ជំពូកទី ១២

សុខភាពផ្លូវចិត្ត

គោលបំណងមេរៀន

អ្នកសិក្សានឹងអាចយល់ និងពន្យល់អំពី៖

- បញ្ញត្តិ និងការលូតលាស់ផ្នែកផ្លូវចិត្តចាប់ពីកត្តាជីវសាស្ត្រ កត្តាចិត្តសង្គម និងកត្តាសង្គម
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត ទំនាស់ផ្លូវចិត្ត និងយន្តការការពារ ទំនាក់ទំនងរវាងរូបរាងកាយ~ផ្លូវចិត្ត និងទ្រឹស្តីនៃការតានតឹងចិត្ត ព្រមទាំងហេតុការណ៍នាំឱ្យតានតឹងចិត្តនានា។ តាមរយៈកត្តាទាំងនេះ អ្នកនឹងអាចធ្វើការពិចារណាលើមធ្យោបាយក្នុងការគ្រប់គ្រងការតានតឹងចិត្ត និងទទួលការគាំទ្រពីសង្គម
- បញ្ហាប្រឈមរបស់ប្រទេសកម្ពុជាស្តីពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងពិចារណាអំពីវិធីផ្សេងៗដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមទាំងនោះ
- មធ្យោបាយក្នុងការគាំទ្រ និងទទួលយកនូវឥរិយាបថរបស់កុមារតាមរយៈការស្តាប់

ជំពូកនេះនឹងបង្ហាញពីទិដ្ឋភាពទូទៅនៃបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅប្រទេសកម្ពុជា។ ជាដំបូង ជំពូកនេះបង្ហាញពីមធ្យោបាយក្នុងការយល់ដឹងពីផ្នែកផ្លូវចិត្ត និងទ្រឹស្តីនៃការលូតលាស់ផ្លូវចិត្ត ដែលផ្តល់ជាមូលដ្ឋានមួយសម្រាប់ធ្វើការពិចារណាលើបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ បន្ទាប់មកជំពូកនេះក៏បានពន្យល់ពីនិយមន័យនៃសុខភាពផ្លូវចិត្តដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ស្តីពីទ្រឹស្តីនៃការតានតឹងចិត្ត និងបញ្ហាប្រឈមខាងសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ន។

១ បញ្ញត្តិ និងការលូតលាស់នៃផ្នែកចិត្ត និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត

១.១. ទស្សនៈទាំងបីអំពីចិត្ត

តើចិត្តជាអ្វី? តើចិត្តពិតជាកើតមានឡើងមុនគេមែនដែរឬទេ? តើវាជារូបភាពបំភាន់ភ្នែកដែលបង្កើតឡើងដោយខួរក្បាលដែរឬទេ? យើងពិចារណាថា តើអ្វីជាចិត្ត តាមរយៈការសន្មតទៅលើទិដ្ឋភាពទូទៅបីគឺ៖

ទិដ្ឋភាពទីមួយមើលឃើញថា ចិត្តកើតចេញពី**ទស្សនវិស័យនៃចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ (biomedical psychiatry)** និង **វិទ្យាសាស្ត្រខួរក្បាល (brain science)**។ ទស្សនៈនេះចាត់ទុកថា ចិត្តជាមុខងារនៃខួរក្បាល។ វាចាត់ទុកថា រាល់សកម្មភាពផ្សេងៗគ្នានៃចិត្តត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និងគ្រប់គ្រងដោយតំបន់មួយដែលមានទីតាំងនៅក្នុងខួរក្បាល។ ដូច្នេះគេសន្មតថា ជំងឺផ្លូវចិត្ត និងសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនប្រក្រតីគឺបណ្តាលមកពីការបាត់បង់ ឬការខូចខាតមុខងារនៅតំបន់ជាក់លាក់ណាមួយនៃខួរក្បាល។

ទិដ្ឋភាពទីពីរដែលត្រូវបានគេប្រើប្រាស់ក្នុងវិស័យមួយចំនួនរួមមាន ចិត្តវិភាគ ចិត្តវិទ្យាស៊ីជម្រៅ (depth psychology) និងការប្រឹក្សាយោបល់នោះគឺជាទិដ្ឋភាពដែល**សន្មតថាជាវត្ថុមាននៃ «ចិត្ត»** គឺជាអ្វីមួយដែលមិនអាចយល់ពិតប្រាកដបានឬដោយវិទ្យាសាស្ត្រធម្មជាតិដូចជា **ការបាត់បង់ញាណ** និងព្រលឹង។ ទស្សនៈនេះចាត់ទុកថា ការប្រមូលផ្តុំបទពិសោធន៍ជីវិតរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ធ្វើឱ្យមានទម្រង់ចិត្តជាពិភពអត្តនោម័ត។ ដូច្នេះគេសន្មតថា ជំងឺផ្លូវចិត្ត និងសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនប្រក្រតីជាប់ទាក់ទងយ៉ាងខ្លាំងទៅនឹង បញ្ហានៃរបៀបរស់នៅ ឬបទពិសោធន៍ជីវិត ឬបញ្ហាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗជាអត្តនោម័ត។

ទិដ្ឋភាពទីបី ចិត្តត្រូវបាន**គេយល់ថា** មិនត្រឹមតែមានមុខងារនៅក្នុងខួរក្បាល និងផ្នែកខាងក្នុងខ្លួនរបស់មនុស្សម្នាក់ៗប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែវាក៏**មានមុខងារនៅក្នុងទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្ស** និង**អន្តរកម្មបរិស្ថានសង្គមផងដែរ**។ យោងទៅតាមភាពជាក់ស្តែងដែលខួរក្បាល អញ្ញាណ និងព្រលឹងមានមុខងារឆ្លើយតបទៅនឹងរំញោចតាមរយៈការធ្វើអន្តរកម្មជាមួយបរិស្ថានជុំវិញចិត្តហាក់ដូចជាអ្វីមួយដែលមិនដំណើរការដោយឯករាជ្យក្នុងបុគ្គលម្នាក់ៗ ប៉ុន្តែជាអ្វីមួយដែលដំណើរការតែនៅពេលមានទំនាក់ទំនងជាមួយបរិស្ថានជុំវិញជាអ្នកនាំមកកាន់បុគ្គលនោះ។ វាក៏រួមបញ្ចូលរវាងប្រវត្តិសាស្ត្រ និងវប្បធម៌ផងដែរដើម្បីបង្កើតជាទម្រង់ចិត្តឡើង។ និយាយម៉្យាងទៀត វាស្ថិតនៅតែក្នុងអន្តរកម្មប្រកបដោយថាមពលរវាងបុគ្គល និងបរិស្ថានជុំវិញ ឬប្រវត្តិសាស្ត្រវប្បធម៌ដែលចិត្តកើតឡើង។ ដូច្នេះទិដ្ឋភាពនេះសន្មតថា ជំងឺផ្លូវចិត្ត និងសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនប្រក្រតីមានជាប់ពាក់ព័ន្ធយ៉ាងខ្លាំងទៅនឹងបញ្ហាទំនាក់ទំនងអន្តរកម្មជាមួយបរិស្ថានជុំវិញ ឬទំនាក់ទំនងនឹងការសម្របខ្លួនរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗទៅនឹងបរិស្ថាន ឬប្រវត្តិសាស្ត្រ វប្បធម៌។

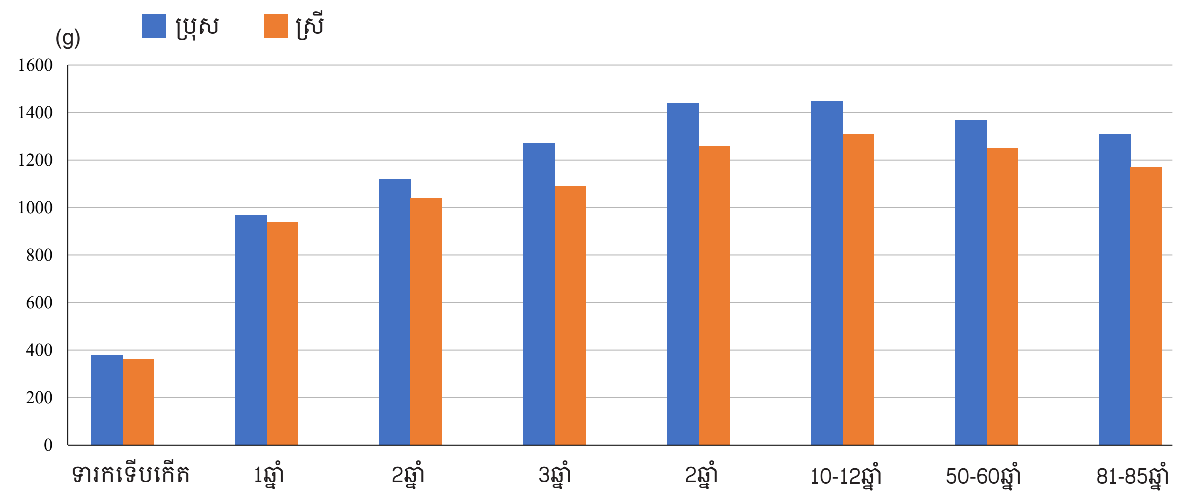
ជាការពិតណាស់ ទិដ្ឋភាពទាំងបីនៃចិត្តនេះមិនឯករាជ្យទេ ប៉ុន្តែពួកវាមានទំនាក់ទំនងគ្នាទៅវិញទៅមក។ ពោលគឺចិត្តរបស់មនុស្សដែលជាបាតុភូតមួយត្រូវបានគេមើលពីទិដ្ឋភាពទាំងបីគឺៈ ទិដ្ឋភាពជីវសាស្ត្រ ទិដ្ឋភាពចិត្តសាស្ត្រ និងទិដ្ឋភាពសង្គម។ ចិត្តត្រូវមានទិដ្ឋភាពទាំងបីនេះរួមបញ្ចូលគ្នា។ ចិត្តនេះមានន័យថា ដើម្បីពិចារណាលើសុខភាពផ្លូវចិត្តចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យឱ្យបានទូលំទូលាយលើទិដ្ឋភាពជីវសាស្ត្រដែលសំខាន់រួមមាន ការលូតលាស់ ការអភិវឌ្ឍនៃប្រព័ន្ធប្រសាទក្នុងខួរក្បាលនិងផ្នែកផ្សេងៗនៃរាងកាយ ទិដ្ឋភាពចិត្តសាស្ត្រដែលផ្តោតលើបទពិសោធន៍ និងរបៀបរស់នៅរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងទិដ្ឋភាពសង្គមដែលរួមមានជាចម្បងអន្តរកម្មបុគ្គលម្នាក់ៗជាមួយនឹងទំនាក់ទំនងបរិស្ថានសង្គមដែលនៅជុំវិញពួកគេដូចជា គ្រួសារ សាលារៀន សហគមន៍មូលដ្ឋាន និងប្រទេសជាតិ ព្រមទាំងប្រវត្តិសាស្ត្រ វប្បធម៌ប្រទេស ឬតំបន់របស់ពួកគេ។

១.២. ការអភិវឌ្ឍនៃចិត្ត

១.២.១. ការអភិវឌ្ឍនៃចិត្តក្នុងទិដ្ឋភាពជីវសាស្ត្រ

ដូចជាករណីផ្នែកផ្លូវចិត្ត យើងពិនិត្យការអភិវឌ្ឍនៃចិត្តចេញពីទិដ្ឋភាពទាំងបីគឺ ទិដ្ឋភាពជីវសាស្ត្រ ទិដ្ឋភាពចិត្តសាស្ត្រ និងទិដ្ឋភាពសង្គម។

ទីមួយ **ការអភិវឌ្ឍនៃចិត្តក្នុងទិដ្ឋភាពជីវសាស្ត្រ**គឺផ្អែកលើការលូតលាស់/ការអភិវឌ្ឍនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទខួរក្បាល។ ដូច្នេះវាបានគាំទ្រដោយការលូតលាស់ និងការអភិវឌ្ឍរាងកាយផងដែរ។ យោងទៅតាមដេកាបាន (Dekaban) និងសាដូវស្គី (Sadowsky)[1] បានឱ្យដឹងថាខួរក្បាលមួយមានទម្ងន់ ៣៦០ក្រាម ចំពោះក្មេងស្រីដែលទើបនឹងកើត និង ៣៨០ក្រាម ចំពោះក្មេងប្រុសដែលទើបនឹងកើតដូចដែលបានបង្ហាញក្នុង **រូបទី ១២.១**។ បន្ទាប់ពីកំណើតបានមួយឆ្នាំខួរក្បាលលូតលាស់ប្រហែល ១,៦ដង ទៅដល់ ៩៤០ក្រាម ចំពោះក្មេងស្រី ហើយ ៩៧០ក្រាម ចំពោះក្មេងប្រុស។ ទម្ងន់ខួរក្បាលត្រូវបានគេដឹងថានឹងឈានដល់ ៩០% នៃទម្ងន់នោះចំពោះមនុស្សពេញវ័យនៅអាយុប្រហែលជា ៦ឆ្នាំ។ បន្ទាប់ពីនោះអត្រានៃការលូតលាស់របស់ខួរក្បាលថយចុះដោយទំហំខួរក្បាលនឹងឈានដល់កម្រិតកំពូលនៅអាយុ ១៩-២១ឆ្នាំ។ មួយផ្នែកដោយសារភាពខុសគ្នានៃសមាសភាគរបស់រាងកាយបុគ្គល ទម្ងន់ខួរក្បាលខុសគ្នាទៅតាមភេទដែរ វាមានទម្ងន់ ១ ៣១០ក្រាម ចំពោះស្ត្រី និងទម្ងន់ ១ ៤៥០ក្រាម ចំពោះបុរសដែលបង្ហាញថា បុរសមានខួរក្បាលធ្ងន់ជាងស្ត្រី។ ទម្ងន់ខួរក្បាលចាប់ផ្តើមថយចុះនៅវ័យ ៥០ឆ្នាំជាង ពេលមនុស្សកាន់តែចំរើនវ័យ។



This figure is created based on data obtained from "Dekaban, A.S. and Sadowsky, D., Changes in brain weights during the span of human life: relation of brain weights to body heights and body weights, Ann. Neurology, 4:345-356, 1978"

រូបទី ១២.១៖ ទម្ងន់ខួរក្បាលរបស់មនុស្សគិតតាមភេទ និងអាយុ

ទន្ទឹមគ្នានេះដែរ ទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្ដូរដង់ស៊ីតេ[2] នៃស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទ នៅក្នុងកន្សោមខួរ**ក្បាលផ្នែកខាងមុខ (prefrontal cortex)** ដែលទទួលខុសត្រូវលើមុខងារបញ្ញាកម្រិតខ្ពស់របស់មនុស្សដូចជាការគ្រប់គ្រងភាសា និងការគិត ដង់ស៊ីតេនៃស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទនៅអាយុ ៤ឆ្នាំ ក្រោយកំណើតនឹងឈានដល់ទ្វេដងរបស់កម្រិតមនុស្សពេញវ័យ។ ការកាត់បន្ថយស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទ ចាប់ផ្ដើមរីកចម្រើនយឺតៗ ចាប់ពីអាយុប្រហែល ៤ឆ្នាំ និងបង្កើនល្បឿនខ្លាំងនៅអាយុប្រហែល ១៤-១៦ឆ្នាំ ក្នុងវ័យជំទង់។ ខណៈពេលដែលបណ្ដាញស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទដែលត្រូវបានប្រើជាញឹកញាប់នឹងនៅសល់ទុក ចំណែកឯស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទដែលមិនបានប្រើនឹងត្រូវបានកាត់ចេញ និងបំបាត់ចោលតែម្ដង។

ដង់ស៊ីតេនៃស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទកាន់តែខ្ពស់ មិនប្រាកដថា ការបំពេញមុខងារកាន់តែល្អជាងមុននោះទេ បណ្ដាញដែលស្មុគស្មាញខ្លាំងពេកមិនអាចដំណើរការព័ត៌មានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពដូចដែលគេស្រមៃឃើញនៅក្នុងបណ្ដាញព័ត៌មានសាំញ៉ាំនោះទេ។ ផ្ទុយទៅវិញ នៅពេលដែល**ការកាត់បន្ថយស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទ (synaptic pruning)** ប្រព្រឹត្តិទៅ ការបញ្ជូនព័ត៌មាននឹងកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពដូចដែលគេស្រមៃឃើញនៅបណ្ដាញផ្លូវធំៗ។ ដោយសារតែការកាត់បន្ថយស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទនេះកើតឡើងតាមរយៈអន្តរកម្មរវាងរាងកាយ និងបរិស្ថានដែលជាបរិស្ថានដែលបុគ្គលបានចំណាយនៅអំឡុងពេលវ័យជំទង់គឺពិតជាមានសារៈសំខាន់ណាស់។ វ័យជំទង់គឺជាអំឡុងពេលដែលការកាត់បន្ថយស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទកើតឡើងយ៉ាងខ្លាំង វាគឺជារយៈពេលមួយដែលរចនាសម្ព័ន្ធខួរក្បាលត្រូវបានកសាងឡើងវិញជាគំហុក ហេតុដូចនេះហើយទើបគេចាត់ទុកវារយៈពេលមួយដែលជំងឺផ្លូវចិត្តទំនងជាមានវិវឌ្ឍនៅអំឡុងពេលនេះ (**អំឡុងពេលងាយឈឺ**) និងអាចធ្វើឱ្យមានអាកប្បកិរិយាខុសធម្មតាកើតឡើង។ គេប៉ាន់ប្រមាណថាវាត្រូវការពេលប្រហែល ២៥ឆ្នាំ ដើម្បីឱ្យ**កន្សោមខួរក្បាលផ្នែកខាងមុខ**ចាស់ទុំដល់កម្រិតពេញវ័យ។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.១៖ តើកន្សោមខួរក្បាលផ្នែកខាងមុខ និងស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទគឺជាអ្វី?

ខួរក្បាលចែកចេញជាផ្នែកៗគឺខួរធំ (cerebrum) ខួរតូច (cerebellum) និងតួខួរក្បាល (brain stem) (វាក្យសព្ទរួមសម្រាប់ខួរក្បាលកណ្ដាល (midbrain) ខួរកញ្ចឹងក (medulla oblongata) និងប៉ុង (pons))។ ក្នុងចំណោមផ្នែកៗទាំងនេះ អឌ្ឍគោលខួរត្រូវបានបំបែកទៅជាបួនតំបន់គឺថតមុខ (frontal lobe) (មានមុខងារជាចម្បងទាក់ទងនឹងការគិត ការវិនិច្ឆ័យ និងសកម្មភាព) ថតក្រោយខាងលើ (parietal lobe)(មានមុខងារចម្បងក្នុងការដឹង និងអារម្មណ៍) កំពូកខួរខាងក្រោយ (occipital lobe) (ចក្ខុវិញ្ញាណ) និងសៀតផ្កា (temporal lobe) (សមត្ថភាពស្ដាប់ឮ និងការចងចាំ)។ កន្សោមខួរក្បាលផ្នែកខាងមុខ អភិវឌ្ឍជាងនៅមនុស្សច្រើនជាងនៅសត្វដទៃទៀតដែលមានប្រហែល ៣០% នៃថតមុខ និងប្រហែល ១០% នៃខួរក្បាលទាំងមូល។ កន្សោមខួរក្បាលខាងមុខទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខងារបញ្ញាដែលចាំបាច់សម្រាប់ការរស់នៅរបស់មនុស្សរួមមាន ការជញ្ជឹងគិត/ការគិត ការគ្រប់គ្រងសកម្មភាព និងអារម្មណ៍ ការប្រាស្រ័យទាក់ទង ការត្រួតពិនិត្យការចងចាំ ការធ្វើការសម្រេចចិត្ត ការដោះស្រាយបញ្ហា និងការធ្វើសកម្មភាពដោយមានគោលដៅវែងឆ្ងាយ។

នៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រសាទ កោសិកាប្រសាទ (ណឺរ៉ូន) ទទួលខុសត្រូវក្នុងការបញ្ជូនព័ត៌មាន។ កោសិកាប្រសាទមិនភ្ជាប់គ្នាទេ ប៉ុន្តែនៅជិតគ្នាដោយមានគម្លាតចន្លោះពីមួយទៅមួយ។ ការទាក់ទងគ្នាពីចុងម្ខាងនៃកោសិកាប្រសាទមួយទៅកោសិកាប្រសាទបន្ទាប់ហៅថា ស៊ីណាប់ (Synapse)។ អ្នកបញ្ជូនសារប្រសាទមួយត្រូវបានបញ្ចេញនៅក្នុងចន្លោះគម្លាតនេះ ហើយព័ត៌មានត្រូវបានបញ្ជូនពីកោសិកាប្រសាទមួយទៅកោសិកាមួយទៀត។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលប្រព័ន្ធប្រសាទសាំប៉ាទិចត្រូវបានធ្វើឱ្យសកម្ម អរម៉ូនអាដ្រេណាលីន (Noradrenaline) ត្រូវបានបញ្ចេញដែលធ្វើឱ្យសភាពនៃចិត្ត និងរាងកាយសកម្មឡើង ខណៈពេលដែលការធ្វើឱ្យសកម្មនៃប្រព័ន្ធប្រសាទប៉ារ៉ាសាំប៉ាទិចនៃប្រព័ន្ធប្រសាទ នាំឱ្យមានការបញ្ចេញសារជាតិអាសេទីលកូលីន (acetylcholine) ដែលបង្កើតឱ្យមានសភាពធូរស្រាលក្នុងចិត្ត និងរាងកាយ (សូមមើលជំពូកទី ២)។

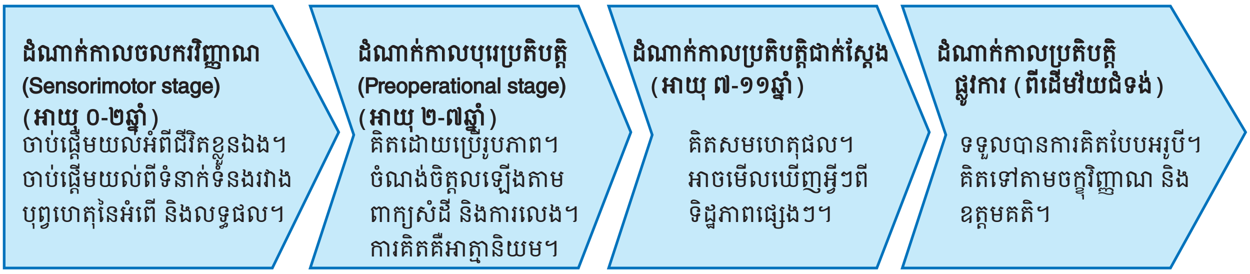
១.២.២. ការអភិវឌ្ឍផ្លូវចិត្តក្នុងទិដ្ឋភាពផ្លូវចិត្ត/ចិត្តសាស្ត្រ

