

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง:
การทดลองแบบสุ่ม

กึ่งกาญจน์ คงสาคร

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุษฎีนิพนธ์ของ กิ่งกาญจน์ คงสาคร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณิ เดียววิศเรศ)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สินธุ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณิ เดียววิศเรศ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือในการชี้แนะแนวทาง เสริมพลังให้ผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความอดทน และเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก นอกจากนี้ยังได้รับความกรุณาให้ คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางด้วยความละเอียดรอบคอบจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สินธุ อาจารย์ประจำภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานสอบคุษฎีนิพนธ์ ที่ไม่เพียงกรุณาให้ คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ทำให้งานมีความสมบูรณ์มากขึ้น ยังช่วยให้กำลังใจ สนับสนุนให้เรียนรู้ และเติบโต ขอขอบคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการแปล เครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุง โปรแกรมฯ ให้มีคุณภาพมากขึ้น

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่ยินดี เต็มใจและมีส่วนร่วม ในการวิจัยสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณผู้บริหาร โรงพยาบาลระยอง ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ระยอง กลุ่มเพื่อนรัก เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมหลักสูตรปริญญาคุษฎีบัณฑิต เพื่อนๆ และน้อง ๆ งานห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา จนการเก็บข้อมูลและคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอบคุณสำหรับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากครอบครัว ขอขอบคุณพี่ ๆ หลาน ๆ และญาติผู้ใหญ่ทุกคน โดยเฉพาะคุณนิติมา รัศมิทัต พี่สาวผู้เป็นกำลังใจและสนับสนุนทุกเรื่องด้วยความจริงใจและเต็มใจอย่างไม่มีเงื่อนไข คุณค่าและประโยชน์จากคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบ เป็นกตัญญูทดเวทิตา แด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ ประสบความสำเร็จตราบเท่าทุกวันนี้

กิ่งกาญจน์ คงสาคร

52810009: สาขาวิชา: พยาบาลศาสตร์; ปร.ด (พยาบาลศาสตร์)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ/ การถูกระทำรุนแรง/ สตรีตั้งครรภ์

กึ่งกาณจน์ คงสาคร: ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูก
กระทำรุนแรง (THE EFFECTIVENESS OF AN EMPOWERMENT INTERVENTION FOR
ABUSED PREGNANT WOMEN) คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์: วรณิ เดียววิเศศ, Ph.D.,
จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D. 139 หน้า, ปี พ.ศ. 2558.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียง
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คนได้รับการคัดกรองปัญหาความรุนแรงจากคู่อุปการด้วยการคัดกรอง
ตามปกติของแผนกฝากครรภ์ ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจำนวน 41 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างเข้า
กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 16 คน การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง
แบบสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจจำนวน 3 ครั้ง (แต่ละครั้งภายใน 3
สัปดาห์) กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาเมื่อมาครั้งแรก เมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม
ได้รับคำแนะนำรวม 1 ครั้ง ทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจและการถูกระทำ
รุนแรงเมื่อมาครั้งแรก หลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรม
เสริมสร้างพลังอำนาจฯ จากกรอบแนวคิดพลังอำนาจของ Dutton (1992) และ Chinn (1995)
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Repeated ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการถูกระทำรุนแรงลดลงจากก่อนได้รับ
โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,42, 55,44)} = 6.92, p < .05$) โดยที่มีคะแนนเฉลี่ยการถูก
กระทำรุนแรงลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์
ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและระยะเวลาทดลองต่อการรับรู้พลังอำนาจและการ
ถูกระทำรุนแรง และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้พลังอำนาจ
ระหว่างกลุ่มการทดลอง ($F_{(1,39)} = 0.94, p > .05$) และการถูกระทำรุนแรง ($F_{(1,39)} = 0.54, p > .05$)
การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพลังอำนาจเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการช่วยเหลือทางการ
พยาบาลในการอยู่ในสัมพันธภาพที่มีการกระทำรุนแรง อย่างไรก็ตามยังคงต้องมีการศึกษา
เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประโยชน์ในการนำไปใช้ให้มากที่สุด

52810009: MAJOR: NURSING; Ph.D. (NURSING)

KEYWORDS: EMPOWERMENT INTERVENTION/ ABUSED/ PREGNANT WOMEN

KINGKARN KONGSAKORN: THE EFFECTIVENESS OF AN EMPOWERMENT INTERVENTION FOR ABUSED PREGNANT WOMEN. ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., CHINTANA WATCHARASIN, Ph.D. 139 P. 2015.

The purpose of this study was to determine the effectiveness of an empowerment intervention for abused pregnant women attend antenatal care at tertiary hospital in Eastern part of Thailand. The participants consisted of 74 women found abusive relationship by routine ANC screening, 41 were agreed to participate in the study, 25 randomized assign to experimental group and 16 to control group. This study was conducted as a randomized controlled trial. The intervention group received a three-session (one session within three week) women empowerment program; the control group was assigned to receive one routine counseling program on their first visit. At the end of 4 weeks, the control group completed the one-session counseling program. At baseline, four weeks, and eight weeks after the program, both groups provided empowerment perception and recurrent abusive data. This empowerment program was base on Dutton's model (1992) and Chinn's (1995). Descriptive statistics and Repeated ANOVA were used to analyze data.

Results show that the intervention group showed a significant reduction in recurrent abused from the baseline ($F_{(1,42, 55.44)} = 6.92, p < .05$). Within groups, participants showed sustained decrease recurrent abused on the 4 weeks data and 8 weeks data. There are not found any interaction between time and groups in empowerment and abuse. The perception of empowerment did not significantly different between two groups ($F_{(1,39)} = 0.94, p > .05$), and recurrent abuse ($F_{(1,39)} = 0.54, p > .05$). This study indicated that an empowerment is an effective approach to developing nursing interventions for addressing the psychosocial aspects of living with intimate partner violence. Furthermore, the continuing study is needed to maximize this effectiveness.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
การกระทำรุนแรงต่อสตรีจากคู่ครอง.....	14
การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง.....	26
แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	32
โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง.....	41
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
สถานที่ศึกษา.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	55
การเตรียมความพร้อมก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูก กระทำรุนแรง.....	56
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4 ผลการวิจัย.....	63
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง.....	63
ตอนที่ 2 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ ทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)	70
ตอนที่ 3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ต่อพลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้ารับโปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์.....	71
5 สรุปและอภิปรายผล.....	81
อภิปรายผล.....	83
ข้อจำกัดการวิจัย.....	88
การนำผลการวิจัยไปใช้ทางการแพทย์.....	88
การนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล.....	89
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	89
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก.....	111
ภาคผนวก ข.....	113
ภาคผนวก ค.....	118
ภาคผนวก ง.....	120
ภาคผนวก จ.....	125
ภาคผนวก ฉ.....	132
ภาคผนวก ช.....	135
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	139

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	รายละเอียดประเด็นความแตกต่างการให้นิยามการกระทำรุนแรง..... 15
2	วัตถุประสงค์และกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ ที่ถูกกระทำรุนแรง..... 45
3	จำนวนร้อยละและค่าไคสแควร์หรือฟิชเชอร์ ของชนิดความรุนแรง ระดับการศึกษา และอาชีพของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 64
4	จำนวนร้อยละ และค่าไคสแควร์หรือฟิชเชอร์ ของข้อมูลภูมิลำเนา ลักษณะครอบครัว จำนวนสามี การศึกษาของสามีของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 65
5	จำนวนร้อยละ และค่าไคสแควร์หรือฟิชเชอร์ ของข้อมูลอายุสามี การศึกษาของสามี รายได้สามี ภูมิลำเนาสามี ประวัติการมีภรรยา ประวัติความรุนแรงในครอบครัวสามี ประวัติการใช้สุราของสามี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 67
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติที่ การถูกกระทำรุนแรง จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 69
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังอำนาจ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่มการทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง..... 71
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจ โดยพิจารณา ตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง..... 72
9	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่ม การทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง..... 73
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกกระทำรุนแรง โดยพิจารณาตาม กลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง..... 73
11	การเปรียบเทียบรายคู่ ของค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรง ในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง ด้วยวิธี Least Significant Difference..... 75
12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานในกลุ่มการทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง..... 76
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง..... 76

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่มการทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง..... 77
15	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจ โดย พิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง..... 78
16	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงด้านเพศ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่มการทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง..... 79
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกกระทำรุนแรงด้านเพศ โดย พิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง..... 79
18	การทดสอบความเป็นอิสระของข้อมูล..... 136
19	การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ Univariate normality ในกลุ่มทดลอง..... 137
20	การทดสอบความแปรปรวนที่เป็น Compound symmetry..... 137

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 การประยุกต์โมเดลการตอบสนองของสตรีต่อการกระทำรุนแรงจากตัดต้น	8
2 โครงสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง.....	10
3 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
4 ผังการออกแบบการทดลอง RCT แบบ Longitudinal design.....	47
5 Flow การเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง.....	51
6 ผังแสดงขั้นตอนการทดลอง.....	59
7 การเปลี่ยนแปลงการถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มการทดลองเมื่อเริ่มทดลอง ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์.....	74

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การกระทำรุนแรงจากคู่ครอง เป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในทุกภูมิภาคทั่วโลก ข้อมูลการสำรวจปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองปี 2010 ในสหรัฐอเมริการะบุว่า มีสตรีตกเป็นเหยื่อการกระทำรุนแรงนาทีละ 24 คน โดยที่ 1 ใน 4 ของสตรีเคยมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงทางกาย (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ทำการสำรวจความชุกของการกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศจากคู่ครองในสตรีอายุระหว่าง 15 ถึง 49 ปี จำนวนกว่า 24,000 คน จาก 10 ประเทศ ที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยพบว่า ในช่วงชีวิตหนึ่งสตรีถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 13-61 และถูกกระทำรุนแรงทางเพศร้อยละ 6-59 (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสตรีทั่วไปในกรุงเทพมหานครและจังหวัดแห่งหนึ่งตอนกลางของประเทศ พบความชุกของการกระทำรุนแรงทางร่างกายร้อยละ 23-34 และการกระทำรุนแรงทางเพศร้อยละ 29-30 (กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อัมเมม และอุษา เลิศศรีสันทัต, 2546) การศึกษาในมารดาหลังคลอดพบการกระทำรุนแรงด้านร่างกายร้อยละ 9.5 ด้านเพศ ร้อยละ 11.3 ด้านจิตใจ ร้อยละ 25.2 (Saito, Creedy, Cooke, & Chaboyer, 2012) ทั้งนี้หากสำรวจข้อมูลสตรีที่มีความเฉพาะมากขึ้นเช่นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจะพบความชุกที่เพิ่มขึ้น โดยอาจพบสูงถึงร้อยละ 66.2 (บุหงา ดโนภาส, สุภาวีย์ เผือกเทศ, ศิวพร อินทรภักดี, สุรีย์ ปิ่นดาสา และพรลดา ณ นคร, 2553)

การตั้งครรภ์อาจเป็นทั้งสิ่งป้องกันการกระทำรุนแรงและกระตุ้นให้กระทำรุนแรงได้ (Macy, Martin, Kupper, Casanueva, & Guo, 2007) ผลการสำรวจการกระทำรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์จาก 19 ประเทศพบความชุกร้อยละ 3.9-8.7 (Devries et al., 2010) และพบการกระทำรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์สูงกว่าขณะไม่ตั้งครรภ์ 2.42 เท่า (Chan et al., 2011) อย่างไรก็ตามผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่คัดเลือกงานวิจัยในเรื่องการกระทำรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 1996 ถึง 2009 พบความชุกของความรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 0.9-30 ทางจิตใจ ร้อยละ 1.5-36 และทางเพศ ร้อยละ 1-3.9 (Taillieu & Brownridge, 2010) ประเทศไทยมีการศึกษาความชุกการกระทำรุนแรงจากคู่ครองในสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยพบอัตราร้อยละ 5.4 (วรรณิ เดียวอิสเรศ, มณีรัตน์ ภาครูป และยุณี พงศ์จตุรวิทย์, 2545) ซึ่งแม้จะ

มีการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครในเกือบ 10 ปีถัดมา อัตราการกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์ยังคงใกล้เคียงคือพบร้อยละ 3-5.1 แต่หากถามย้อนหลัง 1 ปี จะพบการถูกรกระทำรุนแรง ร้อยละ 13.5-15.9 (Thananowan, & Heidrich, 2008)

การกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อสตรีทั้งระยะก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดล้วนส่งผลกระทบต่อทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ (McMahon, Huang, Boxer, & Postmus, 2011) โดยการกระทำรุนแรงทางร่างกายทำให้เกิดการบาดเจ็บ มีบาดแผล รอยขีด รอยถลอกหรือรอยแผลจากอาวุธ และมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปวดศีรษะ ใจสั่นนอนไม่หลับ ภาวะอาหารล้าใส่ทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อจิตใจ ทำให้เครียด กังวล เสรี ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Thananowan, 2008) ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (พนมวรรณ กำยาน, 2554) รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า (Rokach, 2007) การสูญเสียทางจิตวิญญาณ (Martin, 2009) มีผลกระทบทางด้านเพศทำให้ขาดความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์ (Audi, Segall-Correa, Santiago, & Perez-Escamilla, 2012) มีการคิดเชื่อทางเพศสัมพันธ์ (Humphreys, 2011; Shamu, Abrahams, Temmerman, Musekiwa, & Zarowsky, 2011) เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Pallitto et al., 2013) นอกจากนี้การถูกรกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การมีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ (Alio, Nana, & Salihu, 2009) ต่อเนื่องระยะหลังคลอด ทำให้มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด (Lau & Chan, 2007) มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo, & Zonderman, 2012) นอกจากนี้ผลทางด้านสังคมทำให้สตรีแยกตัวจากสังคม และมีปัญหาในการสร้างความไว้วางใจต่อผู้อื่นด้วย

ผลกระทบของความรุนแรงยังเกิดขึ้นเป็นวงกว้างต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมในระดับครอบครัวเกิดผลกระทบที่ต่อเนื่องไปยังบุตรผู้พบเห็นความรุนแรง ทำให้มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ไข้สารเสพติด เป็นผู้กระทำความรุนแรงในอนาคต รวมถึงมีความเสี่ยงในการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับครอบครัวในอนาคต (World Health Organization/ London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010) ในระดับชุมชนการกระทำรุนแรงมีอิทธิพลต่อเพื่อนบ้าน โดยที่เพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน มักมีทัศนคติต่อการกระทำรุนแรงจากคู่ครองคล้ายกัน (Uthman, Moradi, & Lawoko, 2009) เครือข่ายสังคมมีความอ่อนแอ ลดความสามารถในการควบคุมและเพิ่มโอกาสในการกระทำรุนแรง ระดับสังคมและโครงสร้างเกิดการหลอมลึกลงจนกระทั่งสตรียอมรับความรุนแรง (พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2546) เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง แม้การกระทำรุนแรงจะสิ้นสุดไปแล้ว (Jones et al., 2006) มีการประมาณความสูญเสียถึง 8.3

พันล้านดอลลาร์ต่อปี เมื่อนับรวมค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษา การเยียวยาจิตใจรวมทั้งความเสียหายจากการไม่ได้ทำงาน (Black et al., 2011)

ประเทศไทยมีนโยบายการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ด้วยการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center: OSCC) ครั้งแรกนำร่องในโรงพยาบาลจำนวน 20 แห่ง ปัจจุบันขยายบริการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่เป็นกลไกสำคัญที่จะดำเนินการเมื่อมีการกระทำผิดขึ้น (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2551) แต่ปริมาณงานในศูนย์ OSCC ยังมีน้อย ยกตัวอย่างจากข้อมูลปริมาณงานของศูนย์ OSCC โรงพยาบาลระยอง รายใหม่เฉลี่ยเดือนละ 19 คน (ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2557) ซึ่งนับว่าน้อยเมื่อเทียบสัดส่วนจากความชุก การถูกกระทำรุนแรงและปริมาณสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไม่เข้าใช้บริการช่วยเหลือด้วยความเชื่อว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องส่วนตัว น่าอาย (Montalvo-Liendo, 2009) รวมทั้งมีมายาคติต่าง ๆ เช่น คิดว่าตนเองเป็นสาเหตุ (Nagae, 2007) การเรียกหาความช่วยเหลือในระบบสุขภาพ ก็ไม่เชื่อว่าจะได้รับประโยชน์ (Bracken, 2008) ไม่แน่ใจความสามารถของบุคลากรสุขภาพ (Flinck, Paavilainen, & Astedt-Kurki, 2005) กลัวได้รับผลกระทบด้านลบจากการเปิดเผยข้อมูล กลัวถูกนินทาและรู้สึกล้ออาย (Rujiraprasert, Sripichyakan, Kantaruksa, Baosoung, & Kushner, 2009) การช่วยเหลือจึงต้องช่วยให้สตรีเหล่านี้ก้าวข้ามมายาคติทางสังคมให้ได้ การช่วยเหลือจึงต้องมุ่งให้สตรีเกิดความตระหนักเข้าใจปัญหาของตนเอง ฝึกการคิด เต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงและมีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นแนวคิดของการเสริมพลังอำนาจที่เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทางความคิดและการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม (Zimmerman, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมพลังอำนาจ ทำให้สตรีรับรู้และเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ มีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดการเกิดความรุนแรงลง (Parker, McFarlane, Soeken, Silva, & Reel, 1999; Kiely, El-Mohandes, El-Khorazaty, Blake, & Gantz, 2010) ช่วยให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ต่อเนื่องถึง 9 เดือน (Tiwari et al., 2012) นอกจากนั้นหากเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจะส่งผลดีต่อทารกในครรภ์ในการลดการคลอดก่อนกำหนดลงได้ (Kiely et al., 2010) นอกจากนี้คลินิกฝากครรภ์เป็นสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC], 2011; McMahan, & Armstrong, 2012) เพราะนอกจากจะสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ มีโอกาสพบกันและเฝ้าติดตามได้เป็นระยะเวลานาน ยังเหมาะสมกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจที่เป็นพลวัต (Zimmerman, 1995) ให้สามารถติดตาม

และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต คลินิกฝากครรภ์ยังมีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ช่วยให้สตรีผ่อนคลายและรับรู้ความปลอดภัยซึ่งจะทำให้การช่วยเหลือประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การค้นหาปัญหาการกระทำรุนแรงยังสามารถสืบค้นได้ทั้งเหตุการณ์ย้อนหลังที่ผ่านมา และเหตุการณ์ปัจจุบันที่ก่อกวนตั้งครรภ์ด้วย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสังคมชายเป็นใหญ่ มีการรณรงค์เพื่อยุติความรุนแรงต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถลดปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีลงได้ อีกทั้งยังขาดรูปแบบการให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือในพื้นที่บริการที่ชัดเจน และด้วยเหตุที่งานฝากครรภ์เป็นพื้นที่ที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือ จากการทบทวนวรรณกรรม เฉพาะงานวิจัยที่ออกแบบช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในคลินิกฝากครรภ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง 2012 พบงานวิจัยจำนวน 5 งาน ซึ่งทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา 4 งาน และประเทศจีน 1 งาน ซึ่งทั้ง 5 งานมีประเด็นที่สอดคล้องตรงกันในเรื่องการจัดการความปลอดภัยแก่สตรี โดยกำหนดตัวแปรตามในเรื่อง การลดการถูกกระทำรุนแรง โปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งให้ข้อมูล แหล่งความช่วยเหลือ ติดตามพฤติกรรมความปลอดภัย ทัศนภาพชีวิตและใช้การติดตามระยะยาว ซึ่งแม้จะเกิดความสำเร็จในการลดการถูกกระทำรุนแรงลงได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงและนำมาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะประชากรที่ศึกษา รวมถึงระบบบริการช่วยเหลือในประเทศไทยไม่พบโปรแกรมการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง หรือ โปรแกรมช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในคลินิกบริการอื่น ๆ ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาที่เน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์ของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ศึกษาเชิงสำรวจหรือการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

ปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองยังเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นในสังคมไทย ต้องการการแก้ไข และจะทวีความรุนแรงมากขึ้นจากสภาพสังคมในปัจจุบัน การร่วมมือจากทุกภาคส่วน จะทำให้ขนาดของปัญหาลดลงได้ ในส่วนการบริการทางสุขภาพการค้นหาและให้ความช่วยเหลือ โดยเร็วก่อนปัญหาจะรุนแรง จะเป็นการตัดวงจรและส่งผลกระทบต่อภาพรวมของปัญหาได้ การจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงเพื่อใช้ในการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาลักษณะนี้ในประเทศไทย สามารถช่วยให้สตรีรับรู้พลังอำนาจในตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการจัดการควบคุมชีวิตของตนเอง รู้จักทางเลือก มีเครื่องมือในการจัดการเพื่อให้ถูกกระทำรุนแรงลดลง และสามารถดำรงชีวิตตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดได้อย่างมีคุณภาพ ผลการศึกษานี้จะเป็นองค์ความรู้ใหม่ของการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในพื้นที่บริการ ที่จะใช้เป็นต้นแบบในการอ้างอิงและขยายผลการศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ยังใช้ผลักดันนโยบายการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงให้มีความชัดเจนในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงต่อการรับรู้พลังอำนาจและการถูกระทำรุนแรงภายหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและการถูกระทำรุนแรงระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง และสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและการถูกระทำรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงกลุ่มควบคุม
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจในตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลอง
3. สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองถูกระทำรุนแรง ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงกลุ่มควบคุม
4. สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองถูกระทำรุนแรงลดลง ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์

สตรีถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงในการถูกเอาเปรียบจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะในสังคมชายเป็นใหญ่ การกดขี่เอาเปรียบสตรีไม่ได้เกิดเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ แต่ถูกเอาเปรียบในพื้นที่ส่วนตัวต่าง ๆ เช่น ในเรื่องความรัก ความสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ (ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2547) มาขาดคิ ที่สั่งสมมาจากการเลี้ยงดู สภาพสังคม วัฒนธรรมทำให้สตรีรับรู้อุปสรรคและท่าทีของคนในสังคมยอมรับการเอาเปรียบ และปกปิดปัญหาการถูกระทำรุนแรงในชีวิตและเก็บซ่อน

ผลกระทบ ที่มีต่ออารมณ์และจิตใจไว้ภายในตนเองตามลำพัง ทำให้เกิดปัญหาความเครียดที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทสมาชิกของครอบครัวผิดปกติ เป็นสาเหตุสำคัญของ การเกิดโรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) (Black et al., 2011) สตรีเหล่านี้จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (พนมวรรณ กำยาน, 2554) จะมีชีวิตอยู่ภายใต้ความกลัว นับถือตัวเองน้อย (Walsh, 2009) และเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีทั่วไปแล้วจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Rokach, 2007) มีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งเรื่องความคิดและความพยายาม (Leiner, Compton, Houry, & Kaslow, 2008) การช่วยเหลือกลุ่มคนที่มีลักษณะเปราะบางเหล่านี้ด้วยการเสริมพลังอำนาจ จะทำให้คนกลุ่มนี้ได้รับประโยชน์สูงสุด (Dutton, 1992)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้สำหรับสร้างเสริมแรงใจให้บุคคลให้มองเห็นสมรรถนะตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ พลังอำนาจเป็นพลวัตที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Gibson, 1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลจึงต้องใช้เวลาทั้งเวลาในการดำเนินการและเวลาในการติดตามผล

การทบทวนงานวิจัยในเรื่องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ถูกระทำรุนแรงจากคู่ครอง ที่ผ่านมามีพบว่าการให้ความช่วยเหลือกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมักมีฐานคิดในเรื่องการเสริมพลังอำนาจ (Ramsay et al., 2009) โดยที่การเสริมพลังอำนาจเป็นการช่วยให้สตรีเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลการเสริมพลังอำนาจ มักเน้นการประเมินความสามารถตามพฤติกรรมเป้าหมาย เช่นการวัดพฤติกรรมความปลอดภัย (Koziol-McLain et al., 2010; Tiwari et al., 2012) การประเมินสภาวะสุขภาพและปัญหาความเครียด (MacMillan et al., 2009; Tiwari et al., 2005) ลดการเกิดเหตุการณ์ทำร้ายซ้ำ (Kiely et al., 2010; Tiwari et al., 2005) รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ

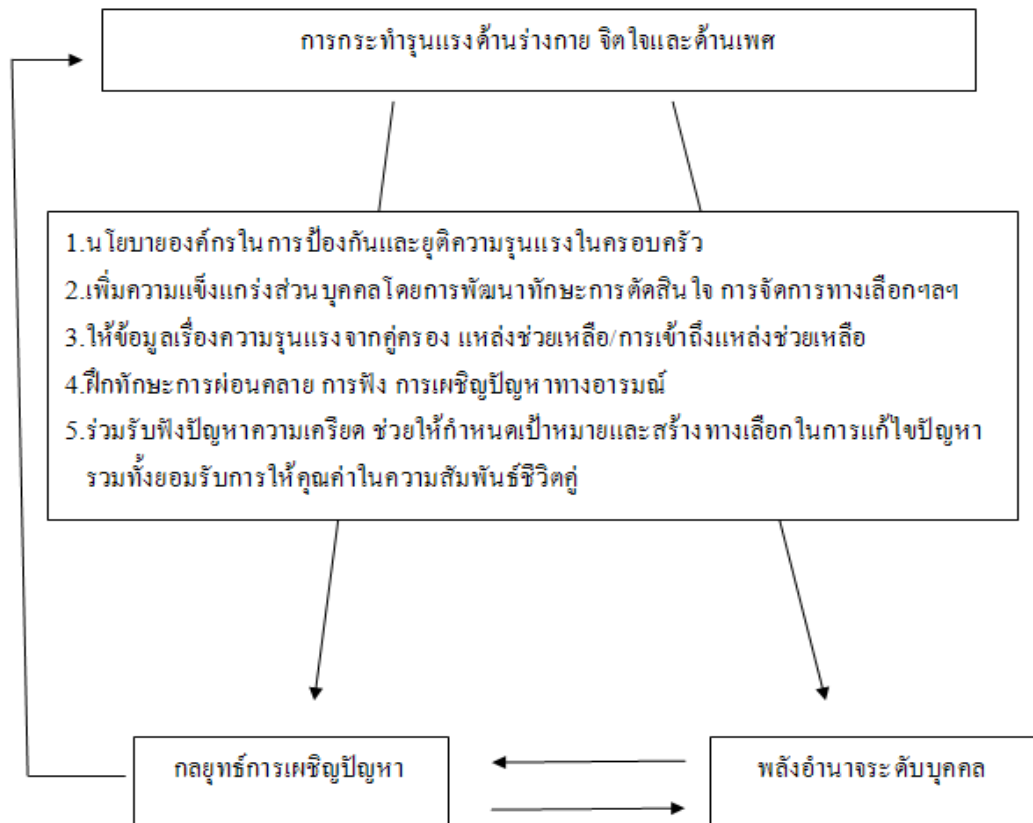
งานวิจัยนี้ใช้ฐานคิดสตรีนิยมที่มุ่งให้สตรีเข้าใจความเท่าเทียม ความเสมอภาคทางเพศ และการมีคุณค่าในตนเองดังนั้นการประเมินผลการเสริมพลังจึงมุ่งวัดผลในเรื่องพลังอำนาจ ที่สตรีจะเกิดการประเมินตนเองทางบวก รับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง รู้จักปกป้องและถนอมตนเอง เป็นตัวของตัวเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (Johnson, Worell, & Chandler, 2005) ซึ่งเมื่อสตรีรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สตรีจะสามารถควบคุมสถานการณ์และใช้กลวิธี รวมทั้งแผนการส่วนบุคคลในการกระทำเพื่อความปลอดภัยจากการถูกระทำรุนแรงได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีเสริมพลังอำนาจและเยียวยาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (Empowering and healing the battered women) ของ Dutton (1992) เป็นฐานคิดในการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ร่วมกับการใช้กระบวนการ Peace and power (Chinn, 1995) ที่มีฐานคิดการสร้างพลังด้วยหลักการของสตรีนิยม ในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเลือกใช้ทฤษฎีและวิธีการดังกล่าวด้วยเหตุผลที่ทั้งทฤษฎีและกระบวนการเสริมพลังอำนาจสร้างขึ้นจากฐานคิดทางปรัชญาในเรื่องสตรีนิยมที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นต่อสตรี และทฤษฎีมีความเฉพาะ ชัดเจน เหมาะสมต่อการใช้ในสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ทั้งนี้ นอกจากทฤษฎีอธิบายการตอบสนองต่อปัญหาการถูกกระทำรุนแรงของสตรีและผลกระทบต่อสภาพจิตใจ มีวิธีการประเมินปัญหาและการช่วยเหลือในลักษณะทางเลือกที่มีความยืดหยุ่นให้เลือกใช้ออกแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบุคคล โดยกำหนดเป้าหมายการช่วยเหลือไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) การทำให้เกิดความปลอดภัย 2) ให้ความสำคัญกระบวนการตัดสินใจและพลังอำนาจที่เกิดขึ้น 3) การเยียวยาทางจิตใจ ส่วนวิธีการ Peace and power จะมุ่งให้สตรีรับรู้พลังอำนาจผ่านกลไกการแลกเปลี่ยนด้วยความรู้สึกเสมอภาค ความสงบสุขที่เกิดจากการตระหนักรู้ มีกระบวนการในการแสดงความเห็น ร่วมเปิดรับความเห็นที่แตกต่างและได้สะท้อนคิดความเห็นของตนเองสู่สังคม ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้และเติบโตและพร้อมที่จะคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ในชีวิตเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

Dutton (1992) นิยามพลังอำนาจไว้ว่า หมายถึงทางเลือกในการตัดสินใจ ซึ่งรวมความทั้งทางเลือกที่จะคงอยู่ในสัมพันธภาพหรือแยกทางจากสามี และทางเลือกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยนิยามนี้สตรีจึงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมความรุนแรงที่ผู้กระทำ/ สามีสร้างขึ้น แต่จะสามารถสร้างพลังตนเองร่วมกับคนอื่นในการควบคุมสถานการณ์ หรือจัดการลดความเสี่ยงที่จะถูกกระทำรุนแรง ซึ่งเป็นความหมายของพลังอำนาจที่เป็นกระบวนการเกิดจากการช่วยเหลือระหว่างบุคคลสองฝ่ายให้สามารถสร้างทางเลือกอย่างอิสระและตัดสินใจภายใต้ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตน (Gibson, 1991; Rodwell, 1996)

Dutton (1992) อธิบายการตอบสนองการถูกกระทำรุนแรงด้วยการใช้กลยุทธ์ 3 แบบคือหนี หลีกเลียงและอยู่รอด โดยผ่านสื่อกลาง (Mediators) ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตนเองและปัจจัยภายนอก รวมทั้งผ่านสภาวะทางจิตใจที่เกิดจากผลของการกระทำรุนแรง ผู้วิจัยประยุกต์โมเดลของดัตตันเพื่อออกแบบกาวิจัย โดยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การประยุกต์โมเดลการตอบสนองของสตรีต่อการกระทำรุนแรงจากัดต้น
(Dutton, 1992)

ปัจจัยภายนอกตามแนวคิดของ Dutton (1992) ได้แก่ การตอบสนองจากแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพยายามของสตรี โดยเฉพาะ เมื่อเลือกที่จะหนีจากผู้กระทำ โดยสิ่งที่เป็นอุปสรรคเกิดจากการตอบสนองทางลบหรือการให้ความช่วยเหลือที่ไม่เข้าใจเพียงพอ และทำให้สตรีมีโอกาสดูถูกทำร้ายซ้ำ การขาดการสนับสนุนทางสังคมและความช่วยเหลือต่าง ๆ รวมทั้งความเครียดที่เกิดขึ้น เช่นการเจ็บป่วยของบุตร ความเครียดในงาน ความเครียดของบุตร จะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจและความพยายามในการตอบสนองต่อปัญหา

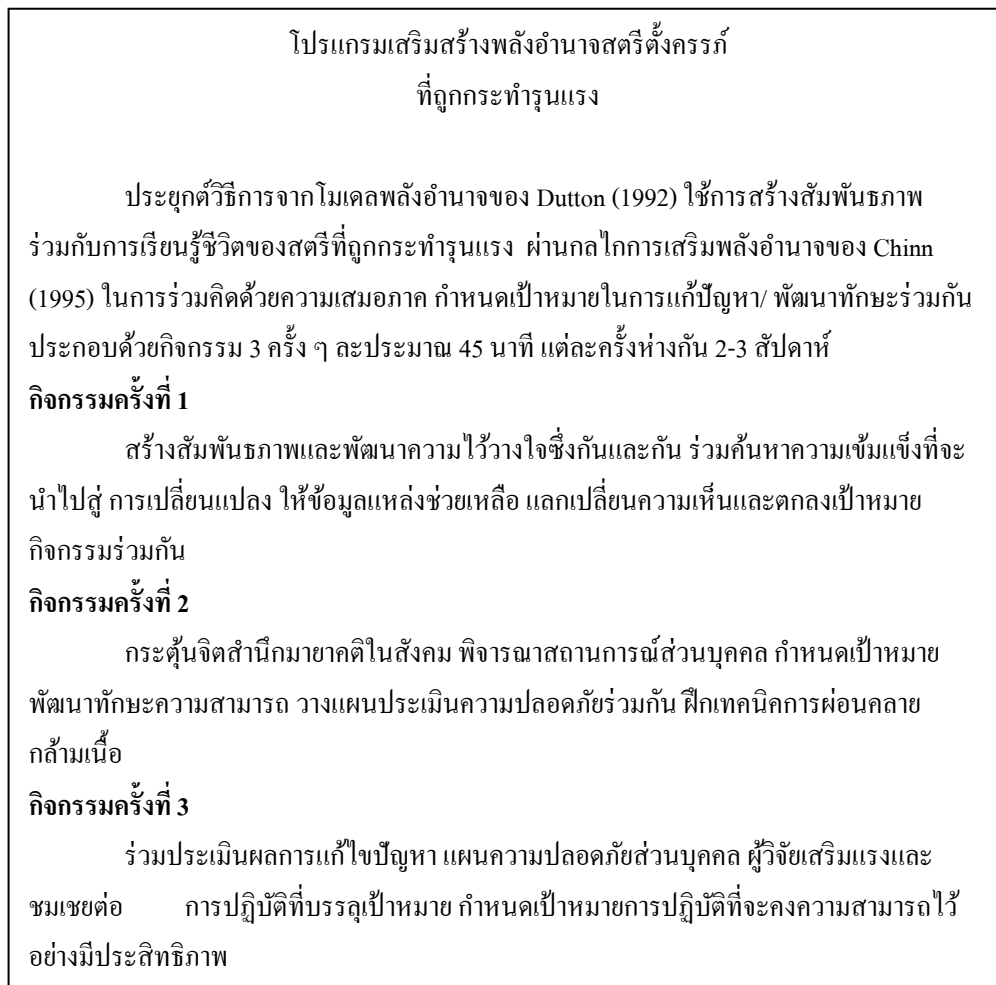
ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ ความแข็งแกร่งภายใน ประวัติในอดีต การเรียนรู้ ปัจจัยทางสุขภาพ รวมทั้งการให้คุณค่าต่อความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ ความแข็งแกร่งภายในเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะหาทางออกต่อปัญหาได้ เชื่อในความรู้สึกของการมีชีวิตที่ปราศจากความรุนแรง การบรรลุเป้าหมายในชีวิต การมีความรู้ในเรื่องความรุนแรงและผลที่เกิดขึ้น มีทักษะชีวิตที่ดี เมื่อใดก็ตามที่สตรีขาดความแข็งแกร่งภายใน Dutton (1992) เชื่อว่าสตรีจะยังคงถูกกระทำรุนแรงตลอดไป ประวัติการถูกกระทำรุนแรงในอดีตทำให้สตรีมีความอ่อนแอ

ที่จะพยายามกระทำกิจกรรมต่าง ๆ สิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการตอบสนองของสตรีอีกประการคือ สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา ซึ่งรวมความได้หลายประการเช่น การมีช่วงเวลาที่ดีต่อกัน ความเป็นพ่อที่ดี ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ การให้ความมั่นคงทางการเงิน สตรีที่มีประสบการณ์ที่ดี ในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเหล่านี้จะมีความยากลำบากที่จะตัดสินใจ

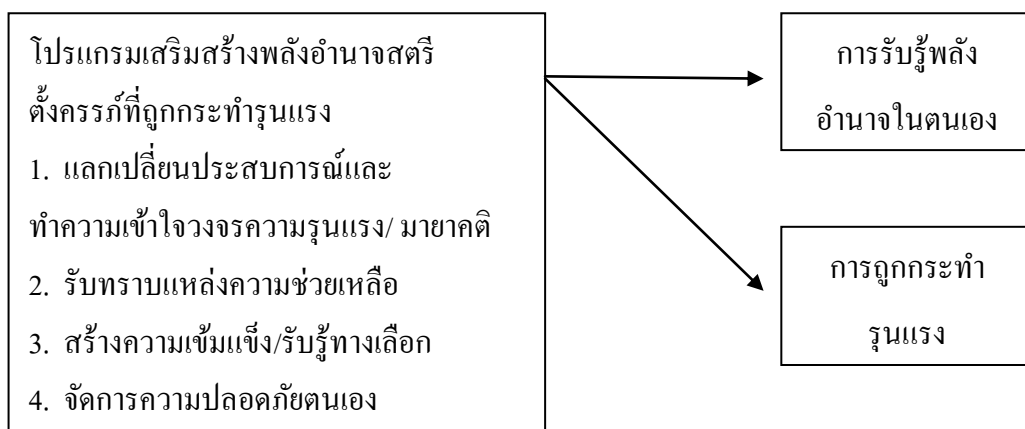
Dutton (1992) เสนอวิธีการในการประเมินปัญหาทางจิตใจ ประเมินปัญหาการกระทำรุนแรงความพร้อมจากปัจจัยภายในตนและปัจจัยภายนอกและเสนอวิธีการในการให้ความช่วยเหลือที่หลากหลาย แนวคิดนี้ช่วยทำให้เข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้ชัดเจนมากขึ้น และช่วยให้การออกแบบให้ความช่วยเหลือมีความรอบคอบระมัดระวัง ดังแสดงภาพโครงสร้างการวิจัยในภาพที่ 2

