



การดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE FOR SEXUALLY ABUSED CHILDREN

กัลยาลักษณ์ ไชยศิริ¹

สุภาพร พันพัยคม²

Kanyalak Chaisiri

Supaporn Panpayak

^{1,2}อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10330

Nursing Instructor, Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, 10330, Thailand

¹Corresponding author Email: kanyalak_chaisiri@hotmail.com

Received: November 11, 2020

Revised: August 24, 2020

Accepted: September 4, 2021

บทคัดย่อ

การทารุณกรรมทางเพศในเด็กเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม การดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล ด้วยเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน เปราะบาง การเข้าถึงการดูแลเพื่อการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ บทความนี้ได้นำเสนอวิธีการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะพยาบาลสามารถให้การดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัวได้อย่างแท้จริง เพราะเชื่อว่าครอบครัว คือ แหล่งของความไว้วางใจ เป็นที่พึ่งให้ความอบอุ่น ให้เด็กรู้สึกปลอดภัย นอกจากนี้ ครอบครัวมีหน้าที่พิทักษ์สิทธิ์ ร่วมตัดสินใจหรือเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมได้ดีที่สุด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมสามารถทำได้ตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และการป้องกันการเกิดการถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์การดูแลโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล อำนวยความสะดวก ส่งเสริมให้แหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์แก่ครอบครัว คำนึงถึงความต้องการ ประโยชน์ของเด็กและครอบครัว เพื่อให้เด็กที่ถูกทารุณกรรมสามารถเผชิญปัญหา ลดและป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กผ่านพ้นช่วงเวลาที่เราเรียกว่านี้ได้

คำสำคัญ : การดูแลเด็ก, การทารุณกรรมทางเพศ, การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Abstract

Sexual abuse in children is continuously occurred at both domestic and international levels, affecting the victim in numerous aspects such as physique, mentality, family, and society. It is challenging for nurses to take care of these sexually abused children because they are sensitive and fragile. Thus, the accessibility to the responsive care of the victims and their families is crucial. This

paper applied the concept of patient- and family-centered care to the treatment of sexually abused children, allowing related medical personnel, especially nurses, to be able to provide suitable care that satisfies the needs of the children and their families. Families are the source of trust, wholesomeness, and safety for children. Moreover, families can defend the right of their children and partially decide the most suitable care for them. They can also participate in the process of abused childcare from problem analysis, care planning, physical and mental nursing practice, reoccurred sexual abuse prevention, to the evaluation of care that has nurses as informants. These nurses can facilitate and support the families by considering the needs and benefits of the children and their families, assisting the sexually abused children to be able to face, decrease, and effectively prevent the short-term and long-term effects so these children can surpass this harsh period.

Keywords: children care, sexual abuse, patient-and family-centered care

บทนำ

ปัญหาการทารุณกรรมยังคงเป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในและต่างประเทศ จากรายงานประจำปีขององค์การระหว่างประเทศ พบว่าเด็กและเยาวชนจำนวน 1,700 ล้านคน หรือประมาณ 3 ใน 4 ของเด็กและเยาวชนทั่วโลก ตกเป็นเหยื่อหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ความรุนแรง (Know Violence in Childhood, 2017) เช่นเดียวกับในประเทศไทยพบปัญหาการทารุณกรรมเด็กค่อนข้างมากและต่อเนื่อง ดังรายงานสถิติในปี พ.ศ. 2550 - 2556 พบมีเด็กเข้ารับบริการในศูนย์พิทักษ์เพิ่มมากขึ้นจำนวน 19,229 คน (Ministry of Social Development and Human Security, 2013) สอดคล้องกับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีเด็กประมาณ 9,000 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากถูกทำร้ายร่างกายและถูกทารุณกรรมทางเพศ (National Statistical Office and United Nations Children's Fund, 2020) และศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีข้อมูลสถิติเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศตั้งแต่ พ.ศ. 2555 - 2560 พบว่า จำนวน 887 ราย (Obec student protection center, 2018) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้น

การทารุณกรรมทางเพศเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับทางเพศที่มีต่อเด็ก ทั้งการสัมผัสร่างกายหรือไม่สัมผัสร่างกาย ไม่ว่าจะด้วยคำพูด ข้อความ การแอบมอง การเผยแพร่ภาพ การทำอนาจาร การแสดงท่าทาง หรือการกระทำใดก็ตามที่สื่อไปทางเพศ โดยผู้ถูกกระทำยินยอมหรือไม่ยินยอมก็ตามล้วนเป็นการทารุณกรรมทางเพศทั้งสิ้น (Royal Thai Government Gazette, 2003) ผลของการถูกทารุณกรรมทางเพศส่งผลต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุ และสังคม (Butkatanyoo & Muangkaew, 2019; Thomson et al., 2012; Yiemchavee, 2017)

ภายหลังการถูกทารุณกรรมทางเพศแม้ด้านร่างกายแผลต่าง ๆ หายดีแล้ว แต่บาดแผลทางด้านจิตใจนั้นยากที่จะแก้ไขได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว เด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศจะขาดความไว้วางใจต่อบุคคลอื่น ขาดความมั่นใจในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า และอาจหนีออกจากบ้านได้ หากรับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม และอาจเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจในระยะยาวที่นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวตัวตาย (Thomson et al., 2012) ส่วนด้านครอบครัวและสังคม พบว่าครอบครัวที่มีเด็กถูกทารุณกรรมบางรายจำเป็นต้องย้ายที่อยู่ เกิดความหวาดระแวง สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศที่มีปัญหาด้านจิตใจ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Corby (2000) ที่พบว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศอาจมีแนวโน้มในการหนีออกจากบ้าน หรือกลายเป็นโสเภณี หรือบางรายอาจใช้สารเสพติด ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ (Yiemchavee, 2017)

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (The Convention on The Rights of The Child: CRC) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กให้สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีความสุข ความรัก และความเข้าใจ (National Statistical Office and United Nations Children's Fund, 2020) ปัจจุบันมีการนำแนวคิดที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care) มาใช้เพื่อให้ครอบครัวและเด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันการทารุณกรรม ด้วยเชื่อว่าการอาศัยความร่วมมือทั้งจากเด็กและครอบครัวจะสามารถสร้างความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Musikusukont et al., 2015) โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาสุขภาพของเด็กที่ถูกทารุณกรรม การวางแผนให้การพยาบาล การให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย การป้องกันไม่ให้เกิดการทารุณกรรมทางเพศซ้ำ และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Durongritichai, 2006; Namjantra, 2009) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัวได้อย่างแท้จริง ลดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น บทความนี้ผู้เขียนจึงมีเป้าหมายในการนำเสนอเนื้อหาสาระของการดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ โดยมีตัวอย่างการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

การทารุณกรรมทางเพศในเด็ก (sexual abuse)

หมายถึง การกระทำที่ผู้กระทำได้ทำกิจกรรมทางเพศต่อเด็ก หรือการใช้ให้เด็กกระทำ โดยที่เด็กไม่ยินยอมพร้อมใจ หรือถูกข่มขู่ บังคับ

ชักชวนให้ค่าตอบแทน โดยที่เด็กไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะเข้าใจการกระทำเหล่านั้น (Jengtee, 2013) และสามารถจำแนกรูปแบบของการกระทำได้เป็น 3 รูปแบบ (Choowichian, 2007) ดังนี้

1. จำแนกตามสภาพแวดล้อมที่เกิดแบ่งเป็น 1) เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว เช่น บิดา พี่หรือน้องชาย ปู่หรือตา ลุง และ น้า เป็นต้น 2) เกิดจากบุคคลภายนอกครอบครัวทั้งคนที่รู้จักหรือไม่รู้จัก ซึ่งอาจเป็นคนข้างบ้าน หรือคนที่คุ้นเคยกับเด็ก และ 3) เกิดจากความเชื่อและพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การนิยมนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริสุทธิ์ เป็นต้น

2. จำแนกตามวิธีการของการทารุณกรรมทางเพศ แบ่งเป็น 1) การไม่แตะเนื้อต้องตัว เช่น การใช้คำพูดที่สื่อไปในทางเพศสัมพันธ์ การแอบดูตามห้องน้ำ การแอบถ่าย เป็นต้น 2) การแสวงหาผลประโยชน์ เช่น การใช้เด็กค้าประเวณี และ 3) การสัมผัสร่างกายที่สื่อไปในทางเพศ

