

อิทธิพลของความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพ การสื่อสาร และ การสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ The Influence of Emotional Intelligence, Relationships, Communication, and Social Support on Intimate Partner Violence among Pregnant Women

หงสาวดี โยธาทิพย์* อัญชลี จิตราภิรมย์ จิตารีย์ พันธุ์วิชาติกุล

Hongsavadee Yothathip* Aunchalee Jittrapirom Titaree Phanwichakul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000

Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Suratthani, Thailand 84000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพ การสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 18-44 ปี จำนวน 216 ราย ฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกแบบบังเอิญ เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถาม 6 ชุด คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความฉลาดทางอารมณ์การใช้ชีวิต 3) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส 4) การสื่อสารระหว่างคู่สมรส 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบคัดกรองความรุนแรง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .96, .95, .98, .84, .97 และ .89 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและถดถอยโลจิสติกส์

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรุนแรงร้อยละ 21.8 ความฉลาดทางอารมณ์การใช้ชีวิต ($\beta = -.047, p < .05$) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($\beta = -.049, p < .05$) มีอิทธิพลทางลบในระดับต่ำ โดยร่วมกันทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ได้ร้อยละ 14 (Nagelkerke $R^2 = .14, p < .05$) การสื่อสารระหว่างคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะ ควรนำปัจจัยความฉลาดด้านอารมณ์และสัมพันธภาพมาใช้ในการคัดกรองความรุนแรง และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดด้านอารมณ์และสัมพันธภาพเพื่อลดความรุนแรงจากคู่สมรส

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์, สัมพันธภาพ, การสื่อสาร, การสนับสนุนทางสังคม, ความรุนแรง, สตรีตั้งครรภ์

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine the predictive power of emotional intelligence, relationships, communication, and social support on intimate partner violence among pregnant women. The sample consisted of 216 pregnant women, aged 18-44 years, who received antenatal care at a hospital in Surat Thani Province, selected through accidental sampling. The research instruments comprised six questionnaires: 1) demographic characteristics, 2) marital life emotional intelligence, 3) marital relationship quality, 4) marital communication, 5) medical outcomes study: social support survey (MOS-SSS), and 6) abuse assessment scale (AAS). The content validity index (CVI) for these tools was .96, .95, .98, .84, .97, and .89,

respectively, with a Cronbach's alpha coefficient of .78. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that 21.8% of the participants experienced IPV. Emotional intelligence ($\beta = -.047$, $p < .05$) and marital relationship ($\beta = -.047$, $p < .05$) had a low-level negative influence, collectively predicting intimate partner violence by 14% (Nagelkerke $R^2 = .14$, $p < .05$). Marital communication and social support were not significant predictors of IPV ($p > .05$).

Recommendations: Emotional intelligence and marital relationship factors should be integrated into violence screening protocols. Furthermore, programs aimed at enhancing emotional intelligence and strengthening marital relationships should be developed to reduce intimate partner violence.

Keywords: Emotional Intelligence, Relationships, Communication, Social Support, Violence, Pregnant Women

บทนำ

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาสำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยพบว่า 1 ใน 3 ของสตรีทั่วโลกได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและพบสูงขึ้นเมื่อตั้งครรภ์¹ ในต่างประเทศพบความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 0.7-55.1² ส่วนประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 11.7-30.2^{1,3,4} พิจารณาตามภูมิภาคแล้วในเขตภาคใต้พบความรุนแรงสูงกว่าภาคอื่น แต่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ปัจจุบันมีการศึกษาในสตรีทั่วไปเขตพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอยู่ที่ร้อยละ 15⁵ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย (รอยขีดข่วน รอยฟกช้ำ รอยแผลถลอก และศีรษะแตก)^{2,3,6} ทางเพศ (ช่องคลอดบาดเจ็บ ติดเชื้อ และตั้งครรภ์โดยไม่ไดวางแผน หรือพึงประสงค์)^{3,7,8} และทางจิตสังคม (วิตกกังวล เครียด รู้สึกไร้คุณค่า ซึมเศร้า หวาดกลัว แยกตัวไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้)^{4,7,8} รวมถึงมีผลต่อการตั้งครรภ์ทำให้ไม่มาฝากครรภ์ หรือมาล่าช้า ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ใช้สารเสพติด และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้^{8,9} เช่น แท้งบุตร ตกเลือดก่อนคลอด คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกตายในครรภ์หรือตายคลอด เป็นต้น

จากการทบทวนปัจจัยเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสพบหลายระดับแต่ที่เป็นจุดเริ่มต้นและสำคัญนั้นมี 2 ปัจจัยหลักตามทฤษฎีชีวนิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์¹⁰ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล แบ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส การใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ และความฉลาดทางอารมณ์) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ การมาฝากครรภ์ครั้งแรก

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ คลอด และแท้ง การวางแผนตั้งครรภ์) และปัจจัยด้านสุขภาพจิต (วิตกกังวล เครียด และซึมเศร้า) 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น สัมพันธภาพ การสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ผลการสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในประเทศไทย¹¹ พบว่าสาเหตุหลักนอกจากจะมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และทัศนคติของผู้กระทำแล้ว ยังพบสาเหตุสำคัญที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงระหว่างคู่สมรสมากขึ้นคือ พฤติกรรมการโต้เถียง การทะเลาะวิวาท การเผชิญหน้าโดยตรง และการควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์และควบคุมอารมณ์ได้นั้นจะสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหรือความขัดแย้งได้ดีลดความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้¹² โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความฉลาดทางด้านอารมณ์สูงจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$)¹³ ในขณะเดียวกันสัมพันธภาพกับคู่สมรสก็มีผลต่อความรุนแรง หากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคู่สมรสก็มีความรุนแรงก็จะสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งพบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีหรือมีความพึงพอใจในชีวิตคู่มีโอกาสการได้รับความรุนแรงลดลงร้อยละ 17.9 ($\beta = -.179$, $p < 0.05$)⁴ ส่วนการสื่อสารระหว่างคู่สมรสถือเป็นปัจจัยที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพ หากสตรีตั้งครรภ์ขาดการสื่อสารหรือการเจรจาต่อรองที่ดีเกิดการโต้เถียงกันกระตุ้นให้เกิดความโกรธและใช้ความรุนแรงต่อกันได้¹⁴ สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ควรได้รับความช่วยเหลือที่ดีจากครอบครัวและเพื่อน¹⁵ เนื่องจากพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดการช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะได้รับความรุนแรงครั้งหนึ่งในชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 3.1 เท่า (AOR = 3.1; 95% CI: 2.4-3.9) และมากกว่า 1 ครั้งเพิ่มขึ้น

2.9 เท่า (AOR = 2.9; 95% CI: 2.2–3.8)¹⁶

ปัจจุบันการวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบภาคตัดขวาง
อุบัติการณ์ความรุนแรงจึงแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ ประเด็นหลัก
เกิดจากสามีทำร้ายภรรยา¹¹ โดยภาคใต้เป็นภูมิภาคที่มี
ความรุนแรงในครอบครัวสูงที่สุดพบ ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่เป็น
ความรุนแรงที่เกิดสมรสเช่นเดียวกัน¹⁷ โดยผลการวิจัยในพื้นที่ชี้
ให้เห็นว่า ลักษณะครอบครัว สังคม ภาษา วัฒนธรรม ฐานะ
เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด
ความเครียดสะสม ส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ การสร้าง
สัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดี รวมไปถึงขาดแหล่งช่วยเหลือ
ต่างๆ ทำให้เกิดความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ง่าย^{3,11,12,17}
และมากขึ้นทุกปี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยระดับบุคคล
และระหว่างบุคคลซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญของการใช้
ความรุนแรง ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์การใช้ชีวิตคู่
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสื่อสารระหว่างคู่สมรส
และการสนับสนุนทางสังคมต่อการเกิดความรุนแรงในสตรี
ตั้งครรภ์ ผลการวิจัยนี้นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาล
สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส อันจะช่วย
ป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาและทารกได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของความฉลาดทางอารมณ์
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสื่อสารระหว่างคู่สมรส

