

# การรังแกในเด็กและวัยรุ่น

(Bullying in children and adolescents)

ร.อ.หญิง พญ.เขมิกา เขมะกนก สุนทาวา

รศ.นพ.วีระศักดิ์ ชลไชยะ

ผศ.พญ.จริญญา ทะรักษา

การรังแก (bullying) เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และพบได้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันโดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน มีงานวิจัยมากมายที่ระบุถึงผลเสียของปัญหาการรังแกกันทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น กุมารแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญเพื่อป้องกัน จัดการปัญหา และดูแลช่วยเหลือเด็กที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกันให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

การรังแกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรูปแบบหนึ่ง ที่ผู้รังแกตั้งใจกระทำให้ผู้ถูกรังแกมีความเจ็บปวด หรือรู้สึกไม่สบายทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ ผู้รังแกจะมีอำนาจที่เหนือกว่าผู้ถูกรังแกอย่างชัดเจน เช่น ตัวใหญ่กว่า หรือโดยการรับรู้ของทั้ง 2 ฝ่ายก็ได้ เช่น ฐานะทางสังคมดีกว่า โดยผู้ถูกรังแกจะรู้สึกอ่อนแอกว่า และไม่สามารถต่อสู้หรือตอบโต้ได้ และเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นซ้ำได้อีกในอนาคต<sup>1</sup>

## รูปแบบของการรังแก แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่<sup>2</sup>

### 1. การรังแกแบบดั้งเดิม (traditional bullying) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) การรังแกโดยตรง (direct bullying) คือ พฤติกรรมการรังแกที่ทำต่อหน้าอย่างชัดเจนและเปิดเผย ได้แก่ การรังแกทางร่างกาย เช่น การทำร้ายร่างกาย แหยงของ เป็นต้น และการรังแกทางวาจา เช่น การพูดคำหยาบคาย พูดข่มขู่ คุกคาม ล้อเลียน เป็นต้น

2) การรังแกทางอ้อม (indirect bullying) คือพฤติกรรมการรังแกทางสังคมหรือความสัมพันธ์ ได้แก่ การกีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม การเพิกเฉย การพูดลับหลังให้เกิดความเสื่อมเสียและอับอาย เป็นต้น

2. การรังแกในโลกไซเบอร์ (cyberbullying) เป็นการรังแกรูปแบบใหม่ที่กระทำผ่านในโลกไซเบอร์หรือโลกออนไลน์ ซึ่งสามารถแพร่หลายได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว และหาตัวผู้รังแกได้ยาก เช่น การปล่อยข่าวลือ ว่าร้าย การแชร์ข้อมูลหรือภาพเพื่อให้เกิดความเสียหาย เป็นต้น

การรังแกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก โดยพบว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 10-20<sup>1</sup> การศึกษาในเด็กวัยเรียนในประเทศไทย<sup>3-4</sup> พบกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกถึงร้อยละ 36.5-58.3 กลุ่มผู้ถูกรังแกร้อยละ

23.4-33.4 และกลุ่มผู้รังแกผู้อื่นร้อยละ 4.2-6.1 การรังแกแบบดั้งเดิมนั้นเริ่มพบได้ตั้งแต่ระดับอนุบาล โดยพบมากที่สุดในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้นหรือวัยรุ่นตอนต้น และจะค่อย ๆ ลดลงในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือเข้าวัยผู้ใหญ่ แต่อาจพบการรังแกในโลกไซเบอร์ที่มากขึ้นได้ โดยการรังแกโดยตรงนั้นพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ส่วนการรังแกทางอ้อมนั้นพบในเด็กหญิงมากกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างกันกับเด็กชายเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนกลางแล้ว การรังแกแบบดั้งเดิมนั้นมักเกิดที่โรงเรียน บริเวณสนามเด็กเล่นหรือทางเดินในช่วงเวลาพัก ส่วนการรังแกในโลกไซเบอร์นั้นสามารถเกิดได้ทุกที่และทุกเวลา<sup>5-6</sup>

## ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รังแก<sup>2,5</sup>

1. **ผู้รังแก (bullies)** อาจเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก การขาดทักษะทางสังคมที่ดี การขาดความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ความต้องการในการควบคุม และเป็นผู้มีสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่าผู้อื่น โดยพฤติกรรมการรังแกอาจทำให้ผู้รังแกได้เป็นผู้นำของกลุ่ม และมีเพื่อนเข้าไปอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ถึงแม้เพื่อนอาจไม่ชอบพฤติกรรมดังกล่าว เนื่องจากเพื่อนต้องการสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่า หรือเพื่อความปลอดภัยของตนเอง หรือผู้รังแกนั้นอาจได้รับความสนใจจากผู้อื่น โดยคนที่เห็นเหตุการณ์อาจหัวเราะยิ้ม และมักไม่มีใครกล้าเข้าไปขัดขวาง จึงเป็นการส่งเสริมทำให้เด็กมีพฤติกรรมรังแกมากขึ้น และอาจพบโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคสมาธิสั้น โรคซึมเศร้า และโรคต่อต้าน เป็นต้น

2. **ผู้ถูกรังแก (victims)** โดยเด็กที่ถูกรังแกมักเป็นเด็กที่มีลักษณะแตกต่างจากผู้อื่น เช่น พัฒนาการล่าช้า พิการ ตัวเล็ก อ้วน หรือมีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น โดยเฉพาะเด็กที่ถูกปฏิเสธจากกลุ่ม หรือมีเพื่อนน้อย โดยลักษณะของผู้ที่ถูกรังแกจะมี 2 แบบ ได้แก่

- 1) **ผู้ถูกรังแกแบบยอมจำนน (submissive victims)** เป็นกลุ่มที่มีกวิตกกังวล ซ้ำแล้ว อ่อนไหวง่าย ซึ่งจะตอบสนองต่อการถูกรังแกโดยการร้องไห้
- 2) **ผู้ถูกรังแกที่ก้าวร้าว (bully-victims, aggressive victims)** เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ซึ่งจะตอบสนองต่อการถูกรังแกโดยการต่อสู้หรือโต้ตอบกลับด้วยวิธีการที่รุนแรง ซึ่งในภายหลังอาจกลายเป็นผู้รังแกเสียเอง ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะมีผลกระทบตามมามากที่สุด
3. **ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์การรังแก (bystander)** เป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริม หรือช่วยหยุดพฤติกรรมการรังแกได้

## ผลกระทบของเหตุการณ์รังแก

การรังแก ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเรียน ต่อเด็กทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

1. **ผู้รังแก (bullies)** พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง ความคิดหรือการพยายามฆ่าตัวตาย การใช้ความรุนแรง การใช้สารเสพติด และปัญหาการเรียน เมื่อโตขึ้นมีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช การทำผิดกฎหมาย ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ปัญหาในการทำงาน และโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม<sup>2,7-9</sup>

2. **ผู้ถูกรังแก (victims)** พบว่ามีปัญหาขาดความนับถือตนเอง มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD) การทำร้ายตนเอง ความคิดหรือการพยายามฆ่าตัวตาย<sup>7-8</sup> มีปัญหาพฤติกรรมแสดงออกแบบก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าสารเสพติด<sup>10</sup> หรือมีอาการทางกายที่มีสาเหตุจากภาวะทางจิตใจ (psychosomatic symptom) เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น<sup>11</sup> มีปัญหานอนไม่หลับ นอนน้อย<sup>12</sup> และปัญหาการเรียน นอกจากนี้แล้วอาการดังกล่าวยังส่งผลต่อเนื่องไปจนมีปัญหาสุขภาพในระยะยาวซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียดที่เรื้อรัง<sup>7,9,13</sup>

3. **ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์การรังแก (bystander)** มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมแสดงออกแบบก้าวร้าว ผลการเรียนไม่ดี และมีความคิดฆ่าตัวตาย<sup>14</sup>

## กฎหมายไทยที่เกี่ยวกับการรังแก<sup>15,16</sup>

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิเด็กจากการถูกลั่นแกล้งรังแกกันโดยตรง แต่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรังแกที่ต้องนำมาใช้เพื่อการคุ้มครองสิทธิเด็กอยู่ 5 ฉบับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่มุ่งเน้นการคุ้มครองเด็กที่ถูกทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกาย เพศ จิตใจ และการปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้งเด็ก
2. พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553 ที่มุ่งเน้นการคุ้มครองสิทธิ สวัสดิภาพ และวิธีปฏิบัติต่อเด็ก เยาวชน สตรีและครอบครัว รวมถึงส่วนของกระบวนการพิจารณาคดีของศาลเยาวชนและครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก และอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ
3. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2560 เรื่องการกระทำความผิดเกี่ยวกับการทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ มาตรา 293, 295, 297 และ 391 และการกระทำความผิดเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท มาตรา 326, 328 และ 393 มีความผิดต้องระวางโทษจำคุก หรือปรับเงิน หรือทั้งจำทั้งปรับ
4. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พ.ศ. 2557 มาตรา 423 ที่กล่าวถึงการพูดหรือแพร่ข่าวที่ไม่เป็นความจริง ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงหรือเกียรติคุณของบุคคลอื่น มีความผิดต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทน

5. พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560 ที่บัญญัติว่าการเผยแพร่ข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่บิดเบือน ปลอมแปลงหรือเป็นเท็จ และข้อมูลลามก มีความผิดต้องระวางโทษจำคุก หรือปรับเงิน หรือทั้งจำทั้งปรับ

## บทบาทของกุมารแพทย์

กุมารแพทย์อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการรังแกกันในเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากเด็กอาจจะไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการรังแกกัน แต่อาจมาเพื่อการตรวจสุขภาพทั่วไป อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากการถูกรังแก หรือเด็กกลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกี่ยวข้องกับการรังแกกัน ดังนั้น กุมารแพทย์จึงมีหน้าที่ทั้งการเฝ้าระวังและคัดกรอง การประเมิน การป้องกัน และการรักษา โดยมีหลักการ ดังนี้

### การเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหา<sup>2,17-19</sup>

กุมารแพทย์มีบทบาทในการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาการรังแกในเด็กและวัยรุ่นทุกคน โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่มีลักษณะแตกต่างจากคนอื่นทางด้านกายภาพหรือพัฒนาการ เด็กที่มีอาการทางกายที่มีสาเหตุจากภาวะทางจิตใจ (psychosomatic symptom) เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์หรือโรคจิตเวช เป็นต้น การคัดกรองนอกจากจะทำให้กุมารแพทย์สามารถให้คำแนะนำแก่เด็กและครอบครัว เพื่อป้องกันและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหามาตั้งแต่ระยะแรกแล้ว ยังสามารถขยายการช่วยเหลือไปสู่เด็กคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กัน เช่น ผู้รังแกหรือผู้ที่ถูกรังแกคนอื่น ๆ ในโรงเรียน

แนวทางการคัดกรองปัญหาการรังแกในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่

1. กุมารแพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาการรังแกในเด็กวัยต่าง ๆ ว่ามีรูปแบบหรือลักษณะอย่างไร เพื่อให้ผู้ปกครองสังเกตอาการและพฤติกรรมของเด็ก และควรซักถามพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับความไม่สบายใจ การดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน การเผชิญปัญหาต่าง ๆ เช่น การถูกแกล้งหรือรังแก เป็นต้น
2. สังเกตพฤติกรรมเด็กและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครองทั้งในและนอกห้องตรวจ
3. การประเมินความเสี่ยงจากการสัมภาษณ์เด็ก เช่น “หนูอยู่โรงเรียนเป็นอย่างไรบ้าง” “หนูเข้ากันได้ดีกับเพื่อน ๆ ไหม” “หนูมีเรื่องไม่สบายใจที่โรงเรียนบ้างหรือเปล่า” “หนูเคยทะเลาะกับเพื่อนไหม” “หนูเคยถูกแกล้ง/ล้อเลียนหรือถูกรังแกที่โรงเรียนไหม” “หนูทำอะไรเวลาถูกแกล้ง” “หนูเคยเล่าให้ใครฟังเรื่องที่หนูถูกรังแกหรือเปล่า” เป็นต้น ในวัยรุ่น

สามารถใช้การประเมินด้านจิตสังคมโดยการถาม HEEDSSS (home environment, education and employment, eating, peer-related activities, drugs, sexuality, suicide/depression, safety) เพื่อการคัดกรองการรังแกและภาวะที่พบร่วมซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบหรือปัจจัยเสี่ยงของการถูกรังแกหรือการรังแกผู้อื่น

4. การประเมินความเสี่ยงจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง เช่น “เด็กมีปัญหาอะไรที่โรงเรียนไหม” “คุณครูเคยบอกว่าเด็กมีปัญหาอะไรที่โรงเรียนบ้างหรือเปล่า” “เด็กเคยบ่นให้ฟังเกี่ยวกับปัญหาที่โรงเรียนบ้างไหม” “คุณเคยสงสัยว่าเด็กถูกแกล้งหรือรังแกที่โรงเรียนบ้างไหม” และควรซักประวัติความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ปัญหาการเรียน อาการผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น
5. การใช้แบบคัดกรองปัญหาพฤติกรรมอารมณ์หรือปัญหาการรังแกกัน เช่น แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ) แบบคัดกรองปัญหาด้านจิตสังคมในเด็ก (Pediatric Symptom Checklist; PSQ) แบบคัดกรองปัญหาการรังแกกัน เป็นต้น

### การประเมินปัญหาการรังแก<sup>2,19,20</sup>

1. ประเมินความรุนแรงของปัญหา โดยถามรายละเอียดของการรังแก เช่น วิธีการ ความถี่ สถานที่ การแก้ไขหรือจัดการปัญหา การเล่าให้บุคคลอื่นรับรู้ เป็นต้น
2. ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้ที่ถูกรังแก ผู้รังแก และคนที่ร่วมอยู่ในเหตุการณ์การรังแก โดยประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ จิตใจ สังคม และการเรียน รวมถึงปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดร่วมได้<sup>7,8</sup>
3. หาสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรังแกกัน เช่น ความผิดปกติด้านร่างกาย ภาวะบกพร่องทางพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ หรือโรคทางจิตเวช ของทั้งเด็กที่ถูกรังแกและเด็กที่เป็นผู้รังแก
4. ประเมินครอบครัว เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู การจัดการกับปัญหา การสื่อสาร การใช้ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น
5. ประสานงานกับโรงเรียนเพื่อร่วมกันหาสาเหตุ แนวทางการแก้ไขและป้องกันปัญหา
6. ประเมินโรงเรียนและสิ่งแวดล้อม เช่น นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการรังแกในโรงเรียน ทักษะของครูและผู้บริหารโรงเรียนในการจัดการกับปัญหาทัศนคติของครู ผู้ปกครอง และเด็กนักเรียนที่มีต่อปัญหาการรังแก

7. พิจารณาปรึกษาจิตแพทย์กรณีที่มีการรังแกส่งผลกระทบต่อผู้ถูกรังแกและผู้รังแก หรือสงสัยว่าเด็กมีโรคจิตเวชร่วมด้วย

### การป้องกัน<sup>19-23</sup>

ในเวชปฏิบัติ กุมารแพทย์สามารถให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจปัญหา ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการรังแกกันในเด็กและวัยรุ่นต่อไป โดยมีแนวทางการให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ดังนี้

1. ส่งเสริมให้พ่อแม่เลี้ยงลูกเชิงบวก ให้เวลาที่มีคุณภาพกับลูกอย่างสม่ำเสมอ ชวนเด็กพูดคุยเรื่องชีวิตประจำวัน เพื่อน โรงเรียน กิจกรรมต่าง ๆ ที่เด็กสนใจ เปิดโอกาสให้เด็กได้พูดคุยระบายความรู้สึกและปรึกษาปัญหา
2. พ่อแม่และผู้ใหญ่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็กในการแก้ปัญหา ไม่ใช่ความรุนแรง ไม่พูดล้อเลียน ดุถูก ชมชู้ หรือกลั่นแกล้งรังแกคนอื่น
3. ส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นมีพัฒนาการตามวัยและเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) เพื่อให้เด็กสามารถสื่อสารอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของตนเองได้ สามารถเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนได้อย่างเหมาะสม
4. อธิบายให้พ่อแม่และเด็ก ตระหนักและเข้าใจว่าการรังแกเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ผิดกฎหมาย ไม่ควรมีใครที่ต้องถูกรังแก พ่อแม่ควรคุยให้เด็กทราบว่ากรังแกเป็นพฤติกรรมรุนแรงที่ทั้งพ่อแม่และสังคมไม่ยอมรับ การรังแกส่งผลกระทบต่อคนอื่นอย่างไรบ้าง
5. สอนให้วิเคราะห์หาสาเหตุหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสทำให้เกิดการรังแก เพื่อหาแนวทางการป้องกันและจัดการแก้ไขปัญหาดังแต่ระยะเริ่มต้น เช่น หลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง ไม่เอาของเล่นหรือของมีค่าไปโรงเรียน
6. สอนให้เด็กเคารพมุมมองทางความคิดและสิทธิของผู้อื่น ให้เด็กยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคลและปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม
7. สนับสนุนให้เด็กพูดคุย เล่าเรื่องเหตุการณ์การรังแกที่ตนเองประสบ อาจจะเป็นฐานะเป็นผู้ถูกรังแกหรือเป็นผู้ที่เห็นเหตุการณ์ก็ตาม โดยอาจจะเล่าให้พ่อแม่ ครู หรือผู้ใหญ่ที่เด็กไว้วางใจ

