

เครื่องมือการคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN SCREENING TOOLS

ณัฐพัชร บัวบุญ, RN, PhD (Natthapat Buaboon, RN, PhD)*

จิราภรณ์ กรรมบุตร RN, PhD (Jeeraporn Kummabutr, RN, PhD)**

Abstract

Domestic violence is a phenomenon that occurs in all races, social classes, socioeconomic status, education level, and health status. Domestic violence against women causes physical injury and mental suffering to both pregnant women and the unborn infants. Screening for domestic violence and providing assistance in a timely manner will maintain physical and mental health wellbeing of pregnant women and the unborn infants.

Nurses are the first person to assess patients for violent screening. This article aims to gather, analyze, and present the screening tools for domestic violence against pregnant women, so nurses can select the assessment tools of domestic violence appropriately in order to investigate and rescue pregnant women who were victims of threats from their families.

Keywords: Violence screening tool, Domestic violence, Pregnant women

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในครอบครัวเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมพบได้ทุกเชื้อชาติชนชั้นเศรษฐกิจระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพ ความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจทั้งต่อสตรีที่ตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์ การคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะคงไว้ซึ่งสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพด้านแรกที่จะต้องประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอเครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้พยาบาลสามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อค้นหาและช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ตกเป็นเหยื่อของภัยคุกคามในครอบครัว

คำสำคัญ: เครื่องมือการคัดกรองความรุนแรง, ความรุนแรงในครอบครัว, สตรีตั้งครรภ์

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: dbuaboon@hotmail.com

บทนำ

ความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ (Domestic violence หรือ Intimate partner violence against pregnant women) หมายถึง การกระทำทุกรูปแบบจากบุคคลในครอบครัว สามี หรือคู่ครอง ที่ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางเพศและทางจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในสังคมทุกเชื้อชาติ ชนชั้น เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพไม่ว่าสตรีนั้นจะอยู่ในภาวะตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดกับสตรี พบปรากฏการณ์ค่อนข้างหลากหลาย โดยพบว่า สถิติการทำทารุณกรรมต่อสตรีที่กระทำโดยสามีพบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15-70% (Koski, Stephenson, & Koenig, 2011; Stöckl et al., 2013) เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่พบอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อสตรีประมาณ 40% (ภาควิชาสตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557) โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ถูกทำร้ายจากสามี สูงถึง 30-93% (น้ำฝน ไวยวงค์กร, เอมพร ดินธร, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, และ นิตยา สินสุโกส, 2552; สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ เป็นภาวะวิกฤตที่อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ รวมทั้งเป็นปัญหาที่กระทบต่อภาวะสุขภาพกายสุขภาพจิต กระทบต่อสิทธิความเป็นมนุษย์และบั่นทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาของทีมศึกษาหลากหลายประเทศขององค์การอนามัยโลก (WHO Multi-country study team, 2005) ที่ได้สัมภาษณ์สตรีจำนวน 24,000 คน ใน 10 ประเทศเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของสตรีต่อประเด็น

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พบว่า สตรีที่ถูกทารุณกรรมจะมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตมากเป็นสองเท่าของสตรีที่ไม่ถูกทารุณกรรม และอาการเจ็บป่วยเหล่านี้ก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ แม้ว่าการทารุณกรรมนั้นจะยุติลงก็ตามในสังคมไทย เรื่องของความรุนแรงในครอบครัวเป็นประเด็นที่ค่อนข้างอ่อนไหว คนส่วนใหญ่ในสังคมมีความเชื่อว่า ความรุนแรงในครอบครัวเป็นปรากฏการณ์ที่น่าละอาย หดหู่ ควรเก็บเป็นความลับในครอบครัว ไม่ควรเปิดเผยต่อสังคมหรือบุคลากรทางสุขภาพ ด้วยเหตุนี้สตรีส่วนใหญ่ที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัวจึงต้องอดทน ไม่กล้าเปิดเผยเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้บุคคลภายนอกหรือบุคลากรทางสุขภาพทราบ รวมทั้งปฏิเสธที่จะใช้สิทธิทางกฎหมายในการป้องกันตนเองจากผู้ที่ทำให้เกิดความรุนแรงหรือจากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการในการสอบสวนของตำรวจ หรือในชั้นศาลที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกเหมือนถูกกระทำซ้ำอีก หรือไม่ต้องการดำเนินการทางกฎหมาย เนื่องจากยังมีความรักในตัวผู้กระทำความรุนแรงหรืออาจกลัวตกเป็นข่าวอื้อฉาวจากสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ทำให้อุบัติการณ์ความรุนแรงในครอบครัวยังเกิดขึ้นในสังคมอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายในการยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี โดยสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขความรุนแรงต่อเด็กและสตรี และมีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 โดยมีประเด็นสำคัญ คือ สตรีย่อมมีสิทธิได้รับการ

