



## การพยาบาลสตรีที่ถูกสามีกระทำรุนแรง Nursing Care of Women who have Experienced Intimate Partner Violence

อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไขโตะ PhD\*

### บทนำ

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว นอกจากจะเป็นปัญหาอาชญากรรมทางสังคมแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพร่วมด้วย มีรายงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศที่ชี้ให้เห็นความถี่และความรุนแรงของปัญหานี้ว่ามีเพิ่มขึ้นในทุกสังคม พบได้ในคนทุกเชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและชนชั้น ไม่ว่าจะยากจนหรือร่ำรวย<sup>1,2</sup> ทั้งนี้ ความรุนแรงในครอบครัว หมายความว่า การที่สามีทำร้ายภรรยาหรือภรรยาทำร้ายสามี บิดาและหรือมารดาทำร้ายบุตร หรือบุตรทำร้ายบิดามารดา หรือญาติผู้ใหญ่<sup>3</sup> เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการเกิดความรุนแรงในครอบครัวมีหลายสถานะ แต่ที่พบมากที่สุด คือ ความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดจากสามี<sup>3,4</sup>

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการทำร้ายภรรยาโดยสามี เช่น มีการศึกษาใน 10 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ บราซิล เอธิโอเปีย ญี่ปุ่น นามิเบีย เปรู ชามัว เซอร์เบียและมอนเตเนโกร ไทย และแทนซาเนีย พบว่า ร้อยละ 15-71 ของสตรีในประเทศดังกล่าวเคยมีประสบการณ์ของการถูกสามีทำร้ายร่างกายและหรือทางเพศในบางช่วงของชีวิต<sup>5</sup> หรือการศึกษาในประเทศทางตะวันตก เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หนึ่งใน 5 ของสตรีมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงจากสามี/คูครองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงระยะเวลา 1 ปี และในประเทศออสเตรเลีย พบร้อยละ 22 ของสตรีกลุ่มตัวอย่างถูกสามี/คูครองทำร้ายร่างกาย<sup>6,7</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเฉพาะในประเทศไทย พบร้อยละ 41 ของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 47 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ ถูกสามีกระทำความรุนแรงทางร่างกายและหรือทางเพศ<sup>8</sup> จะเห็นได้ว่าการกระทำรุนแรงส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นไม่เพียงประเภทเดียวแต่มีการกระทำหลายอย่างรวมกัน กล่าวคือ สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายส่วนใหญ่จะถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจและทางเพศร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามเชื่อได้ว่าอัตราการทำร้ายที่พบในปัจจุบันยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวอาจมีอีกมากที่ไม่ได้มีการบันทึกหรือรายงานไว้ ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุที่ทำให้การทำร้ายคู่สมรสไม่มีการเปิดเผยออกไปสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนความคิดความเชื่อที่ว่า การทำร้ายคู่สมรสเป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องภายในครอบครัวและเป็นเรื่องที่น่าอับอายที่ไม่ควรให้ผู้อื่นได้รับรู้หรือบุคคลภายนอกไม่ควรยุ่งเกี่ยว ดังคำพูดของสตรีคนหนึ่งซึ่งบอกว่า “เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ฉันไม่ปรึกษาใคร เพราะว่าเป็นเรื่องในครอบครัว” นอกจากนี้อาจเกิดจากความเชื่อที่ว่า สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้ยั่วหรือยั่ววนให้เกิดปัญหา และเป็นความผิดของสตรีเอง หรืออาจเกิดความกลัวต่อการถูกทำร้ายซ้ำหรือการไร้ที่พึ่งจึงทำให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไม่เปิดเผยข้อมูล<sup>10</sup>

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



## ประเภทของความรุนแรง

ความรุนแรงในครอบครัวแบ่งออกเป็นหลายประเภท ซึ่งนักวิชาการหลายคนแบ่งไว้แตกต่างกัน<sup>2,11,12,13</sup> สำหรับประเภทที่มีคนกล่าวถึงบ่อยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ทางร่างกาย ทางจิตใจ/อารมณ์ และทางเพศ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1) ความรุนแรงทางร่างกาย (physical violence) เป็นการจงใจทำให้ได้รับอันตราย เช่น การชกต่อย ตะปูตีด้วยวัตถุ กระแทก ทำให้บาดเจ็บด้วยวิธีต่างๆ รวมถึงการทำร้ายให้ถึงแก่ชีวิต

2) ความรุนแรงทางจิตใจ หรืออารมณ์ (psychological/ emotional violence) เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ เช่น การข่มขู่ การกักขัง หน่วงเหนี่ยว การดูถูกเหยียดหยาม การพูดหยาบคาย การตำหนิข่มขู่ การพูดจาเยาะเย้ยถากถาง การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน การกีดกันไม่ให้ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนในครอบครัว สามเฒ่าทั้ง สามีนอกใจ

3) ความรุนแรงทางเพศ (sexual violence) เช่น การข่มขืน การบังคับให้มึนเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ บังคับให้ร่วมเพศในท่าที่ผู้หญิงไม่เต็มใจ

## วงจรการเกิดความรุนแรง

ความรุนแรงในครอบครัวมักเกิดขึ้นในลักษณะเป็นวงจร<sup>14</sup> ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1) ระยะตึงเครียด (The tension- building stage) เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธ ในระยะนี้สามีจะแสดงพฤติกรรมขาดการควบคุมตนเอง เช่น ปิดประตูเสียงดัง ทบทำลายสิ่งของ ไม่ค่อยพูด หงุดหงิดง่าย จู้จี้จุกจิกในทุกเรื่อง และโทษสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของภรรยา ส่วนภรรยาซึ่งเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงจะรับว่าเป็นความผิดของตนไม่ใช่ความผิดของสามี ภรรยาพยายามทำให้ทุกอย่างสงบสุข อย่างไรก็ตามภรรยาไม่สามารถคาดเดาได้ว่าสามีต้องการอะไร ในระยะนี้จะมี ความรุนแรงทางร่างกายเล็กน้อย ส่วนความรุนแรงทางอารมณ์และจิตใจซึ่งแสดงออกโดยการใส่คำพูดข่มขู่หมิ่นเหม่งจะเห็นได้อย่างชัดเจน จนทำให้ภรรยาเกิดความรู้สึกกลัว

2) ระยะใช้ความรุนแรง (The acute battering stage) เป็นระยะที่สามีระเบิดอารมณ์และแสดงพฤติกรรมทำร้ายต่อภรรยาอย่างรุนแรงไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือทางเพศ ในระยะนี้อาจเกิดการทารุณกรรมถึงขั้นทำให้ภรรยาเสียชีวิตได้ กล่าวคือ การก่ออาชญากรรมส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะนี้ โดยภรรยาอาจมีการตอบสนองโดยการตำหนิตนเอง การต่อสู้กลับ การแจ้งตำรวจหรือการหลบหนี

3) ระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ (The honeymoon stage) เป็นระยะที่สามีแสดงพฤติกรรมที่ต่างกับระยะใช้ความรุนแรงอย่างสิ้นเชิง สามีจะแสดงพฤติกรรมที่ดี เช่น ขอโทษ แก้วตัว สัญญาว่าจะไม่ทำอีกและจะเปลี่ยนแปลงตนเอง ชื่อของมาปลอมใจ เช่น ของขวัญหรือดอกไม้เอาใจ ทำให้ภรรยาสงสารและหายโกรธ ในขณะที่ภรรยาจะพยายามเชื่อว่าสามีจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างไรก็ตาม ระยะนี้ไม่ใช่ระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ที่แท้จริง ทั้งนี้เพราะการให้อภัยของภรรยาจะทำให้สามีมีโอกาสทำร้ายตนเองได้ในครั้งต่อไปและจะมีความถี่และระดับของความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะการคืนดีกันหรือให้อภัยสามีนั้นจะทำให้ภรรยายังคงอยู่ในความสัมพันธ์ที่รุนแรงนั้นต่อไป<sup>4</sup>

จากวงจรการเกิดความรุนแรงที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสตรีจะรับรู้ว่ามี ความตึงเครียดเกิดขึ้นในชีวิตคู่ แต่อาจมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้สตรีเหล่านั้นยังคงอยู่ในวงจรของความรุนแรงนั้น ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับวงจรการเกิดความรุนแรง เมื่อเราทำความเข้าใจจะทำให้เราเข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ที่มารับบริการจากเรา เช่น ช่วงที่สตรีมารับการรักษาพยาบาล สตรีบางคนอาจไม่ยอมบอกว่าถูกสามีทำร้าย ไม่ยอมแจ้งความหรือบางคนรับรู้ว่าเป็นตัวเองถูกกระทำรุนแรง แต่ยังทนอยู่กับสามี โดยเฉพาะในวัฒนธรรมไทย ที่มองความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องของสามีภรรยา ดังนั้นภรรยาจึงไม่ควรเอาผิดสามี ผู้เขียนเคยพบผู้ป่วยที่บอกว่าทำไมไม่แจ้งความเอาผิดสามีที่ทำร้ายร่างกาย จนได้รับบาดเจ็บหรือไม่ยอมหนี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “กลัวเมียก็เหมือนปากกับฟันที่อาจมีการกระทบกระทั่งกันได้” “เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในครอบครัว ไม่ได้เป็นความรุนแรงที่ร้ายแรง และไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย” ในขณะที่ผู้ป่วย



อีกคนบอกว่า “เขาสัญญาว่าเขาจะไม่ทำร้ายเราอีก ยังไงเขาก็เป็นพ่อของลูก สงสารลูก กลัวลูกไม่มีพ่อ” และผู้ป่วยอีกคนที่บอกว่า “พยายามหนีแล้วหลายครั้ง แต่เขาตามมาบังคับให้กลับมาอยู่บ้านด้วยกันอีก จึงยอมรับสภาพความเจ็บปวดมาตลอด และสงสารลูก” จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจยุติภาวะการกระทำรุนแรงไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เพราะฉะนั้นเราจะเข้าใจพฤติกรรมของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงว่าทำไมสตรีบางคนถึงทนอยู่ในความสัมพันธ์ที่รุนแรงนั้น ถ้าเราเข้าใจวงจรการเกิดความรุนแรงเราก็จะไม่ตำหนิการตัดสินใจผู้ป่วย ทั้งนี้เราสามารถสอนให้สตรีเข้าใจวงจรการเกิดความรุนแรงในครอบครัวพร้อมทั้งให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้สตรีใช้ในการตัดสินใจได้

### ผลกระทบของความรุนแรงจากคู่ครอง

1) ผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำพบว่าผลกระทบขึ้นอยู่กับประเภทของความรุนแรง ที่เห็นได้ชัดคือถ้าสตรีถูกทำร้ายด้านร่างกายทำให้เกิดบาดแผลฟกช้ำ กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน ถูกฆาตกรรมและอาจได้รับบาดเจ็บจนทำให้เสียชีวิตได้<sup>15</sup> การศึกษาของ Davies และ Mouzos<sup>16</sup> พบว่า การฆาตกรรมคู่สมรสเป็นหนึ่งในห้าของการฆาตกรรมทั้งหมดในออสเตรเลีย โดยพบว่ามี 4 ใน 5 คนจะฆาตกรรมภรรยาของตนและในปี 2005-2006 พบสตรี 59 คน ถูกฆาตกรรมโดยสามี ทางด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ลึนหว้าง ท้อแท้ เสียใจ หวาดกลัว รู้สึกด้อยค่าและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง<sup>17</sup> ทางด้านเพศส่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และอวัยวะเพศฉีกขาด อย่างไรก็ตามเนื่องจากมนุษย์เป็นองค์รวม เราไม่สามารถแยกกายจิตออกจากกันได้ ดังนั้นเมื่อเกิดความรุนแรงไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางเพศจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีด้วย ถ้าเป็นมากจะส่งผลให้เกิดภาวะโรคทางจิตเวชตามมา เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder)<sup>15,18</sup> และในสตรีบางคนเกิดการฆ่าตัวตาย ดังการศึกษาของกฤตยา แสงเจริญ และคณะ<sup>19</sup> ที่

พบว่า สตรีที่ถูกสามีทำร้ายบางคนพยายามฆ่าตัวตายโดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการกรีดแขนหรือข้อมือของตนเอง และดื่มสารเคมี เช่น น้ำยาล้างรถ

2) ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำ แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวได้ การศึกษาของกฤตยา แสงเจริญ และคณะ<sup>20</sup> พบว่า การที่พ่อแม่ทำร้ายกันบ่อยๆ ทำให้ลูกๆ เกิดความทุกข์ใจ รู้สึกสับสนวุ่นวายและมีความสุขในชีวิตครอบครัว นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีความรุนแรงจะมองว่าปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องปกติ เมื่อโตขึ้นเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมและมีการใช้พฤติกรรมรุนแรง และยังส่งผลกระทบต่อถึงสภาวะทางจิตใจและระยะพัฒนาการต่างๆ ของเด็กด้วย ถ้าความรุนแรงเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ลูกในครรภ์ก็จะได้รับผลกระทบเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกได้รับบาดเจ็บในครรภ์และมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ<sup>21,22,23</sup>

ในขณะเดียวกันสามีซึ่งเป็นผู้กระทำรุนแรงก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน กล่าวคือ ถูกสังคมตราหน้า ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวและครอบครัวอื่นๆ ได้รับบาดเจ็บ ถ้าภรรยาต่อสู้กลับ และได้รับโทษจำคุกหรือทั้งจำทั้งปรับ การศึกษาของกฤตยา แสงเจริญ และคณะ<sup>20</sup> พบว่า การถูกภาคทัณฑ์เป็นผลกระทบหนึ่งในการอันดับแรกของการกระทำรุนแรงต่อภรรยา

3) ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติทำให้เกิดครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง ครอบครัวไม่มีสุข<sup>20</sup> ชุมชนวุ่นวาย สังคมไม่สงบสุข รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านการช่วยเหลือ ป้องกันและให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกทำร้าย<sup>24</sup> นอกจากนี้รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศอีกด้วย<sup>9</sup> มีสถิติเด็กและผู้หญิงถูกทำร้ายเข้ารับการรักษาศูนย์พึ่งได้ในปี 2552 จำนวน 22,925 คน เฉลี่ยเกิดชั่วโมงละ 3 คน เพิ่มจากปี 2547 ถึง 228 เปอร์เซนต์ (6,971 คน) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงถูกสามีทำร้าย



ร่างกาย<sup>25</sup> และในประเทศออสเตรเลียประเทศเดียว ความรุนแรงในครอบครัวทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อปีไม่น้อยกว่าหนึ่งหมื่นสามพันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>24</sup> จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงในครอบครัวทำให้เกิดภาระแก่สังคมอย่างมากมายมหาศาล ทำให้ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ และคำปรึกษาพยาบาลสำหรับทั้งสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง สามีและลูก

### บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์หรือพยาบาลก็ต่อเมื่อมีการบาดเจ็บทางกายจนถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง หรือการบาดเจ็บเป็นอันตรายถึงทารกในครรภ์<sup>26</sup> และส่วนใหญ่สตรีเหล่านี้จะขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลโดยเฉพาะที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอันดับแรกด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ความรุนแรงในครอบครัว ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความรุนแรงในครอบครัวไม่ใช่ปัญหาสุขภาพทั่วไป แต่เป็นปัญหาซับซ้อนที่ผู้ป่วยไม่ค่อยเปิดเผย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีเทคนิคในการค้นหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสมตรงกับปัญหาและความต้องการของสตรี ซึ่งในส่วนนี้จะกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการคัดกรองและการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

1) การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง จากที่กล่าวมาแล้วว่า สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นพยาบาลโดยเฉพาะที่แผนกดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการค้นหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการเตือน (signs of abuse) เช่น บาดเจ็บ โดยเฉพาะบริเวณศีรษะ ใบหน้า รอบตา บริเวณท้อง รอยฟกช้ำตามหลัง แขนขาหัก บาดแผลจากรอยบุหรีไฟฟ้าไหม้ บาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุซ้ำๆ ตกเลือดแท้ง ตื่นตกใจง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ เจ็บป่วยเรื้อรังโดยหาสาเหตุไม่พบ หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง<sup>27</sup> เมื่อพบสตรีที่มีอาการดังกล่าวพยาบาลควรสงสัยเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง และอาจเริ่มต้น

คำถามเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยว่าอาศัยอยู่กับใคร ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในครอบครัวหรือไม่ แล้วตามด้วยคำถามที่เฉพาะเจาะจง เช่น “คุณเคยถูกสามีทำร้ายหรือไม่”

นอกจากการสังเกตจากอาการเตือนแล้ว พยาบาลอาจใช้เครื่องมือในการคัดกรอง เพราะการคัดกรองทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับสาเหตุมากกว่าและการถามสตรีเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวเป็นการช่วยให้สตรีรับรู้ว่ายพบบาลมองปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสุขภาพไม่ใช่ความผิดของเขา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีมีความต้องการให้ทีมสุขภาพคัดกรองเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว<sup>28</sup> เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองมีหลากหลาย เช่น แบบคัดกรอง Abuse Assessment Screen (AAS)<sup>29</sup> ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ใช้ถามสตรีตั้งครรรค์โดยคำถามครอบคลุมความรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจและเพศ ในระหว่างตั้งครรรค์และมีหนึ่งคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงทางร่างกายในช่วงก่อนตั้งครรรค์ด้วย แบบคัดกรองของ Webster และคณะ<sup>30</sup> เป็นแบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับสตรีทุกคนที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คำถามครอบคลุมเฉพาะความรุนแรงด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่จะมีคำถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในกรณีที่สตรีถูกกระทำรุนแรง แบบคัดกรองนี้มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศออสเตรเลีย และแบบคัดกรอง STaT<sup>31</sup> ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ง่ายและมีการทดลองใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 คำถามเกี่ยวกับการถูกทำร้ายด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่านั้น

อย่างไรก็ตามแบบคัดกรองเหล่านี้ใช้ถามความรุนแรงในครอบครัวโดยผู้กระทำไม่จำกัดเฉพาะสามี (ยกเว้นแบบคัดกรอง STaT) ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถเลือกใช้แบบคัดกรองที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและจะเน้นผู้กระทำที่เป็นสามีเท่านั้น พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้คำถามให้เหมาะสมได้ สำหรับในบทความนี้ผู้เขียนเลือกนำเสนอเฉพาะแบบคัดกรอง AAS เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการกระทำรุนแรงทั้ง 3 ประเภท และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับสตรีทุกคน เช่น ถ้าจะใช้ในสตรีไม่ตั้งครรรค์ก็สามารถปรับคำถามโดยตัดคำว่า “ในขณะที่คุณตั้งครรรค์” ออกได้ (ตารางที่ 1)



จะเห็นได้ว่าการคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวนั้นมีความจำเป็นเพราะช่วยให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการช่วยเหลือที่ตรงกับสาเหตุอย่างทันท่วงที สิ่งสำคัญในการคัดกรอง คือ พยาบาลต้องมีทักษะในการคัดกรองและถามคำถามด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ไม่ทำให้สตรีรู้สึกถูก

ตำหนิหรือถูกตัดสิน พร้อมทั้งมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนรองรับเมื่อมีการคัดกรองเกิดขึ้น เพราะถ้าคัดกรองแล้วไม่มีกิจกรรมรองรับจะทำให้ไม่เกิดประโยชน์และทำให้เกิดปัญหา<sup>32</sup>

### ตารางที่ 1 แบบคัดกรอง AAS

| คำถาม                                                                                                                       | ใช่ | ไม่ใช่ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 1) คุณเคยถูกสามี / คู่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตคุณ ทำร้ายร่างกายหรือจิตใจหรือไม่                                   |     |        |
| 2) ภายใน 1 ปี ก่อนตั้งครรรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ โดยวิธีใด ๆ ก็ตาม โดยใครคนใดคนหนึ่งหรือไม่ |     |        |
| 3) ในขณะที่คุณตั้งครรรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ โดยวิธีใด ๆ ก็ตาม โดยใครคนใดคนหนึ่งหรือไม่     |     |        |
| 4) ในขณะที่คุณตั้งครรรภ์ คุณเคยถูกบังคับให้ร่วมเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่สมัครใจหรือไม่                              |     |        |
| 5) ในขณะที่คุณตั้งครรรภ์ คุณรู้สึกหวาดกลัวสามี/คู่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตคุณหรือไม่                              |     |        |
| 6) ในขณะที่คุณตั้งครรรภ์ คุณถูกสามีทำร้ายจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกหรือไม่                                                   |     |        |

2) การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง วิธีการที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ช่วยเหลือสตรีมีหลากหลาย เช่น วงล้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือที่เรียกว่า The Advocacy Empowerment Wheel<sup>33</sup> ซึ่งเชื่อว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้ายนั้นเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี แต่ต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูล ความเข้าใจ การสนับสนุนและแหล่งช่วยเหลือทางสังคมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีที่ถูกสามีทำร้ายให้สามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงหรือรับผิดชอบชีวิตตนเอง รูปแบบการดูแลสตรีที่ถูกทำรุนแรงทางเพศ ของ Ross และคณะ<sup>34</sup> ซึ่งมีหลักการช่วยเหลือคล้ายคลึงกับวงล้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

สำหรับในบทความนี้ผู้เขียนได้ผสมผสานรูปแบบการดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์สุขภาพ

และความเท่าเทียมทางเพศ ประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>35</sup> และการช่วยเหลือที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจตามวงล้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>33</sup> เนื่องจากเมื่อผสมผสานทั้งสองรูปแบบแล้วทำให้มีความชัดเจนในการกำหนดและชี้แนะการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นการช่วยเหลือให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ เทคนิคการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมีดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความสนใจรับฟังปัญหา โดยพยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ และเชื่อในสิ่งที่สตรีพูด เมื่อสตรีเปิดเผยข้อมูลพยาบาลควรสะท้อนความคิดและความรู้สึกเพื่อให้สตรีรับรู้ว่าเขาไม่ใช่เพียงคนเดียวที่ประสบปัญหานี้ ยังมีสตรีอีกหลายคนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกับเขา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สตรีได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ



ตลอดจนใช้เวลา ไม่เร่งรัดถามคำถาม สนทนาในห้องที่เป็นส่วนตัวและไม่มีความขี้อายในครอบครัวอยู่ด้วย จากประสบการณ์ของผู้เขียนสตรีส่วนใหญ่จะเล่าเรื่องราวการถูกสามีทำร้ายเมื่อไว้วางใจพยาบาล และมีความรู้สึกปลอดภัย ดังคำพูดของสตรีคนหนึ่งที่มีใช้กำลังบังคับให้สัมผัสสัมพันธ์ทางปาก บอกว่า “คุณหมอเป็นคนแรกที่ทำให้ฉันเล่าเรื่องนี้ให้ฟัง”

2) ให้ข้อมูลสตรีถึงสิทธิของเขาและการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ การปกปิดเป็นความลับเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและให้ความมั่นใจในความปลอดภัยของสตรี เมื่อสตรีเปิดเผยข้อมูลพยาบาลต้องบอกให้สตรีทราบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของเขาและไม่มีใครมีสิทธิ์ที่จะทำร้ายเขา พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและสามารถช่วยเหลือสตรีเหล่านั้นได้ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือทางกฎหมายในประเทศไทย ภรรยาสามารถร้องทุกข์ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาถ้าต้องการดำเนินคดีสามี ในกรณีไม่สามารถร้องทุกข์ได้ด้วยตนเองสามารถให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นผู้ร้องทุกข์แทนได้<sup>36,37</sup>

3) ประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตราย (Assess for immediate danger) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ พยาบาลประเมินว่าสตรีรู้สึกกว่าตนเองและลูก ปลอดภัยอยู่ในอันตรายหรือไม่ ถ้าสตรีรู้สึกว่าตกอยู่ในอันตรายควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในสังคมรวมถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชน เช่น มีเพื่อนหรือญาติพี่น้องที่จะช่วยเหลือหรือไม่ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วน (Hot lines) บ้านพักชั่วคราวหรือศูนย์พิทักษ์สตรีและเด็กในพื้นที่ พร้อมทั้งเสนอตัวช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานให้ ในประเทศไทยนั้นทุกโรงพยาบาลจังหวัดจะมีศูนย์พึ่งได้หรือศูนย์พิทักษ์สตรีและเด็ก ที่เรียกว่า One Stop Crisis Center (OSCC) ที่เปิดให้บริการผู้ถูกกระทำรุนแรง โดยมีหมายเลขติดต่อตลอด 24 ชั่วโมง คือ 1669 พยาบาลควรมีเบอร์ติดต่อรวมทั้งที่อยู่ของแหล่งช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรของรัฐบาลหรือองค์กรเอกชนที่ให้การช่วยเหลือ เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิปวีณา หงสกุล เป็นต้น จากการศึกษาของ Saito et al<sup>32</sup> พบว่า สตรีส่วนใหญ่ไม่ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

เพราะไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลควรให้ข้อมูลกับสตรีเหล่านั้นโดยอาจทำเป็นบัตรข้อมูล (Help Card) ที่มีเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหานี้เพื่อสตรีสามารถหยิบใช้ได้สะดวก

4) ให้การพยาบาลด้วยใจ พยาบาลต้องมีทำที่เป็นมิตร ใส่ใจ และเข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อให้เขาเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย โดยไม่รู้สึกละอายเหมือนถูกซ้ำเติม เพราะส่วนใหญ่พยาบาลจะให้การช่วยเหลือด้านร่างกายแต่ละเลยด้านจิตใจของสตรี ดังคำพูดของสตรีคนหนึ่งบอกว่า “อยากให้พยาบาลพูดกับเราเพราะเหนื่อย ไม่ใช่พอเห็นเราถูกทำร้ายมากก็บอกว่า ไปทำอะไรมาทำให้เขาทำร้ายได้ เราถูกสามีทำร้ายมากก็มากพอแล้ว” และสตรีอีกรายหนึ่งที่ถูกสามีทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บต้องได้รับการเย็บแผล บอกว่า “อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือเราด้วยใจจริง ไม่ใช่เย็บแผลให้เราแล้วก็พูดว่าเราไปทะเลาะอะไรกับสามีอีก” จากคำพูดดังกล่าวชี้ให้เห็นว่านอกจากการให้การพยาบาลด้านร่างกายที่เหมาะสมแล้ว พยาบาลควรคำนึงถึงด้านจิตใจของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นสำคัญ เพื่อให้สตรีรู้สึกกว่าพยาบาลเข้าใจและเห็นใจเขาอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นพยาบาลไม่ควรใช้คำพูดที่เป็นการซ้ำเติมเพราะจะทำให้สตรีตกอยู่ในภาวะการกระทำรุนแรงซ้ำ

5) วางแผนความปลอดภัย (Develop a safety plan) ถึงแม้ว่าสตรีอาจไม่สามารถป้องกันไม่ให้ความรุนแรงเกิดขึ้นอีก และไม่แจ้งความเพื่อเอาผิดสามีอย่างไรก็ตามพยาบาลสามารถช่วยให้สตรีเข้าใจว่ามีวิธีการที่จะช่วยให้เขาและลูกปลอดภัยได้ สำหรับสตรีเองควรเตรียมเอกสารที่สำคัญ เช่น บัตรประชาชน บัตรประกันสุขภาพ ทะเบียนบ้าน ใบขับขี่ ของใช้ที่จำเป็น เช่น กุญแจ เงิน เสื้อผ้าใส่ไว้ในกระเป๋าเดินทาง เพื่อให้มีไว้เป็นระบบ เวลาเกิดปัญหาจะได้หยิบใช้ได้ทันทีสำหรับลูก ทุควมมีการเตรียมกันถึงสัญลักษณ์เพื่อให้ลูกรู้ว่าเมื่อใดที่ต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน หรือถ้าต้องหนีออกจากบ้านจะไปอย่างไร ฝึกการหนีออกจากบ้านอย่างปลอดภัยโดย พิจารณาว่าจะหนีทางประตู หน้าต่าง หรือทิศทางใดจึงจะปลอดภัยที่สุด พยาบาลควรร่วมกันกับสตรีในการวางแผนความปลอดภัย



6) เคารพในการตัดสินใจของสตรี เน้นให้ตัดสินใจเอง ไม่บังคับว่าสตรีต้องแฉ่ความหรือเลิกกับสามีแต่ช่วยให้สตรีคิดหาวิธีหยุดการกระทำของเขา รวมถึงวิธีการดูแลป้องกันตนเองและลูกให้ปลอดภัย ไม่ให้ถูกกระทำรุนแรงซ้ำ พยาบาลต้องไม่โกรธหรือตำหนิสตรีไม่ว่าสตรีจะตัดสินใจอย่างไร

7) บันทึกอาการของสตรี (Document women's condition) ในสถานพยาบาลหลายแห่งยังไม่มีการบันทึกอาการของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังนั้นพยาบาลควรบันทึกอย่างละเอียดครอบคลุมลักษณะการถูกทำร้ายกระทำโดยใคร เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อใด อาการบริเวณและขนาดของบาดแผล (ถ้ามี) ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ นอกจากสามารถใช้เป็นข้อมูลติดตามอาการของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงแล้วยังเป็นหลักฐานกรณีที่สตรีต้องการฟ้องร้องหรือเอาผิดสามี จากประสบการณ์ทำงานของผู้เขียนในการดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวในประเทศออสเตรเลีย พยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยให้ละเอียด เขียนคำพูดของสตรีและถ้ามีบาดแผลพยาบาลสามารถถ่ายภาพได้แต่ทั้งนี้ต้องขออนุญาตสตรีก่อนและต้องระบุในแฟ้มประวัติว่าได้มีการถ่ายภาพบาดแผลด้วย เพราะถ้าภายหลังสตรีตัดสินใจฟ้องร้องเอาผิดสามี ถึงแม้ว่าสามีจะปฏิเสธข้อกล่าวหาสามารถใช้การบันทึกทางพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิงได้ในบางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ก็เช่นเดียวกันที่มีการอนุญาตให้ถ่ายภาพบาดแผลการถูกทำร้ายของสตรีได้<sup>4</sup> จะเห็นได้ว่าการบันทึกทางการแพทย์เป็นหลักฐานอ้างอิงทางการแพทย์ที่สำคัญและมีประโยชน์ทางกฎหมาย ถึงแม้ว่าในประเทศไทยอาจจะยังไม่มี การบันทึกที่ละเอียดถี่ถ้วน ดังเช่นในต่างประเทศ เช่น ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการบันทึกได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องตระหนักเสมอว่าการบันทึกทางการแพทย์เป็นสิ่งที่แสดงถึงศักยภาพของเราในการดูแลผู้ป่วย

### บทสรุป

ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่ทุกคนในสังคมควรช่วยกันโดยไม่ยอมรับว่าเป็นเรื่องส่วนตัว เมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นควรมองว่าเป็น

ปัญหาลังคมที่ทุกคนควรเข้าไปช่วยเหลือ การป้องกันและช่วยเหลือควรทำอย่างเป็นระบบโดยครอบครัวและสังคมตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาดังกล่าว พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจึงต้องมีทักษะในการประเมินค้นหาและคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และสามารถให้การช่วยเหลือสตรีได้อย่างเหมาะสมด้วยท่าที่เป็นมิตร มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างลึกซึ้งและไม่ตำหนิสตรีเหล่านี้เพื่อให้สตรีเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีพลังอำนาจในตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่ดีที่สุดในการยุติความรุนแรง และสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยไม่ถูกทำร้ายซ้ำเมื่อกลับมาที่บ้านของตนหรือหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.ดร. ศิริพร จิรวรรณกุล และ รศ.ดร. วิพร สอนารักษ์ ที่กรุณาอ่านบทความต้นฉบับ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะให้บทความนี้สำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78(4): 310-315.
- Hegarty K, Hindmarsh, ED, Gilles MT. Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. MJA 2000; 173: 363-367.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December; 1999.
- โชติมา กาญจนกุล, คันสนีย์ เรืองสอน. การทำร้ายร่างกายภรรยา: อาชญากรรมเจ็บปวดได้หลังคาบ้าน. ใน กฤตยา อาชวนิจกุลและพิมพ์วิทย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความรู้ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เจนเดอร์เพรส; 2542.



5. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368: 1260-1269.
6. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763-1767.
7. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: A general practice-based prevalence study. *Med J Aust* 1996; 164: 14-17.
8. กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มเอม, อุษา เลิศศรีสันต์. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. (รายงานการวิจัย). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
9. สุนิรัตน์ จันทรศรี, อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, อติยาพรชัยเขต โอวยอง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิ์ของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย. *วารสารสมาคมพยาบาล* 2552; 24(4): 19-28.
10. Kornblit AL. Domestic violence: An emerging health issue. *Soc. Sci. Med* 1994; 39(9): 1181-1188.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding intimate partner violence. 2011 [cited 2011 Mar 8]. Available from: [http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV\\_factsheet-a.pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV_factsheet-a.pdf)
12. Healey K. Violence in the Family (Vol. 99). Balmain: The Spinney Press; 1998.
13. Australian Public Health Association. Domestic violence. Canberra: Australian Public Health Association; 1990.
14. Sateren J, Carson VB. Child, older, adult, and intimate partner abuse. In: Varcarolis EM, Halter MJ, editors, *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Saunders; 2010.
15. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-1336.
16. Davies M, Mouzos J. Homicide in Australia: 2005-06. National Homicide Monitoring Program (NHMP) annual report, Research and Public Policy series, no. 77. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2007.
17. Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Mothlewski-Link C, Barrera N, Courtney JG. Female victims of intimate partner physical domestic violence (IPP-DV), California 1998. *Am J Prev Med* 2001; 21(4): 313-319.
18. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: Frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(1): 99-108.
19. กฤตยา แสงเจริญ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. รายงานวิจัยโครงการเสริมสายใยในครอบครัว. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
20. กฤตยา แสงเจริญ, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, นิลาวรรณ จันทะปรีดา, จิราวรรณ แท่นวัฒนกุล, ภณทิลา อัฐรัตน์. การศึกษาความรุนแรงระหว่างคู่ครองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2546; 21(3): 37-48.
21. สมพร วัฒนกุลเกียรติ และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2549; 24(1): 18-28.



22. Quinlivan JA, Evans SF. A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 13: 17-23.
23. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *TVA* 2007; 8: 105 – 116.
24. Australia Network news. Domestic violence costing Australia \$ US13 billion a year. 7 March 2011. [cited 2011 Mar 8]. Available from: <http://australianetworknews.com/story.htm?id=37814>
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 1 ทศวรรษศูนย์พึ่งได้ One Stop Crisis Center (OSCC) เพื่อผู้ถูกกระทำรุนแรง. 2552. [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 10 มีนาคม 2553]. จาก [http://203.157.7.36/news\\_index.php?sub=news\\_show&art=264](http://203.157.7.36/news_index.php?sub=news_show&art=264)
26. นันทนา ธนาโนวรรณ. เมื่อรักเป็นพิษทำไมเธอไม่คิดหนี: คำถามที่มองข้ามความเป็นจริงในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวระหว่างคู่สมรส. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2549; 24(1): 25-31.
27. Eisenstat S, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341: 886-892.
28. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health care setting. *Midwifery* 2001; 17: 289-294.
29. 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): 3176-3179.
30. Webster J, Grimes K, Harris M, McMurray A. Initiative to combat the health impact of domestic violence against women. Evaluation report. Brisbane: Queensland Government, Queensland Health; 2000.
31. Paranjape A, Liebschutz J. STaT: A Three-Question Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health* 2003; 12(3): 233-239.
32. Saito AS, Cooke M, Creedy D, Chaboyer W. Thai women's experience of intimate partner violence during the perinatal period: A case study analysis. *Nursing and Health Sciences* 2009; 11: 382-387.
33. The Missouri Coalition Against Domestic Violence. The Advocacy Empowerment Wheel. [cited 2011 Mar 8]. Available from: <http://www.endingviolence.org/files/uploads/AdvocacyEmpowermentwheel.pdf>
34. Ross R, Roller C, Rusk T, Martsolf D, Draucker C. The SATELLITE sexual violence assessment and care guide for perinatal patients. *Women's Health Care* 2009; 8: 25-31.
35. The Center for Health and Gender Equity, Ending violence against women, Population Reports 1999; Series L, No 4: 19-44.
36. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550. [ออนไลน์] 2554 [อ้างเมื่อ 10 มีนาคม 2554]. จาก [http://www.oja.go.th/law/Lists/law2/Attachments/288/jrd\\_gent\\_14\\_08\\_2550.pdf](http://www.oja.go.th/law/Lists/law2/Attachments/288/jrd_gent_14_08_2550.pdf)