

รายงานการทบทวนสถานการณ์

ความรุนแรง จากการถูกทำร้าย

5 ปี (2558-2562)

Assault Situation

Review (2015-2019)



กรมควบคุมโรค
กองป้องกันการบาดเจ็บ

ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษา

พญ. ชไมพันธ์ สันติกาญจน์

ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลก ภาคพื้นเอเชียอาคเนย์

ผศ. ดร. ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

คุณศิริวรรณ สันติเจียรกุล

ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก

ผศ. ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พญ. ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์

ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ดร.นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์

ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

พญ. ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์

ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ดร. กาญจนา ศรีสวัสดิ์

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

นางสาวรักนิรันดร์ เครือประเสริฐ

กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ผู้รวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์ข้อมูล

ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

นางสาวจุฬาลักษณ์ จันทรเสนา

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

นางสาวอริษา ไทรสงค์

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

นพ. วรณภิกดิ์ สันติเจียรกุล

ผู้ช่วยวิจัยด้านการป้องกันการบาดเจ็บ

STOP VIOLENCE



รายงานการทบทวนสถานการณ์ความรุนแรง

จากการถูกทำร้าย 5 ปี (2558-2562)

Assault Situation Review (2015-2019)

จัดทำโดย : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่พิมพ์ : 2565

จำนวน : 500 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท ทำด้วยใจ จำกัด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการทบทวนสถานการณ์ความรุนแรงจากการถูกทำร้าย 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 นี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากแพทย์หญิงไมพันธุ์ สันติกาญจน์ ที่ปรึกษารองคํารอนามัยโลก ภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ ผศ. ดร. ศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการสาธารณสุขที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการกํารึกษา วุฒิสภา และวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คุณศิริวรรณ สันติเจียรกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก ผศ. ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แพทย์หญิงศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ และ ดร.นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์ กรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง คณะผู้จัดทำ โดย กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรง กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ได้ตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ทุกท่านและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลระบบจดทะเบียนการตาย หรือ มรณบัตร หรือ death registry) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมควบคุมโรค (ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จากข้อมูล 43 แฟ้มจากฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือ Health Data Centre, HDC) และกลุ่มพัฒนานโยบายและสารสนเทศ การบาดเจ็บจากการจราจร กองป้องกันการบาดเจ็บ (ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ หรือ National Injury Surveillance, IS)

ขอขอบพระคุณนางสุชาดา เกิดมงคลการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป และนางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รองหัวหน้ากลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป กองป้องกันการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการจัดทำรายงานในครั้งนี้ รวมทั้ง บุคลากรกลุ่มพัฒนานโยบาย และสารสนเทศ การบาดเจ็บจากการจราจร ได้แก่ นางนงนุช ดันติธรรม นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มฯ นางสาวณัฐกฤตา พุ่มเพ็ชร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และนางสาววันวิสา สรีระศาสตร์ นักวิชาการโครงการ ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและข้อมูลทางเทคนิคที่เกี่ยวข้อง

อนึ่ง คณะผู้จัดทำหวังว่า รายงานสถานการณ์ฉบับนี้จะมีประโยชน์อย่างน้อย ทั้งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น คณะผู้จัดทำขอภัยเป็นอย่างสูง และยินดีรับฟังคำแนะนำจากทุกท่าน ที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนางานป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรงต่อไปในอนาคต

คณะผู้จัดทำ
กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรง
กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

บทสรุป

สำหรับผู้บริหาร

รายงาน การทบทวนสถานการณ์ การป้องกันการบาดเจ็บ จากการถูกทำร้าย



จัดทำขึ้นเพื่อปรับปรุงข้อมูลความรุนแรงจากการถูกทำร้าย (รหัส ICD 10 X85-Y09) ให้เป็นปัจจุบันเพื่อระบุประเด็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความรุนแรงจากการถูกทำร้าย โดยใช้ข้อมูล 3 ฐาน ได้แก่ 1) ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (National Injury Surveillance, IS) 2) ฐานข้อมูลมรณบัตรหรือระบบจดทะเบียนการตาย และ 3) ฐานข้อมูล 43 แห่ง (ผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก) เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ระบบรายงานความรุนแรงในครอบครัว โดยศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำความรุนแรงในครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (<http://www.violence.in.th>) ศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center, OSCC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติคดีความรุนแรงของเด็กและเยาวชน โดยกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม และระบบฐานข้อมูลคดีอาญา หรือ ระบบ CRIMES (Criminal Record Information Management Enterprise System) โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และปัจจุบันงานวิจัยระดับโมเลกุลได้เข้ามามีบทบาทในเรื่องการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) ซึ่งทำให้การทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ โดยใช้ผลทาง DNA มาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในงานต่าง ๆ มากมาย สำหรับความรุนแรงนี้ จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งมีพื้นที่เกี่ยวข้องกับหลายอันด้วยกันและข้อมูลต่าง ๆ สามารถสืบค้นได้ที่ฐานข้อมูล GWAS Catalogue ในระบบ EMBL-EBI ซึ่งมีพฤติกรรมที่น่าสนใจ เช่น อารมณ์ฉุนเฉียว พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นผลกระทบจากคุณภาพชีวิตช่วงมีประจำเดือน ที่ควรมีการทำการศึกษาดำเนินในประเทศไทย

สถานการณ์ความรุนแรง จากการถูกทำร้ายในประเทศไทย

❶ ฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance, IS) ใช้ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 - 2562) เป็นฐานข้อมูลที่มีการเก็บตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บโดยตรงและพบว่า

► **ภาพรวม** การบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 14,179 ราย (2558) เหลือ 10,455 ราย (2562) จำนวนสะสมลดลงทั้งสิ้น 3,724 ราย (26.3%)

► **วิธีการถูกทำร้าย** คือ การถูกทำร้ายด้วยวัตถุมีคม ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จากปี 2558 จำนวน 4,068 ราย เหลือ 2,414 ราย ในปี 2562 ซึ่งจำนวนสะสมลดลง 1,654 ราย (40.7%) ภายในเวลา 5 ปี

► **เพศชาย** มีจำนวนการบาดเจ็บรุนแรงสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นสัดส่วน 5:1 เพศชาย 38,254 ราย เหลือ 7,651 รายต่อปี เป็นเพศหญิง จำนวน 7,772 ราย เหลือ 1,554 รายต่อปี

► **วิธีการทำร้ายที่เพศชายถูกทำร้ายมากที่สุด** คือ การถูกทำร้ายด้วยวัตถุมีคมจำนวนทั้งหมด 14,176 ราย หรือเฉลี่ย 2,835 รายต่อปี

► **ส่วนวิธีการที่เพศหญิงถูกทำร้ายมากที่สุด** คือ การถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย จำนวน 3,080 ราย หรือเฉลี่ย 616 รายต่อปี

► **ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15 -19 ปี** มักจะถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวนมากถึง 7,312 ราย เฉลี่ยปีละ 1,462 รายต่อปี (15.5%) กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 6,828 ราย เฉลี่ย 1,366 รายต่อปี (14.8%) และ 25-29 ปี จำนวน 5,659 ราย เฉลี่ย 1,132 รายต่อปี (12.3%)

► **สถานที่ที่ถูกทำร้ายมากที่สุด** คือ บ้านหรือบริเวณบ้าน (จำนวน 21,854 ราย เฉลี่ยปีละ 4,371 ราย 48.1%) มีแนวโน้มลดลง จาก 4,506 ราย (2558) เป็น 4,166 ราย (2562) หรือ 7.5% แต่เหตุถูกทำร้ายในบ้านเพิ่มมากขึ้น จากจำนวน 2,143 ราย (2558) เพิ่มขึ้น 2,400 ราย (2562) หรือ 12.0% จะเห็นได้ว่าแม้ว่า ในภาพรวมเหตุถูกทำร้ายในบ้านมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่าเหยื่อมีแนวโน้มถูกทำร้ายในบ้านตนเองเพิ่มขึ้น

► **ช่วงเวลาที่ถูกทำร้าย เดือนเมษายน** มีรายงานการถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวน 4,932 ราย เฉลี่ย 986 ราย/ปี

► **เหยื่อมักจะถูกทำร้ายในช่วงต้นเดือนและกลางเดือนมากที่สุด** ได้แก่ วันที่ 1 (จำนวน 1,822 ราย เฉลี่ย 364 รายต่อปี) และวันที่ 15 (จำนวน 1,739 ราย เฉลี่ย 348 รายต่อปี) แต่ช่วงปลายเดือน มีรายงานการถูกทำร้ายลดลง และน้อยที่สุดคือวันที่ 29 (จำนวน 1,273 ราย เฉลี่ย 255 รายต่อปี)

► **ตั้งแต่ประมาณ 16.00 น จนถึง ประมาณ 3.00 น.** เป็นช่วงที่เกิดเหตุมากที่สุด จำนวน 33,677 ราย (74.2% ของจำนวนผู้ที่ถูกทำร้ายทั้งหมด)

► **ปัจจัยการบริโภคแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้าย** ทั้งหมด 3,995 รายต่อปี สาเหตุที่ถูกทำร้ายมากที่สุดคือวัตถุมีคม เฉลี่ย 3,047 รายต่อปี เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เฉลี่ย 1,377 รายต่อปีคิดเป็นสัดส่วน 2:1 หรือผู้ที่ถูกทำร้ายด้วยวัตถุมีคม 2 คนจะมี 1 คนที่มีแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้อง

ซึ่งอาจจะเป็นเหยื่อผู้กระทำ หรือทั้ง 2 ฝ่าย บริโภคแอลกอฮอล์ รองลงมา ได้แก่ การถูกทำร้ายด้วยวัตถุไม่มีคม เฉลี่ย 1,978 ราย โดยเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ 1,007 ราย คิดเป็นสัดส่วน 2:1 ช่วงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภค ถูกทำร้ายมากที่สุด อยู่ในช่วง 20-24 ปี ซึ่งมีจำนวนมากถึง 17.3% ของทุกช่วงอายุ รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 15-19 ปี (13.9%) และ 25-29 ปี (13.4%) ตามลำดับ

2) ฐานข้อมูลระบบจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร) ใช้ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 - 2562) มีความครอบคลุม จำนวนตายค่อนข้างดี ประมาณ 95%

► **ภาพรวม** การเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 2,169 ราย (ในปี 2558) ลดลงเหลือ 1,122 ราย (ในปี 2562) จำนวนสะสมลดลงทั้งสิ้น 1,047 ราย (48.3%)

► **วิธีที่ถูกทำร้ายเป็นเหตุให้เสียชีวิต** มากที่สุดคือการถูกทำร้ายด้วยกระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จากจำนวน 1,258 ราย (ในปี 2558) ลดเหลือ 478 ราย (ในปี 2562) ลดลง 780 ราย (62.0%)

► **เพศชายเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง** เพศชาย จำนวน 6,637 ราย (เฉลี่ย 1,327 รายต่อปี) เพศหญิง จำนวน 1,236 ราย (เฉลี่ย 247 รายต่อปี) คิดเป็นสัดส่วน 5:1 (เฉลี่ย 5 ปี)

► **กลุ่มอายุที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ 30 - 34 ปี** จำนวนทั้งหมด 908 ราย (เฉลี่ย 182 รายต่อปี) ลดลงจาก 240 ราย (ในปี 2558) เหลือ 124 ราย (ในปี 2562) จำนวนลดลงทั้งสิ้น 116 ราย (48.3%)

► **ช่วงเวลาที่มีผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมากที่สุด คือ เดือนเมษายน** จำนวน 825 ราย เฉลี่ย 165 รายต่อปีหรือ 10.5% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด รองลงมาคือ เดือนมกราคม จำนวน 742 ราย เฉลี่ย 148.4 รายต่อปี หรือ 9.4% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า 2 เดือนนี้ตรงกับช่วงเทศกาลหยุดยาว ได้แก่ เทศกาลสงกรานต์ (เม.ย.) และเทศกาลปีใหม่ (ม.ค.) ที่มักมีการดื่มสุราเฉลิมฉลอง

► **สถานที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ระบุเป็นอื่น ๆ** จำนวน 7,585 ราย หรือเฉลี่ย 1,517 รายต่อปี รองลงมาคือ บ้าน จำนวน 113 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 9 ราย ในปี 2558 เป็น 47 ราย ในปี 2562 เพิ่มขึ้น 38 ราย (80.9%)

► **พบการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงทุกเขตสุขภาพ ยกเว้น 2 เขตสุขภาพ** ที่มีจำนวนการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ได้แก่ **เขตสุขภาพที่ 8 และ 10** ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้ง 2 เขต จากจำนวน 59 ราย และ 70 ราย (ในปี 2561) เป็น 66 ราย และ 72 ราย (ในปี 2562) เพิ่มขึ้น 10.6% และ 2.8% ตามลำดับ แต่พบว่าเขตสุขภาพที่ 12 (ภาคใต้) มีผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมากที่สุดจำนวน 1,909 ราย (24.2%) 5 ปีย้อนหลัง

► **ภาคใต้มีจำนวนและอัตราการเสียชีวิต** จากถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวนทั้งหมด 3,036 ราย และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 903 ราย ในปี 2558 เหลือ 396 ราย ในปี 2562 ลดลงเหลือ 507 ราย (56.2%)

3) ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เป็นฐานข้อมูลที่เก็บรายละเอียดผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาก่อนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลจากทั่วประเทศ แต่มีข้อจำกัดคือเรื่องการลงรหัสต่าง ๆ ในรายงานฉบับนี้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2560-2561) และผู้ป่วยนอก ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2561-2562)

♦ สถานการณ์ผู้ป่วยใน (IPD)

► **ภาพรวม** มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุการถูกทำร้ายจำนวน 20,215 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 30.9 รายต่อประชากรแสนคน (ในปี 2560) และ 23,784 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 36.3 รายต่อประชากรแสนคน (ในปี 2561) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น 3,569 ราย (17.7%)

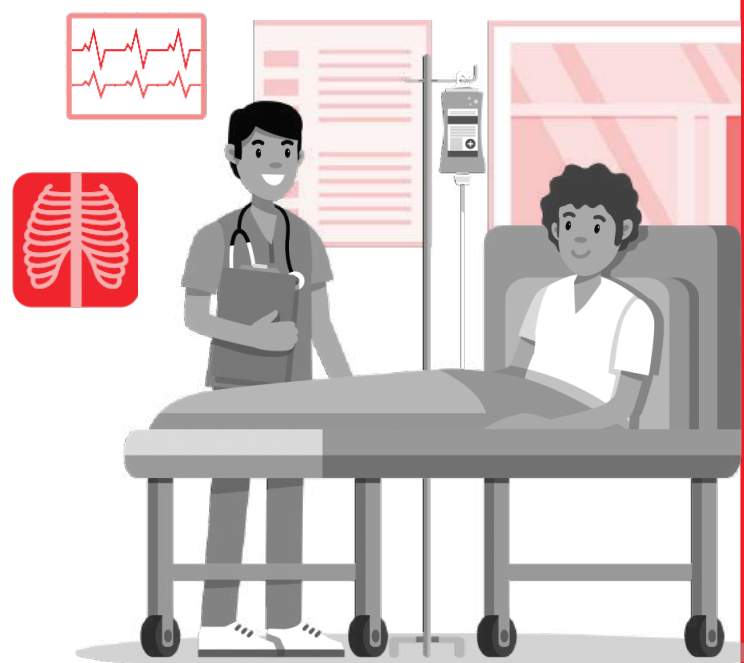
► **เพศชายถูกทำร้าย** จำนวนเฉลี่ย 15,977 รายต่อปี ถูกทำร้ายมากกว่า เพศหญิง ถูกทำร้ายจำนวนเฉลี่ย 6,022 รายต่อปี เฉลี่ย 9,955 รายต่อปี หรือเพศชายถูกทำร้ายมากกว่าเพศหญิง 2.7 เท่า

► **วิธีการถูกทำร้าย ส่วนใหญ่มาจากการการถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย** จำนวนเฉลี่ย 10,128 รายต่อปี หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในที่ถูกทำร้ายทั้งหมด คิดเป็นอัตรา 33.6 รายต่อประชากรแสนคนในทั้งสองเพศ

► **ประเด็นที่น่าสนใจคือการถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย** ที่พบ **เหยื่อเพศหญิง** จำนวนเฉลี่ย 1,023 รายต่อปี มากกว่าเพศชาย จำนวนเฉลี่ย 127 รายต่อปี คิดเป็นสัดส่วน 8 ต่อ 1 คน

► **เขตสุขภาพที่ 9 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)** อัตราการถูกทำร้าย (ผู้ป่วยใน) มากที่สุด อัตราสูงถึง 48.5 รายต่อประชากรแสนคน (ในปี 2560) และ 55.6 รายต่อประชากรแสนคน (ในปี 2561)

► **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้ป่วยในจากการถูกทำร้ายมากที่สุด** โดย อัตรา 148.7 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 และ อัตรา 175.7 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2561



◆ สถานการณ์ผู้ป่วยนอก (OPD)

► **ภาพรวม** ผู้ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุการถูกทำร้าย (ในปี 2561) จำนวน 217,181 ราย อัตรา 332.0 รายต่อประชากรแสนคน และ 2562; จำนวน 180,093 ราย อัตรา 274.7 ต่อประชากรแสนคน ลดลง 37,088 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1

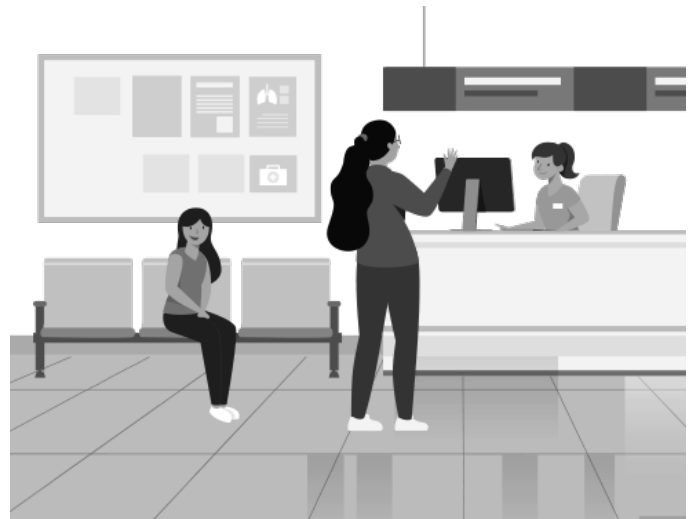
► **เพศชาย** จำนวนเฉลี่ย 129,806 รายต่อปี ถูกทำร้ายมากกว่า เพศหญิง จำนวนเฉลี่ย 68,817 รายต่อปี เฉลี่ย 60,989 รายต่อปี หรือเพศชาย ถูกทำร้ายมากกว่าเพศหญิง 1.9 เท่า หรือประมาณ 2 เท่า

► **สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการการถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย** จำนวนเฉลี่ย 108,135 รายต่อปี หรือประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยนอก ที่ถูกทำร้ายทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วน 165 รายต่อประชากรแสนคน ในทั้งสองเพศ

► **ประเด็นที่น่าสนใจคือการถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย** ที่พบ **เหยื่อเพศหญิง** จำนวนเฉลี่ย 4,750 ต่อปี มากกว่าเพศชาย จำนวนเฉลี่ย 604 รายต่อปี คิดเป็นสัดส่วน 8:1 คน

► **เขตสุขภาพที่ 6 (ภาคตะวันออก)** มีอัตราการถูกทำร้าย มากที่สุด 2561, 157.1 รายต่อประชากรแสนคน และ 2562, 246.6 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

► **ภาคกลาง** มีอัตราผู้ป่วยนอกจากการถูกทำร้ายมากที่สุด 2561; 325.3 รายต่อประชากรแสนคน และ 2562; 253.5 รายต่อประชากรแสนคน



ปัจจัยทางสังคม จะแบ่งเป็น 2 มุมมอง ได้แก่ มุมมองของผู้ก่อเหตุ และมุมมองของเหยื่อ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อเหตุรุนแรงระหว่างบุคคลนี้อาจจะมาจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (พันธุกรรมและการเลี้ยงดู เป็นต้น) ปัจจัยทางสังคม (โรงเรียน เพื่อนบ้าน รายได้ เป็นต้น) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลอย่างมากกับการพัฒนาทางสังคมอย่าง ก้าวกระโดดเข้าสู่ยุคดิจิทัล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เช่น การสื่อสาร (social media) อัตราการติดยาเสพติด (drug addiction rate) โอกาสในการเข้าถึง อาวุธที่สามารถใช้ก่อเหตุได้ (weapons availability) เป็นต้น ส่วนสถานที่ ต่างๆ ที่เกิดเหตุ จัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นช่องว่างทำให้มีโอกาสในการก่อเหตุ ได้มากขึ้น เช่น วัด ตลาด สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สนามกีฬา และสถานที่สาธารณะ จุดนัดพบต่าง ๆ

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งคือการใช้เทคโนโลยีเป็นทางเลือกในการก่อเหตุ ทำร้ายผู้อื่นเอง เช่น การครอบครองอาวุธ การเลียนแบบพฤติกรรมตามผู้อื่น เช่น คนดังที่ตัวเองชื่นชอบหรือบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด เป็นต้น

กองป้องกันการบาดเจ็บจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ลดการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรที่เกิดจากภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยการดำเนินงานแบ่งเป็น ระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานระยะสั้น 1-3 ปี

- 1 จัดทำ สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ data visualization ผ่าน dashboard
- 2 กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่พบสถิติถูกทำร้ายมากที่สุด ได้แก่ เยาวชน อายุ 10-29 ปี
- 3 พัฒนานวัตกรรมในการป้องกันการถูกทำร้าย เช่น การประเมิน จุดเสี่ยงโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์

กำหนดและจัดลำดับ ความสำคัญ ของประเด็นปัญหา ที่เป็นช่องว่าง



ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย แบ่งเป็น 2 ประเด็นได้แก่ ข้อมูล และปัจจัยทางสังคม

เนื่องจากแต่ละฐานข้อมูลมีข้อจำกัดและจุดเด่นแตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาว่าจะใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลใดมาวิเคราะห์ ควรจะคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของงานนั้น ๆ เป็นหลัก เช่น หากต้องการ ดูภาพรวมในระดับประเทศที่เชื่อมโยงกับการรักษา ควรใช้ข้อมูล 43 แพ้ม หรือหากต้องการศึกษาสาเหตุการบาดเจ็บรุนแรง อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของบาดแผล ชนิดของบาดแผล หรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น แอลกอฮอล์ มอเตอร์ไซด์ (ถูกทำร้าย ด้วยมอเตอร์ไซด์) หรือการทำหมันน้ำ กรอกรสารพิษ ควรใช้ข้อมูล จากระบบ IS เป็นหลัก

4 สื่อสารความเสี่ยง สถิติ ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในเยาวชน สอดคล้องกับ SDGs3 (สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี หรือ health and well-being) และ SDGs5 (ความเท่าเทียมทางเพศ หรือ gender equality)

5 ดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สคร. พม. ยช. เป็นต้น

6 สำรวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่อง การป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ

7 ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ชุมชนจุดเสี่ยงต่างๆ

8 ประเมินโครงการนำร่องและกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย ในเด็กและครอบครัว รวมทั้งในชุมชน

9 พัฒนาศักยภาพ ทักษะ ทักษะและความไวในเรื่องนี้แก่ตำรวจ บุคลากรสาธารณสุขและนักวิจัย

10 ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้าย เน้นในกลุ่มนำร่อง ประเด็น สื่อสังคมออนไลน์ และสถานที่ที่มีแนวโน้ม ก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ บ้าน (บ้านเดี่ยว) และ ชุมชน (เช่น วัด ตลาด แหล่งบันเทิง สันทนาการ)

การดำเนินงานระยะกลาง 3-5 ปี

1 จัดทำ สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ data visualization ผ่าน dashboard

2 ขยายกลุ่มเป้าหมายที่พบสถิติถูกทำร้ายมากที่สุด ได้แก่ เยาวชน อายุ 10-29 ปี

3 ขยายผลการใช้นวัตกรรมเพื่อลดความรุนแรง

4 สำรวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่อง การป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ

5 ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ในชุมชน จุดเสี่ยงต่างๆ

6 ขยายผลโครงการนำร่อง ชุมชนปลอดภัย ห่วงไกลความรุนแรง ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สคร. พม. ยช. เป็นต้น

7 ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้าย ในกลุ่มนำร่อง รวมถึง

► การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นวิทยาศาสตร์มาใช้ในกระบวนการเสริมสร้างสันติภาพและความเป็นธรรม ในสังคม

► การส่งเสริมความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชาย เน้นการป้องกันตัวเอง และเสริมทัศนคติการเคารพให้เกียรติเพศตรงข้าม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

8 ขยายผลมาตรการป้องกันการถูกทำร้ายในระดับชุมชน ประชากร ร่วมกับนานาชาติ

การดำเนินงานระยะยาว 5-10 ปี

1 จัดทำ สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ data visualization ผ่าน dashboard

2 ขยายผลการใช้นวัตกรรมเพื่อลดความรุนแรง

3 ขยายผลโครงการนำร่อง ชุมชนปลอดภัย ห่วงไกลความรุนแรง ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สคร. พม. ยช. เป็นต้น

4 ขยายผลมาตรการป้องกันการถูกทำร้ายในระดับชุมชน ประชากร ร่วมกับนานาชาติ

5 สำรวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่อง การป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ

6 ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ในชุมชน จุดเสี่ยงต่างๆ

7 ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้าย เน้นในกลุ่มนำร่อง ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

► ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สังคม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม ในผู้ก่อเหตุ และเหยื่อความรุนแรง รวมทั้งในโรงเรียน

► สื่อ อัตราการเสพยา การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อพฤติกรรม ก้าวร้าว การเข้าถึงการใช้อาวุธต่างๆ

► จำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งแตกต่าง จากกลุ่มอายุอื่นที่มีแนวโน้มลดลง

► สถานที่ที่มีแนวโน้มก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ บ้าน (บ้านเดี่ยว) และ ชุมชน (เช่น วัด ตลาด แหล่งบันเทิง สันทนาการ)

► ระบบบริการสุขภาพ สังคม และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

8 แก้ไขกฎหมายที่ขัดกับรัฐธรรมนูญหรือความเท่าเทียมกันในสังคม

9 บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในการควบคุมการเข้าถึงสุรา อาวุธปืน รวมทั้งวัตถุมีคม เช่น มีด หรือวัตถุมีคมอื่น ๆ

10 สื่อสารความเสี่ยงจากครอบครองหรือการพกพาอาวุธปืนต่อตน และครอบครัวให้สังคมทราบ



Executive Summary

Assault Injury Prevention Situation Review Report It was developed to update the assault severity data (ICD Code 10 X85-Y09) to identify and prioritize the severity of assault using three databases:

1) Severe Injury Data from the National Surveillance system (IS) 2) death data from Death certificate or a death registration system, and 3) a database of 43 files (inpatient and outpatient). There is also data from other databases related to the severity of assault from various agencies, such as the violence reporting system. in the family by the Ministry of Social Development and Human Security's Action Center for the Prevention of Domestic Violence (<http://www.violence.in.th>) Assistance Center 1300 One-Stop Crisis Center, OSCC, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Statistics on juvenile violence cases by the Department of Child and Youth Protection Observation Ministry of Justice and a criminal case database system or CRIMES (Criminal Record Information Management Enterprise System) by the Royal Thai Police And now, molecular research has played a role in precision medicine, which makes it possible to predict the risk of various diseases by using DNA results to analyze and apply in many different applications. These Aggressive behaviours involve multiple genes, and information can be retrieved from the EMBL-EBI GWAS Catalog, which contains interesting behaviours such as tantrums. Aggressive behaviour that affects the quality of life during menstruation should continue to be studied in Thailand.

The situation of violence from assault in Thailand



1 The Injury Surveillance (IS) database uses data from the past 5 years (2015–2019) as a database containing variables directly related to injuries and found that

► **Overall**, injuries from assault tend to decline continuously from 14,179 cases (2015) to 10,455 cases (2019), a total decrease of 3,724 cases (26.3%).

► **The main cause** is being assault by sharp objects. Within 5 years, the total number of cases has decreased by 1,654 (40.7%). Which tend to decline continuously from 4,068 cases (2015) to 2,414 cases (2019)

► **Males** have a higher number of severe injuries than females. Accounting for 5:1, 38,254 males average 7,651 cases per year, while 7,772 females average 1,554 cases per year.

► **The most common methods of violence** that which males were assault by sharp objects were 14,176 total injuries or an average. 2,835 cases per year.

► **The reason** why females are most Assault is 3,080 Assault by bodily force or an average of 616 per year.

► **The most Assault area in the house or the area of the house** (21,854 cases, 4,371 cases per year, 48.1% average), with a tendency to decrease from 4,506 (2015) to 4,166 (2019), or 7.5%, but the victims were assault in the home more. increased from 2,143 cases (2015) to 2,400 cases (2019), or 12.0%. Overall, the number of victims of domestic abuse tends to decrease. But when looking at the details, it was found that the victims were more likely to be assault in their own homes.

► **April** reported the most assault, with 4,932 cases, an average of 986 cases per year.

► Victims were most likely to be assault at the beginning and **in the middle of the month**: Day 1 (1,822 cases, an average of 364 cases per year) and Day 15 (1,739 cases, an average of 348 cases per year). On day 29, there were fewer and lower reported assaults (1,273 cases vs. an annual average of 255 cases).

► **Most were aged 15–19 years**. They were most likely to be abused, as many as 7,312 cases per year, averaging 1,462 cases per year (15.5%), and the 20 – 24 year age group had 6,828 cases, averaging 1,366 cases per year (14.8%). and 25-29 years old, 5,659 cases, an average of 1,132 cases per year (12.3%).

► **From about 4 p.m. to about 3 a.m.**, it was the time when the highest number of incidents was 33,677 (74.2% of the total number of victims).

► **A total of 3,995 alcohol-related assaults per year were involved**, the most common of which were sharp objects, an average of 3,047 per year, and an average of 1,377 per year were alcohol-related, a ratio of 2:1, or those who were also abused. Two sharp objects will have one alcoholic beverage involved. who could be the victim, or both, consumed alcohol, followed by an average of 78 assaults with sharp objects, involving 1,007 alcohol, a ratio of 2:1 The age range of the most abused was in the 20s and 24 years old, which is 17.3% of all ages, followed by 15-19 years (13.9%) and 25-29 years (13.4%), respectively

2 The death registration system database (death certificate) using data from the past 5 years (2015–2019) is comprehensive. the most comprehensive information on victims of violence mortality coverage is pretty good at around 95%.

► **Overall**, mortality from assault tends to decline steadily, from 2,169 (2015) to 1,122 (2019), a cumulative decrease of 1,047 (48.3%).

► **Most of the cause death were assault by other and unspecified firearm discharge**. which is likely to decrease from 1,258 cases (2015), reduced to 478 cases (2019), a decrease of 780 cases (62.0%).

► **Males died more than females**, with 6,637 cases (an average of 1,327 deaths per year). Females outnumbered males by 5:1 (average age of 5 years).

► **The age group with the most deaths was 30-34 years old**, with a total of 908 cases (182 deaths per year on average), a decrease from 240 (2015) to 124 cases (2019), a total of 116 cases (48.3%).

► **April** had the highest number of fatalities from assault, with 825, averaging 165 per year, or 10.5% of the total deaths, followed by January at 742, with an average of 148.4 per year, or 9.4% of the total. Total number of fatalities: total number of fatalities is worth noting that these two months coincide with long holidays, namely Songkran Festival (April) and New Year (January), which often celebrate drinking alcohol.

► **Most of the places of death were identified as others**, amounting to 7,585 cases, or an average of 1,517 deaths per year, followed by houses. 113 cases and is likely to increase continuously from 9 cases in 2015 to 47 cases in 2019, an increase of 38 cases (80.9%).

► **Health regions tend to decline**. They found only two health regions that had an increase in the number of deaths from assault from last year: The 8th and the 10th Health regions (Northeastern) From 59 and 70 cases in 2018 to 66 cases in 2019. and 72 (2019), an increase of 10.6% and 2.8%, respectively, but found that the 12th Health region (South) had the highest number of 1,909 deaths from assault (24.2%).

► **The southern region has the highest number and rate of deaths**. From the most assaulted total of 3,036, the trend has continued to decline from 903 in 2015 to 396 in 2019, down to 507 (56.2%).

3 The Database of 43 Files is a database that stores patient details from the start of treatment until discharge. which is information from all over the country. But there is a limitation in that the coding of various codes in this report uses data for inpatients for the past 2 years (2017-2018) and outpatient data for the past 2 years (2018-2019).

◆ Inpatient Situation (IPD)

► **Overall**, there were 20,215 injuries per 100,000 population, an injury rate of 30.9 per 100,000 population (2017) and 23,784 injuries, an injury rate of 36.3 per 100,000 population (2018), an increase of 3,569. (17.7%)

► **Males** (an average of 15,977 cases per year) were abused 9,955 times more than females (an average of 6,022 per year), or approximately 3 times more males than females.

► **Most of the causes were Assault by bodily force**, with an average number of 10,128 cases per year, or about half of all inpatients being abused. accounted for 33.6 cases per 100,000 people of both sexes.

An interesting point of view is that sexual assault by bodily force victims is 8 to 1 female (an average of 1,023 cases per year) compared to males (an average of 127 per year).

► **The 9th Health regions (Northeastern)** has the highest rate of assault (inpatient), with a high rate of 48.5 cases per 100,000 population (2017) and 55.6 cases per 100,000 population (2018).

► **The Northeastern region** had the highest rate of inpatients from assaults, with 148.7 cases per 100,000 population in 2017 and 175.7 cases per 100,000 population in 2018.

◆ Outpatient Situation (OPD)

► **A comparison** of 217,181 assault-related injuries in 2018 (332.0 cases per 100,000 population) and 2019 (180,093 cases at a rate of 274.7 per 100,000 population), a decrease of 37,088 cases, or 17.1%.

► **Males** (129,806 cases per year on average) were assault 1.9 times more than females (68,817 cases per year on average), or approximately 2 times more males than females.

► **Most of the causes were Assault by bodily force**, with an average number of 108,135 cases per year, or about half of all outpatient injuries. accounted for 165 cases per 100,000 people of both sexes.

It is interesting to note that sexual assault by bodily force **victims were more females** (an average of 4,750 per year) than males (an average of 604 per year) at an 8:1 ratio.

► **The 6th Health regions (Eastern Region)** had the highest rate of assaults (2018) (2018, 157.1 cases per 100,000 population and 2019, 246.6 cases per 100,000 population, respectively).

► **The central region** had the highest rate of outpatients from assaults (2018) (2018: 325.3 cases per 100,000 population and 2019: 253.5 cases per 100,000 population).

Define and prioritize gap issues.



Issues related to violence from assault can be divided into two categories: information and social factors.

because each database has different limitations and strengths. Therefore, the determination of which **databases** to use for analysis should consider the objectives of the work. For example, if a national overview is linked to treatment, 43 files should be used, or a causal study is desired. The severity of the wound, type of wound, or even related risk factors such as alcohol, motorcycling (harm by motorcycle) or drowning, or filling in toxins should all be determined using information from the IS system.

Social factors are divided into two perspectives: the perpetrator's perspective and the victim's perspective. (Genetics and upbringing, etc.), social factors (school, neighbours, income, etc.). There are also other environmental factors. That has a huge impact on social development, leaping into the digital age. These are related factors such as social media, drug addiction rate, weapon availability, etc. Crime scene locations are classified as environmental. The gaps provide more opportunities for incidents, such as temples, markets, recreational facilities, sports fields, and recreation spots.

One major problem is that individuals use it as an alternative to self-inflicted harm, such as the possession of a weapon. By imitating the behaviour of others, such as your favourite celebrity or family member, a person close to you, etc., Division of Injury Prevention needs a concrete action plan. In line with the sustainable development goals. Reduce the number of people who die prematurely as a result of health threats. The operation is divided into short-term and long-term and medium-term

Recommendations

1-3 years of short-term operation

- 1 Prepare, support, inform and disseminate public relations for interested organizations, such as creating Data Visualization via Dashboard.
- 2 Determine the target group with the most abuse statistics, i.e., youth aged 10–29 years.
- 3 Develop innovations to reduce violence, such as risk assessment using artificial intelligence.
- 4 Communicate the risks, statistics, and severity of assault among youth in line with SDG3 (Health and well-being) and SDG5 (Gender equality).
- 5 Conduct a cooperation with local networks such as SAO.
- 6 Explore, and assess knowledge risk assessment of the target group, including related people such as family, parents, carers, etc., on the prevention of violence from various forms of assault.
- 7 Assess the risks of the surrounding environment, such as houses, home areas, communities, and various risk points.
- 8 Evaluate pilot projects and life skills-building activities. equality between men and women in children and families, including in the community.
- 9 Develop potential, attitude, skill, and sensitivity in this matter to the police. Personnel in public health and researchers
- 10 The study, research measures, or patterns of prevention of harassment, emphasizing in the pilot group, issues, social media and places that are prone to violence are homes (victim homes) and communities (e.g., temples, markets, entertainment venues, recreation).

3-5 years of medium-term operation

- 1 Prepare, support, inform and disseminate public relations for interested organizations, such as creating Data Visualization via Dashboard.
- 2 Expand the target group with the most abuse statistics, i.e., youth aged 10–29 years.
- 3 Expanding the use of innovation to reduce violence
- 4 Explore, and assess knowledge risk assessment of the target group, including related people such as family, parents, carers, etc., on the prevention of violence from various forms of assault.

- 5 Assess the risks of the surrounding environment, such as houses, house areas, the community, and various risk points.
- 6 expanding the results of the pilot project into a safe community away from violence in cooperation with local networks such as SAO.

- 7 Study and research measures or patterns to prevent assault in the pilot group, including

► Developing a system of strengthening the use of scientific evidence in the process of enhancing peace and justice in society.

► Promoting equality between women and men to reduce inequality in society, we focus on self-defence and enhancing the attitude of respect for the opposite sex.

- 8 Expanding measures to prevent attacks at the community and population level together with the international community

5-10 years of continuous operation

- 1 Prepare, support, inform and disseminate public relations for interested organizations, such as creating Data Visualization via Dashboard.

- 2 Expanding the use of innovation to reduce violence

- 3 expands the results of the pilot project to a safe community away from violence in cooperation with local networks such as SAO.

- 4 expanding measures to prevent attacks at the community and population level, together with the international community.

