



ปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่มรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

Factors Predicting Intimate Partner Violence among Pregnant Women with Sexually Transmitted Infections

หงสาวดี โยธาทิพย์^{1*}, นันทนา ธนาโนวรรณ^{1**}, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ¹, นพพร ว่องสิริมาศ¹
 Hongsavadee Yothatip^{1*}, Nanthana Thananowan^{1**}, Chaweewan Yusamran¹, Nopporn Vongsirimas¹

(Received: May 14, 2018; Revised: May 21, 2018; Accepted: May 28, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่มรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 180 ราย ที่เข้ารับการตรวจในหน่วยโรคติดเชื้อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การตั้งครรภ์ 4) การใช้สารเสพติด 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบคัดกรองความรุนแรง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 5 และ 6 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97, .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ ทดสอบค่าที และถดถอยโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.4 ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่มรส ปัจจัยทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงได้ร้อยละ 78 (Nagelkerke $R^2 = .78$, $p < .05$) โดยอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ($OR = 5.20$, $p < .05$) อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ($OR = 7.68$, $p < .05$) การใช้ถุงยางอนามัย ($OR = 3.52$, $p < .05$) การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี ($OR = 4.58$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($OR = .85$, $p < .05$) สามารถทำนายความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้นำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่มรสและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

คำสำคัญ: ความรุนแรงที่เกิดจากคู่มรส สตรีตั้งครรภ์ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย

Abstract

This Predictive correlational research aimed to determine the predictive power of sexually transmitted disease, gestational age at first antenatal care, age at first sexual intercourse, condom use, husband's alcohol drinking, and social support on intimate partner violence (IPV) among pregnant women with sexually transmitted infections (STIs). The sample consisted of 180 pregnant women with STIs who

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University

* หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

* Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

** Corresponding Author : nanthana.tha@mahidol.ac.th

were treated at the Gynecologic Infectious Diseases and Female Sexually Transmitted Diseases Unit of the University Hospital in Bangkok. Data were collected by using six questionnaires: 1) Demographic Characteristics, 2) Sexual Intercourse, 3) Pregnancy, 4) Substance Use, 5) Medical Outcomes Study: Social Support Survey (MOS-SSS), and 6) Abuse Assessment Scale (AAS). The content validity of all questionnaires was judged by 3 experts. The reliability of questionnaires 5-6 were tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .97 and .78 respectively. Data analysis were performed by descriptive statistics, chi-square, independent t-test, and logistic regression.

The findings revealed overall prevalence of IPV was 29.4%. Five factors explained 78 percent of variance in IPV (Nagelkerke $R^2 = .78$, $p < .05$). Gestational age at first antenatal care (OR = 5.20, $p < .05$), age at first sexual intercourse (OR = 7.68, $p < .05$), condom use (OR = 3.52, $p < .05$), husband's alcohol drinking (OR = 4.58, $p < .05$), and social support (OR = .85, $p < .05$) were significant predictors of IPV among pregnant women with STIs. The results of this study are used as a guideline for the screening of risk factors associated with IPV and as a basic for research on violence in pregnant women with STIs.

Keywords: Intimate partner violence, Pregnant women, Sexually transmitted infections, Predictive factor

บทนำ

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate partner violence) จัดเป็นปัญหาสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์พบได้ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวเป็นอันดับต้นๆ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความรุนแรงนั้นเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ก็ย่อมส่งผลให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Thananowan, 2012) ผลกระทบของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อยเช่น ได้รับการบาดเจ็บตามร่างกาย มีเลือดทางช่องคลอด แท้งบุตร และคลอดก่อนกำหนด (Han & Stewart, 2014; Ibrahim, Ahmed, El-Hamid, & Hagras, 2015) เป็นต้น รวมไปถึงผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า รู้สึกไร้ค่า และหลีกเลี่ยงสังคมมากขึ้น จึงมักจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นน้อย (Jackson et al., 2015) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสมเช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ มาฝากครรภ์ล่าช้า และมีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น (Thananowan & Hakularb, 2007) เป็นต้น สำหรับผลกระทบที่มีต่อทารกในครรภ์เช่น มีการเจริญเติบโตช้า น้ำหนักตัวน้อย ตายในครรภ์/ตายคลอด หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดได้ (Ibrahim et al., 2015) นอกจากนี้ การถูกกระทำ ความรุนแรงยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 1.9 เท่าด้วย (Dhakal, Berg-Beckhoff, & Aro, 2014) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงโดยเฉพาะความรุนแรงทางเพศจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สูง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกบังคับข่มขู่ให้มีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกัน (Ibrahim et al., 2015) จากผลงานวิจัยจำนวนมากหลายเรื่องแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส โดยพบว่าภายหลังจากที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แล้วก็ยังมีโอกาสได้รับความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพิ่มขึ้นอีกเช่นเดียวกัน (Ezeanochie, Olagbuiji, Ande, Kubeyinje, & Okonofua, 2011; Shamu, Abrahams, Zarowsky, Shefer, & Temmerman, 2013) โดยซาร์มูและคณะ (Shamu, Abrahams, Temmerman, Musekiwa, & Zarowsky, 2011) ได้ทำการรวบรวมวรรณกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในต่างประเทศพบความชุกของความรุนแรงอยู่ระหว่างร้อยละ 27.7-51.1 สูงกว่าในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปเป็นอย่างมาก



