

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์
สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์
สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

นางอรุณญา ชำนาญอักษร
ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

อาจารย์อติตยา พรชัยเกตุ โอบ ของ,
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์
สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2552

นางอรุณญา ชำนาญอักษร

ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ประภา ยุทธไธย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธย,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นายประยูศักดิ์ เสรีเสถียร,

ว.จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบสารนิพนธ์

อาจารย์อติตยา พรชัยเกตุ โอว ของ,

Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D.(Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ความรู้ที่มีคุณค่า ได้จากการเรียนรู้ตลอดเวลา การฝึกทักษะและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สารนิพนธ์ฉบับนี้ก็จะสำเร็จ ผู้ศึกษาสัมผัสได้ถึงคุณค่าแห่งความเกื้อกูลของบุคคลรอบข้าง มากมาย โดยเฉพาะความกรุณาและการช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความใส่ใจ และเอื้ออาทรมาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณามา ณ โอกาสนี้ ขอบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภายุทธ ไตร ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม นายแพทย์ประยุตต์ เสรีเสถียร ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาเป็นกรรมการ สอบสารนิพนธ์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่งสารนิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร แพทย์เฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์สุพิน พรพิพัฒน์กุล นักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ สถาบัน สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ที่กรุณาอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลด อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ พร้อมทั้งให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาและการนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งทุกท่านเป็นผู้ให้ด้วยจิตแห่ง ความเป็นครูที่ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่ง

ขอบขอบคุณ คุณนภาพร นาวิสาร ที่ทำให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมาอย่างต่อเนื่อง ขอบขอบคุณ คุณสุรัช ชำนาญอักษร ผู้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ผู้ศึกษามีเวลาเรียนและพัฒนาตนเอง

ท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา แฉล้มเขตร อาจารย์แม่ที่ทำให้ผู้ ศึกษามีโอกาสเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอบพระคุณ รอง ศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานหลักสูตร ผู้สนับสนุนให้นักศึกษาทุกคนฝ่าฟันกับ อุปสรรคต่างๆ มาโดยตลอด รวมทั้งขอบพระคุณอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตทุกท่าน ที่ถ่ายทอดความรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา โดยเฉพาะคุณค่าของความ เป็นมนุษย์

อรัญญา ชำนาญอักษร

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็ก
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING
POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS OF CHILDREN WITH SEXUAL ABUSE

อรรัญญา ชำนาญอักษร 4836936 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค., อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D.
(Nursing)

บทคัดย่อ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการดำเนินการ ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) จากการปฏิบัติงานในคลินิกพบเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศมีจำนวนเพิ่มขึ้น และยังขาดแนวทางในการช่วยเหลือที่เป็นมาตรฐาน จากการทบทวนองค์ความรู้ พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma- Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) มีประสิทธิภาพในการลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ จึงดำเนินการรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ พบงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 8 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ได้ข้อเสนอแนะวิธีการบำบัดเพื่อลดอาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยให้การบำบัดเด็ก บำบัดพ่อแม่ และบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม รวม 12 – 20 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที การบำบัดเด็กช่วยให้เด็กเข้าใจถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตน เรียนรู้ที่จะปลดปล่อยความรู้สึกด้วยวิธีที่เหมาะสมในหลายทางเลือก เข้าใจกระบวนการก้าวผ่านความรู้สึกกลัวและอาการหลีกหนีและสามารถทนกับเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าได้ การบำบัดพ่อแม่ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจพฤติกรรมของเด็ก จัดการกับพฤติกรรมเด็กได้อย่างสร้างสรรค์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลของพ่อแม่ และการบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้พ่อแม่สนับสนุนการปรับตัวของเด็ก ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ผู้บำบัดควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดแบบ CBT และ TF-CBT และมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ และเผยแพร่เพื่อนำไปใช้ในวงกว้าง

คำสำคัญ: เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ / การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ / อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ / แนวปฏิบัติการพยาบาล

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS OF CHILDREN WITH SEXUAL ABUSE

ARUNYA CHUMNANUKSORN 4836936 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ACHARAPORN

SEEHERUNWONG, D.N.S., ATITTAYA PORNCHAIKATE AU-YEONG, Ph.D.
(Nursing)

ABSTRACT

The Clinical Nursing Practice Guidelines for Reducing Posttraumatic Stress Symptoms of Children with Sexual Abuse was developed by following the evidence-based nursing practice suggested by Polit & Beck (2008). In the clinical practice, it was found that the number of children with sexual abuse had increased, yet good or standardized care was not established. The review of the body of knowledge found that the most effective way to reduce PTSD symptoms in children with sexual abuse was the Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). Thus assembling and evaluating the evidence: 8 studies on Randomized Controlled Trials were selected, analyzed, synthesized and three forms of therapeutic methods were used: individual therapy for children, individual therapy for parents and individual therapy for children with parents joining. The therapy for children helped the child to understand his or her symptoms that often occurred in children with sexual abuse. The children learned to express emotions by positive methods, to process fearful cognitions, and develop ways to avoid fear-stimulating factors. The individual therapy for parents focused on helping the parents to reduce their anxiety, increase their skills in handling their children's behavior, and develop skills in positive communication with their children. The individual therapy for children with parents joining in helped the parents to support the children's behavioral change.

Before performing the therapy the therapist must undergo Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and TF-CBT intensive training until the therapist is qualified to perform the therapy correctly. There should also be a pilot study to evaluate the effectiveness of the practice guideline and the results should be published for a wider range of practice or implementation.

KEY WORDS : CHILDREN WITH SEXUAL ABUSE / TRAUMA-FOCUS
COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: TF-CBT /
POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS /
NURSING PRACTICE GUIDELINE

232 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา	1
2. ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยใช้กระบวนการใช้ผลงานวิจัย	6
3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	7
4. ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
1. การทบทวนมโนคติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา	8
1. การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก	8
1.1 ความหมายของการล่วงละเมิดทางเพศ	8
1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก	9
1.3 ปฏิกริยาด้านจิตใจของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ	9
2. กระบวนการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ	11
2.1 ความหมายและรูปแบบอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	11
2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ	12
3. วิธีการบำบัดเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	13
2. กรอบแนวคิดของการศึกษา	21

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ	24
1. การกำหนดรูปแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	24
2. การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามรูปแบบที่กำหนด	27
ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา	27
ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐาน	29
ขั้นตอนที่ 3 ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	48
ขั้นตอนที่ 4 พัฒนานวัตกรรมสู่การปฏิบัติและประเมินผล	49
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	50
สรุปการศึกษา	51
ข้อเสนอแนะ	53
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	55
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	69
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	91
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	116
ภาคผนวก ค ผังการสืบค้น	117
ภาคผนวก ง ตารางสัปดาห์งานวิจัย	121
ประวัติผู้ศึกษา	232

สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

- 1 หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้
 ในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

31



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

- 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

หน้า

23



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา (Background and Significance of Study)

การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) ในเด็กเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ การล่วงละเมิดทางเพศ คือการกระทำผิดทางเพศต่อเด็กในรูปแบบต่างๆ มีทั้งการกระทำต่อเด็กโดยตรง ได้แก่ การลวนลามอวัยวะเพศ การสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด ทวารหนัก และช่องปาก เป็นต้น อีกลักษณะหนึ่งคือการล่วงละเมิดที่ไม่ได้กระทำต่อเด็กโดยตรง แต่มีเจตนาเพื่อสนองความพึงพอใจทางเพศของผู้กระทำ เช่น ให้เด็กดูภาพหรือหนังโป๊ ให้เด็กกระทำการกิจกรรมทางเพศให้ตนดู รวมทั้งเสนอให้เด็กค้าประเวณี โดยที่เด็กไม่ยินยอม ถูกล่อลวงหรือมีวุฒิภาวะไม่เพียงพอที่จะเข้าใจการกระทำนั้น ซึ่งผู้กระทำอาจใช้แรงบังคับร่วมหรือไม่ก็ได้ ส่วนในประเด็นด้านกฎหมายจะมีเงื่อนไขของอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยผู้กระทำมีอายุมากกว่าผู้ถูกกระทำอย่างน้อย 3 ปี แต่บางประเทศใช้มากกว่า 5 ปี (Leserman, 2005; Anita & Joann, 2007) สำหรับประเทศไทย กฎหมายให้ความสำคัญกับอายุของผู้ถูกล่วงละเมิด โดยใช้เป็นเงื่อนไขในการกำหนดบทลงโทษผู้กระทำผิด เช่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 277 วรรคหนึ่งผู้ใดกระทำชำเราเด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปีซึ่งมิใช่ภรรยาหรือสามีของตน โดยเด็กนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สี่ปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่แปดพันบาทถึงสี่หมื่นบาท วรรคสามถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นการกระทำแก่เด็กอายุยังไม่เกินสิบสามปี ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่เจ็ดปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นสี่พันบาทถึงสี่หมื่นบาท หรือจำคุกตลอดชีวิต เป็นต้น แต่ถ้าผู้กระทำผิดอายุไม่เกินสิบแปดปีกระทำต่อเด็กซึ่งมีอายุมากกว่าสิบสามปี แต่ยังไม่เกินสิบห้าปี โดยเด็กนั้นยินยอม และภายหลังศาลอนุญาตให้ทั้งสองฝ่ายสมรสกัน ผู้กระทำผิดไม่ต้องรับโทษ (สมชาย พงษ์พัฒนาศิลป์ และเผ่าพันธุ์ ขอบน้ำตาล, 2551)

ในประเทศไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 เป็นกฎหมายสามัญมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2547 ได้กำหนดคำจำกัดความว่า “เด็ก” หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส และ “การล่วงละเมิดทางเพศ” เป็นส่วนหนึ่ง

ของการกระทำผิดทางเพศต่อเด็ก มีตั้งแต่ การทำอนาจาร การกระทำชำเรา และการข่มขืน ดังรายละเอียดตามประมวลกฎหมายอาญา ว่าด้วยความผิดทางเพศและบทลงโทษ (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

สำหรับอุบัติการณ์การล่วงละเมิดทางเพศในเด็กของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าศึกษาที่ใด นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับทำให้คำจำกัดความของการล่วงละเมิดทางเพศที่ใช้ในการประเมินอีกด้วย จากการรายงานของ National Center on Child Abuse and Neglect ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1996 พบการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กร้อยละ 12 ของรายงานการทารุณกรรมในเด็กทั้งหมด ซึ่งพบปีละประมาณ 1 ล้านราย สำหรับประเทศไทยข้อมูลเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กยังขาดความครอบคลุม เนื่องจากข้อมูลมีจากหลายส่วนที่ต่างเก็บและรวบรวมเฉพาะหน่วย ขาดการเชื่อมโยงและวิเคราะห์ในภาพรวม รวมทั้งคาดว่าอุบัติการณ์ของการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กที่รายงานต่ำกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในสังคม จากข้อมูลสถิติของกองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก ระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2545 พบเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 391 คน จากรายงานการทารุณกรรมของเด็กทั้งหมด 779 คน คิดเป็นร้อยละ 50.2 เป็นเพศหญิง 365 คน คิดเป็นร้อยละ 93.1 เพศชาย 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2548) และข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ใน ปี พ.ศ. 2548 – 2552 (จากเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551- 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2552) พบเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 40 ราย, 32 ราย, 33 ราย, และ 44 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2552 พบเด็กถูกล่วงละเมิดทั้งสิ้น 36 ราย เป็นเพศชาย 8 ราย ที่เหลือทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 3 – 18 ปี อายุที่พบมากที่สุดคือ 12 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.5 ของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้งหมด (ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17, 2552) จะเห็นว่าจำนวนเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การศึกษาจำนวนมากได้รายงานถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ทั้งผลที่เกิดในระยะสั้นและระยะยาว พบว่าเด็กได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพทางจิต ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล กลัว ผันร่าย ซึมเศร้า โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) และผลด้านสังคมหรือพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมแสดงออกทางเพศผิดปกติ มีปัญหาด้านการเรียน หนีออกจากบ้าน ใช้สารเสพติด และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Smith & Kelly, 2001; Ystgard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004; Baxter, 2004; Clements, Speck, Crane, & Faulkner, 2004; Libby, Orton, Novins, Beals, & Spero, 2005) อนึ่งระดับความรุนแรงของผลกระทบของการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กแต่ละคนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ช่วง

อายุพบว่าเด็กถูกล่วงละเมิดในวัยเด็กเล็กมีผลกระทบมากกว่าเด็กโต ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวไม่ดีจะมีผลกระทบทางจิตใจมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ดี ระยะเวลาของการถูกล่วงละเมิดพบว่า ช่วงระยะเวลาของการถูกล่วงละเมิดที่ยาวนานมีผลกระทบทางลบต่อเด็กมากกว่าในระยะสั้น การใช้ความรุนแรงหรือใช้กำลังบังคับในการล่วงละเมิด ส่งผลกระทบรุนแรงกว่าไม่ใช้ความรุนแรง ลักษณะของการล่วงละเมิดพบว่าถูกล่วงละเมิดโดยการสอดใส่มีผลกระทบมากกว่าชนิดอื่น ด้านความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ล่วงละเมิดพบว่าถ้าผู้ล่วงละเมิดเป็นบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะบิดาจะส่งผลกระทบรุนแรงมากกว่าผู้ล่วงละเมิดอื่นๆ และลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการเปิดเผยความลับของการล่วงละเมิดพบว่ากรณีที่พ่อแม่มีท่าทีไม่ตอบสนองหรือช่วยเหลือมีผลกระทบต่อจิตใจของเด็กมากกว่าการมีพ่อแม่เข้ามาช่วยเหลือ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ, 2547; Gladstone et al., 2004; Kanita, Michael, Ainsley, John, & Maria, 2006)

ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กมีหลายประการ ซึ่งอาจแบ่งเป็นปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ อายุ พบว่าวัยเด็กเล็กมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากอยู่ในวัยที่ต้องพึ่งพา เพศหญิงพบความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย ประวัติโรคทางจิตเวช เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญญาอ่อน หรือมีความพิการแต่กำเนิด ปัจจัยด้านพ่อแม่ ได้แก่ มีปัญหาบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ติดการพนัน ดื่มเหล้าหรือสารเสพติด หรือมีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กมาก่อน ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับลักษณะของครอบครัวที่แยกตัวออกจากสังคม เด็กขาดพ่อหรือแม่ที่สามารถให้การปกป้อง และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การนิยมมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก การให้อำนาจและความสำคัญกับเพศชาย เป็นต้น (ราชณี ฉล่องเกื้อกูล, สดใส กุ่มทรัพย์, จินตนา เกลี้ยงประดิษฐ์, จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2546; Howe, 2005) ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กตกเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มขึ้น

ปฏิกริยาด้านจิตใจของเด็กต่อประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าเด็กแต่ละคนมีปฏิกริยาด้านจิตใจต่อประสบการณ์การล่วงละเมิดแตกต่างกัน เด็กบางคนมีปฏิกริยาเพียงเล็กน้อยและประสบความสำเร็จไม่มากโดยเฉพาะเด็กที่มีพื้นฐานด้านจิตใจดี เมื่อเวลาผ่านไปก็สามารถปรับตัวได้ แต่สำหรับเด็กบางคนกลับมีปฏิกริยาที่รุนแรง ประสบความสำเร็จยากทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม และถ้าเด็กกลุ่มนี้ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน ก็จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจระยะยาว อาจเกิด PTSD ซึ่งเป็นปฏิกริยาด้านจิตใจระดับรุนแรง และก่อให้เกิดความเสียหายต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของเด็ก (Howe, 2005)

ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ในกลุ่มเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัย

เด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิด PTSD symptoms และคงอยู่ถึงวัยผู้ใหญ่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004) สำหรับตัวทำนายการเกิด PTSD symptoms ในกลุ่มเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีรายงานวิจัยว่าความรุนแรงของการล่วงละเมิด เช่น การล่วงละเมิดที่กระทำต่อเด็กโดยตรงโดยเฉพาะการข่มขืน การพยายามข่มขืน หรือการล่วงละเมิดทางเพศที่ใช้กำลังบังคับ มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิด PTSD symptoms เพิ่มขึ้น ส่วนอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศมักปรากฏให้เห็นในลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การหวนระลึกถึงเหตุการณ์ล่วงละเมิดทางเพศที่ได้เผชิญ (re-experience) มีความคิด ความจำ หรือภาพเหตุการณ์การล่วงละเมิดทางเพศที่เคยประสบมาอย่างแรง ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการฝันร้ายบ่อยๆ หรือรู้สึกราวกับว่าเหตุการณ์กำลังเกิดขึ้นอีกครั้ง การหวนระลึกถึงเหตุการณ์จะกระตุ้นให้เด็กเกิดความทุกข์ใจอย่างรุนแรง และก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านร่างกายตามมา อีกลักษณะคือการพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การล่วงละเมิดทางเพศ (avoidance) ไม่ว่าจะเป็นความคิด ความรู้สึก หรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์การล่วงละเมิด หลีกหนีการทำกิจกรรมสถานที่ หรือบุคคลที่จะทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น หรือในทางตรงกันข้ามอาจครุ่นคิดอย่างมากเกี่ยวกับคำถามต่างๆ ที่จะป้องกันไม่ให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นอีก และอาการสุดท้ายคืออาการตื่นกลัวหรือตื่นตระหนกอย่างมาก (hyperarousal) ได้แก่ มีความระแวงระวังตัวมาก ตื่นตกใจง่าย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย เด็กที่ประสบกับอาการ PTSD มักบรรยายถึงลักษณะอารมณ์ว่ารู้สึก ไร้ความสามารถ รู้สึกแปลกแยกจากคนอื่นๆ เด็กจะทิ้งกิจกรรมที่เคยสนใจและลืมบางส่วนของเหตุการณ์นั้น นอกจากนี้ยังอาจพบอาการอื่นๆ ร่วมกับอาการ PTSD ได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล รู้สึกกลัว ซึ่งอาการรวมดังกล่าวยิ่งทำให้เด็กเกิดความทุกข์ทรมานใจและลดความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของเด็ก (Brent et al., 2002; Nelson et al., 2002) ดังนั้นเด็กที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศที่รุนแรงทุกราย ควรได้รับการประเมินอาการ PTSD ร่วมด้วยเสมอ

เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและมีอาการ PTSD พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่และสารเคมีในสมอง มีการเพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก (sympathetic system) และลิมบิก (limbic system) กระบวนการส่งข้อมูลในสมองถูกตัดขาดทำให้สมองทำงานขัดข้อง (ปรีชวัน จันทรศิริ, 2550) ด้านการทำงานของจิตใจในรูปแบบของการรู้คิด (cognitive model) และการเรียนรู้ (learning model) พบว่ามีอาการหลงลืมบางช่วงของเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิดในชั้นจิตใต้สำนึก ซึ่งเป็นการปกป้องของจิตใจ ทำให้การตระหนักรู้เปลี่ยนแปลง เกิดการข้ามกระโดดของความทรงจำ เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวจะบดบังความรู้สึกกลัว ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานใจ ในขณะที่เดียวกันก็ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการเครียด

ภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญชนิดเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ปรีชวัน จันทศิริ, 2550; Wickham, & West, 2002)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการบำบัดอาการ PTSD พบว่ามีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การให้จิตศึกษารายบุคคลและกลุ่ม การบำบัดรายบุคคลแบบประทับประคอง การบำบัดรายบุคคลแบบจิตวิเคราะห์ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล และการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy: TF-CBT) สำหรับ TF-CBT พบรายงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิภาพของ TF-CBT ต่อการลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen & Mannarino, 1996, 1997; Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger, Lippmann, & Steer, 1996, 1999; Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006; King et al., 2000)

หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ให้การดูแลด้านจิตใจเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ส่งตัวมาจากหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล ในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2552 จำนวน 185 คน การดูแลประกอบด้วย การประเมินด้านจิตใจด้วยแบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต การพูดคุยกับเด็กและพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นกับการล่วงละเมิด ให้การปรึกษาแบบประทับประคองรายบุคคล การติดตามเยี่ยมบ้านหรือทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตามการให้บริการยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน วิธีการและทักษะที่ใช้ในการให้บริการปรับตามความเหมาะสมกับเด็กและความถนัดของผู้ให้บริการ การประเมินผลพบว่าเด็กมีอาการดีขึ้นระดับหนึ่งหลังได้รับการในช่วงแรก ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แต่มีเด็กอีกจำนวนหนึ่งกลับเข้ามารักษาด้วยอาการทางกายที่หาสาเหตุไม่พบ ในที่นี้พบว่า 1 ราย มาด้วยอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตาย 2 รายมีปัญหาเรื่องการทำร้ายตนเอง และอีก 1 ราย กลับเข้ามารับการรักษาด้วยอาการพฤติกรรมดื้อและทำร้ายตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศรายนี้ พบว่าเด็กมีประสบการณ์การล่วงละเมิดทางเพศในลักษณะรุนแรง คือการข่มขืนร่วมกับใช้กำลังบังคับ ผู้กระทำเป็นบุคคลใกล้ชิดคือญาติผู้พี่ ความถี่ของการล่วงละเมิด 3 ครั้ง และช่วงเวลาของการขาดการช่วยเหลือเพราะข้อมูลถูกปกปิดเนื่องจากการถูกข่มขู่ มีระยะเวลานานประมาณ 3 - 4 เดือนหลังการถูกล่วงละเมิดทางเพศในครั้งแรก ซึ่งเมื่อส่งพบจิตแพทย์พบว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น PTSD ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berliner & Elliott (2002) ที่ว่าการล่วงละเมิดทางเพศชนิดรุนแรงและขาดการช่วยเหลือประทับประคองสัมพันธ์กับการเกิดอาการ PTSD

จากปัญหาทางคลินิกที่พบและการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยค้นหาวิธีต่างๆในการจัดการกับอาการ PTSD ที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า TF- CBT เป็นรูปแบบการบำบัดที่ได้ผลในการใช้ลดอาการ PTSD ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา TF-CBT ในการลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและครอบครัวต่อไป

2. ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการใช้ผลงานวิจัย (Main Issues)

จากการดูแลเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดรุนแรงหรือเด็กถูกข่มขืนกระทำชำเรา ตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 เด็กทุกรายจะได้รับการประเมินตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การตรวจและรักษาทางด้านร่างกายจากแพทย์ตามสภาพปัญหาและความเร่งด่วน เมื่ออาการทางด้านร่างกายของเด็กดีขึ้นและปลอดภัย เด็กจะได้รับการส่งต่อมาที่หน่วยงานจิตเวชเพื่อรับการประเมินและช่วยเหลือด้านจิตใจ การประเมินด้านจิตใจครั้งแรกหลังรับการส่งต่อ ประกอบด้วย การประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต การดูแลขณะรับการรักษาหรือติดตามในโรงพยาบาลเป็นลักษณะให้การปรึกษาแบบประคับประคองรายบุคคล โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ใช้ระยะเวลา 3-4 ครั้งๆละ 45-50 นาที จากการประชุมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานร่วมกับคณะทำงานศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 พบว่าเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีอาการที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD อย่างไรก็ตามทางโรงพยาบาลยังขาดการคัดกรองและติดตามประเมินอาการ PTSD ของเด็ก อีกทั้งทางโรงพยาบาลยังไม่มีจิตแพทย์ประจำในการให้การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลผู้ให้การดูแลจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ อันจะส่งผลให้เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้รับการประเมินและรับการบำบัดอาการ PTSD ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยลดความทุกข์ทรมานใจและช่วยให้สามารถปรับตัวจนปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหรือดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose of the Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

4. ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่มารับบริการ
2. เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ และมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลง สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เหมาะสม
3. เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและครอบครัวพึงพอใจต่อการบริการ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

1. การทบทวนโนมิตีที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา (Review of Existing Literature to Issues of Concern)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก
 - 1.1 ความหมายของการล่วงละเมิดทางเพศ
 - 1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก
 - 1.3 ปฏิกริยาด้านจิตใจของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ
2. กระบวนการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ
 - 2.1 ความหมายและรูปแบบของโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ
3. วิธีการบำบัด เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

1. การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก

1.1 ความหมายของการล่วงละเมิดทางเพศ

การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) หมายถึง การกระทำความผิดทางเพศในรูปแบบต่างๆ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การล่วงละเมิดชนิดไม่ได้กระทำต่อเด็กโดยตรง ได้แก่ การพูดจาไม่เหมาะสมเกี่ยวกับเพศ การให้ดูกิจกรรมทางเพศทั้งโดยตรงหรือดูจากภาพและภาพยนตร์ การแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศ เช่นการเสนอให้ค้าประเวณี สำหรับการล่วงละเมิดทางเพศชนิดที่มี

การกระทำต่อเด็กโดยตรง ได้แก่ การสัมผัสถูบลำตัววัยะเพศ การจูบเพื่อกระตุ้นทางเพศ และการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าทางช่องคลอด ปากหรือทวารหนัก ดังนั้นการล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็ก หมายถึงการทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็ก เพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศของผู้ที่มีอายุมากกว่า บางประเทศให้ความแตกต่างของอายุมากกว่า 3 ปี แต่บางประเทศมากกว่า 5 ปี ซึ่งผู้กระทำอาจเป็นเด็ก หรือผู้ใหญ่ก็ได้ ลักษณะการกระทำต่อเด็กอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือการล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็กโดยใช้กำลังบังคับ ลักษณะนี้ผู้กระทำมักกระทำจำนวนน้อยครั้ง เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 5 - 12 ปี และอาจพบได้ในเด็กเล็ก เด็กที่ถูกล่วงละเมิดโดยใช้กำลังบังคับอาจมีอาการบาดเจ็บทางกายที่รุนแรง และได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก การล่วงละเมิดอีกลักษณะหนึ่ง คือการไม่ใช้กำลังบังคับ แต่มักใช้การหลอกล่อชักชวนโดยให้สิ่งตอบแทนในลักษณะที่เป็นรางวัล ซึ่งในกรณีนี้ผู้กระทำมักล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็กเป็นระยะเวลานาน เด็กมักถูกกระทำจากบุคคลที่เด็กรู้จักคุ้นเคย ซึ่งกรณีที่พบมากที่สุดคือพ่อหรือพ่อเลี้ยงกับลูกสาว (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ, 2544, 2547; วนิดา เปาอินทร์, 2549; Howe, 2005)

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงในเด็กที่ทำให้มีโอกาสถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ ด้านตัวเด็ก เช่น อายุเด็กที่มีอายุน้อย ตัวอย่างเช่น เด็กก่อนวัยเรียนที่ยังไม่สามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจชัดเจนมีโอกาสถูกล่วงละเมิดได้ง่ายและบ่อยกว่าเด็กโต พัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือมีความบกพร่องด้านสติปัญญามีโอกาสเสี่ยงกว่าเด็กที่มีพัฒนาการปกติ ด้านครอบครัว เช่น ประวัติของพ่อหรือแม่เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กมาก่อน เด็กอยู่ลำพังกับพ่อโดยไม่มีแม่หรือผู้ปกครองอื่นคอยคุ้มครอง และลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวที่แยกออกจากสังคม (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ, 2544; 2547)

1.3 ปฏิกริยาด้านจิตใจของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปฏิกริยาด้านจิตใจต่อการล่วงละเมิดในเด็กแต่ละคนจะมีความรุนแรงและมีรูปแบบแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายชนิด เช่น ระดับความรุนแรง จำนวนครั้งและช่วงระยะเวลาของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ระดับความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้กระทำ รวมทั้งจุดเด่นจุดด้อยซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของเด็ก (รัชนี นิลทองเกื้อกูล และคณะ, 2546; ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ, 2547) ปฏิกริยาด้านจิตใจต่อการล่วงละเมิดทางเพศ แบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 2 กลุ่มคือ

1.3.1 ปฏิกริยาตอบสนองในระดับปกติ (normal reaction) เมื่อเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศจะมีปฏิกริยาตอบสนอง ซึ่งลักษณะการตอบสนองอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรม เช่น หวาดกลัว วิดกกังวล นอนหลับยาก ฝันร้าย เป็นต้น แต่ปฏิกริยาตอบสนองในระดับ

ปกติเด็กจะมีอาการไม่รุนแรง เป็นเพียงชั่วคราว และไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก เด็กยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน สามารถเล่น และทำกิจกรรมได้อย่างปกติ และมีความสุขในชีวิตประจำวันได้พอสมควร โดยอาการดังกล่าวข้างต้นจะค่อยๆลดลงตามลำดับ เมื่อเวลาผ่านไปเป็นวันหรือสัปดาห์ อาการมักดีขึ้นและหายไปภายใน 1 เดือน ภายหลังการได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง (รัชนี นलगเกื้อกุล และคณะ, 2546; วนิดา เปาอินทร์, 2549; Howe, 2005)

1.3.2 ปฏิกริยาตอบสนองในระดับรุนแรง (severe reaction) เด็กจะมีปฏิกริยาทางอารมณ์หรือพฤติกรรม หรือทั้งสองอย่างในระดับที่รุนแรงและเป็นอยู่นาน จนถึงเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ ซึ่งต้องการบำบัดโดยบุคลากรทางการแพทย์ในการทำจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ และอาจต้องใช้ยาร่วมรักษาด้วย ความรุนแรงที่จัดว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวชนั้น อาการต่างๆ จะแสดงออกมาทุกวันหรือเกือบตลอดเวลา จนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของเด็ก โรคทางจิตเวชที่อาจพบได้ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ ความผิดปกติของการปรับตัว (adjustment disorder) คืออาการที่เด็กมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียดที่มีสาเหตุชัดเจน ในที่นี้สาเหตุคือการถูกล่วงละเมิดทางเพศจนทำให้เกิดความบกพร่องทางสังคม การใช้ชีวิตประจำวันหรือการเรียน อาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดจากพยาธิสภาพทางจิตใจ (somatoform disorder) ซึ่ง Leserman (2005) ได้ทำการศึกษาทางคลินิก พบอาการที่สัมพันธ์กับการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ(headache) อาการของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal) และอาการตื่นตระหนก (panic-related symptoms) โดยที่อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพทางกายและโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ซึ่งมักพบในเด็กหญิง โดยเฉพาะรายที่พ่อแม่ไม่ให้การช่วยเหลือประคับประคองหรือพ่อแม่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เด็กจะมีอารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อ หดหู่ใจตลอดวัน เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นต้น (รัชนี นलगเกื้อกุล และคณะ, 2546; วนิดา เปาอินทร์, 2549; Howe, 2005)

ปฏิกริยาด้านจิตใจ (psychological reaction) ของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ (รัชนี นलगเกื้อกุล และคณะ, 2546)

- ระยะเริ่มแรก (immediate effect) อาการต่างๆเกิดขึ้นภายหลังการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และคงอยู่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน เด็กจะมีอาการวิตกกังวล หวาดกลัว ตื่นตระหนก โดยเฉพาะกรณีที่มีการข่มขู่หรือใช้กำลังบังคับร่วมด้วย เด็กอาจมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ ฝันร้าย เกิดอาการเครียดอย่างรุนแรง (Acute Stress Disorder: ASD) ส่วนใหญ่ถ้าเด็กมีพื้นฐานด้านจิตใจที่ดีและได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง เด็กจะสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาและปรับตัวได้เมื่อระยะเวลาผ่านไป และปฏิกริยาในระดับนี้ถือว่าเป็นปฏิกริยาปกติด้านจิตใจที่พบได้กับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศทั่วไป

- ระยะยาว (long term effect) สำหรับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดซ้ำๆ หรือถูกล่วงละเมิดชนิดรุนแรง และขาดการได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง จะเกิดผลกระทบทางจิตใจระยะยาวและรุนแรง อาการต่างๆที่เกิดขึ้นมักเป็นมากกว่า 1 เดือน และมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของเด็ก ได้แก่ การสูญเสียความไว้วางใจ รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ เกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) หรือมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นต้น

ในด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ แบ่งเป็น พฤติกรรมทั่วไป และพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมทั่วไป เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัว ขาดเหตุผล พฤติกรรมถดถอย มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ ฝันร้าย เป็นต้น ด้านพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ พฤติกรรมที่มีการแสดงออกทางเพศมากกว่าปกติ มีความสนใจเรื่องเพศมากกว่าเด็กในวัยเดียวกัน เช่น ชอบเล่นอวัยวะเพศตนเอง ชอบจับอวัยวะเพศของคนอื่น เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวต้องแยกออกจากพัฒนาการที่เป็นไปตามวัยของเด็ก (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ, 2547; วนิดา เปาอินทร์, 2549; Bisson & Andrew, 2007)

2. กระบวนการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2.1 ความหมายและรูปแบบของโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

คำจำกัดความของโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ของ American Psychiatric Association (2000) กล่าวว่า บุคคลนั้นต้องเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของคนอื่น หรือเกือบสูญเสียชีวิตของตนเอง หรือได้รับการบาดเจ็บอย่างรุนแรง บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ด้วยความรู้สึกกลัวอย่างรุนแรง หรือรู้สึกไม่สามารถช่วยตนเองได้ รู้สึกสิ้นหวัง และเมื่อเหตุการณ์ผ่านพ้นไป มีความรู้สึกรู้สึกเหมือนว่าตนเองแปลกแยก และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป จำเหตุการณ์ที่สำคัญในขณะเกิดเหตุสะเทือนขวัญไม่ได้ ซึ่งอาการหลักของโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คืออาการที่รู้สึกว่าการุณณ์สะเทือนขวัญกลับเกิดขึ้นมาอีก (re-experiencing) เกือบทุกวัน ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น คิดถึงเหตุการณ์ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำๆ หรือรู้สึกราวกับว่าเหตุการณ์ล่วงละเมิดผ่านแวบเข้ามา (flash back) เกิดความทุกข์ทรมานใจ เมื่อเผชิญกับสิ่งเตือนความจำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นอีก เด็กจึงพยายามหลีกเลี่ยง (avoidance) สิ่งเร้าที่มากระตุ้นเตือนเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิด เด็กมีอาการตื่นตระหนกมากกว่าปกติ (hyperarousal) นอนหลับยาก หรือไม่นอน สมาธิลดลง หงุดหงิด ขุนเขี้ยวขย โดยอาการดังกล่าวข้างต้น ไปขัดขวางความสามารถ

ในการทำหน้าที่สำคัญของเด็ก เช่น กิจกรรมประจำวัน การเรียน และสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยมีอาการนานกว่า 1 เดือน และทำให้เกิดความทุกข์ใจอย่างมาก การแบ่งกลุ่มของโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ตามระยะเวลาของการปรากฏอาการ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ ระยะเฉียบพลัน (acute) มีระยะเวลาของอาการนานมากกว่า 1 เดือนแต่ไม่เกิน 3 เดือน ระยะเรื้อรัง (chronic) คือมีอาการเป็นอยู่นานกว่า 3 เดือน และระยะอาการปรากฏให้เห็นช้ามาก (delayed onset) คืออาการปรากฏเมื่อเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศผ่านไปแล้วมากกว่า 6 เดือน (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบรายงานวิจัยถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย (biological factor) ด้านจิตใจ (psychological factor) และปัจจัยด้านสังคม (social factor) มีรายละเอียดดังนี้ คือ ด้านร่างกาย พบว่าช่วงอายุขณะถูกล่วงละเมิดทางเพศครั้งแรกของเด็ก เช่น การถูกล่วงละเมิดตั้งแต่วัยเด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มากกว่าวัยอื่นๆ (Draper, 2007) ประสิทธิภาพการถูกล่วงละเมิดทางเพศในอดีตพบว่าเด็กที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดซ้ำๆ มีโอกาสเกิดอาการ PTSD ได้มาก (ปริชวัน จันทรศิริ, 2550; Beth et al., 2001) ลักษณะความรุนแรงของการถูกล่วงละเมิดพบว่าการถูกข่มขืน (rape) หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ใช้กำลังบังคับ (sexual assault) มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่าการถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดอื่นๆ (Cybuska & Foster, 2005; Howe, 2005; Ullman et al., 2007) ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช พบว่าเด็กที่มีประวัติเป็นโรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (separate anxiety disorder) และมีบุคลิกภาพแปรปรวน (borderline personality disorder) มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคทางจิตเวชร่วม ด้านจิตใจพบว่าเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีพื้นฐานจิตใจไม่เข้มแข็งและขาดทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills) มีโอกาสเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่ากลุ่มที่มีพื้นฐานจิตใจเข้มแข็งและมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (resilience) (Wickham & West, 2002) และด้านสังคมพบว่าเด็กที่ถูกล่วงละเมิดที่ขาดการช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัว และสังคมมีโอกาสดังกล่าวเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้มากกว่าเด็กที่ได้รับการประคับประคอง (Ullman et al., 2007) ดังนั้นการที่พยาบาลผู้ดูแลเข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ

เกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จะช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลสามารถประเมิน และให้การช่วยเหลือเด็กได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3. วิธีการบำบัดเพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มักไม่สามารถสื่อสารสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ แต่เด็กจะตอบสนองสิ่งรอบตัวราวกับว่าตนกำลังอยู่ในสภาวะที่ถูกคุกคาม ทำให้ร่างกายกระตุ้นระบบซิมพาเทติก (sympathetic system) เพื่อความอยู่รอดและอยู่ในสภาวะกระตุ้นเร้าเกินปกติ (hyperarousal) และปิดกั้นตนเองจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ระลึกถึงเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ ที่จะจัดการปัญหา แม้ในสภาพความเป็นจริงจะอยู่อย่างปลอดภัยแล้วก็ตาม ดังนั้นการช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายให้เด็กเรียนรู้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ภายใต้อาณัติที่เด็กรู้สึกมั่นคงปลอดภัย วิธีการบำบัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศมีหลายวิธี ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การบำบัดทางจิต เช่น การบำบัดแบบประคับประคอง (Non-Directive Supportive Therapy: NST) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Therapy) และการบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิต มีรายงานวิจัยที่น่าเชื่อถือจำนวนมากสนับสนุนว่า TF-CBT สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้นเมื่อเทียบกับการบำบัดชนิดอื่น การบำบัด TF-CBT ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ว่าตนเองคิดอะไร รู้สึกอย่างไร และสามารถบอกความรู้สึกด้วยคำพูดหรือหาสัญลักษณ์ในการแสดงความรู้สึก เช่น วาดรูป เขียน เล่าเรื่องราว หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนได้ เป็นต้น นอกจากนี้ เด็กต้องเรียนรู้และเข้าใจถึงความผ่อนคลายและสามารถควบคุมตนเองให้ผ่อนคลายได้ เด็กได้รับการส่งเสริมให้เข้าไปเผชิญกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศในอดีต และเรียนรู้ที่จะจัดการกับความคิด ความรู้สึก และควบคุมปฏิกิริยาของร่างกายด้วยทักษะใหม่ที่ได้เรียนรู้ การเข้าไปเผชิญกับประสบการณ์และเรียนรู้ใหม่อย่างค่อยเป็นค่อยไป จะช่วยให้เด็กสามารถถอนตัวเองออกจากประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศในอดีตได้ สำหรับผู้ที่มีความสำคัญในการสร้างความรู้สึกรับประกันและปลอดภัยให้กับเด็ก ได้แก่ ผู้บำบัด พ่อแม่ หรือผู้ดูแลหลัก ซึ่งพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักจะได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักต้อง

เผชิญกับการแสดงออกของเด็ก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัว ขาดเหตุผล เป็นต้น ทำให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักค้ำข้องใจและมีแนวโน้มที่จะตอบสนองในลักษณะขัดขวางการพัฒนาของเด็ก ความเข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างสร้างสรรค์จะช่วยให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักสามารถให้การช่วยเหลือ สนับสนุนเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพในอีกทางหนึ่ง

ในกรณีที่เด็กมีอาการ PTSD เป็นบางส่วนและมีอาการไม่รุนแรง อาจใช้การบำบัดแบบประคับประคองโดยยึดเด็กและพ่อแม่เป็นศูนย์กลาง (Child-Centered Therapy: CCT) วิทยุบุคคลและการบำบัดเป็นไปตามคู่มือของ Cohen & Mannarino (1996) .ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดประมาณ 90 นาที แบ่งเป็น บำบัดเด็ก 45 นาที บำบัดพ่อแม่ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ การบำบัดรูปแบบนี้ เน้นความสำคัญของความไว้วางใจในสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ (therapeutic relationship) ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ การรักษาสิทธิของตนเองของเด็กและพ่อแม่ (self-affirming) การให้อำนาจ (empowering) และการใช้ความมีเหตุผล (validating) โดยผู้บำบัดฟังอย่างตั้งใจ (active listening) สะท้อน (reflection) แสดงความเข้าใจ (accurate empathy) สนับสนุนให้เด็กและพ่อแม่พูดเกี่ยวกับความรู้สึกที่รบกวนจิตใจ (talk about feeling) ให้เด็กและพ่อแม่คิดกลยุทธ์ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้ ใช้อย่างกว้างขวางใน rape crisis center และ community setting (Cohen et al., 2004) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเชิงทดลองหลายเรื่องสนับสนุนว่า การบำบัดแบบ TF-CBT สามารถลดอาการ PTSD ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้ดีกว่าและคงประสิทธิผลการบำบัดได้นานกว่าการบำบัดแบบ CCT หรือ NST เมื่อใช้ระยะเวลาในการบำบัดเท่ากัน คือ 12 สัปดาห์ (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 2006; King et al., 2000; Level II)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) เดิมออกแบบสำหรับบำบัดผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Deblinger & Heflin, 1996) ต่อมาผู้พัฒนาเพื่อนำไปใช้บำบัดแผลทางใจจากสาเหตุอื่นๆ ในเด็ก โดยมีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงที่การบำบัดอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากบาดแผลทางใจ เช่น อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึมเศร้า วิตกกังวล ละอายและรู้สึกผิดโทษตนเอง นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก ที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ การบำบัดช่วยให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักสามารถจัดการกับความเครียดของตนเอง อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดของเด็ก เพิ่มการปฏิบัติหน้าที่พ่อแม่และส่งเสริมพ่อแม่ในการช่วยเหลือสนับสนุนพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ TF-CBT จึงเป็นรูปแบบการบำบัดที่ผสมผสานระหว่าง การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) และครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ซึ่งให้

ความสำคัญกับความถูกต้องแม่นยำตามทฤษฎีหรือรูปแบบในการบำบัด ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญยืดหยุ่นกับผู้บำบัดที่จะประยุกต์รูปแบบให้เหมาะสมกับเด็ก ครอบครัวและสถานที่

องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดแบบ TF-CBT ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ คือ ชุดบำบัดเด็กรายบุคคลประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด และชุดบำบัดพ่อแม่/ ผู้ดูแลรายบุคคล ที่ทำควบคู่กับการบำบัดเด็กอีก 3 ชุดการบำบัด (Deblinger, Lippmann, & Steer, 1996)

การบำบัดเด็กรายบุคคล

ชุดการบำบัดที่ 1 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการให้ดูตัวแบบ (Modeling/coping skills training) มุ่งไปที่การเสริมสร้างให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย, ทักษะการปลดปล่อยอารมณ์, ทักษะการจัดการความคิด โดยผู้บำบัดอธิบาย แสดงเป็นแบบอย่าง และแนะแนวทางการปฏิบัติให้เด็กฝึกทักษะในช่วงเวลาของการบำบัด

ชุดการบำบัดที่ 2 การเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัวและการปรับกระบวนการทางความคิด (Gradual exposure and processing) เน้นการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละราย วิธีที่ใช้ ได้แก่ การจินตนาการเชิงบวก (positive imagery) การวาดภาพ การแสดงบทบาทสมมติ การเขียนเรื่องการอภิปรายร่วมกัน และสนับสนุนให้เด็กใช้ทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ฝึกในช่วงต้นมาใช้ในการจัดการกับความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้นขณะฝึก

ชุดการบำบัดที่ 3 การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Education/prevention skills training) เน้นการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ โดยให้ความรู้ในประเด็นสิทธิร่างกายตนเอง การแยกลักษณะของการสัมผัสที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้เด็กสามารถปกป้องตนเองและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดพ่อแม่/ ผู้ดูแลรายบุคคล

ชุดการบำบัดที่ 1 การให้การศึกษาและการเผชิญปัญหา (education และ coping) มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่

ชุดการบำบัดที่ 2 การสื่อสาร การทำตัวเป็นแบบอย่าง และการเผชิญกับสถานการณ์ (Communication, modeling และ gradual exposure) เน้นให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของคนที่มีความสัมพันธ์กับเด็ก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม และให้พ่อแม่เป็นแม่แบบในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้กับเด็ก รวมทั้งให้พ่อแม่ช่วยสนับสนุนให้เด็กเผชิญความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้นตอนนอกชั่วโมงการบำบัด

ชุดการบำบัดที่ 3 ทักษะการจัดการพฤติกรรม (Behavior management skills) เน้นการฝึกสอนให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักการของพฤติกรรม (behavioral principles) ที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ TF-CBT ยังให้ความสำคัญกับการให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก ใช้ระยะเวลา 3 - 4 sessions ท้ายๆของโปรแกรม เด็กต้องผ่านขั้นตอนการบำบัดต่างๆจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว ในช่วงของการบำบัดเด็กที่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็กเพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนปัญหา ใช้การสื่อสารแบบสบายๆและเหมาะสมกับเนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้เด็กและพ่อแม่พูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับบาดแผลทางใจอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดของเด็กด้วยกัน โดยไม่หลีกเลี่ยงการพูดถึงการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว พ่อแม่ให้การเสริมแรงทางสังคมและเสริมแรงโดยใช้สิ่งของเมื่อเด็กมีพฤติกรรมการแก้ปัญหาทางบวก

กล่าวโดยสรุป TF-CBT มุ่งบำบัดอาการ PTSD รวมทั้งอาการด้านอารมณ์และปัญหาพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ช่วยให้เด็กเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับคนที่สามารถพบได้ทั่วไปในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีทักษะในการจัดการกับความคิด ความรู้สึกและความจำที่ก่อให้เกิดความทุกข์จากประสบการณ์การถูกล่วงละเมิด สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ฝึกสอนทักษะต่างๆและเป็นต้นแบบ ด้านพ่อแม่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก รวมทั้งส่งเสริมให้พ่อแม่สนับสนุนและเป็นต้นแบบให้แก่เด็กในช่วงการบำบัดและที่บ้าน การบำบัดโดยตรงต่อเด็กโดยผู้บำบัดอย่างเป็นขั้นตอน ตามลำดับขั้น และมีพ่อแม่สนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศลดลง

สรุปการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัด เพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีดังนี้

Cohen & Mannarino (1996; 1997) ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดและความคงทนของการบำบัดแบบ Cognitive Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) กับ Nondirective Supportive Treatment (NST) ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศวัยก่อนเรียน อายุ 3 - 5 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 86 คน แบ่งเข้ากลุ่ม CBT-SAP และ NST ด้วยวิธีสุ่ม เด็กและพ่อแม่ได้รับการบำบัดรายบุคคลตามคู่มือของแต่ละเงื่อนไขการบำบัด (NST ใช้คู่มือของ Cohen & Mannarino, 1996) จำนวน 12 ครั้งๆละ 90 นาที (พ่อแม่ 50 นาที เด็ก 40 นาที) บำบัดห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบ CBT-SAP สามารถลดอาการด้านอารมณ์และ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศวัยก่อนเรียนได้ดีและดีกว่าการบำบัดแบบ NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถคงประสิทธิภาพของการบำบัดได้นาน ในระยะติดตาม 1 ปี

ด้านการศึกษาของ Cohen, Deblinger, & Mannarino (2004) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบ TF-CBT และ Child-Center Therapy (CCT) ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ จากหลายแหล่งพื้นที่ อายุระหว่าง 8 - 14 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 229 คน ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยใช้ The Standard for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children Present and Lifetime Version PTSD Section (K-SADS-PL-PTSD) เด็กรับการสุ่มเข้ากลุ่ม TF-CBT 114 คน และ CCT 115 คน ได้รับการบำบัดรายบุคคล ตามแนวปฏิบัติของ Cohen & Mannarino (1996) ในส่วนของ CCT และ Deblinger & Heflin (1996) ในส่วนของ TF-CBT สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง การบำบัดแบบ CCT เน้นความสำคัญของความไว้วางใจและสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ การยืนยันสิทธิความเป็นเจ้าของร่างกายของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้หลักของเหตุผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พ่อแม่และเด็กได้ใช้กลยุทธ์ในการจัดการปัญหาอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างสร้างสรรค์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ในด้านการบำบัดแบบ TF-CBT ประกอบด้วยการปลดปล่อยความรู้สึก การฝึกทักษะในการจัดการต่างๆ การสังเกตและจดจำความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การเผชิญความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น การผ่านกระบวนการทางความคิดของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การเชื่อมโยงเด็กและพ่อแม่ในการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กและผลกระทบ การฝึกทักษะด้านความปลอดภัย และฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กให้กับพ่อแม่ ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดทั้ง 2 ชนิด สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลการเปรียบเทียบทางคลินิกพบว่า การบำบัดแบบ TF-CBT สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ดีกว่าการบำบัดรายบุคคลแบบ CCT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จุดเด่นของการวิจัยนี้คือ การออกแบบการวิจัยไม่มุ่งเฉพาะการบำบัดรักษา แต่รวมไปถึงการค้นหาอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในระยะเริ่มแรก และมีประสิทธิภาพต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ depression และ behavior symptom outcome นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นประโยชน์ต่อการตอบสนองความคิดและอารมณ์ของเด็ก เช่นเดียวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพ่อแม่อย่างมีประสิทธิภาพ จุดเด่นอีกข้อหนึ่งคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อมาจากหลายแห่งและมีจำนวนมาก ทำให้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ดี ส่วนในด้านข้อจำกัดคือ การขาดกลุ่มควบคุม

Cohen, Mannarino, & Knudsen (2005) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรายบุคคลแบบ TF-CBT กับ Nondirective therapy (NST) ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ อายุระหว่าง 8 - 14 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 82 คน ที่ถูกส่งตัวมาจากแหล่งต่างๆ เช่น child protective service, rape crisis centers เป็นต้น เด็กที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การวิจัยได้รับการประเมินขั้นต้นที่คลินิก ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยใช้ The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) เด็กได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม TF-CBT 41 คน และ NST 41 คน การออกแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนชั่วโมงการบำบัดทั้งหมด 12 ครั้ง ซึ่งการบำบัดทั้ง 2 วิธี จะเป็นไปตามคู่มือ ส่วนประกอบของการบำบัดแบบ TF-CBT ได้แก่ การจัดการกับความรู้สึก การสร้างภูมิคุ้มกันความเครียด การเผชิญกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างเป็นลำดับขั้น การผ่านกระบวนการทางความคิด ความรู้เรื่องเพศศึกษาและความปลอดภัย สำหรับการบำบัดแบบ NST มุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ การเสริมสร้างพลังอำนาจและยึดหลักเหตุผลให้แก่เด็ก รวมทั้งสนับสนุนให้เด็กพูดถึงความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่า เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลงมากกว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ที่การประเมินในระยะติดตาม 1 ปี

ในการศึกษาของ Deblinger, Lippmann, & Steer (1996; 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความคงทนของการบำบัดแบบ Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) ต่ออาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศวัยเรียน อายุระหว่าง 7 - 13 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 100 คน ประเมินอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยใช้ Kaufman's Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children (K-SADS-E) ในส่วน PTSD section ของ Orvaschel และคณะ (1982) สุ่มเข้ากลุ่ม 4 กลุ่ม ได้แก่ standard community care 25 คน child TF-CBT 25 คน non-offending parent TF-CBT 25 คน และ parent and child TF-CBT 25 คน ซึ่งเด็กในกลุ่ม standard community care ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของพื้นที่และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก รูปแบบอาการต่างๆและวิธีการบำบัด สำหรับเด็กในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม จะได้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่ม child TF-CBT และ parent TF-CBT ได้รับการบำบัดรายบุคคลอย่างน้อย 45 นาทีในการบำบัดแต่ละครั้ง โดยใช้กลยุทธ์ของ CBT โปรแกรมบำบัดแต่ละโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ชุดย่อย โปรแกรมบำบัด child TF-CBT ชุดที่ 1 ประกอบด้วย เรื่องของแม่แบบและการฝึกทักษะในการจัดการต่างๆ ใช้ชั่วโมงการบำบัด 2 ครั้ง ชุดที่ 2 ให้ความสำคัญกับการเผชิญกับความรู้สึกกล้วอย่างเป็นลำดับขั้นและการผ่านกระบวนการ

ทางความคิดเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ซึ่งปรับตามความต้องการและความเหมาะสมของเด็กแต่ละคน) ใช้เวลาในการบำบัด 7 ครั้ง ชุดที่ 3 เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้และการฝึกทักษะความปลอดภัย เด็กได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก และทักษะความปลอดภัย ใช้เวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ส่วนโปรแกรมการบำบัด parent TF-CBT ชุดที่ 1 เป็นการให้ความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการ ใช้เวลาบำบัด 2 ครั้ง ชุดที่ 2 ประกอบด้วยทักษะการสื่อสาร การเป็นแม่แบบ และการเผชิญความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น ใช้ระยะเวลา 3 ครั้ง และชุดที่ 3 ทักษะการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 7 ครั้ง พ่อแม่ได้เรียนรู้ถึงหลักพฤติกรรมที่ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น ส่วนด้านการบำบัด child-parent TF-CBT ใช้เวลาในการบำบัด 12 ครั้งๆละ 90 นาที (ในช่วงต้นของชั่วโมงบำบัด พ่อแม่และเด็กจะถูกจัดให้อยู่คนละห้อง ในช่วงระยะเวลา 45 นาที และได้รับการบำบัดตามแนว TF-CBT ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น และในช่วงท้ายของการบำบัดเป็นช่วงที่พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก ใช้เวลา 45 นาที) ผลการวิจัยพบว่า เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT (child-only และ parent and child) มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลงมาก และมากกว่าในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT (community condition และ parent-only) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนกลุ่มบำบัดเฉพาะพ่ออย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่าอาการที่เป็นปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะพฤติกรรมภายนอกเท่านั้น (children's externalizing behaviors) และพบว่าประสิทธิผลการบำบัดแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศยังคงอยู่ในระยะการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 ปี

Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer (2006) ศึกษาติดตามความคงทนของประสิทธิผลการบำบัดแบบ TF-CBT และ Child-Center Therapy (CCT) ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศจากหลายแหล่งพื้นที่ พบว่าการบำบัดแบบ TF-CBT สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ดีกว่าการบำบัดแบบ CCT ในระยะติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 ปี

การศึกษาของ King และคณะ (2000) ทดสอบประสิทธิผลการบำบัดแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งกลุ่มที่พ่อแม่เข้ามีส่วนร่วมและกลุ่มที่ไม่มีพ่อแม่เข้าร่วม อายุระหว่าง 5 – 17 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 36 คน สุ่มเข้ากลุ่ม child TF-CBT 12 คน Family TF-CBT 12 คน และ waiting list control (WLC) 12 คน ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยใช้ Anxiety Disorder Intervention Schedule for DSM-IV ในชุด Child Version (ADIS) ของ Silverman & Albano (1996)

ร่วมด้วยการสัมผัสอาการและนับจำนวนของ re-experiencing, avoidance และ hyperarousal ซึ่งเป็นหมวดหมู่ย่อย (subcategory) ของอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เด็กหรือพ่อแม่ได้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมทั้งหมด 20 ครั้ง การบำบัด child TF-CBT ใช้รูปแบบของ Deblinger & Heflin (1996) มาเป็นแนวทางในการบำบัด สำหรับการบำบัด family TF-CBT ทั้งเด็กและพ่อแม่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดด้วยกัน โดยเด็กจะได้รับการบำบัดตามแนวปฏิบัติที่กล่าวไว้ข้างต้น จำนวน 20 ครั้ง ด้านพ่อแม่จะได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก ทักษะการสื่อสารกับเด็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 50 นาที รวม 20 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า เด็กในกลุ่ม child TF-CBT และ family TF-CBT มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลงมากกว่าเด็กกลุ่ม WLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในระยะสิ้นสุดการบำบัดและระยะติดตาม โดยลดลงที่จำนวนร้อยละของการวินิจฉัยโรคหรืออาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

การศึกษาของ Trowell และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดแบบ individual psychotherapy กับ psycho-educational group therapy ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเรียน เฉพาะเพศหญิง อายุระหว่าง 6 - 14 ปี จำนวน 71 คน สุ่มเข้ากลุ่ม individual therapy 36 คน และ group therapy 35 คน ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยใช้ K-SADS ของ Ovaschel และคณะ (1982) การบำบัดแบบ psychotherapy ใช้เวลา 30 ครั้ง และการบำบัดแบบ psycho-educational group therapy ใช้เวลา 18 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ individual psychotherapy สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้มากกว่าการบำบัดแบบ psycho-educational group therapy ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ความแตกต่างของรูปแบบที่เป็นการบำบัดรายบุคคลกับรายกลุ่ม และช่วงระยะเวลาของการบำบัดที่ไม่เท่ากัน 2 วิธี ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ดังเช่นอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ พบว่าวิธีที่ลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ คือการบำบัดทางจิตรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะการบำบัดตามแนว TF-CBT ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์หลายงานวิจัยยืนยันว่า มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ใช้ระยะเวลาสั้น และมีอัตราการ drop out น้อย เมื่อเทียบกับการบำบัดวิธีอื่นๆ เป้าหมายของการบำบัดในเด็กเพื่อช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การจัดการความคิด ความรู้สึก และสรีระ ด้วยทักษะใหม่ เสริมสร้างความมั่นใจในการควบคุมและจัดการกับปัญหาอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นผลให้เด็กสามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม ส่วนเป้าหมายการบำบัดพ่อแม่ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของเด็กช่วยให้พ่อแม่เกิด

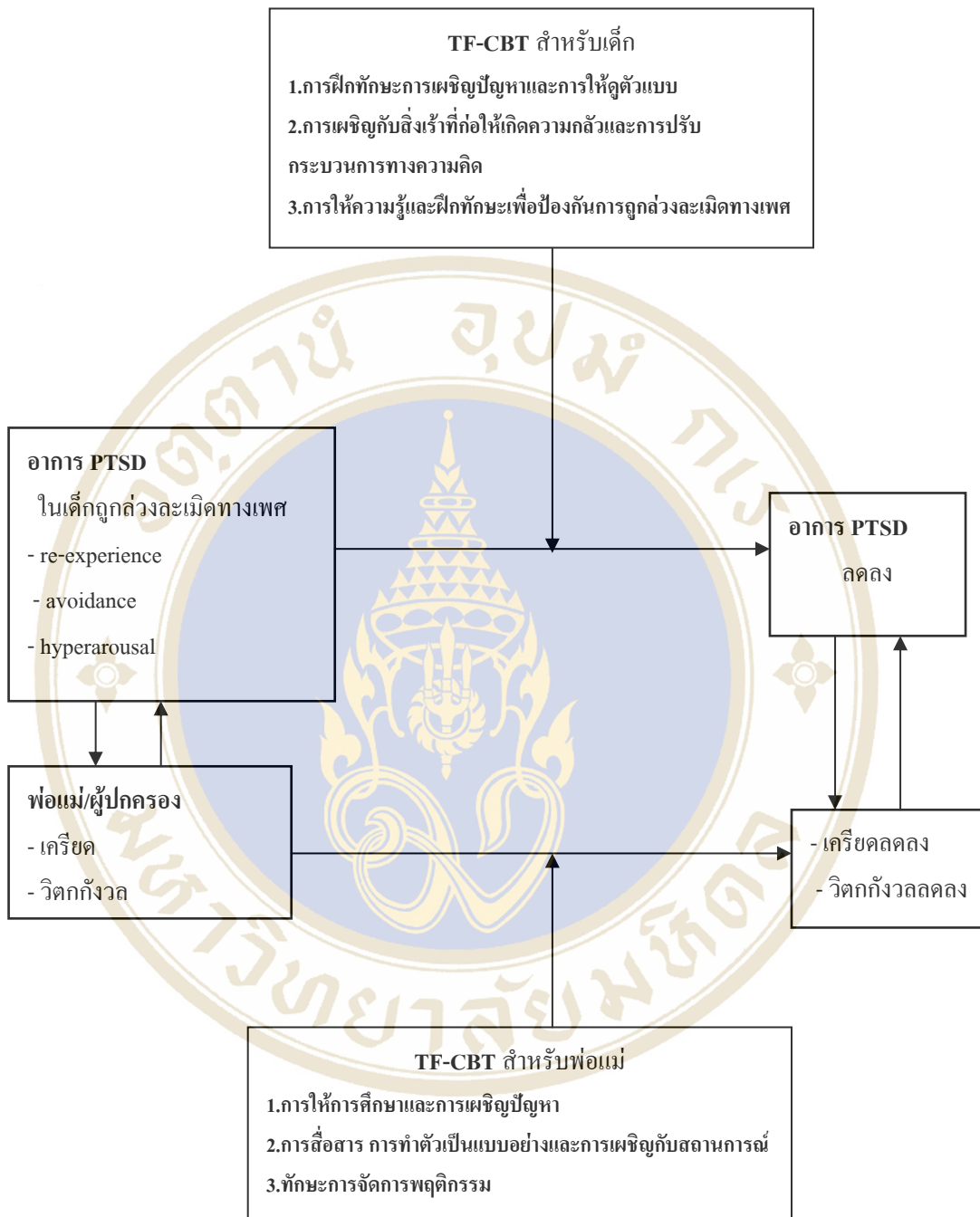
ความเข้าใจพฤติกรรมของเด็กอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สร้างเสริมความสามารถด้านการสื่อสาร และจัดการกับพฤติกรรมของเด็กได้อย่างเหมาะสม

2. กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

การถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง แก่บุคคลที่ถูกกระทำและพ่อแม่พี่น้องซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศในลักษณะรุนแรง หรือถูกล่วงละเมิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยที่เหตุการณ์ถูกปกปิดทำให้เด็กไม่ได้รับการช่วยเหลือ เด็กอาจเกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีอาการหวนระลึกถึงเหตุการณ์ (re-experiencing) การถูกล่วงละเมิดทางเพศเกือบตลอดเวลา ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะตื่นตัวมากผิดปกติ (hyperarousal) และพยายามหลีกเลี่ยง (avoidance) ทุกสิ่งที่กระตุ้นให้คิดถึงเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยทั่วไปเด็กมักแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักมักเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อพฤติกรรมของเด็ก และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อพฤติกรรมของเด็กในรูปแบบที่ไม่สร้างสรรค์ขัดขวางต่อการพัฒนาการทางด้านจิตสังคม ถ้าพ่อแม่ขาดความเข้าใจและขาดความมั่นคงทางอารมณ์ ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของเด็กได้ เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่สามารถเรียนรู้วิธีเผชิญปัญหา (coping skills) ด้วยวิธีใหม่ การปรับตัวของเด็กล้มเหลว ทำให้พ่อแม่มีความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้จะส่งผลกระทบต่อเด็กทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพทางจิต เกิดความทุกข์ทรมานใจและลดความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อันนำอันตรายมาสู่ตนเอง เช่น เก็บตัว ทำร้ายตนเอง หรือใช้สารเสพติด และอาจนำอันตรายสู่ผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเด็กไม่สามารถจัดการกับปัญหา ความคิดและความรู้สึกในด้านลบอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ ในขณะที่พ่อแม่ต้องทุกข์ใจจากพฤติกรรมของเด็ก พ่อแม่ต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางรักษา ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และสูญเสียเวลาทำงาน เนื่องจากเด็กต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการต่างๆ ในลักษณะที่ซับซ้อนและเรื้อรัง หน่วยบริการต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวในภาพรวม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 มีศูนย์พึ่งได้ให้การดูแลด้านจิตสังคมเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ส่งต่อมาจากหน่วยงานต่างๆ ให้การปรึกษาแบบประคับประคองแก่เด็กและพ่อแม่ พบว่าอาการบางส่วนดีขึ้นในระยะแรก ภายหลังสิ้นสุดการดูแลจากโรงพยาบาล และผลจากการติดตามต่อเนื่องพบว่าเด็กมีพฤติกรรมถดถอย อาการไม่ดีขึ้น ซึ่งหน่วยงานไม่มีการประเมินอาการ PTSD แต่จากการสังเกตของผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำหน่วย พบว่าเด็กมีอาการ

คล้ายอาการ PTSD และเมื่อปล่อยทิ้งไว้อาการก็มีความรุนแรงและซับซ้อนขึ้น ผู้ศึกษาจึงเกิดคำถามว่าจะมีวิธีบำบัดใดที่มีประสิทธิภาพ ในการช่วยเหลือเด็กที่ถูกล่วงทางเพศที่มีอาการ PTSD

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการบำบัดทางจิตหลายชนิด เช่น การบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดจิตวิเคราะห์ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และพบว่า การบำบัดแบบ CBT นี้พัฒนามาใช้กับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เรียกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) สามารถลดอาการ PTSD และอาการร่วมอื่นๆ โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen et. al, 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et. al, 1996, 1999, 2006; King et al., 2000) โปรแกรม TF-CBT ประกอบด้วย ชุดการบำบัดเด็ก และชุดการบำบัดพ่อแม่ ชุดการบำบัดเด็กได้แก่ ชุดการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการให้ดูตัวแบบ ช่วยทำให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการปลดปล่อยอารมณ์, ทักษะการจัดการความคิด โดยผู้บำบัดอธิบายและแสดงเป็นแบบอย่าง เด็กเรียนรู้ที่จะปลดปล่อยความรู้สึกด้วยวิธีที่เหมาะสมในหลายทางเลือก ชุดการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัวและการปรับกระบวนการทางความคิด ช่วยให้เด็กก้าวผ่านความรู้สึกกลัวและอาการหลีกหนี โดยสนับสนุนให้เด็กเข้าไปเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้นควบคู่กับการใช้ทักษะการผ่อนคลาย ซึ่งวิธีนี้เป็นการช่วยให้เด็กถอนตนเองออกจากประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศในอดีตและกลับมาอยู่กับตนเองในปัจจุบัน ส่งเสริมให้เด็กรู้จักปรับอารมณ์โดยผ่านกระบวนการทางความคิด และชุดการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ช่วยทำให้เด็กสามารถแยกแยะระหว่างการสัมผัสที่เหมาะสมกับการสัมผัสที่ไม่เหมาะสมและสามารถตอบสนองด้านเพศได้อย่างเหมาะสม ส่วนชุดการบำบัดพ่อแม่ได้แก่ ชุดการให้การศึกษาและการเผชิญปัญหา ช่วยแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่ ชุดการสื่อสาร การทำตัวเป็นแบบอย่าง และการเผชิญกับสถานการณ์ ช่วยให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของคนที่ติดต่อเด็ก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม และชุดทักษะการจัดการพฤติกรรม ช่วยให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักการของพฤติกรรมที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น การบำบัดเด็กและการบำบัดพ่อแม่ต้องทำควบคู่ไปในทิศทางเดียวกัน ตามลำดับขั้น ในที่สุดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของเด็กจะลดลง อันมีผลทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลของพ่อแม่ลดลงเช่นกัน พอสรุปได้ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้การบำบัดแบบ TF-CBT เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การกำหนดรูปแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามรูปแบบที่กำหนด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของ Polit & Beck (2008) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน และในการดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนแรก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การกำหนดรูปแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Selected model for implementation)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2008) เป็นรูปแบบที่มีความชัดเจนและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนของการระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และสิ่งกระตุ้นจากองค์ความรู้ต่างๆ จนถึงขั้นการพัฒนาแนวทางสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ นอกจากนี้ยังเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในองค์กร เนื่องจากมีการระบุปัญหาจากการปฏิบัติงาน จึงช่วยให้คนในองค์กรรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดพลังในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ อันจะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางคลินิก จนกระทั่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้ง่ายขึ้น รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2008) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกประเด็นหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

การเลือกประเด็นหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการการสืบค้นและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อแก้ไข ได้จากสิ่งกระตุ้น 2 ประเภท คือ

1.1 กำหนดปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem focus triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองในการปฏิบัติงาน จากข้อมูลบริหารความเสี่ยงของ

หน่วยงาน ข้อมูลจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพ หรือข้อมูลจากการเทียบเคียงคุณภาพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ข้อมูลทางด้านการเงิน หรือข้อมูลปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในคลินิก

1.2 กำหนดปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนความรู้ (Knowledge focused trigger) เป็นสิ่งที่เกิดจากการทบทวนและประเมินงานวิจัยเบื้องต้น อาจเริ่มจากการทบทวนมาตรฐานแนวปฏิบัติต่างๆ ของหน่วยงาน โดยประเมินว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของหน่วยงานหรือไม่ วรรณกรรมหรืองานวิจัยที่ทบทวนสามารถนำมาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ปัญหในการปฏิบัติได้หรือไม่ สามารถช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิก การระบุภาวะเสี่ยงของผู้รับบริการและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ดังนั้นการเลือกประเด็นหรือกำหนดปัญหาทางคลินิก ต้องมีความสำคัญและคุ้มค่าต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของหน่วยงาน โดยประเมินจากผลกระทบที่มีต่อคนจำนวนมาก ความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน การสนับสนุนของผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

เมื่อกำหนดปัญหาทางคลินิกแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ทั้งงานวิจัยเดี่ยว งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) การสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาควรมีจำนวนมากพอ ทันสมัย และเป็นองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในปัจจุบัน นำงานวิจัยที่รวบรวมไปประเมินคุณภาพ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ประเด็นที่สำคัญเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติทางการแพทย์ และหากพบว่าหลักฐานงานวิจัยมีไม่เพียงพอ อาจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ได้แก่ รายงานกรณีศึกษา ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ทางทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการวิเคราะห์ร่วมด้วย หรืออาจดำเนินการวิจัยในประเด็นปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

การประเมินแนวโน้มของการนำสิ่งที่ได้จากข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติ โดยการนำไปทดลองใช้ เพื่อประเมินความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก คือ การถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และความคุ้มค่า ประโยชน์เมื่อนำไปใช้

3.1 การถ่ายทอดวิธีที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Transferability)

เป็นการเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยพิจารณาความสอดคล้องกับปรัชญาและพันธกิจของหน่วยงาน ความเหมาะสมกับประเภทและลักษณะของผู้รับบริการ ความเหมาะสมของสถานที่และบุคลากร การประเมินผลลัพธ์ และโครงสร้างการบริหารและทรัพยากรของหน่วยงาน

3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility)

หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากร บุคลากร บรรยากาศขององค์กร ความต้องการ และการสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ในการนำข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยไปปฏิบัติในหน่วยงาน โดยคำนึงถึงความเป็นอิสระหรือการมีเอกสิทธิ์ของพยาบาลในการที่จะริเริ่มหรือควบคุมวิธีปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ ประเมินว่าวิธีปฏิบัติที่จะนำไปใช้รบกวนการทำงานหรือเพิ่มงานของบุคลากรอื่นหรือไม่ ผู้บริหารสนับสนุนการนำวิธีปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงานอย่างไร ประเมินบรรยากาศในองค์กรว่าส่งเสริมหรือต่อต้านการนำวิธีปฏิบัติไปใช้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งประเมินความคิดเห็นของบุคลากรคนอื่นๆ ว่ามีความสนใจให้การสนับสนุนหรือต่อต้านในจำนวนหรือสัดส่วนเท่าใด และหากมีการตัดสินใจนำวิธีปฏิบัติไปใช้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่ นอกจากนี้ถ้าวิธีปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องมีการฝึกทักษะเพิ่มเติม บุคลากรในหน่วยงานสามารถฝึกทักษะกันเองได้หรือไม่ หรือต้องเชิญบุคคลภายนอกมาช่วยฝึก ความยากลำบากหรืออุปสรรคมีมากน้อยเพียงใด พยาบาลสามารถละทิ้งงานประจำมารับการฝึกทักษะนี้ได้อย่างไร และหากวิธีปฏิบัติจำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ หน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ เป็นต้น

3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost-benefit ratio)

เป็นการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น มีการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดหากนำวิธีปฏิบัติไปใช้ ประเมินถึงความเสี่ยงของการปฏิบัติในรูปแบบๆ ในส่วนของค่าใช้จ่าย การประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์หากนำวิธีปฏิบัติไปใช้ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ในทางตรงกันข้ามหากไม่มีการนำวิธีปฏิบัติไปใช้จะเกิดการสูญเสียอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Developing, implementing, and evaluating the innovation)

การพัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ สามารถทำได้โดย 1) วางแผนนำวิธีปฏิบัติไปทดลองใช้ เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้รับบริการที่เข้าร่วมนวัตกรรม

ความถี่และช่วงระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญ เพื่อแสดงผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม 3) เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guideline) ที่ผู้ปฏิบัติอ่านแล้วเข้าใจง่าย 4) ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ 5) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice guideline) ลงมาปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง 6) ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แล้วนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ตั้งคำถามว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ นั้นเหมาะสมสำหรับการนำไปปฏิบัติจริงหรือไม่ ถ้าพบว่าไม่เหมาะสมย้อนกลับไปประเมินคุณภาพของการดูแลและทบทวนองค์ความรู้ และอาจต้องระบุประเด็นที่ต้องการศึกษาใหม่ กรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในองค์กร ดำเนินการติดตามประเมินข้อมูลทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น โดยวิเคราะห์จากบริบทแวดล้อม ได้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ครอบครัว และค่าใช้จ่าย ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 - 12 เดือน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในองค์กรอย่างแท้จริง และเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล และผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามรูปแบบที่กำหนด (Modified framework for study)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของ Polit & Beck (2008) เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา

ขั้นตอนนี้เป็นจุดเริ่มต้นของความคิด ที่จะนำผลงานวิจัยมาพัฒนาเพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ศึกษาเกิดความคิดที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เริ่มต้นมาจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในการดูแลด้านจิตใจเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ส่งมาจากหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น หน่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานผู้ป่วยใน และส่งตัวมาจากสถานเฝ้าระวัง สถานีดารวจในเขตอำเภอสองพี่น้อง ในระยะเวลาประมาณ 5 ปี ของการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล พบอุบัติการณ์ของการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กมีช่วง

อายุของเด็กลดลงเรื่อยๆ จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2548 เด็กที่ถูกล้วงละเมิดมีอายุดำสุดคือ 7 ปี พ.ศ. 2549 มีอายุดำสุดคือ 5 ปี และ พ.ศ. 2550 - 2552 มีอายุดำสุดคือ 3 ปี เด็กทุกคนถูกล้วงละเมิดทางเพศ ชนิดรุนแรง เช่น ข่มขืน พยายามข่มขืนร่วมกับการข่มขู่หรือใช้กำลังบังคับ ส่วนใหญ่มีความถี่ของการถูกล้วงละเมิด มากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.7 ในที่นี้พบว่าเด็กเข้ารับบริการหลังความลับเกี่ยวกับการถูกล้วงละเมิดถูกเปิดเผยภายใน 1 เดือน ร้อยละ 80.1 ส่วนที่เหลือคือเข้ารับบริการหลังจากข้อมูลความลับถูกเปิดเผยภายหลัง 1 เดือนขึ้นไป เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.9 เด็กทุกรายได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล เพื่อดูแลด้านจิตใจที่ศูนย์พึ่งได้ของหน่วยงานจิตเวช การประเมินผลด้านจิตใจใช้แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต แต่ขาดการประเมินความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผลปรากฏว่าร้อยละ 97.1 ของเด็กที่ถูกล้วงละเมิดทางเพศทั้งหมดที่เข้ารับบริการ มีความเครียดระดับสูง (3 รายไม่สามารถตอบแบบประเมินได้เนื่องจากอายุต่ำกว่า 7 ปี) และพบว่า ร้อยละ 50.6 มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในที่นี้มี 1 ราย ที่กลับเข้ามารับการรักษาด้วยการอักเสบบริเวณอวัยวะต่างๆ จากการมีสิ่งแปลกปลอมได้ผิวหนังบริเวณแขนขา มีพฤติกรรมถดถอย และได้รับการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) จากจิตแพทย์

จากกรณีดังกล่าว จะเห็นว่าเด็กที่ถูกล้วงละเมิดทางเพศ ที่มารับบริการในหน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 มีความเครียดสูง มีภาวะซึมเศร้า และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่มีความปฏิบัติทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของเด็กที่ถูกล้วงละเมิดทางเพศ และปัญหาของพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก มีการบริการเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองและยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง และให้ความรู้ต่างๆไป ซึ่งปรากฏว่าเด็กที่ถูกล้วงละเมิดกลับมาใช้บริการด้วยอาการทางกาย และถูกส่งต่อมายังหน่วยงานจิตเวชซ้ำ ด้วยปัญหาเครียดโดยไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย ปวดศีรษะรุนแรง 1 ราย ซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง 2 ราย มีพฤติกรรมถดถอยและมีสิ่งแปลกปลอมตามร่างกาย 1 ราย เด็กที่ถูกล้วงละเมิดทางเพศกลุ่มนี้ ยังคงมีอาการเครียดและซึมเศร้าเรื้อรัง และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นในบางราย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีวิธีการลดอาการ PTSD หลายวิธี เช่น การบำบัดด้วยยา การบำบัดทางจิตรูปแบบต่างๆ ผู้ศึกษาจึงเกิดคำถามที่เกิดจากปัญหาทางคลินิกและการทบทวนวรรณกรรมว่า จะมีวิธีการใดที่ดีที่สุด ที่จะนำมาใช้ในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล้วงละเมิดทางเพศ ไม่ทำให้อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญกลับรุนแรงซ้ำหรือเกิดเรื้อรัง ในเด็กถูกล้วงละเมิดทางเพศที่มารับบริการ ณ หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐาน

เมื่อเกิดคำถามถึงวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะช่วยลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ขั้นตอนต่อไปผู้ศึกษาได้วางกรอบแนวคิด เพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ และได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดกรอบการสืบค้น ใช้กรอบของ PICO (Craig & Smyth, 2002) (PICO Framework; P= Population, I= Intervention, C= Comparison, O= Outcome) ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยมีคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้

Population : Children with sexual abuse

Intervention : Psychotherapy, Psychosocial care, Cognitive Behavioral Therapy: CBT, Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT

Comparison : -

Outcome : Reduction of posttraumatic stress symptoms

keyword ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Children with sexual abuse, Sexually abused children, Maltreated children, Psychotherapy, Psychosocial care, CBT, TF-CBT, PTSD, Posttraumatic stress symptoms

2. กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีแบบ meta-analysis และ randomized controlled trial

- สืบค้นงานวิจัยครอบคลุม 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1996 – 2006

- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์

3. กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากกระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังเช่น

- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้แก่ www.Cochrane.gov, www.Joannabriggs.edu.au.

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ เช่น www.guidelines.gov.

- ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น Pub Med, CINAHL, OVID, Science direct, Backwell-Synergy

- เอกสารอ้างอิง (reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือได้ ดังที่ได้รายงานผลการสืบค้นที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในการนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้ทั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพ วิเคราะห์และสังเคราะห์ ต่อไป

4. การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นทั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง ถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อคัดเลือกงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษาและมีคุณภาพมากที่สุด แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

- Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย systemic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs
- Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs
- Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น case-control และ cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดี
- Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ
- Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยเดี่ยวเชิงพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
- Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทรรศนะคติของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

งานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม Melnyk, & Fineout - Overholt (2005) พบงานวิจัยอยู่ในระดับ II จำนวน 8 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial finding. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 35(1), 42-50.	Level II
2	Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 36(9), 1228-1235.	Level II
3	Cohen, J.A., Deblinger, E., & Mannarino, A.P. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 43(4), 393-402.	Level II
4	Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. <i>Journal of Child Abuse and Neglect</i> . 29,135-145.	Level II
5	Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome finding. <i>Journal of Child Maltreatment</i> . 1(4), 310-321.	Level II
6	Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering postraumatic stress symptoms. <i>Journal of Child Abuse and Neglect</i> . 23(12),1371-1378.	Level II
7	Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., & Steer, R. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 45(12), 1474-1484.	Level II

ตาราง 1 หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
8	King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 39(11), 1347-1355.	Level II

5. การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 8 เรื่อง มาวิเคราะห์โดยสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง โดยมีประเด็น คือ วัตถุประสงค์การวิจัย ทวนสนับสนุนในการวิจัย สมมติฐานงานวิจัย สถานที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของงานวิจัย ผลการวิจัย การสรุปเพื่อนำไปใช้ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ หลังจากนั้นสกัดเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการสกัดงานวิจัย ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ร่วมปรึกษา

6. บูรณาการเนื้อหาเป็นแนวปฏิบัติฉบับร่างก่อน

7. นำแนวปฏิบัติการฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แก่บุคคลที่มีอาการ PTSD ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1

1. เสนอแนะการประเมินแนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ของพื้นที่กับการปฏิบัติได้จริงในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อต่อการนำไปประยุกต์ใช้

- การจัดทำคู่มือบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยเขียนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการบำบัด เพื่อสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้

- การพัฒนาศักยภาพผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การบำบัดแบบ TF-CBT ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ จนสามารถให้การบำบัดได้ด้วย ความมั่นใจ

- เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อาจประยุกต์ใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิตที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ แบบสัมภาษณ์อาการผิดปกติทางจิตใจหลังประสบภาวะอันตราย (PTSD Symptom Scale-Interview: PSS-I) 17 ข้อ หรือแบบประเมิน General Health Questionnaire Plus-R: GHQ 12 Plus-R ในส่วน PTSD screening test มีข้อคำถาม 8 ข้อ นำมาทดลองใช้ และทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งประเมินความเป็นไปได้และเหมาะสมกับการใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

2. สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด อาจเป็นบ้านพักเด็ก (institutionalized) หรือเข้าไปค้นหาและในโรงเรียน อาจทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากการค้นหาเชิงรุก การค้นพบเด็กที่มีอาการ PTSD อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศสามารถค้นพบได้เร็ว และทำให้สามารถให้การบำบัดที่มีประสิทธิภาพได้อย่างรวดเร็ว

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2

1. เพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับการมอบหมายงาน (homework) ที่ผู้บำบัดให้เด็กกลับไปทำเป็นการบ้าน เด็กเกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตจริง และทำให้ชั่วโมงการบำบัดมีความต่อเนื่อง

2. เพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่พ่อแม่ของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศใช้จัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเอง เช่น การจินตนาการทางบวก การปรับความคิดใหม่ การหยุดความคิด เป็นต้น

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3

- เสนอแนะเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดในกลุ่มเด็ก ให้เขียนแยกระหว่าง เด็กวัยเรียน (6 ปีขึ้นไป ถึง 18 ปี) ที่อ่านออกเขียนได้ และ เด็กก่อนวัยเรียน (3 - 6 ปี) ที่มีความสามารถในการอ่านและเขียนน้อย เช่น การประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในเด็กก่อนวัยเรียน ควรเลือกแบบวัดที่มีรูปภาพประกอบที่ผู้ประเมินอธิบายด้วยคำที่ง่าย

และสั้น แล้วให้เด็กเลือกรูปภาพที่ตนคิดว่ามีอาการตรงกับรูปภาพนั้น หรือการเตรียมอุปกรณ์ในการบำบัดสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ ภาพประกอบที่เชื่อมโยงถึงอาการ / พฤติกรรมที่เด็กมีอยู่ในปัจจุบัน ตุ๊กตา การ์ตูน thought bubbles ที่ใช้เป็นเครื่องมือแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด ความรู้สึก สรีระ และพฤติกรรม ของเด็ก

สรุปสาระที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนี้

1. รูปแบบของการบำบัด

รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ TF-CBT เป็นรูปแบบการบำบัดรายบุคคล ชนิดสั้น แบบมีโครงสร้างและมีองค์ประกอบเฉพาะ ใช้สำหรับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิด โดยมีงานวิจัยที่เข้มแข็งสนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กได้เร็วและมีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์ ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30 - 45 นาที อีกทั้งสามารถคงประสิทธิผลของการบำบัดได้นานเมื่อเทียบกับการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งเป้าหมายหลักของการบำบัดอยู่ที่อาการ PTSD รวมทั้งอาการต่างๆที่มักพบในเด็กที่มีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกละอาย ปัญหาพฤติกรรมและพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น โดยเน้นทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีทางปัญญา (cognitive and learning theories) มาอธิบายการเกิดอาการ PTSD และใช้เป็นเหตุผลของการบำบัดในแต่ละส่วน การบำบัดแบบ TF-CBT ให้ความสำคัญของการนำพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วม การบำบัดประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ คือ การบำบัดเด็กรายบุคคล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) การบำบัดพ่อแม่รายบุคคล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) และบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้าร่วม (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) สำหรับเด็กที่ไม่มีพ่อแม่ หรือพ่อแม่เป็นผู้ล่วงละเมิดหรือมีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ผู้ดูแลหลักของเด็ก เช่น น้าอา ลุงป้า ปู่ตา ย่ายาย ผู้คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก และผู้ดูแลเด็กอื่นๆ ถูกนำเข้าร่วมการบำบัดในฐานะเหมือนกับเป็นตัวแทนพ่อแม่เด็ก (Cohen et al., 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) และในกรณีที่พ่อแม่/ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมด้วยข้อจำกัดต่างๆ การบำบัดโดยตรงกับเด็กเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมก็สามารถลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) แต่เด็กจะขาด

ผู้สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพหลังสิ้นสุดการบำบัดแล้ว เนื่องจากแนวคิดของผู้พัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบ TF-CBT เชื่อว่าพ่อแม่คือครูที่ดีที่สุดของลูก ช่วยให้ลูกเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย รวมทั้งเป็นผู้สนับสนุนและประทับประคองที่ดีที่สุดต่อการปรับตัวของเด็กทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. องค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบ TF-CBT

การบำบัดแบบ TF-CBT ประกอบด้วยกลวิธีของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่างๆที่สำคัญ โดยแบ่งเป็นชุดการบำบัดเด็ก ชุดการบำบัดพ่อแม่ และบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งแต่ละชุดการบำบัดจะให้ความสำคัญในประเด็นที่แตกต่าง หากแต่มีความสอดคล้องและเสริมให้เด็กและพ่อแม่มีการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้นดังต่อไปนี้

ชุดการบำบัดเด็ก ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด ได้แก่

ชุดการบำบัดที่ 1 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการให้ดูตัวแบบ (Modeling/coping skills training) มุ่งไปที่การเสริมสร้างให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ (emotional expression) การผ่อนคลาย (relaxation) การเผชิญปัญหา (coping) การบอกเล่าประสบการณ์ (narrative) และทักษะการจัดการความคิด เพื่อให้เด็กเรียนรู้รูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ จัดการกับปัญหาที่เกิดจากความทรงจำที่เลวร้าย ความรู้สึกผิด และความวิตกกังวลที่เข้ามารบกวน ช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ความคิด รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) สอนรูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้บำบัดแสดงเป็นแบบอย่าง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัว และการปรับกระบวนการทางความคิด (Gradual exposure and processing) เน้นการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวของเด็กแต่ละราย เพื่อช่วยให้เด็กรู้จักแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่าง อารมณ์ทางลบต่างๆกับความคิดอันเนื่องจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิดอัตโนมัติและความทรงจำที่ทุกข์ใจ จัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองและลดพฤติกรรมหลีกหนี (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะ เพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Education/prevention skills training) เน้นการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ โดยให้ความรู้ในประเด็นสิทธิร่างกายตนเอง การแยกลักษณะของการสัมผัสที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้เด็กสามารถปกป้องตนเองและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) ฝึกซ้อมและแสดงบทบาทสมมติ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดพ่อแม่ ประกอบด้วย 3 การบำบัดคือ

ชุดการบำบัดที่ 1 การให้การศึกษาและการเผชิญปัญหา (Education และ coping) เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก สอนทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อให้พ่อแม่จัดการกับความรู้สึกกลัว/วิตกกังวลของตน (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การสื่อสาร การทำตัวเป็นแบบอย่าง และการเผชิญกับสถานการณ์ (Communication, modeling และ gradual exposure) เพื่อให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของคนที่มีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประเด็นการล่วงละเมิดทางเพศกับเด็กอย่างตรงไปตรงมา และผ่อนคลายเป็นแม่แบบในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้กับเด็ก และช่วยสนับสนุนให้เด็กเผชิญความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้นตอนนอกชั่วโมงการบำบัด (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 ทักษะการจัดการพฤติกรรม (Behavior management skills) เพื่อให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักการของพฤติกรรมที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น โดยสอนเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่พ่อแม่ เพื่อให้พ่อแม่นำไปใช้จัดการกับพฤติกรรมของเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

การบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม เป็นชั่วโมงการบำบัด 3 – 4 sessions สุดท้ายของโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถของเด็กในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากความทรงจำ, ความคิด และสิ่งเตือนใจอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยพ่อแม่เป็นผู้สนับสนุนเด็กแทนผู้บำบัด เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนปัญหาโดยไม่หลีกเลี่ยงการพูดถึงการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว (King et al., 2000; Level II) กรณีที่เด็กไม่มีพ่อแม่หรือพ่อแม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก อาจให้ผู้ดูแลหลัก อาทิเช่น ลุงป้า น้าอา ปู่ตา ย่ายาย ผู้คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก พ่อแม่บุญธรรม หรือผู้ดูแลเด็กอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดแทน เสมือนเป็นพ่อแม่เด็ก (Cohen et al., 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ซึ่งการอ้างถึงพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักในแนวปฏิบัติ ครั้งต่อไปใช้คำว่าพ่อแม่แทนทั้งหมด ในการบำบัดแบบ TF-CBT ผู้บำบัดต้องมีคู่มือการบำบัด พร้อมทั้ง

เอกสารตรวจสอบ (checklist) ความครบถ้วนขององค์ประกอบสำคัญในชั่วโมงการบำบัดแต่ละครั้ง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3. ระยะเวลาในการเข้าร่วมการบำบัด

3.1 เด็กที่มีอาการ PTSD ได้รับการวินิจฉัยโรค partial PTSD หรือ full PTSD และไม่มีอาการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นร่วม ระยะเวลาบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการ PTSD คือ 12 ครั้ง ห่างกันสัปดาห์ละครั้ง และสามารถคงประสิทธิภาพของการบำบัดนานถึง 1 - 2 ปี หลังสิ้นสุดการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

3.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้งรวมทั้งหมดประมาณ 90 นาที ซึ่งเป็นการบำบัดเด็กรายบุคคล 45 นาที บำบัดพ่อแม่เป็นรายบุคคล 45 นาที โดยบำบัดเด็กกับพ่อแม่ในลักษณะคู่ขนานกัน (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงการบำบัดเด็กร่วมกับพ่อแม่ โดยมากจัดในช่วง 3-4 sessions สุดท้ายของการบำบัด โดยปรับระยะเวลาบำบัดเด็ก 30 นาที บำบัดพ่อแม่ 30 นาที และบำบัดเด็กโดยให้พ่อแม่มีส่วนร่วม 30 นาที (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II) หรืออาจทำควบคู่หลังการบำบัดเด็กและพ่อแม่รายบุคคล 20 sessions กรณีที่เด็กมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย (King et al., 2000; Level II) ใช้เวลาทั้งสิ้นอย่างน้อยครั้งละ 90 นาที (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

3.3 เด็กที่มีอาการ PTSD หลายอาการและได้รับการวินิจฉัยโรค full PTSD ร่วมกับมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ระยะเวลาบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการ PTSD ใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นเป็น 20 ครั้ง (King et al., 2000; Level II)

4. ผู้บำบัด

4.1 คุณสมบัติของผู้ทำการบำบัด

4.1.1 เป็นนักบำบัดด้านสุขภาพจิต (mental health therapist) ได้แก่ จิตแพทย์, พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) หรือนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ (Cohen et al., 2004; Level II) หรือได้รับวุฒิปริญญาตรีด้านจิตวิทยา (King et al., 2000; Level II)

4.1.2 เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกและมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

4.1.3 มีประสบการณ์การบำบัดแบบ cognitive-behavioral intervention (CBT) ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

4.2. บทบาทของผู้บำบัด

4.2.1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด และรักษาสัมพันธภาพตลอดช่วงระยะเวลาของการบำบัด (Cohen et al., 2004, 2005; Deblinger et al., 2006; Level II)

4.2.2 ให้การบำบัดเด็กและพ่อแม่โดยตรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

4.2.3 เป็นแม่แบบให้กับเด็ก และพ่อแม่ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4.2.4 ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัด ก่อนเริ่มการบำบัดในช่วงของการบำบัดใหม่ทุกครั้ง (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999; King et al., 2000; Level II)

5. คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

5.1 คุณลักษณะของเด็กที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม มีดังนี้

5.1.1 เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการกระทำต่อเด็กโดยตรง ได้แก่ การสัมผัสอวัยวะเพศ การสัมผัสเต้านม oral sex รวมถึงการสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด/ทวารหนัก อาจมีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศลักษณะเดียวหรือมากกว่า 1 ลักษณะ จำนวนครั้งของการถูกล่วงละเมิดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.1.2 มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือน ซึ่งอาจมีอาการเป็นบางส่วน หรือเต็มขั้น โดยเด็กอาจมีเฉพาะอาการ PTSD หรืออาจได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ เช่น dysthymia, oppositional defiant disorder, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, conduct disorder, major depression, attention-deficit / hyperactivity disorder, specific phobia เป็นต้น (King et al., 2000; Level II)

5.1.3 อายุระหว่าง 3 ปี ถึง อายุ 17 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.1.4 มีพ่อแม่เข้าร่วมบำบัดต่อเนื่อง และสมัครใจให้เด็กรับการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.2 คุณลักษณะของเด็กที่ไม่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม

5.2.1 มีอาการทางจิตระดับรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

5.2.2 มีระดับสติปัญญาบกพร่องอย่างรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.2.3 มีพัฒนาการล่าช้าผิดปกติ (Cohen et al., 1996, 1997, 2005; Level II)

5.2.4 มีปัญหาพัฒนาการด้านการสื่อสาร เช่น ออทิสซึม (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II)

5.2.5 มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

5.2.6 ติดสารเสพติด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Level II)

5.2.7 มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Deblinger et al., 1996, 1999; King et al., 2000; Level II)

5.2.8 ได้รับยาต้านอาการทางจิตหรือวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก (Cohen et al., 2004, Deblinger et al., 2006; King et al., 2000; Level II) แต่หากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นและรับยาในขนาดคงที่แล้วอย่างน้อย 2 เดือน สามารถเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมได้ (Cohen et al., 2004, Deblinger et al., 2006; Level II)

5.2.9 ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.3 คุณลักษณะของพ่อแม่ที่เหมาะสมกับการเข้าร่วมโปรแกรม

5.3.1 แม่/พ่อผู้ให้กำเนิด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) หรือพ่อ/แม่บุญธรรม, พ่อ/แม่อุปถัมภ์, ปู่ย่าตายาย, ญาติ หรือผู้ดูแลอื่นๆ แต่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก (Cohen et al., 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ซึ่งสามารถเข้าร่วมบำบัดในฐานะเสมือนเป็นพ่อแม่ของเด็กได้

5.3.2 ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.3.3 สนับสนุนการเข้าร่วมการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.3.4 สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ตลอดโปรแกรม (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.4 คุณลักษณะของพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสมกับการเข้าร่วมโปรแกรม

5.4.1 มีอาการทางจิตรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

5.4.2 ติดสารเสพติด (Cohen et al., 2005; Level II)

5.4.3 มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.4.4 มีภาวะอันตรายต่อผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.4.5 ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ตลอดโปรแกรม (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

6. อุปกรณ์ในการบำบัด

6.1 คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) ของ Deblinger & Heflin (1996) (Level II)

6.2 กระดาษและดินสอ สำหรับให้เด็กวัยเรียนที่อ่านออกเขียนได้เขียนเล่าเรื่อง หรือ ภาพประกอบที่เชื่อมโยงถึงประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2004; Level II)

6.3 ตุ๊กตา นักรูปคน อุปกรณ์การวาดและเขียน ใช้ในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3 - 6 ปี) ช่วยในการเรียนรู้วิธีระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และใช้ดึงดูดความสนใจในการเรียนรู้ตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

6.4 คู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก (Deblinger et al., 1996; Level II)

6.5 คู่มือเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก ในเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Deblinger et al., 1996; Level II)

6.6 เทปเสียงฝึกผ่อนคลายเฉพาะบุคคล ที่ใช้ฝึกผ่อนคลายในช่วงเวลาบำบัดและนำกลับไปทำที่บ้าน (King et al., 2000; Level II) ซึ่งอาจใช้เทปการฝึกการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย เทปการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทปฝึกผ่อนคลายจากกายสู่ใจของกรมสุขภาพจิต หรือของรองศาสตราจารย์ ดร. สมบัติ ตาปัญญา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น

6.7 อุปกรณ์ประกอบการสอน เช่น การ์ตูน thought bubbles ใช้เป็นเครื่องมือแสดง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (King et al., 2000; Level II)

7. การมอบหมายงาน (homework)

การมอบหมายงานมีความสำคัญในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพราะช่วยให้การฝึกของเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เด็กได้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์ที่มีผลต่อความคิด ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมของตนเอง เกิดความเข้าใจในรูปแบบการคิดชัดเจนขึ้น ทำให้เข้าใจสาเหตุที่มาของปัญหาทางอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรม ได้ทดลองปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งได้เห็นอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป หลังจากปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นอย่างเป็นรูปธรรมด้วยตนเอง และนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ในชีวิตประจำวันจนสามารถปรับตัวได้

- พ่อแม่ได้รับมอบหมายการบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในการนำสิ่งที่เรียนรู้ในช่วงเวลาบำบัดกลับมาทำที่บ้าน ทั้งในส่วนเฉพาะตน และส่วนที่ปฏิบัติต่อเด็ก เช่นการสื่อสารกับเด็ก

การปรับพฤติกรรมเด็กด้วยโปรแกรมการเสริมแรง เป็นต้น (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

- เด็กได้รับมอบหมายงานหลังสิ้นสุดชั่วโมงการบำบัดทุกครั้ง เพื่อส่งเสริมการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในระหว่างชั่วโมงการบำบัดแต่ละครั้งไปประยุกต์ใช้กับชีวิต (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

8. สถานที่ที่ใช้ทำการบำบัด

บำบัดในคลินิกแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (outpatient clinic) (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) หรือ บ้านพักเด็ก (institutionalized) ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้นๆ หรือพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย และผู้รับการบำบัดรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

9. รายละเอียดของการบำบัด

9.1 การบำบัดเด็กรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด (modules) (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 - 20 ครั้ง

ชุดการบำบัดที่ 1 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการให้ดูตัวแบบ (Modeling/coping skills training) ใช้การบำบัด 2 - 5 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills)
2. เพื่อให้เด็กเรียนรู้รูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์

วิธีดำเนินการ

การบำบัดชุดที่ 1 นี้ มุ่งไปที่การเสริมสร้างให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการปลดปล่อยอารมณ์ ทักษะการจัดการความคิด โดยผู้บำบัดอธิบาย แสดงเป็นแบบอย่าง และแนะแนวทางการปฏิบัติให้เด็กฝึกทักษะในชั่วโมงการบำบัด ก่อนจบชั่วโมงการบำบัดทุกครั้งเด็กจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกกับผู้บำบัด รวมทั้งนำกลับไปฝึกต่อที่บ้าน ตามรายละเอียดดังนี้

1) ให้ข้อมูลแก่เด็กเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศและอาการของความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในมุมมองความคิดและพฤติกรรม (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) อุปกรณ์ในการสอนอาจใช้ภาพการ์ตูน ลูกบอล เพื่อให้เกิดความชัดเจนและน่าสนใจ (King et al., 2000; Level II) โดยผสมผสานเข้าไปตามมุมมองในโลกของเด็ก

2) ฝึกสอนทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) เพื่อใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดจากความทรงจำที่เลวร้าย ความรู้สึกผิด และความวิตกกังวลที่เข้ามารบกวน (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) เช่น สอนทักษะการผ่อนคลาย (relaxation skills) โดยใช้เทปเสียงให้ฟังเป็นส่วนตัวและนำไปใช้ที่บ้าน (King et al., 2000; Level II) สนับสนุนให้เด็กใช้เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่มักกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกลัว สอนทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (emotion expression skills) และทักษะการจัดการความคิด (cognitive coping skills) โดยช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ความคิด รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ลดความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ไปที่ละน้อย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) สอนให้เด็กรู้จักความแตกต่างระหว่างความวิตกกังวลกับการผ่อนคลายและพูดเตือนตนเองระหว่างที่มีสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (King et al., 2000; Level II)

3) สอนรูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้บำบัดแสดงเป็นแบบอย่าง ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดเป็นแบบอย่างในการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้การพูด การเขียน วาดภาพ ร้องเพลง แทนการทำลายข้าวของ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ฝึกสอนพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัว และการปรับกระบวนการทางความคิด (Gradual exposure and processing) ใช้การบำบัด 7 – 13 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้เด็กรู้จักความสัมพันธ์ระหว่าง อารมณ์ทางลบต่างๆ กับความคิดอันเนื่องจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ
2. เพื่อให้เด็กเรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิดอัตโนมัติ, ความจำที่ทุกข์ทรมานก่อนหน้านี้
3. เพื่อให้เด็กเพิ่มความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง ลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง
4. ช่วย让孩子จัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการ

การบำบัดชุดที่ 2 เน้นการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวของเด็กแต่ละราย วิธีที่ใช้ได้แก่ การจินตนาการเชิงบวก (positive imaginary) การวาดภาพ การแสดงบทบาทสมมติ การเขียนเรื่องเล่า การอภิปรายร่วมกัน สนับสนุนให้เด็กใช้ทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ฝึกในช่วงต้นมาใช้จัดการกับความวิตกกังวล ความกลัวที่

เกิดขึ้นขณะฝึก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ส่วนประกอบของการบำบัดในชุดนี้ ได้แก่

1) ให้เด็กเผชิญกับสถานการณ์ความทุกข์ใจ จากความทรงจำที่หลงเหลือจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศด้วยวิธีต่างๆ ตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ตัวอย่างเช่น การอภิปราย การอ่านหนังสือ การเล่นตุ๊กตา การวาดภาพ การเขียน การแต่งกลอน และการร้องเพลง (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II) การบำบัดในขั้นนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการเฉพาะหน้าของเด็ก เนื่องจากชั่วโมงการบำบัดแบบการเผชิญสถานการณ์ (exposure) มีโครงสร้างและมีการกำหนดทิศทางไว้ชัดเจน ผู้บำบัดอาจเสนอวิธีในการเผชิญสถานการณ์ให้เด็กเลือก การยืดหยุ่นในการฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็น ไม่เพียงแต่ทำให้เด็กรู้สึกมีส่วนร่วม แต่ยังทำให้ความรู้สึกควบคุมตนเองของเด็กกลับคืนมา (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เด็กใช้ทักษะการผ่อนคลาย และทักษะการเผชิญปัญหาอื่นๆ เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเผชิญกับความทรงจำและสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) ผู้บำบัดช่วยให้เด็กที่ถูกตีตรา ได้สื่อสารอารมณ์และความคิด เด็กจะถูกกระตุ้นให้แสดงความคิดและความรู้สึกอย่างเปิดเผย และเพิ่มความสามารถที่จะจัดการกับประสบการณ์ การถูกทำร้ายด้านความคิดและอารมณ์ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ
(Education/prevention skills training) ใช้การบำบัด 2 - 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กรู้และเข้าใจสิทธิความเป็นเจ้าของร่างกายตน
2. เพื่อให้เด็กสามารถแยกแยะระหว่างการสัมผัสที่เหมาะสมกับการสัมผัสที่ไม่เหมาะสม
3. เพื่อให้เด็กสามารถตอบสนองด้านเพศได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

เน้นการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ โดยให้ความรู้ในประเด็นสิทธิร่างกายตนเอง การแยกลักษณะของการสัมผัสที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้เด็กสามารถปกป้องตนเองและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1) ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก การสอนใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับวัยของเด็กและประสบการณ์ของเด็กแต่ละคน การให้ข้อมูลเหล่านี้จะมีการแลกเปลี่ยนระหว่างเด็กและผู้บำบัดตลอดช่วงของการรักษา (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) เพื่อช่วยให้เด็กเกิดความเข้าใจประสบการณ์การถูกทำร้าย และสามารถแยกแยะการล่วงเกินทางเพศกับการสัมผัสทั่วไป (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) สามารถโต้ตอบอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศในอนาคต

3) ฝึกทักษะการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง ซึ่งจะเน้นการฝึกซ้อมและแสดงบทบาทสมมติ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

9.2 การบำบัดพ่อแม่รายบุคคล ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) .ใช้ระยะเวลา 12 - 20 ครั้ง

ประเด็นของการบำบัดมุ่งไปที่ความรู้สึกลึกซึ้งสองฝ่ายของพ่อแม่เกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก ความรู้สึกดั่งใจต่อผู้กระทำการล่วงละเมิดและเลือกไม่ถูกว่าจะอยู่ฝ่ายใด รวมทั้งปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้างที่เกิดขึ้นเมื่อความลับเกี่ยวกับการล่วงละเมิดถูกเปิดเผย (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) ซึ่งมี 3 ชุดการบำบัดดังนี้

ชุดการบำบัดที่ 1 การให้การศึกษาและการเผชิญปัญหา (Education and coping) ใช้การบำบัด 2 - 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่

วิธีดำเนินการ

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก อุบัติการณ์ และปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความรู้สึกผิดของพ่อแม่อาจลดลงเมื่อได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มเติม รวมทั้งรับทราบว่าการปกปิดการถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) อภิปรายถึงผลลัพธ์ของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เน้นบทบาทความสำคัญของพ่อแม่ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กในระยะยาว (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) แจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศให้แก่พ่อแม่ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ผู้บำบัดช่วยให้พ่อแม่จัดการกับความรู้สึกกลัว/วิตกกังวลของตน ถ้าพบประเด็นว่าพ่อแม่มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กของตน (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การสื่อสาร การทำตัวเป็นแบบอย่าง และการเผชิญกับสถานการณ์ (Communication, modeling and gradual exposure) ใช้การบำบัด 3 - 9 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของคนที่มียุติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้พ่อแม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประเด็นการล่วงละเมิดทางเพศกับเด็กอย่างตรงไปตรงมาและผ่อนคลาย โดยสามารถควบคุมอารมณ์/ความอายในการสื่อสารแลกเปลี่ยน
3. เพื่อให้พ่อแม่เป็นแม่แบบในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้กับเด็ก
4. เพื่อให้พ่อแม่ช่วยสนับสนุนให้เด็กเผชิญความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้นตอนนอกชั่วโมงการบำบัด

