ความชุกของการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม[1]

นันทนา ธนาโนวรรณ Ph.D. (Nursing)*
ภัสรา หากุหลาบ พย.บ., ศศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) **
พรทิพย์ รองเลื่อน วท.บ. (พยาบาล) ***

บทคัดย่อ

ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสขณะตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพทั้งแก่มารดาและทารกในครรภ์ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้เพื่อศึกษาความชุกของการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับปัจจัยเสี่ยงการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 600 คนจากหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของมารดา ปัจจัยเสี่ยงการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ และการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการถูกทำร้าย ความรุนแรงของการถูกทำร้ายและผลทางจิตสังคม

ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 25 เคยถูกทำร้ายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ร้อยละ 14.2 ถูกทำร้ายในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 4 ถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 14.7, 9.3 และ 9.8 ถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจตามลำดับ สำหรับข้อมูลพื้นฐานพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์มีประวัติเพิ่งหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี (41.7%) อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ (16.7%) เป็นการแต่งงานครั้งที่สอง (29.2%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (37.5%) ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (54.2%) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (29.2%) มีประวัติของการถูกทำร้ายในวัยเด็กทางกาย (25%) และทางเพศ (8.3%) มีพฤติกรรมการดื่มสุรา (54.2%) และใช้ยาเสพติด (12.5%) ส่วนใหญ่ได้รับการทำร้ายจากสามีและญาติผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 92.5 และ 7.5 ตามลำดับ การทำร้ายมักเป็นการตบตีหรือผลักโดยไม่ทำให้เกิดบาดแผล ตำแหน่งของร่างกายที่ถูกทำร้ายมากที่สุดคือบริเวณใบหน้า แต่ในขณะที่ตั้งครรภ์พบว่ามีการทำร้ายที่บริเวณหน้าท้องบ่อยกว่าในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายมีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่ดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเครียดสูงและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

---

[1]งานวิจัยนี้ได้รับทุนส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่ จากเงินรายได้ของมหาวิทยาลัยมหิดล พ. ศ. 2548

* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลประจำการห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลประจำการหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้นพบว่า ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความรุนแรงทางกายเป็นตัวทำนายการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 15 ($p < .05$) ความรุนแรงทั้งทางกาย ทางเพศและทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์เป็นตัวทำนายความเครียดได้ร้อยละ 52 ($p < .05$) ส่วนระดับการศึกษา ความรุนแรงทางกายและทางจิตใจเป็นตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 39 ($p < .05$) ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษาความรุนแรงทางกายและทางจิตใจเป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองได้ร้อยละ 41 ($p < .05$) จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีการคัดกรองการทำร้ายแก่หญิงตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ของสถานพยาบาลต่าง ๆเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดความรุนแรงจากการถูกทำร้ายและวางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและเพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ความชุก ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรส ปัจจัยเสี่ยง การตั้งครรภ์ สุขภาพสตรี ผลทางจิตสังคม

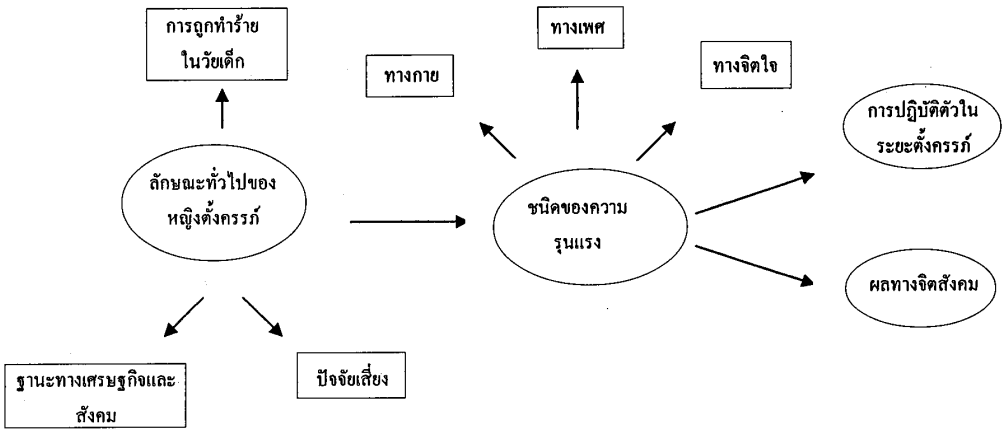
ความสำคัญ

ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรส (Intimate Partner Violence หรือ IPV) จัดเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่สำคัญในปัจจุบันทั้งในประเทศไทย (กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และ อุษา เลิศศรีสันทัด, 2546) และในต่างประเทศ (Barnett, Miller-Perrin, & Perrin, 1997; Campbell, Garcia-Moreno, & Sharps, 2004; World Health Organization, 1999) จากสถิติพบว่า อัตราความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสในสังคมไทยได้เพิ่มขึ้นในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครพบอัตราการถูกทำร้ายในคู่สมรสเพิ่มขึ้นจาก 4-5 รายต่อเดือนเป็น 15-20 รายต่อเดือน อัตราการทำร้ายร่างกายและข่มขืนนับตั้งแต่ปี 2536-2539 เพิ่มขึ้น 38.7 % และ 27 % ตามลำดับ บุคคลที่เป็นผู้ทำร้ายได้แก่สามี แฟนหรืญาติผู้ชาย (Foundation for Women, 1997)

