ทัศนคติของพยาบาลในการประเมินและจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์

วรรณี เดียวอิศเรศ PhD* อาทิตยา เพิ่มสุข พย.ม.**

บทคัดย่อ

การกระทำรุนแรงต่อสตรี เป็นปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งสตรีในระยะตั้งครรภ์ แต่การตอบสนองต่อปัญหานี้ยังมีความจำกัดอยู่มาก ซึ่งสาเหตุสำคัญคือทัศนคติของผู้ให้บริการ การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาลสูติกรรมเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรี การประเมินและจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรมในสถานบริการของรัฐ ในเขต 5 กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 230 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Lazenbatt et al[1] วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณาและไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาลสูติกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรีตามมายาคติของสังคมทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองว่าหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นฝ่ายยั่วยุให้สามีทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 63.5) 2) มีทัศนคติที่ดีต่อการประเมินปัญหาและการจัดการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทุกข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเห็นด้วยว่าควรคัดกรองปัญหาโดยปฏิบัติเป็นประจำกับสตรีทุกคนเมื่อมาฝากครรภ์หรือเมื่อมาตรวจหลังคลอด (ร้อยละ 81.3) สตรีที่มารับบริการในระยะก่อนคลอดและหลังคลอดจะยินดีที่พยาบาลถามคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 74.3) สตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับข้อมูลการติดต่อกับองค์กรต่าง ๆที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาถูกกระทำรุนแรง (ร้อยละ 94.3) ทุกหน่วยงานควรสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอในทุกขั้นตอนของการจัดการช่วยเหลือ (ร้อยละ 90.9) และควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องของความรุนแรงต่อสตรี (ร้อยละ 83.0) และ3) อายุ ระดับของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง และการได้รับอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดอบรมเพื่อปรับมายาคติต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรีและการสนับสนุนต่อการตอบสนองปัญหาสำหรับพยาบาล

คำสำคัญ : ทัศนคติ ความรุนแรงต่อสตรี ระยะตั้งครรภ์ การประเมินและจัดการปัญหาความรุนแรงต่อสตรี

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการกระทำต่อสตรี (Violence against women) รวมถึงสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่สำคัญที่พบได้ในทุกสังคมทั่วโลก ไม่ว่าสตรีตั้งครรภ์จะมีเชื้อชาติใด หรือมีเศษฐานะทางสังคมระดับใด องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เป็นหนึ่งในหลายภาระปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและรณรงค์ให้หลายประเทศร่วมมือในการป้องกัน แก้ไขและช่วยเหลือสตรีผู้ประสบปัญหาอย่างจริงจังเพราะนับวันปัญหาความรุนแรงต่อสตรีจะทวีความรุนแรงขึ้น ดังมีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า “การตั้งครรภ์” ไม่ได้เป็นเกราะป้องกันสตรีจากการถูกทำร้าย[2] ซึ่งต่างจากที่คนส่วนใหญ่คิดว่าระยะตั้งครรภ์เป็นช่วงที่สตรีควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากสามีและครอบครัว ในทางตรงข้ามการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่กระตุ้นให้ถูกกระทำรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์[3] สถานการณ์การกระทำรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ในระยะเริ่มแรกมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ในอัตราร้อยละ 0.9-20.1[4] ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง 15 ประเทศซึ่งรวมประเทศไทยด้วย พบสตรีตั้งครรภ์ในประเทศญี่ปุ่นถูกทำร้ายร่างกายอัตราต่ำสุดคือร้อยละ 1 และสูงสุดคือประเทศเปรู ในอัตราร้อยละ 28 สำหรับประเทศไทยพบอัตราร้อยละ 4[5-6] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ วรรณี เดียวอิศเรศและคณะในปี พ.ศ. 2542 พบอัตราความชุกของการกระทำรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคตะวันออกในอัตราร้อยละ5.4[7] และการสำรวจสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบสตรีตั้งครรภ์ถูกทำร้ายร้อยละ4[8] และการศึกษาในปี พ.ศ. 2551 ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบความชุกของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 34[9] ซึ่งผลการวิจัยทุกฉบับพบตรงกันคือผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นสามีหรือคู่รักของสตรีตั้งครรภ์

ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ ตั้งแต่ระดับรุนแรงน้อยจนถึงอันตรายแก่ชีวิต[10] ผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่พบบ่อยได้แก่ การแท้ง เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ตกเลือดก่อนคลอด ทำให้อัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้น ด้านจิตสังคมพบว่าสตรีได้รับบาดเจ็บทางจิตใจอย่างรุนแรง มีภาวะเครียดและซึมเศร้า นำไปสู่การใช้ยาหรือสารเสพติด ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ปัญหาในการทำบทบาทมารดาและการเลี้ยงดูบุตร[11-15] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาและให้การบำบัดฟื้นฟูสงเคราะห์สตรีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแล

ปัจจุบันแม้ว่าหลายหน่วยงานได้ให้ความสนใจในปัญหาความรุนแรงต่อสตรีมากขึ้น ดังเช่นได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรงขึ้น (One Stop Crisis Center: OSCC หรือศูนย์พึ่งได้) ในโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศเพิ่มขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นบริการแบบตั้งรับเฉพาะผู้ที่ประสบปัญหาและเข้ามารับบริการเท่านั้น และสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร แม้ว่าสตรีในระยะตั้งครรภ์มีโอกาสมาพบแพทย์หรือพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อยถึง 9 เดือน ซึ่งเมื่อมาฝากครรภ์สตรีควรได้รับโอกาสในการซักถาม ประเมิน คัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงและควรได้รับการดูแลหรือส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสม[16] ไม่ปล่อยให้สตรีเผชิญปัญหาตามลำพังจนเกิดผลกระทบตามมาดังกล่าวข้างต้น จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญที่แพทย์และพยาบาลไม่ได้ให้ความสนใจในปัญหาความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์เท่าที่ควรคือ ทัศนคติของแพทย์หรือพยาบาล[17] ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักว่าปัญหาสุขภาพที่ต้องประเมินและให้การดูแล ไม่มั่นใจที่จะซักถามหรือจัดการดูแล ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในแนวทางการปฏิบัติ รวมทั้งมีทัศนคติทางลบหรือมีมายาคติเหมือนคนส่วนใหญ่ทั่วไปที่กล่าวโทษว่าสตรีตั้งครรภ์เป็นต้นเหตุของปัญหา[18-24] อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาทัศนคติเฉพาะแพทย์และพยาบาลในแผนกฉุกเฉินเท่านั้น[25-26] เนื่องจากพยาบาลสูติกรรมเป็นบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดและให้การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงภายหลังคลอด

มากที่สุด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทัศนคติของพยาบาลสูติกรรมว่ามีทัศนคติต่อปัญหาความรุนแรงในสตรีโดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างไร ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยคาดว่าจะมีประโยชน์ต่อการจัดโปรแกรมการอบรมเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและความตระหนักต่อปัญหาความรุนแรงในสตรี และส่งผลการปฏิบัติเพื่อการคัดกรองและการจัดการดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทัศนคติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลักเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบการประเมินทัศนคติและภาพลักษณ์ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและการบริหารจัดการความรุนแรงในครอบครัวในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากโรงพยาบาลต้นสังกัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือสถานีอนามัย ในเขตตรวจราชการที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากพยาบาลสูติกรรมที่เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีด้านสูติกรรมของโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในเขตตรวจราชการที่ 5 ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปัจจุบันปฏิบัติงานให้บริการพยาบาลสูติกรรม ได้แก่ รับฝากครรภ์ ดูแลในระยะคลอด หลังคลอดและวางแผนครอบครัว และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงสำรวจผู้วิจัยกำหนดแจกแบบสอบถามให้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 50 ของประชากรเป้าหมายคือจำนวนอย่างน้อย 200 คน หลังจากนั้นแจกแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพตอบด้วยความสมัครใจ จำนวน 300 ฉบับ (เผื่อการปฏิเสธและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม) ได้แบบสอบถามกลับคืน จำนวน 230 คนคิดเป็นร้อยละ 76.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรี ประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรี 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรี การประเมินและการจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Lazenbatt et al.[1] ที่ใช้วัดทัศนคติของผดุงครรภ์เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 2.1) มายาคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรี มีจำนวน 7 ข้อ และ 2.2) ทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรี มีจำนวน 8 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย แบบสอบถามได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดแห่งหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ในเขตตรวจราชการที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .79 แบบสอบถามด้านมายาคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรีได้เท่ากับ .70 และด้านทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีได้เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกใบชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างในที่ประชุมวิชาการของพยาบาลด้านสูติศาสตร์ พร้อมกับประชาสัมพันธ์

ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนในกล่องเก็บแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 230 ฉบับ ช่วงการเก็บข้อมูลคือเดือนมิถุนายน 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.1) มีอายุเฉลี่ย 41.72 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.13 ปี) จบการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.5) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/สถานีอนามัย ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.7 และร้อยละ 48.3 ตามลำดับ) ไม่เคยมีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงโดยสามี (ร้อยละ 87.8) และไม่มีบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือเพื่อนสนิทมีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 62.2) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวมาก่อน (ร้อยละ 82.2)

2. ทัศนคติของพยาบาลสูติกรรม

2.1 ทัศนคติต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรี พบว่า พยาบาลสูติกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรีตามมายาคติของคนในสังคมทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นฝ่ายยั่วยุให้สามีทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 63.5) ถ้าผู้หญิงใช้ความพยายามอย่างแท้จริงก็จะสามารถป้องกันไม่ให้สามีกระทำความรุนแรงได้ (ร้อยละ 60.9) และผู้หญิงจะปลอดภัยจากการถูกทำร้ายมากที่สุดเมื่อตั้งครรภ์ (ร้อยละ 57.4) (ตารางที่ 1)

2.2 ทัศนคติต่อการประเมินและการจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์ ส่วนทัศนคติต่อการประเมินปัญหาและการจัดการช่วยเหลือการช่วยสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลสูติกรรมมีทัศนคติที่ดีในทุกข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเห็นด้วยสตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับข้อมูลการติดต่อกับองค์กรต่าง ๆที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาถูกกระทำรุนแรง (ร้อยละ 94.3) ทุกหน่วยงานควรสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอในทุกขั้นตอนของการจัดการช่วยเหลือ (ร้อยละ 90.9) พยาบาลมีความมั่นใจในการซักถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 84.8) ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องของความรุนแรงต่อสตรี (ร้อยละ 83.0) และควรคัดกรองปัญหาโดยปฏิบัติเป็นประจำกับสตรีทุกคนเมื่อมาฝากครรภ์หรือเมื่อมาตรวจหลังคลอด (ร้อยละ 81.3) (ตารางที่ 2)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรี การประเมินและการจัดการปัญหาการกระทำรุนแรงต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์ พบว่า อายุ ระดับของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ตรงคือการเคยถูกกระทำรุนแรงโดยสามีของพยาบาล และประสบการณ์อ้อมคือมีบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือเพื่อนสนิทถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว และการได้รับอบรมเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงต่อสตรี มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านมายาคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรี ซึ่งพบว่าพยาบาลกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ($\chi^2 = 5.04; p = .049$) พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป ($\chi^2 = 9.517; p = .009$) ไม่เคยถูกสามีกระทำรุนแรง ($\chi^2 = 10.404; p = .006$) มีทัศนคติเรื่อง “ผู้ชายยิ่งประสบความสำเร็จในอาชีพการงานและมีฐานะดีเท่าไรก็จะกระทำรุนแรงต่อภรรยาน้อยลง” ในสัดส่วนที่สูงกว่าพยาบาลกลุ่มอื่น สำหรับประสบการณ์อ้อม พบว่าพยาบาลกลุ่มที่ไม่มีบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือเพื่อนสนิทถูกกระทำรุนแรง มองว่า “หญิงตั้งครรภ์ก็ยั่วยุให้สามีเกิดการทุบตีทำร้ายร่างกาย” ($\chi^2 = 11.476; p = .003$) พยาบาลที่เคยถูกกระทำรุนแรงโดยสามีมองว่า “ผู้หญิงจะรู้สึกปลอดภัยจากการทุบตีมากที่สุดเมื่อตั้งครรภ์เพราะยากที่ผู้ชายจะทำร้ายผู้หญิงขณะตั้งครรภ์” ($\chi^2 = 9.517; p = .009$) พยาบาลที่ไม่เคยได้รับการอบรมมองว่า “ผู้ชายที่ทุบตีทำร้ายภรรยามักเป็นคนที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงและบ่อยครั้งเค้าไม่รู้ว่าได้ทำอะไรลงไป” ($\chi^2 = 4.770; p = .049$) พยาบาลที่ไม่เคยถูกกระทำรุนแรงโดยสามี “มีความ

