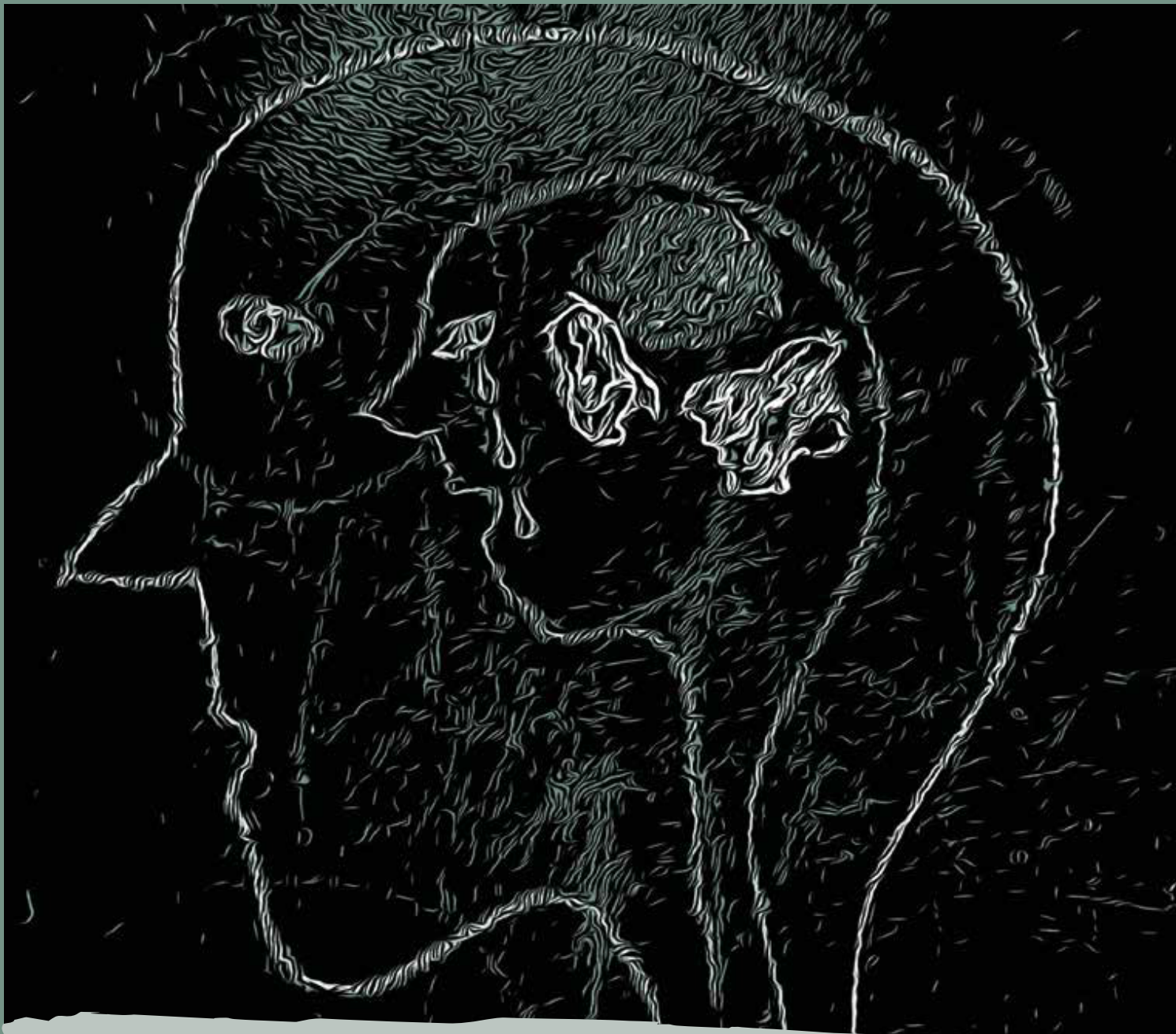




Child Rights
Coalition Asia

แผลเป็นที่มองไม่เห็นความรุนแรงทำร้าย สุขภาพจิตเด็กได้มากเพียงใด



รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อและในนามขององค์การสหประชาชาติ

แผลเป็นที่มองไม่เห็น
ความรุนแรงทำร้ายสุขภาพจิตเด็ก
ได้มากเพียงใด



Child Rights
Coalition Asia

กิตติกรรมประกาศ

The Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children ผู้จัดทำต้นฉบับภาษาอังกฤษขอแสดงความขอบคุณ Professor Ghizlane Benjelloun ผู้ทำการค้นคว้าวิจัยข้อมูลหลักและมีส่วนสำคัญยิ่งในการร่างเนื้อหาของรายงานฉบับนี้

The Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children ขอขอบคุณข้อเสนอแนะอันมีประโยชน์มากจาก Zelnab Hijazi (UNICEF NYHQ), Leslie Snider (MHPSS Collaborative ประเทศเดนมาร์ก) และ Natalie Drew, Alexandra Fleischmann, Brian Ogallo และ Chiara Servili (แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก)

ผู้จัดทำฉบับภาษาไทยขอแสดงความขอบคุณคุณศิริรัตน์ ชุณศาสตร์และคุณโอปอ ศรีสุวรรณสำหรับข้อเสนอแนะเบื้องต้นของเนื้อหาฉบับภาษาไทย

ภาพปก © Miguel Caldeira

คำบรรยายภาพ – ภาพวาดสีชอล์กชื่อ “ความทุกข์ทรมานที่มองไม่เห็น...คำสาปที่จงจำเหยื่อ”

ผู้แปล กริสรินทร์ จุงศิริวัฒน์

ผู้รับผิดชอบการออกแบบฉบับภาษาไทย วิพรรณ สุขสบาย

จัดพิมพ์โดย Child Rights Coalition Asia ด้วยการสนับสนุนจากองค์การช่วยเหลือเด็ก (Save the Children)

© 2021 องค์การสหประชาชาติ (ฉบับภาษาอังกฤษ)

© 2022 องค์การสหประชาชาติ (ฉบับภาษาไทย)

สงวนลิขสิทธิ์ทั่วโลก

*รายงานฉบับนี้เป็นการแปลอย่างไม่มีเป็นทางการ อันเป็นความรับผิดชอบทั้งหมดของผู้จัดทำ

**รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อและในนามขององค์การสหประชาชาติ

สารบัญ

บทสรุป	iv
1. บทนำ	1
2. ความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อดำเนินการ	3
3. ผลกระทบของความรุนแรงต่อสุขภาพจิตเด็ก	9
4. ทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน	19
5. สิ่งที่เป็นผลสำเร็จ หลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงการป้องกันและการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ	23
6. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอาใจใส่ ให้ความคุ้มครอง และเสริมพลังให้แก่เด็กร่วมกัน	29
หมายเหตุ	33

บทสรุป

ในทุกๆ ปีมีเด็กจำนวนมากกว่าหนึ่งพันล้านคนที่ต้องประสบกับความรุนแรง นับเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของเด็กทั่วโลก ความรุนแรงที่พวกเขาประสบนั้นมีหลากหลายรูปแบบและเกิดขึ้นในสถานที่หลากหลาย ทั้งบนโลกออนไลน์หรือออฟไลน์ ที่บ้าน โรงเรียนหรือในชุมชน เด็กอาจตกเป็นเป้าของความรุนแรง เป็นผู้พบเห็นความรุนแรง หรือพบเจอกับความรุนแรงในรูปแบบแตกต่างกันออกไป ทั้งที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายรูปแบบ หรือที่เริ่มต้นจากรูปแบบหนึ่ง แล้วนำไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง จนเกิดเป็นวงจรต่อเนื่อง อันแสนสะเทือนใจ

นับเป็นที่ประจักษ์ชัดว่าความรุนแรงมีผลกระทบแสนสาหัสต่อสุขภาพจิตของเด็ก บ่อยครั้งที่การพบเจอกับความรุนแรงสร้างบาดแผลทางจิตใจ ซึ่งสามารถปลูกให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดในรูปแบบที่เกิดโทษ สร้างความเสียหายทางกายภาพและทางจิตใจ ทั้งที่ส่งผลโดยตรงทันทีและในระยะยาว ผลจากความรุนแรงนั้นรวมถึงอาการซึมเศร้า สภาวะเครียดผิดปกติหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-traumatic Stress Disorder – PTSD) ภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorder) ความวิตกกังวล การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกินอาหารและการนอนที่ผิดปกติ และการฆ่าตัวตาย

ผลกระทบที่สะสมเพิ่มขึ้นของความรุนแรงต่อสุขภาพจิตของเด็กนั้นก่อร่างขึ้นจากการที่เด็กต้องประสบกับความรุนแรงในช่วงปฐมวัยไปถึงวัยรุ่น ซึ่งแตกต่างหลากหลายทั้งในรูปแบบของความรุนแรงที่พวกเขาได้พบเจอและผลที่เกิดขึ้นกับสุขภาพจิตของพวกเขา ผลกระทบเหล่านี้สามารถถูกส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น โดยเฉพาะเด็กที่สัมผัสกับความรุนแรงในช่วงวัยเยาว์จากความรุนแรงที่เกิดในคู่รัก (Intimate Partner Violence – IPV) และแม่ที่เคยประสบกับความรุนแรงในช่วงเวลาที่เติบโตมา

ปัจจัยเสี่ยงเกิดขึ้นในระดับบุคคล ภายในความสัมพันธ์ และทั่วทั้งชุมชนและสังคม ปฏิกริยาระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่ข้ามระดับต่างๆ นั้นมีความสำคัญเท่าเทียมกับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงใดปัจจัยหนึ่งในระดับเดียว

ถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันและตอบสนองต่อภัยคุกคามต่อสุขภาพจิตเด็กอันเกิดจากความรุนแรง ถึงแม้ว่าจะมีการระบุโดยตัวเด็กเองว่าความกังวลหลักของพวกเขาคือเรื่องสุขภาพจิต แต่ถึงกระนั้นยังมีความขาดแคลนเป็นอย่างมากในการลงทุนและศักยภาพที่จะจัดหาการดูแลทางสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ตั้งอยู่บนพื้นฐานด้านสิทธิ และมีความเหมาะสมต่อสภาพวัฒนธรรมในระดับโลก นอกจากนี้เด็กยังเข้าถึงการบริการ

ด้านสุขภาพจิตในความถี่ที่น้อยกว่าบุคคลในช่วงวัยอื่นๆ อันเป็นผลจากการตีตรา ความล้มเหลวในการค้นพบความต้องการของตนเอง และการรับรู้ต่ำถึงบริการที่มีอยู่ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพียงไม่กี่หยิบมือได้รับการสนับสนุนที่ถูกต้องในเวลาอันเหมาะสม

สิ่งที่เป็ผล

แม้จะมีหลักฐานเกิดเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่คุ้มครองเด็กและสิ่งที่สามารถตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพต่อผลกระทบจากความรุนแรงต่อสุขภาพจิตเด็ก อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างทางความรู้อีกมากมาย

การดำเนินการเชิงป้องกันอันมุ่งเน้นไปที่สุขภาพจิต แม้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และทารก การเล่นและการกระตุ้นนั้นมีประโยชน์ในทางที่ดีและในระยะยาว การดำเนินการด้านการเลี้ยงดูและสวัสดิภาพเด็กนั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถเป็นปัจจัยสำคัญในการหยุดวงจรอันเป็นอันตรายของการส่งต่อความรุนแรงและการป่วยทางจิตจากรุ่นสู่รุ่น กระบวนการฟื้นฟูในชุมชนและการดำเนินการด้านการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ในโรงเรียนนั้นเป็นผลดี นอกจากนี้ยังมีการแนะนำทางให้กับผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและอื่นๆ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้สามารถสนับสนุนสุขภาพจิตของเด็กที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง รวมทั้งในบริบทด้านมนุษยธรรม

ภาครัฐต้องนำความรู้เหล่านี้มาปฏิบัติ ด้วยการแนะนำทางตามมาตรฐานสากลด้านสิทธิมนุษยชน และการเดินตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) ซึ่งไม่อาจสามารถบรรลุได้หากไม่มีมาตรการในการจัดการกับความรุนแรงในทุกๆ รูปแบบ นับเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการที่ครอบคลุมและประสานกันเป็นอย่างดี อันก่อร่างขึ้นจากแนวทางของการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย

เด็กคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญที่สุด ที่ผ่านมามีพวกเขารับบทบาทผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะของตนเองอยู่แล้ว ผ่านกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนต่างๆ พวกเขามีส่วนร่วมเป็นอย่างมากกับการวางโครงการเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ แต่พวกเขายังคงต้องดิ้นรนพยายามให้ผู้อื่นได้ยินเสียงและให้ความคิดเห็นของพวกเขาถูกนำไปพิจารณา ต้องมีการใช้มุมมองของเด็กที่มีประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพจิตและความพิการทางจิตสังคมในการออกแบบ การจัดบริการและการประเมินผลของบริการช่วยเหลือเหล่านั้น

สิ่งที่ต้องเกิดขึ้น

การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเริ่มต้นจากการป้องกันและการเร่งเข้าแทรกแซงช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม โดยมุ่งไปที่ปัจจัยที่ทำให้เด็กอยู่บนความเสี่ยงต่อความรุนแรงและปัจจัยที่สามารถคุ้มครองพวกเขาจากภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนี้ยังมีความต้องการที่จะมุ่งเน้นอย่างเฉพาะเจาะจงไปที่ความต้องการของเด็กที่อยู่บนความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากที่อยู่และสภาพตัวตนของเด็ก

การบริการด้านสุขภาพจิตต้องได้รับการยกระดับให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการที่มีคุณภาพควรจัดหาได้ในชุมชน ในกรณีที่มีความเป็นไปได้ควรหลีกเลี่ยงการนำเข้าสู่สถานรองรับผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและการที่ต้องมีการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางการแพทย์ ซึ่งเหล่านี้ต้องใช้การลงทุนที่มากขึ้น รวมทั้งการลงทุนเพื่อให้แน่ใจว่ามีเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะในจำนวนที่เหมาะสมและได้ถูกกระจายออกไป นอกจากนี้ยังควรมีการลงทุนเพิ่มเติม เพื่อจัดการปัญหาการขาดแคลนข้อมูลและงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็ก

ท้ายที่สุดนี้ ในขณะที่ประชาคมระหว่างประเทศกำลังอยู่ในทศวรรษแห่งการดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาอย่างยั่งยืนภายในปี 2573 จะต้องมีการวางกรอบการทำงานด้านการติดตามประเมินผลและกำกับติดตามความรับผิดชอบเพื่อให้ประชาคมโลกเดินทางไปในทิศทางที่วางไว้ ต้องทำให้แน่ใจว่าจะเกิดการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กทุกคน ป้องกันสภาวะสุขภาพจิตของเด็กที่ประสบกับความรุนแรง และจัดการดูแลรักษาให้กับเด็กทุกคนที่มีความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพวาดโดยเด็ก แสดงให้เห็นภาพใบหน้าที่มีรอยแผลเป็นและดวงตาบอบช้ำ เด็กชาย Arnaldo อายุ 6 ปี วาดภาพนี้ขึ้นขณะร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดที่ Beautiful Gate ศูนย์ฟื้นฟูสำหรับเด็กที่ถูกทารุณกรรมและถูกทอดทิ้งในย่าน Lower Crossroads ของเมืองเคปทาวน์

1. บทนำ

“การไม่กล่าวถึงนั้นเป็นเหมือนมะเร็งทางอารมณ์ ... คุณไม่สามารถเริ่มรักษาได้จนกว่าคุณจะเปิดเผยมันออกมา”

Matthew McVarish ผู้รอดชีวิตและผู้ที่ทำงานสนับสนุน (สก็อตแลนด์)¹

มันไม่ได้เป็นเพียงความเป็นไปได้ที่จะป้องกันและตอบสนองต่อบาดแผลที่เกิดจากความรุนแรงต่อสุขภาพจิตเด็ก แต่มันเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นที่พวกเราต้องทำ

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กรับรองสิทธิของเด็กทุกคนที่จะอยู่โดยปราศจากความรุนแรงและมีสุขภาพจิตที่อยู่บนมาตรฐานสูงสุดที่สามารถบรรลุได้ เช่นเดียวกับวาระการพัฒนา 2030 เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งให้คำปฏิญาณที่จะขจัดความรุนแรงทุกรูปแบบ และส่งเสริมสุขภาพจิตและสภาวะ บทบัญญัติอื่นๆ ในอนุสัญญาฯ และวาระการพัฒนา 2030 นั้นยังมีความสำคัญต่อการรับรองให้เกิดรากฐานในการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพจิตที่ดี

ถึงแม้ว่าจะมีข้อผูกมัดและพันธะสัญญาเหล่านี้ แต่ความรุนแรงต่อเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความสามารถในการเรียนรู้ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ให้เต็มศักยภาพนั้นยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปรากฏหลักฐานชัดเจนทั้งในประเทศรายได้สูง ปานกลาง และต่ำ ประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับความรุนแรงเพิ่มความเสี่ยงต่อความเสียหายของสุขภาพจิต ผลที่เกิดขึ้นนั้นรวมถึงอาการซึมเศร้า สภาวะทางจิตใจหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-traumatic Stress Disorder – PTSD) ภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorder) ความวิตกกังวล การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกินอาหารและการนอนที่ผิดปกติ และการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การประสบกับความรุนแรงในวัยเด็กสามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งรวมทั้งความผิดปกติที่ส่งผลถึงอารมณ์ ระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรม²

เด็กและวัยรุ่นร้อยละ 10-20 ทั่วโลกประสบกับสภาวะทางสุขภาพจิต และครึ่งหนึ่งของความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตทั้งหมดเกิดขึ้นก่อนอายุ 14 ปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสามของการเสียชีวิตของวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี³ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพกาย วาระที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะต่างๆ กลับจัดลำดับความสำคัญให้สุขภาพจิตอยู่ในลำดับล่างและได้รับการจัดสรรทรัพยากรบุคคลและทางการเงินที่ไม่เพียงพอ สถานการณ์รุนแรงมากขึ้นในช่วงเวลาแห่งวิกฤตอย่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และความขัดแย้งที่ยืดเยื้อทั่วโลกมาเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มเติมต่อสภาวะทางจิตใจของเด็ก และในขณะเดียวกันยังคงอยู่ๆ ทำลายศักยภาพของการบริการดูแลสุขภาพและสังคมที่ตอบสนองต่อสุขภาพจิตด้วย

หากไม่มีการดำเนินการที่เข้มแข็งในการรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ คำสัญญาที่ได้ให้ไว้กับเด็กผ่านอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กและวาระการพัฒนา 2030 นั้นไม่อาจเป็นจริงได้ ในขณะที่ประชาคมโลกเริ่มต้นทศวรรษแห่งการดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี 2573 นับเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะให้ความสำคัญกับมาตรการในการป้องกันและตอบสนองต่อความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับเด็กมากขึ้น

รายงานฉบับนี้มุ่งที่จะสนับสนุนกระบวนการนี้ โดยให้เห็นถึงภาพรวมของหลักฐานในระดับสากลว่าความรุนแรงทำร้ายสุขภาพจิตเด็กในวิถีทางที่แตกต่างกัน และเน้นย้ำถึงความเร่งด่วนในการจัดการ โดยพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมและรูปแบบของความรุนแรงที่หลากหลาย ความแตกต่างทางพัฒนาการในผลกระทบของความรุนแรง ความเสี่ยงที่มีความสำคัญที่สุดและปัจจัยในการคุ้มครอง รายงานฉบับนี้ยังเน้นถึงทางออก การยอมรับว่าแม่จะมีช่องว่างในความรู้อยู่ แต่ยังคงมีแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่ควรดำเนินการตาม

กรอบที่ 1

นิยามของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นของสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้นิยามว่า “สุขภาพคือสภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสภาวะทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น”⁴ ซึ่งบอกเป็นนัยว่าสุขภาพจิตนั้นมีความหมายมากกว่าเพียงการปราศจากความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต

สุขภาพจิตคือระดับสภาวะที่แต่ละบุคคลตระหนักถึงความสามารถของตน สามารถรับมือกับความเครียดปกติในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถมีส่วนร่วมในชุมชน สุขภาพจิตมีความหมายต่อความสามารถทั้งส่วนรวมและส่วนบุคคลในฐานะ

มนุษย์ที่สามารถนึกคิด แสดงอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ประกอบอาชีพและมีความสุขกับชีวิต การส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจิตจึงสำคัญยิ่งต่อบุคคล ชุมชน และสังคมทั่วทั้งโลก⁵ ปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดขึ้นในภาวะต่อเนื่องจากระดับที่ไม่รุนแรงมากสู่ความทุกข์ยากในบางช่วงเวลาจนถึงสภาวะเรื้อรัง ทวีความรุนแรงขึ้น และเกิดเป็นความพิการอย่างสาหัส⁶ ความพิการทางจิตสังคมคือคำที่ใช้อ้างถึงความพิการของเด็ก ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วและที่เข้าใจว่า เป็นสภาพทางสุขภาพจิต และ/หรือ ความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการติตรา การเลือกปฏิบัติและการกีดกัน⁷

2 แผลเป็นที่มองไม่เห็น - ความรุนแรงทำร้ายสุขภาพจิตเด็กได้มากเพียงใด



เด็กชายคนหนึ่งถือกระดาษที่มีรูปหน้าบึ้งสีเหลืองบดบังดวงตาของเขาที่ศูนย์ดูแลเด็ก ซึ่งดำเนินการโดย Precious Jewels Ministry องค์การ
เอ็นจีโอในพื้นที่ที่ทำงานสนับสนุนเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในกรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ โดยในกิจกรรมฝึกหัดนี้เด็กๆ เล่น
กับรูปภาพที่แสดงสีหน้าต่างๆ เพื่อเผยให้เห็นถึงอารมณ์ของพวกเขา

2. ความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อดำเนินการ

ความรุนแรงต่อเด็ก - ความชุก รูปแบบและสภาพแวดล้อม

ในทุกปีมีเด็กอย่างน้อยหนึ่งพันล้านคนที่ต้องประสบกับความรุนแรงนับเป็นครึ่งหนึ่งของจำนวนเด็กทั่วโลก ซึ่งไม่มีการยกเว้นให้กับเด็กคนใดคนหนึ่งหรือประเทศใดประเทศหนึ่งโดยเฉพาะ จากการเพิ่มขึ้นของหลักฐานต่างๆ เกี่ยวกับความชุกของความรุนแรงต่อเด็ก ทำให้ทราบได้ถึงการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นอย่างมหาศาลและร้ายแรง (กรอบที่ 2)

ความรุนแรงยังเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมอันหลากหลาย ทั้งที่บ้าน โรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน และภายในสถาบันต่างๆ อาทิ สถานกักกันและสถานเลี้ยงดูเด็กกำพร้า เช่นเดียวกับในโลกออนไลน์ รูปแบบต่างๆ ของความรุนแรงนั้นเชื่อมโยงกัน เนื่องจากมีรากเหง้าเดียวกัน โดยสามารถเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือรูปแบบหนึ่งนำไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง กลายเป็นวงจรต่อเนื่องของความรุนแรงต่อเด็ก

กรอบที่ 2

ความรุนแรงต่อเด็ก - ตัวเลขภาพรวม

- ในทุกๆ 7 นาทีมีวัยรุ่นในที่แห่งใดบนโลกใบนี้ถูกฆ่าตายด้วยการกระทำจากความรุนแรง⁸
- ข้อมูลจาก 24 ประเทศแสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงทางเพศในวัยเด็กเกิดขึ้นในร้อยละ 8-31 ในเด็กหญิงและร้อยละ 3-17 ในเด็กชาย⁹
- ในทั่วโลกมีตัวเลขของบุคคลจำนวนประมาณ 750,000 คนที่พยายามเข้าถึงเด็กทางออนไลน์เพื่อจุดประสงค์ทางเพศ¹⁰
- เด็กนับเป็นจำนวนร้อยละ 30 ของผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์¹¹
- เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไปมีความเป็นไปได้มากกว่าถึง 4 เท่าที่เด็กที่มีความพิการจะประสบกับความรุนแรง¹² มีหลักฐานที่แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีความพิการด้านอื่นเด็กที่มีความพิการทางสุขภาพจิตหรือสติปัญญามีความชุกและความเสี่ยงมากกว่าต่อความรุนแรง¹³
- เกือบหนึ่งในสามของนักเรียนอายุ 11-15 ปีต้องพบกับการถูกกลั่นแกล้งจากเพื่อนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในเดือนที่ผ่านมา¹⁴
- เด็กอายุ 2-4 ปี จำนวนเกือบ 300 ล้านคนทั่วโลกต้องเผชิญกับการสั่งสอนที่ใช้ความรุนแรงเป็นประจำโดยผู้ดูแล¹⁵
- เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจำนวนหนึ่งในสี่คนอาศัยอยู่กับแม่ที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงจากคู่รัก¹⁶
- มีการประเมินว่าการทารุณกรรมทางอารมณ์นั้นส่งผลกระทบต่อเด็กมากกว่าหนึ่งในสามคนทั่วโลก¹⁷
- ความชุกของความรุนแรงทางร่างกายที่เกิดระหว่างการออกเดทของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปีทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 20 โดยประมาณ ส่วนความชุกของความรุนแรงทางเพศที่เกิดระหว่างการออกเดทของวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 9 โดยประมาณ¹⁸

เด็กๆ ต้องประสบกับความรุนแรงในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ซึ่งรวมทั้งความรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางเพศ เช่นเดียวกับการทอดทิ้ง การแสวงหาประโยชน์ การปฏิบัติที่เกี่ยวกับการซื้อขาย การค้ามนุษย์ และที่เป็นอันตรายอื่นๆ (เช่น การขลิบอวัยวะเพศหญิง)

“... มีเด็กที่นำพาสิ่งเหล่านี้มาจากที่บ้าน ผู้ปกครองตำหนิและทำร้ายพวกเขา ... พวกเขาจดจำมันและคิดว่าอาจจะเป็นสิ่งที่ทำได้เพราะมันเกิดขึ้นในบ้าน เมื่อมาถึงโรงเรียนก็นำมาลงกับเด็กคนอื่นๆ” Alexa (นามสมมุติ) อายุ 12 ปี (แม็กซีโก)¹⁹

เมื่อความรุนแรงระหว่างบุคคลเคลื่อนจากสภาพแวดล้อมหนึ่งไปยังอีกสภาพแวดล้อมหนึ่ง เกิดเป็นภาวะที่เรียกว่าการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงที่มากกว่าหนึ่ง (Poly-Victimization)²⁰ ตัวอย่างเช่น เด็กที่ถูกทำร้ายที่บ้านหรือที่โรงเรียนนั้นมีความเป็นไปได้มากกว่าที่จะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในชุมชนวงกว้าง การแทรกซึมอย่างรวดเร็วของการใช้งานอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์เคลื่อนที่ได้เพิ่ม “สภาพแวดล้อมเสมือนจริง (virtual environment)” ที่สามารถเกิดความรุนแรงได้ และเป็นสัญญาณของการตกเป็นเหยื่อที่คาบเกี่ยวและการเกิดความรุนแรงระหว่างโลกออฟไลน์และออนไลน์²¹ งานวิจัยได้เน้นถึงธรรมชาติที่เชื่อมโยงกันของการตกเป็นเหยื่อที่มากกว่าหนึ่งประเภท แต่ยังรวมถึงแนวทางที่ผลกระทบสะสมสามารถเป็นอุปสรรคใหญ่หลวงต่อพัฒนาการของเด็ก²²

นอกเหนือไปจากการประสบกับความรุนแรงโดยตรงแล้ว **เด็กยังสามารถเป็นพยานพบเห็นความรุนแรงระหว่างบุคคลอื่นๆ** อย่างเช่นในเหตุการณ์ของความรุนแรงภายในครอบครัว การกลั่นแกล้ง หรือความรุนแรงจากการรวมแก๊งต่างๆ ในชุมชน และที่สำคัญพอกันคือการที่เด็กสามารถเข้าถึงเนื้อหาที่รุนแรงต่างๆ ในสื่อและอินเทอร์เน็ต

ถึงแม้ว่าเด็กทุกคนจะสามารถตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงได้ **แต่มีเด็กบางคนตกอยู่ในความเสี่ยงสูงกว่า** ซึ่งรวมถึงเด็กที่อยู่ในการเลี้ยงดูทดแทน เด็กที่ไม่มีอัตลักษณ์ทางกฎหมาย เด็กที่อยู่ในสถานการณ์บนท้องถนนหรือที่สาธารณะ เด็กที่มีความพิการ เด็กที่อาศัยอยู่ในความยากจน เด็กชนกลุ่มน้อยทั้งจากชาติพันธุ์ ศาสนาและภาษา เด็กที่เป็นเลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล และทรานส์เจนเดอร์ และกลุ่มเด็กเคลื่อนย้าย อาทิ ผู้อพยพ ผู้ลี้ภัยหรือผู้พลัดถิ่นภายในประเทศ²³ ปัจจัยที่แตกต่างกันสามารถบรรจบกันได้ทำให้ความเสี่ยงต่อความรุนแรงและความท้าทายต่อสุขภาพจิตเด็กนั้นขยายเพิ่มขึ้น

นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเห็นถึง**มิติทางสถานะเพศ**ของความรุนแรงต่อเด็ก การเหมารวมบนพื้นฐานของสถานะเพศ การขาดสมดุลของอำนาจ ความไม่เท่าเทียมและการเลือกปฏิบัติก่อให้เกิดความเสี่ยงที่แตกต่างกันต่อเด็ก ตัวอย่างเช่น เด็กผู้หญิงจะมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงจากคู่รักและการปฏิบัติที่เป็นภัยต่างๆ มากกว่า เด็กผู้ชายมีความเป็นไปได้มากกว่าที่จะถูกฆาตกรรมหรือเผชิญกับรูปแบบของความรุนแรงอื่นๆ ในชุมชน

การเป็นเหยื่อของการทารุณกรรมทำให้ **ความเสี่ยงของเด็กเพิ่มขึ้น**ที่จะกลายเป็นเหยื่อหรือผู้กระทำความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงในวัยรุ่น ความรุนแรงต่อตนเองและความรุนแรงต่อคู่รักในอนาคต เด็กที่พบเห็นความรุนแรงต่อคู่รักที่เกิดขึ้นกับแม่หรือแม่เลี้ยงมีความเป็นไปได้มากกว่าที่จะต้องประสบกับความรุนแรงในอนาคต ทั้งที่เป็นเหยื่อและผู้กระทำ²⁴

เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมทางมนุษยธรรม นั้นมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงเป็นอย่างมาก สงคราม ภัยพิบัติที่เกิดจากภูมิอากาศและการระบาดของโรคอย่างการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 (กรอบที่ 3) สามารถส่งผลให้ระบบทางสังคมนั้นล่มสลาย การแยกทางกันระหว่างเด็กกับผู้ดูแลและความเสียหายหรือการทำลายล้างของสภาพแวดล้อมที่เคยเป็นพื้นที่ปลอดภัย

ทุกวันนี้มีเด็กหนึ่งในสี่คนบนโลกที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ในประเทศที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งหรือภัยพิบัติ เด็กจำนวนเกือบ 50 ล้านคนต้องย้ายถิ่นฐานจากบ้านเกิดด้วยเหตุผลจากความรุนแรง ความยากจนหรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ²⁵ เมื่อสถานการณ์วิกฤติเช่นนี้ขยายเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีเด็กที่กำลังตกอยู่ในความเสี่ยงต่อความรุนแรงในทุกรูปแบบในจำนวนมากกว่าที่เคยมี²⁶

กรอบที่ 3

การระบาดของโรคโควิด-19 กับสุขภาพจิตเด็ก

การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งยังคงดำเนินอยู่ ในขณะที่จัดทำรายงานฉบับนี้มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของเด็กเป็นอย่างมาก มาตรการกักตัว ความเครียดที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว และการหยุดชะงักของการบริการคุ้มครองเด็กที่มีอยู่อย่างจำกัดทำให้ความเสี่ยงของเด็กต่อความรุนแรงทุกรูปแบบนั้นเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงความรุนแรงและการทารุณกรรมที่เกิดขึ้นในวงเวียนของคนที่เด็กไว้วางใจ (วงเวียนที่รวมทั้งผู้ดูแลและญาติคนอื่นๆ) ความรุนแรงบนพื้นฐานของสถานะเพศ และการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ สถานการณ์เปลี่ยนแปลงเมื่อเด็กขาดการเข้าถึงเพื่อนที่โรงเรียน ครู นักสังคมสงเคราะห์ และพื้นที่ปลอดภัย ผลกระทบเหล่านี้ของความรุนแรงต่อสุขภาพจิตเด็กผสมกับความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่ปลอดภัย และการแยกตัวอันเป็นผลโดยทั่วไปจากการระบาดของโรคนี้²⁷

การหาหรือระหว่างมูลนิธิศุภนิมิตกับเด็กและวัยรุ่นอายุ 8-18 ปีจาก 13 ประเทศถึงความเข้าใจ ประสบการณ์และมุมมองต่อโรคโควิด-19 นั้นพบว่า

- ร้อยละ 71 ของเด็กและวัยรุ่นรายงานว่าพวกเขารู้สึกโดดเดี่ยวและเหงา เนื่องจากโรงเรียนปิด ซึ่งส่งผลในแง่ลบต่อการเรียนรู้และกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง
- ร้อยละ 91 พบว่าพวกเขากำลังเผชิญกับความเครียดทางอารมณ์และประสบการณ์ที่เป็นปัญหา รวมทั้งความรู้สึกวิตกกังวล ความโกรธ และความทุกข์ใจที่เกิดจากความไม่แน่นอนว่า วิกฤตนี้จะยาวนานเพียงใดและจะต้องรับมือกับความโดดเดี่ยวอย่างไร
- ร้อยละ 75 ของเด็กและวัยรุ่นพบว่า การต้องรับมือกับข้อบังคับในการรักษาระยะห่างทางร่างกายและสังคมนั้นเป็นความท้าทายทางอารมณ์²⁸

ถึงแม้ว่าจะมีความชุกในการเกิดสูง แต่ความรุนแรงต่อเด็กนั้นมักซ่อนตัว ไม่สามารถมองเห็นได้ และไม่ได้รับการรายงาน อันเป็นผลมาจากความกลัว การตีตรา และการยอมรับของสังคมต่อความรุนแรง มีเด็กจำนวนเพียงน้อยนิดที่ได้รับผลกระทบที่แสดงตนและรายงานประสบการณ์ของตน²⁹ “ความไม่ปรากฏ” ของความรุนแรงนั้นประกอบขึ้นจากการขาดระบบการร้องทุกข์และกลไกการรายงานที่มีความอ่อนไหวต่อเด็กและการไม่มีการเก็บข้อมูลที่เพียงพอ

นอกเหนือไปจากต้นทุนทางมนุษย์อย่างใหญ่หลวงที่เกิดจากความรุนแรง ความรุนแรงยังมีผลกระทบอย่างยิ่งยวดต่อเศรษฐกิจ ต้นทุนทางเศรษฐกิจของความรุนแรงต่อเด็กทั่วโลกประเมินได้สูงถึง 7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ³⁰ สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาเพียงประเทศเดียวในปี 2558³¹ ภาระทางเศรษฐกิจตลอดชีพโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับกรณีการทารุณกรรมเด็กที่มีหลักฐานพิสูจน์ได้ในหนึ่งปีนั้นอยู่ที่ 428,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกผลกระทบทางเศรษฐกิจจากผลทางสุขภาพที่ตามมาจากการทารุณกรรมเด็กนั้นประเมินเป็นรายปีได้ที่ร้อยละ 1.4 - 2.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศของภูมิภาค³²

สาระสำคัญ

- ในทุกปีมีเด็กกว่า 1 พันล้านคนตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง
- เด็กประสบกับความรุนแรงหลายรูปแบบในสภาพแวดล้อมหลากหลาย ทั้งออนไลน์และออฟไลน์
- ความรุนแรงมักเกิดขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง สามารถเกิดขึ้นหลายรูปแบบพร้อมกันและจากรูปแบบหนึ่งนำไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง
- เด็กสามารถตกเป็นเป้าหมายของความรุนแรงได้เช่นเดียวกับที่เป็นพยานพบเห็นหรือพบเจอกับความรุนแรง
- การตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในวัยเด็กมีความเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการที่จะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในวัยผู้ใหญ่
- ความรุนแรงต่อเด็กนั้นมักถูกปิดบังและไม่ได้รับการรายงาน
- นอกเหนือไปจากต้นทุนมนุษย์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายเป็นอย่างมาก ความรุนแรงยังสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

วิกฤติสุขภาพจิตระดับโลก – ไม่นับเป็นความสำคัญลำดับต้นของวาระการจัดทำนโยบายสาธารณะ

ความรุนแรงส่งผลตามมาอย่างยาวนานตลอดวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ระหว่างรุ่นอายุและสำหรับสังคมในวงกว้าง³³ ผลที่ตามมาจนรวมถึงผลกระทบอย่างสาหัสต่อสุขภาพจิตเด็ก

แต่กระนั้นก็มีประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่มีแผนหรือกลยุทธ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น³⁴ คณะกรรมาธิการแลนเซตเชื่อว่าด้วยสุขภาพจิตโลกและการพัฒนาอย่างยั่งยืน (The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development) พบว่า คุณภาพของการบริการสุขภาพจิตนั้นแย่กว่าการบริการสุขภาพร่างกาย และยังพบว่า “การลงทุนและการพัฒนาของรัฐบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนั้นน้อยน้อยจนน่าสังเวช”³⁵ เงินทุนที่ได้รับการจัดสรรให้กับสุขภาพจิตนั้นมักถูกใช้ไปอย่างไร้ทิศทางและอย่างไม่ได้สัดส่วนเมื่อเทียบกับผลที่เกิดขึ้นจากอาการป่วยทางจิตเรื้อรังมากกว่าการดำเนินการในระยะแรกเริ่มและการป้องกัน ซึ่งเป็นจุดที่สามารถได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนมากกว่า ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นร่วมกันจากการตอบสนองต่อวิกฤติสุขภาพจิตระดับโลกส่งผลต่อการสูญเสียในศักยภาพของมนุษย์อันยิ่งใหญ่และความทุกข์ยากในวงกว้างที่อาจหลีกเลี่ยงได้³⁶

การที่สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไม่ได้อยู่ในลำดับความสำคัญนั้นแสดงให้เห็นจากการมีรายงานระดับโลกอย่าง

กรอบที่ 4

เด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะใช้บริการทางสุขภาพจิตน้อยกว่า

เด็กเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิตไม่บ่อยเท่ากลุ่มอายุอื่น การขาดแคลนการเข้าถึงนี้เป็นผลมาจากการที่ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กไม่ได้ตรวจพบ ความตระหนักของพวกเขาสำหรับการมีอยู่ของบริการต่างๆ และความไม่เต็มใจที่จะหาความช่วยเหลือ เช่นเดียวกับกรอบนโยบายที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับความต้องการทางสุขภาพจิต³⁷ มีการประเมินว่าร้อยละ 70 ของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดำเนินการที่เหมาะสมในเวลาอันควร³⁸

ปัญหาสุขภาพจิตเมื่ออายุน้อยสามารถนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ การตีตราและการถูกกีดกันตลอดชีวิต และอาจจำกัดการเข้าถึงในวงกว้างของการบริการทางสังคม การศึกษาและสุขภาพ

จำกัดถึงข้อมูลความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มนี้ บทวิเคราะห์หนึ่งพบว่า จาก 187 ประเทศมี 124 ประเทศที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความบกพร่องใดๆ หากไม่มีกลยุทธ์ที่เจาะจงในการจัดการกับการขาดแคลนข้อมูล การรายงานที่อยู่ในระดับต่ำแย่งทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำถึงปานกลางจะยังคงขัดขวางการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น การขาดแคลนข้อมูลจะยังคงเหนี่ยวรั้งการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรสำหรับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีอยู่อย่างจำกัดในปัจจุบัน³⁹

ในสถานการณ์นี้มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องให้ความใส่ใจเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเมื่อตอบสนองต่อความรุนแรงต่อเด็ก

การดำเนินการเมื่อแรกเริ่มในชีวิตของเด็กมีความสำคัญยิ่งในการที่จะป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าเกือบทุกสภาพสุขภาพจิตของผู้ใหญ่นั้นมีรากเหง้ามาจากวัยเด็ก การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในช่วงเวลาที่มีความละเอียดอ่อนสูงอย่างวัยเด็กและวัยรุ่นเป็นโอกาสที่จะกระทบต่อสมองที่กำลังพัฒนา ทั้งในทางที่ดีและไม่ดี

สุขภาพจิตเป็นความกังวลหลักของเด็กในรายงาน Voice of Children and Young People: Child Helpline Data for 2017&2018 เครือข่ายทั่วโลกของสายด่วนเด็ก (Child Helpline International) แจ้งว่าความกังวลหลักสองสิ่งของเด็กที่ติดต่อสายด่วนคือการทารุณกรรมและความรุนแรง เช่นเดียวกับสุขภาพจิต⁴⁰ ในส่วนของการทารุณกรรมและความรุนแรงมีการทารุณกรรมทางร่างกายและจิตใจเป็นความกังวลหลัก ในส่วนของสุขภาพจิต เด็กพูดถึงความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ความกลัวและความวิตกกังวลเป็นหลัก รายงานนี้นำข้อมูลมาจากสายด่วนเด็กใน 84 ประเทศและพื้นที่ทั่วโลก ซึ่งได้เน้นให้เห็นถึงความชุกของการเกิดปัญหาในระดับโลกจากข้อมูลที่ค้นพบ

ต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตอันยาวนานสำคัญยิ่ง สำหรับความรุนแรงต่อเด็กโดยทั่วไป ในปี 2554 สภาเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum – WEF) พบว่าสุขภาพจิตนั้นนับเป็นร้อยละ 35 ของภาระเศรษฐกิจโลกสำหรับโรคที่ไม่ติดต่อ มากกว่าโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ สภาเศรษฐกิจโลกยังประเมินว่าภายในปี 2573 ปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเป็นค่าใช้จ่ายโลกถึง 16 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ⁴¹

สาระสำคัญ

- ความรุนแรงต่อเด็กนั้นสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ มากมาย รวมทั้งความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความคิดอยากฆ่าตัวตาย สภาวะ PTSD การใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว และความบกพร่องของระบบการทำงานของสมอง
- คุณภาพของบริการสุขภาพจิตยังคงแย่กว่าบริการสุขภาพกาย
- ไม่มีงบประมาณสนับสนุนเพียงพอเกี่ยวกับสุขภาพจิต เงินทุนที่มีอยู่มักไม่ถูกจัดสรรไปในทางที่ดีที่สุด
- ยังขาดแคลน ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- เด็กส่วนใหญ่ที่มีสภาวะสุขภาพจิตไม่ได้รับการดำเนินการในเวลาที่เหมาะสม
- สุขภาพจิตเป็นความกังวลหลักของตัวเด็กและวัยรุ่น
- การดำเนินการในระยะแรกเริ่มเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีประโยชน์เป็นอย่างมาก
- สุขภาพจิตที่ย่ำแย่เป็นภาระทางเศรษฐกิจใหญ่หลวงของประเทศและทั่วโลก



Maria อายุ 12 ปียื่นร้องไห้ในตลาดที่เมืองหลวงอย่างกรุงคาบูล กระเป๋าที่เธอใช้ค้นหาสิ่งของจากกองขยะนั้นหนักมากและผู้คนที่เดินผ่านไปมาก็เถลไถลว่า เธอ นั้น ไร้ ย่างอายุที่ มา เติบ ร้อน เร็ว อยู่ ตาม ถนน เยี่ยง ขอ ทาน