การให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ต้องให้ความสำคัญกับปัญหาจิตใจเป็นพิเศษ ด้วยเหตุที่การกระทำรุนแรงจากคู่ครองไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจหรือด้านเพศ ล้วนส่งผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดกลไกทางจิตที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาทั้งสิ้น การให้ความช่วยเหลือต้องมุ่งช่วยการเผชิญปัญหาจึงจะลดผลกระทบจากความเครียดในระยะยาว (Chuang et al., 2012) ผู้วิจัยเลือกประยุกต์ใช้วิธีการ Peace and power (Chinn, 1995) ซึ่งมีฐานคิดและวิธีการสตรีนิยม (Feminist approach) ที่ทำให้สตรีได้มีประสบการณ์การแลกเปลี่ยนในลักษณะเสมอภาค มีคู่คิด เกิดการเติบโต และเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการมีพลังที่จะควบคุมและสร้างทางเลือกด้วยตนเอง

ในการประยุกต์โมเดลเพื่อให้ความช่วยเหลือฯ จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ประเมินระบบสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยย้อนหลัง 20 ปี พบว่าโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจำเป็นต้องทำอย่างเข้าใจ มีการสนับสนุนจากองค์กร มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน บุคลากรได้รับการเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งมีเครือข่ายในการส่งต่อที่ดี (O'Campo, Kirst, Tsamis, Chambers, & Ahmad, 2011; Todahl, & Walters, 2011) และ เนื่องจากพลังอำนาจเป็นพลวัตการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงโดยมีระยะเวลาในการดำเนินการต่อเนื่อง ทุก 2-3 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 นาที (ดังแสดงในภาพที่ 3) เมื่อสิ้นสุดการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง จะมีความสามารถควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มและสามารถจัดการให้ถูกกระทำรุนแรงลดลง ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 3



ภาพที่ 2 โครงสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled trial: RCT) ประชากรเป้าหมายในการวิจัยได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่มาฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลระยอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย เพื่อเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละอย่างน้อย 16 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากศูนย์ OSCC ติดตามผลในเรื่องการรับรู้พลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรง หลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ตัวแปรต้นที่ศึกษา ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรง

นิยามศัพท์เฉพาะ

สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง (Abused pregnant women) หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระยอง และตอบคำถามว่าถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครอง ด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจและหรือด้านเพศ จากการสอบถามของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ด้วยแบบคัดกรองความรุนแรงของแผนกฝากครรภ์

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง หมายถึง ชุดของกิจกรรมการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างให้สตรีตั้งครรภ์เกิดพลังอำนาจในตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีพลังอำนาจของ Dutton (1992) และทฤษฎีพลังอำนาจของ Chinn (1995) มีเป้าหมายเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจวงจรความรุนแรง รู้จักแหล่งความช่วยเหลือ มีทางเลือกในการตัดสินใจ และจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ตนเองได้ ผู้วิจัยทำหน้าที่รับฟัง ช่วยสืบค้นข้อมูล สร้างความรู้สึกร่วมกัน ยอมรับและเชื่อประสบการณ์ รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาของสตรีโดยไม่ตัดสิน และเคารพการตัดสินใจที่เกิดขึ้น โปรแกรมนี้ออกแบบเพื่อใช้ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลระยอง ใช้โอกาสจากความถี่ในการมาตรวจครรภ์และความใกล้ชิดระหว่างตรวจครรภ์ สร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ได้ใช้ศักยภาพตนเองในการข้ามผ่านมายาคติที่มีเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง รวมทั้งได้รับรู้แหล่งช่วยเหลือทางสังคม และมีพลังในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ให้ความร้ายแรง องค์กรประกอบ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 อย่าง ได้แก่ 1) การร่วมสืบค้นและอภิปรายความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความรุนแรง วงจรความรุนแรง มายาคติในสังคม ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ 2) การกระตุ้นความตระหนัก ให้รับรู้มุมมองของคนอื่นในสังคม ด้วยการอภิปราย ร่วมสืบค้นข้อมูล และแลกเปลี่ยนความเห็น 3) การให้คำปรึกษา

ประเมินปัญหาความต้องการร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อ ความปลอดภัยเฉพาะราย รวมถึง การประเมินผลการวางแผนความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง 4) การพัฒนาทักษะชีวิตในการเผชิญ ปัญหา ทั้งการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกกระบวนการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ฝึกการมองโลก ทางบวก เป็นต้น โปรแกรมฯ ออกแบบเพื่อให้มีกิจกรรมร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 45 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 2-3 สัปดาห์

การดูแลตามปกติของโรงพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ปฏิบัติเป็น ประจำของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ตั้งแต่การรับฝากครรภ์และการคัดกรองปัญหาการถูกระทำ รุนแรงพร้อมกับการคัดกรองภาวะความเสี่ยงอื่น ๆ ในเรื่องการกระทำรุนแรง ให้สตรีตั้งครรภ์ที่มา ฝากครรภ์ครั้งแรกทุกคน ตอบแบบประเมิน ฯ ที่แผนกฝากครรภ์เป็นผู้ออกแบบเกี่ยวกับการถูก กระทำรุนแรงจำนวน 4 ข้อ เมื่อพบปัญหาการถูกระทำรุนแรง พยาบาลผู้ให้บริการฝากครรภ์จะส่ง ต่อความช่วยเหลือไปยังศูนย์ OSCC หากสตรีตั้งครรภ์ต้องการปรึกษาปัญหาความรุนแรงต่อเนื่อง สามารถติดต่อศูนย์ OSCC ครั้งต่อไปด้วยตนเอง ศูนย์ OSCC จะให้ความช่วยเหลือโดยประเมิน ปัญหาและให้คำปรึกษา รวมทั้งเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์เรียกหาความช่วยเหลือได้ทุกครั้งที่ ต้องการ ในเรื่องการตรวจครรภ์มีการดำเนินการนัดตรวจครรภ์ตามปกติต่อไป

การรับรู้พลังอำนาจ หมายถึง สภาวะทางจิตใจของสตรีที่รับรู้อำนาจ และเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเอง เป็นตัวของตัวเอง รู้จักสร้างทางเลือก พร้อมในการเผชิญปัญหา รับรู้และ สามารถเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือเมื่อต้องการ เห็นคุณค่าตนเอง และสามารถตัดสินใจและมั่นใจ ในการควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง โดยประเมินจากการใช้แบบวัดพลังอำนาจ PPS-R (The personal progress scale revised) (Johnson et al., 2005)

การถูกระทำรุนแรง หมายถึง การที่สตรีรับรู้ถึงการถูกระทำ การคุกคาม บังคับ ทำร้าย ร่างกาย จิตใจ หรือเพศ โดยประเมินจากแบบวัดความรุนแรงในชีวิตคู่ ชื่อ The index of spouse abuse (ISA) (Hudson & McIntosh, 1981) ที่วัดทั้งความถี่และความร้ายแรงของเหตุการณ์ มี ข้อ คำถามที่ครอบคลุมความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจและทางเพศ เครื่องมือได้รับการแปลและนำมาใช้ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (Thananowan & Kaesornsamut, 2010)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องและงานวิจัย สรุประเด็นการทบทวนและนำเสนอ ดังนี้

1. การกระทำรุนแรงต่อสตรีจากคู่ครอง
 - 1.1 ความหมายของการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง
 - 1.3 วงจรการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง
 - 1.4 สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง
 - 1.5 การตั้งครรภ์กับการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง
 - 1.6 ผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง
 - 1.7 การจัดการปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง
2. การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
 - 2.1 ข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติในระดับนานาชาติ
 - 2.2 การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.3 การดูแลช่วยเหลือในประเทศไทย
3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการนำไปใช้ทางการพยาบาล
 - 3.3 รูปแบบและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง
4. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง
 - 4.1 การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง
 - 4.2 องค์ประกอบของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง
 - 4.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การกระทำรุนแรงต่อสตรีจากคู่ครอง

การกระทำรุนแรงต่อสตรีจากคู่ครองเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง อีกทั้งยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องตรงกันในเรื่องความหมายของการกระทำรุนแรงและการจัดการกับปัญหา ทำให้ปัญหาดังกล่าวยังไม่มีความชัดเจน การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการทำความเข้าใจร่วมกัน และร่วมแก้ไขให้เกิดความถูกต้องและเท่าเทียมแม้จะต้องใช้เวลา

ความหมายของการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง

เนื่องจากโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่าง ทำให้การรับรู้ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อคู่ครองมีความหลากหลาย ผลการวิจัยหลายแห่งยืนยันการรับรู้ปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ว่าเป็นเรื่องปกติ เกิดขึ้นได้ (Waithayawongkorn, Ratinthorn, Serisathien, & Sinsuksai, 2009) การทำร้ายเกิดขึ้นบ่อย รวมทั้งยังรู้สึกสุขสบายดี จึงเป็นเรื่องปกติในครอบครัว (Ulrich et al., 2006) แต่กระทบจิตใจ ไม่ได้มีการทำร้ายร่างกาย (Bacchus et al., 2010) แม้กรณีที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ซึ่งตนเองไม่ต้องการ สตรีบางคนยังไม่คิดว่าเป็นการกระทำรุนแรง เนื่องจากคิดว่าสุดท้ายตนเองก็ยินยอม (Zeitler et al., 2006) และเนื่องจากภรรยาเป็นสมบัติของสามี ไม่ใช่บุคคลสำคัญ รวมทั้งเป็นต้นเหตุให้เกิดความรุนแรง (Nagae, 2007) ในขณะที่องค์กรสตรี องค์กรวิชาชีพ และองค์กรนานาชาติที่เข้าใจปัญหาเรื่องสิทธิเสรีภาพของบุคคลมองว่าประเด็นดังกล่าวเป็นความเข้าใจไม่ถูกต้อง

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง (Intimate partner violence: IPV) หมายถึง การกระทำโดยการใช้กำลัง ข่มขู่ บังคับ ฝืนใจทั้งทางร่างกาย จิตใจและทางเพศต่อ คู่รัก คู่ครองทั้งในอดีตหรือปัจจุบัน (World Health Organization/ London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010) ซึ่งนิยามนี้เน้นรวมถึงผู้ถูกกระทำที่เป็นเพศชายด้วย เนื่องจากเริ่มมีหลักฐานที่แสดงการค้นพบผู้ถูกกระทำที่เป็นชายและผู้กระทำที่เป็นสตรีเพิ่มขึ้น แต่โดยทั่วไปข้อมูลการถูกทำร้ายจากชายต่อชาย หรือสตรีกระทำต่อชายมีน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับชายกระทำต่อสตรี ทำให้ความเข้าใจความหมายของการกระทำรุนแรงจากคู่ครองมักมุ่งไปที่ผู้ถูกกระทำเป็นสตรีเป็นสำคัญ ในการศึกษาวิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะกรณีผู้ถูกกระทำเป็นสตรีและผู้กระทำเป็นสามีหรือคู่รักที่เป็นชายเท่านั้น

หลายประเทศให้ความหมายของการกระทำรุนแรงจากคู่ครองรวมอยู่ในความหมายการกระทำรุนแรงในครอบครัว (Domestic violence) บางประเทศระบุในนิยามว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดภายในบ้านเท่านั้น (Ellsberg & Heise, 2005) ประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทยก็ไม่ได้แยกนิยามการกระทำรุนแรงจากคู่ครองออกจากการกระทำรุนแรงในครอบครัวเช่นกัน และไม่ได้เจาะจงสถานที่เกิดเหตุแต่รวมความผู้กระทำว่าเป็นคนที่อาศัยในครัวเรือนแม่

ไม่ใช่ญาติทางสายเลือด ซึ่งเป็นนิยามที่กว้าง ครอบคลุมปัญหาทั้งหมด รวมทั้งมีการกำหนด กฎหมายรองรับภายใต้ชื่อ “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550” ที่มีเจตนารมณ์ให้คู่กรณีได้ประนีประนอมกัน เพื่อชำระไว้ซึ่งสถาบันครอบครัวเป็นหลัก (สำนักงาน กิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2551) แต่ความครอบคลุมของนิยามในปัจจุบันยังทำให้ทั้ง ผู้ปฏิบัติงานภายใต้กฎหมาย และผู้ถูกกระทำรุนแรงเกิดความสับสนในทางปฏิบัติ

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงไม่เพียงแต่เรื่องชนิดของการกระทำที่แบ่งเป็น กระทำต่อร่างกาย จิตใจและเพศ ยังมีลักษณะการกระทำที่มีความเฉพาะและแบ่งเป็น การคุกคาม การตบตีโดยไม่ใช้อาวุธและการทำร้ายด้วยอาวุธ ความร้ายแรงที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้เป็น การบอบช้ำ การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมี ประเด็นที่เกี่ยวข้องในเรื่องระยะเวลาที่เกิด สถานที่เกิดเหตุ ความถี่ ระยะห่างในแต่ละครั้ง อายุของผู้เคราะห์ร้าย เป็นต้น รายละเอียดของประเด็นเหล่านี้ดังแสดงในตารางที่ 1 ทำให้เกิดความแตกต่าง ในการให้คำจำกัดความจากนานาประเทศ โดยเฉพาะในเรื่องการนิยามในงานวิจัย ซึ่งนำไปสู่ ผลการศึกษาวิจัย การรับรู้ของประชากรในสังคมนั้น ๆ และอาจนำไปสู่กระบวนการคิดและแก้ไข ปัญหาในภาพรวมที่ไม่ตรงประเด็น

ตารางที่ 1 รายละเอียดประเด็นความแตกต่างการให้นิยามการกระทำรุนแรง

ประเด็นความแตกต่าง	รายละเอียด			
ชนิดของความรุนแรง	ร่างกาย	จิตใจ	เพศ	สังคม
ลักษณะของการกระทำ	ทุบตี ผลัก (ไม่ใช้อาวุธ)	มิด/ ปีน/ ฯลฯ (ใช้อาวุธ)	ใช้สารเคมี	ของร้อน/ น้ำกรด
ความร้ายแรงของเหตุการณ์	ไม่มีร่องรอย	มีบาดแผล/ บอบช้ำ	ต้องรักษาใน โรงพยาบาล	เสียชีวิต
สถานที่เกิดเหตุ	ที่บ้าน	สถานที่สาธารณะ		
ระยะเวลาที่เกิดเหตุ	ช่วงชีวิตที่ผ่านมา	1 ปีย้อนหลัง	6 เดือนย้อนหลัง	ปัจจุบัน
เพศของผู้ถูกกระทำ	สตรี	บุรุษ	เพศที่สาม	
อายุของผู้ถูกกระทำ	เด็ก	วัยรุ่น	สตรีทั่วไป	ผู้ชรา
กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่ใช้วิจัย	ผู้ป่วยสตรีที่มา ห้องฉุกเฉิน	คลินิกเฉพาะ สตรี/ ผู้ป่วย ใน	สตรีทั่วไปใน หน่วยบริการ สุขภาพ	สตรีทั่วไป

แม้ในสังคมไทยจะเลือกใช้คำอธิบายความรุนแรงจากคู่ครองรวมอยู่ในนิยาม ความรุนแรงในครอบครัว แต่การระบุผู้กระทำที่ชัดเจนจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาได้ง่ายกว่า ผู้วิจัยจึง กำหนดนิยามในการศึกษานี้ว่า การกระทำรุนแรงต่อสตรี หมายถึง การกระทำใด ๆ ของสามี คู่รัก แฟน ผู้ชายที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทั้งอดีตและปัจจุบัน ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะ เกิดอันตราย ทำให้กระทบกระเทือน ได้รับความเสียหาย เสียสิทธิและเสรีภาพ รวมทั้งการขู่เงิน คุกคามต่อร่างกาย จิตใจหรือทางเพศ ตัวอย่างการกระทำรุนแรงต่อร่างกาย ได้แก่ การผลัก ต่อย ตบ ตี บีบคอ กัด การใช้อาวุธทำร้าย การใช้ความร้อน น้ำกรด ไฟฟ้า การกระทำรุนแรงต่อจิตใจ ได้แก่ การด่าทอ คุกคามเหยียดหยาม ใช้อาวุธจากทางอารมณ์ ก่อให้เกิดความหวาดกลัว ไม่สบายใจ รู้สึก ผิด การขู่จะทำร้าย กักขังหน่วงเหนี่ยว ทำให้อับอายในที่สาธารณะ การทอดทิ้งไม่เลี้ยงดูตาม บทบาทอันควร และการทำลายของ สัตว์เลี้ยง การกระทำรุนแรงทางเพศ ได้แก่ การฉวนลาม ทำ อุนาจาร การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ต้องการ การบังคับค้าประเวณี ในการศึกษาการกระทำ รุนแรงต่อสตรี มีความเฉพาะจากผู้กระทำที่เป็นคู่ครองเท่านั้น และมีความหมาย ครอบคลุมขณะ สตรีตั้งครรภ์ด้วย และใช้ความหมายเดียวกันทั้ง Intimate partner violence, Abused women, Wife abused หรือ Domestic violence ที่เป็นการกระทำรุนแรงต่อสตรีจากคู่ครอง ทั้งก่อนการตั้งครรภ์ และหรือขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง

มีทฤษฎีหลากหลายที่อธิบายปัจจัยของการกระทำรุนแรงฯ ในมุมมองผู้กระทำมี คำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการทางสมอง ลักษณะทางพันธุกรรม รวมทั้งทฤษฎีทางสังคม ที่อธิบายพฤติกรรม สิ่งกระตุ้นและองค์ประกอบแวดล้อมอื่น ๆ (Dutton, 1998) ระบบโครงสร้าง สังคม โดยรวมที่เน้นให้เห็นอำนาจของเพศชาย ค่านิยมที่ยอมรับความรุนแรง ปัจจัยสนับสนุนให้ เกิดความรุนแรง เช่น อัตราว่างงาน มีแหล่งอบายมุข มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด สื่อรุนแรงและ สื่อกระตุ้นทางเพศต่าง ๆ (รัชชัย คงสกันธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม, 2551) การอยู่ในชุมชนยากจน แออัด ชุมชนที่มีการเหยียดเพศเหยียดผิวหรือมีชนชั้นทางสังคม ความขัดแย้งในบ้าน การเป็นคู่ที่มี สถานะทางสังคมต่างกัน การศึกษาน้อย เคยพบเห็นความรุนแรงในวัยเด็ก ใจร้อน การโกรธและ แสดงออกความโกรธอย่างรุนแรง การขาดสติเพราะสุรา ดิดการพนัน การเผชิญความยากลำบาก/ ตกงาน มีปัญหาผู้สาว (Aekplakorn & Kongsakon, 2007; รั้งสิมา เตไพบูลย์, 2552) เป็นต้น ระบบโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและหล่อหลอมทั้ง ผู้กระทำรุนแรงและผู้ถูกกระทำรุนแรง มีคำกล่าวว่า ไม่มีสังคมใดที่สตรีปลอดภัยจากความรุนแรงใน ครอบครั้ว แต่รูปแบบและลักษณะความรุนแรงอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละแห่งทั่วโลก (วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุธี และอำนาจ เนตยสุภา, 2546) ปัญหาความรุนแรง

จากคู่ครองตามแนวคิดสตรีนิยมเป็นปัญหาที่มีรากฐานจากสังคมชายเป็นใหญ่ ใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการควบคุมการกระทำและความคิด สังคมไทยเป็นสังคมชายเป็นใหญ่ที่แม้ว่าค่านิยมการเลือกคู่ครอง โอกาสทางการศึกษาและคุณค่าสตรีที่ไม่เน้นเฉพาะความบริสุทธิ์อย่างเดียว จะมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังถูกกีดกันในเรื่องตำแหน่งหน้าที่การงานอยู่บ้าง รวมทั้งสตรียังถูกคาดหวังให้ดูแลลูก รับประทานอาหารบ้าน ดูแลบิดามารดาเมื่อชรา จึงสามารถสรุปภาพรวมได้ว่า สังคมไทยยังมีมายาคติในเรื่องความไม่เสมอภาคทางเพศและค่านิยมเชิงซ้อน (Double standard) (วันทนี วาลิกะสิน, 2546) และด้วยเหตุนี้จึงพบได้ว่าผู้ชายไทยส่วนหนึ่งให้ความหมายของการกระทำรุนแรงว่าเป็นการกระทำเพื่อยุติการทะเลาะเบาะแว้ง และสามีมักรู้สึกที่จะกระทำเพื่อให้ภรรยาหลบจำและหยุดพฤติกรรมที่ทำให้สามีรำคาญใจ (สุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, 2554)

ในขณะที่เดียวกันก็มีมุมมองลักษณะผู้ถูกกระทำว่าเป็นผู้ที่มีประวัติเคยพบเห็นหรือถูกกระทำรุนแรงในวัยเด็ก อายุน้อย เคยถูกกระทำรุนแรง การศึกษาน้อย หรือการศึกษาสูงกว่าคู่ครอง มีสถานะทางสังคมต่างจากคู่ครอง ไม่ได้ทำงาน (ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจจากคู่ครอง) เป็นชนกลุ่มน้อยในสังคม ใช้จ่ายหรือแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมทางเพศแบบเสี่ยงสูง มีบุคลิกภาพบางประการที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำ เช่น มักเป็นคนที่ไม่ค่อยมีปากเสียง พึ่งตนเองไม่ได้ หรือเชื่อในกรรมเก่า (พิมพัลย์ บุญมงคล, นิกรณัฏ์ สันหจรียา, แว่วรุ่ง นาวาบุญนิยม และสร้อยบุญ ทราชทอง, 2553)

นอกเหนือจากการวิเคราะห์สาเหตุจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ยังมีคำอธิบายเชิงสังคมและโครงสร้างได้แก่ สังคมชายเป็นใหญ่ ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศและเศรษฐกิจ ความแตกต่างทางโครงสร้างร่างกายและขนาดที่ใหญ่กว่า การแสดงอำนาจของชายต่อสตรีที่อยู่ในความรับผิดชอบ การหลอกลวงจนกระทั่งสตรียอมรับความรุนแรง (พิมพัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2546) การค้นพบอิทธิพลของเพื่อนบ้านจากการสำรวจทัศนคติของการกระทำรุนแรงต่อคู่ครองจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของ 17 ประเทศในอาฟริกาในปี ค.ศ. 2003-2007 พบว่า คนที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกันจะมีแนวโน้มที่มีทัศนคติคล้ายกัน นอกจากนี้ความยากจน การย้ายที่อยู่อาศัย ความอ่อนแอของเครือข่ายสังคมจะลดความสามารถในการควบคุมและเพิ่มโอกาสในการกระทำรุนแรง (Uthman et al., 2009)

วงจรการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง

Dutton (1998) อธิบายกลไกการเกิดความรุนแรงว่า คนที่มีพื้นฐานทางบุคลิกเฉพาะบางประการ เช่น ก้าวร้าว ชอบใช้อำนาจและควบคุมบังคับ มีบุคลิกภาพแปรปรวน เมื่อมีประเด็นเรื่องเงิน เพื่อนหรือการดื่มรวมทั้งมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องจะทำให้เกิดการกระทำรุนแรง และการกระทำรุนแรงนี้จะมีรูปแบบที่ต่อเนื่องลักษณะเป็นเกลียว (Spiral model) ซึ่งหมายถึง มีการเกิดซ้ำและทวีความรุนแรง วงจรจะเกิดขึ้น 3 ระยะ ระยะที่หนึ่งเริ่มจากเหตุการณ์ตึงเครียด มีความขัดแย้งระหว่างกัน มีการสะสมความไม่พอใจ เกิดการกระทบกระทั่ง ระยะที่สอง เป็นระยะที่มีการแสดงออก

โดยการทำร้าย ทบตี คำว่า ประณามหรือแม่แต่ข่มขืน ระยะที่สามเกิดหลังการทำร้าย จะเป็น ความรู้สึกผิด ผู้กระทำจะเริ่มทำความดี อาจมีการร้องไห้ ขออภัย อ้อนวอนและเป็นเหตุให้ ผู้ถูกกระทำให้อภัย เห็นใจ ซึ่งเป็นที่มาของการหมั่นเข้าสู่วางจรเดิมต่อไป และทวีความรุนแรง มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยสตรีที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลจากสาเหตุการถูกระทำรุนแรง ที่พบว่า ร้อยละ 78 ของสตรีที่เสียชีวิตจากการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง เคยมาใช้บริการใน ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาก่อนแล้ว (Walsh, 2009) การมาใช้บริการครั้งก่อนหน้าการเสียชีวิต ไม่ได้ได้รับการประเมินต้นเหตุของปัญหา การช่วยเหลือเป็นเพียงการรักษาตามอาการบาดเจ็บและ ให้อภัยกลับบ้าน การมาโรงพยาบาลครั้งใหม่ที่รุนแรงมากขึ้นถึงเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นได้ ผลการศึกษาแบบ แผนการบาดเจ็บของการทำร้ายจากคู่ครองยังระบุว่า การบาดเจ็บที่ไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร สุขภาพ มีการเกิดขึ้นซ้ำได้ภายใน 6 เดือน (Sims et al., 2011)

การทำความเข้าใจนิยามของการกระทำรุนแรงต่อคู่ครองให้ตรงกันทั้งในส่วนของผู้ ให้บริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งการทำความเข้าใจธรรมชาติของความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแวดล้อมรวมทั้งกลไกการเกิดปัญหา จะทำให้บุคลากรสุขภาพมีความไว มองเห็นปัญหาความรุนแรงที่ซับซ้อนของสตรีได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้ให้บริการได้ทบทวน ปัญหาของตนเองและเลือกที่จะเปิดเผยปัญหาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งจะรับรู้มุมมองของคนใน สังคมต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวในมิติที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้เกิดความตระหนัก ในสังคมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลจากความตระหนักต่อปัญหาและเปิดเผยปัญหาให้ผู้อื่นรับรู้ ได้รับการช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี จะช่วยลดวงจรความรุนแรงให้มีระดับความร้ายแรง ลดลงและสามารถป้องกันการตายของการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง

สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง

แม้ปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองจะได้รับความสนใจจากสังคมและมีการณรงค์ ให้ร่วมกันช่วยแก้ไขและยุติปัญหา แต่พบว่าสถานการณ์ปัญหายังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง เมื่อ เปรียบเทียบผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี 2006 ที่สำรวจความชุกของการกระทำรุนแรง ทางร่างกายและทางเพศจากคู่ครองในสตรีอายุระหว่าง 15 ถึง 49 ปีจำนวนกว่า 24,000 คน จาก 10 ประเทศ ที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยพบว่า ในช่วงชีวิตหนึ่งสตรีถูก กระทำรุนแรงทางร่างกายร้อยละ 13-61 และถูกกระทำรุนแรงทางเพศร้อยละ 6-59 (Garcia-Moreno et al., 2006) กัับการรายงานของหน่วยงาน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011) ในสหรัฐอเมริกาประมาณการว่ามีคนตกเป็นเหยื่อการกระทำรุนแรงจากคู่ครองทั้งทางกาย และทางเพศนาทีละ 24 คน และมีข้อมูลว่าสตรี 1 ใน 5 คนเคยถูกกระทำรุนแรงทางเพศในช่วงชีวิต ที่ผ่านมา โดยที่ในกลุ่มนี้ร้อยละ 80 ถูกกระทำก่อนอายุ 25 ปีและเกือบครึ่งถูกกระทำก่อนอายุ 18 ปี

(Black et al., 2011) การศึกษาในทวีปอาฟริกา ทางตอนเหนือของเอธิโอเปีย พบความรุนแรงทางร่างกายในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 25.5 (Feseha, A, & Gerbaba, 2012) ส่วนในประเทศปากีสถาน ใช้การศึกษาแบบ Community-based 759 คน พบการกระทำรุนแรงทางร่างกายในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 56.3 ทางเพศ ร้อยละ 53.4 ทางจิตใจร้อยละ 81.8 (Ali, Asad, Mogren, & Krantz, 2011) การศึกษาในกรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นจากสตรีที่มาใช้บริการแผนกสูติกรรม 400 คน พบการกระทำรุนแรงจากคู่ครองในภาพรวมร้อยละ 31.4 (Inami, Kataoka, Eto, & Horiuchi, 2010) ในประเทศจีนเปรียบเทียบระหว่างความชุกการกระทำรุนแรงจากคู่ครองในสตรีตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ จำนวนทั้งหมด 2225 คน พบว่า การกระทำรุนแรงด้านร่างกายในสตรีตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ 2.42 เท่า (Chan et al., 2011)

การตั้งครรภ์อาจเป็นทั้งสิ่งป้องกันการกระทำรุนแรงและเป็นสิ่งกระตุ้นให้กระทำรุนแรงได้ (Macy et al., 2007) งานวิจัยประเภทที่ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง 2009 พบว่า ความชุกของการกระทำรุนแรงทางกายจากคู่ครองขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้น ร้อยละ 0.9-30 ทางจิตใจด้วยคำพูดและอารมณ์ ร้อยละ 1.5-30 ทางเพศ ร้อยละ 1-3.9 ทั้งนี้มีรายละเอียดการนำเสนอแยกประเภทเป็นงานวิจัยในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งแม้จะแยกประเภทก็ไม่อาจอธิบายความแตกต่างของความชุกที่เกิดขึ้นได้ เพราะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามีทั้งอัตราความชุกต่ำเช่นประเทศจีนรายงานการกระทำรุนแรงทางกาย ร้อยละ 1.3 หรืออัตราความชุกการกระทำรุนแรงทางกายสูงในประเทศปากีสถาน ร้อยละ 12.6 ส่วนในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วที่อัตราความชุกต่ำเช่นแคนาดามีการกระทำรุนแรงทางกาย ร้อยละ 1.9 หรืออัตราการกระทำรุนแรงทางกายสูงในสหรัฐอเมริกา คือ ร้อยละ 30 (Taillieu & Brownridge, 2010) หรือแม้แต่ในประเทศแคนาดา สมาคมสูตินรีแพทย์ (The Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada [SGOC]) ได้ยืนยันความชุกการกระทำรุนแรงจากคู่ครองในแคนาดาว่าพบในสตรีตั้งครรภ์สูงกว่าในสตรีทั่วไป (SOGC, 2011) ประเทศไทยพบ ความชุกการกระทำรุนแรงจากคู่ครองขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่าเมื่อไม่ตั้งครรภ์ หากเปรียบเทียบเฉพาะความรุนแรงทางกายจะพบว่าในสตรีทั่วไปที่มีรายงานการค้นพบ ร้อยละ 23-34 (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) หรือในคลินิกเฉพาะสตรีคือแผนกสูติกรรม พบร้อยละ 66.2 (บุหงา ตโนภาส และคณะ, 2553) ขณะที่การศึกษาความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2547 2549 และ 2551 รายงานความชุก ร้อยละ 4.8, 4 และ 8.7 ตามลำดับ (Thananowan, 2004; Thananowan, & Heidrich, 2008; Waithayawongkorn et al., 2009) อย่างไรก็ตาม แม้การกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์จะพบต่ำกว่าเมื่อไม่ตั้งครรภ์ แต่ช่วงเวลาเหล่านี้สามารถสืบค้นย้อนประวัติก่อนการตั้งครรภ์ได้ เพราะเมื่อพิจารณาจากวงจรการกระทำรุนแรงหลังจากระยะที่เหตุการณ์มีความสงบ ยังอาจเกิดความรุนแรง ที่ร้ายแรงยิ่งขึ้นในอนาคตได้

ด้วยเหตุที่ปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองเป็นเรื่องที่มีมาอย่างต่อเนื่องชองมาก สตรีมักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดของสังคม โดยเฉพาะอิทธิพลของมายาคติจากการปลูกฝังเชิงวัฒนธรรม ในกลุ่มประเทศแถบเอเชียมักสะท้อนภาพความไม่เท่าเทียมทางเพศชัดเจน เช่น ปัญหาความยุ่งยากในการหย่าร้างทำให้สตรีญี่ปุ่นที่แม้จะมีปัญหาถูกกระทำรุนแรงก็เลือกที่จะคงอยู่ในความสัมพันธ์ (Kamimura, 2010) บังคลาเทศสำรวจความเห็นทั้งจากมุมมองหญิงและชาย พบความเห็นที่ผู้ชายมีอำนาจในการควบคุมผู้หญิง ร้อยละ 45-55 (Hadi, 2011) วัฒนธรรมไทยจะตัดสินคุณภาพความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ความรุนแรงด้วยคำว่า “ดี” กับ “เลว” (Thongpriwan, 2008) ดังนั้นสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจะไม่ต้องกล่าวถึงปัญหา เพราะไม่ต้องการถูกตัดสินเมื่อเผชิญเหตุการณ์การถูกกระทำรุนแรงไม่ว่าจะด้านร่างกายจิตใจหรือความรุนแรงทางเพศที่ก่อให้เกิดความเครียด สตรีจะเลือกเผชิญปัญหาด้วยการบอกให้ตนเองอดทน รวมทั้งการโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุ สตรีจึงมักเลือกเก็บปัญหาการถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครองไว้ ไม่เปิดเผยให้คนอื่นทราบ การปกปิดหรือแต่งเรื่องใหม่เป็นการกระทำเพื่อปกป้องความเป็นตัวตน ความปลอดภัยของตนเอง รักษาภาพลักษณ์ของครอบครัว รวมทั้งเพื่อความผาสุกของครอบครัว (Rujiraprasert et al., 2009) สตรีผู้ถูกกระทำรุนแรงไม่เปิดเผยตัวขณะมาใช้บริการครั้งแรก ๆ การแสวงหาความช่วยเหลือมักทำเมื่อมีเหตุการณ์ที่สตรีคิดว่าเป็นจุดเปลี่ยนในความสัมพันธ์ของตน (Chang et al., 2010) จากการสำรวจข้อมูลสตรี 271,103 คนใน 12 ประเทศพบว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่พยายามแสวงหาความช่วยเหลือ (Driver, 2007) ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุร้ายมากขึ้น และเป็นเหตุให้จำนวนความชุกกับจำนวนการวินิจฉัยและการให้การช่วยเหลือที่ผ่านมามีมากกว่าความเป็นจริง (Thompson et al., 2000)

การค้นพบและให้ความช่วยเหลือในลักษณะที่ปฏิบัติอยู่เดิมซึ่งใช้การคัดกรองจากผู้มีความเสี่ยงหรือมีข้อบ่งชี้หรือข้อสงสัย เป็นการวินิจฉัยแยกแยะจากอาการและอาการแสดงที่เชื่อมโยงความรุนแรงเท่านั้น (เบญจพร ปัญญา และอชิมา เกิดกล้า, 2552) ซึ่งหากไม่สามารถค้นหาผู้เคราะห์ร้ายได้ไวเพียงพอ ความรุนแรงจะยังเกิดขึ้นต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาระบบการช่วยเหลือที่ผสมผสานการคัดกรองสำหรับสตรีทุกคนที่เรียกว่า Universal screening ที่มีการสนับสนุนในเชิงนโยบายอย่างชัดเจน ร่วมกับการให้การช่วยเหลือที่มีแนวปฏิบัติ มีการฝึกอบรมและเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน มีการประเมินปัญหาและส่งต่อทันที จะมีความสำเร็จสูง (O'Campo et al., 2011) ทำให้สตรีมีโอกาสบอกเล่าปัญหาเมื่อถูกถามโดยตรง (Taket et al., 2003) ไว้วางใจและยอมรับการช่วยเหลือ โอกาสช่วยให้สตรีค้นพบความกล้าและ ออกจากความสัมพันธ์เชิงทำร้าย (Sims et al., 2011) โอกาสได้รับความช่วยเหลือที่จะลดอันตราย (Spangaro, Zwi, & Poulos, 2009) เข้าถึงการบริการสุขภาพ ดูแลตนเองได้ดีขึ้น เผชิญกับปัญหา

ทางอารมณ์ได้ดี ทำให้รู้สึกว่าได้ติดต่อกับคนอื่น รู้สึกมีคุณค่าพอที่จะได้รับการดูแลและไม่ใช้คนที่สมควรถูกทำร้าย (Hathaway, Zimmer, Willis, & Silverman, 2008) ดังนั้น จึงมีความสำคัญ แม้จะยังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่า Universal screening มีประโยชน์หรือโทษอย่างไร (MacMillan et al., 2009)

องค์การนาซาชาติและองค์กรวิชาชีพต่างยื่นข้อเสนอสมาชิกให้ตระหนักว่าปัญหาการกระทำรุนแรงมีข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ข้อมูลที่แสดงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหา (SOGC, 2011) การรายงานความชุกจากการสอบถามปัญหาการถูกระทำรุนแรงในสตรีที่ได้รับบาดเจ็บมา โรงพยาบาลเป็นเพียงความพยายามวินิจฉัยโรค (Klevens & Saltzman, 2009) เป็นเหมือนการคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ได้ความชุกที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (Sims et al., 2011) จึงมีการพัฒนาวิธีการ ที่จะช่วยเพิ่มการค้นหาผู้ถูกระทำรุนแรงโดยการให้ตัวทำนายจากการบาดเจ็บ ร่วมกับการสอบถามปัญหาด้วยเครื่องมือสากลพบว่าสามารถค้นหาปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่อรองได้อัตราความชุกร้อยละ 11.5 เพิ่มจากเดิมที่วินิจฉัยได้ร้อยละ 5 (Halpern, Parry, Hayward, Peak, & Dodson, 2009) แต่เมื่อมีข้อเสนอแนะให้ใช้การคัดกรองแบบ Universal screening ในสตรีที่มาใช้บริการ ผลการศึกษาความชุกในสตรีที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉินจำนวน 5 การศึกษาด้วยเครื่องมือที่แตกต่างกันพบความชุกร้อยละ 12-20 (Nelson, Bougatsos, & Blazina, 2012) จึงมีเหตุผลสมควรให้ใช้การคัดกรองสตรีทุกคนที่มาใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพแทนการค้นหาด้วยเครื่องบ่งชี้บางประการดังที่ตามมาปกติ

การตั้งครรภ์กับการกระทำรุนแรงจากคู่อรอง

การกระทำรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์มีลักษณะแตกต่างกัน 4 รูปแบบคือ 1) มีการเริ่มต้นใช้ความรุนแรง 2) มีความรุนแรงต่อเนื่อง 3) ความรุนแรงเดิมยุติลง 4) ไม่เกิดความรุนแรง (Taillieu & Brownridge, 2010) ช่วงเวลาดังครรภ์ สตรีจะเปราะบาง เคลื่อนไหวช้า ต้องพึ่งพาและอาจเผชิญภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงได้ (Bacchus et al., 2010) ซึ่งเมื่อมีการทำร้ายขณะตั้งครรภ์จะมีความถี่และความรุนแรงมากกว่า (Campbell, 1998) โดยเฉพาะเมื่อเคยมีประวัติการถูกระทำรุนแรงทางร่างกายจะมีอัตราการถูกทำร้ายขณะตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Macy et al., 2007) พบตำแหน่งที่ถูกทำร้ายร่างกายบ่อยครั้งคือบริเวณท้อง (Saunders, 2000) และพบการกระทำรุนแรงในช่วง 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์สูงกว่าระยะอื่น ๆ (Macy et al., 2007) นอกจากนี้พบว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนหนึ่งรายงานว่าถูกกระทำรุนแรงครั้งแรกจากสามีขณะตั้งครรภ์ จึงสรุปได้ว่าการตั้งครรภ์ไม่ได้ช่วยยุติการกระทำรุนแรง (Ramsay et al., 2009) แต่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้สามีเพิ่มความถี่และเพิ่มชนิดของการทำร้ายขึ้น นอกจากนี้ แม้ความชุกในการกระทำรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์จะมีความหลากหลายแต่เป็นที่แน่ชัดว่า ความรุนแรงจะต่อเนื่อง

ไปจนถึงหลังคลอดได้ การกระทำรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อทารกเสียชีวิตในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ แต่ส่งผลโดยตรงต่อปัญหาทางสุขภาพกาย/จิตของสตรี เช่น น้ำหนักตัวขึ้นน้อย มีเลือดออกก่อนคลอด เครียด คุณค่าในตนเองต่ำ (Thananowan & Kaesomsamut, 2010) รวมทั้งสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ระบุว่าเป็นการเผชิญการสูญเสียจิตวิญญาณ (Martin, 2009) จากการสำรวจข้อมูลสตรี 271,103 คนใน 12 ประเทศพบว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ไม่พยายามแสวงหาความช่วยเหลือ (Driver, 2007) ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้

ดังนั้น การค้นพบปัญหาการกระทำรุนแรงขณะกำลังตั้งครรภ์เป็นโอกาสได้เข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันที่ตั้งครรภ์ และเนื่องจากช่วงเวลาระหว่างตั้งครรภ์อาจเกิดการทำร้ายขึ้นเมื่อใดก็ได้ การค้นหาจึงควรทำอย่างบ่อยครั้ง (Hindin, 2006) ในการคัดกรองการกระทำรุนแรงในคลินิกฝากครรภ์ในออสเตรเลียมีการเปิดเผยเรื่องถูกกระทำรุนแรงทั้งในอดีตและปัจจุบันร้อยละ 10.7 (Jones & Bonner, 2002) ปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์พร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูล ได้แก่ การคุกคามเริ่มส่งผลกระทบต่อ ความดีและความรุนแรงของการทำร้าย ความปรารถนาที่จะปกป้องบุตรในครรภ์ และการถูกเหยียดหยามต่อหน้าบุคลากรสุขภาพ (Bacchus et al., 2010) รวมทั้งจะเปิดเผยเมื่อถูกถาม (SOGC, 2011) แต่จะลังเลเมื่อถูกถามครั้งแรก จึงไม่เพียงพอที่จะถามครั้งเดียว อาจต้องถามถึง 4 ครั้ง (Hindin, 2006) ในขณะที่ผู้เคราะห์ร้ายบางคนถูกกีดกันไม่ให้มาฝากครรภ์ และเป็นเหตุให้ขาดนัด มาฝากครรภ์ล่าช้ารวมทั้งมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ (King & Ryan, 1996) การค้นหาจึงไม่ควรละเลยในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]) เสนอความเห็นให้ค้นหาปัญหาการกระทำรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกคนในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกและอย่างน้อยอีกครั้งทุก ๆ ไตรมาสที่มาฝากครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 518, 2012) นอกจากนี้ สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada) ยังเสนอแนะเพิ่มเติมให้กับสมาชิกจากที่ให้ถามเมื่อมาฝากครรภ์ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสำคัญกว่าเครื่องมือที่ใช้ถาม (SOGC, 2011)

ผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง

การกระทำรุนแรงจากคู่ครองไม่เพียงก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวของผู้ถูกกระทำ แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ในระดับบุคคลนอกจากการทำให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ ฯลฯ ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจเช่น การวิตกกังวล การนอนและรับประทานอาหารผิดปกติ การใช้สารเสพติด ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ฯลฯ และ

เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีต้องมาใช้บริการสุขภาพมากขึ้นและทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น (Bryant & Spencer, 2002) ในระดับครอบครัวเกิดห่วงโซ่ที่ส่งต่อไปยังบุตรที่พบเห็นความรุนแรงทำให้เกิดปัญหาการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติด การเป็นผู้กระทำ ความรุนแรงในอนาคต รวมถึงการมีปัญหในการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวในอนาคต ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในมุมกว้างต่อเนื่องได้ (World Health Organization/ London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010) ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของสตรีอายุระหว่าง 21-55 ปี ที่ถูกระทำรุนแรงกับสตรีที่มีลักษณะเดียวกันแต่ไม่เคยถูกระทำพบว่ากลุ่มที่เคยถูกระทำรุนแรงมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่า และที่สำคัญคือแม้ว่าการทำร้ายจะสิ้นสุดไปแล้วแต่คนกลุ่มนี้ก็ยังมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงกว่าด้วย (Jones et al., 2006) มีการประมาณว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไป ทั้งจากกระบวนการดูแลรักษา การเยียวยาจิตใจและการสูญเสียเนื่องจากไม่ได้ทำงาน ประมาณ 8 พันล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 1995 และ 8.3 พันล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 2003 (Black et al., 2011)

สตรีที่ถูกระทำรุนแรงร้อยละ 81 จะได้รับผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว ทั้งจากการบาดเจ็บ ความกลัว และโรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) (Black et al., 2011) จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (พนมวรรณ กำยาน, 2554) จะมีชีวิตอยู่ภายใต้ความกลัว นับถือตัวเองน้อย (Walsh, 2009) และเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีทั่วไปแล้ว จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Rokach, 2007) ในการศึกษากลุ่มคนที่มีลักษณะทางวัฒนธรรมที่แสดงให้เห็นอิทธิพลของมายาคติชัดเจนหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงเช่น กลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ต้องพึ่งพา กลุ่มอเมริกันเชื้อชาติอาฟริกัน จะพบหลักฐานว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาความรุนแรงต่อสตรีและการพยายามฆ่าตัวตายในระดับสูง (Devries et al., 2011) และสตรีที่ถูกทำร้ายเหล่านี้จะมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งเรื่องความคิดและความพยายาม (Leiner et al., 2008)

การกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นยังเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Martin & Garcia, 2011) ทั้งจากการที่สตรีถูกระทำรุนแรงทางเพศและการที่สตรีจะไม่ได้ใช้สิทธิในการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิด มีข้อสรุปว่าถ้าลดปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองลงได้ ครั้งหนึ่งจะสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ลงได้ร้อยละ 2-18 (Pallitto et al., 2013) และหากการกระทำรุนแรงเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์จะมีโอกาสทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย โดยสตรีที่ถูกระทำรุนแรงขณะตั้งครรภ์จะมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพิ่ม 1.46 เท่า ทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น 1.53 เท่า (Shah & Shah, 2010) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ถูกระทำรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนในเรื่องรกคลอดตัวก่อนกำหนดได้ (Leone et al., 2010)

ผลกระทบยังเกิดต่อเนื่องถึงหลังคลอดโดยทำให้มารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Wu, Chen, & Xu, 2012) รวมทั้งมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lau & Chan, 2007)

การจัดการปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง

มายาคติ (Myth) เป็นความเชื่อที่ถูกสร้างความหมายผ่านเงื่อนไขของกาลและเทศะ ความหมายที่สร้างขึ้นปรากฏในการรับรู้ของผู้คนเหมือนเป็นธรรมชาติ (กาญจนา แก้วเทพ และ พิรศรา แซ่ก้วย, 2547) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง ในกรณีของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง มายาคติถูกฝังลึกอยู่ในโครงสร้างเชิงสังคม วัฒนธรรมทั้งเรื่อง เพศภาวะ อำนาจการควบคุมตามอิทธิพลของสังคมชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ฯลฯ ความเชื่อที่ถูกสภาพทางสังคม วัฒนธรรมหล่อหลอมนี้ เห็นได้ชัดเจนทั้งในสตรีผู้ถูกกระทำ สามีผู้กระทำรุนแรงและแม้แต่ผู้ให้ความช่วยเหลือ ที่ไม่เข้าใจปัญหา มายาคติทำให้รับรู้ว่าการห้ามคบเพื่อน การมีเพศสัมพันธ์ไม่ยินยอมระหว่างสามีกับภรรยา การขายของส่วนตัวของอีกฝ่าย การจ้องด้วยความโกรธ ฯลฯ ไม่ใช่การทำร้าย มายาคติส่งผลมากต่อการรับรู้ ความเชื่อ ท่าทีและพฤติกรรมที่แสดงออกในการจัดการกับปัญหา ซึ่งเมื่อรวมกับความแข็งแกร่งภายในและปัจจัยภายนอกที่สตรีแต่ละคนเผชิญอยู่จะทำให้การจัดการปัญหาของสตรีมีความแตกต่างกัน โดยมีรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายทั้งที่ทำให้สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงและแม้ไม่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถจัดการให้อยู่กับปัญหาได้

การจัดการกับปัญหาด้วยการอดทน กระทำด้วยความเชื่อว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องส่วนตัว อย่าไม่อยากทำให้ครอบครัวเจ็บปวด (Montalvo-Liendo, 2009) เชื่อว่าภรรยาเป็นสมบัติของสามีและภรรยาเป็นต้นเหตุความรุนแรงเอง (Nagae, 2007) เป็นเวอร์กรรมและฝันร้ายในชีวิต (สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, 2554) ให้อภัยสามีและทำใจกับเหตุการณ์ (บุหงา ตโนภาส และคณะ, 2553) มีอุดมการณ์ความเป็นแม่ และอุดมการณ์การมีสามีคนเดียว (อวิศดา จันทรแสนตอ, 2544) จึงไม่ต้องการเปิดเผยเรื่องราว นอกจากนั้นยังไม่เชื่อว่าจะได้รับประโยชน์จากการช่วยเหลือในระบบสุขภาพ (Bracken, 2008) บุคลากรสุขภาพไม่ค่อยสัวงถามในเรื่องเหล่านี้ (Montalvo-Liendo, 2009) ไม่แน่ใจความสามารถของบุคลากรสุขภาพในการช่วยเหลือครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง (Flinck et al., 2005) กลัวได้รับผลกระทบด้านลบจากการเปิดเผยข้อมูลทั้งถูกนินทาและรู้สึกอับอายหลังเข้ารับบริการ (Rujiraprasert et al., 2009) นอกจากนั้น กลัวว่าจะมีเป้าหมายไม่ตรงกันกับผู้ให้บริการที่กำหนดผลการช่วยเหลือว่าต้องยุติความสัมพันธ์ แต่สตรีที่ใช้บริการยังต้องการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ ถ้าเป็นไปได้ (Wathen & McKeown, 2010) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความไม่ศรัทธา ไม่ไว้วางใจและยังทำให้ผู้เคราะห์ร้ายจำเป็นต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพังและจัดการปัญหาด้วยการอดทนอยู่ในสถานการณ์เหล่านั้นจนกว่าจะถึงจุดที่หมดความอดทน เกิดอันตรายต่อตนเองและบุตร ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สุขภาพและสัมพันธภาพทางสังคมเลวร้ายลง รวมทั้ง

มีการสนับสนุนที่ดีก็เป็นจุดเปลี่ยนในชีวิตที่พร้อมจะเปิดเผย (Chang et al., 2006; Enander & Holmberg, 2008; Flinck et al., 2005)

การจัดการปัญหาโดยการใช้สุรา ยาเสพติดหรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ รวมทั้งการฆ่าตัวตาย เป็นวิธีการที่สตรีใช้เพื่อหนีจากปัญหา พบว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายอย่างร้ายแรง จะสัมพันธ์กับการติดสุราและ PTSD ที่รุนแรงก็สัมพันธ์กับปัญหาจากการใช้สุราเช่นกัน (Sullivan, Ashare, Jaquier, & Tennen, 2012) ซึ่งในทางกลับกันการใช้สุราก็เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิด ความรุนแรงได้ (สุมารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, 2554) นอกจากการใช้สิ่งเสพติดเป็นทางออกใน การจัดการปัญหาแล้ว สตรีบางคนใช้การหนีจากปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หลังจากพยายามหนีจากความรุนแรงด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่สำเร็จ (Dutton, 1992) การศึกษา ความสัมพันธ์ของความพยายามฆ่าตัวตายและการใช้สารเสพติดของสตรีอเมริกัน อาฟริกันที่ถูก กระทำรุนแรง พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย (Reviere et al., 2007) ผลการศึกษาความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง จาก 9 ประเทศประกอบด้วย เอธิโอเปีย บราซิล ญี่ปุ่น นามิเบีย เปรู ชามัว เซอร์เบีย แทนซาเนียและ ไทยจำนวน 20,967 คน พบความชุก ร้อยละ 0.8-12 โดยที่เฉพาะความคิดฆ่าตัวตายมีความชุก ร้อยละ 7.2-29 หลังจากตัดประเด็นทางสุขภาพจิตอื่น ๆ แล้วพบว่า ปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครอง เคยหย่าร้าง/ แยกทาง เคยถูกกระทำรุนแรงทางเพศในเด็กรวมทั้ง การมีมารดาที่ถูกทำร้ายจากคู่ครอง (Devries et al., 2011)

วิธีการจัดการปัญหาที่สตรีเลือกใช้น้อยที่สุด เพราะนอกจากจะต้องทนกับสภาพอารมณ์ หลังการจัดการปัญหาแล้วยังต้องเผชิญความยุ่งยากทางกฎหมาย ได้แก่ การต่อสู้ การตัดสินใจ ย้อนกลับไปต่อสู้กับสามีหรือคนรักเป็นความเสี่ยงที่บางครั้งส่งผลให้ความรุนแรงขยายวงกว้าง (Dutton, 1992) โดยทั่วไปจะพบข่าวการเสียชีวิตจากการถูกสามีทำร้ายมากกว่าข่าวสามีเสียชีวิตจาก การถูกรรยาทำร้าย โดยที่ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆาตกรรมโดยคู่ครองหรือคนรักเป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย 4-5 เท่า (Campbell, Glass, Sharps, Laughon, & Bloom, 2007) ในการสัมภาษณ์สตรีที่ ฆาตกรรมสามีเนื่องจากปัญหาการกระทำรุนแรงได้ประเด็นสำคัญ 3 เรื่อง คือ การเลือกที่จะต่อสู้ กลับเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป การที่ต้องเผชิญปัญหากฎหมาย และสภาพอารมณ์หลังเกิดเหตุการณ์ (Smith & Wehrle, 2010) นอกจากนี้งานวิจัยหลายงานยังระบุว่าสตรีฆาตกรรมสามีภายหลัง การโต้เถียงหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึมเศร้าหรืออยู่ในสภาพการเป็นเหยื่อความรุนแรงมานาน แต่เพศชายมักฆาตกรรมภรรยาเนื่องจากคิดแยกทางหรือแยกทางกันไปแล้ว (Campbell et al., 2003; Logan et al., 2008; Nicolaidis et al., 2003; Smith & Wehrle, 2010)

สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมักถูกตำหนิจากสังคมว่าไม่กล้าหาญ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือทิ้งความสัมพันธ์ (King & Ryan, 1996) แต่แท้จริงแล้วสตรีเหล่านั้นเป็นผู้ที่มีความสามารถและมีพลังในการจัดการกับการถูกทำร้ายและการตอบสนองจากสังคมรอบตัว (Rujiraprasert et al., 2009) การสัมภาษณ์สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่ยังคงอยู่ในความสัมพันธ์สามีภรรยา จำนวน 38 คน พบว่า สตรีเหล่านี้ใช้วิธีการคิดหาความหมายของสถานการณ์ความรุนแรง เมื่อรับรู้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ จะประเมินตนเอง ประเมินคู่ครอง ประเมินความสัมพันธ์และจะกำหนดข้อจำกัดในการปฏิบัติบทบาทเพื่อให้คงอยู่ในสถานภาพสมรสต่อไป (Zink, Jacobson, Pabst, Regan, & Fisher, 2006) รวมถึงการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์รุนแรง เช่น การพยายามคุยเถียงประเด็นที่จะเชื่อมโยงความรุนแรง การเซ็นใบหย่าล่วงหน้า การซ่อนตัว การใช้กลไกป้องกันตนเอง (Dutton, 1992) อย่างไรก็ตาม พบว่า ในบางวัฒนธรรมแม้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจะไม่เผชิญปัญหาทางลบคือการคิดฆ่าตัวตายแต่ก็ไม่เผชิญปัญหาทางบวกด้วยเช่นกันคือไม่เปิดเผยปัญหาความรุนแรง ไม่ติดต่อความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือครอบครัว ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางจิตใจจากเพื่อน (Al-Modallal, 2012)

การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

ปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองเป็นปัญหาที่เปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็งที่มีส่วนน้อยโผล่พ้นน้ำและมีส่วนใหญ่ที่จมอยู่ภายใต้ระดับน้ำ แต่จากข้อมูลปฏิบัติการและผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐภายในประเทศ หน่วยงานเอกชน องค์กรวิชาชีพและองค์กรนานาชาติตื่นตัวต่อปัญหาและร่วมมือในการดำเนินการป้องกันและแก้ไข แต่อุปสรรคของการดำเนินการมีทั้งประเด็นทางสังคมวัฒนธรรม เช่นการอดทน/เพิกเฉย ของสังคมต่อความรุนแรง บรรทัดฐานทางสังคม ความสัมพันธ์ภาพเชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมในสังคม ประเด็นที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่นอคติทางเพศ ประวัติการทำร้ายในครอบครัว ความรู้สึกไม่มั่นใจไม่มีอำนาจ ปัจจัยเชิงวิชาชีพ เช่นการมีเวลาจำกัด ทัศนคติไม่พอ มีสัมพันธ์ภาพกับผู้กระทำ และปัจจัยขององค์กรและกฎหมาย เช่นกลัวผิดกฎหมาย งบประมาณไม่พอ นโยบายไม่ชัด ไม่มีการรับประกัน (Gremillion & Kanof, 1996) ทำให้การให้ความช่วยเหลือยังเป็นปัญหาในทุกพื้นที่

ข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติในระดับนานาชาติ

จากข้อมูลความชุกของการศึกษาปัญหาความรุนแรงในช่วงชีวิตหนึ่งของสตรี ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศว่าความรุนแรงเป็นเสมือนส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของมนุษย์ (World Health Organization [WHO], 2009) และเสนอกกลยุทธ์ 7 ประการ ที่จะช่วยป้องกันความรุนแรง ได้แก่ 1) การพัฒนาให้เกิดความปลอดภัย ความมั่นคงและความรักความอบอุ่น

ระหว่างเด็ก ครอบครัวและผู้เลี้ยงดู/ ผู้ดูแล 2) การพัฒนาให้เกิดทักษะชีวิตในเด็กและวัยรุ่น
 3) การลดการใช้และค่านึงถึงอันตรายจากแอลกอฮอล์ 4) การลดการเข้าถึงอาวุธต่าง ๆ ทั้งปืน มีด
 และวัตถุอันตราย 5) การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ 6) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและบรรทัด
 ฐานทางสังคมที่สนับสนุนการเกิดความรุนแรง 7) การจัดการค้นหา/ ระบุตัวผู้เคราะห์ร้าย เพื่อให้
 การดูแลและ สนับสนุนประคับประคอง ทั้งนี้เชื่อว่ากลยุทธ์ทั้ง 7 ประการจะสามารถตัดวงจร
 ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ให้เกิดขึ้นในรุ่นต่อ ๆ ไป นอกจากนี้ผลจากการศึกษาสตรีที่ถูกกระทำ
 รุนแรงใน 10 ประเทศ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรแกรมที่เกี่ยวข้องเชิงป้องกันว่าควรเพิ่มการเน้น
 ในเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาททางเพศ (Focus on transforming gender norms) การจัดการปรับ
 ทัศนคติ การป้องกันการถูกกระทำรุนแรงในวัยเด็ก การพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงการศึกษาแก่
 เด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย (Abramsky et al., 2011)

กลยุทธ์ประการสุดท้ายในเรื่องการจัดการค้นหา/ ระบุตัวผู้เคราะห์ร้ายเป็นเรื่องที่
 ไม่เพียงแต่องค์กรอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญ พบว่า ทั้งกองทุนสหประชาชาติเพื่อการพัฒนาสตรี
 (United Nations Development Fund for Women [UNIFEM]) หรือองค์การเพื่อสตรีแห่ง
 สหประชาชาติ (UN Women) ในปัจจุบัน หน่วยงานป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา (CDC) และ
 องค์กรวิชาชีพต่างเสนอแนะให้ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงถูกกระทำรุนแรงและให้การช่วยเหลือที่
 รวดเร็ว ทันการ (American Association of Colleges of Nursing, 2000; Centers for Disease Control
 and Prevention & Office of Women's Health, 1998; Emergency Nurses Association, 2003;
 Renker & Tonkin, 2006; Todahl & Walters, 2011; WHO, 2009) โดยเสนอให้ทำการคัดกรองสตรี
 ที่มาใช้บริการทุกคน (Universal screening) เป็นกลยุทธ์เชิงป้องกันที่เพิ่มขึ้นแทนรูปแบบการคัด
 กรองในอดีตที่เป็นการถามเรื่องความรุนแรงในครอบครัวเมื่อมีข้อบ่งชี้ (Selective screening) หรือ
 เมื่อพบการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย นอกจากนี้ในมุมมองมิติทางการแพทย์ การค้นพบปัญหา
 การกระทำรุนแรงจากการคัดกรองนับเป็นการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early detection) เป็นก้าวแรก
 ของความสำเร็จทางกลยุทธ์ในการจัดการผลที่เกิดจากความรุนแรงทั้งเฉพาหน้าและระยะยาวได้
 (Halpern et al., 2009)

การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะ 7 ประการขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีการดำเนินการ
 ในต่างประเทศอยู่บ้างโดยเฉพาะประเด็นการค้นหา/ คัดกรอง แต่ในประเทศไทยการดำเนินการ
 ยังขาดความชัดเจน ต่อเนื่องและเชื่อมโยงจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง พบการณรงค์เพื่อลดการใช้
 และให้ตระหนักต่ออันตรายของแอลกอฮอล์แต่ไม่ได้เชื่อมโยงมาที่ปัญหาการกระทำรุนแรงใน
 ครอบครัวให้ชัดเจนมากพอ แต่มักเน้นเพื่อการรณรงค์ลดอุบัติเหตุมากกว่า นอกจากนี้กลยุทธ์
 การค้นหาและระบุตัวผู้เคราะห์ร้ายซึ่งเป็นการช่วยเหลือเชิงป้องกันก็ไม่พบรูปแบบที่เป็นทางการ

อย่างไรก็ตามในภาครัฐมีการผลักดันและกำหนดนโยบายการป้องกันและต่อต้านความรุนแรงในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัว ปี พ.ศ. 2550 มีการจัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง ที่เกิดขึ้นในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงยุติธรรม รวมทั้งมีการจัดทำแผนรณรงค์เพื่อยุติความรุนแรงหลายโครงการ

การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การช่วยเหลือผู้เคราะห์ร้ายจากการถูกระทำรุนแรงจากคู่ครองของสถานบริการสุขภาพมักกระทำในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีบริการในทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเช่น ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Snider, Webster, O'Sullivan, & Campbell, 2009) งานกุมารเวชกรรม งานสูตินรีเวชกรรม/ ผดุงครรภ์ (Bunn, Higa, Parker, & Kaneshiro, 2009) หน่วยเยี่ยมบ้าน (Hawkins, Pearce, Skeith, Dimitruk, & Roche, 2009) งานการให้การปรึกษาครอบครัว (Schacht, Dimidjian, George, & Berns, 2009) งานสังคมสงเคราะห์ (Lindhorst, Meyers, & Casey, 2008) ฯลฯ และลักษณะบริการจะมีทั้งบริการเชิงรับในการดูแลช่วยเหลือและบริการเชิงรุก ด้วยการบริการเชิงป้องกันตามข้อเสนอแนะขององค์การนานาชาติและองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ และในปี 2010 มีแนวโน้มว่าจะมีมาตรการเชิงรุกในการป้องกันในกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น (World Health Organization/ London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010)

การทบทวนงานวิจัยในเรื่องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ถูกระทำรุนแรงจากคู่ครองที่ออกแบบในลักษณะการทดลองแบบสุ่ม ที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะความช่วยเหลือจะเน้นเป็นพิเศษในเรื่องการค้นหาผู้เคราะห์ร้ายตามคำแนะนำจากองค์การนานาชาติและองค์กรวิชาชีพ และการช่วยเหลือมักมุ่งเน้นเรื่องพฤติกรรม ความปลอดภัย (Koziol-McLain et al., 2010; Tiwari et al., 2012) การประเมินสถานะสุขภาพและปัญหาความเครียด (MacMillan et al., 2009; Tiwari et al., 2005) ลดการเกิดเหตุการณ์ทำร้ายซ้ำ (Kiely et al., 2010; Tiwari et al., 2005) รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ โดยมีกรอบแนวคิดการให้ความช่วยเหลือในการสร้างพลังอำนาจเป็นสำคัญ จัดขึ้นในหน่วยบริการหลากหลายทั้งหน่วยปฐมภูมิ ห้องฉุกเฉิน งานฝากครรภ์ ซึ่งแต่ละงานต่างมุ่งออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะการบริการที่มีความเร่งด่วนและรูปแบบบริการต่างกัน จึงพอสรุปได้ว่าประเด็นความปลอดภัยยังคงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรง

การให้ความช่วยเหลือกลุ่มสตรีที่ถูกระทำรุนแรงมักมีฐานคิดในเรื่องการเสริมพลังอำนาจ พบงานวิจัยที่ออกแบบในลักษณะการทดลองแบบสุ่มใน 3 ปีที่ผ่านมา จำนวน 3 งาน ลักษณะการออกแบบการให้ความช่วยเหลือมุ่งเน้นเรื่องพฤติกรรมความปลอดภัยทั้งสิ้น แต่ละงาน

เป็นการจัดกระทำที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในพื้นที่บริการ เช่น จัดลักษณะความช่วยเหลือที่กระชับเพื่อให้เหมาะกับการปฏิบัติงานภายใต้ความเร่งด่วนในห้องฉุกเฉิน (Koziol-McLain et al., 2010) การจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาขณะมาฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง (Kiely et al., 2010) การจัดการให้มีการให้ความรู้ความเข้าใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์เป็นสื่อกลางของการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่พายุตรงมาใช้บริการในคลินิกเด็ก (Tiwari et al., 2012)

แรมเซย์ และคณะ (Ramsay et al., 2009) ทำการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในสถานบริการสุขภาพหรือนอกสถานบริการสุขภาพ โดยเลือกศึกษาเฉพาะหลักฐานจากงานวิจัยที่ศึกษาแบบทดลองชนิดสุ่ม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 ถึงปี ค.ศ. 2008 พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดเพียง 10 งาน ซึ่งทั้ง 10 งานเป็นการช่วยเหลือในลักษณะการพิทักษ์ปกป้อง (Advocacy) ที่ออกแบบอย่างหลากหลายภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยที่ทุกงานวิจัยออกแบบการช่วยเหลือเพื่อใช้ในสถานการณ์จริง (Pragmatic) มีทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การสอนทักษะแก่เด็ก การใช้การจัดการทางการแพทย์ การใช้คำสั่งคุ้มครองจากผู้กระทำ รายละเอียดความช่วยเหลือจะเป็นการพูดคุย ประเด็นความปลอดภัย การแนะนำแหล่งช่วยเหลือและการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตามการประเมินพบในแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับ เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 2012) ที่ศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบงานวิจัยแบบทดลองชนิดสุ่มเช่นกันในปี 2006 ถึงปี 2011 พบงานวิจัยจำนวน 6 งาน ดีพิมพ์ 8 ฉบับที่ลักษณะการช่วยเหลือส่วนใหญ่ใช้การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนในลักษณะพี่เลี้ยง (Mentor support) และการจัดการทางการแพทย์

ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยทั้งเชิงทดลองแบบ RCT และงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบที่ออกแบบช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทั้งผู้ที่ตั้งครรถ์และไม่ตั้งครรถ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 ถึง ค.ศ. 2012 จำนวน 18 งาน เป็นงานวิจัยที่ทำการทดลองในสถานบริการสุขภาพจำนวน 12 เรื่อง นอกจากนั้นศึกษาในบ้านพักฉุกเฉิน งานสังคมสงเคราะห์และงานคดีความ ในจำนวน 12 เรื่องที่ศึกษาในสถานบริการสุขภาพประกอบด้วยการศึกษาในงานฝากครรภ์ 5 เรื่อง คลินิกเฉพาะเด็กและสตรี 4 เรื่อง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 เรื่อง และหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 เรื่อง ทั้ง 12 เรื่องศึกษาในต่างประเทศโดยที่ 1 เรื่องเป็นการศึกษาในระดับชุมชน

เมื่อพิจารณาการออกแบบช่วยเหลือในสถานบริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่าสถานที่ที่เหมาะสมในการใช้โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดได้แก่งานฝากครรภ์ ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มโอกาสในการค้นหาและช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่องแล้วยังช่วยเพิ่มโอกาสในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ที่จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย พบว่า ในจำนวนงานวิจัย 5 งาน ส่วนใหญ่ จำนวน 4 งาน ใช้แนวคิดในการให้คำปรึกษาและหรือ

เสริมสร้างพลังอำนาจ (Parker et al., 1999; McFarlane, Soeken, & Wiist, 2000; Tiwari et al., 2005; Kiely et al., 2010) โดยที่จำนวน 3 งาน ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Dutton (1992) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มีเพียงงานเดียวที่ใช้การจัดการทางการแพทย์ (Curry, Durham, Bullock, Bloom, & Davis, 2006)

เมื่อพิจารณาการกำหนดเวลาที่ใช้ในโปรแกรมต่าง ๆ ทั้ง 18 งานพบว่ามีความหลากหลาย ตั้งแต่ 1 ครั้งถึงมากที่สุด 8 เดือน แต่ครั้งมีช่วงเวลาดังแต่ 20 นาทีถึง 90 นาที ในงานฝากครรภ์ มีการออกแบบให้พบกัน 1 ครั้ง 20-30 นาที จนถึงพบกัน 4-8 ครั้ง ๆ ละ 35 นาที การติดตามผลลัพธ์ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะวางแผนติดตามต่อเนื่อง ทั้งระยะยาว 2, 6, 12, 18 เดือน (Sullivan, Tan, Basta, Rumptz, & Davidson, 1992; Parker et al., 1999) และติดตามระยะสั้นทันทีที่ครบตาม โปรแกรม (Constantino, Kim, & Crane, 2005)

การประเมินผลลัพธ์ในการให้ความช่วยเหลือซึ่งเป็นตัวแปรตามในการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษารูปแบบของการกระทำรุนแรงทั้งความถี่และความรุนแรง ด้วยเครื่องมือที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เป็นการศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ทั้งการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวทารกที่คลอด

การดูแลช่วยเหลือในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการดำเนินการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่ชัดเจนครั้งแรกจากมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ให้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงขึ้น และเนื่องจากมีข้อจำกัดในการสนับสนุนด้านนโยบายจึงประกาศให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อม 20 แห่ง เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการพัฒนาบริการ แต่ถึงปัจจุบันที่มีการขยายการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีไปยังโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน แต่การบริการยังไม่เป็นที่ไว้วางใจมากเพียงพอที่ผู้ใช้บริการจะมาแสวงหาความช่วยเหลือ เมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูลความชุกที่มีการศึกษาทั่วโลกและจำนวนผู้มาใช้บริการในศูนย์ช่วยเหลือที่มีอยู่ทั่วประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ด้วยธรรมชาติของความรุนแรง จะเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายแรงมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป เช่นเมื่อเริ่มด้วยการผลักเบา ๆ จะเพิ่มเป็นกระชาก ลากถู และเริ่มใช้อาวุธขว้างปา รวมไปถึงทุบตีทำร้าย และผู้เคราะห์ร้ายมักจะอดทนด้วยเหตุผลที่คิดว่า เป็นเรื่องภายในครอบครัว อับอาย ไม่รู้แหล่งพึ่งพา กว่าจะเรียกหาความช่วยเหลือหรือมารับการรักษา ก็ต่อเมื่อการบาดเจ็บนั้น ๆ ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้หรือรู้สึกที่ไม่สามารถอดทนได้อีกต่อไป (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) ในประเทศไทยแม้ว่าจะมีศูนย์ช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงเกิดขึ้นจำนวนมากในโรงพยาบาลของรัฐ แต่เป็นเพียงบริการเชิงรับ ที่แม้จะประกาศ

ว่าสามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่การบริการนอกเวลากระทำโดยผู้ที่ไม่ได้รับฝึกหัดโดยตรง และไม่มีกิจกรรมเชิงรุกหรือ โปรแกรมความช่วยเหลือที่จะทำให้สถานการณ์ความรุนแรงลดน้อยลง

แม้ว่าสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาลหลายแห่งจะพัฒนามาตรการเฉพาะขึ้นเพื่อดำเนินการเชิงรุกโดยหวังว่าจะส่งผลกระทบต่อในการยุติหรือลดอุบัติการณ์ความรุนแรงลงบ้าง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลปทุมธานี มีการพัฒนาเครือข่ายความช่วยเหลือในชุมชน และใช้บุคลากรในชุมชนที่ช่วยสอดส่องดูแลและส่งต่อการช่วยเหลือมายังโรงพยาบาลได้ทันทั่วทั้ง โรงพยาบาลระยองรวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ในจังหวัดระยองดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองผู้ถูกระทำรุนแรงจากผู้หญิงทั่วไปที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล โดยเชื่อว่าระบบการคัดกรองฯ จะช่วยค้นหาผู้เคราะห์ร้ายก่อนที่ความรุนแรงมากจะเกิดขึ้น เป็นการตัดวงจรความรุนแรงไม่ให้เกิดความรุนแรงจนเกิดอันตรายต่อชีวิต และใช้วิธีการส่งต่อความช่วยเหลือไปยังศูนย์ช่วยเหลือฯ ที่มีศักยภาพพร้อมในการช่วยเหลือ แต่ผลการดำเนินการพบว่ายังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการสัมภาษณ์ ผู้รับฝึกหัดชอบในศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในโรงพยาบาลระยอง เรื่องการประเมินและติดตามการดำเนินการคัดกรอง พบว่า อัตราการคัดกรองรวมทั้งอัตราการค้นพบยังต่ำ แต่ยังไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและแม้โรงพยาบาลระยอง จะเป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรงที่ชัดเจน การไม่สามารถบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายจึงยังทำให้เกิดคำถามที่ต้องการคำตอบหลายประการ ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมที่เหมาะสม หรือปัญหาจากการปฏิบัติ

การศึกษาเรื่องปัญหาอุปสรรคในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เกิดขึ้นจากระบบบริการ ความชัดเจนของนโยบาย มายาคติของสตรีผู้ถูกระทำรุนแรงและมายาคติจากผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพ คือพบการระบุตัวผู้เคราะห์ร้ายมากเกินไป (Over-identify) จากการใช้เครื่องมือคัดกรองที่ไม่มีมาตรฐาน (Wathen, Jamieson, & MacMillan, 2008) พบว่า สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไม่เปิดเผยไม่ไว้วางใจ และไม่เห็นประโยชน์ (Ahmad, et al., 2009; Bracken, 2008) ผู้ปฏิบัติไม่ทำการคัดกรอง (Blanco, 2010; Natan & Rais, 2010) ใช้เกณฑ์ส่วนตัวเป็นสิ่งตัดสิน (Robinson & Beaumont, 2009) รู้สึกลำบากใจที่จะถาม งานยุ่ง คิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ฯลฯ (Engel, 2008) มีทัศนคติว่าสตรีเป็นฝ่ายยั่วให้เกิดการทำร้าย (วรรณิ เดียววิเศษ และอาทิตยา เพิ่มสุข, 2556) นอกจากนี้การแสดงความเห็นของ The US preventive Services Task Force และ The Canadian Task Force on Preventive Health Care ที่บอกว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนว่าการคัดกรองฯ มีประโยชน์หรือมีโทษประการใด (Moyer, 2013) ยังทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน

การพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในคลินิกบริการที่ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเตรียมการผู้ให้ความช่วยเหลือที่เพียงพอ มีการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมจะช่วยจัดการปัญหาอุปสรรคดังกล่าวได้ นอกจากนี้การออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการทดลองที่มีการควบคุมอย่างเคร่งครัดจะช่วยให้มีหลักฐานที่เพียงพอในอนาคตที่จะทำให้ผู้ให้บริการข้ามผ่านมายาคติที่มี และให้ความช่วยเหลือตามที่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมั่นใจมากขึ้น

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ (Empower) ตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2015) มีความหมาย 3 ประการ คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการ 2) การจัดหาหรือให้โอกาส และ 3) การส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง Conger & Kanungo (1988) เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน พลังอำนาจ ช่วยให้บุคคลตระหนัก ส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพของบุคคลเพื่อการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต (Gibson, 1991) ทำให้บุคคลสามารถเลือกแนวทางในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตนเอง โดยร่วมมือกันระหว่างผู้ช่วยเหลือ (Empowerer) และผู้รับการช่วยเหลือ (Rodwell, 1996) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ใช้บริการ เป็นการเสริมพลังที่เน้นให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางบวก โดยการเพิ่มคุณค่าแห่งตน เพิ่มความสามารถของตน เป็นแนวคิดแบบพลวัต ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็ง ให้บุคคลเพื่อมุ่งการแก้ปัญหา

พลังอำนาจเป็นได้ทั้งกิจกรรมการปฏิบัติที่หมายถึงการช่วยให้ผู้อื่นมีพลัง มีอำนาจในตน เป็นกระบวนการคือการทำให้เกิดพลังอำนาจและเป็นผลลัพธ์คือการมีพลังอำนาจ อย่างไรก็ตาม โดยรากศัพท์ภาษาละติน “อำนาจ” มีความหมายถึง ความสามารถในการเลือก (Rodwell, 1996) ดังนั้น จึงไม่มีใครจะเสริมพลังอำนาจให้ใครได้ ทุกคนต้องเสริมสร้างความสามารถในการเลือกให้ตนเอง Rodwell (1996) เชื่อว่าแม้พลังอำนาจจะเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ แต่ส่วนใหญ่เป็นกระบวนการ โดยใช้แหล่งสนับสนุน โอกาสและอำนาจที่มีของตนเอง ร่วมกันในลักษณะคู่คิดระหว่างผู้ช่วยเหลือและผู้ได้รับการช่วยเหลือ (Kasturirangan, 2008) ซึ่งการช่วยเหลือให้ได้ผล ต้องศึกษาภูมิหลังเพื่อนำมาพิจารณาพัฒนาความสามารถหรือเพิ่มพูนความสามารถ นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างผู้ช่วยเหลือและผู้ได้รับการช่วยเหลือต้องเป็นแบบไว้วางใจและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการศึกษาเพิ่มเติม มีการสนับสนุน การร่วมมือและการยอมรับ Gibson (1995) เชื่อว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องค้นหาสภาพการณ์จริงในระยะแรก สะท้อนคิดอย่างมี

วิจารณ์ญาณ รวมทั้งมีการมีส่วนร่วม เรียนรู้ ปกป้องและต่อรองจนเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติได้

การจำแนกประเภทของพลังอำนาจโดยมีฐานคิดจากบริบทและมุมมองเชิงทฤษฎีแบ่งได้เป็น 3 ประเภทได้แก่ 1) พลังอำนาจชุมชน (Community empowerment) 2) พลังอำนาจทางจิตใจในระดับบุคคล (Individuals' psychological empowerment) 3) พลังอำนาจองค์กร (Organizational empowerment) (McCarthy & Freeman, 2008) และอาจพบการจำแนกเป็น 4 ระดับ โดยมีระดับกลุ่ม/ครอบครัว เพิ่มขึ้น (อภิญา เวชชชัย, 2555) การเสริมพลังอำนาจในระดับกลุ่มมักมีวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงความคิด โดยเริ่มจากความสัมพันธ์ในกลุ่มการยอมรับซึ่งกันและกันและสร้างอิทธิพลขึ้นจากความเป็นกลุ่ม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้คน ทำให้คนเข้าถึงบทบาทใหม่ ลดความเป็นตัวตน ลดอคติ ความเข้มแข็งของกลุ่มจะช่วยให้ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหามองเห็นแนวทางแก้ปัญหาที่หลากหลายและหลุดพ้นจากความเจ็บปวดได้

พลังอำนาจระดับบุคคลเป็นพลังอำนาจทางจิตใจ (Psychological empowerment) เพราะเป็นความเชื่อมโยงระหว่างสำนึกในการควบคุมตนเองและความสามารถรวมทั้งความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงและมีการปฏิบัติเกิดขึ้น ความเชื่อมโยงนี้สอดคล้องระหว่างปัจจัยทางความคิดและการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม (Zimmerman, 1995) ซึ่งโดยธรรมชาติของพลังอำนาจแล้ว จะมีการแลกเปลี่ยนและส่งผ่านซึ่งกันและกันในระหว่างบุคคล ในทางการพยาบาล การส่งผ่านหรือแลกเปลี่ยน “พลัง” ซึ่งหมายถึงผลผลิตของทักษะหรือความรู้ที่ใช้ต่อต้านการบังคับหรือกดดัน (McCarthy & Freeman, 2008) ต้องประกอบไปด้วยการร่วมมือกันอย่างเสมอภาค การจำแนกการตัดสินใจและความสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง (Kasturirangan, 2008) ทั้งนี้ผู้ที่ใช้ประโยชน์จากพลังอำนาจระดับบุคคล ต้องเข้าใจเงื่อนไข 3 ประการ (Zimmerman, 1995) คือ 1) การแสดงออกจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและแต่ละสถานที่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ทักษะและการกระทำ 2) อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต 3) เป็นพลวัตรและอาจเปลี่ยนภาพเมื่อเวลาเปลี่ยนไป

ในการวิเคราะห์แนวคิดการเสริมพลังอำนาจในบริบททางการพยาบาลผดุงครรภ์ พบองค์ประกอบสำคัญที่สอดคล้องกับทั้งสองแนวคิด คือเริ่มด้วยการพัฒนาความสัมพันธ์ไว้วางใจ ซึ่งทำได้ด้วยการให้เวลาที่พอเพียงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ ดูแลแบบที่ควรเป็น ให้เกียรติอยู่เป็นเพื่อน สร้างความอบอุ่น ซึ่งระยะเวลาจะช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ดังกล่าว ขั้นตอนต่อไปเป็นการสร้างความตระหนัก หาโอกาสสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ช่วยให้ได้คิด เปิดใจใช้สถานการณ์ส่วนบุคคลของแต่ละคนในการสร้างทางเลือก ใช้การฟัง ช่วยให้อีกฝ่ายเข้าใจความต้องการของตนอย่างชัดเจนมากขึ้น ช่วยให้ควบคุมตัวเองได้ ให้เกียรติ ให้ข้อมูลที่เพียงพอ

ให้กำลังใจเมื่อมีการตัดสินใจ และขั้นตอนสุดท้ายทบทวนร่วมกัน เชื่อมมั่นในความสามารถ ยอมรับ และรับผิดชอบ ในทุกขั้นตอนมีการเชื่อมโยงกันในทุกทิศทางและเห็นเป็นความสำคัญ

(Hermansson & Martensson, 2011)

ผลลัพธ์การช่วยเหลือ โดยการเสริมพลังอำนาจ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทำได้ยาก เพราะโดยธรรมชาติแนวคิดนี้เป็นนามธรรม (McCarthy & Freeman, 2008) แม้จะมีการวิเคราะห์แนวคิด (Concept analysis) พบว่า สิ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการเสริมพลังอำนาจคือ การนับถือตนเอง ความสามารถในการกำหนดและบรรลุเป้าหมาย ความรู้สึกควบคุมตนเองและการเปลี่ยนแปลง รวมถึง การมีความหวัง (Gibson, 1991; Hermansson & Martensson, 2011; Rodwell, 1996) การปกป้องตนเองและดูแลตนเอง การมีทักษะการแก้ปัญหา มีความยืดหยุ่นในเรื่องเพศภาวะ และวัฒนธรรม กล้าแสดงออก (Johnson et al., 2005) การมีพลังที่มากขึ้น รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่ไม่ใช่เพียงเศรษฐกิจ การเมืองแต่เป็นเรื่องความรู้ การเป็นตัวของตัวเอง (McCarthy & Freeman, 2008) แต่ที่ผ่านมามีการวัดผลลัพธ์มักเน้นอาการและอาการแสดงเฉพาะหรือพฤติกรรมเป้าหมายตามการออกแบบโปรแกรมการช่วยเหลือ (Johnson et al., 2005) เช่น โปรแกรมที่ใช้ฐานคิดเรื่องการจัดการทางการเงินต่อการลดปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่อุปการะที่ศึกษาในประเทศแถบแอฟริกาได้วัดผลของการสร้างพลังอำนาจในตนเองโดยวัดพลังในตนที่เกิดจากความมั่นใจทางการเงิน เป็นต้น (Kim et al., 2007) แต่อย่างไรก็ตามแม้จะยังมีการโต้แย้งแต่ยังมีความจำเป็นที่ต้องหาเครื่องชี้วัด เพื่อสร้างความชัดเจนของการช่วยเหลือ การใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์จึงต้องทำอย่างระมัดระวังและรับทราบข้อจำกัดที่มี (McCarthy & Freeman, 2008) งานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวัดพลังอำนาจที่สร้างขึ้นจากหลักการ 4 ประการคือ 1) ความเป็นคนและความเป็นสังคมมีความเกี่ยวข้องกัน 2) เรื่องส่วนตัวเป็นเรื่องการเมือง 3) สัมพันธภาพเป็นความเสมอภาค 4) ทักษะของสตรีมีคุณค่า เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการของพลังอำนาจ (Johnson et al., 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการนำไปใช้ทางการพยาบาล

สิ่งที่ส่งเสริมให้พลังอำนาจมีความสำเร็จได้แก่ การเคารพนับถือ สัมพันธภาพไว้วางใจ และความเต็มใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและพยาบาลที่ทำให้เกียรติกิน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน พยาบาลเต็มใจช่วยเหลือในลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีอิสระในการเลือกและให้สิทธิในการตัดสินใจเป็นสิ่งที่ทำให้กระบวนการเสริมพลังอำนาจเกิดขึ้น (McCarthy & Freeman, 2008) ความเต็มใจยอมรับผลที่จะเกิดตามมาจากทางเลือกและการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเช่นกัน การช่วยเหลือจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้บริการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ด้วยตนเองแล้วพยาบาลจึงสนับสนุนให้ผู้บริการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ (Kasturirangan, 2008) กระบวนการเสริมพลังอำนาจจึงไม่ขึ้น

อยู่กับการจัดการเบื้องต้นแต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่จะกลายเป็นการเมืองซึ่งเมื่อปฏิบัติแล้ว จะต้องยอมรับภาระจากการเป็นตัวของตัวเองและรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

Kasturirangan (2008) วิพากษ์การเสริมพลังอำนาจจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีความเห็นว่า การเสริมพลังอำนาจในบุคคลอาจมีอุปสรรคจากการชี้้นำด้วยคำพูดหรือการ เคลื่อนไหวทางอุดมการณ์ ซึ่งแม้ว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจจะให้อิสระแก่สตรีให้มีทางเลือก ในการแก้ไขปัญหา แต่ประเด็นการพูดคุยในเรื่องของชุดทางเลือกที่มี อาจชี้้นำด้วยระบบความเชื่อ ทัศนคติหรือการปฏิบัติ ดังนั้นแทนที่จะเสริมพลังอำนาจกลับทำให้ลดทอนอำนาจของสตรีลง นอกจากนี้ยังสรุปว่าคนจำนวนมากเข้ามาสู่กระบวนการเสริมพลังอำนาจด้วยสภาพของการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเข้าไม่ถึงแหล่งช่วยเหลือ การใช้อำนาจตัดสินใจโดยที่ไม่ได้ทบทวน ผลที่จะตามมาอย่างรอบคอบ อาจทำให้เกิดผลลบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจ อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ได้ดีจึงต้องพัฒนาความตระหนักรู้ (Critical awareness) ก่อนจะสร้างเป้าหมาย และการทำให้บรรลุเป้าหมาย ในการศึกษาประโยชน์และกลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจที่บุคลากร สุขภาพนำมาใช้ด้วย การทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรสุขภาพยังขาดการใช้กลยุทธ์ในเรื่อง การสร้างความเป็นหุ้นส่วน การสะท้อนคิดและการฟังโดยมีกิจกรรมเหล่านี้เพียงร้อยละ 23.81, 23.81 และ 19.05 ตามลำดับ

มีการนำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการพยาบาลอย่างมากและมีมานาน นอกจากจะพบในกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงแล้ว ยังพบว่ามีการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย ที่ได้รับการล้างไต ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ (Crawford Shearer, Fleury, & Belyea, 2010; Kang, Choi, & Ryu, 2008; Moattari, Ebrahimi, Sharifi, & Rouzbeh, 2012; Stang & Mittelmark, 2010) มีรูปแบบการทำงานทั้งในลักษณะรายบุคคล กลุ่มและครอบครัว ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ใช้บริการ ได้อย่างดี (Chouinard et al., 2013)

นอกจากแนวคิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่ถูกใช้อย่าง แพร่หลายในวงการพยาบาลไทย ยังมีแนวคิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจที่ใช้ชื่อว่า Peace and power (Chinn, 1995) ซึ่งมีฐานคิดในการเสริมพลังจากหลักการสตรีนิยม กระบวนการเสริมพลัง อำนาจประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Praxis) เป็นการสะท้อนคิด ผ่านการกระทำ ภายใต้การให้คุณค่าซึ่งกันและกัน และด้วยความเคารพในประสบการณ์ที่ทุกคนมี 2) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในมิติของการเจริญเติบโต รับรู้พลังและความสามารถ ในตนเองที่จะทำตามความตั้งใจด้วยความรักและเคารพในตนเองและผู้อื่น 3) ความตระหนัก (Awareness) เป็นการตื่นตัวในความรู้ทั้งของตนเองและผู้อื่น ซึ่งด้วยมุมมองสตรีนิยมการกระตุ้น

ความตระหนักเป็นหลักพื้นฐานสำคัญในมุมมองผ่านประวัติจากอดีตและสภาพทางการเมืองสังคม ทำให้สามารถเข้าใจภาพ “ความปกติ” ที่ “ไม่ปกติ” 4) ความเห็นร่วม (Consensus) เป็นกระบวนการที่เปิดรับความเห็นที่แตกต่างและการสะท้อนคิด และเป็นสิ่งที่แสดงถึงความร่วมมือและการใช้สิ่งที่สะสมทางความคิดในการตัดสินใจ 5) การเจริญก้าวหน้า (Evolution) เป็นวิวัฒนาการจากกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างมีคุณค่า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นจริง ซึ่งมาพร้อมด้วยโอกาสในการสร้างสิ่งใหม่ได้ตลอดเวลา

สตรีถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงในการถูกเอาเปรียบจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะในสังคมชายเป็นใหญ่ สตรีนิยมมองว่าการกดขี่เอาเปรียบสตรีไม่ได้เกิดในพื้นที่สาธารณะ แต่ถูกเอาเปรียบในพื้นที่ส่วนตัว “The personal is political” เรื่องส่วนตัวไม่ว่าจะเป็นความรัก ความสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ ฯลฯ มีการเมืองเข้าไปเกี่ยวข้อง การเมืองในความหมายของการใช้อำนาจควบคุมกำกับ ควบคุมด้วยความเป็นแม่ หน้าที่เลี้ยงลูก เป็นวัตถุประสงค์ที่จะสนองความต้องการของผู้ชาย มองคุณค่าหลักที่ความสวย ขาว ฯลฯ (ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2547) สตรีมักเชื่อมโยงตนเองกับชายด้วยความสัมพันธ์ใกล้ชิด ให้ความสำคัญกับความรักจึงพบว่าในสังคมเอเชียมีการอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงานมากขึ้น มายาคติที่ส่งสมมาจากการเลี้ยงดู สภาพสังคม วัฒนธรรมทำให้สตรียอมรับการเอาเปรียบ และปกปิดปัญหาการกระทำรุนแรงในชีวิตและเก็บซ่อนผลกระทบที่มีต่ออารมณ์และจิตใจไว้ภายในตนเองตามลำพัง รับรู้อุปสรรคและท่าทีของคนในสังคมว่าปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครองเป็นเรื่องส่วนตัว ดังนั้นทั้งเพื่อน คนในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ ตำรวจ ฯลฯ จะไม่สามารถเกี่ยวข้องได้

การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจึงเป็นการแก้ปัญหาเชิงป้องกันที่จำเป็น ด้วยเหตุที่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมักตกอยู่ภายใต้มายาคติ มีการรับรู้และเข้าใจเรื่องการกระทำรุนแรงจากคู่ครองอย่างผิด ๆ และขาดความตระหนักต่อสิทธิเสรีภาพที่พึงมี นอกจากนั้นเป็นที่เข้าใจดีว่าการกระทำรุนแรงจากคู่ครองไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจหรือด้านเพศ ล้วนส่งผลต่อจิตใจทั้งสิ้น ทำให้เกิดกลไกทางจิตที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหา การให้ความช่วยเหลือต้องมุ่งช่วยการเผชิญปัญหาจึงจะลดผลกระทบจากความเครียดในระยะยาว (Chuang et al., 2012) ต้องสร้างให้เกิดพลังอำนาจในตนเองที่จะฟันฝ่าอุปสรรค รวมทั้งเปลี่ยนแปลงการรับรู้เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาและควบคุมชีวิตของตนเองได้ดี การเสริมพลังอำนาจด้วยหลักการดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นความจำเป็น จะทำให้สตรีเหล่านี้มองเห็นคุณค่าในตนเองเชิงบวก (Positive self-esteem) มีความสามารถที่จะกำหนดเป้าหมายและไปถึงเป้าหมาย มีสติในการควบคุมชีวิตและรู้จักกระบวนการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งรู้สึกมีความหวังต่อชีวิตในอนาคต ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่แสดงให้เห็น ความเข้มแข็งและสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น จึงอาจทำให้สตรี

มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตลดลง นอกจากนี้การออกแบบช่วยเหลือในสตรีตั้งครรภ์จะมีประโยชน์สูงสุดในระยะยาว เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้มาโรงพยาบาลด้วยเหตุผลของการถูกกระทำรุนแรง แต่มาด้วยความต้องการฝากครรภ์ ให้มีการดูแลครรภ์เพื่อความปลอดภัยและมีความสุขที่ดีทั้งต่อตนเองและทารก ทำให้เป็นโอกาสที่จะสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพไว้วางใจ นอกจากนี้ระยะเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ยังช่วยให้กระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นได้เต็มที่ แผนกฝากครรภ์เป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เหมาะสมที่จะประเมินปัญหาการกระทำรุนแรงแล้วยังเป็นสถานที่ที่เหมาะสม ในการพูดคุย และทำให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำอย่างชัดเจน (Humphreys, Tsoh, Kohn, & Gerbert, 2011)

รูปแบบและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีเสริมพลังอำนาจของ Dutton (1992) เป็นฐานคิดในการออกแบบโปรแกรมฯ ด้วยเหตุผลที่ทฤษฎีนี้สร้างขึ้นจากฐานคิดทางปรัชญาในเรื่องสตรีนิยม ที่มุ่งสร้างให้เกิดสังคมที่ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน ลักษณะทฤษฎีอธิบายกลไกทางจิตใจของสตรี ที่ถูกกระทำรุนแรง และการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้สตรีสามารถจัดการปัญหาโดยผ่านปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในตนเองและปัจจัยภายนอกตนเอง คัดค้น เชื่อว่าการให้ความช่วยเหลือต้องคำนึงถึงผลกระทบทางลบในจิตใจ 3 ประการคือ 1) ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อกระบวนการคิด ความทรงจำ การนับถือตนเอง รวมทั้งการรับรู้เรื่องราวของโลกภายนอกทั่วไป 2) เครื่องบ่งชี้ความเครียด เช่น ความกลัว ความกังวล ความโกรธ การใช้จ่ายและแอลกอฮอล์ 3) ความลำบากในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคนอื่น เช่น ไม่ไว้วางใจ กลัวการใกล้ชิด รู้สึกเย็นชา ทั้งนี้อาการทางจิตใจ ๆ ที่แสดงออกนับเป็นกลไกในการเผชิญปัญหาไม่ใช่ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ตามทฤษฎีของ Dutton (1992) การให้ความช่วยเหลือต้องเป็นการเสริมพลังอำนาจที่สตรีต้องจัดการด้วยตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมตนเองได้และรับรู้พลังอำนาจตนเองในการสร้างทางเลือกและแก้ไขปัญหารวมทั้งเยียวยาตนเองจากผลกระทบทางจิตใจ

Dutton (1992) นำเสนอโมเดลการตอบสนองของสตรีต่อการกระทำรุนแรง (Model of battered women's response to abuse) ที่อธิบายถึงผลของการกระทำรุนแรงต่อสภาพจิตใจของสตรี และกระทบต่อการใช้กลยุทธ์เพื่อหนีจากปัญหา หลีกเลียงหรือเพื่อความอยู่รอด ทั้งนี้คัดค้านมองว่ากลไกการจัดการชีวิตในการใช้กลยุทธ์รวมทั้งผลที่เกิดต่อจิตใจจะผ่านสื่อกลางที่ทำให้วิธีการจัดการหรือสภาพจิตใจเบี่ยงเบนไป สื่อกลางดังกล่าวเป็นทั้งปัจจัยภายนอกที่สตรีไม่อาจควบคุมได้ทั้งหมดและเป็นทั้งปัจจัยภายในที่สามารถเสริมสร้างให้แข็งแกร่งขึ้นได้ ทฤษฎีของ Dutton (1992) จึงใช้การประเมินเรียนรู้ปัญหาแต่ละบุคคลและเสริมสร้างกลไกที่เป็นสื่อกลางให้มีความเข้มแข็ง

ส่วนในรายที่มีปัญหาทางจิตใจซับซ้อน Dutton (1992) ได้เสนอวิธีการในการบำบัดเยียวยาทางจิตใจไว้ให้เลือกใช้ได้

Dutton (1992) ให้ความสนใจเรื่อง การตอบสนองจากแหล่งช่วยเหลือซึ่งเป็นการดำเนินการเชิงนโยบายจากแหล่งสนับสนุนในระบบบริการ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพยายามของสตรีโดยเฉพาะเมื่อเลือกที่จะหนีจากผู้กระทำ สิ่งที่เป็นอุปสรรคเกิดจากการตอบสนองทางลบหรือ การให้ความช่วยเหลือที่ไม่เข้าใจเพียงพอจะทำให้สตรีมีโอกาสถูกทำร้ายซ้ำ การเข้ารับการรักษาด้วยอาการบาดเจ็บที่ชัดเจนว่าถูกทำร้ายและบุคลากรไม่ถามสาเหตุ หรือการกลัวถูกนินทาหรือเปิดเผยข้อมูล ทำให้สตรีไม่มั่นใจว่าจะได้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพ (Bracken, 2008; Montalvo-Liendo, 2009) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งความช่วยเหลือต่าง ๆ ก็มีบทบาทต่อความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของสตรีเช่นกัน ด้วยมายาคติที่มีในสตรีทุกชนชาติ ทั้งความเชื่อว่าสตรีเป็นสมบัติของสามี สามีมีอำนาจในการควบคุมภรรยาได้ รวมทั้งการที่ครอบครัวใดมีความรุนแรงถือว่าสัมพันธ์ภาพแล้ว (Thongpriwan, 2008; Kamimura, 2010; Hadi, 2011) สตรีจึงมักปกปิดเรื่อง ไม่เปิดเผย แม้ขณะตั้งครรภ์ก็ไม่พยายามแสวงหาความช่วยเหลือ (Driver, 2007) มายาคติดังกล่าว ทำให้สตรีขาดการติดต่อเชื่อมโยงกับเพื่อนและคนในครอบครัว นอกจากนั้น การขาดการติดต่อ อาจมีสาเหตุจากการไม่มีข้อมูลแหล่งความช่วยเหลือ เป็นคนที่ไม่มีความรู้หรือถูกกระทำรุนแรงจากสามีในการห้ามคบหรือติดต่อกับเพื่อนด้วยเช่นกัน สิ่งสุดท้ายเรื่องปัจจัยภายนอกตาม โมเดลของ Dutton (1992) ได้แก่ ความเครียดที่เกิดในปัจจุบันซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตและส่งผลกระทบต่อความพยายามในการตอบสนองต่อปัญหา ความเครียดเหล่านี้เช่นการเจ็บป่วยของบุตร ความเครียดในงาน ความเครียดของบุตร เป็นต้น

ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ ความแข็งแกร่งภายใน ประวัติในอดีต การเรียนรู้ ปัจจัยทางสุขภาพ รวมทั้งการให้คุณค่าต่อความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ ความแข็งแกร่งภายในเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะหาทางออกต่อปัญหาได้ เชื่อในความรู้สึกร่างกายที่มีชีวิตที่ปราศจากความรุนแรง การบรรลุเป้าหมายในชีวิต การมีความรู้ในเรื่องความรุนแรงและผลที่เกิดขึ้น มีทักษะชีวิตที่ดี เมื่อใดก็ตามที่สตรีขาดความแข็งแกร่งภายใน Dutton (1992) เชื่อว่าสตรีจะยังคงถูกกระทำรุนแรงตลอดไป ประวัติการถูกกระทำรุนแรงในอดีตทำให้สตรีเพิ่มความอ่อนแอที่จะพยายามกระทำกิจกรรมทั้งการหนี การหลีกเลี่ยงหรือการป้องกัน มายาคติรวมทั้งการมีข้อจำกัดทางสุขภาพต่างมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองเหล่านี้ แม้ว่าปัญหาสุขภาพหรือข้อจำกัดทางสุขภาพอาจเกิดจากการกระทำรุนแรงเช่น การบาดเจ็บที่ขาหรือหลังทำให้การหลีกเลี่ยงหรือเคลื่อนไหวเป็นไปได้ด้วยความลำบาก สิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการตอบสนองของสตรีอีกประการคือสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างสามีภรรยา ซึ่งรวมความได้หลายประการ ได้แก่ 1) มีช่วงเวลาที่ติดต่อกัน/ ความรัก
2) มีความเป็นพ่อแม่ที่ดีต่อกัน 3) ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ 4) ความมั่นคงทางการเงิน สตรีที่มี
ประสบการณ์ที่ดีในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเหล่านี้จะมีความยากลำบากที่จะตัดสินใจ นอกจากนี้
ในสตรีที่มีประสบการณ์ที่ดีในประเด็นเหล่านี้อาจตอบสนองได้ทั้งสองทางโดยอาจส่งผลต่อจิตใจ
ที่รุนแรงเพราะรู้สึกผิดหวังที่เหตุการณ์เป็นไปตรงกันข้ามจากปกติ รวมทั้งอาจตอบสนองต่ำกว่า
ที่ควรเป็นเพราะเชื่อมั่นในสัมพันธภาพที่มี

เป้าหมายการช่วยเหลือตามทฤษฎี มีสามประการ ได้แก่ 1) การเพิ่มให้เกิดความปลอดภัย
2) กระบวนการตัดสินใจและพลังอำนาจที่เกิดขึ้น 3) การเยียวยาทางจิตใจ ทั้งนี้การที่จะบรรลุ
เป้าหมายทั้งสามประการนั้น Dutton (1992) เสนอวิธีการให้เลือกใช้จำนวน 6 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการ
ปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approach) 2) การสร้างประสบการณ์
(Experiential approach) 3) การสะกดจิต (Hypnotherapy) 4) การเข้าถึงภายในตนเอง (Insight
oriented) 5) การให้ความรู้ (Psychoeducational) 6) วิธีการสตรีนิยม (Feminist approach) ที่สามารถ
เลือกใช้ได้โดยพิจารณาจากการประเมินปัญหาความต้องการของสตรี ผู้วิจัยจึงประยุกต์วิธีการและ
เลือกใช้ออกแบบ โปรแกรมฯ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของลักษณะงานบริการที่ต้องไม่ใช้เวลามาก
เกินไปและสามารถบริหารจัดการได้ภายในระยะเวลาที่สัมพันธ์กับการดูแลครรภ์ โดยสรุปวิธีการที่
ผู้วิจัยเลือกช่วยให้สตรีมีการจัดการทางอารมณ์ มีการจัดการกับปัญหาอย่างมีเหตุผล ด้วยการปรับวิธี
คิดและปรับพฤติกรรมของตนเอง โดยจะยึดหยุ่นตามสถานการณ์และปัญหาที่เรียนรู้จากสตรีแต่ละ
คน และเป็นไปตามเป้าหมายที่สตรีและผู้วิจัยร่วมกำหนด ทั้งนี้ลักษณะ โปรแกรมจะสามารถปรับ
ใช้ได้ไม่ว่าจะถูกกระทำรุนแรงทางกาย ใจหรือทางเพศอีกทั้งเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทั้งในเรื่อง
ลักษณะการช่วยเหลือและการจัดการเวลาในหน่วยบริการฝากครรภ์

หลักการช่วยเหลือที่สำคัญของ Dutton (1992) จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย
สาขาวิชาชีพทั้งบุคลากรทางการแพทย์ กฎหมาย สังคม การช่วยเหลือทางจิตและวิญญาณ ฯลฯ
ในการดูแลตามความซับซ้อนของปัญหา อย่างไรก็ตาม Dutton (1992) กำหนดหลักปฏิบัติในการให้
ความช่วยเหลือไว้ 14 ประการคือ 1) ยอมรับและเชื่อในประสบการณ์ของสตรีโดยไม่ตัดสิน ภายใต้
ข้อตกลงว่าสตรีไม่ใช่สาเหตุของความรุนแรง และไม่ใช้ผู้รับผิดชอบต่อพฤติกรรมของอีกฝ่าย
2) ให้การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างทันที ร่วมกัน 3) ปกป้องความปลอดภัยและสร้างทางเลือก
4) เต็มใจฟังเรื่องประสบการณ์และผลกระทบที่ตามมา 5) ยอมรับว่าการตอบสนองความเครียดที่
เกิดขึ้นเกิดจากความเครียด 6) การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและการทำร้ายเป็นส่วนหนึ่งของการ
การรักษา 7) กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเป็นความแข็งแกร่งไม่ใช่โรค 8) การใช้สารเสพติดหรือยาเป็น
รูปแบบปกติของการรักษาตัวเอง ของผู้เคราะห์ร้ายที่ได้รับบาดเจ็บ 9) การเปลี่ยนรูปของการ

ขาดเจ็บ อาจส่งผลทางบวก 10) กิจกรรมสนับสนุนสังคมาวมทั้งการเผยแผ่ช่วยทำให้กระบวนการ
 ฟื้นฟูเป็นไปได้อย่าง 11) การฟื้นฟูเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา 12) ประสบการณ์การสูญเสีย
 จากเหตุการณ์กระทำรุนแรงไม่มีสิ่งใดทดแทนได้ 13) การเคารพต่อการตัดสินใจของสตรี
 14) การดูแลตนเองของผู้บำบัด

การปรับวิธีคิดและแผนการปรับพฤติกรรมที่ผู้วิจัยเลือกใช้มีหลายวิธี ทั้งการจัดการ
 ความเครียดด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยจะพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพการตั้งครรภ์
 และให้สตรีได้ตัดสินใจที่จะเลือกฝึกเฉพาะส่วน การพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น ทักษะ
 ในการสร้างทางเลือกและตัดสินใจที่จะช่วยให้สตรีได้มีกิจกรรมในการกำหนดเป้าหมายตาม
 สถานการณ์ของตน ฝึกวิธีคิดด้วยเหตุผล พิจารณาความเป็นไปได้ ทบทวนผลที่จะเกิดขึ้นตามมา
 และรู้สึกประทับใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ได้ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกกับบุคคลที่รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่
 เพื่อให้สามารถเรียกหาความช่วยเหลือ สามารถปฏิเสธหรือมีทักษะในการจัดการปัญหาได้ดีขึ้น
 ฯลฯ เมื่อสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงสามารถจัดการตนเอง ทดลองใช้ทักษะที่ฝึกในชีวิตประจำวัน และ
 ได้ทบทวนประเมินผลร่วมกับผู้วิจัยและปรับปรุงวิธีการตลอดระยะเวลาที่ฝากครรภ์ จะทำให้สตรี
 รู้สึกดีต่อตนเอง รับรู้พลังอำนาจในตน สามารถตัดสินใจและควบคุมตนเอง รู้จักสร้าง
 ความปลอดภัยและเยียวยาตนเองได้ นอกจากนี้การได้รับการปรับความรู้ความเข้าใจในเรื่อง
 ความรุนแรงในชีวิตคู่ เข้าใจว่า “เรื่องส่วนตัวเป็นเรื่องการเมือง” จะช่วยให้ตระหนักว่าปัญหา
 การกระทำรุนแรงในชีวิตคู่เป็นปัญหาสังคม ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบุคคล การชี้ให้เห็นการบิดเบือน
 หรือความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นทางสื่อจะทำให้เกิดความตระหนักถึงลักษณะความจริงที่รับรู้
 ไม่ทั้งหมด การให้ข้อมูลเรื่องกฎหมาย แหล่งความช่วยเหลือ วิธีการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ
 เป็นการเตรียมความพร้อมเมื่อถึงเวลาต้องการพึ่งพา เนื้อหาความรู้จึงต้องครอบคลุมเรื่องประเภท
 ความรุนแรง ลักษณะการกระทำรุนแรง วงจรความรุนแรงที่ต่อเนื่องและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การช่วยเหลือเพื่อให้เกิดพลังอำนาจในการสร้างทางเลือกนั้นเป็นเรื่องสำคัญ เพราะ
 Dutton (1992) ให้ความหมายของพลังอำนาจว่าคือ ทางเลือก สตรีจำเป็นต้องเชื่อว่า ตนเองมีสิทธิ
 ที่จะเลือก ต้องตระหนักว่ามีทางเลือก และมีความรู้ ทักษะรวมทั้งได้รับการสนับสนุนในเรื่อง
 กระบวนการแก้ไขปัญหา การสร้างทางเลือกเป็นความหมายสำคัญของพลังอำนาจ ไม่ว่าจะทางเลือก
 นั้นจะมีวัตถุประสงค์เพื่อการคงอยู่ในความสัมพันธ์หรือเพื่อการแยกทางจากชีวิตคู่ พลังอำนาจ
 ที่เกิดขึ้น ไม่ทำให้สตรีสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของสามี แต่จะสามารถร่วมมือกับคนอื่น
 ที่ไว้วางใจในการเสริมพลังตนเองให้สามารถตัดสินใจ ควบคุมตนเองและหาทางลดความเสี่ยงต่อ
 การถูกกระทำรุนแรง สตรีต้องได้รับการสนับสนุนให้ใช้กระบวนการแก้ปัญหาทั้ง 7 ขั้นตอน
 โดยผู้วิจัย ทำหน้าที่ทั้งผู้สอน ผู้อำนวยการความสะดวกและผู้สนับสนุนการตัดสินใจ กระบวนการ

แก้ปัญหา 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การระบุปัญหา ซึ่งเมื่อระบุปัญหาและสะท้อนคิดจะช่วยแยกแยะประเด็นปัญหาที่แท้จริงออกจากปัญหาไม่สำคัญที่แก้ไขได้ง่าย 2) การระบุความคิด ความรู้สึกต่อปัญหา จะช่วยให้สตรีมองเห็นและยอมรับว่าปัญหาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทุกคน 3) การระบุทางเลือกและการตอบสนองต่อปัญหา ค่าใช้จ่าย ผลประโยชน์รวมถึงอุปสรรคของแต่ละทางเลือก จะทำให้สตรีได้ทบทวน เกิดการเรียนรู้และเข้าใจมิติของปัญหาทั้งที่ทั้งแก้ไขได้และไม่ได้ 4) การสร้างทางเลือก ที่ควรครอบคลุมทั้งการแก้ไขตามสภาพปัญหาและการแก้ไขอารมณ์ การเสนอทางเลือกจะเป็นการระดมสมองโดยไม่พิจารณาว่าแก้ไขได้หรือไม่ 5) การลงรายละเอียด แผนของแต่ละทางเลือก 6) การเลือก โดยพิจารณาวิธีการหรือทางที่ดีที่สุดจากผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ 7) ประเมินประสิทธิผลของการเลือกต่อการแก้ไขปัญหา หลังจากเข้าใจหลักการในการสร้างทางเลือกและกระบวนการตัดสินใจ ผู้วิจัยจะเชื่อมโยงให้สตรีตระหนักในการนำความรู้ไปใช้วางแผนความปลอดภัยของตนเอง ซึ่งอาจเป็นความปลอดภัยจากการกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ด้านจิตใจหรือด้านเพศ ตามที่สตรีให้ความสำคัญและร่วมพิจารณากับผู้วิจัย ทดลองสร้างทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีการรวมทั้งวางแผนแนวทางปฏิบัติ

