

บทบาทแพทย์ในการดูแลด้านจิตสังคมในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

ศุภรา เชาว์ปรีชา

บทคัดย่อ

การทารุณกรรมเด็กเป็นปัญหาสังคมและสาธารณสุขที่สำคัญ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการช่วยค้นพบปัญหาดังกล่าวพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจและสังคมเบื้องต้น นอกเหนือไปจากการให้การรักษาทารุณกรรมเด็กต้องอาศัยข้อมูลหลักฐานจาก ๓ ส่วนคือ ประวัติ การตรวจประเมินพ่อแม่ ผู้ปกครอง และการตรวจประเมินเด็ก ส่วนการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิต สังคม ประกอบด้วย การให้การรักษาทารุณกรรมเด็ก การส่งต่อทีมสหวิชาชีพโดยเร็ว และการประทับประคองด้านจิตใจแก่เด็ก โดยแพทย์ต้องมีทัศนคติและทักษะการสื่อสารที่ดีต่อเด็กและครอบครัว การจัดการอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มแรกที่แผนกฉุกเฉิน จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการคุ้มครองช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟูเด็กที่ถูกทารุณกรรม อย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุมทุกมิติ

คำสำคัญ: การดูแลด้านจิตสังคม, การทารุณกรรมเด็ก

บทนำ

การทารุณกรรมเด็กมี ๔ รูปแบบได้แก่ การทำร้ายร่างกาย การทำร้ายจิตใจ การทำร้ายทางเพศ และการละเลยทอดทิ้ง โดยทั่วไปพบว่าเด็กมักถูกกระทำด้วยหลายรูปแบบปะปนกัน ผลของการถูกกระทำเหล่านี้ ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาสังคมตามมาอย่างมากมาย

เด็กที่ถูกทารุณกรรมส่วนใหญ่มาพบแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการบาดเจ็บทางกาย ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการถูกทำร้ายร่างกายและ/หรือทางเพศ การบาดเจ็บนั้นอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้น การทารุณกรรมเด็กจึงจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น^๑ นอกเหนือจากการให้การรักษาทารุณกรรมแล้ว แพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินยังเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเด็กให้เข้า

สู่กระบวนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลด้านจิตสังคม ๒ ประการคือ ให้การวินิจฉัยภาวะทารุณกรรมเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม (early detection) และให้การรักษาช่วยเหลือเบื้องต้น (initial management)

การวินิจฉัยภาวะทารุณกรรมเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม

แพทย์ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยภาวะทารุณกรรมเด็กได้จากร่องรอยการบาดเจ็บที่มีลักษณะเฉพาะที่ตรวจพบได้จากร่างกาย และภาพถ่ายรังสี^๒ อย่างไรก็ตาม อาจมีบางกรณีที่บาดเจ็บหรืออาการบาดเจ็บ ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเกิดจากการถูกทารุณกรรม ดังนั้นแพทย์จำเป็นต้องหาหลักฐานหรือข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อมาสนับสนุนว่ามีการทำร้ายเด็กจริงหรือไม่ ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถหาได้จาก ๓ ส่วนคือ ประวัติ การตรวจประเมินพ่อแม่ ผู้ปกครอง และการตรวจประเมินเด็ก

