

# บทบาทเวชศาสตร์ครอบครัวต่อผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศในโรงพยาบาลชุมชน

ประดิษฐ์ ธานีเดชกุล\*

บทคัดย่อ

การกระทำรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญและมีสถิติที่เพิ่มขึ้นทุกขณะ ทำให้อาชีพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยบาดาลตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๒ โดยทบทวนทะเบียนรายงานและติดตามสอบถามผู้ป่วยย้อนหลังจำนวน ๙๕ ราย(ทั้งหมดเป็นเพศหญิง) พบอุบัติการณ์ ๒๗.๗-๔๙.๘ ต่อแสนประชากร ประกอบด้วยเยาวชนอายุน้อยกว่า ๑๘ ปีร้อยละ๔๔.๗ ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในชั้นมัธยม (ร้อยละ๖๕.๓) และการกระทำรุนแรงทางเพศส่วนใหญ่เป็นการข่มขืน(ร้อยละ๖๑.๑) ผู้กระทำรุนแรงมีความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำในลักษณะสามี/คู่อภิเษก/แฟนร้อยละ ๔๒.๑ ทั้งนี้พบการถูกกระทำซ้ำใน ๑ ปีร้อยละ ๒๖.๓ ผู้ถูกกระทำตั้งครุภัณฑ์แล้วร้อยละ ๒.๑ ผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศได้รับการดูแลด้วยการให้ยาคุมกำเนิดร้อยละ ๓๒.๖ ยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ ๒๕.๓ และได้รับการทดสอบการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ ๘๐

คำสำคัญ: เวชศาสตร์ครอบครัว, ผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

**Role of Family Physicians in Sexual Assaulted Patients in Chaibadan District Hospital Pradit Tanadechakul\***

*\*Chaibadan District Hospital, Lopburi Province, Thailand*

Sexual assault was a critical problem with increasing incidence. It is a challenge to family physicians as a member of multidisciplinary team responsible for provision of care to the victims. With medical record review and interviews with sexual assaulted patients of Chaibadan Hospital, this study described demographic profile, nature of the assaults, type of care given and made suggestions for further improvement of health care to the victims. Seeking care at During 2007-2009, 95 female victims were identified with an estimated cumulative incidence of 27.7-49.8 per100,000 population. Majority of them were aged under 18(94.7%) with high school level of education (65.3%). Most of them were raped by husbands or boyfriends (42.1%). A quarter was sexually assaulted more than once during the past year. Health care provided to these victims consisted of birth control pills (32.6% of them), a test for HIV infection (80%) and anti-HIV medications (25.3%).

*Key words: Family Physicians, Sexual Assaulted Patients, District Hospital*

## ภูมิหลังและเหตุผล

การกระทำรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่มีความสำคัญ ดังปรากฏสารบัญญัตินิพนธ์ที่กรมอนามัยว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒<sup>(๑)</sup> ว่าสุขภาพทาง

เพศ หมายถึงไปถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ และมีความเคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคล เพื่อเป็นพื้นฐานต่อการมีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ ปรากฏจากการถูกบังคับ การ

\*โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

### เลือกปฏิบัติและความรุนแรง

การนำเสนอเรื่องราวผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ และการทบทวนคดีล่วงละเมิดทางเพศที่ขึ้นสู่ศาลชั้นต้นทั่วราชอาณาจักร พ.ศ.๒๕๔๓-๒๕๕๑ ปรากฏแนวโน้มการขยายตัวของปัญหานี้โดยตั้งต้นจากจำนวน ๔,๒๙๑ ราย กลายเป็น ๑๐,๒๒๔ ราย<sup>(๒)</sup> สอดคล้องกับการเพิ่มความถี่ขึ้นกระทำซ้ำเรี่ยอนหลัง ๑๐ ปี( พ.ศ.๒๕๔๔-๒๕๕๓ ) พบว่าจำนวนคดีเพิ่มขึ้นจาก ๓,๘๓๑ ราย เป็น ๔,๒๕๕ ราย<sup>(๓)</sup> รายงานของ รพ.วชิรพยาบาล ปี พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๑ ก็พบว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน<sup>(๔)</sup> ในต่างประเทศ ปรากฏรายงานที่ ๑ ใน ๖ ของหญิงในสหรัฐอเมริกามีโอกาสถูกระทำรุนแรงทางเพศ ในอังกฤษตัวเลขเท่ากับร้อยละ ๕-๒๕ ทั้งนี้ ในสหรัฐอเมริกา ประมาณร้อยละ ๕๕ ของผู้เสียหายได้แจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ ตำรวจ<sup>(๕)</sup>

ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงทางเพศจะได้รับผลกระทบหลายด้าน ดังนั้น การเยียวยาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย นอกเหนือจากบริการสุขภาพ เช่น ครอบครัว กฎหมาย และสังคม ความท้าทายจึงอยู่ที่การบูรณาการให้เกิดเอกภาพในการตอบสนองความต้องการของเหยื่ออย่างเหมาะสม ทันทการณ์ โดยนัยนี้ เงื่อนไขที่ขาดเสียมิได้คือ การมองและจัดการภาพรวมซึ่งทำหยาต่อทักษะและบทบาทสำคัญประการหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดังวิสัยทัศน์ (Vision) ของเวชศาสตร์ครอบครัวที่ว่า "ใกล้หมอ ใกล้จิต ใกล้ชิดครอบครัว"<sup>(๖)</sup>

บทบาทของแพทย์โดยทั่วไป<sup>(๗,๘,๙,๑๐,๑๑)</sup> ประกอบไปด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การรักษาอาการบาดเจ็บอื่นๆ การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ รวมทั้งการดูแลรักษาจิตใจ และสังคม และในส่วนบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือการให้การบริบาลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่เน้นความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuity) ผสมผสาน (Integrated) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ที่พิจารณาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ควบคู่กับ

สภาพเศรษฐกิจ สังคมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยทำให้ครบทุกมิติของสุขภาพครอบครัว (Family Health) ได้แก่ ๑. สุขภาวะทางกาย (Physical Health) ๒. สุขภาวะทางจิต (Mental Health) ๓. สุขภาวะทางสังคม (Social Health) ๔. สุขภาวะทางจิตใจ (Intellectual and Moral Health)

จากข้อมูลของแพทยสภาเมื่อพ.ศ.๒๕๕๐ มีแพทย์สอบผ่านการขอรับหนังสืออนุมัติบัตรการเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน ๖,๓๘๘ คนจากจำนวนแพทย์ทั้งหมด ๓๓,๕๘๘ คน ซึ่งอาจนับได้ว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวนถึง ๑ ใน ๕ ของแพทย์ทั้งหมด ดังนั้นหากแพทย์เหล่านี้ได้ช่วยทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวด้วย ก็จะมีบทบาทเป็นอย่างมากในการขับเคลื่อนทีมสาธารณสุขในทุกๆ ด้านทั่วประเทศ

### ความรุนแรงทางเพศ ก่อให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน

คือ ๑. ผลกระทบต่อผู้ถูกระทำรุนแรง เช่น ปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมก้าวร้าว บาดเจ็บ พิการ หรือถึงแก่ชีวิต การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ติดเชื้อโรคเอดส์และโรคทางเพศสัมพันธ์ ๒. ผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ถูกทำลาย ครอบครัวไม่สงบสุข แยกร้าง ๓. ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม เช่น สังคมไม่ปลอดภัย ขาดสันติสุข บุคลากรของชาติขาดคุณภาพ ทำลายเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเสมอภาคและสันติสุข ๔. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น สูญเสียเวลาในการทำงาน คักยภาพและประสิทธิภาพลดลง ขาดรายได้ ขาดโอกาสพัฒนาตนเอง และขาดความก้าวหน้า องค์กรได้รับผลกระทบจากการขาดงาน ประสิทธิภาพของพนักงานลดลง ทำให้องค์กรมีผลผลิตลดลง ผลกระทบต่อเศรษฐกิจภาพรวมคือต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ถูกระทำรุนแรง การดำเนินคดี การบำบัดฟื้นฟูทั้งผู้กระทำ ผู้ถูกระทำ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อประเมินความครบถ้วนของการให้บริการ
๒. เพื่อพัฒนาและเตรียมความพร้อมในการให้บริการ