เพื่อเป้าหมายให้มีการเยียวยาตนเอง ผู้วิจัยใช้การเสนอตัวเป็นเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์ และเชื่อมโยงแนะนำบริการช่วยเหลือจากศูนย์ OSCC หากมีความต้องการการช่วยเหลือในอนาคต ให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้การมีเพื่อน มีการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือเมื่อต้องการ ผู้วิจัยใช้การพัฒนาวิธีคิดเชิงบวกให้มองเห็นศักยภาพของตนเองและรับรู้ข้อจำกัดที่มี รวมทั้งใช้การฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้เป็นเครื่องมือที่สตรีสามารถฝึกและใช้จัดการความเครียดได้ทุกเวลาที่ต้องการ โดยสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับความพร้อมของสภาพร่างกายได้โดยเคร่งครัดและคลายเฉพาะส่วน

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่จัดทำขึ้นนี้เป็นโปรแกรมที่มุ่งช่วยเหลือในเชิงป้องกัน คือเป็นการป้องกันการกระทำรุนแรงในอนาคต จากการที่สตรีมีทักษะในการจัดการปัญหาได้ดีขึ้น รู้จักเยียวยาตนเองหรือรู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ โปรแกรมฯจะมีการจัดกระทำสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเป็นส่วนตัว สร้างสิ่งแวดล้อมที่แสดงให้เห็นมุมมองในการไม่ยอมรับปัญหาการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง ร่วมกับการจัดให้มีกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 นาที โครงสร้างสำคัญประกอบด้วย การมีนโยบายและการจัดการสิ่งแวดล้อมในการให้บริการที่ชัดเจน การมีการเตรียมการและมี

แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริการ
ในแผนกฝากครรภ์

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจากกรอบ
แนวคิดทฤษฎีพลังอำนาจของดัตตัน (Dutton, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยเฉพาะ
งานวิจัยที่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้พบว่าในประเทศไทยยังไม่พบ
การออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองในสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ผล
การศึกษาผู้วิจัยสามารถสรุปข้อค้นพบและนำวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทการให้บริการและได้รับ
การพิสูจน์ว่ามีประโยชน์ในการช่วยเหลือมาพัฒนาและปรับใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

องค์ประกอบของโปรแกรม ฯ

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ มีองค์ประกอบที่สำคัญในเรื่องความชัดเจนของ
นโยบายการให้ความช่วยเหลือที่จะสะท้อนให้สตรีตั้งครรภ์และผู้ให้บริการสุขภาพตระหนักใน
ความสำคัญของปัญหาและแสดงให้เห็นความตั้งใจจริงในการให้ความช่วยเหลือ จาก ผลการศึกษา
อย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 2 การศึกษาที่ประเมินความสำเร็จของโปรแกรม
ช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงในบริบทของสถานบริการสุขภาพและเชื่อมโยงการคัดกรองการ
กระทำรุนแรงต่อสตรีจากคู่มือการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพสรุปได้สอดคล้องกันว่า
โปรแกรมการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงจะต้องทำด้วยความเข้าใจ หมายถึง มีการสนับสนุนจาก
องค์กร มีแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรได้รับการอบรมเมื่อเริ่มและต่อเนื่อง รวมทั้งมี
การส่งต่อการดูแลทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน จึงจะประสบผลสำเร็จ (O'Campo et al., 2011;
Todahl & Walters, 2011) ทั้งนี้การสนับสนุนจากองค์กรหมายถึงการจัดการให้มีบรรยากาศของ
การช่วยเหลือ ให้มีพื้นที่เฉพาะภายใต้สภาพของความเป็นส่วนตัว บุคลากรมีท่าทีที่ไม่ตัดสินไม่กดดัน
มีการให้ข้อมูลและอยู่ภายใต้การยินยอมพร้อมใจ (Todahl & Walters, 2011) ดังนั้น เพื่อให้สตรี
ตั้งครรภ์กล้าเปิดเผยปัญหาการถูกกระทำรุนแรง รู้สึกไว้วางใจและมั่นใจในความปลอดภัย ภายใต้
สภาพของความเป็นส่วนตัว จึงจำเป็นที่สถานบริการสุขภาพต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน
ในเรื่องการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่มือ และมีการดำเนินการเพื่อแสดงให้เห็น
ว่ามีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติได้แก่ การตีพิมพ์นโยบาย ในพื้นที่บริการ การจัดให้มี
แผ่นพับประชาสัมพันธ์บริการ มีบัตรแสดงข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีการจัดการอบรมเพื่อ
เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ในการให้บริการช่วยเหลือ รวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการจัดการ
สถานที่ให้มีพื้นที่ส่วนตัวในการพูดคุยเรื่องเฉพาะ

2. การเตรียมการและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเหมาะสม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการทดลองที่ผู้วิจัยดำเนินการให้ความช่วยเหลือด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการเตรียมการและแนวทางปฏิบัติจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม ซึ่งโดยทั่วไปการช่วยเหลือผู้เคราะห์ร้ายจากการถูกระทำรุนแรงจากคู่ครอง ของสถานบริการสุขภาพ มักกระทำในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากความซับซ้อนของปัญหาที่ต้องการองค์ความรู้เฉพาะด้านในการเยียวยาแก้ไข การที่พยาบาลสามารถเป็นแกนหลักในการดำเนินการทั้งในลักษณะพยาบาลผู้จัดการ พยาบาลเจ้าของไข้หรือแม่การผสมผสานการดูแลเข้ากับการดูแลประจำในคลินิกจะช่วยให้การช่วยเหลือมีความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายได้ดี นอกจากนี้พยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสตรี มีการพัฒนาเชิงวิชาชีพในหลักสูตรให้สามารถเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกและไวต่อการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่เป็นสตรีด้วยกัน มีการศึกษาที่บ่งว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครองรู้สึกสะอึกใจที่จะเปิดเผยต่อสตรีด้วยกันมากกว่า (Thackeray, Stelzner, Downs, & Miller, 2007) และสอดคล้องกับความเห็นที่วาทบาทความเป็นหญิง จะทำให้สตรีเต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองได้ง่ายขึ้น (Robinson, 2010) การเตรียมการด้วยการจัดอบรมให้บุคลากรที่ให้บริการสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างต่อเนื่องในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือทั้งในเรื่องสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งการทำความเข้าใจเครื่องมือและคู่มือในการให้ความช่วยเหลือจะช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจ ข้ามผ่านอุปสรรค และตั้งใจในการให้ความช่วยเหลือมากขึ้น

3. กระบวนการเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยเชื่อมั่นในหลักการสตรีนิยมว่าจะช่วยให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงก้าวข้ามผ่านอุปสรรคมายุคที่มีต่อปัญหาการกระทำรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเนื่องจากโมเดลของ Dutton (1992) เปิดโอกาสให้เลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ในการเสริมพลังอำนาจอย่างอิสระ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการแนวคิด Peace and power (Chinn, 1995) ในกระบวนการเสริมพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต มีความต่อเนื่องและใช้เวลา ผู้วิจัยประยุกต์และปรับแนวคิดให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงซึ่งมีมายาคติและจุดแข็งในบริบทในการบริการฝากครรภ์ ซึ่งสร้างโอกาสในการให้ความช่วยเหลือและพูดคุยได้สะดวกกว่าการบริการในคลินิก อื่น ๆ โดยกระบวนการเสริมพลังอำนาจใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Praxis) ภายใต้อาการให้คุณค่าซึ่งกันและกัน และด้วยความเคารพในประสบการณ์ที่ทุกคนมีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในมิติของการรับรู้พลังและความสามารถในตนเองที่จะทำตามความตั้งใจด้วยความรักและเคารพในตนเองและผู้อื่น ความตระหนัก (Awareness) ตื่นตัวในความรู้ทั้งของตนเองและผู้อื่น เข้าใจภาพ “ความปกติ” ที่ “ไม่ปกติ” ความเห็นร่วม (Consensus) ที่

เปิดรับความเห็นที่แตกต่างและใช้สิ่งที่สะสมทางความคิดในการตัดสินใจ และความเจริญก้าวหน้า (Evolution) ที่เกิดขึ้นอย่างมีคุณค่า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตพร้อมด้วยโอกาส ในการสร้างสิ่งใหม่ได้ตลอดเวลา กระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้ผสมผสานในกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยไว้วางใจ ด้วยการเริ่มต้นพูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างบรรยากาศการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ให้รับรู้ความปลอดภัย ผู้วิจัยทำความเข้าใจสาร ที่ส่งมาโดยไม่ตัดสิน ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ ทำความเข้าใจวิถีคิด การมองเห็นตนเอง และความเชื่อการแสดงออกของสตรี การกระตุ้นความตระหนักด้วยการแลกเปลี่ยน มุมมองปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ ร่วมแสวงหาคำตอบจากสังคมโดยการเรียนรู้ร่วมกัน ชื่นชม วิธีการที่ดีที่สตรีตั้งครรภ์ใช้ในชีวิต ร่วมกันประเมินความรู้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือและวิธีการเข้าถึง แหล่งช่วยเหลือ ร่วมประเมินความจำเป็นการพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด และตกลง เป้าหมายการพัฒนาพลังอำนาจร่วมกัน

กิจกรรมครั้งที่ 2

ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นมายาคติในสังคม เรียนรู้วงจร ความรุนแรง ปัญหาการจัดการทางเลือกในการตัดสินใจ ร่วมประเมินความจำเป็นในการพัฒนา ทักษะการสร้างทางเลือก การตัดสินใจ ผู้วิจัยใช้โอกาสจากการแสดงความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ ในการเลือกชื่นชมประเด็นที่สตรีมีการแสดงออกในทางที่ดีเพื่อเป็นการเสริมแรง ร่วมฝึก การตัดสินใจสร้างทางเลือกและวางแผนความปลอดภัยเฉพาะบุคคล ก่อนสิ้นสุดกิจกรรม ร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนาทักษะ และตกลงประเด็นในการพบกันครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3

ร่วมทบทวน การทดลองใช้แผนความปลอดภัยที่จัดทำและร่วมลงความเห็นเพื่อแก้ไข ปรับปรุงแผนความปลอดภัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ ความรุนแรงในปัจจุบัน เรียนรู้และแลกเปลี่ยนความจำเป็นในการพัฒนาทักษะชีวิตปัญหามุมมอง เกี่ยวกับตนเอง การกล้าแสดงออกที่จะช่วยให้พัฒนาความมั่นใจในตนเองมากขึ้นผู้วิจัยใช้โอกาส จากการแสดงความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกชื่นชมประเด็นที่สตรีมีการแสดงออก ในทางที่ดีเพื่อเป็นการเสริมแรง ร่วมฝึกทักษะการกล้าแสดงออก การมองโลกเชิงบวกก่อนสิ้นสุด กิจกรรมร่วมสรุปโอกาสพัฒนาตนเองและกำหนดเป้าหมายที่จะคงความสามารถไว้อย่างมี ประสิทธิภาพ

กิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ดำเนินการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและเพื่อผลลัพธ์ในการเกิดพลังอำนาจ ซึ่งหากพิจารณาตามวัตถุประสงค์จะสามารถสรุปรายละเอียดที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วัตถุประสงค์และกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม
เพื่อกระตุ้นความตระหนัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. แลกเปลี่ยนข้อมูล สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงจากคู่ครอง จากสื่อ/ วิดีโอ/ การสืบค้นข้อมูลและอภิปรายร่วมกับสตรีตั้งครรรภ์ 2. การพูดคุยกับผู้วิจัย ฟัง/ สะท้อนคิด ยกตัวอย่างข่าวประจำวัน
เพื่อให้มีข้อมูลและสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การได้รับแผ่นพับ/ นามบัตร/ ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ 2. การเสนอความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการตั้งครรรภ์ และเชื่อมโยงการแนะนำบริการศูนย์ OSCC หากต้องการความช่วยเหลือในอนาคต
เพื่อพัฒนาทักษะการสร้างทางเลือก/ กระบวนการตัดสินใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสร้างทางเลือกและการตัดสินใจ รวมทั้งการคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น 2. ทดลองฝึกปฏิบัติในการวางแผนความปลอดภัย 3. ประเมินผลและทบทวนความคิดในการพบกันครั้งต่อไป
เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการความปลอดภัยของตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนสถานการณ์ความปลอดภัยร่วมกัน ร่วมเรียนรู้ในเรื่องการจัดการความปลอดภัย 2. ทบทวนแผนความปลอดภัยในบริบทของตนเอง
เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดของตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมประเมินปัญหาการจัดการความเครียด ร่วมเรียนรู้ในเรื่อง การจัดการความเครียด 2. ทดลองฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจ 3. ประเมินผลและทบทวนปัญหาอุปสรรคในการฝึกทักษะ ในการพบกันครั้งต่อไป

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม
เพื่อพัฒนามุมมองชีวิตและ พัฒนาความมั่นใจในตนเอง ด้วยการมองโลกเชิงบวกและ พัฒนาทักษะการกล้า แสดงออก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินปัญหาทัศนคติต่อตนเองทั้งด้านบวกด้านลบ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มุมมองต่อชีวิต 2. ฝึกคิด ทบทวนสถานการณ์เพื่อการมองเชิงบวก 3. ประเมินความสามารถในการแสดงออกร่วมกันในเรื่อง การเริ่มสนทนาและยุติการสนทนา การกล่าวคำปฏิเสธ การกล่าวคำขอเรื่อง การแสดงออกความรู้สึกทางบวก ทางลบได้ 4. กำหนดเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการฝึกทักษะใช้สถานการณ์ เป็นบทเรียนในการฝึก ทดลองฝึกด้วยตนเองที่บ้าน 5. ทบทวนบทเรียนร่วมกันเพื่อประเมินผลและพิจารณา ความเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ

โดยสรุปผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง จากฐานคิดทางทฤษฎีของ Dutton (1992) ซึ่งให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดกระบวนการสร้าง ทางเลือกและตัดสินใจเพื่อความปลอดภัยและการเยียวยาตนเองทางจิตใจ โดยผสมผสาน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ PEACE ที่ประยุกต์จาก Chinn (1995) ให้เข้ากับวิธีการต่าง ๆ ที่ Dutton (1992) เสนอแนะ จำแนกรูปแบบกิจกรรมได้เป็น 4 รูปแบบคือ 1) การให้ข้อมูลและ ทำความเข้าใจประเด็นความรุนแรงในครอบครัว วงจรความรุนแรงจากคู่ครอง มาขาดในสังคม แหล่งความช่วยเหลือที่สามารถเข้าถึง 2) การกระตุ้นความตระหนักผ่านการอภิปรายและสืบค้น ข้อมูล 3) การให้คำปรึกษา ประเมินปัญหาความต้องการร่วมกัน การวางแผนแก้ไขปัญหาและ การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 4) การร่วมมือวางแผนความปลอดภัยเฉพาะบุคคล พัฒนาทักษะชีวิต ในการเผชิญปัญหา ทั้งการเผชิญทางด้านอารมณ์และการเผชิญด้วยเหตุผล ดำเนินการผ่าน กระบวนการสร้างสัมพันธภาพไว้วางใจและมีการติดต่อสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาการตั้งครรรภ์ ใช้สัมพันธภาพในความเสมอภาค เน้นความเท่าเทียม การร่วมคิดและแก้ไขปัญหารวมทั้งติดตาม ปรับปรุงประเมินผลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด กำหนดวิธีการ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและสตรีตั้งครรรภ์จำนวน 3 ครั้ง การติดตามผลจะดำเนินการหลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ โดยประเมินการรับรู้พลัง อำนาจและการถูกกระทำรุนแรง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงครั้งนี้ เป็นการทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled trial: RCT) ศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ได้จากการสุ่ม (Two randomized group design) และวัดซ้ำโดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำให้สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยภายในของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกันได้ ลักษณะงานวิจัยเป็นดังแสดงในภาพที่ 4

R ₁	O ₁ O ₂	X	O ₃ O ₄	O ₅ O ₆
R ₂	O ₇ O ₈		O ₉ O ₁₀	O ₁₁ O ₁₂

ภาพที่ 4 ผังการออกแบบการทดลอง RCT แบบ Longitudinal design (Shadish et al., 2002)

R₁ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

R₂ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

O₁ หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

O₂ หมายถึง การประเมินการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

O₃ หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์

O₄ หมายถึง การประเมินการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์

O₅ หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

O₆ หมายถึง การประเมินการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

O₇ หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

O₈ หมายถึง การประเมินการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O₉ หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังทดลอง 4 สัปดาห์

O₁₀ หมายถึง การประเมินการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังทดลอง 4 สัปดาห์

O₁₁ หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาติดตามผล 8 สัปดาห์

O₁₂ หมายถึง การประเมินการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาติดตามผล 8 สัปดาห์

X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระยอง

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกจากประชากรเป้าหมายที่มาฝากครรภ์ในเดือน มกราคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งผู้มาฝากครรภ์ทุกคนได้รับการคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงจากพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ เมื่อคัดกรองพบ สตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จะได้รับการสุ่มอย่างง่ายจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองจะได้รับการแนะนำให้รู้จักผู้วิจัย กลุ่มควบคุมจะได้รับการส่งต่อศูนย์ OSCC

เกณฑ์การรับเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. สามารถพูด ฟัง เขียนและสื่อสารอย่างเข้าใจด้วยภาษาไทย เพราะภาษาจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสารและการสร้างพลังอำนาจ นอกจากนั้นอาจเป็นอุปสรรคในการรักษาความลับระหว่างการให้บริการ
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยหรือมีปัญหาเจ็บป่วยรุนแรง ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น หรือมีอาการรุนแรงขึ้นขณะเข้าร่วมวิจัย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงระหว่างตั้งครรภ์ที่ระดับน้ำตาลไม่คงที่ ภาวะเลือดออกนอกระหว่างตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ไม่ดิ้นหรือ ดิ้นน้อย เป็นต้น

3. สถานภาพชีวิตคู่ คือยังอยู่ร่วมในสัมพันธภาพการเป็นคู่ครอง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. อยู่ระหว่างการได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์ OSCC

2. มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามเงื่อนไขที่

กำหนด เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยจากผู้วิจัย ในสถานที่ที่เป็นที่ส่วนตัว หลังจากแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและการถูกระงับก่อนเริ่มโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระงับ

ในการศึกษานี้มีผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามเงื่อนไข จำนวน 11 คน อยู่ในกลุ่มทดลอง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35 มีสาเหตุจากการแท้ง 1 คน คลอดก่อนได้รับโปรแกรมครบ 4 คน และไม่มาตรวจตามนัด 1 คน อยู่ในกลุ่มควบคุม 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 ให้เหตุผลว่าเปลี่ยนใจ ไม่ต้องการปรึกษา 2 คน ขอไม่ตอบแบบสอบถามต่อ 2 คน และไม่มาตรวจตามนัดและติดต่อไม่ได้ 2 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

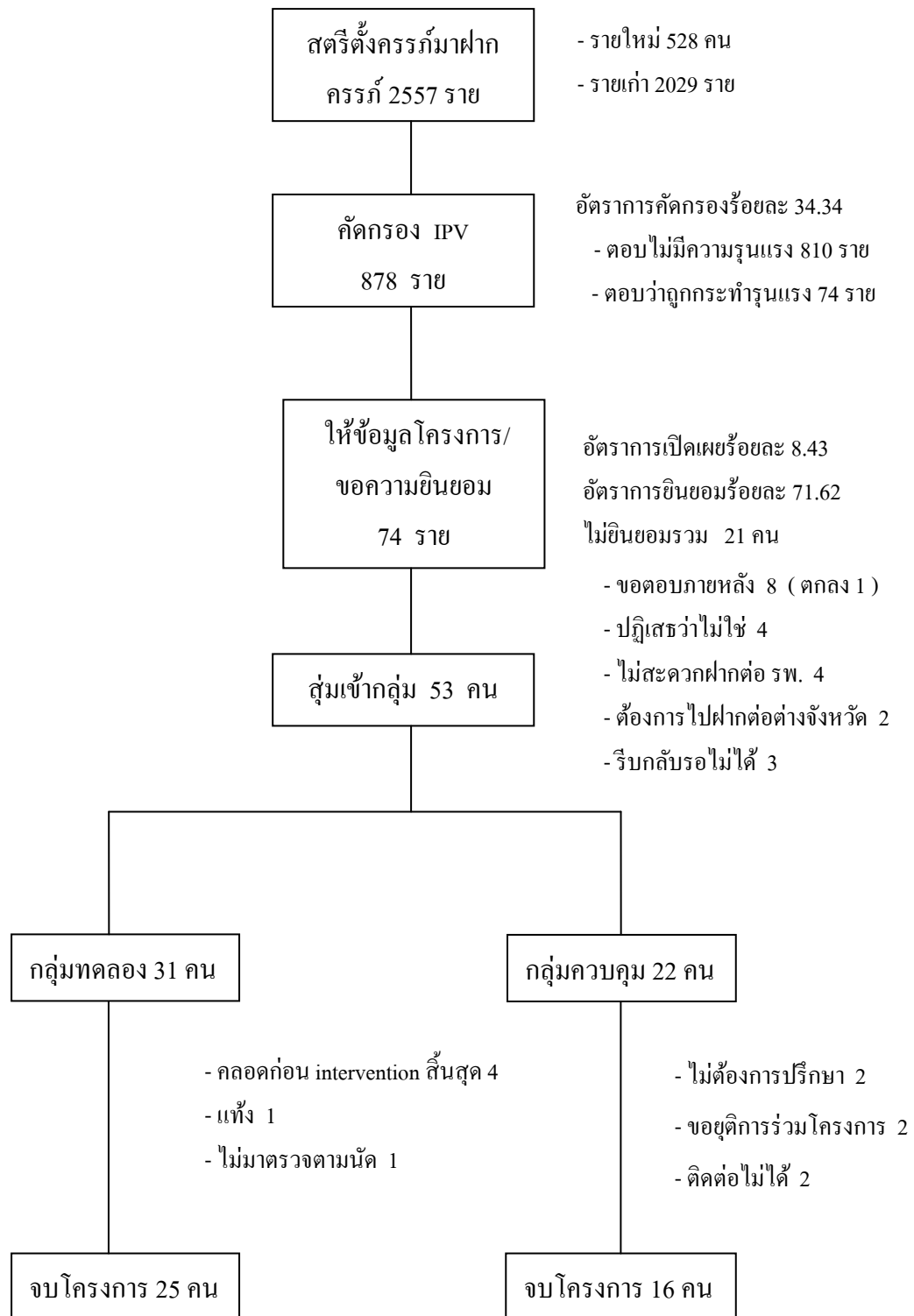
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจะช่วยให้การอ้างอิงงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือสูง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากอำนาจการทดสอบ (Power) ระดับนัยสำคัญที่จะยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนประเภทหนึ่ง (Level of significant) และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมา ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่กระทำต่อกลุ่มตัวอย่างในลักษณะคล้ายกันมีค่าขนาดอิทธิพลต่ำ (Small effect size) (Kozioł-McLain et al., 2010) อีกรงานวิจัยนี้เป็นการทดลองโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์คล้ายกัน มีค่า Effect size เฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระงับทางด้านจิตใจ ขนาดปานกลางคือ 0.36 (Tiwari et al., 2005) และเนื่องจากการเก็บข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ในงานฝากครรภ์ที่มีโอกาสพบปัญหาความรุนแรงด้านจิตใจสูงกว่าด้านอื่น ๆ (Taillieu & Brownridge, 2010) ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าอิทธิพลขนาดปานกลางซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะว่างานวิจัยทางการแพทย์ควรเลือกขนาดอิทธิพลระดับต่ำถึงปานกลาง (Polit & Sherman, 1990) เมื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดซ้ำ 3 ครั้ง ขนาดอิทธิพล 0.36, $\alpha = .05$, Power = .80 คือ 16 รายต่อกลุ่ม (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) และเมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างจะออกจากการวิจัยเนื่องจากการย้ายถิ่น การกลับไปคลอดยังภูมิลำเนาเดิม การคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนเข้า

โปรแกรม ๑ ครบ ที่พบได้จากการวิจัยที่ผ่านมาร้อยละ 9 (Kiely et al., 2010) ต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก กลุ่มละ 2 คนคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลระยอง จะให้สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ตอบแบบคัดกรองการถูกระทำรุนแรง ซึ่งผนวกอยู่ในข้อคำถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามปกติ กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ตอบคำถามว่ามีความรุนแรงเกิดขึ้น พยาบาลแผนกฝากครรภ์จะให้ ข้อมูลเรื่องการวิจัยและสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากเพื่อเลือกให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้พบกับ ผู้วิจัยเพื่อเข้ารับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงและกลุ่มควบคุม ได้รับบริการจากศูนย์ OSCC ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานปกติ

ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล มีสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จำนวน 2557 ราย ได้รับการคัดกรอง จำนวน 878 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.34 พบการถูกระทำรุนแรงจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 8.43 ภายหลังการให้ข้อมูลการวิจัยสตรีตั้งครรภ์ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจำนวน 53 คน ได้รับการสุ่ม จากพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน และ 22 คน ตามลำดับ ในการศึกษาาระยะยาวในเรื่องที่เป็นประเด็นอ่อนไหว มีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะยกเลิก การเข้าร่วมการวิจัยได้ ผู้วิจัยใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ และมอบของที่ระลึกแทนการ ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการพบกันครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระหว่างดำเนินการมีการยกเลิกการร่วมวิจัย และสูญหายของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คงเหลือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม จำนวน 25 คน และ 16 คน ตามลำดับ ดังรายละเอียดในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 Flow การเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรถ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

การใช้เทคนิค Blind

ผู้วิจัยใช้เทคนิค Double blind ในการออกแบบการวิจัย โดยที่ผู้วิจัยจะมีข้อมูลเฉพาะของกลุ่มทดลองที่ผู้วิจัยเป็นผู้ใช้โปรแกรมด้วยตนเอง แต่ผู้วิจัยไม่ทราบว่าสตรีตั้งครรภ์จากกลุ่มควบคุมเป็นใครบ้าง จำนวนเท่าใด เพราะพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์จะเป็นผู้คัดกรองและส่งต่อการช่วยเหลือในระบบการดูแลตามปกติ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย ขอความยินยอม และดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่รู้จักกันและไม่ทราบว่าใครอยู่กลุ่มใด และเนื่องจากเรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่ ไม่ใช่เรื่องที่ทุกคนจะพูดคุยตามปกติ จึงไม่มีเหตุการณ์การพูดคุยระหว่างกลุ่มทั้งสอง การติดตามผล ผู้ช่วยเก็บแบบสอบถามจะทำหน้าที่ติดตามเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ เพื่อลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น โดยการแจกซองแบบสอบถามและเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากตรวจเช็คความครบถ้วน

สถานที่ศึกษา

ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลระยอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดระยอง มีศูนย์ช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำรุนแรงภายใต้ชื่อ ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีหรือ ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center: OSCC) ได้รับเลือกจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการพัฒนาศูนย์ช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และมีผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่องเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน จุดแข็งที่สำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ การที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรง มีคณะกรรมการและคณะทำงานที่สามารถให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะประเด็นที่มีความอ่อนไหว เช่น การยุติการตั้งครรภ์ จัดให้มีการอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการระทำรุนแรง รวมทั้งสนับสนุนให้จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อยุติความรุนแรงในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี ปัจจุบันศูนย์ฯ มีผู้รับผิดชอบงานเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลา จำนวน 2 คน แบ่งความรับผิดชอบเด็ก 1 คน และสตรี 1 คน

แผนกฝากครรภ์ ให้บริการตรวจครรภ์โดยพยาบาลวิชาชีพ จัดบริการตามมาตรฐานบริการตรวจครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะเมื่อตรวจพบอาการผิดปกติ มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งรายเก่ารายใหม่เฉลี่ยวันละ 78 ราย (ข้อมูลปริมาณงานเดือนกุมภาพันธ์ถึง มีนาคม พ.ศ. 2558) เปิดบริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 08.00 น. ถึง 12.00 น. โดยที่เวลา 13.00-16.00 น. จะมีบริการให้คำปรึกษารายกลุ่มและนัดรายบุคคล บุคลากรผู้ปฏิบัติงานประจำวัน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

ลักษณะบริการสำหรับผู้ฝากครรภ์รายใหม่ จะให้สตรีตั้งครรภ์กรอกประวัติ (ในรายที่สามารถดำเนินการได้) และพยาบาลจะซักเพิ่มเติมบางประเด็น ให้คำแนะนำก่อนเจาะเลือด ตรวจครรภ์และจะนัดวันเพื่อฟังผลเลือด ประมาณ 2 สัปดาห์หลังเจาะเลือด ส่วนรายเก่า ได้แก่ ผู้ที่เคยมาตรวจครรภ์แล้ว ประวัติส่วนใหญ่ปรากฏในเวชระเบียนผู้ตั้งครรภ์แล้ว พยาบาลซักประวัติอาการผิดปกติ ตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำ และให้วัคซีน ตามมาตรฐานบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ใช้เครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นชุดของกิจกรรมการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างให้สตรีตั้งครรภ์เกิดพลังอำนาจในตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีพลังอำนาจของ Dutton (1992) ร่วมกับการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผสมผสานวิธีการ Peace and power (Chinn, 1995) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การร่วมคิด การเติบโต ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมการฝึกทักษะรายบุคคลร่วมกับการกระตุ้นความตระหนักผ่านสื่อการสอนและการสนทนา จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 นาที กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาและปรับตัวได้ตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรมได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจตลอดการตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้สตรีตระหนักเรื่องปัญหาความรุนแรงว่าไม่ใช่เรื่องส่วนตัว ปรับเปลี่ยนความรู้ความเชื่อ 2) การร่วมมือสำรวจปัญหาเฉพาะบุคคลและกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง 3) การพัฒนาทักษะในการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจ การจัดการความปลอดภัย ทักษะการจัดการความเครียด การมองโลกเชิงบวกและหรือการกล้าแสดงออก 4) การสะท้อนคิดและประเมินผลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดำเนินการชุดโปรแกรมฯ ประกอบด้วย คู่มือประกอบการใช้โปรแกรม 1 ชุด และแผนการสอน จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง มีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา ที่อยู่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ลักษณะครอบครัว สถานภาพคู่ครอง ประวัติสามีในเรื่องอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนาและชนิดของการกระทำรุนแรง

2.2 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ (The Personal Progress Scale Revised: PPS-R) สร้างขึ้นโดยจอห์นสันและคณะ (Johnson et al., 2005) เพื่อวัดการรับรู้พลังอำนาจใน 7 ด้านคือ

1) การรับรู้อำนาจและความสามารถของตนเอง 2) การปกป้องตนเองและผู้อื่นและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร 3) การกล้าแสดงออก 4) การตระหนักต่อการเลือกปฏิบัติทางวัฒนธรรม 5) การแสดงออก ความโกรธและสามารถเผชิญหน้าได้ 6) ความเป็นตัวของตัวเอง 7) มีความแข็งแกร่ง ส่วนบุคคล และเป็นนักเคลื่อนไหวทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เริ่มจากคะแนน 1 เกือบไม่เคยจนถึงคะแนน 7 เกือบประจำ/สม่ำเสมอ โดยมีช่วงพิสัยคะแนนเท่ากับ 28 – 196 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพลังอำนาจมาก เครื่องมือนี้ใช้เพื่อวัดพลังอำนาจในภาพรวม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และทดลองใช้ในกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมีค่าความเที่ยง .88 (Johnson et al., 2005) มีการนำไปใช้ในกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่พักในบ้านพักฉุกเฉิน 227 คน ได้ค่าความเที่ยง .84 (Perez, Johnson, & Wright, 2012) เครื่องมือนี้ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย ผู้วิจัยดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ และได้รับอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากเครื่องมือที่เผยแพร่ในวารสารได้ (Johnson et al., 2005).

ผู้วิจัยดำเนินการแปลเครื่องมือ PPS-R เป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค Back translation method 4 ขั้นตอน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ดังรายชื่อในภาคผนวก) กระบวนการแปลมีขั้นตอน ดังนี้ 1) แปลเนื้อหาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้ที่ใช้สองภาษาในการเรียนการสอน จำนวน 2 ท่าน โดยการแยกการแปล 2) เครื่องมือชุดภาษาไทยจะถูกทบทวนจากผู้ใช้ภาษาไทยเพื่อดู คำกำกวมหรือคำที่ไม่เข้าใจ 3) เครื่องมือถูกแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษจากผู้ที่ใช้สองภาษาจำนวน 2 ท่าน 4) อาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ที่สอนสองภาษาทางการพยาบาล และผู้วิจัยประเมินเครื่องมือทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทบทวนซ้ำจนไม่เกิดความหมายและความใกล้เคียงมากที่สุด

2.3 แบบวัดการกระทำรุนแรง (The index of spouse abuse: ISA) พัฒนาโดย Hudson & McIntosh (1981) ปัจจุบันใช้เป็นมาตรฐานอ้างอิง (Reference standard) (Rabin, Jennings, Campbell, & Bair-Merritt, 2009) ในหลายประเทศที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ไม่เฉพาะในสหรัฐอเมริกา แต่ใช้ในสเปน เม็กซิโก เยอรมัน บราซิล แคนาดา รวมทั้งในเอเชียที่จีนและญี่ปุ่น (Sierra, Monge, Santos-Iglesias, & Bermúdez, 2011) ระยะเวลาเครื่องมือวัดการกระทำรุนแรง 2 ด้าน ได้แก่ ทางร่างกายและไม่ใช้ทางร่างกาย ต่อมาผลการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) แยกได้เป็น 3 ด้านที่เหมาะสมกว่า (Cook, Conrad, Bender, & Kaslow, 2003) ชุดที่ใช้ในปัจจุบันมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ วัดความรุนแรงทางกาย (ISA-P) 10 ข้อ วัดความรุนแรงทางจิตใจ (ISA-E) 18 ข้อ และวัดความรุนแรงทางเพศ (ISA-S) 2 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ เริ่มจาก 1 ไม่เคย ถึง 5 ประจำ พิสัยคะแนนเท่ากับ 30-120 คะแนนสูง หมายถึง

มีความรุนแรงจากการถูกทำร้ายมาก เครื่องมือได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้หลายครั้ง การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ 420 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .93 จำแนกค่าความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงทางกาย .82 ทางจิตใจ .90 และทางเพศ .81 (Thananowan & Kaesornsamut, 2010)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและมีปัญหาทางจิตใจ 1 ท่าน รองศาสตราจารย์ทางการแพทย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง มีผลงานการวิจัยและผลิตตำราในเรื่อง การกระทำรุนแรง จำนวน 1 ท่าน รองศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มีงานวิจัยและเชี่ยวชาญประเด็นทางสังคมของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูง (APN) ด้านการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรง 1 ท่านและพยาบาลผู้บริหาร อดิศาประธานและผู้ออกตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี โรงพยาบาลระยอง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและโครงสร้างโปรแกรมฯ โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยพิจารณาแก้ไขปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้

ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรมฯกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มที่กำหนดในการศึกษา จำนวนร้อยละ 10 เท่ากับทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 2 คนเพื่อความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมฯ และประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลอง พบว่าขณะเก็บข้อมูลโรงพยาบาลระยองกำลังอยู่ระหว่างการปรับปรุงสิ่งก่อสร้างเพื่อขยายพื้นที่บริการ ทำให้พื้นที่ใช้สอยในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนและใช้งานทุกพื้นที่เต็มเวลา รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสำหรับต่างด้าวและสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยพบว่าสถานที่ที่เตรียมไว้เดิมไม่เพียงพอ กำหนดนัดมีข้อจำกัดเรื่องภาระงาน ผู้วิจัยจึงต้องปรับเปลี่ยนสถานที่ในการใช้โปรแกรมฯให้เป็นส่วนตัว และปรับเปลี่ยนการนัดให้เหมาะสมกับโปรแกรมฯและการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ หลังจากปรับปรุงแก้ไขปัญหาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงจะนำไปใช้

แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงการใช้ภาษาให้สมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระยองและมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ด้วยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79 ส่วนเครื่องมือวัดการถูกระทำรุนแรง (ISA) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .98

การเตรียมความพร้อมก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

การเตรียมความพร้อมผู้เกี่ยวข้องในการวิจัย

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรองการถูกระทำรุนแรงในสตรีที่มาฝากครรภ์ทุกคนและทุกครั้งที่มาใช้บริการ โดยปกติ ซึ่งหากพบผู้ที่ถูกระทำรุนแรงจะส่งต่อความช่วยเหลือไปยังศูนย์ OSCC ในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลแผนกฝากครรภ์จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเรื่องโครงการวิจัยและสอบถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนส่งเข้ากลุ่มทดลองเพื่อพบผู้วิจัยหรือกลุ่มควบคุมเพื่อส่งต่อศูนย์ OSCC เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเชิญพยาบาลแผนกฝากครรภ์ทุกคนประชุมชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการ แผนดำเนินการและสิ่งที่ยุพยาบาลแผนกฝากครรภ์ช่วยดำเนินการ ผู้วิจัยทำความเข้าใจมายาคติในสังคมร่วมกันและเน้นย้ำเรื่องการรักษาความลับ ในที่ประชุมอภิปรายเรื่องวิธีการที่ทำให้สตรีเปิดเผยข้อมูลได้ง่าย สรุปให้ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองทั้งในการฝากครรภ์รายใหม่และรายเก่าแทนการสอบถามทางวาจา

ผู้วิจัยยังจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม และช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 1 คน ทำหน้าที่ติดตามเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการบิดเบือนข้อมูลทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งนี้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลจะทำหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนก่อนเก็บแบบสอบถามในซองเอกสาร สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มตัวอย่างไปศูนย์ OSCC และประสานงานการช่วยเหลือจากพยาบาลประจำศูนย์ฯ รวมทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย ขอความยินยอมและจัดให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย โดยการทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การทำวิจัย วัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล การแนะนำตัว การแสดงท่าที ความสำคัญของความลับ รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

