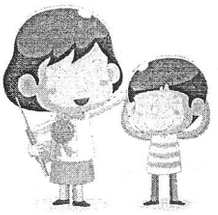
แนวทางการสนทนากับวัยรุ่น



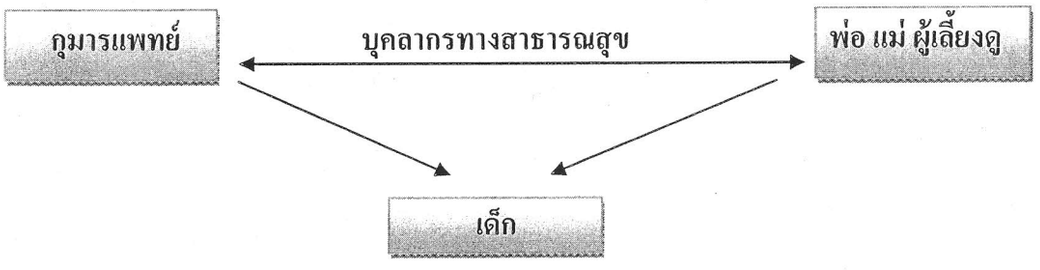
กุมารแพทย์ นับเป็นแพทย์ที่มีความจำเป็น ต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยองค์รวม และอายุที่ดูแลเด็กตั้งแต่แรกเกิด จนถึงวัยรุ่นนั้น ทำให้มีความแตกต่างในการเข้าหา เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย เด็กเล็กให้ประวัติเองไม่ได้ต้องอาศัยพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด ถ้าเป็นเด็กที่โตขึ้น ก็สามารถซักประวัติจากตัวเด็กเองร่วมไปกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูได้เช่นกันเด็กกลุ่มวัยรุ่นก็มีการซักประวัติตรวจร่างกาย หากแต่ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความรู้สึกอิสระ เป็นผู้ใหญ่มากขึ้น ดังนั้นแนวทางการซักประวัติตรวจร่างกาย จึงมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับกลุ่มเด็กเล็ก

วัยรุ่น เริ่มตั้งแต่อายุ 10 ปี จนถึง 21 ปี โดยแบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วง วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescent) อายุตั้งแต่ 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Mid Adolescent) อายุตั้งแต่ 13-16 ปี วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescent) อายุตั้งแต่ 16-21 ปี

➢ **หลักการสนทนากับวัยรุ่นมีแบบแผนหลายแบบดังนี้** [1, 2, 3,4]

1. The Child Model

เด็กจะเป็นผู้ถูกกระทำ ภายใต้ข้อมูล และการตัดสินใจของผู้ปกครอง โดยที่ผู้ปกครองจะเป็นผู้ให้ข้อมูลประวัติ รวมทั้งตัดสินใจการรักษา ดังแผนภูมิที่ 1

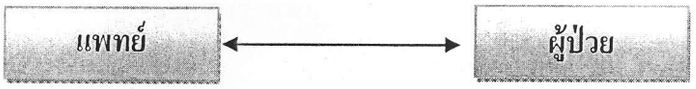


แผนภูมิ ที่ 1 *The Child Model* : เด็กจะเป็นผู้ถูกกระทำ (ลูกศร แสดงถึงการสื่อสารระหว่างกัน)

ซึ่งลักษณะการดูแลแบบนี้ของแพทย์ หากจะใช้กับวัยรุ่น จะใช้ได้ในบางกรณีที่วัยรุ่นคนนั้น มีอาการป่วยรุนแรง ยากแก่การรับรู้ หรือตัดสินใจร่วมด้วย นอกจากนี้วัยรุ่นที่บกพร่องทางสติปัญญา เช่น ปัญญาอ่อนก็สามารถใช้วิธีแบบนี้ได้

2. The Adult Model

เด็กจะอยู่ในฐานะ เช่นผู้ใหญ่ เป็นผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งการตัดสินใจ ในการรักษา ไม่มีบุคคลที่สามเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 : The Adult Model เด็กให้ข้อมูลและตัดสินใจ (ลูกศร แสดงการสื่อสารระหว่างกัน)