ซึ่งพบอยู่ระหว่าง ร้อยละ 3.9-8.7 เท่านั้น (Devries et al., 2010; Thananowan & Heidrich, 2008) จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับถูกกระทำทารุณแรงจะมีโอกาสได้รับผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพรุนแรงมากขึ้นกว่าในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป อาจเป็นผลมาจากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปจึงทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับความรุนแรงภายหลังเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) (Shamu et al., 2011; Taillieu & Brownridge, 2010) เกี่ยวกับปัจจัยของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสพบหลายปัจจัยแต่ปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มี 6 ปัจจัย ได้แก่ การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรุนแรงในระดับสูง แต่ยังพบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยดังกล่าวอยู่จำนวนน้อยซึ่งทั้งหมดเป็นผลการวิจัยที่มาจากต่างประเทศในแถบแอฟริกา อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของ 6 ปัจจัยข้างต้นต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา 6 ปัจจัยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ 1) การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แต่ละชนิดจะมีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น สตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นโรคซิฟิลิสจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.6 เท่า ($OR = 1.61$, $95\%CI = 1.24-2.08$) (Diaz-Olavarrieta et al., 2009) ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นคิดเป็น 2.8 เท่า ($OR = 2.81$, $95\%CI = 1.2-6.5$) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป (Olagbuji, Ezeanochie, Ande, & Ekaete, 2010) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเฉพาะโรคใดโรคหนึ่งซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมดว่ามีผลต่อความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันหรือไม่ 2) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 13 สัปดาห์จะมีโอกาสได้รับความรุนแรงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 13 สัปดาห์คิดเป็น 1.7 เท่า ($OR = 1.67$, $95\% CI = 1.28-2.19$) (Perales, Cripe, Lam, Sanchez, Sanchez, & Williams, 2009) ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงจะมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปคิดเป็น 3 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรง (Thananowan & Heidrich, 2008) 3) อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปีจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงทางเพศสูงกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีคิดเป็น 2.3 เท่า ($OR = 2.28$, $95\%CI = 1.19-4.37$) (Burgos-Soto et al., 2014) สะท้อนให้เห็นว่า หากสตรีตั้งครรภ์มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยก็จะมีเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และมีโอกาสที่จะถูกกระทำทารุณแรงสูงขึ้น 4) การใช้ถุงยางอนามัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่สามีไม่ใช้ถุงยางอนามัยภายหลังเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีโอกาสได้รับความรุนแรงทางกายหรือทางเพศสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สามีใช้ถุงยางอนามัยภายหลังเป็นโรดังกล่าวคิดเป็น 1.8 เท่า ($OR = 1.83$, $95\%CI = 1.02-3.30$) (Shamu et al., 2013) อาจเป็นเพราะการถูกกระทำทารุณแรงทางเพศส่วนใหญ่เป็นการบังคับข่มขู่ซึ่งผู้กระทำมักจะปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัยและผู้ถูกกระทำก็กลัวไม่กล้าที่จะต่อรอง ดังนั้น การใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ 5) การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี ผลการวิจัยพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์จะพบมากในเพศชายและเป็นสาเหตุหลักในการกระตุ้นให้เกิดการใช้ความรุนแรง โดยมีค่าความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์สูงกว่าการสูบบุหรี่หรือการเข้าเสพติดชนิดอื่นๆ (Sripichyakan, 2015) ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสามีดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นคิดเป็น 3-12 เท่า ($OR = 2.89-11.60$, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่สามีไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Shamu et al., 2011) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ของสามีมาเป็นปัจจัยทำนายในการศึกษาครั้งนี้ 6) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ป้องกันการเกิดทารุณแรงได้ ผลการวิจัยที่ผ่านมารายงานว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มี