ทั้ง ๆ ที่อัตราความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสได้เพิ่มขึ้น สาเหตุและผลกระทบของปัญหายังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน (Vichitranonda, & Bhongsvej, 2000) เนื่องจากข้อมูลหรือสถิติที่ได้มาจากหลายหน่วยงานเช่น หน่วยงานของรัฐและเอกชน สถานีตำรวจ รวมทั้งสถาบันที่ให้การช่วยเหลือหญิงที่ถูกทำร้ายเช่น มูลนิธิผู้หญิง ข้อมูลเหล่านี้บางส่วนถูกเก็บรวบรวมอย่างไม่เป็นระบบ ผลการวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นการรายงานข้อมูลจากหญิงที่ถูกทำร้ายและเข้าไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่าข้อมูลที่ได้นั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดและอาจเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเท่าที่ผ่านมามักไม่ได้พัฒนากรอบแนวคิดและ/หรือทฤษฎีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยหรือทดสอบสมมุติฐาน การให้คำจำกัดความเกี่ยวกับชนิดและรูปแบบของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายยังคลุมเครือไม่ชัดเจนตลอดจนยังขาดเครื่องมือที่ได้มาตรฐานในการทำวิจัย การสำรวจความรุนแรงจากการถูกทำร้ายของหญิงไทยในระดับชาติยังมีน้อยมากและยังอยู่ในระยะเริ่มต้น (กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ 2546)

การขาดข้อมูลที่สามารถนำมาใช้อ้างอิงและเชื่อถือได้ดังกล่าวนี้สร้างปัญหาทางด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก (Sripichyakan, 1999; Vichitranonda & Bhongsvej, 2000) เนื่องจาก

บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและไม่ได้ตระหนักว่าความรุนแรงจากการถูกทำร้ายเป็นปัญหาสุขภาพ เป็นผลให้การปรับปรุงหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองปัญหาความรุนแรงจากการถูกทำร้ายยังไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ได้แก้ไขข้อบกพร่องข้างต้นโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม มีการพัฒนากรอบแนวคิดและการทดสอบสมมุติฐาน รวมทั้งให้คำจำกัดความของความรุนแรงที่ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้คงจะทำให้เกิดความรู้ใหม่และสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป



กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจความชุกของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจในหญิงตั้งครรภ์

2. เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการถูกทำร้ายในวัยเด็กกับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์

3. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสจากคู่สมรสทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจในหญิงตั้งครรภ์กับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์

4. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจในหญิงตั้งครรภ์กับผลทางจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจสูงในระยะตั้งครรภ์จะมีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผลดีต่อตนเองและบุตรในครรภ์น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในคู่สมรสทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจสูงในระยะตั้งครรภ์จะเกิดผลกระทบทาง

จิตสังคมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (a cross-sectional descriptive survey) โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ตามปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 600 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆระหว่างการตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 สัปดาห์ และมีความสามารถ ในการอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ภายหลังการแก้ไขปรับปรุงได้นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 คน ได้ค่า ความเที่ยง (alpha coefficient reliability) ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงเช่นพฤติกรรมการดื่มสุรา การใช้ยาหรือสารเสพติด การเล่นการพนัน จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ Health Practice Questionnaire-II (HPQ-II) (Lindgren, 2001) จำนวน 34 ข้อ หญิงตั้งครรภ์จะประเมินข้อความแต่ละข้อโดยช่วงความเป็นไปได้ของคะแนนอยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน ที่สูงหมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดี ค่าความเที่ยงของเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการถูกทำร้ายซึ่งมี 3 ชุด ชุดแรกคือ Abuse Assessment Screen (AAS) (McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock, 1992) จำนวน 5 ข้อซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองการถูกทำร้ายในระยะตั้งครรภ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในอเมริกา ยุโรปและประเทศในแถบเอเชีย จึงอาจกล่าวว่า AAS มีความตรงและความเที่ยงที่เป็นที่ยอมรับ ชุดที่สองคือ Index of Spouse abuse (ISA) (Hudson & McIntosh, 1981) จำนวน 30 ข้อ เพื่อวัดความรุนแรงของการถูกทำร้ายโดยมีข้อความที่วัดความรุนแรงของการถูกทำร้ายทางกาย (ISA-P) จำนวน 10 ข้อ ทางจิตใจ (ISA-E) จำนวน 18 ข้อ และทางเพศ (ISA-S) จำนวน 2 ข้อโดยคิดค่าเฉลี่ยของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายระหว่าง 1-5 คะแนนสูงหมายถึงมีความรุนแรงของการถูกทำร้ายมาก สำหรับการวิจัยครั้งนี้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.94 โดยแยกเป็นค่าความเที่ยงที่เกิดจากความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจและทางเพศ เท่ากับ 0.85, 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ ชุดสุดท้ายเป็นแบบสอบถามการถูกทำร้ายในวัยเด็กเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 2 ข้อ และได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงก่อนหน้านี้แล้ว (Thananowan, 2004)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลทางจิตสังคม (Prenatal Psychosocial Profiles) (PPP) (Curry, Burton, & Fields, 1998) จำนวน 33 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นข้อความที่ประเมินผลทางจิตสังคมสามด้านๆ ละ 11 ข้อได้แก่ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยแยกเป็นค่าความเที่ยงด้านความเครียด ด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสและบุคคลอื่น และด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เท่ากับ 0.76, 0.99, 0.98 และ 0.72 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยติดต่อแพทย์ผู้รับผิดชอบหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความเห็นชอบในการเข้าเก็บข้อมูล อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลตามหลักการขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยเรื่องความรุนแรงต่อสตรี

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ลงนามเป็นหลักฐานในใบยินยอม ส่วนแบบสอบถามจะไม่มีชื่อและนามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ใช้รหัสเลขที่แทนเพื่อรักษาความลับของข้อมูล แบบสอบถามทุกชุดจะถูกรวบรวมลงในกล่องปิดผนึกมิดชิดซึ่งเก็บแยกจากใบยินยอมข้างต้น ผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มต้นตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของมารดา ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ก่อน จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการถูกทำร้าย ความรุนแรงของการถูกทำร้ายและผลทางจิตสังคม การเก็บข้อมูลดังกล่าวใช้เวลา 30 นาทีโดยประมาณ ภายหลังเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแจกเอกสารที่จัดทำโดยมูลนิธิเพื่อนหญิงซึ่งประกอบด้วยรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานที่สามารถติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยนำข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคมมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นจึงหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่มกับความรุนแรงโดยการทดสอบ Chi-square ส่วนความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงปริมาณกับความรุนแรงวิเคราะห์โดยใช้ ANOVA หรือ T-test สำหรับความรุนแรงของการถูกทำร้ายกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคมใช้สถิติ ANOVA และ Hierarchical linear regression ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 ถึง 44 ปี (M = 26.31, SD = 5.82) โดยที่หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-24 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (98.3%) และแต่งงานแล้ว (91.8%) ระยะเวลาสมรสโดยเฉลี่ย 1.76 ปี (SD = 1.27) อาศัยอยู่กับสามีและลูก (56.5%) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (35.5%; n = 213) และมัธยมศึกษา (37%; n = 222) ประกอบอาชีพรับจ้าง (65.1%) มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ (39%; n = 234) สำหรับประวัติการตั้งครรภ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์แรก (54.8%; n = 329) หนึ่งในสามของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์แล้วมีบุตรมีชีวิตอย่างน้อยหนึ่งคน (28.2%; n = 169) งานวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 40 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (n = 240) และร้อยละ 7.5 ไม่ต้องการบุตรในครรภ์ (n = 45) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และไม่ต้องการบุตรในครรภ์พบร้อยละ 7.5 (n = 45) อายุครรภ์โดยประมาณนับถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างคือ 24.32 สัปดาห์ (SD = 9.46) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสแรกและไตรมาสที่สอง (49.8%; n = 299) และไตรมาสที่สาม (50.2%; n = 301) นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายมักมีประวัติ

ของการทำร้ายทางกายและทางเพศในวัยเด็กคิดเป็นร้อยละ 25 และ 8.3 ตามลำดับ และร้อยละ 35 มีประวัติเคยดื่มเหล้าเบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของความรุนแรงจากการถูกทำร้าย จากการวิเคราะห์โดย AAS พบว่ามีความแตกต่างในด้านความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ ความรุนแรงทางจิตใจหรือร่างกายจากคู่ชีวิตหรือใครคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์จำนวน 153 คน (25.5%) ความรุนแรงทางกายที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์จำนวน 85 คน (14.2%) ความรุนแรงทางกายที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์จำนวน 24 คน (4%) ความรุนแรงทางกายที่เกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงช่วงเวลาคิดเป็นจำนวน 88 คน (14.7%) (ตารางที่ 1) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ทำร้ายหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือสามีและมารดาของหญิงตั้งครรภ์เองคิดเป็นร้อยละ 92.5 และ 7.5 ตามลำดับ สำหรับตำแหน่งของร่างกายที่ถูกทำร้ายมากที่สุดมักเป็นบริเวณใบหน้าโดยการตบตีที่ทำให้เกิดรอยฟกช้าเท่านั้น แต่ในขณะตั้งครรภ์มีการทำร้ายที่บริเวณหน้าท้องบ่อยครั้งกว่าในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์จำนวนครั้งของการทำร้ายมีได้ตั้งแต่หนึ่งครั้งจนถึงมากกว่าสี่ครั้งขึ้นไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความชุกของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายแยกตาม AAS (N = 600)

