

Service for Alleviating Intimate Partner Violence at the Siriraj Female STD Clinic

Chenchit Chayachinda*, Bu-Ngar Tanopas**, Pareeda Tuanwaena**, Porntip Rachapromma**, Songsri Muangthong****, Tussanee Nilsoongnoen****, Tidarat Puranachaikere*****

*Unit of Gynaecologic Infectious Diseases and Female Sexually Transmitted Diseases, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, ***Division of Obstetrics and Gynaecology Nursing, Department of Nursing, Siriraj Hospital, ****Division of Social work, Siriraj Hospital, *****Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(1):30-39

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) is a form of family violence, which is a common condition and has long-term effects on the victims and their family members. IPV harms women's health in both physical and mental aspects. Also, IPV relates to adverse sexual health, including unprotected intercourse, extramarital relationship, unplanned pregnancy, induced abortion and higher chance of having sexually transmitted infections (STIs). A survey at the Siriraj Female Sexually Transmitted Diseases Clinic was done by using two sets of screening tools: the Ongoing Abuse Screen (OAS) and Partner Violence Screen (PVS). The results showed that 39% of the clients were facing IPV. They were more common in women older than 20 years old, those who have been diagnosed with STIs for less than 12 months, those who started their latest partnership for less than or equal to 36 months. However, none of them sought for help or even contacted the Clinic. The most common abnormalities were non-specific vaginitis, genital herpes and pelvic inflammatory disease. IPV screening and developing clinical pathway for clients facing IPV were necessary to increase their quality of life. The practice guidelines recommend IPV screening and raising awareness of the fundamental right that all persons should not be subjected to violence. Multidisciplinary care, including doctor-in-charge, psychiatrist and social workers, plays pivotal roles in alleviating the problem. Moreover, many organizations have worked harmoniously to terminate the violence by providing easy access to assistance, legal act and long-term care. The Unit of Gynaecologic Infectious Diseases and Female STDs, Department of Obstetrics and Gynaecology has collaborated with the Department of Psychiatry and the Siriraj Social Welfare to provide effective services for the clients.

Keywords: Intimate partner violence, sexually transmitted infections, service, Siriraj Hospital

Correspondence to: Chenchit Chayachinda

Email: chenchit.cha@mahidol.ac.th

Received: 13 September 2022

Revised: 3 December 2022

Accepted: 11 Decemer 2022

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i1.259297>

แนวปฏิบัติเพื่อบรรเทาปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ ในห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราช

เจนจิต ฉายะจินดา*, บุษงา ตโนภาส**, ปาริศา ต่วนวนา***, พรทิพย์ ราชพรหมมา***, ส่องศรี เมืองทอง****, ทศนีย์ นิลสูงเนิน****, ธิติรัตน์ ปุณณะชัยศรี*****

*หน่วยโรคติดเชื้อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, **สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, ***งานการพยาบาลสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, ****งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศิริราช, *****สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในชีวิตคู่ เป็นส่วนหนึ่งของความรุนแรงในครอบครัว เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และส่งผลในระยะยาวต่อผู้ถูกรังแกและบุคคลรอบข้างในครอบครัว ความรุนแรงในชีวิตคู่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพสตรีทั้งการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจ และยังมีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อสุขภาพทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับสตรีอื่น ทั้งการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม จนถึงการทำแท้ง และผลอันหนึ่งคือโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาความชุกของปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ในสถานบริการสุขภาพยังมีน้อยมาก หน่วยโรคติดเชื้อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ได้ทำการสำรวจความชุกของปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ โดยใช้เครื่องมือ Ongoing Abuse Screen (OAS) และ Partner Violence Screen (PVS) พบว่าร้อยละ 39 ของผู้มารับบริการประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ โดยพบบ่อยในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี กลุ่มที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในระยะเวลา 12 เดือน และกลุ่มที่มีระยะเวลาของความสัมพันธ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 เดือน ความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย เริ่มที่อวัยวะเพศ และภาวะอู้งเชิงกรานอักเสบ อย่างไรก็ตามไม่มีผู้ตอบแบบประเมินรายใดต้องการความช่วยเหลือ การตรวจคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่และจัดทำแนวทางดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยมีแนวทางปฏิบัติคือคัดกรองและกระตุ้นเตือนความตระหนักรู้ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนไม่ควรถูกรังแกหรือทำร้าย การเสริมพลังความเข้มแข็ง การดูแลผู้ที่ประสบปัญหานี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์พยาบาลผู้ดูแลรักษาโรคทางกาย และคัดกรองปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ จิตแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพทางใจ และนักสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยแก้ปัญหาทางสังคม ในปัจจุบันมีหน่วยงานหลายภาคส่วนได้เปิดช่องทางเพื่อให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการมีกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกรังแกด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 เพื่อป้องปรามเหตุการณ์เหล่านี้ ทางหน่วยร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อบรรเทาปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ เพื่อประสานงานดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรุนแรงในชีวิตคู่, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การบริการ, โรงพยาบาลศิริราช