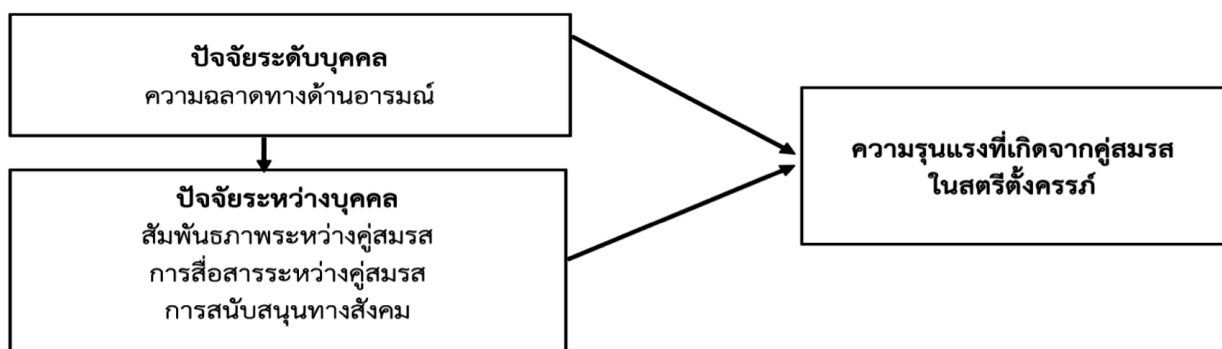
และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส
ในสตรีตั้งครรภ์

สมมติฐาน

ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่าง
คู่สมรส การสื่อสารระหว่างคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม
มีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีชีวนเวศวิทยาของการพัฒนา
มนุษย์¹⁰ อธิบายความสัมพันธ์ว่า พฤติกรรมมนุษย์เกิดจาก
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และสามารถ
เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา (Process-Person-Context-
Time model) นำมาอธิบายการวิจัยนี้ได้ว่า ความรุนแรง
ที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน
ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคลภายใต้บริบท
ของสังคมหรือวัฒนธรรมนั้นๆ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยระดับ
บุคคล (ความฉลาดทางอารมณ์) และปัจจัยระหว่างบุคคล
(สัมพันธภาพกับคู่สมรส การสื่อสารระหว่างคู่สมรส และ
การสนับสนุนทางสังคม) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับ
ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและนำมาพัฒนาเป็นแนวทาง
ในการแก้ไขปัญหาได้ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย
(Predictive correlational design)

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์
ณ โรงพยาบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

(Accidental sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ตั้งครรภ์
เดี่ยว อายุระหว่าง 18-44 ปี 2) ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น
4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนประชากรที่ศึกษาไม่แน่นอน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมความชุกของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในประเทศไทยและเลือกใช้ความชุกที่ร้อยละ 15 ซึ่งเป็นงานวิจัยใกล้เคียงศึกษาในสตรีทั่วไป เขตภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี มาคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5% ได้ค่า Z เท่ากับ 1.96 แทนค่าในสมการดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2} = \frac{0.15(1-0.15) \times 1.96^2}{0.05^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 216 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง การวางแผนการตั้งครรภ์ และการดื่มแอลกอฮอล์ของคู่สมรส

2. แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์การใช้ชีวิตคู่ จำนวน 20 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ประชาชนไทยอายุ 18-60 ปี¹⁸ เพื่อให้ครอบคลุมบริบทของความรุนแรงจากการใช้ชีวิตคู่ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 (จริงมาก) จนถึง 1 (ไม่จริงเลย) คะแนนรวม 20-100 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่ามีความสามารถทางอารมณ์ในการใช้ชีวิตคู่สูง

3. แบบสอบถามความสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส จำนวน 21 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส¹⁹ มี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อ 1-12 เป็นความเห็นพ้องกัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 (เห็นพ้องกันมากที่สุด) จนถึง 0 (ไม่เห็นพ้องกันเลย) 2) ข้อ 13-21 เป็นความกลมเกลียวและพึงพอใจ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 (ตลอดเวลา) จนถึง 0 (ไม่เคยเลย) รวม 0-84 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดีมาก

4. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างคู่สมรส จำนวน 8 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสื่อสารในครอบครัว²⁰ ประเมินพฤติกรรมการสื่อสารระหว่างคู่สมรสเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่จริงเลย, 2 = เกือบไม่จริง, 3 = จริงบ้าง, 4 = จริง, 5 = จริงที่สุด) รวม 8-40 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีการสื่อสารระหว่างคู่สมรสที่ดี

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (MOS-SSS) จำนวน 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย²¹ ใช้ประเมินแหล่งการสนับสนุนจากสามีและครอบครัว แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) อารมณ์และข้อมูลข่าวสาร 2) บุคคล 3) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด และ 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ในเชิงบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเลยสักครั้ง, 2 = ไม่กี่ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = ส่วนใหญ่, 5 = ตลอดเวลา) รวม 15-75 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

6. แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Scale: AAS) จำนวน 3 ข้อ ฉบับภาษาไทย²² มีคำถามจำนวน 5 ข้อ (AAS1-5) ผู้วิจัยเลือกใช้จำนวน 3 ข้อ เพื่อประเมินความรุนแรงทางกาย (AAS3) ทางเพศ (AAS4) และทางจิตใจ (AAS5) ในขณะตั้งครรภ์ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (1=ใช่, 0=ไม่ใช่) การแปลผลหากตอบว่า “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งถือว่า สตรีตั้งครรภ์รายนั้นได้รับความรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 6 ชุดผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาของการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ .96, .95, .98, .84, .97 และ .89 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้คุณภาพ และนำแบบสอบถามชุดที่ 2-5 ไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องอิทธิพลของความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพ การสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 11 ภาคใต้

ตอนบน ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC2022/011 (17 มกราคม 2565 ถึง 16 มกราคม 2566) และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 65-0040 (20 กรกฎาคม 2565 ถึง 20 กรกฎาคม 2566) ผู้วิจัยคำนึง ถึงความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ และการมีเอกสิทธิ์ โดยชี้แจงข้อมูลการวิจัยอย่างละเอียด เปิดโอกาส ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยไม่มีการบังคับ หากยินดีเข้าร่วม การวิจัยสามารถแสดงเจตนายินยอมด้วยวาจาได้ และสามารถ ถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ตามปกติ แบบสอบถามทุกชุดจะใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อ-สกุล ใส่ช่องเอกสารปิดมิดชิดป้องกันความเสี่ยงจากข้อมูลรั่วไหล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคลในห้องที่เป็น สัดส่วน เจียบสงบ และเป็นส่วนตัวสูง ไม่มีบุคคลเข้าออก ผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ เท่านั้น เอกสารทั้งหมดผู้วิจัยจะทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่ทำการศึกษแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานงาน กับพยาบาลวิชาชีพของหน่วยงานเพื่อคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวและเชิญ สตรีตั้งครรภ์ไปยังห้องที่เป็นส่วนตัว ชี้แจงประโยชน์และ ความเสี่ยงต่างๆ บอกขั้นตอนเข้าร่วมการวิจัย และให้อ่าน เอกสารชี้แจงการวิจัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วม หากยินดีเข้าร่วม ให้แสดงความยินยอมด้วยวาจาได้ ผู้วิจัยแจกซองเอกสารที่ใส่ แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด รวม 78 ข้อ ใช้เวลาตอบคำถาม 20-30 นาที ด้วยตนเองภายในห้องส่วนตัว เมื่อตอบแบบสอบถาม เสร็จเรียบร้อยให้นำใส่ซองเอกสารยื่นคืนให้ผู้วิจัยที่หน้าห้อง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือและนำกลุ่มตัวอย่างกลับ มานั่งรอพบแพทย์เพื่อตรวจตามเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำข้อมูลที่ได้นำ ตรวจสอบความถูกต้องและข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับความรุนแรง ที่เกิดจากคู่สมรสด้วยสถิติเพียร์สัน ตรวจสอบความสัมพันธ์

ของตัวแปรทำนายว่ามี Multicollinearity โดยใช้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายโดยใช้ สถิติ logistic regression แบบเข้าพร้อมกัน (Enter method) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบ Model Good fit ด้วย Hosmer and Lemeshow Test พบว่าเป็นไปตามข้อ ตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 216 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-43 ปี อายุเฉลี่ย 29.22 ปี (S.D. = 6.01) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรี (ร้อยละ 51.9) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 37.5) มีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย โดยอาชีพ ที่มีสัดส่วนสูงสุด คือ กิจการส่วนตัว (ร้อยละ 25.5) และ ข้าราชการ (ร้อยละ 25.0) รองลงมาคือ แม่บ้าน (ร้อยละ 22.2) รายได้เฉลี่ย 23,743 บาท/เดือน เกือบครึ่งหนึ่งมีสถานภาพ แต่งงาน/จดทะเบียน (ร้อยละ 45.8) และอยู่ด้วยกันไม่ได้ แต่งงาน (ร้อยละ 41.7) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 64.4 อายุครรภ์ระหว่าง 15-39 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 27 สัปดาห์ (S.D. = 5.32) ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 13 สัปดาห์ (ร้อยละ 84.3) มีเพียงร้อยละ 15.7 ที่มาฝาก ครรภ์ล่าช้า (Late ANC) และร้อยละ 19.9 ไม่ได้วางแผน การตั้งครรภ์ครั้งนี้ มีประวัติการแท้งร้อยละ 25 และคลอด ก่อนกำหนดร้อยละ 7 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด มีเพียงร้อยละ 7.9 ที่ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 7.4) และบ่อยครั้ง (ร้อยละ 0.5)

2. ความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่ สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างคู่สมรส การสนับสนุน ทางสังคม ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่เฉลี่ย 76.54 (S.D. = 11.22, range = 40-98) คะแนนสัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรสเฉลี่ย 68.21 (S.D. = 9.75, range = 33-84) คะแนน การสื่อสารระหว่างคู่สมรสเฉลี่ย 29.58 (S.D. = 4.38, range = 18-40) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 63.08 (S.D. = 9.38, range = 24-75) และพบความชุกของความรุนแรง ที่เกิดจากคู่สมรส ร้อยละ 21.8 เป็นทางกาย ทางเพศ และทาง จิตใจ ร้อยละ 31.11, 4.44, และ 64.45 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านอารมณ์ สัมพันธภาพ การสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ (N = 216)

ตัวแปร	Correlation Coefficients ®				
	1	2	3	4	5
1. ความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่	1				
2. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.197**	1			
3. การสื่อสารระหว่างคู่สมรส	.077	.081	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	.083	.058	.120	1	
5. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	-.186**	-.174*	.104	.117	1

*p < .05, **p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์ การใช้ชีวิตคู่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -1.86, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้ง

ครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -1.74, p < .05$) ส่วน การสื่อสารระหว่างคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ ($p > .05$)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าสู่ของตัวแปรทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ (N = 216)

ตัวแปรทำนาย	β	SE	Wald	p-value	OR	95%CI
ความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่	-.047	.018	6.530	.011*	.96	.92 - .99
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.049	.021	5.305	.021*	.95	.91 - .99
การสื่อสารกับคู่สมรส	.076	.041	3.436	.064	1.08	.99 - 1.17
การสนับสนุนทางสังคม	.032	.017	3.376	.066	1.03	.99 - 1.07
ค่าคงที่ (Constant)	4.079	2.142	3.626	.057	59.10	

Nagelkerke $R^2 = .14$, Cox & Snell R Square = .09, Hosmer-Lemeshow test $\chi^2 = 8.76, p = .36$,

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสใน สตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 14 (Nagelkerke $R^2 = .14$) โดยความ ฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่ และสัมพันธภาพระหว่างคู่ สมรส มีอิทธิพลทางลบต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรี ตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.047, \beta = .049, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนการสื่อสารระหว่างคู่สมรสและการ สนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้ ($p > .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิด จากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่และสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการป้องกันความ รุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ เป็นไปตามทฤษฎี ชีวิตนิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์¹⁰ โดยความฉลาด ทางอารมณ์เป็นปัจจัยส่วนบุคคล สตรีตั้งครรภ์ที่มีวุฒิภาวะ

ทางอารมณ์สูง จะสามารถยับยั้งจิตใจและลดการตอบโต้ด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็น “แรงขับ” ที่นำไปสู่ความขัดแย้ง การเผชิญหน้าเป็นไปในทางสร้างสรรค์มากกว่าการใช้ความรุนแรง ในขณะที่สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การที่คู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพที่ดีก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงบวก สื่อสารเข้าใจและให้เกียรติกัน ช่วยลดความขัดแย้ง และสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ที่ดี ผลวิจัยพบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงที่จากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ ($r = -1.86, p < .001$) และสามารถทำนายความรุนแรงที่จากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ได้ ($\beta = -.047, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย โอกาสเกิดความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจะลดลงร้อยละ 4 ($OR = .96; 95\% CI = .92 - .99$) ถือเป็นปัจจัยป้องกัน (protective factors) เมื่อวิเคราะห์อายุและระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับความรุนแรงมีอายุมากและจบการศึกษาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรง ($t = -7.69, p < .001$ และ $t = -2.97, p = .02$ ตามลำดับ) เป็นได้ว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์สูง สามารถรับรู้ เข้าใจ และจัดการอารมณ์ของตนเองและคู่สมรสได้ ลดอารมณ์โกรธหรือความคับข้องใจ มีการเห็นอกเห็นใจ ลดความขัดแย้งและความรุนแรงได้ โดยเฉพาะขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงที่มีอารมณ์แปรปรวนมาก สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความฉลาดด้านอารมณ์สูงจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงต่ำ ($p < .003$)¹³ ปัจจุบันมีผลงานวิจัยต่างประเทศยืนยันว่า ความฉลาดด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในครอบครัว ($r = .31, p = .001$) และความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรง ($r = -.26, p = .001$) แสดงให้เห็นว่า หากมีความฉลาดด้านอารมณ์สูงความสัมพันธ์ในครอบครัวจะดีขึ้น และลดการเกิดความรุนแรงได้²³

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงที่จากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ ($r = -1.74, p < .05$) และสามารถทำนายความรุนแรงที่จากคู่สมรสได้ ($\beta = -.049, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โอกาสเกิดความรุนแรงจะลดลงร้อยละ 5 ($OR = .95; 95\% CI = .91 - .99$) ถือเป็นปัจจัยป้องกัน (protective factors) เช่นกัน เมื่อวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงานได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสสูงกว่ากลุ่มที่แต่งงาน/จดทะเบียน คิดเป็น 2.34 เท่า ($OR = 2.34;$

$95\% CI = 1.12 - 4.84$) เป็นไปได้ว่า คู่สมรสที่แต่งงาน/จดทะเบียน อาจมีความผูกพัน ไว้วางใจ และให้เกียรติกัน มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสสูงทำให้มีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี มีแนวโน้มที่จะใช้กลไกการรับมือที่เป็นบวกเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งได้ ลดโอกาสการใช้ความรุนแรงซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สัมพันธ์ภาพที่ดี/มีความพึงพอใจในชีวิตคู่สูงจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงต่ำ^{14,23}

การสื่อสารระหว่างคู่สมรส ($p < .064$) และการสนับสนุนทางสังคม ($p < .066$) ไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้ แตกต่างจากผลวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าการสื่อสารระหว่างคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันความรุนแรงได้^{3,15,16,24} อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังไม่กล้ารายงานข้อมูลที่แท้จริง (underreporting) เนื่องจากความกลัวไม่กล้าเปิดเผยหรืออาย ข้อมูลที่ได้ยังไม่สะท้อนความเป็นจริง จึงทำให้ทั้งสองปัจจัยมีคะแนนสูงใกล้เคียงกัน มีความแปรปรวนต่ำ ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์กับความรุนแรงได้ อีกทั้งตัวแปรอื่นๆ ในโมเดลนี้มีอำนาจการทำนายที่สูงกว่าจึงทำให้ทั้งสองปัจจัยไม่สามารถทำนายตัวแปรตามได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรสร้างรูปแบบพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์การใช้ชีวิตคู่เพื่อฝึกทักษะการรับรู้ และจัดการอารมณ์ในช่วงก่อนและขณะตั้งครรภ์เพื่อลดความรุนแรงและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

2. ควรคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย เมื่อพบความเสี่ยงควรประเมินความฉลาดทางอารมณ์และสัมพันธ์ภาพร่วมด้วย โดยมีช่องทางช่วยเหลือและเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยการสื่อสารระหว่างคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นหรือศึกษาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เพื่อเพิ่มอำนาจการทำนายของทั้ง 2 ตัวแปร

2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพให้เข้าใจถึงประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง รวมถึงพฤติกรรมของความฉลาดทางอารมณ์และการสร้างสัมพันธ์ภาพในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งช่วยให้เข้าใจลึกซึ้งยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Violence against women: prevalence estimates 2018. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Roman-Galvez RM, Martin-Pelaez S, Amezcua-Prieto C, Khan KS, & Bueno-Cavanillas A. Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2021;9(1):1-8.
3. 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)
4. Boonnate N, Tiansawad S, Chareonsanti J, & Thungjaroenkul P. Factors predicting intimate partner violence during pregnancy among Thai pregnant women. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2015;19(3):218-31. (in Thai)
5. Chuemchit M, Chernkwanma S, Rugkua R, Daengthern L, Abdullakasim P, & Wieringa SE. Prevalence of intimate partner violence in Thailand. *Journal of Family Violence*. 2018;33(5):315-23. (in Thai)
6. Tran DT, Murray L, Thang TV, & Vo TV. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: A scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016-2021. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):315-29.
7. Ghazanfarpour M, Khadivzadeh T, Rajab Dizavandi F, Kargarfard L, Shariati K, & Saeidi M. The Relationship between Abuse during Pregnancy and Pregnancy Outcomes: an overview of meta-analysis. *International Journal of Pediatrics*. 2018;6(10):8399-405.
8. Ibrahim ZM, Ahmed WS, El-Hamid SA, & Hagraas AM. Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence risk factors and adverse maternal and fetal outcomes. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. 2015;42(2):213-19.
9. Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, & Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. *Reproductive health*. 2019;16(1):1-9.
10. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*. 1977;32(7):513-31.
11. National Statistical Office, United Nations Children's Fund Thailand. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2019: Final Report. Bangkok: National Statistical Office; 2020. (in Thai)
12. Schrauben SJ, & Wiebe DJ. Health literacy assessment in developing countries: a case study in Zambia. *Health Promotion International*. 2017;32(3):475-81.
13. Tsirigotis K, & Luczak J. Emotional intelligence of women who experience domestic violence. *Psychiatric Quarterly*. 2016;87(1):165-76.
14. Sirinitiyaprapa V, Puengposop N, & Junprasert T. Communication in conflict resolution of the Generation Y Thai couples in Bangkok. *Journal of Behavioral Science for Development*. 2017;9(2):203-19. (in Thai)

15. Sigalla GN, Rasch V, Gammeltoft T, Meyrowitsch DW, Rogathi J, Manongi R, et al. Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania. *BioMed Central Public Health*. 2017;17(1):1-10.
16. Nguyen TH, Ngo TV, Nguyen VD, Nguyen HD, Nguyen HTT, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy in Vietnam: prevalence, risk factors and the role of social support. *Glob Health Action*. 2018;11(3):1-8.
17. Kongsakon R. National survey on the prevalence of violence against women and family members in Thailand 2017. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University and Thai Health Promotion Foundation (Thai Health); 2017. (in Thai).
18. Department of Mental Health, & Ministry of Public Health (Thailand). Emotional Intelligence Assessment for Adults (aged 12–60 years). 2016. (in Thai)
19. Sukwanawat W. Self-esteem, perception of infant behavior, marital relationship, and maternal role performance among postpartum adolescent mothers [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University;1998. (in Thai)
20. Watcharasintu J, Kamngern R, Sriprasarn C, & Cheewanan N. Factors related to family violence among school-aged children. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2018;5(2):189-200. (in Thai)
21. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S, & Vorapongsathorn T. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(4):269-283. (in Thai)
22. Thananowan N, & Heidrich SM. Intimate Partner Violence Among Pregnant Thai Women. *Violence Against Women*. 2008;14(5):509-27. (in Thai)
23. Mokhtari F, Vakilian K, Moslemi A, Shabani F, & Ebrahimi A. Factors related to maternal-fetal attachment in pregnant mothers: an analytical cross-sectional study. *New Emirates Medical Journal*. 2024;5(1):1-7.
24. Ross R, Saenyakul P, & Somprasert M. Social support and intimate partner violence as predictors of insomnia among Thai women. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(1):128-37. (in Thai)