ประวัติ

ประวัติควรได้จากหลายแหล่ง ทั้งจาก พ่อแม่ ผู้ปกครอง และตัวเด็ก นอกจากนี้ถ้าเป็นไปได้ควรได้จากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องหรือรู้เห็นเหตุการณ์ด้วย เช่น ญาติพี่น้อง ครู เพื่อนบ้าน หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ (ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์) เพื่อจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมรอบด้าน แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาประกอบกันเพื่อพิจารณาความสอดคล้อง ความน่าเชื่อถือของเหตุการณ์เป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากบุคคลนอกครอบครัวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีการทำร้ายเด็กเกิดขึ้นโดยการกระทำของพ่อแม่ ผู้ปกครอง เพราะเด็กอาจไม่กล้าบอกแพทย์ และข้อมูลที่ได้จากผู้กระทำอาจไม่เป็นความจริงและไม่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้ในการซักประวัติ แพทย์ควรระวังความบอบช้ำทางจิตใจของเด็กที่อาจเกิดขึ้นจากการถูกสอบถามข้อมูลซ้ำๆ โดยเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย^๗ ปัญหานี้สามารถป้องกันได้ด้วยการอัดวิดีโอบันทึกการสัมภาษณ์ (โดยต้องได้รับความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครองก่อน) การบันทึกข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วนเป็นระบบ ร่วมกับ

มีการบันทึกเป็นคำต่อคำ (เขียนตามคำพูดของเด็ก) ในประโยคที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ที่รับช่วงการดูแลเด็กต่อได้ทราบข้อมูลโดยไม่ต้องถามเด็กซ้ำ ควรให้ผู้ที่มิทักตะและความชำนาญในดูแลที่ถูกทารุณกรรมเด็กเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์อย่างละเอียดเท่านั้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่มีความประปรายต่ออารมณ์และความรู้สึกของเด็ก

ประวัติที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีการกระทำทารุณต่อเด็ก จะมีลักษณะดังต่อไปนี้^{๕-๗}

๑. ประวัติมีความสับสน ขัดแย้งในตัวเอง ไม่สมเหตุสมผล
๒. ประวัติไม่สอดคล้องกับผลการตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางรังสี
๓. ประวัติเด็กได้รับอุบัติเหตุซ้ำๆ กันหลายครั้ง
๔. ประวัติครอบครัวที่เต็มไปด้วยความตึงเครียด ขาดความรัก
๕. ประวัติอื่นๆ ที่บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงของการทารุณกรรมเด็ก แสดงดังตาราง

ตาราง แสดงปัจจัยเสี่ยงของการทารุณกรรมเด็ก^๖

ปัจจัยที่มีผลต่อการทารุณกรรมเด็ก	ลักษณะที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง
๑. ปัจจัยด้านตัวเด็ก	◆ พื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก ร้องกวนงอแงมาก ◆ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น พิกการ ปัญญาอ่อน เจ็บป่วยบ่อย ป่วยเรื้อรัง เป็นโรคทางจิตเวชเด็ก เช่น ชน สมาธิสั้น โรคออทิซึม
๒. ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู	◆ พ่อแม่ขาดทักษะการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การลงโทษด้วยวิธีที่รุนแรง ไม่เอาใจใส่ ปล่อยปละละเลยเด็ก ไม่ตระหนักถึงความต้องการทางอารมณ์ และจิตใจเด็ก ขาดการชมเชย/ไม่ให้อภัยใจเด็ก ◆ พ่อแม่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า การใช้เหล้า สารเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ ◆ พ่อแม่มีภาวะปัญญาทึบ ไม่ฉลาด ◆ พ่อแม่มีประสบการณ์การถูกทารุณกรรมในวัยเด็กมาก่อน
๓. ปัจจัยด้านความผูกพัน	มีพื้นฐานความผูกพันที่ไม่แน่นแฟ้น ไม่มั่นคง ระหว่างเด็กกับพ่อแม่จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ◆ เด็กมีพ่อเลี้ยง แม่เลี้ยง ◆ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ไม่ต้องการเด็ก) ◆ เด็กคลอดก่อนกำหนด ◆ เด็กที่ต้องแยกจากพ่อแม่ในช่วง ๓ ขวบปีแรกของชีวิต
๔. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	◆ ขาดเครือข่ายทางสังคม ครอบครัวอยู่โดดเดี่ยว ◆ สภาพสังคมเศรษฐกิจที่ไม่ดี เช่น ว่างาน มีหนี้สิน ขาดงาน อยู่ในชุมชนแออัด แก้ปัญหาด้วยความรุนแรง เป็นแหล่งอาชญากรรม ◆ มีค่านิยมส่วนตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ชอบความรุนแรง นึกถึงประโยชน์ส่วนตัวเป็นใหญ่ นึกถึงความต้องการของตัวเองก่อนของเด็ก ◆ มีปัจจัยกระตุ้นมาเสริม เช่น เพิ่งมีการทะเลาะวิวาทกัน เหนื่อย และหงุดหงิดอยู่ กำลังดื่มเหล้า เมา หรือใช้สารเสพติด