3. ผลกระทบของความรุนแรงต่อสุขภาพจิตเด็ก

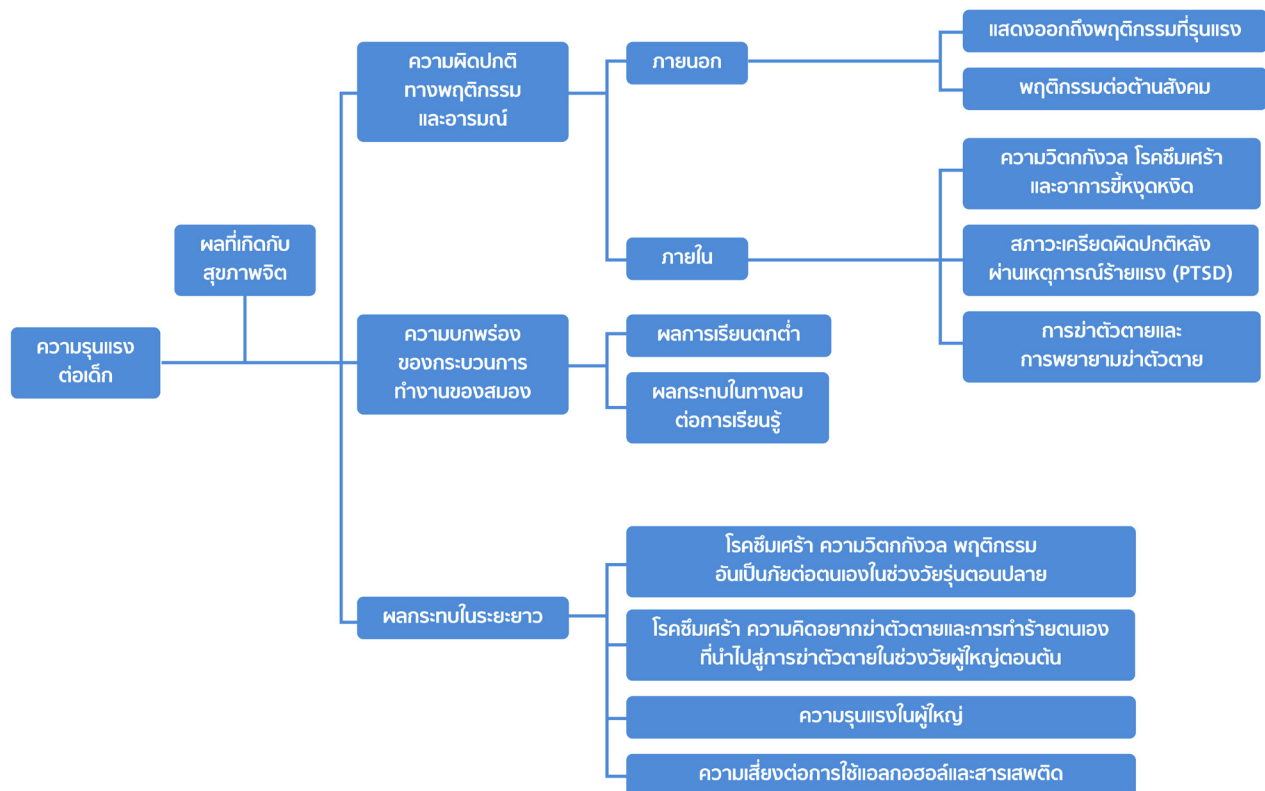
ผลทางสุขภาพจิตจากความรุนแรงต่อเด็ก

เป็นที่ประจักษ์ชัดโดยไม้อาจโต้แย้งได้ว่าความรุนแรงนั้นบั่นทอนสุขภาพจิตของเด็กและปูทางให้กับความเสี่ยงที่แท้จริงสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรกเริ่มและต่อเนื่อง การต้องพบเจอกับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences – ACEs) อย่างความรุนแรงสามารถเป็นความบอบช้ำทางจิตใจ กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดในทางที่เป็นพิษภัย และความเสียหายในระยะยาวต่อร่างกายและจิตใจ⁴²

ปัญหาสุขภาพจิต 3 ประเภทที่ถูกรายงานมากที่สุดว่าเป็นผลจากความรุนแรงต่อเด็กคือ

ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ การรับรู้และทัศนคติ และปัญหาระยะยาว (ภาพที่ 1)⁴³

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์มักเกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องเผชิญกับความรุนแรงสะสมมากกว่าสองบริบท (ตัวอย่างเช่น ต้องพบเห็นกับความรุนแรงที่บ้าน การทารุณกรรมทางเพศและความเครียดของผู้ปกครอง) เด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์อาจแสดงอาการภายนอกที่มุ่งตรงออกไปที่ผู้อื่น (เช่น ก้าวร้าวมาก ชอบแกล้ง และแสดงออกในทางที่ไม่ดี)⁴⁴ การแสดงออกภายนอกที่เป็นอาการทางสุขภาพจิตอย่างพฤติกรรมก้าวร้าวหรือต่อต้านสังคมมักทำให้ตกเป็นเหยื่อจากเพื่อนได้มากยิ่งขึ้น



ภาพที่ 1 ภาพรวมผลทางสุขภาพจิตของความรุนแรงต่อเด็ก

ที่มา Professor Ghlzlane Benjelloun

เด็กอาจแสดงอาการที่เกิดจากภายในที่มุ่งเข้ามาที่ตนเอง ซึ่งรวมถึงความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น อาการซึมเศร้า หงุดหงิด สภาวะ PTSD พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตาย ผลที่ตามมาอีกหนึ่งอย่างจากความบอบช้ำและความรุนแรงที่ได้รับในวัยเด็กคือพฤติกรรมที่ปูทางให้เกิดความเสี่ยงที่แท้จริงต่อสุขภาพของเด็ก การใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ของเด็กเพิ่มขึ้นทั่วโลก และอาจเห็นได้ว่าเป็นวิธีที่เด็กใช้เพื่อรับมือและจัดการกับอารมณ์แง่ลบ⁴⁵

กรอบที่ 5

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในวัยเด็กกับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

การศึกษาในประเทศนอร์เวย์เมื่อปี 2558 ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงต่อเด็กทุกรูปแบบรวมกันกับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จากกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงในวัยเด็กไม่ว่ารูปแบบใด ผู้ที่เผชิญกับการถูกทอดทิ้ง และ/หรือความรุนแรงทางจิตใจรายงานว่า มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงทางเพศหรือความรุนแรงในครอบครัวเพียงอย่างเดียว

สำหรับผู้เผชิญกับความรุนแรงสองประเภทในวัยเด็ก ผู้ที่เผชิญกับการถูกทอดทิ้งหรือความรุนแรงทางจิตใจร่วมกับความรุนแรงทางเพศ และ/หรือความรุนแรงในครอบครัวรายงานว่ามีความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงทางร่างกายภายในครอบครัวพร้อมกัน ไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่ผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงสามประเภทในวัยเด็กมีคะแนนระดับของความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสูงที่สุด⁴⁶

เด็กที่เป็นพยานพบเห็นหรือเป็นเหยื่อของความรุนแรงสามารถแสดงอาการของสภาวะ PTSD คล้ายกับทหารที่เพิ่งกลับจากศึกสงครามด้วยอาการของความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงที่พบเห็นหรือประสบ อาการเหล่านี้รวมถึงการรบกวนง่าย ความกลัวที่เข้ามารบกวนและไม่เป็นที่ต้องการ ความคิดและความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่ง⁴⁷

จำเป็นต้องรับรู้ถึงอย่างไรก็ตามนั้นมีความเสี่ยงที่เกิดจากการจำยอมให้เด็กอย่างไม่เหมาะสม เพื่อตอบสนองต่อความรุนแรงและการทารุณกรรมในบางครั้งพฤติกรรมตอบสนองของเด็กต่อความรุนแรงสามารถนำไปสู่การวินิจฉัยโรคทางสุขภาพจิต ทั้งที่พฤติกรรมเหล่านี้เป็นการตอบสนองที่คาดการณ์ได้และเหมาะสมกับสถานการณ์ของพวกเขา

หลักฐานเกี่ยวกับ**ความบกพร่องทางระบบประสาท**แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงในวัยเด็กนั้นสัมพันธ์กับการพัฒนาของระบบประสาทที่ช้าลง ผลการเรียนรู้อันย่ำแย่และการมีส่วนร่วมในโรงเรียนต่ำ อาการและโรคทางสุขภาพจิตที่คาดการณ์ได้ว่าจะส่งผลให้ผลการเรียนย่ำแย่โดยรวมถึงสภาวะ PTSD ความวิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว และอาการซึมเศร้า

เด็กที่พบเจอกับความบอบช้ำยังมี**ผลกระทบยาว**อย่างอาการซึมเศร้า ความเคารพตนเองต่ำ และการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กสามารถบั่นทอนความสามารถของบุคคลในการพัฒนาวิธีการรับมือที่ดีต่อสุขภาพเมื่อต้องเจอกับความยากลำบากในชีวิต ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพและช่องทางโอกาสตลอดชีวิต และยิ่งไปกว่านั้นอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁴⁸

กรอบที่ 6

ความสัมพันธ์ระหว่างการประสบกับความรุนแรงประเภทต่างๆ กับสุขภาพจิต

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประสบกับความรุนแรงประเภทต่างๆ กับสุขภาพจิตในประเทศมาลาวีพบว่า⁴⁹

- มีความเกี่ยวพันสูงระหว่างการประสบกับความรุนแรงในอดีตและที่ผ่านมามาไม่นาน
- โดยมากเป็นการรวมกลุ่มของการประสบกับความรุนแรงสามรูปแบบ
- ความเกี่ยวโยงกันของการประสบกับความรุนแรงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งกับระดับความเครียดทางจิตใจสูง ทั้งทางตรงและทางอ้อม อันเป็นผลมาจากความสัมพันธ์กับความรุนแรงรูปแบบอื่น
- ผลการศึกษานี้ตรงกับสิ่งที่พื้มพ้ออื่นๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรุนแรงกับสุขภาพจิตเด็กในประเทศอื่นๆ⁵⁰

ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กมีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยยะสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิต โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังอื่นๆ และพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงตลอดชั่วชีวิต นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับความสำเร็จทางการศึกษา การทำงานและรายได้ที่ลดลง ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

สาเหตุของการเสียชีวิตอย่างน้อยห้าในสิบสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ซึ่งรวมทั้งประสบการณ์หลายอย่างที่มีส่วนให้อายุขัยเฉลี่ยนั้นลดลงอย่างโรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคอ้วน⁵¹ ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กจาก 17 ประเทศพบว่า ผู้ใหญ่ที่เคยมีประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กถึงสี่ประสบการณ์หรือมากกว่าก่อนอายุ 18 ปีมีความเป็นไปได้มากกว่าผู้ใหญ่ทั่วไปที่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กถึง 7-8 เท่าที่จะมีส่วนในความรุนแรงระหว่างบุคคล และมีความเป็นไปได้กว่า 30 เท่าที่จะฆ่าตัวตาย⁵²

สาระสำคัญ

ความรุนแรงในวัยเด็กเป็นความเสี่ยงหลักต่อการเริ่มเกิดขึ้นและความเรื้อรังของปัญหาสุขภาพจิต

- เด็กที่พบเจอกับความรุนแรงสามารถปลดปล่อยการตอบสนองต่อความเครียดในรูปแบบที่เกิดโทษ ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายทางร่างกายและจิตใจ ทั้งในทันทีและในระยะยาว
- ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความรุนแรงต่อเด็กที่ได้รับการรายงานมากที่สุดคือปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ การรับรู้และทัศนคติ และปัญหาระยะยาว
- ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กนั้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิต โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังอื่นๆ และพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงตลอดชั่วชีวิต
- ผู้ใหญ่ที่เคยมีประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กถึงสี่ประสบการณ์หรือมากกว่าก่อนอายุ 18 ปีมีความเป็นไปได้มากกว่าผู้ใหญ่ทั่วไปที่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กถึง 7-8 เท่าที่จะมีส่วนในความรุนแรงระหว่างบุคคล และมีความเป็นไปได้กว่า 30 เท่าที่จะฆ่าตัวตาย⁵³

ผลทางสุขภาพจิตของความรุนแรงต่อเด็กตลอดช่วงชีวิต

ผลกระทบของความรุนแรงต่อสุขภาพจิตเด็กนั้น**ขึ้นอยู่ประสบการณ์ความรุนแรงที่เผชิญระหว่างการเจริญเติบโตและการพัฒนา**สามารถเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ตอนที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งความรุนแรงเป็นความเสี่ยงร้ายแรงต่อระบบประสาทและระบบสมองของเด็ก ความเสี่ยงใหญ่หลวงที่เด็กต้องเผชิญก่อนที่จะเกิดมาคือความรุนแรงภายใน

ครอบครัวที่แม่ตั้งครรภ์เผชิญจากคู่รัก สามี หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ

ช่วงปฐมวัย

ในช่วงปฐมวัยสถานการณ์ที่ยากลำบากของครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดในตัวเด็กที่จะนำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต นักวิทยาศาสตร์ได้แสดงให้เห็นว่าการทารุณกรรมสามารถ “ฝังลึก” อยู่ในร่างกายและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมองอันเยาว์วัย⁵⁴

พัฒนาการที่ปกติและส่งผลดีต่อสุขภาพของทารกจนถึงวัยก่อนเข้าเรียนขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและมั่นใจได้กับผู้ดูแลทารก อุปสรรคใดๆ ที่เกิดขึ้น อาทิ การต้องพบเจอกับความรุนแรงสามารถแทรกแซงทุกมิติของพัฒนาการเด็ก เมื่อเจาะจงไปมากกว่านี้เด็กอาจไม่สามารถมีความเชื่อใจและความเป็นอิสระในตนเองในระดับที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ⁵⁵ การต้องพบเจอกับความรุนแรงในวัยทารกสามารถทำให้ความมั่นคงในความผูกพันกับผู้ให้การดูแลนั้นหยุดชะงักได้ สามารถทำให้เริ่มรบกวนการนอนหลับและรูปแบบการกิน และสามารถเปลี่ยนพัฒนาการของสมองได้ (กรอบที่ 7)

ทารกและเด็กเล็กที่พบเห็นความรุนแรงทั้งที่บ้านหรือในชุมชนแสดงความหงุดหงิดมากเกินจำเป็น พฤติกรรมที่เด็กกว่าอายุ การรบกวนการนอน ความเครียดทางอารมณ์ ความกลัวที่จะต้องอยู่คนเดียว และความถดถอยในการใช้ห้องน้ำและภาษา⁵⁶

กรอบที่ 7

ความรุนแรงในวัยเด็กทำให้พัฒนาการปกติหยุดชะงัก

การต้องพบเจอกับความบอบช้ำ โดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัวแทรกแซงพัฒนาการของความเชื่อใจอันเป็นปกติของเด็ก และแนวโน้มที่จะสำรวจและสังเกตด้านขอบเขตในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้เด็กพัฒนาความเป็นอิสระในตนเอง⁵⁷

รายงานเมื่อไม่นานมานี้ได้กล่าวถึงอาการของเด็กที่เหมือนกับผู้ใหญ่ที่อยู่ในภาวะ PTSD รวมถึงการรู้สึกถึงประสบการณ์ซ้ำๆ ต่อเหตุการณ์ที่สร้างบาดแผล การหลีกเลี่ยงและการตอบสนองแบบ “ด้านชา”⁵⁸

เด็กวัยก่อนเข้าเรียนยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ทั้งหมด ผลการวิจัยได้แสดงถึงผลทางพฤติกรรมที่เกิดจากการประสบกับความรุนแรงในวัยนี้ที่รวมถึงความไม่แน่ใจในตัวผู้ปกครอง การแสดงออกในทางที่ไม่ดี โวยวาย และตีตัวใหญ่ หรือร้องไห้ ทั้งหมดนี้อาจเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและความเครียดหลังประสบความบอบช้ำ⁵⁹

วัยเด็ก

ระหว่างช่วงอายุ 6-12 ปี เด็กเริ่มรู้ว่ามีอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเขาและเริ่มสร้างการรู้จักตนเองผ่านการเปรียบเทียบกับคนอื่นรอบตัว ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผลกระทบของความรุนแรงภายในครอบครัวต่อเด็กในช่วงอายุนี้อาจรวมถึงความรู้สึกผิดและละอาย เช่นเดียวกับความวิตกกังวลและอาการของผู้ที่อยู่ในสภาวะ PTSD⁶⁰ เด็กอาจเริ่มมีปัญหาที่โรงเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อนรอบข้าง เด็กอาจขาดแรงจูงใจหรือขาดสมาธิจากความคิดต่างๆ ที่รบกวนเข้ามาในหัว ช่วงเวลานี้ยังเป็นช่วงของการขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศ และช่วงที่เด็กเริ่มตัดสินใจในเรื่องของความยุติธรรม และพิจารณาว่าความต้องการของพวกเขา นั้นได้รับการเติมเต็มในทางที่ดีที่สุดหรือไม่⁶¹

มีความเป็นไปได้ว่าเด็กที่อยู่ในวัยเรียนมีความสามารถที่จะทำความเข้าใจสถานการณ์ความรุนแรงที่ประสบหรือพบเห็นได้ดีกว่า เด็กช่วงวัยนี้สามารถเสาะหาทรัพยากรภายใน (อย่างเช่นมุมมองที่ใจกว้างมากขึ้น) และจากภายนอก (อย่างเจ้าหน้าที่ที่โรงเรียนและบางทีอาจหาความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว) ที่สามารถช่วยรับมือได้⁶²

อย่างไรก็ตาม เด็กในวัยเรียนที่พบเจอกับความรุนแรงจะแสดงออกถึงการเพิ่มขึ้นของการนอนหลับที่ผิดปกติ และมีความเป็นไปได้ที่จะสำรวจและเล่นอย่างอิสระหรือแสดงออกถึงแรงจูงใจในการทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมลดลงเช่นเดียวกับเด็กก่อนวัยเรียน⁶³ นอกจากนี้เด็กในวัยเรียนน่าจะเข้าใจความรุนแรงที่ตนพบเจอหรือประสบมากขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจ และอาจกังวลว่าพวกเขาจะทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุหรือพวกเขาเป็นต้นเหตุของการเกิดเหตุตั้งแต่แรก

กรอบที่ 8

ผลกระทบจากความรุนแรงในชุมชนต่อเด็กวัยเรียน

มีงานศึกษาหลายชิ้นที่สนับสนุนเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการพบเจอกับความรุนแรงในชุมชนกับอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยเรียนที่อาศัยอยู่ในย่านที่มีความรุนแรง⁶⁴ ในกรณีที่พบเจอกับความรุนแรงในชุมชนอย่างมากเด็กในวัยเรียนจะแสดงอาการที่คล้ายกับสภาวะ PTSD บางงานศึกษาได้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเด็กที่พบเห็นความรุนแรงกับฝันร้าย ความกลัวที่จะออกจากบ้าน ความวิตกกังวล และอาการ “ด้านชา”⁶⁵

วัยรุ่น

การศึกษาด้านจิตวิทยา การรู้คิดและระบบประสาทได้เปลี่ยนความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นไปได้ในการเริ่มเกิด **สภาวะทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น** การเปลี่ยนผ่านที่มีลักษณะพิเศษที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นคือการที่ความคิดเห็นของเพื่อนเริ่มมีความสำคัญมากกว่ามุมมองของผู้ปกครองหรือญาติเครือ พลังจากอิทธิพลของเพื่อนนั้นทำให้วัยรุ่นอ่อนไหวต่อการกระตุ้นทางสังคมและเพิ่มแนวโน้มไปยังพฤติกรรมเสี่ยง

กรอบที่ 9

ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตวัยรุ่น

- ผลจากการต้องพบเจอกับความรุนแรงในวัยรุ่นสามารถรวมถึงอาการซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในขณะออกเดท การใช้สารเสพติดและความรุนแรงเป็นกลยุทธ์ในการควบคุมกว่าร้อยละ 20 ของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ทั่วโลกประสบกับปัญหาทางสุขภาพจิต
- การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของเด็กวัยรุ่น (อายุ 15-18 ปี) ทั่วโลก
- วัยรุ่นประมาณร้อยละ 15 ของประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำหรือกลางเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
- ปัจจุบันความผิดปกติทางจิตและการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุอื่นๆ ของความพิการในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก⁶⁶



วัยรุ่นชายในกรุงเทพฯ (ประเทศไทย) หนึ่งในกลุ่มประชากรผู้มีความเปราะบาง

© มูลนิธิสายเด็ก

วัยรุ่นมีส่วนในการค้นหาตัวตนอยู่ช่วงกระตือรือร้น และการขาดการชี้แนะในช่วงเวลาที่สำคัญนี้สามารถนำมาสู่การตัดสินใจที่ผิด⁶⁷ การก้าวผ่านวัยในเส้นทางเพศและการเริ่มมีประสบการณ์ทางเพศสามารถบิดเบือนไป อันเป็นผลจากการต้องพบเจอกับความรุนแรงและการถูกทำให้เข้าใจว่าความรุนแรงเป็นพฤติกรรมปกติ อาจเป็นการยากที่วัยรุ่นจะเข้าหาความช่วยเหลือในประเภทหรือระดับที่เหมาะสม เพราะการประสบกับความรุนแรงมีอิทธิพลต่อพวกเขาและอาจถูกบดบังโดยมาตรฐานของตนเองหรือพฤติกรรมที่ผิดกฎหมายหรือรุนแรง

ผลการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับความรุนแรงในวัยรุ่นและเยาวชนแสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่พบเจอกับความรุนแรง โดยเฉพาะความรุนแรงต่อเนื่องยาวนานในชุมชนมีแนวโน้มที่จะแสดงออกถึงความก้าวร้าวในระดับสูงและแสดงออกในทางที่ไม่ดีตลอดช่วงอายุ และมักมีความวิตกกังวล ปัญหาด้านพฤติกรรม ปัญหาการเรียน การหนีโรงเรียนและการแสวงหาการแก้แค้นร่วมด้วย

ผลกระทบที่รุนแรงกว่าอาจเกี่ยวกับการที่เด็กวัยรุ่นพบเจอกับความรุนแรงที่สาหัสกว่าเด็กที่มีอายุน้อย วัยรุ่นที่มีอาการบอบช้ำอย่างเรื้อรังสามารถตายด้านต่อความรู้สึกและความเจ็บปวด และสามารถแสดงออกถึงพัฒนาการทางอารมณ์ที่จำกัด ในอีกทางเลือกหนึ่งพวกเขาอาจยึดติดกับกลุ่มเพื่อนหรือแก๊งในฐานะตัวแทนของครอบครัว และอาจนำความรุนแรงมาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เพื่อเป็นวิธีรับมือกับข้อขัดแย้งหรือความขัดข้องใจ⁶⁸

แง่มุมที่เกี่ยวกับการส่งต่อระหว่างรุ่น

“พวกเขาอาจเป็นวัยรุ่นหรือผู้ปกครองที่มีวัยเด็กที่ทุกข์ระทมติดตัวมา โดยไม่สามารถสลัดมันออกไปได้ พวกเขาจึงให้เด็กคนอื่นมาชดใช้และรู้สึกเหมือนที่พวกเขาารู้สึกตอนเด็กๆ” Ava -นามสมมุติ (แคนาดา)⁶⁹

หลักฐานของ**แง่มุมที่เกี่ยวกับระหว่างรุ่น**ของความรุนแรงและสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้สูงแสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กของแม่ไม่เพียงแต่มีผลไปไกลถึงตลอดชีวิต แต่ยังคงแผ่ขยายไปสู่อีกรุ่น⁷⁰ ผลที่ตามมาเหล่านี้คือการเลี้ยงดูที่ย่ำแย่ ความผูกพันทางอารมณ์ที่บกพร่องและผลลัพธ์ทางการศึกษาและสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ต่อตัวเด็ก

ผลการศึกษาในประเทศรายได้ระดับต่ำและปานกลางเมื่อไม่นานมานี้พบว่า การปฏิบัติที่ไม่ดีต่อแม่และการพบเจอกับความรุนแรงสามารถกระตุ้นทัศนคติและแนวโน้มต่อความรุนแรงของเด็กให้เพิ่มขึ้น⁷¹ อากาการซึมเศร้าของแม่ยังเชื่อมโยงกับความไม่สงบทางอารมณ์ พฤติกรรม และพัฒนาการทางประสาทในวัยเด็ก ซึ่งรวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตที่ประเมินด้วยการรายงานตนเอง ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการใช้ความรุนแรงและสารเสพติด และผลการเรียนที่ย่ำแย่⁷²

เด็กอาจอยู่ในอันตรายหากผู้ดูแลตกเป็นเหยื่อของ**ความรุนแรงจากคู่รักหรือเมื่อเด็กต้องพบเห็นความรุนแรงนี้เกิดขึ้น** ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่พบเห็นความรุนแรงที่บ้านหรืออาศัยอยู่กับแม่ที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงจากคู่รักมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบกับการทารุณกรรมที่บ้าน มีหลักฐานที่แสดงว่าเด็กที่ต้องพบเจอกับความรุนแรงในครอบครัวมีความเป็นไปได้ที่จะแสดงความก้าวร้าวกับเพื่อนหรือพี่น้องและนำพาความรุนแรงติดตัวไปเมื่อเป็นผู้ใหญ่ ทั้งในฐานะเหยื่อหรือผู้กระทำ การต้องพบเห็นความรุนแรงระหว่างพ่อแม่หรือผู้ให้การดูแลยังมีอิทธิพลต่อทัศนคติของเด็กว่า ความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในครอบครัวและความสัมพันธ์ใกล้ชิด ทัศนคติเช่นนี้สามารถถูกส่งต่อไปยังรุ่นต่อไป และทำให้วงจรของความรุนแรงนี้คงอยู่เรื่อยไป

ผลทางสุขภาพจิตที่เกิดจากความรุนแรงต่อเด็กในสภาพแวดล้อมและรูปแบบที่หลากหลาย

นอกจากผลกระทบที่แตกต่างไปในแต่ละช่วงชีวิตแล้ว ผลต่อสุขภาพจิตของเด็กยังขึ้นอยู่กับรูปแบบของความรุนแรงที่ประสบและสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น ตารางที่ 1 สรุปผลที่เกิดกับสุขภาพจิตจากความรุนแรงหลากหลายรูปแบบและสภาพแวดล้อม

นับเป็นสิ่งสำคัญในการสังเกตว่า การประสบกับความรุนแรงนั้นไม่ใช่วินิจฉัย ไม่ใช่ทุกคนที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงแบบใดแบบหนึ่งจะตอบสนองในวิธีเดียวกัน หรือได้รับประโยชน์จากการดำเนินการแบบเดียวกัน



Fatima (นามสมมุติ) อายุ 16 ปีกำลังอุ้มทารกของเธอในศูนย์พักพิงสำหรับเด็กหญิงและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงที่อยู่บนฐานของเพศสภาพที่เมืองโมกาดิชู ประเทศโซมาเลีย Fatima ตั้งครรภ์หลังจากที่ถูกข่มขืนโดยชายกลุ่มหนึ่ง

สาระสำคัญ

- ผลกระทบของความรุนแรงต่อเด็กนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของเด็กระหว่างการเติบโตและพัฒนาการ
- ความรุนแรงในปฐมวัยสามารถบั่นทอนความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง รบกวนการนอนและพฤติกรรมการกิน รวมทั้งเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของสมอง
- การกลืนและเด็กเล็กที่พบเห็นความรุนแรงทั้งที่บ้านหรือในชุมชนแสดงความหวาดหวั่นมากเกินจำเป็น พฤติกรรมที่เด็กกว่าอายุ การรบกวนการนอน ความเครียดทางอารมณ์ ความกลัวที่จะต้องอยู่คนเดียว และความถดถอยในการใช้ห้องน้ำและภาษา
- เด็กในวัยเรียนน่าจะเข้าใจความรุนแรงที่ตนพบเจอหรือประสบมากขึ้นว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจ และอาจกังวลว่าพวกเขาน่าจะทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุหรือพวกเขาเป็นต้นเหตุของเหตุที่เกิดขึ้นแต่แรก
- สิ่งที่มาพร้อมกับการเป็นวัยรุ่นคือความอ่อนไหวที่เพิ่มมากขึ้นต่ออิทธิพลของเพื่อนและการเพิ่มขึ้นของแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ผลกระทบจากการเป็นพยานพบเห็นความรุนแรงในวัยรุ่นรวมถึงอาการซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด และการใช้ความรุนแรงเป็นกลยุทธ์ในการควบคุม
- ประสบการณ์ความรุนแรงมีผลต่อสุขภาพจิตจากรุ่นสู่รุ่น โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดจากประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กและความรุนแรงจากคู่รัก

ตารางที่ 1 รูปแบบ สภาพแวดล้อม และผลที่เกิดจากความรุนแรง

รูปแบบและสภาพแวดล้อม	ผลที่เกิดจากความรุนแรง
ความรุนแรงทางจิตใจ	ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นการเกิดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ การมีสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมีปัญหา และการขาดความสามารถในการเข้าใจผู้อื่นตลอดช่วงชีวิต
ความรุนแรงทางเพศ	<p>ผลที่ตามมารวมถึงอาการซึมเศร้า สภาวะ PTSD ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ความผิดปกติในการกิน การตั้งครรภในวัยรุ่น พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง ผลการเรียนรู้ที่แย่ลง และมุมมองของเหยื่อต่อสุขภาพที่แย่ลงของตนเอง⁷³ ซึ่งอาจกระทบประสาทสัมผัสทางร่างกายอย่างความเจ็บปวดรุนแรงและความหิว⁷⁴ เช่นเดียวกับช่วงของความสนใจและการทำงานของสมอง⁷⁵</p> <p>ผลกระทบทางร่างกายและอารมณ์สามารถเกิดความเสียหายเป็นอย่างมากเพราะการเก็บเป็นความลับ ความรู้สึกอาย และการตีตรา ตอกย้ำด้วยมาตรฐานทางเพศที่เป็นอันตราย ซึ่งหมายความว่าเด็กชายและเด็กหญิงที่ประสบกับการทารุณกรรมทางเพศมักต้องรับมือคนเดียวอย่างโดดเดี่ยว</p>
ความรุนแรงและการทำโทษทางร่างกาย	<p>เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของพฤติกรรม โรควิตกกังวล อาการซึมเศร้าและการใช้สารเสพติด</p> <p>หลักฐานที่มีอยู่พบความเชื่อมโยงระหว่างการทำโทษทางร่างกายกับความก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น ความเห็นอกเห็นใจที่ลดลง และวิธีที่เด็กซึมซับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทางศีลธรรม⁷⁶</p> <p>เชื่อมโยงกับพัฒนาการทางระบบประสาทที่ช้าลงและผลการเรียนรู้ที่แย่ลง</p>
การทอดทิ้ง	เกี่ยวข้องกับปัญหาทางพฤติกรรม ระบบประสาท พัฒนาการ และปัญหาที่เกิดขึ้นใน ⁷⁷ ซึ่งเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับการทารุณกรรมรูปแบบอื่นๆ ⁷⁸
การกลั่นแกล้ง	<p>เชื่อมโยงกับผลการเรียนรู้ที่แย่ลงและปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ความคิดและการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงอื่นๆ ซึ่งยังคงพบต่อไปในวัยผู้ใหญ่ การกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ตส่งผลในลักษณะเดียวกัน และได้ถูกเชื่อมโยงกับความเป็นไปได้มากกว่าที่จะเกิดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการพนัน⁷⁹</p> <p>ผลกระทบจากการกลั่นแกล้งนั้นไม่ได้เฉพาะที่ตัวเหยื่อ แต่เด็กที่กลั่นแกล้งผู้อื่นยังเกี่ยวข้องกับผลร้ายในวัยเด็กและในอนาคต เด็กที่กลั่นแกล้งผู้อื่นแสดงปัญหาจากภายนอก อาทิ พฤติกรรมต่อต้านสังคมและชอบเสี่ยงภัย เช่นเดียวกับการทำความผิดทางอาญาในอนาคต การเป็นทั้งผู้กระทำความรุนแรงและเหยื่อเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาทั้งทางจิตใจและพฤติกรรม</p>
ความรุนแรงในโลกออนไลน์	<p>เด็กที่สัมผัสกับความรุนแรงในโลกออนไลน์และเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม (เช่น เนื้อหาที่ทำร้ายเด็ก สื่อลามก เนื้อหาที่สร้างความเกลียดชัง และเนื้อหาที่ส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพและเป็นอันตราย เช่น การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย และโรคคลั่งผอม) นั้นเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่มีปัญหาอย่างก้าวร้าว วิตกกังวล อาการของสภาวะ PTSD ท้ายที่สุดเด็กอาจมีความสามารถในการเข้าใจผู้อื่นและเห็นอกเห็นใจต่ำ การแสดงให้เห็นภาพของการฆ่าตัวตายในโลกออนไลน์ยังสามารถนำไปสู่การเลียนแบบหรือ “การลอกเลียนผลงาน (copypcat)” การฆ่าตัวตายอันเป็นปัญหาสำคัญหนึ่ง⁸⁰</p>
เด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์	<p>มีหลักฐานที่หนักแน่นและสอดคล้องกันถึงผลกระทบในแง่ลบของการดูแลโดยสถานสงเคราะห์ต่อสุขภาพจิตเด็ก โดยเฉพาะในรูปแบบของอาการทางจิตเวช และปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในอัตราสูง การตรวจสอบอย่างมีระบบเน้นอยู่บ่อยครั้งถึงความสัมพันธ์ระหว่างการถูกละเลยจากสถานสงเคราะห์และพัฒนาการทางระบบประสาทที่ล่าช้า ซึ่งสามารถส่งผลถึงความพิการถาวรได้⁸¹</p> <p>งานวิจัยยืนยันถึงผลกระทบในทางลบต่อระบบประสาทของผู้เยาว์และผู้ที่ใช้เวลาอย่างยาวนานในสถานสงเคราะห์⁸²</p>

รูปแบบและสภาพแวดล้อม	ผลที่เกิดจากความรุนแรง
เด็กที่ถูกกลดทอนอิสรภาพ	<p>เด็กที่อยู่ในการคุมขังของระบบยุติธรรมมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่สูงกว่าเด็กทั่วไปในชุมชน โดยเฉพาะปัญหาการใช้สารเสพติด ความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการซึมเศร้า เด็กหลายคนที่อยู่ในการคุมขังมีประสบการณ์ของสภาวะ PTSD และสภาพสุขภาพจิตเสียหายร้ายแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในทันที ที่สำคัญยิ่งคือปัญหาสุขภาพจิตของเด็กที่ถูกคุมขังพบว่า ส่วนใหญ่แล้วเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมกัน เช่น การเกิดขึ้นพร้อมๆ กับปัญหาอื่น⁸³ พฤติกรรมทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในเด็กที่ถูกควบคุมตัวนั้นสูงกว่าเด็กทั่วไปในชุมชน วัยรุ่นที่อยู่ในการคุมขังมีความเป็นไปได้ที่จะเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายมากกว่าเด็กวัยรุ่นทั่วไปถึงสี่เท่า⁸⁴ เด็กที่ถูกควบคุมตัวอันเนื่องมาจากการอพยพย้ายถิ่นฐานมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางสุขภาพจิตรุนแรง อันเป็นผลมาจากปัจจัยมากมาย อย่างการทรมานและความบอบช้ำก่อนการมาถึง ความล่มสลายของครอบครัวที่เกิดจากการคุมขัง ระยะเวลาของการคุมขังและความไม่แน่ใจในอนาคต รวมทั้งการต้องเป็นพยานพบเห็นความบอบช้ำในสถานกักกัน⁸⁵</p>
การปฏิบัติที่เป็นอันตราย	<p>การปฏิบัติที่เป็นอันตรายสามารถก่อให้เกิดความเสียหายทางจิตใจทั้งในทันทีและในระยะยาว ตัวอย่างเช่น เด็กผู้หญิงและผู้หญิงที่ผ่านการขลิบอวัยวะเพศอาจมีอัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตใจที่สูงกว่า โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า โรควิตกกังวล สภาวะ PTSD และภาวะโซมาติก อย่างอาการปวดร้าวและความเจ็บปวดที่ไม่มีสาเหตุทางร่างกายที่ชัดเจน⁸⁶ ผลการศึกษาเรื่องการแต่งงานในวัยเด็กและสภาวะทางจิตใจในประเทศในแอฟริกาและเอเชียใต้แสดงความเชื่อมโยงอันสำคัญในทางลบระหว่างการแต่งงานในวัยเด็กกับสภาวะทางจิตใจ รวมทั้งอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่นเดียวกับกำลังใจในการอยู่รอดและสุขภาพโดยรวม ความสัมพันธ์นี้ยังคงอยู่ถึงแม้ว่าอัตราความชุกของการแต่งงานในวัยเด็ก ความรุนแรง และค่าเฉลี่ยสภาวะทางจิตใจในระดับชุมชนจะปรับเปลี่ยนไป ซึ่งแนะนำให้เห็นว่าการแต่งงานในวัยเยาว์นั้นก่อให้เกิดความเสียหายต่อสภาวะทางจิตใจ ถึงแม้ว่าจะพิจารณาจากมาตรฐานทางสังคมของการแต่งงานในวัยเด็กและตัวแปรอื่นๆ ในชุมชน⁸⁷</p>
ความรุนแรงจากอาวุธในชุมชน	<p>ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เด็กที่พบเจอกับความรุนแรงจากปืนอาจประสบกับผลกระทบทางจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งรวมถึงความโกรธ การถอนตัว สภาวะ PTSD การลดความรู้สึกล้วความรุนแรง การรบกวนการนอน ความคิดที่ลွ่งล้ำเข้ามาเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่สร้างบาดแผล มีความยากลำบากในการใช้สมาธิในห้องเรียน ผลการเรียนรู้ที่ย่ำแย่ และแรงบันดาลใจในการเรียนหรือการทำงานลดลง ผลที่ตามมาอื่นๆ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง และการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด⁸⁸ ผลกระทบนั้นร้ายแรงกว่าในเด็กที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงจากปืนโดยตรงหรืออยู่ในชุมชนที่ต้องเป็นพยานพบเห็นความรุนแรงจากปืนซ้ำแล้วซ้ำเล่า</p>
เด็กผู้อพยพ	<p>ผู้อพยพที่ประสบกับการดำเนินคดี การทรมาน และความรุนแรงทางเพศอยู่ในความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นความผิดปกติทางจิตใจที่ร้ายแรงและเรื้อรัง ความบอบช้ำสะสมที่พบเจอก่อนการย้ายถิ่นฐาน (อาทิ ภัยคุกคาม การพบเห็นความรุนแรงที่ผู้อื่นต้องทนทุกข์ และการขาดแคลนการเข้าถึงความเป็นพื้นฐาน) และหลังจากนั้น (อาทิ ความกังวลด้านความคุ้มครอง การขาดแคลนสถานภาพทางรัฐ และการคุมขัง) ยังเป็นส่วนหนึ่งของความเครียดโดยรวมของเด็ก⁸⁹</p> <p>เด็กที่ผ่านประสบการณ์เหล่านี้เผชิญกับความเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตที่สูงขึ้นมาก โดยเฉพาะสภาวะ PTSD และอาการซึมเศร้าในภายหลัง⁹⁰</p> <p>การวิเคราะห์อภิมานจากการศึกษากรณีของผู้อพยพ 30 รายพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 0-87 สำหรับเด็กที่เข้าเกณฑ์การเกิดสภาวะ PTSD⁹¹ เด็กรายงานถึงความกลัวที่จะนึกถึงเหตุการณ์ที่สร้างความบอบช้ำนั้น ความกลัวว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอีกครั้ง ปวดศีรษะ น้ำหนักลด ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ความชุกของการเกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในอัตราร้อยละ 35-90</p> <p>ความชุกของปัญหาความก้าวร้าวและพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชนในค่ายผู้อพยพนั้นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 36 โดยเด็กชายแสดงความก้าวร้าวมากกว่าเด็กหญิง⁹²</p>

รูปแบบและสภาพแวดล้อม	ผลที่เกิดจากความรุนแรง
การแพร่ระบาดของโรค	<p>มาตรการกักตัวสามารถทำให้เด็กอยู่ในความเสี่ยงต่อความรุนแรงและการแสวงหาประโยชน์มากขึ้น การหยุดชะงักของการบริการสำหรับเด็กที่มาจากรั้วเรือนที่เป็นอันตราย อยู่ในการเลี้ยงดูทดแทนอาศัยอยู่ตามท้องถนน และในสภาพแวดล้อมด้านมนุษยธรรม ซึ่งหมายถึงการที่ช่องทางช่วยชีวิตให้ความปลอดภัยและการสนับสนุนถูกตัดขาด</p> <p>เช่นเดียวกับผลกระทบจากความรุนแรงที่บ้าน ออนไลน์ และสภาพแวดล้อมอื่นๆ การแยกตัวซึ่งเกิดจากมาตรการกักตัวในช่วงของการแพร่ระบาดนั้นสัมพันธ์กับผลกระทบทั้งหลายต่อสุขภาพจิตเด็ก</p> <p>เด็กอาจพบปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันของกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแทรกแซงความรู้สึกของชีวิตที่มีแบบแผน การคาดการณ์ได้ และความมั่นคง เด็กอาจกังวลกับความปลอดภัยของตนเองและผู้ที่รัก วิธีการที่จะเติมเต็มความต้องการขั้นพื้นฐาน และสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต เด็กที่ผ่านความบอบช้ำหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ทางกาย และพัฒนาการอยู่ก่อนหน้ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการรบกวนทางอารมณ์</p> <p>วิธีการการตอบสนองของเด็กและสัญญาณความเครียดแตกต่างกันไปตามอายุ ประสบการณ์ก่อนหน้า และวิธีการที่เด็กรับมือกับความเครียด ความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ตามปกติรวมทั้ง:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ร้องไห้และหงุดหงิดมากเกินปกติในเด็กเล็ก • ย้อนกลับมาทำพฤติกรรมที่เลิกทำไปแล้ว (เช่น เข้าห้องน้ำไม่ทันหรือปัสสาวะรดที่นอน) • ความกังวลและความเศร้ามากเกินปกติ • พฤติกรรมหงุดหงิดและแสดงออกในทางที่ไม่ดีในวัยรุ่น • หลีกเลียงกิจกรรมที่เคยชอบทำ • ปวดศีรษะหรือปวดตัวอย่างไม่มีสาเหตุ • การใช้แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือยาอื่นๆ
ความขัดแย้งภายในและระหว่างประเทศ	<p>หลักฐานทั้งหมดยืนยันว่าผลกระทบที่เสียหายจากสงครามและความรุนแรงทางการทหารต่อสุขภาพจิตของเด็กและผู้ใหญ่ การเพิ่มขึ้นของสภาวะ PTSD ซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการแยกแยะไม่ออก (เช่น เห็นภาพย้อนอดีตถึงเหตุการณ์อันบอบช้ำนั้น ความรู้สึกตัดขาดกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว ไม่สามารถจำได้ในชั่วขณะหนึ่ง)⁹³</p> <p>การบาดเจ็บของสมอง (Traumatic Brain Injury – TBI) เป็นปัญหาหลักของเด็กที่มาจากพื้นที่ขัดแย้งและเพิ่มโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา⁹⁴</p> <p>นับเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเข้าใจว่าถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดในสภาพแวดล้อมเหล่านั้นนั้นเชื่อมต่อกัน และผลกระทบในทางที่ไม่ดีของความรุนแรงนั้นผสมไปกับการขาดช่องทางการบริการสนับสนุนต่างๆ ที่เด็กต้องการเพื่อความอยู่รอดและรับมือกับความเครียด</p> <p>ความรุนแรงอย่างเป็นระบบนั้นเป็นความบอบช้ำของเหยื่อ และสำหรับผู้รักษาและช่วยเหลือพวกเขาด้วย⁹⁵ ตัวอย่างหนึ่งคือความรุนแรงแสนสาหัส การทรมาน การตกเป็นทาส ความรุนแรงทางเพศ อย่างเป็นระบบ และการคัดเลือกทหารเด็กที่เกิดขึ้นกับชนเผ่ายาซิดีในตอนเหนือของประเทศอิรักโดยกลุ่มรัฐอิสลาม (ISIL/Da'esh) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.9) ของเหยื่อที่หนีมาได้นั้นแสดงอาการของสภาวะ PTSD ร้อยละ 39.5 ต้องทนอยู่กับอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง โดยในจำนวนเหยื่อเหล่านี้ ผู้หญิงมีความเป็นไปได้มากกว่าผู้ชายที่จะต้องทนทุกข์กับสภาวะ PTSD และอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง การทรมานและความรุนแรงทางเพศตัวทำนายที่ชัดเจนของการเกิดสภาวะ PTSD และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วม⁹⁶</p>



Maryam เด็กหญิงผู้อพยพหนีความขัดแย้งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไนจีเรียวาดภาพของ Sayam Forage แคมป์ผู้อพยพใน
แคว้นคิฟวาของประเทศไนเจอร์ในวันที่ 30 มีนาคม 2558

4. ทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน

พื้นฐานของกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยที่สามารถป้องกันพวกเขาจากทั้งสองสิ่งนี้ นอกจากนี้แนวทางแบบผสมผสานจะช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มการป้องกันที่จะสนับสนุนให้ความพยายามในการป้องกันและตอบสนองนั้นประสบความสำเร็จ

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัยนั้นสอดคล้องกับความรุนแรงต่อเด็กบางรูปแบบโดยเฉพาะ แต่โดยทั่วไปแล้วความรุนแรงหลายรูปแบบมีปัจจัยเสี่ยงเดียวกัน ซึ่งสะท้อนถึงความชุกของการตกเป็นเหยื่อที่มากกว่าหนึ่ง (poly-victimization) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรุนแรงหลายรูปแบบ⁹⁷ ความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้ในระดับบุคคล ภายในความสัมพันธ์ และทั่วทั้งชุมชนและสังคมเป็นไปตามแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (social ecological model)⁹⁸ เช่นเดียวกันตัวกำหนดสถานะสุขภาพจิตนั้นรวมถึงปัจจัยหลายอย่างทางชีววิทยาทางจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม⁹⁹

ปัจจัยระดับบุคคลรวมทั้งลักษณะทางชีวภาพและประชากรศาสตร์ที่เพิ่มความเสี่ยงที่เด็กหรือเยาวชนจะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง อาทิ สถานะเพศ อายุ ระดับการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ ความพิการหรือประเด็นทางสุขภาพจิตอื่นๆ อย่างการเป็นเลสเบี้ยน เกย์ ไบเซกซวล และทรานส์เจนเดอร์ การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่เป็นอันตราย และการมีประวัติของการพบเจอกับความรุนแรง คุณลักษณะหลายอย่างเหล่านี้หล่อหลอมสุขภาพจิตโดยรวม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาถึงผลกระทบที่ขยายกว้างจากการมาบรรจบกันของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตกับผลที่ตามมา¹⁰⁰

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง คู่รักและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึงการขาดความมั่นคงทางอารมณ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่หรือผู้ดูแล การเลี้ยงดูที่ไม่ดี สภาพครอบครัวผิดปกติและการแยกจาก รวมทั้งการรวมกลุ่มทำกิจกรรมผิดกฎหมาย การพบเห็นความรุนแรงระหว่างผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และการแต่งงานเร็วเกินไปหรือถูกบังคับให้แต่งงาน การสูญเสียพ่อแม่ผู้ปกครองหรือญาติใกล้ชิด การมีแม่ที่มีสุขภาพจิตแย่ และการใช้สารเสพติดของผู้ดูแลนั้นเชื่อมโยงกับผลทางสุขภาพจิตที่เป็นไปในทางที่ไม่ดีของเด็ก¹⁰¹

ปัจจัยเสี่ยงระดับชุมชนหมายถึงการที่คุณลักษณะของพื้นที่อย่างโรงเรียน สถานที่ทำงาน และละแวกบ้านเพิ่ม

ความเสี่ยงต่อความรุนแรงในวัยเด็ก ซึ่งรวมทั้งความยากจน ประชากรหนาแน่น ประชากรชั่วคราว ความสามัคคีในชุมชนต่ำ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่ปลอดภัย อัตราการเกิดอาชญากรรมสูง และการมีอยู่ของการค้ายาเสพติดในพื้นที่ ผลการวิจัยพบว่าเด็กมีความเสี่ยงสูงขึ้นที่จะพบเจอกับความรุนแรงที่หลากหลายเมื่ออยู่ในความยากจนร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงทางประชากรศาสตร์อื่นๆ (อาทิ ครีวเรือนที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว สถานะของการชนกลุ่มน้อยหรือกลุ่มชาติพันธุ์) โดยไม่ขึ้นอยู่กับสภาพที่อยู่อาศัยของเด็กหรือการที่เด็กจะมีที่อยู่อาศัยหรือไม่¹⁰²

ปัจจัยเสี่ยงระดับสังคมคือมาตรฐานทางกฎหมายและสังคมที่สร้างให้เกิดบรรยากาศที่ความรุนแรงนั้นได้รับการส่งเสริมหรือถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ ซึ่งรวมถึงมาตรฐานทางวัฒนธรรมที่แสดงให้เห็นว่า การใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้งนั้นเป็นเรื่องปกติ หรือที่เห็นว่าการที่ผู้ชายมีอำนาจเหนือกว่าผู้หญิงและเด็ก หรือที่เห็นว่าสิทธิของผู้ปกครองนั้นสำคัญกว่าความเป็นอยู่ที่ดีของเด็ก และยังรวมถึงการที่นโยบายทางสุขภาพ เศรษฐกิจ การศึกษาและสังคมนั้นเกื้อกูลต่อความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ เพศและสังคม การไม่มีการป้องกันทางสังคมหรือมีแต่ไม่เพียงพอ การกำกับดูแลที่อ่อนแอ และการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ดีพอ

กรอบที่ 10 ทัศนคติต่อความรุนแรง

ทัศนคติต่อความรุนแรงนั้นมีความสำคัญต่อการหล่อหลอมปัจจัยเสี่ยงในสภาพแวดล้อมต่างๆ การศึกษาระยะยาวใน 9 ประเทศโดย Lansford และคณะในปี 2560 พบว่า การที่ชุมชนยอมรับการใช้ความรุนแรงสามารถเป็นตัวทำนายการสร้างวินัยโดยใช้ความรุนแรงของผู้ปกครองได้¹⁰³ เมื่อสังคมยอมรับการใช้ความรุนแรง เด็กจะยอมรับและหาเหตุผลให้กับการใช้ความรุนแรง โดยเฉพาะในวิธีที่เป็นการสร้างวินัย¹⁰⁴ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อและทัศนคติของครูเกี่ยวกับความรุนแรงเป็นตัวกำหนดระดับความรุนแรงที่ใช้ในห้องเรียนของพวกเขา เพราะพวกเขามีอิทธิพลหลักต่อการสถาปนาว่า พฤติกรรมใดเหมาะสมหรือ “ปกติ” ถึงแม้ว่าจะไม่มีการกระทำใดเกิดขึ้น แต่ความเชื่อของครูอาจเพิ่มความชุกและความถี่ของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งในห้องเรียน¹⁰⁵

ภาวะฉุกเฉินอย่างสงคราม ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และการแพร่ระบาดของโรคทำให้สังคมเปราะบางและ กัดกร่อนการสนับสนุนต่างๆ ที่จะสามารถปกป้องเด็กๆ ภายใต้สถานการณ์ปกติ พ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่ที่มีความ สำคัญต่อเด็กอาจเสียชีวิต ถูกทำให้พิการ หรือบอบช้ำ และ เด็กอาจต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ใหญ่

โรงเรียนซึ่งเป็นพื้นที่ป้องกันในหลายด้านที่เปิดประตู ไปสู่การได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม อาจถูกปิด เสียหาย หรือเป็นเป้าในการโจมตีทางทหาร เด็ก มักสูญเสียโอกาสในการเล่นและสร้างสัมพันธ์กับเพื่อนเมื่อ ครอบครัวยุติการบังคับให้ออกไปจากที่อยู่อาศัย หรือถูกบังคับ ให้ลี้ภัยข้ามแดน พร้อมๆ กับการที่พื้นที่ปลอดภัยในชุมชนนั้น หายไป

กรอบที่ 11

สุขภาพจิตกับสงคราม “เมื่อเวลาผ่านไป [ความรุนแรง] ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของตัวฉัน”

มีหลักฐานเพิ่มขึ้นมากมายที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบ ต่อสุขภาพจิตของเด็กที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง โครงสร้าง มาตรฐาน และบทบาททางสังคมระหว่าง สงคราม การศึกษาหลายชิ้นกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรมทางเพศ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์เร็ว และการแต่งงานในเด็ก เด็กที่ถูกบังคับให้ย้ายถิ่นฐาน และถูกแยกจากพ่อแม่อาจจะต้องพบกับความเสี่ยงที่ เพิ่มขึ้นที่จะถูกแสวงหาผลประโยชน์ มีพฤติกรรมทาง เพศที่มีความเสี่ยงสูง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹⁰⁶ ความสูญเสียที่ เกิดจากการเป็นทหารเด็กนั้นร้ายแรงมาก ในการศึกษา หลายชิ้นพบว่า เด็กเหล่านี้ได้ล่าถึงกระบวนการในการ ปลูกฝังความเชื่อและวิธีการควบคุม รวมทั้งการการณ กรรมทางร่างกายและจิตใจอยู่เป็นประจำ การทรมาน และการทำให้เห็นว่าความรุนแรงเป็นเรื่องปกติ¹⁰⁷ ซึ่งเด็ก คนหนึ่งได้อธิบายว่า “เมื่อเวลาผ่านไป [ความรุนแรง] ได้ กลายเป็นส่วนหนึ่งของตัวฉัน”¹⁰⁸

แนวทางที่ปัจจัยทั้งหมดเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์ข้ามไป มาในทุกระดับของแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมนั้นมีความ สำคัญเท่าเทียมกับอิทธิพลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งใน ระดับเดียว

ปัจจัยป้องกัน

ปัจจัยป้องกันสามารถแบ่งออกเป็น 3 จำพวกดังนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็ก ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว และปัจจัย ที่นอกเหนือจากครอบครัว

กรอบที่ 12

สุขภาพจิตของเด็กและความรุนแรงในซิมบับเว

การศึกษาแรกในซิมบับเวที่ประเมินปัจจัยเสี่ยง สำหรับความรุนแรงทางอารมณ์และทางร่างกายในวัย เด็ก (ใช้ข้อมูลตัวแทนระดับประเทศ) พบความเชื่อมโยง อย่างหนักแน่นระหว่างสุขภาพจิตที่ย่ำแย่กับพฤติกรรม ที่เป็นอันตราย ซึ่งตรงกับการศึกษาระดับสากล Chigiji และคณะยืนยันว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการประสบกับ ความรุนแรงสำหรับเด็กผู้หญิงคือการประสบกับการ การุณกรรมทางจิตใจก่อนอายุ 13 ปี การมีผู้ใหญ่ใน ครอบครัวยุติการบังคับ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ และ อายุ ปัจจัยเสี่ยงสำหรับเด็กผู้ชายรวมถึงความสัมพันธ์ กับเพื่อนและสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ในขณะที่ ปัจจัยป้องกันนั้นรวมถึงการมีครูที่ใส่ใจและสมาชิกใน ชุมชนที่สามารถไว้วางใจได้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการการุณกรรม ทางอารมณ์นั้นแตกต่างกันไป แต่รวมถึงความสัมพันธ์ ในครอบครัว ตัวแปรเกี่ยวกับครูและโรงเรียน สถานะทาง สังคมและเศรษฐกิจ ความไว้วางใจและความมั่นคงใน ชุมชน¹⁰⁹

ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็กรวมถึงการปรับตัวของเด็ก บุคลิกลักษณะ การมองโลกในแง่ดีและวิธีการรับมือกับ ปัญหา เช่นเดียวกับการที่เด็กทำความเข้าใจและประเมิน สถานการณ์รอบตัว ปัจจัยป้องกันเพิ่มเติมที่ถูกกล่าวถึงใน ผลการศึกษาต่างๆ มีดังนี้ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความ สามารถในตนเอง การมีบุคลิกลักษณะและรูปลักษณ์ ภายนอกที่น่าดึงดูด พรสวรรค์ส่วนตัว ศาสนาที่นับถือ การได้เปรียบทางสังคมและเศรษฐกิจ โอกาสที่ดีทางการ ศึกษาและการทำงาน และการปฏิสัมพันธ์กับผู้คนและสภาพ แวดล้อมที่เป็นไปในแง่ดีต่อพัฒนาการ¹¹⁰ ซึ่งสามารถพูด ได้ว่าเด็กที่มีโอกาส ได้รับการสนับสนุนและความมั่นใจนั้น เกิดจากวัยเด็กที่ปลอดภัยและได้รับการใส่ใจดูแล

กรอบที่ 13

กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาของเด็กเมื่อพบเจอกับ ความรุนแรง

ผลงานวิจัยได้เน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของกลยุทธ์ ในการควบคุมอารมณ์เพื่อรับมือกับปัญหา ซึ่งผลงาน วิจัยทั้งหลายได้ให้คำนิยามว่า ความสามารถในการ เพิ่มหรือลดอารมณ์ตามความต้องการ อันเป็นวิธีการ ที่จะป้องกันตนเองจากอาการทางสุขภาพจิตที่เกิดจาก การเผชิญหน้ากับความรุนแรงหลากหลายรูปแบบ เด็กที่ คิดว่าตนสามารถรับมือทางอารมณ์ได้นั้นมีอาการทาง สุขภาพจิตน้อยกว่า กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาของ เด็กเองช่วยเป็นกันชนจากผลกระทบอันร้ายแรงที่เกิด จากการประสบกับความรุนแรง ทั้งในส่วนที่เป็นกลยุทธ์ ในการป้องกันและรักษา¹¹¹

ความยืดหยุ่นคือหัวใจหลักที่อาจกำหนดว่าเด็กคนใดจะเผชิญกับผลกระทบที่เสียหายอันเป็นการตอบสนองต่อความรุนแรงที่พบเจอได้น้อยกว่า¹¹² ความยืดหยุ่นนั้นเกี่ยวข้องกับศักยภาพของบุคคลที่จะนำพาตนเองไปสู่ทรัพยากรต่างๆ ที่จะส่งเสริมและรักษาสุขภาพและสุขภาวะของตน ซึ่งมาจากลักษณะส่วนตัวและการหล่อหลอมของวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม ผลจากการศึกษาทารก เด็กและเยาวชนที่มีความยืดหยุ่นที่พบเจอกับความรุนแรงในชุมชนพบสิ่งที่สอดคล้องกันคือการระบุปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อพัฒนาการดังนี้ การมีผู้ใหญ่ที่ใส่ใจ การมีพื้นที่ “ปลอดภัย” ในชุมชน และทรัพยากรภายในตัวเด็กเอง ยังมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงทางสภาพแวดล้อมต่อเด็กและเยาวชนสามารถลดลงหรือป้องกันได้โดยการช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับความยืดหยุ่นในตัวเด็กเอง¹¹³

ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวรวมถึงความเข้มแข็งและธรรมชาติของความสัมพันธ์ของเด็กกับพ่อแม่ผู้ปกครอง พี่น้อง และสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัว ทรัพยากรที่ช่วยป้องกันที่สำคัญที่สุดในการช่วยให้เด็กรับมือกับการเผชิญกับความรุนแรงคือการมีสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งกับผู้ใหญ่ที่มีความสามารถ ใส่ใจดูแลและมองโลกในแง่ดี ซึ่งบ่อยครั้งคือพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กเอง เมื่อมีการเลี้ยงดูที่ดีจากแม่หรือพ่อหรือผู้ใหญ่ที่มีความสำคัญต่อตัวเด็ก พัฒนาการทางระบบประสาทและสังคมของเด็กจะสามารถเติบโตต่อไปได้แม้ในช่วงเวลาแห่งความทุกข์ยาก

การศึกษาของแม่เป็นปัจจัยป้องกันหนึ่งที่อาจมีบทบาทหลักในการลดความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปัญหาทั้งในและนอกครอบครัว¹¹⁴ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของแม่ที่ต่ำในประเทศรายได้สูงนั้นเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อปัญหาด้านระบบประสาท พฤติกรรมและอารมณ์ในวัยเด็ก¹¹⁵ แม้ที่มีการศึกษาสูงแต่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรอันย่ำแย่มีความเป็นไปได้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์อันมีคุณภาพดีกว่าและมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการมากกว่า และสามารถให้การกระตุ้นที่บ้านที่มีคุณภาพมากกว่า และมีความน่าจะเป็นที่จะมีหนังสืออยู่ที่บ้านมากกว่า การผสมผสานการกระตุ้นพัฒนาการเด็กเข้ากับการกระตุ้นทางสุขภาพและโภชนาการมีผลต่อประสิทธิภาพการป้องกัน อันรวมทั้งในสภาพแวดล้อมด้านมนุษยธรรม

ปัจจัยที่นอกเหนือจากครอบครัวรวมถึงการมีสัมพันธ์ที่ดีและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือผู้ใหญ่รอบข้างอย่างครูและผู้นำชุมชน เป็นที่ประจักษ์ว่าสภาพแวดล้อมเชิงบวกของโรงเรียนสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการตกเป็นเหยื่อโดยเพื่อนๆ แม้แต่ในที่ที่มีความรุนแรงในชุมชนระดับสูง โดยทั่วไปนักเรียนที่ต้องประสบกับความรุนแรงในชุมชนร่วมกับการมีสภาพแวดล้อมเชิงลบของโรงเรียนแสดงออกถึงพัฒนาการแย่ที่สุด¹¹⁶ การปฏิบัติตามวิถีทางวัฒนธรรม มาตรฐานสังคม และกรอบกฎหมายที่สามารถป้องกันการเลือกปฏิบัตินั้นมีสำคัญด้วย



วัยรุ่นหญิงที่เข้ารับการสนับสนุนจาก The Hub ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นในกรุงเทพฯ (ประเทศไทย) The Hub ดำเนินการโดยมูลนิธิสายเด็กดูแลจัดหาอาหาร ห้องอาบน้ำ การรักษาพยาบาล และการศึกษาแก่เด็กและวัยรุ่นที่ประสบปัญหาในพื้นที่ใกล้เคียง

© มูลนิธิสายเด็ก

สาระสำคัญ

- พื้นฐานของการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันและตอบสนองต่อความรุนแรงในวัยเด็กและผลกระทบต่อสุขภาพจิตนั้นขึ้นอยู่กับ การกำหนดปัจจัยที่พาให้เด็กไปอยู่ในความเสี่ยงและปัจจัยที่จะช่วยปกป้องพวกเขา
- สามารถพบปัจจัยเสี่ยงได้ในทุกระดับทั้งระดับบุคคล ครอบครัว/ความสัมพันธ์ ชุมชนและสังคม
- ปฏิกริยาระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในทุกระดับนั้นมีความสำคัญเท่าเทียมกับอิทธิพลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งในระดับเดียว
- ปัจจัยป้องกันสามารถแบ่งออกเป็น 3 จำพวกดังนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็ก ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว และปัจจัยที่นอกเหนือจากครอบครัว



5. สิ่งที่เป็นผลสำเร็จ หลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงการป้องกันและการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ

“เหยื่อไม่ต้องการให้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนิยามชีวิตทั้งชีวิตของพวกเขา ทำไมเราถึงอยู่ในระบบที่ทำให้ฉันต้องรู้สึกละอายใจกับสิ่งผิดที่คนอื่นทำกับฉัน ทำไมเราถึงเป็นคนที่ต้องหลบซ่อนเพราะความอับอาย ฉันจะไม่ให้ออกาสคนที่ทำกับฉันเป็นผู้เขียนเรื่องราวชีวิตของฉัน” Sophie ผู้รอดชีวิตและผู้ทำงานสนับสนุน (เคนยา)¹¹⁷

ปัจจุบันมีข้อมูล งานวิจัย และหลักฐานเกี่ยวกับการดำเนินการที่ป้องกันและตอบสนองต่อความรุนแรงต่อเด็กมากกว่าที่เคยมีในอดีตที่ผ่านมา¹¹⁸ องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงหลักฐานที่เพิ่มมากขึ้นของการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก และเพื่อป้องกันและรักษาอาการทางสุขภาพจิตตามที่เห็นได้จากรายงานที่ชื่อว่า Mental Health Action Plan 2013 - 2020¹¹⁹ องค์การอนามัยโลกเองมีโครงการที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการดูแลสุขภาพจิตและการจัดการการดำเนินการด้านจิตสังคม เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และดูแลเด็กและเยาวชน¹²⁰

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเห็นว่าด้วยสุขภาพจิตโลกและการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ระบุการดำเนินการทั้งหลายที่จำเป็นในการป้องกันโรคทางจิตและการใช้สารเสพติด รวมทั้งการจัดการการดูแลรักษาเพื่อให้ฟื้นฟูได้เร็วขึ้น¹²¹ คณะกรรมการฯ ได้ย้ำถึงการดำเนินการรูปแบบใหม่ที่มีความเป็นไปได้ที่จะขยายการดำเนินการและที่สามารถจัดทำผ่านระบบสุขภาพทั่วไปหรือผ่านช่องทางอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว

การดำเนินการเชิงป้องกันที่เน้นไปที่สุขภาพจิตแม่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก และการเล่นและการกระตุ้นมีผลที่ดีในระยะยาวทั้งสำหรับทารกและแม่ การดำเนินการที่สนับสนุนการให้นมแม่ตั้งแต่แรกเริ่มและสัมผัสใกล้ชิดกับแม่ และเพิ่มการตอบสนองของแม่นั้นมีความสำคัญยิ่ง เพราะเป็นการสร้างความผูกพันทางอารมณ์และลดความเสี่ยงต่อการกระทำผิดต่อเด็ก นอกจากนี้การศึกษาของพ่อแม่และการดำเนินการที่มีองค์ประกอบหลากหลาย(ที่รวมการสนับสนุนจากครอบครัว การศึกษาก่อนวัยเรียน ทักษะการเลี้ยงดู และการดูแลเด็ก)แสดงถึงความเป็นไปได้ในการป้องกันการกระทำผิดต่อเด็กและลดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ประสบกับความทุกข์ยาก และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการขัดแย้งทางอาวุธ¹²²

การวิเคราะห์ทอริมานจากกรณีศึกษา 193 รายที่ทำการศึกษาโดย Patel และคณะสำหรับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนถึงความเชื่อมโยงอย่างหนักแน่นระหว่างอาการซึมเศร้าของแม่กับปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น (ทั้งที่เกิดจาก

ภายในและภายนอก) ของเด็ก และมีหลักฐานอย่างชัดเจนว่าการดำเนินการที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของแม่ช่วยลดปัญหาทั้งที่เกิดจากภายในและภายนอกของเด็ก และช่วยลดอาการแรกเริ่มของปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก **โครงการเยี่ยมบ้าน**สำหรับคุณแม่มือใหม่และทารกมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะเมื่อมีการตรวจพบและรักษาอาการซึมเศร้าของแม่ และมีการจัดการการดำเนินการ**ทางจิตสังคม**เป็นส่วนหนึ่งของบริการดูแลก่อนและหลังคลอด¹²³

การลงทุนในการดำเนินการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกและสวัสดิภาพเด็กนั้นสำคัญอย่างยิ่งยวดในการที่จะ**ทลายวงจรอันเป็นพิษร้ายของการส่งต่อความรุนแรง ความยากจน และความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตจากรุ่นสู่รุ่น** การดำเนินการที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูที่ปรับเปลี่ยนแง่มุมต่างๆ ของการเลี้ยงดูบุตรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง อาทิ ส่งเสริมการสร้างวินัยที่ไม่ใช้ความรุนแรงหรือการแก้ไขของคความรุนแรงของผู้ปกครองเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงต่อพัฒนาการของเด็ก สมาคมจิตวิทยาอเมริกันได้ทดสอบโครงการป้องกันที่มุ่งเน้นไปที่ครอบครัว และพบว่าเกิดผลได้จริง ในขณะที่หลายโครงการได้แสดงให้เห็นว่าคุ้มค่าต้นทุน¹²⁴ ตัวอย่างเช่นโครงการเยี่ยมบ้านขององค์กร Nurse-Family Partnership ในประเทศสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่าสามารถประหยัดเงินได้ 3-6 เหรียญสหรัฐต่อทุกๆ หนึ่งเหรียญที่ลงทุนลงไป¹²⁵

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนยังพบว่า การดำเนินการสำหรับเด็กวัยหัดเดินที่มีการเจริญเติบโตในภาวะแคะแกระนที่ได้รับการกระตุ้นทางจิตสังคมและการสนับสนุนในการเลี้ยงดูนำไปสู่ผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ของผู้ใหญ่และในตลาดแรงงานในอนาคต ส่วนการฝึกหัดทักษะชีวิตในโรงเรียนที่มุ่งเน้นไปที่พัฒนาการทางสังคมและทักษะทางอารมณ์ การแก้ปัญหา และวิธีการรับมือกับปัญหาเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการสร้างความสามารถทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กทุกช่วงอายุ¹²⁶

ส่วนของการดูแล รักษา และฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรต่ำ การดำเนินการพื้นฐานสำหรับเด็กควรรวมถึงการฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเกิดผลดีต่อเด็กที่มีปัญหาด้านทางพัฒนาการพฤติกรรม และอารมณ์¹²⁷

ตัวอย่างของ**รูปแบบการฟื้นฟูที่ชุมชน**เป็นแนวทางที่ใช้เรื่องของสิทธิเป็นพื้นฐาน ซึ่งก่อร่างขึ้นจากความเข้มแข็งตามธรรมชาติของชุมชน โดยให้ผู้พิการ สมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครมีส่วนร่วม แนวทางเช่นนี้ควรได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่น

เพื่อรวมเข้ากับการบริการกระแสหลักในกรณีที่เป็นไปได้ แนวทางต่างๆ ควรได้รับการปรับแต่งให้เหมาะสมกับความต้องการและทรัพยากรในท้องถิ่น

หลักฐานที่ประจักษ์เกี่ยวกับโครงการฟื้นฟูในชุมชนสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและความผิดปกติทางพัฒนาการเน้นทั้งในเรื่องการยอมรับจากชุมชนท้องถิ่นและประโยชน์ที่พวกเขาจะได้รับ¹²⁸ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่สนับสนุนการใช้แนวทางเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support groups) สำหรับทั้งผู้ปกครองและเด็ก และการบริการชั่วคราวระยะสั้นสำหรับเด็กที่มีความพิการทางจิตสังคม¹²⁹

โรงเรียน และชุมชนสามารถสร้างกลุ่มคนวงในที่มีความสำคัญในการคุ้มครองวัยรุ่น การดำเนินการที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในเชิงบวกและโอกาสในการดำรงชีวิตสามารถส่งผลที่เป็นประโยชน์ได้ด้วย

โครงการ Helping Adolescents Thrive อันเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟที่มุ่งจะให้คำแนะนำในการจัดตั้งโครงการสำหรับยุทธศาสตร์ที่เน้นชุมชน ครอบครัว และวัยรุ่น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการลดการทำร้ายตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของวัยรุ่น¹³³

กรอบที่ 14

Waves for Change (W4C) ประเทศแอฟริกาใต้

“Waves for Change สอนให้ฉันเป็นอิสระและมีความหวังสำหรับวันพรุ่งนี้ หากฉันล้มฉันรู้ว่าฉันจะลุกขึ้นยืนได้อีกครั้ง ชีวิตนั้นเต็มไปด้วยความท้าทาย แต่ฉันจะไม่มีวันยอมแพ้” ผู้เข้าร่วม W4C

การบำบัดด้วยการเล่นกระดานโต้คลื่นของ Waves for Change (W4C) ให้การบริการทางสุขภาพจิตแก่วัยรุ่นที่มีความเปราะบาง ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มั่นคงในเคปทาวน์ เด็กที่ได้รับการส่งต่อมาจากโครงการนี้ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีผลกระทบใหญ่หลวงต่อสุขภาพจิตของเด็ก

- ร้อยละ 37 พบเห็นคนถูกยิง แยกหรือทำร้าย
- ร้อยละ 35 มีสมาชิกในครัวเรือนที่ถูกทำร้าย
- ร้อยละ 28 ต้องเผชิญกับความหิวโหยและไม่มีอาหารที่บ้านอยู่บ่อยครั้ง
- ร้อยละ 37 เคยถูกผู้ใหญ่ทำร้ายร่างกาย

W4C ผสมผสานการบำบัดทางกายและใจที่อิงหลักฐาน โดยใช้การเล่นกระดานโต้คลื่นช่วยจัดการกับความกังวลทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย โครงการจัดทำโดยครูฝึกในชุมชนที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนวัยรุ่น โดยใช้สภาพแวดล้อมในท้องถิ่นที่เอื้อต่อการเล่นกระดานโต้คลื่น

วัยรุ่นถูกส่งต่อมาจากโรงเรียน การบริการในชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ พวกเขาเข้าโครงการระยะเวลา 12 เดือน และต้องเข้าร่วมเวิร์กช็อปคลินิกทุกสัปดาห์ เพื่อสร้างสายสัมพันธ์กับที่ปรึกษาและผู้อื่น

หลังจาก 12 เดือนผ่านไปผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้นและมองโลกในแง่ดีขึ้น ทั้งครูและผู้ปกครองเห็นว่า ผู้เข้าร่วมมีอารมณ์สงบมากขึ้น มีส่วนร่วมที่โรงเรียนมากขึ้น และมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการรับมือกับความเครียด

ปัจจุบันโครงการ W4C ได้ขยายไปใน 5 พื้นที่ในแอฟริกาใต้ และมีโครงการใหม่ในประเทศไลบีเรีย¹³⁰

“ในอดีตเมื่อโดนกลั่นแกล้งโดยเด็กคนอื่นๆ ฉันจะก้าวร้าวมาก แต่ที่ปรึกษาประจำหมู่บ้านช่วยฉันได้มาก ตอนนี้ฉันสามารถรับมือกับสถานการณ์และผู้คนต่างๆ ได้” เด็กหญิงจาก SOS Children’s Village¹³¹

ช่วงวัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่นเสนอโอกาสที่มากขึ้นในการบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเสียหายในวัยเยาว์ **สร้างความยืดหยุ่น** และผลอันเป็นอันตรายของอาการต่างๆ ที่เริ่มจะเกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ การดำเนินการเพื่อเสริมความแข็งแกร่งให้กับความสามารถทางสังคมและอารมณ์ ซึ่งมักเน้นไปที่การส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ ที่รวบรวมออกมาเป็นการเรียนรู้ด้านทักษะชีวิต การมีสติ หรือแม้แต่การฝึกโยคะ สามารถมีผลในเชิงป้องกันได้¹³² ในขณะเดียวกัน พ่อแม่ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เพื่อน

การดำเนินการทางการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ที่เป็นสากล(Universal Socio-Emotional Learning – SEL) ที่ชุมชนและโรงเรียนสนับสนุนหน้าที่ในเชิงสังคมและอารมณ์ของเด็ก ปรับปรุงผลการเรียน และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่รวมถึงการสูบบุหรี่และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินการด้าน SEL นี้สามารถจัดทำได้โดยเพื่อน ครูและที่ปรึกษา โดยผสมผสานเข้าไปกับโครงการกิจกรรมวัยรุ่นอื่นๆ หรือหลักสูตรของโรงเรียน (ตัวอย่างเช่น โครงการ HealthWise ในแอฟริกาใต้)¹³⁴

การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดใช้**แนวทางแบบทั่วทั้งโรงเรียน** ซึ่ง SEL นั้นได้รับการส่งเสริมอยู่ในพันธกิจของโรงเรียนและสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเจ้าหน้าที่ นักเรียน ผู้

ปกครองและชุมชนท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วม การดำเนินการเหล่านี้ส่งผลโดยตรงช่วยส่งเสริมความสามารถในตนเองและความไว้วางใจ และลดความเสี่ยงอย่างการกลั่นแกล้ง ผลการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจพบว่า การดำเนินการเชิง SEL ในโรงเรียนนั้นคุ้มค่า เกิดการประหยัดจากผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในระบบยุติธรรมทางอาญา¹³⁵

“ครูให้กระดาษมาหนึ่งแผ่น พร้อมบอกว่าเราสามารถขีดเขียน ประทับตรา หรือขยำมันได้ แต่ต้องไม่ทำให้ึกขาด หลังจากนั้นครูบอกให้พวกเขาลองคลี่กระดาษดู แต่มันเป็นไปไม่ได้เลยที่จะทำให้กระดาษกลับมาเรียบเหมือนเดิม แล้วครูก็บอกเราว่านี่คือสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อใครบางคนถูกกลั่นแกล้ง” เด็กชายอายุ 11 ปี (นอร์เวย์)¹³⁶

ความพยายามในการจัดการกับประเด็นการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นนั้นสำคัญ เมื่อพิจารณาเห็นว่าความคิดอยากฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นนั้นเป็นประเด็นหลักทางสาธารณสุข กลยุทธ์ในการป้องกันรวมถึงการฝึกฝนทักษะให้กับนักเรียนทั้งที่โรงเรียนและในชุมชน การระบุวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง การให้ความรู้กับแพทย์ปฐมภูมิ การให้ความรู้กับสื่อมวลชนถึงความรับผิดชอบในการรายงานข่าวการฆ่าตัวตาย และการจำกัดการเข้าถึงอุปกรณ์ฆ่าตัวตาย (อาทิ ปืน ยาฆ่าแมลง และยาต่างๆ)

ตัวอย่างหนึ่งของการดำเนินการที่โรงเรียนที่มีประสิทธิภาพคือโครงการ Youth Aware of Mental Health (YAM) ซึ่งมีการจัดการอบรมพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการรับมือให้กับวัยรุ่น¹³⁷ โครงการ Going Off, Growing Strong ในประเทศแคนาดาคือตัวอย่างของการดำเนินการในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ออกาสกับเด็กที่มีความเสี่ยงให้ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ที่เป็ต้นแบบของผู้ใหญ่ในแง่ที่ดีในชุมชน Nain ในเขตปกครองตนเอง Nunatsiavut (มณฑล Labrador)

การดำเนินการเชิงป้องกันแบบเน้นกลุ่มเป้าหมายมุ่งไปที่วัยรุ่นผู้มีประสบการณ์ที่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือแสดงอาการที่อยู่ในระดับเดียวกับปัญหานี้ การดำเนินการที่ช่วยให้วัยรุ่นรับมือกับปัญหาและสร้างเสริมความยืดหยุ่น รวมทั้งการฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการรับรู้ ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย¹³⁸

องค์การอนามัยโลกได้ออก**แนวทางในการดูแลรักษา**ที่ตอบสนองต่อเด็กและวัยรุ่นที่ผ่านการทารุณกรรมทางเพศ รวมทั้งแนวทางทั่วไปสำหรับภาคสาธารณสุขที่จะตอบสนองต่อการกระทำผิดต่อเด็ก แนวทางเหล่านี้มุ่งให้การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านหน้าให้จัดหาบริการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีคุณภาพดีและการดูแลบาดแผลทางจิตใจ การดำเนินการด้านจิตใจและสุขภาพจิตดังกล่าวนี้

รวมถึงการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy – CBT) ที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย เน้นเรื่องบาดแผลทางจิตใจและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ไม่ได้กระทำความผิด¹³⁹

กรอบที่ 15

ตัวอย่างของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เน้นเรื่องบาดแผลทางจิตใจ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เน้นเรื่องบาดแผลทางจิตใจ (Trauma-focused cognitive behavioural therapy – TF-CBT) เป็นรูปแบบการรักษาที่มีโครงสร้างในระยะสั้น เพื่อปรับปรุงผลที่ตามมาสำหรับเด็ก ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่มีบาดแผลทางจิตใจ มีภาวะ PTSD หรือปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่สร้างความบอบช้ำในชีวิต โดยทั่วไปการรักษาประกอบด้วยกิจกรรม 8-16 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยมีเด็กและ/หรือผู้ดูแลที่ไม่ได้กระทำความผิด ทั้งในระดับบุคคลหรือเป็นกลุ่ม

เด็กเรียนรู้ทักษะในการรับมือกับปัญหาที่ช่วยให้พวกเขาจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความทรงจำอันแสนบอบช้ำ แนวทางนี้ยังช่วยผู้ปกครองให้รับมือกับประสบการณ์ความบอบช้ำของเด็ก

ปัจจุบันมีการใช้ TF-CBT ในวงกว้างและมีการประเมินผลกระทบอย่างกว้างขวาง หลักฐานที่แสดงถึงประสิทธิภาพนั้นมีให้เห็นทั้งในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรมากและน้อย และสามารถตอบสนองต่อประสบการณ์ความบอบช้ำที่หลากหลาย มากกว่าหนึ่งและซับซ้อนได้

ตัวอย่างคือการใช้รูปแบบนี้กับกลุ่มบุคคลและครอบครัวในประเทศแซมเบีย กลุ่มเด็กชายและเด็กหญิงในประเทศคองโก และกับการบริการหรือโครงสร้างของโครงการสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากความบอบช้ำทางจิตใจในประเทศเคนยา โดยยังอยู่ในระหว่างดำเนินการในประเทศเคนยา แทนซาเนียและแซมเบีย โครงการ TF-CBT ยังถูกนำมาใช้ในสถานพักพิงของวัยรุ่นที่เป็นเหยื่อจากการค้ามนุษย์ทางเพศในประเทศกัมพูชา¹⁴⁰

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ “คู่มือการดูแลรักษา mhGAP สำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราและใช้สารเสพติดในสถานบริการสุขภาพทั่วไป” (mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Abuse Disorder in Non-Specialized Health Settings)¹⁴¹ ที่แจกแจงการบริหารจัดการลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยการใช้ระเบียบการในการตัดสินใจในทางคลินิกโดยผู้ให้บริการที่ไม่ได้



หญิงวัยรุ่นที่ศูนย์ Ignacia ในเมืองซานตาครูซ ประเทศโบลิเวียกำลังกอดตุ๊กตาหมีของเธอ ศูนย์นี้ให้การพักพิงและการสนับสนุนต่างๆ อย่าง การให้คำปรึกษาและการศึกษาให้แก่ผู้รอดชีวิตจากการทารุณกรรมทางเพศ

มีความชำนาญพิเศษ อันมีหลักสูตรเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นที่เน้นแนวทางการรักษาเชิงนิเวศและจิตสังคม

องค์การอนามัยโลกยังจัดทำหนังสือ “การปฐมพยาบาลทางใจ...คุณก็ช่วยคนอื่นได้” (Psychological First Aid: Guide for Field Workers) เพื่อเพิ่มทักษะและศักยภาพของผู้ที่ทำงานกับเด็กให้สามารถลดความทุกข์ที่เกิดจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความขัดแย้ง ความรุนแรงระหว่างบุคคลหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ¹⁴² ทรัพยากรข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners ของสหพันธ์พิทักษ์เด็ก (Save the Children) และ Children’s Resilience Programme ที่พัฒนาโดยสหพันธ์พิทักษ์เด็กร่วมกับศูนย์จิตสังคมของสหพันธ์สภาชาดและสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ (Psychosocial Center for the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies)¹⁴³

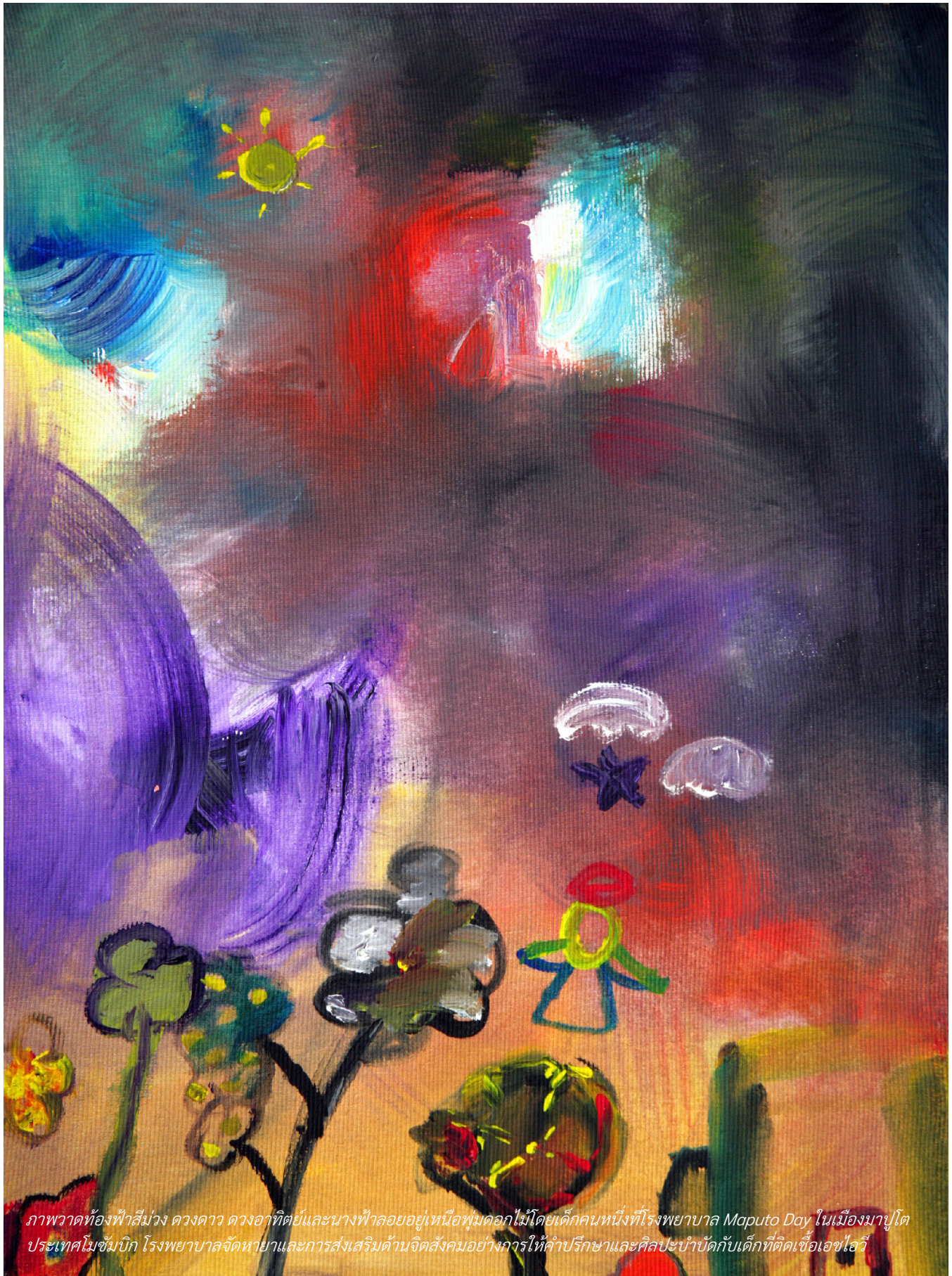
แนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมในสภาพแวดล้อมฉุกเฉิน (Guideline on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings) ของคณะกรรมการประจำระหว่างหน่วยงาน (The Inter-Agency Standing Committee – IASC)¹⁴⁴ มุ่งที่จะเสริมความแข็งแกร่งของความยืดหยุ่นที่มีอยู่แล้วของชุมชน หลีกเลี่ยงการทำให้ความทุกข์ใจนี้กลายเป็นการวินิจฉัยของแพทย์ และส่งเสริมการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมุ่งที่จะระบุกรณีและการส่งต่อสู่การดำเนินการที่เหมาะสมในเชิงรุก และผสมผสานให้สุขภาพจิตนั้นรวมอยู่ในการตอบสนองในการดูแลทางแพทย์และสังคม บทบาท

อย่างจริงจังของสมาชิกในชุมชนและผู้มีอำนาจในทุกระดับนั้นมีความสำคัญต่อปฏิบัติการที่มีการประสานงานเป็นอย่างดีในทุกระดับ และช่วยเพิ่มศักยภาพและความยั่งยืนในท้องถิ่น การตอบสนองที่ประสานกันเป็นอย่างดีควรทำให้แน่ใจว่า ปฏิบัติการและการดำเนินการต่างๆ จะตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีระบบการดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืน¹⁴⁵ คณะกรรมการ IASC ยังพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมที่ครอบคลุมหลายหน่วยงานในช่วงของการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ซึ่งมีบทบาทเฉพาะสำหรับเด็ก¹⁴⁶

แนวปฏิบัติในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในสภาพแวดล้อมแห่งมนุษยธรรม (Operational Guidelines on Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings) ขององค์การยูนิเซฟ ในแนวทางบนขอบเขตของการส่งเสริมที่เด็กต้องการ จากการบริการขั้นพื้นฐานสู่การส่งเสริมครอบครัว/ชุมชนไปจนถึงการดูแลรักษาสุขภาพจิตทางการแพทย์¹⁴⁷ นอกเหนือไปจากนี้ องค์การยูนิเซฟและองค์การอนามัยโลกยังพัฒนาและลงทุนในแพ็คเกจการบริการที่ต่ำที่สุด (Minimum Services Package) เพื่อจัดการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมให้กับสภาพแวดล้อมฉุกเฉินต่างๆ ที่เกิดขึ้นใหม่และความขัดแย้งที่ยืดเยื้อ แพ็คเกจการบริการนี้ครอบคลุมสุขภาพ การศึกษาและการคุ้มครอง โดยจะช่วยสร้างโครงข่ายรองรับเพื่อความปลอดภัยให้กับเด็กที่อยู่ในพื้นที่วิกฤติ

สาระสำคัญ

- มีหลักฐานเพิ่มขึ้นมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการดำเนินการที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งกลุ่มที่ประสบกับความรุนแรง การดำเนินการเชิงป้องกันที่เน้นสุขภาพจิตแม่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทารกและแม่ และการเล่นและการกระตุ้นมีผลดีในระยะยาวต่อเด็กและเยาวชน
- การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูและสวัสดิภาพเด็กนั้นเป็นการลงทุนหลักที่จะกลายวงจรรันเป็นพิษร้ายของการส่งต่อความรุนแรง ความยากจน และความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตจากรุ่นสู่รุ่น
- หลักฐานเกี่ยวกับโครงการฟื้นฟูในชุมชนแสดงให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับจากท้องถิ่นและมีผลดีต่อเด็กที่มีความพิการด้านพัฒนาการ
- การฝึกทักษะชีวิตในโรงเรียนเป็นตัวอย่างของแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการสร้างศักยภาพทางอารมณ์และสังคมให้กับเด็กทุกช่วงวัย
- การดำเนินการทางการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ในโรงเรียนส่งผลให้เกิดการประหยดอย่างแท้จริง อันเป็นผลมาจากสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและการลดค่าใช้จ่ายในระบบยุติธรรมทางอาญา
- กลยุทธ์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่ดูจะเป็นผลมากที่สุดคือการฝึกทักษะ การให้ความรู้กับแพทย์ปฐมภูมิ การให้ความรู้กับสื่อมวลชนถึงความรับผิดชอบในการรายงานข่าวการฆ่าตัวตาย และการจำกัดการเข้าถึงอุปกรณ์ฆ่าตัวตาย
- องค์การอนามัยโลกได้ออกแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่สนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสุขภาพจิตด้านหน้าให้จัดหาบริการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การดูแลที่มีคุณภาพและให้ความสำคัญกับบาดแผลทางจิตใจสำหรับเด็กที่เป็นเหยื่อของความรุนแรง เช่นเดียวกับการดูแลทางสุขภาพจิตและการส่งเสริมทางจิตสังคมสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม
- มีหลักฐานที่เพิ่มขึ้นมากมายเกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของการดำเนินการสำหรับเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสภาพแวดล้อมอันเป็นวิกฤติ



ภาพวาดท้องฟ้าสีม่วง ดวงดาว ดวงอาทิตย์และนางฟ้าลอยอยู่บนพุ่มดอกไม้โดยเด็กคนหนึ่งที่โรงพยาบาล Maputo Day ในเมืองมาปูโต ประเทศโมซัมบิก โรงพยาบาลจัดหายาและการส่งเสริมด้านจิตสังคมอย่างการให้คำปรึกษาและศิลปะบำบัดกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

6. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอาใจใส่ ให้ความคุ้มครอง และเสริมพลังให้แก่เด็กด้วยกัน

ความพยายามในการจัดการกับปัญหาความรุนแรงต่อเด็กควรดำเนินการตาม**มาตรฐานสากลทางมนุษยธรรม**อย่าง อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคน พิการ ควรสอดคล้องกับ**วาระการพัฒนาอย่างยั่งยืน 2030** และในขณะเดียวกันต้องสะท้อนถึงแนวทางสาธารณสุข แบบสมัยใหม่ หลักการสำคัญของแนวทางนี้คือสุขภาพจิต ที่ดินมีความหมายนอกเหนือไปจากการปราศจากความ เจ็บป่วยทางจิต

การยืนหยัดเพื่อสิทธิของเด็กที่ตกเป็นเหยื่อของความ รุนแรงบนมาตรฐานทางสุขภาพจิตอย่างสูงสุดเท่าที่จะ ทำได้นั้นต้องมี**ปฏิบัติการที่ครอบคลุมและประสานงานกัน เป็นอย่างดี** ซึ่งส่งเสริมโดยกรอบการทำงานทางกฎหมาย และนโยบายที่แข็งแกร่ง การส่งเสริมสุขภาพจิตต้องเป็น ส่วนหนึ่งของการบริการให้ความคุ้มครองหลักผ่านแนวทาง ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิเด็กและครอบคลุมหลายหน่วยงาน แนวทางเช่นนี้ต้องการที่จะรับมือกับความเสียหายที่เด็กเผชิญ ในทุกระดับและทำให้แน่ใจว่ามีการดูแลทางสุขภาพจิตที่มี คุณภาพสำหรับทุกคนที่ต้องการ มีการวางกรอบการทำงาน ที่สำคัญทั้งหลาย เพื่อนำทางปฏิบัติการของรัฐในประเทศนี้ อาทิ แผนการทำงานด้านสุขภาพจิต 2555-2563 (Mental Health Action Plan 2012-2020)¹⁴⁸ ขององค์การอนามัย โลก และคณะกรรมการสิทธิการแล่นเชื่ว่าด้วยสุขภาพจิตโลก และการพัฒนาอย่างยั่งยืน¹⁴⁹

จุดเริ่มต้นของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอาใจใส่ ให้ความคุ้มครอง และเสริมพลังให้แก่เด็กคือ**การคุ้มครอง และส่งเสริมสภาวะสุขภาพจิตของทุกคน**และการจัดการ กับตัวกำหนดทางสังคมและเศรษฐกิจของสุขภาพจิต เป็น สิ่งสำคัญยิ่งที่จะสร้างสภาพการณ์ที่จะช่วยให้เด็กพัฒนา เจริญเติบโต และไปถึงศักยภาพที่จะพัฒนาได้

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดการ กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่หล่อหลอมสุขภาพ จิตในช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุดของพัฒนาการ โดยจัดการ กับความเสี่ยงในทุกระดับของแนวทางนี้เวชวิทยาเชิงสังคม เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหลายข้อจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ โดยเฉพาะ และความคืบหน้าสำหรับแต่ละเป้าหมายได้ สร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดภาระที่เกิด จากปัญหาสุขภาพสำหรับทั่วโลก

การป้องกันต้องมีการผสมผสานระหว่างดำเนินการ ที่มีผลทั่วไปและเจาะจงเฉพาะกลุ่ม โดยเน้นเฉพาะที่ความ ต้องการของกลุ่มที่เปราะบาง รวมทั้งปฏิบัติการที่จัดการ กับการตีตรา การเลือกปฏิบัติ มาตรฐานทางสังคมที่เป็น

อันตราย และการละเมิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งบั่นทอนสุขภาพ จิตของเด็ก นอกจากนี้ความพยายามในการป้องกันต้อง ตอบสนองต่อภัยคุกคามต่อสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นจากปัญหา ต่างๆ ในโลก อาทิ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การ เพิ่มขึ้นของความไม่เท่าเทียม และการระบาดของโรค

การบริการสุขภาพจิตแก่เด็กต้องได้รับการยกระดับ ให้เป็นส่วน**สำคัญจำเป็นของหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า**และควรได้รับการผสมผสานเข้ากับกลยุทธ์อื่นๆ สำหรับ ป้องกันสุขภาพและความรุนแรง การบริการที่มีคุณภาพดี ควรจัดทำได้ในชุมชน หลีกเลี่ยงการนำเด็กเข้าสู่สถานเลี้ยงดู และกระบวนการทำให้เป็นการแพทย์ในกรณีที่เป็นไปได้ให้ มากที่สุด และเป็นการดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงการสร้างบริการ ทางสุขภาพจิตที่จัดหาให้เฉพาะต่อเหยื่อของความรุนแรง เนื่องจากอาจเป็นการตีตราในลักษณะหนึ่ง

ต้องมีการพัฒนาการบริการทางสุขภาพและสังคม ในชุมชนที่ครอบคลุม เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลรักษาจะมีความต่อเนื่องระหว่างผู้ให้บริการ การทำงานร่วมกันอย่าง มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ และการส่งเสริมการดูแลตนเอง การตรวจ พบและดำเนินการสำหรับสุขภาพจิตเด็กตั้งแต่ระยะแรก เริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

การเสริมพลังให้กับเด็กเพื่อที่จะมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองอันเป็นสิทธิที่สคัญอยู่ใน อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เป็นรากฐานสำหรับแนวทาง ด้านสุขภาพจิตที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิ วัยรุ่นหลายคน มีบทบาทนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสภาวะของตน อยู่แล้ว เช่นเดียวกับกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนต่างๆ¹⁵⁰ พวก เขามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในโครงการกิจกรรมเกี่ยวกับ สุขภาพจิตต่างๆ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ แต่ถึงกระนั้น เสียงพวกเขายังไม่ค่อยเป็นที่ได้ยินนัก ต้องใช้มุมมองและ ประสบการณ์ของเด็กที่เผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตและ ความพิการทางจิตสังคมในการพิจารณาการออกแบบ การ จัดบริการ และการประเมินผลของบริการช่วยเหลือเหล่านั้น

“ฉันต้องเลือกระหว่างการยอมรับกับการทำลายล้าง ฉันตระหนักว่าถ้าฉันไม่ยอมรับอดีต อดีตจะทำลายฉัน การปล่อยวางความเจ็บปวดไม่ง่ายเลย แต่ฉันรู้ว่ามันคือ สิ่งที่ดีที่สุด” Lee ผู้รอดชีวิต อาชีพตำรวจ (ไทย)¹⁵¹

นับเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้าน สุขภาพและสังคมที่มีความสามารถ ความอ่อนไหวและ ทักษะที่เหมาะสมในจำนวนที่พอเหมาะและมีการจัดสรร

อย่างเป็นธรรมชาติ ที่สำคัญพอกันคือการสร้างองค์ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและสังคมทั่วไปและ เฉพาะทางที่จะจัดการบริการด้านสุขภาพจิต จิตสังคม และความคุ้มครองเชิงประจักษ์ เหมาะสมกับวัฒนธรรม

และเป็นไปในเชิงมนุษยธรรม การเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานการศึกษา สุขภาพ และคุ้มครองเด็กต้องได้รับการเสริม ความแข็งแกร่ง เพื่อให้แน่ใจว่าจะเกิดการส่งต่อที่เหมาะสม ระหว่างหน่วยงาน

กรอบที่ 16

มุมมองของเด็กและวัยรุ่นต่อวิธีการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพจิตของพวกเขา

เครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาเยาวชนแห่งยุโรป (European Network of Young Advisors – ENYA) ซึ่งเป็นผู้ให้ คำปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ตรวจการด้านเด็กแห่งยุโรป (European Network of Ombudspersons for Children – ENOC) ได้เริ่มโครงการในปี 2561 เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพจิตเด็กในภาพรวม ทำให้บรรลุ ถึงข้อเสนอแนะสำหรับภาคการศึกษาและสาธารณสุข รวมทั้งรัฐบาล ชุมชนและสื่อ¹⁵²

การศึกษา

- มีการฝึกอบรมครูเพื่อปรับปรุงการป้องกันและตรวจ พบประเด็นสุขภาพจิตเด็กให้มากขึ้น
- ให้ความรู้เด็กเกี่ยวกับสิทธิของพวกเขา สุขภาพจิต และเรื่องของความหลากหลายให้มากขึ้น
- มีการพูดคุยในโรงเรียนเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้มากขึ้น เพื่อช่วยลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
- การสร้างพื้นที่ปลอดภัยที่เด็กสามารถถามหาความ ช่วยเหลือโดยไม่ต้องกลัวการถูกตัดสิน
- การให้ความสำคัญที่เท่าเทียมกับพัฒนาการทาง อารมณ์ในโรงเรียนและไม่เน้นไปที่ความสำเร็จทาง วิชาการเพียงอย่างเดียว

สุขภาพ

- การรณรงค์เผยแพร่สร้างความตระหนักที่มากขึ้น เกี่ยวกับการลดการตีตราและสนับสนุนให้เยาวชน ถามหาความช่วยเหลือ โดยเฉพาะกิจกรรมลักษณะ เพื่อนช่วยเพื่อน
- การสื่อสารข้อความเชิงบวกและเน้นย้ำมากขึ้นถึง การแก้ปัญหาที่ใช้งานได้จริงอย่างการกินอาหารที่ ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการมีเครือข่ายช่วยเหลือที่ไว้วางใจได้
- เด็กควรสามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ วิชาชีพได้โดยไม่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ ปกครอง อายุของการให้ความยินยอมในการรักษา ควรอยู่ที่อายุ 16 ปีหรือต่ำกว่านั้น
- ลดรายชื่อหรือเรียกบริการสุขภาพจิตเด็กและทำให้ แน่ใจว่าเด็กได้รับการรักษาจากผู้ที่ได้รับการอบรม ประเด็นเกี่ยวกับเด็กที่เหมาะสม

- จัดหาช่องทางให้เด็กเข้าถึงการบริการในชุมชนให้ ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- มีสายด่วนช่วยเหลือเด็กที่ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันเพื่อให้ข้อมูลและความช่วยเหลือ
- ใช้แนวทางที่ไม่เพียงรักษาเด็กและวัยรุ่นด้วยยา เพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งเสริมการมีสัมพันธ์ที่ดีใน ครอบครัว แก้ปัญหาความขัดแย้ง ปลุกฝังให้เกิด ความไว้วางใจ และลดความก้าวร้าว

สื่อ

- เพิ่มความตระหนักของผู้สื่อข่าวเกี่ยวกับประเด็น สุขภาพจิตในวิถีทางที่คุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ จิตจากการตีตรา
- ใช้ช่องทางและสาระที่เด็กเข้าถึงได้ง่ายและใช้บ่อย

รัฐบาล

- ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสิทธิเด็ก พัฒนาการ เด็ก และสัญญาณที่บ่งบอกถึงปัญหาของเด็ก
- จัดทำกิจกรรมสำหรับเด็กและผู้ปกครองที่ส่งเสริม ความสัมพันธ์อันดี
- ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวที่จำเป็น ด้วยความระมัดระวัง
- จัดหาบริการที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กที่มีความ พิกัดและเด็กที่เผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ เพื่อ ให้สามารถถามหาความช่วยเหลือที่ต้องการ ซึ่ง สนับสนุนโดยสาธารณูปโภคที่เหมาะสม (อย่างทาง ลาด) เพื่อให้แน่ใจว่า พวกเขาสามารถมีส่วนร่วมใน ทุกๆ กิจกรรมได้อย่างเต็มที่
- รับประกันว่ากฎหมายไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ที่เผชิญกับ ปัญหาสุขภาพจิต

ชุมชน

- สร้างพื้นที่ในชุมชนที่เด็กและผู้ใหญ่สามารถหารือกัน ถึงประเด็นที่มีผลกระทบต่อพวกเขา
- สร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมของเด็กในกิจกรรม กีฬาและทางวัฒนธรรมต่างๆ ในเวลาว่างโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย

การลงทุนเพิ่มเติมที่สำคัญเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพจิตเด็ก โดยเฉพาะเมื่อโลกกำลังเผชิญกับการระบาดใหญ่ของโรคโควิด19 ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็กและผู้ปกครองอย่างไม่ต้องสงสัย (ศึกษาเพิ่มเติมได้ในกรอบที่ 3) นับเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเสริมความแข็งแกร่งให้กับระบบสาธารณสุขในช่วงหลังการระบาด และการเสริมความแข็งแกร่งนี้ต้องเพิ่มกำลังให้กับการบริการด้านสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น เช่นเดียวกับระบบคุ้มครองเด็กต่างๆ

แต่ในขณะเดียวกันช่วงเวลานี้เป็นโอกาสในทันทีที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นผลสูงสุด ช่องทางโอกาสเหล่านี้คือ

- การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพจิตใหม่จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่สู่โรงพยาบาลท้องถิ่นและการบริการในชุมชน
- การริเริ่มการดำเนินการในระยะแรกเริ่มสำหรับประเด็นทางสุขภาพจิตที่เพิ่งเกิดขึ้นในเด็กและเยาวชน
- การพัฒนาโครงสร้างระหว่างกลางในวิชาโรคจิตเวชเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น (เช่น บ้านพักวัยรุ่น) เพื่อลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและการติดยา และปรับปรุงการเข้าถึงการบริการที่มีเด็กเป็นศูนย์กลางและตอบสนองต่อวัยรุ่น
- การผสานการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพจิตเข้ากับช่องทางที่มีอยู่อย่างความมั่นคงแล้ว เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพจิตและสุขภาวะที่ดี ทั้งผ่านโรงเรียนและช่องทางดิจิทัล¹⁵³
- ส่งเสริมการฝึกอบรมครูเพื่อการเรียนรู้ด้านสังคมและอารมณ์

ในขณะเดียวกันต้องมีการลงทุนเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับ**การวิจัยและนวัตกรรม**มีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขความไม่สมดุลที่เป็นอยู่ในขณะนี้ เพราะงานวิจัยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในและจัดทำโดยประเทศที่มีรายได้สูง ต้องทำให้แน่ใจว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือระดับกลางจะมีกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและค่านิยม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพจิตและลำดับความสำคัญของเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่เผชิญกับความรุนแรง ข้อมูลสำคัญที่จำเป็นสำหรับปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตมีดังนี้

- ความชุกและธรรมชาติของปัญหาสุขภาพจิต
- ความครอบคลุมของนโยบาย ตัวบทกฎหมาย การดำเนินการและบริการต่างๆ
- ข้อมูลเกี่ยวกับผลทางสุขภาพที่ตามมา
- ข้อมูลเกี่ยวกับผลทางสังคมและเศรษฐกิจที่ตามมา

- งานวิจัยที่มีเด็กและเยาวชนเป็นตัวนำ
- ข้อมูลเหล่านี้ต้องถูกจำแนกโดยเพศและอายุ และสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่หลากหลายของประชากรกลุ่มย่อย ซึ่งรวมถึงผู้ที่มาจากสภาพภูมิศาสตร์ที่หลากหลายและชุมชนที่มีความเปราะบาง

ท้ายที่สุดนี้ในขณะที่ประชาคมระหว่างประเทศกำลังเดินทางในทศวรรษแห่งการดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่ง**การพัฒนาอย่างยั่งยืนภายในปี 2573**จะต้องมีการวางกรอบการทำงานด้านการติดตามตรวจสอบและความสำนึกรับผิดชอบ เพื่อให้ประชาคมโลกเดินทางไปในทิศทางที่วางไว้ ต้องทำให้แน่ใจว่า จะเกิดการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กทุกคน ป้องกันสภาวะสุขภาพจิตของเด็กที่ประสบกับความรุนแรง และจัดการดูแลรักษาให้กับเด็กทุกคนที่มีความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

- ควรใช้ข้อมูลสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กและวาระการพัฒนา 2030 เพื่อการพัฒนาย่างยั่งยืนขึ้นชี้นำการดำเนินการที่จะรับมือกับผลกระทบของความรุนแรงต่อสุขภาพจิตของเด็ก
- สุขภาพจิตที่ดีมีความหมายไกลเกินกว่าการปราศจากความเจ็บป่วยทางจิต
- นับเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะสร้างสภาพการณ์ที่ช่วยให้เด็กพัฒนา เจริญเติบโต และไปถึงศักยภาพที่จะพัฒนาได้
- การดำเนินการที่ครอบคลุมและประสานกันเป็นอย่างดีที่นั่นเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อคุ้มครองสุขภาพจิตและสุขภาพกายของเด็ก ซึ่งก่อร่างขึ้นจากแนวทางของการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย
- นับเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องจัดลำดับความสำคัญให้กับการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการพบเจอกับความรุนแรง และจัดการกับความเสี่ยงในทุกระดับของแนวทางเชิงสังคมนิเวศวิทยา จากเด็กแต่ละคน สู่ครอบครัว และระบบของสังคม ไปจนถึงมาตรฐานทางสังคมและนโยบาย
- การป้องกันต้องมีการผสมผสานระหว่างบริการที่ใช้ได้ทุกคนและมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะจงไปที่ความต้องการของกลุ่มที่มีความเปราะบาง
- การบริการสุขภาพจิตควรได้รับการยกระดับให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ควรจัดหาบริการที่มีคุณภาพได้ในชุมชน ในกรณีที่มีความเป็นไปได้ควรหลีกเลี่ยงการนำเข้าสู่สถานเลี้ยงดูและการทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์
- การเข้าร่วมของเด็กตามหลักจริยธรรมและอย่างมีความหมายสำคัญต้องเป็นหัวใจหลักของการดำเนินการในประเด็นนั้นๆ รวมทั้งที่ผ่านการสนับสนุนสำหรับกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
- จำนวนที่เหมาะสมและการจัดสรรเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิต ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ผู้ที่ทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ นักการศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรม และที่ปรึกษาที่โรงเรียนที่มีทักษะนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรับประกันให้เกิดช่องทางสำหรับบริการสุขภาพจิตและจิตสังคมที่ให้ความคุ้มครองและส่งเสริม
- การลงทุนเพิ่มเติมที่สำคัญเป็นสิ่งจำเป็นต่อระบบและการบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็กและวัยรุ่น เช่นเดียวกับงานวิจัยและนวัตกรรม ในขณะเดียวกันมีความจำเป็นที่จะดำเนินการให้การลงทุนที่มีอยู่แล้วเกิดผลสูงสุดเท่าที่จะทำได้
- ต้องมีการวางกรอบการทำงานอันแข็งแกร่ง สามารถตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบ เพื่อให้แน่ใจว่าจะเกิดการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กที่ประสบกับความรุนแรง

หมายเหตุ

1. ECPAT International, ‘Matthew: Not speaking was like an emotional cancer’, Survivors’ Voices, ECPA International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/matthews-story-survival-justice/>>.
2. Hillis, Susan D., James A. Mercy and Janet R. Saul, ‘The Enduring Impact of Violence against Children’, Psychology, Health & Medicine, vol. 22, no. 4, 2017, pp. 393–405.
3. World Health Organization, ‘Adolescent Mental Health: Fact sheet’, WHO, Geneva, 23 October 2019, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>.
4. World Health Organization, ‘Strengthening our response’, WHO, Geneva, 30 March 2018, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>.
5. Ibid.
6. Patel, Vikram, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’, The Lancet, vol. 392, no. 10157, October 2018, <<https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>>.
7. World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva, World Health Organization, 2015.
8. United Nations Children’s Fund, ‘Violent Deaths’, UNICEF, New York, November 2017, <<https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-deaths>>.
9. Ligiero, Daniela, et al., What Works to Prevent Sexual Violence against Children: Evidence review, Together for Girls, Washington D.C., 2019, <<https://www.togetherforgirls.org/svsolutions>>.
10. WePROTECT Global Alliance, Global Threat Assessment 2019: Working together to end the sexual exploitation of children online, End Violence Against Children, New York, 2019 <<https://static1.squarespace.com/static/5630f48de4b00a75476ecf0a/t/5deecb0fc4c5ef23016423cf/1575930642519/FINAL+-+Global+Threat+Assessment.pdf>>.
11. United Nations Office on Drugs and Crime, Global Report on Trafficking in Persons 2018, UNODC, Vienna, 2018 (United Nations publication, Sales No. E.19.IV.2), <https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni_/global_report_on_trafficking_in_persons_2018.html>.
12. Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children, Keeping the Promise: Ending violence against children by 2030, OSRSG-VAC, New York, 2019, <<https://violenceagainstchildren.un.org/news/keeping-promise-ending-violence-against-children-2030>>.
13. Jones, Lisa, et al., ‘Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies’. Lancet. 2012; 380:899-907.
14. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Behind the Numbers: Ending school violence and bullying, UNESCO, Paris, 2019, <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00000366483>>.
15. United Nations Children’s Fund, A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents, UNICEF, New York, 2017, <<https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>>.

16. Ibid.
17. Stoltenborgh, Marije, et al., 'The Universality of Childhood Emotional Abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence', *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, vol. 21, no. 8, 2012, pp. 870–890.
18. Wincentak, Katherine, Noel Card and Jennifer Connolly, 'Teen Dating Violence: A meta-analytic review of prevalence rates', *Psychology of Violence* vol. 7, no. 2, 2017, pp. 224–241.
19. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019: Violence against children as explained by children*, ChildFund Alliance, New York, 2019, <https://www.smallvoicesbigdreams.org/reports/Report_Small_Voices_Big_Dreams_2019.pdf>.
20. Leoschut, Lezanne and Zuhayr Kafaar, 'The Frequency and Predictors of Poly-victimisation of South African Children and the Role of Schools in its Prevention', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 81–93.
21. Bulger, Monica and Patrick Burton, 'Online Violence in Schools: Cyberbullying and other adverse online experiences', cited in Kumar, Shiva, A.K, et al., 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
22. Kumar, Shiva, A.K, et al., 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
23. United Nations Committee on the Rights of the Child, General comment no. 13, 'The Right of the Child to Freedom from all Forms of Violence', CRC/C/GC/13, UNCRC, Geneva, 18 April 2011, <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf>.
24. World Health Organization, *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*, WHO, Geneva, 2016, <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire-package>.
25. United Nations Children's Fund, *UNICEF Humanitarian Action for Children 2018: Overview*, UNICEF, New York, 2018, <https://www.unicef.org/publications/index_102492.html>.
26. WHO, *INSPIRE*.
27. End Violence against Children, 'Leaders Call for Action to Protect Children from Violence and Abuse during COVID-19', End Violence against Children, New York, 24 April 2020, <<https://www.end-violence.org/articles/leaders-call-action-protect-children-violence-and-abuse-during-covid-19>>.
28. Cuevas-Parra, Patricio and Maria Stephano, *Children's Voices in Times of COVID-19: Continued child activism in the face of personal challenges*, World Vision International, Geneva, 2020, <<https://www.wvi.org/publications/report/world-vision-european-union/childrens-voices-times-covid-19>>.
29. Meinck, Franzisca, et al., 'Disclosure of Physical, Emotional and Sexual Child Abuse, Help-seeking and Access to Abuse Response Services in Three South African Provinces', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 94–106.
30. Perezniето, Paola, et al., *The Costs and Economic Impact of Violence against Children*, Overseas Development Institute and ChildFund Alliance, London, 2014, <<https://www.odi.org/publications/8845-costs-and-economic-impact-violence-against-children>>.
31. Peterson, Cora, Curtis Florence and Joanne Klevens, 'The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States, 2015', *Child Abuse and Neglect*, vol. 86, 2018, pp. 178–183.

32. Fang, Xiangming, et al., 'The Burden of Child Maltreatment in the East Asia and Western Pacific Region', *Child Abuse and Neglect*, vol. 42, 2015, pp. 146–62.
33. Kumar, et al., 'Ending Violence in Childhood'.
34. United for Global Mental Health, 'Children and Mental Health: Time to act', UGMH, London, n.d., <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5d77825213f0f97c808115d6/1568113238548/Children+and+mental+health+-+Time+To+Act+FINAL.pdf>>.
35. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
36. Ibid.
37. Ibid.
38. Mental Health Foundation, 'Children and Young People', Mental Health Foundation, London, January 2016, <www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people>.
39. Erskine, Holly, et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, August 2017.
40. Child Helpline International, *Voices of Children and Young People: Child helpline data for 2017 & 2018*, Child Helpline International, Amsterdam, 2019, <<https://www.childhelplineinternational.org/data-overview/publications/voices-of-children-young-people/>>.
41. Bloom, David, et al., *The Global Economic Burden of Non-communicable Disease*, World Economic Forum, Geneva, 2011, <https://www.dr-rath-foundation.org/wp-content/uploads/2020/03/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf>.
42. Hillis, et al., 'The Enduring Impact of Violence against Children'.
43. Stapleton, Jane G., et al., *The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes*, White Papers and Other PIRC Reports 6, New Hampshire Coalition against Domestic and Sexual Violence, Concord N.H., 2011, <https://scholars.unh.edu/pirc_reports/6/>.
44. Ibid
45. Murphy, Kevin D., et al., "'You don't Feel": The experience of youth benzodiazepine misuse in Ireland', *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 50, no. 2, 2018.
46. Thoresen, Siri, et al., 'Violence against Children, later Victimization, and Mental Health: A cross-sectional study of the general Norwegian population', *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, no. 1, January 2015.
47. Kolltveit, Silje, et al., 'Risk Factors for PTSD, Anxiety, and Depression among Adolescents in Gaza', *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, no. 2, April 2012.
48. Merrick, Melissa T., et al., 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention – 25 states 2015–2017', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, no. 44, November 2019.
49. Fan, Amy Z., et al., 'Applying Structural Equation Modeling to Measure Violence Exposure and Its Impact on Mental Health: Malawi violence against children and young women survey', *Journal of Interpersonal Violence*, November 2017, doi: 10.1177/0886260517741214.
50. Chan, Ko Ling, et al., 'Associating Child Sexual Abuse with Child Victimization in China', *Journal of Pediatrics*, vol. 162, 2013, pp. 1028–1034; Ford, Julian D., et al., 'Poly-victimization and Risk of

Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents’, *Journal of Adolescent Health* vol. 46, 2010, pp. 545–552; Segura, Anna, et al., ‘Poly-victimization and Psychopathology among Spanish Adolescents in Residential Care’, *Child Abuse & Neglect* vol. 55, 2016, pp. 40–51; Soler, Laia, et al., ‘Impact of Poly-victimization on Mental Health: The mediator and/or moderator role of self-esteem’, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 28, no. 13, May 2013, pp. 2695–2712.

51. Merrick et al., ‘Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention’, 2019.
52. Hughes, Karen, et al., ‘The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis’, *The Lancet Public Health*, vol. 2, August 2017, e356–366.
53. Ibid.
54. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.
55. Osofsky, Joy D., ‘The Impact of Violence on Children’, *The Future of Children*, vol. 9, no. 3, Winter 1999, pp. 33–49.
56. Charak, Ruby, et al., ‘Patterns of Childhood Maltreatment and Intimate Partner Violence, Emotion Dysregulation, and Mental Health Symptoms among Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults: A three-step latent class approach’, *Child Abuse & Neglect*, vol. 89, March 2019.
57. Ibid.
58. Afifi, Tracie O., et al., ‘Examining the Relationships between Parent Experiences and Youth Self-reports of Slapping/Spanking: A population-based cross-sectional study’, *BMC Public Health*, vol. 19, October 2019.
59. Charak et al., ‘Patterns of Childhood Maltreatment’.
60. Osofsky, ‘The Impact of Violence on Children’.
61. Baker, Linda L. and Allison J. Cunningham, *Learning to Listen, Learning to Help: Understanding woman abuse and its effects on children*, Centre for Children & Families in the Justice System, London Ontario, 2005.
62. Osofsky, ‘The Impact of Violence on Children’.
63. Osofsky, Joy D., ‘The Effects of Exposure to Violence on Young Children’, *American Psychologist*, vol. 50, no. 9, September 1995, pp. 782–788.
64. Gorman-Smith, Deborah and Patrick Tolan, ‘The Role of Exposure to Community Violence and Developmental Problems among Inner-city Youth’, *Development and Psychopathology*, vol. 10, no. 1, March 1998, pp. 101–116.
65. Cooley-Quille, Michele, Samuel M. Turner and Deborah B. Beidel, ‘Emotional Impact of Children’s Exposure to Community Violence: A preliminary study’, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, no. 10, October 1995, pp. 1362–1368.
66. United Nations Children’s Fund and World Health Organization, *Leading Minds Conference 2019: Summary report*, UNICEF and WHO, Geneva, 2019, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Final_Summary_Report_Leading_Minds_2019.pdf>.
67. Jenkins, Esther J. and Carl C. Bell, ‘Exposure and Response to Community Violence among Children and Adolescents’, in Osofsky, Joy D. (ed.), *Children in a Violent Society*, Guilford Press, New York, 1998.

68. Osofsky, Joy D., 'Children Who Witness Domestic Violence: The invisible victims', *Social Policy Report*, vol. 9, no. 3, December 1995, pp. 1–20.
69. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019*.
70. Berens, Anne E., Sarah K.G. Jensen and Charles A. Nelson, 'Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications', *BMC Medicine*, vol. 15, no. 1, 2017, p. 135; Jensen, Sarah K.G., Anne E. Berens and Charles A. Nelson, 'Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development', *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 1, no. 3, 2017, pp. 225–239; Pereira, Jessica, et al., 'Mothers' Personal and Interpersonal Function as Potential Mediators between Maternal Maltreatment History and Child Behavior Problems', *Child Maltreatment*, vol. 23, no. 2, 2018, pp. 147–156; Rijlaarsdam, Jolien, et al., 'Maternal Childhood Maltreatment and Offspring Emotional and Behavioral Problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission', *Child Maltreatment*, vol. 19, no. 2, 2014, pp. 67–78; Rieder, Amber D., et al., 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function in Rural Kenya: Mediating role of maternal mental health', *Developmental Science*, vol. 22, no. 5, March 2019.
71. Goodman, Michael L., et al., 'Childhood Exposure to Emotional Abuse and Later Life Stress among Kenyan Women: A mediation analysis of cross-sectional data', *Anxiety, Stress and Coping*, vol. 30, no. 4, 2017, pp. 469–483.
72. Pearson, Rebecca M., et al., 'Maternal Depression during Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years', *JAMA Psychiatry*, vol. 70, no. 12, December 2013, pp.1312–1319.
73. Khadr, Sophie, et al., 'Mental and Sexual Health Outcomes following Sexual Assault in Adolescents: A prospective cohort study', *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 2, no. 9, September 2018, pp. 654–655.
74. Machisa, Merciline T., Nicola Christofides and Rachel Jewkes, 'Structural Pathways between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV)', *PLoS One*, vol. 11, no. 3, 2016, e0150986.
75. Biedermann, Sarah V., et al., 'Sexual Abuse but not Posttraumatic Stress Disorder is Associated with Neurocognitive Deficits in South African Traumatized Adolescents', *Child Abuse Negl.* vol. 80, June 2018, pp. 257–267.
76. Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, *Corporal Punishment of Children: Review of research on its impact and associations*, London, June 2016, <<http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/research/Research-effects-review-2016-06.pdf>>.
77. Voisin, Dexter R., Torsten B. Neilands and Shannon Hunnicutt, 'Mechanisms Linking Violence Exposure and School Engagement among African American Adolescents: Examining the roles of psychological problem behaviors and gender', *Am J Orthopsychiatry*, vol. 81, no. 1, 2011, pp. 67–71; Foshee, Vangie Ann, et al., 'A Longitudinal Examination of Psychological, Behavioral, Academic, and Relationship Consequences of Dating Abuse Victimization among a Primarily Rural Sample of Adolescents', *J Adolesc Health*, vol. 53, no. 6, 2013, pp. 723–729.
78. Norman, Rosana E., et al., 'The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A systematic review and meta-analysis', *PLoS Medicine*, vol. 9, no. 11, 2012, e1001349.
79. Zhu, Yuhong, et al., 'Parent-Child Attachment Moderates the Associations between Cyberbullying Victimization and Adolescents' Health/Mental Health Problems: An exploration of

- cyberbullying victimization among Chinese adolescents’, *J Interpers Violence*, June 2019, doi: 10.1177/0886260519854559.
80. World Health Organization, *Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen*. Geneva: World Health Organization; 2019.
81. United Nations, ‘Children Deprived of Liberty – the United Nations global study’, United Nations, New York, 2019, <<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>>.
82. Sherr, Lorraine, Kathryn J. Roberts and K. Natasha Gandhi, ‘Child Violence Experiences in Institutionalised/ Orphanage Care’, *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017, pp. 31–57.
83. United Nations, Global Study on Children Deprived of Liberty.
84. Ibid.
85. Ibid.
86. World Health Organization, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: A clinical handbook*, WHO, Geneva, 2018, <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>>.
87. John, Neetu A., Jeffrey Edmeades and Lydia Murithi, ‘Child Marriage and Psychological Well-being in Niger and Ethiopia’, *BMC Public Health*, vol. 19, no. 1029, 2019.
88. Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children, *Protecting Children Affected by Armed Violence in the Community*, OSRSG-VAC, New York, 2016, <https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/2._protecting_children_affected_by_armed_violence_in_the_community.pdf>.
89. McGuinness, Teena M. and Simone C. Durand, ‘Mental Health of Young Refugees’, *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 53, no. 12, 2015, pp. 16–18.
90. Lincoln, Alisa K., et al., ‘The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees’, *Journal of Immigrant Minority Health*, vol. 18, 2015, pp. 771–778.
91. Vossoughi, Nadia, et al., ‘Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A Review’, *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, no. 5, 2016, pp. 528–542.
92. Ibid.
93. Punamäki, Raija, L., et al., ‘The Role of Maternal Attachment in Mental Health and Dyadic Relationships in War Trauma’, *Heliyon*, vol. 5, no. 12, December 2019, e02867.
94. United Nations, Global Study on Children Deprived of Liberty.
95. Denking, Jana K., et al., ‘Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State”’, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, no. 234, June 2018, <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00234/full>>.
96. Ibid.
97. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod and Heather A. Turner, ‘Poly-victimization: A neglected component in child victimization’, *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, 2007, pp. 7–26.
98. WHO, *INSPIRE*.

99. WHO, 'Adolescent Mental Health Fact Sheet'.
100. American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution', APA, Washington D.C., February 2019, < <https://www.apa.org/about/policy/resolution-child-adolescent-mental-behavioral-health.pdf>>.
101. Kessler, Ronald C., et al., 'Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys', *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, no. 5, 2010, pp. 378–385; Rieder, et al., 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function'.
102. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod and Heather A. Turner, 'Lifetime Assessment of Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, 2009, pp. 403–411; Hanson, Rochelle F., et al., 'Relations among Parental Substance Use, Violence Exposure and Mental Health: The national survey of adolescents', *Addict Behav.*, vol. 31, 2006, pp. 1988–2001.
103. Lansford, Jennifer E., et al., 'Change Over Time in Parents' Beliefs About and Reported Use of Corporal Punishment in Eight Countries with and without Legal Bans', *Child Abuse & Neglect*, vol. 71, 2017, pp. 44–55.
104. Nkuba, Mabula, et al., 'Mental Health Problems and their Association to Violence and Maltreatment in a Nationally Representative Sample of Tanzanian Secondary School Students', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 53, no. 7, 2018, pp. 699–707; Ssenyonga, Joseph, Charles Magoba Muwonge and Tobias Hecker, 'Prevalence of Family Violence and Mental Health and their Relation to Peer Victimization: A representative study of adolescent students in Southwestern Uganda', *Child Abuse & Neglect* vol. 98, no. 1041, 2019; Hecker, Tobias, et al., 'Child Neglect and its Relation to Emotional and Behavioral Problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania', *Development and Psychopathology*, vol. 31, no. 1, 2019, pp. 325–339.
105. Menesini, Ersilia and Christina Salmivalli, 'Bullying in Schools: The state of knowledge and effective interventions', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 240–253.
106. Kadir, Ayesha, 'Effects of Armed Conflict on Child Health and Development: A systematic review', *PLoS One*, vol. 14, no. 1, January 2019, e0210071.
107. Denov, Myriam and Atim Angela Lakor, 'When War is better than Peace: The post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda', *Child Abuse & Neglect*, vol. 65, March 2017, pp. 255–265.
108. Maclure, Richard and Myriam Denov, "'I Didn't Want to Die so I Joined Them": Structuration and the process of becoming boy soldiers in Sierra Leone', *Terrorism and Political Violence*, vol. 18, no. 1, 2006, pp. 119–135; Kadir, 'Effects of Armed Conflict on Child Health and Development'.
109. Chigiji, Handrick, et al., 'Risk Factors and Health Consequences of Physical and Emotional Violence against Children in Zimbabwe: A nationally representative survey', *BMJ Glob Health*, vol. 3, no. 3, June 2018, e000533..
110. Osofsky, Joy D. 'The Effects of Exposure to Violence on Children of Different Ages' in Donnelly, Jill (ed.) *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children: A means of ensuring conflict prevention, security and social stability – Case study – 12–15-year-olds in Serbia*, IOS Press, Amsterdam, 2005.
111. Ibid.
112. Osofsky, Joy D., 'The Impact of Violence on Children'.
113. American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution'.

114. Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *The Lancet*, vol. 378, no. 9799, October 2011, pp. 1325–1338.
115. Ibid.
116. Starkey, Leighann, J. Lawrence Aber and Angela Crossman, 'Risk or Resource: Does school climate moderate the influence of community violence on children's social-emotional development in the Democratic Republic of Congo?', *Dev Sci.*, vol. 22, no. 5, September 2019, e12845.
117. ECPAT International, 'Sophie: Why are we the ones hiding our faces in shame?', Survivors' Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/sophies-story-hope-survival/>>.
118. WHO, *INSPIRE*; see also the Know Violence in Childhood: A global learning initiative, <<https://igarape.org.br/en/know-violence-in-childhood-global-learning-initiative>>.
119. World Health Organization, *Mental Health Plan 2013–2020*, WHO, Geneva, 2013, <https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>. See also World Health Organization, mhGAP Evidence Resource Centre https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/
120. World Health Organization, 'Mental Health Evidence and Research', WHO, Geneva, n.d., <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/>.
121. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
122. Ibid.
123. Ibid.
124. American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution'.
125. Eckenrode, John, et al., 'Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The limiting effects of domestic violence', *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, no. 11, 2000, pp. 1385–1431.
126. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
127. Ibid.
128. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
129. World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities*. Geneva, World Health Organization, 2015.
130. World Economic Forum and Orygen, 'Global Youth Mental Health Briefing', WEF, Geneva, n.d., <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5e26d1539b35240322ba9394/1579602264031/Orygen%27s+WEF-global-YMH-briefing.pdf>>.
131. SOS Children's Villages, *The Right to Protection: Ending violence against children*, SOS Children's Village International, Innsbruck, 2017, <<https://www.sos-childrensvillages.org/news/the-right-to-protection>>.
132. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
133. The Helping Adolescents Thrive (HAT) guidelines and toolkit are forthcoming
134. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
135. Ibid.

136. Cited by Ombudsman for Children, Norway, 'I Want to have Good Dreams: Children's and young people's hearing on bullying and offences at school', Ombudsman for Children, Oslo, October 2014, <<http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/10/Good-dreams.pdf>>.
137. Wasserman, D. et al., 'School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial'. *The Lancet*, 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
138. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
139. World Health Organization, *WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment*, WHO, Geneva, September 2019, <<https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>>; see also World Health Organization, *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused: WHO clinical guidelines*, WHO, Geneva, February 2017, <<https://www.who.int/publications-detail/9789241550147-responding-to-children-and-adolescents-who-have-been-sexually-abused>>.
140. World Health Organization, *INSPIRE*.
141. World Health Organization, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings*, Version 2.0, WHO, Geneva, 2019, <<https://www.who.int/publications-detail/mhgap-intervention-guide---version-2.0>>.
142. World Health Organization, *Psychological First Aid: Guide for field workers*, WHO, Geneva, 2011, <https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/>.
143. See <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners> and <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>
144. Inter-Agency Standing Committee, *IASC Guidelines for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, New York, 2007, <https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/>.
145. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
146. See <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf>
147. UNICEF, *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)*. New York, UNICEF, 2018
148. World Health Organization, *Mental Health Plan 2013-2020*.
149. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
150. United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Leading Minds Conference 2019*.
151. ECPAT International, 'Lee: I had to choose between acceptance and destruction', *Survivors' Voices*, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/lees-story-survival-acceptance/>>.
152. European Network of Youth Advisers, recommendations from 'Let's Talk Young, Let's Talk About Mental Health!' child participation project, ENYA, Strasbourg, 2018, <http://enoc.eu/?page_id=2066>.
153. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

