

# การคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์: ภัยมืดที่สามารถป้องกันได้

นันทนา ธนาโนวรรณ\* Ph.D. (Nursing)

**บทคัดย่อ:** ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพต่อมารดาและทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่า บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้การรักษาพยาบาลในปัจจุบันเป็นการแก้ปัญหาอันเกิดจากผลกระทบของความรุนแรงมากกว่าการป้องกัน การคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานจัดเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารกในขณะตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นสูติแพทย์หรือพยาบาลสูติกรรมจึงควรทราบหลักการและวิธีการคัดกรองที่ถูกต้องเพื่อเป็นการเฝ้าระวังสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ บ้านพักฉุกเฉิน หรือตำรวจเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2550 ; 22(3) 9-16

**คำสำคัญ:** การคัดกรอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส สตรีตั้งครรภ์

---

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate Partner Violence หรือ IPV) ในขณะตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทยปัจจุบัน เนื่องจากอัตราการเกิดความรุนแรงได้เพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเกิดความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์มีค่าเท่ากับร้อยละ 4<sup>1,2</sup> ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการแต่งงาน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หนี้สิน เป็นต้น<sup>2</sup> อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสยังเป็นปัญหาที่ยากแก่การประเมินเพราะถือเป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องภายในครอบครัว สตรีที่ถูกทำร้ายมักจะไม่เปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้บุคคลภายนอกได้รับรู้เนื่องจากไม่คิดว่าความรุนแรงจากการถูกทำร้ายเป็นปัญหาสุขภาพ<sup>3</sup> และจะมาพบแพทย์หรือพยาบาลต่อเมื่อมีอาการบาดเจ็บทางกายเท่านั้นหรือความรุนแรงเกิดขึ้นบ่อยครั้งและรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองหรือบุตร<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายบางคนไม่เข้ารับการรักษาเพราะอายหรือกลัวว่าจะถูกทำร้ายมากขึ้นและมักกล่าวโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งหมด<sup>1,4</sup>

วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนนำเสนอหลักการในการคัดกรองความรุนแรงที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตามลำดับ

## ผลกระทบของความรุนแรง

ผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. **ผลกระทบทางกาย** การทำร้ายต่อสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการบาดเจ็บซึ่งอาจเป็นเพียงการบาดเจ็บเล็กน้อยไปจนถึงการบาดเจ็บสาหัส เช่น มีรอยฟกช้ำดำเขียว รอยถลอก รอยไหม้ กระดูกหัก ศีรษะแตก จนกระทั่งเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงและอาจถึงแก่ความตายได้จากการใช้อาวุธต่างๆ เช่น มีด ปืน เป็นต้น<sup>5</sup> ผลกระทบทางกายที่พบบ่อยมักมีสาเหตุมาจากความเครียด เช่น มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (sleep disorder) ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ (gastrointestinal problem) กล้ามเนื้อตึงเครียด (muscle tension) ปวดศีรษะ ใจสั่น มีอาการปวดเรื้อรังในบริเวณที่บาดเจ็บ เป็นต้น<sup>6-7</sup> นอกจากนี้ ความรุนแรงจากการถูกทำร้ายยังมีผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์และการคลอดอีกด้วย กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายมักมาฝากครรภ์ล่าช้า เป็น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และ/หรือไม่ต้องการ บุตรในครรภ์ สตรีเหล่านี้มักปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์อันเป็นผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและ บุตรในครรภ์ เช่น มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่และ/หรือ ใช้ยาเสพติดร่วมด้วย ไม่สนใจตนเอง รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ทำให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ ขึ้นน้อยกว่าปกติ รวมทั้งอาจมีประวัติทำแท้งมาก่อน เป็นต้น<sup>2,8-9</sup>

นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์อาจจะมากกว่า หรือรุนแรงกว่าในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ทั้งสิ้น