๓. เพื่อพัฒนาทีมให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะทีมเวชศาสตร์ครอบครัว

### รูปแบบการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ๓ ปีของผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศและมารับบริการที่โรงพยาบาลชัยบาดาล ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๐-พ.ศ.๒๕๕๒ โดยครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

๑. ลักษณะของผู้ถูกกระทำ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ การตั้งครรภ์ในขณะถูกกระทำ
๒. ลักษณะของผู้กระทำ เช่น ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อาชีพของผู้กระทำ ลักษณะการกระทำ
๓. ผลของการกระทำ เช่น ลักษณะบาดแผล การถูกกระทำซ้ำใน ๑ ปี
๔. การให้บริการ
  - ๔.๑ วันเวลาที่ถูกรับการกระทำรุนแรงทางเพศ จากการถามผู้ป่วยและญาติ
  - ๔.๒ ผลการตรวจร่างกาย
  - ๔.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจหาน้ำอสุจิในช่องคลอดโดยวิธีตรวจ Acid phosphatase การทดสอบการติดเชื้อเอชไอวีและการทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test)
  - ๔.๔ การให้ยาคุมกำเนิดและการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ การคาดประมาณอุบัติการณ์

### ผลการศึกษา

#### ลักษณะของผู้ถูกกระทำ

การศึกษาผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงทางเพศ ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๙๕ รายที่มารับการบริการในโรงพยาบาลชัยบาดาล ทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นอุบัติการณ์ ดังตารางที่ ๑

กลุ่มอายุที่ถูกรับการกระทำรุนแรงทางเพศพบว่าส่วนใหญ่เป็น

#### ตารางที่ ๑ อุตบัติการณ์การกระทำรุนแรงทางเพศ

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ต่อแสนประชากร
๒๕๕๐	๒๕	๒๗.๗
๒๕๕๑	๒๕	๒๗.๗
๒๕๕๒	๔๕	๔๘.๘
รวม	๙๕	

หมายเหตุ ประชากรอำเภอชัยบาดาล ๘๐,๒๕๐ คน ประชากรกลางปี ๒๕๕๓<sup>(๑๒)</sup>

#### ตารางที่ ๒ การกระจายตามอายุของกลุ่มตัวอย่าง

อายุของกลุ่มตัวอย่าง (ปี)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
< ๑๕	๔๘	๕๑.๖
๑๕ - ๑๙	๔๑	๔๓.๒
๑๙ - ๓๐	๔	๔.๒
>๓๐	๑	๑.๑

#### ตารางที่ ๓ ลักษณะการกระทำ

ลักษณะการกระทำ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ข่มขืน	๕๘	๖๑.๑
สมยอม	๓๓	๓๔.๗
อนาจาร	๔	๔.๒

เด็กและเยาวชนซึ่งมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี (ร้อยละ ๕๑.๖) ผู้ถูกกระทำมีอายุต่ำสุด ๓ ปีและอายุมากที่สุด ๕๙ ปี โดยมีอายุเฉลี่ย ๑๕ ปี ดังตารางที่ ๒

ระดับการศึกษาของผู้ถูกรับการกระทำรุนแรงทางเพศ โดยส่วนใหญ่อยู่ในชั้นมัธยม ๖๒ ราย (ร้อยละ ๖๕.๓) รองลงมาเป็นประถม ๒๓ ราย (ร้อยละ ๒๔.๒) อาชีว ๘ ราย (ร้อยละ ๘.๔) อนุปริญญา ๒ ราย (ร้อยละ ๒.๑) และพบว่าผู้ถูกรับการกระทำรุนแรงทางเพศมีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา ๖๗ ราย (ร้อยละ ๗๐.๕) ว่างาน ๑๓ ราย (ร้อยละ ๑๓.๗) รับจ้าง ๑๐ ราย (ร้อยละ ๑๐.๕) นอกนั้นไม่ได้ระบุ