- 5 Explore, and assess knowledge risk assessment of the target group, including related people such as family, parents, carers, etc., on the prevention of violence from various forms of assault.

- 6 Assess the risks of the surrounding environment, such as houses, home areas, the community, and various risk points.

- 7 Study and research measures or forms of prevention of harassment, focusing on the pilot group on the following issues:

► Individual factors such as social, environmental, and genetics in the perpetrators and victims of violence, including in school

► median drug use rate Alcohol Consumption Affects Aggressive Behavior and access to the use of various weapons.

► The number of elderly people being abused is increasing each year. This is different from other age groups that tend to decline.

► Places that are prone to violence are homes (victim homes) and communities (e.g., temples, markets, entertainment venues, and recreation).

► Health service system, society, and related government agencies

- 8 Amend the law that is unconstitutional or create equality in society.

- 9 Strict enforcement of laws regulating access to liquor, firearms, and sharp objects such as knives or other sharp objects.

- 10 Inform yourself and your family about the dangers of owning or carrying firearms.



สารบัญ

หน้า

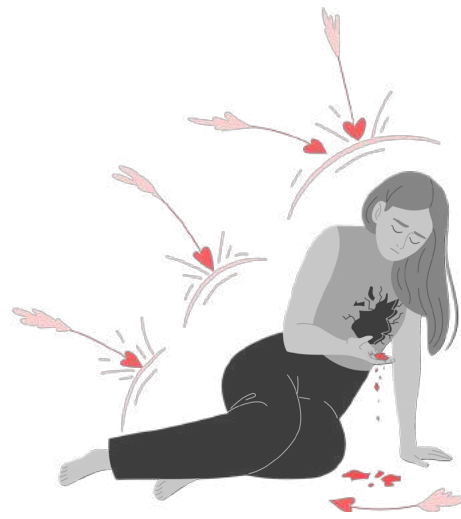
ก	ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษา บรรณาธิการ ผู้รวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์ข้อมูล
ข	กิตติกรรมประกาศ
ค	บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
ช	Executive Summary
ญ	สารบัญ
ฎ	สารบัญตาราง
ฏ	สารบัญภาพ
ท	นิยามศัพท์
1	บทที่ 1 บทนำ
3	บทที่ 2 สถานการณ์การถูกทำร้าย ในประเทศไทย ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2558 - 2562)
24	บทที่ 3 สถานการณ์ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
36	บทที่ 4 ระบาดวิทยาทางโมเลกุล (Molecular Epidemiology) ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย
41	บทที่ 5 ข้อเสนอแนะ
48	เอกสารอ้างอิง
49	ภาคผนวก

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนเหยื่อทั้งหมดที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย 5 อันดับแรก ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	6
ตารางที่ 2	จำนวนเหยื่อเพศชายที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย 5 อันดับแรก ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	7
ตารางที่ 3	จำนวนเหยื่อเพศหญิงที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย 5 อันดับแรก ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	7
ตารางที่ 4	จำนวนเหยื่อที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงเวลาเกิดเหตุย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562) แยกตามช่วงเวลา	10
ตารางที่ 5	แสดงจำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,00 คน จากสาเหตุการถูกทำร้ายภาพรวมทั้งประเทศ 5 อันดับแรก พ.ศ. 2558 – 2562	13
ตารางที่ 6	แสดงจำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,00 คน จากสาเหตุการถูกทำร้ายของเพศชาย 5 อันดับแรก พ.ศ. 2558 - 2562	14
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,00 คน จากสาเหตุการถูกทำร้ายของเพศหญิง 5 อันดับแรก พ.ศ. 2558 - 2562	14
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละ การเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย จำแนกตามสถานที่เสียชีวิต (2558 – 2562)	16
ตารางที่ 9	นियามการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary)	18
ตารางที่ 10	จำนวน ร้อยละ และอัตราต่อประชากร 100,000 คน ของผู้ป่วยในที่ถูกทำร้าย จำแนกตามสาเหตุการถูกทำร้าย ย้อนหลัง 2 ปี (2560-2561)	21
ตารางที่ 11	จำนวน ร้อยละ และอัตราต่อประชากร 100,000 คน ของผู้ป่วยนอกที่ถูกทำร้าย จำแนกตามสาเหตุการถูกทำร้าย ย้อนหลัง 2 ปี (2561-2562)	23
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 – 2561	30
ตารางที่ 13	แสดงจำนวนร้อยละผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ และช่วงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	30
ตารางที่ 14	แสดงจำนวนร้อยละผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามประเภทความรุนแรงและเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	30
ตารางที่ 15	ชื่อยีนและรายละเอียดของยีนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและถูกอ้างอิงใน GWAS Catalogue	38
ตารางที่ 16	สรุปย่อความแตกต่างของข้อมูลแต่ละฐาน	42
ตารางที่ 17	ประเด็นปัญหาที่เป็นช่องว่างที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการดำเนินงานในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว	46



สารบัญภาพ



ภาพที่ 1	การแบ่งช่วงอายุตามองค์การอนามัยโลก	2
ภาพที่ 2	ประเด็นความรุนแรงหรือ violence ที่แบ่งตามช่วงอายุและขนาดของปัญหา	2
ภาพที่ 3	แบบบันทึกมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (ที่มา คู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ	6
ภาพที่ 4	จำนวนและจำนวนเฉลี่ย/ปีการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	7
ภาพที่ 5	จำนวนและจำนวนเฉลี่ย/ปีการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	7
ภาพที่ 6	จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรงจำแนกรายเดือน 5 ปีย้อนหลัง (2558 – 2562)	8
ภาพที่ 7	จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรงจำแนกรายวัน 5 ปีย้อนหลัง (2558 – 2562)	8
ภาพที่ 8	จำนวนและจำนวนเฉลี่ย/ปีของเหยื่อที่ถูกทำร้ายแบ่งตามจุดเกิดเหตุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562)	8
ภาพที่ 9	จำนวนและจำนวนเฉลี่ย/ปีของเหยื่อที่ถูกทำร้าย แบ่งตามประเภทบ้านที่เกิดเหตุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562)	8
ภาพที่ 10	แนวโน้มการใช้แอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้าย จำแนกตามเพศ ย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562)	9
ภาพที่ 11	เปรียบเทียบจำนวนเฉลี่ยต่อปี ของการใช้แอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายกับการถูกทำร้ายทั้งหมด ย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562)	9
ภาพที่ 12	ร้อยละของเหยื่อถูกทำร้ายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ จำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	9
ภาพที่ 13	ร้อยละตำแหน่งการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายเฉลี่ย 5 ปี (2558 – 2562)	10
ภาพที่ 14	จำนวนเหยื่อที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงเวลาเกิดเหตุย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562) แยกรายชั่วโมง	10
ภาพที่ 15	แบบรายงานสาเหตุการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล	12
ภาพที่ 16	หนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1)	12
ภาพที่ 17	จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายจำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	15
ภาพที่ 18	จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายจำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	15
ภาพที่ 19	จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายจำแนกจำแนกตามเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 5 ปี (2558 – 2562)	16
ภาพที่ 20	แบบรายงานสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (discharge summary) ฉบับ ปี พ.ศ. 2557	18
ภาพที่ 21	จำนวนการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำแนกตามเพศ ย้อนหลัง 2 ปี (2560 – 2561)	21
ภาพที่ 22	อัตราการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจากสาเหตุการถูกทำร้ายจำแนกรายเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 2 ปี (2560-2561)	22
ภาพที่ 23	จำนวนการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจำแนกตามเพศ 2 ปี (2561 – 2562)	22
ภาพที่ 24	อัตราการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจากสาเหตุการถูกทำร้ายจำแนกรายเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 3 ปี (2560-2562)	23

สารบัญภาพ

ภาพที่ 25	รายงานข้อมูลสถานการณ์ ด้านความรุนแรงในครอบครัวโดยกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว	25
ภาพที่ 26	รายงานสถิติความรุนแรงประจำปีงบประมาณ 2561-2563 ที่ได้จากการรวบรวมจากการให้บริการโดยศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 (แบบรายปี)	25
ภาพที่ 27	เหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวที่เป็นคดีและไม่เป็นคดี ระหว่างปี 2553 - 2561 จากกระบวนข้อมูลภายใต้เว็บไซต์ www.violence.in.th	25
ภาพที่ 28	คดีอาญาที่รับแจ้งความ กลุ่มที่ 1-3 ปีงบประมาณที่ 2559, 2562, 2563	27
ภาพที่ 29	คดีอาญาที่จับกุม กลุ่มที่ 4 ปีงบประมาณที่ 2559, 2562, 2563	27
ภาพที่ 30	จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 1 ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและเพศ	28
ภาพที่ 31	จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 2 ฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	28
ภาพที่ 32	จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 3 ฐานความผิดพิเศษ	28
ภาพที่ 33	จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 4 คดีความผิดที่รัฐเป็นผู้เสียหาย	29
ภาพที่ 34	หน่วยงานในสังกัดกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ	30
ภาพที่ 35	จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 จำแนกตามเพศ	31
ภาพที่ 36	จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 จำแนกตามอายุ	32
ภาพที่ 37	จำนวนคดีที่เด็กและเยาวชนถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ.2553 - 2558 จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย	32
ภาพที่ 38	ร้อยละของคดีที่ผู้กระทำความผิดที่ครอบครัวแยกกันอยู่ จำแนกตามลักษณะครอบครัว	32
ภาพที่ 39	ร้อยละคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 จำแนกตามฐานความผิด	33
ภาพที่ 40	จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย	33
ภาพที่ 41	จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 - 2561 รายภาค จำแนกตามเพศ	33
ภาพที่ 42	จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 - 2561 รายเขตสุขภาพ จำแนกตามเพศ	34
ภาพที่ 43	อันดับสถานพินิจ ฯ จังหวัดที่มีจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 - 2561 จำแนกตามภาค	34
ภาพที่ 44	อันดับสถานพินิจ ฯ ที่มีจำนวนเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 - 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	35
ภาพที่ 45	อันดับสถานพินิจ ฯ ที่มีจำนวนเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 - 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ	35
ภาพที่ 46	แสดงการศึกษา variant ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ที่มา EMBL's European Bioinformatics Institute; EMBL-EBI)	37

นิยามศัพท์

รายละเอียดรหัสโรค การบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย (Assault) ตาม ICD-10

รหัสโรค	รายละเอียดภาษาไทย	รายละเอียดภาษาอังกฤษ
X85	การถูกทำร้ายด้วยยา ตัวยา และสารชีวภาพ	Assault by drugs, medicaments, and biological substances
X86	การถูกทำร้ายด้วยสารกัดกร่อน	Assault by corrosive substance
X87	การถูกทำร้ายด้วยยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์	Assault by pesticides
X88	การถูกทำร้ายด้วยแก๊สและไอ	Assault by gases and vapours
X89	การถูกทำร้ายด้วยสารเคมีและสารพิษอื่นที่ระบุรายละเอียด	Assault by other specified chemicals and noxious substances
X90	การถูกทำร้ายด้วยสารเคมีและสารพิษที่ไม่ระบุรายละเอียด	Assault by unspecified chemical or noxious substance
X91	การถูกทำร้ายด้วยการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก	Assault by hanging strangulation and suffocation
X92	การถูกทำร้ายด้วยการทำให้จมน้ำ	Assault by drowning and submersion
X93	การถูกทำร้ายด้วยกระสุนปืนพก	Assault by handgun discharge
X94	การถูกทำร้ายด้วยกระสุนปืนไรเฟิล ปืนลูกซอง และปืนที่ใหญ่กว่า	Assault by rifle, shotgun, and larger firearm discharge
X95	การถูกทำร้ายด้วยกระสุนปืนอื่นที่ไม่ระบุรายละเอียด	Assault by other and unspecified firearm discharge
X96	การถูกทำร้ายด้วยวัตถุระเบิด	Assault by explosive material
X97	การถูกทำร้ายด้วยควัน ไฟ และเปลวไฟ	Assault by smoke, fire and flames
X98	การถูกทำร้ายด้วยไอน้ำ ไอร้อน และวัตถุร้อน	Assault by steam, hot vapours, and hot objects
X99	การถูกทำร้ายด้วยวัตถุมีคม	Assault by sharp object
Y00	การถูกทำร้ายด้วยวัตถุไม่มีคม	Assault by blunt object
Y01	การถูกทำร้ายด้วยการผลักจากที่สูง	Assault by pushing from high place
Y02	การถูกทำร้ายด้วยการผลักหรือจัดให้ขวางวัตถุที่กำลังเคลื่อนที่	Assault by pushing or placing victim before moving object
Y03	การถูกทำร้ายด้วยการชนด้วยยานยนต์	Assault by crashing of motor vehicle
Y04	การถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย	Assault by bodily force
Y05	การถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย	Sexual assault by bodily force
Y06	การละเลยและทอดทิ้ง	Neglect and abandonment
Y07	กลุ่มอาการได้รับการทารุณอื่น	Other maltreatment
Y08	การถูกทำร้ายด้วยวิธีอื่นที่ระบุรายละเอียด	Assault by other specified means
Y09	การถูกทำร้ายด้วยวิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด	Assault by unspecified means



รายละเอียดรหัสสถานที่เกิดเหตุ ตาม ICD10 และ IS

รหัส จุดเกิดเหตุ	ICD-10		IS	
	ไทย	อังกฤษ	ไทย	อังกฤษ
0	บ้าน	Home		
1	สถานที่พักอาศัยรวม หอพัก ค่ายทหาร สถานสงเคราะห์	Residential institution	บ้าน บริเวณบ้าน	Apartment house
2	โรงเรียน โรงพยาบาล สถาบันและ พื้นที่สาธารณะ	School, other institution and public administrative area	หอพัก เรือนจำ สถานเลี้ยงเด็ก ค่าย ทหาร	
3	สนามกีฬาและพื้นที่เล่นกีฬา	Sports or athletics area	โรงพยาบาล โรงเรียน วัด	School, other institution and public administrative area
4	ถนนและทางหลวง	Street or highway	สนามกีฬาสาธารณะ	Sports or athletics area
5	พื้นที่การค้าและบริการ	Trade or service area	ถนนหรือทางหลวง	Street or highway
6	พื้นที่อุตสาหกรรมและก่อสร้าง	Industrial or construction area	สถานที่ขายสินค้าและบริการ	Trade or service area
7	ไร่นา	Farm	สถานที่ก่อสร้าง โรงงาน	Industrial or construction area
8	สถานที่อื่น ที่ระบุรายละเอียด	Other specified places	นา ไร่ สวน	Farm
9	สถานที่ไม่ระบุรายละเอียด	Unspecified place	อื่นๆ	Other specified places

รายละเอียดรหัสตำแหน่งของร่างกายที่ถูกทำร้ายตามระบบ IS (ที่อ้างอิงจากระบบ Abbreviated injury scale-AIS)

รหัสตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับการบาดเจ็บ (BR : Body Region)	ไทย	อังกฤษ
1	ศีรษะ/คอ	Head / Neck
2	ใบหน้า	Face
3	ทรวงอก	Thorax
4	ช่องท้อง และกระดูกเชิงกราน	Abdomen and pelvic contents
5	บาดเจ็บรุนแรงอวัยวะ	Extremities and pelvic girdle
6	ผิวหนังนอกร่างกาย	External and body surface
9	ไม่ทราบ ระบุไม่ได้	Other

เขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

เขตบริการสุขภาพที่	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่	ภาค	จังหวัด
1	สคร. 1 จังหวัดเชียงใหม่	ภาคเหนือ	เชียงใหม่ เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
2	สคร. 2 จังหวัดพิษณุโลก	ภาคเหนือ	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
3	สคร. 3 จังหวัดนครสวรรค์	ภาคเหนือ	กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี
4	สคร. 4 จังหวัดสระบุรี	ภาคกลาง	นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง
5	สคร. 5 จังหวัดราชบุรี	ภาคกลาง	กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี
6	สคร. 6 จังหวัดชลบุรี	ภาคตะวันออก	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ สระแก้ว
7	สคร. 7 จังหวัดขอนแก่น	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
8	สคร. 8 จังหวัดอุดรธานี	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
9	สคร. 9 จังหวัดนครราชสีมา	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
10	สคร. 10 จังหวัดอุบลราชธานี	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี
11	สคร. 11 จังหวัดนครราชสีมา	ภาคใต้	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี
12	สคร. 12 จังหวัดสงขลา	ภาคใต้	ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล
ส่วนกลาง	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)		กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมา



การถูกทำร้าย (Assault) จัดเป็นความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal violence) เป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบและมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจในประเทศไทยกลุ่มตัวอย่าง 2,940 คน พบว่าความชุกของการฆาตกรรม (Homicide) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงระหว่างบุคคล มีอัตราสูงถึง 4.5 คน ต่อแสนประชากร โดยสาเหตุการก่อเหตุเหล่านี้โดยหลักมาจากพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เรียกว่า abusive behaviour เช่น การดูถูก ต่อว่า ประณามเหยียดหยาม หรือแม้กระทั่งการละเมิดทางเพศ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงตามมาในอนาคต ดังนั้นหากไม่มีการป้องกันหรือการจัดการความเสี่ยงเหล่านี้ อาจจะทำให้เกิดปัญหาเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ระยะยาว เช่น การเกิดโรคเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจหลอดเลือด โรคทางจิตเวช เป็นต้น

ความรุนแรงระหว่างบุคคลนี้สามารถเกิดได้ในทุกช่วงวัย แต่ความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อเด็กเป็นหนึ่งในปัญหาที่ใหญ่ที่สุดมีผลกระทบต่อทั้งครอบครัวและสังคม เกิดขึ้นได้ทั่วโลกในทุกประเทศและบ่อยครั้งเกิดขึ้นในครอบครัว ในปี 2560 ที่ผ่านมา พบว่าเด็กอย่างน้อย 1.4 พันล้านคนจากเด็กเกือบ 2 พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง 2 ถึง 17 ปี มีประสบการณ์ความรุนแรงด้านร่างกาย อารมณ์ หรือความรุนแรงทางเพศ ในสหรัฐอเมริกา มีเด็กประมาณ 1,670 คน เสียชีวิตจากการถูกทารุณกรรมและการเพิกเฉย และยังพบว่าภาระทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับการทารุณกรรมและละเลยเด็กประมาณ 1,240 พันล้านดอลลาร์ ภาระทางการเงินนี้จะเท่ากับต้นทุนของปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน

ประเทศไทยมีเด็กถูกระบาดความรุนแรง 8,040 คนต่อปี หรือกว่า 22 คนต่อวัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความสัมพันธ์ภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อม และการใช้สารกระตุ้น เช่น แอลกอฮอล์ สารเสพติด เด็กที่ถูกกระทำรุนแรงหรือพบเห็น การกระทำรุนแรงของคนในครอบครัว มักมีปัญหาด้านพัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เช่น เสี่ยงสูงต่อการติดแอลกอฮอล์ สารเสพติด สูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามมา เนื่องจากที่ผ่านมา ยังไม่ได้มีการจัดทำรายงานสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ระบบข้อมูล 3 ฐาน ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลระดับชาติทางโมเลกุล

(molecular epidemiology) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีการศึกษาในต่างประเทศอย่างมากมาย ทั้งนี้กรมควบคุมโรค โดยกองป้องกันการบาดเจ็บ ได้ตระหนักถึงปัญหาการบาดเจ็บที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย จึงต้องการที่จะให้มีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญดังกล่าว เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจและตระหนักต่อการป้องกันการบาดเจ็บที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในประชากรไทย โดยใช้แหล่งข้อมูลอ้างอิงที่เชื่อถือได้โดยมีเป้าหมายในการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการเพื่อลดการถูกระบาดความรุนแรงซ้ำ และป้องกันผลกระทบจากความรุนแรง สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกัน แก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชนต่อไป

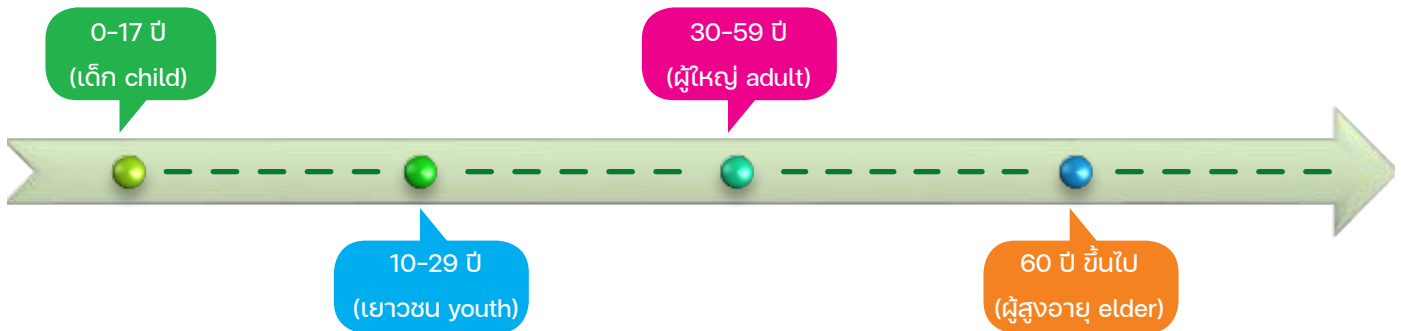


ความรุนแรง (Violence)

เป็นภัยสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยภายนอกและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจากการประชุมสมัชชาทั่วไปองค์การสหประชาชาติ กำหนดเป้าหมายที่ 3 Good Health and Well-being รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ เพื่อบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) โดยในเป้าหมายที่ 3.4.1 มุ่งเน้นที่จะลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือ premature mortality เพื่อเพิ่มอายุขัยเฉลี่ย เป็น 80 ปี

สำหรับประเทศไทย การบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย (X85 - Y09) เป็นการดำเนินงานภายใต้เป้าหมายที่ 3.4.1 ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากสาเหตุภายนอก (external causes) โดยสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย โดยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การถูกทำร้ายด้วยยาตัวยา และสารชีวภาพ รวมทั้ง การฆาตกรรมโดยใช้ยาพิษ สารที่มีฤทธิ์กัดกร่อน ยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ แก๊สและไอ สารเคมีและสารพิษอื่นที่ระบุนและไม่ระบุรายละเอียด การแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก การทำให้จมน้ำ กระสุนปืนพก กระสุนปืนไรเฟิล ปืนลูกซอง และปืนที่ใหญ่มากกว่า กระสุนปืนอื่น และที่ไม่ระบุรายละเอียด วัตถุระเบิด ควันท่อ และเปลวไฟ ไฟไหม้ ควัน และวัตถุร้อน วัตถุมีคม วัตถุไม่มีคม การผลัดจากที่สูง การผลักหรือจัดให้ขวาง วัตถุที่กำลังเคลื่อนที่ การชนด้วยยานยนต์ กำลังกาย การถูกทำร้ายทางเพศ ด้วยกำลังกาย การละเลยและทอดทิ้ง กลุ่มอาการที่ได้รับการทารุณอื่น วิธีอื่นที่ระบุและไม่ระบุรายละเอียด

การถูกทำร้ายส่งผลให้ผู้ถูกระทำได้รับความเสียหายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการดำเนินงานป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้าย เป็นความรุนแรงระหว่างบุคคล (interpersonal violence) และเกิดขึ้นโดยมีการไตร่ตรองไว้ก่อน (intentional violence) จึงต้องมีกลยุทธ์ที่แตกต่างกัน เนื้อหาความรุนแรงจากการถูกทำร้าย จะแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ที่เป็นปัญหาสำคัญตามนิยามของ องค์การอนามัยโลกและผู้สูงอายุในประเทศไทย (ภาพที่ 1) ได้แก่



ภาพที่ 1 การแบ่งช่วงอายุตามองค์การอนามัยโลก ได้แก่ วัยเด็ก อายุ 0-18 ปี เยาวชน อายุ 10-29 ปี วัยผู้ใหญ่ อายุ 30-59 ปี และวัยสูงอายุ อายุ 60 ปี ขึ้นไป (ที่มา; รายงานประจำปีกองป้องกันการบาดเจ็บ 2563)

ความรุนแรงในแต่ละช่วงวัยปัญหาจะแตกต่างกัน ความรุนแรงในเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นการทารุณกรรมเด็ก (child maltreatment) สำหรับเด็กผู้หญิงจะเป็นการถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย ความรุนแรงผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการทารุณกรรม การคุกคาม ด้วยคำพูด การข่มขู่ หรือการทรมาน เป็นต้น ความรุนแรงที่เป็นปัญหาสำคัญในประเทศกำลังพัฒนาจะเกี่ยวข้องกับเรื่องความไม่เท่าเทียมกันทาง เพศ (gender inequality) ซึ่งได้แก่ ความรุนแรงในสตรี การถูกทำร้าย และการฆาตกรรม มักจะเกิดจากค่านิยม ค่านิยมของเยาวชน จะรวมถึงวัยเด็กตอนต้น ซึ่งมีอายุระหว่าง 10-17 ปี คาบเกี่ยวช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุตั้งแต่ 18-29 ปี



ความรุนแรง (Violence)

ความรุนแรงในเด็กและเยาวชน (violence against children)	ความรุนแรงในเยาวชน (youth violence)	ความรุนแรงในสตรี (violence against women)		ความรุนแรง ในผู้สูงอายุ
การทารุณกรรมเด็ก (child maltreatment) กลุ่มนี้จะเป็นเด็ก อายุไม่เกิน 18 ปี	- วัยเด็กตอนปลาย (10-17) ปี - วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18-29 ปี)	ความรุนแรง ที่เกิดจากคู่นอน/ คู่รัก (intimate partner violence)	การฆาตกรรม ที่เกิดจากคู่นอน/ คู่รัก (intimate partner homicide)	การทารุณกรรม ผู้สูงอายุ (elder abuse)

ภาพที่ 2 ประเด็นความรุนแรงหรือ violence ที่แบ่งตามช่วงอายุและขนาดของปัญหา ได้แก่ ความรุนแรงในเด็กและเยาวชน (0-18 ปี) ความรุนแรงในเยาวชน (10-29 ปี) ความรุนแรงในผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) และความรุนแรงในสตรี (ที่มา; รายงานประจำปีกองป้องกันการบาดเจ็บ 2563)

“

ดังนั้น จึงมีการจัดทำรายงานฉบับนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงข้อมูลความรุนแรงจากการถูกทำร้าย (เฉพาะรหัส X85-Y09) ให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น รวมทั้งการระบุประเด็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความรุนแรงจากการถูกทำร้าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายทั้งในระยะสั้น (1-3 ปี) ระยะกลาง (3-5 ปี) และระยะยาว (5-10 ปี) นอกจากนี้ข้อมูลที่มีอยู่ในรายงานเล่มนี้ ผู้ที่สนใจ เช่น อาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปเป็นข้อมูลวิจัยต่อยอด เพื่อการศึกษาและพัฒนานวัตกรรมอื่น ๆ ที่ช่วยป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้าย ได้อีกทางหนึ่ง

”



- ◆ ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance หรือ IS)
- ◆ สถานการณ์การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายจากระบบ IS
- ◆ ฐานข้อมูลมรณบัตร หรือระบบจดทะเบียนการตาย
- ◆ สถานการณ์การเสียชีวิตจากการวิเคราะห์ข้อมูลระบบการจดทะเบียนการตาย
- ◆ ฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม
- ◆ สถานการณ์การบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายจากฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม

ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance หรือ IS)

ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance - IS) จัดตั้งขึ้นโดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บเฉพาะพื้นที่ (sentinel surveillance) ในระดับจังหวัด โดยใช้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้บาดเจ็บเป็นฐานข้อมูลสำหรับเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรงของจังหวัด เพื่อทราบประชากรกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง สิ่งกำหนด ขนาดและแนวโน้มของปัญหา ทราบการปฐมพยาบาลและการส่งต่อผู้บาดเจ็บ ทั้งด้านความครอบคลุมและคุณภาพ สำหรับใช้ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการให้บริการผู้บาดเจ็บ ซึ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาระบบบริการผู้บาดเจ็บและระบบส่งต่อการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล ตลอดจนใช้ในการป้องกันและควบคุมแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บในระดับประเทศ⁽¹⁾

ด้วยความจำเป็นในการนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงาน ประกอบกับความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บเป็นที่รู้จักและต้องการอย่างแพร่หลายทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บยังมีข้อจำกัดในการจัดเก็บข้อมูล และการประมวลผล จึงมีการปรับปรุงและพัฒนา ระบบเฝ้าระวังเรื่อยมา และปัจจุบันได้พัฒนาต่อยอดโปรแกรม IS ให้มีความทันสมัยมากขึ้น เพื่อรองรับนโยบายขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในระดับ A, S, M1 ทั่วประเทศ รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงโครงข่ายข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ดำเนินการระบบ IS ทั่วประเทศ⁽²⁾

วัตถุประสงค์ของฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS)

- ❶ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลการบาดเจ็บระดับชาติที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีมาตรฐาน และเหมาะสมต่อการใช้งานในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในระดับพื้นที่และระดับชาติ
- ❷ เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้บาดเจ็บ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในระดับพื้นที่และระดับชาติ
- ❸ เพื่อรองรับการปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Centre, EOC) กระทรวงสาธารณสุข สำหรับการสื่อสารส่งข้อมูลกับหน่วยงานต่างกระทรวงหรือต่างประเทศ และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการระบบภัยพิบัติระดับประเทศ⁽²⁾

จุดเด่นของฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS)

- ❶ เครื่องมือที่ใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบ trauma registry ทำให้สามารถเก็บข้อมูลสาเหตุการบาดเจ็บได้ 6 ชนิด
- ❷ มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาแบบบันทึกโดยปรับเปลี่ยนตัวแปรบางตัวและเพิ่มตัวแปรที่จำเป็นรวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เช่น จุดเกิดเหตุ ระบบการคัดแยก
- ❸ มีการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรม สามารถประเมินผลผ่านระบบ online (จากเดิมประมวลผลผ่านระบบปฏิบัติการ windows ทำให้สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น)
- ❹ มีการควบคุมคุณภาพของข้อมูล ได้แก่ การนิเทศงาน และการประเมินระบบและคุณภาพของข้อมูลในช่วง 2-5 ปี

ข้อจำกัดของฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance, IS)

- ▶ ข้อมูลในช่วงปี 2558-2562 ไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ มีเพียง 33 แห่ง
- ▶ ความสมบูรณ์ของข้อมูล IS ในการลงทะเบียนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะประเด็นเหตุแห่งการบาดเจ็บ (การบาดเจ็บเกิดขึ้นโดย-ภาพที่ 3) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ประเภทที่ 1 คือไม่ได้ตั้งใจให้เกิด (unintentional injury) ได้แก่ รหัส 1-อุบัติเหตุ และประเภทที่ 2 คือ การจงใจให้เกิด (intentional injury) ได้แก่ รหัส 2-การทำร้ายตนเอง และ 3-ผู้อื่นทำร้าย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดำเนินคดีได้
- ▶ ระยะเวลาในการลงรายงาน ขึ้นกับข้อตกลงของแต่ละโรงพยาบาลที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โดยทั่วไปจะรายงานทุก 1-4 เดือน

กลุ่มประชากรที่เก็บข้อมูล



ผู้ได้รับบาดเจ็บและตายทุกราย จากการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอก (V01-Y36) ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ดำเนินการเฝ้าระวังดังต่อไปนี้

1 อุบัติเหตุต่าง ๆ

1.1 อุบัติเหตุขนส่ง (transport accidents) ได้แก่ อุบัติเหตุขนส่งทางบก (land transport accidents) อุบัติเหตุขนส่งทางน้ำ (water transport accidents) อุบัติเหตุขนส่งทางอากาศและในอวกาศ (air and space transport accidents)

1.2 อุบัติเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เกิดจากการขนส่ง (other external causes of accidental injury) ได้แก่ พลัดตกหกล้ม (falls) สัมผัสหรือถูกกระแทกด้วยแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ เช่น สิ่งของหล่นใส่ ถูกยิง ทิ่มแทง หรือบดขยี้โดยอาวุธหรือวัตถุต่าง ๆ (exposure to inanimate mechanical forces) สัมผัสกับแรงเชิงกลของสิ่งมีชีวิต เช่น ถูกกัด ต่อย หรือทิ่มแทงโดยสัตว์หรืออวัยวะบางส่วนของสัตว์ (exposure to inanimate mechanical forces) อุบัติเหตุจากการตกน้ำและจมน้ำ (accidental drowning and submersion) อุบัติเหตุอื่นที่คุกคามการหายใจ (other accidental threats to breathing) สัมผัสกับกระแสไฟฟ้า รังสี อุณหภูมิและความกดดันอากาศต่ำ หรือสูง (exposure to electric current, radiation and extreme ambient air temperature and pressure) สัมผัสกับ คาร์บอน ไฟ และเปลวไฟ (exposure to smoke, fire and flames) สัมผัสความร้อนและวัตถุสิ่งของที่ร้อน (contact with heat and hot substances) สัมผัสกับสัตว์และพืชที่เป็นพิษ (contact with venomous animals and plants) สัมผัสกับแรงหรือพลังงานจากธรรมชาติ (exposure to forces of nature) การถูกพิษโดยอุบัติเหตุ (accidental poisoning by and exposure to noxious substances) การออกกำลังกายหรือออกแรงมากเกินไป การเดินทางและการขาดน้ำ หรืออาหาร (overexertion, travel and privation) อุบัติเหตุจากการสัมผัสกับสิ่งอื่นและปัจจัยซึ่งไม่ระบุเฉพาะ (accidental exposure to other and unspecified factors)

1.3 ทำร้ายตัวเอง (international self-harm)

1.4 ถูกทำร้าย (assault)

1.5 บาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (event of undetermined intent)

1.6 การดำเนินการทางกฎหมาย และ/หรือสงคราม (legal intervention and operations of war)



แนวทางการรายงานผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาล ที่ทำการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

ผู้บาดเจ็บที่ต้องรายงาน ได้แก่ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1 ผู้ที่มีสาเหตุบาดเจ็บภายนอกใด ๆ ที่เกิดเหตุบาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วัน จากสาเหตุใด ๆ ดังนี้

1.1 อุบัติเหตุจากการขนส่ง (transport accidents) (V01-V99) ได้แก่ อุบัติเหตุการขนส่งทางบก (land transport accidents) อุบัติเหตุการขนส่งทางน้ำ (water transport accidents) อุบัติเหตุการขนส่งทางอากาศและในอวกาศ (air and space transport accidents)

1.2 อุบัติเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เกิดจากการขนส่ง (other external causes of accidental injury) (W00-X59) ได้แก่ พลัดตกหกล้ม (W00-W19) การสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ (W20-W19) การสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ (W50-W64) การจมน้ำโดยอุบัติเหตุ (W65-W74) การได้รับอุบัติเหตุอื่นที่คุกคามการหายใจ (W75-W84) การสัมผัสกับกระแสไฟฟ้า รังสี อุณหภูมิและความดันอากาศต่ำหรือสูง (W85-W99) การสัมผัสกับคาร์บอนไฟ และเปลวไฟ (X00-X09) การสัมผัสความร้อนและวัตถุร้อน (X10-X19) การสัมผัสกับสัตว์และพืชที่มีพิษ (X20-X29) การสัมผัสกับแรงหรือพลังงานจากธรรมชาติ (X30-X39) การถูกพิษโดยอุบัติเหตุ (X40-X49) การหักโหมการเดินทางและการขาดสิ่งจำเป็นของชีวิต (X50-X57) อุบัติเหตุจากการสัมผัสกับสิ่งอื่น ๆ หรือปัจจัยที่ไม่ระบุ (X58-X59)

1.3 การตั้งใจฆ่าตัวตาย การตั้งใจทำร้ายตัวเอง (international self-harm) (X60-X84)

1.4 การถูกผู้อื่นทำร้าย (assault) (X85-Y09)

1.5 เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้น โดยไม่ทราบความตั้งใจ (event of undetermined intent) (Y10-Y34)

1.6 ปฏิบัติการทางกฎหมายและ/หรือสงคราม (legal intervention and operations of war) (X35-Y36)

2 ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลทุกราย และผู้บาดเจ็บที่ผ่านห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย⁽²⁾



ตัวแปรที่เก็บรวบรวม

ตัวแปรสำคัญของผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต ตามที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) ที่สำคัญคือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน H.N. ที่อยู่ปัจจุบัน เพศ อายุ อาชีพ (ชื่อ-สกุล ต้องบันทึก) ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ได้แก่ วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ วันที่มาถึงโรงพยาบาล สถานที่เกิดเหตุทั้งจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่ที่ เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล จุดเกิดเหตุ เจตนาที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ ความเกี่ยวข้องกับหน้าที่ในอาชีพสาเหตุของการบาดเจ็บ แบ่งเป็นอุบัติเหตุจากการขนส่ง อุบัติเหตุอื่น ๆ และการบาดเจ็บอื่น ๆ พฤติกรรมเสี่ยง การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ การปฐมพยาบาล การดูแลขณะนำส่ง สภาพผู้บาดเจ็บแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลักษณะการบาดเจ็บ สถานภาพเมื่อออกจากห้องแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลาที่ออกจากห้องแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การวินิจฉัย วันที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วย สถานภาพผู้บาดเจ็บเมื่อจำหน่าย⁽²⁾



หน่วยงานที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูล

- โรงพยาบาลมหาราช 2 แห่ง ได้แก่ รพม.นครศรีธรรมราช รพม.นครราชสีมา
- โรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง ได้แก่ รพศ.ลำปาง รพศ.หาดใหญ่ (สงขลา) รพศ.พระนครศรีอยุธยา รพศ.พระปกเกล้า (จันทบุรี) รพศ.ชลบุรี รพศ.ขอนแก่น รพศ.สวรรค์ประชารักษ์ (นครสวรรค์) รพศ.เจ้าพระยายมราช (สุพรรณบุรี) รพศ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ (เชียงใหม่) รพศ.ราชบุรี รพศ.อุดรธานี และ รพศ.นครปฐม
- โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่ รพท.พระนั่งเกล้า (นนทบุรี)
- โรงพยาบาลอื่น ๆ 18 แห่ง ได้แก่ รพ.เลิดสิน (กรุงเทพมหานคร) รพ.นพรัตนราชธานี (กรุงเทพมหานคร) รพ.พระพุทธชินราช (พิษณุโลก) รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ (ปราจีนบุรี) รพ.สรรพสิทธิประสงค์ (อุบลราชธานี) รพ.ระยอง รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.สระบุรี รพ.สุรินทร์ รพ.อุดรดิตถ์ รพ.ยะลา รพ.ตรัง รพ.ฉะเชิงเทรา รพ.บุรีรัมย์ รพ.วชิระภูเก็ต (ภูเก็ต) รพ.กระบี่ รพ.ชุมพร รพ.ตะกั่วป่า (พังงา)⁽³⁾



ผู้เก็บข้อมูล

ผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวัง (ภาพที่ 3) ประกอบด้วย พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย⁽²⁾



วิธีเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบ trauma registry ให้สามารถเก็บข้อมูลสาเหตุการบาดเจ็บได้ทุกชนิด
2. กลุ่มเป้าหมายที่จัดเก็บผู้บาดเจ็บที่มีสาเหตุบาดเจ็บภายนอกตามที่ได้กล่าวมาแล้ว
3. การไหลเวียนของแบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) กรณีผู้ป่วยไม่ admit หรือ เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล (dead

before admission) พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ที่ได้รับมอบหมาย จะบันทึก diagnosis และ outcome งานสารสนเทศทางการแพทย์ TEA Unit ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ลงรหัสและวิเคราะห์ และเผยแพร่รายงาน ในกรณีที่ผู้ป่วย admit พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ที่ได้รับมอบหมาย จะบันทึกข้อมูลทั้งหมด (ยกเว้น diagnosis และ outcome) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายงานสารสนเทศทางการแพทย์ TEA Unit ผู้ที่ได้รับมอบหมาย จะบันทึก diagnosis และ outcome งานสารสนเทศทางการแพทย์ TEA Unit ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูล เผยแพร่รายงาน⁽²⁾



วิธีการส่งต่อข้อมูล

เป็นการส่งต่อข้อมูลแบบออนไลน์ ผ่านระบบ IS online หรือ ISWIN online



ระยะเวลาเพิ่มเติม/แก้ไขข้อมูล

หากต้องการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลให้กระทำได้ภายในเวลา 3 เดือน ยกเว้นในกรณีที่ยังไม่ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกไป



ผู้ลงรหัส ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูล/ความถี่ของการดำเนินการ

เจ้าพนักงานเวชสถิติ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้ลงรหัส (code) ควบคุมการบันทึกข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ความถี่ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ทุกครั้ง ถึง 1 เดือน การวิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลแก่ฝ่ายต่าง ๆ ในและนอกโรงพยาบาล 1-4 เดือนต่อครั้ง แล้วแต่ข้อตกลงของแต่ละโรงพยาบาลในรูปแบบ print out⁽²⁾



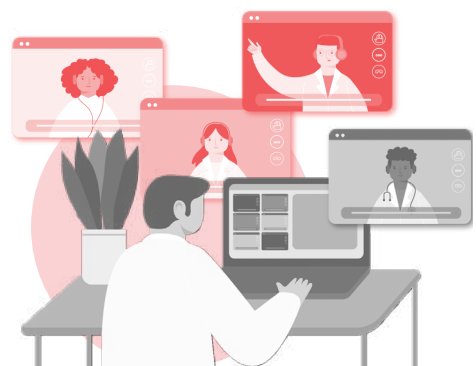
ความถี่ในการเผยแพร่รายงาน

ในระดับจังหวัดขึ้นอยู่กับข้อตกลงของแต่ละโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะรายงานทุก 1-4 เดือน ระดับประเทศ อย่างน้อยทุก 1 ปี⁽²⁾



ผู้จัดทำรายงาน/ผู้รับรายงาน หรือผู้ใช้ข้อมูล

ผู้จัดทำรายงาน (print out ตารางสำเร็จรูปจากโปรแกรม IS) คือ ฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาล TEA Unit เป็นผู้รับรายงาน หรือผู้ใช้ข้อมูล คือ ฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาล แพทย์ศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าตึก หอผู้ป่วย ทีมอุบัติเหตุของโรงพยาบาล ผู้บริหารระดับจังหวัดและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽²⁾



ตารางที่ 2 จำนวนเหยื่อ**เพศชาย**ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย 5 อันดับแรก ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

ลำดับที่	ประเภทการถูกทำร้าย	เพศชาย (ราย)					รวม
		2558	2559	2560	2561	2562	
1	วัตถุมีคม	3,537	3,247	2,684	2,274	2,186	13,928
2	วัตถุไม่มีคม	1,812	1,865	1,663	1,446	1,441	8,227
3	กำลังกาย	1,356	1,314	1,319	1,408	1,398	6,795
4	กระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด	1,364	1,128	736	566	508	4,302
5	วิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด	830	810	630	618	568	3,456
6	อื่น ๆ	369	292	298	249	278	1,486
รวม		9,268	8,656	7,330	6,561	6,379	38,194

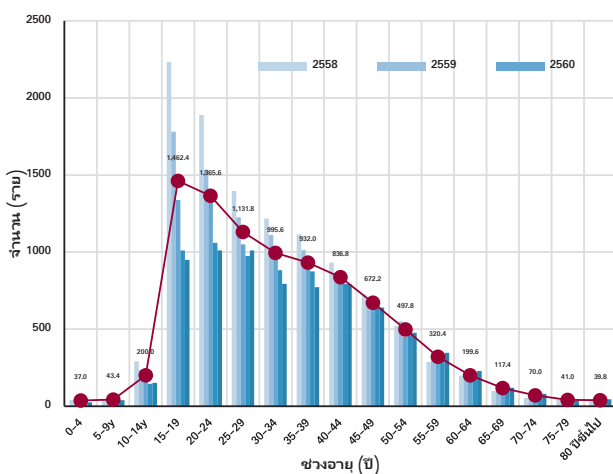
ตารางที่ 3 จำนวนเหยื่อ**เพศหญิง**ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย 5 อันดับแรก ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

ลำดับที่	ประเภทการถูกทำร้าย	เพศหญิง (ราย)					รวม
		2558	2559	2560	2561	2562	
1	วัตถุมีคม	520	631	620	647	586	3,004
2	วัตถุไม่มีคม	326	330	344	320	327	1,647
3	กำลังกาย	274	287	285	224	216	1,286
4	กระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด	126	153	135	126	128	668
5	วิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด	150	126	83	69	66	494
6	อื่น ๆ	130	95	113	115	109	562
รวม		1,526	1,622	1,580	1,501	1,432	7,661

การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงอายุ

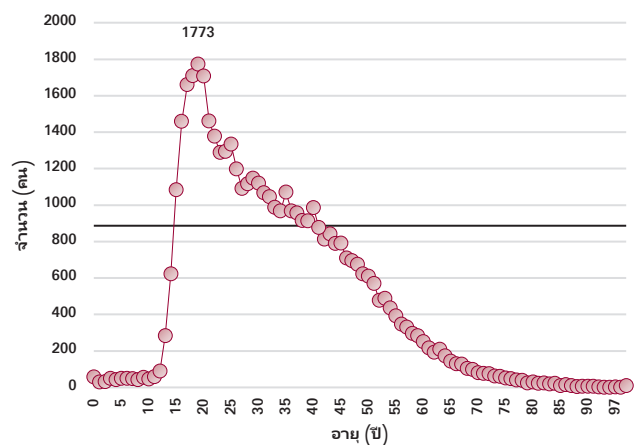
จากข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558–2562) (ภาพที่ 4) พบว่ากลุ่มอายุที่บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายสูงเป็นอันดับ 1 คือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี จำนวน 7,312 ราย เฉลี่ยปีละ 1,462.4 ราย รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 6,828 ราย เฉลี่ยปีละ 1,365.6 ราย และ 25-29 ปี จำนวน 5,659 ราย เฉลี่ยปีละ 1,131.8 ราย เมื่อวิเคราะห์โดยแบ่งอายุตามปี (ภาพที่ 5) พบว่า เหยื่อส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-41 ปี ถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวน 32,579 ราย เฉลี่ยปีละ 6,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.6 ของเหยื่อที่ถูกทำร้ายทั้งหมด

จำนวนการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย
ช่วงอายุ (พ.ศ. 2558-2562)



ภาพที่ 4 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

จำนวนการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย



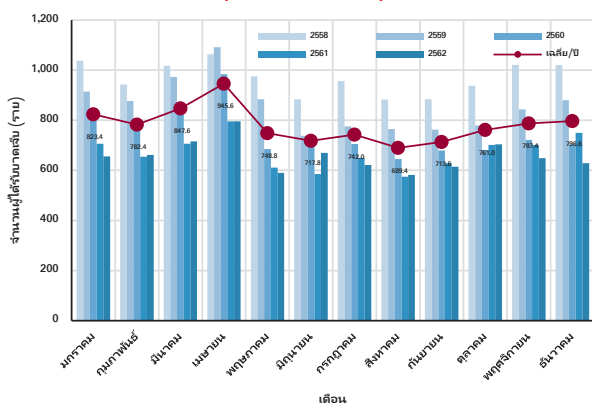
ภาพที่ 5 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)



จากการวิเคราะห์จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย จำแนกรายเดือน (ภาพที่ 6) ในภาพรวม 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562) พบว่าเดือนที่มีรายงานการถูกทำร้ายมากที่สุดคือเดือนเมษายน จำนวน 4,932 ราย เฉลี่ยปีละ 986 ราย และเดือนที่ได้รับรายงานเหยื่อถูกทำร้ายน้อยที่สุดคือเดือน สิงหาคม จำนวน 3,343 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 669 ราย

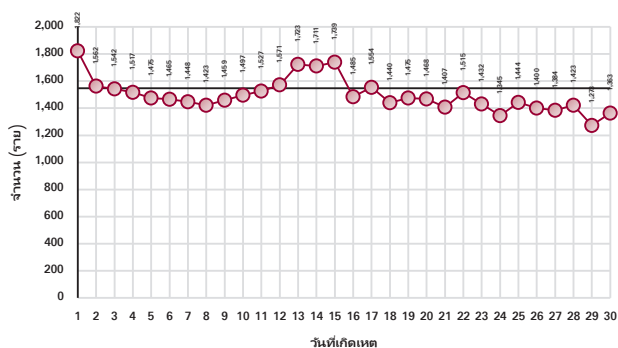
การถูกทำร้ายแยกตามวันที่เกิดเหตุ (ภาพที่ 7) พบว่า เหยื่อมักจะถูกทำร้ายในช่วงต้นเดือนและกลางเดือนมากที่สุด ได้แก่ วันที่ 1 จำนวน 1,822 ราย เฉลี่ยปีละ 364 ราย และวันที่ 15 จำนวน 1,739 ราย เฉลี่ยปีละ 348 ราย แต่ช่วงปลายเดือนมีรายงานถูกทำร้ายลดลงและน้อยที่สุดคือวันที่ 29 จำนวน 1,273 ราย เฉลี่ยปีละ 255 ราย

จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรงแบ่งตามเดือน
(พ.ศ. 2558-2562)



ภาพที่ 6 จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรง
จำแนกรายเดือน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558 – 2562)

จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรงแบ่งตามวันที่เกิดเหตุ
(พ.ศ. 2558-2562)

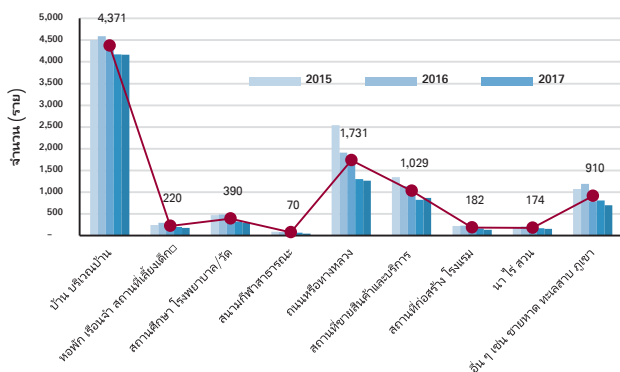


ภาพที่ 7 จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรง
จำแนกรายวัน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558 – 2562)

การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามสถานที่เกิดเหตุ

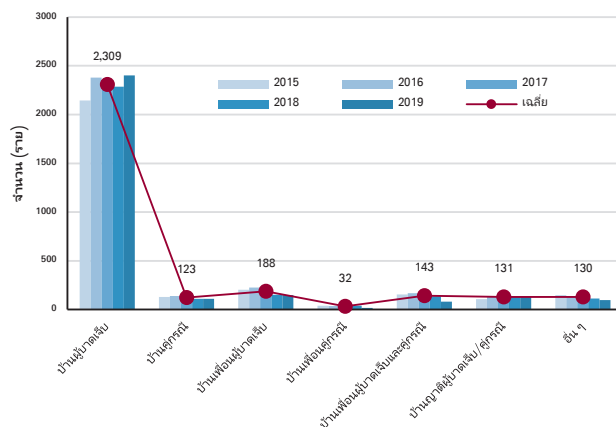
จากการวิเคราะห์ข้อมูลการถูกทำร้าย จำแนกตามสถานที่เกิดเหตุ (ภาพที่ 8) พบว่า ในภาพรวม 5 ปี เหยื่อถูกทำร้ายในบ้านหรือบริเวณบ้าน มากที่สุด จำนวน 21,854 ราย เสียชีวิต 4,371 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.1 หรือ เกือบครึ่งของเหยื่อทั้งหมด และมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะ ในปี 2562 มีจำนวน 4,166 ราย ลดจากปี 2558 จำนวน 4,506 ราย ลดลง 340 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 แต่เหยื่อถูกทำร้ายในบ้านตนเอง มากขึ้น (ภาพที่ 9) จากจำนวน 2,143 ราย ในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 2,400 ราย ในปี 2562 หรือเพิ่มขึ้น 257 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.0 จะเห็นได้ว่า แม้ว่าในภาพรวมเหยื่อถูกทำร้ายในบ้านมีแนวโน้มลดลง แต่การถูกทำร้ายในบ้านตนเองพบเพิ่มขึ้น

สถานที่ที่เหยื่อถูกทำร้ายรองลงมาได้แก่ ถนนหรือทางหลวง ซึ่งรวมถึง ทางหลวง ทางด่วน ตรอก ซอย ใต้ทาง ทางเท้า (ข้างถนน) สะพานเชื่อมถนน มีจำนวนถึง 8,655 ราย เฉลี่ยปีละ 1,731 ราย และสถานที่ขายสินค้าและบริการ เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีรายงาน 5,143 ราย เฉลี่ยปีละ 1,029 ราย



ภาพที่ 8 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของเหยื่อที่ถูกทำร้ายแบ่งตามจุดเกิดเหตุ
ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

จำนวนเหยื่อถูกทำร้าย ณ บ้านและบริเวณบ้านแบ่งตามประเภทบ้าน



ภาพที่ 9 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของเหื่อที่ถูกทำร้าย
แบ่งตามประเภทบ้านที่เกิดเหตุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

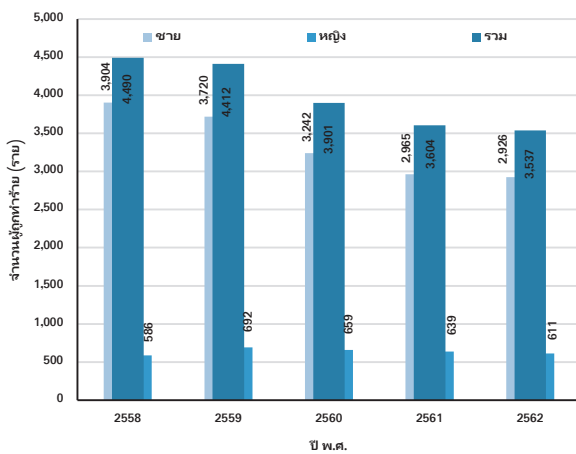
การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับการใช้แอลกอฮอล์

จากข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ในช่วง 5 พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า เหยื่อถูกทำร้ายมีแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้องสูงถึง 19,975 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 3,995 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 10) โดยในปี 2562 เหยื่อที่ถูกทำร้ายมีจำนวน 3,537 ราย ลดลงจากปี 2558 จำนวน 953 ราย หรือลดลงร้อยละ 24.4 ภายในเวลา 5 ปี เหยื่อที่ถูกทำร้ายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16,757 ราย เฉลี่ยปีละ 3,351 ราย มีจำนวนมากกว่าเพศหญิง 13,570 เฉลี่ยปีละ 2,714 ราย เพศหญิงมีจำนวน 3,187 ราย เฉลี่ยปีละ 637 ราย คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 5 ต่อ 1

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนเฉลี่ยต่อปี ของผู้ถูกทำร้ายและมีการบริโภคแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายทั้งหมด ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2558 – 2562 (ภาพที่ 11) พบว่า ประเภหการถูกทำร้ายมากที่สุดคือวัดภูมิคม เฉลี่ย 3,047 รายต่อปี ในจำนวนนี้เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เฉลี่ย 1,377 รายต่อปี คิดเป็นสัดส่วน 2:1 หรือผู้ที่ถูกทำร้ายด้วยวัตถุมีคม 2 คนจะมี 1 คนที่มีแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะเป็นเหยื่อ ผู้กระทำ หรือทั้ง 2 ฝ่าย บริโภคแอลกอฮอล์ รองลงมาได้แก่ การถูกทำร้ายด้วยวัตถุไม่มีคม เฉลี่ย 1,978 ราย โดยเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ 1,007 ราย คิดเป็นสัดส่วน 2:1

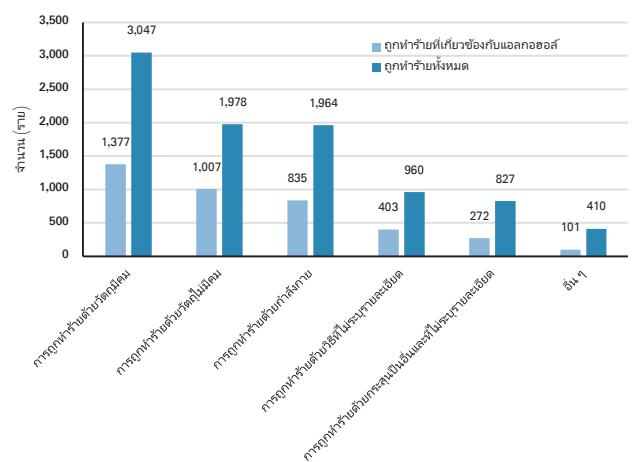
เมื่อพิจารณาเหยื่อที่ถูกทำร้ายและมีการบริโภคแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้องแบ่งตามช่วงอายุ (ภาพที่ 12) พบว่า ช่วงอายุที่ถูกทำร้ายมากที่สุด อยู่ในช่วง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.3 ของทุกช่วงอายุ รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 13.9 และ 25-29 ปี ร้อยละ 13.4 ตามลำดับ

การถูกทำร้ายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ แบ่งตามเพศ (พ.ศ. 2558-2562)



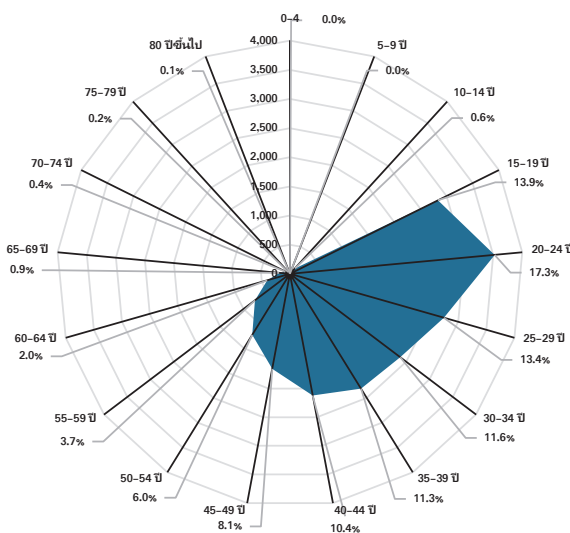
ภาพที่ 10 แนวโน้มการใช้แอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้าย จำแนกตามเพศ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

เปรียบเทียบการถูกทำร้ายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์กับการถูกทำร้ายทั้งหมด ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)



ภาพที่ 11 เปรียบเทียบจำนวนเฉลี่ยต่อปี ของการใช้แอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายกับการถูกทำร้ายทั้งหมด ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

การถูกทำร้ายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์แบ่งตามช่วงอายุ เฉลี่ย 5 ปี



ภาพที่ 12 ร้อยละของเหยื่อถูกทำร้ายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ จำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

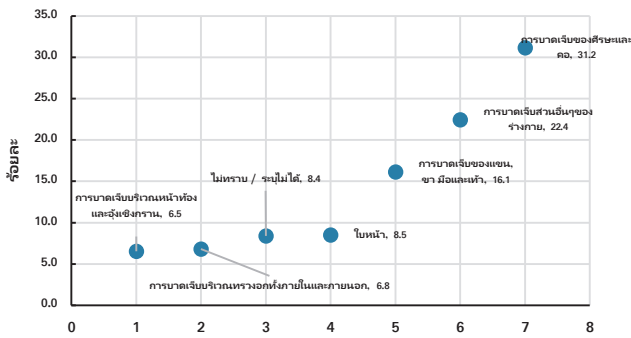


การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับตำแหน่งการบาดเจ็บ

เมื่อพิจารณาตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย เฉลี่ย 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562) พบว่า เหยื่อได้รับการบาดเจ็บบริเวณศีรษะและลำคอสูงเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 31.2 (ภาพที่ 13) รองลงมาได้แก่ การบาดเจ็บส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ร้อยละ 22.4



ร้อยละของตำแหน่งที่ได้รับการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)



ภาพที่ 13 ร้อยละตำแหน่งการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย เฉลี่ย 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

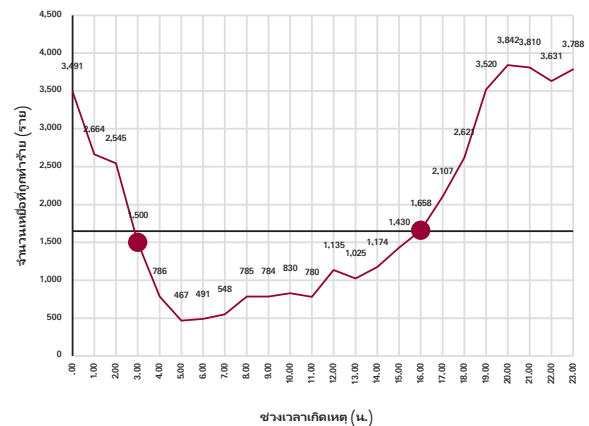
การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงเวลาเกิดเหตุ

ช่วงเวลาเกิดเหตุ (ตารางที่ 4) พบว่า เหตุการณ์ทำร้ายในช่วงระหว่างเวลา 21.01 - 24.04 น. จำนวน 11,229 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.7 มากที่สุด รองลงมาคือประมาณ 18.01 – 21.00 น. จำนวน 9,983 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.0 ช่วงเวลาที่ถูกรายงานน้อยที่สุดคือช่วงระหว่าง 6.01-9.00 น. จำนวน 1,824 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.0 ชั่วโมงที่เกิดเหตุ (ภาพที่ 14) พบว่า เหตุการณ์มักจะเริ่มมีจำนวนมากขึ้นในช่วงก่อนพลบค่ำจนถึงก่อนรุ่งขึ้น ตั้งแต่ประมาณ 16.00 น จนถึงประมาณ 3.00 น. จำนวน 33,677 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.2 ของจำนวนผู้ที่ถูกรายงานทั้งหมด

ตารางที่ 4 จำนวนเหยื่อที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงเวลาเกิดเหตุย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562) แยกตามช่วงเวลา

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ	ปี พ.ศ.					รวม 5 ปี (ราย)
	2558	2559	2560	2561	2562	
21.01-0.00	2,794	2,523	2,157	1,881	1,874	11,229
18.01-21.00	2,242	2,305	1,918	1,799	1,719	9,983
0.01-3.00	2,249	2,008	1,643	1,405	1,395	8,700
15.01-18.00	1,156	1,142	1,045	945	907	5,195
12.01-15.00	731	722	634	647	600	3,334
3.01-6.00	687	629	482	466	489	2,753
9.01-12.00	492	495	498	482	427	2,394
6.01-9.00	379	372	332	380	361	1,824
รวม (ราย)	10,730	10,196	8,709	8,005	7,772	45,412

การถูกทำร้ายแบ่งตามชั่วโมงการเกิดเหตุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)



ภาพที่ 14 จำนวนเหยื่อที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามช่วงเวลาเกิดเหตุย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562) แยกตามชั่วโมง

ฐานข้อมูลระบบจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร)

ประเทศไทย ได้มีการจัดทำข้อมูลสถิติการตายมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2493 กระทรวงสาธารณสุขได้นำข้อมูลการตายจากระบบจดทะเบียนการตาย (ฐานข้อมูลมรณบัตร) ของกระทรวงมหาดไทย มาวิเคราะห์ จัดทำรายงานสถิติการตายของประชากรไทย เผยแพร่ในหนังสือสถิติสาธารณสุข เป็นรายปี การรับรองการตายและบันทึกสาเหตุการตายเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแพทย์จะต้องบันทึกชื่อโรคที่เป็นสาเหตุการตายลงในหนังสือรับรองการตาย ญาติผู้ตายจะนำหนังสือรับรองการตายไปติดต่อแจ้งการตายกับนายทะเบียนอำเภอ ท้องถิ่น และออกใบมรณบัตรให้ญาติเก็บไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลจากหนังสือรับรองการตายจะถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลการตายของกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลการตายมีประโยชน์ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้และการเสียชีวิตที่เกิดก่อนถึงวัยอันควร เพื่อป้องกันโรค วางแผน และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรคของคนไทย⁽⁴⁾

สาเหตุการตาย (causes of death) ประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติ หรือการบาดเจ็บจากเหตุการณ์หลายอย่าง เช่น อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย เป็นต้น ประกอบกันจนทำให้ตาย สิ่งที่เกี่ยวข้องนี้เป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ลงในหนังสือรับรองการตายทั้งหมด แต่ในการจัดทำสถิติสาเหตุการตายระหว่างประเทศได้มีนิยาม สาเหตุการตายต้นกำเนิด (underlying cause of death) ซึ่งจะมีเพียงโรคหรือเหตุการณ์เดียวเท่านั้นในการตายแต่ละคน โดยถ้าเป็นโรคจะเป็นโรคแรกสุดที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดโรคอื่นตามมาจนกระทั่งตาย ถ้าเป็นการบาดเจ็บจะถือเอาสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ และนำไปสู่การตาย เป็นสาเหตุการตายต้นกำเนิด ซึ่งจะประกอบด้วยอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย หรือทำร้ายตนเอง⁽⁴⁾

วัตถุประสงค์ของฐานข้อมูลมรณบัตร

- 1 เพื่อใช้ทำรายงานสถิติการตายของประชากรไทย
- 2 เพื่อวางแผน และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรคและภัยสุขภาพของคนไทย

จุดเด่นของฐานข้อมูลมรณบัตร

มีความครอบคลุม ครบถ้วนที่สุด เกี่ยวกับผู้เสียชีวิตที่เป็นเหยื่อ ความรุนแรง ประมาณร้อยละ 95⁽⁵⁾

ข้อจำกัดของฐานข้อมูลมรณบัตร

- 1 ข้อมูลที่ให้กรอกมีจำนวนมาก ผู้กรอกข้อมูลต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
- 2 ผู้กรอกข้อมูลต้องมีความรู้ด้านการให้รหัสโรค
- 3 แพทย์สรุปโรคสาเหตุการตายด้วยลายมือ อาจเกิดการผิดพลาดในการอ่านลายมือแพทย์⁽⁶⁾
- 4 สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตาย ถูกระบุไว้ตามหลักเกณฑ์ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร การทำสถิติการตายของประเทศ และนำไปประโยชน์ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงอาจมีข้อมูลที่แตกต่างจากข้อมูลในใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ)⁽⁷⁾

กลุ่มประชากรที่เก็บข้อมูล



ผู้เสียชีวิตทุกรายที่มีการแจ้งตายกับสำนักทะเบียนท้องถิ่น อำเภอ



ตัวแปรที่เก็บรวบรวม

การเพิ่มข้อมูลการตายรายใหม่ กรอกรายละเอียดตัวแปร ได้แก่ ชื่อ* นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน เลขที่บัตรประจำตัวต่างชาติ* เพศ* อายุ* ที่อยู่* วันที่ตาย* ชื่อโรค* หรือรหัส ICD10 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน โรคหรือภาวะที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร

คัดลอกลงในช่อง “สาเหตุการตาย” ในมรณบัตร (ไทยหรืออังกฤษ) หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี* ผู้รับรองการตาย* (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ทราบ) สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุ* สถานที่ตาย* โดยตัวแปรที่มี* เกือบทั้งหมด จำเป็นต้องกรอกข้อมูลให้ครบ



หน่วยเก็บงานที่เก็บข้อมูล

โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน สำนักทะเบียนท้องถิ่น อำเภอ⁽⁸⁾



ผู้เก็บข้อมูล

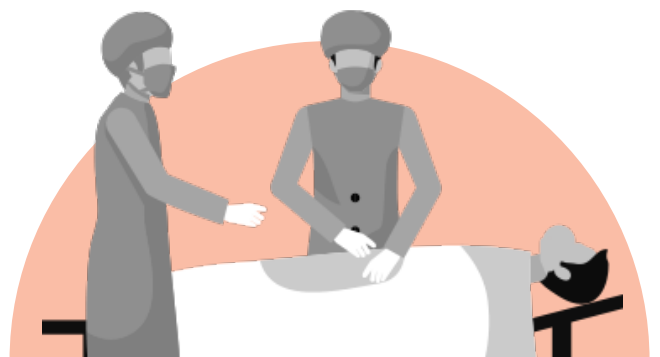
สำนักทะเบียนท้องถิ่น อำเภอ ผู้เก็บข้อมูล คือ นายทะเบียนท้องถิ่น โรงพยาบาล ผู้กรอกข้อมูล แพทย์ พยาบาล เสมียนตึก ผู้ตรวจสอบข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสถิติชำนาญการ ผู้บันทึกข้อมูล คือ นักวิชาการสถิติชำนาญการ⁽⁸⁾



วิธีเก็บข้อมูล

ข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูลนี้ ได้จากการเก็บข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนของโรงพยาบาลและส่วนของสำนักทะเบียนท้องถิ่น อำเภอ โดยขั้นตอนการเก็บข้อมูลเริ่มจากแพทย์ประจำสถานพยาบาล ออกหนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1) เพื่อให้ญาตินำไปแจ้งตายต่อสำนักทะเบียนท้องถิ่น และมีสำเนาเก็บไว้ที่โรงพยาบาล เมื่อญาติผู้ตายแจ้งนายทะเบียน ทั้งกรณีที่ได้รับใบรับรองการตายจากสถานพยาบาล หรือกรณีตายที่ไม่ได้รับรองจากสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานมหาดไทย เช่น ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนันเป็นผู้รับรอง จากนั้นนายทะเบียนสำนักงานทะเบียนท้องถิ่นบันทึกลงในเอกสารมรณบัตรและระบบคอมพิวเตอร์ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย⁽⁸⁾

แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ปัจจุบันมี 2 แบบ คือ 1) หนังสือรับรองการตายที่ใช้สำหรับรับรองการตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (ภาพที่ 15) และ 2) หนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1) ที่ออกโดยสถานพยาบาล (ภาพที่ 16)⁽⁷⁾



INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Cause of death		Approximate interval between onset and death
I		
Disease or condition directly leading to death*	(a)	
	due to (or as a consequence of)	
Antecedent causes	(b)	
Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	due to (or as a consequence of)	
	(c)	
	due to (or as a consequence of)	
	(d)	
II		
Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it		
		

*This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.

ภาพที่ 15 แบบรายงานสาเหตุการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
(ที่มา: คู่มือ การบันทึกหนังสือรับรองการตาย ปรับปรุง ปี 2017 กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)

แบบฟอร์มนี้มักพิมพ์ไว้ด้านหลังของใบสรุปหน้าผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์สรุปบันทึกเข้าระบบข้อมูลของโรงพยาบาล และแพทย์จะต้องกรอกแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย ท.ร.4/1 (ภาพที่ 16) ด้วยเพื่อให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนำไปแจ้งตายต่อนายทะเบียนท้องถิ่นออกใบมรณบัตรภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ญาติสามารถนำศพออกจากโรงพยาบาลไปเผาปนกิจได้⁽⁷⁾

แบบฟอร์มรับรองการตายในสถานพยาบาล “หนังสือรับรองการตาย” หรือเรียกย่อ ๆ ว่า ท.ร.4/1 แบบฟอร์ม ท.ร.4/1 ดัดแปลงมาจากแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย (Medical Certificate of Cause of Death) ในหนังสือบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10) ซึ่งใช้สำหรับแพทย์ลงบันทึกเมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศขององค์การอนามัยโลกใช้หนังสือรับรองการตายที่เสนอไว้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันซึ่งเมื่อแพทย์บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มแล้วโรงพยาบาลจะส่งข้อมูล online ไปที่กระทรวงสาธารณสุข ทำการตรวจสอบและประมวลผลเพื่อให้รหัสสาเหตุการตายที่ถูกต้องต่อไป⁽⁷⁾



Cause of death		Approximate interval between onset and death
I		
Disease or condition directly leading to death*	(a)	
	due to (or as a consequence of)	
Antecedent causes	(b)	
Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	due to (or as a consequence of)	
	(c)	
	due to (or as a consequence of)	
	(d)	
II		
Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it		
		

*This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.

ภาพที่ 16 หนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1)
(ที่มา: คู่มือ การบันทึกหนังสือรับรองการตาย ปรับปรุง ปี 2017 กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)

การส่งต่อข้อมูล

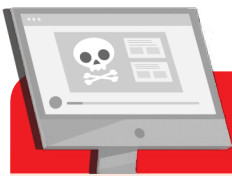
เจ้าหน้าที่เวชสถิติ มีหน้าที่การบันทึกและส่งข้อมูลการตายของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลในแต่ละเดือน ผ่านระบบรายงานข้อมูลการตายไปยังหน่วยงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกเดือน ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป⁽⁶⁾

แหล่งรวบรวมข้อมูลและความถี่ในการเผยแพร่รายงาน

ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล และเผยแพร่ระดับประเทศ อย่างน้อยทุก 1 ปี⁽⁹⁾

ผู้จัดทำรายงาน ผู้รับรายงาน หรือผู้ใช้ข้อมูล

จัดทำรายงาน คือ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับรายงานหรือผู้ใช้ข้อมูล คือ หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ส่วนกลาง และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



สถานการณ์การเสียชีวิตจากฐานข้อมูลมรณบัตร

ประเทศไทย ได้มีการจัดทำข้อมูลสถิติการตายมาตั้งแต่ พ.ศ. 2493 และปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้รับข้อมูลการตายจากระบบจดทะเบียนการตาย (ฐานข้อมูลมรณบัตร) ของกระทรวงมหาดไทย มาวิเคราะห์ จัดทำรายงานสถิติการตายของประชากรไทย เผยแพร่ในหนังสือสถิติสาธารณสุขเป็นรายปี การรับรองการตายและบันทึกสาเหตุการตายเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแพทย์จะต้องบันทึกชื่อโรคที่เป็นสาเหตุการตายลงในหนังสือรับรองการตาย ญาติผู้ตายจะนำหนังสือรับรองการตายไปติดต่อแจ้งการตายกับนายทะเบียนอำเภอ ท้องถิ่น และออกใบมรณบัตรให้ญาติเก็บไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลจากหนังสือรับรองการตายจะถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลการตายของกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลการตายมีประโยชน์ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้และการเสียชีวิตที่เกิดก่อนถึงวัยอันควร เพื่อป้องกันโรค วางแผน และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรคและภัยสุขภาพของคนไทย

สาเหตุการตาย (causes of death) ประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติหรือการบาดเจ็บจากเหตุการณ์หลายอย่าง เช่น อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย เป็นต้น ประกอบกันจนทำให้ตาย สิ่งที่เกี่ยวข้องนี้เป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ลงในหนังสือรับรองการตายทั้งหมด แต่ในการจัดทำสถิติสาเหตุการตายระหว่างประเทศได้มีนิยาม สาเหตุการตายต้นกำเนิด (underlying cause of death) ซึ่งจะมีเพียงโรคหรือเหตุการณ์เดียวเท่านั้น ในการตายแต่ละคน โดยถ้าเป็นโรคจะเป็นโรคแรกสุดที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดโรคอื่นตามมาจนกระทั่งตาย ถ้าเป็นการบาดเจ็บจะถือเอาสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและนำไปสู่การตาย เป็นสาเหตุการตายต้นกำเนิด ซึ่งจะประกอบด้วยอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย หรือทำร้ายตนเอง

จากข้อมูลมรณบัตร 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2558 – 2562) (ตารางที่ 5) พบว่าการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนการเสียชีวิต 2,169 ราย ในปี 2558 ลดลงเหลือ 1,122 ราย ในปี 2562 จะเห็นได้ว่าภายในเวลา 5 ปี จำนวนลดลงทั้งสิ้น 1,047 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.3 พบว่า ประเภทการถูกทำร้ายให้เสียชีวิตมากที่สุดคือ การถูกทำร้ายด้วยกระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จากปี 2558 จำนวน 1,258 ราย เหลือ 478 ราย ในปี 2562 ซึ่งลดลง 780 ราย หรือร้อยละ 62.0 ภายในเวลา 5 ปี

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน จากประเภทการถูกทำร้ายภาพรวมทั้งประเทศ 5 อันดับแรก พ.ศ. 2558 – 2562

ประเภทการเสียชีวิต		ปี พ.ศ.					รวมทั้งสิ้น
		2558	2559	2560	2561	2562	
1 กระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	1,258	1,025	728	663	478	4,152
	ร้อยละ	58.0	57.8	48.9	50.3	42.6	52.7
	อัตรา	1.9	1.6	1.1	1.0	0.7	1.27
2 วัตถุมีคม	จำนวน	520	422	412	345	364	2,063
	ร้อยละ	24.0	23.8	27.7	26.2	32.4	26.2
	อัตรา	0.8	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6
3 วิธีอื่นที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	198	161	155	96	89	699
	ร้อยละ	9.1	9.1	10.4	7.3	7.9	8.9
	อัตรา	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2
4 การแขวนคอ รััดคอ และทำให้หายใจไม่ออก	จำนวน	69	50	55	63	50	287
	ร้อยละ	3.2	2.8	3.7	4.8	4.5	3.6
	อัตรา	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
5 วัตถุไม่มีคม	จำนวน	54	36	40	55	54	239
	ร้อยละ	2.5	2.0	2.7	4.2	4.8	3.0
	อัตรา	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
6 อื่น ๆ	จำนวน	70	79	100	97	84	430
	ร้อยละ	3.2	4.5	6.7	7.4	7.5	5.5
	อัตรา	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
รวม	จำนวน	2,169	1,773	1,490	1,319	1,122	7,873
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
	อัตรา	3.3	2.7	2.3	2.0	1.7	2.4

จากข้อมูลการเสียชีวิตพบว่า เพศชาย (ตารางที่ 6) มีจำนวนการเสียชีวิตจากสาเหตุการถูกทำร้ายสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 7) คิดเป็นสัดส่วน 5:1 เป็นเพศชาย 6,637 ราย เฉลี่ยปีละ 1,327 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 1,236 เฉลี่ย 247 รายต่อปี โดยสาเหตุที่เพศชายและเพศหญิง ถูกทำร้ายจนเสียชีวิตมากที่สุดคือ การถูกทำร้ายด้วยกระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด เพศชายจำนวนทั้งหมด 3,651 ราย ร้อยละ 55.0 หรือเฉลี่ย 730 รายต่อปี และเพศหญิงจำนวนทั้งหมด 501 ราย ร้อยละ 40.5 หรือเฉลี่ย 100 รายต่อปี

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน จากประเภทการถูกทำร้ายของเพศชาย 5 อันดับแรก พ.ศ. 2558 - 2562

ประเภทการเสียชีวิต		ปี พ.ศ.					รวมทั้งสิ้น
		2558	2559	2560	2561	2562	
1 กระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	1,258	1,025	728	663	478	4,152
	ร้อยละ	58.0	57.8	48.9	50.3	42.6	52.7
	อัตรา	1.9	1.6	1.1	1.0	0.7	1.27
2 วัตถุมีคม	จำนวน	520	422	412	345	364	2,063
	ร้อยละ	24.0	23.8	27.7	26.2	32.4	26.2
	อัตรา	0.8	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6
3 วิธีอื่นที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	198	161	155	96	89	699
	ร้อยละ	9.1	9.1	10.4	7.3	7.9	8.9
	อัตรา	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2
4 การแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก	จำนวน	69	50	55	63	50	287
	ร้อยละ	3.2	2.8	3.7	4.8	4.5	3.6
	อัตรา	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
5 วัตถุไม่มีคม	จำนวน	54	36	40	55	54	239
	ร้อยละ	2.5	2.0	2.7	4.2	4.8	3.0
	อัตรา	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
6 อื่น ๆ	จำนวน	70	79	100	97	84	430
	ร้อยละ	3.2	4.5	6.7	7.4	7.5	5.5
	อัตรา	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
รวม	จำนวน	2,169	1,773	1,490	1,319	1,122	7,873
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
	อัตรา	3.3	2.7	2.3	2.0	1.7	2.4

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน จากประเภทการถูกทำร้ายของเพศหญิง 5 อันดับแรก พ.ศ. 2558 - 2562

ประเภทการเสียชีวิต		ปี พ.ศ.					รวมทั้งสิ้น
		2558	2559	2560	2561	2562	
1 กระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	1,258	1,025	728	663	478	4,152
	ร้อยละ	58.0	57.8	48.9	50.3	42.6	52.7
	อัตรา	1.9	1.6	1.1	1.0	0.7	1.27
2 วัตถุมีคม	จำนวน	520	422	412	345	364	2,063
	ร้อยละ	24.0	23.8	27.7	26.2	32.4	26.2
	อัตรา	0.8	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6
3 วิธีอื่นที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	198	161	155	96	89	699
	ร้อยละ	9.1	9.1	10.4	7.3	7.9	8.9
	อัตรา	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2
4 การแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก	จำนวน	69	50	55	63	50	287
	ร้อยละ	3.2	2.8	3.7	4.8	4.5	3.6
	อัตรา	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
5 วัตถุไม่มีคม	จำนวน	54	36	40	55	54	239
	ร้อยละ	2.5	2.0	2.7	4.2	4.8	3.0
	อัตรา	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

ประเภทการเสียชีวิต		ปี พ.ศ.					รวมทั้งสิ้น
		2558	2559	2560	2561	2562	
6 อื่น ๆ	จำนวน	70	79	100	97	84	430
	ร้อยละ	3.2	4.5	6.7	7.4	7.5	5.5
	อัตรา	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
รวม	จำนวน	2,169	1,773	1,490	1,319	1,122	7,873
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
	อัตรา	3.3	2.7	2.3	2.0	1.7	2.4

การเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายจำแนกตามช่วงอายุ

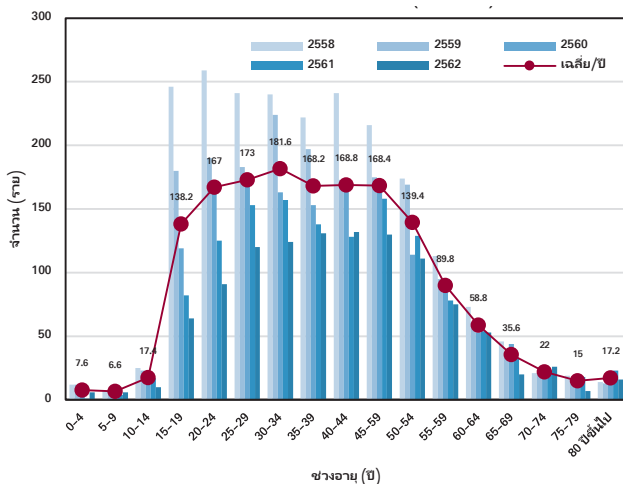
จากข้อมูลมรณบัตร 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558 – 2562) พบว่าการเสียชีวิตแต่ละกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มอายุที่เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี จำนวนทั้งหมด 908 ราย หรือเฉลี่ย 182 รายต่อปี (ภาพที่ 17) และมีจำนวนลดลงจาก 240 ราย ในปี 2558 เหลือ 124 ราย ในปี 2562 ลดลง 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.3

พบว่า ผู้สูงอายุอายุระหว่าง 70 – 74 ปี เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายเพิ่มขึ้น 21 ราย ในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 26 รายในปี 2562 ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 23.8

การเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย จำแนกรายเดือน

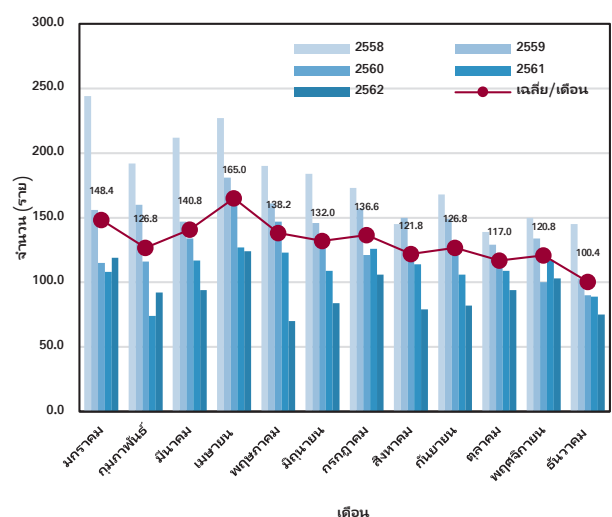
จากข้อมูลมรณบัตร 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558 – 2562) เมื่อจำแนกรายเดือน (ภาพที่ 18) พบว่าเดือนเมษายน มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวน 825 ราย เฉลี่ย 165 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด รองลงมาคือเดือนมกราคม มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้าย 742 ราย เฉลี่ย 148.4 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า 2 เดือนนี้ตรงกับช่วงเทศกาลหยุดยาว ได้แก่ เทศกาลสงกรานต์ (เม.ย.) และเทศกาลปีใหม่ (ม.ค.)

จำนวนการเสียชีวิตแยกตามช่วงอายุ (พ.ศ. 2558-2562)

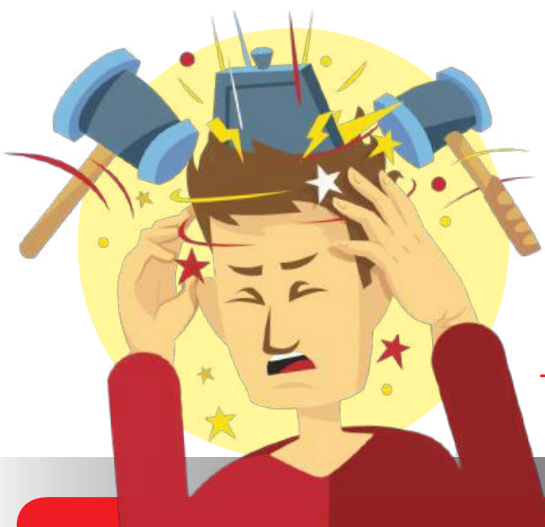


ภาพที่ 17 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายจำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)

จำนวนเหยื่อที่ถูกทำร้ายและเสียชีวิตแบ่งตามเดือน (พ.ศ. 2558-2562)



ภาพที่ 18 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายจำแนกตามช่วงอายุ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562)



การเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย จำแนกตามสถานที่เสียชีวิต

จากข้อมูลมรณบัตร 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2558 – 2562) พบว่า ในฐานข้อมูลมรณบัตรส่วนใหญ่สถานที่เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายส่วนใหญ่ระบุเป็นอื่นๆ (ตารางที่ 8) จำนวน 7,585 ราย หรือเฉลี่ย 1,517 รายต่อปี รองลงมาคือ บ้าน จำนวน 113 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 9 ราย ในปี 2558 เป็น 47 ราย ในปี 2562 เพิ่มขึ้น 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.9

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ การเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย จำแนกตามสถานที่เสียชีวิต (พ.ศ. 2558 – 2562)

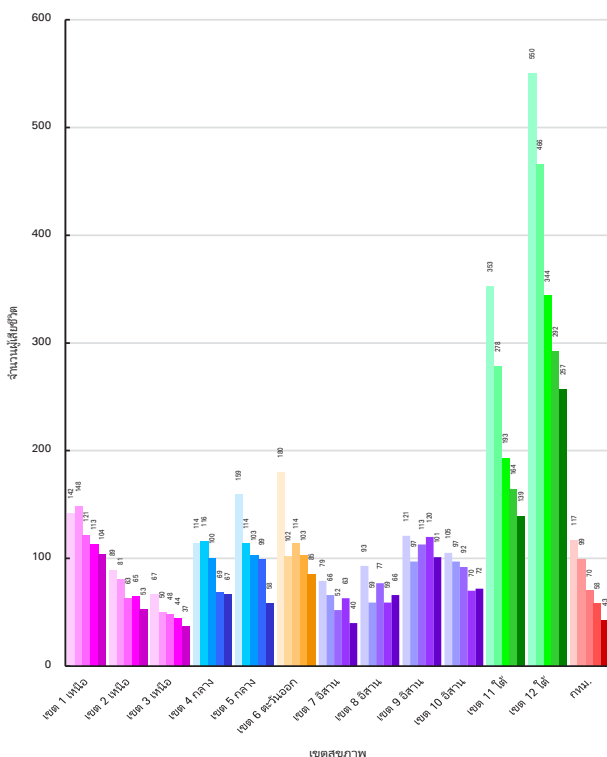
สถานที่การเสียชีวิต	ปี พ.ศ.					รวมทั้งสิ้น
	2558	2559	2560	2561	2562	
บ้าน	9	7	23	27	47	113
ห้องพัก เรือนจำ สถานที่เลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร	0	2	1	1	7	11
สถานศึกษา โรงพยาบาล/วัด	0	0	0	1	1	2
สนามกีฬาสาธารณะ	3	0	2	4	5	14
ถนนหรือทางหลวง	0	1	2	2	3	8
สถานที่ขายสินค้าและบริการ	0	0	0	0	1	1
สถานที่ก่อสร้าง โรงแรม	1	0	5	1	1	8
นา ไร่ สวน	2	0	2	6	3	13
อื่นๆ	2,111	1,735	1,425	1,260	1,054	7,585
รวม	2,126	1,745	1,460	1,302	1,122	7,755



การเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย จำแนกตามเขตสุขภาพ

จากข้อมูลมรณบัตร 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2558 – 2562) ในแต่ละตามเขตสุขภาพ (ภาพที่ 19) พบว่าแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มลดลง พบเพียง 2 เขตสุขภาพ ที่มีจำนวนการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8 และ 10 ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้ง 2 เขต จากจำนวน 59 และ 70 ในปี 2561 เป็น 66 และ 72 ในปี 2562 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.6 และ 2.8 ตามลำดับ และพบว่าเขตสุขภาพที่ 12 (ภาคใต้) มีผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมากที่สุดจำนวน 1,909 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.2 และเมื่อพิจารณาข้อมูลรายภาค พบว่า ภาคใต้มีจำนวนการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวนทั้งหมด 3,036 ราย และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 903 ราย ในปี 2558 เหลือ 396 ราย ในปี 2562 ลดลง 507 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.2

จำนวนผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้าย พ.ศ. 2558 - 2562



ภาพที่ 19 จำนวนและจำนวนเฉลี่ยต่อปีของการเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย จำแนกตามเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558 – 2562) โดยเขตสุขภาพที่ 1-3 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ เขตสุขภาพที่ 4 และ 5 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง เขตสุขภาพที่ 6 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตสุขภาพที่ 7-10 ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขตสุขภาพที่ 11-12

ฐานข้อมูลสุขภาพ



กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แพ้มมาตรฐาน และแฟ้มโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ 7 แพ้มมาตรฐาน เพื่อประโยชน์ในการบันทึก และการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อใช้ทดแทนระบบระเบียบ รายงานแบบเดิม ตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา เป้าหมาย เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ ลดภาระการจัดเก็บ และบันทึกข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลา และให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประกาศโครงสร้างเพื่อการใช้งาน โดยแฟ้มผู้ป่วยในเป็นข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการในลักษณะแฟ้มบริการ ใน 43 แพ้มมาตรฐาน⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์ฐานข้อมูลสุขภาพ 43 เพิ่ม

- 1 เพื่อใช้ทำรายงานสถิติการป่วยและตายของประชากรไทย
- 2 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน
- 3 เป็นข้อมูลสำหรับงานวิจัย ค้นคว้าทางด้านสุขภาพ

จุดเด่นของฐานข้อมูลสุขภาพ 43 เพิ่ม

กลุ่มเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มเพิ่มที่เก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมดของผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถทราบประวัติการรักษาของผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเพิ่มผู้ป่วยนอก โดยข้อมูลจะเริ่มส่งออกก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้มีการจำหน่ายจากโรงพยาบาลออกไป⁽¹¹⁾ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการ⁽¹²⁾

ข้อจำกัดของฐานข้อมูลสุขภาพ 43 เพิ่ม

- 1 การสรุปโรคและรหัสหัตถการไม่ตรงหลักการให้รหัสโรค ส่งผลให้การทำสถิติการเจ็บป่วยไม่สามารถระบุสาเหตุของโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง
- 2 ความครบถ้วนของการบันทึกรายละเอียดในแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน หากแพทย์ผู้บันทึกเวชระเบียนเขียนข้อมูลไม่ครบใช้อักษรย่อ เขียนด้วยลายมือ อาจเกิดการผิดพลาดในการอ่านลายมือแพทย์ จะทำให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่อ่านข้อมูลในเวชระเบียนไม่สามารถใช้ข้อมูลนั้นประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ⁽¹³⁾

กลุ่มประชากรที่เก็บข้อมูล



ผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล (in patient department หรือ IPD)



ตัวแปรที่เก็บรวบรวม

จะมีทั้งหมด 43 เพิ่ม แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- 1 ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (ADMISSION) ตรวจสอบรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แผนกที่รับผู้ป่วย ประเภทสิทธิการรักษา ประเภทการมารับบริการ วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย) ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง เงินที่จ่ายจริง วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล กลุ่ม DRG คำน้ำหนักสัมพัทธ์ คำน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว รหัสความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยใน รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน วันนอนจริง และรุ่นของโปรแกรม grouper ที่ใช้ในการคำนวณ

- 2 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน (DIAGNOSIS_IPD)

ตรวจสอบรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แผนกที่รับผู้ป่วย ประเภทการวินิจฉัย รหัสโรคที่วินิจฉัย และวันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล

- 3 ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน (DRUG_IPD) ตรวจสอบ

รหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แผนกที่รับผู้ป่วย ประเภทการจ่ายยา รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล และวันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล

- 4 ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน

(PROCEDURE_IPD) ตรวจสอบรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แผนกที่รับผู้ป่วย รหัสหัตถการ วันและเวลาที่เริ่มทำหัตถการ และวันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล

- 5 ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน

(CHARGE_IPD) ตรวจสอบรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แผนกที่รับผู้ป่วย หมวดของค่าบริการ รหัสรายการค่าบริการ สิทธิการรักษาที่เบิก ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย) ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง และวันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล⁽¹²⁾



หน่วยงานที่เก็บข้อมูลและผู้เก็บข้อมูล

หน่วยบริการ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสถิติ เภสัชกร⁽¹³⁾

The form is a standard medical record for inpatient care in Thailand. It includes sections for:

- 1. ADMISSION NUMBER
- 2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER
- 3. HOSPITAL NUMBER
- 4. PATIENT NAME
- 5. PATIENT ADDRESS
- 6. SEX
- 7. MARITAL STATUS
- 8. ETHNIC GROUP
- 9. OCCUPATION
- 10. DATE OF BIRTH
- 11. DATE OF ADMISSION
- 12. DATE OF DISCHARGE
- 13. DATE OF DEATH
- 14. DATE OF TRANSFER
- 15. DATE OF REFERENCE
- 16. DATE OF REFERENCE
- 17. DATE OF REFERENCE
- 18. DATE OF REFERENCE
- 19. DATE OF REFERENCE
- 20. DATE OF REFERENCE
- 21. DATE OF REFERENCE
- 22. DATE OF REFERENCE
- 23. DATE OF REFERENCE
- 24. DATE OF REFERENCE
- 25. DATE OF REFERENCE
- 26. DATE OF REFERENCE
- 27. DATE OF REFERENCE
- 28. DATE OF REFERENCE
- 29. DATE OF REFERENCE
- 30. DATE OF REFERENCE
- 31. DATE OF REFERENCE
- 32. DATE OF REFERENCE
- 33. DATE OF REFERENCE
- 34. DATE OF REFERENCE
- 35. DATE OF REFERENCE
- 36. DATE OF REFERENCE
- 37. DATE OF REFERENCE
- 38. DATE OF REFERENCE
- 39. DATE OF REFERENCE
- 40. DATE OF REFERENCE
- 41. DATE OF REFERENCE
- 42. DATE OF REFERENCE
- 43. DATE OF REFERENCE
- 44. DATE OF REFERENCE
- 45. DATE OF REFERENCE
- 46. DATE OF REFERENCE
- 47. DATE OF REFERENCE
- 48. DATE OF REFERENCE
- 49. DATE OF REFERENCE
- 50. DATE OF REFERENCE
- 51. DATE OF REFERENCE
- 52. DATE OF REFERENCE
- 53. DATE OF REFERENCE
- 54. DATE OF REFERENCE
- 55. DATE OF REFERENCE
- 56. DATE OF REFERENCE
- 57. DATE OF REFERENCE
- 58. DATE OF REFERENCE
- 59. DATE OF REFERENCE
- 60. DATE OF REFERENCE
- 61. DATE OF REFERENCE
- 62. DATE OF REFERENCE
- 63. DATE OF REFERENCE
- 64. DATE OF REFERENCE
- 65. DATE OF REFERENCE
- 66. DATE OF REFERENCE
- 67. DATE OF REFERENCE
- 68. DATE OF REFERENCE
- 69. DATE OF REFERENCE
- 70. DATE OF REFERENCE
- 71. DATE OF REFERENCE
- 72. DATE OF REFERENCE
- 73. DATE OF REFERENCE
- 74. DATE OF REFERENCE
- 75. DATE OF REFERENCE
- 76. DATE OF REFERENCE
- 77. DATE OF REFERENCE
- 78. DATE OF REFERENCE
- 79. DATE OF REFERENCE
- 80. DATE OF REFERENCE
- 81. DATE OF REFERENCE
- 82. DATE OF REFERENCE
- 83. DATE OF REFERENCE
- 84. DATE OF REFERENCE
- 85. DATE OF REFERENCE
- 86. DATE OF REFERENCE
- 87. DATE OF REFERENCE
- 88. DATE OF REFERENCE
- 89. DATE OF REFERENCE
- 90. DATE OF REFERENCE
- 91. DATE OF REFERENCE
- 92. DATE OF REFERENCE
- 93. DATE OF REFERENCE
- 94. DATE OF REFERENCE
- 95. DATE OF REFERENCE
- 96. DATE OF REFERENCE
- 97. DATE OF REFERENCE
- 98. DATE OF REFERENCE
- 99. DATE OF REFERENCE
- 100. DATE OF REFERENCE



วิธีเก็บข้อมูล

ขั้นตอนจะเริ่มจากแพทย์จะดำเนินการสรุปบันทึกผู้ป่วยในตามแบบฟอร์มในภาพที่ 20 โดยมีนัยการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (discharge summary) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9 เมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยและสั่งจำหน่าย (discharge) ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยสรุปบันทึกผู้ป่วยใน จะถูกส่งต่อให้เจ้าหน้าที่เวชสถิตินำไปลงรหัส ICD และจัดทำสถิติการเจ็บป่วยของโรงพยาบาล⁽¹³⁾



ภาพที่ 20 แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ฉบับ ปี พ.ศ. 2557 (ที่มา: คำนิยามการบันทึกแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน ฉบับ ปี พ.ศ. 2557. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 9 นิยามการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary)

ลำดับที่	ตัวแปร	นิยาม
1	Admission Number – AN หมายเลขการรับเข้ารักษา ในโรงพยาบาล	เป็นหมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นเมื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งอื่น ๆ หากผู้ป่วยรายใดเคยเข้านอนโรงพยาบาลเดียวกันหลาย ๆ ครั้ง ก็จะมีหมายเลขการรับเข้าโรงพยาบาลในโรงพยาบาลหลายเลขโดยไม่ซ้ำกัน
2	ID NO เลขประจำตัวประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย
3	Hospital Number – HN เลขประจำตัวผู้ป่วย	เป็นหมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเลขประจำตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาล โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับใช้ระบุตัวผู้ป่วยรายนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขประจำตัวผู้ป่วยรายอื่น ๆ
4	Patient Name ชื่อผู้ป่วย	คำนำหน้า ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
5	Patient Address ที่อยู่ของผู้ป่วย	บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต และจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล
6	Sex เพศของผู้ป่วย	เพศผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล มีค่าเป็น ชาย (Male) หรือหญิง (Female)
7	Marital Status สถานภาพสมรสของผู้ป่วย	สถานภาพสมรสของผู้ป่วย ที่ได้รับการชักประวัติผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าเป็น โสด หรือ สมรส หรือ หม้าย (คู่สมรสตายจาก) หรือ หย่า (คู่สมรสหย่าร้าง) หรือ แยกกันอยู่ (คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังไม่หย่า) อาจบันทึกเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ *คำจำกัดความ สถานภาพสมรส จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ
8	Ethnic Group เชื้อชาติของผู้ป่วย	เชื้อชาติของผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
9	Occupation อาชีพของผู้ป่วย	อาชีพของผู้ป่วย ที่ได้รับการชักประวัติผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล *ตามมาตรฐานรหัสอาชีพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
10	Date of Birth วันเกิดของผู้ป่วย	วัน เดือน ปีพุทธศักราช ที่ผู้ป่วยเกิด ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ลำดับที่	ตัวแปร	นิยาม
11	Age at Admission อายุเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล	อายุของผู้ป่วย ในวันที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล มีหน่วยเป็นปี ถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปี เป็นต้นไป มีหน่วยเป็นเดือน ถ้าผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 364 วัน มีหน่วยเป็นวัน ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 วัน
12	Birthweight (Infant Only) น้ำหนักแรกเกิดของผู้ป่วยทารก	น้ำหนักตัวแรกเกิดของทารกเป็นกรัม ใช้กับผู้ป่วยทารกที่อายุไม่เกิน 1 ปี เท่านั้น
13	Ward หอผู้ป่วย	ชื่อหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา
14	Department แผนกที่รับไว้	แผนกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา
15	Date and Time of Admission, Discharge วันเวลาที่รับไว้และจำหน่าย	วันเวลา (ใช้ปีพุทธศักราช) ที่รับไว้ในโรงพยาบาล คือ วันเวลาที่ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล วันเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ วันเวลาที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หรือ วันเวลาที่เสียชีวิต
16	Length of Stay (Days) จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล	จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ไม่นับวันจำหน่ายยกเว้นรับไว้ และจำหน่ายในวันเดียวกัน ให้นับเป็น 1 วัน
17	Total Leave Days จำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยขอลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ถ้าน้อยกว่า 1 วัน ให้รายงานเป็น 1 วัน
18	Diagnosis-การวินิจฉัยโรค	
	(1) Principal Diagnosis การวินิจฉัยหลัก	บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น โดยให้แพทย์พิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในคราวนี้ แต่หากมีโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญพอ ๆ กัน มากกว่า 1 โรค ให้พิจารณาเลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด และถ้าเป็นกรณีที่มีวินิจฉัยโรคไม่ได้ชัดเจนอาจบันทึกอาการและอาการแสดงเป็นภาวะหลัก (ไม่บันทึกอาการหากทราบว่าการนั้นมาจากเป็นโรคใด)
	(2) Pre-Admission Comorbidity (s) การวินิจฉัยร่วมที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	บันทึกได้หลายโรค เป็นโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคหลัก เกิดขึ้นก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาดังในโรงพยาบาลครั้งนี้
	(3) Post Admission Complication (s) โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	บันทึกได้หลายโรค เป็นโรคที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคหลักแต่แรก แต่มาเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาดังในโรงพยาบาลครั้งนี้
	(4) Other Diagnosis โรคอื่น ๆ	บันทึกได้หลายโรค เป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาดังในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยอาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคหลัก หรือ พบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้
	(5) External Cause (s) of Injury สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ	บันทึกได้หลายสาเหตุ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับพิษ หรือ เกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา มักเป็นเนื้อหาที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย อาจบันทึกเป็นภาษาไทยถ้าแพทย์คิดว่าการบันทึกภาษาไทยจะทำให้บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์ได้ดีกว่า
19	Operation-การผ่าตัด	
	Operative Room Procedures, Date, Time in, Time out การผ่าตัดและวันเวลาที่ผ่าตัด	บันทึกได้หลายรายการ เรียงตามวันที่ทำการผ่าตัด ระยะเวลาเริ่มการผ่าตัด ให้เริ่มนับตั้งแต่เวลาที่แพทย์เริ่มทำการผ่าตัด และระยะเวลาสิ้นสุดการผ่าตัด คือเวลาที่แพทย์เสร็จสิ้นการผ่าตัด รายการที่ทำการผ่าตัด ไม่ต้องระบุวิธีเริ่มผ่า (Approach) และไม่ต้องระบุวิธีเย็บปิด (Closure) ยกเว้นกรณีที่ผ่าเปิดแล้วปิดโดยไม่กระทำการใด ๆ ให้แพทย์บันทึกวิธีเริ่มผ่าเพียงรายการเดียว
20	Important Non-Operative Room Procedures หัตถการสำคัญที่ทำนอกห้องผ่าตัด	บันทึกได้หลายรายการ เป็นหัตถการที่สำคัญ มักทำโดยแพทย์และต้องใช้ทักษะพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนมา
21	Special Investigation การตรวจพิเศษ	การตรวจที่ใช้เครื่องมือชันสูตรหรือเครื่องตรวจภาพทางรังสีราคาแพง มีราคาค่าตรวจสูง

ลำดับที่	ตัวแปร	นิยาม
22	Discharge Status สถานะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	สถานะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีสถานะเป็นอย่างไรอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. Complete Recovery - หายขาดจากโรค 2. Improve-อาการดีขึ้น แต่ไม่หายขาด (ไม่ใช้กับการคลอด) 3. Not improve-อาการไม่ดีขึ้น (ไม่ใช้กับการคลอด) 4. Delivered-ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนจำหน่ายเท่านั้น. 5. Undelivered-ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้เพื่อคลอด แต่ไม่คลอดเมื่อจำหน่ายเท่านั้น 6. Normal Child Discharge with Mother-ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายพร้อมมารดาเท่านั้น 7. Normal Child Discharge Separately-ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายแยกจากมารดาเท่านั้น 8. Dead-เสียชีวิต
	Attending Physician แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย	แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย/แพทย์ผู้สรุปแบบฟอร์ม
	Approval Physician แพทย์ผู้ตรวจสอบ	แพทย์ผู้ตรวจสอบการสรุป (อาจเป็นคนเดียวกับผู้สรุป)
	ICD Codes รหัสกลุ่มโรค	รหัสกลุ่มโรค ที่ให้รหัสตามแนวทางมาตรฐานการให้รหัส (Standard Coding Guidelines ICD-10-TM Volume 5) โดยตำแหน่งรหัสและจำนวนรหัสอาจไม่ตรงกับชื่อโรคและจำนวนโรคที่แพทย์สรุปไว้
	Certificate of Cause of Perinatal Death	เป็นหนังสือรับรองสาเหตุการตายสำหรับทารกเสียชีวิตใน 1 สัปดาห์เท่านั้น



วิธีการส่งต่อข้อมูล

หน่วยบริการ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ สามารถบันทึกข้อมูลบริการและส่งออกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภายหลังสิ้นสุดการบริการและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเรียบร้อยแล้วไปยังคลังข้อมูล Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดเวลาเพื่อการประมวลผลข้อมูลทุกวัน เวลา 01.00 น. หรือหากหน่วยบริการยังไม่สามารถส่งออกข้อมูลบริการเพื่อการประมวลผลได้ทุกวัน ควรดำเนินการตรวจสอบคุณภาพและส่งออกข้อมูลให้ทันตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้เดิม คือ ภายใน 30 วัน ของเดือนถัดไป⁽¹⁰⁾



แหล่งรวบรวมข้อมูลและความถี่ในการเผยแพร่รายงาน

คลังข้อมูล Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดทำรายงานเผยแพร่ในระดับประเทศ อย่างน้อยทุก 1 ปี



ผู้จัดทำรายงาน/ผู้รับรายงาน หรือผู้ใช้ข้อมูล

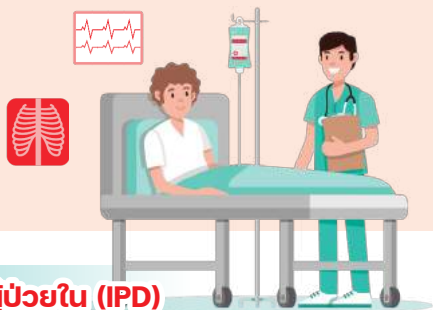
แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

- ระดับจังหวัด** โดยผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และหรือผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และหรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ตรวจสอบคลังข้อมูล (data center) ระดับจังหวัด
- ส่วนกลาง** โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ติดตามความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และคุณภาพข้อมูล ตามตัวชี้วัดและการประมวลผลตามมาตรฐานรายงาน (standard report) ทุกเดือน และติดตามรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร⁽¹⁰⁾

สถานการณ์การบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายจากฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน และเพิ่มโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ 7 แฟ้มมาตรฐาน เพื่อประโยชน์ในการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อใช้ทดแทนระบบทะเบียน รายงานแบบเดิม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา เป้าหมาย

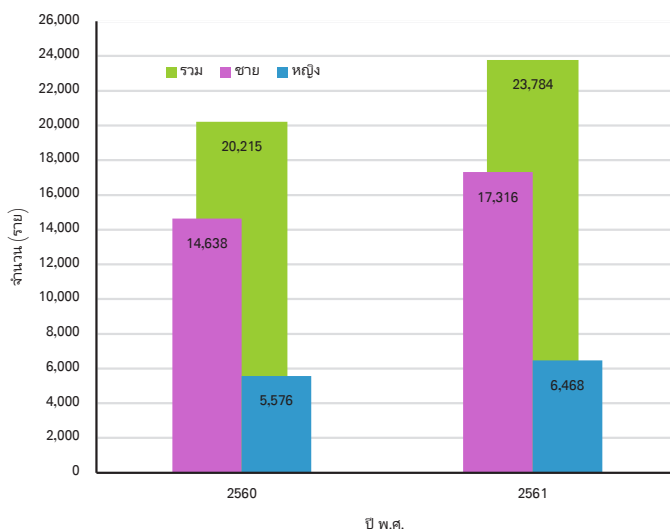
เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ ลดภาระการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลาและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประกาศโครงสร้างเพื่อการใช้งาน โดยเพิ่มผู้ป่วยใน เป็นข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการในลักษณะเพิ่มบริการ ใน 43 แห่งมาตรฐาน



สถานการณ์ผู้ป่วยใน (IPD)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2560 - 2561) (ภาพที่ 21) ในภาพรวม พบว่า มีผู้ป่วยในบาดเจ็บจากสาเหตุการถูกทำร้ายจำนวน 20,215 ราย อัตราการบาดเจ็บ 30.9 รายต่อประชากรแสนคน (ปี 2560) และ 23,784 ราย อัตราการบาดเจ็บ 36.3 รายต่อประชากรแสนคน (ปี 2561) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น 3,569 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.7 และเพศชาย จำนวนเฉลี่ย 15,977 รายต่อปี ถูกทำร้ายมากกว่าเพศหญิง จำนวนเฉลี่ย 6,022 รายต่อปี เฉลี่ย 9,955 รายต่อปี หรือเพศชายถูกทำร้ายมากกว่าเพศหญิง 2.7 เท่า ประเภทรายการถูกทำร้ายส่วนใหญ่มาจากการถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย

จำนวนการบาดเจ็บของผู้ป่วยใน 2 ปี (พ.ศ. 2560-2561) แยกตามเพศ



ภาพที่ 21 จำนวนการบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำแนกตามเพศ ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2560 - 2561)

ประเภทรายการถูกทำร้ายส่วนใหญ่มาจากการการถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย (ตารางที่ 10) จำนวนเฉลี่ย 10,128 รายต่อปี หรือประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในที่ถูกทำร้ายทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วน 33.6 รายต่อประชากรแสนคน ในทั้งสองเพศ ประเด็นที่น่าสนใจคือการถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย ที่พบเหยื่อเพศหญิง จำนวนเฉลี่ย 1,023 รายต่อปี มากกว่าเพศชาย จำนวนเฉลี่ย 127 รายต่อปี คิดเป็นสัดส่วน 8 ต่อ 1 คน

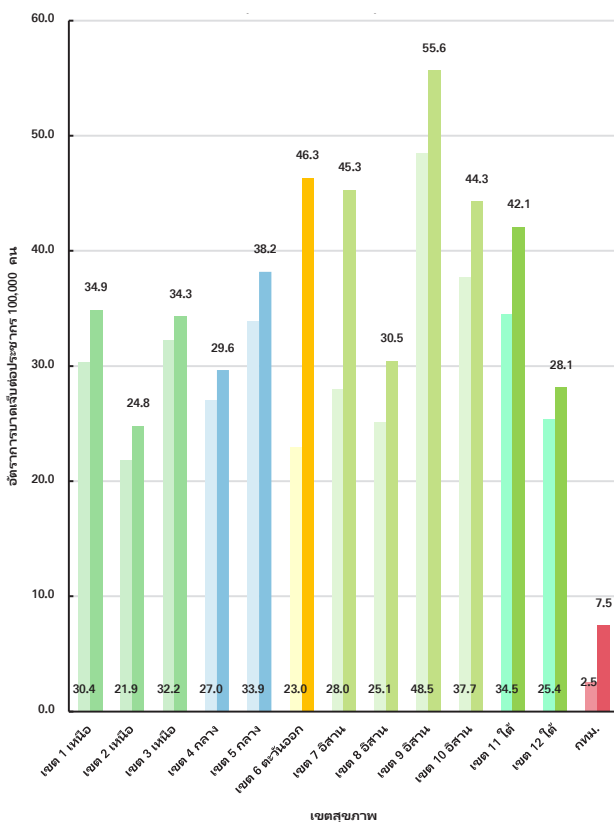
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ และอัตราต่อประชากรแสนคน ของผู้ป่วยในที่ถูกทำร้าย จำแนกตามประเภทรายการถูกทำร้าย ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2560-2561)

ประเภทรายการถูกทำร้าย		2561			2562			รวม 2 ปี	เฉลี่ยต่อปี
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม		
1 กำลั้งกาย (Y04)	จำนวน	5,676	3,585	9,261	6,806	4,188	10,994	20,255	10,127.5
	ร้อยละ	28.1	17.7	45.8	28.6	17.6	46.2		
	อัตรา	8.7	5.5	14.2	10.4	6.4	16.8		
2 วัตถุมีคม (X99)	จำนวน	5,466	785	6,251	6,337	840	7,177	13,428	6,714
	ร้อยละ	27.0	3.9	30.9	26.6	3.5	30.2		
	อัตรา	8.4	1.2	9.6	9.7	1.3	10.9		
3 วิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด (Y09)	จำนวน	1,735	472	2,207	2,138	654	2,792	4,999	2,499.5
	ร้อยละ	8.6	2.3	10.9	9.0	2.7	11.7		
	อัตรา	2.7	0.7	3.4	3.3	1.0	4.3		
4 การถูกทำร้ายทางเพศ ด้วยกำลังกาย (Y05)	จำนวน	119	968	1,087	134	1,078	1,212	2,299	1,149.5
	ร้อยละ	0.6	4.8	5.4	0.6	4.5	5.1		
	อัตรา	0.2	1.5	1.7	0.2	1.6	1.8		

ประเภทการถูกทำร้าย		2561			2562			รวม 2 ปี	เฉลี่ยต่อปี
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม		
5 การถูกทำร้ายด้วยวิธีอื่นที่ระบุรายละเอียด	จำนวน	64	253	317	58	284	342	659	329.5
	ร้อยละ	0.3	1.3	1.6	0.2	1.2	1.4		
	อัตรา	0.1	0.4	0.5	0.1	0.4	0.5		
6 อื่น ๆ	จำนวน	729	362	1,092	899	368	1,267	2,959	1,179.5
	ร้อยละ	3.6	1.8	5.4	3.8	1.5	5.3		
	อัตรา	1.1	0.6	1.7	1.4	0.6	1.9		
รวมทั้งสิ้น	จำนวน	14,638	5,576	20,215	17,316	6,468	23,784		
	ร้อยละ	72.4	27.6	100.0	72.8	27.2	100.0		
	อัตรา	22.4	8.5	30.9	26.4	9.9	36.3		