การตรวจประเมินพ่อแม่ ผู้ปกครอง

พ่อแม่ ผู้ปกครองที่เป็นผู้กระทำทารุณต่อเด็ก มีแนวโน้มสูงที่จะแสดงลักษณะดังต่อไปนี้^{๔,๕,๘}

๑. แสดงท่าทีรำคาญหรือโกรธ เมื่อถูกซักประวัติ อย่างละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุของอาการบาดเจ็บของเด็ก

๒. มักพาเด็กมานอกเวลาราชการ และหากมีนัดพบแพทย์อยู่ก่อนมักไม่พามาพบแพทย์ตามนัดปกติ อาจเลื่อนนัด หรือขาดนัดบ่อยๆ

๓. มักไม่พาเด็กมาพบแพทย์ทันทีที่ได้รับบาดเจ็บ แต่กลับละเลยจนกระทั่งเด็กมีอาการมากจึงพามารักษา

๔. มีท่าทีไม่กระตือรือร้นหรือแสดงความกังวลต่อการบาดเจ็บของเด็กเท่าที่ควร พ่อแม่บางรายอาจแสดงคำพูดท่าที โทษว่าเหตุการณ์หรืออาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของเด็ก

๕. เมื่อเด็กจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ปกครองมักรีบกลับบ้าน ไม่อยู่เป็นเพื่อนเด็ก ไม่คอยมาเยี่ยม หรือถ้ามาเยี่ยมก็มักจะมาเยี่ยมพบแพทย์ ไม่สนใจถามอาการเด็กว่าเป็นอย่างไรหรือเมื่อใดจึงจะหาย

การตรวจประเมินเด็ก

นอกเหนือจากการตรวจร่างกายเพื่อหาร่องรอยการบาดเจ็บแล้ว แพทย์ควรสังเกตและประเมิน ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก รวมถึงปฏิสัมพันธ์ที่เด็กมีต่อผู้คนรอบข้างด้วย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัย และวางแผนการรักษา ให้ความช่วยเหลือต่อไป

เด็กที่ถูกทารุณกรรมจะมีลักษณะและอาการแสดงที่สำคัญ ดังนี้^{๓,๕,๖,๗}

๑. ตัวเล็ก เลี้ยงไม่โตสมวัย (failure to thrive)

๒. ผอมโซ เสื้อผ้าสกปรก เนื้อตัวผิวหนังไม่สะอาด

๓. ในกรณีไม่เห็นบาดเจ็บที่ชัดเจน จะพบว่าเด็กหลีกเลี่ยงการให้อวัยวะส่วนหรือข้างที่บาดเจ็บจากการถูกทำร้าย ซึ่งเมื่อตรวจร่างกายอย่างละเอียดแล้วสามารถเห็นร่องรอยของการถูกทำร้ายได้

๔. เด็กมีอาการซึมเศร้า เหนื่อย แยกตัวเอง จ้องมองอย่างเฉยชา (frozen watchfulness) ไม่สนใจสิ่งแวดลอมรอบตัว ไม่แสดงอารมณ์กลัว ไม่แสดงความรู้สึกเจ็บปวด