วิธีดำเนินการ

การบำบัดในช่วงนี้จะเกี่ยวกับการเริ่มต้นเผชิญกับสถานการณ์ การขยายความรู้สึกละอายและความนึกคิด กระตุ้นให้ตั้งคำถามและให้ข้อมูลป้อนกลับกับพ่อแม่ ช่วยให้พ่อแม่ผ่านพ้นพฤติกรรม การหลีกหนีที่เกี่ยวกับการถูกทำร้าย ริเริ่มและดำรงไว้ซึ่งการสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ เช่นเดียวกับการพูดเรื่องเพศทั่วๆ ไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) โดยมีวิธีการดังนี้

- 1) แจกคู่มือหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก ในเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สนับสนุนทักษะการสื่อสารกับเด็กที่มีประสิทธิภาพ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)
- 2) ใช้เทคนิคการทำตนเป็นแบบอย่าง (modeling) ผู้บำบัดเน้นความสำคัญของการเป็นแบบอย่างในการเผชิญปัญหา (coping) เมื่อมีการอภิปรายถึงเรื่องการถูกทำร้าย เพื่อที่จะเป็นการสอนเด็กว่าการพูดเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศไม่ใช่เรื่องน่าละอาย และไม่ควรลงเอยด้วยความโกรธและความวิตกกังวล (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)
- 3) กระตุ้นให้พ่อแม่จัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเอง ก่อนที่จะพูดคุยกับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เน้นถึงความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีต่อการพูดคุยกันถึงเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศ (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) โดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิด เช่น การปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) การหยุดความคิด (thought of stopping) การจินตนาการเชิงบวก (positive imaginary) และการวางเงื่อนไขการเสริมแรง (contingency reinforcement) เป็นต้น (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)
- 4) การเผชิญสถานการณ์ทีละน้อย (gradual exposure) โดยเน้นให้พ่อแม่ได้เปิดเผยประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศของตนเองถ้าพ่อแม่เคยมีประสบการณ์ ในบรรยากาศที่ปลอดภัยและอบอุ่น โดยผู้บำบัดมีการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบำบัด เพื่อให้พ่อแม่สามารถก้าวผ่าน

ความรู้สึกและพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงการพูดถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5) อภิปรายแลกเปลี่ยนและฝึกซ้อมการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อเตรียมพ่อแม่ในการฝึกเผชิญสถานการณ์กับเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 ทักษะการจัดการพฤติกรรม (Behavior management skills) ใช้การบำบัด 7 - 10 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักการของพฤติกรรม (behavioral principles) ที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1) สอนให้พ่อแม่ได้เรียนรู้หลักการเชิงพฤติกรรม วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ความยากลำบากในการจัดการความอยุ่ของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็กลดลง โดยการอธิบายถึงพัฒนาการและการดำรงอยู่ด้วยหลักการเรียนรู้ทางสังคม ผู้บำบัดจะเน้นว่าพ่อแม่คือครูที่ดีที่สุดของลูกที่จะช่วยให้ลูกเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการเรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) สอนให้ใช้หนังสือเป็นสื่อในการพูดคุยกับเด็ก โดยให้พ่อแม่อ่านหนังสือแล้วผู้บำบัดเป็นผู้เอื้ออำนวยให้พ่อแม่สื่อสารและปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ที่บกพร่องกับเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) สอนเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่พ่อแม่ เพื่อให้พ่อแม่นำไปใช้จัดการกับพฤติกรรมของเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) เช่น การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) การจำแนกแยกแยะความสนใจ (differential attention) ผลลัพธ์ของการกระทำ (logical or natural consequences) และการใช้เวลานอก (time-out) การเสริมแรงทางบวกและทางลบ โดยปรับกิจกรรมการบำบัดช่วงนี้ให้ตรงกับความต้องการของเด็ก และเน้นเทคนิคที่ใช้แล้วได้ผลมากที่สุดในการลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) การบำบัดเด็กรายบุคคลและการบำบัดพ่อแม่รายบุคคลในแต่ละครั้ง ต้องดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ สถานการณ์ที่บ้าน และรูปแบบการล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้การบำบัดจำเป็นต้องยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับเด็กเป็นรายๆไป (King et al., 2000; Level II)

9.3 การบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ใช้ระยะเวลา 3 - 4 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอาการพยาธิสภาพทางจิตของเด็กโดยรวม
2. เพื่อเพิ่มความสามารถของเด็กในการเผชิญปัญหา ที่เกิดจากความทรงจำความคิด และสิ่งเตือนใจอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

วิธีดำเนินการ

ในระหว่างการบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมใช้เวลาในการบำบัดทั้งสิ้นอย่างน้อย 80 - 90 นาทีในแต่ละชั่วโมงของการบำบัด แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นแรก แยกบำบัดเด็ก 30 นาที กับพ่อแม่เป็นรายบุคคล 30 นาที ตามแนวบำบัดข้างต้น ขั้นที่สอง ให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก โดยพ่อแม่เป็นผู้สนับสนุนเด็กแทนผู้บำบัด ใช้เวลา 30 นาทีหลังของชั่วโมงการบำบัด ซึ่งจะให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก ภายหลังจากเด็กได้รับการบำบัดรายบุคคลในชั่วโมงบำบัด ครั้งที่ 8 - 9 ของโปรแกรมการบำบัด

การบำบัดส่วนที่พ่อแม่มีส่วนร่วมกับเด็ก ใช้การสื่อสารแบบสบายๆและเหมาะสมกับเนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้เด็กและพ่อแม่พูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับบาดแผลทางใจของเด็กด้วยกัน (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 อธิบายเหตุผลและเป้าหมายของการบำบัด (King et al., 2000; Level II)

ครั้งที่ 2 - 3 เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนปัญหา โดยไม่หลีกเลี่ยงการพูดถึงการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว (King et al., 2000; Level II)

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมเด็กต่างๆ เน้นการประสานกันระหว่างการควบคุมสิ่งเร้าและการจัดการเงื่อนไข เช่น ให้การเสริมแรงทางสังคมและเสริมแรงโดยใช้สิ่งของ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่แก้ปัญหาทางบวก (King et al., 2000; Level II)

10. การติดตามและประเมินผลการบำบัด

1. ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล

ประเมินผลอาการ PTSD หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันทีที่ 12 - 20 สัปดาห์ และติดตามประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนจะถูกเชิญให้กลับเข้ารับการประเมินที่ศูนย์บำบัด ภายหลังจากการประเมินครั้งแรกประมาณ 3 - 4 เดือน พ่อแม่และเด็กจะถูกแยกสัมภาษณ์โดยผู้ประเมินคนเดิม ทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์เด็ก/พ่อแม่ แล้วให้เขียนตอบ

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์หลักคืออาการ PTSD ของเด็ก สามารถเลือกใช้ได้ดังนี้

1) The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) ใช้ประเมินอาการที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยมีมิติด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ปัญหาด้านเพศ อารมณ์โกรธและแยกตัวออกจากสังคม เป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือไม่ได้ถามอาการ PTSD ที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2005; Level II)

2) The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS) PTSD section ของ Silverman และ Albano (1996) ใช้ประเมินอาการ PTSD เป็นชุดย่อยของแบบประเมินโรควิตกกังวลในเด็ก ที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ PTSD ที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การประเมินคุณภาพความเที่ยงและความตรงอยู่ในระดับดี (King et al., 2000; Level II)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ

การประเมินแนวโน้มของการนำสิ่งที่ได้จากข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติ ผู้ศึกษาพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก คือ การถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ ในสถานการณ์จริงมีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ลักษณะของผู้รับบริการมีปัญหาคล้ายคลึงกัน สถานที่ที่ให้บริการเป็นสัดส่วนและง่ายต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านบุคลากรที่รับผิดชอบได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในระดับหนึ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปทดลองใช้ สำหรับความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ผู้ศึกษาประเมินว่าหากมีการตัดสินใจนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศไปใช้ จำเป็นต้องส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ CBT และ TF-CBT จนมีความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีความคุ้มทุน คุ้มประโยชน์เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการ PTSD และสามารถลดอาการ PTSD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่จะพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์

ผู้ศึกษาได้วางแผนการใช้และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (pilot study) ดังนี้ ประชาสัมพันธ์และส่งบุคลากรที่ดูแลด้านจิตใจเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศเข้ารับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาทักษะและการบำบัดทางจิตแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma Focus-Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงมาปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง ติดตามประเมินผลทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยวิเคราะห์จากบริบทแวดล้อม ได้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ครอบครัว และค่าใช้จ่าย ใช้ระยะเวลาการนำไปใช้ประมาณ 6 - 12 เดือน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในองค์กรอย่างแท้จริง เผยแพร่ผลงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาลและผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ในประเด็นหลัก ผู้ศึกษาวางแผนสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนี้

1. การกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
2. ผู้ศึกษาเขียนแนวปฏิบัติ โดยยึดรูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) ประกอบด้วย
 - 1) ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล
 - 2) แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม
 - 3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
 - 4) วิธีดำเนินการ
 - 5) ข้อเสนอแนะ
 - 6) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก
 - 7) หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ
 - 8) ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้
 - 9) ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้
 - 10) ข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล

จากนั้นผู้ศึกษาวางแผนการประเมินความเหมาะสมกับผู้รับบริการ ทรัพยากรของหน่วยงาน ความพึงพอใจทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คุณค่าหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการทดลองนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการในการวางแผนนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติจริง

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่ามีผลกระทบต่เด็กทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่โดยรวม ส่งผลให้เด็กต้องได้รับความทุกข์จากอาการที่เป็น ซึ่งไม่สามารถสื่อสารสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้ เด็กตอบสนองสิ่งรอบตัวเหมือนอยู่ในภาวะที่ถูกคุกคามและปิดกั้นตนเอง ทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ที่จะจัดการปัญหา รวมทั้งแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวดของตนเอง นอกจากนี้พ่อแม่ต้องเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก อันเนื่องจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้พ่อแม่ทุกข์ใจและอาจตอบสนองต่อเด็กในลักษณะของการขัดขวางพัฒนาการเด็ก เป็นผลทำให้เด็กเกิดความทุกข์ใจเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic of problem)

ในการศึกษาครั้งนี้ ประเด็นปัญหาจากสิ่งกระตุ้นสองส่วน ได้แก่สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (problem-focused triggers) ในการปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการช่วยเหลือเด็กและสตรี ที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2548 – 2552 (จากเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551- 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2552) พบเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 40 ราย 32 ราย 33 ราย 44 ราย และ 36 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศลักษณะกระทำต่อเด็กโดยตรงและรุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้น การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจประกอบด้วย การประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินตนเองของกรมสุขภาพจิต จากการประเมินเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่เข้ารับบริการทั้งหมด

36 ราย ในปี 2552 พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.1 ของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้งหมด และเด็กในกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.6 และพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 2 ในด้านการดูแลช่วยเหลือ เด็กและพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ได้รับการปรึกษารายบุคคลแบบประทับประคองจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระยะเวลาของการให้การปรึกษา ใช้เวลา 3 – 4 ครั้งๆละ 60 - 80 นาที ติดตามประเมินผลด้านจิตสังคม เมื่อสิ้นสุดการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดการให้การปรึกษา ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง จากการติดตามประเมินผลเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการดูแล พบว่าเด็กส่วนใหญ่อาการดีขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือเกือบปกติ มีเพียงบางส่วนกลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม ในที่นี้มีเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 1 ราย ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมีพฤติกรรมถดถอย ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกกับจิตแพทย์ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด และได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยในกับจิตแพทย์โรงพยาบาลศรีอยุธยา ต่อมาได้รับการวินิจฉัยโรค PTSD นอกจากนี้ยังพบเด็กที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศ จำนวน 3 – 4 ราย กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายครั้ง และมีแนวโน้มพบมากขึ้น สำหรับประเด็นปัญหาที่มาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (knowledge-focused triggers) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดรุนแรง เช่นการข่มขืน การพยายามข่มขืน มักมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามมา ร้อยละ 71 (Deblinger et al., 1996) และถ้าไม่มีการแทรกแซงช่วยเหลือแล้ว มีหลักฐานเชิงประจักษ์น้อยมากที่แสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถหลุดพ้นจากปัญหาความยากลำบากทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ โดยทั่วไปจึงพบความเสียหายต่อการทำหน้าที่ของเด็ก และเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้านบุคลิกภาพและโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่ โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (personality disorder) โรคโซมาโตฟอร์ม (somatoform disorder) โรคดิสโซซิเอทีฟ (dissociative disorder) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง รวมทั้งการใช้สารเสพติด เป็นต้น (ปริชวัน จันทรศิริ, 2550) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดช่วยเหลือทางด้านจิตใจในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการบำบัดแบบ Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ดี และใช้เวลาไม่นานเมื่อเทียบกับวิธีการบำบัดแบบประทับประคอง (Cohen et al., 1996; 1997; 2004; 2005; 2006)

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and evaluating evidence)

การดำเนินงานสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่มีความทันสมัยและมีการออกแบบงานวิจัยที่ดี เพื่อหาข้อมูลในการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ จากระบบฐานข้อมูลได้แก่ www.guidelines.gov, www.Cochrance.org, www.Joannabriggs.edu.au, Ovid, CINAHL, PubMed, Science Direct, Blackwell Synergy, MEDLINE และเอกสารอ้างอิง โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นกลุ่มเป้าหมาย คือ children with sexual abuse, sexually abused children และ maltreated children คำที่ใช้สืบค้นวิธีที่ใช้จัดการกับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือ intervention, psychotherapy, psychosocial care, CBT, TF-CBT และคำที่ให้สืบค้นผลลัพธ์ คือ PTSD, posttraumatic stress symptoms ผลการสืบค้นได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 เรื่อง นำงานวิจัยเหล่านี้มาหาความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ได้งานวิจัยชนิด pilot study 2 เรื่อง งานวิจัยชนิด randomized controlled trial ที่มีความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ใน level II จำนวน 8 เรื่อง นำงานวิจัยทั้ง 8 เรื่องมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง ตามประเด็นสำคัญ ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ทฤษฎีสนับสนุนในการวิจัย สมมติฐานงานวิจัย สถานที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ วิธีการบำบัดระเบียบวิธีวิจัย ระดับของงานวิจัย ผลการวิจัย การสรุปเพื่อนำไปใช้ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ หลังจากนั้นสกัดเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการสกัดงานวิจัย ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา นำข้อเสนอแนะไปเขียนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับร่าง นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนี้ 1) รูปแบบของการบำบัด TF-CBT 2) องค์ประกอบหลักของ TF-CBT 3) ระยะเวลาในการเข้าร่วมการบำบัด 4) คุณสมบัติและบทบาทของผู้บำบัด 5) คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 6) อุปกรณ์ที่ใช้ 7) การมอบหมายงาน 8) สถานที่ที่ใช้บำบัด 9) รายละเอียดของการบำบัด 10) การติดตามและประเมินผลการบำบัด

3. การประเมินความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

ผู้ศึกษาประเมินความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ โดยพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก คือการถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งพบว่ามีสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล ลักษณะของผู้รับบริการมีปัญหาล้ำคลึงกัน สถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วนและง่ายต่อการเข้าถึงบริการ บุคลากรที่รับผิดชอบมีศักยภาพด้านความรู้และทักษะด้านการบำบัดทางจิตระดับหนึ่ง สำหรับความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ผู้ศึกษาประเมินว่าหากมีการตัดสินใจนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จำเป็นต้องส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ CBT และ TF-CBT จนกระทั่งเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีความคุ้มทุน คุ้มประโยชน์เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการ PTSD เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า การช่วยเหลือและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จะทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

4. การพัฒนาการนำไปใช้และประเมินนวัตกรรม (Developing, implementing, and evaluating the innovation) ผู้ศึกษาได้วางแผนการใช้และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยนำรูปแบบของแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหน่วยงานนำร่อง ติดตามประเมินผลทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยวิเคราะห์จากบริบทแวดล้อม ได้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ครอบครัว และค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการนำไปใช้ประมาณ 6-12 เดือน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างแท้จริง เผยแพร่ผลงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาลและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีดังนี้

1. ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาพัฒนาเป็นคู่มือการบำบัดความเครียดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยเพิ่มเติมรายละเอียดแต่ละขั้นตอนให้มีความชัดเจน เพื่อสะดวกแก่การนำไปใช้ มีการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของคู่มือ นำไปทดลองปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่จะนำไปใช้

2. ผู้ปฏิบัติอาจพัฒนาคู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก และคู่มือเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็กขึ้นใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สะดวกต่อการนำไปใช้

3. ผู้ให้การบำบัดควรผ่านการฝึกอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หรือศึกษาคู่มือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาเป็นอย่างดี สำหรับพยาบาล ที่ให้การบำบัดควรเป็นพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

4. การประเมินผลการบำบัด กรณีที่จะนำแบบประเมิน TSC-C ของ Briere (1995) และ ADIS PTSD section ของ Silverman & Albano (1996) มาประเมินอาการ PTSD ต้องขออนุญาตใช้ เครื่องมือแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และประเมินความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้กับเด็กไทย เนื่องจากแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวนมาก ผู้ปฏิบัติอาจเลือกแบบประเมินที่ มีอยู่แล้วในประเทศไทย เช่น แบบประเมินอาการ PTSD ของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ อาการผิดปกติทางจิตหลังประสบภาวะอันตราย (PTSD Symptom Scale – Interview: PSS-I) ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ หรือแบบประเมิน General Health Questionnaire Plus-R: GHQ 12 Plus-R ในส่วน PTSD screening test ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มาพัฒนาใช้ประเมินผลลัพธ์ของ การใช้แนวปฏิบัติ (กรมสุขภาพจิต, 2549; 2552)

5. ก่อนให้การบำบัดอาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ควรมีการประเมิน ความสามารถของระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) ก่อนให้การบำบัด เนื่องจากเด็กถูก ล่วงละเมิดทางเพศที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ไม่เหมาะกับโปรแกรมบำบัด TF-CBT และอาจ จำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มี IQ ต่ำต่อไปในอนาคต

6. กรณีเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่มีอาการ PTSD เป็นบางส่วนและอาการไม่รุนแรง อาจ เลือกใช้โปรแกรมบำบัด CCT ตามแนวปฏิบัติของ Cohen & Mannarino (1996) ที่มีระยะเวลาในการ บำบัด 12 ครั้ง เช่นเดียวกับ TF-CBT แม้ว่าการบำบัดรูปแบบนี้เป็น client-centered แต่จะมีช่วงของ ชั่วโมงการบำบัด ที่จำเป็นต้อง direct 2 ครั้ง คือ การให้จิตศึกษาเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศใน เด็ก และการให้เด็กแลกเปลี่ยนความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ

7. ควรพัฒนาแบบคัดกรองอาการ PTSD สำหรับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ใช้ใน โรงเรียนประถมและโรงเรียนมัธยม หรือนำแบบคัดกรองไปใช้ใน emergency clinic เพื่อค้นหา อาการ PTSD ในระยะเริ่มแรก และให้การบำบัด TF-CBT เป็นการป้องกันผลกระทบ เช่น ภาวะ ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การมีปัญหาด้านพฤติกรรมและพฤติกรรมทางเพศ ในเด็กกลุ่มนี้

8. ควรนำโปรแกรมบำบัด TF-CBT ทดลองใช้ในเด็กที่มีอาการ PTSD จากสาเหตุอื่น นอกเหนือจากสาเหตุการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น เด็กที่มีอาการ PTSD จากเหตุการณ์ประสพภัย พิบัตี สาเหตุจากการประสพภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์เป็นต้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญใน
เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING
POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS OF CHILDREN WITH SEXUAL ABUSE

อริญญา ชำนาญอักษร 4836936 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค., อทิทยา พรชัยเกตุ โอว ของ,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญของปัญหา

การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) ในเด็กเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ มีการศึกษา
จำนวนมากเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ทั้งผลที่เกิดในระยะสั้น
และระยะยาว พบว่าเด็กได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมพฤติกรรม (Smith & Kelly,
2001; Ystgard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004; Baxter, 2004; Clements, Speck, Crane, &
Faulkner, 2004; Libby et al., 2005)

ปฏิกริยาด้านจิตใจของเด็กต่อประสบการณ์การล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าเด็กแต่ละคนมี
ปฏิกริยาด้านจิตใจต่อประสบการณ์การล่วงละเมิดแตกต่างกัน เด็กบางคนมีปฏิกริยาเพียงเล็กน้อย
และประสบความสำเร็จไม่มากโดยเฉพาะเด็กที่มีพื้นฐานด้านจิตใจดี เมื่อเวลาผ่านไปก็สามารถปรับตัวได้
แต่สำหรับเด็กบางคนกลับมีปฏิกริยาที่รุนแรง ประสบความสำเร็จทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม
และถ้าเด็กกลุ่มนี้ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน ก็จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจระยะยาว อาจเกิด
โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ซึ่งเป็น
ปฏิกริยาด้านจิตใจระดับรุนแรง และก่อให้เกิดความเสียหายต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของ
เด็ก (Howe, 2005)

เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและมีอาการ PTSD พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่และสารเคมีในสมอง มีการเพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก (sympathetic system) และลิมบิก (limbic system) กระบวนการส่งข้อมูลในสมองถูกตัดขาดทำให้สมองทำงานขัดข้อง (Matthess, 2000) ด้านการทำงานของารรู้คิด (cognitive model) และการเรียนรู้ (learning model) พบว่ามีอาการหลังล้มบางช่วงของเหตุการณ์การล่วงละเมิด ซึ่งเป็นการปกป้องของจิตใจในชั้นจิตใต้สำนึก ทำให้การตระหนักรู้เปลี่ยนแปลง เกิดการข้ามกระโดดของความทรงจำ ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวจะบดบังความรู้สึกกลัว ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานใจ (Wickham, & West, 2002; Matthess, 2000) ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ PTSD ชนิดเรื้อรังเพิ่มขึ้น

หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ให้การดูแลด้านจิตใจเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ส่งตัวมาจากหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล ในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2552 จำนวน 185 คน การดูแลประกอบด้วย การประเมินด้านจิตใจด้วยแบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต ในครั้งแรกที่พบพยาบาลการบำบัดได้แก่ ให้การปรึกษาแบบประคับประคองกับเด็กและพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นกับการล่วงละเมิดทางเพศ ติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์ การประเมินผล พบว่ามีเด็กจำนวนหนึ่งกลับเข้ามารักษาด้วยอาการทางกายที่หาสาเหตุไม่พบ ในที่นี้พบว่า 1 ราย มาด้วยอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตาย 2 รายมีปัญหาเรื่องการทำร้ายตนเอง และอีก 1 ราย กลับเข้ามารับการรักษาด้วยอาการพฤติกรรมถดถอย และมีอาการอักเสบตามส่วนต่างๆของร่างกายเนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมใต้ผิวหนัง ซึ่งใน 1 ปีต่อมาจิตแพทย์ให้การวินิจฉัยโรค PTSD with schizophrenia

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความเห็นว่าอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ควรให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของโรงพยาบาลที่เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ กิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบเดิมมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนและไม่มีการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือหลายงานวิจัยยืนยันว่า มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ใช้ระยะเวลาสั้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำ TF-CBT มาใช้ในการลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

เป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติ

การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ อายุตั้งแต่ 3-17 ปี ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ความเข้มงวดในการสร้างแนวปฏิบัติ

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1.1 กำหนดกรอบการสืบค้น ใช้กรอบของ PICO (Craig & Smyth, 2002) (PICO Framework; P= Population, I= Intervention, C= Comparison, O= Outcome) ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยมีคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้

Population : Children with sexual abuse

Intervention : Psychotherapy, Psychosocial care, Cognitive Behavioral Therapy: CBT, Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT

Comparison : -

Outcome : Reduction of posttraumatic stress symptoms

keyword ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Children with sexual abuse, Sexually abused children, Maltreated children, Psychotherapy, Psychosocial care, CBT, TF-CBT, PTSD, Posttraumatic stress symptoms

1.2 กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีแบบ Meta-analysis และ Randomized controlled trial

- สืบค้นงานวิจัยครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ.1996 – 2008

- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์

1.3 กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ เช่น

- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ได้แก่ www.Cochrane.gov, www.Joannabriggs.edu.au.

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ เช่น www.guidelines.gov.

- ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์

สุขภาพ เช่น Pub Med, CINAHL, OVID, Science direct, Backwell-Synergy

- เอกสารอ้างอิง (reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือได้ จำนวน 8 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพ วิเคราะห์และสังเคราะห์ ต่อไป

2. วิธีที่ใช้ในการสร้าง

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยประยุกต์รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2008) เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา การรวบรวมและประเมินหลักฐาน การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และการดำเนินการ พัฒนาและประเมินผลโครงการนวัตกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic of problem)

กำหนดปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงานและสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ กำหนดปัญหาโดยตั้งคำถามทางคลินิก “มีวิธีการใดที่ดีที่สุด ที่จะนำมาใช้ในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ”

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

ดำเนินการรวบรวมโดยการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ตามลำดับ การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICO Frame work

3. คุณภาพของหลักฐาน

งานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม Melnyk, & Fineout - Overholt (2005) พบว่า งานวิจัยอยู่ในระดับ II จำนวน 8 เรื่อง วิเคราะห์และสกัดเนื้อหาใส่ตารางตามหัวข้อสำคัญ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทวนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่าง 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) สรุปเพื่อนำไปใช้ 12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) มีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ สรุปเนื้อหาวิเคราะห์และสังเคราะห์ นำประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด นำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

วัตถุประสงค์: เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ลักษณะกลุ่มประชากร : เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เข้ารับบริการในหน่วยจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ประเมินได้จากแบบประเมินอาการ PTSD และ/หรือ แบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรค PTSD ตามเกณฑ์ *DSM-IV*

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้รับบริการและครอบครัว
2. บุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลง ส่งผลให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รูปแบบของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) เป็นการบำบัดรายบุคคล ชนิดสั้น มีโครงสร้างและองค์ประกอบเฉพาะ ระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์ ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 - 45 นาที การบำบัดประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ คือ การบำบัดเด็กรายบุคคล การบำบัดพ่อแม่รายบุคคล และบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม ในเด็กเป้าหมายหลักของการบำบัดอยู่ที่อาการ PTSD รวมทั้งอาการต่างๆ ที่มักพบในเด็กที่มีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในพ่อแม่การบำบัดช่วยลดอาการวิตกกังวลของพ่อแม่ เพิ่มทักษะจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก เพิ่มทักษะการสื่อสารเชิงบวกของพ่อแม่ที่มีต่อเด็ก และการบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการเรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย รวมทั้งช่วยให้พ่อแม่เป็นผู้ประคับประคองเด็กต่อการปรับตัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต

รายละเอียดของการบำบัด

1. การบำบัดเด็กรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด (modules) (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 - 20 ครั้ง

ชุดการบำบัดที่ 1 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการให้ดูตัวแบบ (Modeling/coping skills training) ใช้การบำบัด 2 - 5 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills)
2. เพื่อให้เด็กเรียนรู้รูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์

วิธีดำเนินการ

การบำบัดชุดที่ 1 นี้ มุ่งไปที่การเสริมสร้างให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย, ทักษะการปลดปล่อยอารมณ์, ทักษะการจัดการความคิด โดยผู้บำบัดอธิบาย แสดงเป็นแบบอย่าง และแนะแนวทางการปฏิบัติให้เด็กฝึกทักษะในช่วงเวลาบำบัด ก่อนจบช่วงการบำบัดทุกครั้งเด็กจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกกับผู้บำบัด รวมทั้งนำกลับไปฝึกที่บ้าน ตามรายละเอียดดังนี้

1) ให้ข้อมูลแก่เด็กเกี่ยวกับการลวงละเมิดทางเพศ และอาการของความเครียด ภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในมุมมองความคิดและพฤติกรรม (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) อุปกรณ์ในการสอนอาจใช้ภาพการ์ตูน ลูกบอล เพื่อให้เกิดความชัดเจนและน่าสนใจ (King et al., 2000; Level II) โดยผสมผสานเข้าไปตามมุมมองในโลกของเด็ก

2) ฝึกสอนทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) เพื่อใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดจากความทรงจำที่เลวร้าย ความรู้สึกผิด, และความวิตกกังวลที่เข้ามาครอบงำ (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) เช่น สอนทักษะการผ่อนคลาย (relaxation skills) โดยใช้เทปเสียงให้ฟังเป็นส่วนตัวและนำไปใช้ที่บ้าน (King et al., 2000; Level II) สนับสนุนให้เด็กใช้เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่มักกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกลัว, สอนทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (emotion expression skills), และทักษะการจัดการความคิด (cognitive coping skills) โดยช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ความคิด รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น ในขณะเดียวกันก็ลดความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ไปที่ละน้อย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) สอนให้เด็กรู้จักความแตกต่างระหว่างความวิตกกังวลกับการผ่อนคลายและพูดเตือนตนเองระหว่างที่มีสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (King et al., 2000; Level II)

3) สอนรูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้บำบัดแสดงเป็นแบบอย่าง ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดเป็นแบบอย่างในการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้การพูด การเขียน วาดภาพ ร้องเพลง แทนการทำลายข้าวของ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ฝึกสอนพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัวและการปรับกระบวนการทางความคิด (Gradual exposure and processing) ใช้การบำบัด 8 - 12 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้เด็กรู้จักแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ทางลบต่างๆกับความคิดอันเนื่องจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ
2. เพื่อให้เด็กเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดอัตโนมัติ, ความจำที่ทุกข์ทรมานก่อนหน้านี้
3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง ลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง
4. ช่วย让孩子จัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการ

การบำบัดชุดที่ 2 เน้นการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวของเด็กแต่ละราย วิธีที่ใช้ได้แก่ การจินตนาการเชิงบวก (positive imaginary) การวาดภาพ การแสดงบทบาทสมมติ การเขียนเรื่องเล่า การอภิปรายร่วมกัน สนับสนุนให้เด็กใช้ทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆที่ฝึกในช่วงต้น มาใช้จัดการกับความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดขึ้นขณะฝึก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ส่วนประกอบของการบำบัดในชุดนี้ ได้แก่

- 1) ให้เด็กเผชิญกับสถานการณ์ความทุกข์ใจจากการจดจำที่หลงเหลือจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศด้วยวิธีต่างๆตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ตัวอย่างเช่น การอภิปราย การอ่านหนังสือ การเล่นตุ๊กตา การวาดภาพ การเขียน การแต่งกลอน และการร้องเพลง (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II) การบำบัดในระบายนี้นั้นขึ้นอยู่กับความต้องการเฉพาะหน้าของเด็ก การบำบัดแบบการเผชิญสถานการณ์ (exposure) มีโครงสร้างและมีการกำหนดทิศทางไว้ชัดเจน ผู้บำบัดอาจเสนอวิธีในการเผชิญสถานการณ์ให้เด็กเลือก การยืดหยุ่นในการฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็น ไม่เพียงแต่ทำให้เด็กรู้สึกมีส่วนร่วม แต่ยังทำให้ความรู้สึกลควบคุมตนเองของเด็กกลับคืนมา (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

- 2) ผู้บำบัดกระตุ้นให้เด็กใช้ทักษะการผ่อนคลาย และทักษะการเผชิญปัญหาอื่นๆ เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเผชิญกับความทรงจำและสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

- 3) ผู้บำบัดช่วยให้เด็กที่ถูกตีตรา ได้สื่อสารอารมณ์และความคิด เด็กจะถูกกระตุ้นให้แสดงความคิดและความรู้สึกอย่างเปิดเผย และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศที่รบกวนจิตใจ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Education/prevention skills training) ใช้การบำบัด 2 - 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กรู้และเข้าใจสิทธิความเป็นเจ้าของร่างกายตน
2. เพื่อให้เด็กสามารถแยกแยะระหว่างการสัมผัสที่เหมาะสมกับการสัมผัสที่ไม่เหมาะสม
3. เพื่อให้เด็กสามารถตอบสนองด้านเพศได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

เน้นการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ โดยให้ความรู้ในประเด็นสิทธิร่างกายตนเอง การแยกลักษณะของการสัมผัสที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้เด็กสามารถปกป้องตนเองและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

1) ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก การให้ความรู้ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับวัยและประสบการณ์ของเด็กแต่ละคน การให้ข้อมูลเหล่านี้จะมีการแลกเปลี่ยนระหว่างเด็กและผู้บำบัดตลอดช่วงระยะของการบำบัด (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) เพื่อช่วยให้เด็กเกิดความเข้าใจประสบการณ์การถูกทำร้าย และสามารถแยกการสัมผัสที่เป็นการล่วงละเมิดทางเพศกับการสัมผัสทั่วไป สามารถโต้ตอบอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศในอนาคต (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

3) ฝึกทักษะการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง ซึ่งจะเน้นการฝึกซ้อมและแสดงบทบาทสมมติ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2. การบำบัดพ่อแม่รายบุคคล ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) .ใช้ระยะเวลา 12 - 20 ครั้ง

ประเด็นของการบำบัดมุ่งไปที่ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของพ่อแม่เกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก ความรู้สึกลังเลใจต่อการเลือกข้างว่าจะอยู่ฝ่ายผู้กระทำการล่วงละเมิดหรือจะอยู่ฝ่ายเด็ก รวมทั้งปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้างที่เกิดขึ้นเมื่อความลับเกี่ยวกับการล่วงละเมิดถูกเปิดเผย (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ชุดการบำบัดที่ 1 การให้การศึกษาและการเผชิญปัญหา (Education และ coping) ใช้การบำบัด 2 - 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่

วิธีดำเนินการ

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก อุบัติการณ์ และปฏิกิริยาตอบสนอง

ทั่วไปในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความรู้สึกผิดของพ่อแม่อาจลดลงได้เมื่อได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มเติม รวมทั้งรับทราบว่าการปกปิดการถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) อภิปรายถึงผลลัพธ์ของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เน้นบทบาทความสำคัญของพ่อแม่ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กในระยะยาว (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) แจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศให้แก่พ่อแม่ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ผู้บำบัดช่วยให้พ่อแม่จัดการกับความกลัว/วิตกกังวลของตน ถ้าพบประเด็นว่าพ่อแม่มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการที่เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กของตน (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การสื่อสาร การทำตัวเป็นแบบอย่าง และการเผชิญกับสถานการณ์ (Communication, modeling และ gradual exposure) ใช้การบำบัด 3 - 9 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของคนที่มีความเสี่ยงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่จะตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้พ่อแม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศกับเด็กอย่างตรงไปตรงมาและผ่อนคลาย โดยสามารถควบคุมอารมณ์/ความอายในการสื่อสารแลกเปลี่ยน
3. เพื่อให้พ่อแม่เป็นแม่แบบในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้กับเด็ก
4. เพื่อให้พ่อแม่ช่วยสนับสนุนให้เด็กเผชิญความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น นอกชั่วโมงการบำบัด

วิธีดำเนินการ

การบำบัดในช่วงนี้จะเกี่ยวกับการเริ่มต้นเผชิญกับสถานการณ์ การขยายความรู้สึกและความนึกคิด ผู้บำบัดกระตุ้นให้ตั้งคำถามและให้ข้อมูลป้อนกลับกับพ่อแม่ ช่วยพ่อแม่ให้ผ่านพ้นพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับการประสบการณ์การถูกทำร้าย สามารถเริ่มและดำรงไว้ซึ่งการสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศเช่นเดียวกับการพูดเรื่องเพศทั่วไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) โดยมีวิธีการดังนี้

1) แจกคู่มือหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็กในเรื่องการล่วงละเมิดทางเพศ สนับสนุนทักษะการสื่อสารของพ่อแม่กับเด็กที่มีประสิทธิภาพ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ใช้เทคนิคการทำตนเป็นแบบอย่าง (modeling) ผู้บำบัดเน้นความสำคัญของการ

เป็นแบบอย่างในการเผชิญปัญหา (coping) เมื่อมีการอภิปรายกันถึงเรื่องการถูกทำร้าย เพื่อเป็นการสอนเด็กว่าการพูดเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศไม่ใช่เรื่องน่าละอาย และไม่ควรลงเอยด้วยความโกรธและความวิตกกังวล (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

3) กระตุ้นให้พ่อแม่จัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเองก่อนที่จะพูดคุยกับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เน้นถึงความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีต่อการพูดคุยกันถึงเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศ (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) โดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิด เช่น การรื้อสร้างความคิด (cognitive restructuring) การหยุดความคิด (thought of stopping) การจินตนาการเชิงบวก (positive imaginary) และการวางเงื่อนไขการเสริมแรง (contingency reinforcement) เป็นต้น (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

4) การเผชิญสถานการณ์ทีละน้อย (gradual exposure) โดยเน้นให้พ่อแม่ได้เปิดเผยประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศของตนเองในกรณีที่พ่อแม่เคยมีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิด ในบรรยากาศที่ปลอดภัยและอบอุ่น โดยผู้บำบัดมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบำบัด เพื่อให้พ่อแม่สามารถก้าวผ่านความรู้สึกและพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงการพูดถึงความรู้สึกการเกี่ยวกับการประสบการณการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5) อภิปรายแลกเปลี่ยนและฝึกซ้อมการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อเตรียมพ่อแม่ในการฝึกเผชิญสถานการณ์กับเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 ทักษะการจัดการพฤติกรรม (Behavior management skills) ใช้ระยะเวลาการบำบัด 7 - 10 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักการของพฤติกรรม (behavioral principles) ที่ช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1) สอนให้พ่อแม่ได้เรียนรู้หลักการเชิงพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ความยากลำบากในการจัดการความอายของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็กลดลง โดยอธิบายถึงพัฒนาการและการดำรงอยู่ของอาการต่างๆที่มักพบในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ด้วยหลักการเรียนรู้ทางสังคม ผู้บำบัดเน้นว่าพ่อแม่คือครูที่ดีที่สุดของลูก ที่ช่วยให้ลูกเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ได้รับ การเรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) สอนให้พ่อแม่ใช้หนังสือเป็นสื่อในการพูดคุยกับเด็ก โดยให้พ่อแม่อ่านหนังสือ ผู้บำบัดเป็นผู้เอื้ออำนวยให้พ่อแม่สื่อสารและปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ที่บกพร่องกับเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) สอนเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่พ่อแม่ เพื่อให้พ่อแม่นำไปใช้จัดการกับพฤติกรรม ของเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) เช่น การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) การจำแนกแยกแยะความสนใจ (differential attention) ผลลัพธ์ของการกระทำ (logical or natural consequences) การใช้เวลานอก (time-out) การเสริมแรงทางบวกและทางลบ โดยปรับกิจกรรมการบำบัดช่วงนี้ให้ตรงกับความต้องการของเด็ก และเน้นเทคนิคที่ใช้แล้วได้ผลในการลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) การบำบัดเด็กรายบุคคลและการบำบัดพ่อแม่รายบุคคลในแต่ละครั้ง ต้องดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ สถานการณ์ที่บ้าน และรูปแบบการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้การบำบัดจำเป็นต้องยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับเด็กเป็นรายๆ ไป (King et al., 2000; Level II)

3. การบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ใช้ระยะเวลา 3 - 4 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอาการพยาธิสภาพทางจิตของเด็กโดยรวม
2. เพื่อเพิ่มความสามารถของเด็กในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากความทรงจำ ความคิด และสิ่งเตือนใจอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

วิธีดำเนินการ

ในระหว่างการบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมใช้เวลาในการบำบัดทั้งสิ้นอย่างน้อย 80 - 90 นาทีในแต่ละชั่วโมงของการบำบัด แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นแรก แยกบำบัดเด็ก 30 นาที กับพ่อแม่เป็นรายบุคคล 30 นาที ตามแนวบำบัดข้างต้น ขั้นที่สอง ให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก โดยพ่อแม่เป็นผู้สนับสนุนเด็กแทนผู้บำบัด ใช้เวลา 30 นาทีหลังของชั่วโมงการบำบัด ซึ่งจะให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก ภายหลังจากเด็กได้รับการบำบัดรายบุคคลในชั่วโมงบำบัด ครั้งที่ 8 - 9 ของโปรแกรมการบำบัด

การบำบัดส่วนที่พ่อแม่มีส่วนร่วม与孩子ใช้การสื่อสารแบบสบายๆ และเหมาะสมกับเนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้เด็กและพ่อแม่พูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับบาดแผลทางใจของเด็กด้วยกัน (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 อธิบายเหตุผลและเป้าหมายของการบำบัด (King et al., 2000; Level II)

ครั้งที่ 2 - 3 เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนปัญหา โดยไม่หลีกเลี่ยงการพูดถึงการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว (King et al., 2000; Level II)

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมเด็กต่างๆ เน้นการประสานกันระหว่าง การควบคุมสิ่งเร้าและการจัดการเงื่อนไข เช่น ให้การเสริมแรงทางสังคมและเสริมแรงโดยใช้สิ่งของเมื่อ เด็กมีพฤติกรรมที่แก้ปัญหาทางบวก (King et al., 2000; Level II)

8. การติดตามและประเมินผลการบำบัด

1. ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล

ประเมินผลอาการ PTSD หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันทีที่ 12 - 20 สัปดาห์ และติดตามประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี และ 2 ปี กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชน จะถูกเชิญให้กลับเข้ารับการประเมินที่ศูนย์บำบัด ภายหลังจากการประเมินครั้งแรกประมาณ 3 - 4 เดือน พ่อแม่และเด็กจะถูกแยกสัมภาษณ์โดยผู้ประเมินคนเดิม ทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์เด็ก/พ่อแม่ แล้วให้เขียนตอบ

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์หลักคืออาการ PTSD ของเด็ก สามารถเลือกใช้ได้ดังนี้

1) The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) ใช้ประเมินอาการที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยมีมิติด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, ปัญหาด้านเพศ, อารมณ์โกรธและแยกตัวออกจากสังคม เป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือไม่ได้ถามอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2005; Level II)

2) The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS) PTSD section ของ Silverman และ Albano (1996) ใช้ประเมินอาการ PTSD เป็นชุดย่อยของแบบประเมินโรควิตกกังวลในเด็ก ที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ ที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การประเมินคุณภาพความเที่ยงและความตรงอยู่ในระดับดี (King et al., 2000; Level II)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

การประเมินแนวโน้มของการนำสิ่งที่ได้จากข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติ ผู้ศึกษาพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก คือการถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล ที่มุ่งเน้นการบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ลักษณะของผู้รับบริการมีปัญหาคล้ายคลึงกัน สถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วนและง่ายต่อการเข้าถึง

บริการ ในด้านบุคลากรที่รับผิดชอบได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในระดับหนึ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปทดลองใช้ สำหรับความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ผู้ศึกษาประเมินว่าหากมีการตัดสินใจนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศไปใช้ จำเป็นต้องส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ CBT และ TF-CBT จนมีความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีความคุ้มค่า คุ้มประโยชน์เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการ PTSD และสามารถลดอาการ PTSD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่จะพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการพัฒนาและประเมินผลโครงการนวัตกรรม (Developing, implementing, and evaluating the innovation)

ผู้ศึกษาได้วางแผนการใช้และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยนำรูปแบบของแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (pilot study) ดังนี้ ประชาสัมพันธ์และส่งบุคลากรที่ดูแลด้านจิตใจเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและการบำบัดทางจิตแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงมาปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง ติดตามประเมินผลทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยวิเคราะห์จากบริบทแวดล้อม ได้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ครอบครัว และค่าใช้จ่าย ใช้ระยะเวลาการนำไปใช้ประมาณ 6 - 12 เดือน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในองค์กรอย่างแท้จริง เผยแพร่ผลงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ แก่วิชาชีพพยาบาลและผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ปฏิบัติ ควรนำแนวปฏิบัติมาพัฒนาเป็นคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยเพิ่มเติมรายละเอียดแต่ละขั้นตอนให้มีความชัดเจน เพื่อสะดวกแก่การนำไปใช้ มีการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของคู่มือ นำไปทดลองปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่จะนำไปใช้
2. ผู้ปฏิบัติอาจพัฒนาคู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก และคู่มือเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก ขึ้นใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และทันสมัยเป็นปัจจุบัน

3. ผู้ให้การบำบัดควรผ่านการฝึกอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หรือศึกษาคู่มือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาเป็นอย่างดี สำหรับพยาบาลที่ให้การบำบัดควรเป็นพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

4. การประเมินผลการบำบัด กรณีที่จะนำแบบประเมิน TSC-C ของ Briere (1995) และ ADIS PTSD section ของ Silverman และ Albano (1996) มาประเมินอาการ PTSD ต้องขออนุญาตใช้เครื่องมือแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งประเมินความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้กับเด็กไทย เนื่องจากแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวนมาก ผู้ปฏิบัติอาจเลือกแบบประเมินที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย เช่น แบบสัมภาษณ์อาการผิดปกติทางจิตใจหลังประสบภาวะอันตราย (PTSD Symptom Scale – Interview: PSS-I) หรือแบบประเมิน General Health Questionnaire Plus-R: GHQ 12 Plus-R ในส่วน PTSD screening test ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ มาพัฒนาใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อจำกัดในการสร้างแนวปฏิบัติ

- วารสารที่อยู่ในฐานข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น ไม่มีในประเทศไทย ต้องติดต่อซื้อจากต่างประเทศ ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง
- TF-CBT ยังไม่มีการเปิดการฝึกอบรมในประเทศไทย ถ้าหากว่าผู้สร้างแนวปฏิบัติผ่านการฝึกอบรม TF-CBT มาก่อน จะทำให้การอ่านหลักฐานเชิงประจักษ์เข้าใจมากขึ้น

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR
REDUCING POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS OF CHILDREN WITH
SEXUAL ABUSE

ARUNYA CHUMNANUKSORN 4836936 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ACHARAPORN

SEEHERUNWONG, D.N.S., ATITTAYA PORNCHAIKET AU-YEONG, Ph.D.

(Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Backgrounds

Sexual abuse in children is an international problem. Many studies showed that sexual abuse consequently impacted physical, mental, and social behaviors of abused children. The consequences can be both short- and long-term (Smith & Kelly, 2001; Baxter, 2004; Clements, Speck, Crane, & Faulkner, 2004; Ystgard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004; Libby et al., 2005).

Mental responses of sexually abused children are individually different. Some children may have minimal responses and do not have much suffering; particularly the children who have a strong mental foundation. As the time passed by they can properly adjust themselves. However, some children may have severe responses. They may suffer mentally and behaviorally. If these children do not receive helps and supports, in a long run they may develop pathologically mental-health problems. They may develop posttraumatic stress disorder (PTSD), which is a very severe mental response disturbing their normal daily life activities (Howe, 2005).

The abused children with PTSD have a chemical change of brain inducing increased functions of sympathetic and limbic systems. This change causes

information transferring in the brain cut off so that the brain has difficulty in performing normal functions (Matthess, 2000). The chemical and functional changes of the brain lead to alterations of the cognitive model and learning model of children. The abused children may forget some parts of sexual abuse to protect themselves mentally. It happens subconsciously. The forgotten brain leads to a change of cognitive awareness and to a skip of memory. This response can camouflage fear, pain, and mental suffering (Matthess, 2000; Wickhan, & West, 2002). Nevertheless, this response increases a risk of developing PTSD.

During 2005-2007 Mental Health Department, Somdej Prasungkarach 17, Supanburi Province provided mental health care and supports to 105 abused children who were transferred from other departments within hospital. The care and supports encompassed the assessments for stress, depression, and suicidal risk by using the assessment tools of Mental Health Department, the Ministry of Public Health. At the first time meeting with clients, who were abused children and their parents or primary guardians, nurses provided psychological therapies including supportive counseling to the clients, who were not a part of sexual abuse event. The nurses also made their home visits or followed-up via telephone. The outcome evaluation of the therapies revealed that a number of abused children came back to the hospital for unknown-causes of physical problems. One child came with severe headache and had a suicidal idea. Two children hurt themselves. Another child had regressive behaviors and inflammation of some parts of her body. A year later, this child was diagnosed as PTSD with schizophrenia by a psychiatrist.

The researcher as a mental health nurse concerns that PTSD in sexually abused children is a serious problem. The children should be helped and supported. The help and support are concomitant with the hospital's objectives that primarily emphasize patients' safety. Traditionally, mental nursing care and practice at the hospital are various. It is dependent on knowledge and experiences of each nurse. The care and practice are not evidence-based. Also, obvious outcomes of the care and practice are not evaluated.

Regarding a literature review, many reliable studies showed that Trauma-focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is effective in reducing PTSD symptoms of children in a short period of time.

As a result, the researcher is interested in developing an evidence-based nursing practice guideline by using TF-CBT to reduce PTSD symptoms in sexually abused children.

Goals of Developing the Practice Guideline

To have a clinically evidence-based nursing practice guideline for mental health nurses in providing care and supports to sexually abused children aged 3-17 years in order to reduce their stress after mentally traumatic event.

Strictness of Developing the Practice Guideline

1. Searching for evidence

1.1 Specifying a searching framework. PICO (Craig & Smyth, 2002) (PICO Framework; P = Population, I = Intervention, C = Comparison, O = Outcome) was applied for searching evidence, as described below.

Population : Children with sexual abuse

Intervention : Psychotherapy, Psychosocial care, Cognitive Behavioral Therapy, Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy

Comparison : -

Outcome : Reduction of Posttraumatic Stress Symptoms

Based on PICO framework, keywords were specified. P= children with sexual abuse, sexually abused children, and maltreated children; I = psychotherapy, psychosocial care, cognitive behavioral therapy, trauma-focus cognitive behavioral therapy; O = posttraumatic stress disorder, posttraumatic stress symptoms.

1.2 Specifying a search criteria

- Selected only studies that are randomized controlled trial
- Limited the studies conducted during 1996-2008
- Chose only complete studies published in either Thai or English

1.3 Identifying sources and research data bases

The researcher established both electronic and hand search for research evidence published in either Thai and English from several research databases and sources, such as:

- Research databases that collect systematic review studies such as The

Cochrane Library (www.Cochrane.gov), The Joanna Briggs Institute (www.Joannabriggs.edu.au).

- Evidence-based clinical practice guideline databases such as the National Guideline Clearinghouse™ (NGC) of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services (www.guidelines.gov).
- Research databases in medicine, nursing, and allied health such as Pub Med, CINAHL, OVID, Science Direct, and Backwell-Synergy.
- Reference lists of journal articles or research studies

Eight complete and reliable studies were selected. These studies were evaluated, analyzed and synthesized for developing the nursing practice guideline in this study.

2. Development Strategy

The process of research utilization of Polit & Beck (2008) was applied to develop the nursing practice guideline in reducing PTSD symptoms in sexually abused children. The process contains 4 steps: Step I: Selecting a topic of problem, Step II: Assembling and evaluating evidence, Step III: Assessing implementation potential, and Step IV: Developing, implementing, and evaluating the innovation.

Step I : Selecting a topic of problem

In this step a problem was identified from triggers relating to work-related problem and a review of literature. The problem was identified by a clinically raised question, “What is the best practice used to reduce stress symptoms of sexually abused children after facing mentally traumatic event ?”

Step II : Assembling and evaluating evidence

For this step the researcher used PICO framework to seek for the evidence. The evidence was evaluated for quality.

3. Quality of evidence

The selected research studies were evaluated for quality and strictness of evidence by using evaluation criteria suggested by Melnyk, & Fineout - Overholt (2005). It was found that all eight studies that were selected were in level II. In order

to conduct an analysis and synthesis of the selected studies, a table was built. The table contained key topics including 1) study objectives, 2) study funding support, 3) hypothesis, 4) setting, 5) samples, 6) tools or instruments, 7) therapy, 8) method, 9) level of study, 10) results, 11) implication, 12) parallel with clinical problem, 13) scientific value, and 14) implementation potential.

Based on the table, contents and main evidence were analyzed and synthesized to develop the nursing practice guideline, as described below.

A Clinical Nursing Practice Guideline to Reduce Stress after Facing Mentally Traumatic Event of Sexually Abused Children

Objectives: To reduce stress after facing with mentally traumatic event of sexually abused children.

Population characteristics: Population are sexually abused children, who develop stress after facing with mentally traumatic event and come to receive mental care and services at out-patient mental health department of Somdej Prasungkarach 17. Their stress is assessed by using a tool assessing PTSD symptoms and/or a tool used to diagnose PTSD based on DSM-IV criteria.

Beneficiaries of using the practice guideline

1. Clients and families
2. Staff in the organizations

Expected outcomes of using the practice guideline

Stress in sexually abused children after facing mentally traumatic event reduces so that the quality of life of children and family improves.