มั่นใจในการซักถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว" (χ^2 = 5.972; p = .050) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัย มองว่า "ทุกหน่วยงานควรสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างเพียงพอในขั้นตอนการจัดการดูแล เมื่อคัดกรองพบผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง" ในสัดส่วนที่สูงกว่า (χ^2 = 6.334; p = .042) และ"หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับข้อมูลในการติดต่อกับองค์กรต่าง ๆที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาถูกกระทำรุนแรง" (χ^2 = 6.468; p = .039)

การอภิปรายผล

1. ทัศนคติของพยาบาลต่อความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าพยาบาลสูติกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ82.2) ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อสตรี พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างเพียงพอในเรื่องของความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 83.0) และมีทัศนคติด้านลบเช่นเดียวกับมายาคติของคนในสังคมทั่วไป โดยมองว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นฝ่ายยั่วยุให้สามีทำร้ายร่างกาย ระยะตั้งครรภ์สตรีจะปลอดภัยจากการถูกทำร้ายมากที่สุด และส่วนใหญ่สามีที่มีปัญหาเท่านั้นที่จะทำร้ายภรรยา ซึ่งผลวิจัยสอดคล้องกับหลายการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ทัศนคติทางลบหรือมายาคติต่อความรุนแรงในสตรีของบุคลากรสุขภาพยังเป็นปัญหาอยู่มาก ดังเช่น พยาบาลในประเทศแอฟริกาใต้มองว่าผู้หญิงไม่ได้ทุกข์ร้อนจากการถูกกระทำรุนแรง[19] การสำรวจในลาตินอเมริกาพบว่าบุคลากรสุขภาพมากกว่าร้อยละ 50 คิดว่าผู้หญิงเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดปัญหาการกระทำรุนแรง[20] สูติแพทย์มีทัศนคติไม่เห็นด้วยว่าในระยะตั้งครรภ์เป็นโอกาสอันดีในการคัดกรองปัญหารุนแรงในสตรี[23e] และผดุงครรภ์มีความรู้เรื่องความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์น้อยมากและมีทัศนคติมายาคติเหมือนคนทั่วไป[21] ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเร่งปรับเปลี่ยนทัศนคติมุมมองของพยาบาลสูติกรรม เพราะทัศนคติมายาคติและการตีตรา มีผลต่อการปฏิบัติทางคลินิกทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการประเมินปัญหาและการดูแลช่วยเหลือ ส่งผลต่อทำให้ปัญหาความรุนแรงต่อสตรีและสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการแก้ไขและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในสังคม[18]

2. ทัศนคติของพยาบาลในการประเมินปัญหา พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลสูติกรรมมีทัศนคติที่ดีทุกข้อ โดยเห็นด้วยกับการคัดกรองปัญหาโดยปฏิบัติเป็นประจำ (Routine) กับสตรีทุกคนเมื่อมาฝากครรภ์หรือเมื่อมาตรวจหลังคลอด (ร้อยละ 81.3) เห็นด้วยว่าสตรีที่มารับบริการจะรู้สึกยินดีที่พยาบาลซักถามเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 81.3) พยาบาลมีความมั่นใจในการซักถามปัญหา (ร้อยละ 84.8) และมั่นใจในการประเมินอาการแสดงถึงการถูกกระทำรุนแรง (ร้อยละ 55.7) สอดคล้องกับผลการศึกษาในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน แผนกสูติ-นรีเวช ห้องคลอด แผนกอนามัยแม่และเด็ก ทั้งที่ทำงานในโรงพยาบาลและในชุมชนประเทศอิสราเอล พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อซักถามปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงและเห็นด้วยว่าเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล แม้ว่าจะมีความรู้สึกคับข้องใจในการประเมินเพราะไม่ทราบว่าจะจัดการกับปัญหาอย่างไร[17]และการศึกษาในผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชนประเทศไอร์แลนด์ พบว่าผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญต่อปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อสตรีและเห็นด้วยกับการประเมินคัดกรอง (Routine screening) ในสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการ[1]และผลการศึกษาในผดุงครรภ์ที่แผนกรับฝากครรภ์ประเทศสวีเดน พบว่าผดุงครรภ์เห็นด้วยในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเหมือนการซักประวัติอื่นแม้ว่าจะไม่มีอาการแสดงของปัญหา[27] อย่างไรก็ตามผลวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาพยาบาลแผนกสูติ-นรีเวช ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอูกันดา ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีและการจัดการดูแลหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ดี[23] ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติและระบบการจัดการที่ชัดเจน

3. ในด้านการจัดการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเช่นกัน โดยเห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับข้อมูลในการติดต่อกับองค์กรต่าง ๆที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาถูกกระทำรุนแรง และเมื่อคัดกรองพบผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรงทุกหน่วยงานควรสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอในขั้นตอนของการจัดการดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการจัดการดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรงในสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่ายเช่น การให้เอกสาร

ข้อมูล ส่วนในขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อนขึ้นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและต้องการสนับสนุน ได้แก่ ขาดความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย[22] หน่วยงานยังไม่มีแนวทางชัดเจนในการจัดการกับปัญหาและการสนับสนุนช่วยเหลือ[21,27]

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาล พบว่าอายุ ระดับของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง และการได้รับอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาลในบางประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[17-18] โดยเฉพาะการได้รับการอบรม เป็นปัจจัยที่ทำนายทัศนคติได้ดีที่สุด[24]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทั้งระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษาและจัดหลักสูตรอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีอย่างทั่วถึง

2. หน่วยงานควรจัดทำแนวทางปฏิบัติงานและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานเพื่อการคัดกรองประเมินปัญหาและการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์อย่างครบวงจรให้พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถนำปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกและศึกษาเฉพาะพยาบาลสูติกรรมในพื้นที่บางส่วนของภาคกลาง ผลการวิจัยจึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังพยาบาลสูติกรรมทั้งประเทศได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดี ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติและประสบการณ์ในการปฏิบัติจริงต่อประเด็นปัญหาความรุนแรงต่อสตรีของพยาบาล นอกจากนี้ควรทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Intervention research) เกี่ยวกับผลของรูปแบบการประเมินและจัดการปัญหาความรุนแรงในคลินิกรับฝากครรภ์ของพยาบาล

References

1. Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A healthy setting framework: An evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. Midwifery 2009; 25: 622-636.
2. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. Trauma, Violence, and Abuse 2004; 5(1): 47-64.
3. Kathryn RM, Garcia L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. Journal of Interpersonal Violence 2011; 26(6): 1157-1175.
4. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women: A review of the literature. JAMA 1996; 275(24): 1915-1920.
5. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
6. กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัด. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม หมาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิผู้หญิง; 2546.
7. วรรณี เดียวอิศเรศ, มณีรัตน์ ภาคธูป และ ยุนี พงค์จตุรวิทย์. การทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออก: การเผชิญปัญหาและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์. ในจรรยา เศรษฐบุตร และ บุปผา ศิริรัศมี (บรรณาธิการ). รายงานวิจัย: โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพสภาวะมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4, หน้า 71-134.นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
8. นันทนา ธนาโนวรรณ, ภัสรา หากุหลาบ, พรทิพย์ รองเลื่อน. ความชุกของการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21(2): 31-46.

9. น้ำฝน ชัชวาลวิทย์. ความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพ และการแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง (วิทยานิพนธ์). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
10. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results from a multisite case control study. American Journal of Public Health 2003; 93(7): 1089-1097.
11. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. Obstetrics and Gynecology 2002; 100(4):700-705.
12. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008; 48(4):391-397.
13. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. Obstetrics and Gynecology 2002; 100(1):27-36.
14. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359(9314): 1331-1336.
15. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. Violence Against Women 2006; 12(3): 221-239.
16. World Health Organization. Intimate partner violence during pregnancy: Information sheet. Geneva, World Health Organization, 2011.
17. Natan MB, Raise I. Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. Journal of Trauma Nursing 2010; 7(2): 112-117.
18. Ellsberg M. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 94: 325-332.
19. Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": Attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. Social Science Medicine 2002; 54: 1243- 1254.
20. Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the international planned parenthood federation, western hemisphere region. International Journal of Gynaecology and Obstetrict 2002; 78: 557-563.
21. Cleary S. "I don't know what I can do either": An ethnographic study of midwives' perception of domestic violence [dissertation]. University of Newcastle; 2005.
22. Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S. Midwives' perception and experiences of routine ebquiry for domestic violence. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003; 110(8): 744-752.
23. Kaye DK, Mirembe F, Bantebya G. Perception of health care providers in Mulago hospital on prevention and management of domestic violence. African Health Science 2005; 5(4): 315-318.
24. Roelens K, Verstraelen H, Egmond KV, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologist on intimate partner violence in Flanders, Belgium. BMC Public Health 2006; 6: 238: doi:10.1186/1471-2458-6-238.
25. ลัดดาวัลย์ สุขุม. ทัศนคติของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลาต่อปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง (วิทยานิพนธ์). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
26. วรรณวิมล วิเชียรฉาย. ความรู้และทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวและการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
27. Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women will return hidden as long as no direct questions are asked. Midwifery 2002; 18; 268-278.

ตารางที่ 1 ทัศนคติต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรี (N = 230)

มายาคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อสตรี	ไม่เห็นด้วย จำนวน (%)	ไม่แน่ใจ จำนวน (%)	เห็นด้วย จำนวน (%)
1. บางครั้งหญิงตั้งครรภ์ก็ยั่วยุให้สามีเกิดการทุบตีทำร้ายร่างกาย	48 (20.9%)	36 (15.7%)	146 (63.5%)
2. ผู้ชายส่วนใหญ่ที่ทุบตีทำร้ายภรรยามักเป็นคนล้มเลวไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต	46 (20.0%)	70 (30.4%)	114 (49.6%)
3. ผู้ชายยิ่งประสบความสำเร็จในอาชีพการงานและมีฐานะดีเท่าไรเค้าก็จะกระทำรุนแรงต่อภรรยาน้อยลง	75 (32.6%)	73 (31.7%)	82 (35.7%)
4. ผู้ชายที่ทุบตีทำร้ายผู้หญิงมักจะเป็นคนที่ยุ่งเกี่ยวกับอาชญากรรมหรือความรุนแรง	51 (22.2%)	59 (25.7%)	120 (52.2%)
5. ผู้ชายที่ทุบตีทำร้ายภรรยามักเป็นคนที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงและบ่อยครั้งเค้าไม่รู้ว่าได้ทำอะไรลงไป	63 (27.4%)	52 (22.6%)	115 (50.0%)
6. ถ้าผู้หญิงใช้ความพยายามอย่างแท้จริงก็จะสามารถป้องกันไม่ให้สามีกระทำความรุนแรงได้	67 (29.1%)	23 (10.0%)	140 (60.9%)
7. ผู้หญิงจะรู้สึกปลอดภัยจากการทุบตีมากที่สุดเมื่อตั้งครรภ์เพราะยากที่ผู้ชายจะทำร้ายผู้หญิงขณะตั้งครรภ์	33 (14.3%)	65 (28.3%)	132 (57.4%)

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อการประเมินปัญหาและการจัดการช่วยเหลือการช่วยสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (N = 230)

ทัศนคติต่อการประเมินปัญหาและการจัดการช่วยเหลือการช่วยสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	ไม่เห็นด้วย จำนวน (%)	ไม่แน่ใจ จำนวน (%)	เห็นด้วย จำนวน (%)
1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับข้อมูลในการติดต่อกับองค์กรต่าง ๆ ที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาถูกกระทำรุนแรง	3 (1.3%)	10 (4.3%)	217 (94.3%)
2. ทุกหน่วยงานควรสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอในขั้นตอนของการจัดการดูแล เมื่อคัดกรองพบผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรง	15 (6.5%)	6 (2.6%)	209 (90.9%)
3. พยาบาลมีความมั่นใจในการซักถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว	14 (6.1%)	21 (9.1%)	195 (84.8%)
4. ทุกหน่วยงานควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างเพียงพอในเรื่องของความรุนแรงในครอบครัว	20 (8.7%)	19 (8.3%)	191 (83.0%)
5. การคัดกรองปัญหาถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวควรจะปฏิบัติเป็นประจำกับผู้หญิงทุกคนเมื่อมาฝากครรภ์และระยะหลังคลอด	20 (8.7%)	23 (10.0%)	187 (81.3%)
6. ผู้หญิงที่มารับบริการสุขภาพในระยะก่อนคลอดและหลังคลอดจะยินดีที่พยาบาลถามคำถามเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง	27 (11.7%)	32 (13.9%)	171 (74.3%)
7. เป็นสิ่งที่ดีที่พยาบาลควรซักถามผู้หญิงเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว	33 (14.3%)	27 (11.7%)	170 (73.9%)
8. พยาบาลมีความมั่นใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการถูกกระทำรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์	42 (18.3%)	60 (26.1%)	128 (55.7%)

Nurses' Attitudes toward Identifying and Management of Violence during Pregnancy

Wannee Deoisres PhD* Atitaya Peomsook M.N.S.**

Abstract

Violence against women including pregnant women is an important health and social problem. Despite the increasing of prevalence of violence, identifying and management of this issue are not manifested in practice due to the attitudes of health care providers. The purposes of this study were to explore nurses' attitudes and to examine factors associated with nurses' attitudes towards violence against women, the identifying and management of violence during pregnancy. A convenience sample of 230 obstetric nurses working at hospitals and health centers under the supervision of Ministry of Public Health, Region 5 were recruited in the study. Data were collected by using self-report questionnaires developed by the researchers based on the questionnaire of Lazenbatt et al.[1] Descriptive statistics and Chi-square were used to analyze data.

Results of the study revealed that 1) the majority of obstetric nurses hold the same stereotypical myths surrounding violence against women as the population at large, especially in the aspect of "Battered women sometimes provoke their husbands into hitting them." (63.5%); 2) Nurses had positive attitudes in all aspect s of the identifying and management of violence against pregnant women, especially attitude towards "Screening for domestic violence should be a routine procedure during the antenatal /postnatal period" (81.3%), Women presenting for antenatal/postnatal care would welcome being questioned about domestic violence by nurses (74.3%), Information and contact numbers of organizations offering help to victims of domestic violence should be distributed to all pregnant women (94.3%), Adequate support should be available from all Trusts to assist in dealing with identified cases of violence (90.9%), and Adequate training for midwives in addressing domestic violence should be received from all Trusts (83.0%); and 3) Nurses' age, level of clinical practice setting, direct and indirect experiences of being abused, and training in violence against women were significantly associated with attitudes. Findings of this study suggest the needs for training program to challenge prevailing attitudes about myths surrounding gender violence among nurses.

Keywords: Attitudes, Violence against Women, Pregnancy, Identifying and Management of Violence against Women

* *Faculty of Nursing, Burapha University*
** *Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province*