๕. อาจแสดงอาการวิตกกังวล หวาดกลัว โดยเฉพาะเมื่อผู้ปกครองเข้าใกล้

๖. มีท่าทีกังวล ไม่แน่ใจ ไม่ค่อยอยากบอกว่าบาดเจ็บมาได้อย่างไร

๗. เด็กบางคนอาจเปิดเผยตรงๆ ว่า “แม่/พ่อ ทำ

หนู” หรือ “แม่/พ่อตีหนูเพราะหนูเป็นเด็กไม่ดี” เด็กบางคนอาจจะยอมบอกความจริงกับหมอว่าถูกพ่อแม่ทำร้ายลับหลังพ่อแม่ (ดังนั้นถ้าสงสัยว่าพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นผู้กระทำเด็ก ควรจะต้องแยกซักประวัติจากเด็กต่างหาก)

๘. มีลักษณะยั่วยวนทางเพศ หรือ แสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม (sexualized behaviors) เช่น หมกมุ่นทางเพศ แสดงพฤติกรรมคล้ายการร่วมเพศในผู้ใหญ่กับเด็กอื่น อาการแสดงนี้มีความจำเพาะ บ่งชี้ว่าเด็กเคยถูกกระทำทารุณทางเพศมาก่อน^๙

๕. แสดงอาการทางจิตเวชในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ เช่น ชน อยู่ไม่นิ่ง เกรี้ยวกราด พยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง (กรีดข้อมือ รวมไปถึงการเจาะ สัก ตามร่างกายจำนวนมาก) พฤติกรรมถดถอยกว่าวัย (ร้องกวนมาก งอแง ดิ้นพ่อแม่ แะ บัสสาวะ/อุจจาระรด) โรควิตกกังวล (หนูแหว่ หวาดระแวง หลงผิด) ใช้สารเสพติด ซึมเศร้า วิตกกังวล ทั้งนี้อาการแสดงทางจิตเวชดังกล่าว อาจพบได้แตกต่างกันไปขึ้นกับ เพศ และวัยของเด็ก อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผลมาจากการถูกทารุณกรรมเท่านั้น เนื่องจากโรคทางจิตเวชเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม

การรักษาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

การดูแลและให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมที่แผนกฉุกเฉิน สามารถทำควบคู่ไปกับการตรวจประเมินและให้การวินิจฉัยภาวะทารุณกรรมเด็ก โดยเริ่มต้นจากการจัดสิ่งแวดลอมให้เหมาะสม อยู่ในบริเวณที่ไม่วุ่นวายพลุกพล่านเกินไป สงบพอที่จะสามารถพูดคุยซักถามประวัติได้อย่างต่อเนื่อง อาจต้องมีห้องหรือมุมที่มีความเป็นส่วนตัวในการพูดคุยกับเด็ก เพื่อให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ถ้าเปิดเผยเรื่องราวกับแพทย์

หลักการให้ความช่วยเหลือประกอบด้วย ๓ ส่วนคือ

๑. ให้การรักษาโรค/อาการทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวทางการรักษาของโรคหรืออาการนั้นๆ ไปตามปกติเหมือนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กทั่วไป อาจมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นได้ในกรณีที่โรคมีความรุนแรงหรือ ซ้ำซ้อน และหากยังไม่พบข้อมูลหรือหลักฐานร่วมอื่นที่สงสัยว่าปัญหาจิตเวชที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการถูกทารุณกรรม ก็ยังไม่จำเป็นต้องแจ้งทีมสหวิชาชีพ

๒. มีการส่งต่อทีมสหวิชาชีพโดยเร็วที่สุดโดยลดกระบวนการขั้นตอนซับซ้อนที่ทำให้เสียเวลา รวมถึงต้องมีการชี้แจงกับเด็กถึงความสำคัญ ความจำเป็น และขั้นตอนของการให้ความช่วยเหลือ