Model of cognitive and behavioral therapy after facing with mentally traumatic event

Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is an individual therapy used as a short-term therapy. The therapy has specific structure and components. The duration of the therapy lasts for 12 weeks; it is conducted once a week and 30-40 minutes a time. The therapy contains three major sessions, individual therapy for children, individual therapy for parents, and individual therapy for children having parents joining the therapy. The major aim of the therapy in children is focused

at PTSD and other symptoms often seen in sexually abused children. The therapy in parents aims to minimize their anxiety, enhances their skills in managing children's behaviors, and increase positive communication skills of parents with their children. The therapy having both children and parents helps children learn positive behaviors instead of unwanted behaviors resulting from sexually abused events. This therapy also helps parents to support and guide children for their present and future self-adaptation.

A description of therapy

1. Individual therapy for children

Individual therapy for children is composed of three modules for 12-20 sessions or times (1996, 1999; Level II).

Module 1 Modeling/coping skills training

This module takes 2-5 sessions or times.

Objectives

1. For children to learn coping skills.
2. For children to learn a model of creatively emotional and behavioral management.

Therapeutic intervention

This model emphasizes developing coping skills of children such as relaxation technique, emotion expression skills, and skills in cognitive management. The therapist explains, acts as a role model, and suggests how to practice coping skills to children in the therapy sessions. At the end of each session, children exchange experiences and knowledge they received from the therapy with the therapist. Children continuously practice the coping skills at home. What follows are the details of the therapy in this module.

- 1) The therapist provides children the information regarding the dimension of thought and behavior changes resulting from sexual abuse and stress after facing mentally trauma event (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II). The therapy may use pictures of cartoons and balls as teaching materials for children to see clear pictures and to be interesting (King et al., 2000; Level II). The teaching strategies should be intermingled to the view of children's world.

2) The therapist teaches coping skills to children in order for them to use the skills to manage bad memory, guilt, and disturbing anxiety (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II). For examples, the therapist teaches relaxation skills by using personally musical tape cassette and suggests children using more at home (King et al., 2000; Level II). The therapist teaches children to use relaxation technique when they are facing with fear stimulants, teaches emotion expression skills, and cognitive coping skills to help children in releasing their emotion, thoughts, and anxiety management. The teaching will gradually decrease the fear of children (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

3) The therapist teaches a model of creative emotional and behavioral management. The therapist acts as a role model. For examples, the therapist acts for emotional management by speaking, writing, drawing, and singing instead of destroying stuffs (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

4) The therapist teaches children how to show or express their behaviors and ability in public appropriately (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

Module 2 Gradual exposure and processing

For this module, children are taught about facing with fear stimulants and cognitive process adjustment. This module includes 8-12 sessions or times.

Objectives

1. To help children in identifying relationships between negative emotions and thoughts from sexually abuse.
2. For children to learn means to automatically manage their thoughts and previously anguish memories.
3. To enhance children's self-confidence in self-control and decrease their avoidant behaviors.
4. Help children how to better manage their emotion effectively.

Therapeutic intervention

This module 2 focuses on facing with fear stimulants by prioritizing facing with fear stimulants of each child. Strategies used includes positive imaginary, drawing, role-playing, writing a story, and discussion sharing. The therapist supports children in using coping skills that are priority trained to manage their anxiety and fears during the training practice (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al.,

1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II). The components of this module are composed of following therapies.

1) The therapist lets children face with mental suffering, a remnant memory from the sexually abuse event. The therapist uses several strategies suitable for each child such as discussion sharing, reading books, playing with toys, painting pictures, writing, composing poems, and singing (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II). The therapy in this module depends on the needs of children. Exposure therapy has structure and clear directions. The therapist may offer children ways to expose their mental suffering and the children can select a suitable way for themselves. The flexibility in the therapy is necessary because it helps making children not only be a part of the therapy, but also regain their self-control (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

2) The therapist encourages children to use relaxation technique and other coping skills in order to help the children expose or face with their remaining memory and stimulants relating to sexually abuse events (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) The therapist helps stigmatized children in conveying their emotion and thoughts so that the children are encouraged to express their thoughts and feelings and that their ability to manage the sexually abuse experience increases (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

Module 3 Education/prevention skills training

The therapy in this module takes 2-3 sessions.

Objectives

1. In order for children to know and understand that they have a right to their body.
2. To help children identify between appropriate touches and inappropriate touches.
3. To help children have properly sexual response.

Therapeutic intervention

The intervention for this module accentuates a prevention of repeated sexual abuse. Children are educated about the rights of their body, identifying appropriate and inappropriate touches, and refusal skills so that children can protect themselves and have effective responses. Examples of therapy are given below.

1) The therapist provides basic knowledge regarding sexual health and sexually abuse in children to children as well as teaches them how to use instruments appropriate for their age-period and their experiences. The provided knowledge and information will be exchanged between the therapist and children throughout the therapy (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

2) The therapist educates children about their self-safety protection (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) in order to help children understand their sexually abuse experiences. The education can help children identify sexual touches from normal touches (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) so that children can respond to future sexual abuse effectively.

3) The therapist trains children in self-safety protection skills. The training highlights practice and role-play (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

2. Individual therapy for parents

Individual therapy for parents is composed of three modules (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II). It takes 12-20 sessions or times.

The themes of the therapy focus on ambivalent feelings of parents about revealing a secret regarding their children being sexually abused. They are unsure which side they should stand, between sexual abusers or their sexually abused children. The therapy also underscores the responses of other people when the secret about sexual abuse is uncovered (Cohen et al., 1996, 1997; Level II). What follows are a description of this therapy.

Module I Education and coping

This module takes 2-3 sessions or times.

Objectives

- To correct incorrect thoughts and reduce emotional suffer of parents.

Therapeutic Intervention

1) The therapist provides knowledge regarding sexually abused children, incidence, and general responses of the abused children to parents. Parents may feel less guilty after they receive more information concerning the sexually abused children and they know that unrevealed secret pertaining sexually abused children can be found in general (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) The therapist explains about the results of sexual abuse by underlining roles

of parents that influence long-term adjustments of children (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

3) The therapist gives a handbook on the subject of sexual abuse to parents (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

4) The therapist helps parents in managing their perception, information, fear, and anxiety, particularly if parents' fear/anxiety as a result of having been sexually abused when they were children before (Cohen et al., 1996, 1997; Level II).

Module 2 Communication, modeling, and gradual exposure

This module contains 3-9 sessions/times.

Objectives

1. In order for parents to analyze their interactions with their children so that the parents can properly alter their behaviors in response to children's needs.
2. In order for parents to be open, calm, and not shy in exchanging points of sexual abuse with their children.
3. In order for parents to be a role model in creatively coping with problems for their children.
4. In order for parents to promote children in coping with fear properly and sequentially beyond therapy hours.

Therapeutic Intervention

The therapy of this module highlights initially facing with sexual abuse event, expanding how parents feel and think, and encouraging them to ask questions in order for the parents to give feedbacks to the parents. The therapy helps parents get through avoidant behaviors relating to hurt feeling. The therapy generates and maintains overt communication pertaining sexual abuse, in which it is similar to talk on general sexual topic (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II). The details of this therapy are as below.

1) In order to promote effective communication between parents and children, the therapist hands out a handbook or practice guideline on the subject of communication about sexual abuse between these two parties (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

2) The therapist used modeling technique. For this technique the therapist puts emphasis on the important of being a model for problem coping when discussing about sexual abuse. The therapy teaches children that talking about sexual abuse is not

embarrassed. Children should not be ended with anger and anxiety (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

3) The therapist promotes parents to manage their emotional response before they start a conversation with sexually abused children. The therapist stresses how parents feel toward this conversation (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II). The therapist uses cognitive therapy such as cognitive restructuring, thought of stopping, positive imaginary, and contingency reinforcement (Cohen et al., 1996, 1997; Level II).

4) In the safe and warm ambiance the therapist uses gradual exposure emphasizing parents to reveal their experience in being sexually abused if they were there before. The therapist provides feedbacks in a therapeutic manner in order to help parents overcome avoidant feeling and behaviors showing that they want to stay away from talking about their feeling regarding their children being sexually abused (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

5) The therapist explains and trains on role modeling to parents in order to prepare them facing with their children (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

Module 3 Behavior management skills

This module contains 7-10 sessions.

Objectives

In order to help parents learn the behavioral principles so that they can understand children's behaviors and suitably respond to the behaviors.

Therapeutic intervention

1) The therapist teaches parents learn behavioral principles in order to reduce their difficulty in getting rid of their shameful feeling about their children being sexually abused. The therapist explains development and sustainment by social learning to parents. The therapist emphasizes that parents are the best teachers for children in helping their children to learn positive behaviors instead of undesired behaviors learned from sexually abuse (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

2) The therapist teaches parents to use books to convey their message in the conversation with children. The therapist asks parents to read the books and the therapist assists or guides in their communication with children in order to improve the deficit communication with their children (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II).

3) The therapist teaches behavioral changing technique to parents so that parents can manage their children's behaviors (Cohen et al., 1996, 1997; Level II), such as shaping behaviors, giving differential attention, explaining logical or natural consequences, giving time-out, and providing positive and negative incentives. The therapy for this module should be adjusted accordingly to children's needs. The therapist underscores the most effective technique in lessening emotional and behavioral problems of children (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) The therapist provides information relating to legal issues (Cohen et al., 1996, 1997; Level II).

In each session of children therapy and parent therapy, the therapy should go in the same direction. The therapist should concern individuality of each child and parents. The therapy should be flexible and suitable with age factor, home situations, and sexually abuse events. (King et al., 2000; Level II).

3. Individual therapy for children having parents joining the therapy

This therapy takes 3-4 sessions.

Objectives

1. In order to diminish pathologically mental problem of children as a whole.
2. In order to strengthen the ability of children in problem coping as a result of memory, thoughts, and reminders relating to their sexual abuse.

Therapeutic intervention

This therapy lasts for 80-90 minutes for each session. The therapy is divided into two steps. First, the individual therapy in children is separated from parents, as aforementioned therapies. It consumes 40-45 minutes for this first step. Second, parents join the children therapy in that the parents support children rather than the therapist who does that. Each step takes the last 40-45 minutes of the therapy session. Parents were brought in to join the therapy after children receive the therapy at session 8-9.

The joined therapy utilizes comfortable communication appropriate with contents. For instances, the therapist educates them about personal safety and sexual health such as condom use, pregnancy prevention. In addition, children and parents exchange children's feeling wound together (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II). The therapy is described below.

Session 1: The therapist explains reasons and goals of the therapy (King et al., 2000; Level II).

Session 2-3: The therapy focuses on improving communication skills between parents and children in order to listen and exchange their problems by not avoiding the talk about sexual abuse in the family (King et al., 2000; Level II).

Session 4: The therapy emphasizes children's behavioral management skills by focusing on a parallel of stimulant control and condition management. For example, parents give social incentives and encouragement by giving something to children when they have positive behaviors (King et al., 2000; Level II).

8. Follow-up and evaluation of the therapy

1. Time for follow up and evaluation

For sexually abused children, the therapist evaluates PTSD symptoms after the therapeutic program intervention is ended at the 12th -20th week. Then the follow-up evaluation is conducted again after the intervention at 3rd month, 6th month, 1st year, and 2nd year. Samples in the community will be invited to be evaluated at a therapy center. After the first evaluation at the end of therapy parents and children are evaluated separately at 3rd and 4th months by the same evaluator. The evaluation is conducted by interviewing children and parents. Then, the therapist asks them to write their answers.

2. Tools for outcome evaluation

Following tools are used to evaluate the main outcome, which is PTSD of children.

1) The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) by Briere (1995). This self-evaluating tool is used to evaluate symptoms related to feeling/emotional wound such as anxiety, depression, stress after facing with emotional trauma, sexual problems, anger, and social separation. The tool has 54 items. A limitation of this tool is that the tool does not evaluate specifically the stress after emotional trauma from sexual abuse (Cohen et al., 2005; Level II).

2) The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for *DSM-IV* (ADIS) PTSD section of Silverman and Albano (1996). This tool is a brief version assessing anxiety in children. The tool encompasses questions asking stress

after emotional trauma regarding sexual abuse. The validity and reliability of the tool are acceptable (King et al., 2000; Level II).

Step III: Assessing Implementation Potential

The assessment for implementation potential assesses the possibility of bringing the guideline that is built from analyzed and synthesized contents, summary, and suggestions from evidence-based research to utilize in practice. The assessment takes place by conducting a pilot test in order to evaluate if the guideline appropriate for the contexts of organization. Three main issues are considered in applying the guideline. These issues include transferring the guideline from evidence-based research into real practice, cost effectiveness, and cost efficiency in using the clinical nursing practice guideline with sexually abused children who develop stress after facing with emotional traumatic event.

Step IV: Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation

The researcher plans to apply and evaluate the clinical nursing practice guideline to reduce stress after facing emotional traumatic event in sexually abused children by bring the guideline to test in a pilot study. She will give out information and send staff who are providing care and services to sexually abused children to be trained in building and improving their skills regarding Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Trauma Focus-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). After the training these staff bring the guidelines to use in a pilot organization. The researcher evaluates structure, process, and outcomes of utilizing the practice guideline by conduct an analysis on environmental contexts. She will evaluate staff, clients, families, and costs. The evaluation will take approximately 6-12 months in order to be certain that there is a real change in the organization. She then will distribute the guideline in order to benefit nursing and clients who have similar problem backgrounds.

Suggestions for Guideline Utilization

1. Before utilizing the guideline, the guideline users should develop a handbook, based on the guideline, for Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). The handbook should add details regarding each therapy so that it is clear

and easy to be used. The handbook developer should scrutinize a completeness of the book and then pilot-tests it in a pilot organization. The developer evaluates and improves the handbook suitable with the contexts of organizations.

2. The guideline users should have a handbook concerning sexually abused children and a handbook pertaining communication between parents and children. The users may use existing Thai handbooks or they may develop a new one appropriate with local contexts and up-to-date.

3. The therapists should be trained in cognitive and behavioral therapies. They should study the handbooks for Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) thoroughly. A nurse therapist should be an advanced-practitioner mental health nurse (APN).

4. If the therapist uses TSC-C of Briere (1995) and ADIS PTSD section of Silverman and Albano (1996) to evaluate PTSD, the user needs to ask for their permission to translate the tools from English to Thai. The user also needs to test quality of the tools and evaluates the possibility of applying these tools to Thai children because the tools contains many questions. However, the users may use Thai existing tools such as PTSD Symptom Scale – Interview (PSS-I). This tools contains 17 questions. The user can adjust the tool to evaluate the outcomes of using the practice guideline.

Limitations of Developing the Clinical Nursing Practice Guideline

- Research studies in research databases retrieved from the search are not available in Thailand. It was costly to retrieve the study articles.
- So far TF-CBT is not trained in Thailand. If the guideline developer has been trained TF-CBT, she may understand evidence-based research better.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2549). *แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ*. ปิยอนด์ พับลิสซิ่ง: กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือบำบัดความคิดและพฤติกรรม*. ปิยอนด์ พับลิสซิ่ง: กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546*. สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง: นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- ปริชวัน จันทรศิริ. (2550). ผลกระทบของการถูกทำร้ายและทอดทิ้งเด็ก. *Thai Journal of Child Protection*, 2(2), 15-24.
- รัชณี นิลทองเกื้อกูล, สดใส คุ่มทรัพย์, จินตนา เกลี้ยงประดิษฐ์, จันทรฉาย เนตรสุวรรณ. (2546). *คู่มือการดูแลและบำบัดฟื้นฟูเด็กที่ถูกทารุณกรรมสำหรับ บุคลากรสาธารณสุข*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- วนิดา เปาอินทร์. (2549). ภาวะการทารุณกรรมทางเพศเด็ก. *Thai Journal of Child Protection*, 1(1), 19-54.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และ นภา หลิมธิน. (2544). *คู่มือทีมสหวิชาชีพ: การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก*. คลังนาโนวิทยา: กรุงเทพฯ.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, สรรพสิทธิ์ คุ่มทรัพย์, พรหมพิมล หล่อตระกูล, ชาตรี วิฑูรชาติ, ณัฐวดี ณมโนรม, สมบัติ ตาปัญญา. (2547). พิมพ์ครั้งที่ 2. *คู่มือปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในกระบวนการคุ้มครองเด็ก*. มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก: กรุงเทพฯ.
- ศูนย์พึ่งได้. (2548-2552) *รายงานการทารุณกรรมเด็กของศูนย์พึ่งได้ ระหว่าง พ.ศ. 2548-2552*. สุพรรณบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่17.
- สมชาย พงษ์พัฒนาศิลป์, และ เผ่าพันธุ์ ขอบน้ำดาล. (2551). *ประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับสมบูรณ์)*. เจริญรัตน์การพิมพ์: นนทบุรี.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). พิมพ์ครั้งที่ 8. *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เรือนแก้วการพิมพ์: กรุงเทพฯ.

- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (2550). *แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2548). *รายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่องความรุนแรงต่อเด็กและเยาวชนในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ทำเนียบรัฐบาล.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anita, M.M., & Joann, M.E. (2007). The legal aspects: Risk management strategies for avoiding and responding to sexual assault complaints. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 11(3), 35-37.
- Baxter, A. (2004). Posttraumatic stress disorder and the intensive care unit patient: Implication for staff and advanced practice critical care nurses. *Ovid Baxter Dimension Critical Care Nurses*, 23(4), 145-150.
- Berliner, L., & Elliott, D.M. (2002). Sexual abuse of children. In J. B. B. Myers, L., Berliner, J., Briere, C.T., Hendrix, C.J. & Reid, T.A. (Eds), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.) 55-78. Thousand Oakes, CA: Sage.
- Beth, E.M., Stephen, L.B., Ronald, C.K. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national commodity survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-762.
- Bisson, J., & Andrew M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Library*, 2, 1-40.
- Brent, D. A., Oquenda, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disorder suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59, 801-807.
- Briere, J. N. (1995). *Professional manual for the Traumatic Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Clements, P. T., Speck, P. M., Crane, P. A., Faulkner, M. J. (2004). Issues and dynamics of sexually assaulted adolescents and their families. *Journal of Mental Health Nursing*, 13, 267-274.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1993). A Treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996a). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial finding. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996b). The Weekly Behavior Report: a parent report instrument for sexually abused preschoolers. *Child Maltreatment*, 1, 353-360.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1997). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. (2004). A multi-site randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Cohen, J.A, Mannarino, A.P., Knudsen, k. (2005). Treating sexually abused children : One year follow-up of randomized controlled trial. *Child Abused and Neglect*, 20(2), 135-145.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Murray, L.K., Igelman, R. (2006). Psychosocial intervention for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766.
- Craig, J.V., & Smyth, R.L. (2002). *The evidence-base practice manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cybulska, B., & Foster, G. (2005). Sexual assault: Examination of the victim. *Journal of Medicine*, 33(9), 23-28.
- Danielson, C.K., & Holmes, M.M. (2004). Adolescent sexual assault: An update of the literature, *Ovid Daneilson Curr Opin Obstetric Gynaecology*, 16(5), 383-388.
- David, W.K., Ronald, A.F., Matin M.F, Jonathan, D.k., Luis, F.O., Ellen, S.R., et al. (2001). Care of the sexual assault victim. *American Academy of Pediatrics*, 107(6), 1476-1479.

- Deaper, B. (2007). Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Result from the depression and early prevention of suicide in general practice project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(2), 1-7.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents; A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E., Lippmann, J., Steer, R.A. (1996). Treating sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-326.
- Deblinger, E., Steer, R.A., Lippmann, J. (1999). Two-year Follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Steer, R.A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484.
- Eileen Meier. (2002). Legislative and policy update: Child rape in South Africa. *Pediatric Nursing*, 28(5), 532-535.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L. (1992). Child sexual behavior inventory: normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4, 303-311.
- Gladstone, G. M., Paker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G.S., Wilhelm, K., Austin, M. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. New York: Macmillan.
- Kanita, D., Michael, F., Ainsley, K. John, M. J., Maria, A. O. (2006). Protective factors against suicidal behavior in depress adults reporting childhood abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 971-974.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., et al. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical

- trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355.
- Kafman, J., Birmaher, b., Brent, D. A. (1996). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: present and lifetime version: initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Ovid Leserman Psychosom Med*, 7(6), 2-23.
- Libby, A.M., Orton, H.D., Novins, D.K., Beals, J.M., Spero, M. (2005). Childhood physical and sexual abuse and subsequent depressive and anxiety disorders for two American Indian tribes. *Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 329-340.
- Ludwig, S., & Kornberg, E.A. (1992). *Child Abuse: A Medical Reference* (2^{sd} ed). New York: Churchill Livingstone.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Lynskey, M. T., Bucholz, K. F., Madden, P. A., Statham, D. J., et al. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Journal of Psychological Medicine*, 36(10), 1473-1483.
- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chambers, W., Tabrizi, M. A., Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of the child psychopathology with the Kiddie-SADS-E. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 392-397.
- Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Beck, C.K. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sapp, M.V., & Vandeven, A.M. (2005). Update on childhood sexual abuse. *Ovid Sapp Curr Opin Pediatr*, 17(2), 258-264.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Smith, M. E., & Kelly, L. M. (2001). The journey of recovery after a rape experience. *Journal of Mental Health Nursing*, 22, 337-382.
- Strayhorn J. M., & Weidman, C. D. (1988). A parent practices scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 613-618.
- Stephen, L., & Allan, E.K. (1992). *Child abuse: A medical reference* (2^{sd} ed). Charchill: United States of American.
- Trowell, J., kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glasser, D., et al. (2002). Psychotherapy for sexual abuse girls: Psychopathological outcome finding and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 234-247.
- Ullman, S.E., Townsend, S.M., Filpas, H.H. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Woman Quarterly*, 31(1), 23-37.
- Wickham, E. R., & West, J. (2002). *Therapeutic Work with Sexually Abused children*. Thousand Oaks: California.
- Ystgaard, M., Hestetun, I.,Loeb, M., Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior [Electronic version]. *Journal of Child Abuse&Neglect*, 5, 863-875.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล: แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม: อรัญญา ชำนาญอักษร, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, อติทยา พรชัยเกตุโอว ของ.(2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ.สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

3. ขอบเขตการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) เนื่องจากถูกล่วงละเมิดทางเพศ

3.2 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ประเมินได้จากแบบประเมินอาการ PTSD และ/หรือ แบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรค PTSD ตามเกณฑ์ *DSM-IV*

3.4 ประชากรเป้าหมาย: เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เข้ารับบริการในหน่วยจิตเวชผู้ป่วยนอก

3.5 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลง ส่งผลให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. วิธีดำเนินการ

4.1 เลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา

จากการปฏิบัติงานในคลินิกช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Service Crisis Center: OSCC) ผู้ศึกษาพบว่า เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และภายหลังจากที่รับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ส่งต่อมาจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล พบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น การมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัญหาพฤติกรรมด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม การทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือด้านจิตใจที่ใช้อยู่เดิมยังมีความจำกัดในการช่วยคลี่คลายปัญหาทางด้านจิตใจในบางราย และในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง อาการก็คงอยู่และรุนแรงขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ศึกษาจึงเกิดคำถามทางคลินิกว่ามีการบำบัดชนิดใดที่สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การสืบค้นข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาประยุกต์รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2008) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ โดยมีแนวทางในการสืบค้นงานวิจัย ดังต่อไปนี้

4.2 แนวทางการสืบค้น

4.2.1 กำหนดกรอบการสืบค้น ใช้กรอบของ PICO (Craig & Smyth, 2002) (PICO Framework; P= Population, I= Intervention, C= Comparison, O= Outcome) ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้

Population: Children with sexual abuse, Sexually abused children และ Maltreated children

Intervention: Psychotherapy, Psychosocial care, Cognitive Behavioral (CBT) Therapy, Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)

Comparison: -

Outcome: Reduction of Posttraumatic stress symptoms

4.2.2 กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial
- สืบค้นงานวิจัยครอบคลุม 10 ปีตั้งแต่ปี ค.ศ.1996 – 2006
- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์

4.2.3 กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากกระบวนฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังเช่น

- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ได้แก่ www.Cochrane.gov., www.Joannabriggs.edu.au.

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ เช่น www.guidelines.gov.

- ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น Pub Med, CINAHL, OVID, Science direct, Backwell-Synergy

- เอกสารอ้างอิง (reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือได้ ดังที่ได้รายงานผลการสืบค้นที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในการนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้ทั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพ วิเคราะห์และสังเคราะห์ ต่อไป

4.3 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นทั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง ถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษาและมีคุณภาพมากที่สุด แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

Level I : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย Systemic review หรือ Meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

Level III : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดี

Level V : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI : หลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยเดี่ยวเชิงพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทศนะคติของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4.4 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีที่ใช้ในการวิเคราะห์หลักฐาน ใช้วิธีการสกัดวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง

โดยมีประเด็น คือ วัตถุประสงค์การวิจัย ทุสนับสนุนในการวิจัย สมมติฐานงานวิจัย สถานที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของงานวิจัย ผลการวิจัย การสรุปเพื่อนำไปใช้ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ หลังจากนั้นสกัดเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการศึกษานี้ ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ร่วมปรึกษา

ผลการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 8 เรื่อง และมีระดับของความน่าเชื่อถือในระดับ 2 ทั้งหมด ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial finding. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 35(1), 42-50.	Level II
2	Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 36(9), 1228-1235.	Level II
3	Cohen, J.A., Deblinger, E., & Mannarino, A.P. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 43(4), 393-402.	Level II
4	Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. <i>Journal of Child Abuse and Neglect</i> . 29,135-145.	Level II

ตาราง 1 หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
5	Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome finding. <i>Journal of Child Maltreatment</i> . 1(4), 310-321.	Level II
6	Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms. <i>Journal of Child Abuse and Neglect</i> . 23(12),1371-1378.	Level II
7	Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., & Steer, R. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 45(12), 1474-1484.	Level II
8	King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 39(11), 1347-1355.	Level II

4.5 การตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติ

เพื่อการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (Integrate the evidence) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน นักจิตวิทยาจำนวน 1 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แก่บุคคลที่มีอาการ PTSD

ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยเชิงประจักษ์ทั้ง 8 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ และพบว่ารูปแบบของการบำบัดที่ได้ผลในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) เนื่องจากเพิ่มระดับความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-control) ลดอาการ PTSD และอาการที่มักพบในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้นเพียง 12-20 ครั้ง และคงประสิทธิภาพการบำบัดได้นาน ลดต้นทุนในการรักษา เมื่อเทียบกับการบำบัดด้วยวิธีอื่น ดังนั้นในการพัฒนาแนวปฏิบัติผู้วิจัยนำประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) รวบรวมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนี้

5.1 รูปแบบของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดรายบุคคล ชนิดสั้น แบบมีโครงสร้างและมีองค์ประกอบเฉพาะ ใช้บำบัดสำหรับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิด โดยมีงานวิจัยที่เข้มแข็งสนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (TF-CBT) สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กได้เร็วและมีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์ ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30-45 นาที อีกทั้งสามารถประสิทธิภาพของการบำบัดได้นานเมื่อเทียบกับการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งเป้าหมายหลักของการบำบัดอยู่ที่อาการ PTSD รวมทั้งอาการต่างๆที่มักพบในเด็กที่มีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกอาย ปัญหาพฤติกรรมและพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น โดยเน้นทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีทางปัญญา (cognitive and learning theories) มาอธิบายการเกิดอาการ PTSD และใช้เป็นเหตุผลของการบำบัดในแต่ละส่วน การบำบัดแบบ TF-CBT ให้ความสำคัญของการนำพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วม การบำบัดประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญคือ การบำบัดเด็กรายบุคคล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) การบำบัดพ่อแม่รายบุคคล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) และบำบัดเด็กร่วมกับพ่อแม่ (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ในกรณีที่พ่อแม่/ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมด้วยข้อจำกัดต่างๆ การบำบัดโดยตรงกับเด็กเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมก็สามารถลดอาการ PTSD ใน

เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) แต่เด็กจะขาดผู้สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพหลังสิ้นสุดการบำบัดแล้ว เนื่องจากแนวคิดของผู้พัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบ TF-CBT เชื่อว่าพ่อแม่คือครูที่ดีที่สุดของลูก ช่วยให้ลูกเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการเรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย รวมทั้งเป็นผู้สนับสนุนและประทับประคองที่ดีที่สุดต่อการปรับตัวของเด็กทั้งในปัจจุบันและอนาคต

5.2 องค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบ TF-CBT

การบำบัดแบบ TF-CBT ประกอบด้วยกลวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่างๆที่สำคัญ โดยแบ่งเป็นชุดการบำบัดเด็ก ชุดการบำบัดพ่อแม่ และบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งแต่ละชุดการบำบัดจะให้ความสำคัญในประเด็นที่แตกต่าง หากแต่มีความสอดคล้องและเสริมให้เด็กและพ่อแม่มีการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้น

ในการบำบัดแบบ TF-CBT ผู้บำบัดต้องมีคู่มือการบำบัด พร้อมทั้งเอกสารตรวจสอบ (checklist) ความครบถ้วนขององค์ประกอบสำคัญในชั่วโมงการบำบัดแต่ละครั้ง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) และมีการเตรียมความพร้อมดังต่อไปนี้

5.3 ระยะเวลาในการเข้าร่วมการบำบัด

5.3.1 ช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง

ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 30 - 45 นาที สำหรับบำบัดเด็ก รายบุคคล 30 - 45 นาทีสำหรับบำบัดพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงการบำบัดเด็กร่วมกับพ่อแม่ โดยมากจัดให้ขึ้นในช่วง 3 - 4 sessions สุดท้ายของโปรแกรมการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II) หรืออาจทำควบคู่หลังการบำบัดเด็กและพ่อแม่รายบุคคล 20 sessions กรณีที่เด็กมีโรคทางจิตเวชอื่นๆร่วมด้วย (King et al., 2000; Level II) ใช้เวลาอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.3.2 ความเหมาะสมของระยะห่างในการบำบัดคือ บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.3.3 เด็กที่มีอาการ PTSD และได้รับการวินิจฉัยโรค partial PTSD หรือ full PTSD และไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นร่วม ระยะเวลาบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการ PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 12 ครั้ง และสามารถคงประสิทธิภาพของการบำบัดนานถึง 1 - 2 ปี หลังสิ้นสุดการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

5.3.4 เด็กที่มีอาการ PTSD หลายอาการและได้รับการวินิจฉัยโรค full PTSD ร่วมกับมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ระยะเวลาบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการ PTSD ใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นเป็น 20 ครั้ง (King et al., 2000; Level II)

5.4 ผู้บำบัด

5.4.1 คุณสมบัติของผู้ทำการบำบัด

5.4.1.1 เป็นนักบำบัดด้านสุขภาพจิต (mental health therapist) (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) หรือนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ (Cohen et al., 2004; Level II) หรือได้รับวุฒิบัตรด้านจิตวิทยา (King et al., 2000; Level II)

5.4.1.2 เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกและมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

5.4.1.3 มีประสบการณ์การบำบัดแบบ CBT ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

5.4.2 เตรียมความพร้อมของผู้บำบัด

5.4.2.1 ศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลไกทางจิตในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการบำบัดโดยการเล่น (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II)

5.4.2.2 ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทั้งในส่วนของการเชื่อมโยงคุณประโยชน์, แนวปฏิบัติที่สำคัญที่ต้องนำไปปฏิบัติ กำหนดรายละเอียดของการบำบัด เตรียมแบบรวบรวมข้อมูล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.4.2.3 ศึกษาและจัดเตรียมคู่มือที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติตามรูปแบบการบำบัด TF-CBT ของ Deblinger & Heflin (1996) ซึ่งอาจหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากเจ้าของแนวปฏิบัติเดิม (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.4.2.4 ศึกษาแบบประเมินต่างๆที่ใช้ประเมินอาการ PTSD (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) และ/หรือ เข้ารับการฝึกการใช้แบบประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการฉ้อโกงด้วยแบบวัด Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-posttraumatic stress disorder (K-SADS-E ในส่วน PTSD) จากผู้เชี่ยวชาญจนสามารถทำได้อย่างมั่นใจและมีความถูกต้อง (Deblinger et al., 1996, 1999; King et al., 2000; Level II)

5.4.2.5 เข้ารับการฝึกอบรมเข้มข้น แบบตัวต่อตัวตามโปรแกรมบำบัด TF-CBT ระยะเวลาต่ำสุด 15-20 ชั่วโมง (King et al., 2000; Level II) ถึง 3 วัน (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) โดยมีเป้าหมายให้ผู้บำบัดมีสมรรถนะที่จำเป็นในการบำบัดเด็กตามแนวปรับ การรู้คิดและพฤติกรรมสำหรับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และสามารถฝึกทักษะแก่ผู้ปกครอง เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้

5.4.3 บทบาทของผู้บำบัด

5.4.3.1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดและ รักษาสัมพันธภาพตลอดช่วงระยะเวลาของการบำบัด (Cohen et al., 2004, 2005; Deblinger et al., 2006; Level II)

5.4.3.2 ให้การบำบัดเด็กและพ่อแม่/ผู้ดูแลโดยตรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.4.3.3 เป็นแม่แบบให้กับเด็ก และพ่อแม่/ผู้ดูแล (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.4.3.4 ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัด ก่อนเริ่มการบำบัดในชั่วโมงใหม่ ทุกครั้ง (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999; King et al., 2000; Level II)

5.5 ผู้เข้าร่วมโปรแกรม

5.5.1 คัดกรองเด็กก่อนการบำบัด

5.5.1.1 ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กโดยผู้ซึ่ง มีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยปกติการประเมินเพื่อค้นหาว่า เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย ตรวจหาการ บาดเจ็บ และการตรวจเพื่อหาพยาธิฐานในทางคดี ซึ่งเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวนมากมา ตรวจร่างกายภายหลังเหตุการณ์การล่วงละเมิดผ่านไปหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ทำให้ โอกาสตรวจพบความผิดปกติทางร่างกายต่ำ ดังนั้นข้อมูลหลักฐานที่จะยืนยันการถูกล่วงละเมิดทาง เพศในเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้จากการสัมภาษณ์ประวัติร่วมกับการประเมินอาการแสดงที่เป็น ผลกระทบทางด้านจิตใจจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ที่ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องจึงต้อง ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะเกี่ยวกับการตรวจสอบการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ซึ่งมาจากหน่วยงาน ต่างๆ ดังนี้

- หน่วยบริการด้านพิทักษ์สิทธิเด็ก ในหน่วยบริการของภาครัฐ เช่น หน่วยพิทักษ์ สิทธิเด็ก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานตำรวจ

แห่งชาติ เป็นต้น สำหรับหน่วยบริการภาคเอกชนได้แก่ มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิปวีณา มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก และมูลนิธิคุ้มครองเด็ก (กรมสุขภาพจิต, 2546)

- หน่วยตรวจพิสูจน์หลักฐานเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคดี ตัวอย่างเช่น หน่วยนิติเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลหรือสถาบันต่างๆ

- ศูนย์ช่วยเหลือผู้ถูกกลั่นแกล้งทางเพศ เช่น ศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น

5.5.1.2) ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ข้อมูลได้มาจาก 2 ส่วน คือข้อมูลในส่วนที่เด็กเป็นผู้ประเมิน ร่วมกับข้อมูลจากผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน โดยผู้ประเมินจะแยกสัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่ตามโครงสร้างของแบบประเมิน นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและเด็กมาวิเคราะห์ร่วมกัน (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการ PTSD หรือแบบประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค PTSD และแบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ดังนี้

5.5.1.2.1 แบบประเมินอาการ PTSD ได้แก่

- The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) ใช้ประเมินอาการที่สัมพันธ์กับบาดแผลทางใจโดยมีมิติด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, ปัญหาด้านเพศ, อารมณ์โกรธและแยกตัวออกจากสังคม เป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือไม่ได้ถามอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2005; Level II)

- The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for *DSM-IV* (ADIS) PTSD section ของ Silverman และ Albano (1996) ใช้ประเมินอาการ PTSD เป็นชุดย่อยของแบบประเมินโรควิตกกังวลในเด็ก ที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การประเมินคุณภาพความเที่ยงและความตรงอยู่ในระดับดี (King et al., 2000; Level II)

5.5.1.2.2 แบบประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค PTSD ได้แก่

- The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version PTSD section (K-SADS-PL-PTSD) ของ Kaufman และคณะ (1996) ใช้ประเมินอาการทางจิตในเด็กที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน และวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตามเกณฑ์ *DSM-IV* เช่น PTSD ที่เกิดจาก multiple traumatic life events อื่นๆด้วยนอกเหนือจากการถูก

ล่งละเมิดทางเพศ อาการทางจิต และการคิดสารเสพติด เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แยกสัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่ ประเมินโดยผู้ประเมินอิสระที่ได้รับการฝึกอบรม การใช้แบบวัด K-SADS ตามเกณฑ์ของ Western Psychiatric Institute and clinic ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินทั้งสองคนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II)

- The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children Epidemic Version (K-SADS-E): PTSD section ของ Orvaschel และคณะ (1982) ใช้ประเมินพยาธิสภาพทางจิตของการเกิด PTSD ทั้งในอดีตและปัจจุบันในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 - 17 ปี ตามเกณฑ์ *DSM-III-R* เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคแบบกึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งใช้กันอย่างกว้างขวางในการประเมิน major Axis I *DSM-III-R* clinical disorder ผู้บำบัดที่ทำการประเมินเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้แบบวัดและให้คะแนน K-SADS-E มาแล้ว (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) โดยเด็กต้องมีอาการอย่างน้อย 3 ข้อ กรณี partial PTSD และอย่างน้อย 5 ข้อกรณี full PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ของ *DSM-IV* และอย่างน้อยที่สุดต้องมี 1 อาการในแต่ละกลุ่มอาการหลักของ PTSD คือ re-experiencing, avoidance และ hyper-arousal (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) และยังคงมีปฏิริยาความเครียดรุนแรง (King et al., 2000; Level II)

5.5.1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก

สำหรับการประเมินพฤติกรรมที่ใช้ร่วมในการประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ส่วนใหญ่ประเมินโดยผู้ปกครอง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) ได้แก่

- The Child Behavior Checklist-Parent Version (CBCL) ของ Achenbach and Edelbrock (1983) ใช้ประเมินใน 2 ส่วน ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัว (adaptive competence) และ ปัญหาพฤติกรรม (behavior problems) ความสามารถในการปรับตัวประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและความสนใจของเด็ก สัมพันธภาพทางสังคม และการทำหน้าที่ในการเรียนในโรงเรียน และ ชุดของพฤติกรรมของเด็ก (child behavior profile) ได้มีการจัดองค์ประกอบมาจาก CBCL ซึ่งวิเคราะห์มาจากกลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวน 450 คนซึ่งถูกส่งตัวมารับบริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกด้วยปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ผ่านประเมินคุณภาพความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest มีค่าเท่ากับ .88 และมีการหาค่ามาตรฐานสำหรับคนทั่วไป ทั้ง social competency scale และ behavior problem scale ไว้แล้ว แบบวัดนี้มี 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบที่ใช้กับเด็กหญิงและชาย อายุ 3 ปี และเด็กหญิงและชายอายุ 4 - 11 ปี (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

- The Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ (1992) ใช้ประเมินพฤติกรรมทางเพศที่แยกออกจากพฤติกรรมปกติ ที่ปรากฏภายใน 6 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ มีค่าคะแนนความถี่ 4 ระดับในแต่ละข้อ คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้เลย จนถึง มีพฤติกรรมนี้ปรากฏให้เห็นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง CSBI ได้รับการประเมินคุณภาพความเที่ยง ด้วยวิธี Test-retest มีค่าเท่ากับ .80 และมีการหาค่า norms สำหรับประชากรกลุ่มนี้ (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

- The Weekly Behavior Record (WBR) ของ Cohen & Mannarino (1993) ใช้บันทึกปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนที่เกิดในช่วง 1 สัปดาห์ ซึ่งวัดเฉพาะเจาะจงถึงจำนวนครั้งที่เกิดใน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก เป็นผู้อ่านข้อคำถาม สังเกตพฤติกรรมเด็ก และให้คะแนน ดังนั้นในแต่ละสัปดาห์สิ่งที่ได้จากการใช้แบบวัด WBR จะได้ทั้งชนิดของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและจำนวนครั้งที่พฤติกรรมปรากฏ ซึ่งคุณภาพของแบบวัดนี้อยู่ในระหว่างการตรวจสอบ (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

5.5.2 คัดกรองพ่อแม่/ผู้ปกครองก่อนการบำบัด

5.5.2.1 พ่อแม่/ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการบำบัด อาจเป็น พ่อแม่ผู้ให้กำเนิด พ่อแม่บุญธรรม พ่อแม่อุปถัมภ์ หรือผู้คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กอื่นๆ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ชอบโดยกฎหมายและไม่มีส่วนรู้เห็นกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.2.2 การประเมินพ่อแม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่วมประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ซึ่งใช้แบบประเมินดังต่อไปนี้

5.5.2.2.1 Parenting Practices Questionnaire (PPQ) ของ Strayhorn และ Weidman (1988) ใช้ประเมินการปฏิบัติของพ่อแม่ โดยให้พ่อแม่ประเมินปฏิกิริยาของตนที่มีต่อเด็ก ได้รับการประเมินค่าความสอดคล้องภายในและความเที่ยงด้วยวิธี test-retest พบว่าอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่าความคลาดเคลื่อนน้อยกว่า .01 ระหว่างการประเมินตนเองของพ่อแม่ใน PPQ กับพฤติกรรมของพ่อแม่ที่ผู้ประเมินอิสระประเมินได้จาก วีดีโอเทป มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .72 การแปลผลคะแนนที่ได้จากแบบวัด คะแนนสูงหมายความว่า มีทักษะการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิภาพมาก (Cohen et al., 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

5.5.2.2.2 Parenting Support Questionnaire (PSQ) ของ Mannarino และ Cohen (1996) ใช้ประเมินการสนับสนุนของพ่อแม่และการให้ความสนใจรับผิดชอบของพ่อแม่ต่อเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II)

5.5.3 คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

5.5.3.1 คุณลักษณะของเด็กที่เหมาะสมกับโปรแกรม

5.5.3.1.1 เป็นเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการกระทำต่อเด็กโดยตรง ได้แก่ การสัมผัสสลับคลอ้ายวะเพศ, การสัมผัสเต้านม, oral sex รวมถึงการสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด/ทวารหนัก อาจมีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศลักษณะเดียวหรือมากกว่า 1 ลักษณะ จำนวนครั้งของการถูกล่วงละเมิดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.5.3.1.2 มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ซึ่งอาจมีอาการเป็นบางส่วน หรือเต็มขั้น และ/หรือมีการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ เช่น dysthymia, oppositional defiant disorder, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, conduct disorder, major depression, attention-deficit / hyperactivity disorder, specific phobia เป็นต้น (King et al., 2000; Level II)

5.5.3.1.3 อายุระหว่าง 3 ปี ถึง อายุ 17 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.1.4 มีพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักเข้าร่วมบำบัดต่อเนื่อง และสมัครใจให้เด็กรับการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.2 คุณลักษณะของเด็กที่ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม

5.5.3.2.1 มีอาการทางจิตระดับรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

5.5.3.2.2 มีความบกพร่องของระดับสติปัญญาอย่างรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.2.3 มีพัฒนาการล่าช้าผิดปกติ (Cohen et al., 1996, 1997, 2005; Level II)

5.5.3.2.4 มีปัญหาพัฒนาการด้านการสื่อสาร เช่น ออทิสซึม (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II)

5.5.3.2.5 มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

5.5.3.2.6 ติดสารเสพติด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Level II)

5.5.3.2.7 มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Deblinger et al., 1996, 1999; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.2.8 ได้รับยาต้านอาการทางจิตหรือวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก (Cohen et al., 2004, Deblinger et al., 2006; King et al., 2000; Level II) แต่หากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นและรับยาในขนาดคงที่แล้วอย่างน้อย 2 เดือน สามารถเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมฯได้ (Cohen et al., 2004, Deblinger et al., 2006; Level II)

5.5.3.2.9 ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.5.3.3 คุณลักษณะของพ่อแม่ที่เหมาะสมกับการใช้แนวปฏิบัติ

5.5.3.3.1 เป็นแม่/พ่อผู้ให้กำเนิด พ่อ/แม่บุญธรรม พ่อ/แม่อุปถัมภ์ ปู่ย่า ตายาย ญาติ หรือผู้ดูแลอื่นๆ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.3.2 พ่อแม่/ผู้ดูแลหลักไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ในเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.3.3 สนใจเข้าร่วมการบำบัด (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.3.4 สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ตลอดโปรแกรม (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

5.5.3.4 คุณลักษณะของพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสมกับการใช้แนวปฏิบัติ

5.5.3.4.1 พ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก มีอาการทางจิตรุนแรง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

5.5.3.4.2 พ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก ดัดสารเสพติด (Cohen et al., 2005; Level II)

5.5.3.4.3 พ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.5.3.4.4 พ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก มีอันตรายต่อผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.5.3.4.5 พ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ตลอด โปรแกรม (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

5.6 อุปกรณ์ในการบำบัด

5.6.1 คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ของ Deblinger & Heflin (1996) (Level II)

5.6.2 กระดาษและดินสอ สำหรับให้เด็กเขียนเล่าเรื่อง หรือเขียนภาพประกอบเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2004; Level II)

5.6.3 ตุ๊กตา นีวรูปคน อุปกรณ์การวาดและเขียน ช่วยในการเรียนรู้วิธีระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และใช้ดึงดูดความสนใจในการเรียนรู้ตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย (Cohen et al., 2004; Level II)

5.6.4 คู่มือความรู้เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก (Deblinger et al., 1996; Level II)

5.6.5 คู่มือเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็กในเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Deblinger et al., 1996; Level II)

5.6.6 เทปเสียงฝึกผ่อนคลายเฉพาะบุคคล ที่ใช้ฝึกผ่อนคลายในช่วงโหม่งบำบัดและนำกลับไปทำที่บ้าน (King et al., 2000; Level II)

5.6.7 อุปกรณ์ประกอบการสอน เช่น การ์ตูน thought bubbles ใช้เป็นเครื่องมือความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (King et al., 2000; Level II)

5.7 การมอบหมายงาน (homework)

การมอบหมายงานมีความสำคัญในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพราะช่วยให้การฝึกของเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เด็กได้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์ที่มีผลต่อความคิด ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมของตนเอง เกิดความเข้าใจในรูปแบบการคิดชัดเจนขึ้น ทำให้เข้าใจสาเหตุที่มาของปัญหาทางอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรม ได้ทดลองปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม รวมทั้งได้เห็น อารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปหลังจากปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นอย่างเป็นรูปธรรมด้วยตนเอง และนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ในการชีวิตประจำวันจนสามารถปรับตัวได้

- พ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก ได้รับมอบหมายการบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในการนำสิ่งที่เรียนรู้ในช่วงโหม่งบำบัดกลับมาทำต่อที่บ้าน ทั้งในส่วนเฉพาะตน และส่วนที่ปฏิบัติต่อเด็ก เช่น การสื่อสารกับเด็ก การปรับพฤติกรรมเด็กด้วยโปรแกรมการเสริมแรง เป็นต้น (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

- เด็กได้รับมอบหมายงานในช่วงโหม่งบำบัดทุกครั้ง เพื่อเสริมแรงการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในช่วงระหว่างช่วงโหม่งบำบัดแต่ละครั้ง (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II)

ช่วงต้นของช่วงโหม่งบำบัด ผู้บำบัดอธิบายเหตุผลของการบำบัดรักษา สร้างสัมพันธภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลหรือทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในก่อนหน้า สำหรับช่วงท้าย

ชั่วโมงการบำบัด เป็นการทบทวนทักษะต่างๆที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดและการวางแผนในการบำบัดครั้งต่อไป

5.8 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

บำบัดในคลินิกแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) หรือบ้านพักเด็ก เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย และผู้รับการบำบัดรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.9 รายละเอียดของการบำบัด

5.9.1 การบำบัดเด็กรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 - 20 ครั้ง

ชุดการบำบัดที่ 1 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการให้ดูตัวแบบ (modeling/coping skills training) ใช้การบำบัด 2 - 5 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills)
2. เพื่อให้เด็กเรียนรู้รูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์

วิธีดำเนินการ

การบำบัดชุดที่ 1 นี้ มุ่งไปที่การเสริมสร้างให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย, ทักษะการปลดปล่อยอารมณ์, ทักษะการจัดการความคิด โดยผู้บำบัดอธิบาย แสดงเป็นแบบอย่าง และแนะแนวทางการปฏิบัติให้เด็กฝึกทักษะในชั่วโมงการบำบัด ก่อนจบชั่วโมงการบำบัดทุกครั้งเด็กจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกกับผู้บำบัด รวมทั้งนำกลับไปฝึกที่บ้าน ตามรายละเอียดดังนี้

1) ให้ข้อมูลแก่เด็กเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศและอาการของความเครียด ภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในมุมมองความคิดและพฤติกรรม (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) อุปกรณ์ในการสอน อาจใช้ภาพการ์ตูน ลูกบอล เพื่อให้เกิดความชัดเจนและน่าสนใจ (King et al., 2000; Level II) โดยผสมผสานเข้าไปตามมุมมองในโลกของเด็ก

2) ฝึกสอนทักษะการเผชิญปัญหา(coping skills) เพื่อใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดจากความทรงจำที่เลวร้าย ความรู้สึกผิด และความวิตกกังวลที่เข้ามารบกวน (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) เช่น สอนทักษะ

การผ่อนคลาย โดยใช้เทปเสียงให้ฟังเป็นส่วนตัวและนำไปใช้ที่บ้าน (King et al., 2000; Level II) สนับสนุนให้เด็กใช้เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกลัว สอนทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ และทักษะการจัดการความคิด โดยช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ความคิด รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น ในขณะเดียวกันก็ลดความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ไปที่น้อย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) สอนให้เด็กรู้จักความแตกต่างระหว่างความวิตกกังวลกับการผ่อนคลายและพูดเตือนตนเองระหว่างที่มีสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (King et al., 2000; Level II)

3) สอนรูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้บำบัดแสดงเป็นแบบอย่าง ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดเป็นแบบอย่างในการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้การพูด การเขียน วาดภาพ ร้องเพลง แทนการทำลายข้าวของ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ฝึกสอนพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัวและการปรับกระบวนการทางความคิด (gradual exposure and processing) ใช้การบำบัด 7 – 13 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้เด็กรู้จักแยกแยะ ความสัมพันธ์ระหว่าง อารมณ์ทางลบต่างๆ กับความคิดอันเนื่องจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2. เพื่อให้เด็กเรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิดอัตโนมัติ ความจำที่ทุกข์ทรมานก่อนหน้านี้

3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง ลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง

4. ช่วยให้เด็กจัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการ

การบำบัดชุดที่ 2 เน้นการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวของเด็กแต่ละราย วิธีที่ใช้ได้แก่ การจินตนาการเชิงบวก การวาดภาพ การแสดงบทบาทสมมติ การเขียนเรื่องเล่า การอภิปรายร่วมกัน สนับสนุนให้เด็กใช้ทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ฝึกในช่วงต้นมาใช้จัดการกับความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดขึ้นขณะฝึก (Cohen et al., 1996, 1997, 2004, 2005; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; King et al., 2000; Level II) ส่วนประกอบของการบำบัดในชุดนี้ ได้แก่

1) ให้เด็กเผชิญกับสถานการณ์ความทุกข์ใจจากการจดจำที่หลงเหลือจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศด้วยวิธีต่างๆ ตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ตัวอย่างเช่น การอภิปราย

การอ่านหนังสือ การเล่นตุ๊กตา การวาดภาพ การเขียน การแต่งกลอน และการร้องเพลง (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II) การบำบัดในระบายนี้นั้นขึ้นอยู่กับความต้องการเฉพาะหน้าของเด็ก เนื่องจากชั่วโมงการบำบัดแบบการเผชิญสถานการณ์ (exposure) มีโครงสร้างและมีการกำหนดทิศทางไว้ชัดเจน ผู้บำบัดอาจเสนอวิธีในการเผชิญสถานการณ์ให้เด็กเลือก การยืดหยุ่นในการฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็น ไม่เพียงแต่ทำให้เด็กรู้สึกมีส่วนร่วม แต่ยังทำให้ความรู้สึกควบคุมตนเองของเด็กกลับคืนมา (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เด็กใช้ทักษะการผ่อนคลาย และทักษะการเผชิญปัญหาอื่นๆ เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเผชิญกับความทรงจำและสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) ผู้บำบัดช่วยให้เด็กที่ถูกตีตรา ได้สื่อสารอารมณ์และความคิด เด็กจะถูกกระตุ้นให้แสดงความคิดและความรู้สึกอย่างเปิดเผย และเพิ่มความสามารถที่จะจัดการกับประสบการณ์ การถูกทำร้ายด้านความคิดและอารมณ์ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (education/prevention skills training) ใช้การบำบัด 2 - 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กรู้และเข้าใจสิทธิความเป็นเจ้าของร่างกายตน
2. เพื่อให้เด็กสามารถแยกแยะระหว่างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับการสัมผัสที่ไม่เหมาะสม

3. เพื่อให้เด็กสามารถตอบสนองด้านเพศได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

เน้นการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ โดยให้ความรู้ในประเด็นสิทธิร่างกายตนเอง การแยกลักษณะของการสัมผัสที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้เด็กสามารถปกป้องตนเองและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

1) ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก การสอนใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับวัยของเด็กและประสบการณ์ของเด็กแต่ละคน การให้ข้อมูลเหล่านี้จะมีการแลกเปลี่ยนระหว่างเด็กและผู้บำบัดตลอดช่วงของการรักษา (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) เพื่อช่วยให้เด็กเกิดความเข้าใจประสบการณ์การถูกทำร้าย และสามารถแยกแยะการ

ล่วงหน้าทางเพศกับการสัมผัสทั่วไป (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) สามารถโต้ตอบอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศในอนาคต

3) ฝึกทักษะการรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง ซึ่งจะเน้นการฝึกซ้อมและแสดงบทบาทสมมติ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5.9.2 การบำบัดพ่อแม่รายบุคคล ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) ใช้ระยะเวลา 12 - 20 ครั้ง

ประเด็นของการบำบัดมุ่งไปที่ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของพ่อแม่ เกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก ความรู้สึกลึงเลใจต่อผู้กระทำการล่วงละเมิดและเลือกไม่ถูกว่าจะอยู่ฝ่ายใด รวมทั้งปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้างที่เกิดขึ้นเมื่อความลับเกี่ยวกับการล่วงละเมิดถูกเปิดเผย (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ชุดการบำบัดที่ 1 การให้การศึกษาและการเผชิญปัญหา (education and coping) ใช้การบำบัด 2 - 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่

วิธีดำเนินการ

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก อับติการณ์ และปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปในเด็กถูกล่วงละเมิด ความรู้สึกผิดของพ่อแม่อาจลดลงได้เมื่อได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มเติม รวมทั้งรับทราบว่าการปกปิดการถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) อภิปรายถึงผลลัพธ์ของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เน้นบทบาทความสำคัญของพ่อแม่ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กในระยะยาว (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) แจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศให้แก่พ่อแม่ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ผู้บำบัดช่วยให้พ่อแม่จัดการกับความกลัว/วิตกกังวลของตน ถ้าพบประเด็นว่าพ่อแม่มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กของตน (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 2 การสื่อสาร การทำตัวเป็นแบบอย่าง และการเผชิญกับสถานการณ์ (communication, modeling and gradual exposure) ใช้การบำบัด 3 - 9 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของตนที่มีต่อเด็ก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตนเองที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้พ่อแม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประเด็นการล่วงละเมิดทางเพศกับเด็กอย่างตรงไปตรงมาและผ่อนคลาย โดยสามารถควบคุมอารมณ์/ ความอายในการสื่อสารแลกเปลี่ยน

3. เพื่อให้พ่อแม่เป็นแม่แบบในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้กับเด็ก

4. เพื่อให้พ่อแม่ช่วยสนับสนุนให้เด็กเผชิญความรู้สึกลัวอย่างเป็นลำดับขั้นตอนนอกชั่วโมงการบำบัด

วิธีดำเนินการ

การบำบัดในช่วงนี้จะเกี่ยวกับการเริ่มต้นเผชิญกับสถานการณ์ การขยายความรู้สึกลึกและความนึกคิด กระตุ้นให้ตั้งคำถามและให้ข้อมูลป้อนกลับกับพ่อแม่ ช่วยให้พ่อแม่ผ่านพ้นพฤติกรรมกรหลีกหนีที่เกี่ยวกับการถูกทำร้าย ริเริ่มและดำรงไว้ซึ่งการสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ เช่นเดียวกับการพูดเรื่องเพศทั่วไป (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II) โดยมีวิธีการดังนี้

1) แจกคู่มือหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็กในเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สนับสนุนทักษะการสื่อสารกับเด็กที่มีประสิทธิภาพ (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) ใช้เทคนิคการทำตนเป็นแบบอย่าง (modeling) ผู้บำบัดเน้นความสำคัญของการเป็นแบบอย่างในการเผชิญปัญหา (coping) เมื่อมีการอภิปรายถึงเรื่องการถูกทำร้าย เพื่อที่จะเป็นการสอนเด็กว่าการพูดเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศไม่ใช่เรื่องน่าอาย และไม่ควรลงเอยด้วยความโกรธและความวิตกกังวล (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1996, 1999, 2006; Level II)

3) กระตุ้นให้พ่อแม่จัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเองก่อนที่จะพูดคุยกับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เน้นถึงความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีต่อการพูดคุยกันถึงเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศ (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) โดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิด เช่น การปรับความคิด (cognitive restructuring) การหยุดความคิด (thought of stopping) การจินตนาการเชิงบวก (positive imaginary) และการวางเงื่อนไขการเสริมแรง (contingency reinforcement) เป็นต้น (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

4) การเผชิญสถานการณ์ทีละน้อย (gradual exposure) โดยเน้นให้พ่อแม่ได้เปิดเผยประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศของตนเองถ้าพ่อแม่เคยมีประสบการณ์ ในบรรยากาศที่ปลอดภัยและอบอุ่น โดยผู้บำบัดมีการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบำบัด เพื่อให้พ่อแม่สามารถก้าวผ่าน

ความรู้สึกและพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงการพูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

5) อภิปรายแลกเปลี่ยนและฝึกซ้อมการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อเตรียมพ่อแม่ในการฝึกเผชิญสถานการณ์กับเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

ชุดการบำบัดที่ 3 ทักษะการจัดการพฤติกรรม (behavior management skills) ใช้การบำบัด 7 - 10 ครั้ง

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักการของพฤติกรรม (behavioral principles) ที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1) สอนให้พ่อแม่ได้เรียนรู้หลักการเชิงพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ความยากลำบากในการจัดการความอายของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็กลดลง โดยการอธิบายถึงพัฒนาการและการดำรงอยู่ด้วยหลักการเรียนรู้ทางสังคม ผู้บำบัดจะเน้นว่าพ่อแม่คือครูที่ดีที่สุดของลูกที่จะช่วยให้ลูกเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการเรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

2) สอนให้ใช้หนังสือเป็นสื่อในการพูดคุยกับเด็ก โดยให้พ่อแม่อ่านหนังสือแล้วผู้บำบัดเป็นผู้เอื้ออำนวยให้พ่อแม่สื่อสารและปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ที่บกพร่องกับเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

3) สอนเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่พ่อแม่ เพื่อให้พ่อแม่นำไปใช้จัดการกับพฤติกรรมของเด็ก (Cohen et al., 1996, 1997; Level II) เช่น การปรับแต่งพฤติกรรม การจำแนกแยกแยะความสนใจ ผลลัพธ์ของการกระทำ และการใช้เวลานอก การเสริมแรงทางบวกและทางลบ โดยปรับกิจกรรมการบำบัดช่วงนี้ให้ตรงกับความต้องการของเด็ก และเน้นเทคนิคที่ใช้แล้วได้ผลมากที่สุดในการลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก (Deblinger et al., 1996, 1999; Level II)

4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Cohen et al., 1996, 1997; Level II)

การบำบัดเด็กรายบุคคลและการบำบัดพ่อแม่รายบุคคลในแต่ละครั้ง ต้องดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ สถานการณ์ที่บ้าน และรูปแบบการล่วงละเมิดทางเพศทำให้การบำบัดจำเป็นต้องยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับเด็กเป็นรายๆไป (King et al., 2000; Level II)

5.9.3 การบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ใช้ระยะเวลา 3 - 4 ครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอาการพยาธิสภาพทางจิตของเด็กโดยรวม
2. เพื่อเพิ่มความสามารถของเด็กในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากความทรงจำ ความคิด และสิ่งเตือนใจอื่นๆที่เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

วิธีดำเนินการ

ในระหว่างการบำบัดเด็กโดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อย 80 - 90 นาทีในแต่ละชั่วโมงของการบำบัด แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นแรก แยกบำบัดเด็กกับพ่อแม่เป็นรายบุคคล ตามแนวบำบัดข้างต้น ใช้เวลา 40 - 45 นาทีแรกของชั่วโมงบำบัด ขั้นที่สอง ให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเด็ก โดยพ่อแม่เป็นผู้สนับสนุนเด็กแทนผู้บำบัด ในแต่ละขั้นตอน ใช้เวลา 40 - 45 นาทีหลังของชั่วโมงการบำบัด ซึ่งจะให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดภายหลังเด็กได้รับการบำบัดรายบุคคลในครั้งที่ 8 - 9

การบำบัดส่วนที่พ่อแม่มีส่วนร่วม与孩子ใช้การสื่อสารแบบสบายๆและเหมาะสมกับเนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้เด็กและพ่อแม่พูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับบาดแผลทางใจของเด็กด้วยกัน (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006; Level II) มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 อธิบายเหตุผลและเป้าหมายของการบำบัด (King et al., 2000; Level II)

ครั้งที่ 2 - 3 เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็ก เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนปัญหา โดยไม่หลีกเลี่ยงการพูดถึงการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว (King et al., 2000; Level II)

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมเด็กต่างๆ เน้นการประสานกันระหว่าง การควบคุมสิ่งเร้าและการจัดการเงื่อนไข เช่น ให้การเสริมแรงทางสังคมและเสริมแรงโดยใช้สิ่งของเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่แก้ปัญหาทางบวก (King et al., 2000; Level II)

5.10 การติดตามและประเมินผลการบำบัด

5.10.1 ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล

ประเมินผลอาการ PTSD หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันทีที่ 12 - 20 สัปดาห์ และติดตามประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนจะถูกเชิญให้กลับเข้ารับการประเมินที่ศูนย์บำบัด ภายหลังการประเมินครั้งแรกประมาณ 3 - 4 เดือน พ่อแม่และเด็กจะถูกแยกสัมภาษณ์โดยผู้ประเมินคนเดิม ทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์เด็ก/พ่อแม่ แล้วให้เขียนตอบ

5.10.2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์หลักคืออาการ PTSD ของเด็ก สามารถเลือกใช้ได้ดังนี้

1) The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) ใช้ประเมินอาการที่สัมพันธ์กับการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยมีมิติต่างๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ปัญหาด้านเพศ อารมณ์โกรธและแยกตัวออกจากสังคม เป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือไม่ได้ถามอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Cohen et al., 2005; Level II)

2) The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS) PTSD section ของ Silverman และ Albano (1996) ใช้ประเมินอาการ PTSD เป็นชุดย่อยของแบบประเมินโรควิตกกังวลในเด็ก ที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การประเมินคุณภาพความเที่ยงและความตรงอยู่ในระดับดี (King et al., 2000; Level II)

6. การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชเด็กจำนวน 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต 1 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล และรับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

7.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

- 1) เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและมีอาการ PTSD จากการถูกล่วงละเมิด มีอาการ PTSD ลดลง ส่งผลต่อการปรับตัวเข้าสู่สภาพปกติหรือดีขึ้นกว่าเดิม
- 2) เด็กและพ่อแม่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดและผลการบำบัด
- 3) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ไม่จำเป็นของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น อาการทุกข์ทรมานจากอาการ PTSD ที่ทำให้เด็กต้องกลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกบ่อยครั้ง

7.2 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกตามแนว TF-CBT เพื่อลดอาการ PTSD ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ให้ความสำคัญกับการพูดหรือบอกเล่าประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การเผชิญกับความคิด/ความรู้สึก ซึ่งอาจกระตุ้นให้เด็กมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในขั้นตอนการเผชิญกับความรูสึกรูปแบบต่างๆ ต้องประเมินความพร้อมของเด็ก ทำตามลำดับขั้นด้วยความระมัดระวัง และปรับให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย

7.3 ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

- ผู้ประเมินผลลัพธ์ควรผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินอาการ PTSD หรือแบบประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค PTSD เช่น TSC-C K-SADS เป็นต้น เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้ถูกต้อง
- ผู้นำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้ ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผ่านการอบรมการบำบัดแบบ CBT และ TF-CBT
- การปฏิบัติทางการแพทย์ตามแนวปฏิบัติ ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดำเนินการได้

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

การนำแนวปฏิบัติไปใช้นำร่องในหน่วยงาน มีขั้นตอนดังนี้

8.1 วางแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การเสนอให้ส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาความรู้ และทักษะที่จำเป็น การกำหนดช่วงระยะเวลา ผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินผลลัพธ์ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำกับดูแล เป็นต้น

8.2 พัฒนาและเขียนแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสะดวกต่อการนำไปใช้

8.3 ประชาสัมพันธ์และส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติเข้ารับการฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น

8.4 นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาแล้ว ไปใช้ในหน่วยงานหรือกลุ่มตัวอย่าง

8.5 ประเมินผลโครงการ ทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์

9. ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

9.1 วันที่สร้าง 16 เมษายน 2552

9.2 ผู้สร้าง

1. นางอรุณญา ชำนาญอักษร
2. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์
3. อาจารย์ ดร. อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง

9.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร แพทย์เฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. คาราวรรณ ต๊ะปันตา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์สุพิน พรพิพัฒน์กุล นักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร แพทย์เฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร.คาราวรรณ ต๊ะปีนตา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์สุพิน พรพิพัฒน์กุล นักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ค

ผังการสืบค้น

ฐานข้อมูล CINAHL	คำสำคัญที่ใช้สืบค้น	full text research
	Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD	-
	Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD	-
	Children with sexual abuse + CBT + PTSD	-
	Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD	-
	Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD	-
	Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD	-
	Sexually abused children + CBT + PTSD	1 เรื่อง
	Sexually abused children + TF-CBT + PTSD	-
	Maltreat children + Psychotherapy + PTSD	-
	Maltreat children + Psychosocial care + PTSD	-
	Maltreat children + CBT + PTSD	-
	Maltreat children + TF-CBT + PTSD	-
	Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
	Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Children with sexual abuse + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
	Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
	Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
	Sexually abused children + TF-CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
ฐานข้อมูล OVID	คำสำคัญที่ใช้สืบค้น	full text research

Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD	-
Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD	-
Children with sexual abuse + CBT + PTSD	-
Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD	-
Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD	-
Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD	-
Sexually abused children + CBT + PTSD	-
Sexually abused children + TF-CBT + PTSD	-
Maltreat children + Psychotherapy + PTSD	-
Maltreat children + Psychosocial care + PTSD	-
Maltreat children + CBT + PTSD	-
Maltreat children + TF-CBT + PTSD	-
Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD symptoms	1 เรื่อง
Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
Children with sexual abuse + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD symptoms	-
Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
Sexually abused children + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง
Sexually abused children + TF-CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
Maltreat children + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
Maltreat children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
Maltreat children + CBT + PTSD symptoms	-
Maltreat children + TF-CBT + PTSD symptoms	-

ฐานข้อมูล Science direct	คำสำคัญที่ใช้สืบค้น	full text research
	Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD	-
	Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD	-
	Children with sexual abuse + CBT + PTSD	-
	Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD	-
	Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD	-
	Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD	-
	Sexually abused children + CBT + PTSD	-
	Sexually abused children + TF-CBT + PTSD	-
	Maltreat children + Psychotherapy + PTSD	-
	Maltreat children + Psychosocial care + PTSD	-
	Maltreat children + CBT + PTSD	-
	Maltreat children + TF-CBT + PTSD	-
	Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD symptoms	1 เรื่อง
	Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD symptoms	
	Children with sexual abuse + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
	Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง
	Sexually abused children + TF-CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง (ซ้ำ)
	Maltreat children + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + CBT + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + TF-CBT + PTSD symptoms	-

ฐานข้อมูล PubMed	คำสำคัญที่ใช้สืบค้น	Full text research
	Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD	1 เรื่อง
	Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD	-
	Children with sexual abuse + CBT + PTSD	1 เรื่อง(ซ้ำ)
	Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD	-
	Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD	-
	Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD	-
	Sexually abused children + CBT + PTSD	1 เรื่อง
	Sexually abused children + TF-CBT + PTSD	-
	Maltreat children + Psychotherapy + PTSD	-
	Maltreat children + Psychosocial care + PTSD	-
	Maltreat children + CBT + PTSD	-
	Maltreat children + TF-CBT + PTSD	-
	Children with sexual abuse + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
	Children with sexual abuse + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Children with sexual abuse + CBT + PTSD symptoms	-
	Children with sexual abuse + TF-CBT + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + Psychotherapy + PTSD symptoms	1 เรื่อง
	Sexually abused children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Sexually abused children + CBT + PTSD symptoms	1 เรื่อง(ซ้ำ)
	Sexually abused children + TF-CBT + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + Psychotherapy + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + Psychosocial care + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + CBT + PTSD symptoms	-
	Maltreat children + TF-CBT + PTSD symptoms	-

ภาคผนวก ง
ตารางสัปดาห์งานวิจัย

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง	A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings
ผู้แต่ง	Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (1996)
แหล่งตีพิมพ์	Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(4), 42-50.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Intervention กับ Nondirective Supportive Treatment ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
ทุน	ได้รับทุนจาก The National Center on Child Abuse and Neglect (grant 90-CA-1526)
สมมุติฐานงานวิจัย	การบำบัดรายบุคคลแบบ Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) ลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ Nondirective Supportive Treatment (NST) ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
Setting งานวิจัย	Clinical Setting ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	* งานวิจัยไม่ได้รายงานว่าได้การรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ * พ่อแม่/ผู้ปกครองหลักของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัย เช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย * กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อจาก ศูนย์วิกฤติผู้ถูกข่มขืน(Rape Crisis Centers) ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก(Child Protective Services) ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน(Community Mental Health Agencies) สถานีตำรวจ ส่งโดยกุมารแพทย์ นักจิตวิทยา และระบบยุติธรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	จำนวน 86 คน a. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) - เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดมีการสัมผัส - อายุ 3 - 5 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย - อุบัติการณ์การถูกล่วงละเมิดครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา - ได้รับการยืนยันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จาก Child Protective Services หรือ Pittsburgh Agency - มีพ่อแม่/ ผู้ดูแลหลักเข้าร่วมได้ตลอดการวิจัย (12 เดือน) b. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) - ปัญญาอ่อน หรือพัฒนาการล่าช้าผิดปกติ - มีอาการทางจิต - มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายรุนแรง - พ่อแม่/ ผู้ดูแลหลัก เป็นโรคจิตหรือติดสารเสพติด - พ่อแม่/ ผู้ดูแลหลัก ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ตลอดการวิจัย * แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (CBT-SAP) และกลุ่มควบคุม (NST) ด้วยวิธีการสุ่ม * จำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การรักษา 86 คน เด็ก 6 คน ออกจากการวิจัยหลังการบำบัดครั้งที่ 1หรือ2 (early dropouts) เด็ก 7 คนออกจากการศึกษาหลังการบำบัดครั้งที่ 3 ถึง 8 (late dropouts) และเด็ก 6 คนถูกออกจากการวิจัยก่อนได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมเนื่องจากพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมกับคนอื่น ๆ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดเหลือเด็กทั้งสิ้น 67 คน โดยที่กลุ่มออกก่อนครบการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลและอาการที่มีในตอนเริ่มโครงการ นอกจากนี้มีเศรษฐกิจสังคม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดครบ อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
---	--

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานอิทธิพลของจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้ระดับกลาง ($d > .43$) เมื่อทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ ด้วย two-side test ที่ $\alpha .05$, power 80 % จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 40 คนในแต่ละเงื่อนไขการบำบัด * กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะ เป็นเด็กวัยก่อนเรียน ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดมีการสัมผัส อายุ 3-5 ปี ซึ่งในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 ปี (ช่วงอายุระหว่าง 2.11-7.1 ปี) เพศหญิงร้อยละ 58 เพศชายร้อยละ 42 เพศหญิงและเพศชาย ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ ที่อยู่อาศัย เชื้อชาติและลักษณะการล่วงละเมิดทางเพศ และยังไม่แตกต่างกันในเรื่องจำนวนครั้งที่ถูกล่วงละเมิด การถูกบังคับขืนใจ หรือคุณลักษณะของผู้กระทำการล่วงละเมิด เป็นชาว Caucasian ร้อยละ 54 African-American ร้อยละ 42 และชนชาติอื่นๆ ร้อยละ 4 ร้อยละ 41 ของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาอยู่ในระดับอนุบาลหรือเกรด 1 อยู่ใน Preschool ร้อยละ 28 อยู่บ้านกับพ่อแม่ (Stayed Home) ร้อยละ 20 อยู่ใน Day Care หรือจ้างคนมาดูแลที่บ้าน ร้อยละ 10 ร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่กับพ่อแม่/พ่อหรือแม่ผู้ให้กำเนิด ร้อยละ 3 อยู่กับพ่อแม่บุญธรรม ร้อยละ 4 อยู่กับป้าตายาย ร้อยละ 3 อยู่กับญาติ ร้อยละ 13 อยู่กับพ่อแม่อุปถัมภ์ ร้อยละ 2 อยู่กับผู้ดูแลอื่นๆ อุบัติการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าร้อยละ 25 ถูกล่วงละเมิด 1 ครั้ง ร้อยละ 26 ถูกล่วงละเมิด 2-5 ครั้ง ร้อยละ 15 ถูกล่วงละเมิด 6 - 10 ครั้ง ร้อยละ 29 ถูกล่วงละเมิดมากกว่า 10 ครั้ง และร้อยละ 5 ไม่ทราบจำนวนครั้งของการถูกล่วงละเมิด ผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าร้อยละ 15 ถูกล่วงละเมิดโดยพ่อแท้ๆ ร้อยละ 2 ถูกล่วงละเมิดโดยแม่แท้ๆ ร้อยละ 10 ถูกล่วงละเมิดโดยคู่รักของแม่ ร้อยละ 7 ถูกล่วงละเมิดโดยลุง ร้อยละ 7 ถูกล่วงละเมิดโดยพี่เลี้ยงเด็ก ร้อยละ 13 ถูกล่วงละเมิดโดยเด็กวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า และร้อยละ 46 ถูกล่วงละเมิดจากผู้กระทำมากกว่า 1 คน หรืออื่นๆ
---	--

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ชนิดของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าร้อยละ 46 ถูกสัมผัสอวัยวะเพศอย่างเดียว ร้อยละ 26 ถูกสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด/ ทวารหนัก ร้อยละ 22 ถูก oral sex ร้อยละ 3 ถูกสัมผัสเต้านม และอื่นๆที่ไม่ทราบอีกร้อยละ 3 ส่วนใหญ่เป็นการล่วงละเมิดทางเพศที่กระทำต่อเด็กโดยตรง ซึ่งในเด็กเหล่านี้ ร้อยละ 34 มีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศมากกว่า 1 ชนิด ในระยะก่อนการบำบัด คุณลักษณะด้านอายุ ที่อยู่ เชื้อชาติ เศรษฐกิจ และลักษณะการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์หลัก การประเมินผลลัพธ์หลักโดยเด็กเป็นผู้ตอบ - ประเมินอาการด้านความรู้สึก (affective symptoms) ของเด็ก โดยใช้ Preschool Symptoms Self-Report (PRESS) ของ Martini และคณะ (1990) เป็นแบบวัดที่มีรูปภาพประกอบข้อความ 25 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยรูปภาพ ที่อธิบายถึงพฤติกรรม/อาการที่เป็นปัญหาเปรียบเทียบกับ รูปภาพที่อธิบายถึงพฤติกรรมหรืออาการที่ไม่มีปัญหา ผู้ประเมินเป็นผู้อ่านอธิบายแล้วให้เด็กเลือกตอบโดยชี้ที่รูปภาพคะแนนรวมที่ได้เป็นจำนวนอาการที่เด็กเลือก ได้รับการประเมินคุณภาพค่าความเที่ยงในเด็กอายุ 3 - 4 ปี ด้วยวิธี Test-retest ได้ผลดีเยี่ยม มีค่า Pearson correlation เท่ากับ .85 และค่าความเชื่อมั่น (∞) = .89 การประเมินผลลัพธ์หลักโดยพ่อแม่เป็นผู้ตอบ สัมภาษณ์พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักตามแบบฟอร์ม เพื่อดูปัญหาพฤติกรรม พฤติกรรมทางเพศ รวมทั้งความสามารถเชิงสังคมของเด็กวัยก่อนเรียนผ่านการรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก - ประเมินความสามารถในการปรับตัวและปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้ Child Behavior Checklist-Parent Version (CBCLs) ของ Achenbach & Edelbrock (1983) ซึ่งถูกพัฒนาเพื่อใช้ประเมินใน 2 ส่วน ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัว (adaptive competence) และปัญหาพฤติกรรม (behavior problems) ความสามารถในการปรับตัว

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การทำกิจกรรมและความสนใจของเด็ก สัมพันธภาพทางสังคม และการทำหน้าที่ในการเรียนในโรงเรียน และชุดของพฤติกรรมของเด็ก (child behavior profile) ได้มีการจัดองค์ประกอบมาจาก CBCL ซึ่งวิเคราะห์มาจากกลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวน 450 คนซึ่งถูกส่งตัวมารับบริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกด้วยปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ผ่านประเมินคุณภาพความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest มีค่าเท่ากับ .88 และมีการหาค่ามาตรฐานสำหรับคนทั่วไป (norm) ของทั้ง social competency scale และ behavior problem scale แบบวัดนี้มี 2 แบบ แบบที่ใช้กับเด็กหญิงและชาย อายุ 3 ขวบ และเด็กอายุ 4 - 11 ปี ในการวิจัยนี้ใช้แบบวัด CBCL ที่ใช้สำหรับเด็กอายุ 4 - 11 ปี เนื่องจากปัจจุบันเด็กอายุ 3 ขวบ แต่การวิจัยจะมีการติดตามผลลัพธ์อีก 12 เดือน ดังนั้นในขณะนั้นเด็กจะมีอายุ 4 ปีขึ้นไป - ประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็ก โดยใช้ Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ(1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ ให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก ใช้ประเมินพฤติกรรมทางเพศที่แยกออกจากพฤติกรรมปกติ ที่ปรากฏภายใน 6 เดือน มีค่าคะแนนความถี่ 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้เลย จนถึง มีพฤติกรรมนี้ปรากฏให้เห็นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง CSBI เป็นมาตรวัดเชิงทดลองชนิดเดียวที่มีความเฉพาะในการอธิบายพฤติกรรมทางเพศในเด็ก ได้รับการประเมินคุณภาพความตรง ด้วยวิธี Test-retest มีค่าเท่ากับ .80 และมีการหาค่า norms สำหรับประชากรกลุ่มนี้ - ประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้ Weekly Behavior Record (WBR) ของ Chohen & Mannarino (1993) เป็นแบบบันทึกปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนที่เกิดในช่วง 1 สัปดาห์ ซึ่งวัดเฉพาะเจาะจงถึงจำนวนครั้งที่เกิดใน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก เป็นผู้อ่านข้อคำถาม สังเกตพฤติกรรมเด็ก และให้คะแนน ดังนั้นในแต่ละสัปดาห์สิ่งที่ได้จากการใช้แบบวัด WBR จะได้ทั้งชนิดของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและจำนวนครั้งที่พฤติกรรมปรากฏ ซึ่งผู้วิจัยกำลังตรวจสอบ
---	---

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	คุณภาพของแบบวัดนี้อยู่ ผู้ประเมิน ไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง วัดก่อนการทดลอง และ สิ้นสุดการทดลอง สถิติที่ใช้ ในการประเมินผลลัพธ์ใช้ Two-tailed <i>t</i> tests ในการเปรียบเทียบคะแนน ที่วัดได้ก่อนและหลังการบำบัด เปรียบเทียบคะแนน ระหว่างกลุ่ม CBT-SAP กับ NST
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง รายละเอียดวิธีบำบัดถูกอธิบายไว้สำหรับการบำบัดแต่ละชนิดในสองรูปแบบการบำบัด ผู้บำบัด 2 คนได้รับการฝึกอบรมเข้มในการบำบัดทั้งสองรูปแบบ ก่อนเริ่มการทดลอง ได้รับการควบคุมดูแลแบบตัวต่อตัวจากผู้นิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนและรับข้อเสนอแนะต่างๆ ผู้นิเทศประเมินผลการบำบัดจากเทปบันทึกเสียงการบำบัดแต่ละครั้ง ตลอดระยะเวลาการทดลอง ในแต่ละเดือนของการบำบัด เด็กได้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล ตามคู่มือของแต่ละการบำบัด จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแบ่งเป็น บำบัดพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก 50 นาที บำบัดเด็ก 30 - 40 นาที Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) เป็นรูปแบบการบำบัดแบบมีโครงสร้างชนิดสั้น สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัสและพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก เป้าหมายการบำบัดอยู่ที่อาการต่างๆที่มักพบในเด็กที่มีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ได้มีการรายงานไว้ในการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กก่อนวัยเรียน ตัวอย่างเช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม, พฤติกรรมดุดื้อ และพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เกิดบ่อยและเป็นอาการที่สามารถทำนายโรคทางจิตเวชในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอายุมากกว่า

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	บำบัดเด็ก ประเด็นของการบำบัดมุ่งไปที่ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและ ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ความสามารถในการ แยกแยะระหว่างการสัมผัสที่เหมาะสม กับ การสัมผัสที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมถดถอยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอันเนื่องมาจากการถูก ล่วงละเมิดทางเพศ ความรู้สึกถึงเลใจต่อผู้กระทำการล่วงละเมิด ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล บำบัดพ่อแม่/ผู้ดูแล ประเด็นของการบำบัดมุ่งไปที่ ความลังเลใจของความเชื่อเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก ความรู้สึกถึงเลใจต่อผู้กระทำการ ล่วงละเมิด การให้เหตุผลต่อการถูกล่วงละเมิด ความรู้สึกที่เด็กถูก ทำลาย จัดให้มีการประทับประคองทางอารมณ์แก่เด็กอย่างเหมาะสม มี การจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก อันเนื่องมาจากการถูก ล่วงละเมิดทางเพศ เช่น พฤติกรรมถดถอย และ พฤติกรรมทางเพศ - การจัดการกับอาการกลัวและวิตกกังวลของพ่อแม่ - ประเด็นของพ่อแม่อันเนื่องมาจากการที่เคยมี ประวัติการถูกล่วง ละเมิดในวัยเด็กมาก่อน(ถ้ามี) - ประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเทคนิคการบำบัด - ใช้เทคนิคการปรับกรอบความคิดใหม่ (cognitive reframing) - ใช้เทคนิคการหยุดความคิด (thought-stooping) - การจินตนาการเชิงบวก (positive imagery) - การใช้โปรแกรมการเสริมแรงอย่างมีเงื่อนไข (contingency reinforcement programs) - ฝึกทักษะการจัดการให้กับพ่อแม่ (parent management training) - ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem-solving) - และยังมีการรวมการให้จิตศึกษา (psycho-education) Nondirective Supportive Treatment (NST) ใช้แนวทางการบำบัดของ Strayhorn (1987) ออกแบบเพื่อลดการ แยกตัว (isolation) ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (loneliness) สิ้นหวัง
--	--

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	(hopelessness) และวิตกกังวล (anxiety) โดยเพิ่มตัวแปรในการสนับสนุนพ่อแม่และเด็ก เพิ่มความเข้าใจถึงความรู้สึกของตัวเองอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิด รวมทั้งการยอมรับและให้ความสำคัญกับความรู้สึกอื่นๆ รายละเอียดการบำบัด - เน้นการประคับประคองและสนับสนุน (support) - การสร้างสัมพันธภาพ (build rapport) - การระบายความรู้สึก (expression of feeling) ผู้บำบัดต้องสร้างและคงไว้ซึ่งคุณสมบัติพื้นฐาน 3 องค์ประกอบตลอดการบำบัด คือ สัมพันธภาพ (working alliance) ความเข้าใจ (empathic resonance) และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (mutual affirmation) ทักษะที่ผู้บำบัดใช้ ได้แก่ การฟังอย่างใส่ใจ (reflective listening) การให้กำลังใจ (supportive statement) การให้ความกระจ่างชัด (clarification) และ การเข้าไปในโลกของผู้รับการบำบัด (encouragement) * ผู้บำบัด 2 คน ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกและมีประสบการณ์ทำงานกับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศหลายปี โดยที่ผู้บำบัด 1 คน มีประสบการณ์การบำบัดแบบ nondirective play therapy กับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และผู้บำบัดอีก 1 คนมีประสบการณ์การบำบัดแบบ cognitive-behavioral intervention ในกลุ่มประชากรเดียวกัน การเตรียมผู้บำบัด ผู้บำบัดแต่ละคนได้รับการอธิบายเฉพาะโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมกับประสบการณ์และความสะดวกในการใช้ ภายใต้อาณัติฐานที่ว่าผู้เชี่ยวชาญในแต่ละวิธี สามารถสื่อสารและแสดงการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้บำบัดแต่ละคนได้รับมอบหมายให้การบำบัดเด็กและพ่อแม่ทั้งสองรูปแบบ คือทั้ง CBT และ NST โดยบำบัดรูปแบบการบำบัดที่ตนถนัดในช่วงครึ่งแรกของการวิจัย (6 ครั้ง) หลังจากนั้นผู้บำบัดแต่ละคนจะได้รับการฝึกอย่างเข้มงวดในแต่ละรูปแบบการบำบัดใหม่ ก่อนให้การบำบัดเด็กและพ่อแม่ในช่วงครึ่งหลัง (อีก 6 ครั้ง)
--	---

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม CBT-SAP และ NST โดยใช้วิธี Efron's biased coin toss เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT-SAP กับ NST ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์หลัก เมื่อใช้สถิติ Two-tailed t test พบว่า อาการของเด็กที่ประเมินจาก CBCL ทุกองค์ประกอบ และ Social Competency (CSBI และ WBR) ในกลุ่ม CBT-SAP หลังการทดลอง มีอาการดีขึ้นอย่างมากและดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เมื่อใช้สถิติ Two-tailed t test พบว่า อาการของเด็กที่ประเมินจาก CSBI, WBR Total Behavior score และ Behavior Profile Total กับ Internalizing ของ CBCL ในกลุ่ม CBT-SAP มีค่าน้อยกว่ากลุ่ม NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$, $p < .05$, $p < .01$, และ $p < .002$ ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง การค้นพบทางคลินิก จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดที่พ่อแม่เป็นผู้ประเมิน พบว่าการบำบัดรายบุคคลแบบ CBT-SAP มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ NST ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (หลังสิ้นสุดการบำบัด พบว่าเด็ก 7 คนในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ NST มีความต้องการเข้ารับการบำบัดซ้ำ เนื่องจากพฤติกรรมต่างๆกลับเป็นซ้ำ ในขณะที่มีเด็กเพียง 1 คนในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT-SAP ต้องการเข้ารับการบำบัดซ้ำ ด้วยเหตุผลเดียวกัน)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะเป็นเด็กก่อนวัยเรียน มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมอื่นเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อายุ 3 - 5 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	มีพ่อแม่/ ผู้ดูแลหลักดูแลต่อเนื่อง และต้องการรับการบำบัดปัญหาด้าน อารมณ์และพฤติกรรม ในคลินิกสุขภาพจิตผู้ป่วยนอก การวัดผลลัพธ์หลัก การประเมินผลลัพธ์หลักโดยเด็กเป็นผู้ตอบ ประเมินอาการด้านความรู้สึก (affective symptoms) ของเด็ก โดยใช้ Preschool Symptoms Self-Report (PRESS) ของ Martini และคณะ (1990) การประเมินผลลัพธ์หลักโดยพ่อแม่เป็นผู้ตอบ ประเมินความสามารถในการปรับตัวและปัญหาพฤติกรรมของ เด็ก โดยใช้ Child Behavior Checklist-Parent Version (CBCLs) ของ Achenbach & Edelbrock (1983) ประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็ก โดยใช้ Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ(1992) ประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้ Weekly Behavior Record (WBR) ของ Chohen & Mannarino (1993) ผู้บำบัดมีคุณสมบัติ จบการศึกษาระดับปริญญาโท มี ประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิด ทางเพศหลายปี และมีประสบการณ์การบำบัดแบบ cognitive- behavioral intervention ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทาง เพศ ผู้บำบัดได้รับการฝึกอบรมเข้มข้นก่อนเริ่มการทดลอง และรับการ ควบคุมดูแลแบบตัวต่อตัวจากผู้นิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ 1. บำบัดรายบุคคลแนวพฤติกรรมปัญญา ตามคู่มือของ Cohen (1993) ในเด็กและพ่อแม่หรือผู้ดูแล 2. บำบัดระยะสั้น จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแบ่งเป็น บำบัดพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก 50 นาที บำบัดเด็ก 30 - 40 นาที บำบัดเด็ก - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัย ทักษะการกล้า แสดงออกอย่างเหมาะสม ความสามารถในการแยกแยะระหว่างการ
--	---

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	สัมผัสที่เหมาะสมกับการสัมผัสที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมถดถอยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความรู้สึกกลังเลใจต่อผู้กระทำการล่วงละเมิด อีกทั้งความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ให้เด็กได้พูดเรื่องราวประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งช่วยลดอาการต่างที่เกิดจากพยาธิสภาพทางจิตอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ใช้โปรแกรมการเสริมแรงแบบมีเงื่อนไขมาบำบัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก นำพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศเข้าร่วมบำบัด บำบัดพ่อแม่/ผู้ดูแล - มุ่งไปที่ ความลังเลใจของความเชื่อเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก ความรู้สึกกลังเลใจต่อผู้กระทำการล่วงละเมิด การให้เหตุผลต่อการถูกล่วงละเมิด ความรู้สึกที่เด็กถูกทำลาย จัดให้มีการประทับประคองทางอารมณ์แก่เด็กอย่างเหมาะสม มีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การจัดการกับอาการกลัวและวิตกกังวลของพ่อแม่อันเนื่องมาจากการที่เคยมีประวัติการถูกล่วงละเมิดในวัยเด็กมาก่อน ให้ข้อมูลประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เทคนิคการบำบัด - เทคนิคการปรับกรอบความคิดใหม่ (cognitive reframing) - เทคนิคการหยุดความคิด (thought-stooping) - การจินตนาการเชิงบวก (positive imagery) - การใช้โปรแกรมการเสริมแรงอย่างมีเงื่อนไข (contingency reinforcement programs) - การฝึกทักษะการจัดการให้กับพ่อแม่ (parent management training) - ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem-solving) - การให้จิตศึกษา (psycho-education)
--	--

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยมีคำถามเกิดขึ้นว่า มีวิธีการใดที่ลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในเด็กก่อนวัยเรียน 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้ เนื่องจากประชากรเป้าหมายในงานวิจัยคือเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังถูกล่วงละเมิดทางเพศ คล้ายคลึงกับผู้ที่ถูกส่งตัวจากหน่วยงานกุมารเวช หรือพ่อแม่พามาใช้บริการประเมินพฤติกรรมและดูแลในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมเล่นอวัยวะเพศของตนเองบ่อยๆ พฤติกรรมรุนแรงทำร้ายสัตว์ ผู้ปกครองของเด็กที่ถูกล่วงละเมิดมีความเครียดสูง ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนและพฤติกรรมของเด็กที่ไม่พึงประสงค์ ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การบำบัดทางจิตรายบุคคลแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา (CBT-SAP) ในเด็กและนำพ่อแม่ที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดเข้าร่วมบำบัด มีประโยชน์มากและได้ผลดีในการช่วยทำให้อาการต่างๆ ที่มีลดลง และลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้ดีกว่าการบำบัดโดยการเล่น (NST) ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา กับ การบำบัดแบบประทับประคอง เป็นรายบุคคลในเด็กร่วมกับพ่อแม่ สามารถอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้แตกต่างกันหรือไม่ 4. งานวิจัยนี้ผู้บำบัดต้องจบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศหลายปี และมีประสบการณ์บำบัดทางจิตแบบพฤติกรรมปัญญา การบำบัดต้องเป็นไปตามโปรแกรมและอยู่ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ จึงจะสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถทำได้ แต่พยาบาลหรือทีม ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ พยาบาลที่ดูแลเด็ก พยาบาลจิตเวชคนอื่น
--	--

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	นักจิตวิทยา และนักสังคม ต้องศึกษาและฝึกฝนประเมินอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนด้วยแบบวัด Child Behavior Checklist-Parent Version (CBCLs), Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) และ Weekly Behavior Record (WBR) จากผู้เชี่ยวชาญจนทำได้ถูกต้องและมั่นใจต่อการนำไปใช้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยนี้มีการตีพิมพ์ในวารสาร The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ซึ่งเป็นวารสารที่เผยแพร่งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช เป็นวารสารที่ตีพิมพ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ 2. หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมทีมวิจัยสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ อีกทั้งมีประสบการณ์การบำบัดทางจิตแบบพฤติกรรมปัญหาในประชากรเป้าหมายนี้ เป็นผู้ร่วมพัฒนาการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) เป็นจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ประจำอยู่ที่ศูนย์ Allegheny ของ Medical College of Pennsylvania and Habnemann University ประเทศสหรัฐอเมริกา 3. ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก The National Center on Child Abuse and Neglect (grant 90-CA-1526) 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องไม่ได้แสดงถึงวิธีการศึกษา แต่แสดงผลการศึกษาผลลัพธ์การบำบัด และประชากรเป้าหมายในการวิจัยคือเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และระบุว่าเป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดซึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้น * งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน คือเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญหา (CBT-SAP) กับการบำบัดแบบประทับประคอง (NST) ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในผลลัพธ์ระยะสั้น

การมีความหมายหรือ มีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์ (ต่อ)	* มีการระบุว่ามีการนำ Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) และ Nondirective Supportive Treatment (NST) ในการบำบัดเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่ของเด็กที่ไม่มีส่วนรู้เห็นกับการกระทำการล่วงละเมิดนั้น * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย คือเพื่อทดสอบความแตกต่างของประสิทธิผลการบำบัดแบบ CBBT-SAP กับ NST ที่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม ต่อการลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหา ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และระบุสมมติฐานการวิจัย คือการบำบัดรายบุคคลแบบ CBT-SAP ลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ NST ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * งานวิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับวิธีการบำบัดแบบ CBT และ NST เพื่อสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม มีการระบุประชากรเป้าหมาย คือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดมีการสัมผัส วัยก่อนเรียน ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 3 - 5 ปี ระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่าที่ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ คือผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานอิทธิพลของจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้ระดับกลาง ($d > .43$) เมื่อทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ ด้วย two-side test ที่ $\alpha .05$, power 80 % ซึ่งต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คนในแต่ละเงื่อนไขการบำบัด ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด 86 คน มีเด็ก 6 คนออกจากการวิจัยหลังการบำบัดครั้งที่ 1 หรือ 2(early dropouts) และเด็ก 7 คนออกจากการวิจัยหลังการบำบัดครั้งที่ 3 ถึง 8
---	--

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	(late dropouts) นอกจากนี้ยังมีเด็กอีก 6 คนในกลุ่ม NST ถูกให้ออกจากการวิจัยก่อนได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมเนื่องจากพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมกับคนอื่นๆ ในขณะที่ไม่พบว่ามีเด็กในกลุ่ม CBT-SAP ออกจากงานวิจัยด้วยเหตุผลนี้ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดจึงเหลือเด็กทั้งสิ้น 67 คน (กลุ่ม CBT-SAP 39 คน และกลุ่ม NST 28 คน) * มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(design) เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง แบบมีการสุ่มเข้ากลุ่ม CBT-SAP และ NST มีการวางแผนงานวิจัยอย่างดีเพื่อลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน (ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นคนเก็บข้อมูล ไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) * งานวิจัยนี้ไม่ได้รายงานว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือมีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักโดยพ่อแม่เป็นผู้ประเมินเหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย มีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ 4 ชนิด คือ CBCL, CSBI, WBR ประเมิน 7 ตัวแปรได้แก่ Social Competency, Behavior Profile Total, Internalizing, Externalizing, Child Sexual Behavior Inventory, Weekly Behavior Record Types score, Weekly Behavior Record Total score สำหรับการประเมินผลลัพธ์หลักที่เด็กเป็นผู้ประเมินตนเองโดยใช้แบบวัด Preschool Symptoms Self-Report (PRESS) มีข้อที่ควรคำนึงถึงเรื่องอคติของการตอบ ซึ่งงานวิจัยนี้พบว่าเด็กเลือกตอบว่ารู้สึกสบายดี หรือไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมทั้งกลุ่ม CBT-SAP และ NST ในขณะที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักประเมินว่ามีพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าควรให้ครูหรือผู้ใกล้ชิดเด็กร่วมประเมินโดยในแบบวัดนี้ การวิเคราะห์ใช้คะแนนที่ได้จากเด็กประเมินตนเองร่วมกับครูหรือผู้ใกล้ชิดเด็กประเมิน
--	--

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	* การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก * ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย ที่ว่าการบำบัดรายบุคคลแบบ Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) ที่นำพ่อแม่เข้าร่วมบำบัด ลดอาการด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Behavior Profile Total และ Internalizing, Weekly Behavior Record Total score) และพฤติกรรมทางเพศ (CSBI) ได้ดี และดีกว่าการบำบัดแบบ Nondirective Supportive Treatment (NST) ที่มีพ่อแม่เข้าร่วมบำบัด ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ไม่ได้ระบุข้อจำกัดของการวิจัย แต่มีการสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติทางคลินิก ดังนี้คือ 1) การบำบัดโดยให้เด็กได้พูดถึงเรื่องราวประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศสามารถลดอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพทางจิต (symptomatology) ได้มากกว่าการบำบัดโดยเด็กไม่ถูกถามหรือให้พูดถึงประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ 2) การบำบัดเชิงพฤติกรรม (behavioral intervention) สามารถบำบัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น การเรียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าว การเล่นอวัยวะเพศ การทำพฤติกรรมที่ตนเองได้รับรางวัลซ้ำๆ ลดลงได้ดีกว่าการบำบัดโดยการเล่น (play therapy) ดังนั้นถ้านักบำบัดทางคลินิกพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าว ต้องรีบจัดการแก้ไขพฤติกรรมนั้นโดยใช้โปรแกรมการเสริมแรงแบบมีเงื่อนไข 3) การนำพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก เข้ามาร่วมบำบัดตามแนวพฤติกรรมปัญญานี้ (CBT-SAP) มีประโยชน์มากและได้ผลดีในการช่วยทำให้อาการต่างๆ ที่มีลดลง แม้ว่าการวิจัยนี้จะไม่มีทดสอบอย่างเป็นระบบในประเด็นความแตกต่างระหว่างการบำบัดที่นำพ่อแม่เข้ามีส่วนร่วมกับการบำบัดที่ไม่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมเหมือนงานวิจัยของ Deblinger และคณะ
--	--

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	(1996) นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงถึงความเหมาะสมของเวลาบำบัดที่ใช้ในการเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์และพ่อแม่ ใช้เวลาบำบัด 12 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์และสามารถยืดหยุ่นได้ถึง 16 สัปดาห์ในกรณีที่เด็กมีการเจ็บป่วย บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30 - 40 นาทีในเด็ก และ 50 นาทีในพ่อแม่ ซึ่งข้อเสนอแนะทั้งหมดอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยสอดคล้องกับการกิจของหน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทุกเพศและทุกช่วงวัย - กลุ่มประชากรเป้าหมายในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับประชากรในหน่วยงาน ด้าน เด็กช่วงอายุ 3 - 5 ปี ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 แม้มีจำนวนน้อย (5 รายภายในระยะเวลา 3 ปี) เมื่อเทียบกับเด็กที่มีอายุมากกว่า แต่ชนิดของการล่วงละเมิดทางเพศมีความคล้ายคลึงกันคือถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัส เช่น การพยายามสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด และสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอดทำให้มีการฉีกขาดระดับรุนแรงซึ่งเป็นเหตุที่ผู้ปกครองต้องนำเด็กมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา นอกจากนี้อุบัติการณ์ของการถูกล่วงละเมิดมีความคล้ายคลึงกัน คือการถูกล่วงละเมิดเกิดขึ้นมากกว่า 1 ครั้ง เริ่มตั้งแต่การสัมผัสอวัยวะเพศจนกระทั่งการพยายามสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด มีความคล้ายคลึงในด้านผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศ ตัวอย่างเช่น พ่อเลี้ยง, พี่ชาย,ญาติผู้พี่, ผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่ญาติแต่เป็นคนที่เด็กรู้จักและไว้ใจ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาพบคล้ายกันคือการเล่นอวัยวะเพศหรือการพูดเรื่องเพศที่ไม่เหมาะสมกับวัย - โปรแกรมการบำบัดใช้เวลาไม่นาน การประเมินผลลัพธ์หลักส่วนใหญ่ประเมินจากผู้ปกครอง ซึ่งเด็กเล็กอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองเกือบตลอดเวลา โดยเฉพาะถ้าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศให้ความร่วมมือจะทำให้ง่ายต่อ

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	การบำบัดและติดตาม - ผู้ได้รับประโยชน์จากงานวิจัย มีหลายส่วน ทั้งตัวเด็กเล็กที่ถูก ล้วงละเมิดทางเพศได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาด้าน อารมณ์และพฤติกรรม พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักได้รับการบำบัดเพื่อลด ทุกข์ทรมานใจอันเนื่องมาจากเด็กถูกล้วงละเมิดและสามารถจัดการกับ พฤติกรรมปัญหาของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านบุคลากรที่ ดูแลเด็กกลุ่มนี้ก็จะมีความมั่นใจในการช่วยเหลือเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูก ล้วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่เพิ่มมากขึ้น 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) - พยาบาลคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช มีอำนาจและอิสระในการนำ แนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีจิตแพทย์ และการ บำบัดทางจิตเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีคุณสมบัติเหมาะสม คือ ต้องระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กวัย ก่อนเรียนที่ถูกล้วงละเมิดทางเพศมากกว่า 1 ปี มีประสบการณ์การทำ จิตบำบัดแนวพฤติกรรมปัญหา นอกจากนี้พยาบาลจะต้องได้รับการฝึก ทักษะการบำบัดแบบ CBT-SAP จากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปปฏิบัติจริง โดยมีสมาชิกทีม ตัวอย่างเช่น นักจิตวิทยาช่วยในเรื่องของแบบวัดและ การประเมินผลลัพธ์ กุมารแพทย์และพยาบาลกุมารเวช ร่วมดูแลด้าน สุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ดูแลช่วยเหลือด้านสังคม, ค่าใช้จ่ายและ การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น - พยาบาลมีอิสระในการยุติการใช้แนวปฏิบัติ กรณีที่พบว่ามีความ เสี่ยง หรือการบำบัดไม่ได้ผลเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ - การนำแนวปฏิบัติไปใช้สอดคล้องกับงานประจำ ไม่เพิ่มภาระ งาน - ผู้บริหารด้านการพยาบาลและด้านการแพทย์ให้การสนับสนุน - ทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความร่วมมือและสนับสนุน - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ต้องมีการพัฒนาให้ เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ทดสอบความตรงทางเนื้อหาโดย
---	--

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ผู้เชี่ยวชาญและนำมาทดลองใช้เพื่อทดสอบค่าความเที่ยงก่อนนำมาใช้จริงในคลินิก 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้(Cost-benefit ratio) - ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ คือ เด็กได้รับการติดตามประเมินอาการจากปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม และได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในเวลารวดเร็ว - ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากยังคงให้บริการเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและผู้ปกครองในรูปแบบเดิม โดยบำบัดด้วยเล่นในเด็กร่วมกับให้การปรึกษาพ่อแม่แบบไม่มีทิศทาง คืออาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ไม่ลดลง และมีแนวโน้มก่อให้เกิดปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงตามมา - มีความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรที่มีค่า ต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเป็นผลผลิตที่สำคัญของชาติ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและครอบครัว จะช่วยให้เด็กและครอบครัวสามารถผ่านความยากลำบากและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากไม่ให้ความช่วยเหลือหรือให้การช่วยเหลือแบบขาดประสิทธิภาพ จะต้องสูญเสียคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายกับผลกระทบที่ตามมาในระยะยาวทั้งทางตรงและทางอ้อม
--	--

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง	A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up
ผู้แต่ง	Cohen JA, Mannarino AP (1997)
แหล่งตีพิมพ์	Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(9), 1228-1235.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อติดตามประสิทธิผลการบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Intervention กับ Nondirective Supportive Treatment ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในระยะติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี
ทุน	ได้รับทุนจาก The National Center on Child Abuse and Neglect (grant 90-CA-1526)
สมมุติฐานงานวิจัย	การบำบัดรายบุคคลแบบ Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) ลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้ดีและคงประสิทธิภาพกว่าการบำบัดแบบ Nondirective Supportive Treatment (NST) ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในระยะติดตาม 6 เดือน และ 1 ปี
Setting งานวิจัย	Clinical Setting ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมการบำบัดจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ (Cohen & Mannarino, 1996) จำนวน 43 คน ประกอบด้วย เด็กกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT-SAP 28 คน และเด็กกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ NST 15 คน และต้องไม่มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์หลัก การประเมินผลลัพธ์หลักโดยพ่อแม่เป็นผู้ตอบ - ประเมินความสามารถในการปรับตัวและปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้ Child Behavior Checklist-Parent Version (CBCLs) ของ Achenbach & Edelbrock (1983) - ประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็ก โดยใช้ Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ(1992)