3. จำแนกตามความรุนแรงที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 1) กรณีที่ไม่รุนแรง คือ ไม่มีการสัมผัสร่างกาย และ 2) กรณีที่รุนแรง คือ มีการสัมผัสร่างกายทั้งที่ล่วงล้ำเข้าไปในอวัยวะเพศหรือทวารของเด็ก และไม่ล่วงล้ำเข้าไปในอวัยวะเพศหรือทวารของเด็ก

ปัจจัยที่ส่งผลการทารุณกรรมทางเพศในเด็ก

1. ด้านผู้กระทำการทารุณกรรม พบว่ามีการใช้สื่อลามก สุรา และสารเสพติด เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการทารุณกรรมทางเพศในเด็ก (Wiryaprabob, 2011) เพราะการใช้สารเสพติดทำให้ผู้กระทำการทารุณกรรมขาดสติในการควบคุมตนเอง

2. ด้านสภาพสังคม ได้แก่ ครอบครัวมีเศรษฐกิจยากจนทำให้ผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้าน เกิดการทอดทิ้งเด็กให้อยู่บ้านเพียงลำพัง หรือบ้านอยู่ในที่เปลี่ยว หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นชุมชนแออัดหรือแหล่งยาเสพติด หรืออยู่ในชุมชนที่มีการโจรกรรม (Neesyant, 2006) หรือมีจารีตประเพณีที่ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจผิดในเรื่องเพศ เป็นต้น

ผลกระทบของการทวารุณกรรมทางเพศในเด็ก

1. ตัวเด็ก เด็กที่ได้รับการทวารุณกรรมทางเพศมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บตามร่างกาย มีรอยฉีกขาดของอวัยวะเพศหรือทวาร มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือบางรายอาจเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Wiryaparakob, 2011) ส่วนด้านจิตใจ เด็กที่ถูกทวารุณกรรมทางเพศอาจเกิดความเครียดภายหลังจากเกิดเหตุ มีการปรับตัวผิดปกติ ซึมเศร้า มีพฤติกรรมก้าวร้าวตัวตาย (Thomson et al., 2012) หรือรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง สูญเสียความเชื่อมั่นในตัวเอง (Kearney, Wechsler, kaur, & Lemos-Miller, 2010) เกิดความอับอาย และแยกตัวจากสังคม ซึ่งบางรายอาจเกิดเป็นพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ใช้พฤติกรรมรุนแรง ส่ำสอนทางเพศ ใช้สารเสพติด และกลัวเพศชาย เป็นต้น (Gould et al., 2010; Yiemchavee, 2017) นอกจากนี้ เด็กบางรายอาจจำเป็นต้องลาออกจากสถานศึกษา หรือหนีออกจากบ้าน เป็นต้น

2. ครอบครัว หากการทวารุณกรรมทางเพศเกิดจากบุคคลภายในครอบครัว ส่งผลให้เด็กขาดผู้ดูแลจากการที่ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวต้องรับโทษตามกฎหมาย หรือกรณีที่เกิดจากบุคคลภายนอกครอบครัว อาจนำไปสู่ปัญหาภายในครอบครัว หรือมีการกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของเด็กหรือคนในครอบครัวที่เป็นสาเหตุ (Yiemchavee, 2017) ซึ่งบางครอบครัวจำเป็นต้องย้ายที่อยู่เพื่อป้องกันความอับอาย

3. สังคม รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรเด็กที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กที่ถูกทวารุณกรรม หรือต้องเสี่ยงงบประมาณกับการจัดการปัญหาการค้าประเวณีเด็ก เป็นต้น (Konle, Pongjaturawit, & Phaktoop, 2010)

ปัญหาและผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้เขียนได้ไปศึกษาแนวทางการดูแลเด็กที่ถูกทวารุณกรรม เพราะเด็กเหล่านี้ถือเป็นผู้ที่มีความ