### ลักษณะของการกระทำ

พบว่าเป็นการข่มขืนมีจำนวนมากถึง ๕๘ ราย(ร้อยละ ๖๑.๐๕) รองลงมาเป็น การสมยอม ๓๓ ราย(ร้อยละ ๓๔.๗๓) ดังตารางที่ ๓

### ลักษณะของผู้กระทำ

พบว่าผู้ที่กระทำรุนแรงทางเพศมีความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำในลักษณะสามี/คู่รัก/แฟนมากถึง ๔๐ ราย(ร้อยละ ๔๒.๑) คนรู้จัก ๒๓ ราย (ร้อยละ ๒๔.๒) ดังตารางที่ ๔

และพบว่าผู้ที่ว่างงานกระทำถึง ๓๐ ราย (ร้อยละ ๓๑.๖)

ตารางที่ ๔ ความเกี่ยวข้องของผู้กระทำ

ความเกี่ยวข้องของผู้กระทำ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สามี/คู่รัก/แฟน	๔๐	๔๒.๑
คนรู้จัก	๒๓	๒๔.๒
เพื่อน	๑๔	๑๔.๗
ญาติ	๑๑	๑๑.๖
คนแปลกหน้า	๖	๖.๔

ตารางที่ ๕ อาชีพของผู้กระทำ

อาชีพของผู้กระทำ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ว่างงาน	๓๐	๓๑.๖
รับจ้าง	๒๕	๓๐.๕
นักเรียน, นักศึกษา	๑๖	๑๖.๕
ไม่ทราบ	๒๐	๒๑.๑

ตารางที่ ๖ ระยะเวลาที่เกิดเหตุก่อนมาร.พ.

ระยะเวลาที่เกิดเหตุก่อนมาร.พ. (วัน)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
< ๓	๖๕	๖๕.๐
๓ - ๓๐	๑๓	๑๓.๗
> ๓๐	๖	๖.๔

และรองลงมาก็คืออาชีพรับจ้าง ๒๕ ราย (ร้อยละ ๓๐.๕) ดังตารางที่ ๕

### ผลของการกระทำ

ตรวจพบบาดแผล ๓๒ ราย(ร้อยละ ๓๓.๗) ซึ่งลักษณะของบาดแผลจะบอกถึงความรุนแรงของการกระทำ ผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศถูกกระทำซ้ำใน ๑ ปี ๒๕ ราย (ร้อยละ ๒๖.๓) ในจำนวนนี้ ๑๘ รายถูกทำร้ายโดยแฟนหรือสามี ๓ รายโดยเพื่อน ๒ รายโดยคนรู้จัก ๑ รายโดยบิดา และ ๑ รายโดยญาติ และพบว่าผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ๒ ราย (ร้อยละ ๒.๑) ตั้งครรภ์ในขณะที่ถูกกระทำ

### การให้บริการ

ผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศได้รับยาคุมกำเนิด ๓๑ ราย (ร้อยละ ๓๒.๖) ที่เหลือไม่สมัครใจรับยาคุมกำเนิด (ร้อยละ ๖๗.๔) และมี ๖ รายตั้งครรรภ์ภายใน ๑ เดือนหลังการตรวจครั้งแรก (ร้อยละ ๖.๓) โดยผู้ป่วยอายุ ๑๓-๑๕ ปีมีจำนวน ๕ ราย ผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ๗๖ ราย (ร้อยละ ๘๐) ได้รับการทดสอบการติดเชื้อเอชไอวี และ ๒๔ รายได้รับยาต้านเอชไอวี

### วิจารณ์

สถิติการถูกกระทำรุนแรงทางเพศในอำเภอชัยบาดาลโดยรวมจัดว่าค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติในต่างประเทศ เช่น สถิติขององค์การสหประชาชาติ พบโดยเฉลี่ยระหว่าง ๓๐.๙๙ - ๕๕.๗๘ ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๐ สถิติสูงสุดอันดับ ๑-๕ ได้แก่ ประเทศเลโซโท สวีเดน ซิมบับเว นิวซีแลนด์และสหรัฐอเมริกา ๘๘.๔/๔๖.๖/๓๘.๓/๓๑.๓/๒๙.๓ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และในปี พ.ศ.๒๕๕๑ สถิติสูงสุดอันดับ ๑-๕ ได้แก่ ประเทศเลโซโท สวีเดน นิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา และซิมบับเว ๙๑.๑/๕๓.๒/๓๐.๙/๒๘.๖/๒๕.๖ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ<sup>(๑๓)</sup>

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาได้กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มเยาวชนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการจัดการกับปัญหาการกระทำ



**ตารางที่ ๗** ความเสี่ยงถูกกระทำซ้ำใน ๑ ปีของผู้ป่วยที่มารับบริการ เทียบกับระยะเวลาที่เกิดเหตุก่อนมารพ.

ระยะเวลาที่เกิดเหตุ ก่อนมารพ. (วัน)	ผู้ถูกกระทำ จำนวน (ราย)	ผู้ถูกกระทำซ้ำใน ๑ ปี จำนวน (ราย)	ความเสี่ยง (ร้อยละ)
< ๓	๗๕	๑๓	๑๗.๓
๓ - ๓๐	๑๓	๘	๖๑.๕
> ๓๐	๗	๔	๕๗.๑

รุนแรงทางเพศควรให้ความสำคัญที่กลุ่มเยาวชนเป็นอันดับแรก โดยเริ่มจากในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่เด่นชัดและควรพิจารณาลดทอนคือการดื่มสุรา เพราะมีรายงานความสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงทางเพศประมาณร้อยละ ๑๒-๒๐<sup>(๑๔,๑๕)</sup>

การถูกกระทำซ้ำใน ๑ ปีปรากฏมากถึงร้อยละ ๒๖.๓ แสดงว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัดในด้านการประเมินความเสี่ยงที่จะถูกกระทำซ้ำและการค้นหาทางเลือกเพื่อลดทอนความเสี่ยงนี้ มีข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยมากถึง 1 ใน 5 มารับบริการใน 3 วันหลังเกิดเหตุ และร้อยละ 7 มาภายหลัง 1 เดือนไปแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะถูกกระทำซ้ำมากเป็นพิเศษ ดังตารางที่ ๗

โดยที่เยาวชนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการถูกกระทำดังกล่าวดังแต่การป้องกันภาวะตั้งครรรภ์กลับยังเป็นไปอย่างจำกัด ดังปรากฏตัวเลขว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๓๑.๖ เท่านั้นที่ได้รับยาคุมกำเนิด และตามมาด้วยการตั้งครรรภ์ร้อยละ ๖.๓ ในเวลาต่อมา ซึ่งมากกว่ารายงานจากสหรัฐอเมริกาที่มีการตั้งครรรภ์ร้อยละ ๕<sup>(๑๖)</sup> ในด้านการรับยาป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผู้ถูกกระทำมารับบริการในระยะเวลาน้อยกว่า ๓ วันร้อยละ ๗๘.๙ ซึ่งการรับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะได้ผลดีภายใน ๓ วัน ทำนองเดียวกัน การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก็ยังคงจำกัดเพียงร้อยละ ๒๕.๓ ทั้งนี้การให้ยาป้องกันจะขึ้นอยู่กับปัจจัย ความรุนแรงของการกระทำ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และโดยความสมัครใจของผู้ป่วยเอง<sup>(๑๗,๑๘)</sup> มี

รายงานว่ากรณีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อ ๑๐ ต่อ ๑๐,๐๐๐<sup>(๑๖)</sup>

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจมีความสำคัญตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความกลัว ความหดหู่ และในระยะยาวอาจมีความยากลำบากในการปรับตัวทางเพศ ทางสังคม การมองตัวเองในทางลบและสูญเสียความสุขและเป้าหมายในชีวิต<sup>(๑๗)</sup> แต่ยังไม่ปรากฏหลักฐานจากการทบทวนเวชระเบียนที่บ่งชี้ว่า ในทางปฏิบัติ แพทย์และทีมสหวิชาชีพอาจจะยังให้ความสำคัญไม่เพียงพอ จึงไม่ได้มีบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการให้บริการด้านนี้อย่างเป็นระบบ

### ข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทเวชศาสตร์ครอบครัว

**บทบาทที่ ๑** ในด้านการป้องกันและการเฝ้าระวังการถูกกระทำรุนแรงทางเพศเพื่อลดอุบัติเหตุ

- ค้นหาความเสี่ยงในชุมชน เช่น โรงเรียนมัธยม โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เยาวชนอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี และกลุ่มที่มีโอกาสถูกกระทำซ้ำที่มารับบริการซ้ำมากกว่า ๓ วันโดยอาศัยครู ผู้ปกครอง อสม. ฯลฯ

- รณรงค์ สร้างความตระหนัก ค่านิยมและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมายต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ โดยการใช้ความรู้ในห้องเรียนและในสื่อต่างๆ

- เฝ้าระวังและป้องกันในสถานศึกษาและชุมชน สำหรับโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาที่เป็นสหศึกษาควรจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการกระทำรุนแรงทางเพศ เพื่อก่อให้เกิดทัศนคติและความรับผิดชอบต่อเรื่องนี้ ทั้งชายและหญิง โดยเจาะจงไปที่คณรักร์ แฟนและคนรู้จัก

- รณรงค์ในการลดการใช้สารเสพติดและสุรา เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง

**บทบาทที่ ๒** ในด้านการพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

- พัฒนาเครือข่ายระบบบริการให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับ ชุมชน สถานีอนามัย โรงเรียน โรงพยาบาลชุมชน

- พัฒนาระบบการให้บริการในสถานบริการ การดูแลผู้ป่วยแรกรับ การให้ยาป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์

การให้ยาคุมกำเนิดอย่างครอบคลุม และให้ความสำคัญในด้านสุขภาพจิต

- ให้ข้อมูลเรื่องความปลอดภัยและการขอความช่วยเหลือที่จำเป็นโดยผ่านช่องทางด่วน เช่นการโทรสายตรงถึงเจ้าหน้าที่ที่ปรึกษา

- มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำโดยกำหนดแนวทางเฉพาะร่วมกับครอบครัวและชุมชน ให้การดูแลหลังจากกลับบ้าน เช่นการแนะนำข้อควรปฏิบัติ การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยผู้ปกครอง พ่อแม่ และมีการตรวจเยี่ยมบ้านเป็นระยะๆ

- พัฒนาระบบจัดทำเวชระเบียนและหลักฐานทางนิติเวชให้ครบถ้วนสมบูรณ์

**บทบาที่ ๓** ในด้านการฟื้นฟูและเยียวยาผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

- ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในด้านการติดตามเรื่องการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านประสิทธิผลของการคุมกำเนิด การดูแลสภาวะจิตใจทั้งระยะสั้นและระยะยาว

- การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ ฟื้นฟูเยียวยา ทั้งในระยะเร่งด่วนและในระยะยาว เช่น บิดา มารดา ครู โรงเรียน ประชาสงเคราะห์จังหวัด องค์กรเอกชน

ผลการวิจัยข้างต้นพบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทุกๆปี ซึ่งสอดคล้องกับอีกหลายรายงาน<sup>(๒,๓,๔)</sup> จึงเป็นสิ่งท้าทายที่จะต้องหามาตรการต่างๆที่จะลดอุบัติการณ์ให้ได้ต่อไป หนึ่งในนั้นก็คือต้องนำกฎหมายมาบังคับใช้อย่างเข้มงวด ทั้งนี้มีบทลงโทษเกี่ยวกับการกระทำผิดทางเพศในกฎหมายต่างๆ เช่น

- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.๒๕๕๐ มาตราที่ ๔

- พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.๒๕๕๖ มาตราที่ ๒๖,๗๘

- พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตราที่ ๖ มาตราที่ ๕๒ ว. มาตราที่ ๕๒ ว. มาตราที่ ๕๒ ว.๓- พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม

การค้าประเวณี พ.ศ.๒๕๓๙ มาตราที่ ๘

- พระราชบัญญัติมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก (พ.ศ.๒๕๕๔)

- พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๒๕ มาตราที่ ๑-๑๔ มาตรา ๒๗๖ มาตรา ๒๗๗ มาตรา ๒๗๘ และมาตรา ๒๗๙ (ฉบับที่ ๒๒) พ.ศ.๒๕๔๗

- ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐

### บทสรุปและการนำไปสู่การปฏิบัติ

ในมุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อการกระทำรุนแรงทางเพศนั้น จะต้องมองให้ครอบคลุมทุกๆด้าน ทั้ง ๔ มิติ คือ กาย ใจ จิต สังคม รวมทั้งการให้การดูแลสุขภาพพระดับปฐมภูมิแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ที่เน้นความรับผิดชอบด้านการป้องกันโรคได้แก่การหากกลุ่มเสี่ยงในการถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ซึ่งก็คือกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยกว่า ๑๘ ปี เป็นกลุ่มที่การศึกษาต่ำกว่ามัธยม และกลุ่มที่มาใช้บริการช้ามากกว่า ๓ วัน ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดการกระทำรุนแรงทางเพศโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ให้การส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ ให้การส่งเสริมสุขภาพทางใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuity) ผสมผสาน (Integrated) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ที่พิจารณาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ควบคู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคมของบุคคลครอบครัว และชุมชน

การดูแลผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศของโรงพยาบาลชัชชาติบาลนี้ยังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาและปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

๑. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง (การป้องกัน) ผ่านการนิเทศในระดับชุมชน โดยการประสานงานผ่านภาคีเครือข่าย อสม. เจ้าหน้าที่อนามัย ครู สมาคมผู้ปกครองและผู้นำชุมชน โดยให้คำปรึกษาและรณรงค์ในเรื่องความรับผิดชอบ ทศนคติที่ถูกต้องต่อการกระทำรุนแรงทางเพศ<sup>(๗,๑๘)</sup>



๒. กำหนดบทบาทของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในแต่ละฝ่าย โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรต้องมีบทบาทนำ บทบาทประสานงาน และสามารถทดแทนในทุกส่วนที่ขาดไปให้กับผู้ป่วย ในกรณีที่มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องรับทราบ และจัดทีมพี่เลี้ยงคอยดูแลให้คำปรึกษา แนะนำและพาไปสู่อุปกรณ์ในทุกระดับการดูแลต่อไป

๓. พัฒนาระบบการให้การบริการ เช่น การสร้างชุดเครื่องมือสำหรับการดูแลเฉพาะ (Rape Kit)<sup>(๑๓)</sup> การตรวจเลือดเอชไอวี ให้ยาป้องกันการตั้งครรภ์ และการให้ยาป้องกันการเอ็ดส์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทั่วถึง ให้ความสำคัญต่อปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ และให้ความสำคัญต่อหลักฐานทางนิติเวชรวมทั้งการให้ความเห็นในรายละเอียดทางนิติเวช

๔. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล สถานีอนามัยและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการดูแลเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้ทำมาก่อนหน้านี้แล้ว

๕. ทบทวนระบบการทำงาน การประสานงาน และความรู้ความก้าวหน้าทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการประชุมของทีมนสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเพื่อประเมินความพร้อมในการให้การรักษาเป็นการเฉพาะ มีการอบรมวิชาการ มีการนิเทศและประเมินผลของการทำงานเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศให้ดียิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

พ.อ.(พ.) ผศ.นพ.กัญญาพล วัฒนกุล (ผอ.ศูนย์การศึกษาค้นคว้าของแพทย์ แพทย์สภา) ศ.พญ.เจตฎา อนันตสุวรรณชัย (ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และ ผศ.นพ.วิรุจน์ คุณกิตติ (หัวหน้าภาควิชานิติเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ที่ให้การวิจารณ์และคำชี้แนะ และคุณวาคินี เนียมอ่อน (พยาบาลชำนาญการ) ที่รวบรวมติดตามข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

๑. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ . พิมพ์ครั้งที่ ๑. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช): บริษัท วิจิ จำกัด; ธันวาคม ๒๕๕๒. ๖๘ หน้า
๒. สถิติคดีล่วงละเมิดทางเพศที่ขึ้นสู่ศาลชั้นต้นทั่วราชอาณาจักร พ.ศ.๒๕๕๓ - ๒๕๕๑[online]. 2012 [cited 2012 Mar 26]; [1 screen]. Available from : URL: <http://www.gdrif.org/vawdata/vaw/vaw3/02.htm>
๓. สถิติคดีอาญาที่น่าสนใจ ทั่วราชอาณาจักร ราชบัณฑิตยสถาน ๒๕๔๔-๒๕๕๓ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ[online].2012 [cited 2011 Sep 17]; [1 screen]. Available from: URL: [http://statistic.police.go.th/dn\\_main.htm](http://statistic.police.go.th/dn_main.htm)
๔. รายงานของรพ. วชิรพยาบาลปี ๒๕๔๖-๒๕๕๑. รายงานของสถาบันวิจัยบทบาทหญิงชายและการพัฒนา[online]. 2012 [ cited 2012 Mar 17]; [1 screen]. Available from : URL <http://www.gdrif.org/vawdata/vaw/vaw3/03.51>
๕. Prevalence Statistic Sexual Assault. [online].2011 [cited 2011 Sep 17];[2 screen] Available from: URL <http://www.ccasa.org/statistics.cfm>
๖. วิสัยทัศน์ (Vision) ของ เวชศาสตร์ครอบครัว [online]. 2011 [cited 2011 Sep. 17]; Available from : URL [http://thaifammed.org/thaifammed/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=2](http://thaifammed.org/thaifammed/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=2) .
๗. Beebe DK. Sexual Assault. In: Taylor RB ,David AK, Field SA, Phillips DM, Scherger JE, editors. Family Medicine: Principle and Practice. 6th ed. New York: Spinger-Verlag Inc.; 2003. p. 267-271.
๘. Mein JK, Palmer CM, Shand MC, Templeton DJ, Parekh V, Mobbs M et al. Management of acute adult sexual assault. MJA 2003;178:226-30
๙. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. Br Med J 2007; 334:1154-8
๑๐. McDonald KC. Child abuse: approach and management. Am Fam Physician 2007;75:221-8
๑๑. Huyer D. Childhood sexual abuse and family physicians. Can Fam Physician. 2005 ;51:1317-9
๑๒. ประชากรกลางปี ๒๕๕๓. สำนักบรรดาวิชา กรมควบคุมโรค สช.[online]. 2011 [cited 2011 Mar 3] Available from: <http://www.boe.moph.go.th/download.php?cat=5>
๑๓. Rape statistics, UN Statistics. [online]. 2011 [cited 2011 Sep 17]; Available from : URL [http://en.wikipedia.org/wiki/Rape\\_statistics](http://en.wikipedia.org/wiki/Rape_statistics)
๑๔. Young A, Grey M, Abbey A, McCabe SE. Alcohol-related sexual assault victimization among adolescents: prevalence, characteristics, and correlates. J Stud Alcohol Drugs 2008;69:39-48.
๑๕. Testa M, Livingston JA. Alcohol Consumption and Women's Vul-

- nerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? *Subst Use Misuse* 2009;44:1349-76.
൧൭. Centers for Disease Control and Prevention. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other non occupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005;54(RR-2):1.
൧൮. Moscarello R. Posttraumatic stress disorder after sexual assault: psychodynamics and treatment. *J Am Acad Psychoanal* 1991;19:235-53.
൧൯. Luce H, Schrage S. Sexual assault of women. *Am Fam Physician* 2010;81:489-95.