓.๑ ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจด้านเพศ (Psychosexual development theory)

Sigmund Freud เชื่อในความสำคัญของการพัฒนาการของพลังทางเพศ (sexuality) และกล่าวว่า พลังทางเพศของมนุษย์ จะพัฒนาไปตามลำดับของวัย ซึ่งถ้าพัฒนาการนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมก็จะทำให้มีบุคลิกภาพที่ปกติ แต่ถ้าเกิดการหยุดชะงัก (fixation) ในขั้นใดขั้นหนึ่งก็จะส่งผลต่อบุคลิกภาพ ทำให้เป็นโรคจิต โรคประสาทได้ Freud ได้แบ่งพัฒนาการของบุคลิกภาพเป็น ๕ ขั้น (ต้องรัก จิตรบรรเทา, ๒๕๖๐) ดังนี้

๑. ขั้นปาก (oral stage) แรกเกิด - ๑๘ เดือน ทารกจะได้รับความพอใจจากสัมผัสทางปาก เป็นสำคัญ เช่น ดูดนม ดูดนิ้ว ในขั้นนี้เด็กต้องพึ่งพาพ่อแม่เลี้ยงดู ดังนั้นการที่เด็กได้รับการเอาใจใส่และตอบสนองที่เหมาะสม เช่น เมื่อหิวก็ได้รับการดูแลและสัมผัสด้วยความรัก ก็จะทำให้เด็กเกิดพัฒนาการที่เหมาะสม มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเองและสภาพแวดล้อม ตลอดจนพัฒนาความรักของตนเอง ในทางตรงข้าม หากถูกปล่อยปละละเลยให้หิวเป็นเวลานานๆ ไม่ได้รับการเลี้ยงดู ขาดความรักความอบอุ่น จะทำให้เด็กพัฒนาความไม่ไว้วางใจ มีความรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับตนเองและสภาพแวดล้อม ทำให้เกิดการติดตรึงส่งผลต่อวัยผู้ใหญ่ทำให้มีปัญหาต่อบุคลิกภาพ เช่น การสูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากเกินไป ชอบรับประทานจุจิก ชอบกินหาว่าร้ายคนอื่น ชอบพูดจาเยาะเย้ยถากถาง ก้าวร้าว

๒. ขั้นทวารหนัก (anal stage) อายุ ๑-๓ ปี ความพอใจของเด็กจะอยู่ที่ทวารหนัก ช่วงนี้เด็กเริ่มเป็นตัวของตัวเองเริ่มพอใจกับความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ในขั้นนี้ หากพ่อแม่ฝึกหัดการขับถ่ายอย่างเหมาะสม เด็กจะพัฒนาอารมณ์ที่มั่นคง เชื่อในความสามารถของตน มีความอ่อนโยน ในทางตรงข้าม หากเด็กมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อพ่อแม่ จะทำให้เด็กรู้สึกไม่แน่ใจในความเป็นอิสระและความสามารถของตน จะทำให้เด็กเกิดการติดตรึงในพัฒนาการขั้นนี้ เช่น ถ้าเด็กพอใจกับการกลั้นอุจจาระ ไม่ยอมขับถ่าย เมื่อโตขึ้นก็อาจจะกลายเป็นคนมัธยัสถ์ ถ้าเด็กพอใจกับการขับถ่ายมากเกินไป ก็จะกลายเป็นคนสุรุ่ยสุร่าย ถ้าพ่อแม่บังคับและเข้มงวดในการขับถ่ายมาก เด็กก็จะกลายเป็นคนดื้อรั้น ถ้าพ่อแม่ควบคุมความสะอาดมากเกินไป เด็กก็จะกลายเป็นคนเจ้าระเบียบ จุกจิกจู้จี้ ถ้าพ่อแม่ปล่อยปละละเลยเรื่องความสะอาด เด็กก็จะกลายเป็นคนสกปรก และถ้าพ่อแม่เน้นการขับถ่ายตรงเวลา ไม่ยืดหยุ่น เด็กจะกลายเป็นคนเข้มงวดและไม่ยืดหยุ่น

๓. ขั้นเพศ (phallic stage) อายุ ๓ ขวบ ไปจน ๖ ขวบ เด็กจะเริ่มสนใจเพศของตนเอง และเพศตรงข้าม Freud มีความเชื่อว่า เด็กชายจะรักแม่ มีความรู้สึกอิจฉาและเป็นศัตรูกับพ่อส่วนเด็กหญิงจะรักพ่อ มีความรู้สึกอิจฉาและเป็นศัตรูกับแม่ ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า "ปมออดิปุส" (Oedipus complex) ในเด็กชาย และเรียก "ปมอิเล็กตรา" (Electra complex) ในเด็กผู้หญิงนอกจากเกิด "ปมออดิปุส" แล้วเด็กชายจะเกิดความวิตกกังวลกลัวถูกพ่อตัดอวัยวะเพศ ทำให้เรียนรู้อำนาจของพ่อที่มีเหนือเขา ความรู้สึกเป็นศัตรูกับพ่อจะหายไปจะหันมาเป็นมิตรและลอกเลียนแบบพ่อ รับเอาบทบาทเพศชายของพ่อมาไว้ในตนเอง ทำให้ "ปมออดิปุส" หายไป ส่วนเด็กหญิงนอกจากเกิด "ปมอิเล็กตรา" แล้ว ยังมีอิจฉาองคชาต (penis envy) ในเด็กชายจะรู้สึกด้อยต่ำที่ตนไม่มีองคชาต ต่อมาเรียนรู้ว่า แม่ก็ไม่มีองคชาต และมีอำนาจเหนือตน เด็กหญิงจึงหันมาเป็นพวกเดียวกับแม่ เลียนแบบแม่ รับเอาบทบาทเพศหญิงมาไว้ในตนเอง ทำให้ "ปมอิเล็กตรา" หายไป ในขั้นนี้ หากพัฒนาการทางบุคลิกภาพเป็นไปด้วยดี เมื่อโตขึ้นเด็กแสดงออกทางเพศได้เหมาะสม

กับตนเอง มีทัศนคติต่อเรื่องเพศในทางที่ดี ดังนั้น พ่อแม่ไม่ควรตำหนิหรือลงโทษลูกรุนแรง เมื่อลูกจำเป็นต้องอวัยวะเพศตนเอง ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการแสดงทางเพศให้แก่ลูก

๔. ขั้นแฝง (latency period) อายุ ๖-๑๒ ขวบ เด็กจะมีชีวิตสังคมนอกบ้าน คือ โรงเรียน ครู เพื่อน เด็กจะมีการจับกลุ่มเล่นกันตามเพศของตนเอง เช่น เด็กหญิงจะเล่นของเล่นที่เป็นเด็กหญิงและจับกลุ่มกับเด็กหญิง เช่นเดียวกับเด็กชายที่เล่นจับกลุ่มกันในเด็กชาย ซึ่งสอดคล้องกับเพศของตน

๕. ขั้นวัยรุ่น (genital stage) อายุ ๑๒ ปี ขึ้นไป เป็นช่วงเข้าสู่วัยรุ่น เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมาก มีแรงผลักดันตามสัญชาตญาณทางเพศ ทำให้เริ่มสนใจเพศตรงข้าม ขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกขัดแย้งต่อการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการมีอิสระอย่างผู้ใหญ่กับความรู้สึกต้องการพึ่งพา ต้องการคำแนะนำและความอบอุ่นจากพ่อแม่ วัยรุ่นที่พัฒนาบุคลิกภาพเป็นไปอย่างปกติ ไม่เกิดการติดตรึง ก็สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพศตรงข้ามและเพศเดียวกันอย่างมีความสุข มีครอบครัว และสามารถแสดงบทบาททางเพศได้อย่างเหมาะสม

๒.๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการด้านความคิดและปัญญา (Cognitive Development)

Piaget พบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านความคิดและการเรียนรู้ตามระยะต่างๆ (ทิมมพร หอสิริ, ๒๕๕๘) ดังนี้

ขั้นที่ ๑ ขั้นใช้ประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ (Sensorimotor stage) อยู่ในระยะแรกเกิด - ๒ ปี การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับเคลื่อนไหว เป็นลักษณะของปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) เช่น การดูด การมอง การไขว่คว้า พัฒนาการสำคัญของช่วงนี้คือ เด็กเริ่มมี “Object Permanence” เมื่ออายุ ๙ เดือน คือรับรู้ว่ามีวัตถุยังคงอยู่แม้ว่าวัตถุนั้นจะไม่อยู่ในสายตาเด็กแล้ว และพัฒนา “Symbolization” เมื่ออายุประมาณ ๑๘ เดือน คือสามารถใช้ภาษาแทนสิ่งของหรือประสบการณ์ได้

ขั้นที่ ๒ ขั้นเริ่มมีความคิดความเข้าใจ (pre-operational Stage) อยู่ในช่วงอายุ ๒-๗ ปี เด็กสามารถใช้ภาษาได้มากขึ้น รู้จักเล่นสมมุติ แต่ยังไม่เข้าใจภาษาอย่างสมบูรณ์ เด็กในระยะนี้มักคิดเฉพาะมุมของตนเอง (egocentric) และมีความคิดจินตนาการมาก

ขั้นที่ ๓ ขั้นใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operational stage) อยู่ในช่วงอายุ ๗-๑๑ ปี เด็กสามารถคิดเชิงเหตุและผลได้ดีมากขึ้น เข้าใจและยอมรับกฎเกณฑ์ทางสังคม และเข้าใจเหตุผลที่เกี่ยวข้องกันได้ พัฒนาความคิดเรื่องการจัดหมวดหมู่

ขั้นที่ ๔ ขั้นใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (formal operational stage) อยู่ในช่วงอายุ ๑๑-๑๕ ปี เป็นระยะที่เด็กจะพัฒนาความคิดเชิงนามธรรมและคิดอย่างเป็นระบบอย่างซับซ้อน เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ และสามารถใช้เหตุผลทั้งเชิง “Inductive” คือสามารถนำประสบการณ์หนึ่งไปปรับใช้กับสถานการณ์อื่นๆได้ และเหตุผลเชิง “Deductive” สามารถนำสิ่งที่เคยเรียนรู้จากหลายประสบการณ์มาปรับใช้ในสถานการณ์หนึ่งได้ ซึ่งการพัฒนาในระยะนี้จะพัฒนาเรื่อยไปจนถึงวัยรุ่น

๒.๓.๓ ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางสังคม (Psychosocial Development)

Erik Erickson มองว่าพัฒนาการทางจิตใจของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งในแต่ละขั้นของพัฒนาการจะมีจุดหมายที่ต้องพัฒนาจนบรรลุเพื่อก้าวไปสู่ขั้นต่อไปเป็นลำดับ โดยแบ่งออกเป็น ๘ ขั้น (ทิมมพร หอสิริ, ๒๕๕๘) ดังนี้

ขั้นที่ ๑ ไว้วางใจ และ ไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) คือช่วงแรกเกิด - ๑๘ เดือน เป็นระยะที่ผู้เลี้ยงดูหลักตอบสนองความต้องการของทารกทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

ทำให้ทารกเกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าตนเองมีคุณค่า หากผู้เลี้ยงดูไม่สามารถตอบสนองทารกได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ทอดทิ้ง ไม่ใส่ใจ ทารกจะเกิดความไม่ไว้วางใจ และอาจมีภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาอื่นๆได้ในอนาคต

ขั้นที่ ๒ ความเป็นอิสระกับความละอายและสงสัย (Autonomy vs Shame and doubt) อายุ ๑๘ เดือน ถึง ๓ ปี เด็กวัยนี้เริ่มทำอะไรด้วยตนเองและเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น หากผู้ใหญ่สนับสนุน เปิดโอกาสให้เด็กได้ลองทำอะไรต่างๆด้วยตนเอง เด็กจะรู้สึกมั่นใจและเป็นตัวของตัวเอง ขณะเดียวกัน หากผู้ใหญ่ไม่เข้าใจ ห้ามปรามไม่ให้เด็กแสดงออกทางด้านต่างๆ หรือปกป้องเด็กมากเกินไป ไม่ให้เด็กได้ลองทำอะไรต่างๆด้วยตนเอง เด็กจะรู้สึกสงสัยอาย และขาดความมั่นใจในตนเอง

ขั้นที่ ๓ ความคิดริเริ่ม กับ ความรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) อายุ ๓ ถึง ๕ ปี เด็กวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็น และทดลองทำอะไรต่างๆในชีวิตประจำวัน แต่ต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ของผู้ใหญ่ที่บ้านและโรงเรียน หากผู้ใหญ่ห้ามปรามอย่างมีเหตุผล เปิดโอกาสให้เด็กได้คิดและแสดงความคิดเห็น เด็กจะเรียนรู้ได้ดีขึ้น ยอมรับกฎเกณฑ์ได้ดี และยังมีความมั่นใจในตนเอง ขณะเดียวกัน หากผู้ใหญ่เข้มงวดมากเกินไป ไม่ให้เด็กแสดงความคิดเห็น จะทำให้เด็กรู้สึกผิด ไม่กล้าแสดงอารมณ์และความคิดเห็นของตน อาจแสดงออกมาในลักษณะต่อต้านก้าวร้าว

ขั้นที่ ๔ ความพากเพียร กับ ความมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) อายุ ๕ ถึง ๑๒ ปี เด็กวัยนี้มีความพยายาม อยากรู้อยากเรียนรู้อะไรๆ และฝึกฝนทักษะต่างๆ หากเด็กได้เรียนรู้อย่างเต็มที่ เด็กจะรู้สึกประสบความสำเร็จจากความมานะของตน และรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ หากมีอุปสรรคขัดขวางการเรียนรู้ของเด็ก อาจทำให้รู้สึกล้มเหลว ไม่มีความสามารถและด้อยค่า

ขั้นที่ ๕ เข้าใจอัตลักษณ์ของตนเอง กับ ไม่เข้าใจตนเอง (Identity vs Role confusion) เป็นช่วงอายุ ๑๒ ถึง ๑๘ ปี เป็นวัยที่แสวงหาอัตลักษณ์ของตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง มีบุคคลต้นแบบต้องการอิสระเสรี แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้ไม่เต็มที่ เมื่อวัยรุ่นได้แสดงออกและได้รับการยอมรับจากเพื่อน ผู้ปกครอง และคนรอบข้าง ทำให้เกิดความภูมิใจในเอกลักษณ์ของตน เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนให้เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในขั้นต่อไป ทั้งนี้หากวัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้วัยรุ่นรู้สึกสับสนในเอกลักษณ์ บทบาทของตนเอง อาจแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมหรือมีปัญหาจิตเวช

ขั้นที่ ๖ ความใกล้ชิดสนิทสนม กับ ความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว (Intimacy vs Isolation) เป็นช่วงอายุ ๑๘ ถึง ๔๐ ปี วัยนี้เลือกคบหาคนที่ที่มีลักษณะเข้ากันได้ เรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับผู้อื่น ต้องการมีชีวิตคู่และครอบครัวของตนเอง ทั้งนี้หากเกิดปัญหาในการปรับตัวและมีทัศนคติเชิงลบต่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น จะทำให้เกิดการแยกตัว ไม่สร้างความสนิทสนมกับใคร

ขั้นที่ ๗ ความเป็นส่วนรวม กับ ความคิดถึงแต่ตนเอง (Generativity vs Stagnation) ช่วงอายุ ๔๐ ถึง ๖๕ ปี วัยนี้พัฒนาศักยภาพตนเองจนมีความเชี่ยวชาญ มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และความพร้อมด้านอื่นๆ จึงอยากช่วยเหลือผู้อื่น มีส่วนร่วมในสังคม โดยใช้ความสามารถความเชี่ยวชาญของตนเอง ทั้งนี้หากคนวัยนี้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะรู้สึกด้อยความสามารถ หมกมุ่นอยู่กับตนเอง ไม่อยากทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคม

ขั้นที่ ๘ ความมั่นคงทางจิตใจ กับ ความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) เป็นช่วงอายุ ๖๕ ปี ถึง บั้นปลายชีวิต วัยนี้เป็นวัยผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ชีวิตด้านต่างๆอย่างสมบูรณ์ สามารถพิจารณาโลกตามสัจธรรม เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมด้วยใจสงบ ขณะเดียวกันหากมีปัญหาชีวิตที่ผ่านมา จะมีจิตใจเศร้าหมอง หดหู่ กังวลกับชีวิตที่เหลืออยู่

พัฒนาการทางจิตใจจะมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาเป็นลำดับขั้นดังทฤษฎีต่างๆ ข้างต้น ซึ่งหากบุคคลมีพัฒนาการด้านต่างๆ ตามวัยที่เหมาะสม จะเป็นผลให้พัฒนาการด้านถัดมาดีขึ้น โดยในแต่ละช่วงอายุจะบรรลุนิติภาวะของพัฒนาการเมื่อสิ้นสุดระยะนั้นๆ แต่ถ้าหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นในขั้นพัฒนาการใด อาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพเมื่อโตขึ้นได้ หรือเมื่อบุคคลเผชิญความเครียดหรือกังวล อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

๒.๓ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

๒.๓.๑ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning)

Ivan Pavlov (๑๘๔๙-๑๙๓๖) มีหลักการว่ามนุษย์และสัตว์เกิดมาพร้อมกับปฏิกิริยาสะท้อน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติ (unconditioning reflex) เช่น การดึงมือกลับเมื่อโดนเปลวไฟ

Pavlov ได้จัดสถานการณ์ทดลองเกี่ยวกับปฏิกิริยาสะท้อนที่เกิดจากการวางเงื่อนไข (conditioning reflex) โดยการนำสุนัขที่หิวอาหารเข้าไปในเครื่องทดลอง ยัดไว้ไม่ให้เคลื่อนที่ แล้วเจาะแก้มสุนัขบริเวณต่อมน้ำลายต่อกับสายยางที่เชื่อมกับเครื่องวัดปริมาณน้ำลาย พบว่าขณะที่สุนัขได้เห็นผงเนื้อซึ่งถือเป็นตัวกระตุ้นที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (unconditioning stimulus; UCS) จะมีน้ำลายไหล ซึ่งนับเป็นการตอบสนองที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (unconditioning response; UCR) แต่ในขณะเดียวกัน ถ้าสุนัขได้ยินเสียงกระดิ่งซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่มีการวางเงื่อนไข (conditioning stimulus; CS) พบว่าสุนัขมีน้ำลายไหล จากนั้นเมื่อสุนัขได้ยินเสียงกระดิ่งพร้อมกับให้ผงเนื้อหลายๆ ครั้ง พบว่าสุนัขมีน้ำลายไหล จนกระทั่งเมื่อลองสุนัขกระดิ่งเพียงอย่างเดียวโดยไม่ให้ผงเนื้อ ปรากฏว่าสุนัขมีน้ำลายไหล การที่สุนัขมีน้ำลายไหลจากการวางเงื่อนไข เรียกว่า การตอบสนองที่ถูกวางเงื่อนไข (conditioning response; CR) แสดงว่าสุนัขเกิดการเรียนรู้จากการถูกวางเงื่อนไข ซึ่งเรียกว่าการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก

สรุปว่ากระบวนการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข สิ่งสำคัญคือจะต้องให้ตัวกระตุ้นที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (UCS) และตัวกระตุ้นที่มีการวางเงื่อนไข (CS) อย่างกระชั้นชิด และทำซ้ำกัน จึงจะมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ถูกวางเงื่อนไขเกิดขึ้น

ทั้งนี้ ยังพบว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาในแนวทางของทฤษฎีการวางเงื่อนไข ดังนี้

- การแผ่ขยายของสิ่งเร้า (generalization) คือ การเรียนรู้สิ่งใหม่ที่มีลักษณะคล้ายกับสิ่งที่เคยเรียนรู้ เมื่อพบสิ่งเร้าที่คล้ายคลึงกันก็จะตอบสนองเช่นเดียวกัน จากการทดลองนี้ Pavlov ให้ลองเปลี่ยนระดับเสียงของกระดิ่งให้สูงต่ำแตกต่างกัน ปรากฏว่าสุนัขยังคงตอบสนองเช่นเดิม

- การจำแนกความแตกต่างของสิ่งเร้า (discrimination) คือ สามารถแยกแยะการตอบสนองอย่างหนึ่งต่อสิ่งเร้าที่แตกต่างกัน โดยทดลองใช้เสียงระฆังแทนเสียงกระดิ่ง แต่จะไม่ให้ผงเนื้อ พบว่าสุนัขสามารถแยกแยะและตอบสนองเฉพาะเสียงกระดิ่งเท่านั้น

- การหยุดทำพฤติกรรมหลังจากไม่ได้รับแรงเสริมหรือได้รับอย่างไม่สม่ำเสมอ (extinction) คือ เมื่อสุนัขได้ยินเสียงกระดิ่งโดยไม่ให้ผงเนื้อ การตอบสนองจะลดลงจนถึงไม่ตอบสนองอีก

- หลังจากหยุดตอบสนองไปแล้วระยะหนึ่ง ก็จะตอบสนองได้ใหม่ โดยไม่ต้องวางเงื่อนไข (spontaneous recovery) คือ เมื่อสุนัขหยุดทำพฤติกรรมหลังจากไม่ได้รับแรงเสริม หรือได้รับแต่ไม่สม่ำเสมอแล้ว (extinction) นำสุนัขไปพักไว้ ๒๔ ชั่วโมง แล้วทดลองต่อโดยไม่มีการวางเงื่อนไขใหม่ ปรากฏว่าสุนัขยังคงมีน้ำลายไหลเหมือนเดิมเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่ง

๒.๓.๒ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning)

Burrhus Frederic Skinner (๑๙๐๔-๑๙๙๐) ได้ทดลองการวางเงื่อนไขแบบการกระทำในห้องปฏิบัติการ โดยนำหนูที่หิวอาหารไปไว้ในกล่อง ซึ่งมีคันกดให้อาหารออกมา เมื่อใดที่หนูกดคันก็จะได้รับอาหาร Skinner พบว่า ถ้าต้องการให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือมีพฤติกรรมจะต้องมีการให้แรงเสริมซึ่งแบ่งเป็น ๒ ชนิด คือ

๑. การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) คือ การให้สิ่งเร้าที่ทำให้พึงพอใจแล้วมีพฤติกรรมตอบสนองเพิ่มขึ้น เช่น ทำความดีแล้วได้รับคำชมเชย

๒. การเสริมแรงทางลบ (negative reinforcement) คือ การให้แสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พอใจ เช่น มาเข้าเรียนเพราะต้องการหลีกเลี่ยงไม่ให้ครูดุ เป็นต้น นอกจากการเสริมแรงแล้วยังมีการวางเงื่อนไขโดยใช้การลงโทษซึ่งคือการให้สิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เพื่อหยุดพฤติกรรมนั้นๆ เช่น การลงโทษเมื่อทำความผิด แต่วิธีการลงโทษมักไม่นิยมนำมาใช้ เนื่องจากมักทำให้เกิดการตอบสนองในทางลบ เช่น เด็กที่ถูกลงโทษเพราะไม่ทำการบ้าน ก็จะทำให้ไม่ชอบการทำการบ้านไปเลย เนื่องจากการลงโทษถูกใช้เป็นเงื่อนไขให้เด็กต้องทำงานนั้นๆ หรือเด็กที่ถูกลงโทษด้วยการถูกพุดจาตุญกเมื่อทำความผิดก็จะเรียนรู้ว่าเขาสามารถทำเช่นนี้กับผู้อื่นได้

การวางเงื่อนไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีปัจจัยสำคัญที่ต้องพิจารณา คือ ต้องควบคุมแรงเสริมให้พอดี มีคุณค่าพอประมาณ ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เงื่อนไขที่ให้ต้องเฉพาะเจาะจง ชัดเจน ยึดหยุ่นสามารถต่อรองได้ และรางวัลหรือสิ่งเสริมแรงควรน่าสนใจและสำคัญต่อผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรม

๒.๓.๓ ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Learning theory)

อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, ๑๙๒๖) อธิบายว่าพฤติกรรมของมนุษย์มักเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับ ๓ ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) อาทิ ความคาดหวัง และความเชื่อร่วมกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Condition) และปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior Condition) ความสัมพันธ์ของทั้ง ๓ ส่วนนี้ส่งผลต่อความแตกต่างทางบุคลิกภาพ

นอกจากนี้ในทฤษฎียังอธิบายถึงกระบวนการเกิดการเรียนรู้มักเริ่มต้นจากการสังเกต (Observational Learning) เพื่อเก็บจำรายละเอียดจากตัวแบบ (Model) ในมิติต่างๆ ซึ่งบุคคลที่เป็นตัวแบบเป็นได้ทั้งบุคคลที่พบเจอได้ทั่วไป เช่น เพื่อน พี่ น้อง และตัวแบบที่สามารถสังเกตได้จากสื่อต่างๆ เช่น ดารา นักร้อง หรือแม้แต่ตัวแบบที่อยู่ในรูปแบบของสัญลักษณ์ ซึ่งการเรียนรู้ผ่านการสังเกต (Observational Learning) มี ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) คือการใส่ใจ ให้ความสนใจต่อตัวแบบที่บุคคลเกิดความรู้สึกประทับใจ มีความน่าดึงดูด เป็นตัวแบบที่มีลักษณะที่ไม่ซับซ้อนหรือยากต่อการเลียนแบบ

๒. กระบวนการจดจำ (Retention Process) เป็นการเก็บจำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และแปลงระบบข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบของสัญลักษณ์ การจัดระบบทางโครงสร้างเพื่อให้จดจำได้ง่ายขึ้น เช่น การจำในรูปแบบของภาพพจน์ในใจ (Visual Imagery) การเข้ารหัสด้วยคำพูดหรือถ้อยคำ (Verbal Coding) นอกจากนี้ความพร้อมของร่างกายและทักษะของผู้เรียนมีอิทธิพลต่อการจดจำด้วยเช่นกัน

๓. กระบวนการกระทำ (Production Process) การนำข้อมูลจากการกระบวนการจดจำซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของสัญลักษณ์เพื่อแปลงเป็นการกระทำ ความใกล้เคียงในการเลียนแบบจากตัวแบบเป็นผลมาจากความสามารถของกระบวนการทางปัญญา เช่น การจดจำรายละเอียดของบุคคล

๔. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) มีความสำคัญในการจูงใจให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ เช่น การได้รับแรงเสริมด้วยรางวัล ซึ่งแรงจูงใจในการเลียนแบบของพฤติกรรมจึงเกี่ยวข้องกับความคาดหวังในการได้รับแรงเสริมด้วยเช่นกัน

จากทฤษฎีข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าบุคคลสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านการถูกวางเงื่อนไข และการเสริมแรง ทั้งการเรียนรู้ผ่านตัวแบบทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อมตั้งแต่วัยเด็ก เช่น จะต้องเรียนเก่งจึงจะถูกชื่นชม เมื่อบุคคลได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมทั้งได้รับการวางเงื่อนไข และเสริมแรงทางบวก จะทำให้บุคคลคงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ขณะเดียวกันหากบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ถูกเลี้ยงดูด้วยผู้เลี้ยงดูที่มีลักษณะก้าวร้าว ใช้สารเสพติดเป็นประจำ บุคคลนั้นก็จะอาจจะเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ด้วยการมีพฤติกรรมก้าวร้าวและใช้สารเสพติดเช่นเดียวกับผู้เลี้ยงดู หากได้รับการเสริมแรง เช่น เพื่อนยอมรับเข้ากลุ่มเพราะมีพฤติกรรมดังกล่าว ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีปัญหาพฤติกรรม และอาจพัฒนาสู่การมีปัญหาสุขาภพจิตหรือบุคลิกภาพผิดปกติต่อไป

๒.๔ ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

๒.๔.๑ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, ๑๘๕๖-๑๙๓๙) ได้นำเสนอทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดยให้ความสำคัญกับแรงขับพื้นฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องเพศ โดยแรงขับนี้จะส่งผ่านมาทางกระบวนการจิตใต้สำนึก ซึ่งแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ในที่นี้จะกล่าวถึงประเด็นหลักๆ ของทฤษฎีจิตวิเคราะห์เพื่อให้มีความเข้าใจเบื้องต้นเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๘)

ระดับการรับรู้ของจิตใจ

ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์จิตใจของคนเราสามารถแบ่งตามระดับการรับรู้ออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

๑. จิตสำนึก (the conscious) เป็นส่วนของจิตใจที่คนเรารู้สึกนึกคิดอยู่ในแต่ละขณะ
๒. จิตก่อนสำนึก (the preconscious) เป็นส่วนของจิตใจที่ตามปกติแล้วเราไม่ได้ตระหนักถึง แต่หากใช้ความตั้งใจก็จะขึ้นมาสู่จิตสำนึกได้ เช่น การพยายามนึกถึงเหตุการณ์บางอย่างในอดีต
๓. จิตไร้สำนึก (the unconscious) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ตามปกติไม่อาจขึ้นมาในระดับจิตสำนึกได้ อาจแสดงออกมาในความฝัน หรือแสดงเป็นอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจะเบี่ยงเบนไปจากความคิดหรือความต้องการดั้งเดิม

กระบวนการคิด

กระบวนการคิดของคนเราแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ

๑. **Primary process** เป็นกระบวนการคิดในระดับจิตไร้สำนึก วิธีคิดเหมือนเด็กๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล สิ่งที่คิดไม่ขึ้นกับเรื่องของเวลาหรือสถานที่ สิ่งที่ต้องการคือความสุข ความสมหวัง ซึ่งหากต้องการได้รับการตอบสนองทันทีจึงจะพอใจ โดยไม่คำนึงว่าผลตามมาเป็นอย่างไร (pleasure principle)

๒. **Secondary process** เป็นกระบวนการคิดที่เราคุ้นเคยและใช้กันในระดับจิตสำนึก และจิตก่อนสำนึกมีกระบวนการคิดเช่นนี้ เป็นความคิดที่ยึดเหตุผล มองสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง (reality principle)

โครงสร้างของจิตใจ ออกเป็น ๓ ส่วนตามหน้าที่ ได้แก่

๑. Id ส่วนที่อยู่ในจิตใต้สำนึก เป็นแรงขับเคลื่อนเดิมของมนุษย์ ซึ่งทำให้มนุษย์ทำทุกอย่างเพื่อความพึงพอใจของตนเองหรือทำตามหลักของความพอใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น

- สัญชาตญาณแห่งการมีชีวิต (Life instinct) เช่น ความต้องการอาหาร ความต้องการหลีกเลี่ยงอันตราย

- สัญชาตญาณแห่งความตาย (Death instinct) เช่น ความก้าวร้าว หรือการทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

๒. Ego หมายถึง ส่วนที่ควบคุมพฤติกรรมที่เกิดจากความต้องการของ Id โดยอาศัยกฎเกณฑ์ทางสังคม และหลักแห่งความจริงมาช่วยในการตัดสินใจ ไม่แสดงออกตามความพอใจของตนเองแต่เพียงอย่างเดียว แต่แสดงออกอย่างมีเหตุผลด้วย

๓. Superego หมายถึงจิตส่วนที่ได้รับการพัฒนาจากประสบการณ์ การอบรมสั่งสอน โดยอาศัยหลักของศีลธรรมจรรยา ขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมต่างๆ จะเป็นตัวบังคับและควบคุมความคิดให้แสดงออกตามขอบเขตที่สังคมวางไว้ แต่บางครั้งอาจไม่เหมาะสม เช่น เมื่อถูกยุงกัดเต็มแขนขา ก็ไม่ยอมตบยุง เพราะกลัวบาป

พัฒนาการทางบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะขั้นวัยทารก วัยเด็ก และวัยรุ่น ระบบ ทั้ง ๓ ของบุคลิกภาพ คือ Id, Ego และ Superego จะทำงานประสานกันดีขึ้น เนื่องจากเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือโลกภายนอกมากขึ้น ยิ่งโตขึ้น Ego ก็ยิ่งแข็งแกร่งขึ้น และสามารถที่จะควบคุม Id ได้มากขึ้น

กลไกทางจิต (defense mechanism)

กลไกทางจิตเป็นความพยายามปรับตัวของ ego เพื่อประนีประนอมการแสดงออกของแรงผลักดันที่เกิดภายในจิตใต้สำนึก บุคคลที่ใช้กลไกเหล่านี้จะไม่รู้ตัว จุดประสงค์ของการใช้กลไกนี้ เพื่อลดความกังวล ปกป้อง ego และเก็บกด (repression) ความขัดแย้งระหว่าง id, ego และ superego ที่กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรงลงไป เพื่อให้เกิดความสมดุลในจิตใจ

กลไกทางจิตมีหลายประเภท ได้แก่

๑. การเก็บกด (Repression) หมายถึง การเก็บกดความรู้สึกไม่สบายใจหรือความรู้สึกผิดหวังความคับข้องใจไว้ในจิตใต้สำนึก

๒. การป้ายความผิดให้แก่ผู้อื่น (Projection) หมายถึง การลดความวิตกกังวล การป้ายความผิดให้แก่ผู้อื่น

๓. การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) หมายถึง การปรับตัวโดยการหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง โดยให้คำอธิบายที่เป็นที่ยอมรับสำหรับคนอื่น

๔. การถดถอย (Regression) หมายถึง การหนีกลับไปอยู่ในสภาพอดีตที่เคยทำให้ตนมีความสุข

๕. การแสดงปฏิกิริยาตรงข้ามกับความปรารถนาที่แท้จริง (Reaction Formation) หมายถึง กลไกป้องกันตน โดยการทุ่มเทในการแสดงพฤติกรรมตรงข้ามกับความรู้สึกของตนเอง ที่เป็นสิ่งที่สังคมอาจจะไม่ยอมรับ

๖. การสร้างวิมานในอากาศหรือการฝันกลางวัน (Fantasy หรือ Day dreaming) กลไกป้องกันตัวประเภทนี้เป็นการสร้างจินตนาการหรือมโนภาพเกี่ยวกับสิ่งที่ตนมีความต้องการ แต่เป็นไปไม่ได้

๗. การแยกตัว (Isolation) หมายถึง การแยกตนให้พ้นจากสถานการณ์ที่นำความคับข้องใจมาให้ โดยการแยกตนออกไปอยู่ตามลำพัง

๘. การหาสิ่งมาแทนที่ (Displacement) เป็นการระบายอารมณ์โกรธหรือคับข้องใจต่อคนหรือสิ่งของที่ไม่ได้เป็นต้นเหตุของความคับข้องใจ

๙. การเลียนแบบ (Identification) หมายถึง การปรับตัวโดยการเลียนแบบบุคคลที่ตนนิยมยกย่อง

การที่บุคคลใช้กลไกทางจิตเป็นสิ่งที่ปกติ เป็นการปรับตัวของ ego เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่าง id, ego และ superego เพื่อลดความกังวล แต่หากใช้กลไกทางจิตใดซ้ำๆ โดยไม่ยืดหยุ่นตามสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ หรือไม่เหมาะสมกับวัยบ่อยๆ มักทำให้บุคคลเกิดพยาธิสภาพทางจิตตามมา หรือเกิดบุคลิกภาพผิดปกติขึ้น

โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น

๑. กลุ่มความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

องค์การอนามัยโลก ให้คำนิยามไว้ว่า ภาวะติดสารเสพติดคือ ภาวะผิดปกติทางด้านพฤติกรรม สติปัญญา ความคิดอ่าน และระบบสรีระร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติดซ้ำๆ ผู้ป่วยที่ติด ยาเสพติด หรือติดสารเสพติดจะมีอาการต้องการยาหรือสารนั้นอย่างรุนแรงจนไม่สามารถควบคุม ความต้องการ ทั้งในด้านปริมาณและความถี่ในการใช้งานได้ทั้งยังมีความต้องการใช้สารเสพติดในปริมาณ ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แม้จะรู้แกล้วว่า ยาหรือสารนั้นเป็นอันตรายต่อร่างกาย และเมื่อหยุดใช้สารเสพติดนั้น จะก่อให้เกิดอาการขาดยา

รัตน สยพานิษฐ์ และชัชวาล ศิลปะกิจ (๒๕๕๕) ได้แบ่งความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดไว้ ดังนี้

- ๑) โรคการใช้สารเสพติด (Substance use disorder)
- ๒) Substance -induced disorders

๑) Substance use disorder

สาเหตุของโรค

- ๑) ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม สารเคมีในสมอง และพื้นฐานทางอารมณ์หรือบุคลิกภาพ
- ๒) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาในครอบครัว โรงเรียน หรือค่านิยมทางสังคม การชักชวนจากกลุ่มเพื่อน
- ๓) ปัจจัยด้านการเรียนรู้ คือ ผลของการใช้ยาทำให้รู้สึกดีจากความเครียดหรืออารมณ์เชิงลบ ซึ่งเป็นการเสริมแรงทำให้ใช้สารนั้นเพิ่มขึ้น

เกณฑ์วินิจฉัย ตาม DSM-๕ คือ ผู้ป่วยมีรูปแบบการใช้สารที่ทำให้เกิดความเสียหายในระยะเวลา ๑๒ เดือน อย่างน้อย ๒ อาการ จากอาการดังต่อไปนี้

- ใช้สารนั้นจำนวนมากว่าที่ตั้งใจไว้
- มีความต้องการอย่างมาก/พยายามเลิกแต่ไม่สำเร็จ
- มีความพยายามอย่างมากเพื่อให้ได้สารนั้นมาเสพ
- มีความอยากใช้สารอย่างมาก
- มีการใช้สารจนกระทบหน้าที่สำคัญ
- ใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้จะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ
- กิจกรรมสำคัญถูกยกเลิก เนื่องจากการใช้สาร
- ใช้สารนั้นซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่อันตรายต่อสุขภาพ
- มีการใช้สารนั้นซ้ำๆ แม้จะมีปัญหาสุขภาพจากสารนั้น
- มีการติดยา คือ ต้องการใช้สารนั้นอย่างมากเพื่อให้ผลเท่าเดิม หรือผลของสารลดลงอย่างมาก แม้จะใช้เท่าเดิม
- มีอาการขาดยา คือ ใช้สารนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดยา

๒) Substance -induced disorders

คือ การเสพยาจนทำให้มีอาการทางจิตเวช ซึ่งอาการจะแตกต่างตามสารที่เสพ ทั้งนี้ อาการจะต้องเกิดขึ้นภายใน ๑ เดือนของการใช้สารหรือหยุด/ลดการใช้สารนั้นๆ และต้องไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ

โดยในบทนี้จะกล่าวถึงความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากกลุ่มสารกระตุ้นประสาท (amphetamine) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-๕ มีรายละเอียดดังนี้

(๒.๑) Amphetamine Intoxication

ลักษณะอาการ ตาม DSM-๕

A. เพิ่งมีการใช้แอมเฟตามีนหรือสารในกลุ่มแอมเฟตามีน หรือโคเคน

B. มีพฤติกรรม หรือสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงอย่างไม่เหมาะสม อย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ เช่น อารมณ์ครั่นคร้างหรือเฉยเมย ตื่นตัวอย่างมาก รู้สึกไวในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กังวล ตึงเครียด หรือ โกรธ พฤติกรรมซ้ำ ๆ ตัดสินใจไม่เหมาะสม เสียการเข้าสังคมหรือการทำงาน) เกิดในระหว่าง หรือหลังจากใช้ไม่นาน

C. มีอาการต่อไปนี้สองข้อ (หรือมากกว่า) ในระหว่าง หรือทันทีหลังจากใช้สาร

๑. หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นช้า

๒. ม่านตาขยาย

๓. ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต่ำลง

๔. เหงื่อแตกหรือหนาวสั่น

๕. คลื่นไส้หรืออาเจียน

๖. มีหลักฐานว่า น้ำหนักตัวลด

๗. ภาวะกายใจไม่สงบหรือเซื่องซึม

๘. กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจช้าหรือน้อย เจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๙. สับสน ชัก เคลื่อนไหวผิดปกติ กล้ามเนื้อเกร็ง หรือโคม่า

D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่น

การรักษา รักษาตามอาการ ให้สารน้ำป้องกันภาวะขาดสารอาหาร จัดให้อยู่ในที่สงบ ระวังการชัก โคเคนเป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดอาการชักได้มากที่สุด และแพทย์พิจารณาให้ยาตามอาการ

(๒.๒) Amphetamine Withdrawal

ลักษณะอาการ ตาม DSM-๕

A. มีการหยุด (หรือลดการใช้) แอมเฟตามีนหรือสารในกลุ่มแอมเฟตามีน หรือโคเคนหลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน

B. มีอาการต่อไปนี้สองข้อ หรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวันหลังจากเกณฑ์ในข้อ A. ได้แก่ อ่อนเพลีย/ มีฝันไม่ดี ที่เหมือนจริงมาก (Vivid dream)/ นอนไม่หลับหรือหลับมาก/ เจริญอาหารมากขึ้น/ ภาวะกายใจไม่สงบหรือเซื่องซึม

C. อาการตามเกณฑ์ B ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการไม่ได้เกิดจากผลของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่าการรักษา

การรักษา รักษาตามอาการ จัดให้อยู่ในที่สงบ และแพทย์พิจารณาให้ยารักษาตามอาการ เนื่องจากไม่มียาเฉพาะสำหรับอาการถอนสารกระตุ้นประสาท

(๒.๓) Amphetamine Induced Psychotic Disorder แพทย์อาจวินิจฉัยด้วยโรคดังกล่าว แทนการวินิจฉัย amphetamine intoxication หรือ amphetamine withdrawal เมื่อผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ มากกว่าที่จะเป็นกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะ intoxication หรือ withdrawal และเมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงมากพอจนทำให้ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ (มันทนา กิตติพิรัช, ๒๕๖๐)

ลักษณะอาการ ตาม DSM-๕

A. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด

หมายเหตุ : ไม่รวมถึงอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการของตนเป็นผลจากแอมเฟตามีน

B. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ ดังข้อ ๑ หรือ ๒

(๑) อาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดที่เด่นชัดเกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีแอมเฟตามีน intoxication หรือ withdrawal

(๒) การใช้แอมเฟตามีนเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความคิดปกติดังกล่าว

C. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอมเฟตามีน อาจได้แก่มีอาการก่อนการใช้แอมเฟตามีน อาการ ยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน (เช่น เป็นเดือน) หลังจาก หมดภาวะ Intoxication หรือมีอาการมากกว่า ที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะ เวลาที่ใช้แอมเฟตามีน หรือมีหลักฐานอื่นที่ชี้แนะว่า มีโรคจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้แอมเฟตามีน (เช่น มีประวัติ ของช่วงที่มีอาการโดยไม่สัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีน อยู่เป็นระยะๆ)

D. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของ delirium

การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต (Managing Psychosis)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๙) ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการโรคจิตว่า สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ที่มีอาการโรคจิตคือ การสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย หลังจากนั้นพยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมินแม้ว่าอาการโรคจิตจากสารกระตุ้นประสาทมักเกิดในระยะสั้น และดีขึ้นภายในเวลาไม่กี่วันหลังหยุดเสพ มีการขับสารออกจากร่างกายและผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ และในบางรายอาจจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยา

- การให้ยาต้านโรคจิตชนิดรับประทาน เช่น Haloperidol, Risperidone, Olanzapine ยาBenzodiazepines ชนิดรับประทาน

- กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว พิจารณาให้ยาด้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

- การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้

- อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยา และสารเสพติดขับออกจากร่างกายแล้วผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

๒.๑ โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD)

สาเหตุของสมาธิสั้น

๑. ปัจจัยทางพันธุกรรม ในส่วนของยีนที่ควบคุมการทำงานของ neurotransmitter ซึ่งมีอัตราการถ่ายทอดทางพันธุกรรมสูงถึงร้อยละ ๗๕

๒. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพัฒนาการของสมอง เช่น การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และปัจจัยจากการเลี้ยงดู เช่น ขาดการฝึกระเบียบวินัย การปล่อยให้เด็กให้เด็กดูทีวี/โทรศัพท์มือถือ

๓. ปัจจัยด้านประสาทวิทยา เป็นภาวะที่เกิดจากสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมสมาธิและพฤติกรรมมีการทำงานลดลง

อาการโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วยกลุ่มอาการหลัก ๓ ด้าน คือ

๑. พฤติกรรมซุกซนไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา ต้องหาอะไรทำ เหมือนเด็กที่ติดเครื่องตลอดเวลา พุดมาก พุดเก่ง ชอบเล่นหรือทำเสียงดังๆ เล่นกับเพื่อนแรงๆ เด็กกลุ่มนี้จะรู้จักกันในชื่อว่า “เด็กไฮเปอร์”

๒. พฤติกรรมขาดสมาธิ (Inattention) วอกแวกง่าย เหม่อลอย จดจ่ออะไรนานๆไม่ได้ ซี้ลึม เบื่อง่าย ไม่ค่อยรอบคอบ ทำงานไม่เสร็จตามเวลา ไม่ชอบทำงานที่ต้องอาศัยสมาธิ หรือความพยายาม

๓. พฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจตนเอง (Impulsive) โดยมีอาการใจร้อน วู่วาม หุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวังในการทำสิ่งต่างๆ พุดโพล่งแบบคิดอะไรก็พุดออกมาเลย พุดแทรก ขัดจังหวะขณะที่ผู้อื่นกำลังพุดอยู่ รอคอยอะไรไม่ค่อยได้

ทั้งนี้เด็กบางคนอาจมีอาการเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือมีทั้ง ๓ กลุ่มอาการร่วมกันก็ได้

โดยเด็กมีอาการตั้งแต่ ๒ สถานที่ขึ้นไป เช่น มีอาการที่บ้าน มีอาการที่โรงเรียน ฯลฯ และอาการเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของเด็ก (dysfunction) เช่น ส่งผลต่อการเรียน ส่งผลต่อการเข้าสังคม ฯลฯ ทั้งไม่ได้เกิดจากปัญหาการเลี้ยงดู คุณภาพการศึกษา สื่อต่างๆ (สมาธิสั้นเทียม)

การบำบัดรักษา

๑. การรักษาด้วยยา ยาทุกชนิดควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณาในการสั่งใช้ และติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เด็กแต่ละรายอาจมีอาการและการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกัน ยาที่สามารถใช้ในการรักษาสมาธิสั้นมีหลายกลุ่ม เช่น ยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้นและให้ผลในการรักษาดีที่สุดในคนส่วนใหญ่ ยากลุ่มนี้มี ๒ รูปแบบ คือ ๑. แบบออกฤทธิ์สั้น (Immediate release methylphenidate) ออกฤทธิ์ครั้งละประมาณ ๓-๕ ชั่วโมง และ ๒. แบบออกฤทธิ์ยาว (Extended release methylphenidate) ออกฤทธิ์ครั้งละ ๖-๘ ชั่วโมง

๒. การปรับพฤติกรรม เจ้าหน้าที่ต้องมีความตั้งใจที่จะร่วมมือกันปรับพฤติกรรมเด็ก ไม่ปล่อยให้เด็กเป็นหน้าที่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น โดยหลักการปรับพฤติกรรมในเบื้องต้นเพื่อช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น หรือช่วยให้เด็กสมาธิสั้นเทียมหายจากการมีอาการคล้ายสมาธิสั้น มีดังนี้

๒.๑ ใช้การสื่อสารที่สั้น กระชับ ตรงไปตรงมา เวลาที่ต้องการพุดหรือออกคำสั่ง ควรให้เด็กหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ มองหน้าสบตาเจ้าหน้าที่ และให้ทวนสิ่งที่พ่อแม่พุดหรือสั่ง เพื่อเช็กว่าเด็กรับฟังได้ครบและเข้าใจถูกต้อง

๒.๒ ทำตารางเวลาที่ชัดเจน ให้กับเด็กว่าเวลาไหนต้องทำอะไรบ้าง และติดไว้ในที่ที่เด็กเห็นได้ชัด เพื่อให้เด็กดูได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่คอยเตือนซ้ำในทุกๆวัน เป็นการฝึกให้เห็นความสำคัญของเวลาและรู้จักวางแผนแบ่งเวลา โดยผู้ปกครองจะต้องคอยกำกับดูแลในช่วงแรกจนเด็กคุ้นเคยและปฏิบัติจนเป็นนิสัย

๒.๓ ในเด็กที่พลังงานเยอะ ควรหากิจกรรมให้เด็กได้ทำในแต่ละวัน เช่น เล่นกีฬา เพื่อให้มีการใช้พลังงานในทางที่สร้างสรรค์และเหมาะสม

๒.๔ ขึ้นชมในสิ่งที่เด็กทำได้ดี อาจมีการใช้ตารางสะสมดาวเพื่อกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดี หากต้องมีการลงโทษ ควรใช้การจำกัดสิทธิ เช่น ลดค่าขนม ลดเวลาในการเล่นเกม

๒.๕ เจ้าหน้าที่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กในเรื่องของความมีระเบียบวินัย การรู้จักอดทนรอคอย

๓. การช่วยเหลือทางสังคม สำหรับการจัดการในห้องเรียนที่นำมาใช้ในการดูแลเด็ก

๑. จัดให้เด็กได้นั่งแถวหน้าสุด ช่วงตรงกลาง ใกล้กับกระดานและตำแหน่งของคุณครู

๒. กระตุ้นให้เด็กตอบคำถามเป็นระยะๆ หรือมอบหมายงานที่ใช้การลูกจากที่ให้เป็นประโยชน์ เช่น เดินแจกเอกสารให้เพื่อนๆ หรือเก็บสมุดจากเพื่อนๆ เป็นต้น

๓. ก่อนเริ่มสอนให้สังเกตว่าเด็กอยู่ในภาวะพร้อม คือ มีสมาธิที่จะฟังครูพูดหรือไม่

๔. ใช้คำพูดหรือการออกคำสั่งที่สั้น กระชับ ได้ใจความชัดเจน

๕. หากเด็กกำลังเหม่อ วอกแวก ควรเรียกและตะแคงตัวอย่างนุ่มนวล เพื่อให้เด็กรู้สึกตัว และหันมาสนใจก่อนที่จะสื่อสารกับเด็ก

๖. คุณครูควรเข้าไปหาเด็ก และใช้การกระทำประกอบไปด้วย เพราะการบอกหรืออธิบายเพียงอย่างเดียว เด็กอาจไม่ฟังหรือไม่ทำตาม

๗. ให้คำชมมากกว่าการตำหนิ หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณาม หรือทำโทษด้วยความรุนแรง ซึ่งจะ让孩子เกิดความอับอาย

๘. การสอนด้านวิชาการ ควรใช้คำอธิบายสั้นๆ ประกอบการสาธิตตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรมจะช่วยให้เด็กเข้าใจง่ายขึ้น

๙. แบ่งงานออกเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ให้เด็กสามารถทำเสร็จได้ในระยะเวลาอันสั้น เด็กจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้สำเร็จ มีกำลังใจในการทำงานต่อ และยังช่วยฝึกให้เด็กรู้จักการวางแผนล่วงหน้าด้วย

๑๐. ใช้กิจกรรมที่เด็กชอบและสนใจ เช่น ศิลปะและดนตรี ในการช่วยส่งเสริมเรื่องสมาธิ

๑๑. ให้เด็กมีโอกาสได้ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กได้ปลดปล่อยพลังงานของตนเองที่มีอยู่ ทำให้เด็กรู้สึกผ่อนคลายและใช้สมาธิได้ดีขึ้น

๒.๒ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability: ID)

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability: ID) หรือ intellectual developmental disorder) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาพร้อมกับมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตน (adaptive functioning) ที่ควรจะได้ตามเพศ อายุ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน

สาเหตุ

๑. พันธุกรรม ในผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสปัญญาบกพร่องรุนแรงจะพบสาเหตุทางพันธุกรรมได้ถึงร้อยละ ๒๐ โรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ Down syndrome, fragile X syndrome, tuberous sclerosis, neurofibromatosis, phenylketonuria และโรคในกลุ่ม inborn error of metabolism อื่น เป็นต้น

๒. ภาวะแทรกซ้อนในระยะ prenatal และ perinatal พบได้ร้อยละ ๒๓ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสต่างๆ มารดาเสพยาเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้เกิด fetal alcohol syndrome และ am-phentermine เป็นต้น การได้รับสารพิษ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด และภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิด

๓. สาเหตุที่เกิดขึ้นภายหลัง พบได้ร้อยละ ๘ สาเหตุในกลุ่มนี้ ได้แก่ การติดเชื้อ เช่น encephalitis, meningitis การบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้องอกในสมอง และผลกระทบจากการรักษา เช่น เคมีบำบัด การฉายรังสี ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง และการขาดสารอาหารบางชนิด การได้รับพิษจากสารบางอย่าง เช่น ตะกั่ว ปวดทรมานเป็นโรคบางอย่าง เช่น hypothyroidism และ seizure disorder และรวมถึงการขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม หรือ psychosocial deprivation ด้วย

๔. ความผิดปกติของสมองที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน พบได้ร้อยละ ๘ โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ neural tube defect และ Cornelia de Lange เป็นต้น

๕. ไม่ทราบสาเหตุ พบได้ร้อยละ ๒๕

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-๕

๑. มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา โดยมีระดับเชาว์ปัญญา (intelligence quotient, IQ) ต่ำกว่า ๗๐ ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการประเมินทางคลินิกร่วมด้วยในการแปลผลระดับ IQ

๒. มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตน (adaptive functioning) หมายถึง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการสิ่งต่างๆในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัย (personal independence) หรือการมีความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) ตามที่ควรจะได้ในระดับพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกันความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตนนี้อาจจะเป็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งใน ๓ ด้าน ต่อไปนี้

- Conceptual (academic) domain เกี่ยวกับความสามารถในการคิด วางแผน เข้าใจแนวคิดที่ซับซ้อน ความจำ ภาษา การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจในสถานการณ์ใหม่ๆ

- Social domain เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่น การรับรู้ความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ของผู้อื่น การเอาใจเขามาใส่ใจเรา ทักษะในการสื่อสาร และสร้างความสัมพันธ์

- Practical domain เกี่ยวกับการจัดการตนเองในหลายๆ ด้านของชีวิต เช่น การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่องาน การจัดการเรื่องเงิน การควบคุมพฤติกรรม และการจัดการกับงานที่ได้รับ เป็นต้น

๓. ความบกพร่องทางปัญญาและการทำหน้าที่ของตนนี้ เกิดในช่วงวัยเด็กวัยรุ่น

ระดับความรุนแรงและลักษณะอาการทางคลินิก

๑. ภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญาเล็กน้อย (Mild ID) ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ใกล้เคียงกับเด็กในวัยเดียวกัน ยกเว้นงานที่มีความซับซ้อนมักต้องการการช่วยเหลือมากกว่าเพื่อน เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ สามารถฝึกให้พัฒนาทักษะทางสังคมและอาชีพเพียงพอ สามารถทำงานที่ไม่อาศัยทักษะทางความคิด

มากนัก แต่อาจต้องการการช่วยเหลือในบางเรื่อง เช่น การเดินทาง การจัดงานเรื่องเงิน เด็กกลุ่มนี้มักไม่พบโรคทางกายหรือทางสมองที่เป็นสาเหตุ

๒. ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาปานกลาง (Moderate ID) จะมีพัฒนาการทางภาษาและทักษะอื่นๆ ล่าช้ากว่าเพื่อนในวัยเดียวกันตั้งแต่ก่อนวัยเรียน ด้าน social อาจจะมีเพื่อนหรือคนรักในวัยผู้ใหญ่ได้ แต่การรับรู้และแปลความหมายจาก social cue อาจไม่ถูกต้องจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือในด้านสังคมและทักษะการสื่อสารอย่างมาก สามารถฝึกหัดให้ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ส่วนใหญ่ยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถฝึกทางอาชีพจนทำงานที่ไม่ต้องอาศัยทักษะได้ แต่ยังต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานหรือคนอื่นๆ อย่างมาก

๓. ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาระดับรุนแรง (Severe ID) ความจำกัดด้านภาษารวมถึงแนวคิดหลายอย่างมาก สามารถฝึกหัดให้ช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐาน ทำงานง่ายๆ ผู้ป่วยต้องการการดูแลทุกด้านอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและตลอดชีวิต

๔. ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาระดับรุนแรงมาก (Profound ID) มีพัฒนาการทุกด้านล่าช้าอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่วัยทารกอาจเข้าใจคำสั่งหรือทำทางง่ายๆ ได้ สามารถแสดงอารมณ์และความต้องการของตนเองได้ผ่านสีหน้า ท่าทาง ต้องอาศัยการฝึกอย่างมากให้ช่วยเหลือตนเองหรือสื่อสารความต้องการได้ แต่ต้องการการดูแลตลอดเวลา มักมีอายุขัยประมาณ ๒๐ ปี

การรักษา

หลักการพื้นฐานคือการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมให้ใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุด

๑. การรักษาโรคทางกายที่เป็นสาเหตุโดยเฉพาะโรคที่สามารถรักษาได้ เช่น hypothyroidism, phenylketonuria และ hydrocephalus เป็นต้น

๒. การรักษาโรคทางกายที่มักพบร่วมด้วย เช่น การรักษา hypothyroid-dims ในผู้ป่วย Down syndrome และการรักษาโรชัก (seizure disorder) ซึ่งพบได้ร้อยละ ๑๕ - ๓๐ ของผู้ป่วย severe ID เป็นต้น

๓. การกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยแรก (early intervention) การฝึกการดูแลตนเอง การเข้าสังคมการช่วยเหลือด้านการศึกษา การจัดทำแผนการศึกษารายบุคคล (Individual Educational Program, IEP) การฝึกและกระตุ้นทักษะต่างๆ ที่เป็นจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งในผู้ป่วย รวมทั้งการฝึกอาชีพตามความเหมาะสม

๔. การรักษาโรคทางจิตเวชหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ใช้หลักการเหมือนการรักษาผู้ป่วยที่มีสติปัญญาปกติ แต่การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัดหรือพฤติกรรมบำบัด ต้องปรับให้เหมาะสมกับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาและการสื่อความหมายของผู้ป่วย ส่วนการรักษาด้วยยาเริ่มต้นในขนาดต่ำและค่อยๆ เพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ พึงระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มยารักษาโรคจิตและอาการ disinhibition, irritability จากการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine

๕. เสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง สำหรับผู้ป่วย ID ระดับไม่รุนแรงแพทย์อาจช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับขีดจำกัดของตนเองและจุดแข็งของตนเอง อาจมีกิจกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดี ซึ่งช่วยก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง

๖. การให้การปรึกษารอบครัว ในระยะแรกควรให้ข้อมูลในเรื่องสาเหตุแนวทางการดูแลรักษาการพยากรณ์โรค และให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ ในวัยเรียนควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเรียน

การฝึกอาชีพ และการปรับพฤติกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรที่สามารถให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือในด้านต่างๆ รวมถึงช่วยเหลือจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัวด้วย

๗. การออกหนังสือรับรองความพิการตาม พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔

๒.๓. โรคบกพร่องด้านการเรียน (specific learning disorder)

โรคในกลุ่มนี้บกพร่องด้านการเรียน (specific learning disorder) นี้ประกอบด้วย

- โรคบกพร่องด้านการอ่าน (Specific learning disorder with impairment in reading)
- โรคบกพร่องด้านการเขียน (Specific learning disorder with impairment in written expression)
- โรคบกพร่องด้านคณิตศาสตร์ (Specific learning disorder with impairment in mathematics)

สาเหตุ

๑. ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่าร้อยละ ๕๐ ของเด็กที่พ่อแม่เป็นโรคนี้ และร้อยละ ๕๐ ของเด็กที่มีพี่น้องเป็นโรคนี้มีโอกาสเป็นโรค โดยปัจจัยด้านพันธุกรรมมีผลร้อยละ ๖๙ - ๘๗ ในการเกิดโรค ที่เหลืออีกร้อยละ ๑๓ - ๓๐ เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชื่อว่าสารพันธุกรรมที่ผิดปกติเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ neuronal migration และ axon growth

๒. ปัจจัยด้านระบบประสาท พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของสมองส่วนซึ่งทำหน้าที่ในการมองภาพอักษร และนำไปสัมพันธ์กับส่วนที่ทำหน้าที่ในการออกเสียง

๓. ปัจจัยทางการรู้คิด (cognition) สมมุติฐานที่ได้รับความนิยมเชื่อถือมากที่สุดคือ phonological theory ซึ่งมองว่าการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้และแยกแยะเสียงย่อย ทำให้มีความยากลำบากในการสร้างระบบการอ่านที่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-๕

๑. มีปัญหาความยากลำบากในการเรียนรู้ และการใช้ทักษะด้านการวิชาการตามข้อบ่งชี้ นานอย่างน้อย ๖ เดือน โดยมีอย่างน้อยหนึ่งอาการในข้อต่อไปนี้ ทั้งที่ได้จัดความช่วยเหลือให้ตามเป้าหมายของปัญหาเหล่านั้นแล้ว

- การอ่านคำไม่ถูกต้องหรือช้า และต้องใช้ความพยายามมาก
- มีความลำบากในการเข้าใจความหมายของสิ่งที่อ่าน
- มีปัญหาความยากลำบากในการสะกดคำ
- มีปัญหาความยากลำบากในการเขียน เช่น ใช้ไวยากรณ์หรือเว้นวรรคผิด
- มีปัญหาความยากลำบากในการเข้าใจความหมาย ความจริงของจำนวน หรือการคำนวณ
- มีปัญหาความยากลำบากกับเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์

๒. ทักษะด้านวิชาการที่ถูกกระทบต่ำกว่าที่คาดอย่างมากเมื่อเทียบกับอายุและเป็นสาเหตุรบกวนการปฏิบัติด้านการเรียน การงานอาชีพ หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๓. ความยากลำบากนี้เริ่มขึ้นในวัยเรียน แต่อาจไม่แสดงออกเต็มที่ จนกระทั่งความต้องการทักษะด้านวิชาการที่ถูกกระทบมีมากเกินไปจนขีดความสามารถของผู้นั้น

๔. ไม่เป็นจากปัญหาด้านสติปัญญา ปัญหาสายตาและการได้ยิน ความผิดปกติทางจิตใจหรือระบบประสาทความทุกข์ยากทางจิตสังคม การขาดความชำนาญในภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอนหรือการสอนแนะนำที่ไม่เพียงพอ

การรักษา

๑. การช่วยสอนให้เด็กสามารถอ่านได้ ลักษณะการสอนที่มีประสิทธิภาพมีลักษณะการสอนที่เข้มข้นสอนเด็กเพียง ๑-๒ คนที่มีพื้นฐานการอ่านใกล้เคียงกัน เน้นหลักการแยกแยะเสียงในคำหรือพยางค์ และสอนหลักการสะกดซึ่งจะได้ผลดีกว่าการให้จำรูปคำ และสอนโดยครูแจกแจงขั้นตอนเป็นขั้นๆ ให้ทราบและฝึกปฏิบัติ

๒. การรักษาทางด้านจิตใจ การรักษาแบบประคับประคองจิตใจ การให้การปรึกษา เพื่อช่วยลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การปรึกษาแก่พ่อแม่

๓. ค้นหาและพัฒนาศักยภาพด้านอื่น

๔. รักษาโรคที่พบร่วม เช่น โรคสมาธิสั้น conduct disorder, language disorder, depression ร่วมไปด้วย

๓. กลุ่มอาการผิดปกติในควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (Disruptive, Impulse-control and Conduct Disorders)

๓.๑ โรคต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder: ODD)

เป็นโรคที่เด็กแสดงพฤติกรรม ไม่เหมาะสมต่อผู้ดูแลอย่างผู้ปกครอง หรือครู อย่างการต่อต้าน ทำลาย ขัดขืน และไม่ฟังคำสั่ง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม ระบบประสาท หรือสภาพแวดล้อม อาการที่พบบ่อยมักก่อให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวและสังคมรอบข้าง โดยอาการต่าง ๆ อาจ

๑. เริ่มแสดงให้เห็นเมื่อเด็กมีอายุ ๖-๘ ปี มักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง

๒. อัตราการพบ ODD ในวัยรุ่นอยู่ที่ ๒-๑๖% เกิดขึ้นได้กับวัยรุ่นชายและหญิงในจำนวนเท่า ๆ กัน

๓. เด็กมีพฤติกรรมตรงกับเกณฑ์ต่อไปนี้ตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป

อาการของ ODD : อ้างอิงจากคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-๕)

๑. อารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์เสีย โมโห หรือไม่พอใจได้ง่าย และอาจเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เมื่อถูกผู้อื่นรบกวนจะรู้สึกหงุดหงิดหรือรำคาญได้ง่ายกว่าเด็กทั่วไป นอกจากนี้ อาจระเบิดอารมณ์เมื่อโกรธหรือไม่พอใจมาก ๆ

๒. มีพฤติกรรมต่อต้าน มักเถียงผู้ใหญ่หรือผู้ปกครองอย่างรุนแรงและไม่ลดละ จงใจที่จะก่อวินาศกรรมหรือสร้างความรำคาญให้กับผู้อื่น ไม่ทำตามกฎข้อบังคับ ไม่รับฟังหรือยอมทำตามคำขอหรือคำสั่งจากผู้อื่น รวมทั้งไม่ยอมรับผิดและโทษคนอื่นในความผิดที่ตนเองทำ

๓. เจตนาร้าย มีการสบถหรือพูดคำหยาบคายเมื่อรู้สึกไม่พอใจ หากรู้สึกโกรธใครมาก ๆ มักจะหาทางแก้แค้น ตอบโต้ หรือกลั่นแกล้งอีกฝ่าย และเกิดขึ้นมากกว่า ๒ ครั้งในระยะเวลา ๖ เดือน

ส่วนพฤติกรรมของผู้ที่เป็น ODD ในผู้ใหญ่ อาจเป็น

๑. การต่อต้านหรือเพิกเฉยในคำสั่งของหัวหน้าหรือผู้ดูแลงาน

๒. มักรู้สึกโกรธ เกิดความเข้าใจผิด หรือไม่ชอบในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

๓. ไม่ยอมรับผิดหรือฟังความเห็นจากผู้อื่น และอาจโทษผู้อื่นในความผิดของตนเองด้วย

๔. อาจมีอาการทางอารมณ์อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อารมณ์แปรปรวน รู้สึกท้อแท้ และไม่มั่นใจในตนเอง เป็นต้น

๕. อาจมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดด้วย

DMS-๕ ยังแบ่งระดับอาการของ ODD ไว้ ๓ ระดับด้วยกัน ดังนี้

๑. ระดับไม่รุนแรง มีอาการของโรคเกิดขึ้น ณ สถานที่แห่งใดแห่งหนึ่งเท่านั้น เช่น บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน เป็นต้น

๒. ระดับรุนแรงปานกลาง มีอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างน้อย ๒ ที่ เช่น บ้านและโรงเรียน หรือบ้านและที่ทำงาน เป็นต้น

๓. ระดับรุนแรงมาก มีอาการของโรคเกิดขึ้นตั้งแต่ ๓ สถานที่ขึ้นไป

การรักษา ODD : หัวใจสำคัญของการรักษา ODD นั้น คือ ตัวเด็กและครอบครัว เนื่องจาก โรคนี้ มักพบในเด็ก โดยเด็กมักมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนในครอบครัวมากที่สุด และครอบครัวก็เป็นกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดเช่นกัน ดังนั้น การสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจะส่งผลในทางบวกต่อผู้ป่วยและส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของครอบครัว

๑. พฤติกรรมบำบัด มีจุดประสงค์เพื่อลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางลบ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและพฤติกรรมของเด็กด้วยการพัฒนาวิธีการสื่อสารให้ถูกต้อง ให้เด็กเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งฝึกควบคุมความโกรธและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

๒. กลุ่มบำบัด เป็นการนำเด็กที่อยู่ในวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงกันมาพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อพัฒนาทักษะในการสื่อสาร การเข้าสังคม และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่ออยู่กับผู้อื่น

๓. ครอบครัวบำบัด เป็นวิธีการบำบัดที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนต่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในอาการของโรค เพื่อเรียนรู้วิธีการแสดงออกต่อผู้ที่ เป็น ODD อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

๔. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) เป็นวิธีการบำบัดโดยเปลี่ยนวิธีการแสดงออกของพ่อหรือแม่ เพื่อให้เด็กลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาจะสังเกตการณ์อยู่อีกห้องหนึ่งและคอยให้คำแนะนำถึงเทคนิค วิธีการพูด และการแสดงออกต่อเด็กให้แก่ผู้ปกครอง เพื่อกระตุ้นให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น อย่างการให้รางวัลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี นอกจากนี้ PCIT อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกนั้นเป็นไปในทางที่ดีขึ้นด้วย

๕. การเข้ารับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่เป็น ODD เป็นการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนาวิธีเลี้ยงดูเด็กที่มีอาการ ODD อันเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่อาจช่วยรักษาอาการให้ดีขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยลดความท้อแท้และเพิ่มกำลังใจให้ทั้งผู้ปกครองและเด็กด้วย ซึ่งนอกจากวิธีการเลี้ยงดู การเอาใจใส่ และความอดทนแล้ว การให้ความรักความอบอุ่นกับเด็กก็เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ด้วยเช่นกัน

๖. การใช้ยา อาจเป็นวิธีที่ช่วยรักษาอาการได้ในกรณีที่ผู้ป่วย ODD มีความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น เป็นต้น

๓.๒ Conduct Disorder

สาเหตุ เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยทั้งด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรมลักษณะพื้นฐานอารมณ์ความผิดปกติของสมอง และเขาวัวปัญญา เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ attachment ความเครียด และอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยด้านครอบครัวโดยเฉพาะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้ยังมีผลต่อกันและกันอย่างซับซ้อนอีกด้วย

อาการ เด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคนี้จะมีแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นการละเมิดต่อสิทธิพื้นฐานของคนอื่น หรือละเมิดต่อกฎระเบียบหรือบรรทัดฐานของสังคมที่สำคัญตามวัยนั้นๆ พฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้น

ซ้ำๆ และคงอยู่ตลอด ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนหรือสัตว์ ทำร้ายทรัพย์สินของผู้อื่น ฉ้อโกงหรือขโมย หรือละเมิดกฎหมายอย่างรุนแรง

การรักษา

การรักษาจำเป็นต้องอาศัยการรักษาหลายรูปแบบร่วมกัน ทั้งพฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด รูปแบบต่างๆ ครอบครัวยุติธรรม รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงดู และการรักษาด้วยยา ดังนั้นจึงควรส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นหรือจิตแพทย์ทั่วไป

นอกจากนี้ ยังมีโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคในกลุ่มพฤติกรรมต่อต้าน แต่เป็นโรคกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder) คือ **Antisocial Personality Disorder**

โรคนี้จะได้รับการวินิจฉัยต่อเมื่ออายุมากกว่า ๑๘ ปี และมีประวัติมีพฤติกรรมละเมิดสิทธิพื้นฐานของคนอื่น หรือมีประวัติการถูกวินิจฉัยด้วยโรค Conduct Disorder

ลักษณะทั่วไปหากคบหาผิวเผินจะไม่เห็นว่าผู้ป่วยผิดปกติ และบางครั้งอาจดูดี มีเสน่ห์ได้ อย่างไรก็ตามประวัติในวัยเด็กจะมีตั้งแต่ โทกหนี่ โรงเรียน หนีออกจากบ้าน ลักขโมย ชกต่อย ใช้สารเสพติด ทำสิ่งที่ผิดกฎหมาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำเล่า

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น ใจร้อน หงุดหงิด ก้าวร้าว ชอบเปลี่ยนคู่อุปการะ ทำร้ายร่างกายเด็ก (child abuse) ติดสุรา ไม่สามารถรับผิดชอบในหน้าที่การงานได้ ไม่มีความน่าเชื่อถือในฐานะการเงินและตำแหน่งหน้าที่ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จะปราศจากการสำนึกผิด ไม่มีความกังวล ไม่มีความวิตกกังวล หรือเสียใจในการกระทำของตน ไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น พยายามหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง และขาดมโนธรรม ภายนอกผู้ป่วยให้ความร่วมมือและน่าเชื่อถือเป็นอย่างดี แต่ก็ลึกๆ แล้วผู้ป่วยมีความเครียดหงุดหงิดและความโกรธอยู่

การรักษา ได้แก่ การทำจิตบำบัด และการใช้ยาเพื่อลดอาการกังวล ก้าวร้าว และซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการใช้สารเสพติด ฉะนั้นควรระมัดระวังในการใช้ยา บางครั้งอาจใช้ยากันชักเพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเฉพาะกลุ่มที่มี EEG ผิดปกติ

๔. กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders)

๔.๑ โรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (Major Depressive Disorder: MDD)

การวินิจฉัยตาม DSM-๕

มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไปนี้ โดยไม่เคยมีประวัติของ mania หรือ hypomania

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๕ ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ ๑ หรือข้อ ๒ หนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์

๑. ซึมเศร้าโดยมีอาการเป็นเกือบทั้งวัน
๒. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
๓. เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๕ ใน ๑ เดือน
๔. นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ
๕. Psychomotor agitation หรือ retardation
๖. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
๗. รู้สึกตัวเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล
๘. สมาธิลดลง ลังเลใจ

๙. คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย

B. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

C. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด

การรักษา

๑. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีต่อไปนี้

- มีความเสี่ยงที่ทำอันตรายตนเอง หรือผู้อื่น
- มีอาการรุนแรง กระวนกระวายมาก
- ไม่กินอาหาร ผอมลงมาก
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

๒. การรักษาด้วยยา

การรักษาแบ่งออกเป็น ๓ ระยะตามดำเนินโรค

๑) การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย remission และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ยาหลักในการรักษาได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งปัจจุบันมีหลายขนาด และแยกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์

๓. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เป็นแบบ melancholic หรือมีอาการโรคจิต หลังจากนั้นควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น

๔. จิตบำบัด

ชนิดที่ได้ผลดีใน depressive disorder ได้แก่

๑) การทำจิตบำบัดแนว Cognitive behavioral therapy (CBT) การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดรวมถึงการปรับพฤติกรรมในแง่ลบของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น พบว่าการบำบัดชนิดนี้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวด้วย

๒) การทำจิตบำบัดแนว Interpersonal therapy เป็นการช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นซึ่งมุ่งเน้นปัญหาความสัมพันธ์ในปัจจุบันมากกว่าเรื่องราวการแก้ไขเรื่องราวในอดีตของผู้ป่วย

๓) ครอบครัวบำบัด (family therapy) ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง และครอบครัวพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินโรค และการรักษา ในทางกลับกันโรคซึมเศร้าเองก็อาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจะช่วยลดอาการซึมเศร้า และลดความเสี่ยงในการเกิด relapse ได้

๔) การรักษาอื่นๆ เช่น sleep deprivation ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังงดการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยแบบ seasonal

๔.๒ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent Depressive Disorder หรือ Dysthymia)

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญ คือผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่เกือบทั้งวัน เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ปี ลักษณะทางคลินิกแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการของ major depressive episode ติดต่อกันเป็นเวลา ๒ ปี (chronic major depressive disorder) และกลุ่มที่สอง ผู้ป่วยจะอาการต่างๆ คล้ายกับในโรคซึมเศร้าแต่ความรุนแรงน้อยกว่า (subsyndromal depression) แต่เป็นมานาน อาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นทางด้านอารมณ์ และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้อาจมีอาการของ major depressive episode เป็นช่วงๆ ได้

การวินิจฉัยตาม DSM-๕

มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไปนี้โดยไม่เคยมีประวัติของ mania หรือ hypomania

A. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวัน เป็นเวลากว่า ๒ ปี (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด และเป็นนานอย่างน้อย ๑ ปี

B. ขณะที่ซึมเศร้าผู้ป่วยจะต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย ๒ อาการขึ้นไป

๑. เบื่ออาหาร หรือกินจุ
๒. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมาก
๓. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
๔. low self- esteem
๕. สมาธิไม่ดี หรือลังเลในการตัดสินใจ
๖. รู้สึกท้อแท้

C. ในช่วงที่เป็นตลอด ๒ ปี (๑ ปีสำหรับเด็กและวัยรุ่น) ต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนานเกินกว่า ๒ เดือน

D. อาจมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย major depressive disorder อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๒ ปี

E. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

F. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

การรักษา

ใช้แนวทางเช่นเดียวกับการรักษา major depressive disorder

๕. กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หรือ manic-depressive illness เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง อาการจะเป็นๆ หายๆ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สาเหตุ เชื่อว่าสาเหตุโรคเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

๑. ด้านชีวภาพ

๑) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมาก การศึกษาในฝาแฝดพบว่า อัตราเกิดโรคร่วมในฝาแฝดร่วมไข่ (identical twins) คือร้อยละ ๕๗ และในแฝดต่างไข่ (fraternal twins) คือร้อยละ ๑๔ เด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้วมีโอกาสเป็นโรคมามากกว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่ไม่เป็นโรค ๔ เท่า

๒) ความผิดปกติของสารส่งผ่านประสาท สารส่งผ่านประสาทหลักๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ norepinephrine, dopamine และ serotonin โดยช่วง depression พบ norepinephrine และ dopamine ต่ำลง ส่วนช่วงmaniaจะพบ norepinephrine และ dopamine สูงขึ้น สำหรับ serotonin นั้น จะต่ำลง ในทั้ง ๒ ระยะ พบว่ายาแก้อาการซึมเศร้าหรือยาแก้อาการซึมเศร้าบางชนิด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน ซึ่งเพิ่มระดับของสารทั้ง ๓ ชนิด สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการmaniaได้

๒. ด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วนั้น เหมือนกับโรคซึมเศร้า ในทาง psychodynamic นั้นมองว่า การเกิดmaniaเป็นกลไกป้องกันตนที่ใช้เพื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้า

ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยจะมีอาการของ manic episode หรือ hypomanic episode (อาการคึกคัก ครั่นเครง) สลับกับ major depressive episode (อาการเหมือนในโรคซึมเศร้า) แต่มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๑๐ มีเพียง mania เท่านั้น โดยไม่มีระยะซึมเศร้าเลย แต่ยังคงให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว

เกณฑ์การวินิจฉัย

A. มีอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) มีพลังงานเพิ่มขึ้นที่ผิดปกติและคงอยู่ตลอดเวลาอย่างน้อย ๑ สัปดาห์ (หากต้องรับไว้ในโรงพยาบาล จะเป็นเพียงไม่กี่วันก็ได้)

B. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ ๓ อาการขึ้นไป (ตั้งแต่ ๔ อาการ หากเป็นอารมณ์หงุดหงิด)

๑. เห็นคุณค่าในตนเองเกินจริง (inflated self-esteem) หรือ คิดว่าตนเองยิ่งใหญ่กว่าผู้อื่น (grandiosity)

๒. ความต้องการนอนลดลง

๓. พูดมากกว่าเคย หรือพูดไม่หยุด

๔. flight of idea หรือรู้สึกว่าคุณคิดเล่นเร็ว

๕. วอกแวกง่าย (distractibility)

๖. ประกอบกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น หรือมี psychomotor agitation

๗. เช้ายุ่งเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ตนเองเพลิดเพลินมากเกินไปจนเกินไป แต่มักมีผลเสียติดตามมา

C. อาการรุนแรงจนมีผลเสียต่อการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

* สำหรับ hypomanic episode มีอาการเหมือนเกณฑ์ข้อ ๒ เป็นนานอย่างน้อย ๔ วัน อาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมชัดเจน แต่ไม่รุนแรงจนทำให้มีผลกระทบมากดังในเกณฑ์ข้อ ๓*

การรักษา

๑. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มีอาการโรคจิตหรือไม่พักผ่อน รบกวนคนในครอบครัวหรือผู้อื่น ญาติควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ เป็นต้น ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

๒. การรักษาด้วยยา ยาใช้รักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ ลิเทียม ยากันชัก การเลือกใช้ยาจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

๓. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) จะพิจารณาทำ ECT ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ หรือกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และต้องการควบคุมอาการของผู้ป่วยให้สงบได้โดยเร็ว

๔. การรักษาด้านสังคม (Psychosocial intervention)

๑) Psychoeducation คือ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การดำเนินโรค การรักษา รวมถึงการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และช่วยลดปัญหาเรื่องความไม่ร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยด้วย

๒) การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive-behavior therapy หลักการในการรักษาเช่นเดียวกับในโรคซึมเศร้า คือมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

๓) การทำจิตบำบัดแบบ Interpersonal and social rhythm Therapy เนื่องจากความผิดปกติของ sleep wake cycle สามารถทำให้อาการของ bipolar disorder กำเริบได้ การบำบัดชนิดนี้จะเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไขกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ที่ส่งผลต่อการนอนของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การนอนกลับมาปกติ

๔) การทำครอบครัวบำบัด (Family intervention หรือ family focus-therapy) ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้มีการสื่อสารกันในครอบครัว และช่วยให้ผู้ป่วยกับครอบครัวมีวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้ดีขึ้น ซึ่งพบว่าการรักษาแบบนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยมี remission นานขึ้น และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากขึ้นด้วย

๖. กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

๖.๑. โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder หรือ GAD)

เป็นอาการที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นบ่อย และเพิ่มมากขึ้นโดยไม่ทราบเหตุผลที่ชัดเจน และความกังวลนั้นครอบงำความคิด กลายเป็นความกลัว และความหวาดวิตกตลอดเวลา จนมีผลต่อการทำหน้าที่ประจำวันทั้งด้านการเรียน การทำงาน กิจกรรมทางสังคม และความสัมพันธ์ต่างๆ ผู้ที่มีอาการ GAD มีแนวโน้มคิดในแง่ร้าย หยดวิตกกังวลไม่ได้ ซึ่งความกังวลมักเป็นเรื่องเกินจริง หรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้นๆ เช่น สุขภาพ เงิน ครอบครัว งาน ฯลฯ

หลักเกณฑ์วินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปตาม DSM-๕ ได้แก่

๑. มีความวิตกและความกังวลที่มากเกินไปเกี่ยวกับเหตุการณ์และกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน หรือกิจกรรมส่วนใหญ่ของสัปดาห์เป็นเวลอย่างน้อย ๖ เดือน

๒. มีปัญหาในการควบคุมความรู้สึกกังวล รู้สึกยากที่จะควบคุมความวิตกกังวล

๓. มีอาการอย่างน้อย ๓ ข้อ ใน ๖ ข้อ ต่อไปนี้

(ก). อ่อนเพลีย

(ข). สมาธิสั้น ไม่มีสมาธิ

(ค). หงุดหงิด

(ง). กล้ามเนื้อตึง ปวดตึงกล้ามเนื้อ

(จ). กระสับกระส่าย

(ฉ). มีปัญหาในการนอน นอนหลับยาก มีความปกติในการนอน

๔. ความวิตกหรือกังวลที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าเป็นอย่างมากและส่งผลต่อชีวิตประจำวัน

๕. ความวิตกกังวลที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น โรคแพนิกกำเริบ หรือภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง การใช้สารเสพติด หรือภาวะทางสุขภาพ

การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป ได้แก่

๑. การทำจิตบำบัด (psychotherapy) ประกอบด้วย

๑.๑ การบำบัดด้วยการพูดคุย (talk therapy) หรือการให้การปรึกษาทางจิตวิทยา (psychological counseling) การบำบัดทางจิตเป็นการเข้ารับการรักษากับนักบำบัด เพื่อลดอาการวิตกกังวลต่างๆ

๑.๒ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมุ่งเน้นการสอนทักษะเฉพาะเพื่อให้ค่อยๆ กลับไปทำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้หลีกเลี่ยงเนื่องจากความวิตกกังวล ด้วยกระบวนการดังกล่าวนี้ อาการต่างๆ จะดีขึ้นเมื่อการบำบัดในระยะแรกได้ผล

๒. การใช้ยา เพื่อรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป เช่น ยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) ยาต้านความกังวล (anti-anxiety medication) ยาระงับประสาท (sedatives) ฯลฯ

๗. โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorder: OCD)

ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมักเป็นเรื้อรัง ขึ้นๆ ลงๆ โดยมีความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคหรือการกำเริบของโรคได้ เช่น การตั้งครรภ์ การสูญเสียญาติหรือคนใกล้ชิด ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาไม่ดี ได้แก่ มีอาการตั้งแต่อายุน้อย โสด อาการรุนแรงตั้งแต่แรก ป่วยมานาน ไม่รับรู้ว่าการที่ตนต้องได้รับการรักษา และมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย

ลักษณะที่พบบ่อยที่สุดในโรคย้ำคิดย้ำทำ ดังนี้

๑. obsession of contamination คือ การคิดหรือทำซ้ำๆ เกี่ยวกับความสะอาด สิ่งปนเปื้อน พบว่า ๕๐% ผู้ป่วยเหล่านี้จะใช้เวลาวันละหลาย ๆ ชั่วโมงล้างมือหรืออาบน้ำ

๒. obsession of doubt คือ การมีความคิดหรือพฤติกรรมซ้ำๆ เกี่ยวกับความสงสัย/ไม่แน่ใจอย่างรุนแรง จนต้องตรวจสอบซ้ำอยู่เสมอ ลักษณะที่พบบ่อย เช่น กลัวว่ายังไม่ได้ปิดประตูบ้าน จึงต้องเดินไปดูกลอนประตูบ้านบ่อย ๆ การตรวจสอบอาจจะช่วยให้อาการย้ำคิดเกี่ยวกับความสงสัยลดน้อยลง แต่ไม่สิ้นสุด เพราะจะมีความสงสัยอย่างอื่นตามมา เช่น หลังจากปิดกลอนประตูแล้ว เมื่อหันหลังเดินกลับมา กลอนอาจจะหล่นลงมา จึงต้องเดินกลับไปตรวจสอบอีก การพยายามต่อต้านการตรวจสอบจะทำให้ไม่มีสมาธิ และเหน็ดเหนื่อย จากความสงสัย/ไม่แน่ใจที่เกิดขึ้นวนเวียนอยู่ในใจ

๓. pure obsessions คือ การมีความคิดซ้ำๆ ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ความก้าวร้าวและมีลักษณะของการตำหนิตัวตน บางครั้งอาจจะเกี่ยวข้องกับแรงผลักดัน หรือภาพพจน์ที่น่ากลัว หากการย้ำคิดเป็นลักษณะก้าวร้าว มักจะพุ่งตรงสู่บุคคลที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิด การต่อต้านความคิดนี้ มักจะเป็นในรูปแบบของการคิดด้วย เช่น การคิดคัดค้านหรือการพยายามคิดในทางตรงข้ามกับความคิดเดิมมากกว่า จะเกิดในรูปแบบพฤติกรรมย้ำทำ และอาจจะรบกวนผู้ป่วยมากกว่าการย้ำคิดอันแรกก็ได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีความกลัวว่าเขาจะทำอันตรายน้องชายของเขา เขาจะพยายามต่อสู้กับความคิดนี้ด้วยการหลีกเลี่ยงวัตถุแหลมคมทุกชนิด ต่อมาพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะครอบครัวของเขา และในที่สุดอาจพยายามหลีกเลี่ยงอักษรหน้าชื่อของน้องชายด้วย เพื่อลบล้างความคิดที่จะทำอันตรายน้องชายของตนเอง

๔. obsessional slowness คือ การทำกิจวัตรประจำวันไปอย่างเชื่องช้า เช่น ใช้เวลาแปรงฟันเป็นชั่วโมงหรือมากกว่านั้น

หลักเกณฑ์วินิจฉัยโรคตาม DSM-๕ ได้แก่

๑. มีอาการย้ำคิด และ/หรือย้ำทำ

อาการย้ำคิด ได้แก่

- มีความคิด แรงกระตุ้น หรือมโนภาพ ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และคงอยู่นาน อาการดังกล่าว
ผุดขึ้นมาเอง และผู้ป่วยไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ทำให้วิตกกังวลหรือทุกข์ใจมาก

- อาการดังกล่าวผุดขึ้นมาเอง และไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ทำให้วิตกกังวลหรือทุกข์ใจ
อย่างมาก

- มีความพยายามเพิกเฉย เกือบกด หรือลบล้างสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยการคิดหรือทำสิ่งอื่นๆ
(เช่นการย้ำทำ)

อาการย้ำทำ ได้แก่

- พฤติกรรมหรือการกระทำในใจ (เช่น สวดมนต์หรือนับในใจ) ที่ต้องทำซ้ำๆ เพื่อ
ตอบสนองต่อการย้ำคิด หรือตามกฎเกณฑ์ที่ต้องทำตามอย่างเคร่งครัด

- การกระทำนี้ขึ้นเพื่อป้องกัน หรือลดความกังวล ความทุกข์ หรือป้องกันเรื่องร้ายๆ
ที่จะเกิดขึ้น

๒. อาการย้ำคิดหรือย้ำทำ ทำให้สิ้นเปลืองเวลา (เช่น ใช้เวลามากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อ
วัน) หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือรบกวนหน้าที่ การใช้ชีวิตด้านต่างๆ

การรักษา

๑. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) โดยเน้น พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)
มีหลักการ คือให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กังวลใจ และเรียนรู้ที่จะอยู่กับความกังวลนั้นโดยไม่ตอบสนอง (Exposure
and Response Prevention-ERP) ร่วมกับ Cognitive Behavioral therapy (CBT) โดยปรับเปลี่ยนความ
เชื่อที่บิดเบือนของผู้ป่วย

๒. การรักษาด้วยยา เป็นยาในกลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine เพื่อลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วย

๘. กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายหรือความกดดัน (Trauma- and stressor- related Disorder)

๘.๑ ภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) และ ภาวะเครียดเฉียบพลัน (Acute Stress Disorder: ASD)

เป็นโรคที่เกิดหลังจากที่ผู้ป่วยพบเห็นหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ภาวะสงคราม
อุบัติเหตุร้ายแรง ถูกทารุณกรรม ถูกข่มขืน ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง
และก่อให้เกิดลักษณะอาการทางจิตเวชที่จำเพาะ โดยทั่วไปอาการมักเกิดหลังประสบเหตุการณ์ทันที โดย
acute stress disorder (ASD) จะมีอาการนานตั้งแต่ ๓ วันขึ้นไปจนถึง ๑ เดือน และ Posttraumatic Stress
Disorder (PTSD) มีอาการนานมากกว่า ๑ เดือนขึ้นไป ในที่นี้จะกล่าวถึง PTSD เป็นหลัก

ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะสำคัญของ PTSD มี ๓ ด้านหลัก คือ การรู้สึกถึงประสบการณ์การตกอยู่ในเหตุการณ์
รุนแรงที่ผ่านมาซ้ำๆไม่ว่าจะหลับหรือตื่น (re-experiencing symptoms) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับ
เหตุการณ์นั้น (avoidance) และมีอาการตื่นตัวง่าย (hyperarousal) อาการอื่นๆ คือ อาการหวัดกลัวอย่าง
รุนแรง รู้สึกไร้ทางออก ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาด้านสมาธิความจำ

ส่วนใน ASD อาจมีอาการด้าน dissociative symptom รวมด้วย เช่น มีการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือผู้ป่วยเองผิดไปจากความเป็นจริง (เช่น มองเห็นตนเองราวกับมองจากมุมของผู้อื่น ตกอยู่ในภาวะงุนงงหรือรู้สึกเวลาช้าลง)

การวินิจฉัย

๑. ผู้ป่วยเผชิญหรือถูกคุกคามจากความตาย การบาดเจ็บรุนแรง หรือความรุนแรงทางเพศ โดยทางใดทางหนึ่ง(หรือหลายทาง) ดังต่อไปนี้ เผชิญเหตุการณ์โดยตรง เป็นผู้พบเห็น/เป็นพยานในเหตุการณ์ รับรู้เหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่รัก ครอบครัว หรือเพื่อนสนิท รับรู้รายละเอียดต่างๆของเหตุการณ์รุนแรงซ้ำๆ หรืออย่างรุนแรง เช่น ตำรวจ หน่วยกู้ภัย

๒. มีอาการในรูปแบบต่างๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ผุดขึ้นมาซ้ำๆ ตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไป

- ความทรงจำร้ายๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ผุดขึ้นมาซ้ำๆ โดยไม่ตั้งใจ
- ฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ
- มีการกระทำหรือความรู้สึกเหมือนเหตุการณ์กลับมาเกิดอีก
- มีความทุกข์ใจ เมื่อเจอกับสถานการณ์ที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายกับเหตุการณ์นั้น
- มีปฏิกิริยาทางร่างกายเมื่อพบกับสถานการณ์ที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายกับเหตุการณ์นั้น

๓. มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเมื่อเจอสิ่งเร้าที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์นั้นตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไป

- หลีกเลี่ยงหรือพยายามจะเลี่ยงความทรงจำ ความคิด ความรู้สึก ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น
- หลีกเลี่ยงสิ่งภายนอกที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นเช่นผู้คนสถานที่บทสนทนากิจกรรมวัตถุ

หรือสถานการณ์

๔. มีความนึกคิดและอารมณ์เปลี่ยนไปในทางลบหลังเกิดเหตุการณ์ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป

- ไม่สามารถระลึกถึงสำคัญของเหตุการณ์นั้น
- มีความเชื่อและความคาดหวังกับตัวเอง คนอื่น และโลกภายนอกในแง่ลบอย่างเกินจริง

ตลอด

- มีความคิดเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของเหตุการณ์นั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง

อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้โทษตัวเองหรือผู้อื่น

- มีสภาวะอารมณ์ทางลบอย่างต่อเนื่อง เช่น กลัว โกรธ อาย รู้สึกผิด
- ความสนใจหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก
- รู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น
- ไม่สามารถรู้สึกถึงอารมณ์ทางบวกได้ (ไม่รู้สึกสุข พอใจ รัก)

๕. มีอาการตื่นตัวเปลี่ยนไปอย่างมากหลังประสบเหตุการณ์นั้น ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป

- หงุดหงิดและโกรธง่าย
- มีพฤติกรรมบ้าบิ่น หรือทำร้ายตัวเอง
- ระวังตัวมากเกินไป
- ตกใจมากกว่าปกติ
- ปัญหาด้านสมาธิ
- ปัญหาการนอน (เช่น หลับยาก หรือหลับไม่สนิท หรือนอนไม่เต็มอิ่ม)

๖. มีอาการในข้อ ๒,๓,๔ นานกว่า ๑ เดือน

๗. ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและบกพร่องในหน้าที่ทั้งทางสังคม ความสัมพันธ์ และด้าน

อื่นๆ

หมายเหตุ ในเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ ปี จะเห็นอาการผ่านการเล่นซ้ำๆ เกี่ยวกับเรื่องราวของเหตุการณ์ส่วนอาการฝันร้ายของเด็กอาจแยกได้ยากเพราะเด็กมักจะจำฝันไม่ได้

การรักษา

๑. จิตบำบัด ในการรักษาผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์รุนแรง สิ่งสำคัญคือการทำให้ง่ายใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญมาเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่ต้องลงรายละเอียดของเหตุการณ์เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยแย่ซ้ำลงอีก ช่วยแนะนำวิธีการปรับตัว ใช้ relaxation techniques รวมทั้งส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

ผู้ป่วยที่มีอาการของ PTSD แล้ว มีการรักษาด้วยจิตบำบัดหลายรูปแบบ เช่น exposure therapy ให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับเหตุการณ์อีกครั้งผ่านการจินตนาการ หรือ stress management ที่สอนผู้ป่วยถึงวิธีการปรับตัวกับภาวะเครียด และ eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) ที่ให้ผู้ป่วยนึกภาพเหตุการณ์ไปพร้อมกับมองตามนิ้วมือของผู้รักษาที่เคลื่อนไหวไปตามขวาง

๒. การรักษาด้วยยา ยาหลักในการรักษาคือยาในกลุ่ม SSRIs เช่น sertraline, paroxetine นอกจากนั้น ยาในกลุ่ม TCA เช่น amitriptyline หรือ imipramine ก็สามารถใช้ได้เช่นกัน โดยให้ขนาดยาเท่ากับที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า และควรให้ยานานอย่างน้อย ๑ ปี

๔.๒ ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder)

ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากมีปัจจัยกดดัน ทำให้ผู้ป่วยตั้งเครียดจนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดความบกพร่องในหน้าที่ การงาน การเรียน หรือการเข้าสังคม อย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา ภาวะนี้จัดอยู่ในกลุ่มทางโรคทางจิตเวชที่เป็นแบบ non-psychotic ซึ่งสามารถหายเป็นปกติได้

เหตุการณ์กดดันมักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวงจรชีวิตตามปกติ เช่น การไปโรงเรียน การแต่งงาน การคลอดลูก การทำงาน การออกจากงาน การหย่าร้าง หรือความเจ็บป่วย เป็นต้น ความกดดันอาจเกิดจากครอบครัว ทำให้เป็นปัญหากับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว หรือกับทุกคนในครอบครัวก็ได้ เช่น การติดยาของคู่ครอง การถูกทอดทิ้ง หรืออาจเป็นปัญหาของชุมชน โดยกลุ่มคนที่พบสถานการณ์ร่วมกันอาจเกิดปัญหาการปรับตัวได้เช่นกัน เช่น ภาวะสงคราม การอพยพย้ายถิ่นที่อยู่ ปัญหาภัยธรรมชาติ เป็นต้น

สาเหตุความกดดันอาจมีเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างประกอบกันก็ได้

ความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่สามารถทำนายความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองได้ ผู้ที่มีจิตใจอ่อนแออาจมีความผิดปกติอย่างมากต่อเหตุการณ์กดดันในระดับต่ำหรือระดับปานกลาง ในขณะที่อีกผู้หนึ่งอาจเกิดความผิดปกติเล็กน้อยทั้งที่มีเหตุการณ์กดดันอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง

การวินิจฉัย

๑. มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมตอบสนองต่อปัจจัยกดดันที่ปรากฏชัดเจน (หนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า) ภายใน ๓ เดือน นับแต่เริ่มต้นของเหตุการณ์กดดัน

๒. อาการหรือพฤติกรรมนี้ มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้

- มีอาการตั้งเครียดมากเกินไปเมื่อเทียบกับความรุนแรงของปัจจัยกดดัน ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงบริบทของเหตุการณ์และปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อความรุนแรงและลักษณะอาการร่วมด้วย
- มีความบกพร่องชัดเจนในหน้าที่การงาน การเข้าสังคม หรือหน้าที่อื่นๆ ที่สำคัญ

๓. ความผิดปกติที่ตอบสนองต่อปัจจัยกดดันไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ และมีใช้เพียงแค่การกำเริบของโรคจิตเวชที่เป็นอยู่เดิม

๔. อาการไม่ใช่เป็นการตอบสนองทั่วไปต่อการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก

๕. เมื่อปัจจัยกดดันหายไป จะมีอาการอยู่อีกนานไม่เกิน ๖ เดือน

การรักษา

๑. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหา สำรวจและเข้าใจปัญหาของตนเอง และหาวิธีการจัดการปัญหาที่เหมาะสม ทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดแสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา โดยแนวทางการบำบัดที่ใช้ในโรคนี้นั้น เช่น การทำจิตบำบัดแบบ Crisis Intervention, การทำจิตบำบัดรายบุคคลและแบบกลุ่ม และการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavioral therapy

๒. การรักษาด้วยยา เป็นการใชยาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล อาการ Panic attack หรือเมื่อการรักษาจิตบำบัดไม่ได้ผล เช่น diazepam, lorazepam เพื่อคลายกังวล

การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น

เด็กและเยาวชนส่วนมากที่อยู่ในสถานควบคุมมีอายุระหว่าง ๑๔ – ๑๘ ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น เป็นวัยที่มีอยากรู้อยากลอง กล้าเสี่ยง และอ่อนไหวทางอารมณ์ เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมของสถานควบคุมอาจทำให้เด็กและเยาวชนมีความกังวล ความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานควบคุม จำเป็นต้องมีเข้าใจธรรมชาติของวัยรุ่น ทั้งมีความรู้และทักษะการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเด็กและเยาวชนเบื้องต้น เพื่อช่วยสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนสามารถจัดการความคิด อารมณ์และพฤติกรรมได้เหมาะสม

๑. ธรรมชาติของวัยรุ่น

สำหรับวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ไปสู่วุฒิภาวะความเป็นผู้ใหญ่ เป็นชนช่วงวัยแห่งการสร้างอัตลักษณ์ของตนเองที่นำไปสู่การยอมรับจากคนรอบข้าง ต้องการความอิสระ พัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่นสามารถแบ่งออกเป็น ๔ ประการ (พรพิมล เจริญนาคินทร์, ๒๕๓๙) ได้แก่

๑) พัฒนาการทางด้านร่างกาย ร่างกายของวัยรุ่นจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นต่อระบบอวัยวะภายใน เช่น ระบบการผลิตฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ และลักษณะโครงสร้างภายนอกร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของเสียง การขยายตัวของกล้ามเนื้อและกระดูก การมีขนขึ้นตามร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายของวัยรุ่นเจริญเติบโตได้เต็มที่

๒) พัฒนาการทางด้านอารมณ์ อารมณ์ของวัยรุ่นจะมีความแปรปรวนและเกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างเห็นได้ชัด จึงทำให้เกิดความกังวลและขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการทำงานของต่อมไร้ท่อ จะทำให้วัยรุ่นมีพลังงานมาก และอาจไม่ได้ใช้พลังงานที่มีให้เกิดประโยชน์จนทำให้ผู้ใหญ่ไม่พอใจ นอกจากนี้ เมื่อต่อมเพศถูกพัฒนาเต็มที่วัยรุ่นจะเริ่มสนใจในเพศตรงข้าม และมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจจากเพศตรงข้าม ซึ่งบางครั้งก็อาจจะขัดใจผู้ใหญ่และทำให้ถูกผู้ใหญ่ต่อว่าจนทำให้เกิดความเครียดได้

๓) พัฒนาการทางด้านสังคม วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติและพฤติกรรมทางสังคมในทุกด้าน วัยรุ่นต้องการอิสรเสรีภาพในการคิด การปฏิบัติตัว การคบเพื่อน และต้องการความเป็นส่วนตัวจึงทำให้บางครั้งอาจเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันกับผู้ใหญ่ และส่งผลให้วัยรุ่นหันไปใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัววัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับการคบเพื่อน และต้องการเลือกกลุ่มเพื่อนที่มีค่านิยม และมีความสนใจในสิ่งเดียวกันเพื่อให้ตนเองได้รับการยอมรับ มีความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย ทั้งนี้ การคบเพื่อนจะช่วยให้วัยรุ่นรู้จักการปรับตัวให้เข้ากับสังคมเรียนรู้การรักษามิตรภาพ มีความเข้าใจตัวเองและรู้จักับฟังความเห็นของผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสังคมนับว่าเป็นพัฒนาการที่ยากที่สุดของวัยรุ่น

๔) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระดับสติปัญญาเป็นอย่างมาก นักจิตวิทยาด้านพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์หลายท่านมีความเห็นตรงกันว่า สติปัญญาของมนุษย์จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ระหว่างอายุ ๑๘ ถึง ๒๐ ปีโดยในวัยนี้ มนุษย์จะสามารถให้นิยามวัตถุสิ่งของต่างๆ ได้ อย่างชัดเจน สามารถแบ่งแยกคุณลักษณะของสิ่งของต่างๆ ได้ดีมีพัฒนาการทางความคิดรวบยอด และมีความคิดในระดับที่เป็นนามธรรมพัฒนาการทางสติปัญญาของวัยรุ่นปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น รู้จักลองตั้งสมมุติฐานหลายๆ แบบเพื่อหาข้อสรุปที่ดีสามารถแก้ปัญหาหลายๆแบบ โดยมีกระบวนการคิดที่มีระบบและมี

เหตุผล มีความจำดีสามารถจดจำสิ่งที่ตนสนใจได้อย่างแม่นยำ แต่มักไม่นำไปใช้ในเรื่องการเรียนรู้ มีความคิดกว้างไกลมีจินตนาการ คิดฝันถึงสิ่งต่างๆ อยากรู้อยากเห็นอยากทดลอง และมีความเชื่อมั่นในความเชื่อหรือความเห็นของตนอย่างรุนแรง

๒. ความหมายและลักษณะเฉพาะของการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา

การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาวัยรุ่น หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่กำลังเผชิญปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ ได้เข้าใจปัญหา และหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รวมถึงการเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษาและวัยรุ่น ผู้รับบริการปรึกษา และทักษะและเทคนิคต่างๆ ช่วยให้อายุรุ่นผู้เข้ารับการปรึกษา ทั้งนี้ ผู้ให้การศึกษาควรตระหนักและเข้าใจธรรมชาติของวัยรุ่น และควรตระหนักถึงสิ่งที่ควรระวังในการให้การศึกษาวัยรุ่น เพื่อช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ

การให้ศึกษานี้มีลักษณะที่แตกต่างจากการให้บริการอื่นๆ ดังนี้ คือ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๐ ; Gladding, ๑๙๙๖)

๑. มีทฤษฎี กระบวนการและเทคนิคการให้การศึกษาให้เจ้าหน้าที่ได้เลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมกับลักษณะของปัญหาและธรรมชาติของเด็กและเยาวชน

๒. เน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้และเด็กและเยาวชนผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้เด็กและเยาวชนเกิดความรู้สึกไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้การให้การศึกษาดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้การสนทนา หรือการสื่อสารสองทางระหว่างเจ้าหน้าที่กับเด็กและเยาวชน เป็นเครื่องมือสำคัญของการให้การศึกษา

๓. เน้นปัจจุบัน เพื่อให้เด็กและเยาวชนอยู่ในโลกของความเป็นจริง และสามารถค้นหาแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน

๔. ไม่มีคำตอบสำเร็จรูปตายตัว เพราะการให้การศึกษาเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละกรณีจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสภาพปัญหา โดยเด็กและเยาวชนจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

๕. เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ให้การศึกษาต้องให้เกียรติ และยอมรับเด็กและเยาวชนที่มาขอรับการศึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ตัดสิน ไม่ประเมิน และไม่วิพากษ์วิจารณ์ หรือตำหนิเด็กและเยาวชน

๓. วัตถุประสงค์ในการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา

การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น เป็นการพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเยาวชน มีบทบาทเป็นผู้รับคำปรึกษา มีลักษณะเป็นการคุยแบบสองทาง (Two-Way Communication) โดยเน้นเด็กหรือเยาวชนเป็นหลัก เพื่อให้เกิดจุดมุ่งหมาย ดังนี้

๑. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาสามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง อันก่อให้เกิดความตระหนักและเกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

๒. เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง

๓. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยสามารถใช้ศักยภาพของตนในการเลือกและค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

๔. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกสบายใจที่ได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจของตนออกมา

๕. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถมีแนวทางในการตัดสินใจ สามารถรับมือกับสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ด้วยดี สามารถเลือกวิธีการ ที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามอัตภาพและความเป็นจริงในชีวิตของตน

๔. ทักษะในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น ผู้ให้การปรึกษามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการฝึกฝน และมีทักษะที่จำเป็นในการให้การปรึกษา เพื่อทำหน้าที่เอื้อให้เด็กและวัยรุ่นสามารถรับมือและสามารถจัดการความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนในสถานควบคุม ที่อาจมีความกังวลและความเครียดจากหลายปัจจัย เช่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ หรือการอยู่ไกลบ้าน ให้มีทัศนคติเชิงบวกและมีแรงจูงใจในการขัดเกลา/ฝึกอบรม โดยทักษะที่จำเป็นในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา มี ๒ ลักษณะ ได้แก่

๔.๑ การใช้ภาษากาย (Non-Verbal)

การใช้ภาษากายเป็นทักษะที่ใช้ท่าทางและการแสดงออกทางกาย เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้รับการปรึกษา ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจำเป็นจะต้องระมัดระวังเป็นอย่างดีในระหว่างกระบวนการให้การปรึกษา ได้แก่

๑) **การประสานสายตา (Eye contact)** เป็นการสบตาเป็นระยะๆ อย่างพอเหมาะ ไม่จ้องตาจนผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกว่ากำลังถูกจับผิดหรือจับจ้องอะไรบางอย่าง

๒) **การฟังกิริยาระ** เป็นการแสดงการรับรู้ รับฟังเรื่องราวอย่างตั้งใจและใส่ใจกับเรื่องราวที่ผู้รับการปรึกษากำลังพูดอยู่ในขณะนั้น

๓) **การสัมผัส (Touching)** เป็นการใช้อวัยวะบางส่วน เช่น ใช้นิ้วมือแตะหรือสัมผัสร่างกายของผู้รับการปรึกษาอย่างเหมาะสมและถูกจังหวะในขณะให้การปรึกษา แต่ต้องพึงระวังในเรื่องของความเหมาะสมระหว่างสองฝ่ายด้วย

๔) **การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expression)** เป็นการแสดงถึงสีหน้าที่สอดคล้องเหมาะสมกับเรื่องราวที่ได้ฟังจากผู้รับการปรึกษา และสื่อถึงการรับรู้และการแสดงความรู้สึกร่วมไปกับผู้รับการปรึกษาอย่างสอดคล้องเหมาะสมและเป็นธรรมชาติ

๕) **การใช้น้ำเสียง (Tone of Voice)** เป็นการใช้น้ำเสียงในขณะที่กำลังพูดให้เป็นธรรมชาติ และสอดคล้องกับเรื่องราวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับรู้ได้ถึงความเป็นกันเอง ความเข้าใจ ความเต็มใจรับฟังเรื่องราวได้ดี

๔.๒ การใช้ภาษาถ้อยคำ (Verbal)

การใช้ภาษาถ้อยคำเป็นทักษะที่ต้องใช้คำพูด เพื่อสะท้อนความคิด ทัศนคติ และความเข้าใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนมุมมอง สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นจะต้องใช้ทักษะพื้นฐานที่สำคัญต่อไปนี้ในกระบวนการให้การปรึกษา ได้แก่

๑) **การฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening)** : เป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญที่สุด การฟังที่ทำให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ได้ว่า ผู้ให้การปรึกษากำลังตั้งใจฟังจดจ่อ ใส่ใจกับสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากำลังพูดอยู่จริงๆ

โดยไม่แทรกหรือขัดจังหวะ และไม่เปลี่ยนเรื่องในขณะที่ผู้รับการปรึกษาพูด ร่างกายของผู้ให้การปรึกษาจะเกิดปฏิกิริยาที่สอดคล้องกันไปเองโดยอัตโนมัติ ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นลักษณะภาษากายดังข้างต้น

๒) การตามรอย (Tracking) เป็นการติดตามเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาเล่าอย่างแนบสนิท ซึ่งปัญหาจะค่อยๆ ปรากฏออกมาเองทีละเรื่อง ทีละขั้นตามแต่ผู้รับการปรึกษาจะเปิดออกมา โดยไม่ต้องกังวลว่า จะจัดการอย่างไร แต่ให้อยู่กับผู้รับการปรึกษาอย่างแนบสนิท และเฝ้าดูสิ่งที่เผยออกมา และผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีจิตใจที่นิ่ง สงบและมีสติ การตามรอยที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัญหาตนเอง

๓) การถาม (Question) การถามเป็นทักษะที่ใช้ในการหาข้อมูลมากที่สุด เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้เล่าเรื่องราวที่ต้องการปรึกษา ทั้งความรู้สึกนึกคิดตลอดจนความเชื่อของตนเองอย่างอิสระ เพื่อเข้าใจตนเองมากขึ้น และเพื่อให้ได้ข้อมูล แนวทางแก้ไขปัญหา และแผนการแก้ไขปัญหาของผู้รับการปรึกษา

โดยทักษะการถามแบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ การถามแบบเปิด (Opened Question) และการถามแบบปิด (Closed Question) มีแนวทางตั้งคำถามดังนี้

(๑) กำหนดวัตถุประสงค์ของการถามว่าต้องการข้อมูลแบบใดจากผู้รับการปรึกษา โดยทั่วไปแล้วผู้ให้การปรึกษาควรใช้การถามใน ๒ รูปแบบ ได้แก่

คำถามเปิด : ต้องการข้อมูลมากๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ได้ตอบตามที่ต้องการอย่างอิสระเต็มที่ มักจะลงท้ายประโยคด้วย “อะไร อย่างไร”

คำถามปิด : ต้องการย้ำความเข้าใจให้ตรงกัน ต้องการความชัดเจน ต้องการคำตอบสั้นและเฉพาะเจาะจงมักจะลงท้ายประโยคด้วย “ไหม” “หรือ” “หรือไม่” “หรือยัง” “รีเปล่า”

(๒) ระหว่างถามคำถาม ผู้ให้การปรึกษาต้องสังเกตกิริยาท่าทีของผู้รับการปรึกษา และฟังคำตอบอย่างตั้งใจ หลังจากนั้นสรุปหรือทวนซ้ำประเด็นของข้อมูลและรายละเอียดที่ผู้รับการปรึกษาบอกแล้ว จึงตั้งคำถาม

(๓) ฟังคำตอบของผู้รับการปรึกษาอย่างใส่ใจ เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้รับการปรึกษาไว้

(๔) ไม่ควรถามบ่อยเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้รับการปรึกษารำคาญและต่อต้านการให้การปรึกษาได้

(๕) หลีกเลี่ยงการถามด้วยคำถาม “ทำไม” เพราะมักจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าตนเอง ถูกคาดคั้นถูกตำหนิ และคิดหาคำตอบที่เหมือนเป็นการแก้ตัว อีกทั้งยังทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการต่อต้านขึ้นด้วย

(๖) หลีกเลี่ยงการใช้คำถามนำ คือ คำถามที่ผู้ให้การปรึกษาตั้งคำตอบไว้ในใจแล้ว แต่ใช้ถามเพื่อชักจูงให้ ผู้รับการปรึกษารับรองคำตอบที่ตั้งไว้นั้น

(๗) หลีกเลี่ยงการใช้คำถามที่ทำให้ผู้รับการปรึกษา รู้สึกทำหาย อับอาย หรือละอายใจ

๕) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection) เป็นทักษะที่ผู้ให้การปรึกษาใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้พูดแสดงออกมา ในขณะที่เล่าเรื่อง และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิด ความรู้สึกและเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้มากขึ้นหรือชัดเจนขึ้น นำไปสู่การเข้าใจ รวมทั้งสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับในความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาและชัดเจน

โดยมีแนวทางการใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ดังนี้

(๑) สังเกตพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ขณะให้การปรึกษา เช่น ลักษณะคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ฯ

(๒) จับประเด็นสำคัญของสิ่งที่ผู้รับการปรึกษา พูด

(๓) รวมความรู้สึกและเนื้อหาที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกและพูดถึงเข้าด้วยกันแล้วใช้คำพูดที่ชัดเจนเข้าใจได้ง่าย โดยพูดออกไปทันทีเพื่อสะท้อนสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากำลังรู้สึกหรือรับรู้ โดยอาจพูดความรู้สึกก่อนแล้วตามด้วยเนื้อหาหรือเริ่มด้วยเนื้อหาแล้วตามด้วยความรู้สึก ในการสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษาควรหลีกเลี่ยงที่จะใช้คำว่า “รู้สึก” บ่อย ๆ

๒) การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นทักษะที่ผู้ให้การปรึกษาจะบอกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองต่อผู้รับคำปรึกษาโดยตรงไปตรงมา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยการนำเรื่อง ๒ เรื่อง ที่ขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกันมาพูดคุยหรือตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่า ขณะนั้น เขารู้สึกอย่างไร เราเห็นอย่างไร”

อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ให้การปรึกษาที่มีประสบการณ์น้อยหรือยังมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษายังไม่ดีพอ ควรระมัดระวังต่อการใช้ทักษะการเผชิญหน้า เพราะอาจทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดอารมณ์และระคายเคืองต่อความรู้สึกขึ้นมา ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ (Rapport) อันดีที่เคยมีต่อกันเมื่อแรกเริ่มการให้การปรึกษา

๓) การทวนซ้ำ (Paraphrasing) เป็นทักษะที่ใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำ ทั้งนี้การทวนซ้ำเป็นการพูดในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งหนึ่ง โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าในแง่ของภาษา หรือ ความรู้สึกที่แสดงออกมา เพื่อต้องการเน้นข้อความนั้นๆ เพื่อการขยายความกลับสู่ประเด็น ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนขึ้น ในสิ่งที่เขาต้องการปรึกษา

โดยมีแนวทางในการใช้ทักษะทวนซ้ำ ดังนี้

(๑) ผู้ให้การปรึกษาทวนซ้ำคำพูดทั้งหมดของผู้รับการปรึกษา โดยเปลี่ยนเฉพาะสรรพนาม

(๒) ผู้ให้การปรึกษาทวนซ้ำเฉพาะประเด็นสำคัญ

(๓) ไม่ควรทวนซ้ำบ่อยๆและไม่เพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษาลงไป

(๔) ผู้ให้การปรึกษาสังเกตการตอบสนองของผู้รับการปรึกษา ถ้าทวนซ้ำได้ถูกต้องผู้รับการปรึกษาจะพยักหน้าตอบรับและพูดหรือขยายความต่อ แต่ถ้าไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองจากผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาควรใช้ทักษะการถามแบบเปิดต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

๔) การสรุปความ (Summarizing) เป็นทักษะที่ใช้ในการย้ำประเด็นสำคัญให้มีความชัดเจน ในกรณีที่มีการพูดคุยกกันหลายประเด็น เพื่อให้เห็นภาพรวมในเรื่องที่คุยกัน และทำให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจเรื่องราวและความรู้สึกของตัวเอง ทั้งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาเข้าใจเรื่องราวที่กำลังสนทนา ได้อย่างถูกต้องตรงกันและได้ใจความที่ชัดเจน

โดยมีแนวทางสำหรับการสรุปความ ดังนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดยาว ผู้ให้การปรึกษาควรที่จะสรุปเนื้อหา และความรู้สึก สำคัญที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมาเพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

(๒) หากผู้รับการปรึกษาพูดหลายประเด็น ผู้ให้การปรึกษาอาจสรุปแต่ละประเด็นก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะเริ่มประเด็นต่อไป

(๓) ขอให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้สรุป โดยมีผู้ให้การปรึกษาช่วยเสริมในส่วนสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษามีได้กล่าวถึง หรือขาดหายไป

(๔) สรุปก่อนจบและเริ่มการปรึกษาในแต่ละครั้งในกรณีที่มีการปรึกษาหลายครั้ง

(๕) สรุปรั้งสุดท้ายก่อนยุติการปรึกษา

๙) การเงียบ ในระหว่างการปรึกษา อาจมีบางช่วงเวลาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจา ระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาต่างฝ่ายต่างเงียบ แต่ยังคงมีการสื่อสารทางอารมณ์และความรู้สึกอยู่ มักเป็นช่วงเวลาที่ผู้รับการปรึกษาเข้าไปอยู่ในโลกภายในตนเอง ซึ่งการเจียบนั่นช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดทบทวนปัญหา/เรื่องราวที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจในสิ่งที่ตัวเขาคิด รู้สึก หรือ ต้องการจะพูด ต่อไป หรือให้ผู้รับการปรึกษาได้หยุดพักหลังจากแสดงอารมณ์โกรธ เสียใจ เช่น ร้องไห้ ฯลฯ

โดยมีแนวทางในการใช้ทักษะการเงียบ ดังนี้

(๑) เมื่อผู้รับการปรึกษานิ่งเงียบผู้ให้การปรึกษาควรประเมินว่าเงียบ เพราะสาเหตุใด หากเป็นการเงียบทางลบ เช่น ผู้รับการปรึกษารู้สึกเศร้าสะเทือนใจจนพูดต่อไปไม่ได้ เนื่องจากการร้องไห้หรือระบายความรู้สึกที่รุนแรง คิดทบทวนเรื่องราวของตัวเอง หรือกำลังคิดถึงเรื่องที่จะพูดต่อไป ซึ่งเหตุผลดังกล่าวเป็นการเงียบที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การปรึกษา ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรรบกวนความเจียบนั้น ควรรอจนกระทั่งผู้รับการปรึกษาพร้อมที่จะพูดต่อไป ซึ่งอาจใช้เวลาในการรอคอย ๕-๑๐ วินาที

ทั้งนี้หากผู้รับการปรึกษาเจียบนานพอสมควรแล้ว และไม่พูดต่อ ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้เทคนิค ดังต่อไปนี้

- พูดให้กำลังใจหรือแสดงความเข้าใจเห็นใจ เช่น “ครุคิดว่าครุเข้าใจความรู้สึกของหนู”

- สะท้อนเนื้อหาและความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังพูดถึง ก่อนที่จะมีการเงียบเกิดขึ้น เช่น “เธอน้อยใจและก็มีผิดหวังที่พอทำอย่างนั้น”

- ถามถึงความหมายของการเงียบ โดยสรุปเนื้อหาที่พูดถึงก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะเงียบไป เช่น “พอเราคุยกันถึงเรื่อง.....เธอก็เงียบไปครุไม่แน่ใจว่า ที่เธอเงียบไปนี่มันหมายถึงอะไร”

- ถามถึงความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาในขณะที่เงียบ โดยสรุปเนื้อหาที่พูดถึง ก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะเงียบไป เช่น “เมื่อที่เราพูดกันถึงเรื่อง.....แล้วหนู ก็เงียบไปตอนนั้นหนูกำลังรู้สึกอย่างไรอยู่เธอ”

หากผู้ให้การปรึกษาพิจารณาแล้วเห็นว่า การที่ผู้รับการปรึกษาเจียบนานนั้น อาจมีสาเหตุ ดังนี้

๑.๑ ต่อต้าน เนื่องจาก ผู้รับการปรึกษาถูกบังคับให้มารับการปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาควรแสดงความเข้าใจ เห็นใจ และพูดถึงความตั้งใจ ความใส่ใจ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา รวมทั้งหลักการ วิธีการ และประโยชน์ของการให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เกิดทัศนคติที่ดีต่อการถูกเชิญพบ และประโยชน์ที่เขาจะได้รับจากการรับการปรึกษา เช่น “ครุคิดว่าครุเข้าใจความรู้สึกของเธอที่อยู่ ๆ ครูก็กขอให้เธอมาพบ...ที่ให้เธอมาพบก็เพราะว่าครุได้รับทราบเกี่ยวกับ...(เรื่องราวของผู้รับการปรึกษา)...ครุเป็นห่วงและคิดว่าถ้าได้คุยกันจนได้ข้อมูลทั้งหมดแล้ว เราอาจจะช่วยกันหาแนวทางที่จัดการกับ...(ปัญหาของผู้รับการปรึกษา)...ได้ จึงได้ตามเธอมาพบ”

๑.๒ ประหม่าหรือหวาดกลัวต่อการถูกเรียกพบ

ผู้ให้การปรึกษาควรชวนพูดคุย เรื่องทั่วไป และแสดงท่าทางที่อบอุ่นเป็นมิตร เพื่อสร้างความเป็นกันเอง ให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย เช่น “นั่งกอนซิ กินข้าวแล้วหรือยัง (กรณีที่นั่งดบทอนพักเที่ยง)”

(๒) ไม่ควรพูดเพื่อลดความรู้สึกอัดอัดของผู้ให้การศึกษาที่ทนให้มีการเจ็บเกิดขึ้น ในระหว่างการสนทนาไม่ได้ ให้อดทนต่อความเจ็บและใช้การเจ็บให้เป็นประโยชน์ในการให้การศึกษา เพราะการฟังผู้รับการปรึกษาอย่างสงบ หรือนั่งอยู่กับเขาเงียบ ๆ เมื่อผู้รับการปรึกษามีสภาพอารมณ์ที่รุนแรง เช่น โกรธมาก เสียใจมาก ร้องไห้ เป็นการเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงอารมณ์อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการรบกวนและ ยังเป็นการแสดงว่าผู้ให้การศึกษาเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา จะเป็นผลดีกับการให้การศึกษา มากกว่าการป้อนโยนหรือซักถามความรู้สึกในขณะนั้น

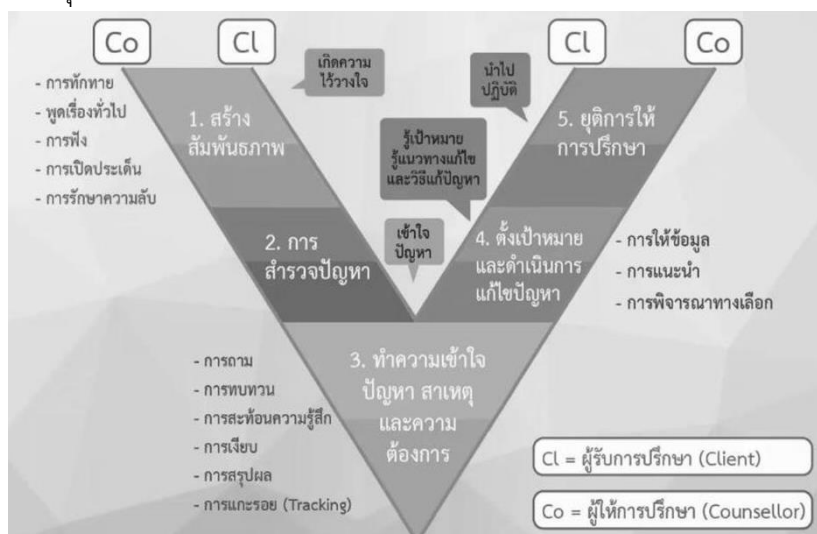
๑๐) การให้กำลังใจ (Encouraging) เป็นทักษะที่ผู้ให้การศึกษาใช้ในการสนับสนุนความคิด ความรู้สึก ตลอดจนการกระทำของผู้รับการปรึกษา เมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสม มีเหตุมีผล และจะ ก่อให้เกิดผลดีตามมาหากผู้รับการปรึกษาจะคิดเช่นนั้น หรือนำไปปฏิบัติต่อไป การใช้ทักษะนี้ผู้ให้การศึกษาจะต้องมีความจริงใจ และใช้เมื่อเห็นว่าผู้รับการปรึกษามีความคิด ความรู้สึก ตลอดจนการกระทำที่ เหมาะสมอย่างแท้จริง เช่น

“ดีมากเลยนะที่หนูคิดได้แบบนี้ และครูก็เห็นด้วยนะที่หนูจะลองไปพูดกับคุณแม่ตรงๆ ตามความต้องการของหนูอย่างที่หนูคิดไว้ ยิ่งใจครูก็ขอเป็นกำลังใจให้นะ ลองดูนะจ๊ะ ได้ผลยังไงมาเล่าให้ครูฟังบ้างนะจ๊ะ ครูยินดีเสมอจ๊ะ”

๑๑) การให้ข้อมูลสนเทศ (Informing) เป็นทักษะที่ผู้ให้การศึกษาจะใช้ในกรณีที่เห็นว่ามี ความจำเป็น และคิดว่าหากผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ข้อมูลส่วนนี้แล้ว อาจจะทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถมี ทางเลือก หรือแนวทางในการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น ไม่เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมกับตนเองมากยิ่งขึ้น แต่การ ให้ข้อสนเทศนั้น ผู้ให้การศึกษาจะต้องไม่ให้ข้อมูลหากผู้รับการปรึกษาไม่ได้ร้องขอหรือไม่มีความจำเป็นแต่ อย่างไม่ใด เพราะจะกลายเป็นการชี้แนะ หรือบอกแนวทางให้แก่ผู้รับการปรึกษาอย่างไม่มีทางเลือกเลยหรือ ปฏิเสธได้

๗. ขั้นตอนการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา

การให้การศึกษาเป็นกระบวนการซึ่งมีขั้นตอนที่ชัดเจน ที่ผู้ให้การศึกษาจะต้องดำเนินไปตามกรอบ ขั้นตอนที่กำหนดไว้ เพื่อให้กระบวนการให้การศึกษาเป็นไปอย่างราบรื่นและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์สูงสุดตามจุดมุ่งหมายสำคัญของการให้การศึกษาให้สามารถบรรลุ เป้าหมายให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงขั้นตอนของกระบวนการให้การศึกษา ดังนี้



หมายเหตุ: จาก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๑) ขั้นสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ : การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการให้การปรึกษา มีจุดประสงค์สำคัญเพื่อ

(๑.๑) ลดความประหม่าและวิตกกังวลของผู้รับการปรึกษา เนื่องจากในระยะเริ่มแรก ผู้รับการปรึกษายังมีความไม่แน่ใจ อาจตื่นเต้นหรือลำบากรู้สึกที่จะเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาของตน

(๑.๒) สร้างความรู้สึกคุ้นเคยและเป็นกันเองระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ในระยะเริ่มต้นของกระบวนการให้การปรึกษา ผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษายังไม่คุ้นเคยต่อกัน ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการปรึกษา โดยอาศัยเทคนิคและทักษะต่างๆ เช่น การทักทายสั้นๆ การพูดเรื่องทั่วไป การใส่ใจหรือแสดงพฤติกรรมการใส่ใจ และการเปิดประเด็นแล้วนำเข้าสู่การตกลงบริการ เป็นต้น

(๑.๓) สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา มีความเข้าใจที่ตรงกันในองค์ประกอบต่างๆ ของการให้การปรึกษา ได้แก่ การแนะนำตัว การชี้แจงบทบาทของผู้ให้และผู้รับการปรึกษา การรักษาความลับ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การปรึกษา ประเด็นในการขอรับบริการ

(๑.๔) ให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความมั่นใจต่อการปรึกษาและไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา

๒) ขั้นสำรวจปัญหา เป็นขั้นที่ผู้ให้การปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่างๆ เพื่อเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา เล่าถึงปัญหาต่างๆ เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้รับการปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้ความสำคัญกับการฟังให้มากที่สุด เป็นการฟังเรื่องราวของผู้รับการปรึกษาด้วยใจอย่างตั้งใจ สนใจอย่างแท้จริง เป็นการติดตามเรื่องราวของผู้รับการปรึกษาด้วยใจ (CI) ในลักษณะของการตามรอยไปด้วย พยายามสำรวจความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และการกระทำต่อเหตุการณ์ที่ผู้รับการปรึกษากำลังเผชิญอยู่ และพยายามถ่ายทอดหรือระบายออกมาให้รับรู้.

สิ่งที่ผู้ให้การปรึกษา จะต้องใช้ในขั้นตอนนี้คือการถาม ทั้งการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้รับการปรึกษา บอกเล่าถึงความคิดของตนให้มากที่สุด และในขณะเดียวกันก็จะใช้คำถามปลายปิด เพื่อเป็นการตรวจสอบความถี่ หรือความชัดเจนของเรื่องราวให้ละเอียดยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง จนได้พบปัญหาและรับรู้ความต้องการหรือท่าทีที่ตนเองมีต่อปัญหา ในขั้นนี้ผู้ให้การปรึกษาจะต้องใจเย็น และอดทน รับฟังเรื่องราว ที่ผู้รับการปรึกษาเล่าให้ฟังโดยจะไม่ไปแสดงความคิดเห็น หรือวิพากษ์วิจารณ์ใดๆ ทั้งสิ้น พยายามฟังและคิดตามสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเล่าให้ฟังเท่านั้น

สำหรับขั้นการสำรวจปัญหานี้จะใช้ระยะเวลามากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพื้นฐานสติปัญญาความสามารถ ลักษณะนิสัยของผู้รับการปรึกษาและความชำนาญในการใช้ทักษะของผู้ให้การปรึกษา

๓) ขั้นทำความเข้าใจปัญหา ในขั้นนี้จะเป็นขั้นตอนของการให้การปรึกษาที่ต่อเนื่องจากขั้นสำรวจปัญหา เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดถือเป็นหัวใจของกระบวนการให้การปรึกษา เพื่อก่อให้เกิดความชัดเจน เกิดความเข้าใจตรงกันอย่างถูกต้องระหว่างผู้รับการปรึกษา และผู้ให้การปรึกษาว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ที่ผู้รับการปรึกษากำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นคืออะไรกันแน่ เพื่อจะได้สามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้อย่างถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งระหว่างทั้งสองฝ่ายที่จะสร้างความเข้าใจตรงกัน เพื่อจะได้ค้นหาแนวทาง ตลอดจนวิธีการเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งผู้ให้การปรึกษาต้องใช้ทักษะเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจ่างชัดในสาเหตุของปัญหาได้สำรวจ

ความคิดและความรู้สึกที่ตนเอง มีต่อประสบการณ์ บุคคล หรือปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถแยกแยะปัญหานั้นและ ปัญหาที่แท้จริงได้ สรุปประเด็นปัญหาที่ผู้รับการปรึกษาต้องการแก้ไข ตลอดจนนำปัญหาที่ค้นพบมาจัดลำดับ ความสำคัญ ความเร่งด่วนรวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการแก้ไขและไม่แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ บ่อยครั้งที่ ผู้รับการปรึกษา ระบุปัญหาในชั้นตกลงบริการอย่างหนึ่ง แต่ในชั้นเข้าใจปัญหาสาเหตุเป็นอีกปัญหา

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานั้น ตามศักยภาพของผู้รับการปรึกษาโดยใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาคิด สืบหาความรู้ และความต้องการของตนเอง มองเห็นปัญหา เข้าใจสาเหตุและทราบถึงความต้องการที่ชัดเจนของตนเอง และมีพลังใจหรือเจือปอดจากผลของการตัดสินใจของตน

๔) ขั้นตอนเป้าหมายและดำเนินการแก้ปัญหา เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับ การปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย วางแผนแก้ไข ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ ศักยภาพ และสภาพแวดล้อมของผู้รับการปรึกษามากที่สุด โดยผู้ให้การปรึกษาไม่ควรเร่งรีบและด่วนตัดสินใจจัดการ ปัญหาของผู้รับการปรึกษาแต่จะคอยให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษาได้มีส่วนร่วมในการค้นหาวิธีการพิจารณา ความเหมาะสมและเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองที่สุด ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา คาดคะเนถึงโอกาสประสบความสำเร็จและความเป็นไปได้ในการใช้วิธีแก้ปัญหาที่เลือก สร้างความตระหนัก ในการรับผิดชอบต่อการตัดสินใจและยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการเลือกของตนเอง ไม่ใช่เป็นการบังคับให้ปฏิบัติ ซึ่งในขั้นนี้ผู้ให้การปรึกษาอาจสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ อบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ด้วยวิธีการดังนี้

๔.๑ การประคับประคอง เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาสันับสนุน ให้กำลังใจ ใส่ใจกับ ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา โดยไม่เน้นวิธีการแก้ปัญหา ณ ขณะนั้น แต่ทั้งนี้การให้กำลังใจต้องให้เป็น ข้อมูลที่เป็นไปได้จริง และไม่ใช้ข้อมูลหรือการให้กำลังใจที่มุ่งกลบเกลื่อนความรู้สึก

๔.๒ การให้ข้อมูล ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องราวที่แน่ใจว่าผู้รับการปรึกษายังไม่รู้ และเป็นข้อมูลสำคัญที่ต้องนำมาประกอบการตัดสินใจและการสร้างพฤติกรรมใหม่

๔.๓ การเสนอวิธีการต่างๆ ในกรณีผู้รับการปรึกษา ไม่พร้อมนำศักยภาพของ ตนเอง มาใช้ในการค้นพบวิธีการแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษา อาจต้องเสนอวิธีการแก้ปัญหาแบบต่างๆ และ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา (CI) ได้มีส่วนร่วมในการคิดและเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

๔.๔ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ใช้ศักยภาพ ของตนเองให้มากที่สุดในการสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลที่อาจเกิดขึ้นในเหตุการณ์ต่างๆ หรือวิธีการ แก้ปัญหาแบบต่างๆ หรือการแสดงพฤติกรรมใหม่

การให้การปรึกษาจะไม่สิ้นสุดตรงที่มีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา แต่จะต่อเนื่องกันไป จนให้ผู้รับการปรึกษาไปทดลองแก้ปัญหาแล้วกลับมาพูดคุยสนทนากับผู้ให้การปรึกษา เพื่อการปรับวิธีการ จนกระทั่งสามารถแก้ปัญหาที่เสร็จสิ้น หรือผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในสังคมได้

๕. ขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา : การให้การปรึกษาอาจเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว หรือหลายๆ ครั้ง ต่อเนื่อง ไปจนปัญหาคลี่คลายแล้วแต่กรณี

ผู้ให้การปรึกษาควรจะให้สัญญาณแก่ผู้รับการปรึกษา รู้ตัวก่อนหมดเวลายุติการปรึกษา เช่น อาจมองนาฬิกา หรือพูดกับผู้รับการปรึกษาว่า “เราเหลือเวลาอีก ๒-๓ นาที” แล้วเปิดโอกาสให้ ผู้รับการปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสนทนาในแต่ละครั้ง โดยผู้ให้การปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

ในประเด็นที่ขาดหายไป ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม

ในบางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการปรึกษากลับไปปฏิบัติ เช่น การเปลี่ยนการสื่อสาร การฝึกการหายใจคลายเครียด ฝึกการใช้จินตนาการบำบัด เป็นต้น

ในกรณีที่ผู้ให้การปรึกษา ไม่สามารถช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา ได้หรือประเมินแล้ว เห็นว่า ผู้รับการปรึกษา ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ให้การปรึกษาและ ผู้รับการปรึกษาเป็นไปในทางลบไม่เอื้อต่อการให้การปรึกษา จำเป็นต้องส่งต่อให้พบกับ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือผู้ให้การปรึกษาท่านอื่น ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้รับ การปรึกษาอย่างชัดเจน และแจ้งข้อมูลให้ผู้รับการปรึกษาทราบ ซึ่งผู้รับการปรึกษาสามารถเลือกที่จะให้ส่งต่อ หรือไม่ก็ได้

ถ้าไม่มีการส่งต่อผู้รับการปรึกษาสามารถขอพบผู้ให้การปรึกษาได้ต่อไป หากผู้รับการปรึกษา ยังต้องการขอรับการปรึกษา นอกจากการสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกันก่อนยุติการปรึกษาแล้ว อาจตกลงหัวข้อ การให้การปรึกษาวัน เวลา สถานที่ในการขอรับการปรึกษาครั้งต่อไป พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ ผู้รับการปรึกษา ในการปฏิบัติตามที่เขาได้ตัดสินใจระหว่างรอบการนัดพบในครั้งต่อไปแล้วจึงกล่าวอำลา

กระบวนการปรึกษามีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง แต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ อาจเรียงลำดับหรือไม่ก็ได้ บางครั้งอาจมีขั้นตอนเดิมวนซ้ำได้

๘. ข้อพึงระวังในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น

แม้ว่าผู้ให้การปรึกษาจะเข้าใจกระบวนการให้การปรึกษาเป็นอย่างดี และพยายามใช้ทักษะในการให้ การปรึกษาทั้งด้านท่าทางและด้านถ้อยคำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแล้วก็ตาม แต่อาจจะเกิดปัญหาในระหว่าง กระบวนการให้การปรึกษา ที่อาจจะคาดไม่ถึงแต่ก็สามารถเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงข้อควรระวังที่อาจ เกิดขึ้นในกระบวนการให้การปรึกษาดังต่อไปนี้

๑. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความอดทนเป็นอย่างสูงในการตั้งใจฟังเรื่องราวของผู้รับการ ปรึกษาที่ได้เล่าให้ฟัง พยายามตั้งใจฟังและถามซักให้มากที่สุด โดยไม่แสดงความคิดเห็นหรือวิพากษ์วิจารณ์ ตลอดจนตัดสินใดๆทั้งสิ้น เพียงแต่ฟังและพยายามใช้ทักษะการถามทั้งแบบเปิดและแบบปิด เพื่อให้เข้าใจ เรื่องราวให้มากที่สุด เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งสองฝ่าย และเกิดความชัดเจนว่าแท้จริงแล้วปัญหาที่กำลัง เผชิญอยู่ในขณะนี้คืออะไรกันแน่

๒. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตระหนักว่า แนวทางการแก้ปัญหาในการตั้งเป้าหมายนั้นจะต้อง เป็นเป้าหมายของผู้รับการปรึกษาเท่านั้น เพราะผู้เป็นเจ้าของปัญหานั้นจะเข้าใจและสามารถรับรู้ถึงความ เป็นไปได้และข้อจำกัดของตนเองได้เป็นอย่างดีว่า จะสามารถทำอะไรได้และทำอะไรไม่ได้ ดังนั้นผู้ให้การ ปรึกษาจะต้องไม่ไปบอกวิธีหรือแนวทางในการแก้ปัญหาเด็ดขาด เพราะจะเป็นการชี้นำหรือการสั่งการให้ทำ ซึ่งผู้รับการปรึกษาอาจจะไม่เต็มใจและรู้สึกอึดอัดแต่ไม่กล้าพูดออกมา จึงอาจทำให้ผู้ขอรับคำปรึกษาอาจจะไม่ มาพบอีกเลยในครั้งต่อไปก็เป็นได้

๓. ผู้ให้การปรึกษาอาจจะลองเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา โดยอาจจะลองเสนอ แนวทางหรือยกตัวอย่างวิธีการที่มีลักษณะของปัญหาค่อนข้างคล้ายกันและประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหานั้น

มาแล้วเป็นอย่างดี โดยเสนอเป็นแนวทางหรือเป็นตัวเลือกให้แก่ผู้รับการปรึกษาพิจารณาถึงความเป็นไปได้หรือความเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ โดยในกรณีนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะใช้ก็ต่อเมื่อพบว่า ผู้มาขอรับการปรึกษาคิดไม่ออกหรือไม่สามารถพบแนวทางในการแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเองได้

๔. ผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้ทักษะการให้กำลังใจได้ในทุกช่วงของการให้การปรึกษา โดยไม่จำเป็นต้องใช้เฉพาะในขั้นยุติการให้การปรึกษาเท่านั้น แต่ผู้ให้การปรึกษาสามารถแสดงการให้กำลังใจ แสดงความชื่นชมในความคิด การกระทำของผู้รับการปรึกษาได้ทันที เมื่อพบว่าผู้เข้ารับการปรึกษาได้แสดง คำพูด ความคิด หรือการกระทำที่เหมาะสมในการเข้าใจตนเอง ในการเข้าใจผู้อื่น ตลอดจนมีแนวทางในการรับมือกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์รอบตัวได้อย่างเหมาะสม

๕. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องพยายามควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์คล้อยตาม ผู้รับการปรึกษาจนมากเกินไปจนขอบเขตของความเหมาะสม ผู้ให้การปรึกษาจะต้องวางใจให้นิ่งมากที่สุด ไม่แสดงอารมณ์ร่วมใดๆ มากเกินไปจนออกนอกหน้าเป็นพิเศษจนเสมือนว่าปัญหานั้นเป็นเรื่องของตนเองไปด้วย

๖. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้ข้อเสนอแนะเฉพาะที่จำเป็นและเห็นว่า หากผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลในส่วนนี้แล้ว อาจส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การตัดสินใจ หรือการเลือกแนวทางที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี แต่ไม่ควรให้ข้อเสนอแนะโดยไม่จำเป็น เพราะจะกลายเป็นการชี้นำหรือการชี้นำให้ผู้รับการปรึกษาคิดและทำตามการบอกเล่าของตนเอง

๗. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องพึงระมัดระวังในเรื่องของการใช้ภาษากายในการสัมผัส (Touching) ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งช่วงเวลาและการแสดงออกอย่างเหมาะสมกับเพศของผู้รับการปรึกษาด้วย ไม่ว่าจะเป็นการโอบกอด การแตะมือ การแตะไหล่ จะต้องดูจังหวะที่เหมาะสมและแสดงออกได้อย่างพอเหมาะพอควรจนไม่เกินงาม เพราะอาจส่งผลลบมากกว่าผลดีขึ้นได้ และในเรื่องการสัมผัสทางร่างกาย นั้นยังไม่มีที่คุ้นเคยกันมากนักในสังคมและวัฒนธรรมไทย

การปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น

๑. ความหมายของการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยนำหลักการเรียนรู้และหลักพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองมาใช้เปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และเสริมสร้างพฤติกรรมนั้นให้ถาวรขึ้น

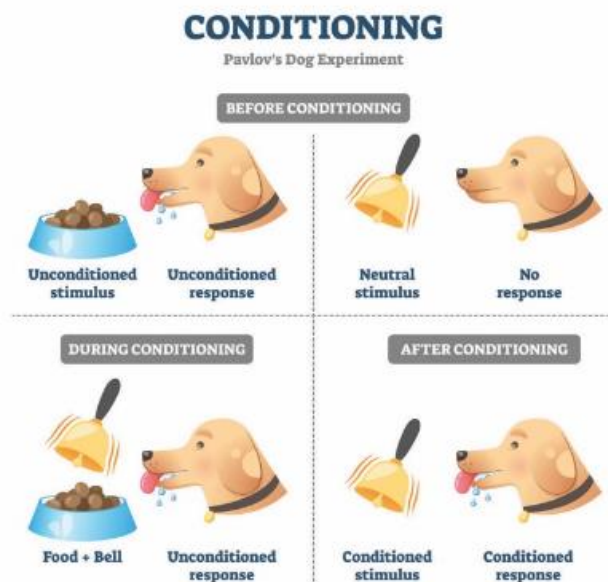
๒. แนวคิดพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่ใช้ในการปรับพฤติกรรม เน้นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาตอบสนอง หรือความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือความประพฤติของบุคคล โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบคลาสสิก (Classical Conditioning)

๒.๑ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบคลาสสิก (Classical Conditioning)

เป็นการเรียนรู้ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า และปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งเร้าที่ว่านี่เป็นสิ่งเร้าภายนอกที่มากระตุ้นให้คนแสดงพฤติกรรมที่เป็นไปโดยอัตโนมัติเพราะพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างรู้ตัวทั้งหมด เช่น ถ้าคนเอามือไปถูกเตาร้อนๆ ก็จะมีอาการสะดุ้ง ปฏิกิริยาตอบสนองเช่นนี้ไม่ได้เกิดจากการเรียนรู้แต่มันจะเป็นไปโดยอัตโนมัติสิ่งเร้าที่มากระตุ้นไม่ได้เป็นสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไข แต่มันจะเป็นไปโดยอัตโนมัติสิ่งเร้าที่มากระตุ้นไม่ได้เป็นสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไข (Unconditioned Stimulus) ดังนั้นเมื่อนำสิ่งเร้าใหม่มาควบคู่กับสิ่งเร้าซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นไปโดยอัตโนมัติหรือที่เรียกว่าปฏิกิริยาสะท้อน (Unconditioned Response) สิ่งเร้าใหม่ที่มีความเป็นกลางจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกลงเงื่อนไขได้

ตัวอย่าง การทดลองสุนัขกระดิ่งให้สุนัขฟัง สุนัขจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่อาจทำนายได้ (อาเจียน หรือกระดิกหาง ฯลฯ) เมื่อเอาผงเนื้อใส่ปากสุนัข สุนัขจะน้ำลายไหล ต่อมาเมื่อทำการทดลองโดยสุนัขกระดิ่ง (สิ่งเร้าที่เป็นกลาง) แล้วเอาผงเนื้อซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อน (Unconditioned Stimulus) ใส่ปากสุนัข โดยทำซ้ำๆ ในเวลาที่ใกล้เคียงติดกันหลาย ๆ ครั้ง ในระยะหลังเมื่อสุนัขกระดิ่งเพียงอย่างเดียวสุนัขจะน้ำลายไหล เพราะเกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงระหว่างเสียงกระดิ่งกับอาหาร นั่นคือแต่เดิมน้ำลายของสุนัขไม่ไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่ง แต่เมื่อนำเสียงกระดิ่งไปควบคู่กับผงเนื้อน้ำลายสุนัขจะไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งอย่างเดียวในเวลาต่อมา



หมายเหตุ: จาก <https://www.psychologicalscience.org/observer/revisiting-pavlovian-conditioning>

จากรูปจะเห็นว่าเสียงของกระดิ่ง ในตอนแรกเป็นสิ่งที่เราที่เป็นกลาง (cs) โดยเราไม่ทราบว่าสุนัขจะตอบสนองต่อเสียงกระดิ่งในลักษณะใด ต่อมาเมื่อเอาผงเนื้อใส่ปากสุนัขควบคู่กับเสียงกระดิ่งในเวลาซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง กระดิ่งจะกลายเป็น “สิ่งที่ถูกวางเงื่อนไข” (Conditioned Stimulus) หมายความว่า สุนัขเกิดการเรียนรู้ว่า เมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งจะได้กินเนื้อ การที่สุนัขน้ำลายไหลในครั้งหลัง ๆ จึงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่ถูกวางเงื่อนไข (Conditioned Response)

๒.๒ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant Conditioning)

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขการกระทำ เป็นทฤษฎีที่เน้นการกระทำที่บุคคลต้องลงมือกระทำเอง (Emitted Behavior) สกินเนอร์ เชื่อว่า พฤติกรรมเกิดร่วมกันระหว่างตัวผู้แสดงพฤติกรรม (Genetic Endowment) และเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมในรูปผลกรรม (Consequences) ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เรียกว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเอง (Emitted Response) ซึ่งผู้แสดงพฤติกรรมแสดงเอง และพฤติกรรมดังกล่าวถูกควบคุมโดยผลกรรมนั้น รูปแบบการเกิดพฤติกรรมมีดังนี้

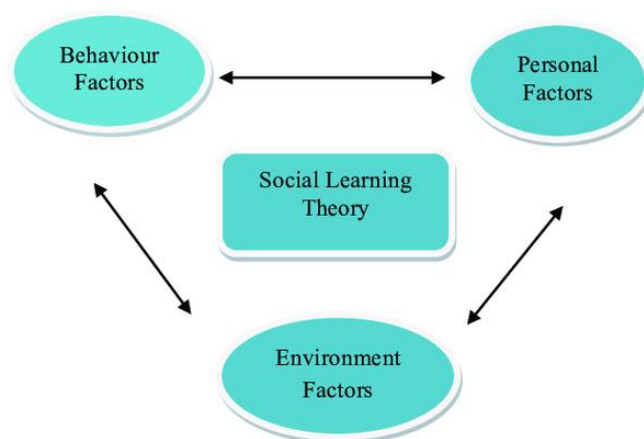
(๑) รูปแบบของการเกิดพฤติกรรมตามแนวคิดของสกินเนอร์

จากรูปแบบการเกิดพฤติกรรมข้างบนอธิบายได้ว่า สัญญาณสิ่งแวดล้อม (Sd) จัดโอกาสให้บุคคลแสดงพฤติกรรม (R) และเกิดผลกรรมหลังพฤติกรรม (Sr) ผลกรรมจะควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆ คำตอบคือ สาเหตุของพฤติกรรมคือ เงื่อนไขสิ่งเร้า ดังนั้น พฤติกรรมจึงเกิดจากเงื่อนไขสิ่งเร้าที่ชี้แนะ ให้เกิดพฤติกรรมและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะถูกควบคุมและถูกปรับโดยสิ่งเร้าซึ่งเป็นแรงเสริมที่เกิดหลังพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม สกินเนอร์ก็ได้ปฏิเสธสิ่งที่อยู่ในตัวคน (Inner events) ที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรม แต่เขาให้ความสำคัญกับ สิ่งเร้าภายนอกที่ทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าสิ่งเร้าภายใน (Bandura, ๑๙๘๖) ดังนั้น พฤติกรรมจะถูกควบคุมโดยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมอย่างอัตโนมัติ นั่นคือ สิ่งเร้าที่เป็นแรงเสริมนั่นเอง พฤติกรรมในที่นี้ เรียกว่า พฤติกรรมตอบสนองหรือปฏิกิริยาตอบสนอง (Response) ปฏิกิริยาตอบสนองในที่นี้ หมายถึง พฤติกรรมที่พึงประสงค์เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน วัดได้นับได้ เช่น พูดจา สุภาพ นิ่งกับที่ พูดชัดเจน ฯลฯ สิ่งเร้าที่เป็นแรงเสริมหรือรางวัลอาจจะเป็นสิ่งของ คำชมเชยหรือสัญลักษณ์การให้สิ่งเร้าดังกล่าว ควรให้ทันทีที่เกิด

พฤติกรรมที่พึงประสงค์พฤติกรรมที่พึงประสงค์จะเพิ่มขึ้น ส่วนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ พุดจา หยาบคาย ลูกจากที่พูดไม่ชัด ฯลฯ จะไม่ได้รับความสนใจ พฤติกรรมดังกล่าวก็จะลดลงและหายไปในที่สุด

๒.๓ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบดูรามีทัศนะว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องแสดงพฤติกรรมออกมาทันทีแต่การเรียนรู้เป็นการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ (Acquired new knowledge) ซึ่งยังไม่จำเป็นต้องแสดงออกมา ดังนั้น การเรียนรู้ในแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน โดยไม่จำเป็นต้องแสดงออกมาให้เห็น แต่ถ้าแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกก็เป็นการยืนยันว่าเกิดการเรียนรู้การที่เบนดูราเชื่อเช่นนั้นเพราะเขาเน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตตัวแบบหรือการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) เมื่อบุคคลสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ก็จะจดจำพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบเอาไว้แต่ไม่ได้แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบในทันทีทันใด ต่อมาเมื่อมีโอกาสจึงได้แสดงพฤติกรรมนั้นออกมาตัวอย่างเช่นเด็กสังเกตเห็นพฤติกรรมก้าวร้าวของพ่อแม่ที่มีต่อกันเด็กก็จะจดจำเอาไว้ ซึ่งขั้นตอนนี้เบนดูราถือว่าได้เกิดการเรียนรู้ (ต่อมาเมื่อมีโอกาสเหมาะสมเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทันที) เบนดูราเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์คือเปลี่ยนประสบการณ์ชั่วคราวที่พบเห็นให้เป็นรูปแบบภายในซึ่งทำหน้าที่ เป็นตัวชี้แนะการกระทำ ในเวลาต่อมา ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในของบุคคลซึ่งหมายถึง สติปัญญา ตัวแปรชีวภาพและสิ่งอื่น ๆ ในตัวคนรวมกับสภาพแวดล้อม การแสดงพฤติกรรมจึงสามารถอธิบายได้ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์หรือเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์ประกอบ ๓ ด้าน (Triad Reciprocal Determinant)



หมายเหตุ: จาก Perception of Female Students towards Social Media-Related Crimes. Pertanika Journal of Social Science and Humanities, โดย Suriati Ghazali, ๒๐๑๘, ๒๖(๒), (๒๐๑๘), ๗๖๙-๗๘๖.

การกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรม (B) องค์ประกอบตัวบุคคล (P) และสภาพแวดล้อม (E) เพื่อให้เข้าใจชัดเจนจึงขอแยกกล่าวปฏิสัมพันธ์ที่ละคู่ดังนี้

๑. ระหว่าง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคล ได้แก่ความคิด ความคาดหวัง ความเชื่อ ความรู้สึกการรับรู้ตนเอง เป้าหมาย ความตั้งใจกับพฤติกรรม ปัจจัยดังกล่าวกำหนดว่าจะแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางใด ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรมก็เป็นตัวกำหนดปัจจัยภายในตัวบุคคลด้วยคือ ตอบสนองความรู้สึก เช่น

บุคคลคิดว่าการดูทีวีรายการเกมโชว์ให้ความบันเทิงแก่ตน และรู้สึกอยากดูรายการดังกล่าว จึงเปิดรายการเกมโชว์ การเปิดทีวีจึงเป็นการสนองอารมณ์และความรู้สึกด้วย

๒. ระหว่าง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะเป็นสื่อข้อความหรือตัวแบบจะกระตุ้นความคิด ความคาดหวัง ความรู้สึก การรับรู้ตนเองและลักษณะ อื่น ๆ ของบุคคล โดยผ่านตัวแบบการอบรมสั่งสอนหรือการชักจูงทางสังคม ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองภายในต่อสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น รายการทีวีจะกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ว่ามีประโยชน์และทำให้เกิดความอยากดู เกิดการวางแผนที่จะดูและเลือกรายการทีวีแม้ว่ารายการทีวีต่าง ๆ มีให้คนดูเหมือนกันหมด แต่บุคคลก็จะเลือกดูทีวีเมื่อไร โปรแกรมไหนก็ได้การเลือกรายการทีวีก็จะจัดสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับความชอบตน

๓. ระหว่าง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม นั่นคือ พฤติกรรมจะเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจะเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย เช่น จากตัวอย่างข้างต้น บุคคลจะเปลี่ยนรายการทีวี(สิ่งแวดล้อม) ตามความชอบ เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนก็จะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป ด้วยการอธิบายปัจจัย ๓ ด้าน ซึ่งเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกันแต่ละตัวมีอิทธิพลไม่เท่ากัน และอาจจะเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ๒๕๕๐)

๓. ลักษณะการปรับพฤติกรรม

๑. เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรือกิริยาอาการที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เช่น พูดเสียงดัง เดิน ตะโกน เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวสามารถมองเห็นได้ตรงกัน วัดได้เป็นรูปธรรม

๒. ไม่ใช้คำที่ประณามหรือติตรา เช่น คำ ว่า ชน ก้าวร้าว ดื้อ ชอบขโมย โกหก เป็นต้น เพราะเป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะของการประณาม มีความหมายกว้างและซับซ้อน มีหลายพฤติกรรมรวมๆ กัน หากแก่การสังเกตหรือสังเกตเห็นได้แต่ต่างคนต่างก็เข้าใจไม่ตรงกัน ทำให้ยากแก่การจัดโปรแกรมการปรับหรือแก้ไขพฤติกรรม

๓. พฤติกรรมต่าง ๆ เกิดจากการเรียนรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก็เกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้น พฤติกรรมย่อมเปลี่ยนแปลงได้โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมหรือการจัดสภาพแวดล้อมใหม่ที่เหมาะสม

๔. การปรับพฤติกรรมเน้นสภาพการณ์ในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่าพฤติกรรมนั้นเกิดจากการเรียนรู้ในอดีต แต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลกรรมในสภาพการณ์ปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือมีแนวโน้มที่จะลดลง ถ้าสามารถรู้ว่สิ่งเร้าหรือผลกรรมใดทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลงก็สามารถจัดสภาพการณ์สิ่งเร้าและผลกรรมนั้นได้เหมาะสม เพื่อให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปตามเป้าหมาย

๕. การปรับพฤติกรรมเน้นการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยการให้สิ่งที่เด็กพอใจหลังจากเด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นมากกว่าการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการให้สิ่งที่เด็กไม่พอใจหลังการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า เน้นวิธีการทางบวกมากกว่าการลงโทษ

๖. วิธีการปรับพฤติกรรมแต่ละวิธีนั้นจะใช้ได้เหมาะสมหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัญหาแต่ละปัญหา เนื่องจากเด็กแต่ละคนย่อมมีภูมิหลังที่แตกต่างกัน การปรับพฤติกรรมจึงต้องตระหนักในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

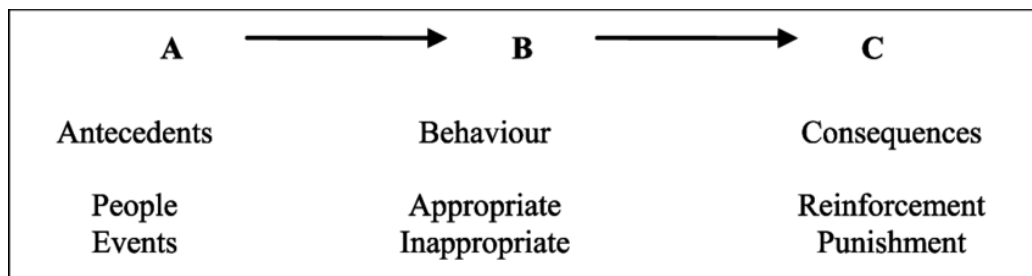
๗. วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบและขั้นตอนที่ได้รับการทดสอบแล้วว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการปรับพฤติกรรมที่นำมาใช้ในชั้นเรียน

๔. การปรับพฤติกรรมแบบ ABA (Applied Behavior Analysis)

การปรับพฤติกรรมแบบ ABA (Applied Behavior Analysis) เป็นหลักการและวิธีการที่เป็นระบบ ใช้สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเพิ่มทักษะที่เหมาะสม และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการปรับสิ่งกระตุ้นที่เกิดก่อน หรือเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีทักษะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ

๔.๑ The Three Term Contingency : ABC ในการเกิดพฤติกรรมจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ ๓ ด้าน ได้แก่

๑. Antecedent: ตัวกระตุ้น
๒. Behavior: พฤติกรรมที่เด็กแสดง
๓. Consequence: ผลกระทบจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

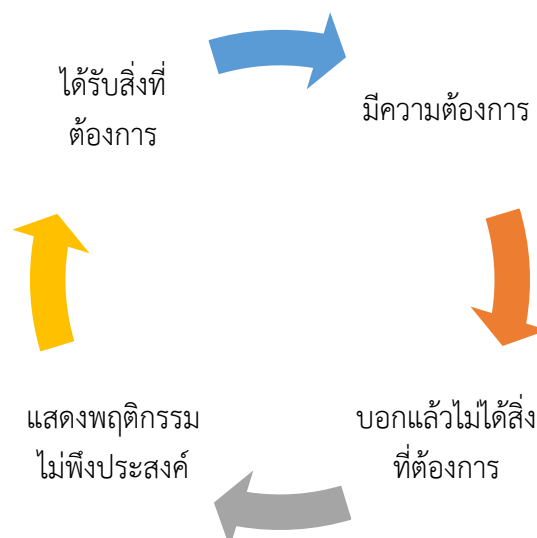


หมายเหตุ: จาก https://www.researchgate.net/publication/๒๔๒๖๕๐๓๓๐_Energy_Conervation_A_Conceptual_Framework_of_Energy_Awareness_Development_Process

๔.๒ หลักการสำคัญของการปรับพฤติกรรม

“ผลลัพธ์ที่ดีจะทำให้พฤติกรรมเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันผลลัพธ์ที่ไม่น่าพอใจจะทำให้พฤติกรรมนั้นลดลง”

๔.๓ วงจรการเกิดพฤติกรรมปัญหา

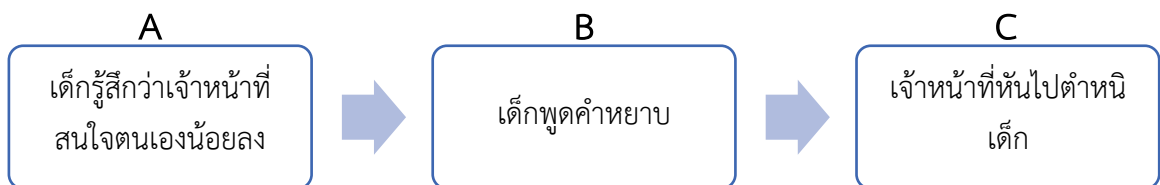


จากรูปภาพดังกล่าว แสดงถึงวงจรการเกิดพฤติกรรมปัญหา โดยเริ่มจากการที่เด็กหรือเยาวชนมีความต้องการบางอย่าง แต่ไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการ จึงแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ต้องการ เช่น ต้องการความสนใจจากเจ้าหน้าที่ จึงพยายามเข้ามาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้รับความสนใจ จึงแสดงพฤติกรรมตะโกนเสียงดัง เพื่อให้เจ้าหน้าที่หันมาสนใจ โดยความสนใจในที่นี่ ไม่เฉพาะแต่การพูดคุยชื่นชมในเชิงบวก แต่การดุด่าก็นับเป็นความสนใจด้วยเช่นกัน ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรวิเคราะห์ และวางแผนในการปรับพฤติกรรมของเด็กหรือเยาวชนให้ตรงกับความต้องการของเด็กหรือเยาวชนเฉพาะกรณี

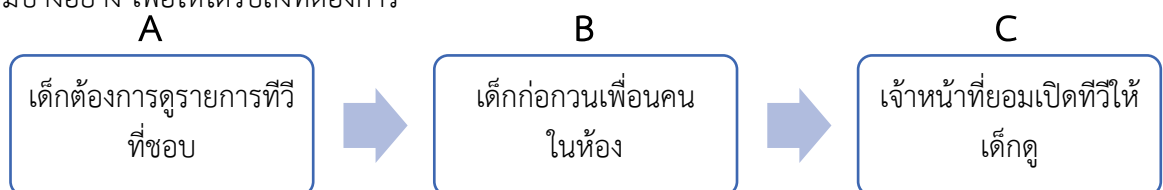
๔.๓ ปัจจัย/ความต้องการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมปัญหา

การแสดงพฤติกรรมปัญหา อาจเกิดขึ้นได้จากหลากหลายปัจจัย/ความต้องการที่แตกต่างกัน (พูนพร สุตใจ, ๒๕๖๕) ดังนี้

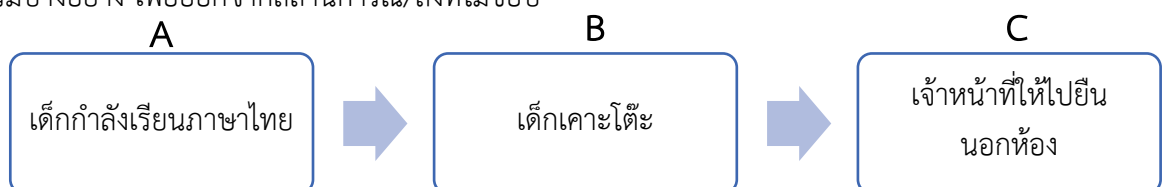
(๑) เด็กหรือเยาวชนต้องการความสนใจ (Attention) จึงแสดงพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อให้ได้รับความสนใจ ซึ่งความสนใจนั้นอาจเป็นความสนใจเชิงบวกหรือลบก็ได้



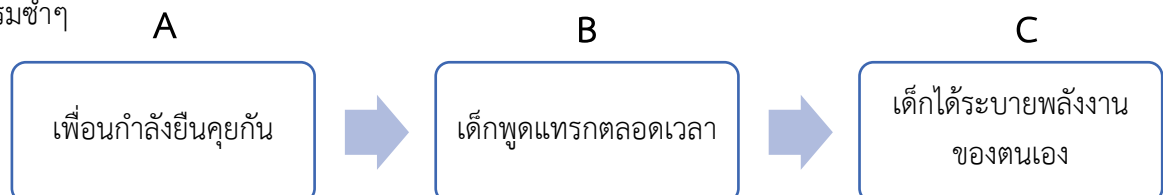
(๒) เด็กหรือเยาวชนต้องการได้รับสิ่งที่ต้องการ เช่น อาหาร ของเล่น กิจกรรมที่ชอบ จึงแสดงพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ต้องการ



(๓) เด็กหรือเยาวชนต้องการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ชอบ เช่น กิจกรรมที่ไม่ชอบ งานที่ยาก จึงแสดงพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อออกจากสถานการณ์/สิ่งที่ไม่ชอบ



(๔) เด็กหรือเยาวชนต้องการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย หรือเป็นอาการของโรคบางอย่าง เช่น เด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมีความต้องการขยับร่างกาย พูดแทรก เพื่อระบายพลังงาน หรือ เด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคออทิสติก จะมีพฤติกรรมเอาของมาเรียง เพราะเด็กมีความสุขที่ได้ทำพฤติกรรมซ้ำๆ



๔.๔ ความสำคัญของการวิเคราะห์พฤติกรรม

๑. เข้าใจพฤติกรรมและความต้องการของเด็กและเยาวชน
๒. สามารถเลือกใช้เทคนิคและจัดการพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม
๓. มีแนวโน้มที่เด็กหรือเยาวชนจะมีปัญหาพฤติกรรมลดลง

๔.๓ วิธีการเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์

การตั้งกฎให้เหมาะสมกับธรรมชาติของเด็กและรู้จักประยุกต์ใช้เทคนิคในการปรับพฤติกรรมด้วยการเสริมสร้างให้เด็กได้ใช้ธรรมชาติของเขาในทางสร้างสรรค์ และอยู่ในขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่กำหนดอย่างสมดุลก็จะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้กับเด็กได้ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

๑. เลือกพฤติกรรมที่ต้องการฝึกให้กับเด็ก

การเลือกพฤติกรรมที่ต้องการฝึก ควรเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองหรือเจ้าหน้าที่เห็นตรงกันว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความจำเป็นต้องปรับพฤติกรรม เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถปรับตัวอยู่ในสถานควบคุมได้ โดยอาศัยหลักการและเกณฑ์จากการกำหนดกฎที่สอดคล้องกับธรรมชาติวัยรุ่น

ข้อสำคัญก็คือ ควรบอกให้เด็กและเยาวชนทราบถึงกฎระเบียบของสถานควบคุมหรือห้องเรียนให้เด็กและเยาวชนเข้าใจอย่างชัดเจน นอกจากนี้ อาจมีการกำหนดกฎอื่น ๆ ที่จำเป็นร่วมกับเด็กและเยาวชนที่ถือเป็นข้อตกลงร่วมกันได้

๒. วิเคราะห์พฤติกรรมที่ต้องการปรับ

๒.๑ การแยกแยะพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ ที่บ่งบอกพฤติกรรมรวมที่ต้องการแก้ไข เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ชัดและมีปริมาณ หรือ จำนวนบ่งบอกไว้

๒.๒ ค้นหาสาเหตุแห่งพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก เพื่อหาทางแก้ไขได้อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาเรื่องต่อไปนี้

- ตัวกระตุ้น/สาเหตุ (A: Antecedent) ให้เกิดพฤติกรรม
- ช่วงเวลาที่เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ (A: Antecedent)
- บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรม (A: Antecedent)
- สถานที่เกิดพฤติกรรม (A: Antecedent)
- ตัวเสริมแรง (C: Consequence) ที่ทำให้พฤติกรรมยังคงดำเนินอยู่

๓. ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม

เป้าหมายในการปรับพฤติกรรมนั้น ไม่ควรตั้งไว้สูงเกินความสามารถและธรรมชาติของเด็กแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ผู้ฝึกอาจจะแยกย่อยให้เด็กทำ ไปทีละขั้น ด้วยการทบทวนความสามารถหรือสังเกตลักษณะของเด็กในช่วงเวลาที่ผ่านมาว่า โดยเฉลี่ยเขาหยุดพฤติกรรมนั้น ๆ ได้นานเท่าไร เพื่อนำมาตั้งเป้าให้เด็กรู้สึกว่าจะสามารถทำได้และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ

๔. เลือกตัวเสริมแรงที่ใช้ในการปรับพฤติกรรม

ตัวเสริมแรงหรือรางวัล ควรเป็นสิ่งที่เด็กและเยาวชนชอบ เช่น ขนมหรือกิจกรรมที่เด็กและเยาวชนชอบ ทั้งนี้การให้สิ่งเสริมแรงควรให้พร้อมกับคำชมเชยเสมอ เพื่อประโยชน์ในการลดสิ่งเสริมแรงแล้วให้คำชมเชยทดแทน

๕. เลือกเทคนิคต่าง ๆ ในการปรับพฤติกรรม

เทคนิคและวิธีการปรับพฤติกรรมนั้น ต้องเลือกให้เหมาะสมกับพฤติกรรมและทิศทางที่ต้องการมีความสอดคล้องกับความต้องการและลักษณะของเด็ก จึงจะมีประสิทธิภาพ

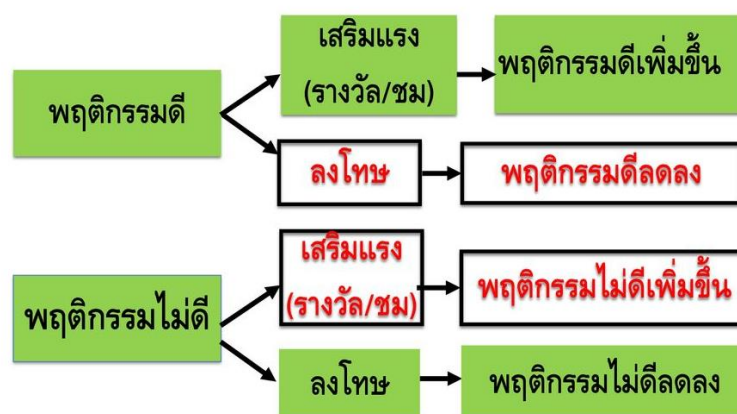
๖. ปฏิบัติตามขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามขั้นตอนการปรับพฤติกรรม โดยควบคุมกฎข้อตกลงให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความคงเส้นคงวา และไม่เลือกปฏิบัติ

๗. ประเมินผลการปรับพฤติกรรม

เจ้าหน้าที่ควรบันทึกความถี่ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังให้แรงเสริมทุกชั่วโมงที่สอน เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมว่ามากขึ้นหรือลดลงเพียงใด

๕. เทคนิคการปรับพฤติกรรม



หมายเหตุ: จาก <https://slideplayer.in.th/slide/๑๖๗๗๐๙๑๔/>

ในการปรับพฤติกรรม มีหลักโดยสำคัญ คือ การเสริมแรงจะทำให้พฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้น ส่วนการลงโทษจะทำให้พฤติกรรมเป้าหมายลดลง โดยเทคนิคที่ใช้ในการเสริมแรงและลงโทษ มีรายละเอียดดังนี้

๕.๑ การเสริมแรง (Reinforcement)

การเสริมแรง คือ การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กและทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นซ้ำโดยใช้ตัวเสริมแรงในรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับเด็ก เด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรถึงจะได้รับการเสริมแรง

๕.๑.๑ ตัวเสริมแรง (Reinforcer) คือ สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ใช้ในการเสริมแรง ตัวเสริมแรงควรให้ตามหลังพฤติกรรมที่ต้องการในทันที

- Material Reinforcer คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นวัตถุสิ่งของ เช่น มือถือ ขนม
- Social Reinforcer การเสริมแรงทางสังคม แบ่งเป็น

๑. การใช้คำพูดหรือตัวอักษร เช่น การให้คำชม การเขียนคำชม โดยใช้ น้ำเสียงที่จริงใจแสดงถึงความรู้สึกและระบุพฤติกรรมที่ได้รับคำชมอย่างชัดเจน เช่น ชมว่าวันนี้เขียนลายมือสวยมาก

๒. การใช้ภาษาท่าทาง เช่น การยิ้มให้ การยกนิ้ว การกอด ซึ่งการกอดหรือการสัมผัสจะมีประสิทธิภาพมากและได้ผลดีที่สุด

- Activity Reinforcer คือ การให้สิ่งที่ชอบมากที่สุดมาเสริมสิ่งที่ชอบทำน้อยที่สุด โดยต้องทำตาม Premack Principle คือ ให้ทำสิ่งที่อยากทำน้อยที่สุดก่อน แล้วจึงให้ทำกิจกรรมที่ชอบที่สุด เช่น เด็กที่ชอบกินขนมแต่ไม่ชอบอ่านหนังสือก็ให้เด็กอ่านหนังสือ ก่อนแล้วจึงให้กินขนม อย่างไรก็ตามถ้าสิ่งใดเป็นของตาย คือจะทำหรือไม่ทำก็ได้สิ่งนั้นอยู่แล้ว สิ่งนั้นจะเป็นตัวเสริมแรงไม่ได้อีกต่อไป เช่น เด็กทุกคนจะได้ทานข้าวกลางวันอยู่แล้ว ก็ไม่ควรนำข้าวกลางวันมาเสริมแรง

- Token Economy คือ สิ่งที่ไม่มีความหมายในตัวแต่ให้คุณค่าตัวเสริมแรงอื่น เช่น หากเด็กทำพฤติกรรมที่เหมาะสมจะได้รับคุกกี้เพื่อนำไปแลกสิ่งที่ต้องการ

- Positive Feedback การบอกว่าเขาทำอะไรได้ดี มองเฉพาะจุดดี เช่น บอกเด็กว่า “หนูทำงานส่วนนี้ได้ดีมาก”

- Intrinsic Reinforcer ตัวเสริมแรงภายใน เช่น การให้เด็กชื่นชมตัวเองหรือภูมิใจด้วยตัวเอง

๕.๑.๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมแรง

- ระยะเวลา (timing) ควรให้การเสริมแรงทันทีที่เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ไม่ควรปล่อยเวลาให้ยาวนานเพราะเด็กจะไม่เกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงได้

- ความน่าสนใจของตัวเสริมแรง ตัวเสริมแรงควรมีความน่าดึงดูดใจกับเด็กมากเพียงพอ ซึ่งตัวเสริมแรงบางอย่างอาจมีความน่าสนใจสำหรับเด็กบางคน แต่ไม่ได้มีความน่าสนใจกับเด็กบางคน จึงควรเลือกใช้การเสริมแรงให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคนด้วย

- ความสม่ำเสมอ (consistency) ควรให้การเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอเมื่อเด็กทำพฤติกรรมที่ต้องการ

- การเสริมแรงต้องตอบสนองความต้องการอย่างพอเหมาะ ไม่มากเกินไปหรือน้อยไป

๕.๑.๓. ตารางการเสริมแรง

๕.๑.๓.๑. เสริมแรงทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ (continuous reinforcement) เช่น เมื่อเด็กพูดเพราะจะได้รับคำชมทุกครั้ง รูปแบบนี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ช่วงต้น ๆ หากมีการหยุดการเสริมแรงพฤติกรรมนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม การเสริมแรงแบบต่อเนื่องก็มีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อเราต้องการสร้างพฤติกรรมใหม่ (Cherry, ๒๐๒๒)

๕.๑.๓.๒. การเสริมแรงแบบชั่วคราว (intermittent reinforcement)

- การให้แรงเสริมตามอัตราส่วนที่แน่นอนหรือคงที่ Fixed ratio (FR) คือ ทำกี่ครั้งถึงเสริมแรง เช่น ลบกระดาน ๕ ครั้ง ได้รับลูกอม ๑ เม็ด

- การให้แรงเสริมตามอัตราส่วนที่ไม่แน่นอน Variable ratio (VR) เช่น บางวันกวาดพื้น ๒ ครั้งถึงได้ขนม บางวันต้องกวาด ๓ ถึงได้ขนม

- การให้แรงเสริมตามช่วงเวลาแน่นอน Fixed interval (FI) เช่น นั่งอยู่กับที่ ๓๐ นาที ได้รับดาว ๑ ดวง

- การให้แรงเสริมตามช่วงเวลาที่ไม่แน่นอน Variable ratio (VI) เช่น เด็กพูดเพราะก็ชมบ้างบางครั้ง

อย่างไรก็ตามรูปแบบการเสริมแรงนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น อยากให้เด็กอ่านหนังสือนานขึ้น จึงต้องเลือกใช้การเสริมแรงที่กำหนดช่วงเวลาเอาไว้

แน่นอน เช่น ๓๐ นาที หรือ ๖๐ นาที หรือการเสริมแรงเป็นจำนวนครั้ง เช่น อ่านหนังสือ ๓๐ หรือ ๕๐ หน้า หรือจะไม่กำหนดจำนวนครั้งหรือช่วงเวลาที่แน่นอนก็ได้ เพื่อให้เด็กเกิดความคาดหวังขึ้นทำให้กระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๕.๒.การลงโทษ (Punishment) เป็นการปรับลดหรือหยุดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

๕.๒.๑. การลงโทษอย่างมีประสิทธิภาพ

ควรมีความหนักแน่นในการทำตามข้อตกลงที่ตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการลงโทษ และควรเตือนก่อนหรือบอกล่วงหน้า เพื่อให้เด็กและเยาวชนได้ปรับตัว ทั้งควรบอกให้ชัดเจนว่าเด็กและเยาวชนทำอะไรผิดทำไมจึงถูกลงโทษและอธิบายเหตุผลในการลงโทษครั้งนี้ และลงโทษอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งและทันทีที่เด็กทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม หากเป็นไปได้ควรปรับสภาพแวดล้อมใหม่เพื่อให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมน้อยลง

การลงโทษ เช่น

- การเพิกเฉย (Extinguishing responses) การทำเป็นไม่สนใจพฤติกรรมที่เด็กทำอย่างเหมาะสม
- การให้ออกจากสถานการณ์หรือสถานที่ (Time-out) เช่น เมื่อเด็กทำพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ก็อาจจะให้ออกจากห้องก่อน
- การให้สิ่งที่ไม่ชอบ เช่น การบ่น การหักคะแนน
- การจับหยุดจำกัดพฤติกรรม ใช้เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว
- การเสียค่าปรับ/ตัดสิทธิ์ คือการตัดผลประโยชน์ของเด็กเมื่อเด็กและเยาวชนแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยจะต้องมีการตกลงกันก่อนเรื่องการตัดสิทธิ์ และวิธีการได้สินนั้นคืน

๕.๒.๒. ข้อเสียของการลงโทษ

๑. เป็นเพียงการรับจับพฤติกรรม แต่ไม่ได้ทำให้พฤติกรรมนั้นหายไป
๒. เด็กสามารถกลับไปทำพฤติกรรมเดิมได้
๓. บางครั้งการลงโทษก็อาจเพิ่มพฤติกรรมที่ทำให้ถูกลงโทษได้
๔. การลงโทษทุกครั้งควรบอกสาเหตุว่าทำไมเด็กจึงถูกลงโทษ
๕. การลงโทษอาจทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์
๖. การลงโทษอาจทำให้เด็กเกิดความก้าวร้าว
๗. การลงโทษไม่ได้ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม
๘. อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ
๙. อาจทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือหนี

การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนจิตเวช

๑. ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การนำงานที่ทำเป็นประจำมาช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงปกติ หลังจากที่ได้รับการบาดเจ็บและผ่านระยะของการรักษาอาการและพ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ร่างกายจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพื่อให้หายและกลับมาใช้ร่างกายในการทำงาน ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างใกล้เคียงเดิม ได้แก่ (๑) ความสามารถในการประกอบกิจกรรมหรืองาน และ (๒) การวางแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิต

๒. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชน

ชนมชนม์ เกียรติวุฒิ (๒๕๖๕) ได้รวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนไว้ดังนี้

๒.๑ การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้เด็กและเยาวชนให้ความร่วมมือในการฟื้นฟู โดยมีเทคนิคสร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

- (๑) ในครั้งแรกที่พบเด็กและเยาวชน ให้แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ถึงสิ่งที่สามารถช่วยเหลือได้
- (๒) ใช้คำถามปลายเปิดสำหรับความรู้สึก และคำถามปลายปิดสำหรับข้อมูลเฉพาะเจาะจง
- (๓) เข้าใจการตอบสนองที่ซ้าระหว่างนั้นสังเกตพฤติกรรมในช่วงรอคำตอบ
- (๔) ตอบสนองต่อสิ่งที่เด็กและเยาวชนอยากเล่าแบบสั้นๆ เช่น ครับ พูดต่อได้ เพื่อให้เด็กและเยาวชนรับรู้ได้ว่ากำลังสนใจ
- (๕) จัดการสถานการณ์ขณะทำกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูอย่างเหมาะสม มีความต่อเนื่อง ไม่ให้เด็กและเยาวชนขาดสมาธิ
- (๖) ให้สัญญาเฉพาะสิ่งที่ทำได้อย่างแน่นอนเท่านั้น

๒.๒ การตอบสนองต่ออาการของเด็กและเยาวชน

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนที่มีอาการทางจิตเวชนั้น เจ้าหน้าที่ควรคำนึงถึงลักษณะอาการของเด็กและเยาวชนรายกรณี เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) อาการวิตกกังวล

ปัญหา อาการวิตกกังวลรบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน อาการพูดซ้ำๆ เรื่องที่กังวล หรือพฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆ เช่น ดึงผม เคาะโต๊ะ

วิธีการสื่อสาร เจ้าหน้าที่ควรกระตุ้นให้เด็กและเยาวชนพูดคุยถึงเรื่องที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจและแสดงความรู้สึกออกมาให้ชัดเจน ตั้งใจฟังและค่อยๆ เปลี่ยนหัวข้อการคุยเป็นเรื่องอื่นๆ ที่สร้างสรรค์หรือเป็นสิ่งที่เยาวชนสนใจ นอกจากนั้นควรจัดการสิ่งแวดล้อมให้เยาวชนรู้สึกสงบ สบายใจ และคุ้นเคยกับสถานที่ลดจำนวนคน ลดเสียง เป็นต้น

ลักษณะกิจกรรม ควรเลือกกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จในผลงานโดยไม่ต้องสนใจในรายละเอียดของผลงานมาก เลือกกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวบ้างขณะทำกิจกรรม พักยืดกล้ามเนื้อ เทคนิคการผ่อนคลาย สอดแทรกลงไปในช่วงการทำกิจกรรมหรือผลงาน ค้นหาสิ่งที่ยาวจนสนใจ กิจกรรมยามว่างจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

(๓) อาการซึมเศร้า

ปัญหา อาการรบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เช่น ร้องไห้ หงุดหงิด หมดหวังจากอนาคต ทานอาหารมากเกินไปหรือน้อยเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีทัศนคติแง่ลบต่อตนเองและส่งผลให้ขาดการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ดูแลตนเอง

วิธีการสื่อสาร ควรรับฟังอย่างตั้งใจในเรื่องที่ไม่สบายใจ เน้นที่ความรู้สึกและสาเหตุของการซึมเศร้าเพื่อให้รับรู้ถึงสาเหตุและแก้ไขปัญหไปพร้อมกัน ให้ข้อมูลย้อนกลับถึงที่ได้รับมาจากเยาวชน กระตุ้นให้เริ่มทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว ตั้งเป้าหมายระยะสั้นและกิจกรรมที่สามารถทำได้สำเร็จ

ลักษณะกิจกรรม ในการทำกลุ่มกิจกรรมควรค้นหาเยาวชนที่ซึมเศร้าอยู่เสมอแต่ใช้ระยะเวลาไม่นานในแต่ละครั้ง กระตุ้นให้ทำกิจกรรมง่ายๆร่วมกับผู้ให้การฟื้นฟูและค่อยๆดึงเยาวชนเข้ามาในกลุ่ม หลีกเลี่ยงการนำเสนอกิจกรรมหลายๆอย่างให้เลือก ควรเสนอเพียง ๒ ขึ้นเท่านั้น ดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดสิ่งเร้า เช่น แสง สี กิจกรรมที่ให้ควรง่าย มีขั้นตอนในการทำและเป็นโครงสร้างของกิจกรรมที่ชัดเจน ใช้เวลาน้อย กิจกรรมที่ต้องตอบสนองด้วยความรวดเร็วไม่เหมาะสมกับเยาวชนที่มีอาการซึมเศร้า รวมถึงงานที่มีรายละเอียดมาก และค่อยๆปรับความหลากหลายและความซับซ้อนให้เพิ่มมากขึ้น

(๔) อาการครั่นเครง

ปัญหา เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ หงุดหงิด ไม่สามารถจดจ่อกับกิจกรรมได้นาน และใช้จ่ายเงินสุรุ่ยสุร่าย ตัดสินใจได้ยากลำบาก

วิธีการสื่อสาร เจ้าหน้าที่ควรมีการปรับพฤติกรรม โดยสร้างกฎกติกาและขอบเขตที่ชัดเจนว่าสามารถทำอะไรได้บ้างและมีสิ่งใดทำไม่ได้ หลีกเลี่ยงคำวิจารณ์ที่อาจส่งผลให้เกิดการต่อต้าน

ลักษณะกิจกรรม ไม่ควรตกแต่งหรือจัดการสิ่งแวดล้อมใหม่บ่อยๆ จะส่งผลให้หันเหความสนใจได้ง่าย กิจกรรมที่ให้ควรเป็นกิจกรรมที่มีโครงสร้างและมีขั้นตอนน้อย ๑-๓ ขั้นตอน ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์และการตัดสินใจ เพราะเยาวชนที่มีอาการครั่นเครงจะหันเหความสนใจได้ง่าย และทำกิจกรรมได้ไม่สำเร็จตามจุดประสงค์ แนะนำกิจกรรมที่ใช้พลังงานมาก แต่อาจส่งผลเสียคือควบคุมกลุ่มได้ยาก ควรปรับลดขนาดของกลุ่มลงให้เหลือ ๓-๔ คน เท่านั้น

(๕) อาการประสาทหลอน

ปัญหา มีสิ่งเร้าเข้ามารบกวน และมักมองสิ่งเร้ารอบตัวเป็นอันตรายต่อตนเอง

วิธีการสื่อสาร ให้ความมั่นใจแก่เยาวชนและพยายามช่วยให้เยาวชนเข้าใจว่าสิ่งใดเกิดขึ้นอย่างแท้จริง บอกเล่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น อธิบายด้วยน้ำเสียงปกติ เป็นจังหวะ เพื่อให้สบายใจที่จะฟังคำอธิบาย และไม่พยายามโต้เถียงให้เปลี่ยนเป็นการหันเหความสนใจเข้ามาแทนหรือให้กลับมาสนใจในกิจกรรมที่กำลังกระทำอยู่

ลักษณะกิจกรรม กิจกรรมควรประสบความสำเร็จได้ง่าย มีโครงสร้างและขั้นตอนที่ชัดเจน รายละเอียดน้อย ทำในกลุ่มเล็ก เพื่อให้รับรู้สภาพความเป็นจริงและควรเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ภายในกลุ่ม พูดคุยกันในกลุ่มสมาชิก และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องทำคนเดียว

(๖) อาการหลงผิด

ปัญหา ความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง

วิธีการสื่อสาร ไม่ควรพูดคุยในรายละเอียดเกี่ยวกับการหลงผิดของเยาวชนเพราะอาจจะเป็นการเสริมแรงให้มีความเชื่อที่เพิ่มมากขึ้น วิธีการจัดการที่ง่าย คือ เปลี่ยนเรื่องสนทนา และกระตุ้นให้สนใจในกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ ไม่ได้เถียงเพราะอาจส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจได้

ลักษณะกิจกรรม ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับสติปัญญา เพราะโดยปกติความสามารถในการรู้คิดค่อนข้างดีอยู่แล้ว

(๗) อาการหวาดระแวง

วิธีการสื่อสาร การพูดคุยต้องชัดเจน เข้าหาทางด้านหน้า เพื่อให้เยาวชนที่หวาดระแวงรู้สึกปลอดภัย การโต้เถียงยังคงเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชนกลุ่มนี้

ลักษณะกิจกรรม กิจกรรมในช่วงแรก อาจมอบบทบาทหน้าที่ที่ช่วยเหลือกลุ่ม น้อยอยู่ร่วมกับกลุ่มหรือคนหมู่มากก่อนที่จะเข้าร่วมกลุ่มอย่างจริงจัง เช่น การช่วยหยิบอุปกรณ์ให้กลุ่ม เป็นต้น เมื่อเริ่มเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มควรจัดกิจกรรมที่มีอุปกรณ์ที่ไม่เป็นอันตราย กิจกรรมควรเหมาะสมกับสติปัญญาและมีความซับซ้อนเพียงพอให้เยาวชนที่มีอาการหวาดระแวงสนใจอยู่กับกิจกรรมได้ตามเป้าประสงค์ งดกิจกรรมที่มีการแข่งขัน

(๘) อาการก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร

ปัญหา มีพฤติกรรมก้าวร้าว คำพูดหรือท่าทาง ตัวแข็ง ท่าทางแสดงออกถึงความโกรธ ทำลายข้าวของ

วิธีการสื่อสาร เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องที่ไม่สบายใจและแนะนำการใช้คำพูดที่จะแสดงถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเองมากกว่าที่จะใช้การกระทำที่รุนแรงแสดงออกมา ไม่ควรแสดงความใจดีออกมาเมื่อมีการกระทำที่รุนแรงเกิดขึ้น ควรตั้งเงื่อนไขแบบเป็นส่วนตัว อธิบายพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา และผลกระทบต่อผู้อื่นและตนเองที่จะตามมาในภายหลัง แนะนำการจัดการความเครียดหรืออารมณ์ด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงการลงโทษหรือการตำหนิ

ลักษณะกิจกรรม เริ่มต้นทำกิจกรรมคนเดียว และเป็นกิจกรรมที่เลือกด้วยตนเอง เลือกหรือนำเสนอกิจกรรมที่จะได้รับการปลดปล่อยทางอารมณ์ เช่น งานศิลปะ งานปั้น และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีรายละเอียดมากและไม่ควรใช้อุปกรณ์ที่มีของมีคม

(๙) อาการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางเพศ

ปัญหา มีพฤติกรรมที่ยั่วยวนและการแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผย และสำเร็จความใคร่เปิดเผย โชว์อวัยวะเพศที่สาธารณะ

วิธีการสื่อสาร ควรบอกเยาวชนทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา และบอกวิธีการแก้ไขหรือการปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายและกติกาที่กำหนด พูดด้วยน้ำเสียงปกติ

ลักษณะกิจกรรม กิจกรรมที่แนะนำควรเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานมาก กิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมฝึกทักษะทางสังคม

๓. การฟื้นฟูความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชน ควรฝึกปฏิบัติด้านการแก้ไขอาการทางจิตเวช ควบคู่กับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตขั้นสูง และการฝึกเตรียมความพร้อมในการทำงาน (ชนมชนม์ เกียรติวุฒิ, ๒๕๖๕) ดังนี้

๑. **กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL)** คือ แต่งกาย แต่งหน้า อาบน้ำ รับประทานอาหาร เป็นต้น
 - a. ฝึกฝนการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
๒. **กิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL)**
 - a. การจัดการความสะอาดของที่พักอาศัยและเสื้อผ้า
 - i. ส่งเสริมให้เป็นลักษณะนิสัยที่ดี ให้กระทำการกิจกรรมการทำความสะอาดอยู่เสมอด้วยตนเอง ไม่พยายามบอกให้เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทำให้ตนเอง
 - ii. ฝึกทักษะการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รวมถึงการจัดการปัญหาเมื่อมีสิ่งสกปรกเกิดขึ้นภายในบ้าน
 - iii. การดูแลรักษาเสื้อผ้า เมื่อเสื้อผ้าชำรุดเสียหาย สามารถบอกและแก้ไขได้เมื่อเสื้อผ้าเกิดความเสียหาย แก้ปัญหาได้
 - b. การจัดการเงิน
 - i. กิจกรรมการบันทึกรายรับ-รายจ่าย เมื่อมีรายได้ เขียนแผนภาพวงกลม ให้แสดงถึงการจัดการเงินของเด็กและวัยรุ่น และจัดลำดับความสำคัญของการใช้เงิน
 - ii. ฝึกขั้นตอนการทำธุรกรรมทางการเงินต่างๆ
 - c. การจัดการเรื่องยาและสุขภาพ
 - i. การจัดการ รับประทานยาจิตเวชด้วยตนเอง สามารถระบุ เวลาในการรับประทานยาได้ถูกต้อง และเมื่อยาหมดต้องทำอะไร มาพบแพทย์ตามนัดหมาย
 - ii. การจัดการเกี่ยวกับโรคระบาด (covid ๑๙) ส่งเสริมการปฏิบัติตน ในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดโรคระบาด การตรวจ ATK ด้วยตนเอง และ เมื่อเป็นหรือติดโรคระบาดจะปฏิบัติตนอย่างไร ขอความช่วยเหลือทางใด
 - iii. การจัดการปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน เช่น หวัด ปวดหัว ปวดท้อง เป็นต้น
 - iv. ส่งเสริมการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การกินที่เหมาะสม การจัดการตนเองเมื่อต้องการควบคุมน้ำหนัก
 - d. การจัดเตรียมและเก็บอาหาร
 - i. ส่งเสริมให้เป็นลักษณะนิสัยที่ดี ให้กระทำการกิจกรรมการทำความสะอาดอยู่เสมอด้วยตนเอง ไม่พยายามบอกให้เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทำให้ตนเอง

- ii. ส่งเสริมทักษะการประกอบอาหารเบื้องต้น เช่น ไข่เจียว มาม่า ผัดกะเพรา เป็นต้น
- iii. ส่งเสริมทักษะการใช้จ่ายเงินซื้อของ การบวกลบเลขเบื้องต้น รวมถึงให้แสดงบทบาทสมมติในการใช้จ่ายสิ่งของ
- e. การเดินทางในชุมชน และการปฏิบัติตนในสังคม
 - i. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินทางในที่สาธารณะ การขึ้นรถเมล์ รถไฟฟ้า รถไฟ เครื่องบิน มีขั้นตอนในการจัดการการเดินทางด้วยตนเอง
 - ii. ให้ความรู้เกี่ยวกับมารยาทในที่ชุมชน ในการเดินทางสาธารณะให้เหมาะสม
 - iii. ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการจราจร บทลงโทษ ขั้นตอนในการทำใบขับขี่ การต่อใบขับขี่
 - iv. ฝึกฝนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์การเดินทาง
- f. การสื่อสาร
 - i. ส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ในการสื่อสาร โทรศัพท์ส่วนตัว คอมพิวเตอร์ เป็นต้น
 - ii. ฝึกฝนการสมัครใช้งานสื่อ social media ต่างๆ
 - iii. ฝึกฝนทักษะและมารยาทที่จำเป็นและเหมาะสมในการใช้สื่อต่างๆ
 - iv. ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสถานที่ราชการ การทำบัตรประชาชน การทำบัตรประกันสุขภาพ ต่างๆด้วยตนเอง

๔. การวางแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิต

การประเมินศักยภาพของการทำงาน

๑. การเข้าร่วมกิจกรรมการทำงาน ความตรงต่อเวลา ความสนใจในชิ้นงานและการตรวจสอบความถูกต้อง เรียบร้อยของชิ้นงาน
๒. ทักษะคติในการทำงาน พฤติกรรมในสังคม ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ความรับผิดชอบ การทำตามคำสั่ง สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน
๓. ปัจจัยทางด้านการรู้คิดที่เหมาะสมกับงานที่ตนเองทำ เช่น ความสนใจ ความจำ การทำตามขั้นตอน การจัดระเบียบงานที่ทำ

ซึ่งการทำงานในแต่ละอาชีพย่อมมีความแตกต่างกัน การรับทราบบทบาทและหน้าที่ในแต่ละอาชีพย่อมมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ผู้ที่ให้การฟื้นฟูควรรับทราบบทบาทและหน้าที่ของแต่ละอาชีพเพื่อนำมาฝึกฝนเยาวชนให้ตรงกับความสนใจในอาชีพที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถประเมินโดยใช้แบบวัดความสนใจได้

แบบวัดความสนใจ เป็นแบบวัดความสนใจในการทำกิจกรรมแบบ Checklist ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด ๗๖ กิจกรรม เจ้าหน้าที่สามารถใช้แบบวัดความสนใจนี้ เพื่อวางแผนในการจัดกิจกรรมให้ตรงกับ ความสนใจของเด็กและเยาวชนมากที่สุด โดยจะแบ่งเป็น ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) Manual skills (๒) Physical sports (๓) Activities of daily living (๓) Cultural/ Educational activities และ (๔) Social/ Recreation activities (ชนมชนม์ เกียรติวุฒิ, ๒๕๖๕)

แบบวัดความสนใจ (NPI interest Checklist)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

กิจกรรม		ระดับความสนใจ			กิจกรรม		ระดับความสนใจ		
		ชอบมาก	เฉยๆ	ไม่ชอบ			ชอบมาก	เฉยๆ	ไม่ชอบ
1	การทำสวน				2	เย็บผ้า			
3	ภาษา				4	เข้าร่วมสมาคม			
5	ฟังวิทยุ				6	ซ่อมรถ			
7	การเขียน				8	เดินร่ำ			
9	งานเย็บปักถักร้อย				10	กอล์ฟ			
11	ฟุตบอล				12	เกมส์ต่อภาพ			
13	งานเทศกาล				14	เกมส์เล่นคนเดียว			
15	ภาพยนตร์				16	การบรรยาย			
17	ว่ายน้ำ				18	โบว์ลิ่ง			
19	การเย็บเย็บ				20	ซ่อมแซมเสื้อผ้า			
21	หมากรุก				22	ทำนารีนิด			
23	การอ่าน				24	การเดินทางท่องเที่ยว			
25	ศิลปะหัตถกรรม				26	งานเลี้ยง			
27	การแสดงละคร				28	ปั่นจักรยาน			
29	ริคผ้า				30	การศึกษาเรื่องทางสังคม			
31	ดนตรีไทย				32	วาดรูป			
33	การทำรูปจำลอง (บ้าน,รถ ฯลฯ)				34	เปตอง			
35	หมาขอส				36	การร้องเพลง			
37	ซ่อมแซมเล็กๆน้อยๆ				38	บริหารร่างกาย			
39	วอลเลย์บอล				40	งานไม้			
41	บิลเลียด				42	ขับรถ			
43	บัตฝุ่น				44	งานเขียนนัยเพชพรลอย			
45	เทนนิส				46	ทำอาหาร			
47	บาสเกตบอล				48	ประวัติศาสตร์			
49	เล่นกีตาร์				50	วิทยาศาสตร์			
51	สะสมสิ่งของ				52	ยิงปอง			
53	งานเครื่องหนัง				54	จ่ายตลาด			
55	ถ่ายภาพ				56	วาดรูป ระบายสี			
57	ดูทีวี				58	การแสดงดนตรี			
59	งานเครื่องปั้นดินเผา				60	เข้าค่ายพักแรม			
61	ซักผ้า				62	การมีนัด			
63	การเมืองการปกครอง				64	เกมส์ต่อคำ			
65	ตกแต่งบ้าน				66	คณิตศาสตร์			
67	เข้ากลุ่มบำเพ็ญประโยชน์				68	เปียโน			
69	ลูกเลื้อยดนตรี				70	การเล่นต่างๆ			
71	การแต่งตัว				72	งานรักใหม่พรม			
73	ทำผม/ตกแต่งทรงผม				74	ศาสนา			
75	ดัดกลอง				76	สนทนา			

ระบุกิจกรรมอื่นๆ ที่สนใจ (แต่ไม่มีในรายการข้างต้น)

กรณอบอกถึงงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน

ในลำดับความสนใจ

คำชี้แจง รวมคะแนนในข้อที่ตอบ ชอบมาก ลงในช่องคะแนนรวมและคิดค่าร้อยละ จากนั้นจัดลำดับค่าร้อยละตามกลุ่มกิจกรรม

ข้อที่	คะแนนรวม	ร้อยละ	ประเภทกิจกรรม
1 2 6 9 25 33 40 44 53 56 59 72			Manual skills
10 11 17 18 28 34 38 41 45 47 52			Physical sports
20 29 32 37 42 43 46 54 61 65 71 73			Activities of daily living
3 7 16 23 30 31 48 50 58 63 66 74			Cultural/ Educational activities
4 5 8 12 13 14 15 19 21 22 24 26 27 35 36 49 51 55 47 60 62 64 67 68 69 70 75 76			Social/ Recreation activities

@อ้างอิงจาก Mental Health Unit, Department of Occupational therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiangmai University

การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น

การเรียนรู้เรื่องการปฐมพยาบาลทางใจไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่ทำงานทางด้านสุขภาพจิตเท่านั้น เนื่องจากทุกคนมีโอกาสที่จะได้พบกับผู้ประสบเหตุที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ โดยผู้ประสบเหตุอาจเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เป็นคนไข้ ผู้รับบริการ หรือเป็นคนที่ไม่รู้จักมาก่อน คนเหล่านี้อาจจะประสบกับเหตุการณ์ที่สร้างความเสียหายเป็นอย่างมาก อย่างเช่น ภัยพิบัติ สงคราม อุบัติเหตุรุนแรง เท่านั้น แต่อาจเป็นเหตุการณ์เล็กๆ ที่ไม่อันตรายถึงชีวิต เช่น เด็กเห็นพ่อแม่ทะเลาะกัน เด็กถูกเพื่อนรังแกและปฏิเสธไม่ให้เข้ากลุ่ม เป็นต้น เหตุการณ์ดังกล่าวล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ประสบเหตุไม่ทางใดทางหนึ่ง ดังนั้นการเรียนรู้เรื่องการปฐมพยาบาลทางใจจึงมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือสามารถสื่อสารและปฏิบัติต่อผู้ประสบเหตุที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้เข้าถึงสถานการณ์ต่างๆ อย่างปลอดภัยโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับตนเองและผู้อื่น

๑. ความหมายของการปฐมพยาบาลทางใจ (Psychological First Aid: PFA)

กระบวนการ วิธีการหรือแนวทางเบื้องต้นในการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดหลังจากเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เป็นการช่วยเหลือระยะสั้น ส่วนใหญ่จะทำได้แค่ครั้งเดียว ครอบคลุมทั้งการช่วยเหลือทางจิตใจและทางสังคมโดยคำนึงถึงมนุษยธรรม

๒. จุดประสงค์ของการปฐมพยาบาลทางใจ

การปฐมพยาบาลทางใจผู้ที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดหลังจากเผชิญสถานการณ์ สามารถช่วยเหลือผู้ประสบเหตุการณ์ได้ ดังนี้

๑. ลดผลกระทบด้านจิตใจในเบื้องต้นจากการประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ
๒. ช่วยให้ผู้ประสบเหตุปรับตัวเข้าสู่สภาพเดิมได้
๓. ช่วยให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย เชื่อมโยงกับผู้อื่น สงบและมีความหวัง
๔. ช่วยให้เข้าถึงความช่วยเหลือทางด้านกาย จิต สังคม และทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับบุคคลและชุมชน
๕. เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นตัวในระยะยาว

๒. ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการปฐมพยาบาลทางใจ

ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการปฐมพยาบาลทางใจ ได้แก่

๑. ผู้ประสบเหตุที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดหลังจากเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจมาไม่นาน ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่สำหรับผู้ประสบเหตุทุกคนจะต้องการการปฐมพยาบาลทางใจ บางคนสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้ดีอยู่แล้ว ดังนั้นผู้ช่วยเหลือไม่ควรฝืนหรือบังคับให้ความช่วยเหลือกับคนที่ต้องการ แต่ไม่ให้เข้าถึงง่ายและอยู่เพื่อช่วยคนที่อาจต้องการความช่วยเหลือ
๒. ผู้ที่มีความเปราะบาง ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้หญิงตั้งครรภ์ มารดาที่ต้องดูแลทารกหรือเด็กเล็ก ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายและจิต ผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
๓. เด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่รุนแรง ได้แก่

- ๑) เด็กที่แยกจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล
- ๒) เด็กที่เห็นคนที่รักถูกทำให้เจ็บปวดหรือเสียชีวิต
- ๓) เด็กที่ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย
- ๔) เด็กที่เสียใจหรือรู้สึกผิดที่ตนเองรอดแต่คนอื่นเสียชีวิต
- ๕) เด็กที่แสดงสัญญาณของความเครียดอย่างชัดเจน
- ๖) เด็กที่พ่อแม่และผู้ดูแลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่รุนแรงจนไม่สามารถดูแลเด็กได้

๓. ช่วงเวลาให้การปฐมพยาบาลทางใจ

ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการให้การปฐมพยาบาลทางใจผู้ประสบเหตุ แบ่งเป็น ๒ ช่วงเวลา ดังนี้

๑. เมื่อเจอกับผู้ที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดเป็นครั้งแรก ระหว่าง หรือหลังจากเกิดเหตุการณ์ทันที เช่น เกิดเหตุการณ์ตึกถล่ม ผู้ประสบเหตุบางคนออกจากสถานที่เกิดเหตุและปลอดภัยแล้ว แต่ยังมีผู้ติดอยู่ในตึกอยู่ ผู้ช่วยเหลือสามารถให้การปฐมพยาบาลทางใจกับผู้ปลอดภัยแล้วได้ในขณะที่สถานการณ์ยังไม่สงบ
๒. หลังจากที่เกิดเหตุการณ์ผ่านไปแล้วหนึ่งวันหรือหนึ่งอาทิตย์ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาความรุนแรงของเหตุการณ์ เช่น ถ้าผู้ประสบเหตุได้รับอุบัติเหตุร่างกายบาดเจ็บ ก็จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลทางกายก่อน

๔. สถานที่ให้การปฐมพยาบาลทางใจ

ผู้ช่วยเหลือสามารถให้การปฐมพยาบาลทางใจ ณ สถานที่ใดก็ได้ที่ประเมินแล้วว่าจะมีความปลอดภัยเพียงพอทั้งต่อผู้ช่วยเหลือและผู้ประสบเหตุอาจจะอยู่ในชุมชน สถานที่เกิดเหตุ หรือสถานที่ที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น สถานพยาบาล สถานดูแล แคมป์ โรงเรียนหรือศูนย์ช่วยเหลือ ถ้าเป็นไปได้ให้พยาบาลหาสถานที่ที่สงบในการพูดคุย ทั้งนี้การปฐมพยาบาลทางจิตใจสำหรับผู้ประสบเหตุที่เผชิญกับความรุนแรงทางเพศให้คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวในการพูดคุย เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการรักษาความลับและเป็นความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๕. ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์

บุคคลมีปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อความเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์แตกต่างกัน ปฏิกิริยาต่อความเครียดของคนบางคนอาจบรรเทาไปอย่างรวดเร็ว ขณะที่บางคนอาจใช้เวลายาวนานเป็นปีหลังจากเหตุการณ์และอาจแสดงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดังนั้นผู้ช่วยเหลือไม่ควรตีตราการตอบสนองต่อความเครียดว่าเป็นความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง ซึ่งผู้ประสบเหตุทุกคนต้องการการช่วยเหลือประคับประคอง และได้รับสิ่งจำเป็นต่อการใช้ชีวิต ทั้งนี้ผู้ประสบเหตุที่มีประสบการณ์ความเครียดระดับสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความเฉพาะต่อปัญหา

ปัจจัยที่ทำให้คนเราตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน

- ๑) ลักษณะและความรุนแรงของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น เมื่อเปรียบเทียบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจระหว่างสงครามกับอุบัติเหตุรถชน สงครามนั้นสร้างความเสียหายเป็นวงกว้างและส่งผลกระทบที่รุนแรงกว่าอุบัติเหตุรถชนมาก ปฏิกิริยาตอบสนองที่มีต่อสองเหตุการณ์นี้จึงแตกต่างกัน

๒) ประสบการณ์ที่มีต่อเหตุการณ์ตึงเครียดในอดีต ผู้ที่มีประสบการณ์ในการรับมือกับความเครียดในอดีตได้ดี จะสามารถนำประสบการณ์นั้นมาช่วยรับมือกับความเครียดในปัจจุบันได้

๓) การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ผู้ที่มีคนในครอบครัว คนใกล้ชิดให้ฟังเวลาที่ปัญหาจะมีทางเลือกมีตัวช่วยในการรับมือกับปัญหามากกว่าผู้ที่ไม่มีใครให้ฟังเลย

๔) ประวัติสุขภาพกายและสุขภาพจิตในอดีตและปัจจุบัน ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หรือพิจารณาอาจมีความเปราะบางต่อความเครียดมากกว่าผู้ที่สุขภาพแข็งแรง

๕) ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อทางสังคม ในสังคมที่คาดหวังให้ผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่ควรร้องไห้หรือแสดงความอ่อนแอ อาจทำให้ผู้ชายต้องเก็บความรู้สึกและไม่กล้าที่จะขอความช่วยเหลือ

๖) อายุหรือช่วงวัย บุคคลในแต่ละช่วงวัยตอบสนองความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งในคู่มือฉบับนี้จะกล่าวถึงเฉพาะกลุ่มอายุที่อาจพบได้ในกลุ่มเป้าหมายของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเท่านั้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในเด็ก ได้แก่

- มีสัญญาณของความกลัวว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอีก
- กังวลว่าคนสำคัญรวมถึงตนเองจะได้รับบาดเจ็บหรือต้องแยกจากกัน
- มีปฏิกริยาเมื่อเห็นว่าพื้นที่ในชุมชนของตนเองพังทลาย
- มีปฏิกริยาต่อการแยกจากพ่อแม่พี่น้อง
- มีปัญหาการนอนหลับ ร้องไห้

อย่างไรก็ตาม เด็กที่ไม่ได้แสดงออกหรือบอกเล่าความคิดความรู้สึกออกมา อาจเพราะเด็กอาจจะกำลังปกป้องพ่อแม่หรือผู้ดูแลจากความเครียด หรืออาจจะรู้สึกอาย หรือไม่สามารถสื่อสารความคิดเหล่านี้ออกมาได้ ให้ระมัดระวังและสังเกตสิ่งนี้อาจซ่อนอยู่

(๒) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในวัยรุ่น (อายุ ๑๓ – ๑๘ ปี)

ช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยรุ่น เด็กมักจะหมกมุ่นอยู่กับความต้องการที่นิยามตนเองในความสัมพันธ์กับผู้อื่น ขณะที่เด็กยังคงผูกพันกับครอบครัว กลุ่มเพื่อนจะมีบทบาทที่สำคัญมากที่ช่วยให้เด็กค่อยๆ เรียนรู้การเข้าสังคม เด็กวัยรุ่นมีความเข้าใจมุมมองของผู้อื่นมากขึ้น ถึงแม้ว่ามุมมองนั้นจะแตกต่างจากมุมมองของตนเองก็ตาม เด็กเข้าใจความร้ายแรงของเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจที่เกิดขึ้นจากมุมมองของตนเองและผู้อื่น และบางคนยังต้องหาเลี้ยงครอบครัวอีกด้วย ในช่วงวัยรุ่นนี้ ยังอาจมีความรู้สึกผิดและละอายใจเกิดขึ้นได้ ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดที่พบได้ในเด็กวัยรุ่น ได้แก่

- รู้สึกโศกเศร้ามาก รู้สึกผิด ละอายใจและสมเพชตัวเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือคนที่เจ็บปวดได้ กังวลมากเกี่ยวกับคนที่ได้รับผลกระทบ
- มีมุมมองเกี่ยวกับโลกเปลี่ยนไป รู้สึกสิ้นหวังกับปัจจุบันและอนาคต
- ต่อต้านผู้มีอำนาจและพ่อแม่ ฟังฟังเพื่อนมากขึ้นเวลาที่เข้าสังคม
- มีพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมที่ทำร้ายตัวเองมากขึ้น
- มีพฤติกรรมจัดการปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหรือก้าวร้าว
- มีความสัมพันธ์กับคนอื่นเปลี่ยนไป

(๓) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์ของผู้ใหญ่

การตอบสนองด้านความคิด เช่น คิดไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้ สมาธิไม่ดี สับสน โทษตัวเอง ความจำไม่ดี มีความคิดด้านลบ

การตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกตกใจ หวาดกลัว โศกเศร้า รู้สึกผิด กังวลใจ ทุกข์ใจ
การตอบสนองด้านพฤติกรรม เช่น ปัญหาการนอนหลับ ตื่นตัวกว่าปกติ อ่อนเพลีย
ไม่ยอมกินอาหาร ปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร
ด้านความสัมพันธ์ เช่น มีปัญหากระทบกระทั่งกับผู้อื่น แยกตัว โทษคนอื่น หาทางแก้แค้น

๖. วิธีสื่อสารและปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดอย่างเหมาะสม

การสื่อสารกับผู้ที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดเป็นทักษะที่สำคัญมากในการปฐมพยาบาลทางใจ
หลังเหตุการณ์ ผู้ประสบเหตุมักจะรู้สึกเครียด กังวลและสับสน การสื่อสารที่ดีและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ประสบ
เหตุรู้สึกสงบและมั่นคงปลอดภัย ผู้ช่วยเหลือควรหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น การซักถาม
รายละเอียดด้วยความอยากรู้อยากเห็นของผู้ช่วยเหลือ หรือ กดดันให้บอกอารมณ์ความรู้สึก เป็นต้น การทำ
เช่นนี้จะทำให้ผู้ประสบเหตุแย่ลง มีอารมณ์ที่ท่วมท้น และอาจทำให้ผู้ประสบเหตุรู้สึกเหมือนกำลังเผชิญกับ
เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนั้นอีกครั้ง (Re-traumatization)

การสื่อสารในการปฐมพยาบาลทางใจนั้น ไม่ใช่การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาหรือการซักถามเพื่อ
วิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้น

การสื่อสารในการปฐมพยาบาลทางใจ คือ การใช้ทั้งภาษากายและภาษาพูดที่ช่วยให้ผู้ประสบเหตุ
รู้สึกมั่นคงปลอดภัย เชื่อมโยงกับข้อมูลตามความเป็นจริง สามารถสงบอารมณ์และสามารถดูแลตัวเองในการ
ตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้ตามศักยภาพของตนเองมี

๖.๑ สิ่งที่เราควรทำในการสื่อสารกับผู้ประสบเหตุ ได้แก่

- หาที่เงียบสงบในการพูดคุย และลดสิ่งรบกวนจากภายนอก
- เคารพความเป็นส่วนตัวและเก็บรักษาความลับ
- เข้าใกล้ผู้ประสบเหตุในระยะที่เหมาะสมโดยคำนึงวัย เพศ และวัฒนธรรม
- แสดงให้ผู้ประสบเหตุรู้ว่ากำลังรับฟังอยู่ด้วยการพยักหน้าหรือส่งเสียง “อืม”
- ผู้ให้การช่วยเหลือต้องมีความอดทนและสงบ
- ให้ข้อมูลตามจริง หากไม่รู้ข้อมูลที่ผู้ประสบเหตุถามให้บอกตามความเป็นจริง และบอกถึงความ
พยายามที่จะหาคำตอบให้ เช่น “ฉันไม่รู้แต่ฉันจะพยายามหาคำตอบมาให้”
- ให้ข้อมูลด้วยวิธีและภาษาที่เข้าใจง่าย
- ยอมรับความรู้สึกของผู้ประสบเหตุและความสูญเสียหรือเหตุการณ์สำคัญที่ผู้ประสบเหตุพูดถึง
เช่น สูญเสียบ้าน การตายของคนที่คุณรัก “ฉันเสียใจด้วย ฉันเข้าใจว่านี่ต้องเป็นเรื่องที่เศร้ามาก
สำหรับคุณ”
- ยอมรับจุดแข็งของผู้ประสบเหตุและวิธีที่พวกเขาใช้ในการช่วยเหลือตนเอง
- ปล่อยให้มีความเงียบบ้างในการพูดคุย

๖.๒ สิ่งที่เราไม่ควรทำในการสื่อสารกับผู้ประสบเหตุ ได้แก่

- กดดันให้ผู้ประสบเหตุเล่าเรื่อง
- ขัดจังหวะหรือเร่งให้ผู้ประสบเหตุพูด เช่น ดูนานเกินไป พูดเร็ว
- แทะตัวผู้ประสบเหตุโดยไม่แน่ใจว่าเหมาะสมหรือไม่
- ตัดสินสิ่งที่ผู้ประสบเหตุทำหรือยังไม่ได้ทำ หรือสิ่งที่รู้สึก เช่น “คุณไม่ควรจะรู้สึกแบบนี้”
หรือ “คุณควรจะรู้สึกโชคดีที่รอดมาได้”

- ใช้ศัพท์เทคนิคในการสื่อสาร
- เล่าเรื่องของคนอื่นให้ผู้ประสบเหตุฟัง
- เล่าปัญหาของตนเอง
- ให้คำสัญญาหรือคำยืนยันที่ไม่จริง
- คิดและแสดงออกราวกับว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ทุกอย่าง
- ทำให้ผู้ประสบเหตุเสียจุดแข็งและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
- พูดถึงผู้ประสบเหตุโดยใช้คำไม่เหมาะสม เช่น เรียกผู้ประสบเหตุว่า บ้าวิกลจริต

๗. หลักการ ๖ ข้อในการปฐมพยาบาลทางใจ

ในการให้การปฐมพยาบาลทางใจแก่ผู้ประสบเหตุจะใช้หลักการ ๖ ข้อ เป็นเป้าหมายในการให้ความช่วยเหลือหลักการ ๖ ข้อนี้ ได้แก่ รู้สึกปลอดภัย เชื่อมใจสัมพันธ์ ข้อมูลจำเป็น สงบเย็นผ่อนคลาย อยู่อย่างมีหวัง และเติมพลังตนเอง ทั้งนี้การช่วยเหลือตามหลักการปฐมพยาบาลทางจิตใจ ไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับข้อ ๑ - ๖ แต่เน้นการช่วยเหลือให้ครอบคลุมเป้าหมายทั้งหมด การจะเลือกเป้าหมายข้อใดก่อนนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น พบผู้ประสบเหตุที่กำลังมีอาการหมดสติ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ผู้ช่วยเหลือจำเป็นต้องมุ่งเป้าหมายไปที่หลักการข้อที่ ๔ คือการทำให้สงบเย็นผ่อนคลายก่อน นอกจากนี้ การช่วยเหลือตามหลักการบางข้อก็ช่วยให้บรรลุเป้าหมายข้ออื่นๆด้วย เช่น การเชื่อมใจสัมพันธ์ด้วยการช่วยให้เด็กอยู่กับพ่อแม่ ก็ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยและสงบเย็นผ่อนคลายด้วย

๗.๑ รู้สึกปลอดภัย (Providing Safety)

การต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่อาจก่ออันตรายถึงชีวิต ส่งผลทำให้ผู้ประสบเหตุรู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย อาจมีอาการที่ท่วมท้น รู้สึกกังวลและกลัวว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเกิดขึ้น การทำให้ผู้ประสบเหตุกลับมารู้สึกปลอดภัยอีกครั้งจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการปฐมพยาบาลทางใจ

การสร้างความรู้สึกปลอดภัยคือ การทำให้ผู้ประสบเหตุเกิดประสบการณ์ที่แตกต่างจากประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถทำได้ ๒ แบบ คือ การสร้างความรู้สึกปลอดภัยจากภายนอก และการสร้างความรู้สึกปลอดภัยจากภายใน

การสร้างความรู้สึกปลอดภัยจากภายนอก ทำได้โดยการทำให้ผู้ประสบเหตุเข้าถึงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สภาพแวดล้อมนอกจากจะหมายถึงสถานที่แล้ว ยังรวมถึงบุคคลรอบตัวที่ผู้ประสบเหตุมีปฏิสัมพันธ์ด้วย การมีปฏิสัมพันธ์และวิธีสื่อสารที่เหมาะสมของผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ประสบเหตุเกิดความรู้สึกปลอดภัย

การสร้างความรู้สึกปลอดภัยจากภายใน ทำได้โดยการช่วยให้ผู้ประสบเหตุรับมือกับอารมณ์ที่ท่วมท้นของตนได้ รับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ เข้าถึงข้อมูลที่เป็นที่พึ่งพาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป มีทางเลือกในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ และตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนที่มีอยู่ในการรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้น

โดยมีแนวทาง ดังนี้

- (๑) พาผู้ประสบเหตุออกจากสถานการณ์ที่เป็นอันตราย โดยก่อนที่จะช่วยเหลือต้องประเมินสถานการณ์และคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเอง จากนั้นให้ปัจจัยที่จำเป็น เช่น อาหาร น้ำ ยา ที่หลบภัยให้ ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มี
- (๒) แนะนำให้จำกัดการพูดถึงเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ถ้าการพูดถึงนั้นทำให้เกิดความกังวล หรือความเศร้ามากขึ้น
- (๓) ช่วยให้ผู้ประสบเหตุใช้การจินตนาการ หรือการทำกิจกรรมจริงอื่นๆ เพื่อลดตัวกระตุ้นหลังเหตุการณ์ ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงใหม่ของภาพผู้คนและเหตุการณ์กับความมั่นคงปลอดภัย เช่น “สะพานที่ถล่มลงมาอันนั้นน่ากลัว แต่ไม่ใช่ทุกสะพานเป็นอย่างนั้น” “คืนก่อนไม่ปลอดภัย แต่ไม่ใช่ทุกคืนจะไม่ปลอดภัย”
- (๔) ใช้การกระตุ้นเตือนถึงความเป็นจริงในปัจจุบัน เช่น “ฉันปลอดภัยแล้ว” “นั่นเป็นเรื่องเมื่อวาน ไม่ใช่วันนี้”
- (๕) ให้ข้อมูลกับสื่อให้ช่วยสนับสนุนการรับรู้ถึงความปลอดภัยให้กับชุมชนและสังคม
- (๖) ให้แต่ละคนช่วยกันจำกัดการเผชิญกับสื่อ หรือการเป็นข่าว และหลีกเลี่ยงสื่อที่มีภาพหรือ VDO ถ้าการดูสื่อทำให้เกิดประสบการณ์ที่เพิ่มความเครียด

๗.๒ เชื่อมใจสัมพันธ์ (Promoting Connection)

เชื่อมใจสัมพันธ์ หมายถึง การช่วยให้ผู้ประสบเหตุได้เชื่อมโยง ติดต่อกับ มีปฏิสัมพันธ์กับคนสำคัญ หรือคนใกล้ชิดหลังเกิดเหตุการณ์ คนสำคัญอาจจะเป็นคนในครอบครัว เครือญาติ คนรัก เพื่อน ผู้นำชุมชน บุคคลทางศาสนา หรืออาจจะรวมถึงการติดต่อกับผู้ให้บริการในด้านต่างๆ ทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม สงเคราะห์ การเชื่อมใจสัมพันธ์นั้นทำเพื่อให้ผู้ประสบเหตุได้รับสิ่งที่เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ผู้ประสบเหตุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหลังจากเผชิญกับเหตุการณ์ที่สะเทือนขวัญจะสามารถรับมือกับผลกระทบได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (WHO, ๒๐๑๑, p. ๒๘) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ประสบเหตุ ดังที่ Bessel Van de Kolk (๒๐๑๔, p. ๒๑๐) ได้กล่าวไว้ว่า “ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจจะฟื้นตัวได้ในบริบทของความสัมพันธ์กับครอบครัว คนรัก กลุ่มเล็กสุรา องค์การทหารผ่านศึก ชุมชนทางศาสนา นักจิตบำบัด ความสัมพันธ์เหล่านี้ให้ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงปลอดภัยจากความรู้สึกอับอาย การถูกว่ากล่าวหรือถูกตัดสิน และยังได้รับการสนับสนุนให้กล้าที่จะอดทน เผชิญหน้าและรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” ด้วยเหตุนี้ การช่วยให้ผู้ประสบเหตุได้ติดต่อกับคนใกล้ชิดจึงเป็นส่วนสำคัญในการปฐมพยาบาลทางใจ

โดยมีแนวทาง ดังนี้

- (๑) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน
- (๒) ช่วยติดต่อเพื่อนหรือญาติ โดยอาจจะให้โทรศัพท์ติดต่อกัน
- (๓) ถ้าผู้ประสบเหตุแจ้งให้ทราบว่า การได้รับช่วยเหลือทางศาสนาหรือทางจิตวิญญาณจะเป็นประโยชน์ต่อเขา ให้ติดต่อและประสานงานกับชุมชนศาสนาที่ผู้ประสบเหตุนับถือ

(๔) ให้ผู้ประสบเหตุได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น ขอให้ช่วยดูแลผู้สูงอายุหรือช่วยเหลือผู้ประสบเหตุที่ไม่มีครอบครัวได้ติดต่อกับคนในชุมชน

๗.๓ ข้อมูลจำเป็น (Information Gathering)

การได้รับข้อมูลที่จำเป็นช่วยให้ผู้ประสบเหตุบรรเทาความรู้สึกตึงเครียดและเกิดรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น เนื่องจากข้อมูลที่จำเป็นทำให้ผู้ประสบเหตุได้รับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทราบถึงความช่วยเหลือและบริการต่างๆ และรู้ว่าเข้าถึงความช่วยเหลือได้อย่างไร โดยหลังเกิดเหตุการณ์ ผู้ประสบเหตุต้องการข้อมูลที่เกี่ยวกับ เหตุการณ์ คนใกล้ชิดและคนอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบ ความปลอดภัย สิทธิในเรื่องต่างๆ การเข้าถึงความช่วยเหลือและบริการต่างๆ

อย่างไรก็ตาม การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องหลังเกิดเหตุการณ์อาจจะเป็นเรื่องยากเนื่องจากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ช่วยเหลืออาจจะไม่สามารถหาคำตอบสำหรับทุกคำถามได้ ให้หาข้อมูลเท่าที่เป็นไปได้ในเวลาที่มีจำกัด

ข้อควรรู้ในการให้ข้อมูลจำเป็น

ให้ค้นหาแหล่งข้อมูลที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน หาข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ก่อนที่จะเข้าหาผู้ประสบเหตุและเสนอความช่วยเหลือ พยายามหาข้อมูลที่ทันสมัย สถานการณ์ ทั้งเรื่องความปลอดภัยบริการให้ความช่วยเหลือที่มีอยู่ สถานที่ให้บริการ สถานการณ์และสภาวะของคนที่อยู่หายหรือได้รับบาดเจ็บ ให้แจ้งผู้ประสบเหตุถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและแผนการช่วยเหลือต่างๆ

ถ้ามีบริการให้ความช่วยเหลือต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น บริการทางสุขภาพ การติดตามครอบครัว ที่หลบภัย การแจกอาหาร ให้แน่ใจว่าผู้ประสบเหตุโดยเฉพาะกลุ่มคนเปราะบางรับรู้และเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้ โดยผู้ช่วยเหลือสามารถให้ข้อมูลติดต่อกับบริการต่างๆ เหล่านี้ หรือส่งต่อผู้ประสบเหตุไปยังบริการเหล่านี้โดยตรง

เวลาให้ข้อมูล ให้ระมัดระวังว่าผู้ช่วยเหลืออาจจะกลายเป็นเป้าของความคับข้องใจและความโกรธที่ผู้ประสบเหตุอาจจะรู้สึก เมื่อความคาดหวังของผู้ประสบเหตุไม่ได้รับการสนองจากผู้ช่วยเหลือหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ถ้าเกิดเหตุเช่นนี้ขึ้นให้พยายามสงบอารมณ์และเข้าใจผู้ประสบเหตุ

โดยมีแนวทาง ดังนี้

- (๑) อธิบายแหล่งที่มาของข้อมูลและความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มา
- (๒) ให้บอกสิ่งที่รู้ ไม่บอกสิ่งที่คิดขึ้นมาเองหรือให้คำยืนยันที่ไม่จริง
- (๓) ให้ข้อความที่เข้าใจง่ายและถูกต้อง ให้ทวนซ้ำข้อความเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ประสบเหตุเข้าใจ
- (๔) ถ้าเป็นไปได้ ให้ข้อมูลกับผู้ประสบเหตุเป็นกลุ่มเพื่อที่จะเข้าใจตรงกัน
- (๕) บอกผู้ประสบเหตุว่าถ้ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรจะแจ้งให้ทราบ

๗.๔ สงบเย็น ผ่อนคลาย (Promoting Calmness)

หลักการนี้เป็นวิธีช่วยให้ผู้ประสบเหตุเกิดความสงบเย็น ผ่อนคลาย หลังเผชิญเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจ ผู้ประสบเหตุอาจมีอาการที่ท่วมท้น รู้สึกสับสน หวาดกลัว หรืออาจจะมีอาการทางกาย เช่น ตัวสั่น หายใจติดขัด ผู้ช่วยเหลือจำเป็นจะต้องเรียนรู้วิธีที่ช่วยให้ผู้ประสบเหตุสงบอารมณ์ได้ วิธีดังกล่าว ได้แก่ การตั้งหลัก/ตั้งสติ (Grounding) และเทคนิคเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation techniques)

การตั้งหลัก/ตั้งสติ (Grounding)

การตั้งหลักเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ประสบเหตุกลับมาอยู่กับปัจจุบันปรับการรับรู้ให้มาอยู่ที่นี้ ในเวลานี้ ความความเป็นจริง ช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ท่วมท้น และกลับมาให้ความสนใจจดจ่อกับสถานะของปัจจุบันแทนที่จะดำรงอยู่ในสภาวะอารมณ์ที่กำลังเข้มข้นรุนแรง

วิธีการกระตุ้นให้ผู้ประสบเหตุตระหนักรู้ ดังนี้

๑) ทางประสาทสัมผัส ให้เรียกชื่อ ขวนผู้ประสบเหตุสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัว กินน้ำ ล้างหน้า ดมยาตม บิดขี้เกียจ ย่ำเท้า ดันกำแพง

๒) ทางความคิด ใช้การตั้งคำถามกับผู้ประสบเหตุ คุณอยู่ที่ไหน ณ ขณะนี้ วันนี้วันอะไร อายุเท่าไร นับเลข บอกวันเดือนปีเกิด

เทคนิคเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation techniques)

เป็นทักษะที่ให้ผู้ประสบเหตุใช้จินตนาการสร้างประสบการณ์ของความสงบ มั่นคง ปลอดภัย ที่รับรู้ได้ทั้งร่างกายและจิตใจ

วิธีการ คือ ให้ผู้ประสบเหตุหายใจเข้าออกช้าๆ หายใจด้วยกระบังลม ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จินตนาการถึงสถานที่ที่ทำให้รู้สึกสงบ

โดยมีแนวทาง ดังนี้

(๑) ใช้เสียงที่สงบและนุ่มนวล

(๒) พยายามสบตากับผู้ประสบเหตุเวลาพูด โดยคำนึงความเหมาะสมทางวัฒนธรรม

(๓) บอกผู้ประสบเหตุว่า คุณอยู่ที่นี้เพื่อช่วยเหลือเขา ถ้าสถานการณ์สงบ ปลอดภัย ให้บอกผู้ประสบเหตุว่าตอนนี้พวกเขาปลอดภัยแล้ว

(๔) รับฟังเมื่อผู้ประสบเหตุต้องการบอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้น

(๕) แสดงออกถึงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในสิ่งที่ผู้ประสบเหตุต้องเผชิญ

(๖) ช่วยให้ผู้ประสบเหตุเกิดความรู้สึกสงบและมั่นคงขึ้น ด้วยการใช่วิธีการตั้งหลัก/ตั้งสติ (Grounding) และเทคนิคเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation techniques)

๗.๕ อยู่อย่างมีหวัง (Inciting Hope)

เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนอกจากจะส่งผลต่อความรู้สึกปลอดภัยแล้ว ยังส่งผลต่อความคิดความเชื่อที่ผู้ประสบเหตุมีต่อตนเองและต่อโลกรอบตัว ผู้ประสบเหตุอาจเกิดความรู้สึกกังวลและไม่แน่ใจในอนาคตว่าหลังจากนี้แล้วชีวิตจะเป็นอย่างไร จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง และจะรับมือการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร

การช่วยให้ผู้ประสบเหตุอยู่อย่างมีความหวัง คือ การช่วยให้ผู้ประสบเหตุรับรู้ถึงความเป็นไปได้ โอกาสและทางเลือกในอนาคต เมื่อเวลาผ่านไปสิ่งต่างๆจะคลี่คลายไปในทิศทางเลือกในอนาคต เมื่อเวลาผ่านไปสิ่งต่างๆจะคลี่คลายไปในทิศทางที่ดีขึ้น ความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ใจจะบรรเทาลง และจะได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้ไปได้ นอกจากนี้ผู้ช่วยเหลือจะต้องช่วยให้ผู้ประสบเหตุตระหนักรู้ถึงความสามารถที่ผู้ประสบเหตุมีอยู่แล้วในการรับมือกับปัญหาด้วยการระลึกถึงประสบการณ์เคยรับมือกับปัญหาในอดีตและเชื่อมโยงเข้ากับปัญหาในปัจจุบัน โดยเน้นให้ใช้วิธีที่เป็นบวกและไม่เป็นเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น เวลาที่รู้เครียดให้พูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ไว้ใจ ไม่ดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด

โดยมีแนวทาง ดังนี้

(๑) ให้คำแนะนำที่ปฏิบัติได้ที่จะช่วยให้ผู้ประสบเหตุได้ช่วยเหลือตนเองในปัจจุบัน

(๒) ให้ข้อมูลถูกต้องและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับสถานการณ์ คนใกล้ชิด ความช่วยเหลือและบริการต่างๆ
ที่มี

(๓) ช่วยผู้ประสบเหตุสำรวจสิ่งที่จำเป็นในการรับมือกับปัญหา ว่ามีอะไรที่จะช่วยให้ดีขึ้น เน้นสิ่ง
ที่สามารถทำได้จริง เพื่อให้ผู้ประสบเหตุกลับมารู้สึกว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้

๗.๖ เติมพลังตนเอง (Self-Care)

การเติมพลังตนเองในการปฐมพยาบาลทางใจ คือ การช่วยให้ผู้ประสบเหตุทั้งเด็กและผู้ใหญ่ดูแล
ตนเอง ด้วยการสนับสนุนให้ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ รับประทานอาหาร พักผ่อนให้เพียงพอ ทำสิ่งที่ชอบ
ผ่อนคลาย เพื่อให้ร่างกายและจิตใจที่เหนื่อยล้าได้ฟื้นตัวจากการที่ต้องเอาตัวรอดจากสถานการณ์ที่
กระทบกระเทือนจิตใจ การเติมพลังจะทำให้ผู้ประสบเหตุกลับมารู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้และรู้สึกมั่นคง
ปลอดภัย

นอกเหนือจากการเติมพลังด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีการเติมพลังในด้านอื่นๆ (ตัวอย่างหน้า
ถัดไป) ที่ผู้ช่วยเหลือสามารถแนะนำให้ผู้ประสบเหตุลงปฏิบัติได้ อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำใดๆ
กับผู้ประสบเหตุจะต้องคำนึงถึงภูมิหลังทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรมด้วย

นอกเหนือจากการช่วยให้ผู้ประสบเหตุดูแลตนเองแล้ว ผู้ช่วยเหลือจำเป็นต้องดูแลและเติม
พลังตนเองเช่นกัน เนื่องจากผู้ช่วยเหลือจะต้องมีความพร้อมทั้งกายและใจที่จะสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

การเติมพลังตนเองแต่ละด้าน มีแนวทาง ดังนี้

- (๑) ด้านร่างกาย ได้แก่ ออกกำลังกาย ทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนพักผ่อน
- (๒) ด้านอารมณ์ ได้แก่ ผ่อนคลาย จัดความเครียด ให้อภัย เอื้อเฟื้อ มีเมตตา
- (๓) ด้านสังคม ได้แก่ มีขอบเขต พบปะผู้คน ใช้เวลาร่วมกัน ขอความช่วยเหลือ
- (๔) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ เชื่อมโยงกับธรรมชาติ ทำกิจกรรมทางศาสนา ผีกลสมาธิ
- (๕) ด้านการงาน ได้แก่ บริหารจัดการเวลา แบ่งเวลาพัก
- (๖) ด้านงานอดิเรก ได้แก่ ทำสิ่งที่ชอบ ทำความรู้จักตนเอง
- (๗) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จัดพื้นที่ ทำความสะอาด ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม
- (๘) ด้านการเงิน ได้แก่ ออมเงิน ลงทุน วางแผนการใช้จ่าย ชำระบิล หนี้ต่างๆ

โดยมีแนวทาง ดังนี้

- (๑) ให้ระลึกว่าปฏิกิริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการตอบสนองตามปกติในสถานการณ์ที่ไม่
ปกติ
- (๒) อนุญาตให้ตัวเองทำสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง
- (๓) รับฟังสิ่งที่ร่างกายอยากบอกและพักผ่อนให้เพียงพอ
- (๔) อย่าฝืนตัวเองทำสิ่งต่างๆ
- (๕) พุดคุย ใช้เวลากับผู้คนรอบข้าง และขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- (๖) ให้กำลังใจตัวเอง อนุญาตให้ตัวเองรู้สึกอย่างที่รู้สึก

๘. หลักปฏิบัติในการปฐมพยาบาลทางใจ

หลักการปฏิบัติในการปฐมพยาบาลทางใจ เรียกว่า **หลัก ๓L – Look , Listen , Link** หรือ สังเกต รับฟัง เชื่อมโยง/ส่งต่อ โดยหลัก ๓L นี้เป็นขั้นตอนในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือสามารถสังเกต และประเมินความปลอดภัยก่อนที่จะเข้าไปช่วยเหลือ รู้วิธีเข้าหาผู้ที่อยู่ในสภาวะตึงเครียด สามารถเข้าใจความต้องการ และช่วยให้ผู้ประสบเหตุเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์และความช่วยเหลือที่มีอยู่ได้

๑. Look = ทักษะการสังเกต ประเมินและจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น มีแนวทาง ดังนี้

(๑) สังเกตว่ามีอะไรเกิดขึ้นหรือกำลังดำเนินอยู่บ้าง โดยประเมินสถานการณ์และคำนึงถึงความปลอดภัย ความพร้อมของตนเองเป็นอันดับแรก ถ้าไม่แน่ใจว่าสถานการณ์นั้นปลอดภัยพอที่จะเข้าไปช่วยเหลือ ให้สื่อสารกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากระยะไกล

(๒) ประเมินผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือที่เสี่ยงต่อความปลอดภัย บาดเจ็บทางกาย หรือมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรง โดยผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ได้แก่ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสาหัส ผู้ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ที่รู้สึกทุกข์จนไม่สามารถดูแลตนเองหรือบุตรได้ ผู้ที่มีความเปราะบาง ได้แก่ เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้หญิงตั้งครรภ์ มารดาที่ต้องดูแลทารกหรือเด็กเล็ก ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ผู้ที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่รุนแรง โดยให้พิจารณาว่าใครมีปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม หรืออยู่ในภาวะช็อค

(๓) ประเมินความต้องการจำเป็นสำคัญและสิ่งที่ควรจัดให้มีในปัจจุบันขณะผู้ช่วยเหลือควรรู้บทบาทของตนเองและให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ ส่งต่อผู้ได้รับบาดเจ็บให้กับหน่วยแพทย์หรือผู้ที่ได้รับการฝึกปฐมพยาบาล

๒. Listen = ทักษะการรับฟัง สื่อสาร และช่วยให้ผ่อนคลาย มีแนวทาง ดังนี้

(๑) เข้าหาผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรม แนะนำตัว ชื่อ องค์กร ถามชื่อและขออนุญาตผู้ประสบเหตุในการให้ความช่วยเหลือ ถ้าเป็นไปได้ให้หาสถานที่ที่เงียบและปลอดภัยในการพูดคุย จากนั้นอาจช่วยให้ผู้ประสบเหตุรู้สึกสบายใจและผ่อนคลายมากขึ้น เช่น ให้น้ำดื่มและสิ่งที่จำเป็น และพยายามทำให้รู้สึกปลอดภัยด้วยการพาออกมาจากสถานการณ์ที่เป็นอันตราย (ถ้าเป็นไปได้) ปกป้องผู้ประสบเหตุจากสื่อ และไม่ปล่อยให้ผู้ประสบเหตุที่เครียดมากอยู่ตามลำพัง

(๒) ถามถึงความต้องการจำเป็นสำคัญและสิ่งที่กังวล จากนั้นประเมินดูว่าสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ประสบเหตุ ณ ขณะนั้นคืออะไร และจัดลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือ

(๓) รับฟังและช่วยให้สงบ โดยการอยู่กับผู้ประสบเหตุ เข้าใกล้ในระยะที่เหมาะสม ไม่กดดันให้พูด เมื่อผู้ประสบเหตุต้องการพูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ให้รับฟังและใส่ใจ ยอมรับความรู้สึก ถ้าผู้ประสบเหตุรู้สึกเครียดมาก ช่วยให้ผู้ประสบเหตุสงบลง

๓. Link = ทักษะการเชื่อมโยง แก้ปัญหา และส่งต่อ

(๑) ช่วยให้เข้าถึงความต้องการขั้นพื้นฐานและบริการต่าง เช่น เข้าถึงสถานที่ปลอดภัย อาหาร น้ำ ข้อมูลที่ถูกต้องเข้าใจง่ายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และบริการให้ความช่วยเหลือที่มีอยู่ช่วยให้ติดต่อกับคนในครอบครัว เพื่อนและคนอื่นๆ รวมทั้งช่วยให้ผู้ประสบเหตุได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่เพียงพอเวลาที่ต้องตัดสินใจเรื่องสำคัญ

(๒) ช่วยให้สามารถรับมือกับปัญหาได้ โดยขอให้ผู้ประสบเหตุระบุถึงคนที่สามารถเป็นที่พึ่งได้ ช่วยให้คำแนะนำอย่างเป็นรูปธรรมที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ จากนั้นให้ถามผู้ประสบเหตุว่าเคยจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในอดีตอย่างไร และเน้นย้ำตระหนักถึงความสามารถในการรับมือ

กับปัญหาในปัจจุบัน และให้ถามว่าอะไรที่จะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น สนับสนุนให้ใช้วิธีการทางบวกในการรับมือกับปัญหาและหลีกเลี่ยงวิธีที่ส่งผลกระทบทางลบต่อตนเอง

(๓) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ คนใกล้ชิด ความปลอดภัย สิทธิการเข้าถึงบริการต่างๆที่มี และอธิบายแหล่งที่มาของข้อมูล โดยใช้ข้อความที่เข้าใจง่าย ทบทวนข้อความซ้ำอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ฟังยินดีและเข้าใจบอกแต่สิ่งที่รู้ ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือให้ข้อมูลที่ผิด ควรแจ้งข้อมูลให้กับกลุ่มผู้ประสบเหตุพร้อมกัน เพื่อจะได้ข้อมูลเดียวกัน และแจ้งให้ทราบว่าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

(๔) ติดต่อกับคนใกล้ชิดหรือคนในสังคมที่เป็นที่พึ่งได้ ช่วยให้ผู้ประสบเหตุและสมาชิกในครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน ให้เด็กอยู่กับพ่อแม่ ช่วยติดต่อเพื่อนและญาติเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และช่วยให้ผู้ประสบเหตุช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

๙. สิ่งที่ดีและไม่ควรทำในการปฐมพยาบาลทางใจ

สิ่งที่ควรทำ

- (๑) จริใจ เชื่อถือได้
- (๒) เคารพสิทธิการตัดสินใจของผู้ประสบเหตุ
- (๓) ระมัดระวังอคติส่วนตน
- (๔) ถ้าผู้ประสบเหตุไม่ขอรับการช่วยเหลือ ณ เวลานี้ แจ้งให้ผู้ประสบเหตุรู้ว่าสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ในอนาคต
- (๕) เคารพความเป็นส่วนตัวและเก็บรักษาความลับ
- (๖) ประพฤติตัวเหมาะสม โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม อายุและเพศ

สิ่งที่ไม่ควรทำ

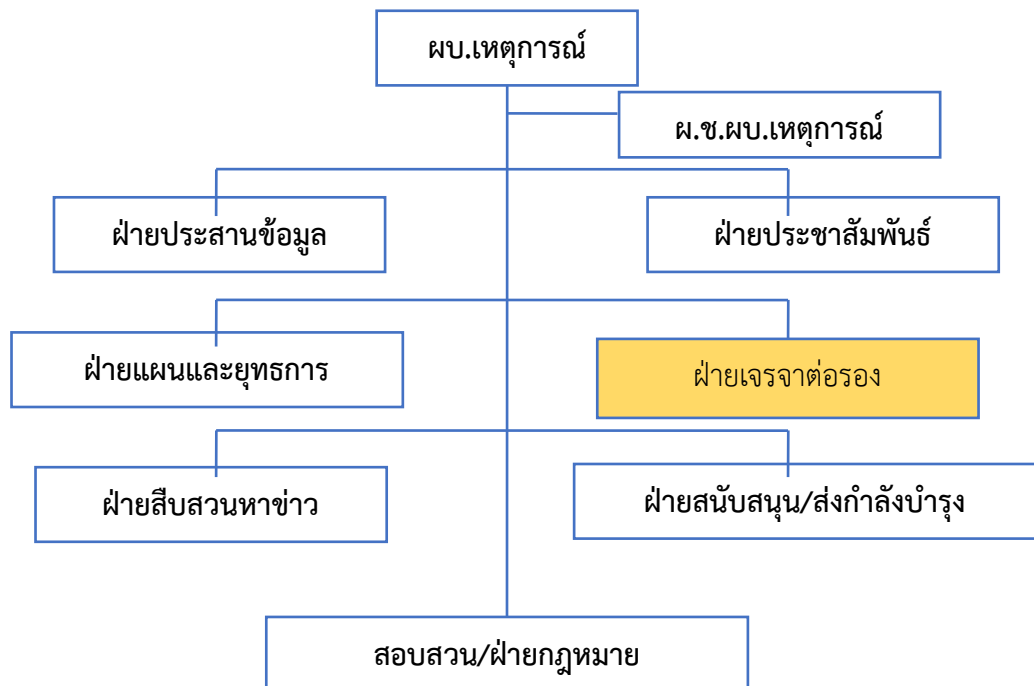
- (๑) แสวงหาผลประโยชน์จากการเป็นผู้ช่วยเหลือ
- (๒) ขอรับเงินหรือสินน้ำใจจากการช่วยเหลือ
- (๓) สัญญาในสิ่งที่ไปไม่ได้หรือให้ข้อมูลที่ผิด
- (๔) โ้อวดทักษะของตนเอง
- (๕) บังคับหรือกดดันให้รับความช่วยเหลือ
- (๖) กดดันให้ผู้ประสบเหตุเล่าเรื่อง
- (๗) เล่าเรื่องของผู้ประสบเหตุกับผู้อื่น
- (๘) ตัดสินคนจากการกระทำหรือความรู้สึก

การบริหารสถานการณ์วิกฤตและการเจรจาต่อรอง

การปฏิบัติงานในสถานควบคุม อาจมีสถานการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นได้เสมอ เช่น เด็กและเยาวชนทะเลาะวิวาท หรือทำร้ายร่างกายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งในภาวะดังกล่าวอาจเกิดปัญหาหลายประการ เช่น สับสนวุ่นวาย ปัญหาการสื่อสารระหว่างทีม การปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามขั้นตอน ไม่มีผู้สั่งการ และอาจมีผู้ที่ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และเข้าใจถึงหลักการ โครงสร้าง และขั้นตอนในการบริหารจัดการภาวะวิกฤต เพื่อลดความเสียหายต่อเด็กและเยาวชน เจ้าหน้าที่ และส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ดังกล่าว

๑.การบริหารสถานการณ์วิกฤต

๑.๑ ทีมบริหารวิกฤตการณ์



การบริหารเหตุการณ์ในภาวะวิกฤต จะมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่กันอย่างชัดเจนว่า ในแต่ละขั้นตอนฝ่ายไหนจะทำหน้าที่ใด โดยมีการกำหนดโครงสร้างของทีมบริหารวิกฤตการณ์ และแบ่งหน้าที่ ดังนี้

๑. ผู้บัญชาการเหตุการณ์ เป็นผู้มีตำแหน่งหน้าที่สูงสุดที่ปฏิบัติหน้าที่ในนั้นหรืออยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้น เพื่อให้สั่งสนหน้าที่เมื่อเกิดเหตุ

๒. ผู้ช่วยผู้บัญชาเหตุการณ์ เป็นผู้ช่วยเหลือผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการประสานข้อมูลของฝ่ายอื่นๆให้กับผู้บัญชาการ

๓. ฝ่ายประสานข้อมูล ทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ช่วยเหลือในการจัดการสถานการณ์วิกฤตนั้นๆ

๔. ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ทำหน้าที่วางแผนการแถลงข่าวกับนักข่าว เช่น จะแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนอย่างไร
๕. ฝ่ายแผนและยุทธการ ทำหน้าที่วางแผน ประสานข้อมูลในการปฏิบัติการ เช่น ประสานหน่วยสาธารณสุขแล้ว ตรวจสอบว่ามาหรือยัง แล้วรายงานต่อผู้บังคับบัญชาเหตุการณ์
๖. ฝ่ายเจรจาต่อรอง ทำหน้าที่เจรจา พูดคุยกับผู้ก่อเหตุ เพื่อให้ทีมบริหารสถานการณ์วิกฤตได้หาข้อมูลและถ่วงเวลาให้ผู้บัญชาการเหตุการณ์ตัดสินใจ
๗. ฝ่ายสนับสนุน/ส่งกำลังบำรุง ทำหน้าที่ หาหน้า ส่งของ ข้าว อุปกรณ์ ที่ต้องใช้ตอบรับเหตุการณ์ในขณะนั้น
๘. ฝ่ายสืบสวนหาข่าว ทำหน้าที่ หาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ก่อเหตุ เช่น ประวัติผู้ก่อเหตุ เป็นใคร มาจากไหน

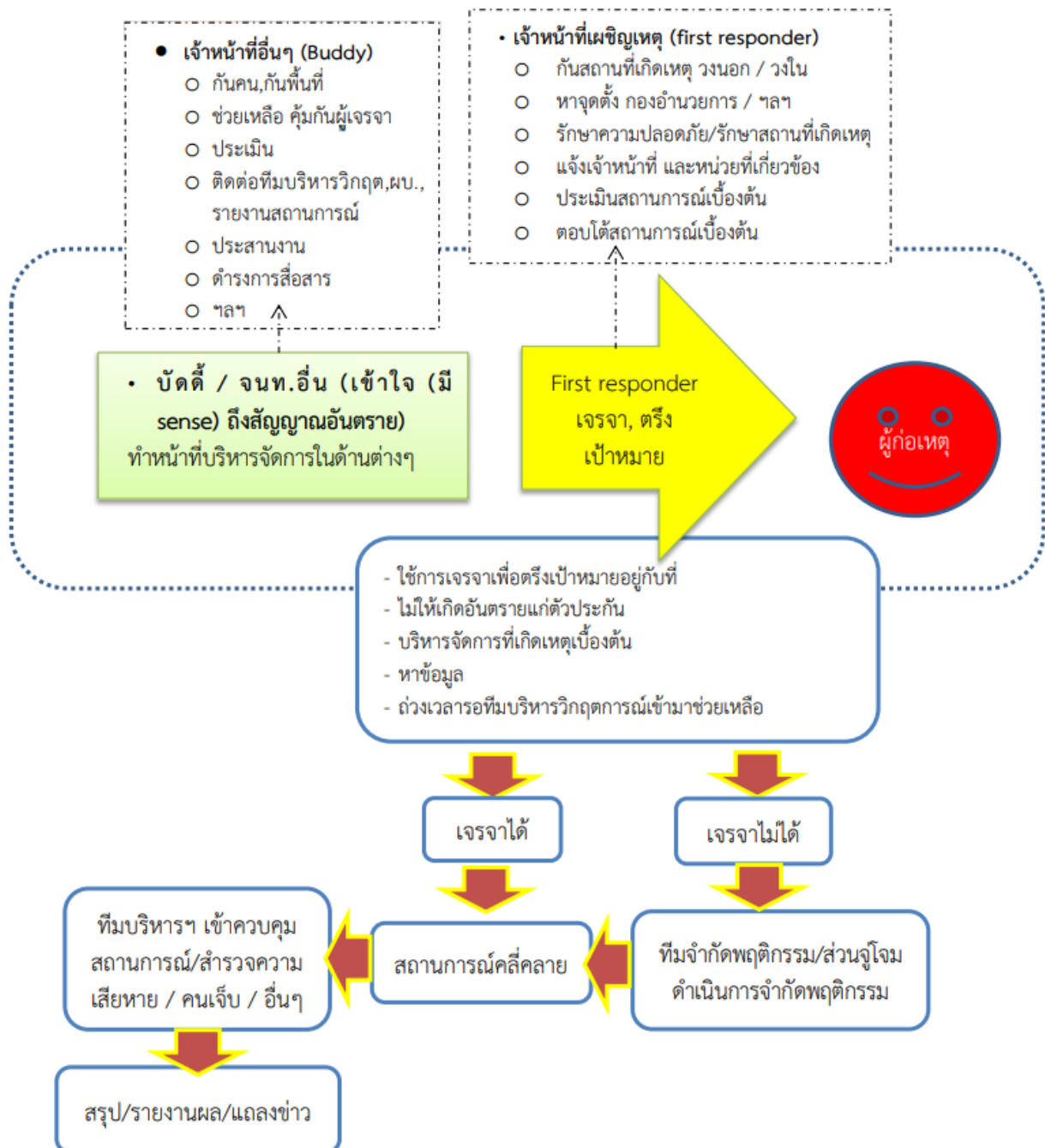
๑.๒ โครงสร้างทีมบริหารเหตุการณ์



ผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทสำคัญสำหรับงานนี้ คือ เจ้าหน้าที่ทุกคนซึ่งเป็น ผู้เผชิญเหตุ (First Responder) เนื่องจากผู้ประสบเหตุคนแรก เป็นผู้แก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น จัดการสถานที่เกิดเหตุ และทำหน้าที่เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ และทีมบริหารวิกฤตการณ์

๑.๓ ขั้นตอนการเผชิญเหตุ

การเผชิญเหตุ เป็นขั้นตอนของการตอบโต้กับสถานการณ์เบื้องต้น เป็นหน้าที่ของผู้เผชิญเหตุ ซึ่งทุกคนมีโอกาสที่จะต้องเผชิญเหตุทั้งหมด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทุกคนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบริหารเหตุการณ์ โดยแต่ละคนจะมีหน้าที่ ดังนี้



๒. การเจรจาต่อรอง (Negotiate)

๒.๑ นิยามของการเจรจาต่อรอง (Negotiate)

การเจรจาต่อรอง หมายถึง การสื่อสารความคิดระหว่างบุคคลโดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอันจะนำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันในปัญหาความขัดแย้งต่างๆ เป็นยุทธวิธี ทางเลือกอย่างหนึ่งในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตโดยสันติวิธี ปราศจากการสูญเสียซึ่งชีวิตและทรัพย์สิน

๒.๒ วัตถุประสงค์ของการเจรจาต่อรอง

๑. เพื่อแก้ไขสถานการณ์วิกฤตโดยสันติวิธี
๒. เพื่อถ่วงเวลาให้ทีมบริหารวิกฤตการณ์สามารถหาข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ในการเจรจาต่อรอง และเพื่อให้ผู้บังคับบัญชาทีมบริหารวิกฤตการณ์มีเวลาตัดสินใจ

๒.๓ หลักปรัชญาในการต่อรองในสภาวะวิกฤต (Philosophy of Crisis Negotiation)

หลักพื้นฐานสำคัญของผู้เจรจาต่อรอง ๔ ประการ (Vecchi, Van Hasselt; & Romano, ๒๐๐๕) ดังนี้

๑. ควบคุมตนเอง (self-control) เมื่อเผชิญเหตุผู้เจรจาต้องสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง มีสติไม่หวั่นไหว ควบคุมลักษณะท่าทาง ตลอดจนการแสดงออก ไม่ว่าจะเป็นทางด้านวาจาหรือท่าทางก็ตาม สิ่งสำคัญ คือ ผู้เจรจาต้องสามารถควบคุมเหตุการณ์และผู้ก่อเหตุให้ได้ คือ ต้องควบคุมตัวเองให้ได้
๒. ลดความตึงเครียด สถานการณ์ที่วิกฤต การเจรจาลำบากไปสู่ความสำเร็จ ผู้เจรจาต้องทำให้สถานการณ์ผ่อนคลาย รวมทั้งตัวผู้ก่อเหตุจะต้องมีความผ่อนคลาย ระดับความเครียดลดลง
๓. เน้นที่กระบวนการฟัง แทนที่จะเน้นที่การเจรจา (แพ - ชนะ) สุดท้ายเกิดการพอใจทั้งสองฝ่าย (Win-Win Situation)
๔. คำนึงถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ความมั่นคงทางร่างกายและอารมณ์ การยอมรับว่าความเห็นของเขามีคนเข้าใจ ให้ผู้ก่อเหตุเกิดความรู้สึกว่าเขาเองมีสิทธิ มีศักดิ์ศรี และประสบความสำเร็จได้ในบางสิ่งบางอย่าง

นอกจากนี้การตัดสินใจทุกเรื่องที่กระทำของทีมเจรจาต่อรอง มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ทำเพื่อความปลอดภัยในชีวิตผู้เกี่ยวข้องทุกคนเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การประนีประนอมการกระทำของผู้จับตัวประกัน ประนีประนอมข้อเรียกร้อง ภาพเรียกร้อง ภาพรวม สถานการณ์ทั้งหมด สาเหตุการจับประกัน ประนีประนอมข้อเรียกร้องกับเหตุการณ์ นำมาสู่การวางแผนเพื่อการตัดสินใจที่ดี

๒.๔ คุณสมบัติของผู้เจรจาต่อรอง

๑. มีจิตใจสุขุม เยือกเย็น
๒. มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือให้เหตุการณ์คลี่คลายปลอดภัยทุกฝ่าย
๓. มีทักษะในการตั้งใจฟัง มีสมาธิติดตามเรื่องราวได้ดี
๔. เป็นผู้ที่ให้เกียรติบุคคลอื่น ใจกว้าง พยายามจะเข้าใจบุคคลอื่น
๕. มีแนวความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ไขปัญหา
๖. มีความคิดสร้างสรรค์
๗. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องราวของปัญหา

๘. สามารถทำงานเป็นทีม ไม่ยึดแต่ตนเอง สามารถเข้าประสานงานได้ดี ยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น

๙. มีหน้าที่ และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการเจรจา

๑๐. มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ด้านการเจรจา

๒.๕ เทคนิคในการเจรจาเบื้องต้น

(๑) ผู้เจรจาต้องสามารถควบคุมตนเองให้ได้ก่อน เนื่องจากหากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก็ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

(๒) ผู้เจรจาควรแนะนำตัวเองแบบไม่เป็นทางการ เช่น “ครูชื่อครูจิบนะ ถ้ามีอะไรให้ครูช่วยบอกได้เลย ครูอยากช่วยเอ็กซ์ (ชื่อเด็กหรือเยาวชน)” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

(๓) เสียงของผู้เจรจารวมทั้งกิริยาการแสดงออกถึงความจริงใจ ไม่เสแสร้ง ดูถูกคุกคาม ช่มชู้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง

(๔) อย่าพูดทำร้ายผู้ก่อเหตุ เพราะจะเป็นการยั่ว และทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจตัวผู้เจรจา

๒.๖ ทักษะสำคัญในการเจรจาต่อรอง

๑) ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening Skill) เป็นทักษะที่ใช้ได้ผลในการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ไขเหตุวิกฤต การฟังอย่างตั้งใจเป็นการรวบรวมข้อมูลด้วยการฟัง และสังเกตท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกมาระหว่างการเจรจา โดยฟังให้ได้ทั้งเนื้อหาความคิด และอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือให้บุคคลออกจากสถานการณ์วิกฤต

ผู้เจรจาสามารถใช้เทคนิคต่อไปนี้เมื่อเริ่มต้นเจรจา หรือใช้เมื่อผู้เจรจาไม่รู้จะพูดคุยกัยอะไร และเป็นการลดการเป็นปฏิปักษ์ระหว่างผู้ก่อเหตุกับผู้เจรจา

(๑) พูดซ้ำเพียงคำพูดสุดท้าย หรือข้อความสำคัญนั้นๆ

ผู้ก่อเหตุ : “ผมทำตามกฎของศูนย์ฝึกตลอด ทำไม่ได้ปล่อยสักที ครูแกล้งผมรีเปล่า”

ผู้เจรจา : “คิดว่าครูแกล้ง”

ผู้ก่อเหตุ : “แฟนผมก็ทิ้ง แม่ก็ไม่มาเยี่ยม ไม่ได้เจอใครเลย”

ผู้เจรจา : “ไม่มีใครมาเยี่ยม”

(๒) การตอบรับด้วยคำพูดสั้นๆ หรือถ้อยคำที่แสดงให้รู้ว่าผู้เจรจากำลังติดตามเรื่องราวของผู้ก่อเหตุอยู่ว่าผู้ก่อเหตุกำลังพูดอะไร เช่น ครับ ใช่ ผมเข้าใจ ผมเห็นด้วย

(๓) คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ก่อเหตุได้พูด ได้ระบายทำให้ผู้เจรจาเข้าใจในความคิด และอารมณ์ความรู้สึกของผู้ก่อเหตุมากขึ้น เช่นคำถามว่า อะไร เมื่อไร อย่างไร ที่ไหน

ผู้ก่อเหตุ : “ผมไม่ได้ทำ ผมไม่ได้เอาไป เขาหาเรื่องผม” (พูดด้วยอารมณ์โกรธ)

ผู้เจรจา : “เยาวชนช่วยอธิบายให้ครูเข้าใจหน่อยว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร” หรือ “ครูยังไม่ค่อยเข้าใจเรื่องที่เยาวชนพูดเมื่อสักครูช่วยอธิบายให้ครูเข้าใจหน่อยได้ไหมว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับเยาวชน”

(๔) พุดทวนซ้ำคำพูดของผู้ก่อเหตุ โดยไม่เปลี่ยนแปลงความหมายในสิ่งที่ผู้ก่อเหตุพูด

ผู้ก่อเหตุ : “ไม่อยากอยู่แล้วที่นี่ เบื่อ ไม่มีใครเข้าใจผมเลย”

ผู้เจรจา : “เขาวนรู้สึกเบื่อและรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ”

(๕) การสะท้อนความรู้สึก ใช้เทคนิคนี้ในเวลาที่คุณแสดงอารมณ์ความรู้สึกใดๆ ออกมาทั้งทางคำพูด หรือท่าที ผู้เจรจาแสดงความเข้าใจในตัวผู้ก่อเหตุ โดยการพูดถึงอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ก่อเหตุแสดงออกมานั้นย้อนกลับไปสู่ผู้ก่อเหตุอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ก่อเหตุได้สำรวจตัวเอง และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากขึ้น อีกทั้งผู้ก่อเหตุยังรับรู้ได้ว่าผู้เจรจาทั้งใจฟัง และจริงใจที่จะช่วยเหลือ

ผู้ก่อเหตุ : “ผมไม่พอใจที่ผมถูกโดนนายปัดหน้าคนเยอะๆ แล้วคนอื่นก็ล้อผม
เรื่องนี้ต่อ จนตอนนี้คนทั้งศูนย์ ทั้งเพื่อน ทั้งเจ้าหน้าที่ก็ล้อผมหมด ผมอยาก
เอาคืนทุกคนเลย”

ผู้เจรจา : “เขาวนโกรธที่ถูกล้อ และต้องการที่จะแก้แค้นคนที่มาล้อเรา”

ผู้ก่อเหตุอาจคิดด้วยเหตุผลและตอบกลับว่าเห็นด้วย หรือขยายความต่อ เช่น “ใช่ผมโกรธ แต่ผมก็ไม่ต้องทำให้ใครเดือดร้อน”

(๖) การใช้สรรพนาม ใช้สรรพนามแทนตัวเอง “ฉัน” “ผม” “ดิฉัน” ไม่ใช่ “ฝ่ายเรา” “ฝ่ายคุณ” “ตำรวจ”

(๗) การเรียบหรือว่าหยุดได้ตอบชั่วคราว เป็นการเจรจาโดยที่ผู้เจรจาไม่มีการเอ่ยวาจาใดๆ ในระหว่างนั้นอย่างมีจุดหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ก่อเหตุได้ใช้ความคิดเพื่อที่ระบายหรือพูดต่อไปได้ หากผู้ก่อเหตุเรียบนานเกินไป ผู้เจรจาสามารถนำเทคนิคอื่นๆ มาใช้ได้ เช่น การสะท้อนความรู้สึก การถาม การพุดคุยทวนประโยคสุดท้ายที่ผู้ก่อเหตุเพิ่งพูดไป

ตัวอย่าง “ลองเล่าเพิ่มเติมสิครับว่าเรื่องเป็นอย่างไร” (การถาม)

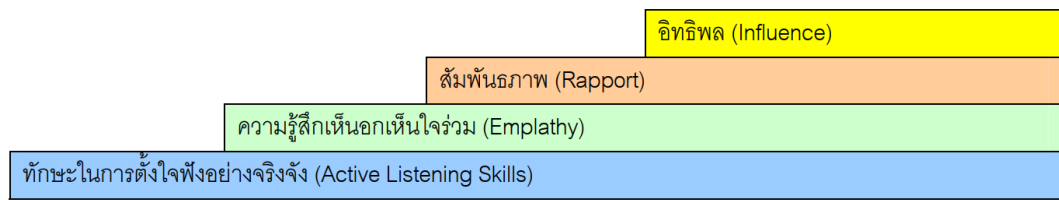
“เมื่อสักครูเขาวนบอกว่าพ่อแม่ไม่นำพุดอย่างนี้เลย”

(พุดทวนประโยคสุดท้าย)

(๘) สรุปความ เป็นการสรุปเรื่องที่มีการเจรจากันทั้งผู้เจรจาด้วยคำพูดของผู้เจรจาเอง เช่น ผมขอสรุปเพื่อให้แน่ใจว่าคุณพุดมาถูกต้อง หรือผู้ก่อเหตุอาจกำลังสับสน พุดหลายเรื่องปะปนกัน และเรื่องราวอาจไม่ต่อเนื่อง ผู้เจรจาอาจสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ก่อเหตุเข้าใจ

ทั้ง ๘ เทคนิคที่เป็นองค์ประกอบของการฟังอย่างตั้งใจนี้ผู้เจรจาสถาบันนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม และเมื่อใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ก่อเหตุได้

๒.๗ บันไดแสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Stairway)



หมายเหตุ: จาก การฝึกอบรมเชิงจิตวิทยาเพื่อพัฒนาการเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤตของเจ้าหน้าที่ตำรวจ. โดยกิตติศักดิ์ ปลาทอง, ๒๕๖๔

ในการเจรจาต่อรอง ผู้เจรจาจำเป็นต้องใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ก่อเหตุ นำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เจรจาและผู้ก่อเหตุ และท้ายสุดผู้เจรจาจะมีอิทธิพลต่อผู้ก่อเหตุในการเปลี่ยนความคิด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ก่อเหตุ เช่น กรณีเด็กหรือเยาวชนจะทำร้ายตนเอง โดยมีอาวุธอยู่ในมือ สิ่งที่มีบทบาทเหตุการณ์ต้องการ คือ เด็กหรือเยาวชนวางอาวุธและสงบลง ผู้เจรจาต้องมีอิทธิพลพอที่จะทำให้เด็กหรือเยาวชนเกิดความศรัทธา ความไว้วางใจ ความเชื่อ เมื่อเกิดสัมพันธภาพอย่างลึกซึ้งมีความเห็นอกเห็นใจ เชื่อมมั่นในตัวผู้เจรจา

๒.๘ ข้อพึงระวังในการเจรจาต่อรอง

๑) การกำหนดเส้นตาย ผู้เจรจาต้องพยายามชักชวนโน้มน้าวผู้ก่อเหตุไม่ให้เกิดเส้นตายพูดเรื่องเล็กน้อยๆ ในขณะที่ถึงเส้นตายกับผู้ก่อเหตุ จนกระทั่งเส้นตายผ่านไป อย่ากำหนดเส้นตายให้ตัวเอง เช่น จะนำอาหารหรือสิ่งที่ผู้ก่อเหตุต้องการมาให้ภายใน ๕ นาที

๒) สิ่งที่สามารถให้ได้ในการเจรจา ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่ม เงิน ให้ทำข่าวสื่อมวลชน การรักษาทางการแพทย์ การติดต่อบุคคลที่สาม เช่นครอบครัว ทั้งนี้การติดต่อบุคคลที่สาม ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมาก และต้องแน่ใจว่าสามารถควบคุมบุคคลที่สามที่เข้ามาได้ และไม่ส่งผลเสียต่อการเจรจา เช่น ไม่ทำให้อารมณ์ของผู้ก่อเหตุรุนแรงขึ้น และล้าให้แปลประโยคต่อประโยคและให้เลียนแบบอารมณ์ของผู้ก่อเหตุ โดยให้อยู่ในความควบคุมของผู้เจรจา

๓) หลีกเลี่ยงคำว่า “ไม่ได้” ออกมาตรงๆ เมื่อผู้ก่อเหตุตั้งข้อเสนอหรือข้อเรียกร้อง อาจใช้คำว่า “กำลังนำเสนออยู่” หรือเสนอทางเลือกอื่นๆ และพยายามเจรจาต่อรองให้ได้สิ่งตอบแทนกลับมา หากจำเป็นต้องให้สิ่งของหรือสิ่งที่ผู้ก่อเหตุต้องการ ต้องให้อย่างพอดี ทั้งนี้ หากผู้ก่อเหตุไม่ได้ยื่นข้อเสนอใด ผู้เจรจาไม่ควรจะถามหาข้อเรียกร้องจากผู้ก่อเหตุ

การบริหารจัดการเด็กและเยาวชน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง(Violent Behavior)

๑. ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

พฤติกรรมก้าวร้าว (aggression) หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลต่อเนื่องมาจากความโกรธ ที่บุคคลนั้นไม่สามารถจัดการกับความโกรธได้ และอาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้หลายทาง เช่น ทางร่างกายหรือทางด้านความคิด

พฤติกรรมรุนแรง (Violence) หมายถึง การใช้กำลังทางกายภาพ โดยตั้งใจต่อตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต

ความโกรธ เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เป็นอารมณ์ที่มีความรุนแรง และบุคคลที่มีความโกรธจะแสดงออกในทางลบ เพื่อตอบสนองสิ่งเร้าที่มากระตุ้น เช่น การเตะ ต่อย การพูดคำหยาบ ความโกรธ จึงหมายถึง อารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองสิ่งเร้าที่มากระตุ้น หรือเมื่อสิ่งที่เราต้องการหรือคาดหวังไว้ล้มเหลว ซึ่งอาจแสดงออกมาได้ทั้งคำพูดและไม่ใช้คำพูด

หากบุคคลสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ แสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม จะเป็นผลดีต่อการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และเป็นพลังผลักดันต่อการดำเนินชีวิต ขณะเดียวกัน หากเก็บกดไว้ไม่แสดงออกมารวม ๆ จะกลายเป็นปัญหา เกิดการเจ็บป่วยทางกาย หรือแสดงอารมณ์โกรธออกมาเป็นพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (aggression) หรือพฤติกรรมที่รุนแรง (violence)

การแสดงออกของความโกรธ

๑) **passive behavior** คือ การเก็บกด ซ่อนไว้ ไม่กล้าหรือรู้สึกไม่สบายใจที่จะแสดงออก ทำลายสุขภาพความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปวดศีรษะแบบไมเกรน (migraine headaches) แผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น และเกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียดกับตนเองต่ำ

๒) **aggressive behavior** คือ แสดงออกมาอย่างไม่เหมาะสม เชิงทำลาย ไม่สามารถยอมรับและควบคุมความรู้สึกโกรธได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดโรคทางกาย รู้สึกเจ็บแค้น แสดงความก้าวร้าวรุนแรง คุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล และสิ่งอื่น ๆ รอบตัวให้ได้รับความเสียหาย เจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ หรือหันความโกรธเข้าหาตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

๓) **assertive behavior** คือ เป็นพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ ยอมรับว่าอารมณ์หรือความรู้สึกโกรธเป็นเรื่องปกติสามารถควบคุมได้ ถ้าคิดกล้าตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ มีความภูมิใจ เข้าใจ และให้อภัยผู้อื่น พูดอย่างชัดเจน บอกความรู้สึกหรือความต้องการอย่างตรงไปตรงมา เสียใจแต่ไม่ตะโกน ถ้อยคำไม่หยาบคาย หรือก้าวร้าวรุนแรง

๒. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในวัยรุ่น

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของวัยรุ่นไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงประการเดียว แต่มักเกิดจากปัจจัยหลายประการที่ซับซ้อน และมีผลกระทบต่อกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพและจิตใจของตัววัยรุ่นเองปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ตั้งแต่ระหว่างการจัดตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิด การเลี้ยงดูครอบครัว เพื่อน โรงเรียน เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งมีทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่เป็นด้านบวกหรือปัจจัย

ป้องกัน และผลกระทบของแต่ละปัจจัยยังขึ้นอยู่กับจังหวะเวลาที่เกิดขึ้น ระยะเวลา และความรุนแรงด้วย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น ๓ ปัจจัยหลัก (IES factors) ได้แก่

๒.๑ ปัจจัยภายใน (internal factors)

๑) ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) เช่น

(๑) ฮอร์โมน และพัฒนาการทางสมอง (Hormone and brain development)

เป็นที่แน่ชัดว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง การพัฒนาของสมองในระยะวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะในระยะวัยรุ่นตอนต้นซึ่งพบว่าวัยรุ่นมีความก้าวร้าวมากที่สุด มีความจำกัดในการใช้เหตุผล การคำนึงถึงผลที่ตามมา และมีการตัดสินใจยังไม่ดีพอ เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มาก

(๒) สติปัญญา (Intelligence) วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กทั่วไป แต่ไม่ได้จำ เป็นเสมอไป ระดับเชาวน์ปัญญาที่ต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทำให้ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา การใช้เหตุผลอย่างเหมาะสมขาดความยั้งคิด มักมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ มีการตระหนักรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ (Low self-esteem) มีปัญหาการเรียน ถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนล้วนเป็นปัจจัยให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย

(๓) ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงโรคติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ การเสพยาเสพติดของมารดา ตั้งแต่บุหรี่ยาสูบ และสารเสพติดทุกชนิด การได้รับยาบางชนิด หรือสารพิษ เช่น ตะกั่ว ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดและในระยะแรกเกิด ที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาสมองของทารก ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยหรือคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าทารกทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดของมารดาในระหว่างการตั้งครรภ์มีผลต่อระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ cortisol ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาสมองของทารก และทารกที่เกิดมาเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก (difficult temperament) เมื่อติดตามไปก็พบว่าเป็นเด็กหรือวัยรุ่นที่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูง

๒) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors) เช่น

(๑) ปัญหาสุขภาพจิตมีการตระหนักรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ (Low Self-esteem)

วัยรุ่นที่มี self-esteem ต่ำมักมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย เพราะมักแปลความหมายสถานการณ์ว่าผู้อื่นดูถูกหรือปฏิเสธตนเอง ต้องการแสดงให้เห็นว่าตนเองเหนือกว่าผู้อื่น ด้วยวิธีการรุนแรง มักถูกเพื่อนปฏิเสธหรือรู้สึกถูกเพื่อนปฏิเสธจึงต้องไปเข้ากลุ่มกับเพื่อนที่เกเร และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อให้ได้รับการยอมรับ สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมี self-esteem ต่ำมีทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง แต่ที่สำคัญคือ การเลี้ยงดูของครอบครัวที่ไม่ได้ส่งเสริม self-esteem อย่างเหมาะสมรวมทั้งโรงเรียนและสังคมยังไม่ได้มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้วัยรุ่นส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นที่ยอมรับ

(๒) ขาดทักษะชีวิต (Life skills) วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักขาดทักษะชีวิตในด้านต่างๆ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง ทักษะการพูดแสดงอารมณ์และความต้องการของตนเอง ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะสังคม การขาดทักษะเหล่านี้มีสาเหตุจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน สื่อมวลชน และสังคมโดยรวมที่ยังไม่ได้พัฒนาทักษะเหล่านี้ให้เด็กและวัยรุ่นอย่างจริงจัง และมักเป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมมากกว่า

(๓) มีทัศนคติต่อความรุนแรง คือ การมีมุมมองว่าความรุนแรงเป็นเรื่องปกติธรรมดาสามารถทำได้โดยไม่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นการแสดงออกถึงความกล้าหาญ การมีศักดิ์ศรี และมีความมีอำนาจที่เหนือกว่า และยังมองว่าเมื่อทำแล้วจะได้รับผลที่ดีกลับมา เช่น การได้รับการยอมรับ ได้รับสิ่งที่ต้องการ หรือได้รับการเชิดชูเกียรติจากเพื่อนๆ ทั้งนี้ มีปัจจัยร่วมคือ ลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นที่ไม่โหยงาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มักชอบความเป็นอิสระ การคบเพื่อนที่เคยมีประวัติด้านการทะเลาะวิวาท หรือชอบต่อต้านสังคม เสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

(๔) แรงจูงใจเกี่ยวกับความต้องการความตื่นเต้น การกระทำความรุนแรงนั้นขึ้นอยู่กับอายุและบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ด้วย ในวัยรุ่นที่ก้าวร้าวและทำร้ายผู้อื่นนั้น ครึ่งหนึ่งมีสาเหตุมาจากการต้องการความตื่นเต้นร่วมกับมีเพื่อนร่วมกระทำด้วย ส่วนอีกครึ่งหนึ่งเป็นการกระทำ ที่มีการวางแผนล่วงหน้า แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การก่ออาชญากรรมส่วนใหญ่จะมีการวางแผนล่วงหน้า หรือต้องการทำให้เหยื่อถูกดูหมิ่นดูถูก การศึกษาโดย NYS9 พบว่าการทำร้ายร่างกายส่วนใหญ่เป็นการแก้แค้น เพราะเคยถูกทำร้ายมาก่อน เพราะถูกยั่ว หรือ เพราะความโกรธ กรณีการต่อสู้ลำพังคนเดียวมักมีเหตุจากถูกยั่วให้โกรธแต่ในการทะเลาะวิวาทเป็นกลุ่มมักเป็นเพราะต้องการช่วยเพื่อน หรือต้องการแก้แค้นให้เพื่อนในกลุ่มการต่อสู้เป็นกลุ่มมักเริ่มจากเหตุการณ์เล็กๆ น้อยๆ เช่น กระแทกกระทั้นกันในบาร์หรือถนน แล้วบานปลายจนมีการใช้อาวุธและมีการบาดเจ็บในที่สุด

(๕) โรคทางจิตเวช วัยรุ่นที่เป็นโรคทางจิตเวชมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าหนึ่งในห้าของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก มีการเจ็บป่วยด้านจิตใจอยู่ในปัจจุบัน การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จะช่วยให้มีแนวทางการช่วยเหลือที่เจาะจงและถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น โรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่พบบ่อยได้แก่ได้แก่

- ความผิดปกติของพฤติกรรมแบบท้าทาย (Oppositional Defiant Disorder (ODD)
- ความประพฤติดีผิดปกติ (Conduct Disorder : CD)
- ความผิดปกติของสมาธิและพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD)
- ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)

- โรคจิต (Psychotic Disorder) ในผู้ป่วยโรคจิต อาจมีความคิดหลงผิด หวาดระแวง จึงตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น

๒.๒ ปัจจัยภายนอก (External factors)

๑) ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors)

(๑) การเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ภาวะสังคมที่เต็มไปด้วยความรุนแรงและสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยอบายมุข ขาดการบังคับกฎหมาย การเข้าถึงสุรา สิ่งเสพติดและอาวุธปืนได้ง่าย รวมทั้งการเลียนแบบจากสื่อ และเกมออนไลน์ที่ขาดการจัดการควบคุมที่ดี

(๒) ลักษณะของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของเด็กและเยาวชน ครอบครัวที่มีความรุนแรง มีความขัดแย้งสูง มีการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ บกพร่อง ครอบครัวแตกแยก ขาดความใกล้ชิด เด็กถูกทอดทิ้ง พ่อแม่เป็นโรคทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต สภาพแวดล้อมดังกล่าวสามารถบ่มเพาะพฤติกรรมความรุนแรงให้เกิดขึ้นกับเด็กได้ง่าย เพราะเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม เด็กรับรู้พฤติกรรมเหล่านี้อย่างใกล้ชิด จนเกิดเป็นความชินกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เห็นอยู่เป็นประจำจนคิดว่าเป็นเรื่องปกติ

๒) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

ความยากจนและขัดสนในชีวิต อาจทำให้เด็กและเยาวชนขาดโอกาสทางการศึกษาและการมีสังคมที่ดี มีแนวโน้มเข้าร่วมกับแก๊งเด็กที่มีปัญหาตามมาด้วยการกระทำที่ผิดกฎหมาย

๓) ปัจจัยทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมของเด็กและเยาวชนที่เป็นลักษณะทางกายภาพหอนอนหรืออาคารอื่นๆ ได้แก่ โครงสร้างและการออกแบบ ระดับความเป็นส่วนตัว แสง เสียง ลานสายตา และระดับอุณหภูมิ รวมถึง จำนวนและประเภทของผู้ป่วยมีผลต่อความก้าวร้าวทั้งในทางบวกหรือลบ

๒.๓ ปัจจัยด้านสถานการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ (situational/interactional factors)

- การถูกบังคับ คือ การที่เด็กและเยาวชนมีประสบการณ์ทางลบอย่างมาก หรือมีความกลัว ความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ขณะอยู่ในสถานควบคุม

- ความต้องการเป็นส่วนตัว ได้แก่ ความปลอดภัยของเด็กและเยาวชน ถูกเด็กและเยาวชนอื่นรบกวน กฎข้อบังคับของหน่วยขาดความชัดเจนในนโยบายการจัดการกับความก้าวร้าว/รุนแรง

- ด้านปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การไม่รับฟังเด็กและเยาวชน หรือเด็กและเยาวชนมีเจตนาก่อความก้าวร้าวเพื่อรบกวนเพื่อนเยาวชนอื่น มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ

๓. ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

Yudofsky and others (1986) แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

๑. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เป็นการส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ว่ากล่าวดูถูกคนอื่น
๒. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง เป็นการกระทำต่อตนเอง เช่น หยิกข่วน ชกตีตัวเอง กระแทก ลำตัวหรือศีรษะกับผนังห้อง ไข่มดหรือของมีคมกรีดแขนหรือตามร่างกายตนเอง
๓. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น เป็นการกระทำต่อผู้อื่นให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น หยิกข่วน ชก ตบ ตีทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวม
๔. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ เป็นการกระทำต่อสิ่งของ ทรัพย์สินให้เสียหาย เช่น เขย่าประตู ฉีก เสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงจากโต๊ะ ทบทำลาย เผลอสิ่งของ

๔. แนวปฏิบัติในการจัดการเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การจัดการปัญหาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ควรทำเมื่อประเมินได้ว่าบุคคลมีความโกรธ เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการ และมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช จึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีปฏิบัติในการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑) ประเมินสภาพเด็กหรือเยาวชนเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว

(๑.๑) ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทางสีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้

(๑.๒) ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา และการศึกษาประวัติจากญาติ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่อย่างไร

๒) ดูแลเด็กหรือเยาวชนด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ และให้เกียรติเด็กหรือเยาวชน เพื่อให้เด็กหรือเยาวชนเกิดรู้สึกไว้วางใจ

๓) การวางแผนและการปฏิบัติการดูแลเด็กหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

(๓.๑) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยรวมทั้งลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยลดเสียงดัง ลดแสงสว่าง ลดการที่มีคนพลุกพล่าน เพื่อลดสิ่งคุกคามความรู้สึกผู้ป่วย ตรวจสอบเด็กหรือเยาวชนไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้

(๓.๒) ดูแลช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนขณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมิน

- พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแผน ระวังตัว และมีท่าทีสงบ
- อยู่ห่างเด็กหรือเยาวชนพอสมควร การช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าวรุนแรง ควรตระหนักถึงช่องว่างระหว่างบุคคล และไม่ควรเข้าหาตัวผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคาม
- เรียกชื่อเด็กหรือเยาวชนและพูดคุยกับเด็กหรือเยาวชนด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้เด็กหรือเยาวชนได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้ แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ
- ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

(๓.๓) จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด หรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็น

- อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม ระยะเวลาและสิทธิของเด็กหรือเยาวชนในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้เด็กหรือเยาวชน/ญาติเข้าใจ

- อนุญาตให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเคลื่อนไหวภายในสถานที่ที่จำกัด(ห้องแยก) ยกเว้นในกรณีที่เด็กหรือเยาวชนถูกผูกมัด ในเด็กหรือเยาวชนที่ได้รับการผูกมัด พยาบาลต้องให้การดูแลเอาใจใส่เพื่อลดความคับข้องใจ ความกลัว หรือการรับรู้การถูกคุกคาม

(๓.๔) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม โดยจัดให้มีกิจกรรมที่เด็กหรือเยาวชนสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด

(๓.๕) สิ่งที่ควรระวังในการเข้าไปพูดคุยกับเด็กหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

- ไม่ควรเข้าไปพบเด็กหรือเยาวชนตามลำพัง
- ยืนห่างจากเด็กหรือเยาวชนประมาณ ๘ ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เพราะคิดว่าพยายามจะเข้าจู่โจม
- ไม่ถูกต้องตัวเด็กหรือเยาวชนที่มีท่าที่อะละอะลอะวอด
- ไม่เผชิญหน้ากับเด็กหรือเยาวชน ควรยืนทแยง
- ท่าทางของพยาบาลที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การยืนเท้าสะเอว เหมือนวางอำนาจ / ยืนเอามือไขว้หน้า เหมือนกลัวเด็กหรือเยาวชน / ยืนเอามือไขว้หลัง เหมือนซ่อนอาวุธ
- ไม่ใช้สายตาจ้องเด็กหรือเยาวชนเกินไป จะทำให้เด็กหรือเยาวชนหวาดกลัวยิ่งขึ้น

๕. ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อพบเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ลำดับการสื่อสาร/การบริหารเหตุการณ์ เด็กและเยาวชนมีความเสี่ยงต่อ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	วิธีการสื่อสาร/การบริหารเหตุการณ์
ขั้นตอนที่ ๑ เจ้าหน้าที่ผู้พบเหตุการณ์รายงาน	ตัวอย่าง พยาบาลครับ.....(เหตุการณ์)....ที่.....(สถานที่เกิดเหตุ)
ขั้นตอนที่ ๒ พยาบาลหรือนักจิตวิทยาประเมินระดับ ความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กหรือ เยาวชนด้วยแบบประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	ใช้ภาษาท่าทาง น้ำเสียงที่เป็นมิตร จริงใจ ให้เกียรติ เสียงดัง ชัดเจน อยู่ห่างเด็กหรือเยาวชนประมาณ ๘ ฟุต
ขั้นตอนที่ ๓ บอกสิ่งที่พยาบาล/เจ้าหน้าที่สังเกตเห็น/ ได้ยิน จากพฤติกรรมของเด็กหรือเยาวชน	เรียกชื่อเด็กหรือเยาวชนคุณ.....ดิฉัน/ผมเป็น.....ตอนนี้คุณ...(อยู่ ที่)...และคุณเป็นเด็กหรือเยาวชน...(เพื่อให้เด็กหรือเยาวชนได้สติ ให้รับรู้ความเป็นจริง)

ขั้นตอนที่ ๔ ชวนพูดคุยเพื่อประเมิน ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการ และสะท้อน ความรู้สึก เสนอแนวทางช่วยเหลือ	เช่นคุณ...รู้สึกอย่างไรที่ร้องตะโกน,เขย่าประตู,ร้องไห้....ตอนนี้ คุณ....มีความคิด/รู้สึกอย่างไร ช่วยเล่าให้ฉัน/ผมฟัง.....ตอนนี้ คุณ....กำลังหงุดหงิด?...คุณ...ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือ อะไรบ้างครับ/คะ ฯลฯ
ขั้นตอนที่ ๕ ให้ข้อมูลที่จำเป็น (orientation)	ตอนนี้เยาวชน...อยู่ที่ ศูนย์ฝึกฯ..... อาคาร.....ขณะนี้ในวันที่เดือน.....เวลา.....ระยะเวลาที่เยาวชนต้องฝึกอบรมที่ศูนย์ฝึกฯปี.....เดือน.....วัน
ขั้นตอนที่ ๖ เจาะจ่าต๋อรอง และในรายที่อาการไม่สงบ พิจารณาการผูกมัด	ผู้เจรจา ดึงความสนใจของเยาวชน เพื่อให้ทีมเข้าผูกมัดเยาวชน จากด้านหลัง

หมายเหตุ: จาก เอกสารประกอบการบรรยาย หัวข้อ หลักการบริหารเหตุการณ์ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง.
 โดย ไพโรจน์ สุขเกิด, (๒๕๖๕)

๖. ขั้นตอนการเข้าผูกมัดเด็กหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (physical Restraints)

๖.๑ การเตรียมก่อนการผูกมัด

๑. การเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ผ้าผูกมัด รถเข็นนอน,นั่ง และผ้าปูที่นอน,ผ้าห่ม,หมอน



๒. ทีมผู้ดูแลเด็กหรือเยาวชนควรมีอย่างน้อย ๔-๕ คน และมีผู้นำทีม ๑ คน ซึ่งทีมต้องผ่านการฝึกอบรมการจำกัดพฤติกรรมผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

๓. ก่อนเข้าผูกมัดเด็กหรือเยาวชนต้องขออนุญาตและทำข้อตกลงกับญาติก่อน

๖.๒ ขั้นตอนการเข้าผูกมัดเด็กหรือเยาวชน

๑. มีการวางแผนการเข้าผูกมัด ต้องมีหัวหน้าทีม
๒. หัวหน้าทีม/สมาชิก ๑ คนชวนพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

๓. ผู้นำทีมให้สัญญาณในการเข้าจับ โดยทีมที่เข้าผูกมัดจะอยู่ด้านหลังเด็กหรือเยาวชน และจับล็อกเด็กหรือเยาวชน เมื่อเด็กหรือเยาวชนผลอ

๔. สมาชิกที่เหลือช่วยจับ แขน ขา เพื่อการผูกมัด

๕. ผู้นำทีมแจ้งอธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องผูกมัด เพื่อให้เด็กหรือเยาวชนเข้าใจสาเหตุที่ต้องจำกัดพฤติกรรม

๖. การจำกัดพฤติกรรมต้องทำอย่างถูกเทคนิค ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุขที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ

๖.๓ การดูแลเด็กหรือเยาวชนที่ได้รับการผูกมัดร่างกาย

- หลังการผูกมัดร่างกาย ควรตรวจร่างกายของเด็กหรือเยาวชนอย่างละเอียด
- ตรวจผิวหนังและการทำงานข้อต่อบริเวณที่ผูกมัด ในขณะที่ผูกมัดเด็กหรือเยาวชนอยู่
- อธิบายให้เด็กหรือเยาวชนทราบเหตุผลที่ผูกมัด
- เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกของตนเองต่อการผูกมัด
- ตรวจเยี่ยม และเปลี่ยนท่าการผูกมัด
- การปล่อยเด็กหรือเยาวชนจากการผูกมัด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กหรือเยาวชน
- หลังจากปล่อยเด็กหรือเยาวชนจากการผูกมัดควรตรวจดูผิวหนังและการทำงานของข้อต่อบริเวณที่ผูกมัด

๗. ข้อพึงระวังในการผูกมัด

ในการผูกมัดเด็กหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควรใช้อย่างระมัดระวัง และใช้เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น โดยมีข้อพึงระวัง ดังนี้

๑. ห้ามใช้เพื่อเป็นการลงโทษเด็กหรือเยาวชน
๒. ห้ามใช้เชือกไนลอน กุญแจมือ หรือวัสดุที่อาจทำให้เด็กหรือเยาวชนบาดเจ็บได้
๓. ห้ามใช้เป็นการระบายความคับข้องใจของเจ้าหน้าที่
๔. ห้ามใช้เพื่อเป็นการตอรองเพื่อให้เด็กหรือเยาวชนกระทำหรือให้สิ่งที่ไม่ต้องการ
๕. ห้ามใช้การผูกมัดก่อนจะหาวิธีช่วยเหลือโดยวิธีอื่นก่อน
๖. ให้คำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

บทที่ ๓

แนวทางการดูแลเด็กหรือเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม

ในบทนี้จะกล่าวถึงการดูแลเด็กหรือเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุมตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวช การส่งต่อเด็กหรือเยาวชนเข้ารับการรักษาทันทีทางจิตเวช การจำแนกและจัดทำแผนสำหรับเด็กหรือเยาวชนจิตเวช การดูแลและบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม และการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลและการส่งเคราะห์ติดตามภายหลังปล่อย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาจิตเวช และเพื่อให้เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาจิตเวชเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตอย่างทันท่วงทีและมีมาตรฐาน

๑. การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

เด็กหรือเยาวชนทุกรายจะได้รับการคัดกรองปัญหาทางจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันท่วงที โดยการคัดกรองปัญหาทางจิตเวชแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑. เด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
๒. เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาจิตเวช
๓. เด็กหรือเยาวชนที่ไม่มีปัญหาจิตเวช

๑.๑ การคัดกรองภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเฉียบพลันหรือรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันทีมิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สินได้ และอาจนำไปสู่ความพิการหรือความตายในที่สุด รวมทั้งภาวะก้าวร้าวรุนแรง การพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะแพ้อาหารจากการถอนสุราและลมชัก ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการรักษา หากพบเห็นเด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน สามารถส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาทันทีตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรา ๒๒ และ ๒๕

เกณฑ์การประเมินภาวะจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น ดังนี้

(๑) มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ โดยพิจารณาร่วมกับคะแนนระดับความรุนแรงจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) ตั้งแต่ระดับคะแนน ๒ คะแนนขึ้นไป และไม่เข้าข่ายการแกล้งป่วย (Malingering)

(๒) มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง เช่น มีการวางแผน เขียนจดหมายสั่งลา เป็นต้น

(๓) มีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด

(๔) มีผลข้างเคียงจากยาหรือแพ้ยาก็หรือพิษจากยาทางจิตเวช เช่น ตัวแข็งเกร็ง น้ำลายไหล เดินเซ อ่อนแรง สับสน ชัก ผื่น เป็นต้น

(๕) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (ชักประวัติจากผู้ปกครองเพิ่มเติม)

หมายเหตุ: ในกรณีสงสัยว่ากำลังป่วยหรือพบว่ามีการทำร้ายตนเอง ให้ส่งพบนักจิตวิทยาหรือพยาบาลวิชาชีพ หรือนักสังคมสงเคราะห์ (แล้วแต่กรณี) เพื่อประเมินอาการทางจิตเวช รวมทั้งสอบถามข้อมูลจากผู้ปกครองเพื่อยืนยันอาการดังกล่าวร่วมด้วย

ขั้นตอนการคัดกรองภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

(๑) เมื่อเจ้าหน้าที่พบเด็กหรือเยาวชนมีอาการตามเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉินข้อใดข้อหนึ่ง ตามแบบพิจารณาเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ให้ดำเนินการประเมินแบบคัดกรองภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

(๒) กรณีประเมินพบเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ให้พยาบาล นักจิตวิทยาหรือเจ้าหน้าที่ที่พบเด็กหรือเยาวชน ทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) ร่วมด้วย พร้อมทั้งแนบหนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาไปพร้อมกับเด็กหรือเยาวชน

๑.๒ การคัดกรองปัญหาทางจิตเวช

เด็กหรือเยาวชนทุกรายที่เข้าสู่สถานควบคุมจะได้รับการประเมินปัญหาทางจิตเวชตั้งแต่ช่วงแรกรับตัว โดยมีนักวิชาชีพดำเนินการคัดกรอง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพทั้งด้านการศึกษา พลศึกษาและพ่อบ้าน/แม่บ้าน โดยใช้แบบประเมินของนักวิชาชีพ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของเด็กหรือเยาวชน

ขั้นตอนการคัดกรองปัญหาทางจิตเวช

(๑) นักวิชาชีพประเมินเด็กหรือเยาวชนตามแบบประเมินของนักวิชาชีพในช่วงแรกรับตัว ดังนี้

- นักจิตวิทยาประเมินปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช
- นักสังคมสงเคราะห์ ประเมินและจัดทำรายงานด้านสังคมสงเคราะห์
- พยาบาลประเมินและจัดทำรายงานสภาวะสุขภาพ และประเมินปัญหาการใช้ยาเสพติด
- พ่อบ้าน/แม่บ้านประเมินและจัดทำแบบสังเกตและประเมินพฤติกรรมเด็กหรือเยาวชน
- นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (การศึกษา) ประเมินและจัดทำแบบสัมภาษณ์ความต้องการและความสนใจทางอาชีพ (ครูสามัญ) และใบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (ครูพลศึกษา)

(๒) หากพบว่าเด็กหรือเยาวชนมีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช ให้พยาบาลวิชาชีพทำหนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษา พร้อมแนบรายงานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก/รายงานการตรวจทางจิตวิทยา และรายงานด้านสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้ในการพบแพทย์ครั้งแรกให้นักจิตวิทยา/พยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมายไปให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการที่พบ โดยนำเด็กหรือเยาวชนไปพร้อมพนักงานพินิจ

๑.๓ กรณีไม่พบปัญหาจิตเวช

ในกรณีที่นักวิชาชีพคัดกรองแล้วพบว่า เด็กหรือเยาวชนไม่มีปัญหาทางจิตเวช ให้ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยมีแนวทางดังนี้

๑. นักวิชาชีพให้คำปรึกษาเด็กหรือเยาวชนตามสภาพปัญหา
๒. จัดกิจกรรมนันทนาการ สันทนาการ เพื่อลดความเครียดขณะอยู่ในสถานควบคุม
๓. จัดกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักและความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตแก่เด็กหรือเยาวชนเช่น การประเมินสุขภาพจิตตนเอง การสื่อสารทางบวก และปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อเพื่อนที่มีโรคทางจิตเวช

๒. การส่งต่อเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเข้ารับการรักษา

ในการส่งตัวเด็กหรือเยาวชนเข้ารับการรักษาทันทีทางจิตเวชนั้น หน่วยงานในสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กหรือเยาวชน จำเป็นต้องจัดทำแนวทางการส่งต่อรักษาเด็กหรือเยาวชนจิตเวชร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ทั้งในกรณีฉุกเฉินและกรณีไม่ฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางปฏิบัติที่ตรงกัน และเพื่อให้เด็กหรือเยาวชนจิตเวชได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การประเมินเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลของเด็กหรือเยาวชนนั้น ให้นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิกดำเนินการตรวจทางจิตวิทยา/ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก พร้อมทั้งแจ้งให้นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการประเมินโดยใช้แบบประเมินทางสังคมสงเคราะห์ (สค.๐๒), รายงานด้านสังคมสงเคราะห์ (สค.๐๓) และแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง (สค.๐๕) และรวบรวมส่งข้อมูลด้านสังคมสงเคราะห์ดังกล่าว ให้นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิกเพื่อประกอบการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก หากพบว่าเด็กหรือเยาวชนมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. กรณีประกันตัว ให้พนักงานคุมประพฤติ ทำหนังสือส่งตัวไปรับการรักษา รวมทั้งส่งต่อข้อมูลให้กับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อกำกับติดตามให้ผู้ปกครองนำตัวเด็กหรือเยาวชนไปเข้ารับการรักษาทันทีอย่างต่อเนื่อง หากเด็กหรือเยาวชน/ผู้ปกครองไม่มาพบตามนัดหรือติดต่อไม่ได้ ให้นักสังคมสงเคราะห์ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กหรือเยาวชน พร้อมแจ้งให้ผู้ปกครองนำตัวเด็กหรือเยาวชนไปเข้ารับการรักษาทันทีสถานพยาบาลตามสิทธิ์ของเด็กหรือเยาวชน

๒. กรณีควบคุมตัว ให้พยาบาลวิชาชีพทำหนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาน โดยทั้งสองกรณีให้แนบบรายงานการตรวจทางจิตวิทยา/การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก และรายงานด้านสังคมสงเคราะห์ ไปพร้อมหนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาน ยกเว้นกรณีจิตเวชฉุกเฉิน ให้พยาบาลวิชาชีพทำหนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาน พร้อมทั้งแนบบรายงานการประเมินจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น (เพิ่มเติม) ทั้งนี้ในการพบแพทย์ครั้งแรกให้นักจิตวิทยา/พยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมาย ไปให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการที่พบ โดยนำเด็กหรือเยาวชนไปพร้อมพนักงานพินิจ

หมายเหตุ : กรณีเด็กหรือเยาวชนที่ฝากควบคุมตัวในสถานแรกรับฯ ให้นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิกของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กหรือเยาวชนที่ฝากควบคุมตัวในสถานแรกรับฯ เป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก

การพิจารณาให้เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชออกไปรักษาตัวภายนอก

เมื่อส่งเด็กหรือเยาวชนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลระยะหนึ่งแล้ว เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดการรักษาได้ เพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช จึงต้องมีการพิจารณาให้ออกไปรักษาตัวภายนอกสถานควบคุม โดยพิจารณาเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตเวช

๒. ไม่สามารถอยู่ร่วมกับเด็กหรือเยาวชนอื่นได้ มีภาวะอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น เช่น มีอาการทางจิตเวชรุนแรงที่จำเป็นต้องปรับยา หรือทำหัตถการ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า/พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ทำร้ายตนเอง และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล

๓. ครอบครัวสามารถดูแลเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยสามารถนำไปเข้ารับการรักษาได้ หรือมีหน่วยงานที่สามารถรับตัวเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช ไปดูแลและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้

๑. กรณีเด็กหรือเยาวชนควบคุมตัวในสถานแรกรับ

๑.๑. การขอลปล่อยชั่วคราวต่อศาลฯ

เมื่อพบว่าเด็กหรือเยาวชนมีปัญหาด้านจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้นักสังคมสงเคราะห์ แจ้งญาติเพื่อสอบถามความพร้อมในการปล่อยชั่วคราว หากญาติพร้อมให้เขียนคำร้อง เพื่อยื่นขอลปล่อยชั่วคราวต่อศาลฯ

๑.๒. การขออนอกสถานควบคุมเป็นครั้งคราวเพื่อรักษาตัว (ตามมาตรา ๔๑ (๕))

กรณีที่พบว่าเด็กหรือเยาวชนมีข้อจำกัดบางอย่าง ทำให้ไม่สามารถขอลปล่อยชั่วคราวต่อศาลได้ให้ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อพิจารณาการไปรักษาตัวภายนอกสถานควบคุม โดยให้นักสังคมสงเคราะห์แจ้งทางญาติเพื่อสอบถามความพร้อมในการรับตัวเด็กหรือเยาวชนไปดูแล หากญาติพร้อมให้เขียนคำร้อง โดยให้ดำเนินการตามคู่มือการปฏิบัติงานอนุญาตให้เด็กหรือเยาวชนออกนอกสถานควบคุมเป็นครั้งคราว หรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น เมื่อได้รับอนุญาตให้ออกไปรักษาตัวภายนอกจนอาการทุเลาดีขึ้นแล้ว แต่ยังไม่ถึงเวลาพิจารณาคดีให้กลับเข้ามาควบคุมยังสถานแรกรับฯ ต่อไป

ในคดีที่มีอัตราโทษสูง ลักษณะคดีมีความรุนแรง อุกฉกรรจ์ สะเทือนขวัญ เป็นคดีที่อยู่ในความสนใจของประชาชนหรือสังคม หรือศาลฯ ไม่อนุญาตให้ปล่อยตัวชั่วคราว ให้ใช้ดุลยพินิจอย่างระมัดระวังในการอนุญาตออกนอกสถานควบคุมเป็นครั้งคราวเพื่อรักษาตัว ตามมาตรา ๔๑ (๕) เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับเด็กหรือเยาวชนและสังคม ทั้งนี้กรณีที่ญาติไม่สามารถดูแลเด็กหรือเยาวชนได้ แต่เด็กหรือเยาวชนนั้นมีความจำเป็นต้องออกไปรักษาภายนอกสถานควบคุม เพื่อความปลอดภัยทั้งตนเองและผู้อื่น ให้นักสังคมสงเคราะห์ประสานงานเพื่อส่งต่อหน่วยงานภายนอกที่สามารถรองรับเด็กหรือเยาวชนได้

๒. กรณีเด็กหรือเยาวชนเข้ารับการฝึกอบรมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กหรือเยาวชน

๒.๑. การขออนอกสถานควบคุมเป็นครั้งคราวเพื่อรักษาตัว (ตามมาตรา ๔๑ (๕))

กรณีที่เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายนอกสถานควบคุมให้ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อพิจารณาการไปรักษาตัวภายนอกสถานควบคุม โดยให้นักสังคมสงเคราะห์แจ้งญาติ เพื่อสอบถามความพร้อมในการรับตัวเด็กหรือเยาวชนไปดูแล หากญาติพร้อม

ให้เขียนคำร้อง โดยให้ดำเนินการตามคู่มือการปฏิบัติงานอนุญาตให้เด็กหรือเยาวชนออกนอกสถานควบคุมเป็นครั้งคราว หรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น เมื่อได้รับอนุญาตให้ออกไปรักษาตัวภายนอกสถานควบคุมแล้ว แต่ยังไม่ครบระยะเวลาการฝึกอบรมให้กลับเข้ามาฝึกอบรมต่อไป

ในคดีที่มีอัตราโทษสูง ลักษณะคดีมีความรุนแรง อุกฉกรรจ์ สะเทือนขวัญ เป็นคดีที่อยู่ในความสนใจของประชาชนหรือสังคม ให้ใช้ดุลยพินิจอย่างระมัดระวัง ในการอนุญาตออกนอกสถานควบคุมเป็นครั้งคราวเพื่อรักษาตัว ตามมาตรา ๔๑ (๕) เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับเด็กหรือเยาวชนและสังคม

ทั้งนี้ กรณีที่ญาติไม่สามารถดูแลเด็กหรือเยาวชนได้ แต่เด็กหรือเยาวชนนั้นมีความจำเป็นต้องออกไปรักษาตัวนอกสถานควบคุม เพื่อความปลอดภัยทั้งตนเองและผู้อื่น ให้นักสังคมสงเคราะห์ประสานงานเพื่อส่งต่อหน่วยงานภายนอกที่สามารถรองรับเด็กหรือเยาวชนได้

๒.๒. การขอเปลี่ยนแปลงคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาล (ตามมาตรา ๑๓๗)

กรณีที่เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยมีหลักฐานการวินิจฉัยจากแพทย์ และไม่สามารถอยู่ภายในสถานควบคุมได้ เนื่องจากเด็กหรือเยาวชนมีภาวะอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น หรือแพทย์มีความเห็นว่าเด็กหรือเยาวชน มีอาการทางจิตเวชรุนแรงจำเป็นต้องรักษาในสถานที่อื่น เช่น สถานพยาบาลหรือจำเป็นต้องมีผู้ปกครองดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทั้งการบำบัดรักษาที่สถานควบคุมจัดให้เด็กหรือเยาวชนไม่สามารถทำให้เด็กหรือเยาวชนมีอาการดีขึ้นได้ ให้ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพเพื่อพิจารณาขอเปลี่ยนแปลงคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลตามมาตรา ๑๓๗ เมื่อคณะกรรมการนักวิชาชีพพิจารณาแล้วเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการบำบัดรักษาทางจิตเวชเป็นประโยชน์สูงสุดแก่เด็กหรือเยาวชน ให้จัดทำรายงานต่อศาลเพื่อเปลี่ยนแปลงคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลตามมาตรา ๑๓๗ โดยปฏิบัติตามคู่มือการขอล้อยก่อนกำหนด

๓. การจำแนกและจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล/แผนแก้ไขบำบัดฟื้นฟู/แผนฝึกอบรมฯ และแนวทางเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย กรณีเด็กหรือเยาวชนจิตเวช

การจำแนกและจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล/แผนแก้ไขบำบัดฟื้นฟู/แผนฝึกอบรมฯ และแนวทางเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย เป็นกระบวนการที่ใช้เทคนิคและความชำนาญของวิชาชีพแต่ละตำแหน่ง ได้แก่ นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ พ่อบ้านหรือแม่บ้าน และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัญหาและความจำเป็นรวมทั้งสาเหตุของกระทำผิด โดยคำนึงถึงข้อมูลของเด็กหรือเยาวชนที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในด้านร่างกาย จิตใจ อาชีพ การศึกษา สังคม เพื่อนำมาวางแผนฯ การดูแลเด็กหรือเยาวชนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความจำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู

เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชที่รับตัวใหม่หรือมีอาการจิตเวชในช่วงฝึกอบรม โดยมีหลักฐานการวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ยังสามารถอยู่ภายในสถานควบคุมได้ ให้จัดประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพและคณะทำงานเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย เพื่อจัดทำ/ปรับแผนฯ และแนวทางเตรียมความพร้อมฯ ให้สอดคล้องกับลักษณะอาการ ข้อจำกัดและความต้องการของเด็กหรือเยาวชนจิตเวช ทั้งมีการติดตามและประเมินผล ตลอดจนปรับแผนฯ ให้เหมาะสมกับเด็กหรือเยาวชนรายกรณี

การจำแนกและจัดทำแผนฯ และแนวทางเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย กรณีเด็กหรือเยาวชนจิตเวช ให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. นักวิชาชีพจำแนกสภาพปัญหาและความจำเป็นของเด็กหรือเยาวชน โดยเน้นจัดทำ/ปรับแผนฯ ให้ครอบคลุมสภาพปัญหา และสอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ในการรับประทานยาจิตเวช ตลอดจนการบำบัดรักษา พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามประเมินผลตามแผนฯ โดยให้เพิ่มเติมรายละเอียดดังนี้

- โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และการกำกับติดตามการพบแพทย์
- ข้อมูลยาจิตเวชของเด็กหรือเยาวชน และการกำกับติดตามการรับประทานยา
- โปรแกรมบำบัดตามข้อแนะนำของแพทย์ หรือ โปรแกรมบำบัดที่ตรงกับสภาพปัญหา

และอาการทางจิตเวชของเด็กหรือเยาวชน

- แนวทางการดูแลเด็กหรือเยาวชนที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตในสถานควบคุม เช่น พฤติกรรมบนเรือน การจัดการเรียนการสอน การทำกิจกรรมกับเพื่อน และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. นักสังคมสงเคราะห์ จัดประชุมแนวทางเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยให้กับเด็กหรือเยาวชน โดยวางเป้าหมายในการดูแลสุขภาพจิตของเด็กหรือเยาวชนให้กับเด็กหรือเยาวชน เช่น การส่งต่อกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่เด็กหรือเยาวชนจะกลับไปอยู่ภายหลังปล่อย การดูแลเด็กหรือเยาวชนของผู้ปกครอง การยอมรับของชุมชน และเชิญหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เข้าร่วมประชุมด้วย

๓. ครูที่ปรึกษากำกับติดตามและประเมินผลการบำบัดผลการบำบัดตามแผนฯ กรณีพบว่าเด็กหรือเยาวชนมีอาการจิตเวชในช่วงฝึกอบรมและไม่สามารถฝึกอบรมตามแผนฯ ได้ หรือการทำกิจกรรมตามแผนฯ และแนวทางเตรียมความพร้อมฯ ไม่สามารถทำให้อาการจิตเวชดีขึ้น ให้เสนอคณะกรรมการนักวิชาชีพและคณะทำงานเตรียมความพร้อมฯ ดำเนินการปรับแผนฯ และแนวทางเตรียมความพร้อมฯ ให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันของเด็กหรือเยาวชน พร้อมทั้งรายงานผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เช่น แพทย์ และศาลเยาวชนและครอบครัว

๔. การดูแลและบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม

เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชที่รับตัวใหม่หรือมีอาการหลังควบคุมตัวไปแล้วระยะหนึ่ง โดยมีหลักฐานการวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ยังสามารถอยู่ภายในสถานควบคุมได้ ให้นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดำเนินการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู โดยเน้นลดอาการทางจิตเวช

กรณีเด็กหรือเยาวชนรับใหม่ที่มีปัญหาทางจิตเวชให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการ ดังนี้

๑) ให้พยาบาล/นักจิตวิทยา ชักประวัติการรับการรักษาทางจิตเวชเดิม หากเด็กหรือเยาวชนมีประวัติการรักษาทางจิตเวชเดิม ให้ประสานขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลเดิม เพื่อส่งต่อประวัติการรักษาให้กับสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ของสถานพินิจ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ

๒) ดูแลให้เด็กหรือเยาวชนได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่เด็กหรือเยาวชนไม่ได้รับยาต่อเนื่อง หรือหยุดยาเองเป็นระยะเวลาหนึ่ง ให้ส่งเด็กหรือเยาวชนไปสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แพทย์ทำการตรวจ วินิจฉัยอาการปัจจุบัน และวางแผนการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

ในการดูแลเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาจิตเวชในสถานควบคุม เพื่อให้มีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านประกอบกัน โดยอาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ เด็กหรือเยาวชนรอบข้าง รวมถึงครอบครัวในการดูแลและบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนจิตเวชในสถานควบคุม ช่วยกันดูแล ให้เด็กหรือเยาวชนใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ และลดปัจจัยกระตุ้นอาการทางจิตเวชของเด็กหรือเยาวชน เพราะหากเกิดสภาพแวดล้อมที่แปลกแยกหรือกดดัน กีดกัน รังเกียจ อาจเพิ่มปัญหาต่อการรักษามากยิ่งขึ้น ทำให้เด็กหรือเยาวชนมีอาการแย่ลงได้ ประกอบกับต้องให้ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้เด็กหรือเยาวชนขาดยา หากเด็กหรือเยาวชนปฏิเสธการทานยาควรปรึกษาจิตแพทย์ทันที ซึ่งการดำเนินการที่เป็นส่วนสำคัญในการบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนจิตเวช ได้แก่

๑. การบริหารจัดการยา
๒. การจัดการสิ่งแวดล้อม
๓. การจัดกิจกรรมบำบัดแก่เด็กหรือเยาวชน
๔. การทำกิจกรรมกับครอบครัวของเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช
๕. การสงเคราะห์ช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช

๑. การบริหารจัดการยา

เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาจิตเวชและแพทย์ให้การรักษาด้วยยาทางจิตเวช สถานควบคุมควรมีการบริหารจัดการยา ดังนี้

- ๑) ดูแลให้เด็กหรือเยาวชนจิตเวชได้รับยาที่ใช้ในการรักษาตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้อง
- ๒) จัดทำทะเบียนควบคุมยาจิตเวช และมีการเก็บรักษายาจิตเวชอย่างเหมาะสม ทั้งเก็บรักษาให้พ้นจากการเข้าถึงของเด็กหรือเยาวชน
- ๓) มีระบบการติดตามเด็กหรือเยาวชนจิตเวชให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และมีการเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้ยาจิตเวช
- ๔) มีวิธีการป้องกันไม่ให้ทั้งยา หรือนำยาไปให้เด็กหรือเยาวชนอื่น
- ๕) ให้เด็กหรือเยาวชนพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ เพื่อติดตามอาการและการได้รับยา
- ๖) กรณีเด็กหรือเยาวชนรับใหม่ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและมียาจิตเวชที่ต้องรับประทานประจำ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบอำนวยความสะดวกให้ญาตินำฝากยารักษา และส่งต่อให้พยาบาลตรวจสอบยารักษา ประวัติการรักษาและใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งดำเนินการขออนุญาต ผู้อำนวยการฯ ในการนำยารักษาโรคประจำตัวของเด็กหรือเยาวชนเข้าสถานควบคุมให้เร็วที่สุด เพื่อให้เด็กหรือเยาวชนได้รับยาต่อเนื่อง
- ๗) ส่งต่อข้อมูลการรักษาและการใช้ยาจิตเวชระหว่างอยู่ในสถานควบคุม หรือเมื่อเด็กหรือเยาวชนย้ายหรือปล่อยตัว

ทั้งนี้ กรณีที่พยาบาลไม่สามารถจ่ายยาให้เด็กหรือเยาวชนเองได้ ให้ทำบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เสนอผู้อำนวยการ เพื่อบอหมายให้เจ้าหน้าที่อื่นดำเนินการจ่ายยา โดยพยาบาลต้องอธิบายวิธีการจัดยาให้ทราบ โดยละเอียด และในกรณีนอกเวลาราชการ ให้พยาบาลส่งมอบยาที่จัดไว้ให้กับครูเวร โดยมีการบันทึกเป็น ลายลักษณ์อักษร

ข้อเสนอแนะเมื่อเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชไม่ให้ความร่วมมือในการทานยา

๑) ควรปรึกษาแพทย์ให้ปรับมียาให้เหมาะสมกับบริบทและความสะดวกในการดูแล เช่น หลังรับประทานอาหารเสร็จ และช่วงตื่นนอน หรือปรับตามบริบทของเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช แต่ละราย

๒) พุดคุยถึงสาเหตุและรับฟังปัญหาเกี่ยวกับการทานยา เช่น เบื่อกินยา ผลข้างเคียงของยา หรือว่าง มาก จนเรียนหรือทำงานไม่ได้ เป็นต้น ประกอบกับการสังเกตพฤติกรรม และนำข้อมูลไปปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับ แผนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

๓) สร้างทัศนคติเชิงบวกและให้กำลังใจเด็กหรือเยาวชนในการทานยาทางจิตเวช โดยอธิบายให้เยาวชน เห็นถึงประโยชน์ในการบำบัดรักษา เช่น ยาจะทำให้หลับสบาย หายปวดศีรษะ เป็นต้น และให้ข้อมูลว่าเด็กหรือ เยาวชนมีโรคทางกายหลายโรคที่จำเป็นต้องกินยาเป็นเวลานานจึงจะควบคุมอาการได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคที่เป็นเหมือนกับโรคทางจิตเวชที่ต้องกินยาต่อเนื่อง

๒. การจัดการสิ่งแวดล้อม

๒.๑ การใช้ชีวิตประจำวัน

- ๑) ให้พ่อบ้าน/แม่บ้านกระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล
- ๒) สร้างบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น ผ่อนคลาย ไม่มีสิ่งกระตุ้นเร้า มีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกัน มีการสื่อสาร ที่ดี รับฟังความต้องการและตอบสนองอย่างเหมาะสม
- ๓) เจ้าหน้าที่คอยดูแลไม่ให้มีการกลั่นแกล้งรังแกหรือตีตราเด็กหรือเยาวชนจิตเวช
- ๔) ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแนะนำแนวทางการอยู่ร่วมกับเด็กหรือเยาวชนจิตเวชอย่างเหมาะสมแก่เด็ก หรือเยาวชนในสถานควบคุม

๒.๒ การดูแลเด็กหรือเยาวชนบนนอน

๑) พ่อบ้านควรแยกเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชอยู่ในนอนสำหรับเด็กหรือเยาวชน ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ในกรณีที่เด็กหรือเยาวชนจิตเวชมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด หรือรบกวนเด็ก หรือเยาวชนอื่นบนนอน เช่น แบ่งพื้นที่ของนอนเป็นสามส่วน

ส่วนที่ ๑ อยู่บริเวณติดกับห้องควบคุมของเจ้าหน้าที่เวรพนักงานพินิจ จัดให้สำหรับเด็กหรือเยาวชน ที่มีปัญหาทางจิตเวช

ส่วนที่ ๒ เด็กหรือเยาวชนป่วยทางกายและ/หรือเด็กหรือเยาวชนที่มีร่างกายอ่อนแอ ง่ายต่อการถูกรังแก

ส่วนที่ ๓ เด็กหรือเยาวชนทั่วไป

๒) พนักงานพินิจเวรบนนอน ต้องหมั่นคอยสังเกตจดบันทึกพฤติกรรมเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหา ทางจิตเวชเป็นประจำทุกวัน หากมีเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมหรืออาการผิดปกติ บนนอนหรือมีข้อสงสัย ให้รายงานครูเวรทันที

๒.๓ การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กหรือเยาวชนจิตเวช

๑) ผู้สอนจัดการเรียนรู้ให้เด็กหรือเยาวชนโดยคำนึงถึงสภาพปัญหาความต้องการ และความพร้อมของเด็กหรือเยาวชนแต่ละราย รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น เด็กหรือเยาวชนที่เรียนรู้ช้า ควรให้งานที่ไม่ยากเกินไป เด็กหรือเยาวชนที่อยู่ไม่นิ่งหรือมักเหม่อลอย ควรจัดบริเวณให้อยู่ใกล้ครูผู้สอน เป็นต้น

ทั้งนี้การจัดให้เด็กหรือเยาวชนจิตเวชเรียนร่วมในห้องเรียนเดียวกับเด็กหรือเยาวชนปกติ ให้พิจารณาสภาพปัญหาทางจิตเวช ว่ามีผลกระทบต่อชั้นเรียนหรือเด็กหรือเยาวชนปกติหรือไม่ หากการเรียนร่วมส่งผลกระทบต่อส่วนรวมให้พิจารณาแนวทางอื่น เช่น จัดให้มีผู้สอนดูแลใกล้ชิด หรือหากมีผลกระทบรุนแรงให้แยกจัดการเรียนรู้จากเด็กหรือเยาวชนปกติ เพื่อรักษาอาการหรือพฤติกรรมให้ดีขึ้น แล้วจึงให้กลับมาเรียนร่วมในห้องเรียนร่วมกับเด็กหรือเยาวชนปกติ

๒) การวัดระดับการเรียนรู้ของเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช ควรใช้เกณฑ์การประเมินที่แตกต่างจากเด็กหรือเยาวชนทั่วไป ซึ่งอาจจะวัดประเมินผลจากพัฒนาการ ความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของเด็กหรือเยาวชน

๓) จัดครูที่ปรึกษาที่เหมาะสมกับการดูแลเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยมีลักษณะเป็นมิตร เอาใจใส่ ดูแลได้อย่างใกล้ชิด มีความเข้าใจในอาการป่วยของเด็กหรือเยาวชน

๓. การจัดกิจกรรมบำบัดแก่เด็กหรือเยาวชน

การจัดกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับเด็กหรือเยาวชนจิตเวชนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงอาการทางจิตเวช ปัญหาพฤติกรรม และคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งคณะผู้จัดทำได้รวบรวมแนวทางการจัดกิจกรรมบำบัด สำหรับเด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กหรือเยาวชน มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
๑. อาการทางจิตเวช ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด					
๑.๑ Substance Use Disorders	มีอาการหลังจากใช้สารเสพติด โดยมีอาการในช่วงระยะเวลา ๑๒ เดือน	เด็กหรือเยาวชนมีปัญหาจากการใช้สารเสพติดอย่างน้อย ๒ อาการต่อไป ในช่วงระยะเวลา ๑๒ เดือน ได้แก่ ๑) ใช้สารนั้นจำนวนมาก หรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ ๒) มีความต้องการอย่างต่อเนื่องหรือต้องการใช้สารมากขึ้น ๓) ใช้เวลาอย่างมากเพื่อให้ได้สารนั้นมาเสพ หรือพินตัวจากสารนั้น ๔) มีความอยากใช้สารนั้นอย่างมาก ๕) มีการใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จนส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่สำคัญ ๖) ใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีปัญหาจากการใช้สารนั้น	การรักษาความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด มีแนวทางการบำบัดรักษา ดังนี้ - การทำบำบัด/จิตบำบัด ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยพิจารณาความเหมาะสมจากสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กและเยาวชน โดยการทำจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กหรือเยาวชนมีการจัดการปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสมมากขึ้น ส่วนการทำกลุ่มจิตบำบัด (Group Therapy) โดยมีสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาติดสารเสพติดเหมือนกัน มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กหรือเยาวชนแต่ละคนได้เรียนรู้ และแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการปัญหา การควบคุมอารมณ์ความคิดของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว จากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม (รัตนา สายพาณิชย์ และ ชัชวาล ศิลปะกิจ, ๒๕๕๘, น. ๑๑๐-๑๑๑)	ยารักษาโรคจิตเช่น Chlorpromazine, haloperidol, risperidone และ olanzapine สามารถรักษาอาการโรคจิต จากเมแทบอลิซึม (acute) ได้ทั้งแบบเฉียบพลัน (acute) และแบบเรื้อรัง (chronic) ส่วนรายงานการไต่สวนโรคจิตเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ เมื่อกลับไปเสพใหม่นั้นยังมีข้อมูลค่อนข้างน้อยและยังไม่มีรายงานการศึกษาระดับเปรียบเทียบทางคลินิกหรือรายงานเกี่ยวกับการระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเพื่อคงการรักษา (maintenance) หรือเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, ๒๕๕๖)	- เป็นโรคของสมองและพฤติกรรมที่สามารถหายได้ - การรักษาภาวะเสพติดยาควรใช้เวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (นันทวิช ลิทธิรักษ์, ๒๕๕๘, น. ๑๐๙)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
		๗) ยกเลิกการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อใช้เวลามาใช้สาร ๘) ใช้สารในสถานการณ์ที่เป็นอันตราย ๙) มีการใช้สารนั้น แม้จะทำให้มีปัญหาทางกายและจิตใจ ๑๐) มีการดื้อยา โดยต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ หรือ ผลของสารลดลงถึงแม้จะใช้จำนวนเท่าเดิม ๑๑) มีอาการขาดยา (Withdrawal) หรือมีการใช้สารเพื่อหลีกเลี่ยง/บรรเทาอาการขาดยา	- จากการศึกษาของจิรัฏฐกร ถิ่นไพโรจน์ และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (๒๕๖๑) พบว่าการบำบัดยาเสพติดด้วย Matrix Program ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาถาวรได้ และช่วยให้ผู้ป่วยรับการบำบัดมีคุณภาพชีวิต ๓ ด้านดีขึ้น ได้แก่ (๑) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คือ ตระหนักถึงพิษภัยของยาเสพติดค้นหาแนวทางทางเลือกเสี่ยงและจัดการยาเสพติดได้ด้วยตัวเอง และรับรู้ได้ว่าตนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น (๒) คุณภาพชีวิตด้านสังคม คือ สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพเพศสัมพันธ์กับการเลิกยาเสพติด การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วยยาเสพติด และ (๓) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มีการฝึกฝนทักษะด้านต่างๆ เช่นการดูแลตัวเอง ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการหยุดความคิด การหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ การหาเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา		

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
			ทั้งนี้ กรมพินิจฯ มีโปรแกรมบำบัดยาเสพติด ที่แบ่งตามระดับการใช้สารเสพติดได้แก่ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ใช้ กลุ่มเสพ และกลุ่มติด		
๑.๒ Substance Induced Disorders	มีอาการภายใน ๑ เดือนของการใช้ หรือหยุดสารนั้น	สารเสพติดสามารถทำให้เกิดความผิดปกติขณะเสพ (Intoxication) หรือขณะถอนยา (Withdrawal) ได้ โดยจะมีลักษณะแตกต่างกันไป และสามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเวช (Substance Induced Mental Disorder) ได้หลายรูปแบบ เช่น Delirium, Dementia, Psychotic disorder, Mood disorder, anxiety disorder, sleep disorder เป็นต้น (รัตนา สายพาณิชย์ และชัชวาล ศิลปะกิจ, ๒๕๕๘, น.๑๑๑-๑๑๒)	เมื่ออาการทางจิตเวชอื่นๆ เช่น อาการโรคจิต หรืออารมณ์เศร้า หรืออื่นๆ ตีขึ้น ให้บำบัดรักษาตาม Substance Use Disorders (รัตนา สายพาณิชย์ และชัชวาล ศิลปะกิจ, ๒๕๕๘, น.๑๑๑-๑๑๒)	ให้ยารักษาตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการจิตเวชที่เกิดขึ้นจากสารกระตุ้นประสาท ใช้ diazepam เพื่อลดอาการวูบวาย (รัตนา สายพาณิชย์ และชัชวาล ศิลปะกิจ, ๒๕๕๘, น.๑๑๑-๑๑๒)	ระยะเวลาการรักษาคือขึ้นอยู่กับประเภทยาเสพติดและความรุนแรงของการ เช่น การรักษาอาการจิตเวชจากการใช้สารกระตุ้นประสาท เด็กหรือเยาวชน จะอาการสงบภายใน ๓ วัน ส่วนเฮโรอีน เมื่อได้รับการบำบัดรักษาอาการจะดีขึ้น ประมาณ ๕-๑๐ วัน (รัตนา สายพาณิชย์ และชัชวาล ศิลปะกิจ, ๒๕๕๘, น.๑๑๑-๑๑๒)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
๒. กลุ่ม Neurodevelopment Disorder					
๒.๑. โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)	- เด็กหรือเยาวชนต้องมีอาการก่อนอายุ ๑๒ ปี - มีอาการอย่างน้อย ๒ แห่ง (เช่น บ้าน โรงเรียน สถานพินิจฯ ศูนย์ฝึกฯ) เกิดกับญาติหรือเพื่อน (ศิริชัย หงส์สงวนศรี ,คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ,๒๕๕๘, น.๕๔๓) - เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (วิภากรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๘๖)	๑. อาการขาดสมาธิ (inattention) มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ เช่น เหม่อลอย วอกแวกง่าย จับใจความไม่ได้ ทำงานผิดพลาด ซ้ำลิ้ม และมีปัญหาการจัดงานให้เป็นระบบ เช่น โต๊ะ/ห้องรก ผิดวันประกันพุง อาการมักต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ๒. อาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) มีอาการซนมากกว่าเด็กในวัยเดียวกัน ชอบเล่นแรง นิ่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน ชอบเพื่อนคุยหรือก่อกวนในห้องเรียน อาการนี้จะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ๓. อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เด็กหรือเยาวชนจะมีอาการใจร้อน	การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ ควรรักษาหลายรูปแบบร่วมกัน โดยสามารถดูแลเด็กและเยาวชนในสถานควบคุมในด้านต่างๆ ดังนี้ ๑. ด้านการเรียนรู้การสอน - ควรจัดให้เด็กหรือเยาวชนนั่งในตำแหน่งที่มีสิ่งเร้ารบกวนน้อย คือแถวหน้าหรือใกล้ชีวิตครู - มอบหมายงานให้เด็กหรือเยาวชนทำครั้งละน้อยๆ และให้งานเพิ่มเมื่อเด็กทำเสร็จ - ค้นหาข้อดีเพื่อให้เด็กแสดงศักยภาพ ๒. ด้านการสื่อสาร - สื่อสารในขณะที่เด็กหรือเยาวชนตั้งใจ ฟัง ใช้ประโยคที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และสื่อสารด้วยเหตุและผล ๓. การจัดการสภาพแวดล้อม - จัดสถานที่และสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ ลดสิ่งรบกวน	ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นเป็นยาที่ช่วยแก้ไขความบกพร่องของสมองด้าน Executive function (EF) ทำให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น อาการของโรคลดลง ซึ่งยารักษาโรคสมาธิสั้นมี ๒ ชนิด ได้แก่ ๑) methylphenidate ใช้รักษาในผู้ป่วยอายุ ๖ ปีขึ้นไป ออกฤทธิ์ทันที แต่มีผลข้างเคียง ได้แก่ เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ ๒) Atomoxetine รักษาผู้ป่วยอายุมากกว่า ๖ ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพต่ำกว่า methylphenidate เล็กน้อย ต้องใช้เวลา ๑-๒ สัปดาห์ จึงจะเริ่มเห็นประสิทธิภาพของยา และอาจต้องรอ ๔-๘ สัปดาห์จึงจะเห็นผลเต็มที่ (วิภากรณ บุญสิทธิ ,๒๕๖๕, น.๑๐๒-๑๐๓)	การรับประทานยาทำให้การของเด็กดีขึ้นทันที แต่อาจต้องรอ ๔-๘ สัปดาห์ หรือประมาณ ๒-๓ เดือน เพื่อให้ยาเห็นผลเต็มที่ (วิภากรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๑๐๒-๑๐๓) ทั้งนี้การมีเด็กหรือเยาวชนได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมเป็นเวลานาน อย่างน้อย ๖ เดือน ควรส่งต่อให้แพทย์พิจารณาปรับแผนการบำบัดรักษา (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
		วู่วาม ขาดการยั้งคิด อดทนรอคอยไม่ได้ มักพูดแทรก ขณะที่มีผู้อื่นกำลังพูดอยู่ และมีกิริยาผิดกับการกระทำที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง อาจการันมีก็เป็นต่อเนื่องถึงวัยรุ่น (วิธาน บุญสิทธิ, ๒๕๕๕)	- ส่งเสริมให้เด็กหรือเยาวชนมีระเบียบแบบแผนชัดเจนและกำหนดกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้สม่ำเสมอ ๔. การบำบัดด้านจิตวิทยา - การปรับพฤติกรรม เช่น ผีกลสมาธิ ผีกทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control) - ให้คำปรึกษาเด็กหรือเยาวชน เนื่องจากเด็กหรือเยาวชนที่มีโรคสมาธิสั้น อาจเสียความภาคภูมิใจในตนเอง อันเนื่องมาจากผลของการโรคสมาธิสั้น (วิธาน บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๙๙) หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานควบคุมควรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กและเยาวชน โดยนักจิตวิทยาให้ความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กและเยาวชน (ศิริชัย หงส์สงวนศรี และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ๒๕๕๘, น.๕๔๕-๕๔๗)		
๒.๒. ภาวะบกพร่องทางเซาว์ปัญญา	- เป็นมาตั้งแต่กำเนิด หรือหลังจากที่เด็กป่วยโรคทางสมอง และเป็นภาวะเรื้อรัง เด็กหรือ	๑. ความสามารถด้านเซาว์ปัญญาบกพร่อง ได้แก่ ด้านการใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน	การบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะบกพร่องทางเซาว์ปัญญา ผู้บำบัดควรสื่อสารโดยใช้คำสั่งที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มโอกาส	ให้การรักษาด้วยยาในกรณีที่มีโรคทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และให้ยารักษาตามอาการของโรคที่พบร่วมด้วย	ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถฝึกทักษะและกระตุ้นพัฒนาการให้เด็ก

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
(Intellectual Disability: ID)	เยาวชนที่เป็นโรคนี้จะมี ความบกพร่องตลอดชีวิต - อายุที่ปรากฏอาการแตกต่างกันตามระดับความรุนแรง (ความรุนแรงน้อย วินิจฉัยอายุมากกว่า) - พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สุรสิทธิ์ สุจริตพงศ์, ๒๕๖๕, น. ๑๑๒-๑๑๙)	การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนและการเรียนรู้จากประสบการณ์ ๒. พฤติกรรม การปรับตัวบกพร่อง ส่งผลให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้จำกัดในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน เช่น การสื่อสารการมีส่วนร่วมเมื่อทำกิจกรรมทางสังคม ๓. บกพร่องทั้งข้อ ๑ และ ๒ เริ่มต้นตั้งแต่ในวัยที่สมองกำลังพัฒนา (สุรสิทธิ์ สุจริตพงศ์, ๒๕๖๕, น. ๑๑๙-๑๒๐)	การได้รับการยอมรับจากสังคม โดยมีแนวทางการศึกษา ดังนี้ - ส่งเสริมทักษะชีวิต ผ่านการทำกิจกรรมประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น พอบ้าน กำกับการดูแลสุขอนามัย และนักสังคมสงเคราะห์สอนคุณลักษณะที่ดีในการทำงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จำเป็นมากต่อการประกอบอาชีพหลังปล่อยตัว - ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ควรสอนให้เด็กหลีกเลี่ยง ป้องกันตนเองทางเพศเบื้องต้น เช่น อวัยวะที่ห้ามให้ผู้อื่นสัมผัส การปฏิเสธ การขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ - ด้านการศึกษาให้จัดการเรียนการสอน โดยคำนึงถึงความต้องการและข้อจำกัดของเด็กและเยาวชน และจัดทำแผนการเรียนรู้รายบุคคล (Individualized Educational Plan: IEP) หรือแผนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของเด็กหรือเยาวชน (สุรสิทธิ์ สุจริตพงศ์, ๒๕๖๕, น. ๑๒๐-๑๒๑)	(สุรสิทธิ์ สุจริตพงศ์, ๒๕๖๕, น. ๑๒๑)	ใช้ความสามารถตามศักยภาพได้ (สุรสิทธิ์ สุจริตพงศ์, ๒๕๖๕, น. ๑๒๒)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
			หมายเหตุ: เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานควบคุม ควรมีสวนร่วมในการบำบัดรักษาเด็กและเยาวชน โดยนักจิตวิทยาควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานควบคุม		
๒.๓. ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (Specific Learning Disorder: LD)	- มักจะตรวจพบในช่วงที่เด็กเข้าเรียน อายุประมาณ ๗-๑๓ ปี - พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (พญ. โรจน์มัทนา มงคล, ๒๕๖๕, น.๑๒๗)	๑. ความบกพร่องด้านการอ่าน (Dyslexia) คือ มีปัญหาการอ่านสะกดคำ อ่านตะกุกตะกัก อ่านข้าม อ่านแบบเดาคำ แยกคำไม่ถูก ไม่สามารถเข้าใจเรื่องที่อ่านได้ ๒.ความบกพร่องด้านการเขียน คือ ความบกพร่องของทักษะการเขียนตัวอักษร การสร้างคำ การสร้างประโยค การแปลงความคิดเป็นภาษาเขียนจนมีผลเสียต่อการเรียนรู้ ๓. ความบกพร่องด้านการคำนวณ คือเริ่มสังเกต	แนวทางการบำบัดรักษาเด็กและเยาวชน ดังนี้ - การให้คำปรึกษาแก่เด็กหรือเยาวชน เพื่อช่วยให้เด็กหรือเยาวชนปรึกษาและระบายความรู้สึกที่โศกเศร้าและเครียด เสริมแรงเพื่อเด็กหรือเยาวชนมีพัฒนาการดีขึ้น - ด้านการศึกษา ให้จัดทำแผนการเรียนรู้รายบุคคล (Individualized Educational Plan: IEP) หรือแผนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการและการศักยภาพของเด็กหรือเยาวชน และมีฝึกฝนทักษะที่บกพร่องให้กับเด็กหรือเยาวชน เช่น การฝึกเขียนศัพท์ซ้ำๆ รวมทั้งประสานโรงเรียนกรณีโรงพยาบาลที่มีแผนกการศึกษาพิเศษ ควรส่งต่อเพื่อรับการ	ให้การรักษาด้วยยาในกรณีที่มีโรคทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และให้ยารักษาตามอาการของโรคที่พบบ่อย (พญ. โรจน์มัทนา มงคล, ๒๕๖๕, น.๑๔๔-๑๔๖)	ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถฝึกทักษะและกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กใช้ความสามารถได้ตามความสามารถ (พญ. ศักยภาพใต้ (พญ. โรจน์มัทนา มงคล, ๒๕๖๕, น.๑๔๔-๑๔๘)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
		ได้เมื่อเด็กเรียนรู้การนับจะพบว่าเด็กมีความสับสนเมื่อบอกเป็นจำนวน (พญ โรจน์ มหามงคล, ๒๕๖๕, น.๑๓๒-๑๓๓)	การดูแลหรืออีกทางหนึ่งอาจประสานกับศูนย์การศึกษาพิเศษเพื่อร่วมกันดูแลเด็ก - การให้ความรู้ผู้ปกครอง เกี่ยวกับโรคดังกล่าว		
๓. กลุ่ม Disruptive Behavior Disorders					
๓.๑ Conduct Disorder	- มักแสดงอาการตั้งแต่วัยเรียนตอนกลางถึงวัยรุ่น	เด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคนี้นี้จะมีอาการหลักคือ มีความประพฤติผิดปกติที่เป็นการละเมิดกฎหรือกติกาทางสังคมเกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือน โดยมีลักษณะใน ๔ กลุ่มพฤติกรรมต่อไปนี้ได้แก่	การรักษา Conduct Disorder ต้องใช้การรักษาหลายแบบร่วมกัน โดยมีวิธีการดังนี้ - การทำบำบัด/จิตบำบัด ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ใจ ปรับมุมมอง และมีวิธีแก้ไขปัญหาและสามารถจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับเด็กหรือเยาวชนกลุ่มนี้ คือ การฝึกการจัดการจัดการความโกรธ (anger management) ด้วยจิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) โดยให้เด็กและเยาวชนรับรู้อารมณ์ของตนเอง ระบุปัจจัยกระตุ้น และฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ด้วยเทคนิคต่างๆ (วิฐาณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๖๘-๒๗๐)	การให้ยารักษาไมใช่วิธีหลักในการรักษาเด็กหรือเยาวชนกลุ่มนี้ แต่การรักษาด้วยยา จะใช้เมื่อเด็กหรือเยาวชนมีอาการรุนแรง และรักษาด้วยวิธีทางจิตสังคมไม่ได้ผล โดยใช้ยาเพื่อลดอารมณ์หงุดหงิด ความหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมก้าวร้าว กรณีที่เกิดหรือเยาวชนมีโรคร่วม แพทย์อาจให้ยาบางชนิดเพื่อรักษาอาการหรือโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดร่วม เช่น โรคสมาธิสั้นหรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ทั้งนี้หากใช้ยาสมาธิสั้นไม่ได้ผล แพทย์อาจพิจารณาใช้ยา Risperidone ซึ่งมีหลักฐานว่า	- มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าเด็กหรือเยาวชนจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงเมื่อได้รับการฝึกทักษะการจัดการปัญหา (Brianna Ward, ๒๐๒๑)
	๑. อาการเริ่มต้นในวัยเด็กก่อนอายุ ๑๐ ปี (Childhood Onset) ๒. อาการเริ่มต้นเมื่อเข้าสู่วัยหรืออายุมากกว่า	๑. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนและสัตว์ เช่น รังแกผู้อื่น ทำร้ายร่างกาย ใช้อาวุธ ทารุณสัตว์ จี้ปล้น ล้วงละเมิดทางเพศ ๒. พฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน เช่น วางเพลิง ตั้งใจทำลายทรัพย์สินของ			

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
	๑๐ ปี (วิบูลชน บุญสิทธิ ,๒๕๖๕, น.๒๖๒)	ผู้อื่นหรือสาธารณะให้เสียหาย ๓. พฤติกรรมหลอกลวง หรือขโมย เช่น หลอกลวงผู้อื่น โกหก บุกรุกบ้าน ลักขโมย ๔. พฤติกรรมที่เป็นการละเมิดกฎหมาย เช่น ไม่กลับบ้านข้ามคืนโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือนอนอยู่บ้าน หรือหนีโรงเรียนบ่อยๆ (วิบูลชน บุญสิทธิ ,๒๕๖๕, น.๒๖๒)	ทั้งนี้ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีโปรแกรมบำบัดทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนที่เป็น conduct disorder ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิด เช่น โปรแกรมการบำบัดการดูแล แก้ไข บำบัด ฟันฟูเด็กและเยาวชนโดยใช้เทคนิค Forensic Cognitive Behavioral Therapy (FCBT) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) โปรแกรมความคิดผู้กระทำผิด (Criminal Thinking) โปรแกรมการฝึกความซื่อสัตย์ใจผู้อื่น (Empathic Training) และ โปรแกรมการจัดการความโกรธ (Anger Management) - การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับ การจัดการพฤติกรรมแก่ผู้ปกครอง (Parent Management Training: PMA) โดยอาศัยหลักการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วยการลดแรงเสริมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพิ่มแรง	ได้ผลในการรักษา Conduct Disorder โดยแพทย์จะให้นาน ระยะสั้น ประมาณ ๒-๔ เดือน (วิบูลชน บุญสิทธิ ,๒๕๖๕, น.๒๗๐)	

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
			เสริมพฤติกรรมที่ต้องการ ให้เด็กหรือเยาวชนเรียนรู้ผลของการมีพฤติกรรมที่ไม่หรือใช้บทลงโทษ ซึ่งการลงโทษต้องทำตามหลักเหตุและผล และผู้ปกครองต้องปรับสัมพันธภาพต่อเด็กหรือเยาวชนให้ดีขึ้น มีวิธีการสื่อสารเชิงบวก (วิธาน บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๖๘-๒๗๐) นอกจากนี้มีงานวิจัยจำนวนมาก ที่สนับสนุนว่า PMA ในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กหรือเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ยังเป็นการป้องกันเด็กหรือเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ไม่ให้พัฒนาเป็น Conduct Disorder (Charlotte Waddell, William Wong, Josephine Hua และ Rebecca Godderis, ๒๐๑๔)		
			หมายเหตุ: เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานควบคุม ควรมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเด็กและเยาวชน โดยนักจิตวิทยาควรให้ความรู้และฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กและเยาวชนแก่เจ้าหน้าที่ในสถานควบคุมด้วย		
๔. กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)					

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
๔.๑ โรคซึมเศร้า แบบรุนแรง (Major Depressive Disorder)	พบร้อยละ ๒ ในเด็ก และพบร้อยละ ๒-๕ ใน วัยรุ่น และพบในเพศ หญิงมากกว่าเพศชายใน วัยรุ่น (วิภูธรณ บุญสิทธิ , ๒๕๖๕, น.๓๐๐-๓๐๑)	เด็กหรือเยาวชนผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าที่มีอาการ รุนแรง โดยมีการแสดง อารมณ์และพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า/ หงุดหงิด หดความสนใจ หรือความเพลิดเพลินใน กิจกรรมที่ชอบ และมีอย่าง น้อย ๕ อาการต่อไปนี้ เบื่ออาหาร/นอนไม่หลับ กระวนกระวาย/อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า ไม่มีสมาธิและ รู้สึกอยากฆ่าตัวตาย (วิภูธรณ บุญสิทธิ , ๒๕๖๕, น.๓๐๑)	การรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ต้องอาศัยวิธีการหลากหลายร่วมกัน โดยมี แนวทางการบำบัด ดังนี้ - การทำจิตบำบัดเด็กและเยาวชน ซึ่ง รูปแบบจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการ บำบัดรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ อาทิเช่น (๑) จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) มีเป้าหมายเพื่อ ปรับความคิด/พฤติกรรมเชิงลบให้ สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น และมี ทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น ซึ่งการบำบัด รูปแบบนี้ช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ระยะยาวได้ ทั้งนี้การบำบัดรูปแบบ CBT จะใช้เวลาครั้งละ ๑ ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน ประมาณ ๖-๑๘ ครั้ง โดยจำนวนครั้งใน การบำบัดพิจารณาจาก หลักฐานทาง วิทยาศาสตร์หรืองานวิจัย และ Case Formulation ของเด็กหรือเยาวชน (ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ๒๕๖๕)	การรักษาเด็กหรือเยาวชนที่เป็น โรคซึมเศร้า ใช้ยาในกลุ่ม SSRI เช่น Fluoxetine ในการ รักษา ซึ่งการตอบสนองต่อยา อาจใช้ระยะเวลาจนถึง ๔ สัปดาห์ และเมื่อรักษาได้ผลแล้ว ต้องใช้เวลาไปอีกอย่างน้อย ๖-๑๒ เดือน (วิภูธรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๓๐๑)	- อาการ MDD โดยเฉลี่ย เป็นนาน ๘ เดือน จากนั้น จะสามารถหายได้เองแม้ ไม่ได้รับการ ฟื้นฟูนี้หากเด็ก หรือเยาวชนได้รับการ รักษาด้วยยาต้านเศร้า จะใช้ระยะเวลาประมาณ ๔ สัปดาห์เพื่อให้ยาได้ผล - โอกาสเป็นซ้ำหลังจาก รักษาหายแล้วประมาณ ร้อยละ ๔๐ ไม่เกิน ๒ ปี และร้อยละ ๗๒ ในเวลา ๕ ปี (วิภูธรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๓๐๐-๓๐๑) - การบำบัดด้านจิตสังคม โดยใช้รูปแบบ CBT สำหรับวัยรุ่นอายุมากกว่า ๑๒ ปีขึ้นไป และได้รับ การดูแลช่วยเหลือด้านจิต สังคมเป็นเวลานานอย่างน้อย ๖ เดือน แต่หากอาการ ไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อหรือ