การเตรียมตัวของผู้วิจัย

ผู้วิจัยผ่านการอบรมและฝึกกระบวนการให้คำปรึกษาเบื้องต้นขณะเรียนในระดับมหาบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ขณะปฏิบัติงานได้ผ่านการอบรมและฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการให้คำปรึกษามากกว่า 2 ครั้ง เคยได้รับการเตรียมความพร้อม ในการดูแลช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาลระยอง และเข้ารับการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบซาเทียร์ เมื่อปี พ.ศ. 2554 ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการฟังจากการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ เข้าใจฐานคิดทางปรัชญาในเรื่องธรรมชาติของความจริงและแนวทางในการค้นหาความจริง ผู้วิจัยมีความตั้งใจจริงในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยให้อิสระทางความคิด คำนึงถึงความเสมอภาค ไม่ครอบงำ มีเป้าหมายการเป็นคู่คิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรักษาความลับและการดำเนินการตามระเบียบวิธีที่กำหนดไว้

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงสร้างคู่มือปฏิบัติการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นเตรียมดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยองเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการฯของทางโรงพยาบาลระยองแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับแหล่งเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมบุคลากรในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยประสานงาน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ รวมทั้งทำความเข้าใจการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงกับพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ โดยเน้นย้ำในเรื่องสำคัญของการพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด
3. ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย บทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบและประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังแสดงในผังการเข้าร่วมวิจัยภาพที่ 5 และมีรายละเอียด ดังนี้

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ให้สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ กรอกข้อมูลส่วนตัวในแบบบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์รายใหม่ ซึ่งมีข้อมูลประกอบการคัดกรองความเสี่ยงหลายรายการ รวมทั้งการคัดกรองการถูกกระทำรุนแรง
2. เมื่อพบผู้ถูกกระทำรุนแรง พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ให้ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์เรื่อง การมีโปรแกรมวิจัยเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจขณะมาใช้บริการฝากครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์สนใจเข้าร่วมโครงการสามารถเข้าร่วมโครงการได้ หากสตรีตั้งครรภ์ยินดีเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการแนะนำและ

ส่งต่อไปพบผู้รับผิดชอบ หากไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล เมื่อพบผู้สนใจพยาบาลแผนกฝากครรภ์จะทำการสุ่มอย่างง่ายและส่งต่อภายหลังการตรวจครรภ์ โดยแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มทดลองให้รู้จักผู้วิจัยอย่างเป็นทางการ ส่วนสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมจะโทรศัพท์ประสานงานผู้ช่วยวิจัยให้รับไปศูนย์ OSCC

3. ผู้วิจัยเชิญสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเข้าพูดคุยตามลำพังในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใกล้แผนกฝากครรภ์ เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย นโยบายของโรงพยาบาล ในเรื่องปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ ขั้นตอนการวิจัย บทบาทของผู้วิจัย การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดให้ได้อ่านคำชี้แจงและแสดงความยินยอม

4. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง มีกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัยจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดยทุกครั้งจะเป็นการนัดหมายล่วงหน้าพร้อมการดูแลครรภ์ กิจกรรมประกอบด้วย รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 6

ครั้งที่ 1 ดำเนินการวันแรกที่ได้รับการแนะนำ ใช้เวลา 45 นาที ประกอบด้วยการให้ตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน การสร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการกระทำรุนแรง ทำความเข้าใจวงจรการกระทำรุนแรง กระตุ้นให้เกิดความตระหนักในปัญหาและมีข้อมูลแหล่งความช่วยเหลือโดยผู้วิจัยจะให้นามบัตรที่มีเบอร์ติดต่อของผู้วิจัยในลักษณะไม่เป็นทางการ และให้แผ่นพับแหล่งช่วยเหลือการถูกกระทำรุนแรงในจังหวัดระยอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหลายคน (มากกว่า 10 คน) ขอไม่รับแผ่นพับแต่ยินดีรับนามบัตร

ครั้งที่ 2 ดำเนินการสัปดาห์ที่ 2-3 จากวันแรก โดยดำเนินการตรงกับการนัดตรวจครรภ์ ใช้เวลา 45 นาที ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มายาคติในสังคม เปรียบเทียบกับความเชื่อส่วนบุคคลของทั้งสองฝ่ายคือผู้วิจัยและสตรีตั้งครรภ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงผ่านการร่วมสืบค้นข้อมูลใน Website และผู้วิจัยเสนอแนะการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมในเรื่องการสร้างทางเลือกและกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการวางแผนความปลอดภัยเฉพาะบุคคล

สัมพันธภาพมีการพัฒนาขึ้นต่อเนื่อง จากการพบกันทันทีที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างบางคน โทรศัพท์ยืนยันการมาตรวจครรภ์ล่วงหน้ากับผู้วิจัย และเมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในที่ส่วนตัว บรรยายการสนทนาจึงผ่อนคลายและเป็นกันเอง กลุ่มตัวอย่างกล้าแสดงความคิดเห็นและพูดคุยแบบอิสระโดยไม่ต้องถามนำ

ระหว่างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มายาคติในสังคม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นจะมีทักษะในการสืบค้นที่คล่องแคล่ว และร่วมอภิปรายปัญหาได้ดี ขณะที่บางคนสะดวกที่จะเรียนรู้ผ่าน

การสนทนา ผู้วิจัยรับฟังการบอกเล่าเรื่องราวการกระทำรุนแรง ในลักษณะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ตัดสินผิด/ ถูก ใช้ท่าที่เป็นมิตร ให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกอิสระที่จะพูด ผู้วิจัยจะชื่นชมในส่วนดีที่สตรีตั้งครรภ์แบ่งปันประสบการณ์และร่วมขยายผลจากสิ่งดีที่มีไปสู่การปฏิบัติที่มากขึ้น

ผู้วิจัยชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาปัญหาการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและความจำกัดของการช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ประโยชน์ในการออกแบบวางแผนความปลอดภัยของตนเองและฝึกทักษะการตัดสินใจร่วมด้วย แผนการจัดการความเครียด ใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดแบ่งปันเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่สามารถใช้ได้ทุกสถานการณ์และเลือกชนิดของกล้ามเนื้อได้ตามความเหมาะสมกับสภาพบุคคล เพื่อฝึกทักษะการใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาความเครียด

ครั้งที่ 3 ดำเนินการสัปดาห์ที่ 5 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ ใช้เวลา 45 นาที ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง การทบทวนแผนความปลอดภัยส่วนบุคคลร่วมกัน การทบทวนการเรียนรู้ และประสบการณ์การจัดการปัญหาการกระทำรุนแรง ผู้วิจัยสะท้อนคิดการปฏิบัติ ชื่นชมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชื่นชมคุณสมบัติส่วนตัวที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง และร่วมแบ่งปันประสบการณ์ ปรับปรุงข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

ผู้วิจัยจัดการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การดำเนินการตามโปรแกรมฯ สิ้นสุดในขั้นตอนนี้ แต่มีการติดตามให้ตอบแบบสอบถามอีกครั้ง เมื่อ 8 สัปดาห์ โดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งแม้จะยุติโครงการ แต่กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถติดต่อเพื่อถามปัญหาสุขภาพมารดาทารกที่เกิดขึ้นได้และยังคงเป็นเครือข่ายส่งต่อความช่วยเหลือได้

5. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับของแบบสอบถามที่ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ และแบบวัดการกระทำรุนแรงก่อนการทดลองใช้โปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยผู้ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งสุดท้ายเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการเตรียมความพร้อมแล้ว

6. กลุ่มควบคุมจะได้รับการนำไปรับบริการให้คำปรึกษาที่ศูนย์ OSCC โดยผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลการวิจัยในเรื่องการศึกษาพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์ การชี้แจงวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับ การรักษาความลับ การพิทักษ์สิทธิและขอความยินยอม หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 ในของแบบสอบถามและประสานงานให้ได้รับการปรึกษาจากพยาบาลประจำศูนย์ฯ รวมทั้งทำหน้าที่มอบของที่ระลึก และจัดการให้ตอบแบบสอบถามทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำศูนย์ฯ ให้สามารถเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ ได้ทุกเวลาที่ต้องการโดยไม่ต้องนัดหมาย พร้อมให้แผ่นพับแหล่งความช่วยเหลือที่มีในจังหวัดระยองและเบอร์โทรศัพท์ของศูนย์ OSCC

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างคหุฎินิพนธ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง จากนั้นนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระยอง รวมทั้งดำเนินการขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยของ โรงพยาบาลระยอง (The human research board of Rayong hospital) ก่อนเริ่มทำการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังการ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ ทั้งสองชุดและ ได้รับ อนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยยึดหลักพื้นฐานทางจริยธรรมตามแนวทางของ The belmont report ที่แนะนำให้ใช้ในสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (Btoush & Campbell, 2009) ในเรื่อง การเคารพ ในบุคคล การให้คุณประโยชน์และความเป็นธรรม

การเคารพในความเป็นบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการให้เป็นไปโดยสมัครใจ โดยแนะนำตัว กับสตรีฝากครรภ์ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะ โครงการวิจัย ขั้นตอนการศึกษา ให้รับทราบ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการเตรียมการเพื่อป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง รวมทั้งช่วงเวลาที่การศึกษาคำเนิการ ผู้วิจัยให้ข้อมูลทั้งด้วยวาจาและด้วยลายลักษณ์อักษร (รายละเอียดในภาคผนวก ก) และย้ำให้ทราบว่าผู้วิจัยเคารพสิทธิ รักษาความลับ จะไม่เปิดเผย การเข้าร่วมวิจัยให้กับผู้ใดทั้งสิ้น และการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ จะไม่มีผลต่อบริการ ที่จะได้รับใด ๆ ทั้งสิ้น ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์สามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเวลาที่ต้องการ เมื่อสตรี ตั้งครรภ์แสดงความจำนงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดให้ ได้เช่นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (รายละเอียด ในภาคผนวก ข) และพิจารณาร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ในเก็บสำเนาใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามต้องการ

การวิจัยนี้อาจเกิดความเสี่ยงจากการที่ข้อมูลการกระทำรุนแรงถูกเปิดเผยถึงผู้กระทำ และ อาจเกิดอันตรายจากผู้กระทำ ผู้วิจัยเตรียมแผนฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลือ โดยประสานงาน การช่วยเหลือฉุกเฉินไว้ล่วงหน้ากับทีมช่วยเหลือใน โรงพยาบาลและในจังหวัดระยอง หากสตรี ตั้งครรภ์เรียกหาความช่วยเหลือโดยใช้เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน ทีมช่วยเหลือจะพร้อมให้ความ ช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง สามารถเดินทางไปช่วยเหลือตามความจำเป็นได้ทันที อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตกลงร่วมกันกับพยาบาลประจำการในแผนกฝากครรภ์ในการเคร่งครัดการรักษาความลับ การบันทึกใช้การกำหนดรหัสที่ไม่เปิดเผย ถามความเห็นและการยินยอมจากสตรีตั้งครรภ์ทุกครั้ง ที่จะประสานการช่วยเหลือกับบุคลากรอื่น การบันทึกรายละเอียดของข้อมูลบันทึกเฉพาะใน แบบฟอร์มที่เก็บรักษาความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดในศูนย์ OSCC

การวิจัยนี้คำนึงถึงประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรถ์ในการสร้างความเข้มแข็งในตนเองและเป็นประโยชน์ในภาพรวมที่จะทำให้อ้างอิงและขยายผลไปยังสตรีตั้งครรถ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่ใช้บริการฝากครรถ์ในโรงพยาบาลอื่น และคำนึงถึงความเป็นธรรม โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมในทุกขั้นตอนของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ PC กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคุณลักษณะกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi square หรือ Fisher exact test หรือ independent t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated ANOVA)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated ANOVA)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจภายในกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated ANOVA)
6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงภายในกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated ANOVA)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางผลการศึกษาประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ตอนที่ 3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงต่อพลังอำนาจและการถูกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้ารับ โปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระยอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 53 คน เป็นกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 22 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลอง จำนวน 6 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 6 คน ไม่สามารถเข้าร่วมครบกระบวนการ จึงเหลือวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 16 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง ใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติ ฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) หรือการทดสอบสถิติที สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์หรือฟิชเชอร์ของอายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ
ภูมิสำเนา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่ม						χ^2	p
	รวม (n = 41)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 16)			
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%		
อายุ								
< 20 ปี	14	34.2	10	40	4	25	21.85	.38
20-30 ปี	24	58.5	14	56	10	62.5		
> 30 ปี	3	7.3	1	4	2	12.5		
อายุครรภ์								
1-14 สัปดาห์	8	19.5	4	16	4	25	24.24	.11
15-28 สัปดาห์	30	73.1	19	76	11	68.8		
29-42 สัปดาห์	3	7.31	2	8	1	6.3		
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	5	12.2	3	12	2	12.5	0.18	.99
มัธยมศึกษา	28	68.3	17	68	11	68.8		
อนุปริญญา	6	14.6	4	16	2	12.5		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	4.8	1	4	1	6.8		
อาชีพ								
แม่บ้าน	26	63.4	16	64	10	62.5	0.79	.81
รับจ้าง	6	14.7	3	12	3	18.8		
ค้าขาย	3	7.2	2	8	1	6.3		
อื่น ๆ	6	14.7	4	16	2	12.6		
ภูมิสำเนา								
ระยอง	16	39	8	32	8	50	1.33	.24
ภูมิภาคอื่น	25	61	17	68	8	50		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่ม						χ^2	p
	รวม (n = 41)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 16)			
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%		
ลำดับที่สามปัจจุบัน								
คนที่ 1	20	48.8	13	52	7	43.8	2.27	.41
คนที่ 2	17	41.5	11	44	6	37.5		
คนที่ 3 ขึ้นไป	4	9.8	1	4	3	18.8		
ประเภทความรุนแรง								
ทางกาย	8	19.5	4	16	4	25	0.72	.85
ทางจิตใจ	30	73.2	19	76	11	68.8		
ทางเพศ	3	7.3	2	8	1	6.3		

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 36.6 อยู่ร่วมกับญาติสามี ร้อยละ 34.1 และอยู่ร่วมกับญาติตนเองร้อยละ 29.3 การอยู่ร่วมในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นการอยู่กินโดยไม่แต่งงาน ร้อยละ 56.1 สามีปัจจุบันคนที่ 1 ร้อยละ 48.8 สามีเป็นคนที่ 2 ร้อยละ 41.5 ประเภทความรุนแรงที่ถูกกระทำตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นทางจิตใจ ร้อยละ 73.2 ถูกกระทำรุนแรงทางกาย ร้อยละ 19.5 และถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 7.3

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ไคสแควร์หรือสถิติฟิชเชอร์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่มี ความแตกต่าง ในเรื่องลักษณะครอบครัว การร่วมครอบครัว จำนวนสามีและชนิดของความรุนแรง

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ และค่าไคสแควร์หรือฟิชเชอร์ ของข้อมูลอายุสามี การศึกษาของสามี รายได้สามี ภูมิลำเนาสามี ประวัติการมีภรรยา ประวัติความรุนแรงในครอบครัวสามี ประวัติการใช้สุราของสามี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่ม						χ^2	p
	รวม (n = 41)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 16)			
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%		
อายุสามี								
< 20 ปี	14	34.1	9	36	5	31.3	24.61	.65
20-30 ปี	21	51.2	13	52	8	50		
> 30 ปี	6	14.7	3	12	3	18.8		
การศึกษาสามี								
ประถมศึกษา	11	26.8	4	16	7	43.8	3.89	.14
มัธยมศึกษา	21	51.2	14	56	7	43.8		
สูงกว่าอนุปริญญา	9	22	7	28	2	12.4		
รายได้สามีต่อเดือน								
< 10000 บาท	18	43.9	9	36	9	56.3	3.23	.38
10001-20000 บาท	11	26.8	7	28	4	25		
> 20001 บาท	4	9.8	4	16	0	0		
ไม่ทราบ	8	19.5	5	20	3	18.8		
ภูมิลำเนาสามี								
ระยอง	19	46.3	10	40	9	56.3	1.04	.31
ภูมิภาคอื่น	22	53.7	15	60	7	43.8		
ประวัติการมีภรรยา								
เคยมี	14	34.1	9	36	5	31.1	0.10	.95
ไม่มี	17	41.5	10	40	7	43.8		
ไม่ทราบ	10	24.4	6	24	4	25		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่ม						χ^2	p
	รวม (n = 41)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 16)			
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%		
ประวัติความรุนแรงในครอบครัวสามี								
มี	2	4.9	0	0	2	12.5	2.88	.24
ไม่มี	26	63.4	17	68	9	56.2		
ไม่ทราบ	13	31.7	8	32	5	31.3		
การดื่มสุรา								
ดื่มน้อย	7	17.1	4	16	3	18.7	0.68	.99
ดื่มบางครั้ง	27	65.8	17	68	10	62.5		
ไม่ดื่ม	5	12.2	3	12	2	12.5		
ไม่ทราบ	2	4.9	1	4	1	6.3		

จากตารางที่ 5 พบว่า สามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 51.2 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.2 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1 หมื่นบาท ร้อยละ 43.9 มีภูมิลำเนาอยู่ภูมิภาคอื่นคือเป็นคนย้ายถิ่น ร้อยละ 53.7 ไม่เคยมีภรรยามาก่อน ร้อยละ 41.5 เคยมีก่อนหน้านี้อ ร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 63.4 และดื่มสุราเป็นบางครั้ง ร้อยละ 65.8

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของสามีโดยใช้ไคสแควร์หรือสถิติ ฟิชเชอร์ พบว่า ข้อมูลสามีของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง และสามีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในเรื่องอายุของสามี การศึกษาของสามี รายได้สามี ภูมิลำเนาสามี ประวัติการมีภรรยา ประวัติความรุนแรงในครอบครัวสามี ประวัติการใช้สุราของสามีไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติที่ การถูกกระทำรุนแรง
จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่ม				<i>t</i>	<i>p</i>
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	<i>(n = 25)</i>		<i>(n = 16)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
พลังอำนาจในตนเอง	138.68	17.25	131.25	14.46	1.43	.16
การกระทำรุนแรง						
ด้านร่างกาย	4.12	4.76	4.31	5.93	-0.11	.91
ด้านจิตใจ	14.96	9.39	12.94	11.10	0.63	.53
ด้านเพศ	0.84	1.28	0.62	1.15	0.54	.59
โดยรวม	19.92	13.75	17.87	16.80	0.43	.67

จากตารางที่ 6 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ย 138.68 (*SD* = 17.25) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ย 131.25 (*SD* = 14.46) ส่วนการถูกกระทำรุนแรงพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนการถูกกระทำรุนแรงโดยรวมเฉลี่ย 19.92 (*SD* = 13.75) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการถูกกระทำรุนแรงโดยรวมเฉลี่ย 17.87 (*SD* = 16.80) โดยที่ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจเฉลี่ย 14.96 (*SD* = 9.39) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจเฉลี่ย 12.94 (*SD* = 11.10)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองและสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มควบคุม ในเรื่อง พลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรง ด้วยสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

หลังจากเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงต่อไป

ตอนที่ 2 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ก่อนทำการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล (Independence of observation)

การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล สามารถจัดกระทำก่อนเริ่มการศึกษาได้ โดยผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มการทดลอง และขณะศึกษาจัดการไม่ให้หน่วยทดลองมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน นอกจากนี้ใช้ค่าสถิติ Durbin-Watson ในการทดสอบความเป็นอิสระกันของข้อมูล ค่า Durbin-Watson ข้อมูลที่อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน

ในการทดสอบข้อมูล ผู้วิจัยได้ค่าสถิติ Durbin-Watson 1.72 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ซึ่งอยู่ระหว่างค่าที่กำหนด แสดงว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน

2. ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และค่าผิดปกติ Outliers

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติชนิด Univariate normality ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 50 ซึ่งผลการทดสอบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ซึ่งแสดงถึงการแจกแจงแบบปกติ

3. ทดสอบความแปรปรวนในการวัดแต่ละครั้งเท่ากัน (Compound symmetry)

ผู้วิจัยทดสอบความแปรปรวนในแต่ละครั้งของการวัดเท่ากัน (Compound symmetry หรือ Sphericity) พิจารณาจากค่า Mauchly's test of sphericity การทดสอบพบค่า $p > .05$ คือ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบความแปรปรวนในแต่ละครั้งของการวัด คะแนนพลังอำนาจ ได้ค่า Mauchly's $W = .95$ และ ค่า Sig. = .39 แสดงว่าไม่มีความแตกต่าง สรุปได้ว่าความแปรปรวนมีลักษณะ Compound symmetry แต่เมื่อทดสอบความแปรปรวนในการวัดแต่ละครั้งของคะแนนการถูกกระทำรุนแรง พบว่า ค่า Mauchly's $W = .59$ และ ค่า Sig. = .00 แสดงว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น ในการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ วิธีแก้ไขผู้วิจัยเลือกการอ่านค่า Epsilon ช่อง Greenhouse-geisser = .71 ซึ่งเป็นการปรับค่าให้มีความเหมาะสม

เมื่อการทดสอบข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไป

ตอนที่ 3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงต่อพลังอำนาจและการถูกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้ารับโปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated analysis of variance) ของการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และการถูกระทำรุนแรง โดยพิจารณาตามกลุ่มทดลอง และระยะเวลาการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังอำนาจ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่มการทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง

พลังอำนาจ	ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	ติดตามผล 8 สัปดาห์
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
กลุ่มทดลอง (n = 25)	138.68 (17.25)	136.48 (18.26)	139.96 (21.16)
กลุ่มควบคุม (n = 16)	131.25 (14.46)	134.25 (14.73)	134.87 (16.46)

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจเพิ่มขึ้นจาก 138.68 ($SD = 17.25$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 139.96 ($SD = 21.16$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ แต่มีคะแนนพลังอำนาจลดลงในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนทดลองคือมีคะแนนเฉลี่ย 136.48 ($SD = 18.26$) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ทั้งระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ คือมีคะแนนเฉลี่ย 131.25 ($SD = 14.46$), 134.25 ($SD = 14.73$) และ 134.87 ($SD = 16.46$) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนพลังอำนาจ โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มการทดลอง	707.04	1	707.04	0.94	.34
ความคลาดเคลื่อน	29417.46	39	754.29		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	135.12	2	67.56	0.76	.47
กลุ่ม * ระยะเวลา	132.32	2	66.16	0.74	.48
ความคลาดเคลื่อน	6922.93	78	88.75		

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนพลังอำนาจระหว่างกลุ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1, 39)} = 0.94, p > .05$) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีความแตกต่างในเรื่องการรับรู้พลังอำนาจ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะภายหลังการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาอิทธิพลหลักในเรื่องระยะเวลา ภายในกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($F_{(2, 78)} = 0.76, p > .05$) แสดงว่าภายหลังการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองรับรู้พลังอำนาจไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2, 78)} = 0.74, p > .05$) แสดงว่ากลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองไม่มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจ

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังเข้า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ในระยะ 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงเป็นการปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ภายในกลุ่มทดลองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังเข้า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ในระยะ 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่ม การทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง

การถูกกระทำรุนแรง	ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	ติดตามผล 8 สัปดาห์
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
กลุ่มทดลอง (n = 25)	19.92 (13.75)	17.08 (12.80)	14.0 (12.48)
กลุ่มควบคุม (n = 16)	17.87 (16.80)	12.12 (11.21)	12.44 (13.31)

จากตารางที่ 9 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยการถูกกระทำรุนแรงลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 19.92 ($SD = 13.75$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 17.08 ($SD = 12.80$) ในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 14.0 ($SD = 12.48$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการถูกกระทำรุนแรงลดลงจากระยะก่อนการทดลองคือ 17.87 ($SD = 16.80$) เมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ 12.12 ($SD = 11.21$) แต่ไม่พบการลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์กับระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ที่มีคะแนนเฉลี่ย 12.44 ($SD = 13.31$)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกกระทำรุนแรง โดยพิจารณาตาม กลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มการทดลอง	238.43	1	238.43	0.54	.47
ความคลาดเคลื่อน	17117.31	39	438.90		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	684.36	1.42	481.45	6.92	.005**
กลุ่ม * ระยะเวลา	65.72	1.42	46.24	0.66	.47
ความคลาดเคลื่อน	3857.81	55.44	69.59		

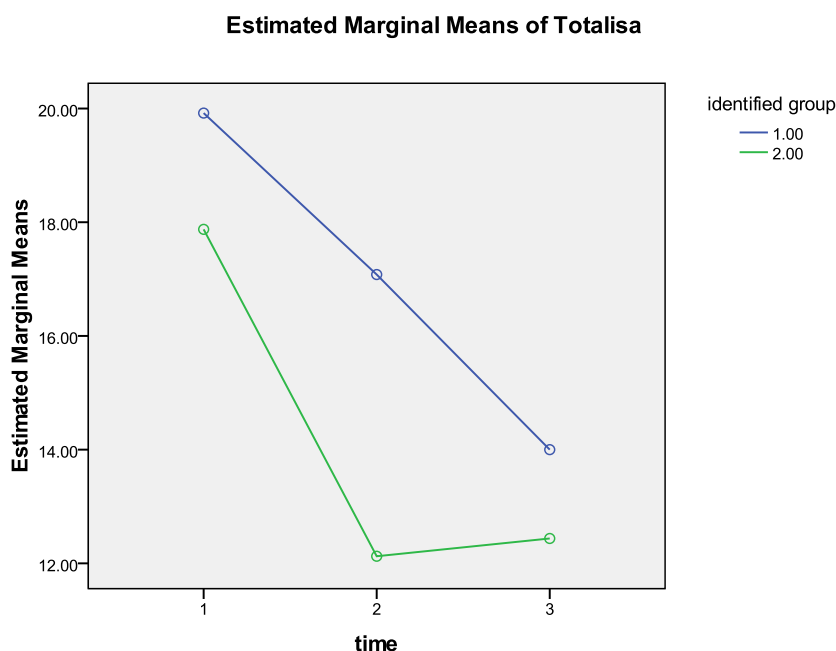
** $p < .01$

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการถูกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,39)} = 0.54, p > .05$) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ไม่มีความแตกต่างในเรื่องการถูกระทำรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะภายหลังได้รับ โปรแกรม ฯ 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาอิทธิพลหลักเรื่องระยะเวลา ภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างของการถูกระทำรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,42,55,44)} = 6.92, p < .05$) แสดงว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองมีการถูกระทำรุนแรงแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา

แต่เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,42,55,44)} = 0.66, p > .05$) แสดงว่ากลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองไม่มีผลต่อการถูกระทำรุนแรง

เนื่องจากมีความแตกต่างของการถูกระทำรุนแรง ภายในกลุ่มทดลอง ภาพที่ 7 แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการถูกระทำรุนแรง



ภาพที่ 7 การเปลี่ยนแปลงการถูกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มการทดลองเมื่อเริ่มทดลอง ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

จากภาพที่ 7 แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงของทั้งสองกลุ่มอย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่ 1 (เส้นบน) หมายถึงกลุ่มทดลองได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงลดลงอย่างชัดเจนและแตกต่าง ส่วนกลุ่มที่ 2 (เส้นล่าง) เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าลักษณะรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันด้วย

เพื่อความชัดเจนในการพิจารณาความแตกต่างผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงรายคู่ในกลุ่มทดลองตามระยะเวลาทดลอง ดึงนำเสนอในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบรายคู่ ของค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรง ในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

Dependent variable	Time	Time	Mean difference	SE	<i>p</i>
ถูกกระทำรุนแรง	ระยะก่อนทดลอง	ระยะ 4 สัปดาห์	4.29	1.80	.02*
		ระยะ 8 สัปดาห์	5.68	1.86	.004**
	ระยะ 4 สัปดาห์	ระยะ 8 สัปดาห์	1.38	0.96	.16

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ (Mean difference = 4.29, $p < .05$ และ Mean difference = 5.68, $p < .01$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์กับระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ($p > .05$)

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการออกกำลังกายด้านร่างกาย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มการทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง

การออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	ติดตามผล 8 สัปดาห์
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
กลุ่มทดลอง (n = 25)	4.12 (4.76)	3.40 (5.12)	3.08 (4.02)
กลุ่มควบคุม (n = 16)	4.31 (5.93)	2.90 (3.71)	2.50 (3.78)

จากตารางที่ 12 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายด้านร่างกายลดลง จาก 4.12 ($SD = 4.76$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 3.40 ($SD = 5.12$) ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 3.08 ($SD = 4.02$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายด้านร่างกายลดลง จาก 4.31 ($SD = 5.93$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 2.90 ($SD = 3.71$) ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 2.50 ($SD = 3.78$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการออกกำลังกายด้านร่างกาย โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มการทดลอง	2.35	1	2.35	0.05	.83
ความคลาดเคลื่อน	1939.67	39	49.73		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	42.60	1.51	28.28	2.91	.08
กลุ่ม * ระยะเวลา	3.38	1.51	2.24	0.23	.73
ความคลาดเคลื่อน	571.19	58.74	9.72		

จากตารางที่ 13 พบว่าการออกกำลังกายด้านร่างกายระหว่างกลุ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,39)} = 0.05, p > .05$ แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกาย

รุนแรงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ไม่มีความแตกต่างในเรื่องการถูกรบกวนแรงด้านร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะภายหลังการเข้าโปรแกรม ๓ 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาอิทธิพลหลักเรื่องระยะเวลาภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างของการถูกรบกวนแรงด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1.51, 58.74)} = 2.91, p > .05$) แสดงว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกรบกวนแรง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกรบกวนแรงกลุ่มทดลองมีการถูกรบกวนแรงด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($F_{(1.51, 58.74)} = 0.23, p > .05$) แสดงว่า กลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองไม่มีผลต่อการถูกรบกวนแรงด้านร่างกาย

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกรบกวนแรงด้านจิตใจ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มการทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง

การถูกรบกวนแรงด้านจิตใจ	ก่อนการทดลอง <i>M (SD)</i>	หลังทดลอง 4 สัปดาห์ <i>M (SD)</i>	ติดตามผล 8 สัปดาห์ <i>M (SD)</i>
กลุ่มทดลอง (n = 25)	14.96 (9.39)	13.32 (8.18)	10.68 (8.92)
กลุ่มควบคุม (n = 16)	12.94 (11.10)	8.62 (7.53)	9.50 (9.83)

จากตารางที่ 14 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกรบกวนแรงที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกรบกวนแรงมีคะแนนเฉลี่ยการถูกรบกวนแรงด้านจิตใจลดลงอย่างชัดเจน จาก 14.96 ($SD = 9.39$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 13.32 ($SD = 8.18$) ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 10.68 ($SD = 8.92$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการถูกรบกวนแรงด้านจิตใจลดลงจาก 12.94 ($SD = 11.10$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 8.62 ($SD = 7.53$) ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ แต่มีคะแนนเฉลี่ยการถูกรบกวนแรงด้านจิตใจ 9.50 ($SD = 9.83$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจ โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มการทดลอง	202.83	1	202.83	1.0	.32
ความคลาดเคลื่อน	7927.3	39	203.26		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	319.05	1.58	202.07	6.71	.005**
กลุ่ม * ระยะเวลา	65.71	1.58	41.62	1.38	.26
ความคลาดเคลื่อน	1855.23	61.58	30.13		

** $p < .01$

จากตารางที่ 15 พบว่าการถูกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,39)} = 1.0, p > .05$) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีความแตกต่างในเรื่องการถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

แต่เมื่อพิจารณาอิทธิพลหลักภายในกลุ่มทดลองเมื่อระยะเวลาผ่านไป พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างของการถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1.58, 61.58)} = 6.71, p < .01$) แสดงว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงมีการถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจแตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1.58, 61.58)} = 1.38, p > .05$) แสดงว่ากลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองไม่มีผลต่อการถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจ

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกระทำรุนแรงด้านเพศ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ในกลุ่มการทดลองโดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง

การถูกระทำรุนแรง ด้านเพศ	ก่อนการทดลอง <i>M (SD)</i>	หลังทดลอง 4 สัปดาห์ <i>M (SD)</i>	ติดตามผล 8 สัปดาห์ <i>M (SD)</i>
กลุ่มทดลอง (n = 25)	0.84 (1.28)	0.36 (0.91)	0.24 (0.52)
กลุ่มควบคุม (n = 16)	0.62 (1.15)	0.56 (1.20)	0.44 (1.09)

จากตารางที่ 16 จะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการถูกระทำรุนแรงด้านเพศลดลงอย่างชัดเจน จาก 0.84 ($SD = 1.28$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 0.36 ($SD = 0.91$) ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 0.24 ($SD = 0.52$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการถูกระทำรุนแรงด้านเพศลดลง จาก 0.62 ($SD = 1.15$) ในระยะก่อนทดลอง เป็น 0.56 ($SD = 1.20$) ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 0.44 ($SD = 1.09$) ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกระทำรุนแรงด้านเพศ โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มการทดลอง	0.11	1	0.11	0.05	.83
ความคลาดเคลื่อน	89.30	39	2.30		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	3.17	2	1.58	3.43	.04*
กลุ่ม * ระยะเวลา	1.12	2	0.56	1.21	.30
ความคลาดเคลื่อน	36.0	78	0.46		

* $p < .05$

จากตารางที่ 17 พบว่า การถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,39)} = 0.05, p > .05$) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีความแตกต่างในเรื่องการถูกกระทำรุนแรงทางเพศเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังเข้าโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาอิทธิพลหลักภายในกลุ่มทดลองเมื่อเวลาผ่านไป พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างของการถูกกระทำรุนแรงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,78)} = 3.43, p < .05$) แสดงว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงมีการถูกกระทำรุนแรงทางเพศแตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,78)} = 1.21, p > .05$) แสดงว่า กลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองไม่มีผลต่อการถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

จากข้อมูลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการถูกกระทำรุนแรงโดยรวมและรายด้าน สรุปได้ว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงต่อการรับรู้พลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรงครั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงมีความสามารถในการจัดการเหตุการณ์ความรุนแรงในชีวิตคู่และเมื่อเวลาผ่านไป สามารถทำให้การถูกกระทำรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การถูกกระทำรุนแรงด้านที่ลดลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจและด้านเพศ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงต่อพลังอำนาจและการถูกระทำรุนแรงภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระยอง จำนวน 41 ราย ได้รับการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง จำนวน 25 ราย และได้รับการดูแลตามปกติจากศูนย์ OSCC จำนวน 16 ราย กรอบแนวคิดในการศึกษาพัฒนาจากแนวคิดพลังอำนาจของ Dutton (1992) และแนวคิดพลังอำนาจของ Chinn (1995) ที่เน้นการทำให้สตรีตระหนักและเข้าใจถูกต้องต่อปัญหาการกระทำรุนแรง ฝึกการคิดให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รู้จักแหล่งความช่วยเหลือ การสร้างทางเลือก การวางแผนความปลอดภัยและการควบคุมชีวิตตนเอง ผ่านกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ ให้คุณค่าซึ่งกันและกัน เคารพในประสบการณ์และร่วมคิดอย่างเสมอภาคเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นจริง

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามทฤษฎีพลังอำนาจของ Dutton (1992) ร่วมกับการใช้วิธีการเสริมพลังอำนาจ ด้วย Peace and Power (Chinn, 1995) โปรแกรมฯประกอบด้วยกิจกรรมทุก 2-3 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 นาที โปรแกรมฯได้รับการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในการดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจำนวน 5 ท่าน และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ก่อนใช้จริง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ชุดแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ (The personal progress scale revised: PPS-R) ที่มีข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เริ่มจาก 1 เกือบไม่เคยจนถึง 7 เกือบประจำ/สม่ำเสมอ แปลผลค่าคะแนนจากคะแนนสูง หมายถึงมีพลังอำนาจมาก เครื่องมือนี้ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค Back translation method 4 ขั้นตอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีการใช้สองภาษาในการเรียนการสอน จำนวน 4 ท่าน ทดสอบความเที่ยง แอลฟาครอนบารค ได้ .79 และแบบวัดการกระทำรุนแรง (The index of spouse abuse: ISA) ชุดที่ใช้ในปัจจุบันมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะการตอบ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ เริ่มจาก 1 ไม่เคย ถึง 5 ประจำ แปลผลค่าคะแนนจากคะแนนสูง หมายถึง มีความรุนแรงจากการถูกทำร้ายมาก ทดสอบความเที่ยงแอลฟาครอนบารคได้ .98

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตาม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงด้วยตนเองตั้งแต่เดือน มกราคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

การคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงถูกทำเป็นประจำโดยพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ ซึ่งคัดกรองสตรีที่มาฝากครรภ์ทุกรายทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ในการศึกษาเมื่อพยาบาลแผนกฝากครรภ์พบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากตรวจครรภ์ จะส่งต่อกลุ่มควบคุมให้ไปรับบริการที่ศูนย์ OSCC โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่รับส่ง ให้ข้อมูลการวิจัย ขอความยินยอม ประสานการช่วยเหลือจากศูนย์ OSCC และจัดการเรื่องการตอบแบบสอบถามและการนัดครั้งต่อไป ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการแนะนำให้รู้จักผู้วิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการแนะนำตัว ให้ข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอม ก่อนดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ผ่านกิจกรรมหลัก 4 อย่างคือ 1) การร่วมสืบค้นและหาข้อสรุปเพื่อความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของความรุนแรง วงจรความรุนแรง มายาคติในสังคม แหล่งความช่วยเหลือทางสังคม 2) การกระตุ้นความตระหนักในสิทธิของตนเอง ความเท่าเทียมในสังคม คุณค่าในตนเอง 3) การปรึกษาและร่วมวางแผนความปลอดภัย และ 4) การพัฒนาทักษะชีวิตในการคิดตัดสินใจวางแผนแก้ไขปัญหา เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรงหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และความแตกต่างของคะแนนพลังอำนาจและการถูกกระทำรุนแรงก่อนทดลอง ด้วยสถิติ independence t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังอำนาจและค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง มีคะแนนพลังอำนาจ หลังเข้ารับ โปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกลุ่มควบคุม ($F_{1,39} = 0.94, p > .05$) และการถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,39} = 0.54, p > .05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการถูกกระทำรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,42,55,44} = 6.92, p < .05$) โดยที่การถูกกระทำรุนแรงในระยะหลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ลดลงจากเมื่อเริ่ม โปรแกรมฯ และการถูกกระทำรุนแรงในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ลดลงจากเมื่อเริ่ม โปรแกรมฯ แต่ไม่พบความแตกต่าง

ของคะแนนเฉลี่ยการถูกระทำรุนแรงระยะหลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมฯ เพื่อให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในสถานบริการสุขภาพเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และในการออกแบบโปรแกรมฯ เลือกติดตามประสิทธิผลในเรื่องพลังอำนาจซึ่งไม่เคยมีการใช้ในประเทศไทย การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ โดยทั่วไป มักใช้การประเมินพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการตามการออกแบบของแต่ละงาน แม้การศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลจากพฤติกรรมความปลอดภัย ที่ทำให้การถูกระทำรุนแรงลดลง แต่พลังอำนาจซึ่งเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่มีความเป็นพลวัตและกระทำได้อย่างยั่งยืนเป็นความท้าทาย

ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง มีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองหลังเข้ารับโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ไม่ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากศูนย์ OSCC แสดงให้เห็นว่าในระยะเวลาที่กำหนด ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิผลในเรื่องพลังอำนาจ ซึ่งเมื่อทบทวนลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นสตรีในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือมีอายุเฉลี่ย 21.85 ปี ซึ่งเป็นวัยที่พร้อมในการมีครอบครัวและสร้างความมั่นคงในชีวิต แต่ขณะเดียวกันนับเป็นกลุ่มที่พบการถูกระทำที่รุนแรงกว่ากลุ่มวัยรุ่น (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2549) ถึงแม้กลุ่มวัยรุ่นจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงถูกระทำรุนแรงสูงกว่า (Saltzman, Johnson, Gilbert, & Goodwin, 2003) เชื่อว่าความรุนแรงของการทำร้ายเกิดเนื่องจาก สตรีวัยผู้ใหญ่ได้ผ่านประสบการณ์การถูกระทำรุนแรงและอยู่ในวงจรความรุนแรงเป็นระยะเวลานานกว่า (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2549) อย่างไรก็ตาม แม้จะเชื่อว่ามีโอกาสถูกระทำรุนแรงที่หนักกว่าเมื่ออยู่ในวัยรุ่น แต่คะแนนเฉลี่ยการถูกระทำรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ไม่สูง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.92 ซึ่งนับว่าน้อย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเลือกมาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับต่ำ ความต้องการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้จึงไม่แสดงผลที่ชัดเจน

ความจำเป็นต้องพึงพาเป็นอีกหนึ่งเหตุผล ที่ทำให้สตรีมีโอกาสถูกควบคุมบังคับมากขึ้น เปอร์ราเชซและคณะ (Perales et al., 2009) พบว่า การไม่ประกอบอาชีพอาจทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า นอกจากนั้น การว่างงานเป็นเหตุให้ต้องพึ่งพาสามีในทุกกิจกรรมทั้งด้านการเงิน

และด้านกิจกรรมทางสังคม ทำให้เพิ่มโอกาสของการถูกระทำรุนแรงได้ การพึ่งพาตนเองทางการเงินได้ แม้อยู่ในสภาพว่างงาน เช่นการได้หยุดงานแบบรับเงินเดือน จะถูกระทำรุนแรงน้อยกว่าการไม่มีรายได้อ่างมีนัยสำคัญ (Gartland, Humphill, Hegarty, & Broun, 2011) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในสถานะต้องพึ่งพาสามีไม่แตกต่างกันคือ การเป็นแม่บ้าน ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 64 และ 62.5 การอยู่กินในลักษณะไม่ได้แต่งงาน ร้อยละ 44 และ 75 รวมทั้งการไม่ใช่คนในพื้นที่จังหวัดระยอง คือมีภูมิลำเนาต่างจังหวัดร้อยละ 68 และ 50 เป็นลักษณะความเป็นอยู่ที่ห่างไกลจากครอบครัวเดิม จึงเป็นเหตุให้จำเป็นต้องพึ่งพาสามีที่นับเป็นคนใกล้ชิดที่มีมากขึ้น นอกจากนั้นสถานการณ์ความรุนแรงในชีวิตคู่ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังไม่สะท้อนปัญหาที่ชัดเจน คือ การถูกระทำรุนแรงมีระดับต่ำ ถูกระทำรุนแรงด้านร่างกายน้อย ไม่มีหนี้สิน ไม่รู้สึกถูกรบกวนบังคับมาก การห่างไกลหรือความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดในครอบครัวจึงยังไม่ส่งผลให้สตรีมีความพยายามที่จะพึ่งพาตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นแม้ผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเข้าใจมายาคติทางสังคมมากขึ้น และมีคะแนนพลังอำนาจเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ด้วยวัฒนธรรมไทย ที่มีช่องว่างของความเสมอภาคทางเพศ ไม่ใช่เพียงความเสมอภาคในฐานะที่เป็นมนุษย์ ซึ่งบทบาทอาจต่างกันด้วยเหตุผลทางสรีระ แต่รวมถึงบทบาทที่สังคมกำหนดที่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงและเสมอภาคเช่นการรับผิดชอบงานบ้าน การหารายได้ หน้าที่การเลี้ยงบุตร ใน สังคมไทยแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงบ้างในบางครอบครัว แต่สตรียังอยู่ในกรอบความคิดทางสังคมที่ไม่เท่าเทียม สังคมยังยึดถือบทบาทที่คาดหวังและกำหนดให้สตรีต้องเลี้ยงลูกอยู่บ้าน ดูแลเรื่องอาหารและความเป็นอยู่ของคนในบ้าน การสร้างความตระหนักและเรียกร้องสิทธิและเสรีภาพเรื่องดังกล่าวนี้จึงเป็นไปได้ยาก เพราะสังคมปลูกฝังขัดเกลาและสั่งสมในตัวบุคคลมานาน พลังอำนาจที่เกิดขึ้นต้องทำให้สตรีสามารถเข้าใจการจัดสรรอำนาจ รู้จักคุณค่าของตนเองและกล้าเรียกร้องสิทธิของตนเอง ซึ่งการเคลื่อนไหวเหล่านี้ต้องทำด้วยความเข้าใจทั้งสองฝ่าย จึงจะประคับประคองชีวิตครอบครัวให้ออกจากวงจรความรุนแรงได้ จากการที่ผู้วิจัยได้ร่วมคิดและสร้างความตระหนักร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความจำเป็นในการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องสิทธิดังกล่าว และยอมรับการทำหน้าที่ที่สังคมกำหนดได้

แม้คะแนนพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองได้แสดงให้เห็นระบบคิดที่มีความชัดเจนและเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ผู้วิจัย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงเกินกว่าครึ่งมีแผนความปลอดภัยโดยคิดวิธีการที่ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองทางด้านเศรษฐกิจ มีการเคลื่อนไหวต่อรองและสามารถเปิดบัญชีธนาคาร เป็นการออมเงินในนามของตนเอง กลุ่มทดลองทุกคนมีการลำดับความสำคัญในการเรียกหาความช่วยเหลือเมื่อ

เกิดเหตุการณ์ผิดปกติ รวมทั้งการหามาตรการที่เหมาะสมกับตนเองและลักษณะครอบครัวในการต่อรองเพื่อความปลอดภัย และเมื่อทดลองวิเคราะห์คะแนนข้อที่ 28 ซึ่งถามเพื่อสะท้อนความรู้สึก 'กลัว' ด้วยคำถามว่า "สามี/ คู่ชีวิต ทำให้ฉันขวัญหนี" พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งตอบว่าไม่กลัวคือให้คะแนน 0 เพิ่มจากจำนวน 14 คน ก่อนเริ่ม โปรแกรมฯ เป็น 16 คน ภายหลังทดลอง 4 สัปดาห์และเป็น 18 คน ภายหลังทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นความสามารถในการจัดการสถานการณ์และจัดการความรู้สึกตนเองได้ในระดับหนึ่ง

พลังอำนาจทำให้เกิดการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน (Perez, Johnson, & Wright, 2012) แม้คะแนนพลังอำนาจในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่การออกแบบความปลอดภัยโดยวางแผนเรียกหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมของตนเองเป็นการแสดงพลังในตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมักใช้การเรียกหาความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านเป็นอันดับต้น และเลือกบุคลากรสุขภาพที่รู้จักคุ้นเคยและโรงพยาบาลเป็นอันดับรอง สอดคล้องกับการศึกษาในแคนาดา (Ansara, & Hindin, 2010) และในสตรีชาวละตินอเมริกา (Sabina, Cuevas, & Schally, 2012) ที่ศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่า มักมุ่งหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการก่อนคือ เรียกหาจากครอบครัว เพื่อน จนกว่าเหตุการณ์จะมีความรุนแรงหรือบีบบังคับมาก จึงจะเรียกหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การมีแผนเรียกหาความช่วยเหลือ จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงแหล่งช่วยเหลือจากสมาชิกได้ดีและมีส่วนช่วยแก้ไขรวมทั้งบรรเทาความรุนแรงลงได้ (นันทนาธนาโนวรรณ, 2556) ในการออกแบบความปลอดภัยครั้งนี้ ไม่มีสตรีตั้งครรภ์คนใดวางแผนเรียกหาความช่วยเหลือจากทางกฎหมาย เหตุผลเกิดจากสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ถูกกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจซึ่งโดยทั่วไป พบว่า สตรีที่ได้รับความรุนแรงด้านจิตใจมักเรียกหาความช่วยเหลือทางกฎหมายต่ำกว่าผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย 3 เท่า (Duterte et al., 2008)

ในการวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ สัมพันธภาพที่มีพื้นฐานอยู่ที่ความไว้วางใจ หากประเมินจากอัตราการสูญหายจากการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการสูญหาย ร้อยละ 19.35 โดยที่สาเหตุการสูญหายส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ได้แก่ การแท้ง การคลอดก่อนรับ โปรแกรมฯ ครบ มีสาเหตุจากการติดต่อไม่ได้เพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.22 ซึ่งนับว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งสูญหาย ร้อยละ 27.27 จากการเปลี่ยนใจไม่ตอบแบบสอบถามต่อ ไม่ต้องการปรึกษาและติดต่อไม่ได้ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ช่วงเวลาก่อสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มทดลองได้พบผู้วิจัยต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมพบพยาบาลประจำศูนย์ OSCC เพียง 1 ครั้ง ครั้งต่อไปพยาบาลเปิดโอกาสให้ติดต่อได้ตามต้องการ แต่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมาพบอีก ทำให้การสร้างสัมพันธภาพไม่มีความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม

การศึกษานี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างสูญหายน้อยกว่าการศึกษารูปแบบการศึกษาคล้ายกัน หลายการศึกษาสูญเสียน้อยกว่าร้อยละ 43-45 (MacMillan et al., 2009; Hyman, 2001) ขณะที่การศึกษาหนึ่งจัดให้มีค่าตอบแทนกลุ่มตัวอย่างครั้งละ \$10-\$25 ในการนัด 4-8 ครั้ง ยังมีการสูญหาย ร้อยละ 9 (Kiely et al., 2010) งานวิจัยนี้ไม่มีการตอบแทนด้วยเงิน มีเพียงของที่ระลึก การสูญหายน้อยครั้งนี้จึงเชื่อว่าเกิดจากความเชื่อใจและไว้วางใจในระบบการช่วยเหลือ

การที่สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงภายหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ มีคะแนนการถูกกระทำรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน หมายความว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างมีการจัดการต่อสถานการณ์ความรุนแรงในชีวิตคู่ ของตัวเองและทำให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงน้อยครั้งและมีความร้ายแรงของเหตุการณ์ลดลงด้วย ทั้งสิ้น แต่เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงแต่ละครั้งในแต่ละ ช่วงเวลา จะพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงภายหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ มีคะแนนการถูกกระทำรุนแรงภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการถูกกระทำรุนแรงพบว่า การถูกกระทำรุนแรงภายหลังได้รับ โปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ลดลงแตกต่างจากระยะก่อน เข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการถูกกระทำรุนแรงภายหลังได้รับ โปรแกรมฯ 8 สัปดาห์ลดลงแตกต่างจากระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน จากการพิจารณากราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการถูกกระทำรุนแรงในกลุ่มทดลอง พบว่า ทิศทางการลดลงของค่าคะแนนเป็นเส้นตรงอย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน การถูกกระทำรุนแรงลดลงเช่นกัน แต่ชัดเจนน้อยกว่าในระยะ 8 สัปดาห์

การประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการคือการจัดการ ให้เกิดการถูกกระทำรุนแรงลดลงในการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยในกลุ่มสตรีจีนที่ใช้ การวัดการกระทำรุนแรงด้วยเครื่องมือชื่อ Conflict Tactics Scale ในการติดตามหลังคลอดและ พบการถูกกระทำรุนแรงลดลงในกลุ่มถูกกระทำรุนแรงระดับต่ำ (Tiwari et al., 2005) เช่นเดียวกับการติดตามหลังคลอด 8 สัปดาห์ในสตรีตั้งครรภ์เชื้อชาติอาฟริกัน-อเมริกันที่กลุ่มทดลองมีการถูก กระทำรุนแรงลดลง (Kiely et al., 2010) มีการศึกษาที่ใช้การติดตามระยะยาวผลการเสริมสร้างพลัง อำนาจ โดยติดตามพฤติกรรมความปลอดภัยที่ 9 เดือน พบว่ามีพฤติกรรมความปลอดภัยที่แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tiwari et al., 2012) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการถูก กระทำรุนแรงที่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่ม แต่แตกต่างเฉพาะในกลุ่มทดลอง ว่าอาจเกิดขึ้นจาก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการกระทำรุนแรงที่มีธรรมชาติของการกระทำรุนแรงลดน้อยลงขณะ

ตั้งครรภ์ตามที่มีการยืนยันด้วยงานวิจัยหลายงาน (Perales et al., 2009; Thananowan & Heidrich, 2008)

ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในการทดลองครั้งนี้ ส่วนใหญ่ รายงานการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจ และมีระดับความรุนแรงจากคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด-สูงสุด ระหว่าง 0.18-0.83 ซึ่งนับว่าน้อยมาก การเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคลซึ่งเป็นการเสริมพลังอำนาจทางจิตใจ (Psychological empowerment) จึงอาจไม่คุ้มค่าและเหมาะสมเพียงพอ ในการศึกษา นี้ไม่ได้ออกแบบเพื่อประเมินประสิทธิภาพ (Efficacy) ของโปรแกรมฯ ซึ่งจะทำให้สามารถประเมิน และตัดสินใจความคุ้มค่าคุ้มทุนได้ชัดเจนมากขึ้นได้ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยและ รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ต่างมีคะแนนเฉลี่ยการถูกกระทำรุนแรงลดลง แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มควบคุมเข้ารับบริการในศูนย์ OSCC โรงพยาบาลระยอง ก็ยังคงได้รับบริการที่มีมาตรฐานทำให้สามารถจัดการให้เหตุการณ์การถูกกระทำรุนแรงลดลงได้ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าภาพแสดงการลดลงของการถูกกระทำยังไม่เป็นแนวโน้มเป็นเส้นตรง ดังนั้น หากศูนย์ OSCC เชื่อมโยงวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ เข้าในการดูแล จะทำให้ผลลัพธ์การ ช่วยเหลือมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ศูนย์ OSCC ยังมีข้อจำกัดในเรื่องระบบงาน ตั้งรับที่ผู้ใช้บริการเป็นผู้เรียกหาความช่วยเหลือหากผู้ใช้บริการยังไม่สามารถข้ามผ่านมายาคติเรื่อง ความอาย ไม้ไว้ใจ และปกปิดการถูกกระทำรุนแรง ก็อาจทำให้ไม่สามารถเข้าไม่ถึงเครือข่าย ความช่วยเหลือ

การศึกษานี้ นับเป็นอีกหนึ่งการศึกษาที่ยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของโปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงได้ชัดเจน การช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง จึงยังเป็นความท้าทายให้ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก ผลการทบทวนงานวิจัยของสถาบันหลัก อาทิเช่น The Campbell Collaboration หรือ The Cochrane Collaboration ต่างสรุปผลการทบทวน งานวิจัยที่ทดลองหรือศึกษาในกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและสรุปว่า ยังไม่มีข้อมูลและหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ชัดเจนพอที่จะยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทั้ง ตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ (Jahanfar, Howard, & Medley, 2014; Ramsay et al., 2009) การออกแบบ การช่วยเหลืออาจต้องออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตามระดับของ การป้องกัน เช่น Primary prevention, Secondary prevention หรือ Tertiary prevention รวมถึง การกำหนดผลลัพธ์ที่ไวเพียงพอต่อการวัดร่วมกับการเข้มงวดในการศึกษาจะทำให้ได้งานวิจัยที่ สามารถอ้างอิงและเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่า การศึกษานี้จะสามารถคัดกรองความรุนแรงและมีอัตราการเปิดเผยข้อมูลความรุนแรง ถึงร้อยละ 8.43 ซึ่งใกล้เคียงกับที่มีการศึกษาไว้ (Tailieu & Brownridge, 2010) แต่ผู้วิจัยเชื่อว่ายังมี

ผู้ที่ไม่ต้องการเปิดเผยปัญหาซ่อนเร้นอยู่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่ตอบคำถามเมื่อคัดกรองครั้งแรกว่ามีปัญหาถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจ แต่เปลี่ยนมาเปิดเผยการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย หลังเข้ารับโปรแกรมแล้ว ซึ่งตรงกับผลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ หลายงาน ที่สรุปว่าสตรีที่ได้ถูกความรุนแรงส่วนใหญ่ยังคิดว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัวไม่ยอมเปิดเผยให้กับบุคคลภายนอก (Barnett, Miller-Perrin, & Perrin, 1997; Montalvo-Liendo, 2009) และการถามคำถามเพื่อคัดกรองความรุนแรงยังคงต้องถามทุกครั้งที่สตรีมารับบริการในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีน้อย แม้ว่าจะคำนวณจากขนาดอิทธิพลของการศึกษาที่ผ่านมา และขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่มีปัญหาเชิงการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลที่ได้ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้มีขนาดอิทธิพลเพียง 0.15 ซึ่งนับว่าต่ำมาก ทำให้อำนาจการทดสอบสำหรับการศึกษานี้ต่ำมากลงด้วยการจัดการให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการศึกษาและหาประสิทธิภาพของโปรแกรมในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อจำกัดอีกประการได้แก่ การขาดตัวชี้วัดประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความไว การศึกษาครั้งนี้จึงได้ผลสรุปคล้ายการศึกษาที่ผ่านมา ในลักษณะที่ไม่สามารถชี้ผลลัพธ์จากข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่เป็นจุดแข็งของงานวิจัยแบบ RCT ในการยืนยันประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ชัดเจนได้ ปรัชญาการแพทย์ทางพยาบาลสำหรับสตรีกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้จึงอาจต้องการการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมอีกมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้ทางการแพทย์

การนำไปใช้ในด้านนโยบาย

แม้ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง จะไม่เห็นผลที่ชัดเจนจากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการช่วยให้สตรีมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้น แต่การที่สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองสามารถจัดการให้ถูกกระทำรุนแรงลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากภาพกราฟที่แสดงให้เห็น โดยที่โปรแกรมนี้ไม่ได้มีการจัดการกระทำใด ๆ ต่อผู้กระทำ แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจะสามารถทำให้สตรีสามารถจัดการตนเองให้ถูกกระทำรุนแรงลดลงได้ ในเชิงนโยบายจึงควรผลักดันให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เพิ่มการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง เพราะนอกจากจะเป็นการตัดวงจรความรุนแรง ยังมีส่วนสนับสนุนให้

สตรีเข้าถึงและรับรู้แหล่งช่วยเหลือ รวมทั้งสามารถสร้างความเข้มแข็งในตนเอง สร้างทางเลือก ความปลอดภัยและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองตามบริบทที่เหมาะสมของตนเอง

ในการสนับสนุนให้นำนโยบายการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไปใช้ในทางปฏิบัติ ผู้บริหารในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพต้องให้การสนับสนุนเรื่องอัตรากำลังในแผนกฝากครรภ์ที่เหมาะสม โดยไม่เพียงพิจารณาจากปริมาณผู้ใช้บริการเป็นเกณฑ์อย่างเดียว เพราะต้องมีการใช้เวลาให้คำแนะนำรายบุคคลแก่ผู้รับบริการ มากกว่าในการให้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอก อื่น ๆ นอกจากนี้ ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่องสร้างความมั่นใจ และให้ทำการคัดกรองปัญหาการถูกกระทำรุนแรงทุกครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ รวมทั้งสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างมั่นใจ ให้ข้อมูลแหล่งความช่วยเหลือ ให้การปรึกษา และให้สตรีมีโอกาสเลือกและตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้จะสามารถส่งต่อความช่วยเหลือเพื่อความปลอดภัย แก่มารดาและทารกเพิ่มขึ้นได้

การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

คลินิกฝากครรภ์เป็นสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ ที่ถูกกระทำรุนแรง มีโอกาสสร้างความไว้วางใจและมีความเป็นส่วนตัวในขณะตรวจครรภ์ และด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ในเรื่องความชุกของการกระทำรุนแรง คาดว่าจะมีสตรีมากกว่า 4 คนต่อวัน (เปรียบเทียบจากประมาณผู้มาฝากครรภ์ เฉลี่ยวันละ 50 คน) ที่พลาดโอกาสได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น พยาบาลแผนกฝากครรภ์ที่ประจำในทุกรัฐพยาบาล ควรสามารถคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงและสามารถส่งต่อไปยังศูนย์ OSCC ที่มีประจำอยู่ทุกโรงพยาบาลหรือให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับสตรี จะช่วยให้สตรีมีความเข้มแข็งและสามารถดูแลตนเองและบุตรในครรภ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยทางการพยาบาลรวมทั้งการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มการทดลอง อาจเกิดจากความรู้ที่มียังไม่ลึกซึ้งเพียงพอและไม่เข้าใจความจริงทั้งหมด ผู้วิจัยเห็นว่าการทบทวนและค้นหาความจริงด้วยระเบียบวิธีวิจัยอื่น ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) อาจช่วยเพิ่มความเข้าใจในความจริงสำหรับกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ได้มากขึ้น และจะทำให้การออกแบบให้ความช่วยเหลือมีความเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ดูแลที่ผ่านมามีการใช้การวัดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ หรือประเมินความพึงพอใจ ประเมินความผาสุก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของพลังอำนาจ แต่การประเมินผลของพลังอำนาจจากปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของพลังอำนาจเช่น การรับรู้อำนาจและความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองและเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ ความกล้าแสดงออก เหล่านี้ยังไม่เคยถูกนำมาใช้ ซึ่งหากพิจารณาใช้เครื่องมือนี้ร่วมกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการตามการออกแบบโปรแกรมฯ จะช่วยให้การสร้างองค์ความรู้มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น

การให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในคลินิกฝากครรภ์ เป็นสถานที่ที่มีความเหมาะสม การใช้เทคโนโลยีสื่อสารมีความทันสมัยและเป็นที่ยอมรับในประชาชนทั่วไป นอกจากนั้น พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้อย่างแพร่หลาย จึงควรมีการศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง โดยออกแบบให้ติดต่อผ่านเทคโนโลยีสื่อสารเหล่านี้หรือออกแบบการให้ความช่วยเหลือผ่าน Application ในโทรศัพท์มือถือ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้หากมีการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง ควรคำนึงถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบให้มากพอ

บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันต์. (2546). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา แก้วเทพ และพิศรา แซ่ก้วย. (2547). *เพศวิถี: วันวาน วันนี้และวันพรุ่งที่จะไม่เหมือนเดิม*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ดารณี จามจรี, และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). *รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชลิดากรณ์ ส่องสัมพันธ์. (2547). *ภาษาเพศ: อำนาจ เรื่องทางเพศกับพหุนิยมทางจริยศาสตร์*. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- นันทนา ชนาโนวรรณ. (2549). *เมื่อรักเป็นพิษ-ทำไมเธอไม่คิดหนี: คำถามที่มองข้ามความเป็นจริงในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวระหว่างคู่สมรส*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 24(1), 25-31.
- นันทนา ชนาโนวรรณ, นพพร ว่องศิริมาศ, เดช เกตุน้ำ และพวงเพชร เกษรสมุทร. (2555). *ผลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดในสตรีไทย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(4), 28-36.
- นันทนา ชนาโนวรรณ. (2556). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในผู้ป่วยนรีเวช*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(3), 37-47.
- บุหงา ตโนภาส, สุภาวี เผือกเทศ, ศิวพร อินทรภักดี, สุรีย์ ปันตาสา และพรลดา ณ นคร. (2553). *อัตราความชุกและปัจจัยเสี่ยงการเกิดความรุนแรงในชีวิตคู่ในสตรีที่ใช้บริการที่แผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(3), 64-77.
- เบญจพร ปัญญาขง และอชิมา เกิดกล้า. (2552). *แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กสตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง*. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- พนมวรรณ คำยาน. (2554). *ความเข้มแข็งในการมองโลกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม*. *พยาบาลสาร*, 38, 111-124.

- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา, แว่วรุ่ง นาวาบุญนิยม และสร้อยบุญ ทรายทอง. (2553). *คู่มือการอบรมเรียนรู้ความรุนแรงต่อผู้หญิงในมิติเพศภาวะ*. นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, มัลลิกา มัตติโก, นิภรณ์ สันหจรียา, อัมพร หมาดเค็น, ชีรศักดิ์ พรหมพันใจ, แว่วรุ่ง นาวาบุญนิยม และศุภเลิศ กิจจจรไพบูลย์. (2546). *ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก*. นครปฐม: เจริญกิจการพิมพ์.
- รณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม. (2551). *ความรุนแรงในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- รังสิมา แต่ไพบูลย์. (2552). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายร่างกายภรรยา. *วชิรเวชสาร*, 53(2), 171-179.
- วัชรินทร์ ปัจเจกวิญญูสกุล, อุทัยวรรณ แจ่มสุธี และอำนาจ เนตยสุภา. (2546). *รายงานวิจัย: การประเมินกระบวนการยุติธรรมในการคุ้มครองสวัสดิภาพบุคคลที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- วันทนีย์ วาลิกะสิน. (2546). *สังคมสงเคราะห์แนวสตรีนิยม: ทฤษฎีและการปฏิบัติงาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณิ์ เดียววิเศษ, มณีรัตน์ ภาคฐูป และ युณี พงศ์จตุรวิทย์. (2545). การทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: การเผชิญปัญหาและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์. ใน จรรยา เศรษฐบุตร และ นุสพา ศิริรัมย์ (บรรณาธิการ). *รายงานวิจัย: โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4*. (หน้า 71-134). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ์ เดียววิเศษ และ อาทิตยา เพิ่มสุข. (2556). ทศนคติของพยาบาลในการประเมินและจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 154-162.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2551). *คำอธิบายพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล. (2554). *ความรุนแรงระหว่างคู่สมรส: ประสบการณ์ของภรรยาผู้ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายและสามีผู้กระทำความรุนแรง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- อภิญา เวชชชัย. (2555). *การเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อวิศา จันทร์แสนตอ. (2544). ความรุนแรงในครอบครัว: มุมมองของผู้หญิง. โครงการฝึกอบรมนักวิจัยด้านสตรีศึกษา รุ่นที่ 4 พ.ศ. 2542 – 2544. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. [Article]. *BMC Public Health*, 11(1), 109-125.
- Aekplakorn, W., & Kongsakon, R. (2007). Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand. *Singapore Medical Journal*, 48(8), 763-768.
- Ahmad, F., Hogg-Johnson, S., Stewart, D. E., Skinner, H. A., Glazier, R. H., & Levinson, W. (2009). Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151(2), 93-102.
- Al-Modallal, H. (2012). Patterns of coping with partner violence: Experiences of refugee women in Jordan. *Public Health Nursing*, 29(5), 403-411.
- Ali, T. S., Asad, N., Mogren, I., & Krantz, G. (2011). Intimate partner violence in urban Pakistan: Prevalence, frequency, and risk factors. *International Journal of Womens Health*, 3, 105-115.
- Alio, A. P., Nana, P. N., & Salihu, H. M. (2009). Spousal violence and potentially preventable single and recurrent spontaneous fetal loss in an African setting: Cross-sectional study. *The Lancet*, 373(9660), 318-324.
- American Association of Colleges of Nursing. (2000). Violence as a public health problem. . *Journal of Professional Nursing*, 16(1), 63-69.
- Ansana, D. L., & Hindin, M. J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science & Medicine*, 70, 1011-8.
- Audi, C. A., Segall-Correa, A. M., Santiago, S. M., & Perez-Escamilla, R. (2012). Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*, 28(4), 356-361.

- Bacchus, L. J., Bewley, S., Vitolas, C. T., Aston, G., Jordan, P., & Murray, S. F. (2010). Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital. *Reproductive Health Matters, 18*(36), 147-157.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L., Perrin, R. D. (1997). Family violence across the lifespan: An introduction. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 75*(6), 959-975.
- Bhandari, S., Bullock, L. F., Anderson, K. M., Danis, F. S., & Sharps, P. W. (2011). Pregnancy and intimate partner violence: How do rural, low-income women cope? *Health Care for Women International, 32*(9), 833-854.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Chen, J., & Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Blanco, S. (2010). *Do you see what I see? Testing the effects of race and social class on therapists' recognition of and attributions for intimate partner violence*. Doctoral dissertation, Educational & Counseling Psychology, Faculty of the Graduate School, University of New York.
- Bracken, M. (2008). *Leaving an abusive relationship: A hermeneutic phenomenological study of lifetime experiences of women who have left abusive relationships*. Doctoral dissertation, Nursing, Faculty of the Graduate School, University of Maryland.
- Bryant, S. A., & Spencer, G. A. (2002). Domestic violence: What do nurse practitioners think? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 14*(9), 421-427.
- Btoush, R., & Campbell, J. C. (2009). Ethical conduct in intimate partner violence research: Challenges and strategies. *Nursing Outlook, 57*(4), 210-216.
- Bunn, M. Y., Higa, N. A., Parker, W. J., & Kaneshiro, B. (2009). Domestic violence screening in pregnancy. *Hawaii Med J, 68*(10), 240-242.

- Campbell, J. C., Glass, N., Sharps, P. W., Laughon, K., & Bloom, T. (2007). Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse, 8*(3), 246-269.
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A., Gary, F., Glass, N., McFarlane, J., Sachs, C., Sharps, P., Ulrich, Y., Wilt, S. A., Manganello, J., Xu, X., Schollenberger, J., Frye, V., & Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health, 93*(7), 1089-1097.
- Campbell, J. C. (Ed.). (1998). *Empowering survivors of abuse: Health care for battered women and their children*. California: SAGE.
- Centers for Disease Control and Prevention, & Office of Women's Health. (1998). *Violence and Injury*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS)*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/nisvs/>
- Chan, K. L., Brownridge, D. A., Tiwari, A., Fong, D. Y., Leung, W. C., & Ho, P. C. (2011). Associating pregnancy with partner violence against Chinese women. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(7), 1478-1500.
- Chang, J. C., Dado, D., Ashton, S., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., & Scholle, S. H. (2006). Understanding behavior change for women experiencing intimate partner violence: Mapping the ups and downs using the stages of change. *Patient Education and Counseling, 62*(3), 330-339.
- Chang, J. C., Dado, D., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., Slagel, L., McNeil, M., & Scholle, S. H. (2010). Understanding turning points in intimate partner violence: Factors and circumstances leading women victims toward change. *Journal of Women's Health, 19*(2), 251-259.
- Chinn, P. L. (1995). *Peace and power: Building communities for the future*. New York: National League for Nursing.
- Chouinard, M. C., Hudon, C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., Fortin, M., Couture, E. M., & Sasseville, M. (2013). Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Services Research, 49*, 1-13.

- Chuang, C. H., Cattoi, A. L., McCall-Hosenfeld, J., Camacho, F., Dyer, A.-M., & Weisman, C. S. (2012). Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms. *Mental Health in Family Medicine, 9*, 107-114.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine, 23*(4), 260-268.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy Management Review, 13*(3), 471-482.
- Constantino, R., Kim, Y., & Crane, P. A. (2005). Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(6), 575-590.
- Cook, S. L., Conrad, L., Bender, M., & Kaslow, N. J. (2003). The internal validity of the index of spouse abuse in African American women. *Violence and Victims, 18*(6), 641-657.
- Crawford Shearer, N. B., Fleury, J. D., & Belyea, M. (2010). Randomized control trial of the health empowerment intervention: Feasibility and impact. *Nursing Research, 59*(3), 203-211.
- Curry, M. A., Durham, L., Bullock, L., Bloom, T., & Davis, J. (2006). Nurse case management for pregnant women experiencing or at risk for abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 35*(2), 181-192.
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine, 73*(1), 79-86.
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stockl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters, 18*(36), 158-170.
- Driver, D. E. (2007). *A global perspective on intimate partner violence during pregnancy: An analysis of twelve developing countries*. Master's Thesis, Public Health, Faculty of the Graduate School, University of Texas.

- Duterte, E. E., Bonomi, A. E., Kernic, M. A., Schiff, M. A., Thomson, R. S., & Rivara, F. P. (2008). Correlates of medical and legal help seeking among women reporting intimate partner violence. *Journal of Women and Health, 17*(1), 85-95.
- Dutton, D. G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationship*. New York: Guilford.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*. New York: Springer.
- Ellsberg, M., & Heise, L. (2005). *Research violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Washington, DC: World Health Organization & PATH.
- Emergency Nurses Association. (2003). Position statement: domestic violence, maltreatment, and neglect. Retrieved from http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Violence_-_Intimate_Partner_and_Family_-_ENA_PS.pdf.
- Enander, V., & Holmberg, C. (2008). Why does she leave? The leaving process (es) of battered women. *Health Care for Women International, 29*(3), 200-226.
- Engel, D. (2008). *The shared voice of obstetrical nurses and barriers experienced when asking clients about domestic violence during admission to the hospital*. Master's Thesis, Nursing Science, Faculty of the Graduate School, Northern Kentucky University.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Feseha, G., A, G. M., & Gerbaba, M. (2012). Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia. *BMC Public Health, 12*, 125.
- Flinck, A., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2005). Survival of violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 383-393.
- Foran, H. M., & O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1222-1234.
- Fowler, D. N., & Faulkner, M. (2011). Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(4), 386-398.

- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, *368*(9543), 1260-1269.
- Gartland, D., Humphill, S. A., Hegarty, K., & Broun, S. J. (2011). Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Maternal Child Health Journal*, *15*, 570 – 578.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, *16*(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, *21*(6), 1201-1210.
- Gilbert, B. A. (2010). *Assessing patients for domestic violence: What registered nurses in a rural community perceive as barriers*. Doctoral dissertation, Nursing, Faculty of the Graduate School, University of Phoenix.
- Gregory, A., Ramsay, J., Agnew-Davies, R., Baird, K., Devine, A., Dunne, D., Eldridge, S., Howell, A., Johnson, M., Rutterford, C., Sharp, D., & Feder, G. (2010). Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): Protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *10*, 54.
- Gremillion, D. H., & Kanof, E. P. (1996). Overcoming barriers to physician involvement in identifying and referring victims of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, *27*(6), 769-773.
- Hadi, S. T. (2011). *Perceptions, beliefs, and attitudes towards intimate partner violence against women: An exploratory study of urban dating versus married participants in Bangladesh*. Doctoral dissertation, Sociology, Faculty of the Graduate School, University of Hawaii.
- Halpern, L. R., Parry, B. A., Hayward, G., Peak, D., & Dodson, T. B. (2009). A comparison of 2 protocols to detect intimate partner violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *67*(7), 1453-1459. doi: 10.1016/j.joms.2009.03.003.

- Hathaway, J. E., Zimmer, B., Willis, G., & Silverman, J. G. (2008). Perceived changes in health and safety following participation in a health care-based domestic violence program. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(6), 547-555.
- Hawkins, J. W., Pearce, C. W., Skeith, J., Dimitruk, B., & Roche, R. (2009). Using technology to expedite screening and intervention for domestic abuse and neglect. *Public Health Nurs, 26*(1), 58-69.
- Hermansson, E., & Martensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. *Midwifery, 27*(6), 811-816.
- Hindin, P. K. (2006). Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health, 51*(3), 216-221.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam, 43*, 873-88.
- Humphreys, J. (2011). Sexually transmitted infections, pregnancy, and intimate partner violence. *Health Care for Women International, 32*(1), 23-38.
- Humphreys, J., Tsoh, J. Y., Kohn, M. A., & Gerbert, B. (2011). Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: A randomized, controlled trial. *Womens Health Issues, 21*(2), 136-144.
- Hyman, K. (2001). Impact of emergency department intimate partner violence (IPV) advocacy: A longitudinal randomized trial. Doctoral dissertation, Psychology, Faculty of the Graduate School, University of Pittsburgh.
- Inami, E., Kataoka, Y., Eto, H., & Horiuchi, S. (2010). Intimate partner violence against Japanese and non-Japanese women in Japan: A cross-sectional study in the perinatal setting. *Japan Journal of Nursing Science, 7*(1), 84-95.
- Jahanfar, S., Howard, L. M., & Medley, N. (2014). Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database System Review, 12*(11), CD009414.
- Johnson, D. M., Worell, J., & Chandler, R. K. (2005). Assessing psychological health and empowerment in women: The personal progress scale revised. *Women Health, 41*(1), 109-129.

- Jones, A. S., Dienemann, J., Schollenberger, J., Kub, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Campbell, J. C. (2006). Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Womens Health Issues, 16*(5), 252-261.
- Jones, C., & Bonner, M. (2002). Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Australian Journal of Midwifery, 15*(1), 14-20.
- Kamimura, A. (2010). *Health care seeking for intimate partner violence in the Tokyo metropolitan area*. Doctoral dissertation, Health Services Organization and Policy, University of Michigan.
- Kang, J. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. J. (2008). Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(1), 14-23.
- Kasturirangan, A. (2008). Empowerment and programs designed to address domestic violence. *Violence Against Women, 14*(12), 1465-1475.
- Kiely, M., El-Mohandes, A. A., El-Khorazaty, M. N., Blake, S. M., & Gantz, M. G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology, 115*(2), 273-283.
- Kim, J. C., Watts, C. H., Hargreaves, J. R., Ndhlovu, L. X., Phetla, G., Morison, L. A., Busza, J., Porter, J. D., & Pronyk, P. (2007). Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health, 97*(10), 1794-1802.
- King, M. C., & Ryan, J. (1996). Woman abuse: The role of nurse-midwives in assessment. *Journal of Nurse-Midwifery, 41*(6), 436-441.
- Klevens, J., & Saltzman, L. E. (2009). The controversy on screening for intimate partner violence: A question of semantics? *Journal of Women's Health, 18*(2), 143-145.
- Koziol-McLain, J., Garrett, N., Fanslow, J., Hassall, I., Dobbs, T., Henare-Toka, T. A., & Lovell, V. (2010). A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine, 56*(4), 413-423 e411.

- Lau, Y., & Chan, K. S. (2007). Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health, 52*(2), e15-20.
- Leiner, A. S., Compton, M. T., Houry, D., & Kaslow, N. J. (2008). Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in an urban emergency department. *Journal of Family Violence, 23*, 473-481.
- Leone, J. M., Lane, S. D., Koumans, E. H., DeMott, K., Wojtowycz, M. A., Jensen, J., & Aubry, R. H. (2010). Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption. *Journal of Women's Health, 19*(8), 1501-1509.
- Lindhorst, T., Meyers, M., & Casey, E. (2008). Screening for domestic violence in public welfare offices: An analysis of case manager and client interactions. *Violence Against Women, 14*(1), 5-28.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Romkens, R., Hezemans, D., & Lagro-Janssen, T. (2008). Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education and Counseling, 70*(3), 386-394.
- Logan, J., Hill, H. A., Black, M. L., Crosby, A. E., Karch, D. L., Barnes, J. D., & Lubell, K. M. (2008). Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: National violent death reporting system-17 US States, 2003-2005. *American Journal of Epidemiology, 168*(9), 1056-1064.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M. H., Shannon, H. S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J. H., Campbell, J. C., & McNutt, L. A. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *Journal of The American Medical Association, 302*(5), 493-501.
- Macy, R. J., Martin, S. L., Kupper, L. L., Casanueva, C., & Guo, S. (2007). Partner violence among women before, during, and after pregnancy: Multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues, 17*(5), 290-299. doi: 10.1016/j.whi.2007.03.006
- Martin, D. (2009). *An apple a day won't keep the violence away: Listening to what pregnant women living in intimate partner violence say about their health*. Master's Thesis, Health Sciences, Faculty of the Graduate School, University of Lethbridge, Canada.

- Martin, K. R., & Garcia, L. (2011). Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(6), 1157-1175.
- McCarthy, V., & Freeman, L. H. (2008). A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing. *Journal of Theory Construction & Testing, 12*(2), 68-74.
- McFarlane, J., Soeken, K., & Wiist, W. (2000). An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing, 17*(6), 443-451.
- McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2103-2111.
- McMahon, S., & Armstrong, D. Y. (2012). Intimate partner violence during pregnancy: Best practices for social workers. *Health & Social Work, 37*(1), 9-17.
- Merriam Webster. (2015). Empower. Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/empower>
- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*, 115.
- Montalvo-Liendo, N. (2009). Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: An integrated review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(1), 20-34.
- Moyer, V. A. (2013). Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med, 158*(6), 478-486.
- Nagae, M. (2007). *The cultural script of intimate partner violence among Japanese*. Doctoral dissertation, Nursing Science, Graduate college, University of Illinois at Chicago.
- Natan, M. B., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing, 17*(2), 112-117.
- National Statistical Office, & Office of Women's Affairs and Family Development. (2008). *Gender development: Similarities and difference*. Bangkok: United Nations.

- Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: A systematic review to update the U.S. preventive services task force recommendation. [Article]. *Annals of Internal Medicine*, 156(11), 796-808.
- Nicolaidis, C., Curry, M. A., Ulrich, Y., Sharps, P., McFarlane, J., Campbell, D., Gary, F., Laughon, K., Glass, N., & Campbell, J. (2003). Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner. *Journal of General Internal Medicine*, 18(10), 788-794.
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(6), 855-866.
- Pallitto, C. C., Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., & Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 120(1), 3-9.
- Parker, B., & McFarlane, J. (1991). Identifying and helping battered pregnant women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 16(3), 161-164.
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1999). Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 59-66.
- Perales, M. T., Cripe, S. M., Lam, N., Sanchez, S. E., Sanchez, E., & William, M. A. (2009). Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women*, 15(2), 224-50.
- Perez, S., Johnson, D. M., & Wright, C. V. (2012). The attenuating effect of empowerment on IPV-related PTSD symptoms in battered women living in domestic violence shelters. *Violence Against Women*, 18(1), 102 – 117.
- Poelmans, J., Elzinga, P., Viaene, S., & Dedene, G. (2011). Formally analysing the concepts of domestic violence. *Expert Systems with Applications*, 38, 3116-3130.
- Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). Statistic power in nursing research. *Nursing Research*, 39 (6), 365-369.

- Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C., & Bair-Merritt, M. H. (2009). Intimate partner violence screening tools: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 439-445 e434.
- Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Feder, G., Hegarty, K., Rivas, C., Taft, A., & Warburton, A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* (3), CD005043.
- Renker, P. R. (2008). Breaking the barriers: The promise of computer-assisted screening for intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(6), 496-503.
- Renker, P. R., & Tonkin, P. (2006). Women's views of prenatal violence screening: Acceptability and confidentiality issues. *Obstetrics & Gynecology, 107*(2, part 1), 348-354.
- Reviere, S. L., Farber, E. W., Twomey, H., Okun, A., Jackson, E., Zenville, H., & Kaslow, N. J. (2007). Intimate partner violence and suicidality in low-income African American women: A multimethod assessment of coping factors. *Violence Against Women, 13*(11), 1113-1129.
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing, 36*(6), 572-576.
- Robinson, R., & Beaumont, T. X. (2009). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing, 36*(6), 572-576.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 23*(2), 305-313.
- Rokach, A. (2007). Loneliness and intimate partner violence: Antecedents of alienation of abused women. *Social Work in Health Care, 45*(1), 19-31.
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., & del Rio-Lozano, M. (2006). How do women in Spain deal with an abusive relationship? *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(8), 706-711.
- Rujiraprasert, N., Sripichyakan, K., Kantaruksa, K., Baosoung, C., & Kushner, K. E. (2009). Disclosure of wife abuse among northeastern Thai women. *Thai Journal of Nursing Research, 13*(4), 332-346.

- Ryles, S.M. (1999). A concept analysis of empowerment: Its relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 600-607.
- Sabina, C., Cuevas, C. A., & Schally, J. L. (2012). Help-seeking in a national sample of victimized Latino women: The influence of victimization types. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 40-61.
- Saito, A., Creedy, D., Cooke, M., & Chaboyer, W. (2012). Effect of intimate partner violence on postpartum women's health in northeastern Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 14(3), 345-351.
- Saltzman, L. E., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., & Goodwin, M. M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Maternal Child Health Journal*, 7(1), 31-43.
- Saunders, E. E. (2000). Screening for domestic violence during pregnancy. *International Journal of Trauma Nursing*, 6(2), 44-47.
- Schacht, R. L., Dimidjian, S., George, W. H., & Berns, S. B. (2009). Domestic violence assessment procedures among couple therapists. *J Marital Fam Ther*, 35(1), 47-59.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. New York: Houghton Mifflin.
- Shah, P. S., & Shah, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Women's Health*, 19(11), 2017-2031.
- Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M., Musekiwa, A., & Zarowsky, C. (2011). A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *PLoS One*, 6(3), e17591.
- Sierra, J. C., Monge, F. S., Santos-Iglesias, P., & Bermúdez, M. P. (2011). Validation of a reduced Spanish version of the index of spouse abuse. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 363-383.
- Sims, C., Sabra, D., Bergey, M. R., Grill, E., Sarani, B., Pascual, J., Kim, P., & Datner, E. (2011). Detecting intimate partner violence: More than trauma team education is needed. *Journal of the American College of Surgeons*, 212(5), 867-872.

- Smith, M., & Wehrle, A. (2010). Homicide of an intimate male partner: The impact on the woman. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(1), 21-27.
- Snider, C., Webster, D., O'Sullivan, C. S., & Campbell, J. (2009). Intimate partner violence: Development of a brief risk assessment for the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 16*(11), 1208-1216.
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. (2011). *Women's health information*. Retrieved from http://www.sogc.org/health/health-ipv_e.asp
- Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse, 10*(1), 55-68.
- Stang, I., & Mittelmark, M. B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry, 17*(1), 47-57.
- Sullivan, C. M., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M., & Davidson, W. S. (1992). An advocacy intervention program for women with abusive partners: Initial evaluation. *American Journal of Community Psychology, 20*(3), 309-332.
- Sullivan, T. P., Ashare, R. L., Jaquier, V., & Tennen, H. (2012). Risk factors for alcohol-related problems among victims of partner violence. *Substance Use & Misuse, 47*(6), 673-685.
- Taghavi, S., Alizadeh, M., & Khalilzadeh, D. (2008). Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. *Research Journal of Biological Sciences, 3*(1), 128-131.
- Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*(1), 14-35. doi:10.1016/j.avb.2009.07.013
- Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., Cosgrove, K., Mulley, K., & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal, 327*(7416), 673-676.
- Thackeray, J., Stelzner, S., Downs, S. M., & Miller, C. (2007). Screening for intimate partner violence: The impact of screener and screening environment on victim comfort. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(6), 659-670.

- Thananowan, N. (2004). *Intimate partner violence (IPV) among Thai pregnant women: The correlation of violence with maternal characteristics, health care practices during pregnancy, and maternal health*. Doctoral dissertation, Nursing, Faculty of the Graduate School, The University of Wisconsin-Madison.
- Thananowan, N., & Heidrich, S. M. (2008). Intimate partner violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women, 14*(5), 509-527.
- Thananowan, N., & Kaesornsamut, P. (2010). The association between physical, emotional, and sexual violence and pregnant women's psychosocial health. *Journal of Nursing Science, 28*(1), 28-37.
- Thananowan, N. (2008). Intimate partner violence (IPV), risk factors, and health outcomes in adult pregnant women. *Thai Journal of Nursing Research, 12*(4), 310-323.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 518. (2012). Intimate partner violence. *Obstetric Gynecology, 119*(2), 412-417.
- Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C., Barlow, W. E., Sugg, N. K., Maiuro, R. D., & Rubanowice, D. M. (2000). Identification and management of domestic violence: A randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 253-263.
- Thongpriwan, V. (2008). *Thai female adolescents' perceptions of dating violence*. Doctoral dissertation, Nursing Science, University of Illinois at Chicago.
- Tiwari, A., Leung, W. C., Leung, T. W., Humphreys, J., Parker, B., & Ho, P. C. (2005). A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112*(9), 1249-1256.
- Tiwari, A., Fong, D. Y., Wong, J. Y., Yuen, K. H., Yuk, H., Pang, P., Humphreys, J., & Bullock, L. (2012). Safety-promoting behaviors of community-dwelling abused Chinese women after an advocacy intervention: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 49*(6), 645-655.
- Todahl, J., & Walters, E. (2011). Universal screening for intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(3), 355-369.

- Ulrich, Y. C., McKenna, L. S., King, C., Campbell, D. W., Ryan, J., Torres, S., Lea, P. P., Medina, M., Garza, M. A., Johnson-Mallard, V., Landenberger, K., & Campbell, J. C. (2006). Postpartum mothers' disclosure of abuse, role, and conflict. *Health Care for Women International, 27*(4), 324-343.
- Uthman, O. A., Moradi, T., & Lawoko, S. (2009). The independent contribution of individual-, neighbourhood-, and country-level socioeconomic position on attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: A multilevel model of direct and moderating effects. *Social Science & Medicine, 68* (10), 1801-1809.
doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.02.045
- Waithayawongkorn, N., Ratinthorn, A., Serisathien, Y., & Sinsuksai, N. (2009). Violence during pregnancy, related factors and help seeking of abused pregnant women. *Journal of Nursing Science (Supplement 2), 27*(3), 17-26.
- Walsh, A. (2009). Beyond "Do you feel safe at home?" The physician's role in reducing intimate partner homicide. *Minnesota Medicine, 92*(8), 37-40.
- Wathen, C. N., Jamieson, E., & MacMillan, H. L. (2008). Who is identified by screening for intimate partner violence? *Womens Health Issues, 18*(6), 423-432.
- Wathen, C. N., & McKeown, S. (2010). Can the government really help? Online information for women experiencing violence. *Government Information Quarterly, 27*(2), 170-176.
doi: DOI: 10.1016/j.giq.2009.12.004
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Violence prevention: the evidence: Overview*. Geneva, Switzerland.: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>
- World Health Organization/ London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, Q., Chen, H.-L., & Xu, X.-J. (2012). Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: A meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 107-114.

- Zeitler, M. S., Paine, A. D., Breitbart, V., Rickert, V. I., Olson, C., Stevens, L., Rottenberg, L., & Davidson, L. L. (2006). Attitudes about intimate partner violence screening among an ethnically diverse sample of young women. *Journal of Adolescent Health, 39*(1), 119 e111-118.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599.
- Zink, T., Jacobson, C. J., Jr., Pabst, S., Regan, S., & Fisher, B. S. (2006). A lifetime of intimate partner violence: Coping strategies of older women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(5), 634-651.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือ

1. ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
2. ดร. พิมสุภาวี่ จันทนะโสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
3. ดร. จุรรัตน์ ห้าวหาญ กลุ่มวิจัย สถาบันบรมราชชนก
สำนักงานลดกระทรวงสาธารณสุข
4. นางสาว ภัทรวรรณ ฉิมวงษ์ มหาบัณฑิตหลักสูตร Master of Science (Pharmacology)
Glasgow Caledonian University

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฯ

1. รศ. ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร. ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แพทย์หญิงจิรภา สุรเบญจวงศ์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลระยอง
4. คุณอิชยา สุวรรณกุล อดีตประธานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
5. คุณพัชรินทร์ พุทธิพงษ์สิทธิ์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)
ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
โรงพยาบาลระยอง

ภาคผนวก ข
คำชี้แจงในการเข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงในการเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์
โครงการวิจัย: ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์
ที่ถูกระทำรุนแรง

โรงพยาบาลระยองมีนโยบายในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกรายร่างกาย จิตใจ และทำร้ายทางเพศ นานกว่า 10 ปี ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวจะอย่างต่อเนื่องทั้งภายใน โรงพยาบาลและประสานภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือครอบคลุมและบรรลุผล อย่างดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ

ดิฉัน นางสาวกัญญาจัน คงสาคร เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระยอง และกำลังศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สนใจเรื่องการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรง จึงจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงขึ้น โดยที่โปรแกรมฯ นี้ จะมุ่งช่วยให้สตรีเข้าใจปัญหา การกระทำรุนแรงให้ถูกต้องและพัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเอง สามารถวางแผนความปลอดภัยให้ตนเองและควบคุมชีวิตตนเองได้มากขึ้นและถูกระทำรุนแรงลดลง

หากท่านเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะพบท่านทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ในครั้งแรกจะให้ท่านตอบแบบสอบถามพลังอำนาจและแบบวัดการกระทำรุนแรง โดยท่านจะได้รับซองปิดผนึกแบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อ-นามสกุล ภายหลังการตรวจครรภ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยจะพบท่านทั้งหมด 3 ครั้ง ทุกสองถึงสามสัปดาห์ ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาและพัฒนาตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นรับทราบ นอกจากเรื่องดังกล่าว มีผลต่อสุขภาพของท่านและเมื่อได้รับความยินยอมจากท่านเท่านั้น ผู้วิจัยจะสอบถามความคิดเห็นของท่านภายหลังจากท่านเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 และ 2 เดือน (ครั้งสุดท้ายผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้สอบถาม) และผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณในการเข้าร่วมการวิจัยให้กับท่าน

ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมฯ จะเป็นประโยชน์ต่อท่านในการจัดการปัญหาการถูกระทำรุนแรงของตนเอง สามารถเข้าถึงบริการช่วยเหลือที่มีในโรงพยาบาล และเมื่อการศึกษาสิ้นสุดจะเป็นประโยชน์ต่อสตรีอื่น ๆ หากสามารถขยายผลการวิจัยไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ให้มีบริการช่วยเหลือ ผู้วิจัยยินดีตอบคำถาม ข้อสงสัยทุกข้อและรับรองว่าจะดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับอย่างเคร่งครัด

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยท่านสามารถเลือกที่จะยินยอมด้วยวาจาแทนการเซ็นชื่อได้ ตามความสมัครใจของท่าน การเข้าร่วมครั้งนี้

ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งนี้

ในกรณีที่ท่านเกิดข้อข้องใจหรือมีปัญหาที่ต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวกิ่งกาญจน์ คงสาคร ได้ที่โรงพยาบาลระยอง หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 0-3861-1104 และ 081-4598016 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณิ เดียววิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 0-3810-2810 Fax: 0-3839-3476

คำชี้แจงในการเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ศูนย์ OSCC

โครงการวิจัย: ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ ที่ถูกระทำรุนแรง

โรงพยาบาลระยองมีนโยบายในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกาย จิตใจ และทำร้ายทางเพศนานกว่า 10 ปี ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวจะทำอย่างต่อเนื่องทั้งภายในโรงพยาบาล และประสานภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือครอบคลุมและบรรลุผลอย่างดีที่สุด ในสถานการณ์นั้น ๆ

ดิฉัน นางสาวกิ่งกาญจน์ คงสาคร เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระยอง และกำลังศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สนใจเรื่องการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรง จึงจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรงขึ้น โดยที่โปรแกรมฯ นี้จะมุ่งช่วยให้สตรีเข้าใจปัญหา การกระทำรุนแรงให้ถูกต้องและพัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเอง สามารถวางแผนความปลอดภัยให้ตนเองและควบคุมชีวิตตนเองได้มากขึ้นและถูกระทำรุนแรงลดลง

หากท่านเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามพลังอำนาจและแบบวัดการกระทำรุนแรง โดยท่านจะได้รับซองปิดผนึกแบบสอบถาม และได้เข้ารับคำแนะนำในเรื่องการกระทำรุนแรงจากคู่มือจากพยาบาลประจำศูนย์ OSCC ได้มีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือที่สามารถเรียกใช้บริการได้ รวมทั้งได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมกลุ่มหากท่านต้องการ โดยมีพยาบาล OSCC อยู่ร่วมทุกครั้ง หลังจากได้รับคำแนะนำท่านสามารถเข้ารับบริการในศูนย์ OSCC ทุกครั้งตามต้องการ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้ผลการศึกษาเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น จะไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นรับทราบ นอกจากเรื่องดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพของท่านและเมื่อได้รับความยินยอมจากท่านเท่านั้น ผู้ช่วยวิจัยจะติดตามสอบถามความคิดเห็นของท่านอีกครั้ง ภายหลังจากท่านเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 และ 2 เดือน และผู้ช่วยวิจัยจะมอบของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณในการเข้าร่วมการวิจัยให้กับท่าน

ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมฯ จะเป็นประโยชน์ต่อสตรีในการจัดการปัญหาการถูกระทำรุนแรงของตนเอง สามารถเข้าถึงบริการช่วยเหลือที่มีในโรงพยาบาล และเมื่อการศึกษาสิ้นสุดจะสามารถขยายผลการวิจัยไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ให้มีบริการช่วยเหลือได้ ผู้วิจัยยินดีตอบคำถาม

ข้อสงสัยทุกข้อและรับรองว่าจะดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับอย่างเคร่งครัด

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถยินยอมด้วยวาจา โดยที่การเข้าร่วมครั้งนี้ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งนี้ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือมีปัญหาที่ต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวกิ่งกาญจน์ คงสาคร ได้ที่โรงพยาบาลระยอง หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 0-3861-1104 และ 081-4598016 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณีนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณิ เตียวิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 0-3810-2810 Fax: 0-3839-3476

ภาคผนวก ค
แบบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์
โครงการวิจัย: ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์
ที่ถูกระทำรุนแรง

ข้าพเจ้า (นาง/ นางสาว)ขอให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยของนางสาวกึ่งกาญจน์ คงสาคร นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง

ในการเข้าร่วมครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำฟังอธิบายเกี่ยวกับโครงการฯ จากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ทั้งเรื่องวัตถุประสงค์ในการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับและรายละเอียดกิจกรรมที่ข้าพเจ้าจะได้มีส่วนร่วม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้คำรับรองว่าจะดำเนินการโดยคำนึงความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับอย่างเคร่งครัด จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของข้าพเจ้าภายใต้การยินยอมของข้าพเจ้าเท่านั้น ในส่วนผลการวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปภาพรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและเข้าใจดีว่าสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งนี้ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวกึ่งกาญจน์ คงสาคร ได้ที่โรงพยาบาลระยอง หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 038-611104 และ 081-4598016

ลงนาม

(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

ลงนาม

(นางสาวกึ่งกาญจน์ คงสาคร)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง
แบบสอบถาม

แบบสอบถามสตรีตั้งครรภ์

เลขที่ ..A001_1.....

วันที่

แบบสอบถามฉบับนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์และประเมินการถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครองที่เกิดขึ้น คำตอบที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาและจะสรุปในภาพรวม คำตอบแต่ละข้อจะไม่มีข้อใดถูก ข้อใดผิด เพราะคำตอบของแต่ละคนตอบตามความคิดเห็นของตนเอง อาจจะแตกต่างกันได้ จึงใคร่ขอให้ท่านตอบตามสภาพความเป็นจริงทุกข้อ ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดี แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

- | | |
|-----------|----------------------------|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไป |
| ส่วนที่ 2 | แบบวัดพลังอำนาจในตนเอง |
| ส่วนที่ 3 | แบบวัดความรุนแรงในชีวิตคู่ |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เลขที่ ..A001_1.....

คำชี้แจง: โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. อายุ
2. นับถือศาสนา 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม 4) อื่น ๆ
.....
3. เชื้อชาติ 1) ไทย 2) จีน 3) อื่น ๆ
4. ภูมิลำเนาหรือบ้านเกิดจังหวัด
5. ปัจจุบันท่านอยู่ในเขต 1) อำเภอเมือง 2) อื่น ๆ
6. การศึกษาสูงสุด 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา
 4) อนุปริญญา 5) ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพ 1) ไม่ได้ทำงาน 2) รับจ้าง (โรงงาน, ก่อสร้าง)
 3) พนักงานบริษัทเอกชน 4) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 5) เกษตรกร 6) ค้าขาย
 7) ธุรกิจส่วนตัว 8) อื่น ๆ
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
20. สามีนของท่านเคยดื่มเหล้า/เบียร์ 1) เคยบ่อย 2) เคยบางครั้ง 3) ไม่เคย 4) ไม่ทราบ
21. สามีนของท่านเคยใช้สารเสพติด 1) เคยบ่อย 2) เคยบางครั้ง 3) ไม่เคย 4) ไม่ทราบ
22. สามีนของท่านเคยเล่นการพนัน 1) เคยบ่อย 2) เคยบางครั้ง 3) ไม่เคย 4) ไม่ทราบ
23. ท่านรู้สึกว่าคุณสามีกระทำรุนแรงในเรื่องใด
 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) เพศ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงในชีวิตคู่

เลขที่ ..A001_1.....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตรงกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับท่านในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
ความหมายของความถี่:

0 = ไม่เคยเกิดเหตุการณ์นั้น ๆ

1 = เกิดเหตุการณ์นาน ๆ ครั้ง (ประมาณ 1 ครั้งใน 6 เดือน)

2 = เกิดเหตุการณ์เป็นครั้งคราว (ประมาณ 1 ครั้งใน 1 เดือน)

3 = เกิดเหตุการณ์บ่อย (ประมาณ 1 ครั้งใน 1 อาทิตย์)

4 = เกิดเหตุการณ์เป็นประจำ (มากกว่า 1 ครั้งใน 1 อาทิตย์)

ข้อความ	ความถี่				
	0 = ไม่เคย	1 = นาน ๆ ครั้ง	2 = เป็นครั้งคราว	3 = บ่อย	4 = เป็นประจำ
1. สามี/ คู่ชีวิตพูดดูถูกกัน					
2. สามี/ คู่ชีวิตต้องการให้คล้อยตามความคิดของเขา					
3. สามี/ คู่ชีวิตโกรธมากเช่น ตาเขียวใส่ เมื่อนั้นเตือนว่าเขาดื่มมากเกินไปแล้ว					
4. สามี/ คู่ชีวิตบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ในลักษณะที่ฉันไม่ชอบ					
28. สามี/ คู่ชีวิตทำให้ฉันขวัญหนี					
29. สามี/ คู่ชีวิตว่าฉันเป็นคนโง่					
30. สามี/ คู่ชีวิตทำท่าเหมือนจะฆ่าฉัน					

ภาคผนวก จ

คู่มือการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระงับ
แผนการสอน/แนวทางการอภิปราย/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้

คู่มือประกอบการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกระทำรุนแรง: สำหรับพยาบาล

กิ่งกาญจน์ คงสาคร
นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำนำ

พลังอำนาจคือความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตนเอง เป็นได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีความนับถือตนเอง มีความหวัง มีการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมชีวิตให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมักตกอยู่ภายใต้สัมพันธภาพที่มีการครอบงำ รู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียด การเสริมพลังอำนาจจะช่วยให้สตรีปรับวิธีคิด รับรู้การสนับสนุนจากคนอื่น สามารถหาทางแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างมีเหตุผล ทำให้การคงอยู่หรือแยกทางจากชีวิตสมรส เป็นไปอย่างบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

คู่มือนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ซึ่งจัดการให้มีสถานที่ส่วนตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและรักษาความลับอย่างเคร่งครัด

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณี เดียววิเศษศ อาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ที่ให้คำแนะนำการจัดทำคู่มือนี้

กิ่งกาญจน์ คงสาคร

เมษายน 2556

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลสำคัญและการกระตุ้นความตระหนัก.....	1
ความหมายของการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง.....	1
วงจรการกระทำรุนแรงจากคู่ครอง.....	1
มายาคติและตัวอย่างความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง.....	1
แหล่งช่วยเหลือและการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ.....	2
ขั้นตอนดำเนินการ.....	2
การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาความเข้มแข็งของสตรี.....	3
การค้นหาความเข้มแข็ง.....	3
เป้าหมายการพัฒนาความเข้มแข็ง.....	4
ขั้นตอนดำเนินการ.....	4
การสร้างทางเลือกและกระบวนการตัดสินใจ.....	5
กระบวนการตัดสินใจ.....	5
ขั้นตอนดำเนินการ.....	5
การจัดการความปลอดภัยเฉพาะบุคคล.....	6
แผนความปลอดภัย.....	6
ขั้นตอนดำเนินการ.....	6
การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ.....	7
ขั้นตอนดำเนินการ.....	7
การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก.....	8
ขั้นตอนดำเนินการ.....	8
การฝึกทักษะการมองโลกเชิงบวก.....	9
ขั้นตอนดำเนินการ.....	9
ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมฯ.....	10

ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมฯ

1. ผู้เสริมพลังอำนาจไม่ใช่คนพิเศษในชีวิตสตรีผู้มาใช้บริการ เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา เชื่อมโยงให้พบคนอื่น ๆ ที่จะช่วยเหลือร่วมกันได้
2. ผู้เสริมพลังอำนาจต้องจัดการกับความเชื่อในตัว ไม่ตำหนิความเชื่อคนอื่นทั้งอดีตและปัจจุบัน ไม่ยืนยันความเชื่อตนเอง ไม่เปรียบเทียบ ไม่มองความอ่อนแอเป็นจุดอ่อน ไม่ยึดความสะดวกในการทำตามที่ ไม่ติดกับเรื่องราว
3. ทำทนายตัวเองในการเผชิญความยากลำบาก
4. รู้สึกดีกับตัวเอง
5. ต้องจัดทำ Profile ส่วนตัวกลุ่มตัวอย่างเพื่อเสริมพลังให้ตรงกับที่ประเมินพบ
6. เชื่อมั่นในความเท่าเทียมของสัมพันธภาพ อิสระทางความคิด ศักยภาพของคน ความปลอดภัย การรักษาความลับ

หลักปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือ 14 ประการ (Dutton, 1992)

1. ยอมรับและเชื่อในประสบการณ์ของสตรีโดยไม่ตัดสิน ภายได้ข้อตกลงว่าสตรีไม่ใช่สาเหตุของความรุนแรง และไม่ใช่ผู้รับผิดชอบต่อพฤติกรรมของอีกฝ่าย
2. ให้การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างทันที ร่วมกัน
3. ปกป้องความปลอดภัยและสร้างทางเลือก
4. เต็มใจฟังเรื่องประสบการณ์และผลกระทบที่ตามมา
5. ยอมรับว่าการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นเกิดจากความเครียด
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและการทำร้ายเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา
7. กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเป็นความแข็งแกร่งไม่ใช่โรค
8. การใช้สารเสพติดหรือยาเป็นรูปแบบปกติของการรักษาตัวเอง
9. การเปลี่ยนรูปของการบาดเจ็บอาจส่งผลทางบวก
10. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งการเผยตัวช่วยทำให้กระบวนการฟื้นฟูเป็นไปได้ง่าย
11. การฟื้นฟูเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา
12. ประสบการณ์การสูญเสียจากเหตุการณ์กระทำรุนแรงไม่มีสิ่งใดทดแทนได้
13. เคารพต่อการตัดสินใจของสตรี
14. ผู้บำบัดจำเป็นต้องดูแลตนเองด้วย

แผนการสอน/ แนวทางการอภิปราย

เรื่อง	การสร้างเสริมพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครอง
ผู้เรียน	สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล
ระยะเวลาการสอน	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที
จำนวนผู้เรียน	ครั้งละ 1 คน
รูปแบบการสอน	แลกเปลี่ยนประสบการณ์รายบุคคล/ สืบค้นข้อมูลร่วมกัน/ อภิปรายร่วม/ หาข้อสรุปเป็นความเห็นร่วม
สถานที่สอน	ห้องให้คำแนะนำ (เป็นส่วนตัว) ในคลินิกฝากครรภ์
ผู้สอน	นางสาวกิ่งกาญจน์ คงสาคร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ช่องทางการติดต่อ	งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลระยอง ชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระยอง เบอร์โทรศัพท์ 038-611-104 ต่อ 2024 E-mail: kingkarn63@hotmail.com

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดการสอน/การอภิปรายแล้ว ผู้ร่วมเรียนรู้จะสามารถ

1. บอกเล่าความหมายของความรุนแรงจากคู่ครองได้
2. บอกเล่าชนิดของความรุนแรงและธรรมชาติของความรุนแรงได้ อุบัติการณ์และมายาคติในสังคม
3. เข้าใจมายาคติที่สังคมสร้างให้เกิดขึ้นในเรื่องความรุนแรงจากคู่ครอง และบอกมายาคติของตนเองได้อย่างน้อย 1 เรื่อง
4. มีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องความรุนแรงจากคู่ครอง อธิบายสิทธิการเลือกของตนเองได้
5. มีข้อมูลและสามารถบอกชื่อแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สามารถเรียกใช้ประโยชน์กรณีต้องการความช่วยเหลือได้
6. บอกวิธีการจัดการความเครียดที่ตนเองเลือกใช้ได้ และสามารถจัดการเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้
7. สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ตนเอง สร้างทางเลือกในการจัดการความปลอดภัย และมีแผนความปลอดภัยสำหรับตนเอง

วิธีประเมินผลการเรียนรู้

1. ประเมินผลลัพท์จากคะแนนพลังอำนาจด้วยแบบวัดพลังอำนาจ (The Personal Progress Scale Revised: PPS-R)
2. ประเมินปัญหาการกระทำรุนแรงจากแบบวัดการกระทำรุนแรง (The Index of Spouse Abuse: ISA)
3. ประเมินการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

วิธีการวัดผล

คะแนนพลังอำนาจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงเพิ่มขึ้นจากเดิม

ความถี่และจำนวนครั้งการกระทำรุนแรงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงลดลงจากเดิม

ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณাজริชธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

และผลการพิจารณাজริชธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง
The Effectiveness of an Empowerment Intervention for Abused Pregnant Women

ชื่อนิสิต นางสาวกิ่งกาญจน์ คงสาคร

รหัสประจำตัวนิสิต 52810009 หลักสูตร ปรัชญาคุษุบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 11 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 62 ราย สถานที่เก็บรวบรวม

ข้อมูลคือ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลระยอง

โครงการวิจัย

ภาษาไทย ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง

ภาษาอังกฤษ THE EFFECTIVENESS OF AN EMPOWERMENT INTERVENTION FOR ABUSED PREGNANT WOMEN

ผู้วิจัยหลัก นางสาวกิงกาญจน์ คงสาคร

ผู้วิจัยร่วม -

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลระยอง

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘

เอกสารที่แนบมาเพื่อพิจารณา

๑.โครงร่างงานวิจัย

๒.แบบฟอร์มให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

๓.แบบสอบถาม

๔.มีผู้รับผิดชอบที่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อได้สะดวก กรณีมีเหตุจำเป็นฉุกเฉิน

คณะกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยอง ได้พิจารณาโครงร่างงานวิจัยแล้วอนุญาตให้

ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้น ทั้งนี้ขอให้ท่านรายงานผลการศึกษาให้คณะกรรมการทราบเมื่อ สิ้นสุดการทำ
วิจัยและหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิจัย รวมถึงเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดอันตรายต่อกลุ่ม
ตัวอย่างหรือเมื่อมีการยุติการทำวิจัย



(.....)

นายแพทย์สมบุญ มະลิขาว

ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยอง

ภาคผนวก ข

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ

Repeated measure ANOVA

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้ Repeated measure ANOVA

1. ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล (Independence of observation)

การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล หมายถึงข้อมูลของตัวแปรหนึ่ง ๆ ของแต่ละ Case ที่รวบรวมมาไม่มีความสัมพันธ์กัน ใช้ค่าสถิติ Durbin-Watson ในการทดสอบความเป็นอิสระกันของข้อมูล ข้อมูลค่า Durbin-Watson coefficient ที่อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกันหรือไม่เกิด Autocorrelation (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

ตารางที่ 18 การทดสอบความเป็นอิสระของข้อมูล

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.815 ^a	.664	.646	.41233	1.724

a. Predictors: (Constant), NmeanEm1, NmeanEm2

b. Dependent Variable: NmeanEm3

จากตารางที่ 18 แสดงการใช้ค่าสถิติ Durbin-Watson ในการทดสอบความเป็นอิสระกันของข้อมูล ในที่นี้ได้ค่า 1.724 ซึ่งอยู่ระหว่างค่าที่กำหนด แสดงว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน

2. ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และค่าผิดปกติ Outliers

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติชนิด Univariate normality ด้วยสถิติ Shapiro-wilk

ตารางที่ 19 การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ Univariate normality ในกลุ่มทดลอง

Tests of Normality							
	Identified group	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
NmeanEm1	1.00	.112	25	.200*	.975	25	.776
	2.00	.114	16	.200*	.950	16	.492

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

จากตารางที่ 19 การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติชนิด Univariate normality ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 50 ซึ่งผลการทดสอบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่ามีการแจกแจงแบบปกติ

3. ทดสอบความแปรปรวนในการวัดแต่ละครั้งเท่ากัน (Compound symmetry)
ผู้วิจัยทดสอบความแปรปรวนในแต่ละครั้งของการวัดเท่ากัน (Compound symmetry หรือ Sphericity) พิจารณาจากค่า Mauchly's test of sphericity การทดสอบพบค่า $+ > .05$ คือ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 20 การทดสอบความแปรปรวนที่เป็น Compound symmetry

Mauchly's Test of Sphericity ^b								
Within Sut	Measure	Mauchly's W	Ae	df	Sig.	Epsilon ^a		
						Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	Nem	.952	1.877	2	.391	.954	1.000	.500
	Nisa	.593	19.858	2	.000	.711	.749	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b. Design: Intercept + N_no Within Subjects Design: time

จากตารางที่ 20 พบว่า การทดสอบความแปรปรวนในแต่ละครั้งของการวัดของคะแนน
พลังอำนาจ ไม่มีความแตกต่าง แสดงว่าความแปรปรวนแต่ละครั้งเท่ากัน แต่เมื่อทดสอบความ
แปรปรวนในการวัดแต่ละครั้งของคะแนนการถูกระทำรุนแรง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ
วิธีแก้ไขผู้วิจัยเลือกการอ่านค่า Epsilon ของ Greenhouse-geisser ซึ่งเป็นการปรับค่าให้มี
ความเหมาะสม

สรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้
สถิติ Repeated measure ANOVA ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไป