

Prevalence and Factors Related to Intimate Partner Violence among Gynecology Patients *

Nanthana Thananowan, PhD, RN¹

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine the prevalence of and factors related to intimate partner violence (IPV) among gynecology patients.

Design: Descriptive cross-sectional design.

Methods: A convenience sample of 532 in-patient admitted at gynecology wards in a hospital was recruited. All study participants completed a set of questionnaires asking about personal characteristics, sexual factors, and history of being abused.

Main findings: The prevalence of IPV among gynecology patients was about 21.1% divided into physical (17.3%), sexual (11.5%), and emotional abuse (13.2%). Compared to non-abused gynecology patients, abused gynecology patients were more likely to be separated (38.4%), remarried (52.7%), low educated (53.6%), unemployed/students (19.6%), laborers (67%), to have income less than 10,000 baht/month (63.4%), to have insufficient economy (33%), in debt (35.7%), and to have marital conflict (47.3%) at statistical significance ($p < .05$). They were also significantly more likely to have alcohol abuse (35.7%), smoking (15.2%), drug abuse (7.1%), and gambling (14.3%) than non-abused gynecology patients ($p < .05$).

For sexual factors, abused gynecology patients were more likely to have early sexual intercourse at the age lower or equal to 18 years old, multiple partners, a high number of pregnancy, delivery, and abortion than non-abused gynecology patients at statistical significance ($p < .05$). Significantly, they were also more likely to have sexually transmitted infections (58.9%), vaginal douchings (49.1%), emergency pills (17%), and forced sexual intercourses by oral (9.8%), anal (8%), or during menstruation (32.1%) than non-abused gynecology patients ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: Health care professionals should screen IPV and assess factors related to IPV among gynecology patients. The effective practice guideline to prevent IPV should be available for implement in case of the incidence of IPV or related factors being found.

Key words: abuse, gynecology, intimate partner violence, prevalence

J Nurs Sci. 2013;31(3):37-47

Corresponding Author: Associate Professor Nanthana Thananowan, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

* This research project was supported by China Medical Board of New York, Inc. Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคูสมรสในผู้ป่วยนิเวช *

นันทนา ธนาโนวรรณ, PhD, RN¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคูสมรสในผู้ป่วยนิเวช

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 532 คน ถูกคัดเลือกแบบสะดวกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนิเวชโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบชุดแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการได้รับความรุนแรง

ผลการวิจัย: ความชุกของความรุนแรงที่เกิดจากคูสมรสในผู้ป่วยนิเวชคิดเป็นร้อยละ 21.1 แบ่งเป็นความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจร้อยละ 17.3, 11.5 และ 13.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยนิเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรง กลุ่มที่ได้รับความรุนแรงมีแนวโน้มมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ที่แยกกันอยู่กับคูสมรส (ร้อยละ 38.4) เคยแต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 52.7) จบการศึกษาดำรงตำแหน่งประถมศึกษา (ร้อยละ 53.6) มักไม่ได้ทำงานหรือเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 19.6) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 67) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 63.4) เศรษฐฐานะไม่พอใช้ (ร้อยละ 33) มีหนี้สิน (ร้อยละ 35.8) และมีความขัดแย้งในชีวิตสมรสเป็นประจำ (ร้อยละ 47.3) ผู้ป่วยนิเวชกลุ่มนี้ยังดื่มสุรา (ร้อยละ 35.7) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 15.2) ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 7.1) และเล่นการพนัน (ร้อยละ 14.3) มากกว่าผู้ป่วยนิเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับปัจจัยทางเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า ผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับความรุนแรงมักจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในขณะที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี มีคู่นอนหลายคน มีการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้งมากกว่าผู้ป่วยนิเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และที่สำคัญผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเคยมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 58.9) สวมล้างช่องคลอด (ร้อยละ 49.1) ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (ร้อยละ 17) และเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ทางปาก (ร้อยละ 9.8) ทางทวารหนัก (ร้อยละ 8) หรือในขณะมีประจำเดือน (ร้อยละ 32.1) ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยนิเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: บุคลากรทางสุขภาพควรคัดกรองความรุนแรงและประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในผู้ป่วยนิเวช และควรจัดเตรียมแนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงไว้ให้พร้อมในกรณีพบอุบัติการณ์ของความรุนแรงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว

คำสำคัญ: การได้รับความรุนแรง นิเวช ความรุนแรงที่เกิดจากคูสมรส ความชุก

J Nurs Sci. 2013;31(3):37-47

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ นันทนา ธนาโนวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

* โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนวิจัยจากเงินกองทุน ซี.เอ็ม.บี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของความรุนแรง (violence) หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ โดยการขู่เข็ญ ทำร้าย ทุบตี คุกคาม จำกัด กีดกันเสรีภาพทั้งในที่สาธารณะและในชีวิตส่วนตัว อันเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ถูกรกระทำ¹ ในกรณีของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (intimate partner violence: IPV) ความหมายดังกล่าวยังครอบคลุมถึงตัวผู้กระทำความรุนแรงซึ่งส่วนใหญ่คือ สามีของสตรีที่ถูกทำร้ายนั่นเอง และด้วยเหตุที่ความรุนแรงชนิดนี้มักเกิดขึ้นภายในบ้าน บุคคลภายนอกจึงไม่อาจรับรู้หรือให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้ายได้ทันทั่วทั้งที่ ประกอบกับค่านิยมและความเชื่อในสังคมที่มองว่าเป็นเรื่องดังกล่าวยังเป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องภายในครอบครัว สตรีที่ถูกทำร้ายส่วนใหญ่จึงไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้บุคคลภายนอกได้รับรู้เพราะอับอาย เครียด กลัวถูกสามีทำร้ายมากขึ้น กลัวครอบครัวแตกแยก รวมทั้งกลัวถูกตำหนิจากสังคมรอบข้าง² เป็นผลทำให้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเรื่องความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเสมอ³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาความชุกของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสทางคลินิกส่วนใหญ่มุ่งเน้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์มากกว่าสตรีในกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากความรุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อมารดาและทารกในครรภ์อย่างมาก² โดยพบอุบัติการณ์ของความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วอยู่ที่ร้อยละ 3.9-8.3⁴ ซึ่งใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ที่พบในประเทศไทยคือ ร้อยละ 4-4.8⁵⁻⁶ สำหรับการศึกษาความชุกของความรุนแรงในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชนั้นปัจจุบันยังมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ แต่กลับพบอุบัติการณ์ของความรุนแรงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ ตัวอย่างเช่น Peschers และคณะ⁷ ที่สำรวจความชุกของความรุนแรงทางเพศในสตรีที่เข้ารับบริการในคลินิกนรีเวชจำนวน 1,075 คน พบว่าสตรีร้อยละ 44.6 เคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ หนึ่งในห้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 216) เคยได้รับความรุนแรงทางเพศมาก่อนโดยแบ่งออกเป็นการถูกรกระทำในวัยเด็กร้อยละ 6.8 ในขณะที่เป็นวัยรุ่นร้อยละ 10.3 และเมื่อเป็นผู้ใหญ่ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ส่วนการวิจัยแบบภาคตัดขวางของ Wijma และคณะ⁸

ที่ศึกษาความชุกของความรุนแรงในสตรีที่เข้ารับบริการในคลินิกนรีเวชท่าแห่ง (n = 3,641) ผลการวิจัยพบความชุกของความรุนแรงทางกายร้อยละ 38-66 ทางจิตใจร้อยละ 19-37 และทางเพศร้อยละ 17-33 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leithner และคณะ⁹ ที่สำรวจความชุกของความรุนแรงโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์สตรีที่เข้ารับบริการในคลินิกนรีเวชจำนวน 424 คน และพบว่าสตรีร้อยละ 40 เคยได้รับความรุนแรงในชีวิตมาก่อน โดยแบ่งเป็นความรุนแรงทางกายร้อยละ 25 ทางจิตใจร้อยละ 24 และทางเพศร้อยละ 13 ตามลำดับ ส่วนผู้กระทำก็คือ สามีของสตรีที่ถูกทำร้ายนั่นเอง สำหรับประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของบุหงา ตโนภาสและคณะ¹⁰ ที่สำรวจความชุกของความรุนแรงในสตรีที่เข้ารับบริการในแผนกสูติ-นรีเวช ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (n = 337) และพบว่าสตรีร้อยละ 66.2 เคยได้รับความรุนแรงในช่วงเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา แบ่งเป็นความรุนแรงทางจิตใจ ทางกาย ทางเพศ และทางเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ 65.3, 40.4, 38.6 และ 36.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของความรุนแรงพบว่าสตรีที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยนรีเวชมีความชุกของความรุนแรงสูงกว่าสตรีในคลินิกนรีเวชถึง 2 เท่า คิดเป็นความรุนแรงทางกายร้อยละ 49.64 ทางเศรษฐกิจร้อยละ 47.12 และทางเพศร้อยละ 46.15 ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ผลการวิจัยส่วนใหญ่อ้างอิงมาจากการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่^{2,11-14} (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น อายุ น้อย สถานภาพสมรสไม่หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่กับสามี แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง มีระดับการศึกษาน้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้น้อย มีหนี้สิน เคยถูกทำร้ายในวัยเด็ก) (2) ปัจจัยทางครอบครัว (เช่น เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่ไม่ดี ครอบครัวมีฐานะยากจน) (3) ประวัติการใช้สารเสพติด (เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้นาฬิกาพก และเล่นการพนัน) และ (4) ประวัติการตั้งครรภ์ (เช่น มีการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้งหลายครั้ง มาฝากครรภ์ล่าช้า ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชยังครอบคลุมปัจจัยทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย¹⁵ เช่น การมีเพศสัมพันธ์เร็ว มีคู่นอนหลายคน มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูง เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการถูก

บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ในช่องทางอื่นหรือในขณะที่มีประจำเดือน เป็นต้น ด้วยเหตุดังกล่าวสตรีกลุ่มนี้จึงมาพบแพทย์ด้วยความผิดปกติต่างๆ ทางนรีเวช เช่น ตกขาวผิดปกติ มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน¹⁵ มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีการฉีกขาดของช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์อย่างรุนแรง¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าการสวนล้างช่องคลอดหรือการปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัยของคู่นอนยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางเพศ¹⁷

ด้วยเหตุที่งานวิจัยส่วนใหญ่อ้างอิงมาจากต่างประเทศ และเป็นการสำรวจสตรีที่เข้ารับบริการในคลินิกนรีเวช ในขณะที่ประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของ บุนหา ตโนภาส และคณะ¹⁰ ที่สำรวจความชุกของความรุนแรงในหอผู้ป่วยนรีเวช ถึงแม้ว่าจะพบอุบัติการณ์ของความรุนแรงในหอผู้ป่วยนรีเวชสูงกว่าในคลินิกนรีเวชก็ตาม แต่ก็เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องบางส่วนโดยไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในผู้ป่วยนรีเวช เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการคัดกรองและวางแผนให้การช่วยเหลือสตรีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในผู้ป่วยนรีเวช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่มีอายุระหว่าง 15-65 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบความชุกของความรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 44.67 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5 จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 469 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 P(1-P)}{d^2}$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 532 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย อายุของคู่สมรส สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการแต่งงาน ระยะเวลาสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐฐานะ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในชีวิตคู่ ประวัติการใช้สารเสพติด เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด เล่นการพนัน (ทั้งของผู้ป่วยและคู่สมรส)

2. แบบสอบถามประวัติทางเพศสัมพันธ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง การใช้ถุงยางอนามัย ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสวนล้างช่องคลอด การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ทางปาก หรือในขณะที่มีประจำเดือน

3. แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Screen: AAS) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองความรุนแรง สร้างโดย McFarlane, Parker, Soeken, Bullock¹⁸ แบบคัดกรองนี้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในสตรีตั้งครรภ์และในสตรีทั่วไปเพราะมีความตรง (content validity) และความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ดี ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back translation)¹⁹ และเคยได้รับการนำไปใช้ในงานวิจัยมาก่อน^{12,19} โดยได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในภาษาไทยเท่ากับ 0.92 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามจำนวน 3 ข้อเพื่อคัดกรองความรุนแรงสามชนิด คือ (1) ความรุนแรงทางกาย (AAS1) “ท่านเคยถูกกระทำใดๆ ที่ทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่” (2) ความรุนแรงทางเพศ (AAS2) “ท่านเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจหรือไม่” และ (3) ความรุนแรงทางจิตใจ (AAS3) “ท่านเคยรู้สึกหวาดกลัวคู่สมรสหรือไม่” ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบสองตัวเลือก (ใช่ = 1/ ไม่ใช่ = 0) คำตอบ “ใช่” หมายถึง สตรีผู้นั้นยอมรับว่ามีการใช้ความรุนแรงทางกายทางเพศ หรือทางจิตใจ ในการวิจัยครั้งนี้ หากสตรีรายใด

ตอบคำถาม “ใช่” จาก AAS ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่าสตรีรายนั้นจัดอยู่ในกลุ่มที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้รหัสโครงการ 341/2554 (EC4)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนรีเวชจะเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ผู้ป่วยที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนจะต้องลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ในกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยเสมอ) หากผู้ป่วยแสดงความประสงค์ที่จะเข้าร่วมด้วยวาจาก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ต้องลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยบอกกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามในขณะที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยว่างเว้นจากกิจกรรมใดๆ บนหอผู้ป่วย ขณะที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามจะต้องไม่มีบุคคลอื่น เช่น สามี ญาติ หรือบุตรของผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถสื่อสารได้อยู่ด้วยในบริเวณนั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์ที่เตียงของผู้ป่วยเองเพื่อความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลในขณะตอบแบบสอบถาม เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยรายอื่นได้ยินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเชิญผู้เข้าร่วมการวิจัยไปตอบแบบสอบถามที่ห้องสอนสุขศึกษาที่อยู่ในบริเวณใกล้กับเตียงผู้ป่วย โดยเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการได้รับความรุนแรงตามลำดับซึ่งจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 10 นาทีต่อคน ระหว่างการเก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกไม่สบายใจจากการอ่านข้อคำถามที่ทำให้สับสนใจ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิหยุดหรือเพิกถอนจากการวิจัยได้ตลอดเวลา²⁰

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากร: กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-65 ปี ($\bar{X}$ = 42.46, SD = 12.17) คู่สมรสมีอายุระหว่าง 15-80 ปี ($\bar{X}$ = 44.5, SD = 12.94) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (71.4%) ระยะเวลาสมรสโดยเฉลี่ยประมาณ 15.24 ปี (SD = 11.02) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างแต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 34) เรียนจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.5 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 63.3) เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 11.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ร้อยละ 11.1 และเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 3.2 หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มีเศรษฐกิจพอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 35.7 ไม่พอใช้ ร้อยละ 22.9 และมีหนี้สิน ร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 78.2) สัมพันธภาพในชีวิตคู่มีทะเลาะกันบ้าง ร้อยละ 62 และมีทะเลาะกันเป็นประจำ ร้อยละ 14.7

สำหรับพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด และเล่นการพนัน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22.4 เคยดื่มสุรามาก่อน สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.4 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 2.3 และเล่นการพนัน ร้อยละ 6.4 ในขณะที่คู่สมรสของกลุ่มตัวอย่างดื่มสุรา ร้อยละ 63.7 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.3 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.4 และเล่นการพนัน ร้อยละ 11.3 ตามลำดับ

2. ประวัติทางเพศสัมพันธ์: กลุ่มตัวอย่างมีการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้งมากกว่าหนึ่งครั้งคิดเป็นร้อยละ 80.3, 71.1 และ 28.8 ตามลำดับ อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 13-47 ปี ($\bar{X}$ = 21.28, SD = 5.31) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน (ร้อยละ 33.5) กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสในปัจจุบัน (ร้อยละ 61.3) คู่สมรสส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 90.6) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 38.7 และเคยสวนล้างช่องคลอด ร้อยละ 33.6 จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ร้อยละ 2.8 ทางทวารหนัก ร้อยละ 1.9 และในขณะที่มีประจำเดือน ร้อยละ 15 ตามลำดับ

3. ประวัติการได้รับความรุนแรง: ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 532 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างน้อยหนึ่งประเภทคิดเป็นร้อยละ 21.1

(n = 112) ซึ่งเป็นความรุนแรงทางกายร้อยละ 17.3 ทางเพศร้อยละ 11.5 และทางจิตใจร้อยละ 13.2 ผู้กระทำคือ คู่สมรสปัจจุบัน ช่วงเวลาของการได้รับความรุนแรงมีทั้งในอดีตร้อยละ 15 (n = 80) ได้รับความรุนแรงในปัจจุบันร้อยละ 4.7 (n = 25) และได้รับความรุนแรงทั้งในอดีตและปัจจุบันร้อยละ 1.3 (n = 7) ตามลำดับ (ในที่นี้กลุ่มตัวอย่างอาจตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรง: จากผลการวิจัยในตารางที่ 1 ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับความรุนแรงมักจะแยกกันอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 38.4) เคยแต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 52.7) จบการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 53.6) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33) มักไม่ได้ทำงาน/ เป็นนักเรียน (ร้อยละ 19.6) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 67) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 63.4)