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	- ประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้ Weekly Behavior Record (WBR) ของ Chohen & Mannarino (1993) <u>วัด 2 ครั้ง</u> วัดระยะติดตามสิ้นสุดการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน <u>สถิติที่ใช้</u> ในการประเมินผลลัพธ์ใช้ Repeated-measures analyses ในการประเมิน group and time change และ group by time interaction ของคะแนนที่ได้จากแบบวัด CBCLs, CSBI และ WBR ระหว่างกลุ่ม CBT-SAP กับ NST
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) เป็นรูปแบบการบำบัดแบบมีโครงสร้างชนิดสั้น สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัสและพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก เป้าหมายการบำบัดอยู่ที่อาการต่างๆที่มักพบในเด็กที่มีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ได้มีการรายงานไว้ใน การวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กก่อนวัยเรียน ตัวอย่างเช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมถดถอย และพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เกิดบ่อยและเป็นอาการที่สามารถทำนายโรคทางจิตเวชในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอายุมากกว่า ดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ Nondirective Supportive Treatment (NST) ใช้แนวทางการบำบัดของ Strayhorn (1987) ออกแบบเพื่อลดการแยกตัว (isolation) ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (loneliness), สิ้นหวัง (hopelessness), และวิตกกังวล (anxiety) โดยเพิ่มตัวแปรในการสนับสนุนพ่อแม่และเด็ก เพิ่มความเข้าใจถึงความรู้สึกของตัวเองอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิด รวมทั้งการยอมรับและให้ความสำคัญกับความรู้สึกอื่นๆ
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม CBT-SAP และ NST การบำบัดเป็นไปตามคู่มือการบำบัดของแต่ละเงื่อนไข และติดตามประเมินความแตกต่างของประสิทธิผลการบำบัดในระยะยาว

ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> 1. ระยะติดตาม 6 เดือน หลังสิ้นสุดการบำบัด - เมื่อใช้สถิติ Repeated-measures analyses group by time change พบว่าเด็กในกลุ่ม CBT-SAP มีคะแนนจากแบบวัด CBCL ในส่วนของ behavior profile total, internalizing และคะแนนจากแบบวัด WBR เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากระยะหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที - เมื่อใช้สถิติ Repeated-measures analyses group by time interaction พบว่าเด็กในกลุ่ม CBT-SAP มีค่าคะแนนจากแบบวัด CBCLs, CBCL, WBR ต่ำกว่าเด็กในกลุ่ม NST เล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ระยะติดตาม 12 เดือน หลังสิ้นสุดการบำบัด เมื่อใช้สถิติ Repeated-measures analyses group by time interaction พบว่าเด็กในกลุ่ม CBT-SAP มีค่าคะแนนจากแบบวัด CBCL ในส่วนของ behavior profile total, internalizing, externalizing และคะแนนจากแบบวัด WBR ทั้งในส่วน of type และ total scales ต่ำกว่าเด็กในกลุ่ม NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การค้นพบทางคลินิก จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดที่พ่อแม่เป็นผู้ประเมิน พบว่าการบำบัดรายบุคคลแบบ CBT-SAP มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้ดีและคงประสิทธิภาพได้นานกว่า การบำบัดแบบ NST ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	* งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะเป็นเด็กก่อนวัยเรียน มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อายุ 3 - 5 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีพ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก และต้องการรับการบำบัดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม ในคลินิกสุขภาพจิตผู้ป่วยนอก * การวัดผลลัพธ์หลัก ใช้แบบวัด CBCL * ผู้บำบัดมีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกและมีประสบการณ์การบำบัดแบบ cognitive-behavioral intervention

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ <u>บำบัดเด็ก</u> - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก การเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล, พฤติกรรมถดถอยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่มีต่อผู้กระทำการล่วงละเมิด - อธิบายคำจำกัดความระหว่างความสัมพันธ์ที่เหมาะสม กับความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม - อธิบายความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย - ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม <u>บำบัดพ่อแม่/ ผู้ดูแล</u> - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ความเชื่อสองฝักสองฝ่ายเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดของเด็ก ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่มีต่อผู้กระทำการล่วงละเมิด - อธิบายถึงอารมณ์ที่เหมาะสมต่อการประคับประคองเด็ก - สอนวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น พฤติกรรมถดถอย และพฤติกรรมทางเพศ - สอนวิธีการจัดการกับอาการกลัวและวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดในวัยเด็กมาก่อน - ให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ที่ต้องการหาวิธีที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีความคงทนในเด็กก่อนวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้ว่า การบำบัดรายบุคคลแบบ CBT-SAP มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ NST ในเด็กก่อนวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
การมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารของ The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ซึ่งเป็นที่รู้จักและ

การมีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์ (ต่อ)	ยอมรับในทางการแพทย์ 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นจิตแพทย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำการวิจัยเกี่ยวกับเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3. ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก The National Center on Child Abuse and Neglect (grant 90-CA-1526) 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องไม่ได้แสดงถึงวิธีการศึกษาหรือ ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย แต่แสดงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยคือเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย คือเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพความคงทนของการบำบัดสองทางเลือก คือการบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Intervention กับ Nondirective Supportive Treatment ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ สมมุติฐานการวิจัย คือการบำบัดรายบุคคลแบบ Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) ลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้ดีและคงประสิทธิผลกว่าการบำบัดแบบ Nondirective Supportive Treatment (NST) ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * งานวิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย และที่คัดค้านงานวิจัย วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม * มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ * มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(design) คือ การวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม CBT-SAP และ NST การใช้วิธีการสุ่มและการวางแผนงานวิจัยอย่างดีเพื่อลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน
---	---

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	* งานวิจัยนี้ไม่ได้รายงานว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือมีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและตัวแปร * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย ที่ว่าการบำบัดรายบุคคลแบบ Cognitive-Behavioral Treatment Model for Childs and Parents (CBT-SAP) ลดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้ดีและคงทนกว่ากว่าการบำบัดแบบ Nondirective Supportive Treatment (NST) ในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) - งานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่17 ที่มุ่งเน้นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่รับบริการปลอดภัย - กลุ่มประชากรเป้าหมายในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับประชากรในหน่วยงาน - โปรแกรมการบำบัดใช้เวลาไม่นาน การประเมินผลเป็นการประเมินจากผู้ปกครอง ทำให้ง่ายต่อการติดตาม - ผู้ได้รับประโยชน์จากงานวิจัย มีหลายส่วน ทั้งตัวเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการบำบัดเพื่อลดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม พ่อแม่/ผู้ดูแลหลักได้รับการบำบัดเพื่อลดทุกข์ทรมานใจอันเนื่องมาจากเด็กถูกล่วงละเมิด รวมทั้งบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กกลุ่มนี้มีความมั่นใจในการช่วยเหลือมากขึ้น 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) - พยาบาลคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช มีอำนาจและอิสระในการ

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ปฏิบัติการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต ตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้ง ได้รับความร่วมมือจากกุมารแพทย์ พยาบาลผู้ป่วยเด็ก นักสังคม สงเคราะห์ นักจิตวิทยา และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงาน แต่ต้องพัฒนาทักษะการบำบัดแบบ CBT และ TF-CBT หรือศึกษามา เป็นอย่างดี ก่อนปฏิบัติจริง และมีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษา - พยาบาลมีอิสระในการยุติการพยาบาล ด้านการบำบัดทางจิต ตามแนวการวิจัย ถ้าพบว่าการบำบัดไม่ได้ผลหรือไม่เป็นที่ต้องการ - การดำเนินงานตามโปรแกรม ไม่รบกวนการทำงานปกติ เนื่องจากเป็นงานประจำของหน่วยงาน เพียงปรับวิธีการทำงานที่มี รูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจน - ผู้บริหารให้การสนับสนุน การปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่และการพัฒนางานบริการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ต้องมีการพัฒนาให้ เหมาะสมกับบริบทของคนไทย 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) - ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทาง เพศ มีอาการจากปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเนื่องจากเด็ก ถูกกระตุ้นใช้เผชิญสถานการณ์ประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ - ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทาง เพศ และมีอาการจากปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม เมื่อได้รับการ บำบัดครบตามโปรแกรมอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์จะลดลง - ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการให้การพยาบาลในรูปแบบเดิม คือการรักษารายบุคคลแบบไม่มีทิศทางในพ่อแม่ และการบำบัดโดย การเล่นแบบไม่มีทิศทางในเด็ก ทำให้อาการด้านพฤติกรรมและ อารมณ์กำเริบซ้ำและรุนแรง
---	--

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง	A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms.
ผู้แต่ง	Cohen, J.A., Deblinger, E., & Mannarino, A.P. (2004)
ตีพิมพ์	The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(4), 393-402
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT) กับ Child Center Therapy (CCT) ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ
ทุน	งานวิจัยนี้ได้รับทุนจาก The NIMH grants R10 MH55963 และ R10 MH 56224
สมมุติฐานงานวิจัย	เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ได้รับการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ลดลงมากกว่า ได้รับการบำบัดแบบ Child Center Therapy
Setting งานวิจัย	คลินิกบำบัดเด็กถูกล่วงละเมิด/มีบาดแผลทางใจ แบบผู้ป่วยนอก (outpatient clinical treatment programs for abuse/traumatized children) ใน 2 พื้นที่ ทั้งในเมืองขนาดใหญ่ (large metropolitan area) และชานเมือง (suburban setting) ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	* งานวิจัยไม่ได้รายงานไว้ว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ * กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(informed child assent และ parental consent) * กลุ่มตัวอย่างได้จากการรับสมัครจาก 2 พื้นที่ ได้แก่ ในเมืองขนาดใหญ่ และชานเมือง เป็นเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดมีการสัมผัส อายุ 8-14 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการส่งต่อมาจากหลายแห่งได้แก่ ศูนย์พิทักษ์เด็ก, ตำรวจ, ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและเหยื่อที่ถูกกระทำความรุนแรง, ผู้ให้บริการในการดูแลเด็ก, ผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งเด็กขอความช่วยเหลือด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	โดยได้รับการยืนยัน/ตรวจสอบการถูกล่วงละเมิดทางเพศจาก Child Protective Services, Law enforcement, และ professional independent forensic evaluator จำนวน 229 คน a. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1. กลุ่มตัวอย่างต้องมีอย่างน้อย 5 ข้อตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ของ <i>DSM-IV</i> ซึ่งอย่างน้อยที่สุดต้องมี 1 อาการในแต่ละ 3 กลุ่มอาการของ PTSD คือ re-experiencing, avoidance or numbing, hyper-arousal 2. กลุ่มตัวอย่างต้องมีพ่อแม่หรือผู้ดูแล (ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดหรือพ่อแม่อุปถัมภ์ที่เลี้ยงดูมาเป็นระยะเวลานาน) ซึ่งพ่อแม่มีความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมในการบำบัดพ่อแม่ได้ตลอดระยะเวลาการบำบัด 3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนเป็นที่เข้าใจ และพ่อแม่เห็นชอบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย b. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1. เด็กมีอาการผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง หรือใช้สารเสพติดต่างๆที่มีผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ หรือพ่อแม่/ผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมในการวิจัยมีความผิดปกติ 2. เด็กมีปัญหาพัฒนาการทางด้านการสื่อสาร เช่น ออทิสซึม 3. เด็กกำลังได้รับยาทางจิตเวช หากว่าได้รับยาในขนาดคงที่แล้วอย่างน้อย 2 เดือนสามารถนำเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ 4. เด็กได้รับการทำจิตบำบัดเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศอื่นๆที่นอกเหนือจากการศึกษาวิจัยนี้ * จำนวนกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรกมีจำนวน 237 คน หลังจากคัดเลือกตามเกณฑ์ เหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 229 คน หลังจากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (TF-CBT) จำนวน 114 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (CCT) จำนวน 115 คน ในนี้มีเด็ก 5 คน (2 %) ไม่กลับเข้ามารับการบำบัด เด็ก 8 คน (3%) ออกหลังเข้ารับการบำบัด 1 ครั้ง เด็ก 13 คน (6%) ออกหลังเข้ารับการบำบัด 2 ครั้ง ดังนั้นจึงมีเด็กที่ได้รับการทำจิตบำบัดอย่างน้อยที่สุด 3 ครั้ง จำนวน 203 คน (88%) ประกอบด้วย TF-CBT 102 คน และ CCT 101 คน ซึ่งเป็นกลุ่ม
---	--

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ตัวอย่างสุดท้ายที่นำมาวิเคราะห์ตัวแปรร่วม โดยมีเด็ก 19 คน (9%) กำลังอยู่ในช่วงของการใช้ยาจิตเวช เด็ก 39 คน (20%) เคยได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่เกิดขึ้นในครั้งนี้นี้ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดเหลือเด็กจำนวนทั้งสิ้น 180 คน แบ่งเป็น TF-CBT 89 คน CCT 91 คน ผู้วิจัยทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏว่าค่าขนาดอิทธิพลของการทดลองครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงมากอย่างมีนัยสำคัญ * คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินพยาธิสภาพทางจิตด้วยแบบวัด The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-Age Children-Present and Lifetime Version PTSD section (K-SADS-PL-PTSD) พบว่าเด็กจำนวน 180 คน (89%) มีอาการ PTSD ชนิดเต็มเกณฑ์ และจากการสัมภาษณ์พ่อแม่พบว่าเด็กมีปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมหลายอย่าง และจากค่าเฉลี่ย (mean) ที่ได้จากแบบประเมิน Child Behavior Checklist (CBCL) ก่อนการทดลอง มาเรียงลำดับค่า <i>T</i> score ในจำนวนเด็ก 203 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนน CBCL เท่ากับ 63.61 (SD 10.87) แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนน CBCL ของกลุ่มตัวอย่างมีพยาธิสภาพทางจิต (psychopathology) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนน CBCL ของกลุ่มปกติทั่วไป และยังพบอีกว่าเด็กจำนวน 71 คน (35%) มีคะแนน <i>T</i> score มากกว่า 70 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีพยาธิสภาพทางจิตในระดับรุนแรง (severe psychopathology) * การเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินด้วยแบบวัด The K-SADS-PL-PTSD เพื่อระบุว่ากลุ่มตัวอย่างได้เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญอื่น ๆ อีกหรือไม่ นอกเหนือจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่า เด็ก 144 คน (70%) เผชิญกับข่าวความตายที่ไม่ได้คาดคิดในลักษณะฉับพลัน หรือเผชิญกับการรับรู้ว่ามีคนใกล้ตัวถูกคุกคามด้วยโรคร้าย เด็ก 118 คน (58%) รู้เห็นถึงความรุนแรงในครอบครัว เด็ก 53 คน (26%) เป็นเหยื่อของการถูกล่วงละเมิดทางกาย เด็ก 75 คน (37%) รู้เห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์ของอุบัติเหตุร้ายแรง
---	---

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เด็ก 35 คน (17%) เป็นเหยื่อหรือรู้เห็นความรุนแรงในชุมชนของตน เด็ก 28 คน (14%) มีประสบการณ์เรื่องไฟไหม้หรือภัยธรรมชาติ และเด็ก 51 คน (25%) มีประสบการณ์ความเครียดหลังประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญอื่นๆ เช่น medical trauma, traumatic custody situation เช่นถูกลักพาตัวโดยพ่อแม่ที่ไม่ได้เป็นผู้ปกครองตามกฎหมาย ในเด็ก 203 คน (Final sample) เป็นพี่น้องกัน 14 คู่ ซึ่งพี่น้องแต่ละคู่ถูกกำหนดให้ได้รับการบำบัดชนิดเดียวกัน และพ่อแม่ก็จะได้รับรูปแบบการบำบัดพ่อแม่ชนิดเดียว ดังนั้นจึงมีข้อมูลของพ่อแม่เพียง 189 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ของเด็ก โดยใช้ The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-Age Children-Present and Lifetime Version PTSD section (K-SADS-PL-PTSD) ของ Kaufman และคณะ(1996) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง แยกสัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่ ประเมินโดยผู้ประเมินอิสระในแต่ละแหล่ง ผู้ประเมินจากสองแหล่งได้รับการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือประเมินโดยผู้วิจัยคนแรกและผู้วิจัยคนที่สามซึ่งฝึกการใช้แบบวัด K-SADS ตามเกณฑ์ของ Western Psychiatric Institute and clinic ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินทั้งสองคนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ <u>การวัดผลลัพธ์รอง</u> เป็นแบบประเมินตนเองเกือบทั้งหมด ได้แก่ 1. ประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็ก โดยใช้ Children's Depression Inventory (CDI) ของ Kavacs (1985) เป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับในการนำมาประเมินอาการซึมเศร้า 2. ประเมินภาวะวิตกกังวลของเด็ก โดยใช้ State-Trait Anxiety Inventory for child (STA) ของ Spielberger (1973) ใช้อย่างกว้างขวาง

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ในการประเมินอาการที่แสดงให้เห็น (state) และกลุ่มอาการเฉพาะของความวิตกกังวล (trait anxiety symptoms) 3. ประเมินการตีตรา ความไว้วางใจบุคคลอื่น การตำหนิตนเอง และการได้รับการยอมรับของเด็ก โดยใช้ Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) ของ Mannarino และคณะ (1994) 4. ประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็ก โดยใช้ Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ (1992) โดยพ่อแม่เป็นผู้บอกเล่าพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็ก 5. ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของพ่อแม่ โดยใช้ Beck's Depression Inventory (BDI) ของ Beck และคณะ (1996) 6. ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของพ่อแม่ โดยใช้ Parent's Emotional Reaction Questionnaire (PERQ) ของ Mannarino และ Cohen (1996) พ่อแม่ประเมินความทุกข์ใจของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก 7. ประเมินการสนับสนุนของพ่อแม่ โดยใช้ Parental Support Questionnaire (PSQ) ของ Mannarino และ Cohen (1996) เป็นแบบประเมินตนเองในการสนับสนุนและให้ความสนใจรับผิดชอบต่อเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 8. ประเมินการปฏิบัติของพ่อแม่ โดยใช้ Parenting Practices Questionnaire (PPQ) ของ Stauffer และ Deblinger (1996) ที่ปรับปรุงโดย Strayhorn และ Weidman (1998) สำหรับใช้ในงานวิจัยนี้ มี 3 ข้อคำถามจาก PPQ เดิม ถูกปรับมาจากคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของพ่อแม่ทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่มีต่อเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งมีค่าอัลฟา coefficient เท่ากับ .72 แบบวัดทั้งหมดได้รับการยอมรับว่าเป็นกรรมสิทธิ์ทางจิตเวชศาสตร์ และมีการนำมาใช้ในการศึกษาการบำบัดในกลุ่มเด็กถูกล่วงละเมิดก่อนหน้านี้ * ผู้ประเมิน ไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่ม TF-CBT และ CCT <u>วัด 2 ครั้ง</u> วัดก่อนการทดลอง และ หลังสิ้นสุดการทดลองทันที <u>สถิติที่ใช้</u> ในการประเมินผลลัพธ์ คือ ANCOVAs
---	--

การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง รูปแบบการบำบัดทั้งสองชนิดที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือ Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) และ Child Centered Therapy (CCT) เนื่องจากแต่ละรูปแบบมีพื้นฐานของทฤษฎีสำหรับการบำบัดเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นที่ยอมรับ(strong) และถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางใน community setting รวมทั้งมีความแตกต่างซึ่งกันและกันอย่างเห็นได้ชัด การบำบัดรักษาแต่ละรูปแบบเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งในเด็กและพ่อแม่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ผู้บำบัด 1 คน บำบัดเด็กและพ่อแม่แต่ละคู่ ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดอย่างน้อยที่สุด 90 นาที นั่นคือ แต่ละคนได้รับการบำบัดแบบรายบุคคล 45 นาทีต่อครั้ง ในส่วนที่ 3 ของชั่วโมงการบำบัดตามเงื่อนไขแบบ TF-CBT รวมชั่วโมงของการบำบัดเด็กและพ่อแม่ อย่างน้อย 30 นาทีโดยประมาณ และลดการบำบัดรายบุคคลในส่วนของเด็กและพ่อแม่ลงเหลืออย่างละ 30 นาที ทั้งการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT จะต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติหรือคู่มือปฏิบัติของ Cohen และ Mannarino (1996) ; Deblinger และ Heflin (1996) 1. Child-Centered Therapy (CCT) CCT คือรูปแบบการบำบัดที่ยึดแม่และเด็กเป็นศูนย์กลาง เน้นความสำคัญของความไว้วางใจในสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ เช่น การยืนยัน/รักษาสติของตนเอง (self-affirming) การให้อำนาจ (empowering) และการใช้ความมีเหตุผล (validating) สำหรับพ่อแม่และเด็ก รูปแบบนี้ใช้อย่างกว้างขวางในศูนย์วิกฤติผู้ถูกข่มขืนข่มขืน (rape crisis centers) และใน community setting ที่บำบัดเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศอื่นๆ บนพื้นฐานการวิจัยเชิงทดลองสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า เด็กและพ่อแม่มีความลำบากในการพัฒนา เนื่องจากพวกเขามีประสบการณ์เกี่ยวกับการถูกทำลายความไว้วางใจและถูกกดขี่ CCT มุ่งกลับไปที่มีความยากลำบากต่างๆ โดยให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพที่เกิดจากความ
--	---

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	ไว้วางใจที่มีการให้อ่านใจ กระตุ้นให้เด็กและพ่อแม่ควบคุมเนื้อหาและโครงสร้างของการบำบัดด้วยตัวเอง ดังนั้นการบำบัดจึงอนุญาตให้เลือกเวลา (เมื่อใด) เลือกวิธี (อย่างไร) และการจัดเตรียมหลักเกณฑ์มากกว่าให้ผู้บำบัดเป็นผู้ออกแบบหรือจัดเตรียม (เมื่อใด/วิธีไหน) ผู้บำบัดจะต้องฟังอย่างตั้งใจ (active listening) สะท้อน (reflection) แสดงความเข้าใจ (accurate empathy) สนับสนุนให้พูดเกี่ยวกับความรู้สึก (talk about feeling) และเชื่อในความสามารถที่จะพัฒนาของเด็กและพ่อแม่ ใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศเชิงสร้างสรรค์ ผู้บำบัดอธิบายข้อจำกัดที่จัดไว้เฉพาะ เพื่อจุดประสงค์ทางคลินิก โดยสนับสนุนให้พ่อแม่และเด็กคิดกลยุทธ์ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ดีกว่าใช้การอธิบาย แม้ว่าจะมีชั่วโมงการบำบัดที่เป็น client-directed ในช่วงระยะเวลา 2 ครั้ง ได้แก่ การให้จิตศึกษาเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก และการให้เด็กแลกเปลี่ยนความรู้สึกเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 2. Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) รูปแบบการบำบัดแบบ TF-CBT ถูกรายงานไว้ว่าสามารถบำบัด PTSD ในกลุ่มผู้ใหญ่ และบำบัด anxiety disorder ชนิด non-PTSD ในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีทางปัญญา (cognitive and learning theories) มาอธิบายเกี่ยวกับการเกิด PTSD ในเด็ก รวมถึงอธิบายส่วนประกอบที่แสดงใน logical sequence กับส่วนประกอบแต่ละอันของการบำบัด (treatment) ได้แก่ ทักษะต่างๆ พร้อมทั้งประเมินความก้าวหน้าของการบำบัด (progress gained) จากผลของการบำบัดในชั่วโมงก่อนหน้านี้ (previous session) ส่วนประกอบเฉพาะของรูปแบบ TF-CBT ได้แก่ ทักษะในการแสดงความรู้สึกต่างๆ (expressing feeling) การฝึกฝนทักษะจัดการกับปัญหา (training in coping skills) การสังเกตและจดจำความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การเข้าไปเผชิญกับ
--	---

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	ความรู้สึกละเอียดอ่อนเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) การเข้าสู่กระบวนการทางความคิดของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิด การเชื่อมโยงเด็กกับพ่อแม่ในชั่วโมงการบำบัดเด็ก (join child-parent session) การให้จิตศึกษา (psychoeducation) เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กและความปลอดภัยของร่างกาย (body safety) รวมทั้งทักษะบริหารจัดการของพ่อแม่ ในชั่วโมงการบำบัดต่อไป เด็กถูกกระตุ้นให้เผชิญ (confront) เรื่องราวและความทุกข์ใจ (distress) การจดจำที่หลงเหลือจากการถูกล่วงละเมิด โดยให้เด็กเล่าเรื่องประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ อาจใช้การเขียนหรือเขียนภาพประกอบตัวหนังสือ เป็นการแบ่งปัน (share) ประสบการณ์ของเด็กกับพ่อแม่ ในชั่วโมงการบำบัดที่ไม่มีส่วนร่วมต่อกัน และใน 3 ชั่วโมงของการบำบัดเด็กส่วนที่พ่อแม่มีส่วนร่วมกับการสื่อสารแบบสบายๆและเหมาะสม เนื้อหาของการสื่อสาร ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยส่วนบุคคล และสุขภาพทางเพศที่ดี (healthy sexuality) ให้เด็กและพ่อแม่แบ่งปันและพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับบาดแผลทางใจของเด็กด้วยกัน * คุณสมบัติของผู้บำบัด ผู้บำบัดทั้งสองที่ตั้ง ได้รับการฝึกฝนร่วมกันในระยะเวลา 3 วัน โดยผู้บำบัดต่างๆในหลายสาขาวิชาชีพฝึกความเชี่ยวชาญ ตามสาขาวิชา ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งเรียนรู้พื้นหลังเกี่ยวกับทฤษฎีต่างๆ เช่น Cognitive-behavioral, Psychodynamic และ Play therapy ผู้บำบัดทั้งหมดเรียนรู้วิธีการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบของการวิจัยนี้ การออกแบบการวิจัยแบบนี้ ถูกใช้เพื่อลดอคติของผู้ประเมินอิสระ ผู้บำบัดต่างได้รับการควบคุมดูแลอย่างเข้มงวดในแต่ละรูปแบบของการบำบัดทุกสัปดาห์ ร่วมกับการติดตามดูแลทางโทรศัพท์เดือนละ 2 ครั้ง ความถูกต้องแม่นยำที่กำหนดรูปแบบการบำบัดรักษาถูกติดตามผ่าน supervisors ที่ฟังเทปบันทึกเสียงการรักษา ทั้งหมดจำนวน 25 % ของจำนวนเทปบันทึกเสียงทั้งหมด โดยวิธีสุ่มแบบอิสระ ซึ่งความ
--	---

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	แม่นยำของผู้บำบัดในการบำบัดทางจิตทั้ง 2 รูปแบบต้องมากกว่า 95 % * ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองทั้ง 2 เงื่อนไข
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดที่เป็นทางเลือกระหว่าง 2 วิธี คือการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งตัวอย่างมาจากหลายพื้นที่และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มต่างๆ
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์หลัก 1. เมื่อใช้สถิติ ANCOVAs เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับ TF-CBT กับกลุ่ม CCT โดยมีคะแนน pretest เป็นตัวแปรร่วม พบว่า ค่าคะแนน adjusted posttest ของกลุ่ม TF-CBT สูงกว่ากลุ่ม CCT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ - คะแนนจากแบบวัด K-SAD-PTSD ทั้ง 3 subscale (ได้แก่ re-experiencing, avoidance และ hyper-arousal) - คะแนนจากแบบวัด CBCL total scale - คะแนนจากแบบวัด CDI - คะแนนจากแบบวัด CAPS Credibility subscale - คะแนนจากแบบวัด CAPS Interpersonal Trust subscale - คะแนนจากแบบวัด Shame Questionnaire 2. คะแนนจากแบบวัด BDI และ PERQ ของพ่อแม่ ที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT มีค่าต่ำกว่า adjusted posttest scores ของกลุ่มพ่อแม่ที่ได้รับการบำบัดแบบ CCT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. คะแนน adjusted posttest mean scores ของ PPQ และ PSQ ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT มีค่าสูงกว่า adjust posttest mean score ของเด็กและพ่อแม่ ที่บำบัดด้วย CCT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างของผลลัพธ์ทั้งหมดเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ TF-CBT สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และลดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กถูกล่วงละเมิด

ผลการวิจัย (ต่อ)	ละเมิดทางเพศ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ CCT นอกจากนั้นแล้ว ยังปรากฏว่าค่าขนาดอิทธิพลของการทดลองครั้งนี้ อยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก (medium effect size และ large effect size) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (Cohen, 1992) * ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างทางคลินิกระหว่าง กลุ่มที่ ได้รับ TF-CBT กับกลุ่ม CCT โดยใช้ ไคว์สแควร์- เทส แบบสองกลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน พบว่าสามารถลดความชุกของอาการเครียดภายหลัง เหยื่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบ ด้วยค่า χ^2 Yates (1,N=180) = 11.28, $p<.001$, $\phi = 0.26$ โดยที่ก่อนเข้า รับการบำบัด (pretest) เปรอร์เซ็นต์ของเด็ก 180 คนที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น PTSD ถูกนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม TF-CBT (N=75, 84%) และ ในกลุ่ม CCT (N=83, 91%) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อ ทดสอบด้วยค่า χ^2 Yates (1, N=180) = 1.42, $p=NS$, $\phi = 0.11$ เด็ก 89 คน ที่เคยได้รับการวินิจฉัย PTSD ก่อนการเข้ารับการ บำบัด ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วย TF-CBT พบว่าเหลือเด็ก 19 คน (21 %) ที่ยังคงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD เด็ก 91 คน ที่เคยได้รับการวินิจฉัย PTSD ก่อนการเข้ารับการ บำบัด ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วย CCT พบว่าเหลือเด็ก 42 คน (46 %) ที่ยังคงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD * กล่าวโดยสรุป การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการออกแบบวิจัย ประเภท การวิจัยทดลองเชิงเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดสองทางเลือก ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเหยื่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูก ล่วงละเมิดทางเพศ ผลการวิจัยที่ประมวลผลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์ endpoint และ multiple imputation analyses พบว่าเด็กที่ ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT มีอาการดีขึ้นมากกว่าเด็กที่ได้รับการ บำบัดแบบ CCT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งส่วนที่ประเมิน PTSD, depression และ behavior problems ในภาพรวม * หลักฐานทางคลินิกมีการยอมรับ เช่นเดียวกับผลทางสถิติที่มี นัยสำคัญ พบว่าการบำบัดแบบ TF-CBT มีประโยชน์มากกว่าการบำบัด แบบ CCT หรือการบำบัดแบบ CCT สลับกับการบำบัดแบบ TF-CBT
--------------------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	ซึ่งพบว่าเด็กยังคงมี full PTSD <i>DSM- IV</i> criteria ณ หลังการบำบัด * จุดเด่น : การศึกษาวิจัยนี้ถูกออกแบบไม่เฉพาะกับการบำบัดรักษา(replicate) แต่รวมไปถึงการค้นหาในระยะเริ่มแรก (earlier investigation) ซึ่งการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้รายงานผลลัพธ์ที่ไม่ดีพอ การสำรวจครั้งนี้เป็นแนวความคิดสำคัญที่นำไปสู่เป้าหมายของการรักษาที่ดีกว่า การอ้างอิงนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ TF-CBT ทำให้เด็กมีความไว้วางใจบุคคลอื่น สัมผัสความน่าเชื่อถือและลดความระอายเป็นได้ดียิ่งขึ้นอย่างมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับพ่อแม่ที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT ระดับของภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ใจอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก การสนับสนุนของพ่อแม่ และการปฏิบัติในความเป็นพ่อแม่ ดีขึ้นอย่างมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบ CCT ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ ไม่เฉพาะแต่จะพบประสิทธิต่อการลดอาการ PTSD, depression และ behavioral symptom outcome แต่ยังแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการบำบัดแบบ TF-CBT ต่อการตอบสนองทางความคิดและอารมณ์ของเด็กเช่นเดียวกับการทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่เพิ่มมากขึ้น เปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าจำนวนตัวอย่างในครั้งนี้มีจำนวนมากกว่า ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมาจากหลายพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน จำนวนของผู้บำบัดมีมากกว่าและหลากหลายวิชาชีพ มีความหลากหลายของพื้นที่หลังทฤษฎี ประชากรมีบาดแผลทางใจมากกว่าหลายเท่า มีความแตกต่างด้านเพศมากกว่า จำนวนตัวอย่างที่ใหญ่กว่าและมีความหลากหลายมากกว่าแบบนี้ สามารถควบคุมตัวแปรแฝง เพื่อให้การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการบำบัด
--------------------------------	---

การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมาย เด็กและวัยรุ่นที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัส อายุตั้งแต่ 8 ปี ถึง 14 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีพ่อแม่/ผู้ดูแลเข้าร่วมในการบำบัด ในคลินิกบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ของ community setting ทั้งเมืองใหญ่และชาวนเมือง 2. การวัดผลลัพธ์หลัก ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ของเด็ก โดยใช้ The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-Age Children-Present and Lifetime Version PTSD section (K-SADS-PL-PTSD) ของ Kaufman และคณะ (1996) 3. ผู้บำบัดมีคุณสมบัติ เป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมจิตวิทยา ได้รับการเตรียมความรู้พื้นหลังเกี่ยวกับทฤษฎีต่างๆ เช่น Cognitive-behavioral, Psychodynamic และ Play therapy เรียนรู้วิธีการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ คือการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT เป็นระยะเวลา 3 วัน ผู้บำบัดได้รับการควบคุมดูแลอย่างเข้มงวดในแต่ละรูปแบบของการบำบัดทุกสัปดาห์ ร่วมกับการติดตามดูแลทางโทรศัพท์ เดือนละ 2 ครั้ง และความแม่นยำของผู้บำบัดในการบำบัดทางจิตทั้งสองรูปแบบต้องมากกว่า 95 % 4. การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ - ทักษะในการแสดงความรู้สึกต่างๆ (expressing feeling) - การฝึกฝนทักษะจัดการกับปัญหา (training in coping skills) - การสังเกตและจดจำความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม - การเข้าไปเผชิญกับความกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) และการเข้าสู่กระบวนการทางความคิด (processing) ของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิด - การเชื่อมโยงเด็กกับพ่อแม่ให้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในช่วงโม่งการบำบัดเด็ก (join child-parent session) - การให้จิตศึกษา (psychoeducation) เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กและ ความปลอดภัยของร่างกาย (body safety) - ทักษะบริหารจัดการของพ่อแม่
-----------------------------------	---

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในคลินิกผู้ป่วยนอกของพื้นที่ในชุมชนชนานเมืองและเมืองใหญ่ พบว่าการบำบัดทั้งสองรูปแบบ สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แต่การบำบัดแบบ TF-CBT สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้มากกว่าการบำบัดแบบ CCT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้ ในการเลือกวิธีการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่มีพ่อแม่/ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากงานวิจัยนี้นอกจากทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศแล้ว ยังขยายงานวิจัยก่อนๆอีกด้วย 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ที่ต้องการแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้มากกว่าการบำบัดแบบ CCT 4. งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดทางจิตแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่นเดียวกับนักจิตวิทยา นักสังคมจิตวิทยา โดยเตรียมความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี Cognitive-behavioral, Psychodynamic และ Play therapy ร่วมกับการฝึกบำบัดแบบ TF-CBT เพิ่มและบำบัดตามคู่มือ 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้ในบางส่วน เนื่องจากงานวิจัยใช้แบบวัดผลลัพธ์จำนวนมาก การเก็บข้อมูลโดยเลือกเก็บเฉพาะผลลัพธ์หลักทำให้การติดตามเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
--	--

การมีความหมายหรือ มีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารของ The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับในทางการแพทย์ 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการแพทย์ทางจิตเวช และทำการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการบำบัดที่ลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างต่อเนื่อง 3. ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก The NIMH grants R10 MH55963 และ R10 MH 56224 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา การวิจัยเชิงทดลอง แบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลายพื้นที่ ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย ตัวแปรต้นคือการบำบัดแบบต่างๆ (TF-CBT และ CCT) ตัวแปรตามคืออาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก * งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือวิธีการบำบัดแบบใด ระหว่างการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT ที่นิยมนำมาใช้บำบัดอาการต่างๆอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ใน community setting มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ได้มากกว่า ในระยะเวลาที่เท่ากัน คือ 12 สัปดาห์ * งานวิจัยระบุถึงการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TF-CBT เป็นรายบุคคล ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ดี และดีกว่าวิธีบำบัดแบบ Nondirective Supportive Therapy (NST) แต่ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ผ่านมาคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ซึ่งมีผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและการอ้างอิงไปถึงกลุ่มประชากร ในการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มาจากหลายพื้นที่ เพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและการใช้อ้างอิงถึงประชากรเป้าหมาย * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย คือเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral
--	--

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	Therapy(TF-CBT) กับ Child Center Therapy (CCT) ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ * และสมมุติฐานการวิจัย คือเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ลดลงมากกว่า ได้รับการบำบัดแบบ Child Center Therapy * มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย และที่คัดค้านงานวิจัย * วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม มีการระบุประชากรเป้าหมาย คือ เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ และระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ * งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(design) เชิงทดลองแบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 2 รูปแบบไม่มีกลุ่มควบคุม การจัดระเบียบวิธีวิจัยอย่างดีและมีกลุ่มตัวอย่างที่มาจากหลายพื้นที่ช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ผู้เก็บข้อมูลไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และใช้สถิติ ANCOVAs จัดการกับอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม * งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ และไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม เนื่องจากเป็นแบบวัดมาตรฐาน มีความไวต่อการวัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญอันเนื่องมาจากการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการทดสอบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก
--	--

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	* ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยและ บรรลุวัตถุประสงค์ คือการบำบัดแบบ TF-CBT approach มีประสิทธิภาพในลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มากกว่าการบำบัดแบบ CCT รวมทั้งการลด abuse-related attribution and shame มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ทรมานของพ่อแม่เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็ก และเพิ่มการสนับสนุนของพ่อแม่ต่อเด็ก รวมทั้งเพิ่มการปฏิบัติในการเป็นพ่อแม่เชิงสร้างสรรค์ การวิจัยนี้จึงสนับสนุนการใช้การบำบัดแบบ TF-CBT ในการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่มีบาดแผลทางใจจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ * การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ การศึกษาเชิงทดลองนี้สนับสนุนประสิทธิภาพของ short-term TF-CBT approach ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีบาดแผลทางจิตใจหลายอย่าง โดยเฉพาะอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ใช้เวลารวดเร็วและเป็นไปได้ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย * ข้อจำกัดของการวิจัย 1. ข้อจำกัดหนึ่งของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ขาดกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัด ผู้วิจัยเลือกที่จะไม่มีกลุ่มเนื่องจากความเกี่ยวพันด้านจริยธรรม เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่อยู่ในช่วงระยะเวลาการบำบัดอาการแสดงต่างๆ ไม่ดีขึ้น ตามระยะเวลาที่ผ่านไป(king et al, 2002 : Stauffer and Deblinger, 1996) 2. การศึกษานี้ไม่ได้อธิบายอย่างเฉพาะเจาะจงในส่วน ประกอบของการบำบัดแบบ TF-CBT ภายได้ประสิทธิภาพที่เหนือกว่าการบำบัดแบบ CCT ไม่ว่าจะเป็น exposure-based intervention ที่รวมอยู่ในการบำบัดแบบ TF-CBT approach นี้ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนแปลงที่แก้ปัญหาของ PTSD และ/หรือ Shame ในประชากรกลุ่มเด็ก 3. ข้อจำกัดอื่นๆ เกี่ยวกับประชากร เช่น มีครอบครัวชาวสเปนจำนวนเล็กน้อย และไม่มีครอบครัวชาวเอเชียเลยในการศึกษานี้แม้ว่าการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ คือสิ่งสะท้อนของประชาชนกลุ่ม
--	--

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	น้อยในพื้นที่ภูมิศาสตร์ของการวิจัย อันเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินคุณลักษณะทั่วไปของกรอบคร่าวในชุมชนกลุ่มอื่นๆ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่เป็นคลินิกจิตเวช ในพื้นที่ของโรงพยาบาลทั่วไป มีความคล้ายคลึงในกลุ่มเป้าหมายระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดไม่นานจนเกินไปและมีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งเดิมใช้การบำบัดแบบการปรึกษาแบบไม่มีทิศทางหรือยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคลินิก ในโรงพยาบาลทุติยภูมิสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและทีมสหสาขา เพียงเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ที่เป็นทฤษฎีพื้นฐาน และรับการฝึกการบำบัดภายใต้การดูแลแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเครือข่ายก่อนปฏิบัติจริง - การปฏิบัติตามงานวิจัยสามารถกระทำได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ประกอบด้วยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 คน นักจิตวิทยา 1 คน และทำงานเป็นทีม - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติเป็นงานประจำ เพียงปรับเปลี่ยนวิธีการที่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพกว่าการให้การรักษาตามรูปแบบเดิม 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การจัดโปรแกรมบำบัดแบบ short-term TF-CBT approach เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นประโยชน์ในการลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำจากอาการ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเรื้อรัง ลดความทุกข์ทรมานใจของเด็กและพ่อแม่ ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสังคมและการสูญเสียในระยะยาว พยาบาลและทีมงานมีความสุข

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง	Treating sexually abused children : 1 year follow-up of a randomized control trial.
ผู้แต่ง	Cohen A. J., Mannarino P.A., Knudsen K. (2004)
แหล่งที่พิมพ์	The Journal of Child Abuse and Neglect, 29, December 2005, 135-145.
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบช่วงระยะเวลาของประสิทธิผลของการการบำบัดสองทางเลือก ต่อการลดอาการทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก
ทุน	The Office of Child Abuse and Neglect. Grant No. 90-CA-1545.
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ได้ระบุไว้
Setting งานวิจัย	คลินิกจิตเวชเด็ก ที่บำบัดบาดแผลทางใจของเด็กแบบผู้ป่วยนอก เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานจิตเวชสาขาย่อยของ The Allegheny General Hospital Institution Review Board ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	* งานวิจัยไม่ได้รายงานว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ * กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (parental informed consent/ child informed assent) * กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและวัยรุ่น ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 8 – 15 ปี ที่ส่งตัวมาจาก ศูนย์พิทักษ์เด็ก คลินิกรักษาเด็ก หน่วยงานพิสูจน์หลักฐาน ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ศูนย์วิกฤติผู้ถูกข่มขืน ศาล หรือพ่อแม่/ครอบครัวและตำรวจนำส่งเพื่อเข้ารับการบำบัด traumatic stress ตามโปรแกรมเฉพาะแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกสถานเมือง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยจิตเวช จำนวน 82 คน a. เกณฑ์การคัดเข้า 1. ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดกระทำต่อเด็กโดยตรง (contact sexual abuse) ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งได้รับการประเมินความจริงจาก child protective service หรือ independent forensics 2. มีอาการจากพยาธิสภาพทางจิต (symptomatology) อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	3. พ่อแม่หรือผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด b. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1. มีอาการทางจิตรุนแรง (active psychotic symptoms) 2. ใช้สารเสพติด (substance abuse) 3. ปัญญาอ่อน (mental retardation) 4. พัฒนาการล่าช้า (pervasive development delay) 5. พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีอาการทางจิตรุนแรง * แบ่งเด็กเข้ากลุ่ม Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) กับ Non-directive Supportive Therapy (NST) โดยการสุ่มเข้ากลุ่ม โดยใช้วิธี Random Number Series ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ * เด็กที่ร่วมการวิจัยก่อนการให้การบำบัด มีจำนวน 82 คน (เพศหญิง 56 คน เพศชาย 26 คน) อายุระหว่าง 8 - 15 ปี กลุ่ม TF-CBT 41 คน อายุเฉลี่ย 11.4 ปี และกลุ่ม NST 41 คน อายุเฉลี่ย 10.8 ปี ในพื้นที่มีเด็กออกจากการศึกษาในระหว่างการบำบัด เหลือเด็ก 49 คน (TF-CBT 30 คน, NST 19 คน) คงเหลือเด็ก 46 คนในระยะติดตาม 6 เดือน (TF-CBT 27 คน, NST 19 คน) และเหลือเด็ก 39 คนในระยะติดตาม 1 ปี (TF-CBT 23 คน, NST 16 คน) ผู้วิจัยได้ทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้วิเคราะห์สถิติในการวิจัย ในที่นี้ power analysis ที่ยอมรับว่าเหมาะสมคือ effect size ระดับกลางหรือระดับใหญ่ ซึ่งต้องมีจำนวนตัวอย่าง 40 คน ในแต่ละ treatment condition * คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดกระทำต่อเด็กโดยตรง ที่ปรากฏขึ้นภายใน 6 เดือน ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 8-15 ปี เป็นชาว Caucasian 49 คน (60%) African American 30 คน (37%) Biracial 2 คน (2%) และ Hispanic 1 คน (1%) ส่วนชนิดของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ถูกล่วงละเมิดโดยการสอดใส่อวัยวะเพศ 38 คน (46%) oral sex 3 คน (4%) กอดหรือจูบได้ 28 คน (34%) และอื่นๆ 13 คน (16%) อุบัติการณ์การถูกล่วงละเมิด เด็ก 25 คน (31%) ถูกกระทำ 1 ครั้ง 11 คน (14%) ถูกกระทำ 2-5 ครั้ง 9 คน (11%) ถูกกระทำ 6-10 ครั้ง 22 คน (27%) ถูกกระทำมากกว่า 10 ครั้ง และ 15 คน (17%) ไม่
-----------------------------------	--

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	สามารถบอกจำนวนครั้งได้ ผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศ เด็ก 12 คน (14%) ถูกกระทำโดยพ่อหรือพ่อเลี้ยง 5 คน (6%) ถูกกระทำโดยคู่รักของแม่ 2 คน (3%) ถูกกระทำโดยตา 1 คน (1%) ถูกกระทำโดยแม่ 12 คน (15%) ถูกกระทำโดยพี่ชาย 8 คน (9%) ถูกกระทำโดยลูกพี่ลูกน้อง 2 คน (3%) ถูกกระทำโดยลุง 13 คน (16%) ถูกกระทำโดยบุคคลที่มีอายุมากกว่า 13 คน (16%) ถูกกระทำโดยผู้ใหญ่ที่เป็นคนนอกครอบครัว และ 14 คน (17%) ถูกกระทำโดยคนแปลกหน้า * สำหรับตัวแปรด้านประชากร กลุ่ม TF-CBT กับ NST ก่อนการบำบัด พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมินผล	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ของเด็ก โดยใช้ The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ ซึ่งใช้วัดอาการที่สัมพันธ์กับบาดแผลทางใจโดยมีสเกลวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ปัญหาด้านเพศ อารมณ์โกรธและแยกตัวออกจากสังคม ผู้ประเมินที่ทำการประเมินในครั้งแรกและระยะติดตามจะไม่ทราบ Treatment Condition หรือ Assignment <u>การประเมินผลลัพธ์รอง</u> 1. ประเมินอาการซึมเศร้าของเด็ก โดยใช้ The Children's Depression Inventory (CDI) ของ Kovacs (1985) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นตอนต้น 2. ประเมินอาการของบาดแผลทางใจ โดยใช้ The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) 3. ประเมินภาวะวิตกกังวลของเด็ก โดยใช้ The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) ของ Spielberger (1973) เป็นแบบประเมินตนเอง วัดทั้ง state และ trait anxiety

เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	4. ประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็ก โดยใช้ The Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ (1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ พ่อแม่เป็นผู้ประเมินและให้คะแนนทั้งในส่วนของการพฤติกรรมทางเพศที่ปกติและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็ก 5. ประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้ The Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Achenbach และ Edelbrock (1983) พ่อแม่ประเมินความยากลำบากด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ปัจจัยหลัก (social competence, behavior problem, internalizing และ externalizing) กับ 9 ปัจจัยย่อย ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้เฉพาะปัจจัยหลักในการวิเคราะห์ ทุกแบบวัดที่นำมาใช้มีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับ และมีการนำไปใช้ในการศึกษากลุ่มเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ประเมินที่ทำการประเมินในครั้งแรกและระยะติดตามจะไม่ทราบ Treatment Condition หรือ Assignment <u>วัดทั้งหมด 4 ครั้ง</u> ก่อนการบำบัด (time 1) หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที (time 2) ระยะติดตาม 6 เดือน (time 3) และระยะติดตาม 1 ปี (time 4) <u>สถิติที่ใช้</u> ในการประเมินผลลัพธ์ คือ Intent-to-treat-analysis (ใช้ SPSS general linear model)
การบำบัด	กลุ่มทดลอง รูปแบบการบำบัดทั้งสองชนิดที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือ Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) และ Non-directive Supportive Therapy (NST) การบำบัดรักษาแต่ละรูปแบบเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งในเด็กและพ่อแม่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง 90 นาที แบ่งเป็นบำบัดเด็ก 45 นาที พ่อแม่/ผู้ดูแล 45 นาที ทั้งการบำบัดแบบ TF-CBT และ NST จะต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติ/คู่มือปฏิบัติของ Cohen และ Mannarino (1996) ; Deblinger และ Heflin (1996) 1. Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT)

การบำบัด (ต่อ)	รูปแบบการบำบัดแบบ TF-CBT ถูกอธิบายรายละเอียดไว้ในงานวิจัยก่อนหน้านี้ (Cohen et al., 2000) องค์ประกอบหลักในการบำบัดเด็ก - สํารวจและให้ความหมายของความรู้สึก (feeling identification) - สอนเทคนิคการสร้างภูมิคุ้มกันความเครียด (stress inoculation techniques) - อภิปรายแบบตัวต่อตัวถึงลักษณะประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศผ่านบทเรียนของการเผชิญความรู้สึกอย่างเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) - สอนเด็กผ่านกระบวนการทางความคิด (cognitive processing) ของการถูกล่วงละเมิด รวมทั้งผสมผสานประสบการณ์เข้าไปในโลกและมุมมองของเด็กๆ - ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศ (education healthy sexuality) - สอนการเสริมสร้างทักษะความปลอดภัย (safety skill) องค์ประกอบหลักในการบำบัดพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่ทำควบคู่กับการบำบัดเด็ก เน้นการเสริมสร้างทักษะการจัดการของพ่อแม่ (parent management skills) 2. Non-directive Supportive Therapy (NST) ใช้รูปแบบ child-parent center เป็นรายบุคคล รูปแบบนี้มุ่งไปที่การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพซึ่งเป็น self-affirming การเสริมสร้างพลังอำนาจและการยึดหลักเหตุผล ในรูปแบบ NST โดยผู้บำบัดจะช่วยเด็กและพ่อแม่เข้าสู่เนื้อหาและโครงสร้างของแต่ละชั่วโมงบำบัดโดยตรง ผู้บำบัดใช้ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ (active listening) ทักษะการสะท้อน (reflection) การเข้าใจ (accurate empathy) การสนับสนุนให้พูดถึงความรู้สึก (encouragement to talk about feeling) และความเชื่อในความสามารถเกี่ยวกับการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างสร้างสรรค์ของเด็กและพ่อแม่ อุปกรณ์เครื่องใช้ (ตุ๊กตาตัวเล็กๆ นิ้วรูปคน อุปกรณ์การวาดและเขียน)
------------------------------	---

การบำบัด (ต่อ)	อาจเป็นประโยชน์สำหรับเด็กหรือพ่อแม่ถ้าพวกเขาแสดงความต้องการ ผู้บำบัดจะไม่แนะนำถึงวิธีการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมแต่จะเป็นผู้สนับสนุนแม่และเด็กสร้างกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาด้วยตนเองแทน
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบช่วงระยะเวลาคงประสิทธิภาพของการบำบัดที่เป็นทางเลือกระหว่าง 2 วิธี คือการบำบัดแบบ TF-CBT และ NST ต่อการลดอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพทางจิต จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์หลัก 1. การใช้สถิติวิเคราะห์ด้วย intent-to-treat พบว่า - อาการซึมเศร้าของเด็กที่วัดด้วย CDI group x time มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) - อาการวิตกกังวลของเด็กที่วัดด้วย STAIC group x time มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) - ภาวะซึมเศร้าและ sex factor ที่วัดด้วย TSCC group x time มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ซึ่งพบว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดในกลุ่ม TF-CBT มีอาการดีขึ้นมากกว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดในกลุ่ม NST ในทุกระยะการติดตามประเมินในทุกแบบวัดข้างต้น คือ CDI, STAIC และ TSCC พบว่า dissociation factors ที่วัดด้วย TSCC group x time มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .07$) ซึ่งเครื่องมือเกือบทั้งหมด significant time effects และแสดงว่าเด็กมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเวลาผ่านไปทั้งกลุ่ม TF-CBT และ NST ที่ระยะติดตาม 1 ปี ขนาด effect sizes ระดับกลาง ($\geq .30$) 2. การวิเคราะห์ด้วย Treatment completer เฉพาะ 49 treatment completer analysis ของการเปลี่ยนแปลงจากที่ pretreatment ถึงระยะติดตาม 6 เดือน พบว่า - เด็กที่ได้รับการบำบัดในกลุ่ม TF-CBT มีปัจจัยด้านวิตกกังวล (anxiety) ซึมเศร้า (depression) ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (sexual

