

การศึกษาลักษณะทางคลินิก และการดูแลทางจิตสังคมในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อหนองใน ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างปี 2548 - 2557

ศิริรัตน์ อุฬารัตน์นงค์ พ.บ., ชุตินา สุนทรทรัพย์ พ.บ.

กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract: Clinical Characteristics and Psychosocial Intervention of Gonococcal Infection in Children at Queen Sirikit National Institute of Child Health from 2005 - 2014

Ularntinon S, Sunthonsup C

Department of Pediatrics, Queen Sirikit National Institute of Child Health, Thung Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok, 10400

(E-mail: siriratul@gmail.com)

Background: Gonococcal infection after neonatal period mainly causes by sexually abused, however non-venereal transmission may rarely occur. Searching for the actual cause of the infection is mandatory. Such process requires coordinative work of multidisciplinary team. **Objective:** To determine signs and symptoms of gonococcal infection in pediatric population. Diagnosis of the causes and provided intervention by multidisciplinary team in these patients were also obtained. **Methods:** A retrospective descriptive study was carried out in pediatric patients who infected with Neisseria gonorrhoeae and attended the out-patient department and emergency room at the Queen Sirikit National Institute of Child Health between 1 January 2005 and 31 December 2014. Data were collected from patient medical records both in-patients and out-patients. **Result:** There were 94 participants identified in this study, which represented an average of 9.4 cases per year. However, only 47 medical records were obtained for data abstraction. The gonococcal infection was the result of definitely sexually abused in 17 percent of the cases (8 from 47 cases), only 1 case was confirmed as an intimate house hold contact. Highly suspected of sexually abused reported in 22 cases (46.8%). Three children in definitely sexually abused group were separated from their families by enforcing the child protection law under the supervision of multidisciplinary teams. **Conclusion:** Establishing a guideline for managing children who infected with Neisseria gonorrhoeae is mandatory in order to improve the quality of care and protection for this risk group of patients.

Keywords : Gonococcal infection in children, Clinical characteristics, Psychosocial care

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : การติดเชื้อหนองใน (Neisseria gonorrhoeae) ในเด็ก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อย่างไรก็ตาม มีรายงานการตรวจพบการติดเชื้อหนองในจากสาเหตุอื่นได้ เช่น การใช้สิ่งของหรือห้องน้ำร่วมกัน ดังนั้น การตรวจประเมินทางร่างกาย ทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งทางจิตสังคม และการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพเพื่อสืบค้นหาเหตุของการติดเชื้อ การวางแผนการดูแลทางจิตสังคม และให้การคุ้มครองเด็ก จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ **วัตถุประสงค์ :** ศึกษาอาการนำ อาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อหนองในและการประเมินทางจิตสังคมและการวินิจฉัยสาเหตุการเกิดและการดูแลทางจิตสังคม และให้การคุ้มครองเด็ก ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อหนองในของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี **วิธีการศึกษา :** การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ตรวจพบผลเพาะเชื้อเป็นเชื้อหนองใน ที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2557 โดยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชระเบียนผู้ป่วย **ผล :** จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อเป็นเชื้อหนองในทั้งหมด 94 ราย อัตราเฉลี่ย 9.4 รายต่อปี และสามารถติดตามเวชระเบียนเพื่อนำมาทบทวนได้จำนวน 47 ราย สาเหตุการติดเชื้อหนองในโดยสหวิชาชีพระบุยืนยันว่าเป็นการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ร้อยละ 17 (8 จาก 47 ราย) มีความเสี่ยงสูงแต่ไม่สามารถยืนยัน 22 ราย (ร้อยละ 46.8) และรับเชื่อผ่านการใช้สิ่งของร่วมกันจำนวน

1 ราย มีการดำเนินการให้การคุ้มครองทางกฎหมายและแยกเด็กออกจากครอบครัว จำนวน 3 ราย **สรุป :** การพัฒนาทีมสหวิชาชีพ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ให้เกิดความตระหนักในสังคมถึงอาการและอาการแสดงของเด็กที่มีความเสี่ยงมีความสำคัญในการให้การดูแลคุ้มครองเด็ก

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อหนองใน ลักษณะทางคลินิก การดูแลทางจิตสังคม

บทนำ

การถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก หมายถึง การกระทำกิจกรรมทางเพศต่อเด็ก หรือใช้ให้เด็กกระทำ โดยที่เด็กไม่สามารถให้ความยินยอมพร้อมใจ หรือไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะเข้าใจการกระทำเหล่านี้ กิจกรรมดังกล่าวทำเพื่อความพึงพอใจทางเพศของผู้กระทำ รวมไปถึงการสัมผัสทางเพศที่กระทำต่อเด็กโดยวิธีบังคับข่มขู่หรือหลอกล่อรวมทั้งความไม่สามารถยินยอมเนื่องจากความแตกต่างทางอายุและพัฒนาการ¹ อาการและลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วยเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศพบได้หลายลักษณะอาการ ได้แก่ ลักษณะช่องคลอดและปากช่องคลอดอักเสบ มีหนองไหลออกทางช่องคลอด คัน ถ่ายปัสสาวะลำบาก เป็นต้น หรือในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และจำเป็นต้องมีการตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่าง

ละเอียด ตรวจบริเวณอวัยวะเพศ ภายใน และภายนอก บริเวณบาดแผลตามร่างกายและนำสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการตรวจพบเชื้อหนองใน ในเด็กหลังวัยแรกเกิด ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานบ่งชี้ในการวินิจฉัยการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กได้² โดยการติดเชื้อหนองใน เกิดจากจุลินทรีย์ก่อโรค Neisseria Gonorrhoeae เป็นแบคทีเรียทรงกลมอยู่เป็นคู่ติดสี่แตรกลมลบ ผ่านเข้าสู่ร่างกายผ่านทางเยื่อเมือก เช่น ช่องปาก ท่อปัสสาวะ ช่องคลอด คอมมดลูก และทวารหนัก และในเด็กตำแหน่งติดเชื้อมักเป็นช่องคลอด ทวารหนัก และช่องคอ

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ตรวจพบการติดเชื้อหนองในทุกราย จึงจำเป็นต้องมีการประเมินว่าเป็นจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด และมีความสำคัญที่สุดทั้งในด้านการแพทย์ จิตสังคม และทางกฎหมายในการให้การคุ้มครองดูแลเด็กหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้ที่อาจเกิดจากการรับเชื้อทางอื่นในกรณีที่ไม่สามารถตรวจประเมินพบความเสี่ยงของการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ เช่น การสัมผัส หรือ household contact โดย Goodyear - Smith³ ได้สรุปสาเหตุของการติดเชื้อว่าสามารถเป็นไปได้ตั้งแต่ผ่านทาง การใช้อ่างอาบน้ำร่วมกัน การใช้ผ้า ผ่าขนหนุ่วมกัน การใช้เทอร์โมมิเตอร์ วัตถุอุณหภูมิเด็กทางทวารหนัก และผ่านทางสัมผัสจากมือผู้ดูแลเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Blackwell⁴ ได้รายงาน การศึกษาในผู้ป่วย 4 ราย รายที่ 1 และ 2 พบว่าตรวจพบการติดเชื้อหนองในที่บริเวณอวัยวะเพศ รายที่ 3 พบที่บริเวณที่ตา และรายที่ 4 ไม่มีอาการแต่พบเชื้อใน pharynx ผ่านการ screening ซึ่งได้สรุปสาเหตุการติดเชื้อมาจากการใช้ผ้าขนหนุ่วมกัน และจากการศึกษาของ Whartir⁵ ได้ศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อหนองในในผู้ป่วยเด็กก่อนวัยรุ่น จำนวน 10 ราย พบ 1 รายที่มีการติดเชื้อโดยการใช้นิ้วเล่นอวัยวะเพศ

เนื่องจากการวินิจฉัยการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กจากการตรวจพบการติดเชื้อหนองใน เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อน และมีความยากในการวินิจฉัย รวมทั้งอาจส่งผลให้เกิดความหวาดระแวงต่อสมาชิกในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ กระบวนการตรวจประเมินทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม จึงควรมีการทำให้ครบถ้วนครอบคลุมและเป็นระบบทั้งทางการแพทย์และทางจิตสังคม และครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพที่ประกอบไปด้วย กุมารแพทย์ จิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และนักกฎหมาย ทางคณะผู้ศึกษา ได้เล็งเห็นและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำการศึกษาขึ้นเพื่อศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อหนองในในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดย

ทำการศึกษาอาการนำ อาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อหนองในและผลการประเมินทางจิตสังคม ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อหนองในที่มีมารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2557 เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและมาตรฐานการประเมินและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้กุมารแพทย์สามารถให้การวินิจฉัย ดูแลรักษา และให้การคุ้มครองเด็กและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวน้อยที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็ก อายุ 0 - 17 ปี ที่ตรวจพบผลเพาะเชื้อสารคัดหลั่งจากช่องคลอดและปัสสาวะ พบเชื้อ Neisseria gonorrhoeae ที่มีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2557 โดยกระบวนการเก็บข้อมูลใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยและครอบครัว ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อาการนำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา การตรวจร่างกายบริเวณอวัยวะเพศ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตรวจหาอสุจิ การประเมินทางจิตสังคม ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และไม่ได้ส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ การประเมินสาเหตุการเกิดการติดเชื้อหนองใน โดยทีมสหวิชาชีพและโดยผู้ปกครอง การดำเนินการให้การคุ้มครองเด็ก โดยทีมสหวิชาชีพ โดยแบบเก็บข้อมูลจะใช้หมายเลข identification no. (ID) แทนผู้ป่วยแต่ละคนโดยไม่มีภาวะระบุ ชื่อ นามสกุล และหมายเลขผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ เป็นความถี่และร้อยละ

ผล

ในช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 มกราคม 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2557 พบผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อจากสารคัดหลั่งปรากฏเป็น Neisseria gonorrhoeae ทั้งหมด 94 ราย คิดเป็นอัตราเฉลี่ยทั้งหมด 9.4 รายต่อปี มีจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบตามเกณฑ์การศึกษาและสามารถสืบค้นข้อมูลได้ทั้งหมด จำนวน 47 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 และ ร้อยละ 63.8 (30 ราย) เป็นเด็กเล็กในช่วงอายุ 2 - 5 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดมีพัฒนาการสมวัยดี และไม่มีโรคประจำตัว มากกว่าร้อยละ 50.0 บิดามารดามีสถานภาพสมรส (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (N=47)

| ข้อมูลผู้ป่วย | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|----------------------|-------------|--------|
| เพศ | | |
| หญิง | 44 | 93.6 |
| ชาย | 3 | 6.4 |
| ช่วงอายุ (ปี) | | |
| 2 - 5 | 30 | 63.8 |
| 6 - 12 | 15 | 31.9 |
| > 12ปี | 2 | 4.3 |
| พัฒนาการ | | |
| สมวัย | 47 | 100 |
| ไม่สมวัย | 0 | 0 |
| โรคประจำตัว | | |
| มีโรคประจำตัว | 0 | 0 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 47 | 100 |

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (N=47) (ต่อ)

| ข้อมูลผู้ป่วย | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------------------------|-------------|--------|
| ลำดับบุตรในครอบครัว | | |
| บุตรคนแรก | 18 | 38.3 |
| บุตรคนกลาง | 5 | 10.6 |
| บุตรคนเล็ก | 15 | 31.9 |
| ไม่มีข้อมูล | 9 | 19.1 |
| สถานภาพสมรสของบิดามารดา | | |
| สมรส | 27 | 57.4 |
| แยกกันอยู่ | 4 | 8.5 |
| หย่าร้าง | 3 | 6.4 |
| หม้าย | 1 | 2.1 |
| ไม่มีข้อมูล | 12 | 25.5 |

จากการศึกษาอาการนำของผู้ป่วยที่มาที่ห้องตรวจฉุกเฉินและห้องตรวจทั่วไป จำนวน 47 ราย อาการนำ (บางรายพบอาการร่วมกันหลายอาการ) ที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการตกขาว คิดเป็นร้อยละ 72.3 (34 ราย) อาการคันที่ช่องคลอดหรืออวัยวะเพศร้อยละ 23.4 (11 ราย) หนองไหลจากอวัยวะเพศ ร้อยละ 31.9 (15 ราย) อวัยวะเพศบวมแดงร้อยละ 2.1 (1 ราย) เลือดออกทางอวัยวะเพศร้อยละ 2.1 (1 ราย) และเด็กบอกว่าถูกล่วงละเมิดทางเพศ ร้อยละ 2.1 (1 ราย) ลักษณะที่พบจากการตรวจร่างกาย บริเวณช่องคลอดพบตกขาวร้อยละ 83.0 (39 ราย) ไม่พบ ร้อยละ 17.0 (8 ราย) บริเวณเยื่อพรหมจารี พบรอยฉีกขาดใหม่ร้อยละ 6.4 (3 ราย) รอยฉีกขาดเก่าร้อยละ 2.1 (1 ราย) ลักษณะครบวงร้อยละ 57.4 (27 ราย) ไม่มีข้อมูลบันทึกร้อยละ 34.0 (16 ราย) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการนำและสิ่งตรวจพบในผู้ป่วยเด็กที่พบเชื้อ Neisseria gonorrhoea (N = 47)

| ลักษณะอาการนำและสิ่งตรวจพบ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| ตกขาว โดยไม่มีหนอง | 34 | 72.3 |
| คันที่ช่องคลอดหรืออวัยวะเพศ | 11 | 23.4 |
| ตกขาวลักษณะเป็นหนองไหลจากอวัยวะเพศ | 16 | 34.0 |
| อวัยวะเพศบวมแดง | 1 | 2.1 |
| เลือดออกทางอวัยวะเพศ | 1 | 2.1 |
| เด็กบอกว่าถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยไม่มีอาการแสดงอื่น | 1 | 2.1 |
| การตรวจบริเวณช่องคลอด | | |
| มีตกขาว | 39 | 83.0 |
| ไม่มี | 8 | 17.0 |
| เยื่อพรหมจารี (hymen) | | |
| รอยฉีกขาดใหม่ | 3 | 6.4 |
| รอยฉีกขาดเก่า | 1 | 2.1 |
| ลักษณะครบวง | 27 | 57.4 |
| ไม่มีข้อมูลบันทึก | 16 | 34.0 |

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นในผู้ป่วย พบว่า มีการส่งการตรวจ Anti-HIV และการตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) จำนวน 24 ราย หรือ ร้อยละ 51.1 และได้ผลเป็นลบทั้งหมด โดยไม่มีผลการส่งตรวจร้อยละ 48.9 (23 ราย) การตรวจหาตัวอสุจิ โดยวิธี wet smear ส่งตรวจ 5 ราย ผลเป็นลบทั้งหมด ไม่ได้ส่งตรวจร้อยละ 89.4 (42 ราย) การตรวจหาเอชดีฟอสฟาเทสส่งตรวจ 12 ราย ผลเป็นลบทั้งหมด และไม่ได้ส่งตรวจร้อยละ 72.3 (34 ราย) การตรวจ PSA ส่งตรวจ 11 ราย ผลเป็นลบทั้งหมด ไม่ได้ตรวจร้อยละ 76.6 (36 ราย) จากผลนี้จึงเห็นว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งที่ไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาหลักฐานทางนิติเวชของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่อาจพบร่วมได้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัย รักษา และให้การคุ้มครองต่อไป อย่างไรก็ตาม มีการตรวจประเมินค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ Neisseria gonorrhoeae ในเด็ก จากบุคคลที่ใกล้ชิด ผู้ป่วยในครอบครัวและพักอาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด 11 ครอบครัว หรือร้อยละ 23.4 (11 ครอบครัว) โดยการส่งเพาะเชื้อจากอวัยวะเพศของบุคคลในครอบครัว จำนวนทั้งหมด 24 คน และพบผลเพาะเชื้อเป็น Neisseria

gonorrhoeae ถึงร้อยละ 12.5 (3 ราย) ผลเพาะเชื้อเป็นเชื้ออื่น ร้อยละ 79.1 (19 ราย) นอกจากนี้มีการส่งเพาะเชื้อจากปัสสาวะทั้งหมด 15 ราย และไม่พบผลเพาะเชื้อเป็น Neisseria gonorrhoeae เลย โดยพบผลเพาะเชื้อเป็นเชื้ออื่น จำนวน 7 ราย หรือ ร้อยละ 46.0

การดำเนินการและการตรวจประเมินทางจิตสังคมในผู้ป่วยเด็กที่ตรวจพบ Neisseria gonorrhoeae

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีทั้งหมด 47 ราย แบ่งเป็นรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 57.4 (27 ราย) แผนกผู้ป่วยในร้อยละ 42.6 (20 ราย) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบ OPD พบว่า ส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพร้อยละ 44.4 (12 ราย) ไม่ได้ส่งปรึกษาสหวิชาชีพร้อยละ 55.5 (15 ราย) และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็น IPD พบว่า ส่งปรึกษาสหวิชาชีพร้อยละ 95.0 (19 ราย) ไม่ได้ส่งปรึกษาสหวิชาชีพร้อยละ 5 (1 ราย) โดยรวมผู้ป่วยเด็กติดเชื้อหนองใน ที่ได้รับการส่งตรวจประเมินเรื่องการถูกทำร้ายและถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยทีมสหวิชาชีพทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 66.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การดำเนินการและส่งต่อทีมสหวิชาชีพประเมิน ในผู้ป่วยเด็กที่พบเชื้อหนองใน

| ปรีกษาสหวิชาชีพ | แผนกผู้ป่วยนอก ราย (ร้อยละ) N = 27 | แผนกผู้ป่วยใน ราย (ร้อยละ) N = 20 | รวม ราย (ร้อยละ) N = 47 (100) |
|-----------------|--|---|-------------------------------------|
| ส่งปรึกษา | 12 (44.4) | 19 (95.0) | 31 (66.0) |
| ไม่ได้ส่งปรึกษา | 15 (55.5) | 1 (5.0) | 16 (34.0) |

และพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในปี 2554 (10 ราย) และปี 2550 เป็นปีที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่งต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินทางจิตสังคม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจประเมินต่อในปี 2548 - 2557

| ปี พ.ศ. | จำนวนผู้ป่วย ราย (ร้อยละ) | จำนวนผู้ป่วยที่ส่งประเมิน โดยทีมสหวิชาชีพ ราย (ร้อยละ) | จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งประเมิน ต่อ ราย (ร้อยละ) |
|---------|------------------------------|--|--|
| 2548 | 3 (6.4) | 2 (66.6) | 1 (33.3) |
| 2549 | - | - | - |
| 2550 | 2 (4.3) | 2 (100) | 0 (0) |
| 2551 | 4 (8.5) | 2 (50.0) | 2 (50.0) |
| 2552 | 3 (6.4) | 2 (66.6) | 1 (33.3) |
| 2553 | 8 (17.0) | 3 (37.5) | 5 (62.5) |
| 2554 | 10 (21.3) | 8 (80.0) | 2 (20.0) |
| 2555 | 6 (12.8) | 4 (66.6) | 2 (33.3) |
| 2556 | 7 (14.9) | 6 (85.7) | 1 (14.3) |
| 2557 | 4 (8.5) | 2 (50.0) | 2 (50.0) |
| รวม | 47 (100) | 31 (66.0) | 16 (34.0) |

โดยใน ผู้ป่วย 31 รายที่ได้รับการส่งตรวจประเมินทางจิตสังคม และสภาพแวดล้อมของทางครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพ พบว่า เป็นการล่วงละเมิดทางเพศแน่นอน จำนวน 8 ราย จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีทั้งสิ้น 47 รายที่สามารถติดตามเวชระเบียนมาทำการรักษาได้ มีการแจ้งความดำเนินคดีต่อ จำนวน 6 ราย การให้การคุ้มครองเด็ก โดยใช้กระบวนการทางกฎหมาย แยกเด็กออกจากครอบครัว จำนวน 3 ราย (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การประเมินและดำเนินการให้การคุ้มครองเด็กโดยทีมสหวิชาชีพ

| การประเมินและดำเนินการให้การคุ้มครองเด็ก | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| Confirmed sexual abuse | 8 | 17.0 |
| Highly suspected cases | 22 | 46.8 |
| Household intimate contact | 1 | 2.1 |
| ไม่ได้รับการส่งเพื่อตรวจประเมิน | 16 | 34.0 |
| การแจ้งความดำเนินคดี | | |
| แจ้งความ | 6 | 12.8 |
| ไม่ได้แจ้งความ | 25 | 53.2 |
| ให้การคุ้มครองเด็ก | | |
| แยกเด็กจากครอบครัว | 3 | 6.4 |
| ไม่ได้แยกเด็ก | 28 | 59.6 |

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสามารถศึกษาได้ทั้งสิ้น 47 ราย อัตราส่วนร้อยละ เพศหญิง : เพศชายคิดเป็น 93.6 : 6.4 โดยลักษณะอาการนำที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการตกขาว และมีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ การตรวจอวัยวะเพศ พบลักษณะเยื่อบุพรหมจารีที่ครบวง ไม่พบการฉีกขาดเลย ถึงแม้การติดเชื้อมองในในเด็กจะนับเป็นข้อบ่งชี้ที่มีความน่าเชื่อถือสูงมากกว่า น่าจะมีการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กก็ตาม² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยณัชชา⁶ ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ในเด็กที่สงสัยถูก

ทารุณกรรมทางเพศมากกว่าร้อยละ 50.0 มีผลการตรวจร่างกายและอวัยวะเพศ อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่จำเพาะเจาะจง รวมทั้งการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Kellogg⁷ รวบรวมข้อมูลในเด็ก 157 ราย ที่ถูกส่งตัวมาเพื่อประเมินการถูกทารุณกรรมทางเพศ พบว่า มีเพียงร้อยละ 54.1 ที่ตรวจร่างกายพบความผิดปกติ จะเห็นได้ว่า การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติในเด็ก จึงไม่สามารถใช้ในการบ่งชี้ว่า ไม่มีการล่วงละเมิดทางเพศได้ โดยสาเหตุที่ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย สามารถเกิดได้จาก

หลายปัจจัย เช่น บาดแผลอวัยวะเพศมักหายเร็ว ไม่เหลือร่องรอย เนื่องจากอวัยวะเพศเป็นบริเวณที่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก ร่วมกับเชื้อพรหมจารีในเด็กมีความยืดหยุ่นสูง การมาพบแพทย์หลังการล่วงละเมิดหลายวันจึงอาจตรวจไม่พบร่องรอยได้ รวมทั้งการล่วงละเมิดทางเพศโดยการสอดใส่อวัยวะเพศหรือนิ้วมือก็อาจตรวจไม่พบบาดแผลได้เช่นกัน¹ นอกจากนี้ยังมีรายงานการตรวจพบการติดเชื้อหนองในในเด็กจากการใช้สิ่งของ เช่น ผ้าเช็ดตัว และห้องน้ำ ร่วมกับคนในบ้านที่มีการติดเชื้อได้ด้วย ถึงแม้จะพบได้น้อยมากก็ตาม³⁻⁵ ซึ่งในการศึกษานี้ก็พบผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่รับเชื้อจากการใช้ผ้าเช็ดตัวที่ปนเปื้อนเชื้ออยู่เช่นกัน โดยไม่พบความเสี่ยงของการล่วงละเมิดและกระทำทารุณกรรมเด็กในครอบครัว

ดังนั้น การใช้ข้อมูลจากรอบด้าน ทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครบถ้วน ได้แก่ การหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น การตรวจหาร่องรอยอสุจิ และการตรวจประเมินทางจิตสังคมอย่างเป็นระบบ การเยี่ยมบ้าน การตรวจผู้อยู่อาศัยในบ้านคนอื่น ๆ การประเมินทางจิตสังคมเชิงลึกซึ่งมักจะต้องใช้เวลาาน จึงเป็นสิ่งที่ยังคงมีความสำคัญมากในการประเมินผู้ป่วยเด็กและครอบครัวกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเพียงประมาณ ร้อยละ 50.0 ที่ได้รับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น และกว่าร้อยละ 70.0 ไม่ได้รับการตรวจหาร่องรอยอสุจิ รวมทั้ง กว่าร้อยละ 30.0 ไม่ได้รับการส่งตรวจประเมินต่อโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาความเสี่ยงของการทำทารุณกรรมเด็กและให้การคุ้มครองที่เหมาะสมตามขั้นตอนต่อไป ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการส่งปรึกษาสหวิชาชีพระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน (20 ราย) กับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (27 ราย) พบว่า การส่งปรึกษาสหวิชาชีพในผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีการส่งปรึกษาสหวิชาชีพเพียง ร้อยละ 44.4 (12 ราย) อย่างมาก จะเห็นได้ว่า การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งนำไปสู่การได้รับการประเมินที่ละเอียดและมีทีมการรักษาที่ครบถ้วน จึงอาจนำข้อมูลนี้มาช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ใจในการวินิจฉัย และยังไม่ทราบข้อมูลชัดเจนถึงสาเหตุของการติดเชื้อ มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงให้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในก่อน นอกจากนี้ งานศึกษานี้ยังพบว่าแนวโน้มการส่งปรึกษาสหวิชาชีพมีมากขึ้น โดยมีอัตราการปรึกษามากที่สุดในปี 2554 เนื่องจากมีการให้ความรู้แก่ทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ ดูแลเด็กที่สงสัยว่าถูกกระทำทารุณกรรมขึ้นในสถาบัน ประกอบด้วยการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ (1) กุมารแพทย์ มีหน้าที่ประเมินตรวจรักษาอาการทางร่างกายเบื้องต้น เก็บหลักฐาน วัตถุพยาน และส่งตรวจตามห้องปฏิบัติการตามข้อบ่งชี้ รวมทั้งถ่ายรูปร่องรอยการถูกกระทำเมื่อพบผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉินและ ผู้ป่วยนอก (2) พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยทางร่างกายและจิตใจ และส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การ

คุ้มครองเด็กต่อ (3) นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ เป็น case manager ในการดำเนินการประสานจิตแพทย์ ทำการตรวจประเมิน ค้นหาและรวบรวมข้อเท็จจริงทางด้านสังคม (กรณีผู้ป่วยไม่ Admit นักสังคมสงเคราะห์ที่โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและประสานร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่คุ้มครองเด็กฯ) วินิจฉัยทางสังคม ประเมินปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง จากการซักประวัติญาติและจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการบำบัดฟื้นฟูเด็กและครอบครัว (4) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น มีหน้าที่ให้การบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจและบรรเทาผลกระทบจากเหตุการณ์แก่เด็กและครอบครัวต่อไป นอกจากนี้ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางกฎหมายและการเผยแพร่พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กในปี 2546 จะช่วยทำให้สังคมมีความตระหนักในปัญหา รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสามารถในการตรวจพบผู้ป่วยและทราบแนวทางในการดูแลเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ซึ่งในขณะเขียนส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษายังขาดข้อมูลผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครบถ้วน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการทำทารุณกรรมเด็ก เช่น การใช้สารเสพติดในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามการรักษา

สรุป

ปัญหาการติดเชื้อหนองในและการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อน จึงจำเป็นต้องมีสหวิชาชีพ เข้ามาเกี่ยวข้องในการให้การประเมินและดูแลเด็กและครอบครัวกลุ่มนี้ ปัจจุบันภายหลังจากการมีพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กในปี 2546 จะนำไปสู่ความตื่นตัวของสังคมและบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น แต่กระบวนการแก้ปัญหาการสร้างแนวทางการปฏิบัติให้ชัดเจนในการปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งการมีทีมสหวิชาชีพในการประเมินและดูแลอย่างเป็นระบบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

กิดติกรรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษารายการแพทย์หญิงพัชต์เพ็ญ สิริคุตต์ อาจารย์ประจำหน่วยติดเชื้อ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เรืออากาศโทหญิงจกจิตคอร์ สัจเดวี อาจารย์ประจำหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพล ที่ช่วยให้คำแนะนำและตรวจทานงานวิจัยฉบับนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่แผนกเวชสถิติ งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่แผนกสังคมสงเคราะห์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่อำนวยความสะดวกในการค้นหาและรวบรวมข้อมูลในการศึกษาอย่างดียิ่ง

References

1. ศรีเวียง ไพบโรจน์กุล. คู่มือปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในกระบวนการคุ้มครองเด็ก. มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก. กรุงเทพฯ: 2547.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Pediatrics. 1999;103:186-91.
3. Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. J Forensic Leg Med 2007;14:489-502.
4. Blackwell AL, Eykyn SJ. Paediatric gonorrhoea: non-venereal epidemic in a household. Genitourin Med 1986;62:228-9.
5. Whaitiri S, Kelly P. Genital gonorrhoea in children determining the source and mode of infection. Arch Dis Child 2011; 96:247-51.
6. Sakrajai N, Ularntinon S. Child sexual abuse: An 8 year retrospective study at Queen Sirikit national Institute of Child Health. Thai J Pediatr 2015; 54:1-12.
7. Kellogg ND, Parra JM, Menard S. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152:634-41.