เปราะบางและควรได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นภูมิคุ้มกันให้กับเด็กในอนาคตได้ ซึ่งหนึ่งในแนวทางการดูแลนั้น พบว่า แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care) ที่เป็นการดูแล แบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสภาวะของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ให้เกิดความอบอุ่นและปลอดภัย (Ngamsuoy & Sonkongdang, 2020) น่าจะเป็นแนวคิดที่ดีและควรนำมาใช้ในการดูแลเด็กที่ถูกทวารุณกรรม

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care)

เวบสเตอร์และจอห์นสัน (Webster and Johnson, 1999 as cited in Musikukont et al., 2015) กล่าวถึงโมโนทัศน์หลัก (core concepts) ของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่า ประกอบด้วย 1) ความเคารพ (respect) ต่อบทบาทสำคัญของครอบครัว 2) ความเข้มแข็ง (strengths) ของครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับศักยภาพของเด็กและครอบครัว 3) การสร้างพลังหรือพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับครอบครัว 4) การให้ข้อมูล (information) จากการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยปราศจากอคติระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว 5) การให้ทางเลือก (choice) ในการรักษาพยาบาลและการดูแล เพื่อให้ครอบครัวได้แสดงบทบาทในการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ 6) การร่วมมือรวมพลัง (collaboration) ระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ 7) ความยืดหยุ่น (flexibility) ในการให้บริการ และ 8) การสนับสนุน (support) ครอบครัวในการดูแลเด็ก

แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย ด้วยครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความสำคัญในการทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ครอบครัวจึงเป็นเสมือนตัวแทนของเด็ก เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์และคอยปกป้องเด็ก การนำแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นศูนย์กลางมาใช้ในการดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศตั้งแต่การประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนให้การพยาบาล การให้การปรึกษาแก่เด็กที่ถูกทารุณกรรมและครอบครัว และประเมินผลลัพธ์ในการดูแล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดการถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ และเพื่อให้เห็นภาพของการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปใช้ ต่อไปเป็นการยกตัวอย่างการนำแนวคิดไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลตำรวจที่เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ว่ามีกระบวนการและการดำเนินการอย่างไร

ตัวอย่างการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปใช้

กรณีโรงพยาบาลตำรวจ มีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของเด็กและสตรีที่ถูกทารุณกรรมชื่อ “ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลตำรวจ” จากสถิติของโรงพยาบาลตำรวจในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เข้ารับบริการที่เป็นผู้ถูกทารุณกรรมทางเพศจำนวน 654 ราย (khaosod online, 2561) หนึ่งในจำนวนผู้รับบริการเป็นเด็กหญิง ก (นามสมมติ) อายุ 11 ปี รูปร่างผอม พุดน้อย ไม่ค่อยสบตา บิดาและลุงนำมาใช้บริการที่ศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลตำรวจด้วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ประวัติครอบครัว บิดามารดาแยกทางกัน มารดาเคยแต่งงานมาก่อน จึงมีพี่ชายต่างบิดา 1 คน อายุ 16 ปี อาศัยอยู่ด้วยกันกับยายที่ต่างจังหวัด ต่อมามารดาแต่งงานครั้งที่สองกับบิดาของผู้รับบริการมีบุตรด้วยกัน 2 คน คือเด็กหญิง ก และน้องสาว อายุ 7 ปี เมื่อบิดามารดาแยกทางกันมารดา ได้นำผู้รับบริการและน้องสาวไปฝากเลี้ยงกับยายที่ต่างจังหวัด เนื่องจากมารดาต้องไปทำงานที่ต่างประเทศ ดังนั้น ในครอบครัวของเด็กหญิง ก จึงประกอบด้วย น้องสาว ยาย ป้า พี่ชายต่างบิดา และลูกชายของป้า อายุ 10 ปี

เหตุการณ์การถูกทารุณกรรมทางเพศเกิดเมื่อเด็กหญิง ก ถูกพี่ชายต่างบิดาและลูกชายของป้าล่วงละเมิดทางเพศ ป้าทราบเหตุการณ์ได้

แจ้งให้มารดาของเด็กหญิง ก ทราบ มารดาจึงได้เดินทางมาจากต่างประเทศแล้วนำ เด็กหญิง ก และน้องสาว ไปอยู่กับบิดาของเด็กหญิง ก ที่จังหวัดกรุงเทพฯ โดยมารดาได้บอกให้เด็กหญิง ก ห้ามบอกเรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศให้ผู้อื่นทราบ เมื่อเด็กหญิง ก มาอยู่กับครอบครัวของบิดาที่ประกอบด้วย บิดา ย่า ลุง และภรรยาใหม่ของบิดา ก็เกิดเหตุที่ย่ามักตำหนิ และว่ากล่าวเด็กหญิง ก และน้องสาวบ่อยครั้ง เนื่องจากไม่ชอบมารดาของเด็กหญิง ก ต่อมาลุงของเด็กหญิง ก สังเกตเห็นว่า เด็กหญิง ก มีอาการซึม แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คล้ายกับมีภาวะซึมเศร้า จึงเข้าไปสอบถามจนได้ข้อมูลว่าเด็กหญิง ก เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศจากพี่ชายต่างบิดาและลูกชายของป้า และแจ้งให้บิดาของเด็กหญิง ก ทราบ พร้อมทั้งนำเด็กหญิง ก มารับการรักษาที่ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลตำรวจ

พยาบาลที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลตำรวจ มีกระบวนการดูแลเด็กหญิง ก ที่ถูกทารุณกรรมทางเพศจากบุคคลในครอบครัวตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

1. การประเมิน เริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทารุณกรรมตามระดับความรุนแรง การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถในการยอมรับความแตกต่างของแต่ละครอบครัว (Boon-yasidhi et al., 2014; Police General Hospital One Stop Crisis Center, 2020; Sitdhiraksa et al., 2015) เพื่อให้สามารถเปิดใจและรับข้อมูลที่ปราศจากอคติ ก่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล ซึ่งการประเมินพบว่าเด็กหญิง ก ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงมาก และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นผ่านมานานกว่า 3 เดือน และครอบครัวของบิดามีแค่ยาที่ว่ากล่าวมารดาของเด็กหญิง ก ซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับเด็กหญิง ก โดยตรง

ดังนั้น พยาบาลเมื่อทำประเมินและซักประวัติเรียบร้อยแล้ว จึงส่งทำการประสานและส่งต่อไปให้กับแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย ค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และซักประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศอย่างละเอียด รวมทั้งประเมินอาการทางจิตเวช การใช้สารเสพติด สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากนั้นส่งปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยา เพื่อประเมินปัญหาด้านจิตสังคม การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการทางจิตใจของเด็กหญิง ก และครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลตำรวจ มีการนัดเด็กหญิง ก และครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาและวางแผนแนวทางการรักษาพยาบาล ร่วมกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่กล่าวมาข้างต้น

2. การวางแผนการพยาบาล เริ่มจากการให้ข้อมูลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลแก่เด็กหญิง ก และครอบครัว แล้วให้เด็กหญิง ก และครอบครัวมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและเป้าหมายในการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลและกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ครอบคลุมการส่งเสริมความปลอดภัย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของเด็ก โดยมีทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย กุมารแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์พึ่งได้ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนช่วยเหลืออย่างเป็นระบบและมีการเปิดโอกาสให้เด็กหญิง ก และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งตัวเด็กและครอบครัว มีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวทุก ๆ คนได้มีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีพยาบาลทำหน้าที่วางแผนการให้ข้อมูล ประสานงาน อำนวยความสะดวก ส่งเสริมให้แหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์แก่เด็กและครอบครัว โดยยึดประโยชน์ของเด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ เพื่อให้เด็กที่ถูกทารุณกรรมสามารถเผชิญปัญหา ลดและป้องกัน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กสามารถผ่านช่วงเวลาที่เลวร้ายหลังการถูกทารุณกรรมทางเพศนี้ได้ รวมทั้งให้การดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยเยี่ยมบ้าน

3. การปฏิบัติการพยาบาล

3.1 ด้านร่างกาย ประเมินสภาพปัญหาของเด็กและครอบครัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังตัวอย่างเด็กหญิง ก ที่อยู่ในวัยที่ยังไม่มีประจำเดือน จึงไม่มีความจำเป็นต้องได้รับยาป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจร่างกายที่ไม่พบบาดแผลภายนอก เนื่องจากระยะเวลาเกิดเหตุทารุณกรรมจนถึงปัจจุบันผ่านมาแล้วมากกว่า 3 เดือน ซึ่งในขั้นตอนนี้เด็กหญิง ก ต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยินยอมตรวจทางร่างกาย โดยมีบิดาเป็นผู้ให้ความยินยอมเนื่องจากเด็กหญิง ก ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

3.2 ด้านจิตใจ มีการประเมินสภาพจิตและสุขภาพจิตของเด็กหญิง ก ซึ่งตามสถานการณ์ยังไม่พบความผิดปกติทางด้านจิตใจที่รุนแรง แต่มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ คือ ซึม พูดน้อยลง และแยกตัว ซึ่งต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในระยะแรกและอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระยะยาว นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ตั้งใจรับฟังและเปิดโอกาสให้เด็กหญิง ก ได้ระบายความคิด ความรู้สึกในใจ แล้วจึงให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) หรือสะท้อนคิด (reflection) ให้เกิดความตระหนักรู้ในสภาพของตนเอง แล้วจึงให้ทางเลือกในการตัดสินใจ มีการเสริมสร้างกำลังใจให้เด็กหญิง ก เกิดความเชื่อมั่น รับรู้ถึงความปลอดภัย ความปรารถนาดีและความร่วมมือรวมพลังของเด็ก ครอบครัวและผู้ให้บริการ จนเกิดพลังใจและเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับหลักการของแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและ

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ National Institute for Health and Care Excellence (2017) ที่เน้นการเคารพในตัวเด็กและครอบครัว มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว สร้างพลังใจหรือพลังอำนาจให้กับครอบครัว ให้ข้อมูลเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ทางเลือกในการรักษาพยาบาลและการดูแล มีการประสานความร่วมมือรวมพลังระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ มีความยืดหยุ่นในการให้บริการ และให้การสนับสนุนเด็กและครอบครัวให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ได้ ซึ่งในกรณีศึกษาในด้านจิตใจ พยาบาลได้เปิดโอกาสให้บิดาและลุงของเด็กหญิง ก ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้สังเกตความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและผลกระทบด้านจิตใจที่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะเครียดหลังจากเกิดเหตุร้าย การปรับตัวที่ผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง การแยกตัวออกจากสังคมได้ หรือพฤติกรรมผิดปกติอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือที่ทันทั่วทั้ง

3.3 ด้านการป้องกันการเกิดการถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ พยาบาลสอนให้ความรู้กับเด็กหญิง ก ในการเอาตัวรอด การขอความช่วยเหลือเมื่อได้รับอันตรายจากการทารุณกรรมทางเพศ อธิบายและเน้นย้ำให้ครอบครัวเห็นถึงอันตรายของการเกิดทารุณกรรมทางเพศ และสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจในการดูแล และหาแนวทางในการป้องกันการถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ เช่น การอธิบายข้อกฎหมายและบทลงโทษเกี่ยวกับผู้กระทำการทารุณกรรมเด็ก พร้อมทั้งการรายงานปัญหาการทารุณกรรมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลือหรือป้องกันได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และควรมีการค้นหาคำปรึกษาที่อาจก่อให้เกิดการทารุณกรรมซ้ำอันเป็นการป้องกันตั้งแต่ไม่เกิดจนถึงเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะอย่างไร

4. การประเมินผลลัพธ์ในการดูแล ตามแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้รับบริการและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้รับบริการไม่ถูกทารุณกรรมทางเพศหรือไม่ถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ รวมทั้งมีความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งในกรณีตัวอย่างนี้ เด็กหญิง ก ไม่เกิดการทารุณกรรมทางเพศซ้ำ เด็กหญิง ก และครอบครัวเกิดการยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้น ย่าของเด็กหญิง ก มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม คือ ไม่ว่ากล่าวมารดาของเด็กหญิง ก และเข้าใจเด็กหญิง ก รวมทั้งทุกคนที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีระบบในการช่วยเหลือ กำกับติดตาม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเป็นระบบ และครอบครัวองค์ประกอบแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

สรุป

การทารุณกรรมทางเพศเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากด้านตัวเด็ก ผู้กระทำ และสภาพสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตภายหลังการถูกทารุณกรรมทางเพศ พยาบาลสามารถช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศโดยใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศและครอบครัวสามารถผ่านช่วงเวลาที่เลวร้ายนี้ได้โดยมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดการถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ ช่วยให้เด็กและครอบครัวสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดตราบาบ และไม่คิดฆ่าตัวตาย และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ตามศักยภาพที่ตนเองพึงมี

เอกสารอ้างอิง

- Boon-yasidhi, V., Tarugsa, J., Manaboriboon, B., Choekphaibulkit, K., & Sathirareuangchai, S. (2014). A hospital-based clinical practice guideline for the management of child abuse. *Thai Journal of Pediatric*, 53(3), 160-172.
- Butkatanyoo, A., & Muangkaew, P. (2019). The model for moving forward the adolescent health network in prevention and solution against adolescent pregnancy, Ban Laem district, Phetchaburi. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(4), 264-276.
- Choowichian, N. (2007). *Effect of art therapy on the self-esteem of sexually abused adolescents* (Master of nursing science program, mental health and psychiatric nursing). Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Corby, B. (2000). *Child abuse: Towards a knowledge base*. Berkshire: Open University Press.
- Durongritichai, V. (2006). Family-center care nursing: Trends and challenging roles of nurses in family health care. *HCU Journal*, 9(1), 90-106.
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., & Nemeroff, C. B. (2010). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 500-506.
- Jengtee, S. (2013). Treatment of child abuse with act of child protection A.D. 2003. *Journal of Healthand Nursing Research*, 29(1), 149-157.
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 13, 46-76.
- Khaosod online. (2018). *Police general hospitals take care of victims of sexual harassment revealing high statistics each year*. Retrieved from https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_1237680
- Know Violence in Childhood. (2017). *Ending violence in childhood: Global Report 2017*. New Delhi: Lopez Design.
- Konle, T., Pongjaturawit, Y., & Phaktoop, M. (2010). Experience in sexual abuse among female adolescents. *Journal of Nursing and Education*, 3(2), 57-72.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2013). *Assault statistics report: Bodies in children and women who can be serviced at the dependable center, Buddhist Era 2013*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security.
- Musiksukont, S., Tilokskulcha, F., Lerthamte, W., Preungvate, O., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2015). *Textbook of pediatric nursing volume 1* (5th ed.). Bangkok: Mahidol university.
- Namjantra, R. (2009). Patient-and family-centered care: A challenge model of healthcare services. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(1), 5-10.
- National Statistical Office and United Nations Children's Fund. (2020). *Thailand multiple indicator cluster survey 2019 survey findings report*. Bangkok: Thailand National Statistical Office.
- Neesyant, P. (2006). *Case study child sexual abuse*. Bangkok: Srinakharinwirot University.
- Ngamsuoy, A., & Sonkongdang, W. (2020). *Nursing children with health problems*. Chiang Mai: Smart Coating and Services.
- Obec student protection center (OBEC SPC). (2018). *Student help and protection project*. Retrieved from <http://obecspc.com/download/>
- Police General Hospital One Stop Crisis Center. (2020). *Guidelines for verifying people Sexually abused Police general hospital*.
- Royal Thai Government Gazette. (2003). *Child protection act. A.D.2003*. 1-29.
- Sitdhiraksa, N., Wannasewok, K., Wannarit, K., Pukrittayakami, P., Apinuntavech, S., & Ketumarn, P. (2015). *Siriraj psychiatry DSM-5* (2nd ed.). Bangkok: Department of Psychiatry Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
- Wiriyaaparakob, R. (2011). *Rights and liberty protection of injured persons in criminal case: A case study of sexual harassment* (Master of arts in political science program, justice and social administration). Faculty of Political Science, Burapha University, Chonburi, Muang.
- Yiemchavee, N. (2017). *The role of the family in child sexual abuse* (Master of art program, social development administration). National Institute of Development Administration, Bangkok, Bang Kapi.