ผลการวิจัย (ต่อ)	problem) และการแยกแยะ (dissociation) ที่ประเมินด้วยแบบวัด TSCC มีอาการดีขึ้นมากกว่าเด็กในกลุ่ม NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.73, p < .01$), ($F = 5.49, p = .02$), ($F = 4.64, p = .03$) และ ($F = 7.42, p < .01$) ตามลำดับ และจากระยะ pretreatment ถึงระยะติดตาม 1 ปี พบว่า - เด็กในกลุ่ม TF-CBT มีปัจจัยด้าน PTSD และ dissociation ที่ประเมินด้วยแบบวัด TSCC มีอาการดีขึ้นมากกว่าเด็กในกลุ่ม NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.70, p < .05$) และ ($F = 4.09, p < .05$) - เด็กในกลุ่ม TF-CBT มีพฤติกรรมด้านเพศ ที่ประเมินด้วยแบบวัด CSBI ดีขึ้นมากกว่าเด็กในกลุ่ม NST อย่างไม่มีนัยสำคัญ ทั้งที่ระยะติดตาม 6 เดือน และ 1 ปี ($p = .06$) ในการเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดของการบำบัดสองทางเลือก ในช่วงระยะเวลาติดตามการรักษา 1 ปี สถิติที่ใช้ intent-to-treat ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ (โดยใช้ SPSS) ของเด็กจำนวน 82 คน ที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้ Bonferroni correction ลดขนาด risk ของ oversetting effect size ในการจัดการกับ large number และใช้วิธี Large observation Carried Forward (LOCF) นับ missing data โดยใช้ subsequent incomplete data points มาวิเคราะห์ร่วมเพื่อใช้อธิบายถึงความก้าวหน้าในเด็กที่ได้รับการบำบัดและประเมินสมรรถนะที่ระยะติดตาม 6 เดือน และ 1 ปี ใช้การวิเคราะห์ sample main effects นำมากำหนดการเปลี่ยนแปลงจาก pretreatment ถึงระยะติดตาม 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการบำบัดแบบ TF-CBT มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการทางเพศ ดีขึ้นและนานกว่าการบำบัดแบบ NST ถึงระยะติดตามผลการรักษา 1 ปี ข้อค้นพบเพิ่มเติม คือ เด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT ครบตามโปรแกรมจะมีอาการ PTSD และ dissociate ดีขึ้นมากกว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่การประเมินในระยะติดตาม 1 ปี ข้อค้นพบเหล่านี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ Cohen & Mannarino (1997) และการศึกษาของ Deblinger และคณะ (1999)
--------------------------------	---

ผลการวิจัย (ต่อ)	ที่ว่าประสิทธิภาพการบำบัดแบบ TF-CBT คงอยู่เป็นระยะเวลานานในระยะติดตามหลังการบำบัด การศึกษาจึงเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพและความคงทนของการบำบัดแบบ TF-CBT ในเด็กและวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	* งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เป็นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดมีการกระทำต่อเด็ก ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 8 - 15 ปี มีอาการจากพยาธิสภาพทางจิต (symptomatology) อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และมีพ่อแม่หรือผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด * การวัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใช้แบบวัด The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) ซึ่งมีข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือมีความเหมาะสมน้อยเนื่องจากแบบวัด TSCC ไม่ได้ถามอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่เฉพาะเจาะจงกับคำจำกัดความของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ * งานวิจัยไม่ได้ระบุคุณสมบัติของผู้บำบัดและการเตรียม * การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ <u>การบำบัดเด็กรายบุคคล</u> - ดำรงและให้ความหมายของความรู้สึก (feeling Identification) - สอนเทคนิคการสร้างภูมิคุ้มกันความเครียด (stress inoculation techniques) - อภิปรายแบบตัวต่อตัวถึงลักษณะประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศผ่านบทเรียนของการเผชิญความรู้สึกอย่างเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) - สอนเด็กผ่านกระบวนการทางความคิด(cognitive processing) ของการถูกล่วงละเมิด รวมทั้งผสมผสานประสบการณ์เข้าไปในโลกและมุมมองของเด็กๆ - ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศ (education healthy sexuality)

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- สอนการเสริมสร้างทักษะความปลอดภัย (safety skill) <u>การบำบัดพ่อแม่/ผู้ดูแล</u> - การเสริมสร้างทักษะการจัดการของพ่อแม่ (parent management skills)
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือวิธีการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จากการถูกล่วงทางเพศในเด็ก ที่มีประสิทธิภาพและคงประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นระยะเวลานาน คือการบำบัดแบบ TF-CBT และ ดีขึ้นมากกว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีการประเมินในระยะติดตาม 1 ปี 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล ในการเลือกวิธีการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ใช้ระยะเวลาดสั้น มีประสิทธิภาพ และมีงานวิจัยที่เชื่อถือได้สนับสนุน และทำในคลินิกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก setting community ได้ 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการ แก้ไขกล่าวคือ วิธีการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยเป็นเรื่องของวิธีการบำบัดทางจิต ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ที่มีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 คน นักจิตวิทยา 1 คน ไม่มีจิตแพทย์ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการพยาบาล กระบวนการเก็บข้อมูล สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกในบางส่วน เนื่องจากงานวิจัยมีการประเมินผลลัพธ์หลายตัว โดยเก็บเฉพาะผลลัพธ์หลัก ช่วงระยะติดตามเก็บข้อมูล 1ปี สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากเด็กอยู่ในพื้นที่

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร The Child Abuse and Neglect เป็นวารสารด้านที่ถูกล่วงละเมิดและทอดทิ้ง ประเทศสหรัฐอเมริกา 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นจิตแพทย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดเด็กถูกล่วงละเมิดที่มีอาการจากพยาธิสภาพทางจิต ทำงานวิจัยอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3. งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจาก The Office of Child Abuse and Neglect. Grant No. 90-CA-1545. 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องบอกถึงวิธีการศึกษา ว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มต่าง ระบุตัวแปรต้นว่าเป็นการบำบัด และระบุกลุ่มตัวอย่างคือเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ * งานวิจัยระบุปัญหาเกี่ยวกับผลกระทบด้าน psychological จากการถูกล่วงละเมิดในเด็ก พบว่ามีการการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (stress hormones) ของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis ผิดปกติ เพิ่มการทำงานของ adrenergic tone และรบกวนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กถูกล่วงละเมิดมี intracranial volume เล็กกว่า คะแนนการทดสอบ IQ ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ ซึ่งมีกรณีตัวอย่างเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 1 ราย ที่รายงานว่าได้รับสำเร็จในการบำบัดที่เชื่อว่ามีผลทำให้ psychobiological abnormality กลับสู่สภาพปกติ ดังนั้นวิธีการบำบัดชนิดใดที่มีประสิทธิภาพในการลด psychological symptoms ได้เร็วและคงประสิทธิภาพได้นานที่สุด * มีการระบุกรอบแนวคิด วิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลด psychological symptoms ได้เร็วและคงประสิทธิภาพได้นาน จะทำให้ psychobiological ของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้รับความเสียหายน้อย * ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อทดสอบช่วงระยะเวลาของประสิทธิผลของการการบำบัดสองทางเลือก ต่อการลดอาการทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก * มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ในส่วนที่สนับสนุนสมมติฐานงานวิจัย วรรณกรรมที่ทบทวนทันสมัย * มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและ
---	--

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ * มีการระบุวิธีการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบช่วงระยะเวลาคงประสิทธิภาพของการบำบัดที่เป็นทางเลือกระหว่าง 2 วิธี คือการบำบัดแบบ TF-CBT และ NST ต่อการลดอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพทางจิต จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ผู้ประเมินที่ทำการประเมินผลลัพธ์ในครั้งแรกและระยะติดตามจะไม่ทราบ Treatment Condition หรือ Assignment * งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนหรือวิธีการรักษาความลับของผู้ป่วย * การใช้แบบประเมินผลลัพธ์หลัก การวัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใช้แบบวัด The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) ของ Briere (1995) ซึ่งมีข้อจำกัดของ เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีความเหมาะสมน้อย เนื่องจากแบบวัด TSCC ไม่ได้ถามอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่เฉพาะเจาะจงกับคำจำกัดความของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก * ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย คือการบำบัดแบบ TF-CBT มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการทางเพศ ดีขึ้นและนานกว่าการบำบัดแบบ NST ถึงระยะติดตามผลการรักษา 1 ปี ข้อค้นพบเพิ่มเติม คือ เด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT ครบตามโปรแกรมจะมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และ dissociative ดีขึ้นมากกว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ NST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีการประเมินในระยะติดตาม 1 ปี * มีการระบุข้อจำกัดของงานวิจัย ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีความเหมาะสมน้อย ซึ่งการใช้แบบวัด TSCC ไม่ได้ถามอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์
---	---

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	สะท้อนขวัญ ที่เฉพาะเจาะจงกับคำจำกัดความของประสบการณ์ trauma ที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนั้นข้อคำถามควรเพิ่มความไวต่ออาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญ ตามคำจำกัดความเช่นเดียวกับการใช้แบบวัด PTSD-specific ควรมีความไวมากพอที่จะตรวจพบอาการดังกล่าว การใช้เครื่องมือดังเช่นนี้ควรมีการเพิ่มความสำคัญของการบันทึกความแตกต่างระหว่างการบำบัดสองกลุ่มกับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญ ซึ่งผลของการวิเคราะห์ significant เฉพาะ treatment completers ที่ระยะติดตาม 1 ปี ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญ ที่ปรากฏเฉพาะที่การประเมินในระยะติดตาม 1 ปี เกิดจากเครื่องมือที่ใช้มีความไวไม่เพียงพอในการวัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญ อีกข้อจำกัดหนึ่งของการศึกษานี้คือ มีอัตรา drop-out สูง โดยเฉพาะในกลุ่ม NST ความแตกต่างของอัตรา drop-out เนื่องจากในกลุ่ม NST (7 คน) มากกว่าในกลุ่ม CBT ($N = 2$, $X^2 = 3.44$, $df = 1$, $p < .06$) ซึ่งจำเป็นต้องจัดออกจากการศึกษานี้เพื่อจัดการกับพฤติกรรมด้านเพศต่อเนื่องกับเด็กคนอื่นๆ อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์อีกด้านหนึ่งจากการเคลื่อนย้ายกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในกลุ่ม NST ($N = 15$) สูงกว่าในกลุ่ม TF-CBT ($N = 9$) ดังนั้นการวิเคราะห์ intent-to-treat ถูกนำมาใช้ในการติดตามอัตรา drop-out ที่แตกต่างกัน ขนาด cohort ที่ใหญ่กว่าของ treatment completer ควรมีการเพิ่มการลงความเห็นของการค้นพบในการศึกษานี้ ข้อค้นพบที่ significant ของการศึกษานี้เป็นแบบที่ไม่คำนึงถึงข้อจำกัดของ power นั่นคือ การเพิ่มขึ้นของจำนวน treatment completers ควรมีค่าสถิติของผลลัพธ์ที่ significant เพิ่มขึ้นด้วย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานคลินิกจิตเวช มีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการบำบัดมีรูปแบบที่แน่นอน มีการใช้คู่มือประกอบการบำบัด เป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญ อันเกิดจากการถูกล่วงละเมิด

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ทางเพศ ใช้ระยะเวลาสั้น ประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลัง เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญเกิดเร็ว(หลัง 12 สัปดาห์) และคง ประสิทธิภาพการบำบัดนานถึง 1 ปี 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคลินิกสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ อย่างอิสระ มีทีมงานที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวนมาก เพียงพอ - การปฏิบัติตามโปรแกรมบำบัด สามารถปฏิบัติได้ทั้งในเวลา และนอกเวลา(16.00-20.00 น.) ไม่เพิ่มภาระงาน เนื่องจากเป็นเวลา ปฏิบัติงานประจำ ซึ่งการปฏิบัติในรูปแบบเดิมทำในช่วงเวลาเดียวกัน เอื้ออำนวยต่อการบริการพยาบาลแก่เด็กและผู้ปกครองที่ไม่สะดวกมา ในเวลาราชการ - พยาบาลหน่วยงานต่างให้ความร่วมมือและสนับสนุนในส่วนที่ เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง - โปรแกรมบำบัดแบบ CBT มีนักวิชาการและนักปฏิบัติให้ความ สนใจเป็นอย่างมากในปัจจุบัน เริ่มมีการจัดอบรมระยะสั้นเพื่อสร้าง องค์ความรู้พื้นฐานและพัฒนาทักษะ ทำให้การปฏิบัติตามโปรแกรมมี เครือข่ายที่ปรึกษา/แลกเปลี่ยนมากขึ้น 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การบำบัดแบบ TF-CBT นอกจากมีประสิทธิภาพในการลด อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ยังสามารถลด อาการที่พบควบคู่ทั้งอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล รวมทั้งปัญหา พฤติกรรมด้านเพศอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ใช้ ระยะเวลาในการบำบัดสั้น ได้ประสิทธิภาพการบำบัดเร็วและคง ประสิทธิภาพเป็นเวลานาน ลดค่าใช้จ่าย ลดการสูญเสียเวลา
--	--

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง	Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms : Initial treatment outcome findings.
ผู้แต่ง	Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R.A. (1996)
แหล่งที่พิมพ์	The Journal of Child Maltreatment, 1(4), November 1996, 310-320.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ชนิดสั้น (Short-term Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) ชนิดที่มีพ่อแม่และไม่มีพ่อแม่เข้าร่วมการบำบัด ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional and behavioral difficulties) ในเด็กวัยเรียนถูกล่วงละเมิดทางเพศ
ทุน	-
สมมติฐานงานวิจัย	1. เด็กวัยเรียนถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมชนิดที่มีพ่อแม่และไม่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม มีระดับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและความยากลำบากทางอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ลดลงมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทั่วไป (standard community care) ในระยะหลังการทดลอง 2. เด็กวัยเรียนถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ชนิดที่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม มีระดับอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและความยากลำบากทางอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ น้อยกว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ชนิดไม่มีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ในระยะหลังการทดลอง
Setting งานวิจัย	The Center for Children's Support ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยไม่ได้รายงานว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่ที่ไม่มีส่วนรู้เห็นกับการล่วงละเมิด ที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการเด็กวัยรุ่นและครอบครัว (Division of Youth Child-Family Services: DYFS) หรือ สำนักอัยการ และเข้าเกณฑ์วิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	a. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1. เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดกระทำต่อเด็ก (contact sexual abuse) ที่ผ่านการคัดกรองมาจากหน่วยบริการเด็กวัยรุ่นและครอบครัว หรือ สำนักอัยการ 2. มีอายุ 7 ถึง 13 ปี 3. เด็กและผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้ปกครองที่ชอบโดยกฎหมายและเด็กเซ็นชื่อสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย 4. เด็กมีอาการครบใน 3 กลุ่มอาการหลักของ PTSD ตามเกณฑ์ของ <i>DSM-III-R</i> โดยต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการของ avoidance หรือ re-experiencing ร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็น partial PTSD symptoms หรือ full PTSD b. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1. เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้าในระดับรุนแรง (severe developmental delay) 2. เด็กเป็นโรคจิต (psychosis) 3. ไม่มีการควบคุมดูแลการพบปะกับผู้กระทำผิดอย่างต่อเนื่อง 4. ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรือแม่ไม่พร้อมเข้าร่วมงานวิจัย 5. ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรือแม่มีอันตรายต่อตนเองเช่นฆ่าตัวตาย หรือมีอันตรายต่อผู้อื่นเช่นมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เมื่อผู้วิจัยพบคนที่มีภาวะอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จะส่งต่อเพื่อรับการบำบัดภาวะวิกฤต (crisis interventions) หรือส่งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลในทันที แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีสุ่ม จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการให้การบำบัดมีจำนวน 100 คน แต่มีเด็กเพียง 90 คนที่ประเมินครบทั้งในระยะก่อนและหลังการบำบัด เหตุผลที่ผู้ร่วมวิจัยออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัดไม่ได้ระบุ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยไม่ได้ระบุวิธีทดสอบความพอใจเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
-----------------------------------	---

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะ ดังนี้ มีช่วงอายุ 7 ถึง 13 ปี (อายุเฉลี่ย 9.84 ปี, SD = 2.01) เพศหญิงร้อยละ 83 เพศชายร้อยละ 17 เป็นชาว Caucasian ร้อยละ 72 African American ร้อยละ 20 Hispanic ร้อยละ 6 และชาวอื่นๆ ร้อยละ 2 ด้านผู้ดูแลเด็ก ส่วนใหญ่เป็นแม่หรือแม่บุญธรรมร้อยละ 76 แม่อุปถัมภ์ร้อยละ 4 ผู้ดูแลอื่นๆเช่น แม่เลี้ยง ยาย ป้า พี่สาว ร้อยละ 20 ซึ่งผู้ดูแลเพศหญิงกลุ่มนี้ นำเข้าสู่วิจัยนี้ในฐานะที่เป็นแม่ของเด็ก สำหรับอุบัติการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนก่อนการประเมินเข้าโปรแกรมครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 66 ถูกล่วงละเมิดทางเพศในช่วงเวลา 6 เดือนถึง 2 ปี ร้อยละ 16 และ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18 ช่วงระยะเวลาของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีตั้งแต่ 1 วัน ถึง 5 ปีในที่นี้มีเด็กที่ถูกล่วงละเมิดเพียง 1 ครั้ง จำนวนร้อยละ 18 2 ถึง 10 ครั้งร้อยละ 47 11 ถึง 50 ครั้งร้อยละ 22 มากกว่า 50 ครั้งร้อยละ 13 ชนิดของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่าเป็นการสัมผัสสลับคลำ ร้อยละ 45 กระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์ (simulate intercourse) ร้อยละ 7 ใช้ปากเลียอวัยวะเพศร้อยละ 17 สอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด หรือทวารหนักร้อยละ 33 ด้านผู้ถูกระทำการถูกล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็ก พบว่าร้อยละ 32 คือพ่อหรือพ่อเลี้ยงของเด็ก ร้อยละ 19 เป็นญาติผู้ใหญ่ที่เด็กรู้จักคุ้นเคย ร้อยละ 22 บุคคลที่ไม่ใช่ญาติ ร้อยละ 20 เป็นพื้นที่มีอายุมากกว่า และมีเด็กร้อยละ 7 ที่ถูกระทำการถูกล่วงละเมิดจากบุคคลมากกว่า 1 คน ส่วนการวินิจฉัยโรคทางคลินิกตามเกณฑ์ <i>DSM-III-R</i> พบเด็กมีภาวะเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ร้อยละ 71 โรควิตกกังวล ร้อยละ 29 oppositional ร้อยละ 30 สมาธิสั้น ร้อยละ 20 โรควิตกกังวลจากการถูกพราก (separate anxiety) ร้อยละ 11 วิตกกังวลมากผิดปกติ (overanxious) ร้อยละ 10 พฤติกรรมรุนแรง (Conduct) ร้อยละ 6 กลัวสัตว์ สิ่งของ สถานที่หรือเหตุการณ์เฉพาะ (specific Phobia)
-----------------------------------	---

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ร้อยละ 5 และโรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorder) ร้อยละ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> สัมภาษณ์เด็กตามแบบฟอร์ม เพื่อการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา, การประทับประคองช่วยเหลือ, ความสัมพันธ์กับเพื่อน และปฏิกิริยาตอบสนองของพ่อแม่ - ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของเด็ก โดยใช้ส่วนของ posttraumatic stress disorder ใน Kaufman's Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Epidemic Version (K-SADS-E) ของ Orvaschel และคณะ (1982) มีค่าความเที่ยง (interrater reliability) ที่ระดับ 85.7 % (McLeer และคณะ, 1973) ผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ และการให้คะแนน K-SADS-E แยกสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง คะแนนที่ได้จากเด็กและผู้ปกครองจะถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ประเมิน รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม <u>การวัดผลลัพธ์รอง</u> 1. ประเมินพยาธิสภาพทางจิตของเด็ก โดยใช้ Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children Epidemic Version (K-SADS-E) ของ Orvaschel และคณะ (1982) เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคแบบกึ่งมีโครงสร้าง ใช้ประเมินพยาธิสภาพทางจิตของการเกิด PTSD ทั้งในอดีตและปัจจุบันในเด็ก และวัยรุ่นอายุ 6 - 17 ปี ตามเกณฑ์ <i>DSM-III-R</i> คู่มือสัมภาษณ์นี้มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในการประเมิน major Axis I <i>DSM-III-R</i> clinical disorder ผู้บำบัดที่ทำการประเมินเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้แบบวัดและให้คะแนน K-SADS-E มาแล้ว 2. ประเมินความวิตกกังวลของเด็กโดยใช้ State/Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) ของ Spielberger (1973) แบบวัด

เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	ประกอบด้วย 2 ส่วนๆละ 20 ข้อ ส่วนแรกประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับเงื่อนไขเฉพาะอย่าง (state) อีกส่วนประเมินความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกลักษณะของบุคคล (trait) กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (self report) ได้รับการประเมินค่าความตรงและความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง 3. ประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กโดยใช้ Child Depression Inventory (CDI) ของ Kovacs (1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าด้านอารมณ์ (affective) ความคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavior) ในเด็กอายุ 7 ถึง 17 ปี กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ได้รับการประเมินค่าความเที่ยง และความตรงพบว่าอยู่ในระดับดี 4. ประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้ Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Achenbach และ Edelbrock (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ผู้พ่อแม่ประเมินเด็กเกี่ยวกับความสามารถเชิงสังคม จำนวน 20 ข้อ และปัญหาพฤติกรรม จำนวน 118 ข้อ กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ใช้กับเด็กอายุระหว่าง 4 ถึง 16 ปี มีค่าความเชื่อมั่นสูง 5. ประเมินการปฏิบัติของพ่อแม่โดยใช้ Parenting Practices Questionnaire (PPQ) ของ Strayhorn และ Weidman (1988) พ่อแม่ประเมินปฏิกิริยาของตนที่มีต่อเด็ก ได้รับการประเมินค่าความสอดคล้องภายในและความเที่ยงด้วยวิธี test-retest พบว่าอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่าความคลาดเคลื่อนน้อยกว่า .01 ระหว่างการประเมินตนเองของพ่อแม่ใน PPQ กับพฤติกรรมของพ่อแม่ที่ผู้ประเมินอิสระประเมินได้จาก วีดีโอเทป (PPQ ที่ใช้ในการวิจัยนี้มีความแตกต่างจาก version เดิมเล็กน้อย โดยมี 3 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติของพ่อแม่ทั่วไป เปลี่ยนเป็นคำถามเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปฏิกิริยาของพ่อแม่ต่อการปกป้องเด็กที่ถูกล่วงละทางเพศ) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .72 การแปลผลค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด คะแนนสูงหมายความว่า มีทักษะการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิภาพมาก ในการวัดผลลัพธ์รอง ผู้ประเมินรู้สภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
---	---

เครื่องมือประเมินผลลัพ์ (ต่อ)	*จำนวนการประเมินผลลัพ์ วัด 2 ครั้ง คือวัดก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง *สถิติที่ใช้ในการประเมินผลลัพ์คือ Two-by-two least-squares analyses of covariance (ANCOVA) และ Statistical Analysis System's general linear modeling program
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัดของ child-only และ parent-only ใช้เวลา 45 นาทีต่อการบำบัด 1 ครั้ง ส่วน combined parent and child ใช้เวลา 80-90 นาที ต่อการบำบัด 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง Child Intervention การบำบัดเด็กรายบุคคล ประกอบด้วยวิธีการทางพฤติกรรมปัญหาหลายอย่าง เช่น การเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) การแสดงแบบอย่างให้ดู (modeling) การให้ความรู้ (education) การแก้ปัญหา (coping) และการฝึกทักษะความปลอดภัยด้านร่างกาย (body safety skills training) การบำบัดยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและปัญหาของเด็กแต่ละคน ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด ชุดที่ 1 (Module 1) : Modeling/coping skills training ใช้การบำบัด 2 ครั้ง วัตถุประสงค์: เพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) - สอนรูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้บำบัดแสดงเป็นแบบอย่าง - ฝึกสอนทักษะการเผชิญปัญหา ตัวอย่างเช่น ทักษะการผ่อนคลาย (relaxation skills) ทักษะการปลดปล่อยอารมณ์ (emotion expression skills) และทักษะการจัดการความคิด (cognitive coping skills) โดยช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ความคิด รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในขณะที่เด็กก็ลดความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ไปทีละน้อย ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดเป็นแบบอย่างและสอนเด็กที่แสดงความโกรธโดยการทำลายข้าวของ ให้เป็นการแสดงความ

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	โกรธอย่างเหมาะสม โดยการพูด การเขียน หรือแสดงออกทางด้านงานศิลปะ เช่น วาดภาพ ร้องเพลง <u>ชุดที่ II (Modeling II)</u> : Gradual exposure and processing ใช้การบำบัด 7 ครั้ง วัตถุประสงค์: เพื่อช่วยเหลือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศรู้จักแยกแยะ ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ไม่พึงประสงค์ในระดับสูงกับความคิดอันเนื่องจากการถูกล่วงละเมิด เรียนรู้การจัดการความคิด ความจำอัตโนมัติที่ทุกข์ทรมานก่อนหน้านี้ เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเอง ลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง การบำบัดในระยะนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการเฉพาะหน้าของเด็ก ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เด็กใช้ทักษะการผ่อนคลาย และทักษะการเผชิญปัญหาอื่นๆ เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเผชิญกับความทรงจำและสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้าย เนื่องจากช่วงของการบำบัดแบบ exposure มีโครงสร้างและมีการกำหนดทิศทางไว้ชัดเจน ผู้บำบัดอาจเสนอทางเลือกอื่นๆ ในการเผชิญสถานการณ์ (exposure) ให้เด็กเลือก การยืดหยุ่นเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นไม่เพียงแต่ทำให้เด็กรู้สึกมีส่วนร่วม แต่ยังทำให้ความรู้สึกลดควบคุมตนเองของเด็กกลับคืนมา ทางเลือกอื่นๆ ในการเผชิญกับสถานการณ์การถูกล่วงละเมิด ได้แก่ การอภิปราย การอ่านหนังสือ การเล่นตุ๊กตา การวาดภาพ การเขียน การแต่งกลอน และการร้องเพลง ตลอดระยะที่ 2 นี้ ผู้บำบัดช่วยให้เด็กที่ถูกตีตรา ได้สื่อสารอารมณ์และความคิด ในช่วงการเผชิญสถานการณ์จะเป็นการลดความไม่สบายจากการอภิปรายเรื่องการถูกทำร้าย เด็กจะถูกกระตุ้นให้แสดงความคิดและความรู้สึกอย่างเปิดเผย และเพิ่มความสามารถที่จะจัดการกับประสบการณ์ การถูกทำร้ายด้านความคิดและอารมณ์ <u>ชุดที่ III (Module III)</u> : Education/prevention skills training ใช้การบำบัด 3 ครั้ง วัตถุประสงค์: เพื่อให้เด็กรู้และเข้าใจสิทธิความเป็นเจ้าของร่างกายตนเอง สามารถแยกแยะและตอบสนองด้านเพศได้อย่างเหมาะสม
--	---

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	ในขณะนี้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำร้ายทางเพศ และฝึกทักษะความปลอดภัยทางร่างกาย เพื่อช่วยให้เด็กเกิดความเข้าใจประสบการณ์การถูกทำร้าย และสามารถแยกแยะการล่วงเกินทางเพศกับการสัมผัสทั่วไป นอกจากนี้ยังสามารถตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศในอนาคต ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก และทักษะความปลอดภัยในร่างกาย จะมีการสอนโดยใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับวัยของเด็กและประสบการณ์ของเด็กแต่ละคน การให้ข้อมูลเหล่านี้จะมีการแลกเปลี่ยนตลอดช่วงของการรักษา ในช่วงของการบำบัดหลายๆจะเป็นการฝึกทักษะความปลอดภัยทางร่างกาย ซึ่งจะเน้นในการฝึกซ้อมและแสดงบทบาทสมมติ Non-offending Parent Intervention บำบัดพ่อแม่รายบุคคล ด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรมปัญญาประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด <u>ชุดที่ I (Module I)</u> : Education/coping ใช้การบำบัด 2 ครั้ง วัตถุประสงค์ : เพื่อแก้ไขแนวคิดผิดๆและลดอารมณ์ทุกข์ใจของพ่อแม่ การให้ความรู้และข้อมูลจะเป็นสื่อกลางของอารมณ์ทางลบ ผู้บำบัดจะเน้นการตอบสนองทางอารมณ์ของพ่อแม่ที่มีต่อการถูกทำร้ายของลูก ตัวอย่างเช่น ความรู้สึกผิดของพ่อแม่อาจลดลงได้โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการล่วงละเมิดทางเพศ, การปกปิดการถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป นอกจากนั้น มีการอภิปรายถึงผลลัพธ์ของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้บำบัดเน้นบทบาทความสำคัญของพ่อแม่ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กในระยะยาว มีการแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในการบำบัดระยะนี้ด้วย <u>ชุดที่ II (Module II)</u> : Communication, modeling, and gradual exposure ใช้การบำบัด 3 ครั้ง วัตถุประสงค์ : เพื่อให้พ่อแม่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของตนที่มีต่อเด็ก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เป็นแม่แบบและช่วยเหลือเด็กให้เผชิญความรู้สึกอย่างเป็นลำดับขั้น
--	--

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	ในชุดนี้จะมีการแจกคู่มือหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับเด็กในเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และมีการใช้เทคนิคการให้ดูแบบอย่าง (modeling) และการเผชิญสถานการณ์ทีละน้อย (gradual exposure) เน้นให้พ่อแม่ได้เปิดเผยประสบการณ์การถูกทำร้ายในบรรยากาศที่ปลอดภัยและอบอุ่น โดยผู้บำบัดมีการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบำบัด เพื่อนำไปเพิ่มพูนกระบวนการทางปัญญาและอารมณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การถูกทำร้ายในเด็ก พ่อแม่จะถูกกระตุ้นให้จัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเองก่อนที่จะไปพยายามพูดคุยกับเด็กที่ถูกทำร้าย ผู้บำบัดจะเน้นความสำคัญของการเป็นแบบอย่างในการเผชิญปัญหา (coping) เมื่อมีการอภิปรายกันถึงเรื่องการถูกทำร้าย เพื่อที่จะเป็นการสอนเด็กว่าการพูดเรื่องถูกทำร้ายทางเพศไม่ใช่เรื่องน่าละอาย และไม่ควรลงเอยด้วยความโกรธและความวิตกกังวล การอภิปรายแลกเปลี่ยน การแสดงให้ดูเป็นแบบอย่าง และการแสดงบทบาทสมมติ นำมาใช้เพื่อเตรียมพ่อแม่ในการเผชิญกับสถานการณ์กับเด็ก และเน้นถึงความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีต่อการพูดคุยกันถึงเรื่องการถูกทำร้ายทางเพศ โครงสร้างของการบำบัดในช่วงนี้จะครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ - การเริ่มต้นเผชิญกับสถานการณ์ - การขยายความรู้สึกและความนึกคิด - กระตุ้นให้ตั้งคำถามและให้ข้อมูลป้อนกลับกับพ่อแม่ - ช่วยให้พ่อแม่ผ่านพ้นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงที่เกี่ยวกับการถูกทำร้าย - ริเริ่มและดำรงไว้ซึ่งการสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ เช่นเดียวกับการพูดเรื่องเพศทั่วไป <u>ชุดที่ III (Module III) : Behavior management skills</u> ใช้การบำบัด 7 ครั้ง วัตถุประสงค์ : เพื่อให้พ่อแม่เรียนรู้ถึงหลักของพฤติกรรม (behavioral principles) ที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กและตอบสนองได้ดี ในช่วงนี้สอนให้พ่อแม่ได้เรียนรู้หลักการเชิงพฤติกรรม มี
--	--

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ความยากลำบากในการจัดการความถี่กลับของการถูกทำร้ายทางเพศของเด็กลดลง โดยการอธิบายถึงพัฒนาการและการดำรงอยู่ด้วยหลักการเรียนรู้ทางสังคม ผู้บำบัดจะเน้นว่าพ่อแม่คือครูที่ดีที่สุดของเด็กที่จะช่วยให้ลูกเรียนรู้พฤติกรรมทางบวกแทนที่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการเรียนรู้มาในช่วงของการถูกทำร้าย ผู้บำบัดนำหัวข้อในเรื่อง Clark's SOS! Help for parents มาอ่านและอภิปรายกันในช่วงนี้ เพื่อที่จะช่วยให้พ่อแม่ปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ที่บกพร่องกับเด็ก ผู้บำบัดสอนการใช้เทคนิคต่างๆ ดังต่อไปนี้ การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) การเบี่ยงเบนความสนใจ (differential attention) ความเป็นเหตุเป็นผล (logical or natural consequences) และการใช้เวลานอก (time-out) ผู้บำบัดปรับแต่งการบำบัดช่วงนี้ให้ตรงกับความต้องการของเด็กและเน้นเทคนิคที่ใช้แล้วได้ผลมากที่สุดในการลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ในช่วงนี้เด็กไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด แต่จะได้รับการเยี่ยมเป็นครั้งคราวเพื่อประเมินผลทางคลินิก child-parent condition ใช้การบำบัด 12 ครั้ง วัตถุประสงค์ : เพื่อลดอาการพยาธิสภาพทางจิตของเด็กโดยรวม และเพิ่มความสามารถของเด็กในการเผชิญปัญหาโดยตรง แก้ปัญหาความทรงจำ, ความคิด และสิ่งเตือนใจอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อย 80 - 90 นาที แบ่งเป็น 2 ระยะในระยะต้นของการบำบัดพ่อแม่และเด็กแยกรับการบำบัดคนละห้อง ใช้เวลาประมาณ 40 - 45 นาทีแรก หลังจากนั้นนำพ่อแม่และเด็กเข้ามาทำการบำบัดร่วมกันใช้เวลา 40 - 45 นาที ในช่วงต้นของการบำบัด ผู้บำบัดอธิบายเหตุผลของการบำบัดรักษา สร้างสัมพันธภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงของการบำบัดสุดท้าย เป็นการทบทวนทักษะต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดและการวางแผนในอนาคต
--	---

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	การติดตามผล ตั้งแต่หลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรมทันที ติดตามระยะ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และ 24 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนจะถูกเชิญให้กลับเข้ารับการประเมินที่ศูนย์บำบัด ภายหลังการประเมินครั้งแรกประมาณ 3 - 4 เดือน พ่อแม่และเด็กจะถูกแยกสัมภาษณ์โดยผู้บำบัดคนเดิม ทำการประเมินโดยการให้เขียนตอบ ในส่วนนี้จะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินก่อนและหลังการทดลองเท่านั้น มีการคำนวณเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้กลับมาทำ posttest 10 คนกับคนที่มารับการ posttest ด้วย T-test และ Chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ อายุ เพศ เชื้อชาติ และคะแนนก่อนการบำบัด (CBCL, STAI, CDI, PTSD, PPQ) และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องบุคคลที่ล่วงละเมิด ชนิดของการล่วงละเมิด หรือการใช้กำลังบังคับ แต่ในเรื่องอุบัติการณ์ของการล่วงละเมิดทางเพศ (CSA) กลุ่มที่กลับมาทำ posttest มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมาทำ posttest เล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ * คุณสมบัติและการเตรียมตัวของผู้บำบัด เป็นนักบำบัดด้านสุขภาพจิต (mental health therapist) ผู้บำบัดได้รับการอบรมเข้มข้นแบบตัวต่อตัว ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทั้งในส่วนของความเสี่ยง คุณประโยชน์ แนวปฏิบัติที่สำคัญที่ต้องนำไปปฏิบัติ กำหนดรายละเอียดของการบำบัด เตรียมแบบรวบรวมข้อมูล และศึกษารายละเอียดคู่มือบำบัดของ Deblinger และ Heflin (1996) รับการฝึกเข้มเกี่ยวกับการบำบัดที่ใช้ในงานวิจัย นำร่องบำบัดกับกรณีตัวอย่าง 1 รายก่อนบำบัดจริงกับกลุ่มตัวอย่าง ความน่าเชื่อถือในการบำบัดของผู้บำบัด ต้อง checklist ตาม procedure ให้สมบูรณ์ในการบำบัดแต่ละครั้ง รับการดูแลและข้อเสนอแนะจาก supervisor สัปดาห์ละครั้ง กลุ่มควบคุม กลุ่มเด็กและผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมการทดลอง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของพื้นที่ (standard community care) เด็กและพ่อแม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบอาการที่เป็นผลมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศและแนะนำให้เข้ารับการบำบัด ผู้พิทักษ์สิทธิเด็กและ
--	--

การบำบัด (ต่อ) (intervention)	ครอบครัว หรือผู้ประสานจากสำนักนันทนาการ จะถูกร้องขอให้ส่ง ต่อเด็กและครอบครัวเพื่อรับการบำบัด ผู้บำบัด วัสดุสถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม (randomized) กลุ่มตัวอย่างเข้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการสุ่ม (randomization process) ใช้ T-test และ Chi-square test เปรียบเทียบตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ความหมายของผู้กระทำ ความถี่ของการล่วงละเมิด ชนิดของการล่วงละเมิด เข้า treatment condition วัดก่อนให้การบำบัด เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่ ร่วมกับข้อมูลที่เด็กและ พ่อแม่ประเมินตนเอง ใช้แบบวัดมาตรฐานที่กำหนด วัด 2 ครั้ง คือ ก่อนรับการบำบัด และหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติของ standard community care กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา 3 กลุ่มเงื่อนไข ได้แก่ child intervention, parent intervention และ combined child and parent intervention
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย (Research finding)	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> เด็กที่ได้รับการบำบัด (ทั้งในกลุ่มที่มีเฉพาะเด็กเท่านั้น และกลุ่มที่ เข้าร่วมกับผู้ปกครอง) มีคะแนนอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ ลดลงมากกว่าเด็กที่บำบัดเฉพาะพ่อแม่และเด็กที่เป็น กลุ่มควบคุมที่อยู่ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับที่ $F(1, 85) = 9.57, p < .01$ หลังสิ้นสุดการทดลอง ในทางคลินิกภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เด็กที่อยู่ในกลุ่ม ทดลอง มีเพียง 6 คน จาก 38 คน (16%) ที่ยังเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD อยู่ ในขณะที่เด็กที่ไม่ได้เข้ากลุ่มทดลองมีจำนวน 30% จาก 33 คนยังคงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่พ่อแม่เข้ากลุ่มทดลองโดยไม่มีลูก เข้าร่วม และกลุ่มที่มีลูกเข้าร่วม กับกลุ่มที่อยู่ในชุมชนและกลุ่มบำบัด เฉพาะเด็ก พบว่าพ่อแม่มีการใช้ทักษะพ่อแม่มีประสิทธิภาพมากกว่า

ผลการวิจัย (ต่อ) (Research finding)	เด็กของพ่อแม่ที่เข้ากลุ่มก็มีพฤติกรรมภายนอก (CBCL externalizing) ลดลงอย่างชัดเจนมากกว่า และคะแนนอาการซึมเศร้าของเด็กกลุ่มนี้ ลดลงมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในชุมชนและกลุ่มที่บำบัดเฉพาะเด็กอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในตัวแปรอื่นๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กเกินไป
การสรุปเพื่อนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมาย คือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัส อายุ 7 - 13 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ส่งมาจากหน่วยบริการวัยรุ่นและครอบครัว สำนักงานอัยการ เข้ารับการตรวจหาหลักฐานทางการแพทย์ และเข้าร่วมวิจัยที่ศูนย์ช่วยเหลือเด็ก แบบผู้ป่วยนอก แบบวัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-posttraumatic stress disorder (K-SADS-E ในส่วน PTSD) สามารถนำมาใช้ประเมินอาการ PTSD ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ทั้งก่อนและหลังการบำบัด นอกจากนั้นเราสามารถนำแบบวัด Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Achenbach และ Edelbrock (1983) ไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมเด็กเพื่อพิจารณาการปรับตัวของเด็กต่อเหตุการณ์สะเทือนที่เกิดขึ้น สำหรับพ่อแม่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับบุตรมีความสำคัญ ซึ่งถ้าพ่อแม่มีทักษะการสื่อสาร การประคับประคองบุตรในช่วงนี้ได้ดี จะส่งผลให้อาการ PTSD และ ซึมเศร้าของเด็กลดลงได้ ดังนั้นแบบวัดที่ใช้ประเมินการปฏิบัติของพ่อแม่ (Parenting Practices Questionnaire :PPQ) ที่พัฒนาโดย Strayhorn และ Weidman (1988) จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ต่อไป ผู้บำบัดทางด้านสุขภาพจิตได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดแบบ CBT ที่ใช้ในงานวิจัยอย่างเข้มข้น และจะต้องไปฝึกบำบัดนำร่อง 1 ราย การบำบัดนั้นต้องทำตามหนังสือคู่มือการบำบัดของ Deblinger

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	และ Heflin (1996) อย่างละเอียด และเพื่อให้การบำบัดถูกต้องเหมาะสมผู้บำบัดจะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับกระบวนการบำบัดในแต่ละ session และได้รับการนิเทศอย่างเข้มข้นทุกสัปดาห์โดยผู้นิเทศจะวิเคราะห์จากวิดีโอเทปที่ฝึกทำการบำบัดในแต่ละ session ร่วมกับผู้บำบัด การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้มีลักษณะดังนี้ บำบัดในเด็กรายบุคคล ด้วยกลวิธีของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 12 ครั้งๆละ 45 นาที บำบัดสัปดาห์ละครั้ง ตามคู่มือ session 1 - 2 ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การปลดปล่อยอารมณ์ และการจัดการความคิด - เป็นบำบัดรายบุคคลกับเด็กโดยตรง - ใช้คู่มือบำบัดความคิดและพฤติกรรม - บำบัดตามแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 3 ชุด ในเวลา 12 ครั้งตามลำดับ ชุดแรก สอนรูปแบบการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ และฝึกสอนทักษะการจัดการ ใช้ระยะเวลาบำบัด 2 ครั้ง ชุดสอง เน้นกระบวนการ gradual exposure and processing ใช้ระยะเวลาบำบัด 7 ครั้ง ชุดที่สาม ให้ education/prevention skills training ใช้ระยะเวลาบำบัด 3 ครั้ง
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยมีคำถามเกิดขึ้นว่ามีวิธีใดที่ลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้เนื่องจากประชากรเป้าหมายในงานวิจัย คือเด็กอายุ 7 - 13 ปีปัญหาภายหลังถูกล่วงละเมิดทางเพศคล้ายคลึงกับผู้ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 เช่น มีอาการ PTSD อาการซึมเศร้า และปัญหาทางพฤติกรรม นอกจากนั้นผู้ปกครองของเด็กที่ถูกล่วงละเมิด มีความเครียด ความกังวลใจ และไม่สามารถ

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	จัดการกับอารมณ์ของตนเอง และตอบสนองต่อบุตรไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตของบุตรรุนแรงขึ้น จากงานวิจัยนี้พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในเด็กและในเด็กร่วมกับพ่อแม่ สามารถลดอาการ PTSD depression และปัญหาพฤติกรรมในเด็กได้ รวมทั้งช่วยให้พ่อแม่มีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติในชุมชน 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคลในเด็ก ในเด็กร่วมกับพ่อแม่ ในพ่อแม่อย่างเดียว และกลุ่มที่ให้การดูแลตามมาตรฐานในชุมชน สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้แตกต่างกันหรือไม่ 4. งานวิจัยนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องได้รับการฝึกฝนอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ จึงจะสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถทำในคลินิกได้ แต่พยาบาลจะต้องไปฝึกฝนการประเมินอาการ PTSD ด้วยแบบวัด Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-posttraumatic stress disorder (K-SADS-E ในส่วน PTSD) จากผู้เชี่ยวชาญจนสามารถทำได้อย่างมั่นใจและมีความถูกต้อง
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยนี้มีการตีพิมพ์ในวารสาร Child maltreatment ซึ่งเป็นวารสารที่เผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับเด็กที่มีความผิดปกติ ในระดับนานาชาติ ซึ่งมี peer review อย่างน้อย 2 คน และถูกอ้างถึงในการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีบำบัดที่มีประสิทธิผลในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของ Cochrane Library 2. หัวหน้าโครงการวิจัย เป็นนักจิตวิทยา สำเร็จการศึกษาระดับ

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	ปริญญาเอก และเป็นผู้พัฒนาการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) ประจำอยู่ที่ศูนย์การช่วยเหลือเด็กมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ รัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา 3. ทุนสนับสนุน ไม่ได้เงินทุนสนับสนุน 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องไม่แสดงถึงวิธีการศึกษา แต่แสดงประชากรเป้าหมายในการวิจัย คือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและมีความทุกข์จากอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และระบุว่าเป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดซึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้น * งานวิจัยได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน ได้ระบุปัญหาไว้อย่างชัดเจนเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญหาในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศวัยเรียนในผลลัพธ์ระยะสั้น * มีการระบุว่ามีการนำ CBT มาใช้เป็นกรอบในการบำบัดเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่ของเด็กที่ไม่ได้มีส่วนรู้เห็นการกระทำนั้น * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อทดสอบความแตกต่างของ ประสิทธิภาพการบำบัดความคิดและพฤติกรรมชนิดที่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม และไม่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และอาการทุกข์ทรมานด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ในเด็กวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง เกี่ยวกับวิธีการบำบัด CBT เพื่อสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็ก ทั้งวัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง ทันสมัย และมีการสรุปทบทวนวรรณกรรม * มีการระบุประชากรเป้าหมายคือ เด็กที่ถูกละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัส อยู่ในวัยเรียนทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 7 - 13 ระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน ข้อจำกัดงานวิจัยนี้คือกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย คือ 25 คนต่อกลุ่ม (4 กลุ่มที่ได้รับการบำบัดต่างกัน) และไม่ได้ระบุเหตุผลที่ผู้ร่วม
---	---

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	วิจัยออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด มีการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มมารับการประเมิน posttest กับกลุ่มที่ไม่มารับการประเมิน posttest ซึ่งพบว่าชนิดของการกระทำการล่วงละเมิดทางเพศ เพศ อายุ เชื้อชาติไม่แตกต่างกัน ส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเล็กน้อยคือ ความถี่ของอุบัติการณ์ของการถูกล่วงละเมิด * มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(design) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi- square และ T-test for independence ANCOVA ในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน * งานวิจัยไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ หรือการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม มีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ 7 ตัวแปร ได้แก่ CBCL Internalization, CBCL Externalization, Child Depression Inventory, STAIC state, STAIC trait, PTSD, PPQ * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก * ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยว่า การบำบัด CBT ที่มีเด็กและพ่อแม่เข้าร่วมสามารถลดอาการทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ (depression) และปัญหาพฤติกรรม(externalizing behaviors) ได้มากกว่า กลุ่มที่พ่อแม่ไม่เข้ามามีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในส่วนของ การบำบัดเฉพาะที่ทำการบำบัดกับเด็กโดยตรง (child-only, parent- child conditions) สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ * มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัยคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยทำให้อำนาจในการวิเคราะห์ไม่เพียงพอ และ standard community care ในกลุ่มเปรียบเทียบมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ มีการสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ
---	---

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	ทางคลินิก และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากงานวิจัย โดยสนับสนุนให้แม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลในเด็กวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เพื่อลดความทุกข์จากการคงอยู่ของ externalizing behavioral difficulties หรือ depressive symptoms การวิจัยพบว่าแม่ที่มีส่วนร่วมในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการปฏิบัติหน้าที่พ่อแม่ได้มีประสิทธิภาพขึ้น และเป็นผลให้ behavioral difficulties ของเด็กลดลง อาจกล่าวได้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลกับเด็กโดยตรง โดยเฉพาะเทคนิค gradual exposure ที่ช่วยให้เด็กเข้าไปเผชิญกับความคิด ความรู้สึก และสิ่งกระตุ้น อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการเรียนรู้ใหม่ ภายใต้ความรู้สึกลึกซึ้งและปลอดภัย อย่างค่อยเป็นไปตามลำดับขั้นที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) - แนวปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและหน่วยงานจิตเวชที่มุ่งเน้นการบริการแบบมีมาตรฐาน - กลุ่มประชากรเป้าหมายในงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วย คือส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน เข้ารับบริการเนื่องจากถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดกระทำต่อเด็ก และอุบัติการณ์การถูกล่วงละเมิดมากกว่า 1 ครั้ง - จำนวนเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการมีมาก 30 - 40 ราย ต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น - ระยะเวลาที่ใช้ไม่นานเกินไป ธรรมชาติของผู้รับบริการในพื้นที่มีความคุ้นเคยและเชื่อมั่นในตัวบุคลากร 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลมีอิสระในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะทาง

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	โรงพยาบาลไม่มีจิตแพทย์ และการบำบัดทางจิตเป็นบทบาทหลักของ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามยังต้องมีการอบรม ฝึกฝนเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ จนเกิดความมั่นใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง - พยาบาลมีอิสระในการยุติการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ถ้าพบว่ามี ความเสี่ยง หรือได้ผลไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ การนำแนวปฏิบัติไปใช้สอดคล้องกับงานประจำ ไม่เพิ่มภาระงาน ทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญเรื่องการดูแลด้านจิตใจ ควบคู่กับการดูแล ด้านร่างกาย แม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลฝ่ายกาย 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) - ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและ ผู้ปกครอง ที่มารับบริการตามแนวปฏิบัติ คือ เด็กได้รับการติดตาม ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และได้รับการ บำบัดที่มีประสิทธิภาพในเวลารวดเร็ว ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากยังคงให้การดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และผู้ปกครอง ด้วยการให้การปรึกษาแบบไม่มีทิศทาง คืออาการ เครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่ลดลงและเรื้อรัง ก่อให้เกิดโรคทางจิตและปัญหาทางพฤติกรรมติดตามมาได้ - ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ที่จะนำไปใช้ เนื่องจากเด็กเป็น ทรัพยากรที่มีคุณค่าที่จะต้องเติบโตต่อไปในภายหน้าและเป็นผลผลิต ที่สำคัญของชาติ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กที่ถูกล่วงละเมิด ทางเพศและครอบครัว จะช่วยให้เด็กและครอบครัวสามารถผ่านพ้น วิกฤติไปได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และหากปล่อยทิ้งไว้หรือให้ การช่วยเหลือแบบไม่มีประสิทธิภาพจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายกับ ผลกระทบที่จะตามมาทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังและปัญหาพฤติกรรมและสังคม เช่น ติด ยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม
---	--

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง	Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptom
ผู้แต่ง	Deblinger, E., Steer, R.A., & Lippmann, J. (1999)
แหล่งที่พิมพ์	The Journal of Child Abuse & Neglect, 23(12), April 1999, 1371-1378.
วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลระยะยาว ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) และความยากลำบากทางอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ (emotional and behavioral difficulties) ในเด็กวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในระยะติดตามหลังการบำบัด 2 ปี
ทุน	ได้รับทุนจาก The National Center on Child Abuse and Neglect, Grant#90-CA-1461
สมมติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	The Center for Children's Support ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยไม่ได้รายงานว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและพ่อแม่ที่ไม่มีส่วนรู้เห็นกับการล่วงละเมิด ที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการเด็กวัยรุ่นและครอบครัวหรือ สำนักอัยการ และเข้าเกณฑ์วิจัยดังนี้ a. เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) 1. เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดกระทำต่อเด็ก ที่ผ่านการคัดกรองมาจากหน่วยบริการเด็กวัยรุ่นและครอบครัว หรือสำนักอัยการ 2. มีอายุระหว่าง 7 ถึง 13 ปี 3. ทั้งเด็กและผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้ปกครองที่ชอบโดยกฎหมายและเด็กเซ็นชื่อสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย 4. เด็กมีอาการครบใน 3 กลุ่มอาการหลักของ PTSD ตามเกณฑ์ของ DSM-III-R โดยต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ของ avoidance หรือ re-experiencing รวมด้วย ซึ่งอาจเป็น partial PTSD

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	symptoms หรือ full PTSD b. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1. เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้าในระดับรุนแรง 2. เด็กเป็นโรคจิต 3. แม่ไม่พร้อมเข้าร่วมงานวิจัย หรือมีภาวะอันตรายต่อตนเองเช่นฆ่าตัวตาย หรือมีภาวะอันตรายต่อผู้อื่นเช่นมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีสุ่ม จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการให้การบำบัดมีจำนวน 100 คน แต่มีเด็กเพียง 90 คนที่ประเมินครบทั้งในระยะก่อนและหลังการบำบัด เหตุผลที่ผู้ร่วมวิจัยออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัดไม่ได้ระบุไว้ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยไม่ได้ระบุวิธีทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> 1. ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของเด็ก โดยใช้ส่วนของ posttraumatic stress disorder ใน Kaufman's Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Epidemic Version (K-SADS-E) ของ Orvaschel และคณะ (1982) 2. ประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กโดยใช้ Child Depression Inventory (CDI) ของ Kovacs (1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ 3. ประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้ Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Achenbach และ Edelbrock (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้พ่อแม่ประเมินเด็กเกี่ยวกับความสามารถเชิงสังคมจำนวน 20 ข้อ และปัญหาพฤติกรรมจำนวน 118 ข้อ รวมเป็น 138 ข้อ 4. ประเมินการปฏิบัติของพ่อแม่โดยใช้ Parenting Practices Questionnaire (PPQ) ของ Strayhorn และ Weidman (1988) ผู้ประเมินรู้สภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	*จำนวนการประเมินผลลัพธ์ วัด 6 ครั้ง คือวัดก่อนการทดลอง, หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีที่ 12 สัปดาห์, ระยะติดตามหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน, 6เดือน, 1 ปี และ 2 ปี *สถิติที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์คือ repeated MANCOVAs (2 x 2 x 5 MANCOVAs adjust scores) ที่มาจาก pretest scores matching กับค่าที่ได้จากการวัดผลลัพธ์ ที่ posttest และในระยะการติดตามแต่ละครั้ง โดยใช้ Statistical Analysis System's general linear modeling program
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัดของ child-only และ parent-only ใช้เวลา 45 นาทีต่อการบำบัด 1 ครั้ง ส่วน combined parent and child ใช้เวลา 80-90 นาทีต่อการบำบัด 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังรายละเอียดที่กล่าวในงานวิจัยก่อนหน้านี้ (Deblinger et al.,1999) Child Intervention บำบัดเด็กรายบุคคล ด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พฤติกรรม เช่น การเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น (Gradual exposure) การแสดงรูปแบบจำลอง(Modeling) การให้ความรู้ (education) การจัดการ (Coping) และการฝึกทักษะความปลอดภัยด้านร่างกาย (Body safety skills training) การบำบัดยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและปัญหาของเด็กแต่ละคน ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด Non-offending Parent Intervention บำบัดพ่อแม่รายบุคคล ด้วยกลยุทธ์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ชุดการบำบัด โดยมุ่งเน้นการฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมเด็กของพ่อแม่ และส่งเสริมการสนับสนุนของพ่อแม่กับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ child-parent condition ใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อย 80 - 90 นาที แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในแต่ละครั้งของการบำบัด ขั้นแรก พ่อแม่และเด็กแยกรับการบำบัด