บทนำ

ความรุนแรงต่อสตรี เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสัมพันธภาพของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน (intimate partner violence) ซึ่งเกิดจากฝ่ายชายกระทำต่อสตรี เป็นพฤติกรรมที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ซึ่งมนุษย์ทุกคนควรได้รับความเสมอภาค ความมั่นคง และความปลอดภัยในชีวิต มีเสรีภาพ รวมทั้งศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์¹ ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2561 ได้แสดงผลการวิเคราะห์ความชุกของการเกิดความรุนแรงในชีวิตคู่ ซึ่งเป็นความรุนแรงด้านร่างกายและ/หรือความรุนแรงทางเพศในปีพ.ศ. 2543-2561 จาก 154 ประเทศ ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของสตรีทั่วโลก เคยมีประสบการณ์การถูกทำร้ายร่างกายหรือได้รับความรุนแรงทางเพศ จากคู่สมรสหรือไม่ใช้คู่สมรส นอกจากนี้รายงานยังระบุว่า มากกว่าหนึ่งในสี่ของสตรีที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี เคยมีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงทางร่างกาย และ/หรือทางเพศ จากคู่อีกในอดีตอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประเทศพบว่า สตรีในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เคยประสบความรุนแรงถึงร้อยละ 25-43 (เฉลี่ยร้อยละ 33) และยังคงประสบปัญหาความรุนแรงในปัจจุบันถึงร้อยละ 12-24 (เฉลี่ยร้อยละ 17)²

สำหรับในประเทศไทย ปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยมีรายงานความชุกของภาวะดังกล่าวในสตรีไทยถึงร้อยละ 20-24² จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2562 ในสตรีจำนวน 25,087 คน ครอบคลุมทุกภูมิภาค และทุกสถานะทางเศรษฐกิจ พบว่าสตรีอายุ 15-49 ปี มีความเห็นว่ามีทำร้ายร่างกายภรรยาได้ในสถานการณ์ต่อไปนี้

- ออกจากบ้านโดยไม่บอกสามี ร้อยละ 3.3
- ไม่เอาใจใส่ดูแลบุตร ร้อยละ 5.3
- ได้เลี้ยงทะเลาะกับสามี ร้อยละ 3.0
- ไม่ดูแลบ้าน ร้อยละ 3.3
- ปฏิเสธไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์กับสามี ร้อยละ 1.3³

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณพ.ศ. 2559 มีรายงาน 1,001 คน และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีรายงาน 2,177 คน โดยเฉลี่ยพบผู้ถูกทำร้ายในครอบครัว 128 คนต่อเดือน หรือพบถึง 4 คนต่อวัน ส่วนหนึ่งเกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องใช้เวลาอยู่ร่วมกันยาวนานขึ้น ร่วมกับภาวะเครียดสะสมจากปัญหาเศรษฐกิจ และอาจมีปัจจัยกระตุ้นอื่นที่สำคัญได้แก่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด⁴

ความรุนแรงในชีวิตคู่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพสตรี ทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ได้แก่ การบาดเจ็บจนถึงการถูกฆาตกรรม และการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยเรื้อรังทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของการนอน พฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติ ไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกายเรื้อรัง ปัญหาทางเดินอาหาร สำหรับปัญหาทางสูตินรีเวช เช่น ปวดท้องน้อย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นต้น⁵⁻⁷ ดังมีข้อมูลสนับสนุนว่าร้อยละ 15 ของสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่างของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁸

ความชุกของความรุนแรงในชีวิตคู่ในท้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราช

หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สตรีตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี พ.ศ. 2561 จึงทำการประเมินปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ เพื่อนำข้อมูลความชุกของความรุนแรงในชีวิตคู่ในสตรีไทยที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ทางหน่วยฯ เลือกใช้เครื่องมือ Ongoing Abuse Screen (OAS) และ Partner Violence Screen (PVS) เพื่อคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่เข้าใจง่าย การสำรวจทำโดยการกระจายแบบสอบถามและให้ผู้รับบริการตอบด้วยตนเอง⁹ ข้อมูลในข้อคำถามทั่วไป ประกอบด้วย อายุ จำนวนคู่เพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน ระยะเวลาของความสัมพันธ์ การวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และแบบประเมินความรุนแรงในชีวิตคู่ จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

แบบประเมิน OAS ใช้ข้อคำถาม 4 ข้อ หากตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งแปลผลว่ามีความรุนแรงในชีวิตคู่ ข้อคำถามประกอบด้วย “คุณเคยถูกทำร้ายทางด้านร่างกายหรือจิตใจ” “คุณเคยถูกตี ตบ เตะ หรือทำให้เจ็บปวด” “คุณเคยถูกบังคับให้มีกิจกรรมทางเพศ” และ “คุณเคยกลัวบุคคลเหล่านี้หรือไม่: สามี, สามีเก่า, แฟนเก่า, คนแปลกหน้า”