การสนับสนุนทางสังคมสูงจะได้รับความรุนแรงลดลง .46 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (OR = .46, 95%CI = .26-.82) (Sigalla et al., 2017) กล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสการเกิดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 54 ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามี ครอบครัว เพื่อน หรือทีมบุคลากรด้านสุขภาพก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงลดลง

นอกจากทั้ง 6 ปัจจัยที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เช่น อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความรุนแรงในวัยเด็ก จำนวนคู่นอน การไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และความเครียด เป็นต้น (Ibrahim et al., 2015; Perales et al., 2009; Taillieu & Brownridge, 2010) เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่รายงานสอดคล้องกันแล้วว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง โดยศึกษารวมกันทุกช่วงอายุทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากอุบัติการณ์ของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์พบมากในช่วงอายุดังกล่าว ในขณะที่ความรุนแรงในวัยรุ่นนั้นมักเกิดจากความหึงหวงในความสัมพันธ์เชิงชู้สาวมากกว่าในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและนำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มปัจจัยใหญ่ (Shamu et al., 2011; Thananowan, 2014) คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการสมรส ระยะเวลาสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 2) ปัจจัยด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการใช้ถุงยางอนามัย 3) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และการวางแผนการตั้งครรภ์ 4) การดื่มแอลกอฮอล์ของสามีและการใช้สารเสพติดอื่นๆ ได้แก่ สุบหรี่และใช้ยาเสพติด (เช่น ยาไอซ์ ยาบ้า และกัญชา เป็นต้น) และ 5) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสนใจศึกษา 6 ปัจจัย คือ การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในระดับสูง



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาในหน่วยโรคติดเชื้อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยวมีอายุระหว่าง 18-44 ปี 2) ได้รับคำปรึกษาและแจ้งผลเลือดเรียบร้อยแล้ว 3) ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 5) ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power วิเคราะห์ด้วย Logistic regression ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และค่า Odds ratio จากตัวแปรอิสระหนึ่งตัวที่ได้จากการวิจัยใกล้เคียงคือ การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี (Ntaganira et al., 2008) ซึ่งเท่ากับ 2.45 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล (Polit & Hungler, 1995) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 180 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด เครื่องมือชุดที่ 1-4 สร้างโดยผู้วิจัย เครื่องมือชุดที่ 5 และ 6 ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือต้นฉบับ (McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock, 1992; Sherbourne & Stewart, 1991) และผู้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย (Rungruangsiripan, Sitthimongkol, Maneesriwongul, Talley, & Vorapongsathorn, 2011; Thananowan, 2004) เรียบร้อยแล้ว

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ทั้งของสตรีตั้งครรภ์และคู่สมรส สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการสมรส ความเพียงพอของรายได้ และการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

2) แบบสอบถามการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 4 ข้อได้แก่ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน ประวัติการคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัย

3) แบบสอบถามการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และการวางแผนการตั้งครรภ์

4) แบบสอบถามการใช้สารเสพติด จำนวน 3 ข้อเพื่อประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ของสามีโดยสอบถามจากสตรีตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ (1 = เคย, 0 = ไม่เคย) ยกตัวอย่างข้อคำถามการดื่มแอลกอฮอล์เช่น "ในขณะตั้งครรภ์สามีของคุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่" หากตอบ "เคย" ให้ระบุความถี่เป็น "นานๆ ครั้ง" (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) "บ่อยครั้ง" (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) หรือ "เป็นประจำ" (5-7 ครั้ง/สัปดาห์หรือทุกวัน)

5) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Medical Outcomes Study: Social Support Survey: MOS-SSS) สร้างโดยเชอร์บลาวน์และสตีวอร์ด (Sherbourne & Stewart, 1991) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) โดยมาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ (Rungruangsiripan et al., 2011) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ข้อที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิดใช้เพื่อสอบถามแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะไม่นำมาคิดคะแนนรวมกับข้ออื่นๆ ข้อที่ 2-16 ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ 1) อารมณ์และข้อมูลข่าวสาร 2) บุคคล 3) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด และ 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) (1 = ไม่เคยเลยสักครั้ง, 2 = ไม่กี่ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = ส่วนใหญ่, 5 = ตลอดเวลา) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมมาก แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