๓. ให้การประคับประคองด้านจิตใจ

สำหรับการประคับประคองด้านจิตใจ แพทย์และทีมผู้รักษาต้องมีทัศนคติและท่าทีเชิงบวกรวมถึงการไม่ตัดสิน (non-judgmental) ต่อเด็กและญาติ ประกอบกับมีทักษะการสื่อสารที่ดี โดยเนื้อหาการซักประวัติควรมุ่งเน้นไปที่เหตุการณ์ การกระทำ ผลที่เกิดขึ้นกับเด็ก และแนวทางการช่วยเหลือเป็นหลัก มากกว่าการพยายามสืบสวน สอบสวนเพื่อหาตัวผู้กระทำมาลงโทษโดยเร็ว ซึ่งกระบวนการดังกล่าวควรเป็นหน้าที่หลักของตำรวจ การพยายามคาดกัน หรือมุ่งเน้นเพียงแต่จะหาผู้กระทำผิดโดยทีมผู้บำบัดรักษาเอง จะส่งผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพและการได้ข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งจะกระทบต่อความร่วมมือและผลการบำบัดรักษาเด็กและครอบครัวในเวลาต่อมา

ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ เช่น มีการสบตาเป็นระยะ พักหน้า ส่งเสียงตอบสนทนาอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้เด็กได้เล่าอย่างอิสระ ไม่ถามนำและไม่พูดขัดจังหวะเด็ก เป็นทักษะการสื่อสารอย่างหนึ่งที่สำคัญและแพทย์จำเป็นต้องมีเพื่อช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไร้กังวล และมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก^{๑๐} ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาของการบำบัดรักษา (therapeutic session) ไปในตัวด้วย

นอกจากนี้การพูดเพื่อประคับประคองจิตใจจะช่วยให้เด็กสามารถสงบ คลายความหวาดกลัว วิดกกังวล หรือไม่สบายใจได้ แพทย์ควรให้ความมั่นใจกับเด็กโดยมีเนื้อหาในการสื่อสาร ดังต่อไปนี้^{๑๑}

- เป็นเรื่องที่ดีมากที่เด็กได้เล่าเรื่องการถูกทำร้ายให้ฟัง
- เชื่อในสิ่งที่เด็กเล่าจริงๆ (ไม่คิดว่าเป็นเรื่องโกหกคิดไปเอง หรือไร้สาระ)
- จะพยายามให้มากที่สุดที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการทำร้ายนี้เกิดขึ้นกับเด็กอีก
- การทำร้ายที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นความผิดของเด็ก และบอกเด็กด้วยว่า แม้คนเราจะโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว บางครั้งก็ยังทำผิด ทำไม่ดีได้ (การบอกเช่นนี้เพื่อให้เด็กลดความรู้สึกผิด ไม่คิดโทษตนเอง ว่าตนเองเป็นคนเลว ทำผิด จึงสมควรถูกลงโทษรุนแรง)

● มีเด็กคนอื่นๆ ที่เคยถูกระทำเช่นกัน แต่ในที่สุดพวกเขาก็ผ่านเรื่องราวร้ายๆ นั้นไปได้ (เพื่อทำให้เด็กเกิดกำลังใจและอุ่นใจว่าคนอื่นก็เคยเจออย่างตัวเองและสามารถผ่านมันไปได้)

● จำเป็นที่จะต้องบอกกับผู้ใหญ่บางคนเพื่อที่เขาเหล่านั้นจะได้ช่วยให้เด็กปลอดภัย

ทั้งนี้การให้ความมั่นใจในเรื่องดังกล่าวต้องทำไปด้วยความปรารถนาอย่างจริงใจ เป็นไปตามธรรมชาติ สอดคล้องกับบุคลิก ท่าที ภาษาพูด และ ภาษากาย ของแพทย์ด้วย

เป้าหมายสูงสุดของการดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมโดยทีมสหวิชาชีพต้องอาศัยกระบวนการคุ้มครอง ช่วยเหลือ และบำบัดฟื้นฟู อย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุมทุกมิติ เพื่อนำไปสู่ ๑) การให้เด็กได้รับความปลอดภัย ไม่ถูกระทำซ้ำ ๒) ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะความผิดปกติทางกาย และจิตใจ ที่เกิดขึ้นหรือเป็นผลกระทบจากการถูกทารุณกรรมนั้น และ ๓) เพื่อให้เด็กได้มีพัฒนาการทุกๆ ด้านไปตามที่ควรจะเป็นเต็มศักยภาพของตนเอง^{๑๒} ดังนั้น แพทย์และทีมผู้รักษาที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งมักเป็นประตูด่านแรกของการค้นพบปัญหาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลเด็กถูกทารุณกรรมสามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้

สรุป

แพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมีส่วนสำคัญในกระบวนการช่วยเหลือและคุ้มครองเด็กถูกทารุณกรรม โดยมีบทบาทหลัก ๒ ประการคือ ให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว (early detection) และ ให้การรักษาเบื้องต้น (initial management) แก่เด็กทั้งด้าน กาย จิต สังคม ในแง่การดูแลด้านจิตสังคม แพทย์ควรได้ข้อมูลจาก การซักประวัติ การตรวจประเมินลักษณะ พ่อแม่/ผู้ปกครอง และการตรวจประเมินลักษณะการแสดงออก รวมถึงสภาพจิตใจของเด็ก แล้วนำไปประกอบกับหลักฐานการตรวจร่างกาย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะทารุณกรรมเด็ก ส่วนการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบด้วย การให้การรักษาทันทีทางจิตเวช การส่งต่อทีมสหวิชาชีพโดยเร็ว และการประคับประคองด้านจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยบรรยากาศที่เหมาะสม ทัศนคติที่ดีต่อเด็กและครอบครัว ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเด็ก. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์, ๒๕๕๕:๓๑๕-๒๘.
๒. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การพิสูจน์การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก. ใน: มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก. คู่มือปฏิบัติงานของทีมนสวิชาชีพในกระบวนการคุ้มครองเด็ก. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก, ๒๕๕๗:๓-๑๐๓.
๓. Lask B, Taylor S and Nunn KP. The maltreated child. In: Lask B, Taylor S and Nunn KP eds. Practical Child Psychiatry: The clinician's guide. London: BMJ Publishing, 2003:209-23.
๔. ปรีชวัน จันทศิริ. Child Maltreatment. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม ๒. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์, ๒๕๕๐:๑๕๐-๖๖.
๕. อัมพล สุอำพัน. การกระทำทารุณและทอดทิ้งเด็ก. ใน: วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, นงพาง ลิมสุวรรณ บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, ๑๕๕-๒๑๐.
๖. Goodman R, Scott S. Child maltreatment. In: Goodman R, Scott S editors. Child psychiatry. Oxford: Blackwell Science, 2005:169-84.
๗. Robert E, Laumann-Billings E&L. Child Abuse. In: Rutter M, Taylor E, editors. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwell Science, 2002:325-39.
๘. Budd KS. Assessing parenting competence in child protection cases: a clinical practice model. Clin Child Fam Psychol Rev, 2001;4:1-18.
๙. Glaser D. Child Sexual Abuse. In: Rutter M, Taylor E, editors Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwell Science, 2002: 340-58.
๑๐. ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร. Counseling. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม ๒. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์, ๒๕๕๐:๒๔๕-๕๔.

Abstract

Role of general practitioner for psychosocial intervention in maltreated child

Supara Chaopricha

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

Child maltreatment is a main social and public health concern. It is accounted for a child psychiatric emergency. General practitioner working in an emergency department plays a key role in early detection and initial psychosocial management for this problem besides of treating a child's physical condition. In terms of early detection, evidence of child maltreatment could be based on history taking, child and parent assessment. Psychosocial intervention includes initial management of child psychiatric problems, urgent referral to multidisciplinary team and giving psychological support to the affected child. Positive attitude and competent communication skills are required for the general practitioner to work with the child and family effectively. Therefore, proper management in the emergency room is a holistic part of the child protective process.

Key words: Psychosocial intervention, Child maltreatment