

Re-Examination of Rape with Suspected Victims: Is It Necessary?

การตรวจผู้เสียหายซ้ำในกรณีถูกข่มขืนกระทำชำเรา จำเป็นหรือไม่

บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์ พ.บ.*, ไพฑูรย์ ณรงค์ชัย พ.บ., น.บ., ว.ว.(อายุรศาสตร์), อ.ว.(นิติเวชศาสตร์), อ.ว.(เวชศาสตร์ครอบครัว)*

* ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่

บทคัดย่อ:

ผู้เสียหายที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรามีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจซ้ำในกรณีที่ต้องให้การรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การผ่าตัดรักษาและการรักษาสุขภาพจิตใจ แต่ทางนิติเวช มีความจำเป็นที่จะต้องตรวจซ้ำอีกหรือไม่นั้น ยังไม่มีความชัดเจน จากการศึกษาเวชระเบียนของภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 มีผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์มีจำนวน 219 ราย มีการตรวจร่างกายซ้ำ 117 ราย ตรวจอวัยวะเพศซ้ำ 93 ราย และตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ 61 ราย พบความแตกต่างกันในด้านจำนวนหรือตำแหน่งของบาดแผลที่ตรวจพบถึงครึ่งหนึ่ง ทั้งในกรณีการตรวจร่างกายและการตรวจอวัยวะเพศ ในกรณีที่มีการเปรียบเทียบทางสถิติมีสองกรณีที่ผลตรวจสองครั้งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ การตรวจพบบาดแผลที่อวัยวะเพศ และการตรวจพบอสุจิในช่องคลอด พบว่าการตรวจร่างกายทั่วไป การเก็บอสุจิและ acid phosphatase ที่ส่งตรวจซ้ำนั้นไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการตรวจอวัยวะเพศซ้ำนั้นมีความแตกต่างและมีประโยชน์มาก ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยที่อาจทำให้ผลตรวจต่างกัน เช่น ประสบการณ์ของผู้ตรวจ ระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งมีแนวโน้มว่าการตรวจจะแตกต่างกัน ดังนั้นการฝึกสอนให้ผู้ตรวจคนแรกให้มีความชำนาญมากขึ้น จะทำให้เกิดความแม่นยำ ถูกต้องและไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ตรวจและผู้เสียหาย

บทนำ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ให้บริการการตรวจผู้เสียหายในคดีความผิดทางเพศมานานซึ่งในทางปฏิบัติแต่เดิมนั้น เมื่อผู้เสียหายมาตรวจนอกเวลาราชการจะต้องไปตรวจที่ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชศาสตร์ คล้ายคลึงกับหลายๆสถาบัน เนื่องจากภาควิชาสูติศาสตร์ไม่มีสถานที่และกำลังบุคลากรที่จะปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา แต่จะนัดผู้เสียหายมาตรวจซ้ำที่ภาควิชาสูติศาสตร์ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้เพื่อให้นิติแพทย์ได้มีโอกาสพิจารณาและบางครั้งจำเป็นต้องได้พยานหลักฐานจากผู้เสียหายเพิ่มเติมเพื่อประกอบคดี ซึ่งแน่นอนว่าเป็นการไม่สะดวกแก่ผู้เสียหายและญาติอย่างยิ่ง ทำให้ผู้เสียหายบางรายไม่กล้ามาตรวจเลย หรือมาแล้วแต่ไม่ยอมให้ตรวจซ้ำ และการตรวจซ้ำนี้ก็อาจจะพบหลักฐานที่เหมือนเดิม หรือลดลงโดยเฉพาะตัวอสุจิ และ Acid phosphatase ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาถึงประโยชน์ของการตรวจผู้เสียหายซ้ำ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเกิดขึ้นเพื่อตอบคำถามนี้

วิธีการศึกษา

กระทำโดยการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุของผู้เสียหาย เวลาเกิดเหตุ การตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อหาร่องรอยบาดแผล การตรวจอวัยวะเพศเพื่อหาร่องรอยบาดแผลที่อวัยวะเพศภายนอกและเยื่อพรหมจารี และผลตรวจพบตัวอสุจิด้วยวิธีย้อมสีพิเศษด้วยกล้องจุลทรรศน์, ปริมาณ Acid phosphatase มากกว่า 300 U/L ด้วยวิธี spectrophotometry ณ ห้องปฏิบัติการเซโรวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์ โดยผู้เชี่ยวชาญคนเดียวกัน โดยศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 4 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 จากเวชระเบียนที่ภาควิชาสูติศาสตร์และภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชศาสตร์ และทำการศึกษาเปรียบเทียบทางสถิติระหว่างข้อมูลการตรวจในครั้งแรกและการตรวจซ้ำในครั้งที่ 2

คำนิยาม

ความแตกต่างของการตรวจร่างกายและการตรวจอวัยวะเพศ คือความแตกต่างในด้านการตรวจพบหรือไม่พบบาดแผล หรือจำนวนของบาดแผลหรือตำแหน่งของบาดแผล อย่างใดอย่างหนึ่ง

ความแตกต่างของผลการตรวจตัวอสุจิและ acid phosphatase คือ ความแตกต่างกันระหว่าง ผลเป็นบวกและลบ ที่ปากช่องคลอด ช่องคลอด หรือปากมดลูก ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ และ McNemar's Chi-square test ซึ่งถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p -value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จำนวนผู้เสียหายที่มาตรวจมีทั้งหมด 219 รายซึ่งพบว่า ปี 2544 มีผู้เสียหายมารับการตรวจร้อยละ 13.7, ปี 2545 ร้อยละ 20.5, ปี 2546 ร้อยละ 29.7 และปี 2547 ร้อยละ 36.1

การตรวจร่างกายและการตรวจอวัยวะเพศ มีการตรวจร่างกายซ้ำ 117 ราย และมีการตรวจอวัยวะเพศซ้ำ 93 ราย

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างของการตรวจพบบาดแผลจากการตรวจร่างกายและอวัยวะเพศซ้ำ

ประเภทของการตรวจ	ตรวจครั้งที่ 1(ร้อยละ)	ตรวจครั้งที่ 2(ร้อยละ)	p-value
ตรวจร่างกายพบบาดแผลฟกซ้ำ	23.1	27.4	0.227
ตรวจร่างกายพบรอยดูด	7.7	11.1	0.125
ตรวจร่างกายพบบาดแผลอื่นๆ	16.2	16.2	0.727
ตรวจอวัยวะเพศพบบาดแผล	75.3	86	0.031

ความแตกต่างของจำนวนหรือตำแหน่งบาดแผลจากการตรวจร่างกายและอวัยวะเพศซ้ำ

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของจำนวนหรือตำแหน่งบาดแผลจากการตรวจร่างกายและอวัยวะเพศซ้ำ

ชนิดของบาดแผล	จำนวนที่มีความแตกต่างทั้งหมด (ราย)	แตกต่างในด้านจำนวน หรือ ตำแหน่งบาดแผล(ราย)	ร้อยละ
ฟกซ้ำ	26	15	57.7
รอยดูด	4	0	0
บาดแผลอื่นๆ	15	8	53.3
บาดแผลที่อวัยวะเพศ	48	28	58.3

การเก็บวัตถุพยาน

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของการเก็บวัตถุพยานสองครั้ง

	ตรวจครั้งที่ 1(จำนวน)			ตรวจครั้งที่ 2(จำนวน)		
	ทำ	ไม่ทำ	ไม่ทราบ	ทำ	ไม่ทำ	ไม่ทราบ
สถานที่ที่หัวเหิน่า	30	11	178	-	-	93
ตัดขนเพื่อเปรียบเทียบ	28	-	191	2	-	91

ในกรณีที่ไม่มีทราบ เนื่องจากไม่ได้บันทึกไว้ในรายงาน

ตารางที่ 4 แสดงความแตกต่างของผลการตรวจอสุจิ และ acid phosphatase ในผู้เสียหายจำนวน 61 ราย

ตำแหน่งที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	ตรวจครั้งที่ 1(ร้อยละ)	ตรวจครั้งที่ 2(ร้อยละ)	p-value
ตรวจพบอสุจิที่ปากช่องคลอด	34.2	28.9	0.625
ตรวจพบอสุจิในช่องคลอด	40	25.5	0.008
ตรวจพบอสุจิที่ปากมดลูก	28.6	28.6	1.0
ตรวจพบแอสิดฟอสฟาเตสที่ปากช่องคลอด	20.5	23.5	1.0
ตรวจพบแอสิดฟอสฟาเตสในช่องคลอด	30.4	19.6	0.109
ตรวจพบแอสิดฟอสฟาเตสที่ปากมดลูก	21.4	21.4	1.0

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้เสียหายที่ผลตรวจจอสูจิและ acid phosphatase สองครั้งที่แตกต่างกัน

	ตรวจสองครั้ง แตกต่างกัน(จำนวน)	ตรวจครั้งแรก positive ครั้งที่สอง negative	ตรวจครั้งแรก negative ครั้งที่สอง positive	อื่นๆ
ตัวอสุจิ	9	8	1	0
แอสิดฟอสฟาเตส	13	7	5	1*

*ในกรณี อื่นๆ ที่พบคือ มีหนึ่งรายที่ผลตรวจแอสิดฟอสฟาเตสครั้งแรกที่ปากช่องคลอดเป็นลบ แต่ตรวจครั้งที่สองเป็นบวก ในรายเดียวกันนี้ ผลตรวจในช่องคลอดครั้งแรกเป็นบวกแต่ครั้งที่สองเป็นลบ

อภิปราย

การถูกข่มขืนกระทำชำเราเป็นปัญหาใหญ่ของสังคมไทยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน 4 ปีที่ศึกษา และ 15 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁾ มีผู้เสียหายจำนวนหนึ่งที่มีเพศสัมพันธ์กับฝ่ายชายโดยสมัครใจแต่ถูกพ่อแม่บังคับให้มาตรวจ แต่ไม่มีความผิดทางกฎหมายกรณีผู้เสียหายอายุเกิน 18 ปี⁽²⁾ แพทย์จึงไม่มีโอกาสไปเป็นพยานศาลในกรณีนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความผิดที่ไม่สามารถยอมความได้ จำนวน 118 ราย (53.8%)⁽²⁾ ซึ่งแพทย์ต้องไปเป็นพยานในศาล

จากการศึกษานี้พบว่าผู้เสียหายมีอายุ 7 – 64 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี (ร้อยละ 32.4) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 16-19 ปี (ร้อยละ 21.5) เป็นการสมัครใจมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 58.8 ผู้เสียหายเป็นเด็กหรือหญิงที่ถูกหลอกร้อยละ 40 ได้แก่ เด็กที่มีอายุในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่ต้องรณรงค์ป้องกันมิให้มีการถูกข่มขืนกระทำชำเรา มักจะเกิดเหตุการณ์หลัง 18 น. ถึง 6 น. ตรงกับการศึกษาก่อนๆ^(3, 4) ในที่พักของฝ่ายชายเป็นสำคัญ ซึ่งเหมาะกับการกระทำชำเราเด็กหรือหญิงที่ถูกหลอกไป ส่วนกรณีสมัครใจมีเพศสัมพันธ์นั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา แต่มีแนวโน้มคล้ายกัน^(3, 5, 6) การศึกษาของปีเตอร์และคณะ พบว่าผู้ที่ถูกข่มขืนที่ในพักของฝ่ายหญิงมักจะมีอายุน้อยหรืออายุมาก⁽³⁾ ในทุกการศึกษาพบว่าผู้ถูกกล่าวหาเป็นคนที่ผู้เสียหายรู้จักมาก่อน ได้แก่ เพื่อนหรือแฟน มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ พ.ต.ต. วิชิต⁽⁶⁾ บางการศึกษาพบว่าเป็นคนแปลกหน้ามากกว่า^(4, 5) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ถูกกล่าวหาที่เป็นญาติกับผู้เสียหายน้อยที่สุด^(3, 4, 5) ส่วนใหญ่มาตรวจภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุทำให้การตรวจตัวอสุจิ และ acid phosphatase ได้ผลบวกมากกว่ากลุ่มที่มาตรวจช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้เสียหายถูกทำร้ายร่างกายขณะเกิดเหตุมีประมาณหนึ่งในสาม แต่ทั้งหมดไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งต่างกับการศึกษาก่อนๆที่พบว่ามีส่วนหนึ่งจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล^(3, 4) แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของความรุนแรงในกรณีที่มีการข่มขืนกระทำชำเราในจังหวัดเชียงใหม่มีน้อยกว่าในต่าง ประเทศ อย่างไรก็ตามต้องมีการตรวจร่างกายเพื่อหาร่องรอยบาดแผลเสมอ เพราะ

ผู้เสียหายอาจจะไม่แน่ใจว่าตนถูกทำร้ายหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กับการตีสุราขณะเกิดเหตุประมาณหนึ่งในสาม โดยที่สุราจะทำให้เกิดความคึกคะนอง เป็นสาเหตุเสริมให้เกิดการกระทำความผิด^(7, 8) ทำให้ผู้เสียหายหมดแรงในการขัดขืน

การตรวจร่างกายซ้ำ พบว่าบาดแผลต่างๆ และรอยปากคูดที่ตรวจพบไม่มีความแตกต่างกับการตรวจพบครั้งแรก แต่แตกต่างกันด้านจำนวน หรือตำแหน่งของบาดแผลที่ตรวจพบซึ่งมีความแตกต่างกันประมาณร้อยละ 50 แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้ **การตรวจอวัยวะเพศซ้ำ** พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นได้แก่ บาดแผลที่เยื่อพรหมจารีและอวัยวะเพศภายนอก เนื่องจากการตรวจซ้ำนั้นเป็นการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางนิติเวชศาสตร์ที่มีประสบการณ์ และระยะเวลาที่ผ่านไปนานขึ้นทำให้ความชัดเจนของบาดแผลมีมากขึ้น และเยื่อพรหมจารีของเด็กอาจมีลักษณะคล้ายบาดแผลฉีกขาดได้ทั้งๆที่ไม่มีการร่วมประเวณีมาก่อน^(9, 10) **การตรวจตัวอสุจิและ acid phosphatase ซ้ำ พบตัวอสุจิในช่องคลอด**มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผลการตรวจครั้งสองเป็นลบ ซึ่งไม่ช่วยให้เกิดประโยชน์ ส่วน **ตัวอสุจิและ acid phosphatase จากปากช่องคลอดและปากมดลูก** และ acid phosphatase ในช่องคลอดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ วิสูตร⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผลตรวจอสุจิและ acid phosphatase ในช่องคลอดสองครั้งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแพทย์นิติเวชตรวจครั้งที่ 2 ให้ผลบวกทั้งๆที่ตรวจครั้งแรกโดยแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกให้ผลลบ แสดงให้เห็นว่าการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัตินั้นต้องอาศัยเทคนิคที่ถูกต้องและความชำนาญของแพทย์

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาผู้ที่ถูกกระทำอนาจารและผู้ต้องหาเพราะฉะนั้นยังอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆเป็นเหตุทำให้เกิดการถูกข่มขืน^(7, 8)

สรุป

ปัญหาเรื่องการข่มขืนกระทำชำเรายังเป็นปัญหาใหญ่ของสังคมไทย และการศึกษานี้ทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงสำคัญๆหลายอย่าง ซึ่งมีความแตกต่างกันและเหมือนกันในแต่ละสถานที่ที่ศึกษา ดังนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาร่วมกันกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ครู อาจารย์ ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน เพื่อช่วยลดปัญหา และในฐานะแพทย์ต้องตรวจผู้เสียหายโดยไม่รีรอเมื่อได้รับการร้องขอไม่ว่าจากใครก็ตาม โดยกระทำด้วยความละเอียดรอบคอบ และเพื่อประโยชน์ของผู้เสียหายนิติแพทย์ควรตรวจผู้เสียหายตั้งแต่แรกเพื่อหลีกเลี่ยงการตรวจซ้ำเพื่อจะทำให้ได้หลักฐานที่ถูกต้องแม่นยำนำไปใช้เป็นพยานในศาลด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งกันระหว่างการตรวจทั้งสองครั้ง อย่างไรก็ตามการตรวจซ้ำยังคงมีประโยชน์ในด้านการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดตามอาการบาดเจ็บทางกายจากบาดแผลและการรักษาจิตใจของผู้เสียหาย และกรณีที่แพทย์ผู้ตรวจครั้งแรกไม่มีความชำนาญพอ ควรที่จะต้องปรึกษานิติแพทย์เพื่อทำการตรวจอีกครั้ง

คำขอบคุณ

รายงานนี้สำเร็จลงได้ทั้งนี้โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก คุณ วราภรณ์ รินทกร และคุณ เซาวลิต สวัสดิ์ ที่ช่วยเตรียมข้อมูลในด้านรายงานการตรวจผู้เสียหายทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. จาตุรงค์ กันชัย, ศิริพร พันธศรี, สุนทร คำขมนันท์. The incidence of sexual offence cases in Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital from 1986 to 1989. เชียงใหม่เวชสาร 2533; 29: 137-148.
2. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ มาตรา 276, 277, 283 ทวิ และ 285. ใน: ประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับอ้างอิงและแก้ไขเพิ่มเติม). พิมพ์ครั้งที่ 13, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด, 2546: 343-55.
3. Cartwright PS., Sexual assault study group. Reported sexual assault in Nashville-Davidson County, Tennessee, 1980 to 1982. Am J Obstet Gynecol 1986; 154: 1064-8.
4. Everett RB, Jimerson GK. The rape victim: A review of 117 consecutive cases. Obstetrics and Gynecology 1977; 50: 88-90.
5. Holmes MM, Resnick H, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims, Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 336-42.
6. พ.ต.ต. วิชิต สมานวิวัฒน์, พ.ต.อ. พัลลภ เหมศาสตร์. ความผิดเกี่ยวกับเพศ. เวชสารแพทย์ตำรวจ (บทความพิเศษ) 2522; 8: 8-15.
7. อัมพร โอตะกุล, รวิวรรณ โรจนวิภาต, ศุภชัย แสงรัตนกุล. ปัจจัยชักจูงให้ประกอบความผิดทางเพศโดยการข่มขืนของผู้ต้องขังชาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2527; 29: 71-77.
8. ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. อาชญากรรมทางเพศ. วารสารสุขศึกษา 2530; 10: 50-60.
9. Sanfilippo JS. Pediatric and adolescent gynecology. In: Copeland LJ, ed. Textbook of Gynecology. 2nd ed., Philadelphia: W.B. Saunders company, 2000: p 588.
10. Roberts RE, Lewington F. Forensic gynaecology. In: Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, ed. Gynaecology. 2nd ed., London: Churchill livingstone, 1997: p 888.
11. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. การเก็บวัตถุพยานจากหญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราของแพทย์ที่ตี๊กตรวจโรคคนอกและนิติแพทย์โรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช 2536; 45: 844-9.