

2. สถานการณ์การกระทำความรุนแรงในประเทศไทย

2.1 ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)

2.1.1 ความหมายของความรุนแรงในครอบครัว

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในครอบครัว⁶ หมายถึง “การกระทำใดๆ โดยมุ่งประสงค์ ให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพ หรือกระทำโดยเจตนาในลักษณะที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพของบุคคลในครอบครัว (สามี ภรรยา เด็ก หรือคนชรา หรือบุคคลอื่นที่อาศัยในครอบครัว) หรือบังคับหรือใช้อำนาจครอบงำ ผิดคลองธรรมให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำการ หรือไม่กระทำการ หรือยอมรับการกระทำ อย่างหนึ่งอย่างใดโดยมิชอบ แต่ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาท” โดยสาเหตุสำคัญของความรุนแรงนี้เกิดจากปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวที่ฝ่ายหนึ่งต้องการอำนาจควบคุมหรือให้ได้รับการยอมรับจากอีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจควบคุมหรือการยอมรับ⁷

ประเภทของความรุนแรงในครอบครัว

ความรุนแรงในครอบครัวสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามการศึกษาของจอห์นสันและเฟอร์ราโร ปี พ.ศ. 2543⁸ ดังนี้

1. การใช้ความรุนแรงระหว่างสามีภรรยาโดยทั่วไป (Common couple violence) คือ การใช้ความรุนแรงที่ไม่เกี่ยวกับรูปแบบการควบคุมผู้หนึ่งแต่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ต่างฝ่ายต่างใช้ความรุนแรงต่อกันเมื่อทะเลาะกัน
2. คู่รักคู่แค้น (Intimate terrorism) ลักษณะพื้นฐานของการใช้ความรุนแรงแบบนี้ คือ การที่ฝ่ายหนึ่งใช้ความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งในการควบคุมโดยทั่วไป การใช้ความรุนแรงเกิดจากความต้องการที่จะใช้อำนาจควบคุมคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่ง
3. การต่อต้านการใช้ความรุนแรง (Violent resistance) คือ การใช้ความรุนแรงโต้ตอบกลับ (Self-defense)
4. การใช้ความรุนแรงซึ่งกันและกัน (Mutual violent control) คือ สัมพันธภาพที่สามีและภรรยาต่างก็ใช้ความรุนแรงควบคุมซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ ความรุนแรงในครอบครัวยังสามารถถูกแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ความรุนแรงทางตรง ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง และความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม⁹ โดยความรุนแรงทางตรง เป็นการกระทำรุนแรงที่สามารถมองเห็นได้ชัด เช่น การทุบตี ทำร้ายร่างกาย การข่มขืน การฆ่า ขณะที่ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง เป็นการกระทำรุนแรงที่แฝงอยู่ในกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรการต่างๆ ของรัฐ และความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม เป็นความรุนแรงที่แฝงอยู่ในความเชื่อ ค่านิยม สิ่งที่ยึดถือว่ามีมานานแล้ว และต้องยอมรับต่อไป และความยึดถืออันนี้เองที่คอยจี้จุนให้สังคมยอมรับความรุนแรงประเภทอื่นๆ เช่น เชื่อว่าถ้าภรรยาประพฤติตัวไม่ดี สามีมีสิทธิทุบตีเพื่อสั่งสอน และภรรยามีหน้าที่ต้องตอบสนองความต้องการทางเพศของสามี เป็นต้น ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติยังได้ประกาศให้ความรุนแรงทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจต่อผู้หญิงที่เกิดขึ้นในบ้าน เช่น การข่มขืนภรรยา การขลิบอวัยวะเพศผู้หญิง และความรุนแรงที่

เกี่ยวข้องกับการเอาเปรียบผู้หญิง เป็นต้น เป็นหนึ่งในประเภทความรุนแรงหลักต่อผู้หญิง ตามปฏิญญาที่ว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อผู้หญิง¹⁰

2.1.2 สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวของสังคมไทย

2.1.2.1 ขนาดของความรุนแรงในครอบครัว

จากการศึกษาข้อมูลผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับคำปรึกษาจากมูลนิธิผู้หญิง ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2548 ทำให้ทราบถึงขนาดความรุนแรงในครอบครัวที่มีมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาความรุนแรงอื่นๆ ในแต่ละปี กล่าวคือ ผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับคำปรึกษาเนื่องจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับที่ 2 ในทุกปี รองจากความรุนแรงจากปัญหาการค้ำมนุษย์ ซึ่งมีขนาดความรุนแรงที่ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2548 จำนวนผู้ขอเข้ารับคำปรึกษาปัญหาความรุนแรงในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 31.2 หรือเท่ากับ 113 รายจากผู้เข้ามาขอรับคำปรึกษาทั้งหมด 362 ราย ขณะที่จำนวนผู้ที่ขอเข้ารับคำปรึกษาปัญหาการค้ำมนุษย์คิดเป็นร้อยละ 37.6 หรือเท่ากับ 136 ราย (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.1) เช่นเดียวกับรายงานผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับการช่วยเหลือจากบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ปัญหาครอบครัวเป็นปัญหาอันดับ 1 ที่ทำให้ผู้หญิงและเด็กมาขอรับการช่วยเหลือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 หรือเท่ากับ 309 รายของจำนวนผู้ขอรับการช่วยเหลือที่บ้านพักฉุกเฉินทั้งหมด 662 ราย รองลงมาคือ ปัญหาท้องเมื่อไม่พร้อมมีจำนวน 149 ราย และความรุนแรงอื่นๆ มีจำนวน 68 ราย ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.2) ขณะที่ในปี พ.ศ. 2549 มีผู้หญิงและเด็กมารับบริการทั้งสิ้น 68 ราย เป็นแม่กับลูกร้อยละ 47 หรือคิดเป็น 32 ราย โดยพบมากในผู้หญิงและเด็กกลุ่มอายุ 26-35 ปี จำนวนถึง 38 ราย และในกลุ่มอายุ 36-45 ปี เท่ากับ 16 ราย ตามลำดับ¹¹

นอกจากนี้ จากการศึกษาค่าความรุนแรงในผู้หญิงที่มีคู่หรือเคยมีคู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ของ กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) พบว่า ผู้หญิงในพื้นที่กรุงเทพมหานครถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมากที่สุด ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ขณะที่ผู้หญิงในจังหวัดนครสวรรค์ถูกกระทำความรุนแรงทางกายมากที่สุดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมากที่สุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.3) และจากผลการสำรวจผู้หญิงที่มีคู่/เคยมีคู่ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,051 คน และนครสวรรค์จำนวน 1,027 คน พบว่า ร้อยละ 22.84 ของกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 33.70 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ ยอมรับว่าตนเองถูกกระทำความรุนแรงโดยคู่ของตนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

จากรายงานการศึกษาสุขภาพของผู้หญิงและความรุนแรงในครอบครัวของประเทศไทย สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก¹² พบผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครที่เคยมีคู่อายุระหว่าง 15-49 ปี ถูกกระทำความรุนแรงทางกาย ทางเพศ หรือทั้ง 2 รูปแบบ จากคู่ของตนเอง (Intimate partner) ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและใน 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 41 และ 21 ตามลำดับ ขณะที่พบในผู้หญิงพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ คิดเป็นร้อยละ 47 และ 23 ตามลำดับ

2.1.2.2 แนวโน้มของความรุนแรงในครอบครัว

จากการศึกษาข้อมูลผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับคำปรึกษาจากมูลนิธิผู้หญิง ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2548 พบว่า แนวโน้มของความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมีเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ขอเข้ารับคำปรึกษาเนื่องจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวระหว่างปี พ.ศ. 2546-2548 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 18 ของจำนวนผู้ที่ขอเข้ารับคำปรึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 13.2, 25.2 และ 31.2 ในปี พ.ศ. 2546, 2547, 2548

ตามลำดับ) ขณะที่จำนวนผู้ขอเข้ารับคำปรึกษาความรุนแรงเนื่องจากปัญหาการค้ำมนุษย์ลดลงร้อยละ 0.7 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.1)

2.1.2.3 ประเภทของความรุนแรงในครอบครัว

จากการรวบรวมข่าวจากหนังสือพิมพ์ 5 ฉบับ ได้แก่ มติชน ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด และกรุงเทพธุรกิจ ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2542¹³ พบข่าวข่มขืนและกระทำอนาจารรวม 112 กรณี โดยกรณีข่มขืนเกิดขึ้นมากที่สุดถึงร้อยละ 68 หรือคิดเป็น 76 กรณี รองลงมาคือ การรุมโทรมและฆ่าร้อยละ 12 และ 11 ตามลำดับ ผู้กระทำผิดและผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่มีอายุน้อยลง คือ อยู่ในกลุ่มอายุ 16-25 ปี และ 0-15 ปี ตามลำดับ ในเดือนมกราคม-กันยายนปี พ.ศ. 2546¹⁴ พบรายงานภรรยาถูกสามีทำร้ายจนถึงแก่ชีวิตจำนวน 30 ราย สามีทำร้ายร่างกายภรรยาจำนวน 6 ราย ภรรยาปกป้องตนเองจนเป็นเหตุให้สามีเสียชีวิต 19 ราย และภรรยาฆ่าตัวตายจำนวน 9 ราย จากผู้เสียหายทั้งหมด 113 ราย ขณะที่ในปี พ.ศ. 2548¹⁵ พบว่าเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวที่พบมากที่สุด คือ การฆ่าบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 23.7 หรือเท่ากับ 143 รายของจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวทั้งหมด 603 ราย รองลงมาคือ การฆ่ากันของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 22.6 หรือเท่ากับ 136 ราย (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.4) และในปี พ.ศ. 2549¹⁶ พบข่าวความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั้งหมด 561 กรณี โดยมีสาเหตุหลักจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 25 ของความรุนแรงในครอบครัวทั้งหมด หรือคิดเป็น 131 กรณี โดยเป็นผลให้เกิดการละเมิดทางเพศคนในครอบครัว 9 กรณี และก่อให้เกิดความรุนแรงอื่นๆ ตามมา เช่น การฆ่าตัวตาย การฆ่าตนเอง หรือการทำร้ายทุพติภรรยาเมื่อเจรจาขอคืนดีไม่สำเร็จ รวมทั้งลูกถูกใช้เป็นทาสรองรับอารมณ์ยามพ้อเมา เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบจำนวนผู้หญิงโทรศัพท์มาขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือที่มูลนิธิเพื่อนหญิง¹⁶ ด้วยปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่สามีมีพฤติกรรมเจ้าชู้ ไปมีหญิงอื่น ไม่รับผิดชอบครอบครัว ตัดการพัวพัน ขอบกินเหล้า และใช้กำลังทำร้ายทุพติ มากถึงร้อยละ 80 หรือคิดเป็น 16-28 ราย/สัปดาห์ของจำนวนผู้หญิงโทรศัพท์มาขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือทั้งหมดประมาณ 20-35 ราย/สัปดาห์