คำถาม	*n**	%
- เคยถูกทำร้ายจิตใจและ/หรือร่างกายจากคู่ชีวิตหรือใครคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อตนเอง (AAS1)	153	25.5
- ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา(ก่อนการตั้งครรภ์) เคยถูกตี ตบ เตะ ต่อย หรือทำร้ายร่างกายโดยวิธีใดๆ ก็ตาม โดยใครคนใดคนหนึ่ง (AAS2)	85	14.2
- ในระยะตั้งครรภ์ เคยถูกตี ตบ เตะ ต่อย หรือทำร้ายร่างกายโดยวิธีใดๆ ก็ตามโดยใครคนใดคนหนึ่ง (AAS3)	24	4
- ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา เคยถูกบังคับให้ร่วมเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่สมัครใจ (AAS4)	56	9.3
- เคยหวาดกลัวต่อคู่ชีวิตหรือใครคนใดคนหนึ่ง (AAS5)	59	9.8

* *n* = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในแต่ละข้อคำถาม

3. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการถูกทำร้ายในวัยเด็กกับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางจิตใจและทางเพศ

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์มักมีประวัติเพิ่งหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี (41.7%) อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ (16.7%) การแต่งงานครั้งนี้เป็นการแต่งงานครั้งที่สอง (29.2%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (37.5%)ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (54.2%) การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (29.2%) มีประวัติของการถูกทำร้ายในวัยเด็กทางกาย (25%) และทางเพศ (8.3%) มีพฤติกรรมการดื่มสุรา (54.2%) และใช้ยาเสพติด (12.5%) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์ และไตรมาส กับความรุนแรงจาก

การถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิต พบว่าความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกายมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาสมรสและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางเพศมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ส่วนความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนบุตรมีชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์ และไตรมาสกับความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ (N = 600)

ตัวแปร	ความรุนแรงทางกาย	ความรุนแรงทางเพศ	ความรุนแรงทางจิตใจ
อายุ	-.03	.05	-.01
ระยะเวลาสมรส	-.09*	-.04	-.06
ระดับการศึกษา	-.08	-.11**	-.10*
รายได้	-.07	-.01	-.12**
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	.10*	.09*	.13**
จำนวนบุตรมีชีวิต	.08	.07	.08*
อายุครรภ์	.06	.03	.06
ไตรมาส	.05	.02	.05

หมายเหตุ: ** $p < .01$ * $p < .05$

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์สำหรับการทดสอบสมมุติฐานข้อที่หนึ่ง ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกายเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์โดยทำให้ค่าความแปรปรวนเพิ่มขึ้นจาก 10% เป็น 15% นั่นคือ ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความรุนแรงทางกายเป็นตัวทำนายการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 15 ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (N = 600)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	R^2 change	Total R^2	F change
Model 1				.10*	13.834*
ระยะเวลาสมรส	1.78	.24			
ระดับการศึกษา	2.04	.22*			
รายได้	.82	09*			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	-1.84	-.16*			
จำนวนบุตรมีชีวิต	.25	.02			
Model 2			.05**	.15**	10.559**
ระยะเวลาสมรส	1.47	.19*			
ระดับการศึกษา	1.95	.21*			
รายได้	.66	.07			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	-.1.36	-.12*			
จำนวนบุตรมีชีวิต	.24	.02			
ความรุนแรงทางกาย	-.33	-.19*			
ความรุนแรงทางจิตใจ	-6.18 E-02	-.07			
ความรุนแรงทางเพศ	.53	.07			

หมายเหตุ: * $p < .05$, F (8, 591) = 13.023 ทั้ง Model 1 & 2, ** $p = .000$ สำหรับสมการรวมใน Model 2

5. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจกับผลทางจิตสังคม พบว่า หญิงตั้งครรภ์อย่างน้อยสองกลุ่มมีความแตกต่างของผลทางจิตสังคม โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงขณะตั้งครรภ์มีความเครียดสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับความรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงครั้งหนึ่งในอดีต และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความเครียดในระยะตั้งครรภ์โดยทำให้ค่าความแปรปรวนเพิ่มขึ้นจาก 47% เป็น 52% (ตารางที่ 4) นั่นคือ ความรุนแรงทั้งทางกาย ทางเพศและทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์เป็นตัวทำนายความเครียดได้ร้อยละ 52 ($p < .05$)

ส่วนระดับการศึกษา ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกายและทางจิตใจเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์โดยทำให้ค่าความแปรปรวนเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 39% นั่นคือ ระดับการศึกษา ความรุนแรงทางกายและทางจิตใจเป็นตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 39 ($p < .05$)

นอกจากนี้ พบว่าระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกายและทางจิตใจเป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตัว

เองในระยะตั้งครรภ์โดยทำให้ค่าความแปรปรวนเพิ่มขึ้นจาก 32% เป็น 41% นั่นคือ ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา ความรุนแรงทางกายและทางจิตใจเป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองได้ร้อยละ 41 ($p < .05$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับความเครียดโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (N = 600)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	R^2 change	Total R^2	F change
Model 1				.05*	6.125*
ระยะเวลาสมรส	-.28	-.09*			
ระดับการศึกษา	-.28	-.08			
รายได้	-.31	-.09*			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	.95	.21*			
จำนวนบุตรมีชีวิต	-.15	-.03			
Model 2			.47**	.52**	194.096**
ระยะเวลาสมรส	.11	.04			
ระดับการศึกษา	-6.80 E-02	-.02			
รายได้	-.13	-.04			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	.26	-.06			
จำนวนบุตรมีชีวิต	-8.36 E-02	-.02			
ความรุนแรงทางกาย	9.230 E-02	.14*			
ความรุนแรงทางจิตใจ	.17	.49*			
ความรุนแรงทางเพศ	.40	.14*			

หมายเหตุ: * $p < .05$, $F(8, 591) = 80.347$ ทั้ง Model 1 & 2, ** $p = .000$ สำหรับสมการรวมใน Model 2

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถแยกความชุกของการเกิดความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์ออกเป็นความรุนแรงทางกายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 4 ความรุนแรงทางเพศคิดเป็นร้อยละ 9.3 และความรุนแรงทางจิตใจคิดเป็นร้อยละ 9.8 ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการวิจัยเชิงสำรวจประชากร (population-based survey) ของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) เรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่และสุขภาพผู้หญิง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงไทยอายุระหว่าง15 - 49 ปี จำนวน 2,818 คนและพบความชุกของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 4 เช่นกัน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบความชุกจากการถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์มีประมาณร้อยละ 3.9 - 8.3 (Gazmararian et al., 1996) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่มีความขัดแย้งกับการวิจัยของดนยา ธนะอุดม (2539) ที่ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 400 คน และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ถูกทำร้ายด้านร่างกายร้อยละ12 และถูกทำร้ายด้านจิตใจสูงถึงร้อยละ 22.5 สาเหตุที่ทำให้ผลการวิจัยดังกล่าวแตกต่างกันอาจเป็นเพราะการวิจัย

ของดนยา ธนะอุดม (2539)ไม่ได้บ่งบอกวิธีทำร้ายเช่น การทุบตี ต่อย เตะ และอื่นๆเพียงแต่ถามว่าเคยถูกทำร้ายทางกายหรือไม่ การที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาความรุนแรงเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งเช่น ความรุนแรงทางกายหรือทางจิตใจเพียงอย่างเดียว อาจทำให้การแปรผลผิดพลาดได้ เนื่องจากความรุนแรงของการถูกทำร้ายมีความสัมพันธ์กันทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ และพบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นทางจิตใจมักจะรุนแรงมากกว่าความรุนแรงทางกายหรือทางเพศ (Koenig et al., 2002; Thananowan, 2004)

หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายมักมีประวัติของการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ เป็นการแต่งงานครั้งที่สอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีประวัติของการถูกทำร้ายทางกายและทางเพศในวัยเด็ก ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และ/หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ผลการวิจัยดังกล่าวถือว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของดนยา ธนะอุดม (2539) บางส่วน เนื่องจากพบว่า สถานภาพสมรส ประเภทครอบครัว อาชีพ พฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายด้านร่างกายและด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ แต่ในการวิจัยครั้งนี้เมื่อแยกพิจารณาชนิดของความรุนแรงกับตัวแปรเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงทางกายสูงมักจะมีระยะเวลาของการแต่งงานสั้น มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง และมีหนี้สิน ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงทางเพศสูงมักมีระดับการศึกษาน้อยและมีการตั้งครรภ์หลายครั้งเช่นกัน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงทางจิตใจสูงมักจะมีรายได้ต่ำ มีระดับการศึกษาน้อย มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง และมีหนี้สิน อย่างไรก็ตามในการแปรผลงานวิจัยควรพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยในแต่ละงานวิจัยด้วย เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กรอบหรือทฤษฎีในการวิจัย หรือสถิติที่ใช้มีความแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อการแปรผลที่ถูกต้อง

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรงคือ การบาดเจ็บทางกายซึ่งมีได้ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยเช่นฟกช้ำดำเขียวตามร่างกาย จนถึงมีการบาดเจ็บที่รุนแรงและถึงแก่ความตายจากการใช้อาวุธต่างๆ เช่น มีด ปืน เป็นต้น (Acierno, Resnick, & Kilpatrick, 1997; Brokaw & et al., 2002; Campbell, Woods, Chouaf, & Parker, 2000; McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2005) ส่วนผลกระทบทางอ้อมคือ ผลทางด้านจิตใจเช่น ความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ฯลฯ (กมลพร แพทย์ชีพ, 2542; ดลนภา หงษ์ทอง, 2542; นิจวรรณ วีรวัฒโนดม, 2540) ซึ่งผลทางด้านจิตใจนั้นประเมินได้ยากกว่าการบาดเจ็บทางกายและก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากกว่าเนื่องจากธรรมชาติของความรุนแรงเป็นวงเวียนที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก (cycle of violence) การถูกทำร้ายจากคนใกล้ชิดในครอบครัวเป็นเรื่องที่น่าอายและถือเป็นเรื่องส่วนตัว ผู้ที่ถูกทำร้ายมักไม่ค่อยเปิดเผยให้บุคคลภายนอกได้รับรู้ จนกระทั่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพิ่มความถี่และความรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นไม่ปลอดภัยแก่ชีวิต (เกศรา ศรีพิชญาการ และ สุกัญญา ปริสัญญกุล, 2548) การรักษาพยาบาลผู้ที่ถูกทำร้ายจึงเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ หญิงที่ถูกทำร้ายมักจะโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งหมด และจะมาพบแพทย์ต่อเมื่อมีอาการบาดเจ็บทางกายเท่านั้นเนื่องจากว่าหญิงในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่คิดว่าความรุนแรงในคู่สมรสเป็น