แบบประเมิน PVS มีข้อคำถาม 3 ข้อ หากตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งแปลผลว่ามีความรุนแรงในชีวิตคู่ ข้อคำถามประกอบด้วย “ในปีที่ผ่านมาคุณเคยถูก ตี เตะ ต่อยหรือทำให้บาดเจ็บโดยคู่เพศสัมพันธ์” “คุณรู้สึกไม่ปลอดภัยในสัมพันธภาพปัจจุบัน” และ “แฟนเก่าทำให้คุณรู้สึกไม่ปลอดภัย”

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินและเข้าเกณฑ์มีความรุนแรงในชีวิตคู่

	ความรุนแรงในชีวิตคู่ โดยเครื่องมือ OAS คิดเป็นร้อยละ 28.2 (51/181)	ความรุนแรงในชีวิตคู่ โดยเครื่องมือ PVS คิดเป็นร้อยละ 39.4 (71/181)
อายุ (ปี)	30.8±10.8	33.0±10.5
<20	9(17.6)	6(8.5)
20-30	21(41.2)	29(40.9)
>30	21(41.2)	36(50.7)
จำนวนคูครองที่มีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน(คน)		
0	8(15.7)	11(15.5)
1	40(78.4)	58(81.7)
≥1	3(5.9)	2(2.8)
ระยะเวลาของความสัมพันธ์ (เดือน)	24(0-420)	24(0-312)
≤36 เดือน	34(66.7)	47(66.2)
>36 เดือน	17(33.3)	24(33.8)
การวินิจฉัยโรค		
เอชไอวี	9/51(17.7)	27/51(52.9)
หูดหงอนไก่	13/58(22.4)	16/58(27.6)
ช่องคลอดอักเสบ	13/24(54.2)	12/24(50.0)
ซิฟิลิส	5/23(21.7)	5/23(21.7)
เริม	7/13(53.8)	6/13(46.2)
อุ้งเชิงกรานอักเสบ	3/6(50)	3/6(50.0)
ไวรัสตับอักเสบบี	1/3(33.3)	1/3(33.3)
พยาธิในช่องคลอด	0/3	1/3(33.3)
ระยะเวลาที่วินิจฉัยโรค (เดือน)	6(0-300)	24(0-312)
≤12 เดือน	32(62.8)	39(54.9)
>12 เดือน	19(37.3)	32(45.1)

OAS = Ongoing Abuse Screen, PVS = Partner Violence Screen

ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการสำรวจ ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า ผู้ที่มีความรุนแรงในชีวิตคู่ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 20 ปี โดยที่กว่าร้อยละ 80 ยังอยู่ในความสัมพันธ์ของการมีชีวิตคู่ ประมาณ 2 ใน 3 มีระยะเวลาของความสัมพันธ์ น้อยกว่าเท่ากับ 36 เดือน มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมารับบริการในหน่วยฯ น้อยกว่าเท่ากับ 12 เดือน ความชุกของความรุนแรงในชีวิตคู่พบสูงถึงร้อยละ 28.2 เมื่อคัดกรองโดยเครื่องมือ OAS และพบร้อยละ 39.4 เมื่อคัดกรองโดยเครื่องมือ PVS ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานในประเทศอื่น ๆ ที่พบความรุนแรงในชีวิตคู่ของผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในช่วงร้อยละ 11-61¹⁰⁻¹⁵ โดยส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงด้านจิตใจ

แบบคัดกรอง OAS แสดงให้เห็นถึง การทำร้ายทางด้านจิตใจที่พบได้มากกว่าการทำร้ายร่างกาย โดยพบว่า “ใช่” สำหรับข้อความ “ท่านเคยถูกทำร้ายทางร่างกายหรือจิตใจ” ร้อยละ 24.3 ในขณะที่ตอบ “ใช่” สำหรับข้อ “ท่านเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำให้เจ็บปวด” และ “ท่านเคยถูกบังคับให้มึนงงหรือมีอาการทางเพศ” เป็นร้อยละ 4.4 และ 3.9 ตามลำดับ โดยร้อยละ 8.8 ของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม “ความรู้สึกกลัวสามี สามีเก่า หรือแฟนเก่า” ในขณะที่แบบคัดกรอง PVS ซึ่งแสดงถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย “ในปีที่ผ่านมาคุณเคยถูก ตี ตะ ต่อยหรือทำให้บาดเจ็บโดยคู่เพศสัมพันธ์” พบถึงร้อยละ 9.9 และตอบ “ใช่” ร้อยละ 14.4 และ 23.8 สำหรับข้อความ “คุณรู้สึกไม่ปลอดภัยในสัมพันธภาพปัจจุบัน” และ “แฟนเก่าทำให้คุณรู้สึกไม่ปลอดภัย” ตามลำดับ ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าความรุนแรงในชีวิตคู่จะส่งผลในระยะยาวกับสตรีได้ อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามรายใดแสดงความจำเป็นในการขอความช่วยเหลือ

ผลการสำรวจในครั้งนี้พบว่า สตรีประสบปัญหาความรุนแรง ร้อยละ 28.2 เมื่อใช้แบบประเมิน OAS และร้อยละ 39.4 เมื่อใช้แบบประเมิน PVS ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแบบประเมิน PVS มีความไวอยู่ในช่วงร้อยละ 35-71 และ ความจำเพาะอยู่ในช่วงร้อยละ 80-94¹⁶ มีค่าทำนายผลบวก (positive predictive value) อยู่ในช่วงร้อยละ 51.3-63.4¹⁷ ในขณะที่แบบประเมิน OAS มีความแม่นยำ ร้อยละ 84 และมีค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 58¹⁸ ดังนั้น การใช้ PVS ในการคัดกรองจึงน่าจะช่วยในการค้นหาสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงได้ค่อนข้างดีกว่า OAS

สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่พบว่า สตรีที่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ได้มาก^{10,13,15} ผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีความรุนแรงในชีวิตคู่สูงถึงร้อยละ 52.9 เมื่อใช้แบบประเมิน PVS และพบร้อยละ 17.7 ด้วยประเมิน OAS สตรีที่มีช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมีความรุนแรงในชีวิตคู่ ร้อยละ 50 เมื่อใช้แบบประเมิน PVS และร้อยละ 54.2 ในแบบประเมิน OAS โรคเรื้อรังในสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่มากเช่นกัน ร้อยละ 46.2 เมื่อใช้แบบประเมิน PVS และร้อยละ 53.8 ในแบบประเมิน OAS ทั้งนี้พบซิฟิลิสและหูดหงอนไก่ ในสตรี

ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่น้อยกว่าคือ พบอยู่ในช่วงร้อยละ 21.7-27.6 เมื่อใช้แบบประเมิน PVS และ OAS อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ อายุสั้น และเพิ่งเริ่มชีวิตคู่มาได้ไม่นาน

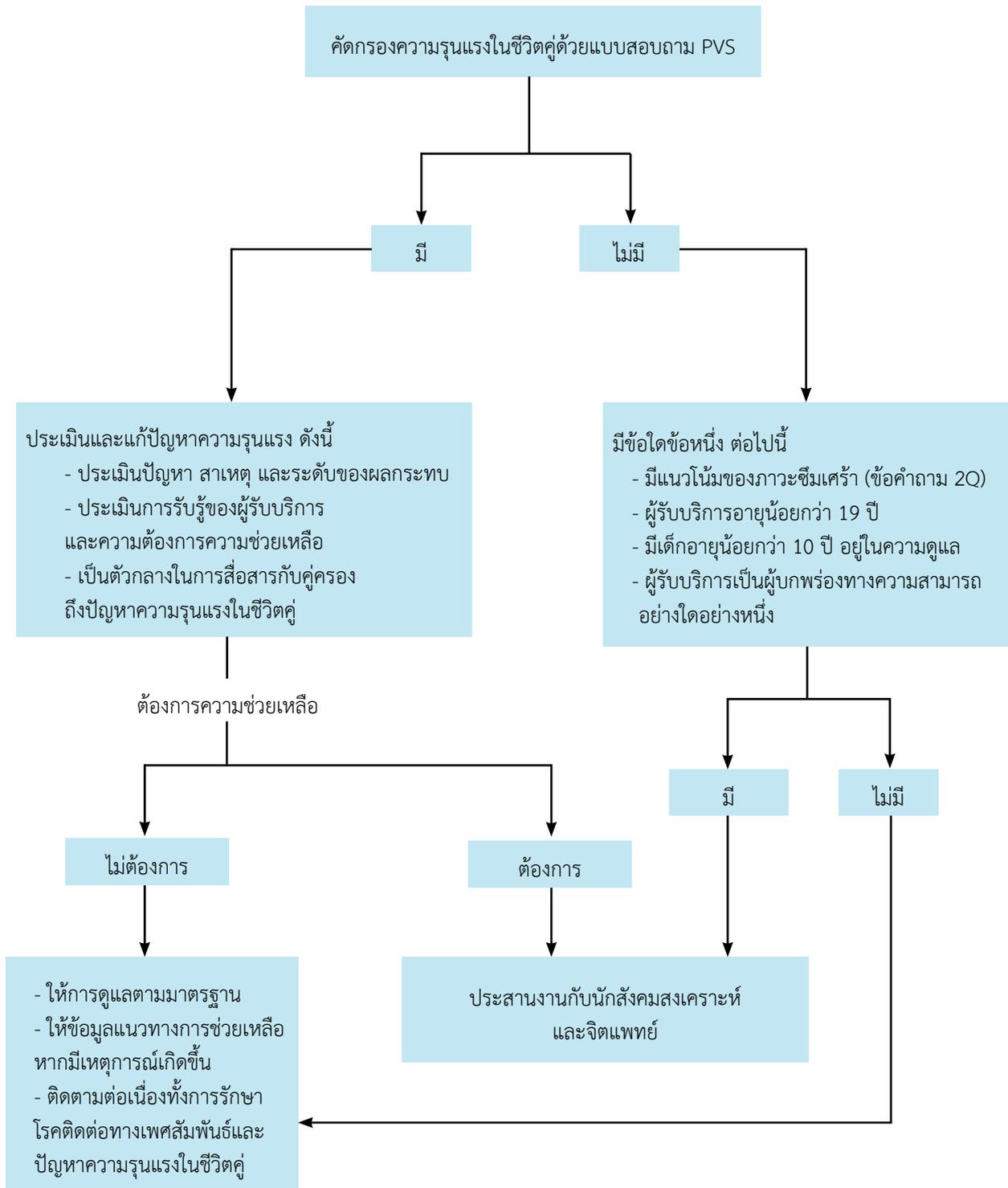
จากสถานการณ์ความชุกที่สูง แต่ผู้รับบริการทุกรายไม่ต้องการขอความช่วยเหลือ ซึ่งอาจเกิดจากยังมีความไม่ไว้วางใจทางหน่วยฯ จึงได้วางแผนพัฒนาระบบการบริการเพิ่มเติมด้วยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

แนวทางการดำเนินการช่วยเหลือสตรีที่ประสบความรุนแรงในชีวิตคู่ในห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราช

ผลอันหนึ่งของความรุนแรงในชีวิตคู่ คือ โอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้น ดังนั้นทางหน่วยฯ จึงริเริ่มการตรวจคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่ของผู้มารับบริการและจัดทำแนวทางดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการอันจะนำไปสู่การลดโอกาสติดเชื้อซ้ำ โดยมีแนวทางปฏิบัติคือ คัดกรองและกระตุ้นเตือนความตระหนักรู้ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนไม่ควรถูกกระทำความรุนแรงไม่ว่าด้านใดหรือจากบุคคลใด และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ทางหน่วยฯ ได้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นแบบสหสาขาวิชาชีพ อันประกอบด้วย จิตแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ (แผนภาพที่ 1)

ในบริเวณห้องรอตรวจ จะมีการแสดงป้ายประชาสัมพันธ์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในชีวิตคู่ แนวทางการขอความช่วยเหลือและแนวทางป้องกัน (แผนภาพที่ 2) ที่จุดคัดกรอง ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่ด้วย 3 ข้อคำถามจาก PVS ได้แก่ “ในปีที่ผ่านมาคุณเคยถูก ตี ตะ ต่อยหรือทำให้บาดเจ็บโดยคู่เพศสัมพันธ์” “คุณรู้สึกไม่ปลอดภัยในสัมพันธภาพปัจจุบัน” และ “แฟนเก่าทำให้คุณรู้สึกไม่ปลอดภัย” จากนั้นจึงสอบถามเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือ และทำการสำรวจภาวะซึมเศร้า 2Q อันประกอบด้วยข้อคำถามต่อไปนี้ “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่” และ “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่” หากตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง ทางหน่วยฯ จะประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดำเนินการขั้นต้น หากผู้รับบริการมีความรุนแรงในชีวิตคู่และต้องการขอความช่วยเหลือ ทางหน่วยฯ จะประเมินระดับปัญหาและผลกระทบของความรุนแรงร่วมกับการสะท้อนกลับความรู้สึก เพื่อช่วยผู้รับบริการแก้ปัญหา รวมถึงเป็นตัวกลางในการสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ หากพบกรณี อย่างไม่อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ทางหน่วยฯ จะส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพเช่นกัน ได้แก่ ผู้รับบริการอายุน้อยกว่า 19 ปี หรือมีเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปีอยู่ในความดูแล หรือหากผู้รับบริการเป็นผู้บกพร่องทางความสามารถอย่างใดอย่างหนึ่ง



แผนภาพที่ 1 แนวทางการประสานงานดูแลผู้ที่มีความรุนแรงในชีวิตคูในหน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี
ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

ความรุนแรงในชีวิตคู่ ไม่ใช่เรื่องปกติ!



