

รายงานผลการวิเคราะห์
ข้อมูลของศูนย์พึ่งได้
ปี 2547 - 2550



โดย

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

การรายงานผลการวิเคราะห์ ข้อมูลของศูนย์พึ่งได้ ปี 2547 - 2550



โดย
สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อหนังสือ

การรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลของศูนย์พึ่งได้ ปี 2547 - 2550

ผู้จัดทำ

กลุ่มเทคนิคบริการและบริการเฉพาะ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

ISBN

978-974-452-028-9

ปีที่พิมพ์

กรกฎาคม 2551

พิมพ์ครั้งที่

ครั้งที่ 1

จำนวนที่พิมพ์

1,000 เล่ม

จำนวนหน้า

70 หน้า

พิมพ์ที่

บริษัท นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด

158 ซ.ดอนกุศล ถ.เจริญกรุง 57 ยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ ๙ 10120

คำนำ

ศูนย์พึ่งได้ เป็นหน่วยให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติจากความรุนแรง โดย เริ่มจัดบริการในโรงพยาบาลนำร่อง 20 แห่ง เมื่อปี 2544-2545 และขยายบริการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศ เมื่อปี 2547 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้เริ่มเก็บข้อมูลของผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปี 2550 เป็นการเก็บข้อมูลสรุป ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร เนื่องจากมีปัญหาในเรื่องการให้คำนิยาม และขอบเขตของการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลแต่ละตัวได้ การวิเคราะห์ข้อมูล จึงเป็นการ วิเคราะห์ ในภาพรวมเพื่อสร้างความตระหนักต่อสังคมเป็นประเด็นหลัก ไม่สามารถวิเคราะห์ในเชิงลึกได้

ปัจจุบันนี้ จึงได้แก้ปัญหาโดยจัดทำโปรแกรมข้อมูลฯ เพื่อให้มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและแยกประเภทความรุนแรงในเด็กออกจากสตรี ซึ่งมีปัจจัยในการกระทำ ความรุนแรงที่แตกต่างกัน ในอนาคตถ้ามีการใช้โปรแกรมในการลงข้อมูลอย่างทั่วถึงและบุคลากรของศูนย์พึ่งได้มีความเข้าใจในนิยามดีขึ้น จะทำให้ง่ายและสะดวกต่อการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในเชิงลึก เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หวังว่า เอกสารดังกล่าวจะเป็นประโยชน์แก่ทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเรื่องความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และครอบครัว

ขอขอบคุณ ศูนย์พึ่งได้ของทุกโรงพยาบาลที่ได้จัดส่งข้อมูลมาให้ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นผู้ประสาน และจัดเก็บข้อมูลในภาพรวมของจังหวัด รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่ได้จัดส่งข้อมูลความรู้ตลอดจนเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อความสำเร็จยิ่งขึ้น

คณะทำงาน
กรกฎาคม 2551

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

(Executive Summary)

ปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรี ยังคงมีอยู่ในสังคมไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานที่ทุกแห่ง ไม่ว่าจะเป็นบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ หรือแม้กระทั่งสถานที่ที่ควรจะปกป้องคุ้มครองภัยให้กับเด็กและสตรีเหล่านั้น ก็ยังสามารถเกิดความรุนแรงได้

การมีระบบฐานข้อมูลการให้บริการเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถบอกได้ถึงสาเหตุของการกระทำความรุนแรง ลักษณะของผู้ที่กระทำความรุนแรง สถานที่ เกิดเหตุ ระยะเวลาของการเกิดเหตุ ฯลฯ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลของศูนย์พึ่งได้ ปี 2547 - 2550 เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2547-2550 ด้าน ขนาดและแนวโน้มของปัญหา รวมทั้ง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความรุนแรงต่อเด็กและสตรี โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2547 - 2550

ผลการศึกษา พบว่า จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547-2550 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2547 มีผู้ถูกกระทำรุนแรงเฉลี่ย 19 ราย/วัน ปัจจุบัน เพิ่มขึ้นเป็น 52 ราย/วัน เมื่อจำแนกประเภทเด็กที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่าเด็กผู้หญิงถูกกระทำรุนแรงมากกว่าเด็กผู้ชาย ถึงร้อยละ 80 และเมื่อจำแนกตามสถานะเด็กและสตรี ปรากฏว่าเด็กถูกกระทำรุนแรงมากกว่าสตรี ร้อยละ 50 : 48 ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิด คนในครอบครัว และคนรู้จัก ส่วนคนร้ายมีจำนวนน้อยมาก เมื่อจำแนกตามสาเหตุของการกระทำ จะพบว่าการกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีโอกาส/ ความใกล้ชิด ยินยอม ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว พ่อแม่ไม่ยอมรับ ถูกข่มขืน หรือถูกจีเป็นต้น รองลงมา จะเป็นเรื่อง การนอกใจ หึงหวง ทะเลาะวิวาท และการเมาสุรา ดินสอเสียด เมื่อแยกประเภทของการกระทำรุนแรง พบว่าในเด็กจะเป็นการกระทำรุนแรงทางเพศมากที่สุด ส่วนสตรี จะพบการกระทำรุนแรงทางร่างกายมากที่สุด สำหรับการให้ความช่วยเหลือ มีการให้ความช่วยเหลือ ทั้งทางด้านกายภาพ เช่น การรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์ การประสานส่งต่อและการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ส่วนปัญหาอุปสรรค พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องนิยามในการเก็บข้อมูล ขอบประมาณในการให้ความช่วยเหลือ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการกำหนดนิยามและขอบเขตในการเก็บข้อมูลให้ชัดเจน และมีการสนับสนุนงบประมาณในการให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ รวมทั้งมีแนวทางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ

- ความเป็นมาของปัญหา 1
- วัตถุประสงค์ 2
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 2
- ขอบเขตของการศึกษา 3

บทที่ 2 การตรวจเอกสาร

- แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 4
- สถานการณ์ความรุนแรงในเด็กและสตรี 15
- นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี และการดำเนินงาน ศูนย์ฯ 16
- กฎหมายที่เกี่ยวข้อง 19
- แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง 21
- เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 36
- นิยามศัพท์ 38

บทที่ 3 วิธีการศึกษา 39

บทที่ 4 ผลการศึกษา 40

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ 52

เอกสารและเอกสารอ้างอิง 54

ภาคผนวก 58

สารบัญตาราง

หน้า

บทที่ 2

ตารางที่ 1	แสดงสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัว (Factors of Domestic Violence)	9
ตารางที่ 2	รายงานสถิติอาญาอาญา : กรณีข่มขืนกระทำชำเรา ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	16
ตารางที่ 3	แบบประเมินผู้ป่วยที่สงสัยถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ เพศและสังคม	24
แผนภูมิภาพที่ 1	ขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย / จิตใจ / เพศ	33
แผนภูมิภาพที่ 2	ขั้นตอนการประสานงานของทีมสหวิชาชีพภายใน - ภายนอกโรงพยาบาล	35

บทที่ 4

ตารางที่ 1	จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ปี 2547-2550	41
ตารางที่ 2	จำนวนเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ	41
ตารางที่ 3	จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามสถานะเด็กและสตรี	42
ตารางที่ 4	จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามผู้กระทำ	43
ตารางที่ 5	จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามสาเหตุของการกระทำรุนแรง	44
ตารางที่ 6	จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปี จำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรง	45
ตารางที่ 7	จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในเด็ก	46
ตารางที่ 8	จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในผู้หญิง	47
ตารางที่ 9	การให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547 - 2549	48

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรี ยังคงมีอยู่ในสังคมไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานที่ทุกแห่ง ไม่ว่าจะเป็นบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ หรือแม้กระทั่งสถานที่ที่ควรจะปกป้องคุ้มครองภัยให้กับเด็กและสตรีเหล่านั้น เช่น สถานที่ราชการ สถานีตำรวจ เป็นต้น ก็ยังสามารถเกิดความรุนแรงได้

ถึงแม้ว่าปัญหาความรุนแรงจะเกิดขึ้นได้ในหลากหลายสถานการณ์ ก็ตาม แต่ยังคงมีความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในบ้านของเด็กและสตรีที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงอีกเป็นจำนวนมาก โดยที่เด็กและสตรีเหล่านั้นไม่มีทางที่จะป้องกันตัวเองได้ และยังถูกกระทำซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื่องจากที่ผ่านมา สังคมไทยได้ปลูกฝังแนวความคิดให้กับคนในสังคม เกี่ยวกับ ความรุนแรงในครอบครัว ว่า ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผยให้คนอื่นทราบ จึงไม่มีใครกล้าที่จะให้ความช่วยเหลือ จนกระทั่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อเด็กและสตรีได้มีการประกาศใช้ ทำให้ เกิดระบบการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างครบวงจร โดยมีศูนย์พึ่งได้เป็นหน่วยงานหลักในการประสานการให้ความช่วยเหลือ จึงทำให้มีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มหนึ่งได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามแนวทางการช่วยเหลือแบบสหวิชาชีพ

ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีเป็นปัญหาสังคมที่มีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ไปจนถึงส่วนรวม ทั้งชีวิต ความเป็นอยู่ สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้เพราะเด็กและสตรีถือเป็นทรัพยากรอันมีค่าของประเทศชาติ

ดังนั้นการมีระบบฐานข้อมูลการให้บริการเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มีประสิทธิภาพจะสามารถบอกได้ถึงสาเหตุของการกระทำ ความรุนแรง ลักษณะของผู้ที่กระทำ ความรุนแรง สถานที่เกิดเหตุ ระยะเวลาของการเกิดเหตุ ฯลฯ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

ในอดีตที่ผ่านมาปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี มักจะถูกมองว่าเป็นเรื่องของกระบวนการยุติธรรม ได้แก่ ตำรวจ ศาล และระบบทัณฑ์ขังที่จะต้องทำหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่เพียงดูแลรักษาอาการบาดเจ็บเท่านั้น อันเป็นความเข้าใจผิด เพราะปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีเป็นปัญหาสังคม ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงต้องอาศัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ในปี 2540 ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญทางด้านสิทธิมนุษยชนเป็นอันมาก รวมทั้งเป็นบ่อเกิดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิเด็กและสตรีอีกหลายฉบับ จึงทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีมีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการจัดทำระบบฐานข้อมูลเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ที่เข้ามารับบริการในศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2547 จนถึงปัจจุบัน จึงได้ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลทั่วประเทศให้มีการรายงานการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ ทั่วประเทศเข้ามายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อรวบรวมข้อมูลการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ในการสร้างความตระหนักต่อสังคมและประเมินปัญหาอุปสรรคของการให้บริการ ซึ่ง โรงพยาบาลทั่วประเทศได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยมีการรายงานข้อมูลเข้ามา อย่างสม่ำเสมอทุกปี ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสำคัญในการนำไปวิเคราะห์เพื่อสร้างความตระหนักแก่สังคมมาตลอด 3-4 ปี

ด้วยเหตุนี้ ในปี 2550 จึงได้รวบรวมข้อมูลเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2547-2550 เพื่อนำมาวิเคราะห์ ขนาดของปัญหาคาความรุนแรงและแนวโน้มของปัญหา ตลอดจน ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรี เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนางานของศูนย์ได้ให้มีความเข้มแข็ง และเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงในเด็กและสตรีให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2547-2550 ในด้าน

1. ขนาดของปัญหา ความรุนแรงและแนวโน้ม
2. ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ เผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการ สร้างความตระหนักแก่สังคม ตลอดจนนำไปวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีให้มีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเฉพาะข้อมูลเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทั้งนี้ไม่รวมถึงการกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่ม และการกระทำรุนแรงโดยบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันทำร้ายกันเพื่อหวังผลประโยชน์ในทรัพย์สินของบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือวิวาทกัน



บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- 1.1 แนวคิดด้านบทบาทหญิงชาย (Gender)
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

2. สถานการณ์ความรุนแรงในเด็กและสตรี

- 2.1 สถานการณ์ความรุนแรงในเด็กและสตรีในระดับโลก
- 2.2 สถานการณ์ความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในสังคมไทย

3. นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรีและการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้

- 3.1 นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรีและการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้

4. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)
- 4.2 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child)

5. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 6.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในรอบครัว ในพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย
- 6.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในกลุ่มสตรีและเด็ก

1.1 แนวคิดด้านบทบาทความสัมพันธ์หญิงชาย (Gender)

ความหมาย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544: 4) กล่าวว่า Gender หมายถึงเพศทางสังคม หรือเพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคม หรือวัฒนธรรมให้แสดงบทบาทหญิงหรือบทบาทชาย โดยเพศชายอาจแสดงบทบาทของเพศหญิงในการดูแลบุตร และครอบครัว ทำงานบ้าน และเพศหญิงอาจจะต้องมีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้นำของครอบครัว ดังนั้น เพศที่ถูกกำหนดโดยสังคมจึงอาจเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละสังคม ตามสถานการณ์และเงื่อนไขของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแตกต่างจากคำว่า Sex ที่ หมายถึงเพศ ทางสรีระ โดยธรรมชาติ ที่แบ่งเป็น เพศหญิงหรือเพศชาย

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547: 9) ได้ให้ความหมายของ Gender ว่า เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย โดยเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน อาจอยู่ในรูปแบบของความร่วมมือ เชื่อมโยงสัมพันธ์ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หรือการขัดแย้งแบ่งแยก แข่งขัน แยกต่างและไม่เท่าเทียม ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหญิงชาย เกี่ยวข้องกับการจัดสรรอำนาจระหว่างผู้หญิงและผู้ชายทำให้เกิดความแตกต่างทางสถานภาพทางสังคมของผู้หญิงและผู้ชาย นอกจากนี้ ยังเป็นตัวกำหนดและให้คุณค่างาน ความรับผิดชอบและการเรียกร้องสิทธิของทั้งสองฝ่ายด้วย

กล่าวโดยสรุป Gender หมายถึงเพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคม ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมได้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดเงื่อนไขให้ผู้หญิงและผู้ชายแสดงบทบาทหญิงหรือบทบาทชายตามสถานการณ์ของสังคม โดยอยู่ในรูปแบบของความสัมพันธ์ ที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งทางด้านความร่วมมือ ช่วยเหลือกัน และขัดแย้ง แบ่งแยก และแข่งขันกัน อันนำไปสู่ความไม่เสมอภาคทางเพศในสังคม

วิวัฒนาการของความไม่เสมอภาคทางเพศในสังคมไทย

สรุค์ รังสฤษดิ์ (2504) กล่าวว่า สังคมไทยมีวิวัฒนาการทางสังคม เช่นเดียวกับประเทศอื่นตามหลักวิทยาศาสตร์สังคมของลัทธิมาร์กซ์-เลนิน โดยเริ่มตั้งแต่ยุคชุมชนบุรพกาล ยุคทาส ยุคศักดินา และทุนนิยม ความไม่เสมอภาคทางเพศเริ่มมองเห็นได้ชัดเจนมากในยุคศักดินา ที่ผู้หญิงต้องตกอยู่ในฐานะถูกเอารัดเอาเปรียบจากสังคม โดยฐานะของสตรีในสังคมศักดินาต่ำมาก ไม่เพียงแต่ได้รับการกดขี่ทางชนชั้นเช่นเดียวกับชาย แต่ยังได้รับการกดขี่ถูกเหยียดหยามจากชาย ในชนชั้นเดียวกันอีกด้วย หญิงที่มาจากชนชั้นสูง เมื่อเป็นภรรยาของชาย ถ้าเป็นภรรยาของกษัตริย์ ก็จะมีตำแหน่งตั้งแต่ มเหสี จนถึง

พระสนม มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไปตามลำดับยศศักดิ์ที่ตั้งขึ้นมา เนื่องจากกษัตริย์ มีภรรยาหลายคน เช่น มเหสี พระอัครชายา แม่หยั่วเมือง แม่เจ้าแม่นาง ท้าวสนมเอกทั้ง 4 เช่น ท้าวอินทสุเรนทร ท้าวศรีสุดาจันทร์ ท้าวอินทรเทวี ท้าวศรีจุฬาลักษณ์ ฯลฯ

ลูกที่เกิดจากภรรยาที่มียศแตกต่างกันก็มีบรรดาศักดิ์ที่ต่างกัน เช่น ลูกที่เกิดจากพระอัครมเหสี เรียกว่าหน่อพระพุทธรเจ้า ลูกที่เกิดจากแม่หยั่วเมือง เรียกพระมหาอุปราชและลูกที่เกิดจากพระสนมเรียกว่าพระยาวราช เป็นต้น ส่วนผู้ชายอื่นๆ ที่ไม่ใช่กษัตริย์ก็สามารถมีภรรยาหลายคนได้ โดยไม่มีความผิด ไม่ได้รับคำครหา ส่วนผู้หญิงจะทำได้ ถ้าหากกระทำลงไปจะถูกลงโทษอย่างหนักกว่า เป็นหญิงแพศยา ถ้าหญิงใดมีชู้ก็จะได้รับโทษประจานอย่างหนัก เช่น ให้นุ่งร่างแห, ให้สีกแก้ว โคนตะแลงแกง เอาขึ้น ขาหยั่งประจาน ฯลฯ

การคลอดลูก แท้จริง ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาของหญิงที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นเสนียด เมื่อสาวใช้หรือ ทาสคลอดลูกตายหรือแท้งลูกในวัง หญิงผู้นั้นจะต้องทำพิธีพลีวัง โดยตั้งโรงพิธี 4 ประตูบายศรี 4 สำหรับ จัตุร 5 ชั้น 4 อัน ใ้พระคู่ละคู่ ไห้วด้ายการบพระราชวัง นิมนต์พระสงฆ์มาสวดพระพุทธมนต์ 3 วัน ให้หาชี พราหมณ์ซึ่งรู้พิธีกรรมมาทำการบวงสรวง ตามธรรมเนียม ให้มีระบำเต้นพิณพาทย์ฆ้องกลอง ดุริยดนตรีประโคมทั้ง 4 ประตู เสร็จพิธีแล้วให้เอาไก่อ้นั้นไปปล่อยนอกเมืองให้พาเสนียดจัญไรภัย อุบาทว์ไปให้พ้นพระนคร

นอกจากนี้ในสังคมศักดินาไทย ผู้หญิงที่ตกเป็นภรรยาของฝ่ายชายแล้วจะโดยเต็มใจหรือไม่ ก็ตาม จะต้องอยู่ในอำนาจของสามีที่จะเลื่อนฐานะขึ้นหรือลดฐานะลงก็ได้ตามความต้องการของฝ่ายสามี สามีสามารถเอาชื่อภรรยาไปขายได้เหมือนพ่อแม่ขายลูก โดยไม่ต้องบอกให้ภรรยารู้ แต่ภรรยาจะขาย สามีไม่ได้ รวมทั้งสามีสามารถทุบตีภรรยาได้ โดยไม่มีความผิดอะไร แต่ถ้าภรรยาทำร้ายสามีจะต้องจะ ต้องทำพิธีขอขมา หรือถูกลงโทษตามกฎหมายลักษณะฟัวเมีย พ.ศ. 1904 ในสมัยพระเจ้าอยู่หัว แห่ง กรุงศรีอยุธยา

ผลกระทบจากความไม่เสมอภาคทางเพศ

ผลจากความเหลื่อมล้ำทางสังคมระหว่างเพศหญิงและชาย ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหา ต่างๆ ดังนี้

1. ความรุนแรงในครอบครัว การถูกล่วงเกินและคุกคามทางเพศ
2. กฎหมายที่ไม่เป็นธรรมในการให้ความคุ้มครองสิทธิ
3. งานทำที่ไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัย ไม่เป็นธรรม การเลือกปฏิบัติในการทำงาน
4. โอกาสและสิทธิต่างๆ เช่น โอกาสในการขึ้นสู่ตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของประเทศ โอกาส การเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร ที่ดิน สำหรับผู้หญิงในชนบทที่ทำงาน ในภาคการเกษตร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป (สำนักงานกิจการสตรีและ สถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548)

1.2 แนวคิดความรุนแรงในครอบครัว

เดิมปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มักจะไม่ถูกหยิบยกขึ้นเป็นประเด็นทางสังคมมากมายนัก เนื่องจากเป็นปัญหาที่มักจะถูกปกปิดซ่อนเร้น โดยมีมายาคติที่ว่า ครอบครัวเป็นสถานที่ปลอดภัยและมีแต่ความสุขเท่านั้น การกำหนดกรอบความคิดเช่นนี้ ทำให้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้น ถูกมองว่าเป็นเพียงการกระทบกระทั่งกันเล็กน้อยระหว่างสามีภรรยาหรือพ่อแม่กับลูกแต่สำหรับคนจำนวนหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้หญิง ผู้ชายหรือผู้สูงอายุ บำบัด ไม่ใช่สถานที่ปลอดภัยและเต็มไปด้วยความสุขอย่างที่ควรจะเป็น หากแต่เป็นที่ที่มีแต่ความรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งในบางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นความรุนแรงในครอบครัวจึงอาจเป็นความจริงที่โหดร้ายสำหรับบุคคลเหล่านี้ ซึ่งสังคมจะเพิกเฉยหรือเห็นเป็นเรื่องปกติธรรมดาไม่ได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 103)

ความหมายของความรุนแรงในครอบครัว

กฤตยา อาชวนิจกุล (2542: 503) กล่าวว่า ความรุนแรงในครอบครัว หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นกรณีที่ผู้หญิงถูกสามี หรืออดีตสามี หรือคู่รัก ทำทารุณกรรม มีรูปแบบหลากหลาย ตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย ต่อย ตะกรับ ทุบตีด้วยวัตถุ ทำให้บาดเจ็บหรือกระทั่งฆ่าให้ตาย จนถึงการบีบคั้นทางจิตใจ การด่าทอข่มขู่ การกักขัง การบีบบังคับทางเศรษฐกิจสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน การดูถูกเหยียดหยาม

วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุธี และอำนาจ เนตยสุภา (2546: 1) ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การใช้กำลังประทุษร้ายต่ออนามัย จิตใจ ร่างกาย เพศ ชีวิต เสรีภาพ หรือกระทำด้วยประการใดๆ อันไม่เป็นธรรมระหว่างคู่สมรสหรือเคยเป็นคู่สมรสหรือระหว่างบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันจนเกิดอันตรายแก่อนามัย ร่างกาย เสรีภาพ เพศ จิตใจและชีวิต แก่อีกฝ่ายหนึ่ง สาเหตุสำคัญเกิดจากปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในครอบครัวที่อีกฝ่ายหนึ่งต้องการอำนาจควบคุมหรือให้ได้รับการยอมรับจากอีกฝ่ายหนึ่ง ดังนั้นการที่ฝ่ายหนึ่งทำด้วยประการใดๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจในการควบคุมหรือให้ได้รับการยอมรับจนเป็นเหตุให้อีกฝ่ายได้รับอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย หรือจิตใจย่อมถือเป็นความรุนแรงในครอบครัวทั้งสิ้น นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติยังได้กำหนดความหมายของความรุนแรงในครอบครัวไว้ในปฏิญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี ข้อ 2 (ก) ดังนี้ ความรุนแรงต่อร่างกาย ทางเพศ และจิตใจที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งการทุบตี การทารุณกรรมทางเพศต่อเด็กผู้หญิงในบ้าน ความรุนแรงอันมีเหตุมาจากของหมั้นที่ฝ่ายหญิงให้กับครอบครัวสามี การข่มขืนโดยคู่สมรส การขลิบอวัยวะเพศสตรีและข้อปฏิบัติตามประเพณีต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสตรี ความรุนแรงที่ไม่ได้เกิดจากคู่สมรสและความรุนแรงที่เป็นการหาประโยชน์จากสตรี

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002:6) ได้กล่าวถึงความรุนแรงในครอบครัวว่าเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว และคู่สมรส โดยความรุนแรงนั้นอาจเกิดขึ้นได้

ทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ ความรุนแรงต่อเด็ก (Child abuse) ความรุนแรงระหว่างสามีภรรยา (Intimate partner violence) และความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Elder abuse)

ดังนั้น ความรุนแรงในครอบครัว จึงเป็นพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการใช้อำนาจในการบังคับ ข่มขู่ คุกคาม รวมถึงการใช้กำลังในการประทุษร้ายให้บุคคลในครอบครัวเกิดความหวาดกลัว ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจและทางเพศ

ลักษณะของการกระทำรุนแรงในครอบครัว

วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุริ และอำนาจ เนตยสุภา (2546) ได้แบ่งลักษณะของการกระทำรุนแรงออกเป็น 7 กรณี

1. การฆาตกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นอุบัติการณ์ความรุนแรงในครอบครัวที่มีความร้ายแรงที่สุด ซึ่งนำไปสู่การฆ่ากันตายระหว่างคู่ครองและบิดา มารดากับบุตร
2. การกระทำรุนแรงต่อกาย (Physical Abuse) ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นอุบัติการณ์สูงสุดของการกระทำรุนแรงในครอบครัวทุกประเทศทั่วโลก เมื่อเกิดการทำร้ายร่างกายกันขึ้นในครอบครัว มักมีแนวโน้มที่จะเกิดการกระทำซ้ำ และขยายความรุนแรง รวมทั้งความถี่ในการกระทำเพิ่มขึ้น
3. การกระทำรุนแรงต่อเพศ (Sexual Abuse) ในครอบครัว เป็นการกระทำรุนแรงทางเพศระหว่างคู่สมรส หรือคู่ครอง (Intimate Partner) โดยส่วนใหญ่จะใช้กำลังประทุษร้ายร่วมกับการกระทำรุนแรงทางเพศ หรือบังคับให้มีกิจกรรมทางเพศ โดยอีกฝ่ายหนึ่งไม่สมัครใจ เช่น ใช้กำลัง บังคับร่วมประเวณี ทำร้ายขณะร่วมประเวณีหรือทำอันตรายต่ออวัยวะเพศ เป็นต้น
4. การทำอันตรายต่ออารมณ์ หรือจิตใจ (Emotional or Psychological Abuse) เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดความกลัว หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เช่น การข่มขู่ทำให้หวาดกลัว ทำให้ขายหน้า ไร้เกียรติ คุกคามเหยียดหยาม ทำให้ต่ำต้อย เย็นชา เพิกเฉย ไม่สนใจ หรือแกล้งให้อีกฝ่ายหนึ่งตกอยู่ในอันตราย หรือปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือเมื่ออีกฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วย หรือตกอยู่ในอันตราย เป็นต้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้
5. ความรุนแรงจากจารีตประเพณีปฏิบัติ (Traditional and Culture Practice) เป็นความรุนแรงที่ผู้หญิงและเด็กหญิงในหลายประเทศทั่วโลกได้รับ ซึ่งเกิดจากการประเพณี ปฏิบัติตาม ความเชื่อของลัทธิศาสนาหรือชนเผ่าต่างๆ เช่น การขลิบอวัยวะเพศหญิง (Female Genital Mutilation) ในประเทศแถบทวีปแอฟริกา เอเชีย และตะวันออกกลาง ประเพณีการเรียกสินเดิม หรือของหมั้นจากฝ่ายหญิงในประเทศอินเดีย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ฝ่ายหญิงถูกฆ่าตาย ถ้าไม่สามารถให้ของหมั้นและสินเดิมแก่สามีตามที่ตกลงไว้ได้ ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการออกกฎหมายยกเลิกไม่ให้ฝ่ายชายเรียกสินเดิม หรือของหมั้นจากฝ่ายหญิงแล้วก็ตาม ความรุนแรงก็ยังคงมีอยู่ แต่ถูกเบี่ยงเบนให้เป็นเรื่องของอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังมีประเพณีการฆ่าผู้หญิงเพื่อเกียรติภูมิแห่งวงศ์ตระกูล ก่อนแต่งงานไม่ว่าจะถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ หรือถูกข่มขืน หรือตกหลุมรักกับชายที่ผู้ใหญ่ไม่เห็นด้วย ผู้ชายในครอบครัวมีสิทธิฆ่าผู้หญิงหรือเด็กหญิงนั้นได้ เช่น ในประเทศอียิปต์ บังคลาเทศ จอร์แดน เลบานอน ปากีสถานและตุรกี

6. ประเพณีการเลือกปฏิบัติต่อลูกผู้ชายและลูกผู้หญิง ในสังคมที่มีประเพณีและค่านิยม เลือกเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง ก็มีการปฏิบัติที่รุนแรงต่อเด็กผู้หญิงเช่น การเลือกทำแท้งเด็กทารกที่เป็นเพศหญิง เช่น ในประเทศจีน พบว่านโยบายการมีบุตรคนเดียว ของรัฐบาล ทำให้มีการทำแท้งทารกเพศหญิงประมาณร้อยละ 12 หรือบางประเทศ เมื่อคลอดลูกออกมาเป็นเพศหญิงก็มักจะละเลย ทอดทิ้ง หรือกระทำการทารุณกรรมต่อเด็กเพศหญิงจนเป็นเหตุให้ เด็กผู้หญิงเจ็บป่วยและถึงแก่ความตายเป็นจำนวนมาก

7. ความรุนแรงที่เกิดจากการบังคับค้าประเวณี ครอบครัวที่ยากจน หรือไร้ศีลธรรม ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้มักจะขายหรือให้เข้าบุตรจึงอาจถูกบังคับค้าประเวณี เช่น ในอัฟริกาตะวันตก เด็กในประเทศเซเนกัล ไนจีเรีย จากครอบครัวยากจนมักจะถูกส่งออกไปค้าประเวณีในตะวันออกกลาง ในอัฟริกาใต้โสเภณีเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นเหยื่อของกระบวนการอาชญากรรมค้ายมนุษย์ และในประเทศเนปาล ทางภาคเหนือของประเทศ การเป็นโสเภณีถือเป็นแหล่งเงินได้ของครอบครัว บิดา มารดา หรือสามีจึงมักขายบุตรหรือภริยาไปเป็นโสเภณีในอินเดีย ประเทศไทย เช่นเดียวกัน ครอบครัวที่ยากจนมักจะขายบุตรสาวเพื่อนำเงินไปใช้หนี้ยahun เด็กหญิงบางคนสมัครใจเพราะถือว่าเป็นการทดแทนบุญคุณพ่อแม่

สาเหตุของการกระทำรุนแรงในครอบครัว

สาเหตุของการกระทำรุนแรงในครอบครัว ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มีหลายสาเหตุร่วมกัน โดยมีรากฐานมาจาก ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิง อันได้รับอิทธิพลมาจาก สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ความเชื่อและจารีตประเพณีต่างๆ ที่สืบทอดกันมา โดยสรุปดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัว (Factors of Domestic Violence)

สาเหตุ	ปัญหา
ประเพณีปฏิบัติ (Cultural Practice)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การอบรมทางสังคมที่มุ่งเน้นความแตกต่างทางเพศ 2. ประเพณีที่ถือเพศเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม 3. ประเพณีที่คาดหวังบทบาทภายใต้กรอบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4. มรดกทางวัฒนธรรมที่เชื่อว่าผู้ชายต้องมียอำนาจเหนือกว่าเพศตรงข้าม 5. ประเพณีที่มีค่านิยมว่าผู้ชายต้องมีสิทธิเหนือกว่าผู้หญิงและเด็กผู้หญิง 6. ประเทศที่มีความเชื่อว่าครอบครัวเป็นเรื่องส่วนบุคคลและอยู่ภายใต้การกำกับ ควบคุมของชายผู้เป็นหัวหน้าครอบครัว 7. ขนบธรรมเนียมประเพณี การสมรส ที่ต้องมีสินสอดและของหมั้น

สาเหตุ	ปัญหา
ปัญหาเศรษฐกิจ (Economic)	<ol style="list-style-type: none"> 8. การยอมรับว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นวิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว 1. ฐานะความเป็นอยู่ของภริยาลดลง 2. หญิงถูกจำกัดการเข้าถึงด้านการเงินและเครดิต 3. กฎหมายรับรองสิทธิในการรับมรดก การถือกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินจัดการสินสมรสของภริยาด้อยกว่าสามีรวมทั้งสิทธิได้รับค่าอุปการะเลี้ยงดูหลังหย่า 4. ผู้หญิงถูกจำกัดสิทธิในการทำงานหารายได้ 5. ผู้หญิงถูกจำกัดสิทธิในการศึกษาหรือการฝึกอบรม
กฎหมาย (Legal)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายกำหนดสถานภาพของผู้หญิงต่ำกว่าชาย ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติ 2. กฎหมายครอบครัวให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องการหย่า การใช้อำนาจปกครองบุตร การอุปการะเลี้ยงดูและการรับมรดก 3. กฎหมายนิยามการถูกข่มขืนและการกระทำทารุณกรรมแคบเกินไป 4. ผู้หญิงขาดความรู้ ความเข้าใจกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิของผู้หญิง 5. เจ้าพนักงานตำรวจและผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการยุติธรรมไม่ตระหนักเกี่ยวกับสิทธิของผู้หญิงและเด็กผู้หญิง
การเมือง (Political)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้หญิงไม่มีส่วนร่วมในกองทัพ การเมือง สื่อมวลชน กฎหมายและการแพทย์ 2. ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ถือเป็นประเด็นสำคัญทางการเมือง 3. ความเชื่อที่ว่าครอบครัวเป็นเรื่องส่วนบุคคลอยู่นอกเหนือการควบคุมของรัฐ 4. ความรุนแรงต่อผู้หญิงเป็นประเด็นที่เสี่ยงและท้าทายต่อ และศาสนา 5. องค์กรผู้หญิงถูกจำกัดบทบาททางการเมือง 6. ผู้หญิงถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในระบบการเมือง

ผลกระทบของความรุนแรงในครอบครัว

เมื่อเกิดความรุนแรงในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ถูกระทำ ผู้กระทำ รวมทั้งบุคคลแวดล้อมภายในครอบครัว และญาติพี่น้องของทั้งสองฝ่าย

4.1 ผลกระทบต่อตัวบุคคลที่ได้รับความรุนแรง ผู้ถูกระทำรุนแรงอาจได้รับอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย เพศ อารมณ์และจิตใจ เช่น ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เกิดบาดแผล รอยขีด บาดแผลทางจิตใจ ความสามารถของอวัยวะต่างๆ ทางเพศ อาจเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

รวมทั้งติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น ทางจิตใจ ทำให้เกิดอาการหวาดกลัว ตกใจง่าย เก็บกด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร บางรายอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง ย่อมได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงอาจถูกทำร้าย ทบตีไปด้วย ทางอ้อม ทำให้เด็กเจริญเติบโตช้า น้ำหนักตัวลด มีปัญหาการกิน ปัญหาการนอน ปัญหาการเรียน รวมทั้งปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้เด็กยังอาจซึมซับพฤติกรรมความรุนแรงเอาไว้ เมื่อโตขึ้นมักจะใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา กลายเป็น วัฏจักรของความรุนแรงไม่มีที่สิ้นสุด

4.2 ผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย ทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน และค่าใช้จ่ายที่มีใช้ตัวเงิน สูญเสียรายได้ รวมทั้งเกิดความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม โดย

4.2.1 ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บำบัดฟื้นฟูผู้ถูกระทำ ค่าใช้จ่ายในการระงับเหตุ และการจับกุมผู้กระทำความรุนแรง ค่าใช้จ่ายในการฟ้องคดี เป็นต้น

4.2.2 ค่าใช้จ่ายที่มีใช้ตัวเงิน ได้แก่ ความสูญเสียที่ไม่อาจคำนวณเป็นตัวเงินได้ เช่น การสูญเสียศักยภาพและบ่อนทำลายชีวิตของผู้ถูกระทำความรุนแรง โดย ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต้องหันไปพึ่งยาเสพติด ดื่มสุรา ประพฤติตนเสียหายทางเพศ บางรายอาจถูกฆาตกรรม หรือฆ่าตัวตายได้

4.2.3 ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ขาดกำลังแรงงานในการผลิต ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ถูกระทำความรุนแรงลดลง หายงานบ่อย ขาดรายได้ เด็กที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว ทำให้มีปัญหาทางการเรียน ส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทำให้ เด็กที่เติบโตขึ้น กลายเป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่ไม่มีคุณภาพ และจากการวิเคราะห์ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งทางตรง ทางอ้อม พบว่ามีค่า สูงถึง 36,687 ล้านบาทต่อปี หรือ 0.5% ของมูลค่าจีดีพีของประเทศ (International Health Policy Program ,2006)

4.2.4 ด้านสังคม ทำให้กระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และญาติพี่น้องของทั้งสองฝ่าย ครอบครัวแตกแยก เด็กถูกทอดทิ้ง กลายเป็นปัญหาสังคมในระยะ

4.3 ผลกระทบต่อตัวผู้กระทำ ทำให้สูญเสียครอบครัว สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าสินไหมทดแทน หากการกระทำรุนแรงนั้นทำให้เกิดอาการบาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต ผู้กระทำอาจต้องหลบหนีการจับกุมของตำรวจ บางรายติดคุก ทำให้สูญเสียอิสรภาพและการทำงาน

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาคือความรุนแรงในครอบครัว จึงต้องให้การช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงอย่างครบวงจร ทั้งทางด้านการแพทย์ เพื่อรักษาอาการบาดเจ็บ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย เพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือเพื่อให้เกิดการลงโทษต่อผู้กระทำความรุนแรง การช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือทางด้านชีวิตความเป็นอยู่ อาชีพ การศึกษา ฯลฯ และการปลุกจิตสำนึกในการไม่เป็นทั้งผู้กระทำและถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว เพื่อเป็นการยุติความรุนแรงอย่างถาวรต่อไป

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

1. ความหมาย

Gelles and Strauss (1978 อ้างในโชติมา กาญจนกุล และศันสนีย์ เรืองสอน ,2542 : 554) กล่าวว่า แนวคิดอัตมโนทัศน์ เป็นแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการมองตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยมและการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ คุณลักษณะ และความสามารถอันเป็นบุคลิกภาพของบุคคล รวมถึงบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่นเป็นที่รัก ได้แก่ บิดา มารดา บุตร เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการพัฒนา อัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาบันทึกของตำรวจและองค์กรทางสังคมเกี่ยวกับคู่สมรสที่มีพฤติกรรมกระทำรุนแรงต่อกัน และครอบครัวที่เป็นเพื่อนบ้านกับคู่สมรสดังกล่าว จำนวน 41 และ 40 ครอบครัวตามลำดับ พบว่าเมื่อภรรยาถูกกระทำรุนแรงบ่อยครั้ง และมีความรุนแรงจนถึงขีดสุด จนอยู่ในระดับสาหัสต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ภรรยา ก็จะหนีจากสามี หรือพยายามแสวงหาทางป้องกันตนเอง เช่น หย่า หรือ แยกกันอยู่ แต่ถ้าเพียงบาดเจ็บก็จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือใดๆ ประมาณครึ่งหนึ่งของภรรยาที่ถูกทำร้ายเพียง 1-2 ครั้ง จะประนีประนอมหรือแสวงหาการไกล่เกลี่ย แต่ผู้หญิงที่ถูกสามีตีตบตอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 เดือนจะแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก

2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อภรรยาและสมาชิกในครอบครัว

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความอดทนของผู้หญิงที่อยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง ส่วนปัจจัยที่ทำให้การกระทำรุนแรงต่อภรรยาเกิดขึ้นและดำรงอยู่ภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่

1. ลักษณะของครอบครัว ได้แก่

1.1 เวลาที่ต้องเสี่ยง หมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีเวลาอยู่ด้วยกันมาก จึงมีโอกาสเกิดความขัดแย้งในครอบครัวมาก

1.2 การที่สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันมาก ทำให้เกิดการกระทบกระทั่งกัน อันเนื่องมาจากนิสัยและความเคยชินที่ต่างกันรวมทั้งอีกฝ่ายหนึ่งพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงนิสัยของอีกฝ่ายหนึ่งทำให้เกิดความไม่พอใจกัน

1.3 ความเข้มของการผูกพัน หมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างลึกซึ้ง เมื่อสมาชิกในครอบครัวทำผิดพลาด จึงทำให้รู้สึกโกรธและผิดหวังมากกว่า คนนอกครอบครัวทำเรื่องเดียวกัน

1.4 ความแตกต่างด้านอายุและเพศ หมายถึงการที่ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มีความแตกต่างด้าน อายุ เพศ วัย มีโลกทัศน์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดความขัดแย้งกันได้ง่าย

1.5 ความเป็นส่วนตัวของครอบครัว เป็นกฎเกณฑ์ทางสังคมที่กำหนดขึ้น ทำให้เป็นเสมือนเกราะป้องกันไม่ให้สาธารณชนได้มองเห็นการกระทำรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งสังคมไม่สามารถเข้าไปควบคุมปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวได้

1.6 การแต่งงานของสามีภรรยาที่เกิดจากความไม่สมัครใจ เช่น การคลุมถุงชน หรือ การแต่งงานบนพื้นฐานของการมีผลประโยชน์ร่วมกัน เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น การแก้ปัญหาโดยการหย่าร้างทำได้ยาก ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อกัน

2. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่ขัดเกลาละหล่อนลอมความเชื่อ ทศนคติและค่านิยม ให้กับสมาชิกในสังคมในเรื่องการกำหนดบทบาทหญิงชายตามความคาดหวังของสังคมซึ่งนำไปสู่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ชายเป็นใหญ่ ทำให้เกิดการครอบงำการมีสิทธิเหนือผู้หญิง รวมทั้งถ่ายทอดความเชื่อดังเดิมไปยังเด็กซึ่งเป็นลูกหลานต่อไป เด็กชายจึงมีลักษณะแข็งกร้าว มีสิทธิในการใช้กำลัง ส่วนเด็กหญิงจะต้องยอมรับการกระทำ ไม่ได้แย้ง

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ผู้หญิงจะต้องพึ่งพาผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงถูกจำกัดสิทธิทั้งในด้านการเงิน ความก้าวหน้าในอาชีพ และการศึกษา ความไม่เท่าเทียมกันทางด้านเศรษฐกิจ เป็นข้อจำกัดประการหนึ่งในการหย่าร้างของผู้หญิง

4. ปัจจัยทางกฎหมาย ประเพณี และศาสนา ในกรอบของกฎหมายที่กำหนดขึ้น บนพื้นฐานของความเชื่อ ประเพณี และศาสนา ทำให้สถานภาพของภรรยาด้อยกว่าสามี เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการหย่าร้าง สิทธิในการปกครองบุตร การสืบทอดมรดก รวมทั้งการละเลย และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ตำรวจและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม ไม่คำนึงถึงความละเอียดอ่อนของปัญหาการกระทำรุนแรงต่อภรรยา เนื่องจากการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นที่ยอมรับของสังคม ในการให้สิทธิการใช้กำลังกายกับสมาชิกในครอบครัวได้

5. ปัจจัยทางการเมือง การเมืองที่ขาดมุมมองเรื่องผู้หญิง ทำให้การกระทำรุนแรงต่อภรรยาไม่ได้รับความสนใจอย่างจริงจัง เพราะมีกลุ่มผู้หญิงที่เป็นตัวแทนในวิชาชีพที่สำคัญๆ เช่น นักการเมือง นักกฎหมายน้อยมาก จึงมีพลังไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดความเคลื่อนไหวและความตื่นตัวทางการเมืองเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาทำร้ายร่างกายภรรยาอย่างเป็นรูปธรรม

3. พัฒนาการของการกระทำรุนแรงต่อภรรยา

Pagelow (1981, อ้างใน โชติมา กาญจนกุล และ ศันสนีย์ เรืองสอน , 2542 : 558-560) ได้อธิบายถึง พัฒนาการของการกระทำรุนแรงต่อภรรยา ซึ่งมีอยู่ 3 ขั้นตอน โดยเชื่อมโยงประเด็นทรัพยากร ปฏิกริยาตอบสนองจากสถาบันต่างๆ ในสังคม และแนวคิดดั้งเดิมทางวัฒนธรรม ดังนี้

3.1 ขั้นพัฒนาการ (Development) เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่เคยอยู่ในครอบครัวแบบบิดาเป็นใหญ่ โครงสร้างทางอำนาจอยู่ที่บิดา ซึ่งเป็นจุดที่ต้องศึกษาเนื่องจากภูมิหลังจะเป็นจุดที่พัฒนาไปสู่โลกทัศน์ของการยอมรับหรือไม่ยอมรับการกระทำรุนแรง

3.2 เริ่มการกระทำรุนแรงครั้งแรก (Primary Battering) เมื่อภาวะแรกของการกระทำรุนแรงปรากฏขึ้น โดยมีเงื่อนไขที่ว่าสามีได้รับการเรียนรู้และการยอมรับการใช้ความรุนแรงในชีวิตสมรส และภรรยาก็ปรารถนาที่จะให้ชีวิตสมรสยืนยาว โดยที่ทั้งคู่ต่างก็ยึดมั่นในประเพณีดั้งเดิมเกี่ยวกับความเชื่อในชีวิตคู่ การกระทำรุนแรงก็จะดำเนินต่อไป เพราะภรรยาก็จะไม่เปิดเผยพฤติกรรมความรุนแรงนี้ต่อบุคคลที่สาม เมื่อการกระทำรุนแรงขั้นที่สองปรากฏขึ้น การตัดสินใจเปิดเผยการกระทำรุนแรงครั้งแรกจะขึ้นอยู่กับผู้หญิง เพราะในการกระทำรุนแรงผู้ชายเองจะมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างบทบาทตามบรรทัดฐานว่าควรเป็นผู้ดูแล คุ้มครองผู้หญิง หรือควรเป็นผู้กระทำรุนแรงเพื่อแสดงการมีอำนาจและอิทธิพลเหนือกว่า

ในขั้นที่สองนี้ เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการทำร้ายร่างกายภรรยา เนื่องจากถ้าสามีผู้ทำร้ายร่างกายภรรยาไม่ได้รับการลงโทษจากสังคม และยังได้รับแรงเสริมจากสังคม สามีก็ยังคงทำร้ายภรรยาต่อไป ดังนั้นการยุติการทำร้ายร่างกายภรรยาจึงไม่เกิดขึ้น

3.3 การกระทำรุนแรงครั้งที่สอง (Secondary Battering) เป็นขั้นที่การกระทำรุนแรงหรือทำร้ายร่างกายภรรยาจะดำเนินต่อไปซ้ำแล้วซ้ำอีก ทั้งนี้ Walkers(1979,อ้างในเบญจพร ปัญญา ยง 2548 : 13-15) ได้อธิบายขั้นตอนของวงจรของการถูกกระทำรุนแรง (Cycle of Violence)ไว้ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. Tension Building Stage

ในการครองชีวิตคู่ เมื่อเกิดความตึงเครียดหรือแรงกดดันขึ้นในครอบครัว ก็จะมีการคำทอ ทะเลาะเบาะแว้ง ทุบตีหรือทำร้ายร่างกายเล็กๆ น้อยๆ เช่น หยิก ผลัก ตี เป็นต้น

2. Acute Battering Stage

ระยะนี้เมื่อเกิดความตึงเครียดมากขึ้น ผู้กระทำจะทำร้ายทุบตีรุนแรงขึ้น ไม่สามารถยับยั้งหรือควบคุมการกระทำของตนเองได้ ทำให้ผู้ถูกกระทำเกิดการบาดเจ็บรุนแรง ระหว่างนี้ผู้กระทำอาจหลงลืมหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ เขี่ยเคราะห์ร้ายจะเปลี่ยนบุคลิกไป (Depersonalize) แต่สามารถจดจำรายละเอียดของเหตุการณ์ได้ หลังเหตุการณ์ทั้งคู่อยู่ในอาการชะงักงัน (Shock)

3. Honeymoon Stage

ระยะนี้อาจสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ทั้งคู่แสดงความรักและอ่อนโยนต่อกัน ผู้กระทำแสดงความรู้สึกเสียใจสำนึกผิด บางคนเข้ามาขอโทษ เอาของขวัญมาปลอบใจ พร้อมทั้งให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์เช่นนี้อีก ส่วนเหยื่อเองก็เชื่อใจในคำมั่นสัญญา เพราะยังรักและต้องการสามีหรือคนรักอยู่ บางคนก็ยอมถอนแจ้งความหรือถอนฟ้องไม่ดำเนินคดีต่อ หรือลืมเลิกการตีจาก ซึ่งเป็นแผนที่ตั้งใจไว้ในช่วงที่ถูกทำร้าย ถ้าเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายไม่ได้รับการช่วยเหลือ วงจรนี้จะดำเนินต่อไปด้วยตัวของมันเอง เมื่อช่วงฮันนีมูนผ่านไป ความตึงเครียดในครอบครัวก็จะเริ่มก่อตัวขึ้นอีก วงจรของความรุนแรงก็จะเริ่มต้นใหม่อีก การทำร้ายร่างกายก็จะเพิ่มความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ท้ายที่สุดเหยื่อก็จะยิ่งขาดความมั่นใจในตนเอง บางคนมีความเชื่อว่าตนเองสมควรถูกทำร้าย เพราะเป็นคนไม่ดี เกิดการตำหนิตนเอง ทำให้ซึมเศร้าและสิ้นหวัง ในที่สุด

จะเห็นได้ว่า แนวคิดอ้อมโนทัศน์ เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหามารยาทที่เกิเกิดขึ้นของผู้หญิง การให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาในภาวะวิกฤติแก่ผู้หญิงเหล่านี้ จะต้องคำนึงถึงขั้นตอนของการเกิด การดำรงอยู่ และการยุติความรุนแรง เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม โดยบางครั้งอาจต้องจัดหาที่พักชั่วคราวไว้ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำจากสามี บางรายเมื่อหายจากอาการบาดเจ็บแล้วอาจกลับไปอยู่กับสามีอีก เนื่องจาก ต้องพึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจจากฝ่ายหนึ่ง การให้คำปรึกษาจึงต้องระมัดระวัง โดยเจ้าหน้าที่สามารถให้คำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่างๆ ได้ แต่การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงหรือผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ

2. สถานการณ์ความรุนแรงในเด็กและสตรี

1. สถานการณ์ความรุนแรงในเด็กและสตรีในระดับโลก

ในทุกประเทศทั่วโลก ผู้หญิง 1 ใน 3 คนเป็นอย่างน้อยถูกกระทำรุนแรงโดยการทุบตี บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ หรือการกระทำรุนแรงในรูปแบบอื่นๆ ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งโดยส่วนใหญ่ของผู้กระทำความรุนแรงจะเป็นสามีหรือสมาชิกภายในครอบครัว (Heise, Ellsberg and Gottemoeller, 1999 อ้างในสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548 : 97) และ จากการสำรวจขนาดใหญ่ขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.2000 เรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงในประเทศต่างๆ พบว่า ผู้หญิงประมาณร้อยละ 10 - 50 มีประสบการณ์ในช่วงชีวิตที่ถูกสามีหรือคู่ของตนทำร้ายร่างกาย และผู้หญิงประมาณร้อยละ 12-25 เคยถูกสามีหรือคู่ของตนข่มขืนหรือบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยข้อค้นพบที่สำคัญคือ ความรุนแรงที่ผู้หญิงได้รับจากคู่ หรือสามีและผู้ชายอื่นๆ เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งในสิบของสาเหตุการตายของผู้หญิงอายุระหว่าง 15 - 44 ปี (กฤตยา และคณะ, 2546)

สำหรับความรุนแรงต่อเด็ก เช่น ในสหรัฐอเมริกา The Nation Center on Child Abuse and Neglect รายงานว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาในแต่ละปีมีเด็กถูกกระทำทารุณกรรมทางร่างกาย ระหว่าง 100,00-200,000 คนต่อปี ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ 60,000-100,000 คนต่อปี ถูกละเลยทอดทิ้งประมาณ 2,000 คนต่อปี และเป็นเหตุให้เด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรมถึงแก่ความตาย 4,000 คนต่อปี (วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุธี และอำนาจ เนตยสุภา, 2546: 12)

2. สถานการณ์ความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในสังคมไทย

2.1 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวได้วิเคราะห์ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ 6 ฉบับ คือ ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด คมชัดลึก มติชนและสยามรัฐ (ระหว่างเดือนมกราคม - ตุลาคม 2547) พบเหตุการณ์ ความรุนแรงในครอบครัว รวม 63 กรณี มีผู้ถูกกระทำรุนแรงทั้งสิ้น 67 คน และผู้กระทำผิด จำนวน 94 คน โดยลักษณะการกระทำรุนแรง เป็นการข่มขืน รุมโทรม ทำอนาจาร 25 ราย (ร้อยละ 37.31) ถูกทอดทิ้ง 30 ราย (ร้อยละ 44.78) ถูกทำร้ายร่างกาย ทารุณ 9 ราย (ร้อยละ 13.43) และถูกกักขัง หน่วงเหนี่ยว 3 ราย (ร้อยละ 4.48)

2.2 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมสถิติข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ 72 แห่งทั่วประเทศ (ระหว่างเดือนตุลาคม 2546-กันยายน 2547) พบว่า มีผู้มาขอรับบริการทั้งสิ้น 6,951 ราย ในจำนวนนี้มีผู้กระทำความรุนแรงเป็นสามีถึง 1,144 ราย เป็นสมาชิกในครอบครัว 567 ราย และเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิด 1,444 ราย โดยเป็นการถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย ในเด็ก 659 ราย ผู้หญิง 2,336 ราย กระทำความรุนแรงด้านจิตใจ ในเด็ก 245 ราย ผู้หญิง 265 ราย กระทำความรุนแรงทางเพศ ในเด็ก 2,151 ราย ผู้หญิง 1,078 ราย ถูกทอดทิ้งในเด็ก 87 ราย ผู้หญิง 45 ราย กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัด 8 แห่ง (ระหว่างเดือนตุลาคม 2546 - มีนาคม 2547) มีจำนวนผู้ถูกกระทำความรุนแรง 1,070 ราย ด้านร่างกาย สามีเป็นผู้กระทำความรุนแรง 253 ราย บิดาเป็นผู้ทำร้ายเด็ก 11 ราย ด้านเพศ บิดาเป็นผู้กระทำ 5 ราย เพื่อน 38 ราย คนรู้จัก 32 ราย ถูกทอดทิ้ง 153 ราย

2.3 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ รายงานสถิติอาญา : กรณีข่มขืนกระทำชำเรา มีดังนี้

ตารางที่ 2 รายงานสถิติอาญาอาญา : กรณีข่มขืนกระทำชำเรา ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

พ.ศ.	จำนวน (ราย)
2542	4,000
2543	4,020
2544	3,844
2545	4,435
2546	4,811
2547	5,041

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมสื่อมวลชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เรื่อง กิจกรรมเดือนรณรงค์ยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ประจำปี 2548 ของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

3. นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรีและการดำเนินงาน ศูนย์พึ่งได้

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ได้เห็นชอบให้มีการจัดบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรงขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายดังกล่าวไปดำเนินการ โดยสั่งการให้โรงพยาบาลในสังกัด จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรงขึ้น ตั้งแต่ปี 2543

ปี 2544-2545 จัดทำโครงการนำร่องระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 20 แห่ง รวมทั้งจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและสนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาลนำร่อง เพื่อใช้ในการจัดตั้งศูนย์ฯ

จากการติดตามผลการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ฯที่ได้ของโรงพยาบาลนำร่อง ในปี 2545 พบว่าสามารถจัดกลุ่มโรงพยาบาล ที่ดำเนินการให้บริการ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. เป็นกลุ่มที่สามารถจัดให้มีระบบบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้และศึกษาดูงานได้ โดยกลุ่มนี้มีการให้บริการแบบครบวงจรตามคู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการรักษาความลับของผู้ถูกกระทำรุนแรง สามารถประสานงานกับหน่วยงานภายนอกได้เป็นอย่างดี บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจในแนวทางการให้บริการ และสามารถแยกการให้บริการออกจากระบบบริการปกติของโรงพยาบาลได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถจัดตั้งศูนย์ฯได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสถานที่ แต่ก็สามารถประยุกต์ใช้ห้องที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรงได้เป็นอย่างดี

2. เป็นกลุ่มที่อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนา กลุ่มนี้มีการจัดตั้งศูนย์ฯได้แล้ว หรือมีความพยายามที่จะจัดให้มีบริการดังกล่าวตามคู่มือฯ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการทำงาน แต่ยังมีปัญหาในเรื่องความร่วมมือจากบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกมีน้อย

3. กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการพัฒนา โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ แต่การให้บริการยังไม่สามารถดำเนินการตามคู่มือฯได้ ยังเป็นการให้บริการตามระบบเดิมของโรงพยาบาล

ด้านปัญหาอุปสรรค พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถแยกระบบบริการนี้ออกจากระบบบริการปกติได้ และผู้ที่ถูกมอบหมายให้รับผิดชอบงานนี้ มักจะเป็นนักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต่างก็มีภาระงานอื่นประจำมาก ทำให้การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ปัญหาด้านการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ ยังไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ด้านงบประมาณ ค่าใช้จ่ายในการติดเชื่อเอคส์ และยาป้องกันการตั้งครรภ์ ยังไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทุกประเภทของสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล บุคลากรบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญของการให้บริการในรูปแบบนี้ เนื่องจากมีความเข้าใจว่างานดังกล่าวเป็น ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และโรงพยาบาลควรรับผิดชอบในส่วนที่เป็นบทบาทด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น

ปี 2546 ได้จัดประชุม National Round Table Discussion on Violence and Health เพื่อหามาตรการและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในระดับชาติ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

ปี 2546-2547 ขยายบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรง จากโรงพยาบาลนำร่อง 20 แห่ง เป็น 104 แห่งทั่วประเทศ โดยเสนอเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ

12 สิงหาคม 2547 ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเปลี่ยนชื่อจากเดิมที่ใช้ชื่อว่า ศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรง ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี ศูนย์คุ้มครองเด็กและสตรี ศูนย์ประสานงานเด็กและสตรี ฯลฯ มาเป็น “ศูนย์พึ่งได้” โดยได้ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดรูปแบบและแนวทางการให้บริการ
2. ปรับปรุงคู่มือ “แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง” โดยร่วมกับกรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย
3. สนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาล ที่มีการรายงานการจัดตั้ง “ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง” จำนวน 50 แห่งๆ ละ 20,000 บาท
4. อบรมเจ้าหน้าที่ใน 20 โรงพยาบาลนำร่องให้ความรู้เรื่อง การให้คำปรึกษาแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
5. จัดประชุม 20 โรงพยาบาลนำร่อง เพื่อสรุปบทเรียนและหารือร่วมกันในการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์ และทำการปรับปรุง คู่มือ “แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง”

6. ประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมแก่ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพื่อจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ 4 ภาค ร่วมกับกระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ปี 2547 ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “การศึกษาการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาลนำร่อง” เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา/อุปสรรคในการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้” เพื่อเป็นแนวทาง ในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างเหมาะสม กับสภาพปัญหาของ แต่ละพื้นที่

ปี 2548 ได้มีการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน
2. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น ได้มีนโยบายให้เชื่อมโยงงานศูนย์พึ่งได้เข้ากับงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ศูนย์เรนทรเป็นจุดรับแจ้งเหตุ เพื่อสามารถให้บริการได้ครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้ชื่อ “ศูนย์เรนทรพึ่งได้”
3. จัดทำแผนบูรณาการเพื่อสนับสนุนงบประมาณในการการพัฒนาศูนย์พึ่งได้ภายใต้แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ปี 2549 ขยายบริการไปสู่โรงพยาบาลชุมชน โดยได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 5 แห่ง รวมทั้งมีการบูรณาการงานศูนย์พึ่งได้ เข้ากับงานคุ้มครองเด็ก ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 เพื่อขยายขอบเขตการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ ให้เพิ่มขึ้น

4. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4.1 อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)

ความเป็นมา

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) เป็นอนุสัญญาที่จัดทำขึ้นโดยสหประชาชาติ และได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติสมัยที่ 34 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2522 มีประเทศต่างๆ ได้ให้สัตยาบัน (Ratification) หรือภาคยานุวัติ (Accession) อนุสัญญานี้แล้วรวม 173 ประเทศ

ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาฯ โดยการภาคยานุวัติ มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2528 และได้รับลงนามในพิธีสารเลือกรับของอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ นี้เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2543 โดยเป็นประเทศที่ 43 ที่ลงนามในพิธีสารเลือกรับฯ โดยการให้สัตยาบัน นับเป็น 1 ในกลุ่ม 10 ประเทศแรกที่ทำให้พิธีสารเลือกรับฯ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2543

สาระของพิธีสารเลือกรับฯ เป็นการเปิดโอกาสให้ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มของปัจเจกบุคคลในประเทศที่เป็นภาคีพิธีสารเลือกรับฯ เสนอข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิสตรีตามที่ระบุในอนุสัญญาฯ โดยนำข้อร้องเรียนเสนอต่อคณะกรรมการว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี รวมทั้ง เปิดโอกาสให้คณะกรรมการฯ เข้ามาไต่สวนในประเทศได้ แต่ต้องได้รับความยินยอมจากรัฐบาลก่อน และจะเข้ามาได้ก็ต่อเมื่อกลไกภายใน ในการแก้ไขการละเมิดสิทธิมนุษยชนได้ดำเนินไปจนหมดสิ้นแล้ว หรือมีเหตุที่ชี้ให้เห็นว่ากลไกนั้นดำเนินไปล่าช้าผิดปกติ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2542 เห็นชอบให้ประเทศไทยให้การรับรองพิธีสารเลือกรับดังกล่าวทั้งฉบับ

สาระสำคัญของอนุสัญญาฯ

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women หรือเรียกง่าย ๆ ว่า “CEDAW” มีบทบัญญัติรวม 30 ข้อ เพื่อให้รัฐภาคีใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินงานด้านนิติบัญญัติ ตุลาการ บริหาร และมาตรการอื่นๆ เกี่ยวกับการขจัดและการเลือกปฏิบัติทั้งปวงต่อสตรี และให้หลักประกันว่าสตรีจะต้องได้รับสิทธิประโยชน์และโอกาสต่างๆ จากรัฐเสมอภาคกับบุรุษ ซึ่งมีเนื้อหาหลัก 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อที่ 1-16 จะพูดถึงความเป็นมาของอนุสัญญาฯ มีเนื้อหาโดยสรุปว่า

1. ความหมายของการเลือกปฏิบัติต่อสตรี ถึงแม้ว่าองค์การสหประชาชาติจะให้ความสำคัญต่อการขจัดและเลือกปฏิบัติเพื่อให้สตรีได้รับสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆ จนกระทั่งปัจจุบันสตรียังไม่มีความเท่าเทียมเสมอภาคกับบุรุษและยังถูกเลือกปฏิบัติ อนุสัญญาฯ ได้ให้ความหมายของคำว่า “เลือกปฏิบัติ” ว่า

หมายถึง “การแบ่งแยก (Distinction) การกีดกัน (Exclusion) หรือการจำกัด (Restriction) ใดๆ เพราะเหตุแห่งเพศ ซึ่งมีผลหรือความมุ่งประสงค์ที่จะทำลายหรือทำให้เสื่อมเสียการยอมรับ การได้อุปโภค หรือใช้สิทธิ โดยสตรี โดยไม่เลือกสถานภาพด้านการสมรส บนพื้นฐานของความเสมอภาคของบุรุษ และสตรีของสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม พลเมือง หรือด้านอื่นๆ” รวมทั้งยังได้กำหนดมาตรการเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี เพื่อให้สตรีได้บรรลุถึงสิทธิและความเสมอภาคในด้านต่างๆ เช่น สิทธิและโอกาสในการศึกษาอบรม สิทธิโอกาสด้านการจ้างแรงงาน สิทธิโอกาสและความเสมอภาค ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย การรักษาสุขภาพ รวมทั้งการได้รับการดูแลในการดำรงครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร ความเสมอภาคในการมีส่วนร่วมทางการเมือง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการปกครองบริหารบ้านเมือง ความเสมอภาคทางกฎหมาย เป็นต้น

นอกจากนี้อนุสัญญาฯ ยังให้ความสำคัญในการนำอนุสัญญาฯ ไปบังคับใช้เพื่อให้เกิดการปกป้องคุ้มครองสิทธิในด้านต่างๆ ของสตรีชนบทอีกด้วย

ส่วนที่ 2 กล่าวถึงการได้มาซึ่งคณะกรรมการว่าด้วยการจัดและการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ อำนาจหน้าที่และการดำเนินงานของคณะกรรมการ ซึ่งมีภารกิจหลักในการรับฟังรายงานการดำเนินงานตามอนุสัญญาฯ ของประเทศภาคีสมาชิก

คณะกรรมการว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 25 คน ที่ได้รับการคัดเลือกโดยรัฐภาคีจากรายชื่อที่รัฐบาลประเทศต่างๆ เสนอเข้าไป มีหน้าที่ติดตามการปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ ของบรรดารัฐภาคี โดยมีขั้นตอนและกลไกในการติดตามดังกล่าวไว้ในข้อ 17-30 รัฐภาคีควรจะต้องเสนอรายงานของประเทศอย่างน้อยทุกๆ 4 ปี ซึ่งแจ้งถึงมาตรการต่างๆ ที่ได้นำมาใช้เพื่อปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ สมาชิกของคณะกรรมการจะหารือกับผู้แทนของรัฐภาคีเกี่ยวกับเนื้อหาของรายงานนั้น และแสวงหาแนวทางปฏิบัติใหม่ๆ ต่อไปอีกตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในแต่ละประเทศ

ประเทศไทยได้เสนอรายงานต่อคณะกรรมการฯ ฉบับแรกเมื่อปี 2530 ต่อมาได้เสนอรายงานฉบับที่ 2 และ 3 (ฉบับรวม) เมื่อปี 2540 และในปี 2545 ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องเสนอรายงานฉบับต่อไป ขณะนี้ทางสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดทำรายงานฉบับที่ 4-5 (ฉบับรวม) เรียบร้อยแล้ว เพื่อเสนอให้เลขาธิการสหประชาชาติต่อไป

4.2 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child)

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ถือเป็นหลักกฎหมายระดับประเทศ ที่ประเทศไทย ต้องให้ความสำคัญ และปฏิบัติตามข้อตกลงที่กำหนดไว้ ซึ่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กนี้ ได้รับการรับรองจากสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2532 และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมลงนามในอนุสัญญาฉบับนี้ เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2535 และมีผลใช้บังคับในประเทศไทย เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2535 ซึ่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก นี้ ประกอบด้วยหลักการพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการที่จะต้องคำนึงถึง ได้แก่

1. การดำเนินการทุกอย่างต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ
2. เด็กทุกคนเกิดมาต้องมีสิทธิในการมีชีวิต การอยู่รอด การปกป้องคุ้มครองในทุกรูปแบบที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ ซึ่งรวมทั้งการล่วงละเมิดทางเพศ กับหรือการแสวงหาประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ จากเด็กและได้รับการพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม
3. ต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ ต่อเด็กไม่ว่าเด็กนั้นจะอยู่ในสถานภาพใดก็ตาม
4. สิทธิในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ โดยเน้นถึงสิทธิในการแสดงความคิดเห็นของเด็กโดยเสรีในทุกเรื่องที่มีผลกระทบต่อเด็ก (อ้างในแผนปฏิบัติการหลัก พ.ศ. 2548-2552 ตามนโยบายเยาวชนแห่งชาติและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระยะยาว พ.ศ.2545-2554 : 11)

5. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงขึ้นในปี 2544 เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการปรับปรุงครั้งที่ 2 ในปี 2547 และปรับปรุงเนื้อหาครั้งที่ 3 ในปี 2549 เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 โดยมีรายละเอียดของเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center : O.S.C.C)

- 1.1 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา
- 1.2 คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - 1.2.1 แพทย์
 - 1.2.2 พยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
 - 1.2.3 พยาบาลตึกผู้ป่วยนอก
 - 1.2.4 พยาบาลตึกสูติ-นรีเวช (ถ้ามี)
 - 1.2.5 นักจิตวิทยา (ถ้ามี)
 - 1.2.6 นักสังคมสงเคราะห์ (ถ้ามี)
 - 1.2.7 พยาบาลห้องให้คำปรึกษา
 - 1.2.8 เจ้าหน้าที่ห้องตรวจชันสูตร
 - 1.2.9 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน
 - 1.2.10 พยาบาลตึกผู้ป่วยใน
 - 1.2.11 ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

2. บทบาทหน้าที่ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง

- 2.1 คัดกรองและช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางในการทำงานของ ทีมสหวิชาชีพ
- 2.2 จัดบริการศูนย์ช่วยเหลือทางโทรศัพท์ (Hotline) และสายตรง
- 2.3 เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานกับหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
- 2.4 จัดตั้งกองทุน

3. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์

3.1 แพทย์ /จิตแพทย์

มีหน้าที่ประเมินสภาพความเสียหาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บำบัดรักษา ผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง และรายงานสรุปผล การประเมินสภาพร่างกายจิตใจของผู้ป่วย โดย เข้าร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพ

3.2 พยาบาลงานสุขภาพจิต / พยาบาลให้คำปรึกษา มีหน้าที่

- 3.2.1 คัดกรองด้านร่างกาย ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- 3.2.2 ด้านจิตใจ ประเมินสภาพผู้ป่วยว่ามีภาวะวิกฤติด้านจิตใจหรือไม่ และให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพจิตใจ ส่งปรึกษาจิตแพทย์ในรายที่มีปัญหารุนแรง
- 3.2.3 ให้คำปรึกษา Counseling เพื่อเจาะเลือดตรวจ HIV , VDRL ในกลุ่มเสี่ยง
- 3.2.4 ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงซ้ำ และให้การดูแลป้องกัน
- 3.2.5 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพภายใน และภายนอกโรงพยาบาล ในการให้ความช่วยเหลือ
- 3.2.6 แจ้งคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและ สตรีที่ถูกระทำรุนแรงให้

3.3 นักสังคมสงเคราะห์/ผู้ให้คำปรึกษา มีหน้าที่

- 3.3.1 การค้นหาและรวบรวมข้อเท็จจริงทางด้านสังคม สัมภาษณ์ผู้ป่วย ถ้ากรณีเป็นเด็ก สัมภาษณ์บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง เพื่อประเมินสภาพปัญหาและ ข้อมูลที่แท้จริง
- 3.3.2 วินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) เมื่อได้ข้อมูลรายละเอียดทั้งหมดแล้วจะต้องให้ความเห็นถึงสาเหตุ วางแผนและแนวทางการช่วยเหลือ
- 3.3.3 ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมพร้อมให้การช่วยเหลือ เช่น ค่าเดินทาง อาหาร นมผง เครื่องนุ่งห่ม การหาทุน หาอาชีพและอื่นๆ ตามแต่กรณี
- 3.3.4 ช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม (Social Welfare) ค่ารักษาพยาบาล ของอุปโลก-บริโลก อาชีพ และเงินทุน ฯลฯ
- 3.3.5 บำบัดฟื้นฟูครอบครัว เพื่อลดภาวะความเครียด และผลกระทบที่เกิดจากการถูกทำร้าย และฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัว การส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหาย รวมถึงความเครียดที่เกิดจากปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม

3.3.6 สนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม ดำเนินการช่วยเหลือ ประสานงาน กับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยรายที่มีปัญหาไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ในภาวะวิกฤติ อาจแยกชั่วคราวโดยหาที่พักชั่วคราวให้ และประเมินเพื่อหาแนวทางป้องกัน หรือถ้าไม่สามารถอยู่ร่วม กับครอบครัวต่อไปได้อาจต้องหาที่พักถาวรให้

3.3.7 เชื่อมโรงเรียน กรณีเด็กถูก Sexual Abuse จำเป็นต้องมีการเตรียมโรงเรียน ครู และ เพื่อน เพื่อมิให้เด็กได้รับความ กระแทกกระเทือนทางจิตใจ และสามารถเข้าโรงเรียนตามปกติ

3.3.8 เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ ตามกฎหมาย ป.วิอาญา เพื่อให้การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยเด็ก

3.3.9 การปฏิบัติงานเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546

3.3.10 ประสานงานทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้ เช่น การหาครอบครัวอุปถัมภ์ และการฟื้นฟูสภาพจิตใจระยะยาวรวมทั้งการดูแลเด็กเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี แก่เด็ก กรณีไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ ให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่แทน

3.3.11 ส่งต่อและติดตามการป้องกันการถูกละเมิดซ้ำ

3.4 นักจิตวิทยา มีหน้าที่

3.4.1 ตรวจทางด้านจิตวิทยา ได้แก่

สติปัญญา

บุคลิกภาพ

ปัญหาทางอารมณ์จิตใจ

3.4.2 บำบัดฟื้นฟูทางจิตวิทยาประเมินสถานภาพทางอารมณ์จิตใจให้การช่วยเหลือทางด้าน จิตวิทยาเพื่อฟื้นฟูทางด้านอารมณ์จิตใจ และบุคลิกภาพ

3.5 พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มีหน้าที่ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือในด้าน ต่างๆ ดังนี้

3.5.1 คัดกรองด้านร่างกาย ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของ ผู้ป่วย

3.5.2 ด้านจิตใจ ประเมินสภาพผู้ป่วยว่ามีภาวะวิกฤติด้านจิตใจหรือไม่ และให้การดูแล ช่วยเหลือตามสภาพจิตใจ ส่งปรึกษาจิตแพทย์ในรายที่มีปัญหารุนแรง

3.5.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกละเมิดซ้ำ และให้การดูแลป้องกัน

3.5.4 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพภายในและภายนอก โรงพยาบาลในการให้การช่วยเหลือ

3.5.5 แจ้งคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและ สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงให้รับทราบ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่อง ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

3.5.6 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาในชุมชน

ตารางที่ 3 แบบประเมินผู้ป่วยที่สงสัยถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ เพศและสังคม

การประเมินสภาพทางกาย (Physical assessment)	ใช่	ไม่ใช่
หมดสติโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือสาเหตุที่ไม่เหมาะสม		
มีรอยแผลไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก หรือรอยบุหรี่ที่ไม่สมเหตุสมผล		
มีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย โดยไม่ทราบสาเหตุแน่นอน		
มีรอยแผลเก่าและใหม่ปนกันตามร่างกายลักษณะไม่เหมือนการหกล้ม หรืออุบัติเหตุและรอยฟกช้ำ		
มีกระดูกหักที่เกิดขึ้นทั้งใหม่และเก่าโดยสาเหตุไม่ชัดเจน		
มีลักษณะอาการที่น่าสงสัยว่าจะมีเลือดออกที่อวัยวะภายในโดยไม่ทราบสาเหตุ		
เด็กมีสภาพร่างกายขาดอาหาร พัฒนาการไม่สมวัย		
มีภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักน้อยไม่สมวัย		
มีการทำแท้งที่ผิดปกติ		
การตรวจภายในบริเวณอวัยวะเพศ และทวารหนัก (Genital and anal assessment)		
ติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก		
บาดแผล (รอยฟกช้ำหรือรอยฉีกขาด หรือเลือดออกบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก)		
มีการตั้งครรภ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี		
การประเมินสภาพจิตใจ (Psychological assessment)		
กลัว หวาดระแวงมากผิดปกติ โดยเฉพาะกับบิดามารดา หรือผู้นำมาพบแพทย์		
ซึมเศร้า เหม่อลอย ขาดความกระตือรือร้น		
ทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย		
การประเมินสภาพทางสังคม (Social assessment)		
ผู้ปกครองหรือผู้พามาทำที่รีบร้อน อยากรีบกลับบ้าน กลัวความผิด		
ผู้พามาให้ประวัติสับสน ไม่สมเหตุสมผลไม่สอดคล้องกับความเสียหายที่เกิดขึ้น หรือให้ประวัติไม่เหมือนกันในแต่ละครั้ง		
เด็กไม่ต้องการกลับบ้าน หรือไม่อยากไปโรงเรียน		

ที่มา : แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด สำนักพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ

1. ถ้ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเข้าข่ายสงสัยถูกทารุณกรรม
2. ในกรณีที่ประเมินว่าเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำ ให้พิจารณา Admitted ไว้ก่อน

4. บทบาทการทำงานของทีมสหวิชาชีพ

แนวคิดของทีมสหวิชาชีพ การทำงานแบบทีมสหวิชาชีพมีแนวคิดจากการที่บุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยลำพัง ไม่อาจให้บริการได้อย่างครบวงจร และผู้รับบริการไม่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากบริการนั้นเนื่องจากมีหลายกรณีที่จำเป็นต้องอาศัยผู้ประกอบวิชาชีพหลายสาขาร่วมกันให้บริการ

ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม มีความรู้ มีทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งการแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างมีระบบ และเป็นกระบวนการโดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงาน โดยจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่องในการประเมินสภาพการณ์ของปัญหา และมีความรับผิดชอบร่วมกันตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ

รูปแบบการทำงานของทีมสหวิชาชีพ

1. Interdisciplinary คือการประสานความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการส่งต่อข้อมูล และประสานทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเป็นทางการ เพื่อใช้ในการดำเนินงานในกระบวนการต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีการประชุมกัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ประชุม/หารือทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล

1.2 พยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือนักสังคมสงเคราะห์ ทำการเยี่ยมบ้านและหรือเยี่ยมโรงเรียน หรือประสานงานกับองค์กรอื่นเพื่อ หาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมและประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ

1.3 แจ้งข้อเท็จจริงกับผู้ปกครองและหรือญาติ ตาม ความเห็นในการดำเนินคดี

1.4 แนะนำให้แจ้งความกับตำรวจที่สถานีตำรวจ ในกรณีที่เห็นเด็กให้ประสานงานกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก เข้าร่วมดำเนินการให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตามกฎหมายต่อไป

1.5 ให้การปรึกษาแก่สตรี เด็ก และครอบครัวกรณีที่แจ้งความดำเนินคดีตำรวจจะเป็นผู้นัดหมายผู้ทำหน้าที่นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ขึ้นทะเบียนแล้วกับกระทรวงยุติธรรม ตามพระราชบัญญัติ แก้ไขเพิ่มเติม ป.วิอาญา (ฉบับที่ 20) พ.ศ.2542 เพื่อถามปากคำในชั้นสอบสวน ชี้ตัวผู้ต้องหา จากนั้นตำรวจ จะส่งสำนวนคดี ไปยังอัยการ เพื่อพิจารณาส่งฟ้องศาลและ พิจารณาคดีในคดีศาลอาญาต่อไป

1.6 ทีมสหวิชาชีพประเมินความต้องการทางด้านสังคมให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหรือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อคุ้มครองเด็กและสตรีและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ระยะยาวต่อไป

2. Multidisciplinary การทำงานแบบบูรณาการ หรือการประชุมทีมสหวิชาชีพ

เป็นการทำงานที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในกรณีนั้นๆมาประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อระดมความคิดเห็น และกำหนดแนวทางการช่วยเหลือร่วมกัน โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ทักษะ และความสามารถพิเศษของแต่ละสาขาวิชาชีพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 2.1 กระบวนการค้นหาความจริงหรือการสืบสวนสอบสวน
- 2.2 กระบวนการคุ้มครองและป้องกันเฉพาะหน้า
- 2.3 กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เด็กและสตรี
- 2.4 กระบวนการส่งกลับสู่สังคม
- 2.5 การป้องกันด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงภายในครอบครัวและชุมชน

5. แนวทางปฏิบัติการในกรณีเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรง

5.1 แนวทางปฏิบัติการในกรณีเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย ได้แก่

5.1.1 ตรวจร่างกายและบันทึกหลักฐาน

5.1.1.1 ตรวจบาดแผล ร่องรอยการบาดเจ็บ

5.1.1.2 บันทึกหลักฐานลงบนแผนที่ร่างกาย

5.1.1.3 ถ่ายภาพบาดแผล (ถ้าทำได้)

5.1.1.4 ตรวจพิเศษ เช่น X - ray กรณีสงสัยกระดูกหัก Bone Scan กรณี Failure to Thrive (FTT) Ultrasound Brain กรณีเด็กอายุ < 2 ปี หมดสติ ชัก สงสัย Subdural Hematoma อื่นๆ ตามข้อบ่งชี้

5.1.2 ให้การรักษาตามอาการบาดเจ็บหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

5.1.3 ให้การรักษา ให้คำปรึกษาประคับประคอง ดังนี้

5.1.3.1 ขึ้นเปิดเผยเรื่องราวการถูกกระทำช่วงนี้คนไข้จะรู้สึกเครียดมากถือเป็นวิกฤติอย่างหนึ่ง ที่ทำให้เกิด PTSD ได้ง่าย คนไข้จะรู้สึกผิดที่เปิดเผยเรื่องราวและ เป็นสาเหตุให้ครอบครัวแตกสลาย กลัวว่าจะไม่มีใครเชื่อ และหวาดกลัวจากการถูกข่มขู่

5.1.3.2 หยุดการกระทำทารุณซ้ำ ผู้รักษากรให้ความมั่นใจว่าเหตุการณ์แบบนี้จะไม่เกิดขึ้นอีก จำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงที่จะถูกกระทำซ้ำ ถ้าคนไข้เป็นเด็ก และไม่

5.1.3.3 ปลอดภัยควรแยกเด็กชั่วคราว มาอยู่ในโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ หรือสถานที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก ขึ้นตอนนี้จะทำให้เด็กเครียดได้เช่นกัน สร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ คนไข้ที่ถูกกระทำโดยคนที่รู้จัก ทำให้รู้สึกไม่ไว้วางใจ โดยเฉพาะกรณีที่ถูกบุคคลในครอบครัวกระทำ ดังนั้นอาจต้องใช้เวลาในการสร้างความมั่นใจให้ แก่คนไข้

5.1.3.4 ให้ได้ระบายอารมณ์ การเล่าเรื่องจะช่วยระบายสิ่งที่เก็บกดในใจ ออกมา และจะได้ปรับเปลี่ยนมุมมองและความเข้าใจผิด บางประการ คนไข้บางคนอาจโกรธแค้น รู้สึกผิด หวาดกลัว กังวล ฯลฯ เทคนิคต่างๆ ที่ช่วยให้คนไข้ระบายความรู้สึกออกมาได้ เช่น เล่นบทบาทสมมติ เขียนจดหมาย พุดใส่เทป ถึงผู้กระทำ ฯลฯ การเขียนจดหมายหรือพุดใส่เทประบายความรู้สึกเจ็บปวด ถูกทรยศ แล้วนำมาอ่านขณะบำบัด จะมีประโยชน์มาก แม้ ไม่ได้ส่งถึงผู้กระทำก็ตาม วิธีการอื่นๆ ได้แก่ ฝึกให้รู้จัก จัดการกับความโกรธ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

5.1.3.5 ช่วยให้เห็นคุณค่าและภาคภูมิใจ คนไข้มักรู้สึกว่าตนเองถูกทำลาย เป็นมลทิน จำเป็นต้อง ช่วยให้เห็นคุณค่า กำหนดเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นได้บ้าง

5.1.3.6 ลดความรู้สึกผิด และตนเองมีส่วนร่วม คนไข้จะรู้สึกผิดได้ติดแน่นตรึงนาน เพราะบางครั้งคนไข้ มีการตอบสนองทางร่างกาย ได้รับของขวัญหรือของกำนัล และเป็นคนโปรดของผู้กระทำ ผู้รักษาควรช่วยให้คนไข้เข้าใจว่าการตอบสนองทางร่างกายเป็นไปตามธรรมชาติไม่ใช่ความผิดของคนไข้

5.1.4 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตามข้อบ่งชี้ เช่น

ถูกบุคคลในครอบครัวทำร้าย
มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
เสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ
อื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

5.1.5 ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ และ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เพื่อคุ้มครอง ความปลอดภัยระหว่างรับไว้ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย

5.1.6 ประเมินปัญหาทางสังคม แล้วให้ความช่วยเหลือ และสงเคราะห์ตามความเหมาะสม

5.2 แนวทางปฏิบัติในกรณีเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

5.2.1 ตรวจและบันทึกหลักฐานเกี่ยวกับสภาพร่างกาย-จิตใจ

5.2.1.1 ตรวจร่างกายหารอยขีดข่วน ขนหรือคราบอสุจิ บริเวณอวัยวะเพศและ ทวารหนักถ้าเกิดเหตุภายใน 24 - 72 ชม. ให้การตรวจทันที หรือโดยเร็วที่สุดและถ้าเกิดเหตุหลัง 72 ชม. ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ว่า ถ้าเกิดเหตุขณะมีระดู ให้ทำการตรวจเช่นปกติ และให้ระบุไว้ในบันทึก

5.2.1.2 ตรวจภายในเพื่อหาบาดแผล ส่องน้ำคัดหลังเพื่อตรวจหา ตัวอสุจิ เชื้อโรค และ Acid Phosphates

5.2.1.3 เจาะเลือดตรวจพิสูจน์ VDRL, HIVAg, HIVAb หลังให้คำปรึกษาแล้ว

5.2.2 ป้องกันการตั้งครรภ์ (ในกรณีที่เด็กและสตรีมีปัจจัยเสี่ยง)

5.2.2.1 กรณีที่มาโรงพยาบาลก่อน 72 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์ วิธีป้องกันการตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดังนี้

ก. Ethinyl estradiol 100 g. และ 0.5 mg. ของ Levonorgestel (Ovral R) เริ่ม 2 เม็ด แรกภายใน 72 ชั่วโมง หลังการมี เพศสัมพันธ์และให้ซ้ำอีกครั้งในอีก 12 ชั่วโมงต่อมา

ข. Levonorgestral (Positron หรือ Madonna) ขนาด 0.75 mg. เริ่มเม็ดแรก ภายใน 72 ชั่วโมง หลังการมีเพศสัมพันธ์และให้ซ้ำอีกครั้งในอีก 12 ชั่วโมงต่อมา

ค. ยาคุมกำเนิดที่ประกอบด้วย Ethinyl Estradiol 30 g. และ Levonorgestel 150 g. เริ่ม 4 เม็ดแรกภายใน 72 ชั่วโมง หลังการมีเพศสัมพันธ์และให้ซ้ำอีก 4 เม็ดห่างกัน 12 ชั่วโมง

5.2.2.2 กรณีที่มาโรงพยาบาล ระหว่าง 72 ชั่วโมง ถึง 5-6 วัน หลังเกิดเหตุการณ์ และเป็นกรณีที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทาง เพศสัมพันธ์ต่ำ ให้พิจารณาใส่ห่วงอนามัยชนิดที่มีทองแดง (Copper-IUD)

5.2.2.3 กรณีมาโรงพยาบาลหลังจาก 2 สัปดาห์ภายหลัง เกิดเหตุการณ์ ให้ตรวจการตั้งครรภ์และพิจารณาให้คำปรึกษา หรือการรักษาตามความเหมาะสม

5.2.3 ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดเชื้อ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (เลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งตามความ พร้อมของโรงพยาบาล)

5.2.3.1 Zidovudine (AZT, 100 mg.) 3 tabs bid ร่วมกับ Lamivudine (3TC, 150 mg.) 1 tab bid เป็นเวลา 28 วัน (ควรให้ 5 วันก่อนและนัดมารับยาต่อให้ครบ 28 วัน)

5.2.3.2 AZT (100 mg.) 3 tabs bid ร่วมกับ 3TC (150 mg.) 1 tab bid ร่วมกับ Indinavir (IVD, 400 mg.) 2 caps tid เป็นเวลา 28 วัน

5.2.3.3 Norfloxacin (400 mg) 2 tab stat

หลักเกณฑ์การได้รับ ยาต้านไวรัสเอดส์ มีดังนี้

1. ไม่ได้เป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ก่อน โดย HIV Ab ครั้งแรกให้ผลลบ
2. มาถึงโรงพยาบาล ภายใน 72 ชั่วโมงหลังถูกข่มขืน
3. ตรวจวินิจฉัยได้ว่ามีร่องรอยถูกข่มขืนกระทำชำเรา จริง
4. ผู้กระทำเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไม่รู้จัก ไม่สามารถจับกุมหรือ ตรวจสอบได้ หรือมีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เช่น คีดยา เสพติด ฯลฯ
5. ถูกข่มขืนยินยอมให้เจาะเลือด ตรวจติดตามและ รับยาต้านไวรัสเอดส์
6. เจาะเลือด HIV Ab ครั้งแรก, 4-6 สัปดาห์, 12 สัปดาห์และ 6 เดือน
7. พิจารณาจ่ายตามความเหมาะสม/สภาพของผู้ถูกกระทำ

5.2.4 ให้การรักษาตามอาการ

5.2.5 ให้การปรึกษา

5.2.6 ส่งพบจิตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพจิตและบำบัดรักษา กรณีต่อไปนี้

5.2.6.1 นอนไม่หลับ ฝันร้าย หวาดผวา เห็นภาพเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ที่เรียกว่า Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

5.2.6.2 ซึมเศร้า มีความคิดอยากตาย

5.2.6.3 พยายามฆ่าตัวตาย

5.2.6.4 อาการโรคจิต เช่น พูดเพ้อ หูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น

5.2.6.5 ภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น การทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ตนเอง อย่างมาก

5.2.6.6 กรณีอื่นๆ เช่น ต้องการให้จิตแพทย์ประเมินเพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน หรือเพื่อประกอบการพิจารณาคดี เช่น เด็กปัญญาอ่อน เด็กอายุน้อยกว่า 3 ขวบ และคนไข้ที่มีอาการป่วยทางจิต

5.2.7 นัดฟังผลการตั้งครรภ์การฟังผลเลือดและตรวจติดตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และให้การรักษาตาม อาการ

5.2.8 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตามข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ กรณีที่ถูกกระทำรุนแรงทาง
ด้านร่างกาย

5.2.9 ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน
อื่นเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยระหว่าง รับไว้ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย

5.2.10 ประเมินปัญหาทางสังคม แล้วให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ตามความเหมาะสม

6. การรายงานผลการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย แพทย์ฯต้อง

6.1 รายงานประวัติการทารุณกรรม ผลการบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

6.2 บันทึกการบาดเจ็บบนแผนที่ร่างกาย (รอยกัด ถูกแทง นึกขาด รอยบาด/ตัด รอยไหม้
เลือดออก ข้อเคลื่อน กระดูกหัก)

6.3 แผนการรักษา การส่งต่อ และการออกจากโรงพยาบาล การติดตามและปฏิกิริยาของผู้ป่วย

6.4 การเขียนรายงานไม่ควรใส่ความคิดเห็นหรือความรู้สึกส่วนตัวของผู้รายงาน

6.5 ถ้าจำเป็นต้องยกตัวอย่างให้ใช้คำพูดของเด็ก

6.6 สภาวะทางด้านพฤติกรรม จิตใจ อารมณ์ และปฏิกิริยาของเด็ก สตรี ตั้งแต่แรก
จนจำหน่าย

7. แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำในเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

7.1 เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่ OPD/ER ให้เจ้าหน้าที่ ดำเนินการโดย

7.1.1 สอดส่องบุคคลที่มีพฤติกรรมน่าสงสัย โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็น ระยะเวลา

7.1.2 แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยช่วยเหลือ

7.1.3 แจ้งตำรวจ 191/ร้อยเวรสอบสวน กรณีที่เจ้าหน้าที่ รักษาความปลอดภัยไม่สามารถ
ดำเนินการได้

7.2 เมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่คอยดูแลดังนี้

7.2.1. ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเรื่องความปลอดภัยและ การขอความช่วยเหลือที่จำเป็น

7.2.2 การประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะกรณีเด็กที่ถูกกระทำ
จากบุคคลในครอบครัว ต้องประเมินความสัมพันธ์ และทำทักของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง และอาจต้อง
ควบคุมการเยี่ยมเด็กของผู้ที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการให้ข้อมูล หรือการให้ความคุ้มครองเด็ก

7.2.3 ดูแลสอดส่องบุคคลที่มีพฤติกรรมน่าสงสัย

7.2.4 จัดแยกผู้ป่วยให้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมและ ปลอดภัย เช่น ห้องแยกเตียงนอน
อยู่ในสายตาของพยาบาล และอยู่ด้านในของตึก

7.2.5 จัดให้ญาติ / ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยยินยอม และต้องการ ให้เฝ้าตลอดเวลา

- 7.2.6 ไม่ปิดป้ายชื่อที่หน้าตึก / หน้าห้อง
- 7.2.7 ไม่ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์
- 7.2.8 ประสานงานกับประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ เพื่อไม่ให้ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล ทางโทรศัพท์
- 7.2.9 ถ้ามีบุคคลที่น่าสงสัยให้พยาบาลหัวหน้าเวรแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าอย่างเหมาะสม ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้ ให้แจ้งบุคคลต่อไป
- 7.2.10 แจ้งหัวหน้าตามลำดับชั้นตอนหรือเวรตรวจ
- 7.2.11 แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย
- 7.2.12 แจ้งตำรวจ 191 / ร้อยเวรอาญา กรณีที่เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยไม่สามารถดำเนินการได้

7.3 เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ถ้าเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำให้ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปอยู่สถานฟื้นฟูจิตใจระยะยาวของหน่วยงานกรมพัฒนา สังคมและสวัสดิการ หรือหน่วยงานเอกชน

8. การประเมินครอบครัว

หลังจากการช่วยเหลือเรื่องร่างกายและจิตใจแล้ว ควรได้รับการช่วยเหลือในเรื่องความปลอดภัย ไม่ให้ถูกกระทำซ้ำ โดยการประเมินครอบครัวและหาที่พักที่ปลอดภัยในกรณีที่จำเป็น แนวทางการประเมินครอบครัว มีวิธีประเมินดังนี้

8.1 การสังเกตโดยผู้ให้การช่วยเหลือมีทักษะในการสังเกตอย่างดี และเป็นผู้ที่มีความไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแสดงออก การสังเกตที่เป็นประโยชน์อย่างมากต้องรวมถึงการสังเกตภาษากาย เช่น ท่าทาง การแต่งตัว ความใกล้ชิด การพูดจา สื่อสารระหว่างกันของคนในครอบครัว ภาษากายเป็นสิ่งสำคัญบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

8.2 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้ประเมินใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการช่วยเหลือเด็กและครอบครัว

8.3 การหาข้อเท็จจริง โดยใช้ทักษะการฟังและการใช้คำถามที่ดี โดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่ครอบครัว คิดนั้นผิดหรือถูก ทั้งนี้ต้องระวังท่าทีและความรู้สึก ที่จะไม่นำความรู้สึกส่วนตัวไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นด้วย

8.4 การประเมินควรครอบคลุมถึงประเด็นสำคัญดังนี้

- 8.4.1 ฐานะครอบครัว
- 8.4.2 ลักษณะของครอบครัว
- 8.4.3 ความผูกพันในครอบครัว
- 8.4.4 การแก้ปัญหาของครอบครัว

- 8.4.5 บทบาทของสมาชิกในครอบครัว
- 8.4.6 เหตุการณ์วิกฤติในครอบครัว เช่น การตักงาน เป็นต้น
- 8.4.7 ศักยภาพของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาสิ่งที่เกิดขึ้น
- 8.4.8 ความรู้สึกของคนในครอบครัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น
- 8.4.9 นอกจากครอบครัวแล้ว มีใครสามารถ ช่วยเหลือเด็ก และสตรีได้

9. หลักการรักษาความลับ (Confidentiality)

เป็นเรื่องสำคัญมาก และเป็นจรรยาบรรณหนึ่งของผู้ให้บริการซึ่งต้องปฏิบัติโดยเคร่งครัด เพื่อให้เขาเชื่อถือศรัทธาในตัวผู้ให้บริการและไว้วางใจที่จะพูดคุยปรึกษาเรื่องราวได้อย่างเต็มที่และสบายใจว่าจะไม่เปิดเผย เรื่องราวของเขาให้ผู้อื่นทราบ ยกเว้นได้รับอนุญาตจากผู้รับบริการก่อนหรือในกรณีจำเป็นต้องเปิดเผยเรื่องราวกับนักวิชาการหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการเท่านั้น

10. แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในชุมชน

10.1 การเตรียมการ ค้นหาปัญหา/กลุ่มเป้าหมาย โดยการ

- 10.1.1 สืบหาข้อมูล การเจ็บป่วยที่เกิดจากความรุนแรงในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder)
- 10.1.2 ศึกษาสภาพปัญหาความรุนแรง ครอบครัว ชุมชน และความจำเป็น เอกสารที่เกี่ยวข้อง การเยี่ยมบ้านสอบถาม และสังเกต

10.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 3 ระดับ ตามความสำคัญเร่งด่วนของสถานการณ์ปัญหาตามแนวคิด การป้องกันความรุนแรงต่อเด็กและสตรี

- 10.2.1 ระดับปฐมภูมิ การดำเนินการป้องกัน ก่อนที่ความรุนแรงจะเกิด
- 10.2.2 ระดับทุติยภูมิ การดำเนินการ ที่สามารถ วินิจฉัยความรุนแรง ได้ทันเวลา และสามารถหยุดยั้ง โดยเร็ว ที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 10.2.3 ระดับตติยภูมิ การดำเนินการเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดความรุนแรงซ้ำ หรือ ทำให้พลกระทบจากความรุนแรงเฝ้าระวังลง

10.3 จัดทำแผน /โครงการ โดย

- 10.3.1 กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการ สถานที่ ระยะเวลา และงบประมาณ
- 10.3.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ
- 10.3.3 ประชุมชี้แจง การดำเนินการตามโครงการ /มาตรการ /แนวทางการดำเนินการร่วมกับเครือข่าย บริการสุขภาพ บริการสังคม การศึกษา กฎหมาย ศาสนา และองค์กรชุมชน

10.4 การดำเนินงาน

10.4.1 จัดบริการ การรักษาพยาบาล หรืออื่นๆ ตามสภาพที่ประสบปัญหา ของ ผู้ถูกกระทำรุนแรง

10.4.2 ประสานงาน/ส่งต่อหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง

10.4.3 ประสานงานระดมทรัพยากรในชุมชน

10.4.4 การให้ความรู้แก่ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย

10.4.5 การอบรม ผู้นำ อาสาสมัคร

10.4.6 การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม ดูแลตนเอง

10.5 การประเมินและติดตามผล โดยการสัมภาษณ์ สอบถาม เยี่ยมบ้าน หรือ ประชุม

10. แนวทางการดำเนินงานป้องกันความรุนแรงในชุมชน

10.1 คัดเลือกแกนนำอาสาสมัครป้องกันความรุนแรงในชุมชน

10.2 คัดเลือก หรือ รับสมัคร อาสาสมัคร ป้องกันความรุนแรง ในชุมชน

10.3 จัดหาสถานที่ ในชุมชน ในการจัดตั้งศูนย์ป้องกันความรุนแรงในชุมชน

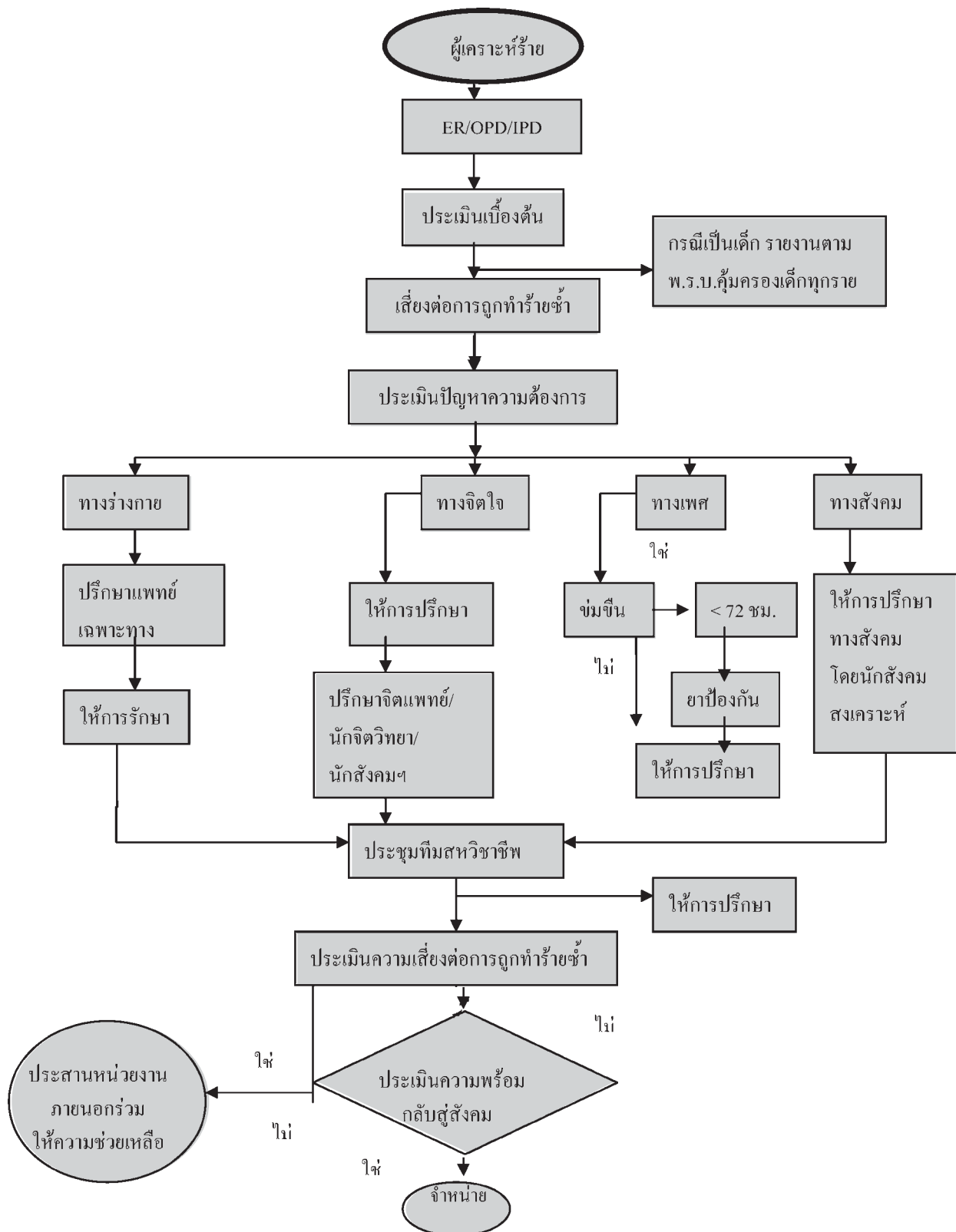
10.4 กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในชุมชน

10.5 ประสานงานกับองค์กรภาครัฐ และเอกชน (หน่วยบริการสุขภาพ บริการด้านสวัสดิการ สังคม บริการด้านกฎหมาย การศึกษา ศาสนา และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

10.6 ระดมสมอง หรือแหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการตาม สถานการณ์และความเหมาะสมกับชุมชน

แนวทางการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงนี้ สำหรับเป็นแนวทางให้โรงพยาบาล ทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน นำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ ตามความเหมาะสม ของแต่ละ โรงพยาบาลได้ตามบริบทของแต่ละ โรงพยาบาล

แผนภูมิขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย / จิตใจ / เพศ



ภาพที่ 1 แผนภูมิการช่วยเหลือผู้ป่วย

ที่มา : แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด
สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย / จิตใจ / เพศ

1. รายละเอียด ขั้นตอนปฏิบัติ

1.1 เมื่อพบผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย / จิตใจ / เพศ ที่ OPD / ER / IPD แพทย์/พยาบาล มีหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย / จิตใจ / เพศ และให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

1.2 ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ และดำเนินการป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำ ในเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

1.3 ประเมินปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลือในด้าน

1.3.1 ด้านร่างกาย ประเมินความต้องการการรักษาเฉพาะทางและส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม

1.3.2 ด้านจิตใจ ประเมินความรุนแรงด้านจิตใจ จากอาการและอาการแสดงที่มีผลต่อร่างกาย เช่น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อชีวิต และอาการจิตหลอน

1.3.3 ด้านเพศ ให้การช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติกรณีถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

1.4 ประชุมทีมสหวิชาชีพให้ผู้รับผิดชอบบันทึกในส่วนที่เกี่ยวข้องในแบบบันทึกผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาล

1.5 กรณีผู้ต้องหาหรือผู้สงสัย แพทย์ตรวจประเมิน

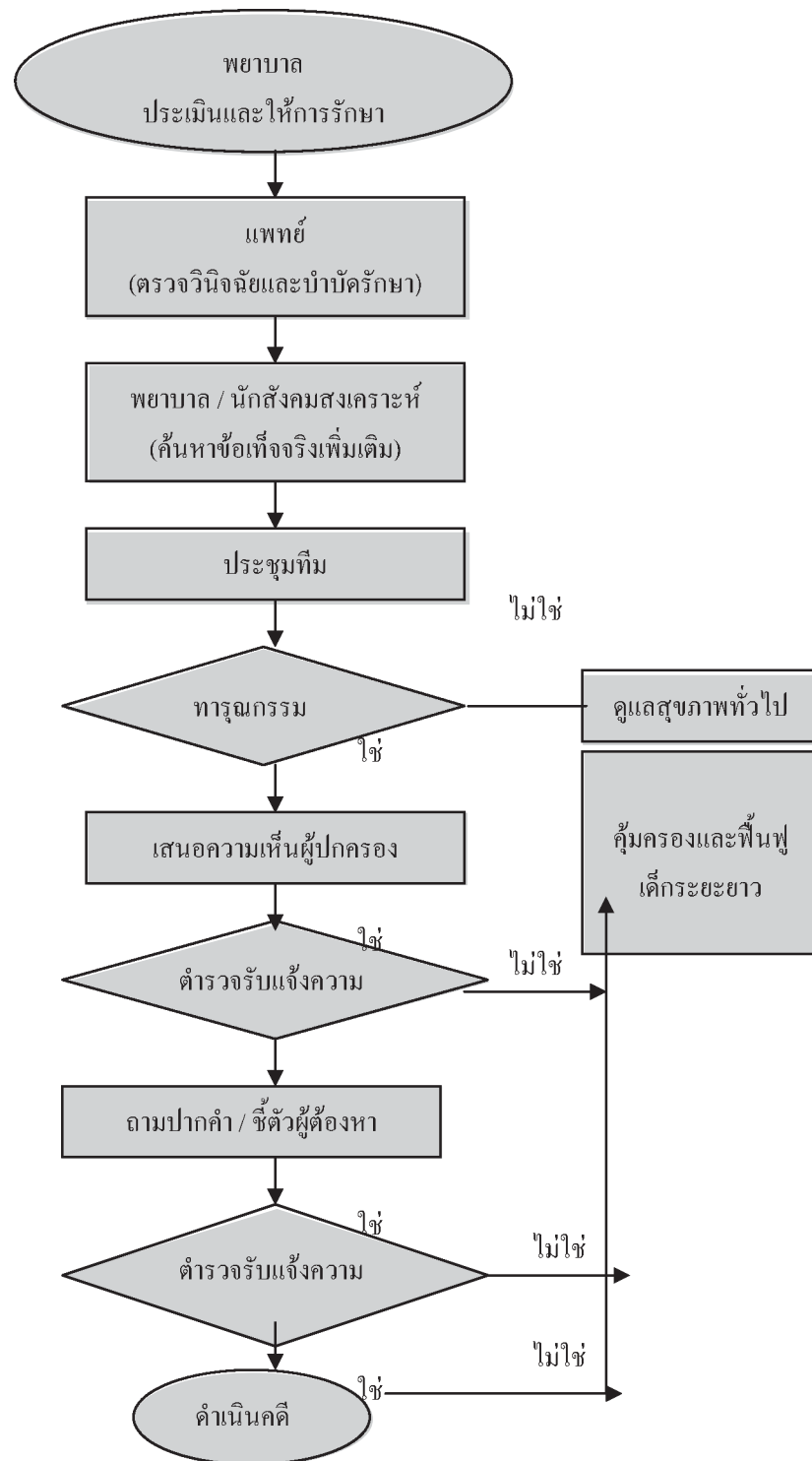
1.6 ส่งพบนักสังคมสงเคราะห์เพื่อประเมินสภาพครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

1.7 คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงหาหรือหรือประชุมคณะทำงานประจำเดือน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการดำเนินการที่เหมาะสม โดยการประสานงานภายในและภายนอกเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

1.8 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน บันทึกโรคตาม ICD 10

1.9 การตรวจผู้ต้องหาหรือผู้สงสัย

ขั้นตอนการประสานงานของ
ทีมสหวิชาชีพภายใน - ภายนอกโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการประสานงาน

ที่มา : แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด
สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

แนวทางปฏิบัติในการประสานงานของทศสววิชาชีพ

1. ประชุม /หารือทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล
2. พยาบาลเยี่ยมบ้านหรือนักสังคมสงเคราะห์ทำการเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมโรงเรียน หรือประสานกับองค์กรอื่น เพื่อหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมและประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ
3. แจ้งข้อเท็จจริงกับผู้ปกครองและหรือญาติ ถามความเห็นในการดำเนินคดี
4. แนะนำให้ผู้ปกครองแจ้งความกับตำรวจที่สถานีตำรวจหากไม่อยู่ในสภาพที่สามารถดำเนินการได้เอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นผู้แจ้งความร้องทุกข์ให้หรือประสานหน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัดดำเนินการ
5. ให้การปรึกษาแก่สตรี เด็ก และครอบครัว กรณีที่แจ้งความดำเนินคดี ตำรวจจะเป็นผู้นัดหมายผู้ทำหน้าที่นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ขึ้นทะเบียนแล้วกับกระทรวงยุติธรรมตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม ป.วิอาญา (ฉบับที่ 20) เพื่อถามปากคำในชั้นสอบสวน ซึ่งผู้ต้องหาจากนั้นตำรวจจะส่งสำนวนคดีไปยังอัยการเพื่อพิจารณาส่งฟ้องศาลและพิจารณาคดีในชั้นศาลอาญาต่อไป
6. นักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาล ประเมินความต้องการทางด้านสังคม ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและประสานงานกับพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อคุ้มครองเด็กและสตรีและฟื้นฟูสภาพจิตใจระยะยาวต่อไป

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรสา โหมวินทะ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัว ในพื้นที่ 4 ภาค ของประเทศไทย โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแบบปลายเปิด ผู้ที่มีอาการบาดเจ็บและเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่งๆ ละ 200 ราย รวมทั้งหมด 800 ราย เก็บข้อมูล จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มแรกเป็นผู้บาดเจ็บจากสาเหตุความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 100 คน ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็น กลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลผู้บาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ จำนวน 100 คน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน- ตุลาคม 2549 การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata 8 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน โดยใช้ Chisquare test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และใช้ Binary logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว พฤติกรรม และสื่อ โดย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศหญิงมีโอกาสถูกกระทำรุนแรงมากเป็น 3.7 เท่าของเพศชาย 2) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ทะเลาะวิวาทกันบ่อยๆ และ มีการหนีออกจากบ้านเมื่อทะเลาะวิวาท เป็นครอบครัวที่มีโอกาสเกิดความรุนแรงมากเป็น 3.94 และ 3.93 เท่าตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ทะเลาะและไม่มีการหนีออกจากบ้านเมื่อทะเลาะ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกชอบบังคับ ชูเจ้า มีนิสัยก้าวร้าว, อารมณ์เสียง่าย, ดุด่าเรอสา และดื่มสุราเป็นประจำ มีโอกาสเกิดความรุนแรงมากเป็น 1.96, 1.72, 2.48 และ 1.60 เท่าตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 4) ปัจจัยด้านสื่อพบว่า

ครอบครัวที่มีผู้ชอบดูสื่อทุกประเภทที่มีการแข่งขันต่อสู้ มีโอกาสเกิดความรุนแรงมากเป็น 1.95 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่มีผู้ชอบดูสื่อเหล่านี้

นิภาพรรณ สฤทธอภีรักษ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในกลุ่มสตรีและเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยและลักษณะทางระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในกลุ่มสตรีและเด็ก เก็บข้อมูลในเด็กหญิงและเด็กชายที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกกระทำรุนแรงทางเพศ และเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่ง กระจายตามภาคต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน 2547 ผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) การถูกทำร้ายในกลุ่มสตรีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 225 ราย พบว่า ถูกทำร้ายร่างกายจำนวน 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.7 ผู้ทำร้ายคือสามี /คนรักปัจจุบันร้อยละ 61.7 รองลงมาคือญาติ ร้อยละ 12.8 ผู้บาดเจ็บมีอายุเฉลี่ย 34.4 ปี ช่วงเวลาที่เกิดเหตุสูงสุด คือ 18.00 - 24.00 น. พบได้ร้อยละ 42.5 สาเหตุของการทำร้ายเกิดจากอารมณ์หึงหวง ความเจ้าชู้ การข่มขืนหรือแยกทางกับคนรักแล้ว ตกลงกันไม่ได้ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน พบร้อยละ 17.7 และปัจจัยอื่นๆ เช่น ค่าหอทำร้ายผู้อื่น ผู้ทำร้ายมีความเครียด ดื่มสุรา ดิตสารเสพติด แห่เข้าไปห้ามจึงถูกทำร้าย กรณีที่ถูกสามีทำร้ายพบว่ามีระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันหลังแต่งงานไม่เกิน 5 ปี พบร้อยละ 48.2 ส่วนกลุ่มที่ 2 คือการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีจำนวน 84 ราย พบว่าถูกข่มขืนร้อยละ 88.1 อายุเฉลี่ยของเหยื่อ คือ 19 ปีเศษ ผู้ทำร้ายมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.6 เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 19.0 ถูกข่มขืนโดยคนรู้จักร้อยละ 77.4 สถานที่เกิดเหตุ คือที่เปลี่ยวร้อยละ 32.1 บริเวณบ้านของเหยื่อร้อยละ 23.8 บ้านผู้ทำร้ายร้อยละ 21.4 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุสูงสุด คือ 18.00 - 24.00น. พบร้อยละ 42.9 สาเหตุของการถูกล่วงละเมิดทางเพศเพราะ ใ่วใจคนรู้จัก เชื่อคนง่าย พบร้อยละ 34.5 ผู้ทำร้ายจึงจะหาโอกาสที่จะกระทำร้อยละ 22.6 และสาเหตุอื่นๆ เช่น การถูกหลอก/ล่อลวง โดยมีคนต่อเหยื่อมีพฤติกรรม เทียวกลางคืน แห่ทำงานกลางคืน กลับบ้านดึก เหยื่อมีความพิการทางสมอง หรือระดับสติปัญญาต่ำ การล้าแค้นจากคู่อริ การจีบสั่นชิงทรัพย์แล้วข่มขืน พฤติกรรมของเหยื่อที่อาจนำไปสู่การทำร้าย ได้แก่ ดื่มสุราก่อนเกิดเหตุร้อยละ 18.7 พุดน้อย เงียบมากที่สุด ร้อยละ 29.8 จู้จี้บ่น ร้อยละ 25.3 พุดจาประชดเสียดสี ร้อยละ 18.7 2) การถูกทำร้ายในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 70 ราย พบว่าถูกทำร้ายร่างกาย 10 ราย โดยถูกพ่อหรือแม่ของตนเองทำร้าย 6 ราย ด้วยวิธีใช้ ความร้อน ของร้อน ใช้กำลังเตะต่อย ชก ตบ ตีและจับศีรษะไขกกับของแข็ง การบาดเจ็บเกิดจากบิดา มารดาของผู้บาดเจ็บมีความเครียด ผู้บาดเจ็บอยู่กับบิดา หรือมารดาคนใดคนหนึ่งเท่านั้น เช่น บิดาถูกมารดาทิ้งไป หรือมารดาเป็นภรรยานอกสมรส อีกกลุ่มหนึ่งคือการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 60 ราย พบว่าเป็นการถูกข่มขืนร้อยละ 73.4 เป็นเด็กหญิงอายุ 4-14 ปี กลุ่มอายุ 11-14 ปี พบร้อยละ 86.4 ผู้ทำร้ายร้อยละ 70.5 เป็นคนรู้จักที่ไม่ใช่ญาติ ผลที่เกิดขึ้นภายหลังพบว่าการตั้งครรภ์ 3 ราย การข่มขืน ร้อยละ 75 ไม่ใช่วิธีการทำร้ายร่างกาย แต่เป็นการใช้กำลังของความเป็นชายที่แข็งแกร่งกว่าบังคับ สาเหตุของการเกิดมีลักษณะเหมือนกับกรณีกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป กรณีผู้ทำร้ายเป็นเด็กนักเรียนชาย เกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมสื่อลามกหรือพ่อแม่ไม่ปิดบังการมีเพศสัมพันธ์กัน

นิยามศัพท์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยามศัพท์ปฏิบัติการของตัวแปรที่จะศึกษา ดังนี้

ความรุนแรง หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดส่วนบุคคล ทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ โดยการบังคับขู่เข็ญ ทำร้ายทรมาน คุกคาม กีดกันเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะและในการดำเนินชีวิตส่วนตัว ซึ่งเป็นผลหรืออาจจะเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ถูกกระทำ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายของ “ความรุนแรงต่อสตรี” ในปญญาสากล่าวด้วย การขจัดความรุนแรงต่อสตรี หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการละเมิดสิทธิทางเพศ ซึ่งเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่สตรี รวมทั้งการขู่เข็ญ คุกคาม กีดกันเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะและชีวิตส่วนตัว นอกจากนี้ยังให้รวมถึงความรุนแรงต่อไปนี้

1. ความรุนแรงต่อร่างกาย ทางเพศ และจิตใจที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้ง การทรมานทางเพศต่อเด็กและสตรีในบ้าน ความรุนแรงอันมีเหตุมาจากของหมั้นที่ฝ่ายหญิง ให้กับครอบครัวสามี การข่มขืนโดยคู่สมรส การขลิบอวัยวะเพศสตรี และข้อปฏิบัติตามประเพณีต่างๆ อันเป็นอันตรายต่อสตรีและความรุนแรงที่เป็นการหาประโยชน์จากสตรี

2. ความรุนแรงต่อร่างกาย ทางเพศ และจิตใจที่เกิดขึ้นภายในชุมชนทั่วไป รวมถึงการข่มขืน การทรมานทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ การข่มขู่ในสถานที่ทำงาน ในสถาบันการศึกษาและสถานที่ต่างๆ การค้าหญิงและการบังคับค้าประเวณี

3. ความเพิกเฉยของรัฐต่อความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่เกิดทางร่างกาย ทางเพศ และจิตใจ

สำหรับความรุนแรงต่อเด็ก หรือการกระทำทารุณต่อเด็ก หมายถึงการที่เด็กได้รับ การปฏิบัติจากผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นในหรือนอกครอบครัว ในลักษณะที่ไม่เป็นที่ยอมรับตามบรรทัดทางสังคม วัฒนธรรมที่เด็กอยู่ในช่วงเวลานั้น จนเป็นเหตุให้เด็กได้รับอันตราย บาดเจ็บ กระทั่งกระทบกระเทือนทางด้านร่างกาย จิตใจและทางเพศตลอดจนการละเลยไม่สนองตอบ ความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหาร การดูแลสุขภาพ และ การอบรมเลี้ยงดู ทั้งนี้ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กของ สหประชาชาติได้ระบุไว้ว่า เด็กคือผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และได้กล่าวถึง ความรุนแรงต่อเด็ก ดังนี้ รัฐภาคีจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมทั้งปวง ด้านนิติบัญญัติ บริหารสังคม และการศึกษา ในอันที่จะคุ้มครองเด็กจากรูปแบบทั้งปวงของความรุนแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การทำร้ายหรือการกระทำอันมิชอบ การทอดทิ้งหรือการปฏิบัติโดยประมาท การปฏิบัติที่ผิดหรือการแสวงประโยชน์ รวมถึงการกระทำที่มีขอบทางเพศ ขณะอยู่ในความดูแลของบิดามารดา ผู้ปกครอง ตามกฎหมายหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งเด็กนั้นอยู่ในความดูแล

เด็ก หมายถึงผู้ที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ไม่รวมถึงผู้ที่สมรสโดยถูกต้องตามกฎหมาย

สตรี หมายถึงผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปรวมทั้งผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีที่สมรสโดยถูกต้องตามกฎหมาย



บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษา ครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร โดยการค้นคว้าเอกสารแนวคิดในเรื่องการกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรี ได้แก่ แนวคิดในเรื่องบทบาทหญิงชาย แนวคิดเรื่องความรุนแรงในครอบครัว และรายงานการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2547-2550

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ได้แก่ ศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

รายงานการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2547-2550

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารแนวคิดในเรื่องบทบาทหญิงชาย ความรุนแรงในครอบครัว แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ในเครือข่ายระดับจังหวัด และรายงาน การให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547-2550



บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการให้มีการจัดตั้ง ศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรง (ศูนย์พึ่งได้) ขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่ง ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ตั้งแต่ปี 2543 โดยได้จัดทำโครงการนำร่องใน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 20 แห่ง และในเวลาต่อมาได้ขยายให้ครอบคลุมโรงพยาบาล ทั่วประเทศ ในปี 2547

ผลการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ที่ผ่านมามีตั้งแต่ ปี 2547-2550 ได้มีการให้บริการช่วยเหลือ เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงดังนี้

1. จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ปี 2547-2550

เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาล เป็นเพียงส่วนน้อย ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความรุนแรงต่อเด็กและสตรีที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นเรื่องที่ถูกปิดบังเอาไว้ เนื่องจากมีความเชื่อว่า ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผยให้คนอื่นทราบ ดังนั้นเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้น โรงพยาบาลจึงมักเป็นที่พึ่งแห่งแรกที่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงสามารถเข้าไปขอรับบริการโดยไม่กระดากและเขินอาย ซึ่งผู้ป่วยบางรายก็ยังไม่บอก สาเหตุที่แท้จริงของการถูกกระทำรุนแรงที่มาขอรับบริการในครั้งนี้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการใน ศูนย์พึ่งได้จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในนิยามของความรุนแรง มีเทคนิคในการซักประวัติ เพื่อให้ได้ ข้อเท็จจริงเพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาตลอดจนมีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงาน ภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครบวงจร

ตารางที่ 1 จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ปี 2547-2550

ปี	จำนวนรพ.	จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	เฉลี่ย (ราย/วัน)
2547	70	6,951	19
2548	109	11,542	32
2549	110	15,882	44
2550	297	19,068	52

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 1 พบว่า ในปี 2547 มีโรงพยาบาลส่งข้อมูลจำนวน 70 แห่ง มีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง 6,951 ราย (19ราย /วัน) ปี 2548 มีโรงพยาบาลส่งข้อมูลจำนวน 109 แห่ง มีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง 11,542 ราย (32ราย /วัน) ปี 2549 มีโรงพยาบาลส่งข้อมูลจำนวน 110 แห่ง มีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง 15,882 ราย (44ราย /วัน) และปี 2550 มีโรงพยาบาลส่งข้อมูลจำนวน 297 แห่ง มีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง 19,068 ราย (52 ราย /วัน)

2. จำนวนเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ

หมายถึงจำนวนเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายที่ถูกกระทำรุนแรง และเข้ามาใช้บริการ ในศูนย์พึ่งได้ โดยลักษณะของการกระทำรุนแรงจะมีทั้งการกระทำรุนแรงทางร่างกาย จิตใจ ทางเพศและการถูกทอดทิ้ง

ตารางที่ 2 จำนวนเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ

ปี	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม
2547	690	20.50	2,676	79.50	3,366
2548	792	13.46	5,094	86.54	5,886
2549	1,601	20.06	6,380	79.94	7,981
2550	1,826	19.02	7,772	80.98	9,598

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 2 พบว่า เด็กผู้หญิงถูกระทำรุนแรงมีสัดส่วนมากกว่าเด็กผู้ชาย โดยในปี 2547 เป็นกลุ่มเด็กผู้หญิง ร้อยละ 79.50 และกลุ่มเด็กผู้ชาย ร้อยละ 20.50 ปี 2548 กลุ่มเด็กผู้หญิง จำนวน ร้อยละ 86.54 และกลุ่มเด็กผู้ชาย ร้อยละ 13.46 ปี 2549 กลุ่มเด็กผู้หญิง ร้อยละ 79.94 และกลุ่มเด็กผู้ชาย ร้อยละ 20.06 ปี 2550 เป็นกลุ่มเด็กผู้หญิง ร้อยละ 80.98 และกลุ่มเด็กผู้ชาย ร้อยละ 19.02

3. จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามสถานะเด็กและสตรี

กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในศูนย์ฯนี้ได้ จะมีทั้งเด็กและสตรีเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยมีการให้นิยามตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

เด็ก หมายถึงผู้ปวยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส (ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546)

สตรี หมายถึงผู้ปวยหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส (การสมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามสถานะเด็กและสตรี

ปี	เด็ก		สตรี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2547	3,366	48.42	3,585	51.58
2548	5,886	51.00	5,656	49.00
2549	7,981	50.25	7,901	49.75
2550	9,579	50.33	8,172	42.86

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์ฯฯได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 3 พบว่า เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในปี 2547 โดยเป็นกลุ่มเด็ก ร้อยละ 48.42 และกลุ่มผู้หญิง ร้อยละ 51.58 ปี 2548 เป็นกลุ่มเด็ก ร้อยละ 51.00 และกลุ่มผู้หญิง ร้อยละ 49.00 ปี 2549 เป็นกลุ่มเด็ก ร้อยละ 50.25 และกลุ่มผู้หญิง ร้อยละ 49.75 ปี 2550 เป็นกลุ่มเด็ก ร้อยละ 50.33และกลุ่มผู้หญิง ร้อยละ 42.86 ตามลำดับ

4. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามผู้กระทำ

จากผลการดำเนินงานของศูนย์ฯฯได้ที่ผ่านมา พบว่าผู้กระทำความรุนแรงในเด็ก โดยมากมักจะเป็นบิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลเด็ก โดยมีสาเหตุที่แตกต่างกันไป เช่น ผู้ที่เลี้ยงดูเด็ก

เคยมีประสบการณ์กับสิ่งที่ก้าวร้าวรุนแรง หรือเคยถูกระทำทารุณในวัยเด็ก หรือ มี อาการทางจิตประสาท หรือติดการพนัน ยาเสพติด เป็นต้น ส่วนการกระทำรุนแรงในสตรี ผู้กระทำมักเป็นสามีหรือแฟน โดยมี สาเหตุมาจากการเมาสุรา และการหึงหวง นอกใจ ทำให้เกิดการทำร้ายกันขึ้นระหว่างสามีและภรรยา

ตารางที่ 4 จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามผู้กระทำ

ลักษณะผู้กระทำ	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550		
	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ
แฟน/เพื่อน/ผู้ใกล้ชิด/คนรู้จัก	1,384	28.2	2	4,244	36.60	1	5,764	36.29	1	7,845	49.39	1
สามี	1,075	22.55	3	3,139	27.07	2	4,131	26.01	2	4,378	27.56	2
สมาชิกในครอบครัว/ญาติ	565	11.85	4	1,505	12.98	4	2,143	13.49	4	1,133	7.13	4
พ่อ/แม่	-	0.00		355	3.06	6	504	3.17	6	432	2.72	6
พ่อเลี้ยง/แม่เลี้ยง	-	0.00		185	1.60	7	389	2.45	7	288	1.81	7
คนร้าย	-	0.000		654	5.64	5	502	3.16	5	619	3.89	5
อื่นๆ	1,779	37.32	1	1,514	13.06	3	2,272	14.31	3	2,377	14.96	3
รวม												

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- หมายเหตุ**
1. คนรู้จัก หมายถึงรวมถึง แฟน เพื่อนผู้ใกล้ชิดและคนรู้จัก
 2. คนในครอบครัว หมายถึงรวมถึง สมาชิกในครอบครัวและญาติ
 3. อื่นๆ หมายถึงรวมถึง นายจ้าง ครู พระ และคนไม่รู้จัก

จากตาราง 4 พบว่าผู้กระทำรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนรู้จัก และเป็นคนในครอบครัว ที่ผู้ถูกกระทำคุ้นเคยและไว้วางใจเป็นอย่างดี ปี 2547 คนรู้จัก ร้อยละ 28.28 รองลงมาเป็นสามี ร้อยละ 22.55 คนในครอบครัว ร้อยละ 11.85 และอื่นๆ ร้อยละ 37.32 (การนิยามยังไม่ชัดเจน) ปี 2548 เป็นคนรู้จักมากที่สุด ร้อยละ 36.00 รองลงมาเป็น สามี ร้อยละ 27.07 สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 12.98 อื่นๆ ร้อยละ 13.06 คนร้าย ร้อยละ 5.60 พ่อหรือ แม่ ร้อยละ 3.06 และพ่อ หรือ แม่เลี้ยง ร้อยละ 1.60 ตามลำดับ ปี 2549 เป็นคนรู้จักมากที่สุดเช่นเดียวกัน ถึงร้อยละ 36.29 รองลงมาเป็น สามี ร้อยละ 26.01 อื่นๆ ร้อยละ 14.31 สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 13.49 พ่อหรือ แม่ ร้อยละ 3.17 คนร้าย ร้อยละ 3.16 และพ่อหรือแม่ เลี้ยง ร้อยละ 2.45 ตามลำดับ ปี 2550 เป็นคนรู้จักมากที่สุด ร้อยละ 49.39 รองลงมาเป็น

สามี ร้อยละ 27.56 อื่นๆ ร้อยละ 14.96 สมาชิก ในครอบครัว ร้อยละ 7.13 พ่อหรือ แม่ ร้อยละ 2.72 คนร้าย ร้อยละ 3.89 และพ่อหรือแม่ เลี้ยง ร้อยละ 1.81 ตามลำดับ

5. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามสาเหตุของการกระทำรุนแรง

การกระทำรุนแรงในเด็กและสตรี มีสาเหตุที่แตกต่างกัน โดย การกระทำรุนแรงในเด็กนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการทารุณกรรมของบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้ที่ดูแลเด็ก หรือ บางรายอาจมีสาเหตุมาจากการถูกล่อลวง ในรูปแบบต่างๆ เช่น การหลอกพาไปหาพ่อแม่ พาไป ซื้องาน หรือ บางรายถูกล่อลวงทาง Internet นอกจากนี้ยังพบสาเหตุในเรื่องสื่อลามก การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในเด็กวัยรุ่นอันจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การทอดทิ้งเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นจำนวนมาก

ส่วนการกระทำรุนแรงในสตรี นั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก สามีเมาสุรา หรือติดสารเสพติด หรือการทะเลาะวิวาท หึงหวงกัน หรือ บางรายอาจมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อกัน

ตารางที่ 5 จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามสาเหตุของการกระทำรุนแรง

สาเหตุ	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550		
	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ
เมาสุรา/ ติดสาร เสพติด	919	21.10	3	2,538	21.52	3	4,486	29.16	1	4,056	23.80	3
นอกใจ/ หึงหวง/ ทะเลาะ วิวาท	1,024	23.51	2	2,869	24.33	2	3,788	24.63	2	4,151	24.36	2
เจตนา ล่อลวง		0.000		1,465	12.42	4	2,170	14.11	4	3,649	21.41	4
ปัญหา เศรษฐกิจ	197	4.52	4	674	5.72	5	1,005	6.53	5	579	3.39	5
สื่อลามก	115	2.64	5	310	2.63	6	215	1.40	6	410	2.40	6
อื่นๆ	2,100	48.22	1	3,935	33.37	1	3,718	24.17	3	4,194	24.61	1
รวม	4,355	100.00		11,791	100.00		15,382	100.00		17,039	100.00	

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- หมายเหตุ 1. อื่นๆ หมายถึง มีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร มีโอกาส/ความใกล้ชิด ยินยอม ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ไม่แน่ใจ ไม่ทราบสาเหตุ พ่อแม่ไม่ยอมรับ ถูกข่มขืน หรือถูกจี้ หรือใช้กำลัง และทำโทษ

จากตารางที่ 5 พบว่า ปี 2547 สาเหตุอื่นๆ เช่น ยินยอม ความใกล้ชิด โอกาสอันวญ ปัญหาครอบครัว ถูกข่มขืน และทำโทษ มีมากที่สุดถึงร้อยละ 48.22 รองลงมา เกือบ 1 ใน 4 มาจากนอกใจ หึงหวง ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 23.51 คือ เมาสุรา ดิดสารเสพติด ร้อยละ 21.10 ที่เหลือเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 4.52 และสื่อลามกร้อยละ 2.64 ปี 2548 สาเหตุที่พบมากที่สุด ยังเป็นอื่นๆ เช่นกัน คือ ร้อยละ 33.37 รองลงมาคือ นอกใจ หึงหวง ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 24.33 เมาสุรา ดิดสารเสพติดมีค่าใกล้เคียงกัน ร้อยละ 21.52 ที่เหลือเป็น เจตนาล่อลวง ร้อยละ 12.42 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 5.72 และสื่อลามกร้อยละ 2.63 ตามลำดับ ส่วนในปี 2549 กลับพบว่าสาเหตุที่พบมากที่สุดกลับเป็น เมาสุรา ดิดสารเสพติด คือ ร้อยละ 29.16 ลำดับที่ 2 เป็นนอกใจ หึงหวง ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 24.63 ลำดับที่ 3 เป็น สาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 24.17 ส่วนลำดับรองลงมาเป็น เจตนาล่อลวง ร้อยละ 14.11 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 6.53 และสื่อลามกเป็นลำดับสุดท้ายเพียงร้อยละ 1.40

ปี 2550 สาเหตุที่พบมากที่สุด เป็น สาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 24.61 ลำดับที่ 2 เป็นนอกใจ หึงหวง ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 24.36 ลำดับที่ 3 เป็นเมาสุรา ดิดสารเสพติด ร้อยละ 23.80 ส่วนลำดับรองลงมาเป็น เจตนาล่อลวง ร้อยละ 21.41 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 3.39 และสื่อลามกเป็นลำดับสุดท้ายเพียงร้อยละ 2.40

6. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปี จำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรง

ประเภทของการกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรีสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ การกระทำความรุนแรงทางร่างกาย การกระทำความรุนแรงทางจิตใจ การกระทำความรุนแรงทางเพศ และ การละเลยทอดทิ้ง

ตารางที่ 6 จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปี จำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรง

ประเภท	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550		
	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ
ร่างกาย	2,888	43.40	2	5,483	44.90	1	7,961	50.71	1	8,389	49.14	1
เพศ	3,132	47.06	1	5,389	44.13	2	6,799	43.31	2	7,393	43.31	2
จิตใจ	503	7.56	3	1,030	8.44	3	750	4.78	3	1,001	5.86	3
สังคม(ถูกทอดทิ้ง)	132	1.98	4	309	2.53	4	189	1.20	4	288	1.69	4
รวม	6,655	100.0		12,211	100.00		15,699	100.00		17,071	100.00	

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 6 ประเภทของการกระทำรุนแรง ถ้ามองในภาพรวมจะพบว่าการกระทำรุนแรงทางเพศจะพบมากที่สุด ในปี 2547 และปี 2548 โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือปี 2547 พบการกระทำรุนแรงทางด้านเพศ ร้อยละ 47.06 ทางด้านร่างกายร้อยละ 43.40 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 7.56 และทางด้านสังคม (การทะเลาะทอดทิ้ง) ร้อยละ 1.98 ปี 2548 พบทางด้านร่างกายร้อยละ 44.13 ทางด้านเพศ ร้อยละ 44.90 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 8.44 และทางด้านสังคม ร้อยละ 2.53 ส่วนปี 2549 พบการกระทำรุนแรงด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 50.71 ทางด้านเพศ ร้อยละ 43.31 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 4.78 และทางด้านสังคม ร้อยละ 1.20 และปี 2550 พบการกระทำรุนแรงด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 49.14 ทางด้านเพศ ร้อยละ 43.31 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 5.86 และทางด้านสังคม ร้อยละ 1.69

7. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในเด็ก

การจำแนกประเภทของการกระทำรุนแรงในเด็ก มีหลายวิธี แต่โดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ การทารุณกรรมทางร่างกาย การทารุณทางจิตใจ การปล่อยปละละเลยทางร่างกายไม่เลี้ยงดูอย่างพอเพียงและการทารุณกรรมทางเพศ

ตารางที่ 7 จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในเด็ก

ประเภท	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550		
	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ
ร่างกาย	659	20.91	2	1,384	22.70	2	2,168	27.72	2	2,666	28.14	2
เพศ	2,158	68.49	1	4,087	67.04	1	5,298	67.75	1	6,020	63.54	1
จิตใจ	247	7.84	3	408	6.69	3	232	2.97	3	607	6.41	3
สังคม(ถูกทอดทิ้ง)	87	2.76	4	217	3.56	4	122	1.56	4	182	1.92	4
รวม	3,151	100.00		6,096	100.00		7,820	100.00		9,475	100.00	

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 7 การกระทำรุนแรงในเด็กส่วนใหญ่เกินกว่าครึ่งเป็นการกระทำรุนแรงทางด้านเพศ ในปี 2547 พบร้อยละ 68.49 ทางด้านร่างกาย ร้อยละ 20.91 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 7.84 และทางด้านสังคม(ถูกทอดทิ้ง) ร้อยละ 2.76 ปี 2548 ประเภทของความรุนแรงทางด้านเพศ คือ ร้อยละ 67.04 ทางด้านร่างกาย ร้อยละ 22.70 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 6.69 และทางด้านสังคม ร้อยละ 3.56 ปี 2549 ประเภททางด้านเพศ คือร้อยละ 67.75 ทางด้านร่างกาย ร้อยละ 27.72 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 2.97 และทางด้านสังคม ร้อยละ 1.56 ปี 2550 ประเภททางด้านเพศ คือร้อยละ 63.54 ทางด้านร่างกาย ร้อยละ 28.14 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 6.41 และทางด้านสังคม ร้อยละ 1.92

8. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในผู้หญิง

รูปแบบของพฤติกรรมความรุนแรงในผู้หญิงที่ได้รับจากคู่ของตน มีรูปแบบที่หลากหลาย ตั้งแต่การทำร้ายทางกาย ได้แก่ การต่อย ตะ พูบตีด้วยวัตถุ กระแทบ ทำให้บาดเจ็บด้วยวิธีการต่างๆ และการฆ่าให้ตาย การทำร้ายทางเพศ เช่น การข่มขืน บังคับให้ร่วมเพศในท่าที่ผู้หญิงไม่เต็มใจ เป็นต้น จนถึงการทำร้ายทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการบีบคั้นทางจิตใจ การด่าทอข่มขู่ จะทำร้าย การกักขัง การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และการดูถูกเหยียดหยาม ส่วนการทอดทิ้ง มักจะพบในผู้สูงอายุที่สมาชิกในครอบครัวต่างต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพราะความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งนี้จะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสตรีเท่านั้น

ตารางที่ 8 จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในผู้หญิง

ประเภท	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550		
	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ	จำนวน	ร้อยละ	ลำดับ
ร่างกาย	2,229	63.61	1	4,005	65.49	1	5,793	73.57	1	5,723	75.31	1
เพศ	974	27.80	2	1,396	22.83	2	1,501	19.06	2	1,373	18.07	2
จิตใจ	256	7.31	3	622	10.17	3	518	6.58	3	394	5.18	3
สังคม(ถูกทอดทิ้ง)	45	1.28	4	92	1.50	4	62	0.79	4	109	1.43	4
รวม	3,504	100.00		6,115	100.00		7,874	100.00		7,599	100.00	

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 8 พบว่า การกระทำรุนแรงในผู้หญิงส่วนใหญ่เป็นการกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย โดยในปี 2547 พบร้อยละ 63.61 ทางด้านเพศ ร้อยละ 27.80 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 7.31 ทางด้านสังคม(ถูกทอดทิ้ง) ร้อยละ 1.28 ปี 2548 ประเภททางด้านร่างกาย คือ ร้อยละ 65.49 ทางด้านเพศ ร้อยละ 22.83 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 10.17 ทางด้านสังคม ร้อยละ 1.50 และปี 2549 ทางด้านร่างกาย คือ ร้อยละ 73.57 ทางด้านเพศ ร้อยละ 19.06 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 6.58 ทางด้านสังคม ร้อยละ 0.79 ปี 2550 พบการกระทำรุนแรง ทางด้านร่างกาย คือ ร้อยละ 75.31 ทางด้านเพศ ร้อยละ 18.07 ทางด้านจิตใจ ร้อยละ 5.18 ทางด้านสังคม ร้อยละ 1.43

9. การให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547 - 2549

สำหรับกิจกรรมการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ มีดังต่อไปนี้

1. การให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
2. การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การประเมินสภาพจิตใจ การให้คำปรึกษา เป็นต้น
3. การให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เช่น สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ค่ายาป้องกันการตั้งครรภ์ ค่ายาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ค่ายารักษาอาการติดเชื้อ สงเคราะห์ค่าพาหนะเดินทาง สงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค และสงเคราะห์ครอบครัว เป็นต้น
4. การให้ความช่วยเหลือด้านสังคม ได้แก่ ติดตามญาติ แนะนำ หรือจัดสวัสดิการทางด้านสังคม แนะนำป้องกันการถูกกระทำซ้ำ ช่วยเหลือด้านกฎหมาย และอื่นๆ
5. การประสานส่งต่อหน่วยงานอื่น ทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายบริการสาธารณสุข
6. การเยี่ยมบ้านหรือโรงเรียน

ตารางที่ 9 การให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547 - 2549

กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือ	ปี 2547 (ราย)	เป็นเงิน (บาท)	ปี 2548 (ราย)	เป็นเงิน (บาท)	ปี 2549 (ราย)	เป็นเงิน (บาท)	ปี 2550 (ราย)	เป็นเงิน (บาท)
1. ด้านการรักษาพยาบาล	5,224	-	9,889	-	12,043	-		
2. ด้านจิตใจ	4,457	-	8,638	-	8,130	-		
3. ด้านเศรษฐกิจ	2,708	-	-	4,743,479	7,983	6,146,409		
4. ด้านสังคม	6,287	-	11,340	-	5,276	-		
5. ด้านการประสานส่งต่อ	517	-	-	-	911	-		
6. ด้านการเยี่ยมบ้านและโรงเรียน	417	-	-	-	615	-		

ที่มา : สถิติการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 9 พบว่า ในปี 2547 ศูนย์พึ่งได้ ได้ให้การช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 5,224 ราย ปี 2548 จำนวน 9,889 ราย และปี 2549 จำนวน 12,043 ราย ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ รวมทั้งการประเมินสภาพจิตใจ ในปี 2547 จำนวน 4,457 ราย ปี 2548 จำนวน 8,638 ราย และปี 2549 จำนวน 8,130 ราย ให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ในปี 2547 จำนวน 2,708 ราย ปี 2548 ข้อมูลไม่ได้ระบุจำนวนราย แต่คิดเป็นเงินจำนวน 4,743,479 บาท และปี 2549 จำนวน 7,983 ราย เป็นเงินจำนวน 6,146,409 บาท ให้การช่วยเหลือด้านสังคม ในเรื่องการติดตามญาติ การจัดสวัสดิการสังคม ในปี 2547 จำนวน 6,287 ราย ปี 2548 จำนวน 11,340 ราย และปี 2549 จำนวน 5,276 ราย ด้านการประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายบริการสาธารณสุข ในปี 2547 จำนวน 517 ราย และปี 2549 จำนวน 911 ราย การเยี่ยมบ้านและโรงเรียน ในปี 2547 จำนวน 417 ราย และปี 2549 จำนวน 615 ราย

ข้อวิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ตั้งแต่ ปี 2547-2550 ผู้ศึกษาของเสนอผลการวิจารณ์ดังต่อไปนี้

1. จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ปี 2547-2550

จากตารางสถิติข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ตั้งแต่ ปี 2547-2550 พบว่าอุบัติการณ์ของการกระทำรุนแรงในเด็กและสตรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าวิเคราะห์ตามสาเหตุ อาจไม่ได้เกิดจากสถานการณ์ที่มีการทำร้ายเด็กและสตรีเพิ่มขึ้น แต่มีสาเหตุดังต่อไปนี้

1. ประชาชนมีการรับรู้ทางด้านสิทธิมนุษยชนมากขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงจึงสามารถขอรับบริการจากหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง
2. บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทั้งภาครัฐและเอกชน มีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการช่วยเหลือ จึงมีการประชาสัมพันธ์และส่งต่อข้อมูลกันอย่างทั่วถึง ทำให้มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น
3. การขยายเครือข่ายของศูนย์พึ่งได้ไปยังหน่วยงานในภูมิภาคครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั่วประเทศ ทำให้เกิดการดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีระบบการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น
4. การประกาศใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรี เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ทำให้เกิดความตื่นตัว และความตระหนักของประชาชนรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการค้นหา Cases และให้การช่วยเหลือ เพิ่มขึ้น

2. จำนวนเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงที่มีรับบริการในศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ

จากการวิเคราะห์ จะเห็นว่า ในกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นเด็ก นั้น เด็กผู้หญิงถูกกระทำรุนแรงมากกว่าเด็กผู้ชาย ถึงสามในสี่ เท่า ของจำนวนกลุ่มเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าเด็กผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงมากกว่าเด็กผู้ชาย อันเนื่องมาจาก ค่านิยม ประเพณีและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้ผู้หญิงถูกเอารัดเอาเปรียบได้ง่าย

3. จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามสถานะเด็กและสตรี

จากการเปรียบเทียบกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ระหว่างเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง จะเห็นได้ว่าเด็กยังกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงได้ง่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเขินอาย ไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันตัวเอง ไม่รู้เท่าทันผู้ใหญ่ จึงทำให้ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งเสริม หรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำรุนแรงในเด็กได้ง่าย เช่น ปักจี้จากบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ที่เลี้ยงดูเด็ก ที่เคยมีประสบการณ์จากการถูกกระทำรุนแรงในวัยเด็ก เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จึงนำเอาประสบการณ์ในวัยเด็กมาใช้ในการอบรมสั่งสอนเด็กหรือลูกหลานในความปกครองเพราะคิดว่าเป็นหนทางที่ถูกต้อง หรือปักจี้ที่มาจากตัวเด็กเองที่มีความพิการหรือเป็นลูกที่เกิดมาจากความไม่พร้อมของบิดามารดา เป็นเด็กที่เจ้าอารมณ์ และปักจี้ที่มาจากผู้ที่เลี้ยงดูเด็ก หรือบิดามารดา เช่นการตีดูดยาเสพติด การพนันทำให้เกิดอารมณ์ฉุนเฉียวได้ง่าย เป็นต้น

4. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามผู้กระทำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นผู้กระทำความรุนแรง ยังมีจุดอ่อน ในเรื่องการแยกผู้กระทำระหว่างการกระทำรุนแรงในเด็กและการกระทำรุนแรงต่อสตรี เนื่องจากผู้กระทำรุนแรงในเด็กมักจะเป็น บิดา มารดา ผู้ปกครอง คนใกล้ชิดและผู้ดูแลเด็ก ส่วนการกระทำรุนแรงต่อสตรีผู้กระทำส่วนใหญ่มักจะเป็นสามีหรือแฟน อย่างไรก็ตามจะสังเกตพบว่าผู้กระทำความรุนแรง ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่เด็กและสตรีที่ตกเป็นเหยื่อความรุนแรงรู้จักดี บางรายเป็นคนใกล้ชิด บิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู สามีหรือแฟน สำหรับผู้กระทำที่เป็นคนร้ายจะมีน้อยมาก ซึ่งในแต่ละปี จะมีประมาณร้อยละ 3 - 5 เท่านั้น

5. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามสาเหตุของการกระทำรุนแรง

จากการวิเคราะห์สาเหตุจะพบว่าสาเหตุอื่นๆ (หมายถึง มีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร มีโอกาส/ความใกล้ชิด ยินยอม ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ไม่แน่ใจ ไม่ทราบสาเหตุ พ่อแม่ไม่ยอมรับ ถูกข่มขืน หรือถูกจี้ หรือใช้กำลัง และทำโทษ) เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องของการนอกใจ หึงหวงหรือทะเลาะวิวาท และการเมาสุรา หรือติดสารเสพติด และ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้ยังมีจุดอ่อนที่จะต้องแก้ไข โดยแยกประเด็นทางด้านสาเหตุและประเภทของการกระทำรุนแรง

ต่อเด็กและสตรีให้แยกออกจากกัน เนื่องจากสาเหตุของการกระทำรุนแรงในเด็กและสตรีแตกต่างกัน การเก็บข้อมูลไม่ควรใช้แบบฟอร์มเดียวกัน

6. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปี จำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรง

การแยกประเภทของการกระทำรุนแรง นักวิชาการหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่า ผลกระทบของความรุนแรงทางด้านร่างกายและทางเพศ คือปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนั้นประเภทของการกระทำรุนแรงจึงควรเพิ่มความรุนแรงทางด้านจิตใจไว้ใน การกระทำรุนแรงทุกประเภท ซึ่งคณะกรรมการจัดทำฐานข้อมูลด้านความรุนแรงในเด็กและสตรีของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนิยามประเภทของความรุนแรงในเด็กและสตรี โดยให้ยึดสาเหตุหลักของการมารับบริการ เช่น ถูกข่มขืน และทำร้ายร่างกายร่วมด้วย การแยกประเภทของความรุนแรงจะกำหนดให้เป็นประเภทความรุนแรงทางด้านเพศ เป็นต้น

7. จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละปีจำแนกตามประเภทของการกระทำรุนแรงในเด็ก

จากสถิติข้อมูล จะเห็นว่าเด็กถูกทารุณกรรมทางเพศมากที่สุด ถึงร้อยละ 60-70 รองลงมาเป็นการถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ถูกทารุณกรรมทางร่างกายร้อยละ 20-30 ถูกทารุณกรรมด้านจิตใจร้อยละ 3-7 ถูกทอดทิ้งร้อยละ 2-4 การทารุณกรรมทางเพศ เป็นปัญหาที่ป้องกันและแก้ไขได้ยาก เนื่องจากเมื่อเกิดเหตุการณ์ทารุณกรรมทางเพศขึ้น เด็กมักจะปกปิดความจริงเอาไว้ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้กระทำเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เด็กมักจะถูกข่มไม่ให้เปิดเผยความจริง หรือครอบครัวไม่ยอมให้เปิดเผยเนื่องจากอาย กลัวเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเกิดความกลัว ไม่กล้าหรือ สงสาร ไม่ต้องการให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การทารุณกรรมทางเพศ จะเป็นเรื่องที่ ตรวจสอบหรือวินิจฉัยได้ค่อนข้างยาก แต่ก็ยังมีวิธีการประเมินได้หลายรูปแบบ เช่น การประเมินตามแบบประเมินผู้ป่วยที่สงสัยจะถูกกระทำรุนแรง การสังเกตจากคำพูดที่เด็กมีการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ทางเพศก่อนวัยอันควร หรือการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

8. การให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547 - 2550

การให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ในช่วงแรกของการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะให้บริการโดยเบิกจ่ายตามสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในกรณีที่เป็นการกระทำรุนแรงทางร่างกาย และจิตใจ ส่วนกรณีที่เป็นการกระทำรุนแรงทางเพศจะให้ความอนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเนื่องจากเกรงว่าจะเป็นการเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย จึงทำให้ไม่มีข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง หรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือทั้งราย Cases และในภาพรวมได้



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2547-2550 เป็นการวิจัยเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ ในด้านขนาดของปัญหา ความรุนแรง และแนวโน้ม รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรี โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ตั้งแต่ปี 2547-2550 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงออกมาจากสตรี จะพบว่าเด็กผู้หญิงถูกกระทำรุนแรงมากกว่าเด็กผู้ชาย ถึงร้อยละ 80 และเมื่อจำแนกตามสถานะเด็กและสตรี ปรากฏว่าเด็กถูกกระทำรุนแรงมากกว่าสตรี ร้อยละ 50 :48 ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นคนที่ใกล้ชิด คนในครอบครัว ญาติ และเป็นคนที่เด็กและสตรีรู้จัก คนร้ายมีจำนวนน้อยมาก เมื่อจำแนกตามสาเหตุของการกระทำ จะพบว่าสาเหตุของการกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การ มีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร มีโอกาส/ความใกล้ชิด ยินยอม ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ไม่แน่ใจ ไม่ทราบสาเหตุ พ่อแม่ไม่ยอมรับ ถูกข่มขืน หรือถูกจี หรือใช้กำลัง และทำโทษ เป็นต้น รองลงมาจะเป็นเรื่อง การนอกใจ หึงหวง ทะเลาะวิวาท และการเมาสุรา คิดสารเสพติดเป็นลำดับที่ 3 ของสาเหตุที่พบมากที่สุด การแยกประเภทของการกระทำรุนแรง พบว่าในเด็กจะเป็นการกระทำรุนแรงทางเพศมากที่สุด ส่วนสตรีจะพบการกระทำรุนแรงทางร่างกายมากที่สุด สำหรับการให้ความช่วยเหลือ ก็จะมีการให้ความช่วยเหลือ ทั้งทางด้านการแพทย์ เช่น การรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์ การประสานส่งต่อและการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

สถิติที่น่าสนนนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และมารับบริการจากศูนย์พึ่งได้ เปรียบเสมือนยอดภูเขาน้ำแข็งที่โผล่พ้นน้ำขึ้นมาให้เห็นเพียงเล็กน้อย ยังมีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้มาขอรับบริการ อาจจะเนื่องมาจากความอับอาย ความกลัว การเข้าไม่ถึงระบบบริการของรัฐ หรือหน่วยบริการของรัฐไม่มีระบบการคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการกระตุ้นให้สังคมเกิดความตระหนักต่อปัญหา โดยการใช้ข้อมูลที่มีอยู่นำเสนอสภาพปัญหาของความรุนแรงที่เกิดขึ้นให้สังคมได้รับรู้ก็น่าจะเป็นอีกวิธีการหนึ่งในการลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดทำฐานข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้ยังมีจุดอ่อนในเรื่องนิยาม และความครอบคลุมของข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร จึงควรมีการสำรวจข้อมูลด้านความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในระดับประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน หลังจากนั้นจึงจะสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ว่า เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง นอกจากนี้การให้นิยามในการเก็บข้อมูลระหว่างเด็กและ สตรี ควรกำหนดนิยามในแต่ละประเด็นคำถามให้ชัดเจน และไม่ควรนำไปรวมกันในบางประเด็น เพราะ จะทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสถานการณ์ที่เป็นจริง

2. ด้านการให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ควรมีการศึกษาด้านภาระค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนงบประมาณในการให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอและเหมาะสม และควรมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้โดยเฉพาะ ไม่ควรรวมอยู่ในงบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องละเอียดอ่อน และซับซ้อน และมีปัจจัยทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องมากมายและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ถูกกระทำเป็นอันมาก

3. การให้บริการของศูนย์พึ่งได้ส่วนใหญ่ยังเป็นการให้บริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงแล้ว ดังนั้นการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันให้มากขึ้น โดยก่อนเกิดเหตุควรมีการเฝ้าระวังปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น เมื่อเกิดเหตุ มีแนวทางการช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ หลังเกิดเหตุควรมีการส่งต่อและติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข



เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2544. บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยเจริญพันธุ์.

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2547. กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านเด็กและสตรี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2542. ความรุนแรงต่อผู้หญิง : ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนทุกเส้นทาง ชีวิตผู้หญิง. ใน “รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ”. พิมพ์ด้วย บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และคันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : เจนเดอร์เพรส.

กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิมเอม และอุษา เลิศศรีสันทด. 2546. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : จัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. พิมพ์ครั้งที่ 2.

ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และวันสนันท์ รุจิวิวัฒน์. การบาดเจ็บและตายจากการถูกทำร้ายในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).

โชติมา กาญจนกุล และคันสนีย์ เรื่องสอน. 2542. การทำร้ายร่างกายภรรยา : อาชญากรรมเงียบภายใต้หลังคาบ้าน. ใน “รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ”. พิมพ์ด้วย บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และคันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : เจนเดอร์เพรส.

นิภาพรรณ สฤตดิอภิกฤษ, วันสนันท์ รุจิวิวัฒน์, พิกพ โค้วถาวร และวณิ ทองหล่อ. 2547. ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในกลุ่มสตรีและเด็ก. (อค์ดำนเา)

เบญจพร ปัญญาขง อธิยา สุวรรณกุล และชลิดา เกษประดิษฐ์. 2546. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด บ้านสวนการพิมพ์.

วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุธี และอำนาจ เนตยสุภา. 2546. รายงานการวิจัยการประเมินกระบวนการยุติธรรมการคุ้มครองสวัสดิภาพบุคคลที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์อักษร.

ศิริพร จิรวัดน์กุลสอน. 2542. การทำร้ายร่างกายภรรยา : อาชญากรรมเจ็บปวดได้หลังคาบ้าน. ใน รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. พิมพ์วลัย บุญมงคล. นิกรณัฏ์ สันตหริยา และศันสนีย์ เรืองสอน(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร:เจนเดอร์เพรส.

สรรค์ รังสฤษฎี. 2504. วัฒนธรรมแห่งสังคมสยาม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

.2548. การประชุมสื่อมวลชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เรื่อง กิจกรรมเดือนรณรงค์ยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ประจำปี 2548.ก (อัดสำเนา).

.2548. การสัมมนาเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานงานด้านความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย ระหว่างวันที่ 27-29 กรกฎาคม 2548. ข. (อัดสำเนา).

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. รายงานวิชาการ เรื่อง การจัดทำเอกสารผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญสูงของไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ.)

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2548. แผนปฏิบัติการหลัก พ.ศ. 2548-2552 ตามนโยบายเยาวชนแห่งชาติ และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระยะยาว (พ.ศ. 2545-2554). (อัดสำเนา)

อรสา โฉมวิมล. 2550. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัว ในพื้นที่ 4 ภาค ของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. บริษัทสามเจริญพาณิชย์จำกัด.

International Health Policy Program. 2006. A study Report on Implementation of the Guidelines for Eestimating the Cost of Interpersonal and Self-directed Violence in Thailand. (อัดสำเนา)

World Health Organization. 2002. World Report on Violence and Health. Geneva, Switzerland.

ກາຈພນວກ



แบบรายงานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้
โรงพยาบาล..... ระดับ.....
ข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2547 ถึงเดือน กันยายน 2548

1. จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด.....ราย ☐ เด็ก เพศชาย.....ราย
 เพศหญิง..... ราย
 ระดับอายุ ☐ 1-5 ปีราย ☐ 6-10 ปีราย ☐ 11-18 ปีบริบูรณ์ราย
☐ ผู้ใหญ่ (ผู้ใหญ่) ราย
 ระดับอายุ ☐ ตั้งแต่ 18 ปี -35 ปีราย ☐ 36 -45 ปีราย ☐ ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปราย
2. การเข้ารับบริการครั้งแรก ☐ OPD..... ราย ☐ ER.....ราย
☐ IPD..... ราย ☐ OSCC ราย
3. ผู้กระทำ
 - ☐ สามี.....ราย ☐ พ่อ/แม่ราย
 - ☐ พ่อเลี้ยง/แม่เลี้ยงราย ☐ สมาชิกในครอบครัว.....ราย
 - ☐ เพื่อน / ผู้ใกล้ชิด ราย ☐ คนอื่นๆ.....ราย
 - ☐ ญาติ.....ราย ☐ คนรู้จัก.....ราย ☐ คนร้ายราย
4. สาเหตุของการกระทำรุนแรง
 - ☐ เมาส์รา/ติดสารเสพติดราย ☐ นอกใจ/หึงหวง/ทะเลาะวิวาท.....ราย
 - ☐ เจตนาต่อลงราย ☐ ปัญหาเศรษฐกิจ.....ราย
 - ☐ ส่อลามก.....ราย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....ราย
- 5.ประเภทของการถูกกระทำรุนแรง
 - ☐ ทางด้านร่างกาย..... ราย เด็กราย ผู้ใหญ่..... ราย
 - ☐ ทางด้านจิตใจ..... ราย เด็ก.....ราย ผู้ใหญ่..... ราย
 - ☐ ทางด้านเพศ ราย เด็ก..... ราย ผู้ใหญ่..... ราย
 - ☐ ทางด้านสังคม(ถูกทอดทิ้ง การละเลยไม่เลี้ยงดู).....ราย
 เด็ก.....ราย ผู้ใหญ่..... ราย
6. ที่อยู่ปัจจุบัน
 - ☐ ในเขตเทศบาล..... ราย ☐ ต่างจังหวัด ราย
 - ☐ นอกเขตเทศบาล..... ราย ☐ ต่างชาติ ราย
7. การดำเนินการช่วยเหลือ
 - ☐ ด้านการรักษาพยาบาลราย
 - ☐ ด้านจิตใจ ให้คำปรึกษา (Counseling)ราย

☐ ด้านเศรษฐกิจ

- สงเคราะห์คำรักษาพยาบาล.....ราย.....บาท
- ยาป้องกันการตั้งครรภ์.....ราย.....บาท
- ยาป้องกัน HIV.....ราย.....บาท
- ยา Anti Infection.....ราย.....บาท
- สงเคราะห์ค่าพาหนะเดินทาง.....ราย.....บาท
- สงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค.....ราย.....บาท
- เงินสงเคราะห์ครอบครัว.....ราย.....บาท

☐ ด้านสังคม

- ติดตามญาติ.....ราย
- แนะนำ/ จัดสวัสดิการสังคม.....ราย
- แนะนำป้องกันการถูกระงับทำซ้ำ.....ราย
- ช่วยเหลือด้านกฎหมาย.....ราย
- แยกผู้ป่วยออกจากครอบครัว.....ราย
- อื่นๆ (ระบุ).....ราย

☐ การประสานงานส่งต่อ.....ราย

☐ การเยี่ยมบ้าน / โรงเรียน.....ราย

8. งานด้านวิชาการ / บริหาร / กิจกรรมของศูนย์ฯที่ได้

- ☐ การประชุมคณะทำงาน.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ Conference Case.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ การประชุมทีมวิชาชีพ.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์.....ครั้ง จำนวน.....คน ใช้งบประมาณ.....บาท
- ☐ การฝึกอบรม.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ การศึกษาดูงาน.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ นำข้อมูลเสนอต่อสังคม.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ การศึกษางานวิจัย / โครงการ.....เรื่อง จำนวน.....คน
- ☐ การจัดประชุมวิชาการ.....ครั้ง จำนวน.....คน
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....คน

หมายเหตุ

ถ้าเครือข่ายการให้บริการของท่านขยายถึงโรงพยาบาลชุมชน ขอความกรุณาท่านช่วยสำเนาแบบรายงานให้โรงพยาบาลชุมชนส่งข้อมูลกลับ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้วย เพื่อความสมบูรณ์ของการรวบรวมรายงาน

คำนิยาม

1. **ผู้ป่วยเด็ก** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 18 ปี
2. **ผู้ป่วยผู้ใหญ่** หมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. **การกระทำรุนแรงทางกาย (Physical Abuse)** หมายถึง การใช้กำลัง และ/หรืออุปกรณ์ใดๆ เป็นอาวุธทำร้ายร่างกายที่รุนแรงมีผลทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ
4. **การกระทำรุนแรงทางจิตใจ (Psycho Abuse)** หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจหรือเสียสิทธิเสรีภาพ ได้แก่ การทอดทิ้ง การดูถูกเหยียดหยาม หรือดูต่ำ การกักขังหน่วงเหนี่ยว
5. **การกระทำรุนแรงทางเพศ (Sexual Abuse)** หมายถึง การกระทำที่มีผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับความกระทบกระเทือนหรือเสียหาย เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ได้แก่ การถูกข่มขืน การถูกกลั่นแกล้ง อนาจาร และการถูกบังคับค้าประเวณี
6. **การทอดทิ้ง (Neglect)** ถือเป็นการกระทำรุนแรงทางสังคม หมายถึงการไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และคุ้มครองเด็กอย่างเหมาะสมเพียงพอ ซึ่งผู้ปกครองต้องไม่กระทำการ ดังต่อไปนี้
 - 6.1 ทอดทิ้งไว้ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือสถานพยาบาล หรือไว้กับบุคคลรับจ้างเลี้ยงเด็กหรือที่สาธารณะ
 - 6.2 ละทิ้งเด็กโดยไม่จัดให้มีการป้องกันดูแลสวัสดิภาพหรือให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม
 - 6.3 จงใจหรือละเลยไม่ทำให้สิ่งจำเป็นแก่การดำรงชีพหรือสุขอนามัยจนน่าจะเกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของเด็ก
 - 6.4 ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะที่เป็นการขัดขวางการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของเด็ก
 - 6.5 ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะการเลี้ยงดูโดยมิชอบ
(รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก เรื่อง มาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็ก)
7. **ผู้กระทำ** คือ พ่อแม่-ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูกระทำต่อเด็ก/ผู้หญิง
นายจ้างกระทำต่อลูกจ้าง
ครูกระทำต่อลูกศิษย์
พระกระทำต่อลูกวัดหรือเณร
ผู้หญิงถูกกระทำโดยคู่สมรส คู่ครอง หรือลูก ฯลฯ

การทารุณกรรมทางร่างกาย (Child Physical Abuse) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บโดยผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูในรูปแบบการเมียนตี ตะ กัดหรือวิธีอื่นทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บ เช่น กระตุกหัก เลือดออกภายใน ฟกช้ำ แผลไฟไหม้ ได้รับสารพิษ ทั้งนี้ต้องคำนึงการ อบรมของแต่ละวัฒนธรรมด้วยไม่ใช่อุบัติเหตุ

หมายรวมถึงการสั่งสอนที่เกินกว่าเหตุจนได้รับบาดเจ็บ

ไม่ใช่การทะเลาะวิวาท

การกระทำรุนแรงทางเพศ (Child Sexual Abuse) หมายถึง การกระทำใดๆ ต่อเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กเป็นเครื่องมือตอบสนองความต้องการทางเพศของผู้ใหญ่ โดยที่เด็กยังไม่เติบโตมีวุฒิภาวะ (ซึ่งกำหนดโดยสังคมและสภาพร่างกาย) เพียงพอที่จะเข้าใจการกระทำเหล่านั้น หรือตกลงยินยอมร่วมและการกระทำนั้น อาจใช้กำลังบังคับข่มขู่หรือหลอกล่อ ชักชวนให้สิ่งตอบแทน

การทอดทิ้ง (Neglect) หมายถึง การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และคุ้มครองเด็กอย่างเหมาะสมเพียงพอ

การทอดทิ้งทางกาย หมายถึง ไม่ให้อาหารอย่างเพียงพอ ไม่ดูแลสุขภาพ ไม่ดูแลยามเจ็บป่วย ไม่คุ้มครองเด็กจากอันตรายหรืออุบัติเหตุ

ในที่นี้ ได้แก่

1. ทอดทิ้งไว้ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือสถานพยาบาล หรือไว้กับบุคคลรับจ้างเลี้ยงเด็กหรือที่สาธารณะ

2. ละทิ้งเด็กโดยไม่จัดให้มีการป้องกันดูแลสวัสดิภาพหรือให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม

3. จงใจหรือละเลยไม่ให้งานจำเป็นแก่การดำรงชีพหรือสุขอนามัยจนน่าจะเกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของเด็ก

4. ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะที่เป็นการขัดขวางการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของเด็ก

5. ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะการเลี้ยงดูโดยมิชอบ

การทารุณทางด้านจิตใจ หมายถึง การทำร้ายจิตใจ ควบคุมบังคับอย่างไม่มีเหตุผล ทำให้ได้รับความอับอาย รู้สึกด้อยค่าหรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์

เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุ แรกเกิด ถึง 17 ปี 11 เดือน

ผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้หญิงอายุ > 18 ปีบริบูรณ์ ที่เป็นผู้หญิง

การทารุณทางร่างกาย-จิตใจ

ผู้กระทำ คือ พ่อแม่-ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูกระทำต่อเด็ก/ผู้หญิง

นายจ้างกระทำต่อลูกจ้าง

ครูกระทำต่อลูกศิษย์

พระกระทำต่อลูกวัดหรือเณร

ผู้หญิงถูกกระทำโดยคู่สมรส คู่ครอง หรือลูก

การกระทำรุนแรงทางเพศ

ผู้กระทำเป็นใครก็ได้ที่ผู้หญิง/เด็กไม่ยินยอม