การบำบัด (ต่อ)	คนละห้องตามแนวบำบัดพ่อแม่, เด็กข้างต้น ใช้เวลาช่วง 40 - 45 นาทีแรก ขั้นที่ 2 ในช่วง 40-45 นาทีหลัง ให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมกับเด็ก * คุณสมบัติและการเตรียมตัวของผู้บำบัด เป็นนักบำบัดด้านสุขภาพจิต (mental health therapist) ผู้บำบัดทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทั้งในส่วนอง ความเสี่ยง คุณประโยชน์ แนวปฏิบัติที่สำคัญที่ต้องนำไปปฏิบัติ กำหนดรายละเอียดของการบำบัด เตรียมแบบรวบรวมข้อมูล และศึกษา รายละเอียดคู่มือบำบัดของ Deblinger และ Heflin (1996) รับการฝึกเชื่อมเกี่ยวกับการบำบัดที่ใช้ในงานวิจัย นำร่องบำบัดกับกรณีตัวอย่าง 1 รายก่อนบำบัดจริงกับกลุ่มตัวอย่าง ความน่าเชื่อถือในการบำบัดของผู้บำบัด ต้อง checklist ตาม procedure ให้สมบูรณ์ในการบำบัดแต่ละครั้ง รับการดูแลและข้อเสนอแนะจาก supervisor สัปดาห์ละครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของพื้นที่ (standard community care) เด็กและพ่อแม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบอาการที่เป็นผลมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ต้องรับการช่วยเหลือ ผู้พิทักษ์เด็กครอบครัวหรือผู้ประสานจากสำนักงานความ ให้การช่วยเหลือเด็กและครอบครัวโดยการส่งต่อเพื่อรับการบำบัด ผู้บำบัด รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม (randomized) กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่ ร่วมกับข้อมูลที่เด็กและพ่อแม่ประเมินตนเอง ใช้แบบวัดพยาธิสภาพทางจิต ที่พบว่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ externalizing behavior problems, depressions และ PTSD symptoms วัดเพิ่มจากการวิจัยครั้งแรกในระยะติดตาม 4 ครั้งคือ หลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน, 6 เดือน, 1ปี, และ 2ปี กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติของ standard community care กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา 3 กลุ่มเงื่อนไข

ระเบียบวิธีวิจัย (ต่อ)	ได้แก่ child intervention, parent intervention และ combined child and parent intervention
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย (Research finding)	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> เมื่อใช้สถิติ MANCOVAs Time by Type of Group interaction พบว่า กลุ่มเด็กที่ได้รับการบำบัดโดยตรง (child intervention และ parent-child intervention) มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ น้อยกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการบำบัดโดยตรง (community intervention และ parent intervention) เมื่อใช้ค่า adjusted follow-up scores ที่ 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี และ 2 ปี หลังสิ้นสุดการบำบัด เปรียบเทียบกับ adjusted post-treatment scores อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับที่ $p < .01$
การสรุปเพื่อนำไปใช้	* งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมาย คือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัส อายุ 7 - 13 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ส่งมาจากหน่วยบริการอื่นๆ เข้ารับการบำบัด CBT แบบผู้ป่วยนอก * ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยใช้แบบวัด Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-posttraumatic stress disorder (K-SADS-E ในส่วน PTSD) * ประเมินอาการซึมเศร้าในเด็ก ใช้แบบวัด Child Depression Inventory (CDI) * ประเมินความสามารถเชิงสังคมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็ก ใช้แบบวัด CBCL ผู้บำบัด เป็นนักบำบัดสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดที่ใช้ในงานวิจัยแบบเข้ม การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้มีลักษณะดังนี้ - บำบัดรายบุคคลกับเด็กโดยตรง บำบัดตามแบบ CBT 3 ชุด ในเด็กและพ่อแม่ ในเวลา 12 ครั้งตามลำดับ

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	* งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยมีคำถามเกิดขึ้นว่า มีวิธีใดที่ลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และสามารถคงประสิทธิภาพระยะยาวของการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัด 2 ปี หรือไม่ * งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล อาการหลักและประชากรเป้าหมายในงานวิจัย มีคล้ายคลึงกับประชากรทางคลินิก และการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ และคงประสิทธิภาพระยะยาวหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 ปี ซึ่งมีประโยชน์กับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ชนิดเรื้อรัง หรือกำเริบซ้ำภายหลัง * งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมปัญญาเป็นรายบุคคล สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและคงประสิทธิภาพได้ระยะยาวหลังการบำบัด 2 ปี * งานวิจัยนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล ด้านการบำบัดทางจิตเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถในคลินิกได้ยาก เนื่องจากเป็นการติดตามระยะยาว
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ ตีพิมพ์ในวารสารงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดและทอดทิ้ง (Journal of Child Abuse & Neglect) และถูกอ้างถึงในการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีบำบัดที่มีประสิทธิผลในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และคงประสิทธิภาพในระยะยาว 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นจิตแพทย์ที่ศูนย์การช่วยเหลือเด็ก ของมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ รัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา 3. ทูสนับสนุน ได้รับทุนจาก The National Center on Child

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	Abuse and Neglect, Grant#90-CA-1461 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพระยะยาว ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยคือ อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และกลุ่มตัวอย่าง คือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * งานวิจัยได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน คือ งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการทดสอบประสิทธิภาพการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศระยะสั้น คำถามงานวิจัย คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพระยะยาวหรือไม่ * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพระยะยาวของการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะส่วนที่สนับสนุน * สมมุติฐานการวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กทั้งวัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้องทันสมัย และมีการสรุปทบทวนวรรณกรรม * มีการระบุประชากรเป้าหมายคือ เด็กที่ถูกละเมิดทางเพศชนิดมีการ สัมผัส วัยเรียนทั้งเพศหญิงและชาย ระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน * <u>ข้อจำกัด</u> ของงานวิจัยนี้คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย จากการ drop out ก่อนการวัด posttest จำนวน 10 คน ไม่ได้ระบุเหตุผลที่ผู้ร่วมวิจัยออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด * มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi - square และ T-test for independence ในการทดสอบ
---	---

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	ของตัวแปรแทรกซ้อน เหมาะสม ใช้ pretest score เป็นตัวแปรร่วมกับ adjust Posttest และ follow-up score ที่ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี * งานวิจัยไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ หรือการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก * ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย ที่ว่าการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพระยะยาวต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัยคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย และอาจมีอคติของความแตกต่าง ของ standard community care ในแต่ละพื้นที่ * มีการสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติทางคลินิก และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากงานวิจัย ดังนี้ 1) การสนับสนุนให้แม่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล ในเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ทุกข์ทรมานจากการคงอยู่ของ externalizing behavioral difficulties หรือ depressive symptomatology การวิจัยพบว่าแม่ที่มีส่วนร่วมในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมปัญญา มีการปฏิบัติหน้าที่พ่อแม่ได้มีประสิทธิภาพขึ้น และเป็นผลให้ behavioral difficulties ของเด็กลดลง 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลกับเด็กโดยตรงโดยเฉพาะเทคนิค gradual exposure ที่ช่วยให้เด็กเข้าไปเผชิญกับความคิด ความรู้สึก และสิ่งกระตุ้น อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และ เรียนรู้ใหม่ ภายใต้อารมณ์ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย อย่างค่อยเป็นไปตาม ลำดับขั้น ที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและคงประสิทธิภาพระยะยาว จึงมีประโยชน์ในการบำบัดเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญชนิดเรื้อรัง หรือกำเริบในภายหลัง
--	--

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - แนวปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและหน่วยงานจิตเวชที่มุ่งเน้นการบริการแบบมีมาตรฐาน - กลุ่มประชากรเป้าหมายในงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วย - จำนวนเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการมีมาก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลมีอิสระในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะทางโรงพยาบาลขาดจิตแพทย์ประจำ และการบำบัดทางจิตเป็นบทบาทหลักของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - พยาบาลมีอิสระในการยุติการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ถ้าพบว่ามีความเสี่ยง หรือได้ผลไม่เป็นไปตามความต้องการ - การนำแนวปฏิบัติไปใช้สอดคล้องกับงานประจำ ไม่เพิ่มภาระงาน - ผู้บริหารสนับสนุน ทั้งองค์กรพยาบาลและองค์กรแพทย์ - ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศให้ความร่วมมือและสนับสนุน - ทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญเรื่องการดูแลด้านจิตใจ ควบคู่กับการดูแลด้านร่างกาย 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) - ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและผู้ปกครอง ที่มารับบริการตามแนวปฏิบัติ คือ เด็กได้รับการติดตามประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในเวลารวดเร็ว - ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากยังคงให้การดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและผู้ปกครอง ด้วยการให้การปรึกษาแบบไม่มีทิศทาง คือ
---	---

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่ลดลงและเรื้อรัง - การสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่าย ทั้งในส่วนของผู้รับบริการ(เด็ก ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศและผู้ปกครอง) และหน่วยบริการ ในระยะสั้น มีมากขึ้น แต่ลดการสูญเสียในระยะยาวซึ่งรวมถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก และครอบครัว
--	--



เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่อง	A follow-up study of a multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms.
ผู้แต่ง	Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A, & Steer, R.A. (2006)
แหล่งตีพิมพ์	The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(12), 1474-1484.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพความแตกต่างระยะยาว ของการบำบัดแบบ Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) กับ Child Center Therapy (CCT) ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) และความยากลำบากทางอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ (emotional and behavioral difficulties) ในเด็กวัยเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในระยะติดตามหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี
ทุน	งานวิจัยนี้ได้รับทุนจาก The NIMH grants R10 MH55963 และ R10 MH 56224
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Settingงานวิจัย	คลินิกบำบัดเด็กถูกล่วงละเมิด/มีบาดแผลทางใจ แบบผู้ป่วยนอก (outpatient clinical treatment programs for abuse/traumatized children) ใน 2 พื้นที่ตั้งทั้งในเมืองขนาดใหญ่ (large metropolitan area) และชานเมือง (suburban setting) ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	* งานวิจัยไม่ได้รายงานไว้ว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ * กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed child assent และ parental consent) กลุ่มตัวอย่างได้จากการรับสมัครจาก 2 พื้นที่ ได้แก่ ในเมืองขนาดใหญ่ และชานเมือง เป็นเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดที่กระทำต่อเด็กโดยตรง อายุ 8 - 14 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการทำจิตบำบัดอย่างน้อยที่สุด 3 ครั้งและได้รับการประเมินผลลัพธ์อย่างน้อย 1 อย่าง ที่ระยะหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที หรือในระยะติดตาม จำนวน

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	183 คน ประกอบด้วย TF-CBT 92 คน CCT 91คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน (7%) เข้ารับการบำบัดแบบเปิด (ได้แก่ การบำบัดชนิดใหม่ หรือ การบำบัดเดิมตามที่ได้รับในครั้งแรกแบบเข้มข้น) เนื่องจากมีค่าคะแนน Children's Depression Inventory: CDI อยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนน Child Behavior Checklist: CBCL หรือ มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือเป็นอันตรายต่อผู้ที่อยู่รอบข้าง ซึ่งถือว่าการบำบัดล้มเหลว (treatment protocol failures) เป็นเด็กและพ่อแม่ที่ได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT 4 คน (31%) และเด็กที่ได้รับการบำบัดแบบ CCT 9 คน (69%) เมื่อใช้สถิติ binomial test ($p = .53$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่าง เปอร์เซ็นต์ของเด็กที่ได้รับการบำบัดล้มเหลว กับเด็กที่ได้รับการบำบัดซ้ำ ในช่วงระยะของการติดตามประเมินผล มีเด็กและพ่อแม่ 20 ครอบครัว ได้รับการบำบัดแบบกระตุ้นซ้ำ 4 sessions โดยเด็ก 13 คน ได้รับการบำบัดแบบ CCT เหมือนกับการได้รับการบำบัดในครั้งแรก และเด็ก 7 คนได้รับการบำบัดแบบ TF-CBT เหมือนที่ได้รับการบำบัดในครั้งแรกเช่นเดียวกัน เมื่อใช้สถิติ binomial test ($p = .26$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ของเด็ก โดยใช้ The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-Age Children-Present and Lifetime Version PTSD section (K-SADS-PL-PTSD) ของ Kaufman และคณะ (1996) <u>การวัดผลลัพธ์รอง</u> 1. ประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็ก โดยใช้ Children's Depression Inventory (CDI) ของ Kavacs (1985) 2. ประเมินภาวะวิตกกังวลของเด็ก โดยใช้ State-Trait Anxiety Inventory for child (STA) ของ Spielberger (1973) 3. ประเมินการไตร่ตรอง ความไว้วางใจบุคคลอื่น การดำเนินตนเอง และการได้รับการยอมรับของเด็ก โดยใช้ Children's Attributions and

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	Perceptions Scale (CAPS) ของ Mannarino และคณะ (1994) 4. ประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็ก โดยใช้ Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ของ Friedrich และคณะ (1992) โดยพ่อแม่เป็นผู้บอกเล่าพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็ก 5. ประเมิน social competence, internalizing, externalizing และ total behavior problems ของเด็ก โดยใช้ Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Achenbach (1991) 6. ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของพ่อแม่ โดยใช้ Beck's Depression Inventory (BDI) ของ Beck และคณะ (1996) 7. ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของพ่อแม่ โดยใช้ Parent's Emotional Reaction Questionnaire (PERQ) ของ Mannarino และ Cohen (1996) 8. ประเมินการสนับสนุนของพ่อแม่ โดยใช้ Parental Support Questionnaire (PSQ) ของ Mannarino และ Cohen (1996) 9. ประเมินการปฏิบัติของพ่อแม่ โดยใช้ Parenting Practices Questionnaire (PPQ) ของ Stauffer และ Deblinger (1996) ที่ปรับปรุงโดย Strayhorn และ Weidman (1998) * ผู้ประเมิน ไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่ม TF-CBT และ CCT <u>วัด 2 ครั้ง</u> วัดระยะติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน และ หลังสิ้นสุดการบำบัด 12 เดือน <u>สถิติที่ใช้</u> ในการประเมินผลลัพธ์ คือ Mixed-model repeated ANCOVAs
การบำบัด (intervention)	รายละเอียดของการบำบัดแต่ละชนิด อธิบายไว้ในงานวิจัยของ Cohen และคณะ (2004) การบำบัดแบบ Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) เป็นการบำบัดแบบมีโครงสร้าง โดยประยุกต์ การให้สุขศึกษา (education) และ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ (coping skills training) ที่ออกแบบเพื่อช่วยให้เด็กและพ่อแม่ผ่านกระบวนการทางความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจแบบตัวต่อตัว ทั้งในบริบทการบำบัดเป็นรายบุคคล และชั่วโมงการบำบัดที่เด็กและพ่อแม่มีส่วนร่วมต่อ

การบำบัด (ต่อ)	กัน ส่วนการบำบัดแบบ Child-Centered Therapy (CCT) เป็นการบำบัดแบบประทับประคอง โดยให้ความสำคัญกับ การสร้างสัมพันธ์ ภาพเชิงการบำบัดรักษาที่ช่วยเสริมสร้างการยืนยัน/รักษาสิทธิตนเอง (self-affirming), การให้อำนาจ (empowering), และการใช้ความมีเหตุผล (validating) ทั้งของเด็กและพ่อแม่ * คุณสมบัติของผู้บำบัด ผู้บำบัดทั้งสองที่ตั้ง ได้รับการฝึกฝนร่วมกันในระยะเวลา 3 วัน โดยผู้บำบัดต่างๆ ในหลายสาขาวิชาชีพฝึกความเชี่ยวชาญ ตามสาขาวิชา ได้แก่ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งเรียนรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทฤษฎีต่างๆ เช่น Cognitive-behavioral, Psychodynamic และ Play therapy ผู้บำบัดทั้งหมดเรียนรู้วิธีการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบของการศึกษาวิจัยนี้ การออกแบบการวิจัยแบบนี้ถูกใช้เพื่อลดอคติ ผู้บำบัดต่างได้รับการควบคุมดูแลอย่างเข้มงวดในแต่ละรูปแบบของการบำบัดทุกสัปดาห์ ร่วมกับการติดตามดูแลทางโทรศัพท์ เดือนละ 2 ครั้ง ความถูกต้อง แม่นยำของรูปแบบการบำบัดรักษาที่กำหนด ถูกติดตามโดย supervisors ที่ฟังเทปบันทึกเสียงการรักษา ทั้งหมดจำนวน 25 % ของจำนวนเทปบันทึกเสียงทั้งหมด โดยวิธีสุ่มแบบอิสระ ซึ่งความแม่นยำของผู้บำบัดในการบันทึกทั้ง 2 รูปแบบต้องมากกว่า 95 % * ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองทั้ง 2 เงื่อนไข
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดที่แตกต่างกันระหว่าง 2 วิธี คือการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ระยะติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน และ 12 เดือน
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> 1.เมื่อใช้สถิติ Mixed-model repeated ANCOVAs เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับ TF-CBT กับกลุ่ม CCT โดยมีคะแนน pretest เป็นตัวแปรร่วม พบว่า ค่าคะแนน adjusted follow-up test ของกลุ่ม TF-CBT ใน

ผลการวิจัย (ต่อ)	ส่วนของ PTSD symptoms จากแบบวัด K-SAD-PTSD ทั้ง 3 subscale (ได้แก่ re-experiencing, avoidance และ hyper-arousal) และคะแนนจากแบบวัด Shame Questionnaire น้อยกว่ากลุ่ม CCT อย่างมีนัยสำคัญที่ระยะการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน และ 9 เดือน พ่อแม่กลุ่มที่ได้รับการบำบัด TF-CBT พบว่า severe abuse-specific distress น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัด CCT อย่างมีนัยสำคัญที่ระยะการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน และ 9 เดือน ความแตกต่างของผลลัพธ์นี้ แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ TF-CBT สามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และลดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ CCT รวมทั้งยังคงประสิทธิผลการบำบัดในระยะยาว การนำไปใช้ทางคลินิก 1. ความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากการ PTSD เป็นเกณฑ์สำคัญของการค้นหาการบำบัดแบบ TF-CBT ที่มีทั้งประสิทธิภาพ (efficacious) และประสิทธิผล (efficient) ต่อการลดอาการ PTSD อย่างรวดเร็วและเป็นไปได้ การบำบัดที่มีโครงสร้างและขั้นตอนที่แน่นอน (structure) รวมทั้งองค์ประกอบเฉพาะ (specific components) ของ TF-CBT นำไปสู่ความก้าวหน้าของการบำบัดต่อการลดการลดอาการ PTSD ที่ดีกว่าและเร็วกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ดังนั้นการบำบัดแบบ TF-CBT ลดความเสี่ยงต่อการเกิด chronic symptoms of PTSD ที่ขัดขวางพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ของเด็ก รวมทั้งขัดขวางการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสารเคมีในสมอง 2. องค์ประกอบเฉพาะของ TF-CBT ในส่วนของการเผชิญต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวอย่างเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) และการจัดการกับความทรงจำที่เจ็บปวด (explicit trauma memories) ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การวาดรูป การเขียนเล่าเรื่องราว อาจเป็นสิ่งสำคัญต่อการลดความทุกข์ทรมานจากการ PTSD และความรู้สึกอาย การพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การเข้าไปเรียนรู้ใหม่และจัดการกับความทรงจำที่เจ็บปวด
--------------------------------	---

ผลการวิจัย (ต่อ)	เป็นประโยชน์มากต่อการบำบัดอาการ PTSD ดังนั้นการบำบัดแบบ TF-CBT ไม่ได้ช่วยเฉพาะเด็กที่มีบาดแผลทางใจที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ แต่ยังช่วยเด็กที่มีบาดแผลทางใจจากสาเหตุอื่นๆ ความก้าวหน้าของการบำบัดพบว่า เกิดประสิทธิผลเร็ว และสามารถคงประสิทธิผล ของการบำบัดได้นานถึง 1 ปีภายหลังสิ้นสุดการบำบัด 3. เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดแบบ TF-CBT ช่วยให้เด็กได้ระลึกถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดอาการ PTSD และ Depression (ซึ่งอาการ PTSD มักเกิดร่วมกับ Depression และถ้าพบอาการ PTSD ร่วมกับ Depression ในวัยผู้ใหญ่ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น) <u>ข้อจำกัด</u> * กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นตัวแทนของเด็กทั้งหมดที่มีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ตัวอย่างเช่น เด็กที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยขณะที่มีการส่งต่อ ดังนั้นเด็กที่มีบาดแผลทางใจไม่ซับซ้อนและมีปฏิกิริยาตอบสนองทางใจต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศไม่รุนแรงมาก อาจตอบสนองต่อการบำบัดแบบ Nondirective Supportive Therapy (สำหรับเด็กที่ถูกออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการบำบัดเนื่องจากมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ก็ไม่ได้หมายความว่า การบำบัดแบบ TF-CBT ไม่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือเด็กที่อยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น) * ระยะการติดตามประเมินผลสั้น เนื่องจากผลกระทบของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีตั้งแต่ความเชื่อถือศรัทธาในวัยเด็กเล็ก อารมณ์และความรู้สึกในวัยรุ่น จนกระทั่งอารมณ์ สังคมและความสามารถต่อการทำหน้าที่ในวัยผู้ใหญ่ การติดตามเพื่อเฝ้าระวังและค้นหาระยะยาว จะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดที่รวดเร็วเมื่อพบอาการหรือปัญหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีเป็น เด็กและวัยรุ่นที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดกระทำต่อเด็ก อายุตั้งแต่ 8 ปี ถึง 14 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีพ่อแม่/ผู้ดูแลเข้าร่วมในการบำบัด ในคลินิกบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ของ community setting ทั้งเมืองใหญ่และชาตุมือง

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2. การวัดผลลัพธ์หลัก ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) ของเด็ก โดยใช้ The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-Age Children-Present and Lifetime Version PTSD section (K-SADS-PL-PTSD) ของ Kaufman และคณะ(1996) 3. ผู้บำบัดมีคุณสมบัติ เป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมจิตวิทยา ได้รับการเตรียมความรู้พื้นหลังเกี่ยวกับทฤษฎี เรียนรู้วิธีการบำบัด TF-CBT เป็นระยะเวลา 3 วัน ผู้บำบัดได้รับการควบคุมดูแลอย่างเข้มงวด ทุกสัปดาห์ ร่วมกับการติดตามดูแลทางโทรศัพท์ เดือนละ 2 ครั้ง และความแม่นยำของผู้บำบัดในการบำบัดทางจิตมากกว่า 95 % 4. การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ - ทักษะในการแสดงความรู้สึกต่างๆ (expressing felling) - การฝึกฝนทักษะจัดการกับปัญหา (training in coping skills) - การสังเกตและจดจำความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม - การเข้าไปเผชิญกับความรู้สึกอย่างเป็นลำดับขั้น (gradual exposure) และการเข้าสู่กระบวนการทางความคิด (processing) ของประสบการณ์การถูกล่วงละเมิด - การเชื่อมโยงเด็กกับพ่อแม่ในชั่วโมงการบำบัดพ่อแม่-เด็ก (join child-parent session) - การให้จิตศึกษา (psychoeducation) เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กและความปลอดภัยของร่างกาย (body safety) - ทักษะบริหารจัดการของพ่อแม่
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษาติดตามประสิทธิผลการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในคลินิกผู้ป่วยนอกของพื้นที่ในชุมชนชนเมืองและเมืองใหญ่ ในระยะยาว พบว่า การบำบัด TF-CBT สามารถคงประสิทธิผลในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้มากกว่าการบำบัดแบบ CCT อย่างมี

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	นัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน และ 12 เดือน 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้ ในการเลือกวิธีการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ที่ต้องการแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่เหนือกว่าการบำบัดแบบ CCT 4. งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดทางจิตแบบ TF-CBT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยต้องผ่านการฝึกอบรม CBT และ TF-CBT หรือศึกษามาเป็นอย่างดี จนมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารของ The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับในทางการแพทย์ 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการแพทย์ทางจิตเวช และทำการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการบำบัดที่ลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ อย่างต่อเนื่อง 3. ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก The NIMH grants R10 MH55963 และ R10 MH 56224 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา การวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลายพื้นที่ ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยตัวแปรต้นคือการบำบัดแบบต่างๆ (TF-CBT และ CCT) ตัวแปรตามคืออาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	* งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือวิธีการบำบัดแบบใด ระหว่างการบำบัดแบบ TF-CBT และ CCT ที่นิยมนำมาใช้บำบัดอาการต่างๆอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ใน community setting ที่คงประสิทธิผลต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้มากกว่ากัน ในระยะยาว * งานวิจัยระบุถึงการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TF-CBT เป็นรายบุคคล ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ดี และคงทนกว่าวิธีบำบัดแบบ CCT * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย คือเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบำบัดแบบ TF-CBT กับ CCT ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในระยะยาว * มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย และที่คัดค้านงานวิจัย * วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม มีการระบุประชากรเป้าหมาย คือ เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ และระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ * งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(design) เปรียบเทียบแบบมีการสุ่มเข้ากลุ่ม TF-CBT และ CCT การจัดระเบียบวิธีวิจัยอย่างดีและมีกลุ่มตัวอย่างที่มาจากหลายพื้นที่ช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ผู้เก็บข้อมูลไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง * งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ และไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมเนื่องจากเป็นแบบวัดมาตรฐาน มีความไวต่อการวัดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญอันเนื่องมาจากการล่วงละเมิด
--	---

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ทางเพศในเด็ก นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการทดสอบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก * ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยและบรรลุวัตถุประสงค์ คือการบำบัดแบบ TF-CBT approach สามารถคงประสิทธิผลในลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญเหนือกว่าการบำบัดแบบ CCT * ข้อจำกัดของการวิจัย 1. กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นตัวแทนของเด็กทั้งหมดที่มีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ตัวอย่างเช่น เด็กที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยขณะที่มีการส่งต่อ ดังนั้นเด็กที่มีบาดแผลทางใจไม่ซับซ้อนและมีปฏิกิริยาตอบสนองทางใจต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศไม่รุนแรงมาก อาจตอบสนองต่อการบำบัดแบบ CCT 2. ระยะเวลาติดตามประเมินผลสั้น เนื่องจากผลกระทบของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีตั้งแต่ความเชื่อผิดๆในวัยเด็กเล็ก อารมณ์และความรู้สึกในวัยรุ่น จนกระทั่งอารมณ์ สังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ในวัยผู้ใหญ่ การติดตามเพื่อเฝ้าระวังและค้นหาระยะยาว จะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดที่รวดเร็วเมื่อพบอาการหรือปัญหา การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ การศึกษาเชิงทดลองนี้สนับสนุนประสิทธิภาพของ short-term TF-CBT approach ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีบาดแผลทางจิตใจหลายอย่าง โดยเฉพาะอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและ ใช้เวลาสั้น ซึ่งข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่เป็นคลินิกจิตเวชในพื้นที่ของโรงพยาบาลทั่วไป มีความคล้ายคลึงในกลุ่มเป้าหมายระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดไม่นาน

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคลินิก ในโรงพยาบาลพุทธภูมิสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและทีมสหสาขา เพียงเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ที่เป็นทฤษฎีพื้นฐาน และรับการฝึกการบำบัดภายใต้การดูแลแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเครือข่ายก่อนปฏิบัติจริง - การปฏิบัติตามงานวิจัยสามารถกระทำได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ประกอบด้วยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 คน นักจิตวิทยา 1 คน และทำงานเป็นทีม - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติเป็นงานประจำ เพียงปรับเปลี่ยนวิธีการที่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพกว่าการให้การรักษาตามรูปแบบเดิม 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การจัดโปรแกรมบำบัดแบบ short-term TF-CBT approach เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นประโยชน์ในการลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำจากอาการ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเรื้อรัง ลดความทุกข์ทรมานใจของเด็กและพ่อแม่ ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสังคมและการสูญเสียในระยะยาว
--	---

เรื่องที่ 8

ชื่อเรื่อง	Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms : a randomized clinical trial
ผู้แต่ง	King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000)
แหล่งตีพิมพ์	The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,39(11), 1347-1355.
วัตถุประสงค์การวิจัย	1. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งกลุ่มที่มีผู้ปกครองและไม่มีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด 2. เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพระยะยาวของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
ทุน	The National Health and Medical Research Council (project grant 950741)
สมมุติฐานงานวิจัย	1. เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มี PTSD symptoms , Fear, Anxiety, Depression, Externalizing, Internalizing ลดลงมากกว่า รวมทั้งมีความสามารถในการทำหน้าที่ดีกว่ากลุ่มที่รอการบำบัด (waiting-list control) 2. เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด มีผลลัพธ์งานวิจัย (outcome measures) ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม 3. ประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีความคงทนในระยะยาว
Setting งานวิจัย	The Center for Children's Support ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	* งานวิจัยได้รับการรับรองจาก Notwithstanding ซึ่งเป็นคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ * กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัย เป็นเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	กระทำต่อเด็ก และผู้ปกครองที่ไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ สัมภาษณ์และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย * เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศและได้รับการส่งต่อมาจาก Sexual Assault Centers, Department of Health and Community Services นักสุขภาพจิต (mental health professionals) แพทย์ (medical practitioners) และผู้มีอำนาจในโรงเรียน (school authorities) จำนวน 46 คน แต่มีครอบครัวที่ได้ตกลงหายไป 10 ครอบครัว เหลือเด็กและครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย 36 คน a. เกณฑ์ การคัดเข้า (inclusion criteria) 1. เด็กและผู้ปกครองที่ไม่ได้เป็นผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศ สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ (ผู้ปกครองในที่นี้ หมายถึง พ่อแม่ โดยกำเนิด พ่อแม่บุญธรรม พ่อแม่อุปถัมภ์ หรือผู้คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กอื่นๆ) 2. เด็กมีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดกระทำต่อเด็ก เช่น การสัมผัสอวัยวะเพศ oral sex การสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอดหรือทวารหนัก ซึ่งมีการใช้กำลังบังคับหรือไม่มีการใช้กำลังบังคับก็ได้ ผู้กระทำการล่วงละเมิดในกรณีที่เป็นเด็กต้องมีอายุมากกว่าเด็กที่ถูกกระทำอย่างน้อย 5 ปี 3. ความถูกต้องเกี่ยวกับการวินิจฉัย การถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยอิสระจาก Sexual Assault Centers, Department of Health and Community Services หรือ Professionals/ Agencies ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 4. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ PTSD หรืออาจเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยชนิดอื่น โดยมีอาการของ PTSD หลายอาการแต่เด็กยังคงมีปฏิกิริยาความเครียดอย่างรุนแรง ซึ่งมีอาการหลักของ PTSD อย่างน้อย 3 ข้อ คือ re-experiencing, avoidance และ hyper-arousal b. เกณฑ์ การคัดออก (exclusion criteria) 1. ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง 2. เด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
---	---

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	3. ได้รับยา antidepressant หรือ anti-anxiety 4. เด็กหรือพ่อแม่ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย * แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่ม เข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ Child CBT, Family CBT, และ WLC (waiting-list control) * กลุ่มตัวอย่างรับการสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองและประเมินอาการ PTSD ก่อนเข้ารับการบำบัด 2 สัปดาห์ แยกสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง โดยใช้ The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS) ฉบับสำหรับเด็ก ของ Silverman และ Albano (1996) นอกจากนั้นเด็กและผู้ปกครองยังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบพยาธิสภาพทางจิตอื่นๆในเด็ก และให้การวินิจฉัยตามแนวทาง Composite Interview Data จำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดก่อนให้การบำบัด 46 คน สูญหายขณะคัดกรองและขณะขึ้นโปรแกรม จำนวน 10 คน คงเหลือ 36 คน มีอายุระหว่าง 5.2 - 17.4 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด ในเด็กทั้งหมด 36 คน เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย PTSD ตั้งแต่ต้น จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 69 และเด็กที่เหลืออีก 11 คน มีอาการ PTSD หลายอาการซึ่งเข้าเกณฑ์การวิจัย การวินิจฉัยโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เด็ก 4 คน ได้รับการวินิจฉัย full PTSD ที่ไม่มี Axis I diagnosis อื่นๆ เด็ก 9 คน มีโรคร่วม 1 โรค (1 comorbid diagnosis) เด็ก 10 คน มีโรคร่วม 2 โรค (2 comorbid diagnoses) เด็ก 2 คน มีโรคร่วม 3 โรค (3 comorbid diagnoses) สำหรับโรคร่วม ที่พบ (comorbid diagnoses) ได้แก่ - dysthymia 7 คน - oppositional defiant disorder 7 คน - separation anxiety disorder 6 คน - generalized anxiety disorder 5 คน - conduct disorder 3 คน - major depression 2 คน - attention-deficit / hyperactivity disorder 2 คน
---	--

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	- specific phobia 2 คน การออกแบบการวิจัย * เด็กจำนวน 36 คน ได้รับการสุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน - ก่อนการบำบัดมีเด็กในกลุ่ม Child CBT 12 คน Family CBT 12 คน WLC 12 คน dropouts ในกลุ่ม Child CBT 3 คน Family CBT 3 คน WLC 2 คน - หลังการบำบัดมีเด็กในกลุ่ม Child CBT 9 คน Family CBT 9 คน WLC 10 คน คงเหลือ 28 คน * ทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ mean of x^2 test และ analysis of variance ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านเพศ อายุ และ สถานะครอบครัว ในทั้ง 3 กลุ่ม
เครื่องมือในการประเมินผลลัพ์	<u>การวัดผลลัพ์หลัก</u> งานวิจัยนี้ใช้หลักการประเมินหลายวิธี (Multi-method assessment) ดังนั้นจึงมีหลายแบบวัด ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD symptoms) โดยใช้ The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for <i>DSM-IV</i> (AIDS) - PTSD section ของ Silverman และ Albano (1996) * ผู้บำบัดแยกสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง ซึ่งรู้สถานภาพของความ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม * ประเมินค่าความเที่ยงของการวินิจฉัยโรค ด้วยวิธีวินิจฉัยโรคซ้ำ จากผู้วินิจฉัยคนที่ 2 ที่ไม่ทราบการวินิจฉัยโรคครั้งแรก พบการวินิจฉัยโรคตรงกันทุกราย (100 inter-diagnostic agreement) <u>การวัดผลลัพ์รอง</u> 1. ประเมินความรู้สึกลึกกลัวของเด็ก โดยใช้ Fear thermometer for sexually abused children (FT-SAC) ของ Kleinknecht และ Bernstein (1988) เป็น visual analog มีค่า 0 ถึง 100 (0 หมายถึงไม่ทุกข์ใจเลย 100 หมายถึง ทุกข์ใจมากที่สุด) เด็กเป็นผู้ให้ค่าคะแนน ความทุกข์ใจของตนอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้รับการ ประเมินค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับดี

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	2. ประเมินความวิตกกังวลของเด็ก โดยใช้ Coping questionnaire for sexually abused children (CQ-SAC) ของ Kendall(1994) พัฒนา มาจาก การวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับอาการและสิ่งกระตุ้นอันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มี 15 ข้อ ผู้ประเมิน อ่านคำถามให้เด็กตอบ ได้รับการประเมินค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับดี มักถูกนำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัด (treatment outcome) 3. ประเมินความวิตกกังวลของเด็ก โดยใช้ Revised children's manifest anxiety scale (R-CMAS) ของ Reynolds & Richmond (1978) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาวัด chronic anxiety 3 องค์ประกอบ ได้แก่ physiological anxiety, worry / oversensitivity และ social concerns / concentration มี 37 ข้อ เด็กอ่านและตอบคำถาม มีงานวิจัยที่เชื่อถือได้ สนับสนุนค่าความตรง ความเที่ยงของแบบวัด 4. ประเมินอาการซึมเศร้าในเด็ก โดยใช้ Children's depression inventory (CDI) พัฒนาโดย Kovacs (1981) มี 27 ข้อ เด็กอ่านและตอบคำถาม ได้รับการประเมินค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับดี 5. ประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยใช้ The child behavior checklist (CBCL) ของ Achenbach (1991) วัด internalizing และ externalizing problem ใช้ PTSD scale ที่รายงานโดย Wolfe และคณะ (1989) มี 20 ข้อ ผู้ปกครองอ่านและตอบคำถาม ได้รับการประเมินค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับดี มักใช้ประเมินผลการบำบัด มาตรฐานวัดย่อยของ PTSD มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีคุณภาพที่สามารถนำมาใช้ได้งานวิจัยเชิงทดลอง ใช้ PTSD scale ในการวินิจฉัยอาการทางจิต 6. ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของเด็ก โดยใช้ The global assessment functioning (GAF) scale ของ American psychiatric association (1987) วัดระดับการทำหน้าที่ต่างๆ ได้แก่ จิตใจ สังคม และการเรียน ผู้นำบ่งเป็นผู้ประเมินและให้คะแนน ซึ่งรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม * วัด 3 ครั้ง วัดก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 12 สัปดาห์หลังการทดลอง <u>สถิติที่ใช้</u> ในการประเมินผลลัพธ์ และ เหตุผลที่ใช้สถิติตัวนั้น
---	--

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	1. ใช้ analysis of variance หรือ means of x^2 test ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (between group) ก่อนการทดลอง ใช้ intent-to-treat วิเคราะห์ทางสถิติข้อมูลพื้นฐานที่ไม่สมบูรณ์ ในการนำไปใช้กับ posttreatment และ follow-up 2. ใช้ analysis of variance และ match pair t-test 2 tails ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ทดสอบความแตกต่าง ภายในกลุ่ม (within group) ในระยะเวลาก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ 3. ใช้ ANCOCA ทดสอบการเปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่มทดลอง (between group)
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละครั้ง ครั้งๆ 50 นาที ทั้งหมดจำนวน 20 ครั้ง Child Cognitive-Behavioral Treatment (เป็นการบำบัดเฉพาะเด็ก ผู้ปกครองไม่ได้เข้าร่วม) ใช้โปรแกรมของ Deblinger & Heflin (1996) เป็นคู่มือในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนี้ ครั้งที่ 1 : นำเข้าสู่โปรแกรมค้นหาปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อธิบายเหตุผลในการบำบัดและตั้งเป้าหมายของการบำบัดร่วมกัน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กและอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในมุมมองทางพฤติกรรมวิทยา ครั้งที่ 2 - 4 : เน้นฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) เพื่อใช้แก้ปัญหาความทรงจำของการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่เข้ามารบกวนความรู้สึกผิดและวิตกกังวล ซึ่งได้แก่ - ฝึกการผ่อนคลาย ให้เรียนรู้ความแตกต่างของความรู้สึกผ่อนคลาย วัตถุประสงค์การตระหนักรู้และการควบคุมความรู้สึกเครียดกังวล โดยใช้เทปเสียงที่เฉพาะกับบุคคล ในชั่วโมงบำบัดและกลับไปทำที่บ้าน

การบำบัด (ต่อ)	- การชักซ้อมพฤติกรรม - การบำบัดทางความคิด - สอนให้เด็กรู้จักและประเมินการใช้วิธีการพูดเตือนตนเอง (self-talk) ระหว่างที่มีสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นประเด็นหลักในการบำบัดให้เห็นความแตกต่างระหว่างการพูดกับตนเองที่เพิ่มและลดความวิตกกังวล - ใช้อุปกรณ์ประกอบการสอน เช่น การ์ตูน thought bubbles เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการฝึกการพูดเตือนตนเอง และแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม - สอนพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ครั้งที่ 5 - 18 : เน้นการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดกลัวให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย วิธีที่ใช้ได้แก่ - การจินตนาการ - การวาดภาพ - การแสดงบทบาทสมมติ - การเขียนเล่าเรื่อง - การอภิปรายร่วมกัน ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เด็กใช้ทักษะการเผชิญปัญหา เพื่อควบคุมความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การเผชิญสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกังวล (gradual exposure) ครั้งที่ 19-20 : เน้นการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และการให้ความรู้ ได้แก่การให้ความรู้เรื่องสิทธิในเรือนร่างของตนเอง การบอกทักษะการพูดปฏิเสธเมื่อถูกสัมผัสร่างกาย สอนทักษะความปลอดภัย (personal safety skill) เพื่อช่วยให้เด็กสามารถรู้จักและตอบสนองต่อการถูกล่วงละเมิดในอนาคตได้อย่างเหมาะสม Family Cognitive-Behavioral Treatment เด็กและผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ใช้คู่มือบำบัด 20 ครั้ง ดังกล่าวข้างต้นกับเด็ก ผู้ปกครองจะได้รับการฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมของเด็กและ ทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 50 นาที รวม 20 ครั้ง สำหรับผู้ปกครองใช้รูปแบบ
------------------------------	--

การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดของ Cohen & Mannarino (1996) และ Deblinger & Heflin (1996) ครั้งที่ 1 : อธิบายเหตุผลและเป้าหมายของการบำบัด และประเด็นการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ครั้งที่ 2 - 10 : เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กเพื่อที่จะรับฟังและ แลกเปลี่ยนปัญหา ไม่หลีกเลี่ยงการพูดถึงการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว ครั้งที่ 11 - 20 : ฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก การประสานกันระหว่างการควบคุมสิ่งเร้าและการจัดการเงื่อนไข (contingency management) ได้แก่ - การเสริมแรงทางสังคมและการเสริมแรงโดยใช้สิ่งของเมื่อเด็กมีพฤติกรรมแก้ปัญหาดังกล่าว - เนื่องจากผู้ปกครองของเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมักจะมี ความวิตกกังวลไปด้วย ดังนั้นจึงกระตุ้นให้ผู้ปกครองได้ ตรวจสอบปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเอง เพื่อที่จะเป็นแบบอย่างในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับเด็ก - การฝึกทักษะผู้ปกครองใช้วิธีการอภิปรายโต้ตอบไปมา การ ชักชวนพฤติกรรม การเขียนแนวปฏิบัติ การทำให้เป็นแบบอย่าง และการมอบหมายการบ้าน การบำบัดเด็ก และผู้ปกครอง ในแต่ละครั้ง ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนั้นแล้วปัจจัยเกี่ยวกับอายุ สถานการณ์ที่บ้าน และรูปแบบการล่วงละเมิด ทำให้การบำบัดจำเป็นต้องยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับเด็กเป็นรายๆไป กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการติดต่อเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับการประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 12 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการทดลอง เด็กจะได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมหลังการประเมินครั้งที่ 3 * ผู้บำบัดมีวุฒิปริญญาตรีด้านจิตวิทยา * เข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมบำบัด 15-20 ชั่วโมง โดยมี
------------------------------	---

การบำบัด (ต่อ)	เป้าหมายให้ผู้บำบัดมีสมรรถนะที่จำเป็น ในการบำบัดเด็กตามแนวการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและสามารถฝึกทักษะแก่ผู้ปกครองเด็ก * ศึกษาและจัดเตรียมคู่มือที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติซึ่งอาจหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากเจ้าของแนวปฏิบัติเดิม * การปฏิบัติงานของผู้บำบัดอยู่ภายใต้การดูแลของ supervisor และพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนและรับการเสนอแนะ * ตรวจสอบความถูกต้องของการบำบัด โดยผู้ประเมินอิสระ ค่าความครบถ้วนและความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ ที่ประเมินจากวีดีโอ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ระเบียบวิธีวิจัย	วิจัยเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์หลัก * เมื่อใช้สถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่าอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ทั้งส่วน re-experiencing, Avoidance และ hyper-arousal ระหว่างเด็กที่ได้รับการบำบัด แตกต่างกับเด็กที่รอการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ หลังการทดลองและระยะติดตาม * เมื่อใช้สถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่า เด็กที่ได้รับการบำบัด มีอาการกลัว ลดลงมากกว่าเด็กที่รอการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ หลังการทดลองและระยะติดตาม * เมื่อใช้สถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่า เด็กที่ได้รับการบำบัด มีอาการวิตกกังวลเรื้อรัง ลดลงมากกว่าเด็กที่รอการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ ระยะติดตาม * เมื่อใช้สถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่า เด็กที่ได้รับการบำบัด มี CBCL PTSD scores ลดลงมากกว่าเด็กที่รอการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ หลังการทดลองและระยะติดตาม * เมื่อใช้สถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่า เด็กที่ได้รับการบำบัด มีความสามารถในการทำหน้าที่ มากกว่า เด็กที่รอรับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ หลังการทดลองและระยะติดตาม

ผลการวิจัย (ต่อ)	* เมื่อใช้ analysis of variance หรือ means of x^2 test ทดสอบความเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยโรค พบว่า เด็กที่ได้รับการบำบัด มีการวินิจฉัยอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ น้อยกว่าเด็กที่รอรับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ หลังการทดลองและระยะติดตาม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	* งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะ เป็นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ชนิดกระทำต่อเด็ก อุบัติการณ์การล่วงละเมิดปรากฏภายในระยะเวลา 2 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือมีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เพศหญิง อายุ 5 – 17 ปี การวัดผลลัพธ์หลัก 1. ประเมินอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใช้ PTSD section of AIDS ของ Silverman & Albano (1996) 2. ประเมินความรู้สึกกลัว ใช้ Fear thermometer for sexually abused children (FT-SAC) ของ kleinknecht & Bernstein (1988) 3. ประเมินความวิตกกังวล ใช้ Coping questionnaire for sexually abused children (CQ-SAC) ของ Kendall (1994) 4. ประเมินอาการซึมเศร้า ใช้ Children's depression inventory (CDI) ของ Kovacs (1981) 5. ประเมินความวิตกกังวลเรื้อรัง ใช้ Revised children's manifest anxiety scale (R-CMAS) ของ Reynolds และ Richmond (1978) 6. ประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยใช้ The child behavior checklist (CBCL) ของ Achenbach (1991) 7. ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของเด็ก โดยใช้ The global assessment functioning (GAF) scale ของ American psychiatric association (1987) * ผู้บำบัดมีวุฒิบัตรด้านจิตวิทยา - ได้รับการฝึกตามโปรแกรมบำบัดแบบพฤติกรรมปัญหา 15 – 20 ชั่วโมง

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- จัดเตรียมคู่มือที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ - พบกับ supervisor เพื่อแลกเปลี่ยนและรับข้อเสนอแนะทุก 1 สัปดาห์ จนถึงสิ้นสุดโปรแกรม การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ <u>การบำบัดเด็ก</u> - ให้ข้อมูลแก่เด็กเกี่ยวกับการล่องละเมิดทางเพศและอาการของอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในมุมมองของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม - ฝึกทักษะการจัดการเพื่อใช้จัดการกับความทรงจำ และความรู้สึกผิด วิดกกังวลที่เข้ามาครอบงำ - ฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้เทปเสียงให้ฟังเป็นส่วนตัวและนำไปใช้ที่บ้าน - สนับสนุนให้เด็กใช้เทคนิคผ่อนคลายเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกลัว - สอนให้เด็กรู้จักความแตกต่างและพูดเตือนตนเองระหว่างที่มีสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล - ใช้ภาพการ์ตูน ลูกบอล เป็นอุปกรณ์ในการสอนเพื่อให้เกิดความชัดเจนและน่าสนใจ - สอนพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม - จัดลำดับการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวของเด็กแต่ละรายโดยใช้วิธีหลากหลายและเหมาะสมกับเด็กแต่ละคน - ให้เด็กนำทักษะการแก้ปัญหาที่เรียนรู้ในช่วงที่ 2-4 มาใช้ควบคุมความวิตกกังวลที่เกิดจากการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว - ให้ความรู้เรื่องสิทธิในเรือนร่างและทักษะความปลอดภัย <u>ผู้ปกครอง</u> - สอนทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก - ฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก
---	--

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล ในการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นรายบุคคล ในคลินิกผู้ป่วยนอก ตามคู่มือการ เพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นรายบุคคลสามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และคงประสิทธิผลนานถึงระยะติดตามหลังการบำบัด 12 สัปดาห์ 4. งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดังตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล กรณีที่ได้วุฒิบัตรด้านจิตวิทยาซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้น 5. กระบวนการเก็บข้อมูลไม่สามารถนำมาใช้จริงในคลินิก เนื่องจากมีแบบวัดเพื่อประเมินผลลัพธ์จำนวนมาก อาจเลือกเฉพาะแบบวัดผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใช้ The Child Version of the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (AIDS) - PTSD section และผลลัพธ์รอง ที่พบควบคู่กัน ได้แก่ อาการซึมเศร้า ใช้ Children's depression inventory (CDI)
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ใน The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry เป็นที่รู้จักและยอมรับ 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นกลุ่มเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ทำการวิจัย 3. ทุนสนับสนุน งานวิจัยนี้ดำเนินการกับแหล่งสนับสนุนของ The National Health and Medical Research Council (project grant 950741) 4. คุณภาพงานวิจัย * ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาคือการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยคืออาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยคือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	* งานวิจัยได้ระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจนต้องการประเมินผล ประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่มีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ * มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย หรือสมมุติฐานการวิจัย คือ - การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบมีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด -การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศระยะยาว * มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย และที่คัดค้านงานวิจัย วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย * มีการระบุประชากรเป้าหมายคือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีการระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน * กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย คือ 9 คนใน child CBT completers และ 9 คนใน Family CBT completers (ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยได้ทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้สถิติในการวิจัย) * มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) คือการวิจัยเชิงทดลอง แบบมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม * งานวิจัยนี้ไม่ได้ใช้วิธีการอะไรในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน (ผู้เก็บข้อมูล / ผู้บำบัด รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งก่อให้เกิดอคติต่องานวิจัย)
--	---

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	* งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ แต่มีการกล่าวถึง Notwithstanding ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นจริยธรรม และใช้ waiting-list control condition แทน control condition * ไม่ได้มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย * การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม * การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก * ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือบรรลุวัตถุประสงค์เพียง 1 ข้อ คือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ ต่อการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศระยะยาว * มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย. กลุ่มรอการบำบัด ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งอาจขาดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม ซึ่งต่างจากกลุ่มบำบัด ที่ได้แรงกระตุ้นของผู้บำบัด รวมทั้งการบำบัดที่ได้รับ การประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบวัดต่างๆ กระทำโดยผู้วิจัย ที่ทราบความเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมของกลุ่มตัวอย่าง ข้อจำกัดทั้ง 3 ข้อ ทำให้เกิดอคติกับงานวิจัยได้ งานวิจัยมีการสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - แนวปฏิบัติการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญารายบุคคล เพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและหน่วยงานจิตเวชที่มุ่งเน้นการบริการแบบมีมาตรฐาน - กลุ่มประชากรเป้าหมายในงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วย คือส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน เข้ารับบริการเนื่องจากถูกล่วงละเมิดทางเพศชนิดมีการสัมผัส และอุบัติการณ์การถูกล่วงละเมิดมากกว่า 1 ครั้ง - จำนวนเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่จะได้รับประโยชน์จาก

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	โครงการมีมาก 30-40 ราย ต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น - ระยะเวลาที่ใช้ไม่นานเกินไป ธรรมชาติของผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยและเชื่อมั่นในตัวบุคคลากร 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) มีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางหนึ่งที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ และผู้บริหารให้ความสำคัญ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) คุ้มทุนเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียในการรักษาโรคหรืออาการทางจิตเรื้อรัง
--	--

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นางอรัญญา ชำนาญอักษร
วัน เดือน ปีเกิด	27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดลพบุรี
ประวัติการศึกษา	โรงเรียนอุทุมพร, ปีการศึกษา 2527 มัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชกัญญาโลก, พยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น ปีการศึกษา 2529 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเทพ, พยาบาลศาสตร์(ต่อเนื่อง) ปีการศึกษา 2536 วิทยาลัยบรมราชชนนีนครเทพ, ปีการศึกษา 2540 พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2542 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาให้การปรึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล, ปีการศึกษา 2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน	- พยาบาลเทคนิคปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ปี พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2534 - พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ปี พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2540 - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ปี พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546 - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ปี พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน