

แนวทางเวชปฏิบัติการช่วยเหลือและคุ้มครองเด็กจากการทารุณกรรม และภัยออนไลน์ในระดับโรงพยาบาล

คำนำ

การทารุณกรรมเด็ก (child abuse) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งในเวชปฏิบัติ เด็กที่ถูกทารุณกรรมจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพในระยะยาวไปตลอดชีวิต เช่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตกงาน เรียนไม่จบและปัญหาทางสังคมอื่น ๆ อีกมากมาย ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจและทางสังคม

นอกจากการทารุณกรรมเด็กที่พบได้บ่อยแล้ว ด้วยความนิยมของการใช้สื่อออนไลน์และการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้รูปแบบของการทารุณกรรมเด็กมีมากขึ้นกว่าเดิม ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อหรือเผยแพร่ภาพลามกอนาจารของเด็กทางออนไลน์ การถูกล่อลวงผ่านสื่อออนไลน์ ทั้งหมดนี้ล้วนทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมได้มากขึ้น บุคลากรทางแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีความรู้ความเข้าใจหลักการประเมินและการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม รวมถึงการจัดการเบื้องต้น เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาและป้องกันหรือลดผลกระทบจากการถูกทารุณกรรม ซึ่งการช่วยเหลือเด็กในกลุ่มนี้ ต้องการความร่วมมือของหลายฝ่ายหลายแผนก หรือที่รู้จักกันในชื่อของ สหวิชาชีพ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ไปจนถึงสหวิชาชีพในภาคส่วนอื่นนอกโรงพยาบาล เช่น ตำรวจ พนักงานเจ้าหน้าที่คุ้มครองเด็ก พนักงานฝ่ายปกครอง นักกฎหมาย เป็นต้น

ที่มาและความสำคัญ

ในปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ซึ่งมีสาระสำคัญเพื่อการคุ้มครองสิทธิเด็กซึ่งสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กขององค์การสหประชาชาติที่ถูกประกาศในปี ค.ศ. 1989 ที่ประเทศไทยได้ลงนามรับข้อตกลงพร้อมกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกในปี ค.ศ. 1992 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ การทารุณกรรมเด็ก ว่า “การกระทำโดยมิชอบต่อเด็กในทุกรูปแบบ ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางเพศ การปล่อยปละละเลยเด็ก หรือการหาประโยชน์จากเด็ก จนทำให้เป็นอันตรายหรือมีโอกาสเป็นอันตรายต่อสุขภาพชีวิต พัฒนาการ หรือศักดิ์ศรีของเด็ก โดยที่การกระทำนั้นเกิดขึ้นในบริบทที่ผู้กระทำอยู่ในฐานะของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นผู้อำนาจเหนือเด็ก หรือเป็นผู้ที่เด็กไว้วางใจ

สำหรับพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ได้กำหนดคำจำกัดความของการทารุณกรรมว่า หมายถึง “การกระทำหรือละเว้นการกระทำด้วยประการใด ๆ จนเป็นเหตุให้เด็กเสื่อมเสียเสรีภาพหรือเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ การกระทำความผิดทางเพศต่อเด็ก การใช้เด็กให้กระทำความผิดหรือประพฤตินในลักษณะที่น่าจะเป็นอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจหรือขัดต่อกฎหมายหรือศีลธรรมอันดี ทั้งนี้ ไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม”

การทารุณกรรมเด็กถูกแบ่งออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การทารุณกรรมทางกาย (Physical Abuse) การกระทำต่อร่างกายของเด็กโดยพ่อแม่หรือผู้ปกครองจนเป็นอันตรายหรือมีโอกาสเป็นอันตรายต่อเด็ก เช่น การทุบตี การใช้ความร้อน สารเคมี ทำร้ายต่อร่างกายของเด็กจนเกิดบาดแผล การลงโทษด้วยการตีจนก่อให้เกิดบาดแผล เป็นต้น
2. การทารุณกรรมทางเพศ (Sexual Abuse) การให้เด็กร่วมกิจกรรมทางเพศเพื่อสนอง ความต้องการของผู้กระทำโดยที่เด็กไม่เข้าใจ ไม่สามารถให้ความยินยอม หรือยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะให้ความยินยอม เช่น บังคับให้เด็กจับอวัยวะเพศของผู้ใหญ่ ล่อลวงให้เด็กมีกิจกรรมทางเพศกับผู้ใหญ่ บังคับหรือข่มขู่ให้เด็กมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น
3. การทารุณกรรมทางจิตใจ (Emotional Abuse) การปฏิบัติของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่เป็นการทำร้ายทางจิตใจเด็กเป็นประจำ จนทำให้เกิดหรือมีโอกาสเกิดผลเสียต่อพัฒนาการทางอารมณ์หรืออันตรายต่อจิตใจ

ของเด็ก เช่น โดยการไม่ยอมรับเด็ก ไม่ตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็ก ดุด่าหรือเหยียดหยามเด็ก หรือข่มขู่ให้เด็กหวาดกลัว เป็นต้น

4. การปล่อยปละละเลยเด็ก (Neglect) การที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ดูแลเอาใจใส่ ให้เด็กได้รับสิ่งที่จำเป็นตามความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขภาพ การศึกษา หรือการดูแลเอาใจใส่ทางด้านอารมณ์ จนทำให้เกิดหรือมีโอกาสเกิดอันตราย ต่อร่างกาย จิตใจ หรือพัฒนาการของเด็ก