ปัญหาทางสุขภาพ (Sripichyakan, 1999) จากการรายงานพบว่า สภาพจิตใจของหญิงเหล่านี้ยังขาดการบำบัดเป็นอย่างมากและอาจพบความเครียดภายหลังจากที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงที่เรียกว่า Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Cloitre, Cohen, Edelman, Han, 2001; Coker, Smith, Bethea, King, & McKeown, 2000; Feehan,Nada-Raja, Martin, & Langley, 2001; Foundation for Women, 1996) นอกจากนี้ผลทางอ้อมยังอาจรวมถึงค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลผู้ที่ถูกทำร้ายที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน การเพิ่มอัตราการครองเตียงจากการบาดเจ็บโดยไม่จำเป็น การสูญเสียเวลาและทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องในการป้องกันความรุนแรง ตลอดจนความสูญเสียที่เกิดแก่บุคคล สถาบันครอบครัวและประเทศชาติในที่สุด

จากการวิจัยของดลนภา หงษ์ทอง (2542) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีที่สมรสแล้วและสามีที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีมีความสามารถพยากรณ์การเกิดความรุนแรงในครอบครัวได้ร้อยละ 1.90-2.70 ปัจจัยส่วนบุคคลของสามีมีความสามารถพยากรณ์การเกิดความรุนแรงในครอบครัวได้ร้อยละ 18.30-20.20 และปัจจัยครอบครัวมีความสามารถพยากรณ์การเกิดความรุนแรงในครอบครัวได้ร้อยละ 15.60-22.10 จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยที่ได้นี้มีความสามารถพยากรณ์อยู่ในช่วงร้อยละ 2 ถึง ร้อยละ 22 ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยครอบครัวดังกล่าว เช่น ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นตัวทำนายความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคมพบว่า ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความรุนแรงทางกายสามารถพยากรณ์การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 15 ($p < .05$) ดังนั้นสมมุติฐานที่หนึ่งจึงถูกยอมรับเป็นบางส่วน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกายเท่านั้นที่พบว่า มีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผลดีต่อตนเองและบุตรในครรภ์น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจกับผลทางจิตสังคมพบว่า ความรุนแรงทั้งสามชนิดมีความสามารถพยากรณ์ความเครียดได้ร้อยละ 52 การสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 34 และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองได้ร้อยละ 32 ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่สอง นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจสูงในระยะตั้งครรภ์จะมีโอกาสเกิดความเครียดสูง มักมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และมีความรู้สึกด้อยค่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการวิจัยข้างต้นที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายมักมีประวัติของการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งอาจเป็นสาเหตุของผลทางจิตสังคมในทางลบ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะสูติแพทย์และพยาบาลทางสูติกรรมควรให้ความสนใจกับปัญหาความรุนแรงในคู่สมรสที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน และควรมีการประเมินความ

รุนแรงจากการถูกทำร้าย (universal screening of IPV) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่เข้ารับการตรวจครรภ์ตามปกติ เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาส (window of opportunity) ที่ดีที่สตรีจะเข้ารับการตรวจสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ การคัดกรองการถูกทำร้ายจึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติและมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะเป็นการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและยังเป็นการวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำร้าย และเป็นการประสานงานหรือส่งต่อจากทีมสุขภาพไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สังคมสงเคราะห์ บ้านพักฉุกเฉิน หรือตำรวจเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป (Campbell, 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2006)

2. ควรจัดทำคู่มือ (Guideline protocol) สำหรับสถานพยาบาลทุกแห่งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและการแก้ปัญหาความรุนแรงต่อสตรี นอกจากนี้ควรคำนึงถึงหลักจริยธรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว และความลับของผู้ป่วยตลอดจนหลักฐานต่างๆด้วย สูติแพทย์และพยาบาลควรมีความไว (sensitive) ในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการทำร้ายเกิดขึ้น เนื่องจากหญิงที่ถูกทำร้ายส่วนใหญ่มักจะปกปิดรอยฟกช้ำ ดำ เขียวที่เกิดขึ้นเพราะอายหรือไม่อยากให้ผู้ใดพบเห็นเว้นเสียแต่ว่าบาดแผลที่เกิดจากการถูกทำร้ายจะมีความรุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิต ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการทำร้ายส่วนใหญ่มักเป็นการบาดเจ็บที่ไม่เห็นรอยแผลหรืออยู่ในร่มผ้าเช่น ที่บริเวณหน้าท้อง การทำร้ายดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุของการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้นการมีคู่มือประจำหน่วยฉุกเฉินหรือหน่วยฝากครรภ์จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและได้มาตรฐานมากขึ้น

3. ควรจัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องความรุนแรงต่อสตรี บทบาททางเพศ สิทธิมนุษยชน ตลอดจนจริยธรรมแก่นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลในช่วงปรีคลินิกหรือปริญญาโท เพื่อให้นักศึกษาได้มีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานทางทฤษฎีและสามารถนำไปประยุกต์และปฏิบัติได้ในอนาคต การที่ไม่ได้บรรจุหลักสูตรดังกล่าวให้มีความต่อเนื่องกันในระบบการศึกษาทั้งของแพทย์และพยาบาล อาจเป็นผลให้บุคลากรรุ่นใหม่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการแก้ปัญหาความรุนแรงและให้การช่วยเหลือในปัจจุบันซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ อีกทั้งยังสร้างทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้เข้ารับบริการอีกด้วย (Garcia-Moreno, 2002; Rodriguez, Bauer, McLoughlin, & Grumbach, 1999; Rodriguez, Sheldon, Bauer, & Perez-Stable, 2001) ส่วนบุคคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วควรจัดให้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้ให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาและเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้มีมากขึ้น ทั้งนี้ควรจัดให้มีการประเมินผลเป็นระยะๆด้วย

4. ควรจัดให้มีหน่วยบริการเพื่อให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัว (marital consulting) เช่น แนะนำในเรื่องการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (problem solving) การบริหารอารมณ์โกรธ (anger management) หรือ การคลายความเครียด (stress relaxation) เป็นต้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายส่วนใหญ่มักมีรายได้ต่ำ มีระดับการศึกษาน้อย มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง มีหนี้สิน มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งมีความเครียดสูง ดังนั้นการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และ/หรือสามีอาจทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นคลี่คลายทางอ้อมและเพื่อขจัดปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การใช้ความรุนแรงในคู่สมรสได้

5. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับผลของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายทางด้านจิตใจต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากผลการ

วิจัยพบผลกระทบของการถูกทำร้ายส่งผลต่อจิตใจมากที่สุดแสดงว่า ความรุนแรงทางจิตใจมีผลต่อความเครียดมากกว่าความรุนแรงทางกายและทางเพศ ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษาความสัมพันธ์ของความรุนแรงทางจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในขณะที่ตั้งครรภ์และในระยะหลังคลอด เช่น ความสัมพันธ์ของความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับความผูกพันระหว่างมารดากับทารกในระยะตั้งครรภ์ หรือความสัมพันธ์ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจากการได้รับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายกับการให้นมบุตรเป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กมลพร แพทย์ชีพ. (2542). *ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้า: กรณีศึกษา อ.เมือง จ.ราชบุรี.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และ อุษา เลิศศรีสันทัด. (2546). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิผู้หญิง.

เกศรา ศรีพิชญาการ และ สุกัญญา ปริสัญญกุล. (2548). *มุมมองของสตรีและบุรุษเรื่องความรุนแรงต่อภรรยาและบริการทางสุขภาพ.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดนยา ธนะอุดม. (2539). *ความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดลนภา หงษ์ทอง. (2542). *ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ: กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตพะเยา.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิจวรรณ วีรวัฒโนดม. (2540). *ความรุนแรงต่อสตรี: กรณีศึกษาในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-44 ปีที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยา ลัยมหิดล.

Acierno, R., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (1997). Health impact of interpersonal violence: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine, 23*(2), 53-64.

Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (1997). *Family violence across the lifespan: An introduction.* California: Sage.

Brokaw, J., Fullerton-Gleason, L., Olson, L., Crandall, C., McLaughlin, S., & Sklar, D. (2002). Health status and intimate partner violence: A cross-sectional study. *Annals of Emergency Medicine, 39*(1), 31-38.

Campbell, J. C. (2001). Abuse during pregnancy: A quintessential threat to maternal and child health - so when do we start to act? *Canadian Medical Association Journal, 164*(11), 1578-1579.

Campbell, J. C., Garcia-Moreno, C., & Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women, 10*(7), 770-789.

Campbell, J. C., Woods, A. E., Chouaf, K. L., & Parker, B. (2000). Reproductive health consequences of intimate partner violence. *Clinical Nursing Research, 9*(3), 217-237.

Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Intimate partner violence during pregnancy: A guide for clinicians.* Atlanta, GA: CDC. Retrieved May 9, 2006 from http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp_slide.htm

Cloitre, M., Cohen, L. R., Edelman, R. E., & Han, H. (2001). Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Women & Health, 34*(3), 1-17.

Coker, A.L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine, 9*(5), 451-457.

Curry, M. A., Burton, D., & Fields, J. (1998). The Prenatal Psychosocial Profile: A research and clinical tool. *Research in Nursing & Health, 21*(2), 211-219.

Feehan, M., Nada-Raja, S., Martin, J. A., & Langley, J. D. (2001). The prevalence and correlates of psychological distress following physical and sexual assault in a young adult cohort. *Violence and Victims, 16*(1), 49-63.

Foundation for Women. (1996). Women in Thailand. *Voices of Thai Women, 14,* 15-18.

Foundation for Women. (1997). Domestic violence in Thailand. *Voices of Thai Women, 15,* 3-4.

Garcia-Moreno, C. (2000). Violence against women:International perspectives. *American Journal of Preventive Medicine,* 19(4), 330-333.

Gazmararian, J. A., Lazorick, S., Spitz, A. M., Ballard, T. J., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA, 275*(24),1915-1920.

Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family, 43,* 873-888.

Koenig, L. J., Whitaker, D. J., Royce, R. A., Wilson, T. E., Callahan, M. R., & Fernandez, M. I. (2002). Violence during pregnancy among women with or at risk for HIV infection. *American Journal of Public Health, 92*(3), 367-370.

Lindgren, K. (2001). Relationship among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health, 24,* 203-217.

McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA, 267*(23), 3176-3178.

McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Ashwill, J. W. (2005). *Maternal-Child Nursing* (2nd ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.

Rodriguez, M. A., Bauer, H., M., McLoughlin, E., & Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA, 282*(5), 468-474.

Rodriguez, M. A., Sheldon, W. R., Bauer, H., M., & Perez-Stable, E. J. (2001). The factors associated with disclose of intimate partner abuse to clinicians. *Journal of Family Practice, 50*(4), 338-344.

Sripichyakan, K. (1999). *Dealing with wife abuse: A study from the women's perspectives in Thailand.* Doctoral Dissertation, University of Washington.

Thananowan, N. (2004). *Intimate Partner Violence (IPV) among Thai pregnant women: The correlations of violence with maternal characteristics, health care practice during pregnancy, and maternal health.* Doctoral Dissertation, University of Wisconsin-Madison.

Vichitranonda, S. T., & Bhongsvej, M. (2000). *Violence against women in Thailand: Development of database and indicators.* Gender and development research institute. Association for the promotion of the status of women. Bangkok, Thailand.

World Health Organization. (1999). *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women.* Global program on evidence for health policy. Geneva, Switzerland.

Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnant Women, Risk Factors, Health Practices during Pregnancy and Psychosocial Outcomes

Nanthana Thananowan Ph.D. (Nursing)
Pussara Hakularb B.N., M.A. (Developmental Psychology)
Porntip Rongluen B.S.N. (Nursing)

Abstract

Intimate Partner Violence (IPV) during pregnancy is a social and health problem with multiple impacts on pregnant women and their unborn child. The purposes of this descriptive cross-sectional survey were to describe the prevalence of IPV during pregnancy and investigate the relationship among IPV, related risk factors, health practices during pregnancy and psychosocial outcomes. A convenience sample of 600 pregnant women from Siriraj hospitals was recruited during their antenatal clinic visits. Structured questionnaires were used to examine for demographics, risk factors, and health practices during pregnancy and the face to face interview was used to assess for abuse status, severity of abuse, and psychosocial outcomes.

About twenty-five percent of the participants reported IPV happening once in their life time, 14.2% reported having IPV in the past year, 4% reported having IPV during pregnancy, and 14.7%, 9.3%, and 9.8% reported physical, sexual, and emotional abuse, respectively. The characteristics of pregnant abused women were: divorced or separated women (41.7%), living with others (16.7%), remarried (29.2%), and unemployed (37.5%). In addition, most pregnant women reported a history of childhood physical abuse (25%), sexual abuse (8.3%), alcohol abuse (54.2%), drug abuse (12.5%), and also reported that their pregnancy was unplanned (54.2%) and/or unwanted (29.2%). Most perpetrators of physical abuse during pregnancy in this study were husbands (92.5%) and female relatives (7.5%). Slapping or pushing without injuries was the most common response given regarding severity of abuse among abused pregnant. The face was the most frequent site of injury during pregnancy; however, injury at the abdomen was found more frequently during pregnancy than non-pregnancy. Abused pregnant women engaged in fewer health practices during pregnancy, had fewer social support, and reported higher stress and lower self-esteem than non-abused pregnant women.

The results of hierarchical linear regression analyses indicated that length of marriage, education, and severity of physical abuse could explain 15% of the variance in health practices during pregnacy (p <.05). Severity of physical, sexual, and emotional abuse could explain 52% of the variance in stress (p <.05). Education and severity of physical and emotional abuse could explain 39% of the variance in social support (p <.05). Length of marriage, education and severity of physical and emotional abuse could explain 41% of the variance in self-esteem (p <.05). Based on the results of this study, the universal screening of IPV during pregnancy at antenatal clinics is recommended and the development of IPV prevention and intervention programs is needed for the better health of pregnant women and their unborn child.

Keywords: Prevalence, Intimate partner violence, Risk factors, Pregnancy, Women's health, Psychosocial outcomes