

การศึกษาและพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

กระทรวงสาธารณสุข

ยุภา คงกลิ่นสุคนธ์* ปรีดี สำราญทรัพย์*

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการในศูนย์พึ่งได้ 2) กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ และ 3) พัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลของเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำความรุนแรง และเข้ารับบริการของศูนย์พึ่งได้ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 จำนวน 16,890 ราย ดำเนินการวิจัยโดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดทำแนวทางประเด็นคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา 1) สถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการศูนย์พึ่งได้ ที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.45 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.48 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงมาจาก 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว พฤติกรรม และสื่อ 2) กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ แบ่งเป็น ด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการคัดกรองสภาพปัญหาและให้การตรวจรักษา ด้านกฎหมาย ให้ความช่วยเหลือด้านการดำเนินคดี ด้านสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบันทึกข้อมูลสำหรับการเบิกจ่ายเงินชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าการให้บริการโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1,000 รายต่อปี แต่ยังไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้มารับบริการจริง ปัญหาที่พบคือบริการไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาและขาดการคำนึงถึงความปลอดภัย 3) แนวทางการพัฒนายกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ พบว่า ศูนย์พึ่งได้ จำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนและมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรง ยังขาดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในด้านสถานที่ เครื่องมือ บุคลากร และการให้บริการ เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการในสถานพยาบาลทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนจึงมีข้อเสนอให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับหลักสากล และประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรง

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ, ศูนย์พึ่งได้, สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

* กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

E-mail: yupha22@gmail.com

**Study and development of One-stop Service Crisis Center (OSCC) system
in the public health services, Ministry of Public Health**

Yupha Khongklinsukhon* Preeti Sumransub*

Abstract

This study is a document-based research aimed to examine: 1) the situation of domestic violence victims seeking services at the One-stop Service Crisis Center (OSCC), 2) the service processes of the OSCC, and 3) approach development to improve and enhance the service standards of the OSCC. The sample consisted of data on 16,890 children, women, and family members who experienced domestic violence, drawn from records between October 2022 and September 2023. The research was conducted through a review of relevant documents and studies, as well as the development of guiding questions aligned with the study objectives. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Findings: 1) Regarding the situation of domestic violence victims seeking services at the OSCC, the majority of service users were females, accounting for 89.45%. The most common age group (36.48%) was 10-20 years old. Four main factors influencing the occurrence of violence were individual, family, behavioral, and media-related factors. 2) The service processes of the OSCC were categorized into medical and public health services which provide screening and medical treatments, legal services which assist with legal proceedings, and social welfare services which coordinate with relevant agencies and record data for reimbursement claims from the National Health Security Office (NHSO). 3) Regarding approaches to improving the service standards of the OSCC, it was found that clear establishment and consistent operational standards to enhance the efficiency of support for domestic violence victims were in need, especially facilities, equipment, personnel, and service delivery. The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health should develop operational standards aligned with international principles and collaborate with the NHSO to create benefit package for domestic violence victims in order to improve service capacity in healthcare facilities nationwide.

Keywords: Service system development, One-stop Crisis Center, Public health services

*Department of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

E-mail: yupha22@gmail.com

บทนำ

ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติ ได้ระบุว่าประเทศไทยมีสถิติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี คิดอันดับ 1 ใน 10 ของโลกอย่างต่อเนื่อง¹ แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มผู้ถูกระบาดความรุนแรงที่ร้องขอความช่วยเหลือกลับมีจำนวนไม่มากนัก ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กำหนดนโยบายให้ความสำคัญต่อผู้หญิงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ ที่ทุกฝ่ายทุกหน่วยงานต้องให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรง ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ โดยระดับบุคคลส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ถูกระบาดและผู้กระทำความรุนแรง ระดับครอบครัวส่งผลกระทบต่อครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่เป็นหน่วยสังคมที่มีประสิทธิภาพได้เต็มที่ เมื่อเด็กเติบโตจากครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงจึงมีแนวโน้มที่จะใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมและการพัฒนาประเทศชาติในภาพกว้างได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมหาศาล เนื่องจากรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งในสถานบริการทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียแรงงานและรายได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ

จากสถานการณ์ความรุนแรงและผลกระทบดังกล่าว รัฐบาลในขณะนั้นได้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการแก้ปัญหา จึงมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ให้มีการจัดบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับความรุนแรงในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรงแก่เด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัวขึ้น² โดยให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงนำร่องจำนวน 20 แห่ง³ และต่อมาในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดทำโครงการบริการช่วยเหลือเด็กและสตรี เพิ่มจาก 20 แห่ง เป็น 104 แห่ง และในปี พ.ศ. 2547⁴ ได้เสนอเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระชนมายุครบ 6 รอบ โดยเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์พึ่งได้” ทุกแห่ง ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้ขยายบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 แห่ง จนถึงปี พ.ศ. 2552 ได้ขยายบริการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งปรับปรุงคู่มือให้เหมาะสมกับสถานการณ์

อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรงขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการ ส่งผลให้รูปแบบบริการของศูนย์พึ่งได้มีความหลากหลายและก่อให้เกิดปัญหา ทั้งด้านสถานที่จัดตั้งศูนย์พึ่งได้ที่ผู้ถูกระบาดต้องได้รับการบริการในสถานที่มืดซิด ไม่เป็นที่เปิดเผย และการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหา ที่มาจากรูปแบบการทำร้ายกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งความรุนแรงของปัญหา ทำให้การปฏิบัติและการจัดการในการแก้ปัญหาไม่ชัดเจน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการในการช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรง ที่อาจเสี่ยงต่อการถูกระบาดซ้ำ ซึ่งการถูกระบาดซ้ำ

ถือเป็นสิ่งที่ทุกคนและทุกหน่วยงานควรเฝ้าระวังหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น และถือเป็นแนวทางที่ดีที่สุด แม้ว่าในทางด้านกฎหมายได้กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำแล้วก็ตาม

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทบทวนสาเหตุของสถานการณ์ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นว่ามาจากสาเหตุใด และปัจจัยใดที่ส่งผลให้ผู้ถูกระทำความรุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้น กระบวนการให้บริการมีรูปแบบการให้บริการอย่างไร จึงยังมีปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนและดำเนินการ ตลอดจนพัฒนาแนวทางระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้มาตรฐาน โดยคาดหวังว่าผลการศึกษจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว ที่มารับบริการศูนย์พึ่งได้
2. เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมาย และด้านสังคมสงเคราะห์แก่เด็ก สตรีและบุคคล ที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐานระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ในการช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคล ที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยอาศัยการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พึ่งได้ ซึ่งให้ความช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่มีความถูกต้อง (Authenticity) จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ (Credibility) ได้แก่ กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั่วประเทศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งนักวิจัยออกแบบเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดประเด็นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้ารับบริการของศูนย์พึ่งได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 16,890 ราย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว

ส่วนที่ 2 กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้เกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์แก่เด็ก รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระดับมาตรฐานการให้บริการ เกี่ยวกับด้านสถานที่/เครื่องมือ สภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการให้บริการและด้านการควบคุมคุณภาพ

จากประเด็นที่ศึกษาทั้ง 3 ส่วนดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารจาก ความถูกต้อง (Authenticity) คือ มาจากแหล่งน่าเชื่อถือ (Credibility) มีความสมบูรณ์และครอบคลุม (Representativeness) สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรตัวอย่างได้ มีความหมายชัดเจน เข้าใจง่าย และ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนมาตรฐาน และสังเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นสถานการณ์ของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว และกระบวนการ บริการของศูนย์พึ่งได้

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐาน ระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ โดยกำหนด รายละเอียดใน 5 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านสถานที่ และเครื่องมือ คือ ความพร้อมของอุปกรณ์และสภาพแวดล้อม
- 2) ด้านบุคลากร คือ การกำหนดบทบาทหน้าที่และจำนวนที่เพียงพอ
- 3) ด้านการปฏิบัติงาน คือ มีขั้นตอนที่ชัดเจนและครบถ้วน
- 4) ด้านการให้บริการ คือ การจัดเก็บข้อมูลและการบริการที่ครอบคลุม
- 5) ด้านการควบคุมคุณภาพ คือ การติดตามผลและการปรับปรุงบริการ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินมาตรฐานของศูนย์พึ่งได้ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 90 – 100 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก

คะแนนอยู่ระหว่าง 80 – 89.99 คะแนน หมายถึง ระดับดี

คะแนนอยู่ระหว่าง 60 – 79.99 คะแนน หมายถึง ระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัยเลขที่ 784 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

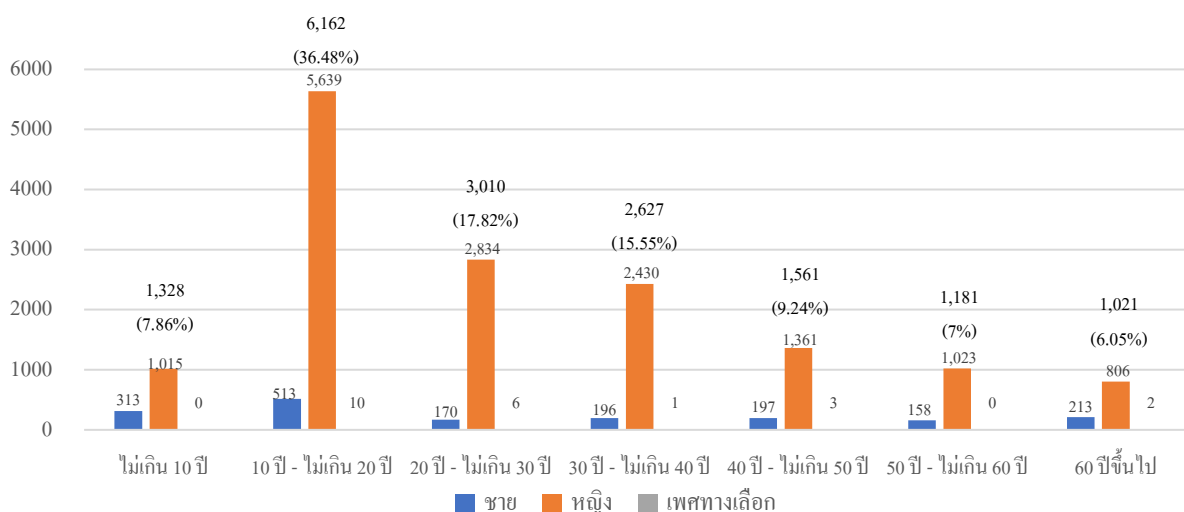
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว

จากรายงานข้อมูลสถิติความรุนแรงที่เข้ารับบริการในศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง สาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ข้อมูลผู้ถูกกระทำ ความ

รุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 16,890 ราย หรือเฉลี่ยจำนวน 46 ราย/วัน เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 15,108 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.45 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 1,760 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.42 และเพศทางเลือก จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 ช่วงอายุที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ อายุ 10 ปี - ไม่เกิน 20 ปี จำนวน 6,162 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.48 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20 ปี - ไม่เกิน 30 ปี จำนวน 3,010 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.82 และ ช่วงอายุ 30 ปี - ไม่เกิน 40 ปี จำนวน 2,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.55 ตามลำดับ รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ถูกระทำความรุนแรงที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามช่วงอายุ

ประเภทของการกระทำความรุนแรงมากที่สุด คือ ความรุนแรงทางร่างกาย จำนวน 7,175 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.48 รองลงมา คือ ความรุนแรงทางจิตใจ จำนวน 4,979 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.48 ความรุนแรงทางเพศ จำนวน 3,542 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.97 การละเลย ทอดทิ้ง จำนวน 1,020 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.04 และการล่วงละเมิด/บังคับและแสวงหาผลประโยชน์ จำนวน 174 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.03 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงจำนวน 13,500 เหตุการณ์ ซึ่งในหนึ่งเหตุการณ์ความรุนแรงอาจมีปัจจัยกระตุ้นมากกว่า 1 ปัจจัย โดยพบว่า ปัจจัยกระตุ้นหลักที่เป็นสาเหตุของความรุนแรง คือ สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 8,621 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 63.86 รองลงมา คือ สิ่งกระตุ้น เช่น สุรา สารเสพติด สื่อออนไลน์ เป็นต้น จำนวน 3,176 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 23.53 และ ปัญหาเศรษฐกิจ จำนวน 1,344 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 9.95 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล: เพศหญิงมีโอกาสถูกระทำความรุนแรงมากกว่าเพศชายถึง 3.7 เท่า 2) ปัจจัยด้านครอบครัว: ครอบครัวที่มีการทะเลาะวิวาทบ่อยครั้งและการหนีออกจากบ้านเมื่อทะเลาะวิวาท มีโอกาสเกิดความรุนแรงในระดับ 3.94 เท่า และ 3.93 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม: สมาชิกในครอบครัวที่มีพฤติกรรมชอบบังคับขู่เข็ญ ก้าวร้าว อารมณ์เส่ง่าย ดินสารเสพติด หรือดื่มสุราเป็นประจำ มีโอกาสเกิดความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ 1.60 เท่า ถึง 2.48 เท่า 4) ปัจจัยด้านสื่อ: การบริโภคสื่อ

ที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขันหรือการต่อสู้ เพิ่มโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว 1.95 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ชอบดูสื่อเหล่านี้⁶

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ถูกกระทำความรุนแรงที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรง

ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัว	8,621	63.86
- นอกใจ / หึงหวง	904	6.70
- ทะเลาะวิวาท	5,103	37.80
- การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	2,614	19.36
สิ่งกระตุ้น	3,176	23.53
- สุรา	1,351	10.01
- สารเสพติด	317	2.36
- สื่อลามก	201	1.49
- สื่อออนไลน์	796	5.90
- รายได้	360	2.66
- ยาบ้า	151	1.12
ปัญหาเศรษฐกิจ	1,344	9.95
ปัญหาสุขภาพกาย	359	2.66
รวม	13,500	100.00

2. กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้

2.1 การดำเนินงานจัดตั้งศูนย์พึ่งได้

1) ด้านโครงสร้าง

การจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ พบข้อจำกัดในด้านโครงสร้าง เช่น ห้องสอบสวนที่ควรอยู่ติดกันกับศูนย์ฯ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในหลายแห่ง แต่ในส่วนของห้องพักสำหรับผู้ถูกกระทำที่มีห้องน้ำในตัวและเตียงตรวจภายใน สามารถจัดทำได้ในบางพื้นที่ ขณะที่ศูนย์พึ่งได้บางแห่งต้องใช้ห้องทำงานของนักสังคมสงเคราะห์

คณะกรรมการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นบุคคลที่มีความสนใจและมีใจรักงานช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ

2) บุคลากรด้านการปฏิบัติงานของศูนย์พึ่งได้

ศูนย์พึ่งได้ส่วนใหญ่มีการจัดประชุมทีมเป็นประจำ รวมถึงการประชุมหารือกรณีผู้ป่วย (case conference) ร่วมกับหน่วยงานภายนอก เช่น อัยการ หน่วยงาน และตำรวจ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3) รูปแบบการให้บริการของศูนย์พึ่งได้

ศูนย์พึ่งได้มีการคัดกรองผู้ป่วยและให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงตามคู่มือแนวทาง โดยมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องช่วยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดบริการให้สอดคล้องกับความเหมาะสม เช่น การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ มีการประเมินความพร้อมก่อนกลับสู่สังคมจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน²

2.2 การให้บริการของศูนย์พึ่งได้

1) การให้การช่วยเหลือด้านการแพทย์สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ศูนย์พึ่งได้ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาล เช่น การตรวจรักษาบาดแผลและร่องรอยการบาดเจ็บตามอาการ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในกรณีถูกล่วงละเมิดทางเพศ ตลอดจนการดูแลด้านสุขภาพจิต เช่น ประเมินภาวะความเครียดและซึมเศร้า และประสานงานกับจิตแพทย์

2) การให้การช่วยเหลือด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านกฎหมาย เช่น การประสานงานกับตำรวจและอัยการในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการดำเนินคดี รวมถึงการจัดหาความช่วยเหลือด้านสังคม เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทุนการศึกษา หรือที่พักชั่วคราว เพื่อป้องกันการถูกกระทำซ้ำ

2.3 การบันทึกข้อมูลเบิกเงินชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักและรหัสการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ รหัส T74.2 (การถูกทำร้ายทางเพศ) รหัส Y05 (การถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย) และรหัส Z04.4 Z (การตรวจและสังเกตสืบเนื่องมาจากข่มขืนและล่อลวง)⁷ แต่จากการสืบค้นข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 พบว่า การบันทึกรหัส ICD-10 สำหรับผู้ป่วยบางครั้งไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของ สปสช. ทำให้เบิกเงินชดเชยได้น้อยกว่าความเป็นจริง จึงควรปรับปรุงการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง⁸

2.4 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ประสบผลสำเร็จ

ความสำเร็จของศูนย์พึ่งได้เกิดจากนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข การทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีใจรักและพร้อมช่วยเหลือ รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกองค์กร

2.5 ปัญหาและอุปสรรค

ศูนย์พึ่งได้เผชิญปัญหาด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ รวมถึงข้อจำกัดด้านสถานที่ที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ นอกจากนี้ แนวทางปฏิบัติที่ยังไม่เป็นระบบเดียวกันในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมปัญหา และเสี่ยงต่อการถูกระงับ

3. การพัฒนาแนวทางยกระดับมาตรฐานระบบการให้บริการศูนย์พึ่งได้

จากปัญหาความรุนแรงในครอบครัว รัฐบาลได้จัดตั้งศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ โดยมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเป็นระยะ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ารูปแบบการให้บริการขาดมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการอย่างยั่งยืน ดังนี้

3.1 มาตรฐานระบบบริการศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

จากปัญหาและอุปสรรคที่พบในกระบวนการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ การยกระดับมาตรฐานบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการพัฒนาครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ และสภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการจัดบริการ และด้านการควบคุมคุณภาพการให้บริการ โดยมีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ และสภาพแวดล้อม พบว่าสถานที่ตั้งของศูนย์พึ่งได้ต้องมีความชัดเจน มีพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม เช่น ห้องตรวจ ห้องคัดกรอง และพื้นที่เก็บพยานวัตถุ พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรง เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องมีเพียงพอและพร้อมใช้งาน อีกทั้งสภาพแวดล้อมควรเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้รับบริการ เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศที่ดี และปราศจากความอับชื้น

2) ด้านบุคลากร พบว่า ควรมีหัวหน้าศูนย์พึ่งได้ที่เป็นแพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ พร้อมบุคลากรในทีมที่มีจำนวนเพียงพอ และเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ โดยทีมสหวิชาชีพ ในและนอกหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรง มีการอบรมเสริมทักษะและองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

3) ด้านการปฏิบัติงาน พบว่า ควรจัดทำขอบเขต บทบาท และหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน พร้อมแผนภูมิการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรม ศูนย์พึ่งได้ต้องจัดทำฐานข้อมูลแยกตามประเภทความรุนแรงและบริการ อีกทั้งการเก็บรักษาข้อมูลผู้ถูกกระทำความรุนแรงต้องดำเนินการอย่างรัดกุม เพื่อรักษาความลับของผู้รับบริการ

4) ด้านการให้บริการ พบว่า ศูนย์พึ่งได้ควรมีระบบเวชระเบียนที่ถูกต้องและครบถ้วน บริการต้องครอบคลุมทุกมิติของความรุนแรง ทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ โดยมีบริการที่ครบวงจรตั้งแต่การคัดกรอง การรักษา การติดตามผล และการป้องกันการถูกระงับ การประชาสัมพันธ์ควรครอบคลุมทั้งบุคลากรภายในและผู้รับบริการภายนอก รวมถึงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

5) ด้านการควบคุมคุณภาพการให้บริการ พบว่า ศูนย์พึ่งได้ต้องพัฒนากระบวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ นอกจากนี้ ควรมีการสร้างนวัตกรรม ผลงานวิชาการ หรือการวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงอย่างน้อยปีละ 1 ชิ้น โดยผลงานที่โดดเด่นควรได้รับการเชิดชูเกียรติ เช่น การมอบรางวัลหรือประกาศเกียรติคุณ

3.2 แนวทางการประเมินมาตรฐานงานบริการศูนย์พึ่งได้

การประเมินมาตรฐานงานบริการของศูนย์พึ่งได้เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพ โดยควรแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินที่มีองค์ประกอบและจำนวนสมาชิกเหมาะสมกับบริบทของแต่ละศูนย์ฯ การประเมินต้องดำเนินการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งรวบรวมรายชื่อศูนย์ฯ ที่ผ่านมาตรฐานส่งให้กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อออกประกาศรับรองมาตรฐานและเชิดชูเกียรติศูนย์พึ่งได้ที่ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การยกระดับมาตรฐานดังกล่าวไม่เพียงช่วยปรับปรุงคุณภาพบริการ แต่ยังสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงในการถูกกระทำความรุนแรงซ้ำ และส่งเสริมให้ศูนย์พึ่งได้เป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานในระดับประเทศ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้จะตั้งศูนย์พึ่งได้เพื่อให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวแล้วก็ตาม ซึ่งผู้วิจัยมองว่าจะมาจากปัจจัยหรือประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง จึงขอนำมาอภิปรายตามรายละเอียด ดังนี้

1) สถานการณ์ของผู้ถูกกระทำความรุนแรงที่เข้ามารับบริการของศูนย์พึ่งได้ ในการช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ผ่านมา พบว่า ผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้เฉลี่ยวันละ 46 ราย/วัน ในจำนวนนี้ ซึ่งผู้ถูกกระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งให้เห็นว่าความเชื่อแต่โบราณ เพศชายเป็นใหญ่ มีอำนาจเหนือผู้อื่น เป็นผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดความรุนแรง ผู้ถูกกระทำไม่กล้าบอกผู้อื่นและผู้อื่นก็ไม่สนใจมองว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา ชูทอง¹⁰ ที่พบว่า ผู้ถูกกระทำความรุนแรงไม่กล้าขอความช่วยเหลือ และมีความเชื่อว่าความรุนแรงในครอบครัวไม่ควรให้บุคคลภายนอกรับรู้ และไม่ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือ เช่นเดียวกับการศึกษาของ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹¹ ที่ระบุว่าสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมได้กำหนดบทบาทเพศชายเป็นเพศที่แข็งแรง มีหน้าที่ดูแลปกป้องและคุ้มครองคนในครอบครัว และมีค่านิยมชายเป็นใหญ่และผู้นำในครอบครัว จึงสามารถกระทำความรุนแรงแก่คนในครอบครัว ทั้งนี้การที่เด็กและผู้หญิงเป็นกลุ่มที่มักถูกกระทำความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกา เมืองพิล¹² ที่พบว่า ผู้ถูกกระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มากที่สุด และการศึกษาของ เขียวเรศ คำมะนา และ จรรยาภรณ์ รัตนโกศล¹³ ที่พบว่า เด็กและสตรีถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมากที่สุด โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ เพศหญิงมีโอกาสดูถูกกระทำความรุนแรงประมาณ 3.7 เท่าของเพศชาย⁶

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้วิจัยเห็นว่าในยุคนี้ ความเสมอภาคทางเพศต้องเท่าเทียมกัน ผู้หญิงก็เป็นผู้ทำได้ จึงควรเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าความรุนแรงในครอบครัวไม่ใช่เรื่องส่วนตัวแต่เป็นเรื่องผิดกฎหมาย เมื่อพบเห็นความรุนแรงในครอบครัวควรแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที

ในส่วนของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรง พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวก่อให้เกิดความรุนแรงมากที่สุด โดยเฉพาะการทะเลาะวิวาท ในภาพรวมชี้ให้เห็นว่า ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้สุขภาพของทุกคนดีตามมา เช่นเดียวกันถ้าครอบครัวมีความขัดแย้ง สัมพันธภาพไม่ดีก็ส่งผลให้สุขภาพจิตของคนในครอบครัวแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชญา ปรีชาภัสร์สกุล¹⁴ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเด็กและเยาวชนที่อาศัยกับพ่อแม่ซึ่งมีพฤติกรรมทะเลาะวิวาท จะมีการแสดงความรุนแรงมากกว่าเด็กและเยาวชนที่มีพ่อแม่ไม่มีการทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงเช่นกัน คือ สุราและยาเสพติดสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา โฉมวิริยะ⁶ พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ชอบดื่มสุราประจำและติดยาเสพติดจะก่อให้เกิดความรุนแรง ประมาณ 1.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่สมาชิกไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ผู้วิจัยยังเห็นว่า ความรุนแรงในครอบครัวและปัญหาอาชญากรรมในสังคมมาจากสาเหตุการใช้สารเสพติด บ่อยครั้งจะพบการทำร้ายคนในครอบครัว ซึ่งเป็นผลจากร่างกายของผู้เสพยาได้รับยาเสพติดเป็นเวลานาน ส่งผลต่อจิตประสาททำให้ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เสพยา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งในมุมมองนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ถ้าชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จานงค์ แก้วนาวิ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ภาคีเครือข่ายช่วยป้องกันการถูกระบาดความรุนแรงซ้ำ และช่วยลดความรุนแรงในชุมชนได้จริง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งที่คนในครอบครัวควรทำ คือ ตั้งสติ ใช้เหตุผล ไม่ดุด่า ให้กำลังใจ เมื่อพบอาการผิดปกติรีบพาไปปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือปรึกษาแพทย์ เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับเปลี่ยนข้อกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และกระตุ้นจิตสำนึกของคนในสังคมให้มีส่วนร่วมและให้ตระหนักถึงสิทธิหน้าที่ ในการปฏิบัติและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างปกติสุข

2) กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ทางด้านการแพทย์สาธารณสุข ด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์ พบว่ามีประเด็นด้านการแพทย์ สาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ การให้บริการและการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกเงินชดเชยจาก สปสช. ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจ สำหรับการการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้พบว่า สถานที่ตั้งส่วนใหญ่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ไม่มีห้องแยกเป็นสัดส่วน เนื่องจากสถานที่ของโรงพยาบาลคับแคบ มีบางส่วนที่มีห้องเป็นสัดส่วนเฉพาะ ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญในการจัดหาสถานที่ตั้งศูนย์พึ่งได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมองว่าการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ช่วยเหลือผู้ถูกระบาดเป็นเรื่องดีแต่ไม่สร้างรายได้ มีเพียงการสร้างภาระนี้ให้โรงพยาบาลมากกว่า จึงทำให้ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของศูนย์พึ่งได้มากนัก นอกจากนี้ การกำหนดสถานที่ตั้งก็ไม่เป็นไปตาม

แนวทางปฏิบัติช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัว ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพลอย ตูลาพันธุ์¹⁶ ที่ได้ประเมินผลการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลนาร่อง พบว่า สถานที่ตั้งของศูนย์พึ่งได้ ตามมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำห้องที่เป็นห้องฉุกเฉิน 1 ห้อง ภายในห้อง แยกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกใช้สำหรับให้คำปรึกษา ชักประวัติ ตรวจร่างกาย อีกส่วนหนึ่ง เป็นห้องติดกันสำหรับอัยการ ดำรงนั่งฟังการให้ปากคำของผู้ถูกระทำ โดยที่ถูกระทำมองไม่เห็น ซึ่งตามลักษณะดังกล่าวไม่มีโรงพยาบาลใดจัดทำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ คะเนิงบุตร¹⁷ ที่ได้ประเมินการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า สถานที่ตั้งศูนย์พึ่งได้ยังไม่มีห้องแยกเป็นสัดส่วน เพราะสถานที่คับแคบเช่นกัน ส่วนบุคลากรผู้รับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ พบว่า บุคลากรยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เพราะผู้ปฏิบัติงานยังต้องปฏิบัติงานประจำเดิม ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับงานประจำเดิม และงานอื่น ๆ มากกว่า การปฏิบัติงานที่ศูนย์พึ่งได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพลอย ตูลาพันธุ์¹⁶ ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลนาร่อง พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติงานในศูนย์พึ่งได้เต็มที่เพราะต้องปฏิบัติงานหลายด้าน และต้องปฏิบัติงานประจำเดิมด้วย ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรจัดสรรบุคลากรให้ปฏิบัติงานที่ศูนย์พึ่งได้โดยตรง เพราะการให้บริการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงมีหลายขั้นตอน ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกระทำความรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง การให้คำปรึกษา การประสานงานเพื่อให้การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และหากเป็นไปได้ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่ศูนย์พึ่งได้เป็นการทดแทนกันได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังในศูนย์พึ่งได้ให้สามารถปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงโดยตรง ซึ่งจะช่วยให้การช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. พบว่า ผู้ถูกระทำความรุนแรงโดยการละเมิดทางเพศเกือบทั้งหมด เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล เรียกเก็บค่ารักษาต่อครั้ง ประมาณ 5,233 – 9,010 บาท แต่โรงพยาบาลสามารถเบิกได้ต่อครั้ง ประมาณ 3,803 – 4,076 บาท ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลอาจมีความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลและสิทธิการรักษา ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ปัญหาการบันทึกข้อมูลและสิทธิการรักษาเป็นประเด็นสำคัญในการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. ซึ่งประเด็นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รมลวรรณ ดุลสัมพันธ์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาการพัฒนาข้อเสนอแนะระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรงและพบว่า ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยจาก สปสช. เป็นค่าบริการทางการแพทย์ (IPD – Claim) ของผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศสำหรับผู้ป่วยใน พบว่า จำนวนรายการที่เบิกชดเชยได้น้อยกว่าข้อมูลจากระบบการรายงานของศูนย์พึ่งได้มาจากปัญหาด้านการบันทึกข้อมูลกับปัญหาด้านสิทธิการรักษา กล่าวคือการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. พบว่า หลังสิ้นสุดการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติหรือบุคลากรในศูนย์พึ่งได้จะบันทึกข้อมูลรหัสมาตรฐานทางการแพทย์ทั้งรหัสโรคและรหัสหัตถการ (ICD-10/ICD-9) ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในศูนย์พึ่งได้

เพื่อเบิกเงินค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรายรอบ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า ในฐานข้อมูล การเบิกเงินค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้รับบริการด้านความรุนแรงมีจำนวน น้อยกว่าข้อมูลการรับบริการที่ได้จากระบบรายงานการช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำความรุนแรงและผู้ที่ตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ กองบริหารการสาธารณสุข โดยมาจาก 2 สาเหตุ คือ 1) การสรุปการวินิจฉัยโรคและการให้ รหัสโรคและรหัสหัตถการ (ICD-10/ICD-9) ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ให้รหัสมีประสบการณ์ น้อยและจิตความรู้ความสามารถจำกัด 2) สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการไม่ตรงตามสิทธิที่ ขึ้นทะเบียนไว้ โดยเฉพาะผู้ที่ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ มักไม่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการตามที่ ขึ้นทะเบียนไว้ เนื่องจากเกิดความอับอาย ไม่อยากให้บุคคลหรือชุมชนในภูมิลำเนาของตนเองทราบ จึงมัก ไปรับการรักษาพยาบาลในพื้นที่อื่นด้วยสิทธิฉุกเฉิน เมื่อครบจำนวน 2 ครั้ง/ปี ทำให้หน่วยบริการต้องให้การ อนุเคราะห์และแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมกันพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ รวมทั้ง จัดทำมาตรฐานชุดข้อมูล (Standard data set) การบันทึกรหัสโรคทางการแพทย์ (ICD-10) ตามลักษณะการบาดเจ็บในแต่ละประเภทให้สามารถ เบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. ได้ตามความเป็นจริง

3) การพัฒนาแนวทางยกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ เพื่อช่วยเหลือผู้ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว พบว่า การยกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ ส่วนหนึ่งเป็นมาตรฐาน การให้บริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน อีกส่วนหนึ่งเป็นมาตรฐาน การให้บริการของศูนย์พึ่งได้ระดับ รพ.สต./สต. ทั้ง 2 ส่วน ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ และสภาพแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการปฏิบัติงาน 4) ด้านการจัดบริการ 5) ด้านการ ควบคุมคุณภาพ การให้บริการในแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่ามีบุคลากร ของศูนย์พึ่งได้สามารถนำมาตราฐานให้บริการของศูนย์พึ่งได้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในทิศทาง เดียวกันทั่วทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ จึงสามารถนำไปทดลองใช้ได้ในพื้นที่ ที่มีความพร้อม หลังจากนั้น จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในศูนย์พึ่งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปาริษา ค้วงทอง¹⁹ ที่ได้เสนอแนะให้ส่วนกลางจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน ของศูนย์พึ่งได้ โดยจัดระบบบริการไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมให้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการ ช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรง รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จจากการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้สานต่อในการพัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐานของการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ โดยมีข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ ดังนี้ 1) ควรดำเนินการ พัฒนามาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พึ่งได้ทุกแห่ง นำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน และให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ร่วมกับ สปสช. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายเงินชดเชยให้ครอบคลุมและเป็นธรรมสำหรับผู้ถูกระทำ

ความรุนแรง เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ และ 3) ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ถูกระทำความรุนแรงเข้าถึงบริการของศูนย์พึ่งได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018 – WHO South-East Asia Region [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.10>
2. เบญจพร ปัญญาขง, อชิมา เกิดกล้า, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำความรุนแรง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2556.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ: แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ สกสค.ลาดพร้าว; 2550.
4. บุญพลอย ตูลาพันธุ์, พูลศรี ไชยประสิทธิ์, พรเพชร ปัญญาปิยะกุล. การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงของโรงพยาบาลน่านร่อง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2547.
5. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัว ตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550. [อินเทอร์เน็ต]; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dwf.go.th/contents/48156>.
6. อรสา ไผ่วินทะ. โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัวในพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2550.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [จุลสาร]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2564.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ความก้าวหน้าของการศึกษาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 [จุลสาร]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2567.
9. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถาบันการแพทย์แผนไทย. มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก; 2551
10. วิภา ชูทอง. รูปแบบการให้บริการเชิงรุก (CAKE Model) ในการดูแลรักษาเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงของศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลป่าบอน. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND

- SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
11. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บทบาททางเพศ [อินเทอร์เน็ต]; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/gender-role>
 12. ชนิกา เมืองพิล. ศึกษาการให้คำปรึกษาเด็กและสตรีที่ท้องไม่พร้อม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสิงนกทา. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
 13. เขวเรศ คำมะนาด, จรรยาภรณ์ รัตนโกศล. รูปแบบการบริการเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสังคมพัฒนา 2564; 12(1): 14-29.
 14. สุพิชญา ปริยาภัสร์สกุล. ศึกษาการบูรณาการเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังป้องกันความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
 15. จานงค์ แก้วนาวิ. ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการป้องกันและดูแลช่วยเหลือเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
 16. บุญพลอย ตูลาพันธุ์. การประเมินผลการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลนาร่อง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
 17. พรทิพย์ คะนิงบุตร. การประเมินผลการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 18. ชมลวรรณ ดุลสัมพันธ์, รักมณี บุตรชน, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว. การพัฒนาข้อเสนอและระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ถูกกระทำรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/research/190596>
 19. ปาริษา ค้างทอง. การศึกษาพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลตรัง. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.