ความชุกของการทารุณกรรมเด็กไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ามีมากน้อยหรือพบบ่อยเท่าไร แต่เชื่อว่าข้อมูลที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบการคุ้มครองเด็คนั้น น้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างมาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า เด็ก 3 ใน 4 คนของเด็กอายุ 2-4 ปีหรือประมาณ 300 ล้านคนถูกทำโทษทางร่างกายและ/หรือต้องประสบกับความรุนแรงทางจิตใจที่เกิดจากการกระทำของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู^๑ หรือ 1 ใน 5 ของผู้หญิง หรือ 1 ใน 13 ของผู้ชาย เคยถูกทารุณกรรมทางเพศในช่วงอายุ 0-17 ปี^๒ และในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักรพบอัตราความชุกอยู่ที่ 1.5-5% ส่วนในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เช่น โรมานีมาเซโดเนีย มีการรายงานที่สูงกว่าอยู่ที่ 5-35%³

ในประเทศไทยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปี 2560 มีเด็กเกือบ 9,000 คนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากถูกทำร้าย⁴ แต่ก็เชื่อว่าข้อมูลที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบ มีน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริงดังเช่นที่พบในต่างประเทศเช่นกัน

การทารุณกรรมเด็กมักเกิดขึ้นในครอบครัว โดยมีผู้กระทำเป็นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก เช่น ปู่ ย่า ตา ยายเป็นต้น แต่การทารุณกรรมทางเพศนั้นผู้กระทำมักไม่ใช่ผู้เลี้ยงดูหลัก และมักพบการทารุณกรรมมากกว่า 1 ประเภทเกิดขึ้นกับเด็ก เช่น มีการทารุณกรรมทางกายร่วมกับการปล่อยปละละเลยเด็ก เป็นต้น

ผลที่ตามมาจากการทารุณกรรมเด็กมีได้มากมายหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพทางกายหรือสุขภาพจิต เช่น ร่องรอยบาดแผลตามร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม เกิดการกระทบกระเทือนของสมอง เกิดความพิการทางกายหรือแม้กระทั่งรุนแรงจนเสียชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้า หวาดกลัว แต่ไม่ได้มีผลกระทบในระยะสั้น ๆ เท่านั้น แต่ส่งผลกระทบระยะยาวตลอดชีวิตของเด็กผู้ตกเป็นเหยื่อในหลายมิติ ทั้งการใช้ความรุนแรง การใช้สารเสพติดหรือติดสุรา การตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น^๕ ซึ่งการใช้ความรุนแรงนี้จะถูกส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น ดังนั้นการยุติวงจรความรุนแรง จึงเป็นประเด็นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ในมุมมองด้านการใช้สื่อออนไลน์ซึ่งมีส่วนทำให้การทารุณกรรมเด็กเปลี่ยนแปลงไปนั้น จากการสำรวจของ COPAT ร่วมกับมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ซึ่งได้สำรวจเด็กไทยจำนวน 15318 คน ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงเมษายนปี พ.ศ. 2562 พบว่า เด็กเกือบทั้งหมดเชื่อว่าอินเทอร์เน็ตมีประโยชน์ แต่ก็ตระหนักเรื่องภัยอันตรายและความเสี่ยงหลากหลายรูปแบบ แต่ก็พบว่า กว่าร้อยละ 86 เชื่อว่าตนเองสามารถให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือเพื่อนที่ประสบภัยออนไลน์ได้ และร้อยละ 54 เชื่อว่าจะจัดการปัญหาออนไลน์ของตนเองได้ ตัวอย่างที่ชัดที่สุดในด้านความเสี่ยงของภัยออนไลน์ที่พบจากการสำรวจดังกล่าวคือ เด็กประมาณ ร้อยละ 25 (3892 คน) เคยนัดพบเพื่อนออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและในจำนวนนี้มี 73 คนถูกล่วงละเมิดทางเพศ อีก 50 คนถูกถ่ายภาพ/วิดีโอและข่มขู่เรียกเงินหรือประจาน⁶

การช่วยเหลือเด็กที่เป็นเหยื่อการทารุณกรรมจำเป็นต้องใช้สหวิชาชีพหลากหลายสาขาเข้ามาทำงานร่วมกัน เนื่องจากปัญหาการทารุณกรรมนั้นมีความซับซ้อนและมีหลายมิติที่ทับซ้อน โดยทางโรงพยาบาลอาจจะต้องใช้ทั้งแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในภาคส่วนอื่นที่อยู่นอกโรงพยาบาล เช่น นักกฎหมาย เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองเด็ก เจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นต้น ซึ่งขั้นตอนการให้การดูแลจะอยู่ในส่วนถัดไป

การให้การดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรม

ขั้นตอนการให้การดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรมอาจจะแบ่งได้ 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การค้นหาและเฝ้าระวังเด็กที่ถูกทารุณกรรม
2. การซักประวัติและประเมินทางร่างกายเบื้องต้น
3. การให้การรักษาในระยะต้น
4. การประเมินเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
5. การรายงานพนักงานเจ้าหน้าที่และการสืบค้น
6. การรวบรวมข้อเท็จจริงและจัดประชุมกับสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือ
7. การติดตามการช่วยเหลือ

โดยรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ จะอยู่ในเนื้อหาด้านล่างดังต่อไปนี้

1. การค้นหาและเฝ้าระวังเด็กที่ถูกทารุณกรรม

ผู้ป่วยเด็กที่ถูกทารุณกรรมอาจจะมาพบแพทย์เนื่องจากเจ้าพนักงานได้รับแจ้งเหตุแล้วนำตัวมาให้การดูแลที่โรงพยาบาล แต่อีกส่วนหนึ่งอาจจะมาโรงพยาบาลด้วยเหตุที่เกี่ยวข้อง เช่น ได้รับการบาดเจ็บมาฝากครรภ์ เป็นต้น หากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถระบุผู้ป่วยเด็กที่น่าสงสัยก็จะสามารถนำเด็กเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือได้ทันที่

การบาดเจ็บที่น่าสงสัย Physical Abuse	อาการที่น่าสงสัย Sexual Abuse
- การบาดเจ็บที่ไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน - คำอธิบายสาเหตุไม่สอดคล้องกับการบาดเจ็บ - มีความล่าช้าในการมาพบแพทย์ - ประวัติการบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุซ้ำๆ - รอยฟกช้ำบริเวณศีรษะ คอ ลำตัว สะโพก ต้นแขน หลังมือ - รอยฟกช้ำแบบ tramline, fingertip, รอยกีด หรือรอยวัตถุ - ความร้อนลวก โดยเจตนาบริเวณปลายมือปลายเท้าหรือสะโพก - บาดเจ็บที่ศีรษะและ subdural hematoma - Metaphyseal chip fracture, spiral fracture ของ long bone, posterior rib, spinous process, scapular, sternal fracture - การบาดเจ็บอื่นๆ ที่ไม่น่าเป็นจากอุบัติเหตุ	- การบาดเจ็บเฉียบพลันของอวัยวะเพศหรือทวารหนัก - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือช่องคลอดอักเสบที่เป็นซ้ำโดยไม่มีทราบสาเหตุ - การตั้งครรภ์ - พฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ผิดปกติ - อาการหาวคิ้วหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
	อาการที่บ่งชี้ว่าเด็กอาจได้รับการเลี้ยงดูโดยมิชอบ - เด็กมีลักษณะหวาดกลัวผู้ปกครอง - เด็กมีลักษณะแยกตัวหรือเข้ากับคนได้ง่ายเกินไป - เด็กมีการเจริญเติบโตหรือสุขอนามัยไม่ดี - ผู้ปกครองมีท่าทีเข้มงวด - ผู้ปกครองมีอาการทางจิตเวชหรือการใช้สารเสพติด

ข้อบ่งชี้ที่ต้องสงสัยว่าเด็กอาจถูกทารุณกรรม⁷

2. การซักประวัติและประเมินทางร่างกายเบื้องต้น

การซักประวัติ

ควรซักประวัติอย่างละเอียดเช่นเดียวกับการซักประวัติผู้ป่วยเด็กทั่วไป แต่ให้ครอบคลุมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่น่าสงสัยว่าเด็กถูกทารุณกรรม เช่น รายละเอียดของการบาดเจ็บ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ ลำดับเหตุการณ์โดยละเอียดและการปฏิบัติของผู้ปกครองหลังจากที่เด็กได้รับบาดเจ็บ ถ้าเป็นไปได้ควรแยกสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของประวัติหรือเหตุการณ์ พร้อมสังเกต

ปฏิสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็กไปด้วย การชักประวัตินั้นให้มุ่งเน้นเพื่อการเก็บข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์เป็นสำคัญ โดยยังไม่มุ่งเน้นหาผู้กระทำผิดหรือด่วนตัดสินว่าผู้กระทำคือใคร

หากเด็กโตพอที่จะให้ประวัติได้ ควรแยกสัมภาษณ์เด็กตามลำพัง โดยใช้คำถามปลายเปิด เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการชี้นำ ใช้การกระตุ้นให้เด็กเล่าเรื่องด้วยภาษาของตนเอง หากไม่แน่ใจว่าสิ่งที่เด็กเล่าคืออะไร ห้ามสรุปความเองโดยเด็ดขาด แต่อาจจะต้องใช้ภาพหรือการเล่าเรื่องเป็นตัวช่วยให้ชัดเจนมากขึ้น เช่น การใช้ภาพหรือตุ๊กตาเพื่อเรียกอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

หากเป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับสื่อออนไลน์ เช่น การค้าประเวณีออนไลน์ หรือเด็กตกเป็นเหยื่อของสื่อลามกอนาจาร อาจจะขอหน้าจอหรือภาพเพิ่มเติมและแนะนำให้เด็กเก็บภาพไว้เพื่อเป็นหลักฐานในขั้นตอนต่อไป

นอกจากประวัติที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ประวัติการเกิด พัฒนาการ การเรียน วัคซีน การเลี้ยงดู อุปนิสัย สภาพเศรษฐกิจในครัวเรือน และความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ก็สามารถทำให้การประเมินความเสี่ยงเป็นไปได้รอบด้านมากขึ้น