คุ้มครองจากรัฐในประเด็นเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวหรือการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม โดยไม่ต้องร้องขอ(พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว, 2550) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการคัดกรองความรุนแรงไม่ว่าสตรีตั้งครรภ์เหล่านั้นจะให้ข้อมูลหรือไม่ก็ตาม ต้องช่วยสร้างบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกถึงความปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัวที่จะเปิดเผยข้อมูล ร่วมวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันและยุติความรุนแรง และมีระบบการส่งต่อไปยังแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่เหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวม วิเคราะห์และนำเสนอเครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ นำไปใช้ในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ประโยชน์ของการคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์

การคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวจะช่วยค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม และสามารถให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาได้ทันทั่วทั้ง การคัดกรองจะช่วยสืบค้นข้อมูลความรุนแรงทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งช่วยป้องกัน หรือลดความเสี่ยงจากการถูกทารุณกรรมในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น วัยรุ่นตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจต่ำ และเมื่อพิจารณาถึงผลกระทบในทางลบต่อการคัดกรองความรุนแรงจากการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยน้อยมากที่จะยืนยันว่าการคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรม

และทำให้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีเพิ่มขึ้น (The U.S. Preventive Services Task Force, 2013) แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้อันตรายจากการคัดกรองจะมีน้อยแต่จำเป็นต้องมีระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์

ถึงแม้ร่องรอยหรือบาดแผลจากการถูกทำร้าย จะสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน แต่สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะปกปิด รู้สึกอายและไม่กล้าเปิดเผยความจริง รวมทั้งกลัวจะส่งผลกระทบต่อสามีผู้ที่ใช้ความรุนแรง สตรีเหล่านี้จึงมักหลีกเลี่ยงการมาพบบุคลากรทางการแพทย์ เปลี่ยนสถานที่ในการตรวจรักษาบ่อยๆ หรือมักไม่มาตรวจตามนัด การตรวจคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์จึงควรดำเนินการโดยบุคคลที่ได้รับการอบรม ฝึกฝนทักษะในการประเมินความรุนแรงในครอบครัว โดยใช้เครื่องมือการคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน มีข้อคำถามที่ตรงประเด็นและชัดเจนเกี่ยวกับความรุนแรงทั้งในอดีตและปัจจุบัน อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ทำการประเมินหรือคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ด้วยเหตุผลหลายๆ ประการ เช่น

1. ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ แต่มีบุคลากรส่วนน้อยที่จะทำการตรวจคัดกรองความรุนแรงในสตรีทุกรายจากการศึกษาของอลอทบีและคณะ (Alotaby, Alkandari, Alshamali, Kamel & El-Shazly, 2013) ซึ่งได้ทำการสำรวจความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 366 รายในโรงพยาบาล 2 แห่ง

ของประเทศยูเวตเกี่ยวกับอุปสรรคต่อการคัดกรอง ความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรี พบว่า พยาบาล ร้อยละ 76.10 ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงใน ครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษา ของริชาร์ดสันและคณะ (Richardson et al., 2002) ที่ทำการสำรวจ สตรีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเวช ปฏิบัติทั่วไป ณ กรุงลอนดอนตะวันออก พบว่า มีสตรีที่ถูกทารุณกรรมเพียงร้อยละ 17 ที่ให้ข้อมูลว่า ได้รับการซักประวัติจากแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความ รุนแรงในครอบครัว จากการศึกษาของแบคคัส และคณะ (Bacchus et al., 2002) ที่ทำการศึกษา ในลอนดอนเหนือ พบว่ามีเพียงร้อยละ 15 ของ พยาบาลที่ทำการประเมินความรุนแรงต่อสตรีเป็น ประจำ มีพยาบาลร้อยละ 45 ที่ทำการประเมิน ความรุนแรงเมื่อพบสตรีตั้งครรภ์มีอาการบาดเจ็บ จากการโดนทำร้ายร่างกาย และนอกจากนี้ มี สูตินรีแพทย์เพียงร้อยละ 10 ที่ทำการประเมิน ความรุนแรงต่อสตรีเป็นประจำ

2. ขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอลอทัปีและคณะ (Alotaby et al., 2013) ที่ได้สำรวจความคิดเห็นของพยาบาล ใน ประเทศยูเวต จำนวน 238 ราย พบว่า พยาบาล ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง ความรุนแรงในครอบครัว มีพยาบาล ร้อยละ 69.30 รายงานว่า ต้องการฝึกปฏิบัติ และเพิ่มทักษะด้าน การคัดกรองความรุนแรงในครอบครัว

3. ขัดต่อความเชื่อและวัฒนธรรมบุคลากรทางการแพทย์บางรายยังมีความเชื่อว่าปัญหาความ รุนแรงในครอบครัวควรจะเป็นเรื่องที่ควรปกปิด และสมาชิกครอบครัวควรมีรูปแบบการจัดการ ของตัวเองที่บุคคลภายนอกไม่ควรยุ่งเกี่ยวจากการ

ศึกษาของเบน นาธานและคณะ (Ben Natan et al., 2012) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลในประเทศ อิสราเอล พบว่า บุคลากรทางการแพทย์รู้สึกอาย ที่จะคัดกรอง หรือตั้งคำถามเกี่ยวกับความรุนแรง ในครอบครัว

4. มีความกลัวว่าจะถูกทำร้าย บุคลากรทั้ง แพทย์ (69.50%) และพยาบาล (70.20%) ให้เหตุผล เกี่ยวกับการไม่คัดกรองความรุนแรงในครอบครัวที่ เกิดกับสตรีตั้งครรภ์ว่า กลัวการถูกทำร้ายจากสามี หรือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ (Ben Natan et al., 2012)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงใน ครอบครัวมีหลายชนิด มีลักษณะเฉพาะต่าง กันไป ตัวอย่างเช่น

1. แบบประเมินฮิตส์ (The Hurt, Insult, Threaten, and Scream: HITS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ ประเมินความรุนแรงในครอบครัวที่ถูกพัฒนาขึ้น ในปี 1998 โดยเควิน เซอรินและคณะ (Sherin, Sinacore, Li XQ, Zitter, & Shakil, 1998) และผ่านการ ทดสอบและทดลองใช้ในกลุ่มประชากรเพศหญิง ที่คลินิกของโรงพยาบาลคริสตัสในชิคาโก (Christ Hospital in Chicago) เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ สะดวก ใช้เวลาไม่นานในการคัดกรองเหยื่อความ รุนแรงในครอบครัว HITS เป็นเครื่องมือที่ประกอบ ไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวใน ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การทำร้ายร่างกายหรือการทำให้ได้ รับบาดเจ็บ การถูกเหยียดหยาม การข่มขู่ การ ตะโกนคำสาปแช่ง คำตอบเป็นตัวเลือกแบบ 5 ตัวเลือก ดังนี้ไม่เคยเลย (1 คะแนน) นานๆ ครั้ง

(2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อย (4 คะแนน) เป็นประจำ (5 คะแนน) ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 4-20 คะแนน คะแนนรวมที่มากกว่า 10 คะแนน ถือว่ามีความรุนแรงในครอบครัว สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ได้แปลเครื่องมือชิ้นนี้และนำมาใช้เป็นหนึ่งในงาน 3 แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ของกรมสุขภาพจิต

2. แบบประเมิน Ongoing Abuse Screen (OAS) ถูกพัฒนาในปี 2003 โดย สตีฟ ไวส์ และคณะ (Weiss, Ernst, Cham, & Nick, 2003) แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวในปัจจุบัน จำนวน 5 ข้อ โดยข้อที่ 1-3 เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ได้แก่ การทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ การถูกตี/เตะ/หรือทำร้ายอื่นๆ การถูกบังคับให้ มีกิจกรรมทางเพศจากสามีหรือบุคคลที่มีความสำคัญ ส่วนข้อคำถามข้อที่ 4 ให้ตอบความรู้สึกกลัวที่มีต่อสามี/บุคคลที่เกี่ยวข้อง/หรือคนแปลกหน้า ข้อที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ตอบ “ใช่” เพียงข้อเดียว จะแปลผลบวกสำหรับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

3. แบบประเมิน The Abuse Assessment Screen (AAS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงในสตรีขณะตั้งครรภ์ที่ถูกสร้างขึ้นในปี 1992 โดย แมคฟาร์เลนและคณะ (McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock, 1992) เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ทั้งในอเมริกา ยุโรป และประเทศในแถบเอเชีย มีจำนวน 5 ข้อคำถามดังนี้ ประสิทธิภาพในการทำร้ายทางด้านร่างกายจิตใจหรือทางเพศจากสามี

หรือบุคคลที่มีความสำคัญในอดีตในรอบปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่ตั้งครรภ์และความรู้สึกกลัวบุคคลที่ได้กล่าวมาแล้ว ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบสองตัวเลือก คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หากสตรีตั้งครรภ์ ตอบ “ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่า สตรีตั้งครรภ์ได้รับความรุนแรงในครอบครัว

4. เครื่องมือประเมินความรุนแรงต่อสตรี (The Woman Abuse Screening Tool: WAST) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงต่อสตรีโดยคูสมรสพัฒนาขึ้นในปี 1996 โดย จูดี เบตส์ บราวน์ และคณะ (Brown, Lent, Brett, Sas, & Pederson, 1996) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (A structured questionnaire) จำนวน 8 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ สัมพันธภาพ ความขัดแย้ง หรือข้อโต้แย้งและผลที่ตามมาจากข้อโต้แย้งนั้น ประสิทธิภาพการทำร้ายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ หากสตรีตอบข้อคำถามแต่ละข้อ ได้เท่ากับ 1 คะแนน ให้นับว่าสตรีรายนั้น ได้รับความรุนแรงจากสามี แบบประเมินนี้ได้ถูกทดลองใช้ทั้งในกลุ่มที่มีประวัติถูกทารุณกรรม (24 คน) และในกลุ่มที่ไม่เคยถูกทารุณกรรม (24 คน) พบว่ามีค่าความตรงภายในอยู่ในระดับสูง ($\alpha=0.95$) และมีค่าความตรงเชิงโครงสร้างระดับสูงเช่นกัน ($r=0.96$) โดยสามารถแยกความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ถูกทารุณกรรม และกลุ่มที่ไม่ถูกทารุณกรรมได้ ทั้งนี้ สตรีส่วนใหญ่ที่ถูกประเมินด้วยเครื่องมือนี้รายงานว่าไม่มีความลำบากใจในการตอบแบบสอบถาม (Brown, Lent, Schmidt, & Sas, 1996, 2000)

5. แบบประเมิน The Partner Violence Screen (PVS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงในครอบครัว ที่ถูกพัฒนาขึ้นใช้เป็นครั้งแรกในห้องฉุกเฉิน โดย เฟลซอส และคณะ ในปี 1997 ประกอบด้วย

ด้วยข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อดังนี้ 1) ประสบการณ์ถูกทำร้ายร่างกายในปีที่ผ่านมา 2) สัมพันธภาพ และ 3) ความรู้สึกไม่ปลอดภัย หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถามใดเพียงข้อเดียว จะแปลผลเป็นบวก นั่นคือ มีความรุนแรงในครอบครัวหรือถูกกระทำจากความรุนแรงในครอบครัวเฟลซอส และคณะ ได้ทำการทดสอบการให้เครื่องมือนี้กับสตรี จำนวน 322 ราย ณ ห้องฉุกเฉิน ใน รัฐโคโรราโด ประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่าเครื่องมือมีความจำเพาะสูงถึง 84.40% (Feldhaus, Koziol-McLain, Amsbury, Norton, Lowenstein, & Abbott, 1997)

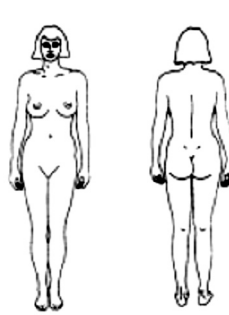
6. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในปี 2557 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและเฝ้าระวังเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของครอบครัว จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 22 ข้อ เช่น ประวัติการว่างงานหรือไม่มีรายได้ การใช้สารเสพติด การติดการพนัน

หรือมีหนี้สิน การมีพฤติกรรมนอกใจ ประวัติการทำร้ายร่างกาย จิตใจหรือทางเพศ ประวัติเข้ารับการรักษาทางจิตเวช เป็นต้น หากตอบไม่ใช่ทุกข้อ แสดงว่า เป็นครอบครัวปกติ ไม่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง ตอบ ใช่จำนวน 1-6 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวในระดับน้อย ตอบ ใช่จำนวน 7-11 ข้อ เป็นครอบครัวที่มีความรุนแรงเกิดขึ้นแล้วตอบ ใช่จำนวน 12-22 ข้อ มีความเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ระดับรุนแรงที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือจากข้อสังเกตพบว่าแบบคัดกรองนี้มีข้อคำถามจำนวนมาอาจทำให้ไม่สะดวกในการประเมิน และผู้ที่ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกในครอบครัว เพียง 1 คน อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

สำหรับประเทศไทย เครื่องมือประเมินความรุนแรง ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือแบบประเมินความรุนแรงในครอบครัว ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ที่แปลมาจากแบบประเมินฮิทส์ (HITS) และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตารางที่ 1 แสดงแบบประเมินความรุนแรงในครอบครัวชนิดต่างๆ

แบบประเมิน	ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน/การแปลผล
HITS	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คู่ของคุณกระทำสิ่งต่อไปนี้ต่อคุณบ่อยแค่ไหน 1) ทำร้ายร่างกายคุณ 2) ดุถูก เหยียดหยามคุณ 3) ข่มขู่คุณ 4) ตะโกน/ คำ/สาปแช่ง	เกณฑ์การให้คะแนน คำตอบเป็นตัวเลือกแบบ 5 ตัวเลือก ดังนี้ - ไม่เคยเลย (1 คะแนน) - นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) - บางครั้ง (3 คะแนน) - บ่อย (4 คะแนน) - เป็นประจำ (5 คะแนน)

แบบประเมิน	ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน/การแปลผล
		การแปลผล คะแนนที่เป็นไปได้ = 4-20 คะแนน คะแนนรวมที่มากกว่า 10 ถือว่ามีความรุนแรงในครอบครัว
OAS	คุณเคยถูกระงับหรือทำร้ายจากสามีหรือบุคคลที่มีความสำคัญหรือไม่ 1) ทำร้ายทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ 2) ตี ตบ ตะ หรือทำให้เจ็บปวด 3) บังคับให้มีกิจกรรมทางเพศ 4) คุณเคยกลัวบุคคลเหล่านี้หรือไม่ (กรุณาเลือกวงกลมบุคคลนั้น): สามี/ภรรยา, สามีเก่า/ภรรยาเก่า, แฟนเก่า, คนแปลกหน้า 5) (ถ้าตั้งครรภ์) คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำให้เจ็บปวดจากสามีหรือบุคคลที่มีความสำคัญหรือไม่	เกณฑ์การให้คะแนน เลือกตอบเพียง “ใช่” (1คะแนน) หรือ “ไม่ใช่” (0 คะแนน) การแปลผล หากตอบใช่เพียงข้อเดียวจะแปลผลบวกแสดงว่าถูกทำร้ายจากบุคคลนั้นๆ
AAS	1) คุณเคยถูกทำร้ายทางด้านร่างกายหรือจิตใจจากสามีหรือบุคคลที่มีความสำคัญหรือไม่ 2) ในปีที่ผ่านมา คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำให้เจ็บปวดโดย..... ความถี่ที่โดน..... 3) นับแต่ตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำให้เจ็บปวดหรือไม่ โดยใคร..... ความถี่ที่โดน..... และที่ไหน..... ให้บันทึกตำแหน่ง ชนิดและวิธีการที่ถูกกระทำ  4) ในปีที่ผ่านมา มีใครบังคับให้มีกิจกรรมทางเพศหรือไม่ใครเป็นคนทำ..... ความถี่ที่โดน..... 5) คุณเคยรู้สึกกลัวบุคคลที่ได้กล่าวมาแล้วหรือไม่	เกณฑ์การให้คะแนน เลือกตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การแปลผล หากตอบ “ใช่” เพียงข้อเดียวจะแปลผลบวกแสดงว่าถูกทำร้ายจากบุคคลนั้นๆ

แบบประเมิน	ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน/การแปลผล
WAST	1) โดยทั่วไป คุณอธิบายสัมพันธภาพว่า..... - เต็มไปด้วยความเครียด (2 คะแนน) - มีความเครียดบ้าง (1 คะแนน) - ไม่เครียดเลย (0 คะแนน) 2) คุณและคู่ของคุณมีการจัดการปัญหาอย่าง... - ยุ่งยากมาก (2 คะแนน) - บางครั้งยุ่งยาก (1 คะแนน) - ไม่ยุ่งยากเลย (0 คะแนน) <u>ข้อโต้แย้งนี้</u> 3) ทำให้คุณรู้สึกถูกดูถูกหรือรู้สึกแย่กับตนเอง - เป็นบ่อยมาก (2 คะแนน) - เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) - ไม่เคยรู้สึกเลย (0 คะแนน) 4) เป็นสาเหตุทำให้คุณถูกตี เตะ หรือผลัก - เป็นบ่อยมาก (2 คะแนน) - เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) - ไม่เคยรู้สึกเลย (0 คะแนน) 5) คุณรู้สึกกลัวในสิ่งที่คู่ของคุณพูด/กระทำ - เป็นบ่อยมาก (2 คะแนน) - เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) - ไม่เคยรู้สึกเลย (0 คะแนน) <u>คุณเคยถูกคู่ของคุณ</u> 6) ทำร้ายร่างกาย - เป็นบ่อยมาก (2 คะแนน) - เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) - ไม่เคยรู้สึกเลย (0 คะแนน) 7) ทำร้ายจิตใจ - เป็นบ่อยมาก (2 คะแนน) - เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) - ไม่เคยรู้สึกเลย (0 คะแนน) 8) บังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ยินยอม - เป็นบ่อยมาก (2 คะแนน) - เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) - ไม่เคยรู้สึกเลย (0 คะแนน)	เกณฑ์การให้คะแนน เลือกตอบตามข้อย่อย โดยมีค่าคะแนนแต่ละข้อ 0-2 คะแนน การแปลผล หากข้อใดข้อหนึ่ง มีค่าคะแนนเท่ากับ “1” หรือมากกว่า ให้แปลผลเป็นบวก แสดงว่า ถูกทำร้ายจากบุคคลนั้นๆ
PVS	1) ในปีที่ผ่านมาคุณเคยถูก ตี เตะ ต่อย หรือทำให้บาดเจ็บโดย..... 2) คุณรู้สึกไม่ปลอดภัยในสัมพันธภาพปัจจุบัน 3) แฟนเก่าทำให้คุณรู้สึกไม่ปลอดภัย	เกณฑ์การให้คะแนน ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การแปลผล หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถามใดเพียงข้อเดียว จะแปลผลบวกแสดงว่า ถูกทำร้ายจากบุคคลนั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

การประเมินความรุนแรงในครอบครัวต้องเป็นการทำงานเชิงรุก ต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงทุกรูปแบบ รวมทั้งมีการพัฒนาแบบประเมินที่เหมาะสม จากการศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พบว่า เป็นข้อคำถามสั้นๆ สะดวกในการใช้ และใช้เวลาไม่นานในการคัดกรอง โดยเฉพาะแบบประเมิน AAS เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีเพียง 5 ข้อคำถาม และสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมทั้งสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน นอกจากการคัดเลือกรูปแบบประเมินความรุนแรงที่เหมาะสมมาใช้ในการประเมินหรือคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวแล้ว ความเหมาะสมของขั้นตอนการคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง ดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างสตรีตั้งครรภ์และพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญ ที่จะต้องให้เกิดความไว้วางใจก่อนเริ่มการประเมิน

2. การเตรียมสตรีตั้งครรภ์และสถานที่สำหรับการพูดคุยหรือใช้แบบคัดกรองความรุนแรงเหล่านี้ควรเน้นความเป็นส่วนตัว (privacy) จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลำบากใจในการเปิดเผยข้อมูลการเก็บข้อมูลหรือการจัดการกับข้อมูลทุกอย่างของสตรีตั้งครรภ์ต้องเป็นความลับ (confidentiality)

3. ควรมีการปรับข้อคำถามให้เข้าใจง่าย อธิบายให้ชัดเจนขึ้นเมื่อนำไปใช้ในคลินิก รวมทั้งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยให้มากที่สุด

4. ในขณะที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงหรือเข้าเกณฑ์ว่า มีความรุนแรงเกิดขึ้น จะต้องมีการบริหารจัดการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ตำรวจ ศูนย์พึ่งได้ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือมูลนิธิต่างๆ ในการดูแลเยียวยา ฟันฟูทั้งผู้กระทำ และผู้ถูกกระทำ

5. มีระบบการติดตามช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงซ้ำ หรือป้องกันการเกิดผู้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัวรายใหม่

สรุป

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่กระทบต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และกระทบต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีตั้งครรภ์พยาบาลจะต้องประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เผชิญกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยการเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีความจำเพาะสูงและสะดวกในการใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาได้อย่างครอบคลุม เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- Alotaby, I. Y., Alkandari, B. A., Alshamali, K. A., Kamel, M. I., & El-Shazly, M. K. (2013). Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. *Alexandria Journal of Medicine*, 49, 175-180. doi: 10.1016/j.ajme.2012.07.005.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a

- maternityservice. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109, 9–16.
- Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2012). Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynecology: A patient and care perspective. *International Nursing Review*, 59(1), 108–114.
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P.J., Sas, G., & Pederson, L.L. (1996). Development of the woman abuse screening tool for use in family practice. *Family Medicine*, 28(6), 422–8.
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P.J., Sas, G., & Pederson, L.L. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49(10), 896–903.
- Ernst, A.A., Weiss, S.J., Cham, E., & Marquez, M. (2002). Comparison of three instruments for assessing ongoing intimate partner violence. *Medical Science Monitor*, 8, 197–201.
- Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R., & Abbott, J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *The Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357–1361.
- Koski, A.D., Stephenson, R., & Koenig, M.R. (2011). Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 29, 245–54.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W.S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *The British Medical Journal*, 324, 274–7.
- Sherin K.M., Sinacore J.M., Li XQ, Zitter R.E., & Shakil A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508–12.
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., et al. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*, 382, 859–865.
- The U.S. Preventive Services Task Force. (2013). Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults. Retrieved December 5, 2015, from <http://www.uspreventiveservice taskforce.org/uspstf12/ipvelder/ipvelderfact.pdf>
- Weiss S.J., Ernst A.A., Cham E., & Nick T.G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18, 131–41.
- WHO Multi-country Study team. (2005). *WHO multi-country study on women's health and*

domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization.

น้ำฝน ไวยวงษ์กร, เอ็มพร รตินธร, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, และ นิตยา สิ้นสุกใส. (2552). ความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และการแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 17-26.

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550. (2550, 14 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอนที่ 41. หน้า 1-8.

ภาควิชาสตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. (2557). *จดหมายข่าว: ยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง*. ตอนที่ 5. สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2558, จาก <https://static1.square-space.com/static/52>.

สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ. *บทความสุขภาพเผยหญิงไทยโดนทำร้ายขณะตั้งครรภ์กว่า 93%*. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2558, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/8240>