

รายงานสถานการณ์
และความสูญเสียปีสุขภาวะจากความรุนแรงใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547

กันยายน 2550

โครงการดำเนินการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและการบาดเจ็บของ
ประเทศไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สารบัญ

บทนำ	4
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	4
วัตถุประสงค์การศึกษา.....	6
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรง	7
1.1 ความหมายและการจำแนกการกระทำความรุนแรง	7
1.2 กรอบการศึกษาของการกระทำความรุนแรง	10
2. สถานการณ์การกระทำความรุนแรงในประเทศไทย.....	11
2.1 ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)	11
2.1.1 ความหมายของความรุนแรงในครอบครัว	11
2.1.2 สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวของสังคมไทย.....	12
2.1.3 รูปแบบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการกระทำความรุนแรงในครอบครัว	14
2.2 ความรุนแรงต่อเด็ก (Child Violence).....	18
2.2.1 ความหมายของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก.....	18
2.2.2 สถานการณ์การกระทำความรุนแรงต่อเด็กในสังคมไทย	19
2.2.3 รูปแบบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก	21
2.3 การกระทำความรุนแรงต่อตนเอง: การฆ่าตัวตาย (Self-Directed Violence: Suicide)	25
2.3.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย	25
2.3.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย.....	27
2.3.3 รูปแบบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการฆ่าตัวตาย.....	31
3. สถานการณ์และผลกระทบจากความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้.....	35
3.1 ความเป็นมาและแนวโน้ม	35
3.2 การวัดความรุนแรงและผลกระทบ (Measuring violence and its impact).....	36
3.2.1 ผลกระทบด้านสุขภาพ (Impact on health)	36
3.2.2 อัตราตายของทารก (Infant mortality).....	37
3.2.3 การตายจากโรคติดเชื้อ (Infectious and parasitic diseases)	38
3.2.4 การบาดเจ็บและเสียชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง(Morbidity and Mortality from Violence-related Injuries).....	39
3.2.5 ผลกระทบต่อระบบการเข้าถึงการรักษาพยาบาล (Health care service)	42
3.2.6 การเข้าพื้นที่ของกองกำลังทหารและความสูญเสียด้านกำลังพล.....	42
3.2.7 ผลกระทบต่อลักษณะประชากร (Demographic Impact).....	42
3.3 ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ.....	43
3.3.1 รูปแบบของความรุนแรง.....	43
4. ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการกระทำความรุนแรง	46
4.1 สถานการณ์และแนวโน้มของภาระโรคที่เกิดจากการกระทำความรุนแรงในประเทศไทย.....	46
4.2 ภาระทางสุขภาพจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547.....	48
4.2.1 การเสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรง	48
4.2.2 การบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรง	48
4.2.3 ความสูญเสียปีสุขภาวะจากสาเหตุของความรุนแรง.....	49

4.3	กลไกที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการกระทำความรุนแรง	52
4.4	อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรง	57
4.5	ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ	58
4.6	ปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงในประเทศไทย	59
	สรุปสถานการณ์ความรุนแรงประเภทต่างๆในประเทศไทย	61
5.	นโยบายและมาตรการเพื่อการป้องกันและแก้ปัญหาการกระทำความรุนแรง	65
5.1.	ทบทวนนโยบาย มาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหาการใช้ความรุนแรงของประเทศต่างๆ.....	69
5.1.1	มาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อเด็ก	69
5.1.2	มาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น	70
5.1.3	มาตรการการป้องกันการใช้ความรุนแรง ในเด็กและผู้หญิง และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว	70
5.1.4	มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	72
5.2.	ทบทวนนโยบาย มาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหาการใช้ความรุนแรงของประเทศไทย.....	73
5.2.1	มาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น	73
5.2.2	มาตรการการป้องกันการใช้ความรุนแรง ในเด็กและสตรี และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว	75
5.2.3	มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	76
5.2.4	มาตรการการป้องกันการใช้ความรุนแรง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	77
5.3	ข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงนโยบายและมาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหาคความรุนแรงในประเศไทย.....	81
5.3.1	ด้านกระบวนการยุติธรรม.....	81
5.3.2	ด้านกระบวนการทางสาธารณสุข.....	82
5.3.3	การไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธี	83
5.3.4	ด้านสิทธิมนุษยชน.....	83
5.3.5	กระบวนการสร้างสังคมเข้มแข็ง	84
5.4	สรุปปัญหาหลักในทุกๆกระบวนการและหน่วยงาน	86
5.4.1	ด้านการระบบเฝ้าระวัง.....	86
5.4.2	ด้านการปฏิบัติงาน	87
5.4.3	อื่นๆ.....	87
	เอกสารอ้างอิง	89

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการกระทำความรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นดังจะเห็นได้จากการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 49 จัดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2539 ที่เน้นถึงผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนผลกระทบในระดับปัจเจกครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศชาติ และระดับนานาชาติ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ความรุนแรง เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป¹

โครงการ Global Burden of Diseases ปี พ.ศ. 2545 ได้รายงานถึงปัญหาการใช้ความรุนแรงอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ (Mortality and Disability) โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ การทำร้ายตนเอง (Self-inflicted injuries) การถูกผู้อื่นทำร้าย (Interpersonal violence) และสงคราม (War) (ตารางที่ 1) พบว่าการกระทำที่เกิดจากความรุนแรงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรโลกกว่า 1.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 26 คนต่อประชากร 1 แสนคน ขณะที่ประเภทของการกระทำความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองทำให้เกิดจำนวนและอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ การถูกผู้อื่นทำร้าย และภัยสงครามตามลำดับ

ตารางที่ 1 ภาวะการตายและภาระโรคที่เกิดจากการกระทำความรุนแรงของประชากรโลก และประเทศไทยในปี พ.ศ. 2545

ประเภทของการกระทำ ความรุนแรง	Death			DALYs		
	Number (‘000)	Rate per 100,000	Proportion	DALYs (‘000)	Rate per 100,000	Proportion
World¹	1,626.1	25.99	100.0	49,123.1	789.13	100.0
Self-inflicted injuries	876.5	14.03	54.0	20,835.5	334.71	42.4
Interpersonal violence	558.6	8.99	34.6	21,427.4	344.22	43.6
War	178.2	2.77	10.6	6,505.1	104.50	13.2
Others intentional injuries	12.8	0.21	0.8	355.1	5.70	0.7
Low & middle income countries¹	1,476.8	27.91	90.8	45858.1	866.71	93.4
High-income countries¹	149.3	15.99	9.2	3265.0	349.60	6.6
Thailand²	13.4	21.55	100.0	431	693.00	100.0
Self-inflicted injuries	6.9	11.09	51.5	185	297.46	42.9
Interpersonal violence	5.8	9.33	43.3	196	315.15	45.5
War	0.6	0.96	14.5	48	77.18	11.1
Others intentional injuries	0.1	0.16	0.7	2	3.22	0.5

Sources: ¹ World Health Organization (2003) *The World Health Report :2003: Shaping the future.*

² World Health Organization (2006) *Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO member states*

เมื่อพิจารณาความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) จากการกระทำความรุนแรง พบว่า ประชากรโลกสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้นรวม 49.1 ล้าน DALYs หรือคิดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะประมาณร้อยละ 3.3 ของ DALYs ทั้งหมดสาเหตุจากการถูกผู้อื่นทำร้ายทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ การทำร้ายตนเอง และภัยสงคราม ตามลำดับ โดยประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีจำนวนและอัตราการเสียชีวิต รวมถึงการสูญเสียปีสุขภาวะสูงกว่าประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

สำหรับประเทศไทย จำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรงเท่ากับ 13,400 คน โดยประมาณ หรือคิดเป็น 22 คน ต่อประชากร 1 แสนคน และเป็นการสูญเสียลำดับที่ 8 คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของการตายทั้งหมด โดยการทำร้ายตนเองเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ การถูกผู้อื่นทำร้าย และภัยสงคราม ตามลำดับ และสามารถคิดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้น เท่ากับ 431,000 DALYs หรือ 693 DALYs ต่อประชากร 1 แสนคน ขณะที่การถูกผู้อื่นทำร้าย การทำร้ายตนเอง และภัยสงคราม เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทย ตามลำดับ² ขณะที่จากการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2542 พบว่า ความสูญเสียที่เกิดจากการเสียชีวิตและการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากสาเหตุของความรุนแรง เท่ากับ 3.9 แสนปี DALYs โดยประมาณ (3.05 แสนปีสำหรับชาย และ 0.84 แสนปี สำหรับหญิง) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 4.1 ของความสูญเสียทั้งหมด โดยสัดส่วนของความสูญเสียนี้มาจากการทำร้ายตนเอง (suicides) ประมาณร้อยละ 2.1 และมาจากการถูกทำร้าย (homicides) ร้อยละ 2.0 และร้อยละ 78 เป็นความสูญเสียที่เกิดในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า การถูกทำร้าย และการทำร้ายตนเอง จัดเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะอันดับที่ 8 และ 9 ในเพศชาย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อันดับภาระโรคของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2542

Males				Females			
		DALYs				DALYs	
Rank	Disease	(x 100,000)	%	Rank	Disease	(x 100,000)	%
1	HIV/AIDS	9.6	17	1	HIV/AIDS	3.7	11
2	Traffic accidents	5.1	9	2	Stroke	2.8	6
3	Stroke	2.7	5	3	Diabetes	2.7	6
4	Liver and bile duct cancer	2.5	4	4	Depression	1.5	3
5	Diabetes	1.7	3	5	Liver and bile duct cancer	1.2	3
6	Ischaemic heart disease	1.6	3	6	Osteoarthritis	1.1	3
7	COPD	1.6	3	7	Traffic accidents	1.1	3
8	Homicide/violence	1.6	3	8	Anemia	1.1	3
9	Suicides	1.5	3	9	Ischaemic heart disease	1.1	3
10	Drug dependence	1.4	2	10	Cataracts	1.0	2

แหล่งที่มา: โครงการดำเนินการพัฒนาการจัดทำเครื่องวัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ จากศึกษาของ Mathers C และคณะ³ (ตารางที่ 3) พบว่า อัตราตายหรือบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรงในประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกประเภทของการกระทำความรุนแรงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2573 กล่าวคือ อัตราการตายและการสูญเสียปีสุขภาวะจากการกระทำความรุนแรงเพิ่มจากจำนวน 26 คน และ 785 DALYs ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี พ.ศ. 2545 เป็นจำนวน 29 คน และ 806 DALYs ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี พ.ศ. 2573 ตามลำดับ โดยการทำร้ายตนเองจะเป็นสาเหตุแรกที่ทำให้การเสียชีวิตสูงสุด ขณะที่การถูกผู้อื่นทำร้าย การทำร้ายตนเอง และ ภัยสงคราม เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การคาดประมาณอัตราการตายและอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะ ต่อประชากร 100,000 คน ที่เกิดจากการกระทำความรุนแรงของประชากรทั่วโลก ระหว่างปี 2000 ถึง 2030

ประเภทของการใช้ความรุนแรง	2002		2005		2015		2030	
	Death rate	DALY rate	Death rate	DALY rate	Death rate	DALY rate	Death rate	DALY rate
World	25.99	785.21	26.43	783.92	27.17	786.76	28.96	805.55
Self-inflicted injuries	14.03	333.60	14.15	327.77	14.14	312.16	14.46	296.34
Interpersonal violence	8.99	344.25	9.21	346.42	9.57	352.98	10.22	363.73
War	2.77	101.66	2.86	104.04	3.24	115.94	4.04	139.79
Others intentional injuries	0.21	5.71	0.21	5.69	0.22	5.69	0.24	5.68

แหล่งที่มา: Colin D. Mathers, Dejan Loncar (2006) *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*

จากการศึกษาในข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การกระทำความรุนแรงถือเป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศและต่างประเทศ และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างต่อเนื่องในอนาคต ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของการกระทำความรุนแรง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกระทำความรุนแรง และผลกระทบจากการกระทำความรุนแรง ตลอดจนหาแนวทางการจัดทำนโยบายและออกมาตรการแก้ไขปัญหการกระทำความรุนแรงในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงโดยสังเขป ตามประเภทความรุนแรงดังนี้
 - 1.1 ความรุนแรงต่อเด็ก
 - 1.2 ความรุนแรงในครอบครัว
 - 1.3 การฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
2. เพื่อทบทวนระดับและแบบแผนการตายและบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรงดังกล่าวที่เกิดขึ้นในประเทศไทย
3. เพื่อทบทวนการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมของการกระทำความรุนแรงดังกล่าวของประชากรไทย
4. เพื่อศึกษาและทบทวนผลกระทบของการกระทำความรุนแรงประเภทต่างๆในประเทศไทย ในประเด็นดังนี้
 - 3.1 ภาระจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547
 - 3.2 ภาระความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรง
 - 3.3 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการกระทำความรุนแรงในประเทศไทย
5. เพื่อทบทวนการศึกษาแนวนโยบายและมาตรการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการกระทำความรุนแรงที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

1. กรอบแนวคิดและนิยามการกระทำความรุนแรง

1.1 ความหมายและการจำแนกการกระทำความรุนแรง

ความหมายของการกระทำความรุนแรง (Definition of violence)

องค์การอนามัยโลก¹ (The World Health Organization: WHO) ให้ความหมายของการใช้ความรุนแรง หมายถึง “การกระทำที่มีเจตนาที่แสดงออกมาทางร่างกาย การขู่บังคับ การแสดงอำนาจ ต่อบุคคลอื่น กลุ่มบุคคล หรือชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต ความเสียหาย ความสูญเสีย หรือการถูกทอดทิ้ง” และจากความหมายของการกระทำความรุนแรงนี้เมื่อพิจารณาในมิติขององค์ประกอบของความรุนแรง (Components of Violence) พบว่า การเกิดภาวะความรุนแรงมี 3 องค์ประกอบหลัก ดังแสดงในแผนภาพที่ 1.1

แผนภาพที่ 1.1 องค์ประกอบของการใช้ความรุนแรง

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ความตั้งใจที่จะทำให้ เกิดผลของการกระทำ (Intentionality) สามารถแสดง ในรูปแบบของ ● Intentional Physical Force ● Sexual ● Psychological	2. เหยื่อ (Victim) หมายถึง ผู้ถูกกระทำ ซึ่งมีหลาย ระดับ ได้แก่ ● Person/Individual ● Group/Interpersonal ● Community ● Societal	3. ผลลัพธ์ (Results) หมายถึง ผลจากการกระทำที่เกิด จากความตั้งใจที่มีต่อเหยื่อ แสดงออกในรูปของ ● Injury ● Death ● Psychological harm ● Maldevelopment/ Deprivation
--	---	--

การกระทำความรุนแรงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ความรุนแรงที่เกิดจากความตั้งใจ (Intentionality) และความรุนแรงที่เกิดจากความไม่ได้ตั้งใจ (Unintentionality) โดยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10)⁴ ได้จำแนกกลุ่มของความรุนแรงจากการบาดเจ็บที่เกิดจากความไม่ได้ตั้งใจ (Unintentional injuries) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Accident) หรือเหตุการณ์ไม่คาดคิด (Random events) ในขณะที่กลุ่มการบาดเจ็บที่เกิดจากความตั้งใจ (Intentional injuries) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากการใช้ความรุนแรง (Violence) (ตารางที่ 1.1) ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของการใช้ความรุนแรงตามความหมายของ WHO ทั้ง 3 องค์ประกอบ (แผนภาพที่ 1.2) ดังนี้

สามารถแบ่งการใช้ความรุนแรงออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การทำร้ายตนเอง (Self-inflicted injury) - ถูกจัดอยู่ในกลุ่มความรุนแรงต่อบุคคล (Self-directed violence) ซึ่งสอดคล้องกับการจัดแบ่งประเภทความรุนแรง (Violence Classification) ขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ โดยมีเหยื่อเป็นตัวบุคคล
2. ความรุนแรงระหว่างบุคคล/การทำร้ายบุคคลอื่น (Interpersonal violence/Homicide) – ถูกจัดแยกเป็นประเภทความรุนแรงเดียวกับการจำแนกประเภทความรุนแรงโดยองค์การ

อนาถาโลก โดยเหี้ยมเกิดขึ้นระหว่างบุคคล หรือกลุ่มคน อาทิเช่น คนในครอบครัว (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ฯลฯ) คนใกล้ชิด หรือกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

3. สงคราม (War) – ถูกจัดอยู่ในหมวดหมู่ความรุนแรงทางการเมือง ประเภทความรุนแรงระหว่างกลุ่ม (Collective violence) ขององค์การอนาถาโลก โดยมีเหี้ยมเป็นกลุ่มคนในชุมชนหรือในสังคม

การจำแนกความรุนแรง (Typology of violence)

องค์การอนาถาโลก⁵ ได้พัฒนาวิธีการจำแนกการกระทำ ความรุนแรงออกตามประเภทความรุนแรง (Types of violence) และลักษณะของการใช้ความรุนแรง (Nature of violent acts) (แผนภาพที่ 1.2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

⊕ ประเภทความรุนแรง

จำแนกจาก 3 กลุ่มที่แบ่งตามผู้ที่กระทำ ความรุนแรงดังกล่าวข้างต้นออกไปได้อีกดังนี้

- 1) การกระทำ ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence) สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
 - 1.1) การฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior)
 - 1.2) การทำร้ายตนเอง (Self-abuse)
- 2) การกระทำ ความรุนแรงต่อผู้อื่น (Interpersonal violence) สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
 - 2.1) ความรุนแรงในครอบครัวและคู่ครอง (Family and intimate partner violence) พิจารณาความรุนแรงที่กระทำต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น การใช้ความรุนแรงต่อบุตร/เด็ก การใช้ความรุนแรงต่อคู่ครอง/สตรี การใช้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยปกติความรุนแรงประเภทนี้จะปรากฏที่บ้านเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงมีการเรียกความรุนแรงประเภทนี้ว่า “ความรุนแรงภายในครัวเรือน (Domestic violence)”
 - 2.2) ความรุนแรงในชุมชน (Community violence) พิจารณาความรุนแรงที่กระทำต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว เช่น การใช้ความรุนแรงต่อคนในชุมชน/คนรู้จัก (Acquaintance) การใช้ความรุนแรงต่อคนนอกชุมชน/คนแปลกหน้า (Stranger) เป็นต้นโดยปกติความรุนแรงประเภทนี้จะไม่ปรากฏในบ้าน เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน ลูก หรือโรงเรียนเด็ก เป็นต้น
- 3) ความรุนแรงในสังคม (Collective violence) เป็นการกระทำ ความรุนแรงโดยกลุ่มบุคคล (Large groups of individuals) หรือโดยรัฐ (States) โดยแต่ละกลุ่มแสดงการขับเคลื่อนทางสังคม (Social motive) เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม หรือแย้งชิงผลประโยชน์ของผู้อื่นมาเป็นของตน ประเภทของความรุนแรงในสังคม สามารถแบ่งเป็น 3 ประเภทตามผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง คือ
 - 3.1) ความรุนแรงทางสังคม เช่น การต่อสู้ทางชนชั้น การก่อการร้าย การก่อม็อบ (Mob violence) เป็นต้น
 - 3.2) ความรุนแรงทางการเมือง เช่น สงคราม ปฏิบัติการทางกฎหมาย (legal intervention) ความขัดแย้งระหว่างรัฐ (State violence)
 - 3.3) ความรุนแรงทางเศรษฐกิจ เช่น การต่อต้านโดยการทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก ตัวอย่างเช่น การนัดหยุดงาน เป็นต้น

⊕ ลักษณะของการกระทำความรุนแรง

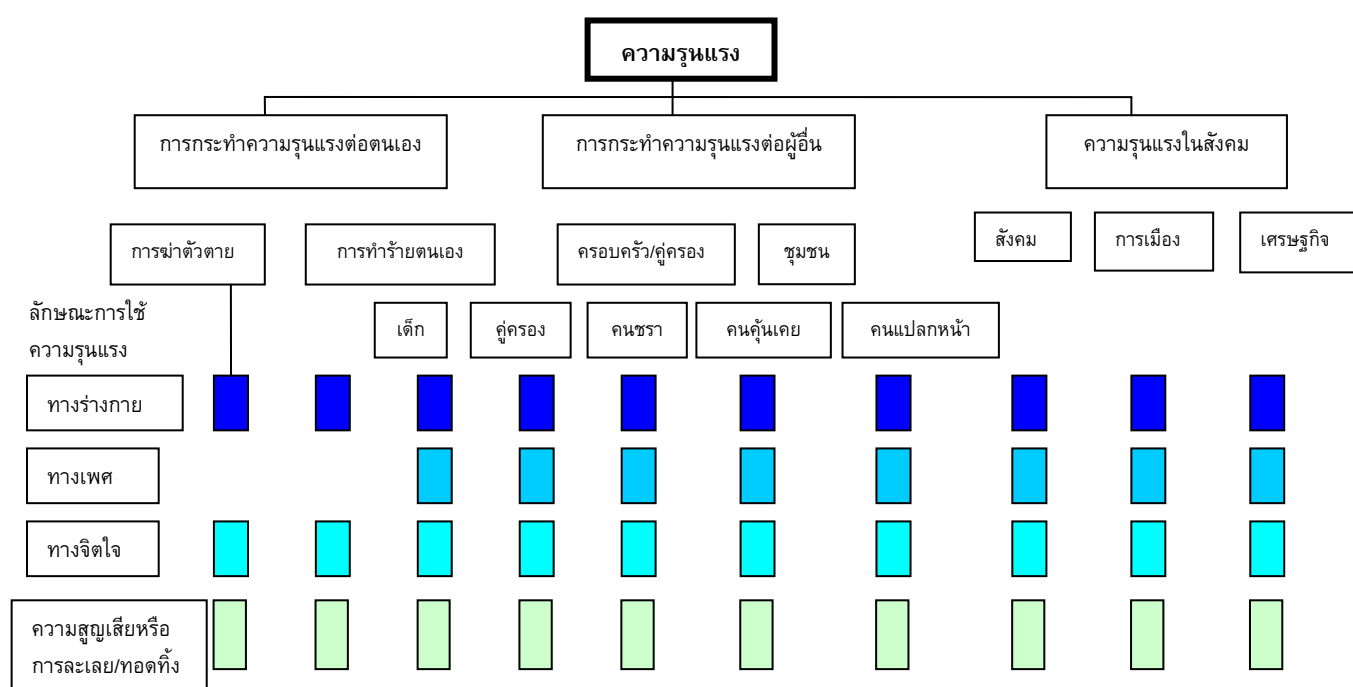
สามารถแบ่งได้ 4 รูปแบบ ตามวิธีการที่ใช้ในการแสดงออกถึงความรุนแรง ได้แก่

- 1) ความรุนแรงทางร่างกาย (Physical violence) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บโดยผู้กระทำความรุนแรงในรูปแบบการเฉียนตี ตะ กัดหรือวิธีอื่นทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับบาดเจ็บ เช่น ทุบตี หัก เลือดออกภายใน ฟกช้ำ แผลไฟไหม้ ได้รับสารพิษ รวมถึงการทะเลาะวิวาท ทั้งนี้ต้องคำนึงบริบทของแต่ละวัฒนธรรมด้วย และเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ
- 2) ความรุนแรงทางเพศ (Sexual violence) หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ผู้ถูกกระทำเป็นเครื่องมือตอบสนองความต้องการทางเพศของผู้กระทำ หรือตกลงยินยอมร่วมและการกระทำนั้น อาจใช้กำลังบังคับข่มขู่หรือหลอกล่อ ชักชวนให้สิ่งตอบแทน
- 3) ความรุนแรงทางจิตใจ (Psychological violence) หมายถึง การทำร้ายจิตใจ ควบคุมบังคับอย่างไม่มีความเหตุผล ทำให้ได้รับความอับอาย รู้สึกด้อยค่าหรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์
- 4) ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียหรือการละเลย/ทอดทิ้ง (Deprivation or neglect) หมายถึง การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และคุ้มครองอย่างเหมาะสมเพียงพอ รวมถึงการทอดทิ้งทางกาย

*การทอดทิ้งทางกาย หมายถึง ไม่ให้อาหารอย่างเพียงพอ ไม่ดูแลสุขภาพ ไม่ดูแลยามเจ็บป่วย ไม่คุ้มครองจากอันตรายหรืออุบัติเหตุ ในที่นี้ ได้แก่

- 1) ทอดทิ้งไว้กับบุคคลรับจ้างเลี้ยงเด็กหรือที่สาธารณะ เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก สถานพยาบาล บ้านพักคนชรา เป็นต้น
- 2) ละทิ้งโดยไม่จัดให้มีการป้องกันดูแลสวัสดิภาพหรือให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม
- 3) จงใจหรือละเลยไม่ให้อยู่เป็นประจำเป็นการดำรงชีพหรือสุขอนามัยจนน่าจะเกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ และ/หรือปฏิบัติต่อผู้ถูกกระทำในลักษณะที่เป็นการขัดขวางการเจริญเติบโตหรือ พัฒนาการของในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน

แผนภาพที่ 1.2 ชนิดของความรุนแรง จำแนกตามประเภทความรุนแรง และลักษณะการกระทำความรุนแรง



แหล่งที่มา : WHO (2002), World report on violence and health.

1.2 กรอบการศึกษาของการกระทำความรุนแรง

กรอบการศึกษาของรายงานฉบับนี้ได้พิจารณาถึงสถานการณ์การกระทำความรุนแรงในประเทศไทย โดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence) ความรุนแรงต่อเด็ก (Child Violence) ความรุนแรงจากการฆ่าตัวตาย (Suicide) และความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้ทราบถึงขนาด แนวโน้ม ประเภท รูปแบบ/วิธีการกระทำ และสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงชนิดต่างๆที่เกิดขึ้นในประเทศไทย อีกทั้ง ได้ทำการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการกระทำความรุนแรงในประเทศไทย รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของการกระทำความรุนแรงเหล่านี้ด้วย รายงานฉบับนี้ยังได้ทบทวนนโยบายและมาตรการเพื่อการป้องกันและแก้ปัญหาการกระทำความรุนแรงทั้งในประเทศและต่างประเทศ และข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงนโยบายและมาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหความรุนแรงในประเทศไทยต่อไป

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) เช่นเดียวกับรายงานผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับความช่วยเหลือจากบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ปัญหาครอบครัวเป็นปัญหาอันดับ 1 ที่ทำให้ผู้หญิงและเด็กมาขอรับความช่วยเหลือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 หรือเท่ากับ 309 รายของจำนวนผู้ขอรับความช่วยเหลือที่บ้านพักฉุกเฉินทั้งหมด 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 ผู้หญิงในพื้นที่กรุงเทพมหานครถูกระทำ ความรุนแรงทางเพศมากที่สุด ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ขณะที่ผู้หญิงในจังหวัดนครสวรรค์ถูกระทำความรุนแรงทางกายมากที่สุดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และถูกระทำความรุนแรงทางเพศมากที่สุด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ผ-2.3) และจากผลการสำรวจผู้หญิงที่มีคู่/เคยมีคู่ในเขต กรุงเทพมหานครจำนวน 1,051 คน และนครสวรรค์จำนวน 1,027 คน พบว่า ร้อยละ 22.84 ของกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 33.70 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ ยอมรับว่าตนเองถูกระทำความรุนแรงโดยคู่ของตนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

จากรายงานการศึกษาสุขภาพของผู้หญิงและความรุนแรงในครอบครัวของประเทศไทย สนับสนุนโดย องค์การอนามัยโลก¹² พบผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครที่เคยมีคู่อายุระหว่าง 15-49 ปี ถูกระทำความรุนแรงทางกาย 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

แม้ว่าข้อมูลในข้างต้นเป็นข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมเฉพาะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ 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 และขอเข้ารับความช่วยเหลือจากการบริการของทางราชการ (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. บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้รู้สึกแยะหรือต่ำต้อย

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

นอกจากนี้ จากการรายงานของศูนย์ประชาบดี ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ปัญหาทางสังคม รวมทั้งรับแจ้งเบาะแสขบวนการค้ายมนุษย์ 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 ใช้อาวุธปืนหรือมีดแทง 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 เช่นความไม่เสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย²⁵ 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 ผู้หญิงที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการถูกกระทำความรุนแรงจะมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรง และผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายหรือทางเพศ จะมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ และปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดของผู้หญิงทั้ง 2 กลุ่ม¹⁹ คือ ปัญหาความจำ ขาดสมาธิ โดยพบว่า ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางเพศหรือ/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 ที่เกิดขึ้นในผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ โดยในการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางเพศหรือภายในช่วงชีวิต 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 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่มีคู่หรือเคยมีคู่และเคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงปีที่ผ่านมา ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับของการคิด/พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มตามระดับของการถูกกระทำความรุนแรง กล่าวคือ ในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยถูกกระทำความรุนแรง มีร้อยละของผู้คิดฆ่าตัวตาย และร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย น้อยกว่า กลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรง และในกลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกาย หรือทางเพศ มีร้อยละของผู้คิดฆ่าตัวตาย และร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย น้อยกว่า กลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทั้งทางร่างกายและทางเพศ 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

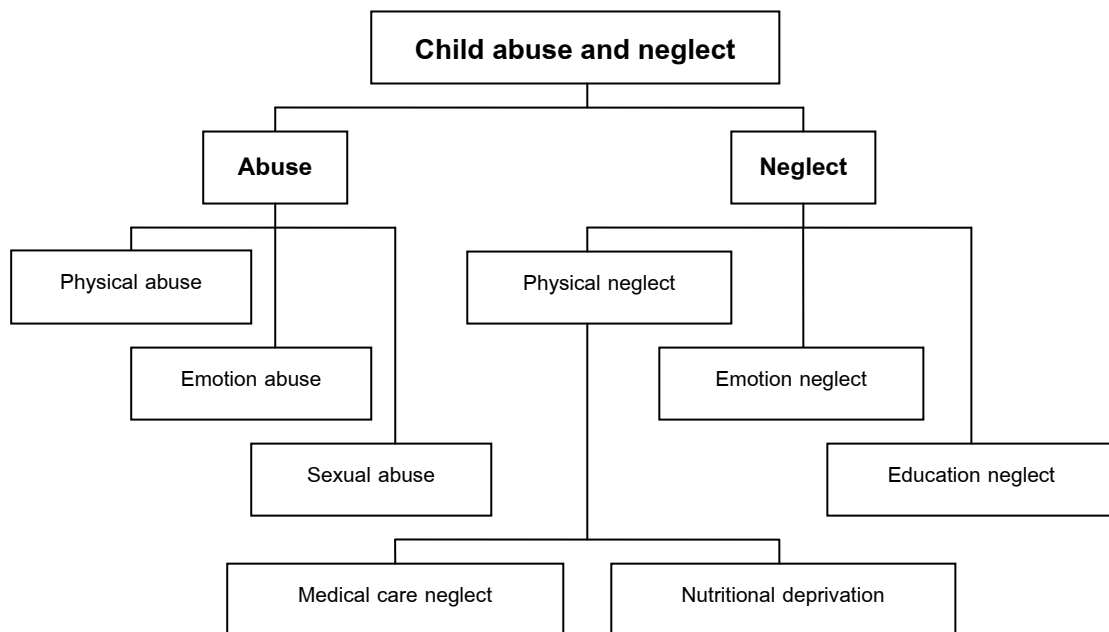
ลักษณะของการกระทำความรุนแรงต่อเด็ก

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 ได้รายงานจำนวนคดีกระทำทารุณเด็ก 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 ที่พบเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงเพศมีจำนวนมากกว่าเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกาย/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 โดยบิตามารดา พบว่า เด็กถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายมากที่สุด ด้วยวิธีการเฆี่ยนตีด้วยไม้หรือเข็มขัด 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 โดยเฉพาะทารกอายุน้อยกว่า 2 ปี, การกระทำความรุนแรงทางร่างกาย (non-fatal case physical abuse) พบมากในกลุ่มเด็กเล็ก (3-12 ปี) และการกระทำความรุนแรงทางเพศ พบมากในกลุ่มวัยรุ่น และเด็กเล็ก
เพศ	เด็กหญิง มีโอกาสที่จะถูกระทำความรุนแรงมากกว่าเด็กชายในเรื่อง 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 ปัญหาการหย่าร้างและภูมิหลังประสบการณการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง
- 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 ร่วมด้วย
- 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 กังวลต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องทำร้าย
- 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 หรือกระทำความผิดทางกฎหมาย มักมีประวัติเคยถูกกระทำทารุณ ในวัยเด็กมาก่อน^{38,48}

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

เด็ก และหลีกเลี่ยงการใช้กระบวนการทางอาญา ยกเว้นกรณีที่ร้ายแรงเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กไทยจากการกระทำความรุนแรงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลในทุกๆระดับของสังคม 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

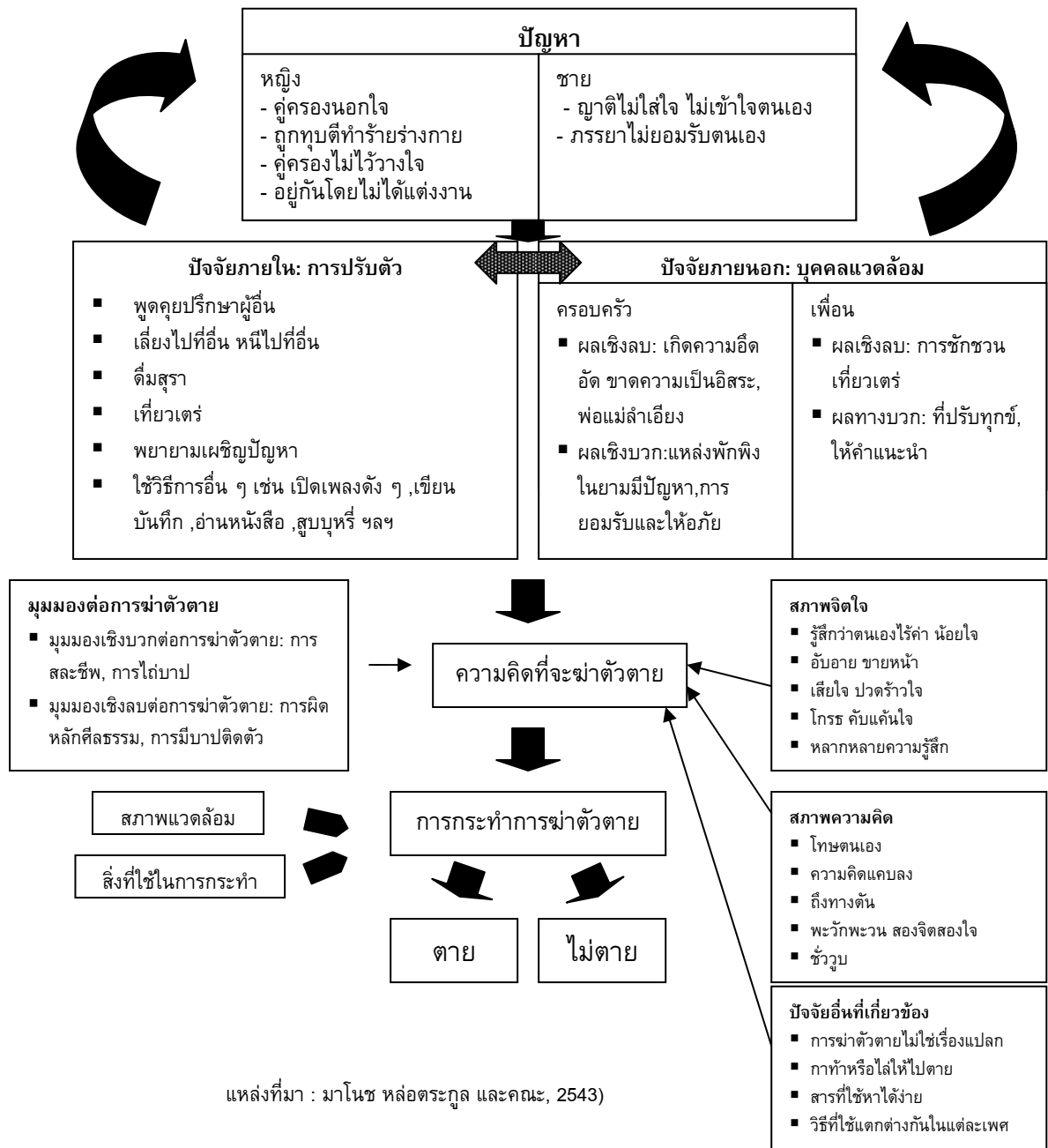
ผศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล (2550)⁵⁰ แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แบ่งการฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

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

กระบวนการของพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

จากงานวิจัยของมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2543)⁵¹ ได้ทำการศึกษาลักษณะปัญหากดดัน 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 ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่เกิดจากคู่รักหรือสามีไปมีหญิงอื่น เป็นต้น 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

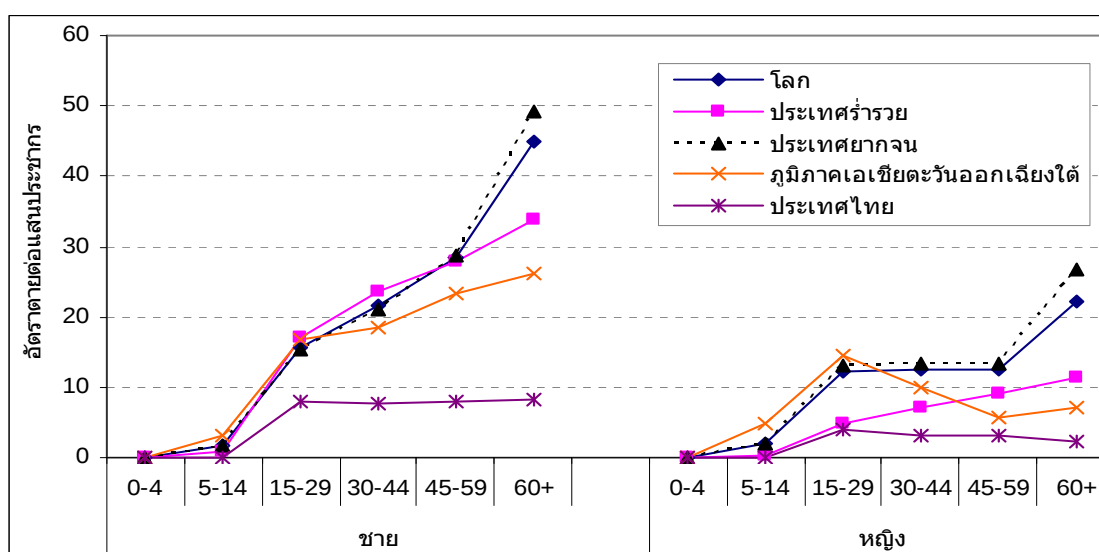
ที่จัดการกับปัญหาไม่ได้นำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งมีสิ่งกระตุ้น 4 ประการ คือ สภาพจิตใจ สภาพความคิด มุมมองต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่เอื้อให้เกิดความคิดในแง่ลบต่อตนเอง จนนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้การเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมด้วยเช่นกัน 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) หรือการตกการแฉงนับ (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

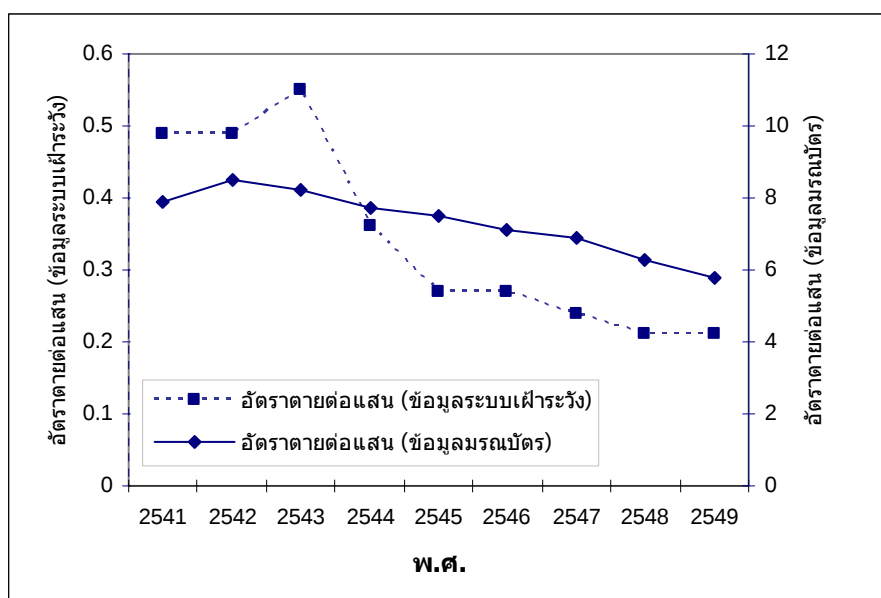
จากข้อมูลการบาดเจ็บและการตายจากการฆ่าตัวตายในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖¹ ของสำนักโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549 แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้บาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย มีจำนวนมากกว่าจำนวนผู้ตายจากการฆ่าตัวตาย กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2518 มีอัตราส่วนระหว่างผู้บาดเจ็บต่อผู้ตายจากการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 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 โดยคิดเป็นอัตราส่วนจำนวนผู้ตาย เพศชายต่อจำนวนผู้ตายเพศหญิง 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

รายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖² ของสำนักโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549

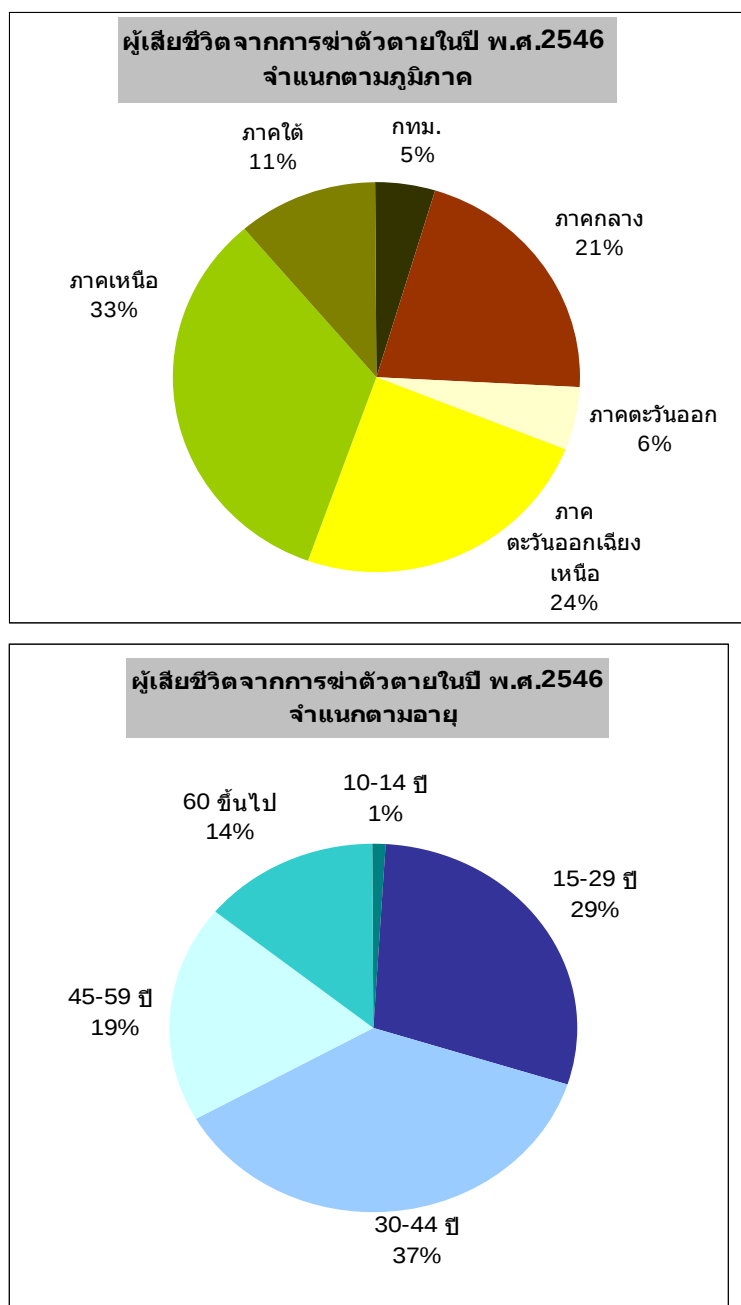
สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยจำแนกตามอายุ และภูมิภาค

ข้อมูลการตายจากการฆ่าตัวตายจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ ของสำนักโรคระบาด 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 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖¹ เป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานอนามัยทุกแห่ง (โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โรงพยาบาลเอกชนยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด) ในการเฝ้าระวังโรค/ภัย ที่อาจเกิดการระบาดได้ 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



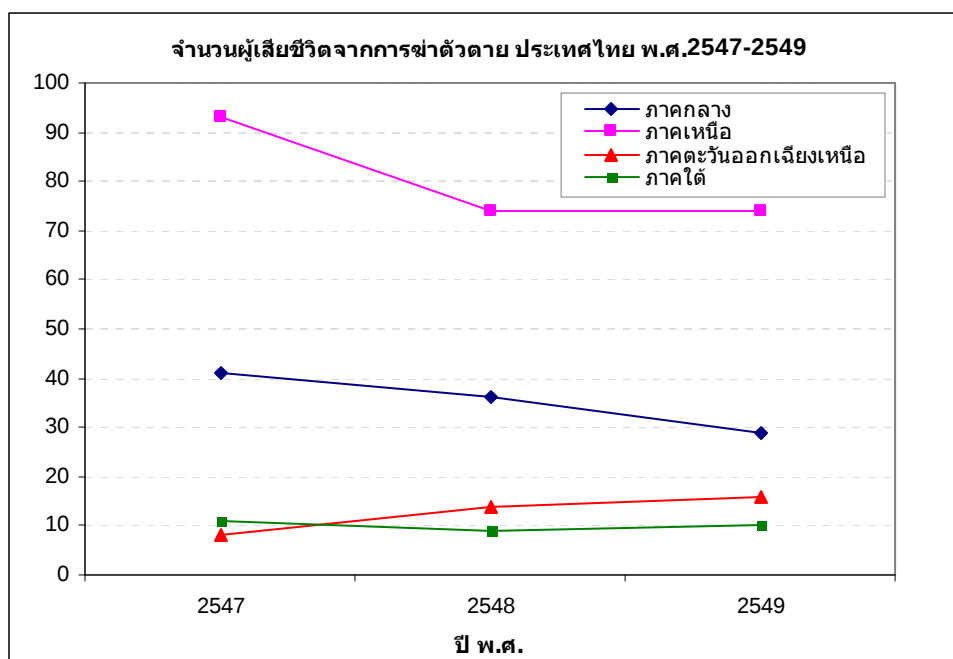
แหล่งที่มา : การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

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 พบว่า จำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีแขวนคอมีจำนวนมากที่สุด 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 ย่อมจะสามารถแก้ไขปัญหาก็เข้ามากระทบได้ดีกว่า 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

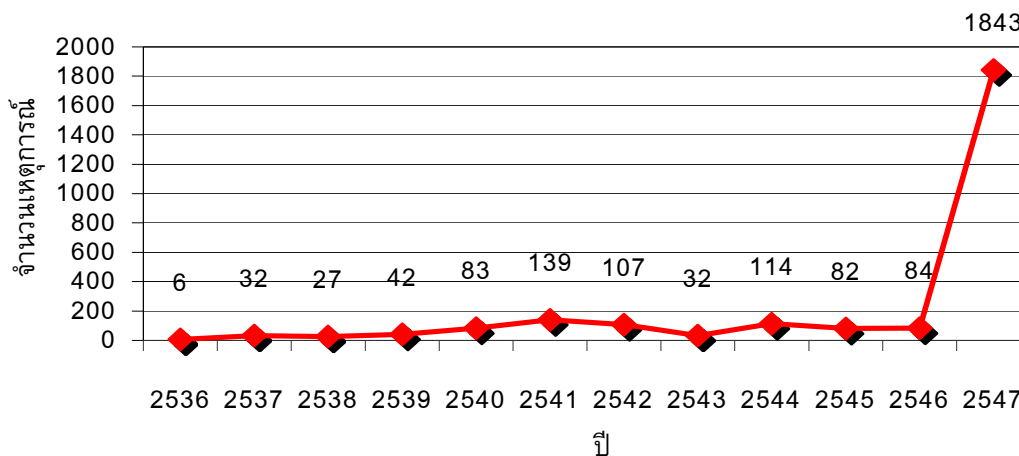
3. สถานการณ์และผลกระทบจากความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้

3.1 ความเป็นมาและแนวโน้ม

นับตั้งแต่เหตุการณ์ปล้นปืนจากค่ายทหารกองพันทหารพัฒนาที่ 4 (ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์) บ้านปิเหล็ง อ.เจาะไอร้อง จ.นราธิวาส ที่ทำให้ทหารยามเฝ้าคลังแสงเสียชีวิตจำนวน 4 นาย และอาวุธปืนถูกปล้นไปเป็นจำนวนมาก เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2547⁶² ปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบและการก่อความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น การก่อจลาจล การเผาทำลายสถานที่ราชการโดยเฉพาะโรงเรียนและสถานีดารวจ รวมไปถึงการทำร้ายเจ้าหน้าที่และประชาชนผู้บริสุทธิ์รายวัน ได้ทวีความรุนแรงและขยายพื้นที่มากขึ้น จนอาจถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของจังหวัดชายแดนภาคใต้และของประเทศไทย

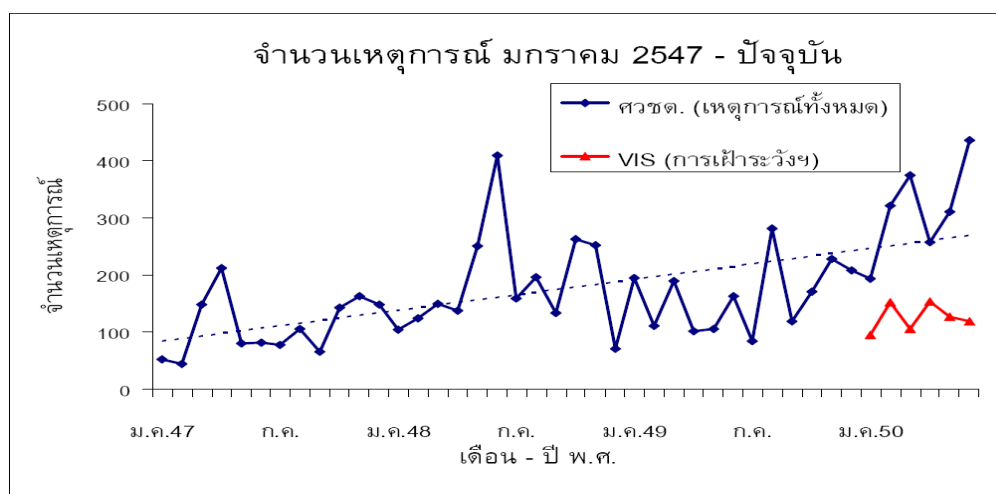
ผศ. ดร. ศรีสมภพ จิตกริรมย์ศรี อาจารย์คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ความรุนแรงย้อนหลังตั้งแต่ปี 2536⁶³ พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 มีเหตุการณ์ความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน⁶⁴ ดังแผนภูมิที่ 3.1 และจากข้อมูลของศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชด.) ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงกลางเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงทั้งสิ้นรวม 8,521 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 6,037 คน ในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บแล้วเสียชีวิตรวม 2,027 คน และพบว่าจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^{65,66} ดังแผนภูมิที่ 3.2

แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนเหตุการณ์ของการก่อความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2536 – 2547



แหล่งที่มา : การศึกษาของ ศรีสมภพ จิตกริรมย์ศรี ปี พ.ศ. 2548

แผนภูมิที่ 3.2 จำนวนเหตุการณ์ของการก่อความไม่สงบทั้งหมด ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน



แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance - VIS) ประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550

3.2 การวัดความรุนแรงและผลกระทบ (Measuring violence and its impact)

3.2.1 ผลกระทบด้านสุขภาพ (Impact on health)

การวัดหรือการประเมินผลกระทบจากความรุนแรงด้านสุขภาพโดยทั่วไป ที่วัดและเห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดก็คือ อัตราการตาย อัตราป่วย และความพิการ⁶⁷ ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ตัวอย่างของผลกระทบด้านสุขภาพโดยตรงเมื่อเกิดเหตุความขัดแย้ง

ผลกระทบด้านสุขภาพ (Health impact)	สาเหตุ (Cause)
การเพิ่มขึ้นของอัตราการตาย (Increased mortality)	- การตายจากสาเหตุภายนอก โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับอาวุธ - การตายจากโรคติดเชื้อ เช่น โรคหัด โรคโปลิโอ โรคบาดทะยัก และมาลาเรีย - การตายจากโรคไม่ติดต่อ รวมไปถึงโรคที่สามารถป้องกันได้โดยกลไกสาธารณสุข รวมไปถึงโรคหอบหืด เบาหวาน และการฆ่าตัดถูกเงิน
การเพิ่มขึ้นของอัตราป่วย (Increased morbidity)	- การบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอก โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับอาวุธ การทำร้ายร่างกาย(mutilation) วัตถุระเบิด วางเพลิง และสารพิษ - โรคติดเชื้อ - เกี่ยวข้องกับน้ำ เช่น อหิวาตกโรค ไทฟอยด์ และโรคบิดไม่มีตัว - เกี่ยวข้องกับแมลงนำโรค เช่น มาลาเรีย และ onchocerciasis - โรคติดต่ออื่นๆ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - อนามัยเจริญพันธุ์ - การเพิ่มขึ้นของการตายทารกระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา (Stillbirth) และการคลอดก่อนกำหนด (Premature birth) การเพิ่มขึ้นของการคลอดเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (Low

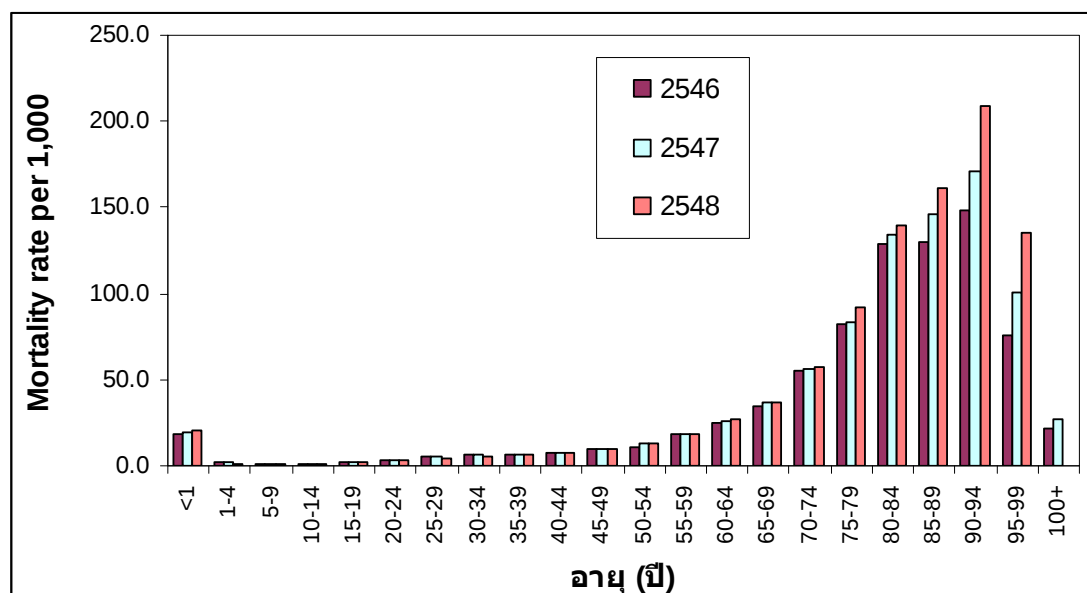
ผลกระทบด้านสุขภาพ (Health impact)	สาเหตุ (Cause)
	birth weight) และการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ○ ภาวะระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เนื่องจากการสัมผัสสารเคมีและรังสีอันตราย ● โภชนาการ ○ ภาวะขาดสารอาหารแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง และความผิดปกติหลายชนิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องสารอาหาร ● ภาวะสุขภาพจิต ○ ภาวะหวาดระแวง (Paranoid) ○ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ○ ภาวะกีดกันจากความเครียด (Post-traumatic stress disorders) ○ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
การเพิ่มขึ้นของความพิการ (Increased disability)	● ทางด้านร่างกาย ● ทางด้านจิตใจ ● ทางด้านสังคม

แหล่งที่มา : WHO (2002), World report on violence and health.

3.2.2 อัตราตายของทารก (Infant mortality)

ข้อมูลจากใบมรณบัตรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างปี พ.ศ.2546-2548 พบว่า จำนวนการเสียชีวิตของทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี มีจำนวนสูงขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป) ดังแผนภูมิที่ 3.3

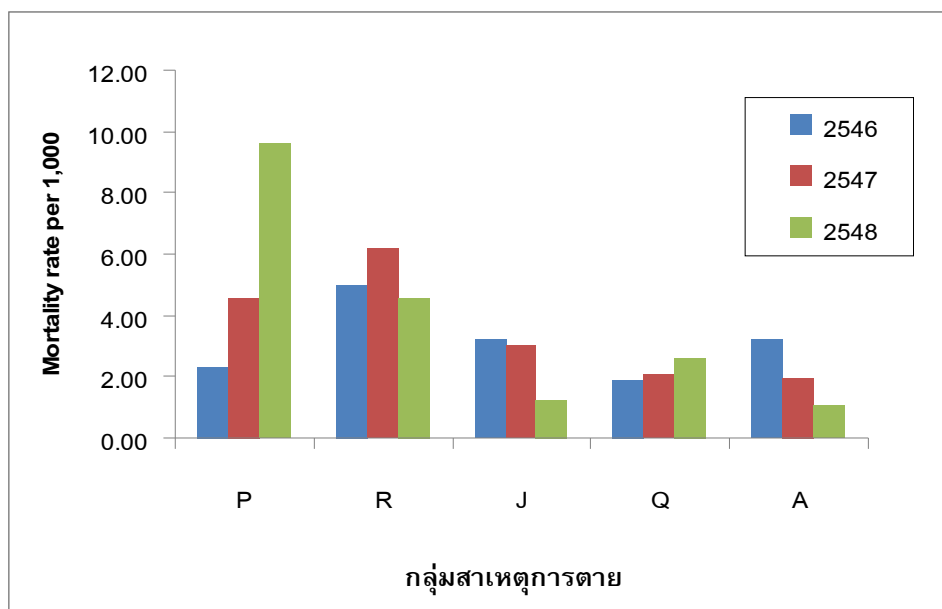
แผนภูมิที่ 3.3 อัตราผู้เสียชีวิตใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2548 จำแนกตามกลุ่มอายุ



แหล่งที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย โดยดูจากตัวแปรรายละเอียดสาเหตุการตาย และรหัสสาเหตุการตาย จำแนกตามรหัส ICD-10 ของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่า การตายปริกำเนิด และภาวะผิดปกติแต่กำเนิด เป็นสาเหตุหลักของการตายในกลุ่มอายุนี้นี้ในปี พ.ศ. 2548 ดังแผนภูมิที่ 3.4

แผนภูมิที่ 3.4 อัตราผู้เสียชีวิตที่อายุน้อยกว่า 1 ปีใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2548 จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการตายสูงสุด 5 อันดับแรก



P=Certain conditions originating in the perinatal period

R=Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

J=Diseases of the respiratory system

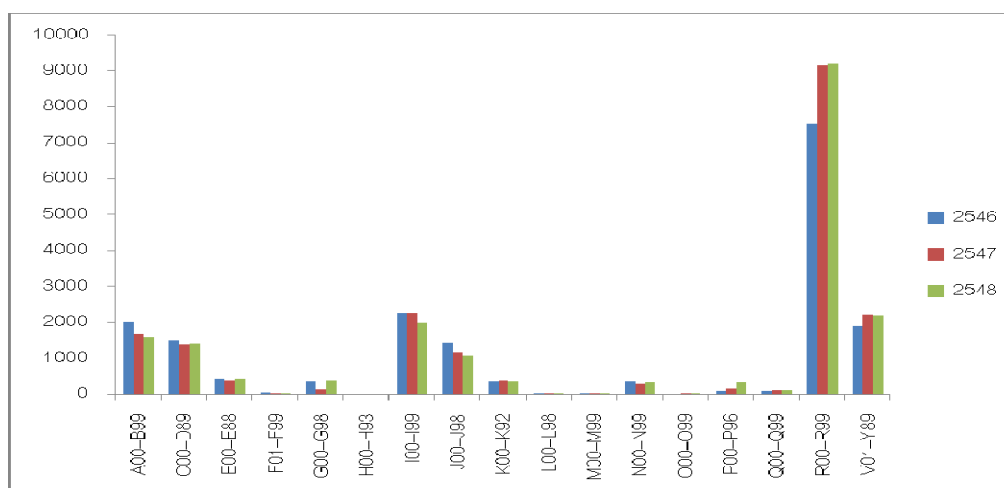
Q=Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

A=Certain infectious and parasitic diseases

3.2.3 การตายจากโรคติดเชื้อ (Infectious and parasitic diseases)

จากการศึกษาข้อมูลสถิติการตายใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) จากโรคติดเชื้อ (A00-B99) โดยดูจากสาเหตุการตายในใบมรณบัตร พบว่า มีจำนวนลดลง แต่กลุ่มของอาการที่ไม่สามารถระบุโรคได้ (R00-R99) มีจำนวนสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่าส่วนหนึ่งจะเป็นอาการของกลุ่มโรคติดเชื้อที่เรียกว่า Sepsis เช่น ภาวะมีไข้ เป็นต้น ดังแผนภูมิที่ 3.5

แผนภูมิที่ 3.5 จำนวนผู้เสียชีวิตใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) ระหว่างปี 2546-2548 ตามกลุ่มสาเหตุการตาย



แหล่งที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

NOTE: อ้างอิงตามบัญชีจำแนกโรครหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10)

A00-B99	Certain infectious and parasitic diseases
C00-D89	Neoplasms & Disease of the blood and blood-forming organ, disorders involving the immune mechanism
E00-E88	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
F01-F99	Mental and behavioural disorders
G00-G98	Diseases of the nervous system
H00-H93	Diseases of the eye, adnexa, ear and mastoid process
I00-I99	Diseases of the circulatory system
J00-J98	Diseases of the respiratory system
K00-K92	Diseases of the digestive system
L00-L98	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
M00-M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
N00-N99	Diseases of the genitourinary system
O00-O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium
P00-P96	Certain conditions originating in the perinatal period
Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
R00-R99	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
V01-Y89	External causes of morbidity and mortality

3.2.4 การบาดเจ็บและเสียชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง(Morbidity and Mortality from Violence-related Injuries)

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้ทำการศึกษาการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกิดจากความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2547 โดยการรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากฐานข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ⁶⁸ พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 มีผู้บาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 1,213 ราย (อัตราการบาดเจ็บ 68.6 คน ต่อประชากรแสนคน) ผู้เสียชีวิตจำนวน 608 ราย (อัตราตาย 34.5 คน ต่อประชากรแสนคน) และคิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 50.3 ดังรายละเอียดตารางที่ 3.2 โดยเหตุการณ์จลาจลใหญ่ 2 ครั้ง คือ เหตุการณ์กรือเซะ และเหตุการณ์ตากใบ เป็นสาเหตุให้มีจำนวน ผู้บาดเจ็บถึง 280 ราย และเสียชีวิต 192 ราย โดยประมาณ

ตารางที่ 3.2 จำนวน อัตราการบาดเจ็บ อัตราตาย และอัตราป่วยตายจากสาเหตุความรุนแรงจากการบาดเจ็บ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547

จังหวัด	จำนวนผู้บาดเจ็บ (คน)	อัตราบาดเจ็บ (/แสนประชากร)	อัตราตาย (/แสนประชากร)	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
ปัตตานี	251	40.1 (35.1-45.0)	22.2	55.4
ยะลา	218	48.2 (41.8-54.6)	20.1	41.7
นราธิวาส	464	67.4 (41.2-13.5)	27.3	40.5
กรือเซะ และ ตากใบ	280	-	-	68.6
รวมทั้งหมด	1,213	68.6 (64.8-72.5)	34.5	50.3

แหล่งที่มา : สำนักโรคบาดเืยทา กรมควบคุมโรค

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในข้างต้นกับข้อมูลทางสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2543 พบว่า จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยมีอัตราตายจากความรุนแรงสูงกว่าค่าคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ประมาณ 2 เท่า⁶⁷ ดังตารางที่ 3.3 (Estimated global violence-related deaths, 2000) กล่าวคือ พบอัตราตายจากการถูกผู้อื่นทำร้าย (Homicide) เท่ากับ 8.8 คน ต่อแสนประชากร ขณะที่อัตราตายที่เกี่ยวข้องกับสงคราม (War-related) เท่ากับ 5.2 คน ต่อแสนประชากร

ตารางที่ 3.3 ค่าประมาณการของอัตราการเสียชีวิตจากความรุนแรงทั่วโลก (Estimated global violence-related deaths, 2000)

Type of violence	Number*	Rate per 100,000 population**	Proportion of total (%)
Homicide	520,000	8.8	31.3
Suicide	815,000	14.5	49.1
War-related	310,000	5.2	18.6
Total***	1,659,000	28.8	100.0
Low-to middle-income countries	1,510,000	32.1	91.1
High-income countries	149,000	14.4	8.9

แหล่งที่มา : WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1

*Rounded to the nearest 1000

**Age-standardized

***Includes 14 000 intentional injury deaths resulting from legal intervention.

จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค (Disability Adjusted Life Years) หรือ DALYs ซึ่งมีหน่วยวัดเป็นปีที่สูญเสียไปจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years of Life Lost due to Disability: YLD) และจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) ที่จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อศึกษาภาระที่เกิดจากสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสาเหตุให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทยสูงถึง 14,260 ปี โดยมีจำนวนปีที่สูญเสียไปจากความเจ็บป่วยหรือพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในเพศชายมีค่าเท่ากับ 196 และ 13,713 ปี ตามลำดับ ขณะที่ในเพศหญิง เท่ากับ 188 และ 351 ปี ตามลำดับ หากจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะจากสถานการณ์ความรุนแรงในภาคใต้พบมากที่สุด ในเพศชาย กลุ่มอายุ 15-59

ปี (ตารางที่ 3.4) โดยสัดส่วนความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:38.7 และสัดส่วนอุบัติการณ์การบาดเจ็บในเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:23.7 และจากการศึกษาพบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการจากสาเหตุสถานการณ์ความรุนแรงในภาคใต้มีค่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร เนื่องมาจากผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากความรุนแรงนี้ส่วนใหญ่เสียชีวิต โดยคิดเป็นอัตราป่วยตายสูงถึง ร้อยละ 50

ตารางที่ 3.4 ภาระโรคและการบาดเจ็บ (DALYs) จากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) พ.ศ. 2547

กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง			ทั้งชายและหญิง		
	Population	DALYs	DALYs per 100,000	Population	DALYs	DALYs per 100,000	Population	DALYs	DALYs per 100,000
0-4	88,815	0	0.0	83,249	0	0.0	172,064	0	0.0
5-14	182,262	82	44.8	174,428	0	0.3	356,690	82	23.0
15-29	230,872	5,350	2,317.1	227,850	111	48.5	458,722	5,460	1,190.3
30-44	188,048	4,809	2,557.5	197,040	134	68.2	385,088	4,944	1,283.8
45-59	105,733	3,085	2,917.8	112,427	58	51.4	218,160	3,143	1,440.6
60-69	42,304	550	1,300.7	49,724	40	81.3	92,028	591	641.8
70-79	25,173	25	99.2	31,008	15	49.6	56,181	40	71.8
80+	12,370	0	0.0	16,284	-	-	28,654	0	0.0
Total	875,577	13,901	1,587.6	892,010	359	40.2	1,767,587	14,260	806.7

แหล่งที่มา : โครงการดำเนินการพัฒนาการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (2547)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

หากเปรียบเทียบความสูญเสียปีสุขภาวะจากสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้กับสาเหตุอื่นๆ พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะจากสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของความสูญเสียปีสุขภาวะจากการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายและสงคราม หรือเท่ากับ 807 ปี ต่อแสนประชากร อยู่ในอันดับที่ 4 รองจาก HIV/AIDS, อุบัติเหตุจากรถ (RTIs) และโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.5) และเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายโดยอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากโรคเอชไอวี/เอดส์ และอุบัติเหตุจากรถ ตามลำดับ

ตารางที่ 3.5 อันดับภาระโรคและการบาดเจ็บ (DALYs) ระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2547

Year 2004			
Rank	Disease	DALYs('000)	DALY rate (per 100,000)
1	HIV/AIDS	936	1,497
2	Traffic accidents	709	1,134
3	Stroke	645	1,031
4	Diabetes	446	713
5	Liver and bile duct cancer	405	647

แหล่งที่มา : โครงการดำเนินการพัฒนาการจัดทำเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (2547)
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

3.2.5 ผลกระทบต่อระบบการเข้าถึงการรักษาพยาบาล (Health care service)

ในช่วงระยะเวลา 43 เดือนที่ผ่านมา (มกราคม พ.ศ. 2547 – มิถุนายน พ.ศ. 2550) พบความสูญเสียทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ และสถานที่บริการทางการแพทย์จำนวนมาก สถานือนามัยถูกเผาพังเพลิงและระเบิดจำนวน 12 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้ายบาดเจ็บจำนวน 21 คน และเสียชีวิตจำนวน 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ถูกทำร้ายรวมทั้งสิ้น 38 คน (บาดเจ็บ 9 คน และเสียชีวิต 29 คน)⁶⁹

3.2.6 การเข้าพื้นที่ของกองกำลังทหารและความสูญเสียด้านกำลังพล

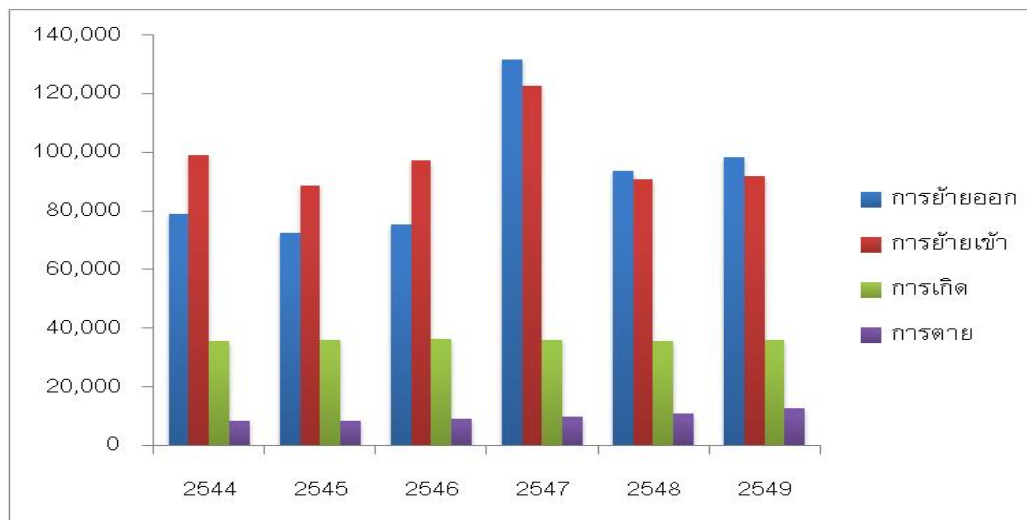
จากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ รัฐบาลจำเป็นต้องส่งกำลังพลทหารลงไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ดังกล่าวเป็นจำนวนมาก และส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน จากการศึกษาอัตราตายของผู้ได้รับการบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่จำแนกตามเวลาและประเภทของสงคราม⁷⁰ (สงครามโลกครั้งที่ 2 สงครามเวียดนาม และสงครามอิรัก/อัฟกานิสถาน) พบว่า ระบบการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตกำลังพลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบสัดส่วนการเสียชีวิตของกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บลดลงจากร้อยละ 22.8 ในสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นร้อยละ 16.5 ในสงครามเวียดนาม และลดลงถึงร้อยละ 8.8 ในสงครามอิรักและอัฟกานิสถาน อย่างไรก็ตาม จากการรายงานข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่ของกำลังพลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้⁶⁸ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า สัดส่วนการเสียชีวิตของกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมดเฉพาะในส่วนของการทหาร คิดเป็นร้อยละ 49.3 มากกว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสงครามอิรัก/อัฟกานิสถานถึง 5 เท่า และมากกว่ากำลังพลของสหรัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ในสงครามเวียดนามเมื่อ 40 ปีที่แล้วถึง 3 เท่า แสดงให้เห็นได้ว่าการให้บริการทางการแพทย์สำหรับกำลังพลของกองทัพในพื้นที่ดังกล่าวนี้มีประสิทธิภาพต่ำ ควรได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นรายวัน

3.2.7 ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร (Demographic Impact)

3.2.7.1 การย้ายถิ่นฐานของประชากร (ย้ายเข้า และย้ายออกพื้นที่)

จากการศึกษาสถิติการย้ายถิ่นฐานของประชากรในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา พบว่า มีประชากรย้ายออกจากพื้นที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ปีละ 23,219 คน เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยหลังจากเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง 3 ปี (พ.ศ. 2547-2549) และมีการย้ายเข้าลดลงเฉลี่ยปีละ 5,228 คน เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2544-2546) ขณะที่พบค่าเฉลี่ยการตายสูงขึ้นถึง 2,374 คนต่อปี และการเกิดอยู่ในระดับใกล้เคียงก่อนเกิดเหตุการณ์⁷¹ (แผนภูมิที่ 3.4) นอกจากนี้ ยังมีการเคลื่อนย้ายกำลังพลของกองทัพเข้าไปในพื้นที่ประมาณ 20,000 นาย โดยกระจายไปอยู่ในทุกอำเภอในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และมีการสับเปลี่ยนกำลังหมุนเวียนทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี

แผนภูมิที่ 3.6 สถิติประชากรตามทะเบียนราษฎร (ย้ายออก ย้ายเข้า การเกิด และการตาย) ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2549



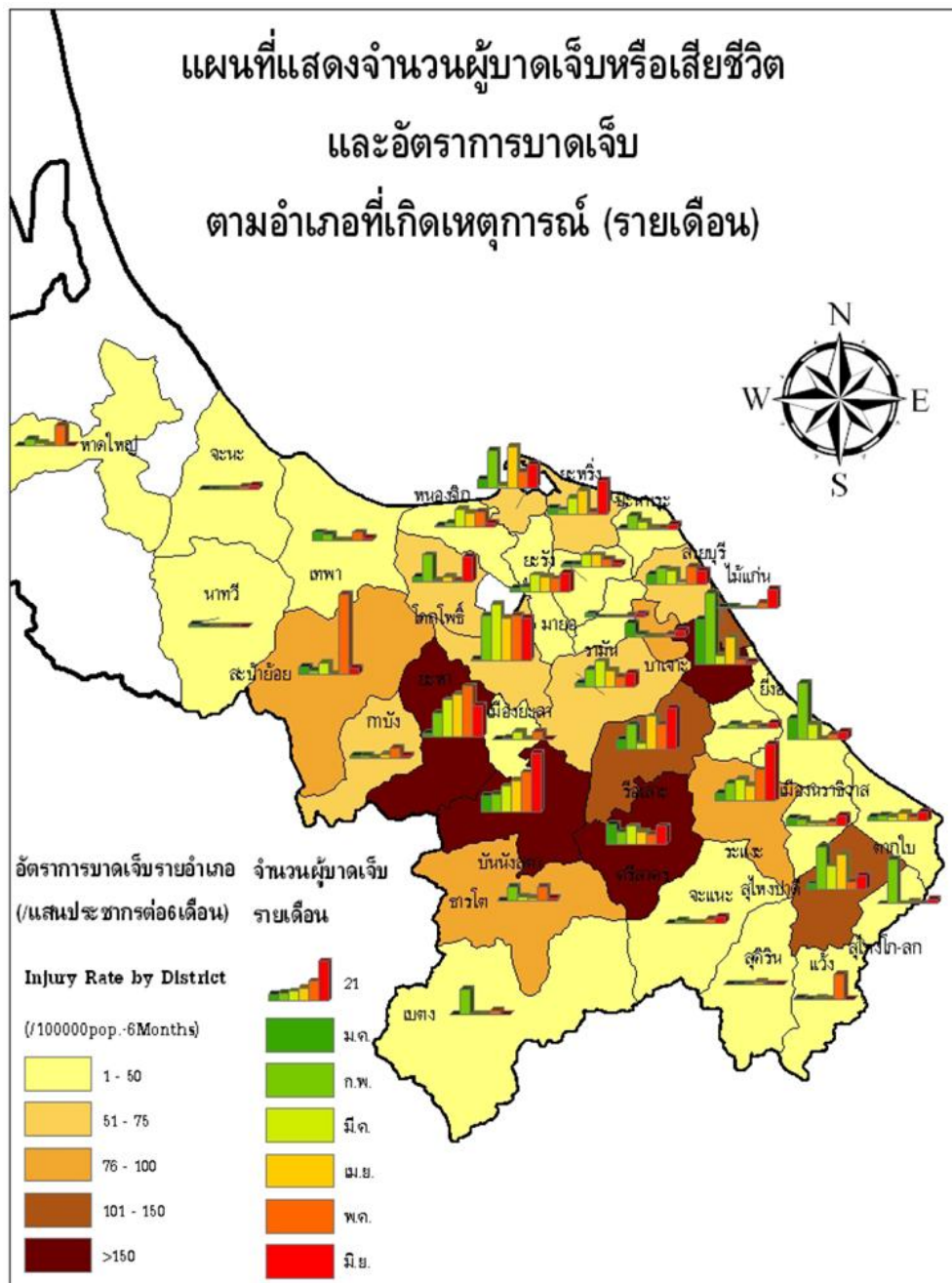
3.3 ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ

ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ ศบ.สส.⁷² ขึ้นเป็นหน่วยงานเทียบเท่ากับกองของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีภารกิจหลัก คือ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและจัดตั้งระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violent-related Injury Surveillance) ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในโครงการพัฒนาระบบและจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violent-related Injury Surveillance) โดยมีโรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังในพื้นที่รวม 47 แห่ง (Population Base Surveillance)

3.3.1 รูปแบบของความรุนแรง

จากการรายงานระบบเฝ้าระวังในรอบ 6 เดือน (เดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2550)^{66Error! Bookmark not defined.}⁷³ พบเหตุการณ์ความรุนแรง จำนวน 690 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจำนวน 1,307 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 258 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 19.77 และผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวจำนวน 550 คน โดยจังหวัดที่มีอัตราการบาดเจ็บสูงสุด คือ จังหวัดยะลา รองลงมาคือ จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และสงขลา ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดที่มีอัตราตายสูงที่สุดคือ จังหวัดนราธิวาส รองลงมาคือ จังหวัดยะลา ปัตตานี และสงขลา ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุดคือ จังหวัดสงขลา รองลงมาคือ จังหวัดปัตตานี นราธิวาส และยะลา ตามลำดับ รายละเอียดจัดแผนภูมิที่ 3.7

แผนภูมิที่ 3.7 จำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต และอัตราการบาดเจ็บ จำแนกตามอำเภอที่เกิดเหตุการณ์รายเดือน



สถานที่เกิดเหตุความไม่สงบส่วนใหญ่มักเกิดบนถนนหรือทางหลวง รองลงมาคือ สถานที่ขายสินค้าและบริการ เวลาเกิดเหตุมักอยู่ระหว่าง 06.00-10.00น. และ 17.00-21.00น. กลุ่มอายุของผู้บาดเจ็บที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 15-29 ปี และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุ 30-44 ปี เป็นเพศชาย และนับถือศาสนาพุทธ ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุส่วนใหญ่คือ กำลังทำงาน หรือ กำลังการเดินทางไปทำงานที่ได้ค่าตอบแทน

สาเหตุของการบาดเจ็บมักเกิดจากการถูกทำร้ายโดยวัตถุระเบิด รองลงมาคือ ถูกทำร้ายโดยอาวุธปืน และสาเหตุหลักของการเสียชีวิตเกิดจากการถูกทำร้ายด้วยอาวุธปืน โดยทั้งผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีบาดแผลเปิดที่บริเวณศีรษะ พบผู้บาดเจ็บเสียชีวิตในที่ที่เกิดเหตุร้อยละ 11.85 และสามารถคาดประมาณเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บได้เท่ากับ 4.9 ล้านบาท โดยคิดจากจำนวนผู้บาดเจ็บ 776 ราย หรือร้อยละ 49.4 ที่มีข้อมูลค่าใช้จ่าย

กล่าวโดยสรุป คือ ปัญหาจากความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบโดยตรงคือ การสูญเสียชีวิต พิการ และบาดเจ็บ รวมถึงการทำลายระบบการเข้าถึงและการให้บริการทางสาธารณสุข ผลกระทบทางอ้อม คือ ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม เช่น การเข้าพื้นที่ของทหารจำนวนมากขึ้นทำให้ระบบสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำลายโครงสร้างของครอบครัว การเกิดขึ้นของค่ายผู้อพยพ เกิดบรรยากาศความตึงเครียดระยะยาว และผลกระทบต่อระบบสุขภาพของชุมชน⁷⁴

ความรุนแรงในพื้นที่ภาคใต้ถือเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย นอกเหนือจากส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตแล้ว ยังนำมาซึ่งอันตรายในรูปแบบต่างๆ อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของประชาชน รวมทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมด้วย ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน จึงควรคำนึงถึงปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้สามารถมองปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศได้ครอบคลุม ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และสามารถกำหนดมาตรการหรือแนวทางป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการกระทำความรุนแรง

4.1 สถานการณ์และแนวโน้มของภาระโรคที่เกิดจากการกระทำความรุนแรงในประเทศไทย

จากการคาดประมาณอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรงขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2545⁷⁵ พบว่า อัตราตายจากการทำร้ายตนเองคิดเป็น 14 ต่อแสนประชากร (54% ของการตายจากความรุนแรง) อัตราตายจากการถูกทำร้ายคือ 9 ต่อแสนประชากร (34.6%) และอัตราตายจากสงคราม 2.8 ต่อแสนประชากร (11%) (ตารางที่ 4.1)

ความสูญเสียที่เกิดจากการเสียชีวิตและการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากสาเหตุของความรุนแรงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2542⁷⁶ คิดเป็นอัตราตายจากการทำร้ายตนเอง 14 ต่อแสนประชากร อัตราตายจากการถูกทำร้ายประมาณ 13 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราตายจากการถูกทำร้ายสูงกว่าประเทศออสเตรเลียประมาณ 9 เท่า และเมื่อวัดความสูญเสียทางสุขภาพเป็นดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรในปี พ.ศ. 2547 มีค่าประมาณ 3.9 แสนปี DALYs (3.05 แสนปีสำหรับชายและ 0.84 แสนปี สำหรับหญิง) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 4.1 ของความสูญเสียทั้งหมด โดยสัดส่วนของความสูญเสียนี้มาจากการทำร้ายตนเอง (suicides) ประมาณร้อยละ 2.1 และมาจากการถูกทำร้าย (homicides) ร้อยละ 2.0 และร้อยละ 78 เป็นความสูญเสียที่เกิดในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า การถูกทำร้าย และการทำร้ายตนเอง จัดเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะอันดับที่ 8 และ 9 ในเพศชาย ซึ่งความสูญเสียนี้ต่ำกว่าผลการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกที่ประมาณความสูญเสียปีสุขภาวะจากความรุนแรงในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 6.9 แสนปี DALYs

จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2546⁷⁷ พบว่า DALYs ที่เกิดจากความรุนแรงประมาณ 5.9 หมื่นปี DALYs หรือร้อยละ 2.3 จากความสูญเสียจากทุกสาเหตุ โดยจำแนกเป็นความสูญเสียจากการทำร้ายตนเองร้อยละ 1.9 และการถูกทำร้ายร้อยละ 0.4 และพบว่าความสูญเสียในเพศชายสูงกว่าหญิง 3.3 เท่า และพบว่าสัดส่วนของความสูญเสียจากการทำร้ายตนเองสูงกว่าการถูกทำร้ายมาก กล่าวคือ ประมาณ 90% ของการเสียชีวิตโดยเจตนา เป็นการทำร้ายตนเอง

การศึกษาการบาดเจ็บในเขตยุโรป เมื่อปี พ.ศ. 2545⁷⁸ พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากความรุนแรงประมาณ 257,000 รายต่อปี คิดเป็น 32% ของเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทุกสาเหตุ โดยมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 164,000 รายต่อปี (ประมาณร้อยละ 64 ของการตายจากความรุนแรง) และยังพบว่าร้อยละ 54 ของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เป็นประชากรที่มีอายุ 30-59 ปี

ตารางที่ 4.1 ความสูญเสียจากการกระทำความรุนแรง

	Deaths			DALYs		
	Number ('000)	Rate per 100,000	%	DALYs ('000)	Rate per 100,000	%
World (2003) ¹	1613.3	25.79	100.0	48768.0	783.43	100.0
Suicide and self-inflicted injuries	876.5	14.03	54.3	20835.5	334.71	42.7
Homicide and violence	558.6	8.99	34.6	21427.4	344.22	43.9
War	178.2	2.77	11.0	6505.1	104.5	13.3
Australia (2003) ²	2.6	12.9	100.0	59.2	297.7	100.0
Suicide and self-inflicted injuries	2.3	11.5	89.1	49.9	251.1	84.3
Homicide and violence	0.3	1.4	10.9	9.2	46.4	15.6
War	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.1

	Deaths			DALYs		
	Number ('000)	Rate per 100,000	%	DALYs ('000)	Rate per 100,000	%
Thailand (1999) ^{/3}	16.3	27.10	100.0	389.0	645.35	100.0
Suicide and self-inflicted injuries	8.4	13.90	51.3	196.1	325.36	50.4
Homicide and violence	7.9	13.17	48.6	192.4	319.15	49.5
War	0.0	0.03	0.1	0.5	0.84	0.1
Thailand (2004) ^{/4}	11.5	18.32	100.0	271.7	434.5	100.0
Suicide and self-inflicted injuries	6.5	10.36	56.6	144.3	230.8	53.1
Homicide and violence	5.0	7.95	43.4	127.2	203.5	46.8
War	0.0	0.01	0.0	0.2	0.3	0.1

^{/1} World Health Organization. (2003) *The World health report: 2003: shaping the future*.