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายเด็กที่สงสัยว่าถูกทารุณกรรม ควรทำอย่างครอบคลุมในทุกระบบรวมทั้งการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเพื่อประเมินการเจริญเติบโตและการเลี้ยงดูที่เด็กได้รับ และเน้นการตรวจหาบาดแผลหรือรอยฟกช้ำที่บ่งชี้ถึงการถูกทำร้ายในบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายในโรงพยาบาลที่มีแผนกนิติเวช ควรปรึกษาแพทย์นิติเวช เพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยด้วย

ในกรณีที่สงสัยการถูกทารุณกรรมทางเพศควรเน้นการตรวจบริเวณช่องปาก หน้าอก ต้นขา อวัยวะ เพศ และทวารหนัก ทั้งนี้จะต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่ทําให้เด็กได้รับผลกระทบทางจิตใจมากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะในการตรวจอวัยวะเพศ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมเด็กให้ลดความวิตกกังวลและให้ความยินยอม โดยไม่บังคับฝืนใจเด็ก อธิบายให้เด็กทราบขั้นตอนของ การตรวจ และอาจให้ผู้ปกครองที่ไม่ได้ถูกสงสัยว่าเป็น ผู้กระทำอยู่กับเด็กด้วย การตรวจควรทำด้วยความนุ่มนวล มีการพูดคุยเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและการพูดให้กำลังใจแก่เด็กในขณะตรวจ

การตรวจอวัยวะเพศหญิงในเด็กเล็ก

อาจตรวจโดยให้เด็กนั่งห้อยขาบนตักมารดาและให้มารดาจับต้นขาเด็กแยกออกจากกัน หรือตรวจในท่านอนหงายงอเข่าบนเตียงแล้วจับหัวเข่ากางออกให้งออยู่ในแนวราบ (frog leg position)

การตรวจอวัยวะเพศหญิงในเด็กโต

เด็กโตควรตรวจโดยให้นอนหงายงอเข่าชิดหน้าอก (supine knee-chest) โดยเริ่มจากการตรวจหาร่องรอยการบาดเจ็บบริเวณต้นขาภายใน ขาหนีบ และ labia majora หลังจากนั้นอาจใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือข้างที่ถนัด วางด้านบนของ labia majora ที่ตำแหน่ง 10 และ 2 นาฬิกาแล้วดันแยกออก ด้านข้าง (labial separation) เพื่อให้มองเห็น labia minora, vaginal opening และ hymen หรืออาจใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของทั้งสองมือจับ labia majora ดึงแยกออกจากกัน (labial traction) ซึ่งจะทำให้มองเห็น hymen ได้ชัดเจนกว่า นอกจากนี้ยังอาจตรวจเพิ่มโดยให้เด็กนอนคว่ำงอเข่า ให้ขาสองข้างแยกออกจากกัน (prone knee-chest) แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือดัน labia majora แยกออกในทิศทางขึ้นด้านบน พบว่าการตรวจในท่านี้อาจช่วยให้มองเห็น hymen ในส่วนหลังได้ชัดขึ้น และทำให้มีโอกาสตรวจพบการฉีกขาดของ hymen ได้ดีที่สุด¹⁰ ในเด็กก่อนวัย รุ่น ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัส hymen เพราะอาจทำให้เด็กเจ็บ และไม่ควรใช้ speculum ตรวจภายในเด็ก ยกเว้น การตรวจภายใต้การดมยาสลบในกรณีที่ต้องการตรวจ รักษาการบาดเจ็บที่รุนแรงภายในช่องคลอด ส่วนในวัย รุ่นสามารถตรวจภายในในท่า lithotomy และใช้ speculum ในการตรวจได้

ลักษณะความผิดปกติของอวัยวะเพศที่บ่งชี้ว่าเด็กถูกทารุณกรรมทางเพศ มีดังนี้⁸

- รอยถลอกหรือฟกช้ำบริเวณ vulva
- รอยฉีกขาดของ hymen ในส่วนหลังที่ลึกเกือบถึงขอบ
- เนื้อเยื่อของ hymen มีอยู่น้อยมาก หรือไม่มี hymen ในส่วนหลัง
- รอยแผลเป็นบริเวณ hymen, posterior fourchette หรือ fossa navicularis

ถึงแม้การตรวจร่างกายจะไม่พบความผิดปกติหรือร่องรอยใด ๆ ก็ไม่สามารถระบุได้ว่าเด็กไม่ถูกทารุณกรรมทางเพศ เนื่องจากร่องรอยความผิดปกติของอวัยวะเพศสามารถตรวจพบได้เพียงราวร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ⁹

นอกจากการตรวจอวัยวะเพศแล้วยังต้องตรวจทวารหนักด้วย โดยให้เด็กนอนในท่า supine knee-chest และตรวจหาร่องรอยของการบาดเจ็บและการติดเชื้อที่บริเวณส่วนนอกของทวารหนักโดยไม่จำเป็นต้องสอดนิ้วเข้าไปตรวจภายใน การตรวจพบที่บ่งชี้ว่าเด็กน่าจะถูกทารุณกรรมทางเพศ ได้แก่ รอยฟกช้ำหรือรอยฉีกขาดรอบรูทวารหนัก ในเด็กผู้ชายควรมีการตรวจหาบาดแผลฟกช้ำและร่องรอยการบาดเจ็บอื่น ๆ ในส่วนของ penis, testes และ perineum ด้วย

การส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติม

กรณีที่สงสัยการทารุณกรรมทางร่างกาย อาจพิจารณาส่งถ่ายภาพรังสีของกระดูกเพื่อตรวจหาภาวะกระดูกหัก ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปีหรือที่ไม่สามารถให้ประวัติได้ควรพิจารณาส่งถ่ายภาพรังสี

bone survey ในกรณีที่สงสัยภาวะกระดูกหักแต่ตรวจไม่พบความผิดปกติจากการถ่ายภาพรังสีครั้งแรก ควรส่งตรวจซ้ำในเวลา 10-15 วัน นอกจากนี้ควรส่งตรวจ CT scan ของศีรษะ ในกรณีที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ และพิจารณาส่งตรวจ coagulogram ในกรณีที่มีเลือดออกในสมองหรืออวัยวะอื่น

กรณีที่สงสัยการทารุณกรรมทางเพศ ควรมีการเก็บสิ่งตรวจทางนิติเวชได้แก่ การส่งตรวจหาเชื้อ อสุจิและ acid phosphatase จากบริเวณช่องคลอดหรือทวารหนัก และส่งตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ส่งเพาะเชื้อ Neisseria gonorrhoeae (GC) จากอวัยวะที่มีการสอดใส่ในวัยรุ่นที่สงสัยว่าถูกทารุณกรรมทางเพศทุกราย และอาจส่งตรวจหา DNA ของ GC และ Chlamydia trachomatis ถ้าสามารถตรวจได้ นอกจากนี้ ควรส่งเลือดเพื่อตรวจ VDRL และ anti-HIV ในรายที่ไม่เคยได้วัคซีนดับอักเสบปีควรส่งตรวจ anti-HBs และ HBsAg ด้วย

ส่วนในเด็กก่อนวัยรุ่น เนื่องจากมีโอกาสพบการติดเชื้อได้น้อยและการเก็บตัวอย่างจากช่องคลอดทำได้ลำบาก จึงควรพิจารณาทำเฉพาะในรายที่ผู้ปกครองมีความประสงค์ให้ทำ หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมทางเพศสูง เช่น เมื่อมีอาการของการติดเชื้อ มีการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าช่องคลอดหรือทวารหนัก เมื่อผู้กระทำมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือไม่ทราบประวัติผู้กระทำหรือมีคนใกล้ชิดเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

การบันทึกเวชระเบียน

เมื่อเด็กที่สงสัยว่าถูกทารุณกรรมได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว ต้องมีการลงบันทึกทางการแพทย์ให้สมบูรณ์ เนื่องจากสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานสำคัญในกระบวนการยุติธรรมเพื่อคุ้มครองเด็ก ซึ่งข้อมูลนั้น ได้แก่ วันและเวลาที่เด็กมาถึงโรงพยาบาล ผู้ที่พาเด็กมาตรวจและปฏิสัมพันธ์กับเด็กที่สังเกตได้ ในส่วนของประวัติ ควรระบุผู้ให้ประวัติ บันทึกข้อมูลที่สำคัญตามคำพูดของผู้ให้ประวัติ (ห้ามสรุปความหรือตีความเองโดยเด็ดขาด) และบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์การบาดเจ็บ รวมทั้ง วัน เวลา ขั้นตอนของเหตุการณ์ตามประวัติที่ได้ ในส่วนของ การตรวจร่างกาย ควรบันทึกผลการตรวจอย่างละเอียดและครบถ้วน ได้แก่ ชนิด ลักษณะ ขนาด สี ตำแหน่ง และจำนวนของบาดแผลหรือร่องรอยการบาดเจ็บที่พบ ทั้งนี้ควรใช้การวาดภาพประกอบหรือบันทึกถ่ายภาพหากสามารถทำได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลการถูกทารุณกรรม เป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหว อาจส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวหากถูกเปิดเผย จึงต้องรักษาข้อมูลหรือเวชระเบียนเหล่านี้เป็นอย่างดี โดยอาจจะแยกเวชระเบียนเฉพาะออกมาต่างหาก

3. การให้การรักษาระยะต้น

การทารุณกรรมทางร่างกาย: ตามข้อบ่งชี้ เช่น การรักษาบาดแผลต่าง ๆ การรักษากระดูกหักด้วยการใส่เฝือก เป็นต้น

การทารุณกรรมทางเพศ:

➤ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ในวัยรุ่นทุกรายที่ถูกทารุณกรรมทางเพศแบบมีเพศสัมพันธ์

○ Ceftriaxone 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และ

○ Azithromycin 1 ก. กินครั้งเดียว (หรือ Doxycycline 100 มก. กินเข้าเย็น x 7 วัน) และ

metronidazole 2 ก. กินครั้งเดียว

- ในเด็กก่อนวัยรุ่น เฉพาะในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีร่องรอยการบาดเจ็บในช่องคลอด หรือมีอาการของการติดเชื้อ

○ Ceftriaxone 125 มก. (หรือ 250 มก. ในเด็กที่น้ำหนัก > 45 กก.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และ

○ Azithromycin 20 มก./กก. (สูงสุด 1 ก.) กินครั้งเดียว และ

○ Metronidazole 15 มก./กก/วัน กินติดต่อกัน 7 วัน หรือ 2 ก. กินครั้งเดียวในเด็กที่น้ำหนัก > 45 กก.

- ให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็กไม่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี

- ประเมินแพทย์โรคติดเชื้อในเด็กให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่มีความเสี่ยง (ต้องให้ภายใน 72 ชั่วโมง)

○ มีการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าช่องคลอดหรือทวารหนักหรือมีการหลั่งสุจิบนเยื่อเมือก

○ มีผู้กระทำหลายคนหรือผู้กระทำเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ทราบภาวะการติดเชื้อ
การป้องกันการตั้งครรภ์ (ในวัยรุ่นที่เริ่มมีประจำเดือนแล้ว)

○ Levonorgestrel 0.75 มก. กินครั้งละ 1 เม็ด 2 ครั้งห่างกัน 12 ชั่วโมง (หรือ 2 เม็ด ครั้งเดียว) โดยต้องให้ครั้งแรกภายใน 72 ชั่วโมง (หรืออาจให้ได้อย่างช้าไม่เกิน 120 ชั่วโมง)

○ ในกรณีที่ไม่แน่ใจประวัติประจำเดือน ให้ทำ urine pregnancy test ก่อน

○ พิจารณาส่งยาคุมกำเนิดชนิด long-acting ร่วมด้วย ในรายที่มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในอนาคต

➤ ประเมินสุขภาพ

○ มีภาวะเร่งด่วนทางสูติ-นรีเวชที่ต้องการการรักษา

○ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยวิธีอื่น ๆ ในกรณีที่ให้ยาป้องกันไม่ทันภายใน 72 ชั่วโมง

4. การประเมินเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรับตัวเด็กเพื่อรักษาในโรงพยาบาล มุ่งเน้นที่ความปลอดภัยของเด็กเป็นหลัก โดยมีประเด็นที่ใช้พิจารณาอยู่ 2 ประการคือ

- ความปลอดภัยทางร่างกายหรือจิตใจ ที่ต้องได้รับการดูแลตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น มีบาดแผลที่ต้องดูแล มีอาการไม่รู้สึกเป็นต้น
- ความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ถึงแม้ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แต่หากมีแนวโน้มว่าเด็กจะถูกกระทำซ้ำ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย โดนข่มขู่ ผู้ปกครองมีแนวโน้มไม่มารับการรักษาตามนัด หรือตัวเด็กเองมีความเสี่ยงที่จะกระทำซ้ำ ก็สามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการให้เด็กรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

แต่หากไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องรับตัวเด็กไว้ในโรงพยาบาล ก็ยังคงต้องติดตามการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ทั้งการติดตามสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต พร้อมทั้งติดตามประเด็นการคุ้มครองสิทธิเด็กตามพรบ.คุ้มครองเด็ก 2546

5. การรายงานพนักงานเจ้าหน้าที่และการสืบค้น

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 29 ได้กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ “มีหน้าที่ต้องรายงานให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ที่มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจทราบ หากเป็นที่ปรากฏชัดหรือน่าสงสัยว่าเด็กถูกทารุณกรรมหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการเลี้ยงดูมิชอบ โดยการรายงานตามมาตรานี้ เมื่อได้กระทำโดยสุจริตย่อมได้รับความคุ้มครองและไม่ต้องรับผิดทั้งทางแพ่ง ทางอาญาหรือทางปกครอง” ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยเด็กที่เข้าข่ายสงสัยว่าถูกทารุณกรรม ก็สามารถรายงานพนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กให้รับทราบและดำเนินการต่อไป

ในหลายโรงพยาบาลจะมีการจัดตั้งสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรม อาจจะประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พยาบาลและแพทย์ ซึ่งจะช่วยประสานงานและดำเนินการต่อไป แต่หากไม่มีการจัดตั้งสหวิชาชีพเฉพาะ สามารถรายงานไปสายด่วน ศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 ได้ด้วยตนเอง

เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กได้รับรายงาน เจ้าหน้าที่ดังกล่าวจะสามารถใช้อำนาจที่กำหนดตามพระราชบัญญัติสืบค้นข้อเท็จจริงเพิ่มเติมและสามารถแยกตัวเด็กจากครอบครัวเพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพได้ตามความจำเป็น ซึ่งในบางครั้ง

อาจต้องมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อช่วยเหลือให้ได้ก่พลอดภัยหรือช่วยควบคุมสถานการณ์ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ

โดยพนักงานเจ้าหน้าที่อาจจะประสานงานกับสทวราชชีพในโรงพยาบาลเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม สำหรับการคุ้มครองสวัสดิภาพ สทวราชชีพในโรงพยาบาลสามารถเตรียมข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ดังนี้

ด้านร่างกาย:

- รวบรวมข้อมูลจากการประเมินเบื้องต้น
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและหลักฐานทางนิติเวช
- สืบค้นประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น

ด้านจิตใจ:

- ซักประวัติทางด้านจิตสังคมของเด็ก
- สัมภาษณ์เด็กเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์ของการถูกทารุณกรรม
- ตรวจสอบสภาพจิตเด็กและส่งตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

ด้านสังคม:

- สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง
- เยี่ยมบ้านและหาข้อมูลจากโรงเรียนหรือชุมชน
- ประสานงานกับนักกฎหมายหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- ประเมินความปลอดภัยของเด็กในครอบครัวและศักยภาพของผู้ปกครองหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

6. การรวบรวมข้อเท็จจริงและจัดประชุมกับสทวราชชีพเพื่อให้การช่วยเหลือ

เมื่อให้การช่วยเหลือเด็กและคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กในเบื้องต้นและได้สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว ควรจัดประชุมสทวราชชีพทั้งในส่วน of โรงพยาบาลร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ นักกฎหมาย โรงเรียน เพื่อให้การวางแผนช่วยเหลือเด็กและคุ้มครองสวัสดิภาพเป็นไปอย่างรัดกุมและรอบด้าน บางครั้งการจัดประชุมอาจจะทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก ในหลาย

กรณีอาจจะมีการจัดประชุมมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อติดตามผล รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมและวางแผนให้การดูแลเด็กต่อไป

การประชุมจะใช้ข้อมูลข้อเท็จจริงที่ได้และความเห็นของแต่วิชาชีพมาสรุปเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

การคุ้มครองเด็ก

พิจารณาแยกเด็กออกจากครอบครัว หรือให้อยู่ในครอบครัวต่อโดยมีการทำข้อตกลงและติดตามดูแล

การช่วยเหลือด้านสุขภาพร่างกาย

วางแผนการรักษาทางด้านร่างกาย การบำบัดฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ

การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

กำหนดแนวทางการบำบัดฟื้นฟูจิตใจในเบื้องต้น

กำหนดแผนการรักษาทางจิตใจในระยะยาวตามข้อบ่งชี้

กำหนดแผนการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะชีวิต

การช่วยเหลือด้านสังคม

กำหนดแผนการติดตามช่วยเหลือครอบครัว

ประสานงานกับชุมชนหรือโรงเรียนเพื่อให้เด็กสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปลอดภัย

หาบ้านพักฉุกเฉินหรือครอบครัวทดแทนให้เด็กในกรณีที่ต้องแยกเด็กออกจากครอบครัว

การช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย

- กำหนดให้เด็กได้รับการสงเคราะห์หรือคุ้มครอง
- ใช้มาตรการทางกฎหมายควบคุมพฤติกรรมหรือบังคับรักษาผู้ปกครองหากมีความจำเป็น
- กำหนดแผนการช่วยเหลือด้านการดำเนินคดีกับผู้กระทำ

7. การติดตามการช่วยเหลือ

หลังจากให้การช่วยเหลือตามแผนดังกล่าวข้างต้น ควรมีการติดตามผลการช่วยเหลือและติดตามเด็กตามประเด็นที่พิจารณาช่วยเหลือไปในข้อ 6 การติดตามและทบทวนสามารถทำในรูปแบบของการประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นระยะ ๆ เพื่อปรับแผนการช่วยเหลือในระยะยาวตามความเหมาะสม รวมทั้งพิจารณาส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือตรงตามความต้องการหรือพิจารณาค้นเด็กที่ถูกแยกออกจากครอบครัวกลับสู่ครอบครัวเดิมหากครอบครัวได้รับการประเมินว่าได้รับการฟื้นฟูที่ดีจนมีศักยภาพเพียงพอ

การเฝ้าระวังเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภัยออนไลน์

จากการสำรวจของ COPAT ร่วมกับมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ซึ่งได้สำรวจเด็กไทยจำนวน 15318 คน ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์จนถึงเมษายนปี พ.ศ. 2562 พบว่า เด็กเกือบทั้งหมดเชื่อว่าอินเทอร์เน็ตมีประโยชน์ แต่ก็ตระหนักเรื่องภัยอันตรายและความเสี่ยงหลากหลายรูปแบบ แต่ก็พบว่ากว่าร้อยละ 86 เชื่อว่าตนเองสามารถให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือเพื่อนที่ประสบภัยออนไลน์ได้ และร้อยละ 54 เชื่อว่าจะจัดการปัญหาออนไลน์ของตนเองได้ ตัวอย่างที่ชัดที่สุดในด้านความเสี่ยงของภัยออนไลน์ที่พบจากการสำรวจดังกล่าวคือ เด็กประมาณร้อยละ 25 (3892 คน) เคยนัดพบเพื่อนออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและในจำนวนนี้ มี 73 คนถูกล่วงละเมิดทางเพศ อีก 50 คนถูกถ่ายภาพ/วิดีโอ และข่มขู่เรียกเงินหรือประจำ

ภัยออนไลน์ต่อเด็กและเยาวชนที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษคือ

1. การกลั่นแกล้งรังแกออนไลน์ (Cyber Bullying) การถูกล้อเลียน กลั่นแกล้ง แฉ ประจาน ทำให้อาย เสียใจ หรือกีดกันให้ออกจากกลุ่มเพื่อน
2. การถูกติดตามคุกคามออนไลน์ (Cyber Stalking) การถูกติดตามความเคลื่อนไหวบนสื่อสังคมออนไลน์ จนผู้ถูกติดตามรู้สึกถูกคุกคาม ไม่ปลอดภัย
3. การถูกติดต่อสื่อสารทางเพศที่ไม่เหมาะสม (Cyber Sexting) การได้รับข้อความหรือพูดคุยเนื้อหาทางเพศที่ไม่เหมาะสมกับวัย
4. การแบล็กเมลทางเพศออนไลน์ (Cyber Sextortion) การหลอกให้เด็กส่งภาพลับส่วนตัวไปให้แล้วขู่ว่าจะเปิดเผย
5. การถูกล่อลวงทางเพศ (Cyber Grooming) การถูกแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศ จากผู้ใหญ่ที่เด็กให้ความไว้วางใจ

6. การเข้าถึงสื่อที่ผิดกฎหมายหรืออันตราย เช่น การพนัน สื่อลามกอนาจาร อาวุธ สารเสพติด ความรุนแรง การทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น

หากบุคลากรทางการแพทย์พบว่าผู้ป่วยเด็กมีความเสี่ยงหรือมีประวัติใด ๆ ที่เข้าข่ายกับความเสี่ยงข้างต้น สามารถให้การดูแลเช่นเดียวกันกับการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม แต่อาจจะต้องเพิ่มเติมกระบวนการการรวบรวมหลักฐานเพื่อขึ้นต้นเพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ ผู้เสียหายส่วนใหญ่มักจะนำหลักฐานที่เป็นเพียงรูปภาพที่เกิดจากการ Capture ผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ของตนเองมาเป็นหลักฐานในการแจ้งความ ดำเนินคดี ซึ่งภาพเหล่านั้นเป็นสิ่งที่นำมาใช้ในการสืบหาผู้กระทำความผิดได้ยาก หรือแทบจะระบุตัวผู้กระทำความผิดไม่ได้เลย¹⁰ จึงจำเป็นต้องใช้การเก็บพยานหลักฐานดิจิทัล ซึ่งมีอยู่ 3 กระบวนการดังนี้

การรวบรวมวัตถุพยานจากผู้เสียหาย การรวบรวมวัตถุพยานอยู่ที่ต้นทาง คือ ผู้เสียหาย โดยผู้เสียหายจะเป็นคนรวบรวมวัตถุพยาน อย่างเช่น แชทที่มีการพูดคุยกัน รูปภาพที่ส่งมา account ปลอมที่ผู้เสียหายโดนหลอก ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการรวบรวมเองของผู้เสียหายหรือจะเป็นการนำเครื่องคอมพิวเตอร์หรือเครื่องโทรศัพท์ดังกล่าวมาให้เจ้าหน้าที่เป็นคนรวบรวมตรวจสอบก็ได้ ในส่วนนี้จะเป็นการเริ่มต้นของกระบวนการหาตัวผู้กระทำความผิด กรณีที่ account ของผู้กระทำความผิดยังไม่ถูกปิดหรือถูกบล็อกไปก็ยังสามารถที่จะติดต่อพูดคุยกันต่อไปได้ แต่บางกรณีที่ผู้เสียหายไม่สามารถติดต่อกับผู้กระทำความผิดได้แล้วนั้น ก็จะเป็นการยากที่จะติดตามตัวผู้กระทำความผิด¹⁰

ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถแนะนำให้เด็กหรือผู้ปกครองหรือเจ้าหน้าที่ดำเนินการได้ที่ โดยอาจจะขอความช่วยเหลือจาก ศูนย์ช่วยเหลือสังคม หมายเลขโทรศัพท์ 1300 หรือกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี หมายเลขโทรศัพท์ 02-1422556 หรือที่ <https://tcsd.go.th/product-landing/>

ในพยานหลักฐานอีกสองส่วนที่เหลือคือ พยานหลักฐานจากผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตและพยานหลักฐานจากผู้กระทำความผิด นั้นเจ้าพนักงานผู้มีอำนาจจะเป็นผู้ดำเนินการต่อไป

1. Child maltreatment [Internet]. Who.int. 2020 [cited 20 June 2020]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Child Maltreatment - Child Trends [Internet]. Child Trends. 2020 [cited 28 June 2020]. Available from: <https://www.childtrends.org/indicators/child-maltreatment>
3. Gilbert R, Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. 2009;373(9657):68-81.
4. Petersen A, Feit M, Joseph J. New directions in child abuse and neglect research. Washinton DC: National Academy of Sciences; 2014.
5. ประเทศไทยยังขาดความเชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองเด็กในระดับชุมชน [Internet]. Unicef.org. 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories>
6. มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย [Internet]. Inetfoundation.or.th. 2020 [cited 19 June 2020]. Available from: <https://inetfoundation.or.th/Welcome/showmedia?id=137>
7. Boon-yasidhi, Vitharon & Tarugsa, Jariya & Manaboriboon, Boonying & Sathirareuangchai, Sakda & manorom, Nattawadee. (2014). แนวทางเวชปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรมในระดับโรงพยาบาล. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 53. 161-172.
8. Bernard D, Melissa P, Makoroff K. The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. Clin Ped Emerg Med 2006; 7: 161-9.
9. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004; 17: 191-7.
10. การรวบรวมพยานหลักฐานในคดีอาชญากรรมคอมพิวเตอร์ [Internet]. Prachatai.com. 2020 [cited 22 June 2020]. Available from: https://prachatai.com/journal/2019/12/85402#_ftnref6