

**การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองและ
ช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว***
**Develop nurses' competency on screening and helping
women who had experienced intimate partner violence (IPV).**

บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2556
Volume 36 No.3 (July-September) 2013

กฤตยา แสงเจริญ RN.Ph.D** สมพร วัฒนบุญเกียรติ พย.ม.**
อมรรัตน์ ศรีคำสุข โชติ: RN.Ph.D*** สมทรง ณ นคร Ph.D.****
โสภิตา ดาวสดใส Ph.D.***** Hitomi Takemoto RN,Ph.D.*****
Rachaneewan Ross RN,Ph.D.*****
Kritaya Sawangchareon RN.Ph.D** Somporn Wattananukulkiat RN.MSc.**
Amornrat Phalasri RN.Ph.D.*** Somsong Nanakorn Ph.D.****
Sopida Doasodsai RN MSc. Hitomi Takemoto RN, Ph.D.*****
Rachaneewan Ross RN, Ph.D.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน ได้รับการอบรมจำนวน 2 วันตามโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย ความรู้ในการค้นหาผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวจากอาการบ่งชี้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การฝึกทักษะในการสัมภาษณ์และให้คำปรึกษา จากนั้นพยาบาลนำไปปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือในการค้นหาผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงในครอบครัวและแบบสัมภาษณ์ความรุนแรงในครอบครัว และให้คำปรึกษาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาก็ได้รับการประเมินผลก่อนและหลังการอบรมด้วยแบบประเมินความรู้และทัศนคติ และติดตามผลการประเมินหลังการอบรม 3 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการอบรมพยาบาลทั้ง 17 คนมีความรู้ ($t = -2.46, P < 0.05$) และทัศนคติ ($t = -3.37, P < 0.01$) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผล 3 เดือนพบว่า มีพยาบาล 3 คน นำไปใช้คัดกรองและช่วยเหลืออีก 3 คน ใช้เพียงการให้คำปรึกษาไม่ได้นำไปใช้ 11 คน ส่วนใหญ่ยังเห็นความสำคัญแต่ไม่มีเวลาให้กับงานนี้เพราะต้องให้ความสำคัญกับงานประจำก่อน

คำสำคัญ : การอบรม ความรุนแรงในครอบครัว สมรรถนะพยาบาล การคัดกรองและช่วยเหลือ

Abstract

This evaluation research aimed to develop nurses' competency on screening and helping women who had experienced intimate partner violence (IPV). Seventeen registered nurses attended a 2-day training workshop on IPV screening, warning signs, and counseling techniques for abused women. After the training the nurses were expected to apply knowledge in the care of abused women, and to screen women for abuse by using the

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
** รองศาสตราจารย์ และกรรมการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
***** พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น
***** Associate Professor, Faculty of Nursing, St Mary's College Fukuoka, Japan
***** Associate Professor, College of Nursing, Kent state University, Kent, Ohio, USA

Abuse Indicators, and the IPV Interview form. All participated nurses' evaluated on their knowledge and attitudes toward the care of abused women before and after the training, and a 3-month follow up was conducted. Results showed that all 17 nurses had a statistically significant increase in knowledge ($t = -2.46, P < 0.05$) and attitudes ($t = -3.37, P < 0.01$) toward the care of abuse women. After 3 months, 3 participants practice on screening and helping process, 3 participants used counseling, 11 participants did not screen but they thought it is necessary as their routine care still be the first priority to do.

keywords: training , ipv, nurse' competency, screening and helping

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาความรุนแรงในครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอุบัติการณ์ความรุนแรงในคู่ครองเกิดขึ้น ร้อยละ 63.4¹ ความรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเกิดขึ้น ร้อยละ 34.3 โดยมีความรุนแรงด้านจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 33.8 ความรุนแรงด้านร่างกายเกิดขึ้น ร้อยละ 5.0 ความรุนแรงด้านเพศเกิดขึ้นร้อยละ 2.1 ผู้กระทำเกือบทั้งหมดคือสามี² การศึกษาวิธีการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวในประเทศไทยพบว่าเหยื่อส่วนใหญ่จะไม่พูดถึงปัญหากับบุคลากรทางการแพทย์เพราะคิดว่าเป็นปัญหาที่ควรปรึกษากันในครอบครัวหรือญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว¹ ในต่างประเทศมีอุบัติการณ์และการพูดถึงความรุนแรงในครอบครัวกับนักวิชาชีพสูงขึ้น³ ความรุนแรงในครอบครัวเป็นหนึ่งในอาชญากรรมที่ตกสำรวจมากที่สุดในโลก การสำรวจพบว่า สตรีที่ถูกทำร้ายจำนวนเพียงเล็กน้อยที่ยอมเปิดเผยปัญหานี้ โดยส่วนใหญ่ของการทารุณกรรมพบว่าเป็นการกระทำของสามีต่อภรรยา สตรีที่ถูกกระทำ ส่วนใหญ่จึงรู้สึกอาย กลัว และมีเหตุผลมากมาย ทำให้ตกสำรวจ มีการศึกษาในสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย โดยคู่ของตนพบว่า ร้อยละ 92 ไม่บอกสาเหตุกับแพทย์ผู้ตรวจ และร้อยละ 57 ไม่เคยพูดถึงสาเหตุกับใครเลย⁴ แพทย์แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล ไม่ค่อยได้ประวัติทางจิตสังคม ถ้ามเพียงความรุนแรงและแหล่งที่ป้องกันความรุนแรงที่จะช่วยสตรีนั้นได้⁵ เมื่อมีการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งใช้เวลาไม่ถึง 10 นาที พบถึงร้อยละ 6 ของหญิงตั้งครรภ์ ถูกทำร้ายโดยผู้ชายที่เธออาศัยอยู่ด้วย⁶

การที่สตรีถูกกระทำรุนแรงเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย^{4,7,8,9} เช่น ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การใช้สารเสพติด ความเชื่อเรื่องเพศ อิทธิพลของสื่อ การเลี้ยงดู ภาวะความเครียด อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สภาวะการตกงาน การหาอาวุธได้ง่าย ลักษณะบุคลิกภาพ การแค้น ความไม่มั่นคงในครอบครัว ประวัติการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมาก่อน เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาและถูกล่วงละเมิดทำร้ายอย่างรุนแรง จะมีแนวโน้มมองโลกในแง่ร้าย ต่อต้านสังคม และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อสังคม ก้าวร้าว ไม่ไว้วางใจสังคม รักคนไม่เป็น ไม่รู้จักเอาอาหารต่อสังคม ไม่รู้สึกอายใจหรือรู้สึกบาปเมื่อทำผิด และในที่สุดเมื่อบุคคลเหล่านี้มีบุตรของตนเองก็มีแนวโน้มจะกระทำทารุณต่อบุตรของตน รวมทั้งกระทำทารุณต่อสตรีหรือผู้ที่อ่อนแอกว่าในสังคม^{10,11} ความรุนแรงในครอบครัวจึงเป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ เมื่อมีภาวะเครียดในชีวิตและมีการใช้ยาหรือสิ่งเสพติด¹²

ผลกระทบของความรุนแรงเหยื่ออาจแสดงออกมาในลักษณะอาการทางร่างกาย เช่น เสี่ยงต่ออุบัติเหตุสูง เครียดเรื้อรัง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สิวเรื้อรัง ผอมลง ความดันสูง ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน เหนื่อยอ่อน เข้ารับการรักษาซ้ำ ๆ ด้วยปัญหาใหม่¹³ เกิดภาวะที่ความเชื่อมั่นต่ำ รู้สึกไร้ค่า ไม่สามารถควบคุมอำนาจภายนอกได้ ความคาดหวังไม่เหมาะสม ขาดการจัดการที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวและสังคม เหยื่อที่ถูกกระทำรุนแรงมีอาการหลังภาวะเครียดผิดปกติ (post traumatic stress disorders) เกิดขึ้น โดยการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ระบบภูมิ

ด้านทานผิดปกติ อาการปวดประจำเดือนและอาการ คล้ายถูกกระทำรุนแรงอีกครั้ง¹⁴ กรณีที่ความรุนแรงเกิดขึ้นในระยะตั้งครกรภ์ จะส่งผลให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครกรภ์ ได้แก่ ลูกน้ำหนักตัว น้อย เลือดจาง ติดเชื้อ และมีเลือดออกทางช่องคลอดใน ไตรมาสที่ 1,2 สูงขึ้น และพบมารดาที่ถูกกระทำรุนแรง มีอาการซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และติดสิ่ง เสพติด¹⁵ สตรีผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงจึงเข้ามา รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาและอาการที่แตกต่าง กัน ซึ่งมีเบื้องหลังจากการกระทำจากคนในครอบครัว

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับ บริการมากที่สุด พยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าความ รุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัวไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว และเป็นเรื่องที่ต้องมีทักษะเฉพาะในการช่วยเหลือ จึงยังไม่มีการคัดกรองอย่างเป็นกิจวัตรในเรื่องความรุนแรงใน ครอบครัวยัง¹⁶ ดังนั้นสตรีที่มารับบริการจึงได้รับการบำบัด เฉพาะปัญหาทางกายเท่านั้น มิได้รับความช่วยเหลือ ปัญหาทางด้านจิตใจ การทำร้ายอาจรุนแรงมากขึ้นจนเป็น เหตุให้เกิดโรคจิตประสาท หรือมีการฆ่าตัวตายหรือการ ฆาตกรรมเกิดขึ้นได้¹⁶ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐม ภูมิ เป็นผู้ช่วยเหลือด้านแรก เช่นเดียวกับหน่วยวางแผน ครอบครัวยังพบว่า มากกว่าครึ่งของสตรีที่มารับบริการ รายงานว่าไม่เคยมีเจ้าหน้าที่พูดคุยเรื่องความรุนแรง ทางเพศกับตนเลย¹⁷ นอกจากนั้นพยาบาลยังขาดทักษะ ในการสัมภาษณ์และจัดการกับปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัวยังพบว่าไม่ตระหนักในการค้นหาปัญหานี้ ซึ่งมักเป็นปัญหาที่แฝงในโรคอื่น

ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญขอบทบาทพยาบาล ต่อการตัดวงจรความรุนแรงที่เกิดขึ้น พยาบาลสามารถ ช่วยให้การครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับ ความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม เริ่มตั้งแต่การใช้ความรู้ ไปให้ความรู้ป้องกันการเกิดปัญหาก่อนมีครอบครัว ช่วย เหลือให้ครอบครัวมีการแก้ไขความรุนแรงที่เหมาะสม ปลอดภัย¹⁸ จนถึงการกระตุ้นให้เครือข่ายติ สังคมมีส่วนร่วม

ช่วยในการตระหนักและแก้ไขปัญหาที่ร่วมกัน จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาลวิชาชีพให้มี สมรรถนะในการคัดกรองและช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ เข้าใจ เข้าถึงปัญหา และให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้ อย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน¹⁹ โดย เนื้อหาในการสอนที่มีการให้ความรู้ข้อเท็จจริง เรื่อง ความรุนแรงต่อสตรี การฝึกทักษะการสัมภาษณ์เพื่อการ ช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อการบำบัด จะทำให้มีทัศนคติที่ ดีต่อบทบาทการช่วยเหลือและมั่นใจที่จะให้การพยาบาล เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสตรี ในการปฏิบัติการ ช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อ การช่วยเหลือ โดยมีโครงสร้างการสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย การให้ความปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะ ที่จะให้พยาบาลดำเนินการ การตรวจสอบความคิดฆ่า ตัวตายและการเผชิญปัญหา การตอบสนองทางอารมณ์ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือที่เหมาะสม การติดตามผล²⁰ และเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือ²¹ ส่งผลให้ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความมั่นใจ ทัศนคติที่ดีต่อการ ช่วยเหลือ และทักษะในการช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ คือพยาบาลมีสมรรถนะในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ รุนแรงได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจปัญหาของ ตนเอง รับรู้ เข้าใจ และร่วมมือกับพยาบาลผู้ให้การช่วย เหลือเพื่อวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา ลดผลกระทบ ที่เกิดจากความรุนแรง มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีวิธีการเผชิญ ปัญหาดีขึ้นต่อไป²²

วัตถุประสงค์ระยะสั้น

เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน การคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงใน ครอบครัวยัง

วัตถุประสงค์ระยะยาว

สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการช่วยเหลือเพื่อ ลดภาวะความรุนแรง

วิธีการดำเนินการ

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยใช้กระบวนการสอนที่มีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ตามกรอบกระบวนการสอน²³ ได้แก่ การวิเคราะห์งาน (task analysis) การวินิจฉัย (diagnosis) การวางแผนการสอน (prescription) การสอน (instruction) และการประเมินผล (evaluation) ขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะเวลา คือระยะที่ 1 การวิเคราะห์งาน การวินิจฉัย และการวางแผนการสอน ระยะที่ 2 การสอน และระยะที่ 3 การประเมินผล

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บำบัดยาเสพติด ในเขตจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์งาน การวินิจฉัย และการวางแผนการสอนร่วมกับวิทยากรในการพิจารณาทดลองใช้หลักสูตรที่วิทยากรร่างขึ้นมา คือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลจังหวัด 3 คน โรงพยาบาลแม่และเด็ก 3 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน และศูนย์บำบัดยาเสพติด 2 คน ในเขตจังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 2 การสอนผู้เข้าร่วมรับการอบรมความรู้ คือ พยาบาลวิชาชีพในเขตจังหวัดขอนแก่น จำนวน 24 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติศาสตร์ในโรงพยาบาล 9 คน หรือปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่นพื้นที่ละ 1 คน จำนวน 14 คน และศูนย์บำบัดยาเสพติด จำนวน 1 คน เข้ารับการอบรมทั้งหมดจำนวน 24 คน เป็นพยาบาลที่สนใจในการทำงานด้านความรุนแรงในครอบครัวและสมัครเข้าร่วมโดยผ่านการเห็นชอบของหน่วยงานว่าสามารถเข้าร่วมครบทั้งหมด หลังการอบรมมีผู้ที่ยินดีที่จะนำไปปฏิบัติ 17 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผล คือ พยาบาลวิชาชีพในเขตจังหวัดขอนแก่น ทั้ง 17 คน จากในแผนกสูติศาสตร์ในโรงพยาบาล 5 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 11 คน และศูนย์บำบัดยาเสพติด จำนวน 1 คน เข้ารับการอบรม เป็นผู้ผ่านโปรแกรมการอบรมครบในระยะเวลาที่ 2

วิทยากรประกอบด้วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาล ทั้ง 7 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่ชำนาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลสูติศาสตร์ 3 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย 1 คน และพยาบาลปฏิบัติการในชุมชน 1 คนทั้งหมดมีผลงานวิจัยในด้านความรุนแรงในครอบครัวและการให้คำปรึกษาได้ทำการร่างหลักสูตรการอบรม(การสอน) 2 วัน และนำเสนอสภาการพยาบาลโดยหลักสูตรนี้ได้รับ CNEU 15 คะแนน

2. การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ประกอบด้วย

ระยะที่ 1

1. ศึกษาสถานการณ์การคัดกรองและการให้บริการสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (task analysis and diagnosis) โดยการสนทนากลุ่ม ในประเด็นเกี่ยวกับ

1. ศึกษานโยบายการคัดกรองและการให้บริการสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ของสถานบริการ

2. การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวของสถานบริการ

3. แนวทางการให้บริการและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวของสถานบริการ

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวของสถานบริการ

5. ความต้องการของพยาบาลในการพัฒนาเกี่ยวกับการคัดกรองและการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

6. พิจารณาแผนการสอนที่ร่างมา วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะ

2. พัฒนาแผนการสอน (Prescription) โดยกลุ่มผู้วิจัยได้พัฒนาจากปัญหาที่พบในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ และทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและการกระทำรุนแรงต่อสตรีในครอบครัว

3. สร้างเครื่องมือในการคัดกรองค้นหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎี ได้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงในครอบครัว

- สร้างแบบบันทึกการให้ความช่วยเหลือสตรี

- คัดเลือกแบบประเมินที่จะช่วยในการประเมินผลกระทบจากการถูกกระทำรุนแรงได้แก่แบบประเมินภาวะสุขภาพ (GHQ 12), แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย, แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

4. จัดทำโปรแกรมการอบรม ประกอบด้วยคู่มือการจัดอบรมที่มีเนื้อหาความรู้และเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง

ระยะที่ 2

จัดการอบรมกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้น (Instruction)

กิจกรรมในการดำเนินงาน มีดังนี้

1. ประเมิน ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ก่อนอบรม

2. อบรมเชิงปฏิบัติการในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว 2 วัน

3. ประเมิน ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ หลังการอบรม

4. ฝึกเทคนิคการดำเนินการ คัดกรองเพื่อค้นหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

5. ฝึกเทคนิคให้การช่วยเหลือในรายที่พบความรุนแรง บันทึกและประเมินผลงาน ตามแบบประเมินการให้คำปรึกษาและใช้แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา

6. วางแผนการดำเนินการตรวจคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ของแต่ละหน่วยงาน โดยมีผู้ศึกษาที่เป็นวิทยากรเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาความรุนแรงในครอบครัวเป็นผู้นิเทศติดตามผล

7. สรุปและประเมินผลโดยผู้วิจัย

ระยะที่ 3 ปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผล (Evaluation)

1. กลุ่มตัวอย่าง กลับไปปฏิบัติงานในหน่วยงานตามแผน

2. ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่างทำการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว หลังการอบรม 3 เดือน พร้อมการให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างสามารถโทรปรึกษาวิทยากรได้และวิทยากรจะตามเยี่ยมในพื้นที่อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อคน

3. ประมวลผลการดำเนินงานเครื่องมือในการศึกษา

1) เครื่องมือในการฝึกอบรม

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ซึ่งมุ่งการประเมินค้นหา วินิจฉัย และช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาแก่ผู้ที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากวรรณคดีที่เกี่ยวข้องสร้างโปรแกรม ทดลองใช้กับนักศึกษาปริญญาโทพยาบาลปรับปรุงบทเรียนโดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลผู้ที่มีความรุนแรงในครอบครัวจำนวน 10 คน โดยเนื้อหาประกอบด้วย

หลักการและความสำคัญของปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

การตระหนักในตนเองต่อเพศภาวะและความรุนแรงในครอบครัว

ความรู้ความเข้าใจวงจรการเกิดความรุนแรงในครอบครัว

การพยาบาลผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงที่สร้างจากความรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกระทำ และการประเมินความรุนแรงแบบสั้น

ทักษะการสัมภาษณ์ผู้ถูกระทำรุนแรง และการใช้แบบคัดกรองพฤติกรรมถูกระทำรุนแรงในสตรี

ความรู้ทางจิตสังคมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัว

ความรู้เรื่องเครือข่ายการช่วยเหลือ ผู้ถูกระทำรุนแรงและรูปแบบการดำเนินงานการให้คำปรึกษาผู้ถูกระทำรุนแรง

การใช้แบบประเมินผล ที่เกี่ยวข้องได้แก่แบบประเมินภาวะสุขภาพ (GHQ 12), แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย, แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

การดำเนินโครงการกิจกรรมป้องกันและแก้ไขความรุนแรงในครอบครัว

2) เครื่องมือในการประเมินผล

ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการประเมินและการช่วยเหลือสตรีที่อยู่ในภาวะถูกระทำรุนแรง แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และความคิดเห็นต่อการประเมินและการช่วยเหลือสตรีที่อยู่ในภาวะถูกระทำรุนแรงประกอบด้วย ความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการทำงานด้านความรุนแรงในครอบครัว หากความเที่ยงจากพยาบาลจำนวน 20 คน หาค่า Reliability โดยได้ค่า Cronbach's Alpha = .88

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบและเข้าใจคำชี้แจงเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลและผู้รับบริการจะได้รับการชี้แจงวิธีการและสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ คำตอบที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา

จากคณะกรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE 522004)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากผลการสนทนากลุ่มพบว่านโยบายในการทำงานด้านนี้ยังไม่ชัดเจน มีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องรู้เรื่องนี้โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสตรี ที่ผ่านมารู้ว่ามีปัญหาในผู้ป่วยแต่ไม่ได้ช่วยเหลือโดยตรง พยาบาลยังขาดทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำรุนแรง ไม่รู้ว่าจะเริ่มที่ใด กลัวจะทำให้ผิดกับผู้ป่วยหรือครอบครัว กลัวจะเกิดอันตรายต่อตน ถ้ามีการจัดอบรม พยาบาลควรจะเข้าร่วม มีความคิดเห็นว่า ควรมีผู้ที่มีทักษะในการดูแลผู้ที่ถูกระทำรุนแรงในครอบครัว ในหน่วยงานทุกหน่วยงาน ผู้เข้าร่วมได้มีการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะหลังจากทดลองใช้โปรแกรมการอบรม จากนั้นนักวิจัยในบทบาทของวิทยากรได้ปรับเนื้อหาและวางแผนการดำเนินการเข้าสู่การอบรมโดยใช้วิธีการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2 การสอนโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม

การอบรมเชิงปฏิบัติการซึ่งมีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 24 คน มีผู้ยินดีเข้าร่วมวิจัยและอยู่จนครบกระบวนการอบรมโดยเป็นอาสาสมัครที่นำไปทดลองปฏิบัติ จำนวน 17 คน ทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุระหว่าง 24 - 57 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ กำลังปฏิบัติงานในแผนกสูติรีเวช 5 คน และปฏิบัติงานใน PCU 12 คน ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีมีเพียง 1 คน ที่จบปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในการทำงาน 21-30 ปี ไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา 7 คน ที่เหลือ 10 คน เคยมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาด้านความรุนแรง แต่ยังไม่เคยรับการอบรมเฉพาะทางในการให้คำปรึกษาผู้ที่ถูกระทำรุนแรง

2. ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว

หลังการอบรมพัฒนาสมรรถนะจากข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม 17 คนที่เข้าอบรมครบตามกระบวนการ พบว่า พยาบาลมีความรู้และทัศนคติ เกี่ยว

กับความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.46, P = .004$ และ $t = 3.37, P = .025$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลังการอบรม ($n = 17$)

ข้อมูล	คะแนนเฉลี่ย (SD)		Paired t-test	Sig.	95 % CI	
	pre	post			Lower	Upper
ความรู้	10.00(1.90)	11.35(1.27)	-2.46	.004	-2.51	-.18
ทัศนคติ	54.23(2.56)	57.82(2.69)	-3.37	.025	-5.84	-1.33

3. สรุปกระบวนการช่วยเหลือสตรีในพื้นที่โดยพยาบาล เริ่มต้นการปฏิบัติ ดังนี้

1. คัดกรองสตรีด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว
2. คัดกรองด้วยแบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัว
3. ประเมินด้วยแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหาและแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง
4. ให้คำปรึกษา
5. ประเมินผลด้วยประเมินผลที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การติดตามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงาน การคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว จากการติดตามผลหลังการให้การอบรม 3 เดือน พบผู้ที่ปฏิบัติงานสมบูรณ์เพียง 3 คน ได้แก่ คนที่ 1 ทำงานในศูนย์เสพติดและ PCU คัดกรองผู้รับบริการด้วยแบบประเมินเพื่อคัดกรองสตรีที่เสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรง 17 ราย จากนั้นใช้แบบคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงในสตรีพบผู้ที่ได้รับความรุนแรงจากแบบคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงในสตรีและให้คำปรึกษาและประเมินครบผู้รับบริการ 14 ราย คนที่ 2 ทำงานแผนกหลังคลอดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้คัดกรองผู้รับบริการด้วยแบบประเมินเพื่อคัดกรองสตรีที่เสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงได้ผู้รับบริการ 4 ราย จากนั้นใช้แบบคัด

กรองการถูกกระทำรุนแรงในสตรีแต่ไม่พบความรุนแรงจึงไม่ได้ให้คำปรึกษาต่อ และคนที่ 3 พบผู้รับบริการที่แจ้งว่ามีปัญหาความรุนแรงโดยตรงโดยไม่ได้ผ่านเครื่องมือคัดกรอง 1 ราย ได้ให้คำปรึกษา ที่สถานีอนามัย

พยาบาลที่นำไปใช้ 3 คน รวมกรณีศึกษาผู้รับบริการที่ถูกกระทำรุนแรง และได้รับการให้คำปรึกษาจากพยาบาล 15 ราย

การติดตามพยาบาลอีก 14 คน พบว่าไม่ได้ทำการคัดกรองตามแนวปฏิบัติ มี 3 คนได้ให้การดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบเดิมได้แก่ ผู้ป่วยในชุมชนที่เป็นภรรยาที่ถูกกระทำรุนแรงจากสามีบาดเจ็บและได้ให้คำปรึกษาโดยใช้เวลาพูดคุยรับฟังแต่ยังไม่มีการคัดกรองรายใหม่ ส่วนพยาบาลที่เหลืออีก 11 คน ไม่ได้คัดกรองและไม่พบผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในการปฏิบัติงาน โดยให้ข้อมูลว่าไม่มีเวลาในการคัดกรองเพราะมีงานประจำและงานพิเศษที่เป็นนโยบายให้ต้องทำในช่วงเวลา 3 เดือน หลังจากรับการอบรมจึงต้องทำงานเร่งด่วนตามนโยบายก่อน จากการสอบถามทุกคนยังคงสนใจที่จะคัดกรอง และช่วยเหลือเมื่อมีโอกาส จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่เข้าอบรม 17 คน มีเพียง 6 คนที่นำไปปฏิบัติ โดย 3 คนที่ใช้เครื่องมือคัดกรองและสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาตามแนวปฏิบัติส่วนอีก 3 คนได้นำความรู้ในการให้คำปรึกษาไปใช้เมื่อมีผู้มีความรุนแรงในครอบครัวมาพบโดยตรง