เศรษฐกิจไม่พอใช้ (ร้อยละ 33) มีหนี้สิน (ร้อยละ 35.8) และมีความขัดแย้งในชีวิตสมรสเป็นประจำ (ร้อยละ 47.3) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับความรุนแรงมักจะมีการดื่มสุรา (ร้อยละ 35.7) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 15.2) ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 7.1) และเล่นการพนัน (ร้อยละ 14.3) มากกว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคู่สมรสของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดื่มสุรา (ร้อยละ 75) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.5) ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 10.7) และเล่นการพนัน (ร้อยละ 24.1) ในสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับคู่สมรสของผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรุนแรงในผู้ป่วยนรีเวช (N = 532)

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่ได้ ได้รับความรุนแรง (n = 420) n (%)	กลุ่มที่ได้ ได้รับความรุนแรง (n = 112) n (%)	กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n = 532) n (%)	χ^2	p
อายุ (ผู้ป่วย)					
≤ 25 ปี	43 (10.2)	15 (13.4)	58 (10.9)	.906	.341
> 25 ปี	377 (89.8)	97 (86.6)	474 (89.1)		
อายุ (คู่สมรส)					
≤ 25 ปี	33 (7.9)	12 (10.7)	45 (8.5)	.932	.334
> 25 ปี	387 (92.1)	100 (89.3)	487 (91.5)		
สถานภาพสมรส					
- คู่ (อยู่ด้วยกัน)	311 (74)	69 (61.6)	380 (71.4)	6.705	.010
- คู่ (แยกกันอยู่)	109 (26)	43 (38.4)	152 (28.6)		
จำนวนครั้งของการแต่งงาน					
- ครั้งเดียว	298 (71)	53 (47.3)	351 (66)	21.997	.000
- มากกว่าหนึ่งครั้ง	122 (29)	59 (52.7)	181 (34)		
ระดับการศึกษา					
- ต่ำกว่าประถมศึกษา	183 (43.6)	60 (53.6)	243 (45.7)	9.486	.009
- มัธยมศึกษา	122 (29)	37 (33)	159 (29.9)		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	115 (27.4)	15 (13.4)	130 (24.4)		
อาชีพ					
- ไม่ได้ทำงาน/นักเรียน	54 (12.9)	22 (19.6)	76 (14.3)	8.253	.041
- แม่บ้าน	54 (12.9)	9 (8)	63 (11.8)		
- รับจ้างทั่วไป	263 (62.5)	75 (67)	338 (63.6)		
- ธุรกิจส่วนตัว/รับราชการ	49 (11.7)	6 (5.4)	55 (10.3)		

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่ได้ รับความรุนแรง (n = 420) n (%)	กลุ่มที่ได้ รับความรุนแรง (n = 112) n (%)	กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n = 532) n (%)	χ^2	p
รายได้ครอบครัว (บาท)					
- น้อยกว่า 5,000	71 (17)	30 (26.8)	101 (19)	25.616	.001
- 5,000 ถึง 10,000	120 (28.6)	41 (36.6)	161 (30.3)		
- 10,001 ถึง 20,000	111 (26.4)	21 (18.7)	132 (24.8)		
- มากกว่า 20,000	118 (28)	20 (17.9)	138 (25.9)		
เศรษฐกิจ					
- พอใช้ มีเงินเก็บ	90 (21.4)	9 (8)	99 (18.6)	31.537	.000
- พอใช้ ไม่มีเงินเก็บ	164 (39)	26 (23.2)	190 (35.8)		
- ไม่พอใช้	85 (20.2)	37 (33)	122 (22.9)		
- มีหนี้สิน	81 (19.4)	40 (35.8)	121 (22.7)		
สัมพันธภาพในชีวิตคู่					
- รักใคร่กันดี	103 (24.5)	12 (10.7)	115 (21.6)	121.592	.000
- มีทะเลาะกันบ้าง	292 (69.5)	47 (42)	339 (63.7)		
- ทะเลาะกันเป็นประจำ	25 (6)	53 (47.3)	78 (14.7)		
ดื่มสุรา (ผู้ป่วย)					
- ดื่ม	79 (18.8)	40 (35.7)	119 (22.4)	14.551	.000
- ไม่ดื่ม	341 (81.2)	72 (64.3)	413 (77.6)		
สูบบุหรี่ (ผู้ป่วย)					
- สูบ	33 (7.9)	17 (15.2)	50 (9.4)	5.566	.018
- ไม่สูบ	387 (92.1)	95 (84.8)	482 (90.6)		
ใช้สารเสพติด (ผู้ป่วย)					
- ใช้	5 (1)	9 (7.1)	14 (2.3)	15.369	.000
- ไม่ใช้	415 (99)	103 (92.9)	518 (97.7)		
เล่นการพนัน (ผู้ป่วย)					
- เล่น	18 (4.3)	16 (14.3)	34 (6.4)	14.780	.000
- ไม่เล่น	402 (95.7)	96 (85.7)	498 (93.6)		
ดื่มสุรา (คู่สมรส)					
- ดื่ม	255 (60.7)	84 (75)	339 (63.7)	7.806	.005
- ไม่ดื่ม	165 (39.3)	28 (25)	193 (36.3)		
สูบบุหรี่ (คู่สมรส)					
- สูบ	226 (53.8)	79 (70.5)	305 (57.3)	10.112	.001
- ไม่สูบ	194 (46.2)	33 (29.5)	227 (42.7)		
ใช้สารเสพติด (คู่สมรส)					
- ใช้	6 (1.4)	12 (10.7)	18 (3.4)	23.322	.000
- ไม่ใช้	414 (98.6)	100 (89.3)	514 (96.6)		
เล่นการพนัน (คู่สมรส)					
- เล่น	33 (7.9)	27 (24.1)	60 (11.3)	23.334	.000
- ไม่เล่น	387 (92.1)	85 (75.9)	472 (88.7)		