เนื่องจากการทำร้ายในขณะตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นที่บริเวณหน้าท้องบ่อยกว่าในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์<sup>2</sup> เป็นผลทำให้เกิดการบาดเจ็บที่บริเวณท้องอย่างรุนแรงที่เรียกว่า blunt trauma<sup>10-11</sup> ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการแท้ง รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกฉีกขาด กระเพาะปัสสาวะฉีกขาด เลือดออก ถุงน้ำคร่ำแตกหรือคลอดก่อนกำหนดได้ถ้าครรภ์ถูกกระทบกระแทกโดยตรงอาจทำให้ทารกในครรภ์ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในครรภ์ได้เช่นกัน สำหรับผลของความรุนแรงต่อการคลอดนั้นพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มักคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย มีการคลอดที่ใช้เวลายาวนานกว่าปกติหรือมีการใช้หัตถการต่างๆ เพื่อช่วยคลอด เป็นต้น<sup>12</sup>

2. ผลกระทบทางจิตใจ โดยปกติแล้วผลกระทบทางด้านจิตใจจะประเมินได้ยากกว่าและมีความรุนแรงมากกว่าผลกระทบทางกาย จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายมักจะมี ความเครียดสูง ซึมเศร้า วิตกกังวล หวาดกลัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการคิดไตร่ตรองและ/หรือพยายามฆ่าตัวตาย<sup>2</sup> และยังสามารถเกิดภาวะผิดปกติภายหลังการเผชิญภาวะวิกฤติจากการถูกทำร้ายที่เรียกว่า Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) เช่น มีการทบทวนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ฝันร้ายซ้ำๆ มึนงง วิตกกังวล โกรธง่าย มีอารมณ์อ่อนไหว และนอนไม่หลับ ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายของสตรี<sup>13-14</sup>

3. ผลกระทบทางสังคม จากการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์มักได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

มีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส มีการแยกตัวจากสังคม รวมทั้งปัญหาในการทำหน้าที่ของการเป็นมารดาด้วย<sup>2,15-16</sup>

4. ผลกระทบทางเพศ ความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดบาดเจ็บบริเวณเต้านม บาดเจ็บที่บริเวณช่องคลอด ฝีเย็บ หรือทวารหนัก ซึ่งอาจเป็นอาการฟกช้ำ การฉีกขาด เป็นต้น นอกจากนี้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้<sup>17</sup>

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้วยังมีผลกระทบด้านอื่นๆ อีกเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่ถูกทำร้ายที่เพิ่มสูงขึ้น อัตราการครองเดี่ยวที่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็นจากการถูกทำร้าย การสูญเสียเวลาและทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรง ตลอดจนความสูญเสีย ที่เกิดแก่บุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีแพทย์หรือพยาบาลสูติกรรมส่วนใหญ่ อาจไม่ได้ตระหนักว่า ปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพ ตลอดจนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและไม่มั่นใจที่จะเผชิญกับปัญหา รวมทั้งอาจมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสตรีที่ถูกทำร้าย เช่น กล่าวโทษสตรีว่าเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งหมด<sup>3</sup> การขาดคู่มือที่ใช้ในการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในสถานพยาบาลต่างๆ ยังมีส่วนทำให้ความรุนแรงของปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้น การรักษาพยาบาลผู้ที่ถูกทำร้ายในปัจจุบันจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุมากกว่าที่จะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาอย่างจริงจัง การตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาสที่ดีสำหรับสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่จะได้รับการตรวจสุขภาพและตรวจ

ครรภ์ไปพร้อม ๆ กับการประเมินความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะมาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกหรือไตรมาสที่สอง จนกว่าจะเข้าสู่ระยะคลอด ช่วงเวลาดังกล่าวทำให้สูติแพทย์หรือพยาบาลสูติกรรมได้มีโอกาสสร้างความคุ้นเคยใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็เป็นโอกาสที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจและยอมเปิดเผยเรื่องราวหรือความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นได้รับรู้ สูติแพทย์หรือพยาบาลสูติกรรมจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายโดยให้การรักษาพยาบาลเฉพาะหน้าและต่อเนื่องทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งให้ข้อมูล ข่าวสารที่เหมาะสม เผื่อระวังสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ บ้านพักฉุกเฉินหรือตำรวจเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

### หลักการในการคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์

1. ให้ถือว่าสตรีตั้งครรภ์ “ทุกคน” มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์<sup>18</sup>

2. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์สามารถแบ่งออกเป็น 4 ชนิดได้แก่ ความรุนแรงทางกาย ทางเพศ ทางจิตใจ และความรุนแรงจากการคุกคามทางกายหรือทางเพศ<sup>18</sup>

3. การคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์สามารถทำประเมินด้วย Abuse Assessment Screen (AAS)<sup>19</sup> จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองการถูกทำร้ายในระยะ

ตั้งครรภ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในอเมริกา ยุโรป และประเทศในแถบเอเชีย เครื่องมือนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยเพื่อความเหมาะสมและมีความตรงและความเที่ยงที่เป็นที่ยอมรับ<sup>2</sup>

- ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยถูกทำร้ายร่างกายหรือทางจิตใจหรือไม่

- ในช่วง 1 ปีก่อนการตั้งครรภ์ ท่านเคยถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตี ตบ ตะบอยหรือทำร้ายด้วยวิธีอื่นบ้างหรือไม่ ถ้าเคย ถูกทำร้ายโดยใคร และจำนวนกี่ครั้ง

- ในขณะที่ตั้งครรภ์ ท่านเคยถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตี ตบ ตะบอย หรือทำร้ายด้วยวิธีอื่นบ้างหรือไม่ ถ้าเคย ถูกทำร้ายโดยใคร และจำนวนกี่ครั้ง

- ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจหรือไม่ ถ้ามีเป็นใคร และจำนวนกี่ครั้ง

- ท่านรู้สึกหวาดกลัวหรือไม่จากการถูกทำร้าย

4. การคัดกรองความรุนแรงดังกล่าวให้ยึดหลัก “RADAR”<sup>18</sup> ดังนี้

**R** = Routinely screen every patient ทำการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ทุกคนในขณะที่

- สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรก

- อย่างน้อยหนึ่งครั้งในทุกไตรมาส

- ในระยะหลังคลอด

- เมื่อสตรีเข้ารับการตรวจทางสูติศาสตร์-นรีเวช

**A** = Ask directly, kindly, non-judgmentally ใช้คำถามตรงไปตรงมาแต่นุ่มนวล และผู้ถามไม่ควรมือคดตีต่อผู้ถูกถาม

**D = Document your findings** จัดบันทึก ข้อมูลและหลักฐานต่างๆ อย่างเป็นระบบไม่ว่าจะเป็นคำพูดของสตรีตั้งครรภ์ ร้องรอยการ ต่อสู้หรือ รอยเขียวช้ำตามตัว ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์หรือ ตรวจร่างกาย ควรมีการถ่ายภาพไว้เป็นหลักฐาน รวมทั้งบันทึกอาการต่างๆ ที่อาจพบ เช่น ชิมเคร้า กลัว ไม่กล้าสบตา หรือวิตกกังวลจนเกินเหตุ ทั้งนี้ เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและประโยชน์ต่อรูปคดี

**A = Assess the patient's safety** ทำการ ประเมินความปลอดภัยแก่สตรีตั้งครรภ์ โดยขณะที่ทำการสัมภาษณ์หรือตรวจร่างกายจำเป็นต้องให้ สตรีตั้งครรภ์มีความเป็นส่วนตัวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

**R = Review options and provide referrals** ช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมโดยให้สตรีตั้งครรภ์เป็นผู้ทำการตัดสินใจด้วยตนเองบนพื้นฐานของความถูกต้องและเป็น ประโยชน์ต่อตนเองให้มากที่สุด รวมทั้งมีการส่งต่อ และประสานงานไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

5. การคัดกรองควรคำนึงถึงหลักจริยธรรม ว่าด้วยเรื่องความรุนแรงต่อสตรีโดยองค์การอนามัยโลกที่เน้นเรื่องความปลอดภัย ความเป็น ส่วนตัว และความลับของข้อมูล เพราะการที่สูติแพทย์ หรือพยาบาลสูติกรรมขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ดังกล่าวอย่างถูกต้อง หรือขาดจรรยาบรรณของ วิชาชีพอาจทำให้สตรีที่ถูกทำร้ายปฏิเสธหรือลังเลใจ ในการตอบคำถาม เป็นผลทำให้ละเลยการรักษา พยาบาลที่เหมาะสมได้<sup>20</sup> สบายใจหรือเป็นแหล่ง พักพิง เช่น ญาติ เพื่อน เป็นต้น พร้อมทั้งกระตุ้นให้ ขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น<sup>21</sup>

6. ควรหลีกเลี่ยงคำถามประเภทที่ไวต่อ ความรู้สึกหรือคุกคามต่อความรู้สึก โดยเฉพาะ

คำถามที่ขึ้นต้นประโยคว่า “ทำไม...” เพราะถือว่าเป็นคำถามในเชิงตำหนิสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้าย<sup>18,20</sup> ตัวอย่างคำถามที่ไม่ควรถาม ได้แก่

- “คุณทำอะไรให้เขาโกรธ”
- “ทำไมคุณจึงกลับไปหาเขาอีก”
- “ทำไมไม่รู้จักหนี”

7. คำพูดที่ควรพูดเมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายในขณะที่ตั้งครรภ์<sup>18,20</sup> ได้แก่

- “เรื่องที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของคุณ”
- “คุณไม่สมควรที่จะได้รับการทำร้ายเช่นนี้”
- “ผม/ดิฉันรู้สึกเสียใจต่อการที่คุณถูกทำร้าย”
- “คุณต้องการพูดถึงเรื่องที่เกิดขึ้นหรือไม่”
- “ผม/ดิฉันคำนึงถึงความปลอดภัยของคุณเสมอ”
- “คุณจะได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม”

8. ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์แสดง ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งรับฟังสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์เล่าเรื่องที่เกิดขึ้น อย่างเห็นอกเห็นใจโดยไม่ตัดสินพฤติกรรม และ ไม่ควรห้ามถ้าสตรีตั้งครรภ์จะแสดงความโกรธหรือ ร้องไห้ พร้อมทั้งยืนยันกับสตรีตั้งครรภ์ว่าเหตุการณ์ ที่ถูกทำร้าย “ไม่ใช่ความผิดของเธอ”<sup>21</sup>

9. ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถประเมิน ตนเองในด้านบวก โดยการให้สตรีตั้งครรภ์เล่าถึง วิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม พยายามค้นหา ศักยภาพหรือความสามารถด้านอื่นๆ และชี้ให้ สตรีตั้งครรภ์มองเห็นความสามารถของตนเอง มีการพึ่งพาตนเองให้มากขึ้น<sup>21</sup>

10. ร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ในการค้นหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจหรือเป็นแหล่งพักพิงเช่น ญาติ เพื่อน เป็นต้น พร้อมทั้งกระตุ้นให้ขอความช่วยเหลือเมื่อ จำเป็น<sup>21</sup>

11. ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาวิธีใหม่ๆ รวมทั้งกระตุ้นให้นำไปใช้เพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น<sup>21</sup>

12. วางแผนร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ในการจัดการกับปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัยจากการถูกทำร้ายโดยการอธิบายและให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ดังนี้<sup>21</sup>

- อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการทำร้ายร่างกาย เช่น การดื่มเหล้า การติดสารเสพติด หรือการเล่นการพนันของสามี

- พุดคุยและแนะนำถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือ เช่น บ้านพักฉุกเฉิน บ้านญาติที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อไปขอความช่วยเหลือได้เมื่อสถานการณ์ของความรุนแรงเริ่มจะก่อตัวขึ้น

- อธิบายว่าการทำร้ายร่างกายเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ถ้าถูกสามีทำร้ายควรไปแจ้งความกับตำรวจเพื่อให้ตำรวจลงบันทึกประจำวันไว้เป็นหลักฐาน และถ้าบาดเจ็บควรแสดงให้ตำรวจดูด้วย

- ช่วยกันหาวิธีหรือเส้นทางที่จะออกจากบ้านอย่างปลอดภัยและเร็วที่สุดเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้น

- ให้เบอร์โทรศัพท์ของบ้านพักฉุกเฉิน มูลนิธิที่ให้ความช่วยเหลือสตรีต่างๆ ศูนย์ฮอตไลน์ ที่ให้การช่วยเหลือสตรี สถานีตำรวจ เพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน ทั้งนี้อาจใช้รหัสแทนชื่อบุคคลหรือสถานที่เพื่อป้องกันไม่ให้สามีทราบ