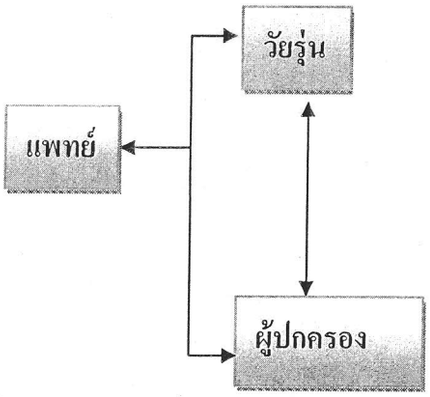
กรณีแบบนี้ ใช้ได้ดีในวัยรุ่น ตอนปลาย หรือวุฒิภาวะที่สูงมาก

3. The Adolescent Model

ในกลุ่มวัยรุ่น โดยส่วนใหญ่ มักนิยมใช้ *Adolescent Model* ซึ่งมี 3 รูปแบบดังนี้

3.1 The parent - Adolescent Collaborative Model ในกรณีวัยรุ่น และผู้ปกครอง จะเข้ามาร่วมกัน ให้ข้อมูลไปด้วยกัน และร่วมกันตัดสินใจ ในเวลาเดียวกันกล่าวคือ อยู่พร้อมหน้า ขณะวางแผนแต่ในระหว่างสนทนา จะแยกแยะหน้าที่ของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน ดังแผนภูมิที่ 3.1

"ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการรับประทานยา" หากเป็นตัววัยรุ่นเอง ก็ต้องถามต่อว่า **"จะมีวิธีเตือนความจำอย่างไร" "หรือจะให้คุณพ่อ คุณแม่ คอยเตือนเพื่อกันลืม"** เป็นต้น



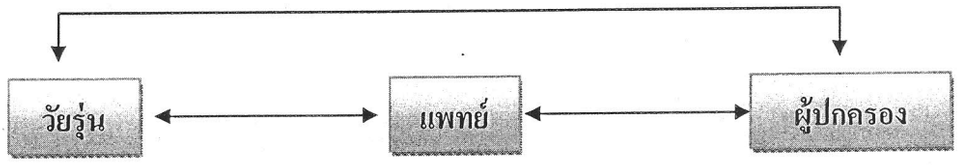
แผนภูมิที่ 3.1 The parent - Adolescent Collaborative Model (ลูกศรแสดงการสื่อสารระหว่างกัน)

แผนภูมินี้เหมาะสม ในวัยรุ่นตอนต้น

3.2 The Adolescent – Primary / Parent – secondary model การซักประวัติ และให้การรักษาแบบนี้ เป็นการให้ความสำคัญแก่วัยรุ่นอย่างมาก โดยวัยรุ่นจะด้รับการทักทายและสนทนา ก่อนที่จะสนทนา

กับผู้ปกครอง ทั้งนี้หากผู้ปกครองและวัยรุ่น เข้ามาในห้องด้วยกัน ก็จะมีการแนะนำ และพูดคุยกันอย่างสั้น ๆ ก่อนที่จะเชิญผู้ปกครองออกจากห้อง และเริ่มต้นพูดคุยรวมทั้งการตรวจร่างกาย กับวัยรุ่น โดยมากผู้ปกครอง มักให้ความร่วมมือดี เนื่องจากเข้าใจเป็นอย่างดีว่า วัยรุ่นสามารถให้ประวัติด้วยตนเอง และตัดสินใจได้ดีพอควรแล้ว และผู้ปกครองยังเข้าใจดีว่า แพทย์จะสามารถพูดคุย ในเรื่องที่ไม่อยากให้เปิดเผยได้เป็นอย่างดีแก่วัยรุ่น

เมื่อแพทย์ และวัยรุ่น สิ้นสุดการสนทนา และการตรวจร่างกาย รวมทั้งวางแผนดูแลรักษาเสร็จแล้ว ก็จะเชิญผู้ปกครองกลับเข้ามา เพื่อรับทราบกระบวนการโดยย่อทั้งหมด และจะดีมาก หากวัยรุ่นเป็นผู้สรุปให้ผู้ปกครองของตนเองทราบ ซึ่งวิธีนี้จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่า ตัวเองมีคุณค่า และไว้วางใจแพทย์ ผู้ให้การรักษา เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือ เป็นอย่างดีจากวัยรุ่นเอง ดังแผนภูมิที่ 3.2



แผนภูมิที่ 3.2 The Adolescent–Primary/Parent – secondary model (ลูกศรแสดงถึงการสื่อสารระหว่างกัน)

