

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์หลัง 72 ชั่วโมง
ของเด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเรา
Factors affecting time to access medical service after 72 hours
of female child and adolescent rape victims

อติคม ไจกล้า, พ.บ.*

ปัทมาพร ไจกล้า, พย.ม.**

สุติมา แซงบุญนาง, พช.ม.*

Atikom Jaikla, M.D.*

Pattamaporn Jaikla, M.N.S.**

Sutima Saengbunnang, M.Sc. (Community Development)*

*โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

**Boromarajonani College of Nursing Surin, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author. E-mail address: atikomjaikla@cpird.in.th

Received: 02 Mar 2022. Revised: 10 Mar 2022. Accepted: 30 Mar 2022

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : เด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเรา จำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์โดยเร็ว ภายหลังเกิดเหตุ เพื่อให้แพทย์ได้ตรวจร่างกายเก็บหลักฐานทางคดี พิจารณาให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งยาจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการตั้งครรภ์ภายใน 72 ชั่วโมงและ 120 ชั่วโมงแรก
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์หลัง 72 ชั่วโมง ของเด็กและวัยรุ่นหญิง ภายหลังถูกกระทำชำเรา
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษา etiologic research รูปแบบ retrospective cohort design ศึกษาในเด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเราและมารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2563 ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และลักษณะเหตุการณ์การกระทำชำเรา ระหว่างกลุ่มผู้เสียหายที่มาเข้ารับบริการหลัง 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่เข้ารับบริการภายใน 72 ชั่วโมง ภายหลังเกิดเหตุกระทำชำเราวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยด้วย univariable และ multivariable logistic regression
- ผลการศึกษา** : เด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเรา จำนวน 221 ราย เข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสุรินทร์หลัง 72 ชั่วโมง 109 คน (ร้อยละ 49.3) และภายใน 72 ชั่วโมง 112 คน (ร้อยละ 50.7) พบปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง คือ มีประวัติเคยถูกกระทำชำเรามาก่อนและถูกกักขังหน่วงเหนี่ยวหลังกระทำชำเรา ในขณะที่เด็กอายุ ≤ 8 ปี จะเข้าถึงบริการภายใน 72 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มอายุอื่น
- สรุป** : เด็กที่มีประวัติเคยถูกกระทำชำเรามาก่อนและถูกกักขังหน่วงเหนี่ยวหลังกระทำชำเรา ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรติดตามเสริมพลังแก่ผู้ที่ถูกกระทำชำเรา ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและจัดให้มีช่องทางติดต่อช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว หากถูกกระทำชำเราซ้ำอีก
- คำสำคัญ** : กระทำชำเรา เด็กและวัยรุ่น ระยะเวลาเข้าถึงบริการ

ABSTRACT

- Background** : Female child and adolescent rape victims require immediate medical service to conduct forensic assessment and evidence collection. Medical care also includes HIV post-exposure prophylaxis and emergency contraception which provide the protective effect within first 72 and 120 hours respectively.
- Objective** : To determine factors affecting delayed medical service access after 72 hours among female child and adolescent rape victims at Surin hospital.
- Methods** : The etiognostic research with retrospective cohort design was conducted by medical records review of all young female rape victims at Surin Hospital from October 2016 to September 2020. Univariable and multivariable logistic regression models were used to investigate the significant correlation between medical service access time and relevant variables including patient's characteristics, environmental factors, and nature of the incident.
- Results** : A total of 221 young adolescent girl rape victims were included in this study. The mean age of victims was 13.2($\pm$ 0.2) years and the median time to access medical service after the incident was 71 hours (IQR:24,255). There were 109(49.3%) raped victims who delayed medical service access at Surin Hospital (more than 72 hours) and 112(50.7%) of cases accessed to medical service within 72 hours. The previous history of rape and confinement had significant correlation (OR 5.08 and 9.68 respectively) with delayed medical care access (more than 72 hours) while the victim's age $\leq$ 8 years was more likely to access medical service within 72 hours than other age groups.
- Conclusion** : The involved multidisciplinary team should continuously monitor and empower the rape victims including their families and caregivers. Providing the assistance program will improve the medical service access time in case of repeated victimization.
- Keywords** : child, adolescent, rape, girl, female, access to medical service.