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
			(๒) <u>จิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy)</u> ช่วยแก้ไขปัญหารื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กหรือเยาวชนกับผู้อื่น (พิชัย อภิรัฐกุล และศิริไชย หงส์สงวนศรี, ๒๕๕๘, น.๑๘๑-๑๘๒) ทั้งนี้กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้จัดทำโปรแกรมบำบัดสำหรับเด็ก/เยาวชน เพื่อลดอาชญากรรมตรา เพื่อให้เด็กหรือเยาวชนได้เรียนรู้สาเหตุ ปัจจัย กระตุ้น และฝึกทักษะผ่อนคลาย (Relaxation) และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ทั้งเปิดโอกาสให้เด็กหรือเยาวชนได้ระบายความรู้สึกของตนเอง - การติดตามเด็กหรือเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการ การตอบสนองต่อ การรักษา การปรับตัว และพัฒนาการ ด้านต่างๆของการบำบัดรักษา (วิภากรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๓๐๘-๓๑๐) พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่บันทึกผลเพื่อรายงานต่อแพทย์ ศาลและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการดูแลเด็กหรือเยาวชน		ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
๔.๒ โรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (Dysthymia Depressive Disorder)	- ระยะเวลาที่มีอาการตั้งแต่ ๒-๒๐ ปี โดยเฉลี่ยเป็นนาน ๕ ปี - พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (พิชัย อธิษฐานกุล และศิริชัย หงส์สงวนศรี, ๒๕๕๕, น.๑๘๓-๑๘๔)	เป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการเรื้อรังต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน เด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคนี้นี้ จะต้องมีอาการซึมเศร้าหรือหงุดหงิด ติดต่อกันเกิน ๑ ปี และต้องมีการอื่นร่วม อย่างน้อย ๒ ข้อ ได้แก่ เบื่ออาหาร/นอนไม่หลับ กระวนกระวาย/อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ และความสนใจ (วิธารณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๓๐๗-๓๑๐)	- การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ปกครอง เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และความจำเป็นที่ต้องรับการบำบัดรักษา (วิธารณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๓๐๘-๓๑๐) หมายเหตุ: เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานควบคุม ควรมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเด็กและเยาวชน โดยนักจิตวิทยาควรให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแก่เจ้าหน้าที่ด้วย ใช้แนวทางการเดียวกับ ๓.๑ โรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (Major Depressive Disorder) (พิชัย อธิษฐานกุล และศิริชัย หงส์สงวนศรี, ๒๕๕๕, น.๑๘๔)	ใช้แนวทางการเดียวกับ ๓.๑ โรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (Major Depressive Disorder) (พิชัย อธิษฐานกุล และศิริชัย หงส์สงวนศรี, ๒๕๕๕, น.๑๘๔)	- หากเด็กหรือเยาวชนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จะใช้ระยะเวลาประมาณ ๔ สัปดาห์เพื่อให้ยาได้ผล (วิธารณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๓๐๙)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
๕. โรควิตกกังวล (Anxiety)	- พบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย - มีการดำเนินโรคเรื้อรัง ติดต่อกันนานหลายปี โดยมีกัมมันต์สามารถหายได้เอง หรืออาจหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำได้ (วิสุรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๗๘-๒๘๐)	โรควิตกกังวล มีอาการหลักได้แก่ ๑) อาการทางอารมณ์ที่เป็นความรู้สึกกลัว กังวลถึงเครียด ๒) อาการทางกาย หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อเกร็ง ๓) อาการทางความคิด เช่น นึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ๔) อาการทางพฤติกรรม เช่นหลีกเลี่ยงสถานการณ์ (วิสุรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๗๙)	การบำบัดรักษาโรควิตกกังวลต้องอาศัยวิธีการหลากหลายร่วมกัน มีแนวทางดังนี้ - การทำจิตบำบัดเด็กหรือเยาวชน ด้วย Cognitive Behavioral Therapy ซึ่งมีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรควิตกกังวล โดยช่วยให้เด็กหรือเยาวชนและบุคคลรอบข้างเข้าใจอาการวิตกกังวล และสอนวิธีการจัดการอาการวิตกกังวล เช่นเทคนิคคลายกังวลและฝึกหายใจ (Relaxation and Breathing exercise) และฝึกเผชิญเพื่อเอาชนะสิ่งที่กังวลหรือวิตกกังวล เช่น การใช้มโนภาพ รวมทั้งฝึกวิธีการป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำ (วิสุรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๘๑) ทั้งนี้การบำบัดรูปแบบ CBT จะใช้เวลาครั้งละ ๑ ชั่วโมง ต่อเนื่องกันประมาณ ๖-๑๘ ครั้ง โดยจำนวนครั้งในการบำบัดพิจารณาจาก หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ หรืองานวิจัย และ Case Formulation ของเด็กหรือเยาวชน (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, ๒๕๖๕)	การรักษาด้วยยา จะใช้ในระยะต้นรุนแรงปานกลางขึ้นไป หรือรักษาด้วยวิธี Cognitive Behavioral Therapy ไม่ได้ผล โดยยาที่ใช้ในการรักษาโรควิตกกังวล เช่น Fluoxetine, Sertraline ทั้งนี้การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๒-๔ สัปดาห์ (วิสุรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๘๑-๒๘๒)	- การบำบัดด้วยวิธี Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ครึ่งละ ๖๐-๙๐ นาที สำหรับแบบรายบุคคล และ ๖๐-๑๒๐ นาที สำหรับแบบรายกลุ่ม ช่วยลดอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลได้ (ศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และอติรัตน์ วัฒนไพลิน, ๒๕๕๕) - การบำบัดรักษาด้วยยา ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๒-๔ สัปดาห์ หรือประมาณ ๑ เดือน เพื่อให้ยาออกฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ (วิสุรณ บุญสิทธิ, ๒๕๖๕, น.๒๘๑-๒๘๒)

โรค	การดำเนินโรค	อาการของโรค	การดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู		หมายเหตุ
			การบำบัด	ยาจิตเวช	
			ทั้งนี้ กรมพินิจฯ มีโปรแกรมบำบัดที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและอาการของโรควิตกกังวล เช่น โปรแกรมการจัดการความวิตกกังวลในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด (The Anxiety Management Program for Juvenile Offenders) - การให้ความรู้แก่เด็กหรือเยาวชนและผู้ปกครอง เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวหรือปัจจัยด้านชีวภาพของเด็กหรือเยาวชนที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยกระตุ้นให้เด็กหรือเยาวชนเกิดความวิตกกังวล ทั้งวิธีการจัดการเมื่อมีความวิตกกังวล		

๔. การทำกิจกรรมกับครอบครัวของเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช

ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดรักษาเด็กหรือเยาวชนจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องจัดกิจกรรมให้กับครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเป็นโรคจิตเวช ดังนี้

๑) นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการประเมินครอบครัวตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของเด็กหรือเยาวชน

๒) นักสังคมสงเคราะห์ประเมินและวางแผนร่วมกับครูที่ปรึกษาและนักวิชาชีพ ทั้งประสานผู้ปกครองหรือครอบครัวของเด็กหรือเยาวชนในการทำกิจกรรม

๓) นักสังคมสงเคราะห์จัดกิจกรรมกับครอบครัวตามสภาพปัญหา และร่วมกับนักวิชาชีพในการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กหรือเยาวชนจิตเวช เช่น การสร้างความเข้าใจบทบาทของครอบครัวในการดูแลเด็กหรือเยาวชนจิตเวช การเสริมพลังครอบครัว การสื่อสารอย่างเหมาะสมในครอบครัว Empowerment

๕. การสงเคราะห์ช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช

กรณีที่เด็กหรือเยาวชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช และเข้าเกณฑ์ขึ้นทะเบียนคนพิการ ให้แจ้งสิทธิเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนคนพิการให้เด็กหรือเยาวชนและผู้ปกครองทราบ หากเด็กหรือเยาวชน และผู้ปกครองมีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนคนพิการให้ดำเนินการขึ้นทะเบียนคนพิการให้กับเด็กหรือเยาวชน เพื่อการเข้าถึงสิทธิต่างๆ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ หรือตามที่กฎหมายอื่นกำหนด

กรณีที่ครอบครัวของเด็กหรือเยาวชนมีปัญหาความยากลำบาก ให้ดำเนินการสงเคราะห์ในแต่ละเรื่อง เช่น หากพบครอบครัวยากจนหรืออยู่ในสภาวะยากลำบาก นักสังคมสงเคราะห์ประสานการสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัวจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

๕. การบริหารสถานการณ์กรณีเด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

แนวทางการสังเกตพฤติกรรม

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กหรือเยาวชน ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เข้าเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของเด็กหรือเยาวชน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสถานควบคุม ซึ่งมักเป็นบุคคลแรกที่เข้าไปประเมินและควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะและการทำงานร่วมกันเป็นทีมด้วยความรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของเด็กหรือเยาวชน และผู้อื่นได้

ประเภทของจิตเวชฉุกเฉิน แบ่งตามพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมี ๒ ลักษณะ คือ

๑.พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide Behavior)

๒.พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

๑. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicide Behavior) หมายถึง การกระทำใดๆที่จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ตนเองจนถึงแก่ความตายได้โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมีหลายประเภท ดังนี้

- ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจมีความคิดและมีการวางแผนการกระทำร่วมด้วย แต่ยังไม่ลงมือกระทำ
- การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิตแต่ไม่สำเร็จ
- การทำร้ายตนเอง (Self-harm) หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ให้เสียชีวิต
- แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองที่ไม่รุนแรงไม่ตั้งใจจะทำให้เสียชีวิต อาจไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้กระต่ายยังอยากมีชีวิตอยู่ต่อและต้องการความช่วยเหลือ
- การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed suicide) หมายถึง ผู้กระต่ายมีความคิดตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองและกระทำได้สำเร็จ

๒. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตัวเองและไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกทางคำพูด การกระทำหรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

สัญญาณเตือน การประเมินระดับความรุนแรง และการช่วยเหลือเบื้องต้น

กลุ่มเสี่ยงมักมีพฤติกรรม หรือ "สัญญาณเตือน" ที่แสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะการพูดที่ผิดปกติ อาทิ เช่น กระสับกระส่าย เดินวนไปมา เก็บตัวไม่พบปะพูดคุยกับใคร อาละวาด หรือหมองเศร้า อยากทำร้ายตนเอง เป็นต้น หากมี "สัญญาณเตือน" เจ้าหน้าที่ต้องเตรียมพร้อมรับมือและสามารถ "ประเมินความรุนแรงของอาการ" ได้

ไม่หลับไม่นอน	เดินไปเดินมา	พูดจาคนเดียว	เพียวหาวาระแวง
ไม่พูดไม่จา	หน้าตาเศร้าหมอง	แยกตัว	อยากทำร้ายตัวเอง

ถ้ามีสัญญาณเตือนเหล่านี้ เจ้าหน้าที่ต้องประเมินความรุนแรงของอาการ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) หากมีคะแนน ๒ คะแนนขึ้นไป หมายถึง เด็กหรือเยาวชนมีอาการเข้าเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉินและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดการได้ ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ คือระดับความก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องมีคะแนน OAS ๑ คะแนน
ลักษณะอาการ

เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ได้แก่ หงุดหงิด
ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง

มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

๑. พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้เด็กหรือเยาวชนได้พูดคุยเพื่อระบายอารมณ์
๒. ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น โต้เถียง บังคับ ดุด่า
๓. เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร ให้ห่างจากตัวกลุ่มเสี่ยงและให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณนั้น
๔. หากประเมินแล้วเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมสงบ ให้เจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาหรือบำบัดเฉพาะด้าน
แก่เด็กหรือเยาวชน ในกรณีที่เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม
แนวทางปฏิบัติของระดับที่ ๒

ระดับที่ ๒ ระดับความก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในกลุ่มหนัก (semi-critical) มีคะแนน OAS ๒ คะแนน

ลักษณะอาการ

เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง
ผู้อื่นและทรัพย์สิน ได้แก่ ชีตขว่นผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก ด่าคำหยาบคาย
ใช้คำสกปรก รุนแรงแสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งชน เตะ ผลัก
หรือดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ และขว้างปา/ เตะ/ ทบ วัตถุ หรือสิ่งของ

มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

๑. พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
๒. ลดสิ่งกระตุ้นให้อารมณ์กำเริบมากขึ้น เช่น การใช้เสียงที่ดังอีกที เสียงคำทอ การถืออาวุธ ถือไม้ หรือ
สิ่งที่จะทำให้เด็กหรือเยาวชนรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือมองว่าจะถูกทำร้ายเป็นต้น
๓. เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร ให้ห่างจากกลุ่มเสี่ยง และให้คนที่ไม่เกี่ยวข้องออกจาก
บริเวณนั้น
๔. ประเมินอาการและขอคำปรึกษากับแพทย์หรือหน่วยช่วยเหลือด้านสาธารณสุข
๕. แจ้งหน่วยช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อมในการนำเด็กหรือเยาวชนเข้ารับการรักษา และพาเด็กหรือ
เยาวชนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที ทั้งนี้หากเด็กหรือเยาวชนไม่ให้ความร่วมมือให้เจรจา
ต่อรองเพื่อถ่วงเวลา เพื่อรอให้หน่วยช่วยเหลือมาถึง

ระดับที่ ๓ ระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่มวิกฤต (critical) มีคะแนน OAS ๓ คะแนน

ลักษณะอาการ

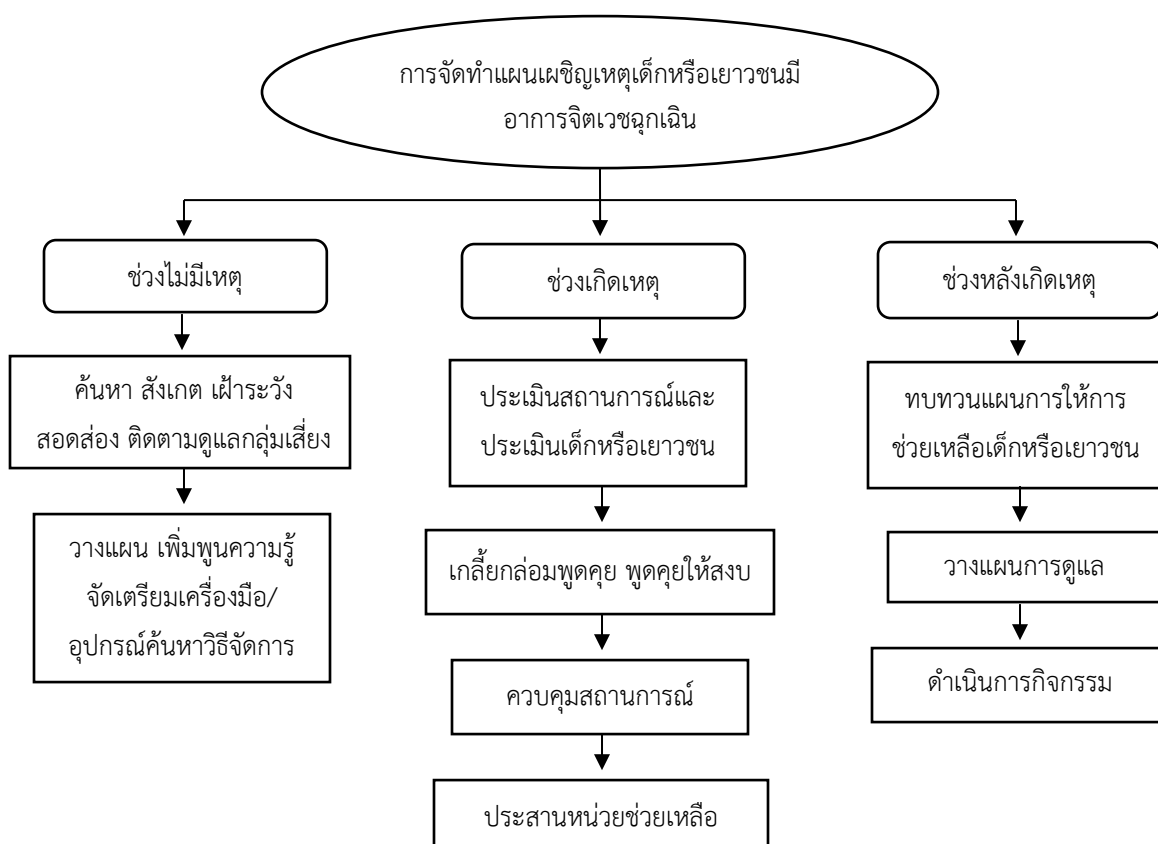
เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง
ผู้อื่น หรือทรัพย์สินซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มวิกฤต ได้แก่ ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึกเลือดออก
หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือ หมดสติพูดชมชู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉ่นจะฆ่าแก่ ทำร้ายผู้อื่นจน
ได้รับบาดเจ็บ เช่น ข้าง เกล็ด บวม เกิดบาดแผล กระตุกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หมดสติ ตาย

มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑. ประเมินอาการและขอคำปรึกษากับแพทย์หรือหน่วยช่วยเหลือด้านสาธารณสุข
๒. ประสานขอความช่วยเหลือจากการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ หรือหน่วยช่วยเหลือทันที เพื่อจำกัดพฤติกรรม
๓. เฝ้าระวังอาการเพื่อถ่วงเวลาเพื่อรอให้หน่วยช่วยเหลือมาถึง โดยบุคคลที่เด็กหรือเยาวชนไว้วางใจมาพูดคุย รับฟังเด็กหรือเยาวชน เพื่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย
๔. หลีกเลี่ยงการกระทำใดๆ ที่เป็นการยั่วยุหรือสร้างสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบมากขึ้น เช่น การใช้เสียงที่ดังอีกทีก็ เสียงด่าทอ การถืออาวุธ ถือไม้ หรือสิ่งที่จะทำให้เด็กหรือเยาวชนรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือมองว่าจะถูกทำร้าย เป็นต้น
๕. เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร ให้ห่างจากกลุ่มเสี่ยง และให้คนที่ไม่เกี่ยวข้อง ออกจากบริเวณนั้น
๖. กรณีที่เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกทักษะการจำกัดพฤติกรรม ให้ขออนุญาตผูกมัด/จำกัดพฤติกรรมเด็กหรือเยาวชน

แนวทางการจัดทำแผนเผชิญเหตุเด็กหรือเยาวชนมีอาการจิตเวชฉุกเฉิน

หน่วยงานควรจัดทำแผนเผชิญเหตุที่ครอบคลุมสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีเด็กหรือเยาวชนมีอาการจิตเวชฉุกเฉิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและมีการชักซ้อมแผนเผชิญเหตุอย่างเป็นประจำอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง รวมถึงทบทวนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าว โดยมีแนวทางดังนี้



การจัดทำแผนเผชิญเหตุเด็กหรือเยาวชนมีอาการจิตเวชฉุกเฉิน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น ๓ ช่วง
ดังนี้

๑. แนวทางดำเนินงาน ช่วงไม่มีเหตุ

๑.๑. จัดทีมบริหารสถานการณ์

ผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ทีมนักวิชาชีพ ร่วมวางแผนปฏิบัติการและเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการจัดการดูแลช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินในสถานควบคุมทั้งความพร้อมของบุคลากรในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการเด็กหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฝึกใช้และตรวจเช็คอุปกรณ์/เครื่องมือ จัดทำแผนบริหารสถานการณ์กรณีเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และควรฝึกซ้อมอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๑.๒. บรมความรู้และทักษะในการจัดการช่วยเหลือ

หน่วยงานจะต้องประเมินตนเองและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาอบรมพัฒนาศักยภาพให้เกิดทักษะที่สามารถปฏิบัติงานได้ เช่น ทักษะการฟัง ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการจำกัดพฤติกรรม

๑.๓. ค้นหา/ระบุ/เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

หน่วยงานจัดทำฐานข้อมูลหรือระบุ “กลุ่มเสี่ยง” ที่ต้องเฝ้าระวังสิ่งกระตุ้นในสถานควบคุมที่อาจมีผลต่ออาการจิตเวชของกลุ่มเสี่ยง และต้องหมั่นสังเกตหรือเฝ้าดูสัญญาณเตือนของกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

๑.๔. สร้างช่องทางการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การประสานงาน

หน่วยงานจัดทำช่องทางการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างทีมงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งบุคคลใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุ เช่น กลุ่มLine, Facebook, เบอร์โทรศัพท์ และจุดนัดพบปะหารือ

๒. แนวทางดำเนินการ ช่วงเกิดเหตุ

๒.๑. ทีมบริหารสถานการณ์เข้าพื้นที่ที่เกิดเหตุ เมื่อได้รับการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ผู้พบเห็น และแจ้งไปยังทีมบริหารสถานการณ์กรณีเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

๒.๒. ทีมบริหารสถานการณ์ประเมินความรุนแรง/อันตราย และพยายามเกลี้ยกล่อม (ต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมมาแล้ว) โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การปลอบใจ สร้างสัมพันธภาพ เห็นอกเห็นใจ สร้างสถานการณ์ผ่อนคลาย สร้างความเข้าใจ

๒.๓. ทีมบริหารสถานการณ์ ประเมินอาการผู้ป่วยในขณะที่มีการเกลี้ยกล่อม

๒.๓.๑ เด็กหรือเยาวชนสงบลงและอาการเป็นปกติ (ปานกลาง มีคะแนน OAS ๑ คะแนน) ถือว่าสถานควบคุมจัดการได้

๒.๓.๒ เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น (กลุ่มหนักและกลุ่มวิกฤต มีคะแนน OAS : มากกว่า ๒ คะแนนเป็นต้นไป) ให้ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยช่วยเหลือ เช่น โรงพยาบาล ตำรวจ หรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดทันที เพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวเข้ามาช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนได้อย่างทันท่วงที

๒.๔. ทีมบริหารสถานการณ์แจ้งขอความช่วยเหลือจากหน่วยช่วยเหลือ (โรงพยาบาล ตำรวจ หรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด) โดยเตรียมข้อมูลสำหรับการแจ้งเหตุ ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของเด็กหรือเยาวชน เช่น ชื่อ สกุล เพศ ที่อยู่อาศัย
๒. สถานที่เกิดเหตุ
๓. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้
๔. รายละเอียดลักษณะของเหตุ อาการและความรุนแรงเบื้องต้น
๕. ลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบๆ เหตุ เช่น ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องมีมากหรือไม่ ที่เกิดเหตุบนถนน อยู่บนที่สูง และมีหน่วยงานใดที่อยู่ที่เกิดเหตุแล้ว

๖. ประวัติการรักษาและประวัติด้านสุขภาพ

๒.๕. ระหว่างหน่วยงานที่ประสานขอความช่วยเหลือยังไม่ถึงที่เกิดเหตุ ให้ทีมบริหารสถานการณ์ประเมินสภาพแวดล้อม เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ อาวุธ ผู้คนหรือแสง สีเสียงที่อาจทำให้เด็กหรือเยาวชนมีอาการรุนแรงขึ้น รวมทั้งประเมินด้านอื่นๆ เช่น การจราจร การดำเนินชีวิตของเด็กหรือเยาวชนและเจ้าหน้าที่รายอื่น เพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อน” และที่สำคัญให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเด็กหรือเยาวชนอยู่ห่างจากเด็กหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

๒.๖. เมื่อหน่วยช่วยเหลือมาถึงจุดเกิดเหตุ ทีมบริหารสถานการณ์กรณีเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต้องอำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

๒.๗. เจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นผู้ประเมินอันตราย ควบคุมและสั่งการ ณ ที่เกิดเหตุ โดยดำเนินการ ดังนี้

๑. ประเมินอันตรายและความเสี่ยง เช่น บรรยากาศสิ่งแวดล้อมโดยรอบการมีอาวุธ/อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่เด็กหรือเยาวชนอาจนำไปเป็นอาวุธได้
๒. เฝ้าระวัง เคลื่อนย้าย และประเมินความรุนแรงอยู่ตลอดเวลา

๒.๘. กรณีต้องมีการเจรจาเบื้องต้น ผู้ที่เกลี้ยกล่อมจะต้องได้รับการอบรมจากหลักสูตรเฉพาะของหน่วยงานที่ได้รับรองจากโรงพยาบาล

๒.๙. กรณีต้องเข้าจำกัดพฤติกรรมของเด็กหรือเยาวชน จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมจากหลักสูตรเฉพาะของหน่วยงานที่ได้รับรองจากโรงพยาบาล

๓. แนวทางดำเนินการ ช่วงหลังเกิดเหตุ

๓.๑. บุคลากรทุกคนในทีมบริหารสถานการณ์ ทบทวนแนวทางดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา สำหรับการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยในโอกาสต่อไป

๓.๒. วางแผนดูแลเด็กหรือเยาวชนเช่น การวางแผนการบำบัดฟื้นฟูเฉพาะด้านและการบำบัดฟื้นฟูตามภาพปัญหา และส่งเสริมอาชีพและให้มีบทบาทในสังคม เป็นต้น

๓.๓. พยายามจัดสิ่งแวดล้อมในสถานควบคุมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันอาการจิตเวชกำเริบ

โครงสร้างของทีมบริหารสถานการณ์ มีรายละเอียดดังนี้

๑) กองอำนวยการระงับเหตุ ประกอบด้วยผู้อำนวยการฯ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ/หัวหน้าแรกรับ/หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งาน ทำหน้าที่วางแผนแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและมอบหมายเจ้าหน้าที่ชุดเข้าเจรจาต่อรองและแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

๒) หน่วยติดต่อประสานงานและสนับสนุน ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยกำลังที่เข้ามาระงับเหตุ และดำเนินการตามที่กองอำนวยการได้สั่งการ รวมทั้งให้การสนับสนุนภายในขณะมีเหตุร้ายเกิดขึ้น จัดสถานที่รับรองบุคคลภายนอก และพื้นที่แถลงข่าว พร้อมจัดเตรียมอาหารเครื่องดื่มไว้บริการตามความเหมาะสม

๓) **หน่วยเจรจาต่อรอง** ทำหน้าที่เจรจาต่อรอง ประเมินสถานการณ์ พฤติกรรมและระดับความรุนแรง รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อประกอบการตัดสินใจและดำเนินการต่อไป

๔) **หน่วยคัดแยกอพยพย้ายเด็กหรือเยาวชน** ทำหน้าที่ คัดแยกเด็กหรือเยาวชนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และอพยพไปยังสถานที่ปลอดภัย ตามคำสั่งของผู้อำนวยการระงับเหตุ และประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้เข้ามาระงับเหตุ (ตำรวจ, ทหาร) ในการจัดกำลังรักษาความปลอดภัยเด็กหรือเยาวชนที่ไม่เกี่ยวข้องรวมทั้งป้องกันการทำลายอาคารสถานที่

๕) **หน่วยรักษาการณ์ประตู** ทำหน้าที่ อำนวยความสะดวกบริเวณประตูทางผ่านเข้า-ออกแก่หน่วยงานภายนอกที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือ แนะนำเส้นทางการเดินรถตรวจตราสอดส่องบุคคลภายนอก นักข่าวหรือบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องอื่นๆ ไม่ให้เข้าไปภายในหน่วยควบคุมขณะมีเหตุร้ายจัดแบ่งกำลังเข้ารักษาการณ์ภายในและภายนอกหน่วยควบคุมตามความเหมาะสม

๖) **หน่วยรักษาการณ์ภายใน** ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยกำลังที่เข้ามาควบคุมสถานการณ์ระงับให้เหตุการณ์ยุติลงและจัดแบ่งกำลังเข้ารักษาการณ์ภายในหน่วยควบคุมตามความเหมาะสม ประกอบด้วย ผู้ช่วยผู้อำนวยการ พ่อบ้านปฏิบัติหน้าที่ประจำวันเกิดเหตุ และพนักงานพินิจปฏิบัติหน้าที่ประจำวันเกิดเหตุ

๗) **หน่วยปฐมพยาบาลและนำส่งเคลื่อนย้าย** ทำหน้าที่ปฐมพยาบาลและประสานงานความช่วยเหลือด้านการพยาบาลดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รวมถึงการนำส่งโรงพยาบาล

๘) **ชุดตรวจสอบความเสียหาย** ทำหน้าที่สำรวจผู้บาดเจ็บ ความเสียหายวัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ รวบรวมอาวุธ หรืออุปกรณ์ที่ใช้ก่อเหตุรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ

๙) **หน่วยยานพาหนะการเคลื่อนย้าย** ทำหน้าที่ประจำยานพาหนะ เพื่อขนย้ายและจัดเตรียมพื้นที่ในการรองรับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามาช่วยเหลือ ประกอบด้วย พนักงานขับรถยนต์

๑๐) **หน่วยช่วยเหลือ** คือ หน่วยงานภายนอกที่เข้ามาช่วยเหลือในการจัดการสถานการณ์ เช่น โรงพยาบาลที่ใกล้สถานควบคุม เจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยหน่วยงานจัดทำข้อมูลสำหรับการประสานงานเมื่อเกิดเหตุเพื่อให้หน่วยช่วยเหลือสามารถเข้ามามีการจัดการสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที เช่น

การประสานหน่วยช่วยเหลือ

๑. ผู้อำนวยการฯ ของสถานควบคุม

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๒. หน่วยงานตำรวจ

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๓. หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน/การแพทย์ฉุกเฉิน

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๔. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๕. พยาบาล

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๖. นักจิตวิทยา

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ทั้งนี้หน่วยงานสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างของทีมบริหารสถานการณ์กรณีเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้ตามความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

๖. การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยเด็กหรือเยาวชนจิตเวช

เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับการปล่อยตัว จึงควรเตรียมความพร้อมครอบครัวและเครือข่ายในการดูแลเด็กหรือเยาวชนภายหลังการปล่อยตัวเป็นรายกรณี ดังนั้นเมื่อเด็กหรือเยาวชนเข้าสู่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ให้นักสังคมสงเคราะห์ประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ที่เด็กหรือเยาวชนกลับไปอาศัยอยู่ เพื่อขออนุเคราะห์ประเมินความพร้อมของครอบครัวของเด็กหรือเยาวชน และนำข้อมูลดังกล่าวประกอบการประชุมจัดทำแนวทางติดตามภายหลังปล่อย ในช่วงก่อนถึงกำหนดปล่อยตัวเด็กหรือเยาวชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของเด็กหรือเยาวชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและวางแผนในการติดตาม ดูแลและให้ความช่วยเหลือภายหลังปล่อย

ขั้นตอนดำเนินการ การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยเด็กหรือเยาวชนจิตเวช ดังนี้

๑) ครูที่ปรึกษารวบรวมข้อมูลสรุปผลการฝึกอบรมของเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อเตรียมการประชุมจัดทำแนวทางติดตามภายหลังปล่อยเป็นรายกรณี

๒) ส่วนอำนวยการออกหนังสือเชิญเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเหมาะสมกับปัญหาด้านสุขภาพจิตของเด็กหรือเยาวชนมาประชุมร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของเด็กหรือเยาวชน มีการวางแผนการทำงานร่วมกัน รวมถึงข้อตกลงในการทำงานเครือข่ายที่ต้องมีหลักจรรยาบรรณและหลักการรักษาความลับ

๓) กลุ่มป้องกันฯ จัดทำแนวทางติดตามภายหลังปล่อยตัวของเด็กหรือเยาวชนจิตเวช และส่งต่อข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเชิญผู้ปกครองที่ดูแลเด็กหรือเยาวชน และองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุขที่ดูแลด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ที่สถานควบคุมตั้งอยู่ และในจังหวัดที่เด็กหรือเยาวชนจะไปอาศัยอยู่ภายหลังปล่อย และในกรณีที่สถานพินิจฯ เป็นผู้ติดตามภายหลังปล่อยให้ศูนย์ฝึกและอบรมฯ เชิญนักสังคมสงเคราะห์ของสถานพินิจฯ ในจังหวัดที่เด็กหรือเยาวชนไปอาศัยอยู่ภายหลังปล่อยเข้าร่วมประชุมด้วย

หมายเหตุ กรณีเด็กหรือเยาวชนจิตเวชที่ไม่มีผู้ปกครองดูแลหรือผู้ปกครองขาดศักยภาพในการดูแล ภายหลังปล่อย ให้จัดหาผู้ดูแลหรือองค์กรในการดูแลเด็กหรือเยาวชนจิตเวชหลังปล่อยตัว

๗. การส่งต่อข้อมูลและการส่งเคราะห์ติดตามภายหลังปล่อยเด็กหรือเยาวชนจิตเวช

การส่งต่อข้อมูลและส่งเคราะห์ติดตามภายหลังปล่อย เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาจิตเวชได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

๑. จัดเตรียมข้อมูลสำคัญ และบันทึกข้อมูลสำคัญลงในแบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว เลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ติดต่อได้ ญาติหรือบุคคลอื่นที่ติดต่อ

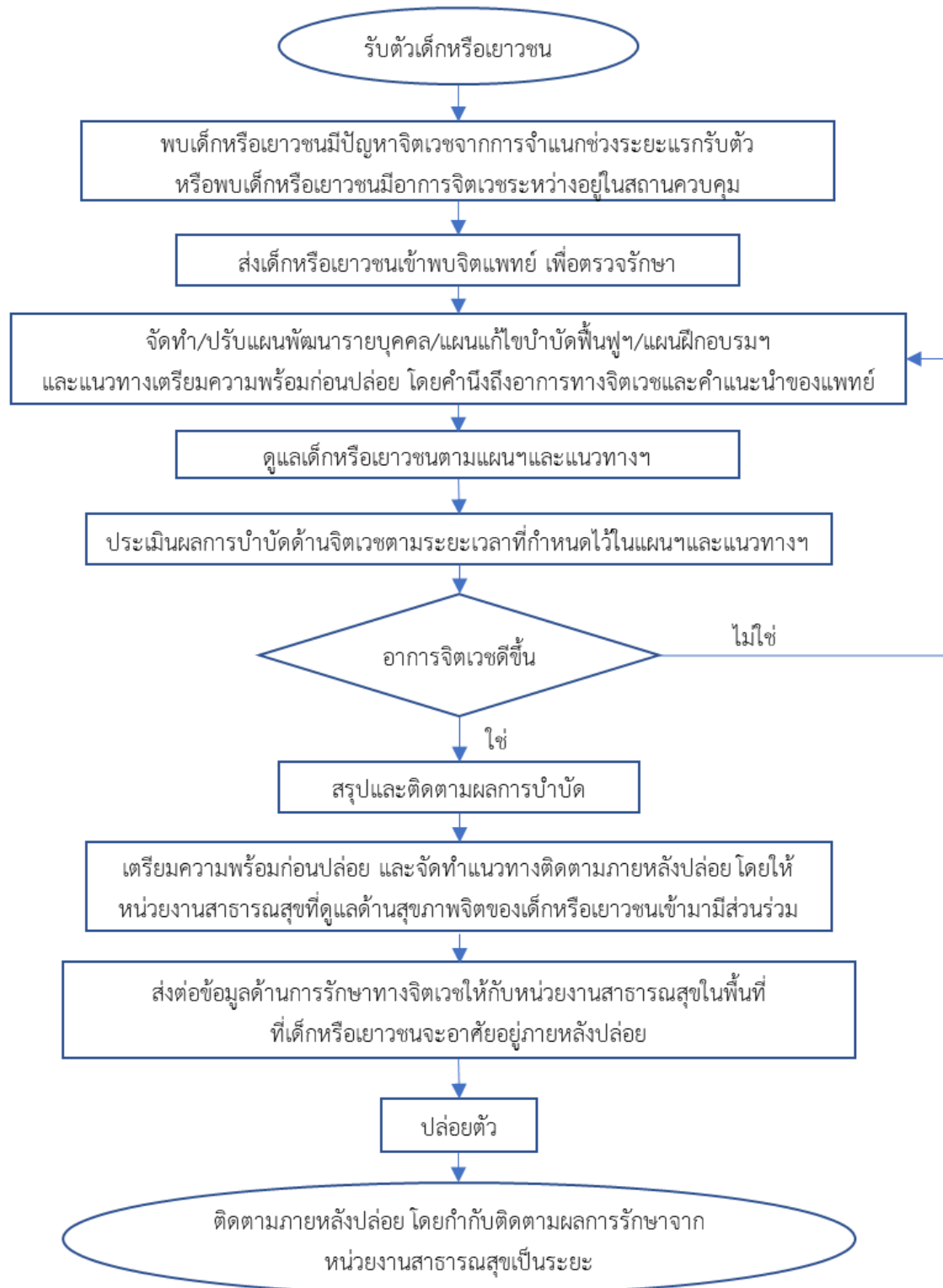
ได้จริง หมายเลขโทรศัพท์ แผนที่บ้าน อาการ/พฤติกรรมสำคัญ ผลการวินิจฉัย ประวัติการรักษา ยาทานประจำ
สรุปความคิดเห็นและแนวทางการดูแล

๒. เมื่อเด็กหรือเยาวชนได้รับการปล่อยตัว ให้รวบรวมข้อมูลและทำหนังสือการส่งต่อเด็กหรือเยาวชน
จิตเวชมารักษา โดยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด/โรงพยาบาลจิตเวชในเขตพื้นที่บริการกรม
สุขภาพจิต

๓. ดำเนินการติดตามเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชตามระดับการติดตาม และลงพื้นที่ในช่วงระยะ
๑ เดือนแรกภายหลังปล่อย หากพบว่าเด็กหรือเยาวชนเข้ารับการรักษจากสถานพยาบาลให้สอบถามผลการรักษา
จากสถานพยาบาลทุก ๓ เดือน จนครบการติดตาม ๑ ปี

ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้หรือติดต่อได้ แต่ผู้ปกครองไม่ได้นำเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทาง
จิตเวชเข้ารับการรักษ ให้ นักสังคมสงเคราะห์ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น ๑ เดือน ให้
นักสังคมสงเคราะห์ติดต่อผู้ปกครองหรือสถานพยาบาลเพื่อตรวจสอบว่าเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวช
เข้ารับการรักษหรือไม่ หากพบว่าเด็กหรือเยาวชนไม่เข้ารับการรักษให้นักสังคมสงเคราะห์ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน
และประสานสถานพยาบาลเพื่อนำเด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตเวชเข้ารับการรักษ และกำกับติดตาม
ผลการรักษาจากสถานพยาบาลเป็นระยะๆ ทุกๆ ๓ เดือน จนครบการติดตาม ๑ ปี

ผังการดูแลเด็กหรือเยาวชนจิตเวช



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). หลักสูตรการให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาจิตเวช สำหรับแพทย์ทั่วไป. <https://km.dmh.go.th/km/files/amphetamine-d.pdf>
- กรมสุขภาพจิต, (๒๕๖๒). การปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับครู/ผู้ดูแล. <https://slideplayer.in.th/slide/๑๖๗๗๐๙๑๔/>
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (๒๕๖๓). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M๑ และ M๒) ฉบับทดลองใช้. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี . บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด
- จิรฉัตร ถิ่นไฟโรจน์ และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (๒๕๖๑, มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๑). ผลของการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก. ๗๑(๑). ๓-๑๐
- จิรนนท์ วีรกุล. (๒๕๖๐). มาเข้าใจพื้นอารมณ์ของเด็กกันเถอะ. http://www.med.nu.ac.th/dpMed/medical_articles_mednu/index.php
- ชนกชนม์ เกียรติวุฒิ (๒๕๖๕), การปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น (เอกสารประกอบการบรรยาย). การประชุม เชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแล แก้ไข บำบัด พื้นฟู เด็กและเยาวชนจิตเวชที่เป็นมาตรฐาน แก่บุคลากรในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ, ประเทศไทย
- ตฤณลา จำปาวัลย์. (๒๕๖๐, กรกฎาคม-ธันวาคม). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา Psychological Theories of Depression. วารสารพุทธจิตวิทยา. ๒(๒), ๒-๑๑
- ต้องรัก จิตรบรรเทา. (๒๕๖๐, พฤษภาคม - สิงหาคม). บุคลิกภาพตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Psychoanalytic Theory of Personality. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. ๑๐(๒), ๒๗๕-๒๘๕
- นภัสสรณ์ รังสิโรจน์ . (ม.ป.ป.) . เอกสารประกอบการบรรยาย การป้องกันการกลับไปเสพยา. สืบค้นวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/๑๖๐๕๑๘๑๔๖๓๕๔๑๒๘๖๑.pdf
- นันทวิช สิริวัชร และคนอื่นๆ (๒๕๕๘). จิตเวช ศิริราช DSM-๕ (พิมพ์ครั้งที่๒). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- นันทยา จีระทรัพย์, สุพัตรา สุขาวห, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง. (๒๕๖๓, มกราคม-มีนาคม). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่น.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๖๕(๑): ๔๗-๖๒
- นันทยา เอกอัครมกิจ. (๒๕๖๐, กันยายน - ธันวาคม). พื้นอารมณ์ของเด็กกับความเครียดของพ่อแม่ CHILD TEMPERAMENT AND PARENTAL STRESS. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ๓๑(๓), ๑๗-๒๙

พรรณพิมล หล่อตระกูล. (๒๕๕๔), การปรับพฤติกรรมในเด็ก, ใน มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. (น.๒๕-๒๙). <https://www.ramamahidol.ac.th/ramamenthal/sites/default/files/public/pdf/Behavior%20modification.PDF>

พูนพร สุดใจ. (๒๕๖๕), การปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้น (เอกสารประกอบการบรรยาย). การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านการดูแล แก้ไข บำบัด พื้นฟู เด็กและเยาวชนจิตเวช ที่เป็นมาตรฐาน แก่บุคลากรในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ, ประเทศไทย

ไพโรจน์ สุขเกิด. (๒๕๖๕), หลักการบริหารเหตุการณ์ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงเบื้องต้น (เอกสารประกอบการบรรยาย). การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านการดูแล แก้ไข บำบัด พื้นฟู เด็กและเยาวชนจิตเวช ที่เป็น มาตรฐาน แก่บุคลากรในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ, ประเทศไทย

พรทิพย์ วชิรติลล, อีระ ศิริสมุท, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, ณรงค์ชัย วงศ์วาร, อัญชลี เนื่องอุดม. (๒๕๖๓). แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

โปรยทิพย์ สันตะพันธ์ , ศิริณพร บุสหงส์ , เซาวลิต ศรีเสริม . (๒๕๖๒) . ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : บทบาทพยาบาล. วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๒ . หน้า ๑๘๗-๑๙๙ สืบค้นวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ จาก <https://heo๑.tci-thaijo.org/article/download>

มันทนา กิตติพิรชล, แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช, นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, นายวีร์เมฆวิลัย. (๒๕๖๐). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) (พิมพ์ครั้งที่๒). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์.(๒๕๕๘). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่๔). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ,ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย , สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (๒๕๖๑). คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า . นนทบุรี . บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ . (ม.ป.ป.) .หลักสูตร การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาจิตเวช สำหรับแพทย์ทั่วไป. สืบค้นวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ . จาก <https://km.dmh.go.th/km/files/amphetamine-d.pdf>

วัลลี ธรรมโกสิทธิ์. (๒๕๖๕), การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (psychological First Aid) (เอกสารประกอบการบรรยาย). การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านการดูแล แก้ไข บำบัด พื้นฟู เด็กและเยาวชนจิตเวชที่เป็นมาตรฐาน แก่บุคลากรในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ, ประเทศไทย

- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ประยุกต์ เสรีเสถียร, วัชรวิทย์ อุจะรัตน์. (๒๕๕๙). โรคทางจิตเวชของเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนของไทย Prevalence of psychiatric disorders among Thai juvenile offenders. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ๒๔(๓): ๑๕๔-๑๖๖
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (๒๕๕๖). แนวทางการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรม ความรุนแรง สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : บริษัท ดินาดี มีเดีย พลัส จำกัด
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . (๒๕๖๐). Antisocial Personality Disorder โรคบุคลิกภาพผิดปกติ แบบต่อต้านสังคม. <https://th-th.facebook.com/ThaiPsychiatricAssociation/posts/๑๐๐๔๗๕๑๖๓๙๖๒๘๘๕๒/>
- สมาคมอิเอ็มดีอาร์ ประเทศไทย. (๒๕๖๕). การปฐมพยาบาลทางใจ (Psychological First Aid). กรุงเทพฯ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (๒๕๕๙). การให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- อนัญญา สิริรัตนันท์ และ ชีรารัตน์ แทนหา (บ.ก). (๒๕๕๙) แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ๔ โรคหลัก (สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียน) สำหรับเครือข่าย บริการสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- Brianna Ward. (๒๐๒๑). Evidence-Based Treatments for Conduct Disorders: A Systematic Review. https://digitalcommons.wku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=๑๐๐๕&context=psychology_capstone
- Christopher A. Mallett. (๒๐๑๓). Factors Related to Recidivism for Youthful Offenders. Social Work Faculty Publications. ๓๐.
- Choong, Weng Wai & Mohammed, Miswan Abdul Hakim & Alias, Buang. (๒๐๐๖). Energy Conservation: A Conceptual Framework of Energy Awareness Development Process
- Kia Chevon Russell. (๒๐๑๗). Recidivism Rates Among Juveniles with Mental Illness. Walden University. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=๕๕๐๗&context=dissertations>
- Seiter, L. (๒๐๑๗). Mental health and juvenile justice: A review of prevalence, promising practices, and areas for improvement. Washington, DC: National Technical Assistance Center for the Education of Neglected or Delinquent Children and Youth.
- Wibbelink, C. J. M., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., & Oort, F. J. (๒๐๑๗). A meta-analysis of the association between mental disorders and juvenile recidivism. Aggression and Violent Behavior, ๓๓, ๗๘-๙๐. <https://doi.org/10.1๐๑๖/j.avb.๒๐๑๗.๐๑.๐๐๕>

ภาคผนวก

แบบพิจารณาเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

ชื่อ – นามสกุล เด็ก/เยาวชน.....เลขคดี.....

- ☐ ๑. มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ (แสดงพฤติกรรมดังกล่าวต่อหน้าเจ้าหน้าที่)
- ☐ ๒. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง เช่น มีการวางแผน พูดว่าอยากตาย เขียนจดหมายสั่งลา เป็นต้น
- ☐ ๓. มีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
- ☐ ๔. มีผลข้างเคียงจากยาหรือแพ้ยาหรือพิษจากยาทางจิตเวช เช่น ตัวแข็งเกร็ง น้ำลายไหล เดินเซ อ่อนแรง สับสน ชัก ผื่น เป็นต้น
- ☐ ๕. โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (ชักประวัติจากผู้ปกครองเพิ่มเติม)

สรุปผลการพิจารณา

☐ พบภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

☐ ไม่พบภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบคัดกรองภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

เด็ก/เยาวชนชื่อ.....นามสกุล.....วันที่คัดกรอง.....

อาการหรือพฤติกรรมที่สังเกตเห็น(เจ้าหน้าที่ผู้พบเห็นอาการ)	อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นผลจากการใช้ยา (พยาบาล)
**หากมีอาการดังนี้ควรปรึกษาจิตแพทย์เพื่อให้การบำบัดรักษา ☐ มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง ☐ มีการวางแผน/ใช้วิธีรุนแรง ☐ เคยพูดไว้ว่าอยากตาย/เขียนจดหมายสั่งลา ☐ เคยลงมือทำ ระบุวิธี..... ☐ มีหิวแหว่ เสี่ยงสั่งให้ทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ☐ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการทางจิตร่วมด้วย ☐ มีพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง ☐ พูดเสียงดังเอะอะโวยวาย/ด่าว่า/ข่มขู่ ☐ ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น ใช้ศีรษะโขก ☐ ทำลายข้าวของ/ขว้างปาข้าวของ/จุดไฟเผา ☐ ทำทางไม่เป็นมิตร/หวาดระแวง/อยู่ไม่นิ่งกระวนกระวาย/ควบคุมตนเองไม่ได้/แก้ผ้าในที่สาธารณะ ☐ มีหิวแหว่สั่งให้ทำร้ายคนอื่น ☐ พกอาวุธ ☐ ภาวะถอนสุราจากการหยุดหรือลดการดื่มสุรา ☐ ไม่รุนแรง: มือสั่นเหงื่อแตกนอนไม่หลับหิวแหว่ภาพหลอนกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งวิตกกังวลรุนแรง ☐ รุนแรง: สับสนไม่รู้วันเวลาสถานที่บุคคลมีไข้มีภาวะขาดน้ำ ปัสสาวะไม่ออก/มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/ชัก ☐ ภาวะวิตกกังวลอย่างมากจนควบคุมไม่ได้(Panic attack) ☐ กังวลว่าจะเกิดอาการอีกหรือเป็นโรคร้าย ☐ ใจสั่นเหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม มือชา ตัวชา รู้สึกเหมือนจะตาย มือจับเกร็ง ☐ มีอาการ ☐ กล้ามเนื้อคอเกร็ง/คอเอียง/หลังแอ่นโค้งงอ/ตาเหลือกขึ้นข้างบน ☐ พูดไม่ชัด/ลิ้นแข็ง/กลืนลำบาก ☐ อาการพาร์คินสัน : เดินตัวแข็งเหมือนหุ่นยนต์มือสั่น เคี้ยวปากขมขมิมบ ☐ กระวนกระวายใจ อยู่ไม่นิ่ง ต้องขยับตัวตลอดเวลา เดินไปเดินมา ☐ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะไม่ออก	☐ มีผลข้างเคียงจากยาด้านโรคจิต ☐ กล้ามเนื้อคอเกร็ง/คอเอียง/หลังแอ่นโค้งงอ/ตาเหลือกขึ้นข้างบน ☐ พูดไม่ชัด/ลิ้นแข็ง/กลืนลำบาก ☐ อาการพาร์คินสัน : เดินตัวแข็งเหมือนหุ่นยนต์มือสั่น เคี้ยวปากขมขมิมบ ☐ กระวนกระวายใจ อยู่ไม่นิ่ง ต้องขยับตัวตลอดเวลา เดินไปเดินมา ☐ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ☐ มีผลข้างเคียงจากยาด้านพาร์คินสัน ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะไม่ออก ภาวะพิษจากยา/แพ้ยา/ผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง ๑. ภาวะพิษจากยา/ผลข้างเคียงที่รุนแรง ☐ มีประวัติได้ยา Lithium ร่วมกับคลื่นไส้/อาเจียน ถ่ายเหลว ง่วงซึม สับสน พูดไม่ชัด มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนแรง เดินเซ ใช้ ชัก ☐ มีประวัติได้ยา Sodium valproate ร่วมกับมือสั่น ง่วงซึม อ่อนแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน สับสน ผม่วง ผื่น CBC ผิดปกติ ชัก ตับอักเสบ ☐ มีประวัติได้ยา Carbamazepine ร่วมกับง่วงซึม คลื่นไส้/อาเจียน อ่อนแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน สับสน ผื่นแพ้ ชัก ตับอักเสบ ตีข่าน Steven Johnson Syndrome ☐ มีประวัติได้ยา Clozapine ร่วมกับหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ น้ำลายมาก ง่วงซึม เดินเซ ชัก ตับอักเสบ ใช้ เม็ดเลือดขาวต่ำมากกว่า ๓,๐๐๐/มม.^๓ Agranulocytosis ☐ มีประวัติได้ยา Methylphenidate ร่วมกับ อาเจียน กระวนกระวาย กล้ามเนื้อกระตุก เหงื่อออกมาก หิวแหว่/ประสาทหลอน เพื่อสับสน ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว/ผิวจึงหวะ สับสน ชัก หมดสติ ☐ ๒. Neuroleptic malignant syndrome มีประวัติได้รับยาด้านโรคจิตร่วมกับไข้สูง กล้ามเนื้อเกร็ง หอบ เหงื่อแตก ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาล ชีพลง ชัก ☐ ๓. ผื่นจากการแพ้ยา มีผื่นตามตัวและใบหน้า คัน ตา/หน้า/ตัวบวม หายใจติดขัด หอบ ☐ ๔. ชัก ชีพลง หมดสติ **หากมีอาการข้อ ๑-๔ ให้หยุดยาจิตเวช และส่งโรงพยาบาลรักษาทางกาย
.....ผู้พบเห็นอาการ (.....) ตำแหน่ง.....	พยาบาลผู้ประเมิน (.....) ตำแหน่ง.....

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

(OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression)

คำแนะนำ : แบบประเมินชุดนี้ ใช้สำหรับการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเอง หรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สิน โดยให้พยาบาลทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมินและให้คะแนนตามระดับที่ประเมินได้

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนนที่ประเมินได้
	ระดับ ๓	ระดับ ๒	ระดับ ๑	ระดับ ๐	
๑. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเอง เป็นรอย ขนาดเล็ก		ไม่พบ	
๒. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรก รุนแรง	หงุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง	ไม่พบ	
	ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เกล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ	แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อแย้ม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งชน เตะ ผลัก หรือ ดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ			
๓. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือ จุดไฟ ฯลฯ	ขว้างปา/ เตะ/ ทุบ วัตถุ หรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย	ไม่พบ	

หมายเหตุ: - ใช้กรณีเด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
 - หากมีคะแนน ๒ คะแนนขึ้นไป หมายถึง เด็กหรือเยาวชนมีอาการเข้าเกณฑ์ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

คะแนน ๐ หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

คะแนน ๑ หมายถึง เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ แต่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทุก ๔ ชั่วโมง

คะแนน ๒ หมายถึง เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มเร่งด่วน จำเป็นต้องส่งพบแพทย์อย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นจะทำให้อาการความผิดปกติมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจส่งผลให้เสียชีวิตหรือเกิดความพิการในระยะต่อมาได้

คะแนน ๓ หมายถึง เด็กหรือเยาวชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มฉุกเฉิน/วิกฤติ (Emergent) หมายถึง เด็กหรือเยาวชนที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตกะทันหัน ต้องส่งพบแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที มิเช่นนั้นเด็กหรือเยาวชนอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต หรืออาจทำให้เกิดความรุนแรงของอาการความผิดปกติได้มากขึ้น หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

อ้างอิง

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (๒๕๖๓). คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. จาก <http://๑.๑๗๙.๑๓๙.๒๒๙/upload/๒๐๒๑-๐๒-๑๗-๑๐๑๐.pdf>

ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (๒๕๖๓). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ ๑). บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด. จาก <http://www.mhso.dmh.go.th/fileupload/๒๐๒๐๑๐๐๖๑๖๑๒๑๖๗๓๙๐.pdf>

สมจิตต์ ลุประสงค์. (๒๕๕๙). คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ ๓). นครราชสีมา: ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช. จาก https://www.suanprung.go.th/nurse_standard/pdf/๑๐.pdf

แบบส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อตรวจทางจิตวิทยา/ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา

เด็ก/เยาวชน (ชื่อ-สกุล).....วันที่ประเมิน.....เวลา.....น.

เกณฑ์การส่งต่อทางจิตเวช

- ☐ ๑. พฤติการณ์แห่งคดีโหดร้าย ผิดวิสัย เกินวัย มีการวางแผน เช่น คดีปล้น ฆ่า ช่มชู้หรือโหด
- ☐ ๒. มีประวัติรักษาโรคทางจิตเวช หรือมีอาการผิดปกติที่อาจมาจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่
- ☐ ๒.๑ การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ยิ้ม หัวเราะ ทั้งที่ไม่มีเหตุผลอันควรควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน
- ☐ ๒.๒ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ การโต้ตอบอย่างเห็นได้ชัด เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ทำอะไรโดยควบคุมตนเองไม่ได้ พูดคนเดียวหรือโต้ตอบกับเสียงหรือภาพที่ไม่ปรากฏแหล่งของเสียงหรือภาพนั้นๆ ตอบไม่ตรงคำถาม พูดวกวนออกนอกเรื่อง พูดด้วยภาษาแปลกๆ
- ☐ ๓. มีประวัติป่วยเป็นโรคทางสมอง เช่น ลมชัก สมาธิสั้น หรือมีร่องรอยบาดแผลทางศีรษะ/สมองชัดเจน เช่น รอยแผลผ่าตัดสมอง เคยประสบอุบัติเหตุทางสมองแล้วมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรมหลังประสบอุบัติเหตุ
- ☐ ๔. ซึมเศร้า เช่น แยกตัว พยายามทำร้ายตนเอง มีความคิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตาย เคยทำร้ายตนเอง เคยฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ มีร่องรอยการทำร้ายตนเองปฏิกิริยาตอบสนองเฉื่อยชา เชื่องช้า
- ☐ ๕. มีประวัติที่อาจบ่งถึงการป่วยเป็นสมาธิสั้น เช่น เคยมีประวัติการรักษา อยู่ไม่นิ่ง คุณครูเคยตักเตือน/หรือสงสัยเรื่องสมาธิสั้น
- ☐ ๖. มีประวัติพัฒนาการช้า มีปัญหาสติปัญญา
- ☐ ๗. กระทำผิดซ้ำด้วยข้อหาที่รุนแรงมากขึ้น หรือกระทำความผิดซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ ๓ ขึ้นไป

สรุปความเห็น/ข้อเสนอแนะ

.....ผู้ประเมิน
(.....)
ตำแหน่ง.....

รายงานการตรวจทางจิตวิทยา

สถานพินิจ.....

จว เลขคดี..... ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี
 ข้อหา..... กระทำผิดครั้งที่..... อยู่ระหว่าง.....
 วันที่รับตัว..... วันที่พบ..... วันที่สรุปรายงาน.....

ผลการประเมินทางจิตวิทยา

๑. ระดับสติปัญญา.....IQ =

๒. ปัจจัยทางจิตวิทยา/สุขภาพจิตที่พบ

.....

ผลการประเมินด้านมิติของความเสี่ยงที่นำไปสู่การกระทำผิด (Risk Domains)

☐ มีประวัติการมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม :

.....

☐ มีแนวโน้มมีรูปแบบพฤติกรรมต่อต้านสังคม :

.....

☐ มีเพื่อนหรือคนรู้จักมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม:

.....

☐ มีความคิดแบบผู้กระทำผิด

.....

.....

.....

☐ การศึกษา/การทำงาน :

.....

☐ การใช้สารเสพติด :

.....

☐ ครอบครัว/ ชีวิตคู่ :

.....

☐ กิจกรรมยามว่าง/นันทนาการ :

.....

ปัจจัยสนับสนุนเชิงบวก

.....
.....
.....

สรุปผลการประเมิน

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู

๑. ด้านสุขภาพจิต

.....
.....
.....

๒. ด้านการลดมิติความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำของเด็ก/เยาวชน

.....
.....
.....

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

แบบรายงานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก
ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน.....

ชื่อ-สกุล เด็ก/เยาวชน.....เลขประจำตัว.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....
อายุ.....ปี.....เดือน ถูกจับกุมเป็นครั้งที่.....ข้อหา.....

เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยาที่ใช้

๑.....วันที่ทดสอบ.....
๒.....วันที่ทดสอบ.....
๓.....วันที่ทดสอบ.....
๔.....วันที่ทดสอบ.....
๕.....วันที่ทดสอบ.....

ลักษณะและพฤติกรรมขณะทดสอบ

.....
.....
.....

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา

.....
.....
.....

สรุปผลการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก

.....
.....
.....

กลไกปัญหาและความขัดแย้ง

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

.....
(.....)
นักจิตวิทยา
...../...../.....

แผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน (จว.๐๕)

จัดอยู่ในกลุ่ม

ส่วนที่ ๑. แผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน (โดยนักวิชาชีพ)

เลขประจำตัว.....ชื่อ-สกุลเด็ก/เยาวชน.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
 ฐานความผิด.....
 ศาล.....วันรับตัว.....ระยะเวลาฝึกและอบรม.....
 เงื่อนไขอื่นๆ.....
 วันครบกำหนดปล่อย.....
 วันที่จัดทำแผน.....ชื่อครูที่ปรึกษา.....หน่วยเรียน.....
 เด็ก/เยาวชนมีความเสี่ยงกระทำผิดซ้ำในระดับ (Risk Level) ระบุ.....
 เด็ก/เยาวชนมีความเสี่ยงใช้ความรุนแรงในระดับ (Risk Level) ระบุ.....

สภาพปัญหา/ความจำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู

- ☐ ด้านครอบครัว/ชีวิตคู่.....
- ☐ ด้านชุมชนและสภาพแวดล้อม.....
- ☐ ด้านภูมิหลังทางการศึกษา อาชีพและสังคม.....
- ☐ ด้านเพื่อนและบุคคลใกล้ชิด.....
- ☐ ด้านประวัติการเกี่ยวข้องกับยา/สารเสพติด.....
- ☐ ด้านสภาวะทางกาย.....
- ☐ ปัจจัยทางจิตวิทยา/สุขภาพจิตที่พบ.....
- ☐ มีแนวโน้มมีรูปแบบพฤติกรรมต่อต้านสังคม.....

- ☐ มีประวัติการมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม.....
- ☐ มีความคิดแบบผู้กระทำผิด.....
- ☐ กรณีที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อเป็นการเฉพาะ
- ☐ เข้าตามหลักเกณฑ์การคุ้มครองตามมาตรา๓๒ ของ พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก ☐ เข้าตามหลักเกณฑ์การเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์
- ☐ อื่นๆ.....

ปัจจัยสนับสนุนเชิงบวก

.....

.....

แผนการฝึกอบรม		ผลการฝึกอบรม		
กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ/วันที่เริ่ม	ครั้งที่ ๑ (วันที่.....)	ครั้งที่ ๒ (วันที่.....)	ครั้งที่ ๓ (วันที่.....)
๑. ด้านการบำบัดฟื้นฟูพฤติกรรมและอารมณ์เด็กและเยาวชน				
๑.๑ โปรแกรมบำบัดพื้นฐาน ๑๖ คาบ(ทุกราย)	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๑.๒ โปรแกรมบำบัดยาเสพติด จำนวน.....คาบ ☐ ผู้ใช้ ☐ ผู้เสพ ☐ ผู้ติด ☐ ผู้ติดรุนแรง	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๑.๓ การบำบัดฟื้นฟูเฉพาะด้าน				
๑.๓.๑ (ระบุ)..... จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๑.๓.๒ (ระบุ)..... จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๑.๓.๓ (ระบุ)..... จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....

แผนการฝึกอบรม		ผลการฝึกอบรม		
กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ/วันที่เริ่ม	ครั้งที่ ๑ (วันที่.....)	ครั้งที่ ๒ (วันที่.....)	ครั้งที่ ๓ (วันที่.....)
๑.๓.๔ (ระบุ)..... จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๒. ด้านการจัดการศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน				
๒. การจัดการศึกษา ☐ ๒.๑ สามัญ ระดับ..... ☐ ๒.๒ วิชาชีพหน่วย.....	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๓. กิจกรรมนอกหลักสูตร				
๓.๑ ลูกเสือสามัญรุ่นใหญ่ จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๓.๒ กิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๓.๓ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ..... จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....

แผนการฝึกอบรม		ผลการฝึกอบรม		
กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ/วันที่เริ่ม	ครั้งที่ ๑ (วันที่.....)	ครั้งที่ ๒ (วันที่.....)	ครั้งที่ ๓ (วันที่.....)
๓.๔ TO BE NUMBER ONE จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๓.๕ กิจกรรมนอกหลักสูตรอื่น ๆ (ระบุ)..... จำนวน.....คาบ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ครบ ☐ ไม่ครบเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๔. แนวทางการดูแลพฤติกรรมเด็กและเยาวชน				
แนวทางหรือวิธีการ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
แนวทางหรือวิธีการ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
แนวทางหรือวิธีการ	ผู้รับผิดชอบ..... วันที่เริ่ม.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....	☐ ดีมาก ☐ ดีพอใช้ ☐ ไม่ผ่านเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....
๕. การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย				

ระยะเวลาในการประเมินผลการฝึกอบรมของเด็ก/เยาวชน

- ☐ เด็ก/เยาวชนมีระยะเวลาในการฝึกอบรมไม่เกิน ๓ เดือน ประเมินในเดือนที่ ๑ และ ๒
- ☐ เด็ก/เยาวชนมีระยะเวลาในการฝึกอบรมเกินกว่า ๓ เดือนแต่ไม่เกิน ๖ เดือน ประเมินในเดือนที่ ๒,๓ และ ๔
- ☐ เด็ก/เยาวชนมีระยะเวลาในการฝึกอบรมเกินกว่า ๖ เดือนแต่ไม่เกิน ๑ ปี ประเมินในเดือนที่ ๒ และครั้งต่อไปทุก ๒ เดือน
- ☐ เด็ก/เยาวชนมีระยะเวลาในการฝึกอบรมเกินกว่า ๑ ปีขึ้นไปให้จัดประเมินครั้งแรกในเดือนที่ ๒ และครั้งต่อไปทุก ๓ เดือน

โดยประเมินผลการฝึกอบรมครั้งที่หนึ่งในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยประเมินผลการฝึกอบรมครั้งที่สองในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยประเมินผลการฝึกอบรมครั้งที่สามในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คณะกรรมการนักวิชาชีพ

ลงชื่อ.....ประธาน

(.....)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

(.....)

นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (พ่อบ้าน)

ลงชื่อ.....กรรมการ

(.....)

นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านศึกษา)

ลงชื่อ.....กรรมการ

(.....)

นักสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อ.....กรรมการ

(.....)

พยาบาล

ลงชื่อ.....เลขานุการ

(.....)

นักจิตวิทยา

ส่วนที่ ๒ รายงานผลการประชุมคณะกรรมการสหวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน

รายชื่อคณะกรรมการสหวิชาชีพที่มาประชุม

- ๑.ชื่อ.....นามสกุล.....ด้านจิตวิทยา
- ๒.ชื่อ.....นามสกุล.....ด้านสังคมสงเคราะห์
- ๓.ชื่อ.....นามสกุล.....ด้านการศึกษา
- ๔.ชื่อ.....นามสกุล.....ด้านสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการสหวิชาชีพ

- ๑.ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
- ๒.ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กหรือเยาวชนของคณะกรรมการสหวิชาชีพ

☐ ไม่มีข้อเสนอแนะ

☐ มีข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ.....
(.....)
กรรมการสหวิชาชีพด้านจิตวิทยา

ลงชื่อ.....
(.....)
กรรมการสหวิชาชีพด้านสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อ.....
(.....)
กรรมการสหวิชาชีพด้านศึกษา

ลงชื่อ.....
(.....)
กรรมการสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้สรุปรายงาน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่/...../.....

ส่วนที่ ๓ การพิจารณาแผนการฝึกอบรมเด็กหรือเยาวชน

ความเห็นของผู้อำนวยการ

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน.....

แบบสัมภาษณ์ทางสังคมสงเคราะห์เบื้องต้น
(สำหรับสถานพินิจ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ)

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่...../.....

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

ช่องทางการติดต่อ Facebook.....ID Line.....

เลขคดี/เลขประจำตัว.....คดี.....วันที่รับตัว.....

สัญชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ระบุ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

สถานะ ☐ แกร็บ ☐ มาตรา ๑๓๒ วันขึ้นศาล.....

☐ ฝึกอบรม ระยะเวลา.....วันครบฝึก.....

☐ ปลอยตัวชั่วคราว ☐ แจ้งข้อกล่าวหา

ประวัติสุขภาพของเด็ก/เยาวชน

ประวัติการชัก ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

อุบัติเหตุรุนแรง ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

โรคประจำตัว ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

บกพร่องทางร่างกาย ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การผ่าตัด ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

มียาทานประจำ ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การแพ้ยา ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม)

ครอบครัว/ญาติพี่น้องใกล้ชิด มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การติดต่อญาติ

ญาติที่ติดต่อเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนเป็น.....

☐ ญาติทราบแล้ว ระบุ () เยี่ยมแล้ว () ยังไม่มาเยี่ยม ☐ ญาติยังไม่ทราบ ☐ ไม่มีญาติที่ติดต่อได้

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

ผู้ที่ติดต่อได้

๑.ชื่อ.....สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทร.....

๒.ชื่อ.....สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทร.....

สภาพปัญหาของเด็กและเยาวชน

ด้านคดี

☐ เยาวชนมีความกังวลในเรื่องเกี่ยวกับคดี ระบุ.....

.....

ด้านครอบครัว

☐ สัมพันธภาพในครอบครัว ☐ ผู้ปกครองขาดศักยภาพในการดูแล ☐ ผู้ปกครองขาดทักษะในการดูแล

☐ ฐานะยากจน ☐ มีความรุนแรงในครอบครัว ☐ บุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ไม่ดี

☐ ขาดผู้อุปการะดูแล ☐ อื่นๆ.....

.....

ด้านเพื่อนและบุคคลใกล้ชิด

☐ คบเพื่อนหรือมีบุคคลใกล้ชิดที่มีพฤติกรรมเสียหาย (ระบุ).....

.....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

.....

ด้านชุมชนและสภาพแวดล้อม

☐ ชุมชนและสภาพแวดล้อมมีแหล่งอบายมุขหรือแหล่งยาเสพติด ☐ อื่นๆ.....

.....

ด้านการคุ้มครองสวัสดิภาพ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๖

☐ เด็กเร่ร่อนหรือกึ่งเร่ร่อน ☐ ถูกทอดทิ้งหรือพลัดหลง

☐ ผู้ปกครองไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ เนื่องจาก

.....

☐ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมหรือประกอบอาชีพไม่เหมาะสมอันอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ

☐ ถูกทารุณกรรม

☐ ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกระทำหรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ

ด้านการค้ามนุษย์

☐ เยาวชนเข้าข่ายเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ (ระบุ).....

.....

.....

กรณีปัญหาพิเศษ

☐ ตั้งครรภ์ ☐ ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ☐ ไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ☐ ขาดทุนการศึกษา

☐ ขาดทุนการประกอบอาชีพ ☐ ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

☐ เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ☐ ไร้รัฐ / ไร้สัญชาติ ☐ มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต หรือเคย

เข้ารับการรักษาอาการทางจิต ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

.....

.....

การจัดบริการทางสังคมสงเคราะห์

ให้คำปรึกษา	ให้การสงเคราะห์	กิจกรรมบำบัดเฉพาะด้าน	ประสานงาน/ส่งต่อ
☐ คดี ☐ ครอบครัว ☐ การปรับตัว ☐ การวางแผนระหว่าง / หลังการตั้งครรภ์ ☐ การถูกทารุณกรรม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	☐ ติดต่อญาติ ☐ ตามหาญาติ ☐ ติดต่อล่าม ☐ สงเคราะห์ครอบครัว (บิดา-มารดา ผู้ปกครอง ของเยาวชน) ☐ สงเคราะห์บุตรของ เยาวชน ☐ ค่าพาหนะเด็ก/ เยาวชน ☐ ค่าพาหนะผู้ปกครอง ☐ ค่าอาหารเสริม ระหว่างตั้งครรภ์ ☐ ค่าอุปกรณ์ในการ ดูแลบุตร ☐ ค่าเดินทางกลับ ภูมิลำเนา ☐ ทุนการศึกษา ☐ ทุนการประกอบ อาชีพ ☐ การเยี่ยมบ้าน ☐ ชองจดหมาย แสตมป์ ไปรษณียบัตร ☐ ทำบัตรประจำตัว ผู้พิการ ☐ ทำบัตรประชาชน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	☐ ปฐมนิเทศเด็กและ เยาวชน ☐ ปฐมนิเทศผู้ปกครอง ☐ ด้านการคบเพื่อน ☐ ด้านเด็กเร่ร่อน ☐ ด้านชุมชนและ สภาพแวดล้อม ☐ ครอบครัวสัมพันธ์ ☐ เตรียมความพร้อมก่อน ปล่อย ☐ อื่นๆ ระบุ	☐ ประสานงานเรื่อง คดี ☐ ประสานงานเรื่อง การศึกษา ☐ ประสานงานเรื่อง การประกอบอาชีพ ☐ ประสานงานเรื่อง สุขภาพ ☐ ส่งต่อหน่วยงานอื่น (ระบุ) ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่

แบบประเมินทางสังคมสงเคราะห์
(สำหรับสถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ)

ชื่อหน่วยงาน.....

๑. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก/เยาวชนและครอบครัว

ชื่อเด็ก/เยาวชน.....วันที่รับตัว.....

ข้อหา/คดี.....เลขคดี/เลขประจำตัว.....

กระทำผิดและถูกจับกุมเป็นครั้งที่.....คดีครั้งก่อน.....

ศาลพิพากษา ☐ปล่อยตัว ☐คุมประพฤติ ☐ฝึกอบรม ☐บำบัด ที่.....☐จำคุก.....

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ช่องทางการติดต่อ Facebook.....ID Line.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ชื่อบิดา-นามสกุล.....☐ มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี ☐ถึงแก่กรรม

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้.....โทร.....

ชื่อมารดา-นามสกุล.....☐ มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี ☐ถึงแก่กรรม

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้.....โทร.....

สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ☐จดทะเบียนสมรส ☐หย่าร้าง.....

☐อยู่ด้วยกัน ☐เลิกร้าง ☐แยกกันอยู่.....

เยาวชนเป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนบุตร.....คน พี่(ช).....คน (ญ).....คน น้อง(ช).....คน (ญ).....คน

เยาวชนได้รับการเลี้ยงดูจาก.....ชื่อ-นามสกุล.....☐ มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี ☐ถึงแก่กรรม

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้.....โทร.....

ปัจจุบันก่อนจับกุม เยาวชนพักอาศัยอยู่กับชื่อ-นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อาชีพ.....ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....โทร.....

ประวัติสุขภาพของเด็ก/เยาวชน

ประวัติการชัก ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

อุบัติเหตุรุนแรง ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

โรคประจำตัว ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

บกพร่องทางร่างกาย ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การผ่าตัด ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

มียาทานประจำ ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การแพ้ยา ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม)

ครอบครัว/ญาติพี่น้องใกล้ชิด มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ที่พักอาศัย ☐ บ้านเช่า..... ☐ บ้านของตนเอง (บิดา/มารดา).....

☐ อาศัยอยู่กับญาติ..... ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง.....

สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย ☐ เขตที่พักอาศัย..... ☐ เขตชุมชนแออัด.....

☐ เขตโรงงาน..... ☐ เขตร้านค้า.....

☐ แหล่งมั่วสุม..... ☐ สวน/ที่นา.....

☐ อื่น ๆ.....

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ☐ ยากจน ☐ พอมีพอใช้ ☐ ปานกลาง ☐ รวย ☐ มีหนี้สิน.....

๒. วิธีการเลี้ยงดู สภาพครอบครัว

๒.๑ แบบรักสนับสนุน

● การได้รับความสนิทสนมรักใคร่ชื่นชมจากบิดา – มารดาหรือผู้ปกครอง

- ☐ ผู้ปกครอง (ระบุ.....) เคยชื่นชมเมื่อกระทำความดี
- ☐ เด็ก/เยาวชนเคยได้รับการแสดงความรักจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองอย่างไร.....
- ☐ ผู้ปกครอง (ระบุ.....) ได้รับการอบรมสั่งสอนสม่ำเสมอในเรื่องใด.....

☐ ภายในระยะเวลา ๑ ปี ที่ผ่านมาเยาวชนมีกิจกรรมร่วมกับบิดา-มารดาหรือผู้ปกครอง

(.....) ทำกิจวัตรประจำวันร่วมกันเช่น ดูโทรทัศน์ รับประทานอาหารร่วมกัน

(.....) ทำกิจกรรมนันทนาการ/กีฬา

(.....) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ผู้ปกครองให้โอกาสเยาวชนในแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจในเรื่องใด.....

รายละเอียดเพิ่มเติม

การได้รับความสนใจทุกซ่ซุซ ช่วยแก้ปัญหาจากบิดา - มารดา/ผู้ปกครอง

- ☐ ผู้ปกครองมีการพูดคุยสอบถามเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน
- ☐ เมื่อพบเจอปัญหาผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- ☐ ผู้ปกครองสนับสนุนเรื่องเรียน/กิจกรรม
- ☐ อื่นๆ.....

๒.๒ แบบควบคุมเข้มงวด

● การออกคำสั่งจากบิดา - มารดา/ผู้ปกครอง

- ☐ ผู้ปกครองมักออกคำสั่งให้เด็ก/เยาวชนปฏิบัติตาม โดยฟังความคิดเห็นของเด็ก/เยาวชน
- ☐ ผู้ปกครองวางกฎระเบียบที่เข้มงวดให้เยาวชนปฏิบัติตาม

● บิดา - มารดา/ผู้ปกครองควบคุมการกระทำของเด็ก/เยาวชนในเรื่อง

- ☐ เยาวชนไม่มีสิทธิแสดงความคิดเห็นภายในครอบครัว
- ☐ ผู้ปกครองมักตัดสินใจแทนและไม่ให้โอกาสเยาวชนในการตัดสินใจ

๒.๓ แบบใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล

- ☐ การไม่ได้รับการอธิบายเหตุผลจากบิดา-มารดา/ผู้ปกครอง
- ☐ บิดา มารดา/ผู้ปกครอง มีการแสดงออกด้าน/อารมณ์ รุนแรง

● ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ของบิดา-มารดา/ผู้ปกครอง

- ☐ ผู้ปกครองมีอารมณ์แปรปรวน เนื่องจาก
 - (.....) เป็นนิสัย
 - (.....) ป่วยทางกาย
 - (.....) ป่วยทางจิต

๒.๔ แบบใช้ความรุนแรง บิดา มารดา ผู้ปกครอง เคย/ใช้

- ☐ ใช้คำพูดหยาบคาย ☐ มีกิริยาไม่สุภาพต่อเยาวชน
- ☐ ชอบใช้ความรุนแรง ☐ เป็นคนก้าวร้าว
- ☐ ตีหรือเอาแต่ใจตนเอง ☐ ใช้การข่มขู่ให้บุตรหลานเชื่อฟัง
- ☐ ใช้ความเข้มงวดในการรักษากฎระเบียบของครอบครัว
- ☐ เป็นต้นแบบของการใช้ความรุนแรงก้าวร้าว
- ☐ สนับสนุนการใช้ใช้ความรุนแรง ก้าวร้าว
- ☐ ใช้ความก้าวร้าวรุนแรงต่อกัน
- ☐ ลงโทษโดยวิธีรุนแรง (ระบุ)..... มีความถี่ ดังนี้

(.....) นานๆครั้ง

(.....) บ่อยครั้ง

๒.๕ แบบทอดทิ้ง/ย่อหย่อนในการดูแล โดยบิดา มารดา /ผู้ปกครอง

- ☐ ไม่สนใจ ขาดการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดาส่งผลต่อการพัฒนาการของเด็กและเยาวชน
- ☐ ไม่ใส่ใจดูแลเด็ก/เยาวชนอย่างสม่ำเสมอหรือทอดทิ้ง
- ☐ บิดาปฏิเสธความรับผิดชอบ ไม่ยอมรับว่าเด็ก/เยาวชนเป็นบุตรของตน
- ☐ ปล่อยให้เด็ก/เยาวชนเพียงเล็กน้อย
- ☐ ไม่สอดส่องดูแลหรือปล่อยปละละเลยเด็ก/เยาวชนในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- ☐ ไม่สนใจการคบเพื่อนของเด็ก/เยาวชน
- ☐ มักตามใจเยาวชน ถึงแม้เยาวชนจะกระทำผิดก็ตาม
- ☐ ไม่อบรมสั่งสอนการดำเนินชีวิตในสังคม (ทักษะทางสังคม การปฏิเสธ การตัดสินใจ การวางแผนชีวิต

การแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์).....

๒.๖ แบบส่งเสริมความประพฤติเสียหาย

- บิดามารดาผู้ปกครองขาดความตระหนักต่อความผิดที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมที่เข้าข่ายการกระทำผิดกฎหมายของเยาวชน
 - ☐ เยาวชนทำผิดแล้วไม่ลงโทษและยอมรับในพฤติกรรมที่กระทำผิดในเรื่อง.....

- บิดามารดาผู้ปกครองเป็นต้นแบบของการเรียนรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- บิดามารดาผู้ปกครองยุยงส่งเสริมต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
 - ☐ คอยปกป้องในทางที่ผิด
 - ☐ ส่งเสริมให้เยาวชนกระทำความผิด
- บิดามารดาผู้ปกครองไม่กล่าวตักเตือน/เพิกเฉยต่อพฤติกรรมเสี่ยงดังต่อไปนี้
 - ☐ การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
 - ☐ หนีเรียน/ไม่เข้าเรียน/ออกจากโรงเรียนก่อนวัยอันควร/ไม่ได้รับการศึกษา
 - ☐ การดำเนินชีวิต เช่น แข่งรถ เล่นเกม
 - ☐ การใช้/จำหน่ายยาเสพติด
 - ☐ เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น เปลี่ยนคู่นอน ไม่ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เบี่ยงเบนทางเพศ
 - ☐ อาชีพที่ผิดกฎหมาย

(.....) จำหน่าย CD ที่ละเมิดลิขสิทธิ์

(.....) สนับสนุน/ส่งเสริม/การค้าประเวณีหรือมีพฤติกรรมค้าประเวณี

(.....) อื่นๆ ระบุ.....

- บิดามารดาผู้ปกครองปกปิด/ปกป้องความประพฤติเสียหายของเด็ก/เยาวชนอย่างต่อเนื่อง
 - ☐ ไม่ยอมรับว่าเยาวชนกระทำความผิดและโทษผู้อื่นเสมอ
- เยาวชนและสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ด้านการใช้/เสพสารเสพติด

- ☐ มีพฤติกรรม สูบบุหรี่ (ระบุ ใคร).....
- ☐ มีพฤติกรรม ดื่มสุรา (ระบุ ใคร).....
- ☐ มีพฤติกรรม เสพยาเสพติด (ระบุ ใคร).....
- ☐ มีพฤติกรรม จำหน่ายยาเสพติด (ระบุ ใคร).....

ด้านอบายมุข/ศีลธรรม/จริยธรรม

- ☐ มีพฤติกรรม เล่นการพนัน (ระบุ ใคร).....
- ☐ ชอบโกหก (ระบุ ใคร).....
- ☐ มีพฤติกรรมเที่ยวเตร่ (ระบุ ใคร).....
- ☐ มีพฤติกรรมการลักขโมย (ระบุ ใคร).....
- ☐ มีพฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน (ระบุ ใคร).....

ด้านการใช้ความรุนแรง

- ☐ มีพฤติกรรมทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น (ระบุ ใคร).....
- ☐ ใช้ความรุนแรง (ระบุ ใคร).....
- ☐ ชอบใช้อารมณ์ (ระบุ ใคร).....
- ☐ เป็นผู้มีอิทธิพล แสดงความเป็นนักเลง (ระบุ ใคร).....

ด้านการประพฤติผิดกฎหมาย

- ☐ บุคคลในครอบครัวที่มีพฤติกรรม เคยถูกดำเนินคดี/จำคุก (ระบุใคร คดีอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร)

.....

.....

๓. ความผูกพันกับครอบครัว

๓.๑ ความคิดเห็นของเด็กและเยาวชนที่มีต่อบิดา / มารดา / ผู้ปกครองมีลักษณะนิสัย / ปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นในครอบครัวและต่อเด็กและเยาวชนอย่างไร

.....

.....

.....

มีความรู้สึกดีต่อบิดา เรื่อง.....

ไม่ดี เรื่อง.....

มีความรู้สึกดีต่อมารดา เรื่อง.....

ไม่ดี เรื่อง.....

มีความรู้สึกดีต่อผู้ปกครอง เรื่อง.....

ไม่ดี เรื่อง.....

มีความรู้สึกดีต่อพี่/น้อง เรื่อง.....

ไม่ดี เรื่อง.....

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตามความรู้สึกของเยาวชน ☐อบอุ่น ☐ไม่อบอุ่น

๓.๒ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา/ผู้ปกครอง

เด็ก/เยาวชนอยู่ในความดูแลของ (ระบุ).....

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา - มารดา ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา - มารดาเลี้ยง ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างมารดา - บิดาเลี้ยง ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา - มารดา กับเยาวชน ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนกับบิดา ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนกับบิดาเลี้ยง ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนกับมารดา ☐ดีมาก ☐ดี ☐ปานกลาง ☐ค่อนข้างไม่ดี ☐ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนกับมารดาเลี้ยง ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ค่อนข้างไม่ดี ☐ ไม่ดี.....

ความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนกับผู้ปกครอง ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ค่อนข้างไม่ดี ☐ ไม่ดี

๓.๓ ความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนกับพี่น้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ค่อนข้างไม่ดี ☐ ไม่ดี

๓.๔ การรับรู้ความคาดหวังของบิดา - มารดา

☐ เด็ก/ เยาวชนทราบว่าบิดามารดามีความคาดหวังในตัวเยาวชน ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าทราบในเรื่อง.....

และเยาวชนสามารถทำตามความคาดหวังนั้น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ เพราะ.....

☐ เด็ก/ เยาวชนไม่ทราบ เนื่องจาก.....

☐ เยาวชนสามารถพัฒนาหรือปรับปรุงตัวเองเพื่อให้บิดามารดาสมหวัง ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

เพราะ.....

☐ เยาวชนทราบว่าบิดามารดาห่วงใยในตัวเยาวชน เรื่อง.....

☐ เยาวชนสามารถพัฒนาหรือปรับปรุงตัวเองเพื่อให้บิดามารดาลดความห่วงใย ☐ ได้ ☐ ไม่ได้เพราะเพราะ

☐ ความคาดหวังของเด็ก/เยาวชนที่มีต่อครอบครัวหรือผู้ปกครอง

๔. การปฏิบัติภายในกระบี่

☐ปฏิบัติตัวได้ดี

☐มีปัญหาเล็กน้อย

☐มีปัญหารุนแรง

๕. ประวัติพฤติกรรมวัยเด็ก

☐อารมณ์เสีย ขี้รำคาญ โกรธง่าย

☐เจ้าคิดเจ้าแค้น

☐ชอบโต้เถียง

☐ไม่ยอมทำตามกฎเกณฑ์ที่ผู้ใหญ่วางไว้

☐จงใจก่อวุ่นหรือแกล้งคนอื่นจนถูกลงโทษ

☐พูดโกหก

☐มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด

☐ลักขโมย

☐ชน อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ

☐ไม่ปรากฏ

☐อื่นๆ.....

๖. ลักษณะนิสัยและพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน

☐เรียบร้อย

☐เจ็บขี้มึน

☐สนุกสนาน ร่าเริง

☐ใจเย็น

☐ใจร้อน / วุ่นวาย/หงุดหงิดง่าย

☐ขี้ใจน้อย

☐พูดจาสุภาพ

☐พูดจาโผงผาง

☐พูดจาหยาบคาย

☐เชื่องง่าย

☐มั่นใจในตนเองสูง

☐ขาดความมั่นใจในตนเอง

☐เอาแต่ใจตนเอง

☐จิตใจดี / มีน้ำใจ

☐เห็นแก่ตัว

☐ชอบเก็บตัว

☐มีความรับผิดชอบ

☐ไม่มีความรับผิดชอบ

☐มักสร้างความลำบากใจให้กับบุคคลรอบข้าง

☐ชอบใช้ความรุนแรง

☐ชอบรังแกสัตว์

☐มีความคิดเป็นผู้ใหญ่เกินตัว

☐เรียกร้องความสนใจ

☐แสดงออกทางสีหน้าเมื่อไม่พอใจ

☐ชอบเที่ยวเตร่ในเวลากลางวัน

☐ชอบเที่ยวเตร่ในเวลากลางคืน

☐ชอบอยู่บ้าน

☐ชอบฟังผู้ใหญ่

☐ชอบโต้เถียงผู้ใหญ่

☐ดื้อรั้น

☐ขับซัดด้วยความเร็ว

☐ชอบตกแต่งรถ

☐ชอบแข่งรถ

☐ขับซัดเล่น

☐ฟังเพลงเสียงดัง

☐เล่นการพนัน

☐ชอบเล่นกับเด็กวัยเดียวกัน

☐ชอบเล่นกับเด็กที่เล็กกว่า

☐ชอบเล่นกับคนที่มีอายุมากกว่า

☐ค้างคืนที่อื่น

☐กลับบ้านดึก

☐เคยหนีออกจากบ้าน

☐อื่น ๆ

ข้อดี/จุดเด่น ของเด็ก/เยาวชน.....

๗. พฤติกรรมการเรียน

☐เคยเรียนตกซ้ำชั้น

☐เคยถูกพักการเรียน

☐เคยย้ายโรงเรียนบ่อยๆเนื่องจากมีปัญหาการเรียน

☐เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน

☐ไม่ปรากฏ

☐อื่นๆ.....

๘. ด้านเพศทั่วไป

- ☐ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
- ☐ เคยมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรกเมื่ออายุ..... ปี กับใคร..... เพศ..... มีการป้องกันโรคหรือไม่.....
- ☐ มีพฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน..... ☐ เคยมีพฤติกรรมการโหม
- ☐ มีสามี / ภรรยา ☐ มีบุตรด้วยกัน จำนวน..... คน เพศ..... ☐ ไม่มีบุตรด้วยกัน

๙. การคบเพื่อนที่มีความประพฤติไม่เหมาะสม

- ☐ การคบเพื่อนที่กระทำผิดกฎหมายหรือมีความประพฤติไม่เหมาะสม ☐ มี ☐ ไม่มี
- ☐ ความถี่ของการคบค้าสมาคม สัปดาห์ละ..... วัน
- ☐ ระยะเวลาที่คบค้าสมาคม..... วัน..... เดือน..... ปี
- ☐ การคบหากับเพื่อนที่มีความประพฤติเสียหายในระยะต้นของชีวิต (ช่วงอายุก่อน ๑๓ ปี)
☐ มี ☐ ไม่มี
- ☐ ความสนิทสนม ความใกล้ชิดในการคบค้าสมาคม
 - ☐ เยาวชนอยู่กับกลุ่มเพื่อนเป็นระยะเวลานาน..... ชั่วโมงต่อวัน
 - ☐ เยาวชนอาศัยอยู่กับเพื่อน
- ☐ การคบเพื่อนที่มีลักษณะเป็นกลุ่มแก๊งค์
 - ☐ มี (.....) ร่วมกันเสพยาเสพติด (.....) ร่วมกันจำหน่ายยาเสพติด (.....) ร่วมกันเล่นการพนัน
 - (.....) ร่วมกันแข่งรถ (.....) ร่วมกันเล่นตุ๊กแกมส์
 - (.....) อื่นๆ (ระบุ).....
- ☐ ไม่มี

๑๐. สังคมและสภาพแวดล้อมของแหล่งที่พักอาศัยที่เอื้อต่อการกระทำผิด

- ☐ เป็นแหล่งยาเสพติด.....
- ☐ เป็นแหล่งอบายมุข.....
- ☐ เป็นแหล่งมั่วสุม.....
- ☐ มีสภาพเป็นชุมชนแออัด/ความหนาแน่นของชุมชน.....
- ☐ มีเพื่อนบ้านที่ด้อยโอกาส.....
- ☐ เป็นชุมชนที่นิยมใช้ความรุนแรง.....
- ☐ เจ้าหน้าที่ของรัฐมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระทำผิดกฎหมาย.....
- ☐ ขาดการควบคุมทางสังคม.....
- ☐ ขาดการเฝ้าระวังสิ่งผิดกฎหมายในชุมชน.....
- ☐ การเข้าถึงสิ่งผิดกฎหมายได้โดยง่ายในชุมชน.....
- ☐ ขาดการร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน.....
- ☐ ความผูกพันกับชุมชน.....
- ☐ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชน.....
- ☐ การยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน.....

- ☐ ไม่มีลานกิจกรรม เช่นลานดนตรี กีฬา.....
- ☐ การย้ายถิ่นฐานของชุมชน.....
- ☐ อื่น ๆ.....

๑๑.รายละเอียดเกี่ยวกับวันที่เกิดเหตุ / สาเหตุของการถูกจับกุมในครั้งนี้

.....

.....

๑๒.ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....เด็ก/เยาวชน

(.....)

วันที่สัมภาษณ์.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่สัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง
(สำหรับสถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ)

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

ของเด็กหรือเยาวชนชื่อ.....เลขคดี.....คดี.....

ที่อยู่.....

อาชีพ.....รายได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

ปัจจุบันเด็กหรือเยาวชนอาศัยอยู่กับ.....

สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย.....

ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา

การฝากครรภ์

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่ได้ฝากครรภ์ ☐ ฝากครรภ์ที่.....เมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (ความดันเลือดสูง เลือดออก น้ำคร่ำแตกก่อน เด็กไม่ดิ้น ฯลฯ)

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

การใช้ยา/สารเสพติดช่วงตั้งครรภ์

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

สุขภาพจิตมารดาระหว่างตั้งครรภ์

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ดีมาก ☐ ปกติ ☐ ไม่ดี เนื่องจาก.....

ประวัติการคลอดของมารดา

ช่วงการคลอด ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

ภาวะเด็กหลังคลอด ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

น้ำหนักเด็กแรกคลอด ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ น้ำหนัก.....กรัม

ประวัติสุขภาพของเด็ก/เยาวชน

ประวัติการชัก ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

อุบัติเหตุรุนแรง ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

โรคประจำตัว ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

บทพ้องทางร่างกาย ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
 การผ่าตัด ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
 มียาทานประจำ ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
 การแพ้ยา ☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... (ระบุ
 รายละเอียดเพิ่มเติม).....

ครอบครัว/ญาติพี่น้องใกล้ชิด มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช

☐ ไม่มีข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การอบรมเลี้ยงดู

- ด้านความประพฤติ.....

- ลักษณะการเลี้ยงดู.....

- ความสัมพันธ์ของเด็ก/เยาวชนกับสมาชิกในครอบครัว.....

- พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว.....

- ประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว.....

ความรู้สึกเกี่ยวกับเยาวชน

- พฤติกรรมการเรียน.....

- ผลการเรียน.....

- ปัญหาการเรียน.....

- ปัญหาพฤติกรรม.....

- กิจกรรมประจำวัน.....

- การใช้เวลาว่าง / งานอดิเรก.....

- ด้านการคบเพื่อน.....

- ความรับผิดชอบ.....

- ความซื่อสัตย์ / ไว้วางใจ.....

- ด้านยาเสพติด.....

- ด้านครอบครัว / สิ่งแวดล้อม.....

ความรู้สึกต่อการกระทำผิดของเยาวชน.....

ความคิดเห็นในการวางแผนอนาคตภายหลังปล่อย.....

ความเสี่ยงและโอกาสในการกระทำผิดซ้ำของเยาวชน.....

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์.....

ลงชื่อ..... นักสังคมสงเคราะห์

(.....)

วันที่.....

สถานพินิจ/ศูนย์ฝึกและอบรม

ชื่อ - นามสกุล เด็ก/เยาวชน นาย.....อายุปี.....เดือน.....วัน
 วัน/เดือน/ปี ที่รับตัวเข้าสถานควบคุม.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 คดี.....

๑. สภาวะสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ไม่พบปัญหา

๑.๑ ปัญหาสภาวะสุขภาพกาย

- ๑.๑.๑ ☐ ป่วยเป็นโรคติดต่อ ระบุ.....
 ๑.๑.๒ ☐ มีโรคประจำตัว ระบุ.....
 ๑.๑.๓ ☐ อาการบาดเจ็บที่พบเห็นตั้งแต่วันรับตัว ระบุ.....
 ๑.๑.๔ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน
 ๑.๑.๕ ☐ ร่องรอยการถูกทำร้าย ระบุ.....
 ๑.๑.๖ ☐ แพ้ยา ระบุ.....
 ๑.๑.๗ ☐ แพ้อาหาร ระบุ.....

๑.๒ ลักษณะที่ง่ายต่อการถูกรังแก/ข่มเหง ☐ ไม่พบปัญหา

- ๑.๒.๑ ☐ อายุอยู่ในช่วง ๑๐ - ๑๒ ปี
 ๑.๒.๒ ☐ มีคู่อริในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนทำให้เด็ก / เยาวชนเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย
 ระบุชื่อ.....
 ๑.๒.๓ ☐ รูปร่างเล็ก
 ๑.๒.๔ ☐ มีลักษณะเปียงเบนทางเพศ
 ๑.๒.๕ ☐ เด็กหรือเยาวชนต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้
 ๑.๒.๖ ☐ มีอาการ ที่สงสัยว่ามีปัญหาทางจิต
 ๑.๒.๗ ☐ มีอาการ ที่สงสัยว่ามีปัญหาทางสติปัญญา
 ๑.๒.๘ ☐ มีอาการ ที่สงสัยว่ามีปัญหาทางการสื่อสาร
 ๑.๒.๙ ☐ พิกัด/ไม่สมประกอบระบุ.....
 ๑.๒.๑๐ ☐ อยู่ในสภาวะมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา/สารเสพติด (ม้ามาย*)

๒. การเป็นภัยต่อเด็ก / เยาวชนอื่น (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ไม่พบปัญหา

- ๒.๑ ☐ คดีที่ถูกพิพากษาให้ฝึกอบรมในครั้งนี้และคดีที่เคยถูกดำเนินคดีอยู่ในฐานความผิดที่มีการใช้กำลังประทุษร้าย หรือ มี / ใช้อาวุธหรือเป็นคดีอุกฉกรรจ์ สะท้อนขวัญรุนแรง
 ๒.๒ ☐ มีประวัติการใช้กำลังประทุษร้ายในสถานควบคุม/โรงเรียนประจำหรือสถานที่อื่นที่มีลักษณะเดียวกัน
 ๒.๓ ☐ มีคู่อริที่เด็ก/เยาวชนมีแนวโน้มจะไปทำร้ายร่างกายอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน
 ๒.๔ ☐ มีลักษณะการแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่
 ๒.๔.๑ ☐ พูดเสียงดังเอะอะโวยวาย/ด่าว่า/ข่มขู่
 ๒.๔.๒ ☐ ทำลายข้าวของ/ขว้างปาข้าวของ
 ๒.๔.๓ ☐ ทำทางไม่เป็นมิตร/หวาดระแวง/อยู่ไม่นิ่งกระวนกระวาย
 ๒.๔.๔ ☐ อยู่ในสภาวะมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา/สารเสพติด (ม้ามืด**)
 ๒.๕ ☐ มีประวัติการประพฤติผิดระเบียบของสถานแรกรับเด็กและเยาวชนได้แก่
 ๒.๕.๑ ☐ การใช้กำลังประทุษร้ายผู้อื่น
 ๒.๕.๒ ☐ การมีเพศสัมพันธ์

๓. การเป็นภัยต่อตนเอง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ไม่พบปัญหา

๓.๑ ☐ อยู่ในภาวะรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ ท้อถอยในชีวิตร่วมกับการมีความคิดทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา

๓.๒ ☐ มีประวัติการทำร้ายตนเองในช่วง ๑ ปี ที่ผ่านมา เช่น มีร่องรอยบาดแผลแสดงถึงการทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธี ระบุ.....

๓.๓ ☐ เคยมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง ๑ ปี ที่ผ่านมา

๓.๔ ☐ เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วง ๑ ปี ที่ผ่านมาด้วยวิธี ระบุ.....

๓.๕ ☐ ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น ใช้ศัสตราวุธ

๔. การหลบหนีจากสถานควบคุม (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ไม่พบปัญหา

๔.๑ ☐ มีประวัติการถูกดำเนินคดีตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป และเคยถูกพิพากษาให้ได้รับการฝึกอบรม จำนวน.....ครั้ง รวมระยะเวลาปี.....เดือน

๔.๒ ☐ มีประวัติการพยายามหลบหนีและ/หรือหลบหนีจากสถานควบคุม

๔.๓ ☐ มีระยะเวลาที่ศาลพิพากษาให้ฝึกอบรมในครั้งนี้ตั้งแต่ ๕ ปี ขึ้นไป

๔.๔ ☐ มีระยะเวลาที่ศาลพิพากษาให้ฝึกอบรมในครั้งนี้ตั้งแต่ ๓ ปี ขึ้นไป และคำพิพากษา มีการกำหนดเงื่อนไขในการฝึกอบรม ระบุ.....

๕. สรุปปัญหาที่พบ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ไม่พบปัญหา

๕.๑ ☐ สภาวะสุขภาพ ได้แก่

๕.๑.๑ ☐ ปัญหาสภาวะสุขภาพกาย ๕.๑.๒ ☐ ลักษณะที่ง่ายต่อการถูกรังแก/ข่มเหง

๕.๒ ☐ การเป็นภัยต่อเด็ก/เยาวชนอื่น

๕.๓ ☐ การเป็นภัยต่อตนเอง

๕.๔ ☐ การหลบหนีจากสถานควบคุม

๖. ผลการจำแนกเข้าหอนอน

๖.๑ ☐ หอนอนทั่วไป

๖.๔ ☐ หอนอนสำหรับเด็ก/เยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพ

๖.๒ ☐ ห้องแยกควบคุม

๖.๕ ☐ หอนอนที่มีความมั่นคงสูง

๖.๓ ☐ หอนอนสำหรับเด็ก/เยาวชนที่ง่ายต่อการถูกรังแก

๗. ระดับการควบคุมดูแล

๗.๑ ☐ ระดับปกติ

๗.๒ ☐ ระดับดูแลพิเศษส่งต่อ.....เพื่อให้การดูแลเป็นกรณีพิเศษ

๗.๓ ☐ ระดับเข้มงวด โดย ☐ ประเมินพฤติกรรมซ้ำทุก.....สัปดาห์/เดือน

☐ เพิ่มการสอดส่องและเฝ้าระวัง โดย

☐ จัดให้อยู่บริเวณหน้าหอนอน ☐ ส่งข้อมูลแก่พนักงานพินิจ/นักวิชาชีพอื่น

☐ จัดเด็ก/เยาวชนพี่เลี้ยงดูแล ☐ มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบพิเศษ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๘. ข้อสังเกตเพิ่มเติมในการดูแล.....

หมายเหตุ *ฆ่าตาย หมายถึง อาการของเด็กหรือเยาวชนเมื่อฤทธิ์ยาหมดลงผู้เสพจะมีอาการอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ระบบสั่งการทางสมองทำงานช้าลง การตัดสินใจช้าและเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงขึ้นได้

**มัดดีด หมายถึง เด็กหรือเยาวชนมีอาการประสาทหลอน เกิดภาพลวงตา วิดกกังวล หวาดระแวง เสียสติ คลุ้มคลั่งเป็นบ้าจนสามารถทำร้ายผู้อื่นและตนเองได้

๙. รอยสัก / ตำหนิ / แผลเป็น ☐ ไม่มีรอยสัก / ตำหนิ / แผลเป็น บนร่างกาย

๙.๑ ☐ มีรอยสัก ระบุ.....

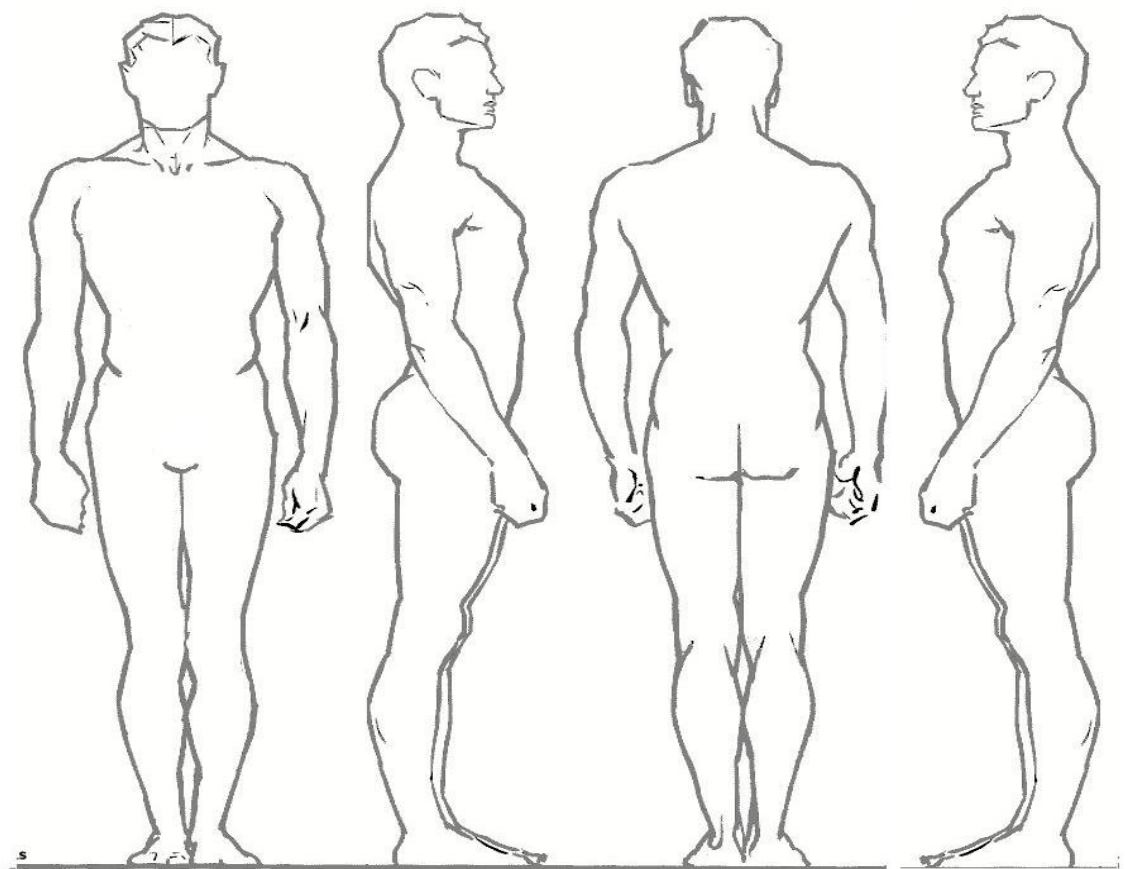
๙.๒ ☐ มีตำหนิ/แผลเป็น ระบุ.....

๙.๓ ☐ มีการเจาะ ระบุ.....

๙.๔ ☐ มีการฝัง ระบุ.....

โปรดทำเครื่องหมายต่อไปนี้ในภาพด้านล่าง

○ = รอยสัก □ = ตำหนิ/แผลเป็น △ = เจาะ ⊗ = ฝัง



๑๐. รูปพรรณ สันฐาน

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร รูปร่าง.....

สีผิว..... สีตา..... สีผม.....

รอยตำหนิที่สังเกตเห็นได้..... ความพิการ.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่/...../.....

บันทึกการตรวจร่างกายเด็กและเยาวชน(สำหรับพ่อแม่บ้าน)

ครั้งที่	ว/ด/ป (วันที่ตรวจ)	ผลการตรวจ	ลงชื่อผู้ตรวจ (พ่อแม่บ้าน)	ลงชื่อ เยาวชน	หมายเหตุ

แผนที่บ้าน



ที่ ยธ ๐๖๐๒๐/

สถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯ.....

ที่อยู่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขอส่งเด็ก/เยาวชนเข้ารับการตรวจวินิจฉัย/บำบัดรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด/โรงพยาบาลจิตเวชในเขตพื้นที่บริการกรมสุขภาพจิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคัดกรองภาวะจิตเวชฉุกเฉิน (ถ้ามี)

๒. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) (ถ้ามี)

๓. รายงานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก(จว.๐๓) (ถ้ามี)

๔. รายงานด้านสังคมสงเคราะห์ (สค.๐๓) (ถ้ามี)

๕. ใบตรวจรักษาจากโรงพยาบาล..... (ถ้ามี)

๖. แบบส่งต่อข้อมูลสุขภาพกาย/จิตของเด็กและเยาวชน

ด้วยเยาวชนชื่อ.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

.....เป็นเยาวชนในสถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯ.....

มีอาการ.....

.....

ในการนี้ สถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯ..... จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์
ท่านในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาพร้อมขอให้ทางโรงพยาบาลแจ้งผลตรวจวินิจฉัย แผนการบำบัดรักษา และ
ผลการบำบัดรักษา เพื่อจักได้ดำเนินการต่อในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงาน.....(ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบ)

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

แบบส่งต่อข้อมูลสุขภาพกาย/จิตของเด็กและเยาวชน

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลเด็กหรือเยาวชน.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-สกุลญาติหรือบุคคลอื่นที่ติดต่อได้จริง.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

๒. ประวัติสุขภาพกาย/จิต

สุขภาพ.....

.....

พฤติกรรม/อารมณ์/จิตเวช.....

.....

๓. ผลการตรวจ (ถ้ามี)

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา.....

ผลการตรวจสุขภาพ (ตรวจร่างกาย/ตรวจเลือด).....

.....

๔. การวินิจฉัย (กายและจิต) และประเด็นปัญหาสำคัญ

.....

.....

๕. การดูแลช่วยเหลือของสถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯ

ยาปัจจุบัน.....

การให้คำปรึกษา/จิตบำบัด/พฤติกรรมบำบัด ระบุ.....

การฟื้นฟูทางการศึกษา/อาชีพ ระบุ.....

การช่วยเหลือทางสังคมระบุ.....

อื่นๆ.....

๖. แผนการดูแลต่อไป

การรักษา ☐ ติดตามการรักษา

☐ กินยาต่อเนื่อง

ครอบครัว ติดตามเรื่อง.....

ข้อจำกัด.....

การเรียนรู้/อาชีพ.....

การส่งเสริมความถนัด/ความสนใจของเด็กหรือเยาวชน.....

สิทธิการรักษา.....

โอกาสของการกระทำผิดซ้ำ.....

๗. หมายเหตุ ☐ ญาติยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาต่อไป ☐ ไม่ต้องการให้ชุมชนรู้ข้อมูล

ลงชื่อ..... นักสังคมสงเคราะห์

(.....)

หมายเลขโทรศัพท์.....

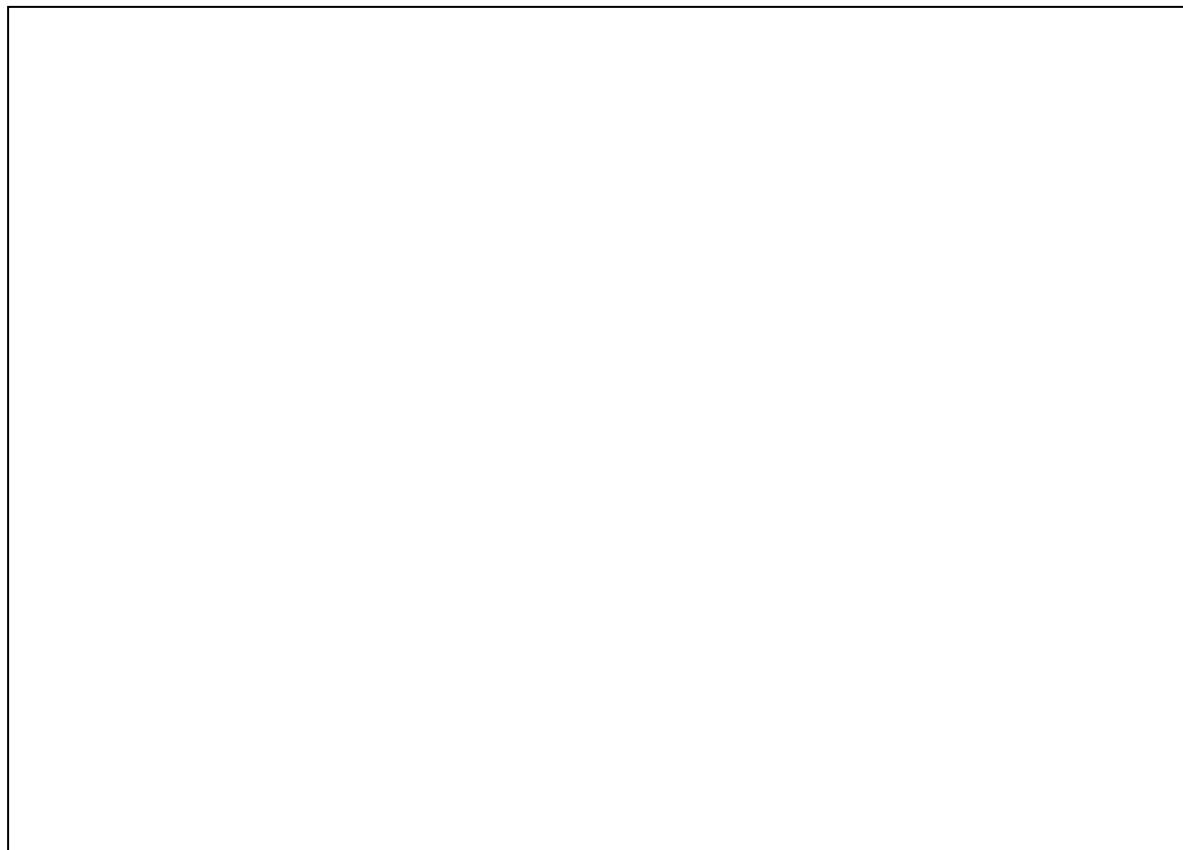
วันที่.....

แผนที่บ้านของ.....เด็ก/เยาวชน

บ้านเลขที่.....

.....
ลักษณะบ้านพอสังเขป.....

.....





ที่ ยธ ๐๖๐๒๐ /

สถานพินิจฯ / ศูนย์ฝึกฯ.....

ที่อยู่.....

.....

..... เดือน..... ๒๕.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการประสานการประเมินครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบตรวจรักษาจาก.....

๒. แบบฟอร์มแจ้งผลการประเมินสภาพครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ด้วยสถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯ.....ได้รับตัวเด็ก/เยาวชน

ชื่อ.....อายุ.....ปี ไว้ในความควบคุมดูแลเมื่อวันที่.....

และมีกำหนดวันรับฟังการพิจารณาคดี/ปล่อยตัว ในวันที่..... ซึ่งเด็กและเยาวชนดังกล่าว

มีผลวินิจฉัยจากแพทย์ว่า.....

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเด็ก/เยาวชน กลับคืนสู่ครอบครัว สถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯ

.....ขอความร่วมมือมายังผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในหน่วยงานของท่าน

หรือประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชน และให้ความรู้

เรื่องโรค การรักษา และการดูแลเด็กและเยาวชนหากผลการเตรียมครอบครัวและชุมชนเป็นประการใด ขอได้โปรด

แจ้งกลับตามแบบฟอร์มที่ส่งมาด้วย เพื่อสถานพินิจ/ศูนย์ฝึกฯจะได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการสถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกฯ.....

กลุ่มงาน.....(ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบ)

โทรศัพท์

โทรสาร

แบบฟอร์มแจ้งกลับผลการประเมินสภาพครอบครัวเด็กหรือเยาวชน

ชื่อ - สกุล.....

ที่อยู่.....

วันที่ลงพื้นที่

● ผลการเตรียมครอบครัว

ได้พบญาติ/สมาชิก คือ

ญาติมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวช / ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้ และสุขภาพจิตของญาติหรือผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ มีกำลังใจดี เข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย

☐ รู้สึกเบื่อ แต่ยังดูแลได้

☐ ทุกข์ทรมานใจมาก

☐ มีปัญหาสุขภาพ มีโรคประจำตัว ได้แก่

☐ มีปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ

ญาติเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ป่วยเรื้อรัง และพร้อมที่จะดูแลหรือไม่ อย่างไร

● ญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่างไร

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและแนวทางการช่วยเหลือ

● การยอมรับของเพื่อนบ้านและชุมชน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ยอมรับ สงสาร ให้การช่วยเหลือ

☐ ไม่ยอมรับ กลัว รังเกียจ ล้อเลียน สาเหตุเกิดจาก

☐ เฉยๆ ไม่เกี่ยวข้อง งามาสนใจ

ชุมชนมีเจตคติและความพร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

● ปัญหา อุปสรรคที่พบและแนวทางการช่วยเหลือของโรงพยาบาล

ผู้แจ้งผล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... โทรศัพท์

วันที่แจ้งข้อมูล

กลุ่มงาน.....(ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบ)

โทรศัพท์

โทรสาร

รายนามผู้จัดทำ

“คู่มือการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนจิตเวช
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน”

๑. นางสาวโรจนา วิโรจน์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๒. นางสาวชนิดา วิชัยคำ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
๓. นางสาวฉัตรณี ศิลากุล	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
๔. นายสิทธิชัย สว่างแก้ว	นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๕. นายมารุต แก้วอินทร์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
๖. นางสาวจารุณี แซ่ตั้ง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
๗. นางสาวธรรดา ภิรมย์สาร	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
๘. นายไชยวัฒน์ อิงไธสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๙. นางสาวบุญฉัตร อินทะเสวก	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๑๐. นางสาวมินตรา มีมุข	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
๑๑. นางสาวพรพิมล มณีนวล	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
๑๒. นางสาวฐิตาพร ดอนอินผล	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
๑๓. นางสาวศิริพร มาชีว	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ
๑๔. นายศรัณย์ภัทร ไชยพิศ	นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพปฏิบัติการ
๑๕. นางพิจิตรพรรณ ธาธิ์เจริญวัฒน์	นักจิตวิทยา
๑๖. นางสาวธัญวดี ทักษณลิขิต	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน



คู่มือการดูแลแก้ไขบำบัดฟื้นฟู
เด็กและเยาวชนจิตเวช
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน