

การป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนสตรี

Prevention of Intimate Partner Violence Against Women

นารีรัตน์ บุญเนตร, พย.ด.^{1*} หทัยชนก เผ่าวิริยะ, พย.ม.¹

Nareerat Boonnate, Ph.D., Hathaichanok Phaowiriya, M.N.S.

บทคัดย่อ

ความรุนแรงจากคู่นอนสตรีเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกายพบตั้งแต่ บาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิต ผลกระทบด้านจิตใจ พบตั้งแต่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย การป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนสตรีจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ เป็นการช่วยเหลือสตรีตั้งแต่วันที่ปัญหาจะเกิดขึ้น และยัง เป็นการค้นหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนในระยะ เริ่มต้นได้ด้วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ กระบวนการและแนวทางในการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนสตรี ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งในแต่ละระดับจะมีกลุ่มเป้าหมาย แนวทางในการป้องกัน และการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ความรุนแรงจากคู่นอนสตรี การป้องกัน

Abstract

Intimate partner violence (IPV) against women occurs around the world, and could have effects on short-term and long-term health status, and both physical and psychosocial impacts. For physical impact, it can be found from minor injuries to death while psychosocial impact can be shown minimally as low self-esteem until severely as attempted suicide. Therefore, the IPV prevention is an important issue using to help women before the violence occurs. Moreover, it can also use to assist in early detection. The purpose of this article is to present processes and interventions to prevent IPV in various levels from

primary, secondary and tertiary. Each level would have differences in target population, guidelines, and implementation.

Key words: Intimate partner violence, women, prevention

บทนำ

ความรุนแรงจากคู่นอนสตรี (Intimate partner violence against women) เกิดขึ้นทั่วโลกในทุกสังคม และวัฒนธรรม ไม่ว่าจะประเทศที่พัฒนาแล้ว กำลังพัฒนา หรือด้อยพัฒนา จากการรวบรวมข้อมูลขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับความชุกของการเกิดความรุนแรงจากคู่นอนในช่วงชีวิตของสตรีจาก 79 ประเทศทั่วโลก พบว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราความชุกของการเกิดความรุนแรงทางร่างกาย และ/หรือทางเพศจากคู่นอนสตรีสูงสุด ถึงร้อยละ 37.7 รองลงมาคือ ประเทศในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก พบร้อยละ 37.0 และประเทศที่พบน้อยที่สุด คือประเทศในแถบแปซิฟิกตะวันตก พบร้อยละ 24.6 (World Health Organization [WHO], 2013) ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ได้ว่า เฉลี่ยแล้วสตรีราว 1 ใน 3 ของโลก ประสบกับปัญหาความรุนแรงทางร่างกาย และ/หรือทางเพศจากคู่นอนในช่วงชีวิตของพวกเขาเหล่านั้น

รูปแบบของความรุนแรงมักเป็นความรุนแรงทาง ด้านร่างกาย ด้านเพศ และด้านจิตใจ (Ali, Dhingra, & McGarry, 2016) ซึ่งผลกระทบจากความรุนแรงทางร่างกายอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิต ความรุนแรงทางด้านร่างกายและด้านเพศมักจะมี ความเกี่ยวข้องกันเนื่องจากผลกระทบของความรุนแรงทาง ด้านเพศมักจะส่งผลถึงด้านร่างกายเช่นกัน สำหรับรูปแบบ

¹ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: nareeratb@buu.ac.th

ความรุนแรงด้านจิตใจมักจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกในด้านลบ การถูกบีบบังคับจิตใจ หรือการถูกควบคุม รวมทั้งการละเลยทอดทิ้งหรือเพิกเฉยต่อความต้องการ (Sugg, 2015) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจและทางเพศส่วนมากยังคงเป็นปัญหาที่ถูกซ่อนเร้น ไม่ได้แสดงออกมาโดยตรง หรือเกิดขึ้นในทันทีทันใด ซึ่งผลกระทบที่ซ่อนเร้นนั้นอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาเรื้อรังตามมาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงที่ได้รับ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางลบ เช่น สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงมักจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือบางรายอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะนำไปสู่การมีปัญหาดสุขภาพของสตรีในอนาคต

การเกิดความรุนแรงจากคู่นอนสตรีเกิดจากทั้งปัจจัยด้านผู้กระทำ ความรุนแรง และปัจจัยด้านผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง รายงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้กระทำ ความรุนแรงมากกว่าผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการใช้ความรุนแรงต่อสตรี องค์การอนามัยโลกได้เสนอโมเดลเชิงนิเวศ (Ecological model) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพ และปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (WHO, 2010) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ที่กระทำ ความรุนแรง มักจะเคยมีประวัติถูกกระทำรุนแรงทางเพศ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม การที่บุคคลมีบุคลิกภาพผิดปกติไม่เพียงแต่เป็นปัญหาต่อตนเองเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาอื่น ๆ ของสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการติดสุราหรือสารเสพติด เป็นต้น ปัจจัยด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจในชีวิตคู่ และการสื่อสารระหว่างคู่ สำหรับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม จะเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดู ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการขัดเกลาในเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจระหว่างบุรุษและสตรีที่เชื่อมโยงกับการครอบงำการมีสิทธิเหนือสตรี ความแข็งกร้าว ความเป็นชายหรือสังคมแบบชายเป็นใหญ่ การยอมรับว่าเพศชายหรือเด็กชายมีธรรมชาติที่ต้องก้าวร้าว มีสิทธิในการใช้กำลัง ส่วนเด็กหญิงหรือเพศหญิงจะต้องยอมรับการกระทำโดยไม่ได้แย้ง ซึ่งจะ