หลักการและเหตุผล

การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) เป็นรูปแบบของการใช้ความรุนแรงเพื่อตอบสนองความใคร่ของผู้กระทำต่อบุคคลอื่น ซึ่งเป็นได้ทั้งการสัมผัสเนื้อตัวร่างกายโดยตรง เช่น การกระทำอนาจาร การกระทำชำเรา หรือการไม่ได้สัมผัสร่างกาย เช่น การใช้วาจาสาธยายโดยสื่อเจตนาล่วงเกินทางเพศ รวมไปถึงการค้าประเวณีด้วย⁽¹⁾ บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่อาจให้ความยินยอมต่อการล่วงละเมิดทางเพศ บางกรณีได้ไม่ถือว่าเป็นการกระทำผิดตามกฎหมาย แต่สำหรับเด็กและวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มเปราะบางเนื่องจากพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ส่งผลให้ขาดความสามารถในการให้ความยินยอมต่อการกระทำทางเพศ จึงต้องมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองทางเพศเป็นพิเศษ ซึ่งโดยเฉลี่ยเกณฑ์อายุของความสามารถในการให้ความยินยอมต่อการกระทำทางเพศอยู่ที่ช่วงอายุประมาณ 15-18 ปี⁽²⁾

องค์การอนามัยโลกพบว่าผู้หญิง 1 ใน 5 คน และชาย 1 ใน 13 คน รายงานว่าเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศในช่วงอายุตั้งแต่ 0 ถึง 17 ปี⁽³⁾ จากข้อมูลผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีหญิงถูกล่วงละเมิดทางเพศ 5,113 คน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ถึง 4,378 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี⁽⁴⁾

การกระทำชำเรา (rape) เป็นการล่วงละเมิดทางเพศรูปแบบหนึ่งซึ่งกระทำเพื่อสนองความใคร่ของผู้กระทำ โดยการใช้อวัยวะเพศของผู้กระทำล่วงล้ำอวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือช่องปากของผู้อื่น⁽⁵⁾ เมื่อมีการกระทำชำเราต่อเด็กและวัยรุ่นเกิดขึ้นจะเกิดผลกระทบหลายประการ ได้แก่ การบาดเจ็บทางร่างกาย การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม บางรายอาจได้รับบาดเจ็บจนเสียชีวิต อาการทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด หวาดระแวง แยกตัวจากสังคม ซึมเศร้า ซึ่งอาจติดตัวจนถึงวัยผู้ใหญ่ บางส่วนมีปัญหาคความสัมพันธ์ในครอบครัว และเกิดปัญหาการติดสุราหรือการใช้สารเสพติดได้

เด็กและวัยรุ่นที่ถูกกระทำชำเราจะได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเก็บตรวจหลักฐานทางคดี โดยอาศัยความร่วมมือของ ทีมสหวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดตั้งในนามศูนย์พึ่งได้ และประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานภายนอกในรายที่มีความจำเป็น

การดูแลทางร่างกายที่สำคัญต้องทำโดยเร็วคือการให้ยาคุมฉุกเฉินเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และการให้ยาต้านการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในรายที่มีความเสี่ยงสัมผัสเชื้อสูง ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการป้องกัน จะดีเมื่อได้รับยาภายใน 72 ชั่วโมง ภายหลังเกิดเหตุกระทำชำเรา หากเกินระยะเวลา 72 ชั่วโมงไปแล้ว การใช้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะไม่ได้ผล และการป้องกันการตั้งครรภ์จะได้ผลเมื่อได้รับยาคุมฉุกเฉินภายในระยะเวลา 120 ชั่วโมง ภายหลังเกิดเหตุกระทำชำเรา⁽¹⁾ ซึ่งทั้งการติดเชื้อเอชไอวีและการตั้งครรภ์เป็นผลกระทบที่รุนแรงต่อเด็กและวัยรุ่นที่ป้องกันได้หากผู้เสียหายเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เร็ว นอกเหนือจากนี้การเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลได้เร็วภายหลังเกิดเหตุกระทำชำเรา จะเพิ่มโอกาสตรวจพบพยานหลักฐานจากร่างกายผู้เสียหายเพื่อใช้ในทางคดี และผู้เสียหายจะได้รับการรักษาภาวะบาดเจ็บฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

การศึกษาในต่างประเทศในเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ พบว่าระยะเวลาเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลภายหลังเกิดเหตุมีความแตกต่างกันอยู่ที่ 16 และ 96 ชั่วโมง ส่วนใหญ่แล้วผู้เสียหายเป็นเพศหญิง ผู้กระทำล่วงละเมิดทางเพศเป็นผู้ชาย ส่วนใหญ่เป็นคนที่รู้จักกัน ปัจจัยที่ผู้เสียหายเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลช้าได้แก่ ผู้เสียหายเป็นเพศชาย เคยถูกกระทำรุนแรงทางเพศมาก่อน ผู้เสียหายกลัวผู้กระทำ ถูกมอมเมาด้วยยาหรือสารพิษ และคนกระทำเป็นคนที่รู้จักกัน ส่วนปัจจัยที่เข้ามาเข้ารับบริการเร็วคือผู้เสียหายได้รับบาดเจ็บรุนแรง^(6,7) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศส่วนใหญ่ถูกล่วงละเมิดโดยสมาชิกในครอบครัวและมักดำเนินอยู่นานจนเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา⁽⁸⁾ แต่ยังไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ภายหลังถูกกระทำ