แม้ว่าข้อมูลในช่วงต้นเป็นข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมเฉพาะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ยังไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแทนในระดับประเทศได้ แต่ข้อมูลดังกล่าวคงสะท้อนให้เห็นได้ว่า การกระทำความรุนแรงในครอบครัวยังคงมีอยู่มากในสังคมไทย และสถิติต่างๆ ที่ปรากฏเป็นเพียงไม่กี่เปอร์เซ็นต์ของความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง¹³ โดยเฉพาะการกระทำความรุนแรงทางกายที่ถูกพบมากที่สุด แม้ในทางกฎหมาย จะมีพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2542 ฉบับที่ 20 รองรับหากเกิดคดีครอบครัวที่มีเหตุการณ์ทำร้ายร่างกายหรือข่มขืน ที่กำหนดให้กรณีพยาน ผู้เสียหาย หรือผู้ต้องหาอายุไม่เกิน 18 ปี ในกระบวนการร้องทุกข์ การสอบสวน การไต่สวนถูกยกฟ้อง และการพิจารณาต้องมีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เข้าร่วมด้วย แต่ท้ายสุดมักจบลงในชั้นพนักงานสอบสวนด้วยการยอมความกัน โดยผู้หญิงยอมรับค่าเสียหายจากผู้ชายที่ทำการละเมิด ด้วยเหตุผลที่สังคมมักมองว่าผู้หญิงที่ถูกข่มขืนเป็นเรื่องน่าอับอายสูญเสียคุณค่าความเป็นหญิง อีกทั้งการดำเนินคดีในชั้นศาลไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดที่แน่นอน ทำให้ผู้เสียหายไม่ต้องการเสียเวลาเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิด¹⁷

เช่นเดียวกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 53 ที่กำหนดให้ “เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม” ที่ไม่มีการพัฒนาเนื้อหาบทบัญญัติให้สะดวกต่อเหยื่อในการดำเนินคดีความต่อผู้กระทำผิด แต่ต้องดำเนินการไปตามกระบวนการยุติธรรมตั้งแต่กระบวนการของตำรวจ อัยการ ศาล และ

ราชทัณฑ์ ตามลำดับ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการนาน และกฎหมายบางมาตราที่มีลักษณะเป็นการเลือกปฏิบัติ แสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันทางเพศก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 276 ระบุว่า "ผู้ใดข่มขืนกระทำชำเราหญิงซึ่งมิใช่ภรรยาของตน โดยขู่เข็ญด้วยประการใดๆ โดยใช้กำลังประทุษร้าย โดยหญิงอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขัดขืนได้ หรือโดยทำให้หญิงเข้าใจผิดว่าตนเป็นบุคคลอื่น ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สี่ปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่แปดพันบาทถึงสี่หมื่นบาท"¹⁸ โดยในปี พ.ศ. 2549 มีผู้หญิงและเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวไม่ได้เข้าแจ้งความถึงร้อยละ 72 ของผู้หญิงและเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวทั้งหมด¹¹ เช่นเดียวกับการรายงานของ WHO¹² ที่พบเพียงร้อยละ 20 และ 10 ของผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ที่ถูกกระทำความรุนแรงทางกายจากคู่ของตนเอง และขอเข้ารับความช่วยเหลือจากการบริการของทางทาง (เช่น หน่วยงานด้านสุขภาพ ตำรวจ ศาสนา หรือผู้นำชุมชน เป็นต้น) ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักเกิดจากการไม่สามารถทนต่อสถานการณ์ความรุนแรงเช่นนี้ได้อีกต่อไป คิดเป็นร้อยละ 44 และ 31 ของผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครและผู้หญิงในจังหวัดนครสวรรค์ที่ขอรับความช่วยเหลือ ตามลำดับ รองลงมา คือ การได้รับการบาดเจ็บอย่างสาหัส เท่ากับ ร้อยละ 31 และ 26 ตามลำดับ และจากการศึกษาโครงการระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2547 (Thai Behavioral Risk Factors Surveillance System: TRBFSS) ได้รายงานค่าความชุกของผู้ที่ถูกทำร้ายร่างกายภายใน 5 ปีที่ผ่านมา ที่ได้ไปพบบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขเมื่อถูกทำร้ายร่างกาย โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 26.52 ของผู้ที่ถูกทำร้ายร่างกายภายใน 5 ปีที่ผ่านมาทั้งหมด ที่ได้ไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อถูกทำร้ายร่างกาย

2.1.3 รูปแบบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

2.1.3.1 รูปแบบ/วิธีการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ¹⁹ ได้ศึกษาถึงระดับของการกระทำความรุนแรงในแต่ละรูปแบบ/วิธีการกระทำความรุนแรงอีกด้วย โดยแบ่งรูปแบบการกระทำความรุนแรงออกเป็นทางกาย และ ทางเพศ ดังแสดงในตารางที่ 2.1 ขณะที่ พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ²⁰ ได้ระบุถึงรูปแบบ/วิธีการกระทำความรุนแรงไว้ใน คู่มือสำหรับผู้ฝึกอบรมสิทธิของผู้ใช้แรงงานหญิงและความเสมอภาคทางเพศ ขั้นตอนง่าย ๆ สำหรับเจ้าหน้าที่องค์กรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น ทางกาย โดยการทุบตี ต่อยเตะ กระแทก กระชากลากถู ตีหรือทำร้ายด้วยวัตถุ อาวุธหรือบุหรีจี้ จับกลั่นผม จนถึงการทำร้ายให้ตาย ทางจิตใจ การด่าทอ ข่มขู่ คุกคามเหยียดหยาม กักขังควบคุม การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการที่สามีไปมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น และ ทางเพศ การบังคับและข่มขู่ทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ สามีหรือผู้ชายในครอบครัวบังคับให้ร่วมเพศกับตนเอง หรือกับชายอื่น หรือสัตว์

ตารางที่ 2.1 แสดงรูปแบบการกระทำความรุนแรงในชีวิตคู่ จำแนกตามลักษณะการกระทำความรุนแรง

ลักษณะการกระทำความรุนแรง	รูปแบบการกระทำความรุนแรง
ความรุนแรงทางกาย (Physical violence)	1. ตบหน้า หรือขว้างปาสิ่งของ 2. ผลัก หรือกระแทกอย่างตั้งใจให้เจ็บ 3. ต่อย หรือ ตีด้วยสิ่งของที่ทำให้บาดเจ็บ 4. เตะ ลาก ช้อน ทุบตี 5. รัดคอ หรือเอาไฟลน หรือทำให้พุพอง/ไหม้ 6. ขู่ว่าจะใช้อาวุธหรือลงมือใช้อาวุธ เช่น มีด ปืน เป็นต้น

ลักษณะการกระทำความรุนแรง	รูปแบบการกระทำความรุนแรง
ความรุนแรงทางเพศ (Sexual violence)	1. ใช้กำลังบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ 2. ยอมมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัว 3. บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้รู้สึกแสบหรือต่ำต้อย

กระทำความรุนแรงทางกายโดยวิธีหลัก หรือกระแทกอย่างตั้งใจให้เจ็บในผู้หญิงที่มีคู่/เคยมีคู่และเคยถูกกระทำความรุนแรงทางกายโดยคู่ของตนอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ถูกพบมากที่สุด รองลงมาคือ ตบหน้า หรือขว้างปาสิ่งของ ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.5) ขณะที่กระทำความรุนแรงทางเพศ จากสาเหตุการยอมมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัว และการใช้กำลังบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ถูกพบมากที่สุด ตามลำดับ¹⁹ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.6)

นอกจากนี้ จากการรายงานของศูนย์ประชาบดี ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ปัญหาทางสังคม รวมทั้งรับแจ้งเบาะแสขบวนการค้ายาเสพติด ผ่านบริการโทรศัพท์สายด่วน 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2550)²¹ พบสถิติการละเมิดสิทธิสตรีรวม 405 เรื่อง และในกรณีของเหยื่อที่ถูกกระทำความรุนแรง อันส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เหยื่อจะได้รับการตรวจหาร่องรอยการถูกทำร้ายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือบำบัดฟื้นฟูสภาพจิตใจจากนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ก่อนที่จะให้การช่วยเหลือต่อไป และพบว่า ความรุนแรงจากการทำร้ายร่างกายมีสูงถึง 279 เรื่อง โดยเป็นการล่วงละเมิดทางเพศ กักขัง ลวนลามและอนาจาร จำนวน 126 เรื่อง และพบมากที่สุดในกลุ่มผู้หญิงอายุ 19-30 ปี และ 31-40 ปี ตามลำดับ และจากข้อมูลของบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี¹¹ ยังพบว่าร้อยละ 96 ของผู้หญิงและเด็ก ถูกกระทำความรุนแรงโดยสามี ด้วยวิธีการทำร้ายด้วยการตบตี เตะต้อย ใช้ของมีคม เช่น มีดหรือคัตเตอร์ปาดคอ ไล่ฟัน และร่วมเพศ ใจขาดเบียดรัดศีรษะ ไล่ออกจากบ้าน หรือท้องแล้วไม่รับผิดชอบ

2.1.3.2 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

การกระทำความรุนแรงในครอบครัวสามารถเกิดได้จาก 3 สาเหตุหลัก²² ดังนี้

- 1) ปัจจัยภายใน (Individual Explanation) สาเหตุของความรุนแรงอันเกิดจากตัวบุคคล ซึ่งมีบุคลิกลักษณะและพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนของตัวบุคคล เช่น ผู้กระทำความรุนแรง เป็นผู้ที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ใช้ความรุนแรงได้ หรือเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยหรือผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่ง²³ การเรียนรู้พฤติกรรมหรือถูกกระทำความรุนแรงในวัยเด็ก หรือ วงจรแห่งความรุนแรง (Cycles of Violence) และการส่งผ่านความรุนแรงจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง (Inter-Generational transmission of Violence) หรือลักษณะทางชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนและสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับความก้าวร้าว การแปรเปลี่ยนของอารมณ์ พฤติกรรมเบี่ยงเบน และอาการผิดปกติทางจิต²⁴
- 2) ปัจจัยภายนอกและโครงสร้างทางสังคม (External Stimuli and Social Structural Explanations) เช่น ความเครียดจากการไม่มีงานทำ รายได้ต่ำ ความยากจน อัตราการเกิดอาชญากรรมที่สูง การใช้สารเสพติด และสื่อลามก เป็นต้น เป็นสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัว
- 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม (Power relations in Society) เป็นความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างกลุ่มคนในสังคม เช่น ความไม่เสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย²⁵ หรือระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เป็นต้น

นอกจากนี้ World report on violence and health²⁶ ได้จัดหมวดหมู่ของสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ออกเป็น 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ Individual factors, Relationship factors, Community factors และ Societal factors รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

สาเหตุ/ปัจจัย	ลักษณะของสาเหตุ/ปัจจัย
Individual factors	- Young age - Heavy drinking - Depression - Personality disorders - Low academic achievement - Low income - Witnessing or experiencing violence as a child
Relationship factors	- Marital conflict - Marital instability - Male dominance in the family - Economic stress - Poor family function
Community factors	- Weak community sanctions against domestic violence - Poverty - Low social capital
Societal factors	- Traditional gender norms - Social norms supportive of violence

แหล่งที่มา : WHO (2002). *World report on violence and health*. Geneva: P.96-10

จากการศึกษาสถานการณ์ผู้หญิงไทยถูกสามีหรือคู่กระทำความรุนแรงทางกายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร¹⁹ พบการหึงหวง เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ อาการมีนเมา, ปัญหาครอบครัว, และปัญหาการเงิน คิดเป็นร้อยละ 30.0, 23.0, และ 21.0 ตามลำดับ ขณะที่ อาการมีนเมา เป็นสาเหตุหลักผู้หญิงในจังหวัดนครสวรรค์ที่ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมา คือ ปัญหาครอบครัว หึงหวง และปัญหาการเงิน ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.7) และเมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงในครอบครัวตามการจัดหมวดหมู่โดย WHO พบว่า สาเหตุในช่วงต้นมาจากปัจจัยบุคคล (Individual factors) เป็นหลัก รองลงมาคือ ปัจจัยทางความสัมพันธ์ (Relationship factors)

2.1.3.3 ผลกระทบจากการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

ผลกระทบจากการกระทำความรุนแรงในครอบครัว สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ โดยสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์²⁷ ดังนี้

- 1) ผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำ เช่น ปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเติบโตที่เหมาะสมกับวัย และปัญหาการเรียน เป็นต้น
- 2) ผลกระทบต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น ขาดความรักความเข้าใจ การหย่าร้าง ลูกขาดความรักความอบอุ่น เป็นต้น

- 3) ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในสังคม โดยเฉพาะเด็กและสตรี และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม อีกทั้งผลกระทบต่ออนาคตของชาติที่ขาดคุณภาพ และเป็นการทำลายเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเสมอภาคและสันติสุข

นอกจากนี้ WHO¹ ยังได้ระบุถึงผลกระทบจากการกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงที่ผู้หญิงได้รับ กล่าวคือ ผู้หญิงที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการถูกกระทำความรุนแรงจะมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรง และผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรงทางร่างกายหรือทางเพศ จะมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ และปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดของผู้หญิงทั้ง 2 กลุ่ม¹⁹ คือ ปัญหาความจำ ขาดสมาธิ โดยพบว่า ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เคยถูกระทำความรุนแรงทางเพศหรือ/และภายในช่วงปีที่ผ่านมา พบผู้มีปัญหาสุขภาพนี้คิดเป็นร้อยละ 31 และ 33 ตามลำดับ ขณะที่พบในกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์คิดเป็นร้อยละ 29 และ 36 ตามลำดับ รองลงมาคือ ปัญหาอาการเจ็บปวดหรืออึดอัดไม่สบาย (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.8)

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพฯ มีปัญหาสุขภาพจากการได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายทางกายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ โดยอาการที่พบส่วนใหญ่ใน 2 พื้นที่นี้ คือ อาการถลอก/รอยช้ำ/ฟกช้ำ คิดเป็นร้อยละ 77 และ 69 ของการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายทางกายทั้งหมดตามลำดับ รองลงมาคือ อาการเคล็ด/เคล็ด/ข้อขัด/ข้ออักเสบ คิดเป็นร้อยละ 32 และ 31 ตามลำดับ และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่บาดเจ็บรุนแรงในพื้นที่กรุงเทพฯ และจังหวัดนครสวรรค์ต้องเข้ารับการต้องรับการรักษายาบาลคิดเป็นร้อยละ 32 และ 25 หรือเท่ากับ 14 รายและ 17 ราย ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.9)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการทำแท้งและปัญหาบุตรเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นในผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ โดยในการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เคยถูกระทำความรุนแรงทางเพศหรือภายในช่วงชีวิต พบผู้เคยทำแท้งและผู้เคยมีบุตรเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 9 และ 4 หรือเท่ากับ 33 รายและ 15 ราย ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ พบผู้เคยทำแท้งและผู้เคยมีบุตรเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 5 และ 10 หรือเท่ากับ 23 รายและ 46 ราย ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.10)

ปัญหาการคิดฆ่าตัวตาย เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่มีคู่หรือเคยมีคู่และเคยถูกระทำรุนแรงในช่วงปีที่ผ่านมา ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับของการคิด/พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มตามระดับของการถูกระทำความรุนแรง กล่าวคือ ในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยถูกระทำความรุนแรง มีร้อยละของผู้คิดฆ่าตัวตาย และร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย น้อยกว่า กลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรง และในกลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรงทางร่างกาย หรือทางเพศ มีร้อยละของผู้คิดฆ่าตัวตาย และร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย น้อยกว่า กลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกระทำความรุนแรงทั้งทางร่างกายและทางเพศ เมื่อพิจารณาถึงระดับของการคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร มีค่าร้อยละของผู้เคยคิดฆ่าตัวตาย น้อยกว่า ค่าร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ มีค่าร้อยละของผู้เคยคิดฆ่าตัวตาย มากกว่า ค่าร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.11)

กล่าวโดยสรุป คือ จากข้อมูลทั้งหมดในข้างต้นจะเห็นได้ว่า การกระทำความรุนแรงในครอบครัวไทย มีแต่จะทวีความรุนแรงขึ้น และการกระทำความรุนแรงทางกายถูกพบมากที่สุด โดยเฉพาะในเด็กและสตรี ดังนั้นรัฐบาลหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงปัญหาและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาความรุนแรงนี้ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีหลายองค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจัดตั้งโครงการเพื่อช่วยลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เช่น โครงการศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน โดยสำนักงานกิจการสตรีฯ เครือข่ายผู้หญิงชาวบ้าน และเครือข่ายชมรมหญิงช่วยเหลือหญิง เป็นต้น รวมทั้งการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวให้มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย เพื่อเป็นเครื่องมือนำไปสู่การแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวอีกทางหนึ่งด้วย¹⁶

2.2 ความรุนแรงต่อเด็ก (Child Violence)

2.2.1 ความหมายของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

WHO Consultation on Child Abuse Prevention²⁸ ได้ให้คำจำกัดความของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก หมายถึง “การกระทำความรุนแรงทางร่างกาย (Physical abuse) ทางเพศ (Sexual abuse) ทางจิตใจ (Emotional abuse) และการปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้งเด็ก (Neglect) และเป็นการกระทำที่ส่งผลกระทบต่อเด็กทางสุขภาพร่างกาย ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงการเสียชีวิต ผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก และผลกระทบด้านจิตใจ” นอกเหนือจากเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงในข้างต้นแล้ว อาจรวมถึงเด็กกลุ่มอื่นๆที่น่าเป็นห่วง (Grave Concern) เช่น เด็กอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงต่อการถูกกระทำทารุณกรรม และเด็กรายอื่นในครอบครัวที่เคยมีเด็กถูกทารุณมาก่อน หรือมีผู้กระทำทารุณกรรมอยู่ในครอบครัวนั้น²⁹ และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กของสหประชาชาติได้ระบุไว้ว่า เด็กคือ ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยในปี พ.ศ. 2532 ผู้นำจากทั่วโลกได้ลงมติให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการดูแลและปกป้องเป็นพิเศษ³⁰

ในบริบทของประเทศไทย การละเลยทอดทิ้ง (Neglect) หมายถึง การที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองละเลยหน้าที่ที่จะต้องดูแลเด็ก ไม่จัดให้เด็กได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปกติตามมาตรฐานคนทั่วไป และขาดสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต³¹ ขณะที่ การกระทำทารุณทางเพศ (Sexual abuse) หมายถึง การกระทำในทางกิจกรรมทางเพศต่อเด็กหรือวัยรุ่นในลักษณะต่าง ๆ โดยที่เด็กหรือวัยรุ่นไม่มีความยินยอมพร้อมใจต่อการกระทำหรือล่วงเกินทางเพศนั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการทางเพศของผู้ใหญ่หรือผู้กระทำ³²

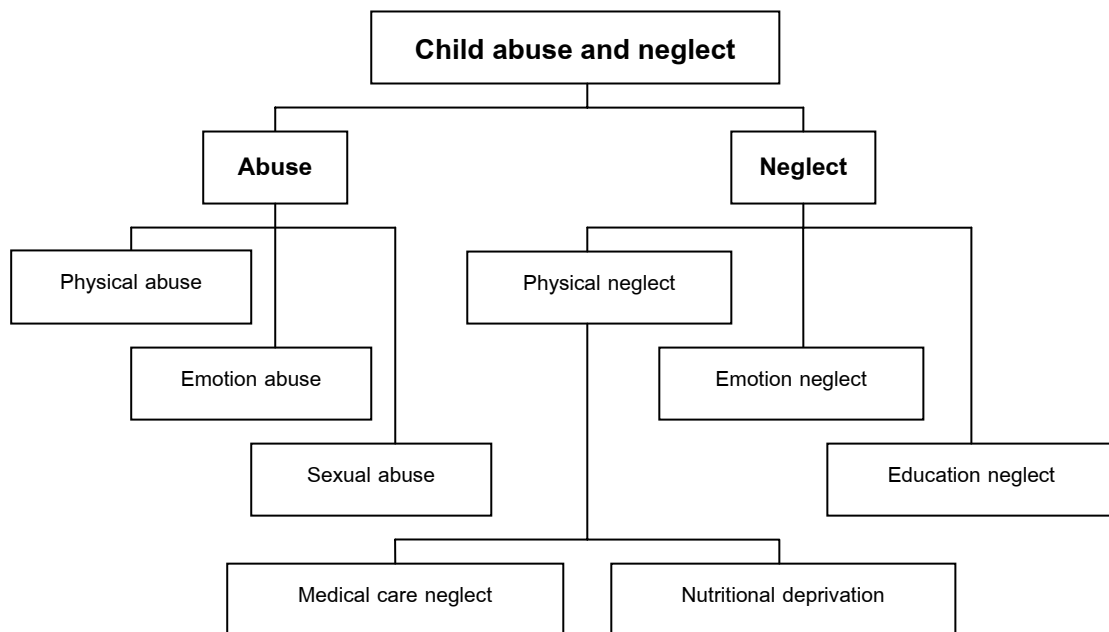
ลักษณะของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

ตามคำจำกัดความของ WHO Consultation on Child Abuse Prevention (2542) สามารถแบ่งลักษณะการกระทำทารุณกรรมเด็กได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การกระทำทารุณทางร่างกาย (Physical abuse)
2. การกระทำทารุณทางเพศ (Sexual abuse)
3. การกระทำทารุณทางอารมณ์ (Emotional abuse)
4. การปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้งเด็ก (Child neglect)

และจากการศึกษาของ วันเพ็ญ บุญประกอบ และคณะ (2538)³³ ได้เพิ่มลักษณะการกระทำทารุณกรรมเด็กอันกล่าวรวมถึง การทอดทิ้งให้ขาดอาหาร (Nutritional deprivation) อันเนื่องมาจากการที่พ่อแม่ หรือ ผู้ปกครองละเลยไม่จัดหาอาหารที่เหมาะสมให้ทั้งที่อยู่ในฐานะที่จัดหาให้ได้ และ การละเลยไม่สนใจที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยของเด็ก (Medical care neglect) โดยพ่อแม่ และผู้ปกครอง (แผนภาพที่ 2.1)

แผนภาพที่ 2.1 แสดงลักษณะของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก



2.2.2 สถานการณ์การกระทำความรุนแรงต่อเด็กในสังคมไทย

2.2.2.1 ขนาดของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

จากรายงานของ World Health Organization (2545) แสดงให้เห็นถึงขนาดการกระทำความรุนแรงต่อเด็กทั่วโลกที่มีจำนวนมาก กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2543 เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตเนื่องจากถูกฆาตกรรม (Homicide) จำนวน 57,000 ราย โดยประมาณ และเกิดขึ้นในเด็กอายุ 0-4 ปีมากกว่าเด็กอายุ 5-14 ปี ถึง 2 เท่า เมื่อจำแนกตามระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ พบว่า ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง (High income countries) มีอัตราการตายของเด็กเนื่องจากถูกฆาตกรรมน้อยกว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (Low & middle income countries) 2-3 เท่า (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.12) โดยอัตราการตายของเด็กจากสาเหตุนี้พบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากเป็นอันดับที่ 2 รองจากทวีปแอฟริกา โดยอัตราการตายของเด็กไทยอายุ 5-14 ปีเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านและประเทศที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจเดียวกัน เช่น ฟิลิปปินส์ และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี พบว่า เด็กไทยเสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรงด้วยสาเหตุถูกฆาตกรรมมากเป็น 3.5 เท่าของการเสียชีวิตด้วยสาเหตุเดียวกันของเด็กในประเทศฟิลิปปินส์ และคิดเป็น 2 เท่าของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี

ฝ่ายระบบข้อมูลและสถิติ สำนักงานแผนและงบประมาณ สำนักงานศาลยุติธรรม อาคารศาลอาญา ได้รายงานจำนวนคดีกระทำความรุนแรงต่อเด็ก ปี พ.ศ. 2546³⁴ พบข้อหาที่พิจารณาเสร็จไปในคดีอาญา เท่ากับ 4,774 ข้อหา เป็นจำนวนข้อหาที่พิจารณาเสร็จสิ้นในคดีอาญาของศาลชั้นต้นเท่ากับ 3,984 ข้อหา ขณะที่ข้อหาที่พิจารณาเสร็จสิ้นในคดีอาญาของศาลเยาวชนและครอบครัว 790 ข้อหา และจากสถิติของเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547³⁵ พบเด็กเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายสัปดาห์ละ 1 คน บาดเจ็บรุนแรงวันละ 3 คน ถูกทารุณทางเพศ ชั่วโมงละ 1 คน โดยถูกกระทำจากบุคคลในครอบครัว ถึงร้อยละ 75

2.2.2.2 แนวโน้มของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

ความรุนแรงที่กระทำต่อเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น เห็นได้จากสถิติขององค์กรต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติที่ได้สรุปคดีความผิดเกี่ยวกับเพศในช่วงปี พ.ศ.2528-2538¹³ มีจำนวน 31,736 คดี หรือเฉลี่ยวันละ 9 คดี ปัจจุบันเฉลี่ยวันละ 10 คดี จากการรายงานจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงระหว่างปี พ.ศ. 2539-2541 โดยมูลนิธิเด็ก พบว่า จำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงทางกาย เพศ และจิตใจ ในปี พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2539 โดยมีจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงเพิ่มขึ้นในทุกปี และจากข้อมูลจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงจากกองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540 พบจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2538 ถึง 1.5 เท่า (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.13) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสำนักงานอัยการสูงสุดได้รายงานจำนวนผู้เสียหายที่มีอายุระหว่าง 0-17 ปี ในคดีเกี่ยวกับเพศ, ชีวิต-ร่างกาย, เสรีภาพ-แรงงานระหว่างปี พ.ศ. 2541-2543 แสดงแนวโน้มที่ลดลง แต่เมื่อทำการศึกษาในรายปี พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2541 จำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2541 พบจำนวนผู้เสียหายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 จากจำนวนผู้เสียหายทั่วประเทศรวม 630 ราย ในปี พ.ศ. 2539 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.14) และตัวเลขจำนวนผู้เสียหายในปี พ.ศ. 2543 ลดลงจากปี พ.ศ. 2539 เพียงร้อยละ 18 เช่นเดียวกับการรายงานจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงระหว่างปี พ.ศ. 2535-2541 โดยมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ที่มีแนวโน้มการจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2535 – 2540 เท่ากับร้อยละ 28 และลดลงในปี พ.ศ. 2541 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กที่ถูกกระทำในปี พ.ศ. 2535 พบว่ามีจำนวนลดลงเพียงร้อยละ 6 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.13) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า แนวโน้มจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงในสังคมไทยยังคงไม่แน่นอน และเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงยังมีจำนวนมาก

ศูนย์ประชาบดีได้รายงานสถิติการละเมิดสิทธิเด็กทั้งหมด 301 เรื่องในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2550)²¹ เกิดจากการทำร้ายร่างกายจำนวนถึง 173 เรื่อง รองลงมา คือ การล่วงละเมิดทางเพศ จำนวน 89 เรื่อง โดยกลุ่มช่วงอายุเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 11-18 ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุแรกเกิด-5 ปี และอายุ 6-10 ปี ตามลำดับ และจากการช่วยเหลือเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงมากกว่า 90 รายของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2550 ถึงเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา³⁶ พบเด็กผู้หญิงถูกล่วงละเมิดทางเพศมากกว่าเด็กชาย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุระหว่าง 10-13 ปี และมีอายุน้อยที่สุด คือ 3 ปี โดยมีสาเหตุหลักจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากคนในครอบครัว และยังรวมถึงการถูกล่วงละเมิดจากการรุมโทรม ด้วยวิธีการที่ถูกแฟนหลอกไปให้ผู้ชายคนอื่นกระทำอีกด้วย

2.2.2.3 ลักษณะของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

ในแต่ละปี คดีการกระทำความรุนแรงทางเพศต่อเด็กไทยมีจำนวนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การกระทำความรุนแรงทางร่างกายหรือชีวิต และการใช้แรงงานเด็ก/จำกัดเสรีภาพ ตามลำดับ โดยมักพบการกระทำความรุนแรงทางเพศต่อเด็กในต่างจังหวัดมากที่สุด ขณะที่เด็กในกรุงเทพฯ มีคดีเกี่ยวกับการกระทำ ความรุนแรงทางร่างกายหรือชีวิต และการใช้แรงงานเด็ก/จำกัดเสรีภาพมากเป็นอันดับหนึ่ง (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.14) (ฝ่ายสารสนเทศ สำนักงานอัยการสูงสุด ปี พ.ศ. 2539-2543) เช่นเดียวกับการรายงานของมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและข้อมูลจากกองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์ ที่พบเด็กที่ถูกกระทำ ความรุนแรงเพศมีจำนวนมากกว่าเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกาย/จิตใจ ปี พ.ศ. 2535-2541 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.13) และจากสถิติของเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547³⁵ ลักษณะการถูกทำร้ายจากการกระทำทางเพศถูกพบในเด็กมากที่สุดถึงร้อยละ 44 ขณะที่การถูกทำร้ายจากการกระทำทางกายจากวัตถุไม่มีคม เช่น ไม้ ร้อยละ 28 และเกิดจากการใช้กำลังร้อยละ 27

2.2.3 รูปแบบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

2.2.3.1 รูปแบบ/วิธีกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

จากการศึกษาของ World Studies of Abuse in Family Environments: World SAFE ในปี พ.ศ. 2538³⁷ ด้วยวิธีการสอบถามผู้ปกครองด้วยคำถาม “How did you disciplined your children?” ในประเทศชิลี อียิปต์ อินเดีย ในเขตชนบท ฟิlippินส์ และสหรัฐอเมริกา พบว่า รูปแบบของการกระทำความรุนแรงที่ผู้ปกครองกระทำต่อเด็ก สามารถแบ่งออกเป็น การทำร้ายร่างกายระดับรุนแรง (Severe physical punishment) การทำร้ายร่างกายระดับปานกลาง (Moderate physical punishment) การทำร้ายจิตใจ (Psychological punishment) และ การไม่ใช้ความรุนแรง (Non-violence discipline) (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.15) โดยพบว่า ผู้ปกครองระบุถึงการกระทำความรุนแรงทางร่างกายในระดับปานกลางมากที่สุด เช่น การตีกันด้วยมือ, ตบหน้าหรือหัว, เขย่าตัวเด็ก, ดึงผมเด็ก, ตีกันเด็กด้วยวัตถุสิ่งของ เป็นต้น รองลงมา คือ การกระทำความรุนแรงทางจิตใจ เช่น การตวาดหรือตะคอกใส่เด็ก, การเรียกชื่อเด็ก, การปฏิเสธที่จะพูดกับเด็ก เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย รูปแบบการกระทำความรุนแรงต่อเด็กนั้นมีตั้งแต่การดูตำรารุนแรง จนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย เช่น ทุบตี เอาไฟจี้ เอาเตารีดนาบ จนมีแผล ใช้แรงงานอย่างทาส มีการทำร้ายจิตใจเด็ก รวมถึงการข่มขืนชำเรา ทำร้ายทางเพศ³⁸ และจากการศึกษาการถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษา อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยบิดามารดา พบว่า เด็กถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายมากที่สุด ด้วยวิธีการเขี่ยนตีด้วยไม้หรือเข็มขัด ขณะที่วิธีการถูกกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ การดูดำ ต่ำว่าด้วยคำหยาบคาย เป็นต้น³⁹

2.2.3.2 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

World report on violence and health⁴⁰ ได้จัดหมวดหมู่ของสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก ออกเป็น 4 ปัจจัยหลัก (ตารางที่ 2.3) ดังนี้

- 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของเด็ก (Characteristics of children increasing the risk for abuse)
- 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กและครอบครัวของเด็ก (Caregiver and family characteristics)
- 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ (Community factors)
- 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง (Societal factors)

ตารางที่ 2.3 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

สาเหตุ/ปัจจัย	ความสัมพันธ์ที่มีต่อการกระทำความรุนแรงในเด็ก
Characteristics of children increasing the risk for abuse	
อายุ	ลักษณะการกระทำความรุนแรงต่อเด็กแตกต่างกันไปตามอายุของเด็ก กล่าวคือ การกระทำความรุนแรงทางร่างกายถึงชีวิต (fatal case of child abuse) พบมากในกลุ่มทารก โดยเฉพาะทารกอายุต่ำกว่า 2 ปี, การกระทำความรุนแรงทางร่างกาย (non-fatal case physical abuse) พบมากในกลุ่มเด็กเล็ก (3-12 ปี) และการกระทำความรุนแรงทางเพศ พบมากในกลุ่มวัยรุ่น และเด็กเล็ก
เพศ	เด็กหญิง มีโอกาสที่จะถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าเด็กชายในเรื่อง การฆาตกรรมทารก (Infanticide), การทารุณทางเพศ, การละเลยเรื่องการศึกษา-โภชนาการ, และการบังคับให้เป็นผู้ให้บริการทางเพศ ในขณะที่เด็กผู้ชายมักถูกลงโทษทางร่างกายอย่างทารุณ (harsh physical punishment)

สาเหตุ/ปัจจัยฯ	ความสัมพันธ์ที่มีต่อการกระทำทารุณแรงในเด็ก
อื่นๆ	การคลอดก่อนครบกำหนด, ความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ, การเจ็บป่วย, การมีฝาแฝด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการกระทำทารุณแรงทางร่างกาย หรือการทอดทิ้งต่อเด็กที่มีลักษณะข้างต้น
Caregiver and family characteristics	
เพศของผู้ดูแลเด็ก	เพศของผู้ดูแลเด็กมีส่วนในการกำหนดลักษณะการกระทำทารุณแรง กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิง/แม่ มีการลงโทษทางร่างกายมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย/พ่อ ในขณะที่การล่วงละเมิดทางเพศในเด็กทั้งชายและหญิง ส่วนใหญ่กระทำโดยผู้ดูแลเพศชาย
ลักษณะของผู้ปกครอง	ผู้ปกครองที่กระทำทารุณแรงต่อเด็ก มักจะมีคุณลักษณะดังนี้: อายุน้อย, สมรสแล้วแต่ไม่อยู่กับคู่ของตน, ยากจน, ไม่ได้ทำงาน, การศึกษาน้อย
ขนาดของครอบครัว	ขนาดของครอบครัว โดยเฉพาะจำนวนเด็กในครัวเรือนมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทำทารุณแรงต่อเด็ก
บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก	ผู้ปกครองที่กระทำทารุณแรงต่อเด็ก มักจะมีคุณลักษณะดังนี้: มีการเห็นคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) ต่ำ, มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ไม่ดี, มีปัญหาสุขภาพจิต, และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม
การเคยมีประสบการณ์ถูกกระทำทารุณแรง	ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการถูกกระทำทารุณแรงมีแนวโน้มที่จะกระทำทารุณแรงต่อบุตรของตน แต่ทั้งนี้ข้อความข้างต้นอาจไม่เป็นจริงเสมอไป การกระทำทารุณแรงอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ผู้ปกครองมีอายุน้อย, ความเครียด, ความโดดเดี่ยว, ครัวเรือนที่แออัด, ความยากจน เป็นต้น
ความรุนแรงในครอบครัว	ความรุนแรงของคู่สามีภรรยาในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการกระทำทารุณแรงในเด็ก เช่น ในกรณีของประเทศอินเดีย การเกิดขึ้นของการกระทำทารุณแรงในครอบครัว เสี่ยงต่อการทำให้เกิดการกระทำทารุณแรงในเด็ก 2 เท่าของครัวเรือนที่ไม่มีทารุณแรง หรือในกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา เด็กที่ถูกกระทำทารุณแรงกว่าร้อยละ 40 รายงานว่าบ้านของตนมีความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น
อื่นๆ	ความเครียด (สาเหตุอาจเกิดจากการเปลี่ยนงาน, การสูญเสียรายได้, ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น) และความโดดเดี่ยวทางสังคม (การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม) ของผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับการกระทำทารุณแรงต่อเด็ก เช่น กรณีของกรุงบรูไนส์ ประเทศอาร์เจนตินา พบว่าเด็กที่อาศัยกับครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียว (Single-parent families) ที่โอกาสเสี่ยงที่จะถูกกระทำทารุณแรงมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ปกครอง 2 คน (two-parent families)
Community factors	
ความยากจน	ความยากจนมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการกระทำทารุณแรงต่อเด็ก กล่าวคือ การกระทำทารุณแรงต่อเด็กจะสูงขึ้น ตามการเพิ่มขึ้นของระดับการว่างงานและความยากจนของชุมชนนั้น ๆ ชุมชนดังกล่าวจะมีการเข้าออกของคนในชุมชนและมีความหนาแน่นของคนในชุมชนสูง ทั้งนี้ความยากจนที่ต่อเนื่องและยาวนาน (chronic poverty) มีผลต่อเด็กโดยผ่านทางพฤติกรรมของผู้ปกครอง และความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรของชุมชน
ทุนทางสังคม	ชุมชนที่มีทุนทางสังคม แสดงถึงความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน/ความเป็นหมู่คณะของคนในชุมชน พบว่าเด็กที่อาศัยในชุมชนที่มีทุนทางสังคมน้อย จะมีโอกาสเสี่ยงการถูกกระทำทารุณแรง และมีปัญหาทางจิต และพฤติกรรม เครือข่ายทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านจะช่วยป้องกันเด็กจากปัญหาดังกล่าว
Societal factors	- บทบาทของวัฒนธรรมและเศรษฐกิจมีผลต่อการเลือกและการตอบสนองของครอบครัวที่มีต่อเด็ก

สาเหตุ/ปัจจัยฯ	ความสัมพันธ์ที่มีต่อการกระทำความรุนแรงในเด็ก
	- ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศและรายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระทำความรุนแรงในเด็ก
	- ค่านิยมทางวัฒนธรรมในเรื่องเพศ , ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก, สิทธิของครอบครัว
	- นโยบายเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว
	- ความเข้มแข็งของระบบสวัสดิการทางสังคม
	- ระบบยุติธรรมที่สามารถปกป้องและคุ้มครองภัยจากอาชญากรรม
	- ระบบการดูแลป้องกันทางสุขภาพของทารกและเด็ก
	- การขัดแย้งทางสังคมและภาวะสงคราม

แหล่งที่มา : WHO (2002). *World report on violence and health*. Geneva: P.65-69

ในประเทศไทย เมื่อศึกษาสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงต่อเด็กในประเทศไทย เปรียบเทียบกับสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงต่อเด็กจากรายงานความรุนแรงโดย WHO (ตารางที่ 2.3) พบว่า มีความคล้ายคลึงกัน โดยจากการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทารุณกรรมเด็กในครอบครัวของนักเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร⁴¹ และพบ 3 ปัจจัยหลักของสาเหตุของการทารุณกรรมเด็ก ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาการหย่าร้างและภูมิหลังประสบการณ์การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง
- 2) ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เด็กดื้อและมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ชอบลักขโมย เป็นต้น
- 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัยทั้งด้านกายภาพและทางสังคม ซึ่งไม่เหมาะสมต่อการเลี้ยงดูเด็กเป็นผลให้เกิดความกดดันหรือความตึงเครียดทั้งพ่อแม่และเด็ก อีกทั้งอิทธิพลของสื่อมวลชนที่ขาดการควบคุมอย่างจริงจัง เช่น ภาพการทารุณ การเขียนตี ซึ่งเป็นแบบอย่างให้เกิดการระบายอารมณ์จากพ่อแม่มาสู่ลูกได้

ส่วนที่สำคัญที่สุดและมีผลกระทบกับเด็กมากที่สุด⁴² คือ ปัจจัยในครอบครัว ทั้งกรณีครอบครัว เป็นผู้กระทำความผิดเอง และครอบครัวเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความรุนแรงต่อเด็ก โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ การทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางด้านอารมณ์จิตใจ การล่วงเกินทางเพศ และการละเลยทอดทิ้งเด็ก ซึ่งการทารุณกรรมเด็กในสังคมไทยมักพบมากในเด็กที่เป็นลูกเลี้ยงหรือลูกบุญธรรม เด็กที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ตลอดทั้งเด็กที่ดื้อรั้นมาก ๆ เด็กที่เจ็บป่วยกระเสาะกระแสะอยู่เสมอ หรือเด็กที่อยู่กับผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน การศึกษาต่ำ มีลูกหลายคน ชอบเล่นการพนัน และติดยาเสพติดและสุราเรื้อรัง รวมถึงเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะยากจน แยกแยก ครอบครัวเดี่ยว สิ่งแวดล้อมมีความแออัด เศรษฐฐานะต่ำ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และครอบครัวที่มีภาวะวิกฤตสูง^{38,43,44}

2.2.3.3 ผลกระทบจากการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

ผลกระทบของการกระทำความรุนแรงต่อเด็กสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท⁴⁵ ดังนี้

- 1) ผลกระทบทางร่างกาย เช่น การได้รับบาดเจ็บตามร่างกาย ในกรณีของการกระทำทารุณทางเพศ รวมทั้งโรคซิฟิลิส หรือ HIV รวมด้วย
- 2) ผลกระทบทางอารมณ์ ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการ
 - 1) เด็กขวบปีแรก - มักพบปัญหาเรื่อง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เจ็บเมย ซึมเศร้า

- 2) เด็กอายุ 2 ปี - มักพบมีปัญหारेื่อง หงุดหงิด งอแงง่าย ดื้อดึง
- 3) เด็กอายุ 4 ปี - มักพบมีปัญหारेื่อง ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าแสดงออก ด้อยคุณค่า
- 4) เด็กอายุ 6-12 ปี - มักพบมีปัญหारेื่อง ผลการเรียนต่ำ ขาดสมาธิ ด้อยคุณค่า แสดงความรักไม่เป็น

นอกจากผลกระทบของการกระทำความรุนแรงต่อเด็กทางร่างกายและอารมณ์แล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจในระยะยาวด้วย โดย Finkelhor (2547)⁴⁶ แบ่งผลกระทบทางจิตใจเนื่องจากการกระทำทารุณกรรมทางเพศออกเป็น 4 แบบ ดังนี้

- 1) มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมกับวัย (Traumatic sexualization) หมายถึง การที่เด็กถูกกระตุ้นทางเพศ และมีการตอบสนองทางเพศ กับผู้ใหญ่ โดยได้แรงเสริม ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และใช้พฤติกรรม ทางเพศเป็น เครื่องมือเพื่อให้ตนได้รับในสิ่งที่ต้องการ ในที่สุดจะนำไปสู่การมีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนวัยอันสมควรและนำไปสู่ ปัญหาด้านอื่นๆตามมา
 - 2) การทรยศ (Betrayal) เด็กมีความรู้สึกที่ถูกทรยศจากผู้ใหญ่ที่ตนเองเคยไว้วางใจ จากการทารุณกรรมทางเพศ ทำให้เด็กมีความรู้สึกไม่ไว้วางใจ
 - 3) ความรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ ควบคุมสถานการณ์รอบตัวไม่ได้ (Powerlessness) เป็นความรู้สึก ที่ตนเองไร้ความสามารถ ทั้งนี้เนื่องจากความหวาดกลัว กังวลต่อเหตุการณ์ที่ถูกทำร้าย
 - 4) ตราบาป (Stigmatization) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีมลทิน เป็นความรู้สึกละอาย และ ไร้ค่าในตนเอง
- 3) ผลกระทบต่อการเรียนรู้ ผลจากการถูกทารุณ จะเป็นเหตุปัจจัยที่ขัดขวางต่อความสามารถในการเรียนรู้ และความเข้าใจของเด็ก การที่เด็กถูกทอดทิ้งและการใส่ใจไม่สม่ำเสมอ มีแนวโน้มที่ทำให้เด็กขาดพื้นฐานของการเข้าใจหลักเหตุ และมีพัฒนาการทางภาษาช้า ขาดทักษะการเข้าสังคม ขาดทักษะในการจินตนาการ และมักมีความก้าวร้าวเชิงพฤติกรรมที่แสดงออก

ร้อยละ 40-70 ของเด็กที่ถูกกระทำทารุณทางเพศ⁴⁷ จะเกิดความผิดปกติทางจิตใจ และโรคที่พบบ่อย คือ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า การต่อต้านสังคม และ การฆ่าตัวตาย ฯลฯ เมื่อเด็กที่ถูกกระทำ ความรุนแรงเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มักป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ 3-5 เท่า³⁶ รวมถึงความผิดปกติของพฤติกรรมทางเพศเมื่อโตขึ้น และพบว่าร้อยละ 80 ของหญิงที่ค้าประเวณีในประเทศแคนาดาเคยมีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก⁴⁷ ขณะที่เด็กหรือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวชอบชกต่อย มีพฤติกรรมชอบลักทรัพย์ หรือกระทำผิดทางกฎหมาย มักมีประวัติเคยถูกกระทำทารุณ ในวัยเด็กมาก่อน^{38,48}

กล่าวโดยสรุป คือ ตัวเลขจากการรายงานของหน่วยงานและองค์กรต่างๆข้างต้น เป็นเพียงตัวเลขของเด็กที่ผ่านเข้ามาเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรเท่านั้น แต่ยังมีเด็กที่ถูกกระทำ ความรุนแรงอีกจำนวนมากที่ยังไม่มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือ หรือยังไม่มีผู้ได้รับรู้ แนวโน้มการกระทำ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในเด็กไทยที่สูงขึ้นอย่างไม่ที่สิ้นสุด หรือกล่าวคือ อยู่ในจุดวิกฤติ และจะยังคงมีแนวโน้มเช่นนี้ต่อไป หากทั้งภาครัฐและเอกชน ยังไม่มีกลไกใดๆ เข้าไปยับยั้ง หรือแทรกแซง การเติบโตของประชากรใน กลุ่มที่เป็นปัญหานี้ได้ แม้ว่าประเทศไทยจะได้มีมาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิเด็กจากความรุนแรง⁴⁹ แต่ยังคงเน้นในเรื่องของการลงโทษผู้ทำร้ายเด็กเท่านั้น ยังไม่มีกฎหมายใดๆ ที่จะเข้าไปช่วยในการแก้ปัญหาครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในเด็กอย่างจริงจัง หากเปรียบเทียบกับ มาตรการในต่างประเทศที่ให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพครอบครัวซึ่งถือเป็นรากฐานการเจริญเติบโตของ

เด็ก และหลีกเลี่ยงการใช้กระบวนการทางอาญา ยกเว้นกรณีที่ร้ายแรงเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กไทยจากการกระทำความรุนแรงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลในทุกระดับของสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็ก ผู้ที่จะเติบโตเป็นอนาคตของประเทศชาติต่อไป

2.3 การกระทำความรุนแรงต่อตนเอง: การฆ่าตัวตาย (Self-Directed Violence: Suicide)

2.3.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย คือ "อัตวินิบาตกรรม" หรือหมายถึง "การกระทำด้วยวิธีใดก็ตามจนเป็นเหตุให้สิ้นชีวิตหรือถึงแก่ความตายด้วยตนเอง" การฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นกรณีพยายามฆ่าตัวตาย (ทำหลายครั้ง) แต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากมีความคิดชั่ววูบที่อยากตายในช่วงชีวิตที่ประสบปัญหาเกิดความเครียดและสับสนในด้านจิตใจ หรือผู้ฆ่าตัวตาย ทำขึ้นเพื่อต่อกรเรียกร้องบางสิ่งบางอย่างใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง จะทำในเวลาและสถานที่ที่เห็นว่ามีคนอื่นสามารถช่วยเหลือได้ และกรณีที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด ก็คือคนที่พยายามฆ่าตัวตาย เพราะบุคคลผู้นั้น มีความต้องการตายจริง ๆ

ประเภทของการฆ่าตัวตาย

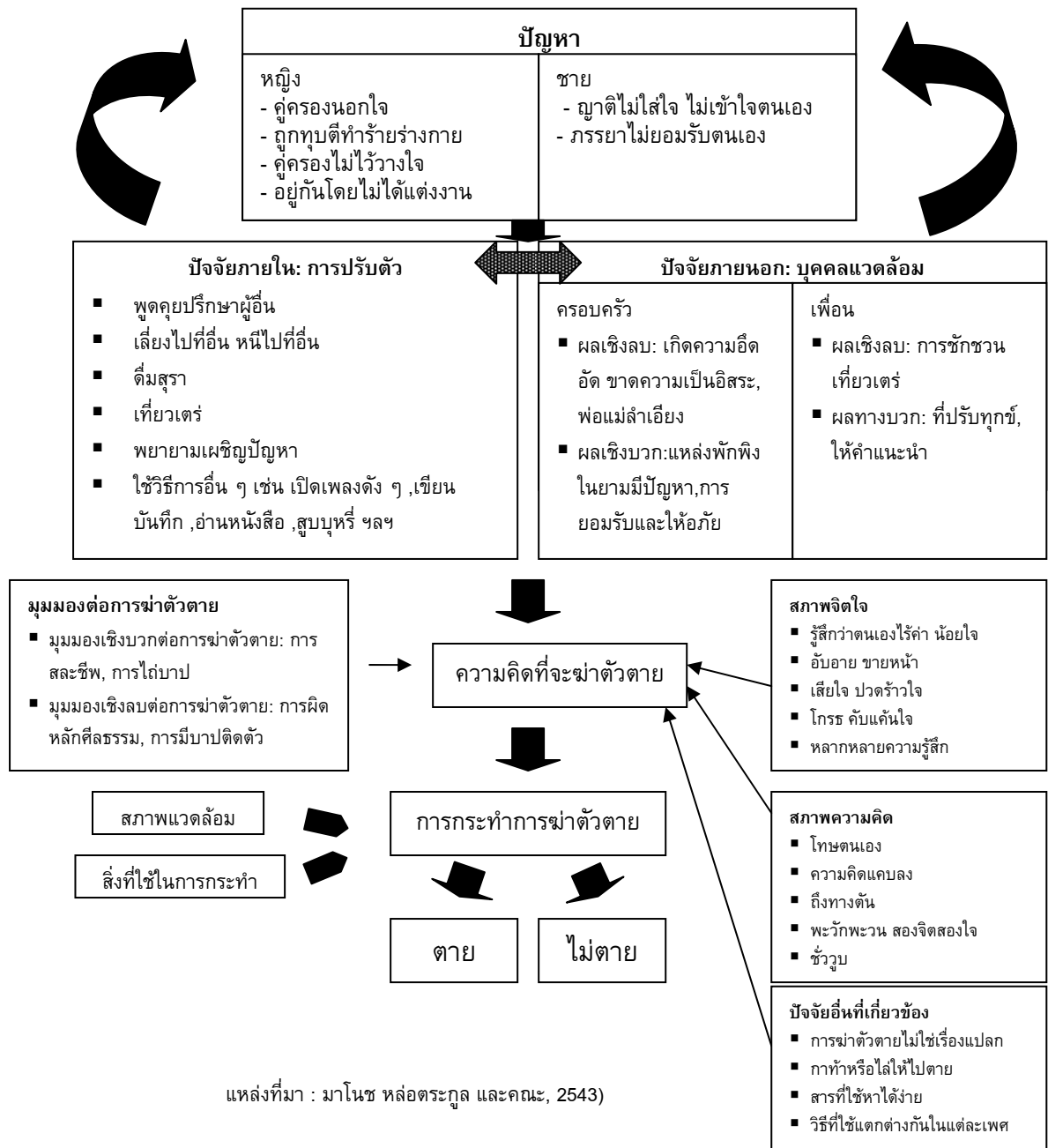
ผศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล (2550)⁵⁰ แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แบ่งการฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1) การพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต มักพบในวัยหนุ่มสาวที่ทำการด้วยความหุนหันพลันแล่น หรือต้องการประท้วง เพื่อต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิด เพราะรู้สึกโกรธ หรือหาทางออกกับสถานการณ์ในขณะนั้นไม่ได้
- 2) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide) หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มักพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชมาก่อน เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น

กระบวนการของพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

จากงานวิจัยของมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2543)⁵¹ ได้ทำการศึกษาลักษณะปัญหากระตุ้น การปรับตัว พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และมุมมองต่อการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 10 คน ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาปรากฏดังแสดงในแผนภาพที่ 2.2

แผนภาพที่ 2.2 กระบวนการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย



จากแผนภาพที่ 2.2 แสดงถึงกระบวนการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เริ่มจากการเกิดปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ โดยลักษณะของปัญหาระหว่างเพศหญิงกับชายมีความแตกต่างกัน เช่นปัญหาที่เกิดกับเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการไม่ได้รับการยอมรับนับถือ ขาดทักษะในการดำรงชีวิตจึงไม่เข้าใจตนเอง ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่เกิดจากคู่รักหรือสามีไม่มีความรักเป็นต้น ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ประสบปัญหาจะมีการจัดการกับปัญหาแตกต่างกัน โดยได้รับอิทธิพลทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน คือ การปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหา ผู้ประสบปัญหา มีการปรับตัวหลายรูปแบบ เช่น การปรึกษาหารือกับผู้อื่น, การดื่มสุรา/เที่ยวเตร่, การเผชิญปัญหา, การเลี่ยงปัญหา เป็นต้น ในขณะที่ปัจจัยภายนอกก็มีผลต่อการจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่เช่นกัน เช่น ครอบครัว หรือเพื่อน อาจมีส่วนในการให้กำลังใจและช่วยจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ หรือ อาจมีส่วนในการซ้ำเติมให้ปัญหาลุกลามได้เช่นกัน ในกรณี

ที่จัดการกับปัญหาไม่ได้นำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งมีสิ่งกระตุ้น 4 ประการ คือ สภาพจิตใจ สภาพความคิด มุมมองต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่เอื้อให้เกิดความคิดในแง่ลบต่อตนเอง จนนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้การเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมด้วยเช่นกัน องค์ประกอบที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อม และสิ่งที่ใช้ในการกระทำการฆ่าตัวตาย หากองค์ประกอบทั้ง 2 มีสภาพเอื้อต่อการฆ่าตัวตาย คือ อยู่บ้านคนเดียว สิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายหาได้ง่าย และมีฤทธิ์แรงอย่างเพียงพอ ก็จะทำให้การฆ่าตัวตายนั้น ๆ สำเร็จ แต่หากสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย คือ มีคนมาพบเห็น/ช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ หรือสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายหาได้ยาก และ/หรือมีฤทธิ์ไม่แรงเพียงพอ การฆ่าตัวตายนี้นั้นก็จะไม่ประสบความสำเร็จ

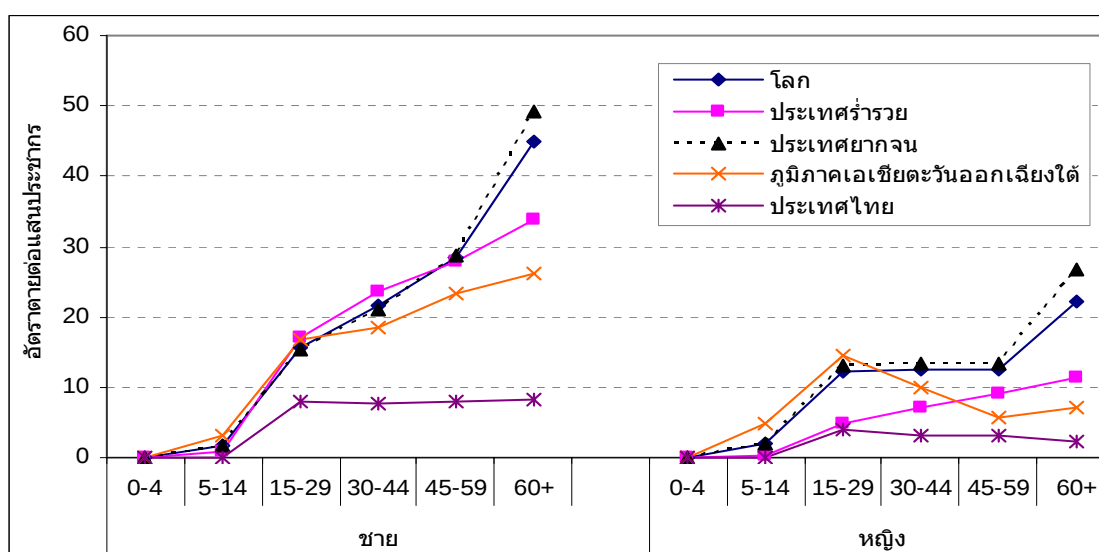
2.3.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย

2.3.2.1 สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ แสดงอัตราการตายต่อแสนประชากร จากการฆ่าตัวตายของประชากรโลก ปี พ.ศ. 2543 พบว่า โดยภาพรวม ประชากรชาย มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรหญิง กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (30-59 ปี) รองลงมาคือ กลุ่มคนชรา (60 ปีขึ้นไป) กลุ่มวัยรุ่น (15-29 ปี) และกลุ่มเยาวชน (5-14 ปี) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประเทศร่ำรวยกับกลุ่มประเทศยากจน พบว่า กลุ่มประเทศร่ำรวย มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มประเทศยากจน นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศยากจนมีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าสตรีในประเทศร่ำรวยอย่างเห็นได้ชัดเจน กล่าวคือ อัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของสตรีในประเทศยากจนเท่ากับ 11.9 ขณะที่อัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของสตรีในประเทศร่ำรวยเท่ากับ 5.4 ส่วนอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของเพศชายระหว่างประเทศร่ำรวยและประเทศยากจนมีค่าใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาถึงอัตราการตายของประเทศไทยเทียบกับภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก พบว่า อัตราการตายของประเทศไทยมีค่าต่ำมาก เมื่อเทียบกับภูมิภาคต่าง ๆ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการคาดประมาณต่ำกว่าความเป็นจริง (Underestimate) หรือการตกการแจ้งนับ (Under coverage) ของข้อมูลการตายจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ดังแผนภูมิที่ 2.1 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.16)

แผนภูมิที่ 2.1 อัตราตายต่อแสนประชากรจากการฆ่าตัวตาย¹ ของภูมิภาคต่าง ๆ จำแนกตามอายุและเพศ ปี

พ.ศ. 2543



หมายเหตุ: /1 การฆ่าตัวตาย ครอบคลุม ICD-10 รหัส X60-X84, /2 WHO mortality database, กันยายน 2544.
แหล่งที่มา : World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva.

ทางองค์การอนามัยโลก⁵² คาดว่า ใน 1 วันจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวนเกือบ 3,000 คน เมื่อคิดเฉลี่ยต่อเวลาพบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 30 วินาที และผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 20 คน เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว โดยขณะนี้อัตราการฆ่าตัวตายได้เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 ในระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าการฆ่าตัวตายอยู่ใน 3 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรโลกอายุระหว่าง 15-34 ปี แต่การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ถูกรายงานในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

2.3.2.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย

การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2546) ได้รายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีประมาณ 4,500-5,000 คน ต่อปี มากกว่าการฆ่ากันตาย ซึ่งเท่ากับ 3,000-3,800 รายต่อปี และพบจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเอง ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตมีจำนวนสูงถึง 25,000-27,000 รายต่อปี⁵⁸

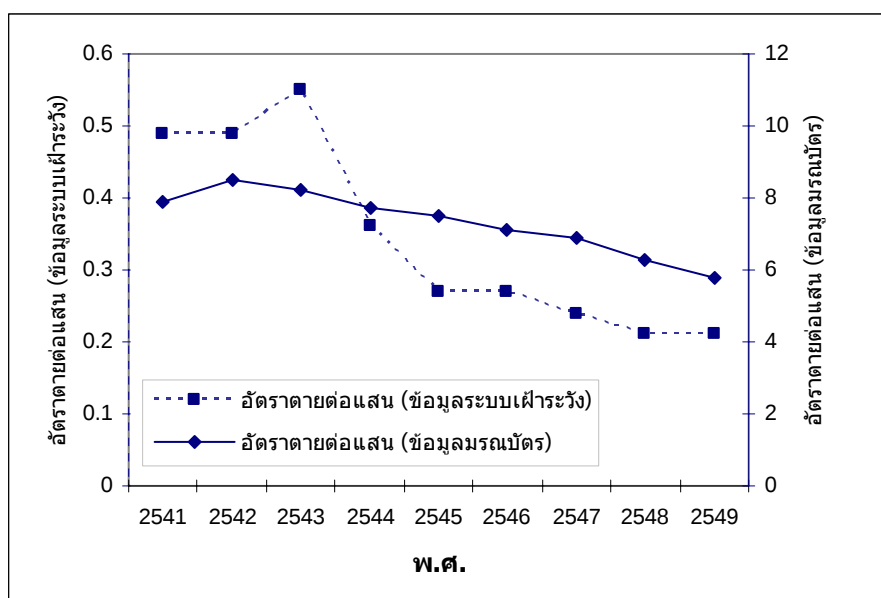
จากข้อมูลการบาดเจ็บและการตายจากการฆ่าตัวตายในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖¹ ของสำนักโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549 แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้บาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย มีจำนวนมากกว่าจำนวนผู้ตายจากการฆ่าตัวตาย กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2518 มีอัตราส่วนระหว่างผู้บาดเจ็บต่อผู้ตายจากการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 24:1 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2549 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 33:1 เมื่อพิจารณาระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549 อัตราส่วนระหว่างผู้บาดเจ็บต่อผู้ตายจากการฆ่าตัวตายมีค่าสูงสุดในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 33:1 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2522 มีค่าต่ำสุด ซึ่งมีค่าเท่ากับ 8:1 ตามลำดับ ในส่วนของอัตราการบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2518 เท่ากับ 0.28 คนต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 10.62 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2542 หลังจากนั้น อัตราการบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็น 6.74 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2549 และหากพิจารณาถึงอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายในช่วงปี พ.ศ. 2518-2529 มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยอัตราการตายมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01 -0.08 คน ต่อแสนประชากร แต่หลังจากช่วงปีดังกล่าวข้างต้นอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยในช่วงปี พ.ศ. 2532-2540 อัตราการตายมีค่าระหว่าง 0.29-0.41 คนต่อแสนประชากร การตายจากการฆ่าตัวตายถึงจุดสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2541-2543 ซึ่งอัตราการตายมีค่าระหว่าง 0.49-0.55 คนต่อแสนประชากร แต่ภายหลังจากปี พ.ศ. 2543 แล้ว การตายจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 0.55 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 0.21 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2549 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.17) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Diekstra⁵³ ที่พบว่า การพยายามฆ่าตัวตายมักถูกพบบ่อยครั้งกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยทั่วโลกพบตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 คิดเป็นค่าเฉลี่ยทั่วโลกเท่ากับ 18:1 โดยประมาณ ทั้งนี้ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้นประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ในทางตรงข้ามมีการศึกษาติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย^{54,55} พบว่า ร้อยละ 10-14 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด

นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากใบมรณบัตร ได้แสดงจำนวนอัตราตายต่อแสนประชากร จากการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2549

¹ ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖¹ เป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานอนามัยทุกแห่ง (โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โรงพยาบาลเอกชนยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด) ในการเฝ้าระวังโรค/ภัย ที่อาจเกิดการระบาดได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้นๆ

พบจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกปี โดยคิดเป็นอัตราส่วนจำนวนผู้ตายเพศชายต่อจำนวนผู้ตายเพศหญิง เท่ากับ ชาย 3-4 คน ต่อ หญิง 1 คน และเมื่อพิจารณาถึงอัตราการตายต่อแสนประชากรจากการฆ่าตัวตาย พบว่า อัตราการตายมีค่าสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2542-2543 โดยมีค่าเท่ากับ 8.2-8.5 คนต่อแสนประชากร หลังจากนั้น คือช่วงปี พ.ศ. 2544- 2549 อัตราการตายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ จาก 7.7 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 5.8 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2549 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.18) และเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราตายจากการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.2541-2549 สามารถแสดงรายละเอียดได้ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2 แนวโน้มอัตราตายจากการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.2541-2549



แหล่งที่มา : ข้อมูลใบมรณบัตร กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2549

รายงานการเผ่าะวังโรค ๕๐๖² ของสำนักกระบาด กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549

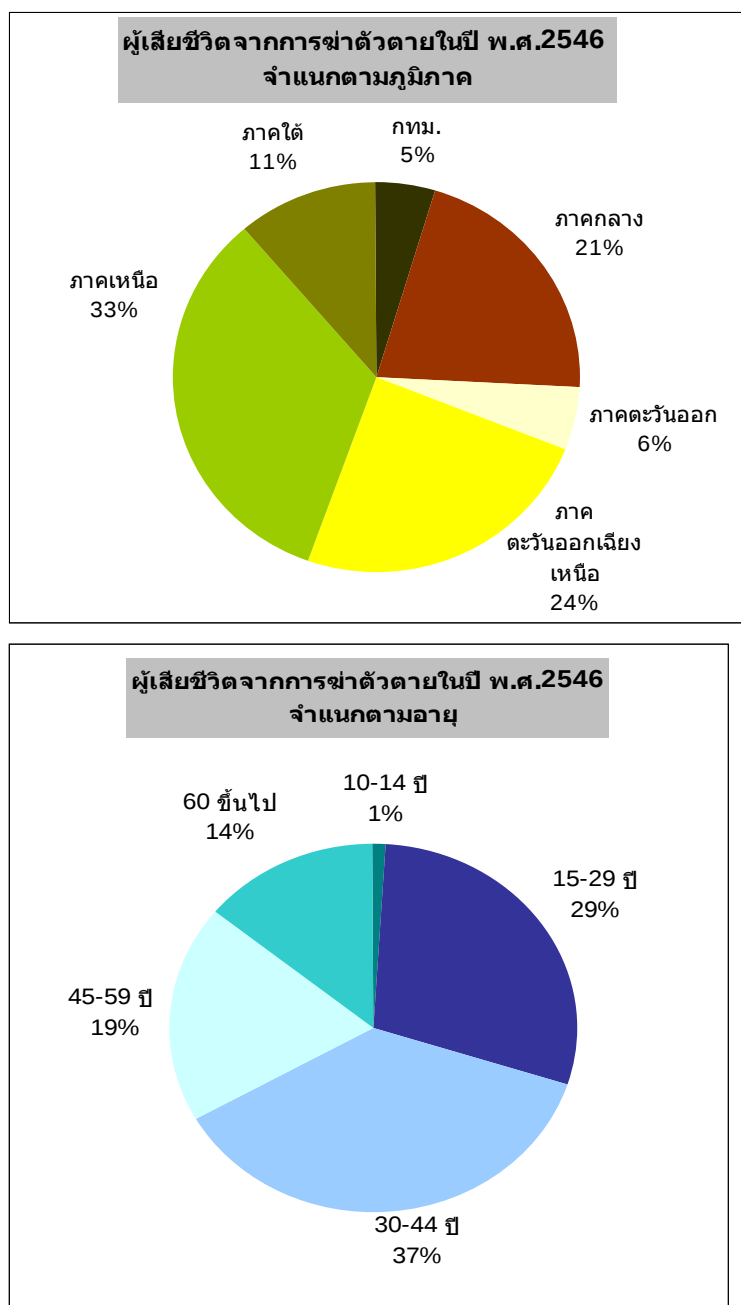
สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยจำแนกตามอายุ และภูมิภาค

ข้อมูลการตายจากการฆ่าตัวตายจากระบบรายงานการเผ่าะวังโรค ๕๐๖ ของสำนักกระบาด กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่า โดยภาพรวมของประเทศ กลุ่มอายุที่มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ กลุ่มวัยแรงงาน (25-54 ปี) คิดเป็นร้อยละ 50.3, 65.4 และ 72.1 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ (55 ปีขึ้นไป) พบว่า มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 25.2, 21.1 และ 19.4 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ ในขณะที่การฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น (10-24 ปี) มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตาย คิดเป็น 18.4, 13.5 และ 8.5 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548, และ 2549 ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ผ-2.19) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากใบมรณบัตร ในปี พ.ศ. 2546 ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (25-54 ปี) มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

² ระบบรายงานการเผ่าะวังโรค ๕๐๖¹ เป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานอนามัยทุกแห่ง (โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โรงพยาบาลเอกชนยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด) ในการเผ่าะวังโรค/ภัย ที่อาจเกิดการกระบาดได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้นๆ

ละ 63.1 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2546 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ (55 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 19.0 ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่น (10-24 ปี) มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2.3 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.20)

แผนภูมิที่ 2.3 จำนวนผู้ตายจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 จำแนกตามอายุและภูมิภาค



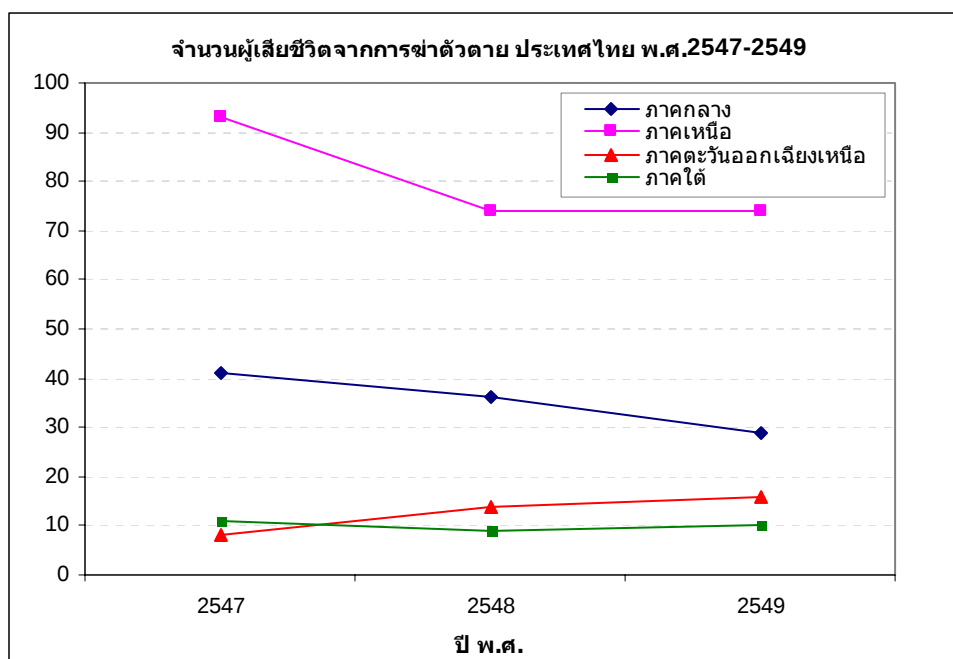
แหล่งที่มา : การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

เมื่อพิจารณาถึงการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ข้อมูลการตายจากการฆ่าตัวตายจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ ของสำนักโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภูมิภาค ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่า ภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คือ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 57.1, 55.6 และ 57.4 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ

รองลงมาคือ ภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 25.2, 27.1 และ 22.5 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.9, 10.5 และ 12.4 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ ในขณะที่ภาคใต้มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.7, 6.8 และ 7.8 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547, 2548, และ 2549 ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2.4 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.19) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากใบมรณบัตร ในปี พ.ศ. 2546 ที่พบว่า ภาคเหนือมีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2546 รองลงมาคือ ภาคกลาง (รวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพมหานคร) มีผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 31.2 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 24.2 ในขณะที่ภาคใต้มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.3 ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.20)

แผนภูมิที่ 2.4 จำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย จำแนกตามภูมิภาค ระหว่างปี พ.ศ.

2547-2549



แหล่งที่มา : รายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ สำนักโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549

2.3.3 รูปแบบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการฆ่าตัวตาย

2.3.3.1 รูปแบบ/วิธีการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากใบมรณบัตร แสดงจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามภูมิภาค และวิธีการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2546 พบว่า โดยภาพรวม ผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายโดยวิธีแขวนคอ มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.0 ของผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด รองลงมาคือ ผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายด้วยการใช้ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 19.0 และผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายด้วยการใช้สารพิษ สารเคมี คิดเป็นร้อยละ 5.4 ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ผ-2.21) ทั้งนี้แบบแผนการใช้วิธีการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาคมีแบบแผนเช่นเดียวกับภาพรวมของ

ประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากระบบบันทึกเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ทำร้ายตนเอง สำหรับผู้มารับบริการ ณ สถานบริการ (รง.506DS.) และระบบการบันทึกข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (มบ.1)⁵⁶ แสดงจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุและวิธีการทำร้ายตนเอง ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีแขวนค้อมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ การกินสารเคมี คิดเป็นร้อยละ 22.4, การใช้ปืน คิดเป็นร้อยละ 5.9, การกินยาเกินขนาด คิดเป็นร้อยละ 4.7 ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ผ-2.22)

2.3.3.2 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งสาเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางจิตใจ ทางสังคม และทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังนี้

- 1) ปัจจัยทางจิตใจ - ผู้คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรมและไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ ผู้คิดฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต ผู้ที่ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกจะเครียดน้อยกว่าผู้ที่หลีกเลี่ยงปัญหาหรือนั่นแต่การบรรเทาความอึดอัด การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกเพื่อหนีจากปัญหาที่เขามองไม่เห็นทางแก้ไขบุคลิกภาพ/การปรับตัว ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ตลอดจนสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ย่อมจะสามารถแก้ไขปัญหานั้นที่เข้ามากระทบได้ดีกว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก บุคลิกภาพอารมณ์และการปรับตัวนี้
- 2) ปัจจัยทางสังคม - เป็นปัจจัยร่วมที่มีผลกระทบต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรักความสัมพันธ์ ปัญหาครอบครัว สังคมที่มีความสับสน วุ่นวาย เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน สมาชิกในสังคม จะเกิดความรู้สึกแปลกแยกไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ รวมถึงสังคมที่เน้นความเป็นตัวของตัวเอง เน้นการแข่งขันในหมู่เยาวชน ค่านิยมและความเชื่อต่างๆ เช่น ความเชื่อในบางลัทธิ
- 3) ปัจจัยทางการแพทย์ - ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาทางการแพทย์⁵⁷ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า และการติดสุรา ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากกรรมพันธุ์ ดังนั้นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำได้ คือ การรักษาทางยาและทางจิตใจควบคู่กัน

ข้อมูลจากระบบบันทึกเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ทำร้ายตนเอง (รง.506DS.) และระบบการบันทึกข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (มบ.1)⁵⁶ แสดงจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำแนกตามเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2547 พบว่า โดยภาพรวม เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย เป็นจำนวนมากที่สุด คือ “น้อยใจคนใกล้ชิดที่ดูต่ำ” คิดเป็นร้อยละ 23.1 รองลงมาคือ “ทะเลาะกับคนใกล้ชิด” คิดเป็นร้อยละ 16.2 , “การเป็นโรคจิต” คิดเป็นร้อยละ 12.3, “โรคเรื้อรัง/เอดส์/พิการ” คิดเป็นร้อยละ 11.6, “ผิดหวังในความรัก/หึงหวง” คิดเป็นร้อยละ 11.2, “โรคซึมเศร้า” คิดเป็นร้อยละ 10.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย ในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น (10-24 ปี) เหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากที่สุด คือ “น้อยใจคนใกล้ชิดที่ดูต่ำ” คิดเป็นร้อยละ 32.0 ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมดจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น (10-24 ปี) รองลงมาคือ “ทะเลาะกับคนใกล้ชิด” คิดเป็นร้อยละ 22.9 และ “ผิดหวังในความรัก/หึงหวง” คิดเป็นร้อยละ 17.1 ตามลำดับ ในขณะที่

ในกลุ่มวัยทำงาน (25-54 ปี) มีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากที่สุด คือ “น้อยใจคนใกล้ชิดที่สุดค่า” คิดเป็นร้อยละ 22.2 ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมดจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน (25-54 ปี) รองลงมาคือ การเป็นโรคจิต” คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ“ทะเลาะกับคนใกล้ชิด” คิดเป็นร้อยละ 14.3 “ตามลำดับ หากพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุ (55 ปีขึ้นไป)มีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากที่สุด คือ “โรคเรื้อรัง/เอดส์/พิการ” คิดเป็นร้อยละ 23.4 ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมดจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ (55 ปีขึ้นไป) รองลงมาคือ “น้อยใจคนใกล้ชิดที่สุดค่า” คิดเป็นร้อยละ 14.9 และ“ทะเลาะกับคนใกล้ชิด” คิดเป็นร้อยละ 14.2 “ตามลำดับ (รายละเอียดพิจารณาจากตารางที่ ผ-2.23)

นอกจากนี้ผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรม“การทำร้ายตนเอง”ในปี พ.ศ. 2545⁵⁸ ได้ตัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง เรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ 1) มีอาการโรคจิต 2) ว่างงาน/ตกงาน 3) การเคยใช้สารเสพติด 4) มีอาการซึมเศร้า 5) เคยทำร้ายตนเองมาก่อน 6) การมีโรคประจำตัว 7) หย่าหรือแยกกันอยู่ และ 8) มีคนในครอบครัวเคยทำร้ายตนเอง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ผ-2.24)

2.3.3.3 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ และข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกันคือ พบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (25-54 ปี) มีจำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายสูงสุด (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ผ-2.19 และ ตารางที่ ผ-2.20) ซึ่งถือเป็นผลกระทบของการฆ่าตัวตายที่มีต่อเศรษฐกิจ ในฐานะที่วัยแรงงานถือเป็นกลไกสำคัญของประเทศในการสร้างผลผลิตมวลรวมของประเทศ มีการประมาณการสูญเสียดังกล่าว โดย รศ. นพ.มาโนช หล่อตระกูล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี⁵⁹ ได้กล่าวถึงการคำนวณค่ากลางการทำงานหากไม่เสียชีวิตในผู้ที่ฆ่าตัวตายไว้ประมาณ 20 ปี รายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,000 บาทต่อเดือน หรือ 48,000 บาทต่อปี ดังนั้น หากคนหนึ่งคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เขาจะสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 960,000 บาท แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000 คน และประเทศชาติสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ประมาณ 3,840 ล้านบาทต่อปี

นอกจากผลกระทบทางเศรษฐกิจแล้ว ในกรณีของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ยังมีความสูญเสียจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการ/ทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในภาพรวมถือว่าการสูญเสียทั้งแรงงานและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย และการฆ่าตัวตายยังมีผลกระทบทางสังคม กล่าวคือ การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัว โดยในการศึกษาของ Department of Mental Health, WHO⁶⁰ พบว่า การฆ่าตัวตายแต่ละครั้ง โดยเฉลี่ยมีผลกระทบต่อคนใกล้เคียงอย่างน้อย 6 คน

กล่าวโดยสรุป คือ แม้ว่าสถิติการฆ่าตัวตายของประชากรโลกยังคงมีตัวเลขที่สูง หลายประเทศในทวีปเอเชีย⁶¹ เช่น ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ และสาธารณรัฐเกาหลี พบตัวเลขอัตราการฆ่าตัวตายในเกณฑ์สูงมาก โดยประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 24.0 คน ต่อประชากรแสนคน, ประเทศสิงคโปร์ เท่ากับ 10.1 คน ต่อประชากรแสนคน และสาธารณรัฐเกาหลี เท่ากับ 23.8 คน ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 11.0 คน ต่อประชากรแสนคน และประเทศสวีเดนเท่ากับ 13.2 คน ต่อประชากรแสนคน แต่สถานการณ์ความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในประเทศไทยกลับมีขนาดความรุนแรงลดลง เห็นได้จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545-2548 ของสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายลดลงจาก 7.7 คน ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2545 เป็น

7.1, 6.9 และ 6.4 คน ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ และจากตัวเลขปีล่าสุดโดยกรมสุขภาพจิต (ในการดำเนินงานตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2548) พบอัตราการฆ่าตัวตายลดลง มีค่าเท่ากับ 5.7 คน ต่อประชากรแสนคน อันอาจเนื่องมาจากการดำเนินโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยควรจะได้มีการพัฒนาระบบการแก้ไขและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมักเป็นปัจจัยร่วมในการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่เสมอ