สำหรับปัจจัยทางเพศสัมพันธ์นั้น พบว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับความรุนแรงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในขณะที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี (ร้อยละ 50.9) สูงกว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรง (ร้อยละ 29.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับความรุนแรงมักจะมีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน (ร้อยละ 54.5) มีการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 75) การคลอด (ร้อยละ 66.1) และการแท้ง (ร้อยละ 12.5) มากกว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และข้อค้นพบที่สำคัญคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติเคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน (ร้อยละ 58.9) สวมล้างช่องคลอด (ร้อยละ 49.1) ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (ร้อยละ 17) และเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ทางปาก (ร้อยละ 9.8) ทางทวารหนัก (ร้อยละ 8) หรือในขณะที่มีประจำเดือน (ร้อยละ 32.1) ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเพศสัมพันธ์กับความรุนแรงในผู้ป่วยนรีเวช (N = 532)

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่ได้ ได้รับความรุนแรง (n = 420) n (%)	กลุ่มที่ได้ ได้รับความรุนแรง (n = 112) n (%)	กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n = 532) n (%)	χ^2	p
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
≤ 18 ปี	124 (29.5)	57 (50.9)	181 (34)	17.987	.000
> 18 ปี	296 (70.5)	55 (49.1)	351 (66)		
จำนวนคู่นอน					
- คนเดียว	303 (72.1)	51 (45.5)	354 (66.5)	28.116	.000
- มากกว่าหนึ่งคน	117 (27.9)	61 (54.5)	178 (33.5)		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					
- ไม่เคยตั้งครรภ์	89 (21.2)	16 (14.3)	105 (19.7)	16.406	.000
- 1 ครั้ง	103 (24.5)	12 (10.7)	115 (21.6)		
- > 1 ครั้ง	228 (54.3)	84 (75)	312 (58.7)		
จำนวนครั้งของการคลอด					
- ไม่เคยคลอด	128 (30.5)	26 (23.2)	154 (28.9)	21.245	.000
- 1 ครั้ง	112 (26.6)	12 (10.7)	124 (23.3)		
- > 1 ครั้ง	180 (42.9)	74 (66.1)	254 (47.8)		
จำนวนครั้งของการแท้ง					
- ไม่เคยแท้ง	311 (74)	68 (60.7)	379 (71.2)	8.401	.015
- 1 ครั้ง	81 (19.3)	30 (26.8)	111 (20.9)		
- > 1 ครั้ง	28 (6.7)	14 (12.5)	42 (7.9)		
ใช้ถุงยางอนามัย					
- เคย	40 (9.5)	10 (8.9)	50 (9.4)	.037	.848
- ไม่เคย	380 (90.5)	102 (91.1)	482 (90.6)		
ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์					
- เคย	140 (33.3)	66 (58.9)	206 (38.7)	24.413	.000
- ไม่เคย	280 (66.7)	46 (41.1)	326 (61.3)		
การล้างช่องคลอด					
- เคย	124 (29.5)	55 (49.1)	179 (33.6)	15.189	.000
- ไม่เคย	296 (70.5)	57 (50.9)	353 (66.4)		