6) **แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Scale: AAS)** สร้างโดยแม็คฟาร์แลนด์และคณะ (McFarlane et al., 1992) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดย นันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ (AAS1-5) ผู้วิจัยเลือกใช้จำนวน 3 ข้อ เพื่อประเมินความรุนแรงทางกาย (AAS3) ทางเพศ (AAS4) และทางจิตใจ (AAS5) ที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และได้ปรับข้อคำถาม AAS5 ใหม่เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมบริบทของความรุนแรงทางจิตใจมากขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ (1 = ใช่, 0 = ไม่ใช่) การแปลผลหากตอบว่า “ใช่” ในข้อคำถาม AAS ข้อใดข้อหนึ่งหมายความว่าได้รับความรุนแรงในข้อดังกล่าว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 6 ชุดผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ทดสอบหาความเที่ยงของแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแบบคัดกรองความรุนแรงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97, .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA no. Si 437/2016 ผู้วิจัยคำนึงและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยว่าด้วยความรุนแรงต่อสตรีขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องของความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ และการมีเอกสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยครั้งนี้ได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแสดงความยินยอมด้วยวาจาผ่านการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร แบบสอบถามทุกชุดจะใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อ-สกุลพร้อมกับบรรจุใส่ซองเอกสารสีน้ำตาลที่ปิดผนึกมิดชิด เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เป็นอันตรายจากการรั่วไหลของข้อมูลไปยังผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะต้องตอบแบบสอบถามภายในห้องให้คำปรึกษาเท่านั้นเนื่องจากเป็นห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ และมีความเป็นส่วนตัวสูง ซึ่งจะไม่บุคคลอื่นเข้าออกโดยเด็ดขาด ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และหากกลุ่มตัวอย่างรายใดต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยก็สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานในการคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวและขออนุญาตเชิญสตรีตั้งครรภ์ไปยังห้องให้คำปรึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกขั้นตอนเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยให้กับสตรีตั้งครรภ์อ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อสตรีตั้งครรภ์ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยแสดงความยินยอมด้วยวาจาแล้ว ผู้วิจัยแจกซองเอกสารสีน้ำตาลที่บรรจุแบบสอบถามจำนวน 6 ชุดรวม 45 ข้อ ใช้เวลาตอบคำถาม 20 นาที กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองภายในห้องให้คำปรึกษาและผู้วิจัยจะอยู่บริเวณหน้าห้องให้คำปรึกษานั้น หากไม่เข้าใจในข้อคำถามสามารถเปิดประตูห้องออกมาสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้วให้บรรจุแบบสอบถามลงในซองเอกสารสีน้ำตาลที่ปิดผนึกมิดชิดยื่นคืนให้ผู้วิจัยที่หน้าห้องให้คำปรึกษา ผู้วิจัยแจกแผ่นพับเกี่ยวกับสถานที่และเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อได้รับความรุนแรง ซึ่งจัดทำโดยกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.)



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและการกระจายตัวของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และการใช้สารเสพติด โดยใช้สถิติพรรณนา (แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย และการดื่มแอลกอฮอล์ของสามีกับความรุนแรงด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) เนื่องจากตัวแปรทำนายเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพมีเพียง 2 ค่า (Dichotomous variable) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์หาค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อีกทั้งวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงและไม่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสด้วยสถิติ Independent t-test เพื่อดูความแตกต่างของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ก่อนนำปัจจัยทั้งหมดเข้าในสมการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression analysis) แบบวิธีเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter method) กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ .05 ทดสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Goodness of fit