8. ฝึกทักษะการสื่อสาร การต่อรอง การแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การควบคุมตนเอง (self-control) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม การคิดบวก เป็นต้น
9. ใช้หลักการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ชื่นชมหรือให้รางวัลเมื่อเด็กมีน้ำใจ ช่วยเหลือผู้อื่น และลงโทษให้ได้รับผลของการกระทำหากเด็กทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ล้อเลียนหรือแกล้งเพื่อน โดยไม่ใช้วิธีลงโทษที่รุนแรงและติดตามพฤติกรรมเด็กอย่างต่อเนื่อง
10. แนะนำให้พ่อแม่สื่อสารและประสานงานกับโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

### การช่วยเหลือและแก้ไขปัญห<sup>19-24</sup>

เนื่องจากปัญหาการรังแกกันเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย คือ เด็กที่ถูกรังแก เด็กที่เป็นผู้รังแก เด็กที่เห็นเหตุการณ์ ผู้ปกครองของเด็กทั้ง 3 กลุ่ม และครู ซึ่งต้องได้รับการประเมินและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญห นอกจากนี้การทำงานกับโรงเรียนเป็นอีกบทบาทหนึ่งของกุมารแพทย์ที่จะช่วยลดปัญหาการรังแกในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการช่วยเหลือและแก้ไขปัญห ได้แก่

1. การประเมินและจัดการด้านความปลอดภัย ได้แก่ การประเมินความรุนแรงและผลกระทบของการรังแกกัน การรักษาอาการบาดเจ็บทางร่างกาย การบำบัดฟื้นฟูเพื่อแก้ไขปัญหทางอารมณ์และพฤติกรรม และประเมินว่าเข้าข่ายการถูกทารุณกรรมหรือมีปัญหทางกฎหมายร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งอาจจะต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือรายงานพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546
2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง ควรแจ้งให้ผู้ปกครองทราบข้อมูลของเหตุการณ์ และให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญห โดยประสานงานกับโรงเรียนในการเชิญให้ผู้ปกครองทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยและแก้ปัญหาร่วมกัน นอกจากนี้ควรให้การช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจแก่ผู้ปกครองด้วย
3. การให้คำปรึกษาแก่เด็กและวัยรุ่น เพื่อช่วยให้จัดการกับปัญหและช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจควบคู่กันไปด้วย ควรฝึกทักษะที่สำคัญต่าง ๆ ให้แก่เด็กและวัยรุ่น เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา การจัดการกับความเครียด การควบคุมอารมณ์ เป็นต้น
4. การประสานงานกับโรงเรียน โดยการจัดประชุมร่วมระหว่างแพทย์ ผู้ปกครอง และโรงเรียน เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน กุมารแพทย์อาจให้ความรู้แก่บุคคลากรที่โรงเรียนผ่านการ

อภิปรายกรณีศึกษา (case study) หรือให้คำแนะนำทางวิชาการเพื่อพัฒนาระบบโรงเรียนในการป้องกันและลดปัญหาการรังแกกัน

5. การปรึกษาและส่งต่อการรักษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ ในกรณีที่พบว่าเด็กมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย โรคพฤติกรรมเกรี้ยว พฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเองที่รุนแรง หรือมีการทารุณกรรมเด็ก

(อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเรื่อง “การกำกับดูแลสุขภาพเรื่องการรังแกกันในเด็กช่วงวัยต่าง ๆ คือ เด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น” ได้ในบทความแยก)

**มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบเพื่อลดปัญหาการรังแกกัน ( a whole school approach for anti-bullying program)<sup>19,20,25</sup>**

ข้อมูลจากงานวิจัยที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม (meta-analytic review) พบว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหาการรังแกกันโดยการพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบ (a whole school approach) และทำอย่างจริงจังต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะสามารถช่วยแก้ปัญหารังแกกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนกว่าการทำโครงการแบบแยกส่วน<sup>25</sup> กุมารแพทย์สามารถทำงานเชิงรุกร่วมกับโรงเรียนอย่างเป็นระบบเพื่อลดและป้องกันปัญหาการรังแกกันได้ โดยการให้ความรู้ทางวิชาการเรื่องปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการรังแกกันแก่ทั้งครู นักเรียน และผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ ช่วยปรับทัศนคติ อาจช่วยให้คำแนะนำในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างทักษะเชิงบวกที่สำคัญให้แก่นักเรียน และเป็นທີ່ปรึกษาในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน รวมถึงการรับส่งต่อเพื่อมาดูแลรักษาต่อในรายที่มีข้อบ่งชี้ (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในบทความเรื่อง “การพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบเพื่อลดปัญหาการรังแกกัน”)

## สรุป

ปัญหาการรังแกในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบบ่อยทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กุมารแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมิน และให้การช่วยเหลือในการป้องกันและแก้ไขปัญหา รวมถึงการทำงานเชิงรุกร่วมกับโรงเรียนอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยลดและป้องกันปัญหาการรังแกกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. Glew G, Rivara F, Feudtner C. Bullying: children hurting children. *Pediatr Rev.* 2000;21(6):183-9.
2. Shetgiri R. Bullying and victimization among children. *Adv Pediatr.* 2013;60(1):33-51.
3. ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, อลิสา วัชรสินธุ์. ความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้น เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2557;59(3):221-230.
4. ศุภรดา ชุมพาล, ทศนา ทวีคุณ. พฤติกรรมรังแกกันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2019;33(3):128-48.
5. Juvonen J, Graham S. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *Annu Rev Psychol.* 2014;65:159-85.
6. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016;25(2):235-42.
7. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry.* 2013;70(4):419-26.
8. Dobry Y, Braquehais MD, Sher L. Bullying, psychiatric pathology and suicidal behavior. *Int J Adolesc Med Health.* 2013;25(3):295-9.
9. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol. Sci.* 2013;24(10):1958-70.
10. Kelly EV, Newton NC, Stapinski LA, Slade T, Barrett EL, Conrod PJ, et al. Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Prev Med.* 2015;73:100-5.
11. Gini G, Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2013;132(4):720-9.
12. van Geel M, Goemans A, Vedder PH. The relation between peer victimization and sleeping problems: A meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2016;27:89-95.
13. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child.* 2015;100(9):879-85.
14. Evans CBR, Smokowski PR, Rose RA, Mercado MC, Marshall KJ. Cumulative Bullying Experiences, Adolescent Behavioral and Mental Health, and Academic Achievement: An Integrative Model of Perpetration, Victimization, and Bystander Behavior. *J Child Fam Stud.* 2018;28:2415-28.
15. เมธินี สุวรรณกิจ. มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการถูกกลั่นแกล้งในสังคมออนไลน์. *วารสารนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.* 2560;10(2):49-70.
16. พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2558 (22 พฤศจิกายน 2553), ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 127 ตอนที่ 72ก, หน้า 12.
17. Ilola AM, Lempinen L, Huttunen J, Sourander A. Bullying and victimisation are common in four-year-old children and are associated with somatic symptoms and conduct and peer problems. *Acta Paediatrica.* 2016;105:522-8.
18. Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician.* 2004;70(9):1723-8.
19. American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention. Policy statement-role of pediatrician in youth violence prevention. *Pediatrics.* 2009;124:393-402.
20. Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician.* 2018;97(3):187-92.
21. American Academy of Pediatrics. The Connected Kids: Safe, Strong, Secure Program. Bullying: Is not OK [Internet]. 2020 [cited 12 April 2020]. Available from: <https://patiented.solutions.aap.org/handout.aspx?gbsoid=166241>
22. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติสำหรับการดำเนินการป้องกันและการจัดการการรังแกกันในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด, 2561.

23. Milsom A, Gallo LL. Bullying in Middle Schools: Prevention and Intervention. *Middle School Journal*. 2006;37(3):12-9.
24. Carr-Gregg M, Manocha R. Bullying - effects, prevalence and strategies for detection. *Aust Fam Physician*. 2011;40(3):98-102.
25. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systemic and meta-analytic review. *J Exp Criminol*. 2011;7:27-56.