ข้าเราของเด็กและวัยรุ่นไทย และยังไม่ปรากฏปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งน่าจะมีความแตกต่างกันตามบริบทวัฒนธรรมและระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น การทราบปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ภายหลังถูกกระทำชำเรา จะเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในการใช้ป้องกัน เสริมสร้างความรู้แก่เด็กและวัยรุ่นเพื่อลดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจที่อาจเกิดขึ้นหากเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ล่าช้าภายหลังถูกกระทำชำเรา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมและปัจจัยลักษณะเหตุการณ์การกระทำชำเราที่มีผลต่อระยะเวลาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์หลัง 72 ชั่วโมงของเด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเรา

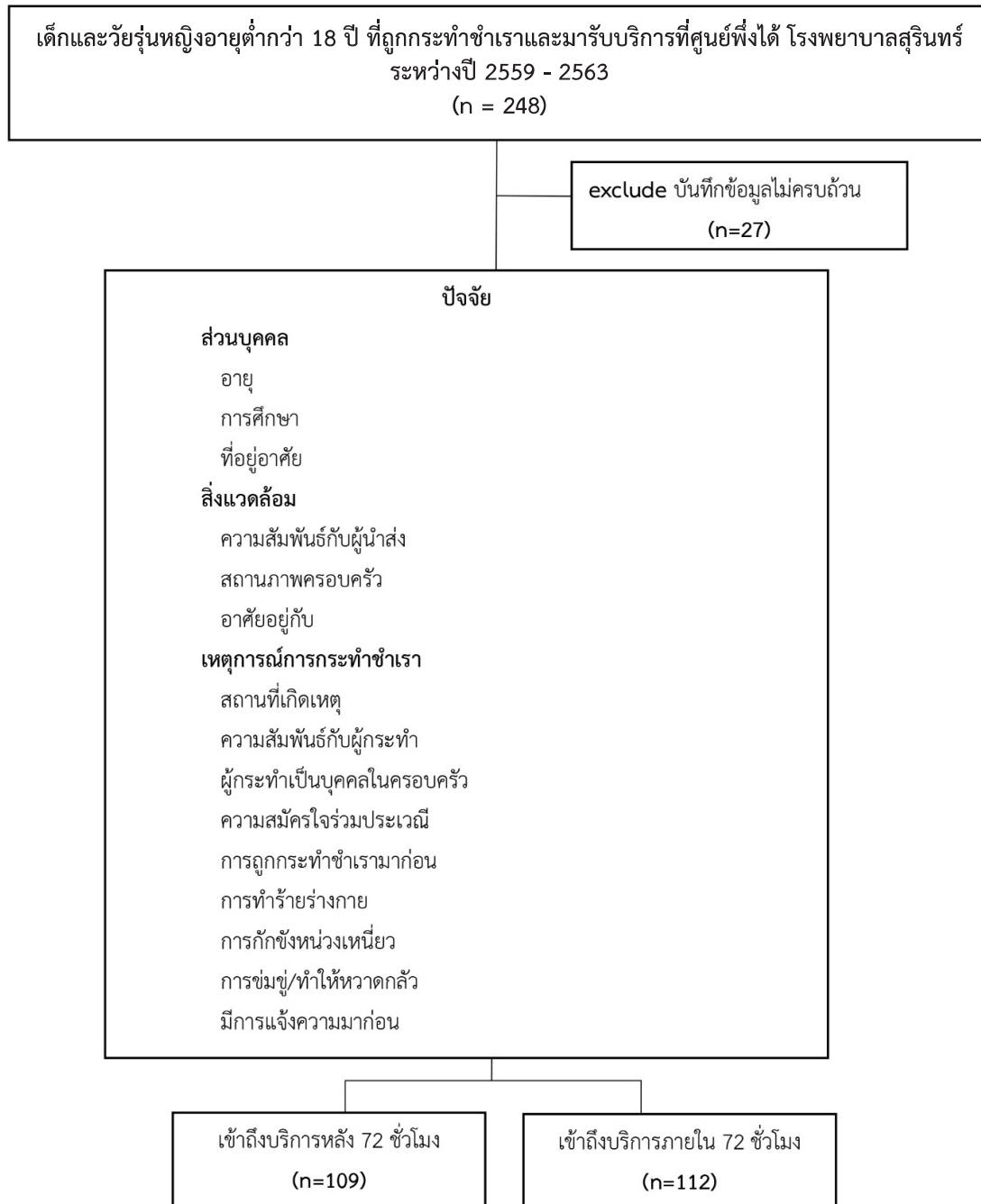
วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิง etiognostic research รูปแบบการศึกษา retrospective cohort design ทำการศึกษาในผู้เสียหายเด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเราและมารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2559 ถึงปีงบประมาณ 2563 ศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่เข้ารับบริการ ศูนย์พึ่งได้ โดยเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยลักษณะเหตุการณ์การกระทำชำเราระหว่างกลุ่มผู้เสียหายที่มาเข้ารับบริการหลัง 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่เข้ารับบริการภายใน 72 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุการณ์กระทำชำเรา

ประมาณขนาดตัวอย่างจากการทบทวนข้อมูลกลุ่มนําร่องกำหนดการทดสอบเป็น two-sided กำหนดระดับนัยสำคัญ (significance) หรือความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ 0.05 และกำหนด power ที่ 0.9 กำหนดให้ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนตัวอย่างเท่ากัน คำนวณจำนวนผู้เสียหายโดยใช้โปรแกรม Stata12 ได้กลุ่มละ 90 ราย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้การทดสอบค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ สถิติสำหรับการเปรียบเทียบ ใช้สถิติ exact probability test สำหรับ categorical variable และ t-test สำหรับ continuous variable เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของทั้งสองกลุ่มด้วย odds ratio จาก univariable และ multivariable logistic regression

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ตามหนังสือเลขที่ 52/2564



ภาพที่ 1 study flow diagram

ผลการศึกษา

เด็กและวัยรุ่นหญิงต่ำกว่า 18 ปี ที่ถูกกระทำชำเราและเข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 221 คน มีอายุเฉลี่ย 13.2($\pm$ 0.2) ปี ระยะเวลาเข้าถึงบริการมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 71 (IQR:24,255) ชั่วโมง มีผู้เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง จำนวน 109 คน (ร้อยละ 49.3) และภายใน 72 ชั่วโมง ภายหลังเกิดเหตุ จำนวน 112 คน (ร้อยละ 50.7)

ผู้เสียหายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 9 ถึง 14 ปี กำลังศึกษา อยู่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองและมารดาเป็นผู้นำส่ง กลุ่มที่เข้าถึงบริการภายใน 72 ชั่วโมง มีอายุน้อยกว่า โดยพบสัดส่วนของผู้เสียหายที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 8 ปี สถานภาพครอบครัวที่พ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ มากกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัย	หลัง 72 ชั่วโมง(n=109)	ภายใน 72 ชั่วโมง(n=112)	p-value
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
อายุ mean($\pm$ SD)	13.8($\pm$ 0.2)	12.8($\pm$ 0.4)	0.021
ช่วงอายุ			0.009
ไม่เกิน 8 ปี	5(4.6%)	19(17.0%)	
9 ปี ถึง 14 ปี	63(57.8%)	51(45.5%)	
15 ปีถึง 18 ปี	41(37.6%)	42(37.5%)	
การศึกษา			0.323
กำลังศึกษา	92(84.4%)	100(89.3%)	
ไม่ได้ศึกษา	17(15.6%)	12(10.7%)	
ที่อยู่อาศัย			0.102
อำเภอเมือง	84(77.1%)	75(67.0%)	
ต่างอำเภอ	25(22.9%)	37(33.0%)	
ผู้นำส่งโรงพยาบาล			0.960
พ่อแม่	1(0.9%)	1(0.9%)	
พ่อ	6(5.6%)	7(6.3%)	
แม่	68(63.6%)	74(66.1%)	
แฟน	1(0.9%)	0(0%)	
มาด้วยตนเอง	1(0.9%)	0(0%)	
ญาติ	30(28.0%)	30(26.8%)	
ผู้นำส่งอาศัยอยู่ด้วยกัน			0.199
ใช่	80(73.4%)	91(81.3%)	
ไม่ใช่	29(26.6%)	21(18.8%)	
สถานภาพครอบครัว			<0.001
พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	37(33.9%)	66(58.9%)	
พ่อแม่แยกกันอยู่/หย่าร้าง	54(49.5%)	37(33.0%)	
พ่อแม่เสียชีวิต	11(10.1%)	1(0.9%)	
พ่อแม่ไปทำงานที่อื่น	7(6.4%)	8(7.1%)	
อาศัยอยู่กับ			0.004
พ่อแม่	31(28.4%)	58(51.8%)	
พ่อ	4(3.7%)	3(2.7%)	
แม่	30(27.5%)	15(13.4%)	
อยู่คนเดียว	3(2.8%)	3(2.7%)	
ญาติ	41(37.6%)	33(29.5%)	

สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นที่อยู่ของผู้กระทำ
ในเขตอำเภอเมือง โดยส่วนใหญ่ผู้กระทำเป็นแฟน
ผู้เสียหายให้ประวัติว่าสมัครใจร่วมประเวณี ปฏิเสธ
ประวัติการถูกทำร้ายร่างกายและไม่ได้แจ้งความก่อนมา

รับบริการที่โรงพยาบาล กลุ่มที่เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง
หลังเกิดเหตุมีประวัติถูกกักขังหนองเหนียว ถูกข่มขู่หรือ
ทำให้หวาดกลัวและมีประวัติเคยถูกกระทำซ้ำเรามาก่อน
ในสัดส่วนที่สูงกว่า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยลักษณะเหตุการณ์กระทำซ้ำเรา

ปัจจัย	>72 ชั่วโมง(n=109) จำนวน(%)	ภายใน 72 ชั่วโมง(n=112) จำนวน(%)	p-value
สถานที่เกิดเหตุ			0.371
บ้านตนเอง	12(11.0%)	14(12.5%)	
หอพัก	8(7.3%)	10(8.9%)	
ที่อยู่ผู้กระทำซ้ำเรา	60(55.1%)	63(56.3%)	
ที่สาธารณะ	12(11.0%)	4(3.6%)	
โรงแรม	5(4.6%)	4(3.6%)	
โรงเรียน	12(11.0%)	17(15.2%)	
ที่เกิดเหตุ			0.241
อำเภอเมือง	81(74.3%)	75(67.0%)	
ต่างอำเภอ	28(25.7%)	37(33.0%)	
ความสัมพันธ์กับผู้กระทำ			0.078
พ่อ	1(0.9%)	0(0%)	
พี่น้อง	0(0%)	2(1.8%)	
ญาติ	7(6.4%)	12(10.7%)	
พ่อเลี้ยง/พ่อบุญธรรม	6(5.5%)	1(0.9%)	
แฟน/คนรัก	64(58.7%)	52(46.4%)	
เพื่อน	5(4.6%)	6(5.4%)	
พระ	0(0%)	1(0.9%)	
คนรู้จัก	17(15.6%)	29(25.9%)	
คนแปลกหน้า	9(8.3%)	9(8.0%)	
ผู้กระทำซ้ำเราเป็นคนในครอบครัว			0.498
ใช่	12(11.0%)	9(8.0%)	
ไม่ใช่	97(89.0%)	103(92.0%)	
ความสมัครใจร่วมประเวณี			0.133
สมัครใจ	70(64.2%)	60(53.6%)	
ไม่สมัครใจ	39(35.8%)	52(46.4%)	
การทำร้ายร่างกายร่วมด้วย			0.542
มี	15(13.8%)	12(10.7%)	
ไม่มี	94(86.2%)	100(89.3%)	
การกักขังหนองเหนียว			0.051
มี	13(11.9%)	5(4.5%)	
ไม่มี	96(88.1%)	107(95.5%)	
การข่มขู่ทำให้หวาดกลัว			0.016
มี	12(11.0%)	3(2.7%)	
ไม่ใช่	97(89.0%)	109(97.3%)	
การแจ้งความก่อนมาโรงพยาบาล			0.122
มี	43(39.5%)	33(29.5%)	
ไม่มี	66(60.5%)	79(70.5%)	
ประวัติเคยถูกกระทำซ้ำเรามาก่อน			<0.001
มี	68(63.0%)	22(19.6%)	
ไม่มี	40(37.0%)	90(80.4%)	

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์แบบ univariable analysis พบว่าผู้เสียหายที่เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง เป็นผู้เสียหายที่ถูกกักขังหน่วงเหนี่ยว ถูกข่มขู่ทำให้หวาดกลัวและมีประวัติถูกกระทำชำเรามาก่อน ในขณะที่ผู้เสียหายที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 8 ปี สถานภาพครอบครัว พ่อกับแม่อาศัยอยู่ด้วยกันและอาศัยอยู่กับพ่อแม่จะเข้าถึงบริการภายใน 72 ชั่วโมง

เมื่อวิเคราะห์แบบ multivariable analysis พบปัจจัยที่มีผลให้ผู้เสียหายเข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง ภายหลังเกิดเหตุกระทำชำเรา คือ มีประวัติเคยถูกกระทำชำเรามาก่อนเพิ่มความเสี่ยง 9.68 เท่า (95%CI=4.70-19.97, p-value=<0.001) และการถูกกักขังหน่วงเหนี่ยวเพิ่มความเสี่ยง 5.08 เท่า (95%CI=1.38-18.67, p-value=0.015) โดยเด็กอายุไม่เกิน 8 ปี จะเข้าถึงบริการภายใน 72 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการหลัง 72 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