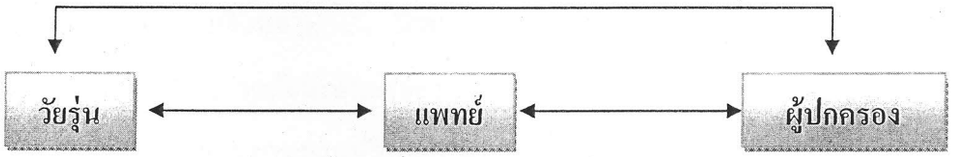
แผนภูมินี้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นตอนกลาง

3.3 The Adolescent – Primary / Parent – optional model ในการสื่อสารแบบนี้ จะไม่มีผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงตั้งแต่ต้น ดังแผนภูมิที่ 3.3 แต่มีข้อยกเว้นอยู่ 2 กรณี กล่าวคือ

กรณีที่ 1 ได้รับการร้องขอ จากวัยรุ่นเอง

กรณีที่ 2 เมื่อแพทย์ประเมินแล้วว่า วัยรุ่นอาจตกอยู่ในอันตราย เมื่อกลับไปแล้ว เช่น ความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ซึ่งลักษณะการซักประวัติตรวจร่างกายแบบนี้ ใช้ได้กับวัยรุ่นทั่วไป ที่มีความจำเป็น ในการรักษาความลับที่ไม่ต้องการให้เปิดเผย โดยวัยรุ่นมีส่วนอย่างมาก ในการตัดสินใจหรืออนุญาตให้บอกผู้ปกครองของตน หรือไม่อย่างไร เว้นแต่กรณียกเว้น 2 กรณีที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งทั้ง 2 กรณีผู้ปกครองต้องได้รับการรับรู้ทันที



แผนภูมิที่ 3.3 The Adolscent – Primary/Parent – optional model (ลูกศรแสดงถึงการสื่อสารระหว่างกัน)

แผนภูมินี้เหมาะแก่วัยรุ่นทั่วไป ที่ให้ความสำคัญกับการรักษา ความลับ โดยเฉพาะกับผู้ปกครอง

แบบแผนต่าง ๆ ที่นำเสนอ ทั้ง 3.1 , 3.2 , และ 3.3 นั้น หากมีการเข้าร่วมกัน ทั้ง 3 แบบ จะเรียกว่า *Transactional Model* ยกตัวอย่าง เช่น การรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น หอบหืด , โรคลมชัก , โรคเอดส์ บ่อยครั้งที่ แพทย์เจ้าของผู้ดูแลเด็กมาตลอด ไม่ได้เปลี่ยนบทบาท การมีส่วนร่วมในการรักษายังปฏิบัติต่อเด็กแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่วัยรุ่นแล้วก็ตาม ทำให้การได้รับความร่วมมือ ในการรักษาแย่ลง การดูแลรักษาโดยให้ *Transactional Model* จึงเป็นวิธีที่เหมาะสม โดยตอนเริ่มต้นป่วย ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมด้วยกัน ตั้งแต่ต้นในแบบ *The parent - Adolescent Collaborative Model* เมื่อรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ก็ค่อย ๆ เปลี่ยนเป็น แบบ *The Adolescent – Primary / Parent –secondary model* เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีบทบาทการตัดสินใจ และวางแผนการร่วมมือรักษาด้วยตนเองมากขึ้น จนในที่สุดสามารถใช้แบบแผน *The Adolescent – Primary / Parent – optional model* แทนได้ในที่สุด และเมื่อวัยรุ่นมีความรับผิดชอบ และมีวุฒิภาวะที่ดีพอ ก็อาจเลือกใช้ adult model ได้เลย

ในกรณีที่เป็นความลับ ควรเริ่มต้นด้วย *The Parent – optional model* ตัวอย่างที่มักได้รับการปรึกษาในลักษณะนี้ คือ การมีเพศสัมพันธ์, การใช้ยาคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, การติดยาเสพติด, รวมทั้งบุหรี่ เป็นต้น

อีกหลายกรณีที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างมาก หากครอบครัวยอมรับและให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาที่ดี ก็จะมีผลดีต่อการดูแลวัยรุ่น ในระยะยาวอย่างมาก ยกตัวอย่าง เช่น วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และประสงค์จะตั้งครรภ์ต่อจนคลอดลูก ครอบครัวจะมีความจำเป็นอย่างมาก การได้แรงใจ และความเข้าใจและความรักจากพ่อแม่ จะเป็นกำลังใจแก่วัยรุ่นอย่างมาก เพียงแต่เขาเหล่านั้นไม่ทราบวิธีการเริ่มต้น หรือแจ้งปัญหาให้ครอบครัวรับทราบอย่างไร