พัฒนาไปสู่การยอมรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เสมอกันในวัยผู้ใหญ่

จากสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหา ความรุนแรงจากคู่นอนสตรีเป็นสิ่งที่มีการเกิดขึ้นจริงในสังคม และทำให้เกิดผลกระทบที่หลากหลายตามมา ดังนั้น การป้องกันความรุนแรงจึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญ เนื่องจากการป้องกันก่อนที่จะเกิดความรุนแรงขึ้น หรือเพื่อค้นหาสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ทั้งนี้แนวทางในการป้องกันความรุนแรงสามารถแบ่งได้เป็นหลายระดับ ได้แก่ การป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนสตรีในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังนี้

การป้องกันความรุนแรงจากคู่ระดับปฐมภูมิ

การป้องกันในระดับปฐมภูมิมุ่งเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดความรุนแรง และพยายามป้องกันก่อนที่ปัญหาจะเกิดขึ้น โดยทั่วไปเป็นการปฏิบัติในระดับสังคม เพื่อให้เกิดการตระหนักในเชิงสาธารณะ และเป็นกลุ่มการต่อรองในกระบวนการทางสังคม กฎหมาย การศึกษา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้กำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนสตรีในระดับปฐมภูมิ โดยเริ่มจากการให้การดูแลตั้งแต่ในวัยทารกแรกเกิดไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ และไม่ได้จำกัดเพียงสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จากคู่นอนนั้น สามารถให้การดูแลในสตรีทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นการให้การดูแลก่อนการเกิดความรุนแรงจะเกิดขึ้นในทุกรูปแบบ โดยแบ่งตามระยะพัฒนาการทั้ง 3 ช่วงวัย โดยช่วงวัยแรก ได้แก่ วัยทารก วัยเด็ก และวัยรุ่นตอนต้น ช่วงวัยต่อมา ได้แก่ วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงวัยสุดท้าย ได้แก่ วัยผู้ใหญ่ และทุกช่วงวัย ดังนี้

1. ช่วงวัยทารก วัยเด็ก และวัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประสบการณ์ในช่วงแรกของวัยเด็กจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ และพัฒนาการทางสังคมไปตลอดช่วงชีวิต โดยเด็กจะมีการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัว เช่น ครอบครัว ชุมชน ในการเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอกและบุคคลอื่น ๆ ถึงแม้ว่าพัฒนาการในวัยเด็กจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ แต่วัยเด็กจะเป็นช่วงของการเรียนรู้ในการจัดการกับอารมณ์ เรียนรู้บทบาททางเพศ ซึ่งการให้ความรู้แก่บิดา

มารดาขณะติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันการเลี้ยงบุตรด้วยความรุนแรง รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์แก่เด็ก จะช่วยให้สามารถป้องกันความรุนแรงในทุกรูปแบบรวมทั้งความรุนแรงจากคู่นอนได้ โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

1.1 โปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันการเลี้ยงบุตรด้วยความรุนแรง (Home-visitation programs to prevent child maltreatment) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและโปรแกรมการให้ความรู้กับบิดามารดาสามารถป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็ก โดยเฉพาะในบิดามารดากลุ่มเสี่ยงได้ (Chaiyachati, Gaither, Hughes, Foley-Schain, & Leventhal, 2018) ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านจะลดความรุนแรงที่กระทำต่อเด็กและลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงจากคู่นอนในอนาคต เนื่องจากในระยะแรกของวัยเด็กจะเป็นช่วงของการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของสัมพันธภาพในชีวิตเมื่อเป็นผู้ใหญ่ และยังทำให้เด็กสามารถเรียนรู้บทบาททางเพศ สัมพันธภาพ และความสามารถในการเผชิญกับความรุนแรงได้

1.2 การให้ความรู้แก่บิดามารดาเพื่อป้องกันการเลี้ยงบุตรด้วยความรุนแรง (Parent's education to prevent child maltreatment) เป็นการให้ความรู้แก่บิดามารดาในการดูแล เลี้ยงดูบุตร รวมถึงการสอนบิดามารดาในการเป็นแบบอย่างที่ดี การเลี้ยงดูบุตรด้วยพฤติกรรมทางบวก โดยไม่มีการลงโทษด้วยการทุบตี การดูแลบุตรในการจัดการกับความโกรธ การเผชิญปัญหาความขัดแย้ง และเรียนรู้ทักษะทางสังคม ส่วนใหญ่การให้ความรู้แก่บิดามารดาเพื่อป้องกันการเลี้ยงบุตรด้วยความรุนแรงมักถูกบูรณาการไปพร้อมกันกับการติดตามเยี่ยมบ้าน