ปัจจัย	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI	p-value
ช่วงอายุ					
ไม่เกิน 8 ปี	0.21	0.07-0.61	0.10	0.03-0.42	0.001
9 ปี - 14 ปี	(ref)		(ref)		
15 ปี - 18 ปี	0.79	0.45-1.39	0.50	0.25-1.03	0.059
ครอบครัวพ่อแม่อยู่ด้วยกัน	0.36	0.21-0.62	0.60	0.17-2.11	0.429
อาศัยอยู่กับพ่อและแม่	0.37	0.21-0.65	0.58	0.16-2.10	0.406
ผู้กระทำชำเราเป็นคนรู้จัก	0.97	0.37-2.55	0.95	0.27-3.38	0.941
มีการกักขังหน่วงเหนี่ยว	2.90	1.0-8.43	5.08	1.38-18.67	0.015
มีการข่มขู่ทำให้หวาดกลัว	4.49	1.23-16.40	3.98	0.89-17.84	0.071
มีประวัติเคยถูกกระทำชำเรามาก่อน	6.95	3.79-12.78	9.68	4.70-19.97	<0.001

วิจารณ์

เด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเราและมารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่อายุประมาณ 2559-2563 มีอายุเฉลี่ย 13.2(±0.2) ปี สอดคล้องกับข้อมูลของผู้เข้ารับบริการกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2563 พบว่ากลุ่มอายุ 10-20 ปี เป็นกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงมากที่สุดและพบปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศมากกว่ากลุ่มอายุอื่น⁽⁴⁾ เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายเข้าสู่วัยสาวอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวเข้ากับสังคม จนอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

เด็กและวัยรุ่นหญิงที่มีประวัติถูกกระทำชำเรามาก่อนมีความเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์หลัง 72 ชั่วโมง มากที่สุดถึง 9 เท่า ผู้เสียหายในกลุ่มนี้มักเกิดความเครียด เกิดความไม่มั่นใจ มีความรู้สึกละอายต่อตนเองบางส่วนเสียความสามารถในการจัดการตนเอง

การเข้าสังคมและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์⁽⁹⁾ จึงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ช้ากว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(7,10) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีประวัติถูกกระทำชำเรามาก่อนถึงร้อยละ 40 มีจำนวนใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ซึ่งพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียหายอายุต่ำกว่า 18 ปี มีประวัติถูกกระทำชำเรามาก่อน⁽¹¹⁾ โดยปัจจัยที่บ่งชี้ว่าผู้เสียหายมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำชำเราซ้ำ ได้แก่ ได้รับบาดเจ็บหลายตำแหน่ง ถูกกระทำชำเราตั้งแต่อายุน้อยและอยู่ในช่วงเวลาภายหลังถูกกระทำชำเราได้ไม่นาน⁽⁹⁾

เด็กและวัยรุ่นที่ถูกกระทำชำเราซ้ำมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวที่มีปัญหา อาทิเช่น ความรุนแรงในครอบครัว⁽¹²⁾ การใช้สารเสพติด ปัญหาสภาพจิตใจและปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว⁽¹³⁾ ในครอบครัวที่พ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกันเด็กจะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด พ่อแม่สามารถให้การช่วยเหลือและนำส่งมาตรวจ

ได้เร็วกว่าหากเกิดเหตุการณ์กระทำชำเรา ในขณะที่พ่อแม่หย่าร้างหรือเสียชีวิตจะเพิ่มโอกาสที่เด็กถูกกระทำชำเราซ้ำได้มากขึ้น⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบสัดส่วนครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างหรือเสียชีวิตในกลุ่มที่เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการเร็ว

ในเหตุการณ์กระทำชำเราที่มีการกักขังหน่วงเหนี่ยวร่วมด้วยมีความเสี่ยงทำให้ผู้เสียหายเข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง 5 เท่า ซึ่งเป็นไปโดยสภาพของเหตุการณ์ที่ผู้เสียหายถูกจำกัดอิสรภาพไม่อาจออกมาจากสถานที่เกิดเหตุได้โดยเร็ว บางรายมีการข่มขู่ทำให้เหยื่อเกิดความหวาดกลัวส่งผลให้เด็กเปิดเผยเหตุการณ์การกระทำชำเราซ้ำและนำไปสู่การเข้าถึงบริการช้ากว่าด้วย⁽¹⁵⁾

โดยทั่วไปสาเหตุที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นเข้าถึงบริการ ได้แก่ 1. ผู้เสียหายเปิดเผยเรื่องการกระทำชำเราด้วยตนเอง 2. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลสงสัยว่าถูกกระทำชำเรา 3. พนักงานสอบสวนหรือศาลนำส่งให้แพทย์ตรวจตามกฎหมาย 4. ทราบเรื่องการกระทำชำเราขณะที่เด็กมารับการตรวจรักษาด้วยอาการเจ็บป่วยอื่น⁽¹⁶⁾ งานวิจัยนี้พบกลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 8 ปี มีโอกาสเข้าถึงบริการได้เร็วภายใน 72 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มอายุอื่นและกลุ่มที่เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง เป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าเด็กอายุน้อยกว่าจะเปิดเผยช้ากว่าเพราะกลัวผู้กระทำ⁽¹⁷⁾ อัตราการเปิดเผยเหตุการณ์กระทำชำเราจะเพิ่มขึ้นตามอายุเด็กที่มากขึ้นจนกระทั่งถึงอายุ 11 ปี อัตราการเปิดเผยจะลดลงเมื่ออายุ 16 ปี⁽¹⁸⁾ เนื่องจากเด็กอายุน้อยมักจะเปิดเผยเหตุการณ์ต่อผู้ปกครองมากกว่าวัยรุ่นที่มีมักจะเปิดเผยเรื่องถูกกระทำชำเราแก่เพื่อนมากกว่าผู้ปกครอง⁽¹⁹⁾ ประกอบกับเด็กเล็กที่ถูกกระทำชำเราส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วย เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง จึงทำให้ผู้ปกครองทราบข้อมูลและนำไปสู่การเปิดเผยเรื่องการกระทำชำเราในที่สุด

การศึกษานี้พบว่าการกระทำชำเราโดยคนในครอบครัวไม่ได้มีผลต่อระยะเวลาการเข้าถึงบริการแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการกระทำชำเราโดยบุคคลในครอบครัวส่งผลให้เกิดความหวาดกลัว โดยเฉพาะกับเด็กอายุน้อย มีความใกล้ชิดกับผู้กระทำที่

อาศัยอยู่ด้วยกัน ทำให้เด็กไม่กล้าเปิดเผยเหตุการณ์จนนำไปสู่การถูกกระทำชำเราซ้ำและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ช้า⁽²⁰⁾ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้กระทำที่เป็นพ่อและพ่อเลี้ยงในกลุ่มที่เข้าถึงบริการหลัง 72 ชั่วโมง มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการเร็วและกลุ่มที่เข้าถึงบริการเร็ว ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นญาติเพศชายและพี่ชายที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะโครงสร้างครอบครัวในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ที่อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่อาจจะมีผลให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน

ไม่พบความแตกต่างด้านการศึกษา ความห่างไกลของที่อยู่อาศัยและผู้นำส่งระหว่างกลุ่ม เด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาตามวัยการจัดการเรียนรู้นอกโรงเรียนในโรงเรียนจะช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ดีในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มโอกาสที่เด็กจะเปิดเผยเหตุการณ์และเข้าถึงบริการการแพทย์ได้เร็วขึ้น โดยสามารถจัดการเรียนรู้นอกโรงเรียนได้ตั้งแต่เด็กอายุ 5 ปี⁽²¹⁾ ทั้งนี้ครอบครัวและสังคมมีหน้าที่ต้องปลูกฝังค่านิยมทางเพศที่ดีแก่เด็กร่วมด้วย ผู้นำส่งผู้เสียหายทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมารดาสอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งสนับสนุนว่าเด็กมักจะเปิดเผยเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศแก่มารดามากกว่า⁽²²⁾

ไม่พบความแตกต่างของสถานที่เกิดเหตุ ความสมัครใจร่วมประเวณี การแจ้งความก่อนมาโรงพยาบาล และการถูกทำร้ายร่างกายของผู้เสียหายทั้งสองกลุ่ม โดยสถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นที่อยู่อาศัยของผู้กระทำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย⁽²³⁾ ผู้เสียหายที่เป็นวัยรุ่น ส่วนใหญ่ให้ประวัติว่าตนเองสมัครใจร่วมประเวณีกับแฟนหรือคนรัก ซึ่งมีแนวโน้มจะเข้าถึงบริการทางการแพทย์ช้า⁽⁶⁾ แต่จากข้อมูลพบว่าวัยรุ่นที่เข้าถึงบริการเร็วมักเกิดจากผู้ปกครองทราบเรื่องเร็วและต้องการดำเนินการทางกฎหมายกับผู้กระทำร่วมกับมีความกังวลเรื่องการติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ โดยอาจแจ้งความกับพนักงานสอบสวนก่อนหรือหลังจากมาตรวจร่างกายก็ได้ ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกทำร้ายร่างกายมีอาการบาดเจ็บภายนอกเล็กน้อยจึงไม่มีผลกับระยะเวลาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์⁽⁶⁾

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีผลทำให้เด็กและวัยรุ่นหญิงเข้าถึงบริการทางการแพทย์หลัง 72 ชั่วโมง คือ มีประวัติเคยถูกกระทำชำเรามาก่อน และมีการกักขังหน่วงเหนี่ยวหลังเหตุการณ์กระทำชำเรา ในขณะที่เด็กอายุไม่เกิน 8 ปี จะเข้าถึงบริการภายใน 72 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มอายุอื่น

เด็กและวัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำชำเราและเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ควรได้รับการติดตามเฝ้าระวังการถูกกระทำชำเราอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและจัดให้มีช่องทางติดต่อช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็วหากถูกกระทำชำเราอีก

ผู้ปกครองและผู้ดูแลควรได้รับการเสริมพลังให้มีทักษะสื่อสารเรื่องเพศแก่เด็ก สามารถรับรู้เหตุการณ์กระทำชำเราและจัดการได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งควรส่งเสริมเพศศึกษาในโรงเรียนให้เด็กมีทักษะป้องกันตนเองต่อการถูกกระทำชำเราและสามารถร้องขอความช่วยเหลือหากเกิดเหตุการณ์หรืออยู่ในภาวะอันตรายได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ถูกกระทำชำเรา ได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Switzerland: World Health Organization; 2017.
- สิรินทิพย์ สมใจ. เกณฑ์ความสามารถในการให้ความยินยอมต่อการกระทำทางเพศในกฎหมายอาญาไทย. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2563; 49(1):84-109.
- Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics 2016;137(3):e20154079. doi: 10.1542/peds.2015-4079.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563]. ค้นได้จาก:URL: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/2>.
- พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2499. มาตรา 276 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 27) พ.ศ 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2565]. ค้นได้จาก : <https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=443287&ext=htm>.
- McCall-Hosenfeld JS, Freund KM, Liebschutz JM. Factors associated with sexual assault and time to presentation. Prev Med 2009;48 (6):593-5. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.03.016.
- Girgira T, Tilahun B, Bacha T. Time to presentation, pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Public Health 2014;14:92. doi: 10.1186/1471-2458-14-92.
- Trangkasombat U. Sexual abuse in Thai children: a qualitative study. J Med Assoc Thai 2008;91(9):1461-7.
- Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. Trauma Violence Abuse 2005; 6(2):103-29. doi: 10.1177/1524838005275087.
- Wallis CRD, Woodworth MD. Child sexual abuse: An examination of individual and abuse characteristics that may impact delays of disclosure. Child Abuse Negl 2020;107:104604. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.

11. Csorba R, Lampé L, Borsos A, Balla L, Póka R, Oláh E. Female child sexual abuse within the family in a Hungarian County. *Gynecol Obstet Invest* 2006;61(4):188-93. doi: 10.1159/000091274.
12. Tashjian SM, Goldfarb D, Goodman GS, Quas JA, Edelstein R. Delay in disclosure of non-parental child sexual abuse in the context of emotional and physical maltreatment: A pilot study. *Child Abuse Negl* 2016;58:149-59. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.06.020.
13. Horner G, Fischer BA. Child Sexual Abuse Revictimization: Child Demographics, Familial Psychosocial Factors, and Sexual Abuse Case Characteristics. *J Forensic Nurs* 2016;12(4):151-9. doi: 10.1097/JFN.0000000000000124.
14. Chen M, Chan KL. Parental absence, child victimization, and psychological well-being in rural China. *Child Abuse Negl* 2016;59:45-54. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.07.009.
15. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl* 2007;31(2):111-23. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.004.
16. Dolan CM, Raber MS. Responding to child sexual abuse disclosure. *Nurse Pract* 2017;42(12):18-26. doi: 10.1097/01.NPR.0000526762.68595.a1.
17. Kellogg ND, Koek W, Nienow SM. Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse *Child Abuse Negl* 2020;101:104360. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104360.
18. Leach C, Powell MB, Sharman SJ, Anglim J. The Relationship Between Children's Age and Disclosures of Sexual Abuse During Forensic Interviews. *Child Maltreat* 2017;22(1):79-88. doi: 10.1177/1077559516675723.
19. Manay N, Collin-Vézina D.. Recipients of children's and adolescents' disclosures of childhood sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2021;116 (Pt 1): 104192. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104192.
20. Yurteri N, Erdoğan A, Büken B, Yektaş Ç, Çelik MS. Factors affecting disclosure time of sexual abuse in children and adolescents. *Pediatr Int* 2021;64(1):e14881. doi: 10.1111/ped.14881.
21. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(4): CD004380. doi: 10.1002/14651858.CD004380.pub3.
22. McElvaney R, Moore K, O'Reilly K, Turner R, Walsh B, Guerin S. Child sexual abuse disclosures: Does age make a difference?. *Child Abuse Negl* 2020;99:104121. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104121.
23. อภิชัย แผลงศร, วรภัทร สิทธิจิรกุล. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาเนื่องจากถูกล่วงละเมิดทางเพศ ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *รามาศิษย์เวชสาร* 2561;41(1):38-47.