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในแบ่งตามเขตสุขภาพซึ่งมีพื้นที่ตั้งอยู่ในภาคต่าง ๆ (ภาพที่ 22) พบว่า อัตราการถูกทำร้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ซึ่งมีอัตราสูงถึง 48.5 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 และ 55.6 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้ป่วยในจากการถูกทำร้ายมากที่สุด โดย อัตรา 148.7 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 และ อัตรา 175.7 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2562

อัตราผู้ป่วยในที่ถูกทำร้ายต่อประชากร 100,000 คน ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2560-2561)



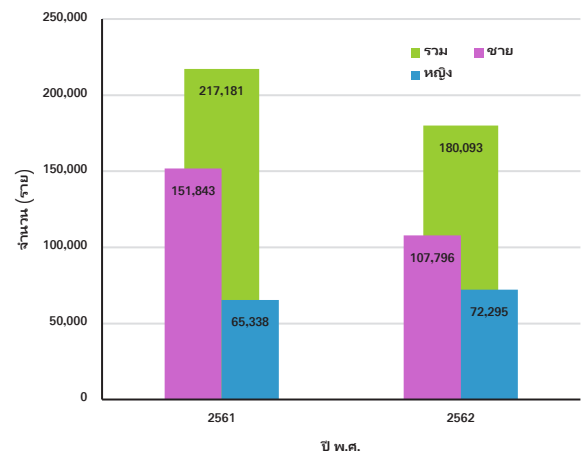
ภาพที่ 22 อัตราการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจากสาเหตุการถูกทำร้าย จำแนกรายเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2560-2561) โดยเขตสุขภาพที่ 1-3 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ เขตสุขภาพที่ 4 และ 5 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง เขตสุขภาพที่ 6 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตสุขภาพที่ 7-10 ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขตสุขภาพที่ 11-12

สถานการณ์ผู้ป่วยนอก (OPD)



จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2561-2562) (ภาพที่ 23) ในภาพรวม พบว่า มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย จำนวน 217,181 ราย อัตราการบาดเจ็บ 332.0 รายต่อประชากรแสนคน ปี 2561 และ 180,093 ราย อัตราการบาดเจ็บ 274.7 รายต่อประชากรแสนคน ปี 2562 ซึ่งมีจำนวนลดลง 37,088 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 และเพศชาย จำนวนเฉลี่ย 129,806 รายต่อปี ถูกทำร้ายมากกว่าเพศหญิง จำนวนเฉลี่ย 68,817 รายต่อปี เฉลี่ย 60,989 รายต่อปี หรือเพศชายถูกทำร้ายมากกว่าเพศหญิง 1.9 เท่า หรือประมาณ 2 เท่า สาเหตุการถูกทำร้ายส่วนใหญ่มาจากการการถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย

จำนวนการบาดเจ็บของผู้ป่วยนอก 2 ปี (พ.ศ. 2561-2562) แยกตามเพศ



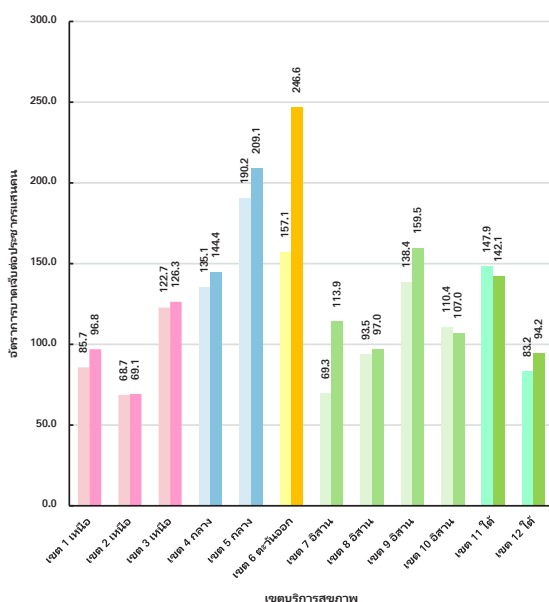
ภาพที่ 23 จำนวนการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก จำแนกตามเพศ 2 ปี (พ.ศ. 2561 - 2562)

ประเภทการถูกทำร้ายส่วนใหญ่มาจากการการถูกทำร้ายด้วยกำลังกาย (ตารางที่ 11) จำนวนเฉลี่ย 108,135 รายต่อปี หรือประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วนนอกที่ถูกทำร้ายทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วน 165 รายต่อประชากรแสนคน ในทั้งสองเพศ ประเด็นที่น่าสนใจคือการถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกายที่พบเยื่อเพศหญิง (จำนวนเฉลี่ย 4,750 รายต่อปี) มากกว่าเพศชาย (จำนวนเฉลี่ย 604 รายต่อปี) คิดเป็นสัดส่วน 8 ต่อ 1 คน

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และอัตราต่อประชากรแสนคน ของผู้ป่วนนอกที่ถูกทำร้าย จำแนกตามประเภทการถูกทำร้าย ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2561-2562)

ประเภทการถูกทำร้าย		2561			2562			รวม 2 ปี	เฉลี่ยต่อปี
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม		
1 กำลังกาย	จำนวน	74,201	42,153	116,354	53,749	46,167	99,916	216,270	108,135
	ร้อยละ	34.2	19.4	53.6	24.7	21.3	46.0		
	อัตรา	231.2	126.0	177.9	167.7	138.4	152.4		
2 วัตถุมีคม (X99)	จำนวน	37,693	8,459	43,136	25,835	10,592	31,550	74,686	37,343
	ร้อยละ	17.4	3.9	19.9	11.9	4.9	14.5		
	อัตรา	117.4	25.3	66.0	80.6	31.7	48.1		
3 วิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด	จำนวน	28,357	5,443	36,816	16,639	5,713	27,231	64,047	32,023.5
	ร้อยละ	13.1	2.5	17.0	7.7	2.6	12.5		
	อัตรา	88.4	16.3	56.3	51.9	17.1	41.5		
4 การถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย	จำนวน	574	4,744	5,318	634	4,755	5,389	10,527	5,263.5
	ร้อยละ	0.3	2.2	2.4	0.3	2.2	2.5		
	อัตรา	1.8	14.2	8.1	2.0	14.3	8.2		
5 การถูกทำร้ายด้วยวิธีอื่นที่ระบุรายละเอียด	จำนวน	3,478	1,327	4,805	3,135	1,262	4,397	9,202	4,601
	ร้อยละ	1.6	0.6	2.2	1.4	0.6	2.0		
	อัตรา	10.8	4.0	7.3	9.8	3.8	6.7		
6 อื่น ๆ	จำนวน	7,540	3,212	10,752	7,804	3,806	11,610	22,362	11,181
	ร้อยละ	3.5	1.5	5.0	3.6	1.8	5.3		
	อัตรา	23.5	9.6	16.4	24.4	11.4	17.7		
รวม	จำนวน	151,843	65,338	217,181	107,796	72,295	180,093	397,274	198,637
	ร้อยละ	69.9	30.1	100.0	49.6	33.3	82.9		
	อัตรา	473.1	195.3	332.0	336.4	216.7	274.7		

อัตราผู้ป่วนนอกที่ถูกทำร้ายต่อประชากร 100,000 คน
ย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2561-2562)



เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วนนอกแบ่งตามเขตสุขภาพซึ่งมีพื้นที่ตั้งอยู่ในภาคต่าง ๆ (ภาพที่ 24) พบว่า อัตราการถูกทำร้ายที่รับบริการเป็นผู้ป่วนนอกมีมากที่สุดเขตสุขภาพที่ 6 (ภาคตะวันออก) มีอัตราสูงถึง 157.1 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 และ 246.6 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2562 เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า ภาคกลาง มีอัตราผู้ป่วนนอกจากการถูกทำร้ายมากที่สุดในปี 2561 โดยมีอัตรา 325.3 รายต่อประชากรแสนคน และปี 2562 มีอัตรา 253.5 รายต่อประชากรแสนคน

ภาพที่ 24 อัตราการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วนนอกจากสาเหตุการถูกทำร้ายจำแนกรายเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2560-2562) โดยเขตสุขภาพที่ 1-3 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ เขตสุขภาพที่ 4 และ 5 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง เขตสุขภาพที่ 6 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 7-10 ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขตสุขภาพที่ 11-12



กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

(Ministry of Social Development
and Human Security)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

มีภารกิจ ในการ 1) พัฒนาคณะและสังคมให้มีคุณภาพเต็มศักยภาพและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง 2) สร้างเสริมเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคม 3) พัฒนาองค์ความรู้ ชีตความสามารถ และระบบการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม 4) จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันและความมั่นคงในชีวิต ซึ่งแบ่งส่วนราชการเป็น 10 หน่วยงาน ได้แก่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมกิจการเด็กและเยาวชน สำนักงานปลัดกระทรวง สำนักงานรัฐมนตรี การเคหะแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) และสำนักงานธนาคุณุเคราะห์

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเรื่องความรุนแรง ได้แก่ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว โดยมีฐานข้อมูลสถิติความรุนแรงในครอบครัวตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550

“ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดทำรายงานประจำปีแสดงจำนวนคดีการกระทำความรุนแรงในครอบครัว จำนวนคำสั่งกำหนดมาตรการหรือวิธีการเพื่อบรรเทาทุกข์ และจำนวนการละเมิดคำสั่งกำหนดมาตรการหรือวิธีการเพื่อบรรเทาทุกข์ของพนักงานเจ้าหน้าที่และศาล และจำนวนการยอมความ และรายงานต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาเพื่อทราบปีละครั้ง”

รวบรวมและเรียบเรียง โดย

ดร. กาญจนา ศรีสวัสดิ์ อริษา ไทรสงค์ จุฬาลักษณ์ จันทระเสนา
และ นายแพทย์วรรณกิตติ์ สันติเจียรกุล

- ◆ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ◆ สถิติคดีอาญาสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- ◆ ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Centre; OSCC)
- ◆ กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ข้อมูลดังกล่าวสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ <http://www.violence.in.th/> ซึ่งระบบนี้เรียกว่า ระบบความรุนแรงในครอบครัว โดยข้อมูลทั้งหมดรวบรวมโดย รวบรวมข้อมูลโดยศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำความรุนแรงในครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ศูนย์ช่วยเหลือสังคม (สายด่วน 1300) ขึ้นในปี 2556 ปัจจุบัน ได้รับการยกเว้นค่าบริการสำหรับการให้บริการเลขหมายโทรศัพท์แบบสั้น 4 หลัก พร้อมทั้งเปิดให้บริการครอบคลุมผู้ประสบปัญหาสังคมคนไทยในต่างประเทศ โดยภารกิจของศูนย์ช่วยเหลือสังคม สายด่วน 1300 ได้แก่ การให้บริการสายด่วน 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วัน ให้บริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การให้ความช่วยเหลือโดยหน่วยเคลื่อนที่เร็ว 1300 ประสานส่งต่อ ทั้งหน่วยงานภายในกระทรวง พม. และนอกกระทรวง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ กระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงได้แบ่งเป็นประเด็นความรุนแรงในบ้านและนอกบ้าน



จุดเด่น

ฐานข้อมูลของกระทรวง พม. ได้ข้อมูลจากการรับแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1300 และมีศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำความรุนแรงในครอบครัว เป็นผู้รวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ทั้งในและต่างประเทศ

ข้อจำกัด

- 1 เป็นข้อมูลที่รายงานหลังจากเกิดเหตุแล้วและบางเหตุการณ์เป็นเหตุการณ์กระทำรุนแรงซ้ำ
- 2 เป็นข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนเยียวยา และเป็นคดี
- 3 ข้อมูลที่นำมาจัดทำรายงานเพื่อเผยแพร่และรายงานต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภา เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคดีและการละเมิด ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดเหตุแล้ว
- 3 ข้อมูลหลักไม่ได้เน้นเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข จึงทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญ เช่น ลักษณะการถูกทำร้าย เป็นต้น

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

1

ระบบ
ความรุนแรง
ในครอบครัว

ข้อมูลดังกล่าวสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ <http://www.violence.in.th/> ซึ่งระบบนี้เรียกว่า ระบบความรุนแรงในครอบครัว โดยข้อมูลทั้งหมดรวบรวมโดยรวบรวมข้อมูลโดยศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำรุนแรงในครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และมีการจัดทำรายงานประจำปี (ภาพที่ 25)

2

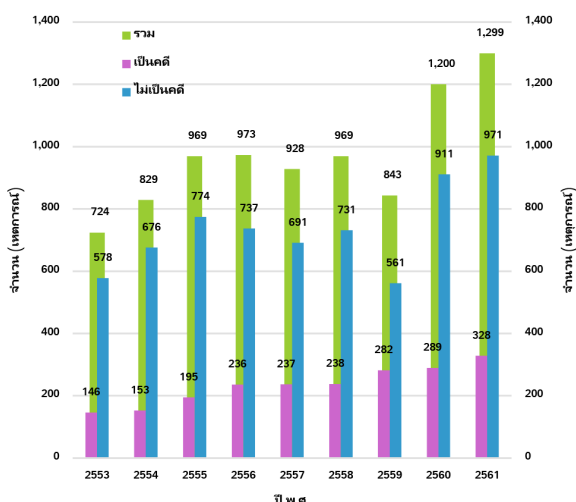
ศูนย์ช่วยเหลือ
สังคม
(สายด่วน 1300)

ขึ้นในปี 2556 ปัจจุบัน ได้รับการยกเว้นค่าบริการสำหรับการใช้บริการเลขหมายโทรศัพท์แบบสั้น 4 หลัก พร้อมทั้งเปิดให้บริการครอบคลุมผู้ประสบปัญหาสังคมคนไทยในต่างประเทศ โดยภารกิจของศูนย์ช่วยเหลือสังคม สายด่วน 1300 ได้แก่ การให้บริการสายด่วน 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วัน ให้บริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การให้ความช่วยเหลือ โดยหน่วยเคลื่อนที่เร็ว 1300 ประสานส่งต่อ ทั้งหน่วยงานภายในกระทรวง พม. และนอกกระทรวง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ กระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงได้แบ่งเป็นประเด็นความรุนแรงในบ้านและนอกบ้าน และมีการรายงาน 4 แบบ แบบรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน และรายปี (ภาพที่ 26)



ข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัวมีสถิติที่น่าสนใจดังนี้

1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมทั้งที่เป็นคดีและไม่เป็นคดี ย้อนหลัง 8 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2561 มีทั้งหมด 8,734 เหตุการณ์ เฉลี่ยปีละ 970 เหตุการณ์ ที่เป็นคดีจำนวน 2,104 คดี เฉลี่ยปีละ 234 คดี คิดเป็นร้อยละ 24.1 และจำนวนที่ไม่เป็นคดี 6,630 เหตุการณ์ เฉลี่ยปีละ 737 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 75.9 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในระยะเวลา 8 ปี เหตุการณ์ในภาพรวมเพิ่มขึ้น จาก 724 เหตุการณ์ ปี 2553 เป็น 1,299 เหตุการณ์ ปี 2561 จำนวน 575 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 79.4 (ภาพที่ 27)

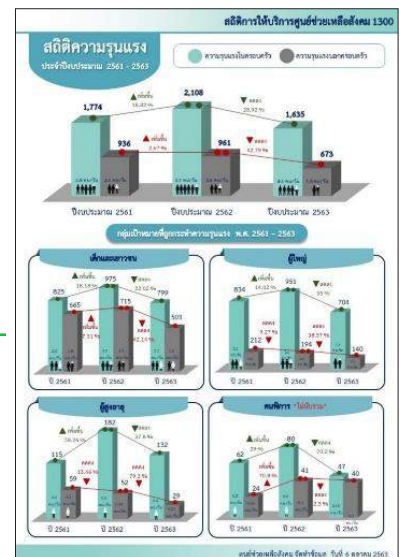


เหตุการณ์รุนแรงในครอบครัว
8 ปี (พ.ศ. 2553-2561)

ภาพที่ 27 เหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว
ที่เป็นคดีและไม่เป็นคดีตามพระราชบัญญัติ
คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว
พ.ศ. 2550 ระหว่าง พ.ศ. 2553 - 2561
จากระบบฐานข้อมูลภายใต้เว็บไซต์ www.violence.in.th



ภาพที่ 25 รายงานข้อมูลสถานการณ์
ด้านความรุนแรงในครอบครัวโดยกรมกิจการสตรี
และสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์



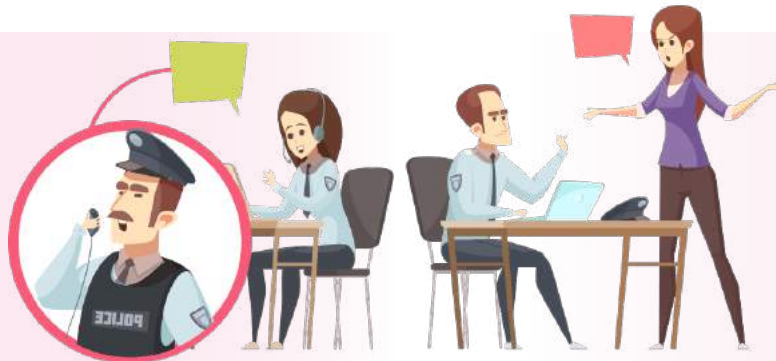
ภาพที่ 26 รายงานสถิติความรุนแรง
ประจำปีงบประมาณ 2561-2563
ที่ได้จากการรวบรวมจากการให้บริการ
โดยศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 (แบบรายปี)



2 การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

ในปี 2560 มีการให้ความช่วยเหลือจำนวน 1,804 ราย โดยแบ่งประเภทความช่วยเหลือต่าง ๆ ได้แก่

- ◆ 2.1 จัดให้ผู้ถูกรกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวได้รับการเข้ารับรักษาจากแพทย์ จำนวน 268 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9
- ◆ 2.2 จัดให้ผู้ถูกรกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวได้รับคำปรึกษาแนะนำจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 468 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9
- ◆ 2.3 จัดให้ผู้ถูกรกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวร้องทุกข์ หากผู้ถูกรกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวประสงค์จะดำเนินคดีตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา จำนวน 244 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5
- ◆ 2.4 ระบุเหตุและสอบถามข้อมูลผู้กระทำ ความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้ถูกรกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 540 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.9
- ◆ 2.5 อื่นๆ จำนวน 284 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.7



สถิติคดีอาญา

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

(Assaults cases according to Royal Thai Police Statistics)

สำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี มีภารกิจในการ 1) รักษาความปลอดภัยต่อองค์พระมหากษัตริย์ พระราชินี รัชทายาท ผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ พระบรมวงศานุวงศ์ ผู้แทนพระองค์ และพระราชอาคันตุกะ 2) ดูแลควบคุมและกำกับการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจซึ่งปฏิบัติการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา 3) ป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดทางอาญา 4) รักษาความสงบเรียบร้อย ความปลอดภัยของประชาชน และความมั่นคงของราชอาณาจักร 5) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของข้าราชการตำรวจ หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 6) ช่วยเหลือการพัฒนาประเทศ ตามที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย และ 7) ปฏิบัติการอื่นใดเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติการตามอำนาจหน้าที่ ตามข้อ 1, 2, 3, 4 หรือ 5 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ตามที่กำหนดไว้ในบทบัญญัติ มาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2547

สำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นผู้เก็บรวบรวมคดีอาญา ไว้ที่ระบบฐานข้อมูลคดีอาญา หรือ ระบบ CRIMES (Criminal Record Information Management Enterprise System) รับผิดชอบโดย สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ คดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้าย (assault) มีทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้แก่ คดีอาญากลุ่มที่ 1 ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและเพศกลุ่มที่ 2 ฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินกลุ่มที่ 3 ฐานความผิดพิเศษและกลุ่มที่ 4 คดีความผิดที่รัฐเป็นผู้เสียหาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 2562 และ 2563 จำแนกด้วยสถิติการรับแจ้งความในกลุ่มคดีอาญาที่ 1-3 และสถิติการจับกุมในกลุ่มคดีอาญาที่ 4 ดังนี้

คดีอาญากลุ่มที่ 1

ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและเพศ

การรับแจ้งมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2562 ลดลงจากปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 11.8 และในปี 2563 ลดลงจากปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 8.3 โดยลดลงมากที่สุดที่กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 3 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง) ลดลงร้อยละ 22.9 (ภาพที่ 28) ในกลุ่มที่ 1 มีคดีที่จับกุมได้สำเร็จมากที่สุดคือคดีฆ่าผู้อื่น จับกุมได้ร้อยละ 72.4 คิดเป็นอัตราความผิด 2.6 รายต่อประชากรแสนคน น้อยที่สุดคือคดีพยายามฆ่า จับกุมได้ร้อยละ 49.7

คดีอาญากลุ่มที่ 2

ฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน

การรับแจ้งมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2562 ลดลงจากปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 15.7 และในปี 2563 ลดลงจากปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 13.5 โดยลดลงมากที่สุดที่กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 2 (ภาคตะวันออก) ลดลงร้อยละ 21.9 (ภาพที่ 28) ในกลุ่มที่ 2 มีคดีที่จับกุมได้สำเร็จมากที่สุดคือคดีปล้นทรัพย์ จับกุมได้ร้อยละ 79.0 คิดเป็นอัตราความผิด 1.1 รายต่อประชากรแสนคน น้อยที่สุดคือคดีฉ้อโกง จับกุมได้ร้อยละ 20.7

คดีอาญากลุ่มที่ 3

ฐานความผิดพิเศษ

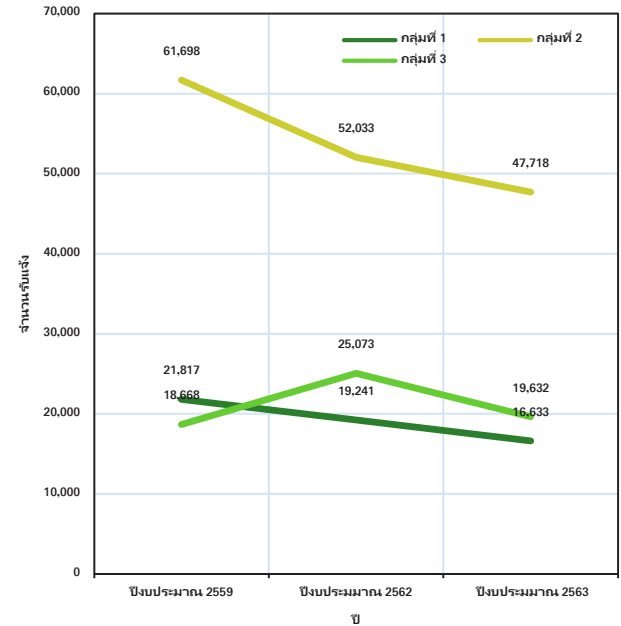
ในปี 2562 มีการรับแจ้งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 25.5 และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2563 ลดลงจากปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 21.7 และลดลงมากที่สุดที่กองบัญชาการตำรวจนครบาล ลดลงร้อยละ 38.1 (ภาพที่ 28) ในกลุ่มที่ 3 มีคดีที่จับกุมได้สำเร็จมากที่สุดคือคดี พ.ร.บ. ป่าไม้, พ.ร.บ. อุทยานแห่งชาติ จับกุมได้ร้อยละ 100.0 รองลงมาเป็นคดี พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก จับกุมได้ร้อยละ 97.9 น้อยที่สุดคือคดี พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดทางคอมพิวเตอร์ จับกุมได้ร้อยละ 22.1 ทั้งนี้ทั้งนี้คดี พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก มีการรับแจ้งเพียง 62 ราย จาก 1,328 ราย โดยคดีที่รับแจ้งมากที่สุดและรองลงมาคือ คดี พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์และ พ.ร.บ.เครื่องหมายการค้า ตามลำดับ

คดีอาญากลุ่มที่ 4

คดีความผิดที่รัฐเป็นผู้เสียหาย

ในปี 2562 มีการจับกุมเพิ่มขึ้นจากปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 36.7 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2563 เพิ่มขึ้นจากปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นมากที่สุดที่กองบัญชาการตำรวจนครบาล ภาค 4 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน) เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 29)

คดีอาญาที่รับแจ้งความ กลุ่มที่ 1-3 ปีงบประมาณที่ 2559, 2562, 2563



ภาพที่ 28 คดีอาญาที่รับแจ้งความ กลุ่มที่ 1-3 ปีงบประมาณที่ 2559, 2562, 2563
(แหล่งข้อมูล : กองแผนงานอาชญากรรม – กรมยุทธศาสตร์ตำรวจ :
วิเคราะห์อาชญากรรมของคดีอาญากลุ่มที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2559 2562 2563.
[www. http://thaicrimes.org/](http://thaicrimes.org/))

สถานภาพอาชญากรรม

แยกประเภทความผิดที่สำคัญ

ปีงบประมาณ 2562-2563



คดีอาญากลุ่มที่ 1

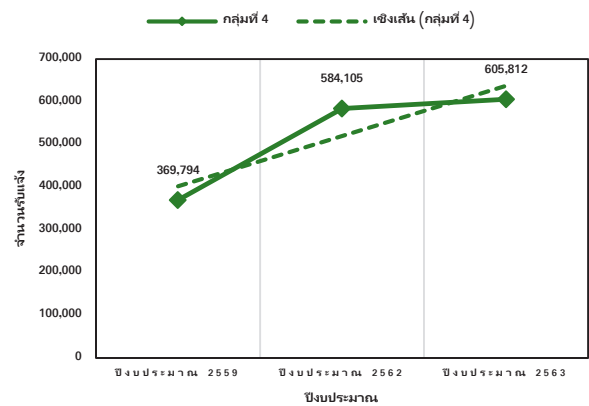
ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและเพศ (ภาพที่ 30)

1 คดีฆ่าผู้อื่น (อุกฉกรรจ์) รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีฆ่าผู้อื่น (อุกฉกรรจ์) มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ บข.น., ภ.5, ภ.6, ภ.7 และ ภ.9

2 คดีพยายามฆ่า รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 402 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีพยายามฆ่า มีแนวโน้มรับแจ้งลดลง สำหรับพื้นที่ที่มีแนวโน้มเกิดคดีพยายามฆ่า เพิ่มขึ้น ได้แก่ ภ.8 และ ภ.9

3 คดีทำร้ายร่างกาย รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 2,543 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.7 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีทำร้ายร่างกาย มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น โดยทุกหน่วยมีแนวโน้มเกิดคดีทำร้ายร่างกายเพิ่มขึ้น

คดีอาญาที่จับกุม กลุ่มที่ 4 ปีงบประมาณที่ 2559, 2562, 2563



ภาพที่ 29 คดีอาญาที่จับกุม กลุ่มที่ 4 ปีงบประมาณที่ 2559, 2562, 2563
(แหล่งข้อมูล : กองแผนงานอาชญากรรม – กรมยุทธศาสตร์ตำรวจ :
วิเคราะห์อาชญากรรมของคดีอาญากลุ่มที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2559 2562 2563.
[www. http://thaicrimes.org/](http://thaicrimes.org/))

4 คดีข่มขืนกระทำชำเรา รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 329 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.6 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีข่มขืนกระทำชำเรา มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ บข.น., ภ.2, ภ.3, ภ.4, ภ.5, ภ.6, ภ.7 และ ภ.9

หน่วยงาน	ส.ค.บ.๖๓ - ก.ย.๖๓		ส.ค.บ.๖๓ - ก.ย.๖๓		เปรียบเทียบ		ผลการประเมิน	การปฏิบัติงาน		ผลการประเมิน
	รับแจ้ง	จับกุม	รับแจ้ง	จับกุม	เพิ่ม/ลด	ร้อยละ		เป้าหมาย	ผลปฏิบัติ	
ป.ท.น.	๒,๖๖๕	๒,๓๓๒	๒,๖๖๓	๑,๘๘๓	-๗๘๒	-๒๙.๐๓	✓	๗๗.๗๗	๗๗.๗๗	✓
ภ.๑	๑,๘๘๘	๑,๙๓๓	๑,๙๓๒	๑,๖๖๕	-๒๖๗	-๑๔.๒๙	✗	๘๘.๘๖	๗๕.๖๖	✓
ภ.๒	๒,๐๕๕	๑,๘๗๖	๑,๙๓๖	๑,๖๖๘	-๒๖๘	-๑๓.๐๓	✓	๘๗.๗๗	๗๗.๗๗	✓
ภ.๓	๒,๕๖๒	๒,๓๓๓	๑,๘๘๘	๑,๘๘๕	-๖๗๔	-๒๖.๖๗	✓	๗๗.๖๖	๗๗.๖๖	✓
ภ.๔	๑,๘๘๘	๑,๘๘๖	๑,๙๓๒	๑,๘๘๓	-๖๖	-๓.๕๓	✓	๗๗.๖๖	๗๗.๖๖	✓
ภ.๕	๑,๘๖๗	๑,๙๐๓	๑,๙๐๗	๑,๙๐๗	-๔๗	-๒.๖๓	✓	๘๘.๘๘	๗๗.๖๖	✓
ภ.๖	๑,๖๖๓	๑,๖๖๘	๑,๘๘๕	๑,๘๘๕	-๒๒๒	-๑๓.๓๓	✓	๗๗.๖๖	๗๗.๖๖	✓
ภ.๗	๒,๐๐๗	๑,๘๗๓	๑,๘๗๓	๑,๙๓๗	-๗๓	-๓.๖๓	✓	๗๗.๖๖	๗๗.๖๖	✓
ภ.๘	๑,๘๘๗	๑,๘๘๓	๑,๙๓๗	๑,๙๓๗	-๒๖๖	-๑๔.๖๓	✓	๘๘.๘๘	๗๗.๖๖	✓
ภ.๙	๑,๖๖๗	๑,๙๓๓	๑,๘๘๕	๑,๘๘๗	-๒๖๖	-๑๖.๖๗	✓	๗๗.๖๖	๗๗.๖๖	✓
ท.อ.	๑,๘๘๗	๑,๙๓๗	๑,๖๖๓	๑,๘๘๗	-๒๖๖	-๑๔.๖๖	✓	๘๘.๘๘	๗๗.๖๖	✓

ภาพที่ 30 จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 1 ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและเพศ

(แหล่งข้อมูล : กองแผนงานอาชีวกรรม - กรมยทศาสตร์ตำรวจ :

วิเคราะห์อาชญากรรมของคดีอาญากลุ่มที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2559 2562 2563.

www. <http://thaicrimes.org/>

คดีอาญากลุ่มที่ 2

ฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ภาพที่ 31)

1 คดีปล้นทรัพย์(อุกฉกรรจ์) รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีปล้นทรัพย์ มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ บข.น., ภ.5, ภ.8 และ ภ.9

2 คดีชิงทรัพย์ รอบปึงปประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปึงปประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานการณ์อาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่า ในรอบปึงปประมาณ 2564 คดีชิงทรัพย์ มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ มีแนวโน้มเกิดคดีชิงทรัพย์เพิ่มขึ้น ยกเว้น ภ.6

3 คดีลักทรัพย์ รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 2,044 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่า ในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีลักทรัพย์ มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ มีแนวโน้มเกิดคดีลักทรัพย์เพิ่มขึ้น

4 คดีฉ้อโกง รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 495 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่า ในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีฉ้อโกง มีแนวโน้มรับแจ้งลดลง สำหรับพื้นที่ ที่มีแนวโน้มเกิดคดีฉ้อโกง เพิ่มขึ้น ได้แก่ ภ.1, ภ.2, ภ.3 และ ภ.7

5 คดียกฟ้องทรัพย์สิน รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 921 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.8 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่า ในรอบปีงบประมาณ 2564 คดียกฟ้องทรัพย์สิน มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ บชน. ก.1, ก.2, ก.3, ก.7, ก.8 และ ก.9

[illegible]

ภาพที่ 31 จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 2 ตามความผิดเกี่ยวกับทรัพย์

(แหล่งข้อมูล : กองแผนงานอาชีวกรรม - กรมยุทธศาสตร์ตำรวจ :

วิเคราะห์อาชญากรรมของคดีอาญากลุ่มที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2559 2562 2563.

www. <http://thaicrimes.org/>

คดีอาญากลุ่มที่ 3

ฐานความผิดพิเศษ (ภาพที่ 32)

1 พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.8 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานการณ์อาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ มีแนวโน้มรับแจ้งลดลง สำหรับพื้นที่ที่มีแนวโน้มรับแจ้ง พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ เพิ่มขึ้น ได้แก่ ช.บ.น., ก.2, ก.7, ก.8 และ ก.9

2 พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้ง
ลดลง 356 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.4 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ
2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่า
ในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก มีแนวโน้มรับแจ้งลดลง
สำหรับพื้นที่ที่มีแนวโน้มรับแจ้ง พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก เพิ่มขึ้น ได้แก่ บข.น., ภ.1,
ภ.2, ภ.3 และ ภ.6

3 พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 1,861 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.1 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่า ในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น ทุกหน่วย มีแนวโน้มรับแจ้ง พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ เพิ่มขึ้น ยกเว้น ภ.5

หน่วยงาน	ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๓		เปรียบเทียบ		ผลการจับกุม
	รับแจ้ง	จับกุม	รับแจ้ง	จับกุม	เพิ่ม/ลด	ร้อยละ	
ป.ร.บ.	๑,๘๘๗	๑,๐๓๙	๗๓๐	๖๓๘	-๕๖%	-๓๘.๓๓	๖๗.๑๗
ภ.๓	๑,๘๘๗	๑,๒๓๗	๗๓๓	๘๘๘	-๕๓%	-๓๘.๘๘	๗๓.๐๘
ภ.๓	๑,๘๘๗	๑,๓๗๘	๑,๐๖๖	๗๓๘	-๕๗%	-๓๐.๗๘	๘๘.๖๗
ภ.๓	๒,๖๘๘	๑,๗๓๐	๑,๖๖๓	๑,๒๖๐	-๖๕%	-๓๖.๐๘	๗๘.๕๓
ภ.๓	๑,๘๗๗	๑,๓๗๗	๗๗๗	๖๖๗	-๖๖%	-๓๗.๓๗	๗๘.๓๗
ภ.๓	๗๓๗	๑,๖๖๘	๒,๗๓๐	๑,๐๖๗	-๕๘%	-๓๘.๐๓	๗๘.๗๓*
ภ.๖	๑,๘๗๗	๘๘๘	๑,๘๗๗	๖๗๘	-๓๐%	-๖.๕๓	๗๖.๘๘*
ภ.๗	๑,๘๘๘	๑,๐๖๗	๑,๗๘๘	๗๓๖	-๖๗%	-๓๐.๘๗	๗๓.๗๗
ภ.๘	๘,๖๐๘	๘,๗๗๗	๘,๗๗๗	๘,๗๗๗	-๕๗%	-๗.๕๓	๘๘.๘๗
ภ.๘	๑,๘๘๐	๑,๖๖๗	๑,๘๘๘	๖๖๗	-๖๖%	-๓๖.๕๗	๗๖.๖๗
สร.	๒,๘๐๗	๑,๖๗๘	๑๗,๖๖๗	๒,๗๗๗	-๕๘%	-๓๘.๗๐	๖๘.๐๖

ภาพที่ 32 จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 3 ฐานความผิดพิเศษ (แหล่งข้อมูล : กองแผนงาน
อาชญากรรม – กรมยุทธศาสตร์ตำรวจ : วิเคราะห์อาชญากรรมของคดีอาญา
กลุ่มที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2559 2562 2563. [www. http://thaicrimes.org/](http://thaicrimes.org/))

4 พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งเพิ่มขึ้น 304 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.3 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ มีแนวโน้มรับแจ้งลดลงทุกพื้นที่

5 พ.ร.บ.ป่าไม้ รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 1,544 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.9 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.ป่าไม้ มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ มีแนวโน้มรับแจ้ง เพิ่มขึ้น ยกเว้น บข.น.

6 พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งเพิ่มขึ้น 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ บข.น., ภ.1, ภ.5, ภ.7 และ ภ.9

7 พ.ร.บ.ห้ามเรียกดอกเบี้ยเกินอัตรา รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า คดีรับแจ้งลดลง 740 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.9 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 และจากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 พ.ร.บ.ห้ามเรียกดอกเบี้ยเกินอัตรา มีแนวโน้มรับแจ้งเพิ่มขึ้นทุกพื้นที่

คดีอาญากลุ่มที่ 4

คดีความผิดที่รัฐเป็นผู้เสียหาย (ภาพที่ 33)

1 คดียาเสพติด รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า จับกุมลดลง 12,334 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.7 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดียาเสพติด มีแนวโน้มการจับกุมเพิ่มขึ้น

2 คดีอาวุธปืนและวัตถุระเบิด รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า จับกุมเพิ่มขึ้น 8,827 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.3 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีอาวุธปืนและวัตถุระเบิด มีแนวโน้มจับกุมลดลง

3 คดีการพนัน รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า จับกุมเพิ่มขึ้น 15,583 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.8 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 คดีการพนัน มีแนวโน้มจับกุมลดลง

4 ความผิดเกี่ยวกับ พ.ร.บ.คนเข้าเมือง รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า จับกุมเพิ่มขึ้น 8,304 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.5 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 ความผิดเกี่ยวกับ พ.ร.บ.คนเข้าเมือง มีแนวโน้มจับกุมลดลง

5 ความผิดเกี่ยวกับสถานบริการ รอบปีงบประมาณ 2563 พบว่า จับกุมลดลง 304 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.4 เมื่อเปรียบเทียบกับรอบปีงบประมาณ 2562 จากการวิเคราะห์สถานภาพอาชญากรรมเชิงสถิติวิเคราะห์ คาดการณ์ว่าในรอบปีงบประมาณ 2564 ความผิดเกี่ยวกับสถานบริการ มีแนวโน้มจับกุมลดลง

หน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562		ปีงบประมาณ 2563		เปรียบเทียบ		ผลการประเมิน
	จับกุม	ผู้ต้องหา	จับกุม	ผู้ต้องหา	เพิ่ม/ลด	ร้อยละ	
บ.ป.น.	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	-๔๔,๕๖๐	-๑๐๐%	×
ภ.๑	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๒	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๓	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๔	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๕	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๖	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๗	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๘	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ภ.๙	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×
ค.ร.	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๔๔,๕๖๐	๑๐๐%	×

ภาพที่ 33 จำนวนคดีอาญากลุ่มที่ 4 คดีความผิดที่รัฐเป็นผู้เสียหาย

แหล่งข้อมูล : กองแผนงานอาชญากรรม - กรมยุทธศาสตร์ตำรวจ :

วิเคราะห์อาชญากรรมของคดีอาญากลุ่มที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2559 2562 2563.

www. http://thaicrimes.org/

ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Centre; OSCC)



ในปี พ.ศ. 2542 มติของคณะรัฐมนตรีให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้ง One Stop Service (OSCC) ขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง โดยได้มีการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ต่อมาปี พ.ศ. 2548 เปลี่ยนชื่อจาก OSCC เป็น "ศูนย์พึ่งได้" และ ปีพ.ศ. 2556 ได้บูรณาการการทำงานระหว่าง 6 กระทรวง คือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์ช่วยเหลือสังคมเพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงาน และจัดรูปแบบบริการให้ครอบคลุม 4 ปัญหาสำคัญ คือ 1) การตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2) การค้ามนุษย์ 3) แรงงานเด็ก และ 4) การใช้ความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และผู้สูงอายุ

บทบาทในการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้

เนื่องจากศูนย์พึ่งได้จัดตั้งขึ้นในทุกโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่แห่งแรกที่ถูกกระทำความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ เข้ามาขอรับการรักษาและบริการ ปัญหาสุขภาพ ศูนย์พึ่งได้จึงมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเด็กและสตรีถูกทำร้าย
2. ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติจากความรุนแรงแบบครบวงจร โดยให้บริการด้านการแพทย์ ด้านสวัสดิการสังคม และประสานการให้ความช่วยเหลือด้านกระบวนการยุติธรรม
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลเบื้องต้น
4. เป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถิติผู้มารับบริการศูนย์พึ่งได้ ปีงบประมาณ 2561

ศูนย์พึ่งได้เก็บข้อมูลสถิติผู้เข้ารับบริการ โดยรายงานประเภทผู้ถูกระทำแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ถูกทำร้ายทางร่างกาย ถูกทำร้ายทางเพศ ถูกทำร้ายทางจิตใจ การละเลยทอดทิ้ง และล่อลวง/บังคับแสวงหาประโยชน์ นอกจากนี้ข้อมูลทางประชากรที่แสดงผลยังไม่ได้จำกัดเฉพาะเพศหญิงและชายเท่านั้น แต่ยังรายงานจำนวนเหยื่อที่เป็นเพศทางเลือก อีกด้วย

ตัวอย่างรายงานสถิติของผู้ถูกระทำที่มารับบริการ แบ่งตามเพศ (ตารางที่ 12) แบ่งตามอายุ (ตารางที่ 13) และแบ่งตามประเภทความรุนแรง (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนร้อยละผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามประเภทความรุนแรงและเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (ที่มา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2561)

ประเภทความรุนแรง	เพศชาย		เพศหญิง		เพศทางเลือก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทางร่างกาย	725	74.59	7,899	59.63	12	63.16
ทางเพศ	78	8.02	4,503	34.00	7	36.84
ทางจิตใจ	49	5.04	612	4.62	0	0.00
การละเลยทอดทิ้ง	103	10.60	193	1.46	0	0.00
ล่อลวง/บังคับ แสวงหาประโยชน์	17	1.75	39	0.29	0	0.00
รวม	972	100.00	13,246	100.00	19	100.00

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 – 2561 (ที่มา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2561)

ปีงบประมาณ	ชายจำนวน (ร้อยละ)	หญิงจำนวน (ร้อยละ)	เพศทางเลือก จำนวน (ร้อยละ)	รวมจำนวน (ร้อยละ)
2559	1,079 (5.39)	18,919 (94.51)	20 (0.10)	20,018 (100)
2560	1,301 (6.13)	19,910 (93.84)	7 (0.03)	21,218 (100)
2561	972 (6.83)	13,248 (93.05)	17 (0.12)	14,237 (100)

▶ จากตารางที่ 13 พบว่า จำนวนผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ เฉลี่ย 3 ปี มากกว่า 50 รายต่อวัน และผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเฉลี่ยกว่า 48 รายต่อวัน

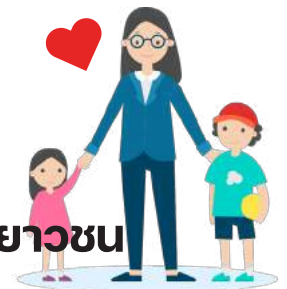
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนร้อยละผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามเพศ และช่วงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (ที่มา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2561)

ช่วงอายุ	เพศชาย		เพศหญิง		เพศทางเลือก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 10 ปี	278	28.60	736	5.56	0	0.00
10 ปี - ไม่เกิน 20 ปี	367	37.76	4,797	36.21	4	23.53
20 ปี - ไม่เกิน 30 ปี	64	6.58	2,620	19.78	9	52.94
30 ปี - ไม่เกิน 40 ปี	59	6.07	2,183	16.48	2	11.76
40 ปี - ไม่เกิน 50 ปี	85	8.74	1,633	12.33	1	5.88
50 ปี - ไม่เกิน 60 ปี	54	5.56	904	6.82	1	5.88
60 ปีขึ้นไป	65	6.69	375	2.83	0	0.00
รวม	972	100.00	13,248	100.00	17	100.00

▶ จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้พบมากสุดในเพศชาย และเพศหญิง ที่อยู่ในช่วงอายุ 10 – ไม่เกิน 20 ปี ร้อยละ 37.8 และ 36.2 ตามลำดับและเมื่อจำแนกประเภทความรุนแรงของผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้นั้น เป็นความรุนแรงทางร่างกายมากกว่าร้อยละ 60.7

กรมพินิจ

คุ้มครองเด็กและเยาวชน



กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม มีภารกิจ 5 ข้อ ได้แก่ **1)** พิทักษ์คุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน ผู้เยาว์ และครอบครัวที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม โดยส่งเสริมการใช้ กระบวนการยุติธรรมทางเลือกและมาตรการอื่นๆ **2)** ดำเนินการด้านคดี ด้านการป้องกัน บำบัด แก้ไข ฟื้นฟู พัฒนาและสงเคราะห์และติดตามประเมินผล **3)** ประสานความร่วมมือและสร้างเครือข่ายกับชุมชน องค์กรภาคีรัฐ ภาคเอกชนทั้งภายในและต่างประเทศ เพื่อสนับสนุนกระบวนการยุติธรรม และป้องกันการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน **4)** ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนากฎหมาย รูปแบบและวิธีการปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชน และ **5)** พัฒนาการบริหารจัดการและบุคลากรด้วยระบบการบริหาร การบ้านเมืองที่ดี กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีหน่วยงาน ในสังกัดทั้งหมด 97 แห่งทั่วประเทศ ⁽¹⁴⁾ ดังภาพที่ 34



ภาพที่ 34 หน่วยงานในสังกัดกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ (ที่มา กลุ่มงานประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม)

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงยุติธรรม มีภารกิจหลัก ในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้เยาว์ตามคำพิพากษาหรือตามคำสั่งของศาลและการพิทักษ์คุ้มครองสิทธิ สวัสดิภาพของเด็กหรือเยาวชนที่กระทำผิดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมในระหว่างพิจารณาคดีและหลังพิจารณาคดี ซึ่งกระบวนการ ดังกล่าวมีสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 77 แห่ง ทั่วประเทศ ดำเนินการสืบเสาะ ประมวลข้อเท็จจริง และเมื่อศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งให้เด็กหรือเยาวชนเข้ารับการฝึกอบรม ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ บำบัด ฟื้นฟู เด็กและเยาวชน ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน 19 แห่ง

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

เนื่องจากกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนรับผิดชอบเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 10-17 ปี โดยมีค่านิยมของเด็กและเยาวชน ตามพระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553 ดังนี้



พระราชบัญญัติแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขอายุความรับผิดชอบทางอาญาของเด็กจาก 7 ปี เป็น 10 ปี ดังนั้น กรณีที่เด็กอายุยังไม่เกิน 10 ปีจึงนับได้ว่าไม่ต้องรับการพิจารณาพิพากษาในศาล และไม่ต้องนำตัวเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาสำหรับเด็กและเยาวชน แต่จะต้องส่งตัวไปรับการคุ้มครองสวัสดิภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ การนับอายุของเด็กหรือเยาวชนต้องนับในวันที่มีการกระทำความผิดได้เกิดขึ้น (มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชน และครอบครัว พ.ศ. 2553)

สามารถสรุปขอบเขตการรับผิดชอบดังนี้

- 1 เด็กอายุไม่เกิน 10 ปี กระทำความผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษแต่ต้องได้รับความคุ้มครองสวัสดิภาพ
- 2 เด็กอายุเกิน 10 แต่ไม่เกิน 15 ปี กระทำความผิดแต่ไม่ต้องรับโทษ แต่ศาลอาจกำหนดให้ใช้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดำเนินคดีทั้งคดีครอบครัวและคดีอาญาเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

โดยหน่วยงานในสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ นำมาประมวลผลข้อมูล และจัดทำเป็นสถิติคดีประจำปี ในภาพรวมทั้งประเทศ นำเสนอและเผยแพร่เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้าทางวิชาการ ในการป้องกันหรือแก้ไขพฤติกรรมเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนต่อไป (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2563)

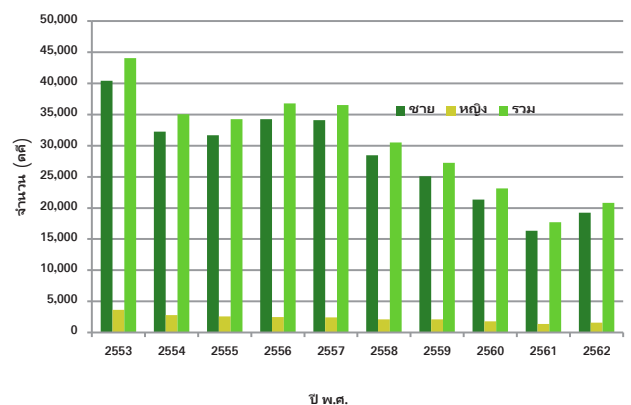
สถิติคดีอาญา (สามารถดาวน์โหลดเพิ่มเติมได้ที่ www.djop.go.th) กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้รายงานข้อมูลที่เกิดขึ้นแบ่งตามฐานกระทำความผิดได้เป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ความผิดเกี่ยวกับเพศ ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข เสรีภาพ ชื่อเสียงฯ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด และความผิดอื่น ๆ โดยในปี 2563 พบว่า มีเด็กและเยาวชนกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุดถึง 9,600 ราย (ร้อยละ 49.3) จากจำนวนผู้กระทำผิดทั้งหมด 19,470 ราย ⁽¹⁵⁾

สถิติคดีพิพาทอาญาแล้วตามคำสั่งศาลและได้ดำเนินการ แบ่งเป็น 10 ประเด็น ได้แก่ ว่ากล่าวตักเตือน คุมประพฤติ ปรับ ควบคุมตัวเพื่อฝึกและอบรม (ฝึกและอบรม ฝึกและอบรมและชำระค่าปรับ ใช้การฝึกและอบรมแทน) ใช้วิธีการอื่นแทน จำคุก ไม่ต้องรับโทษแต่ใช้วิธีอื่นสำหรับเด็ก ไม่มีความผิดแต่ใช้วิธีการอื่นสำหรับเด็ก โอนคดีไปศาลอื่น และอื่นๆ โดยได้ดำเนินการตามคำพิพากษา/คำสั่งศาลไปแล้ว 5,570 ราย ในจำนวนนี้ มีการควบคุมตัวเพื่อฝึกและอบรมมากที่สุดถึง 2,547 ราย (ร้อยละ 45.7) ⁽¹⁵⁾

สถิติคดีความรุนแรงของเด็กและเยาวชน

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 – 2562) มีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ จำนวนทั้งหมด 306,124 คดี เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดเป็นเพศชาย สูงกว่าเพศหญิงคือ มีจำนวน 283,212 คดี คิดเป็นร้อยละ 92.5 ของคดีทั้งหมด และเป็นเพศหญิง จำนวน 22,911 คดี ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 7.5 ของคดีทั้งหมด ดังภาพที่ 35

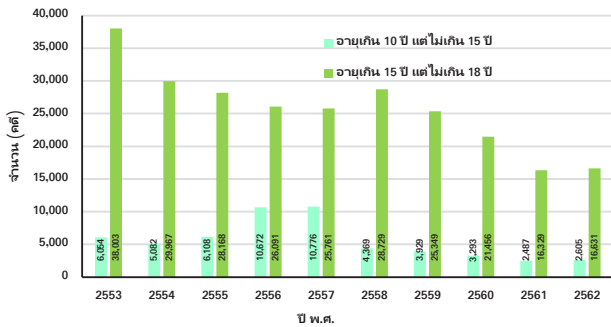
จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯทั่วประเทศ (พ.ศ. 2553-2562)



ภาพที่ 35 จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 จำแนกตามเพศ (ข้อมูล: รายงานสถิติคดี ประจำปี พ.ศ. 2559 - 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุ ย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2553-2562) พบว่า คดีส่วนใหญ่เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดมีอายุเกิน 15 ปี แต่ไม่เกิน 18 ปี มีจำนวนสะสม 256,484 คดี เฉลี่ยปีละ 25,648.4 คดี คิดเป็นร้อยละ 82.2 ของคดีทั้งหมด นอกนั้น เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดมีอายุเกิน 10 ปี แต่ไม่เกิน 15 ปี มีจำนวนสะสม 55,375 คดี เฉลี่ยปีละ 5,538 คดี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.8 (ภาพที่ 36)

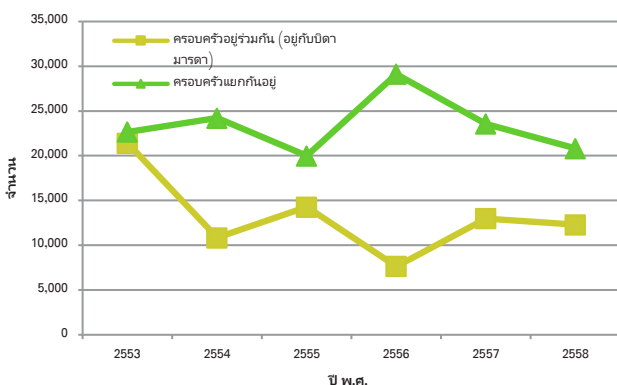
จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศ (พ.ศ. 2553-2562)



ภาพที่ 36 จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 จำแนกตามอายุ (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 - 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

ในจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 เมื่อพิจารณาจำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า คดีส่วนใหญ่ เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดที่มีได้อยู่กับบิดามารดาหรือบิดามารดาแยกกันอยู่ มากกว่าผู้กระทำความผิดที่อยู่ร่วมกับครอบครัว คือ คดีที่ผู้กระทำความผิดที่มีได้อยู่ กับบิดามารดาหรือบิดามารดาแยกกันอยู่ มีจำนวน 140,348 คดี คิดเป็นร้อยละ 64.6 ของคดีทั้งหมด จำนวนคดีที่ผู้กระทำความผิดที่อยู่ร่วมกับกับครอบครัว มีจำนวน 79,455 คดี คิดเป็นร้อยละ 36.6 ซึ่งในปี พ.ศ.2556 พบว่า มีคดีที่ผู้กระทำความผิดที่มีได้อยู่กับบิดามารดาหรือบิดามารดาแยกกันอยู่ เป็นจำนวนสูงถึง 29,120 คดี

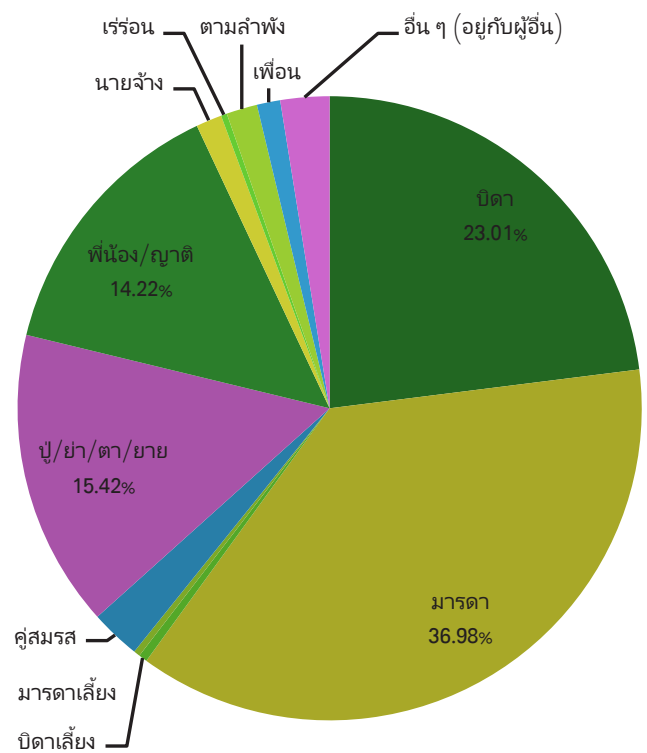
จำนวนคดีที่เด็กและเยาวชนถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย (พ.ศ. 2553 - 2558)



ภาพที่ 37 จำนวนคดีที่เด็กและเยาวชนถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2558 จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 - 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของคดีที่ผู้กระทำความผิดที่ครอบครัวแยกกันอยู่ พ.ศ. 2553 - 2558 (ภาพที่ 37) จำนวน 22,653 คดี พบว่า ลักษณะครอบครัวที่แยกกันอยู่สูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ เด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิดที่ครอบครัวแยกกันอยู่ ซึ่งอาศัยอยู่กับมารดามีจำนวนมากที่สุด คือ 51,802 คดี คิดเป็นร้อยละ 37.0 ของคดีที่ถูกดำเนินคดีทั้งหมด รองลงมา เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดอาศัยอยู่กับบิดา จำนวน 32,234 คดี คิดเป็นร้อยละ 23.0 ส่วนคดีที่ผู้กระทำความผิดอาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายาย มีจำนวน 21,604 คดี และเป็นผู้อาศัยอยู่กับพี่น้อง ญาติ มีจำนวน 19,925 คดี หรือคิดเป็นร้อยละ 15.4 และ 14.2 ตามลำดับ

ในจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 - 2562 (ภาพที่ 38) เมื่อพิจารณาจำแนกตามฐานความผิด พบว่า คดีส่วนใหญ่เป็นคดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุด คือ มีจำนวน 131,989 คดี คิดเป็นร้อยละ 42.3 ของคดีทั้งหมด รองลงมา เป็นคดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ มีจำนวน 60,905 คดี คิดเป็นร้อยละ 19.5 นอกจากนั้น เป็นคดีที่มีฐานความผิดอื่นๆ เช่น พ.ร.บ.จราจรทางบก และพ.ร.บ.การพนัน จำนวน 37,567 คดี ซึ่งเมื่อพิจารณาคดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย พบว่า มีจำนวนมากถึง 50,211 คดี คิดเป็นร้อยละ 16.1 โดยเป็นคดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 36,435 คดี และเป็นคดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ จำนวน 13,776 คดี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 72.6 และ 27.4 ตามลำดับ ทั้งนี้ คดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด มีจำนวน 21,291 คดี คิดเป็นร้อยละ 6.8

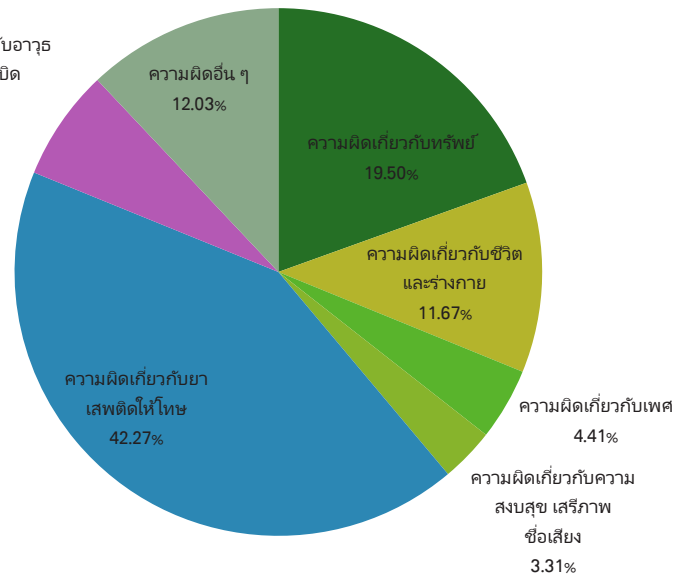


ภาพที่ 38 ร้อยละของคดีที่ผู้กระทำความผิดที่ครอบครัวแยกกันอยู่ จำแนกตามลักษณะครอบครัว (ที่มา: รายงานสถิติคดี ประจำปี พ.ศ. 2553 - 2562 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

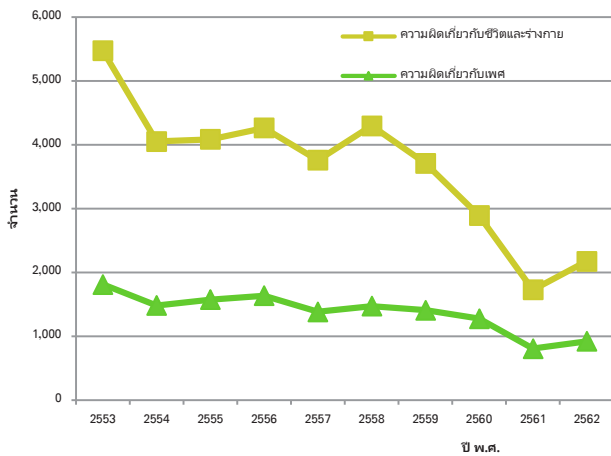
ในจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี โดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 – 2562 (ภาพที่ 39) ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย เกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับเพศ พบว่า มีจำนวนลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2558 – 2561 และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2562

จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ (ภาพที่ 40) พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรง จากการถูกทำร้าย จำแนกตามภาค พบว่า สถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคกลาง มีคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีในฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรง จากการถูกทำร้ายมากที่สุด จำนวน 3,648 คดี โดยผู้กระทำความผิด เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.7 เพศหญิง ร้อยละ 5.4 รองลงมาคือ สถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 3,507 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.8 เพศหญิง ร้อยละ 7.2 และสถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 1,874 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.8 เพศหญิง ร้อยละ 8.2

ความผิดเกี่ยวกับอาวุธ และวัตถุระเบิด 6.82%

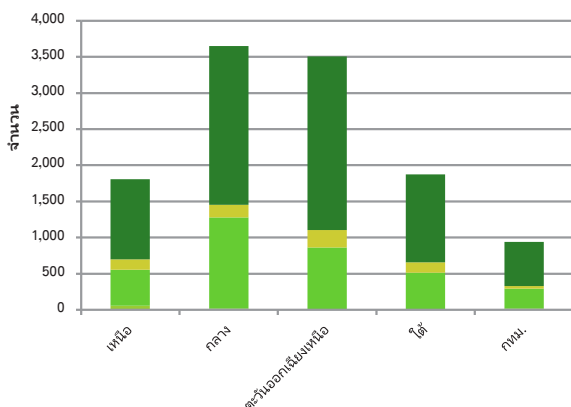


ภาพที่ 39 ร้อยละคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 – 2562 จำแนกตามฐานความผิด (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)



ภาพที่ 40 จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2553 – 2562 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

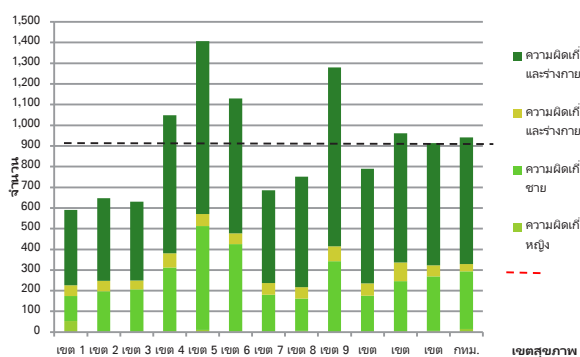
เมื่อจำแนกฐานความผิดและผู้กระทำความผิดซึ่งเป็นเด็กและเยาวชน (ภาพที่ 41) พบว่า สถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายมากที่สุด จำนวน 2,646 คดี ผู้กระทำความผิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 90.8 เพศหญิง ร้อยละ 9.2 รองลงมาคือ สถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคกลาง จำนวน 2,371 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.5 เพศหญิง ร้อยละ 7.5 และสถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 1,359 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.4 เพศหญิง ร้อยละ 10.6 ขณะที่ฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ พบว่า สถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคกลาง มีคดีเกี่ยวกับเพศมากที่สุด จำนวน 1,277 คดี ผู้กระทำความผิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 94.7 เพศหญิง ร้อยละ 5.4 รองลงมาคือ สถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 861 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 98.9 เพศหญิง ร้อยละ 1.1 และสถานพินิจ ฯ ในพื้นที่ภาคเหนือ จำนวน 552 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.9 เพศหญิง ร้อยละ 10.0 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีเด็กและเยาวชนเพศหญิงเป็นผู้กระทำความผิดและถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมากกว่าพื้นที่ภาคอื่น



ภาพที่ 41 จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย รายภาค จำแนกตามเพศ (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามเขตสุขภาพ (ภาพที่ 42) พบว่า สถานพินิจ ทั่วประเทศ ที่มีจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีในฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายมากที่สุด คือ สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 1,407 คดี โดยผู้กระทำความผิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 95.2 เพศหญิง ร้อยละ 4.8 รองลงมาคือ สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 1,280 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.4 เพศหญิง ร้อยละ 4.9 และสถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 1,130 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 95.2 เพศหญิง ร้อยละ 4.8 ทั้งนี้ เขตพื้นที่ที่มีคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีในฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในจำนวนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ได้แก่ สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4, 5, 6, 9, 12 และกรุงเทพมหานคร

เมื่อจำแนกฐานความผิดและผู้กระทำความผิดซึ่งเป็นเด็กและเยาวชน พบว่า สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 มีคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย มากที่สุด จำนวน 938 คดี ผู้กระทำความผิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 92.3 เพศหญิง ร้อยละ 7.7 รองลงมาคือ สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 894 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.5 เพศหญิง ร้อยละ 6.5 และสถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 737 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.6 เพศหญิง ร้อยละ 9.4 ขณะที่ฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ พบว่า สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีคดีเกี่ยวกับเพศมากที่สุด จำนวน 513 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 98.05 เพศหญิง ร้อยละ 1.95 รองลงมาคือ สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 426 คดี เป็นเพศชาย ร้อยละ 99.30 เพศหญิง ร้อยละ 0.70 และสถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 342 คดี โดยผู้กระทำความผิดเป็นเด็กและเยาวชนเพศชายทั้งหมด นอกจากนี้ พบว่า สถานพินิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 มีเด็กและเยาวชนเพศหญิงเป็นผู้กระทำความผิดและถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมากถึงร้อยละ 30.86



ภาพที่ 42 จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย รายเขตสุขภาพ จำแนกตามเพศ (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

สถานพินิจ ทั่วประเทศ ที่มีจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย มากที่สุด 3 อันดับแรก จำแนกตามภาค (ภาพที่ 43) พบว่า

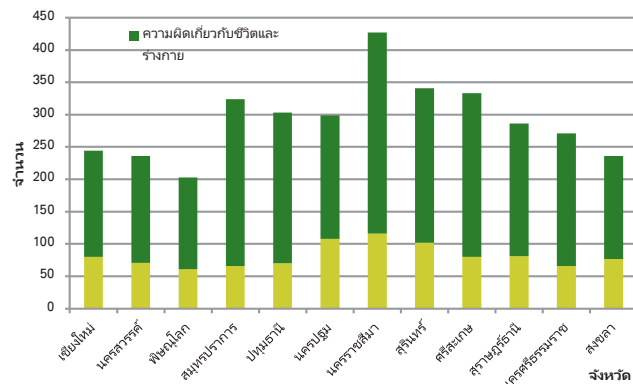
ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 244 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 164 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 80 คดี รองลงมา

คือ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 236 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 165 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 71 คดี และจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 203 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 142 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 61 คดี

ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 324 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 258 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 66 คดี รองลงมาคือ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 303 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 233 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 70 คดี และจังหวัดนครปฐม จำนวน 299 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 191 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 108 คดี

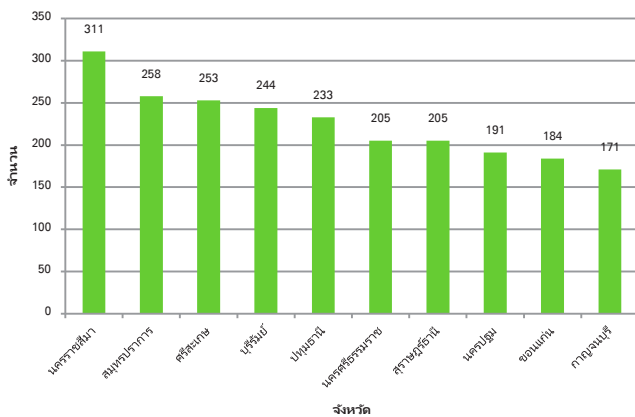
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 427 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 311 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 116 คดี รองลงมาคือ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 341 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 239 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 102 คดี และจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 333 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 253 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 80 คดี

ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 286 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 205 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 81 คดี รองลงมาคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 271 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 205 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 66 คดี และจังหวัดสงขลา จำนวน 236 คดี เป็นคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 159 คดี คดีเกี่ยวกับเพศ จำนวน 77 คดี



ภาพที่ 43 อันดับสถานพินิจ ทั่วประเทศ ที่มีจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย จำแนกตามภาค (ข้อมูล: รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

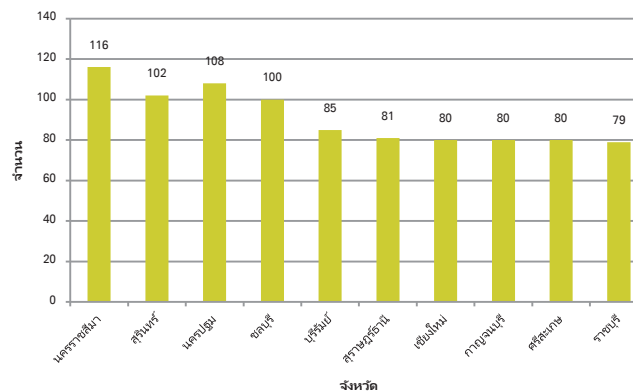
จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย 10 อันดับ สถานพินิจ ทั่วประเทศ ที่มีจำนวนคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายมากที่สุด (ภาพที่ 44) ได้แก่ 1. จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 311 คดี 2. จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 258 คดี 3. จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 253 คดี 4. จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 244 คดี 5. จังหวัดปทุมธานี จำนวน 233 คดี 6. จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 205 คดี 7. จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 205 คดี 8. จังหวัดนครปฐม จำนวน 191 คดี 9. จังหวัดขอนแก่น จำนวน 184 คดี และ 10. จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 171 คดี



ภาพที่ 44 อันดับสถานพินิจ ฯ ที่มีจำนวนเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย (ข้อมูล: รายงานสถิติคดี ประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

จำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ฯ ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ 10 อันดับสถานพินิจ ฯ ที่มีจำนวนคดีเกี่ยวกับเพศมากที่สุด (ภาพที่ 45) ได้แก่ 1. จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 116 คดี 2. จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 102 คดี 3. จังหวัดนครปฐม จำนวน 108 คดี 4. จังหวัดชลบุรี จำนวน 100 คดี 5. จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 85 คดี 6. จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 81 คดี 7. จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 80 คดี 8. จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 80 คดี 9. จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 80 คดี และ 10. จังหวัดราชบุรี จำนวน 79 คดี

ความผิดเกี่ยวกับเพศ



ภาพที่ 45 อันดับสถานพินิจ ฯ ที่มีจำนวนเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดี พ.ศ. 2559 – 2561 ฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ (ข้อมูล: รายงานสถิติคดี ประจำปี พ.ศ. 2559 – 2561 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานความผิดต่าง ๆ



1. ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ได้แก่ 1.1 ลักทรัพย์

- 1.2 พยายามลักทรัพย์ 1.3 วิ่งราวทรัพย์ 1.4 พยายามวิ่งราวทรัพย์ 1.5 ชิงทรัพย์ 1.6 พยายามชิงทรัพย์ 1.7 ปล้นทรัพย์ 1.8 พยายามปล้นทรัพย์ 1.9 กรรโชกทรัพย์ 1.10 รีดเอาทรัพย์ 1.11 ฉ้อโกงทรัพย์ 1.12 ยักยอกทรัพย์ 1.13 ทำให้เสียทรัพย์ 1.14 รับของโจร



2. ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ได้แก่

- 2.1 ฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา 2.2 ฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา 2.3 พยายามฆ่าผู้อื่น 2.4 ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นตาย 2.5 ซุลมุนต่อผู้เป็นเหตุให้ผู้อื่นตาย 2.6 ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 2.7 พยายามทำร้ายร่างกายผู้อื่น 2.8 มั่วสุมตั้งแต่สิบคนขึ้นไป 2.9 ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายและจิตใจ 2.10 ซุลมุนต่อผู้เป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส 2.11 ทำให้แท้งลูก



3. ความผิดเกี่ยวกับเพศ ได้แก่ 3.1 กระทำอนาจาร

- 3.2 ช่มชู้และกระทำ 3.3 พยายามช่มชู้กระทำชำเรา 3.4 โทรมหญิง 3.5 พยายามทำผิดเกี่ยวกับเพศ



4. ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข เสรีภาพ

- ชื่อเสียง และการปกครอง ได้แก่ 4.1 อั้งยี่ ซ่องโจร 4.2 วางเพลิง 4.3 ทำให้เกิดเพลิงไหม้ 4.4 หมิ่นประมาท 4.5 ความผิดต่อเจ้าพนักงาน 4.6 ฟ้องเท็จ เบิกความเท็จ 4.7 บุกรุก 4.8 ทำให้เสียอิสรภาพ 4.9 พรากรผู้เยาว์



5. ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ได้แก่

- 5.1 เสพยาเสพติด 5.2 ครอบครอง 5.3 จำหน่าย 5.4 ผลิต 5.5 สารระเหย 5.6 เสพและครอบครอง



6. ลักษณะความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด

- ได้แก่ 6.1 พกพาอาวุธปืน เครื่องกระสุน 6.2 พกพาอาวุธอื่น ๆ โดยสภาพ 6.3 พกพาอาวุธสงคราม 6.4 พกพาวัตถุระเบิด



7. ความผิดอื่น ๆ ได้แก่ 7.1 ลักษณะความผิดอื่น ๆ

- 7.1.1 ปลอมแปลงเอกสาร ดวงตรา ฯลฯ 7.1.2 ทำให้เสียอำนาจศาล 7.1.3 พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ 7.1.4 พ.ร.บ. ป่าไม้ 7.1.5 พ.ร.บ.ป้องกันการปราบปรามการค้าประเวณี 7.1.6 ดำรงชีพด้วยรายได้จากการค้าประเวณี 7.1.7 การทำให้แพร่หลายและค้าวัสดุอันลามก 7.1.8 พ.ร.บ.โทรคมนาคม 7.1.9 พ.ร.บ.จราจรทางบก 7.1.10 ร่วมกันแข่งขันรถในทาง 7.1.11 พ.ร.บ.ขนส่ง 7.1.12 พ.ร.บ.การประมง 7.1.13 คนจรจัด / เตรีตเตร 7.1.14 พ.ร.บ.รับราชการทหาร 7.1.15 คนต่างด้าว - หลบหนีเข้าเมือง 7.1.16 ขยายสลากกินแบ่งเกินราคา 7.1.17 พ.ร.บ. การพนัน 7.1.18 อื่น ๆ 7.2 ลักษณะความผิดอื่น ๆ ที่เป็น

ลหุโทษ

- 7.2.1 มาตราขัง ดวงวัด 7.2.2 อื่น ๆ เช่น มั่วสุม หลบหนีเข้าเมือง

รวบรวมและเรียบเรียง โดย
ดร. กาญจนา ศรีสวัสดิ์

ระบาดวิทยา ทางโมเลกุล คืออะไร



- ◆ ระบาดวิทยาทางโมเลกุลคืออะไร
- ◆ แหล่งข้อมูล EMBL-EBI
- ◆ Genome-wide Association study ของพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบใช้ความรุนแรง
- ◆ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลทางระบาดวิทยาเชิงโมเลกุล

การศึกษาทางระบาดวิทยาแบบเดิม เพื่อที่จะค้นหาสาเหตุของโรค และเพื่อที่จะค้นหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะระบุแนวโน้ม ที่จะเกิดโรคต่างๆ ทั้งส่วนบุคคลและภาพรวมประชากร นอกจากนี้ข้อมูล ทางพันธุกรรมที่ได้ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย⁽¹⁶⁾ การศึกษาระบาดวิทยา ทางโมเลกุลนี้มักจะศึกษาในลำดับเบสที่อยู่ใน DNA ใน genome โดยหลักการคือสิ่งมีชีวิตมี polymorphism ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลง ลำดับเบสใน DNA การผันแปรทั้งหลายนี้เรียกว่า variation และเทคนิค ที่ใช้ในการศึกษาทำนายความเสี่ยงของโอกาสที่จะเกิดโรคโดยใช้ข้อมูล จากหลาย ๆ ยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ต้องการศึกษา เรียกว่า การศึกษา Genome-Wide Association Study หรือ GWAS

การศึกษาระบาดวิทยาทางโมเลกุลเป็นเป็นการศึกษาที่เน้นความสัมพันธ์ ระหว่างยีนและปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม (gene-environment interaction) มีประโยชน์ในการใช้ทำนายความเสี่ยง/โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคต่างๆ เพื่อวางแผนการป้องกันโรค ใช้ผลติยา และวางแผนการรักษาโรคเฉพาะบุคคล (personalized medicine) ในทางการแพทย์แม่นยำอีกด้วย (precision medicine)



แหล่งข้อมูล EMBL-EBI

ปัจจุบันข้อมูล DNA และยีนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมามากมายได้มีการหา ลำดับเบสและเก็บไว้ในฐานข้อมูล EMBL-EBI หรือ European Molecular Biology Laboratory-European Bioinformatics Institute โดยข้อมูล เกี่ยวกับยีนที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากการถูกทำร้าย มักจะมีสาเหตุ จากพฤติกรรมก้าวร้าว ข้อมูล DNA เหล่านี้ได้จากการศึกษา GWAS หรือ Genome-Wide Association Study มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษารูปแบบ การกระจายตัวของโรค โดยใช้ข้อมูลทางดีเอ็นเอ หรือทั้งจีโนมในการศึกษา ข้อมูลที่ได้จะนำมาเปรียบเทียบความถี่ของ variant ระหว่างกลุ่มทดลองที่เป็นโรค ที่ต้องการศึกษา กับกลุ่มควบคุม เช่น กลุ่มที่มีสุขภาพดี เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลจีโนมที่ได้จากการทดลองในห้องปฏิบัติการแล้ว การศึกษาทางโมเลกุล ยังต้องใช้ความรู้ทางด้าน bioinformatics เพื่อใช้ในการอ่าน วิเคราะห์ และแปลผล ฐานข้อมูลทางพันธุกรรมเหล่านี้ที่ถูกเก็บไว้ จะอยู่ในรูปแบบ

anonymous data ซึ่งจะไม่ระบุว่าเป็นตัวอย่างทางชีวภาพของใคร แต่จะบอกถึงที่มาในภาพรวม ตัวอย่างยีนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถสืบค้นได้ใน GWAS Catalogue หรือ <https://www.ebi.ac.uk/training/online/courses/gwas-catalogue-exploring-snp-trait-associations/how-to-search-the-gwas-catalog-some-guided-examples/>

Genome-Wide Association Study (GWAS)

ของพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบใช้ความรุนแรง (aggressive behaviour/aggression)

ปัจจุบันข้อมูลทาง DNA ที่มีการระบุตำแหน่งของยีนที่เกี่ยวข้อง กับความรุนแรง ได้แก่ยีนที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรม ก้าวร้าว ในฐานข้อมูล EMBL-EBI ระบุยีนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ก้าวร้าว (ตารางที่ 15) แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

- 1 พฤติกรรมก้าวร้าว หรือความก้าวร้าว (aggressive behaviour, aggression รหัส EFO_0003015)
 - 1.1 ความก้าวร้าวและทำลายสิ่งของในผู้ป่วยโรคประสาทหลอน (aggression against property in schizophrenia)
 - 1.2 อารมณ์ฉุนเฉียว (anger)
 - 1.3 ความก้าวร้าวที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทกัญชา (cannabis-related aggression)
 - 1.4 พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นผลกระทบจากคุณภาพชีวิต ช่วงมีประจำเดือน (menstruation quality of life impact)
 - 1.5 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภท (physical aggression in schizophrenia)
 - 1.6 พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาในผู้ป่วยโรคประสาทหลอน verbal aggression in schizophrenia

2 พฤติกรรมหรือความก้าวร้าวในเด็ก (children's aggressive behaviour, aggression)⁽¹⁷⁾

A. พฤติกรรมก้าวร้าวในวัยเด็กตอนต้น (early childhood aggressive behaviour)

B. พฤติกรรมก้าวร้าวในวัยเด็กตอนกลาง (middle childhood and early adolescence aggressive behavior)

C. พฤติกรรมก้าวร้าวในวัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้น (childhood and early adolescence aggressive behavior)

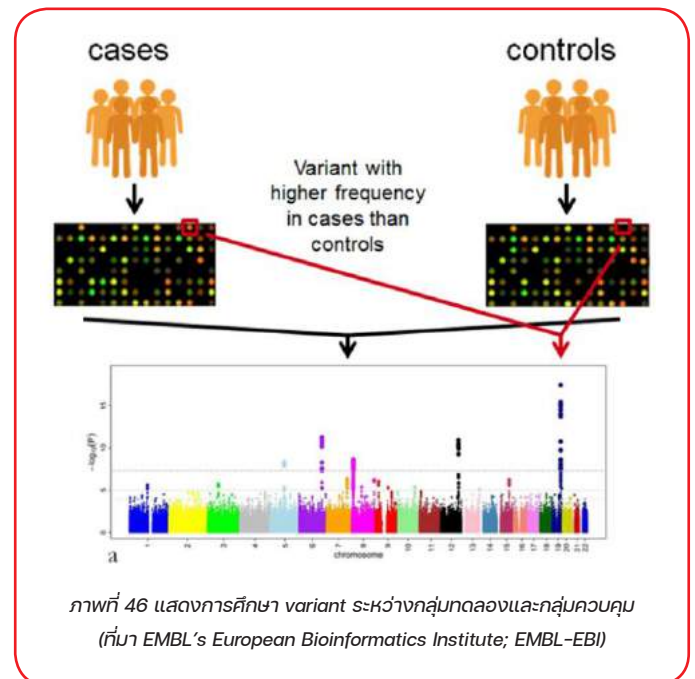
พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท (neurotransmitter) 3 ชนิด และมีความสำคัญในการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ เซโรโทนิน (serotonin, 5-hydroxy tryptamine, 5-HT) มีความสำคัญในการควบคุมอารมณ์ โดปามีน (dopamine) เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้น และนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) จะเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการทำงานของร่างกาย

งานวิจัยที่มีการติดตามศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นระยะเวลานานกว่า 30 ปี⁽¹⁸⁾ กล่าวถึงยีน Monoamine Oxidase หรือยีน MAOA ซึ่งเป็นยีนที่แปลรหัสเพื่อผลิตเอนไซม์ MAOA มีหน้าที่กำจัด neurotransmitter ส่วนที่เกินมาออกไปโดยการควบคุมสาร 3 ชนิด คือ เซโรโทนิน (serotonin หรือ 5-HT) นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine หรือ NE) และโดปามีน (dopamine หรือ DA) ไม่ให้เกิดปฏิกิริยาย้อนกลับช่วยให้การส่งผ่านสัญญาณระหว่างปลายประสาทเป็นไปโดยปกติ⁽¹⁸⁾ เด็กชายที่ก่อพฤติกรรมต่อต้านสังคมจะมีกิจกรรมของเอนไซม์ที่ควบคุมโดยยีน Monoamine Oxidase A (MAOA) มีระดับต่ำกว่าปกติเกือบ 4 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับที่พบในอาชญากรที่มีอายุ 26 ปี ซึ่งจำนวนที่พบคิดเป็นร้อยละ 12 ของกลุ่มที่ทำการศึกษาทั้งหมด และในจำนวนร้อยละ 12 ที่ว่านี้พบว่าเป็นอาชญากรถึงร้อยละ 44⁽¹⁹⁾ นักวิจัยพบว่า หากยีน MAOA การเกิดการผันแปร (variation) จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ชายโดยเฉพาะผู้ที่เคยตกเป็นเหยื่อการทารุณกรรมในวัยเด็ก^(19,20)

ต่อมามีการศึกษาด้านพันธุศาสตร์โมเลกุลมากขึ้น ซึ่งเป็น biomarker ชนิดหนึ่งที่ไ้ระบุยีนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวหรือ aggressive behaviour⁽²¹⁾ จากงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive behaviour trait) สามารถถ่ายทอดไปยังรุ่นลูกได้ร้อยละ 50-80^(22,23) และมีความผันแปรทางพันธุกรรมที่พบได้ทั่วไป (common genetic variants) ประมาณร้อยละ 10-54 ในประชากร⁽¹⁷⁾



ข้อมูลระบาดวิทยาเชิงโมเลกุล มักจะนำข้อมูล DNA มาหาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการหาค่าความเสี่ยงเหล่านี้เรียกว่าค่า polygenic risk score ซึ่งเกิดจากการผันแปรของยีนที่ทำให้เกิด polymorphism และทำให้การแสดงออกในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ซึ่งมีความเฉพาะ นอกจากนี้ การเกิดโรคหรือความผิดปกติแต่ละอย่างไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของยีนใดยีนหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดจากการที่หลายยีนที่มีตำแหน่งบนโครโมโซมต่าง ๆ มีการแสดงออกร่วมกัน ดังนั้นการหาค่า polygenic risk score จึงต้องใช้การวิเคราะห์ตำแหน่งต่าง ๆ ที่เรียกว่า variant และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่สนใจศึกษาและกลุ่มควบคุม จึงจะสามารถบอกค่าความเสี่ยงได้ ดังภาพที่ 46



ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงการจีโนมิกส์ หรือ Genomics Thailand โดยโครงการนี้เป็นโครงการที่เน้นการนำลำดับเบสของคนไทย เก็บไว้ในฐานข้อมูลของคนไทยและตั้งเป้าไว้ที่ 50,000 ราย โดยตั้งเป้าหมายไว้ดังนี้

- 1 รูปแบบการกระจายตัวของ variants ที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ (NCD) และอาจมีรูปแบบเฉพาะที่แตกต่างออกไปจากกลุ่มประชากรอื่น ถือเป็น novel discovery
- 2 Polygenic Risk Score มีความจำเพาะกับประชากร จะเกิดประโยชน์ในการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรค
- 3 Complex disease ทำให้ทราบ variants บางชนิดที่ถูกละเลยว่าจำเพาะกับประชากรไทย และนำไปสู่แนวทางการรักษาหรือเป้าหมายของตลาดยาในภูมิภาค รวมถึงการเข้าถึงยาหายากของประชาชน



สามารถอ่านข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.genomicsthailand.com/>

นอกจากการหาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว การเพิ่มความรอบรู้ให้กับประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพมากขึ้น มีการจัดการตัวเอง โดยเฉพาะการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโอกาสในการพัฒนาพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบใช้ความรุนแรง ทำให้ประชาชนสามารถจัดการกับตัวเองได้แต่เนิ่น ๆ รวมทั้งการจัดโปรแกรม มาตรการต่าง ๆ เช่น การสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งเป็นอีกวิธีที่จะช่วยให้มีการจัดการป้องกันทั้งเหยื่อและการลดการก่อเหตุความรุนแรงระหว่างบุคคลได้

ตารางที่ 15 ชื่อยีนและรายละเอียดของยีนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและถูกอ้างอิงใน GWAS Catalogue

ชื่อยีน (Mapped gene)	ชื่อเต็ม (Description)	ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการมีแอมพลีออเลีย พันธุกรรม/พันธุกรรมก้าวร้าว	ตำแหน่งใน โครโมโซม	กลุ่มประชากร ที่ทำการศึกษา (population)	ลักษณะที่พบ ในการศึกษา (Reported trait)	ลักษณะ (trait)	Study accession	Variant/ risk allele	PubMed ID	หัวหน้าที่วิจัย
ABAT	4-aminobutyrate aminotransferase	หากยีนนี้มีความผิดปกติอาจทำให้เกิด การเคลื่อนไหว ที่ช้ากว่าปกติ (psychomotor retardation) ภาวะกล้ามเนื้อตึงตัวน้อย (hypotonia) การตอบ สนองไว้น้ำและรุนแรงกว่าปกติมาก (hyperreflexia) เฉื่อยซึม (lethargy) ลมชัก (seizures) และ คลื่นสมองผิดปกติ (EEG abnormalities)	16:8777224	8747 European	anger	aggressive behaviour	GCST002324	rs1299926-T	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of prone to anger.
AC005252.2, AC005252.4	NA	NA	12:125812444	5734 East Asian	menstruation quality of life impact (aggress- siveness)	quality of life during menstruation meas- urement, aggressive behaviour	GCST006641	rs7136488-T	29855537	Hirata T et al. (2018) Japanese GWAS identifies variants for bust-size, dysmenorrhea, and menstrual fever that are eQTLs for relevant protein- coding or long non-coding RNAs.
AC015969.1, CNR1P1	Cannabinoid Receptor Interacting Protein 1	โรคหูหนวก (deafness) มักเกิดในผู้อายุ 18-45 ปี ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากการมีโปรตีน เนื่องจากขาดความมั่นใจในตัวเอง และ ขาดความ ภาคภูมิใจในตัวเอง	2:68352799	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs7578047-C	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of prone to anger.
AC018647.3, AC007652.1			7:35546596	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs6954895-G	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of prone to anger.
AC098847.1, PMAIPT	Phorbol- 12-Myristate- 13-Acetate- Induced Protein 1	กระตุ้นให้เซลล์ตายอย่างเป็นระบบ (apoptosis)	18:59882031	5734 East Asian	menstruation quality of life impact (aggress- siveness)	quality of life during menstruation meas- urement, aggressive behavior	GCST006641	rs7242599-G	29855537	Hirata T
ARFGEF2	Brefeldin A-inhibited guanine nucleotide- exchange protein 2	ความผิดปกติที่เรียกว่า periventricular nodular heterotopia ชนิดที่ 2 เกิดจากการที่มีก้อนใน สมองส่วน grey matter มีผลทำให้ระบบประสาท ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จัดเป็นยีนด้วย autosomal recessive) มีผลต่อการทำงานของ ระบบต่อมไร้ท่อ	20:48925063	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs6012564-G	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of prone to anger.
FMN2	Formin-2	ยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช มีผลทำให้ ความสามารถทางสติปัญญาลดลงส่งผลต่อการ พัฒนาการด้านพฤติกรรมซ้ำลง โดยเฉพาะทักษะ การรู้คิดและการพูด	1:240462131	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs16840114-C	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of prone to anger.

ชื่อยีน (Mapped gene)	ชื่อเต็ม (Description)	ความผิดปกติที่ก่อให้เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของยีน/พฤติกรรมก้าวร้าว	ตำแหน่งใน โครโมโซม	กลุ่มประชากร ที่ทำการศึกษา (population)	ลักษณะที่พบ ในการศึกษา (Reported trait)	ลักษณะ (trait)	Study accession	Variant/ risk allele	PubMed ID	หัวขั้วกับวิจัย
FYN	Tyrosine-protein kinase Fyn	เกิด autoimmune cardiomyopathy หรือความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดการเสื่อมของกล้ามเนื้อหัวใจ	6:11801023	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs2148710-T	24489884	Mick E. (2014) Genome-wide association study of proneness to anger.
GABRG3-AS1, GABRG3	Gamma-Aminobutyric Acid Type A Receptor Subunit Gamma3	Angelman syndrome ที่เกิดจากความผิดปกติในระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่แข็งแรงตั้งแต่เกิด ส่งผลต่อการรู้คิด การพูด พัฒนาการช้า มักจะเกิดในเด็กที่มีศีรษะขนาดเล็ก ผู้ป่วยมักมีความสุขขี้มึน ประเมินอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยมักจะมีไข้สูง ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 6-12 ปี	15:27114416	5734 East Asian	menstruation quality of life impact (aggressiveness)	quality of life during menstruation measurement, aggressive behavior	GCST006641	rs4410042-G	29855537	Hirata T et al. (2018) Japanese GWAS identifies variants for bust-size, dysmenorrhea, and menstrual fever that are associated with relevant protein-coding or long non-coding RNAs.
HIPK3	Homeodomain-interacting protein kinase 3	กล้ามเนื้ออ่อนแรง ALS (Amyotrophic lateral sclerosis) เกิดจากการที่เซลล์ประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติไม่มีผลจากการทำงานของ motor neurons ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก และกล้ามเนื้อลีบ ทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การเคี้ยว การกลืนอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการหายใจ หากรุนแรงจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา โรคนี้มีความคิดและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อม (dementia with ALS) จะควบคุมอารมณ์ได้ยากผู้ป่วยจะมีอารมณ์แปรปรวน หดู่ หรือเกรี้ยวกราด หรืออาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้	11:33303830	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs16924133-A	24489884	Mick E. (2014) Genome-wide association study of proneness to anger.
IYD	Iodothyronine deiodinase 1	ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ชนิดที่ 1 หรือ thyroid dysgenesis 4 ทำให้ผู้ป่วยพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อลีบ เชื้อจิมส์สำหรับเด็กจะมีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่หากได้รับการรักษาที่มากเกินเกินไปจะมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง เหลวไหล ก้าวร้าว	6:150381711	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs670292-C	24489884	Mick E. (2014) Genome-wide association study of proneness to anger.
LINC00906, RNA5SP470	RNA, 5S Ribosomal Pseudogene 470	NA	19:28998135	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs8102754-A	24489884	Mick E. (2014) Genome-wide association study of proneness to anger.
LINC01060	Long Intergenic Non-Protein Coding RNA 1060	เป็นส่วนที่ไม่ได้ถอดรหัสเพื่อสร้างโปรตีน	4:188644016	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs6834498-A	24489884	Mick E. (2014) Genome-wide association study of proneness to anger.

ชื่อยีน (Mapped gene)	ชื่อเต็ม (Description)	ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง พันธุกรรม/พันธุกรรมที่ถ่ายทอด	ตำแหน่งใน โครโมโซม	กลุ่มประชากร ที่ทำการศึกษา (population)	ลักษณะที่พบ ในการศึกษา (Reported trait)	ลักษณะ (trait)	Study accession	Variant/ risk allele	PubMed ID	หัวข้อมาตรฐาน
LINC02159, ATP10B	Long Intergenic Non-Protein Coding RNA 2159/ Phospholipid- transporting ATPase VB	NA	5:160904903	5734 East Asian	menstruation quality of life impact (aggress- siveness)	quality of life during menstruation meas- urement, aggressive behavior	GCST006641	rs9790919-A	29855537	Hirata T et al. (2018) Japanese GWAS identifies variants for bust-size, dysmenorrhea, and menstrual fever that are eQTLs for relevant protein-coding or long non-coding RNAs.
MBOAT1	Lysophospholipid acyltransferase 1	โรค brachydactyly-syndactyly syndrome	6:20184820	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs555017-T	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of proneness to anger.
PCNPP2, AL390791.1	PEST Containing Nuclear Protein Pseudogene 2	ยังไม่มีหลักฐานที่อ้างอิงถึงผลจากความผิดปกติ ของยีนนี้	9:88803827	5734 East Asian	menstruation quality of life impact (aggress- siveness)	quality of life during menstruation meas- urement, aggressive behavior	GCST006641	rs17054506-C	29855537	Hirata T et al. (2018) Japanese GWAS identifies variants for bust-size, dysmenorrhea, and menstrual fever that are eQTLs for relevant protein-coding or long non-coding RNAs.
PHEX, PTCHD1-AS	Phosphate- regulating neutral endopeptidase/ Patched domain- containing protein 1	โรคกระดูกอ่อนจากฟอสเฟตต่ำ (Hypophos- phatemia rickets) พบในเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป	X:22221603	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs3752433-A	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of proneness to anger.
RNU6-1000P, PNLIP	Pancreatic triacylglycerol lipase	ภาวะขาดเอนไซม์ไลเปสในตับอ่อน (Pancreatic lipase deficiency) ทำให้ไม่สามารถย่อยไขมันในอาหาร ที่กินเข้าไปได้ จึงขับไขมันออกมาทางปัสสาวะ อาจจะมีไขมันในปัสสาวะหรือในเลือด	10:116539194	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs12249434-A	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of proneness to anger.
TRIM26	Tripartite motif-containing protein 26	ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects) เป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดของระบบ ประสาทส่วนกลางและไขสันหลัง เกิดจากที่อวัยวะ ประสาทปิดตัวไม่สมบูรณ์ ปิดตัวไม่สมบูรณ์ในช่วง 3-4 สัปดาห์หลังปฏิสนธิ (อายุครรภ์ 5-6 สัปดาห์) เด็กที่เป็นโรคนี้อาจจะมีสมองและกระดูกไขสันหลัง ที่ผิดปกติ คือมีรูเปิดตรงปลายอาจทำให้มีถุงเยื่อหุ้ม สมองยื่นออกมา	6:30211645	8747 European	anger	aggressive behavior	GCST002324	rs2844775-A	24489884	Mick E. (2014) Genome- wide association study of proneness to anger.

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะ

- ◆ กำหนดและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาที่เป็นช่องว่าง
- ◆ ข้อเสนอแนะ

กำหนดและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาที่เป็นช่องว่าง (GAP)

ประเด็นปัญหาเรื่องข้อมูล

จากสถานการณ์ความรุนแรงจากการถูกทำร้าย ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลหลัก 3 ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (IS) ฐานข้อมูลมรณบัตร และฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แห่ง ซึ่งเป็นข้อมูลในระดับ big data และดูแลโดยหน่วยงานราชการที่ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั่วประเทศ สามารถสรุปข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้ดังตารางที่ 16

แต่ละฐานข้อมูลมีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

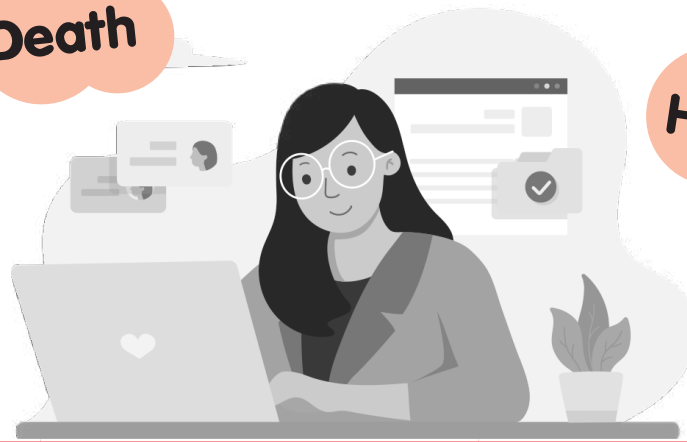
- ▶ ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (IS) เป็นฐานข้อมูลที่มีรายละเอียดตัวแปรต่างๆ ที่เฉพาะสำหรับการบาดเจ็บโดยตรงรวมทั้งรายที่บาดเจ็บและเสียชีวิต ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับงานด้านความรุนแรงที่มีลักษณะการเกิดที่เฉพาะ และต้องใช้ตัวแปรหลายตัวในการศึกษา แต่ข้อจำกัดคือข้อมูลที่ได้อาจจะยังไม่เป็นตัวแทนในภาพประเทศ เนื่องจากในช่วงที่ทำการศึกษาระบบฐานข้อมูล IS ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียง 33 แห่ง
- ▶ ฐานข้อมูลมรณบัตร เป็นระบบข้อมูลที่มีความครบถ้วน เนื่องจากมีเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมสถิติการตายของประชากรไทยอยู่แล้ว ซึ่งมีความครอบคลุมถึงร้อยละ 95 แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากข้อมูลที่ให้กรอกมีจำนวนมาก และผู้กรอกข้อมูลจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการให้รหัสโรคด้วย และในบางกรณี สาเหตุการตายที่ระบุอาจมีข้อมูลที่แตกต่างจากข้อมูลในใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ)
- ▶ ฐานข้อมูลสุขภาพหรือ 43 แห่ง ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีประวัติผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายออก และมีความครอบคลุมโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั่วประเทศ เนื่องจากรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ข้อจำกัดบางประการที่อาจเกิดขึ้นได้คือ การสรุปโรคและรหัสเหตุการณ์ไม่ตรงหลักการให้รหัสโรค หรือ ข้อผิดพลาดเรื่องความครบถ้วนของการบันทึกรายละเอียดในแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยได้

เนื่องจากแต่ละฐานข้อมูลมีข้อจำกัดและจุดเด่นแตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาว่าจะใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลใดมาวิเคราะห์ควรจะต้องคำนึงวัตถุประสงค์ของงานนั้น ๆ เป็นหลัก เช่น หากต้องการดูภาพรวมในระดับประเทศที่เชื่อมโยงกับการรักษา ควรใช้ข้อมูล 43 แห่ง หรือหากต้องการศึกษาประเภทการบาดเจ็บรุนแรง อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของบาดแผล ชนิดของบาดแผล หรือแม้กระทั่งปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์ การถูกทำร้ายด้วยมอเตอร์ไซด์ หรือการทำให้จมน้ำ กรอกสารพิษ ควรใช้ข้อมูลจากระบบ IS เป็นหลัก

Death

IS

HDC



ตารางที่ 16 สรุปย่อความแตกต่างของข้อมูลแต่ละฐาน

	ฐานข้อมูล		
	IS	Death	HDC
วัตถุประสงค์	▶ ฐานข้อมูลการบาดเจ็บระดับชาติ ▶ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่เหมาะสม ▶ รองรับการปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation centre, EOC)	▶ สถิติการตายของประชากรไทย ▶ วางแผน และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรคของคนไทย	▶ รายงานสถิติการป่วยและตาย ▶ ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ▶ ข้อมูลสำหรับงานวิจัย ค้นคว้าทางด้านสุขภาพ
จุดเด่น	▶ สามารถเก็บข้อมูลสาเหตุการบาดเจ็บได้ทุกชนิด ▶ มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดตัวแปรเพิ่มขึ้น ▶ สามารถประเมินผลผ่านระบบ online (จากเดิมประมวลผลผ่านระบบปฏิบัติการ windows) ▶ มีการควบคุมคุณภาพของข้อมูล ▶ ประเมินระบบและคุณภาพของข้อมูลในช่วง 2-5 ปี	▶ มีความครอบคลุม ครบถ้วนที่สุด เกี่ยวกับผู้ที่เป็นเหตุความรุนแรง ▶ ความครอบคลุมจำนวนตายค่อนข้างดี ประมาณร้อยละ 95	▶ สามารถทราบประวัติการรักษาของผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ▶ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสื่อสารที่ีระหว่างทีมผู้ให้บริการ
ข้อจำกัด	▶ ในช่วงที่ศึกษาโรงพยาบาลที่ดำเนินการมีเพียง 33 แห่ง ▶ ความสมบูรณ์ของข้อมูล ที่อาจมีความคลาดเคลื่อนจากการลงบันทึกการบาดเจ็บ ▶ ระยะเวลาในการรายงานไม่สม่ำเสมอ ขึ้นกับข้อตกลงภายในโรงพยาบาล โดยปกติทุก 1 – 4 เดือน	▶ ข้อมูลที่ลงบันทึกมีจำนวนมาก ผู้บันทึกต้องบันทึกให้ครบถ้วน ▶ ผู้บันทึกข้อมูลต้องมีความรู้ด้านการให้รหัสโรค ▶ กรณีแพทย์สรุปโรคตามสาเหตุการตายด้วยลายมือ อาจมีความผิดพลาดในการแปลผลและบันทึกข้อมูล ▶ สาเหตุการตายที่ระบุอาจมีข้อมูลที่แตกต่างจากข้อมูลในใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใช้บนสูตรพลิกศพ)	▶ การสรุปโรคและรหัสทางการแพทย์ไม่ตรงหลักการให้รหัสโรค ▶ อาจมีปัญหา ข้อผิดพลาดเรื่องความครบถ้วนของการบันทึกรายละเอียดในแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วย
กลุ่มประชากร	ผู้ได้รับบาดเจ็บและตายทุกราย จากการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอก (V01-Y36) ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ดำเนินการเฝ้าระวัง	ผู้เสียชีวิตทุกรายที่มีการแจ้งตายกับสำนักทะเบียนท้องถิ่น อำเภอ	ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (In Patient Department หรือ IPD) และผู้ป่วยนอก (Out Patient Department หรือ OPD)

	ฐานข้อมูล		
	IS	Death	HDC
ตัวแปร	▶ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีสาเหตุการบาดเจ็บภายนอกไม่เกิน 7 วัน ตามรหัส ICD-10: V01-Y36 ▶ ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลทุกราย และผู้บาดเจ็บที่ผ่านห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย	การเพิ่มข้อมูลการตายรายใหม่ กรอกรายละเอียดตัวแปร ได้แก่ ชื่อ* นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน ต่างชาติ* เพศ* อายุ* ที่อยู่ วันที่ตาย* ชื่อโรค* หรือรหัส ICD10 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุฆาตกรรมหรือภาวะที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง “สาเหตุการตาย” ในมรณบัตร (ไทยหรืออังกฤษ) หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี* ผู้รับรองการตาย* (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ทราบ) สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุ* สถานที่ตาย* โดยตัวแปรที่มี * เกือบทั้งหมด จำเป็นต้องกรอกข้อมูลให้ครบ	จะมีทั้งหมด 43 แฟ้ม แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ ▶ ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (ADMISSION) ▶ ข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน (DIAGNOSIS_IPD) ▶ ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน (DRUG_IPD) ▶ ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน (PROCEDURE_IPD) ▶ ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน (CHARGE_IPD)
หน่วยงานที่เก็บข้อมูล	โรงพยาบาล 33 แห่งได้แก่ รพม. ⁽²⁾ รพศ. ⁽¹²⁾ รพท. (1) รพ. ⁽¹⁸⁾	โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน สำนักทะเบียนท้องถิ่น อำเภอ	หน่วยบริการ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ
ผู้เก็บข้อมูล	พยาบาล ER เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าพนักงานเวชสถิติ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	นายทะเบียนท้องถิ่น แพทย์ พยาบาล เสมียน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสถิติชำนาญการ นักวิชาการสถิติ	แพทย์ พยาบาล เจ้าพนักงานเวชสถิติ และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสถิติ เภสัชกร
แหล่งรวบรวมข้อมูลและ		ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นผู้รวบรวมข้อมูล และ	คลังข้อมูล Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
ความถี่ในการเผยแพร่ รายงาน	ระดับจังหวัด ทุก 1-4 เดือน แล้วแต่ข้อตกลงของโรงพยาบาล และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดระดับประเทศ อย่างน้อยทุก 1 ปี	เผยแพร่ระดับประเทศ อย่างน้อยทุก 1 ปี	เผยแพร่ในระดับประเทศ อย่างน้อย ทุก 1 ปี
ผู้จัดทำรายงาน/ผู้รับ รายงาน หรือผู้ใช้ข้อมูล	ผู้จัดทำรายงาน ▶ ฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาล TEA Unit ผู้รับรายงานหรือผู้ใช้ข้อมูล ▶ ฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารของโรงพยาบาล แพทย์ หัวหน้าตึกหอผู้ป่วย ทีมอุบัติเหตุของโรงพยาบาล ผู้บริหารระดับจังหวัดและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	ผู้จัดทำรายงาน ▶ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับรายงานหรือผู้ใช้ข้อมูล ▶ หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ส่วนกลางและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	ผู้จัดทำรายงาน ▶ ระดับจังหวัด งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร/งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้ตรวจสอบคลังข้อมูล (data center) ระดับจังหวัด ▶ ส่วนกลาง กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ปัญหาที่สำคัญในสังคมไทยปัจจุบันนี้จะแบ่งเป็น 2 มุมมอง ได้แก่ มุมมองของผู้ก่อเหตุ และมุมมองของเหยื่อ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อเหตุรุนแรงระหว่างบุคคลนี้อาจจะมาจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (พันธุกรรมและการเลี้ยงดู เป็นต้น) ปัจจัยทางสังคม (โรงเรียน เพื่อนบ้าน รายได้ เป็นต้น) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลอย่างมาก ก่อรูปกับการพัฒนาทางสังคมอย่างก้าวกระโดดเข้าสู่ยุคดิจิทัล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เช่น

1.1 การรังแกกันบนโลกไซเบอร์ (cyberbullying) ได้แก่ การใช้ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต หรือ สื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ ในการทำร้ายกัน การเผยแพร่ไปยังผู้ชมจำนวนมาก ดูซ้ำไ้จนกว่าจะลบ สร้างความเสียหาย หรือเสื่อมเสียชื่อเสียงแก่ผู้ถูกระทำ โดยผู้กระทำมีลักษณะเป็นนิรนาม ไม่ทราบตัว

Assault Situation Review (2015-2019)

5 โอกาสในการเข้าถึงอาวุธ ที่สามารถใช้ก่อเหตุได้ (weapons availability)



จากข้อมูลเว็บไซต์ [gunpolicy.org](https://www.gunpolicy.org/firearms/region/thailand) (<https://www.gunpolicy.org/firearms/region/thailand>) พบว่า จากการประมาณการประชากรไทยที่มีการครอบครองอาวุธปืนทั้งที่ถูกและไม่ได้กฎหมาย เพิ่มขึ้นจาก 10,000,000 เป็น 10,342,000 ราย ภายในเวลา 10 ปี จากปี 2007 – 2017 และประมาณการจำนวนผู้ครอบครองอาวุธปืนผิดกฎหมายและไม่ได้ลงทะเบียนอยู่ที่ประมาณ 4,120,820 ราย หรือคิดเป็น 6.0 รายต่อประชากรร้อยละหนึ่ง ซึ่งตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals นั้น จะอยู่ในเป้าหมายที่ 16 สันติภาพ ยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง (Peace, Justice and Strong Institutions) เน้นการสร้างเสริมสังคมที่สงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยกเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน สร้างกระบวนการยุติธรรมที่ทุกคนเข้าถึงได้ และสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และเปิดกว้างในทุกระดับ อยู่ในเป้าหมายย่อยที่ 16.1 ลดความรุนแรงทุกรูปแบบและอัตราการตายที่เกี่ยวข้องในทุกแห่งให้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้แต่ได้เน้น ไปที่เรื่อง ข้อ 16.1 การสนับสนุนความสามัคคีในสังคมเพื่อยุติความรุนแรงในภาคใต้ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย จัดได้ว่ามีการครอบครองอาวุธปืนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอาเซียนด้วยกัน และอยู่ในลำดับที่ 39 ของโลก ดังนั้น การลดการเข้าถึงอาวุธปืน เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงโดยเฉพาะลดโอกาสในการก่อเหตุทำร้ายผู้อื่น แม้ว่าจะเป็นการครอบครองไว้เพื่อป้องกันตัว แต่ยังมีความเสี่ยงที่ผู้ครอบครองจะเป็นผู้ก่อเหตุเองได้

6 สถานที่เกิดเหตุ (place)

6.1 บ้านและบริเวณบ้านของเหยื่อ ที่เป็นจุดที่มีการก่อเหตุมากที่สุด มากถึง 2 พันกว่ารายต่อปี บ้านและบริเวณบ้าน รวมไปถึง ถนนภายในบ้าน สนามหญ้าของบ้าน สระว่ายน้ำในบ้าน สนามกีฬาในบ้าน อพาร์ตเมนต์ และคอนโดมิเนียม เป็นสถานที่ที่ควรมีการศึกษาถึงมาตรการ ปักจายเชิงบวก ปักจายเชิงลบ ทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้าน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ

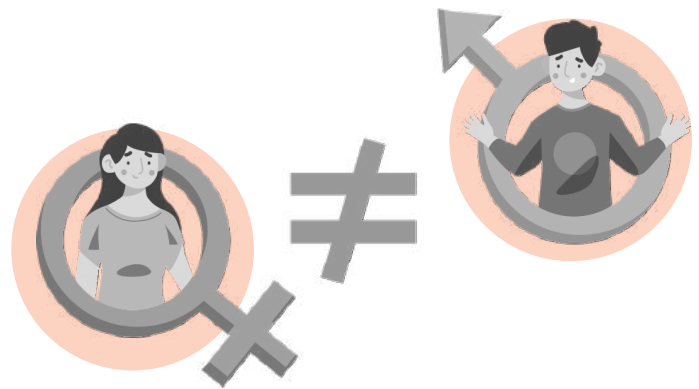
6.2 สถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน เช่น สวนสาธารณะ วัด ตลาด สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สนามกีฬา และเส้นทางทาง จุดนัดพบต่าง ๆ ซึ่งสถานที่เหล่านี้เป็นสถานที่นัดพบหรือคนในชุมชนมาใช้ร่วมกัน ซึ่งจากข้อมูลพบว่า

หากรวมกันแล้วสถานที่เหล่านี้เป็นจุดเกิดเหตุรุนแรงมากกว่าร้อยละ 50 และเป็นที่ตั้งในชุมชน ดังนั้น การป้องกันการก่อเหตุ เช่น การประเมินจุดเสี่ยง การนำปัญญาประดิษฐ์เข้ามาช่วยในการประเมินเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้มีการวางแผนป้องกัน หรือจัดสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

7 ความไม่เสมอภาคระหว่างหญิงและชาย (gender inequality)

จากตัวชี้วัดดัชนีความไม่เสมอภาคระหว่างหญิงและชาย (GII) ขององค์การสหประชาชาติ ปี 2011 (2554) รายงานว่า ค่า GII ของประเทศไทย เท่ากับ 0.382 (0 คือความไม่เท่าเทียมทางเพศน้อยที่สุด และ 1 คือความไม่เท่าเทียมทางเพศมากที่สุด)⁽²⁸⁾ โดยวัดจากการประเมิน 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านอนามัยและการเจริญพันธุ์ (reproductive health) วัดจากอัตราการตายของมารดาและอัตราการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น มิติด้านการเสริมพลัง (empowerment) วัดจากที่นั่งในสภาของเพศหญิง ระดับการศึกษา การมีส่วนร่วมในเรื่องการเมือง การกำหนดนโยบาย และ มิติด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ (economic activity) วัดจากสัดส่วนของประชากรวัยทำงานของประเทศที่ประกอบอาชีพในตลาดแรงงาน

ซึ่งการดำเนินงานนี้จะตรงกับเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 5 บรรลุความเสมอภาคระหว่างเพศ และเพิ่มบทบาทของสตรีและเด็กหญิงทุกคน ความรุนแรงอยู่ในเป้าหมายย่อยที่ 5.2 ขจัดความรุนแรงทุกรูปแบบที่มีต่อผู้หญิงและเด็กหญิงทั้งในที่สาธารณะและที่รกร้าง รวมถึงการค้ามนุษย์ การแสวงประโยชน์ทั้งทางเพศ และในรูปแบบอื่น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้หญิงที่อยู่ในระดับผู้บริหารในภาครัฐและเอกชน แต่ยังมีบทบาทต่ำอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทในรัฐสภา รัฐบาล ตุลาการ และฝ่ายบริหาร ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น มีสัดส่วนผู้หญิงคิดเป็นเพียงร้อยละ 23.9 ของข้าราชการระดับสูง และความเท่าเทียมกันทางเพศในตำแหน่งผู้นำระดับสูง ได้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 3 ในช่วงสิบห้าปีที่ผ่านมา⁽²⁹⁾



ดังนั้น กองป้องกันการบาดเจ็บจึงได้จัดทำแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่เกิดจากภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยการดำเนินงานแบ่งเป็นระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวดังตารางที่ 16



ตารางที่ 17 ประเด็นปัญหาที่เป็นช่องว่างที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการทำงานในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

ลำดับที่	ประเด็น	ระยะสั้น	ระยะกลาง	ระยะยาว
1	จัดทำ/สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ data visualization ผ่าน dashboard	/	/	/
2	กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่พบสถิติถูกทำร้ายมากที่สุด ได้แก่ เยาวชนอายุ 10-29 ปี	/	/	
3	พัฒนานวัตกรรมใช้เพื่อลดความรุนแรง เช่น การประเมินจุดเสี่ยงโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์	/		
4	ขยายผลการใช้นวัตกรรมเพื่อลดความรุนแรง		/	/
5	สื่อสารความเสี่ยง สถิติ ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในเยาวชน สอดคล้องกับ SDGs3 (สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี หรือ health and well-being) และ SDGs5 (ความเท่าเทียมทางเพศ หรือ gender Equality)	/		
6	ดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สคร. พม. ยธ. เป็นต้น	/	/	/
7	ขยายผลโครงการนำร่อง ชุมชนปลอดภัย ห่างไกลความรุนแรง ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สคร. พม. ยธ. เป็นต้น		/	/
8	สำรวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องเช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่องการป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ	/	/	/
9	ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ในชุมชน จุดเสี่ยงต่างๆ	/	/	/
10	ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้ายเน้นในกลุ่มนำร่อง	/	/	/
11	ขยายผลมาตรการป้องกันการถูกทำร้ายในระดับชุมชน ประชากร ร่วมกับนานาชาติ		/	/
12	แก้ไขกฎหมายที่ขัดกับรัฐธรรมนูญหรือความเท่าเทียมกันในสังคม			/
13	บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในการควบคุมการเข้าถึงสุรา อาวุธปืน รวมทั้งวัตถุมีคม เช่น มีด หรือวัตถุมีคมอื่น ๆ			/
14	สื่อสารความเสี่ยงจากครอบครองหรือการพกพาอาวุธปืนต่อตนและครอบครัวให้สังคมทราบ			/

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานระยะสั้น 1-3 ปี

1. จัดทำ สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ Data Visualization ผ่าน Dashboard
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่พบสถิติถูกทำร้ายมากที่สุด ได้แก่ เยาวชนอายุ 10-29 ปี
3. พัฒนานวัตกรรมใช้เพื่อลดความรุนแรง เช่น การประเมินจุดเสี่ยงโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์
4. สื่อสารความเสี่ยง สถิติ ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในเยาวชน สอดคล้องกับ SDGs3 (สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี หรือ health and well-being) และ SDGs5 (ความเท่าเทียมทางเพศ หรือ gender equality)
5. ดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สคร. พม. ยธ. เป็นต้น
6. สำรวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่องการป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ

7. ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ชุมชน จุดเสี่ยงต่างๆ
8. ประเมินโครงการนำร่องและกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย ในเด็กและครอบครัว รวมทั้งในชุมชน
9. พัฒนาศักยภาพ ทศนคติ ทักษะและความไวในเรื่องนี้แก่ตำรวจ บุคลากรสาธารณสุขและนักวิจัย
10. ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้ายเน้น ในกลุ่มนำร่อง ประเด็น สื่อสังคมออนไลน์ และสถานที่ที่มีแนวโน้มก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ บ้าน (บ้านเหี่ยว) และ ชุมชน (เช่น วัด ตลาด แหล่งบันเทิง สันทนาการ)

การดำเนินงานระยะกลาง 3-5 ปี

1. จัดทำ สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ data visualization ผ่าน dashboard
2. ขยายผลกลุ่มเป้าหมายที่พบสถิติถูกทำร้ายมากที่สุด ได้แก่ เยาวชนอายุ 10-29 ปี
3. ขยายผลการใช้นวัตกรรมเพื่อลดความรุนแรง

4. สํารวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่อง การป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ

5. ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ในชุมชน จุดเสี่ยงต่าง ๆ

6. ขยายผลโครงการนําร่อง ชุมชนปลอดภัย ทํางานความปลอดภัย ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สศร. พม. ยธ. เป็นต้น

7. ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้าย เน้นในกลุ่มนําร่อง รวมถึง

- ▶ การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบการนําลึกฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นวิทยาศาสตร์มาใช้ในกระบวนการเสริมสร้างสันติภาพ และความเป็นธรรมในสังคม

- ▶ การส่งเสริมความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชาย เน้นการป้องกันตัวเอง และการเสริมทัศนคติการเคารพให้เกียรติเพศตรงข้าม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

8. ขยายผลมาตรการป้องกันการถูกทำร้ายในระดับชุมชน ประชากร ร่วมกับนานาชาติ

การดำเนินงานระยะยาว 5-10 ปี

1. จัดทำ สนับสนุน ข้อมูล สถานการณ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่หน่วยงานที่สนใจ เช่น จัดทำ data visualization ผ่าน dashboard

2. ขยายผลการใช้นวัตกรรมเพื่อลดความรุนแรง

3. ขยายผลโครงการนําร่อง ชุมชนปลอดภัย ทํางานความปลอดภัย ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สสจ. อบต. อบจ. รพสต. สศร. พม. ยธ. เป็นต้น

4. ขยายผลมาตรการป้องกันการถูกทำร้ายในระดับชุมชน ประชากร ร่วมกับนานาชาติ

5. สํารวจ ประเมินความรอบรู้ ประเมินความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล เป็นต้น ในเรื่อง การป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ

6. ประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น บ้าน บริเวณบ้าน ในชุมชน จุดเสี่ยงต่าง ๆ

7. ศึกษา วิจัยมาตรการ หรือรูปแบบการป้องกันการถูกทำร้าย เน้นในกลุ่มนําร่อง ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- ▶ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สังคม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม ในผู้ก่อเหตุและเหยื่อความรุนแรง รวมทั้งในโรงเรียน

- ▶ สื่อ อัตราการเสพยา การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อ พฤติกรรมก้าวร้าว การเข้าถึงการใช้อาวุธต่าง ๆ

- ▶ จำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งแตกต่าง จากกลุ่มอายุอื่นที่มีแนวโน้มลดลง

- ▶ สถานที่ที่มีแนวโน้มก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ บ้าน (บ้านเหยื่อ) และ ชุมชน (เช่น วัด ตลาด แหล่งบันเทิง สันทนาการ)

- ▶ ระบบบริการสุขภาพ สังคม และหน่วยงานราชการ ที่เกี่ยวข้อง

8. แก้ไขกฎหมายที่ขัดกับรัฐธรรมนูญหรือความเท่าเทียมกัน ในสังคม

9. บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในการควบคุมการเข้าถึงสุรา อาวุธปืน รวมทั้งวัตถุมีคม เช่น มีด หรือวัตถุมีคมอื่น ๆ

10. สื่อสารความเสี่ยงจากครอบครองหรือการพกพาอาวุธปืน ต่อตนและครอบครัวให้สังคมทราบ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ควรมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพิ่มเติมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- ▶ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สังคม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม ในผู้ก่อเหตุ และเหยื่อความรุนแรง รวมทั้งในโรงเรียน

- ▶ สื่อ อัตราการเสพยา การเข้าถึงการใช้อาวุธต่าง ๆ

- ▶ จำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งแตกต่าง จากกลุ่มอายุอื่นที่มีแนวโน้มลดลง

- ▶ สถานที่ที่มีแนวโน้มก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ บ้าน (บ้านเหยื่อ) และ ชุมชน (เช่น วัด ตลาด แหล่งบันเทิง สันทนาการ)

- ▶ ระบบบริการสุขภาพ สังคม และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

2. ประเมินโครงการนําร่องและกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย ในเด็กและครอบครัว รวมทั้งในชุมชน

3. พัฒนาศักยภาพ ทัศนคติ ทักษะและความไวในเรื่องนี้แก่ตำรวจ บุคลากรสาธารณสุขและนักวิจัย

4. แก้ไขกฎหมายที่ขัดกับรัฐธรรมนูญหรือความเท่าเทียมกันในสังคม

5. บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในการควบคุมการเข้าถึงสุรา อาวุธปืน รวมทั้งวัตถุมีคม เช่น มีด

6. ควรสื่อสารความเสี่ยงจากครอบครองหรือการพกพาอาวุธปืนต่อตน และครอบครัวให้สังคมทราบ

7. พัฒนาความเข้มแข็งของระบบการนําลึกฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น วิทยาศาสตร์มาใช้ในกระบวนการเสริมสร้างสันติภาพและความเป็นธรรม ในสังคม

8. ส่งเสริมความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชาย เน้นการป้องกันตัวเอง และการเสริมทัศนคติการเคารพให้เกียรติเพศตรงข้าม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ในสังคม



1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับจังหวัด. 2007.
2. ทีมพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563). 2020.
3. แผนงานระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Information System (RSIS). คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance Information System – ISIS).
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบันทึกหนังสือรับรองการตาย ปรับปรุง ปี 2017 [Internet]. 2560. 37 p. Available from: http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/icd9icd10/Death_certificate_2017.pdf
5. ชไมพันธุ์ ส, ศิริวรรณ ส, ศิริลักษณ์ จ. รายงานระดับชาติ เรื่องความรุนแรงและสุขภาพ ประเทศไทย (National Report on Violence and Health, Thailand). นนทบุรี;
6. วิษา จิตินทรกร. คู่มือการบันทึกและส่งข้อมูลการตาย.
7. พรณรงค์ โชติวรรณ. คู่มือ การบันทึกหนังสือรับรองการตาย ปรับปรุง ปี 2017. 2017.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC). รายงานการศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนาโครงการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน. 2013.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. 2020.
10. กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.4 ปีงบประมาณ 2564. 2021.
11. บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด. โครงการอบรมเพื่อการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม จังหวัดตราด.
12. คณะทำงานพัฒนาเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพบก. มาตรฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน และแนวทางการบันทึกสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพบก. 2020.
13. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์. 2012.
14. กลุ่มงานประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม. ร้อยยัง หน่วยงานในสังกัดกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีทั้งหมด 97 แห่ง [Internet]. 2563. Available from: <http://www.djop.go.th/images/djopimage/info11.jpg>
15. กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สถิติคดีอาญา [Internet]. 2564. Available from: www.djop.go.th
16. Honardoost M, Rajabpour A, Vakil L. Molecular epidemiology; New but impressive. Med J Islam Repub Iran [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 15]; 32(1):53. Available from: [/pmc/articles/PMC6113584/](http://pmc/articles/PMC6113584/)
17. Pappa I, St Pourcain B, Benke K, Cavadino A, Hakulinen C, Nivard MG, et al. A genome-wide approach to children's aggressive behavior: The EAGLE consortium. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2021 Feb 15];171(5):562–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26087016/>
18. Kanchana Srisawat and Siriluck Jittrabaiab. Behavioural Genetics in Violence and XYY Syndrome. Dis Control J [Internet]. 2008;34(4):513–7. Available from: http://newweb.kmdc.go.th/uploads/file/magazine/vol_34/JR_4_2008.pdf
19. Caspi A, McCray J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science (80-) [Internet]. 2002 Aug 2 [cited 2020 Oct 5];297(5582):851–4. Available from: <https://science.sciencemag.org/content/297/5582/851>
20. Human Genetics Alert (HGA). Welcome to Human Genetics Alert [Internet]. 2005 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <http://www.hgalert.org/topics/behavGenetics/geneticsviolence.html>
21. Manchia M, Comai S, Pinna M, Pinna F, Fanos V, Denovan-Wright E, et al. Biomarkers in aggression. In: Advances in Clinical Chemistry [Internet]. Academic Press Inc.; 2019 [cited 2021 Feb 15]. p. 169–237. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31655730/>
22. Lubke GH, McArthur DB, Boomsma DI, Bartels M. Genetic and environmental contributions to the development of childhood aggression. Dev Psychol. 2018 Jan 1;54(1):39–50.
23. Porsch RM, Middeldorp CM, Cherny SS, Krapohl E, van Beijsterveldt CEM, Loukola A, et al. Longitudinal heritability of childhood aggression. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet. 2016 Jul 1;171(5):697–707.
24. เสถียรพิทย์ อ. การศึกษาความรุนแรงทางไซเบอร์มีเดียและการรับรู้ของวัยรุ่น. กรุงเทพฯ; 2560.
25. ประเสริฐไพฑูรย์ ด. วัฒนธรรมความรุนแรง การสื่อสารในเกมออนไลน์.
26. กระทรวงสาธารณสุข. Key Performance Indicator: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1516>
27. TONGSAMS I, TONGSAMS K. THE VIOLENCE RESULTING FROM ALCOHOL MISUSE: AN ANALYSIS FROM THAI DAILY NEWSPAPERS DURING 2006-2015. J Soc Sci Res. 2018;9(1):7–26.
28. the United Nations Development Programme. Human Development Report 2011 Sustainability and Equity: A Better Future for All [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 9]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/271/hdr_2011_en_complete.pdf
29. the United Nations. Thailand Country Page - UN Women Asia Pacific | UN Women – Asia-Pacific [Internet]. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://asiapacific.unwomen.org/en/countries/thailand>



ภาคผนวก

- ◆ ข้อมูลการเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย (ฐานข้อมูลมรณบัตร) ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)
- ◆ ข้อมูลการถูกทำร้ายเฉพาะรายที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง (IS) ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)

ข้อมูลการเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย (ฐานข้อมูลมรณบัตร) ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)

ตาราง ก จำนวน ร้อยละ ของเหยื่อที่ถูกทำร้ายจนเสียชีวิต 10 สาเหตุแรก ภาพรวมทั้งประเทศแบ่งตามเพศ

สาเหตุการถูกทำร้ายจนเสียชีวิต	2558			2559			2560			2561			2562		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1 X95 จำนวน	1116	142	1258	893	132	1025	647	81	728	577	86	663	418	60	478
ร้อยละ	88.71	11.29	58.00	87.12	12.88	57.81	88.87	11.13	48.86	87.03	12.97	50.27	87.45	12.55	42.60
2 X99 จำนวน	437	83	520	352	70	422	329	83	412	274	71	345	293	71	364
ร้อยละ	84.04	15.96	23.97	83.41	16.59	23.80	79.85	20.15	27.65	79.42	20.58	26.16	80.49	19.51	32.44
3 Y09 จำนวน	167	31	198	120	41	161	119	36	155	74	22	96	63	26	89
ร้อยละ	84.34	15.66	9.13	74.53	25.47	9.08	76.77	23.23	10.40	77.08	22.92	7.28	70.79	29.21	7.93
4 Y00 จำนวน	44	10	54	30	6	36	32	8	40	48	7	55	45	9	54
ร้อยละ	81.48	18.52	2.49	83.33	16.67	2.03	80.00	20.00	2.68	87.27	12.73	4.17	83.33	16.67	4.81
5 X91 จำนวน	50	19	69	33	17	50	37	18	55	50	13	63	39	11	50
ร้อยละ	72.46	27.54	3.18	66.00	34.00	2.82	67.27	32.73	3.69	79.37	20.63	4.78	78.00	22.00	4.46
6 X93 จำนวน	4	0	4	2	1	3	20	3	23	20	2	22	22	10	32
ร้อยละ	100.00	0.00	0.18	66.67	33.33	0.17	86.96	13.04	1.54	90.91	9.09	1.67	68.75	31.25	2.85
7 Y04 จำนวน	13	3	16	9	0	9	19	5	24	28	9	37	22	7	29
ร้อยละ	81.25	18.75	0.74	100.00	0.00	0.51	79.17	20.83	1.61	75.68	24.32	2.81	75.86	24.14	2.58
8 X94 จำนวน	7	0	7	6	0	6	19	2	21	18	1	19	13	0	13
ร้อยละ	100.00	0.00	0.32	100.00	0.00	0.34	90.48	9.52	1.41	94.74	5.26	1.44	100.00	0.00	1.16
9 X96 จำนวน	26	9	35	43	11	54	19	3	22	9	1	10	5	1	6
ร้อยละ	74.29	25.71	1.61	79.63	20.37	3.05	86.36	13.64	1.48	90.00	10.00	0.76	83.33	16.67	0.53
10 X97 จำนวน	1	1	2	1	1	2	1	0	1	0	0	0	1	2	3
ร้อยละ	50.00	50.00	0.09	50.00	50.00	0.11	100.00	0.00	0.07	0.00	0.00	0.00	33.33	66.67	0.27
11 อื่น ๆ จำนวน	2	4	6	5	0	5	6	3	9	7	2	9	2	2	4
ร้อยละ	33.33	66.67	0.28	100.00	0.00	0.28	66.67	33.33	0.60	77.78	22.22	0.68	50.00	50.00	0.36

ตาราง ข จำนวน ร้อยละของเหยื่อที่ถูกทำร้ายจนเสียชีวิตรวมทุกสาเหตุ แบ่งตามจุดเกิดเหตุ

จุดเกิดเหตุ	2558			2559			2560			2561			2562		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
0 จำนวน	7	0	7	7	0	7	20	3	23	20	7	27	26	17	43
ร้อยละ	100	0	0.32	100	0	0.39	86.96	13.04	1.54	74.07	25.93	2.05	60.47	39.53	3.83
1 จำนวน	2	0	2				1	0	1	1	0	1	4	0	4
ร้อยละ	100	0	0.09				100.00	0.00	0.07	100.00	0.00	0.08	100.00	0.00	0.36
2 จำนวน	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1	0	1	7	0	7
ร้อยละ			0.00	100	0	0.11	100.00	0.00	0.07	100.00	0.00	0.08	100.00	0.00	0.62
3 จำนวน			0						0	1	0	1	1	0	1
ร้อยละ			0.00						0.00	100.00	0.00	0.08	100.00	0.00	0.09
4 จำนวน	10	0	10	3	0	3	3	0	3	6	2	8	5	0	5
ร้อยละ	100	0	0.46	100	0	0.17	100.00	0.00	0.20	75.00	25.00	0.61	100.00	0.00	0.45
5 จำนวน				0	1	1	1	1	2	2	0	2	3	0	3
ร้อยละ				0	100	0.06	50.00	50.00	0.13	100.00	0.00	0.15	100.00	0.00	0.27
6 จำนวน												0	0	1	1
ร้อยละ												0.00	0.00	100.00	0.09
7 จำนวน	1	0	1				4	1	5	1	0	1	1	0	1
ร้อยละ	100	0	0.05				80.00	20.00	0.34	100.00	0.00	0.08	100.00	0.00	0.09
8 จำนวน	2	0	2				1	1	2	5	1	6	3	0	3
ร้อยละ	100	0	0.09				50.00	50.00	0.13	83.33	16.67	0.45	100.00	0.00	0.27
9 จำนวน	1845	302	2147	1482	278	1760	1217	236	1453	1068	204	1272	873	181	1054
ร้อยละ	85.93	14.07	98.99	84.20	15.80	99.27	83.76	16.24	97.52	83.96	16.04	96.44	82.83	17.17	93.94

1 = บ้าน บริเวณบ้าน 2 =หอพัก เรือนจำ สถานที่เลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร 3 = สถานศึกษา โรงพยาบาล/วัด 4 = สนามกีฬาสาธารณะ 5 = ถนนหรือทางหลวง 6 = สถานที่ขายสินค้าและบริการ 7 = สถานที่ก่อสร้าง โรงแรม 8 = นา ไร่ สวน 9=อื่นๆ

ข้อมูลการถูกทำร้ายเฉพาะรายที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง (IS) ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562)

ตาราง ค จำนวน ร้อยละ ของเหยื่อที่ถูกทำร้ายและได้รับบาดเจ็บรุนแรง 10 สาเหตุแรก ภาพรวมทั้งประเทศแบ่งตามเพศ (IS)

สาเหตุการถูกทำร้าย และได้รับบาดเจ็บรุนแรง	2558			2559			2560			2561			2562		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1 X99 จำนวน	3772	296	4068	3247	287	3534	2688	285	2973	2276	222	2498	2193	221	2414
ร้อยละ	92.72	7.28	35.01	91.88	8.12	34.37	90.41	9.59	33.31	91.11	8.89	30.98	90.85	9.15	30.58
2 Y04 จำนวน	1466	588	2054	1314	632	1946	1330	615	1945	1410	646	2056	1418	599	2017
ร้อยละ	71.37	28.63	17.67	67.52	32.48	18.93	68.38	31.62	21.79	68.58	31.42	25.50	70.30	29.70	25.55
3 Y00 จำนวน	1982	367	2349	1866	330	2196	1665	347	2012	1447	319	1766	1452	336	1788
ร้อยละ	84.38	15.62	20.21	84.97	15.03	21.36	82.75	17.25	22.54	81.94	18.06	21.90	81.21	18.79	22.65
4 Y09 จำนวน	907	150	1057	809	154	963	630	135	765	619	126	745	573	129	702
ร้อยละ	85.81	14.19	9.10	84.01	15.99	9.37	82.35	17.65	8.57	83.09	16.91	9.24	81.62	18.38	8.89
5 X95 จำนวน	1413	152	1565	1129	126	1255	738	82	820	566	69	635	510	67	577
ร้อยละ	90.29	9.71	13.47	89.96	10.04	12.21	90.00	10.00	9.19	89.13	10.87	7.87	88.39	11.61	7.31
6 X93 จำนวน	155	27	182	120	12	132	148	18	166	113	13	126	136	17	153
ร้อยละ	85.16	14.84	1.57	90.91	9.09	1.28	89.16	10.84	1.86	89.68	10.32	1.56	88.89	11.11	1.94
7 X94 จำนวน	34	3	37	23	4	27	30	3	33	24	0	24	38	6	44
ร้อยละ	91.89	8.11	0.32	85.19	14.81	0.26	90.91	9.09	0.37	100.00	0.00	0.30	86.36	13.64	0.56
8 Y05 จำนวน	12	53	65	13	32	45	9	37	46	2	50	52	4	33	37
ร้อยละ	18.46	81.54	0.56	28.89	71.11	0.44	19.57	80.43	0.52	3.85	96.15	0.64	10.81	89.19	0.47
9 Y08 จำนวน	73	18	91	44	13	57	30	11	41	26	6	32	27	7	34
ร้อยละ	80.22	19.78	0.78	77.19	22.81	0.55	73.17	26.83	0.46	81.25	18.75	0.40	79.41	20.59	0.43
10 Y07 จำนวน	8	6	14	4	7	11	4	10	14	21	16	37	18	16	34
ร้อยละ	57.14	42.86	0.12	36.36	63.64	0.11	28.57	71.43	0.16	56.76	43.24	0.46	52.94	47.06	0.43
11 อื่น ๆ จำนวน	99	40	139	88	27	115	80	31	111	63	30	93	60	33	93
ร้อยละ	71.22	28.78	1.20	76.52	23.48	1.12	72.07	27.93	1.24	67.74	32.26	1.15	64.52	35.48	1.18

ตาราง ง จำนวน ร้อยละของเหยื่อที่ถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงรวมทุกสาเหตุ แบ่งตามจุดเกิดเหตุ

จุดเกิดเหตุ	2558			2559			2560			2561			2562		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1 จำนวน	885	114	999	705	111	816	592	120	712	6171	1426	7597	3321	1081	4402
ร้อยละ	88.59	11.41	8.60	86.40	13.60	7.95	83.15	16.85	7.99	81.23	18.77	94.78	75.44	24.56	56.02
2 จำนวน	1119	183	1302	904	183	1087	751	161	912	263	48	311	261	37	298
ร้อยละ	85.94	14.06	11.21	83.16	16.84	10.59	82.35	17.65	10.23	84.57	15.43	3.88	87.58	12.42	3.79
3 จำนวน	2281	346	2627	2314	426	2740	2076	393	2469	59	4	63	38	2	40
ร้อยละ	86.83	13.17	22.63	84.45	15.55	26.70	84.08	15.92	27.70	93.65	6.35	0.79	95.00	5.00	0.51
4 จำนวน	1185	177	1362	1056	199	1255	987	199	1186	27	6	33	1123	143	1266
ร้อยละ	87.00	13.00	11.73	84.14	15.86	12.23	83.22	16.78	13.31	81.82	18.18	0.41	88.70	11.30	16.11
5 จำนวน	639	168	807	601	164	765	551	188	739	5	0	5	779	88	867
ร้อยละ	79.18	20.82	6.95	78.56	21.44	7.45	74.56	25.44	8.29	100.00	0.00	0.06	89.85	10.15	11.03
6 จำนวน	545	120	665	398	61	459	333	77	410	1	0	1	125	9	134
ร้อยละ	81.95	18.05	5.73	86.71	13.29	4.47	81.22	18.78	4.60	100.00	0.00	0.01	93.28	6.72	1.71
7 จำนวน	716	144	860	582	103	685	481	90	571	1	0	1	125	27	152
ร้อยละ	83.26	16.74	7.41	84.96	15.04	6.67	84.24	15.76	6.41	100.00	0.00	0.01	82.24	17.76	1.93
8 จำนวน	1578	274	1852	1336	250	1586	992	216	1208	3	1	4	628	71	699
ร้อยละ	85.21	14.79	15.95	84.24	15.76	15.45	82.12	17.88	13.55	75.00	25.00	0.05	89.84	10.16	8.90
9 จำนวน	964	172	1136	744	126	870	579	127	706						
ร้อยละ	84.86	15.14	9.78	85.52	14.48	8.48	82.01	17.99	7.92						

1 = บ้าน บริเวณบ้าน 2 =หอพัก เรือนจำ สถานที่เลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร 3 = สถานศึกษา โรงพยาบาล/วัด 4 = สนามกีฬาสาธารณะ 5 = ถนนหรือทางหลวง 6 = สถานที่ขายสินค้าและบริการ 7 = สถานที่ก่อสร้าง โรงแรม 8 = นา ไร่ สวน 9=อื่นๆ

ตาราง จ จำนวน ร้อยละของเหยื่อที่ถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงรวมทุกสาเหตุ แบ่งตามช่วงเวลาเกิดเหตุ

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ	ปี พ.ศ.														
	2558			2559			2560			2561			2562		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
0.00-3.00 จำนวน	2196	234	2430	1816	202	2018	3802	748	4550	1161	161	1322	1063	140	1203
ร้อยละ	90.37	9.63	21.04	89.99	10.01	19.79	83.56	16.44	51.01	87.82	12.18	17.63	88.36	11.64	15.72
3.01-6.00 จำนวน	642	85	727	528	102	630	251	57	308	373	68	441	415	75	490
ร้อยละ	88.31	11.69	6.29	83.81	16.19	6.18	81.49	18.51	3.45	84.58	15.42	5.88	84.69	15.31	6.40
6.01-9.00 จำนวน	304	99	403	282	90	372	154	53	207	255	109	364	272	92	364
ร้อยละ	75.43	24.57	3.49	75.81	24.19	3.65	74.40	25.60	2.32	70.05	29.95	4.85	74.73	25.27	4.76
9.01-12.00 จำนวน	400	130	530	371	125	496	198	79	277	335	110	445	306	122	428
ร้อยละ	75.47	24.53	4.59	74.80	25.20	4.86	71.48	28.52	3.11	75.28	24.72	5.93	71.50	28.50	5.59

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ		ปี พ.ศ.														
		2558			2559			2560			2561			2562		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
12.01-15.00	จำนวน	626	151	777	560	161	721	267	85	352	467	142	609	462	147	609
	ร้อยละ	80.57	19.43	6.73	77.67	22.33	7.07	75.85	24.15	3.95	76.68	23.32	8.12	75.86	24.14	7.96
15.01-18.00	จำนวน	1026	206	1232	933	209	1142	453	125	578	695	196	891	688	229	917
	ร้อยละ	83.28	16.72	10.67	81.70	18.30	11.20	78.37	21.63	6.48	78.00	22.00	11.88	75.03	24.97	11.98
18.01-21.00	จำนวน	1996	426	2422	1935	367	2302	1002	213	1215	1376	308	1684	1433	312	1745
	ร้อยละ	82.41	17.59	20.97	84.06	15.94	22.57	82.47	17.53	13.62	81.71	18.29	22.46	82.12	17.88	22.80
21.01-24.00	จำนวน	2671	359	3030	2172	345	2517	1220	213	1433	1450	292	1742	1590	307	1897
	ร้อยละ	88.15	11.85	26.23	86.29	13.71	24.68	85.14	14.86	16.07	83.24	16.76	23.23	83.82	16.18	24.79

ตาราง ฉ จำนวน ร้อยละผู้ที่ถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง 5 อันดับแรกของแต่ละกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ (ปี)		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 ปีขึ้นไป
2558																		
1	สาเหตุ	Y05	Y04	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	Y00	X99	Y04	Y00
	จำนวน	14	14	84	891	737	577	470	371	312	240	170	92	61	37	18	13	12
	ร้อยละ	28	28.57	26.09	37.82	37.18	39.82	37.15	32.20	32.53	32	30.91	30.98	29.05	36.27	32.14	30.23	27.27
2	สาเหตุ	Y00	Y00	Y00	X95	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y04	Y00	X99	Y04
	จำนวน	11	10	73	468	360	267	260	272	254	172	140	75	58	30	18	12	12
	ร้อยละ	22	20.41	22.67	19.86	18.16	18.43	20.55	23.61	26.49	22.93	25.45	25.25	27.62	29.41	32.14	27.91	27.27
3	สาเหตุ	Y04	Y05	Y04	Y04	X95	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	X99	Y04	Y00	X99
	จำนวน	6	8	68	369	318	241	220	223	186	140	112	66	43	14	11	12	10
	ร้อยละ	12	16.33	21.12	15.66	16.04	16.63	17.39	19.36	19.40	18.67	20.36	22.22	20.48	13.73	19.64	27.91	22.73
4	สาเหตุ	X95	X99	X95	Y00	Y04	X95	X95	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	X95	X95	X95	Y09	Y09
	จำนวน	5	7	47	325	301	193	144	133	95	88	54	32	19	9	4	3	4
	ร้อยละ	10	14.29	14.60	13.79	15.19	13.32	11.38	11.55	9.91	11.73	9.82	10.77	9.05	8.82	7.14	6.98	9.09
5	สาเหตุ	X99	4	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	X95	X95	X95	X95	X95	Y09	Y09	Y09	X95	X95
	จำนวน	4	4	20	179	173	119	123	116	84	85	44	22	18	9	4	2	2
	ร้อยละ	8	8.16	6.21	7.60	8.73	8.21	9.72	10.07	8.76	11.33	8.00	7.41	8.57	8.82	7.14	4.65	4.55
2559																		
1	สาเหตุ	Y04	Y04	Y04	X99	X99	Y00	X99	X99	X99	X99	X99	X99	Y00	Y00	X99	X99	Y00
	จำนวน	18	19	76	678	568	441	442	406	296	223	165	115	67	47	22	15	14
	ร้อยละ	35.29	32.20	29.69	36.57	35.61	34.97	38.37	39.15	34.18	30.89	29.15	31.94	33.5	33.33	28.57	31.91	38.89
2	สาเหตุ	Y00	Y00	X99	X95	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	X99	Y04	Y04	Y00	Y04
	จำนวน	7	14	62	342	295	276	236	213	216	187	151	87	62	40	19	11	13
	ร้อยละ	13.73	23.73	24.22	18.45	18.50	21.89	20.49	20.54	24.94	25.90	26.68	24.17	31	28.37	24.68	23.40	36.11
3	สาเหตุ	Y05	Y05	Y00	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	X99	Y00	Y04	Y09
	จำนวน	7	9	46	316	275	207	204	192	165	152	126	80	34	32	16	11	4
	ร้อยละ	13.73	15.25	17.97	17.04	17.24	16.42	17.71	18.51	19.05	21.05	22.26	22.22	17	22.70	20.78	23.40	11.11
4	สาเหตุ	Y09	X95	X95	Y00	X95	X95	X95	X95	Y09	Y09	Y09	Y09	X95	Y09	Y09	Y09	X99
	จำนวน	6	4	33	309	270	175	116	101	105	76	68	33	15	14	12	6	2
	ร้อยละ	11.76	6.78	12.89	16.67	16.93	13.88	10.07	9.74	12.12	10.53	12.01	9.17	7.5	9.93	15.58	12.77	5.56
5	สาเหตุ	X95	X99	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	X95	X95	X95	X95	Y09	X95	X95	X95	X95
	จำนวน	4	3	19	137	127	126	114	100	65	50	39	31	14	4	3	1	1
	ร้อยละ	7.84	5.08	7.42	7.39	7.96	9.99	9.90	9.64	7.51	6.93	6.89	8.61	7	2.84	5.19	6.38	2.78
2560																		
1	สาเหตุ	Y04	Y00	Y04	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	Y00	Y00	Y00	Y00
	จำนวน	16	17	67	493	487	415	344	299	293	223	151	105	65	44	28	16	16
	ร้อยละ	33.33	31.48	34.36	34.92	35.06	37.45	33.59	32.39	34.63	32.41	32.54	32.81	32.50	34.375	40.58	42.11	37.21
2	สาเหตุ	Y00	Y04	Y00	Y04	Y00	Y04	Y04	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	X99	Y04	Y04	X99
	จำนวน	8	17	37	285	299	224	228	211	203	172	126	93	53	41	18	9	9
	ร้อยละ	16.67	31.48	18.97	20.18	21.53	20.22	22.27	22.86	24.00	25.00	27.16	29.06	26.50	32.03	26.09	23.68	20.93
3	สาเหตุ	Y05	Y05	X99	Y00	Y04	Y00	Y00	Y00	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	Y04	X99	X99	Y04
	จำนวน	8	6	31	265	285	220	209	210	193	154	100	68	42	26	11	7	8
	ร้อยละ	16.67	11.11	15.90	18.77	20.52	19.86	20.41	22.75	22.81	22.38	21.55	21.25	21.00	20.31	15.94	18.42	18.60
4	สาเหตุ	Y09	Y09	X95	X95	X95	X95	X95	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09
	จำนวน	8	5	29	203	155	109	102	93	85	70	47	35	18	8	5	6	7
	ร้อยละ	16.67	9.26	14.87	14.38	11.16	9.84	9.96	10.08	10.05	10.17	10.13	10.94	9.00	6.25	7.25	15.79	16.28
5	สาเหตุ	X99	X95	Y05	Y09	Y09	Y09	Y09	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X93
	จำนวน	4	3	11	92	108	83	89	73	47	39	24	14	15	4	2	1	1
	ร้อยละ	8.33	5.56	5.64	6.52	7.78	7.49	8.69	7.91	5.56	5.67	5.17	4.38	7.50	3.125	2.90	2.33	2.33
2561																		
1	สาเหตุ	Y04	Y00	Y04	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	Y00	Y00	X99	Y04	Y00	Y00	Y00
	จำนวน	15	14	51	317	361	357	330	301	242	213	146	98	51	34	26	18	15
	ร้อยละ	40.54	34.15	30.91	29.74	32.67	35.21	35.79	33.22	29.37	31.60	28.35	30.72	25.76	30.36	32.91	40.91	38.46
2	สาเหตุ	Y05	Y04	X99	Y04	Y04	Y04	Y04	Y00	Y04	Y00	Y04	X99	X99	Y00	Y04	Y04	X99
	จำนวน	9	14	38	301	295	263	211	225	198	170	142	89	45	31	23	11	11
	ร้อยละ	24.32	34.15	23.03	28.24	26.70	25.94	22.89	24.83	24.03	25.22	27.57	27.90	22.73	27.68	29.11	25.00	28.21
3	สาเหตุ	Y00	Y05	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y00	Y04	Y00	Y04	Y04	Y04	X99	X99	Y09	Y04
	จำนวน	6	5	29	177	210	193	199	208	194	153	122	71	45	25	12	9	10
	ร้อยละ	16.22	12.20	17.58	16.60	19.00	19.03	21.58	22.96	23.54	22.70	23.69	22.26	22.73	22.32	15.19	20.45	25.64
4	สาเหตุ	Y07	Y07	Y05	X95	Y09	Y09	X95	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	X99	Y09
	จำนวน	3	3	18	133	110	84	74	74	93	69	53	33	31	10	12	5	2
	ร้อยละ	8.11	7.32	10.91	12.48	9.95	8.28	8.03	8.17	11.29	10.24	10.29	10.34	15.66	8.93	15.19	11.36	5.13
5	สาเหตุ	X95	Y09	X95	Y09	X95	X95	Y09	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95
	จำนวน	1	2	10	83	83	79	69	66	66	45	32	17	13	8	5	1	1
	ร้อยละ	2.70	4.88	6.06	7.79	7.51	7.79	7.48	7.28	8.01	6.68	6.21	5.33	6.57	7.14	6.33	2.27	2.56
2562																		
1	สาเหตุ	Y04	Y00	Y04	X99	X99	X99	X99	X99	X99	X99	Y00	Y00	Y04	Y04	Y00	Y00	Y04
	จำนวน	9	12	65	304	337	376	266	257	276	211	141	119	75	43	27	13	17
	ร้อยละ	32.14	26.09	37.57	30.31	31.73	35.44	31.93	31.57	33.54	31.68	28.54	32.96	31.25	33.86	33.33	35.14	36.17
2	สาเหตุ	Y05	Y04	Y00	Y04	Y04	Y04	Y04	Y00	Y00	Y04	X99	X99	Y00	Y00	X99	Y04	X99
	จำนวน	6	10	33	279	289	252	215	194	203	168	133	99	66	41	24	9	10
	ร้อยละ	21.43	21.74	19.08	27.82	27.21	23.75	25.81	23.83	24.67	25.23	26.92	27.42	27.5	32.28	29.63	24.32	21.28
3	สาเหตุ	X99	Y05	X99	Y00	Y00	Y00	Y00	Y04	Y04	Y00	Y04	Y04	X95	X99	Y04	X99	Y00
	จำนวน	5	7	27	192	191	208	176	194	163	162	127	82	53	24	21	8	9
	ร้อยละ	17.86	15.22	15.61	19.14	17.98	19.60	21.13	23.83	19.81	24.32	25.71	22.71	22.08	18.90	25.93	21.62	19.15
4	สาเหตุ	Y07	X95	X95	X95	X95	X95	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09	Y09
	จำนวน	3	6	17	95	105	90	77	81	95	58	45	33	23	10	6	4	5
	ร้อยละ	10.71	13.04	9.83	9.47	9.89	8.48	9.24	9.95	11.54	8.71	9.11	9.14	9.58	7.87	7.41	10.81	10.64
5	สาเหตุ	Y00	X99	Y09	Y09	Y09	Y09	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X95	X93	X95	X95	Y07
	จำนวน	2	4	9	79	89	84	60	47	55	41	31	13	12	2	2	1	4
	ร้อยละ	7.14	8.70	5.20	7.88	8.38	7.92	7.20	5.77	6.68	6.16	6.28	3.60	5.00	1.57	2.47	2.70	8.51



กรมควบคุมโรค
กองป้องกันการบาดเจ็บ

กองป้องกันการบาดเจ็บ

Division of Injury Prevention

88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 3955 โทรสาร 0 2590 3893

<https://ddc.moph.go.th/dip>

www.facebook.com/thaiinjury