➢ เทคนิคสำหรับคำถามที่ยากแก่การเข้าใจ

1. Time frame

การถามคำถามที่ยากแก่การคาดคะเน ควรเปลี่ยนลักษณะการถาม เช่น เธอรู้สึกปวดหัวมาตั้งแต่เมื่อไร อาจให้คำตอบว่า ไม่ทราบครับ ถ้าเราลองกำหนดจุดสังเกตของเวลาเช่นเธอรู้สึกปวดหัวมาก่อนหรือหลังวันสงกรานต์ เป็นต้น จุดสังเกตของเวลาต้องเลือกเวลาที่มีความหมายและความสำคัญสำหรับทุกคนที่มักจะรู้อยู่แล้ว

2. Numerical rating scale

คำถามบางคำถามยากแก่การเปรียบเทียบตอบ เช่น ความรุนแรงของปัญหา ถ้าลองถามโดยกำหนด scale เป็น 1- 10 โดยที่ 1 มีค่าเท่ากับรุนแรงน้อยสุดในขณะที่ 10 รุนแรงมากที่สุดปัญหาของเขาเทียบแล้วรุนแรงระดับไหน เป็นต้น

3. Mini - Likert scale

กรณีการกำหนด scale แบบ พอใจ ไม่พอใจ และเฉย ๆ เมื่อเทียบกับเพื่อน ๆ หรือเห็นด้วยไม่เห็นด้วยและเฉย ๆ กับเพื่อน ๆ ในห้อง ในประเด็นบางคำถาม เช่น ครูดุ สอนไม่ดีเป็นต้น

4. Three wishes

บางคำถามเด็กไม่อยากตอบ แต่หากสมมติว่า ย้อนอดีตได้ หรือ มีอำนาจพอที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิต 3 สิ่งที่เขาปรารถนาจะเปลี่ยนแปลงมีอะไรบ้าง

5. Empathic lead-in

คำถาม คำตอบ ลักษณะนี้จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกดีและเป็นพวกด้วย เช่น ถ้าหมอเจอเหตุการณ์แบบนี้หมอคิดว่าหมอก็คงรู้สึก.....แล้วเธอรู้สึกเหมือนหมอหรือเปล่า

6. Advance notice of understanding

เป็นการทำเหตุการณ์ปัจจุบันมาถามความเห็นจากวัยรุ่นเอง เช่น เธอมีความเห็นอย่างไรกับวัยรุ่นสมัยนี้นิยมดื่มเหล้าแล้วมีเพศสัมพันธ์ หรือ เห็นว่า.....แล้วรู้สึกอย่างไร

7. Indirection and projection

เป็นการให้วัยรุ่นแสดงข้อคิดเห็นกับพฤติกรรมของวัยรุ่นในปัจจุบัน ในประเด็นทั่วไปที่ไม่ได้เน้นที่ปัญหาของวัยรุ่นเอง เพื่อเป็นการลดความตึงเครียดหรือลดแรงต้าน เช่น วัยรุ่นในวัยของเธอเขาคิดอย่างไรกับ

..... (เซ็กส์ , ยาเสพติด,บุหรี่,เหล้า).....มีเพื่อนของเธอที่เคยมีประสบการณ์เหล่านี้ไหม ประเด็นแบบนี้ทำให้แพทย์พอจะสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัวของวัยรุ่นได้ และจะทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงได้ด้วย

➢ **การสร้างแรงจูงใจในบทสนทนา (Motivational Interviewing)** [5, 6, 7]

1. เน้นวัยรุ่นเป็นศูนย์กลางและให้ความสำคัญกับการลดพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการป้องกันและรักษาในปัญหาที่ไม่รุนแรงมาก
2. สร้างความคุ้นเคย ในบรรยากาศที่เหมาะสม และเวลาที่เหมาะสมระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาประมาณ 30-45 นาที
3. การสนทนาที่มีประสิทธิ์ภาพ จะดียิ่งขึ้น หากผู้สัมภาษณ์ให้เกียรติ ตั้งใจรับฟัง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น หรือความรู้สึก ไม่รู้สึกเร่งรีบ หรือโดนกวนสมาธิบ่อย
4. การให้ความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูล
5. กำหนดประเด็นให้ชัดเจน
6. การวางตัวให้เหมาะสมไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง มากไปโดยเฉพาะการเข้าข้างผู้ปกครอง เพราะจะทำให้วัยรุ่นเกิดข้อขัดแย้งและ จะไม่ให้ความร่วมมือต่อไป
7. ภาษาที่สนทนาเข้าใจง่าย คำถามปลายเปิด – ไม่ซับซ้อน ยากแก่การเข้าใจ
8. ประเด็นคำถามที่ค่อนข้างไวต่อความรู้สึก เช่น การใช้ยา การหนีเรียน การมีเพศสัมพันธ์ ควรอยู่ส่วนท้ายของบทสนทนา โดยให้มีความรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจดียิ่งขึ้นก่อน
9. เนื้อหาของการสนทนาเป็นลักษณะการเสนอข้อคิดเห็น ตกลง และคำถามเปิดเพื่อให้สามารถแสดงความรู้สึก ความเข้าใจ ของตนเองได้อย่างอิสระ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการให้ความร่วมมือ และเป็นการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงได้ด้วยตนเอง
10. ในกรณีที่วัยรุ่นอึดอัด หรืออธิบายไม่ถูกอาจใช้ *rating scale* เป็นทางเลือกได้

➢ **หัวใจสำคัญของการสร้างแรงจูงใจ(Motivational Interviewing)** [5, 6, 7]

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดมาจากตัวเด็กเอง ซึ่งควรเน้นในการช่วยเด็กให้ค้นพบตัวตนของตัวเองจะดีมากกว่า
2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นงานของเขาเองไม่ได้เป็นงานของแพทย์หรือผู้ดูแล ฉะนั้นควรเน้นการตระหนักข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมนั้น ๆ และหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับพฤติกรรม

3. ไม่ควรให้ความช่วยเหลือมากจนเกินไป

4. การปรับพฤติกรรม ต้องอาศัยเวลาและความอดทน แต่บางครั้ง การกระตุ้นให้วัยรุ่นใช้เวลาสั้นลง ด้วยศักยภาพของเขาเอง

5. แพทย์เป็นผู้ชี้แนะและให้คำปรึกษา เพื่อให้วัยรุ่นสามารถสร้างแนวทางของตนเองในทางที่ถูกต้องได้เป็นอย่างดี

6. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับวัยรุ่น ควรเป็นไปในลักษณะการทำงานร่วมกันมากกว่าการเป็นผู้เชี่ยวชาญกับผู้ถูกกระทำ

กล่าวโดยสรุป การสนทนา สัมภาษณ์ วัยรุ่นซึ่งกำลังจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จะมีแบบฉบับของเด็กในวัยนี้และต้องการความเข้าใจ พัฒนาการ ทั้งด้านกาย ใจ และความคิด ซึ่งแตกต่างจากวัยอื่นอย่างสิ้นเชิง

➢ **ตัวอย่างการสัมภาษณ์**

- ควรเป็นคำถามเปิด เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อนและไม่มีลักษณะประชดประชัน

- คำถาม นามธรรม ควรมีความชัดเจนในคำตอบหากคำถามคลุมเครือ เช่น วัยรุ่นตอนต้น ได้คำถามว่า "ไหนลองเล่าลักษณะคุณแม่ของเธอให้หน่อย" คำตอบที่ได้ในเด็กวัยนี้ "แม่ผม สีดำ ตัวสูง ผอม" เป็นต้นซึ่ง วัยรุ่นตอนต้นจะไม่เข้าใจและไม่ได้ตอบประเด็นนามธรรม เช่น ความรัก ความผูกพันรวมทั้งสัมพันธภาพของครอบครัว

- คำถามไม่ควรสร้างความลำบากใจมาก หากต้องการถามความคิดเห็นควรเริ่มต้นจากสิ่งแวดล้อมแล้วค่อยๆ ล้อมเข้าหาตัววัยรุ่นเอง เช่น

"ต้อมเคยได้ยินข่าวการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีเร็วขึ้นแล้วไม่รู้จักป้องกันด้วย ต้อมรู้สึกอย่างไร"

"เอ๊....แล้วเพื่อน ๆ ของต้อมเขาเคยคุยกันในเรื่องแบบนี้บ้างไหม"

"แล้วถ้าเพื่อนบางกลุ่มเขาชวนกันไปเที่ยวกลางคืน แล้วมาชวนต้อมด้วย ต้อมจะทำไง"

"ถ้าในที่สุดเขาพาต้อมไปได้ จะทำไงบ้างหล่ะ"

"ต้อมเคยรู้วิธีป้องกัน.....อย่างไรบ้าง"

ประโยคคำถาม คำตอบ ลักษณะแบบนี้จะทำให้วัยรุ่น ค่อนข้างผ่อนคลายแทนที่จะถามตรงๆ และหลายๆ คำถามเมื่อถามไปแล้ว วัยรุ่นบางคนอาจไม่ตอบหรือ ตอบว่า "ไม่ทราบ"

References

1. Hoffmann D. Adele.Communicating with adolescents and their parents. In: Hoffmann D. Adele, Greydanus E. Donald , eds . Adolescent Medicine. 3rd ed. Appleton&Lange; 1997. p. 40-50 .

2. Schuster MA, Bell RM, Peterson LP.Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention . Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 906-913.

3. Smith RC, Hoppe RB . The patient's story integrating the patient- and physician- centered approaches to interviewing. Ann Intern Med 1991; 115 : 470-477.

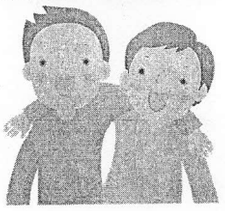
4. Joffe A, Radius S, Gall M . Health counseling for adolescents: What they want, what they get, and who gives it. Pediatrics 1988 ; 82:481-485 .

5. Lazare A, Putnam SM, Lipkin M Jr . Three functions of the medical interview. *In*: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A , eds . The Medical Interview Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer-Verlag ; 1995. p. 3-19.

6. Baer JS, Peterson PL. Motivational interviewing for adolescents and young adults. In: Miller WR, Rollnick S, eds. Motivational Interviewing Preparing People for Change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.

7. Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler Cw, Lejuez CW, Niaura R, Pallonen UE, Kazura AN, Goldstein MG, Abrams DB. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. Tob Control 2003; 12 (Suppl. IV):3-10.

****



เทคนิคการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น

➢ **วัตถุประสงค์ของการทำปฏิบัติการกลุ่ม เพื่อทักษะการเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา**

1. ให้พี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา มีความรู้พื้นฐานครอบครัวเกิดจากความเข้าใจต่อปัญหาในลูกวัยรุ่น
2. สร้างเจตคติที่ดีต่อวัยรุ่น ครอบครัว และบทบาทในการให้คำปรึกษาวัยรุ่น
3. ให้มีทักษะพื้นฐานในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

➢ **ความรู้พื้นฐานที่ควรมีในผู้ให้คำปรึกษา**

1. วงจรชีวิต ครอบครัว และพัฒนาการทางความคิด อารมณ์ในแต่ละวัย
2. บทบาทหน้าที่ของผู้ใหญ่
3. พื้นฐาน จิตวิทยาพัฒนาการในวัยรุ่น
4. ทักษะพื้นฐานในการให้คำปรึกษา (วินัยเชิงบวก)

➢ **วงจรชีวิตครอบครัว เป้าหมายคือให้ลูกวัยรุ่นพึ่งตนเองได้ มีกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่เหมาะสม**