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-43 ปี อายุเฉลี่ย 27.32 ปี (S.D. = 6.59) ร้อยละ 93.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ปี (S.D. = 3.95) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 35 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 29.4 มีอาชีพรับจ้าง โดยร้อยละ 57.2 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน และร้อยละ 30 มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ส่วนสามีของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18-52 ปี อายุเฉลี่ย 29.75 ปี (S.D. = 7.39) ร้อยละ 72.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 43.9 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 35.6 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน นอกจากนี้พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.4 เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และร้อยละ 70.6 เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (โรคไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 36.7, โรคซิฟิลิสร้อยละ 21.7, โรคหูดหงอนไกรร้อยละ 6.7, และโรคเริมร้อยละ 5.5)
2. การมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง 11-30 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 18.33 ปี (S.D. = 3.39) ร้อยละ 81.1 มีจำนวนคู่นอน 2 คนขึ้นไป และร้อยละ 31.1 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยหลังได้รับคำแนะนำแล้ว
3. การตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์และคลอดเป็นครั้งแรกร้อยละ 43.9 และ 55.6 ตามลำดับ ร้อยละ 22.8 เคยมีประวัติแท้งบุตร อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 26.73 สัปดาห์ (S.D. = 7.59) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 12.40 สัปดาห์ (S.D. = 4.46) และร้อยละ 56.1 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้
4. การดื่มแอลกอฮอล์ของสามีและการใช้สารเสพติดอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.1 ยอมรับว่าสามีดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 40 ดื่มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 15.6 ดื่มน้อยครั้ง และร้อยละ 5.6 ดื่มเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ยอมรับว่าสามีสูบบุหรี่ ร้อยละ 20 สูบนานๆ ครั้ง ร้อยละ 10.6 สูบน้อยครั้ง และร้อยละ 24.4 สูบเป็นประจำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.2 มีสามีใช้ยาเสพติด ซึ่งร้อยละ 7.2 มีความถี่ของการใช้แบบนานๆ ครั้ง
5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย (หลังได้รับคำแนะนำแล้ว) และการดื่มแอลกอฮอล์ของสามี มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย และการดื่มแอลกอฮอล์ของสามีกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ตัวแปร	n (ร้อยละ) (n = 180)	ได้รับ ความรุนแรง (n = 53)	ไม่ได้รับ ความรุนแรง (n = 127)	χ^2	p-value
		n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)		
การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์					
โรค HIV/AIDS	53 (29.4)	29 (54.7)	24 (18.9)	23.09	.000*
โรค STIs	127 (70.6)	24 (45.3)	103 (81.1)		
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก					
< 13 สัปดาห์	118 (65.6)	9 (17.0)	109 (85.8)	78.44	.000*
≥ 13 สัปดาห์	62 (34.4)	44 (83.0)	18 (14.2)		
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
< 18 ปี	72 (40.0)	43 (81.1)	29 (22.8)	52.95	.000*
≥ 18 ปี	108 (60.0)	10 (18.9)	98 (77.2)		
การใช้ถุงยางอนามัย					
ไม่เคย	56 (31.1)	28 (52.8)	28 (22.0)	16.53	.000*
เคยใช้	124 (68.9)	25 (47.2)	99 (78.0)		
การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี					
ไม่เคย	70 (38.9)	6 (11.3)	64 (50.4)	24.02	.000*
เคย	110 (61.1)	47 (88.7)	63 (49.6)		

*p < .05

6. ความชุกของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างได้รับความรุนแรงร้อยละ 29.4 โดยพบความชุกของความรุนแรงในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร้อยละ 54.7 เป็นความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจร้อยละ 22.6, 17, และ 39.6 ตามลำดับ และความชุกของความรุนแรงในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์พบร้อยละ 18.9 เป็นความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจร้อยละ 8.7, 3.9, และ 15.7 ตามลำดับ

7. การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 19-75 คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 54.06 คะแนน (S.D. = 11.65) ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม (M = 41.92, S.D. = .06) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับความรุนแรง (M = 58.13, S.D. = 8.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.19, p < .05)

8. ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 78 (Nagelkerke R^2 = .78) โดยอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก



การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติถดถอยโลจิสติกส์ของปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ($n = 180$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Wald	df	p	OR	95%CI
การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	-.08	.72	.01	1	.907	.92	.22-3.81
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	1.65	.66	6.30	1	.012*	5.20	1.43-18.81
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	2.04	.63	10.61	1	.001*	7.68	2.52-26.17
การใช้ถุงยางอนามัย	1.26	.64	3.91	1	.048*	3.52	1.01-12.24
การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี	1.52	.75	4.06	1	.044*	4.58	1.04-20.09
การสนับสนุนทางสังคม	-.16	.04	14.82	1	.000*	.85	.79-.92
ค่าคงที่	3.91	2.30	2.90	1	.088	50.05	