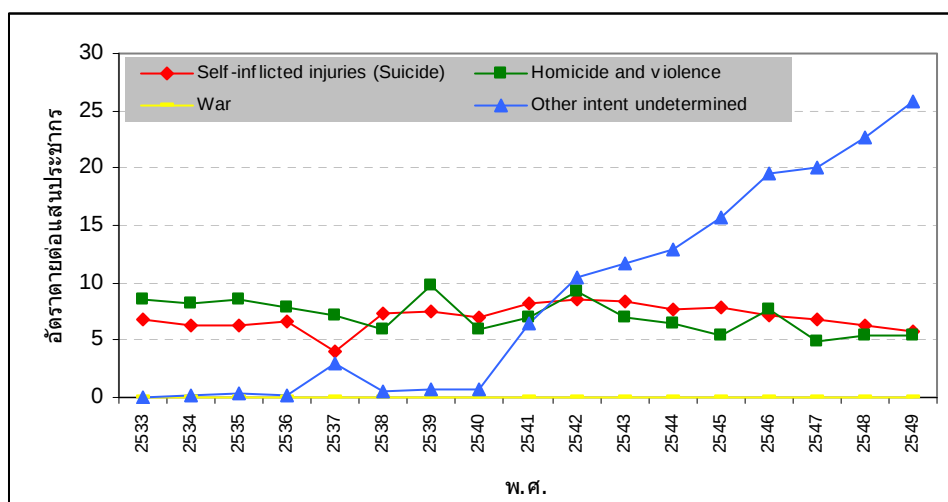
^{/2} Begg S et al. (2003) *The burden of disease and injury in Australia 2003*.

^{/3} The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. (2002) *Burden of Disease and Injuries in Thailand: priority setting for policy*.

^{/4} International Health Policy Program. (2006) *A Study Report on Implementation of the guidelines for estimating the costs of interpersonal and self-directed violence in Thailand*.

จากแนวโน้มอัตราการตาย (ข้อมูลมรณบัตร) ที่ผ่านมาในช่วงปี 2533-2549 ในรูปที่ 4.1 พบว่า การเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองและการถูกทำร้ายของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ขณะที่อัตราการตายจากการบาดเจ็บแบบไม่ทราบเจตนาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จนถึงปัจจุบัน

แผนภูมิที่ 4.1 อัตราตายจากการบาดเจ็บแบบเจตนาและไม่ทราบเจตนา ประเทศไทย พ.ศ.2547



ในบทนี้เป็นการนำเสนอการคาดประมาณความสูญเสียทั้งจากการตายและการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากการกระทำความรุนแรง จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. 2547² (รายละเอียดของระเบียบวิธีการศึกษา ดูตารางผ-4.1)

นอกจากนี้ ในหัวข้อ 4.2 ได้สรุปผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยประมาณการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากความรุนแรงจากความสูญเสียทางการรักษาพยาบาลและการสูญเสียกำลังผลิต

4.2 ภาระทางสุขภาพจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547

4.2.1 การเสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรง

จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 พบว่า อัตราการตายจากการทำร้ายตนเองประมาณ 10.4 ต่อแสนประชากร และอัตราตายจากการถูกทำร้ายคิดเป็น 7.9 ต่อแสนประชากร ประมาณร้อยละ 3 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีสาเหตุมาจากการกระทำความรุนแรง (จากค่าประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 4 แสนราย เป็นการตายจากความรุนแรงประมาณ 1 หมื่นราย) จำนวนและสัดส่วนของการตายจากความรุนแรงจำแนกตามสาเหตุและเพศแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การเสียชีวิตจากความรุนแรงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547

Cause of death	Males		Females		Both sexes	
	number	%	number	%	number	%
All causes	235,326	100%	176,361	100%	411,687	100%
Injury	42,152	18%	13,083	7%	55,235	13%
Intentional injuries	9,014	4%	2,438	1%	11,452	3%
Suicide and self-inflicted injuries	4,832	2%	1,646	1%	6,478	2%
Homicide and violence	4,177	2%	793	0%	4,969	1%
War	5	0%	-	0%	5	0%

จากตารางที่ 4.3 ซึ่งแสดงจำนวนและอัตราตายที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรง จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ชายเสียชีวิตจากความรุนแรงมากกว่าหญิงประมาณ 4 เท่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากความรุนแรงมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี

ถึงแม้จำนวนผู้เสียชีวิตจากความรุนแรงจะเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานมากกว่าวัยอื่นๆ แต่เมื่อพิจารณาอัตราตายจากการฆ่าตัวตายพบว่า วัยชรา (ทั้งชายและหญิง) มีอัตราตายสูงกว่าวัยอื่นๆ ส่วนอัตราตายจากการถูกทำร้ายสูงมากที่สุดในผู้ชายวัยรุ่นและวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี)

ตารางที่ 4.3 การเสียชีวิตจากความรุนแรงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

age group	Suicide and self-inflicted injuries						Homicide and violence					
	Males		Females		Both sexes		Males		Females		Both sexes	
	number	rate*	number	rate*	number	rate*	number	rate*	number	rate*	number	rate*
0-4	-	0.0	1	0.1	1	0.0	24	1.1	34	1.7	57	1.4
5-14	17	0.3	12	0.3	30	0.3	81	1.6	63	1.3	144	1.5
15-29	1,398	17.6	398	5.2	1,796	11.5	1,331	16.8	117	1.5	1,447	9.3
30-44	1,705	21.0	587	7.0	2,292	13.9	1,427	17.6	212	2.5	1,639	10.0
45-59	964	19.9	370	7.1	1,334	13.3	927	19.1	180	3.4	1,106	11.0
60-69	379	21.6	109	5.5	488	13.0	228	13.0	87	4.3	314	8.4
70-79	293	31.3	110	9.3	402	19.1	136	14.5	84	7.2	220	10.4
80+	76	27.1	59	13.1	135	18.5	25	8.8	17	3.7	41	5.7
all age	4,832	15.6	1,646	5.2	6,478	10.4	4,177	13.5	793	2.5	4,969	7.9

* rate per 100,000 population

4.2.2 การบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรง

จำนวนอุบัติเหตุการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรง ทั้งการทำร้ายตนเองและการถูกทำร้าย ที่ได้จากการศึกษานี้ คิดเป็นร้อยละ 16 ของการบาดเจ็บทั้งหมด โดย ร้อยละ 4 เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และร้อยละ 12 เกิดจากการถูกทำร้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งสัดส่วนนี้ไม่แตกต่างกับข้อมูลอุบัติการณ์จากระบบเฝ้าระวัง กล่าวคือ อุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ได้จาก 28 โรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังการ

บาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2547 พบว่า การบาดเจ็บที่เกิดจากการร้ายตนเองและการถูกทำร้ายประมาณร้อยละ 15 ของ การบาดเจ็บทั้งหมด โดยจำแนกเป็น การทำร้ายตนเองร้อยละ 4 และการถูกทำร้ายร้อยละ 11

ตารางที่ 4.4 จำนวนอุบัติเหตุการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547

Cause of injury	Male		Female		Both sexes	
	cases	%	cases	%	cases	%
Unintentional injuries	655,878	83%	371,241	87%	1,027,119	84%
1 RTA	187,234	24%	59,559	14%	246,793	20%
2 Poisoning	10,625	1%	9,399	2%	20,024	2%
3 Falls	139,887	18%	94,366	22%	234,253	19%
4 Fires	800	0%	315	0%	1,115	0%
5 Drowning	115	0%	66	0%	182	0%
6 Other unintentional	317,217	40%	207,536	49%	524,753	43%
Intentional injuries	133,621	17%	55,395	13%	189,016	16%
1 Suicide	16,217	2%	29,843	7%	46,060	4%
2 Homicide	117,374	15%	25,551	6%	142,925	12%
3 War	30	0%	1	0%	31	0%
4 Other intentional injuries	-	0%	-	0%	-	0%
All causes	789,499	100%	426,636	100%	1,216,135	100%

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและอัตราการบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บจากการเจตนาทำร้ายตนเองเป็นหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า ส่วน การบาดเจ็บจากถูกทำร้ายเป็นชายมากกว่าหญิง ประมาณ 5 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ชายที่มีอายุ 15-29 ปี มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายสูงกว่าผู้หญิงถึง 8 เท่า

วัยรุ่นหญิง (อายุ 15-29 ปี) 1 แสนคน มีจำนวนผู้ที่บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองประมาณ 237 คน ขณะที่วัยรุ่นชาย 1 แสนคน มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายประมาณ 875 คน

ตารางที่ 4.5 การบาดเจ็บจากความรุนแรงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547

age group	Suicide and self-inflicted injuries						Homicide and violence					
	Males		Females		Both sexes		Males		Females		Both sexes	
	number	rate*	number	rate*	number	rate*	number	rate*	number	rate*	number	rate*
0-4	239	11.5	248	12.7	487	12.1	465	22.4	240	12.3	705	17.5
5-14	236	4.7	949	20.1	1,184	12.2	2,191	43.7	932	19.7	3,123	32.1
15-29	8,128	102.5	18,241	236.6	26,369	168.6	69,349	874.9	8,074	104.7	77,423	495.2
30-44	4,331	53.4	6,708	80.2	11,039	67.0	31,938	394.1	9,553	114.2	41,491	252.0
45-59	2,015	41.6	2,593	43.7	4,608	45.8	10,806	223.0	4,933	94.6	15,740	156.5
60-69	802	45.7	680	34.0	1,482	39.4	1,893	108.0	1,141	57.0	3,035	80.8
70-79	351	37.5	314	26.7	664	31.5	600	64.2	545	46.4	1,145	54.3
80+	116	41.3	110	24.6	226	31.0	132	46.8	133	29.6	264	36.2
all age	16,217	52.4	29,843	94.5	46,060	73.7	117,374	379.4	25,551	80.9	142,925	228.6

* rate per 100,000 population

4.2.3 ความสูญเสียปีสุขภาวะจากสาเหตุของความรุนแรง

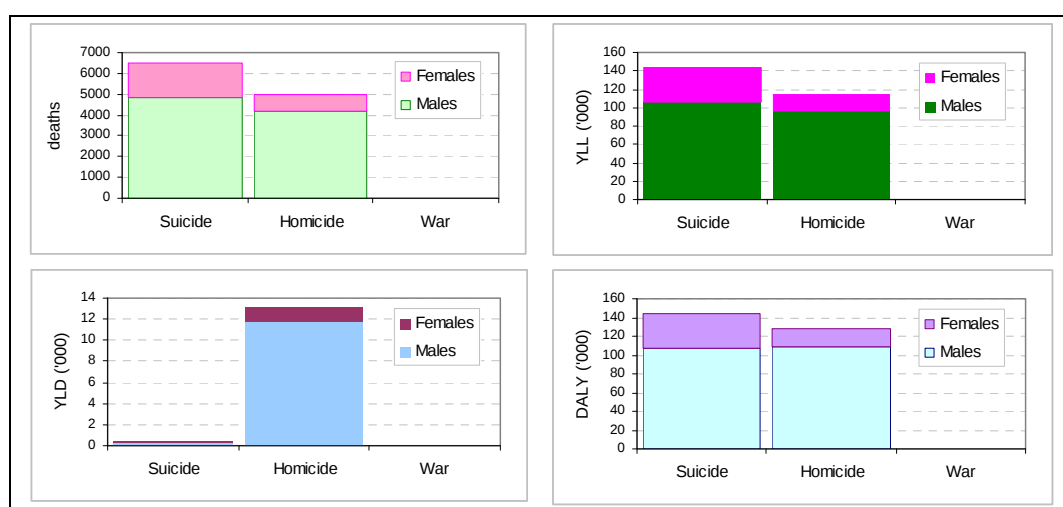
ความสูญเสียที่เกิดจากความรุนแรง ทั้งการทำร้ายตนเองและการทำร้ายผู้อื่น สามารถจำแนกเป็น ความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวันอันควร และความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทาง สุขภาพ รูปที่ 4.2 แสดงผลการศึกษาระที่เป็นความสูญเสียจากการกระทำความรุนแรงของประชากรไทย ปี พ.ศ.2547 พบว่าความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวันอันควรคิดเป็น 2 แสนปี สำหรับผู้ชาย และ

ประมาณ 5 หมื่นปี สำหรับผู้หญิง โดยการเจตนาทำร้ายตนเองก่อให้เกิดความสูญเสียดังกล่าวมากกว่าการถูกทำร้ายเล็กน้อย

ความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่เกิดจากความรุนแรงคิดเป็น 1.3 หมื่นปี โดยร้อยละ 96 เกิดจากการทำร้ายผู้อื่น และเกิดขึ้นกับเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 7.5 เท่า

เมื่อพิจารณาความสูญเสียทั้งจากการตายและภาวะบกพร่องทางสุขภาพ หรือความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ที่เกิดจากความรุนแรงซึ่งจัดเป็นกลุ่มของการบาดเจ็บแบบเจตนา นั้น คิดเป็น 2.7 แสนปี DALYs หรือประมาณ 2.7% ของความสูญเสียจากทุกสาเหตุ (ตารางที่ 4.6) ซึ่งความสูญเสียดังกล่าวนี้ร้อยละ 95 เป็นความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวันอันควร (Year of Life Lost: YLL)

แผนภูมิที่ 4.2 ความสูญเสียที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บแบบเจตนา ประเทศไทย พ.ศ. 2547



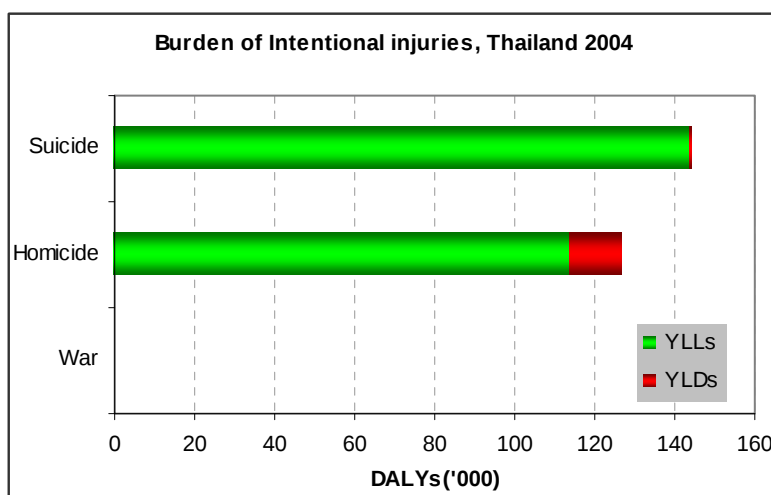
ตารางที่ 4.6 ความสูญเสียจากการบาดเจ็บด้วยสาเหตุของความรุนแรงในประชากรไทย พ.ศ. 2547

Component		Males		Females		Both sexes	
		Number	%	Number	%	Number	%
Deaths	All causes	235,326	100	176,361	100	411,687	
	Intentional injuries	9,014	3.8	2,438	1.4	11,452	2.8
	Suicide	4,832	2.1	1,646	0.9	6,478	1.6
	Homicide	4,177	1.8	793	0.4	4,969	1.2
	War	5	0.0	—	0.0	5	0.0
YLL	All causes	3,953,008	100	2,597,355	100	6,550,363	100
	Intentional injuries	203,725	5.2	54,345	2.1	258,070	3.9
	Suicide	106,933	2.7	36,912	1.4	143,845	2.2
	Homicide	96,669	2.4	17,433	0.7	114,102	1.7
	War	123	0.0	—	0.0	123	0.0
YLD	All causes	1,763,456	100	1,631,258	100	3,394,715	100
	Intentional injuries	12,007	0.7	1,592	0.1	13,599	0.4
	Suicide	273	0.0	180	0.0	453	0.0
	Homicide	11,698	0.7	1,412	0.1	13,110	0.4
	War	36	0.0	—	0.0	36	0.0
DALYs	All causes	5,716,465	100	4,228,613	100	9,945,078	100
	Intentional injuries	215,732	3.8	55,937	1.3	271,669	2.7
	Suicide	107,206	1.9	37,092	0.9	144,298	1.5
	Homicide	108,367	1.9	18,845	0.4	127,212	1.3
	War	159	0.0	0	0.0	159	0.0

เมื่อจำแนกสาเหตุของความรุนแรงเป็น 3 แบบ พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากความรุนแรง ร้อยละ 53.1 เกิดจากการทำร้ายตนเอง และร้อยละ 46.8 เกิดจากการถูกทำร้าย อีกร้อยละ 0.1 เป็นความสูญเสียจากสงคราม

รูปที่ 4.3 แสดงองค์ประกอบของความสูญเสียปีสุขภาวะ จำแนกตามสาเหตุของความรุนแรง สรุปได้ว่าการทำร้ายตนเองก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะมากกว่าการถูกทำร้าย โดยมีสัดส่วนของความสูญเสียเป็นความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.7 สำหรับการทำร้ายตนเอง และร้อยละ 89.7 สำหรับการถูกทำร้าย)

แผนภูมิที่ 4.3 สัดส่วนของความสูญเสียที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรง ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542

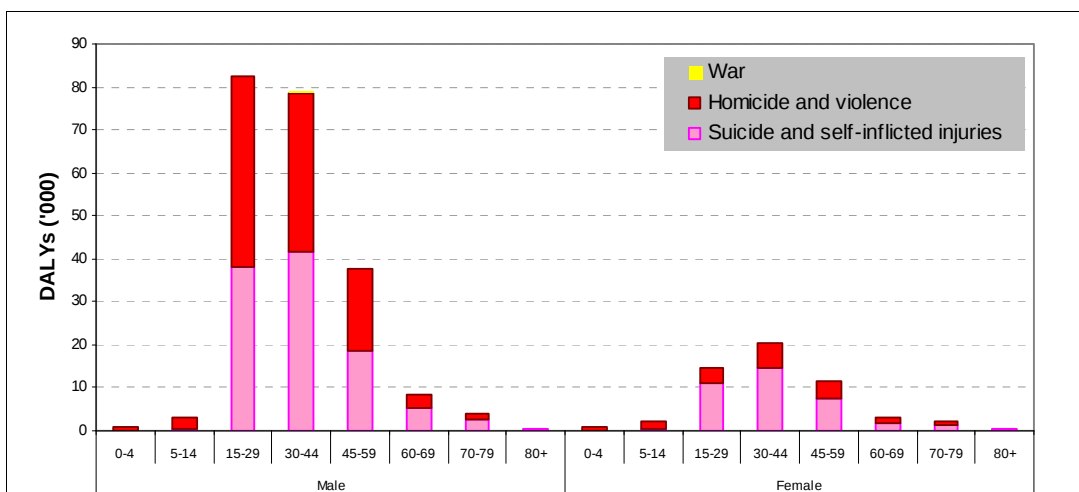


เมื่อเปรียบเทียบความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรชายและหญิง ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของชายสูงกว่าหญิงประมาณ 3.8 เท่า ซึ่งความสูญเสียปีสุขภาวะนี้ถือเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียในประชากรชาย อายุ 15-29 ปี กล่าวคือ การถูกทำร้ายและการทำร้ายตนเอง จัดอยู่ในอันดับที่ 5 และ 6 ตามลำดับ

จากรูปที่ 4.4 สรุปได้ว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย กลุ่มเด็กอายุ 0-14 ปี มีความสูญเสียด้วยสาเหตุของการถูกทำร้ายเป็นหลัก แต่ในกลุ่มวัยรุ่น คืออายุ 15-29 ปี ทั้งความสูญเสียที่เกิดจากการถูกทำร้ายและการทำร้ายตนเองมีสัดส่วนเท่าๆ กัน ในกลุ่มอายุ 30-44 ปีและกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีสัดส่วนความสูญเสียจากการถูกทำร้าย และการทำร้ายตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ในวัยชรา คืออายุ 60 ปีขึ้นไป มีสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะจากการทำร้ายตนเอง

ส่วนความสูญเสียในเพศหญิง พบว่า ในเด็กอายุน้อยกว่า 14 ปี มีความสูญเสียปีสุขภาวะมาจากการถูกทำร้ายเป็นหลักเหมือนในเพศชาย แต่ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี มีความสูญเสียที่เกิดจากการทำร้ายตนเองมากกว่าการถูกทำร้าย ซึ่งแตกต่างจากเพศชาย

แผนภูมิที่ 4.4 ความสูญเสียปีสุขภาวะที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรง จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



4.3 กลไกการกระทำความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ

การเสียชีวิตของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 (ข้อมูลทะเบียนการตาย) ที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 11.2 ของการตายทั้งหมด (15.4% ในชายและ 5.7% ในหญิง) จำแนกเป็นอุบัติเหตุหรือไม่เจตนา (Unintentional fatal injuries) ร้อยละ 47.7 การตายโดยเจตนา (Intentional fatal injuries) ร้อยละ 16.6 และอีกร้อยละ 35.7 เป็นการตายด้วยเหตุการณ์ที่ไม่สามารถระบุเจตนา

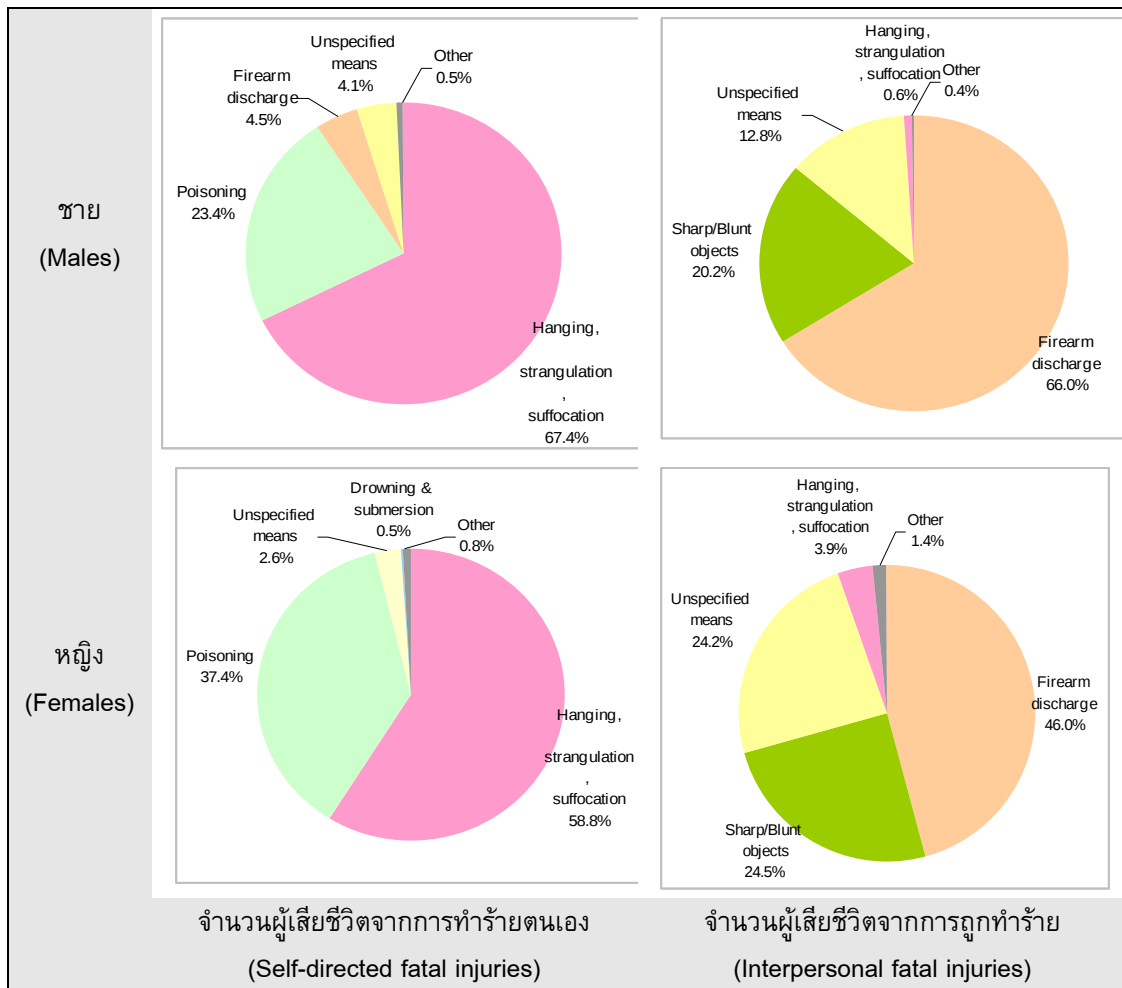
การเสียชีวิตจากความรุนแรงหรือการตายโดยเจตนา จำแนกเป็น การมีเจตนาทำร้ายตนเอง การถูกทำร้าย สงคราม และสาเหตุอื่น โดยร้อยละ 58.5 เป็นการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการทำร้ายตนเอง และร้อยละ 41.5 ตายเพราะการถูกทำร้าย

นอกจากการจำแนกสาเหตุของความรุนแรงเป็น การทำร้ายตนเองและการถูกทำร้ายแล้ว สามารถพิจารณาความสูญเสียทั้งการตายและความพิการได้ตามกลไกของการบาดเจ็บ⁷⁹

รูปที่ 4.5 แสดงสัดส่วนของการเสียชีวิตจำแนกตามเพศและกลไกการบาดเจ็บ (ดูรายละเอียดการจำแนกกลไกการบาดเจ็บจากตารางผ-4.1) ซึ่งพบว่า การเสียชีวิตจากการเจตนาฆ่าตัวตายทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ใช้วิธีการแขวนคอ รั้วคอก หรือทำให้หายใจไม่ออก (ร้อยละ 67 สำหรับเพศชาย และร้อยละ 59 สำหรับเพศหญิง) รองลงมาได้แก่การใช้สารพิษ สารเคมี หรือยา (ร้อยละ 23 ในชายและ ร้อยละ 37 ในหญิง)

กลไกที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดสำหรับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายได้แก่ การใช้อาวุธปืน (ร้อยละ 66 สำหรับชาย และร้อยละ 46 สำหรับหญิง) รองลงมาได้แก่การใช้วัตถุมีคมและไม่มีคม (ร้อยละ 20 สำหรับชายและร้อยละ 25 สำหรับหญิง)

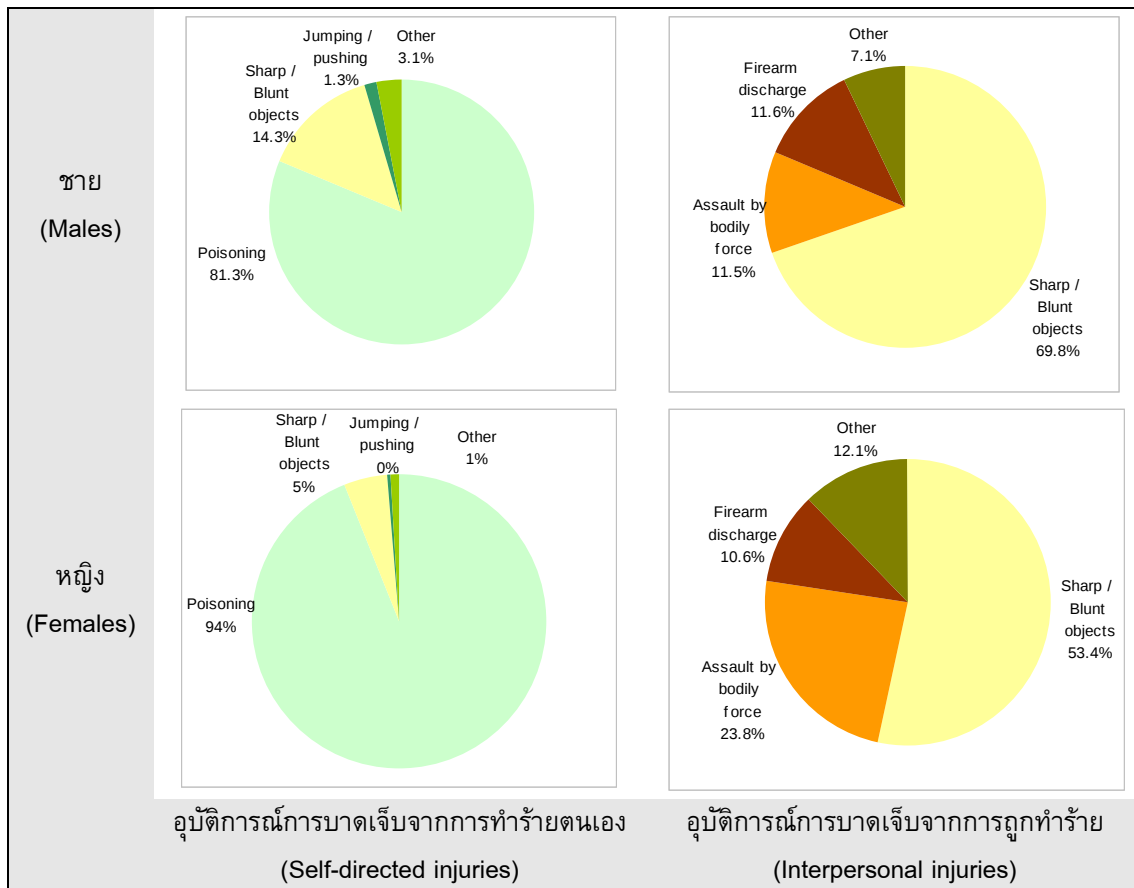
แผนภูมิที่ 4.5 การเสียชีวิตด้วยการเจตนาทำร้ายตนเองและการถูกทำร้าย จำแนกตามกลไกของการตาย



การใช้สารพิษเป็นวิธีการหลักที่ใช้ทำร้ายตนเองทั้งชายและหญิง คิดเป็นร้อยละ 89 ของการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 80 ในผู้ชาย และร้อยละ 94 ในผู้หญิง) ส่วนการใช้วัตถุมีคมและไม่มีคมเป็นวิธีการสำคัญที่ใช้ทำร้ายกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67 ของการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย (ร้อยละ 70 ในผู้ชาย และร้อยละ 53 ในผู้หญิง) และยังพบว่าผู้หญิงบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกายประมาณร้อยละ 24 (รูปที่ 4.6) ประมาณร้อยละ 11-12 (ร้อยละ 12 ในผู้ชาย และร้อยละ 11 ในผู้หญิง) ของการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายเป็นการใช้อาวุธปืน

นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนของการบาดเจ็บจากกลไกสำคัญข้างต้นสอดคล้องกับสัดส่วนที่ได้จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง กล่าวคือ อุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ได้จาก 28 โรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ร้อยละ 86 เป็นการทำร้ายตนเองด้วยสารพิษ ส่วนการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย เป็นการทำร้ายด้วยวัตถุมีคมและไม่มีคม ร้อยละ 67

แผนภูมิที่ 4.6 การบาดเจ็บด้วยการเจตนาทำร้ายตนเองและการถูกทำร้าย จำแนกตามกลไกของการตาย

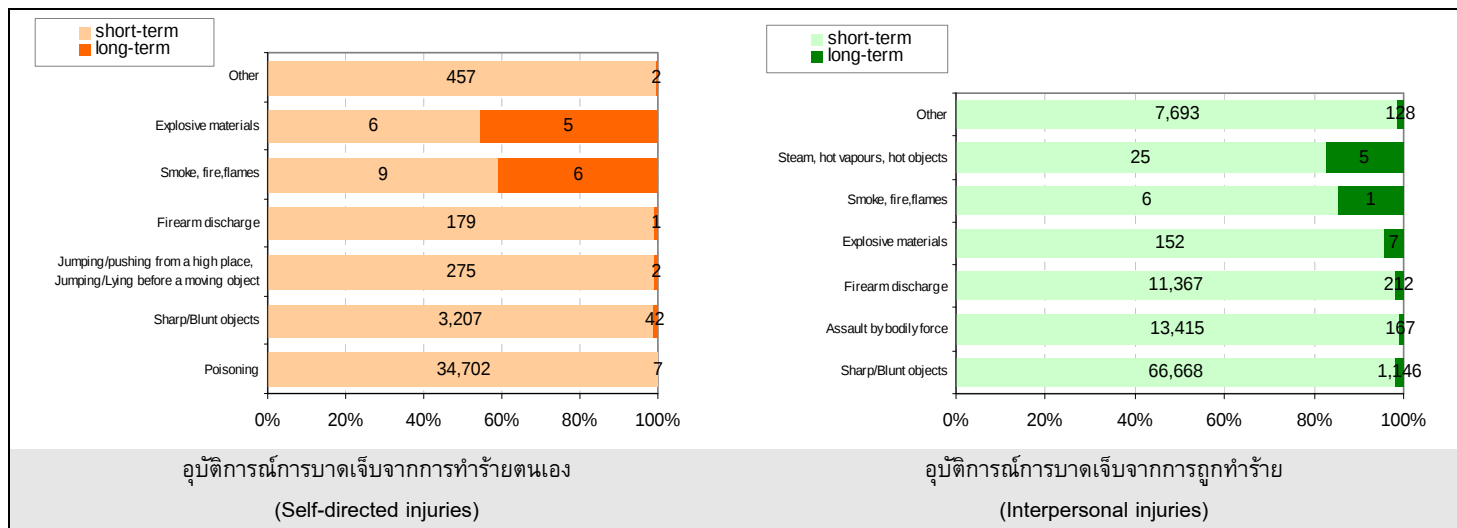


อุบัติเหตุการบาดเจ็บที่ได้จาก 28 โรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ร้อยละ 86 เป็นการทำร้ายตนเองด้วยสารพิษ ส่วนการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย เป็นการทำร้ายด้วยวัตถุมีคมและไม่มีคม ร้อยละ 67

การทำร้ายตนเองด้วยควัน ไฟ และเปลวไฟ ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เป็นความพิการระยะยาวร้อยละ 40 ของอุบัติเหตุทั้งหมด และร้อยละ 17 ของการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองด้วยวัตถุระเบิดก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ส่วนการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการอื่นๆ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บระยะสั้นเท่านั้น (รูปที่ 4.7 ซ้าย)

ร้อยละ 17 ของการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยใช้ไอ้จระเข้ ไม้เรียว และวัตถุอื่น ก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว และประมาณร้อยละ 14 ของการถูกทำร้ายโดยใช้ควัน ไฟ และเปลวไฟ ก่อให้เกิดความพิการระยะยาว (รูปที่ 4.7 ขวา)

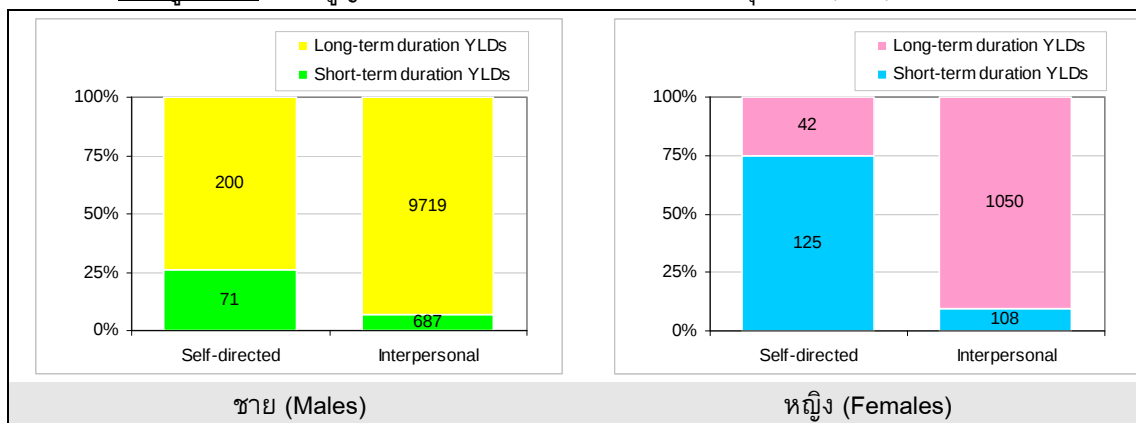
แผนภูมิที่ 4.7 สัดส่วนของอุบัติการณ์การบาดเจ็บระยะสั้นและระยะยาว จำแนกตามกลไกการบาดเจ็บ



จากสัดส่วนความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพในระยะสั้น (Short-term duration YLD) และความบกพร่องทางสุขภาพในระยะยาว (Long-term duration YLD) ในรูปที่ 4.8 พบว่า การบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองของเพศชายก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพระยะยาวมากกว่าระยะสั้น คิดเป็นสัดส่วน 74:26 ซึ่งแตกต่างกับเพศหญิง กล่าวคือ การทำร้ายตนเองในเพศหญิงก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เป็นภาวะบกพร่องทางสุขภาพระยะสั้นร้อยละ 75

มากกว่าร้อยละ 90 ของความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพสำหรับการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย ทั้งในเพศชายและหญิง เป็นความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพในระยะยาว

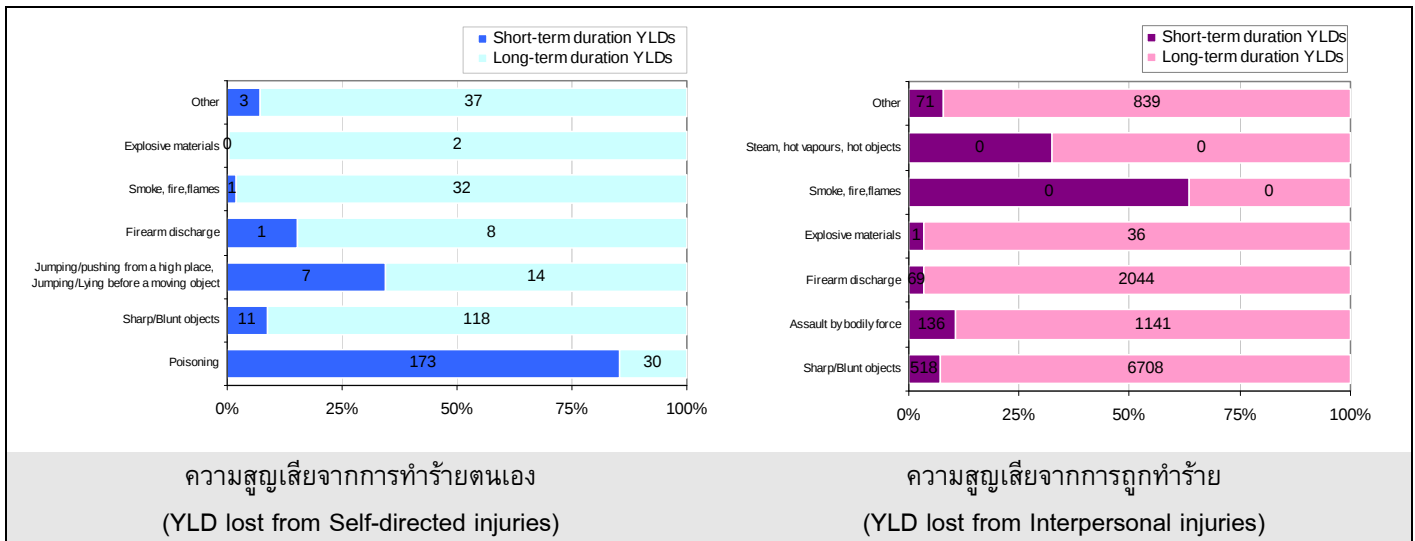
แผนภูมิที่ 4.8 ความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)



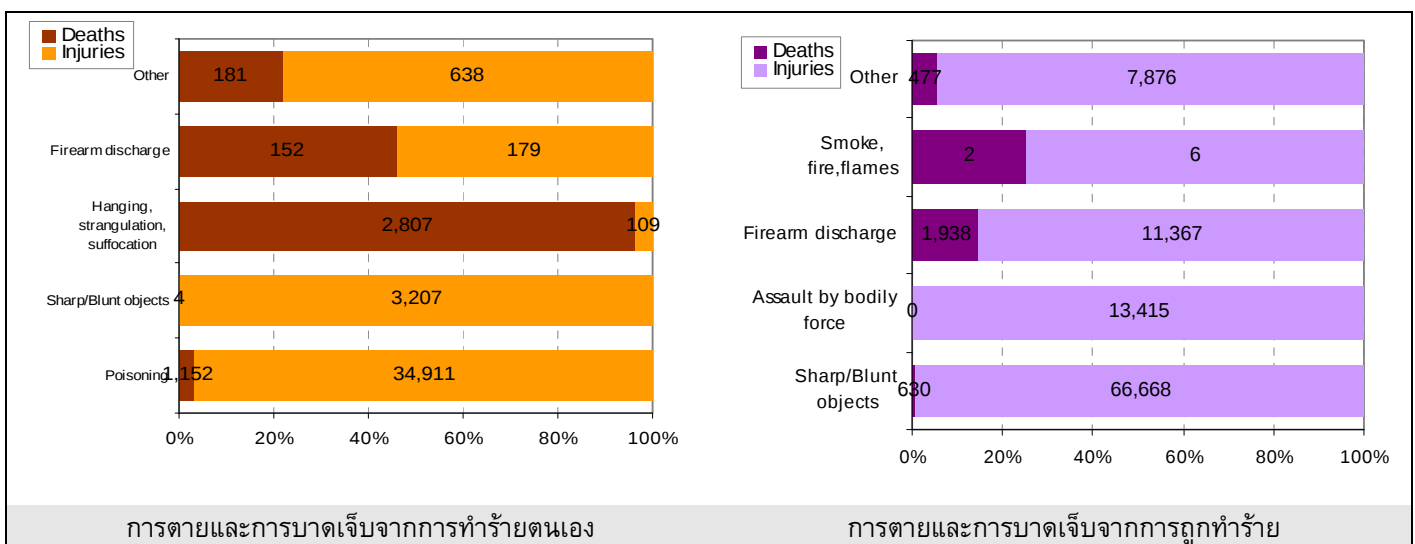
เมื่อพิจารณาสัดส่วนความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว จำแนกตามกลไกการบาดเจ็บ (รูปที่ 4.9 ซ้าย) พบว่า การบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองด้วยสารพิษ (Poisoning) ก่อให้เกิดความสูญเสียสูงสุด และเป็นความสูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพในระยะสั้นมากกว่าระยะยาว กลไกการทำร้ายตนเองที่ทำให้เกิดความสูญเสียรองลงมาได้แก่ การใช้วัตถุมีคม ซึ่งเป็นความสูญเสียที่เป็นความพิการระยะยาว

การถูกทำร้ายด้วยวัตถุมีคมและไม่มีคมก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) สูงสุดเมื่อเทียบกับกลไกอื่นๆ รองลงมาได้แก่การใช้อาวุธปืน และการใช้กำลังกายตามลำดับ (รูปที่ 4.9 ขวา)

แผนภูมิที่ 4.9 ความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามประเภทและกลไกการบาดเจ็บ

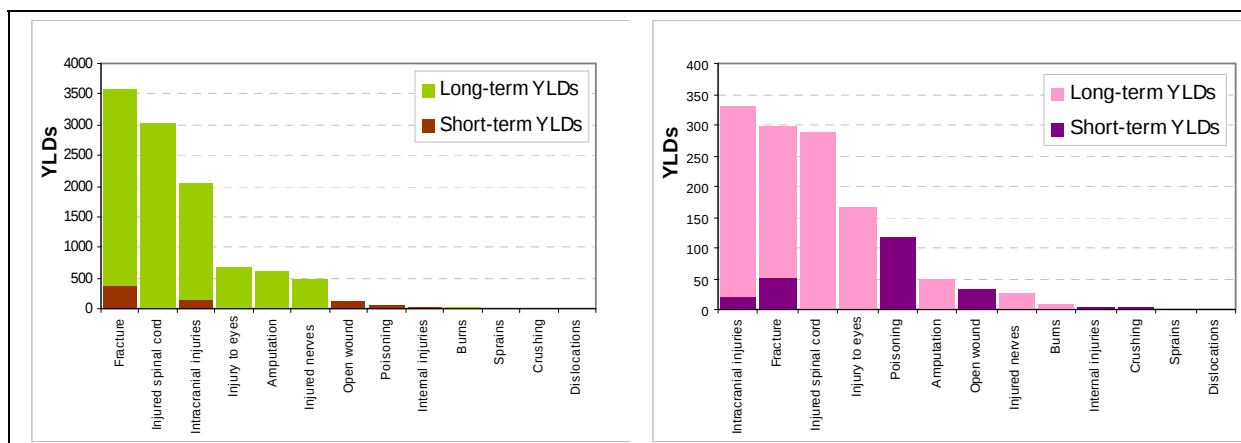


การใช้สารพิษเป็นวิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองมากที่สุด แต่ก่อให้เกิดความสูญเสียที่เป็นการบาดเจ็บเท่านั้น มีเพียงร้อยละ 3 ที่เสียชีวิต ส่วนการแขวนคอทำให้เสียชีวิตถึงร้อยละ 96 ถึงแม้การใช้อาวุธปืนเพื่อฆ่าตัวตายจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก่อให้เกิดการตายร้อยละ 46 กลไกที่ใช้ทำร้ายกันมากที่สุดคือ การใช้วัตถุมีคมและไม่มีคม แต่ก่อให้เกิดการตายเพียงร้อยละ 1 ส่วนการใช้อาวุธปืนทำร้ายกันทำให้เกิดการตายร้อยละ 25 (รูปที่ 4.10)



แผนภูมิที่ 4.10 การตายและการบาดเจ็บจากความรุนแรง จำแนกตามกลไกการบาดเจ็บ

4.4 ส่วนต่างๆของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรง

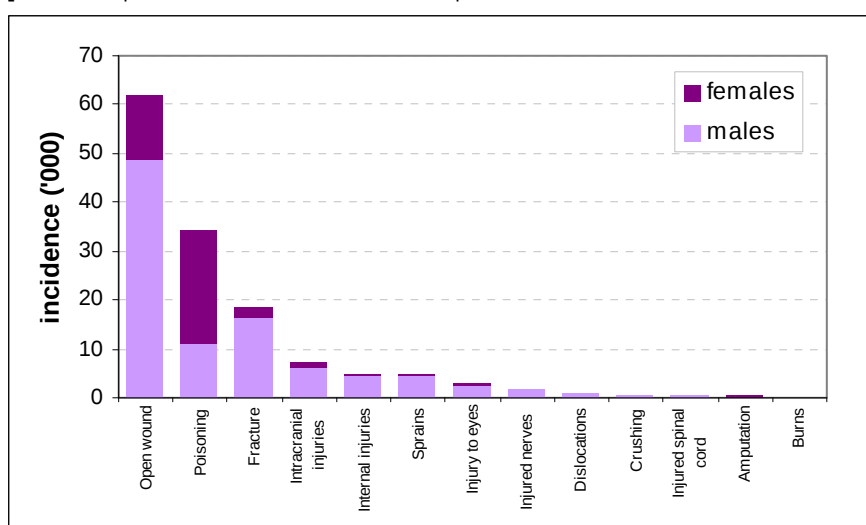


เมื่อจำแนกการบาดเจ็บตามอวัยวะต่างๆของร่างกายออกเป็น 32 ประเภท (ตารางที่ 2.3, เทคนิคการประมาณค่าภาระจากการบาดเจ็บ ดูภาคผนวก ก) พบว่า การบาดเจ็บที่มีค่าอุบัติการณ์สูงสุดได้แก่ แผลเปิด (Open wound) การได้รับสารพิษ (Poisoning) และกระดูกแตก (Fracture) ตามลำดับ (รูปที่ 4.11)

แต่เมื่อพิจารณาความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ พบว่า การบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพมากที่สุดได้แก่ กระดูกแตก (Fracture), การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial injuries) และ การบาดเจ็บของไขสันหลัง (Injured spinal cord) และพบว่าความสูญเสียดังกล่าวเกิดขึ้นกับเพศชายมากกว่าหญิงประมาณ 8 เท่า รูปที่ 4.12 แสดงความสูญเสียค่า YLD ของเพศชายและหญิง จำแนกตามอวัยวะที่บาดเจ็บ

อุบัติการณ์การได้รับสารพิษ (Poisoning) และแผลเปิด (Open wound) มีค่าสูงกว่าการบาดเจ็บอื่นๆ แต่ก่อให้เกิดความสูญเสียระยะสั้นเท่านั้น ส่วนการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวได้แก่ การบาดเจ็บของไขสันหลัง, การบาดเจ็บของตา (Injury to eyes), การถูกตัดอวัยวะจากการบาดเจ็บ (Amputation) และการบาดเจ็บของเส้นประสาท (Injured nerves)

แผนภูมิที่ 4.11 อุตบัติการณ์การบาดเจ็บจากความรุนแรง จำแนกตามอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ



ชาย (Males)	หญิง (Females)
-------------	----------------

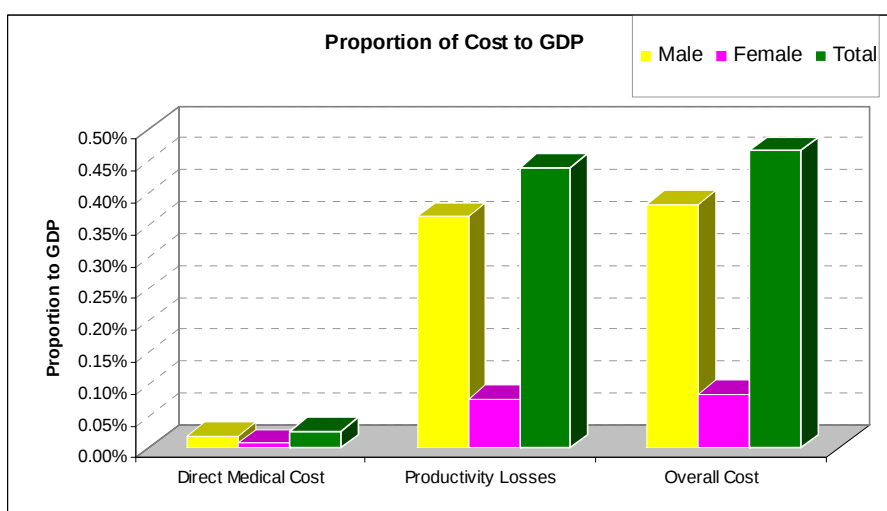
แผนภูมิที่ 4.12 ความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) จำแนกตามอวัยวะที่บาดเจ็บ

4.5 ภาระความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

จากการศึกษาการคาดประมาณค่าใช้จ่ายอันเกิดจากความรุนแรงระหว่างบุคคลและความรุนแรงต่อตนเองของประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาผลกระทบต่อดัชนีต้นทุนของการรักษาพยาบาล (Direct medical cost) และความสูญเสียกำลังผลิต (Productivity losses) ที่เกิดจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548⁸⁰ สรุปได้ดังนี้

- การเจตนาทำร้ายตนเองและการทำร้ายผู้อื่นก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 33 พันล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross domestic product: GDP) (รูปที่ 4.13)
- มากกว่าร้อยละ 90 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจมาจากความสูญเสียกำลังผลิต คิดเป็นมูลค่าประมาณ 31,292 ล้านบาท และเป็นความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับเพศชายมากกว่าหญิงประมาณ 4.7 เท่า
- ร้อยละ 88 ของความสูญเสียกำลังผลิตมาจากการเสียชีวิต และร้อยละ 55 ของความสูญเสียกำลังผลิตที่เป็นการเสียชีวิต เกิดจากการทำร้ายผู้อื่น
- ร้อยละ 40 ของความสูญเสียกำลังผลิตทั้งหมด เกิดจากความสูญเสียในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเมื่อรวมความสูญเสียกำลังผลิตของกลุ่มอายุ 30-44 แล้ว พบว่า ความสูญเสียกำลังผลิตอยู่ในกลุ่มผู้มีอายุ 15-44 ปีมากถึงร้อยละ 83 ของความสูญเสียกำลังผลิตทั้งหมด
- ความสูญเสียที่เป็นต้นทุนของการรักษาพยาบาลประมาณ 1,888 ล้านบาท โดยร้อยละ 71 ของความสูญเสียนี้มาจากการทำร้ายผู้อื่น และเกิดจากเพศชายมากกว่าหญิง 2.5 เท่า
- ร้อยละ 60 ของความสูญเสียจากต้นทุนค่ารักษาพยาบาลมาจากความสูญเสียในผู้ที่มีอายุ 15-29 ปี
- อัตราความสูญเสียกำลังผลิตต่อการเสียชีวิตด้วยความรุนแรงในชายและหญิง คิดเป็น 2.3 และ 2.0 ล้านบาท ตามลำดับ (ตารางที่ 4.7)
- การบาดเจ็บรุนแรง (serious non-fatal injuries) ก่อให้เกิดความสูญเสียกำลังผลิตสูงกว่าการบาดเจ็บแบบไม่รุนแรง (slight non-fatal injuries) ประมาณ 10 เท่า
- อัตราต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (บาท/คน) สำหรับการบาดเจ็บแบบรุนแรงสูงกว่าการบาดเจ็บไม่รุนแรงประมาณ 10 เท่า
- อัตราต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (บาท/คน) สำหรับการบาดเจ็บแบบรุนแรงสูงกว่าการบาดเจ็บไม่รุนแรงประมาณ 10 เท่า

แผนภูมิที่ 4.13 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการกระทำความรุนแรง



ตารางที่ 4.7 อัตราความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บด้วยการกระทำความรุนแรง (บาท/คน)

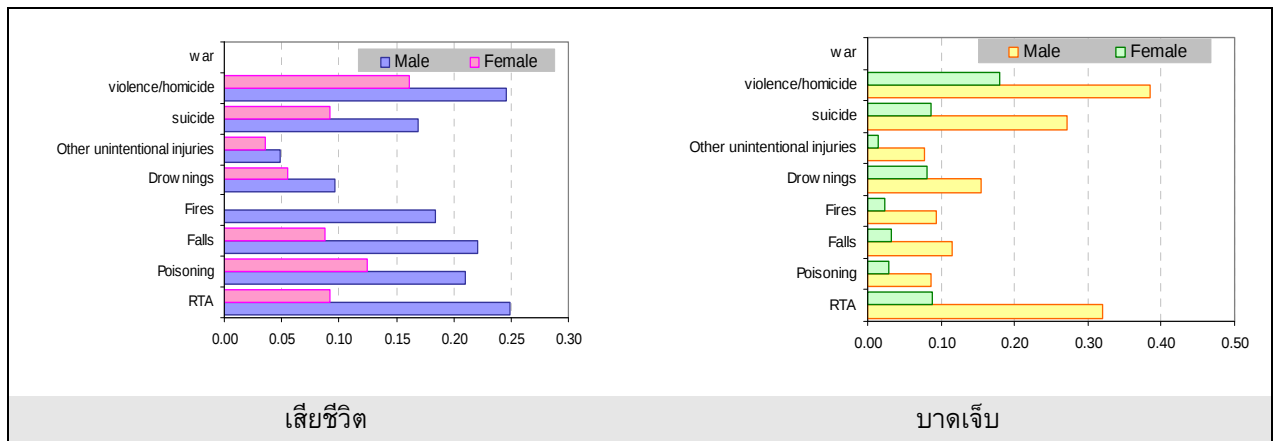
Economic cost per incidence	Male (Baht per incidence)	Female (Baht per incidence)	Total (Baht per incidence)
Total productivity loss	59,776	16,621	41,548
deaths	2,326,321	1,992,749	2,262,129
serious non-fatal incidences	22,706	7,025	17,494
slight non-fatal incidences	2,134	1,833	1,997
Total medical cost	3,255	1,618	2,524
In-patient	12,011	6,508	10,182
Out patient	795	795	795

4.6 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการกระทำความรุนแรง

จากข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่ได้จาก 28 โรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2547 พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยร้อยละ 25 ของการตายจากการถูกทำร้ายในผู้ชายเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีสัดส่วนเท่าๆ กับอุบัติเหตุจราจร ส่วนการตายจากการถูกทำร้ายในผู้หญิงมีแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องประมาณร้อยละ 16

สำหรับการบาดเจ็บ (ไม่เสียชีวิต) พบว่า ในเพศชาย ร้อยละ 38 ของผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายมีความเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และร้อยละ 27 ของการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ สัดส่วนของการบาดเจ็บในเพศหญิงที่มีแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องมากที่สุดคือการถูกทำร้าย คิดเป็นร้อยละ 18 ของการบาดเจ็บทั้งหมด ดังรูปที่ 4.14

แผนภูมิที่ 4.14 สัดส่วนของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์



กล่าวโดยสรุป คือ ภาระจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรง ปี พ.ศ. 2547 ซึ่งจำแนกการบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรงเป็น 3 ประเภทคือ การทำร้ายตนเอง (Suicide and self-inflicted injuries), การถูกทำร้าย (Homicide and violence) และสงคราม (War) สรุปได้ดังต่อไปนี้

- จำนวนผู้เสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรงในปี พ.ศ.2547 ประมาณ 11,452 ราย คิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 10.4 สำหรับการเจตนาทำร้ายตนเอง และ 7.9 สำหรับการถูกทำร้าย
- จำนวนผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 16 ของการบาดเจ็บจากทุกสาเหตุ จำแนกเป็นการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองร้อยละ 4 และการถูกทำร้ายร้อยละ 12 ซึ่งสัดส่วนของการบาดเจ็บนี้ไม่แตกต่างกับข้อมูลของ 28 โรงพยาบาลในเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บมากนัก
- เมื่อพิจารณาความสูญเสียทั้งจากการตายก่อนวัยอันควรและภาวะบกพร่องทางสุขภาพแล้วพบว่า จำนวนปีสุขภาวะ (DALYs) ที่สูญเสียไปจากสาเหตุของความรุนแรงคิดเป็น 2.7 แสนปี หรือประมาณ 2.7% ของความสูญเสียทั้งหมดในปี พ.ศ.2547 โดยเป็นความสูญเสียในผู้ชายมากกว่าหญิง 3.8 เท่า และถือเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 15-29 ปี
- กลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตจากการเจตนาทำร้ายตนเอง ได้แก่ การแขวนคอ (ร้อยละ 67 ในเพศชาย และร้อยละ 59 ในเพศหญิง) รองลงมาคือการใช้สารพิษ (ร้อยละ 23 ในชายและร้อยละ 37 ในหญิง)
- การเจตนาทำร้ายกันด้วยอาวุธปืนก่อให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด (ร้อยละ 66 สำหรับชาย และร้อยละ 46 สำหรับหญิง)
- มากกว่าร้อยละ 90 ของความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพสำหรับการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย ทั้งในเพศชายและหญิง เป็นความสูญเสียอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางสุขภาพในระยะยาว

สรุปสถานการณ์ความรุนแรงประเภทต่าง ๆ ในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัวไทย ความรุนแรงในเด็กไทย การฆ่าตัวตายของประชากรไทย และการกระทำความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ขนาดความรุนแรงจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังมีตัวเลขที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับขนาดความรุนแรงในครอบครัวไทย ความรุนแรงในเด็กไทย และความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กล่าวคือในประเทศไทยหนึ่งแสนคนมีคนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณปีละ 6 คน และแม้ว่าขนาดความสูญเสียจากการกระทำความรุนแรงนี้ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2547 ที่ระบุว่า ความรุนแรงจากการทำร้ายตนเอง เป็นสาเหตุหลักของความสูญเสียที่เกิดจากการเสียชีวิตและการบาดเจ็บโดยเจตนาในประชากรไทย โดยผู้เสียชีวิตมักใช้วิธีการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอมากที่สุด รองลงมาคือ การใช้ยาฆ่าแมลง/ยาฆ่าวัชพืช และการใช้สารพิษ/สารเคมี ตามลำดับ

หากพิจารณาถึงความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในประชากรไทยในลำดับรองลงมา พบว่า **ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้**ก่อให้เกิดความสูญเสียมากกว่าการกระทำความรุนแรงในครอบครัวไทยและความรุนแรงในเด็กไทย คือ ในประชากร 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 แสนคน มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบประมาณ 35 คนในปี พ.ศ. 2547 และบาดเจ็บประมาณ 69 คน แม้ว่า การกระทำความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้จากการก่อเหตุการณ์ความไม่สงบ เพิ่งเริ่มก่อตัวให้เห็นชัดเจนเมื่อปี พ.ศ. 2547 ก็ตาม แต่เนื่องด้วยรูปแบบความรุนแรงที่ผู้ก่อการร้ายใช้นั้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก อันได้แก่ การถูกทำร้ายโดยวัตถุระเบิด และการถูกทำร้ายด้วยอาวุธปืน ตามลำดับ ทำให้ขนาดความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้สูงกว่าความรุนแรงในครอบครัวไทยและความรุนแรงในเด็กไทย

ในปี พ.ศ. 2547 มีเด็กไทยบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายประมาณ 28 คนในเด็กแสนคน (อายุ 0-14 ปี) และมีเด็กเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายประมาณ 200 ราย (เฉลี่ยสัปดาห์ละ 4 คน) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าขนาด **ความรุนแรงในเด็กไทย**จะมีตัวเลขที่ต่ำกว่าขนาดความรุนแรงข้างต้น แต่หากพิจารณาถึงขนาดความรุนแรงในเด็กไทยในแต่ละปี พบว่า ยังคงมีตัวเลขที่สูง โดยตัวเลขของเด็กที่ถูกกระทำเหล่านี้เป็นเพียงตัวเลขจากการรายงานของบางหน่วยงานหรือองค์กรเฉพาะกิจ ในบางพื้นที่ แต่ยังไม่ใช่จากการรวบรวมจำนวนเด็กไทยที่ถูกกระทำความรุนแรงในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่ายังคงมีเด็กไทยอีกจำนวนมากที่ถูกกระทำความรุนแรงและยังไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ รวมทั้งยังไม่มีผู้ได้รับทราบ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เด็กไทยมักถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายมากที่สุด โดยเฉพาะด้วยวิธีการเขี่ยนตี รองลงมาคือ การถูกกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ ด้วยวิธีการดุด่า

ข้อมูลผู้หญิงและเด็กที่ขอคำปรึกษาจากมูลนิธิผู้หญิงในปี พ.ศ. 2548 รวม 234 คน เกิดจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัว 113 คน (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2546 ประมาณ 2 เท่า) คิดเป็นร้อยละ 48.29 และในปีเดียวกันนี้มีจำนวนผู้หญิงและเด็กที่ขอความช่วยเหลือจากบ้านพักฉุกเฉิน 309 คน

ผลการสำรวจผู้หญิงที่มีคู่/เคยมีคู่ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1051 คน และนครสวรรค์จำนวน 1027 คน พบว่า ร้อยละ 22.84 ของกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 33.70 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ ยอมรับว่าตนเองถูกกระทำรุนแรงโดยคู่ของตนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

แม้ว่าความรุนแรงในครอบครัวมีขนาดน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับความรุนแรงในเด็กไทย การฆ่าตัวตายของประชากรไทย และความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่หากพิจารณาถึงที่มาของปัญหาความรุนแรงต่างๆในสังคมไทย พบว่า ปัจจัยในครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดของความรุนแรงชนิดต่างๆ โดยเฉพาะความรุนแรงในเด็กและผู้หญิง ดังนั้นตัวเลขขนาดความรุนแรงในครอบครัวจากการรายงานของหน่วยงานหรือการศึกษาวิจัยอื่นๆนั้น จึงเป็นเพียงตัวเลขบางส่วนของความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ซึ่งยังไม่อาจสะท้อนขนาดความรุนแรงจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวไทยได้ โดยรูปแบบการกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวที่ถูกพบมากที่สุด คือ การกระทำความรุนแรงทางกาย ด้วยวิธีการทุบตี/ตบตี รongลงมา คือ กระทำความรุนแรงทางเพศ ด้วยวิธีการล่วงละเมิดทางเพศ

ขนาดความรุนแรงในครอบครัวไทยและในเด็กไทย ความรุนแรงจากการฆ่าตัวตายของประชากรไทย และความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้จะขยายตัวอย่างไม่มีที่สิ้นสุดหากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องยังคงแก้ไขปัญหาคความรุนแรงที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเท่านั้น รวมทั้งไม่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรงควบคู่กันไป ดังนั้นการสร้างร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กร และบุคคลในทุกระดับสังคมถือเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรงของประเทศไทยสัมฤทธิ์ผลได้

ตารางแสดงการรายงานขนาดความรุนแรงชนิดต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2528 -2550

ชนิดของความรุนแรง/ แหล่งที่มา	จำนวนผู้เสียหายหรือบาดเจ็บ/คดี/เหตุการณ์ (อัตราต่อแสน)																
	2528	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)									112 ^c	630 ^{p1.1} 323 ^{p1.2} 603 ^{p2.1} 295 ^{p2.2}			54 ^a 113 ^c 431 ^{q1.1} 221 ^{q1.2} 483 ^{q2.1} 236 ^{q2.2}	93 ^a	113 ^a 309 ^b 603 ^c	68 ^b 561 ^c	
ความรุนแรงต่อเด็ก (Child Violence)	31736 ^e					112 ^f 164 ^g	124 ^f 190 ^g	91 ^f 142 ^g					4774 ^d				
		97 ^f	98 ^f	103 ^f	105 ^f 96 ^g	142 ^h 630 ⁱ 630 ^j	312 ^h 717 ⁱ 717 ^j	457 ^h 818 ⁱ 818 ^j	624 ⁱ 560 ^j	516 ⁱ 526 ^j							
การกระทำความรุนแรงต่อตนเอง: การฆ่าตัวตาย (Self-Directed Violence: Suicide)	220 ^{k1} (0.43)	3305 ^{k1} (5.72)	3570 ^{k1} (6.12)	4110 ^{k1} (6.95)	4712 ^{k1} (7.92)	4498 ^{k1} (7.48)	5458 ^{k1} (8.97)	6253 ^{k1} (10.17)	6541 ^{k1} (10.62)	6288 ^{k1} (10.18)	5241 ^{k1} (8.44)	4932 ^{k1} (7.88)	5028 ^{k1} (7.99)	4740 ^{k1} (7.58)	4037 ^{k1} (6.49)	4223 ^{k1} (6.74)	
	8 ^{k2} (0.02)	200 ^{k2} (0.35)	185 ^{k2} (0.32)	243 ^{k2} (0.41)	235 ^{k2} (0.4)	177 ^{k2} (0.29)	222 ^{k2} (0.37)	302 ^{k2} (0.49)	303 ^{k2} (0.49)	338 ^{k2} (0.55)	224 ^{k2} (0.36)	167 ^{k2} (0.27)	170 ^{k2} (0.27)	163 ^{k2} (0.24)	133 ^{k2} (0.21)	129 ^{k2} (0.21)	
								4,859 ^j (7.9)	5,219 ^j (8.5)	5,066 ^j (8.2)	4,789 ^j (7.7)	4,696 ^j (7.5)	4,486 ^j (7.1)	4,296 ^j (6.9)	3,941 ^j (6.3)	3,612 ^j (5.8)	
ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence in Southern Provinces)			6 ^m	32 ^m	27 ^m	42 ^m	83 ^m	139 ^m	107 ^m	32 ^m	114 ^m	82 ^m	84 ^m	1843 ^m 1,213 ⁿ (68.6) 34.5 ⁿ² (35)	1703 ^m		690 ^{o1} 1307 ^{o2} 258 ^{o3}

แหล่งที่มา: ^a ข้อมูลผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับคำปรึกษาจากมูลนิธิผู้หญิง ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2548

^b รายงานผู้หญิงและเด็กขอเข้ารับความช่วยเหลือจากสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2549

^c ข่าวเหตุการณ์จากหนังสือพิมพ์ 5 ฉบับ ได้แก่ มติชน ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด และกรุงเทพธุรกิจ ฝ่ายศูนย์ข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนหญิง ฝ่ายศูนย์ข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนหญิง รวบรวมจากหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ (ไทยรัฐ เดลินิวส์ มติชน ข่าวสด และกรุงเทพธุรกิจ)

^d รายงานจำนวนเด็กที่กระทำทารุณเด็ก ฝ่ายระบบข้อมูลและสถิติ สำนักงานแผนและงบประมาณ สำนักงานศาลยุติธรรม อาคารศาลอาญา ปี พ.ศ. 2546

^e คดีความผิดเกี่ยวกับเพศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2528-2538

^f รายงานจำนวนเด็กที่ถูกกระทำทารุณรุนแรง มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2541

^g จำนวนเด็กที่ถูกกระทำทารุณรุนแรง กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540

^h รายงานจำนวนเด็กที่ถูกกระทำทารุณรุนแรง มูลนิธิเด็ก ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2541

ⁱ รายงานจำนวนผู้เสียหายที่มีอายุระหว่าง 0-17 ปี ในคดีเกี่ยวกับเพศ, ชีวิต-ร่างกาย, เสรีภาพ-แรงงาน ฝ่ายสารสนเทศ สำนักงานอัยการสูงสุด ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2543

^j รายงานจำนวนคดีเกี่ยวกับเพศ, ชีวิต-ร่างกาย, เสรีภาพ-แรงงาน ฝ่ายสารสนเทศ สำนักงานอัยการสูงสุด ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2543

^{k1} รายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ (จำนวนผู้บาดเจ็บ: คน) สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549

^{k2} รายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ (จำนวนผู้เสียชีวิต: คน) สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549

^l ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจากใบมรณบัตร กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2549

^m รายงานคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) หน้า 9

ⁿ¹ การศึกษาการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกิดจากความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จำนวนผู้บาดเจ็บ: คน) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2547

ⁿ² การศึกษาการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกิดจากความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จำนวนผู้เสียชีวิต: คน) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2547

^{o1} รายงานระบบเฝ้าระวังฯในรอบ 6 เดือน (เดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2550) (จำนวนเหตุการณ์: ครั้ง) สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

^{o2} รายงานระบบเฝ้าระวังฯในรอบ 6 เดือน (เดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2550) (จำนวนผู้บาดเจ็บ: คน) สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

^{o3} รายงานระบบเฝ้าระวังฯในรอบ 6 เดือน (เดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2550) (จำนวนผู้เสียชีวิต: คน) สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

^{p1.1} ข้อมูลการผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ หรือทั้งสองแบบ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N = 1536) รายงานการศึกษา Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses ปี 2548 สนับสนุนโดย World Health Organization

^{p1.2} ข้อมูลการผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ หรือทั้งสองแบบ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N = 1536) รายงานการศึกษา Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses ปี 2548 สนับสนุนโดย World Health Organization

^{p2.1} ข้อมูลการผู้หญิงในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ หรือทั้งสองแบบ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N = 1282) รายงานการศึกษา Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses ปี 2548 สนับสนุนโดย World Health Organization

^{p2.2} ข้อมูลการผู้หญิงในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ หรือทั้งสองแบบ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N = 1282) รายงานการศึกษา Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses ปี 2548 สนับสนุนโดย World Health Organization

^{q1.1} จำนวนผู้หญิงมีคู่/เคยมีคู่ในเขตกรุงเทพมหานครที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N = 1051) กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม

^{q1.2} ข้อมูลการผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานครที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N = 1051) กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม

^{q2.1} ข้อมูลการผู้หญิงในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่ถูกกระทำทารุณรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N = 1027) กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม

^{๑2.2} ข้อมูลการผู้หญิงในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่ถูกกระทำความรุนแรงทางกาย หรือทางเพศ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N = 1027) กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม

5. นโยบายและมาตรการเพื่อการป้องกันและแก้ปัญหาการกระทำความรุนแรง

ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในด้านการบาดเจ็บ การตาย และความพิการ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งภาคเศรษฐกิจและสังคม การลดการใช้ความรุนแรงจึงเป็นเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของการสาธารณสุข ปัญหาความรุนแรงเกิดขยายตัวขึ้นกว้างขวางในประเทศต่างๆ นานาประเทศจึงมีการตื่นตัวในการแก้ปัญหา การป้องกันและ ลดการใช้ความรุนแรงมากขึ้น มีการเสนอและสร้างนโยบาย มาตรการขึ้นมารองรับกับปัญหาการใช้ความรุนแรง ซึ่งนโยบายเหล่านั้นมักเกี่ยวข้องกับบทบาทโดยทั่วไปของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนใหญ่นโยบายและเอกสารเพื่อจัดการกับการกระทำความรุนแรงโดยตั้งใจ มุ่งหมายในการเพิ่มการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อใช้วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ที่มีอยู่ทั่วไป เพื่อนำมากำหนดกรอบการทำงานที่อยู่บนพื้นฐานของศีลธรรม และองค์ประกอบสำคัญอื่นๆ

Moser and Shrader⁸¹ ได้จำแนกวิธีการและนโยบายต่างๆในการลดการใช้ความรุนแรงไว้ 5 ประเภทดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งนโยบายเหล่านี้เป็นวิธีการในอุดมคติที่จะนำมาปรับใช้จริงในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆกัน

- **Criminal justice** เป็นวิธีที่ใช้อย่างแพร่หลายที่สุด เน้นหนักไปทางการควบคุมและป้องกันการใช้ความรุนแรงผ่านทางการจับกุม พิสูจน์ว่ากระทำผิดจริง และผ่านบทลงโทษ จากการพิจารณาคดี ตำรวจ และกระบวนการลงโทษตามกฎหมาย วิธีนี้ให้ผลลัพธ์ในการลด economic crime แต่ความสำเร็จจำกัดในแง่ของการลด social and political violence จึงกล่าวได้ว่าวิธี top-down approach เช่นนี้เหมาะในการใช้แก้ปัญหาในระยะสั้นๆ
- **Public health** เน้นหนักในทางเศรษฐกิจและสังคม (economic and social violence) ตัวบุคคล และระหว่างบุคคล (individual and interpersonal levels) เป็นอีกวิธีที่กันอย่างแพร่หลายในการป้องกันการใช้ความรุนแรงโดยจะลดปัจจัยเสี่ยงในระดับตัวบุคคล (individual risk factors) สามารถใช้ตรวจตราระบาดวิทยา (epidemiological surveillance) โดยเฉพาะอัตราการฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับการระบุปัจจัยเสี่ยง ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและ/ หรือสังคม
- **Conflict transformation** เป็นวิธีการที่ไม่ค่อยแพร่หลายนัก มักเน้นไปทางการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เริ่มต้นใช้ครั้งแรกโดย United Nation หลักการคือการลดการใช้ความรุนแรงด้วยการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธี (non-violent negotiation) ผ่านคนกลางหรือกลุ่มคนกลาง (conflict actors) คนกลางหรือกลุ่มกลางจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และมีทักษะในการไกล่เกลี่ยที่ดี
- **Human right** หรือที่เรารู้จักกันดีในแง่ของสิทธิมนุษยชน ที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันปลอดภัยจากการถูกทำร้าย หรือตกเป็นเหยื่อของการใช้ความรุนแรง ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับกลุ่มของผู้หญิง เด็ก ชาวพื้นเมือง
- **Social capital** ยังอยู่ในกระบวนการเริ่มต้น เป้าหมายหลัก คือการสร้างชุมชนศูนย์กลางที่เข้มแข็งทั้ง ครอบครัว องค์กรในชุมชนและระบบความยุติธรรม เป็นการสร้างความมั่นคงจากหน่วยเล็กสู่หน่วยใหญ่ (bottom-up approach) วิธีนี้ต้องอาศัยความสามัคคี ความเชื่อมั่นในทุกๆหน่วยที่

เกี่ยวข้อง นอกจากนี้วิธีนี้ยังอำนวยความสะดวกในการเข้าแทรกแซงในหน่วยย่อย ตรานจนขยายการศึกษาไปสู่หน่วยที่กว้างขึ้นอีกด้วย

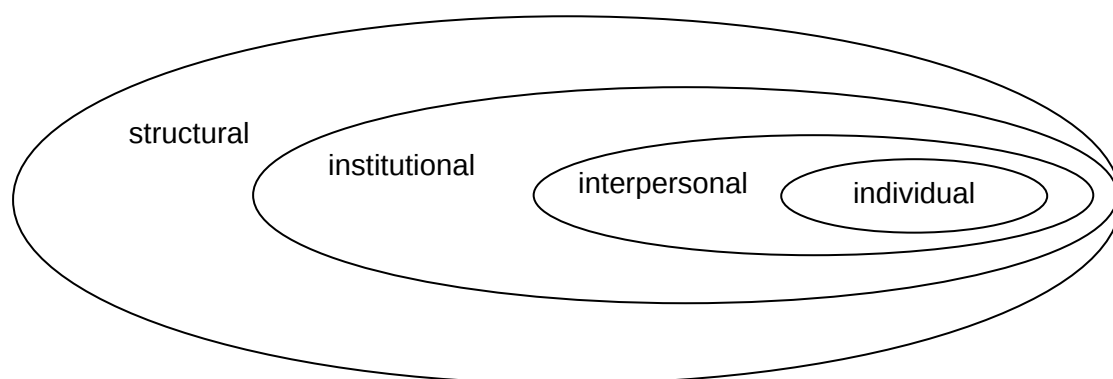
หากมองในแง่ความสัมพันธ์ทางเหตุและผล (Violence causality) ที่ทำให้บุคคลใดๆ กระทำ ความรุนแรงสามารถแยกออกเป็น 4 ระดับ (แผนภาพที่ 5.1) ได้แก่

ระดับปัจเจกบุคคล (Individual) ความรุนแรงมีความเกี่ยวเนื่องจากตั้งแต่ประสบการณ์การถูกเลี้ยงดูขึ้นมาในครอบครัว สังคม สภาพแวดล้อมต่างๆ, พันธุกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาการในการเติบโตซึ่งต่างส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือในสถาบัน

ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal) ความรุนแรงในระดับนี้เป็นผลที่เกิดโดยตรงจากปฏิสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว ที่พักอาศัย กลุ่มสมรส ตลอดจนความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

ระดับสถาบัน (Institutional) ความรุนแรงเป็นผลจากการฝังจำความสัมพันธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตอยู่ในเครือข่ายทางสังคมทั้งการทำงาน และการใช้ชีวิตในชุมชน

ระดับโครงสร้าง (Structure) ความรุนแรงเกี่ยวข้องกับโครงสร้างด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งแฝงมาตามฐานความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมแทรกซึมอยู่ประชาชนในสังคม



แผนภาพที่ 5.1 กรอบความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ที่เป็นปัจจัยให้เกิดการกระทำ ความรุนแรง

Urban Peace Program ของทางธนาคารโลก (World Bank)⁸² เป็นโครงการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นยุทธวิธี ในการลดและป้องกันการใช้ความรุนแรง มีการกำหนดกรอบความคิดที่ชัดเจนเพื่อสร้างเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง รวมถึงสร้างโครงการที่มีชุมชนเป็นส่วนร่วมหลักในการร่วมกันคิด และแก้ปัญหา และกำหนดวิธีการประเมินผลในระดับชุมชน (ตารางที่ 5.1)

Urban Peace Program จัดตั้งขึ้นบนพื้นฐาน 4 ประการซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขการใช้ความรุนแรงที่สร้างขึ้นเพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศทางละตินอเมริกา (Latin America) ซึ่งมีลักษณะดังนี้

- 1) ความรุนแรงที่มีลักษณะที่ซับซ้อน เกี่ยวเนื่องกับปรากฏการณ์ทางสังคมในหลายแง่มุม มีความสัมพันธ์กันทางเหตุและผล ส่งผลกระทบถึงในหลายส่วนทั้งภาคเศรษฐกิจและสังคม หากเราเข้าใจถึง

ธรรมชาติของความซับซ้อนและหลากหลายนี้ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบการเข้าแทรกแซงเพื่อศึกษาวิจัยและ มาตรการในการป้องกันต่อไป

- 2) การกระทำความรุนแรงมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นเหตุเป็นผลในทั้ง 4 ระดับ ดังที่แสดงในรูปที่ 1 ถึงแม้ว่าสาเหตุเพียงระดับเดียวไม่สามารถใช้อธิบายเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด แต่เมื่อนำมาประกอบกับสาเหตุในระดับอื่นๆ ก็สามารถใช้อธิบายสถานการณ์การใช้ความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดไม่ว่าการเป็นผู้กระทำหรือผู้ถูกกระทำความรุนแรง ในทำนองเดียวกันในแต่ละพฤติกรรมของการใช้ความรุนแรงก็อาจเป็นผลสะท้อนจากผู้ตกเป็นเหยื่อ รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดด้วย
- 3) ความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผล และผลลัพธ์ที่ได้นั้น บอกเป็นนัยได้ว่า การจะป้องกันการใช้ความรุนแรง และ รักษาความสงบนั้นจำเป็นต้องใช้การแทรกแซงในหลายส่วนดังนี้
 - ระดับปัจเจกบุคคล (individual level) ต้องแทรกแซงที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
 - ระหว่างบุคคล (interpersonal level) ควรแทรกแซง ด้านการศึกษาและให้ความรู้ในการแก้ปัญหา หาทงออก โดยไม่ใช้ความรุนแรง (non-violent conflict resolution); กลยุทธ์ลงโทษเด็กโดยไม่ใช้ความรุนแรง (strategies for non-violent child discipline); บริการต่อเหยื่อและผู้กระทำผิด (direct services for victims and perpetrators)
 - ระดับสถาบันทางสังคม (social institutional level) การแทรกแซงโดยการสร้างคุณค่าให้แก่สังคม สร้างศูนย์กลางขึ้นในสังคมที่อ่อนแอ; ให้ความรู้ในทุกๆส่วนเพื่อปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการ; พัฒนาและบังคับใช้นโยบายและกระบวนการในทุกๆส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นฝ่ายพิจารณาคดี ตำรวจ บุคลากรด้านสุขภาพ ภาคการศึกษา และส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - ระดับมหภาค (macronormative level) การแทรกแซงรวมถึง นวัตกรรมใหม่ในการปฏิรูปกฎหมาย,การรณรงค์ผ่านสื่อ, และการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดล้างบางความเชื่อเก่าๆที่นำไปสู่การใช้ความรุนแรง
- 4) ท้ายที่สุด คือ การนำวิธีการต่างๆรวมทั้งการเข้าแทรกแซงมาใช้ร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ของการรักษาความสงบและความปลอดภัยให้แก่ประชาชน

ตารางที่ 5.1 ประเภทของวิธีการในการลดการใช้ความรุนแรงจำแนกตามทางวิชาการโลก

ประเภทของกระบวนการ	จุดมุ่งหมาย	นโยบาย/ แผนงานที่เข้าแทรกแซง	ข้อจำกัด	ตัวอย่าง (ต่างประเทศ)	ตัวอย่าง (ประเทศไทย)
Criminal justice	การเข้าขัดขวาง และควบคุม การใช้ ความรุนแรงผ่าน ทางอัตราการจับกุม และ บทลงโทษที่ สูงขึ้น	การเข้าแทรกแซงแบบ top-down ในระบบความ ยุติธรรม, การลงโทษทาง อาญา, การดูแลรักษา ความสงบเรียบร้อยของ ชุมชน รวมถึงสถาบันอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	มีข้อจำกัดในการปรับการ ใช้กับความรุนแรงทาง สังคมและการเมือง ; ความสำเร็จขึ้นอยู่กับ การบังคับใช้	Family Law Act 1996 (UK)	พรก.การบริหาร ราชการในสถานการณ์ ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 พรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522
Public health	การป้องกัน การใช้ ความรุนแรงโดยการ ลดปัจจัยเสี่ยงใน ระดับบุคคล	การเข้าแทรกแซงแบบ top-down, การระบุปัจจัยเสี่ยง, การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม, ขยายการเข้า แทรกแซงที่ประสบ ความสำเร็จ	เน้นความสำคัญใน ระดับบุคคลเป็นส่วน ใหญ่; มีความไวต่อ คุณภาพของข้อมูลมาก; ข้อจำกัดด้านตัวชี้วัด	Healthy People 2000, 2010. (USA)	แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติฉบับที่ 10
Conflict transformation	หาคำตอบของ ปัญหาความขัดแย้ง กันด้วยสันติวิธีโดย การเจรจาไกล่เกลี่ย ผ่านคนกลาง	การเข้าแทรกแซงแบบ top-down หรือ bottom-up หัวใจสำคัญคือ ใช้การคน หรือกลุ่มคนกลางเจรจา ไกล่เกลี่ยลดความขัดแย้ง ทางสังคม	ต้องใช้ระยะเวลา; เป็น เรื่องท้าทายที่จะนำ คู่กรณีมาเจรจาโดย ผ่านคนกลาง	Conciliation Resources's peacebuilding project 1998	โครงการฝึกอบรม ข้าราชการฝ่ายปกครอง ในการแก้ไขปัญหา ความขัดแย้งด้วยสันติ วิธี (ศูนย์สันติวิธีและ ธรรมาภิบาล สถาบัน พระปกเกล้า)
Human rights	การบังคับใช้ มาตรการทาง กฎหมายคุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และ เอกสารว่าด้วยการ ล่วงละเมิดสิทธิของ ทางรัฐ และองค์กร อื่นๆในชุมชน	การบังคับทางกฎหมาย แบบ top-down, สนับสนุน และผลักดันโดยกลุ่มผู้ รณรงค์ , NGO เพื่อหา เสียงสนับสนุนให้ผู้มี อำนาจอนุมัติกฎหมาย	อำนาจของกรอบการ ทำงานทางกฎหมาย ยากที่จะบังคับใช้ใน กลุ่มที่อยู่เหนือ กฎหมาย,การไม่ ซื่อสัตย์(corruption), การได้รับยกเว้นจาก การลงโทษ, เสี่ยงที่มี การใช้เอกสารอย่างไม่ ถูกต้อง	Universal Declaration of Human Rights 1948	อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิ เด็ก, อนุสัญญาว่าด้วยการ ขจัดการเลือกปฏิบัติต่อ สตรีในทุกรูปแบบ
Social Capital	เสริมสร้างสังคม เข้มแข็งเป็น ศูนย์กลาง เพื่อลด การใช้ความรุนแรง ในทุกหน่วยของ สถาบันทางสังคม เช่น ครอบครัว, ชุมชน, องค์กร และ กระทรวงยุติธรรม	การเข้าแทรกแซงแบบbottom-up ให้ผู้เข้าร่วมประเมิน สถานการณ์ปัญหาความ รุนแรง, วางแผนงาน โครงสร้างในสถาบัน และ การให้แต่ละชุมชนมีส่วน ร่วมในการวัดประเมินผล การลดการใช้ความรุนแรง	ความชัดเจนยังน้อย กว่ากระบวนการอื่น; มี ตัวชี้วัดค่อนข้างน้อย	A Safer Community: Internal Security Program Summary 2004 (Finland)	แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-10, นโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนา สถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556

5.1. ทบทวนนโยบาย มาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหาการใช้ความรุนแรงของประเทศต่าง ๆ

5.1.1 มาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อเด็ก

ทุกวันนี้เด็กที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานอาทิ สิทธิในการเติบโต การได้รับความรัก ความปลอดภัย การศึกษา และการปกป้อง การละเมิดสิทธิเด็กสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากบุคคลใกล้ชิด คือ บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือครู และมักเกิดในเด็กเล็ก จากข้อมูลของ คณะทำงาน (Task force)⁸³ ของ Community Preventive Service team ในสหรัฐฯ พบว่า ในปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 4.3 ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีตกเป็นเหยื่อของการละเมิดสิทธิ (Abuse) ไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่ผิด (maltreatment) หรือการทอดทิ้ง/ละเลย (neglect) ถึงแม้ด้วยการกระทำนั้นๆจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายหรืออันตรายด้วยตัวของมันเอง แต่หากส่งผลถึงสิ่งที่จะตามมาในอนาคตเมื่อเด็กเติบโตขึ้นท่ามกลางการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง เช่น ปัญหาการท้องไม่พึงประสงค์ก่อนวัยอันควร การใช้ยาเสพติด เรียนไม่สำเร็จ มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเกิดปัญหาทางจิต เป็นต้น กลุ่มผลิตภัณฑ์ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงสร้างยุทธศาสตร์การเยี่ยมบ้านเด็ก (Home visitation) ขึ้นมาใช้ซึ่งให้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ยุทธศาสตร์หรือโครงการเยี่ยมบ้านเด็ก คือ โครงการการเยี่ยมบ้านของผู้ปกครอง และ/หรือเด็กโดย บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์เด็ก อาสาสมัคร บุคลากรด้านอื่นๆที่ผ่านการอบรม เพื่อให้บริการด้านข้อมูล สนับสนุน และให้ความรู้แก่ครอบครัวที่ออกเยี่ยม การเยี่ยมควรเริ่มอย่างช้าภายในสองขวบปีแรก หรือสามารถเริ่มเยี่ยมได้ตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ ตัวอย่าง รายละเอียดของโครงการมีดังนี้

- การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองทั้งก่อนคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด
- การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองทั้งเรื่อง parenting, child abuse, neglect, life skill for parent และการพัฒนาด้านสมองและอารมณ์ของเด็ก
- การช่วยเหลือให้โอกาสด้านอาชีพในชุมชน
- จัดโครงการย่อย เช่น day care, parent group meeting
- อบรมบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้คำแนะนำ และคัดกรองครอบครัวที่มีความเสี่ยงที่จะใช้ความรุนแรงและละเมิดสิทธิต่อเด็กเช่น กลุ่ม แม่หม้าย (single mother) กลุ่ม ครอบครัวที่มีรายได้น้อย (low incomes' families) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม และประเมินผลการวิจัยในการดำเนินโครงการเหล่านี้ในกลุ่มครอบครัวที่มีแนวโน้มละเมิดสิทธิเด็ก พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์การเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องได้ถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ หากโครงการฯ ดำเนินงานโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ แพทย์เด็ก จะทำให้เกิดประสิทธิผลที่สูงกว่าการนำบุคลากรด้านอื่นมาฝึกฝน อีกทั้งเป็นการสนับสนุนและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนช่วยในการลดการใช้ความรุนแรงมากขึ้น^{84,85} นอกจากนี้ระยะเวลาที่ต่อเนื่องในการออกเยี่ยมบ้านยังถือเป็นตัวแปรที่สำคัญในการดำเนินการโครงการ หากมีการดำเนินการโครงการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 2 ปี โดยผู้เยี่ยมที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือเป็นอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรม จะสามารถเพิ่มประสิทธิผลโครงการได้เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ยังต้องการการสืบสานต่อเพื่อนำมาใช้ในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผลจากการเลี้ยงดูกับการพัฒนาสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว หรือการเป็นอาชญากร

5.1.2 มาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น

มาตรการที่ใช้ในการแก้ปัญหาการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่นนั้น มีทั้งที่ด้อยประสิทธิภาพ⁸⁶ และมีประสิทธิภาพ^{83, 87, 88, 89} เช่น นโยบายการนำระบบการลงโทษที่รุนแรงขึ้นในระดับเดียวกับผู้ใหญ่มาใช้กับเยาวชนที่กระทำความผิดด้วยการส่งเสริมการย้ายเยาวชนที่กระทำความผิดไปสู่ศาลอาญา ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีการบังคับใช้แล้วมากกว่า 50 รัฐ ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในขณะเดียวกัน ได้มีกลุ่มผลักดันที่ต่อต้านมาตรการทางกฎหมายที่อำนวยความสะดวกต่อการปรับใช้บทลงโทษด้านกระบวนการยุติธรรมกับเยาวชนที่กระทำความรุนแรงด้วยระบบเดียวกับผู้ใหญ่⁸³ เนื่องจากมาตรการเพิ่มโทษนี้ไม่ช่วยลดการกระทำความรุนแรงของเยาวชน จากผลการวิจัยดำเนินการโดยกลุ่มผลักดันประเทศสหรัฐ ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และนักวิทยาศาสตร์ พบว่า เยาวชนที่ถูกย้ายจะมีพฤติกรรม และแนวโน้มใช้ความรุนแรงมากขึ้น โดยร้อยละ 34 ของวัยรุ่นที่ถูกย้ายหลังจากถูกปล่อยตัวถึง ถูกจับอีกครั้งด้วยกรณีกระทำความรุนแรง หรือก่ออาชญากรรมอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบกับเยาวชนที่ไม่ถูกย้ายจากศาลเยาวชน และยังไม่มีการศึกษาใดๆ ที่ระบุถึงระบบการย้ายเยาวชนที่กระทำความผิดไปสู่ศาลผู้ใหญ่ช่วยลดการใช้ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชนที่ถูกย้าย นอกจากนี้ การเพิ่มมาตรการการลงโทษทางกฎหมายกับเยาวชนผู้กระทำความผิดด้วยการส่งเสริมให้ย้ายเยาวชนที่กระทำความผิดไปสู่ศาลอาญายังส่งผลต่อการกระทำความรุนแรงในรูปแบบอื่น ๆ อีก ไม่ว่าจะเป็นการตกเป็นเหยื่อของผู้ใหญ่ในคุกทั่วไป และยังเพิ่มอัตราการค่าตัวตายของเยาวชนที่ถูกจองจำในคุกนั้นๆ อีกด้วย⁹⁰

โปรแกรมบำบัด (Therapeutic Foster Care) ในเยาวชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงทำผิดกฎหมายอาญาซ้ำซ้อน⁸⁷ ในสหรัฐ เป็นอีกกลยุทธ์ที่สามารถลดการใช้ความรุนแรงในเด็ก และเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง นอกเหนือจากการส่งเด็กจำเรือนจำหรือการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีเด็กกลุ่มที่มีประวัติต่อต้านสังคม, ก่อคดีซ้ำๆ หรือมีอารมณ์แปรปรวน เด็กจะอยู่ในความดูแลของครอบครัวอุปถัมภ์ที่ได้รับการอบรมด้านนี้โดยเฉพาะ เพื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กในทางที่ดีขึ้น และเป็นการแยกเด็กออกจากกลุ่มเสี่ยง เช่น หากเด็กมีการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางบวก ไม่ก้าวร้าว จะได้รับการกล่าวชม ให้รางวัล และให้กำลังใจ และจากผลการวิจัยพบว่า สามารถลดการก่อความรุนแรงในกลุ่มนี้ได้ถึงร้อยละ 70 เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กในวัยเดียวกันที่อยู่ในสถานบำบัด โปรแกรมนี้ได้ดำเนินการในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 12-18 ปี เป็นเวลา 7 เดือน และมีค่าตอบแทนให้แก่ครอบครัวอุปถัมภ์ที่เข้าร่วมช่วยเหลือในโครงการวิจัย ซึ่งโปรแกรมบำบัดนี้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย (Cost-benefits) ได้ถึง 20,351 - 81,664 ดอลลาร์ต่อคนอีกด้วย

5.1.3 มาตรการการป้องกันการใช้ความรุนแรง ในเด็กและผู้หญิง และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว

ปัญหาการใช้ความรุนแรงในเด็กและผู้หญิง หรือการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัวนั้นเป็นปัญหาที่เรื้อรังและมีความสำคัญ ในปี พ.ศ. 2537 องค์การสหประชาชาติได้ออกคำประกาศเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงเนื่องจากการใช้ความรุนแรงในผู้หญิง ซึ่งถือเป็นปัญหาร่วมกันของผู้หญิงทั่วโลกและเป็นรูปแบบหนึ่งของการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้หญิง

ความพยายามในการแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงทั้งในระดับสากลและระดับประเทศมีมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสร้างมาตรการทางสังคม เช่น การณรงค์เพื่อให้สังคมตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง และมาตรการทางกฎหมาย เช่น การบัญญัติ ปรับปรุงและปฏิรูปกฎหมาย โดยเพิ่มบทลงโทษกับผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้หญิงในหลายรูปแบบในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศ Nicaragua⁹¹ ได้ริเริ่มมาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงในสตรีโดยสร้างเครือข่ายสถานตำรวจเพื่อสตรี เพื่ออำนวยความสะดวกแก่สตรีที่

เป็นเหยื่อถูกทำร้ายให้สามารถมาขอความช่วยเหลือ ตลอดจนได้รับการด้านคำปรึกษาด้านจิตใจ สังคม หรือคำปรึกษาเกี่ยวกับรูปคดี และก่อตั้ง Ministry for Family and affairs เพื่อเป็นที่พึ่งพิงแก่เด็กและสตรีที่ถูกทำร้ายจากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งการบรรจุประเด็นเรื่อง การข่มเหงทางเพศ และความเท่าเทียมทางเพศ (Gender issue) ลงใน National reproductive health program ร่วมกับมาตรการดังกล่าว และได้มีการรณรงค์ของกลุ่มผู้สนับสนุนในองค์กร เพื่อกระตุ้นให้ผู้หญิงยืนหยัดต่อสู้หากตกเป็นเหยื่อของการกระทำความรุนแรงไม่ว่าจะในรูปแบบใดก็ตาม

จากการศึกษามาตรการในข้างต้น พบว่า จำนวนผู้ถูกกระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นมาจาก 4,174 คดี (เดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2546) เป็น 8,376 คดี (เดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2547) โดยกลุ่มนักวิจัยจาก Social science department of Universidad centro Americana และ Institute for Gender studies ได้วิเคราะห์การเพิ่มขึ้นจำนวนผู้ถูกกระทำความรุนแรงว่า มาจากสองสาเหตุหลักดังนี้

- 1) สตรีที่ถูกทำร้ายกล้าที่ออกมาแจ้ง และขอความช่วยเหลือจากกลุ่มองค์กรผู้สนับสนุนมากขึ้น
- 2) สตรีที่ถูกทำร้ายกล้าที่จะต่อสู้กับวัฒนธรรม และความเชื่อเก่าๆ จึงมีการต่อต้านต่ออำนาจของเพศชายมากขึ้น นำไปสู่ความขัดแย้งภายในครอบครัว และพฤติกรรมก้าวร้าวตอบโต้จากเพศชาย

จากตัวอย่างนี้ สามารถชี้ให้เห็นถึงการตอบรับของการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายตลอดจนการกระตุ้นให้ฝ่ายหญิงตระหนักในสิทธิของตน อย่างไรก็ตาม การจะรับมือกับการใช้ความรุนแรงนั้นอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงจากการมุ่งเน้นที่เพศหญิงเพียงอย่างเดียว และเพิ่มการศึกษาการกระทำความรุนแรงในเพศชายด้วย เนื่องจาก หากการต่อต้านจากฝ่ายหญิงไม่สามารถหาความสัมพันธ์กับการเข้าแทรกแซงในฝ่ายชายแล้ว การกระทำความรุนแรงคงไม่สามารถลดลงได้

อีกตัวอย่างที่น่าสนใจคือ ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศเยอรมัน ได้มีความร่วมมือเพื่อปฏิรูปนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกัน และแทรกแซงการกระทำความรุนแรง จัดตั้งขึ้นโดยคณะรัฐมนตรี ในชื่อ “แผนปฏิบัติการรัฐบาลเพื่อต่อต้านการใช้ความรุนแรงต่อสตรี”⁹² ตั้งขึ้นโดยคณะรัฐมนตรี แผนปฏิบัติการนี้กำหนดให้นโยบายที่มีครอบคลุมหลายส่วน ไม่เพียงแต่กระทรวงยุติธรรมเท่านั้น ยังรวมถึงการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการแก้ปัญหา หาช่องว่างเพื่อการป้องกันความรุนแรง และดำเนินการเพื่อแทนที่ หรือปฏิรูปเพื่อกลบช่องว่าง

แผนปฏิบัติการนี้มุ่งไปที่การปฏิรูปตัวกฎหมาย เช่น แผนปฏิบัติการที่อนุญาตให้ศาลแพ่งโยกย้ายผู้กระทำความรุนแรงออกไปจากบ้านเป็นเวลาชั่วคราว 2-3 เดือน เพียงไม่กี่เดือนหลังจากประกาศใช้นโยบายนี้ เป็นกฎหมายในเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 เกือบทุกๆเมืองในเยอรมันได้ตอบรับและเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่มีอยู่เป็นการย้ายผู้กระทำความรุนแรงนั้นๆ ออกจากบ้าน นี่ถือเป็นความก้าวหน้าของ German Violence Protection Act ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสตรีที่ถูกทำร้ายในการเรียกร้องความยุติธรรมจากศาลแพ่ง เพื่อการป้องกันจากการโดนทำร้าย

แผนปฏิบัติการนี้ถือเป็นเครื่องมือที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับรัฐตลอดจนกระทั่งการปกครองในระดับท้องถิ่น ในแต่ละระดับก็มีการร่วมมือกันในกลุ่มผู้สนับสนุนดูแลเด็กและสตรี การปฏิรูปกฎหมายจึงกลายเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในฐานะของชุมชนเพื่อวิเคราะห์และตอบรับความต้องการ โอกาสในการให้บริการและการให้ความร่วมมือของหน่วยต่างๆ

อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปกฎหมายด้านสุขภาพของประเทศเยอรมัน ยังคงมีได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับการใช้ความรุนแรง อันอาจเนื่องมาจากอำนาจของรัฐที่ไม่ได้ครอบคลุมถึงสิทธิส่วนบุคคลของบุคลากรทางสาธารณสุขและในมหาวิทยาลัยที่จะให้ความร่วมมือ ดังนั้นถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ภาครัฐควรหา

ความร่วมมือจากสหพันธ์ที่ใกล้ชิดเพื่อแก้ไขปัญหาและสร้างเครื่องมือทางกฎหมายใหม่ เพื่อให้ตระหนักถึงการขาดการตอบรับจากภาคสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความเห็นว่า ประเทศเยอรมันเป็นประเทศที่มีการพัฒนาการปฏิรูปกฎหมายที่มีความโดดเด่นที่สุดแห่งหนึ่งในยุโรป และชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนจากชุมชนที่ตอบสนองต่อการดำเนินการตามกฎหมายที่ปฏิรูปใหม่เป็นพลังผลักดันการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการใช้ความรุนแรงและการทำร้ายร่างกายได้เป็นอย่างดี ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากฎหมายเดิมควรถูกประเมินค่าและแก้ไขตามเวลาและความจำเป็น ร่างกฎหมายใหม่ควรมีขึ้นเมื่อรู้ช่องว่างที่ควรเติมเต็ม วิธีการนี้เป็นส่วนประกอบสำคัญในการประเมินสถานการณ์ในขั้นต้น

นอกจากนี้ การรวมตัวกันขึ้นเป็นองค์กรเพื่อปกป้อง คุ่มครอง และเรียกร้องสิทธิสตรี อาทิเช่น Women's aid⁹³ ในประเทศอังกฤษ เป็นอีกหนึ่งแรงขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านการปฏิรูปกฎหมาย หรือนโยบายด้านอื่นๆ Women's aid ถือเป็นตัวอย่างขององค์กรอิสระที่มีบทบาทที่ชัดเจน มีการรวบรวมข้อมูลและประเมินผลความก้าวหน้าในนโยบายที่ทางองค์กรได้ผลักดันสรุปเป็นผลงานออกมานำเสนออย่างสม่ำเสมอ

5.1.4 มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายถูกจัดเป็นสาเหตุหลักของปัญหาการทำความรุนแรงต่อตัวเองในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย และประเทศไทย โดยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 3 และองค์กรระดับโลกได้แสดงบทบาทและสร้างนโยบายข้อแนะนำขึ้น เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน เช่น United nation guideline ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาที่อาศัยความร่วมมือของทุกหน่วยงาน และการมีกรอบเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน ขณะที่ทาง WHO ได้แนะนำ 6 ขั้นตอนพื้นฐานในการป้องกันการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2536⁹⁴

เมือง Alberta ประเทศแคนาดา ได้ริเริ่มพัฒนาระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2522 เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา อบรม และการประสานงานกันในชุมชน ซึ่งประสบความสำเร็จในการตั้งศูนย์การศึกษา และบริการด้านข้อมูลของ Alberta (Alberta suicide information and education center) และได้รับรางวัลในระดับนานาชาติด้านสิ่งตีพิมพ์และการวิจัยในเวลาต่อมา

ขณะที่ประเทศฟินแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน นิวซีแลนด์ และออสเตรเลียได้มีการดำเนินการพัฒนานโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยประเทศออสเตรเลียเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่ริเริ่มนโยบายระดับชาติเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เริ่มต้นจากทางฝั่งตะวันตกของประเทศ และร่วมมือกับคณะกรรมการให้คำปรึกษาด้านการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นรัฐบาลปี พ.ศ. 2532 และผลักดันเป็นนโยบายและความร่วมมือระดับประเทศออกมา เช่น Better Health Outcomes for Australians ซึ่งมีการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลัก, Here for Life: A National Plan for Youth in Distress ของสหพันธรัฐออสเตรเลีย ที่ทุ่มงบประมาณกว่า 31 ล้านดอลลาร์ เพื่อใช้ในนโยบายเหล่านี้รวมถึงการขยายโปรแกรมเข้าไปใน National Youth Suicide Prevention Strategy อีกด้วย และ LIFE⁹⁴ ซึ่งเป็นโครงสร้างมาตรการที่ทางประเทศออสเตรเลียได้พัฒนาแผนในระยะยาวขึ้นมา เพื่อใช้ลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตัวเอง โดยมีการกำหนดเป้าหมาย กรอบการทำงานในแต่ละฝ่ายให้มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนตั้งแต่หน่วยงานระดับชุมชน เช่น โรงเรียน ถึงหน่วยงานของรัฐ

จะเห็นได้ว่านอกจากต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการดำเนินการตามนโยบายให้บรรลุผลแล้ว การดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ตลอดจนการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการลดปัญหาการฆ่าตัวตายเช่นกัน

5.2. ทบทวนนโยบาย มาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหาการใช้ความรุนแรงของประเทศไทย

5.2.1 มาตรการป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น

ประเทศไทยได้ลงนามเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก⁹⁵ ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติ ในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535 และอนุสัญญามีผลบังคับใช้ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา โดยมีหลักการสำคัญด้านสิทธิของเด็ก 4 ประการ คือ สิทธิในการอยู่รอด (Survival rights) สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง (Protection rights) สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา (Development rights) และสิทธิในการมีส่วนร่วม (Participation rights) และประเทศไทยได้ออกกฎหมายคุ้มครองเพื่อคุ้มครองสิทธิเด็กเพื่อให้เป็นไปตามอนุสัญญาในเวลาต่อมา คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 และการออกกฎหมายที่สอดคล้องและเกี่ยวข้องกับอนุสัญญา นี้อีกหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม เป็นต้น

นอกจากการออกมาตรการด้านกฎหมาย ทางราชการไทยได้ดำเนินการออกแผนนโยบาย ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหา รับผิดชอบโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก (ส.ท.), สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ(ส.ท.) สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น โครงการคาราวานเสริมสร้างเด็ก ในเชิงรุกเข้าไปหาเด็ก เยาวชน ครอบครัว และชุมชนอย่างทั่วถึง เพื่อแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วถึง รวมถึงการประยุกต์ใช้ “กลยุทธ์เสริมพลังใจ ปฏิสัมพันธ์ทางบวกเพื่อลดการใช้ความรุนแรง”⁹⁶ นอกจากนี้ ยังมีโครงการพัฒนาบุคลากร เช่น โครงการอาสาสมัครพิทักษ์เด็ก เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงาน และเผยแพร่ความเข้าใจในสิทธิของเด็กในระดับท้องถิ่นและชุมชน เป็นต้น

จากข้อมูลในข้างต้น จะเห็นได้ว่าแผนนโยบายยุทธศาสตร์เด็กเน้นไปที่การสร้างความเข้มแข็งจากหน่วยเล็กของสังคม คือ ชุมชนและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากรายงานการวิจัย^{97,98} ที่เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของโครงสร้างสถาบันครอบครัวว่าเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุดในการแก้ปัญหาและป้องกันสถานการณ์ความรุนแรงเด็กในปัจจุบัน นอกจากนี้ สื่อยังถือเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสถานการณ์ความรุนแรงในเด็ก จากผลการวิจัยจากฐานข้อมูลการใช้ความรุนแรงในประเทศไทย⁹⁹ พบว่าเนื้อหาข่าวจากสื่อทั้งหนังสือพิมพ์และโทรทัศน์มักแพร่ภาพข่าวที่มีความรุนแรงในระดับสูง เพื่อดึงดูดสายตาและดึงดูดความสนใจ การเสนอสื่อในลักษณะนี้จึงมีส่วนทำให้ภาพความรุนแรงเป็นสิ่งที่แพร่หลาย ประกอบกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีและการบริโภคสื่ออย่างไม่เหมาะสมของเด็กไทยในปัจจุบัน¹⁰⁰ และการขาดแคลนสื่อที่สร้างสรรค์^{101,102} ส่งผลให้เด็กและเยาวชนที่เสพสื่อเหล่านี้โดยขาดการชี้แนะจากผู้ปกครองและมีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของการกระทำความรุนแรงและอาชญากรรมสูงขึ้น

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่าเด็กที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ส่วนหนึ่งมีปัญหาผลการเรียนตก แยกตัวจากเพื่อน และทำร้ายผู้อื่นซึ่งต้นเหตุปัญหาคือการติดเกมตั้งแต่ระดับประถมศึกษาโดยเริ่มเล่นจากเกมสร้างสรรค์ก้าวไปสู่เกมเนื้อหารุนแรง ทางกรมสุขภาพจิตยังมีการอ้างอิงการศึกษาว่าการติดเกมเทียบเท่ากับการติดการพนัน คือ เมื่อเล่นแล้วหยุดไม่ได้ ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องการเล่นมากขึ้น ถ้าไม่ได้เล่นเกมจะแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวออกมา เนื่องจากการหลั่งสารโดปามีนในสมอง ต่ำกว่าปกติครั้งหนึ่ง ปัญหานี้มีผลกระทบตั้งแต่ชั้นชั้นมีเงินจนถึงเด็กยากจนในสังคม

ถึงแม้จะมีมาตรการออกมาทั่วทั้ง การนำเสนอของสื่อต่างๆยังขาดการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ ใน ส่งผลกระทบต่อการเลียนแบบของเด็กและเยาวชน เนื่องจากเด็กและเยาวชนมีโอกาสอย่างมากที่จะเลือก หรือจำกัดความรุนแรงในการเสพสื่อ ดังนั้นการดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อกระตุ้นให้ทุกฝ่ายช่วยกันรับผิดชอบ และป้องกันปัญหาการนำเสนอสื่อความรุนแรงเกินขอบเขตจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจัง ดังนั้น การวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนคติและความรับผิดชอบของสื่อมวลชน ผู้ประกอบการ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการและการ วิจัยแบบมีส่วนร่วม, มาตรการเพิ่มความระมัดระวังไม่ให้สื่อมวลชนเป็นตัวกระทำความรุนแรงซ้ำซากต่อเหยื่อ อย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์¹⁰³ ตลอดจนควรผลักดันให้มีการสร้างกองทุนสนับสนุนในการวิจัยและการพัฒนาสื่อ สร้างสรรค์เพื่อเด็ก¹⁰¹ เหล่านี้เป็นแนวทางส่วนหนึ่งที่คาดว่าจะช่วยผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ การลดความรุนแรงได้ทั้งในระยะสั้นและยาวได้

แนวทางการแก้ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในเด็กในระดับครอบครัว สถาบันการศึกษา และ ระดับชุมชนสังคมในประเทศไทยแสดงในตารางที่ 5.2 เป็นตัวอย่างบางส่วนที่ได้มีการลงมือปฏิบัติจริง

ตารางที่ 5.2 แนวทางการแก้ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในเด็กในระดับครอบครัว สถาบันการศึกษา และ ระดับชุมชนสังคม

	แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหา	ตัวอย่าง
ระดับปัจเจกบุคคลและครอบครัว	- ส่งเสริมความเข้มแข็งในสถาบันครอบครัว, สร้างทักษะความรู้ ในการดูแลเด็กการสื่อสารกับเด็ก โดยเน้นตั้งแต่ครอบครัวใหม่หลังแต่งงาน - ชุมชน/องค์กรที่เกี่ยวข้องจัดการหาครอบครัวทดแทนให้ โดยรัฐจัดโครงสร้างสนับสนุนแก่กรณีที่เด็กขาดครอบครัวที่มีความสามารถในการดูแลให้ได้ดี - ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการสังเกตสัญญาณพฤติกรรมกระทำความรุนแรงของเด็ก	- โครงการครอบครัวเอื้ออาทร - คู่มือสร้างความผูกพัน - กลยุทธ์เสริมพลังจิตใจลดการใช้ความรุนแรง - คู่มือผู้ปกครอง
ระดับโรงเรียน	- จัดระบบเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาความเสี่ยงและจัดการกลุ่มเสี่ยง ดูแลอย่างใกล้ชิดและทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง - โรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมที่ให้นักเรียนได้ดำเนินการด้วยตนเอง สร้างความรับผิดชอบ สร้างความภูมิใจ และมองเห็นคุณค่าของตนเอง - ให้นักเรียนมีส่วนร่วมเช่น มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงของเพื่อน วางมาตรการการลงโทษเพื่อนที่ก่อความรุนแรง - สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว - เป็นศูนย์กลางในการจัดตั้งเครือข่ายเพื่อร่วมแก้ไขปัญหามหาความรุนแรง ตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่นเช่นพัฒนาสังคม พยาบาล จิตแพทย์หรือกุมารแพทย์ ผู้นำชุมชน ตำรวจ อัยการ เป็นต้น - สร้างระบบการแก้ไขปัญหาที่เป็นการบำบัดฟื้นฟูเด็กที่ก่อความรุนแรง ไม่ผลักระให้แก่โรงเรียนอื่นโดยการไล่ออก	- โครงการ “1 วัน 1 คน” (ครูจะพบนักเรียน, วางแผนการแก้ไขปัญหากลุ่มเสี่ยง 1 วันต่อ 1 คน ทุกวัน) - โครงการ “เพื่อนเตือนเพื่อน” - การจัดตั้ง “ชมรมครอบครัว” (ทำงานร่วมกัน ระหว่างครู นักเรียน ชุมชน ผู้ปกครอง เพื่อเยี่ยมบ้านเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน) - กลยุทธ์เสริมพลังจิตใจลดการใช้ความรุนแรง - โครงการสื่อสร้างสรรค์ - การประสานหาที่เรียนใหม่ และประสานงานเรื่องการแก้ไขพฤติกรรมกับทางโรงเรียนใหม่ของเด็ก
ระดับชุมชน / สถาบันทางสังคม	- ชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการแก้ไขและป้องกันโดยการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย - สร้างเครือข่ายชุมชน/ สังคม เช่น ตำรวจ โรงเรียน ชุมชน	เพิ่มมาตรการจัดการกับร้านขายอาวุธ เหล้าอบายมุข ร้านเกม สื่อลามกและสื่อความรุนแรง

	แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหา	ตัวอย่าง
	สถาบันศาสนา สาธารณสุข กฎหมาย ร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ไม่ผลักรั้วให้เกิดการทำงานแบบแยกส่วน • สร้างและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน • ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบูรณาการยุติธรรมสำหรับเด็ก เพื่อประโยชน์ต่อการฟื้นฟูพัฒนาเด็กที่ก่อความรุนแรง และเด็กมีความเท่าเทียมในสิทธิที่จะได้รับการพัฒนานั้น • ส่งเสริมความรู้ ความรับผิดชอบให้กับคู่สมรส และบุคคลวัยรุ่นให้รู้จักทักษะชีวิต ครอบครัว • พัฒนาเครื่องมือที่เป็นองค์ความรู้ และเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง • จัดให้มีการทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ ในการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนาและขยายการทำงานให้ครอบคลุมทุกจังหวัด	• โครงการฝึกอบรมครู ผู้ปกครองให้เข้าใจถึงความสำคัญและสถานการณ์ของปัญหา • อาสาสมัครพิทักษ์เด็กและเยาวชน • การวิเคราะห์ปัญหากรณีต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ • ปรับใช้พรบ.ศาลเด็กเยาวชนและครอบครัวได้อย่างเกิดผลจริงในทางปฏิบัติ • คู่มือทักษะชีวิต • โครงการคาราวานเสริมสร้างเด็ก • บริการห้องสมุดเคลื่อนที่ • โครงการ TV4Kids

5.2.2 มาตรการการป้องกันการใช้ความรุนแรง ในเด็กและสตรี และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว

ในประเทศไทยรัฐบาลได้ดำเนินงานแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรีอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อลดความรุนแรงในครอบครัว เมื่อปี พ.ศ. 2542 โดยมติคณะรัฐมนตรีได้ออกมาตรการแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรี และกำหนดให้เดือนพฤศจิกายนของทุกปีเป็นเดือนยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ยุทธวิธีเดียวกับสหประชาชาติที่กำหนดให้วันที่ 8 มีนาคม ของทุกปีเป็น International women's day¹⁰⁴ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ซึ่งโดยทั่วไปผู้ที่ถูกทำร้ายมักเป็นผู้หญิง

ในปี พ.ศ. 2545 สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในโรงพยาบาลนาร่องในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานในการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงขึ้นในโรงพยาบาล มีการให้บริการครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านระบบการอำนวยความสะดวกด้านสังคมสงเคราะห์และด้านการปลุกจิตสำนึก โดยเน้นการให้ “บริการแบบครบวงจร (one stop service)” เป็นศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล หรือ “ศูนย์พึ่งได้” (One Stop Crisis Center) และพัฒนาเป็นเครือข่ายประสานงานเพื่อช่วยเหลือในระดับประเทศ

ยกตัวอย่างเช่น การร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีกับกรมคุมประพฤติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อัยการ ตำรวจ มูลนิธิผู้หญิง กลุ่มสังคมสงเคราะห์ จัดตั้ง“ศูนย์นารีรักษ์”¹⁰⁵ ขึ้นเพื่อช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัวอย่างครบวงจร โดยผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยทางโรงพยาบาลจะทำหน้าที่ในการดูแลรักษาบาดแผลทางร่างกาย ฟื้นฟูบำบัดด้านจิตใจของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ให้การช่วยเหลือด้านกฎหมายในการประสานงานกับตำรวจให้รับเรื่องแจ้งความและต่อรองกับสามีให้ปรับพฤติกรรมและลดความก้าวร้าวรุนแรงเพื่อแลกกับการไม่ถูกดำเนินคดี รวมถึงการบำบัดและควบคุมความประพฤติของผู้ชายซึ่งเป็นผู้กระทำรุนแรงให้ได้ผลเด็ดขาด

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบทบาทสำคัญในด้านส่งเสริมการพัฒนา ศักยภาพและส่งเสริมสถานภาพสตรี ได้ดำเนินการในโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการพัฒนา สถาบันครอบครัว เช่น การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547 – 2556¹⁰⁶, แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)¹⁰⁷, พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ยังมีโครงการ ครอบครัวสมานฉันท์ โครงการยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี และให้การสนับสนุนงบประมาณจัดตั้งศูนย์ พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ทั่วประเทศ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีองค์กรสาธารณกุศล มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ที่ทำงานให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยการบริหารเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การสร้างเครือข่ายประชาสังคม และการรณรงค์ผลักดันเชิงนโยบาย พร้อมทั้ง ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การสื่อสารด้านสิทธิของเพศหญิงอีกด้วย นอกจากนี้ สคส. ยังได้วิเคราะห์ปัญหาของการทำงานเพื่อคุ้มครองผู้หญิงที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวว่ามีสาเหตุหลักจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมายที่จะนำมาบังคับใช้เนื่องจากเมื่อผู้หญิงประสบปัญหาถูกสามีทำร้าย ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ต้องรับแจ้งความและใช้กฎหมายอาญาในมาตราที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายกาย และผู้หญิงมักมาขอ ถอนแจ้งความภายหลัง ซึ่งหากพิจารณาเชิงกฎหมายแล้วทำให้เกิดความยุ่งยากเพราะถือเป็นคดีอาญาฐาน ความผิดร้ายแรงที่ไม่สามารถยอมความได้ เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นเหตุไม่รับแจ้งความและพยายามไกล่เกลี่ย เพื่อป้องกันยุ่งยากหากฝ่ายหญิงต้องการถอนแจ้งความภายหลัง จากประเด็นนี้ สคส. ตั้งข้อสังเกตว่า **“การตัดสินใจของผู้หญิงที่ประสบปัญหา”** เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่กระบวนการทางกฎหมายและกระบวนการ ให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ควรคำนึงถึงมากที่สุด และนำมาใช้ประกอบการพิจารณารายการขาดหายไปของ ประเด็นนี้ในร่างพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ที่มุ่งเน้นถึงข้อจำกัดทาง กฎหมายอาญา และให้ความสำคัญกับการกำหนดความผิดของปัญหาความรุนแรงในครอบครัวใหม่ให้เป็น เรื่องที่ยอมความได้ โดยมีกระบวนการที่มุ่งไปสู่การบำบัดฟื้นฟูผู้กระทำความรุนแรงเป็นสำคัญ แต่ไม่ได้ระบุ การมีส่วนร่วมของผู้หญิงอย่างชัดเจน ขั้นตอนและกระบวนการตัดสินใจต่อการแก้ไขปัญหาและหาทางออก ยังอยู่ในดุลพินิจของศาลเป็นหลัก¹⁰⁸

5.2.3 มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายหรือ พยายามฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสูญเสีย บาดเจ็บ หรือพิการของผู้ป่วยเอง และยังส่งผลกระทบต่อสภาวะ จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้ตระหนักถึง ความสำคัญของปัญหาดังกล่าวนี้ออกมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนี้

- การพัฒนาฐานข้อมูลทางภูมิศาสตร์ (GIS)¹⁰⁹ แสดงถึงความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายในแต่ละ เขต เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และร่วมกันหาทางแก้ปัญหาต่อไป
- กรมสุขภาพจิตได้สร้างแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นคำถามง่าย ๆ เบื้องต้น ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เพื่อคัดกรองคนในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการ ฆ่าตัวตายจะได้หาทางป้องกันและรักษาได้ทันทั่วทั้ง
- การจัดทำคู่มือ และฝึกอบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาตลอดจนให้คำปรึกษาแก่ผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย
- การจัดทำสายด่วนรับปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต

5.2.4 มาตรการการป้องกันการใช้ความรุนแรง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2547 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า ปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนสูง และมีความหลากหลายทั้งมิติทางการเมือง ความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรมทางภาษาและชาติพันธุ์ รวมทั้งความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีมาตรการเพื่อแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมาตรการที่ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงปัจจุบันนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประการ ได้แก่ การใช้มาตรการด้านกฎหมายและการรักษาความปลอดภัยเข้าควบคุมอย่างทันทั่วทั้งที่ และการใช้วิธีการทางสันติเป็นยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาในระยะยาว

ประการแรกคือ การใช้มาตรการด้านกฎหมายและการรักษาความปลอดภัยเข้าควบคุมอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น ทางรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548¹¹⁰ เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยใช้กำลังเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหารร่วมกันป้องกัน แก้ไข ปรามปราม ระวังยับยั้ง หรือช่วยเหลือประชาชนเป็นกำลังหลัก อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการก่อเหตุการร้ายแรงเพื่อสร้างสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงมีการขยายระยะเวลาการประกาศใช้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน^{111,112,113} และมีการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติการตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548¹¹⁴ และการประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่หัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน¹¹⁵ ขึ้นอีกด้วย อันเป็นผลสืบเนื่องจากฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบยังมีศักยภาพในการก่อความวุ่นวาย และก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงด้วยการใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ เพื่อมุ่งทำร้ายเจ้าหน้าที่และประชาชนผู้บริสุทธิ์ในพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐและความปลอดภัยของประชาชนจนไม่อาจดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ประการที่สองคือ การใช้วิธีการทางสันติและแนวทางสมานฉันท์เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาในระยะยาว ดังเช่นความสำเร็จของแนวทางการแก้ไขการใช้ความรุนแรงด้วยสันติวิธีในประเทศอินเดีย¹¹⁶ ในยุคก่อนและหลังได้รับเอกราชซึ่งเต็มไปด้วยความขัดแย้งทางด้านศาสนา ความเชื่อ ความพยายามแบ่งแยกดินแดน ส่งผลให้เกิดความทุกข์ยาก สงคราม การใช้ความรุนแรง และการก่อการร้ายซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วคล้ายคลึงกับสถานการณ์ทางภาคใต้ในปัจจุบัน ในยุคสมัยนั้นมหาตมะคานธีได้แก้ปัญหาดระดับความรุนแรงของความขัดแย้งด้วยการยึดมั่นต่อหลักยึดมั่นในหลักอหิงสาโดยปฏิเสธความรุนแรงทุกรูปแบบ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความเชื่อมั่นและเจตนาอันแน่วแน่ในแนวทางสันติวิธี ถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในภาคใต้และใช้ตอบโต้ฝ่ายก่อการร้าย แต่ในขณะเดียวกันต้องคำนึงว่า การลงโทษผู้กระทำผิดกฎหมายด้วยมาตรการเฉียบขาดนั้นไม่จัดว่าเป็นความรุนแรง¹¹⁶

รัฐบาลไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อการสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) ขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาภาคใต้ด้วยยุทธศาสตร์แนวทางสมานฉันท์ แนวคิดในทางยุทธศาสตร์และนโยบายแก้ปัญหาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในขั้นต้น เช่น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชน และการส่งเสริมและสนับสนุนพลังความหลากหลายทางวัฒนธรรมในสังคมและมิติเรื่องความยุติธรรมและสิทธิมนุษยชน¹¹⁷ อย่างไรก็ตาม ทางเครือข่ายรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ภาคใต้ได้เสนอให้มีความชัดเจนกับประเด็นที่ภาครัฐต้องพินิจความไว้วางใจในภาครัฐต่อประชาชน เพื่อให้ได้ผลออกมาในรูปธรรม เนื่องจากประชาชนเกิดความไม่ไว้วางใจ ความไม่เชื่อถือต่อภาครัฐ เพราะความอยุติธรรม ความไม่โปร่งใส หรือการปิดบังข้อมูลต่อประชาชน ทศนคติ พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐในเชิงลบต่อประชาชน ตลอดจนการใช้พระราชกำหนด หรือจำนวนทหารและตำรวจในพื้นที่ซึ่งเป็นตัวเพิ่มความรู้สึกตึงเครียด จึงถือเป็นประเด็นสำคัญมากที่จะต้องขจัดความเกลียดชังและอคติในสังคมออกไป นอกจากนี้ยังมีการนำเสนออย่าง

ชัดเจนว่า หัวใจของปัญหาคือเรื่องของ อัตลักษณ์ชาติพันธุ์มลายู ศาสนาอิสลาม และประวัติศาสตร์รัฐ ปาตานี ซึ่งแสดงออกในการใช้ภาษา“ยาวี”ซึ่งเป็นภาษามลายูท้องถิ่น วัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิตแบบ มลายูโดยเฉพาะใน 3 จังหวัดภาคใต้ ความผูกพัน วัตรปฏิบัติ ศรัทธาในศาสนาอิสลาม วิถีชีวิตแบบมุสลิมของ คนมลายูปาตานีซึ่งมีแบบลักษณ์พิเศษ และเรื่องสำนึกทางประวัติศาสตร์ระหว่างรัฐสยามกับรัฐปาตานี ซึ่งปม ปัญหาดังกล่าวทางเครือข่ายรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ภาคใต้เชื่อว่าสามารถแก้ไขได้โดยการสร้างรัฐที่มีความ ยุติธรรมและสันติอย่างแท้จริงด้วยการปรับตัวของโครงสร้างและกระบวนการแห่งรัฐ (State transformation)¹¹⁸

นอกจากนี้ ในหลายหน่วยงานยังมีความคิดเห็นตรงกันว่า การแก้ปัญหาความไม่สงบภาคใต้ นั้นมี จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้แนวทางการแก้ไขการใช้ความรุนแรงโดยการไม่ใช้ความรุนแรงหรือที่เรียกว่า “แนวทางสันติวิธี” ได้แก่

- 1) ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล (ศพส.)¹¹⁹ ดำเนินงานด้านโครงการและทำ การวิจัยในแนวทางสันติวิธีเพื่อลดสถานการณ์การใช้ความรุนแรงในภาคใต้ เช่น โครงการ ศึกษาการปกครองท้องถิ่นจังหวัดที่มีหลายเชื้อชาติ กรณีศึกษา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ โครงการประสานความร่วมมือกับผู้สำเร็จการศึกษาจากประเทศมุสลิมเพื่อศึกษาและทำความเข้าใจกับแนวคิดของมุสลิม เป็นต้น
- 2) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.)¹²⁰ และศูนย์ประสานงาน วิชา การให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.)¹²¹ ที่ได้รวมตัวก่อตั้ง ขึ้น พัฒนาฐานข้อมูล พัฒนาบุคลากรและทำการวิจัยเพื่อสะท้อน ให้เห็นปัญหา ผลกระทบทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และวิถีการแก้ปัญหาภาคใต้ในระยะยาว

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการ ดำเนินงาน ตามนโยบายข้อที่ 2 พัฒนายุทธศาสตร์และกลไกเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ไขปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และได้ตั้ง ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สบ.สด.)¹²² เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ ตลอด 6 เดือน (เดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2550) ที่ผ่านมา สบ.สด. ได้ดำเนินการตาม ยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 5.3 โดยสรุปและประมวลผลการดำเนินงานความก้าวหน้าได้ดังนี้

ตารางที่ 5.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของ สบ.สด.ในช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2550

การดำเนินงาน	ตัวอย่างผลงานและความก้าวหน้า
การพัฒนาบบข้อมูลเพื่อการบริการจัดการ ด้านสุขภาพ	● ระบบเฝ้าระวัง VIS* สรุปรายงานสถานการณ์ ทุก 1,3,6 เดือน ● ฐานข้อมูลแก่หน่วยงานในทุกระดับ (ประเทศ,จังหวัด, ร.พ. ,นักวิชาการ ฯลฯ) เพื่อใช้ในการวางแผนเรื่อง - การจัดการระบบความปลอดภัย - ระบบส่งต่อ - การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ - การจัดสรรทรัพยากร - การช่วยเหลือเฉพาะหน้าตามลักษณะการบาดเจ็บ - แจ้งเตือนประชาชนให้หลีกเลี่ยงแหล่งเกิดเหตุ เฝ้าระวังความปลอดภัย และป้องกันตนเองจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
การพัฒนาบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	● ศูนย์ส่งต่อระดับเขต ร.พ.หาดใหญ่ (จัดหาเตียงรับผู้ป่วยส่งต่อ

การดำเนินงาน	ตัวอย่างผลงานและความก้าวหน้า
	ภายใน 1 ชั่วโมง) • ประสานกับ ร.พ.เอกชน การแก้ปัญหาด้านขาดแคลนแพทย์ ศัลยกรรมประสาท • จัดตั้งเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (จัดทำทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สำหรับประสานการส่งต่อแก่ทุก ร.พ. ในเครือข่ายเขต) • พัฒนาศักยภาพบุคลากร(จัด reference conference case) • เตรียมความพร้อมรองรับการเกิดอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้าย ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศใน 14 จังหวัดภาคใต้
การดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ	• ศูนย์ประสานงานเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบประจำอำเภอ • พัฒนาศักยภาพประจำศูนย์ฯ(แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ และการพยาบาลด้านจิตใจในภาวะวิกฤต • พัฒนาศักยภาพ อสม. การปฐมพยาบาลด้านจิตใจเบื้องต้น
การพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน	• พัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นแกนนำในการปฏิบัติงานให้บริการ ด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเชิงรุกถึงชุมชนบ้าน (Super อสม.)
การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	• เร่งดำเนินการในเรื่องปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้ - กิจกรรมการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ (กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของเขต 18, 19) - การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ (Early ANC) - สนับสนุนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในระดับพื้นที่โดยการสร้าง และพัฒนาเครือข่ายแกนนำชุมชน (แกนนำสตรี ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา)
การแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการ	• บริหารงบประมาณและเงิน UC จากกระทรวง ส.ธ.เพื่อดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ • จัดศัลยกรรม, จัดหาพยาบาลจากแหล่งผลิตอื่นมาช่วยปฏิบัติงาน • จัดมาตรการจูงใจ ด้านค่าตอบแทน, สิทธิพิเศษแก่แพทย์อาสาสมัครพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ • สร้างบุคลากรหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เข้าศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศกว่า 3000 คน (ก.ค. 2550) • โครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตร 1 ปี • โครงการจิตอาสา • โครงการระดมน้ำใจเพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ และอสม. กรณีบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
การพัฒนากระบวนการนิเทศและปัญหาการชันสูตรพลิกศพ	• ลงพื้นที่สำรวจ ทำความเข้าใจปัญหาการชันสูตรพลิกศพ และรวบรวมเผยแพร่สภาพปัญหา • จัดทำเอกสาร บทความ คำถาม/คำตอบที่ควรรู้ด้านงานนิติเวชภาคใต้ • จัดสัมมนาความรู้ทางวิชาการ ด้านนิติเวชและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงาน	ตัวอย่างผลงานและความก้าวหน้า
อื่นๆ	นำเสนอปัญหาและสถานการณ์การชันสูตรพลิกศพของทาง ร.พ. ● การประสานงานกับองค์กรด้านสุขภาพของชาวมุสลิม(สมาคมจันทร์เสี้ยว) เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพ เข้ากับหลักศาสนาอิสลาม และสร้างเครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ และแกนนำเยาวชนในสถานศึกษาในระดับพื้นที่ ● ปรับรูปแบบการบริการรองรับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น - กันร้วลวดหนามรอบ ร.พ. - กันโซนบ้านพักกับ ร.พ. - จัดระบบการจราจรยนต์/รถจักรยานยนต์ให้เป็นสัดส่วน - จัดระบบสำรองอาหารกรณีฉุกเฉิน - ระบบโทรทัศน์วงจรปิดในจุดสำคัญ - นำข้อมูล VIS มาใช้ในการซ่อมแผนเผชิญเหตุในช่วงบ่าย เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์จริง เป็นต้น ● แข่งขันมหกรรมฟุตบอล TO BE NUMBER ONE 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปี 2550 ● การผลักดันให้นำข้อมูล VIS ไปใช้ประโยชน์แก่ครอบครัว ผู้ได้รับผลกระทบ และประชาชนในพื้นที่ในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการเฝ้าระวัง และการเยียวยาจิตใจ การพัฒนาระบบการเยียวยาที่มีคุณภาพในระดับอำเภอ การจัดระบบความปลอดภัย เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่ เช่น ในระดับสถานีอนามัย

หมายเหตุ: *VIS=Violence-related Injury Surveillance คือ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรง ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

นอกจากนี้ ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 207/2549 ลงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2549 (ศอ.บต.) ได้รับการรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่ (สถาบันข่าวอิศรา, 31 ต.ค. 2550) หลังจากการถูกประกาศยกเลิกเมื่อ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร แต่เดิมนั้นทาง ศอ.บต.ถูกจัดตั้งขึ้นควบคู่กับกองกำลังร่วมพลเรือน ตำรวจ ทหาร (พตท.43) เมื่อต้นปี พ.ศ.2524 ในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ จุดประสงค์เพื่อกระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลางสู่ชุมชน เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็งที่สามารถพึ่งตนเอง แก้ปัญหาต่างๆ ในพื้นที่ได้ซึ่งเป็นการลดภาระให้กับรัฐ นอกจากนี้ยังมีการรวมตัวกันตั้งสมาพันธ์องค์กรบริหารส่วนตำบล 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (นสพ.สมิหลา ไทมส์, 16 - 22 มิ.ย. 2550) เพื่อร่วมสร้างสันติสุขและตอบสนองนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ของรัฐบาล เสริมความเข้มแข็งของชุมชนและท้องถิ่น เพื่อป้องกันและต่อต้านการก่อความไม่สงบ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมด้วยความเข้าใจและเข้าถึงประชาชน เพื่อเสริมสร้างสันติสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงนโยบายและมาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหา ความรุนแรงในประเทศไทย

จากการทบทวนมาตรการและนโยบายของประเทศต่างๆ ควรคำนึงถึงว่า บางนโยบายให้ผลที่น่าพอใจในประเทศหนึ่ง ขณะที่ในอีกประเทศอาจให้ผลที่ต่างไป ดังนั้นประเด็นศึกษาเหล่านี้จะเป็นประโยชน์มาก หากประเทศไทยจะนำมาพิจารณาทบทวน แก้ไข ปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขสถานการณ์ความรุนแรงในประเทศไทย สามารถสรุปเป็นแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา จำแนกตามประเภทของกระบวนการที่เข้าแทรกแซงได้ดังนี้

5.3.1 ด้านกระบวนการยุติธรรม

ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการใช้ความรุนแรงในเด็ก เยาวชน สตรี ครอบครัว หรือแม้แต่ในสถานการณ์ภาคใต้ ต่างมีกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง และกฎหมายที่ออกมาเพื่อลงโทษผู้กระทำผิดออกมาไม่น้อยดังแสดงในตารางที่ 5.4 กฎหมายเหล่านี้ได้ถูกบังคับใช้ มีการปฏิรูป พัฒนาเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือการผลักดันพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ที่เพิ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 ที่ผ่านมา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นทิศทางการเปลี่ยนแปลงของการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวกับความรุนแรงในแง่ของการประนีประนอมมากขึ้นหรือที่เรียกว่า “กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ขึ้น” เช่น การจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว เพื่อให้ผู้กระทำความผิดและครอบครัว ผู้กระทำความผิดมีส่วนร่วมในการเจรจาแก้ปัญหาเกี่ยวกับฝ่ายคู่กรณี และจำกัดเด็กที่กระทำผิดไม่ให้เผชิญกับการพิจารณาคดีในศาลอาญา และไม่ต้องถูกจองจำปะปนกับอาชญากรที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งจะทำให้เด็กเหล่านั้นมีโอกาสที่จะเรียนรู้ถึงการกระทำความรุนแรงมากขึ้น อีกตัวอย่างคือ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ที่ให้ความสำคัญกับการประนีประนอมความให้การทำร้ายร่างกายในครอบครัวเป็นเรื่องที่ยอมความกันได้ เพื่อขจัดปัญหาความยุ่งยากในแง่กฎหมาย และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ไม่รับแจ้งความ ในการเหยี่ยวา และฟื้นฟูผู้ถูกทำร้าย ถือได้ว่าเป็นความก้าวหน้าในการปฏิรูปกฎหมายในแง่ที่เข้าใจถึงสถานการณ์จริงมากขึ้น และมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการกระทำความรุนแรงมากกว่าที่จะเป็นการลงโทษซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ

ในทางตรงกันข้ามปัญหาแรงงานเด็ก, การค้าประเวณีเด็กทั้งในและข้ามชาติ ควรมีการกระบวนการป้องกันและปราบปรามอย่างจริงจัง หรือควรมีการเพิ่มโทษเพื่อให้ผู้กระทำผิดเกรงกลัว เพราะผู้ประกอบการเหล่านี้ถือว่าได้เงินค่าตอบแทนมาง่ายและสูง ถึงแม้จะถูกปรับตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้ แต่เมื่อเทียบกับค่าตอบแทนที่จะได้รับแล้วการกลับไปทำอีกย่อมมีให้เห็นดังเช่นปัญหาที่ยังเกิดในสังคมดังเช่นในปัจจุบันจากสองตัวอย่างนี้ที่ชี้ให้เห็นว่ากฎหมายเก่าควรได้รับการปฏิรูปเมื่อมองเห็นจุดบกพร่อง

ตารางที่ 5.4 มาตรการทางกระบวนการยุติธรรมที่ใช้ในประเทศเพื่อใช้แก้ปัญหาความรุนแรง

กลุ่มเป้าหมาย	มาตรการทางกระบวนการยุติธรรม
เด็กและเยาวชน	พรบ. การศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545 พรบ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 พรบ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พรบ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พรบ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 พรบ. ป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ.2539 พรบ. มาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540

กลุ่มเป้าหมาย	มาตรการทางกระบวนการยุติธรรม
	พรบ. และกฎในการควบคุมการบริโภคสุรา และการจำหน่ายสุรา พรบ. จัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องการคุ้มครองแรงงาน
เด็ก สตรี และครอบครัว	พรบ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 พรบ. ป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ.2539 พรบ. มาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540 พรบ. คุ้มครองผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 พรบ. และกฎในการควบคุมการบริโภคสุรา และการจำหน่ายสุรา
จังหวัดชายแดนภาคใต้	กฎอัยการศึก พ.ศ. 2547 พรก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548

จะเห็นได้ว่าสิ่งที่ยังขาดหายไปในการบวนการยุติธรรม คือ การทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายแบบบูรณาการ¹²³ การวางตัวและทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่ยังขาดสำนึกในการให้บริการแก่ผู้ถูกทำร้ายหรือล่วงละเมิด^{124, 125} และขยายเครือข่ายให้สถานีตำรวจมีพนักงานสอบสวนหญิง¹²⁶ ดังนั้นรัฐควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือวางใจ และกล้าขอความช่วยเหลืออย่างจริงจัง

กฎหมายหากไม่ได้รับการเคารพ ปฏิบัติตาม และการให้ความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกฎหมายก็เป็นเพียงเครื่องมือที่ขาดประสิทธิผล ดังนั้นการเคารพในกฎหมายและการดำเนินงานอย่างจริงจังกับผู้ทำผิด และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ต้องการความช่วยเหลือ การปฏิรูปเครือข่ายความร่วมมือในการปฏิบัติงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่ถูกทำร้ายรู้สึกวางใจ และมาขอความช่วยเหลืออย่างจริงจัง

5.3.2 ด้านกระบวนการทางสาธารณสุข

บทบาทหลักที่เห็นได้ชัดของการสาธารณสุขคือการให้การรักษา เยียวยา พันฟู ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ถูกทำร้าย ไม่เพียงเท่านั้นยังรวมถึงบทบาทในการให้ความรู้ คำปรึกษา แก่ทั้งผู้กระทำและถูกกระทำผิด เช่น การให้การบำบัด เยียวยาพฤติกรรมแก่ผู้มีแนวโน้มจะกระทำความรุนแรงไม่ว่าจะเป็นในเด็กหรือผู้ชาย

เมื่อพิจารณาการเข้าแก้ไขและป้องกันปัญหาการใช้ความรุนแรงที่อำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน เช่น ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล หรือ “ศูนย์พึ่งได้” (One Stop Crisis Center) เป็นต้น แบบสถานบริการ ซึ่งมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จที่มีการตอบรับจากโรงพยาบาลในเขตจังหวัดต่างๆมากขึ้น และสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือที่สูงขึ้น จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการให้บริการในลักษณะเช่นนี้ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และกระจายสู่สาธารณสุขอำเภอ PCU และชุมชนให้ครอบคลุมไปทั่วประเทศ

การให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ทางกรมสุขภาพจิตให้บริการก็มีประโยชน์มากที่ช่วยลดความเครียดและแนวโน้มพฤติกรรมที่จะกระทำความรุนแรง โดยกรมสุขภาพจิตเข้าไปดูแลเยาวชน ที่มีปัญหาติดยาเสพติด หรือหมกมุ่นเรื่องเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ใช้เวลาว่างไม่ค่อยเกิดประโยชน์ ตลอดจนบริการสายด่วนสุขภาพจิต และโดยเฉพาะศูนย์ประสานงานเยียวยาจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบในภาวะวิกฤตประจำอำเภอทางจังหวัดชายแดนใต้ที่ช่วยลดความตึงเครียดแก่ประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างมากจึงควรมีการขยายการให้บริการ ซึ่งก็จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่ทำงานด้านนี้เพิ่ม

ในสภาวะไม่สงบเช่นนี้บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขยิ่งเด่นชัดขึ้นในการลดความขัดแย้ง และช่วยให้เกิดความสงบเร็วขึ้น¹²⁷ นอกจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอยู่ในฐานะที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกายและใจแล้วยังอยู่ในฐานะคนกลางไกล่เกลี่ยในการแก้ไขปัญหาได้ โดยที่ผู้กรณีจะรู้สึกวางใจมากกว่าที่จะให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ไกล่เกลี่ยเนื่องจากภาพพจน์ในสังคมที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่า ทหาร ตำรวจ

การให้บริการทางการแพทย์มีผลโดยตรงต่อการช่วยลดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายได้หากผู้ต้องการความช่วยเหลือ หรือผู้กำลังประสบปัญหาได้รับการช่วยเหลือในยามวิกฤตที่คิดจะฆ่าตัวตาย การจัดตั้งศูนย์ให้บริการหน่วยย่อยภายในชุมชน หรือ อนามัยประจำหมู่บ้าน ให้มีผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบให้ผู้ประสบปัญหาสามารถขอความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อทำการคัดกรองและส่งรับการช่วยเหลือได้ก่อนที่จะเกิดปัญหา โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ควรมีการพัฒนาคุณภาพคือ

- ต้องมีการพัฒนาฐานข้อมูลความรุนแรงเด็ก สตรีและครอบครัวให้เป็นระดับมหภาค¹²⁸ เพื่อสามารถประเมินแนวโน้มและการกระจายของปรากฏการณ์เพื่อใช้ประเมินขนาดปัญหาที่แท้จริงของความรุนแรงในประเทศไทยได้
- ระบบการบันทึกข้อมูลควรมีการจัดทำไปในแนวทางเดียวกัน เช่น ควรบันทึกอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ¹²⁹ เป็นการฆ่าตัวตายตามข้อเสนอแนะจาก WHO
- เตรียมความพร้อมของสถานบริการและชุมชนเพื่อให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาความรุนแรง
- ขยายการบริการและพัฒนาทั้งด้านรูปแบบและมาตรฐานการบริการด้านการดูแลเด็ก สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงไว้ในสาธารณสุขทุกระดับ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและส่งบุคลากรเข้าไปช่วยเหลือในพื้นที่ที่ขาดแคลน

นอกจากนี้สิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมเพื่อป้องกันปัญหา คือ สร้างระบบการค้นหากลุ่มเสี่ยงและป้องกันปัญหาในเชิงรุก เช่น ตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญอย่างยิ่งในการที่เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หากมีการเข้าแทรกแซงให้บริการคำปรึกษา ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้าถึงและใกล้ชิด เช่น การเยี่ยมบ้านจะเป็นแนวทางในการป้องกันการใช้ความรุนแรงได้ทั้งในได้ในวงกว้างทั้งระยะสั้นและระยะยาว ไม่เพียงแต่จะได้ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กแล้ว การให้ความรู้ในการสังเกตพฤติกรรมของลูกที่อาจนำไปสู่การกระทำความรุนแรง หรือมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ยังช่วยแทรกแซงให้ครอบครัวที่ปิดให้เปิดรับสังคมมากขึ้น เรียนรู้การเป็นตัวอย่างที่ดีต่อลูก รับรู้ถึงผลกระทบหากเด็กเติบโตมาในครอบครัวที่พ่อแม่ใช้ความรุนแรงต่อกัน

5.3.3 การไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธี

กระบวนการลดความรุนแรงในด้านนี้มีให้เห็นไม่มากนักในประเทศไทยเรา อย่างไรก็ตามหากมีการพัฒนาและส่งเสริมกระบวนการด้านนี้อย่างจริงจัง วิธีนี้คาดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดทางหนึ่งในการลดปัญหาการใช้ความรุนแรง เนื่องจากการหาทางออกของปัญหาที่จะได้รับความพึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย ข้อจำกัดคือ จะต้องใช้คนกลางที่มีความอดทนและมีทักษะในการเจรจาไกล่เกลี่ยค่อนข้างสูงมาก เพราะการเจรจามักจะหาทางออกไม่ได้ภายในครั้งเดียว และมักยืดเยื้อต้องใช้เวลาในการแก้ปัญหาาน อย่างไรก็ตามหากมีการพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ, เจ้าพนักงานสาธารณสุข, อาสาสมัคร ด้านการเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ยสอดแทรกและร่วมทำงานอยู่ในการบวนการลดสถานการณ์ความรุนแรงอื่นๆ น่าจะเกิดประโยชน์และแบ่งเบาภาระของทางภาครัฐได้ไม่น้อย

5.3.4 ด้านสิทธิมนุษยชน

การเรียกร้องสิทธิ ความเท่าเทียมกันในการเป็นมนุษย์ เพศ ชนชั้น มีความสำเร็จและก้าวหน้าขึ้นมาก และมีความสัมพันธ์กับกระบวนการประเภทอื่นๆอย่างแยกออกไม่ได้ อย่างไรก็ตามความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ฝังลึกเป็นรากเหง้าอยู่ในทุกชุมชน และสังคมยังคงเป็นตัวแปรสำคัญที่ยังคงชี้ให้เห็นว่าความไม่เท่าเทียมมีอยู่ทุกแห่งหน สิ่งเหล่านี้สะท้อนออกมาเป็นปัญหาเด็กและสตรีถูกกดขี่และถูกทำร้าย, สะท้อนผ่านสื่อออกมาในแง่ที่เพศชายมักเป็นใหญ่ มีอำนาจในการตัดสินใจ ในขณะที่เพศหญิงอ่อนแอ และมักถูกทำอนาจารผ่านสื่อโดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ต การที่ภรรยาถูกสามีทำร้ายแต่ต้องยอมเพราะความเชื่อเก่าๆที่ผู้หญิงเป็นช้างเท้าหลัง ต้องเชื่อฟังและยอมสามี การหย่าเป็นสิ่งที่น่าอับอายในทางสังคม เป็นต้น

การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง และการรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนและสังคมตระหนักถึงปัญหาในจุดนี้ และเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเก่าๆ ปรับเข้าหาสิ่งใหม่ แล้วค่อยๆหล่อหลอมผ่านกาลเวลาเป็นสังคมที่มีความเท่าเทียมกันที่แท้จริงในอนาคต

5.3.5 กระบวนการสร้างสังคมเข้มแข็ง

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการสร้างแนวทางและการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง นำไปสู่การสร้างสังคมที่เข้มแข็งเพื่อการพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างยั่งยืน แต่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในแต่ละชุมชนเพื่อพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในมิติต่าง ๆ เช่น มิติทางด้านเศรษฐกิจ, มิติทางด้านทรัพยากรธรรมชาติ, มิติทางด้านสังคม และมิติด้านวัฒนธรรม ตัวอย่างของการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในพื้นที่ต่างๆได้รวบรวมไว้ในฐานข้อมูลรากฐานไทยใน Web site รักบ้านเกิด¹³⁰

องค์ประกอบที่จะทำให้ชุมชนเกิดการรวมตัว และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้เกิดขึ้น เพื่อการพึ่งพาตนเองในชุมชนและการแลกเปลี่ยนความรู้กับชุมชนอื่น ซึ่งก็คือ 1) ผู้นำที่มีความคิดก้าวหน้า เสียสละทำงานเพื่อพัฒนาชุมชน และส่วนรวม 2) การดึงเอาศักยภาพและภูมิความรู้ จากประชากรคุณภาพในแต่ละท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ 3) การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์คุ้มค่ามากที่สุด

อย่างไรก็ดี หลักการดังกล่าวข้างต้นน่าจะเป็นจริงได้ต้องอาศัยความร่วมมือของนักพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันดำเนินงานผลักดันให้เกิดแผนแม่บทชุมชนของแต่ละชุมชนขึ้นมาให้ได้ หากชุมชนทุกชุมชนสามารถพึ่งพาตนเอง แก้ไขปัญหาภายในท้องถิ่นได้เอง นั่นก็หมายถึงประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้เช่นกัน

ถึงแม้ว่าการสร้างสังคมที่เข้มแข็งเพื่อลดการใช้ความรุนแรงนั้นยังไม่มีมีการดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างเป็นรูปธรรมแต่สามารถกล่าวได้ว่าเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ให้เห็นมุมมองของปัญหาในการดำเนินการ คือ

- สังคมคาดหวังให้ครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลปัจจัยพื้นฐาน ป้องกัน สมาชิกในครอบครัวด้วยตนเอง แต่การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยๆ ไม่ชัดเจน
- ขาดผู้นำที่มีศักยภาพในดำเนินงานที่จะสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อแก้ปัญหาอย่างจริงจัง
- ขาดการกำหนดบทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่เครือข่ายชุมชนอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ที่จะทำหน้าที่สอดส่องดูแลทั้งการป้องกันการกระทำความผิดของเด็กกลุ่มเสี่ยงและการขัดความขัดแย้งของครอบครัว
- เครือข่ายต้องตระหนักถึงสิทธิของเด็ก เยาวชน สตรี และความเสมอภาคเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อช่วยรณรงค์และ กระตุ้นให้คนในชุมชนเข้าใจและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงเหล่านี้

- บทบาทของเครือข่ายชุมชนต้องไม่เข้าไปในแนวควบคุมความประพฤติและจับผิด แต่ต้องเป็นพี่เลี้ยงให้ความช่วยเหลือดูแลให้การทะนุถนอมจิตใจเด็ก เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ในสังคม

นอกจากนี้ การสร้างชุมชนเข้มแข็งยังเป็นจุดมุ่งหมายหลักในการเข้าแก้ปัญหาความรุนแรงของทางชายแดนภาคใต้ในแนวทางสมานฉันท์ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการแก้ปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าแนวทางสันติวิธีนี้เป็นแนวทางที่ถูกต้อง แต่การที่จะเข้าไปสร้างชุมชนที่เข้มแข็งในสถานการณ์ที่วุ่นวายและมีมิติทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ซับซ้อน จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาคำตอบของปัญหาที่แทรกซึมในโครงสร้างของสังคม และต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ซึ่งก็ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้นำชุมชนนั้นๆ กับอาสาสมัคร และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำงาน

อย่างไรก็ตาม ภายใต้สถานการณ์ของความหวาดกลัว หวาดระแวงในความไม่ปลอดภัย ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงของบุคลากรของรัฐแม้แต่บุคลากรด้านสุขภาพ การดำเนินการในการแทรกแซงให้บริการคำปรึกษา ให้ความรู้แก่ประชาชนจึงเป็นไปได้ยาก การสร้างพันธมิตรในพื้นที่จึงเป็นเรื่องท้าทายและกฤษฎาสำคัญในการให้บริการแก่ประชาชน

ปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการความสงบทางชายแดนภาคใต้ที่ควรได้รับการดูแลโดยเร่งด่วน คือ ปัญหาเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากอาจส่งผลต่อปัญหา สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมระยะยาวตามมา

นอกเหนือจากกระบวนการในแต่ละประเภทก็มีการออกแบบการเข้าแทรกแซง 3 ระดับ ทั้งปัจเจกบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชนและสังคม ดังแสดงในตาราง ผ-3.1 และ ผ-3.2 โดยภาพรวมแล้ว หากสังเคราะห์การเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ความรุนแรงในระยะยาวแล้ว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความรุนแรงในเด็ก เยาวชน สตรี และความรุนแรงในครอบครัว ควรดำเนินการเข้าแทรกแซงในระดับบุคคล และระหว่างบุคคล เพื่อที่จะเข้าถึงหน่วยเล็กในสังคมโดยเฉพาะบ้านและโรงเรียน โดยการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและครูที่อยู่ใกล้ชิดเด็กและเยาวชนมากที่สุด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง แก่ปัญหาได้ทันก่อนที่จะบานปลายโดยการให้ความรัก ความเข้าใจ ใส่ใจและเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ เพื่อที่เด็กเหล่านั้นจะได้ไม่รู้สึกว่าเป็นส่วนเกินของครอบครัว สังคม เป็นปัญหา และรู้สึกตัวเองไร้คุณค่า

ตัวอย่างของโครงการที่ควรมีการเข้าแทรกแซงในระดับปัจเจกบุคคลได้แก่ การป้องกันการตั้งท้องไม่พึงประสงค์ก่อนวัยอันควร, การเข้าถึงการให้บริการทั้งก่อนและหลังคลอด, การเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนของเด็ก, การสร้างเสริมพฤติกรรมทางบวกและการเข้าสังคม, การให้โอกาสด้านการศึกษาขั้นพื้นฐานกับเด็กที่ด้อยโอกาสและอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะทำความรุนแรง ในทางตรงกันข้ามจากการวิเคราะห์โครงการที่ไม่มีประสิทธิผลลดการใช้ความรุนแรงควรหลีกเลี่ยงให้เด็กสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่เด็กจะเรียนรู้และจดจำการใช้ความรุนแรงผ่านปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ เช่น การสอนให้เด็กใช้ปืน, โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สิ่งเสพติด หรือการเพิ่มโทษหรือภาคทัณฑ์หากเด็กทำผิด เป็นต้น

ส่วนตัวอย่างของโครงการที่ควรมีการเข้าแทรกแซงในระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้อง, การลงโทษที่ไม่ใช้ความรุนแรง, การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างบ้านและโรงเรียน, โครงการบ้านเอื้ออาทรที่มีการร่วมกันแก้ปัญหาโดยไม่ทำความรุนแรงต่อกัน, สร้างสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นขึ้นในบ้านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยครู โครงการ 1 วัน 1 นั้น เป็นต้นแบบของการเข้า

แทรกแซงเพื่อแก้ปัญหาที่ดี แต่ยังไม่ได้มีการขยายการทำงานในทุกๆโรงเรียน และจำเป็นที่ครูผู้เยี่ยมต้องเสียสละเวลา และจริงใจต่อการทำงานเป็นอย่างยิ่ง

ท้ายสุดคือ ตัวอย่างของโครงการที่ควรมีการเข้าแทรกแซงในระดับระหว่างชุมชนและสังคม โดยการสร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ปลอดภัย ได้แก่ เฝ้าระวังและจำกัดการเข้าถึงของสารเคมีสู่เด็กและเยาวชน, การจำกัดการเข้าถึงสารเคมี สารพิษ ตลอดจนอุปกรณ์ที่ใช้ทำร้ายร่างกาย, ลดการจำหน่ายแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี, เพิ่มมาตรการรักษาความปลอดภัยในพื้นที่มืด และเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรม และการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแก่ชุมชนและสังคม ได้แก่ การให้บริการฉุกเฉินด้านการรักษาพยาบาล, จัดตั้งศูนย์คุ้มครองดูแลเด็ก และผู้ถูกทำร้ายในพื้นที่ชุมชน, จัดกิจกรรมให้บ่นในครอบครัวและคนในชุมชนทำร่วมกัน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบ เป็นต้น

บทบาทของสื่อถือว่ามีส่วนโดยตรงต่อปัญหาความรุนแรงทุกรูปแบบที่จะสร้างสรรค์ภาพในแง่บวกหรือลบแก่ผู้บริโภคในยุคแห่งเทคโนโลยีเช่นปัจจุบันนี้ สื่อต่างๆรวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์จะช่วยลดอุปสรรคการใช้ความรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว และการฆ่าตัวตายได้ โดยสื่อต้องแสดงถึงความสำนึกในการร่วมสร้างสังคมที่เข้มแข็งและสมานฉันท์ โดยลดการแพร่ภาพที่ความรุนแรงเกินขอบเขต ลดการเสนอความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรง โดยเฉพาะปัญหาเด็กติดเกมจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ประกอบการ และผู้ประกอบการร้านเกมและคอมพิวเตอร์ในการควบคุมดูแลให้สื่อนี้ช่วยพัฒนาเด็กและเยาวชนไปในทางที่สร้างสรรค์ ไม่ใช่ส่งผลให้มีพัฒนาการในทางก้าวร้าว แปลกแยก และหมกหมุ่นอยู่กับโลกเสมือนจริงเหล่านั้น เช่น การพัฒนาระบบควบคุมดูแลระดับชาติเพื่อกำจัดเวลา และประเภทของเกมหรือ Web site ที่มีระดับความรุนแรงต่างกันไปขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของเด็กซึ่งตรวจเช็คด้วยการต้องใช้เลขประจำตัวประชาชนในการเข้าสู่ระบบเพื่อใช้บริการ

ในทางกลับกันสื่อยังเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดที่ใช้เผยแพร่ศูนย์ที่ให้บริการ ความช่วยเหลือกับผู้ประสบปัญหา หรือถูกทำร้าย และเป็นแหล่งของการรณรงค์ที่จะต่อต้านการใช้ความรุนแรงในทุกรูปแบบโดยใช้เทคนิคเดียวกับการทำการประชาสัมพันธ์ทางการตลาดให้ผู้บริโภคจดจำติดหู จนกลายเป็นค่านิยมในสังคมไปโดยปริยาย

5.4 สรุปปัญหาหลักในทุก ๆ กระบวนการและหน่วยงาน

5.4.1 ด้านระบบการเฝ้าระวัง

- ขาดระบบฐานข้อมูลระดับมหภาค - ข้อมูลที่ใช้อ้างอิงเป็นข้อมูลที่กระจัดกระจายทั่วไปไม่ว่าจะเป็นกรมตำรวจ กรมประชาสัมพันธ์ กรมแรงงาน โรงพยาบาล หรือข้อมูลจากองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งขาดความเป็นระบบและแม่นยำในภาพรวม เพราะเป็นการจัดเก็บเฉพาะการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน การแก้ไขปัญหาของระบบจึงเป็นฝ่ายตามแก้ไขปัญหามากกว่า
- ขาดระบบการวิจัย - ควรมีหน่วยวิจัยเฉพาะด้านความรุนแรงทำหน้าที่หลักในแต่ละประเด็นปัญหาความรุนแรง เพื่อการสร้างเคลื่อนไหวในเชิงนโยบาย พัฒนาตัวชี้วัดและฐานข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อถือได้เพื่อจะนำไปสู่การรู้ขนาดปัญหา ปัจจัยเงื่อนไข ผลกระทบของปัญหา และการติดตามแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ¹²⁸

5.4.2 ด้านการปฏิบัติงาน

- ความชัดเจนระหว่างนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ขาดการบูรณาการในการทำงานร่วมกัน
- บุคลากรขาดความตระหนักในการให้บริการ
- การไม่สามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการหรือกลุ่มเสี่ยงได้

5.4.3 อื่น ๆ

- งบประมาณสนับสนุน
- ขาดหน่วยงานที่ควบคุมดูแลสื่ออย่างจริงจัง

กล่าวโดยสรุป คือ ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในด้านของการบาดเจ็บการตาย และความพิการ การลดการใช้ความรุนแรงจึงเป็นเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของการสาธารณสุข มีการเสนอและสร้างนโยบาย มาตรการขึ้นมารองรับกับปัญหาการใช้ความรุนแรง ยุทธศาสตร์การเข้าแทรกแซงแบ่งตามประเภทของกระบวนการตาม World bank⁸¹ 5 ประเภท คือ กระบวนการยุติธรรม(Criminal justice), กระบวนการทางสาธารณสุข(Public health), การไกล่เกลี่ยเจรจาความขัดแย้ง (Conflict transformation), กระบวนการทางสิทธิมนุษยชน(Human Right) และ กระบวนการสร้างสังคมเข้มแข็ง (Social capital) และสามารถแบ่งระดับการเข้าแทรกแซงเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปัจเจกบุคคล(individual level), ระดับระหว่างบุคคล(interpersonal level) และ ระดับชุมชนหรือสังคม(community or social level)

การเข้าแทรกแซงทางกระบวนการยุติธรรมแสดงออกในลักษณะของกฎหมายที่ออกมาเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิด และคุ้มครองผู้ถูกกระทำความรุนแรง เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ,การเข้าแทรกแซงทางกระบวนการสาธารณสุขแสดงออกในลักษณะนโยบายทางสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ในระดับปัจเจกบุคคล เช่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, การเข้าแทรกแซงทางการไกล่เกลี่ยเจรจาความขัดแย้ง แสดงออกในลักษณะขององค์กรกลางที่ให้บริการและความรู้ด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย เช่น ศูนย์สันติวิธีและธรรมาภิบาลสถาบันพระปกเกล้า, การเข้าแทรกแซงทางกระบวนการสิทธิมนุษยชนแสดงออกในลักษณะของสิทธิและความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ เช่น อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ และการเข้าแทรกแซงทางกระบวนการการสร้างสังคมเข้มแข็งแสดงออกในลักษณะให้สังคมเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน เช่น นโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว

การป้องกันปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและวัยรุ่นมีมาตรการเข้าแทรกแซงในระดับปัจเจกบุคคล และระหว่างตัวบุคคลเป็นหลัก โดยดำเนินงานผ่านครอบครัว และโรงเรียน, การแก้ไขปัญหาคความรุนแรงในครอบครัว มีมาตรการเข้าแทรกแซงในระดับปัจเจกบุคคล และระหว่างตัวบุคคลเป็นหลัก โดยดำเนินงานผ่านองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือสตรี และสถานพยาบาล ,การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายมีมาตรการเข้าแทรกแซงในระดับปัจเจกบุคคล และระหว่างตัวบุคคลเป็นหลัก โดยดำเนินงานผ่านครอบครัว โรงเรียน ,การป้องกันปัญหาความรุนแรงภาคใต้มีมาตรการเข้าแทรกแซงในระดับปัจเจกบุคคล ระหว่างตัวบุคคลและเน้นที่ระดับสังคมเป็นหลักเพื่อสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง และสงบสุข

ตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศและในประเทศพบว่า มาตรการด้านการเข้าแทรกแซงตั้งแต่เบื้องต้น(primary prevention and intervention)ให้ประสิทธิผลดีกว่าการตามแก้ปัญหาผ่านบทลงโทษทางกฎหมายในการลดความรุนแรง นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการสาธารณสุขมีบทบาทที่ช่วยลดปัญหาการใช้ความรุนแรงในทุกๆด้าน เราจึงต้องเชื่อมั่นว่าการเข้าแทรกแซงจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ต้องอาศัยเวลา ถึงแม้ว่าประเทศไทยเรามีประสบการณ์ด้านมาตรการต่างๆเพื่อป้องกัน

และแก้ไขการใช้ความรุนแรงแบบต่างๆไม่มากนัก ประกอบกับขาดฐานข้อมูลและหลักฐานด้านประสิทธิภาพของนโยบายได้นำมาใช้แล้ว อย่างไรก็ตามการเริ่มสร้างสรรค์นโยบายในการป้องกันความรุนแรงพร้อมกับการให้การบริการรักษาฟื้นฟูจะช่วยให้งานก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความรุนแรงสามารถป้องกันได้หากทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน และรัฐบาล ร่วมมือกันอย่างจริงจัง การประสานงานร่วมมือกันดำเนินงานจึงจะบังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพในการลดการใช้ความรุนแรง เป็นบทพิสูจน์ที่สำคัญถึงความสามารถของแต่ละองค์กร ตลอดจนความเข้มแข็ง ความสามัคคี และทุนทางสังคมในมิติต่างๆภายในประเทศอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ¹ World Health Organization. (2002) *World report on violence and health*. Geneva. 2002:xix-xxi
- ² โครงการดำเนินการพัฒนาการจัดทำเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (2550) การศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ³ Mathers CD and Loncar D. (2006) *Updated Projections of Global Mortality and Burden of Disease, 2002-2030: Data Sources, Methods and Results*. Geneva, World Health Organization. *Evidence and Information for Policy Working Paper* (August).
- ⁴ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, ม.ป.ป. 2548: 148-151
- ⁵ World Health Organization. (2002) *World report on violence and health*. Geneva. 2002: p.6-7
- ⁶ สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2550) ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร.
- ⁷ วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุธี, อำนาจ เนตยสุภา. (2546) การประเมินกระบวนการยุติธรรมในการคุ้มครองสวัสดิภาพบุคคล ที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว: รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อนหญิง : สถาบันพัฒนากระบวนการยุติธรรมเยาวชนและครอบครัว
- ⁸ Johnson, M.P., and Ferraro, K.J. (2000) *Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions*. Journal of Marriage and the Family, 62, 948-963.
- ⁹ ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (2533) ทำลายทางเลือก: ความรุนแรงและการไม่ใช้ความรุนแรง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ¹⁰ World Health Organization. (1997) *Violence against Women: A Priority Health Issue*. Geneva.
- ¹¹ ชี 74% ของพ่อบ้านที่เหล้าลงมือทำร้ายลูก-เมีย: ชี 74% ของพ่อบ้านที่เหล้าลงมือทำร้ายลูก-เมีย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2550
[<http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=6254>] [Cited 14 กันยายน 2550]
- ¹² WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. (2005) Summary report of the initial findings on prevalence, health outcomes and women's responses. World Health Organization, Geneva.
- ¹³ ธนวิทย์ ทำจิ้น การรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อสตรี:ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับองค์กรเอกชน มูลนิธิเพื่อนหญิง
[<http://www.women-family.go.th/thai/download/New%20Folder/assault.old.rtf>] [Cited 10 กันยายน 2550]
- ¹⁴ ระดมทุน: อย่าเพิกเฉย เมื่อได้ยินเสียงร้องขอความช่วยเหลือจากผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง
[http://www.friendsofwomen.net/nature_shop/nature_shop.htm] [Cited 10 กันยายน 2550]
- ¹⁵ ฝ่ายศูนย์ข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนหญิง (2548) รวบรวมจากหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ (ไทยรัฐ เดลินิวส์ มติชน ข่าวสด และกรุงเทพธุรกิจ) ปี 2548
- ¹⁶ เหล้าครองแชมป์ความรุนแรงในครอบครัว ข้อมูลข่าวโดยหนังสือพิมพ์ผู้จัดการออนไลน์ ฉบับวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2550 [<http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9500000047305>] [Cited 14 กันยายน 2550]

- ¹⁷ นาฏศิลป์นิพนธ์. ผลงาน "PORTRAIT" เกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 16 กุมภาพันธ์ 2548 หอประชุมเล็กศูนย์วัฒนธรรมแห่งประเทศไทย
[http://www.birddancebangkok.com/index.php?lay=show&ac=article&id=314589&Ntype=6] [Cited 14 กันยายน 2550]
- ¹⁸ จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2548) กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์: การเยียวยาความรุนแรงในครอบครัว ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[http://www.midnightuniv.org/midnight2545/document9686.html]
- ¹⁹ กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.
- ²⁰ พิมพ์วัลย์ และคณะ. (2546) คู่มือสำหรับผู้ฝึกอบรมสิทธิของผู้ใช้แรงงานหญิงและความเสมอภาคทางเพศ ขั้นตอนง่าย ๆ สำหรับเจ้าหน้าที่องค์กรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน. Japan:ILO
- ²¹ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ลงนาม MOU กับศูนย์ประชาบดี เพื่อร่วมดูแล แก้ไขปัญหาให้เด็ก เยาวชน และสตรี ศูนย์ข่าวแปซิฟิก วันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2550
[http://www.backtohome.org/autopage-new/print.php?h=2&s_id=3027&d_id=3027&page=1] [Cited 14 กันยายน 2550]
- ²² สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548) รายงานวิชาการ เรื่อง การจัดทำเอกสารผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญสูงของไทย: ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic violence). กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- ²³ Moore, Donna. (1979) *Battered Women*. London: SAGE.
- ²⁴ Hague, Gill and Ellen Malos. (1998) *Domestic Violence: Action for Change*. Cheltenham: New Clarion.
- ²⁵ Delfo, Alisa. (1995) *Domestic Violence for Beginners*. New York: Writers and Readers.
- ²⁶ World Health Organization. (2002) *World report on violence and health*. Geneva.
- ²⁷ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ม.ป.ป. 2548: 109-110
- ²⁸ World Health Organization. (1999) *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention* 29-31 March 1999 WHO, Geneva.
- ²⁹ สำหรี จิตตินันท์ และคณะ. (2536) การป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู เด็กที่ถูกทอดทิ้ง และถูกกระทำทารุณในโรงพยาบาลชุมชน. ในรายงานสรุปผลการฝึกอบรมบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการค้นหา ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูสภาพเด็กถูกทอดทิ้งและถูกกระทำทารุณ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และยูนิเซฟ (UNICEF)
- ³⁰ United Nations Children's Fund (UNICEF). *Convention on the Rights of the Child*
[http://www.unicef.org/crc/] [cited 16 กันยายน 2550]
- ³¹ รศ.พญ.ฐานิต อิศรเสนา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2536)
- ³² รศ.นพ.อัมพล สุอัมพันธ์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี (2536)
- ³³ วันเพ็ญ บุญประกอบ และคณะ. (2538) *จิตเวชเด็ก สำหรับกุมารแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ³⁴ คู่มือการจัดทำตัวชี้วัดและข้อมูลสถานภาพสตรีไทย 2548 บทที่ 4:ชุดข้อมูลตัวชี้วัดและข้อมูลสถานภาพสตรีไทย

[<http://www.women->

[family.go.th/women2/GenderNew/KM%20Document/PDF/Indicator_PDF/Lesson_4.pdf](http://www.women-)]

[Cited 14 กันยายน 2550]

³⁵ จังหวัดลำปางร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมจัดงาน “วันยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี” สำนักประชาสัมพันธ์เขต 3 จังหวัดลำปาง วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548

[http://www.thaisnews.com/pvn_detail.php?reportid=83093] [Cited 14 กันยายน 2550]

³⁶ คลินิกซึมเศร้า รพ.ศรีธัญญา. (2550) *ชีวิตที่ถูกกลืนกินทางเพศซึมเศร้าสูง* ข้อมูลข่าวโดยหนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์ ฉบับวันที่ 13 กรกฎาคม 2550 ปีที่ 30 ฉบับที่ 10716 หน้า 15

[<http://www.dmh.go.th/stydepression/news/view.asp?id=376>] [Cited 14 กันยายน 2550]

³⁷ World Health Organization. (2002) *World report on violence and health*. Geneva.2002: p. 62-65

³⁸ อารี เพชรผุด. (2533) *การศึกษาสาเหตุรูปแบบและผลของเด็กที่ถูกทารุณกรรมและทอดทิ้งในประเทศไทย*.

³⁹ พรณี เอื้อวัฒนา. (2542) *การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายและจิตใจของเด็กโดยบิดามารดา ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเมืองจังหวัด อำนาจเจริญ*

⁴⁰ World Health Organization. (2002) *World report on violence and health*. Geneva. 2002: p.96-100

⁴¹ อรณี นมรักษ์. (2539) *การทารุณกรรมเด็กในครอบครัวของนักเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร: กรณีโรงเรียนสามเสนนอก*

⁴² สรรพสิทธิ์ คุम्พ์ประพันธ์. *ความรุนแรงต่อเด็กในสังคมไทย : มรดกทางวัฒนธรรม มุขนิพนธ์พิทักษ์สิทธิเด็ก* [www.women-family.go.th/thai/download/New%20Folder/assault.old.rtf] [Cited 14 กันยายน 2550]

⁴³ จริญญา นิตยสุวรรณ. (2536) *ทัศนะของนักวิชาการต่อปัญหาการทารุณกรรมเด็กในสังคมไทย*

⁴⁴ พรฤดี นิธิรัตน์. (2540) *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกกระทำทารุณกรรมของเด็กในครอบครัว: ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร*

⁴⁵ ณรงค์เดช อนุศักดิ์เสถียร. (2549) *จากอดีตสู่ปัจจุบัน ปัญหาการกระทำทารุณและทอดทิ้งเด็ก*. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการนักเรียนไทยในฝรั่งเศสและในภาคพื้นยุโรป ประจำปี พ.ศ. 2549. [<http://www.aetf-online.com>] [Cited 14 กันยายน 2550]

⁴⁶ Finkelhor D and Ormrod R. (2004) *Prostitution of Juveniles: Patterns from NIBRS*. OJJDP Bulletin, NCJ 203946.

⁴⁷ ณรงค์เดช อนุศักดิ์เสถียร. (2549) บทความ "จากอดีตสู่ปัจจุบัน ปัญหาการกระทำทารุณและทอดทิ้งเด็ก" งานประชุมวิชาการของนักเรียนไทยในประเทศฝรั่งเศสและในภาคพื้นยุโรป ประจำปี พ.ศ. 2549 ครั้งที่ 4

⁴⁸ วิชา มหาคุณ และวัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล. (2533) *ผลกระทบของเด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรม มาตรการป้องกันแก้ไข ศึกษาเฉพาะกรณีเด็กและเยาวชนที่ต้องคดี*

⁴⁹ ต่อพงษ์ พงษ์เสรี. *ปัญหาการใช้มาตรการคุ้มครองสิทธิเด็กจากความรุนแรงในครอบครัว*. มปป, มปป.

⁵⁰ มาโนช หล่อตระกูล. (2550). *การพยายามฆ่าตัวตาย*.

[http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/gp_att.html] [Cited 15 สิงหาคม 2550]

⁵¹ มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. (2543) *ผ่านที่วิกฤติ: วิเคราะห์มุมมองชาย-หญิงผู้ผ่านการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

⁵² World Health Organization. (2007) *World Suicide Prevention Day*

[<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/index.html>] [Cited 16 กันยายน 2550]

⁵³ Dieksta RFW. (1993) *Epidemiology of suicide and parasuicide*. Acta Psychiatr Scand, 371 (Suppl): 9-20.

- ⁵⁴ Schmidtke A, et.al. (1996) *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992*. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* ,93:327-38.
- ⁵⁵ Teiedor MC, et.al. (1999) *Attempted suicide: repetition and survival finding of a follow-up study*. *Acta Psychiatr Scand*; 100:205-11.
- ⁵⁶ อภิชัย มงคล และคณะ. (2548) รายงานการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่าตัวตาย). กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ⁵⁷ คณะทำงานโครงการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [<http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=947>] [Cited 16 กันยายน 2550]
- ⁵⁸ อภิชัย มงคล และคณะ. (2546) รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย กลุ่มการวิจัยสุขภาพจิต โรคจิต และพฤติกรรมรุนแรง. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ⁵⁹ มาโนช หล่อตระกูล. (2550 ข) *แนวทางและเทคโนโลยีในการแก้กระโรคของการฆ่าตัวตาย*. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยา กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ⁶⁰ World Health Organization. (2000) *Local Action: Creating Health Promoting School*. Geneva: World Health Organization WHO Information Series on School Health.
- ⁶¹ World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE): Suicide statistics* [http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html] [Cited 16 กันยายน 2550]
- ⁶² ศูนย์ปฏิบัติการข่าว กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน ภาค ๔ [Homepage on the internet] *ตัวการปล้นปืนทหาร* [<http://www.spc4.th.gs/web-s/pc4/ponpun.htm>] [Cited 22 สิงหาคม 2550]
- ⁶³ ศรีสมภพ จิตกริรมย์ศรี. (2548) *หนึ่งปีหนึ่งทศวรรษ ความรุนแรงชายแดนภาคใต้: ปรศนาของปัญหาและทางออก*. ว.รัฐศาสตร์สาร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (2548): 79-90.
- ⁶⁴ ศรีสมภพ จิตกริรมย์ศรี. *แนวโน้มของเหตุการณ์จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และสถานการณ์ปัจจุบัน*. โครงการการสัมมนา เรื่อง ภาระทางสุขภาพ (Health Burden) อันเนื่องจากสถานการณ์ความรุนแรงในภาคใต้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (เอกสารประกอบคำบรรยาย).
- ⁶⁵ ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) [Homepage on the internet]. *รายงานสรุปปริมาณความเสียหาย* (11 สิงหาคม 2550) [Updated 16 สิงหาคม 2550] [<http://medipe.psu.ac.th/~dscc/>] [Cited 21 สิงหาคม 2550]
- ⁶⁶ โครงการพัฒนาระบบและจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance - VIS) [Homepage on the internet] *รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน 2550*. [http://medipe.psu.ac.th/vis/report/VIS_Report_Jan_Jun07.pdf] [cited 22 สิงหาคม 2550]
- ⁶⁷ Etienne G. Krug, Linda L Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. (2002) *World report on violence and health*. Switzerland: World Health Organization.

- ⁶⁸ Warin Pongkankham, V. Sornsrivichai, R. Rangsin and el al. (2006) *Physical Injuries and Fatalities Resulting from Violence in the 3 Southernmost Provinces of Thailand, 2004*. The 1st GIS International Conference Geospatial Research and Application Frontiers in Environmental and Public Health Systems (GRAFEPS). Hong Kong.
- ⁶⁹ ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ [Homepage on the internet] สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในระยะเวลา 43 เดือน [<http://www.sasuk12.com/shdac/etc/shdac2.htm>] [Cited 22 สิงหาคม 2550]
- ⁷⁰ Barry S. Levy and Victor W. Sidel. (2000) *War and public health*. Washington: Oxford University Press, Inc.
- ⁷¹ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย [Homepage on the internet] รายงานสถิติประชากร [<http://www.dopa.go.th/>] [Cited 22 สิงหาคม 2550]
- ⁷² ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ [Homepage on the internet]. ภารกิจในการบริหารพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ [<http://www.sasuk12.com/shdac/structure/main.htm>] [Cited 22 สิงหาคม 2550]
- ⁷³ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค [Homepage on the internet]. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์สัปดาห์ที่ 27 วันที่ 1 - 7 กรกฎาคม 2550: สถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2550 (Violence - related Injury Surveillance - VIS, January – May, 2005. [http://203.157.15.4/weekly/w_2550/wk50_27/wk50_27_2.pdf] [Cited 22 สิงหาคม 2550]
- ⁷⁴ Zwi A, Ugalde A. (1989) *Towards an epidemiology of political violence in the Third World*. Soc Sci Med. 28(7):633-42.
- ⁷⁵ World Health Organization. (2003) *The World health report: 2003: shaping the future*. Geneva.
- ⁷⁶ The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. (2002) *Burden of Disease and Injuries in Thailand: priority setting for policy*. Bangkok: Veteran Publishing House; 2002.
- ⁷⁷ Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L, & Lopez A. (2003) *The burden of disease and injury in Australia 2003*. AIHW cat. no. PHE 82.
- ⁷⁸ WHO EUROPE. (2005) *The solid facts on unintentional injuries and violence in the WHO European Region*, Fact sheet EURO/11/05.
- ⁷⁹ World Health Organization. (2006) *Guidelines for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*. Geneva: WHO and CDC, Draft 29 May 2006.
- ⁸⁰ International Health Policy Program. (2006) A Study Report on Implementation of the guidelines for estimating the costs of interpersonal and self-directed violence in Thailand.
- ⁸¹ Moser C and Shrader E. (1999) *Crime, Violence, and Urban Poverty*. The World Bank, Washington, D.C.
- ⁸² World Health Organization. (2000) *World Report on Violence and Health*. Geneva.

- ⁸³ Task Force on Community Preventive Services. (2007) *Recommendation against Policies Facilitating the Transfer of Juveniles from Juvenile to Adult Justice Systems for the Purpose of Reducing Violence*. Am J Prev Med. 32(4S).
- ⁸⁴ Raden SA. (2001) *National Health policy forum: Youth violence: how dose the health care sector response?* The George Washington University.
- ⁸⁵ Task Force on Violence. (1999) *The role of the pediatrician in youth violence prevention in clinical practice and at the community level*. Pediatrics, 103(1), 173-181.
- ⁸⁶ Hahn RA, Bilukha O, Crosby A, et al. (2005) *Firearms laws and the reduction of violence*. Am J Prev Med. 28, 40-71.
- ⁸⁷ Hahn RA, Bilukha O, Lowy J, et al. (2005) *Effectiveness of therapeutic foster care for the prevention of violence: a systematic review*. Am J Prev Med. 28, 72-90.
- ⁸⁸ Hahn RA, Fuqua-Whitley D, Wethington H, et al. (2007) *Effectiveness of universal school-based programs to prevent violence*. Am J Prev Med. (in preparation)
- ⁸⁹ Wethington H, Hahn RA, Fuqua-Whitley D, et al. (2007) *The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents*. Am J Prev Med. (in preparation)
- ⁹⁰ McGowan A, Hahn RA, Liberman A. (2007) *Effects on violence of laws and policies facilitating the transfer of juveniles from the juvenile justice system to the adult justice system*. Am J Prev Med. 32, S7-S28.
- ⁹¹ Schopper D, Lormand DJ, Waxweiler R. (2006) *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. World Health Organization.
- ⁹² World Health Organization. (2003) *Developing National Policies on Violence and Injury Prevention: Report of a WHO Meeting*. Geneva. 23-24 October 2003.
- ⁹³ *Women's aid briefing : Domestic violence a national report*
[<http://www.womensaid.org.uk/page.asp?section=00010001000900040003>]
- ⁹⁴ LIFE (framework for prevention of suicide and self-harm in Australia)
- Context for action.
- Life action areas.
- ⁹⁵ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กและพิธีสารเลือกรับของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เรื่อง การค้าเด็ก การค้าประเวณี และสื่อลามกที่เกี่ยวกับเด็กและความเกี่ยวพันของเด็กในความขัดแย้งกันด้วยอาวุธ
[http://www.opp.go.th/library/child_6_07_50.pdf]
- ⁹⁶ นางเยาว์ แข่งเพ็ญแข., สุกัญญา เวชศิลป์. (2546) *กลยุทธ์เสริมพลังจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางบวกเพื่อลดการใช้ความรุนแรง*. กรุงเทพฯ : สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ⁹⁷ สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุกัษ, ดวงพร แก้วศิริ, สายใจ โพธิ์ศัพท์สุข. (2548) *รายงานการวิจัย เรื่อง ภาวะวิกฤตในครอบครัวกับการอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยและวัยเรียน วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2548 ปีที่ 3 ฉบับที่ 1*

- ⁹⁸ สุนันท์ ดวงจันทร์. (2549) การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 เรื่อง พันธมิตรร่วมใจเด็กไทยสุขภาพดี ระหว่างวันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [http://advisor.anamai.moph.go.th/conference/network49/BP_Room102.doc]
- ⁹⁹ ผศ.ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. รายงานวิจัยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสังเคราะห์งานวิจัยด้านความรุนแรงในสังคมไทย [www.violence.au.edu]
- ¹⁰⁰ อมรวิรัช นาคทรัพย์, จุฬารักษ์ มาเสถียรวงศ์. (2550) เด็กไทยในยุคไฟเบอร์ สุขภาพคนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. หน้า 34-35.
- ¹⁰¹ บทความ "ถอดรหัส...สื่อเพื่อเด็ก สื่อร้ายข่มสื่อดี". (2550) ฉลาดซื้อ ฉบับ 77 ปีที่ 13 พ.ศ. 2550 หน้า 52-55.
- ¹⁰² ลักษมี คงลาภ และ อัปสร เสถียรทิพย์. รายงานการวิจัยเรื่อง "การศึกษาการนำเสนอเนื้อหาสำหรับเด็กของสื่อมวลชนในปัจจุบัน" [http://www.ffc.or.th/webboard/viewtopic.php?p=828&sid=6d63b1267ea548252ff6cdcdfebc2062]
- ¹⁰³ ผศ.ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. รายงานวิจัยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสังเคราะห์งานวิจัยด้านความรุนแรงในสังคมไทย. [www.violence.au.edu]
- ¹⁰⁴ International women's day [http://www.un.org/events/women/iwd/2007/background.shtml , http://www.un.org/events/women/iwd/2007/pressreleases.shtml]
- ¹⁰⁵ ศูนย์นารีรักษ์ รพ.รามาริบัติ [www.nareelux.org]
- ¹⁰⁶ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 [www.women-family.go.th/thai/download%5Cfamily-data%5Cplan-family.doc]
- ¹⁰⁷ แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) [http://www.oie.go.th/download/develop_mw.doc]
- ¹⁰⁸ จิตติมา ภาณุเดชะ. (2548) มุมมองที่หายไปในเรื่องการป้องกันและแก้ไขการใช้ความรุนแรงในครอบครัว. หนังสือพิมพ์โพธิ์ทูเดย์ วันเสาร์ที่ 1 ตุลาคม 2548 มุมนิธิสร้างใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง [http://www.whaf.or.th/modules.php?name=News&file=article&sid=82]
- ¹⁰⁹ โครงการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต [www.dmh.go.th/plan]
- ¹¹⁰ ราชกิจจานุเบกษา: พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 [www1.mod.go.th/opsd/omdweb/govlaw.htm]
- ¹¹¹ ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา ประเภท ก. ตอน 4 ก.วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2550 : ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตท้องที่จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี และจังหวัดยะลา [www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/E/007/1.PDF]
- ¹¹² ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา ประเภท ก. ตอน 4 ก.วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2550:ประกาศ เรื่องการให้ประกาศและคำสั่งที่นายกรัฐมนตรีกำหนดตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงยังคงมีผลใช้บังคับ [www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/E/007/2.PDF]
- ¹¹³ ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา ประเภท ก. ตอน 4 ก.วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2550: ประกาศ เรื่อง การให้ประกาศที่คณะรัฐมนตรีกำหนดตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงยังคงมีผลใช้บังคับ [www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/E/007/3.PDF]

- ¹¹⁴ ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา ประเภท ก. ตอน 4 ก.วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2550: ประกาศ เรื่อง เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติการตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 [www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/E/007/4.PDF]
- ¹¹⁵ คำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 1/2550 เรื่อง การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่หัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน [www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/E/007/17.PDF]
- ¹¹⁶ อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2548) *ปรับเปลี่ยนความรุนแรงเป็นสันติสุข*. กรุงเทพฯ:ธุรกิจ 8 เมษายน 2548 [www.nidambe11.net/ekonomiz/2005q2/article2005april08p4.htm]
- ¹¹⁷ รายงานสรุปแนวทางสมานฉันท์ในการแก้ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดน. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ [www.nhrc.or.th/news.php?news_id=67]
- ¹¹⁸ บทความเรื่อง ยุทธศาสตร์สันติวิธีภาคประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้ "ต้องสร้างรัฐแห่งความยุติธรรม และสันติให้ได้" [http://www.deepsouthwatch.org/index.php?l=content&id=93]
- ¹¹⁹ ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล (ศพส.)
- โครงการศึกษาการปกครองท้องถิ่นจังหวัดที่มีหลายชาติพันธุ์ กรณีศึกษา จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส
 - โครงการประสานความร่วมมือกับผู้สำเร็จการศึกษาจากประเทศมุสลิม
- [www.peace.mahidol.ac.th/open_localgov.html]
- ¹²⁰ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส) [http://medinfo.psu.ac.th]
- ¹²¹ ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ [http://medipe.psu.ac.th/~dscc/]
- ¹²² จดหมายข่าวศบ.สต. ปีที่ 1 ฉบับที่ 7 เดือนกรกฎาคม 2550
- ¹²³ อภิรดี โพธิ์พร้อม. *คำบรรยายหลักและวิธีปฏิบัติในการ "สร้างเครือข่ายชุมชน"* สำนักงานศาลยุติธรรม, 23 กันยายน 2549 [http://www.judiciary.go.th/cmijc/Record4.htm]
- ¹²⁴ สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก [http://www.childthai.org/cic/c2048.htm]
- ¹²⁵ ธนวดี ทำจั่น. "พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี ดำรวจต้องเปลี่ยนวิธีคิดแบบผู้ชาย" มูลนิธิเพื่อนหญิง [www.friendsofwomen.net/articles/info-article/article_3.htm]
- ¹²⁶ สมฤกษ์ คำชู. (2537) *วิทยานิพนธ์ "ทัศนะของพนักงานสอบสวนต่อการมีพนักงานสอบสวนหญิง ในคดี ข่มขืนศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานสอบสวนในสังกัด กองบัญชาการตำรวจนครบาล"* คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ¹²⁷ Barbara SJ, MacQueen G. (2004) *Peace through health: key concepts*. Lancet. 364, 384-386.
- ¹²⁸ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2546) *ความรุนแรงในครอบครัว สถานะของงานวิจัยและข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบวิจัยในอนาคต สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*
- ¹²⁹ World Health Organization. (2000) *Mental and Behavioural Disorders: preventing suicide a resource for media professional*. Department of Mental Health. Geneva.
- ¹³⁰ ฐานข้อมูล "ชุมชนเข้มแข็ง" [www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=793&db_file=]

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 (ความรุนแรงในครอบครัว)

ตารางที่ ผ-2.1 จำนวนผู้หญิงและเด็กที่ขอคำปรึกษาจากมูลนิธิผู้หญิง ระหว่างปี พ.ศ. 2545- 2548 จำแนกตามประเภทความรุนแรง และอายุ

ประเภทความรุนแรง	2546			2547			2548		
	ต่ำกว่า 18 ปี	18 ปี ขึ้นไป	รวม	ต่ำกว่า 18 ปี	18 ปี ขึ้นไป	รวม	ต่ำกว่า 18 ปี	18 ปี ขึ้นไป	รวม
ความรุนแรงในครอบครัว	2 (2.2)	52 (16.4)	54 (13.2)	0 (0.0)	93 (34.7)	93 (25.2)	0 (0.0)	113 (48.3)	113 (31.2)
การค้ามนุษย์	70 (75.3)	87 (27.4)	157 (38.3)	86 (85.1)	47 (17.5)	133 (36.0)	111 (86.7)	25 (10.7)	136 (37.6)
ท้องไม่พึงประสงค์	5 (5.4)	73 (23.0)	78 (19.0)	8 (7.9)	61 (22.8)	69 (18.7)	6 (4.7)	36 (15.4)	42 (11.6)
ปัญหาครอบครัวกับวัยรุ่น	6 (6.5)	28 (8.8)	34 (8.3)	2 (2.0)	23 (8.6)	25 (6.8)	3 (2.3)	17 (7.3)	20 (5.5)
ความรุนแรงทางเพศ	5 (5.4)	19 (6.0)	24 (5.9)	5 (5.0)	13 (4.9)	18 (4.9)	4 (3.1)	17 (7.3)	21 (5.8)
ตกลงาน/เศรษฐกิจ	0 (0.0)	17 (5.4)	17 (4.1)	0 (0.0)	11 (4.1)	11 (3.0)	1 (0.8)	10 (4.3)	11 (3.0)
ปัญหาอื่นๆ ทั้งหมด	0 (0.0)	18 (5.7)	18 (4.4)	0 (0.0)	12 (4.5)	12 (3.3)	2 (1.6)	4 (1.7)	6 (1.7)
สุขภาพ	5 (5.4)	23 (7.3)	28 (6.8)	0 (0.0)	8 (3.0)	8 (2.2)	1 (0.8)	12 (5.1)	13 (3.6)
รวม	93 (100.0)	317 (100.0)	410 (100.0)	101 (100.0)	268 (100.0)	369 (100.0)	128 (100.0)	234 (100.0)	362 (100.0)

แหล่งที่มา: มูลนิธิผู้หญิง

ตารางที่ ผ-2.2 จำนวนผู้หญิงและเด็กที่ได้รับการช่วยเหลือที่บ้านพักฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2548 จำแนกตามประเภทของปัญหา

ปัญหา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาครอบครัว	309	46.7
ปัญหาท้องไม่พร้อม	149	22.5
ความรุนแรง	68	10.3
ไม่มีที่พัก	34	5.1
ปัญหาเด็กติดเชื้อ HIV / เอดส์	27	4.1
ปัญหาแรงงาน/ไม่มีงานทำ	18	2.7
ถูกข่มขืน	14	2.1
ถูกอนาจาร	3	0.5
ปัญหาสุขภาพ	15	2.3
ปัญหาเร่ร่อน/พัตหลง	12	1.8
ปัญหาเศรษฐกิจ	9	1.4
ปัญหาอื่นๆ	4	0.6
รวมทั้งหมด	662	100.0

แหล่งที่มา: บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินามิ

ตารางที่ ผ-2.3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกระทำความรุนแรงในชีวิตคู่ จำแนกตามลักษณะการกระทำ ความรุนแรง ประสบการณ์ในการถูกระทำความรุนแรง และพื้นที่

ลักษณะการกระทำความรุนแรง	ประสบการณ์ในการถูกระทำความรุนแรง			
	การถูกระทำความรุนแรงในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (life time violence)		การถูกระทำความรุนแรงในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ (current year violence)	
	กรุงเทพฯ (n= 1,051 คน ¹)	นครสวรรค์ (n= 1,027 คน ¹)	กรุงเทพฯ (n= 1,051 คน ¹)	นครสวรรค์ (n= 1,027 คน ¹)
ความรุนแรงทางกาย (Physical violence)	23.0	34.0	8.0	13.0
ความรุนแรงทางเพศ (Sexual violence)	30.0	29.0	17.0	16.0
ความรุนแรงทางกาย หรือ ทางเพศ (Physical or sexual violence)	41.0	47.0	21.0	23.0
ความรุนแรงทางกาย และ ทางเพศ (Physical and sexual violence)	12.0	15.0	4.0	6.0

หมายเหตุ: ¹ จำนวนผู้หญิงมีคู่/เคยมีคู่ในแต่ละพื้นที่

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.4 จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว จากการรายงานของหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ¹ ปี พ.ศ. 2548

ความรุนแรงในครอบครัว	จำนวน (เหตุการณ์)	ร้อยละ
1.การฆ่ากันของบุคคลในครอบครัว	136	22.6
2.การฆ่าบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	143	23.7
3.การฆ่าบุคคลในครอบครัวและฆ่าตัวตาย	34	5.6
4.การพยายามฆ่าและฆ่าตัวตาย(มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต)	16	2.7
5.การพยายามฆ่า(ไม่มีผู้เสียชีวิต)	40	6.6
6.การทำร้ายกันระหว่างบุคคลในครอบครัว	51	8.5
7.แม่กระทำกับลูก	7	1.2
8.การละเมิดทางเพศโดยสมาชิกในครอบครัว	46	7.6
9.เด็กทารกถูกทิ้ง	97	16.1
10.กรณีอื่น ๆ	33	5.5
รวม	603	100.0

หมายเหตุ: ¹ หนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ ได้แก่ไทยรัฐ เดลินิวส์ มติชน ข่าวสด และกรุงเทพธุรกิจ

แหล่งที่มา: ฝ่ายศูนย์ข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนหญิง

ตารางที่ ผ-2.5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางกายในรูปแบบต่าง ๆ จำแนกตาม
ประสบการณ์ถูกกระทำความรุนแรง และพื้นที่

รูปแบบการกระทำความรุนแรงทางกาย	ประสบการณ์ในการถูกกระทำความรุนแรง			
	การถูกกระทำความรุนแรงในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (life time violence)		การถูกกระทำความรุนแรงในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ (current year violence)	
	กรุงเทพฯ (n= 240 คน ^{/1})	นครสวรรค์ (n= 346 คน ^{/1})	กรุงเทพฯ (n= 240 คน ^{/1})	นครสวรรค์ (n= 346 คน ^{/1})
ตบหน้า หรือขว้างปาสิ่งของ	15.0	23.0	5.0	10.0
ผลัก หรือกระแทกอย่างตั้งใจให้เจ็บ	16.0	20.0	6.0	8.0
ต่อย หรือ ตีด้วยสิ่งของที่ทำให้บาดเจ็บ	8.0	9.0	3.0	4.0
เตะ ลาก ช้อม ทูปตี	8.0	10.0	3.0	5.0
รัดคอ หรือเอาไฟลน หรือทำให้พุงพอง/ไหม้	4.0	5.0	1.0	3.0
ขู่ว่าจะใช้อาวุธหรือลงมือใช้อาวุธ เช่น มีด ปืน เป็นต้น	4.0	7.0	2.0	3.0

หมายเหตุ: ^{/1} จำนวนผู้หญิงมีคู่/เคยมีคู่ในแต่ละพื้นที่ ที่รายงานว่าตนเองถูกกระทำรุนแรงทางกายโดยคู่ของตนอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ จำแนกตาม
ประสบการณ์ถูกกระทำความรุนแรง และพื้นที่

รูปแบบการกระทำความรุนแรงทางเพศ	ประสบการณ์ในการถูกกระทำความรุนแรง			
	การถูกกระทำความรุนแรงในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (life time violence)		การถูกกระทำความรุนแรงในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ (current year violence)	
	กรุงเทพฯ (n= 240 คน ^{/1})	นครสวรรค์ (n= 346 คน ^{/1})	กรุงเทพฯ (n= 240 คน ^{/1})	นครสวรรค์ (n= 346 คน ^{/1})
ใช้กำลังบังคับให้มีเพศสัมพันธ์	8.0	8.0	4.0	4.0
ยอมมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัว	27.0	26.0	15.0	14.0
บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้รู้สึกแยะหรือต่ำต้อย	5.0	4.0	2.0	2.0

หมายเหตุ: ^{/1} จำนวนผู้หญิงมีคู่/เคยมีคู่ในแต่ละพื้นที่ ที่รายงานว่าตนเองถูกกระทำรุนแรงทางเพศโดยคู่ของตนอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.7 ร้อยละของสถานการณ์ที่นำไปสู่การที่ผู้หญิงถูกสามีหรือคู่กระทำรุนแรงทางกาย

สาเหตุ	กรุงเทพฯ (n = 239 คน)	นครสวรรค์ (n = 346 คน)
ไม่มีเหตุผล	4.0	4.0
เมา	30.0	41.0
หึงหวง	35.0	23.0
ปัญหาครอบครัว	23.0	24.0
ปัญหาการเงิน	21.0	19.0
ไม่เชื่อฟัง	12.0	10.0
ปัญหาเรื่องงาน	4.0	8.0
ตกรงาน	2.0	2.0
ไม่ได้เตรียมอาหาร	1.0	1.0
ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์	2.0	2.0
ใช้ยาเสพติด	4.0	3.0
เล่นการพนัน	6.0	3.0
สามีติดพันผู้หญิงอื่น/มีภรรยาบ่อย	8.0	7.0
อื่น ๆ	10.0	8.0

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามประสบการณ์ถูกกระทำความรุนแรง พื้นที่ และ ลักษณะการกระทำความรุนแรง

ปัญหาสุขภาพ	กรุงเทพฯ			นครสวรรค์		
	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย
เคย หรือไม่เคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงชีวิต						
มีปัญหาสุขภาพช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
- ร้อยละของผู้มีปัญหาการเดินการ	12.0	20.0	25.0	11.0	16.0	14.0
- ร้อยละของผู้มีปัญหาการทำกิจวัตรประจำวัน	13.0	17.0	25.0	14.0	21.0	25.0
- ร้อยละของผู้มีอาการเจ็บปวดหรืออึดอัดไม่สบาย	17.0	25.0	29.0	19.0	27.0	31.0
- ร้อยละของผู้มีปัญหาความจำ ขาดสมาธิ	19.0	32.0	35.0	22.0	30.0	36.0
การใช้ยาในช่วง 4 สัปดาห์						
- ร้อยละของผู้ใช้ยานอนหลับ	3.0	6.0	7.0	6.0	11.0	15.0
- ร้อยละของผู้ใช้ยาแก้ปวด	21.0	35.0	49.0	36.0	52.0	63.0
การไปรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา						
- ร้อยละของผู้เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	6.0	12.0	15.0	7.0	10.0	10.0
(จำนวน) ¹	(620)	(431)	(122)	(542)	(485)	(157)
เคย หรือไม่เคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงปีที่ผ่านมา						
มีปัญหาสุขภาพช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
- ร้อยละของผู้มีปัญหาการเดินการ	13.0	23.0	26.0	13.0	15.0	8.0

ปัญหาสุขภาพ	กรุงเทพฯ			นครสวรรค์		
	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย
- ร้อยละของผู้มีปัญหาการทำกิจวัตรประจำวัน	13.0	18.0	23.0	17.0	18.0	19.0
- ร้อยละของผู้มีอาการเจ็บปวดหรืออึดอัดไม่สบาย	20.0	23.0	33.0	22.0	27.0	34.0
- ร้อยละของผู้มีปัญหาความจำ ขาดสมาธิ	23.0	31.0	33.0	25.0	29.0	36.0
การใช้ยาในช่วง 4 สัปดาห์						
- ร้อยละของผู้ใช้ยานอนหลับ	4.0	6.0	13.0	7.0	12.0	15.0
- ร้อยละของผู้ใช้ยาแก้ปวด	24.0	38.0	50.0	40.0	52.0	62.0
การไปรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา						
- ร้อยละของผู้เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	7.0	14.0	18.0	7.0	11.0	13.0
(จำนวน) ^{1/}	(828)	(233)	(39)	(792)	(235)	(62)

หมายเหตุ: ^{1/} จำนวนผู้หญิงที่มีคู่หรือเคยมีคู่

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการบาดเจ็บเนื่องจากการถูกทำร้ายทางกาย จำแนกตามประสบการณ์ถูกกระทำความรุนแรง และพื้นที่

การบาดเจ็บ	ในช่วงชีวิต		ในช่วงปีที่ผ่านมา	
	กรุงเทพฯ	นครสวรรค์	กรุงเทพฯ	นครสวรรค์
การบาดเจ็บที่เกิดจากการถูกทำร้ายโดยคู่				
- ไม่เคยบาดเจ็บ	50.0	56.0	46.0	50.0
- เคยบาดเจ็บ	50.0	44.0	54.0	50.0
รวม (จำนวนผู้ที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางกาย)	100.0 (236)	100.0 (244)	100.0 (82)	100.0 (136)
ลักษณะการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายทางกาย				
- ร้อยละของผู้มีอาการบาดเจ็บ/เจาะ/กัด	10.0	9.0	*	9.0
- ร้อยละของผู้มีอาการถลอก/รอยข่วน/ฟกช้ำ	89.0	76.0	77.0	69.0
- ร้อยละของผู้มีอาการเคล็ด/เคล็ด/เคล็ด/เคล็ด	32.0	34.0	32.0	31.0
- ร้อยละของผู้มีอาการถูกแทง/แผลลึก	*	5.0	*	*
- ร้อยละของผู้มีอาการกระดูกหัก/แตก/ตาช้ำบวม	20.0	11.0	*	9.0
- ร้อยละของผู้ที่กระดูกหัก/แตก	8.0	6.0	*	*
(จำนวนผู้ที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางกายจนบาดเจ็บ)	(119)	(151)	(44)	(68)
ผลการถูกทำร้ายร่างกาย				
- ร้อยละของผู้ที่เคยหมดสติ	10.0	8.0	*	13.0
- ร้อยละของผู้ที่บาดเจ็บรุนแรงจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล	31.0	23.0	32.0	25.0
(จำนวนผู้เคยถูกกระทำความรุนแรงทางกายจนบาดเจ็บ)	(119)	(151)	(44)	(68)

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามประวัติการตั้งครรภ์ จำแนกตามประสบการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรง พื้นที่ และ ลักษณะการกระทำ ความรุนแรง

ประวัติการตั้งครรภ์	กรุงเทพฯ			นครสวรรค์		
	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย
เคย หรือไม่เคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงชีวิต						
การตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด (ถามเฉพาะผู้หญิงที่มีการคลอดบุตรมีชีวิตเมื่อ 5 ปีที่แล้ว)						
- ร้อยละของผู้ไม่ต้องการมีลูกอีก	8.0	25.0	31.0	10.0	13.0	14.0
- ร้อยละของผู้ที่สามี/คู่รักไม่ต้องการมีลูกอีก	6.0	17.0	10.0	6.0	10.0	6.0
- ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์	3.0	10.0	15.0	4.0	10.0	16.0
- ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้รับบริการหลังคลอด	17.0	27.0	36.0	33.0	44.0	48.0
(จำนวน)	(195)	(139)	(39)	(160)	(134)	(44)
ประวัติด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (ถามเฉพาะผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์)						
- ร้อยละของผู้เคยทำแท้ง	4.0	9.0	17.0	2.0	5.0	8.0
- ร้อยละของผู้เคยมีบุตรเสียชีวิต	3.0	4.0	*	6.0	10.0	10.0
(จำนวน)	(531)	(376)	(109)	(493)	(463)	(147)
เคย หรือไม่เคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงปีที่ผ่านมา						
การตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด (ถามเฉพาะผู้หญิงที่มีการคลอดบุตรมีชีวิตเมื่อ 5 ปีที่แล้ว)						
- ร้อยละของผู้ไม่ต้องการมีลูกอีก	11.0	28.0	*	13.0	10.0	*
- ร้อยละของผู้ที่สามี/คู่รักไม่ต้องการมีลูกอีก	9.0	15.0	*	7.0	9.0	*
- ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์	5.0	9.0	*	6.0	10.0	*
- ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้รับบริการหลังคลอด	20.0	27.0	50.0	35.0	46.0	50.0
(จำนวน)	(256)	(78)	(10)	(216)	(78)	(22)
ประวัติด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (ถามเฉพาะผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์)						
- ร้อยละของผู้เคยทำแท้ง	5.0	11.0	19.0	3.0	4.0	*
- ร้อยละของผู้เคยมีบุตรเสียชีวิต	4.0	*	*	7.0	10.0	11.0
(จำนวน)	(722)	(185)	(31)	(737)	(219)	(55)

หมายเหตุ: * จำนวนผู้ตอบน้อยกว่า 5 คน

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ตารางที่ ผ-2.11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามประสบการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรง พื้นที่ และ ลักษณะการกระทำ ความรุนแรง

การพยายามฆ่าตัวตาย	กรุงเทพฯ			นครสวรรค์		
	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย	ไม่เคย	เพศหรือ กาย	เพศและ กาย
เคย หรือ ไม่เคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงชีวิต						
- ร้อยละของผู้เคยคิดฆ่าตัวตาย	16.0	38.0	51.0	16.0	33.0	42.0
(จำนวนผู้ที่มีคู่/เคยมีคู่)	(620)	(431)	(122)	(542)	(485)	(157)
- ร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย (สำหรับผู้ที่เคยคิด)	27.0	37.0	45.0	19.0	28.0	30.0
(จำนวนผู้ที่เคยคิดฆ่าตัวตาย)	(98)	(163)	(62)	(89)	(159)	(66)
เคย หรือ ไม่เคยถูกกระทำรุนแรงในช่วงปีที่ผ่านมา						
- ร้อยละของผู้เคยคิดฆ่าตัวตาย	21.0	38.0	44.0	20.0	38.0	55.0
(จำนวนผู้ที่มีคู่/เคยมีคู่)	(828)	(233)	(39)	(792)	(235)	(62)
- ร้อยละของผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย (สำหรับผู้ที่เคยคิด)	48.0	39.0	47.0	35.0	30.0	35.0
(จำนวนผู้ที่เคยคิดฆ่าตัวตาย)	(177)	(84)	(17)	(158)	(90)	(34)

แหล่งที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ภาคผนวกที่ 2 (ความรุนแรงในเด็ก)

ตารางที่ ผ-2.12 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนจากการถูกระทำ ความรุนแรง
(violence/homicide)¹

จำแนกตาม อายุ เพศ และ ภูมิภาค ปี พ.ศ. 2543

ภูมิภาค	ชาย			หญิง			รวม
	all ages	0-4	5-14	all ages	0-4	5-14	
World	13.6	5.8	2.1	4.0	4.8	2.0	8.8
high income countries	4.3	2.2	0.7	1.5	1.8	0.5	2.9
Low & middle income countries	15.6	6.1	2.3	4.6	5.1	2.1	10.1
African region	33.4	17.9	4.0	11.8	12.7	2.9	22.2
Region of the Americas	34.7	3.52	2.4	4.0	2.6	1.2	19.3
European region	13.0	1.7	0.8	3.9	1.2	0.7	8.4
Eastern Mediterranean region	9.4	5.0	2.0	4.8	5.5	3.6	7.1
Western Pacific region	5.1	1.9	1.5	1.7	2.2	1.0	3.4
South-East Asia Region	8.1	3.9	2.2	3.5	3.5	2.6	5.8
Thailand ²	12.6	0.8	1.4	2.5	-	1.1	7.5

หมายเหตุ: /1 การถูกระทำความรุนแรง (violence/homicide) พิจารณาจาก ICD-10 รหัส X85-Y09, /2 สถิติในปี 1994

แหล่งที่มา: World Health Organization,(2002). World report on violence and health. Geneva.

ตารางที่ ผ-2.13 จำนวน ร้อยละ และอัตราการเปลี่ยนแปลงต่อปีของเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรง จำแนกตาม
ชนิด/ลักษณะของการกระทำความรุนแรง ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2541

ชนิด/ลักษณะ ของการกระทำ ความรุนแรง	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	อัตราการ เปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อ ปี ⁴ 2535-2541 (ร้อยละ)
ร่างกาย/จิตใจ ¹	33 (34.0)	40 (40.8)	29 (28.2)	22 (21.0)	42 (37.5)	30 (24.4)	16 (17.6)	-11.4
เพศ ¹	64 (66.0)	58 (59.2)	74 (71.8)	83 (79.0)	70 (62.5)	94 (75.8)	75 (82.4)	2.7
รวม ¹	97 (100.0)	98 (100.0)	103 (100.0)	105 (100.0)	112 (100.0)	124 (100.0)	91 (100.0)	-1.1
ร่างกาย/จิตใจ ²	n.a.	n.a.	n.a.	41 (42.7)	71 (43.3)	53 (27.9)	38 (26.8)	-2.5
เพศ ²	n.a.	n.a.	n.a.	55 (57.3)	93 (56.7)	137 (72.1)	104 (73.2)	23.7
รวม ²	n.a.	n.a.	n.a.	96 (100.0)	164 (100.0)	190 (100.0)	142 (100.0)	13.9
ร่างกาย/จิตใจ ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	63	174	247	98.0

ชนิด/ลักษณะ ของการกระทำ ความรุนแรง	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	อัตราการ เปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อ ปี ⁴ 2535-2541 (ร้อยละ)
					(44.4)	(55.8)	(54.0)	
เพศ ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	79 (55.6)	138 (44.2)	210 (46.0)	63.0
รวม ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	142 (100.0)	312 (100.0)	457 (100.0)	79.4

หมายเหตุ: /1 มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก, /2 กรมประชาสัมพันธ์ กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก, /3 มูลนิธิเด็ก, /4 อัตราการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อปี ระหว่างปี 2535-2541 คำนวณแบบค่าเฉลี่ยเรขาคณิต (geometric mean)

แหล่งที่มา: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ ผ-2.14 จำนวน และอัตราการเปลี่ยนแปลงของผู้เสียหายที่เป็นเด็กหรือเยาวชน จำแนกตามภูมิภาค และอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2543

ปี	ภูมิภาค	ผู้เสียหาย ¹ (คน)				ประเภทคดี ² (เรื่อง)			
		0-6 ปี	7-13 ปี	14-17 ปี	รวม	เพศ	ชีวิต, ร่างกาย	เสรีภาพ, แรงงาน	รวม
2543	กรุงเทพฯ	16	87	136	239	146	82	15	243
	ต่างจังหวัด	41	124	112	277	233	29	21	283
	ทั่วประเทศ	57	211	248	516	279	111	36	526
2542	กรุงเทพฯ	31	135	138	304	199	35	27	261
	ต่างจังหวัด	50	160	110	320	258	28	13	299
	ทั่วประเทศ	81	295	248	624	457	63	40	560
2541	กรุงเทพฯ	43	150	276	469	325	105	39	469
	ต่างจังหวัด	29	161	159	349	292	35	22	349
	ทั่วประเทศ	72	311	435	818	617	140	61	818
2540	กรุงเทพฯ	26	99	193	318	270	36	12	318
	ต่างจังหวัด	35	142	222	399	359	29	11	399
	ทั่วประเทศ	61	241	215	717	629	65	37	717
2539	กรุงเทพฯ	28	90	105	223	163	26	34	223
	ต่างจังหวัด	37	162	208	407	311	45	51	407
	ทั่วประเทศ	65	252	313	630	474	71	85	630

หมายเหตุ: /1 ผู้เสียหายในประเภทนี้ การกระทำความรุนแรงทางเพศ การกระทำความรุนแรง ทางร่างกาย/ชีวิต และการใช้แรงงานเด็ก/จำกัดเสรีภาพ, /2 ประเภทที่ ต่าง ๆ จะพิจารณาจากผู้เสียหายที่มีอายุระหว่าง 0-17 ปี
แหล่งที่มา : ฝ่ายสารสนเทศ สำนักงานอัยการสูงสุด (Office of the Attorney General)

ตารางที่ ผ-2.15 ร้อยละของอุบัติการณ์ (Incidence) ของการเกิดความรุนแรงต่อเด็กโดยผู้ปกครอง (caregiver) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะการกระทำความรุนแรง และประเทศ

ลักษณะการกระทำความรุนแรง	ร้อยละของอุบัติการณ์ (incidence)				
	ชิลี	อียิปต์	อินเดีย ^{/1}	ฟิลิปปินส์	อเมริกา
Severe physical punishment					
Hit the child with an object (not on buttocks)	4	26	36	21	4
Kicked the child	0	2	10	6	0
Burned the child	0	2	1	0	0
Beat the child	0	25	n.a.	3	0
Threatened the child with a knife or gun	0	0	1	1	0
Choked the child	0	1	2	1	0
Moderate physical punishment					
Spanked buttocks (with hand)	51	29	58	75	47
Hit the child on buttocks (with object)	18	28	23	51	21
Slapped the child's face or head	13	41	58	21	4
Pulled the child's hair	24	29	29	23	n.a.
Shook the child	39	59	12	20	9
Hit the child with knuckles	12	25	28	8	n.a.
Pinched the child	3	45	17	60	5
Twisted the child's ear	27	31	16	31	n.a.
Forced the child to kneel or stand in an uncomfortable position	0	6	2	4	n.a.
Put hot pepper in the child's mouth	0	2	3	1	n.a.
Psychological punishment					
Yelled or screamed at the child	84	72	70	82	85
Called the child names	15	44	29	24	17
Cursed at the child	3	51	n.a.	0	24
Refused to speak to the child	17	48	31	15	n.a.
Threatened to kick the child out of the household	5	0	n.a.	26	6
Threatened abandonment	8	10	20	48	n.a.
Threatened evil spirits	12	6	20	24	n.a.
Locked the child out of the household	2	1	n.a.	12	n.a.
Non-violence discipline					
Explained why the behavior was wrong	91	80	94	90	94
Took privileges away	60	27	43	3	77
Told child to stop	88	69	n.a.	91	n.a.
Gave child something to do	71	43	27	66	75
Made child stay in one place	37	50	5	58	75

หมายเหตุ: ^{/1} ศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท
n.a. = ไม่มีข้อคำถามนี้ในการสำรวจ

ภาคผนวกที่ 3 (ความรุนแรงจากการฆ่าตัวตาย)

ตารางที่ ผ-2.16 อัตราตายต่อแสนประชากรจากการฆ่าตัวตาย¹ ของภูมิภาคต่าง ๆ จำแนกตามอายุและเพศ ปี พ.ศ. 2543

กลุ่มอายุ	โลก		ประเทศร่ำรวย		ประเทศยากจน		ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้		ประเทศไทย ²	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
0-4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5-14	1.7	2.0	0.8	0.4	1.8	2.1	3.1	4.7	0.0	0.0
15-29	15.6	12.2	17.0	4.7	15.4	13.2	16.9	14.5	8.1	3.9
30-44	21.5	12.4	23.6	7.1	21.1	13.4	18.5	9.9	7.6	3.2
45-59	28.4	12.6	27.9	9.0	28.6	13.5	23.3	5.7	8.1	3.0
60+	44.9	22.1	33.8	11.3	49.2	26.8	26.1	7.2	8.2	2.4
รวม	18.9	10.6	17.7	5.4	19.5	11.9	15.7	8.3	5.9	2.4

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.

ตารางที่ ผ-2.17 จำนวนและอัตราต่อแสนประชากรของการป่วยและการตายจากการฆ่าตัวตาย (Suicide) ของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2549

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวนตาย	อัตราตายต่อแสน	ป่วย: ตาย	พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวนตาย	อัตราตายต่อแสน	ป่วย: ตาย
2518	118	0.28	5	0.01	24:1	2534	2946	5.20	170	0.30	17:1
2519	199	0.46	8	0.02	25:1	2535	3305	5.72	200	0.35	17:1
2520	391	0.90	36	0.08	11:1	2536	3570	6.12	185	0.32	19:1
2521	285	0.64	24	0.05	12:1	2537	4110	6.95	243	0.41	17:1
2522	176	0.39	21	0.05	8:1	2538	4712	7.92	235	0.40	20:1
2523	80	0.17	6	0.01	13:1	2539	4498	7.48	177	0.29	25:1
2524	102	0.21	4	0.01	26:1	2540	5458	8.97	222	0.37	25:1
2525	136	0.28	5	0.01	27:1	2541	6253	10.17	302	0.49	21:1
2526	92	0.19	8	0.02	12:1	2542	6541	10.62	303	0.49	22:1
2527	186	0.37	7	0.01	27:1	2543	6288	10.18	338	0.55	19:1
2528	220	0.43	8	0.02	28:1	2544	5241	8.44	224	0.36	23:1
2529	757	1.44	32	0.06	24:1	2545	4932	7.88	167	0.27	30:1

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวนตาย	อัตราตายต่อแสน	ป่วย:ตาย	พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวนตาย	อัตราตายต่อแสน	ป่วย:ตาย
2530	1241	2.32	73	0.14	17:1	2546	5028	7.99	170	0.27	30:1
2531	2247	4.12	122	0.22	18:1	2547	4740	7.58	163	0.24	29:1
2532	2504	4.51	214	0.39	12:1	2548	4037	6.49	133	0.21	30:1
2533	2580	4.58	161	0.29	16:1	2549	4223	6.74	129	0.21	33:1

แหล่งที่มา : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ผ-2.18 จำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากรจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.

2541-2549

ปี	จำนวนประชากร	จำนวนผู้ตายจากการฆ่าตัวตาย				อัตราตายต่อแสนประชากร
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย:หญิง	
2549	62,619,103	2,856	756	3,612	4:1	5.8
2548	62,195,856	3,033	908	3,941	3:1	6.3
2547	61,973,621	3,253	1,043	4,296	3:1	6.9
2546	62,939,819	3426	1060	4,486	n.a.	7.1
2545	62,799,872	3,563	1,133	4,696	3:1	7.5
2544	62,308,887	3,654	1,135	4,789	3:1	7.7
2543	61,878,746	3,944	1,122	5,066	4:1	8.2
2542	61,661,701	4,024	1,195	5,219	3:1	8.5
2541	61,466,187	3,676	1,092	4,859	3:1	7.9

แหล่งที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ผ-2.19 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ และภูมิภาค ระหว่าง

ปี พ.ศ. 2547-2549

กลุ่มอายุ	กรุงเทพมหานคร			ภาคกลาง			ภาคเหนือ			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคใต้			ทั่วราชอาณาจักร		
	2547	2548	2549	2547	2548	2549	2547	2548	2549	2547	2548	2549	2547	2548	2549	2547	2548	2549
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
15-24	0	0	0	8	5	3	16	10	3	1	2	2	4	0	3	29	17	11
25-34	0	0	0	7	13	9	16	20	16	2	3	2	1	4	6	26	40	32
35-44	0	0	0	5	7	5	23	13	20	4	3	6	2	2	1	34	25	32
45-54	0	0	0	9	3	6	12	14	18	0	4	5	1	1	0.0	22	22	29
55-64	0	0	0	7	5	1	11	10	8	0	1	1	1	2	0.0	19	18	10
65+	0	0	0	5	3	5	14	7	9	1	0	0	2	0	1	22	10	15
รวม	0	0	0	41	36	29	93	74	74	8	14	16	11	9	10	163	133	129

แหล่งที่มา : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ผ-2.20 จำนวนผู้ตายจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 จำแนกตามอายุ และภาค

ช่วงอายุ	กทม.	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้	รวม
10-14 ปี	0	11	1	17	13	7	49
15-16 ปี	9	52	15	74	58	36	244
20-24 ปี	35	92	31	155	129	70	512
25-29 ปี	31	102	27	169	152	63	544
30-34 ปี	27	145	38	154	183	69	616
35-39 ปี	24	111	36	128	202	55	556
40-44 ปี	17	90	25	104	180	55	471
45-49 ปี	19	77	11	73	156	23	356
50-54 ปี	9	64	15	64	114	22	288
55-59 ปี	11	44	15	53	80	16	219
60 ปีขึ้นไป	29	155	33	95	230	89	631
รวม	211	943	247	1,086	1,497	505	4,486

แหล่งที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ผ-2.21 จำนวนผู้ตายจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 จำแนกตามวิธีการฆ่าตัวตาย และภูมิภาค

วิธีการการตั้งใจทำร้ายตนเอง	กทม.	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้	รวม
ด้วยพิษจากและสัมผัสกับยา							
- ยารับปวดที่มีได้ระบุรายละเอียดไว้	1	1	-	-	-	-	2
- ยารักษาโรคลมชัก ยา ระงับประสาทและยานอนหลับ ยา รักษาโรคพาร์กินสันและยา ประสาทอื่นที่ไม่ได้มีรหัสระบุไว้ที่อื่น	-	1	-	1	-	2	4
- ยาอื่น ๆ รวมถึงยา เครื่อง เครื่องยาและชีววัตถุที่มีได้ระบุ รายละเอียดไว้	10	69	26	31	66	13	215
- ยากำจัดสิ่งรบกวน (สาร ปราบวัชพืช สารฆ่าแมลง)	12	231	68	139	355	49	854
- สารอื่นและสารเคมีและ สารพิษที่มีได้ระบุรายละเอียด	11	52	14	31	120	16	244
การแขวนคอ	166	489	121	766	777	329	2,648
การจมน้ำหรือกระโดดน้ำตาย	-	1	-	1	-	4	6
การยิงด้วยปืนอื่นหือปืนที่มีได้ระบุ รายละเอียดไว้	3	44	7	41	83	31	209
ควันทไฟ และเปลวไฟ	-	1	-	1	1	-	3
วัตถุมีคม	-	2	2	1	5	2	12

วิธีการการตั้งใจทำร้ายตนเอง	กทม.	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคใต้	รวม
การกระโดดจากที่สูง	2	1	-	1	1	2	7
การกระโดดขวางหน้าหรือนอนขวางหน้าวัตถุที่เคลื่อนที่	-	-	-	-	-	1	1
มิได้ระบุรายละเอียดวิธีการ	3	51	9	73	89	56	281
รวม	208	943	247	1,086	1497	505	4,486

แหล่งที่มา: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ตารางที่ ผ-2.22 จำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ และวิธีการทำร้ายตนเอง (N = 2660 คน)

กลุ่มอายุ	วิธีการทำร้ายตนเอง									
	ปีนกำแพงหน้าต่าง	ปีนเสาเข็ม	ใช้ของมีคมของแข็ง	ใช้ปืน	กระโดดที่สูง	แขวนคอ	กระโดดน้ำ	วิ่งให้รถชน	วิธีอื่น ๆ	ใช้มากกว่า 1 วิธี
< 10 ปี	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14 ปี	3	7	0	0	0	19	0	0	0	0
15-19 ปี	16	45	2	13	0	82	1	0	2	1
20-24 ปี	23	51	3	26	3	146	1	2	5	0
25-29 ปี	10	60	1	22	0	165	4	0	2	0
30-34 ปี	18	70	3	15	7	182	3	0	3	1
35-39 ปี	13	70	3	19	1	158	3	0	0	0
40-44 ปี	17	58	5	19	2	153	1	2	3	0
45-49 ปี	10	45	1	13	1	116	1	0	3	0
50-54 ปี	2	56	0	8	1	92	5	0	0	0
55-59 ปี	5	35	0	7	0	67	0	1	0	0
60 + ปี	7	99	1	15	2	163	5	1	2	0
รวม	124	597	19	157	17	1343	24	6	20	2

แหล่งข้อมูล: ระบบบันทึกเผาระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ทำร้ายตนเอง (รง.506DS.) และระบบการบันทึกข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (มบ.1)

กลุ่ม	เหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต
-------	---

ตดงาน	เปลี่ยนะบวนงาน	ขาดทุนลัฒละลาย	ความยากจน/ชีวิตฝ่/ตดงาน	หนี้ความฝ่ลัด	เสียทรัพย์สิน/ประสบภัย	ปัญหาการดื่มสุรา	ปัญหาสุขภาพเสพติด (คนในครอบครัว)	ปัญหาสุขภาพเสพติด (ตนเอง)	ชรากาพ ฝ่ไม่มีคนดูแล	โรคมึนเศร้า	การเป็นโรคติดต่อ	กลั๊วติดเชือ HIV	โรคเรื้อรัง/เอชไอวี/พิการ	สูญเสียคนในครอบครัว	การเรียน	ต้องการเอาใจ/ตามใจ/เรียกร้องขอแล้วไม่ไหว	ทะเลาะกับคนใกล้ติด	ผิดหวังในความรัก/ห้อยใจคนใกล้ติดที่ดูต่ำ
10-14 ปี	6	2	1	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	6
15-19 ปี	27	14	17	3	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	2	3	17	27
20-24 ปี	23	14	22	6	0	1	3	3	10	12	0	3	3	1	0	6	22	23
25-29 ปี	21	15	12	4	0	0	9	2	16	11	0	2	9	0	0	4	12	21
30-34 ปี	26	11	13	2	0	0	18	2	17	12	0	2	18	0	0	2	13	26
35-39 ปี	23	13	14	4	0	1	10	0	18	8	0	0	10	1	0	4	14	23
40-44 ปี	22	9	15	2	0	2	9	0	12	13	0	0	9	2	0	2	15	22
45-49 ปี	7	8	8	3	0	0	2	0	16	5	0	0	2	0	0	3	8	7
50-54 ปี	11	3	9	1	0	1	9	2	4	6	2	2	9	1	0	1	9	11
55-59 ปี	5	1	9	0	0	0	9	2	1	4	0	2	9	0	0	0	9	5
60 +ปี	16	1	11	7	0	6	24	0	5	11	6	0	24	6	0	7	11	16
รวม	187	91	131	33	5	12	94	12	100	84	8	20	94	12	5	33	131	187

ตารางที่ ผ-2.23 จำนวนผู้ที่ตายจากการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ และเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต

แหล่งข้อมูล: ระบบบันทึกเฝ้าระวังผู้ที่มีการฆ่าตัวตายและผู้ที่ทำร้ายตนเอง (รง.506DS.)

ตารางที่ ผ-2.24 อัตราการทำร้ายตนเอง จำแนกตามปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยง	อัตราการทำร้ายตนเอง (ต่อแสน)
มีอาการโรคจิต	1228
ว่างงาน/ตกงาน	650
การเคยใช้สารเสพติด	597
มีอาการซึมเศร้า	533
เคยทำร้ายตนเองมาก่อน	296
การมีโรคประจำตัว	262
หย่า หรือแยกกันอยู่	197
มีคนในครอบครัวเคยทำร้ายตนเอง	158
ครอบครัวรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	123
การดื่มสุรา	78
พักอาศัยคนเดียว	62
อาชีพเกษตรกร/รับจ้าง	58
เพศชาย อายุระหว่าง 20-39 ปี	41
เพศหญิง อายุระหว่าง 10-39 ปี	41
เรียนหนังสือ	28

แหล่งที่มา: อภิชีชัย มงคลและคณะ, 2546

ภาคผนวกที่ 4 (ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการกระทำความรุนแรง)

ตารางที่ 4.1 นิยามกลไกการบาดเจ็บจากความรุนแรงตามรหัส ICD-10

Mechanisms	Self-directed	Interpersonal
Physical		
1. Poisoning	X60-X69	X85-X90
2. Hanging, strangulation, suffocation	X70	X91
3. Drowning & submersion	X71	X92
4. Firearm discharge		
-hand gun	X72	X93
-rifle, shot gun or larger	X73	X94
-unspecified	X74	X95
5. Explosive materials	X75	X96
6. Smoke, fire, flames	X76	X97
7. Steam, hot vapours, hot objects	X77	X98
8. Sharp objects	X78	X99
Blunt objects	X79	Y00
9. Jumping/pushing from a high place	X80	Y01
Jumping/lying before a moving object	X81	Y02
10. Motor vehicle	X82	Y03
11. Other specified means	X83	Y08
12. Unspecified means	X84	Y09
13. Assault by bodily force		Y04
Sexual		
14. sexual assault by bodily force		Y05
Deprivation/Neglect		
15. neglect and abandonment		Y06
Psychological		
16. other maltreatment syndromes including mental cruelty, physical abuse sexual abuse & torture		Y07

ภาคผนวกที่ 5 เทคนิคการประมาณค่าภาระจากการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บจำแนกตามสาเหตุเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ แบบไม่เจตนาหรืออุบัติเหตุ (Unintentional injuries) และแบบเจตนา (Intentional injuries) โดยแต่ละกลุ่มจำแนกเป็นสาเหตุย่อยและให้นิยามตามของรหัส ICD-10 ดังตาราง 1-1

การแบ่งผลที่เกิดจากสาเหตุการบาดเจ็บต่างๆ ข้างต้น จำแนกตามลักษณะของการบาดเจ็บ (Nature of injury) เป็น 33 กลุ่มตามการศึกษาของ The Global Burden of Disease (Murray & Lopez 1996, หน้า 212) โดยมีรหัส ICD-10 ดังแสดงในตาราง 1-2

ตาราง 1-1 สาเหตุของการบาดเจ็บ

Cause of injury category	ICD-10 code
Unintentional injuries	V01-X58,Y40-Y86,Y88-Y891,Y90-Y98
1. Road traffic accidents	V01-V899,Y850
2. Poisoning	X40-X49,Y90-Y919
3. Falls	W00-W19
4. Fires	X00-X09
5. Drowning	W65-W74
6. Other unintentional injuries	V90-V99, W20-W64, W75-W99,X10-X39, X50-X58, Y40-Y849,Y859, Y86,Y88-Y891,Y95-Y98
Intentional injuries	X60-Y09, Y35-Y369, Y870-Y871
1. Suicide and self-inflicted injuries	X60-X84, Y870
2. Homicide and violence	X85-Y09, Y871
3. War	Y36-Y369
4. Other intentional injuries	Y35-Y357

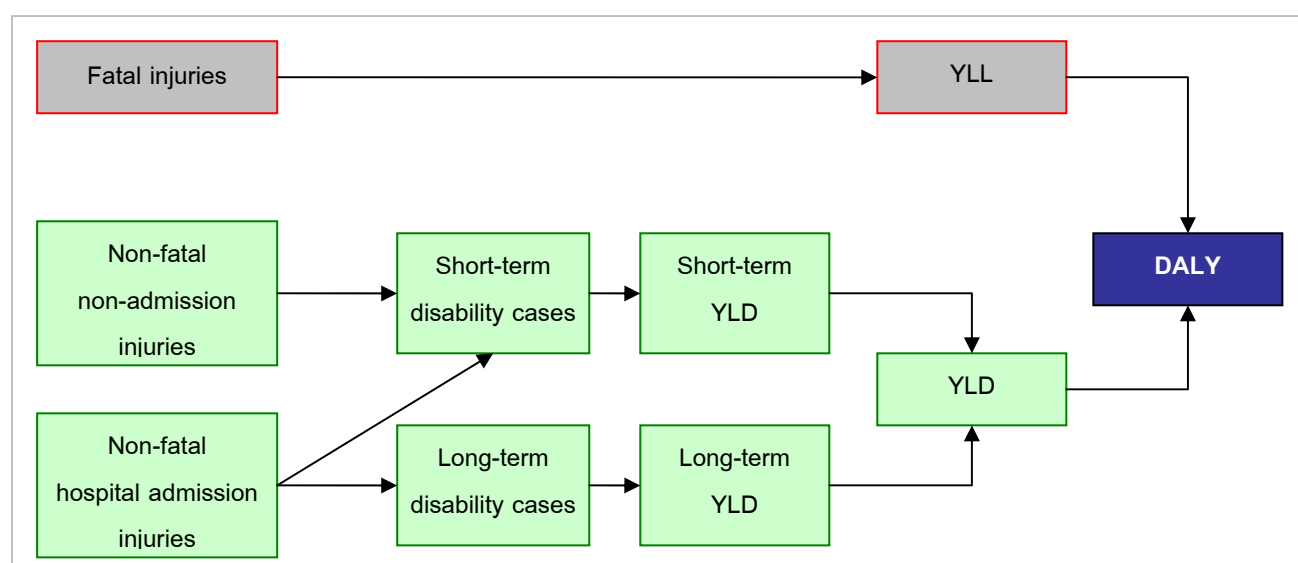
ตาราง 1-2 ลักษณะของการบาดเจ็บ (Nature of injury)

No.	Nature of injury category	ICD-10 code
1	Fractured skull	S02.0/1/7/9,T90.2
2	Fractured face bones	S02.2/6/8
3	Fractured vertebral column - no spinal cord lesion	S12,S22.0/1,S32.0/7,T91.1
4	Spinal cord lesion (w & w/o fracture)	S14,S24,S34,T06.0/1,T08,T91.3
5	Fractured rib or sternum	S22.2-9
6	Fractured pelvis	S32.1-5/8,T91.2
7	Fractured clavicle, scapula or humerus	S42,S49.7
8	Fractured ulna or radius	S52,S59.7,T10,T92.1
9	Fractured hand bones	S62,S69.7,T92.2
10	Fractured femur	S72,S79.7
11	Fractured patella, tibia or fibula	S82.0-4,S82.7/9,S89.7,T12
12	Fractured ankle	S82.5-6/8
13	Fractured foot bones	S92
14	Other dislocation	S03.0-3,S23,S33,S53,S63.0/1,S83.1-3,S93.1-3, T03,T11.2,T13.2,T14.3,T92.3,T93.3
15	Dislocation of shoulder, elbow or hip	S43.0-S43.3, S53.0-S53.1, S73.0

No.	Nature of injury category	ICD-10 code
16	Sprains	S03.4-S03.5, S13.4-S13.6, S23.3-S23.5, S33.5-S33.7, S43.4-S43.7, S53.4, S63.5-S63.7, S73.1, S83.4-S83.6, S93.4-S93.6
17	Intracranial injury	S06,T90.5
18	Internal injuries	S25-S27,S35-S37,S39.6,T06.4,T91.4/5
19	Open wound	S01,S08,S11,S15,S21,S31,S41,S45,S51,S55,S61,S65,S71,S75, S81,S85,S91,S95,T01,T11.1/4,T13.5,T14.6,T90.1,T92.5,T93.5
20	Injury to eyes	S05,T90.4
21	Amputated thumb	S68.0
22	Amputated finger	S68.1/2
23	Amputated arm	S48,S58,S68.3-9,T05.0/2,T11.6
24	Amputated toe	S98.1/2
25	Amputated foot	S98.0/3/4,T05.3
26	Above knee and bilateral leg amputation	S78,S88,T05.4/6,T13.6
27	Crushing	S07,S17,S28,S38,S47,S57,S67,S77,S87,S97,T04,T14.7,T92.6,T93.6
28	Burns <20% - explicit mention	T31.0/1
29	Burns >20% and <60% - explicit mention	T331.2/5
30	Burns >60% - explicit mention	T31.6/9
31	Injured nerves	S04,S44,S54,S64,S74,S84,S94,T06.2,T11.3,T13.3,T14.4
32	Poisoning	T36-T65,T96-T97
33	Residual	S09.0,S15,S25,S35,S45,S55,S65,S75,S85,S95,T11.4,T13.4,T15,T19

ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years—DALYs) เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะความสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)

สูตรการคำนวณพื้นฐานคือ $DALY = YLL + YLD$



รูปที่ 1 Concept map for DALY lost from Injury

รูปที่ 1 แสดงแนวคิดสำหรับการคำนวณความสูญเสียปีสุขภาวะที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บ โดยแบ่งเป็นความสูญเสียจากการตายก่อนวันอันควร (YLL) และความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)

การบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตถือเป็นความสูญเสียจากการตายก่อนวันอันควร จะถูกคำนวณเป็นค่า YLL จำนวนผู้บาดเจ็บแบบไม่รุนแรง (ไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาล) ถือเป็นความพิการระยะสั้นสำหรับผู้บาดเจ็บแบบรุนแรง (ต้องเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล) นั้น ส่วนหนึ่งถือเป็นความพิการระยะสั้น และอีกส่วนหนึ่งก่อให้เกิดความพิการระยะยาว

1. วิธีการคำนวณค่า YLL

จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวันอันควร (Year of Life Lost--YLL) หรือ การตายก่อนเวลาอันควร (Premature death) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของดัชนีวัดภาระโรคด้านการตาย เป็นการวัดที่อยู่บนพื้นฐานของเวลาของชีวิตที่หายไปจากการตายก่อนเวลาอันสมควร โดยเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยที่บุคคลๆหนึ่งจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ทั้งนี้จากหลักการที่ว่า การเสียชีวิตที่อายุต่างกัน ย่อมบ่งบอกถึงระดับการสูญเสียที่ต่างกัน โดยระดับการสูญเสียที่เท่านี้ สามารถวัดเชิงปริมาณได้ในระดับหนึ่ง เป็นหน่วย จำนวนปีชีวิต (Life years) ที่สูญเสียไป ณ อายุที่ต่างกัน

สูตรการคำนวณพื้นฐานคือ

$$YLL = N \times L$$

โดยที่

N = จำนวนตาย

L = อายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy)

การคำนวณค่า YLL ที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บในการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ.2547 ใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจำแนกตามเพศ อายุ และสาเหตุการตาย จากทะเบียนการตาย (มรณบัตร) และปรับด้วยข้อมูลจากการศึกษาสาเหตุการตายของคนไทยในปี พ.ศ. 2542 โดย จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ

2. วิธีการคำนวณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability: YLD)

การคำนวณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ หรือ Years of Life Lost due to Disability: YLD ได้จากสูตร $YLD = I \times DW \times L$

โดยที่

I คือ อุบัติการณ์

DW คือ น้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight)

L คือ ระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (ปี)

ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ สำหรับการคำนวณค่า YLD มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1. อุบัติการณ์ (Incidence)

การคำนวณอุบัติการณ์การบาดเจ็บของคนไทยในปี พ.ศ. 2547 ได้จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ (ฐานข้อมูล DRG ปี พ.ศ. 2547) ซึ่งจำแนกประเภทของสถานพยาบาลได้ดังตาราง 2.1-1

ตาราง 2.1-1

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวนการเข้ารับ การรักษาพยาบาล	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลชุมชน	2,047,976	51.8
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	1,556,242	39.3
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	6,734	2.2
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	183,531	4.6
สถานพยาบาลเอกชน	9,161	2.0
อื่นๆ/ไม่ทราบ	2,447	0.1
รวม	3,956,091	100

เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูล DRG มิได้ครอบคลุมข้อมูลจากสถานพยาบาลเอกชนทั้งหมด เพื่อให้การประมาณอุบัติการณ์ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด จึงใช้ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของประชากรไทย ซึ่งได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2547

จากข้อมูลการตอบคำถามของ "การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547" (Health Welfare Survey 2004) ข้อคำถามเรื่อง "การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (คนไข้ใน) โดยให้ระบุรายละเอียดของสถานพยาบาลที่เข้าพักรักษาตัว 3 ครั้งสุดท้าย) สรุปได้ดังตาราง 2.1-2

ตาราง 2.1-2

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวนการเข้ารับการรักษาพยาบาล	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลชุมชน	2,587,985	42.5
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	1,980,412	32.5
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	255,577	4.2
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	370,481	6.1
สถานพยาบาลเอกชน	855,471	14.0
อื่นๆ/ไม่ทราบ	42,147	0.7
รวม	6,092,073	100

จากข้อมูลการกระจายของการรับบริการการรักษาพยาบาลที่ได้จากตาราง 2.1-1 และ 2.1-2 สรุปเป็นค่าในการปรับ (Adjusting factor) เพื่อใช้ประมาณการอุบัติการณ์การบาดเจ็บได้ดังตาราง 2.1-3

ตาราง 2.1-3 ตัวคูณสำหรับประมาณการอุบัติการณ์

ประเภทสถานพยาบาล	ตัวคูณ
โรงพยาบาลชุมชน	1.26
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	1.27
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	2.95
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	2.02
สถานพยาบาลเอกชน	10.81
อื่นๆ/ไม่ทราบ	17.22

เนื่องจากการลงรหัสการวินิจฉัยโรคของข้อมูลในฐานข้อมูลนี้มิได้จำแนกเป็น Field ของสาเหตุ และลักษณะการบาดเจ็บ แต่มี filed ที่เป็นการวินิจฉัยโรคทั้งหมด 13 fields การวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บ มีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 กำหนดสาเหตุการบาดเจ็บสำหรับแต่ละระเบียน (Record) โดยเปรียบเทียบรหัสการวินิจฉัยทั้งหมดกับรหัสสาเหตุในตาราง 1-1 และระเบียนที่ไม่มีการลงรหัสสาเหตุจะถูกกำหนดเป็น Unknown

2.1.2 กำหนดลักษณะการบาดเจ็บสำหรับแต่ละระเบียนจำแนกกลุ่มตามข้อมูลในตาราง 1-2 ซึ่งลักษณะการลงรหัสการบาดเจ็บอาจปรากฏ Nature of injury มากกว่า 1 fields ดังนั้นการกำหนดลักษณะการบาดเจ็บจึงพิจารณาจากลำดับขั้นตามตารางที่ 2.1.2 ก่อน

2.1.3 ระเบียนที่จำแนกสาเหตุไม่ได้ หรือกลุ่ม Unknown ถูกกระจายด้วยสัดส่วนการกระจายของระเบียนที่กำหนดสาเหตุได้

2.1.4 ประเมินค่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บจำแนกเป็นสาเหตุและลักษณะการบาดเจ็บ โดยปรับตัวคูณในตารางที่ 2.1-3

ตาราง 2.1.2 ลำดับขั้นของลักษณะการบาดเจ็บ

Category	Priority level
Injured spinal cord	1
Intracranial injuries	2
Burns > 60%	3
Burns >20% and <60%	4
Fractured skull	5
Fractured femur	6
Injured nerves	7

2.2. น้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability weights)

ค่าน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability weights) ที่ใช้ในการคำนวณ YLD ได้จาก The Global Burden of Disease (Murray & Lopez 1996, หน้า 214) และผลจากการปรับของการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสรุปได้ดังรายละเอียดในตาราง 2.2

ตาราง 2.2 น้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability weights)

No.	Nature of injury	Disability weight
1	Fracture	
	Skull-short term	0.431
	Skull-long term	0.223
	Verbatra column	0.266
	Rib or sternum	0.199
	Pelvis	0.247
	Clavicle, scapula or humerus	0.153
	Radius of ulna	0.180
	Hand bone	0.100
	Femur-short term	0.372
	Femur-long term	0.272
	Patella, tibia or fibula	0.271
	Ankle	0.196
	Foot bone	0.077

No.	Nature of injury	Disability weight
2	Injured spinal cord	0.725
3	Dislocation	
	Shoulder, elbow or hip	0.074
	Other dislocation	0.074
4	Sprains	0.064
5	Intracranial injuries	
	Short-term	0.359
	Long-term	0.350
6	Internal injuries	0.208
7	Open wound	0.108
8	Injury to eye	
	Short-term	0.108
	Long-term	0.301
9	Amputation	
	Thumb	0.165
	Finger	0.102
	Arm	0.257
	Toe	0.102
	Foot bone	0.300
	Leg	0.300
10	Crushing	0.218
11	Burns	
	Less than 20% short-term	0.158
	Less than 20% long-term	0.001
	20% to 60% short-term	0.441
	20% to 60% long-term	0.255
	Greater than 60% short-term	0.441
	Greater than 60% long-term	0.255
12	Injured nerves	
	Short-term	0.064
	Long-term	0.064
13	Poisoning	0.611

2.3. ระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Durations)

การศึกษาครั้งนี้ใช้ค่า Duration จาก The Global Burden of Disease (Murray & Lopez 1996, หน้า 214) และผลจากการปรับในการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสรุปได้ดังรายละเอียดในตาราง 2.3

ตาราง 2.3 ระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Durations)

No.	Nature of injury	Short term duration		% with long term disability
		days	Years	
1	Fractured skull	39	0.11	15%
2	Fractured face bones	43	0.12	0%
3	Fractured vertebral column	51	0.14	0%
4	Injured spinal cord	-	-	100%
5	Fractured rib or sternum	42	0.11	0%
6	Fractured pelvis	46	0.13	0%
7	Fractured clavicle, scapula or humerus	41	0.11	0%
8	Fractured radius or ulna	41	0.11	0%
9	Fractured hand bones	26	0.07	0%
10	Fractured femur	51	0.14	5%
11	Fractured patella, tibia or fibula	33	0.09	0%
12	Fractured ankle	35	0.10	0%
13	Fractured foot bones	27	0.07	0%
14	Other dislocation	7	0.02	0%
15	Dislocated shoulder, elbow or hip	13	0.03	0%
16	Sprains	14	0.04	0%
17	Intracranial injuries	25	0.07	5%
18	Internal injuries	16	0.04	0%
19	Open wound	9	0.02	0%
20	Injury to eyes	7	0.02	10%
21	Amputated thumb	-	-	100%
22	Amputated finger	-	-	100%
23	Amputated arm	-	-	100%
24	Amputated toe	-	-	100%
25	Amputated foot	-	-	100%
26	Amputated leg	-	-	100%
27	Crushing	34	0.09	0%
28	Burns < 20%	30	0.08	100%
29	Burns >20% and <60%	102	0.28	100%
30	Burns > 60%	102	0.28	100%
31	Injured nerves	-	-	20%
32	Poisoning	3	0.01	0%

ภาคผนวกที่ 6 (นโยบายและมาตรการเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการกระทำความรุนแรง)

ตารางที่ ผ-3.1 มาตรการการเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็ก และเยาวชนในต่างประเทศ

		ช่วงอายุ กับ ยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้ป้องกันการใช้ความรุนแรง			
		แรกเกิด - 3 ปี	4-11ปี	12-19ปี	20 ปีขึ้นไป
ระดับปัจเจกบุคคล (Individual level)	มีประสิทธิภาพ	-	-	-	-
	ไม่มีประสิทธิภาพ	-	-	-	-
	ยังไม่ได้สรุป	- ลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Reduction in unintended pregnancies) - การเข้าถึงบริการก่อนและหลังคลอด (Access to prenatal and postnatal services) - โครงการเยียวยาเด็กที่เป็นเหยื่อของการใช้ความรุนแรงเพื่อลดอุบัติเหตุในอนาคต (Treatment programs for child witnesses of violence and victims of maltreatment to reduce consequences)	- โรงเรียนเป็นศูนย์กลางเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิเด็ก(School-based programs to prevent child maltreatment) - ชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิเด็กและการล่วงละเมิดทางเพศ (Community-based prevention of child sexual abuse) - อบรมการใช้ปืน (Gun safety training)	- โครงการช่วยเหลือด้านการเรียน(Academic enrichment program) - อบรมการใช้ปืน(Gun safety training)	- ส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับมัธยม/ระหว่างภาคเรียน(Incentives for post secondary education or vocational training) - บริการเพื่อผู้ถูกละเมิดสิทธิเช่นเดียวกับในเด็ก(Services for adults abused as children) - การรักษาเยียวยาผู้กระทำความรุนแรงในเด็กและคู่รัก(Treatment for child and intimate partner abuse offenders) - ระยะเวลาในการอนุมัติการมีปืนในครอบครอง(Waiting periods for firearm purchases) - ผู้ครอบครองปืนต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น(Owner liability for damage by guns)
ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal level)	มีประสิทธิภาพ	- โครงการเยี่ยมบ้าน (Home visitation services) - การอบรมให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็ก (Parenting training) - การเยียวยาเด็กที่มีความบกพร่องทางอารมณ์หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงชั่วคราว (Therapeutic foster care)	- โครงการเยี่ยมบ้าน (Home visitation services) - การอบรมให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็ก(Parenting training) - การเยียวยาเด็กที่มีความบกพร่องทางอารมณ์หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงชั่วคราว (Therapeutic foster care)	- โครงการเยี่ยมบ้าน (Home visitation services) - การอบรมให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็ก(Parenting training) - การเยียวยาเด็กที่มีความบกพร่องทางอารมณ์หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงชั่วคราว(Therapeutic foster care)	- โครงการเยี่ยมบ้าน(Home visitation services) - การอบรมให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็ก (Parenting training) - การเยียวยาเด็กที่มีความบกพร่องทางอารมณ์หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงชั่วคราว (Therapeutic foster care)
	ไม่มีประสิทธิภาพ	-	-	-	-

	ประสิทธิภาพ				
	ยังไม่ได้สรุป	-	-	-	-
ระดับชุมชน (Community level)	มีประสิทธิภาพ	-	-	-	-
	ไม่มีประสิทธิภาพ	โครงการปืนแลกคืนเงิน(Programs to buy back guns)	-	- โครงการป้องกันการรวมตัวเป็นแก๊งค์ (Multicomponent gang prevention programs) - โครงการปืนแลกคืนเงิน (Programs to buy back guns)	-
	ยังไม่ได้สรุป	- การตรวจตราและกำจัดสารพิษจากบ้าน(Lead monitoring and toxin removal) - บุคลากรด้านสุขภาพช่วยเฝ้าระวังป้องกันการละเมิดสิทธิเด็ก (Screening by health care providers for maltreatment) - สร้างมาตรการใหม่ในชุมชน (Community policing) - การปรับปรุงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน(Emergency response and trauma care improvements) - โครงการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อตรวจหาและรายงานการละเมิดสิทธิเด็ก (Health care providers trained in the detection and reporting of child maltreatment) - โครงการเก็บปืนและอาวุธในที่ปลอดภัย (Promotion of safe storage of firearms)	- ถนนปลอดภัยจากบ้านถึงโรงเรียน (Safe havens for children on high-risk routes to and from school) - การเสริมความสัมพันธ์หลังเลิกเรียน(After school programs to extend adult supervision) - โครงการนันทนาการ (Recreational programs)	- โครงการนันทนาการ (Recreational programs) - การอบรมพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อกลุ่มเสี่ยงส่งต่อวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและเหยื่อทจากการล่วงละเมิดทางเพศ(Health care professionals trained in identification and referral of high-risk youth and victims of sexual violence) - การปรับปรุงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเข้าถึงบริการต่างๆ (Improvements in emergency response, trauma care, and access to health services) - การตรวจหาอาวุธ/โลหะในโรงเรียน(Metal detectors in schools) - สร้างมาตรการใหม่ในชุมชน(Community policing) - การปรับปรุงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency response and trauma care improvements) - โครงการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อตรวจหาและรายงานการละเมิดสิทธิเด็ก (Health care providers	- โครงการนันทนาการ(Adult recreation programs) - บ้านพักพิง/ศูนย์ให้ความช่วยเหลือยามวิกฤต(Shelters and crisis centers for battered women and victims of elder abuse) - ปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมเพื่อช่วยเหลือเด็ก คนชราที่ถูกละเมิดสิทธิ, การละเมิดทางเพศในคู่รัก(Criminal justice reforms to criminalize child maltreatment intimate partner violence, and elder abuse) - นโยบายการให้อำนาจในการจับกุมผู้กระทำความรุนแรงต่อคู่เดท (Mandatory arrest policies for intimate partner violence) - ประณามผู้ใช้ความรุนแรงต่อผู้รัก/คู่สมรสต่อสาธารณะ/สังคม(Public shaming of intimate partner violence offenders) - บริการเพื่อการเฝ้าระวังการละเมิดสิทธิในผู้สูงอายุ(Services for identifying and treating elder abuses) - การอบรมพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อกลุ่มเสี่ยงส่งต่อวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและเหยื่อทจากการล่วงละเมิดทางเพศ (Health care professionals trained in identification and referral of high-risk youth and victims of sexual violence)

		and other lethal means of inflicting violence) • รณรงค์ป้องกันและให้การศึกษาเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดสิทธิเด็ก(Prevention and education campaigns to increase awareness of child maltreatment) • โครงการเพื่อการคุ้มครองสิทธิเด็ก (Child protection service programs)		trained in the detection and reporting of child maltreatment) • โครงการเก็บปืนและอาวุธในที่ปลอดภัย (Promotion of safe storage of firearms and other lethal means of inflicting violence) • รณรงค์ป้องกันและให้การศึกษาเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดสิทธิเด็ก (Prevention and education campaigns to increase awareness of child maltreatment) • โครงการเพื่อการคุ้มครองสิทธิเด็ก(Child protection service programs)	
ระดับสังคม (Social level)	ยังไม่ได้สรุป	• สร้างมาตรฐานทางสังคมให้ตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต (Promote cultural norms to value and protect life) • สร้างทักษะความเข้มแข็งทางจิตใจ,สังคม,อารมณ์ให้เด็กแต่แรกเกิด (Promote strength-based cognitive and socio-emotional skills from birth) • สร้างความเข้มแข็งต่อระบบการดำเนินการของตำรวจและกระบวนการยุติธรรม (Strengthen police and judicial systems) • แก้ปัญหาความยากจน (Deconcentrate	• ลดเนื้อหาความรุนแรงในสื่อสำหรับเด็กต่าง ๆ (Reduce violent content of movies, television, video games, and Internet sites available to children) • ผลักดันการรณรงค์การสร้างมาตรฐานใหม่ในสังคม(Launch public information campaigns to promote pro-social norms)	• ลดเนื้อหาความรุนแรงในสื่อสำหรับเด็กต่าง ๆ (Reduce violent content of movies, television, video games, and Internet sites available to children) • ผลักดันกฎหมายห้ามเด็กและเยาวชนมีปืนในครอบครอง (Enforce laws prohibiting illegal transfers of guns to youths) • สร้างความเข้มแข็งต่อระบบการดำเนินการของตำรวจและกระบวนการยุติธรรม(Strengthen police and judicial systems) • โครงการเก็บปืนและอาวุธในที่ปลอดภัย (Promotion of safe storage of firearms แก้ปัญหาความยาก • แก้ปัญหาความยากจน (Deconcentrate	• ลดเนื้อหาความรุนแรงในสื่อสำหรับเด็กต่าง ๆ(Reduce violent content of movies, television, video games, and Internet sites available to children) • ผลักดันกฎหมายห้ามเด็กและเยาวชนมีปืนในครอบครอง (Enforce laws prohibiting illegal transfers of guns to youths)

		poverty) • ลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านรายรับ(Reduce income inequality)		poverty) • ลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านรายรับ(Reduce income inequality) • เปลี่ยนแปลงมาตรฐานในสังคมที่ยังสนับสนุนการใช้ความรุนแรงและละเมิดสิทธิผู้อื่น(Change cultural norms that support violence and abuse of children and adults)	
--	--	--	--	--	--

ตารางที่ ผ-3.2 มาตรการที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพที่ได้ทดลองใช้เพื่อลดการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่นที่รวบรวมไว้ใน WHO

	มาตรการ/นโยบาย	
	มีประสิทธิภาพ	ด้อยประสิทธิภาพ
ระดับบุคคล (Individual level)	• ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์(Preventing unintended pregnancies) • การเข้าถึงบริการทั้งก่อนและหลังคลอด(Increasing access to prenatal and postnatal care) • โครงการพัฒนาการทางสังคมเพื่อลดความก้าวร้าวและการต่อต้านสังคม(Social development programs to reduce antisocial and aggressive behavior) • สร้างสรรค์พฤติกรรมเชิงบวก (Promoting behavior that is positive, friendly and cooperative) • การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน(Pre-school enrichment programs) • ส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับมัธยมในเด็กกลุ่มเสี่ยง (Providing incentives for youths at high risk for violence to complete secondary schooling) • จัดสนับสนุนการเรียนอย่างต่อเนื่อง(Providing incentives to pursue courses in higher education) • จัดการศึกษานอกโรงเรียน/ระหว่างภาคเรียนกับเด็กด้อยโอกาส(Vocational training for underprivileged youths and young adults) • โครงการช่วยเหลือสนับสนุนการเรียนในระดับอุดมศึกษา (Academic enrichment program)	• โครงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติด(Programs providing information about drug abuse) • การให้คำปรึกษาตัวต่อตัว(Individual counseling) • การภาคทัณฑ์(Probation or parole programs) • โครงการที่พักพิงรักษาในสถานบำบัดจิตเวชหรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง(Residential programs in psychiatric or correctional institutions) • อบรมการใช้ปืนอย่างถูกวิธี(Training in the safe use of guns) • โครงการฝึกอบรบแบบทหาร(Programs modeled on basic military training i.e. boot camp) • ไขว่ทลงโทษผู้ใหญ่ในวัยรุ่น(Trying young offenders in adult courts)
ระหว่างบุคคล (Interpersonal level)	• โครงการเยี่ยมบ้าน(Home visitation e.g. regular visits by a health-care professional to a child's home) • การอบรมทักษะการเป็นผู้ปกครอง(Skill training programs in parenting e.g. emotional bonds, child-rearing methods, self control)	• เพื่อนปรึกษาเพื่อน/เพื่อนทำสมาธิ(Peer mediation or peer counseling) • เปลี่ยนพฤติกรรมและปรับมาตรฐานของกลุ่ม(Redirecting youth behavior towards conventional activities and shifting peer group)

	มาตรการ/นโยบาย	
	มีประสิทธิภาพ	ด้อยประสิทธิภาพ
	● โครงการให้คำแนะนำ/ให้กำลังใจ(Mentoring programs (i.e. fostering a supportive relationship with a positive adult role model) ● โครงการความร่วมมือของบ้านและโรงเรียน(Home-school partnership programs to promote parental involvement) ● การใช้การศึกษาชดเชย/เพิ่มเติม(Compensatory education, such as adult tutoring) ● การดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงสูงและมีอาการป่วยด้านอารมณ์เรื้อรัง(Temporary foster care programs for serious and chronic delinquents) ● โครงการครอบครัวเอื้ออาทร(Family therapy to improve communications /interactions, solve problems, and to deal with the home environment)	norms)
ระดับชุมชน (Community level)	● การตรวจตราเฝ้าระวังระดับของสารพิษในบ้าน(Monitoring lead levels and removing toxins from homes to prevent brain damage) ● เพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพของสถานบริการเพื่อเด็กและเยาวชนรวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน (Increasing the availability and quality of child-care facilities and pre-school enrichment programs) ● ปรับปรุง/ซ่อมแซมไฟในเขตอันตราย(Improving street lighting in at risk poorly lit areas) ● โครงการถนนปลอดภัยจากโรงเรียนสู่บ้าน(Creating safe routes for children/youths on their way to and from school or community activities) ● ปรับปรุงระบบในโรงเรียน, การปฏิบัติงานของครู, นโยบายของโรงเรียน, ระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัยอาทิ เครื่องตรวจโลหะ(Improving school settings, including teacher practices, school policies and security e.g. metal detectors) ● โครงการเสริมความสัมพันธ์หลังเลิกเรียน(Providing after-school programs to extend adult supervision) ● กิจกรรมเสริมนอกเวลา เช่น กีฬา, สันทนาการ, ดนตรี ฯลฯ (Extracurricular activities e.g. sports, recreation, art, music, drama, newsletters) ● ลดการเข้าถึงแอลกอฮอล์(Reducing the availability of alcohol) ● ปรับนโยบายสังคมให้เท่าทันแก้ไขและป้องกันปัญหา (Community/problem-oriented policing by building community partnerships/solving community problems) ● อบรมบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อหาและส่งต่อวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเพื่อรักษา(Training health-care workers to identify and	● โครงการป้องกันการรวมแก๊งค์(Gang prevention programs (e.g. suppress gangs, Organize communities, provide outreach counseling services) ● โครงการปืนแลกคืนเงิน ("Buying back guns program" money offered for handing in firearms to the police)

	มาตรการ/นโยบาย	
	มีประสิทธิภาพ	ด้อยประสิทธิภาพ
	refer youths at high risk for violence) • ปรับปรุงบริการด้านการแพทย์ในเวลาฉุกเฉิน(Improving emergency response, trauma care and access to health services) • เผยแพร่โครงการนันทนาการ(Establishing adult recreational programs)	