- ทบทวนแนวทางปฏิบัติที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจนแน่ใจว่าสตรีตั้งครรภ์จะสามารถปฏิบัติได้จริงเมื่อความรุนแรงเริ่มก่อตัวขึ้นและให้กำลังใจว่าสตรีตั้งครรภ์จะสามารถหลีกเลี่ยงหนีจากการทำร้ายซึ่งจะทำให้ปลอดภัยถ้าปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้

สรุปได้ว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากคู่สมรสในขณะที่ตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรี

ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และทางเพศ การคัดกรองความรุนแรงจัดเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าสามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารกในขณะตั้งครรภ์ เพราะเป็นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนยังเป็นการช่วยเหลือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรรา, วาสนา อิ่มเอม และ อุษา เลิศศรีสันทัต. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิผู้หญิง; 2546.
2. นันทนา ธนาโนวรรณ. ความสุขจากการถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21(2): 31-46.
3. Sripichyakan K. **Dealing with wife abuse: A study from the women's perspectives in Thailand.** Doctoral Dissertation, University of Washington; 1999.
4. เกศรา ศรีพิชญากา, สุกัญญา ปรีสังญกุล. มุมมองของสตรีและบุรุษเรื่องความรุนแรงต่อภรรยาและบริการทางสุขภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
5. Campbell JC, Woods AE, Chouaf KL, Parker B. Reproductive health consequences of intimate partner violence. *Clin Nurs Res* 2000; 9(3), 217-37.
6. Lown EA, Vega WA. Intimate partner violence and health: Self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosom Med* 2001; 63, 352-60.

7. Scholle SH, Buranosky R, Hanusa BH, Ranieri L, Dowd K, Valappi B. Routine screening for intimate partner violence in an obstetrics and gynecology clinic. **Am J Pub Health** 2003; 93(7), 1070-72.
8. Campbell JC, Poland ML, Walker JB, Ager J. Correlates of battering during pregnancy. **Res Nurs Health** 1992; 15(3), 219-26.
9. Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk assessment Monitoring System, 1996-1997. **Matern Child Health J** 2000; 4(2), 85-92.
10. Pak LL, Reece EA, Chan L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? **Am J Obstet Gynecol**, 1998; 179(5), 1140-4.
11. Poole GV, Martin JN, Perry KG, Griswold JA, Lambert CJ, Rhodes RS. Trauma in pregnancy: The role of interpersonal violence. **Am J Obstet Gynecol** 1996; 174, 1873-8.
12. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Mont JD. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systemic review and meta-analysis. **Can Med Assoc J** 2001; 164(11), 1567-72.
13. Cloitre M, Cohen LR, Edelman RE, Han H. Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. **Women Health** 2001; 34(3), 1-17.
14. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. **Arch Fam Med** 2000; 9(5), 451-7.
15. กมลพร แพทย์ชีพ. ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้า: กรณีศึกษา อ.เมือง จ. ราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
16. ดลนภา หงษ์ทอง. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ: กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตพะเยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
17. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. **J Womens Health** 2000; 9(9), 1015-23.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence during pregnancy: A guide for clinicians. Atlanta, GA: CDC; 2006. Available from <http://www.cdc.gov/nccdphp/>
19. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. **JAMA** 1992; 267(23), 3176-8.
20. World Health Organization. **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; 1999.
21. นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

## Screening of Intimate Partner Violence during Pregnancy: The Dark Side that Can Be Prevented

Nanthana Thananowan\* Ph.D. (Nursing)

**Abstract:** Intimate Partner Violence (IPV) during pregnancy is a social and health problem with multiple impacts on mother and their unborn child. However, most of the health care professionals do not understand about screening for abuse. As a result, medical care service is currently dealing with the consequences of IPV rather than prevention. Screening of IPV during pregnancy with a standardized tool is one of the recommended methods to reduce maternal and infant mortality during pregnancy. Therefore, the obstetricians and midwives should know how to perform universal screening of IPV as a standard of practice in order to observe pregnant women who have related risk factors for IPV and provide them for an appropriate referral, such as social worker, women's shelter, and police.

*Thai Journal of Nursing Council 2007; 22(3) 9-16*

**Key Words:** Screening, Intimate partner violence, Pregnant women

---

\* Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University