1.3 การฟื้นฟูภาวะสุขภาพจิตของมารดา (Improving maternal mental health) ในช่วงระยะเวลาหลังคลอดและเลี้ยงดูบุตร มักจะพบว่ามารดาหลายคนประสบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Fariás-Antúnez, Xavier, & Santos, 2018) และพัฒนาการทางด้านจิตใจของทารกในระยะ 1-2 ปีแรก (Sacchi et al., 2018) เนื่องจากทำให้การเอาใจใส่ การสัมผัส และการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาลดลง (Grigoriadis

et al., 2013) การติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเป็นการฟื้นฟูสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด (Dennis et al., 2009) นอกจากนี้ ยังเป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในระยะยาวได้อีกด้วย (Surkan, Patel, & Rahman, 2016)

1.4 การค้นหาและรักษาความผิดปกติด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็ก (Identify and treat conduct and emotional disorders in children) มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 19 ของเด็กก่อนวัยเรียนในช่วงอายุ 2-5 ปี มีปัญหาสุขภาพจิต (Egger & Angold, 2006) ซึ่งเด็กที่ความผิดปกติด้านอารมณ์ จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ดังนั้น การค้นหาเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการบำบัดในระยะเริ่มต้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น

1.5 การพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based social and emotional skills development) เด็กที่ขาดทักษะทางสังคมพบว่าเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเกิดบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้กระทำความรุนแรงจากคู่นอนในทุกรูปแบบ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความโกรธ การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การสนทนาที่หลีกเลี่ยงการนำไปสู่ความรุนแรง เป็นการป้องกันความรุนแรงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนเกรด 8 อายุ 13 ปี ที่เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันความรุนแรง โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร และทักษะทางสังคม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ใช้เวลาสัปดาห์ละ 50 นาที ผลการวิจัยพบการถูกกระทำความรุนแรงในนักเรียนหญิงลดลงในระยะ 9 เดือน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Gusmões, Sañudo, Valente, & Sanchez, 2018)

1.6 การฝึกซ้อมการช่วยเหลือเด็กในการรับรู้และหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะเกิดสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based training to help children to recognize and avoid potentially sexually abusive situation) เป็นโปรแกรมที่ช่วยฝึกซ้อมให้กับเด็กนักเรียนในการรับรู้และหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะเกิดสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศ มีรายงานการใช้โปรแกรม "Safe@Last" ในนักเรียนเกรด 1 ถึง 6 จาก 14 โรงเรียน

ในรัฐเทนเนสซี ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อป้องกันความรุนแรงในเด็ก โดยมีการฝึกทักษะ และแสดงบทบาทสมมติ ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ทักษะการแยกบุคคลที่เป็นอันตราย และไม่เป็นอันตราย 2) ทักษะการแยกแยะสถานการณ์ที่อันตรายและไม่อันตราย 3) ทักษะการแก้ไขปัญหา 4) ทักษะการเปิดเผยข้อมูล และ 5) ทักษะการกล้าแสดงออก ซึ่งผลของโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ และเพิ่มทักษะในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้ (Morris et al., 2017)

1.7 โปรแกรมการป้องกันการรังแกกัน (Bullying prevention programs) การรังแกกัน เป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงที่พบบ่อยในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งผลกระทบของการรังแกและการถูกรังแกจะส่งผลในระยะยาว โดยในผู้ที่รังแกผู้อื่นมักพบปัญหาเรื่องการมีบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น บุคลิกภาพแบบแยกตัว ต่อต้านสังคม และอาจเป็นผู้ก่ออาชญากรรมในภายภาคหน้า ในผู้ที่ถูกรังแกจะพบปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ การเกิดภาวะซึมเศร้า หรือการมีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น นอกจากนี้ ทั้งผู้รังแกผู้อื่นและผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อการรังแกล้วนมีแนวโน้มที่จะใช้ความรุนแรงและตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงจากคู่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ดังนั้น โปรแกรมการป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนจึงเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันการใช้ความรุนแรงในชีวิตคู่ จากผลการวิจัยและศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าโปรแกรมป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกกันในโรงเรียนช่วยลดอัตราการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อของการถูกรังแกได้ (Evans, Fraser, & Cotter, 2014)

2. *ช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น* ช่วงวัยนี้เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในหลายรูปแบบ บางครั้งอาจเป็นความรุนแรงต่อเนื่องมาจากในวัยเด็ก ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการเยียวยาแก้ไขก็จะฝังรากลึก และถูกพัฒนาไปเป็นการใช้ความรุนแรงระหว่างคู่ในวัยผู้ใหญ่ต่อไป ซึ่งควรมีแนวทางในการป้องกันความรุนแรง โดยการใช้โปรแกรมการป้องกันความรุนแรงในหลายรูปแบบที่ใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based multi-component violence prevention programs) การใช้โรงเรียนเป็นฐานเป็นการแก้ปัญหาประเด็นความรุนแรงในหลายรูปแบบ

เป็นการดูแลโดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ และความสามารถในการป้องกันตนเอง การส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเก็บรักษาความลับ เป็นต้น โดยที่โปรแกรมการป้องกันการเกิดความรุนแรงจากคู่ และความรุนแรงทางเพศจะถูกบูรณาการเข้ากับโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคมอื่น ๆ เช่น การป้องกัน HIV/AIDS สุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ การส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น โปรแกรมเหล่านี้จะมีตั้งแต่การให้การดูแลแบบใกล้ชิด จนถึงการดูแลระยะยาวโดยการบูรณาการเข้าไปอยู่ในหลักสูตรหรือกิจกรรมการเรียนการสอน

3. *ช่วงวัยผู้ใหญ่* เป็นช่วงวัยที่เริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาเป็นชีวิตครอบครัว และชีวิตคู่อย่างเต็มรูปแบบ ดังนั้นการป้องกันการความรุนแรงจากคู่ในระยะนี้ มุ่งเน้นที่การให้การเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังต่อไปนี้

3.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจและมีส่วนร่วม เรื่องความเสมอภาคทางเพศ (Empowerment and participatory approaches for addressing gender inequality) ในสภาพสังคมที่สตรีมีสถานะทางสังคมต่ำกว่า ทำให้มีแนวโน้มสูงที่จะได้รับความรุนแรงจากคู่และความรุนแรงทางเพศในหลาย ๆ ทาง การเสริมสร้างความเสมอภาคทางเพศ ควรนำมาเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันความรุนแรงจากคู่และความรุนแรงทางเพศ ในการป้องกันความรุนแรงจากคู่และความรุนแรงทางเพศด้วยวิธีการอื่น ๆ จะไม่มีประสิทธิผล หากปราศจากการปรับปรุงความเสมอภาคทางเพศ นอกจากนี้สิทธิสตรีควรจะได้รับ ความเคารพและปกป้อง รัฐควรจริงจังในการสร้างข้อตกลง ในการทำให้กฎหมายต่อต้านการกระทำความรุนแรงต่อสตรีมีผลบังคับใช้ และเครื่องมือทางสิทธิมนุษยชนอื่น ๆ รวมถึงปฏิญญาสากลอื่น ๆ เช่น Millennium Declaration (2000), The Beijing Declaration and Platform for Action (1995), The Cairo Program of Action (1994), the Declaration on the Elimination of Violence against women (1993), Vienna Human Rights Conference (1993) ตลอดจนข้อตกลงจากการประชุมต่าง ๆ และความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ ซึ่งสิทธิสตรีได้แก่ สิทธิในการกำหนดนโยบาย สิทธิในการได้รับการศึกษา

สิทธิในการทำงาน สิทธิในการได้อยู่ในสังคมอย่างปลอดภัย สิทธิในการใช้ชีวิตอย่างเสมอภาค สิทธิในการแต่งงานและการยุติชีวิตแต่งงาน ซึ่งการปฏิรูปกฎหมายเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับสิทธิสตรี

3.2 โปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรงจากคู่นอน (Home-visitation programs with intimate partner violence component) เป็นโปรแกรมในการติดตามเยี่ยมบ้านในคู่ที่มีประวัติการใช้ความรุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรมติดตามเยี่ยมบ้านมีลักษณะที่หลากหลายและครอบครัวที่เคยมีประวัติในการใช้ความรุนแรงที่ได้รับโปรแกรม มารดาจะมีการใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูบุตรลดลงเมื่อติดตามเยี่ยมบ้านในช่วง 12 เดือนถึง 3 ปี (Prosmann, Lo Fo Wong, van der Wouden, & Lagro-Janssen, 2015)

4. การป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนทุกช่วงวัย เป็นการป้องกันความรุนแรงไม่ว่าจะเป็นในช่วงวัยใด มีแนวทางที่นำไปสู่ในการปฏิบัติ ดังนี้

4.1 การลดการเข้าถึงและการใช้แอลกอฮอล์ (Reduce access to and harmful use of alcohol) แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ปัญหาความรุนแรงในคู่นอนมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น โดยเป็นทั้งปัจจัยทางสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการใช้ความรุนแรง และเป็นกลไกการปรับตัวในการแก้ปัญหาของสถานการณ์ความรุนแรง ในขณะที่การลดอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของการป้องกันความรุนแรง การรณรงค์ในการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ในเชิงโครงสร้างสามารถทำได้โดยการปรับขึ้นราคาและการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทยได้มีมาตรการในการกำหนดอายุผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยห้ามจำหน่ายให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ มาตรการเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิต มาตรการการออกใบอนุญาตและเพิ่มอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่าย มาตรการกำหนดพื้นที่เขตปลอดการจำหน่ายและการดื่ม เช่น ในสถานศึกษา ศาสนสถาน และร้านสะดวกซื้อในสถานบริการน้ำมัน เป็นต้น

4.2 การใช้สื่อในการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมด้านวัฒนธรรม

ทางเพศ (Change social and cultural gender norms through media awareness campaign) เป็นแนวทางในการป้องกันความรุนแรงในระดับปฐมภูมิ การรณรงค์เพื่อยุติความรุนแรงที่เป็นภัยเงียบในทุกรูปแบบ การขับเคลื่อนการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในสตรี เช่น การรณรงค์การตระหนักในเชิงสาธารณะ โดยส่งข้อมูลทางระบบการสื่อสารมวลชน โดยใช้เทคนิคทางการตลาดเข้าร่วม เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร ป้ายโฆษณา เป็นต้น ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ส่งผลต่อทัศนคติส่วนบุคคล และในเชิงบรรทัดฐานทางสังคม ให้ได้รับการยอมรับ ชัดเจนมาโดยตลอดเกี่ยวกับความรุนแรงจากคู่นอนและความรุนแรงทางเพศ การให้ความรู้ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงจากคู่นอนหรือความรุนแรงทางเพศ การมีส่วนร่วมของชุมชน การอบรม การกระตุ้นเพื่อสร้างความตระหนักให้รับรู้โดยทั่วกัน การเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างเสริมความเสมอภาคทางเพศ การเคารพในสิทธิของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิสตรี การเปิดอกพูดของผู้เห็นเหตุการณ์ เป็นต้น

4.3 การทำงานร่วมกับผู้ชายและเด็กผู้ชาย (Working with men and boys) ในปัจจุบันโปรแกรมการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนและความรุนแรงทางเพศให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับผู้ชายและเด็กผู้ชาย เนื่องจากส่วนมากความรุนแรงจากคู่นอนและความรุนแรงทางเพศมักมีผู้กระทำความรุนแรงเป็นฝ่ายชาย ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องดึงผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วม การทำงานในลักษณะนี้จะใช้พื้นฐานของความเข้าใจถึงความไม่สมดุลของการใช้อำนาจ ความไม่เป็นธรรมของบรรทัดฐานทางเพศและบรรทัดฐานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความเป็นชาย ซึ่งเป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดความรุนแรงจากคู่นอนและความรุนแรงทางเพศ เป็นการทำงานร่วมกันทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้การลดพฤติกรรมความรุนแรงควรมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถและความมั่นใจของเด็กชายและชายหนุ่ม ที่จะสามารถพูดและมีพฤติกรรมการต่อต้านการกระทำความรุนแรงในเพศหญิง เมื่อไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมเป็นผู้กระทำความผิดหรือถูก ไม่เพิกเฉยต่อเหตุการณ์ความรุนแรงเมื่อพวกเขาเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับรู้ เช่น การเห็นเหตุการณ์ ความรุนแรงในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มอื่น ๆ ซึ่ง

ทักษะนี้ต้องอาศัยการก้าวข้ามผ่านทัศนคติที่ว่า ชู้จะไม่ใช้ และเป็นเรื่องส่วนตัวของคนอื่น

การป้องกันความรุนแรงจากคู่ระดับทุติยภูมิ

การป้องกันความรุนแรงจากคู่ในระดับทุติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่ เพื่อที่จะให้การดูแลทั้งในรูปแบบการดูแลฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการลดอัตราการเกิดความรุนแรง การดูแลในระยะสั้น มีเป้าหมายเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง สามารถทำได้โดยการคัดกรองความรุนแรงที่เกิดขึ้นแล้ว สำหรับโปรแกรมในการป้องกันความรุนแรงถูกออกแบบ เพื่อช่วยเหลือสตรีในกลุ่มที่เสี่ยงจะเกิดปัญหาความรุนแรง โดยทั่วไปจะเป็นการสอนเกี่ยวกับทักษะทางสังคม การให้คำปรึกษาแก่ผู้กระทำรุนแรง การบำบัดผู้กระทำรุนแรงก่อนที่การกระทำนั้นจะกลายเป็นรูปแบบที่ฝังลึก ซึ่งแนวคิดหลักในการให้การดูแล คือ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy [CBT]) โดยการเสริมแรงทางบวก ฝึกทักษะด้านพฤติกรรม และสมรรถนะแห่งตน แนวคิด CBT เชื่อว่าความรุนแรงเป็นการตอบสนองของพฤติกรรมที่ถูกเรียนรู้มาจากการเลี้ยงดูของครอบครัว จากสังคมเพื่อน หรือจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งผลของการเรียนรู้สิ่งเหล่านั้น ผู้กระทำรุนแรงมักใช้ความรุนแรงด้านร่างกายเมื่อเกิดความขัดแย้งกับคู่ เนื่องจากขาดทักษะในการจัดการปัญหา ความขัดแย้งในคู่ และการจัดการกับความโกรธ โดยคู่สมรสในกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการฝึกและสอนทักษะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Holtzworth-Munroe et al., 1995)

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความก้าวร้าวรุนแรง เช่น วงจรความรุนแรง ความเสี่ยงที่จะเพิ่มความรุนแรงและความถี่ของความรุนแรง และข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงด้านร่างกาย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์และความรุนแรงด้านร่างกาย
2. ทักษะและเทคนิคในการตระหนักและจัดการกับความโกรธ คู่สมรสจะถูกสอนให้ตระหนักถึงสัญญาณของความโกรธ
3. การสอนทักษะในการสื่อสารและการจัดการปัญหา คู่สมรสจะได้เรียนรู้ถึงการแสดงออกอย่างไรที่จะไม่ทำลายสัมพันธ์ภาพ การรับฟังผู้อื่นและเรียนรู้วิธีที่เฉพาะ

เจาะจงสำหรับจัดการปัญหาความขัดแย้ง และฝึกการแก้ไข ปัญหาในสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสอย่างต่อเนื่อง

4. ฝึกการทดสอบความคาดหวังของตนเองต่อสัมพันธ์ภาพในคู่สมรส และสอนให้รู้ว่าจะจัดการกับความรู้สึกหึงหวงได้อย่างไร และอธิบายถึงระดับความอดทนต่อประสบการณ์ความหึงหวง
5. อธิบายเกี่ยวกับความเครียดและผลกระทบต่อความเครียดต่อการทำงานและที่บ้าน การจัดการกับความเครียด รวมถึงการฝึกการผ่อนคลายความเครียด เพื่อเป็นแนวทางในการลดความโกรธ การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกัน การคงไว้ซึ่งมิตรภาพ คู่สมรสจะได้รับคำแนะนำในการคิดกิจกรรมสันทนาการที่ต้องทำร่วมกัน

นอกจากโปรแกรมเพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้น ในระยะนี้แล้ว การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อนำมาปรึกษา เยียวยา ก่อนที่ปัญหาความรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจในระยะยาวก็เป็นสิ่งที่สำคัญ การคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรีมี 3 รูปแบบ คือ การคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรีทุกราย (Universal screening) การคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรีอย่างเป็นประจำ (Routine screening) เป็นการคัดกรองโดยปกติ แม้ว่าจะไม่มีอาการความรุนแรงปรากฏก็ตาม และการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรีที่มีข้อบ่งชี้ (Indicated-based screening) เป็นการคัดกรองที่เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลสังเกตเห็นลักษณะที่บ่งชี้ถึงการถูกกระทำ ความรุนแรง โดยลักษณะคำถามที่ใช้เป็นคำถามที่เฉพาะเจาะจง สถานที่ในการคัดกรองมักพบในแผนกฉุกเฉินซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสบกับปัญหาจากคู่ในสตรีได้บ่อย หน่วยงานอื่นที่พบการคัดกรอง เช่น แผนกสูติรีเวช หอผู้ป่วยเด็ก หน่วยให้บริการปฐมภูมิ เป็นต้น ปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรองความรุนแรงมีความเกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคลและระดับระบบการให้บริการ ปัญหาในเรื่องระบบการให้บริการที่พบ เช่น การมีบุคลากรที่มีสุขภาพมาให้บริการเป็นครั้งคราว เช่น นักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรง ดังนั้นการให้การดูแลจึงมีความแตกต่างกัน (Hill & Ousley, 2017) อุปสรรคในการคัดกรองความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน พบว่าสถานที่ในการคัดกรองขาดความเป็น

ส่วนตัวและเวลามีจำกัด สำหรับในหน่วยฝากครรภ์พบว่าอุปสรรคที่พบมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคลากรในการคัดกรองและระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (Chisholm, Bullock, & Ferguson, 2017)

การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในประเทศไทยมีการดำเนินการขึ้นภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 สาระสำคัญของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ คือ เพื่อช่วยเหลือเหยี่ยวาผู้ถูกกระทำรุนแรง ให้อำนาจกับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐทุกแห่งได้มีแนวทางในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว ในรูปแบบที่เรียกว่า “ศูนย์พึ่งได้” เป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง แต่การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง ได้เกิดขึ้นในระยะที่มีการบาดเจ็บทางร่างกายหรือทางจิตใจ ที่เกิดขึ้นรุนแรงแล้ว ซึ่งการคัดกรองในรูปแบบดังกล่าวนี้ ยังไม่สามารถช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง ในระยะเริ่มแรก หรือในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม

การป้องกันความรุนแรงระดับตติยภูมิ

การป้องกันความรุนแรงในระดับตติยภูมิ มุ่งเน้นที่ให้การดูแลในระยะยาวเพื่อให้พ้นจากสภาพความรุนแรงที่เกิดขึ้น และลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำ ทั้งการบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจ ลดโอกาสการเกิดความพิการ หรือเสียชีวิต ดังนั้นการบำบัดดูแลในระยะนี้ จึงมุ่งเน้นที่จะจัดการหรือลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้การบำบัดดูแลทั้งผู้กระทำ ความรุนแรงและผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง ซึ่งมีหลักการพื้นฐานในการบำบัดผู้กระทำ ความรุนแรงดังนี้ (Wiehe, 1998)

1. บุคคลสามารถรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงไม่ใช่สาเหตุหรือองค์ประกอบของความรุนแรงที่เกิดขึ้น
2. การช่วยไม่ได้เป็นข้ออ้างให้เกิดความรุนแรง
3. ความรุนแรงเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่สามารถทำให้สูญเสียหน้าที่และส่งผลทางด้านลบ
4. การไม่ใช้ความรุนแรงเป็นพฤติกรรมทางเลือก

ที่เหมาะสมที่สามารถคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงาน

5. ความรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ของผู้กระทำ ความรุนแรง ดังนั้น ความไม่รุนแรงก็สามารถเรียนรู้ได้เช่นกัน

6. ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ถึงแม้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นไม่เด่นชัดต่อผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง แต่เด็กจะมีการเรียนรู้ว่าการใช้ ความรุนแรงเป็นหนทางในการแก้ไขปัญหา

โปรแกรมในการบำบัดผู้กระทำ ความรุนแรง มีวัตถุประสงค์เพื่อยุติความรุนแรงและเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับสตรี และการลดความรู้สึกโกรธลง โปรแกรมในการบำบัดผู้กระทำ ความรุนแรงมักนิยมใช้โปรแกรมการบำบัดรายกลุ่ม เพราะจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดรายบุคคล เนื่องจากสามารถอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงกับผู้ที่ใช้ความรุนแรงคนอื่น ๆ (Graham-Bermann, 1998) สำหรับชนิดของกลุ่มที่ใช้ในการบำบัดมีหลักในการบำบัดผู้กระทำ ความรุนแรงโดยใช้หลักการพื้นฐาน 2 แนวคิด คือ แนวคิดด้านสตรีนิยม และแนวคิดด้านระบบ (Wiehe, 1998) ดังนี้

แนวคิดด้านสตรีนิยม (Feminist perspective) มองว่าความรุนแรงในคู่เป็นการใช้อำนาจของสามีในการควบคุมภรรยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพศ และเศรษฐกิจ แนวคิดนี้มองว่าความรุนแรงในคู่เป็นพฤติกรรมที่ถูกเรียนรู้ที่มีรากฐานมาจากบรรทัดฐานทางสังคมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ สำหรับโปรแกรมในการบำบัดตามแนวคิดพื้นฐานนี้จะเป็นการบำบัดรายกลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่มซึ่งทำหน้าที่ในการสอนเกี่ยวกับการรับรู้สัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยา โปรแกรมนี้ถูกเรียกว่า “สุขภาพจิตศึกษา” โดยจะมีการอภิปรายกลุ่ม และมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เข้าร่วมบำบัดในประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดความเท่าเทียมในบทบาททางเพศและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (Wiehe, 1998) สำหรับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบที่ให้การดูแลสำหรับผู้กระทำ ความรุนแรงที่เด่นชัดมากที่สุด ซึ่งเป็นที่รู้จักและถูกเรียกว่า “Duluth model” ซึ่งเริ่มต้นจากโปรแกรมในการดูแลความรุนแรงในครอบครัวของรัฐมินิโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยรูปแบบการดูแลจะเน้นฝึกให้ผู้กระทำ ความรุนแรงได้ตระหนักถึงการรับรู้สิทธิของตนเอง การควบคุมตนเอง โดยใช้หลักการตามแนวคิดที่เป็นวงล้อ

แห่งอำนาจและการควบคุม (Power and control wheel) โดยจะเปลี่ยนจากการใช้พฤติกรรมที่ใช้อำนาจควบคุม มาเป็นการใช้พฤติกรรมเพื่อความเท่าเทียม (Equality wheel)

แนวคิดด้านระบบ (System perspective) มองว่าความรุนแรงในคู่เป็นปัญหาทางด้านสังคมการเมือง เป็นความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายในสังคม และการบำบัดผู้กระทำรุนแรงอยู่บนพื้นฐานของหลักการที่ว่า แต่ละคู่สามารถสร้างทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โปรแกรมในการบำบัดผู้กระทำรุนแรงตามแนวคิดนี้จะคล้ายคลึงกับวิธีจิตบำบัด

ในประเทศไทยมีโปรแกรมเพื่อใช้บำบัดผู้กระทำรุนแรงเรียกว่า “โรงซ่อมสามมี” (Anger management) โปรแกรมนี้ถูกริเริ่มโดยกรมคุมประพฤติ เมื่อปี พ.ศ. 2544 ในรูปแบบของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ โดยนำผู้กระทำรุนแรงเข้าสู่กระบวนการ ซึ่งอาจถูกร้องขอให้เข้ากระบวนการโดยผู้กระทำรุนแรง ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง หรือคนกลาง ในกรณีที่ผู้กระทำรุนแรง ติดสุราหรือสารเสพติด จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาก่อนเข้ากระบวนการ รูปแบบของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์มีหลายรูปแบบ เช่น การประชุมไกล่เกลี่ย หรือประชุมกลุ่ม โดยจะเป็นการดำเนินงานผ่านคนกลางเพื่อเป็นการฟื้นฟูสัมพันธ์ภาพ โดยการให้คำปรึกษารายบุคคล ทั้งผู้กระทำรุนแรงและผู้ถูกกระทำรุนแรง เปิดโอกาสให้ผู้กระทำรุนแรงและผู้ถูกกระทำรุนแรง ได้พูดถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หลังจากนั้นเป็นการประชุมปรึกษาหารือหรือในการหาทางออกของปัญหา หาข้อตกลงร่วมกันเพื่อเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นการชดเชยค่าเสียหาย การกล่าวคำขอโทษ การทำงานบริการสังคม เป็นต้น ภายหลังจากได้ข้อตกลงร่วมกันแล้ว จะมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นจะมีการติดตามประเมินผลว่าทั้งสองฝ่ายปฏิบัติตามข้อตกลงหรือไม่ ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง คนกลางสามารถจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือกันใหม่ ซึ่งข้อตกลงเดิมอาจแก้ไขใหม่ได้ หรือยกเลิกกระบวนการไปเลย แล้วมีการบังคับใช้กฎหมายให้ผู้กระทำรุนแรงได้รับโทษทางอาญา

บทสรุป

การป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนสตรีมีมาตรการในการป้องกันหลายระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งแต่ละระดับมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการป้องกัน แก้อา และเยียวยาความรุนแรงจากคู่นอนที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนระดับปฐมภูมิจะเป็นแนวทางที่ยั่งยืน แต่ในความเป็นจริงแล้วการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนระดับนี้ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นได้ยากที่สุด และใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นการรื้อสร้างระบอบทางสังคม ค่านิยม ความเชื่อในสังคมไทย ที่ผู้ชายเป็นใหญ่ซึ่งถูกฝังรากลึกคู่กับสังคมไทยมาหลายร้อยปี อย่างไรก็ตามการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนระดับปฐมภูมิถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและยั่งยืนที่สุด แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมจะเป็นเรื่องยาก แต่การดูแลอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน ด้วยการตระหนักถึงปัญหาความรุนแรง การเป็นแบบอย่างของบุคคลในครอบครัว การปลูกฝังเรื่องความเท่าเทียมกันทางเพศ รวมทั้งให้เกียรติสุภาพสตรี เป็นการเริ่มต้นในหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมและง่ายที่สุด สำหรับการป้องกันความรุนแรงจากคู่นอนในสตรีในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีเป้าหมายเพื่อค้นหา เยียวยาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอน แม้ว่าประเทศไทยจะมีการบังคับใช้กฎหมายในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงจากคู่นอนในความเป็นจริงแล้วพบว่ากฎหมายเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ทางออกสุดท้ายของปัญหา เนื่องจากวงจรความรุนแรงจะยังคงวนเวียนเกิดขึ้นตราบเท่าที่สังคมไทยยังคงมองเห็นและยอมรับว่าความรุนแรงจากคู่นอนเป็นเรื่องปกติ

References

- Ali, P. A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior, 31*, 16-25.
- Chaiyachati, B. H., Gaither, J. R., Hughes, M., Foley-Schain, K., & Leventhal, J. M. (2018). Preventing child maltreatment: Examination of an established statewide home-visiting program. *Child Abuse & Neglect, 79*, 476-484.

- Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 145-149.
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E., & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: Multisite randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 338, a3064.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- Evans, C. B. R., Fraser, M. W., & Cotter, K. L. (2014). The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 532-544.
- Fariás-Antúnez, S., Xavier, M. O., & Santos, I. S. (2018). Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. *Journal of Affective Disorders*, 228, 143-152.
- Graham-Bermann, S. A. (1998). *Domestic Violence Intervention*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), e321-341.
- Gusmões, J. D. S. P., Sañudo, A., Valente, J. Y., & Sanchez, Z. M. (2018). Violence in Brazilian schools: Analysis of the effect of the Tamojuntó prevention program for bullying and physical violence. *Journal of Adolescence*, 63, 107-117.
- Hill, S., & Ousley, L. (2017). Intimate partner violence screening behaviors of primary care providers: The necessity for a change. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 20-22.
- Holtzworth-Munroe, A., Markman, H., Daniel O'Leary, K., Neidig, P., Leber, D., Heyman, R. E., Smutzler, N. (1995). The need for marital violence prevention efforts: A behavioral-cognitive secondary prevention program for engaged and newly married couples. *Applied and Preventive Psychology*, 4(2), 77-88.
- Morris, M. C., Kouros, C. D., Janecek, K., Freeman, R., Mielock, A., & Garber, J. (2017). Community-level moderators of a school-based childhood sexual assault prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 63, 295-306.
- Prosman, G. J., Lo Fo Wong, S. H., van der Wouden, J. C., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2015). Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Family Practice*, 32(3), 247-256.
- Sacchi, C., De Carli, P., Vieno, A., Piallini, G., Zoia, S., & Simonelli, A. (2018). Does infant negative emotionality moderate the effect of maternal depression on motor development? *Early Human Development*, 119, 56-61.

- Sugg, N. (2015). Intimate Partner Violence: Prevalence, Health Consequences, and Intervention. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 629-649.
- Surkan, P. J., Patel, S. A., & Rahman, A. (2016). Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 36, 156-168.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=717DBF4C310D40F0E7A6EB0555E1E79F?sequence=1
- World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789241564007_eng.pdf?sequence=1
- Wiehe, V. R. (1998). *Understanding family violence: Treating and preventing partner, child, sibling, and elder abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.