Nagelkerke R² = .78, Predictive correct = 92.8%, Hosmer-Lemeshow goodness of fit: $\chi^2 = .99$, * $p < .05$

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ยืนยันได้ว่า อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ของสามี และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (≥ 13 สัปดาห์) มีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น 5.2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตามเกณฑ์ปกติ (< 13 สัปดาห์) ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปที่พบว่าการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเพียง 1.7 เท่า (Perales et al., 2009) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.2 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน จึงทำให้ต้องพึ่งพาสามีในเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น หากสามีขาดความรับผิดชอบหรือมีปัญหาทางการเงินก็จะมีโอกาสเกิดการทะเลาะเบาะแว้งจนถูกทำร้ายจากสามีได้ (Sigalla et al., 2017) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและอับอายเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อได้รับความรุนแรงรวมด้วยก็ยิ่งรู้สึกกลัวและอับอายมากขึ้นจนไม่กล้ามาฝากครรภ์เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลทั้งเรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และความรุนแรงที่ได้รับตลอดจนรอยการถูกทำร้ายให้บุคคลอื่นรับรู้ (Perales et al., 2009; Shamu, Zarowsky, Shefer, Temmerman, & Abrahams, 2014) นอกจากนี้ สามีบางรายยังพยายามกีดกันไม่ให้ภรรยาของตนเองมาฝากครรภ์เนื่องจากกลัวความลับของตนเองจะถูกเปิดเผย สอดคล้องกับชาร์มูและคณะ (Shamu et al., 2011) ที่พบว่าสามีที่ใช้ความรุนแรงจะมีพฤติกรรมควบคุมไม่ให้ภรรยาไปฝากครรภ์เพิ่มขึ้นคิดเป็น 3 เท่า ด้วยเหตุนี้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และมาฝากครรภ์ล่าช้าจึงมีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปีมีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นคิดเป็น 7.68 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี สอดคล้องกับเบอร์กอสโซโตและคณะ (Burgos-Soto et al., 2014) ที่ศึกษาในสตรีที่เป็นโรคติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี จะมีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นคิดเป็น 2.28 เท่า ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปีได้รับความรุนแรงสูงถึงร้อยละ 81.1 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (Archavanitkul, Kanjanajitra, & Im-Em, 2008) ที่พบว่าร้อยละ 70 ของสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

เมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปีมาจากการได้รับความรุนแรงทางเพศ อาทิเช่น ถูกล่อลวงหรือบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย ซึ่งในช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงที่เซลล์บริเวณปากมดลูก (Transformation zone) ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมบูรณ์มีความไวต่อการติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งผู้ที่ได้รับความรุนแรงทางเพศก็มักจะไม่ใช่ผู้ยางอนามัยทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และได้รับความรุนแรงภายหลังเป็นโรคสูงขึ้น (Dhakal et al., 2014) ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.1 มีจำนวนคู่นอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คนขึ้นไป จึงยิ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และ/หรือเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ผู้ใหญ่มากมาได้ (Makayoto, Omolo, Kamweya, Harder, & Mutai, 2013) ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามี่ไม่ใช่ผู้ยางอนามัยมีโอกาสได้รับความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามี่ใช้ถุงยางอนามัยคิดเป็น 3.52 เท่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.1 ยอมรับว่าสามี่ไม่ใช่ผู้ยางอนามัยแล้วจะได้รับคำแนะนำแล้วก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะในการมีเพศสัมพันธ์สามี่มักจะมีความกลัวความคุมทางเพศเหนือกว่าจึงมีสิทธิ์ตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยก็ได้ สามี่ที่ขาดความตระหนักหรือมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยที่ผิดก็มักจะปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัย หากภรรยาไม่ยินยอมสามี่ก็จะบังคับข่มขู่ให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งถือว่าการใช้ความรุนแรงทางเพศชนิดหนึ่งเช่นกัน (Dude, 2011) สอดคล้องกับชาร์มูและคณะ (Shamu et al., 2013) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สามี่ไม่ใช่ผู้ยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์จะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น 1.83 เท่า จากผลการวิจัยจึงสะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยภายหลังการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้สามี่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สำหรับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของสามี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามี่ตีพิมพ์แอลกอฮอล์ได้รับความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามี่ไม่ตีพิมพ์แอลกอฮอล์คิดเป็น 4.58 เท่า สอดคล้องกับชาร์มูและคณะ (Shamu et al., 2011) ที่พบว่าการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของสามี่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์คิดเป็น 3-12 เท่า สอดคล้องกับแบบจำลองเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) (Bronfenbrenner, 1977) ในปัจจุบันระดับบุคคลพบว่า ผู้ที่ใช้ความรุนแรงมักจะเป็นเพศชายที่มีพฤติกรรมการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นค่านิยมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพศชายทำให้มีความกล้าหาญและเกิดการยอมรับในสังคม แต่ผลของการตีพิมพ์แอลกอฮอล์นั้นจะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะและขาดการยับยั้งชั่งใจจนไม่สามารถควบคุมตนเอง ผู้ชายบางคนจึงแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรุนแรงกับภรรยาได้ (Shamu et al., 2013) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดความรุนแรง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงต่ำ สนับสนุนผลการวิจัยของซิดเกลลาร์ และคณะ (Sigalla et al., 2017) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสูงสามารถป้องกันการเกิดความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเป็นเพราะการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นความรัก ความเอาใจใส่ และสิ่งของต่างๆ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Jackson et al., 2015) อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จะมีความอับอายไม่กล้าเปิดเผยเรื่องราวการติดเชื้อให้ผู้อื่นรับรู้ ทำให้ขาดการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จึงมักต้องขอคำปรึกษาและพึ่งพาสามีเท่านั้น ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความรุนแรงได้ (Shamu et al., 2014) ส่วนการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เหมือนกันจึงมักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในลักษณะเดียวกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีฐานะทางสังคมต่ำและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจึงทำให้มีความคล้ายคลึงกันทั้งในแง่ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากผลการวิจัยของชาร์มูและคณะ (Shamu et al., 2014) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสแตกต่างกันอย่างชัดเจน ปัจจัยดังกล่าวจึงทำนายความรุนแรงได้



สรุป

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ทั่วโลกและมีอุบัติการณ์สูงโดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกับสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างมากเพราะนอกจากจะได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แล้วความรุนแรงที่เกิดขึ้นยังก่อให้เกิดอันตรายทั้งกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อีกด้วย การได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงจะสามารถนำปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นมาใช้เป็นแนวทางคัดกรองเพื่อสืบค้นหาความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัยการตีมีแอลกอฮอล์ของสามีและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้สูงถึงร้อยละ 78 ดังนั้น จึงสามารถนำปัจจัยเหล่านี้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1.1 พยาบาลผดุงครรภ์ควรคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ทุกราย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงคือ มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ไม่ใช้ถุงยางอนามัย และสามีตีมีแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ควรมีแนวทางในการให้ความรู้และฝึกทักษะการเจรจาต่อรองกับสามีเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการตีมีแอลกอฮอล์ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดความรุนแรง

1.2 ควรมีแนวทางการให้คำปรึกษา ดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ที่ได้รับความรุนแรง ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคซิฟิลิส และโรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่มีการคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อป้องกันผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพได้

1.3 ควรมีการพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างทัศนคติร่วมกับความตระหนักโดยเน้นความร่วมมือและความเข้าใจระหว่างคู่สามีภรรยา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงภายหลังเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากความชุกของความรุนแรง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย แต่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงมีจำนวนน้อย ($n = 53$) ดังนั้น ในการวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายอาจทำให้ค่าความเชื่อมั่นที่ได้ (Confidence interval) ค่อนข้างกว้างและมีความแปรปรวนสูง

2.2 ควรพัฒนาแบบสอบถามเพื่อคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ของบริบทสังคมไทย เนื่องในแต่ละบริบทสตรีตั้งครรภ์ก็อาจมีการรับรู้ถึงความหมายของความรุนแรงที่แตกต่างกัน

2.3 ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ เนื่องจากความรุนแรงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและซับซ้อน จึงมักไม่ได้รับการเปิดเผยที่เป็นจริง ดังนั้น การให้คำปรึกษาหรือพูดคุยจะทำให้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้ชัดเจนขึ้นมากกว่าการศึกษาปัจจัยต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษานี้ รวมทั้งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในหน่วยโรคติดเชื้อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรีของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การสนับสนุนโครงการวิจัยเป็นอย่างดี



รายการอ้างอิง (References)

- Archavanitkul K, Kanjanajitra C, & Im-Em W. (2008). *The first sex of the Thai people want or be forced, who is a partner and use a condom or not?*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Burgos-Soto, J., Orne-Gliemann, J., Encrenaz, G., Patassi, A., Woronowski, A., Kariyare, B., et al. (2014). Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: Prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. *Global Health Action*, 26(7), 1-14.
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stockl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, et al. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170.
- Diaz-Olavarrieta, C., Wilson, K. S., Garcia, S. G., Revollo, R., Richmond, K., Paz, F., et al. (2009). The co-occurrence of intimate partner violence and syphilis among pregnant women in Bolivia. *Journal of Women's Health*, 18(12), 2077-2086.
- Dhakal, L., Berg-Beckhoff, G., & Aro, A. R. (2014). Intimate partner violence (physical and sexual) and sexually transmitted infection: Results from Nepal demographic health survey 2011. *International Journal of Women's Health*, 6, 75-82.
- Dude, A. M. (2011). Spousal intimate partner violence is associated with HIV and other STIs among married Rwandan women. *AIDS and Behavior*, 15(1), 142-152.
- Ezeanochie, M. C., Olagbuji, B. N., Ande, A. B., Kubeyinje, W. E., & Okonofua, F. E. (2011). Prevalence and correlates of intimate partner violence against HIV-seropositive pregnant women in a Nigerian population. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(5), 535-539.
- Han, A., & Stewart, D. E. (2014). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(1), 6-11.
- Ibrahim, Z. M., Ahmed, W. S., El-Hamid, S. A., & Hagra, A. M. (2015). Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: Incidence risk factors and adverse maternal and fetal outcomes. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 42(2), 213-219.
- Jackson, C. L., Ciciolla, L., Crnic, K. A., Luecken, L. J., Gonzales, N. A., & Coonrod, D. V. (2015). Intimate partner violence before and during pregnancy related demographic and psychosocial factors and postpartum depressive symptoms among Mexican American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(4), 659-679.
- Makayoto, L. A., Omolo, J., Kamweya, A. M., Harder, V. S., & Mutai, J. (2013). Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 441-447.



- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of American Medical Association*, 267(23), 3176-3178.
- Ntaganira, J., Muula, A. S., Masaisa, F., Dusabeyezu, F., Siziya, S., & Rudatsikira, E. (2008). Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. *BioMed Central Women's Health*, 8(1), 17-24.
- Olagbuji, B., Ezeanochie, M., Ande, A., & Ekaete, E. (2010). Trends and determinants of pregnancy-related domestic violence in a referral center in southern Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 108(2), 101-103.
- Perales, M. T., Cripe, S. M., Lam, N., Sanchez, S. E., Sanchez, E., & Williams, M. A. (2009). Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women*, 15(2), 224-250.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283.
- 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. *Public Library of Science*, 6(3), 1-9.
- Shamu, S., Abrahams, N., Zarowsky, C., Shefer, T., & Temmerman, M. (2013). Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: A cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. *Tropical Medicine & International Health*, 18(6), 696-711.
- Shamu, S., Zarowsky, C., Shefer, T., Temmerman, M., & Abrahams, N. (2014). Intimate partner violence after disclosure of HIV test results among pregnant women in Harare, Zimbabwe. *Public Library of Science*, 9(10), 1-8.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support surveys. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Sigalla, G. N., Rasch, V., Gammeltoft, T., Meyrowitsch, D. W., Rogathi, J., Manongi, R., et al. (2017). Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania. *BioMed Central Public Health*, 17(1), 240-252.
- Sripichyakan, K. (2015). *Nursing care of women inflicted by family violence*. Chiang Mai: krongchang printing Co., Ltd. (in Thai)
- 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.



- 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*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Wisconsin-Madison, USA.
- Thananowan, N. (2012). *Violence against pregnant women*. Bangkok: V. print (1991) Co., Ltd. (in Thai)
- Thananowan, N. (2014). *Violence against Women: Analysis and conclusions of the research evidence*. Bangkok: V. print (1991) Co., Ltd. (in Thai)
- Thananowan, N., & Hakularb, P. (2007). The consequences of intimate partner violence during pregnancy on stress, social support, and self-esteem. *Journal of Nursing Science*, 25(1), 47-61. (in Thai)
- Thananowan, N., & Heidrich, S. M. (2008). Intimate partner violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women*, 14(5), 509-527.
- World Health Organization. (2011). *Intimate partner violence during pregnancy*. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr_11_35/en/