

บทความวิชาการ

วิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหามารยาตการรุนแรงที่เกิดจากคู่รักขณะตั้งครรภ์

Interventions for Preventing, Reducing and Responding to Intimate Partner Violence against Pregnant Women

Received: Mar 5, 2021
Revised: May 23, 2021
Accepted: May 27, 2021

ปัญญาวดี ทองแก้ว ปร.ด. (Punyawadee Thongkaew, Ph.D.)¹
วัชรภรณ์ หุนตระกูล ปร.ด. (Watcharaporn Huntranee, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ความรุนแรงเกิดขึ้นกับผู้หญิงได้ทุกช่วงเวลารวมถึงขณะตั้งครรภ์ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลถึงความบาดเจ็บทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และอาจถึงแก่ชีวิตของผู้หญิงตั้งครรภ์แล้วยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ซึ่งอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด มีความพิการหรือตายได้ บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการที่จะดูแลและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ผู้ประสบต่อการกระทำที่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอวิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหามารยาตการรุนแรงที่เกิดจากคู่รักในหญิงตั้งครรภ์ที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศต่าง ๆ โดยสังเคราะห์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

ประเด็นสำคัญ: วิธีการที่ใช้ในการดูแล ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา รวมถึงป้องกันความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์มีมากมายหลายวิธี ได้แก่ การคัดกรอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเยี่ยมบ้าน และอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงาน ถึงวิธีการในการดำเนินการที่ได้ผลดีที่สุดในการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขความรุนแรงขณะตั้งครรภ์เพราะประเด็นดังกล่าวมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไปตามบริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำและของแต่ละสถานการณ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

สรุป: วิธีการที่ใช้ในการดำเนินการแต่ละวิธีการมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ทำให้ผลที่ได้จึงแตกต่างกันไป ดังนั้นการนำไปใช้ต้องมีการประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับความพร้อมของแต่ละหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ: แนวทางที่นำเสนอสามารถนำไปพัฒนาหรือศึกษาวิจัยต่อ โดยอาจประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละพื้นที่หรือประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกใช้ความรุนแรง

คำสำคัญ: ความรุนแรงระหว่างคู่รัก, หญิงตั้งครรภ์, วิธีการป้องกัน

¹Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: punyawadee.t@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ E-mail: watcharaporn.hun@gmail.com

¹Borommarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

²Nang Rang Hospital, Buri-rum, Thailand

Abstract

Introduction: Intimate Partner Violence (IPV) can occur at any time in the lives of women including during pregnancy. The significant negative health consequences of IPV against women are well documented, especially among pregnant women. There have been several evidence indicating that IPV during pregnancy is associated with maternal and fetal morbidity and mortality. Healthcare professionals play an important role and are in a good position to help pregnant women who experience IPV.

Objectives: The purpose of this article was to provide a comprehensive compilation of interventions for preventing, reducing and responding to IPV against pregnant women in healthcare setting for the sake of implementation of effective and appropriate interventions.

Key issues: There have been numerous well-documented preventive interventions for IPV during pregnancy such as screening, empowerment and home-visiting interventions. However, the best and most effective intervention to reduce or stop this form of violence has not been confirmed. Therefore, learning the implementation of interventions for IPV is crucial for adapting, improving and developing the further interventions.

Conclusions: Each type of intervention might result in different levels of success and come with its own set of pros and cons. To implement these interventions in a new context, the research and adaptation are required.

Implications: Based on the studies reviewed in this articles, these preventive interventions can be served as a guide to create and generate IPV prevention interventions for other vulnerable people.

Keywords: Intimate partner violence, pregnant women, IPV prevention intervention

บทนำ

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่รัก (Intimate Partner Violence: IPV) คือ พฤติกรรมที่คู่รักกระทำต่อคู่ของตนเอง โดยการข่มขู่หรือกระทำการให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย เช่น ตบ เตะ ต่อย ตี ด้านเพศ เช่น การทำอนาจาร ข่มขืนกระทำชำเรา และการบังคับขู่เข็ญในเรื่องเพศ การทำร้ายทางด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก เช่น การล้อเลียน ว่ากล่าวให้อับอาย หรือการข่มขู่ต่าง ๆ นอกจากนั้นยังรวมถึงการบังคับให้กระทำหรือไม่ให้กระทำการบางอย่าง เช่น ห้ามติดต่อกับครอบครัวหรือเพื่อน การจำกัดการศึกษา การเข้ารับ

การรักษาและควบคุมการใช้เงิน โดยคู่รักนี้หมายรวมถึงคู่รักทั้งในปัจจุบันและอดีต คู่รักต่างเพศหรือเพศเดียวกัน^{1,2} ความรุนแรงที่เกิดจากคู่รักเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีความสำคัญทั้งในแง่ของสุขภาพและสิทธิมนุษยชน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทั่วโลกโดยไม่ขึ้นกับการศึกษา เศรษฐฐานะ อายุ ศาสนา หรือวัฒนธรรม^{3,4} ผู้กระทำความรุนแรงเป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่ส่วนใหญ่ผู้กระทำรุนแรงเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้หญิงทั่วโลกมีประสบการณ์ในหนึ่งช่วงชีวิตที่เคยถูกคู่รักกระทำรุนแรงทั้งทางร่างกาย และหรือทาง

ด้านเพศ ประมาณร้อยละ 38 ของผู้หญิงทั่วโลกถูกฆ่าโดยคู่รักสามีหรือแฟน⁴ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลารวมถึงขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงโดยคู่รักในขณะตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลาย ๆ งานวิจัย (meta-analysis) ซึ่งรวบรวมมาจาก 92 งานวิจัยของ 23 ประเทศทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 28.40 ของหญิงตั้งครรภ์ถูกทำร้ายด้านอารมณ์และความรู้สึก ร้อยละ 13.80 ถูกทำร้ายด้านร่างกาย และร้อยละ 8 ถูกทำร้ายด้านเพศโดยสามี⁵

สำหรับประเทศไทยความชุกของการถูกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์ พบตั้งแต่ร้อยละ 1.90 ถึง ร้อยละ 34⁶⁻¹⁰ เมื่อแบ่งตามชนิดของการถูกทำร้ายในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงพบว่า ร้อยละ 1.90 ถึง 15.90 ถูกทำร้ายด้านร่างกาย ซึ่งบริเวณที่ถูกทำร้ายบ่อยที่สุดคือ บริเวณใบหน้าและศีรษะ (ร้อยละ 86) ตามมาด้วยบริเวณแขนและไหล่ (ร้อยละ 30) และบริเวณเต้านม (ร้อยละ 22) บริเวณหน้าท้องเป็นบริเวณที่พบได้น้อยที่สุด (ร้อยละ 8) ร้อยละ 4.50 ถึง 10.50 ถูกทำร้ายด้านเพศ และร้อยละ 3 ถึง 10.80 ถูกทำร้ายด้านอารมณ์และถูกจำกัดด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ผู้กระทำรุนแรงคือ สามี (ร้อยละ 78.30)^{6,8} ผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการถูกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นได้ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และต่อทารกในครรภ์ หลายงานวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจะเกิดภาวะซึมเศร้า เครียด และเกิดภาวะป่วยทางจิตหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย¹¹ และยังพบอีกว่า พฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างในขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงโดยคู่รัก เช่น ฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และหรือใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์^{12,13} สำหรับทารกนั้นพบว่า แรกเกิดจะมีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ตัวเล็ก (small for gestational age) คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) และอาจรุนแรงถึงขั้นแท้ง (abortion) ได้^{14,15} นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อเด็กโตขึ้นจะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ทั้งปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก (externalising problems) และปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกด (internalising problems)¹⁴

จะเห็นได้ว่าปัญหาความรุนแรงเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายควรให้ความสนใจเนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นสามารถส่งผลได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งกับหญิงตั้งครรภ์และเด็กที่จะเกิดมาด้วย และปัญหานี้ยังคงมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนั้นจากข้อมูลที่ได้ชัดเจนจากหลาย ๆ งานวิจัยคือ ร้อยละ 27-30 ของผู้หญิงที่มาได้รับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลถูกระทำรุนแรง ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้หญิงส่วนหนึ่งที่ไมยอมเปิดเผยข้อมูลในเรื่องที่ถูกกระทำรุนแรงให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และบางส่วนที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ซักถามถึงสาเหตุของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นกำลังสำคัญในการที่จะช่วยคัดกรองผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและมารับการรักษาที่โรงพยาบาล^{16,17}

สำหรับหญิงตั้งครรภ์แพทย์และพยาบาลที่อยู่หน่วยฝากครรภ์มีโอกาสได้ดูแล คัดกรอง และพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นบุคลากรที่สามารถเข้าถึงกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่น ๆ หากแพทย์และพยาบาลเหล่านี้มีความตระหนักในเรื่องของการถูกระทำรุนแรงจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการช่วยเหลือที่ทันทั่วถึง ถูกต้อง และเหมาะสม อย่างไรก็ตามขั้นตอนต่าง ๆ ในการคัดกรอง ดูแล และช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำรุนแรงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเนื่องจากมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งในเรื่องของทัศนคติส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์และหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์อาจจะมองว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัวที่บุคคลภายนอกไม่ควรไปยุ่งเกี่ยวด้วย หรือการที่หญิงตั้งครรภ์มองว่าเป็นเรื่องน่าอายที่จะเปิดเผยให้บุคคลภายนอกรับรู้ของตนเองโดนสามีหรือคู่รักกระทำรุนแรง¹⁸ และยังมีปัจจัยที่สำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องนโยบายของโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแนวทางชัดเจนในการให้ความช่วยเหลือแก่หญิงตั้งครรภ์เมื่อเปิดเผยว่าถูกระทำรุนแรง โดยปัญหาดังกล่าวนี้อาจเป็นปัญหาสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก ดังเช่น งานวิจัยของ Lauti และ Miller¹⁹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลกล่าวว่า การคัดกรองความรุนแรงระหว่างคู่รักเปรียบเสมือนการเปิดกระป๋องที่เต็มไปด้วยหนอน (opening a can of worms) เนื่องจากเมื่อเปิดขึ้นมาแล้วไม่รู้จะต้องจัดการต่ออย่างไร และเป็นเรื่องยากที่จะดำเนินการให้

ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นวิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไข ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงเหล่านี้จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจและน่าศึกษา เพื่อนำมาประยุกต์หรือปรับใช้และนำมาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือต่อไป วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากคู่รักขณะตั้งครรภ์โดยเน้นในด้านที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

วิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากคู่รักขณะตั้งครรภ์

ช่วงระยะเวลาที่ผู้หญิงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ถือเป็นโอกาสทอง (window of opportunity) ของบุคลากรทางการแพทย์ในการที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง เนื่องจากมีโอกาสได้พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปิดเผยในเรื่องของการถูกกระทำรุนแรง การให้การดูแล และช่วยเหลือ หากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ต้องการที่จะยุติความสัมพันธ์และต้องการความช่วยเหลือ^{14,20} วิธีการที่ใช้ในการดูแล ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา รวมถึงป้องกันความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การคัดกรอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นต้น แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนบ่งบอกว่าวิธีการไหนที่มีประสิทธิภาพหรือดีที่สุด ดังนั้นวิธีการและแนวทางต่าง ๆ จึงเป็นเรื่องที่หลาย ๆ ประเทศให้ความสนใจศึกษาเพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในประเทศของตนเอง²⁰ โดยรายละเอียดของแต่ละวิธีการที่ใช้มีดังนี้

การคัดกรองทุกคน (Universal screening)

การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาคความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ถูกกระทำรุนแรงและให้ความช่วยเหลือเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือผลที่ตามมาจากการถูกกระทำรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ตามคำแนะนำของ WHO การคัดกรองในระหว่างตั้งครรภ์ควรคัดกรองผู้หญิงทุกคนที่มาฝากครรภ์ โดยเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้คัดกรองจะต้องเคยผ่านการอบรมวิธีการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือผู้ถูกกระทำ

รุนแรงมาก่อน นอกจากนั้นสถานที่ที่คัดกรองจะต้องมีความเป็นส่วนตัว เป็นความลับ และการส่งต่อต้องมีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้วิธีการนี้ประสบความสำเร็จได้²¹ วิธีการนี้ถูกนำไปใช้ในหลาย ๆ ประเทศ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ และสหรัฐอเมริกา²² กระทรวงสาธารณสุขของประเทศออสเตรเลียได้ออกคู่มือการปฏิบัติงาน (Pregnancy Care Guidelines) โดยแนะนำให้ผดุงครรภ์คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเกี่ยวกับความรุนแรงเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และแนะนำให้มีการจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพในการคัดกรอง ดูแล และช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง²² เช่นเดียวกับ ประเทศสหรัฐอเมริกาที่แนะนำโดย The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) และ The American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) และประเทศนิวซีแลนด์ที่แนะนำโดย Norwegian Directorate of Health ให้บุคลากรทางการแพทย์คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง รวมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือแก่หญิงเหล่านั้นด้วย^{23,24}

สำหรับวิธีการคัดกรองจะแตกต่างกันไป ตามบริบทของประเทศและระบบสุขภาพของประเทศนั้น ๆ²⁵ ซึ่งอาจคัดกรองด้วยการให้กรอกข้อมูลเอง (self-administrated questionnaire) โดยการตอบลงในแบบสอบถามที่เป็นชุดกระดาษ (paper-pencil administration) การทำแบบสอบถามในคอมพิวเตอร์ (computerised administration) หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นคนคัดกรองด้วยการซักถาม (face-to-face interview) โดยแบบสอบถามเหล่านี้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น Partner Violence Screen (PVS) ที่เป็นแบบสอบถามที่สั้นที่สุดซึ่งมีเพียง 3 ข้อคำถาม ส่วน Women Abuse Screening Tool (WAST) ยาวที่สุดประกอบไปด้วย 8 ข้อคำถาม และ Hurt, Insult, Threaten, and Scream (HITS) เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามเพียง 5 ข้อ แต่ใช้เวลานานหลายนาทีในการคำนวณ ดังนั้น WAST และ HITS จึงเป็นแบบประเมินที่ไม่เหมาะสมที่จะใช้หากมีเวลาจำกัดและมีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการจำนวนมาก²⁶

อย่างไรก็ตาม วิธีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์นี้ยังพบปัญหาอีกมาก เช่น งานวิจัยในประเทศออสเตรเลียได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการคัด

กรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรง ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์และการสำรวจทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ใน แพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ พบว่า ไม่มีเวลา ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ หรือแหล่งส่งต่อเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ถูกระทำรุนแรง ปัญหาความรุนแรงเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทำให้ไม่อยากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับ ไม่รู้และไม่แน่ใจว่าจะต้องจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร ไม่มีแหล่งส่งต่อที่เหมาะสม ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงเพียงพอ ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของตนเองที่ต้องรับผิดชอบในการคัดกรอง ขาดการได้รับการฝึกอบรมในการดูแลและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบปัญหาถูกระทำรุนแรง^{27,28} สอดคล้องกับงานวิจัยของ Henriksen และคณะ²³ ซึ่งศึกษาในผดุงครรภ์ที่ทำงานในประเทศนอร์เวย์ โดยปัญหาเพิ่มเติมของการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ในเรื่องความรุนแรงคือ คิดว่าปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่รักเป็นปัญหาที่อ่อนไหว เป็นเรื่องภายในครอบครัว ไม่มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวที่จะคัดกรอง และบางส่วนคิดว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไม่น่าจะประสบกับปัญหานี้ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ปัญหาอื่น ๆ ที่พบคือปัญหาที่เกิดจากระบบและจากหญิงตั้งครรภ์ เช่น ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้ ไม่มีระบบส่งต่อที่ดีพอ หญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องการที่จะเปิดเผยเนื่องจากคิดว่าเป็นปัญหาส่วนตัว เป็นปัญหาในครอบครัว ความเชื่อส่วนบุคคลและวัฒนธรรมที่เชื่อว่าการถูกระทำรุนแรงเป็นเรื่องปกติที่ผู้ชายสามารถกระทำต่อผู้หญิงได้ ปัญหาต่าง ๆ ที่พบเหล่านี้ไม่แตกต่างจากปัญหาที่พบจากประเทศอื่น ๆ ที่ใช้วิธีการคัดกรองแบบเดียวกัน รวมถึงประเทศที่ใช้วิธีการคัดกรองแบบเลือก (selective screening) ก็พบกับปัญหาในการคัดกรองเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

สำหรับประสิทธิผลของแนวทางนี้นั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ เนื่องจากการคัดกรองแบบนี้เป็นมาตรการเปิดเผยในเรื่องของการถูกระทำรุนแรง แต่ไม่สามารถลดอัตราการถูกระทำรุนแรงได้ ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามจากหลักฐานที่พบของหลายงานวิจัยวิธีการนี้จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากทำการคัดกรองร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ และการช่วยเหลือต่าง ๆ การศึกษาของ The USPSTF พบว่าการคัดกรองพร้อมทั้งการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (early intervention) จะช่วยลดความรุนแรง และการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ

และยังพบอีกว่าการให้การช่วยเหลือแม้เพียงเล็กน้อย เช่น การให้บัตรเล็ก ๆ ที่มีคำแนะนำสำหรับผู้ถูกระทำรุนแรง การพูดคุยในเรื่องแผนความปลอดภัยหากต้องการที่จะออกจากความสัมพันธ์ (safety planning) การจัดหาหรือแนะนำที่พักชั่วคราวหรือบ้านพักฉุกเฉิน จะช่วยให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น^{20,25,29} ดังนั้นในการเลือกที่จะใช้วิธีการคัดกรองแบบนี้ นอกจากการเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพแล้ว การเพิ่มเติมในเรื่องของการให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นแหล่งช่วยเหลือ การเตรียมตัวเพื่อยุติความสัมพันธ์ก็เป็นวิธีการสำคัญที่จะทำให้การใช้แนวทางนี้เกิดประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งการเพิ่มเติมเหล่านี้ก็ไม่ใช่สิ่งที่สามารถทำได้ง่ายเพราะการเพิ่มเติมในการให้ความรู้ ความช่วยเหลือ และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์นั้นต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติ และการยอมรับของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบ และนโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นต้น

การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การค้นหาค่าหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกใช้ความรุนแรงและนำไปสู่แนวทางในการดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และการส่งต่อไปยังสถานที่หรือหน่วยงานที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้นการคัดกรองไม่จำเป็นจะเป็นการคัดกรองแบบคัดกรองทุกคนหรือเลือก ก็มีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นจะต้องเรียนรู้และได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและสามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment intervention)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นวิธีการที่ใช้หลักการที่มาจากพื้นฐานความรู้ที่ว่าผู้หญิงที่ไม่สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นมักถูกควบคุมและกระทำรุนแรงได้ง่ายกว่าผู้หญิงที่สามารถตัดสินใจ มีอำนาจในการดูแลตนเอง มีงานทำ และพึ่งพาตนเองได้³⁰ จากการศึกษาทั่วโลกพบว่า ผู้หญิงที่ถูก

กระทำรุนแรงมักมีความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำ รู้สึกตัวเองไม่มีค่า รวมถึงต้องพึ่งพาผู้รักด้านการเงิน³¹ โดยความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้กันอยู่ทั่วไป คือการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวคน ๆ นั้นให้สามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับความสุข ความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองได้อย่างอิสระ³⁰ ตัวอย่างในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง คือ การใช้ 4 กลยุทธ์ใน 3 ระดับ โดย 4 กลยุทธ์นี้คือ ความสามารถ (enabling) การสร้างเครือข่าย (linking) การกระตุ้น (catalyzing) และการเตรียมความพร้อม (priming) กลยุทธ์ทั้ง 4 นี้ถูกใช้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงใน 3 ระดับคือระดับปัจเจกบุคคล (intrapersonal หรือ micro level) ในระดับนี้ความสามารถของผู้หญิงจะถูกส่งเสริมโดยการให้ทางเลือก การให้ตระหนัก และรู้ถึงความเป็นจริงของเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การให้การดูแลช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ และการให้ความช่วยเหลือสำหรับที่อยู่อาศัย กระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการ ให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การจัดหางาน การฝึกอาชีพ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่ใช้ในระดับนี้ คือ ผู้หญิงเหล่านี้มีความรู้สึกมีค่าในตัวเอง (self-esteem) มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว สามารถเลือกการคุมกำเนิดได้อย่างอิสระ มีรายได้เป็นของตนเอง มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำอยู่ และมีความสามารถที่จะป้องกันการเกิดความรุนแรงได้ ระดับกลุ่มเครือข่าย (interpersonal หรือ mezzo level) สร้างเสริมความสามารถด้วยการสร้างกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือ การให้ทางเลือกสำหรับบริการการช่วยเหลือ การจัดหาที่พักชั่วคราว สร้างเครือข่ายด้วยการลดการแยกตัว การพัฒนาเครือข่ายชุมชนการช่วยเหลือ กระตุ้นด้วยการจัดทำโปรแกรมใหม่ ๆ สำหรับยุติการกระทำรุนแรง การเขียนกฎหมายและการขยายบริการการช่วยเหลือแก่เด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำ เตรียมความพร้อมด้วยการทำความเข้าใจในครอบครัวถึงผลกระทบของการถูกกระทำรุนแรงและการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในเรื่องนี้แก่สังคม โดยตัวอย่างตัวชี้วัดในระดับนี้ได้แก่ การมีอำนาจตัดสินใจของผู้หญิงในครอบครัว (intra-household decision-making power) และในระดับมหภาคหรือมีติดสถาบันทางสังคม (institutional หรือ macro level) จะเป็นการจัดตั้งโครงการอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้ถูกกระทำ การจัดตั้งแนว

ร่วมในระดับชาติเพื่อแก้ปัญหา การระดมทุนเพื่อทำงานวิจัยในการแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียม และการเตรียมประชาชนโดยการให้ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง³⁰⁻³²

นอกจากนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีการใช้ทฤษฎีอื่น ๆ เป็นตัวช่วยในการออกแบบโปรแกรมอีกด้วย ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจของ Dutton ซึ่งมีฐานคิดทางปรัชญาในเรื่องสตรีนิยม แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจด้วย Peace and Power ของ Chinn ที่ส่งเสริมพลังอำนาจโดยการเน้นในการส่งเสริมให้มีความเท่าเทียมกัน ให้เกิดความเป็นธรรมทางเพศภาวะ³³ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้หญิงนี้พบว่าเป็นแนวทางที่ถูกนำไปใช้ในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก รวมถึงนำไปใช้สำหรับการสร้างเสริมพลังอำนาจในหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักด้วยเช่นกัน โดยพบว่าแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในหญิงตั้งครรภ์นั้นส่วนใหญ่มักประกอบไปด้วย การพัฒนาให้ตระหนักถึงสาเหตุของความรุนแรง การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ตลอดจนการหาวิธีการแก้ปัญหาหรือยุติปัญหา การให้คำปรึกษา (supporting counselling) การให้ความรู้ และการให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการยุติความสัมพันธ์ สิ่งสำคัญที่ช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการรับฟังอย่างเข้าใจ การเข้าใจถึงมุมมองและความรู้สึกของผู้ถูกกระทำรุนแรงอย่างแท้จริง และการทำความเข้าใจว่าการถูกกระทำรุนแรงไม่ใช่ความผิดของผู้ถูกกระทำ การให้ความรู้และสอนให้เข้าใจในเรื่องวงจรของความรุนแรง (cycle of violence) การแนะนำให้มีความปลอดภัย (safety plan) สำหรับตนเอง³⁴

สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจในหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รัก ได้มีการศึกษาทั่วโลก ซึ่งผลที่ได้ก็แตกต่างกันไปตามบริบทของการศึกษา ลักษณะของประชากร และระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษานั้น ๆ ตัวอย่างของการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในหญิงตั้งครรภ์ที่พบ ได้แก่ Cripe และ Sanchez³⁴ ซึ่งทำวิจัยเชิงทดลองโดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์สองกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงโดยสามีในประเทศเปรู โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้รับการประเมินการถูกกระทำรุนแรงและให้บัตร (card) ที่มีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ และกลุ่มที่สองเพิ่มโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่าง

ของการถูกระทำรุนแรงของทั้งสองกลุ่ม แต่พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีอัตราการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมความปลอดภัยอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทั่วไป อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นนี้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมความปลอดภัยที่พบคือหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีการเก็บซ่อนเงินมากขึ้น มีการสร้างรหัสลับกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนหากต้องการความช่วยเหลือ มีการบอกกล่าวให้เพื่อนบ้านช่วยแจ้งตำรวจหากเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น มีสมุดเงินฝากของตนเอง มีการเก็บของมีค่าไว้กับตัวเอง และการจัดเตรียมกระเป๋าไว้ในกรณีที่ต้องออกจากบ้านทันที ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทย ที่ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มในหญิงตั้งครรภ์สองกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงและมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ให้กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มถูกระทำรุนแรงไม่ต่างกัน แต่เมื่อศึกษาภายในกลุ่มทดลองพบว่าการถูกระทำรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³³ ต่างจากการศึกษาในฮ่องกงที่ศึกษาโดยการแบ่งหญิงตั้งครรภ์ชาวจีนที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักภายใน 1 ปีที่ผ่านมา เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานสำหรับผู้ถูกระทำรุนแรงโดยคู่รัก และกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจและด้านร่างกายลดลง และสุขภาพร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน³⁵

นอกจากนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับโปรแกรมต่าง ๆ อีกมากมายเพื่อช่วยลดปัญหาการถูกระทำรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ ตัวอย่างเช่น โปรแกรม Strength for U in Relationship Empowerment (SURE) ซึ่งเป็นการใช้คอมพิวเตอร์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยลดการถูกระทำรุนแรงโดยคู่รักในหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางแท็บเล็ต พีซี (computer tablet) หรือทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ (mobile phone)³⁶ โปรแกรม The Safe & Sound ซึ่งเป็นการให้บริการปรึกษาร่วมกับการเสริมพลังอำนาจโดยพยาบาล (empowerment counselling model)³⁷ และ Domestic Violence Enhanced Home Visitation Programme (DOVE) ที่มีการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลัง

อำนาจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ร่วมกันกับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านเป็นต้น จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่หญิงตั้งครรภ์นี้ เป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อดำเนินการร่วมกับโปรแกรมอื่น ๆ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองเป็นสิ่งที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับหลาย ๆ กิจกรรมไม่ว่าจะเป็นในลักษณะของการพูดคุย ให้กำลังใจ บุคลากรทางการแพทย์ก็ยังสามารถที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ได้ด้วยเช่นกัน เช่น การให้รู้จักในคุณค่าของตนเอง การแนะนำให้สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ อย่างไรก็ตาม ในการใช้วิธีการนี้บุคลากรทางการแพทย์ก็ควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่กลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การเยี่ยมบ้าน (Home-visiting intervention)

การเยี่ยมบ้าน เป็นการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่มีมานาน โดยการบริการเยี่ยมบ้านนั้น พัฒนาและเริ่มต้นมาจากการทำงานกับกลุ่มคนหรือผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลและช่วยเหลือโดยเฉพาะ เช่น การให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ให้ความรู้พ่อแม่ในเรื่องทักษะการเลี้ยงลูก ติดตามพัฒนาการของเด็กทารกตั้งแต่แรกเกิด^{38,39} ในปัจจุบันการบริการเยี่ยมบ้านได้ครอบคลุมตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด หลังคลอด เด็กเล็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ไปจนถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งการเยี่ยมบ้านจะทำให้สามารถประเมินโครงสร้างของครอบครัวสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน อีกทั้งสามารถประเมินปัญหา อุปสรรคในการให้การดูแลช่วยเหลือ โดยดูบริบทจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและลักษณะของสมาชิกภายในบ้านได้อีกด้วย⁴⁰ ทำให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ไปทำการเยี่ยมบ้านสามารถที่จะเข้าถึงสาเหตุหลักของการเกิดปัญหานั้น ๆ และให้การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทั้งในเรื่องของปัญหาทางสังคมและปัญหาสุขภาพที่พบเจอ โดยโปรแกรมพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เป็นที่รู้จัก คือ The Nurse-Family Partnership (NFP) ที่พัฒนาโดย Olds และคณะ⁴¹ ซึ่งได้ทำการวิจัยด้วยวิธีการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomised control trial) ในสามรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยการแบ่งหญิงตั้งครรภ์เป็นสองกลุ่ม ให้กลุ่ม

ทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล NFP ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงทารกอายุครบ 2 ปี และติดตามผลเมื่อเด็กอายุ 3 ปี 6 ปี 9 ปี 12 ปี และ 15 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตามปกติได้รับค่าเดินทางเพื่อมาฝากครรภ์ การคัดกรองพัฒนาการของทารกและการส่งต่อหากมีปัญหาเมื่ออายุ 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี ซึ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์นี้จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ การศึกษาน้อย ว่างาน ครรภ์แรก อายุครรภ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์ และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในขณะตั้งครรภ์⁴¹⁻⁴³ ผลการศึกษาทดลองพบว่า ครอบครัวที่ได้รับบริการการเยี่ยมบ้านจะพบปัญหาเด็กขาดการดูแลและถูกทำร้ายร่างกายน้อยลง เด็กพร้อมที่จะเข้าเรียนมากขึ้น อัตราการทำงานและการได้รับการศึกษาของมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น และพบว่าการบริการเยี่ยมบ้านนี้ส่งผลดีในระยะยาวหลาย ๆ ด้านต่อเด็กที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน^{43,44} อย่างไรก็ตามผลการวิจัยเหล่านี้พบว่า การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเด็ก มักจะไม่ได้ผลหรือไม่ประสบความสำเร็จหากบ้านนั้นมีปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่รักที่เป็นพ่อแม่ของเด็ก หรือหากมารดาถูกระทำรุนแรงในขณะตั้งครรภ์⁴⁴ นอกจากนั้นยังมีอีกหลาย ๆ การศึกษาที่พบว่าหากผู้หญิงถูกระทำรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดผลเสียที่ตามมาต่อเด็ก ทำให้พบทบทความเป็นบิดามารดาไม่ดี มีการควบคุมบังคับเด็ก และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อเด็ก เด็กถูกทำร้ายร่างกายและไม่ได้รับการดูแลที่เพียงพอ (child abuse and neglect) สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่ดี ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากการขาดสนใจเฉพาะเรื่องการถูกระทำรุนแรง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ การศึกษาของ Bair-Merritt และคณะ⁴⁵ ที่พบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักในขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจร่างกายตามนัดและไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด^{45,46} ดังนั้นในปัจจุบันโปรแกรมการเยี่ยมบ้านจึงถูกพัฒนาเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรงควบคู่กับการให้การพยาบาลและดูแลในเรื่องอื่น ๆ ได้ด้วย⁴⁴ ตัวอย่างของการพัฒนานี้ได้แก่การเพิ่มความรู้ให้กับพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรง เพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการคัดกรอง ประเมิน และให้การช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง⁴⁷ จากข้อมูล

ดังกล่าวเบื้องต้น ในปัจจุบันนี้ การเยี่ยมบ้านจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่หลาย ๆ ประเทศนำมาใช้เพื่อดูแล ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รัก เช่น The Healthy Start Program (HSP) และ DOVE โปรแกรม ที่ศึกษาที่สหรัฐอเมริกา The MOtherS' Advocates In the Community (MOSAIC) ของประเทศออสเตรเลีย และ Voorzorg Program ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น^{42,48-50}

โปรแกรม HSP ทำการศึกษาวิจัยที่รัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ในครอบครัวที่มีความเสี่ยง เช่น รายได้ต่ำ แม่เลี้ยงเดี่ยว วัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยผู้ช่วยงานด้านสาธารณสุข (para-professional) เป็นผู้เยี่ยมบ้าน มีเป้าหมายหลักเพื่อลดปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลไม่ดี และลดการเกิดความเสี่ยงระหว่างคู่รักในครอบครัวนั้น ๆ ทำการติดตามผลการศึกษาในปีที่ 3 และปีที่ 9 ภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า อัตราการถูกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายโดยคู่รักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลัง 3 ปีแรก และอัตราการถูกระทำรุนแรงลดลงภายหลัง 9 ปี แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁵¹ อีกหนึ่งโปรแกรมที่ศึกษาที่สหรัฐอเมริกาคือ DOVE เป็นโปรแกรมเยี่ยมบ้านที่สร้างขึ้นมาเพื่อลดความรุนแรงของการถูกระทำรุนแรงโดยคู่รักในหญิงก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และภายหลังคลอดจนทารกอายุครบ 2 ปี เป็นโปรแกรมเยี่ยมบ้านควบคู่กับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาทำในหญิงตั้งครรภ์สองกลุ่มมีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป รายได้ต่ำ อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ มีประสบการณ์ถูกระทำรุนแรงโดยคนรักหรืออดีตคนรักในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านเหมือนกันนั่นคือ ขณะตั้งครรภ์ 3 ครั้งและภายหลังคลอดอีก 3 ครั้ง แต่กลุ่มทดลองที่ใช้ DOVE โปรแกรมจะมีการเพิ่มเติมการดูแลจากการเยี่ยมบ้านโดยปกติคือ การใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวความคิดของ Dutton (Dutton's empowerment model) โดยโปรแกรมจะเน้นไปในเรื่องการให้ข้อมูลและทางเลือกที่แตกต่าง เพื่อให้ผู้หญิงเหล่านี้เลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด ผลการศึกษาของโปรแกรมนี้ถือว่าประสบความสำเร็จ เนื่องจากพบอัตราการถูกระทำรุนแรงโดยคู่รักของผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵⁰ โปรแกรมต่อมาคือ MOSAIC เป็นการเยี่ยมบ้านที่

มีเป้าหมายเพื่อลดการถูกรังแกและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ และหรือเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่ประเมินโดยแพทย์และพยาบาลว่าถูกรังแกหรือมีภาวะซึมเศร้า รวมถึงมีเป้าหมายในการสร้างสัมพันธ์ภาพของแม่ลูกและสุขภาพจิตใจที่ดี ซึ่งผลการศึกษาโปรแกรมนี้พบว่า ผู้หญิงที่ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการถูกรังแกและภาวะซึมเศร้าโดยผู้รักถูกรังแกและลดลงแตกต่างจากผู้หญิงที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนจากการวิจัยในครั้งนี้ ถึงการลดลงของความเครียดหรือการเพิ่มขึ้นของสุขภาพจิตใจที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในเรื่องการถูกรังแก⁴⁹ ส่วนโปรแกรม VoorZorg เป็นโปรแกรมเยี่ยมบ้านที่ดัดแปลงมาจากโปรแกรม NFP และแปลเป็นภาษาดัตช์ (Dutch language) พัฒนา ศึกษา และทดลองประยุกต์ใช้กับระบบสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยเป็นการเยี่ยมบ้านที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาการกระทำและถูกรังแกในคูรักรักของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการศึกษาน้อยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ของประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยการศึกษาในครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่แตกต่างจากมาตรฐานทั่วไป คือ มีการเพิ่มช่องทางการติดต่อระหว่างหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลเยี่ยมบ้านด้วยการใช้ข้อความทางโทรศัพท์ การพูดคุยทางโทรศัพท์ และการใช้สื่อสังคมต่าง ๆ โดยเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านคือการดูแลสุขภาพมารดาในขณะตั้งครรภ์เพื่อให้เด็กที่คลอดออกมามีคุณภาพมากที่สุด ซึ่งทุกการพยาบาลจะมีการแทรกการดูแลช่วยเหลือในเรื่องความรุนแรงระหว่างคูรักรักไปด้วย พยาบาลเยี่ยมบ้านจะค่อย ๆ แก้ปัญหาความรุนแรงระหว่างคูรักรักด้วยการลดความเครียด การช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์มีรายได้เป็นของตนเอง หรือการให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย นอกจากนี้พยาบาลเยี่ยมบ้านก็จะประเมินคัดกรองความเสี่ยงของการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ให้ความรู้ในเรื่องความรุนแรงระหว่างคูรักรัก ความรู้เรื่องผลกระทบของการใช้ความรุนแรงต่อเด็ก การแนะนำให้แยกแยะความรุนแรงโดยใช้วงล้อของอำนาจและการควบคุม (Power and Control Wheel) ซึ่งเป็นวงล้อที่จะทำให้เห็นถึงประเภทต่าง ๆ ของการถูกรังแกที่ผู้กระทำใช้เพื่อควบคุมผู้ถูกรังแก ผลการศึกษาทดลองพบว่า โปรแกรมเยี่ยมบ้าน VoorZorg

สามารถช่วยลดการกระทำและถูกรังแกในคูรักรักขณะตั้งครรภ์และเมื่อทารกอายุครบ 2 ปีได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดการถูกรังแกหรือปัจจัยที่ส่งเสริมการถูกรังแกระหว่างคูรักรัก เช่น ความเครียด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม⁴⁷ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยลดการถูกรังแกในหญิงตั้งครรภ์สามารถช่วยลดการถูกรังแกโดยรวมทั้งยังส่งผลต่อการให้การดูแลเด็กและพัฒนาการของเด็กอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคในการใช้วิธีการนี้ที่พบก็ยังมีอยู่มาก ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องอาจจะทำให้ประสิทธิภาพของวิธีการนี้ลดลงได้เช่นกัน โดยปัญหาที่พบของการใช้วิธีการบริการเยี่ยมบ้านร่วมกับการแก้ปัญหาการถูกรังแกได้แก่ ปัญหาในเรื่องของการใช้เครื่องมือในการประเมินการถูกรังแก ซึ่งเกิดได้ทั้งจากตัวเครื่องมือ ตัวผู้ถูกประเมินและผู้ประเมินเองด้วย ตัวอย่างเช่น การมีแบบประเมินหรือแบบฟอร์มที่มากเกินไปในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง และการที่ต้องประเมินในเรื่องของการถูกรังแกรุนแรงอาจทำให้เกิดความรู้สึกที่อึดอัดใจทั้งกับผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน เนื่องจากบางครั้งข้อหรือบางวัฒนธรรมเรื่องความรุนแรงระหว่างคูรักรักถือเป็นเรื่องที่อ่อนไหว (sensitive issue) เป็นเรื่องภายในครอบครัวที่ไม่ควรเปิดเผยแก่บุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการประเมินครั้งนั้นเป็นครั้งแรกที่พบกันของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน หรือความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ประเมินเพราะกลัวทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา กลัวว่าจะไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่ถูกประเมิน⁵² ปัญหาอื่นที่พบคือ ความยากในการเข้าถึงแหล่งให้บริการช่วยเหลือ เช่น อยู่ไกล การเดินทางลำบาก ไม่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ เมื่อพบปัญหาการถูกรังแกโดยคูรักรัก ปัญหาที่เกิดจากผู้ที่ไม่เยี่ยมบ้านทั้งพยาบาลและผู้ช่วยบริการทางสาธารณสุข คือ ไม่มีความรู้และไม่ได้รับการอบรมในเรื่องการคัดกรอง ดูแล และช่วยเหลือผู้ถูกรังแกอย่างเพียงพอ ปัญหาการส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁵³ ซึ่งปัญหาขาดความรู้และการฝึกอบรมของบุคลากรที่ไปเยี่ยมบ้านนั้นเป็นเรื่องที่หลาย ๆ ประเทศกำลังพัฒนาและศึกษา ตัวอย่างเช่น Dyer และ Abildso⁵² ได้ทำการศึกษาถึงผลของการฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องความรู้ ทักษะ และความสามารถในการแก้ไข

ปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่รักในขณะเย็บบ้าน ทำการศึกษาด้วยการให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้บุคลากรเย็บบ้าน ได้รู้ถึงวิธีการคัดกรอง ส่งต่อ และการสร้างแผนความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคลากรในการช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการอบรม นอกจากนี้ยังมีการทำการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาความรู้สึกอึดอัดใจในการประเมินคัดกรองและให้คำปรึกษาในเรื่องความรุนแรงที่เกิดจากคู่รักจากการเย็บบ้านโดยการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการเย็บบ้านด้วยโปรแกรม DOVE โดยบุคลากรเย็บบ้านเปรียบเทียบกับบุคลากรจากโปรแกรม DOVE ผ่านทางแท็บเล็ต พีซี โดยใช้โปรแกรมประยุกต์ (application) ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมประยุกต์ผ่านทางแท็บเล็ต พีซี กับการเย็บบ้านของ DOVE เป็นแนวทางที่ดีเนื่องจากปลอดภัยและเป็นความลับสำหรับผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงที่ต้องการจะเปิดเผยข้อมูล ทำให้ไม่ต้องกลัวในเรื่องการถูกตราหน้าหรือถูกตัดสินจากผู้ประเมินในเรื่องนี้อีกด้วย แต่ผลการศึกษาก็ยังคงพบว่า การพัฒนาความสัมพันธ์ความไว้วางใจระหว่างบุคลากรที่ไปเย็บบ้านกับผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในโปรแกรมเย็บบ้านยังคงมีความสำคัญที่จะทำให้วิธีการช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรงด้วยการเย็บบ้านประสบความสำเร็จ⁵⁴ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าบริการการเย็บบ้านก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อดำเนินการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาการถูกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์ได้ดี

การบำบัดและเยียวยา (Therapeutic intervention)

อีกหนึ่งวิธีการที่ใช้ในการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาการถูกระทำรุนแรงในขณะตั้งครรภ์คือ การบำบัดและเยียวยา โดยวิธีการนี้หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษา (counselling) การทำจิตบำบัด (psychotherapy) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioural therapy) ที่มีเป้าหมายคือ การลดความเสี่ยงของการที่จะกลับไปถูกระทำอีก (revictimisation) และการช่วยเหลือให้ผู้ถูกระทำรุนแรงสามารถที่จะจัดการกับผลกระทบของการถูกระทำทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ วิธีการเหล่านี้ส่วนใหญ่มักจะจัดให้สำหรับผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและอาศัยอยู่ที่พักพิง (shelter) ที่รัฐจัดหาให้⁵⁵ วิธีการนี้ทำได้ยากเนื่องจากผู้ที่ใช้วิธีการนี้ต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ หรือได้รับการอบรมเฉพาะทางในการดำเนินการ ทำให้วิธีการนี้พบเจอน้อยมาก โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์⁵⁶ ตาม American Counselling Association (ACA) การให้คำปรึกษาหรือ counselling มีความหมายว่าเป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ของผู้รับคำปรึกษากับผู้ให้บริการปรึกษาที่มีคุณสมบัติด้านวิชาชีพที่เหมาะสม (professional relationship) โดยให้บริการการปรึกษาทั้งแบบส่วนตัว (individuals) ครอบครัว (families) และแบบกลุ่ม (groups) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีทักษะ ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาด้วยตนเอง จนสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพกายใจที่ดีและพัฒนาตนเองได้อย่างสมบูรณ์⁵⁷ ซึ่งเป็นกระบวนการที่คล้ายคลึงหรือมีขั้นตอนที่เหมือนกับการทำจิตบำบัด หากแต่การทำจิตบำบัดนั้นจะมีความเข้มข้น (intensive) มากกว่า ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดอีกอย่างของการให้คำปรึกษากับจิตบำบัดคือ ระยะเวลาในการให้ความช่วยเหลือและดูแล โดยการให้คำปรึกษามักใช้เวลาน้อยกว่าหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการให้รู้จักแก้ปัญหาด้วยสติสัมปชัญญะ (conscious) ส่วนจิตบำบัดมักจะใช้เวลายาวนานกว่า มีการลงลึกไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุให้การช่วยเหลือและประคับประคองคนที่มีความวิตกกังวลของจิตใจที่เบี่ยงเบนมากกว่าปกติ อย่างไรก็ตามคำสองคำนี้มักถูกใช้แทนกันในบางตำรา^{58,59} การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยป้องกันและลดการถูกระทำรุนแรงโดยคู่รักในหญิงตั้งครรภ์นั้นมีหลายวิธีการ วิธีการหนึ่งที่นำมาใช้คือ การให้คำปรึกษาพร้อมทั้งการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านเป็นผู้ให้คำปรึกษา วิธีการนี้ได้ถูกนำไปศึกษาวิจัยที่เมืองมุนไบ ประเทศอินเดีย ในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 142 คนที่พบว่าถูกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือสมาชิกภายในบ้าน โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับบริการการให้คำปรึกษาอย่างน้อย 2 ครั้งเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งละ 30-45 นาที การบริการประกอบด้วย การให้ความรู้ในเรื่องสิทธิ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการถูกระทำรุนแรงในครอบครัว แผนความปลอดภัย การเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา การให้คำปรึกษา การดูแลทางด้านจิตใจ และการให้

คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งบริการช่วยเหลืออื่น ๆ ผลการศึกษาวิจัยภายหลังการให้บริการ 6 สัปดาห์พบว่า มากกว่าครึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการมีงานทำ ยุติความสัมพันธ์ที่ถูกกระทำรุนแรง และได้รับความช่วยเหลือจากทั้ง เพื่อน ญาติ และตำรวจ อัตราการถูกทำร้ายทางร่างกายและจิตใจลดลง รวมถึงมีอิสระทางการเงินเพิ่มมากขึ้น⁶⁰ ส่วนแนวทางการบำบัดบัตนั้น ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความคิด การตัดสินใจ ความเชื่อ และพฤติกรรม โดยใช้พื้นฐานจากการศึกษาที่ว่า การกระทำต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหามีผลมาจากความคิด ซึ่งความคิดนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้และเมื่อความคิดเปลี่ยนพฤติกรรมก็จะเปลี่ยนด้วย ตาม Group's psychological therapies list ของ Cocharane Website การบำบัดนี้มีหลายวิธีการ เช่น formal cognitive behavioural therapy โดยการทำจิตสังคัมบำบัดแบบยอมรับและมุ่งมั่น (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) การทำจิตบำบัดด้วยสติ (mindfulness) การทำพฤติกรรมบำบัด เช่น การทำจิตบำบัดแบบอีเอ็มดีอาร์ (Eye Movement Desensitisation Reprocessing: EMDR) ซึ่งเป็นการทำจิตบำบัดที่มุ่งเน้นที่การลดการถูกระตุ้นจากความทรงจำที่ไม่ต้องการ บาดแผลทางใจ และเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การบำบัดด้วยการใช้แนวคิดมานุษยวิทยา (humanistic therapies) ซึ่งมีประเด็นสำคัญคือ การมีมุมมองเชิงบวกและความเชื่อในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ การบำบัดด้วยวิธี psychologically-orientated interventions เช่น การใช้ศิลปะบำบัด (art therapy) การทำสมาธิ (meditation) การบำบัดโดยการบรรยาย (narrative therapy) เป็นต้น⁶¹ ตัวอย่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ในการดูแลและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รัก คือ การวิจัยที่ทำการทดลองแบบสุ่ม ในหญิงตั้งครรภ์ชาวแอฟริกัน อเมริกัน จำนวน 1,044 คน ที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 521 คน ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมจำนวน 523 คน ได้รับการดูแลแบบทั่วไปตามปกติเมื่อมาฝากครรภ์ การบำบัดครั้งนี้พัฒนามาจากวิธีการของ Parker และคณะ⁶¹ ที่ศึกษาการถูกกระทำรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ด้วยการให้บริการปรึกษา จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Dutton

ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงเหล่านี้ถูกระทำรุนแรงซ้ำลดลง ความรุนแรงของการถูกกระทำในหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอัตราการถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน⁶¹ ดังนั้นวิธีการนี้จึงเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่น่าสนใจในการแก้ไขปัญหาการถูกกระทำรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะที่มีปัญหาซึมเศร้าหรือปัญหาทางด้านจิตใจอื่น ๆ ที่ตามมาภายหลังการถูกกระทำรุนแรง อย่างไรก็ตามการจะใช้วิธีการนี้ในการดำเนินการนั้นต้องใช้ นักจิตบำบัด จิตแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะเท่านั้นจึงจะสามารถทำให้วิธีการประสบผลสำเร็จ วิธีการนี้จึงเป็นวิธีการที่ยากในการดำเนินการและพบได้น้อย เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านบุคลากร

วิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาการถูกกระทำรุนแรงที่เกิดจากคู่รักของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยวิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาการถูกกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์นั้นยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจน มีแต่เนบนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ผู้หญิง และครอบครัว ซึ่งได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา มีการจัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center: OSCC) ขึ้น โดยเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแบบองค์รวมในการช่วยเหลือ แก้ไข ปัญหาความรุนแรงต่อเด็ก ผู้หญิง ผู้สูงอายุ และคนพิการ โดยอาจกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นบุคคลที่รวมอยู่ในกลุ่มของผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง วิธีการดำเนินการของศูนย์ OSCC จะมีการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรง จาก การประเมิน การสังเกต การซักประวัติ และการตรวจร่างกายเบื้องต้น หากพบกรณีที่ถูกกระทำรุนแรงก็จะถูกส่งต่อไปยังหน่วยงานช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องตามความต้องการของผู้ถูกกระทำรุนแรง⁶² โดยจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นลักษณะการบริการแบบตั้งรับ คือ หากมีปัญหาในเรื่องของการถูกกระทำรุนแรง ก็สามารถติดต่อที่ศูนย์ OSCC เพื่อขอความช่วยเหลือได้โดยวิธีการช่วยเหลือจะเป็นกรณี ๆ ไป แต่ยังไม่พบวิธีการหรือโปรแกรมในลักษณะที่เป็นเชิงรุกหรือในลักษณะของการป้องกันแก้ไขปัญหานี้ อย่างไรก็ตามวิธีการต่าง ๆ ที่เสนอแนะมาสามารถนำมาปรับใช้ได้ในประเทศไทยเพื่อป้องกัน

และยุติวงจรของการถูกระทำรุนแรงได้ จากงานวิจัยของ Thongkaew¹⁸ พบว่า พยาบาลที่อยู่หน่วยผกักรรส่วนใหญ่ไม่เคยคัดกรองหรือสอบถามเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงของผู้หญิงที่มาผกักรร จะซักถามหรือคัดกรองเมื่อพบเจอสิ่งผิดปกติเท่านั้น เช่น รอยช้ำที่แขนหรือร่องไห้เมื่อถามถึงสามี ดังนั้นวิธีการคัดกรองทุกคนที่มาผกักรรในเรื่องของความรุนแรง น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้สามารถคัดกรองในเรื่องของความรุนแรงได้เร็วขึ้น โดยวิธีการนี้สามารถที่จะปฏิบัติได้ในโรงพยาบาลที่มีศูนย์ OSCC หรือมีนโยบายในการแก้ปัญหาผู้ถูกระทำรุนแรงที่ชัดเจน เพราะเมื่อค้นพบผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงจะได้ส่งต่อได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัญหาจากการใช้วิธีการนี้คือ เมื่อค้นพบผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงแล้ว ไม่สามารถที่จะส่งผู้ถูกระทำรุนแรงต่อได้อย่างเหมาะสมหรือไม่สามารถช่วยเหลือใด ๆ ได้ทำให้เกิดความไม่สบายใจแก่ผู้คัดกรองและไม่อยากคัดกรองอีก ในกรณีนี้หญิงตั้งครรภ์ยังไม่กล้าที่จะเปิดเผยในเรื่องของการถูกระทำรุนแรง การให้ความรู้ในขณะที่ตั้งครรภ์ควรจะสอดแทรกและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนในเรื่องของการถูกระทำรุนแรงพร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะเป็แนวทางหนึ่งที่ทำให้หญิงเหล่านี้กล้าที่จะเปิดเผยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มโปรแกรมให้ความรู้หรือการคัดกรองผู้ถูกระทำรุนแรงในพยาบาลเยี่ยมบ้านก็เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถค้นหาผู้ถูกระทำรุนแรงและให้ความช่วยเหลือได้ หากผู้ถูกระทำต้องการความช่วยเหลืออย่างไรก็ตามวิธีการทั้งหมดที่แนะนำนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการเตรียมพร้อมบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการให้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกระทำรุนแรง และให้ความตระหนักว่าการกระทำรุนแรงในคู่รักหรือคู่สามีภรรยาไม่ใช่เรื่องปกติ นอกจากนี้นโยบายของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะจะทำให้การช่วยเหลือหรือการติดต่อเป็นไปด้วยความถูกต้องและเหมาะสม การมีนโยบายที่ชัดเจนจะทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการทำงานเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้น เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหว หากนโยบายไม่ชัดเจนอาจทำให้การทำงานเกิดความคลุมเครือและไม่มีประสิทธิภาพได้

จากการศึกษาของ Thongkaew¹⁸ ยังพบอีกว่า ปัญหาหนึ่งที่สำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย

ที่ทำให้การคัดกรอง การดูแล ช่วยเหลือ และการแก้ไข้ปัญหาในเรื่องนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพ คือไม่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องของความรุนแรง บุคลากรบางส่วนยังมองว่า ปัญหาสามีภรรยาทะเลาะกันเป็นเรื่องปกติ คนนอกไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว ทำให้ไม่ต้องการที่จะคัดกรองหรือซักถามในเรื่องนี้ ในขณะที่เดียวกัน บุคลากรบางส่วนมองว่าเป็นเรื่องสำคัญและตระหนักว่าอาจจะมผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ หากถูกทำร้ายในขณะที่ตั้งครรภ์ แต่ไม่รู้ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรต่อ ไม่มั่นใจว่าจะสามารถช่วยเหลือได้ และต้องการได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ที่ถูกระทำรุนแรงโดยเฉพาะเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรอง ดูแล ช่วยเหลือ และแก้ไข้ปัญหาเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทางด้านบุคลากรจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการที่จะดำเนินการวิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไข้การถูกระทำรุนแรงโดยคู่รัก

บทสรุป (Conclusions)

วิธีการป้องกัน ช่วยเหลือ และแก้ไข้ปัญหาการถูกระทำรุนแรงที่เกิดจากคู่รักของหญิงตั้งครรภ์ที่ดำเนินงานโดยหลาย ๆ ประเทศนั้นยังไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกว่าวิธีการใดที่มีประสิทธิภาพหรือดีที่สุด ซึ่งปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการของแต่ละวิธีการนั้นพบว่าเป็นปัญหาที่ใกล้เคียงกันของทุกประเทศและพบได้เกือบทุกวิธีการ โดยปัญหามักเกิดจากปัจจัยที่เกิดจากตัวบุคคลทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการและตัวหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดำเนินงานและระบบสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาถึงการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคที่พบเจอจะทำให้การดำเนินการในครั้งต่อ ๆ ไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implementations for practice)

1. ควรนำวิธีการที่ดำเนินการโดยประเทศต่าง ๆ ไปปรับใช้เพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินการในประเทศไทย การนำไปใช้ควรมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของวิธีการนั้น ๆ ด้วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และใช้งบประมาณน้อยที่สุด และแนวทางที่นำเสนอในบทความนี้ บางวิธีการไม่เคยทำการศึกษาในประเทศไทย การนำมา

ประยุกต์ใช้ในประเทศไทยอาจช่วยลดอัตราการเกิดความรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพกายใจที่ดีขึ้น

2. วิธีการป้องกัน ดูแล และช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มผู้ถูกกระทำรุนแรงกลุ่ม ๆ อื่นได้ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก คู่รักเพศเดียว

References

1. WHO. Understanding and addressing violence against women [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1
2. Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra R. Intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements vol. version 2., Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 21]. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>
3. O'Shea MT, Collins C, Riain AN, Daly M. Domestic violence during pregnancy-GP survey report IRISH college of general practitioners - domestic violence during pregnancy-GP survey report [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 3]. Available from: https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/614395/ICGP_DVDP_Survey.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. World Health Organization. Violence against women [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
5. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013;28(3):359-80.
6. Waithayawongkorn N, Ratinthorn A, Serisathien Y. Violence during pregnancy , related factors and help seeking of abused pregnant women. *J Nurs Sci* 2009;27(3):17-26. (in Thai)
7. Boonnate N, Tiansawad S, Chareonsanti J, Thungjaroenkul P. Factor predicting IPV during pregnancy among Thai pregnant women. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2015;19(3):218-31.
8. Thananowan N, Heidrich S. Intimate partner violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women* 2008;14(5):509-27.
9. Thananowan N, Vongsirimas N, Kedcham D, Kaesornsamut P. Exploring mediating effect of intimate partner violence and psychosocial factors on antenatal and postnatal depression among Thai women. *J Nurs Sci* 2012;30(4):28-36.
10. Thananowan N, Leelacharas S. Factors and psychosocial profiles of intimate partner violence among pregnant women. *J Nurs Sci* 2011;29(1):37-44.
11. Peltzer K, Pengpid S. Associations between intimate partner violence, depression, and suicidal behavior among women attending antenatal and general outpatients hospital services in Thailand. *Niger J Clin Pract* 2017;20:892-9.

12. Van Parys A-S, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One* 2014;9(1):e85084.
13. Bailey B a. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int J Womens Health* 2010;2(1):183-97.
14. Campo M. Domestic and family violence in pregnancy and early parenthood: overview and emerging interventions. Melbourne; 2015.
15. Laelago T, Belachew T, Tamrat M. Effect of intimate partner violence on birth outcomes. *Afr Health Sci* 2017;17(3):681-9.
16. Hurley KF, Brown-Maher T, Campbell SG, Wallace T, Venugopal R, Baggs D. Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. *Emerg Med J*. 2005;22(2):97-8.
17. McGarry J, Nairn S. An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2014;23:65-70.
18. Thongkaew P. Health care professionals' roles and experience of identifying and responding to intimate partner violence among pregnant women in Thailand [doctoral' s thesis]. Sheffield: The University of Sheffield; 2019.
19. Lauti M, Miller D. Midwives' and obstetricians' perception of their role in the identification and management of family violence. *New Zeal Coll Midwives J* 2008;(38):12-6.
20. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Nov 12;2014(11).
21. World Health Organization. WHO recommendation on clinical diagnosis of intimate partner violence in pregnancy [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/who-recommendation-clinical-diagnosis-intimate-partner-violence-pregnancy>
22. Department of Health, Australian Government. Pregnancy Care Guidelines [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 30]. Available from: https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines?utm_source=health.gov.au&utm_medium=redirect&utm_campaign=digital_transformation&utm_content=antenatal
23. Henriksen L, Garnweidner-Holme LM, Thorsteinsen KK, Lukasse M. 'It is a difficult topic'-a qualitative study of midwives experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:165.
24. Paterno MT, Draughon JE. Screening for intimate partner violence. *J Midwifery Womens Heal* 2016;61(3):370-5.

25. Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 16]. Available from: www.annals.org
26. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009;36(5):439-445.e4.
27. Eustace J, Baird K, Saito AS, Creedy DK. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth* 2016;29(6):503-10.
28. O'Reilly R, Peters K. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Womens Health* 2018;18(128).
29. Dicola D, Spaar E. Intimate partner violence. *Am Fam Physician* 2016;94(8):646-51.
30. Huis MA, Hansen N, Lensink R, Otten S. A relational perspective on women's empowerment: Intimate partner violence and empowerment among women entrepreneurs in Vietnam. *Br J Soc Psychol* 2020;59(2):365-86.
31. Kabir R, Khan HTA. A cross-sectional study to explore intimate partner violence and barriers to empowerment of women in Armenia. *Biomed Res Int* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 19]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/6939684/>
32. Busch NB, Valentine D. Empowerment practice: a focus on battered women. *Affil-J Women Soc Work* 2000;15(1):82-95.
33. Kongsakorn K, Deoisres W, Wacharasin C. Effect of an empowerment intervention on abused pregnant women : a randomized controlled trial. *Nurs J Minist Public Heal* 2016;26(6).
34. Cripe SM, Sanchez SE, Sanchez E, Quintanilla BA, Alarcon CH, Gelaye B, et al. Intimate partner violence during pregnancy: a pilot intervention program in Lima, Peru. *J Interpers Violence*. 2010;25(11):2054-76.
35. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2005;112(9):1249-56.
36. Johnson DM, Tzilos Wernette G, Miller TR, Muzik M, Raker CA, Zlotnick C. Computerized intervention for reducing intimate partner victimization for perinatal women seeking mental health treatment: A multisite randomized clinical trial protocol. *Contemp Clin Trials* 2020;93 (April):106011.
37. Pallitto C, García-Moreno C, Stöeckl H, Hatcher A, MacPhail C, Mokoatle K, et al. Testing a counselling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):1-10.
38. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population-Centered health care in the community. 9th ed. Missouri: Elsevier; 2016.

39. Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(4):480-91.
40. Marrelli TM. Home health care. In: Maurer FA, Smith CM, editors. *Community/Public health nursing practice: health for families and populations*. 5th ed. Missouri: Elsevier; 2013. p. 777-98.
41. Olds D. The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J* 2006;27(1):5-25.
42. Mejdoubi J, van den Heijkant SCCM, van Leerdam FJM, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AAM. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2013;8(10):1-12.
43. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoleo KJ, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(5):412-8.
44. Davidov DM, Jack SM. Nurse home visitors' perceived awareness of mandatory reporting requirements: pregnant women's and children's exposure to intimate partner violence. *J Adv Nurs* 2014;70(8):1770-9.
45. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Burrell L, Caldera D, Cheng TL, Duggan AK. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. *Pediatrics* 2008;121(3).
46. Chan KL, Brownridge DA, Fong DYT, Tiwari A, Leung WC, Ho PC. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: a longitudinal study. *Child Abus Negl* 2012;36(4):275-84.
47. Jack SM, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Davidov DM, McNaughton DB, Coben JH, et al. Development of a nurse home visitation intervention for intimate partner violence. *BMC Health Serv Res* 2012;12(1):50.
48. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Van Der Wouden JC, Lagro-Janssen ALM. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Fam Pract* 2015;32(3):247-56.
49. Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Watson LF, Gold L, Lumley JA. Mothers' AdvocateS in the Community (MOSAIC)-non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: A cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health* 2011;11:1-10.
50. Sharps PW, Bullock LF, Campbell JC, Alhusen JL, Ghazarian SR, Bhandari SS, et al. Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE randomized clinical trial. *J Women's Heal* 2016;25(11):1129-38.
51. Duggan A, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, McFarlane E, Windham A, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abus Negl* 2004;28(6):623-43.

52. Dyer AM, Abildso CG. Impact of an intimate partner violence training on home visitors' perceived knowledge, skills, and abilities to address intimate partner violence experienced by their clients. *Heal Educ Behav* 2019;46(1):72-8.
53. Davidov DM, Coffman J, Dyer A, Bias TK, Kristjansson AL, Mann MJ, et al. Assessment and response to intimate partner violence in home visitation: a qualitative needs assessment with home visitors in a statewide program. *J Interpers Violence* 2019;1-21.
54. Bacchus LJ, Bullock L, Sharps P, Burnett C, Schminkey DL, Buller AM, et al. Infusing technology into perinatal home visitation in the united states for women experiencing intimate partner violence: Exploring the interpretive flexibility of an mHealth intervention. *J Med Internet Res* 2016;18(11).
55. Talboys S. Therapeutic interventions for victims of intimate partner violence: Evidence Brief. 2017.
56. Tan M, O' Doherty L, Gilchrist G, Taft A, Feder G, Tirado-Muñoz J, et al. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2018;(5).
57. American Counseling Association. 20/20: consensus definition of counseling [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://www.counseling.org/about-us/about-aca/20-20-a-vision-for-the-future-of-counseling/consensus-definition-of-counseling>
58. Neukrug E. The world of the counselor: an introduction to the counseling profession. 4th ed. Belmont; 2012.
59. Martin A. The difference between counselling and psychotherapy: the counsellor guide [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 24]. Available from: <http://www.thecounsellorsguide.co.uk/difference-between-counselling-psychotherapy.html>
60. Arora S, Deosthali PB, Rege S. Effectiveness of a counselling intervention implemented in antenatal setting for pregnant women facing domestic violence: a pre-experimental study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2019;126(S4):50-7.
61. Kiely M, El-Mohandes AAE, El-Khorazaty MN, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115 (2 PART 1):273-83.
62. Kanungbutr P, Junhvat D, Nintachan P. The evaluation of One Stop Crisis Center at Pathumthani hospital. *J Psychiatr Ment Heal* 2011;25(1):75-86.