ទោះបីជាមានទ្រឹស្ដីផ្សេងៗគ្នាអំពីការអភិវឌ្ឍផ្លូវចិត្តក្នុងទិដ្ឋភាពផ្លូវចិត្ត/ចិត្តសាស្ត្រក៏ដោយ ក្នុងចំណោមនោះទ្រឹស្ដីពីរអាចបង្ហាញជាតំណាងបានគឺ ទ្រឹស្ដីការអភិវឌ្ឍបញ្ញារបស់ព្យាជេត (Piaget) និងទ្រឹស្ដីការអភិវឌ្ឍអាយុកាលរបស់អេរីកសាន់ (Erickson)។

ក. ទ្រឹស្ដីនៃការអភិវឌ្ឍបញ្ញារបស់ព្យាជេត (Piaget) (រូបទី ១២.២)

យោងតាមទ្រឹស្ដីនៃការអភិវឌ្ឍបញ្ញារបស់**ហ្សង់ព្យាជេត** (Jean Piaget) (ចិត្តវិទូខាងការអភិវឌ្ឍជនជាតិស្វីស ឆ្នាំ ១៨៩៦-១៩៨០)[3,4] កុមារអាយុប្រហែលពី 0-២ឆ្នាំ ស្ថិតនៅក្នុង**ដំណាក់កាលចលកវិញ្ញាណ**ដែលជាដំណាក់កាលទទួលចំណេះដឹងពិភពជុំវិញគឺនៅមានកម្រិតនៅត្រឹមតែអ្វីដែលពួកគេអាចដឹងដោយញាណ និងប៉ះបានប៉ុណ្ណោះ។ កាលណាញាណនៃវត្តមានរបស់ពួកគេចាប់ផ្ដើមរីកចម្រើន ពួកគេចាប់ផ្ដើមយល់ពីអ្វីៗដែលកំពុងមានវត្តមាន ទោះបីជាមើលមិនឃើញវា ព្រមទាំងចាប់ផ្ដើមយល់ពីទំនាក់ទំនងរវាងហេតុនិងផល។ បន្ទាប់មក ក្មេងៗដែលមានអាយុប្រហែលពី ២-៧ឆ្នាំ ស្ថិតនៅក្នុង**ដំណាក់កាលបុរេប្រតិបត្តិ (preoperational stage)** ដោយពួកគេចាប់ផ្ដើមគិតដោយប្រើរូបភាព ព្រមទាំងចាប់ផ្ដើមការស្រមៃរវើរវាយក៏ចាប់ផ្ដើមលេចឡើងក្នុងពាក្យសំដីនិងការលេងរបស់ពួកគេ។ ពួកគេចូលចិត្តប្រើវិញ្ញាណនិយម (ព្រលឹងវិញ្ញាណ) សម្រាប់គិតពីបាតុភូតធម្មជាតិដូចជា ភ្នំខឹងជាដើម។ ការគិតរបស់ពួកគេនៅតែផ្ដោតលើខ្លួនឯងនៅឡើយ។ អំឡុងអាយុប្រហែលពី ៧-១១ឆ្នាំ នេះគឺជា**ដំណាក់កាលប្រតិបត្តិជាក់ស្ដែង (concrete operational stage)** ដោយកុមារចាប់ផ្ដើមគិតបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវសមហេតុផល ហើយក្លាយជាមនុស្សដែលផ្ដោតលើខ្លួនឯងតិចជាងមុន ហើយអាចមើលទៅលើរឿងនានាដោយប្រើទិដ្ឋភាពផ្សេងៗ។ ឧទាហរណ៍ ពួកគេចាប់យកនូវ**បញ្ញត្តិអភិរក្ស (concept of conservation)** នោះគឺបរិមាណទឹកនៅដដែល

ទោះបីជាវាត្រូវបានផ្ទេរពីធុងមួយទៅធុងមួយទៀតដែលមានរាងខុសគ្នាក៏ដោយ។ បន្ទាប់ពីដំណាក់កាលនេះ ចាប់ពីពេលដំបូងនៃវ័យជំទង់ **ដំណាក់កាលប្រតិបត្តិការផ្លូវការ (formal operational stage)** ដោយការគិតរបស់មនុស្សពេញវ័យត្រូវបានចាប់យក និងចាប់ផ្តើម។ នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះពួកគេចាប់យកការគិតបែបអរូបី ហើយចាប់ផ្តើមគិតរឿងនានានៅក្នុងក្បាលយោងទៅតាមចក្ខុវិញ្ញាណ និងឧត្តមគតិដោយគ្មានបទពិសោធន៍ជាក់ស្តែងឡើយ។ ឧទាហរណ៍ ពួកគេអាចគិតតាមបែបវិទ្យាសាស្ត្រ បង្កើតសម្មតិកម្មសម្រាប់ការប៉ាន់ស្មាន និងប្រៀបធៀបលទ្ធផលទៅនឹងការពិតដើម្បីទាញសេចក្តីសន្និដ្ឋាន។



រូបទី ១២.២៖ ទ្រឹស្តីការអភិវឌ្ឍបញ្ញារបស់ព្យាជេត (Piaget)

ខ. ទ្រឹស្តីការអភិវឌ្ឍអាយុកាលរបស់អេរីកសាន់ (Erikson)

លោក**អេរីក អេរីកសាន់ (Erik H. Erikson)** (ចិត្តវិទូ និងអ្នកវិភាគផ្លូវចិត្ត ជនជាតិអាមេរិកាំងកើតនៅប្រទេសអាឡឺម៉ង់ ១៩០២-១៩៩៤)[5] បានបែងចែករយៈពេលនៃជីវិតតាំងពីទារករហូតដល់មជ្ឈិមវ័យជា ៨ដំណាក់កាលអភិវឌ្ឍន៍ដោយកំណត់លក្ខណៈដំណាក់កាលនីមួយៗយោងទៅតាមជំនាញជាក់លាក់ដែលត្រូវចាប់យក និងភារកិច្ចអាកប្បកិរិយាដែលត្រូវសម្រេចឱ្យជោគជ័យ ឬ**ភារកិច្ចក្នុងការអភិវឌ្ឍ**។ ពួកគេរួមមាន វ័យទារក (infancy) (ទំនុកចិត្តមូលដ្ឋាន ទល់នឹងការមិនទុកចិត្ត) ដើមវ័យកុមារ (early childhood) (ស្វ័យភាពទល់នឹងភាពអៀនខ្មាស/មន្ទិលសង្ស័យ) វ័យចូលរៀនសាលាមត្តេយ្យ (preschool) (ការផ្តួចផ្តើម ទល់នឹងពិរុទ្ធភាព) វ័យចូលសាលារៀន (school age) (ភាពឧស្សាហ៍ ទល់នឹងភាពអន់ខ្សោយ) វ័យជំទង់ (adolescence) (ការបង្កើតអត្តសញ្ញាណ ទល់នឹងការសាយភាយ) ពាក់កណ្តាលវ័យជំទង់ (young adulthood) (ភាពស្និទ្ធស្នាល ទល់នឹងភាពឯកា) មជ្ឈិមវ័យ (middle adulthood) (ការគិតអំពីមនុស្សទូទៅ ទល់នឹងអាត្មានិយម) និងវ័យចំណាស់ (senium) (ភាពស្មោះត្រង់ ទល់នឹងភាពអស់សង្ឃឹម)។

តាមទស្សនៈរបស់អេរីកសាន់ (Erikson) ប្រសិនបើកិច្ចការអភិវឌ្ឍនៃដំណាក់កាលអភិវឌ្ឍន៍មួយៗទទួលបានជោគជ័យ បុគ្គលនឹងចាប់យកបាននូវចរិតលក្ខណៈតាមប្រាថ្នា ប៉ុន្តែបើមិនដូច្នោះទេ បុគ្គលនឹងលេចចេញនូវចរិតបុគ្គលិកលក្ខណៈដែលខុសពីក្តីប្រាថ្នា។ ឧទាហរណ៍ កិច្ចការសំខាន់មួយសម្រាប់កុមារនៅវ័យចូលរៀនសាលាមត្តេយ្យ (អាយុប្រហែលពី ៣-៤ឆ្នាំ) គឺត្រូវ «ធ្វើអ្វីៗដោយខ្លួនឯង ឬពឹងផ្អែកលើអ្នកដទៃ» ហើយបន្ទាប់មកគឺជួបប្រទះបទពិសោធន៍នូវវិបត្តិក្នុងការអភិវឌ្ឍនានា អាស្រ័យថាតើពួកគេអភិវឌ្ឍស្វ័យភាព ឬក៏ភាពអៀនខ្មាសនិងមន្ទិល (ឧទាហរណ៍ វិបត្តិលើការបញ្ចៀសស្វ័យភាព)។ ប្រសិនបើពួកគេអាចសម្រេចកិច្ចការបានដោយជោគជ័យ ពួកគេនឹងទទួលបាននូវស្មារតីឯករាជ្យ និងញាណគ្រប់គ្រងដែលនឹងអភិវឌ្ឍឆន្ទៈរបស់ពួកគេ ប៉ុន្តែប្រសិនបើពួកគេបរាជ័យ នោះពួកគេនឹងបាត់បង់ទំនុកចិត្តលើសមត្ថភាពរបស់ពួកគេ និងមានអារម្មណ៍អៀនខ្មាសចំពោះខ្លួនឯង។ កិច្ចការមួយសម្រាប់កុមារនៅវ័យចូលសាលារៀនដំបូង (អាយុប្រហែលពី ៤-៥ឆ្នាំ) គឺ តើពួកគេអាចធ្វើអ្វីៗបានតាមគំនិតផ្តួចផ្តើមរបស់ពួកគេដែរឬទេ ហើយពួកគេជួបប្រទះបទពិសោធន៍នូវវិបត្តិដែលពួកគេត្រូវប្រឈមនឹងគំនិតផ្តួចផ្តើម ឬអារម្មណ៍ពិរុទ្ធចំពោះអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានរបស់ពួកគេដែរឬទេ។ ប្រសិនបើពួកគេទទួលបានជោគជ័យ ពួកគេអភិវឌ្ឍនូវញាណនៃគោលបំណង និងឆន្ទៈក្នុងការសាកល្បងអ្វីដែលថ្មី ប៉ុន្តែប្រសិនបើបរាជ័យវិញ ពួកគេនឹងអភិវឌ្ឍនូវអារម្មណ៍ពិរុទ្ធ ឬក្លាយជាអកម្ម។ កុមារនៅវ័យចូលសាលារៀនយឺត (អាយុប្រហែល ៥-១២ឆ្នាំ) ជួបប្រទះបទពិសោធន៍នូវវិបត្តិមួយដែលសមត្ថភាពរបស់ពួកគាត់ក្នុងការធ្វើអ្វីៗឱ្យបានល្អនឹងត្រូវបានធ្វើការសាកល្បង បន្ទាប់ពីចូលសាលារៀនពួកគេចាប់ផ្តើមផ្លាស់ប្តូរការផ្តោតអារម្មណ៍របស់ពួកគេលើទំនាក់ទំនងសង្គមរបស់ពួកគេពីគ្រួសារទៅកាន់មិត្តភក្តិ និង

គ្រូច្រើនជាង។ ប្រសិនបើពួកគេលេងជាមួយមិត្តភក្តិរៀននៅក្នុងថ្នាក់ ធ្វើកិច្ចការផ្ទះ និងចូលរួមសកម្មភាពសាលារៀនបានល្អ ពួកគេនឹងមានអារម្មណ៍ជឿជាក់ និងមានមោទនភាពចំពោះសមត្ថភាពរបស់ពួកគេដែលនឹងអភិវឌ្ឍនូវការខិតខំព្យាយាមរៀនសូត្រ។ ទន្ទឹមនឹងនេះប្រសិនបើពួកគេមិនបានធ្វើរឿងទាំងនោះឱ្យបានល្អបើធៀបជាមួយមិត្តភក្តិរបស់គេ ពួកគេនឹងមានអារម្មណ៍ថាអន់ជាងគេ ឬខ្វះទំនុកចិត្តដែលធ្វើឱ្យគេមានអារម្មណ៍ថាចូលគេមិនចុះក្នុងជីវិតក្នុងសាលារៀនរបស់ពួកគេ។តាមរយៈបទពិសោធន៍ទាំងនេះ ក្មេងៗអាចអភិវឌ្ឍបាននូវគំនិតស្គាល់ពីខ្លួនឯង។ ការគាំទ្រពីឪពុកម្តាយ លោកគ្រូអ្នកគ្រូ និង មិត្តភក្តិដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដើម្បីដោះស្រាយភារកិច្ចអភិវឌ្ឍន៍នៃដំណាក់កាលនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យកុមារសម្រេចបាននូវភារកិច្ចកាន់តែងាយស្រួល និងចិត្តរបស់ពួកគេអភិវឌ្ឍកាន់តែមានសុខភាពល្អ។ វាក៏នឹងជួយដោះស្រាយនូវកិច្ចការអភិវឌ្ឍនានាទាក់ទងនឹងការបង្កើតអត្តសញ្ញាណក្នុងវ័យជំទង់។

ក្នុងវ័យជំទង់ (អាយុប្រហែលជាពី ១២-១៩ឆ្នាំ) កុមារប្រឈមនឹងសំណួរថា តើពួកគេជានរណា ហើយជួបប្រទះនឹងបញ្ហាប្រឈមធំមួយក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ។ នៅពេលដែលពួកគេទទួលបានតួនាទីរបស់ពួកគេនៅក្នុងសង្គមតាមរយៈបទពិសោធន៍ផ្សេងៗគ្នាក្នុងការសិក្សា ការងារ និងទំនាក់ទំនងសង្គម ពួកគេនឹងអាចស្វែងយល់ពីខ្លួនឯងកាន់តែស៊ីជម្រៅ និងមានស្មារតីភ្ញាក់រលឹកពីខ្លួនឯងកាន់តែច្បាស់។ អ្នកដែលខកខានមិនបានស្វែងរកតួនាទី ឬនៅនឹងកន្លែងដែលពួកគេត្រូវនៅក្នុងសង្គម អាចក្លាយជាមនុស្សពេញវ័យដែលមានស្មារតីមិនច្បាស់លាស់។ ការអភិវឌ្ឍនៅក្នុងវ័យនេះ និងក្រោយពេលពេញវ័យមិនត្រូវបានពិភាក្សាលម្អិតនៅទីនេះទេ។

១.២.៣. ការអភិវឌ្ឍចិត្តក្នុងទិដ្ឋភាពសង្គម

ចុងក្រោយ យើងពិភាក្សាលើទ្រឹស្តីអំពីការអភិវឌ្ឍចិត្តតាមរយៈទំនាក់ទំនងសង្គម។ ការទទួលស្គាល់ខ្លួនឯងរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗថា «តើខ្ញុំជានរណា» គឺមិនអាចទៅរួចទេបើគ្មានអ្នកដទៃ។ នោះគឺដោយសារតែមនុស្សម្នាក់ត្រូវការមនុស្សម្នាក់ទៀតដែលខុសពីខ្លួនយើងមកបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរស់នៅរបស់គ្នាទៅវិញទៅមក។ ឧទាហរណ៍ ចំពោះការអភិវឌ្ឍចិត្តក្នុងវ័យទារក ទំនាក់ទំនងរវាងទារកនិងអ្នកមើលថែ ព្រមទាំងបរិស្ថានចិញ្ចឹមបីបាច់គឺពិតជាមានសារៈសំខាន់។ រ៉ែនស្ពីត (Rene Spitz) (គ្រូពេទ្យកុមារវិកលចរិត និងអ្នកបច្ចេកទេសខាងវិភាគផ្លូវចិត្តជនជាតិអាមេរិកកើតនៅទីក្រុងវីយែន ឆ្នាំ ១៨៨៧-១៩៧៤)[6] បានរកឃើញ **ការនៅមន្ទីរពេទ្យយូរ (hospitalism)** ជាបាតុភូតមួយដែលទារកត្រូវបានដាក់ចិញ្ចឹមនៅកន្លែងមួយដែលឆ្ងាយពីឪពុកម្តាយដោយហេតុផលមួយចំនួន ពួកគេទទួលរងនូវការអភិវឌ្ឍយឺតផ្នែករាងកាយ បញ្ញា អារម្មណ៍ ឬការអភិវឌ្ឍភាសាយឺតដោយសារគ្មានការដាស់តឿនគ្រប់គ្រាន់ពីឪពុកម្តាយ ពោលគឺការប៉ះពាល់រាងកាយ និងទំនាក់ទំនងផ្លូវចិត្តជាមួយឪពុកម្តាយ។ បាតុភូតនេះបានក្លាយជាបញ្ហាមួយរួចទៅហើយនៅសតវត្សរ៍ទី ១៩។ ទារកអភិវឌ្ឍចិត្តរបស់ពួកគេដោយការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកថែរក្សា និងបរិស្ថានចិញ្ចឹមបីបាច់តាមរយៈរាងកាយ។

បើយោងតាមគំរូមួយដែលបង្ហាញនៅក្នុងសុខភាពមនុស្សវ័យជំទង់សតវត្សរ៍ទី ២១[7] បរិស្ថានដែលពួកគេធ្វើទំនាក់ទំនងជាមួយដូចជា សាលារៀន គ្រួសារ សង្កាត់ និងសង្គមដ៏ធំមួយនោះ គេចាត់ទុកថាជា**ប្រព័ន្ធជីវចម្រុះសង្គមមួយ (social ecosystem)**។ ប្រព័ន្ធជីវចម្រុះសង្គមនេះជះឥទ្ធិពលដល់សុខភាពមនុស្សពេញមួយជីវិត ចាប់តាំងពីមុនកំណើតរហូតដល់វ័យចំណាស់។ ដូច្នេះការវិវឌ្ឍនៃចិត្តមនុស្សនៅតែបន្តរងឥទ្ធិពលពីប្រព័ន្ធជីវចម្រុះសង្គម។

១.៣. តើសុខភាពផ្លូវចិត្តគឺជាអ្វី?

យោងតាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) សុខភាពផ្លូវចិត្តគឺលើសពីស្ថានភាពដែលមានសេរីភាពពីជំងឺផ្លូវចិត្តទៅទៀត វាគឺជាសមត្ថភាពក្នុងការគិតនិងរៀនដើម្បីយល់ពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ព្រមទាំងឆ្លើយតបចំពោះកត្តាទាំងនោះ ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងនិយមន័យសុខភាពរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក(សូមមើលជំពូកទី ១)។[8] បន្ថែមពីលើនេះទៀត សុខភាពផ្លូវចិត្តគឺជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលបុគ្គលម្នាក់ៗមានសុខភាពផ្នែករាងកាយ ផ្លូវចិត្ត សុខភាពសង្គម វប្បធម៌ សុខភាពខាងព្រលឹងវិញ្ញាណ និងកត្តាពាក់ព័ន្ធដទៃទៀតប្រកបដោយគុណភាព ហើយក្នុងនោះបុគ្គលនោះមានភាពចុះសម្រុងនឹងបរិស្ថាន។[8] ដូច្នេះសុខភាពផ្លូវចិត្តគឺជាសុខភាពដែលមិនអាចញែកដាច់ពីគ្នាពីសុខភាពផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត និងសង្គមឡើយ។ លើសពីនេះទៅទៀត វាគឺជាសុខភាពដែលមិនអាចញែកចេញពីបរិស្ថានបានឡើយ។

អង្គការសុខភាពពិភពលោកក៏បានបញ្ជាក់ផងដែរថា វាជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលបុគ្គលម្នាក់ៗអាចបង្ហាញសមត្ថភាពរបស់ខ្លួនយ៉ាងរលូនទប់ទល់នឹងការតានតឹងចិត្ត (ស្ត្រេស) ផ្សេងៗនៅក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃ ចូលរួមក្នុងការងារ និងការសិក្សាដើម្បីចូលរួមចំណែកក្នុងសង្គម។ WHO សង្កត់ធ្ងន់ទៅលើសារៈសំខាន់នៃសុខភាពផ្លូវចិត្តដោយរៀបរាប់ថា សុខភាពផ្លូវចិត្តគឺជាមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃសមត្ថភាពរបស់ក្រុមនិងបុគ្គលដែលអាចឱ្យមនុស្សគិតពីទំនាក់ទំនងរវាងគ្នាទៅវិញទៅមក ការរកប្រាក់ចំណូល និងភាពរីករាយនឹងជីវិត។[9]

យោងតាមការរៀបរាប់ទាំងអស់នេះ សុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលបុគ្គលម្នាក់ៗមានសមត្ថភាពរស់នៅដោយឯករាជ្យ (ឬញាណជាភ្នាក់ងារ) ក្នុងនាមជាមនុស្សលោកនៅក្នុងពិភពលោកនេះ ហើយអាចបង្ហាញសមត្ថភាពនោះបាន។ ដូច្នេះសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងដំណាក់កាលអភិវឌ្ឍន៍ត្រូវបានគេចាត់ទុកជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលកុមារអាចអនុវត្តសមត្ថភាពរបស់ខ្លួនប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ឧទាហរណ៍ ការគិត ការរៀនសូត្រ ទំនាក់ទំនងគ្រប់គ្រងឥរិយាបថនិងអារម្មណ៍ ការធ្វើការសម្រេចចិត្ត និងដោះស្រាយការតានតឹងចិត្តក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃយោងទៅតាមអាយុ (សូមមើលមុខងាររបស់កន្សោមខួរក្បាលផ្នែកខាងមុខ (prefrontal cortex)) ហើយក្នុងពេលតែមួយ វាជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលសមត្ថភាពទាំងនោះអាចត្រូវបានបង្កើនដល់កម្រិតខ្ពស់បំផុត ពីព្រោះកុមារស្ថិតក្នុងដំណើរនៃការលូតលាស់ និងការអភិវឌ្ឍ។

១.៤. មនុស្សពេញវ័យក្នុងពិភពលោក និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត

អង្គការសុខភាពពិភពលោកប៉ាន់ប្រមាណថា ក្មេងជំទង់ពី ១០%-២០% នៅលើពិភពលោកមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងមិនត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលឡើយ។[10] លើសពីនេះទៅទៀត មនុស្សវ័យក្មេងដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវទទួលរងនូវការរំលោភផ្នែកសិទ្ធិមនុស្ស ពីព្រោះតែសង្គមបដិសេធ ការរើសអើង និង**ការមាក់ងាយ (stigma)** (អាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមាន និងចរិតរើសអើងដែលមើលឃើញមានជាលក្ខណៈបុគ្គលជារឿងមួយគួរឱ្យខ្មាសអៀន ស្អប់ខ្ពើម និងអសោច) ហើយអាចនាំឱ្យមានការលំបាកក្នុងការរៀនសូត្រ បង្ហាញអាកប្បកិរិយាគ្រោះថ្នាក់ និងមានបញ្ហាសុខភាពរាងកាយ។ មូលហេតុទូទៅបំផុតនៃបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តចំពោះមនុស្សវ័យក្មេងគឺការធ្លាក់ទឹកចិត្ត។

២ ការតានតឹងចិត្ត (ស្ត្រេស) ក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត

២.១. យន្តការសម្រាប់ការពារចិត្ត

ដើម្បីថែរក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្ត យើងត្រូវតែបន្តការពារចិត្តដោយជំនះរាល់ការតានតឹងចិត្ត (ស្ត្រេស) និងជម្លោះផ្សេងៗក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃ។ ពិភពលោកបានឈានចូលដំណាក់កាលមួយដែលសុខភាពរបស់យើងត្រូវបានគំរាមកំហែងដោយការតានតឹងចិត្ត (ស្ត្រេស) ផ្សេងៗដែលបណ្តាលមកពីជីវិតសង្គមដែលបានកើតឡើងបន្ទាប់ពីការគំរាមកំហែងនៃជំងឺឆ្លង និងការរីករាលដាលនៃជំងឺផ្សេងៗទាក់ទងនឹងរបៀបរស់នៅ។ នៅក្នុងផ្នែកនេះមានការពន្យល់អំពី**យន្តការការពារចិត្តសាស្ត្រ (psychological defense mechanism)** ដែលជួយឱ្យយើងអាចជំនះនឹងការអាក់អន់ចិត្ត និងជម្លោះផ្សេងៗដែលកើតមានចំពោះមនុស្ស។

អ្នកជំនាញវិភាគផ្លូវចិត្តជនជាតិអូទ្រីស **លោកស៊ិកម៉ាន់ ហ្វ្រឺដ (Sigmund Freud)** បានស្នើជាដំបូងនូវយន្តការការពារ ហើយអាណាហ្វ្រឺដ (Anna Freud) (កូនស្រីរបស់ Freud) បានបង្កើតយន្តការនេះ។ Freud បានគិតថា ចិត្តរបស់មនុស្សមានបីស្រទាប់គឺ **superego ego** និង **id** (ការមិនដឹងខ្លួន)។ Superego គឺជាក្រមសីលធម៌សង្គមវប្បធម៌បង្កើតឡើង ឬតាមរយៈវិន័យរបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល និងតំណាងឱ្យចិត្តដែលប្រកបដោយមនសិកាជាចម្បង ហើយប្រើសកម្មភាព (ទង្វើ) ដោយវិនិច្ឆ័យលើបទដ្ឋាន សីលធម៌ ភាពត្រឹមត្រូវ និងកំហុស ខណៈដែល id តំណាងឱ្យចិត្តដែលរួមមាន ចំណង់និងបំណង អារម្មណ៍ ព្រមទាំងការប្រមូលផ្តុំបទពិសោធន៍កន្លងមក។ Ego តំណាងឱ្យមុខងារការពារនៃចិត្តដែលទទួលបានសំណូមពរខាងសីលធម៌ពី superego (ឧទាហរណ៍ ការហាមឃាត់

ឧត្តមគតិ និងការពិចារណាសម្រាប់អ្នកដទៃ) ចំណង់ និងបំណងក៏ដូចជាអារម្មណ៍ពី id (Freud បានភ្ជាប់សារៈសំខាន់ជាពិសេសទៅនឹងចំណង់ និងបំណងផ្លូវភេទ) ការជួបប្រទះទំនាស់មួយរវាង superego និង id ព្រមទាំងស្វែងរកការសម្របខ្លួនតាមតម្រូវការដោយសម្របសម្រួលជាមួយភាពពិតនៃពិភពខាងក្រៅ។

<u>យន្តការការពារផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ</u><u>គឺជាអំពើរបស់ចិត្តដើម្បីកាត់បន្ថយបទពិសោធន៍អារម្មណ៍មិនល្អដូចជា ការថប់បារម្ភ ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត វិប្បដិសារី និងភាពខ្មាសអៀនដែលបានបង្កឡើងនៅពេល ego ត្រូវបានបង្ហាញឱ្យឃើញពីបំណងរបស់សភាវគតិ និងការជំរុញក៏ដូចជាអារម្មណ៍នៃ id</u> ហើយវាជាសកម្មភាពអចេតនារបស់ចិត្តដែល ego ព្យាយាមដោះស្រាយវិបត្តិ និងកែតម្រូវទៅរកភាពជាក់ស្តែងឡើងវិញ។[11] ជាទូទៅ យន្តការការពារគឺជាមធ្យោបាយមួយដែល ego ប្រើដើម្បីការពារខ្លួនពីចំណង់ដែលវាចង់បដិសេធអារម្មណ៍និងទស្សនៈមិនល្អ ហើយវាជាសកម្មភាពធម្មតានៃចិត្តដែលមនុស្សគ្រប់គ្នាបានជួបប្រទះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើយន្តការការពារមានភាពហួសប្រមាណ ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ វាអាចនាំឱ្យមានការប្រព្រឹត្តខុសបទដ្ឋានសង្គមដែលបណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាឥរិយាបថ ឬប៉ះពាល់ដល់សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងរាងកាយ។

ឧទាហរណ៍សំខាន់បំផុតនៃយន្តការការពារចិត្តសាស្ត្រគឺ**ការរាំងខ្ទប់/ការទប់ចិត្ត (repression)**។ វាគឺជាសកម្មភាពរបស់ ego ដែលបដិសេធ ឬទាត់ចោលចំណង់ដោយមិនដឹងខ្លួន (ឧទាហរណ៍ ចំណង់ផ្លូវភេទ) គំនិត និងអារម្មណ៍មិនល្អ (ឧទាហរណ៍ ការជំទាស់) និងបទពិសោធន៍គំរាមកំហែងនានាចេញពីស្មារតី (មានសតិ) ហើយធ្វើការរារាំងបទពិសោធន៍ទាំងនោះដើម្បីកុំឱ្យចូលទៅក្នុងមនសិការ។[12] id ត្រូវបានសន្មតថាជាកន្លែងមួយសម្រាប់ផ្ទុករឿងរ៉ាវមិនល្អទាំងនេះតាមរយៈការរាំងខ្ទប់។ ទោះបីជាការរាំងខ្ទប់នេះអាចធ្វើឱ្យគេចផុតពីភាពមិនសប្បាយចិត្តជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ ក៏ការចងចាំនៃបទពិសោធន៍ដ៏លំបាកមួយអាចចូលទៅក្នុងមនសិការដែលក្រោយមកក្លាយជាការថប់អារម្មណ៍មួយមិនអាចពិពណ៌នាបានបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់សុខភាពផ្លូវចិត្តឬវាអាចលេចឡើងជារោគសញ្ញារាងកាយដូចជាអសមត្ថភាពក្នុងការនិយាយ ដើរ ឬគេងជាដើម។

ឧទាហរណ៍មួយទៀតនៃយន្តការការពារប្រឆាំងការយល់ឃើញដោយមិនសមស្រប អារម្មណ៍ គំនិត និងការចងចាំនៃបទពិសោធន៍ដែលមិនអាចទទួលយកបានគឺ**ភាពឯកា (isolation)**។ នេះគឺជាសកម្មភាពរបស់ចិត្តដែលព្យាយាមលុបបំបាត់រឿងរ៉ាវដែលមិនអាចទទួលយកបានចេញឱ្យឆ្ងាយពីខ្លួនឯង។ បទពិសោធន៍ដែលលំបាកមិនអាចទ្រាំទ្របានត្រូវបានរឹតត្បិតមិនឱ្យចងចាំក្នុងចិត្តហៅថា ការបំភ្លេចការចងចាំ។

ទន្ទឹមនឹងនេះយន្តការការពារផ្លូវចិត្តមិនត្រឹមតែធ្វើឱ្យមានការឆ្លើយតបមិនល្អចំពោះសុខភាពប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងមានផលល្អចំពោះសុខភាព ឬចំពោះភាពចាស់ទុំទៀតផង (ឧទាហរណ៍ ការគិតពីប្រយោជន៍អ្នកដទៃ ការលេងសើចភាពល្អប្រសើរលើអ្វីមួយ និងការបង្ក្រាបកុំឱ្យអ្វីដែលអាក្រក់កើតឡើង)។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.២៖ អារម្មណ៍ផ្សេងៗ និងការគ្រប់គ្រងអារម្មណ៍

បុគ្គលម្នាក់ៗមានអារម្មណ៍ផ្សេងៗពីគ្នា។ យោងទៅតាមទ្រឹស្តីបុរាណនៃការអភិវឌ្ឍអារម្មណ៍ បុគ្គលម្នាក់ៗដំបូងទទួលបានអារម្មណ៍នៃភាពពេញចិត្ត និងមិនពេញចិត្តក្នុងវ័យទារក។ ហើយភាពពេញចិត្តត្រូវបានបែងចែកទៅជាសេចក្តីសប្បាយរីករាយ និងសេចក្តីស្រឡាញ់ ខណៈពេលដែលភាពមិនពេញចិត្តត្រូវបានបែងចែកទៅជាកំហឹង និងការស្អប់។ បុគ្គលម្នាក់ៗមានអារម្មណ៍ស្មុគស្មាញទៅតាមអាយុ។ គេនិយាយថា ធាតុដែលជាមូលដ្ឋាននៃអារម្មណ៍រីកចម្រើននៅពេលអាយុ ២ឆ្នាំ ហើយនៅពេលអាយុ ៥ឆ្នាំ អារម្មណ៍របស់ពួកគេប្រែជាប្លែកទៅៗដូចមនុស្សពេញវ័យដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការសិក្សាថ្មីៗនេះចង្អុលបង្ហាញថា អារម្មណ៍ដូចជា សេចក្តីរីករាយ កំហឹង និងការភ័យខ្លាចបានលេចចេញតាំងពីវ័យទារកដំបូងមកម្ល៉េះ។

ចំណែកអារម្មណ៍វិញមិនចាំបាច់ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ថា ល្អ និងអាក្រក់ឡើយ ហើយក៏មិនចាំបាច់បដិសេធអារម្មណ៍ណាមួយឡើយ។ ទន្ទឹមនឹងនេះអារម្មណ៍វិជ្ជមានដូចជា ភាពសប្បាយរីករាយ សេចក្តីស្រលាញ់ សេចក្តីទុកចិត្ត សេចក្តីសុខ

និងភាពភ្ញាក់ផ្អើលគឺងាយស្រួលក្នុងការទទួលយក។ ប៉ុន្តែអារម្មណ៍អវិជ្ជមានរួមមាន កំហឹង ចិត្តឫស្យា ការច្រណែន ការភ័យខ្លាច ជម្លោះ ស្អប់ ទុក្ខព្រួយ និងភាពអាម៉ាស់គឺពិបាកទទួលយកណាស់។ ដូច្នេះប្រសិនបើមានអារម្មណ៍អវិជ្ជមានច្រើនហួសប្រមាណ អាចនាំឱ្យមានការប្រព្រឹត្តប្រឆាំងនឹងសង្គមដូចជា ការបង្កបួសស្នាមខ្លួនឯង ឬអ្នកដទៃ។ យន្តការមួយក្នុងចំណោមយន្តការនានានៃចិត្តដែលគ្រប់គ្រងអារម្មណ៍អវិជ្ជមានទាំងនេះគឺជាយន្តការការពារចិត្តសាស្ត្រ។ ការជំនះអាកប្បកិរិយា ការគាំទ្រផ្នែកសង្គម ការតាំងសមាធិ និងវិបស្សនានឹងលើកយកមកពិភាក្សានៅពេលក្រោយ រួមទាំងមធ្យោបាយចិត្តសាស្ត្រដើម្បីគ្រប់គ្រងអារម្មណ៍អវិជ្ជមានផងដែរ។

២.២. ទំនាក់ទំនងរវាងចិត្តនិងរាងកាយ ព្រមទាំងការតានតឹងចិត្តផ្នែកចិត្តសង្គម

២.២.១. ទ្រឹស្តីនៃការតានតឹងចិត្តរបស់ហានសេលី (Hans Selye)[13]

ភាពតានតឹងចិត្ត (Stress) គឺជាពាក្យមានប្រភពមកពីផ្នែកវិស្វកម្មមួយដែលមានន័យថា «សម្ពាធ» ទៅលើវត្ថុអ្វីមួយ។ នៅចុងឆ្នាំ១៩៣០ សរីរៈវិទូជនជាតិកាណាដាដើមកំណើតហុងគ្រី **លោកហានសេលី (Hans Selye)** បានរកឃើញថា តម្រូវការខ្លាំងពីពិភពខាងក្រៅរំខានដល់ថេរលំនឹង (homeostasis) (សូមមើលជំពូកទី ២) និងបណ្តាលឱ្យមានការឆ្លើយតបខាងសរីរវិទ្យាដែលមិនជាក់លាក់ចំពោះរាងកាយភាវៈរស់ (ឧទាហរណ៍ ការហើមនៃស្រោមក្រពេញតម្រងនោម ការស្វិតក្រពេញទីមុស លំពែង និងកូនកណ្តុរ ព្រមទាំងការហូរឈាម/ដំបៅក្រពះនិងពោះវៀន) នៅក្នុងការពិសោធន៍លើសត្វកណ្តុរ និងបានបោះពុម្ពផ្សាយជាទ្រឹស្តីការតានតឹងចិត្ត។[13] ទ្រឹស្តីការតានតឹងចិត្តរបស់សេលី (Selye) ត្រូវបានអនុវត្តយ៉ាងឆាប់រហ័សចំពោះមនុស្ស ហើយការស្រាវជ្រាវអំពីទំនាក់ទំនងរវាងរំញោចពីបរិស្ថានចិត្តសង្គម និងការឆ្លើយតបរបស់មនុស្សក៏បានចាប់ផ្តើម។

កត្តាបរិស្ថានដែលនាំឱ្យមានការឆ្លើយតបការតានតឹងចិត្តគឺជាអ្នកបង្កការតានតឹងចិត្ត (stressor) ដែលត្រូវបានចាត់**ថ្នាក់ជាអ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តបែបរូបសាស្ត្រ គីមីសាស្ត្រ** (ឧទាហរណ៍ សំឡេង រំញ័រ សីតុណ្ហភាព និងសារធាតុគីមី) និង **អ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តបែបចិត្តសង្គម** (ឧទាហរណ៍៖ ទំនាក់ទំនងមនុស្ស ព្រឹត្តិការណ៍នានាក្នុងជីវិតសិក្សារៀនសូត្រ ឋានៈតួនាទី ចរិតលក្ខណៈ បរិយាកាសនៃការរៀបចំនានារួមមាន សាលារៀន និងលក្ខខណ្ឌសេដ្ឋកិច្ច)។ **អ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តបែបចិត្តសង្គម**រួមមាន **អ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តបែបស្រួចស្រាវ**ដែលជា**ព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតពោរពេញដោយការតានតឹងចិត្ត** និង**អ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តបែបរ៉ាំរ៉ៃ**ដែលជា**ការរំខានប្រចាំថ្ងៃ**។

<u>**ព្រឹត្តិការណ៍ក្នុងជីវិតពោរពេញដោយការតានតឹងចិត្ត**សំដៅទៅលើព្រឹត្តិការណ៍នានាដែលបណ្តាលឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរជីវិត និងទាមទារការខិតខំដើម្បីកែប្រែជីវិត ព្រមទាំងការសម្របខ្លួនឡើងវិញ</u>។ យោងតាមមាត្រដ្ឋានដើម្បីវាស់ព្រឹត្តិការណ៍ក្នុងជីវិតពេញដោយការតានតឹងចិត្ត[14] កម្រិតការតានតឹងចិត្តនៃការផ្លាស់ប្តូរក្នុងជីវិតបន្ទាប់ពីរៀបការរួចត្រូវបានកំណត់ ៥០ ជាបទដ្ឋានស្តង់ដា ហើយកំណត់អត្រាមរណភាពរបស់ប្តីប្រពន្ធគឺនៅកម្រិត ១០០ ដែលជាកម្រិតខ្ពស់បំផុត។ សម្រាប់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ការស្ទង់មតិរបស់និស្សិតសាកលវិទ្យាល័យនៃប្រទេសកម្ពុជា[15] បានរាយការណ៍អំពីព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតបីសំខាន់បំផុតខាងក្រោមដែលពួកគេចាត់ទុកថា លំបាករួមមាន៖

១. ការថយចុះប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ឬក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក
២. ជំងឺតិចតួចដែលតែងតែកើតមានញឹកញាប់
៣. ការមើលឃើញភាពក្រីក្រនៅប្រទេសកម្ពុជា

ទន្ទឹមនឹងនេះ <u>**ការរំខានប្រចាំថ្ងៃ** សំដៅទៅលើព្រឹត្តិការណ៍នានាដែលធ្វើឱ្យក្តៅក្រហាយ ឬធ្វើឱ្យរំខាននៅពេលធ្វើការទំនាក់ទំនងក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ</u>។ នៅក្នុងជីវភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់និស្សិតសាកលវិទ្យាល័យ ការរំខានប្រចាំថ្ងៃអាចជាអសមត្ថភាពក្នុងការស្វែងយល់អំពីកិច្ចការសាលា ការប្រលង និងកិច្ចការសាលាច្រើនរួមមាន ការធ្វើរបាយការណ៍ ការចំណាយប្រចាំថ្ងៃមិនគ្រប់គ្រាន់ ឬការព្រួយបារម្ភអំពីសុវត្ថិភាពការងារបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការសិក្សា។ ការរំខានដែលលេចធ្លោ

ទាំង ១០ សម្រាប់និស្សិតសាកលវិទ្យាល័យនៃប្រទេសកម្ពុជា[15] មានដូចខាងក្រោម៖

១. មានរឿងជាច្រើនដែលត្រូវធ្វើក្នុងពេលតែមួយ
២. ព្យាយាមសិក្សាដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលដែលអ្នកបានកំណត់
៣. មានទំនួលខុសត្រូវច្រើន
៤. ធ្វើការសម្រេចចិត្តសំខាន់ៗអំពីអាជីពនាពេលអនាគត
៥. មានមិត្តភក្តិសុខភាពមិនល្អ
៦. មានការពុះពារដ៏លំបាកដើម្បីឆ្ពោះទៅមុខ
៧. មានបន្ទុកហិរញ្ញវត្ថុ
៨. មានការលំបាកលើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
៩. មានទំនាស់សង្គមអំពីការជក់បារី
១០. មានភាពឯកាក្នុងសង្គម

វាមានវិធីពីរយ៉ាងដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព៖ ទីមួយ តាមរយៈអ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តដែលបណ្តាលមកពីព្រឹត្តិការណ៍នានាធ្វើឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗដល់ជីវិត និងមួយទៀតគឺតាមរយៈអ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តដែលត្រូវបានគេសន្មតថាបណ្តាលមកពីការប្រមូលផ្តុំអារម្មណ៍រំខានរាល់ថ្ងៃ។ ទាំងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតពោរពេញដោយការតានតឹងចិត្ត និងការរំខានប្រចាំថ្ងៃមានភាពខុសគ្នាអាស្រ័យលើសង្គម វប្បធម៌ និងលក្ខខណ្ឌរស់នៅ។ ដូច្នេះចាំបាច់ត្រូវពិចារណានូវអ្វីដែលជាកត្តាបណ្តាលឱ្យមានការតានតឹងចិត្តដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពមនុស្សដោយគិតគូរដល់សង្គម វប្បធម៌ និងលក្ខខណ្ឌការរស់នៅរបស់ប្រទេសនិងតំបន់នីមួយៗ (តំបន់ទីក្រុង ឬតំបន់ភ្នំដាច់ស្រយាល) រួមទាំងក្រុមវប្បធម៌សុខដុមរមនាចម្រុះរបស់កម្ពុជាដែលខុសគ្នាពីលក្ខខណ្ឌអត្តនិយមរបស់លោកខាងលិច។

ក្នុងករណីណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកបង្កការតានតឹងចិត្តនានាប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់មិនអាចត្រូវបានកម្ចាត់ចោលទេ ហើយការប្រឈមនឹងការតានតឹងចិត្តទាំងនេះនៅតែបន្ត ហើយការ**ឆ្លើយតបនឹងការតានតឹងចិត្ត (សម្ពាធ)** នឹងកើតឡើង។ ការឆ្លើយតបការតានតឹងចិត្តលេចឡើងភាគច្រើនទាក់ទងនឹងផ្នែករាងកាយ / ផ្លូវចិត្ត (រោគសញ្ញារាងកាយរួមមាន ការកើនឡើងសម្ពាធឈាម បេះដូងដើរញាប់ និងឈឺក្បាល/ឈឺពោះ) ផ្នែកផ្លូវចិត្ត (រោគសញ្ញាផ្លូវចិត្តរួមមាន ការថប់បារម្ភ ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត និងការក្តៅក្រហាយ) និងផ្នែកឥរិយាបថ (ភាពរំលោភបំពាន ការលាក់មុខ ភាពយឺតយ៉ាវ/អវត្តមាន និងការភាន់ច្រឡំ និងគ្រោះថ្នាក់នានា) (**តារាងទី ១២.១**)។

តារាងទី ១២.១៖ ឧទាហរណ៍អំពីតំបន់ និងប្រភេទនៃការឆ្លើយតបចំពោះការតានតឹងចិត្ត

តំបន់នៃការតានតឹងចិត្ត	ប្រភេទនៃការឆ្លើយតបការតានតឹងចិត្ត
ទិដ្ឋភាពរាងកាយ/សរីរៈ	កើនសម្ពាធឈាម រសាប់រសល់ក្នុងចិត្ត ខ្សោយ ពិបាករំលាយអាហារ រហិតរហៃ បែកញើស គេងមិនលក់ ហូបមិនបាន ញ័រទ្រូង ឈឺក្បាល ឈឺពោះ រាក ងាយនឹងផ្តាសាយ ទម្ងន់ប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង។
ទិដ្ឋភាពផ្លូវចិត្ត	ការថប់បារម្ភ ការតានតឹងចិត្ត ភាពអស់សង្ឃឹម ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថយចុះទំនុកចិត្ត/ការជឿជាក់លើខ្លួនឯង ការក្តៅក្រហាយ ការលំបាកក្នុងការផ្តោតអារម្មណ៍ ខ្សោយការចងចាំ/ការវិនិច្ឆ័យ និងភាពអសកម្ម (ទុយមុយ)។
ទិដ្ឋភាពឥរិយាបថ	ការលាក់មុខ ភាពយឺតយ៉ាវ/ការចេញមុនម៉ោង/អវត្តមាន ការថយចុះប្រសិទ្ធភាពការងារ និងសុជីវធម៌ ភាពគឃ្លើន (រំលោភបំពាន) កើនឡើង ភាពទុទិដ្ឋិនិយម ការសង្ស័យ ការបដិសេធរបបអាហារ/ការហូបច្រើន ការកន្ត្រាក់សាច់មុខ ការចាប់ផ្តើម ឬបង្កើនការជក់បារី/ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង/គ្រឿងញៀន ការថយចុះនៃការសហការ ការផ្លាស់ប្តូររូបរាង ការប្រព្រឹត្តមិនត្រឹមត្រូវ ការកើនឡើងការភាន់ច្រឡំ និងការប៉ុនប៉ងធ្វើអត្តឃាត/គំនិតធ្វើអត្តឃាត/ការធ្វើបាបខ្លួនឯង។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៣៖ សុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា

នៅក្នុងការសិក្សាអំពីរោគសញ្ញាផ្លូវចិត្តរបស់ប្រជាជនកម្ពុជាដែលធ្វើឡើងដោយលោកឌុយប័រ និងក្រុមការងារ (Dubois, et al)[18] នៅខេត្តកំពង់ចាមប្រជាជន ៥៥% បានរាយការណ៍ថាបានជួបបទពិសោធន៍អំពើហិង្សា និងភាពក្រីក្រដែលទាក់ទងនឹងរបបខ្មែរក្រហម ហើយប្រជាជន ៤២,៤% មានរោគសញ្ញាស្រដៀងគ្នានឹងរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តយោងទៅតាមស្តង់ដារ DSM-4 ខណៈពេលដែលប្រជាជន ៥៣% និង ៧,៣% មានរោគសញ្ញាដែលត្រូវគ្នាទៅនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺថប់អារម្មណ៍ និងជំងឺបាក់ស្បាត PTSD (ជំងឺបាក់ទឹកចិត្តក្រោយជួបហេតុការណ៍រន្ធត់) នីមួយៗ។ លើសពីនេះទៅទៀត មនុស្សជាច្រើនមានរោគសញ្ញាច្រើនផ្គុំគ្នា។ ព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតតានតឹងចម្បងៗចំនួន ៣ គឺកង្វះស្បៀងអាហារនិងទឹក កង្វះការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនិងផ្ទះសំបែង។ ការកើតឡើងញឹកញាប់នៃជំងឺ PTSD គឺ ២៨,៤% នៅក្នុងការសិក្សារបស់លោកដឺហ្សង់ និងក្រុមការងារ (De Jong, et al)[17] និង ១៤% នៅក្នុងការសិក្សាមួយដោយលោកសូនី និងក្រុមការងារ (Sonis, et al)[18] បានបង្ហាញពីភាពខុសគ្នាខ្លះ ពីព្រោះចំនួនប្រជាជន (តំណាងគំរូ) និងរយៈពេលសិក្សា។ លើសពីនេះទៅទៀត ការសិក្សាទាំងនេះត្រូវបានកំណត់ដោយគ្រាន់តែអនុវត្តប្រភេទវិនិច្ឆ័យរោគវិកលចរិករបស់លោកខាងលិចសម្រាប់ជំងឺ PTSD ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត និងជំងឺថប់អារម្មណ៍ចំពោះបទពិសោធន៍ការតានតឹងចិត្តរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា។[19]

យោងទៅតាមលោកនូ (Nou)[15] កត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តសំខាន់ៗរបស់និស្សិតសាកលវិទ្យាល័យនៃប្រទេសកម្ពុជា អាចត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា ៥ប្រភេទ ដែលមួយក្នុងចំណោមនោះ គឺជាការលំបាករបស់ពួកគេក្នុងការស្វែងរកការងារបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការសិក្សាដូចជា មិនមែនការងារហត្ថកម្ម ជំនាញការ និងការងារវិស្វកម្ម/ការអភិវឌ្ឍ។ លើសពីនេះទៅទៀត ភាពខុសគ្នាផ្នែកសង្គមដែលអនុញ្ញាតឱ្យតែនិស្សិតអ្នកមានដើម្បីទទួលបានការងារល្អបានក្លាយជាកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្ត។ កត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តបន្តបន្ទាប់ទៀតគឺការផ្លាស់ប្តូររបស់ជីវិតរួមមាន មរណភាព ឬការបែកបាក់ពីសមាជិកគ្រួសារ ការថយចុះប្រាក់ចំណូល ភាពក្រីក្រ និងអនាគតមិនច្បាស់លាស់របស់សង្គមកម្ពុជា។ កត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តមួយទៀតគឺការផ្លាស់ប្តូរនានានៅក្នុងសង្គម។ ភាពមិនប្រាកដប្រជាផ្នែកនយោបាយ និងសង្គមរបស់ប្រទេសកម្ពុជាបានជះឥទ្ធិពលដល់ជីវភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់និស្សិតសាកលវិទ្យាល័យ។ កត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តចុងក្រោយគឺការបំពុលបរិស្ថាន (ធូលីពីផ្លូវមិនទាន់បានរៀបចំ) និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភបណ្តាលមកពីភាពក្រីក្រដែលត្រូវបានគេរាយការណ៍ថាជាកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តមួយដែលនិស្សិតសាកលវិទ្យាល័យជាច្រើនកំពុងរងគ្រោះ។ ការសិក្សាបន្ថែមអំពីការតានតឹងចិត្តជីវិតគឺចាំបាច់នៅក្នុងបរិបទនៃជីវិត និងសង្គមកម្ពុជា។

បញ្ហាប្រឈមនៃសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសាលាគឺដើម្បីកំណត់កត្តាបង្កការតានតឹងចិត្ត ការឆ្លើយតបនឹងការតានតឹងចិត្ត អាកប្បកិរិយាឆ្លើយតប ការលើកកម្ពស់ទំនាក់ទំនង និងភាពម្ចាស់ការលើជីវិតដោយខ្លួនឯងរបស់សិស្សកម្រិតបឋមសិក្សា អនុវិទ្យាល័យ និងវិទ្យាល័យនៅប្រទេសកម្ពុជា។

២.២.២. យន្តការនៃការផ្សារភ្ជាប់រាងកាយ និងចិត្ត

ចំណុចគួរឱ្យកត់សម្គាល់អំពីទ្រឹស្តីនៃកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តគឺវាបានបង្ហាញថាការរំញោចពីបរិយាកាសចិត្តសង្គមអាចនាំឱ្យមានការឆ្លើយតបនៅក្នុងទិដ្ឋភាពរាងកាយ/សរីរៈ និងបង្កឱ្យមានជំងឺរាងកាយ ហើយវាបានបង្កើតជាគោលគំនិតនៃ**ជំងឺផ្លូវចិត្ត (psychosomatic disease)**។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើបញ្ហាទំនាក់ទំនងរបស់មនុស្សដូចជា ការសម្លុត ការបៀតបៀន ឬការរើសអើងកើតឡើង មនុស្សនឹងទទួលស្គាល់ និងវាយតម្លៃបញ្ហានោះ។ ប្រសិនបើការភ្ញោចនៅតែបន្តកើតមានហើយវាត្រូវបានកំណត់ដោយការវាយតម្លៃ ការយល់ដឹងថាជាគំរាមកំហែងមួយដែលមិនអាចលុបបំបាត់ចោលបានឆាប់ វានឹងក្លាយជាកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តមួយដែលនាំឱ្យមានការឆ្លើយតបអារម្មណ៍ផ្សេងៗ ភាពរំភើបនៃប្រព័ន្ធប្រសាទស្វយ័ត ការបញ្ជូនការរំភើបនេះ

ពាសពេញរាងកាយទាំងមូលតាមរយៈស៊ីណាប់នៃកោសិកាប្រសាទ និងការអន្ទងរាងកាយឱ្យឆ្លើយតប (សូមមើលជំពូកទី ២ អំពីការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធប្រសាទស្វយ័ត)។ ការវាយតម្លៃពុទ្ធិរបស់កត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តបណ្តាលឱ្យមានភ្ញោច ប្រព័ន្ធប្រសាទសាំប៉ាទិច ឬប្រព័ន្ធប្រសាទប៉ារ៉ាសាំប៉ាទិច។ ការឆ្លើយតបរបស់រាងកាយខុសគ្នាអាស្រ័យលើសារជាតិបញ្ជូនសរសៃប្រសាទដែលបានបញ្ចេញ។ អរម៉ូនតំណាងដែលបញ្ជូនព័ត៌មានការតានតឹងចិត្តគឺ**អរម៉ូនគ័រទីសូល (cortisol)** និង**អរម៉ូនអាដ្រេណាលីន (adrenaline)** ដែលបញ្ជូនរំញោចនៃប្រព័ន្ធប្រសាទសាំប៉ាទិច។ ប្រសិនបើស្ថានភាពការតានតឹងចិត្តនេះក្លាយទៅជារ៉ាំរ៉ៃនោះរាងកាយនឹងឆាប់អស់កម្លាំង និងមិនអាចរក្សាស្ថិរភាពក្នុងខ្លួនបានឡើយ បណ្តាលឱ្យមានការចាប់ផ្តើមនៃជំងឺ។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការតានតឹងចិត្តមិនសុទ្ធតែបង្កគ្រោះថ្នាក់ទាំងអស់នោះទេ។ ការតានតឹងចិត្តល្អហៅថា **ការតានតឹងចិត្តបែបវិជ្ជមាន (eustress)** ហើយវាខុសគ្នាពី**ការតានតឹងចិត្តបែបបង្កគ្រោះថ្នាក់ (distress)**។ ការតានតឹងចិត្តវិជ្ជមាននាំឱ្យមានសេចក្តីពេញចិត្តនៅក្នុងជីវិត ពេញចិត្តនឹងសមិទ្ធិផលនេះហៅថា «អំបិលនៃជីវិត»។ នេះគឺជាន័យធៀបមួយ ប្រសិនប្រើប្រាស់អំបិលច្រើនពេកនឹងបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ប៉ុន្តែយើងមិនអាចរស់នៅដោយគ្មានអំបិលបានទេ។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៤៖ អរម៉ូនតានតឹងចិត្ត និងអរម៉ូនរីករាយ

អរម៉ូនគ័រទីសូល (cortisol) និងអរម៉ូនអាដ្រេណាលីន (adrenaline) គឺជាអរម៉ូនសំខាន់ៗដែលត្រូវបានបញ្ចេញនៅពេលដែលរាងកាយមនុស្សឆ្លើយតបនឹងភាពតានតឹង។ អរម៉ូនទាំងនេះបង្កើនសម្ពាធឈាម និងរៀបចំរាងកាយត្រៀមឆ្លើយតបនឹងការតានតឹងចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ (សូមមើលជំពូកទី ២)។ អរម៉ូនគ័រទីសូល (Cortisol) គឺជាអរម៉ូនស្តេរ៉ូអ៊ីតដែលត្រូវបានបញ្ចេញដោយក្រពេញលើតម្រងនោម។ អាស្រ័យលើបរិមាណនៃការបញ្ចេញ វាបង្កើនកម្រិតសម្ពាធឈាម និងកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមដែលជាលទ្ធផលធ្វើឱ្យមុខងារភាពស៊ាំថយចុះ។

ទន្ទឹមនឹងនេះដែរនៅពេលដែលរឿងសប្បាយរីករាយ ឬរឿងល្អ (ការតានតឹងចិត្តមានប្រយោជន៍) កើតឡើង សារជាតិបញ្ជូនសរសៃប្រសាទដូប៉ាមីនដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថា «អរម៉ូនរីករាយ» ត្រូវបានបញ្ចេញ។ ជាលទ្ធផលបុគ្គលម្នាក់នេះមានកម្លាំងចិត្តធ្វើអ្វីៗបានកាន់តែប្រសើរឡើង។ ក្រៅពីដូប៉ាមីន (dopamine) មានសារជាតិសេរ៉ូតូនីន (serotonin) (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា «អរម៉ូនធានារ៉ាប់រង») និងអុកស៊ីតូស៊ីន (oxytocin) (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា «អរម៉ូននៃសេចក្តីស្រឡាញ់»)។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៥៖ ជំងឺចិត្តកាយវិបល្លាស (Psychosomatic disease)

ជំងឺចិត្តកាយវិបល្លាសគឺជាជំងឺរាងកាយដែលការចាប់ផ្តើម និងការអភិវឌ្ឍរបស់វាបណ្តាលមកពីការតានតឹងខាងចិត្តសង្គម ហើយក្នុងនោះលេចចេញឡើងនូវភាពមិនធម្មតានៃសរីរាង្គ ឬមុខងារ។ ដើម្បីយល់ពីជំងឺចិត្តកាយវិបល្លាស ការផ្សារភ្ជាប់រាងកាយ និងចិត្តគឺមានសារៈសំខាន់ដែលពន្យល់ពីទំនាក់ទំនងរវាងភាពតានតឹងខាងចិត្តសង្គម និងរោគសញ្ញារាងកាយ ឬភាពមិនធម្មតាខាងសរីរៈ។ ជំងឺតំណាងចិត្តកាយវិបល្លាសរួមមាន ក្រុមរោគសញ្ញារលាកពោះវៀន ដំបៅក្រពះ ជំងឺហឺត ក្រុមរោគសញ្ញាដង្ហក់ ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឈឺក្បាល (ឧទាហរណ៍ ឈឺក្បាល និងប្រកាំង)។ សូមកត់ចំណាំថា រោគសញ្ញារាងកាយដែលអ្នកជំងឺបានប្រាប់រួមមាន ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬជំងឺវិកលសតិសម្បជញ្ញៈមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងជំងឺចិត្តកាយវិបល្លាសទេ។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៦៖ របាំងការឆ្កួតចិត្ត (Manic defense)

*មានរបាំងច្រើនប្រភេទដែលការពារ ego នៅពេលមនុស្សមានអារម្មណ៍តានតឹងចិត្តខាងផ្លូវចិត្តរាប់ចាប់ពី **យន្តការរបាំងបែបមិនចាស់ទុំ (immature defense mechanisms)** (ឧទាហរណ៍ ការកាច់ផ្តាច់ខ្លួនពីឥទ្ធិពល ការធ្វើសនិទានកម្ម (rationalization) ការបដិសេធ និងវត្តមានរោគសញ្ញាចិត្តកាយវិបល្លាស (somatization)) ដែលឈានទៅរកការពិបាកសម្របខ្លួន ព្រមទាំងបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត រហូតដល់**យន្តការរបាំងបែបចាស់ទុំ** (ឧទាហរណ៍ ការលេងសើច និងការបង្ក្រាប (suppression))។[20]*

យើងបង្ហាញពីរបាំងការឆ្កួតចិត្តនៅទីនេះ។ វាគឺជាឥរិយាបទដែលមានគោលបំណងលាក់បាំងខ្លួនឯងដែលរងការឈឺចាប់ពីអ្នកដទៃដោយបង្ខំខ្លួនឯងឱ្យរីករាយ សើច និងរំភើបដូចជាគ្មានអ្វីកើតឡើងដើម្បីបង្វែរគំនិតពីការថប់បារម្ភ ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ភាពឯកា និងភាពអស់សង្ឃឹមដែលបណ្តាលមកពីព្រឹត្តិការណ៍តានតឹងចិត្ត ផ្នែកចិត្តសង្គមដូចជា ព្រឹត្តិការណ៍មិនសប្បាយ ឬព្រឹត្តិការណ៍ខុសបំណង និងបទពិសោធន៍នៃការឈឺចាប់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ របាំងបែបនេះនឹងគ្មានរយៈពេលយូរទេ ហើយតាមពិតបុគ្គលនោះនឹងឆាប់អស់កម្លាំង ហើយនឹងមានអារម្មណ៍ធ្លាក់ទឹកចិត្តយ៉ាងខ្លាំង។ ដើម្បីចៀសវាងស្ថានភាពនេះគឺចាំបាច់ត្រូវមាននរណាម្នាក់ដែលអាចទុកចិត្តបានព្រមស្តាប់ និងយល់ពីអារម្មណ៍ស្មោះត្រង់របស់គាត់។

២.២.៣. ឥរិយាបថជំនះ ការគាំទ្រផ្នែកសង្គម និងញាណក្នុងការគ្រប់គ្រងការតានតឹងចិត្ត

មធ្យោបាយដើម្បីការពារសុខភាពផ្លូវចិត្តនិងរាងកាយពីទំនាស់ផ្លូវចិត្តសង្គម ព្រមទាំងការតានតឹងចិត្តសង្គមរួមមាន ឥរិយាបថជំនះ និងការគាំទ្រផ្នែកសង្គមបន្ថែមលើយន្តការបង្ការការពារចិត្តសាស្ត្រ។

ក. ឥរិយាបថជំនះ

ឥរិយាបថជំនះការតានតឹងចិត្ត (Stress-coping behaviors) គឺជាសកម្មភាព និងជំនាញដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីកាត់បន្ថយការគំរាមកំហែង គ្រោះថ្នាក់ និងការឆ្លើយតបការតានតឹងចិត្តដែលបណ្តាលមកពីកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្ត និងរួមទាំង**ការជំនះអារម្មណ៍ (emotion-focused coping)** ដែលព្យាយាមរក្សានូវសេចក្តីស្ងប់របស់មនុស្សតាមរយៈការគ្រប់គ្រងអារម្មណ៍ (ឧទាហរណ៍ ការបញ្ចេញអារម្មណ៍ ការលាលែង (ការដោះលែងអារម្មណ៍ខ្លួនឯង) និងការគិតស្រមើស្រមៃ) **ការជំនះបញ្ហា (problem-focused coping)** ដែលព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហា (ឧទាហរណ៍ ការស្វែងរកព័ត៌មាន និងការគាំទ្រ ព្រមទាំងការអនុវត្តដំណោះស្រាយ) និង**ការជំនះដោយបញ្ញាស្មារតី (cognitive appraisal-focused coping)** ដែលធ្វើឱ្យដឹងថាមានបញ្ហាផ្សេងៗគ្នា (ឧទាហរណ៍ ការកំណត់ឡើងវិញ និងការបដិសេធចំពោះបញ្ហា)។

ខ. ការគាំទ្រផ្នែកសង្គម

នេះគឺជាការគាំទ្រមួយដែលត្រូវបានផ្តល់ និងទទួលនៅក្នុងទំនាក់ទំនងសង្គម។ ទោះបីជាមានវិធីធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ជាច្រើនក៏ដោយ គេបានបែងចែកការគាំទ្រផ្នែកសង្គមដូចជា ការគាំទ្រផ្នែកសតិអារម្មណ៍ ការគាំទ្រជាក់ស្តែង (ជំនួយជាឧបករណ៍) និងការគាំទ្រផ្នែកវាយតម្លៃ។ **ការគាំទ្រផ្នែកសតិអារម្មណ៍**រួមមាន វិធីសាស្ត្រផ្នែកទិដ្ឋភាពអារម្មណ៍ដូចជា ការយល់ចិត្តគ្នា និងចែករំលែកបទពិសោធន៍។ **ការគាំទ្រសកម្ម (Instrumental support)** បន្ថែមទៀតរួមមាន **ការគាំទ្រដោយមធ្យោបាយ (support by means) ពោលគឺជំនួយ (aid)** ដែលជាកិច្ចអន្តរាគមន៍ ឬការគាំទ្រដោយផ្ទាល់ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា (ឧទាហរណ៍ ការផ្តល់ប្រាក់កម្ចី និងផ្តល់ជំនួយ) **និងការគាំទ្រផ្នែកព័ត៌មាន** ដែលជាការគាំទ្រដោយប្រយោលតាមរយៈការផ្តល់ដំបូន្មាន និងការផ្តល់ព័ត៌មាន។ លើសពីនេះទៅទៀត វាគឺជា**ការគាំទ្រផ្នែកស្មារតី (appraisal support)** ដែលផ្លាស់ប្តូរទស្សនវិស័យ និងយោបល់អំពីព្រឹត្តិការណ៍ការតានតឹងចិត្ត ឬផ្តល់នូវការវាយតម្លៃវិជ្ជមាន។

អំឡុងពេលដែលឥរិយាបថជំនះភាពតានតឹងជាទង្វើ ដែលមនុស្សម្នាក់ប្រើនៅពេលមានកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តកើតឡើង ការគាំទ្រផ្នែកសង្គមរួមបញ្ចូលការគាំទ្រផ្សេងៗគ្នារួមទាំងការគាំទ្រដែលទាក់ទងនឹងការកើតឡើងនៃកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តរហូតទៅដល់ការឆ្លើយតបទៅនឹងស្ថានភាពការតានតឹងចិត្តរួមទាំងផលប៉ះពាល់លើការទប់ស្កាត់ការកើតឡើងនៃកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្ត ផលប៉ះពាល់លើការកាត់បន្ថយកម្រិតការតានតឹងចិត្តនៅពេលដែលកត្តាបង្កការតានតឹងចិត្តកើតមានការតានតឹងចិត្តចាប់ផ្តើមកើតមាន ហើយរផ្តល់ការគាំទ្រនៅពេលមានការឆ្លើយតបការតានតឹងចិត្តកើតឡើង។ ដូច្នេះដើម្បីថែរក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្ត វាមានការសំខាន់ក្នុងការបង្កើតទំនាក់ទំនងដែលអាចទុកចិត្តបានជាមួយមនុស្សដែលអាចផ្តល់ការគាំទ្រ (ឧទាហរណ៍ សមាជិកគ្រួសារ/សាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ និងគ្រូបង្រៀន) និងរៀនពីកម្មវិធីព្រមទាំងសេវាកម្មផ្សេងៗដែលផ្តល់ដោយសង្គម។ ប៉ុន្តែនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាបញ្ហាដែលប្រឈមគឺទីតាំងសេវាកម្ម និងកម្មវិធីដែលអាចផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តគឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ។

គ. ញាណគ្រប់គ្រង (Sense of control)[21]

<u>គន្លឹះមួយក្នុងការយកឈ្នះលើស្ថានភាពលំបាកគឺត្រូវមានជំនឿថា មនុស្សម្នាក់អាចយកឈ្នះបញ្ហានេះបានដោយការផ្លាស់ប្តូរហេតុការណ៍ដែលនៅជុំវិញ ឬត្រូវមានជំនឿថា គេអាចជំនះបានដោយការទទួលយកហេតុការជុំវិញទាំងនោះ និងកែតម្រូវឆ្ពោះទៅរកដំណោះស្រាយមួយ</u>។ ញាណទាំងនេះឈ្មោះថា **ញាណគ្រប់គ្រង**។ ញាណគ្រប់គ្រងទាំងនេះគឺជាប្រភពធនធានផ្លូវចិត្តដ៏សំខាន់ដើម្បីសម្របខ្លួនបានយ៉ាងល្អទៅនឹងស្ថានភាពលំបាក និងការប្រែប្រួលក្នុងក្រុមអាយុនីមួយៗ និងមានឥទ្ធិពលវិជ្ជមានទៅលើទិដ្ឋភាពនៃជីវិតដូចជា សុខភាព ការសិក្សា និងការងារ។ ដូច្នេះញាណគ្រប់គ្រងផ្តួចផ្តើមខ្លួនឯងទីមួយគឺ**ញាណគ្រប់គ្រងចម្បង**ដែលបានផ្តល់ការណែនាំដោយសង្គមលោកខាងលិច។ ទន្ទឹមនឹងនេះ ញាណគ្រប់គ្រងប្រកបដោយសុខដុមរមនាគឺ**ញាណគ្រប់គ្រងបន្ទាប់បន្សំ**ដែលជាញាណនៃការគ្រប់គ្រងមួយត្រូវបានគេចែករំលែកយ៉ាងទូលំទូលាយដោយប្រជាជននៅអាស៊ីបូព៌ា។ នៅក្នុងវប្បធម៌តំបន់អាស៊ីដើម្បីទប់ទល់នឹងព្រឹត្តិការណ៍ការតានតឹងចិត្តវាមិនត្រឹមតែចាំបាច់ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរហេតុការណ៍ ដើម្បីបំពេញតាមបំណងប្រាថ្នារបស់មនុស្សម្នាក់ប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងព្យាយាមសម្របខ្លួនឯងទៅនឹងហេតុការណ៍ទាំងនោះដើម្បីឈានដល់ដំណោះស្រាយដែលញាណទាំងពីរត្រូវចុះសម្រុងគ្នា។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៧៖ ផ្នត់គំនិតលោកខាងលិច និងផ្នត់គំនិតអាស៊ី

បញ្ញត្តិនៃចិត្ត/ផ្នត់គំនិត និងសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្នែកចិត្តវិទ្យា និងចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ បានបង្កើតទ្រឹស្តីឈរលើមូលដ្ឋានវប្បធម៌សង្គមបស្ចិមប្រទេសសម័យបុរាណ និងវិទ្យាសាស្ត្របស្ចិមប្រទេសសម័យទំនើប។ ដូច្នេះត្រូវពិចារណាឱ្យបានហ្មត់ចត់ដើម្បីកំណត់ថា តើគំនិតបស្ចិមប្រទេសនេះអាចអនុវត្តជាសកលចំពោះវប្បធម៌សង្គមក្រៅពីបស្ចិមប្រទេសបានដែរឬទេដូចជាបណ្តាប្រទេសនៅអាស៊ីរួមមាន ឥណ្ឌា មជ្ឈឹមបូព៌ា និងអាហ្វ្រិកជាដើម។ ទ្វីបអាស៊ីមានប្រាំមួយតំបន់គឺអាស៊ីបូព៌ា អាស៊ីអាគ្នេយ៍ អាស៊ីខាងជើង អាស៊ីខាងត្បូង អាស៊ីខាងលិច និងអាស៊ីកណ្តាល ហើយមានប្រជាជនដែលជឿលើលទ្ធិសាសនាផ្សេងៗគ្នារួមមាន ព្រះពុទ្ធសាសនា សាសនាអ៊ីស្លាម សាសនាហិណ្ឌូ សាសនាជ្វីហ្វ និងលទ្ធិគ្រិស្តសាសនា។ ដូច្នេះយកល្អគួរតែគិតថា គោលគំនិតរបស់ចិត្ត និងសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្អែកលើគុណតម្លៃរបស់លោកខាងលិចគឺខុសគ្នាពីគោលគំនិតរបស់បណ្តាប្រទេសនៅអាស៊ី។

*លើកយក**ការតាំងសមាធិ**ជាឧទាហរណ៍មួយដែលពេលថ្មីៗនេះបាននឹងកំពុងទទួលការចាប់អារម្មណ៍ពីសាធារណៈជន។ ពាក្យនេះមានដើមកំណើតមកពីពាក្យសតិដែលជាពាក្យបាលីប្រើក្នុងព្រះពុទ្ធសាសនាថេរវាទ។ នៅក្នុងព្រះពុទ្ធសាសនា ទ្រឹស្តីផលប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួន ការដឹងពីខ្លួនឯងរបស់បស្ចិមប្រទេសផ្តោតសំខាន់លើពាក្យថា «ខ្ញុំ» ដែលឃ្លាតឆ្ងាយពីពាក្យដទៃ (ឧទាហរណ៍ មនុស្ស និងបរិស្ថាន) ត្រូវបានបដិសេធ ហើយជំនួសឱ្យការកាត់បន្ថយព្រឹត្តិការណ៍ទាំងឡាយមកត្រឹមធាតុខ្លះៗ ហើយមើលវាដោយឡែកពីគ្នា។ មនុស្សទទួលស្គាល់ថា ព្រឹត្តិការណ៍ទាំងអស់ទាក់ទងគ្នាទៅវិញទៅមកដើម្បីមានសកម្មភាព និងផ្តល់តម្លៃដល់ភាពសុខដុមទាំងមូល។ ហើយពួកគេ*

ផ្តោតលើ «ពេលបច្ចុប្បន្ន» «ដូចសភាពបច្ចុប្បន្ន» ជាមួយនឹងចិត្តគតលម្អៀងតាមរយៈការប្រតិបត្តិតាមលទ្ធិព្រះពុទ្ធសាសនាជាក់ស្តែងដូចជា ការធ្វើសមាធិ និងពុះពារដើម្បីឱ្យចិត្តស្ងប់ «អាកប្បកិរិយាស្ងប់ស្ងាត់ជានិរន្តន៍»។ គោលគំនិតនៃ ego និងចិត្តនៅក្នុងគំនិតរបស់ពុទ្ធសាសនិកអាស៊ីគឺខុសគ្នាពីគោលគំនិតរបស់លោកខាងលិច ហើយភារៈល្អនៃចិត្តក៏ខុសគ្នាឆ្ងាយពីគោលគំនិតរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកដោយផ្អែកលើការបង្ហាញពីសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ។

សូមចំណាំថា ការតាំងសមាធិជាវិធីសាស្ត្រសម្រាប់កាត់បន្ថយភាពតានតឹងដែលត្រូវបានបំបែកចេញពីសារៈសំខាន់ ខាងសាសនាហើយត្រូវបានអនុវត្តសម្រាប់ឥទ្ធិពលនៃការព្យាបាល។ ទោះជាយ៉ាងណា ការតាំងសមាធិគឺជាអ្វីដែលមានគោលបំណងមិនត្រឹមតែសេចក្តីស្ងប់ខាងក្នុងរបស់បុគ្គលប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ជាសេចក្តីស្ងប់របស់ក្រុម ឬសង្គមដែលនៅជុំវិញបុគ្គលនោះផងដែរ។

៣ បញ្ហាប្រឈមសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅប្រទេសកម្ពុជា

៣.១. បញ្ហាស្តែងឡើងខាងក្រៅ និងបញ្ហាស្តែងឡើងខាងក្នុង

យោងតាមអាឈិនបាច់ និងក្រុមការងារ (Achenbach, et al.,) ប្រភេទទូទៅបំផុតដែលពិពណ៌នាអំពីភាពមិនប្រក្រតីនៃអាកប្បកិរិយានៅក្នុងការសិក្សាផ្នែកចិត្តវិទ្យាគឺ «**ការស្តែងឡើងខាងក្នុង (internalizing)**» ដែលបញ្ហាអាកប្បកិរិយាលេចឡើងនៅខាងក្នុង និង «**ការស្តែងឡើងខាងក្រៅ (externalizing)**» ជាអ្វីដែលបញ្ហាបានបង្ហាញចេញមកខាងក្រៅ។[22] សៀវភៅពេគវិនិច្ឆ័យរបស់សមាគមចិត្តសាស្ត្រអាមេរិកក៏ពន្យល់ផងដែរថា ការបែងចែកភាពមិនប្រក្រតីនៃអាកប្បកិរិយាទូលំទូលាយបែបនេះគឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការក្រឡេកមើលភាពមិនប្រក្រតីនៃអាកប្បកិរិយារបស់មនុស្សម្នាក់ៗ។ ឧទាហរណ៍ បញ្ហាអាកប្បកិរិយាស្តែងឡើងខាងក្នុងរួមមាន ការថប់បារម្ភ ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ភាពឯកា/ទុក្ខព្រួយ ភាពអស់សង្ឃឹម មនោគមវិជ្ជាធ្វើអត្តឃាត រោគសញ្ញារាងកាយ និងការដកខ្លួនចេញពីសង្គម ហើយទាំងនេះតំណាងឱ្យក្រុមនៃអាកប្បកិរិយាដែលមានលក្ខណៈសរសៃប្រសាទ និងរងគំនាបហួសហេតុពេក។ បញ្ហាទាំងនេះត្រូវបានរកឃើញជាញឹកញាប់ក្នុងចំណោមក្មេងស្រីនៅបឋមសិក្សា អនុវិទ្យាល័យ និងវិទ្យាល័យ ហើយបង្កើនហានិភ័យនៃការបោះបង់ការសិក្សា ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងការធ្វើអត្តឃាត។[23] ទន្ទឹមនឹងនេះ បញ្ហាអាកប្បកិរិយាស្តែងឡើងខាងក្រៅរួមមានអាកប្បកិរិយាបំផ្លិចបំផ្លាញ ភាពឃោរឃៅ (ការរំលោភបំពាន) ប្រឆាំងនឹងសង្គម (មានន័យថាសកម្មភាពរំលោភបទបញ្ជា និងច្បាប់នានាដូចជា ការវាយតប់ ការបំផ្លិចបំផ្លាញ ការលួច និងការនិយាយកុហក) និងអាកប្បកិរិយាហួសហេតុ ហើយទាំងនេះតំណាងឱ្យស្ថានភាពមួយដែលខ្វះការបង្ក្រាបអាកប្បកិរិយាមិនគ្រប់គ្រាន់។[24] សូមចំណាំថា បញ្ហាអាកប្បកិរិយាស្តែងឡើងខាងក្នុង និងខាងក្រៅបិតនៅជាមួយគ្នា ហើយមិនអាចត្រូវបានដាក់ដោយឡែកពីគ្នាទេ ពីព្រោះការខ្វល់ខ្វាយ (ថប់បារម្ភ) ឬការធ្លាក់ទឹកចិត្តអាចត្រូវបានលាក់នៅពីក្រោយឥរិយាបថប្រឆាំងនឹងសង្គម។[23,24]

ការសិក្សាអំពីជនជាតិកម្ពុជា-អាមេរិកាំង[25] បញ្ជាក់ថា ទោះបីជាមានការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តក៏ដូចជាការណែនាំពីឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ និងមនុស្សដទៃទៀតក៏ដោយគឺវាចាំបាច់ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាស្តែងឡើងខាងក្រៅ (ការផឹកសុរារបស់ក្មេងប្រុសអាយុ ១៤ឆ្នាំ ក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ) និងបញ្ហាស្តែងឡើងខាងក្នុង (ការធ្លាក់ទឹកចិត្តរបស់ក្មេងប្រុសអាយុ ១១ឆ្នាំ) វាមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាស្តែងឡើងពីខាងក្រៅដើម្បីគ្រប់គ្រងការដាក់ទណ្ឌកម្មបង្រៀនពីរបៀបរបបឬកពា និងដាក់កុមារនៅក្នុងកន្លែងបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីបង្ហាត់បង្រៀនពួកគេ។ ទស្សនៈនេះតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ ពីព្រោះវាអាចបង្កើតមូលដ្ឋានគ្រឹះដែលអនុញ្ញាតឱ្យមានការដាក់ទណ្ឌកម្មផ្នែករាងកាយ។ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាស្តែងឡើងខាងក្នុងការសិក្សាបានផ្តល់អនុសាសន៍អនុញ្ញាតឱ្យកុមារធ្វើអ្វីដែលពួកគេចូលចិត្ត និងចំណាយពេលវេលារបស់ពួកគេតាមដែលពួកគេចង់បាន។ វាចាំបាច់ក្នុងការអភិវឌ្ឍវិធីសាស្ត្រដោះស្រាយ

ឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដោយការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹងអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមរយៈការអប់រំសុខភាពនៅពេលផ្តោតលើជំនឿរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា។

៣.២. ជំងឺបាក់ស្បាតទាក់ទងនឹងរបបខ្មែរក្រហម និងជំងឺបាក់ស្បាតរបស់មនុស្សជំនាន់ទី ២

គេប៉ាន់ស្មានថា ប្រជាជនកម្ពុជាប្រហែល ១/៥ (ប្រមាណ ២លាននាក់) បានស្លាប់ដោយសារការធ្វើទារុណកម្ម ការប្រហារជីវិត ការបង្ខំឱ្យធ្វើពលកម្ម ភាពអត់ឃ្លាន ឬជំងឺនៅក្នុងសម័យខ្មែរក្រហម (១៩៧៥-១៩៧៩)។ សូម្បីតែសព្វថ្ងៃនេះប្រហែល ៤០ឆ្នាំ បន្ទាប់ពីនោះអ្នកនៅរស់រានមានជីវិត និងជំនាន់កូនចៅរបស់ពួកគេនៅតែទទួលរងពី **ជំងឺបាក់ស្បាត (Post Traumatic Stress Disorder) (PTSD)** តាមរយៈរោគសញ្ញាផ្នែករាងកាយ និងភាពមិនចុះសម្រុងក្នុងសង្គម។ សាលាកាត់ក្តីពិសេសមួយដែលបានចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំ២០០៦ កំពុងដំណើរការ ហើយមានការព្រួយបារម្ភអំពីឥទ្ធិពលអ្វីខ្លះរបស់សាលាក្តីទៅលើប្រជាជនកម្ពុជា។ គេសង្ស័យថា សាលាក្តីនេះអាចបណ្តាលឱ្យប្រជាជននឹកឃើញបទពិសោធន៍នៃការលំបាកកាលពីអតីតកាលឡើងវិញ ការធ្វើឱ្យប៉ះទង្គិចខ្លាំងដល់អ្នកពោរពេញដោយកំហឹង និងបំណងសងសឹកដែលអាចនាំឱ្យមានការកើនឡើងនូវអត្រានៃជំងឺបាក់ស្បាតក្នុងចំណោមពួកគេ។ នៅក្នុងការសិក្សាមុនៗ អត្រានៃជំងឺបាក់ស្បាតមានចាប់ពី ៧%-៨៦% ក្នុងចំណោមការសិក្សាផ្សេងៗគ្នា។[26]

លោកហ៊ិនតុន (Hinton et al.)[27] បានបង្កើតបញ្ជីប្រមូលផ្តុំរោគសញ្ញាទូទៅ និងប្រជុំរោគសញ្ញាជំងឺនៅកម្ពុជា (CSSI) ដែលជាកម្រងសំណួរពិសេសទាក់ទងនឹងវប្បធម៌ខ្មែរសម្រាប់វាស់សុខភាពផ្លូវចិត្តដើម្បីវាយតម្លៃឥទ្ធិពលនៃបទពិសោធន៍ប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្តខ្លាំងលើជនភៀសខ្លួនកម្ពុជាដែលបានភៀសខ្លួនចេញពីការសម្លាប់រង្គាលដោយរបបខ្មែរក្រហម (**តារាងទី ១២.២**)។ វាជាកម្រងសំណួរមួយដើម្បីសួរថា តើពួកគេទទួលរងនូវរោគសញ្ញាទាំងនេះប៉ុន្មានក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ។ អ្នកឆ្លើយសំណួរត្រូវបានស្នើសុំឱ្យជ្រើសរើសក្នុងចំណោម ៥ពិន្ទុ គឺ ០ (គ្មានទាល់តែសោះ) ១ (បន្តិចបន្តួច) ២ (ច្រើនល្មម) ៣ (ច្រើនបង្គួរ) និង ៤ (ច្រើនខ្លាំង)។ ការសិក្សាបានបង្ហាញថា ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងនេះរោគសញ្ញាទី «១៣. ការគិតច្រើនជ្រុល» នៅក្នុង «ប្រជុំរោគសញ្ញា» គឺជាសូចនាករសំខាន់នៃការតានតឹងផ្លូវចិត្ត ហើយអ្នកដែលមានពិន្ទុខ្ពស់សម្រាប់សូចនាករនេះទំនងនឹងមានពិន្ទុ DSM-IV PTSD ខ្ពស់ផងដែរ។ មនុស្សដែលមានរោគសញ្ញានេះ តែងគិតច្រើនជ្រុលអំពីប្រធានបទដែលធ្វើឱ្យរកាំចិត្ត ព្រឹត្តិការណ៍អតីតកាលដែលធ្វើឱ្យបាក់ស្បាត និងការស្លាប់/ការបែកបាក់ពីមនុស្សជាទីស្រឡាញ់។ «ការគិតច្រើនជ្រុល» អាចបណ្តាលឱ្យមានរោគសញ្ញាខាងរាងកាយដូចជា ឈឺក្បាល វិលមុខ «ខ្យល់ចាប់» ការថយចុះថាមពលរាងកាយ ខ្សោយបេះដូង និងបាត់បង់ការចងចាំ។

តារាងទី ១២.២៖ មាតិកានៃការធ្វើសារពើភ័ណ្ឌអំពីរោគសញ្ញា និងប្រជុំរោគសញ្ញាជំងឺនៅប្រទេសកម្ពុជា
(Contents of the Cambodian symptom and syndrome inventory (CSSI))

រោគសញ្ញាទូទៅ	ប្រជុំរោគសញ្ញា
១. វិលមុខ	**ប្រជុំរោគសញ្ញាផ្តោតលើរាងកាយ**
២. ក្រោកឈរ និងវិលមុខ	១. ខ្យល់ចាប់
៣. ស្រវាំងភ្នែក	២. ក្រោកឈរ និងចុះខ្សោយចង់សន្លប់ ឬខ្យល់គ ឬគាំងបេះដូង
៤. តេតាណុស	៣. ឈឺ ឬពោយករហូតសរសៃឈាមចង់ផ្ទុះ
៥. ឈឺក្បាល	៤. ខ្សោយបេះដូង
៦. ឈឺឬពោយក	៥. ស្លេសច្រាលឡើងលើធ្វើឱ្យអ្នកមិនអាចដកដង្ហើម ឬគាំងបេះដូង
៧. ញ័រដើមទ្រូង	៦. ខ្យល់ឡើងប៉ោងក្នុងក្រពះធ្វើឱ្យអ្នកចង់ថប់ដង្ហើម
៨. ដកដង្ហើមខ្លីៗ	៧. ស្លាប់ដៃ ស្លាប់ជើង
៩. តឹងទ្រូង	៨. ក្តៅក្នុង
	៩. ជំងឺគ្រុនចាញ់កម្រិតស្រាល ឬធ្ងន់

រោគសញ្ញាទូទៅ	ប្រជុំរោគសញ្ញា
១០. ឡើងស្លេស	១០. អស់កម្លាំងរហូតខ្យល់គ ឬស្លាប់ដោយសារខ្សោះជាតិទឹកក្នុងខ្លួន
១១. ហើមឬឈឺពោះ	**ប្រជុំរោគសញ្ញាផ្នែកលម្ហូ/ចលនា**
១២. ត្រជាក់ដៃជើង	១១. ពុលឡាន
១៣. ស្ពឹកដៃជើង	១២. ពុលមនុស្ស
១៤. ឈឺដៃជើង	**ប្រជុំរោគសញ្ញាផ្នែកអារម្មណ៍**
១៥. ញ័រដៃជើង	១៣. គិតច្រើន
១៦. ខ្សោយ	១៤. ធុញថប់ (toxic) ថប់អារម្មណ៍
១៧. ចំណង់អាហារខ្សោយ	**ប្រជុំរោគសញ្ញាផ្នែកស្មារតីចងចាំ**
១៨. មានអារម្មណ៍ស្រាលក្នុងខ្លួន	១៥. ភ្លេចភ្លាំងឬស្មារតីមិនមូល
	១៦. ស្រាលខ្លួនដូចវិញ្ញាណមិននៅក្នុងខ្លួន
	១៧. ភ័យខ្លាចនរណាម្នាក់ដាក់អំពើលើអ្នក
	១៨. ខ្លាចរាសីស្រុតចុះឬគ្រោះ
	១៩. ខ្មោចសង្កត់

This table cited from "Hinton et al., The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). Transcultural Psychiatry.50:347-370. 2013."

Copyright@2013,SAGE Publications. All rights reserved. Translated with permission.

ជំងឺបាក់ស្បាត (PTSD) របស់មនុស្សជំនាន់ទី ២ កើតមានដោយសារការឈឺចាប់ ឬភាពបាក់ស្បាតឆ្លងជំនាន់គឺជាគំនិតមួយដែលគិតថា PTSD ដែលបណ្តាលមកពីការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត ព្រឹត្តិការណ៍បាក់ស្បាតដែលជំនាន់ឪពុកម្តាយឆ្លងកាត់ជះឥទ្ធិពលដល់ជំនាន់របស់កូនដែលមិនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ទាំងនោះដោយផ្ទាល់បណ្តាលឱ្យមានរោគសញ្ញាផ្លូវចិត្ត។ ការសិក្សាអំពីគ្រួសារខ្មែរមិនបានបញ្ជាក់ឱ្យច្បាស់អំពីយន្តការនៃ PTSD ឆ្លងពីជំនាន់មួយទៅជំនាន់មួយទេ ប៉ុន្តែបានបង្ហាញថា កម្រិតការតានតឹងចិត្តធ្ងន់ធ្ងរដែលម្តាយមានក្នុងជីវិតកាន់តែខ្ពស់នាំឱ្យពិន្ទុរោគសញ្ញា PTSD របស់កូនស្រីកាន់តែខ្ពស់ដែរ។ បទពិសោធន៍បាក់ស្បាតនៅសម័យខ្មែរក្រហមត្រូវបានបញ្ជូនពីម្តាយទៅកូនស្រីហើយដូច្នេះមិនត្រឹមតែការយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះម្តាយដែលទទួលរងពី PTSD ប៉ុណ្ណោះទេ ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់កូនៗរបស់ពួកគេក៏ជាបញ្ហាសំខាន់សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជាដែរ។

៣.៣. ការសម្លុតគំរាម (Bullying) អំពើហិង្សា (violence) និងការបៀតបៀនកេរខ្មាស (harassment)

៣.៣.១. ការសម្លុតគំរាម

យោងតាមការស្ទង់មតិជាសកលលើសុខភាពសិស្សនៅតាមសាលារៀនឆ្នាំ ២០១៣ (Global School-based Student Health Survey)[28] បានបង្ហាញថា ភាគរយនៃសិស្សបឋមសិក្សា អនុវិទ្យាល័យ និងវិទ្យាល័យ នៅប្រទេសកម្ពុជាដែលត្រូវបានគេ**សម្លុតគំរាម**យ៉ាងហោចណាស់ ១ថ្ងៃ នៅអំឡុងពេល ៣០ថ្ងៃ ចុងក្រោយមាន ២២,៤ % សម្រាប់ក្មេងអាយុ ១៣-១៥ឆ្នាំ និង ២២,៣% សម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុ ១៦-១៧ឆ្នាំ ដោយគ្មានភាពខុសគ្នារវាងភេទទាំងពីរទេ។ នៅក្នុងការសិក្សានេះ ការសម្លុតគំរាមត្រូវបានកំណត់ដូចតទៅ៖ «ការសម្លុតគំរាមកើតឡើងនៅពេលសិស្សម្នាក់ ឬសិស្សមួយក្រុមនិយាយ ឬធ្វើរឿងអាក្រក់ និងធ្វើរឿងមិនសប្បាយចិត្តចំពោះសិស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត។ វាក៏ជាការសម្លុតគំរាមផងដែរនៅពេលដែលសិស្សម្នាក់ត្រូវបានគេលេងសើច (ចំអន់) ច្រើន និងធ្វើរឿងដែលមិនសប្បាយចិត្តទៅកាន់ពួកគេ ឬនៅពេលដែល

សិស្សឈប់ធ្វើអ្វីមួយដោយចេតនា។ វាមិនមែនជាការសម្លុតគំរាមនោះទេនៅពេលសិស្សពីរនាក់មានកម្លាំង ឬអំណាចដូចគ្នា ឈ្លោះប្រកែកគ្នា ឬវាយគ្នា ឬនៅពេលការលេងសើចបែបមិត្តភាព និងរីករាយ។»

អង្គការយូនីសេហ្វ (UNICEF) ប្រចាំនៅកម្ពុជា[29] កំណត់លក្ខណៈសម្គាល់បីយ៉ាងនៃការសម្លុតគំរាម៖ អំពើដែលមានចេតនា (ព្យាបាទ) ហើយបង្កឱ្យមានការឈឺចាប់ផ្នែករាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ការធ្វើត្រាប់តាម អាកប្បកិរិយាដដែលៗ និងការវាយធ្វើបាបដោយក្មេងមានកម្លាំងខ្លាំងទៅលើអ្នកដែលខ្សោយជាង។ អង្គការយូនីសេហ្វណែនាំឱ្យឪពុកម្ដាយ និងគ្រូបង្រៀនសង្កេតមើលកុមារដោយយកចិត្តទុកដាក់លើចំណុចខាងក្រោមដើម្បីកុំឱ្យពួកគេមើលរំលងសញ្ញានៃការសម្លុតគំរាម។

i. ស្នាមលើរាងកាយដូចជា ស្នាមជាំដែលគ្មានមូលហេតុ ស្នាមដាច់ ឆ្អឹងបាក់ និងរបួសស្នាម
ii. ការភ័យខ្លាចការទៅសាលារៀន ឬចូលរួមព្រឹត្តិការណ៍សាលារៀន
iii. មានការថប់បារម្ភ ភ័យ ឬមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់
iv. មានមិត្តភក្តិតិចនៅក្នុងសាលារៀន ឬនៅខាងក្រៅសាលារៀន
v. បាត់បង់មិត្តភក្តិភ្លាមៗ ឬគេចពីស្ថានភាពសង្គម
vi. សម្លៀកបំពាក់ គ្រឿងអេឡិចត្រូនិច ឬសម្ភារៈផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងទៀតត្រូវបានបាត់បង់ ឬបំផ្លាញ
vii. សុំប្រាក់ជារឿយៗ
viii. លទ្ធផលសិក្សាទាប
ix. អវត្តមាន ឬហៅទូរស័ព្ទពីសាលារៀនសុំចេញទៅផ្ទះ
x. ព្យាយាមនៅក្បែរមនុស្សពេញវ័យ
xi. គេងមិនលក់ស្រួលហើយអាចយល់សប្តិអាក្រក់
xii. ការត្អូញត្អែរឈឺក្បាល ឈឺក្រពះ ឬការឈឺចាប់រាងកាយផ្សេងទៀត
xiii. ភាពតានតឹងជាប្រចាំបន្ទាប់ពីចំណាយពេលតាមអនឡាញ ឬលេងទូរស័ព្ទរបស់ពួកគេ (ដោយគ្មានការពន្យល់សមហេតុផល)
xiv. ប្រែជាសម្ងាត់មិនធម្មតាជាពិសេសនៅពេលធ្វើសកម្មភាពអនឡាញ
xv. ភាពឈ្លានពាន (ឆាប់គឃ្លើន) ឬផ្ទុះកំហឹង

ថ្មីៗនេះបញ្ហាការ**សម្លុតគំរាមតាមអ៊ីនធឺណែត (cyber bullying)** បានក្លាយជាបញ្ហាមិនត្រឹមតែនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងនៅជុំវិញពិភពលោកផងដែរ។ ទូរស័ព្ទចល័ត និងការប្រើប្រាស់អ៊ីនធឺណែតនៅកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៦[30] បានរាយការណ៍ថា ប្រជាជនចំនួន ៤៨% ចូលប្រើអ៊ីនធឺណែត ឬបណ្ដាញទំនាក់ទំនងសង្គមហ្វេសប៊ុក។ ក្នុងពេលដំណាលគ្នានេះឌីជីថលកម្ពុជា ២០២១[31] បានប៉ាន់ប្រមាណថា ៨,៨៦លាននាក់ (៥៤,២%) នៃប្រជាជនទាំងអស់ (១៦,៨៣លាននាក់ គិតត្រឹមខែមករា ឆ្នាំ២០២១) គឺជាអ្នកប្រើប្រាស់អ៊ីនធឺណែតដែលបង្ហាញថា ប្រហែលជាពាក់កណ្ដាលនៃចំនួនប្រជាជនសរុបប្រើប្រាស់អ៊ីនធឺណែត។ ការផ្សព្វផ្សាយតាមបណ្ដាញទំនាក់ទំនងសង្គមបង្កើតនូវទម្រង់ថ្មីនៃការសម្លុតគំរាម អំពើហិង្សា និងការបៀតបៀន។ យោងតាមការស្ទង់មតិសាធារណៈរយៈពេល ៥សប្ដាហ៍ធ្វើឡើងដោយអង្គការយូនីសេហ្វបានឱ្យដឹងថា <u>៨៥.៧% នៃយុវជនកម្ពុជាដែលមានអាយុពី ១៥-២៥ឆ្នាំ ត្រូវប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃអំពើហិង្សាតាមអ៊ីនធឺណែត ការសម្លុតគំរាមតាមអ៊ីនធឺណែត និងការរំខានតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល។</u>[32] ដើម្បីដោះស្រាយស្ថានភាពនេះ អង្គការយូនីសេហ្វបានស្នើសុំឱ្យរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបង្កើតគោលនយោបាយថ្មីសម្រាប់ការពារកុមារពីការសម្លុតគំរាម និងអំពើហិង្សាដោយប្រើមធ្យោបាយអ៊ីនធឺណែតដូចជា SNS។

នៅក្នុងការសិក្សារបស់យូនីសេហ្វ[33] និយមន័យនៃសម្លុតគំរាមតាមអ៊ីនធឺណែតគឺមានដូចខាងក្រោម៖

«ការសម្លុតគំរាមតាមអ៊ីនធឺណែតគឺជាការសម្លុតគំរាមដោយប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាឌីជីថល។ វាអាចកើតឡើងនៅលើបណ្ដាញទំនាក់ទំនងសង្គម វេទិកាផ្ញើសារ វេទិកាហ្គេម និងទូរស័ព្ទចល័ត។ វាជាអាកប្បកិរិយាធ្វើឡើងដដែលៗក្នុងគោលបំណងបំភ័យ ធ្វើឱ្យផ្ទុះកំហឹង ឬធ្វើឱ្យអាម៉ាស់មុខដល់អ្នកដែលត្រូវបានគេយកជាគោលដៅ។ ឧទាហរណ៍ ដូចជាការផ្សព្វផ្សាយការកុហក ឬការបង្ហោះរូបថតគួរឱ្យអាម៉ាស់របស់នរណាម្នាក់នៅលើបណ្ដាញទំនាក់ទំនងសង្គមដោយ

ផ្ញើសារគួរឱ្យឈឺចាប់ ឬការគំរាមកំហែងផ្សេងៗតាមរយៈវេទិកាផ្ញើសារក្លែងបន្លំជានរណាម្នាក់ហើយផ្ញើសារដែលមានអត្ថន័យមិនល្អទៅអ្នកដទៃ។»

ការសិក្សាបានបង្ហាញថា ការសម្លុតគំរាមតាមអ៊ីនធឺណែតផ្តល់ផលប៉ះពាល់ដល់កុមារផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ (មានអារម្មណ៍មួម៉ៅ អៀនខ្មាស លង់ខ្លៅ ខឹង) ផ្នែកផ្លូវអារម្មណ៍ (មានអារម្មណ៍អៀនខ្មាស ឬបាត់បង់ចំណាប់អារម្មណ៍លើរបស់ដែលខ្លួនស្រឡាញ់) និងផ្នែកផ្លូវកាយ (ហត់នឿយ គេងមិនលក់) ឬមានរោគសញ្ញាដូចជា ឈឺក្រពះ និងឈឺក្បាល)។[33]

ទោះបីជាវាមិនងាយស្រួលក្នុងការទប់ស្កាត់ការសម្លុតគំរាមក៏ដោយ ដំបូងវាជាការសំខាន់សម្រាប់កុមារក្នុងការយល់អំពី «អ្វីដែលបង្កើតជាការសម្លុតគំរាម» ហើយមិនត្រូវស្តីបន្ទោសខ្លួនឯងចំពោះការសម្លុតគំរាមនោះទេ។ បន្ទាប់មកកុមារដែលត្រូវបានគេសម្លុតគំរាមក៏ដូចជាអ្នកដែលនៅជុំវិញគួរតែបង្ហាញពីការពិតដែលថា ការសម្លុតគំរាមបានកើតឡើងចំពោះខ្លួន និងត្រូវប្រាប់ទៅអ្នកណាម្នាក់ដែលជាមនុស្សពេញវ័យ។ លើសពីទៅនេះទៀត មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារនៅជុំវិញគួរតែធ្វើឱ្យបរិយាកាសថ្នាក់រៀន និងសាលារៀនឱ្យចៀសផុតពីការសម្លុតគំរាមដែលជារឿងមួយមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យកើតមាន។ នៅក្នុងកាលៈទេសៈបច្ចុប្បន្ន សាលារៀនភាគច្រើននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ការដឹង និងការគាំទ្រពីគ្រូបង្រៀន និងមិត្តភក្តិពិតជាមានភាពចាំបាច់ណាស់ដោយសារនៅតាមសាលារៀននៅពុំទាន់មានអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានៅឡើយ។ វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវទទួលស្គាល់ថា មិនត្រឹមតែកុមារទេដែលត្រូវបានគេសម្លុតគំរាមប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែអ្នកដែលរួមចំណែកក្នុងការសម្លុតគំរាមក៏អាចទទួលរងការឈឺចាប់ពីបញ្ហានៅក្នុងចិត្ត និងកំពុងស្វែងរកជំនួយផងដែរ។

៣.៣.២. អំពើហិង្សាលើកុមារដោយគ្រូបង្រៀន

របាយការណ៍ការសិក្សាស្តីពីអំពើហិង្សាលើកុមារឆ្នាំ២០១៣ នៅប្រទេសកម្ពុជា[34] បានរាយការណ៍អំពីការកើនឡើងនៃអំពើហិង្សាលើកុមារនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ចំពោះកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ១៣-១៧ឆ្នាំ ភាគរយនៃអ្នកដែលធ្លាប់បានទទួលរងអំពើហិង្សាលើរាងកាយមាន ៥៨,២% ចំពោះក្មេងប្រុស និង ៦១,១% ចំពោះក្មេងស្រី ហើយប្រហែល ៦៨% នៃពួកគេបានទទួលរងអំពើហិង្សាជាលើកដំបូងនៅអាយុចន្លោះពី ៦-១១ឆ្នាំ នោះគឺជាវ័យដែលរៀននៅបឋមសិក្សា។ នៅខាងក្រៅផ្ទះអំពើហិង្សាត្រូវបានប្រើដោយគ្រូបង្រៀន។ ចំពោះអំពើហិង្សាលើរាងកាយក្មេងស្រីដែលមានអាយុពី ១៣-១៧ឆ្នាំ មាន ៥៨,៦% នៃក្មេងស្រីទទួលរងអំពើហិង្សាពីគ្រូបង្រៀនប្រុស និង ២០,៥% ពីគ្រូបង្រៀនស្រី។ ចំពោះក្មេងប្រុសដែលមានអាយុប្រហាក់ប្រហែលគ្នាគឺ ៥១,៧% ទទួលរងអំពើហិង្សាពីគ្រូបង្រៀនប្រុស និង ១៨,០% ពីគ្រូបង្រៀនស្រី។

ការសម្លុតគំរាមដែលបានលើកឡើងខាងលើក៏ដូចជា អំពើហិង្សាដោយមនុស្សពេញវ័យត្រូវបានគេគិតថាជាព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹងក្នុងជីវិតដែលកុមារត្រូវប្រឈម។ អង្គការយូនីសេហ្វប៉ាន់ប្រមាណថា កុមារដែលទទួលរងនូវអំពើហិង្សានឹងទទួលរងផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានរយៈពេលវែងទៅលើការអភិវឌ្ឍសតិបញ្ញា រាងកាយ និងអារម្មណ៍ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានការធ្លាក់ចុះនៃកម្លាំងពលកម្មនាពេលអនាគត និងការខាតបង់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចចំនួន ១៦៨លានដុល្លារអាមេរិក (ស្មើនឹង ១,១% នៃផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប (GDP) ក្នុងឆ្នាំ២០១៣) និងបង្ហាញថា អំពើហិង្សាលើកុមារនឹងបង្កការខូចខាតយ៉ាងច្រើនដល់សង្គមកម្ពុជា។[35] ឆ្លើយតបនឹងបញ្ហានេះ គ្រូបង្រៀនបានចាប់ផ្តើមទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីរៀនវិធីសាស្ត្រអប់រំដែលមិនប្រើអំពើហិង្សាក្នុងការកែប្រែអាកប្បកិរិយារបស់កុមារ និងការគ្រប់គ្រងថ្នាក់រៀន ព្រមទាំងវិធីបង្កើតទំនាក់ទំនងល្អជាមួយកុមារ។ គ្រូបង្រៀននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដើរតួជាអ្នកណែនាំកុមារ និងធ្វើជាគំរូក្នុងការដឹកនាំកុមារក្នុងទិសដៅត្រឹមត្រូវដោយការបង្កើតទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារដោយការគោរព និងយល់ពីចរិតលក្ខណៈផ្សេងៗគ្នារបស់កុមារនៅដំណាក់កាលអភិវឌ្ឍន៍នីមួយៗ (សូមមើលជំពូកទី ៣)។

៣.៤. ភាពឯកា (Loneliness) ការថប់បារម្ភ (anxiety) និងការធ្លាក់ទឹកចិត្ត (depression)

យោងតាមការសិក្សាលើប្រជាជនដែលមានអាយុចាប់ពី ២១ឆ្នាំឡើង នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជាដែលបានរៀបចំដោយប្រើបញ្ជីឈ្មោះរោគសញ្ញាហប់ឃីន-២៥ (Hopkins Symptom Checklist-25)[36] ក្នុងឆ្នាំ២០១១ ភាគរយនៃមនុស្សដែលមានពិន្ទុរោគសញ្ញានៃការថប់បារម្ភខ្ពស់ (សំដៅទៅលើ «ការថប់បារម្ភ») មានចំនួន ១៨,៣៥% ចំពោះបុរស និង ៣១,៧២%

ចំពោះស្ត្រីដែលជាតំណាងមានភាពខុសគ្នាគួរឱ្យកត់សំគាល់យ៉ាងខ្លាំងរវាងភេទទាំងពីរ ហើយភាគរយនៃមនុស្សដែលមានរោគសញ្ញានៃជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្ពស់ (សំដៅទៅលើ «ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត») ក៏បានបង្ហាញពីភាពខុសគ្នារវាងភេទផងដែរ ដែលមានបុរសចំនួន ១០,២១% និងស្ត្រីចំនួន ១៩,៦៩% នេះបង្ហាញថា ភាគរយនៃការថប់បារម្ភ និងការធ្លាក់ទឹកចិត្តរបស់ស្ត្រីគឺខ្ពស់ជាងបុរស។ អ្វីដែលគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នោះគឺរោគសញ្ញាផ្លូវចិត្តទាំងពីរគ្មានភាពខុសប្លែកគ្នារវាងទីក្រុងនិងជនបទទេ ប៉ុន្តែមានភាពខុសគ្នាចំពោះប្រវត្តិនៃការអប់រំ។ ភាគរយនៃការថប់បារម្ភ និងការធ្លាក់ទឹកចិត្តគឺខ្ពស់ចំពោះអ្នកដែលមានការអប់រំទាប ហើយក្នុងចំណោមអ្នកដែលមិនបានទទួលការអប់រំភាគរយនៃការថប់បារម្ភ និងការធ្លាក់ទឹកចិត្តមាន ៣២,៥១ % និង ២០,៣៧ % តាមលំដាប់រៀងគ្នា។ នៅក្នុងប្រជាជនទូទៅ ស្ត្រីដែលមានការអប់រំទាបត្រូវបានគេសន្មតថាមានហានិភ័យខ្ពស់។

ទន្ទឹមនឹងនេះដែរនៅក្នុងលទ្ធផលនៃការសិក្សារបស់ **GSHS-២០១៣ នៅប្រទេសកម្ពុជា**ដែលបានធ្វើការស្ទង់មតិលើសិស្សបឋមសិក្សា អនុវិទ្យាល័យ និងវិទ្យាល័យចំនួន ៤៩,០% នៃពួកគេពេលខ្លះមាន**អារម្មណ៍ឯកា** ៤,៨% មានអារម្មណ៍ឯកាស្ទើរតែគ្រប់ពេលវេលា ហើយ ០,៩% មានអារម្មណ៍ឯកាគ្រប់ពេលវេលា។ នេះបង្ហាញថា កុមារ ៥៤,៧% មានអារម្មណ៍ឯកាតិចតួច ឬញឹកញាប់ជាង។ ការប្រៀបធៀបភាគរយនេះជាមួយលទ្ធផល GSHS នៃប្រទេសជិតខាងឡាវ (៣២,៨%) និងវៀតណាម (៤៤,៥%) បង្ហាញថា ភាគរយនៃកុមារដែលមានអារម្មណ៍ឯកានៅកម្ពុជាខ្ពស់ជាងពី ១០%-២០%។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គ្មានភាពខុសគ្នាគួរឱ្យកត់សម្គាល់នៅក្នុងភាគរយនៃអ្នកដែលបានឆ្លើយថាចំនួនមិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធគឺ ០នាក់ ដែលស្មើនឹង ៥,០% សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា ៤,៨% សម្រាប់ប្រទេសឡាវ និង ៥,៥% សម្រាប់ប្រទេសវៀតណាម។ ភាពឯកាគឺជាអ្វីមួយដែលមនុស្សគ្រប់គ្នាពេលខ្លះស្តែងចេញពីអារម្មណ៍ ហើយវាមិនមែនជាបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កុមារកម្ពុជាដែលមានអារម្មណ៍ឯកាញឹកញាប់ជាងកុមារនៅតាមប្រទេសជិតខាងអាចប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃការធ្លាក់ទឹកចិត្តការថប់បារម្ភ ការឱ្យតម្លៃខ្លួនឯងទាប ការគេងមិនលក់ ការធ្វើបាបខ្លួនឯង និងការធ្វើអត្តឃាតជាដើម។

លទ្ធផលនៃ GSHS-២០១៣ នៅកម្ពុជា[28] ក៏បានបង្ហាញផងដែរថា ៤២,៤% នៃកុមារ «ម្តងម្កាល» មានបទពិសោធន៍ «មិនអាចគេងលក់នៅពេលយប់ដោយសារតែការព្រួយបារម្ភ» ៥,០% «ស្ទើរគ្រប់ពេល» និង ១,០% «គ្រប់ពេល»។ ការបែងចែកនេះគឺប្រហាក់ប្រហែលនឹងភាពឯកា ហើយកុមារ ៤៨,៤% បានជួបប្រទះនឹងការគេងមិនបានស្កប់ស្កល់ដោយសារតែការព្រួយបារម្ភពេលខ្លះ ឬញឹកញាប់។ នៅក្នុងការសិក្សាមួយដែលធ្វើឡើងនៅប្រទេសឡាវដោយប្រើលក្ខខណ្ឌការសិក្សាដូចគ្នា «ម្តងម្កាល» មាន ២៩,៩% «ស្ទើរគ្រប់ពេល» មាន ៣,៩% និង «គ្រប់ពេល» មាន ១,១% ដែលមានចំនួនសរុប ៣៤,៨%។ នេះទាបជាង%នៅកម្ពុជាប្រមាណ ១៥%។ លទ្ធផលទាំងនេះបង្ហាញថា សុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់កុមារកម្ពុជាខ្សោយជាងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់កុមារនៅក្នុងប្រទេសជិតខាង។

៣.៥. ការប៉ុនប៉ងធ្វើអត្តឃាត ការធ្វើអត្តឃាត

ការធ្វើអត្តឃាត (suicide) មិនត្រឹមតែយកជីវិតមនុស្សម្នាក់ប៉ុណ្ណោះទេតែវាក៏បង្កើតជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈដែលអាចមានឥទ្ធិពលយ៉ាងជ្រាលជ្រៅលើគ្រួសារ និងមនុស្សជុំវិញខ្លួនក៏ដូចជាសាលារៀន និងក្នុងតំបន់ផងដែរ។ អត្រានៃការធ្វើអត្តឃាត (ចំនួនមនុស្សដែលធ្វើអត្តឃាតក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០ ០០០នាក់) នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាគឺបុរសមានចំនួន ៦,២ ក្នុងឆ្នាំ២០០០ ដែលបានកើនឡើងបន្តិចម្តងៗ ដល់ ៨,០ នៅឆ្នាំ២០០៧ ហើយបន្ទាប់មកបានថយចុះបន្តិចម្តងៗ មកនៅត្រឹម ៧,០ ក្នុងឆ្នាំ២០១៩។ នៅពេលជាមួយគ្នានេះដែរអត្រានៃការធ្វើអត្តឃាតចំពោះស្ត្រីថយចុះជារៀងរាល់ឆ្នាំគឺពី ៣,៩ ក្នុងឆ្នាំ២០០០ ដល់ ២,៨ ក្នុងឆ្នាំ២០១៩ (**រូបទី ១២.៣**)។[37] អត្រាសកលនៃការធ្វើអត្តឃាតជាមធ្យមនៅឆ្នាំ២០១៩ មានចំនួន ១២,៥៨នាក់ សម្រាប់បុរស និង ៥,៦៨នាក់ សម្រាប់ស្ត្រី ហើយអត្រានៃការធ្វើអត្តឃាតនៅកម្ពុជាហាក់ដូចជាទាបជាងកម្រិតពិភពលោកច្រើន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មានការសិក្សាពីមុនមួយដែលបានរាយការណ៍អំពីអត្រាធ្វើអត្តឃាតខ្ពស់ពី ១៣-៤៤នាក់ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០ ០០០នាក់[26] ហើយតួលេខនេះតម្រូវឱ្យមានការសិក្សាបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែលភាពសុក្រឹតកម្រិតខ្ពស់អំពីការរីករាលដាលនៃការធ្វើអត្តឃាត និងស្ថិតិ។

ពាក់ព័ន្ធនឹងគំនិតធ្វើអត្តឃាត និងការប៉ុនប៉ងធ្វើអត្តឃាតរបស់យុវជន GSHS-2013 Cambodia[28] បង្ហាញថា ភាគរយនៃអ្នកដែលបានពិចារណាយ៉ាងហ្មត់ចត់ក្នុងការធ្វើអត្តឃាតក្នុងឆ្នាំកន្លងមកគឺ ៦,៤% អ្នកដែលមានផែនការធ្វើអត្តឃាតមាន ៨,៨% និងអ្នកដែលបានប៉ុនប៉ងធ្វើអត្តឃាតមាន ៦,៧%។ កុមារទាំងនេះមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការធ្វើអត្តឃាតនាពេលអនាគត។

វាអាចមានសាវតារចិត្តសាស្ត្រប្រមូលផ្ដុំគ្នាជាច្រើនដែលអាចជំរុញឱ្យកុមារធ្វើអត្តឃាត។ ការធ្វើអត្តឃាតរាប់បញ្ចូលទាំង៖

i. ភាពឯកា និងការផ្ដាច់ខ្លួនចេញពីអ្នកដទៃដែលធ្វើឱ្យពួកគេមានអារម្មណ៍ថា ពួកគេមិនអាចជឿទុកចិត្តនរណាម្នាក់ ហើយពួកគេពុំទទួលបានជំនួយពីអ្នកដទៃ។
ii. អារម្មណ៍មួយដែលគេគិតថាខ្លួនគ្មានតម្លៃខ្ចីមសារធ្វើឱ្យពួកគេគិតថា ពួកគេមិនសមនឹងរស់នៅបន្តទៅទៀតឡើយ។
iii. កំហឹងក្រេវក្រោធដែលគ្មានការផ្ទង់អារម្មណ៍ធ្វើឱ្យពួកគេគិតថា ពួកគេគ្មានសិទ្ធិស្ដីបន្ទោសនរណាម្នាក់ចំពោះការឈឺចាប់ដែលខ្លួនមាន ហើយពួកគេក៏មិនអាចដោះស្រាយបានដែរ។
iv. ហេតុនេះហើយគេសន្មតថា ការឈឺចាប់របស់ពួកគេនឹងគ្មានថ្ងៃបញ្ចប់ព្រមទាំងអារម្មណ៍នៃភាពអស់សង្ឃឹមក៏លេចឡើងជាលទ្ធផល។
v. ការបង្រួមផ្នែកចក្ខុវិស័យចិត្តសាស្ត្រដែលធ្វើឱ្យពួកគេស្លុងអារម្មណ៍គិតដល់ការធ្វើអត្តឃាតជាដំណោះស្រាយតែមួយគត់។

ជាវិធានការដើម្បីទប់ស្កាត់ការធ្វើអត្តឃាតរួមមាន **ការបង្ការ** និង**អន្តរាគមន៍បន្ទាប់**។ ការបង្ការគឺដើម្បីបង្កើតទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដែលជិតស្និទ្ធនឹងកុមារក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃដែលអាចឱ្យយើងកត់សម្គាល់ពីការផ្លាស់ប្ដូរឥរិយាបថរបស់ពួកគេ អ្នកដែលនិយាយជាមួយពួកគេ ហើយក៏ជាអ្នកដែលអាចនិយាយអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់ពួកគេដោយងាយស្រួល ព្រមទាំងដើម្បីបង្កើតទំនាក់ទំនងនៃការជឿទុកចិត្តជាមួយគ្រូបង្រៀន។ នៅតាមសាលារៀនជាច្រើនក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ប្រព័ន្ធដែលអនុញ្ញាតឱ្យកុមារពិគ្រោះយោបល់ពីកង្វល់របស់ពួកគេរួមទាំងការបែងចែកគ្រូផ្នែកសុខភាពសិក្សា (ដូចជាគិលានុបដ្ឋានសាលា) និងអ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សាសាលារៀនពុំទាន់មាននៅឡើយទេ ដូច្នេះវាមានការចាំបាច់ក្នុងការបណ្ដុះបណ្ដាលគ្រូបង្រៀនទូទៅអំពីវិធីស្ដាប់កុមារដោយទទួលយក និងគាំទ្រដល់ពួកគាត់ដែលការបណ្ដុះបណ្ដាលនេះគឺដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពរបស់គ្រូបង្រៀន។

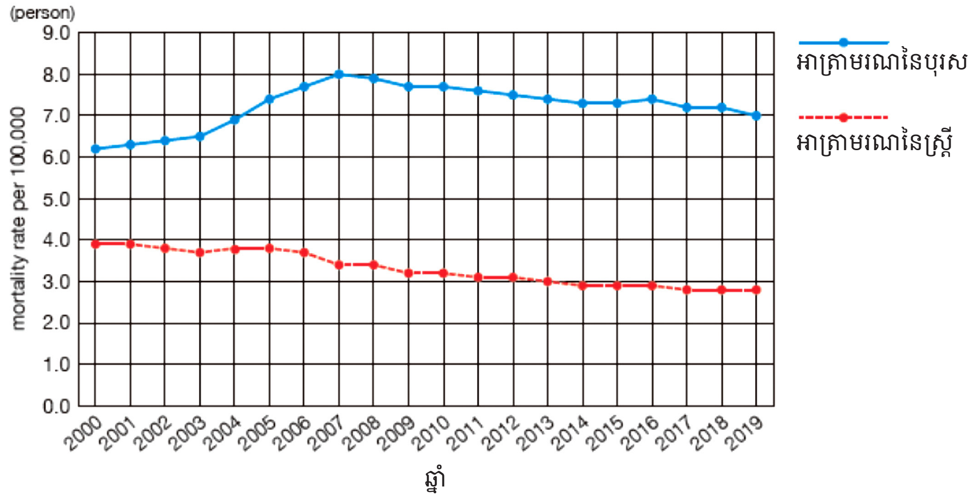
ទន្ទឹមនឹងនេះ ដោយសារតែការធ្វើអត្តឃាតរបស់មនុស្សម្នាក់អាចបង្កឱ្យមានប្រតិកម្មបន្តបន្ទាប់ ឬចង្កោមនៃការធ្វើអត្តឃាត អន្តរាគមន៍ទប់ស្កាត់មានគោលបំណងសង្កេតមើលកុមារដែលភ័យតក់ស្លុតចំពោះការធ្វើអត្តឃាត និងការធ្លាក់ទឹកចិត្តក៏ដូចជាអ្នកដែលមានអារម្មណ៍ថាមានកំហុសចំពោះការធ្វើអត្តឃាតរបស់នរណាម្នាក់ហើយនិយាយទៅកាន់ពួកគេដើម្បីបង្កើតបរិយាកាសដែលបង្កភាពងាយស្រួលក្នុងការប្រឹក្សាយោបល់។ ការជំរុញការធ្វើអត្តឃាតគឺជាការធ្វើអត្តឃាតរបស់នរណាម្នាក់ដូចជា តារាល្បី មនុស្សដែលមានអាយុប្រហាក់ប្រហែលគ្នាដែលមានបញ្ហាដូចគ្នា សមាជិកគ្រួសារ មិត្តប្រុស ឬមិត្តស្រី និងមិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ។ នាយកសាលា និងគ្រូបង្រៀនត្រូវដោះស្រាយជាមួយគ្រួសារកុមារដែលបានធ្វើអត្តឃាត និងសិស្សទាំងអស់ ព្រមទាំងជាមួយអាណាព្យាបាលរបស់ពួកគេ។ ក្នុងការដោះស្រាយជាមួយមនុស្សទាំងនេះគឺមិនចាំបាច់លើកសរសើរ ឬរិះគន់ចំពោះការធ្វើអត្តឃាតនោះទេហើយត្រូវគិតពិចារណាឱ្យបានហ្មត់ចត់ដើម្បីកុំឱ្យក្រុមគ្រួសារនៃសពទទួលរងនូវ**ការមាក់ងាយ (stigma)** ពីការធ្វើអត្តឃាត។

នៅក្នុងថ្នាក់រៀនការអប់រំសុខភាពអាចត្រូវបានផ្ដល់ឱ្យគ្រប់គ្នាដែលរួមមាន វិធីសាស្ត្រក្នុងការដោះស្រាយភាពតានតឹងអារម្មណ៍របៀបលុបបំបាត់ SOS និងស្វែងរកជំនួយព្រមទាំងការរៀនពីសារៈសំខាន់នៃជីវិត។ លើសពីនេះទៅទៀត វាជាវិធានការបង្ការការធ្វើអត្តឃាតដោយផ្ដល់ការបណ្ដុះបណ្ដាលដល់គ្រូបង្រៀនដើម្បីឱ្យពួកគេអាចរៀនស្ដាប់កុមារ និងមានឥរិយាបថទទួលយក។ វាក៏សំខាន់ផងដែរក្នុងការបង្កើតប្រព័ន្ធមួយដែលអនុញ្ញាតឱ្យកុមារប្រឹក្សាយោបល់នៅតាមសាលារៀន សហគមន៍ និងតាមរយៈ SNS ជាការខិតខំរបស់សង្គម។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះមនុស្សពេញវ័យរួមទាំងគ្រូបង្រៀន និងអ្នកអាណាព្យាបាលត្រូវតែយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះការពិតដែលថា SNS អាចបញ្ចូលព័ត៌មានដែលបង្កឱ្យមានការធ្វើអត្តឃាត។

ក្នុងវិធានការបង្ការការធ្វើអត្តឃាតទោះបីជាវិធានការបុគ្គលមានសារៈសំខាន់ក៏ដោយ ក៏គន្លឹះសំខាន់នោះគឺ**វិធីសាស្ត្ររបស់សាលារៀនទាំងមូល**ដែលក្នុងនោះសាលារៀនទាំងមូលត្រូវគិតគូពីសុខភាពរបស់កុមារទាំងមូល និង**បង្កើតបរិយាកាសសាលារៀនដែលមានសុខភាពល្អ និងលក្ខណៈគាំទ្រ** (ឧទាហរណ៍ កម្មវិធីសិក្សា គោលនយោបាយគ្រប់គ្រងសាលារៀន ទំនាក់ទំនងដោយការយកចិត្តទុកដាក់ វប្បធម៌និងគុណតម្លៃសាលារៀន ភាពជាអ្នកដឹកនាំរបស់គណៈគ្រប់គ្រងសាលារៀន និងគ្រូបង្រៀន) ដូចដែលបានពន្យល់នៅជំពូកទី ១។

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៨៖ វិធីសាស្ត្ររបស់សាលារៀនទាំងមូល

វិធីសាស្ត្ររបស់សាលារៀនទាំងមូលត្រូវបានគេគិតថាជាវិធីសាស្ត្រលើកកម្ពស់សុខភាពដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតដែលកុមារ គ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលារៀនដទៃទៀត អាណាព្យាបាល និងសមាជិកសហគមន៍សហការគ្នានៅកម្រិតសាលារៀនដើម្បីផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពសាលារៀនបច្ចុប្បន្ន កែលម្អសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់។ ជាដំបូង វិធីសាស្ត្ររបស់សាលារៀនទាំងមូលត្រូវបានកំណត់ដោយការយល់ឃើញថា សាលារៀនគឺជាការប្រមូលផ្តុំនៃប្រព័ន្ធជាច្រើនដែលពឹងផ្អែកគ្នា។ លក្ខណៈទីពីរគឺត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធសាលារៀនទាំងមូលដោយប្រើប្រាស់ធនធាន និងកម្លាំងរបស់ប្រជាជនទាំងអស់តាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងពីអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលចូលរួមសហការក្នុងដំណើរការផ្លាស់ប្តូរសាលារៀនដើម្បីលើកកម្ពស់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់មនុស្សពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។



This figure is created based on data obtained from The World Bank. Suicide Mortality Rate, Cambodia.
Male:https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.MA.P5?end=2019&locations=KH&start=2000&view=chart
Female:https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.FE.P5?end=2019&locations=KH&start=2000&view=chart

រូបទី ១២.៣៖ ទ្រឹស្តីការអភិវឌ្ឍបញ្ញារបស់ព្យាជេត (Piaget)

អត្ថបទដកស្រង់ ១២.៩៖ ការបាត់បង់ ទុក្ខសោក និងការយកចិត្តទុកដាក់លើសេចក្តីទុក្ខសោក

វាមានព្រឹត្តិការណ៍ផ្សេងៗគ្នាជាច្រើននៅក្នុងជីវិតដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការធ្វើអត្តឃាត គ្រោះមហន្តរាយ គ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺ និងភាពអត់ការងារធ្វើ ហើយយើងអាចនឹងមានអារម្មណ៍សោកសៅនៅពេលយើងបាត់បង់មនុស្សជាទីស្រឡាញ់ដូចជា សមាជិកគ្រួសារ ឬនរណាម្នាក់ដែលជិតស្និទ្ធជាមួយយើង ឬរបស់ដែលសំខាន់សម្រាប់យើង ឬនៅពេលយើងធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬពិការ និងសុខភាពចុះខ្សោយ។ ប្រតិកម្មផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ (ឧទាហរណ៍ ការបដិសេធ ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត កំហឹង ទុក្ខព្រួយ ការថប់បារម្ភ និងការអស់សង្ឃឹម) ផ្នែករាងកាយ (ឧទាហរណ៍ ភាពអស់កម្លាំង ការគេងមិនស្កប់ ការបរិភោគអាហារមិនបាន និងអតុល្យភាពនៃប្រព័ន្ធប្រសាទស្វ័យប្រវត្តិ) និងផ្នែកសង្គម (ឧទាហរណ៍ ការដកខ្លួនចេញ ភាពឯកា និងការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងកើនឡើង) យើងជួបប្រទះនៅពេលយើងបាត់បង់មនុស្សជាទីស្រឡាញ់ហៅថា ***ប្រតិកម្មទៅនឹងទុក្ខសោក (grief reactions)***។ *ទាំងនេះគឺជាប្រតិកម្មធម្មតាចំពោះការបាត់បង់ ប្រសិនបើយើងទប់អារម្មណ៍សោកសៅយើងនឹងទទួលរងនូវការលំបាកផ្នែកផ្លូវចិត្តអស់រយៈពេលយូរ*

*ដែលធ្វើឱ្យការលំបាកបែបនេះកាន់តែពិបាកជម្នះបាន។ ទុក្ខសោកគឺជាដំណើរការដ៏វែងមួយពីការកើតឡើងនៃព្រឹត្តិការណ៍រហូតដល់ការជាសះស្បើយហើយដំណើរការនេះហៅថា **រឿងរ៉ាវទុក្ខសោក (grief work)**។ នៅក្នុងដំណើរការ**យកចិត្តទុកដាក់លើទុក្ខសោក (grief care)** នេះអ្វីដែលសំខាន់បំផុតនោះគឺការគោរព និងស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះដំណើររឿងរបស់មនុស្សដែលទទួលរងនូវការឈឺចាប់ទាំងស្រុង (ឧទាហរណ៍ ផ្នែកផ្លូវចិត្ត រាងកាយ សង្គម និងអារម្មណ៍)។ យើងត្រូវតែទប់ស្កាត់ដោយលើកទឹកចិត្ត លួងលោម ឬព្យាបាលមនុស្សបែបនេះដោយវិធីងាយៗ។*

៣.៦. ការញៀន និងការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន

មនុស្សអាចញៀនរបស់ផ្សេងៗក្រៅពីគ្រឿងស្រវឹង។ **ការញៀន (Dependence)** ត្រូវបានបែងចែកដោយផ្អែកលើសារជាតិគីមី (ឧទាហរណ៍ ស្រា បារី នីកូទីន កាហ្វេអ៊ីន ហ្វេតាមីន ថ្នាំញៀន ថ្នាំសម្រើប និងកញ្ឆា) ដែលជា**ការញៀនសារជាតិ (Substance dependence)** និងអាកប្បកិរិយាញៀន (ឧទាហរណ៍ ការបរិភោគមិនត្រឹមត្រូវ ឬហួសកម្រិត ការលេងល្បែងស៊ីសង ហ្គេម អ៊ីនធឺណែត ផ្លូវភេទ និងការដើរទិញឥវ៉ាន់ ឬការខ្ជះខ្ជាយ) ដែលជា**អាកប្បកិរិយាញៀន (behavioral dependence)**។ ការញៀនគឺបណ្តាលមកពីការផ្លាស់ប្តូរមុខងារខួរក្បាល ចិត្ត និងរាងកាយដោយសារតែទម្លាប់ប្រើប្រាស់សារជាតិគីមីរួមមាន ស្រា និងបារី ឬការធ្វើដដែលៗនៃអាកប្បកិរិយាដូចជា ល្បែងស៊ីសង ឬហ្គេមក្នុងកុំព្យូទ័រជាដើម។ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពលេងល្បែងស៊ីសងផ្តល់នូវបទពិសោធន៍នៃភាពរីករាយនិងអារម្មណ៍ល្អ ព្រមទាំងជំរុញមណ្ឌលក្នុងខួរក្បាលហៅថា ប្រព័ន្ធរង្វាន់ដែលបញ្ជូនភាពរីករាយ។ ខួរក្បាលបញ្ចេញសារជាតិបញ្ជូនរំញោចសរសៃប្រសាទហៅថា ដូប៉ាមីន (dopamine) ដែលជួយបង្កើនអារម្មណ៍រីករាយបង្កើតឱ្យមានបំណងប្រាថ្នាចង់ទទួលបានភាពរីករាយនេះម្តងទៀត។ ការបំពេញបំណងប្រាថ្នាដើម្បីទទួលបានភាពរីករាយនេះម្តងហើយម្តងទៀតអាកប្បកិរិយាដដែលៗនេះ ហើយដែលបង្កើត**ភាពស៊ាំ (resistance)** ពីព្រោះរំញោចដូចគ្នាបែបនេះនឹងលែងមានឥទ្ធិពលស្មើនឹងការរំញោចដែលបានពីគ្រឿងញៀន ឬអាកប្បកិរិយាពីមុនមកទៀតហើយ។ តាមវិធីនេះការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ឬលេងល្បែងស៊ីសងម្តងទៀតផ្លាស់ប្តូរមុខងារខួរក្បាល ចិត្ត និងរាងកាយដែលលទ្ធផលទទួលបានគឺការញៀន។ ដូច្នេះការញៀនដែលជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលមុខងារខួរក្បាល និងរាងកាយត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរហើយអាកប្បកិរិយាបែបនេះនឹងមិនអាចបញ្ឈប់ដោយឆន្ទៈនរណាម្នាក់បានឡើយ។

ការញៀនចែកចេញជា**ការញៀនផ្លូវចិត្ត (psychological dependence) និងការញៀនផ្លូវកាយ (physical dependence)**។ ឧទាហរណ៍ ការញៀនទីមួយគឺអាកប្បកិរិយាស្វែងរកបារីដើម្បីជក់នៅពេលដែលមនុស្សម្នាក់មានអារម្មណ៍ថាចង់ជក់បារី ហើយមួយទៀតគឺការញៀនថ្នាំជក់ដែលជាលក្ខខណ្ឌមួយមាន**រោគសញ្ញាបញ្ឈប់ការញៀន (withdrawal symptoms)** ដូចជា ការរសាប់រសល់ និងការញ័រដៃកើតឡើងនៅពេលកំហាប់ជាតិនីកូទីននៅក្នុងខ្លួនថយចុះ។ ក្នុងករណីនៃការញៀនគ្រឿងស្រវឹងការផ្ទង់អារម្មណ៍លើសរសៃប្រសាទស្វយ័ត (ឧទាហរណ៍ ការបែកញើស ការញ័រដៃ ការកើនឡើងសម្ពាធឈាម និងដំណើរបេះដូងញាប់ខុសធម្មតា) និងរោគសញ្ញាផ្លូវចិត្ត (ឧទាហរណ៍ ការវង្វេង ការរសាប់រសល់ ការថប់បារម្ភ និងការរំភើប) អាចលេចឡើង។ ចូរចាំថា មិនមែនគ្រប់សារជាតិគីមីញៀនសុទ្ធតែបណ្តាលឱ្យញៀនផ្នែករាងកាយនោះទេ។

សម្រាប់ជាព័ត៌មាន ចំនួនអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនចម្បងៗដូចជា (អំហ្វេតាមីន/មេតាហ្វេតាមីន ថ្នាំរំញោច] កញ្ឆា ហេរ៉ូអ៊ីន និងណាកូទីន) នៅកម្ពុជាត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាមានចំនួនលើសពី ២% នៃចំនួនប្រជាជនសរុប (សម្រាប់រយៈពេលពីឆ្នាំ១៩៩៨-២០០៤) ដែលធ្វើឱ្យប្រទេសនេះក្លាយជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសដែលមានអត្រាអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនខ្ពស់បំផុតនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកដែលរួមមានប្រទេសហុងកុង ហ្វីលីពីន ថៃ ឥណ្ឌូនេស៊ី ឡាវ និងម៉ាឡេស៊ី។[26]

អ្នកដែលវិវឌ្ឍទៅរកការញៀនចាំបាច់ត្រូវទទួលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីព្យាបាលអាការៈរោគផ្នែករាងកាយជាជាងការព្យាយាមព្យាបាលពួកគេតាមតែអ្វីដែលពួកគេចង់បានខណៈពេលដែលការគាំទ្រដល់សុខភាពផ្លូវចិត្តដោយក្រុមជួយខ្លួនឯងមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយានៃការញៀន។ ដូច្នេះប្រទេសកម្ពុជារំពឹងថានឹងបង្កើតក្រុមជួយខ្លួនឯងលើការញៀននានា។

៤ ជំងឺផ្លូវចិត្តទូទៅ (ជំងឺវិកលចរិត និងជំងឺឆ្កួតជ្រូក)

៤.១. ជំងឺវិកលចរិត (Schizophrenia)

ជំងឺវិកលចរិតគឺជាជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរទូទៅមួយដែលជះឥទ្ធិពលដល់មនុស្សពី ៧-១០នាក់ ក្នុង ១ ០០០នាក់ ដោយមិនគិតពីភាពខុសគ្នានៃសាវតារសង្គម វប្បធម៌ និងជាតិពន្ធ (តំណពូជ) ហើយវាត្រូវបានគេចាត់ទុកថាមានការវិវឌ្ឍទៅជារោគសញ្ញាផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ។ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានប៉ាន់ប្រមាណថា មនុស្ស ២០លាននាក់ រងផលប៉ះពាល់ដោយជំងឺវិកលចរិតនៅជុំវិញពិភពលោក។[38] ដោយសារតែគ្មានការសិក្សាបែបវេជ្ជសាស្ត្រអំពីជំងឺវិកលចរិតនេះនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ចំនួនប៉ាន់ស្មានអ្នកជំងឺដែលមិនបានព្យាបាល និងបានព្យាបាលគឺមិនត្រូវបានគេដឹងនោះទេ។ របាយការណ៍មួយលើកឡើងថា ដោយសារតែការយល់ដឹងសង្គមអំពីជំងឺ និងការថែទាំផ្នែកចិត្តសាស្ត្រមិនគ្រប់គ្រាន់ វាត្រូវការពេល ៤៧ខែ សម្រាប់អ្នកជំងឺដើម្បីចាប់ផ្តើមព្យាបាល។[39]

វិបត្តិដែលបណ្តាលមកពីជំងឺវិកលចរិតលេចឡើងតាមរយៈការគិត ការស្គាល់ អារម្មណ៍ ភាសា ការដឹងខ្លួន ស្មារតី និងអាកប្បកិរិយា ហើយរោគសញ្ញាទូទៅរួមមាន ការបាត់បង់ស្មារតី (ឧទាហរណ៍ ត្រូវបានសង្កេតឃើញដោយអ្នកជិតខាង) ការវង្វេងវង្វាយ (ឧទាហរណ៍ ស្តាប់ឮនរណាម្នាក់និយាយនៅពេលគ្មាននរណាម្នាក់នៅក្បែរ) ភាពច្របូកច្របល់ក្នុងការសន្ទនានិងអាកប្បកិរិយា កង្វះការរំភើបចិត្ត ឬការលើកទឹកចិត្ត ភាពមិនប្រក្រតីនៃ ego (គំនិតរបស់មនុស្សម្នាក់ត្រូវបានគេស្គាល់) និងការបាត់បង់ការយល់ដឹងអំពីជំងឺ។ ហេតុនេះហើយ ក្រៅពីការឈឺចុកចាប់របស់អ្នកជំងឺសមាជិកគ្រួសារដែលមើលថែអ្នកជំងឺមានបន្ទុកធ្ងន់ហើយទំនងជាត្រូវបានមនុស្សជុំវិញរើសអើង។ ជំងឺនេះកើតឡើងចំពោះអ្នកដែលនៅចុងវ័យ ១០-៣០ឆ្នាំ ហើយទោះបីជាមូលហេតុរបស់វាមិនត្រូវបានគេដឹងក៏ដោយ ក៏ការសិក្សាអំពីកូនភ្លោះត្រូវបានរាយការណ៍ថា លទ្ធភាពដែលកូនភ្លោះមួយគូអាចវិវឌ្ឍទៅមានជំងឺវិកលចរិតគឺមានចំនួន ៥០% ដែលបង្ហាញថាវាអាចទាក់ទងទៅនឹងតំណពូជ បរិយាកាសចិញ្ចឹមបីបាច់ និងបទពិសោធន៍នៃព្រឹត្តិការណ៍ធ្វើឱ្យតានតឹងផ្នែកអារម្មណ៍។

អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានចង្អុលបង្ហាញថា ជំងឺវិកលចរិតអាចព្យាបាលបាន ប៉ុន្តែសម្រាប់ការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំ ការស្តារនីតិសម្បទា (ឧទាហរណ៍ ការបណ្តុះបណ្តាលជំនាញជីវិត ការបណ្តុះបណ្តាលជំនាញសង្គម) និងការទទួលយកដោយសហគមន៍គឺមានសារៈសំខាន់។

៤.២. ជំងឺឆ្កួតជ្រូក (Epilepsy)

ដូចនឹងជំងឺវិកលចរិតដែរជំងឺឆ្កួតជ្រូកគឺជាជំងឺផ្លូវចិត្តទូទៅ ហើយយោងតាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក[40] មនុស្សប្រមាណ ៥០លាននាក់ កំពុងទទួលរងពីជំងឺនេះនៅជុំវិញពិភពលោកហើយ ៨០% នៃពួកគេរស់នៅក្នុងប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលមធ្យមកម្រិតទាបដោយមិនបានទទួលការព្យាបាល។ អត្រានៃអ្នកជំងឺឆ្កួតជ្រូកនៅកម្ពុជាត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាមានចំនួន ៥,៨នាក់ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១ ០០០នាក់ ហើយត្រូវបានរាយការណ៍ថាមានអត្រាទាបជាងប្រទេសជិតខាងដូចជា ឡាវ (៧,៧/១០០០នាក់) វៀតណាម (១០,៧/១០០០នាក់) និងថៃ (៧,២/១០០០នាក់)។[41]

ជំងឺឆ្កួតជ្រូកគឺជាជំងឺមួយដែលត្រូវបានគេសម្គាល់ដោយ «ស្គន់ជាន់ (ប្រកាច់)» ដែលបណ្តាលឱ្យមនុស្សម្នាក់សន្លប់និងមិនអាចឆ្លើយតបបានភ្លាមៗ។ រោគសញ្ញាមានរយៈពេលខ្លី និងបានធូរស្រាលមកវិញ ប្រសិនបើ «ស្គន់ជាន់» បាត់ទៅវិញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មនុស្សម្នាក់អាចរងរបួសអាស្រ័យលើកន្លែងដែលមនុស្សជួលបន្ទាប់ពីបាត់បង់ស្មារតីដោយសារតែការប្រកាច់ ដូច្នេះវាពិតជាសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវកាត់បន្ថយការប្រកាច់កុំឱ្យកើតឡើងញឹកញាប់ពេក។

ជំងឺនេះត្រូវបានគេនិយាយថាកើតឡើងលើមនុស្សគ្រប់វ័យប៉ុន្តែកើតឡើងជាញឹកញាប់ចំពោះកុមារ និងមនុស្សវ័យចំណាស់។ មូលហេតុនៃជំងឺឆ្កួតជ្រូកអាចត្រូវបានគេកំណត់អត្តសញ្ញាណក្នុងករណីខ្លះដូចជា ដុំពកក្នុងខួរក្បាល និងរោគសញ្ញាវិបត្តិប្រព័ន្ធប្រសាទធ្ងន់ធ្ងរ ប៉ុន្តែគេមិនច្បាស់ក្នុងករណីផ្សេងទៀតទេ។ ដោយសារតែប្រជាជនប្រហែល ៧០% អាចមានជីវិតសង្គមធម្មតាដោយការទទួលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យត្រឹមត្រូវ និងប្រើថ្នាំប្រឆាំងនឹងជំងឺនេះ វាមិនចាំបាច់រឹតបន្តឹងខ្លាំងហួសហេតុចំពោះការចូលរៀន និងការធ្វើការងារឡើយ។ ប៉ុន្តែជាក់ស្តែង មនុស្សជាច្រើនដែលទទួលរងការធ្វើទុក្ខដោយជំងឺឆ្កួតជ្រូកត្រូវទទួលរងនូវការមាក់ងាយ និងការរើសអើង។

៥ ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត

៥.១. អាកប្បកិរិយាស្វែងរកការជួយ

យោងតាមការស្ទង់មតិរបស់សិស្សវិទ្យាល័យថ្នាក់ទី ១០ និងថ្នាក់ទី ១១ ចំនួន ៣៩១នាក់ ក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ និងខេត្តព្រៃវែងដែលបានធ្វើការស៊ើបអង្កេត**អំពីអាកប្បកិរិយាស្វែងរកការជួយ (help-seeking behavior)** មនុស្ស/ប្រភពព័ត៌មានពីអ្នកដែលពួកគេតែងតែស្វែងរកជំនួយដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាផ្ទាល់ខ្លួន និងផ្លូវអារម្មណ៍គឺជារួមមាន ម្តាយ (៧៤,៤%) និងមិត្តភក្តិ (៧៣,៩%) បន្ទាប់មកឪពុក (៥១,៤%) សាច់ញាតិ ឬសមាជិកគ្រួសារ (៣៨,៩%) បន្ទាប់ដដែកតាមអ៊ីនធឺណែត (២៩,៩%) គ្រូបង្រៀន (២៨,៩%) មិត្តប្រុស/មិត្តស្រីរបស់ពួកគេ (១៩,២%) និងព័ត៌មាននៅលើអ៊ីនធឺណែត (១៨,៧%)។ អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត វេជ្ជបណ្ឌិត និងការប្រឹក្សាតាមទូរស័ព្ទមានប្រហែល ៨-១១% ដែលបង្ហាញថា ពួកគេមិនមែនជាប្រភពផ្តល់ព័ត៌មានក្រៅផ្លូវការដែលអាចទាក់ទងបាននោះទេ។ សិស្សប្រមាណ ១០% បានជ្រើសរើសព្រះសង្ឃ ឬគ្រូខ្មែរបុរាណជាមនុស្សដែលពួកគេស្វែងរកការជួយបាន។

លទ្ធផលនេះបង្ហាញថា សមាជិកគ្រួសារ សិស្ស និងគ្រូបង្រៀនទំនងជាត្រូវបានជ្រើសរើសជាមនុស្សដែលពួកគេនិយាយអំពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ពួកគេរួមដែលមានដូចជា ការថប់បារម្ភ និងការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ហេតុនេះហើយ ការខិតខំសម្រាប់ការអប់រំសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ និងសាលារៀនមានសារៈសំខាន់ណាស់។ លើសពីនេះទៅទៀត ដោយសារពួកគេប្រើប្រាស់អ៊ីនធឺណែតដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងមនុស្សដែលពួកគេស្វែងរកជំបូន្មាន ការបង្កើតគេហទំព័រអ៊ីនធឺណែតដែលផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្តក៏ជាកិច្ចការមួយដែលត្រូវធ្វើផងដែរ។ (សូមមើល TPO Cambodia, https://tpocambodia.org/tips-for-good-mental-health/)។

អាកប្បកិរិយាស្វែងរកការជួយរបស់សិស្សវិទ្យាល័យបង្ហាញពីភាពខុសគ្នារវាងភេទ និងភាពខុសគ្នាតាមតំបន់។ គួរកត់សម្គាល់ផងដែរថា ក្មេងប្រុសទំនងជាប្រើបន្ទប់ជជែកនៅលើអ៊ីនធឺណែត និងគេហទំព័រដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មាន និងការជួយច្រើនជាងក្មេងស្រី ហើយសិស្សវិទ្យាល័យនៅតំបន់ជនបទស្វែងរកជំបូន្មានពីគ្រូបង្រៀនញឹកញាប់ជាងសិស្សនៅទីក្រុង។ នេះបង្ហាញថា គ្រូបង្រៀនដើរតួនាទីកាន់តែសំខាន់នៅតាមតំបន់ជនបទដែលមានធនធានសុខភាពផ្លូវចិត្តកម្រិតទាប ហេតុនេះហើយទាមទារឱ្យមានការអប់រំ/បណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការប្រឹក្សាយោបល់។

៥.២. ការផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត

នៅទូទាំងពិភពលោក បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តកំពុងតែកើនឡើង ដូច្នេះក៏មានតម្រូវការសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ និងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រព័ន្ធនេះនៅមិនគ្រប់គ្រាន់នៅឡើយទេនៅតាមបណ្តាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបក៏ដូចជាប្រាក់ចំណូលមធ្យម ហើយជាពិសេសប្រទេសកម្ពុជាដែលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងពេទ្យផ្នែកវិកលចរិតទទួលរងការខូចខាតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរនៅក្នុងសម័យខ្មែរក្រហមដែលនាំឱ្យវិស័យនេះអភិវឌ្ឍយឺតយ៉ាវជាងគេ។ លើសពីនេះទៅទៀត សុខភាពផ្លូវចិត្តទទួលបានអាទិភាពគោលនយោបាយទាបជាងបញ្ហាប្រឈមផ្នែកអនាម័យសាធារណៈដូចជា ជំងឺឆ្លង និងជំងឺប្រចាំកាយផ្សេងៗទៀត។ បញ្ហាប្រឈមគឺផ្តល់អាទិភាពគោលនយោបាយខ្ពស់ជាងមុនទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ន។[26]

ទន្ទឹមនឹងនេះដែរ ចំពោះសំណួរដែលសួរថា តើការប្រឹក្សាយោបល់ពិតជាមានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងសង្គមកម្ពុជា ឬយ៉ាងណា វាបានចង្អុលបង្ហាញថា ការបង្កើតទំនាក់ទំនងល្អរវាងបុគ្គល និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់តាមរយៈ «ការនិយាយ និងការស្តាប់» ក៏មានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាផងដែរ។ ដើម្បីឱ្យមានការផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត បញ្ហាប្រឈមជាដំបូងត្រូវដោះស្រាយរួមមាន ការផ្សព្វផ្សាយអំពីការអប់រំ និងចំណេះដឹងអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សដល់ក្រុមអ្នកជំនាញវិជ្ជាជីវៈ (ឧទាហរណ៍ ពេទ្យវិកលចរិត គិលានុបដ្ឋាន ពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ និងអ្នកធ្វើការងារសង្គម) និងក្រុមអ្នកជំនាញវិជ្ជាជីវៈរង (ឧទាហរណ៍ ពេទ្យជំនាញទូទៅ គ្រូបង្រៀន និងអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍/បុគ្គលិកសុខាភិបាល) ក៏ដូចជាការកែលម្អគុណភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាល និងការកែលម្អគុណភាពនៃសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តព្រមទាំងការលុបបំបាត់គម្លាតរវាងទីក្រុង និងជនបទ។[26]

ការប្រឹក្សាយោបល់ជាមូលដ្ឋានតម្រូវឱ្យមានជំនាញស្តាប់ដោយសកម្ម សមត្ថភាពក្នុងការឆ្លុះបញ្ចាំងពីការគិត និងអារម្មណ៍របស់បុគ្គល និងសមត្ថភាពដើម្បីទទួលស្គាល់ពីភាពដោយឡែករបស់មនុស្សម្នាក់ៗ។ ខាងក្រោមនេះគឺជាចំណុចទាំង ១១ ដែលគ្រូបង្រៀនគួរចងចាំក្នុងចិត្តដើម្បីស្តាប់ដោយការគាំទ្រដល់កុមារដែលមានបំណងទទួលការប្រឹក្សាយោបល់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គ្រូបង្រៀនមិនមែនជាអ្នកជំនាញខាងសុខភាពផ្លូវចិត្តនោះទេ ហើយគួរតែយល់ពីដែនកំណត់របស់ខ្លួនឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។

i. កុំព្យាយាមសួរដេញដោលរកដំណោះស្រាយ ឬចម្លើយចំពោះបញ្ហា
ii. បង្កើតបរិយាកាសទទួលយកនិងបន្ធូរអារម្មណ៍ និងយល់ពីអារម្មណ៍របស់កុមារ
iii. សួរសំណួរបើក។ វាមិនមែនជាការសួរចម្លើយនោះទេ
iv. រង់ចាំចម្លើយរបស់កុមារឱ្យបានយូរបំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន និងរក្សាភាពស្ងៀមស្ងាត់
v. ប្រើភាសានិយាយរបស់កុមារដើម្បីបញ្ជូនសារបង្ហាញថា អ្នក «យល់» ពួកគាត់
vi. បង្ហាញចំណាប់អារម្មណ៍វិជ្ជមានចំពោះកុមារ
vii. បង្ហាញសមានចិត្ត ឬការយល់ចិត្តតាមបែបធម្មជាតិ និងសមហេតុផល
viii. ដើម្បីបញ្ជាក់ពីអារម្មណ៍របស់សិស្ស សូមប្រើប្រាស់ ឬបកស្រាយពាក្យរបស់កុមារឱ្យបានសមរម្យ
ix. ដើម្បីរៀបលំដាប់នៃបញ្ហា សូមសង្ខេបសាច់រឿង
x. មើលពីទស្សនៈរបស់កុមារ និងស្វែងរកអត្ថន័យឱ្យពួកគាត់
xi. ជឿជាក់លើសមត្ថភាពរបស់កុមារថានឹងអាចរីកចម្រើន និងដោះស្រាយបញ្ហានានាបាន

☞ លំហាត់សម្រាប់ការគិត និងការស្រាវជ្រាវបន្ថែម

[១២-១] តើការមានសុខភាពផ្លូវចិត្តល្អមានន័យដូចម្តេច?

[១២-២] ស្រាវជ្រាវយន្តការការពារបង្ការផ្លូវចិត្តដោយយោងទៅលើប្រភពកសារដូចជា ប្រ៊ីតថេននីកា (Britannica)៖ យន្តការការពារបង្ការ (https://www.britannica.com/topic/defense-mechanism) ពិភាក្សាអំពីយន្តការការពារបង្ការពេញលក្ខណៈសម្បត្តិ។

[១២-៣] តើអ្វីជាយន្តការដែលចិត្ត និងរាងកាយតែងតែរងផលប៉ះពាល់រួមគ្នា?

[១២-៤] តើភាពតានតឹងផ្លូវចិត្តមានឥទ្ធិពលអ្វីខ្លះទៅលើសុខភាពផ្លូវចិត្ត?

[១២-៥] តើបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅកម្ពុជាមានបញ្ហាប្រឈមអ្វីខ្លះ? ពិភាក្សាអំពីវិធីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។

[១២-៦] ផ្តល់ឧទាហរណ៍អំពីបញ្ហាអាកប្បកិរិយាខាងក្នុង និងខាងក្រៅ។ ចូរសង្ខេបអ្វីដែលអ្នកគិត និងរបៀបឆ្លើយតបប្រសិនបើកុមារម្នាក់ស្វែងរកដំបូន្មានលើបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងពិភាក្សាប្រធានបទនេះជាក្រុម។

[១២-៧] ពិភាក្សាអំពីហេតុផល និងសារតារនៅពីក្រោយការដាក់ទណ្ឌកម្មរបស់គ្រូបង្រៀនក្នុងការអប់រំរបស់កុមារ។ តើអ្នកអាចអប់រំណែនាំកុមារដោយមិនពឹងផ្អែកលើការដាក់ទណ្ឌកម្មរាងកាយយ៉ាងដូចម្តេច? ចូរពិភាក្សាផ្លាស់ប្តូរគំនិតនៃជម្រើសផ្សេងៗទៀត។

[១២-៨] ពិចារណាថា តើបុគ្គលម្នាក់ដែលអ្នកនឹងស្វែងរកជំនួយមុនគេពេលប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាផ្ទាល់ខ្លួន ហើយហេតុអ្វីបានជាអ្នកជ្រើសរើសបុគ្គលនោះ។

[១២-៩] ឆ្លុះបញ្ចាំងពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកដែលបានសួរដោយមិត្តភក្តិ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកអំពីវិធីដែលពួកគេគួរដោះស្រាយបញ្ហារបស់ពួកគេ រួចពិនិត្យមើលថា តើអ្នកបានអនុវត្តចំណុចនៃការស្តាប់ដែលមានលក្ខណៈគាំទ្រហើយឬនៅ។

ឯកសារយោង៖

1. Dekaban, AS., Sadowsky, D., Changes in brain weights during the span of human life: relation of brain weights to body heights and body weights, Annals of Neurology, 4:345-356, 1978
2. Myowa M., Unravelling the mystery of human development—from the fetal period to the future of humanity. Chikuma shinsho. pp110-117. 2019
3. Hannah K. Scott; Mark Cogburn. Piaget https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448206/
4. The 4 Stages of Cognitive Development Background and Key Concepts of Piaget's Theory. https://www.verywellmind.com/piagets-stages-of-cognitive-development-2795457
5. Erik Erikson's Stages of Psychosocial Development. https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psychosocial-development-2795740
6. Spitz RA. Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 1, 53-74. 1945
7. Blum RW, Bastos FIPM, Kabiru CW, Le LC., Adolescent health in the 21st century. The Lancet. 379, 1567-1568, 2012 https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2812%2960407-3
8. WHO, Mental health in the Western Pacific, https://www.who.int/westernpacific/health-topics/mental-health
9. WHO, Mental health: strengthening our response. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
10. WHO. Adolescent mental health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
11. American Psychological Association. Defense Mechanism. APA College Dictionary of Psychology 2nd Eds. p.112. American Psychological Association. Washington DC. 2016
12. American Psychological Association. Repression. APA College Dictionary of Psychology 2nd Eds. p.391. American Psychological Association. Washington DC. 2016
13. Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. Singapore Medical Journal. 59: 170–171. 2018. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915631/
14. The American Institute of Stress. The Holmes-Rahe Stress Inventory PDF. https://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory-pdf
15. Nou L. Investigating stress symptomatology among Cambodian university students. International Review of Modern Sociology. 29(1):133-164.2013
16. Dubois V, Tonglet R, Hoyois P, Sunbaunat K, Roussaux J-P, et al., Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. International Journal of Social Psychiatry. 50:174-85. 2004
17. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, Masri ME, Araya M, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. Journal of American Medical Association. 286:555-562. 2001
18. Sonis J, Gibson JL, de Jong JTVM, Field NP, Hean S, et al. Probable posttraumatic stress disorder and disability in Cambodia: associations with perceived justice, desire for revenge, and attitudes toward the Khmer Rouge trials. Journal of American Medical Association. 302:527-536. 2009
19. Agger I. Calming the mind: Healing after mass atrocity in Cambodia. Transcultural Psychiatry 52:543-560.2015

20. Costa RM, Brody S. Immature psychological defense mechanisms are associated with greater personal importance of junk food, alcohol, and television. Psychiatric Research. 209:535–539. 2013 https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.035
21. Rothbaum F, Weisz JR, Snyder SS. Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. Journal of Personality and Social Psychology. 42: 5-37.1982
22. Achenbach TM, Ivanova MY, Leslie A. Rescorla LA, Turner LV, et al., Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 55:647-656. 2016
23. Liu J, Chen X, Lewis G. Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 18: 884–894. 2011
24. Liu J. Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 17: 93–103. 2004
25. Deley TC. Beliefs about treatment of mental health problems among Cambodian American children and parents. Social Science and Medicine. 61;2384-2395, 2005
26. Parry SJ, Ean N, Sinclair SP, Wilkinson E. Development of mental healthcare in Cambodia: barriers and opportunities. International Journal of Mental Health Systems. 14:53. 2020
27. Hinton DE, Kredlow MA, Pich V, Bui E, Hofmann SG. The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). Transcultural Psychiatry. 50:347-370. 2013
28. WHO. Global school-based student health survey (GSHS) https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/cambodia/en/
29. Unicef Cambodia. How to talk to your children about bullying. https://www.unicef.org/cambodia/how-talk-your-children-about-bullying
30. Phong K, Srou L, Solá J. Mobile Phones and Internet Use in Cambodia 2016. https://asiafoundation.org/wp-content/uploads/2016/12/Mobile-Phones-and-Internet-Use-in-Cambodia-2016.pdf
31. DIGITAL 2021: CAMBODIA https://datareportal.com/reports/digital-2021-cambodia
32. The ASEAN Post. Cambodia's cyberbullied children. https://theaseanpost.com/article/cambodias-cyberbullied-children
33. Unicef Cambodia. Cyberbullying: What is it and how to stop it. https://www.unicef.org/cambodia/cyberbullying-what-it-and-how-stop-it
34. Government Commitment to End Violence against Children. Findings from Cambodia's Violence Against Children Survey 2013. https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/political_declarations/east_asia_and_pacific/cambodias_violence_against_children_survey.pdf
35. UNICEF Cambodia. Ending violence against children at school in Cambodia. https://medium.com/@UNICEFCambodia/ending-violence-against-children-at-school-in-cambodia-363eb53a49cc
36. Seponski DM, Lahar CJ, Khann S, Kao S, Schunert T. Four decades following the Khmer rouge: sociodemographic factors impacting depression, anxiety and PTSD in Cambodia. Journal of Mental Health, 28: 175-180, 2019
37. The World Bank. Suicide Mortality Rate, Cambodia. Male https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.MA.P5?end=2019&locations=KH&start=2000&view=chart, Female https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.FE.P5?end=2019&locations=KH&start=2000&view=chart
38. WHO. Schizophrenia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
39. Nishio A, Horita R, Marutani T, Yamamoto M. Factors that influence delaying initial psychiatric treatment in rural Cambodia: A pilot study. PLoS One. 13: 2018. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0206882
40. WHO. Epilepsy. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy
41. Preux PM, Chea K, Chamroeun H, Bhalla D, Vannareth M, et al. First-ever, door-to-door cross-sectional representative study in Prey Veng province (Cambodia). Epilepsia. 52:1382–7. 2011 https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03102.x