“ความรุนแรงในชีวิตคู่”
เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ปัจจุบัน
หรือความสัมพันธ์ในอดีต
ซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกาย-จิตใจในระยะยาว
และเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความรุนแรงในชีวิตคู่แบบต่าง ๆ

-  การทำร้ายร่างกาย
-  การทำร้ายจิตใจอาจด้วยคำพูดหรือการกระทำ
-  การคุกคามให้เกิดความกลัว
-  การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่เต็มใจ

ผลกระทบจากความรุนแรงในชีวิตคู่

-  การเกิดภาวะซึมเศร้า
-  โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
-  การบาดเจ็บต่าง ๆ
-  การฆ่าตัวตาย
-  ส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว โดยเฉพาะเด็ก ซึ่งจะซึมซับพฤติกรรมเหล่านี้

หากท่านต้องการคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือฉุกเฉิน
เจ้าหน้าที่คอลลิ่ง 309 โรงพยาบาลศิริราช
หน่วยงานต่าง ๆ เช่น สายด่วนพม 1300 หรือศูนย์มีได้ (one stop crisis center; osc) ตามโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง หรือสถานตำรวจทุกแห่ง

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แผนภาพที่ 2 ป้ายประชาสัมพันธ์ในห้องตรวจของหน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี
ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่

พยาบาลทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้รับบริการและทีมสหสาขาวิชาชีพ ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีการให้บริการตามจุดต่าง ๆ ดังนี้

พยาบาลจุดคัดกรอง ทำหน้าที่ประเมินปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ด้วยข้อคำถามจาก PVS จำนวน 3 ข้อ และคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม 2Q หากตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง จะส่งข้อมูลไปยังพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาภายหลังได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ โดยปกติพยาบาลของหน่วยฯ จะมีการให้คำปรึกษากับผู้รับบริการทุกรายเกี่ยวกับตัวโรค และปัญหาที่เกี่ยวข้อง

พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ทำหน้าที่ประเมินและแก้ปัญหาความรุนแรงโดยใช้หลักการในการให้คำปรึกษา ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ การเริ่มต้นด้วยสัมพันธภาพที่ดี อาจเริ่มจากบทสนทนาสั้น ๆ และเป็นกันเอง ทักทาย แนะนำตัว ขวนคุ้ย สอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้การสนทนาหรือการสื่อสารสองทาง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

2. ตกลงบริการปรึกษา นำเข้าสู่ประเด็นการปรึกษา ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาความลับ เช่น “เห็นคุณ...(ชื่อผู้รับบริการ)...ตอบแบบสอบถามเรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่ในข้อ... ว่า “ใช่” ช่วยอธิบายให้พยาบาลฟังได้ไหมคะว่าหมายความว่าอย่างไร ข้อมูลตรงนี้เป็นความลับนะคะ”

3. สำรวจและทำความเข้าใจปัญหา โดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้ทักษะการฟัง ไม่ตัดสินไม่สรุปความแทนผู้รับบริการ เช่น “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะว่าสัมพันธภาพระหว่างคุณและสามีเป็นอย่างไร”, “ที่ผ่านมามีเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”, “คุณคิดว่าอะไรเป็นเหตุจูงใจที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้ที่ผ่านๆมาคะ” เป็นต้น

4. วางแผนการแก้ไขปัญหา ที่เหมาะสมร่วมกับผู้รับบริการ เสริมพลังบวกเพื่อให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าในตัวเองและรับรู้ปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นพฤติกรรมที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติม ช่องทางการติดต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. ยุติการให้คำปรึกษาและติดตาม/นัดหมาย ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะดำเนินการส่งต่อไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจะส่งต่อไปยังนักสังคมสงเคราะห์ก่อน แต่ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า จะดำเนินการส่งต่อไปยังจิตแพทย์ทันที

โดยปกติ การดูแลผู้รับบริการของหน่วยฯ มักมีการนัดต่อเนื่องอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ทำให้ผู้รับบริการกลุ่มหนึ่งอาจตัดสินใจเข้ารับความช่วยเหลือในการรับบริการครั้งถัดไป นอกจากนี้ ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราช ยังเปิดโอกาสให้

ผู้รับบริการสามารถโทรศัพท์ติดต่อเข้ามาขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ได้ ในวันและเวลาราชการ

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่

นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ในการเป็นผู้ช่วยเหลือทางด้านสังคม การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิและสวัสดิการทางสังคม มุ่งเน้นการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีวิธีการช่วยเหลือตามกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเปิดกว้างทางความคิด เกิดความเข้าใจเรื่องของอำนาจ โอกาสและความเท่าเทียมกันของมนุษย์ในสังคม ผู้รับบริการเกิดการนิยามความหมายใหม่เกี่ยวกับตนเอง รู้จักแนวทางการสร้างพลังอำนาจในระดับปัจเจกบุคคลและการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อนำไปใช้ปกป้องและพิทักษ์สิทธิของตนเองให้หลุดพ้นจากการถูกกระทำ สำหรับการช่วยเหลือสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ นักสังคมสงเคราะห์จะยึดถือหลักคิดสำคัญในการทำงาน19 ดังนี้

1. ตระหนักถึงเรื่องความรุนแรงในคู่ชีวิตว่า เป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บทางร่างกาย ที่เป็นสัญญาณเตือนให้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้สตรีต้องตกอยู่ในภาวะได้อำนาจของบุคคลอื่น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยทางด้านร่างกายและลดทอนความรู้สึกมั่นคงภายในจิตใจ

2. ตระหนักถึงความสำคัญของวงจรความรุนแรงในชีวิตคู่ เพราะทุกครั้งที่สตรีต้องประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ แม้ว่าสถานการณ์จะคลี่คลายลงแล้ว แต่รอยบาดแผลทางจิตใจยังคงสามารถสร้างความเจ็บปวดได้ และบ่อยครั้งที่ผู้รับบริการต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม

3. ตระหนักถึงการกดขี่จากระบบครอบครัวและโครงสร้างสังคม ทำให้สตรีไม่สามารถหลุดพ้นความเจ็บปวดได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จะให้ความสำคัญกับบริบทในเรื่องบุคคลและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย

นักสังคมสงเคราะห์จะใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบเสริมพลัง (empowerment counseling) ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญอยู่ และทำการพิจารณาปัญหาในมุมมองความขัดแย้งและการกดขี่จากโลกภายนอกที่กำลังเผชิญ จากนั้น จึงเชื่อมโยงเข้าสู่โลกภายในจิตใจของตนเองผ่านการรับรู้ถึงความรู้สึกและความเชื่อมั่นในพลังอำนาจภายในตัวตน เพื่อที่นำไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและความมั่นคงทางจิตใจ

ระยะเวลาในการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 50-60 นาทีต่อครั้ง จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาขึ้นกับความสามารถของผู้รับบริการในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา และ

ความสมัครใจของผู้รับบริการ การรักษาสัมพันธภาพระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้รับบริการเป็นหัวใจความสำเร็จในการดำเนินงานช่วยเหลือ แนวปฏิบัติคือ จัดเตรียมสถานที่ให้การปรึกษาที่เป็นสัดส่วน สามารถเก็บความลับได้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและกล้าเปิดเผยเรื่องราว และไม่อนุญาตให้คู่กรณีที่มีส่วนสร้างความรุนแรงหรือบุคคลในครอบครัวมาเข้าร่วมในกระบวนการ

อย่างไรก็ตาม หลีกเลี่ยงการเลือกใช้ห้องบริการเฉพาะที่สื่อถึงปัญหาของผู้รับบริการ เนื่องจากอาจทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถูกลดทอนคุณค่าลงได้ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 70 ได้ให้อิโกลาสผู้กระทำความผิดได้มีโอกาสกลับตัวและรักษาความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวได้ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่หรือศาลจะจัดตั้งผู้ประนีประนอม เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการไกล่เกลี่ย หรือมอบหมายให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ช่วยดำเนินการ จัดให้มีการทำสัญญาออมความที่ไม่ฝ่าฝืนกฎหมายและความสงบเรียบร้อย และให้เป็นผู้ติดตามผล ลงพื้นที่เยี่ยมครอบครัว และประสานงานไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดต่อผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในชีวิตคู่

บทบาทของจิตแพทย์ในการดูแลสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่²⁰

บุคคลที่ผ่านเหตุการณ์ความรุนแรงในชีวิตคู่ อาจเกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุรุนแรง เป็นสภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบกระเทือนจากการถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทำร้ายทางเพศ ภาวะนี้เกิดขึ้นได้ทั้งผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์โดยตรงและผู้ที่ได้รับผลกระทบทางอ้อม นำไปสู่โรคภาวะทางจิตอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล รวมไปถึงมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย การทำร้ายตนเอง หรือหันไปใช้สารเสพติด

วิธีการลดหรือป้องกันความรุนแรงในชีวิตคู่ ได้แก่ การพูดคุยกันด้วยเหตุผล ไม่ใช้อารมณ์นำ หลีกเลี่ยงการพูดจาด้วยถ้อยคำที่หยาบคาย พยายามตระหนักระดับอารมณ์ของตนเอง เมื่อรู้ว่าตนเองกำลังจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ให้เดินออกจากสถานการณ์นั้น นอกจากนี้ ทุก ๆ คนในสังคมควรมีส่วนรับผิดชอบและต้องช่วยกันควรเปลี่ยนทัศนคติว่าความรุนแรงภายในชีวิตคู่ คนภายนอกไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ต้องรีบแจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้ระงับเหตุได้อย่างทันท่วงที แม้ว่าคนที่ถูกกระทำจะไม่ได้ขอความช่วยเหลือ หน่วยงานรัฐหรือมูลนิธิต่าง ๆ ได้แก่ สายด่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) 1300 ซึ่งเป็นศูนย์ช่วยเหลือสังคม ของสถานีตำรวจภูธรทุกแห่ง ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center; OSCC) ตามโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

ในส่วน of หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช หากจิตแพทย์พบว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติถูกกระทำความรุนแรงในชีวิตคู่ จะมีการซักถามถึงผลกระทบของเหตุการณ์ต่อ

สภาพร่างกายและจิตใจในปัจจุบัน เช่น การบาดเจ็บทางร่างกาย อารมณ์นอนไม่หลับ ฝันร้าย ภาวะ/โรคซึมเศร้า สภาวะทางจิตใจ หลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (post-traumatic stress disorder: PTSD) และโรควิตกกังวล เป็นต้น หากพบภาวะความเจ็บป่วยทางจิตใจ จิตแพทย์จะให้การรักษาด้วยทั้งการรับประทานยาและการทำจิตบำบัด ในกรณีที่คู่ครองหรือผู้กระทำความรุนแรงมองเห็นปัญหาและต้องการแก้ไข จิตแพทย์จะส่งปรึกษาเพื่อทำครอบครัวหรือคู่สมรสบำบัด นอกจากนี้จิตแพทย์ยังต้องประเมินเรื่องความปลอดภัยและความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำ เพื่อให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา และพิจารณาปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยดูแลร่วมกัน

สรุป

ความรุนแรงในชีวิตคู่ เป็นส่วนหนึ่งของความรุนแรงในครอบครัว เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และส่งผลในระยะยาวต่อผู้ถูกกระทำและบุคคลรอบข้างในครอบครัว สาเหตุมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ความรุนแรงในชีวิตคู่กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความเกี่ยวข้องกัน ทั้งเป็นเหตุและเป็นผลของกันและกัน ส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงทางคำพูด การทำร้ายจิตใจ จึงทำให้สตรีหลายคนเลือกที่จะยังคงอยู่ในความสัมพันธ์ การจัดทำแบบคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่มีความเสี่ยง จะช่วยลดผลกระทบความรุนแรงที่อาจเกิดตามมา การตระหนักถึงความสำคัญและมีความไวในการแก้ปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ในกลุ่มสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การเปิดโอกาสให้มีการสะท้อนความรู้สึก ทบทวนเหตุการณ์ และการเสริมพลังบวกต่อตนเอง จะนำไปสู่การค้นหาทางออกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง การทำงานที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรในโรงพยาบาลและมาตรการทางด้านกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. Declaration on the elimination of violence against women. 1993; Available from: https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf. (Accessed 11 July 2022.)
2. World Health Organization. Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. (Accessed 11 July 2022.)

3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พศ. 2562. รายงานผลฉบับสมบูรณ์ [Internet]. 2563 (เข้าถึงข้อมูล 11 กรกฎาคม 2565).
4. สำนักข่าว Hfocus. สถานการณ์ความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ยั้่งน่าห่วง ช่วงโควิด-19 ยิ่งรุนแรง. 2020. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20473>. (เข้าถึงข้อมูล 11 กรกฎาคม 2565).
5. National Center for Injury Prevention and Control DoVP. Preventing intimate partner violence 2021. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/IPV-factsheet_2021.pdf.
6. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *American Family Physician*. 2016;94:646-51
7. Coker A. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, violence & abuse*. 2007;8:149-77.
8. Dhakal L, Berg-Beckhoff G, Aro A. Intimate partner violence (physical and sexual) and sexually transmitted infection: results from Nepal Demographic Health Survey International Journal of Women's Health. 2014;6:75-82.
9. Rabin R, Jennings J, Campbell J, Bair-Merritt M. Intimate partner violence screening tools. *Am J Prev Med*. 2009;36:439-45.
10. Osinde M, Kaye D, Kakaire O. Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health*. 2011;11:50.
11. Hampanda K. Intimate Partner Violence and HIV-Positive Women's Non-Adherence to Antiretroviral Medication for the Purpose of Prevention of Mother-to-Child Transmission in Lusaka, Zambia. *Social Science & Medicine*. 2016;153:123-30.
12. Patrikar S, Basannar D, Bhatti V, Chatterjee K, Mahen A. Association between intimate partner violence & HIV/AIDS: Exploring the pathways in Indian context. *Indian J Med Res*. 2017;145:815-23.
13. Bauer H, Gibson P, Hernandez M, Kent C, Klausner J, Bolan G. Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis*. 2002;29:411-6.
14. Decker M, Miller E, McCauley H, Tancredi D, Levenson R, Waldman J, et al. Intimate Partner Violence and Partner STI Notification among Adolescent and Young Adult Family Planning Clinic Patients. *International journal of STD & AIDS*. 2011;22:345-7.
15. Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Intimate partner violence and symptoms of sexually transmitted infections: Are the women from low socio-economic strata in Bangladesh at increased Risk. *Int J Behav Med*. 2014;21:348-57.
16. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J Prev Med*. 2009;36:439-445.e4.
17. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *JAMA*. 1997;277:1357-61
18. Weiss SJ, Ernst AA, Cham E, Nick TG. Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence Vict*. 2003;18:131-41.
19. อภิญญา เวชยชัย. การเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน สังกศตวรรษที่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2012. (เข้าถึงข้อมูล 11 กรกฎาคม 2565).
20. Walker-Descartes I, Mineo M, Condado L, Agrawal N. Domestic violence and its effects on women, children, and families. *Pediatr Clin North Am*. 2021;68:455-64.