อภิปรายผล

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวเริ่มจากการพัฒนาความรู้และทัศนคติที่มีต่องานลงสู่การพัฒนาสมรรถนะในการคัดกรองและช่วยเหลือ

ในระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการของการพยาบาลที่ช่วยให้เกิดการพัฒนสมรรถนะทางการพยาบาลด้านการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พบว่าเป็นความต้องการของพยาบาล จึงเป็นการง่ายที่จะได้อาสาสมัครเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในระยะที่ 2 สามารถดำเนินการตามแผนแม้ว่ามีพยาบาล 7 คน ต้องกลับไปทำงานประจำก่อนการอบรมสิ้นสุด ทั้งนี้เป็นธรรมชาติของงานพยาบาลที่มักจะถูกตามตัวกลับเข้าทำงานเมื่อมีงานด่วนเข้ามา แต่ภายหลังการเพิ่มพูนสมรรถนะทางการพยาบาลด้านการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และทัศนคติเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการอบรม มีความรู้เพิ่มขึ้นในด้านความจริงเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เข้าใจกลไกการปรับตัวของผู้ถูกกระทำ สาเหตุของความรุนแรง กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ทักษะสำคัญในการสื่อสารและให้คำปรึกษา ส่วนทัศนคติที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความสำคัญและความจำเป็นในการเร่งแก้ไขปัญหา ปัจจัยที่มีผลทำให้การแก้ไขยากลำบาก การเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น ความสำคัญของพยาบาลต่อการเข้าช่วยเหลือ เข้าใจในเรื่องเพศภาวะ/ความเป็นชายหญิง การสื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง ควรให้การช่วยเหลือครอบคลุมทุกมิติ พยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยมากขึ้นว่าพยาบาลสามารถใช้ทักษะในการคัดกรองช่วยเหลือสตรี และการให้การปรึกษาเป็นบทบาทของหน่วยบริการในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านจิตสังคมแก่ผู้รับบริการ ทัศนคติเปลี่ยนแปลงจากลักษณะที่เพิกเฉย กังวลกลัว คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตน เป็นเห็นด้วยในการที่ต้องเข้าช่วยเหลือ ใส่ใจในงานด้านนี้เพื่อให้ผู้รับบริการที่ตก

อยู่ในภาวะเหยื่อความรุนแรงให้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มั่นใจมากขึ้น จึงควรกระตุ้นให้พยาบาลและนักวิชาชีพทางสุขภาพได้คิดถึงอันตรายของปัญหาความรุนแรง ดังคำที่ว่า การพยาบาลจะเป็นสะพานช่วยค้นหาและดูแลผู้ถูกกระทำรุนแรง โดยเฉพาะในรายที่ไม่กล้าเปิดเผย²⁴ และการให้คะแนนความเชี่ยวชาญ (CNEU) เป็นแรงจูงใจให้พยาบาลเข้ามารวมอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้วย

จากความรู้และทัศนคติของพยาบาลที่ดีขึ้นนี้น่าจะเป็นจุดเริ่มสัมพันธ์ภาพที่ดีในการคัดกรองและช่วยเหลือผู้ที่เป็นเหยื่อของความรุนแรง ดังที่ Hall & Becker²⁵ ให้ข้อเสนอว่า การเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยเฉพาะในบุคลากรหน่วยฉุกเฉินทางการแพทย์กับผู้ที่เป็เหยื่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะเหยื่ออยู่ในภาวะเครียดผิดปกติหลังเหตุการณ์ ซึ่งมีระดับการรับรู้ลดลง ความสามารถในการพุดจาลดลง และอารมณ์แปรปรวนเพิ่มขึ้น ทั้งยังอยู่ในภาวะที่ร่างกายขาดความสมดุล เพราะฉะนั้นบุคลากรในสถานพยาบาลเบื้องต้นที่จะต้องพบกับเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัวหรือในชุมชน สามารถที่จะเริ่มต้น โดยการเสริมความรู้ อบรมเพิ่มทักษะ เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้มีความกลัวและไม่ตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จึงไม่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยมากนัก ภายหลังการจัดโปรแกรมให้ความรู้ ฝึกประสบการณ์ และมีแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในหน่วยฉุกเฉิน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทัศนคติและความรู้ เจ้าหน้าที่ตระหนักและเริ่มมีทักษะทางคลินิกเป็นขั้นแรกในการตอบสนองต่อความรุนแรงในครอบครัว การฝึกมีความสำคัญโดยทำให้เกิดพลังและขยายบทบาทของผู้ดูแลเบื้องต้นในการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าพยาบาลผู้ที่นำไปใช้คัดกรองให้คำปรึกษามีสัมพันธ์ภาพและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น รู้สึกว่าตนได้รับประโยชน์และผู้รับบริการได้รับประโยชน์ด้วยเช่นกัน แต่ต้องปฏิบัติให้มากขึ้นจึงจะมีทักษะและชำนาญ เป็นธรรมชาติมากขึ้น ทั้งนี้พบว่าพยาบาลส่วนหนึ่ง 17 คนต้องการนำไปปฏิบัติ แม้ว่าจะ

มีความคิดเห็นว่าแนวทางในการปฏิบัติมีความจำเป็น เนื่องจากไม่มีเวลาไม่สามารถนำไปปฏิบัติจนครบตามขั้นตอนได้ จำเป็นต้องปรับแนวทางในการประเมินและค้นหาที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Savardottir & Orlygsdottir²⁶ ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เชื่อว่า การค้นหาจะมีประสิทธิภาพในเรื่องความรุนแรงทางเพศในหน่วยฉุกเฉินและคลินิกที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นการค้นหาผู้ที่ถูกระทำรุนแรงเพื่อการป้องกันปัญหาที่จะตามมาหรือในหน่วยที่ไม่ใช่จุดที่มีความเสี่ยงสูงจึงยังคงเป็นบทบาทของที่พยาบาลจะกระทำแม้ว่ามีทัศนคติในการทำงานด้านการพยาบาลผู้ที่ถูกระทำรุนแรงในครอบครัวนี้ดีขึ้น

ระยะที่ 3 การนำไปปฏิบัติการเพื่อให้เกิดสมรรถนะในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการในพื้นที่ มีเพียง 6 คนที่มีเวลาทดลองและมี 3 คนที่สามารถปฏิบัติครบ ทั้งนี้ ความรู้ด้านการคัดกรองและการช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรง เป็นส่วนที่สามารถนำไปผสมผสานในกระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงในสังคม²⁷ จาก การสอบถามโดยใช้เครื่องมือคัดกรองช่วยให้พยาบาลได้พบปะช่วยเหลือผู้รับบริการที่เป็นเหยื่อความรุนแรงได้ ซึ่งจากที่ไม่เคยมีผู้ป่วยที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เข้ามารับการรักษานในหน่วยการพยาบาลเบื้องต้นเลย เนื่องจากไม่เคยคัดกรอง กลับพบว่า มีผู้รับบริการที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 11.6 เพียงถามว่า คุณเคยถูกคู่ครองตี เตะ หรือทำร้ายร่างกายหรือไม่²⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thurston และคณะ²⁹ ได้ทำการวิจัยโดยใช้ประโยชน์ของการที่พยาบาลผู้ดูแลในแผนกฉุกเฉิน ได้ใช้การคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวเข้าสู่การปฏิบัติงานประจำ ช่วยให้พยาบาลตระหนัก (recognize) ถึงปัญหาและช่วยให้บุคลากรได้เห็นความสำคัญ และปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ อุตศคนในการเข้าร่วมมากขึ้น ทั้งนี้ พบว่า ธรรมชาติของสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉินมีผลต่อการใช้แบบสำรวจความรุนแรงในครอบครัวในงานประจำ จึงแนะนำว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองจะมีคุณค่ามากขึ้น

ถ้าใช้เป็นคำถามเชิงนโยบายมากกว่าจะเป็นเพียงวิธีการศึกษา

การพัฒนาสมรรถนะการคัดกรองและช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลจากความรุนแรง จึงเป็นแนวทางที่จะก่อให้เกิดความรู้ และประสบการณ์แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นอกเหนือจากความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น ถ้าพยาบาลได้ลงมือปฏิบัติจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงปัญหา สาเหตุ ผลกระทบ และวิธีการจัดการช่วยเหลือ นำไปสู่การคัดกรองและช่วยเหลือผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงกลุ่มเล็กและมีอุปสรรคในการเข้าร่วมปฏิบัติการ จึงควรศึกษาต่อถึงผลของการส่งเสริมให้พยาบาลนำสู่การปฏิบัติ ผลของเนื้อหาในแบบคัดกรอง ประสิทธิภาพของแบบคัดกรอง ทักษะสำคัญที่ต้องใช้ ผลลัพธ์ที่มีต่อผู้รับบริการ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และผลักดันเข้าสู่นโยบายในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปโดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไปดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการอบรม การนำเนื้อหาในการดำเนินการอบรมไปใช้ควรต้องมีการปรับปรุงให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อปรับปรุงในการสอน พร้อมทั้งวิธีการในการอบรมที่สามารถเข้าถึงประสบการณ์ของพยาบาลที่มีอยู่ในพื้นที่นำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาข้อข้องใจของการปฏิบัติงานที่ผ่านมา และนำไปใช้ได้ชัดเจนขึ้น
2. สามารถปรับจำนวนข้อในการคัดกรองให้น้อยลงเพื่อให้ง่ายในการคัดกรองในทางปฏิบัติที่มีเวลาน้อย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบอาการที่เกี่ยวข้องหลายข้อที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาโดยตรง ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยให้เหมาะสมในแต่ละหน่วยงานเพื่อให้การนำไปคัดกรองง่ายขึ้น และมีความไวมากขึ้น
3. เนื่องจากการจัดการอบรมในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลครั้งนี้มีเนื้อหาและเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยหลากหลาย ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อคัด

เลือกเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินและลงบันทึกที่เหมาะสมกับพื้นที่จะทำให้พยาบาลไม่เบื่อ หรือ เพิ่มงานประจำมากขึ้น

4. จากข้อคิดเห็นของผู้เข้าอบรมที่มีเวลาครบตามกระบวนการเห็นว่าควรมีการขยายการอบรมสำหรับพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรงที่ซ่อนเร้นอยู่ให้ได้รับการมากขึ้นและทั่วถึง

5. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการคัดกรองและช่วยเหลือเหยื่อความรุนแรงสำหรับพยาบาล จะทำให้งานได้รับการตระหนัก ใส่ใจนี้มากขึ้นไม่ถือเป็นความสนใจพิเศษ

6. ควรบรรจุเข้าในหลักสูตรการพยาบาล โดยเน้นประเด็นปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และการพยาบาลเข้าในหลักสูตรปกติหรือจัดหลักสูตรอบรมระยะสั้นทางการพยาบาลด้านการจัดการความรุนแรงในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ขอบคุณพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยจนสามารถทำการวิจัยสำเร็จและร่วมประสบการณ์การเรียนรู้ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา แสงเจริญ สมพร วัฒนกุลเกียรติ จีราวรรณ แทนวัฒนกุล ภัณฑิลา อีสุรัตน์. ความรุนแรงระหว่างคู่ครองใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2545; 21(3): 37-48.
2. สมพร วัฒนกุลเกียรติ กฤตยา แสงเจริญ ภัณฑิลา อีสุรัตน์ จีราวรรณ แทนวัฒนกุล. ความรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : โครงการวิจัยย่อย ภายใต้การศึกษาความรุนแรงในครอบครัว โดยรูปแบบวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
3. Conoscenti LM, Macnelly RJ. Health complaints in acknowledged and unacknowledged rape victims. J of Anxiety Disorders 2006; 20: 372-79.
4. WHO . Reducing violence through victim identification, care and support programmes. Malta; 2009.
5. Draucker CB , Martsolf DS. Storying children sexual abuse. Qual Health Res 2008; 18(8): 1034-39.
6. Wiehe R. Understanding family violence : treating and preventing partner, child, sibling and elder abuse. Thousand Oaks: SAGE Pub; 1998.
7. ดนยา ธนะอุดม. ความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ อนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
8. บุศรินทร์ คล่องพยาบาล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของภรรยาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2542.
9. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family 1994; 56: 131-46.
10. อัมพล สุอำพัน. ครอบครัวกับปัญหาการกระทำทารุณ. วารสารลูกกรัก 2539; 14(164): 99-101.
11. วินัดดา ปิยะศิลป์. สถานภาพของเด็กหลังครอบครัวหย่าร้าง. วารสารกรมการแพทย์ 2542; 24(5):248-53.
12. Nelson E., Zimmerman C. Household Survey on Domestic Violence in Cambodia. Phnom Penh: IDRC Project against Domestic Violence. ; 1996.

13. Varcolaris EM. Foundations of Psychiatric & Mental Health Nursing. St. Louis: Saunders / Elsevier ; 2010.
14. Scott – Tilley D, Titton A, Sandel M. Biologic correlates to the development of post – traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence: Implication for practice. *Pers Pect Psychiatr Care* 2010; 46 (1):26–36.
15. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Association with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 1996; 45: 37–42.
16. Plichta HB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. *Trauma, Violence & Abuse* 2007; 8(2): 226–39.
17. Littleton HL ,Berenson AB , Breittkopf CR .An Evaluation of health providers’ sexual violence screening practices. *Am J Obstet & Gynecol* 2007; 196:564–71.
18. Varcolaris EM , Halter MJ. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: a Communication approach to evidence – base care. St. Louis: Saunders/ Elsevier ; 2009.
19. Dienemann J, Neese J, Lowry S. Psychometric properties of the domestic violence survivor assessment. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23(2): 111–18.
20. เบญจพร ปัญญาขง. คู่มือการปรึกษาวัยรุ่นและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ;2546.
21. กฤตยา แสงเจริญ. การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือทางการพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2539.
22. Parker G, Lee C. Relationships among abuse characteristics, coping strategies, and abused women’s psychological health. *Journal of Interpersonal Violence* 2007; 22: 1184–98.
23. ดร.ณิ รุจกรกานต์. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท ; 2542.
24. Ross R ,et al. The bridge: Providing nursing care for survivors of sexual violence *J Am Acad nurse Pract* 2010; 22; 361–68.
25. Hall M , Becker V. The Font line of Domestic Violence: Training model for rural EMS personnel. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002; 40(9): 40–50.
26. Svavarsdottir EK ,Orlygdottir B. Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *J Adv Nurs* 2008; 65(4): 779–88.
27. Freedberg P. Integrating Forensic Nursing into the undergraduate Nursing Curriculum: A Solution for a Disconnect. *J Nurs Educ* 2008; 47 (5): 201–8
28. Freund KM, Bak SM , Blackhall L. Identifying domestic violence in primacy care practice. *J. General Int Med* 1996; 11:44 – 6.
29. Thurston WE, et al. Implementation of universal screening for domestic violence in an urgent care community health center. *Health promotion Practice* 2008; 10(4): 517–26.<http://hpp.sagepub.com>.