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่ได้ รับความรุนแรง (n = 420) n (%)	กลุ่มที่ได้ รับความรุนแรง (n = 112) n (%)	กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n = 532) n (%)	χ^2	p
ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน					
- ใช้	17 (4.1)	19 (17)	36 (6.8)	27.938	.000
- ไม่ใช้	403 (96)	93 (83)	496 (93.2)		
มีเพศสัมพันธ์ทางปาก					
- เคย	4 (1)	11 (9.8)	15 (2.8)	25.336	.000 ^a
- ไม่เคย	416 (99)	101 (90.2)	517 (97.2)		
มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก					
- เคย	1 (0.2)	9 (8)	10 (1.9)	29.095	.000 ^a
- ไม่เคย	419 (99.8)	103 (92)	522 (98.1)		
มีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน					
- เคย	44 (10.5)	36 (32.1)	80 (15)	32.489	.000
- ไม่เคย	376 (89.5)	76 (67.9)	452 (85)		

^a Fisher's Exact Test

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความชุกของความรุนแรงในผู้ป่วยนรีเวช (ร้อยละ 21.1) มีอุบัติการณ์สูงกว่าที่พบในสตรีตั้งครรภ์ถึง 5 เท่า^{2,6} อุตบัติการณ์ดังกล่าวยังสอดคล้องกับรายงานของ บุนหา โตภาสและคณะ¹⁰ ที่พบความชุกของความรุนแรงในหอผู้ป่วยนรีเวชร้อยละ 20.5 เป็นที่น่าสังเกตว่า ความชุกที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงครึ่งหนึ่งของความชุกของความรุนแรงที่สำรวจจากสตรีที่เข้ารับบริการในคลินิกนรีเวชซึ่งพบอยู่ที่ร้อยละ 44.6⁷, 40⁹ และ 45.7¹⁰ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หากอุบัติการณ์ของความรุนแรงในคลินิกนรีเวชและหอผู้ป่วยนรีเวชมีความแตกต่างกันจริงตามผลการวิจัยข้างต้น แสดงว่าสตรีที่ได้รับความรุนแรงซึ่งเข้ารับบริการในคลินิกนรีเวชจำนวนมากถึงร้อยละ 50 มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยนรีเวช ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติต่างๆ ทางนรีเวชเองหรือมาจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (โดยเฉพาะความรุนแรงทางเพศซึ่งพบร้อยละ 11.5) ก็อาจเป็นไปได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อทดสอบสมมุติฐานดังกล่าวต่อไป

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านลักษณะประชากรที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับและไม่ได้รับความรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผล

การศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่แยกกันอยู่ กับสามี มีระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย มีเศรษฐกิจไม่ดี หรือมีหนี้สิน มักจะได้รับความรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยนรีเวชทั่วไป^{7,9,15} อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับความรุนแรงจะมีความขัดแย้งในชีวิตสมรสสูงกว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในประเทศไทยที่พบว่า สัมพันธภาพในชีวิตคู่ที่ไม่ดีเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรง¹⁰ นอกจากนี้ ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับความรุนแรงมักจะดื่มสุรา สูบหรี่ ใช้สารเสพติด และเล่นการพนันในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรง เช่นเดียวกับคู่สมรสของผู้ป่วยนรีเวชกลุ่มนี้ก็มีการดื่มสุรา สูบหรี่ ใช้สารเสพติด และเล่นการพนันในปริมาณที่สูงมากกว่าคู่สมรสของผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นตัวส่งเสริมทำให้ความขัดแย้งในชีวิตสมรสทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในที่สุด¹⁻²

สำหรับปัจจัยทางเพศสัมพันธ์นั้น ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ยกเว้นเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมระหว่างตะวันตกและตะวันออก²¹ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์เป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องใน

เรื่องเพศสัมพันธ์ การปรับค่านิยมที่เปลี่ยนไปในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย การมีคู่นอนหลายคน การสวมล้างช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินเพราะไม่ต้องการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น¹⁶ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ในช่องทางอื่นๆ เช่น ทางปาก ทวารหนักหรือในขณะมีประจำเดือนก็ตาม สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางเพศทั้งสิ้น²²⁻²³

ข้อเสนอแนะ

จากอุบัติการณ์ของความรุนแรงที่ได้จากการศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชครั้งนี้พิสูจน์ให้เห็นว่า ผู้ป่วยนรีเวชเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ถึง 5 เท่า ทั้งๆ ที่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงเช่นเดียวกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดและประวัติการตั้งครรภ์ แต่สิ่งที่แตกต่างกันเห็นจะเป็นปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ ดังผลวิจัยที่นำเสนอข้างต้น ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชก็เป็นได้ ทั้งนี้กวีวิจัยคงต้องทำการศึกษาเพื่อทดสอบสมมุติฐานดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางสุขภาพควรทำการคัดกรองความรุนแรงและประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในผู้ป่วยนรีเวช โดยเฉพาะประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย จำนวนคู่นอน ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง การสวมล้างช่องคลอด การใช้ยาคุมฉุกเฉิน รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ในช่องทางอื่นๆ และหากพบอุบัติการณ์ของความรุนแรงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะได้นำไปสู่การช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงในลำดับต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Addressing violence against women and achieving the millennium development goals. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Thananowan N. Violence against pregnant women. Bangkok: V. Print (1991); 2012. (in Thai)

3. Thananowan N. Effects of methodological and ethical differences in conducting research on violence against women. Thai Journal of Nursing. 2005;54(2):73-82. (in Thai).
4. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women: A review of the literature. JAMA. 1996;275(24):1915-20.
5. Archavanitkul K, Kanchanachita C, Im-em W, Lerdsrisuntad U. Intimate partner violence in Thailand. Nakompathom, Thailand: The Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation for Women; 2003. (in Thai).
6. Thananowan N, Hakularb P, Ronglue P. Prevalence of intimate partner violence (IPV) in pregnant women, risk factors, health practices during pregnancy, and psychosocial outcomes. Thai Journal of Nursing Council. 2006;21(2):31-46. (in Thai).
7. Peschers UM, Mont JD, Jundt K, Pfürtnner M, Dugan E, Kindermann G. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. Obstet Gynecol. 2003;101(1):103-8.
8. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al., Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: A Nordic cross-sectional study. Lancet. 2003;361(9375):2107-13.
9. Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M. Physical, sexual, and psychological violence in a gynecological-psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implication for mental health. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;144(2):168-72.

10. Tanopas B, Pergteh S, Intarapugdee S, Pintasa S, Na-Nakorn P. Prevalence and risk factors of intimate partner abuse among female clients in obstetric-gynecology department in Queen Savangwatana Memorial Hospital. *Thai Journal of Nursing Council*. 2010;25(3):64-77. (in Thai).
11. Campbell JC, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 2004;10(7):770-89.
12. Thananowan N, Hakularb P. Personal characteristics, risk factors, and intimate partner violence during pregnancy. *Thai Journal of Nursing*. 2006;55(1-4):13-30. (in Thai).
13. Thananowan N. Intimate partner violence (IPV), risk factors, and health outcomes in adult pregnant women. *Thai Journal of Nursing Research*. 2008;12(4):310-23.
14. Thananowan N, Wannasatit W. The association between knowledge about sexual education, pregnancy, risk behaviors and violence among early female adolescents. *J Nurs Sci*. 2010;28(4) Suppl:17-27. (in Thai).
15. Campbell JC, Lichty LF, Sturza M, Raja S. Gynecologic health impact of sexual assault. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):399-413.
16. Lang DL, Salazar LF, Wingood GM, DiClemente RJ, Mikhail I. Associations between recent gender-based violence and pregnancy, sexually transmitted infections, condom use practices, and negotiation of sexual practices among HIV-positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46(2):216-21.
17. Williams CM, Larsen U, McCloskey LA. Intimate partner violence and women's contraception use. *Violence against women*. 2008;14(12):1382-96.
18. 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.
19. Thananowan N. Intimate Partner Violence (IPV) among Thai pregnant women: The correlation of violence with maternal characteristics, health care practice during pregnancy, and maternal health [dissertation]. Wisconsin: University of Wisconsin-Madison; 2004. 164 p.
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: World Health Organization; 1999.
21. Janepanish P, Dancy BL, Park C. Consistent condom use among Thai heterosexual adult males in Bangkok, Thailand. *AIDS Care*. 2011;23(4):460-6.
22. Prudie M P, Abbey A, Jacques-Tiura AJ. Perpetrators of intimate partner sexual violence: Are there unique characteristics associated with making partners have sex without a condom?. *Violence against women*. 2010;16(10):1086-97.
23. Ferguson C. Providing quality care to the sexual assault survivor: Education and training for medical professionals. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(6):486-92.