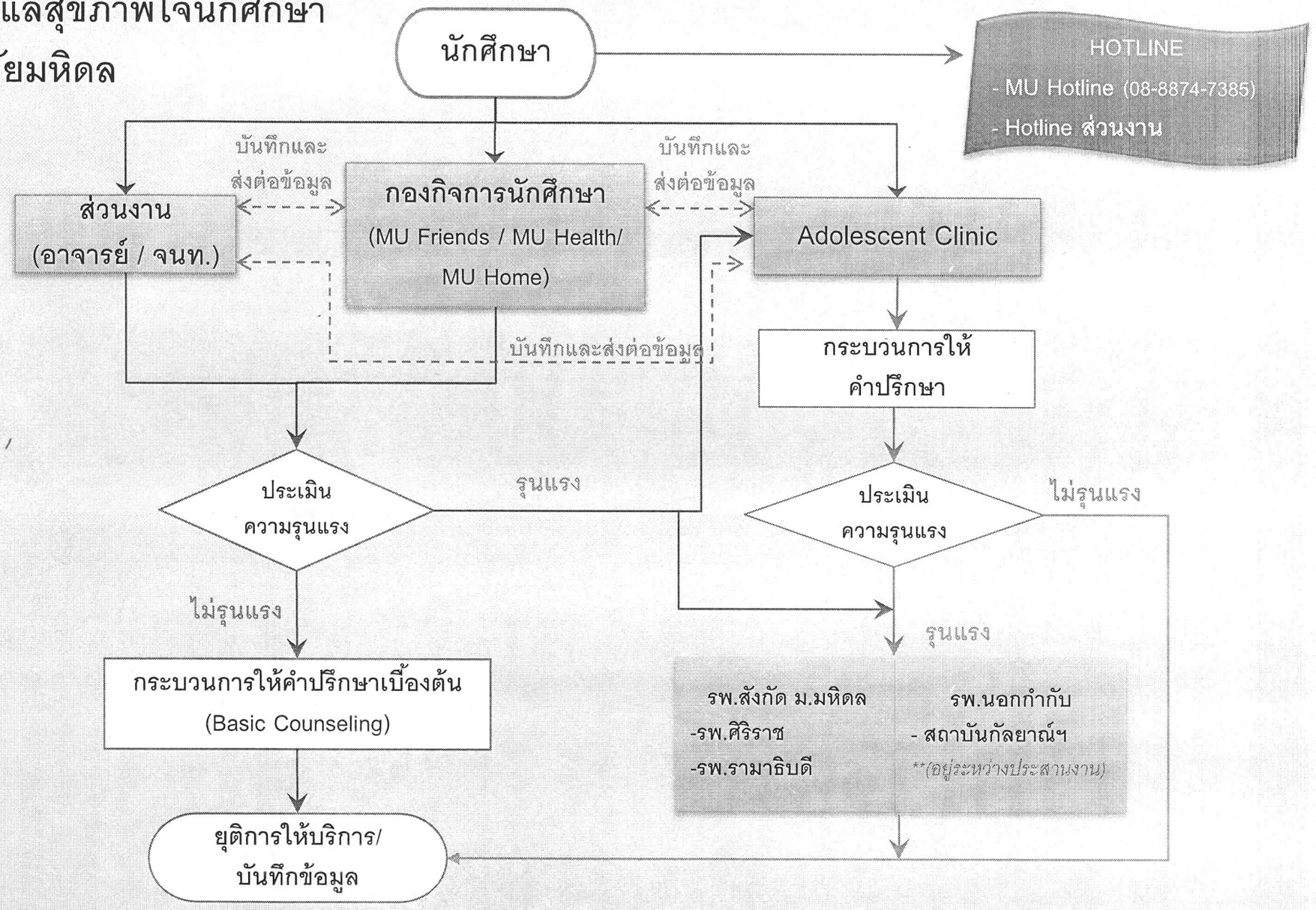
1. สัมพันธภาพ (good relationship) การให้เวลาที่เหมาะสม
2. ความคาดหวัง (good expectation) การวางเป้าหมายร่วมกัน (ทักษะการเป็นผู้นำ)
3. การมีส่วนร่วม (meaningful participation) PL.

➢ **บทบาทหน้าที่ของพ่อแม่ ต้องยึดมั่นว่าเด็กทุกคนมีความสามารถ และศักยภาพ ฉะนั้นพ่อแม่ต้องมีคุณลักษณะ**

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน รู้สึกสัมผัสได้ถึงความอบอุ่นและความรัก
2. จุดยืนที่ชัดเจน แนวทาง(มาตรฐาน)เดียวกัน และสม่ำเสมอ
3. สร้างทักษะเพื่อการอยู่ร่วมในสังคม เช่น ทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี ทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา
4. ให้เวลาที่มีคุณภาพแก่เด็ก

****

ระบบการดูแลสุขภาพใจนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล



หมายเหตุ :

MU Friends โทร.0-2849-4538 // MU Health โทร.0-2849-4529 ถึง 30 // MU Home โทร.0-2441-9116

Adolescent Clinic โทร.0-2441-0602 ถึง 8 ต่อ 1202

รพ.ศิริราช *(หน่วยบริการสุขภาพนักศึกษา)* *ในเวลา* โทร.0-2419-7389 // *นอกเวลา* : 02-4197349

รพ.รามาธิบดี *(แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช)* *ในเวลา* โทร.0-2201-1235,1726 // *นอกเวลา* : 02-201-1182