

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการเฝ้าระวังความรุนแรงที่สตรีตั้งครรภ์
อาจได้รับจากคู่ เมื่อเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี
The Role of Midwives in Surveilling Violence that Pregnant
Women may Face from their Partner when Disclosing HIV-Infection

หงสาวดี โยธาพิทย์* กัญญาภัค เทียนโชติ**
Hongsavadee Yothathip* Kanyapak Tianchot**

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงจากคู่ของตน เนื่องจากการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีอาจก่อให้เกิดประเด็นของความขัดแย้งจนถึงขั้นถูกทำร้ายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้เกิดความกลัวจนไม่กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อให้กับคู่ของตนรับทราบ ซึ่งนับเป็นเรื่องยากในการเข้าถึงเพื่อการดูแลช่วยเหลือ ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วก็ตาม แต่ยังมีบุคลากรด้านสุขภาพเพียงส่วนน้อยที่มีประสบการณ์หรือทราบบทบาทพยาบาลที่ครอบคลุมเพราะเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังมักถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากสังคม ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องตระหนักในการเฝ้าระวังความรุนแรงจากคู่เมื่อเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนึงถึงบทบาทหน้าที่หลักทั้งในเรื่องการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติทางคลินิก (direct care) การให้ความรู้ (educating) การให้คำปรึกษา (counselling) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) การให้เหตุผลเพื่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making) และการประสานงาน (collaboration) เพื่อช่วยส่งเสริมการตั้งครรภ์ให้ดำเนินต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงจากคู่

Received: March 22, 2022

Revised: June 7, 2022

Accepted: July 6, 2022

* Corresponding Author, อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี E-mail: hongsavadee60@gmail.com

* Corresponding Author, Nursing Instructor, Maternal-Newborn and Midwifery Nursing Branch, Faculty of Nursing Suratthani Rajabhat University. E-mail: hongsavadee60@gmail.com

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี E-mail: kanyapakcmu2557@gmail.com

** Nursing Instructor, Maternal-Newborn and Midwifery Nursing Branch, Faculty of Nursing Suratthani Rajabhat University. E-mail: kanyapakcmu2557@gmail.com

Abstract

Pregnant women with HIV are at risk of violence from their intimate partner. This is because disclosure of their HIV status may evoke controversial issues that can damage them both physically and mentally. These HIV-infected women hence feel apprehensive about informing their partners; thus, this hinders access to support them. Today, although there are guidelines for the care of pregnant women with HIV, few healthcare staff have actual experience or are aware of their entire nursing roles because patients in this group are both physically and mentally vulnerable. Also, these people are prone to stigmatization and discrimination from society. Therefore, midwives need to be conscious about the possibility of violence from their intimate partner violence when disclosing their HIV status. They need to consider their main responsibilities including direct care, education, counselling, empowerment, providing reasoning and ethical decision-making, and collaboration to support healthy pregnancies.

Keywords: role of midwife, pregnant women, HIV infection, intimate partner violence

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข การรายงานขององค์การ UNICEF ในปี ค.ศ. 2020 พบการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกอยู่ที่ 1.2 ล้านคน¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบอยู่ระหว่างร้อยละ .54 - .6² จากสถิติที่ผ่านมาแม้ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์จะมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วย โดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายจะได้

รับคำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลหรือรายคู่ก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี แต่ในปัจจุบันการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 70 ที่สำคัญสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีอัตราการมาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 87 และเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่เพียงร้อยละ 70³ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาต่อการประเมิน คัดกรอง และดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์แล้วยังส่งผลกระทบต่อประเมินความเสี่ยงด้านอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในเรื่องของการได้รับความรุนแรงจากคู่เมื่อเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อหรือภาวะสุขภาพทางจิตที่เกิดจากการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง⁴ อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยข้อมูลการ

ติดเชื้อเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและเป็นสิทธิส่วนบุคคล เมื่อติดเชื้อเอชไอวีสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปิดเผยข้อมูลกับคู่หรือครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่ด้วยเช่นกัน สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมักถูกมองว่าเป็นบุคคลล่าสอน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีคู่นอนหลายคน ถูกคุกคามบังคับ/ข่มขืนทางเพศหรือเป็นกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด^{5,6} จึงทำให้เกิดการติดเชื้อดังกล่าว อีกทั้งยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจ จึงมักถูกสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) เกิดเป็นตรรกะในจิตใจ ยิ่งในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้วางแผนย่อมรู้สึกกลัวไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อให้กับคู่หรือครอบครัวของตนรับทราบ^{6,7} เพราะการบอกให้ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์และมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยนั้นเป็นเรื่องที่ยากมาก อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตคู่ เช่น ถูกรังเกียจ ทะเลาะวิวาท ต่ำทอ กล่าวโทษ ทอดทิ้ง ต่ำหนิ เรื่องพฤติกรรมทางเพศ จนถึงขั้นทำร้ายซึ่งกันและกัน⁸ จากการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบในต่างประเทศพบผลวิจัย จำนวน 8 เรื่องที่รายงานว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อมีโอกาสได้รับความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.6-63.1⁶ เช่นเดียวกับผลงานวิจัยในประเทศไทยพบความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์เมื่อเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่สูงถึง ร้อยละ 54.7 เป็นความรุนแรงทางจิตใจมากที่สุดร้อยละ 39.6 รองลงมาเป็นทางกาย และทางเพศร้อยละ 22.6 และ 17 ตามลำดับ⁹ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ อายุครรภ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน สัมพันธภาพ การตีมีแอลกอฮอล์หรือการใช้

สารเสพติดของคู่ และการสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสได้รับความรุนแรงโดยเฉพาะทางจิตใจทั้งจากคู่ ครอบครัว และสังคม จึงเป็นสาเหตุทำให้ไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลหรือขาดการแสวงหาความช่วยเหลือ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกทำร้ายและทำให้ฮับอาย ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องตระหนักถึงการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ทัศนคติเชิงลบในการตีตราและเลือกปฏิบัติ^{7,8} ตามบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ที่จำเป็นสามารถเข้าถึงได้มี 4 บทบาท^{9,10} คือ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติทางคลินิก (direct care) 2) ผู้ให้ความรู้ (educating) ให้คำปรึกษา (counselling) เสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) 3) ผู้ให้เหตุผลตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making) 4) ผู้ประสานงาน (collaboration) เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังความรุนแรงจากคู่เมื่อเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์และดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์กับความรุนแรงจากคู่ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ในที่นี้จะกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จำเป็น 4 บทบาทหลัก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติทางคลินิก (Direct care) พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (ความหมาย ภูมิคุ้มกันร่างกาย ช่องทางติดต่อ การตรวจหาเชื้อ การแปลผล การรักษา การแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารก) และส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มา

ตรวจหาเชื้อเอชไอวีพร้อมคู^{4,11} ในการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ของประเทศไทยมีแนวทางดังนี้ 1) แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจให้เขินยินยอมเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี 2) ให้คำปรึกษาก่อนการตรวจ 3) ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 4) ให้คำปรึกษาหลังการตรวจ 5) แจงผลการตรวจเลือดที่มีความถูกต้องและชัดเจน 6) ประเมินความเสี่ยงและแนวทางเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ 7) ให้ข้อมูลในการรักษาและป้องกัน 8) ข้อมูลที่ได้ต้องเก็บรักษาความลับอย่างเคร่งครัด พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบคูเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและควรตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ ในการให้คำปรึกษานั้นอาจทำเป็นรายบุคคล รายคู่ หรือทำเป็นกลุ่มก็ได้ แต่การให้คำปรึกษาเป็นคู่จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งได้ดีขึ้นในกรณีที่คูมีผลการติดเชื้อเป็นลบ หากผลเป็นบวกทั้งคู่ก็จะสามารถดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งยังสามารถช่วยลดหรือป้องกันความรุนแรงระหว่างคูเมื่อเปิดเผยข้อมูลได้⁴ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกอับอาย เกิดตราบาป รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และวิตกกังวล จึงทำให้ไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อให้กับคูของตน^{7,9,12} โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือมีประวัติได้รับความรุนแรงอยู่ก่อนแล้ว จะมีโอกาสถูกทำร้ายมากขึ้นเมื่อเปิดเผยข้อมูล¹² ยกตัวอย่างเช่น “สตรีตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ อายุ 35 ปี อาชีพแม่บ้าน สามี อายุ 50 ปี อาชีพรับจ้าง ชอบดื่มสุราเป็นประจำ หลังทราบว่าเป็นตนเองตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เพียงลำพัง ได้รับการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวีและให้ความยินยอมในการตรวจภายหลังจากยืนยันผลว่าติดเชื้อเอชไอวี พยาบาล

ให้คำปรึกษาเพื่อแจงผล สตรีตั้งครรภ์เข้าใจและยอมรับเรื่องการติดเชื้อ มีความประสงค์ต้องการยุติการตั้งครรภ์ และขอให้เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อแก่สามีโดยไม่ยอมบอกเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น นอกจากคำว่า “กลัวถูกทำร้าย” จากสถานการณ์จะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีเพียงลำพังเพราะกลัวถูกทำร้าย จึงไม่กล้าบอกกล่าวสามี ทั้งนี้คิดว่าการบอกกล่าวจะทำให้ถูกทำร้ายมากขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมคูภายหลังเปิดเผยข้อมูลเป็นรายคู่แล้วจะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น 1.43 เท่า แต่หากคูมีผลตรวจไม่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าสตรีตั้งครรภ์รายนั้นจะได้รับความรุนแรงสูงถึง 5.83 เท่า¹² จึงเป็นไปได้ว่า การได้รับความรุนแรงภายหลังจากเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีนั้นอาจขึ้นอยู่กับผลการติดเชื้อของคูร่วมด้วย หากการติดเชื้อนั้นมาจากคูเป็นสาเหตุ ความรุนแรงที่ได้รับก็จะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นก็เป็นได้¹³ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ถือเป็นด่านแรกในการคัดกรองเมื่อสตรีมาฝากครรภ์จึงเป็นโอกาสที่เข้าถึงได้เป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมีความรู้ทักษะการประเมินคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงเมื่อเปิดเผยข้อมูล โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคคล ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติกับสตรีตั้งครรภ์เพราะจะทำให้เกิดความลำเอียงหรืออคติได้ นอกจากนี้ ควรมีบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ (advocacy) เนื่องจากความแตกต่างด้วยบริบทของแต่ละพื้นที่และความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคคลย่อมมีการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหามีความหลากหลาย ทั้งนี้ควรตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ส่วนได้ส่วนเสียที่อาจ

ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งเสริมหรือสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนหรือระบบบริการ ด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลที่เป็นต่อการป้องกัน ความรุนแรงเมื่อเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติทางคลินิก ดังนี้

1.1 สร้างสัมพันธภาพ เป็นสิ่งสำคัญระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ เป็นหัวใจของการได้รับข้อมูลที่เป็นจริง เพราะสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ ความรุนแรงจะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงกับ บุคลากรด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 8.3 - 9.1^{13,14} หากมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยแล้วอาจทำให้การบอกข้อมูลที่เป็นจริงยากขึ้น ดังนั้น การแสดงถึงท่าทีที่เป็นมิตร การกล่าวทักทายต้อนรับ แนะนำตัวเองด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยเป็นกันเองใน เรื่องทั่วไปสามารถช่วยได้ ทั้งนี้ควรสังเกตพฤติกรรมจากท่าทาง สีหน้า แววตา น้ำเสียง (อารมณ์/ความรู้สึก) ร่วมด้วย การจัดท่าหนึ่งจะใช้หลัก Squamry (ไม่เผชิญหน้า) - Open (ไม่ปิดกั้นตัวเอง) - Lean (โน้มตัวข้างหน้าเล็กน้อย) - Eye contact (ประสานสายตา) - Relax (แสดงท่าทีผ่อนคลาย) ช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกเป็นมิตร และกล้าเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น¹¹

1.2 ประเมินคัดกรอง เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) สามารถคัดกรองได้ต่อเนื่องทุกครั้งเมื่อมาฝากครรภ์ ทั้งนี้ควรใช้เครื่องมือประเมินคัดกรองที่มีคุณภาพ โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1.2.1 สังเกตพฤติกรรมที่สามารถบ่งบอกถึงแนวโน้มของการได้รับความรุนแรงจากคู่ เช่น กระวนกระวาย เครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือ

มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย ได้แก่ รอยฟกช้ำ ดำเขียวตามตัว รอยขีดข่วน รอยบาดแผล ชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น^{8,15} ทั้งนี้ควรสังเกตพฤติกรรมของคู่ร่วมด้วยว่ามีท่าทาง/อารมณ์เป็นอย่างไร มีอาการกระวนกระวายหรือพยายามตอบคำถามแทนตลอดเวลาหรือไม่ พฤติกรรมดังกล่าวอาจแสดงถึงการกลัวว่าความลับจะถูกเปิดเผย¹⁵ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรระมัดระวังและให้ความมั่นใจกับสตรีตั้งครรภ์เรื่องการรักษาความลับเป็นอย่างมาก

1.2.2 การซักประวัติ ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงที่เกิดจากคู่จะทำให้ค้นหาสาเหตุได้เร็วขึ้น โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลส่วนบุคคล (อายุน้อย สถานภาพโสด/หย่าร้าง ระยะเวลาสมรสนาน แต่งงานหลายครั้ง ระดับการศึกษา น้อย รายได้น้อย การใช้สารเสพติด และเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ) ด้านเพศสัมพันธ์ (มีเพศสัมพันธ์อายุน้อย คู่่นอนหลายคน และการไม่ใช้ถุงยางอนามัย) ด้านการตั้งครรภ์ (จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้งหลายครั้ง มาฝากครรภ์ล่าช้า และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือไม่ต้องการบุตรในครรภ์ ด้านจิตสังคม (มีความเครียดและวิตกกังวลสูง ขาดการสนับสนุนทางสังคม)^{7,8,12,15} หากซักประวัติพบปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวแสดงว่าสตรีตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงเพิ่มขึ้น

1.2.3 การตรวจร่างกาย ควรตรวจสอบประวัติการถูกทำร้ายและสัญญาณเตือนของการได้รับความรุนแรง ต้องมีการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อประเมินการบาดเจ็บโดยเฉพาะบริเวณศีรษะ ใบหน้า รอบดวงตา บริเวณท้อง รอยฟกช้ำ

แชนชาหัก บาดแผลจากรอยบุหรี รวบรวมทั้ง ประวัติการถูกล่วงละเมิดหรือข่มขู่ทางเพศซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งหากสตรีตั้งครรรค์มีประวัติมาพบแพทย์บ่อยครั้งด้วยอาการที่ไม่ชัดเจน เช่น ปวดศีรษะ เกรียด ใจสั่น นอนไม่หลับ ปวดเรื้อรัง เบื่ออาหาร หรือช่องคลอดอักเสบ^{15,16} ก็อาจเกี่ยวเนื่องมาจากการได้รับความรุนแรงร่วมด้วยเช่นกัน

1.2.4 ประเมินสภาวะทางจิตใจ ปัจจุบันมีแบบประเมินหลายชนิดที่นำมาใช้คัดกรอง แต่ที่นิยมกันแพร่หลายในเอเชียและแปซิฟิก คือ แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) หรือ “General Health Questionnaire” (แบบสอบถาม GHQ - 28) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^{16,17} สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ อย่างไรก็ตามสามารถใช้แบบประเมินความเครียด (ST - 5) ในสมุดฝากครรรค์เพื่อประเมินสภาวะทางจิตใจเบื้องต้นในสตรีตั้งครรรค์ซึ่งอาจประเมินได้ดีและรวดเร็วกว่าแบบประเมิน GHQ - 28

1.2.5 ประเมินคัดกรองความรุนแรง จากคู่มือ ปัจจุบันการประเมินความรุนแรงจากคู่มือตั้งครรรค์ยังปฏิบัติค่อนข้างน้อย พยาบาลผดุงครรรค์ควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการประเมินความรุนแรงตั้งแต่เริ่มมาฝากครรรค์ โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง จากคู่มือ การประเมินความเสี่ยงก่อนจะแจ้งผลการติดเชื้อให้แก่คู่ทราบจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง¹⁵ อีกทั้งควรเฝ้าระวังในกลุ่มที่ผลการตรวจเลือดของคู่มือเป็นลบเพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงสูงกว่าผลเป็นบวกกันทั้งคู่หรือสาเหตุของการติดเชื้อ

นั้นมาจากคู่มือโดยตรง รวมถึงในกลุ่มที่ไม่ยอมบอกให้คู่มือของตนเองทราบว่าติดเชื้อ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าการกระทำเช่นนี้จะทำให้คู่มือของตนเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรรค์ที่ตกเป็นเหยื่อของการใช้ความรุนแรงหรือมีประวัติเคยถูกข่มขู่/ทำร้าย ซึ่งเมื่อเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีจะมีแนวโน้มได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ในการให้คำปรึกษาพยาบาลผดุงครรรค์จึงต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมโดยซึ่งนำหนักความสำคัญระหว่างประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งเฝ้าระวังความรุนแรงโดยเฉพาะในสตรีตั้งครรรค์ที่มีผลเป็นลบหรือมีความเสี่ยง/มีประวัติถูกทำร้ายมาก่อน¹⁶ จากนั้นคัดกรองความรุนแรงตามนโยบายของ The American College of Nurse - Midwives แนะนำให้ใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานสากล ควรสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face to face interview) สร้างสัมพันธภาพเชิงบวก ใช้คำถามเข้าใจความรู้สึก ให้ความมั่นใจในการรักษาความลับที่ดีที่สุด ไม่ควรจดบันทึกหรือรับโทรศัพท์ ขณะสัมภาษณ์ โดยมีแนวการใช้คำถาม ดังนี้ พยาบาลผดุงครรรค์ “มีคำถามบางคำถามที่ดีฉันจะต้องถามสตรีตั้งครรรค์ทุกคนเพราะว่าในบางกรณีอาจจะกลัวว่าคู่มือหรือคนในครอบครัวจะทำร้ายพวกเขา” แล้วต่อด้วยคำถาม “คุณคิดว่าคู่มือของคุณจะมีปฏิกิริยาต่อคุณอย่างไรหากทราบว่าผลตรวจเอชไอวีของคุณเป็นบวก” หากสตรีตั้งครรรค์ตอบในลักษณะ “หวาดกลัวหรือมีความกังวลใจว่าจะเกิดความรุนแรงขึ้น” ให้ถามด้วยแบบคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรรค์ (abuse assessment scale: AAS)^{8,17,18} ต่อไปดังนี้ ข้อที่ 1) “ในช่วงครั้งหนึ่งในชีวิต คุณเคยถูกคู่มือหรือคนที่ใกล้ชิดกับคุณทำร้ายร่างกายหรือจิตใจใช่หรือไม่” ข้อที่

2) “ภายใน 1 ปี ก่อนตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ โดยวิธีใด ๆ ก็ตาม จากคู่หรือคนที่ใกล้ชิดกับคุณใช่หรือไม่” ข้อที่ 3) ขณะตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บโดยวิธีใด ๆ ก็ตาม จากคู่หรือคนที่ใกล้ชิดกับคุณใช่หรือไม่ ข้อที่ 4) “ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจจากคู่หรือคนที่ใกล้ชิดกับคุณใช่หรือไม่” ข้อที่ 5) “คุณเคยถูกทำร้ายจิตใจ/อารมณ์ โดยการพูดจาเยาะเย้ย ถากถาง ตำว่าให้ได้ยิน ถูกบังคับข่มขู่ หรือคุกคาม จนทำให้รู้สึกหวาดกลัวจากคู่หรือคนที่ใกล้ชิดกับคุณใช่หรือไม่” หากสตรีตั้งครรภ์ตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถามต่อไปว่า “จากที่คุณตอบคำถามมาคุณคิดว่า การบอกคู่หรือคนที่ใกล้ชิดกับคุณเกี่ยวกับผลการตรวจเอชไอวีของคุณจะทำให้ตัวคุณหรือทารกในครรภ์ไม่ปลอดภัยใช่หรือไม่?” หากตอบว่าใช่ พยาบาลผดุงครรภ์ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจว่าจะเปิดเผยผลตรวจเอชไอวีของตนหรือไม่ โดยพิจารณาจากผลการประเมินสถานการณ์จริงว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดความรุนแรงหรือไม่ เพื่อวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

2. บทบาทการให้ความรู้ (Education) การให้คำปรึกษา (Counseling) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention)

2.1 การให้ความรู้ (Educating)
พยาบาลผดุงครรภ์ควรสร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวีและรูปแบบของความรุนแรงทั้งทางร่างกาย (ตบ ตี ตะ ต่อย) ทางจิตใจ

(เยาะเย้ย ตูถูก เหยียดหยาม ตำว่า) และทางเพศ (บังคับ ข่มขู่ให้มีเพศสัมพันธ์) สตรีตั้งครรภ์ต้องรับรู้ว่าการกระทำความรุนแรงดังกล่าวเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายสามารถดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2562¹⁹ พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมีความรู้สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายการใช้ความรุนแรงเบื้องต้นในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือ²⁰ รวมทั้งแจ้งข้อมูลของหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในสถานที่ใกล้เคียง มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เป็นปัจจุบันในกรณีเร่งด่วน เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง บ้านพักฉุกเฉิน ศูนย์พิทักษ์เด็ก และสตรี ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ของโรงพยาบาลทุกแห่ง เป็นต้น

2.2 การให้คำปรึกษา (Counseling)

นอกจากการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการเปิดเผยผลตรวจเอชไอวีแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องประเมินประวัติและแนวโน้มที่สตรีตั้งครรภ์อาจจะได้รับ ความรุนแรงด้วย ควรจะประเมินทั้งก่อนและหลังการตรวจเอชไอวี ขณะให้คำปรึกษาควรแยกสตรีตั้งครรภ์ออกจากคู่ รวมทั้งต้องให้ความมั่นใจเรื่องการรักษาความลับด้วย^{11,15,16} ซึ่งมีขบวนการให้คำปรึกษา ดังนี้

สถานที่ ต้องเป็นห้องส่วนตัว เงียบสงบ ปิดมิดชิด ไม่มีบุคคลทั้งภายในและภายนอกเข้าออกได้ ไม่ควรให้ญาติหรือเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปี ขึ้นไปร่วมอยู่ด้วย

สร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดเรื่องทั่วไป (small talk) หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผ่อนคลาย แสดงความใส่ใจทั้งภาษาพูด (verbal) และภาษากาย (non - verbal)

สำรวจและทำความเข้าใจปัญหา สามารถทำได้ระหว่างการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภูมิหลังการได้รับความรุนแรงมาก่อน ดังเช่น “สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ พยาบาลให้คำปรึกษา แนะนำให้พาสามีมาตรวจหาเชื้อเอชไอวี แต่สามีไม่ยอมมา ขณะพูดถึงสามีแสดงสีหน้าเรียบเฉย และก้มหน้าตลอด หลังจากได้รับผลยืนยันว่าติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลจึงให้คำปรึกษาแจ้งผลเลือด และแนวทางการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อให้สามีรับทราบ” จากสถานการณ์พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินสำรวจปัญหาจากเอกสารและการสัมภาษณ์ ขณะพูดคุยควรใช้คำถามที่เข้าอกเข้าใจ ความรู้สึกและไม่ควรถามคำถามที่รู้สึกว่าเป็นการตำหนิหรือกดดัน ตัวอย่างเช่น “ทำไมคุณถึงไม่พาสามีมา” “ทำไมคุณถึงเครียดและวิตกกังวล” แต่ควรใช้คำถามแสดงความเข้าใจร่วมรับรู้ในความรู้สึกที่เกิดขึ้น (empathy) เช่น “ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ” “คุณรู้สึกหรือคิดอย่างไรบ้างหากต้องเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อกับคู่ของคุณ” หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและเป็นผู้รับฟังอย่างตั้งใจ (listening) ใช้ภาษากายร่วมด้วย โดยมีการพยักหน้าตอบรับเป็นช่วง ๆ ขณะเดียวกันอย่าคอยมองแต่นาฬิกาหรือโทรศัพท์สื่อสารระหว่างการสนทนา บางช่วงอาจใช้คำถามสะท้อนความรู้สึกเช่น “ตอนนี้คุณรู้สึกกลัวว่าจะถูกปฏิเสธ/ถูกทำร้ายภายหลังเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ของคุณใช่หรือไม่” “คุณกำลังรู้สึกไม่ดีกับการที่ต้องบอกเรื่องนี้กับคู่ของคุณใช่หรือไม่” การสะท้อน (reflecting emotions) จะสามารถบ่งบอกถึงการตั้งใจฟังปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างดี พยาบาลผดุงครรภ์ควรบอกเหตุผลข้อดีและข้อเสีย เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจด้วยตัวเอง ดังนี้^{16,21,22}

ทางเลือกที่ 1 เปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่

ข้อดี

- ไม่ต้องอึดอัดใจในการเก็บความลับ ได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้างที่เข้าใจความรู้สึก
- เข้าถึงแหล่งบริการช่วยเหลือเพื่อรักษาได้สะดวก ไม่ต้องปิดบังหรือกลัวคู่รู้
- สามารถปรึกษาหารือกับคู่เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเปิดเผย
- สามารถเข้ารับการตรวจรักษาและวางแผนร่วมกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ทารก

ข้อเสีย

- อาจถูกตีตัวออกห่าง เลิกคบ หรือเลือกปฏิบัติจากคู่ ครอบครัว และบุคคลอื่น
- อาจถูกดูต่ำ ว่ากลัว หรือเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ
- อาจถูกมองว่าเป็นบุคคลที่สำส่อนทางเพศ สังคมรังเกียจหรือถูกตีตราจากสังคม

ปัจจัยสำคัญเมื่อสตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี ก็สามารถบอกกับคู่ได้ด้วยตนเอง แต่ส่วนใหญ่จะไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ได้เพียงลำพัง ในขณะที่บางรายจำเป็นต้องเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองเท่านั้นเพื่อมิให้คู่ของตนโกรธและไม่พอใจ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ต้องพิจารณาทางเลือกเองโดยไม่ขึ้นว่าอย่างไรก็ตาม พยาบาลผดุงครรภ์ควรสร้างข้อตกลงร่วมกันหากเลือกทางเลือกที่ 1 ในเรื่องการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลว่าสามารถเปิดเผยได้ทั้งหมดหรือเปิดเผยได้เพียงบางส่วนเท่านั้น และร่วมวางแผนในประเด็นต่อไปนี้ เช่น ควรเริ่มต้นสนทนาเรื่องนี้อย่างไร คาดการณ์ว่าคู่จะมีพฤติกรรมอย่างไร จะตอบคำถามอย่างไรเมื่อเปิดเผยได้เพียงบางส่วน และจะทำอย่างไรต่อไปในอนาคต เป็นต้น

ทางเลือกที่ 2 ไม่เปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ ข้อดี

- ไม่เสี่ยงต่อการถูกดูต่ำ/ว่ากล่าว ไม่ถูกตีตรา ถูกรังเกียจ/ตำหนิ หรือถูกทำร้ายร่างกาย/จิตใจ
- สามารถใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนเดิม สบายใจที่ไม่ต้องเปิดเผยข้อมูลกับคู่

ข้อเสีย

- อึดอัดใจที่ต้องเก็บความลับ วิตกกังวลเกรงว่าสามีหรือบุคคลอื่นจะทราบเรื่องการติดเชื้อ
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและขาดการช่วยเหลือทางสังคม
- คู่ของตนมีโอกาสติดเชื้อได้รับรักษาตัวล่าช้า และทารกในครรภ์มีโอกาสติดเชื้อสูง

การที่สตรีตั้งครรภ์จะพิจารณาไตร่ตรองถึงข้อดีและข้อเสียของการเปิดเผยว่าตนเองติดเชื้อได้หรือไม่นั้น มักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตทั้งที่ผ่านมาในอดีตและปัจจุบัน พยาบาลผดุงครรภ์เพียงเสนอทางเลือกและวิธีในการเปิดเผยผลการติดเชื้อโดยสตรีตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจเลือกได้ว่า

- 1) บอกคู่ด้วยตนเองที่บ้าน
- 2) บอกคู่ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลอยู่ด้วย
- 3) ให้พยาบาลเป็นผู้บอกพร้อมกันทั้งคู่
- 4) ให้พยาบาลเป็นผู้บอกโดยตนเอง ไม่อยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม หากประเมินแล้วว่าสตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงร่วมด้วย พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการวางแผนช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบคอบ

การวางแผนแก้ไขปัญหา อาจมุ่งเน้นส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์บอกคู่ของตนเพื่อให้สมัครใจเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีพร้อมกัน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าหากทั้งคู่มาตรวจรักษาพร้อมกันหรืออย่างน้อยได้ปรึกษาหารือเพื่อที่จะตัดสินใจตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยกัน โอกาสที่จะมี

การใช้ความรุนแรงภายหลังรู้ผลการติดเชื้อก็จะลดน้อยลง พยาบาลผดุงครรภ์ก็สามารถประเมินความเสี่ยงของแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังช่วยให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นหลังจากรู้ว่าผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นบวกหรือไม่⁴ นอกจากนี้ปฏิบัติตามขั้นตอนปกติของการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือในการเปิดเผยผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินแนวโน้มของการได้รับความรุนแรงจากคู่ด้วย โดยประเมินทั้งก่อนและหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวี และเมื่อสตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจเปิดเผยผลการติดเชื้อควรมีการสัมภาษณ์แยกเป็นรายบุคคล ซึ่งมีแนวทางในการช่วยเหลือหลังเปิดเผยข้อมูล ดังนี้²²

กรณีที่ 1 ความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงต่ำหรือปานกลาง สตรีตั้งครรภ์อาจยังมีความกลัว วิตกกังวลเล็กน้อย ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เปิดเผยผลการติดเชื้อกับคู่โดยมีพยาบาลผดุงครรภ์อยู่ด้วย ทั้งนี้มีการจัดทำ “แผนในการเปิดเผย” ร่วมกัน ตลอดจนต้องเตรียมหาวิธีรับมือหากสามีมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างก้าวร้าว ที่สำคัญต้องเตรียมรายชื่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านสังคมให้กับสตรีตั้งครรภ์ด้วย

กรณีที่ 2 ความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงสูง สตรีตั้งครรภ์มีความกลัว วิตกกังวล และเครียดมาก ต้องเปิดโอกาสให้พิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งของสตรีตั้งครรภ์และตัวเองเป็นอย่างมาก อาจขอความช่วยเหลือโดยประสานกับทีมบุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดจนครอบครัวบุคคลใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือ

ทำร้ายเพิ่มขึ้น¹⁴ พยาบาลผดุงครรภ์ควรวางแผน ความปลอดภัยร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ในเรื่องแหล่ง ที่พักที่ปลอดภัย เบอร์โทรศัพท์ติดต่อหน่วยงานที่ ช่วยเหลือบริเวณใกล้เคียง ขณะเดียวกันสตรี ตั้งครรภ์ก็ควรมีการเตรียมเอกสารสำคัญ เช่น บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน บัตรประกันสุขภาพ ของใช้ที่จำเป็นเมื่อเกิดปัญหาจะได้หยิบใช้ได้ทันที พยายามลดอันตรายหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นให้ มากที่สุด

3.5 ควรให้ความเป็นส่วนตัว (privacy) อย่างมากทั้งในขณะพูดคุย ให้การปรึกษา หรือ ประเมินคัดกรอง พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดห้องที่ เป็นส่วนตัว เงียบสงบ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่น อยู่ด้วยโดยเด็ดขาด¹⁵ ซึ่งจะทำให้เกิดความ ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และรู้สึกปลอดภัย จากการถูกคุกคามจากคู่ สามารถให้ข้อมูลที่ เป็นจริงมากขึ้น

3.6 ควรรักษาความลับ (confidentiality) เพื่อไม่ก่อให้เกิดความอับอายหรืออันตรายตามมา การบันทึกหรือการเก็บข้อมูลที่เป็นเอกสารหรือใน ระบบคอมพิวเตอร์ต่าง ๆ ควรเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และเข้าถึงได้เฉพาะเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ เกี่ยวข้องเท่านั้น ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะยินยอม บอกข้อมูลเฉพาะพยาบาลที่ตนเองไว้วางใจเท่านั้น ในกรณีที่มีปัญหาเร่งด่วนหรือซับซ้อนอาจต้องม ีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาตามความเหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึงสิทธิโดยควรอธิบาย ให้สตรีตั้งครรภ์เห็นประโยชน์ของการเปิดเผยข้อมูล การติดเชื้อเอชไอวีให้กับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี นักสังคมสงเคราะห์ และ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิต เป็นต้น ควรขออนุญาต ในการส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการรักษา แต่ควร

หลีกเลี่ยงการส่งข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันหรือ วิธีการที่ไม่มีระบบรักษาความปลอดภัย เพื่อป้องกัน ไม่ให้ข้อมูลรั่วไหลได้

3.7 ความเป็นเอกสิทธิ์ (autonomy) พยาบาลผดุงครรภ์เสนอแนวทางการเลือกและ ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ให้ความ เป็นอิสระไม่บังคับให้ต้องเลิกกับสามีหรือต้อง แข็งความเท่านั้น แต่มีหน้าที่ในการคิดหาวิธียุติ หยุตการกระทำของสามี รวมถึงวิธีการในการ ช่วยเหลือ ดูแลป้องกันตนเองและทารกในครรภ์ ให้ปลอดภัย ที่สำคัญต้องไม่มีอคติ ไม่โกรธ ไม่ตำหนิ หรือกล่าวโทษ ไม่ว่าจะการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ จะเป็นอย่างไร และควรเคารพในการตัดสินใจ ตลอดจนขณะให้คำปรึกษาไม่ควรบันทึกเสียง วิดีโอ หรือถ่ายภาพ ยกเว้นได้รับอนุญาตจาก สตรีตั้งครรภ์เท่านั้น

4. บทบาทความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) เป็นการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หากพยาบาลผดุงครรภ์ ประเมินคัดกรองแล้วพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เปิดเผย ข้อมูลการติดเชื้อแล้วถูกทำร้ายอยู่ในภาวะที่เป็น อันตรายหรือไม่มีความปลอดภัย ในการเข้าช่วยเหลือ ควรติดต่อประสานงานกับบุคลากรหรือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง²² เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ บ้านพักฉุกเฉิน มูลนิธิหรือศูนย์พิทักษ์สตรีและเด็ก (one stop crisis center: OSCC) เพื่อปรึกษา ขอความช่วยเหลือหาแนวทางที่เหมาะสมในการ แก้ไขปัญหาหรือส่งต่อเพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงต่อไป

สรุป ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรี ตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อน ที่ทุกคน ในสังคมไม่ควรยอมรับว่าเป็นเรื่องส่วนตัว แต่ควรมองว่าเป็นปัญหาสังคมที่ทุกคนมีส่วนช่วยเหลือกัน

โดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรู้และทักษะตามบทบาทหน้าที่หลัก 4 บทบาทข้างต้น สำหรับบทบาทอื่น ๆ ยังไม่สามารถทำได้ชัดเจนและต่อเนื่องเพราะเป็นปัญหาในระดับประเทศ การหาสาเหตุที่แท้จริงหรือเข้าไปแก้ไขปัญหานั้น ทำได้ค่อนข้างยาก และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ องค์กร ในปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ ด้านการใช้โปรแกรมต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย เช่น โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมการ

ให้คำปรึกษา และโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในอนาคต ดังนั้นการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงยังคงเป็นเรื่องที่สำคัญและต้องเฝ้าระวังเป็นอย่างมากสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามบทบาทที่กล่าวไปโดยเน้นเรื่องการประชุมและคัดกรองยังเป็นเรื่องที่ทำเป็นต่อการช่วยเหลือและเข้าถึงเพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกตลอดการตั้งครรภ์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF. Reimagining a resilient HIV response for children, adolescents and pregnant women living with HIV [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2020-11/2020%20World%20AIDS%20Day%20Report%20Final.pdf>
2. Bureau of Epidemiology Department of Disease Control. HIV prevalence Thailand; 2018. Nonthaburi: AIDS, Tuberculosis and STDs Surveillance System Development Group; 2019. (in Thai)
3. National Statistical office of Thailand. Situation survey of children and women in Thailand project (2019). Bangkok: Forecast Statistics Division National Statistical Office; 2020. (in Thai)
4. Department of Disease Control. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021-2022. Nonthaburi: Division of AIDS and Sexually Transmitted Sexual Intercourse Department of Disease Control. The Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
5. Noorod C, Chaimay B, Woradet S. Pregnant women infected with HIV: a literature review on infant health outcomes. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;5(1):297-314. (in Thai)

6. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 2022;22(1):220. doi: 10.1186/s12889-022-12619-w.
7. Wetzel EC, Tembo T, Abrams EJ, Mazenga A, Chitani MJ, Ahmed S, et al. The relationship between intimate partner violence and HIV outcomes among pregnant women living with HIV in Malawi. *Malawi Med J* 2021;33(4):242-252.
8. Yothathip H, Thananowan N, Yusamran C, Vongsirimas N. Factors predicting intimate partner violence among pregnant women with sexually transmitted infections. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2019;11(2):35-48. (in Thai)
9. Ashaba S, Kaida A, Coleman JN, Burns BF, Dunkley E, O'Neil K, et al. Psychosocial challenges facing women living with HIV during the perinatal period in rural Uganda. *PLoS One* 2017;12(5):e0176256. doi: 10.1371/journal.pone.0176256.
10. Pookboonmee R. Success role of APN in using case management. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2014;1(1):83-91. (in Thai)
11. Boonyakiat S, Charoenphong C. Nursing role and screening about infection disease in pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing* 2016;23(1):163-79. (in Thai)
12. Shamu S, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M, Abrahams N. Intimate partner violence after disclosure of HIV test results among pregnant women in Harare, Zimbabwe. *PLoS One* 2014;9(10):e109447. doi: 10.1371/journal.pone.0109447.
13. Katushabe E, Asiimwe JB, Batwala V. Intimate partner violence disclosure and associated factors among pregnant women attending a city hospital in South-Western Uganda: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022;22(1):1-9. doi: 10.1186/s12884-022-04812-x.
14. Agenagnew L, Tebeje B, Tilahun R. Disclosure of intimate partner violence and associated factors among Victimized women, Ethiopia, 2018: a community-based study. *Int J Reprod Med* 2020;2020:6513246. doi: 10.1155/2020/6513246.
15. Thananowan N. Violence against women: analysis and conclusions of the research evidence. Bangkok: V. print (1991); 2014. (in Thai)
16. FHI 360. The HIV counselling handbook for the Asia-Pacific [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://www.fhi360.org/resource/hiv-counseling-resource-package-pdf-thai>

17. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. Online mental health assessment [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://new.camri.go.th> (in Thai)
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. Government Gazette. Act promote the development and protection of family institutions [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 18]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T__0171.PDF. (in Thai)
20. Puektes S, Poolperm K. Ethical dilemmas and ethical decision making for midwifery in the Thailand 4.0 Era. *Journal of Nursing Science & Health* 2020;43(3):1-11. (in Thai)
21. Boonnate N, Phaowiriya H. Screening for intimate partner violence in women: perspectives from health care providers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018;26(4):80-9. (in Thai)
22. Stapleton S, Foley A, Barnason S, Proehl J. Clinical practice guideline: intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing* 2019;45(2):1-32.
23. ENA Clinical Practice Guideline Committee, Stapleton SJ, Bradford JY, Horigan A, Barnason S, Foley A, et al. Clinical practice guideline: intimate partner violence. *J Emerg Nurs* 2019;45(2):191.e1-191.e29. doi: 10.1016/j.jen.2019.01.016.
24. Soliman HF AE, Shokry WM, Abdullhameed SM. Pregnancy outcomes and empowerment-based nursing intervention against intimate partner violence for pregnant women. *IOSR-JNHS* 2017;6(6):78-89.